

**Modellprogramm zur Weiterentwicklung
der Pflegeversicherung gem.
§ 8Abs. 3 SGB XI**



„Pflegebegleiter“ -
ein Modellprojekt des Forschungsinstituts Geragogik
mit institutionellen Kooperationspartnern
1.11.2003 – 31.10.2008

– **Endbericht** –

Projektnehmer: Forschungsinstitut Geragogik
Wissenschaftliche Begleitung: Katholische Fachhochschule Freiburg –
Institut für Angewandte Forschung, Entwicklung und Weiterbildung (IAF)

Viersen & Freiburg, 10. Januar 2009

Dieser Projektbericht wurde erstellt von:

Prof. Dr. Elisabeth Bubolz-Lutz, Projektleitung

Prof. Dr. Cornelia Kricheldorff, Leiterin der Wiss. Begleitung

unter Mitarbeit von:

Almut Herrenbrück, wiss. Assistentin

Stefanie Klott, wiss. Assistentin

Stefanie Sosa y Fink, wiss. Mitarbeiterin

Julia Steinfort, Projekt-Koordinatorin und wiss. Mitarbeiterin

Alexandra Winter, wiss. Mitarbeiterin

Barbara Stoklas, Leitung Regionalbüro Ost

Horst Weipert, Leitung Regionalbüro Ost

Ulrich Kluge, Leitung Regionalbüro Nord

Martina Steiner, Leitung Regionalbüro Nord

Iren Steiner, Leitung Regionalbüro Süd

Petra Kümmel, Leitung Regionalbüro Süd

Marlies Schaefer, Leitung Regionalbüro West

Monika Leifels, Leitung Regionalbüro West

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	4
Abbildungsverzeichnis	5
Anhangsverzeichnis	8
Abstract	9
Übersicht über die Struktur der einzelnen Kapitel	12
1. Einleitung	13
1.1 Hintergrund und Begründung des Vorhabens	13
1.2 Ziele des Projektes	15
1.3 Nachhaltigkeit der zu erreichenden Ziele	17
2. Aktueller Forschungsstand zur freiwilligen Pflegebegleitung	19
2.1 Pflege zu Hause – ein persönlich und gesellschaftlich bedeutsames Thema	19
2.2 Pflegende Angehörige – eine bisher wenig beachtete Personengruppe	20
2.3 Pflegende Angehörige brauchen mehr als Entlastung von Pflegetätigkeiten	25
2.4 Das Pflegesystem weist Lücken auf, so dass pflegende Angehörige wenig Hilfe in Anspruch nehmen	24
2.5 Potenziale freiwilligen Engagements werden derzeit nicht voll ausgeschöpft	25
2.5 Mangelnde Vernetzung als Hürde für die effektive Unterstützung pflegender Angehöriger	26
2.6 Fazit: Zentrale Fragestellungen des Projektes und weiterführende Forschungsfragen	29
3. Forschungsdesign und Methodologie	31
3.1 Evaluationsdesign – Überblick	31
3.1.1 Konzeption der Wissenschaftlichen Begleitung	31
3.1.2 Wissenschaftsstandards	32
3.1.3 Forschungsfragen und –design	32
3.2 Forschungsmethoden und –instrumente	33
3.2.1 Qualitative Interviews mit pflegenden Angehörigen	33
3.2.2 Quantitative Instrumente der Wirksamkeitsforschung	37
3.2.2.1 Instrument „Evaluationsbogen“ für Pflegebegleiter-Kurse	37
3.2.2.2 Instrument „Dokumentationsbogen“ für Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter	37
3.2.2.3 Instrument „Postkarte“ für pflegende Angehörige	37
3.2.2.4 Instrument „Quartalsbericht 1.3“	38
3.2.2.5 Instrument „Implementierungserhebung 2.0“	38
3.2.2.6 Instrument „Ressourcenerhebung 2.0“	38
3.2.2.7 Instrument „Fragebogen für Pflegebegleiter-Initiativen“	39
3.2.2.8 Instrument „Newsletter“	39
3.3 Datenerhebung - Techniken und Vorgehensweise	39
3.3.1 Qualitative Interviews	39

3.3.2	Quantitative Instrumente der Wirksamkeitsforschung	40
3.3.2.1	Instrument „Evaluationsbogen“ für Pflegebegleiter-Kurse	40
3.3.2.2	Instrument „Dokumentationsbogen“ für Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter	41
3.3.2.3	Instrument „Postkarte“ für pflegende Angehörige	42
3.4	Datenanalyse	43
3.4.1	Qualitative Interviews	43
3.4.1.1	Transkription und Inhaltsanalyse	43
3.4.1.2	Typenbildung	44
3.4.2	Quantitative Instrumente der Wirksamkeitsforschung	45
3.4.2.1	Curriculumevaluation der Pflegebegleiterkurse	45
3.4.2.2	Dokumentationsbogen für Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter	45
3.4.2.3	Postkarte für pflegende Angehörige	47
3.5	Ethische Überlegungen	47
4.	Einstieg in die Praxis und Praxisverlauf	48
4.1	Konkrete Ausgangslage für das Projekt	48
4.2	Projektakteure und Projektaufgaben	51
4.3	Auseinandersetzung mit dem Projektverlauf	54
4.3.1	Aufbau und Verbreitung bundesweiter Projektstrukturen	57
4.3.2	Implementierung in die Infrastrukturen vor Ort und Aufbau von Kooperationen	58
4.3.3	Ausbreitung der Pflegebegleiter über Vorbereitungskurse	60
4.3.4	Profil- und Leitbildentwicklung	65
4.3.5	Entwicklung eines innovativen didaktischen Konzepts für Vorbereitungskurse	67
4.3.6	Qualifizierung und fachliche Begleitung von Projekt-Initiatoren	68
4.3.7	Standards für der Pflegebegleitungspraxis	72
4.3.8	Begleitung der Initiativen in die Selbstorganisation	73
4.3.9	Ausbau von vernetzten Strukturen	74
4.4	Herausforderungen – Grenzen	74
4.4.1	Bundesweit vergleichbare Entwicklung sichern	74
4.4.2	Instabilität der Organisationen ausgleichen	75
4.4.3	Projekt-InitiatorInnen gewinnen und halten	75
4.4.4	Profil schärfen – Konkurrenzen ausräumen	77
4.4.5	Finanzielle Rahmenbedingungen sichern	77
4.4.6	Motivierung zur Teilnahme an Evaluation	77
4.5	Ausgewählte Erfolgsfaktoren und Meilensteine	78
4.5.1	Trägerunabhängigkeit und enge Anbindung an örtliche Strukturen	78
4.5.2	Eigenständige Erarbeitung von Zugangswegen in die Familien	78
4.5.3	Begleitung der Pflegebegleiter-Initiativen durch „Tandems“	80
4.5.4	Theorie-Praxis-Diskurse von Projektakteuren	82
4.5.5	Verbindlichkeit und Motivierung durch „Anerkennungskultur“	82
4.6	Ergebnisse und Meilensteine im Überblick	83
5.	Ergebnisse und Resultate der Begleitforschung	85
5.1.	Ergebnisse der Pflegebegleiter-Kurse – bundesweit	85
5.1.1	Soziodemografische Daten und eigene Pflegeerfahrung	85
5.1.2	Qualität der Pflegebegleiter-Kurse	88

5.1.3	Erfolge der Pflegebegleiter-Kurse	92
5.2	Tiefeninterviews in pflegenden Familien	93
5.2.1	Ausgangslagen/ typische Situationen in den Familien	93
5.2.2	Ausführungen zu den fünf typischen Situationen	102
5.3	Dokumentationsbogen für Pflegebegleiter	105
5.3.1	Dauer und Charakteristik der Pflegebegleitung	105
5.3.2	Leistungen von Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleitern in den Familien	106
5.3.3	Pflegebegleitungsverläufe - (Re)Konstruierte Fälle	108
5.4	Multiperspektivische Betrachtung der Wirkungen von Pflegebegleitung	114
5.4.1	Kontaktaufnahme zwischen pflegenden Angehörigen und Pflegebegleiterin oder Pflegebegleiter	115
5.4.2	Die Wahrnehmung von Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleitern durch pflegende Angehörige	118
5.4.3	Belastungen durch die Pflege	123
5.4.4	Inhalte und Gegenstand der Pflegebegleitung aus Sicht der Angehörigen	129
5.4.5	Subjektiv erlebter Nutzen von Pflegebegleitung	130
5.4.6	Wunsch nach weiterer Begleitung	139
5.4.7	Biographisch-narrative Anteile der Interviews	141
5.4.8	Wünsche für die Zukunft	142
5.5	Ergebnisse weiterer Instrumente im Überblick	143
5.5.1	Quartalsberichte - Darstellung beispielhafter Ergebnisse	143
5.5.2	Implementierungserhebung 2.0	144
5.6	Kosten-Nutzen-Aspekte	146
6.	Zusammenfassende Schlussfolgerungen und Diskussion der Ergebnisse im Hinblick auf ihre Relevanz für die Pflegeversicherung	148
6.1	Merkmal (1): Das Pflegebegleiter-Profil trifft die Bedarfslagen pflegender Angehöriger	150
6.2	Merkmal (2): Pflegebegleitung zeigt Wirkungen	155
6.3	Merkmal (3): Psychosoziales Profil der Begleitung hebt Bedeutung des „Zwischenmenschlichen“ hervor	157
6.4	Merkmal (4): Pflegebegleitung basiert auf einem speziellen Lern- und Kompetenzansatz, der auch der Entwicklungsförderung der Freiwilligen dient	162
6.5	Merkmal (5): Das Projekt Pflegebegleiter – Vorreiter für einen neuen „Prototyp“ von Engagement	169
6.6	Merkmal (6): Pflegebegleitung beruht auf einer funktionierenden vernetzten Supportstruktur	175
6.7	Abschließender Überblick	181
6.7.1	Gesamtschau	181
6.7.2	Schlussfolgerungen im Hinblick auf die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung: Pflegebegleitung als Bindeglied im Pflegemix	183
6.7.3	Ausblick: Zukunftsaufgaben im Hinblick auf die nachhaltige Entwicklung von Pflegebegleitung	186
7.	Literaturverzeichnis	187

