



Spitzenverband

Schriftenreihe  
Modellprogramm zur Weiterentwicklung  
der Pflegeversicherung  
Band 14



**Problemlösen in der Pflegeberatung  
- ein Ansatz zur Stärkung der  
Pflegeberatung nach § 7a SGB XI**





Spitzenverband

Schriftenreihe  
Modellprogramm zur Weiterentwicklung  
der Pflegeversicherung  
Band 14

**Problemlösen in der Pflegeberatung  
- ein Ansatz zur Stärkung der  
Pflegeberatung nach § 7a SGB XI**

**Herausgeber:**

GKV-Spitzenverband  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin  
Telefon: +49 30 206288-0  
Telefax: +49 30 206288-88  
E-Mail: [modellprogramm-pflegeversicherung@gkv-spitzenverband.de](mailto:modellprogramm-pflegeversicherung@gkv-spitzenverband.de)  
Internet: [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)

Dr. Klaus Pfeiffer (Projektleitung)<sup>1</sup>, Prof. Dr. Martin Hautzinger (wissenschaftliche Begleitung)<sup>2</sup>, Prof. Dr. Clemens Becker (stellvertretende Projektleitung)<sup>1</sup>, Dr. Diana Albrecht (ehem. Klein) (Evaluation bis Mai 2016)<sup>1</sup>, Dr. Anna Pendergrass (ehem. Grotensohn) (Evaluation bis September 2015)<sup>1</sup>, Rebekka Leonhardt, Julia Gugenhan (Datenkontrolle, Juli bis Oktober 2016)<sup>1</sup>, Dr. Margarete Patak (Schulung und Coaching)<sup>2</sup>, Dr. Julia Grünwald (Schulung und Coaching)<sup>2</sup>, Dr. Hans-Peter Dürr (Matching, statistische Beratung)

Studierende: Noemie Friedrich (FAU Erlangen-Nürnberg), Vera Mense<sup>2</sup>, Sina Hodapp (Universität Vechta), Désirée Loos (UMIT Tirol, Österreich), Michael Hahn (Universität Salzburg)

<sup>1</sup> Robert-Bosch-Krankenhaus, Klinik für Geriatrische Rehabilitation, Auerbachstr. 110, 79376 Stuttgart

<sup>2</sup> Eberhard Karls Universität Tübingen, Klinische Psychologie und Psychotherapie, Schleichstr. 4, 72076 Tübingen

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:  
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

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

Copyright © GKV-Spitzenverband 2018

Fotonachweis: © Monkey Business/stock.adobe.com, © Daisy Daisy/stock.adobe.com, © Kuzma/iStockphoto

Verlag: CW Haarfeld GmbH, Hürth

ISBN: ISBN 9783-774-72438-9

## Sehr geehrte Damen und Herren,

Vorwort

Angesichts des großen Anteils von Pflegebedürftigen, der zu Hause durch Angehörige versorgt wird, kommt der Beratung von Pflegebedürftigen und ihrer pflegenden Angehörigen eine große Bedeutung zu. Der Gesetzgeber hat darauf reagiert und zuletzt im Rahmen der drei Pflegestärkungsgesetze verschiedene gesetzliche Anpassungen im SGB XI (§§ 7a, 7b und 7c SGB XI) vorgenommen. Um in Zukunft und vor dem Hintergrund einer insgesamt geringer werdenden Anzahl potenzieller häuslicher Pflegepersonen Pflegebereitschaft zu erhalten, zu fördern und zu stärken, bedarf es der Entwicklung weiterer wirksamer Instrumente. Schon heute illustriert eine hohe, steigende Belastung pflegender Angehöriger, die gezwungen sind, Berufstätigkeit und Pflege zu vereinbaren, diese Notwendigkeit. Zugleich kamen mit der Einführung von § 7a SGB XI höhere Anforderungen auf die Pflegeberaterinnen und -berater der Pflegekassen zu. Das Modellprojekt greift beide Themen auf und erprobt einen strukturierten Problemlöseansatz, der sowohl pflegenden Angehörigen bei der Bewältigung ihrer durch die Pflege ausgelösten Probleme helfen wie zugleich die Beratungskompetenz der Pflegeberater/-innen optimieren soll.



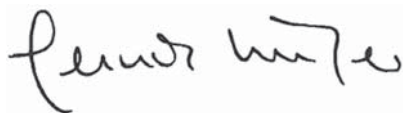
In dem Projekt wurde in der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI ein Kartenset eingesetzt, um die Problemlösefähigkeit der pflegenden Angehörigen zu stärken. Pflegeberatende, die in ländlichen und großstädtischen Regionen Beratungen im Sinne von § 7a SGB XI durchführen, wurden befähigt, pflegenden Angehörigen in der Beratung den Problemlöseansatz zu vermitteln und ihnen so zu ermöglichen, die alltägliche Pflegesituation selbst stabiler zu gestalten. Im Ergebnis sollte die pflegebezogene Selbstwirksamkeitserwartung pflegender Angehöriger gestärkt und ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität durch die Reduzierung ihrer Stressbelastung und Depression verbessert werden. Ziel war es weiter, die Beraterinnen und Berater in ihrer Kompetenz zu stärken und ihnen eine weitere optionale Handlungsmöglichkeit anzubieten.

Im Projekt wurden Pflegeberaterinnen und -berater dreier Pflegekassen in der Anwendung eines strukturierten Problemlöseansatzes geschult, der sodann in der Beratungspraxis eingesetzt wurde. Die Wirksamkeit dieses Einsatzes wurde sowohl auf der Ebene der teilnehmenden Pflegeberaterinnen und -berater als auch auf der Ebene der beratenen pflegenden Angehörigen zu verschiedenen Zeitpunkten gemessen. Im Ergebnis wird der Problemlöseansatz von den Pflegeberaterinnen und -beratern positiv bewertet, er bewirkt eine signifikante Reduktion ihrer Arbeitsbelastung. Auch in der Zielgruppe der pflegenden Angehörigen zeigt der Ansatz deutliche Erfolge bei der Stressreduktion, sowohl die depressive Symptomatik wie auch körperliche Beschwerden der pflegenden Angehörigen gingen stark zurück. Die Pflegekassen, die am Projekt teilnahmen, schätzen den Problemlöseansatz, sie werden ihre Pflegeberaterinnen und -berater darin schulen, um den Ansatz in allen Pflegeberatungen anwenden zu können.

---

Vorwort

Mit dem erfolgreich erprobten Problemlöseansatz steht der Pflegeberatung der Pflegekassen jetzt ein Instrument zur Verfügung, das die Pflegeberater/-innen in der Beratungssituation effizient unterstützt und zugleich den pflegenden Angehörigen erneutes Zutrauen in ihre pflegerische Tätigkeit gibt sowie ihren Stress mindert. Damit kann der erprobte Ansatz die Pflegeberatung insgesamt in ihrer Wirksamkeit stärken.

A handwritten signature in black ink, reading "Gernot Kiefer". The signature is written in a cursive, flowing style.

Gernot Kiefer

# Inhaltsverzeichnis

---

<b>Vorwort</b> .....	3	Inhaltsverzeichnis
<b>Tabellenverzeichnis</b> .....	9	
<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	11	
<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	13	
<b>1. Einleitung</b> .....	15	
<b>2. Das PLiP-Beratungs- und Schulungskonzept</b> .....	17	
2.1 Vorarbeiten .....	17	
2.2 Problemlösen in der Pflegeberatung - Schulungskonzept für Pflege- beraterinnen und Pflegeberater.....	21	
<b>3. Wissenschaftliche Begleitforschung</b> .....	24	
3.1 Studiendesign .....	24	
3.2 Ein- und Ausschlusskriterien .....	24	
3.3 Evaluation Pflegeberaterinnen und Pflegeberater .....	25	
3.4 Evaluation pflegende Angehörige .....	28	
3.4.1 Assessments .....	30	
3.5 Fallzahl.....	32	
3.6 Statistik .....	33	
<b>4. Das Praxisprojekt</b> .....	34	
4.1 Teilnehmende Kassen .....	34	
4.2 Teilnehmende Pflegeberaterinnen und Pflegeberater .....	35	
4.3 Teilnehmende pflegende Angehörige .....	36	
<b>5. Ergebnisse</b> .....	42	
5.1 Pflegeberaterinnen und Pflegeberater: allgemeine Angaben .....	42	
5.1.1 Beschreibung der teilnehmenden Pflegeberaterinnen und Pflegeberater .....	42	
5.1.2 Lokale Vernetzung der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater .....	43	
5.1.3 Schwierige Beratungssituationen und Coaching .....	44	
5.1.4 Arbeitsüberlastung, Burnout und Selbstfürsorge .....	46	

---

Inhaltsverzeichnis	5.1.5 Zusammenhänge.....	49
5.2	Pflegeberaterinnen und Pflegeberater: Bewertung von Schulung und Coaching .....	50
	5.2.1 Bewertung der ganztägigen Schulungen .....	50
	5.2.2 Bewertung des Coachings .....	52
	5.2.3 Bewertung der Förderung von Psychohygiene .....	54
	5.2.4 Bewertung des Problemlöseansatzes – Kartenassessment .....	56
	5.2.5 Bewertung des Problemlöseansatzes – strukturiertes Problemlösen .....	58
	5.2.6 Schulung und Methode insgesamt.....	60
	5.2.7 Weiterentwicklung des Kartenassessments .....	63
5.3	Pflegeberaterinnen und Pflegeberater: Gruppenvergleich.....	68
	5.3.1 Beratungsbezogene Selbstwirksamkeit.....	68
	5.3.2 Umgang mit schwierigem Klientenverhalten .....	69
	5.3.3 Arbeitsüberlastung .....	70
	5.3.4 Burnout.....	70
	5.3.5 Selbstfürsorge .....	72
5.4	Die Pflegebedürftigen: allgemeine Angaben.....	73
	5.4.1 Beschreibung der Pflegebedürftigen .....	73
	5.4.2 Pflegestufe, Leistungen und Hilfen.....	74
5.5	Pflegende Angehörige: allgemeine Angaben .....	75
	5.5.1 Beschreibung der teilnehmenden pflegenden Angehörigen .....	75
	5.5.2 Die erhaltene Pflegeberatung.....	77
	5.5.3 Studienaussteiger und Beendigung der häuslichen Pflege .....	81
5.6	Pflegende Angehörige: Zufriedenheit mit der Pflegeberatung.....	82
	5.6.1 Zufriedenheit insgesamt.....	82
	5.6.2 Zufriedenheit mit der Beratungskompetenz der Pflegeberaterinnen .....	82
5.7	Pflegende Angehörige: Gruppenvergleich (Intend-to-treat) .....	85
	5.7.1 Hauptendpunkt: Depressive Symptomatik.....	85
	5.7.2 Sonstige Maße: Selbsteinschätzung der pflegebezogenen Kompetenz..	87
	5.7.3 Sonstige Maße: Subjektive Körperbeschwerden .....	88
	5.7.4 Sonstige Maße: Soziale Problemlösefertigkeiten.....	88
	5.7.5 Sonstige Maße: Freizeitzufriedenheit .....	89
5.8	Pflegende Angehörige: Gruppenvergleiche (Completer) .....	90
5.9	Anregungen und Wünsche der pflegenden Angehörigen .....	94

---

<b>6. Diskussion und Fazit .....</b>	<b>97</b>
<b>7. Dank .....</b>	<b>103</b>
<b>8. Öffentlichkeitsarbeit.....</b>	<b>104</b>
8.1 Projektpräsentationen.....	104
8.2 Vorträge bei Tagungen .....	104
8.3 Bisherige Publikationen .....	105
<b>9. Literatur .....</b>	<b>106</b>
<b>Anhang.....</b>	<b>109</b>
Anhang 1: Übersicht zum Kartenassessment und Problemlösen.....	110
Anhang 2: Dokumentation Kartenassessment.....	120
Anhang 3: Arbeitsblätter.....	121
Anhang 4: Screeningfragen.....	124
Anhang 5: Dokumentation Beratungskontakte.....	125
Anhang 6: Schulungsunterlagen.....	126
Anhang 7: Ergänzende Auswertungen und Tabellen.....	173
Anhang 8: Kartenassessment und Erfassungsbogen (modifiziert).....	182





# Tabellenverzeichnis

---

Tab. 1: Schulungsinhalte.....	23	Tabellenverzeichnis
Tab. 2: Assessments Pflegeberaterinnen.....	27	
Tab. 3: Endpunkte pflegende Angehörige.....	31	
Tab. 4: Pflegeberatung - Kontaktaufnahme und Vermittlung.....	37	
Tab. 5: Zusammenfassung Zielerreichung .....	40	
Tab. 6: Pflegeberaterinnen.....	42	
Tab. 7: Pflegeberaterinnen - Pflegekassen .....	43	
Tab. 8: Pflegeberaterinnen - beruflicher Hintergrund .....	43	
Tab. 9: Durch Pflegeberaterin kontaktierte Dienstleister.....	45	
Tab. 10: Pflegeberaterinnen - Fallbesprechungen und Supervision .....	46	
Tab. 11: Burnout und Arbeitsüberlastung .....	47	
Tab. 12: Checkliste Selbstfürsorge (Häufigkeit) .....	47	
Tab. 13: Korrelationen (Spearman Rho) .....	50	
Tab. 14: Ganztägige Schulungen - Rückmeldungen der Pflegeberaterinnen .....	51	
Tab. 15: Coaching - Kontakte und Dauer .....	52	
Tab. 16: Coaching - Thematische Gewichtung .....	53	
Tab. 17: Coaching - Bedeutsamkeit der Inhalte .....	53	
Tab. 18: Coaching insgesamt - Rückmeldung Pflegeberaterinnen .....	54	
Tab. 19: Coaching Psychohygiene - Rückmeldung Pflegeberaterinnen .....	55	
Tab. 20: Anwendung des Kartenassessments - Rückmeldung Pflegeberaterinnen..	56	
Tab. 21: Anwendung der Problemlöseschritte - Rückmeldung Pflegeberaterinnen.	58	
Tab. 22: Problemlösen gesamt - Rückmeldung Pflegeberaterinnen.....	60	
Tab. 23: Schulung gesamt - Fazit Pflegeberaterinnen .....	61	
Tab. 24: Für eine zukünftige Implementierung förderliche Faktoren .....	62	
Tab. 25: Gründe für das Weglassen einzelner Karten .....	63	
Tab. 26: Modifiziertes Kartenset.....	66	
Tab. 27: Pflegebedürftige - allgemeine Angaben (T0).....	73	
Tab. 28: Pflegestufen (T0).....	74	
Tab. 29: In Anspruch genommene Leistungen der Pflegeversicherung (T0).....	74	
Tab. 30: In Anspruch genommene Hilfen (Quartal vor T0).....	75	
Tab. 31: Pflegende Angehörige - allgemeine Angaben (T0).....	76	
Tab. 32: Pflegende Angehörige - Vorkenntnisse, Pflegedauer, Beratung (T0).....	76	
Tab. 33: Informelle Pflege.....	77	
Tab. 34: Ort der Pflegeberatungen.....	80	
Tab. 35: Überwiegend bei der Beratung anwesende Personen (T1).....	80	
Tab. 36: Beratungszeiten nach Berufsgruppen .....	81	
Tab. 37: Zufriedenheit mit Pflegeberaterin und Beratungsumfang (T1).....	82	
Tab. 38: Bewertung der Beratungskompetenz (Faktor 1/T1).....	83	
Tab. 39: Bewertung der Beratungskompetenz (Faktor 2/T1) .....	85	
Tab. 40: Depressive Symptome (ADS) - Symptomschwere .....	86	
Tab. 41: Inanspruchnahme von Hilfen (Completer T0, T1).....	93	

---

Tabellenverzeichnis	Tab. 42: Verbesserungsvorschläge und Kommentare (Kontrollgruppe).....	95
	Tab. 43: Verbesserungsvorschläge und Kommentare (Interventionsgruppe) .....	96
	Tab. 44: Pflegende Angehörige - Zusammenfassung Assessments.....	100
	Tab. 45: Negative Screenings .....	173
	Tab. 46: Positive Screenings der Studienteilnehmerinnen .....	173
	Tab. 47: Checkliste Selbstfürsorge (Wichtigkeit).....	174
	Tab. 48: Assessments Pflegeberaterinnen (deskriptiv) .....	176
	Tab. 49: Pflegeberaterinnen (Veränderung zwischen T0 und T1: ANCOVAs).....	176
	Tab. 50: Zufriedenheit mit den Pflegeberaterinnen (Faktorenladungen der Fragen) .....	177
	Tab. 51: Pflegende Angehörige (Intent-to-treat, Mittelwerte).....	178
	Tab. 52: Pflegende Angehörige (Intent-to-treat, Kovarianzanalysen).....	178
	Tab. 53: Assessments Pflegende Angehörige (Mittelwerte) .....	180
	Tab. 54: Assessments Pflegende Angehörige (Completer, Varianzanalysen) .....	180

# Abbildungsverzeichnis

---

Abb. 1: Problemlösen im Pflegealltag .....	17	Abbildungsverzeichnis
Abb. 2: Problemlöseschritte.....	18	
Abb. 3: Schritte des Kartensortierens.....	19	
Abb. 4: Schulungsinhalte.....	22	
Abb. 5: Evaluation Pflegeberaterinnen.....	26	
Abb. 6: Faktoren zur Akzeptanz von PLiP (modifiziert nach Aarons et al. 2012) ....	28	
Abb. 7: Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit der Pflegenden.....	29	
Abb. 8: Studiendesign .....	30	
Abb. 9: Flussdiagramm Pflegeberaterinnen .....	35	
Abb. 10: Ansprache und Belastungsscreening durch die Pflegeberaterinnen.....	38	
Abb. 11: Flussdiagramm (inkl. gematchte Kontrollgruppe) .....	39	
Abb. 12: Beratungskompetenz: konkrete Techniken einsetzen .....	69	
Abb. 13: Beratungskompetenz: schwieriges Klientenverhalten.....	69	
Abb. 14: Arbeitsüberlastung (TICS) .....	70	
Abb. 15: Emotionale Erschöpfung (MBI) .....	71	
Abb. 16: Depersonalisation (MBI) .....	71	
Abb. 17: Persönliche Erfüllung (MBI) .....	72	
Abb. 18: Selbstfürsorge (Häufigkeit).....	72	
Abb. 19: Beratungszeiten vor dem Screening, Dauer des Studieneinschlusses.....	78	
Abb. 20: Dauer und Umfang der Pflegeberatung ab Screening .....	79	
Abb. 21: Depressive Symptome (ADS).....	86	
Abb. 22: Pflegebezogene Kompetenz (SCQ).....	87	
Abb. 23: Kompetenz im Umgang mit Belastungsfaktoren (SCQ Subskala 3).....	87	
Abb. 24: Subjektive Körperbeschwerden (GBB - Subskala Gliederschmerzen).....	88	
Abb. 25: Negative Problemorientierung (SPSI-R:S Subskala).....	89	
Abb. 26: Menge an Freizeit (LTS).....	89	
Abb. 27: Zufriedenheit mit der Menge an Freizeit (LTS).....	90	
Abb. 28: Depressive Symptome - Veränderungen (Completer: T1-T0) .....	91	
Abb. 29: Veränderung der Pflegestufen (PS) zwischen T0 und T1 .....	92	
Abb. 30: Dropouts und Pflegestufen (PS) zwischen T0 und T1.....	94	



# Abkürzungsverzeichnis

---

+	Trend
*/**/**	signifikant/hoch signifikant/höchst signifikant
ADS	Allgemeine Depressionsskala
ANCOVA	Analyses of covariance (Kovarianzanalyse)
AOK BW	AOK Baden-Württemberg
$\beta$	Beta-Koeffizient (standardisierter Regressionskoeffizient)
CASES	Counselor Activity Self-Efficacy Scales
CI	Konfidenzintervall
COSE	Counseling Self-Estimate Inventory
CRF	Case Report Form
d	Cohen's d (Effektstärke)
df	Degrees of Freedom (Freiheitsgrade)
IG	Interventionsgruppe
F (n, m)	F-Wert, n = Freiheitsgrade zwischen den Gruppen, m = Freiheitsgrade innerhalb der Gruppen (einfaktorielle Varianzanalyse)
LTS	„Leisure Time Satisfaction“-Fragebogen
KG	Kontrollgruppe
M	Mittelwert
MBI	Maslach Burnout Inventory
N, n	Anzahl
n.s.	nicht signifikant
p	Wahrscheinlichkeit
PA	Pflegender Angehöriger
PLiP	Problemlösen in der Pflegeberatung (Studie)
PB	Pflegeberaterin
R <sup>2</sup>	Quadrat des multiplen Korrelationskoeffizienten
rs	Spearman Rho (Korrelationskoeffizient)
SCQ	Sense of Competence Questionnaire
SD	Standardabweichung
SPSI-R:S	Social Problem Solving Inventory Revised: Short
SVLFG	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
t(n)	t-Wert (Freiheitsgrade)
TICS	Trierer Inventar für chronischen Stress
TIPS	Telefonische Intervention mit pflegenden Angehörigen von Schlaganfallbetroffenen (Studie)
$\chi^2$	Chi-Quadrat

Abkürzungs-  
verzeichnis



# 1. Einleitung

---

Von den 2,6 Mio. Pflegebedürftigen in Deutschland werden ungefähr 1,86 Mio. zu Hause betreut oder gepflegt. Schätzungsweise sind etwa 3,7 Mio. Personen (z. B. Familienangehörige, Bekannte, Nachbarn) in die Pflege und Betreuung von Pflegebedürftigen eingebunden. Über 60% der betreuten oder gepflegten Personen werden ohne die Unterstützung professioneller Pflegedienste ausschließlich von Angehörigen gepflegt (Statistisches Bundesamt, 2015; Rothgang et al. 2015).

Die übernommenen Pflege- und Betreuungsaufgaben sind oft vielschichtig und häufig einem mehr oder weniger dynamischen Anpassungsprozess unterworfen, in dem wiederkehrend Krisen bewältigt und neue Versorgungsroutinen etabliert werden müssen (von Kutzleben et al. 2015). Die Pflege von Personen mit Hirnschädigungen (z. B. nach Schlaganfall), neurodegenerativen (z. B. Demenz) oder malignen Erkrankungen gilt für die Angehörigen als besonders herausfordernd.

Für den adaptiven Umgang mit den pflegebedingten und gegebenenfalls weiteren Stressoren (z. B. in der Erwerbsarbeit bei berufstätigen Pflegenden) sind möglichst vielfältige Ressourcen der Pflegenden von entscheidender Bedeutung. Unter Ressourcen werden die verfügbare soziale und professionelle Unterstützung, eigene finanzielle Möglichkeiten, Selbstfürsorge und wohltuende (Freizeit-)Aktivitäten, die Wohnumgebung, aber auch die individuellen Fähigkeiten im Umgang mit den Belastungen gezählt. Hierunter fallen Faktoren wie die psychische Flexibilität des Pflegenden und seine Copingfertigkeiten.

Während die Pflege einer nahestehenden Person auch zahlreiche positive Aspekte beinhalten kann, ist sie dennoch für viele Pflegende mit zum Teil starken Belastungen verbunden. In einer deutschen Untersuchung gaben z. B. 48% der pflegenden Angehörigen, die mit einer pflegebedürftigen Person in einem Haushalt lebten, eine eher starke und 29% eine sehr starke pflegebedingte Belastung an (Schmidt/Schneekloth 2011). Untersuchungen zeigen, dass Pflegende im Vergleich zu nicht pflegenden Vergleichspersonen einen signifikant schlechteren Gesundheitszustand, eine stärkere psychische Belastung sowie deutlich mehr depressive Symptome aufweisen (Wetzstein et al. 2015).

Vonseiten des Gesetzgebers wurde die häusliche Pflege in Deutschland durch zahlreiche Gesetzesinitiativen der letzten Jahre gestärkt. Unter anderem wurde mit der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI ein individueller Beratungsanspruch gesetzlich verankert sowie mit den Pflegestützpunkten neue Beratungsstrukturen geschaffen.

Mit der vom GKV-Spitzenverband im Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gem. § 8 Abs. 3 SGB XI geförderten TIPS-Studie (2006–2010) wurde ein strukturierter Problemlöseansatz in der Beratung von pflegenden Angehörigen von



---

## Einleitung

Schlaganfallbetroffenen in einer randomisierten Studie erfolgreich evaluiert (Pfeiffer et al. 2014). Die gefundenen Ergebnisse zur Wirksamkeit bestätigten die Empfehlungen verschiedener Übersichtsarbeiten bzgl. dieser Methode (Beinart et al. 2012; Cheng et al. 2014). Obwohl in zahlreichen Interventionsstudien verschiedene wirkungsvolle Interventionen ermittelt werden konnten, wurden bislang kaum Untersuchungen durchgeführt, die deren Translation und Implementierung in Versorgungssettings zum Ziel hatten (Gitlin et al. 2015).

Mit der PLiP-Studie wurde diese Transferlücke aufgegriffen und die Wirksamkeit des Problemlöseansatzes als Erweiterung der bisherigen Pflegeberatung (§ 7a SGB XI) durch die gesetzlichen Pflegekassen untersucht. Wie in der vorausgegangenen TIPS-Studie waren hochbelastete pflegende Angehörige wieder die Zielgruppe der Untersuchung. Mit dem Problemlöseansatz sollten deren Ressourcen und Eigenbemühungen im Sinne der Subsidiarität gestärkt sowie eine Hilfe bei der Planung und Bewältigung der Pflegesituation und den damit assoziierten Stressoren gegeben werden.

Hierfür wurde zunächst ein Schulungskonzept für Pflegeberaterinnen und Pflegeberater entwickelt und Pflegeberaterinnen von drei Pflegekassen geschult. In einem cluster-randomisierten Studiendesign wurde dann die um den Problemlöseansatz erweiterte Pflegeberatung (§ 7a SGB XI) gegenüber der bisherigen Pflegeberatung auf ihre Wirksamkeit untersucht. Hauptendpunkt der Untersuchung war die depressive Symptomatik der pflegenden Angehörigen.

## 2. Das PLiP-Beratungs- und Schulungskonzept

### 2.1 Vorarbeiten

Das PLiP-  
Beratungs- und  
Schulungskonzept

Beim Problemlösen in der Pflegeberatung wird davon ausgegangen, dass mit der häuslichen Pflege Probleme im Alltag einhergehen, mit denen die Pflegenden umgehen müssen. Dies gelingt in Abhängigkeit von den zur Verfügung stehenden Ressourcen und Bewältigungsstrategien in unterschiedlicher Weise und hat einen direkten Einfluss auf das körperliche und psychische Wohlbefinden (Abb. 1).

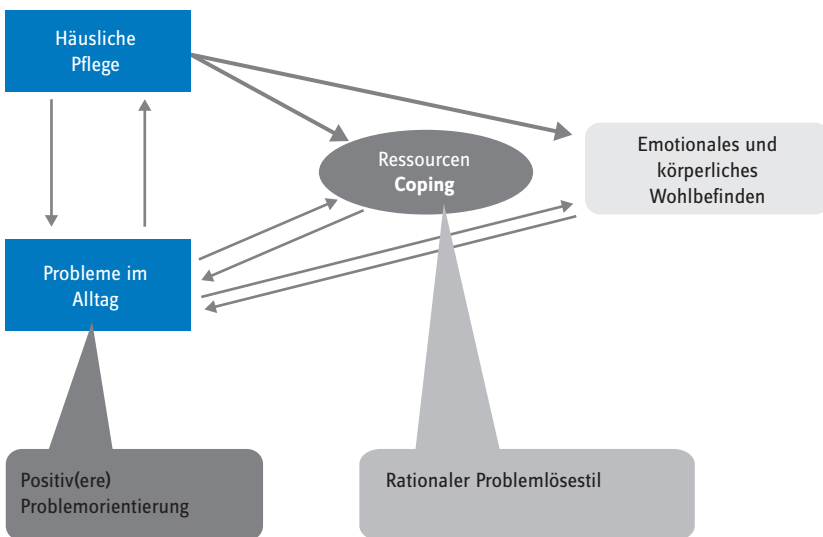


Abb. 1: Problemlösen im Pflegealltag

Bei Problemlöseansätzen und -trainings sind folgende zwei Komponenten von zentraler Bedeutung (vgl. D'Zurilla et al. 2004; D'Zurilla/Nezu 2006):

- Die Förderung einer positiven Problemorientierung als Voraussetzung für das Angehen von Problemen
- Das rationale und strukturierte Problemlösen

Das strukturierte Problemlösen beinhaltet eine Abfolge von definierten Schritten (Abb. 2).

#### **Information, Vorbereitung und Problemlösungsorientierung**

Der pflegende Angehörige wird zunächst über den Ablauf und die Ziele des Problemlösens informiert. Es wird aufgezeigt, dass Probleme in Pflegearrangements fast unausweichlich sind und kein persönliches Scheitern bedeuten. Neben der Beachtung

bisheriger erfolgreicher Problemlösungen im Sinne eines Rollenmodells wird die Aufmerksamkeit auf Problemlöseschritte anstelle hemmender Bedenken und Gedanken fokussiert. Der Fokus soll von dysfunktionalen Problemlösestilen (z. B. durch vermeidende oder impulsive Problemlöseversuche) auf einen mehr rationalen Problemlösestil gerichtet werden.

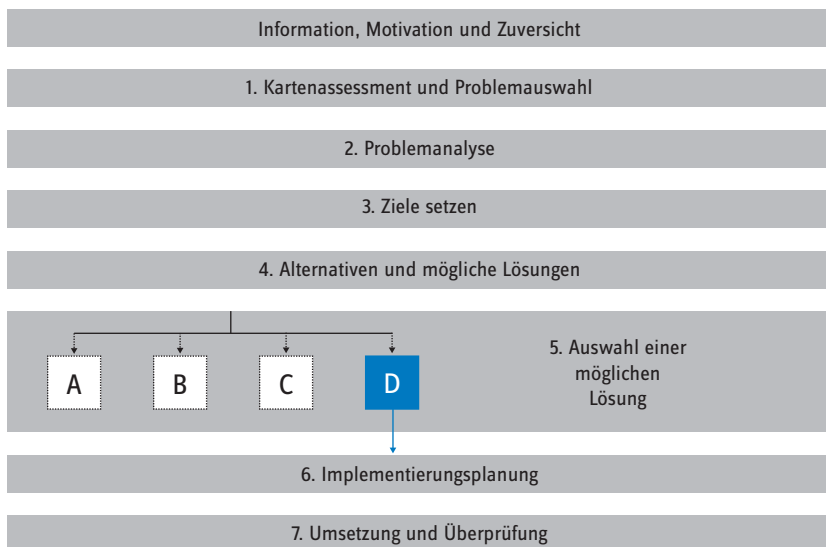


Abb. 2: Problemlöseschritte

### 1. + 2. Problemauswahl und -analyse mithilfe eines Kartenansatzes

Für die Problemformulierung werden belastende Bereiche und Situationen erhoben. Da manchen Angehörigen die spontane Benennung solcher konkreten Problembereiche nicht leichtfällt oder nur tagesaktuelle Schwierigkeiten im Moment der Befragung präsent sind, wurde das bereits in der TIPS-Studie erfolgreich erprobte Kartenassessment in modifizierter Form wiederverwendet. Die 31 Basiskarten und 6 Zusatzkarten (Anhang 1) sind mit kurzen Aussagen zu Themenbereichen – wie Ängste und Sorgen der Pflegenden, interaktionellen und pflegerischen Aspekten – beschriftet. Die Aussagen auf den Karten, die sich auf potenzielle Stressoren beziehen, sind nicht wertend im Sinne von „Belastung“ formuliert.

Die Karten werden wie folgt präsentiert: (1) Die Pflegende sortiert zunächst für sich die Bereiche aus, die auf sie zutreffen (z. B. „Unser Umgang miteinander ist gereizt“, „Ich habe nicht genug Zeit für eigene Interessen“), und füllt (2) gegebenenfalls weitere Blankokarten mit nicht im Kartenset enthaltenen Problembereichen aus. Anschließend (3) werden die

Karten einer Belastungsskala zugeordnet (Abb. 3 und Anhang 1). Hier sind zum einen die Bereiche zu erkennen, mit denen die Pflegenden gut zurechtkommt, zum anderen aber auch die Bereiche, die als sehr belastend empfunden werden. Hiervon ausgehend kann die Pflegenden eine Auswahl an Karten treffen, die aus ihrer Sicht für die Beratung vorrangig erscheinen. Gegebenenfalls können in einem optionalen Schritt zusammengehörende Themen noch gruppiert bzw. Zusammenhänge zwischen verschiedenen Bereichen besprochen werden. Der Pflegeberaterin geben die vorliegenden Karten die Möglichkeit, nochmals gezielt nachzufragen, um so einen guten Einblick in die Gesamtsituation zu erhalten. Anschließend kann sie auf dieser Grundlage die von der Pflegenden ausgewählten Bereiche näher analysieren (z. B. mittels Mikroanalysen, wofür sich die Beraterin eine Situation, in der die Problematik auftritt, detailliert schildern lässt).

Dadurch, dass die pflegende Person weitgehend selbstständig die „Karten legt“, ist sie aktiv in den Problemlöseprozess einbezogen und erlebt, dass sie die Komplexität der Gesamtsituation in kleinere und dadurch leichter zu bearbeitende Bereiche reduzieren kann. Mit dieser Form der Visualisierung - aber auch mit einem haptischen Erleben in dem Sinne, dass Karten („Probleme“) in die Hand genommen oder auch erst einmal weggelegt werden können - wurden bislang sehr gute Erfahrungen gemacht.

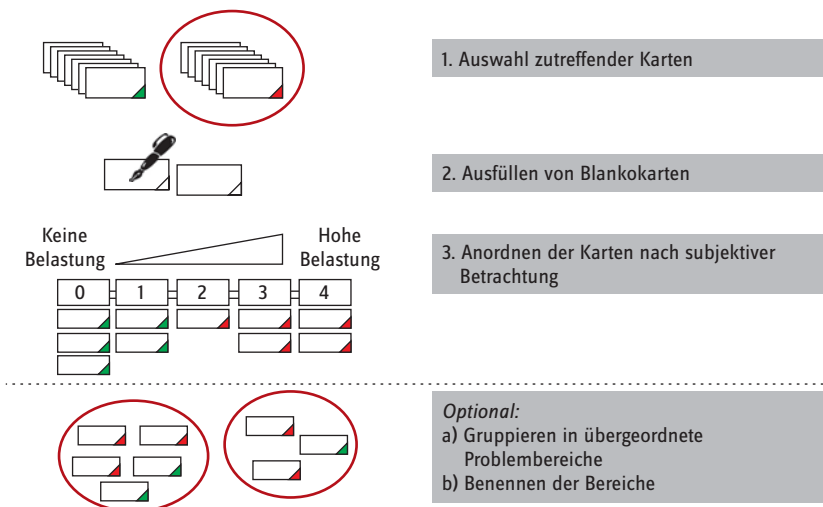


Abb. 3: Schritte des Kartensortierens

### 3. Ziele setzen

Hierauf aufbauend wird für den ausgewählten Problembereich ein Ziel formuliert. Wichtig dabei ist es, dass persönliche Ziele und nicht die Ziele anderer bzw. Ziele für andere

formuliert werden. Ergänzend sollte beachtet werden, wo mögliche Hindernisse zur Zielerreichung liegen könnten (z. B. das Vorhandensein widersprüchlicher Ziele, fehlende Ressourcen, emotionale Schwierigkeiten, zu große Komplexität).

#### **4. Mögliche Lösungswege zur Zielerreichung**

Die pflegende Angehörige wird gebeten und ermutigt, sich bei diesem Schritt möglichst mehrere Lösungen zur Erreichung des formulierten Ziels zu überlegen. Hierbei sollte zunächst keine Bewertung im Hinblick auf deren Umsetzbarkeit erfolgen. Es können also auch unrealistische oder auch sozial nicht erwünschte Ideen geäußert werden. Solche Ideen können oft gerade dadurch, dass sie geäußert werden dürfen, eine entlastende Wirkung haben oder dabei helfen, sich bewusst zu machen, warum man etwas nicht möchte (z. B. „Ich gebe meine Mutter ins Heim“). Für die Generierung von Ideen können verschiedene unterstützende Strategien angewandt werden: z. B. Kombination von Ideen, Visualisierung, Rollenmodelle in dem Sinne „Was würde X vorschlagen?“. Gegebenenfalls ergänzt die Pflegeberaterin die Ideen der Angehörigen mit eigenen Ideen (z. B. Unterstützungsangeboten).

Durch dieses Vorgehen soll die Pflegende aktiv mit ihren Ressourcen einbezogen werden. Die Pflegeberaterin ergänzt, wo dies sinnvoll ist, und tritt als beratende Partnerin und nicht als alleinige Expertin (Zitat einer Pflegeberaterin: „Pflegeberater kommt und schlägt Lösung vor“) auf.

#### **5. + 6. Auswahl einer Vorgehensweise und Implementierungsplanung**

Die gefundenen potenziellen Lösungswege werden im Hinblick auf Umsetzbarkeit und Ergebnis (Zielerreichung, persönliche und soziale Konsequenzen, kurz- und langfristige Effekte) bewertet. Die Pflegende entscheidet sich daraufhin für einen Lösungsweg oder eine Kombination von Lösungen. Die Umsetzung oder Implementierung der ausgewählten Lösung wird so konkret und detailliert wie möglich geplant. Gegebenenfalls werden bereits zu diesem Zeitpunkt Alternativstrategien für den Fall besprochen, dass die Umsetzung nicht gelingt.

#### **7. Umsetzung und Überprüfung**

Im folgenden Kontakt werden die bisherige Umsetzung der besprochenen Lösungsstrategie sowie die Zielerreichung besprochen. Je nach Grad der Zielerreichung müssen die gesetzten Ziele oder die gewählten Strategien nochmals überprüft und gegebenenfalls modifiziert werden. Eventuell ist ein erneuter Einstieg in einen Anfangsschritt notwendig oder es wird gemeinsam an der Akzeptanz der Situation gearbeitet. In den Beratungskontakten wird, soweit möglich, immer wieder auf die beschriebenen Problemlösungsschritte Bezug genommen.

Die in der TIPS-Intervention adressierte Transferplanung, bei der die erfolgreichen und weniger erfolgreichen Strategien herausgearbeitet und hinsichtlich ihrer Bedeutung für weitere oder zukünftige Problemsituationen betrachtet wurden, wurde aufgrund der zu erwartenden Kürze der Beratungskontakte in der PLiP-Studie, aber auch wegen der erwarteten Heterogenität der Gruppe der Pflegeberaterinnen nicht in das Schulungsprotokoll aufgenommen.

Aufbauend auf dem Kartensatz für pflegende Angehörige von Schlaganfallbetroffenen aus der TIPS-Studie (Beische et al. 2012), einer Untersuchung mit Pflegenden von demenziell Erkrankten (Grotensohn 2012) sowie einem Workshop mit Pflegeberaterinnen der AOK Baden-Württemberg, in dem die Ergebnisse einer vorausgegangenen schriftlichen Bewertung der Karteninhalte diskutiert worden waren, wurde der ursprüngliche Kartensatz für die PLiP-Studie modifiziert. Des Weiteren wurden die Materialien der TIPS-Studie angepasst und für die Schulungsunterlagen aufbereitet. Im Anhang 1 finden sich eine Kurzbeschreibung des Kartenassessments und des Problemlösens, die Dokumentation der Karten (Anhang 2) sowie die drei Arbeitsblätter, die in der Beratung verwendet wurden (Blatt 1 zu Analyse von Situationen optional) (Anhang 3).

## 2.2 Problemlösen in der Pflegeberatung - Schulungskonzept für Pflegeberaterinnen und Pflegeberater

Bei der Entwicklung des Schulungskonzepts für die Pflegeberaterinnen der Kassen wurden über die Vermittlung des Problemlöseansatzes hinaus auch Aspekte der Psychohygiene der Pflegeberaterinnen berücksichtigt. Dadurch sollte erreicht werden, dass die an der Studie teilnehmenden Pflegeberaterinnen mit ihren eigenen Bedürfnissen und gegebenenfalls Nöten in einem Teil der Schulung selbst im Mittelpunkt stehen und von der Schulung auch persönlich profitieren. Hierfür wurden der Umgang mit schwierigen Situationen und Klientinnen in der Beratung sowie allgemeine Aspekte der Psychohygiene (z. B. „Work-Life-Balance“) adressiert. Die inhaltlich methodische Klammer bildete wiederum das strukturierte Problemlösen, das auch für diese beiden zusätzlichen Aspekte (z. B. Umgang mit einem aggressiven Angehörigen) angewandt werden sollte (Abb. 4).

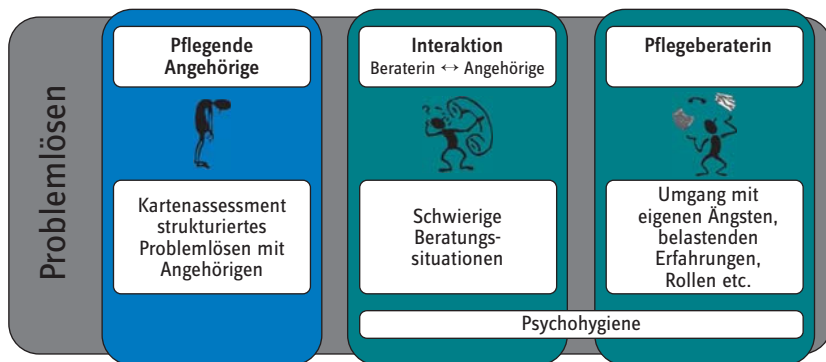


Abb. 4: Schulungsinhalte

Die sechsmonatige Schulung der Pflegeberaterinnen erfolgte an drei Tagen (zwei Tage plus ein Nachtreffen nach vier Monaten) und in einem begleitenden telefonischen Coaching durch approbierte Psychotherapeutinnen (maximal 60 Minuten alle zwei Wochen über sechs Monate). Die Mindestvoraussetzung für eine erfolgreiche Teilnahme an der Schulung war die Teilnahme an der initialen zweitägigen Schulung sowie an mindestens sechs Coachingterminen. Die Schulungen wurden von der Studienleitung (Pfeifer) und mindestens einer der beiden Psychotherapeutinnen bzw. Coaches (Patak/Grünwald) durchgeführt (Inhalte siehe Tab. 1 und Anhang 6). Bei den Coachingterminen war inhaltlich nur die Besprechung der Umsetzung von PLiP in der Praxis für alle verbindlich. Alle Themen, die die Psychohygiene betrafen, wurden nach den Wünschen der Pflegeberaterinnen individuell zusammengestellt.

Das Schulungskonzept wurde in einem Workshop mit Pflegeberaterinnen der AOK Baden-Württemberg diskutiert und anschließend mit drei Sozialarbeiterinnen aus einem Pflegestützpunkt, einem gerontopsychiatrischen Beratungsdienst und aus der klinischen Sozialarbeit pilotiert.

Zur begleitenden Information der PLiP-Pflegeberatung wurden (aufbauend auf den in der TIPS-Studie verwendeten Materialien) fünf Informationsbriefe (Pflegeversicherung, Abbau von Pflegebelastung, Depression, Problemlösen, Entspannung) sowie optionale spezifische Themenbriefe (Ernährung, Umgang mit herausforderndem Verhalten, Sturzprävention, Schmerz, Mundhygiene) erstellt. Alle pflegenden Angehörigen der Interventionsgruppe erhielten über den Zeitraum von sechs Monaten in regelmäßigen Abständen sämtliche fünf Informationsbriefe und zusätzlich die gewünschten Themenbriefe.

### Initiale Schulung (zwei Tage)

- Vorstellung der Schulung und des Hintergrunds
- Vorstellung der Teilnehmerinnen
- Jede Pflegeberaterin erhält eine Schulungsmappe mit allgemeinen Schulungsunterlagen, Arbeits- und Dokumentationsblättern und dem Kartenassessment.
- Übung zur Erinnerung eines Beratungsfalles, der in den späteren Rollenspielen eingebracht werden kann
- Die Einzelschritte des strukturierten Problemlösens werden in Kurzvorträgen und Rollenspielen vom Studienteam eingeführt. Die Pflegeberaterinnen üben direkt im Anschluss das Präsenzierte in Tandems. Hierbei spielt jede Pflegeberaterin im Wechsel die mit der neu erlernten Methode Beratende sowie eine ratsuchende Angehörige.
- Teilnahme an einer körperorientierten Entspannung auf freiwilliger Basis am Abend
- Am zweiten Tag werden die Inhalte des Vortages nochmals kurz aufgegriffen und Fragen im Hinblick auf die Anwendung in der Praxis besprochen.
- Kleingruppenübungen zu schwierigen Beratungssituationen und schwierigen Klienten
- Präsentation zur Psychohygiene bei Pflegeberaterinnen
- Moderierte Bearbeitung von schwierigen Beratungssituationen in der Klein- und Gesamtgruppe mit Rollenspielen (unter Bezugnahme auf das strukturierte Problemlösen)
- Besprechung des telefonischen Coachings

### Telefonisches Coaching

- Strukturiertes Problemlösen in konkreten Beratungssituationen (Schwierigkeiten, Fragen)
- Stressoren in der Beratung:
  - Rolle der Pflegeberaterin (Wunschrolle, realistische Rollendefinition, Rollenkonflikte)
  - Selbstkompetenz: schwierige Klienten und mein Umgang mit ihnen
  - Arbeitsplatz, Pausen, Rahmenbedingungen
  - Umgang mit Tod und Sterben
- Hilfreiche Strategien
  - Ressourcenaktivierung: Was schätze ich an meiner Arbeit?
  - Distanzierungstechniken
  - Umgang mit äußeren Begrenzungen
  - Work-Life-Balance
  - Entspannung
  - Genusstraining
  - Achtsamkeit
- Auf Wunsch individuelle Rückmeldung (Wo stehe ich?)

### Nachtreffen (ein Tag)

- Rückmeldung (Methode, Umsetzung, erfahrene Unterstützung, persönlicher Nutzen)
- Wiederholung und Vertiefung des Problemlösens
- Externalisierung als Technik: die Verwendung der Karten und Arbeitsblätter
- Praktische Übungen mit Rollenspielen in der Klein- oder Gesamtgruppe (Anwendung des Problemlösens, schwierige Situationen)
- Besprechung der Rekrutierung und Evaluation

Tab. 1: Schulungsinhalte



# 3. Wissenschaftliche Begleitforschung

## 3.1 Studiendesign

Mit der Studie sollte die Wirksamkeit einer erweiterten Pflegeberatung (Problemlösen plus Informationsbriefe) gegenüber der bisherigen Pflegeberatung in Bezug auf hoch belastete pflegende Angehörige untersucht werden. Um die Kontamination zwischen Beraterinnen der Interventions- und Kontrollgruppe möglichst gering zu halten, wurden nicht die einzelnen angemeldeten Pflegeberaterinnen, sondern deren Beratungsstandorte randomisiert („Clusterrandomisation“). Da aus den verschiedenen Standorten unterschiedlich viele Pflegeberaterinnen angemeldet waren, wurde bei der Randomisation zusätzlich nach der Anzahl der Beraterinnen pro Standort geschichtet. Die unabhängige Randomisation erfolgte blockweise für jede teilnehmende Kasse nach Anmeldung der Pflegeberaterinnen durch das Institut für Epidemiologie und Medizinische Biometrie der Universität Ulm.

Die Evaluation dieser clusterrandomisierten Studie erfolgte bei den Pflegeberaterinnen schriftlich (Baseline, nach sechs und zwölf Monaten) und den pflegenden Angehörigen telefonisch (Baseline, nach drei und sechs Monaten) durch das Studienteam.

Das positive Ethikvotum erfolgte durch die Ethik-Kommission der Medizinischen Fakultät der Eberhard Karls Universität Tübingen (Projekt Nr. 508/2013BO2).

Die Studie wurde in einem Studienregister ([www.isrctn.com](http://www.isrctn.com) unter ISRCTN23635523; DOI 10.1186/ISRCTN23635523) registriert und das Studienprotokoll veröffentlicht (Pfeiffer et al. 2017).

## 3.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Pflegeberaterinnen und Pflegeberater

Einschlusskriterien:

- Abgeschlossene Qualifikation zur Pflegeberaterin
- Durchführung von Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI bei einer der teilnehmenden Pflegekassen
- Schriftliches Einverständnis für die Teilnahme an der Schulung und Evaluation

Ausschlusskriterium (Interventionsgruppe):

- Keine ausreichende Schulungsteilnahme (keine initiale Schulung und/oder weniger als sechs der vorgesehenen 13 Coachingkontakte)

Einschlusskriterien, die durch die Pflegeberaterin erhoben wurden:

- Ratsuchende ist Hauptansprechpartnerin und Hauptpflege-/Betreuungsperson
- Signifikante Belastung durch die Pflege  
(Das ursprünglich in der TIPS-Studie verwendete Screening mit sechs Fragen wurde von den Pflegeberaterinnen als zu schwierig wahrgenommen (z. B. die Frage: „Haben Sie im letzten Monat geweint oder waren Sie oft den Tränen nahe?“). Deshalb wurde aus den Daten der Vorstudie und unter Einbeziehung von Pflegeberaterinnen der AOK Baden-Württemberg ein neues Screening mit drei Fragen zur psychischen und physischen Gesundheit, Einsamkeit und Pflegebelastung entwickelt (Anhang 4).
- Keine Beratung in den vorausgegangenen drei Monaten im Rahmen eines Versorgungsplans.
- Beratung nach § 7a SGB XI mit Versorgungsplan und gegebenenfalls Fallmanagement ist geplant (ein initialer persönlicher Kontakt plus mindestens ein (telefonischer) Folgekontakt)
- Schriftliches Einverständnis zur Weiterleitung der Kontaktdaten an das Studienteam

Kriterien, die durch das Studienteam erhoben wurden:

Einschlusskriterien:

- Mindestens 18 Jahre alt
- Schriftliches Einverständnis zur Teilnahme an der Studie und zur pseudoanonymisierten Verwendung der Daten

Ausschlusskriterien:

- Die Pflege erfolgt in einem bezahlten Leistungsverhältnis.
- Mangelnde Deutschkenntnisse (Sprechen und Lesen)
- Telefonisches Assessment ist nicht durchführbar (z. B. aufgrund kognitiver Einschränkungen).