Tabellenverzeichnis

- Tab. 1: Perspektiven und leitende Fragestellungen zum Verständnis familialer Pflege
- Tab. 2: Ergebnisse zu den Kursvariablen und zum Kompetenzerwerb
- Tab. 3: Kursinhalte, die nicht ausführlich genug behandelt wurden
- Tab. 4: Ausführlicher gewünschte Kursinhalte
- Tab. 5: Überblick – Typenbildung
- Tab. 6: Tätigkeitsspektrum der Pflegebegleiter
- Tab. 7: Pflegebegleitung zwischen Information und Reflexion
- Tab. 8: Konkrete Erleichterungen durch Pflegebegleitung
- Tab. 9: Empfundene Veränderungen bei den pflegenden Angehörigen – aus Sicht der PflegebegleiterInnen
- Tab. 10: Funktionen von Pflegebegleitung – je nach Situation
- Tab. 11: Belastungserleben pflegender Angehöriger und Gewinne aus der Pflegebegleitung
- Tab. 12: Gewinne und Gefährdungen unterschiedlicher Organisationsformen freiwilligen Engagements

Abbildungsverzeichnis

- Abb. 1: Pflegebedürftige in Deutschland
- Abb. 2: Bedarfslagen der pflegenden Angehörigen und daraus resultierende Ansatzpunkte für das Engagement der PflegebegleiterInnen
- Abb. 3: Schnittstellen im Pflegemix
- Abb. 4: Alter der befragten pflegenden Angehörigen
- Abb. 5: Geschlecht der befragten pflegenden Angehörigen
- Abb. 6: Beziehungsverhältnis der Befragten zu den gepflegten Personen
- Abb. 7: Alter der gepflegten Angehörigen
- Abb. 8: Geschlecht der pflegebedürftigen Angehörigen
- Abb. 9: Dauer der Pflege
- Abb.10: Impulsfragen zur Befragung pflegender Angehöriger zur Wirkung von Pflegebegleitung
- Abb. 11: Kategorien der inhaltsanalytischen Auswertung
- Abb. 12: Ergebnisse der Typenbildung (typische Pflegesituationen)
- Abb. 13: Erfassung des Tätigkeitsspektrums von PflegebegleiterInnen
- Abb. 14: Übersicht Leitperspektiven
- Abb. 15: Aufbau der Projektstrukturen
- Abb. 16: Projektverlauf
- Abb. 17: Regionalbüros mit zugeordneten Bundesländern
- Abb. 18: Kooperierende Kommunen und Organisationen 10/ 2008
- Abb. 19: Teilnehmerzahlen Vorbereitungskurse für Pflegebegleiter
- Abb. 20: Pflegebegleiter-Zertifikate nach Regionen
- Abb. 21: Entwicklung Region West – Pflegebegleiter
- Abb. 22: Entwicklung Region West – Kurse
- Abb. 23: Entwicklung Region Nord – Pflegebegleiter
- Abb. 24: Entwicklung Region Nord – Kurse
- Abb. 25: Entwicklung Region Ost – Pflegebegleiter
- Abb. 26: Entwicklung Region Ost – Kurse
- Abb. 27: Entwicklung Region Süd – Pflegebegleiter
- Abb. 28: Entwicklung Region Süd – Kurse
- Abb. 29: Leitlinien für die Pflegebegleiter-Praxis
- Abb. 30: Lernkompass
- Abb. 31: Verbindliche Themen für Pflegebegleiter-Vorbereitungskurse
- Abb. 32: Lernarrangement für Projekt-Initiatoren

- Abb. 33: Strukturen der Qualifizierung für Projekt-InitiatorInnen
- Abb. 34: Ausbildungsstand der Projekt-InitiatorInnen
- Abb. 35: Zahlenmäßige Entwicklung der (teil-)qualifizierten Projekt-InitiatorInnen
- Abb. 36: Beendigung der Tätigkeit der Projekt-InitiatorInnen nach Regionen
- Abb. 37: Beendigung der Tätigkeit der Projekt-InitiatorInnen nach Regionen und Generationen
- Abb. 38: Erweiterung des Tätigkeitsprofils der Pflegebegleiter-Initiativen
- Abb. 39: Gesamtdarstellung: Konstellationen der Projekt-Initiatoren-Tandems
- Abb. 40: Tandemkonstellationen nach Regionen
- Abb. 41: Frauen- und Männeranteil der Projekt-InitiatorInnen
- Abb. 42: Projektergebnisse im Überblick
- Abb. 43: Alter der KursteilnehmerInnen
- Abb. 44: Pflegeererfahrung der KursteilnehmerInnen
- Abb. 45: Art der Pflegeererfahrung der KursteilnehmerInnen
- Abb. 46: Bereitschaft der KursteilnehmerInnen, als PflegebegleiterInnen aktiv zu werden
- Abb. 47: Fünf typische Situationen in der Pflegebegleitung
- Abb. 48: Einflussfaktoren auf die aktive Auseinandersetzung mit der Pflegesituation
- Abb. 49: Exemplarische Darstellung der typischen Situationen bezogen auf den Einflussfaktor „Kommunikation“
- Abb. 50: Kontaktorte der Pflegebegleitung in Bezug zu typischen Situationen
- Abb. 51: Stärken und Chancen unterschiedlicher Kontaktorte
- Abb. 52: Pflegebegleitungsverlauf I: Kontinuierliche Begleitung und Stabilisierung auf emotionaler Ebene
- Abb. 53: Pflegebegleitungsverlauf II: Begleitung ausgehend von einer emotionalen Bedürftigkeit hin zur aktiven Gestaltung der Pflegetätigkeit
- Abb. 54: Pflegebegleitungsverlauf III: Begleitung ausgehend von einer hochkritischen Situation hin zu weitgehender Stabilisierung
- Abb. 55: Pflegebegleitungsverlauf IV: Neuorganisation und Anpassung einer zum Teil jahrelang andauernden Pflege an aktuelle Bedürfnislagen, Begleitung zum weiteren Austausch nach Bedarf
- Abb. 56: Pflegebegleitungsverlauf V: Kontinuierliche Gesprächsbegleitung bei einer zunehmenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes der zu Pflegenden
- Abb. 57: Pflegebegleitungsverlauf VI: Begleitung in einer relativ stabilen Pflegesituation nach Bedarf
- Abb. 58: Kontaktaufnahme zwischen pflegenden Angehörigen und PflegebegleiterInnen
- Abb. 59: Zum Passungsverhältnis zwischen pflegenden Angehörigen und PflegebegleiterInnen
- Abb. 60: Zentrale Merkmale der Begleitungsbeziehungen zum Zeitpunkt der Befragung
- Abb. 61: Berichtete Belastungen pflegender Angehöriger bei der Pflege

- Abb. 62: Gegenstand der Pflegebegleitung
- Abb. 63: Was pflegende Angehörige durch Begleitung gewinnen
- Abb. 64: Zur Inanspruchnahme unterstützender Angebote
- Abb. 65: Zur Stabilisierung der häuslichen Pflegesituation
- Abb. 66: Zum Gewinn eines begleitenden Gesprächspartners/ einer begleitenden Gesprächspartnerin
- Abb. 67: Zur positiven Gesundheitsveränderung
- Abb. 68: Wenn Begleitung wegfallen würde: Aspekte
- Abb. 69: Zum Wunsch nach weiterer Begleitung
- Abb. 70: Biographisch-narrative Anteile der Interviews
- Abb. 71: „Care-Life-Balance“
- Abb. 72: Merkmale des Pflegebegleiter-Projektes
- Abb. 73: Die Kunst des Beistands als Aspekt der „Lebenskunst“
- Abb. 74: Zukunftsaufgaben im Hinblick auf die nachhaltige Entwicklung von Pflegebegleitung

Anhangsverzeichnis

Anhang 1: „Kurskompass“ - Curriculum zu Vorbereitungskursen und Handreichung für Pflegebegleiter (zur Verbreitung und Umsetzung der Idee „Pflegebegleiter“/ mit „good practice Beispielen“)

Anhang 2: „PI-Kompass“ - Curriculum zur Qualifizierung von Projekt-Initiatoren mit Handreichungen zur Implementierung von Pflegebegleiter-Initiativen

Anhang 3: „Materialband“ - zur Gestaltung von Vorbereitungskursen für Pflegebegleiter

Anhang 4: „Anlagen der Wissenschaftlichen Begleitforschung“ (Eine Sammlung der im Rahmen der Begleitforschung angewandten Methoden und Materialien/ Leitfäden/ Fragebögen sowie Beispielrechnungen)

Abstract

Das Modellprojekt „Pflegebegleiter“ wurde gemäß den Förderkriterien nach §8 Abs. 3 SGB XI von den Spitzenverbänden der Pflegekassen – vertreten durch den VdAK/AEV e.V. und ab 1.7.2008 vertreten durch den GKV-Spitzenverband – im Rahmen der Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung zum 1. November 2003 beim Forschungsinstitut Geragogik in Auftrag gegeben. Es wurde am 31. Oktober 2008 beendet.

Im Rahmen einer modellhaften Erprobung neuer Versorgungsstrukturen verfolgte das Modellprojekt speziell das Ziel der Implementierung von auf ehrenamtlichem Engagement basierenden Unterstützungsstrukturen für pflegende Angehörige (siehe www.gkv.info/site/?id=575). Der Wissenschaftlichen Begleitung kam dabei die Aufgabe der Beratung, Unterstützung und der Erfolgskontrolle bei der Umsetzung der Konzeption zu.

Im Projekt „Pflegebegleiter“ sind alle vereinbarten Ziele im Hinblick auf die Entwicklung und Erprobung des Freiwilligenprofils „Pflegebegleiter“ und auf die Implementierung von Pflegebegleiter-Initiativen erreicht worden. Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Evaluation bestätigen dies und weisen pointiert auf die Besonderheiten, aber auch die Schwierigkeiten hin.

In der folgenden Darstellung werden die von November 2003 bis Oktober 2008 erzielten Ergebnisse skizziert und abschließend zusammengeführt und eingeordnet.

Alle vertraglich vereinbarten spezifischen Inhalte (vgl. den Vertrag über die Durchführung eines Modellvorhabens zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gem. §8 Abs.3 SGB XI, S. 3) sind verwirklicht worden:

- die **Implementierung** von auf ehrenamtlichem Engagement basierenden bundesweit verbreiteten Unterstützungsstrukturen für pflegende Angehörige/Bezugspersonen: an 97 Standorten bundesweit erfolgt; die Weiterarbeit der Initiativen ist überwiegend gewährleistet (Nachhaltigkeit)
- eine Weiterentwicklung des **Curriculums zu Vorbereitungskursen für Pflegebegleiter** – Erarbeitung einer Publikation: liegt inzwischen in der 8. Auflage vor (Anhang 1: Kurskompass & Anhang 3: Materialband)
- die Entwicklung eines **Curriculums zur Schulung von Multiplikatoren** bzw. Projekt-Initiatoren – Erarbeitung einer Publikation „Schulung für Multiplikatoren“: diese liegt als internes Papier in der 3. Auflage vor (Anhang 2: Kompass Projekt-InitiatorInnen)
- die Durchführung von **Qualifizierungsmaßnahmen für Projekt-InitiatorInnen** in allen Bundesländern: 14 Qualifizierungen mit je 160 Ust. sind durchgeführt worden
- die Durchführung von **Vorbereitungskursen** für freiwillige Pflegebegleiter in allen Bundesländern: durchgeführt wurden 186 Vorbereitungskurse bundesweit mit insgesamt **2.104 Teilnehmerinnen und Teilnehmern**
- die **Einbindung der Pflegebegleiter-Gruppen in die Infrastruktur** vor Ort: 100 Kooperationspartner – Organisationen, Kommunen, Landkreise – unter-

stützen die Initiativen vor Ort, die meisten von ihnen auch über die Projektlaufzeit hinaus

- die **Erarbeitung einer Handreichung** für Pflegebegleiter zur Verbreitung und Umsetzung der Idee „Pflegebegleiter“ mit „good practice Beispielen“ und weiteren Umsetzungsanregungen: diese sind integriert im Curriculum zu Vorbereitungskursen für Pflegebegleiter, 8. Auflage (Anhang 1: Kurskompass)
- **vernetztes und abgestimmtes Handeln** und die Zusammenarbeit über Systemgrenzen hinweg (Leitziel des Modellprogramms) wurden mit Hilfe der Homepage (www.pflegebegleiter.de), Newslettern, Rundbriefen für Projekt-Initiatorinnen und Projekt-Initiatoren, Fachtagungen, Konferenzen usw. auf der Ebene vor Ort, der Landes-, Regional- und Bundesebene erreicht. Damit wurde zugleich eine Aktionsplattform für die Zukunft als Bundesnetzwerk aufgebaut.

Zusätzlich erarbeitet wurde eine **Ausdifferenzierung von Engagementformen** und die Erprobung von speziellen Aktivitäten (Maßnahmen zur Wertschätzung pflegender Angehöriger, Angehörigen-Café usw.), durch die die Hürden des **Zugangs zu pflegenden Familien** kreativ überwunden werden konnten.

Die **Wissenschaftliche Begleitung** hat von Projektbeginn an die Entwicklung des Projektverlaufs evaluiert und die ermittelten Ergebnisse auf regionalen Fachtagungen, Arbeitstreffen und Besprechungen mit dem Leitungsteam diskutiert und in die Projektsteuerungsgruppe eingebracht.

Für die folgenden Teilschritte der Evaluation und wissenschaftlichen Projektberatung wurden die Instrumente und teilweise auch Vorgehensweisen und Verfahren speziell entwickelt und eingesetzt:

- **Evaluation der Qualifizierungskurse** für Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter mit einem standardisierten, überwiegend **geschlossenen Fragebogen** – entwickelt auf der Basis von qualitativen Interviews mit freiwillig Engagierten im Pilotprojekt Viersen. zweimalige Aktualisierung im Projektverlauf. Erhebung unter allen Kursteilnehmerinnen und Kursteilnehmern der Vorbereitungskurse (Quantitative Auswertung (Deskriptive Statistik und Häufigkeitsanalysen) – Rücklauf N=1.391)
- **Leitfadengestützte Interviews** mit den Leiterinnen und Leitern der Regionalbüros zum Stand der Implementierung in die Praxis (Qualitative Inhaltsanalyse)
- **Ressourcenerhebung** (teilstandardisierter Fragebogen) – schriftliche Befragung der Projekt-Initiatorinnen und Projekt-Initiatoren und der Organisationen, Rücklauf: 28 Projekt-Initiatoren-Tandems („PI-Tandems“) und 31 kooperierende Organisationen)
- **Monatliche Protokollbögen** zur Berichterstattung der Regionen an die Wissenschaftliche Begleitung (Erstellen von Quartalsberichten und deren Rückspiegelung ins Projekt)
- **Dokumentationsbogen für Pflegebegleitungen** – teilstandardisierter Fragebogen – liefert Daten über Charakter, Inhalt und Häufigkeit von Pflegebegleitungen – Basis für die Rekonstruktion „typischer“ Pflegeverläufe; Teil der **Wirkungsforschung** (Rücklauf N=2.019)

- **Postkartenbefragung** von pflegenden Angehörigen (geschlossener Kurzfragebogen) – Teil der **Wirkungsforschung** (Rücklauf N=944)
- **Tiefeninterviews** mit narrativem Charakter mit 16 pflegenden Familien (Qualitative Inhaltsanalyse; Typenbildung) – Teil der **Wirkungsforschung**.

Die Auswertungsergebnisse dieser Datenerhebungen fließen – ebenso wie die Prozessreflexionen und Konzeptentwicklungen aus dem Projekt – in die folgende Kurzdarstellung der aktuellen Projektergebnisse ein.

Hauptergebnisse

- Ein **neues Profil** der niedrighschwelligen Begleitung pflegender Angehöriger ist entwickelt, erprobt und evaluiert worden. Es setzt auf persönliche Entwicklung vertrauensvoller Beziehungen (nicht auf Dienstleistungen) und auf Informationsvielfalt und Wahlfreiheit/Selbstbestimmung, auf gemeinsames Lernen im Austausch. Charakteristikum ist eine Austauschbeziehung: sowohl Freiwillige als auch pflegende Angehörige und Professionelle werden gleichermaßen als Gebende und Nehmende definiert. Weiterhin wird Vernetzung auf und zwischen allen Ebenen angestrebt: im Nahraum, aber auch im Pflegebegleiter-Netzwerk.
- Unterschiedliche positive **Wirkungen** sind bei den pflegenden Angehörigen sichtbar geworden.
- Die bundesweite **Verbreitung ist gelungen**: 2104 Kursteilnehmerinnen und Kursteilnehmer, davon 2063 Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter mit Zertifikat und 2022 Freiwillige mit Ausweisen. 213 derzeit tätige Projekt-Initiatorinnen und Projekt-Initiatoren und 97 Organisationen/Kommunen.
- Ein **neuer Prototyp von Bürgerengagement** ist entstanden: verbands- und trägerübergreifend/zusammenführend (Profil der Vernetzung).
- **Qualifizierungskonzepte** für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren und Freiwillige sind entwickelt und evaluiert worden, so dass die hier entstandenen und gebündelten Erfahrungen für die weitere Verbreitung zur Verfügung stehen.

Übersicht zur Struktur des Endberichts

Der Bericht enthält folgende Aspekte:

Im ersten Kapitel wird ein Überblick über die Fragen und das Thema des Projektes gegeben. Dabei wird das Projektkonzept in seinen zentralen Merkmalen und Zielen vorgestellt und unter dem Aspekt beleuchtet, in welcher Art und Weise das Projekt eine nachhaltige Weiterentwicklung seiner Anliegen gefördert hat.

Im zweiten Kapitel wird der mit dem Pflegebegleiter-Projekt verbundene aktuelle Forschungsstand beschrieben. Deutlich wird hier, welche Defizite zur Entwicklung des Pflegebegleiter-Ansatzes geführt haben. Daraus abgeleitet, erfolgt eine Skizzierung der zentralen Fragestellungen des Projektes sowie der speziellen Forschungsfragestellungen, die sich auf die Projektentwicklung beziehen.

Das dritte Kapitel gibt eine Übersicht über die im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung verwendeten Fragestellungen und methodischen Zugänge und geht auf die in der Durchführung der Begleitforschung berücksichtigten ethischen Maximen ein.

Im vierten Kapitel erfolgen eine ausführliche Darstellung des Projektverlaufs sowie eine Reflexion im Hinblick auf unvorhergesehene Herausforderungen, Grenzen und Erfolge. Den Abschluss dieses Kapitels bildet eine zusammenführende Darstellung der zentralen Projektergebnisse unter dem Motto: „Pflegebegleiter – ein Projekt, in dem alle gewinnen“.

Das fünfte Kapitel stellt die zentralen Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung dar. Erörtert wird im Anschluss, wie sich die ermittelten Ergebnisse in das System der pflegerischen Versorgung integrieren lassen und inwiefern die Ergebnisse auch für andere Felder relevant sein können.

Im sechsten Kapitel erfolgt dann eine zusammenführende Interpretation der Gesamtergebnisse: in der Zusammenschau von Praxiserfahrungen und wissenschaftlicher Begleitforschung. Es erfolgt eine abschließende gemeinschaftliche Interpretation im Hinblick einzelner ausgewählter Aspekte, die aus Sicht der Projektleitung und wissenschaftlichen Begleitung für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung Bedeutung haben könnten. Hier erfolgt eine Bezugnahme auf aktuelle Entwicklungen und Forschungsergebnisse. Den Abschluss des Kapitels bildet ein Ausblick auf weiterführende Forschungsfragen ebenso wie auf die Herausforderungen, die sich für die Weiterentwicklung und weitere Verbreitung von Pflegebegleitung ergeben.

1. Einleitung

Mit dem Projekt „Pflegebegleiter“ ist die Implementierung eines speziellen Freiwilligenprofils in die Versorgungsstrukturen gelungen. Wie im Projektantrag beschrieben, sollten pflegende Angehörige als im Versorgungssystem bisher wenig beachteter Personenkreis ins Zentrum gerückt werden. Es galt Zugänge zu den pflegenden Familien zu entwickeln und den pflegenden Angehörigen „Begleitung“ anzubieten.

Intention war es, durch freiwilliges Engagement im Pflegemix die Fähigkeit des familialen Systems zur Pflege zu Hause zu erhalten bzw. wiederherzustellen und Inanspruchnahme von externer Hilfe zu ermöglichen.

Die Wirksamkeit und Rentabilität des Engagements der sog. „Pflegebegleitung“ konnte im Projekt erwiesen werden.

1.1 Hintergrund und Begründung des Vorhabens

Das Projekt „Pflegebegleiter“ zielte auf die Entwicklung eines Konzeptes zur Begleitung pflegender Angehöriger durch speziell qualifizierte Freiwillige und auf die Implementierung von Freiwilligeninitiativen in allen Bundesländern.