### 3.3 Evaluation Pflegeberaterinnen und Pflegeberater

Die Pflegeberaterinnen wurden zu Person, Vorbildung, Arbeitstätigkeit sowie zu subjektiven Faktoren wie Arbeitsüberlastung, Burnout, wahrgenommener Beratungskompetenz, Selbstfürsorge und der Bewertung der Schulung befragt (Abb. 5).

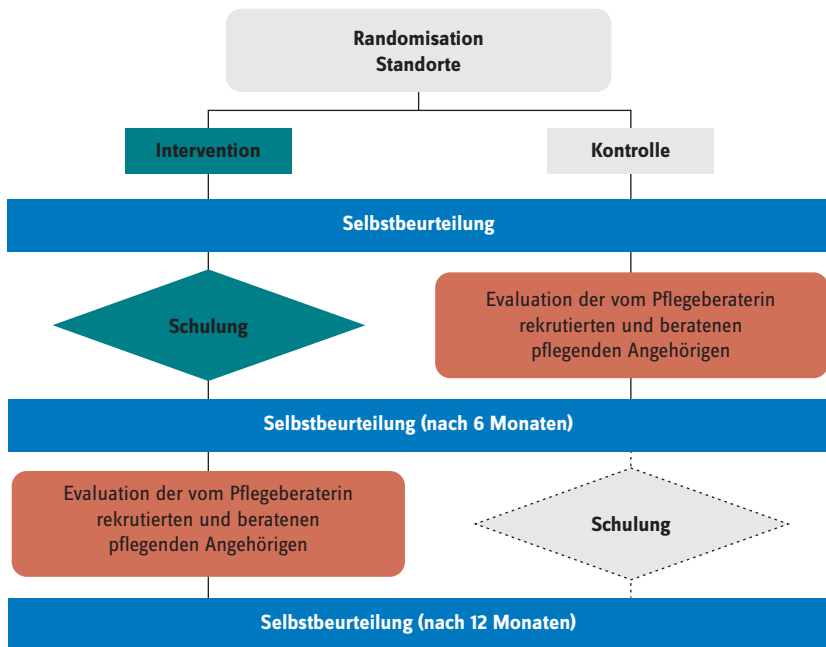


Abb. 5: Evaluation Pflegeberaterinnen

Zur Erhebung der beratungsbezogenen Selbstwirksamkeit wurde die zehn Fragen umfassende Subskala „Session Management Self-Efficacy“ der „Counselor Activity Self-Efficacy Scales“ übersetzt (Lent et al. 2003). Als Antwort wurde der Grad der Zustimmung auf einer Skala von 1 (überhaupt nicht überzeugt) bis 9 (voll und ganz überzeugt) erfragt (z. B. „Ihrem Klienten helfen, realistische Beratungsziele zu setzen“). Ebenfalls wurde die sieben Fragen umfassende Subskala „Difficult Client Behaviors“ des „Counseling Self-Estimate Inventory“ (Larson et al. 1992) zunächst ins Deutsche übersetzt (z. B. „Ich fühle mich unwohl im Umgang mit Klienten, die sich unmotiviert zeigen, auf gemeinsam festgelegte Ziele hinzuwirken“). Zur Erhebung wurde eine Likert-Skala von 0 (stimme überhaupt nicht zu) bis 6 (stimme voll und ganz zu) benutzt (Tab. 2). Im Ergebnisteil werden die jeweiligen Summenwerte unter den Kategorien „Beratungskompetenz: konkrete Techniken einsetzen“ und „Beratungskompetenz: schwieriges Klientenverhalten“ dargestellt.

Mit dem „Maslach Burnout Inventory – MBI“ (Maslach und Jackson 1981) wurden die Dimensionen „Emotionale Erschöpfung“ (inwieweit sich die Befragte durch ihre Arbeit emotional überspannt und erschöpft fühlt), „Depersonalisation“ (inwieweit die Befragte ihren Umgang mit ihren Klienten als unpersönlich und unemotional erlebt) und

„Persönliche Erfüllung“ (inwieweit die Befragte sich in der Arbeit mit ihren Klienten als kompetent und erfolgreich erlebt) erfasst. Mit der siebenstufigen Antwortskala wurde die Häufigkeit (nie bis täglich) der Inhalte erfasst (z. B. „Ich fühle mich von meiner Arbeit ausgelaugt“). Die verwendete deutsche Version des MBI basiert auf bereits existierenden Übersetzungen (Jaggi 2008; Kaschka et al. 2011). Spätere Validierungen haben für den MBI verschiedene Auswertungsempfehlungen im Hinblick auf den Ausschluss einzelner Fragen ergeben. In dieser Studie wurde die Version des MBI verwandt, die 20 der ursprünglich 22 Fragen enthält (Loera et al. 2014). Im Ergebnisteil sind die Antwortmittelwerte der drei Subskalen dargestellt (Wertebereich: 0-6).

Aus dem „Trierer Inventar für chronischen Stress - TICS“ (Schulz et al. 2004) wurde die Subskala „Arbeitsüberlastung“ verwendet. Diese Subskala umfasst acht Fragen (z. B. „Ich habe zu wenig Zeit, um meine täglichen Aufgaben zu erfüllen“) mit einer fünfstufigen Antwortskala (0 = nie bis 4 = sehr häufig).

Mit dem Coaching wurden optional (bei Interesse der Pflegeberaterin) auch Themen der Selbstfürsorge (Work-Life-Balance, Entspannung, Genussstraining) adressiert. Diese Aspekte wurden mit einer Liste zur Selbstfürsorge (Kaluza 2011, 2014) erfragt, die auf den Dimensionen „Entspannen und Abschalten“, „Genießen und sich verwöhnen“, „In Gedanken gut zu sich sein“, „Auf die eigenen Grenzen achten“ und „Aktiver Ausgleich“ jeweils vier Fragen umfasst. Die Liste zur Selbstfürsorge erfasst auf einer jeweils dreistufigen Skala die Wichtigkeit und den Grad der Zustimmung in Bezug auf die einzelnen Aussagen (z. B. „Ich vermeide es, ‚durchzuarbeiten‘, und achte auf regelmäßige Pausen“). Im Ergebnisteil sind die Mittelwerte angegeben, sodass der jeweilige Summenwert im Wertebereich 0 bis 2 (kaum - teils/teils - sehr zutreffend) liegt.

Maße	Instrumente	Baseline	6 Monate	12 Monate
Beratungskompetenz: konkrete Techniken einsetzen	Fragen aus „Counselor Activity Self-Efficacy Scales - CASES“ (Subskala: Session Management Self-Efficacy) (Lent et al. 2003)	X	X	X
Beratungskompetenz: schwieriges Klienten- verhalten	Fragen aus „Counseling Self-Estimate Inventory - COSE“ (Subskala: Difficult Client Behaviors) (Larson et al. 1992)	X	X	X
Burnout	Maslach Burnout Inventory/MBI (Maslach/Jackson 1981)	X	X	X
Arbeitsüberlastung	Trierer Inventar für chronischen Stress/ TICS (Schulz et al. 2004)	X	X	X
Selbstfürsorge	(Kaluza 2011)	X	X	X

Tab. 2: Assessments Pflegeberaterinnen

Aufgrund der kleinen Stichprobe der Pflegeberaterinnen und der damit fehlenden Power konnten keine signifikanten Effekte erwartet werden. Mit der Schulung sollte jedoch zumindest in der von den Beraterinnen selbst eingeschätzten Beratungskompetenz ein im Trend positiver Effekt erzielt werden.

Bei der Vorbereitung der Studie sowie nach den ersten Gesprächen mit den teilnehmenden Pflegekassen zeigte sich, dass die Umsetzung des Projekts neben den aktuellen gesetzlichen Rahmenbedingungen und dem individuellen Engagement der einzelnen Pflegeberaterin auch von vielfältigen unterschiedlichen Faktoren innerhalb der teilnehmenden Kassen abhängig sein würde. Deshalb wurden in der Evaluation neben individuellen Faktoren zur Akzeptanz von PLiP auch Fragen zu förderlichen Faktoren bzgl. der Umsetzung von PLiP innerhalb der Kasse gestellt. Ausgehend von dem Modell von Arons (2012) wurden entsprechende Fragen zu den Bereichen „Klima bzgl. der Umsetzung von PLiP“, „Für die Akzeptanz von PLiP förderliche Faktoren“ und „Einstellung zu evidenzbasierter Praxis und manualisierten Beratungsansätzen“ formuliert (Abb. 6).

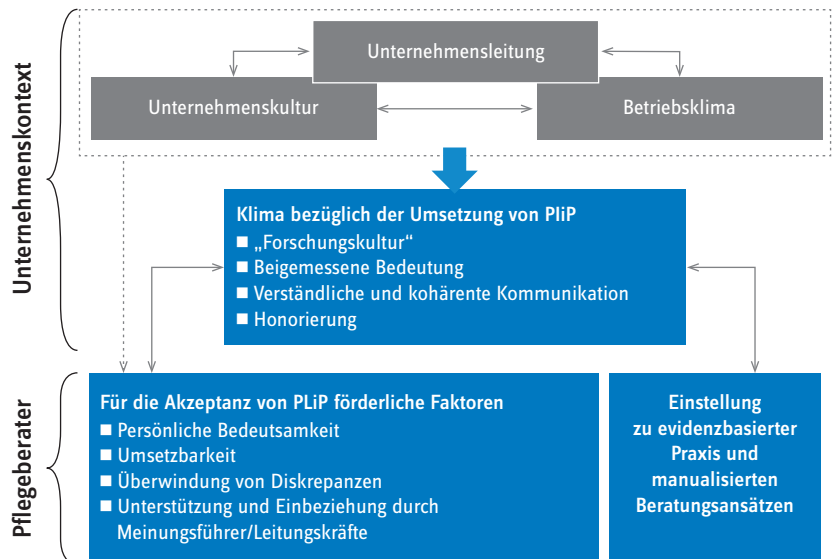


Abb. 6: Faktoren zur Akzeptanz von PLiP (modifiziert nach Arons et al. 2012)

### 3.4 Evaluation pflegende Angehörige

Von den pflegenden Angehörigen wurden demografische Daten, Fragen zur Pflege und Inanspruchnahme von Diensten erhoben. Zur erhaltenen Pflegeberatung wurden 24 Fra-

gen formuliert, die sich sowohl auf Aspekte des Problemlösens als auch auf allgemeine, die Beratung und die Person der Pflegeberaterin betreffende Fragen bezogen (z. B. „Ich wurde zu Beginn der Beratung über das Vorgehen innerhalb der Beratung informiert“, „Ich konnte verschiedene Möglichkeiten zur Erreichung meiner Ziele bewerten und das beste Vorgehen auswählen“). Die Beantwortung der Fragen erfolgte auf einer Skala von 1 („stimmt überhaupt nicht“) bis 9 („stimmt genau“). Die inhaltliche Strukturierung der Fragen im Ergebnisteil erfolgte mittels Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation).

Die weitere Evaluation der pflegenden Angehörigen mittels validierter Instrumente wurde an die vorausgegangene TIPS-Studie und die dort erhobenen Belastungsfaktoren angelehnt, um entsprechende Vergleiche zu ermöglichen. In der TIPS-Studie konnte gezeigt werden, dass ca. 50% der Varianz der depressiven Symptome durch folgendes Modell (Abb. 7) aufgeklärt werden konnten (Pendergrass et al. 2017).

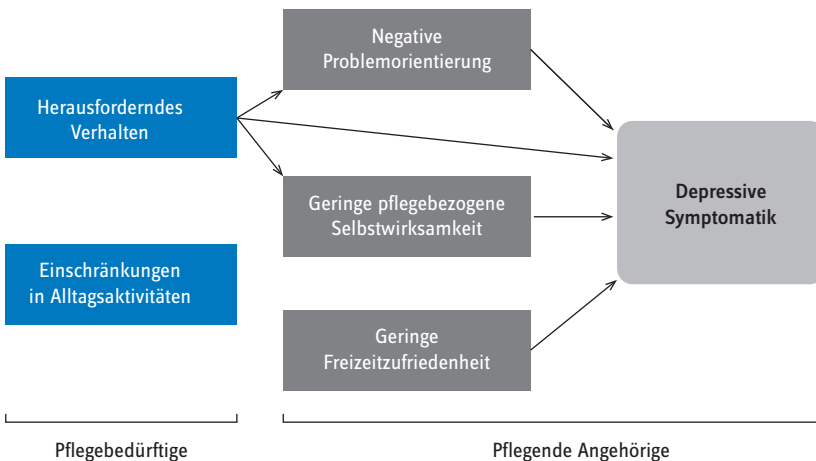


Abb. 7: Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit der Pflegenden

Analog hierzu war auch bei der PLIP-Studie die depressive Symptomatik der Pflegenden der primäre Endpunkt. Sekundäre Endpunkte waren die pflegebezogene Selbstwirksamkeit, die negative Problemorientierung, die Freizeitzufriedenheit und subjektive Körperbeschwerden (Tab. 3). Die pflegenden Angehörigen wurden direkt nach Studieneinschluss sowie nach drei und sechs Monaten evaluiert (Abb. 8).

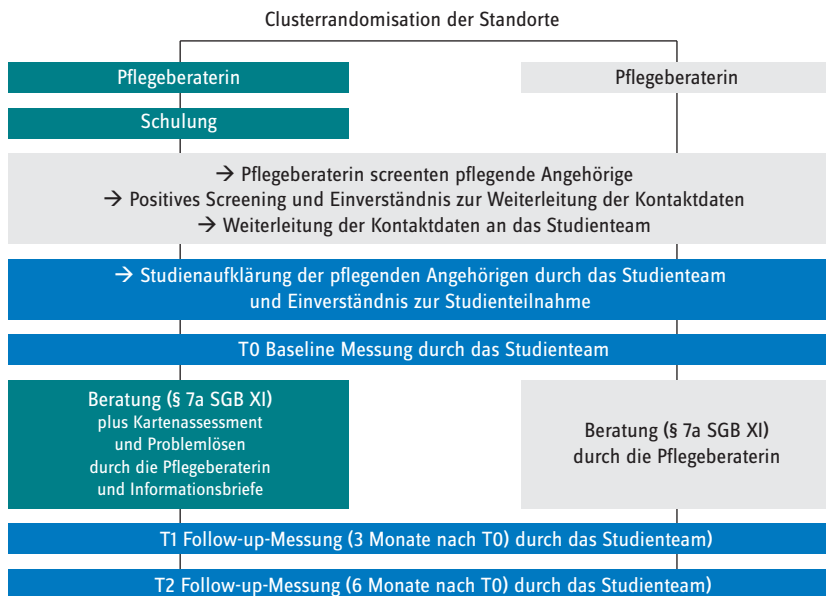


Abb. 8: Studiendesign

### 3.4.1 Assessments

**Depressive Symptomatik:** Die „Allgemeine Depressionsskala - ADS“ (Hautzinger et al. 2012) ist die deutsche Version der „Center for Epidemiologic Studies - Depression Scale (CES-D)“, die ursprünglich als Screeninginstrument zur Erfassung aktuell depressiver Symptome in der Bevölkerung entwickelt wurde. Die Skala ist besonders zur Verlaufsbeurteilung geeignet. Es werden in einer Selbsteinschätzung 20 Items auf einer vierstufigen Skalierung (0-3) bewertet. Der Bezugszeitraum ist die vorangegangene Woche. Der Wertebereich umfasst 0 bis 60 Punkte. Werte größer oder gleich 16 bzw. 23 sprechen für eine leichte bzw. signifikante depressive Symptomatik. Die ADS erfüllt die psychometrischen Gütekriterien. Die Skalenitems sind gut konstruiert und zeigen hohe Trennschärfen. Das Verfahren ist mit seinen gut verständlichen Fragen einfach durchführbar, reliabel und valide.

**Pflegebezogene Kompetenzüberzeugung:** Der „Sense of Competence Questionnaire - SCQ“ wurde in den Niederlanden entwickelt (Vernooij-Dassen 1993) und umfasst die Wahrnehmung des pflegenden Angehörigen, sich der Pflegesituation gewachsen zu fühlen. Es können die drei Unterskalen: Zufriedenheit mit dem Gepflegten als Pflegeempfänger (Subskala 1), Zufriedenheit mit der eigenen Leistung als pflegende Angehörige

(Subskala 2) und Auswirkungen der Pflege auf das persönliche Leben der Angehörigen (Subskala 3), ausgewertet werden. Aus der 27 Fragen umfassenden Originalversion wurde auf Basis mehrerer Validationsstudien sowie der Daten der TIPS-Studie eine Kurzversion mit 16 Fragen entwickelt (Pendergrass et al. 2015), die ebenfalls die drei genannten Subskalen abbildet. Die auf einer fünfstufigen Skalierung bewerteten Fragen umfassen einen Wertebereich von 16 bis 80 Punkten. Hohe Werte stehen für eine hohe Kompetenz und geringe subjektive Pflegebelastung.

Subjektive Körperbeschwerden: Der „Gießener Beschwerdebogen - GBB-24“ (Brähler et al. 2008) erfasst subjektiv wahrgenommene Körperbeschwerden. Hieraus wurde die Subskala Gliederschmerzen verwendet. Sie umfasst sechs Fragen zu Schweregefühl in den Beinen, Druckgefühl im Kopf, Glieder-, Rücken-, Nacken- und Kopfschmerzen. Die Ausprägung der Symptome wird auf einer fünfstufigen Antwortskala erfasst. Der Wertebereich für diese Unterskala liegt zwischen 0 und 24, wobei höhere Werte einem höheren Beschwerdedruck entsprechen.

Negative Problemorientierung: Hier wurde die entsprechende Unterskala der deutschen Version des Social Problem-Solving Inventory - Revised - SPSI-R:S) verwendet (D’Zurilla et al. 2002; Graf 2003). Die Subskala umfasst fünf Fragen, die auf einer fünfstufigen Skalierung (0-4) bewertet werden. Höhere Werte entsprechen einer stärker negativen Problemorientierung.

Maße	Instrumente	T0	T1	T2
<b>Primärer Endpunkt</b>				
Depressive Symptome	Allgemeine Depressionsskala/ADS (Hautzinger et al. 2012)	X	X	X
<b>Sekundäre Endpunkte</b>				
Pflegebelastung	Sense of Competence Questionnaire Kurzform/SCQ (Vernooij-Dassen, 1993; Pendergrass et al. 2015)	X	X	X
Subjektive Körperbeschwerden	Gießener Beschwerdebogen/GBB Subskala: Gliederschmerzen (Brähler et al. 2008)	X	X	X
Problemlösefertigkeiten	Social Problem Solving Inventory - Revised Subskala: Negative Problemorientierung/SPSI-R:S (NPO) (D’Zurilla et al. 2002; Graf 2003)	X	X	X
Freizeitzufriedenheit	Leisure Time Satisfaction/LTS (Stevens et al. 2004)	X	X	X
Lebensqualität	Carer Quality of Life/CarerQoL (Brouwer et al. 2006)	X	X	X

Tab. 3: Endpunkte pflegende Angehörige



Zur Erfassung der Zufriedenheit mit dem Freizeitverhalten wurde der „Leisure Time Satisfaction - LTS“-Fragebogen (Stevens et al. 2004) verwendet. Anhand von sechs Items wurden auf einer dreistufigen Skala die Häufigkeit des eigenen Freizeitverhaltens im letzten Monat und die Zufriedenheit mit der genannten Häufigkeit abgefragt. Der Wertebereich der beiden Subskalen ist jeweils 0 bis 12. Höhere Werte stehen für mehr Freizeit bzw. eine größere Zufriedenheit.

Bezüglich der pflegebedürftigen Personen wurden eingeschränkte Alltagsaktivitäten mit dem „Barthel Index - BI“ (Mahoney/Barthel 1965) erfasst. Der Barthel-Index umfasst zehn Items in maximal vier Ausprägungen (0, 5, 10 oder 15 Punkte), die Fähigkeiten aus den Bereichen Ernährung, Mobilität, Hygiene und Kontinenz abfragen. Insgesamt sind 0 bis 100 Punkte erreichbar; hohe Werte entsprechen einer weitgehenden Unabhängigkeit von fremder Hilfe.

Die kognitiv-kommunikativen Fähigkeiten der Pflegebedürftigen wurden mit dem erweiterten Barthel-Index - EBI (Prosiegel et al. 1996) erhoben. Bei dieser Skala wurden sechs Items (Verstehen, Ausdruck, Gedächtnis, Problemlösen, Sehen und soziales Verhalten) in drei bis vier Ausprägungen (0, 5, 10, 15 Punkte) analog dem Barthel-Index über die pflegenden Angehörigen erfragt. Der Wertebereich umfasst 0 bis 90 Punkte, wobei niedrigere Werte für stärkere Einschränkung sprechen.

### 3.5 Fallzahl

Bei einer randomisierten Studie, einer Auswertung mittels Kovarianzanalysen, einer angenommenen minimalen Effektstärke von .40 (Cohen's d), einer Power von .80 (bei zweiseitigem Testen,  $p < .05$ ), einer geschätzten Korrelation von Baseline und Follow-up-Assessment von .70 würde eine Fallzahl von 52 pflegenden Angehörigen in jeder Gruppe benötigt werden (Borm et al. 2007).

Durch die gewählte Clusterrandomisation besteht jedoch die Möglichkeit, dass sich die Ratsuchenden innerhalb der einzelnen Beratungsstandorte (Cluster) ähnlicher sind bzw. dass sie eine geringere Varianz als die Gesamtheit aufweisen (Campbell et al. 2004). Die deshalb mögliche Verringerung der Power wurde in der ursprünglichen Fallzahlkalkulation dahin gehend berücksichtigt, dass die effektive Gruppengröße mit dem sogenannten „Design-Effekt“ (DE), einem Korrekturfaktor, berechnet wurde, und zwar mit folgender Formel:

$$DE = 1 + ICC * (m-1) \text{ und } mk = EGG * DE$$

(DE = Design-Effekt; ICC = Intracuster-Korrelationskoeffizient; m = Anzahl von Ratsuchenden pro Cluster/Pflegeberaterin; mk = Summe aller Studienteilnehmer bzw. Ratsuchenden; EGG = effektive Gruppengröße)

Der Intracuster-Korrelationskoeffizient (ICC) wurde auf der Datenbasis der TIPS-Studie geschätzt (ICC = 0,138). Hierbei wurden die beiden beratenden Therapeuten als Cluster betrachtet. Da für den überwiegenden Teil der Beratungsstandorte nur eine Beraterin angenommen wurde, erfolgte die Berechnung unter der vereinfachten Annahme einer Clustergröße von  $m = 6$  (der angestrebten Rekrutierungszahl pro Pflegeberaterin). Mit einem so ermittelten Design-Effekt von 1,69 erhöhte sich die angestrebte Fallzahl auf  $m_k = 176$  bzw. 88 pro Gruppe.

In der ursprünglichen Kalkulation der für die Beratungen benötigten Pflegeberaterinnen wurde eine Teilnahme von 40 Pflegeberaterinnen angestrebt, die jeweils sechs pflegende Angehörige rekrutieren sollten ( $N = 240$  pflegende Angehörige). Des Weiteren wurde angenommen, dass vier der Pflegeberaterinnen (10%) die Teilnahme an der Studie vorzeitig beenden und keine Studienteilnehmer rekrutieren würden ( $- 4 * 6$  pflegende Angehörige). Aufseiten der pflegenden Angehörigen wurde angenommen, dass bei knapp 20% der pflegenden Angehörigen keine durchgehenden Daten über drei Monate erhoben werden können ( $- 40$  pflegende Angehörige):  $[240 - (4 * 6) - 40 = 176]$ . Die jeweils zu rekrutierenden sechs Ratsuchenden je Pflegeberaterin sollten konsekutiv in die Untersuchung eingeschlossen werden.

## 3.6 Statistik

Gruppenvergleiche innerhalb eines Messpunkts (z. B. Basischarakteristiken, Bewertungen der Schulungen oder Pflegeberatung) wurden mittels zweiseitiger t-Tests (Mittelwerte), bei kleiner Stichprobengröße mit dem nicht parametrischen Mann-Whitney U-Test und bei Häufigkeiten mit  $\chi^2$ -Tests durchgeführt. Mittelwertunterschiede über mehr als zwei Gruppen (z. B. Hintergrundberufe der Pflegeberaterinnen) wurden mit einfaktoriellem Varianzanalysen untersucht.

Für die vergleichenden Auswertungen zu den Veränderungen zwischen T0- und T1- bzw. T2-Werten wurden zunächst alle Differenzen mittels Boxplots auf Extremwerte überprüft. Teilnehmerinnen, die Werte mit einem Abstand von einer dreifachen Boxhöhe von dem 25%- oder dem 75%-Perzentil in der jeweils für die Auswertung relevanten Dimension angaben, wurden von der Auswertung des jeweiligen Assessments ausgeschlossen. Dies betraf lediglich eine Pflegeberaterin bei der Auswertung der Arbeitsüberlastung (TICS). Für die Intent-to-treat-Analysen wurde als Imputationsmethode die Methode „Last Observation Carried Forward“ verwendet, die den letzten verfügbaren Wert zur Imputation verwendet. Die Gruppenvergleiche erfolgten mittels Kovarianzanalysen. Die Veränderungen zwischen T0 und T1 bzw. T2 waren die jeweils abhängigen Variablen, die Gruppenzugehörigkeit der Faktor und die T0-Werte der jeweiligen Endpunkte die Kovariaten.

# 4. Das Praxisprojekt

## 4.1 Teilnehmende Kassen

Kernpunkt der Umsetzung dieses Projekts war ein dreistufiger Rekrutierungsprozess von teilnehmenden Pflegekassen, Pflegeberaterinnen und pflegenden Angehörigen. In der ersten Stufe, die parallel zur Entwicklung des beschriebenen Studienprotokolls erfolgte, wurden Pflegekassen angesprochen. Hierbei zeigte sich, dass zunächst eine für die Pflegeberatung verantwortliche Person der Hauptverwaltung überzeugt und als Fürsprecherin innerhalb der jeweiligen Kasse gewonnen werden musste. Einfache initiale Anfragen ohne nähere Kenntnisse von verantwortlichen Personen wurden von den angefragten Kassen nicht oder abschlägig beantwortet. Erschwerend war hierbei sicherlich, dass sich im Jahr 2013 die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI noch immer in der personellen Aufbauphase befand und eine erneute Weiterentwicklung aus Sicht der Kassen zu diesem Zeitpunkt tendenziell eher als früh oder gar verfrüht erschien. In den Gesprächen mit den Kassen zeigte sich schnell, dass zu diesem Zeitpunkt lediglich ein kleiner, in die Zukunft gerichteter Versuchsballon machbar war und somit für die Umsetzung der Studienziele zumindest zwei, wenn nicht drei teilnehmende Pflegekassen benötigt würden.

Mit der AOK Baden-Württemberg, der AOK Bayern sowie der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau konnten insgesamt drei Kassen für die Teilnahme an der Studie gewonnen werden. Die Entscheidung zu Teilnahme und Umsetzung von PLiP erforderte in allen drei Kassen vielfältige Abstimmungsprozesse, an denen zahlreiche Personen beteiligt waren (fachliche Leitung der Pflegeberaterinnen und deren Vorgesetzte, Datenschutz, Betriebsrat, Personal- und Unternehmensentwicklung, Weitermeldung, lokale Vorgesetzte). Das Studienteam selbst hat das Projekt in zahlreichen Treffen in verschiedenen Formaten sowohl den fachlichen Leitungen und deren Vorgesetzten als auch in Veranstaltungen direkt mit Pflegeberaterinnen vorgestellt. Trotz eines vorliegenden positiven Ethikvotums zur Durchführung der Studie war die Klärung des datenschutzrechtlichen Vorgehens und des Umfangs der benötigten Einverständniserklärungen teilweise sehr aufwendig und langwierig. Insgesamt nahmen die Vorbereitungsphasen von der ersten Ansprache bis zum Schulungsbeginn zwischen einem Jahr und knapp 1,5 Jahren deutlich mehr Zeit in Anspruch als ursprünglich erwartet. Da die prinzipielle Bereitschaft einer Kasse zur Teilnahme bereits zu Projektbeginn vorlag, konnte mit der ersten Schulung dennoch im geplanten Zeitplan begonnen werden. Durch die Teilnahme von drei Kassen mussten drei statt der ursprünglich geplanten zwei Schulungszyklen (jeweils für die Interventions- und Wartekontrollgruppe) durchgeführt werden. Die langen Vorlaufzeiten hatten jedoch einen verzögerten Beginn des zweiten und dritten Schulungszyklus und damit eine Verlängerung der Gesamtprojektdauer um sechs Monate zur Folge.

## 4.2 Teilnehmende Pflegeberaterinnen und Pflegeberater

Von den drei teilnehmenden Pflegekassen wurden 38 Standorte mit insgesamt 58 Pflegeberaterinnen angemeldet. Die Standorte wurden jeweils nach Anmeldung durch die Universität Ulm der Interventions- bzw. Kontrollgruppe zugelost.

In der Interventionsgruppe wurden vier Pflegeberaterinnen kurz vor Schulungsbeginn abgemeldet und drei weitere Pflegeberaterinnen sagten ihre Schulungsteilnahme aufgrund von Termenschwierigkeiten ab. Dies führte bereits bei Projektstart zu einem zahlenmäßigen Ungleichgewicht zwischen beiden Gruppen (Abb. 9). Auch im Hinblick auf den beruflichen Hintergrund der Pflegeberaterinnen kam es hierdurch bei T0 zu einer im Trend ungleichen Verteilung zwischen den Gruppen (siehe Tab. 8, S. 43).

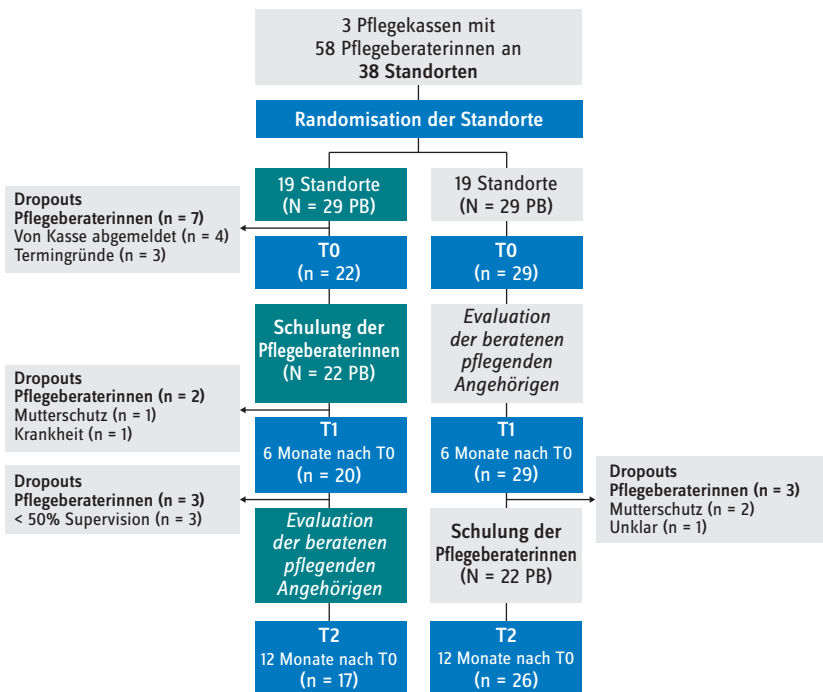


Abb. 9: Flussdiagramm Pflegeberaterinnen

Die sechs Schulungen der Pflegeberaterinnen (zweitägige initiale Schulung, eintägiges Nachtreffen), also jeweils zwei Schulungen pro Kasse, erfolgten bis auf zwei Termine

in den Weiterbildungsräumen der teilnehmenden Kassen. An den Schulungen nahmen durchgängig die Studienleitung und mindestens einer der beiden Coaches teil. Drei Pflegeberaterinnen der Interventionsgruppe wurden aufgrund der vorab im Studienprotokoll definierten minimalen Teilnahmekriterien von der Schulung ausgeschlossen. So wurden die ursprünglich für die beiden Gruppen jeweils geplanten 20 Pflegeberaterinnen in der Interventionsgruppe unter- (n = 22) und in der Kontrollgruppe überschritten (n = 29).

Ergänzend gab es jeweils vor der Evaluationsphase weitere Schulungen zum Screening und zur Dokumentation, die in unterschiedlichen Settings entweder im Anschluss an die Schulung der Interventionsgruppe oder im Rahmen von regionalen Treffen (Kontrollgruppe) vom Evaluationsteam durchgeführt wurden.

### 4.3 Teilnehmende pflegende Angehörige

Die Pflegeberaterinnen sollten in der Evaluationsphase ursprünglich insgesamt jeweils sechs pflegende Angehörige konsekutiv nach den unter 2.3.2 genannten Kriterien rekrutieren (Hauptpflegeperson, primärer Ansprechpartner der Pflegeberaterin, Pflegebedürftige ist bei der teilnehmenden Kasse versichert, keine Beratung im Rahmen eines Versorgungsplans in den vorausgegangenen drei Monaten, ausführliche Beratung mit mindestens einem persönlichen Kontakt plus telefonischem Folgekontakt geplant). Es war vorgesehen, dass bei allen neuen Beratungsfällen, bei denen diese Kriterien zutrafen, das Belastungsscreening durchgeführt wird. Bei positivem Screening sollte kurz über die Studie aufgeklärt und bei Interesse eine schriftliche Einverständniserklärung zur Adressweiterleitung an das Studententeam eingeholt werden.

Der Zugang zur Pflegeberatung erfolgte über verschiedene Wege (Tab. 4) und unterschied sich zwischen den Kassen nicht in signifikanter Weise. Neben der direkten Anfrage der pflegenden Angehörigen waren die Weitervermittlung innerhalb der Pflegekasse sowie die aktive Ansprache der Versicherten bei Höherstufung die häufigsten Zugangswege. Folgende weitere Zugangswege wurden von den Pflegeberaterinnen genannt:

- Aktive Ansprache bei Erstantrag
- Aktive Ansprache der Versicherten bei Schlaganfall
- Weiterleitung durch andere Abteilungen der Pflegekasse
- Ablehnungstelefonie
- Vorträge und Veranstaltungen
- Datenselektion Versa
- MDK (Hinweis, Empfehlung, Sicherstellung der Pflege)
- Pflegestützpunkt
- Überleitungsgutachten des Sozialen Dienstes im Krankenhaus
- Ärzte und Ärztinnen
- Betreuungsstelle
- Pflegedienst
- Nach Beratungseinsatz (§ 37 Abs. 3 SGB XI) des Pflegedienstes
- Netzwerkpartner
- Kliniksozialdienst

Auf wessen Initiative kamen die Erstberatungen in den vorangegangenen sechs Monaten zustande? Auskünfte der Pflegeberaterinnen	Intervention (N = 15)	Kontrolle (N = 25)	Gesamt (N = 40)
Direkte Anfrage der pflegenden Angehörigen bei der Pflegeberaterin	41,7%	44,2%	43,2%
Leistungsabteilung der Pflegekasse	43,7%	37,1%	39,6%
Aktive Ansprache des Versicherten bei Höherstufung	5,3%	6,6%	6,1%
Sonstige	9,3%	12,1%	11,1%

Tab. 4: Pflegeberatung - Kontaktaufnahme und Vermittlung

Aus der Interventionsgruppe gaben 62,8% und in der Kontrollgruppe 60,0% der Pflegeberaterinnen an, im Evaluationszeitraum bis zum Abschluss der Rekrutierung bei allen Hauptpflegepersonen, die den Kriterien entsprachen, das Belastungsscreening nicht angesprochen zu haben. Gründe hierfür waren:

- Hauptpflegeperson war bei der Kontaktaufnahme nicht anwesend
- Ablehnung des Pflegebedürftigen
- Arbeitsbelastung
- Anweisung des Vorgesetzten
- Beratungsgrund einfach und klar umgrenzt (z. B. wegen Verhinderungspflege)
- Keine unmittelbar in die Pflege involvierten Personen vorhanden
- Studienteilnahme würde eine Überforderung darstellen
- War bei Krisenberatung nicht angebracht

Von den 430 wegen des Screenings angesprochenen pflegenden Angehörigen konnte das Belastungsscreening bei weiteren 16% nicht durchgeführt werden. Gründe hierfür waren, neben der Ablehnung des Screenings, Schwerhörigkeit, Sprachbarrieren oder aber Beratungssituationen, in denen das für die Studie erforderliche formale Prozedere als unangemessen erschien. Bei knapp 30% der pflegenden Angehörigen war das Belastungsscreening negativ (Anhang 6: Tab. 45). Von den positiv gescreenten Personen haben 28% die Weiterleitung ihrer Adresse an das Studienteam abgelehnt (z. B. aufgrund Überforderung, mangelndem Interesse). Bei einigen wenigen war die Weiterleitung auch nicht mehr möglich bzw. sinnvoll (z. B. wegen des Todes des Pflegebedürftigen oder der unmittelbar bevorstehenden Aufgabe der Pflege). Die Screeningergebnisse der Studienteilnehmer sind ebenfalls im Anhang 6 (Tab. 46) dargestellt. Insgesamt wurden 185 Adressen mit dem Einverständnis der Pflegenden an das Studienteam weitergeleitet (Abb. 10).

Vom Studienteam wurden diese 185 pflegenden Angehörigen kontaktiert und nochmals detailliert über die Studie informiert. Nach der schriftlichen Zustimmung zu Studien-

teilnahme und Datenweiterverarbeitung wurde das T0-Assessment durchgeführt, wobei dieses spätestens innerhalb von drei Wochen nach dem Screening abgeschlossen sein musste.

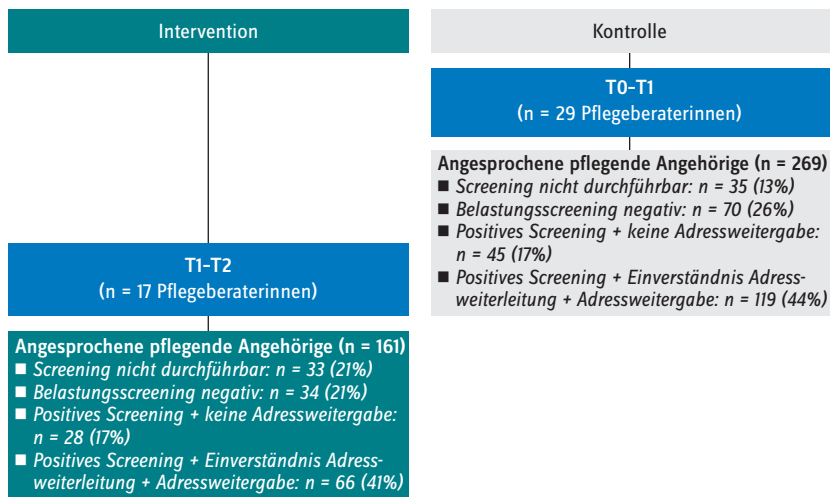


Abb. 10: Ansprache und Belastungsscreening durch die Pflegeberaterinnen

Die Pflegeberaterinnen leiteten im Durchschnitt 3,9 (Intervention) bzw. 4,1 (Kontrolle) Adressen von pflegenden Angehörigen mit positivem Screening weiter. Die mittlere Anzahl der pro Pflegeberaterin rekrutierten und in der Studie berücksichtigten pflegenden Angehörigen betrug durchschnittlich 3,2 (SD = 2,30) Personen in der Interventions- und 3,1 (SD = 2,53) in der Kontrollgruppe und fiel damit deutlich geringer aus als ursprünglich geplant. Von zwei Pflegeberaterinnen in der Interventions- und drei Pflegeberaterinnen in der Kontrollgruppe konnten gar keine beratenen pflegenden Angehörigen in der Studienpopulation berücksichtigt werden. Die Dropoutraten zwischen T0 und T2 lagen mit 28,0% (Intervention) und 32,1% (Kontrolle) rund 50% über dem prognostizierten Prozentsatz von 20% (Abb. 11).

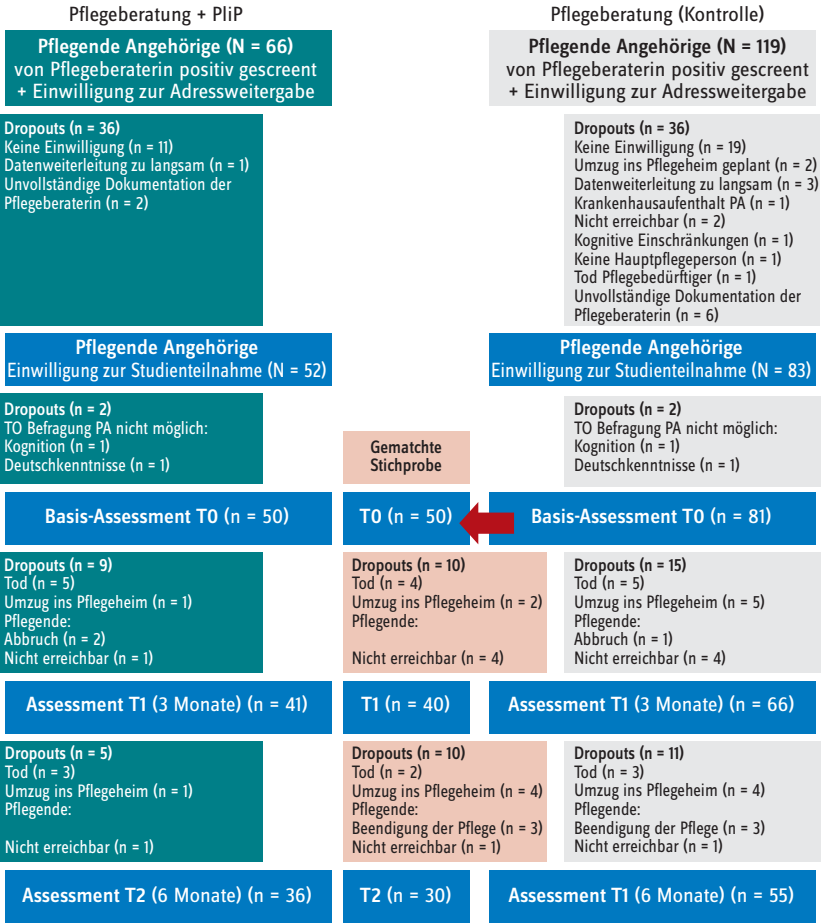


Abb. 11: Flussdiagramm (inkl. gematchte Kontrollgruppe)

Ein weiterer, für die Auswertung wichtiger Punkt in dieser clusterrandomisierten Studie war, dass die randomisierten Standorte keinen Individuen entsprachen, sondern Einheiten mit unterschiedlichen Spezifika (z. B. Stadt - Land, Betriebsklima, Arbeitsbelastung, angebotene Unterstützung bzgl. der Studienteilnahme, Supervision). Die dadurch verursachten Effekte im Hinblick auf die Charakteristika der jeweils rekrutierten Studienteilnehmer waren unklar. Hinzu kam ein möglicher weiterer Selektionseffekt durch die Tatsache, dass die Pflegeberaterinnen nicht durchgängig alle neuen Patienten gescreent und zum Teil eine vermutlich subjektive Vorauswahl getroffen hatten. Des



Weiteren waren die rekrutierenden Pflegeberaterinnen nicht verblindet. All diese Faktoren ließen Unterschiede im Hinblick auf die Rekrutierung erwarten.

Im vorliegenden vollständigen Datensatz (N = 131; siehe hierzu auch Kap. 4) war dann nicht nur die Verteilung auf die Gruppen unterschiedlich, sondern auch einzelne Basiswerte bei T0. Besonders gravierend waren die signifikant höheren Depressionswerte (Hauptendpunkt) in der Interventionsgruppe, aber auch der signifikant höhere Anteil an pflegenden Männern in der Kontrollgruppe.

Um für die Auswertung wieder weitgehend ähnliche Basischarakteristiken zu erzielen, wurde deshalb ein Matching mittels Propensity-Werten vorgenommen. Hierfür wurde jedem Studienteilnehmer der Interventionsgruppe (N = 50) ein möglichst ähnlicher Studienteilnehmer der größeren Kontrollgruppe (N = 81) mittels „Propensity Score Matching“ zugeordnet. Das Matching erfolgte anhand der Variablen:

1. Krankenkasse
2. T0: ADS Depression CG
3. T0: Geschlecht pflegender Angehörige
4. T0: Alter pflegender Angehörige
5. T0: Barthel Index CR
6. TICS: Arbeitsüberlastung Pflegeberaterinnen

Durch das Matching konnten die durchschnittlichen Depressionswerte bei T0 und durch den Ausschluss der überzähligen Männer aus der Kontrollgruppe auch der Männeranteil in beiden Gruppen angeglichen werden. Die in der Auswertung berücksichtigten je 50 pflegenden Angehörigen der Interventionsgruppe und Kontrollgruppe sind in Abbildung 11 dargestellt. Mit der reduzierten Gesamtfallzahl von N = 100 wurde die gewünschte kalkulierte Anzahl von 104 Personen für klassisch randomisierte Studien fast erreicht (siehe Kap. 3.5). Da es sich bei den 100 Personen nicht um „Completer“ handelte und ein nicht unerheblicher Anteil der pflegenden Angehörigen vor T2 ausgeschieden war, bedeutete dies insbesondere für die Gruppenvergleiche der T2-Daten einen Verlust der ursprünglich gewünschten Teststärke („Power“).

Tabelle 5 fasst die Zielerreichung zusammen.

Nr.	Arbeitspakete	Zielerreichung
1	Planung Schulung	Wie geplant
2	Schulungsmaterialien I	Wie geplant
3	Pilotierung Intervention	Wie geplant
4	Materialien PA	Wie geplant
5	Planung Evaluation	Wie geplant

Nr.	Arbeitspakete	Zielerreichung
6	Ethikantrag, Registrierung	Wie geplant
7	Rekrutierung PB	Es wurden 58 statt der geplanten 40 Pflegeberaterinnen randomisiert.
8, 11, 16, 19	PB: Schulung & Coaching	Aufgrund der Teilnahme von drei Pflegekassen wurden anstelle von 2 mal 2 Schulungszyklen (zweitägige Schulung plus Nachtreffen für die Interventions- und Wartekontrollgruppe) 3 mal 2 Schulungszyklen durchgeführt. Die langen Vorlaufphasen (12-18 Monate) innerhalb und mit den Kassen führten bei zwei Kassen zu einem verspäteten Beginn der Schulungen (3-4 Monate Verzögerung). Dies machte die vom GKV-Spitzenverband bewilligte kostenneutrale Verlängerung der Gesamtstudienzeit um 6 Monate notwendig.
9, 12, 14, 17	PA: Evaluation (Baseline - 3-6 Monate)	Das ursprünglich geplante Belastungsscreening wurde unter Einbeziehung von Pflegeberaterinnen angepasst. Die Rekrutierungszahl der einzelnen Pflegeberaterinnen war ca. ein Drittel geringer als geplant. Des Weiteren sind in der Interventionsgruppe aus unterschiedlichen Gründen 40% der Pflegeberaterinnen (Rückzug der Anmeldung durch die Kasse, Termenschwierigkeiten, Krankheit, Elternzeit, unzureichende Schulumteilnahme) vor der Evaluationsphase ausgeschieden. In der Kontrollgruppe haben alle 29 Pflegeberaterinnen an der Evaluationsphase teilgenommen. Insgesamt konnten deshalb lediglich 135 (davon 52 in der Interventionsgruppe) anstelle der geplanten 216 Personen eingeschlossen werden (Abb. 11). Durch die Verschiebung der Schulungsintervalle und längere Rekrutierungsperioden der Interventionsgruppe wurde die Evaluation erst 7 Monate später abgeschlossen als ursprünglich geplant.
10, 13, 15, 18	PA: 40 strukturierte Interviews	Von den 40 zufällig ausgewählten Studienteilnehmerinnen wurden mit 32 strukturierte Interviews geführt (8 Personen haben die Interviews abgelehnt bzw. die Interviews waren unpassend, z. B. nach dem Tod des Gepflegten).
20	Auswertung	Für die Auswertung wurde ein „Propensity Score Matching“ durchgeführt. Hierdurch konnten die in clusterrandomisierten Studien üblichen ungleichen Verteilungen der Endpunkte in beiden Gruppen ausgeglichen und dadurch die üblichen Verfahren, die bei klassisch randomisierten Studien Anwendung finden, verwendet werden. Die berücksichtigten 100 gematchten Pflegeberaterinnen in der Studie entsprechen weitgehend den für klassisch randomisierte Studien benötigten 104 Personen (Cohen's $d = .40$ ; Power $\beta = .80$ , zweiseitiges Testen $\alpha = .05$ , $\rho = .70$ Korrelation zwischen Baseline und Follow-up-Assessment).
21	Sachstandsberichte	Wie geplant
22	Ergebnisbericht	6 Monate nach Projektende

Tab. 5: Zusammenfassung Zielerreichung

# 5. Ergebnisse

## 5.1 Pflegeberaterinnen und Pflegeberater: allgemeine Angaben

### 5.1.1 Beschreibung der teilnehmenden Pflegeberaterinnen und Pflegeberater

Bei 58% der Pflegeberaterinnen erfolgte die Projektteilnahme aufgrund ihrer eigenen Entscheidung. 28% wurden für die Teilnahme am Projekt ohne Angabe von Gründen von ihren Vorgesetzten ausgewählt. Die Teilnahme der restlichen Pflegeberaterinnen (14%) erfolgte ebenfalls auf Initiative ihrer Vorgesetzten unter Angabe folgender Gründe: Ersatz für eine Kollegin (n = 3), Verbesserung/Erweiterung der Beratungskompetenz (n = 2), zur Intensivierung der Pflegeberatung (n = 1) oder Berufsorientierung (n = 1).

Die teilnehmenden Pflegeberaterinnen der Interventions- und Kontrollgruppe waren im Trend in der Interventionsgruppe häufiger weiblich und im Durchschnitt zu einem höheren Stellenanteil in der Pflegeberatung beschäftigt (Tab. 6).

Pflegeberaterinnen	Intervention (N = 22)	Kontrolle (N = 29)	p
Weiblich	21 (95,5%)	22 (75,9%)	p < .10
Alter (Jahre) M (SD)	40,8 (9,49)	44,9 (9,60)	n.s.
Beratend nach § 7a SGB XI tätig (Monate) M (SD)	38,2 (22,41)	42,6 (22,29)	n.s.
Stellenanteil in der Pflegeberatung	86,4%	65,2%	p < .01
Erstberatungen mit einem persönlichen Kontakt im letzten Monat (adjustiert auf 100%-Stelle) M (SD)	20,4 (18,00)	14,2 (8,30)	n.s.
Ratsuchende, die derzeit parallel beraten werden (mind. ein zurückliegender persönlicher Kontakt und ein geplanter Kontakt in den nächsten drei Monaten - adjustiert auf eine 100%-Stelle) M (SD)	21,7 (13,65)	26,8 (16,91)	n.s.

Tab. 6: Pflegeberaterinnen

Wie aufgrund der blockweisen Randomisation der Kassen zu erwarten war, waren die drei teilnehmenden Kassen in den beiden Gruppen zu gleichen Anteilen vertreten ( $\chi^2 = 0,313$ ; df = 2; p = .855) (vgl. Tab. 7).

Arbeitgeber der Pflegeberaterinnen	Intervention (N = 22)	Kontrolle (N = 29)
AOK Baden-Württemberg	8 (36,4%)	9 (31,0%)
AOK Bayern	10 (45,5%)	13 (44,8%)
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau	4 (18,2%)	7 (24,1%)

Tab. 7: Pflegeberaterinnen - Pflegekassen

In Bezug auf den beruflichen Hintergrund der teilnehmenden Pflegeberaterinnen unterschieden sich die beiden Gruppen im Trend ( $\chi^2 = 7,197$ ;  $df = 3$ ;  $p = .066$ ) (Tab. 8). Sozialarbeiterinnen und Sozialversicherungsangestellte waren in der Kontrollgruppe und Beraterinnen mit pflegerischem beruflichem Hintergrund in der Interventionsgruppe überrepräsentiert.

Beruflicher Hintergrund	Intervention (N = 22)	Kontrolle (N = 29)
Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin	8 (36,4%)	12 (41,4%)
Pflegewirtin	1 (4,5%)	-
Gesundheits-/Kranken-/Altenpflegerin	11 (50,0%)	7 (24,1%)
Sozialversicherungsangestellte	2 (9,1%)	10 (34,5%)

Tab. 8: Pflegeberaterinnen - beruflicher Hintergrund

Die teilnehmenden Pflegeberaterinnen aus den verschiedenen Berufsgruppen hatten im Rahmen ihrer Qualifizierung zur Pflegeberaterin an einer Fortbildung gemäß den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes (§ 7a Abs. 3 Satz 3 SGB XI) teilgenommen. Darüber hinaus wurden vielfältige individuelle Fortbildungen von den teilnehmenden Pflegeberaterinnen angegeben (z. B. Kommunikationstraining, Transaktionsanalyse, Psychoonkologie, Wohnraumberatung, Palliativversorgung, Alltagsbegleitung bei Demenz, Konfliktklärung aus systemischer Sicht, Beratungskompetenz in der Pflege, Gesprächsführung nach traumatischen Ereignissen).

Lediglich 14% der teilnehmenden Pflegeberaterinnen hatten bereits an einem früheren Forschungsprojekt teilgenommen.

### 5.1.2 Lokale Vernetzung der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater

In Tabelle 9 (S. 45) ist zusammengefasst, welche Dienstleister von den Pflegeberaterinnen mindestens einmal im vorangegangenen Monat im Rahmen der

---

## Ergebnisse

Pflegeberatung selbst kontaktiert oder empfohlen worden waren. Unter „sonstige Dienstleister“ gab es folgende weitere Nennungen: Sozialpsychologischer Dienst, Versorgungsamt, Pflegestützpunkt, Kureinrichtung für Pflegendende, Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstelle, Medizinischer Dienst, Palliativstation, Notariat, Deutscher Hospiz- und Palliativverband und Anbieter von Brandmeldern.

Insgesamt schätzten die Pflegeberaterinnen (N = 50) ihre Kenntnisse über lokale Angebote für ihre pflegebedürftigen Versicherten und deren Angehörige als sehr gut (20%), gut (60%), mittelmäßig (18%) oder aber gering (2%) ein. Hierbei muss jedoch bedacht werden, dass die Zuständigkeitsbereiche der einzelnen Pflegeberaterinnen sehr unterschiedlich groß waren. 58,8% der Pflegeberaterinnen gaben an, in einem kommunalen Netzwerk (z. B. für pflegende Angehörige, palliative Pflege, Demenz) mitzuarbeiten.

### 5.1.3 Schwierige Beratungssituationen und Coaching

Sowohl die Schulungen als auch das Coaching zeigten, dass Pflegeberaterinnen in ihrem Beratungsalltag mit einer Vielzahl an Situationen konfrontiert sind, die ein hohes Maß an Beratungskompetenz erfordern. Nachfolgend eine Auswahl der von den Pflegeberaterinnen genannten Punkte:

Schwierige Beurteilung der Situation oder Handlungsdruck

- Verwahrlosung und Vernachlässigung
- Akute Gefährdung des Pflegebedürftigen, Gewalt
- Eskalierende und hochemotionale Situationen, aggressives, auffälliges Verhalten des Pflegenden
- Alkoholismus
- „Messie-Haushalte“
- Pflegebedürftige ohne Ansprechpartner oder Angehörige
- Suizidandrohung des Klienten

Umgang mit schwierigen Klienten

- Familien- oder Ehekonflikte, mehrere Personen mit unterschiedlichen Interessen
- Beratung kognitiv eingeschränkter Personen
- Vereinnahmung durch die Ratsuchenden („Pflegeberaterin als letzte Rettung“)
- Endlos jammernde und klagende Klienten
- Distanzlose oder grenzüberschreitende Ratsuchende
- Klienten, die unrealistische Erwartungen oder Forderungen haben
- Unterschiedliche Ziele von Klientin und Pflegeberaterin

Umgang mit Klientinnen aus anderen Kulturkreisen

Folgende Dienstleister wurden von der Pflegeberaterin im letzten Monat mindestens 1x kontaktiert (persönlich, telefonisch, schriftlich) bzw. mind. 1x nur empfohlen (ohne Kontakt)	Intervention (N = 21)	Kontrolle (N = 29)	Gesamt (N = 50)
	kontaktiert (empfohlen)	kontaktiert (empfohlen)	kontaktiert (empfohlen)
Ambulanter Pflegedienst	85,7% (95,2%)	75,9% (89,7%)	80,0% (92,0%)
Hausarzt/Hausärztin	66,7% (57,1%)	55,2% (48,3%)	60,0% (52,0%)
Kurzzeitpflege	42,9% (81,0%)	51,7% (55,2%)	52,0% (66,0%)
Sozialamt	52,4% (52,4%)	48,3% (41,4%)	50,0% (46,0%)
Krankenhaus	47,6% (38,1%)	48,3% (20,7%)	48,0% (28,0%)
Tagespflege	38,1% (81,0%)	65,5% (69,0%)	46,0% (74,0%)
Hilfsmittelanbieter	42,9% (66,7%)	41,4% (75,9%)	42,0% (72,0%)
Hauswirtschaftliche Hilfen	47,6% (71,4%)	34,5% (51,7%)	40,0% (60,0%)
Wohnraumberatung	47,6% (42,9%)	34,5% (31,0%)	40,0% (36,0%)
Besuchs-/Betreuungsdienste	47,6% (52,4%)	31,0% (51,7%)	38,0% (52,0%)
Hausnotruf Anbieter	42,9% (61,9%)	31,0% (51,7%)	36,0% (56,0%)
Vollstationäre Pflege	47,6% (33,3%)	24,1% (27,6%)	34,0% (30,0%)
Facharzt/Fachärztin	23,8% (61,9%)	20,7% (41,4%)	22,0% (50,0%)
Betreuungsgruppen	33,3% (28,6%)	13,8% (27,6%)	22,0% (28,0%)
Kommunale Beratung	23,8% (28,6%)	20,7% (13,8%)	22,0% (20,0%)
Essen auf Rädern	23,8% (57,1%)	10,3% (41,4%)	16,0% (48,0%)
Gesprächs-/Selbsthilfegruppen	14,3% (52,4%)	17,2% (41,4%)	16,0% (46,0%)
Spezialberatung (z. B. Alzheimer)	14,3% (33,3%)	17,2% (41,4%)	16,0% (38,0%)
Hospiz	14,3% (9,5%)	17,2% (10,3%)	16,0% (10,0%)
Ambulantes Hospiz	19,0% (19,0%)	10,3% (24,1%)	14,0% (22,0%)
Rehabilitation (stationär)	9,5% (28,6%)	10,3% (27,6%)	10,0% (28,0%)
Begegnungsstätten	14,3% (33,3%)	3,4% (3,4%)	8,0% (16,0%)
Rehabilitation (ambulant)	4,8% (23,8%)	0% (6,9%)	2,0% (14,0%)
Sonstige	19,0% (15,0%)	13,8% (6,9%)	16,0% (10,2%)

Tab. 9: Durch Pflegeberaterin kontaktierte Dienstleister

### Eigene Grenzen, Stressoren und Ängste

- Es ist keine Lösung für ein Problem sichtbar, es gibt keine passenden Angebote des Versorgungssystems, Grenzen des Versorgungssystems werden erreicht
- Zu wenig Personal für die Beratungen, ständiger Zeitdruck
- Das Gefühl, der „Mülleimer“ für die Klienten zu sein

---

## Ergebnisse

- Ekel, eigene Hilflosigkeit
- Der Umgang mit Tod und Sterbenden
- Einsame Beratungsorte (kein Handyempfang)

Eine regelmäßige Teilnahme an internen Fallbesprechungen gaben 34,7% der Pflegeberaterinnen an. Eine regelmäßige externe Supervision erhielten 10,4% der Beraterinnen. Da in beiden Gruppen die Häufigkeit der internen Fallbesprechungen und externen Supervision weitgehend gleich verteilt war, sind diese in Tabelle 10 zusammenfassend dargestellt.

Fallbesprechungen und externe Supervision	nie	bei Bedarf	monatlich	alle 2 Wochen	wöchentlich
1. Häufigkeit der durchschnittlichen Teilnahme an internen Fallbesprechungen im letzten halben Jahr (N = 49)	14,3%	51,0%	20,4%	4,1%	10,2%
2. Häufigkeit der durchschnittlichen Teilnahme an externer Supervision im letzten halben Jahr (N = 48)	58,3%	31,3%	8,3%	2,1%	-

Tab. 10: Pflegeberaterinnen - Fallbesprechungen und Supervision

### 5.1.4 Arbeitsüberlastung, Burnout und Selbstfürsorge

Die über beide Gruppen (N = 50) angegebene Arbeitsüberlastung (TICS; M = 17,34) der Pflegeberaterinnen kann im Vergleich zur deutschen Normstichprobe an 31- bis 59-Jährigen als durchschnittlich interpretiert werden. In dieser Normstichprobe gaben 57% eine geringere und 43% eine höhere Arbeitsüberlastung an. Eine Interpretation des „Maslach Burnout Inventory“ (MBI) ist dahin gehend schwierig, da in der Literatur eine Vielzahl an Schwellenwerten berichtet wird. Eine grobe Orientierung bieten jedoch die Schwellenwerte von Maslach et al. (2001) für eine hohe Merkmalsausprägung in den Dimensionen „Emotionale Erschöpfung“ (Skalenmittelwert  $\geq 3$ ) und „Depersonalisation“ (Skalenmittelwert  $\geq 2$ ) (Doulougeri et al. 2016). Werden diese zugrunde gelegt, gaben 13,7% (n = 7) der Pflegeberaterinnen hohe Werte in der Subskala „Emotionale Erschöpfung“ und 5,9% (n = 3) hohe Werte in der Subskala „Depersonalisation“ an. In der Interventionsgruppe hatten die Pflegeberaterinnen im Trend höhere Werte in der Skala „Emotionale Erschöpfung“ (Tab. 11).

Pflegeberaterinnen T0	Intervention (N = 22) M (SD)	Kontrolle (N = 29) M (SD)	p
Arbeitsüberlastung (TICS)	18,82 (5,87)	16,18 (5,25) <sup>l</sup>	0.10
Emotionale Erschöpfung (MBI)	1,95 (1,02)	1,52 (0,67)	0.09+
Depersonalisation (MBI)	0,75 (0,70)	0,61 (0,64)	0.48
Persönliche Erfüllung (MBI)	5,12 (0,46)	5,08 (0,59)	0.80

N = 28; +Trend (p < 0.10)

Tab. 11: Burnout und Arbeitsüberlastung

Jeweils über 30% der Pflegeberaterinnen gaben an (Tab. 12), dass sie kaum

- darauf achten, regelmäßige Pausen zu machen (31%),
- Grenzen zu setzen, wenn etwas zu viel wird (42%),
- sich auch selbst zu loben (31%),
- sich am Ende des Tages auf die Dinge konzentrieren, die gut gelungen sind (33%).

Jede Vierte fand, dass sie nicht für ausreichend Bewegung in ihrem Alltag sorgt. Jede Fünfte schätzte sich so ein, dass sie sich nicht regelmäßig Zeit nimmt, um sich zu entspannen. Eine Darstellung der Einschätzungen der Bedeutsamkeit aller einzelnen Bereiche durch die Pflegeberaterinnen findet sich im Anhang 6 (Tab. 47).

	Intervention N = 17 trifft kaum/ teils-teils/ sehr zu (%)	Kontrolle N = 25 trifft kaum/ teils-teils/ sehr zu (%)	Gesamt N = 42 trifft kaum/ teils-teils/ sehr zu (%)
<b>Entspannen und abschalten</b>			
1. Ich nehme mir regelmäßig die Zeit, um mich bewusst zu entspannen.	29/35/35	16/64/20	21/52/26
2. Ich gehe gerne in die Natur, um mich zu entspannen.	18/41/41	8/44/48	12/43/45
3. Auch in Stressphasen Sorge ich dafür, körperlich und geistig abzuschalten.	29/59/12	12/52/36	19/55/26
4. Ich nehme mir in meinem Alltag hin und wieder kleine Auszeiten, um einfach einmal nichts zu tun.	18/71/12	20/44/36	19/55/26
<b>Genießen und sich verwöhnen</b>			
5. Ich gönne mir regelmäßig etwas Gutes und verwöhne mich selbst (neue/s Buch/CD, heißes Bad, Sauna etc.).	6/59/35	8/56/36	7/57/36



Ergebnisse

	Intervention N = 17 trifft kaum/ teils-teils/ sehr zu (%)	Kontrolle N = 25 trifft kaum/ teils-teils/ sehr zu (%)	Gesamt N = 42 trifft kaum/ teils-teils/ sehr zu (%)
6. Ich pflege kleine Wohlfühlrituale, die mir guttun (bestimmte Marmelade zum Frühstück, der Lieblingspulli am Abend).	6/65/29	20/28/52+	14/43/43
7. Ich habe ein gutes Gefühl dabei, wenn ich etwas nur für mich tue.	12/29/59	8/44/48	10/38/52
8. Ich erfreue mich an den kleinen Dingen des Alltags (Sonnenschein, ein Lächeln, das Lieblingslied im Radio ...).	0/12/88	4/16/80	2/14/83
<b>In Gedanken gut zu sich sein</b>			
9. Auch wenn mal etwas schiefgelaufen ist, rede ich mir gut zu und baue mich selbst wieder auf.	6/69/25	4/58/39	5/62/33
10. Wenn ich etwas gut gemacht habe, lobe ich mich selbst dafür.	18/59/24	40/44/16	31/50/19
11. Ich konzentriere mich am Ende des Tages vor allem auf die Dinge, die mir gut gelungen sind und schön waren.	29/59/12	36/56/8	33/57/10
12. Ich bin der Ansicht, dass ich ein Recht darauf habe, dass es mir gut geht.	0/24/77	4/33/63	2/29/68
<b>Auf die eigenen Grenzen achten</b>			
13. Wenn mir etwas zu viel wird, kann ich mich auch abgrenzen.	19/75/6	19/65/15	19/69/12
14. Ich vermeide es „durchzuarbeiten“ und achte auf regelmäßige Pausen.	41/47/12	24/44/32	31/45/24
15. Bevor mir etwas zu viel wird, sage ich „Nein“ oder delegiere etwas an andere.	53/47/0	35/54/12	42/51/7
16. Für meine Aufgaben nehme ich mir so viel Zeit, wie ich brauche, und lasse mich nicht hetzen.	24/65/12	19/50/31	21/56/23
<b>Aktiver Ausgleich</b>			
17. Ich habe ein Hobby, das mir viel Freude bereitet.	6/18/77	12/28/60	10/24/67
18. Neben Arbeit und Familie finde ich noch Zeit für Hobbys und private Interessen.	0/47/53	20/36/44	12/41/48
19. Ich gestalte meine Freizeit so, dass sie wirklich erholsam ist, und vermeide „Freizeitstress“.	6/88/6	0/46/54**	2/63/35
20. Ich Sorge für ausreichend Bewegung im Alltag.	29/35/35	20/56/24	24/48/29

+Trend (p < .10), \*\*hoch signifikant (p < .01.)

Tab. 12: Checkliste Selbstfürsorge (Häufigkeit)

### 5.1.5 Zusammenhänge

Alter und Geschlecht der Pflegeberaterinnen korrelieren nicht in signifikanter Weise ( $p < 0.05$ ) mit der selbst eingeschätzten Beratungskompetenz, der Arbeitsüberlastung, den Burnoutfaktoren und der Selbstfürsorge. Es gab diesbezüglich auch keine spezifischen Unterschiede ( $p < .05$ ) zwischen den Kassen. Der berufliche Hintergrund spielte lediglich in der Checkliste Selbstfürsorge eine Rolle ( $F(2,37) = 3,548$ ;  $p = 0.039$ ). Die Pflegeberaterinnen mit einer Ausbildung zur Sozialversicherungsfachangestellten gaben ein in geringerem Maße selbstfürsorgendes Verhalten an ( $M = 0,99$ ;  $SD = 0,289$ ) als die Sozialarbeiterinnen ( $M = 1,26$ ;  $SD = 0,312$ ) und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen ( $M = 1,28$ ;  $SD = 0,283$ ). Die Sozialarbeiterinnen waren im Vergleich zu den anderen Berufsgruppen hoch signifikant jünger ( $F(2,40) = 11,357$ ;  $p < .001$ ). Sozialarbeiterinnen ( $M = 35,8$  Jahre,  $SD = 9,46$ ), Gesundheits- und Krankenpflegerinnen ( $M = 47,3$  Jahre;  $SD = 7,90$ ) sowie Sozialversicherungsfachangestellte ( $M = 48,1$  Jahre;  $SD = 4,44$ ).

Die beiden erfassten Dimensionen der Beratungskompetenz (konkrete Techniken einsetzen und Umgang mit schwierigem Klientenverhalten) weisen einen hohen Zusammenhang auf. Die Werte zur „Emotionalen Erschöpfung“ sind negativ mit der Beratungskompetenz, der persönlichen Erfüllung und Selbstfürsorge sowie positiv mit der Arbeitsüberlastung korreliert (Tab. 13). Die Antworten zur Beratungskompetenz bzgl. schwieriger Verhaltensweisen der Klienten zeigten eine mittlere positive Korrelation mit der „Persönlichen Erfüllung“ und eine signifikante leichte negative Korrelation mit der Skala „Depersonalisation“ des MBI. Eine höhere Arbeitsüberlastung war mit einer geringeren Selbstfürsorge assoziiert.

Mittels linearer Regression wurde untersucht, welche Faktoren sich auf die Rekrutierungszahlen der teilnehmenden Pflegeberaterinnen auswirkten. Als unabhängige Variablen wurden die folgenden T0-Daten berücksichtigt: Alter und Geschlecht der Pflegeberaterinnen, die adjustierte Anzahl der Erstberatungen pro Monat, beruflicher Hintergrund, Arbeitsüberlastung (TICS), emotionale Erschöpfung (MBI), Gruppe (Intervention/Kontrolle) und Projektteilnahme aus eigener Entscheidung (ja/nein). Die Ergebnisse der linearen Regression (schrittweiser Ausschluss) ergaben, dass 34,5% der Gesamtstreuung der Rekrutierungszahlen ( $R^2 = 0,38$ ,  $F(1, 36) = 6,83$ ,  $p = .013$ ) durch die Faktoren Alter ( $\beta = ,494$ ;  $p = .001$ ) und den Grad der emotionalen Erschöpfung ( $\beta = -,344$ ,  $p = .013$ ) erklärt werden können. Dies bedeutet, dass insgesamt ältere Pflegeberaterinnen sowie Pflegeberaterinnen mit einer geringeren emotionalen Erschöpfung mehr Studienteilnehmer rekrutiert hatten.

	1. CASES	2. COSE	3. TICS	4. EE MBI	5. De MBI	6. PE MBI
1. Beratungskompetenz: konkrete Techniken einsetzen (CASES)	1,00					
2. Beratungskompetenz: schwieriges Klientenverhalten (COSE)	0,68**	1,00				
3. Arbeitsüberlastung (TICS)	-0,18	-0,30+	1,0			
4. Emotionale Erschöpfung (EE MBI)	-0,33*	-0,53**	0,55**	1,0		
5. Depersonalisation (De MBI)	-0,12	-0,34*	0,13	0,21	1,0	
6. Persönliche Erfüllung (PE MBI)	0,36*	0,50**	-0,29	-0,45**	-0,48**	1,0
7. Selbstfürsorge	0,23	0,25	-0,47**	-0,35*	-0,17	0,36*

+Trend ( $p < 0,10$ ); \*signifikant ( $p < 0,05$ ); \*\*hoch signifikant ( $p < 0,01$ )

Tab. 13: Korrelationen (Spearman Rho)

## 5.2 Pflegeberaterinnen und Pflegeberater: Bewertung von Schulung und Coaching

### 5.2.1 Bewertung der ganztägigen Schulungen

Direkt im Anschluss an die ganztägigen Schulungen wurde die Zufriedenheit der Pflegeberaterinnen mit der Schulung anonym und schriftlich erhoben. Hierfür wurde durchgängig bei allen drei Gruppen das vorgegebene Standardformular einer teilnehmenden Kasse verwendet. Die Schulungen wurden zwischen „sehr gut“ und „gut“ und die Referentinnen und Referenten als „sehr gut“ bewertet (siehe Tab. 14).

80% der Pflegeberaterinnen ( $N = 46$ ) fanden, dass der Umfang von drei Schulungstagen zum Erlernen der Inhalte genau richtig war. 7% der Pflegeberaterinnen fanden drei Tage Schulung zu viel und 13% hätte sich eine längere Schulung gewünscht.

Die von den Pflegeberaterinnen ( $N = 46$ ) gewünschte zeitliche Gewichtung der verschiedenen Inhalte während der dreitägigen Schulung (44% Erlernen neuer Beratungstechniken, 34% Umgang mit schwierigen Situationen und 22% Psychohygiene) entsprach in etwa der tatsächlichen Aufteilung. Insgesamt wünschten sich die Pflegeberaterinnen etwas weniger Zeitumfang für das Erlernen neuer Beratungstechniken und dafür etwas mehr Zeit für das Thema Psychohygiene.

Rückmeldungen Pflegeberaterinnen	Intervention		Kontrollgruppe	
	2-tägige Schulung (N = 20)	1-tägiges Nachtreffen (N = 21)	2-tägige Schulung (N = 29)	1-tägiges Nachtreffen (N = 25)
Die Seminarinhalte waren aktuell und auf meine Arbeit bezogen.	1,45	1,52	1,43	1,48
Das Seminar hilft mir dabei, meine (neuen) Aufgaben zu bewältigen.	1,50	1,43	1,57	1,56
Ich hatte ausreichend Gelegenheit, (neue) Verhaltensweisen bzw. (neue) Geschäftsprozesse zu üben.	1,40	2,10	1,57	1,84
Während des Seminars gab es ausreichend Gelegenheit zum Erfahrungsaustausch.	1,45	1,57	1,71	1,20
Die Seminarunterlagen sind verständlich aufbereitet und können auch nach dem Seminar zum Nachschlagen benutzt werden.	1,58	-	1,41	-
Die Dozentin/der Dozent verfügt über hohe Fachkompetenz.	1,15	1,05	1,09	1,12
Die Dozentin/der Dozent hat die Lerninhalte verständlich vermittelt.	1,35	1,14	1,11	1,12
Die Dozentin/der Dozent war engagiert und motiviert.	1,00	1,05	1,07	1,12
Hotel und Lernbedingungen waren optimal.	1,89	1,71	1,50	1,40

Vorgabe zur Bewertung ++, +, +/-, -, - Umrechnung in Noten: ++ = 1; + = 2; +/- = 3; - = 4; - = 5

Tab. 14: Ganztägige Schulungen - Rückmeldungen der Pflegeberaterinnen

Im Hinblick auf den gewünschten methodischen Aufbau äußerten die Pflegeberaterinnen (N = 44) folgende Präferenzen:

- Theorie/Vortrag (31%)
- Üben/Rollenspiele (16%)
- Üben/Gruppenarbeit (15%)
- Diskussion (17%)
- Selbstreflexion (12%)
- Entspannung/Auflockerung (8%)
- Sonstiges (1%): allgemeiner Austausch mit Kollegen

In der Methodik lag die Hauptdiskrepanz zwischen geäußerter Präferenz und dem tatsächlichen Vorgehen an den Schulungstagen in den Kategorien Theorie/Vortrag und Üben/Rollenspiel, die im Seminar umgekehrt gewichtet waren.

### 5.2.2 Bewertung des Coachings

Während die Bewertungen der Schulungen in beiden Gruppen nahezu identisch waren, zeigten sich bzgl. des Coachings dahingehend Unterschiede, dass in der Interventionsgruppe, die wusste, dass sie evaluiert werden wird, ein deutlich stärkerer Fokus auf der Anwendung von PLiP lag. In der Wartekontrollgruppe, bei der keine Evaluation der Anwendung von PLiP erfolgte, nahmen schwierige Beratungssituationen und Themen der Psychohygiene im Vergleich zur Interventionsgruppe mehr Raum ein. Die Pflegeberaterinnen der Interventionsgruppe erhielten auch während der Interventionsphase in einer reduzierten Frequenz weitere Coachingtermine (ca. alle vier bis sechs Wochen). In der Kontrollgruppe endete das Coaching nach der sechsmonatigen Schulungsphase. Da die abschließende Bewertung der Schulung der Interventionsgruppe bei T2 nicht direkt mit der Kontrollgruppe vergleichbar ist, werden im Folgenden nur die Angaben der Interventionsgruppe dargestellt.

Die Pflegeberaterinnen der Interventionsgruppe (N = 20) hatten im Durchschnitt innerhalb von zwölf Monaten 9,6 Telefonkontakte (Tab. 15). Drei Pflegeberaterinnen wurden nach den vorab festgelegten Kriterien aufgrund einer zu geringen Anzahl an Coachingkontakten und Coachingzeit (weniger als sechs Kontakte und eine Gesamtzeit von weniger als 180 Minuten) von der Evaluation ausgeschlossen (Kap. 4.2, Abb. 9).

Pflegeberaterinnen Intervention (N = 20)	Monat 0-6	Monat 7-12	Gesamt
Anzahl Telefonkontakte	6,0 (2,22)	3,6 (2,19)	9,6 (4,02)
Gesamtdauer der Telefonate (Min.)	215 (102,1)	95 (63,9)	310 (151,3)

Tab. 15: Coaching - Kontakte und Dauer

Die Gewichtung der Inhalte in den Coachingkontakten wurde von den Pflegeberaterinnen wie auch von den Coaches erfragt. Während die Coaches nach jedem Kontakt die Verteilung protokollierten, gaben die Pflegeberaterinnen eine Einschätzung nach sechs Monaten ab. In Tabelle 16 sind die Gewichtungen für die Schulungsperiode (Monat 0-6) sowie für das anschließende begleitende Coaching während der Interventionsphase dargestellt. Unter „Sonstiges“ wurden von den Coaches Themen wie Probleme am Arbeitsplatz, aber auch PLiP-spezifische Themen wie Fragen zur Studie oder Rekrutierung zusammengefasst. Insgesamt zeigt sich, dass die Pflegeberaterinnen den zeitlichen Anteil, der die Methode und die Psychohygiene betraf, lediglich leicht über- und die Rubrik „Sonstiges“ eher unterschätzten.

Pflegeberaterinnen Intervention (N = 20)	Anwendung Kartenset + Problemlösen	Schwierige Beratungssituationen	Psychohygiene (Eduktion)	Sonstiges
Zeitliche Gewichtung Monat 0-6 (Einschätzung Pflegeberaterinnen)	53%	23%	20%	4%
Zeitliche Gewichtung Monat 0-6 (Stundenprotokolle Coaches)	45%	26%	12%	17%
Zeitliche Gewichtung Monat 7-12 (Stundenprotokolle Coaches)	38%	19%	21%	22%

Tab. 16: Coaching - Thematische Gewichtung

Die Inhalte des Coachings wurden im Durchschnitt als wichtig betrachtet. Die größte Bedeutung aus Sicht der Pflegeberaterinnen hatte der Umgang mit schwierigen Beratungssituationen. Themen aus dem Bereich „Sonstiges“ waren lediglich für einen Teil der Pflegeberaterinnen von großer Bedeutung (Tab. 17).

Pflegeberaterinnen Intervention (N = 20)	Anwendung Kartenset	Anwendung Problemlösen	Schwierige Beratungssituationen	Psychohygiene	Sonstiges
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)
1. Diesen Themenbereich fand ich sehr wichtig.	3,1 (0,83)	3,2 (0,83)	3,45 (0,89)	2,9 (1,3)	2,2 (1,79)
2. Von diesem Themenbereich habe ich persönlich/fachlich profitiert.	3,0 (0,95)	3,2 (0,77)	3,3 (1,03)	3,00 (1,21)	2,00 (2,00)

0 = trifft überhaupt nicht zu, 1 = trifft eher zu, 2 = trifft teilweise zu, 3 = trifft eher zu, 4 = trifft vollständig zu

Tab. 17: Coaching - Bedeutsamkeit der Inhalte

Bei 20% der Pflegeberaterinnen waren die lokalen Rahmenbedingungen für ein ungestörtes Coaching zumindest teilweise nicht gegeben. Das Coaching wurde insgesamt als kompetent erlebt. Drei von vier Pflegeberaterinnen gaben an, dass sich ihr persönliches oder berufliches Wohlbefinden durch das Coaching zumindest tendenziell verbessert hat (Tab. 18). 90% fanden, dass der sechsmonatige Zeitraum des Coachings genau richtig war. 40% der Pflegeberaterinnen hätten anstelle einer Frequenz von zwei Kontakten pro Monat einen Kontakt pro Monat für ausreichend gehalten. In den Rückmeldungen wurde auch eine individuelle Abstimmung der Häufigkeit angeregt.

## Ergebnisse

Pflegeberaterinnen Intervention (N = 20)	Trifft überhaupt nicht zu 0	Trifft eher nicht zu 1	Trifft teilweise zu 2	Trifft eher zu 3	Trifft vollständig zu 4
1. Organisatorische Rahmenbedingungen (Zeit, Sitzplatz) für ein vertrauliches und ungestörtes Coaching waren gegeben/konnten hergestellt werden.	-	5%	15%	20%	60%
2. Ich fühlte mich während des Coachings gut aufgehoben.	-	-	-	20%	80%
3. Ich konnte während des Coachings alle meine Anliegen anbringen.	-	-	-	5%	95%
4. Auf meine Anliegen wurde während des Coachings kompetent reagiert.	-	-	-	10%	90%
5. Die Inhalte der Schulung konnte ich im Rahmen des Coachings vertiefen.	-	-	10%	35%	60%
6. Das Coaching half mir, mein persönliches/berufliches Wohlbefinden zu verbessern.	-	5%	20%	20%	55%

Tab. 18: Coaching insgesamt - Rückmeldung Pflegeberaterinnen

### 5.2.3 Bewertung der Förderung von Psychohygiene

Der Umfang, in dem Themen der Psychohygiene in der Schulung und im Coaching behandelt wurden, wurde von fast allen Pflegeberaterinnen (95%) als (eher) ausreichend bewertet. 25% der Pflegeberaterinnen empfanden diesen Teil zumindest teilweise als zu persönlich. Über die Hälfte der Pflegeberaterinnen fand, dass das Coaching dabei half, persönliche Stärken und Schwächen besser wahrzunehmen und die eigene Kompetenz im Umgang mit beruflichen Belastungen und Herausforderungen in Beratungssituationen zu stärken (Tab. 19).

Pflegeberaterinnen Intervention (N = 20)	Trifft überhaupt nicht zu 0	Trifft eher nicht zu 1	Trifft teilweise zu 2	Trifft eher zu 3	Trifft vollständig zu 4
1. Die von den Ausbildungsleitern/Coaches eingebrachten Themen zur Psychohygiene waren für mich bedeutsam.	5%	-	20%	40%	35%
2. Ich konnte ausreichend eigene Themen, Fallbeispiele in der Schulung/im Coaching einbringen.	-	5%	-	35%	60%
3. Der zeitliche Anteil für Themen der Psychohygiene während der Schulung/des Coachings war für mich ausreichend.	-	-	5%	50%	45%
4. Die Themen bzw. deren Bearbeitung waren mir im Rahmen der Schulung/des Coachings zu persönlich.	55%	20%	5%	20%	-
5. Durch die Schulung/das Coaching bekam ich eine/n bessere/n Wahrnehmung und Umgang mit meinen persönlichen Stärken und Schwächen als Beraterin.	-	15%	30%	45%	10%
6. Durch die Schulung/das Coaching habe ich Strategien gelernt, wie ich mit Herausforderungen in Beratungssituationen besser umgehen kann.	-	15%	20%	50%	15%
7. Durch die Schulung/das Coaching habe ich Lösungen entwickelt oder Strategien gelernt, wie ich mit sonstigen berufsbedingten Belastungen außerhalb der Beratungssituationen besser umgehen kann.	-	20%	25%	45%	10%

Tab. 19: Coaching Psychohygiene - Rückmeldung Pflegeberaterinnen



### 5.2.4 Bewertung des Problemlöseansatzes – Kartenassessment

Das Kartenassessment wurde in der sechsmonatigen Schulungsperiode höchst unterschiedlich oft angewandt bzw. geübt (N = 19):

- 1-3 Mal: 16%
- 4-6 Mal: 47%
- 7 Mal oder mehr: 37%

80% der Pflegeberaterinnen gaben an, dass das Kartenassessment von den pflegenden Angehörigen (eher) gut akzeptiert wurde. Es ist jedoch 31,6% der Pflegeberaterinnen eher nicht und 26,3% nur teilweise gelungen, das Kartenassessment mit den pflegenden Angehörigen allein, also ohne die direkte Anwesenheit der Pflegebedürftigen, durchzuführen (Tab. 20).

Pflegeberaterinnen Intervention (N = 20)	Trifft überhaupt nicht zu 0	Trifft eher nicht zu 1	Trifft teilweise zu 2	Trifft eher zu 3	Trifft vollständig zu 4
1. Ich kann das Kartenset mittlerweile sicher und gut anwenden.	-	5%	20%	55%	20%
2. Ich kann das Kartenset mittlerweile gut in meinen Beratungsalltag integrieren.	10%	25%	20%	35%	10%
3. Ich kann die Beratungssituation so gestalten, dass ich das Kartenset allein mit dem pflegenden Angehörigen (also ohne direkte Anwesenheit des Pflegebedürftigen) durchführen kann. (N = 19)	-	31,6%	26,3%	10,5%	31,6%
4. In der Regel gelingt es mir, dass der Ratsuchende die Auswahl und Zuordnung der Karten weitgehend in der Stille durchführt.	-	15%	25%	60%	-
5. Insgesamt finde ich die Inhalte des Kartensets sinnvoll.	-	-	15%	45%	40%
6. Durch das Kartenset bekomme ich einen systematischen Überblick zur Situation des Ratsuchenden.	-	10%	20%	40%	30%

Pflegeberaterinnen Intervention (N = 20)	Trifft überhaupt nicht zu 0	Trifft eher nicht zu 1	Trifft teilweise zu 2	Trifft eher zu 3	Trifft vollständig zu 4
7. Mit dem Kartenset bekomme ich einen schnelleren systematischen Überblick für die Situation des Ratsuchenden als durch einfaches Fragen.	5%	25%	30%	35%	5%
8. Themenbereiche, die mit dem Kartenset identifiziert wurden, waren Gegenstand für Veränderungsziele in der Beratung.	-	10%	25%	50%	15%
9. Ich konnte die Karten auch dazu nutzen, um Ressourcen des Pflegenden anzusprechen bzw. zu erfragen.	5%	-	15%	55%	25%
10. Mit dem Dokumentationsblatt zum Kartenset komme ich gut zurecht. (N = 19)	5,3%	5,3%	10,5%	63,2%	15,8%
11. Die Kartenmethode wird von den Ratsuchenden gut akzeptiert.	-	10%	10%	65%	15%
12. Ich empfinde das Kartenset insgesamt als ein sinnvolles und praktikables Hilfsmittel.	-	15%	20%	30%	35%

Tab. 20: Anwendung des Kartenassessments - Rückmeldung Pflegeberaterinnen

Mögliche Schwierigkeiten bei der Anwendung waren vor allem Umgebungsfaktoren wie kein freier Platz auf dem Tisch, schmutzige Tische oder schmutzige Finger des Beraters. Von mehreren Pflegeberaterinnen wurde angemerkt, dass diese Methode vor allem bei jüngeren Pflegenden (ohne Sprachprobleme und kognitive Einschränkungen) gut funktioniere. Das Kartenset wurde als eine gute Methode betrachtet, um mit den Pflegenden ins Gespräch zu kommen und ein besseres Verständnis für die Situation zu erhalten. Der Einbezug von auf den Karten benannten Themen (z. B. Konflikte, Stimmung), die bislang häufig wenig systematisch und explizit in der Beratung adressiert wurden, wurde von den Pflegeberaterinnen auf der einen Seite als eine positive Erweiterung gesehen. Auf der anderen Seite wurde aber auch kritisch bemerkt, dass die unter Umständen ausgelösten Emotionen wie Weinen oder Trauer für die Pflegeberaterinnen herausfordernd sein können und einen höheren Zeitaufwand mit sich bringen.

Die haptische Qualität der Karten, die einfachen Formulierungen, die große Schrift sowie die „Verbildlichung“ (Externalisierung) wurden positiv rückgemeldet. Ein Bedarf

an zusätzlichen Karten wurde lediglich für die Beratung von Eltern pflegebedürftiger Kinder gesehen (z. B. Hyperaktivität, Unterbringung in einer Kita, Einschulung). Die Karte zum Thema „Intimität und Sexualität“ (die nur bei pflegenden Ehe- oder Lebenspartnern eingesetzt werden sollte) wurde von 30% der Pflegeberaterinnen dagegen als unpassend empfunden und zum Teil aussortiert. Von einigen Pflegeberaterinnen wurden eine Reduktion der Karten, zweisprachige Kartensets (türkisch/deutsch, russisch/deutsch) sowie eine Vereinfachung der Dokumentation des Kartenassessments angeregt (z. B. Foto von den ausgelegten Karten, weniger zum Ausfüllen, freie Notizen ausreichend).

### 5.2.5 Bewertung des Problemlöseansatzes – strukturiertes Problemlösen

Das strukturierte Problemlösen wurde in der sechsmonatigen Schulungsperiode ebenfalls höchst unterschiedlich oft vollständig angewandt bzw. geübt (N = 17):

- 1-3 Mal: 47%
- 4-6 Mal: 24%
- 7 Mal oder mehr: 29%

Wie in Tabelle 21 zu sehen ist, wurden die Teilschritte des strukturierten Problemlösens ebenfalls in unterschiedlichem Umfang umgesetzt. So wurde beispielsweise das zentrale Arbeitsblatt (Materialien Problemlösen II/2, Anhang 3), bei dem es um die Zielformulierung und Sammlung von alternativen Lösungen geht, von 30% der Pflegeberaterinnen nie, selten oder nur manchmal verwendet.

Einige Pflegeberaterinnen gaben an, lieber auf die Arbeitsblätter zu verzichten, diese eher frei selbst zu gestalten oder z. B. aus Zeitgründen nur mündlich aufzugreifen. Andere wiederum fanden die Arbeitsblätter inhaltlich gut und sehr gut einsetzbar. Einzelne Pflegeberaterinnen wollten Gefühle und Gedanken der Pflegenden im Rahmen von Situationsanalysen (Materialien Problemlösen II/1; Anhang 3) eher nicht ansprechen.

Pflegeberaterinnen Intervention (N = 20)	nie	selten	manchmal	meistens	immer
1. Wurden die ausgewählten Problem-bereiche zunächst analysiert? (z. B.: wie sie sich im Alltag zeigen, Unterscheidung von Fakten und Annahmen etc.)	-	-	20%	55%	25%
2. Wurde hierzu das Arbeitsblatt 1 verwendet? (Situationsanalyse)	15%	25%	10%	20%	30%
3. Wurden zu den ausgewählten Problem-bereichen Veränderungsziele gesetzt?	-	10%	10%	45%	35%

Pflegeberaterinnen Intervention (N = 20)	nie	selten	manch- mal	meistens	immer
4. Haben Sie die Angehörigen aktiv unterstützt, um eigene Lösungsvorschläge einzubringen?	-	-	20%	60%	20%
5. Haben Sie mindestens zwei Lösungsvorschläge erarbeitet?	5%	-	35%	25%	35%
6. Haben Sie das Arbeitsblatt 2 verwendet? (Ziel, Lösungsideen)	10%	10%	10%	30%	40%
7. Haben Sie mit den Angehörigen die ausgewählte/n Lösung/en hinsichtlich möglicher Konsequenzen und der Umsetzbarkeit bewertet?	-	15%	15%	30%	40%
8. Wurde die Umsetzung der ausgewählten Lösung/en mit den Angehörigen genau geplant?	-	15%	-	50%	35%
9. Haben Sie sich bei den Angehörigen erkundigt, ob die Lösungsschritte umgesetzt und das Ziel/die Ziele erreicht wurden?	-	-	5%	45%	50%
10. Haben Sie das Arbeitsblatt 3 verwendet? (Implementierung und Zielerreichung) (N = 19)	26,3%	15,8%	10,5%	21,1%	26,3%

Tab. 21: Anwendung der Problemlöseschritte - Rückmeldung Pflegeberaterinnen

Positive Rückmeldungen bzgl. der Anwendung des strukturierten Problemlösens bezogen sich auf die klare Struktur der Methode („roter Faden“), die klaren Zielformulierungen, die aktive Einbeziehung der Pflegeperson sowohl im Hinblick auf die Reflexion der Situation als auch auf das Finden von Lösungen. Die Methode wurde von einem Teil der Pflegeberaterinnen als ein stärker ganzheitlicher Beratungsansatz wahrgenommen. Vermehrt bemängelt wurde jedoch der erhöhte Zeitaufwand, den die Anwendung der Methode bedeutet. Des Weiteren wurde der Ansatz für die Anwendung bei hochbetagten Pflegenden sowie bei Pflegenden, die eine schnelle Beratung wollen oder kein Lösungsinteresse zeigen, als problematisch beschrieben. Die Anwesenheit mehrerer, in die Pflege involvierter Angehörige wurde sowohl als ungünstig (z. B. bei Konflikten untereinander) oder aber auch als positiv (z. B. mehr Ideen zur Zielerreichung) erlebt. Entsprechend fällt die Gesamteinschätzung dahin gehend aus, dass der Problemlöseansatz bei einem Teil der Beratungen sinnvoll ist und bei diesen Personen gut in die Beratung integriert werden kann. 30% der Pflegeberaterinnen gaben jedoch an, dass sich das Problemlösen eher nicht in den Beratungsalltag integrieren lässt (Tab. 22). Über die Hälfte der Pflegeberaterinnen fand, dass sich der Problemlöseansatz auch auf eigene Fragestellungen anwenden lässt.

## Ergebnisse

Pflegeberaterinnen Intervention (N = 20)	Trifft überhaupt nicht zu 0	Trifft eher nicht zu 1	Trifft teilweise zu 2	Trifft eher zu 3	Trifft vollständig zu 4
1. Nach der Schulung/dem Coaching kann ich die einzelnen Problemlöseschritte mittlerweile gut anwenden.	-	10%	25%	65%	-
2. Die Problemlöseschritte lassen sich gut in meinen Beratungsalltag integrieren.	-	30%	35%	35%	-
3. Ich finde den Problemlöseansatz gut geeignet für die Beratung von pflegenden Angehörigen.	-	5%	40%	50%	5%
4. Ich kann den Problemlöseansatz auch für eigene Fragestellungen (z. B. mein Verhalten in schwierigen Beratungssituationen) anwenden.	5%	5%	30%	55%	5%

Tab. 22: Problemlösen gesamt – Rückmeldung Pflegeberaterinnen

### 5.2.6 Schulung und Methode insgesamt

Nahezu alle Pflegeberaterinnen fühlten sich durch die Schulung zumindest teilweise in ihrer Beratungskompetenz gestärkt (90%) und erlebten die erlernten Techniken in der Beratung pflegender Angehöriger als hilfreich (100%) (Tab. 23). 94% der Pflegeberaterinnen würden die Schulung inklusive Coaching anderen Pflegeberaterinnen weiterempfehlen.

Pflegeberaterinnen Intervention (N = 20)	Trifft überhaupt nicht zu 0	Trifft eher nicht zu 1	Trifft teilweise zu 2	Trifft eher zu 3	Trifft vollständig zu 4
1. Die Kombination von Schulungstagen und telefonischem Coaching war gut geeignet für die Vermittlung der Schulungsinhalte.	-	5%	15%	45%	35%
2. Ich fühle mich durch die Schulung/das Coaching in meiner Beratungskompetenz gestärkt.	-	10%	10%	35%	45%

Pflegeberaterinnen Intervention (N = 20)	Trifft überhaupt nicht zu 0	Trifft eher nicht zu 1	Trifft teilweise zu 2	Trifft eher zu 3	Trifft vollständig zu 4
3. Ich habe die erlernten Techniken im Rahmen der Schulung/des Coachings bei meiner Beratung von pflegenden Angehörigen insgesamt als hilfreich erlebt.	-	-	25%	40%	35%
4. Durch die Schulung wurde mein Repertoire im Umgang mit herausfordernden Beratungssituationen gestärkt.	-	5%	35%	25%	35%
5. Das strukturierte Vorgehen (Kartenset/Problemlösen) bietet Vorteile gegenüber einem rein intuitiven Vorgehen.	-	5%	30%	30%	35%

Tab. 23: Schulung gesamt - Fazit Pflegeberaterinnen

Unter anderem wurde der Wunsch geäußert, dass die in der Schulung vermittelten Inhalte bereits Bestandteil der Ausbildung zur Pflegeberaterin sein sollten. Einzelne Pflegeberaterinnen regten an, an dem ganztägigen Nachtreffen verstärkt Fallbesprechungen, bei denen der Problemlöseansatz angewandt wurde, durchzuführen. Eine Pflegeberaterin hätte sich zumindest einen persönlichen Coachingtermin neben den telefonischen Terminen gewünscht. Mehrfach wurde der Wunsch nach einer Fortsetzung des Coachings über die Studie hinaus zum Ausdruck gebracht. Zwei Drittel der Pflegeberaterinnen wünschten sich eine modifizierte kartenbasierte Assessmentmethode auch für die Beratung der Pflegebedürftigen.

Die Wichtigkeit einer gezielten Beratung für pflegende Angehörige, die mit dem PLiP-Beratungsmodul adressiert wurde, wurde in den Rückmeldungen der Pflegeberaterinnen unterstrichen. Der erhöhte Zeitaufwand für diese Methode müsste jedoch im Zeitbudget der Pflegeberaterinnen eine entsprechende Berücksichtigung finden. Eine Pflegeberaterin hätte es hilfreich gefunden, wenn die Möglichkeit eines vertrauensbildenden Vorgesprächs mit den pflegenden Angehörigen vor der Anwendung des Problemlöseansatzes möglich gewesen wäre.