Das Projekt „Pflegebegleiter“ war Teil eines Vorhabens zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung und reagierte auf einen eklatanten Bedarf an Unterstützung von Familien bei der Pflege im häuslichen Bereich. Im Laufe der vergangenen fünf Jahre hat eine Reihe von wissenschaftlichen Untersuchungen wie die Kasseler-Studie (2004), die MUG III-Studie (2005) und die europäische Studie EUROFAMCARE (2008) den im Projektantrag konstatierten Bedarf eindrücklich bestätigt (vgl. dazu ausführlich Kapitel 6). Diese drei zentralen bundesdeutschen Ergebnisse veranschaulichen die Relevanz des Ansatzes „Freiwillige begleiten pflegende Angehörige“ und unterstützen die aus einer internationalen Sekundäranalyse (vgl. Bubolz-Lutz Habilitationsschrift 1999, veröff. 2006) abgeleiteten zentralen Ansatzpunkte des Projektes

- niedrighschwelliger Zugang zu Familien
- Kompetenzentwicklung für Freiwillige und die sie fachlich begleitenden Multiplikatorinnen und Multiplikatoren und Organisationen
- Vernetzung in einem Unterstützungsnetzwerk für die Pflege auf den verschiedenen Ebenen (vor Ort, landesweit, in den Regionen und auf Bundesebene)

Auch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz vom 1. Juli 2008 bestätigt die Bedarfslagen für niedrighschwelliges, zugehendes freiwilliges Engagement entsprechend. Mit dem eingeführten Profil des professionellen „Pflegeberaters“ wurde die Notwendigkeit bestätigt, die bisherig existierenden Angebote zur Stützung häuslicher Pflege um „zugehende Interventionen“ zu erweitern. Auch die Einführung von Pflegestützpunkten bestätigt einen Bedarf, der bereits im Pflegebegleiter-Projekt Berücksichtigung fand: Pflegende Angehörige sind über die unterschiedlichen vorhandenen Angebote schlecht informiert und benötigen Orientierungshilfe bei der Koordination und Organisation von Pflegearrangements.

Die erwähnten wissenschaftlichen Untersuchungsergebnisse, die auch im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz ihren Niederschlag gefunden haben, veranschaulichen, dass das neue Tätigkeitsprofil der freiwilligen Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter

den vorhandenen Bedarfs- und Problemlagen pflegender Angehöriger passgenau entspricht.

Die Bedürfnisse pflegender Angehöriger stellen sich als heterogen dar. Daher sind auch die Ansätze für Pflegebegleitung unterschiedlich (vgl. hierzu die Typenbeschreibung von Pflegesituationen, Kapitel 5). Trotz dieser Unterschiedlichkeiten wurden im Projekt Pflegebegleiter von Beginn an drei Grundorientierungen – die sich durch alle Ebenen des Projektes hindurch ziehen – als handlungsleitend entwickelt:

a) Empowerment¹

Entlastung allein genügt nicht, sondern es geht darum, den differenzierten Bedarfen pflegender Angehöriger gerecht zu werden. Gelebtes Empowerment stellt dabei einen qualitativen Unterschied zum Abhandeln eines professionellen und festgeschriebenen Leistungskatalogs dar. Die Konkretisierungen des Empowermentansatzes drücken sich beispielsweise in den später beschriebenen Ergebnissen zu den Dokumentationsbögen für Pflegebegleitungen aus.

b) Kompetenzentwicklung²

Hierbei kommen sowohl Eigenverantwortlichkeit als auch Solidarität zum Tragen. Es wird davon ausgegangen, dass es auf Seiten der verschiedenen Akteure im Pflegemix spezielle Kompetenzen zu entwickeln gilt, durch deren Zusammenspiel pflegebedürftigen Personen sowie den sie pflegenden Angehörigen ein Leben in Würde und Balance erleichtert wird.

Pflegende Angehörige haben einen enormen Lernbedarf, um ihre Situation gestalten zu können. Auch die Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter lernen in der Auseinandersetzung mit ihrem Engagement und über eigenes Altern im Sinne der Gesundheitsbildung (vgl. Ergebnisse zu Vorbereitungskursen, Kap. 5)

c) Vernetzung³

Im Projekt „Pflegebegleiter“ ist der Weg beschritten worden, freiwilliges Engagement im Pflegemix durch Kooperationen mit unterschiedlichen Organisationen oder Kommunen bzw. Landkreisen vor Ort zu verankern und so auf der Ebene der Praxis eine nachhaltige Entwicklung zu ermöglichen. Die Verankerung wurde zusätzlich durch die Bildung

¹ Das Empowerment-Konzept ist eng mit der Geschichte der neuen sozialen Bewegungen verknüpft. In verschriftlichter Form erschien es zum ersten Mal (Soloman 1976) im Zusammenhang mit der Sozialarbeit in sozial benachteiligten schwarzen Communities, „...im Schnittfeld zwischen Bürgerrechtsbewegung und radikal-politischer Gemeinwesenarbeit“ (Herriger 2002, S. 19). Dabei ging es um die Beschreibung und Analyse von Prozessen der Befähigung, Ermächtigung und der Vermittlung von Selbstwertgefühl.

In der *Empowerment-Praxis* geht es also darum, Menschen zur Entdeckung der eigenen Stärken zu ermutigen mit dem Ziel, ihnen Lebensautonomie zu ermöglichen. Sie werden dadurch kompetente Akteure, die ihr Leben selbst in die Hand nehmen und in eigener Regie gestalten. Dies erfordert einerseits eine normative Enthaltensamkeit sowie den Verzicht auf die Zuschreibung von Hilflosigkeit (nicht Helfer, sondern Begleiter sein) und andererseits die Achtung vor der Autonomie und den Lebensentwürfen des Einzelnen.

² Mit dem Begriff der Kompetenzentwicklung (lat. competere = zusammentreffen, auch: zukommen, zustehen) eng verknüpft ist der Begriff des Lernens. In der Diskussion um schulisches Lernen zielt die Benutzung des Begriffs darauf ab, die Kluft zwischen in der Schule erworbenem Wissen und dessen Anwendung auf alltägliche Probleme zu überwinden (vgl. Lipski 2004, S. 257). Im Konzept der Kompetenzentwicklung sind Lernen und Handeln gedanklich eng miteinander verknüpft, Handlungsfähigkeit wird als Teil des Lernprozesses mitgedacht und kontinuierliche Rückkoppelungen von Erfahrungswerten zur Verbesserung des Handelns werden einbezogen. Insofern ist die Kompetenzdebatte, wie sie heute im Rahmen der Erziehungs- und Bildungswissenschaft geführt wird, als eine Reaktion auf ein verengtes Lernverständnis zu verstehen, in dem das Handeln in der Praxis – also die Anwendung des Gelernten in einer konkreten Situation sowie die Rückkoppelung von Erfahrungen – zu wenig Beachtung gefunden hat.

³ Obwohl Netzwerkarbeit in „aller Munde“ ist, zeigt ein Blick auf die Praxis, dass viel zu oft unterschiedliche Eigeninteressen das gemeinsame Ziel der Unterstützung häuslicher Pflege überlagern. Das bringt einen guten Ansatz in Ver- ruf und verbessert die Situation pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen keineswegs.

von Multiplikatoren-Tandems gefördert, die sich aus einem Professionellen im Pflege-/ bzw. Bildungsbereich und einem bürgerschaftlich engagierten Experten zusammensetzen. So war eine Verzahnung des freiwilligen und professionellen Systems auch auf der „Personalebene“ gewährleistet. Das Modell der Kooperation „auf Augenhöhe“ – mit Vereinbarungen zwischen dem Regionalbüro und den kooperierenden Organisationen zum Modell einer „Unterstützung ohne Vereinnahmung“ und mit einem möglichst hohen Grad an Selbstorganisation seitens der Initiativen – erleichtert die Entwicklung von Verständnis und Respekt der Freiwilligen in Bezug auf das professionelle System. Gleichzeitig wirkt es als Beispiel gelingender Praxis in den Sozialraum und zeigt Organisationen und Kommunen einen Weg, zum Wohle pflegender Angehöriger - und in der Folge auch pflegebedürftiger Personen - partnerschaftlich und in gegenseitiger Wertschätzung zu kooperieren. Das Projekt „Pflegebegleiter“ hat somit eine Beispielfunktion für die Bearbeitung von verschiedenen Schnittstellen im Pflegemix: zwischen pflegenden Angehörigen, Organisationen der Pflege und dem freiwilligen Engagement.

Im Projekt sind diese drei Grundorientierungen Empowerment, Kompetenzentwicklung und Vernetzung konsequent umgesetzt worden. Grundlage für die Wahl dieses Ansatzes war die Überzeugung, dass auf lange Sicht die der demografischen Entwicklung geschuldete Zunahme von Pflegebedarf nur mit einer erhöhten Eigen- und Mitverantwortung und einer gezielten Entwicklung von Selbstorganisationskompetenzen und einer Vernetzung von Angeboten begegnet werden kann.

1.2 Ziele des Projektes

Das zentrale Ziel des Projektes ist: „...die Entwicklung einer Infrastruktur für eine angestrebte flächendeckende Implementierung von ehrenamtlich tätigen Pflegebegleitern in das Versorgungssystem von Demenzerkrankten. Die (...) vorgelegte Version ist darauf angelegt, ähnlich der Hospizinitiative nicht nur ein zusätzliches Versorgungsnetz speziell für pflegende Angehörige aufzubauen, sondern über eine breite Aufklärungskampagne in der Öffentlichkeit das Bewusstsein für die Solidarität mit den familiär Pflegenden zu stärken und eine entsprechende Engagementbereitschaft zu wecken“ (Projektantrag 2003, S.1).

Zur Projektidee heißt es im Projektantrag weiter: „Zentrale Voraussetzung für das Gelingen familiärer Pflege von chronisch kranken, speziell dementen und psychisch veränderten Älteren ist nach heutiger Erkenntnis die Befähigung der pflegenden Angehörigen zu

- kompetenter Sorge um die Erkrankten
- Selbstpflege
- sozialer (Selbst-)Einbindung sowohl in ein soziales Netz als auch ein „Pflegenetzwerk“

bei Aufrechterhaltung des Gesamtsystems Familie.

Vor diesem Hintergrund zielt das Modellprojekt „Pflegebegleiter“ auf eine Unterstützung pflegender Angehöriger in ihrem Lebensraum: ergänzend zu den bestehenden Angeboten professioneller Altenpflege sollen ehrenamtlich tätige Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter pflegenden Angehörigen bei der Bewältigung der schwierigen, oftmals über viele Jahre andauernden Sorge um dementielle Ältere „vor Ort“ zur Seite

stehen und dabei die Gestaltung von tragfähigen familiären Sorgebeziehungen unterstützen und fördern.

***Pflegebegleiter sind Ehrenamtliche,
die jene Personen unterstützen und stärken,
die zu Hause einen Angehörigen pflegen.
Ihnen leisten sie den Beistand, den diese benötigen,
um sich der schwierigen Aufgabe der Pflege zu stellen und
diese positiv zu gestalten.***

Das Projekt „Pflegebegleiter“ zielt langfristig auf die Implementierung einer auf ehrenamtlichem Engagement basierenden flächendeckenden Unterstützungsstruktur für pflegende Familien. Diese fügt sich in bestehende Pflegestrukturen zur Ermöglichung häuslicher Pflege von Älteren/speziell Dementen ein. Die Qualität des auf Kontinuität angelegten ehrenamtlichen Einsatzes wird durch Qualifizierung und weitere fachliche Begleitung der Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter gewährleistet, ebenso durch Qualifizierung und fachliche Begleitung der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren.

Aus gesamtgesellschaftlicher Sicht ergibt sich aus der Qualifizierung und dem nachfolgenden Einsatz von Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleitern folgender Nutzen:

- Durch das Engagement der – entsprechend qualifizierten und fachlich begleiteten – ehrenamtlich tätigen Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleitern wird eine Lücke zwischen professionellem und informellem Unterstützungssystem für „Pflegefamilien“ geschlossen. Die mit institutionellen Angeboten verbundenen Vorbehalte der Nutzerinnen und Nutzer entfallen speziell dadurch, dass persönliche, hierarchiefreie, informelle Beziehungen aufgebaut werden. Die „Bring-Struktur“ erleichtert eine Inanspruchnahme dieses als „niedrigschwellig“ einzustufenden Angebotes. Qualifizierte Laien fungieren als Vermittler zwischen Professionellen und Familien in enger Kooperation mit Selbsthilfeinitiativen.
- Durch die kompetente Begleitung der Familien verbessert sich die Lebensqualität der Familien bei der Pflege – und damit zusammenhängend auch die Pflegequalität im häuslichen Bereich.
- Die Realisierung eines solchen Konzeptes ermöglicht Einsparungen: die Pflegequalität steigt, die Krankheitsrate der Pflegenden sinkt. Eine Heimunterbringung der dementiell Erkrankten wird vermieden oder verzögert.
- Für "kompetente Laien" ergibt sich die Chance, eigene frühere Pflegeerfahrungen nutzbringend zu verwenden; sie erfahren in der nachberuflichen Phase Sinn durch qualifiziertes Engagement in ihrem eigenen Lebensraum.
- Die ehrenamtlichen Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter helfen den Pflegefamilien nicht nur durch ihre direkte Zuwendung; sie sind auch – mehr als die Betroffenen selbst – in der Lage, die Interessen der zu Hause Pflegenden und Gepflegten in Öffentlichkeit und Politik zu vertreten. Bei entsprechender Verbreitung solcher Initiativen ist zu erwarten, dass sich das öffentliche Bewusstsein für diese gesellschaftlich relevante, zunehmende Problematik schärft; die Entwicklung der im Pflegeversicherungsgesetz genannten „neuen Kultur des Helfens“ wird fassbar umgesetzt.

- „Die im Verlauf des Projektes entwickelten Erfahrungen in Fortbildung und Begleitung sind auf andere Bereiche der Gesundheitsbildung übertragbar.“ (Projektantrag 2003, S. 2-4).

Im Verlauf des Projektes „Pflegebegleiter“ wurden diese zentralen Intentionen systematisch verfolgt. Es liegt allerdings in der Natur dieses auf pflegende Angehörige ausgerichteten „Entwicklungsprojektes“, dass zwar Effekte von Pflegebegleitung wie eine „Entspannung der Pflegesituation“ ermittelt werden konnten, die Feststellung einer Verbesserung von Pflegequalität in der häuslichen Pflege den Projektrahmen jedoch überschreiten würde.

1.3 Nachhaltigkeit der zu erreichenden Ziele

Innerhalb des Projektes sind Bedingungen geschaffen worden, die eine Bestanderserhaltung und Weiterentwicklung der Projektidee ermöglichen. Wie sich das Anliegen nachhaltiger Entwicklungen im Projekt Pflegebegleiter konkretisiert hat, wird im Folgenden beschrieben.

Das Pflegebegleiter-Projekt wurde als Entwicklungsprojekt angelegt, das auf die Entwicklung und Implementierung des freiwilligen Engagements in der Pflege zielt. Gemäß der Intention des Modellprogramms nach §8 Abs.3 SGB XI sollte erprobt und evaluiert werden, inwiefern qualifiziertes freiwilliges Engagement – speziell die Begleitung pflegender Angehöriger – einen effektiven Beitrag zur pflegerischen Versorgung der Bevölkerung leisten kann.

Der Intention einer auf Nachhaltigkeit angelegten möglichen Verbreitung von Pflegebegleiter-Initiativen entspricht eine ausdifferenzierte, basisnahe Projektstruktur, die aus einem Bundesbüro und aus vier Regionalbüros besteht (zu den Aufgaben der Projektakteure vgl. Kapitel 4.2)

Es hat sich gezeigt, dass sich stabile Strukturen für freiwilliges Engagement vor allem dann entwickeln lassen,

1. wenn eine übergeordnete Supportstruktur (auf Landes-, Regionalbüroebene) für die Qualifizierung und kontinuierliche Beratung der Projekt-Initiatorinnen und Projekt-Initiatoren vor Ort und die gezielte Einbindung der Organisationen und Kommunen gegeben ist,
2. wenn eine kontinuierlich zwischen Theorie und Praxis vermittelnde gemeinsame Profilentwicklung – im Dialog mit dem professionellen System – stattfindet (Bundesebene/Basis),
3. wenn Qualifizierungskonzepte wissenschaftlich evaluiert und immer wieder den Erfahrungen angepasst werden (koordiniert durch Bundesbüro)
4. wenn im Austausch über Praxiserfahrungen die Qualitätskriterien für eine gute Begleitungspraxis kontinuierlich weiter entwickelt und immer wieder neu vermittelt werden (Qualitätsentwicklung auf allen Ebenen).

Die Bemühungen um die Schaffung von Rückhalt in den Verbänden führten im Jahr 2006 zu einer Gesprächsrunde mit Vertreterinnen und Vertretern der Wohlfahrtsverbände auf Bundesebene beim Deutschen Verein in Berlin. 2007 wurden diese Aktivitäten auf persönlicher Ebene und in Gremien fortgesetzt und intensiviert, z.B. auch im Rahmen der Diskussion um die Reform der Pflegeversicherung. Ebenso sind In der

Steuerungsgruppe die Nachhaltigkeitsaspekte kontinuierlich in Beratungen mit den Vertretern des VdAK zur Sprache gekommen.

Für die Finanzierung der Praxisbegleitung für Pflegebegleiter-Initiativen konnte auf das Programm „Generationsübergreifende Freiwilligendienste“ (GÜF) beim BMFSFJ zurückgegriffen werden. Vertragspartner sind die Organisationen, die den Pflegebegleiter-Initiativen nach absolviertem Vorbereitungskurs auch weiterhin einen organisatorischen und fachlichen Rahmen bieten wollen und dafür finanzielle Unterstützung benötigen. Die Laufzeit für das Finanzierungsprogramm des BMFSFJ ist bis zum 31.12.2008 verlängert worden. Damit erhalten die kooperierenden Organisationen die Möglichkeit, weiterhin Mittel zu beantragen, um den Übergang in die Eigenfinanzierung etwas abzufedern.

Nicht alle Initiativen haben von der Möglichkeit einer Förderung der Pflegebegleiter-Praxis durch das BMFSFJ Gebrauch gemacht. Die Erfahrungen derjenigen Organisationen, die eine Anschlussförderung durch das Förderprogramm „Generationsübergreifende Freiwilligendienste“ wahrgenommen haben, waren jedoch durchweg positiv:

- Die Organisationen sahen sich so in der Lage, die Aufwendungen für die weitere fachliche Begleitung der Initiativen zu übernehmen (de facto kann die Arbeitsbelastung eines Tandems mit insgesamt einer halben Personalstelle beziffert werden).
- Die Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter erhielten zudem in ihrer kontinuierlichen Praxis eine Erstattung für die ihnen entstandenen Kosten (Fahrkosten, Telefon usw.).

Das GÜF-Programm erwies sich im Wesentlichen als „Finanzierungsmodell“, dessen spezielle Programmatik dem Pflegebegleiter-Projekt entgegenkam. Insofern haben sich inhaltlich keine Divergenzen oder Interessenskonflikte ergeben.

Das in den Prinzipien des „Lernkompass“ zusammengeführte Lernkonzept impliziert permanentes Lernen. Die im Projektverlauf erarbeiteten Materialien von Kurskompass, Kompass für Projekt-InitiatorInnen und Materialband und ihre spätere Veröffentlichung ermöglichen eine Weiterarbeit nach dem hier erprobten Konzept auch über die Projektlaufzeit hinaus. Das hier entwickelte Lernkonzept für freiwilliges Engagement hat auch auf der Ebene der Bundesländer, der Bundesebene sowie in anderen deutschsprachigen Ländern (z.B. Schweiz und Österreich) Beachtung gefunden.

2. Aktueller Forschungsstand zum Pflegebegleiter-Projekt

Das Pflegebegleiter-Projekt ist als Reaktion auf die aktuelle gesellschaftliche Bedarfslage entwickelt worden. Diese wird im Folgenden skizziert.

2.1 Pflege in der Familie – ein persönlich und gesellschaftlich bedeutsames Thema

Pflegebedürftigkeit im Alter ist heute ein Thema von großer allgemeiner Bedeutsamkeit, gilt sie doch inzwischen für die über Achtzigjährigen als *allgemeines Lebensrisiko*. Die ansteigende Lebenserwartung der Bevölkerung bewirkt, dass immer mehr Menschen ein hohes Alter erreichen – viel häufiger noch als vor fünfzig Jahren. Da einem Familienverband heute bis zu fünf Generationen gleichzeitig angehören, wird auch die Wahrscheinlichkeit größer, dass in einer Familie zwei Generationen parallel, also etwa Groß- und Urgroßeltern, Unterstützung brauchen. Bei abnehmender Kinderzahl und zugleich größerer Mobilität der Jüngeren sind hier Probleme vorprogrammiert.

Die Auseinandersetzung mit Pflegebedürftigkeit innerhalb des Lebenslaufs ist sowohl für den Einzelnen als auch für die Gesellschaft insgesamt unumgänglich. Die Wahrscheinlichkeit, als Gepflegte oder Pflegende davon betroffen zu werden, ist sehr hoch (vgl. dazu die Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung, Schneekloth/Wahl 2005). Ganz gleich in welcher Lebensphase – Pflegebedürftigkeit und chronische Krankheit stellen immer Einschnitte im persönlichen Leben dar und müssen integriert werden.