Weitere Fortbildungen wünschten sich die Pflegeberaterinnen zu folgenden Themen:

- Gesetzliche Bestimmungen (neue Pflegegesetzgebung, persönliches Budget, SGB IX Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, gesetzliche Betreuung, Vollmacht, Patientenverfügung, Schwerbehindertenrecht)
- Beratungs- und Gesprächsführung (in besonderen Beratungssituationen, Umgang mit schweren innerfamiliären Konflikten, Moderation von Familienkonferenzen, eigene

Ergebnisse

Abgrenzung in der Beratung, systemische Beratung, Deeskalation in der Beratung, Umgang mit demenziell erkrankten Menschen in der Beratung, Förderung der Veränderungsmotivation der Ratsuchenden)

- Reflexion zum eigenen Rollenverständnis, zu den Erwartungen und Aufgaben der Pflegeberatung der Kassen

Gut ein Drittel der Pflegeberaterinnen fühlte sich durch seine lokalen Vorgesetzten bei der Studienteilnahme zumindest überwiegend unterstützt oder empfand, dass das Projekt von seinem Arbeitgeber als wichtig angesehen wurde (42%). 35% der Pflegeberaterinnen gaben an, dass der mit der Projektteilnahme verbundene zeitliche Mehraufwand zumindest teilweise honoriert wurde. Etwas über die Hälfte der Pflegeberaterinnen fand, dass PLiP unter den gegebenen Rahmenbedingungen (überwiegend) nicht durchführbar sei. Über 90% der Pflegeberaterinnen bewerteten ein strukturiertes, evidenzbasiertes Vorgehen in der Pflegeberatung positiv. Alle Pflegeberaterinnen sahen im PLiP-Beratungsansatz zumindest einen teilweisen Mehrwert für die pflegenden Angehörigen (Tab. 24).

Pflegeberaterinnen (N = 20)	Trifft überhaupt nicht zu 0	Trifft eher nicht zu 1	Trifft teilweise zu 2	Trifft eher zu 3	Trifft vollständig zu 4
1. Das PLiP-Projekt wird von meinem Arbeitgeber als wichtig angesehen.	23,5%	11,8	23,5%	17,6%	23,5%
2. Bei der Studienteilnahme wurde ich durch meinen Vorgesetzten an meiner Dienststelle unterstützt.	23,5%	11,8%	29,4%	11,8%	23,5%
3. Meine Teilnahme an PLiP sowie der damit verbundene zeitliche Mehraufwand wurden von meinem Arbeitgeber honoriert.	64,7%	-	29,4%	5,9%	-
4. Ein strukturiertes, evidenzbasiertes Vorgehen in der Pflegeberatung finde ich gut.	-	-	5,9%	47,1%	47,1%
5. Der PLiP-Beratungsansatz stellt einen Mehrwert für die pflegenden Angehörigen dar. (N = 41)	-	-	12,5%	50,0%	37,5%
6. Der PLiP-Beratungsansatz ist unter den aktuellen Rahmenbedingungen durchführbar.	5,9%	47,1%	17,6%	23,5%	5,9%

## 5.2.7 Weiterentwicklung des Kartenassessments

Wie bereits in Kapitel 5.2.4 dargestellt, wurde von den Pflegeberaterinnen eine Vereinfachung des Umfangs der Karten und der entsprechenden Dokumentation angeregt. Im Rahmen einer Masterarbeit wurde deshalb nochmals eine ausführliche Befragung zu den einzelnen Karten durchgeführt. Von den 51 angeschriebenen Pflegeberaterinnen sendeten 22 (43,1%) den Fragebogen zurück. Über 80% der teilnehmenden Pflegeberaterinnen sprachen sich für die Beibehaltung von 27 der 37 Karten aus. Acht weitere Karten wurden noch von über 70% zur Beibehaltung empfohlen. Lediglich die Karten „Wir haben unterschiedliche Vorstellungen davon, was gut für unsere Gesundheit ist (körperliche Aktivität, Ernährung ...)“ und „Unsere Bedürfnisse nach Nähe, körperlichem Kontakt oder Sexualität können wir nicht leben“ wurden von der Mehrheit der Befragten (jeweils 59,1%) als nicht sinnvoll erachtet.

Signifikante Unterschiede zwischen der Gruppe der Befragten, die wenig bzw. mehr Erfahrung (weniger als versus mindestens dreimalige dokumentierte Durchführung im Rahmen des Projekts, N = 14) in der Anwendung der Karten hatten, ergaben sich bei der Karte „Meine Gedanken kreisen immer um dieselben Themen“. Hier befürworteten 92,9% der Erfahrenen und nur 42,9% derjenigen mit weniger Praxiserfahrung die Beibehaltung der Karte ( $\chi^2 = 6,43$ ; df = 1; p = .011). Bei der Karte „Ich fühle mich öfter niedergeschlagen“ befürworteten 71,4% der Unerfahrenen und 100% der Erfahrenen den Verbleib der Karte in einem modifizierten Set ( $\chi^2 = 4,13$ ; df = 1; p = .042).

Bei dem Wunsch nach der Herausnahme einer Karte wurde jeweils nach dem Grund gefragt. Die Antworten hierzu sind in Tabelle 25 wiedergegeben (die Äußerungen wurden hierfür teilweise unter einem Überbegriff zusammengefasst kürzer formuliert).

Nr.	Karten	Gründe, warum diese Karte nicht im Set enthalten sein sollte
1	Ich bin verantwortlich für <b>Pflege</b> .	Grundvoraussetzung von PLiP; Regelfall
2	Ich bin verantwortlich für <b>Haushaltstätigkeiten</b> .	Meist kein Problem; der Regelfall; oft schwer zu trennen von Karte 1
3	Geringes <b>Wissen</b> über die Erkrankung.	Sollte mit dem Arzt besprochen werden; kam nie oder nur selten vor (von 4 PB genannt)
4	<b>P/A/K leidet</b> sehr unter seiner jetzigen Situation.	Oft schlecht zu beantworten; Regelfall; es geht primär um die Angehörigen
6	Probleme mit <b>Krankenkasse, Pflegedienst</b> oder <b>Ärzten</b> .	Nicht relevant oder noch nie Thema; Probleme werden bereits im Vorfeld berichtet; Frage führt dazu, dass die Pflegeperson ihren Ärger über Dinge äußert, die nicht geändert werden können; PB ist jetzt da und nimmt die Probleme ernst



## Ergebnisse

Nr.	Karten	Gründe, warum diese Karte nicht im Set enthalten sein sollte
8	Ich befürchte, bald <b>nicht mehr pflegen zu können</b> .	Mit der Karte wird der Gedanke in den Mund gelegt
11	Mein <b>Schlaf</b> ist beeinträchtigt.	K14 ist ausreichend; fast keine Möglichkeit, hier zu entlasten; Thema wird bereits bei K8 aufgegriffen bzw. mit K5 kombiniert
12	Ich fühle mich häufig <b>unter Druck</b> .	Für Pflegeberatung nicht relevant; K14 ist ausreichend
13	Nicht genug Zeit für meine <b>eigenen Interessen</b> .	Besser umschreiben „Ich habe keine eigenen Interessen mehr“?
14	Ich fühle mich <b>erschöpft</b> und kraftlos.	K13 und K14 verbinden?
15	Bin verantwortlich für <b>Beschäftigung/ Unterhaltung</b> meines P/A/K.	Bekommt man auch ohne Karten heraus; noch nie thematisiert; ergibt sich aus dem Gespräch; für eine stabile Grundversorgung nicht relevant, nicht ganz so ausschlaggebend
16	Der <b>Gesundheitszustand</b> meines P/A/K hat sich verschlechtert.	Wird sowieso vom PA gleich angesprochen; ist für die Beratung nicht so wichtig; wird generell in der Beratung thematisiert; wird im Vorfeld schon berichtet
18	Ich habe wenig <b>soziale Kontakte</b> .	Ist schon in anderen Karten enthalten, siehe K13
19	Schwierige <b>finanzielle Situation</b> .	Kann mit K7 kombiniert werden
20	Situationen, in denen ich meinem P/A/K <b>nicht gerecht werde</b> .	Ergibt sich aus anderen Fragen; fraglich, ob relevant; schwierig zu erklären, was mit gerecht gemeint ist
22	Meine <b>Gedanken kreisen</b> immer um dieselben Themen.	Kam nie vor, kann gestrichen werden; Angehöriger konnte damit nichts anfangen; wird zur Genüge bei anderen Karten aufgegriffen
23	P/A/K <b>isst</b> oder <b>trinkt</b> nicht ausreichend.	Arztsache; wurde bis jetzt in der Beratung nicht thematisiert; zu differenzierte Frage, die direkt auf die Versorgung/Pflege abzielt
24	Vermisse(n) <b>gemeinsame Aktivitäten</b> .	Scheitert oft an der Umsetzbarkeit; kommt kaum vor; nicht relevant; zu privat
26	P/A/K ist <b>harn-/stuhlinkontinent/muss</b> häufig auf die Toilette.	Kann mit anderen Fragen zum Bereich Grundpflege kombiniert werden; wird bereits in der Beratung thematisiert; wenig benutzt, da Situation oft bekannt
29	Unterschiedliche Vorstellung, was gut für unsere <b>Gesundheit</b> ist.	Schwierig zu beantworten; Auswirkungen auf den Versicherten irrelevant; kein Schwerpunkt der Pflegeberatung; schwierig, darauf einzugehen; Thematik in anderen Bereichen enthalten; war nie Thema; zu differenzierte Frage, zu langatmig zu erklären; raubt Zeit bei der Beratung
30	Ich fühle mich öfter <b>niedergeschlagen</b> .	Ähnlich wie K14 (von 3 PB genannt)

Nr.	Karten	Gründe, warum diese Karte nicht im Set enthalten sein sollte
31	Wir können uns nur <b>schwer verständigen</b> .	Das würde man auch ohne Karten merken; selten ein Problem; war nie Thema einer Beratung
<b>Zusatzkarte Partner</b>		
Z32	<b>Nähe</b> , körperlicher Kontakt, Sexualität.	Karte verursacht „roten Kopf“ bei Angehörigen (insbesondere bei männlichen); Karte ist mit Tabu besetzt; wurde von Angehörigen aussortiert oder ist kein Thema (von 3 PB genannt); häufig unpassend; Karte habe ich nicht eingesetzt; Thema kann sehr belastend sein; nicht relevant zur Einschätzung der Pflegesituation; Schamgrenze zu hoch; zu intim (von 3 PB genannt); zu spezielles Thema
<b>Zusatzkarte Eigene minderjährige Kinder</b>		
Z33	Meine/unsere (anderen) <b>Kinder</b> leiden unter der Pflege.	Zu selten (von 3 PB genannt)
<b>Zusatzkarten Kognitive Einschränkungen/Demenz</b>		
Z35	<b>Falsche Einschätzung</b> der Situation durch den P/A/K	Regelfall; Relevanz?; wird schon durch andere Karten thematisiert
Z36	Mein P/A/K kann sich <b>nichts merken</b> .	Diagnose ist bereits gestellt; ist mit Z35 und Z37 bereits abgedeckt (von 3 PB genannt); nicht ganz so relevant
Z37	<b>Herausfordernde Verhaltensweisen</b> meines P/A/K	Pflegealltag; wird schon durch andere Karten thematisiert

PB = Pflegeberaterin; K = Karte, Z = Zusatzkarte, P/A/K = Partner/Angehöriger/Kind

Tab. 25: Gründe für das Weglassen einzelner Karten

Auf die Frage, wie viele Karten das Kartenset höchstens enthalten solle, reichten die Antworten von 15 bis 50 Karten. Durchschnittlich wurden von den in der Durchführung weniger erfahrenen Pflegeberaterinnen 27 und von den erfahreneren 23 Karten genannt. Der Medianwert für den Kartenumfang in der Gruppe der Erfahreneren sowie der Gesamtgruppe lag bei 20 Karten.

Während die meisten Karten vom überwiegenden Teil der Pflegeberaterinnen als wichtig betrachtet wurden, wurde gleichzeitig der Wunsch nach einer deutlichen Reduktion der Kartenanzahl vorgebracht. Für die Weiterentwicklung der Methode sollte nun ein Mittelweg gefunden werden, der gleichzeitig eine gute thematische Abdeckung, die Reduktion des Kartensets, aber auch die von uns verfolgte methodische Zielsetzung berücksichtigt. So war entgegen dem Wunsch einzelner Pflegeberaterinnen eine gewisse „Kleinteiligkeit“ des Kartensets durchaus intendiert. Den Pflegenden soll zum einen vermittelt werden, dass unterschiedliche Belastungen und die damit verbundenen Krisen in der

---

## Ergebnisse

Pflege normal sind und kein persönliches Versagen bedeuten. Zum anderen sollen die Karten zu einer möglichst differenzierten Betrachtung der Situation anregen und bereits spezifische Ansatzpunkte für das nachfolgende Problemlösen unter aktivem Einbezug der Pflegenden geben.

Der Wunsch der Pflegeberaterinnen wurde aufgegriffen und ein Vorschlag zur Reduktion des Kartensets auf 20 Karten und eine vereinfachte Dokumentation erarbeitet. Hierfür wurden alle Karten aufgrund der durchgeführten Befragung, aber auch aufgrund früherer Arbeiten nochmals nach Relevanz bewertet. Das vorgeschlagene neue Set wurde jedoch nicht rein formal entwickelt, es wurden also nicht die 20 Karten mit der größten Zustimmung ausgewählt. Stattdessen wurden vier inhaltliche Kategorien (Verantwortungsbereiche, Herausforderungen, Belastungserleben, Interaktion) festgelegt, zu denen jeweils fünf vorhandene Karten ausgewählt und teilweise neu oder umformuliert wurden (Tab. 26).

Verantwortungsbereiche	Herausforderungen
1. Ich bin verantwortlich für die Pflege meines Angehörigen (Körperpflege, Begleitung zur Toilette, Essen reichen ...).	7. Mein Angehöriger ist sehr vergesslich.
2. Ich bin verantwortlich für die medizinischen Belange meines Angehörigen (Medikamentengabe, Verbandwechsel, Insulinspritzen ...).	9. Mein Angehöriger möchte oder kann nicht allein gelassen werden.
3. Ich bin verantwortlich für die Haushaltstätigkeiten (Kochen, Einkaufen, Putzen, Waschen ...).	11. Mein Angehöriger ist harn-/stuhlinkontinent oder muss sehr häufig auf die Toilette.
4. Ich bin verantwortlich für die organisatorischen und finanziellen Angelegenheiten meines Angehörigen (Termine, Schriftverkehr ...).	12. Mein Angehöriger ist oft niedergeschlagen und antriebslos.
5. Ich pflege und betreue meinen Angehörigen (fast) vollständig allein.	16. Ich bin oft mit herausfordernden Verhaltensweisen oder Ansichten meines Angehörigen konfrontiert (Unruhe, mangelnde Kooperation, Verdächtigungen, Aggressivität ...).

Belastungserleben	Interaktion
6. Ich fühle mich häufig unter Druck.	8. Ich habe wenig soziale Kontakte (zu Verwandten, Freunden, Nachbarn ...).
10. Mein Schlaf ist beeinträchtigt (Einschlafen, Durchschlafen, frühes Aufwachen).	14. Es gibt Situationen, in denen ich denke, dass ich den Bedürfnissen meines Angehörigen nicht gerecht werde.
13. Ich habe nicht genug Zeit für meine eigenen Interessen.	18. Es gibt öfter Situationen, in denen ich im Umgang mit meinem Angehörigen ungeduldig, gereizt oder aggressiv bin.
15. Ich fühle mich erschöpft und kraftlos.	19. Die Pflege meines Angehörigen führt zu Konflikten oder Streitsituationen mit anderen (in der Familie, Arbeit ...).
17. Meine Gesundheit ist beeinträchtigt.	20. Ich vermisse schöne gemeinsame Momente oder Aktivitäten mit meinem Angehörigen.

Tab. 26: Modifiziertes Kartenset

Im Themenfeld „Verantwortungsbereiche“ werden die spezifischen Bereiche der Pflegeverantwortung für den Angehörigen und die damit verbundene Belastung differenziert erfragt. Es ist beabsichtigt, dass gerade auch Bereiche abgefragt und positiv rückgemeldet werden, die häufig von den Angehörigen gut bewältigt werden (z. B. „Ich bin verantwortlich für die Haushaltstätigkeiten“). Im Bereich „Herausforderungen“ wurden fünf Stressoren, die in der Regel mit der Erkrankung des Pflegebedürftigen in Zusammenhang stehen und ebenfalls in der Literatur vielfach beschrieben sind, aufgegriffen. Die Fragen zum „Belastungserleben“ fokussieren die möglichen subjektiven negativen Konsequenzen aufseiten der pflegenden Angehörigen. Drei Fragen, die auf Kognitionen („Meine Gedanken kreisen immer um dieselben Themen“) und Emotionen („Ich fühle mich öfter niedergeschlagen“, „Ich befürchte, dass ich bald nicht mehr in der Lage sein werde, meinen Angehörigen zu pflegen“) abzielen und im ursprünglichen Kartensatz enthalten waren, wurden gestrichen. Beibehalten wurden die Fragen zu Schlafstörungen, Erschöpfung, Stress und allgemeiner Gesundheit. Diese sind in der Regel hoch mit Überlastungsreaktionen und depressiver Symptomatik assoziiert, überlassen es aber der Pflegeberaterin, ob sie in der weiteren Exploration auch Gedanken oder Emotionen der Pflegenden ansprechen und in die Beratung einbeziehen möchte. Die Fragen zur „Interaktion“ spannen einen Bogen von allgemeinen sozialen Kontakten zu konflikthaftem Erleben in der Pflegedyade und darüber hinaus. Mit Frage 20, die in ihrem Fokus von gemeinsamen Aktivitäten auf schöne gemeinsame Momente erweitert wurde, werden fehlende ressourcenstärkende Aspekte der Beziehung zwischen Pflegenden und Pflegeempfängern in allgemeiner Weise adressiert (bislang wurden im Set das Vermissen von „gemeinsamen Aktivitäten“ und bei pflegenden (Ehe-)Partnerinnen zusätzlich der Bereich „Nähe, körperlicher Kontakt, Sexualität“ thematisiert).

In der Modifikation des Kartenassessments wurde darüber hinaus auf die Möglichkeit verzichtet, die Karten zu wenden - von der Seite mit einem roten Dreieck auf die Rückseite mit einem grünen Dreieck (bei Aspekten, die als nicht oder nur wenig belastend eingestuft wurden). Die Karten des modifizierten Sets sind nun auf beiden Seiten identisch bedruckt. Hierdurch wird die Durchführung, aber auch das Sortieren der Karten zu Beginn vereinfacht. Vier unterschiedliche Farben markieren nun die übergeordneten vier inhaltlichen Kategorien. Dies erleichtert in Kombination mit der reduzierten Kartengesamtzahl den Überblick, den Platzbedarf auf dem Tisch, aber auch die Dokumentation auf dem Erhebungsbogen (siehe Anhang 8).

Im nächsten Schritt werden die Überarbeitungen im Rahmen eines Workshops mit den Pflegeberaterinnen diskutiert.

## 5.3 Pflegeberaterinnen und Pflegeberater: Gruppenvergleich

Im Folgenden werden nur die Pflegeberaterinnen berücksichtigt, bei denen vollständige Daten vorliegen. Signifikante Veränderungen der Interventionsgruppe zwischen T0 und T1 (Schulungsphase) gegenüber der Wartekontrollgruppe werden jeweils in den nachfolgenden Schaubildern dargestellt. Die Veränderungen zwischen T1 und T2, also der Schulungsphase der Wartekontrollgruppe, sind in den Schaubildern ergänzend deskriptiv dargestellt. Gruppenunterschiede wurden für diesen Zeitabschnitt (T1 bis T2) nicht untersucht, da lediglich eine Verbesserung bzw. Angleichung der beiden Gruppen erwartet wurde.

Die ausführlichen Zahlenwerte zu den Schaubildern finden sich im Anhang 6 (Tab. 48 und 49).

### 5.3.1 Beratungsbezogene Selbstwirksamkeit

In der Einschätzung ihrer beratungsbezogenen Selbstwirksamkeit (Einsatz konkreter Techniken) verbesserte sich die Interventionsgruppe bis zum Ende der sechsmonatigen Schulung in der Tendenz im Vergleich zur Kontrollgruppe ( $p = .065$ ). Auch auf die Kontrollgruppe hatte die Schulung zwischen T1 und T2 einen positiven Effekt (Abb. 12).

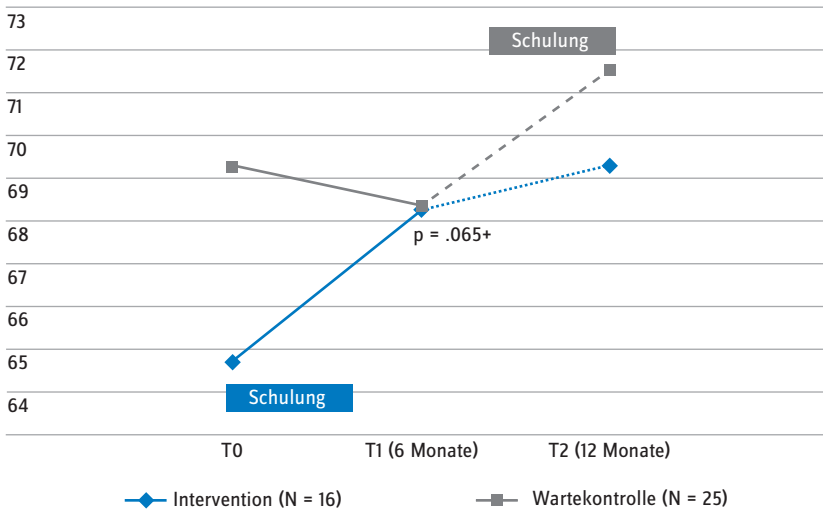


Abb. 12: Beratungskompetenz: konkrete Techniken einsetzen (Wertebereich 10-90)

### 5.3.2 Umgang mit schwierigem Klientenverhalten

In der Einschätzung der eigenen Kompetenz in Bezug auf den Umgang mit schwierigem Klientenverhalten konnte sich die Schulungsgruppe gegenüber der Wartekontrollgruppe zwischen T0 und T1 signifikant verbessern ( $p = .016$ ) (Abb. 13).

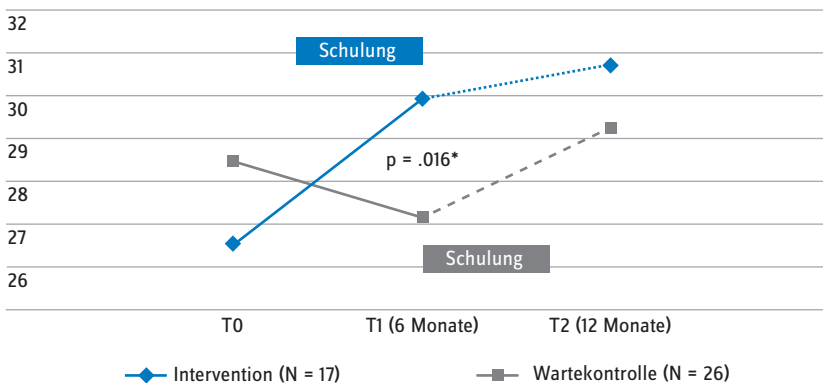


Abb. 13: Beratungskompetenz: schwieriges Klientenverhalten (Wertebereich 0-42)

### 5.3.3 Arbeitsüberlastung

Die Arbeitsüberlastung stieg, wenn auch in nicht signifikanter Weise ( $p = .57$ ), in der Interventionsgruppe zwischen T0 und T1 etwas stärker an als in der Kontrollgruppe. In beiden Gruppen ist diese dann zwischen T1 und T2 wieder leicht abgefallen (Abb. 14).

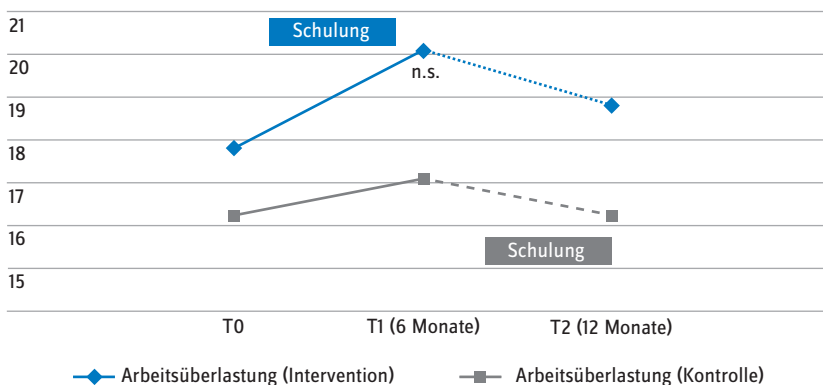


Abb. 14: Arbeitsüberlastung (TICS) (Wertebereich 0-32)

Gerade im Bereich der Arbeitsüberlastung ist anzumerken, dass bei einer teilnehmenden Kasse zwischen T0 und T1 ein elektronisches Dokumentationssystem eingeführt wurde, bei einer anderen Kasse umfangreiche Umstrukturierungsmaßnahmen stattfanden und quer über alle Kassen teilweise Arbeitsaufgaben von längerfristig erkrankten Kollegen kompensiert werden mussten. Vor dem Hintergrund dieser Faktoren erlebte ein Teil der Pflegeberaterinnen die gleichzeitige Umsetzung von PLiP als zusätzliche Belastung, für die zum Zeitpunkt der Durchführung keine Kapazitäten vorhanden waren.

### 5.3.4 Burnout

In der folgenden Darstellung der Ergebnisse des „Maslach Burnout Inventory“ wurde über alle drei Dimensionen der vollständige Wertebereich dargestellt, um einen einfacheren Vergleich der Häufigkeit zu ermöglichen.

Die Werte in den Subskalen „Emotionale Erschöpfung“ und „Depersonalisation“ des MBI steigen analog zur Arbeitsüberlastung zwischen T0 und T1 in beiden Gruppen geringfügig an und bleiben dann zwischen T1 und T2 insgesamt stabil (Abb. 15 und 16).

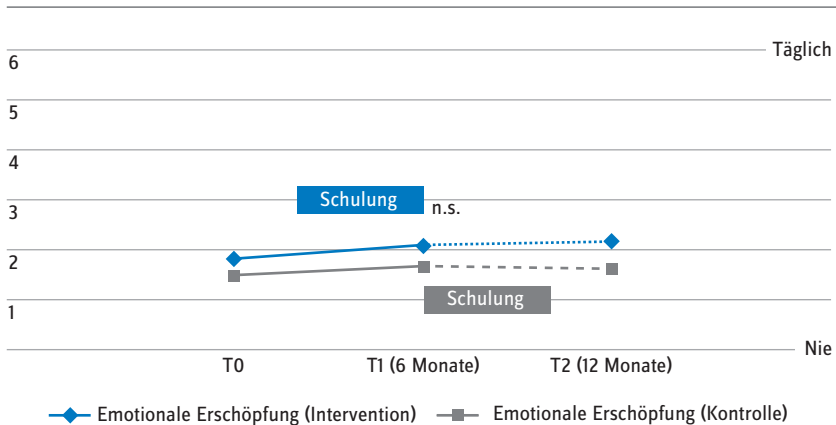


Abb. 15: Emotionale Erschöpfung (MBI) (Wertebereich 0 [nie] bis 6 [täglich])

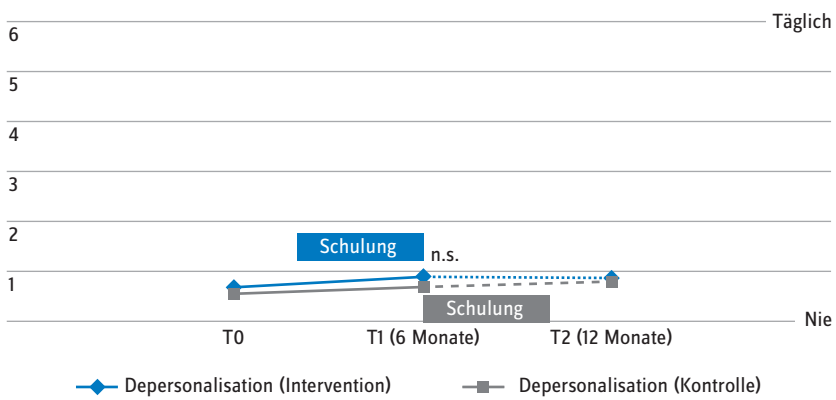


Abb. 16: Depersonalisation (MBI) (Wertebereich 0 [nie] bis 6 [täglich])

Auch im Bereich „Persönliche Erfüllung“ zeigen sich nur geringfügige Veränderungen (Abb. 17).



Ergebnisse

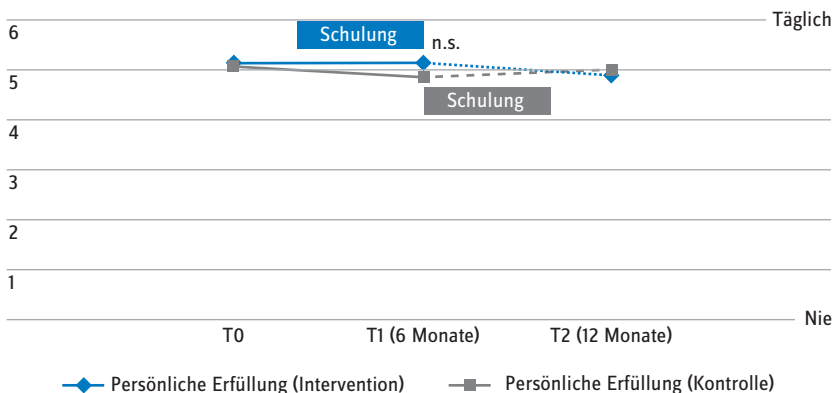


Abb. 17: Persönliche Erfüllung (MBI) (Wertebereich 0 [nie] bis 6 [täglich])

In allen drei Dimensionen des MBI gibt es zwischen T0 und T1 keine signifikanten Gruppenunterschiede.

### 5.3.5 Selbstfürsorge

In der Checkliste zur Häufigkeit selbstfürsorgender Aktivitäten und Vorgehensweisen verbesserten sich die Pflegeberaterinnen der Interventionsgruppe während ihrer Schulungsphase in der Tendenz gegenüber der Wartekontrollgruppe ( $p = .083$ ) (Abb. 18).

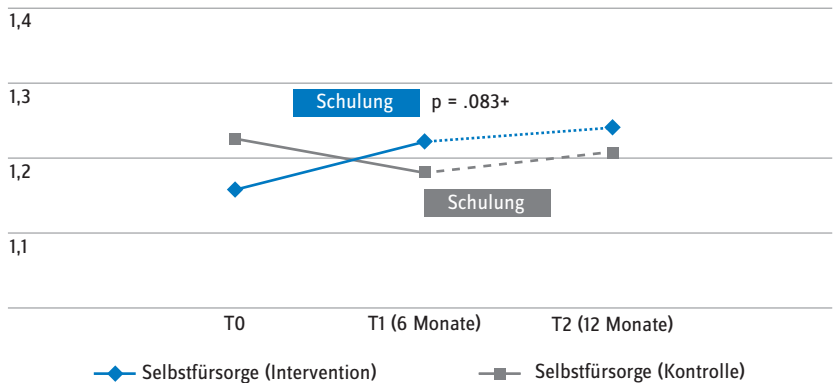


Abb. 18: Selbstfürsorge (Häufigkeit) (Wertebereich 0 [trifft kaum zu] bis 2 [trifft sehr zu])

## 5.4 Die Pflegebedürftigen: allgemeine Angaben

### 5.4.1 Beschreibung der Pflegebedürftigen

Die an der Studie teilnehmenden pflegenden Angehörigen pflegten fast zu gleichen Teilen Männer (53%) und Frauen (47%). Der etwas geringere Altersdurchschnitt in der Interventionsgruppe lag vor allem an den vier pflegebedürftigen Kindern unter sieben Jahren, die alle in der Interventionsgruppe waren. In der Kontrollgruppe war die jüngste pflegebedürftige Person 37 Jahre alt. 93 der 100 Pflegebedürftigen waren mindestens 60 Jahre alt (Tab. 27).

Von den Gepflegten waren 19% weitgehend pflegebedürftig (Barthel-Index: 0-30). 9% waren in den Aktivitäten des Alltags selbstständig oder nur punktuell hilfsbedürftig (Barthel-Index: 85-100). Lediglich 3 Personen (3%) wiesen sehr schwere kognitive Beeinträchtigungen auf. Personen mit mittleren kognitiven Einschränkungen waren die größte Personengruppe (83%). 13,5% der Pflegebedürftigen hatten im EBI Werte, die auf keine oder nur leichte kognitive Einschränkungen hinweisen. Insgesamt 14 Pflegebedürftige waren Spätaussiedler oder hatten einen Migrationshintergrund (Türkei n = 3, Rumänien n = 3, Serbien n = 2; jeweils n = 1: Polen, Ungarn, Mexiko, Kasachstan, Russland, Tschechien).

Pflegebedürftige T0	Intervention (N = 50)	Kontrolle (N = 50)	Gruppen- vergleich
Alter (SD)	74,18 (22,7)	79,3 (9,0)	n.s.
Geschlecht weiblich n (%)	23 (46%)	24 (48%)	n.s.
Migrationshintergrund n (%)	8 (16%)	6 (12%)	n.s.
Barthel-Index <sup>1</sup> M (SD)	53 (25,5)	52,4 (25,6)	n.s.
Erweiterter Barthel-Index <sup>2</sup> M (SD)	48,4 (19,1) [n = 46] <sup>3</sup>	46,3 (19,0)	n.s.
Private Pflegezusatzversicherung M (SD)	2 (4%)	2 (4%)	n.s.

1 Aktivitäten des Alltags: 0-30 Punkte: weitgehend pflegeabhängig, 35-80 Punkte: hilfsbedürftig, 85-100 Punkte: punktuell hilfsbedürftig, selbstständig

2 0-15 Punkte: sehr schwere kognitive Beeinträchtigung, 20-65 Punkte: mittlere kognitive Beeinträchtigung, 70-90 Punkte: keine oder leichte kognitive Beeinträchtigung

3 Fragen konnten bei jüngeren Kindern nicht erhoben werden

Tab. 27: Pflegebedürftige - allgemeine Angaben (T0)

### 5.4.2 Pflegestufe, Leistungen und Hilfen

Der Anteil der jeweiligen Pflegestufen bzw. deren Beantragung ist in Tabelle 28 dargestellt.

Pflegestufe T0	Intervention (N = 50)	Kontrolle (N = 50)	Gruppen- vergleich
Keine Pflegestufe: aktuell noch nicht beantragt	2 (4%)	-	n.s.
Keine Pflegestufe: Beantragung läuft	3 (6%)	10 (20%)	
Keine Pflegestufe: Antrag abgelehnt	-	2 (4%)	
Pflegestufe 0	2 (4%)	3 (6%)	
Pflegestufe 1	23 (46%)	18 (36%)	
Pflegestufe 2	17 (34%)	12 (24%)	
Pflegestufe 3	3 (6%)	5 (10%)	

Tab. 28: Pflegestufen (T0)

Der Anteil der Sachleistungsempfänger war mit durchschnittlich 6,5% sehr gering (Tab. 29). Die meisten der Pflegebedürftigen unserer Stichprobe bezogen zum Zeitpunkt T0 ausschließlich Geldleistungen (61%).

Geld-/Sachleistungen T0	Intervention (N = 42)*	Kontrolle (N = 35)*	Gruppen- vergleich
Geldleistung	26 (62%)	21 (60%)	n.s.
Sachleistung	1 (2%)	4 (11%)	
Kombileistung	15 (36%)	10 (29%)	

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

Tab. 29: In Anspruch genommene Leistungen der Pflegeversicherung (T0)

Aus der Kontrollgruppe hatten 17 Pflegebedürftige (34%) mindestens einen stationären Krankenhausaufenthalt im Quartal vor T0 (Intervention: n = 12 bzw. 24%). Von diesen Personen hatten wiederum vier Personen (Kontrollgruppe) bzw. eine Person (Interventionsgruppe) mindestens einen weiteren stationären Krankenhausaufenthalt. Fünf Personen aus der Kontrollgruppe und vier Personen aus der Interventionsgruppe nahmen in diesem Zeitraum an einer stationären geriatrischen, orthopädischen oder neurologischen Rehabilitation teil.

Die am häufigsten in Anspruch genommene Unterstützungsleistung in den drei Monaten vor T0 waren Leistungen von ambulanten Pflegediensten. In der Kontrollgruppe war der Anteil derjenigen, die Leistungen im Rahmen der Behandlungspflege erhielten, signifikant höher (Tab. 30). Besuchsdienste spielten als Unterstützungsangebote in der Stichprobe keine Rolle. Leistungen der Verhinderungspflege wurden in den vorausgegangenen drei Monaten von 36% in der Interventions- und 21% in der Kontrollgruppe in Anspruch genommen.

In Anspruch genommene bezahlte Hilfen T0	Intervention (N = 50)	Kontrolle (N = 50)	Gruppen- vergleich
<b>(Teil-)stationäre Pflege</b>			
Tages-/Nachtpflege	9 (18%)	6 (12%)	n.s.
Kurzzeitpflege	4 (8%)	4 (8%)	n.s.
<b>Professionelle ambulante Dienste</b>			
Ambulanter Pflegedienst (Grundpflege)	15 (30%)	12 (25%) <sup>1</sup>	n.s.
Ambulanter Pflegedienst (Behandlungspflege)	5 (10%)	14 (28%)	p = .02*
Essen auf Rädern	4 (8%)	5 (10%)	n.s.
Nachbarschafts-/Haushaltshilfe	5 (10%)	3 (6%)	n.s.
Häusliche Betreuung	4 (8%)	4 (8%)	n.s.
Betreuungsgruppe	2 (4%)	2 (4%)	n.s.
(Ehrenamtliche) Besuchsdienste	1 (2%)	-	n.s.
<b>Sonstige privat vergütete Pflege und Hilfen</b>			
Haushalts- und Einkaufshilfe	11 (22%)	8 (16%) <sup>1</sup>	n.s.
Betreuungshilfe	5 (10%)	3 (6%) <sup>1</sup>	n.s.
Pflegehilfe	1 (2%)	2 (4%) <sup>1</sup>	n.s.
„24-Stunden-Pflege“	-	-1	

1 n = 49; \*signifikant ( $p < .05$ ); n.s. = nicht signifikant

Tab. 30: In Anspruch genommene Hilfen (Quartal vor T0)

## 5.5 Pflegende Angehörige: allgemeine Angaben

### 5.5.1 Beschreibung der teilnehmenden pflegenden Angehörigen

Die pflegenden Angehörigen unserer Stichprobe waren fast vollständig weiblich (98%) und pflegten überwiegend ihre Eltern oder Schwiegereltern (64%). Über 40% der Pflegenden waren berufstätig. Die Pflegebedürftigen wohnten meist im gleichen Haushalt oder zumindest in Gehweite von der pflegenden Person (84%) (Tab. 31).

## Ergebnisse

Pflegende Angehörige (T0)	Intervention (N = 50)	Kontrolle (N = 50)	Gruppen- vergleich
Alter	55,9 (12,0)	57,4 (13,3)	n.s.
Geschlecht weiblich (%)	49 (98%)	49 (98%)	n.s.
Migrationshintergrund	7 (14%)	5 (10%)	n.s.
Fachhochschul-/Hochschulabschluss	8 (16%)	6 (12%)	n.s.
Kinder unter 21 Jahre	11 (22%)	21 (42%)	n.s.
Berufstätig (kein Mini-Job)	18 (36%)	24 (49%)	n.s.
Pflege von			n.s.
- (Ehe-)Partner	13 (26%)	15 (30%)	
- (Schwieger-)Vater/Mutter	31 (62%)	33 (66%)	
- Kind	4 (8%) <sup>1</sup>	1 (2%) <sup>2</sup>	
- Verwandte/Bekannte	2 (4%)	1 (2%)	
Der Pflegebedürftige wohnt:			n.s.
- Im gleichen Haushalt	24 (48%)	21 (42%)	
- Im gleichen Haus (getrennte Wohnungen)	5 (10%)	14 (28%)	
- In Gehweite/Nachbarschaft	13 (26%)	7 (14%)	
- Anfahrt < 30 Min.	5 (10%)	7 (14%)	
- Anfahrt > 30 Min.	2 (4%)	1 (2%)	
- Wechselnde Wohnorte/Entfernungen	1 (2%)		
Ist in der gleichen Pflegekasse versichert wie die pflegebedürftige Person	27 (54%)	31 (62%)	n.s.

<sup>1</sup> Kinder unter 7 Jahre; <sup>2</sup> Kind ist 37 Jahre alt; n.s. = nicht signifikant

Tab. 31: Pflegende Angehörige - allgemeine Angaben (T0)

Die teilnehmenden Pflegenden hatten zum Zeitpunkt T0 bereits rund vier Jahre ihre Angehörigen gepflegt. Für 11% der Pflegenden lag der Beginn ihrer Pfllegetätigkeit in den drei Monaten vor T0. Jede fünfte Studienteilnehmerin hatte im Jahr vor T0 eine Anleitung oder Schulung zur Pflege erhalten. In Anspruch genommene Beratungen zu Unterstützungs- oder Entlastungsangeboten erfolgten überwiegend durch die Kranken- oder Pflegekassen. Hausärzte spielten bei der Beratung keine Rolle (Tab. 32).

Pflegende Angehörige (T0)	Intervention (N = 50)	Kontrolle (N = 50)	Gruppen- vergleich
Ausbildung im pflegerischen Bereich	8 (16%)	3 (6%)	n.s.
Bisherige Pflegedauer Monate (SD)	48,5 (64,3)	49,9 (70,6)	n.s.
Anleitung/Schulung für die Pflege (letzte 12 Monate)	10 (20%)	11 (22%)	n.s.

Pflegende Angehörige (T0)	Intervention (N = 50)	Kontrolle (N = 50)	Gruppen- vergleich
Beratung zu Unterstützungs-/Entlastungsangeboten (letzte 12 Monate)	30 (60%)	30 (60%)	n.s.
- Kranken-/Pflegekasse	18 (36%)	23 (46%)	
- Pflegedienst	5 (10%)	4 (8%)	
- Krankenhaus/Reha	6 (12%)	2 (4%)	
- Kommunale Beratung	2 (4%)	3 (6%)	
- Hausarzt	-	-	

n.s. = nicht signifikant

Tab. 32: Pflegende Angehörige – Vorkenntnisse, Pflegedauer, Beratung (T0)

Die an der Studie teilnehmenden Hauptpflegepersonen leisteten die Hauptlast an informeller Pflege und verbrachten für Aufgaben der Pflege, Hauswirtschaft und Betreuung im Durchschnitt täglich 4,5 Stunden und maximal bis zu 13 Stunden (Tab. 33). Die Unterstützung durch weitere Angehörige betrug im Durchschnitt täglich 49 Minuten. Ein Drittel der Teilnehmerinnen erhielt keinerlei Unterstützung durch andere Angehörige.

Pflegende Angehörige (T0)	Intervention (N = 50) M (SD)	Kontrolle (N = 50) M (SD)	Gruppen- vergleich p
Geleistete Pflege/Betreuung/Hauswirtschaft (Std./Tag in den letzten 3 Monaten)			
- Pflege	1,8 (1,1)	1,6 (1,3)	n.s.
- Hauswirtschaft	2,0 (1,2)	1,6 (0,9)	p = .039*
- Betreuung/Tagesstrukturierung	0,8 (1,2)	1,6 (2,2)	p = .044*
- Gesamt	4,6 (2,4)	4,7 (3,5)	n.s.
Informelle Unterstützung bei der Pflege/ Betreuung/Hauswirtschaft durch weitere Per- sonen (Std./Tag in den letzten 3 Monaten)	0,9 (1,9)	0,7 (1,3)	n.s.

+Trend (p < .10); \* signifikant (p < .05)

Tab. 33: Informelle Pflege

### 5.5.2 Die erhaltene Pflegeberatung

Sämtliche telefonischen und persönlichen Kontakte mit den pflegenden Angehörigen wurden von allen Pflegeberaterinnen dokumentiert (Anhang 5). Im Folgenden werden die Beratungszeiten der gematchten Stichprobe (N = 100) vollständig dargestellt. Bei pflegenden Angehörigen, die zwischen T0 und T2 aus der Studie ausgeschieden sind, wurden die Beratungszeiten bis zum Zeitpunkt des Ausscheidens berücksichtigt.

Ergebnisse

Nach Studienplan sollte in den drei Monaten vor dem Screening keine Beratung im Rahmen eines Versorgungsplans erfolgen. Die dokumentierten Beratungszeiten lagen für die Gesamtgruppe in diesem Zeitraum im Minutenbereich (Abb. 19). 92% der pflegenden Angehörigen in der Interventionsgruppe und 76% in der Kontrollgruppe erhielten vor dem Screening keine Beratung. Bei denjenigen 8% (Interventionsgruppe) bzw. 24% (Kontrollgruppe), bei denen Beratungskontakte vor dem Screening dokumentiert waren, betrug die durchschnittlichen Gesamtberatungszeiten 19 Minuten (Intervention) bzw. 29 Minuten (Kontrolle).

Das Einholen der Einverständniserklärungen (Adressweiterleitung an das Studienteam, Studienteilnahme, Weiterverarbeitung der pseudoanonymisierten Daten) gelang fast vollständig in der vorgesehenen Spanne von drei Wochen und es mussten nur wenige Pflegende aufgrund einer Überschreitung des Zeitfensters ausgeschlossen werden (Abb. 19). Durchschnittlich vergingen zwischen Screening und dem Basisassessment (T0) 7,9 Tage (Intervention) bzw. 11,8 Tage (Kontrolle).

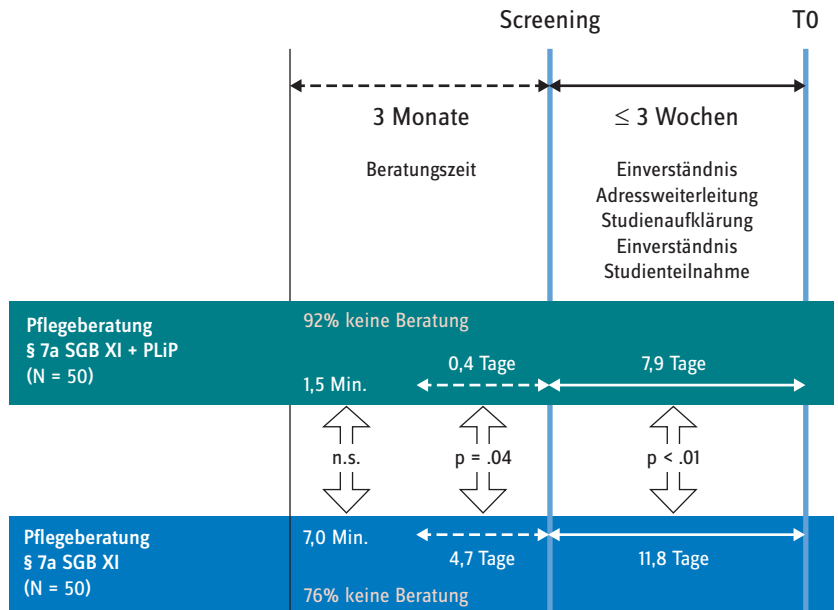


Abb. 19: Beratungszeiten vor dem Screening, Dauer des Studieneinschlusses

Die Pflegeberatungen wurden durchschnittlich nach 72,5 Tagen (Intervention) bzw. 70,3 Tagen (Kontrolle) abgeschlossen. Rund ein Drittel der Pflegeberaterinnen hatte in beiden Gruppen noch mindestens einen Kontakt nach drei Monaten (Abb. 20). Die Gesamtdauer der Beratungen war in der Interventionsgruppe mit durchschnittlich 191 Minuten (SD = 78,2 Minuten) rund 30 Minuten länger als in der Kontrollgruppe (M = 161 Minuten; SD = 106,3 Minuten). Die Beratungen dauerten 50 bis 470 Minuten (Intervention) bzw. 30 bis 580 Minuten (Kontrolle). Der Anteil der Beratungen unter 90 Minuten lag in der Interventionsgruppe bei 12% und 24% in der Kontrollgruppe. In der Interventionsgruppe wurden insgesamt 26% der Angehörigen über vier Stunden beraten (Kontrolle: 12%).

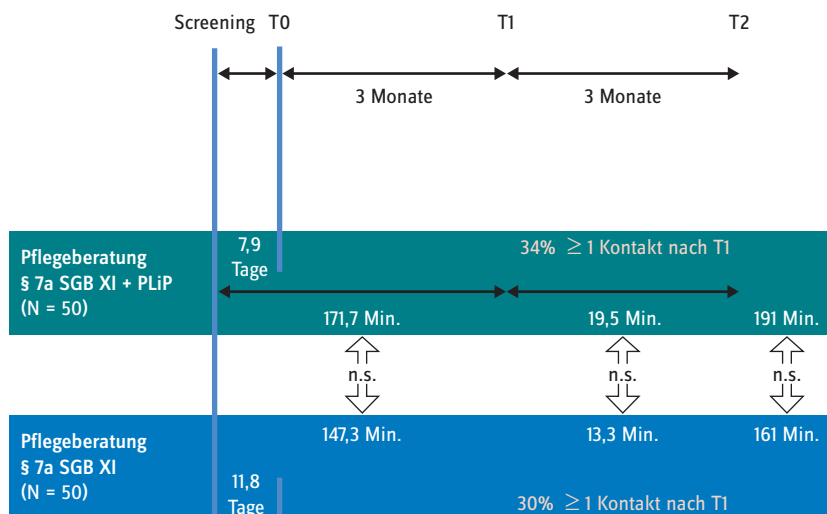


Abb. 20: Dauer und Umfang der Pflegeberatung ab Screening

Bei der Anzahl und Verteilung der Art der Kontakte zwischen Pflegeberaterinnen und pflegenden Angehörigen gab es keine signifikanten Unterschiede (Tab. 34). Zwei pflegende Angehörige aus der Interventionsgruppe (Kontrolle: n = 1) hatten nur telefonischen Kontakt zu ihrer Pflegeberaterin.