Unmittelbar von Pflegebedürftigkeit betroffen sind zunächst diejenigen, die mit zunehmendem Alter verstärkt Hilfe und Pflege benötigen. Laut Statistik des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung (zitiert in DIE ZEIT 2008, siehe Abb. 1) sind es knapp 2,13 Millionen Personen, die Leistungen der Pflegeversicherung in privaten Haushalten in Anspruch nehmen. Weitere knapp 3 Millionen sonstige Hilfsbedürftige erhalten keine Leistungen aus der Pflegekasse (vgl. Schneekloth/Wahl 2005, S. 61; zu den in einzelnen Statistiken divergierenden Zahlen vgl. den 2. Bericht der Pflegestatistik, Statistisches Bundesamt 2005, S. 15). Mittelbar von Pflegebedarf betroffen sind jedoch auch die Angehörigen, die den größten Teil der im Privatbereich geleisteten Hilfe und Pflege übernehmen, und zwar zum größten Teil ohne jede professionelle Hilfe.

Pflegebedürftige in Deutschland: Insgesamt 2,13 Millionen

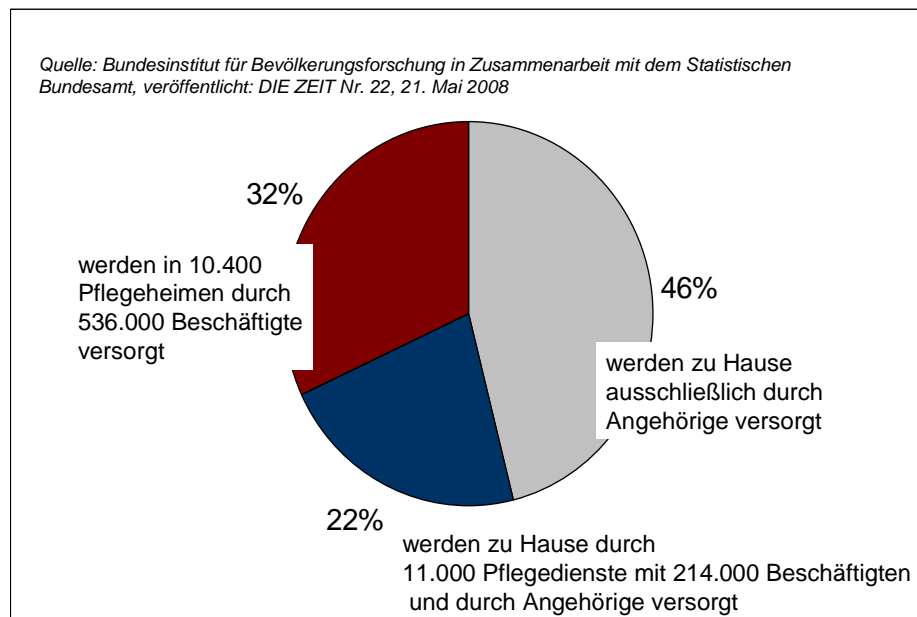


Abb. 1: Pflegebedürftige in Deutschland

Aus familienpsychologischer Sicht wird die Sorge und Pflege um alte Verwandte – aus der Perspektive der so genannten mittleren Generation – inzwischen als eine *neue Phase im Lebensverlauf einer Familie* bezeichnet (vgl. Schütze/Lang 1992, S. 336). Dies erscheint durchaus berechtigt. Da vielmals mehrfach Pflege übernommen wird: und für eine Pflege oft viele Jahre zu veranschlagen sind, lässt sich vorstellen, dass die Gesamtdauer der Pflege die der Kindererziehung zuweilen sogar übersteigt.

2.2 Pflegende Angehörige – eine bisher wenig beachtete Personengruppe

Trotz veränderter Familienstrukturen im Sinne von Patchworkfamilien und erhöhter Mobilität ist die lebenslange familiäre Solidarität ungebrochen (vgl. Szydlik 2000, S. 235). Nach der Infratest-Repräsentativerhebung 2002 (vgl. Schneekloth 2005) erhalten 92% der Pflegebedürftigen von den nächsten eigenen Angehörigen Hilfe und Betreuung, nach den Angaben des Statistischen Bundesamtes sind es 69% (Statistisches Bundesamt 2005, S. 4). Für die nächsten 10 Jahre wird damit gerechnet, dass sich dieser Anteil zwischen 70% und 90% hält, da hier noch geburtenstarke Jahrgänge für die Pflege zur Verfügung stehen.

Bei den verheirateten Pflegebedürftigen pflegt der Ehepartner, bei verwitweten Hochbetagten sind es die eigenen erwachsenen Kinder oder Schwiegerkinder, die regelmäßig Unterstützung leisten. 46% von ihnen greifen dabei nicht auf zusätzliche professionelle Hilfen zurück (vgl. Abb.1 / in anderen Veröffentlichungen ist von 55% die Rede: Landtag NRW 2005, S. 104). Hier zeigen sich allerdings Differenzen in den einzelnen Bundesländern. So liegt etwa in den Stadtstaaten Bremen und Hamburg, in denen es einen hohen Anteil an alten Singles gibt, die Quote derer, die allein von Angehörigen betreut werden, bei etwa 40% und damit deutlich unter dem Bundesdurchschnitt (vgl. Statistisches Bundesamt 2005, S. 4). – Selbst wenn sich meist eine Person als *Haupt-*

pflegeperson definiert, erhält die Hälfte Unterstützung durch weitere Personen aus dem Bekanntenkreis. Ein Viertel erhält keine Hilfe. Ein weiteres Viertel wird durch professionelle Dienste unterstützt (vgl. Infratest Sozialforschung 2003).

Die Anzahl der mit der Bewältigung der Pflege gedanklich und emotional befassten Personen geht in der Mehrzahl der Fälle über einen einzigen Angehörigen weit hinaus. Es ist davon auszugehen, dass sich innerhalb und außerhalb der Familien mehrheitlich mehrere Personen, auch aus der Enkelgeneration, um das Wohl eines Pflegebedürftigen oder mehrerer Pflegebedürftiger kümmern. Da sich tendenziell immer weniger Kinder um immer mehr Ältere zu sorgen haben, nimmt der Trend zu, dass sich eine einzige Person um mehrere Hilfsbedürftige kümmert. Nur die wachsende Zahl Älterer, die keine Verwandten mehr haben, ist allein auf außerfamiliäre Pflegearrangements angewiesen. Zu beobachten ist eine Entwicklung hin zu einer Pflege durch private Helfer (Freunde, Nachbarn, Bekannte): immerhin werden 9% der Pflegebedürftigen von Privatpersonen betreut, mit denen sie nicht verwandt sind. Über die Zahl der ausländischen, größtenteils nicht ausgebildeten Pflegekräfte, die in privaten Haushalten tätig sind, liegen keine belastbaren Zahlen vor.

Im einem Artikel der Zeitschrift „Der Spiegel“ (vgl. Fröhlingsdorf et al. 2005, S. 90) wird folgende Diagnose gestellt: „Das Heim kann keine Lösung sein, und auf die Familie ist nicht mehr ohne weiteres zu bauen. Zu klären ist, was geschehen muss, damit Senioren so lange wie möglich selbst bestimmt leben können und auf welche Weise die Familie als pflegende Institution zu stärken ist.“ Die Stärkung der Familien, der pflegenden Angehörigen aber auch der anderen oben genannten Bezugspersonen ist deshalb zentrales Anliegen des hier dargestellten Projektes.

2.3 Pflegende Angehörige brauchen mehr als Entlastung von Pflege Tätigkeiten

An die Einführung der Pflegeversicherung knüpften viele Bürger zunächst die Erwartung, gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit künftig finanziell abgesichert zu sein. Die Tatsache, dass die Leistungen nur mit einer *Teilkaskoversicherung mit hohem Eigenanteil* zu vergleichen sind, haben viele zunächst nicht zur Kenntnis genommen. Als Pauschalzuschuss zu den entstehenden Pflegekosten, abhängig von der Einstufung in die jeweilige Pflegestufe, ist durch die Leistungen der Pflegeversicherung eben nur ein bestimmter Anteil der entstehenden Kosten im Pflegefall abgesichert. Und auch damit gerät die Pflegeversicherung inzwischen an ihre Grenzen.

Unter dem Motto „Entlastung allein genügt nicht...“ wird im Projekt „Pflegebegleiter“ davon ausgegangen, dass pflegende Angehörige nicht nur Freiräume zur Erholung und deshalb nicht nur Entlastungsangebote brauchen. In der Literatur wird dies bestätigt und spezifiziert (vgl. Kaye/Applegate, 1990; Macera et al. 1993; Gräßel 1996; Blinkert/Klie 2004). So zeigte etwa die Befragung von 1911 privat pflegenden Personen durch Gräßel und Leuchtbecher, dass die besonderen Schwierigkeiten nicht in den Pflegeanforderungen im engeren Sinne liegen. Die pflegenden Angehörigen konstatieren, dass die sich ständig verändernden Anforderungen Anpassungsleistungen erfordern, die anstrengen und viel Kraft kosten. Sie berichten, dass es vor allem schwierig sei, die Pflegeerfordernisse mit anderen Aufgaben zu koordinieren. Sie hätten zu wenig Zeit für sich selbst, könnten nicht abschalten und sich nicht mehr freuen. 54% der Befragten erwähnen einen Wunsch nach Ausbruch aus dem Pflegealltag, 75% empfinden

Trauergefühle (vgl. Gräßel 1996). Ebenso zeigt sich aber, dass die Herausforderungen der Pflege bei pflegenden Angehörigen von diesen selbst auch mit einem Persönlichkeitswachstum in Zusammenhang gebracht werden. Eine empirische Untersuchung an 888 pflegenden Angehörigen von Demenzerkrankten kommt zu dem Schluss: „Schwierige Lebenssituationen wie die Pflege eines demenziell Erkrankten werden als belastend erlebt, haben aber gleichzeitig das Potential zur Förderung des Wissens über sich selbst“ (Leipold et al. 2006, S. 231). Vor allem Angehörige mit einer positiven Selbsteinschätzung konstatierten, viel zu lernen, reifer zu werden und neue Vorstellungen darüber zu erhalten, was im Leben wichtig ist. Das Gefühl hingegen, die Pflege „nicht im Griff zu haben“ und „viele Fehler zu machen“ wird von einem geringen Persönlichkeitswachstum begleitet (vgl. ebenda). Solche Ergebnisse geben Hinweise darauf, wie sinnvoll Wissens- und Kompetenzerwerb im Zusammenhang mit Pflege ist.

Aus den o.g. vorliegenden Untersuchungen lassen sich folgende von pflegenden Angehörigen geäußerte zentrale Bedarfslagen benennen:

- mehr Wissen/Informationen zu erlangen,
- das Gefühl zu haben, die Pflegeaufgaben kompetent und effektiv erfüllen zu können,
- Kontrolle über die Pflegesituation/den eigenen Alltag zu behalten,
- ausschlafen zu können/Zeit zum Lesen zu haben,
- Kontakte und schöne Erlebnisse genießen zu können und
- im Bewusstsein zu leben, mit der Pflege etwas Sinnvolles zu tun.

Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass die meisten pflegenden Angehörigen sehr daran interessiert sind, die übernommene Pflege so gut wie möglich zu gestalten, ihre Lebenssituation – auch im Hinblick auf das Zusammenleben der Gesamtfamilie – zu verbessern und auftretende Schwierigkeiten in den Griff zu bekommen. Zugleich zeigt sich ein Defizit in Bezug auf die Selbstsorge (vgl. Steiner-Hummel 1998, S. 29).

Die (exemplarische) Aufstellung von Bedürfnissen und Bedarfslagen pflegender Angehöriger verdeutlicht, dass der Wunsch nach Entlastung (nach genügend Schlaf und Regenerationszeit) nur ein Bedürfnis unter mehreren darstellt. Diejenigen Pflegenden, die die Pflegeaufgabe bewusst angenommen haben, sind daran interessiert, diese auch verantwortlich und kompetent auszufüllen. Damit sehen sich viele pflegende Angehörige selbst nicht gern in der Position des *Hilfeempfängers*, sondern sie definieren sich eher in der Rolle einer Person, die eine besondere und zuweilen besonders schwierige Aufgabe erfüllt. In der Konsequenz geht es vielen von ihnen darum, sich die Kompetenzen anzueignen, die notwendig sind, um den übernommenen Aufgaben gerecht zu werden. Diese Selbsteinschätzung der pflegenden Angehörigen wird im Pflegebegleiter-Projekt zum Ausgangspunkt genommen: pflegende Angehörige werden als Erfahrene, als Experten in Bezug auf die Gestaltung des Alltags mit ihren unterstützungsbedürftigen Angehörigen angesehen. Ihrem Anliegen wird entsprochen, die Möglichkeit zu bekommen, weitere Expertise hinzugewinnen – zum Wohl ihrer Angehörigen, aber auch um die eigene Lebensqualität zu verbessern und etwas für sich selbst zu tun.

Ein solches Verständnis pflegender Angehöriger, das zwar den Entlastungsbedarf nicht außer Acht lässt, insgesamt jedoch auf die Vielfalt der Bedarfslagen pflegender Angehöriger fokussiert und an ihrer Motivation zur Weiterentwicklung ihrer Kompetenzen ansetzt, ist derzeit keineswegs üblich. Entsprechend sind die meisten Angebote einseitig auf Hilfe und Entlastung ausgelegt. Sie folgen damit der Vorstellung, dass die Sorge um den hilfsbedürftigen Angehörigen eine Bedrohung für das Bedürfnis nach Selbsterhaltung darstellt. Übersehen wird dabei, dass es neben dem Grundbedürfnis nach Selbsterhaltung und Selbstbestimmung ein zweites fundamentales Bedürfnis gibt, nämlich das, soziale Bedeutung für Andere zu haben. Das Bewusstsein, von Anderen gebraucht zu werden und für Andere notwendig zu sein, kann demnach als Erfüllung erlebt werden und selbst große Anstrengungen als lohnend erscheinen lassen (vgl. auch gesundheitswissenschaftliche Theorienansätze wie zum Beispiel das Konzept der Salutogenese von Antonovsky 1997, vgl. auch Wydler et al. 2002).

Pflegende Angehörige vornehmlich unter dem Aspekt von Hilfs- und Unterstützungsbedarf zu sehen, heißt zu verkennen, dass Hilfe geben auch Stärke verleiht und das Erleben von Selbstwirksamkeit ermöglicht. Dörner (2004, S. 63 ff.) verweist dazu kritisch auf die historischen Entwicklungen im Rahmen der Modernisierungsprozesse, die dazu geführt haben, dass die einzelnen Bürger durch die Ausgliederung von Pflege und Sorge aus den alltäglichen Lebensprozessen das Bedürfnis, für andere Haushaltsmitglieder Sorge zu tragen, nicht mehr befriedigen können. Er warnt vor den Folgen: Wie eine zu große Entlastung von motorischer Aktivität dank des technischen Fortschritts zu einem Schwund von Muskelmasse führe, so bedinge eine zu große Entlastung von sozialer Bedeutung für Andere einen Schwund an sozialer und moralischer Entwicklung. Durch eine Institutionalisierung von Sorge und Pflege sei die Nachbarschaft im Rahmen der gesellschaftlichen Entwicklung ihrer ursprünglichen Sorgefunktion beraubt worden. Folge sei der Verlust an Tragfähigkeit kommunaler Lebenswelten.

Diesen Überlegungen – die sich mit den Aussagen der pflegenden Angehörigen selbst decken – folgt das Pflegebegleiter-Projekt: es erkennt an, dass pflegende Angehörige das Bedürfnis haben, den ihnen nahe stehenden pflegebedürftigen Menschen Beistand zu leisten (und insofern sozial bedeutsam zu sein). Anerkannt wird auch, dass sie prinzipiell motiviert sind – im Rahmen der vorhandenen Möglichkeiten – die Pflege kompetent und erfolgreich zu gestalten und die dazu notwendigen Kompetenzen weiter zu entwickeln. Vorausgesetzt wird damit eine menschliche Tendenz zur eigenständigen Bewältigung von Lebensaufgaben.

Die mit dem Projekt eingeführten freiwilligen Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter nehmen das Grundbedürfnis nach Bedeutsamkeit und eine Motivation zur Entwicklung von Fähigkeiten zu eigenständiger Lebensführung ernst. Sie sehen sich in einem ganz speziellen Sinne zu nachbarschaftlicher Mit-Sorge aufgerufen: durch Begleitung wollen sie Kompetenzentwicklung ermöglichen und Kontakt anbieten. Indem sie als Vertrauens- und Kontaktpersonen unentgeltlich zur Verfügung stehen, wollen sie familiäre Pflege und Sorgearbeit erleichtern. So tragen sie dazu bei, dass der Wert einer Pflege durch Angehörige erkannt und die darin liegenden Chancen ergriffen werden.

Aus den o.g. Bedarfslagen von pflegenden Angehörigen (vgl. Adler et al. 1996; Drenhaus-Wagner 2002) ergeben sich Ansatzpunkte für die Tätigkeiten von freiwilligen Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleitern:

Was sich pflegende Angehörige wünschen – was Pflegebegleiter anbieten

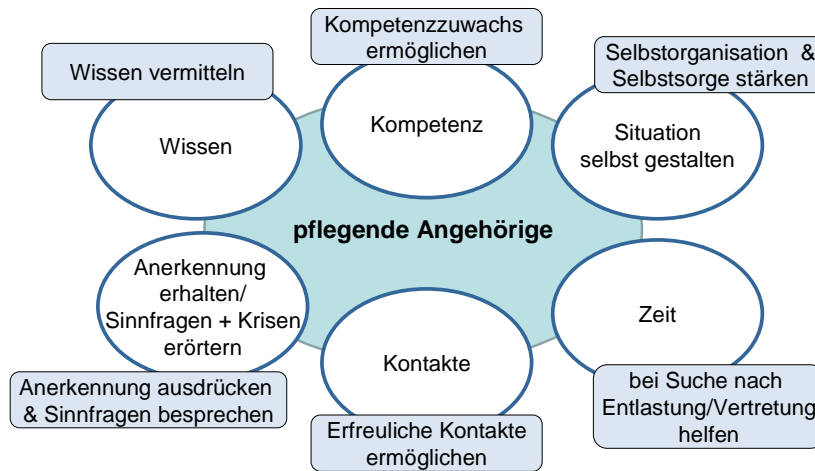


Abb. 2: Bedarfslagen der pflegenden Angehörigen und daraus resultierende Ansatzpunkte für das Engagement der PflegebegleiterInnen (vgl. Bubolz-Lutz/ Kricheldorf 2006, S. 47)

Pflegebegleiter gehen im Gespräch auf die jeweils geäußerten Bedarfslagen ein – allerdings entsprechen sie dem Wunsch nach Entlastung nur insoweit, als sie den Angehörigen soviel Kenntnis über Entlastungsmöglichkeiten vermitteln, dass sie sich Hilfe selbst organisieren können. Sie „packen in den Familien also nicht selbst mit an“, sondern erleichtern die Selbstorganisation des Pflegealltags. Damit belassen sie bewusst die Verantwortlichkeit für die Gestaltung der Pflegesituation in der Familie und respektieren das Anliegen von Pflegebedürftigen als auch von pflegenden Angehörigen nach einem selbstbestimmten Leben (vgl. dazu ausführlich Behrens/Zimmermann 2006, S. 167ff.).

2.4 Das Pflegesystem weist Lücken auf, so dass pflegende Angehörige wenig Hilfe in Anspruch nehmen

Konstatiert werden muss zunächst, dass das Ringen um Lebensqualität hilfs- und pflegebedürftiger, meist alter Menschen und ihrer Familien bisher als Privatsache und nicht als allgemeine Aufgabe betrachtet wird. Die Ambulantisierung der Pflege hat zwar eine Ausdifferenzierung von Pflegedienstleistungen in Form von komplementären Diensten wie Mobilen Sozialen Diensten, Mahlzeitendiensten, Beratungsstellen mit sich gebracht, jedoch nicht dazu geführt, dass sich ein Leistungsangebot entwickelte, das den vielen unterschiedlichen Problemlagen der Betroffenen wirklich passgenau gerecht wird (vgl. dazu Schaeffer/Ewers 2001, S. 15 ff.). Das Bemühen um eine optimale Versorgung der Pflegebedürftigen versperrt oft den Blick auf das Anliegen, die Lebensqualität für pflegende Familien insgesamt zu sichern.

Entsprechende auf Lebensqualität insgesamt ausgerichtete Veränderungen in den Strukturen des Gemeinwesens bleiben vielfach aus. Angesichts der zunehmenden Zahl von Hilfs- und Pflegebedürftigen wie auch abnehmender finanzieller Ressourcen

seitens der öffentlichen Hand wird zunehmend deutlich, dass allein professionelle Unterstützung das fragile Gleichgewicht von pflegenden Familien nicht länger stabilisieren kann. Benötigt wird eine weitere Kraft, wie sie sich im sog. *dritten Sektor* – also im Bereich des Engagements von ehrenamtlich bzw. freiwillig Tätigen – anbietet. Vor allem zwei Lücken im Unterstützungssystem häuslicher und familialer Pflege sind erkennbar: zum einen ein Bedarf an psychosozialer zugehöriger Begleitung und zum anderen eine Vernetzung der Unterstützungsangebote untereinander, sowie zwischen dem privaten und dem professionellen System.