## Ergebnisse

Art der Kontakte	Intervention (N = 50) M (Min-Max)	Kontrolle (N = 50) M (Min-Max)
Telefonate	2,2 (0-7)	3,0 (0-15)
Persönliche Kontakte:		
- Hausbesuch	1,1 (0-3)	1,1 (0-3)
- In Räumen der Pflegekasse	0,2 (0-2)	0,3 (0-4)
- Pflegestützpunkt	0,1 (0-2)	-
Hausbesuch (Entfernung in km)	35 (2-170)	30 (2-148)
Anzahl der Hausbesuche pro Tour	1,7 (1-4)	1,3 (1-3)

Tab. 34: Ort der Pflegeberatungen

Die Pflegeberatungen erfolgten ungefähr zur Hälfte ausschließlich mit den pflegenden Angehörigen (Intervention: 50,0%; Kontrolle: 40,5%). In der Kontrollgruppe war der Pflegebedürftige doppelt so häufig „überwiegend anwesend“ (62,2% wie in der Interventionsgruppe (30,6%) (Tab. 35). Hier bildet sich der PLiP-Ansatz insofern ab, als die Pflegeberaterinnen der Interventionsgruppe das ergänzende PLiP-Modul mit Kartenassessment und Lösungssuche möglichst ohne den Pflegebedürftigen durchführen sollten, um den Pflegenden eine offene und ehrliche Analyse ihrer Situation, aber auch eine Lösungssuche zu ermöglichen. Von den Pflegeberaterinnen wurden im Durchschnitt 1,7 (Intervention) bzw. 1,3 (Kontrolle) Beratungsbesuche pro Tour und in der Regel pro Tag durchgeführt.

Überwiegend bei den Beratungsgesprächen anwesende Personen (T0)	Intervention (N = 36)	Kontrolle (N = 37)
Mehrfachnennungen möglich		
- Nur pflegende Angehörige (Studienteilnehmende)	18 (50%)	15 (40,5%)
- Mit Pflegebedürftigem	10 (30,6%)	23 (62,2%)
- Mit Geschwister(n)	1 (2,8%)	3 (8,1%)
- Mit Kind/Schwiegertochter/Schwiegersohn	3 (8,3%)	4 (10,8%)
- Mit Enkelkind	1 (2,8%)	-
- Mit anderem Verwandten	2 (5,6%)	1 (2,7%)
- (Ehe-)Partner/Partnerin	6 (16,7%)	4 (10,8%)
Anzahl der Hausbesuche pro Tour	1,7 (1-4)	1,3 (1-3)

Tab. 35: Überwiegend bei der Beratung anwesende Personen (T1)

Die mittleren Beratungszeiten waren in der Kontrollgruppe, abhängig vom beruflichen Hintergrund der Beratenden, signifikant verschieden ( $F(2, 47) = 5,000$ ;  $p = .011$ ). Die mittlere Beratungsdauer durch Sozialarbeiterinnen in dieser Gruppe war fast doppelt so hoch wie die, die durch Pflegeberaterinnen mit einem pflegerischen beruflichen Hinter-

grund (Gesundheits- und Krankenpflegerinnen oder Altenpflegerinnen) erfolgte. In der Interventionsgruppe waren die Beratungen dagegen annähernd gleich lang durch die verschiedenen Berufsgruppen hinweg ( $F(2, 47) = 0,600$ ;  $p = .553$ ) (Tab. 36).

Beratungszeit und beruflicher Hintergrund der Pflegeberater	Intervention (IG) mittlere Beratungszeit M (Spanne)	Kontrolle (KG) mittlere Beratungszeit M (Spanne)
Gesamt (Beratungen IG = 50; KG = 50)	191 Min. (50-470 Min.)	161 Min (30-580 Min.)
Sozialarbeiter (Beratungen IG = 8; KG = 15)	203 Min. (135-270 Min.)	220 Min (80-580 Min.)
Kranken-/Altenpfleger (Beratungen IG = 33; KG = 14)	183 Min. (50-470 Min.)	115 Min (30-235 Min.)
Sozialversicherungsangestellte (Beratungen IG = 9; KG = 21)	212 Min. (80-290 Min.)	149 Min (70-355 Min.)
		Signifikanter Unterschied ( $p = .02$ )

Tab. 36: Beratungszeiten nach Berufsgruppen

### 5.5.3 Studienaussteiger und Beendigung der häuslichen Pflege

Von den 100 in der Auswertung berücksichtigten Studienteilnehmerinnen sind zwischen T0 und T2 34 Personen vorzeitig ausgeschieden (Interventionsgruppe: 14; Kontrollgruppe: 20). In diesem sechsmonatigen Zeitraum sind 14% der Gepflegten verstorben (Interventionsgruppe: 8; Kontrollgruppe: 6), 2 Personen aus der Interventionsgruppe haben ihre Studieneinwilligung zurückgezogen, 7 pflegende Angehörige waren nicht mehr erreichbar (Interventionsgruppe: 2; Kontrollgruppe: 7).

In der Kontrollgruppe haben im Vergleich zur Interventionsgruppe signifikant mehr Personen die Pflege aufgegeben (Interventionsgruppe: 0; Kontrollgruppe: 3) oder sind die Pflegebedürftigen ins Pflegeheim gezogen (Interventionsgruppe: 2; Kontrollgruppe: 6) ( $\chi^2 = 5,005$ ;  $df = 1$ ;  $p = .025$ ). Als Gründe für den Umzug in die stationäre Pflege wurden folgende Gründe genannt:

- Aggressives Verhalten des Gepflegten (Intervention  $n = 1$ )
- Zu hoher Pflegebedarf (Kontrolle  $n = 2$ )
- Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Pflegebedürftigen (Kontrolle  $n = 2$ ; Intervention  $n = 1$ )
- Weglauftendenz, Zwangseinweisung (Kontrolle  $n = 1$ )
- Sonstige (Kontrolle  $n = 1$ )

## Ergebnisse

Die ausgeschiedenen Studienteilnehmerinnen der Kontrollgruppe gaben im Vergleich zu den ausgeschiedenen Teilnehmerinnen der Interventionsgruppe bei T0 eine signifikant ( $p < .05$ ) geringere pflegebezogene Selbstwirksamkeit (SCQ total), signifikant häufigere Gliederschmerzen (GGB) sowie eine im Trend ( $p < .10$ ) geringere Freizeitzufriedenheit (LTS) und negative Problemorientierung (SPSI-R:S) an. Die durchschnittlichen Depressionswerte (ADS) sind bei den Dropouts der Kontrollgruppe um zwei Punkte höher, jedoch nicht signifikant verschieden.

## 5.6 Pflegende Angehörige: Zufriedenheit mit der Pflegeberatung

### 5.6.1 Zufriedenheit insgesamt

Die pflegenden Angehörigen wurden bezüglich ihrer generellen Zufriedenheit mit der Pflegeberaterin sowie der Häufigkeit der Kontakte befragt. Zum Zeitpunkt T1, an dem die Beratungen weitgehend abgeschlossen waren, waren die Pflegenden aus der Interventionsgruppe im Trend mit ihren Pflegeberaterinnen und signifikant ( $p < .05$ ) mit der Häufigkeit der Beratungskontakte zufriedener (Tab. 37).

Generelle Zufriedenheit (T1)	Gar nicht zufrieden 1	Wenig zufrieden 2	Durchschnittlich zufrieden 3	Überwiegend zufrieden 4	Sehr zufrieden 5	p
Zufriedenheit mit der Pflegeberaterin						.090+
Intervention (n = 41): n (%)	1 (2,4%)	2 (4,9%)	-	1 (2,4%)	37 (90,2%)	
Kontrolle (n = 40): n (%)	-	2 (5,0%)	3 (7,5%)	12 (30%)	23 (57,5%)	
Zufriedenheit mit der Häufigkeit der Beratungskontakte						.037*
Intervention (n = 41)	1 (2,4%)	1 (2,4%)	3 (7,3%)	8 (19,5%)	28 (68,3%)	
Kontrolle (n = 40)	2 (5,0%)	1 (2,5%)	10 (25%)	9 (22,5%)	18 (45,5%)	

+Trend ( $p < .10$ ), \*signifikant ( $p < .05$ ), Mittelwertvergleiche mittels t-Tests

Tab. 37: Zufriedenheit mit Pflegeberaterin und Beratungsumfang (T1)

### 5.6.2 Zufriedenheit mit der Beratungskompetenz der Pflegeberaterinnen

Ein detaillierteres Bild liefert die Auswertung spezifischer Aspekte der Beratungskompetenz der Pflegeberaterinnen. Auf Basis einer Faktorenanalyse wurden hierfür zunächst den 24 zusammengestellten Fragen zwei inhaltlich unterschiedliche Faktoren zugeordnet (Beratungskompetenz 1: Problemlösen, Strukturierung; Beratungskompetenz

2: Klientenorientierung). Sieben der 24 Fragen sind nicht trennscharf und laden auf beiden Faktoren mit einer Ladung von mindestens 0,40. Für die Darstellung des Gruppenvergleichs wurden diese Fragen, die auf beiden Faktoren laden, jeweils dem Faktor mit der höchsten Ladung zugeordnet. Die Frage zur Dominanz der Pflegeberaterin („Die Pflegeberaterin war dominant und bestimmend“) lädt als einzige Frage auf keinen der beiden Faktoren. Die vollständige Darstellung der jeweiligen Ladungen findet sich im Anhang 7 (Tab. 50).

Aus Sicht der pflegenden Angehörigen schnitten die Pflegeberaterinnen mit dem PLiP-Ansatz in allen Punkten, die das Problemlösen betrafen, signifikant besser ab als die Pflegeberaterinnen aus der Kontrollgruppe. Besonders ausgeprägt waren die Unterschiede in den Bereichen Verständnis der eigenen Situation, Zielsetzung, Betrachtung von Alternativen, Einbezug der Ratsuchenden, Klarheit der Strukturierung (Tab. 38).

Bewertung der Pflegeberaterinnen durch die pflegenden Angehörigen (T1) (Antwortskala: 1 stimmt überhaupt nicht bis 9 stimmt genau)	Intervention N = 40 M (SD)	Kontrolle N = 37 M (SD)	p
<b>Beratungskompetenz 1 (Problemlösen)</b>			
Ich wurde zu Beginn über das Vorgehen innerhalb der Beratung informiert.	8,4 (1,43)	7,4 (2,24)	.021*
Die PB half mir, meine aktuelle Situation besser zu verstehen.	8,2 (1,62)	7,0 (2,25)	.007**
Die PB half mir, meine Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen detailliert zu betrachten.	8,0 (1,82) <sup>l</sup>	6,5 (2,70)	.005**
Die PB half mir, meine Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen zu verstehen.	7,7 (1,88) <sup>l</sup>	6,5 (2,53)	.019*
Die PB half mir auf einer mehr als oberflächlichen Ebene, über meine Anliegen zu sprechen.	8,3 (1,63) <sup>l</sup>	6,4 (2,91)	.001**
Die PB half mir, realistische Ziele zu setzen.	8,1 (1,38)	6,6 (2,74)	.005**
Wir haben verschiedene Möglichkeiten zur Erreichung meiner Ziele besprochen.	8,2 (1,54)	6,7 (2,52)	.002**
Die PB ermutigte mich, eigene Ideen zur Erreichung meiner Ziele einzubringen.	8,1 (1,61)	6,3 (2,48)	.000***
Ich konnte verschiedene Möglichkeiten zur Erreichung meiner Ziele bewerten und das beste Vorgehen auswählen.	7,5 (2,12)	6,1 (2,63)	.012*
Die PB half mir bei der Entscheidung, welche Schritte bezüglich meiner Probleme zu unternehmen sind.	8,3 (1,52) <sup>l</sup>	6,7 (2,56)	.002**
Die PB besprach mit mir im Detail die Umsetzung der ausgewählten Lösungsschritte.	7,7 (2,26)	6,1 (2,89)	.010*

## Ergebnisse

Bewertung der Pflegeberaterinnen durch die pflegenden Angehörigen (T1) (Antwortskala: 1 stimmt überhaupt nicht bis 9 stimmt genau)	Intervention N = 40 M (SD)	Kontrolle N = 37 M (SD)	p
Die PB behält die Ziele während der Beratungsgespräche im Blick.	8,3 (1,34) <sup>1</sup>	6,5 (2,92)	.001**
Der PB erkundigte sich bei mir, ob sich die besprochenen Schritte umsetzen ließen und Erfolg hatten.	7,1 (2,88)	5,5 (3,39)	.036*
<b>Beratungskompetenz 1 (Strukturierung allgemein)</b>			
Die PB entwickelte ein klares Beratungskonzept für mich und meine Anliegen.	8,0 (1,53)	6,3 (2,70)	.002**
Die PB wusste, was als Nächstes zu sagen oder zu tun war, nachdem ich gesprochen hatte.	8,3 (1,01) <sup>1</sup>	7,2 (2,28)	.006**
Die PB hat die Beratungsgespräche fokussiert und auf der „richtigen Spur“ gehalten.	8,2 (1,14) <sup>1</sup>	7,5 (2,17)	.131 n.s.
Die PB reagierte auf meine situationsbezogenen Bedürfnisse mit der besten Hilfestellung.	8,5 (0,94) <sup>1</sup>	7,6 (2,02)	.021*

1 n = 39; PB = Pflegeberaterin, \*signifikant (p < .05); \*\*hoch signifikant (p < .01), \*\*\*höchst signifikant (p < .001); n.s. = nicht signifikant

Tab. 38: Bewertung der Beratungskompetenz (Faktor 1/T1)

Auch bezüglich der allgemeinen Fragen zur Strukturierung schnitt die Interventionsgruppe signifikant besser ab. Insgesamt fällt auf, dass die Rückfrage bezüglich einer erfolgreichen Umsetzung der besprochenen Veränderungsschritte in beiden Gruppen die geringste Zustimmung erhielt (Intervention: 7,1; Kontrolle: 5,5).

Im zweiten Faktor, der vor allem Fragen zur Klientenorientierung beinhaltet, unterscheiden sich die beiden Gruppen dagegen nicht. Die pflegenden Angehörigen, die von Pflegeberaterinnen der Kontrollgruppe beraten wurden, empfanden im gleichen Maße, dass die Pflegeberaterinnen sich Zeit für sie nahmen, auch andere Meinungen akzeptierten, mit der ganzen Aufmerksamkeit für die Ratsuchende da waren und sich verständlich ausdrückten (Tab. 39). In beiden Gruppen wurden die Pflegeberaterinnen als wenig dominant und bestimmend erlebt.

Bewertung der Pflegeberaterinnen durch die pflegenden Angehörigen (T1) (Antwortskala: 1 stimmt überhaupt nicht bis 9 stimmt genau)	Intervention N = 40 M (SD)	Kontrolle N = 37 M (SD)	p
<b>Beratungskompetenz 2 (Klientenorientierung)</b>			
Die PB hat sich Zeit für alle meine Anliegen genommen.	8,4 (1,62)	8,2 (1,91)	.652 n.s.
Ich konnte bei den Kontakten frei sprechen und das vorbringen, was mir wirklich wichtig ist.	8,5 (1,60)	7,7 (2,62)	.103 n.s.
Die PB war mit ihrer ganzen Aufmerksamkeit für mich da.	8,5 (1,59)	8,2 (1,91)	.399 n.s.
Bei der PB fühlte ich mich gut aufgehoben.	8,4 (1,71)	8,0 (2,07)	.356 n.s.
Die PB akzeptierte mich, wenn ich eine andere Meinung hatte als sie.	7,8 (2,02)	8,0 (1,96)	.748 n.s.
Ich konnte den Aussagen der PB gut folgen.	8,2 (1,74)	7,8 (2,22)	.458 n.s.
<b>Sonstiges</b>			
Die PB war dominant und bestimmend. (Umgekehrte Polung)	1,7 (1,66)	1,9 (1,96)	.641 n.s.

1 n = 39; PB = Pflegeberaterin, n.s. = nicht signifikant

Tab. 39: Bewertung der Beratungskompetenz (Faktor 2/T1)

## 5.7 Pflegende Angehörige: Gruppenvergleich (Intend-to-treat)

Die Ergebnisse der Intend-to-treat-Analysen werden im Folgenden mittels Schaubildern dargestellt. Die vollständige deskriptive Darstellung der Daten sowie die Ergebnisse der Kovarianzanalysen sind im Anhang 7 dargestellt (Tab. 51 und 52).

### 5.7.1 Hauptendpunkt: Depressive Symptomatik

Die Teilnehmerinnen, die die erweiterte Pflegeberatung erhielten, konnten sich gegenüber der Kontrollgruppe zwischen T0 und T1 signifikant ( $p < .05$ ;  $d_{\text{Cohen}} = 0,40$ ) und zwischen T0 und T2 im Trend ( $p < 0,10$ ;  $d_{\text{Cohen}} = 0,38$ ) verbessern (Abb. 21).

Ergebnisse

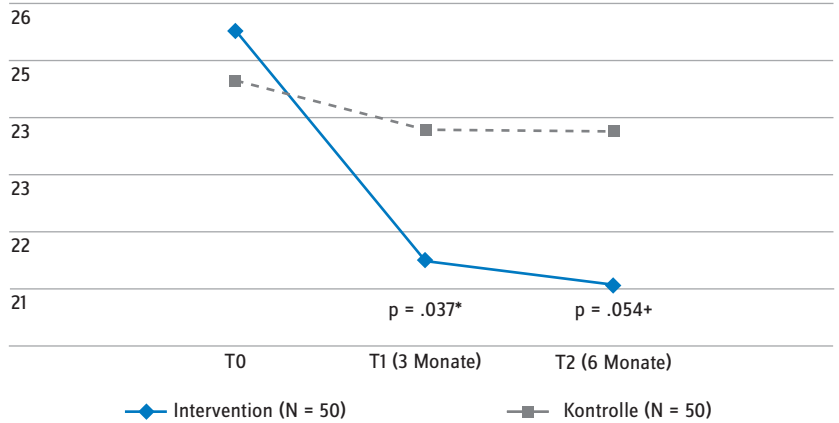


Abb. 21: Depressive Symptome (ADS) (Wertebereich: 0-60)

Obleich die Mittelwerte der Interventionsgruppe den kritischen Schwellenwert von 23 unterschreiten, ist der Anteil der Pflegenden mit einer ausgeprägten depressiven Symptomatik auch bei T2 noch in beiden Gruppen hoch (Intervention: 48% und Kontrolle: 52%). In der Interventionsgruppe konnte jedoch der Anteil von pflegenden Angehörigen ohne depressive Symptomatik von 18% auf 30% erhöht werden (Kontrolle von 16% auf 18%) (Tab. 40).

Allgemeine Depressionsskala	Intervention (N = 50) T0/T1/T2	Kontrolle (N = 50) T0/T1/T2
Symptomschwere		
- keine (< 16)	18%/24%/30%	16%/24%/18%
- leichte (16-22)	28%/32%/22%	28%/22%/30%
- ausgeprägte (> 22)	54%/44%/48%	56%/54%/52%

Tab. 40: Depressive Symptome (ADS) - Symptomschwere

## 5.7.2 Sonstige Maße: Selbsteinschätzung der pflegebezogenen Kompetenz

Die pflegebezogene Kompetenzwahrnehmung konnte zwischen T0 und T2 signifikant verbessert werden ( $p < 0,05$ ;  $d_{\text{Cohen}} = 0,32$ ) (Abb. 22).

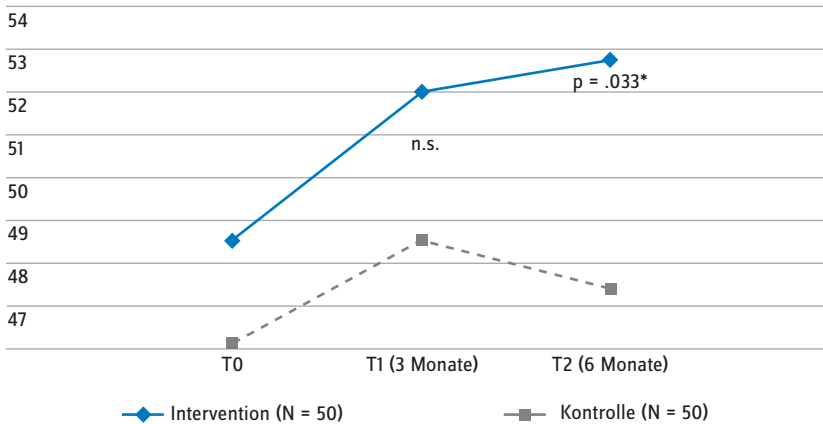


Abb. 22: Pflegebezogene Kompetenz (SCQ) (Wertebereich: 16-80)

Die Verbesserung im Gesamtwert des „Sense of Competence“-Fragebogens hing vor allem mit Verbesserungen in der Subskala „Pflegeteilnahme an Entscheidungen“ zusammen, die Aspekte wie Zeit für sich selbst, Sozialleben, Belastung, Sorgen und die Gesundheit des Pflegenden umfasst (Abb. 23).

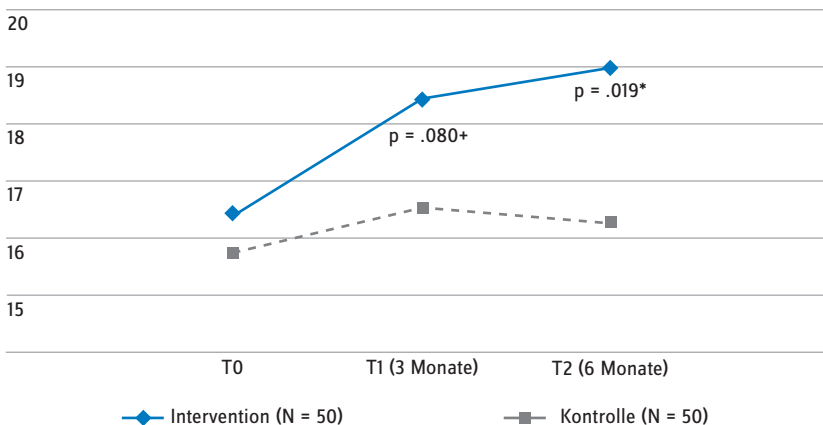


Abb. 23: Kompetenz im Umgang mit Belastungsfaktoren (SCQ Subskala 3) (Wertebereich: 7-35)



### 5.7.3 Sonstige Maße: Subjektive Körperbeschwerden

In der Subskala „Gliederschmerzen“ aus dem Gießener Beschwerdebogen, die in der Studie verwendet wurde, verbesserten sich die Beschwerden der Teilnehmerinnen der Interventionsgruppe in signifikanter Weise gegenüber denen der Kontrollgruppe sowohl zwischen T0 und T1 ( $p < .05$ ;  $d_{\text{Cohen}} = 0,39$ ) als auch T0 und T2 ( $p < .05$ ;  $d_{\text{Cohen}} = 0,32$ ) (Abb. 24).

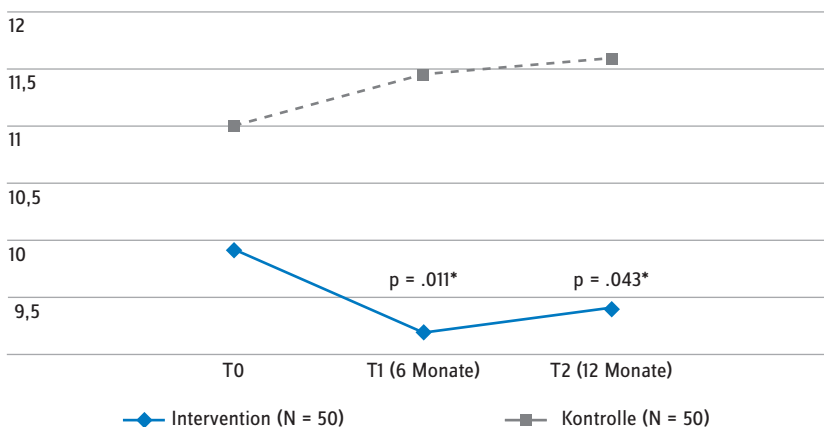


Abb. 24: Subjektive Körperbeschwerden (GGB - Subskala Gliederschmerzen) (Wertebereich: 0-24)

### 5.7.4 Sonstige Maße: Soziale Problemlösefertigkeiten

In der aus dem „Social Problem-Solving Inventory: Revised“ verwendeten Subskala „Negative Problemorientierung“ konnte nur im direkten Anschluss an die vor allem zwischen T0 und T1 stattfindende Pflegeberatung ein kurzfristiger, hoch signifikanter Effekt erzielt werden ( $p < .01$ ;  $d_{\text{Cohen}} = 0,49$ ) (Abb. 25).

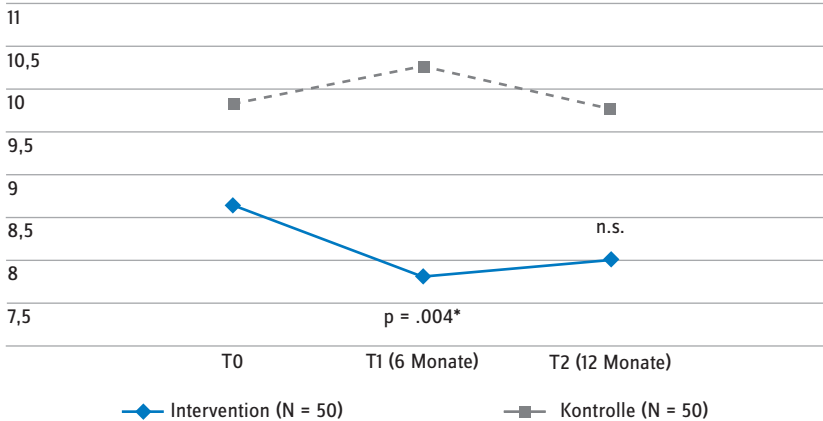


Abb. 25: Negative Problemorientierung (SPSI-R:S Subskala) (Wertebereich: 0-20)

### 5.7.5 Sonstige Maße: Freizeitzufriedenheit

Im „Leisure Time Satisfaction“-Fragebogen wurde zum einen der Umfang von sechs verschiedenen Freizeitaktivitäten (z. B. Hobby nachgehen; zusammen mit anderen Menschen Dinge tun, die Spaß machen) im letzten Monat abgefragt. Hier konnte in der Interventionsgruppe eine tendenzielle Verbesserung zwischen T0 und T2 erzielt werden ( $p < .10$ ;  $d_{\text{Cohen}} = 0,27$ ) (Abb. 26).

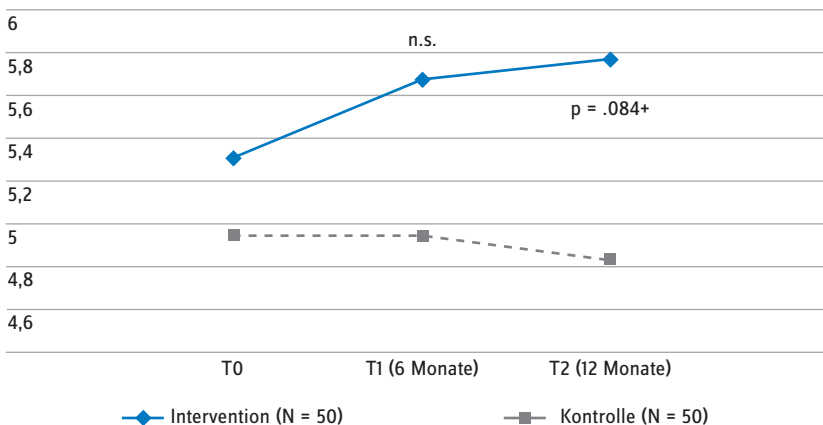


Abb. 26: Menge an Freizeit (LTS) (Wertebereich: 0-12)

In der abgefragten Zufriedenheit mit der Freizeitmenge in den sechs Bereichen zeigte sich lediglich ein kurzfristiger positiver Trend bei T1 ( $p < .10$ ;  $d_{\text{Cohen}} = 0,36$ ) (Abb. 27).

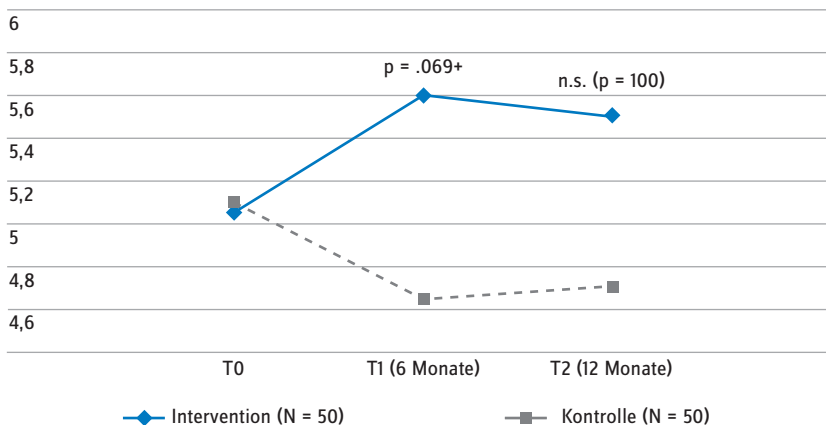


Abb. 27: Zufriedenheit mit der Menge an Freizeit (LTS) (Wertebereich: 0-12)

## 5.8 Pflegende Angehörige: Gruppenvergleiche (Completer)

Die Ergebnisse der Completer-Analysen, bei denen jeweils nur diejenigen Studienteilnehmerinnen Berücksichtigung fanden, für die vollständige Daten vorlagen, stimmen bzgl. der Veränderungen zwischen T0 und T1 weitgehend mit den Intent-to-treat-Analysen überein. Bei den Completer-Analysen gibt es ebenfalls signifikante positive Effekte in Bezug auf die depressiven Symptome (ADS) und Gliederschmerzen (Subskala GBB-24) sowie eine hoch signifikante Verbesserung der negativen Problemorientierung (Subskala SPSI-R:S). Die Trends ( $p < 0.10$ ) in den Intent-to-treat-Analysen bei den „Folgen der Pflege auf das eigene Leben“ (SCQ Subskala 2) und der Zufriedenheit mit der Menge an Freizeit bilden sich dagegen nicht bei den Completer-Analysen ab ( $p = 0.166$  bzw.  $p = 0.101$ ). Hier macht sich bereits sowohl die durch die geringere Fallzahl bedingte geringere Power bemerkbar als auch die Tatsache, dass die nicht bei den Completer-Analysen berücksichtigten Dropouts in der Kontrollgruppe zum Teil signifikant schlechtere Werte bei T0 hatten (siehe Kapitel 5.5.3).

In Abb. 28 ist zu sehen, dass diejenigen pflegenden Angehörigen mit deutlichen Verbesserungen in der depressiven Symptomatik (mindestens  $-5$ , was in etwa einer halben Standardabweichung entspricht), überwiegend in der Interventionsgruppe vertreten waren.

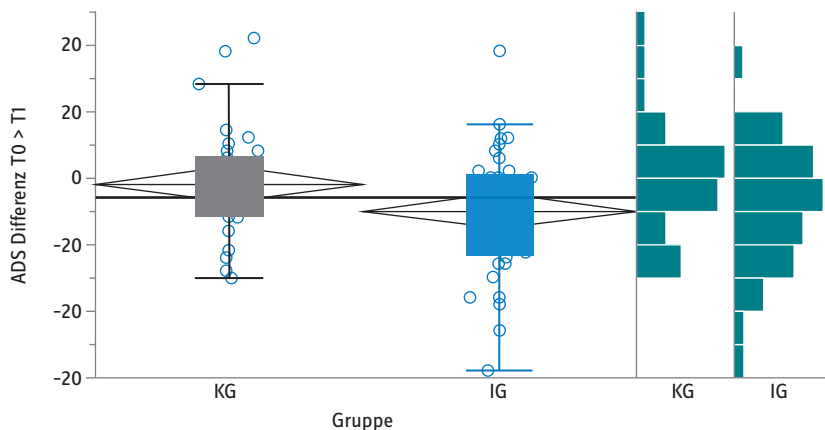


Abb. 28: Depressive Symptome - Veränderungen (Completer: T1-T0)

Bezüglich der Veränderungen zwischen T0 und T2 gab es bei den Completer-Analysen keine signifikanten Effekte, was in verstärktem Maße auf die bereits erwähnten Gründe zurückzuführen ist (Fallzahl, Selektionseffekte). Die ausführliche deskriptive Darstellung der Skalenmittelwerte sowie die Veränderungen zwischen T0 und T1 bzw. T0 und T2 finden sich in Anhang 7 (Tab. 53 und 54).

Bei T0 (N = 81; Completer T0 und T1) erhielten in der Interventionsgruppe zwei und in der Kontrollgruppe acht Pflegebedürftige noch keine Leistungen der Pflegeversicherung. Wie zu erwarten war, spielten erstmalige Einstufungen in der Kontrollgruppe eine größere Rolle als in der Interventionsgruppe (Abb. 29). Aber auch ansonsten fanden Höherstufungen in der Kontrollgruppe deutlich häufiger statt.

Ergebnisse

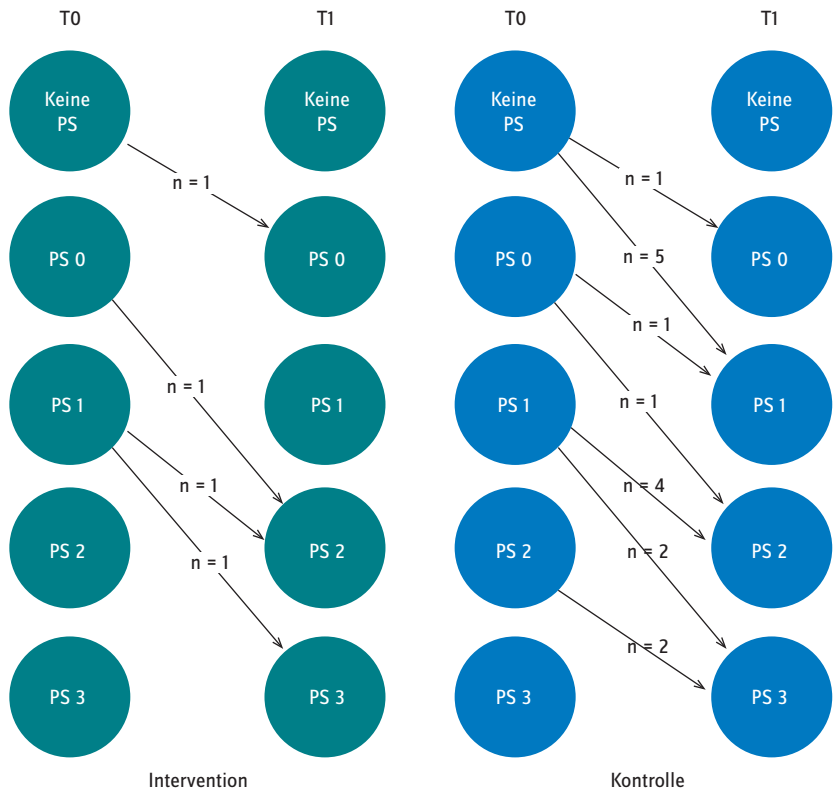


Abb. 29: Veränderung der Pflegestufen (PS) zwischen T0 und T1

Werden diejenigen pflegenden Angehörigen betrachtet, deren Pflegebedürftige zum Zeitpunkt T0 bereits eine Einstufung in die Pflegeversicherung hatten (Pflegestufe 1-3: n = 67), zeigt sich, dass in der Kontrollgruppe zu T1 der Anteil der Geldleistungsempfänger von 66,7% auf 46,7% ab- und der Anteil der Kombileistungsempfänger von 23,3% auf 43,3% zunahm. Der Anteil der Sachleistungsempfänger blieb unverändert. In der Interventionsgruppe gab es dagegen nur minimale Veränderungen bei den in Anspruch genommenen Leistungen (Rückgang der Geldleistung von 63,9% auf 56,8%, Zunahme der Sachleistung von 2,8% auf 8,1%).

Die von pflegenden Angehörigen durchschnittlich geleistete Pflege, hauswirtschaftliche Unterstützung und Betreuung während der jeweils vorangegangenen drei Monate

erhöhten sich in der Kontrollgruppe<sup>1</sup> von T0 bis T1 signifikant von 5,2 auf 6,1 Stunden pro Tag ( $t(37) = -2,207$ ;  $p = 0.034$ ). Bei der Interventionsgruppe nahm die aufgebrachte Zeit ebenfalls, aber in nicht signifikanter Weise von 4,8 auf 5,2 Stunden zu ( $t(39) = -1,028$ ;  $p = 0.310$ ). Es gab jedoch keinen statistisch signifikanten Gruppeneffekt. Die Unterstützung durch Angehörige, Freunde etc. nahm in der Kontrollgruppe minimal ab (durchschnittlich neun Minuten am Tag) und in der Interventionsgruppe minimal zu (drei Minuten am Tag). Diese Zu- bzw. Abnahme war weder innerhalb der Gruppen noch zwischen den Gruppen signifikant.

Die Interventionsgruppe nahm zu T1 im Trend häufiger Nachbarschafts- oder Hauswirtschaftshilfe sowie Leistungen für die häusliche Betreuung des Pflegebedürftigen sowie signifikant häufiger privat bezahlte Haushalts- und Einkaufshilfen in Anspruch als die Kontrollgruppe (Tab. 41).

	T0			T1		
	Intervention (N = 41)	Kontrolle (N = 40)	p	Intervention (N = 41)	Kontrolle (N = 40)	p
<b>Hilfen von professionellen Diensten</b>						
Ambulanter Pflegedienst	34,1%	20,5%	n.s.	29,3%	30,0%	n.s.
Behandlungspflege	12,2%	27,5%	0.084+	14,6%	25,0%	n.s.
Nachbarschafts-/ Hauswirtschaftshilfe	7,3%	5,0%	n.s.	14,6%	2,5%	0.052+
Häusliche Betreuung	9,8%	10,0%	n.s.	22,0%	7,5%	0.067+
Ehrenamtliche Besuchsdienste	2,4%	0%	n.s.	2,4%	2,5%	n.s.
Essen auf Rädern	7,3%	10,3%	n.s.	9,8%	12,5%	n.s.
<b>Privat organisierte und vergütete Hilfen</b>						
Haushalts-/Einkaufshilfe	26,8%	17,9%	n.s.	34,1%	12,8%	0.025 *
Betreuungshilfe	12,2%	5,1%	n.s.	24,4%	12,8%	n.s.
Pflegehilfe	2,4%	5,1%	n.s.	2,4%	7,7%	n.s.
„24-Stunden-Pflege“	-	-		4,9%	2,6%	n.s.

+Trend ( $p < .10$ ), \* signifikant ( $p < .05$ ), n.s. = nicht signifikant;  $\chi^2$  Tests

Tab. 41: Inanspruchnahme von Hilfen (Completer T0, T1)

1 Berücksichtigt wurden nur die Pflegenden (Kontrolle n = 38; Intervention n = 40), die ihre Angehörigen bereits seit mindestens drei Monaten pflegten.

In Abbildung 30 sind die Art der Dropouts im Zeitraum zwischen T0 und T1 dargestellt.

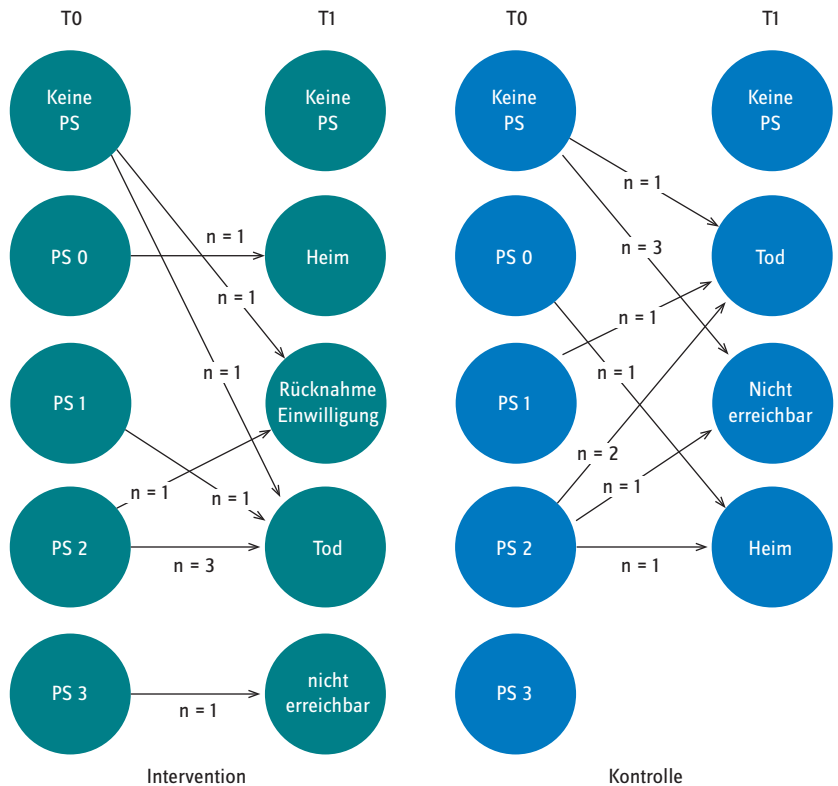


Abb. 30: Dropouts und Pflegestufen (PS) zwischen T0 und T1

## 5.9 Anregungen und Wünsche der pflegenden Angehörigen

Im Folgenden sind die Rückmeldungen der Pflegenden, die im Rahmen der Assessments zu T1 und T2 und der strukturierten Interviews erhoben wurden, zusammengefasst.

Von den Angehörigen beider Gruppen wurden zahlreiche hilfreiche Aspekte der Pflegeberatung genannt. Hierzu zählt zum einen, dass sich die Pflegenden von den Pflegeberaterinnen ernst genommen und in der geleisteten Pflege wertgeschätzt fühlten. Auf der anderen Seite wurde Pflegenden durch die Pflegeberatung erstmals klar, dass sie

Unterstützung benötigen. Die erhaltenen Informationen zu Unterstützungsangeboten und Möglichkeiten zur Erleichterung der Pflege wurden ebenfalls mehrfach positiv erwähnt. Gleiches galt für die erst durch die Pflegeberatung angeregten und unterstützten (nachhaltigen) Veränderungsschritte (z. B. Schaffung von mehr Erholungsmöglichkeiten, Etablierung von Routinen, Wohnraumanpassung). Positiv wurde auch die Stärkung der pflegebezogenen Kompetenz durch die Pflegeberatung erwähnt.

Die bei den Interviews gestellte Frage nach den zeitlichen Prioritäten – also zu welchen Teilen die Belange der pflegenden Angehörigen bzw. der pflegebedürftigen Person im Mittelpunkt der Beratung standen – war oft nur schwierig zu beantworten. Teils, weil sich dies nur schlecht trennen ließ, teils konnte diese Verteilung aber auch nicht mehr richtig erinnert werden. Von den Pflegenden wurde in beiden Gruppen ein Anteil zwischen 20% und 100% der Beratungszeit, die primär für ihre Anliegen verwandt wurde, angegeben.

Eine Übersicht über die Rückmeldungen findet sich in den Tabellen 42 (Kontrollgruppe) und 43 (Interventionsgruppe).

Wünsche und Verbesserungsvorschläge Kontrollgruppe
<b>Häufigkeit der Kontakte, Zeitpunkt und Umfang der Beratung</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beraterin sollte selbst häufiger Kontakt suchen, regelmäßige Anrufe wünschenswert (mehrfach genannt).</li> <li>- Mehr Termine und Kontakte (mehrfach genannt)</li> <li>- Mehr Unterstützung</li> <li>- Mehr Zeit bei der Beratung, um nicht innerhalb der Beratung wichtige Entscheidungen treffen zu müssen.</li> <li>- Eigentlich hat man genug Unterstützung, wenn man sich darum bemüht.</li> <li>- Habe momentan keine Wünsche, fühle mich gut aufgehoben. Weiß, wenn ich Hilfe brauche, ist die Pflegeberaterin für mich da.</li> <li>- Zeitpunkt der Beratung war sehr spät. Eine sofortige Beratung nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit wäre besser gewesen.</li> <li>- Es war positiv, dass die Pflegeberaterin ins Krankenhaus kam und die Beratung schnell erfolgte.</li> </ul>
<b>Information</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mehr Informationen und besser aufbereitet</li> <li>- Mehr Transparenz über vorhandene Möglichkeiten der Unterstützung</li> <li>- Eine bessere Übersicht über finanzielle Möglichkeiten der Unterstützung</li> <li>- Möglichkeit eines Hausbesuchs sollte besser bekannt gemacht werden (z. B. könnte die Kasse einen entsprechenden Flyer verschicken).</li> </ul>
<b>Grenzen der Beratung und Leistungen</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hilfeleistungen und Angebote sind oft aufgrund rechtlicher und finanzieller Barrieren nicht möglich. Darauf weiß auch die Pflegeberaterin keine Antwort.</li> <li>- Wollte gerne in Kur. Habe diesbezüglich keine Hilfe erhalten.</li> <li>- Windeln sollten finanziert werden, sehr starke Normen, individuelle Angebote wären besser.</li> </ul>



## Ergebnisse

Pflegeberatung gesamt
<ul style="list-style-type: none"> <li>- So, wie es ist, ist es in Ordnung. Die Beratung war kompetent!</li> <li>- Gespräche sollten unter vier Augen stattfinden (Anm.: nur Pflegeberaterin und pflegende Angehörige)</li> <li>- Pflegeberaterin sollte besser auf Bedürfnisse der Pflegenden eingehen.</li> <li>- Gefühl, keine hilfreichen Tipps erhalten zu haben, neutrale Haltung der Pflegeberaterin</li> </ul>

Tab. 42: Verbesserungsvorschläge und Kommentare (Kontrollgruppe)

Es gab aber auch einzelne kritische Rückmeldungen. Diese betrafen zum einen den Wunsch nach einer zeitlich umfangreicheren Beratung sowie einer stärkeren Unterstützung bei der Umsetzung von Veränderungsschritten. Ratsuchende, die empfanden, dass ihre Hilfewünsche abgeblockt wurden, oder die sich nicht neutral beraten fühlten, waren seltene Einzelfälle. Mehrfach wurde jedoch angemerkt, dass alle Möglichkeiten der Erstattung sehr kompliziert und nur schwer verständlich seien.

Wünsche und Verbesserungsvorschläge Interventionsgruppe
Häufigkeit der Kontakte, Zeitpunkt und Umfang der Beratung
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kürzere Kontaktintervalle, mehr Kontakt und Nachfrage durch Beraterin</li> </ul>
Information
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mehr Informationsmaterial über vorhandene Hilfsmittel (z. B. Besteck, Beistelltisch)</li> </ul>
Grenzen der Beratung und Leistungen
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Letzten Endes können sie mir nicht helfen.</li> </ul>
Pflegeberatung gesamt
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bessere Transparenz erforderlich, es ist alles unübersichtlich, besonders mit dem Geld und den verschiedenen Finanzierungstöpfen, finde die Beratung wenig neutral.</li> <li>- Keine Beratung zur Pflege, nur Antrag auf Sozialhilfe wurde fokussiert. Es gab keine persönliche Hilfe.</li> <li>- Nicht nur sagen, was zu tun ist, sondern auch bei der Umsetzung helfen. Man hat oft keine Energie, sich durchzufragen.</li> <li>- Sehr zufrieden, das Kartenset hat sehr geholfen, auch wenn ich am Anfang sehr skeptisch war.</li> </ul>
Sonstiges
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vorsorgekur: nur alte Leute, die in einer anderen Lebenssituation als ich selbst waren. Es war für mich keine Erholung, sondern eher deprimierend.</li> <li>- Das ganze System (warum man wie viel Geld bekommt) ist so undurchsichtig.</li> <li>- Jedes Jahr die Möglichkeit einer Trainings- und Erholungswoche wäre wünschenswert.</li> </ul>

Tab. 43: Verbesserungsvorschläge und Kommentare (Interventionsgruppe)

## 6. Diskussion und Fazit

Die PLiP-Studie gehört zu den bislang wenigen Translationsstudien, die den Übertrag eines Beratungsansatzes mit nachgewiesener Evidenz in ein bestehendes Versorgungsetting untersuchen. Die Studie hebt sich sowohl durch ihr clusterrandomisiertes Design als auch durch die Überwindung diagnosespezifischer Settings und Forschungsbereiche (z. B. im Bereich Demenz, Schlaganfall) von den meisten Translationsstudien in diesem Forschungsfeld ab.

Mit der Teilnahme von drei Pflegekassen (AOK BW, AOK Bayern und SVLFG) war das Projekt auf der ersten Rekrutierungsebene sehr erfolgreich. Die jeweiligen Vorbereitungsphasen mit den teilnehmenden Kassen waren jedoch langwieriger als erwartet und bei jeder der teilnehmenden Kassen mit unterschiedlichen Abläufen, Entscheidungsprozessen, aber auch Hürden verbunden.

Auf der zweiten Rekrutierungsebene gelang es, 58 Pflegeberaterinnen aus 38 Standorten für die Teilnahme an der Studie zu gewinnen. Dies waren knapp 50% mehr teilnehmende Beraterinnen als ursprünglich geplant. Aus verschiedenen Gründen schieden jedoch gut 40% der Pflegeberaterinnen aus der Interventionsgruppe bereits vor der Evaluationsphase aus. Dies war zum Teil zufällig (z. B. Mutterschaft, Umstrukturierungsmaßnahmen), hatte zum Teil aber auch mit den im Vergleich zu den Wartekontrollgruppen kürzeren Anmeldefristen für die erforderlichen Schulungen, einem im Vergleich zur Kontrollgruppe späteren Zeitpunkt der Evaluation sowie dem zusätzlichen Ausschlussgrund aufgrund mangelnder Schulungsteilnahme zu tun. Eine Randomisation im Verhältnis 3 : 2 zugunsten der Interventionsgruppe wäre deshalb günstiger gewesen.

Auf der dritten Rekrutierungsebene wurden pflegende Angehörige von den Pflegeberaterinnen gescreent und über die PLiP-Studie informiert. Dies war sowohl methodisch als auch in der praktischen Durchführung die schwierigste Rekrutierungsebene. Zum einen musste in dem gewählten pragmatischen Ansatz und unter Beachtung der Datenschutzvorgaben die Ansprache der Pflegenden durch Mitarbeiter der Pflegekassen erfolgen. In der Umsetzung zeigte sich aber, dass das gewünschte konsekutive telefonische Screening aller neuen Beratungsfälle den Pflegeberaterinnen nicht durchgängig möglich war. Hierdurch fand möglicherweise eine von uns nicht kontrollierbare Vorselektion der angesprochenen und gescreenten Personen statt. Hinzu kam, dass für das zweistufige Einholen von Einverständniserklärungen zur Adressweiterleitung (durch die Pflegeberaterinnen) und die Studienteilnahme bzw. die pseudoanonymisierte Weiterverarbeitung der Daten (durch das Studienteam) ein gewisses Zeitfenster bis zur ersten Datenerhebung (T0) benötigt wurde (maximal drei Wochen, durchschnittlich knapp zehn Tage). Dies hatte zur Folge, dass T0 zwar bei Beratungsbeginn, aber nicht konsistent vor jeglicher Beratung, die teilweise bereits mit der ersten Kontaktaufnahme begann (z. B. bei dringenden Angelegenheiten und Fragen), erhoben werden konnte. Während das gewählte Screening sehr gut pflegende Angehörige mit depressiver Symptomatik iden-

tifizierte, kann keine Aussage über falsch negative Screenings getroffen werden. Dieser Aspekt wäre für die Weiterentwicklung von Interesse.

Die sehr heterogene Rekrutierungszahl der einzelnen Pflegeberaterinnen war neben individuellen Faktoren (z. B. Stellenumfang in der Pflegeberatung) sicherlich auch in den unterschiedlichen lokalen Gegebenheiten der Pflegeberaterinnen begründet (z. B. Personalsituation, Unterstützung durch Vorgesetzte). Zum anderen nahmen während der Projektlaufzeit die Inanspruchnahme von Pflegeberatung und damit verbunden auch die Fallzahlen der teilnehmenden Pflegeberaterinnen kontinuierlich zu. Darüber hinaus wurde die zeitliche Kapazität der Pflegeberaterinnen für die Mitarbeit an PLiP durch die zeitgleiche Weiterentwicklung der Pflegeversicherung sowie kasseninterne Umstellungen begrenzt (z. B. die Einführung eines neuen elektronischen Dokumentationssystems, kasseninterne Vorbereitungen und Schulungen für die Pflegestärkungsgesetze I und II). Bei den Pflegeberaterinnen der SVLFG spielten auch saisonale Faktoren dahingehend eine Rolle, dass in der Landwirtschaft tätige pflegende Angehörige vom Frühjahr bis zur Ernte sowohl wenig Zeit für die Inanspruchnahme von Beratung als auch für Befragungen im Rahmen der Studie hatten. All diese Faktoren machten es für einzelne Pflegeberaterinnen teilweise schwierig, zeitgleich neben dem Alltagsgeschäft die PLiP-Projektinhalte im gewünschten Umfang umzusetzen. Weitere Einflussfaktoren für die Rekrutierungszahlen waren das Alter und der Grad der emotionalen Erschöpfung der Pflegeberaterinnen. Während all diese Faktoren auf beide Gruppen zutrafen, hingen die geringeren Rekrutierungszahlen in der Interventionsgruppe jedoch vor allem mit den genannten Dropouts von Pflegeberaterinnen in dieser Gruppe zusammen.

Durch das angewandte Matching konnten die durch die Clusterrandomisation bedingten Ungleichgewichte zwischen den Gruppen ausgeglichen und dadurch eine Auswertungsstichprobe mit 100 pflegenden Angehörigen extrahiert werden. Wenn auch aufgrund der Dropout-Rate gewisse Abstriche bzgl. der ursprünglich gewünschten statistischen Power gemacht werden mussten, kann die Stichprobengröße noch als ausreichend betrachtet werden.

Das Schulungskonzept wurde sowohl inhaltlich als auch in seinem zeitlichen Umfang von den Pflegeberaterinnen insgesamt als passend empfunden. Vermutlich wäre ein monatlicher Coachingtermin anstelle der angebotenen zweiwöchigen Frequenz ausreichend gewesen. Vom methodischen Aufbau fanden wir die vergleichsweise starke Gewichtung auf dem konkreten Üben von Techniken (z. B. mittels Rollenspielen) auch entgegen den Präferenzen der Pflegeberaterinnen, die sich mehr Vorträge gewünscht hätten, wichtig und sinnvoll. In der Anwendung von PLiP zeigte sich, dass auch eine vermeintlich einfache Methode wie die des strukturierten Problemlösens eines Mindestmaßes an Übung bedarf, um eine Routine zu entwickeln, die situationspezifisch flexibel ist und gleichzeitig den „roten Faden“ der Methode im Auge behält. In der

Anwendung von PLiP war das Kartenassessment ein zentrales Element, das fast durchgängig von den Pflegeberaterinnen verwendet wurde. Die Problemlöseschritte wurden dagegen häufig nur teilweise angewandt. Insbesondere bei den Nachkontakten bzw. Rückfragen, ob das ursprünglich gesetzte Ziel erreicht wurde, wäre eine bessere Manualadhärenz wünschenswert gewesen. Positiv zu sehen sind die Rückmeldungen der Pflegeberaterinnen, die überwiegend sowohl die Schulung weiterempfehlen würden als auch ein evidenzbasiertes Vorgehen in der Beratung begrüßen. Zahlreiche Pflegeberaterinnen fanden jedoch, dass eine Integration dieses zusätzlichen Beratungsmoduls ohne zusätzliche zeitliche Ressourcen problematisch ist. Pflegeberaterinnen, die durch regelmäßiges Anwenden des Ansatzes eine Routine entwickelt haben, gaben an, den Ansatz auch über das Projekt hinaus in passenden Beratungssituationen anzuwenden.

Die Schulungen zeigten deutlich, dass die Pflegeberaterinnen in ihrem Beratungsalltag mit zahlreichen schwierigen Situationen und schwierigem Klientenverhalten konfrontiert sind. Die Kombination der PLiP-Schulung mit Elementen der Psychohygiene wurde von den Pflegeberaterinnen deshalb zum überwiegenden Teil als sinnvoll betrachtet, was sich auch in einer als subjektiv verbessert wahrgenommenen Beratungskompetenz der Pflegeberaterinnen zeigte. Hier gibt es dennoch weiteres Verbesserungspotenzial in dem Sinne, dass insbesondere das selbstfürsorgende Verhalten der Pflegeberaterinnen im Coaching noch gezielter unterstützt werden kann.

Die Beratungszeiten der um PLiP erweiterten Pflegeberatung erhöhten sich um ca. 20% bzw. durchschnittlich 30 Minuten auf 191 Minuten. Dies erscheint absolut gesehen und im Vergleich zu den Beratungszeiten in der vorausgegangenen TIPS-Studie eher gering. Aus einer Finanzierungsperspektive bedeutet eine Steigerung um 20% jedoch einen deutlichen Ressourcenmehrbedarf. Obgleich Subgruppenanalysen bei der vorliegenden Fallzahl mit Vorsicht zu interpretieren sind, scheinen die Beratungszeiten sehr stark vom beruflichen Hintergrund der Pflegeberaterinnen abzuhängen (Pflege, Sozialversicherungsfach, Sozialarbeit). Da in den teilnehmenden Kassen jeweils gewisse Berufsgruppen schwerpunktmäßig in der Pflegeberatung vertreten waren, bleibt jedoch unklar, inwieweit durch den beruflichen Hintergrund der Beraterinnen bedingte Effekte von Effekten, die weitere Spezifika der einzelnen Kassen abbilden, überlagert sind. Ein interessantes Ergebnis war jedoch, dass sich die Beratungszeiten mit der Anwendung von PLiP über die Berufsgruppen und Kassen angeglichen haben.

Mit dem letztlich geringen zeitlichen Mehraufwand und einem strukturierteren Vorgehen in der Beratung haben die pflegenden Angehörigen insgesamt sehr von der erweiterten Pflegeberatung profitiert (Tab. 44). Trotz der nur teilweise vollständigen Umsetzung der Problemlöseschritte bewerteten die pflegenden Angehörigen die Pflegeberaterinnen der Interventionsgruppe in allen Kompetenzbereichen, die das Problemlösen betrafen (z. B. Einbeziehung des Ratsuchenden) signifikant besser als die der Kontrollgruppe.

Wenn dieses Ergebnis auch aufgrund möglicher und nicht berücksichtigter Selektionseffekte mit Vorsicht zu interpretieren ist, so haben in der Interventionsgruppe signifikant weniger Pflegende die Pflege aufgegeben oder die häusliche Pflege dadurch beendet, dass die pflegebedürftige Person in ein Pflegeheim umgezogen ist. Zur Absicherung dieser Ergebnisse wären aber höhere Fallzahlen wünschenswert gewesen.

So war die relative Verbesserung der depressiven Symptome fast vergleichbar mit den Ergebnissen der dreimonatigen Hauptinterventionsphase der TIPS-Studie, in der die Depressionswerte der pflegenden Angehörigen von Schlaganfallbetroffenen bei T0 jedoch deutlich niedriger lagen als in der PLiP-Studie (rund 4 Punkte bzw. 0,4 Standardabweichungen). Dies ist umso erfreulicher, da die Kontrollbedingung in der PLiP-Studie mit der konventionellen Pflegeberatung wesentlich anspruchsvoller als in der TIPS-Studie war.

ANCOVAS intent-to-treat (N = 100) (gematchte Stichprobe) Gruppenunterschiede	T0 → T1 3 Monate	T0 → T2 6 Monate
Allgemeine Depressionsskala (ADS)	signifikant*	Trend+
SCQ Subskala 2: Zufriedenheit mit eigenem Tun	n.s.	n.s.
SCQ Subskala 3: Folgen der Pflege auf eigenes Leben	Trend+	signifikant*
SCQ Total	n.s.	signifikant*
Subskala Gliederschmerzen (GGB)	signifikant*	signifikant*
Subskala Negative Problemorientierung (SPSI-R:S)	hoch signifikant**	n.s.
Freizeit (Menge an Zeit) (LTS)	n.s.	Trend+
Zufriedenheit mit der Menge an Freizeit (LTS)	Trend+	n.s.

+Trend (p < 0.10); \*signifikant (p < 0.05); \*\*hoch signifikant (p < 0.01)

Tab. 44: Pflegende Angehörige - Zusammenfassung Assessments

Sowohl die Interventionen von TIPS als auch PLiP hatten einen positiven Effekt auf die subjektiven Körperbeschwerden. Unterschiede zeigten sich jedoch in der pflegebezogenen Selbstwirksamkeit. Während bei TIPS die „Zufriedenheit mit dem eigenen Tun“ (SCQ Subskala 2) insbesondere bei den jüngeren Pflegenden verbessert wurde, konnte mit PLiP eine Verbesserung auf der Dimension „(negative) Folgen der Pflege auf das eigene Leben“ erzielt werden. Dies könnte ein Hinweis dafür sein, dass durch die TIPS-Intervention die Kompetenzen der Pflegenden und mit der PLiP-Intervention Aspekte der Pflegeentlastung jeweils stärker adressiert wurden. Mit der TIPS-Intervention konnte dagegen die Freizeit Zufriedenheit klar verbessert werden, was in der PLiP-Studie nur kurzfristig im Trend gelungen ist. Ein Grund hierfür könnte darin liegen, dass die von den Teilnehmerinnen der PLiP-Studie gepflegten Personen im Vergleich zu denen in der TIPS-Studie kognitiv eingeschränkter oder zum Teil auch noch im Kindesalter waren

---

und die Pflegenden durch umfangreichere Betreuungsaufgaben weniger Spielräume für eigene Freizeitaktivitäten hatten.

Mit der PLiP-Studie konnte in einem ersten Schritt gezeigt werden, dass Pflegeberaterinnen mit unterschiedlichem beruflichem Hintergrund in der Methode des strukturierten Problemlösens geschult werden können. Mit einer weitgehend durchgängigen Anwendung des Kartenassessments und den anschließend (teilweise) angewandten Problemlöseschritten konnten für die hochbelasteten Pflegenden positive und signifikante Effekte erzielt werden. Die Pflegeberaterinnen bevorzugten die Anwendung von PLiP eher bei jüngeren bzw. nicht hochaltrigen Pflegenden. Des Weiteren erschien den Pflegeberaterinnen die Anwendung von PLiP besonders geeignet in Pflegekonstellationen, in denen keine Versorgungsfragen akut gelöst werden mussten oder es nicht um eine klar definierte Beratung im Hinblick auf Leistungen ging. Für die besten Einsatzmöglichkeiten sollten für die Zukunft klare Empfehlungen formuliert werden, für welche Pflegenden eine solche erweiterte Beratung sinnvoll und wirksam ist. Ob dies eher gesteuert, eventuell sogar proaktiv oder präventiv, auf Basis von Screenings, Selbstassessments oder Risikoprofilen erfolgen soll oder eher ungesteuert aus dem Routinebetrieb heraus, ist im Hinblick auf folgende Implementierungsschritte noch offen.

Die Erfahrungen mit PLiP haben ebenfalls bestätigt, dass die Pflegende und die pflegebedürftige Person, die die Versicherte bzw. Leistungsempfängerin ist, gemeinsame und zugleich verschiedene Klienten sind. Dies in der Beratung zu berücksichtigen stellt eine weitere Herausforderung dar. In diesem Punkt scheint zukünftig eine bessere Strukturierung in dem Sinne sinnvoll, dass überlegt werden sollte, welche Beratungsaspekte mit beiden Personen und welche Inhalte besser in Einzelgesprächen (sofern möglich) durchgeführt werden sollten.

Aus methodischer Sicht sollte das Kartenassessment verkürzt, die Dokumentation des Assessments vereinfacht und die Arbeitsblätter überarbeitet werden. Für das Kartenassessment und die zugehörige Dokumentation wurde unter Einbeziehung der Pflegeberaterinnen bereits ein Vorschlag erarbeitet. Weitere Schritte zur Weiterentwicklung sind geplant.

Um die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI zukünftig weiter zu stärken, sind sicherlich vielfältige Initiativen erforderlich. Zum einen werden die bis zum 31.07.2018 zu erstellenden Pflegeberatungs-Richtlinien (§ 17 Abs. 1a SGB XI) einen verbindlichen Rahmen vorgeben und einen wichtigen Meilenstein darstellen. Es ist auch zu überlegen, inwieweit beraterische Kompetenzen, die der Beruf der Pflegeberaterin zweifelsohne erfordert, bereits frühzeitig in der Qualifikation zur Pflegeberaterin stärker verankert werden können.

Insgesamt stellt sich (nicht nur in Deutschland) die Frage, ob evidenzbezogene Empfehlungen für eine Verbesserung der Beratungsqualität ausreichend sind oder ob eher

die Adaption evidenzbasierter Programme, die jedoch ein spezielles Training und ein nachfolgendes möglichst kontinuierliches Monitoring mit entsprechender Evaluation erfordern, vorzuziehen ist. Aus unseren Erfahrungen mit PLiP scheint uns in jedem Fall wichtig, dass zukünftig die Pflegenden und soweit möglich auch die Pflegebedürftigen sowie deren Ressourcen konsequent in den Beratungsprozess einbezogen werden.

Des Weiteren sollten spezifische Themen, die in den durchgeführten Schulungen regelmäßig als Herausforderungen in Beratungssituationen genannt wurden (z. B. Verletzung der Persönlichkeitsrechte des Gepflegten, Pflegeberatung bei Personen mit malignen Erkrankungen, die gezielte Förderung von Veränderungsmotivation und Selbstwirksamkeit) in der Weiterbildung gezielt berücksichtigt werden.

Trotz der guten Effekte und relativen Verbesserungen muss abschließend dennoch angemerkt werden, dass auch nach der Pflegeberatung immer noch ein hoher Anteil der Pflegenden eine ausgeprägte depressive Symptomatik angab. Die Erfahrungen in PLiP haben gezeigt, dass durch die erweiterte Pflegeberatung zusammen mit den Pflegenden hilfreiche Lösungen für deren pflegeassoziierten Alltagsprobleme gefunden werden konnten („problemfokussiertes Coping“). Unsere Erfahrungen haben aber auch gezeigt, dass es wichtig ist, die Pflegeberaterinnen nicht zu überfordern bzw. den gegebenen und begrenzten Rahmen der Pflegeberatung inhaltlich nicht zu überfrachten. Dies betrifft insbesondere auf solche Situationen zu, in denen emotionale Probleme der Pflegenden im Vordergrund stehen (z. B. Trauer, Wut, Schuldgefühle). In diesen Konstellationen stellt sich die Frage, inwieweit für diese Subgruppe ein weitergehendes Beratungsangebot, das vor allem auch Aspekte des emotions- und bedeutungsbezogenen Copings adressiert und eine Lücke zwischen Pflegeberatung und Psychotherapie schließt, sinnvoll und wirkungsvoll ist.

Diesen Fragen wollen wir in einem neuen Projekt, das bereits vom BMBF zur Förderung bewilligt wurde (FZ: 01GL1702A), nachgehen. Hierfür werden wir zwei Interventionsansätze, die mit Förderungen des GKV-Spitzenverbandes (TIPS, PLiP) sowie dem Ministerium für Gesundheit (Tele.TAnDem, Tele.TAnDem transfer) bereits in der Vergangenheit untersucht wurden, in einem neuen versorgungsnahen Ansatz kombinieren und zusammen mit Pflegekassen evaluieren.

## 7. Dank

---

Wir bedanken uns zum einen bei Frau Török (AOK Baden-Württemberg), Frau Dr. Hanke-Ebersoll (AOK Bayern) und Herrn Ender (SVLFG) sowie den teilnehmenden Pflegeberaterinnen, ohne deren engagierte Unterstützung und Mitwirkung die Durchführung des Projekts nicht möglich gewesen wäre. Des Weiteren bedanken wir uns bei Herrn Dr. Schnabel und Frau Dr. Eifert vom GKV-Spitzenverband für ihre Begleitung, ihr Vertrauen, ihre Geduld und ihr Verständnis an den Stellen des Projekts, die nicht nach Zeitplan liefen.

Dank



# 8. Öffentlichkeitsarbeit

## 8.1 Projektpräsentationen

Das Projekt wurde im Verlauf mehrfach bei den teilnehmenden Kassen in unterschiedlichen Settings präsentiert. Weitere Präsentationen erfolgten beim GKV-Spitzenverband sowie dem Bundesministerium für Gesundheit (Referate 415, 411) am 10.08.2015 sowie am 8.03.2017. Bei der AOK Baden-Württemberg wurden am 11.05.2017 die Ergebnisse den Leitungen der „Competence Center“ vorgestellt.

## 8.2 Vorträge bei Tagungen

- Pfeiffer K., Hautzinger M., Patak M., Grünwald J., Klein D., Pendergrass A., Becker C.: PLiP-Studie - Problemlösen in der Pflegeberatung (Deutscher Pfllegetag, 24.01.2014, Berlin).
- Pfeiffer, K, Modellprojekt PLiP, Angehörigen-Beratung (GKV-Spitzenverband, Fachtagung Pflege zuhause - neue Entwicklungen in der Versorgung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen, 23.10.2014, Berlin). Vortrag.
- Pfeiffer K., Pendergrass A., Klein D., Grünwald J., Patak M., Becker C., Hautzinger M.: Problemlösen in der Pflegeberatung (PLiP-Studie): Erste Erfahrungen mit dem Translationsprojekt (DGGG Jahrestagung Sektionen III & IV, 17.09.2015, Mannheim). Vortrag.
- Pendergrass A., Klein D., Becker C., Hautzinger M., Pfeiffer K.: Strukturiertes Problemlösen mit pflegenden Angehörigen - ein verhaltenstherapeutischer Ansatz in unterschiedlichen Settings (9. Workshopkongress für Klinische Psychologie und Psychotherapie & 33. Symposium der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der DGPs, 14.-16.05.2015, Dresden). Vortrag.
- Pfeiffer K.: Problem-solving in caregiver counseling: From research to practice (Perspectives in Caregiver Research: From Research to Implementation, 26.06.2015, Berlin). Vortrag.
- Pfeiffer K., Albrecht D., Grünwald J., Patak M., Becker C., Hautzinger M.: Problemlösen in der Pflegeberatung (PLiP-Studie): erste Ergebnisse aus dem Translationsprojekt (28. Deutscher Geriatriekongress, 08.09.2016, Stuttgart). Vortrag.
- Pfeiffer K., Albrecht D., Pendergrass A., Becker C., Hautzinger M.: Problem-Solving in Caregiver-Counseling (PLiP Study): A Cluster Randomized Pragmatic Trial (IAGG 2017 World Congress, 24.07.2017, San Francisco). Vortrag.
- Pfeiffer, K, PLiP. Problemlösen in der Pflegeberatung - ein Ansatz zur Stärkung der Beratungskompetenz (GKV-Spitzenverband, Expertise: Beraten, mobilisieren, fördern. Wie die Lebensqualität Pflegebedürftiger und pflegender Angehöriger verbessert werden kann, 13.10.2017, Berlin). Vortrag.

## 8.3 Bisherige Publikationen

- Zur PLiP-Studie wurde ein Artikel in der SVLFG-Mitgliederzeitschrift veröffentlicht ([www.svlfg.de/20-aktuell/akt02\\_news/akt02\\_2015/akt02\\_2015\\_067/index.html](http://www.svlfg.de/20-aktuell/akt02_news/akt02_2015/akt02_2015_067/index.html)).
- Pfeiffer, K., Hautzinger, M., Patak, M., Grünwald, J., Becker, C., Albrecht, D. (2017): Problem-solving in caregiver-counselling (PLiP Study): study protocol of a cluster randomized pragmatic trial. *BMC Geriatr.* 17, 64. doi:10.1186/s12877-017-0456-x
- PLiP. Problemlösen in der Pflegeberatung, in: 90Prozent. Das E-Magazin des GKV-Spitzenverbandes, Ausgabe 05 vom Juni 2017
- Lebensqualität Pflegebedürftiger und pflegender Angehöriger erhöhen, in: 90Prozent. Das E-Magazin des GKV-Spitzenverbandes, Ausgabe 07 vom Dezember 2017

# 9. Literatur

---

## Literatur

- Aarons, G. A./Horowitz, J. D./Dlugosz, L. R./Ehrhart, M. G. (2012): The Role of Organizational Processes in Dissemination and Implementation Research, in: Brownson, R. C./Colditz, G. A./Proctor, E. K. (Eds.): *Dissemination and Implementation Research in Health Translating Science to Practice*. Oxford University Press, pp. 128-153
- Beinart, N./Weinman, J./Wade, D./Brady, R. (2012): Caregiver burden and psychoeducational interventions in Alzheimer's disease: a review. *Dement. Geriatr. Cogn. Disord. Extra* 2, pp. 638-648. doi:10.1159/000345777
- Beische, D./Hautzinger, M./Becker, C./Pfeiffer, K. (2012): Problem-solving counselling for caregivers of stroke survivors – an analysis of the addressed topics. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* 62, pp. 375-382. doi:10.1055/s-0032-1321881
- Borm, G. F./Fransen, J./Lemmens, W. A. (2007): A simple sample size formula for analysis of covariance in randomized clinical trials. *J Clin Epidemiol* 60, pp. 1234-1238
- Brähler, E./Hinz, A./Scheer, J. W. (2008): *Gießener Beschwerdebogen (GGB-24) (Giesse-ner Symptom List (GGB-24))*. Huber, Bern
- Brouwer, W. B. F./van Exel, N. J. A./van Gorp, B./Redekop, W. K. (2006): The CarerQol instrument: a new instrument to measure care-related quality of life of informal caregivers for use in economic evaluations. *Qual. Life Res. Int. J. Qual. Life Asp. Treat. Care Rehabil.* 15, pp. 1005-1021. doi:10.1007/s1136-005-5994-6
- Campbell, M. K./Elbourne, D. R./Altman, D. G./CONSORT group (2004): CONSORT statement: extension to cluster randomised trials. *BMJ* 328, pp. 702-708. doi:10.1136/bmj.328.7441.702
- Cheng, H. Y./Chair, S. Y./Chau, J. P.-C. (2014): The effectiveness of psychosocial interventions for stroke family caregivers and stroke survivors: a systematic review and meta-analysis. *Patient Educ. Couns.* 95, pp. 30-44. doi:10.1016/j.pec.2014.01.005
- Doulougeri, K./Georganta, K./Montgomery, A. (2016): "Diagnosing" burnout among healthcare professionals: Can we find consensus? *Cogent Med.* 3. doi:10.1080/2331205X.2016.1237605
- D'Zurilla, T. J./Nezu, A. (2006): *Problem-Solving Therapy: A Positive Approach to Clinical Intervention*. Springer, New York
- D'Zurilla, T. J./Nezu, A. M./Maydeu-Olivares, A. (2004): Social problem solving: Theory and assessment, in: Chang, E./D'Zurilla, T. J./Sanna, L. J. (Eds.): *Social Problem Solving: Theory, Research and Training*. American Psychological Association, Washington, D.C., pp. 11-27
- D'Zurilla, T. J./Nezu, A. M./Maydeu-Olivares, A. (2002): *Social Problem-Solving Inventory-Revised (SPSI-R)*. Multi-Health Systems, Inc., North Tonawanda, New York
- Gitlin, L. N./Marx, K./Stanley, I. H./Hodgson, N. (2015): Translating Evidence-Based Dementia Caregiving Interventions into Practice: State-of-the-Science and Next Steps. *The Gerontologist* 55, pp. 210-226. doi:10.1093/geront/gnu123

- Graf, A. (2003): Psychometrische Überprüfung einer deutschsprachigen Übersetzung des SPSI-R. *Z Differ. Diagn. Psych* 24, S. 277-291
- Grotzensohn, A. (2012): Vom Kartenlegen zum Problemlösen - Erprobung eines Assessments für pflegende Angehörige und Implikationen zur Verbesserung der Beratung im Zusammenhang psychosozialer Interventionsmöglichkeiten (Diplomarbeit). Eberhard Karls Universität, Tübingen
- Hautzinger, M./Bailer, M./Hofmeister, D./Keller, F. (2012): ADS Allgemeine Depressionskala (CES-D. Center of epidemiologic studies depression scale). Hogrefe, Göttingen
- Jaggi, F. (2008): Burnout - praxisnah. Thieme, Stuttgart.
- Kaluza, G. (2014): Salutel! Was die Seele stark macht: Programm zur Förderung psychosozialer Gesundheitsressourcen (inklusive CD mit Arbeitsblättern), 2. Aufl. Ed. Leben lernen. Klett-Cotta, Stuttgart
- Kaluza, G. (2011): Stressbewältigung. Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung (Stress management. A manual for psychological health promotion). Springer, Berlin
- Kaschka, W. P./Korczak, D./Broich, K. (2011): Burnout: a fashionable diagnosis. *Dtsch. Ärzteblatt Int.* 108, pp. 781-787. doi:10.3238/arztebl.2011.0781
- Larson, L. M./Suzuki, L. A./Gillespie, K. N./Potenza, M. T./Bechtel, M. A./Toulouse, A. L. (1992): Development and validation of the Counseling Self-Estimate Inventory. *J. Couns. Psychol.* 39, pp. 105-120. doi:10.1037/0022-0167.39.1.105
- Lent, R. W./Hill, C. E./Hoffman, M. A. (2003): Development and validation of the Counselor Activity Self-Efficacy Scales. *J. Couns. Psychol.* 50, pp. 97-108. doi:10.1037/0022-0167.50.1.97
- Loera, B./Converso, D./Viotti, S. (2014): Evaluating the psychometric properties of the Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) among Italian nurses: how many factors must a researcher consider? *PloS One* 9, e114987. doi:10.1371/journal.pone.0114987
- Mahoney, F. J./Barthel, D. W. (1965): Functional evaluation: the Barthel-Index. *Md Med J* 14, pp. 61-65
- Maslach, C./Jackson, S. E. (1981): The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav* 2, pp. 99-113
- Maslach, C./Schaufeli, W. B./Leiter, M. P. (2001): Job burnout. *Annu. Rev. Psychol.* 52, 397-422. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.397
- Pendergrass, A./Beische, D./Becker, C./Hautzinger, M./Pfeiffer, K. (2015): An abbreviated German version of the Sense of Competence Questionnaire among informal caregivers of relatives who had a stroke: development and validation. *Eur. J. Ageing* 12, pp. 203-213. doi:10.1007/s10433-015-0342-3
- Pendergrass, A./Hautzinger, M./Elliott, T. R./Schilling, O./Becker, C./Pfeiffer, K. (2017): Family Caregiver Adjustment and Stroke Survivor Impairment: A Path Analytic Model. *Rehabil. Psychol.* doi:10.1037/rep0000118

---

Literatur

- Pfeiffer, K./Beische, D./Hautzinger, M./Berry, J. W./Wengert, J./Hoffrichter, R./Becker, C./van Schayck, R./Elliott, T. R.,(2014): Telephone-based problem-solving intervention for family caregivers of stroke survivors: a randomized controlled trial. *J. Consult. Clin. Psychol.* 82, pp. 628-643. doi:10.1037/a0036987
- Pfeiffer, K./Hautzinger, M./Patak, M./Grünwald, J./Becker, C./Albrecht, D. (2017): Problem-solving in caregiver-counselling (PLiP Study): study protocol of a cluster randomized pragmatic trial. *BMC Geriatr.* 17, 64. doi:10.1186/s12877-017-0456-x
- Prosiegel, M./Böttger, S./Schenk, T./König, N./Marolf, M./Vaney, C./Garner, C./Yassouridis, A. (1996): Der erweiterte Barthel-Index (EBI) – eine neue Skala zur Erfassung von Fähigkeitsstörungen bei neurologischen Patienten (The extended Barthel-Index (EBI): a new scale to assess disability in neurological patients). *Neurol Rehabil* pp. 7-13
- Rothgang, H./Kalwitzki, T./Runte, R./Unger, R. (2015): BARMER GEK Pflegereport 2015, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse. Asgard-Verlagservice Siegburg
- Schmidt, M./Schneekloth, U. (2011): Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“. Berlin
- Schulz, P./Schlotz, W./Becker, P. (2004): TICS. Trierer Inventar zum chronischen Stress (TICS. Trier Inventory for Chronic Stress). Hogrefe, Göttingen
- Statistisches Bundesamt (2015): Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse (Care statistics 2013. Nationwide findings)
- Stevens, A. B./Coon, D./Wisniewski, S./Vance, D./Arguelles, S./Belle, S./Mendelsohn, A./Ory, M./Haley, W. (2004): Measurement of leisure time satisfaction in family caregivers. *Aging MentHealth* 8, pp. 450-459
- Vernooij-Dassen, M. J. F. J. (1993): Dementie en thuiszorg: een onderzoek naar determinanten van het competentiegevoel van centrale verzorgers en het effect van professionele interventie (Dementia and Home Care: Determinants of the Sense of Competence of Primary Caregivers and the Effect of Professionally Guided Caregiver Support). Swets & Zeitlinger, Lisse, The Netherlands
- von Kutzleben, M./Köhler, K./Dreyer, J./Holle, B./Roes, M. (2015): Stabilität von häuslichen Versorgungsarrangements für Menschen mit Demenz: Entwicklung und Konsentierung einer Definition von Stabilität durch Expertenfokusgruppen. *Z. für Gerontol. Geriatr.* doi:10.1007/s00391-015-0990-0
- Wetzstein, M./Rommel, A./Lange, C. (2015): Pflegende Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst (No. 6(3)), GBE kompakt. Berlin

# Anhang

---

## Inhaltsverzeichnis

Anhang

Anhang 1: Übersicht zum Kartenassessment und Problemlösen .....	110
Anhang 2: Dokumentation Kartenassessment.....	120
Anhang 3: Arbeitsblätter.....	121
Anhang 4: Screeningfragen .....	124
Anhang 5: Dokumentation Beratungskontakte.....	125
Anhang 6: Schulungsunterlagen .....	126
Anhang 7: Ergänzende Auswertungen und Tabellen .....	173
Anhang 8: Kartenassessment und Erfassungsbogen (modifiziert) .....	182

# Anhang 1: Übersicht zum Kartenassessment und Problemlösen

## Problemlösen I: Einführung + Kartenassessment/Pflegende

**0. Vorbereitung Karten** (richtige Reihenfolge, rote Markierung oben, Auswahl Zusatzkarten)

**1. Einführung/Problemorientierung/Allgemeines.** Problemlösestile (vermeidend - impulsiv - rational); Stopp - Erregung verringern (Kurzentspannung) - Denken - Tun; Externalisieren (z. B. Aufschreiben) - Visualisieren (z. B. Licht am Ende des Tunnels) - Vereinfachen (z. B. Karten)

### 2. Instruktion Kartenassessment

a. *„Auf diesen Karten sind verschiedene Aspekte der häuslichen Pflege genannt, die **von vielen pflegenden Angehörigen** als eine Herausforderung oder Belastung empfunden werden.“*

[Ziel: Vermittlung, dass vielfältige Herausforderungen und Belastungen in der häuslichen Pflege normal sind und nichts mit persönlichen Unzulänglichkeiten oder Scheitern zu tun haben]

b. *„Wenn Sie die Karten nun durchsehen, **legen Sie bitte die Karten, die auf Sie zutreffen, auf einen Stapel** - und die Karten, die nicht auf Sie zutreffen, auf einen zweiten Stapel.“*

→ Markierung der Stapel mit den Karten „Zutreffend“ bzw. „Nicht zutreffend“

→ Ausgewählte Karten protokollieren.

→ Sollte der/die Angehörige beim Kartenlegen ins Erzählen kommen, bitten Sie ihn/sie, die Karten zunächst ohne zu sprechen zu sortieren.

[Ziel: Eigenständige Situationsbetrachtung fördern, Berater/-in gibt nur die Spielregeln vor]

c. *„Gibt es noch andere Punkte in Ihrem derzeitigen Leben, die Sie als belastend empfinden und die nicht auf den Karten genannt sind? Falls ja, **tragen Sie diese Punkte bitte auf diese leeren Karten ein**“ [pro Punkt eine extra Karte].*

→ Extra Punkte protokollieren.

[Ziel: Die Erfassung anderer möglicher Konfliktfelder, die nicht unbedingt in Zusammenhang mit der Pflege stehen müssen (z. B. aktueller Todesfall)]

d. *Auslegen der Belastungsskala. „Bitte **ordnen Sie die Karten diesen verschiedenen Kategorien zu**. Legen Sie die Karten möglichst untereinander, sodass alle lesbar sind.“*

→ Belastung protokollieren.

*„Ich drehe die Karten, deren Inhalte für Sie eher nicht oder nicht belastend sind, um. Ich nehme an, dass Sie mit diesen Punkten insgesamt ganz gut zurechtkommen.“*

[Ziel: Differenzierung der Situation. Nicht alles, was für viele Pflegende belastend sein kann, ist auch für die beratene Person belastend.]

- e. **Optional: Herausgreifen einer Karte mit grüner Markierung.** „Wie gehen Sie in Ihrem Alltag mit der Tatsache um, dass z. B. Sie sich aufgrund der Sprachstörung Ihres Angehörigen nur noch schwer unterhalten können? Was für Strategien haben Sie hierfür im Alltag entwickelt? (...) Können Sie mir ein Beispiel nennen, wie Sie das machen?“  
[Ziel: Ressourcen und erfolgreiche Bewältigungsstrategien adressieren, Stärkung der eigenen Kompetenzwahrnehmung des Pflegenden]
- f. **Optional: Gruppieren von zusammenhängenden Karten (1).** „Können Sie Zusammenhänge zwischen den auf den Karten genannten Punkten finden? Wenn Sie möchten, können Sie solche Karten zusammenlegen.“ Oder auch: „Gibt es andere Karten, die mit dieser Karte (z. B. Schlafstörungen) in Zusammenhang stehen?“  
[Ziel: Erkennen von (kausalen) Zusammenhängen und Wechselwirkungen]
- g. **Auswahl und Priorisierung von Problembereichen,** die im Rahmen der weiteren Beratung angegangen werden sollen. → Rückseite

## Problemlösen II: Problemlöseschritte/Pflegende Angehörige

- 3. Problemanalyse.** Ausgewählte/r Karte/Problembereich explorieren: „Wie zeigt sich dieser Punkt (z. B. gereizter Umgang) in Ihrem Alltag? Können Sie mir eine (typische) Situation schildern?“ Exploration: Was? Wo? Wer? Wann? Wie kam es dazu? Wie haben Sie reagiert (z. B. Ihre Gedanken, Gefühle, Ihr Verhalten)? Was für Konsequenzen hatte dies? Wie häufig tritt eine solche Situation/Reaktion auf? Was haben Sie bislang zur Lösung oder im Umgang mit dem Problem unternommen?“ Der Fokus liegt auf den Tatsachen! Einen eventuell eingeeengten Fokus (z. B. geäußerte Generalisierungen, katastrophisierende oder sonstige Annahmen, selektive Gewichtungen, einseitige internale oder externale Attributionen) durch entsprechendes Nachfragen auf die Tatsachen lenken. Situation eventuell visualisieren lassen. Zusammenfassen des Problems in verständlichen Worten.  
[Ziel: Differenzierte Problembeschreibung, Fakten sammeln, Vereinfachung bei komplexen Problemlagen]
- 4. Zielsetzung.** Welche aktuellen Bedingungen/Situationen sind nicht akzeptabel? Was ist erforderlich oder erwünscht? Problemfokussierte Ziele (Behebung oder günstige Modifikation des Problems) und emotionsfokussierte Ziele (Umgang mit nicht veränderbaren Situationen und Modifikation eigener emotionaler Reaktionen) unterscheiden. Was hindert mich daran, dies umzusetzen? (z. B. Hindernisse, widersprüchliche Ziele, fehlende Ressourcen, ungewohnte Anforderungen, Komplexität, emotionale Schwierigkeiten) eventuell Zielimagination. Ziele gemeinsam mit dem



pfllegenden Angehörigen in einer konkreten und realistischen Weise formulieren. Gegebenenfalls Teil- oder Zwischenziele setzen.

[Ziel: Definition von spezifischen, realistischen und erreichbaren Zielen]

- 5. Mögliche Lösungen.** Brainstorming. Beim Erstellen einer Liste mit möglichen Lösungen sind folgende (flexibel verwendbare) Regeln hilfreich: (a) *Lassen Sie uns die nächsten fünf Minuten mit dem Sammeln von möglichen Lösungen verbringen (Zeitraum festlegen);* (b) *Wenn Sie oder ich eine Idee haben, äußert jeder diese und ich notiere sie (Arbeitsblatt);* (c) *Ideen werden zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht diskutiert oder kritisiert;* (d) *Momente der Stille zum Nachdenken sollten beim Ideensammeln gewährleistet sein.* – Förderung der Ideenvielfalt durch Vorstellung von Rollenmodellen, Visualisierung, Kombination von Ideen.

[Ziel: Sammlung möglicher Lösungen, Quantität und Vielfältigkeit der Ideen fördern, Beurteilung aufschieben]

- 6. Lösungsauswahl.** Lösungen streichen, die der/die pflegende Angehörige ablehnt. Lösungen, bei denen nur angenommen wird, dass sie nicht funktionieren, oder die in der Vergangenheit bereits erfolglos angewandt wurden, nicht sofort streichen, sondern nochmals explorieren (Tatsachen, Art der Umsetzung). *Hilft Ihnen diese Lösung beim Erreichen Ihres Ziels? Können Sie diese Lösung umsetzen? Was sind die kurz- und langfristigen Konsequenzen für Sie und die von Ihnen gepflegte Person? (Arbeitsblatt) Wie sind diese Konsequenzen im Vergleich dazu, wenn das Problem nicht angegangen, gelöst oder einfach nur ausgehalten wird?*

[Ziel: Auswahl einer zufriedenstellenden Lösungsidee/Kombination von Ideen; ggf. Einholen weiterer Informationen]

- 7. Implementierungsplanung.** Erfolgt so konkret wie möglich. Zur besseren Planung kann die Implementierung imaginiert, im Rollenspiel vorab gespielt, im Detail laut ausgesprochen oder aufgeschrieben werden. Wer macht was und wann?

[Ziel: Planung der Lösungsumsetzung, ggf. sequenzielle/parallele Lösungskombinationen, Kontingenzplan]

- 8. Umsetzung und Überprüfung.** Vollständige oder teilweise Umsetzung der Lösung? Welche kurz- und langfristigen Konsequenzen hatte die gewählte Lösung für Sie und die von Ihnen gepflegte Person? Gegebenenfalls die Entwicklung eines effektiveren Lösungsplans.

[Ziel: Lösungsimplementierung, Selbstbeobachtung, Selbstevaluation, positive Verstärkung der Pflegenden]

(Schriftgröße Text Verdana 18 Pt., Schriftgröße Zahlen Verdana 16 Pt., beidseitig bedruckte Karten 11 cm breit, 7,8 cm hoch (Vorderseite Dreieck rot, Rückseite Dreieck grün, laminiert)

<p>1 Ich bin <b>verantwortlich für die Pflege</b> meines Partners/ Angehörigen/Kindes (Waschen, Anziehen, Verbandwechsel, Medikamente ...).</p>	<p>3 Wir <b>wissen zu wenig über die Erkrankung</b> meines Partners/ Angehörigen/Kindes und den <b>Umgang mit ihr.</b></p>
<p>2 Ich bin <b>verantwortlich für die Haushaltstätigkeiten</b> (Kochen, Einkaufen, Putzen, Waschen ...).</p>	<p>4 Ich glaube, dass mein Partner/ Angehöriger/Kind <b>unter seiner jetzigen Situation sehr leidet.</b></p>
<p>5 Meine <b>Gesundheit ist beeinträchtigt.</b></p>	<p>7</p>
<p>6 <b>Krankenkasse, Pflegedienst oder Ärzte</b> berücksichtigen unser <b>Anliegen zu wenig.</b></p>	<p>8 Ich befürchte, dass ich <b>bald nicht mehr in der Lage sein werde,</b> mein/en Partner/Angehörigen/Kind <b>zu pflegen.</b></p>

<p>09 Im <b>Umgang miteinander</b> sind wir öfter <b>ungeduldig, gereizt oder aggressiv</b>.</p>	<p>11 Mein <b>Schlaf</b> ist beeinträchtigt (Einschlafen/Durchschlafen).</p>
<p>10 Ich habe <b>niemanden, der</b> mein/en Partner/Angehörigen/Kind <b>stundenweise betreut</b>.</p>	<p>12 Ich fühle mich <b>häufig unter Druck</b>.</p>
<p>13 Ich habe <b>nicht genug Zeit</b> für meine Interessen.</p>	<p>15 Ich bin <b>verantwortlich für</b> die <b>Beschäftigung</b> oder <b>Unterhaltung</b> meines Partners/Angehörigen/Kindes.</p>
<p>14 Ich fühle mich <b>erschöpft</b> und <b>kraftlos</b>.</p>	<p>16 Der <b>Gesundheitszustand</b> meines Partners/Angehörigen/Kindes hat sich in <b>letzter Zeit verschlechtert</b>.</p>

17

Ich/Wir habe/n **Konflikte oder Streit mit anderen** Personen oder Institutionen.

19

Wir befinden uns in einer **schwierigen finanziellen Situation**.

18

Ich habe **wenig soziale Kontakte** (zu Verwandten, Freunden, Nachbarn ...).

20

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

21

Es ist **unklar**, ob mein Partner/Angehöriger/Kind in der **bisherigen Wohnung weiter wohnen** kann.

23

Mein Partner/Angehöriger/Kind **isst oder trinkt nicht ausreichend**.

22

Meine **Gedanken kreisen** immer um **dieselben Themen**.

24

Ich/wir **vermisse/n gemeinsame Aktivitäten**.

2 5

Ich kann mich **mit niemandem** über meine/unsere Situation **austauschen**.

2 7

Mein Partner/Angehöriger/Kind ist **niedergeschlagen** und **antriebslos**.

2 6

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

2 8

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

2 9

Wir haben **unterschiedliche Vorstellungen** davon, was **gut für unsere Gesundheit** ist (körperliche Aktivität, Ernährung ...).

3 1

Wir können uns **nur schwer verständigen**.

3 0

Ich fühle mich öfter **niedergeschlagen**.

7 3 2

Unsere **Bedürfnisse nach Nähe, körperlichem Kontakt oder Sexualität** können wir nicht leben.

Z 3 3

Meine/unsere (anderen) **Kinder** **leiden unter der Pflegesituation.**

Z 3 5

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

Z 3 4

Meine **beruflichen** und **privaten Anforderungen** lassen sich nur schwer vereinbaren.

Z 3 6

**Mein Partner/Angehöriger/Kind kann sich nichts merken.**

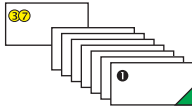
Z 3 7

Ich bin regelmäßig mit **herausfordernden Verhaltensweisen** meines Partners/Angehörigen/Kindes **konfrontiert** (beim Essen, Weglaufen ...)

(4) sehr belastend 	(3) ziemlich belastend 
(2) mittelmäßig belastend 	(1) wenig belastend 
(0) nicht belastend 	
nicht zutreffend	zutreffend

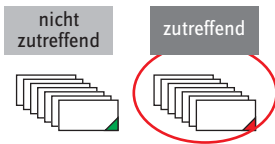
## Ablauf Kartenassessment

1



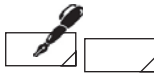
Vorbereitung:  
Karten sortieren

2



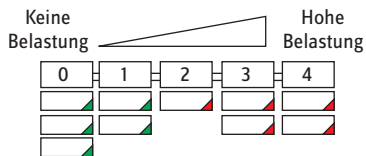
Auswahl zutreffender Karten

3



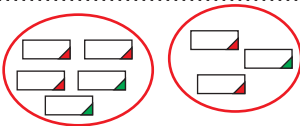
Ausfüllen von Blankokarten

4



Anordnen der Karten nach subjektiver  
Betrachtung

5



Optional:  
a) Gruppieren in übergeordnete  
Problembereiche  
b) Benennen der Bereiche



# Anhang 2: Dokumentation Kartenassessment

Anhang

NAME:




Datum:

	Karte trifft zu	0	1	2	3	4	Zuordnung PB*			
		☹	☺	☺	☺	☺	PB1	PB2	PB3	PB4
1	Ich bin verantwortlich für <b>Pflege</b>	1					1			
2	Ich bin verantwortlich für <b>Haushaltstätigkeiten</b>	2					2			
3	Geringes <b>Wissen</b> über die Erkrankung	3					3			
4	<b>P/A/K leidet</b> sehr unter seiner jetzigen Situation	4					4			
5	<b>Meine Gesundheit</b> ist beeinträchtigt	5					5			
6	Probleme mit <b>Krankenkasse, Pflegedienst</b> oder <b>Ärzten</b>	6					6			
7	Ich bin verantwortlich für <b>Organisation/Finanzen</b>	7					7			
8	Ich befürchte, bald <b>nicht mehr pflegen</b> zu können	8					8			
9	Ungeduldiger, gereizter, <b>aggressiver Umgang</b> miteinander	9					9			
10	Es gibt niemanden für die <b>stundenweise Betreuung</b> meines P/A/K	10					10			
11	Mein <b>Schlaf</b> ist beeinträchtigt	11					11			
12	Ich fühle mich häufig <b>unter Druck</b>	12					12			
13	Nicht genug Zeit für meine <b>eigenen Interessen</b>	13					13			
14	Ich fühle mich <b>erschöpft</b> und kraftlos	14					14			
15	Bin verantwortlich für <b>Beschäftigung/Unterhaltung</b> meines P/A/K	15					15			
16	Der <b>Gesundheitszustand</b> meines P/A/K hat sich verschlechtert	16					16			
17	<b>Konflikte</b> /Streit mit anderen Personen	17					17			
18	Ich habe wenig <b>soziale Kontakte</b>	18					18			
19	Schwierige <b>finanzielle Situation</b>	19					19			
20	Situationen, in denen ich meinem P/A/K <b>nicht gerecht werde</b>	20					20			
21	<b>Wohnsituation</b> meines P/A/K unklar	21					21			
22	Meine <b>Gedanken kreisen</b> immer um dieselben Themen	22					22			
23	P/A/K <b>isst</b> oder <b>trinkt</b> nicht ausreichend	23					23			
24	Vermisse(n) <b>gemeinsame Aktivitäten</b>	24					24			
25	Ich kann mich mit niemandem über meine Situation <b>austauschen</b>	25					25			
26	P/A/K ist <b>harn-/stuhlinkontinent</b> /muss häufig auf die Toilette	26					26			
27	P/A/K ist <b>niedergeschlagen/antriebslos</b>	27					27			
28	P/A/K möchte/kann nicht <b>allein gelassen</b> werden	28					28			
29	Unterschiedliche Vorstellung, was gut für unsere <b>Gesundheit</b> ist	29					29			
30	Ich fühle mich öfter <b>niedergeschlagen</b>	30					30			
31	Wir können uns nur <b>schwer verständigen</b>	31					31			
<b>Z Partner</b>										
Z32	<b>Nähe</b> , körperlicher Kontakt, Sexualität	Z32					Z32			
<b>Z Eigene minderjährige Kinder</b>										
Z33	(Meine/unsere (anderen) <b>Kinder</b> leiden unter der Pflege	Z33					Z33			
<b>Z Berufstätige</b>										
Z34	Schwierige Vereinbarkeit von <b>Privatleben und Beruf</b>						Z34			
<b>Z Kognitive Einschränkungen/Demenz</b>										
Z35	<b>Falsche Einschätzung</b> der Situation durch den/das P/A/K	Z35					Z35			
Z36	Mein P/A/K kann sich <b>nichts merken</b>	Z36					Z36			
Z37	<b>Herausfordernde Verhaltensweisen</b> meines P/A/K	Z37					Z37			
<b>Z Individuelle Blankokarten</b>										
Z38		Z38					Z38			
Z39		Z39					Z39			
Z40		Z40					Z40			

\* Beschreibung Problembereiche

PB1	
PB2	
PB3	
PB4	

# Anhang 3: Arbeitsblätter

<p><b>Materialien Problemlösen II/1 – Problemanalyse</b> (Schritt 3) Beratung bei: _____ Datum _____</p> <p>Beschreibung des Problems bzw. wenn möglich anhand einer typischen, <u>konkreten</u> Situation (Was? Wo? Wer? Wann? Wie kam es dazu?):</p>	
<p>Wie haben Sie reagiert? – Ihre <b>Gedanken</b> vor, während und nach der (konkreten) Situation (falls für das Problem relevant):</p>	
<p>Wie haben Sie reagiert? – Ihre <b>Gefühle</b> vor, während und nach der (konkreten) Situation (falls für das Problem relevant):</p>	
<p>Wie haben Sie reagiert? – Ihr <b>Verhalten</b> in dieser (konkreten) Situation (ggf.: Was haben Sie bislang bezüglich dieses Problems unternommen?) Was gab es sonst noch für Konsequenzen?</p>	
<p>Wie zufrieden waren Sie mit Ihrer Reaktion auf diese Situation bzw. Ihrem bisherigen Umgang mit diesem Problem? (bitte zutreffenden Smiley ankreuzen)</p>	<p>   Überhaupt nicht         <span style="margin-left: 150px;"></span>  teilweise         <span style="margin-left: 150px;"></span>  sehr       </p>

**Materialien Problemlösen II/2 - Zielsetzung, möglichen Lösungen, Lösungsauswahl (Schritt 4, 5, 6)**

Zielschreibung:			
Nr.	Lösungsideen	Lösung ist umsetzbar	Lösung ist hilfreich
1		☹️ ? 😊	☹️ ? 😊
2		☹️ ? 😊	☹️ ? 😊
3		☹️ ? 😊	☹️ ? 😊
4		☹️ ? 😊	☹️ ? 😊
5		☹️ ? 😊	☹️ ? 😊
6		☹️ ? 😊	☹️ ? 😊

☹️ = nein; ? = unklar; 😊 = ja

## Materialien Problemlösen II/3 - Implementierungsplanung, Umsetzung und Überprüfung (Schritt 7, 8)

Ausgewählte Lösungs-idee und deren Implementierung/Umsetzung (so konkret wie möglich)

Datum Nachkontakt(e): \_\_\_\_\_  Telefonisch  Hausbesuch

Überprüfung der Lösungsumsetzung (Umsetzung, Schwierigkeiten, kurzfristige, langfristige Folgen für Sie und die von Ihnen gepflegte Person):

Konnten Sie mit Ihrem Lösungsansatz Ihr Ziel erreichen?

(Bitte zutreffenden Smiley ankreuzen)

☹️  😐  😊  😄  
Überhaupt nicht teilweise vollständig

Wie zufrieden waren Sie mit Ihrem Lösungsansatz insgesamt?

(Bitte zutreffenden Smiley ankreuzen)

☹️  😐  😊  😄  
Überhaupt nicht teilweise sehr

Bitte Zutreffendes ankreuzen (Mehrfachnennungen möglich)

- Bearbeitung dieses Problembereichs abgeschlossen  Ziel modifiziert
- weiterer Kontakt geplant [→  zu diesem Problembereich →  zu anderen (weiteren) Problembereichen] ⇨ ggf. neue Arbeitsblätter nutzen

# Anhang 4: Screeningfragen

Anhang

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

Trifft eher zu

Trifft eher nicht zu

2. Fühlten Sie sich während der letzten Woche einsam?

Selten  
( $<$  als 1 Tag)

Manchmal  
(1-2 Tage)

Öfters  
(3-4 Tage)

Meistens  
(5-7 Tage)

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

1

2

3

4

5

6

7

8

9


10

Pflegebelastung vorhanden (2 x  Graues Feld) ja   $\rightarrow$  5.) nein   $\rightarrow$  weiter mit 8.)  
Screening nicht durchführbar:   $\rightarrow$  weiter mit 8.)  
Grund (bitte angeben): \_\_\_\_\_

# Anhang 5: Dokumentation Beratungskontakte

Name des pflegenden Angehörigen: \_\_\_\_\_

Anhang

Datum	Art des Kontakts (bitte ankreuzen)			Entfernung zwischen Arbeitsplatz - Wohnort in km (einfache Strecke)	Anzahl der Hausbesuche bei der Tour	Beratungs- dauer in min
	Räume der Kasse	 Haus- besuch				
Erstkontakt						
1. Folgekontakt						
2. Folgekontakt						
3. Folgekontakt						
4. Folgekontakt						
5. Folgekontakt						
6. Folgekontakt						
7. Folgekontakt						
8. Folgekontakt						
9. Folgekontakt						
10. Folgekontakt						
11. Folgekontakt						
12. Folgekontakt						

Datum 6 Monate nach Erstkontakt: \_\_. \_\_. \_\_ Ende der Dokumentation

Das Kartenassessment wurde mit dem Angehörigen durchgeführt: ja  teilweise  nein

Mit dem Angehörigen wurden die einzelnen Problemlöseschritte durchgeführt:  
ja  teilweise  nein

# Anhang 6: Schulungsunterlagen

Anhang

## Zeitplan der Gruppenschulung

### 1. Schulungstag

Uhrzeit	Inhalte
9:30 - 10:00	Ankommen
10:00 - 10:30	Seminarbeginn und Einführung
10:30 - 10:50	Vorstellungsrunde
10:50 - 11:10	In die „Rollen“ kommen
11:10 - 11:20	Kurze Pause
11:20 - 12:00	Assessment mittels Problem- und Ressourcenkarten (Einführung)
12:00 - 13:15	Mittagspause
13:15 - 14:30	Assessment mittels Problem- und Ressourcenkarten (Anwendung)
14:30 - 15:00	Problemanalyse und Zielsetzung (Einführung)
15:00 - 15:30	Kaffeepause
15:30 - 16:30	Problemanalyse und Zielsetzung (Anwendung)
16:30 - 17:30	Generierung von Lösungen
17:30	Abendessen
20:00 - 20:45	Ausklang Entspannung (für alle Interessierten - nicht verpflichtend)

### 2. Schulungstag

Uhrzeit	Inhalte
8:30 - 8:45	Ankommen mit „Kopf und Körper“
8:45 - 10:00	Lösungsauswahl und Implementierung
10:00 - 10:15	Pause
10:15 - 10:45	Rückmeldung und Fragen zur Methode
10:45 - 12:00	PLiP in der Praxis
12:00 - 13:00	Mittagessen
13:00 - 13:30	Psychohygiene Einführung
13:30 - 14:30	Herausfordernde Situationen/Rollen/eigene Stärken (Gruppenarbeit)
14:30 - 14:50	Rollenbegegnungen
14:50 - 15:00	Kurze Pause
15:00 - 16:00	Problemlösen in schwierigen Situationen
16:00 - 16:30	Feedback, Planung Coaching



## ProblemLösen in der Pflegeberatung (PLiP)

Problemlösen im Beratungskontext



Klaus Pfeiffer, Margarete Patak, Julia Grünwald



## Problemlösen für pflegende Angehörige

in der  
Pflegeberatung nach §7a SGB XI





Information

Beratung

**Optional:**  
**Strukturiertes Problemlösen**  
als eine Methode zur ressourcenorientierten  
psychosozialen Beratung der  
pflegenden Angehörigen


SGB XI

SGB V

*Psychotherapie*

Psychotherapie Leitlinien 2013

**Pflegeberatung**  
nach § 7a SGB XI



*Behandlung seelischer Krankheiten:  
Krankheitslehre, methodisch definierte  
Interventionen*

→ Gestaltung der Therapeut-Patient-Beziehung

3 | Pfeiffer, Patak, Grünwald


© 2014 Universität Tübingen, RBK

EBERHARD-KARLS  
UNIVERSITÄT  
TÜBINGEN

RBK  
Robert Bosch Krankenhaus

# Problemlösen als Methode

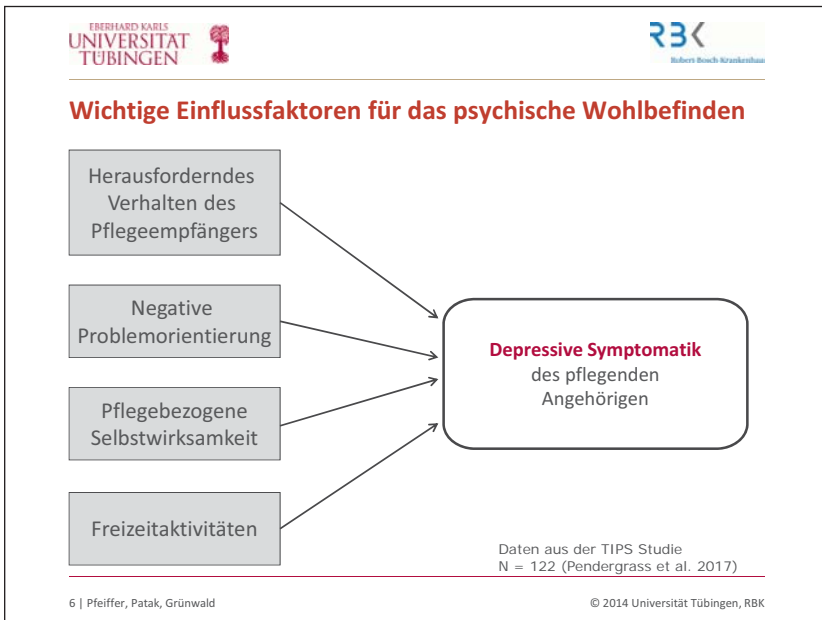
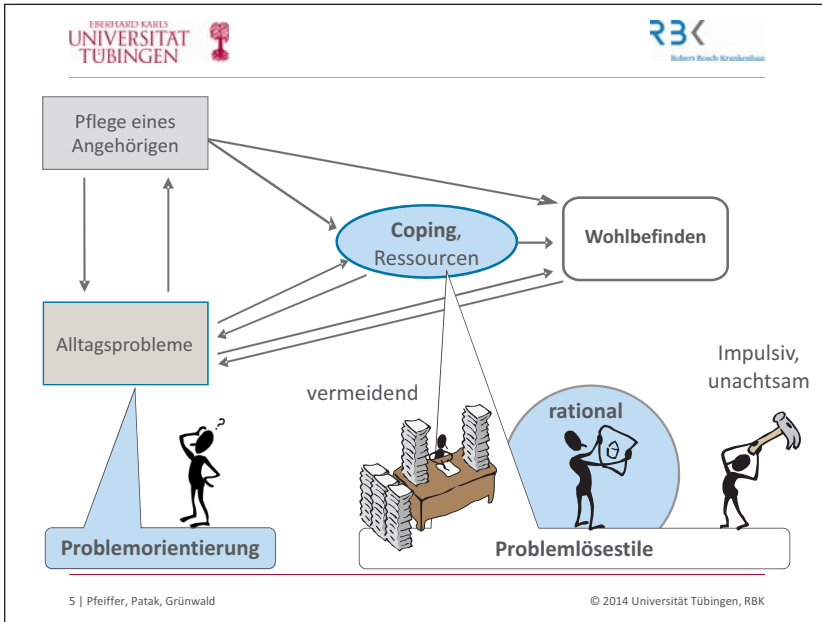
SGB XI

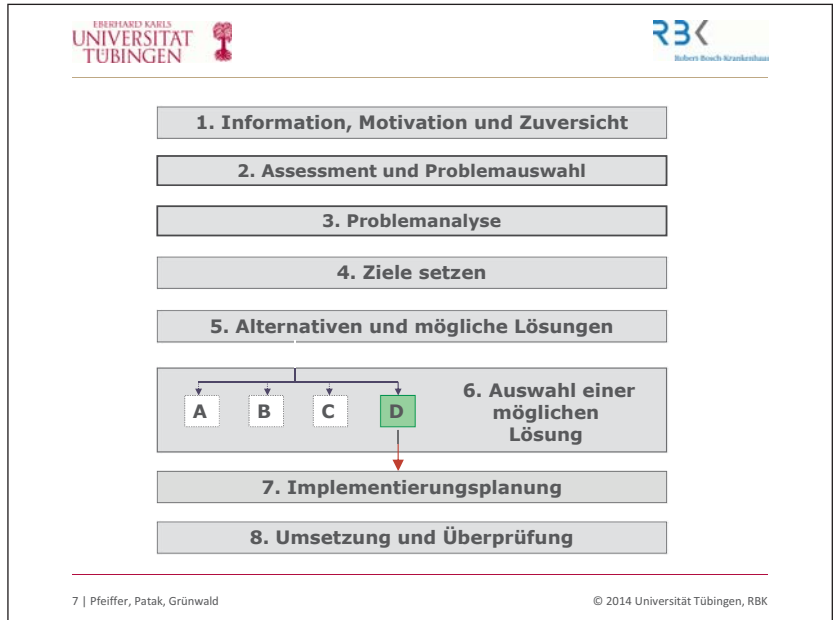


PFLIEGEBERATUNG

4 | Pfeiffer, Patak, Grünwald

© 2014 Universität Tübingen, RBK





7 | Pfeiffer, Patak, Grünwald

© 2014 Universität Tübingen, RBK

**Evidenz von strukturiertem Problemlösen**

**Demenz** (Beinart et al. 2012):

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

**Schlaganfall** (Cheng et al. 2014):

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

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

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

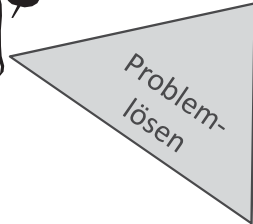
**Unterschiedliche durchführende Berufsgruppen:** Krankenpfleger/-innen (Grant et al. 2001), Psychologen (Elliott & Berry 2009), Verwaltungsangestellte (Rivera et al. 2008)

8 | Pfeiffer, Patak, Grünwald

© 2014 Universität Tübingen, RBK

### Problemlösen: Ebenen der Anwendung

Belastungen der pflegenden Angehörigen (Pflegebedürftigen)



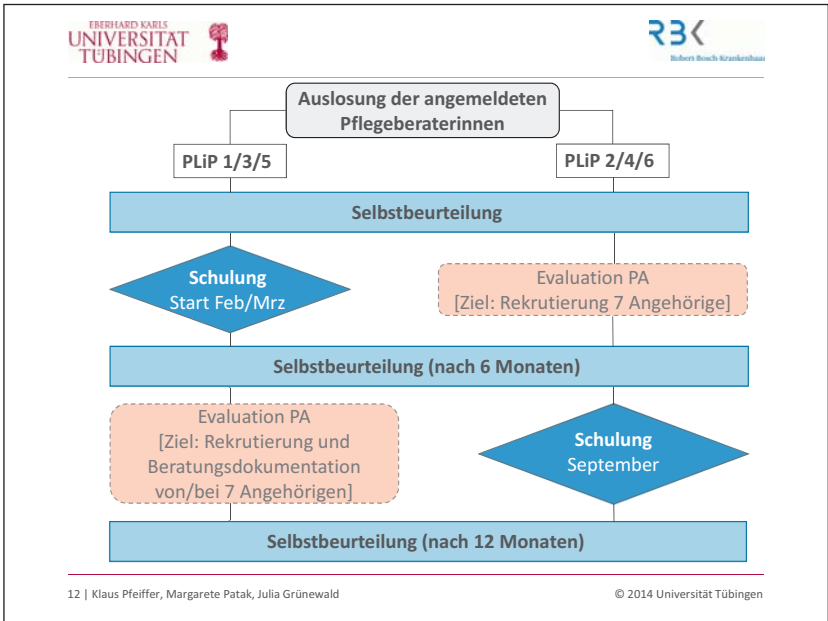
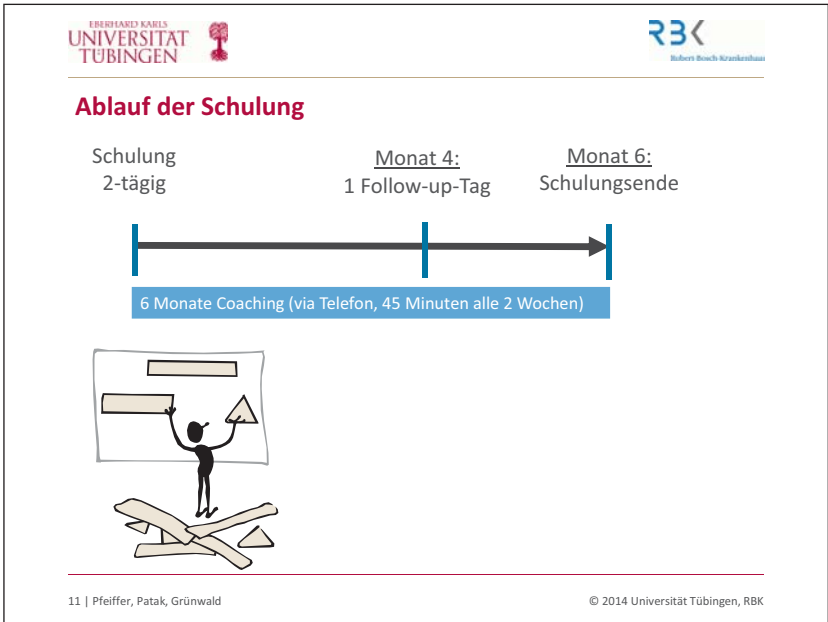
Psychohygiene  
Pflegerberaterin

Schwierige Beratungssituationen  
Interaktion Pflegerberater/-in/  
pflegende Angehörige



## Schulung und Studiendesign







## Warum haben bereits Assessments eine positive Wirkung?



### Wirkung von Assessments am Beispiel einer Kontrollgruppe (Assessments und Information)

Nichols et al. 2012

- 82% von 60 Pflegenden der Kontrollgruppe ohne Intervention berichteten, dass sie von der Studienteilnahme profitiert haben.

Bezüglich der gestellten Fragen wurden folgende positiven Aspekte genannt:

- Hilfreich und informativ
- Anregend zur eigenen Reflexion
- Führten mir meine Situation mit einem Alzheimer-Erkrankten klarer vor Augen
- Fragen bezogen sich auf meine Situation
- Anerkennen meiner Gefühle
- Machten mir bewusst, was ich leiste
- Fragen zeigten mir, dass andere auch oder sogar mehr Probleme haben



## Vorstellungsrunde



## Problemlösen in der Pflegeberatung

Assessment mithilfe von Problem- und Ressourcenkarten

Klaus Pfeiffer, Margarete Patak, Julia Grünwald





## Belastungsanalyse mithilfe von Problemkarten



### Schwierigkeiten bei der Beratung

- Häufig komplexe Problemsituationen, allgemeines Unwohlgefühl
  - Schwierigkeiten der Pflegenden, konkrete Probleme zu benennen
- Teilweise sind Themen schambesetzt (z.B. Aggression, eigene Überforderung)
- Zu viele verschiedene Problembereiche, einzelnes kann untergehen



Lösungshilfe: Problem- und Ressourcenkarten  
 (1. Schritt in der Problemlösung: **Tatsachen betrachten!**)





## Problem- und Ressourcenkarten: Beispiele

37 Kärtchen mit pflegespezifischen Themen und Belastungen

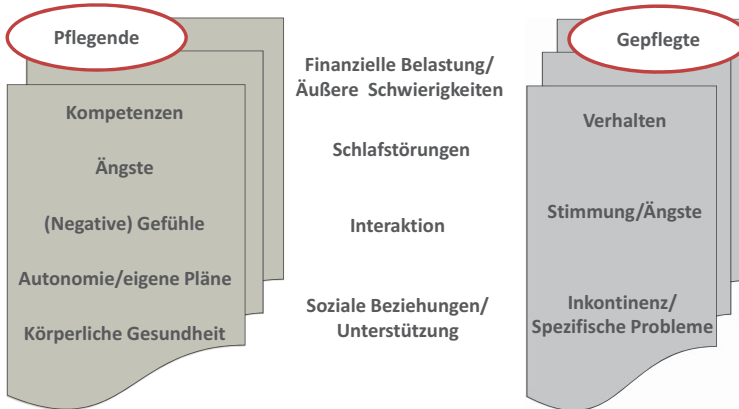
Ich bin **verantwortlich** für die **organisatorischen und finanziellen Angelegenheiten** meines Partners/Angehörigen (Termine, Pflegekasse ...).



## Vorteile Problem- und Ressourcenkarten

- Einfache Handhabung für weiten Klientenkreis
- Klient wird aktiv, Berater nimmt nicht zu viel Raum ein.
- Aufgliederung der Gesamtproblematik in überschaubarere und lösbarere Einzelprobleme
- Rasche Identifizierung der relevanten Themen
- Selbstverständliches Ansprechen auch schwieriger Themenbereiche, Enttabuisierung  
→ Klient erlebt eigene Schwierigkeiten als „normal“, Entlastung
- Wahrnehmung, dass einige Bereiche kein Problem sind, Ressourcenaktivierung

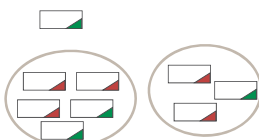
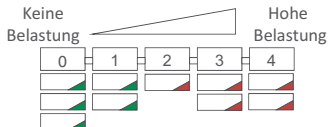
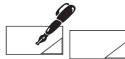
## Problem- und Ressourcenkarten: Überblick



21 | Pfeiffer, Patak, Grünwald

© 2014 Universität Tübingen, RBK

## Vorgehen



0. Vorauswahl passender Karten

1. Auswahl zutreffender Karten

2. Ausfüllen von Blankokarten


3. Anordnen der Karten nach subjektiver Belastung

*Optional:*


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

22 | Pfeiffer, Patak, Grünwald

© 2014 Universität Tübingen, RBK



**ERHARD KARLS  
UNIVERSITÄT  
TÜBINGEN**



**RBK**  
Robert Bosch Krankenhaus

---

## Vorgehen: Übersichtsblatt

**Problemlösen I: Einführung + Karten-Assessment / Pflegeplan**

0. **Vorbereitung Karten** (richtige Reihenfolge, rote Markierung oben, Auswahl Zusatzkarten)

1. **Einführung/Problemorientierung/Abgleich**, Problembeispiele (vormittels – implizit – Anamnese, Status + Erregungserregnis (Kurzanamnese) – Denken – Fuh, Erlebnisereignis (z.B. Aufschub) – Visualisieren (z.B. Licht am Ende des Tunnels) – Verneinungen (z.B. Karten).

2. **Instabilen Karten-Assessment**

a. „Auf diesen Karten sind verschiedene Aspekte der häuslichen Pflege genannt, die von vielen pflegenden Angehörigen als eine Herausforderung oder Belastung empfunden werden.“  
 [Die Vermittlung, dass vielfältige Herausforderungen und Belastungen in der häuslichen Pflege normal sind und nicht mit persönlichen Unzulänglichkeiten oder Schwächen zu tun haben.]

b. „Haben Sie die Karten nun durchgesehen, legen Sie bitte die Karten, die auf Sie zutreffen auf einen Stapel – und die Karten, die nicht auf Sie zutreffen auf einen zweiten Stapel.“  
 → Ausgewählte Karten protokollieren.  
 → Sollte besondere Angebote beim Kartenlegen ins Erklären kommen, bitten Sie Involve die Karten zunächst ohne zu sprechen zu sortieren.  
 [Die Übereinstimmung Statusbeschreibung listen, bevor sie für die Diskussion ist.]

c. „Gibt es noch andere Punkte in Ihrem überzogenen Leben, die Sie als belastend empfinden und die nicht auf den Karten genannt sind? Falls ja, tragen Sie diese Punkte bitte auf diesen neuen Karten ein! [Jede Karte eine neue Karte].“  
 → Extra Punkte protokollieren.  
 [Die Die Erregung anderer möglicher Konflikte, die nicht unbedingt in Zusammenhang mit der Pflege stehen müssen (z.B. eigene Trauer).]

d. **Auslegen der Belastungskata.** „Bitte ordnen Sie die Karten diesen verschiedenen Kategorien zu. Legen Sie die Karten möglichst untensteuer, so dass alle beschriftet sind.“  
 → Belastung protokollieren.  
 „Ich drehe die Karten, deren Inhalte für Sie eher nicht oder nicht belastend sind, um. Ich möchte so, dass Sie mit diesen Punkten Engagement ganz gut zusammenbringen.“  
 [Die Differenzierung der Situation. Nicht alles, was für viele Pflegenden belastend sein kann, ist auch für die besorgene Person belastend.]

e. **Übersicht:** Herausgreifen einer Karte mit grüner Markierung. „Bitte gehen Sie in Ihrem Alltag mit der Tatsache um, dass z.B. Sie sich aufgrund der Sprachschwierigkeit Ihres Angehörigen nur noch schwer unterhalten können? Was für Strategien haben Sie hierfür im Alltag entwickelt? ( – ) Können Sie mir ein Beispiel nennen wie Sie das machen?“  
 [Die Ressourcen und mögliche Bewältigungsstrategien erkennen, Stärkung der eigenen Kompetenzwahrnehmung des Pflegenden.]


f. **Übersicht:** Gruppieren von zusammenhängenden Karten (1). „Können Sie Zusammenhänge zwischen den auf den Karten genannten Punkten finden? Haben Sie möglichen, können Sie solche Karten zusammenlegen.“ oder auch „Gibt es andere Karten, die mit dieser Karte (z.B. Schichtübergang) in Zusammenhang stehen?“  
 [Die Erkennen von (ausdrück) Zusammenhängen und Wechselwirkungen.]

g. **Auswahl und Priorisierung** von Problembereichen, die im Rahmen der weiteren Beratung angesprochen werden sollen. → Rückfrage


KIP Pflege – Robert-Bosch-Krankenhaus – Universitäts Tübingen – gefördert durch den DRF-Spitzenverbund

23 | Pfeiffer, Patak, Grünwald

© 2014 Universität Tübingen, RBK



**ERHARD KARLS  
UNIVERSITÄT  
TÜBINGEN**



**RBK**  
Robert Bosch Krankenhaus

---

## Vorgehen: einzelne Schritte

### 0. Vorbereitung Karten

(richtige Reihenfolge, rote Markierung, Auswahl Zusatzkarten)

- Ansprechpartner ist die **Angehörige**, die die Situation aus ihrer Sicht beschreibt
- **Reihenfolge** nach Nummerierung, rote Markierung oben
- Die Pflegeberaterin sollte im Vorfeld die Zusatzkarten **aussortieren**, von denen sie schon weiß, dass sie nicht zutreffen.
  - **Zusatzbereiche:**
  - Partnerschaft
  - Kinder
  - Berufstätigkeit Pflegenden
  - Demenz

24 | Pfeiffer, Patak, Grünwald

© 2014 Universität Tübingen, RBK

## Vorgehen – einzelne Schritte:

### 1. Auswahl der zutreffenden Karten (Angehöriger)

- Die Beratende wählt und sortiert die Karten **schweigend und eigenständig**, darüber gesprochen wird hinterher.
- **Ziel:** Eigenständige Situationsbetrachtung fördern, Beraterin gibt nur die Gebrauchsanweisung vor, die Angehörige ist aktiv und entscheidet.
- **Aufgabe Beraterin:**  
Ausgewählten Karten protokollieren.  
Sollte die Angehörige beim Kartenlegen ins Erzählen kommen, bitten Sie sie, die Karten zunächst ohne zu sprechen zu sortieren.

## Vorgehen – einzelne Schritte:

### 2. Ausfüllen der Blankokarten (Angehöriger)

- Pro Punkt eine extra Karte verwenden
- **Ziel:** Die Erfassung anderer möglicher Konfliktfelder, die nicht unbedingt in Zusammenhang mit der Pflege stehen müssen (z.B. aktueller Todesfall)
- **Blankokarten** sind häufig nicht pflegespezifisch, aber wichtiger Hintergrund, der bei der Beratung mitberücksichtigt werden sollte.
- **Aufgabe Beraterin:**
- Extra Punkte protokollieren

## Vorgehen – einzelne Schritte:

### 3. Anordnen der Karten nach subjektiver Belastung

- Auslegen der Belastungsskala untereinander, damit lesbar
- Karten bei „nicht belastend“ / „eher nicht belastend“ umdrehen  
→ **grünes Dreieck**
- **Ziel:** Differenzierung der Situation: Priorisierung. Nicht alles, was für viele Pflegende belastend sein kann, ist auch für die beratene Person belastend.  
→ **Vorbereitung für Ressourcenarbeit**
- **Aufgabe Beraterin:**
  - Belastung protokollieren

## Vorgehen – einzelne Schritte:

### 4. Ressourcenorientierung – optional

- Herausgreifen und Besprechen einer oder mehrerer Karten mit grüner Markierung
- **Ziel:** Ressourcen und erfolgreiche Bewältigungsstrategien adressieren, Stärkung der Kompetenz

### Vorgehen – einzelne Schritte:

## 5. Gruppieren von zusammenhängenden Karten – optional

- Gruppierung von zusammenhängenden Karten – dürfen sowohl Problem- als auch Ressourcenkarten sein
- Benennen von Problembereichen
- Anspruchsvolle Aufgabe, eher geeignet bei jüngeren Angehörigen
- **Ziel:** Erkennen von (kausalen) Zusammenhängen und Wechselwirkungen

### Vorgehen – einzelne Schritte:

## 6. Auswahl und Priorisierung

- Auswahl, an welchem Problem/an welchem Problembereich der Angehörige als Erstes arbeiten möchte
  - Nur ein Thema herausnehmen und den gesamten Ablauf mit Arbeitsblättern durchgehen
- Bei Bedarf danach/in zweiter Sitzung weiteres Thema angehen
- **Ziel:** Beschränken auf ein Thema, um tatsächlich konkrete Veränderungen einleiten zu können, Erhöhung der Erfolgswahrscheinlichkeit
- **Aufgabe Beraterin:**
  - Bei Auswahl unterstützen, Wahl trifft aber die Angehörige



### Beispiel Frau A.:

## Gruppieren in übergeordnete Problembereiche

### *Verhalten meines Mannes*

- Mein Mann ist fordernd
- Mein Mann ist manchmal aggressiv

### *Angebunden sein*

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

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

### *Die Angst um meinen Mann*

- Ich kann schlecht schlafen
- Meine Erschöpfung
- Meine Gereiztheit

### *Meine Erschöpfung*



## Erfassung der Karten

Stapel	Problem	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Personen Problemlisten (P) Dokumentations-Karte</b>											
1	Die Verantwortung für die Pflege										
2	Die Verantwortung für die Ernährung										
3	Die Verantwortung für die Körperhygiene										
4	Die Verantwortung für die Mobilität										
5	Die Verantwortung für die Kommunikation										
6	Die Verantwortung für die Sicherheit										
7	Die Verantwortung für die Emotionen										
8	Die Verantwortung für die Sozialkontakte										
9	Die Verantwortung für die Selbstverwirklichung										
10	Die Verantwortung für die Gesundheit										
11	Die Verantwortung für die finanzielle Situation										
12	Die Verantwortung für die rechtliche Situation										
13	Die Verantwortung für die ethische Situation										
14	Die Verantwortung für die kulturelle Situation										
15	Die Verantwortung für die religiöse Situation										
16	Die Verantwortung für die politische Situation										
17	Die Verantwortung für die gesellschaftliche Situation										
18	Die Verantwortung für die Umwelt										
19	Die Verantwortung für die Technik										
20	Die Verantwortung für die Wissenschaft										
21	Die Verantwortung für die Kunst										
22	Die Verantwortung für die Literatur										
23	Die Verantwortung für die Musik										
24	Die Verantwortung für die Sportarten										
25	Die Verantwortung für die Freizeitaktivitäten										
26	Die Verantwortung für die Hobbies										
27	Die Verantwortung für die Berufstätigkeit										
28	Die Verantwortung für die Familie										
29	Die Verantwortung für die Partnerschaft										
30	Die Verantwortung für die Kinder										
31	Die Verantwortung für die Eltern										
32	Die Verantwortung für die Großeltern										
33	Die Verantwortung für die Freunde										
34	Die Verantwortung für die Bekannten										
35	Die Verantwortung für die Nachbarn										
36	Die Verantwortung für die Gemeinschaft										
37	Die Verantwortung für die Politik										
38	Die Verantwortung für die Religion										
39	Die Verantwortung für die Philosophie										
40	Die Verantwortung für die Ethik										
41	Die Verantwortung für die Ökonomie										
42	Die Verantwortung für die Ökologie										
43	Die Verantwortung für die Soziologie										
44	Die Verantwortung für die Psychologie										
45	Die Verantwortung für die Pädagogik										
46	Die Verantwortung für die Medizin										
47	Die Verantwortung für die Zahnmedizin										
48	Die Verantwortung für die Physiotherapie										
49	Die Verantwortung für die Ergotherapie										
50	Die Verantwortung für die Logotherapie										
51	Die Verantwortung für die Kunsttherapie										
52	Die Verantwortung für die Musiktherapie										
53	Die Verantwortung für die Tanztherapie										
54	Die Verantwortung für die Dramatherapie										
55	Die Verantwortung für die Gestalttherapie										
56	Die Verantwortung für die Systemische Therapie										
57	Die Verantwortung für die Psychoanalyse										
58	Die Verantwortung für die Tiefenpsychologie										
59	Die Verantwortung für die Verhaltenstherapie										
60	Die Verantwortung für die Kognitiv-behaviorale Therapie										
61	Die Verantwortung für die Dialektische Verhaltenstherapie										
62	Die Verantwortung für die Achtsamkeitsbasierte Therapie										
63	Die Verantwortung für die Transformativ-systemische Therapie										
64	Die Verantwortung für die Existenztherapie										
65	Die Verantwortung für die Logotherapie und Existenzanalyse										
66	Die Verantwortung für die Personzentrierte Therapie										
67	Die Verantwortung für die Gestalttherapie										
68	Die Verantwortung für die Systemische Therapie										
69	Die Verantwortung für die Systemische Familien- und Paartherapie										
70	Die Verantwortung für die Systemische Einzeltherapie										
71	Die Verantwortung für die Systemische Gruppen- und Organisationsentwicklung										
72	Die Verantwortung für die Systemische Organisationsentwicklung										
73	Die Verantwortung für die Systemische Organisationsberatung										
74	Die Verantwortung für die Systemische Organisationsentwicklung										
75	Die Verantwortung für die Systemische Organisationsentwicklung										
76	Die Verantwortung für die Systemische Organisationsentwicklung										
77	Die Verantwortung für die Systemische Organisationsentwicklung										
78	Die Verantwortung für die Systemische Organisationsentwicklung										
79	Die Verantwortung für die Systemische Organisationsentwicklung										
80	Die Verantwortung für die Systemische Organisationsentwicklung										



## Problemlösen in der Pflegeberatung

Problemlöseschritte

Klaus Pfeiffer, Margarete Patak, Julia Grünwald




## Problemlösen in 6 Schritten





ERBHERD KARLS  
UNIVERSITÄT  
TÜBINGEN

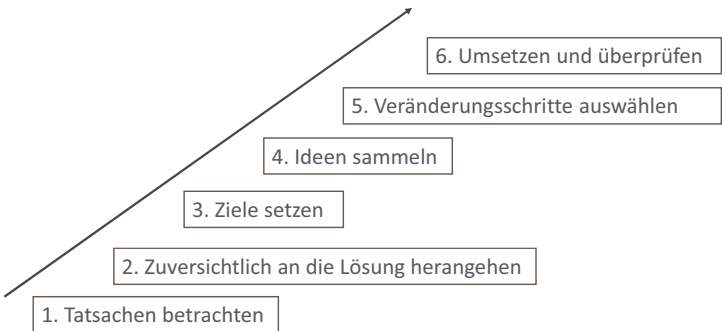


RBK  
Robert Bosch Krankenhaus

**Problemlöseschritte:**

**Übersicht**

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



6. Umsetzen und überprüfen

5. Veränderungsschritte auswählen

4. Ideen sammeln

3. Ziele setzen


2. Zuversichtlich an die Lösung herangehen

1. Tatsachen betrachten

35 | Pfeiffer, Patak, Grünwald

© 2014 Universität Tübingen, RBK

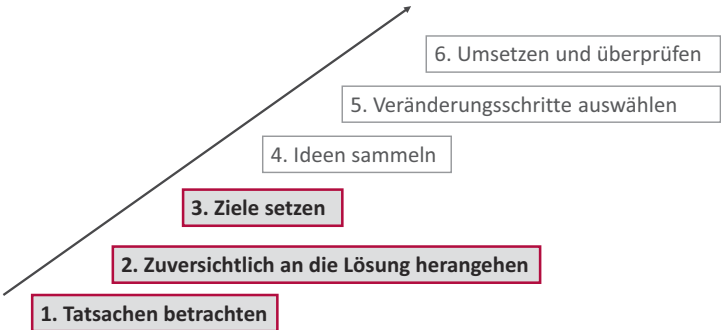
ERBHERD KARLS  
UNIVERSITÄT  
TÜBINGEN



RBK  
Robert Bosch Krankenhaus

**Problemlöseschritte:**

**Von den Tatsachen zu den Zielen**



6. Umsetzen und überprüfen

5. Veränderungsschritte auswählen

4. Ideen sammeln

3. Ziele setzen

2. Zuversichtlich an die Lösung herangehen

1. Tatsachen betrachten

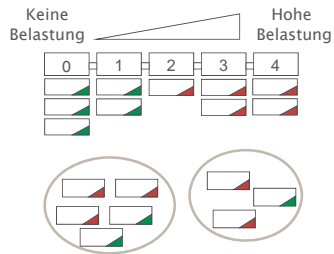
36 | Pfeiffer, Patak, Grünwald

© 2014 Universität Tübingen, RBK

## Problemlöseschritte:

### 1. Tatsachen betrachten

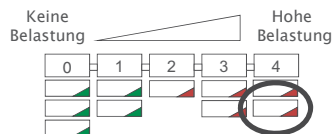
- a. Problembereiche erfassen
- Problem- und Ressourcenkarten
  - Gruppierung der belastenden Bereiche in versch. Themen



## Problemlöseschritte:

### 1. Tatsachen betrachten

- b. Auswahl einer spezifischen Situation
- Was soll spezifischer bearbeitet werden?
  - Welcher Bereich ist gerade „der wichtigste“ ?





## Problemlöseschritte:

### 1. Tatsachen betrachten



**Ziel:** Problembeschreibung, Fakten sammeln, Vereinfachung bei komplexen Problemen

#### Genauere Beschreibung der Situation:

- Wie zeigt sich dieser Punkt in Ihrem Alltag?
- Können Sie mir ein Beispiel / eine typische Situation schildern?
- Wer / wann / was / wie / wie kam es dazu?
- Wie haben Sie reagiert (z.B. Gedanken, Gefühle, Verhalten)?
- Was für Konsequenzen hatte dies?
- Was haben Sie bislang zur Lösung/ zum Umgang unternommen?



## Problemlöseschritte:

### 1. Tatsachen betrachten



**Ziel:** Problembeschreibung, Fakten sammeln, Vereinfachung bei komplexen Problemen

#### Gesprächsführung:

- Fokus auf den Tatsachen
- Generalisierungen, Katastrophisierungen, einseitige Attributionen durch Nachfragen auf die Tatsachen lenken!
- Zusammenfassen des Problems in verständlichen Worten

## Problemlöseschritte:

### 1. Tatsachen betrachten – konkretes Vorgehen

**Ziel:** Problembeschreibung, Fakten sammeln, Vereinfachung bei komplexen Problemen

#### Genauere Beschreibung der Situation:

- Wie haben Sie reagiert (z.B. Gedanken, Gefühle, Verhalten?)
- Was für Konsequenzen hatte dies?



**Materialien Problemlösen II/1 – Problemanalyse** (Schritt 3) Beratung bei: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Beschreibung des Problems bzw. wenn möglich anhand einer typischen, konkreten Situation (Was?Wo? Wer? Wann? Wie kam es dazu?):

Wie haben Sie reagiert? – Ihre **Gedanken** vor, während und nach der (konkreten) Situation (falls für das Problem relevant):

Wie haben Sie reagiert? – Ihre **Gefühle** vor, während und nach der (konkreten) Situation (falls für das Problem relevant):

Wie haben Sie reagiert? – Ihr **Verhalten** in dieser (konkreten) Situation (ggf. was haben Sie bislang bezüglich dieses Problems unternommen?)  
Was gab es sonst noch für Konsequenzen?

Wie zufrieden waren Sie mit ihrer Reaktion auf diese Situation bzw. ihrem bisherigen Umgang mit diesem Problem? (bitte zutreffenden Smiley ankreuzen)

☹☹☹    ☹☹    ☹    ☺    ☺☺☺  
Überhaupt nicht    teilweise    sehr

### Problemlöseschritte:

## 2. Zuversichtlich an Lösungen herangehen

Lösungsschritte fallen bei einer hoffnungsvollen, positiven Einstellung leichter

- Aufmerksamkeit weg von Problemen hin zu Veränderungsschritten
- Stärken beachten und auch kleine Schritte würdigen

→ Vom Problem zum Ziel

### Problemlöseschritte:

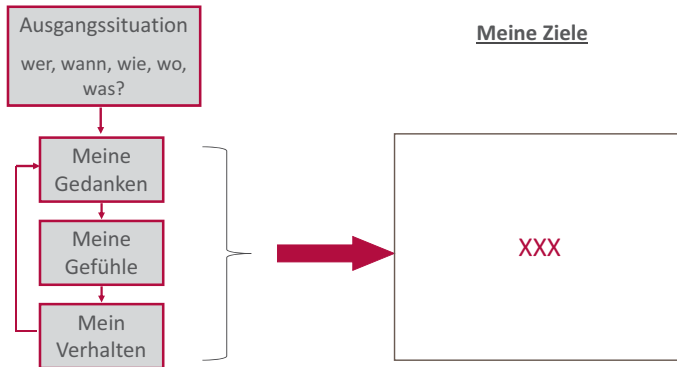
## 3. Ziele setzen

**Ziel:** Definition von realistischen, spezifischen und erreichbaren Zielen  
Für eine Lösung brauchen wir ein „klares Ziel“

- Welche aktuellen Bedingungen sind nicht akzeptabel?
- Problemfokussierte Ziele vs. emotionsfokussierte Ziele
  - Behebung / Veränderung des Problems
  - Umgang mit nicht veränderbaren Situationen
- NICHT: „es soll einfach anders“ sein
- Was könnte hinderlich werden, etwas umzusetzen?
- Ziel gemeinsam so konkret und realistisch wie möglich formulieren
- ggf. Teil- oder Zwischenziele setzen

## Problemlöseschritte:

### 3. Ziele setzen



**Materialien Problemlösen II/2 - Zielsetzung, möglichen Lösungen, Lösungsauswahl (Schritte 4, 5, 6)**

Zielbeschreibung: \_\_\_\_\_

Nr	Lösungsideen	Lösung ist umsetzbar	Lösung ist hilfreich
1		☹ ? 😊	☹ ? 😊
2		☹ ? 😊	☹ ? 😊
3		☹ ? 😊	☹ ? 😊
4		☹ ? 😊	☹ ? 😊
5		☹ ? 😊	☹ ? 😊
6		☹ ? 😊	☹ ? 😊

☹ = nein; ? = unklar; 😊 = ja



## Beispielrollenspiel

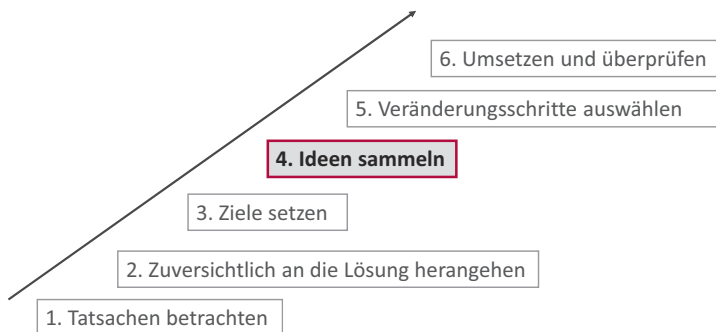


### Übung in der Gruppe:

Verwendung der bereits gelegten und  
erfassten Problem- und  
Ressourcenkarten

## Problemlöseschritte:

### Ideen sammeln




## Problemlöseschritte:


### 4. Ideen sammeln – BRAINSTORMING

**Ziel:** Sammlung von Lösungen, Quantität/ Vielfältigkeit fördern, Beurteilung aufschieben

- a. Beratende soll Lösungen generieren
  - Alles, was einfällt – ohne Wertung!
  - Ideen unterstützen, die die Ressourcen stärken
  - Pflegeberaterin zunächst im Hintergrund, dann unterstützend
- b. Strategien zur Unterstützung beim Ideensammeln
  - Was würde X tun?
  - Was würden Sie X raten, wenn er/ sie in dieser Situation wäre?
  - Was würden Sie tun, wenn Sie zaubern könnten/ Wünsche frei hätten?
  - Visualisierung (erst mal alles aufschreiben)
  - Kombinationen von Ideen







Materialien Problemlösen II/2 - Zielsetzung, möglichen Lösungen, Lösungsauswahl (Schritte 4, 5, 6)

Zielbeschreibung:

↓

Nr	Lösungsideen	Lösung ist umsetzbar	Lösung ist hilfreich
1		☒ ? ☺	☒ ? ☺
2		☒ ? ☺	☒ ? ☺
3		☒ ? ☺	☒ ? ☺
4		☒ ? ☺	☒ ? ☺
5		☒ ? ☺	☒ ? ☺
6		☒ ? ☺	☒ ? ☺

☒ = nein; ? = unklar; ☺ = ja

51 | Pfeiffer, Patak, Grünwald

© 2014 Universität Tübingen, RBK





Übung in der Gruppe:

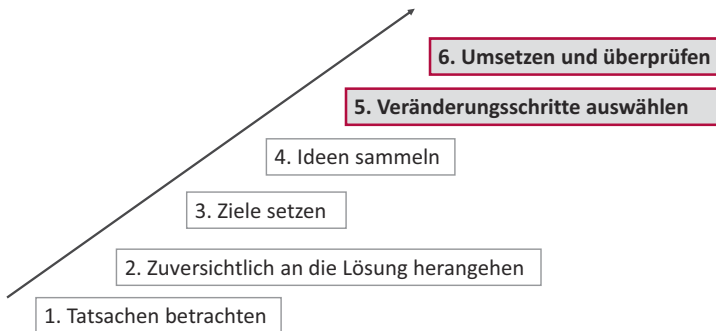
Verwendung des bereits definierten Ziels,  
Fortsetzung des begonnenen  
Problemlöseprozesses

52 | Pfeiffer, Patak, Grünwald

© 2014 Universität Tübingen, RBK

## Problemlöseschritte:

### Auswahl, Umsetzung und Überprüfung




## Problemlöseschritte:

### 5. Bewertung der Ideen und Auswahl eines Lösungswegs

**Ziel:** Auswahl zufriedenstellender Lösung; Planung der Lösungsumsetzung

- a. Bewertung der Lösungsmöglichkeiten nach Kriterien:
  - Einsatz, der nötig ist, zur Umsetzung
  - Erwartetes Ergebnis:
    - Persönliche und soziale Konsequenzen
    - Kurz- und langfristige Konsequenzen
    - Schwierigkeiten bei der Durchführung
- b. Entscheidung für einen Lösungsweg
- c. Konkretes Besprechen des Lösungswegs
  - Was genau sollte wann gemacht werden?
  - Was braucht man zur Umsetzung?
- d. Im Anschluss **6. Bewertung des Lösungsversuchs und evtl. Anpassung**

**EBERHARD KARLS UNIVERSITÄT TUBINGEN**  **RBK**  
Robert-Bosch-Krankenhaus

**Materialien Problemlösen II/3 – Implementierungsplanung, Umsetzung und Überprüfung - Schritte 7, 8**

**Ausgewählte Lösungsidee und deren Implementierung/Umsetzung (so konkret wie möglich):**

Datum Nachkontakt(e): \_\_\_\_\_  Telefonisch  Hausbesuch

**Überprüfung der Lösungsumsetzung (Umsetzung, Schwierigkeiten, kurzfristige, langfristige Folgen für Sie und die von Ihnen gepflegte Person):**

**Konnten Sie mit Ihrem Lösungsansatz ihr Ziel erreichen?**  
(Bitte zutreffenden Smiley ankreuzen)  
       
Überhaupt nicht teilweise vollständig

**Wie zufrieden waren Sie mit Ihrem Lösungsansatz insgesamt?**  
(Bitte zutreffenden Smiley ankreuzen)  
       
Überhaupt nicht teilweise sehr

**Bitte Zutreffendes ankreuzen (Mehrfachnennungen möglich)**  
 Bearbeitung dieses Problembereichs abgeschlossen  Ziel modifiziert  alternative Lösungsidee besprochen  
 weiterer Kontakt geplant (→  zu diesem Problembereich →  zu anderen (weiteren) Problembereichen) ⇨ ggf. neue Arbeitsblätter nutzen

55 | Pfeiffer, Patak, Grünwald © 2014 Universität Tübingen, RBK

**EBERHARD KARLS UNIVERSITÄT TUBINGEN**  **RBK**  
Robert-Bosch-Krankenhaus



**Problemlösen in der Pflegeberatung**

Psychohygiene für den Berater

**SGB XI** 

**Klaus Pfeiffer, Margarete Patak, Julia Grünwald**

**PFLGEBERATUNG**



## Psychohygiene in der Pflegeberatung



### Warum ist Psychohygiene bei sozialen und therapeutischen Berufsgruppen besonders wichtig?

Ich möchte Leuchtturm sein  
in Nacht und Wind –  
für Dorsch und Stint –  
für jedes Boot –  
und bin doch selbst  
ein Schiff in Not!

Borchert

→ Therapeuten haben oft Schema Aufopferung/Unerbittliche Ansprüche



**Erste Regel:  
Zuerst sich selbst helfen, dann den Hilfsbedürftigen**

... analog zur Sauerstoffmaske in Flugzeugen.



1. Habe ich täglich zu Hause die Möglichkeit, mich zurückzuziehen und zu entspannen?
<b>2. Kann ich außerhalb des Dienstes abschalten und meine Freizeit genießen?</b>
3. Habe ich Hobbys, die mir Spaß machen und die ich als guten Ausgleich zu meiner Arbeit empfinde?
4. Habe ich Freunde, mit denen ich mich regelmäßig treffe?
5. Schlafe ich in der Nacht gut und fühle ich mich am nächsten Morgen ausgeruht und entspannt?
<b>6. Fühle ich mich wohl in meinem Körper?</b>
7. Fühle ich mich in meinem Team wohl und akzeptiert?
8. Kann ich gegenüber anderen Menschen für meine Interessen eintreten?
9. Höre ich privat wie auch bei der Arbeit auf meinen Körper und gönne ich ihm die notwendige Ruhe und Pausen?
10. Kenne ich Entspannungstechniken, die ich auch gezielt einsetze, wenn ich merke, dass der Stress zu viel wird?
<b>11. Bin ich zufrieden mit meinem Leben so, wie ich es zurzeit führe?</b>
12. Kann ich mir gut vorstellen, mein jetziges Leben auch noch in 5 Jahren so zu führen?
<b>13. Suche ich bei Problemen die Unterstützung von Familienmitgliedern, Freunden oder Kolleginnen?</b>
14. Kann ich mich anderen Menschen gegenüber öffnen und ihnen von meinen Problemen erzählen?
15. Kann ich immer herzlich lachen und mich mit anderen Menschen zusammen freuen?

## Bereiche der Psychohygiene

- **Professionelle Psychohygiene**
  - Ausbildung
  - Supervision
  - Erholungszeiten ...
  
- **Soziale Psychohygiene**
  - Arbeitsplatz: Wertesystem, Supervision soziales Klima
  - kollegiale Unterstützung
  - Fachgesellschaften, Netzwerke ...
  
- **Individuell persönliche Psychohygiene**

## Individuell persönliche Psychohygiene – äußere Faktoren/ Aktivitäten

- physisch: Schlaf, Ernährung, Bewegung usw.
- ausgleichende Aktivitäten
- sozial: Unterstützungsnetz
- schöne Umgebung, schön gestalteter Arbeitsplatz
- wenig zusätzlich Belastendes im Alltag
- psychophysisch: **Entspannung**, **Balance**, Naturkontakt, Meditation
- ...



## Individuell persönliche Psychohygiene – innere Faktoren, Haltungen

- **Spiritualität, Humor**
- **Selbstdistanzierung/Selbstfürsorge**  
(in der Situation, nach der Situation)
- **Selbstwirksamkeitserleben:** kompetenter eigener Umgang mit schwierigen Situationen, Verhaltensrepertoire
- **Reflexionsfähigkeit:**
  - Wo sind meine eigenen Schwachstellen/ Stolpersteine (z.B. Perfektionismus, übermäßige Aufopferungsbereitschaft, Wunsch nach „Geliebtwerden“ ...)?
  - Mit welchem Typ Ratsuchenden habe ich Schwierigkeiten?
- **Was für Strategien wenden Sie an?**



## Weitere langfristige Strategien

- Aufspüren und Hinterfragen meiner persönlichen ungünstigen Schemata und Kognitionen („gesunder Erwachsener“ lenkt statt „innere Kritiker/Anreiber“)
- Erkennen meiner Bewältigungsreaktionen, typische ungünstige Reaktionsmuster
- Grundsätzlich: Erfüllen meiner tief liegenden Bedürfnisse („Versorgung des Verletzten Kindes“)
- **Achtsamkeit:** Aufmerksamkeit auf mich selbst lenken: Wie geht es mir in der gegenwärtigen Situation? Was brauche ich jetzt? Kann ich es mir (in Ansätzen) geben?

## Individuell persönliche Psychohygiene

Literaturempfehlungen:

- Hoffmann und Hofmann: Selbstfürsorge für Therapeuten und Berater, Beltz, 2012.
- Zarbock, Ammann und Ringer: Achtsamkeit für Psychotherapeuten und Berater, Beltz, 2012.
- Ruhwandl: Erfolgreich ohne auszubrennen. Das Burnout-Buch für Frauen, Klett-Cotta, 2012.

## Strategien gegen den Stress

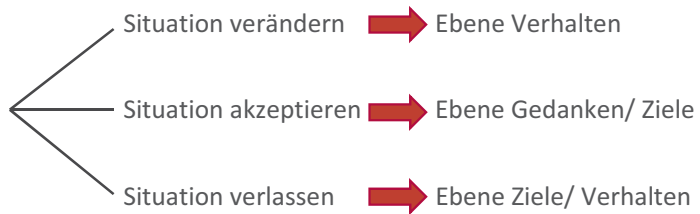
Was tue ich, wenn ich merke, dass ich bei der Arbeit in Stress gerate?

- Strategien in der Beratung
- Strategien bei institutionellen Widersprüchlichkeiten und Schwierigkeiten
- Strategien, wenn berufliche Themen sich in die Freizeit drängen
- ...





## Was tun bei nicht Veränderbarem?



**„Change it, love it or leave it“**



## Umgang mit nicht Veränderbarem am Beispiel Tod/Trauer

Schritte zur Akzeptanz analog zum Trauerprozess (Karst/Worden):

1. Den Zustand als Realität akzeptieren.
2. Den Schmerz / die Wut etc. darüber erfahren.
3. Sich an diesen Zustand anpassen.
4. Emotionale Energie abziehen und in anderes investieren.

Wie wir dabei unterstützen können:

- Verlust und damit verbundene Gefühle validieren. (Nicht trösten!)
- Bedürfnisse des Pflegenden aufzeigen, Legitimität betonen, Erlaubnis zur Erfüllung geben.
- Je nachdem, wo der Ratsuchende ist: ungünstige Gedanken erkennen, vorsichtig Alternativen aufzeigen.



**Ich muss die Situation nicht nachhaltig verbessern, brauche keine Wunderlösung zu bringen. Schon empathisches Zuhören hilft.**



## Problemlösen in der Pflegeberatung

Reflexion und Feedback

Umgang mit schwierigen Situationen

*Feedback Nachtreffen*

Klaus Pfeiffer, Margarete Patak, Julia Grünwald



## Bisherige Erfahrungen mit der PLiP-Methode und -Schulung





## Feedback: bisherige Umsetzung von PLiP

### Ebene Klient/ Beratungssituation

- Akzeptanz der Methode vonseiten der Klienten
- Erfahrungen in der Beratungssituation
- Veränderung in der Beziehungsebene
- Unterschiede in den Ergebnissen zur herkömmlichen Beratung

### Ebene Pflegeberaterin

- Persönliche Bedeutung PLiP, Kompetenzgewinn
- Umsetzbarkeit
- Überwindung von Diskrepanzen

### Ebene Institution

- Beigemessene Bedeutung, Honorierung
- Verständliche und kohärente Kommunikation

### Ebene Unterstützung durch PLiP-Team

- Coaching zeitlich (Länge, Häufigkeit) und inhaltlich
- Psychohygiene (Themen, Inhalte und Intensität)



## Im Vorfeld befürchtete Schwierigkeiten

- ..... [Punkte auflisten, die in der Gruppe geäußert wurden]

### **Aufgetretene Schwierigkeiten**

- ..... [Punkte auflisten, die im Coaching geäußert wurden (mit vorher erfolgter Erlaubnis durch die Pflegeberaterin)]

### **Tipps und Tricks von den Pflegeberaterinnen**

- ..... [Förderliche Strategien auflisten, die im Coaching genannt wurden]



## ProblemLösen in der Pflegeberatung (PLiP)

Externalisierung als Technik

*Schulung Nachtreffen*

Klaus Pfeiffer, Margarete Patak, Julia Grünwald



# Externalisierung als Methode in der Beratung

(am Beispiel der PLiP-Materialien)



## Externalisierung

- Wortbedeutung = „nach außen verlagern“
- Innere Einstellungen/ Motive/ Probleme/ Ansichten zugänglich und sichtbar machen

## Externalisierung – eine systemische Technik

- Wenn ein Problem die Eigenschaft einer Person ist, hat man keine Möglichkeit mehr, etwas zu verändern (es gehört „zu mir“)
- Ziel: Ein Problem ist nicht identisch mit der Person selbst
  - „Das Problem ist das Problem“ – „nicht ich selbst“
- Externalisierung: Persönlichkeit und Problem werden getrennt; Problem wird extern dargestellt
  - Distanz zum Problem wird ermöglicht
  - Besserer Blick auf das Problem
  - Unterbrechung des gewohnten Erzählmusters

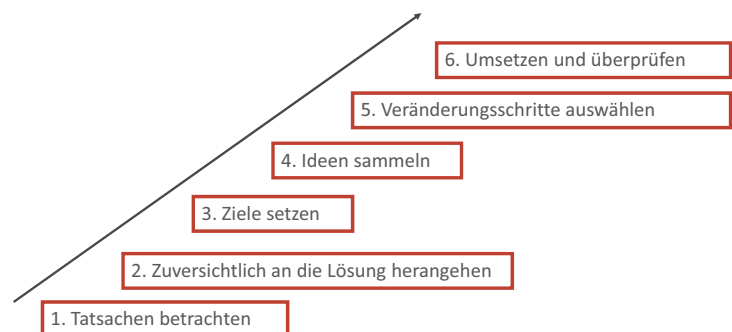


## Externalisierung – in der Beratung

- Verständnis der Situation des Klienten
  - Objektiv (Wie sehe ich es von „außen“?)
  - Subjektiv (Wie schätzt der Klient es ein, was ist wichtig?)
- Strukturierte Betrachtung der Situation ermöglichen
  - Gezielt nachfragen und visualisieren
- Lösungsorientierten Blickwinkel fördern
  - Gewohntes Erzählmuster unterbrechen
  - Distanz zum Problem ermöglichen („Person ≠ Problem“)

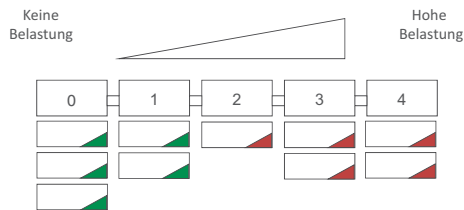


## Prozess – strukturiertes Problemlösen



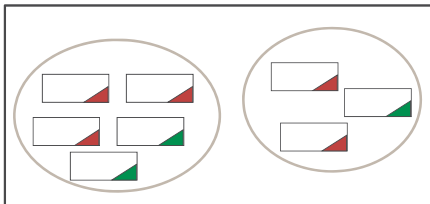
## Kartenset

- Externalisierung vorgegebener und weiterer eigener (Blankokarten) Problembereiche
- Sortierung der Karten (Visualisierung der Belastung)




## Kartenset


- Gruppierung von Bereichen
  - Sichtbarmachung von Zusammenhängen und Wirkweisen
- Priorisierung der Problembereiche







EREBHARD KARLS  
UNIVERSITÄT  
TÜBINGEN



RBK  
Robert Bosch Krankenhaus

## Arbeitsblatt 1 – Tatsachen betrachten

**Beschreibung des Problems bzw. wenn möglich anhand einer typischen, konkreten Situation (Was? Wo? Wer? Wann? Wie kam es dazu?):**

**Wie haben Sie reagiert? – Ihre Gedanken** vor, während und nach der (konkreten) Situation (falls für das Problem relevant):

**Wie haben Sie reagiert? – Ihre Gefühle** vor, während und nach der (konkreten) Situation (falls für das Problem relevant):

**Wie haben Sie reagiert? – Ihr Verhalten** in dieser (konkreten) Situation (ggf. was haben Sie bislang bezüglich dieses Problems unternommen?)  
**Was gab es sonst noch für Konsequenzen?**


**Wie zufrieden waren Sie mit Ihrer Reaktion auf diese Situation bzw. Ihrem bisherigen Umgang mit diesem Problem? (bitte zutreffenden Smiley ankreuzen)**

😞
 😐
 😊
 😄


Überhaupt nicht      teilweise      sehr

83 | Pfeiffer, Patak, Grünwald

© 2014 Universität Tübingen, RBK



EREBHARD KARLS  
UNIVERSITÄT  
TÜBINGEN



RBK  
Robert Bosch Krankenhaus

## Arbeitsblatt 1 – Tatsachen betrachten

- Problembeschreibung
- Fakten sammeln
- Vereinfachen
- In klaren Worten aufschreiben
- Insbesondere:
  - Situation / Gedanken / Gefühle / Verhalten

→ Strukturierung der Problembeschreibung

→ Unterbrechung des gewohnten Erzählmusters

→ Lösungsorientierter Blickwinkel

Beschreibung des Problems bzw. wenn möglich anhand einer typischen, konkreten Situation (Was? Wo? Wer? Wann? Wie kam es dazu?):

Wie haben Sie reagiert? – Ihre Gedanken vor, während und nach der (konkreten) Situation (falls für das Problem relevant):

Wie haben Sie reagiert? – Ihre Gefühle vor, während und nach der (konkreten) Situation (falls für das Problem relevant):

Wie haben Sie reagiert? – Ihr Verhalten in dieser (konkreten) Situation (ggf. was haben Sie bislang bezüglich dieses Problems unternommen?)  
 Was gab es sonst noch für Konsequenzen?

Wie zufrieden waren Sie mit Ihrer Reaktion auf diese Situation bzw. Ihrem bisherigen Umgang mit diesem Problem? (bitte zutreffenden Smiley ankreuzen)

😞
 😐
 😊
 😄

Überhaupt nicht      teilweise      sehr

84 | Pfeiffer, Patak, Grünwald

© 2014 Universität Tübingen, RBK



## Arbeitsblatt 1 und 2 – Tatsachen betrachten

- Ziele finden
- „Klares Ziel“ finden und aufschreiben
- Nicht: „Es soll anders werden“
- Gegebenenfalls Teil- oder Zwischenziele setzen

Wie zufrieden waren Sie mit ihrer Reaktion auf diese Situation bzw. ihrem bisherigen Umgang mit diesem Problem? (bitte zutreffenden Smiley ankreuzen)



Zielbeschreibung:

↓



## Arbeitsblatt 2 – Ideen sammeln und bewerten

Nr	Lösungsideen	Lösung ist umsetzbar	Lösung ist hilfreich
1		☹️ ? ☺️	☹️ ? ☺️
2		☹️ ? ☺️	☹️ ? ☺️
3		☹️ ? ☺️	☹️ ? ☺️
4		☹️ ? ☺️	☹️ ? ☺️
5		☹️ ? ☺️	☹️ ? ☺️
6		☹️ ? ☺️	☹️ ? ☺️

☹️ = nein; ? = unklar; ☺️ = ja

### Arbeitsblatt 2 – Ideen sammeln

- Lösungen suchen
- Alle Ideen aufschreiben
- Aufmerksamkeit zur Veränderung
- Stärken/ Ressourcen beachten
- Blickwinkel fördern (Was würde XY tun?)

### Arbeitsblatt 2 – Ideen bewerten

- Ideen bewerten nach:
  - Umsetzbarkeit
  - Nutzen
- Mittels Skala einschätzen
- Visualisierung der Nützlichkeit einer Lösung

Lösung ist umsetzbar	Lösung ist hilfreich
 ? 	 ? 
 ? 	 ? 
 ? 	 ? 
 ? 	 ? 
 ? 	 ? 
 ? 	 ? 

### Arbeitsblatt 3 – Veränderungsziele überprüfen

Ausgewählte Lösungsidee und deren Implementierung/Umsetzung (so konkret wie möglich):

Datum Nachkontakt(e): \_\_\_\_\_  Telefonisch  Hausbesuch

Überprüfung der Lösungsumsetzung (Umsetzung, Schwierigkeiten, kurzfristige, langfristige Folgen für Sie und die von Ihnen gepflegte Person):

Konnten Sie mit Ihrem Lösungsansatz Ihr Ziel erreichen?

(Bitte zutreffendes Smiley ankreuzen)

☹️ ☹️ ☹️ 😐 😊 😊 😊 😊 😊 😊  
Überhaupt nicht teilweise vollständig

Wie zufrieden waren Sie mit Ihrem Lösungsansatz insgesamt?

(Bitte zutreffendes Smiley ankreuzen)

☹️ ☹️ ☹️ ☹️ ☹️ ☹️ ☹️ ☹️ ☹️ ☹️  
Überhaupt nicht teilweise sehr

Bitte Zutreffendes ankreuzen (Mehrfachnennungen möglich)

Bearbeitung dieses Problembereichs abgeschlossen  Ziel modifiziert  alternative Lösungsidee besprochen  
 weiterer Kontakt geplant (->)  zu diesem Problembereich ->  zu anderen (weiteren) Problembereichen -> = ggf. neue Arbeitsblätter nutzen

### Arbeitsblatt 3 – Überprüfung

- Explizit Ziele überprüfen
- Alle Ideen aufschreiben
- Aufmerksamkeit zur Veränderung
- Stärken/ Ressourcen beachten
- Blickwinkel fördern (Was würde XY tun?)



## Gestalten von Nachkontakten?

- Häufig: telefonische Nachkontakte
- Wie sollten die Kontakte aufgebaut sein?
  
- Klären aktueller Schwierigkeiten?
- Klären aktuellen Hilfebedarfs?
- Rückbezug auf Karten und Problemlösen?
- Entlastung Angehöriger durch Zuhörende?



## Gestalten von Nachkontakten – ?

- Aufschriebe als Externalisierung nutzen!
- Struktur und Erinnerungshilfe mittels Arbeitsblätter
- Gezielt nachfragen nach der Lösungsumsetzung
- Sich selbst „Anker“ schaffen

No.	Lösungsweg	Erreicht	Notizen

**Strukturierendes Problemlösen (S.P.) - Implementierungsführung, Umsetzung und Übertragung, Schritte 1-6**  
 (Copyright: Pfeiffer und Patak, Implementierungsführung, 11. April 2014)

Name Nachname: \_\_\_\_\_

Strukturierendes Problemlösen (S.P.) - Implementierungsführung, Umsetzung und Übertragung, Schritte 1-6

© Pfeiffer und Patak, 2014

# Anhang 7: Ergänzende Auswertungen und Tabellen

Anhang

Negative Screenings der pflegenden Angehörigen	Intervention (n = 34)	Kontrolle (n = 70)	Gruppenvergleich p
Beeinträchtigung der körperlichen oder psychischen Gesundheit durch die Pflege			
- ja	22,9%	76,5%	< .001***
Gefühle der Einsamkeit während der letzten Woche			n.s.
- selten (weniger als 1 Tag)	100,00%	94,3%	
- manchmal (1-2 Tage)	0%	5,7%	
- öfter (3-4 Tage)	0%	0%	
- meistens (5-7 Tage)	0%	0%	
Aktuelle Belastung $\geq 6$ auf einer Skala von 1 (nicht belastend) bis 10 (sehr belastend)			.006**
- < 6 (geringe bis mittlere Belastung)	94,1%	71,2%	
- $\geq 6$ (mittlere bis hohe Belastung)	5,9%	28,8%	

1 n = 66; \*\*hoch signifikant ( $p < .01$ ); \*\*\*höchst signifikant ( $p < .001$ )

Tab. 45: Negative Screenings

Positive Screenings der pflegenden Angehörigen	Intervention (N = 50)	Kontrolle (N = 81)	Gruppenvergleich p
Beeinträchtigung der körperlichen oder psychischen Gesundheit durch die Pflege			
- ja	100%	98,8%	n.s.
Gefühle der Einsamkeit während der letzten Woche			n.s.
- selten (weniger als 1 Tag)	31,3%	36,4%	
- manchmal (1-2 Tage)	33,3%	41,6%	
- öfter (3-4 Tage)	29,2%	14,3%	
- meistens (5-7 Tage)	6,3%	7,8%	
Aktuelle Belastung $\geq 6$ auf einer Skala von 1 (nicht belastend) bis 10 (sehr belastend)			n.s.
- < 6 (geringe bis mittlere Belastung)	6,1%	6,4%	
- $\geq 6$ (mittlere bis hohe Belastung)	93,9%	93,6%	

Tab. 46: Positive Screenings der Studienteilnehmerinnen

	Intervention N = 17 weniger wichtig/ wichtig/ sehr wichtig (%)	Kontrolle N = 25 weniger wichtig/ wichtig/ sehr wichtig (%)	Gesamt N = 42 weniger wichtig/ wichtig/ sehr wichtig (%)
<b>Entspannen und abschalten</b>			
1. Ich nehme mir regelmäßig die Zeit, um mich bewusst zu entspannen.	12/47/41	8/42/50	9/44/47
2. Ich gehe gerne in die Natur, um mich zu entspannen.	24/19/47	4/27/69	12/28/61
3. Auch in Stressphasen Sorge ich dafür, körperlich und geistig abzuschalten.	12/35/53	0/35/65	5/35/60
4. Ich nehme mir in meinem Alltag hin und wieder kleine Auszeiten, um einfach einmal nichts zu tun.	12/35/53	0/48/52	5/43/52
<b>Genießen und sich verwöhnen</b>			
5. Ich gönne mir regelmäßig etwas Gutes und verwöhne mich selbst (neue/s Buch/CD, heißes Bad, Sauna etc.).	12/41/47	15/46/39	14/44/42
6. Ich pflege kleine Wohlfühlrituale, die mir guttun (bestimmte Marmelade zum Frühstück, der Lieblingspulli am Abend).	6/59/35	27/23/50*	19/37/44
7. Ich habe ein gutes Gefühl dabei, wenn ich etwas nur für mich tue.	18/47/35	23/35/42	21/40/40
8. Ich erfreue mich an den kleinen Dingen des Alltags (Sonnenschein, ein Lächeln, das Lieblingslied im Radio ...).	0/18/82	4/19/77	2/19/79
<b>In Gedanken gut zu sich sein</b>			
9. Auch wenn mal etwas schiefgelaufen ist, rede ich mir gut zu und baue mich selbst wieder auf.	6/59/35	8/46/46	7/51/42
10. Wenn ich etwas gut gemacht habe, lobe ich mich selbst dafür.	24/47/29	48/32/20	38/38/24
11. Ich konzentriere mich am Ende des Tages vor allem auf die Dinge, die mir gut gelungen sind und schön waren.	18/65/18	27/62/12	23/63/14

	Intervention N = 17 weniger wichtig/ wichtig/ sehr wichtig (%)	Kontrolle N = 25 weniger wichtig/ wichtig/ sehr wichtig (%)	Gesamt N = 42 weniger wichtig/ wichtig/ sehr wichtig (%)
12. Ich bin der Ansicht, dass ich ein Recht darauf habe, dass es mir gut geht.	12/35/53	12/56/32	12/48/41
<b>Auf die eigenen Grenzen achten</b>			
13. Wenn mir etwas zu viel wird, kann ich mich auch abgrenzen.	6/53/41	4/46/50	5/49/46
14. Ich vermeide es „durchzuarbeiten“ und achte auf regelmäßige Pausen.	18/47/35	23/42/35	21/44/35
15. Bevor mir etwas zu viel wird, sage ich „Nein“ oder delegiere etwas an andere.	6/82/12	8/58/33	7/68/24
16. Für meine Aufgaben nehme ich mir so viel Zeit, wie ich brauche, und lasse mich nicht hetzen.	12/65/24	0/46/54+	5/54/42
<b>Aktiver Ausgleich</b>			
17. Ich habe ein Hobby, das mir viel Freude bereitet.	6/12/82	4/31/65	5/23/72
18. Neben Arbeit und Familie finde ich noch Zeit für Hobbys und private Interessen.	6/18/77	0/28/72	2/24/74
19. Ich gestalte meine Freizeit so, dass sie wirklich erholsam ist, und vermeide „Freizeitstress“.	2/63/25	0/38/63*	5/48/48
20. Ich Sorge für ausreichend Bewegung im Alltag.	6/18/77	0/36/64	2/29/69

+Trend ( $p < .10$ ), \*signifikant ( $p < .05$ )

Tab. 47: Checkliste Selbstfürsorge (Wichtigkeit)



	T0 M (SD)		T1 M (SD)		T2 M (SD)	
	Intervention (N = 17)	Kontrolle (N = 26)	Intervention (N = 17)	Kontrolle (N = 26)	Intervention (N = 17)	Kontrolle (N = 26)
Beratungskompetenz: konkrete Techniken einsetzen <sup>1</sup>	64,81 (8,36)	69,36 (8,93)	68,31 (9,84)	68,44 (9,12)	69,31 (8,90)	71,52 (6,95)
Beratungskompetenz: schwieriges Klientenverhalten	26,59 (6,47)	28,50 (6,43)	29,94 (4,67)	27,23 (5,98)	30,76 (3,80)	29,23 (4,43)
Arbeitsüberlastung (TICS) <sup>2</sup>	17,80 (4,63)	16,33 (5,53)	20,13 (4,91)	17,13 (5,67)	18,87 (5,94)	16,29 (5,90)
Emot. Erschöpfung (MBI)	1,78 (1,02)	1,50 (0,71)	2,10 (1,02)	1,70 (0,88)	2,13 (1,18)	1,63 (0,88)
Depersonalisation (MBI)	0,76 (0,63)	0,63 (0,68)	0,93 (0,85)	0,71 (0,78)	0,88 (0,71)	0,78 (0,71)
Persönl. Erfüllung (MBI)	5,13 (0,46)	5,04 (0,61)	5,15 (0,53)	4,91 (0,62)	4,89 (0,59)	4,99 (0,57)
Selbstfürsorge	1,15 (0,27) <sup>3</sup>	1,23 (0,35) <sup>3</sup>	1,19 (0,31) <sup>3</sup>	1,18 (0,32) <sup>3</sup>	1,24 (0,25) <sup>4</sup>	1,21 (0,31) <sup>4</sup>

1 Intervention (N = 16), Kontrolle (N = 25); 2 Intervention (N = 15), Kontrolle (N = 24);  
3 Intervention (N = 16), Kontrolle (N = 23); 4 Intervention (N = 16), Kontrolle (N = 26);

Tab. 48: Assessments Pflegeberaterinnen (deskriptiv)

	Intervention (N = 17)	Kontrolle (N = 26)	Gruppenvergleich
	T0 → T1 M (95% CI)	T0 → T1 M (95% CI)	p
Beratungskompetenz: Konkrete Techniken einsetzen <sup>1</sup>	3,50 (0,58; 6,40)	-0,92 (-3,13; 1,32)	.065+
Beratungskompetenz: Schwieriges Klientenverhalten	3,35 (0,90; 6,27)	-1,27 (-3,46; 0,83)	.016*
<b>Sonstige Maße</b>			
Arbeitsüberlastung (TICS)	2,38 (0,00; 5,00)	0,79 (-0,32; 1,88)	.572
Emotionale Erschöpfung (MBI)	0,32 (-0,04; 0,72)	0,20 (-0,05; 0,43)	.874
Depersonalisation (MBI)	0,16 (-0,05; 0,41)	0,08 (-0,11; 0,28)	.887
Persönliche Erfüllung (MBI)	0,03 (-0,19; 0,26)	-0,13 (-0,30; 0,03)	.583
Selbstfürsorge (Häufigkeit) <sup>2</sup>	0,05 (-0,006; 0,097)	-0,05 (-0,117; 0,022)	.083+

1 Intervention: n = 16; Kontrolle n = 25; 2 Intervention: n = 16; Kontrolle n = 23; +Trend (p < 0.10);  
\*signifikant (p < 0.05)

Tab. 49: Pflegeberaterinnen (Veränderung zwischen T0 und T1: ANCOVAs)

Bewertung der Pflegeberaterinnen durch die pflegenden Angehörigen (T1)	Faktor	
	1	2
Die PB entwickelte ein klares Beratungskonzept für mich und meine Anliegen.	,849	
Die PB half mir, meine Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen zu verstehen.	,844	
Die PB wusste, was als Nächstes zu sagen oder zu tun war, nachdem ich gesprochen hatte.	,839	
Die PB half mir bei der Entscheidung, welche Schritte bzgl. meiner Probleme zu unternehmen sind.	,813	
Die PB half mir, meine Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen detailliert zu betrachten.	,810	
Die PB behielt die Ziele während der Beratungsgespräche im Blick.	,798	
Der PB ermutigte mich, eigene Ideen zur Erreichung meiner Ziele einzubringen.	,794	,425
Die PB reagierte auf meine situationsbezogenen Bedürfnisse mit der besten Hilfestellung.	,771	
Die PB half mir, realistische Ziele zu setzen.	,745	
Ich konnte verschiedene Möglichkeiten zur Erreichung meiner Ziele bewerten und das beste Vorgehen auswählen.	,743	
Die PB half mir, meine aktuelle Situation besser zu verstehen.	,710	,461
Wir haben verschiedene Möglichkeiten zur Erreichung meiner Ziele besprochen.	,706	,503
Die PB besprach mit mir im Detail die Umsetzung der ausgewählten Lösungsschritte.	,696	,424
Die PB half mir auf einer mehr als oberflächlichen Ebene, über meine Anliegen zu sprechen.	,691	
Die PB hat die Beratungsgespräche fokussiert und auf der „richtigen Spur“ gehalten.	,593	,431
Die PB erkundigte sich bei mir, ob sich die besprochenen Schritte umsetzen ließen und Erfolg hatten.	,574	
Ich wurde zu Beginn über das Vorgehen innerhalb der Beratung informiert.	,423	
Die PB hat sich Zeit für alle meine Anliegen genommen.		,903
Die PB war mit ihrer ganzen Aufmerksamkeit für mich da.		,901
Bei der PB fühlte ich mich gut aufgehoben.		,863
Die PB akzeptierte mich, wenn ich eine andere Meinung hatte als sie.		,786
Ich konnte den Aussagen der PB gut folgen.	,447	,776
Ich konnte bei den Kontakten frei sprechen und das vorbringen, was mir wirklich wichtig ist.	,458	,714
Die PB war dominant und bestimmend.	-,002	,128

PB = Pflegeberaterin

Tab. 50: Zufriedenheit mit den Pflegeberaterinnen (Faktorenladungen der Fragen)

	T0 M (SD)		T1 M (SD)		T2 M (SD)	
	Intervention (N = 50)	Kontrolle (N = 50)	Intervention (N = 50)	Kontrolle (N = 50)	Intervention (N = 50)	Kontrolle (N = 50)
Allgemeine Depressionsskala (ADS)	25,52 (10,41)	24,62 (10,57)	21,50 (7,52)	23,82 (10,33)	21,10 (9,30)	23,78 (9,94)
GBB (Gliederschmerzen)	9,90 (4,60)	11,02 (5,84)	9,18 (4,21)	11,44 (5,46)	9,40 (4,64)	11,62 (5,48)
SCQ Subskala 1: Zufriedenheit mit Pflegebedürftigem	15,22 (4,49)	13,64 (4,80)	15,62 (4,29)	14,42 (5,19)	15,70 (4,09)	14,04 (4,77)
SCQ Subskala 2: Zufriedenheit mit eigenem Tun	16,92 (4,79)	16,72 (4,16)	17,90 (3,78)	17,54 (4,40)	18,00 (4,08)	17,00 (4,01)
SCQ Subskala 3: Folgen der Pflege auf eigenes Leben	16,42 (6,13)	15,76 (5,81)	18,44 (5,49)	16,56 (5,57)	18,98 (6,48)	16,34 (5,57)
SCQ Total	48,56 (12,57)	46,12 (10,91)	51,96 (10,35)	48,52 (11,72)	52,68 (11,91)	47,38 (11,30)
<b>Visuelle Analogskala</b>						
SPSI-R:S (Negative Problemorientierung)	8,64 (3,95)	9,80 (4,48)	7,80 (3,99)	10,26 (4,48)	8,00 (3,40)	9,74 (4,58)
Freizeit (Menge an Zeit) (LTS)	5,30 (2,21)	4,94 (2,68)	5,68 (2,19)	4,94 (2,62)	5,78 (2,61)	4,84 (2,55)
Zufriedenheit mit der Menge an Freizeit (LTS)	5,06 (3,35)	5,10 (3,54)	5,60 (4,00)	4,64 (3,58)	5,54 (4,14)	4,72 (3,37)

Tab. 51: Pflegende Angehörige (Intent-to-treat, Mittelwerte)

Pflegende Angehörige Varianzanalysen (Intent-to-treat)	Intervention (N = 50)	Kontrolle (N = 50)	Gruppen- vergleich
Veränderungen zwischen den Messzeitpunkten:	T0 → T1 M (95% CI)	T0 → T1 M (95% CI)	p
<b>Hauptendpunkt</b>			
Allgemeine Depressionsskala (ADS)	-4,0 (-6,43; -1,57)	-0,80 (-2,66; 1,23)	.037*
<b>Sonstige Maße</b>			
<b>Pflegebezogene Kompetenz (SCQ)</b>			
Subskala 1: Zufriedenheit mit Pflegebedürftigem	0,40 (-0,43; 1,38)	0,78 (0,07; 1,49)	.843
Subskala 2: Zufriedenheit mit eigenem Tun	0,98 (0,10; 1,87)	0,82 (-0,16; 1,81)	.697
Subskala 3: Folgen der Pflege auf eigenes Leben	2,02 (0,62; 3,46)	0,80 (-0,49; 1,98)	.080+
Total	3,40 (1,10; 5,87)	2,40 (0,27; 4,72)	.248

Pflegende Angehörige Varianzanalysen (Intent-to-treat)	Intervention (N = 50)	Kontrolle (N = 50)	Gruppen- vergleich
Subskala Gliederschmerzen (GBB)	-0,72 (-1,66; 0,16)	0,42 (-0,28; 1,12)	.011*
Subskala Negative Problemorientierung (SPSI-R:S)	-0,84 (-1,51; -0,18)	0,46 (-0,30; 1,22)	.004**
Freizeit (Menge an Zeit) (LTS)	0,38 (-0,20; 0,94)	0,00 (-0,65; 0,63)	0,18
Zufriedenheit mit der Menge an Freizeit (LTS)	0,54 (-0,22; 1,38)	-0,46 (-1,22; 0,26)	.069+
	Intervention (N = 50)	Kontrolle (N = 50)	Gruppen- vergleich
Veränderungen zwischen den Messzeitpunkten:	T0 → T2 M (95% CI)	T0 → T2 M (95% CI)	p
<b>Hauptendpunkt</b>			
Allgemeine Depressionsskala (ADS)	-4,42 (-7,73; -1,43)	-0,84 (-2,61; 0,95)	.054+
<b>Sonstige Maße</b>			
Pflegebezogene Kompetenz (SCQ)			
Subskala 1: Zufriedenheit mit Pflege- bedürftigem	0,48 (-0,29; 1,24)	0,40 (-0,30; 1,17)	.419
Subskala 2: Zufriedenheit mit eigenem Tun	1,08 (0,08; 2,10)	0,28 (-0,62; 1,23)	.148
Subskala 3: Folgen der Pflege auf eige- nes Leben	2,56 (0,98; 4,39)	0,58 (-0,52; 1,68)	.019*
Total	4,12 (1,49; 7,09)	1,26 (-0,91; 3,41)	.033*
Subskala Gliederschmerzen (GBB)	-0,50 (-1,37; 0,33)	0,38 (-0,23; 1,00)	.043*
Subskala Negative Problemorientierung (SPSI-R:S)	-0,64 (-1,54; 0,11)	-0,06 (-0,92; 0,79)	.118
Freizeit (Menge an Zeit) (LTS)	0,48 (-0,11; 1,12)	-0,10 (-0,65; 0,50)	.084+
Zufriedenheit mit der Menge an Freizeit (LTS)	0,48 (-0,29; 1,28)	-0,38 (-1,07; 0,28)	.100

+Trend (p < 0.10); \*signifikant (p < 0.05); \*\*hoch signifikant (p < 0.01)

Tab. 52: Pflegende Angehörige (Intent-to-treat, Kovarianzanalysen)

Pflegerische Angehörige	T0 M (SD)		T1 M (SD)		T2 M (SD)	
	Intervention (N = 50)	Kontrolle (N = 50)	Intervention (N = 41)	Kontrolle (N = 40)	Intervention (N = 36)	Kontrolle (N = 30)
<b>Hauptendpunkt</b>						
Allgemeine Depressionsskala (ADS)	25,52 (10,41)	24,62 (10,57)	20,80 (7,82)	23,15 (10,94)	20,75 (10,05)	21,63 (9,43)
<b>Sonstige Maße</b>						
GBB (Gliederschmerzen)	9,9 (4,60)	11,02 (5,84)	9,41 (4,40)	11,43 (5,51)	10,17 (4,98)	10,67 (5,62)
SCQ Subskala 1: Zufriedenheit mit Pflegebedürftigem	15,22 (4,49)	13,64 (4,80)	15,98 (4,27)	15,15 (5,04)	15,97 (4,22)	15,07 (4,32)
SCQ Subskala 2: Zufriedenheit mit eigenem Tun	16,92 (4,79)	16,72 (4,16)	18,44 (3,50)	17,95 (4,36)	18,34 (6,99)	17,03 (5,86)
SCQ Subskala 3: Folgen der Pflege auf eigenes Leben	16,42 (6,13)	15,76 (5,81)	18,34 (5,58)	17,03 (5,86)	18,75 (6,99)	17,40 (6,22)
SCQ Total	48,56 (12,57)	46,12 (10,91)	52,76 (10,14)	50,13 (11,51)	53,03 (12,62)	50,23 (11,52)
SPSI-R:S (Negative Problemorientierung)	8,64 (3,95)	9,80 (4,48)	7,63 (4,18)	10,00 (4,80)	7,97 (3,84)	9,07 (4,63)
Freizeit (Menge an Zeit) (LTS)	5,30 (2,21)	4,94 (2,68)	5,90 (2,21)	4,85 (2,52)	6,25 (2,78)	5,13 (2,45)
Zufriedenheit mit der Menge an Freizeit (LTS)	5,06 (3,35)	5,10 (2,45)	5,37 (4,07)	4,85 (3,63)	5,31 (4,36)	5,33 (3,40)

Tab. 53: Assessments Pflegende Angehörige (Mittelwerte)

Pflegerische Angehörige Varianzanalyse (Completer)	Intervention (N = 41)	Kontrolle (N = 40)	Gruppenvergleich
Veränderungen zwischen den Messzeitpunkten:	T0 → T1 M (95% CI)	T0 → T1 M (95% CI)	p
<b>Hauptendpunkt</b>			
Allgemeine Depressionsskala (ADS)	-4,90 (-7,87; -1,93)	-1,00 (-3,57; 1,57)	.049*
<b>Sonstige Maße</b>			
Pflegebezogene Kompetenz (SCQ)			
Subskala 1: Zufriedenheit mit Pflegebedürftigem	0,49 (-0,61; 1,59)	0,98 (0,05; 1,90)	.786
Subskala 2: Zufriedenheit mit eigenem Tun	1,20 (0,05; 2,34)	1,03 (-0,25; 2,30)	.649

Pflegende Angehörige Varianzanalyse (Completer)	Intervention (N = 41)	Kontrolle (N = 40)	Gruppen- vergleich
Subskala 3: Folgen der Pflege auf eigenes Leben	2,46 (0,73; 4,20)	1,00 (-0,56; 2,56)	.166
Total	4,15 (1,16; 7,13)	3,00 (0,29; 5,71)	.335
Subskala Gliederschmerzen (GBB)	-0,88 (-2,00; 0,24)	0,53 (-0,38; 1,43)	.019*
Subskala Negative Problemorientierung (SPSI-R:S)	-1,02 (-1,86; -0,19)	0,58 (-0,45; 1,60)	.006**
Freizeit (Menge an Zeit) (LTS)	0,46 (-0,27; 1,20)	0,00 (-0,82; 0,82)	.101
Zufriedenheit mit der Menge an Freizeit (LTS)	0,66 (-0,33; 1,64)	-0,58 (-1,55; 0,40)	.121
	Intervention (N = 36)	Kontrolle (N = 30)	Gruppen- vergleich
Veränderungen zwischen den Messzeitpunkten:	T0 → T2 M (95% CI)	T0 → T2 M (95% CI)	p
<b>Hauptendpunkt</b>			
Allgemeine Depressionsskala (ADS)	-5,03 (-7,73; -1,43)	-2,50 (-2,61; 0,95)	.435
<b>Sonstige Maße</b>			
Pflegebezogene Kompetenz (SCQ)			
Subskala 1: Zufriedenheit mit Pflegebedürftigem	0,83 (-0,22; 1,89)	0,23 (-0,81; 1,28)	.300
Subskala 2: Zufriedenheit mit eigenem Tun	1,03 (-0,30; 2,36)	0,50 (-0,73; 1,73)	.464
Subskala 3: Folgen der Pflege auf eigenes Leben	3,86 (1,73; 6,00)	1,80 (0,44; 3,16)	.142
Total	5,72 (2,00; 9,46)	2,53 (-0,26; 5,33)	.166
Subskala Gliederschmerzen (GBB)	-0,86 (-2,08; 0,36)	0,53 (-0,41; 1,48)	.106
Subskala Negative Problemorientierung (SPSI-R:S)	-0,89 (-1,91; 0,13)	-0,30 (-1,49; 0,89)	.308
Freizeit (Menge an Zeit) (LTS)	0,48 (-0,11; 1,12)	-0,10 (-0,65; 0,50)	.134
Zufriedenheit mit der Menge an Zeit (LTS)	1,00 (-0,05; 2,05)	-0,03 (-1,01; 0,94)	.237

+Trend ( $p < 0,10$ ); \*signifikant ( $p < 0,05$ )

Tab. 54: Assessments Pflegende Angehörige (Completer, Varianzanalysen)

# Anhang 8: Kartenassessment und Erfassungsbogen (modifiziert)

Anhang

(Schriftgröße Text Verdana 18 Pt. (Beispiele 16 Pt.), Schriftgröße Zahlen Calibri 28, beidseitig bedruckte Karten 11 cm breit, 7,8 cm hoch, laminiert)

1

Ich bin **verantwortlich für die Pflege** meines Angehörigen.  
(Körperpflege, Begleitung zur Toilette, Essen reichen ...)

2

Ich bin **verantwortlich für die medizinischen Belange** meines Angehörigen.  
(Medikamentenausgabe, Verbandwechsel, Insulin spritzen ...)

3

Ich bin **verantwortlich für die Haushaltstätigkeiten**.  
(Kochen, Einkaufen, Putzen, Waschen ...).

4

Ich bin **verantwortlich für die organisatorischen und finanziellen Angelegenheiten** meines Angehörigen.  
(Termine, Schriftverkehr ...).

5

Ich **pflege** und **betreue** meine Angehörigen **(fast) vollständig allein**.

6

Ich fühle mich **häufig unter Druck**.

7

Mein Angehöriger ist **sehr vergesslich**.

8

Ich habe **wenig soziale Kontakte**.  
(zu Verwandten, Freunden, Nachbarn ...).

9

Mein Angehöriger **möchte** oder **kann nicht allein gelassen** werden.

10

Mein **Schlaf** ist beeinträchtigt.  
(Einschlafen, Durchschlafen, frühes Aufwachen)

11

Mein Angehöriger ist **harn-/stuhl-inkontinent** oder muss sehr **häufig auf die Toilette**.

12

Mein Angehöriger ist oft **niedergeschlagen** und **antriebslos**.

13

Ich habe **nicht genug Zeit** für meine eigenen Interessen.

14

Es gibt Situationen, in denen ich denke, dass ich den Bedürfnissen meines Angehörigen **nicht gerecht werde**.

15

Ich fühle mich **erschöpft** und **kraftlos**.

16

Ich bin oft mit **herausfordernden Verhaltensweisen oder Ansichten** meines Angehörigen konfrontiert.  
(Unruhe, mangelnde Kooperation, Verdächtigungen, Aggressivität ...)



17

Meine **Gesundheit** ist **beeinträchtigt**.

18

Es gibt öfter Situationen, in denen ich im Umgang mit meinem Angehörigen **ungeduldig, gereizt oder aggressiv** bin.






19

Die Pflege meines Angehörigen führt zu **Konflikten oder Streit-situationen mit anderen**.

(in der Familie, Arbeit ...)

20

Ich vermisse **schöne gemeinsame Momente oder Aktivitäten** mit meinem Angehörigen.

<p>(4)</p> <p>sehr belastend</p> 	<p>(3)</p> <p>ziemlich belastend</p> 
<p>(2)</p> <p>mittelmäßig belastend</p> 	<p>(1)</p> <p>wenig belastend</p> 
<p>(0)</p> <p>nicht belastend</p> 	

**Modifizierter Erfassungsbogen**

NAME:

Karten		0	1	2	3	4	Auswahl Problembereiche
		☺		☹		☹	
1	Verantwortung für die Pflege meines Angehörigen	1				1	
2	Verantwortung für die medizinischen Belange	2				2	
3	Verantwortung für die Haushaltstätigkeiten	3				3	
4	Verantwortung für die organisatorischen/finanziellen Ang.	4				4	
5	Ich pflege/betreue m. Angehörigen (fast) vollständig allein	5				5	
7	Mein Angehöriger ist sehr vergesslich	7				7	
9	Mein Angehöriger möchte/kann nicht allein gelassen werden	9				9	
11	Mein Angehöriger ist harn-/stuhlinkontinent	11				11	
12	Mein Angehöriger ist oft niedergeschlagen und antriebslos	12				12	
16	Mein Ang. zeigt herausfordernde Verhaltensweisen/Ansichten	16				16	
6	Ich fühle mich häufig unter Druck	6				6	
10	Mein Schlaf ist beeinträchtigt	10				10	
13	Ich habe nicht genug Zeit für meine eigenen Interessen	13				13	
15	Ich fühle mich erschöpft und kraftlos	15				15	
17	Meine Gesundheit ist beeinträchtigt	17				17	
8	Ich habe wenig soziale Kontakte	8				8	
14	Den Bedürfnissen m. Angehörigen werde ich nicht gerecht	14				14	
18	Bin im Umgang mit m. Angehörigen ungeduldig/gereizt/aggr.	18				18	
19	Konflikte oder Streitsituationen mit anderen	19				19	
20	Ich vermisse schöne gemeinsame Momente/Aktivitäten	20				20	
<b>Individuelle Blankokarten</b>							
Z1		Z1				Z1	
Z2		Z2				Z2	
Z3		Z3				Z3	
Nr. Beschreibung Problembereiche							

Im Projekt wurden Pflegeberaterinnen und -berater von drei Pflegekassen in der Anwendung eines strukturierten Problemlöse-Ansatzes geschult, der sodann in der Beratungspraxis eingesetzt wurde. Die Wirksamkeit dieses Einsatzes wurde sowohl auf der Ebene der teilnehmenden Pflegeberaterinnen als auch auf der Ebene der beratenen pflegenden Angehörigen zu verschiedenen Zeitpunkten gemessen. Mit dem erfolgreich erprobten Problemlöse-Ansatz steht der Pflegeberatung der Pflegekassen jetzt ein Instrument zur Verfügung, das die Pflegeberaterinnen in der Beratungssituation effizient unterstützt und zugleich den pflegenden Angehörigen erneutes Zutrauen in ihre pflegerische Tätigkeit gibt sowie ihren Stress mindert. Damit kann der erprobte Ansatz die Pflegeberatung insgesamt in ihrer Wirksamkeit stärken.