Eine Analyse der bisher vorliegenden Befunde zur Situation pflegender Angehöriger zeigt ganz deutlich, dass viele pflegende Angehörige – derzeit immer noch als der „größte Pflegedienst Deutschlands“ bezeichnet – für ihren Einsatz einen hohen Preis zahlen: eine deutlich eingeschränkte psychische und physische Gesundheit (vgl. Pinquart/ Sörensen 2005, S. 628 ff). Sowohl die Symptome des Gepflegten (z.B. spezielle Verhaltensauffälligkeiten) als auch das Ausmaß der zu leistenden Hilfe tragen zu einem Erleben starker Belastung bei, die sich nicht selten in eigener Erkrankung niederschlägt. Folgende Erkrankungen sind bei pflegenden Angehörigen besonders häufig festzustellen (Wilz et al. 2001):

- erheblich erhöhter Medikamentengebrauch,
- Störungen des kardiovaskulären Systems,
- Schwächung des Immunsystems,
- Allgemeine Erschöpfung,
- Depression.

Betrachtet man die Entwicklungen rund um die Pflege durch Angehörige aus Distanz, so lässt sich feststellen, dass durch die mangelhafte Stützung der Familienangehörigen bei der Sorge- und Pflegearbeit nicht nur persönliche Lasten entstehen. Letztlich hat auch das Gesundheitswesen die Folgekosten zu tragen. So produziert das „System Pflege“ eine ständig nachrückende Klientel. Angesichts der großen Gefahr der Überforderung verwundert es nicht, dass Familien sich bei der Pflege vielfach alleine gelassen fühlen und dass es eine so tief sitzende Angst vor Pflegebedürftigkeit gibt.

2.5 Potenziale freiwilligen Engagements werden derzeit nicht voll ausgeschöpft

In jüngster Zeit ist die Bedeutung freiwilligen Engagements⁴ für den Bereich der Pflege durch neue Regelungen des Gesetzgebers ins öffentliche Interesse gerückt worden: Das seit Januar 2002 geltende Pflegeleistungsergänzungsgesetz (PflEG) sieht z.B. in § 39a SGB V die Förderung ambulanter – ehrenamtlich arbeitender – Hospizdienste vor (zur Gesetzesinitiative der Bundesländer vgl. Willers-Kaul 2002, S. 21). In der Verordnung über niedrigschwellige Hilfe- und Betreuungsangebote für Pflegebedürftige

⁴ In diesem Bericht soll der Begriff des „freiwilligen“ bzw. „bürgerschaftlichen Engagements“ nicht grundsätzlich diskutiert werden – in Kenntnis dessen, dass sich regional unterschiedliche Begriffsverwendungen etabliert haben. Hier wird auf den im angelsächsischen Bereich für freiwilliges Bürgerengagement selbstverständlichen Begriff des „volunteering“ Bezug genommen und der vom deutschen Begriffsstamm der „Freiwilligen“ abgeleitete Begriff „Freiwilligenbereich“, „Freiwilligenarbeit“, „Freiwilliges Engagement“ genutzt. Der Begriff „Bürgerengagement“ wird dazu synonym verwendet. Der Begriff des „Ehrenamtes“ wird seltener angewandt, da nicht die Ehre, sondern die Freie Wahl mehr und mehr kennzeichnend für das Engagement in der modernen Gesellschaft ist (vgl. Sarcinelli/Gensicke 2000, S. 63).

des Landes NRW aus dem Jahr 2003 wird ebenfalls die Bedeutung des freiwilligen Engagements für die Pflege gleich zu Beginn in § 1 besonders hervorgehoben. Es werden Fortbildungsstandards für ehrenamtlich tätige Helferinnen und Helfer benannt, deren Erfüllung zu einer Anerkennung und damit zu der Berechtigung führen kann, mit der Pflegekasse Dienstleistungen abzurechnen. Auch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, das zum 1. Juli 2008 in Kraft getreten ist, weist dem Ehrenamt eine besondere Bedeutung zu.

Hintergrund einer solchen ausdrücklichen Wertschätzung des Einsatzes von Freiwilligen in diesem Bereich ist zweifellos nicht nur die Intention der Etablierung einer „neuen Kultur des Helfens“, sondern der eklatante Engpass, der sich bei der professionellen Pflege auftut – hier vor allem im Bereich psychosozialer Betreuung und umfassender Information. Wie sich das Verhältnis von professioneller Pflege und niedrigschwelliger Betreuungsleistung angesichts der neuesten gesetzlichen Regelungen entwickeln wird, ist derzeit allerdings noch völlig offen. Die bisher für ein Engagement im Bereich *Hilfe und Pflege* benutzte Bezeichnung als „Pflege ergänzender Dienst“ zeigt an, auf welchem Stand sich die Auseinandersetzung um das Selbstverständnis von Freiwilligen und um die an Freiwillige gerichteten Erwartungshaltungen von Institutionen und Organisationen derzeit befinden: Diese „neuen Freiwilligen“ wollen nicht als „Lückenbüsser“ in professionellen Arrangements „eingesetzt“ werden. Zwar sind sie bereit, mit bestehenden Unterstützungsstrukturen zu kooperieren, jedoch sind sie auch daran interessiert, ihre Aufgaben – ihren Neigungen und Ressourcen angemessen – selbst zu definieren und nicht in programmierte Rollen zu schlüpfen, die professionelle Pflege ihnen vorschreibt oder einräumt. Ein Blick in die Fachzeitschrift eines Wohlfahrtsverbandes zeigt die Schwierigkeit, die Verbände haben, sich dieser neuen Freiwilligenperspektive zu nähern. In der Zeitschrift „Caritas in NRW“ wird freiwilliges Engagement als zusätzliches Angebot „über die eigentlichen Pflegedienste hinaus“ deklariert. Die so genannten „ergänzenden Dienste“ durch Freiwillige rangieren unter der Bezeichnung „Caritas Plus“ – nahe liegend ist da die Interpretation, es handele sich hierbei um eine „Zusatzleistung“ der Institution (Deutscher Caritasverband 1999, S. 14). So kann konstatiert werden, dass der Freiwilligenarbeit im Zusammenhang mit Pflege bisher vielfach das „eigene Gesicht“ fehlt. Damit in Zusammenhang steht das Fehlen eines speziellen Begriffs für ein bürgerschaftliches Engagement mit einem besonderen Tätigkeitsprofil, das sich von dem der am Markt und in Wohlfahrtsverbänden agierenden Dienstleister unterscheidet (vgl. Evers 2003).

Unter dem Gesichtspunkt, dass Freiwilligenengagement nicht einer Dienstleistungslogik entspringt, sind auch die Begriffe „Familientlastende Dienste“ oder „Krankenbesuchsdienste“ kritisch zu hinterfragen. Allerdings ist auch der für das Projekt gewählte Begriff der „Pflegebegleitung“ missverständlich, insofern nicht ersichtlich ist, dass hier pflegende Angehörige und nicht professionell Pflegenden begleitet werden. Hier bringt der im Projekt verwendete spezielle Zusatz „Begleitung für pflegende Angehörige“ Klarheit.

2.6 Mangelnde Vernetzung als Hürde für eine effektive Unterstützung pflegender Angehöriger

Bislang agieren die einzelnen Akteure im Bereich der Pflege vereinzelt und sind oft nicht miteinander vernetzt. Mit dem Begriff *Pflegemix* wird nun ein neues Modell in die öffentliche und fachliche Diskussion gebracht, das auf eine Kombination, einen Mix,

von Aktivitäten im Pflegefall abzielt. Damit soll deutlich werden, dass Pflege in der Familie nur mit *vereinten Kräften* gelingen kann. Der Begriff Pflegemix bezieht bewusst nicht nur professionelle, sondern auch bürgerschaftliche Angebote mit ein. Er verlangt aber ebenso den Einbezug von Erkrankten und pflegenden Angehörigen (vgl. Zeman 2002, S. 154). Intention des Begriffes Pflegemix ist die Entfaltung einer neuen Pflegekultur, bei der die Sorge um kranke, hilfsbedürftige (alte) Menschen zu einem gesellschaftlichen Anliegen wird

Da das professionelle System an seine Leistungsgrenzen stößt, gerät zunehmend die Bedeutung bürgerschaftlichen Engagements in den Blick. Grundsätzlich lassen sich für diesen Bereich drei unterschiedliche Handlungsfelder identifizieren, in denen freiwilliges Engagement eingebracht werden kann:

- a) der häusliche Bereich
- b) der institutionelle Bereich
- c) der kommunale/öffentliche Bereich.

Schnittstellen im Pflegemix

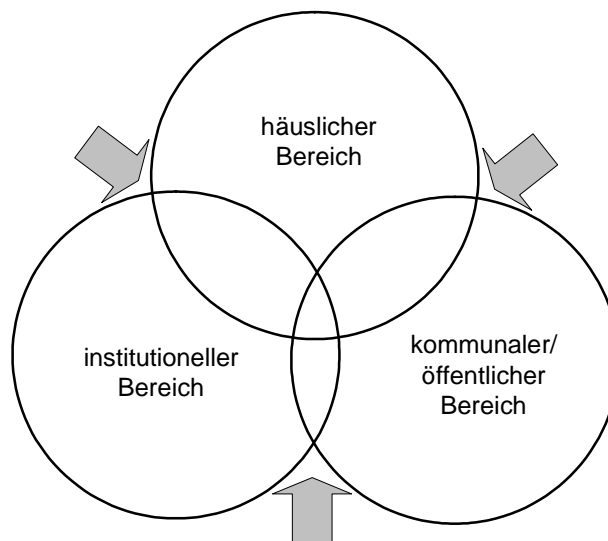


Abb. 3: Schnittstellen im Pflegemix

Besondere Bedeutung kommt den *Schnittstellen* zwischen diesen drei Bereichen zu. Damit Gesundheit erhalten und Krankheit und Pflegebedürftigkeit zufrieden stellend bewältigt werden können, bedarf es einer Kommunikation und Zusammenarbeit. Eine flexible bedarfsgerechte Planung und Koordination der Prophylaxe- und Versorgungssysteme erscheint auch deshalb notwendig, weil sich Situation und Bedarfslage der Betroffenen immer wieder verändern und deshalb das Ersinnen jeweils neuer Arrangements erfordern. Im Bereich der gesundheitlichen Versorgung – speziell im Hinblick auf die Versorgung alter Menschen – muss das Zusammenspiel aller Versorgenden noch als mangelhaft angesehen werden (vgl. hierzu Raven/Kricheldorf 2003). Defizitär erscheint besonders die Unterstützung von Selbsthilfepotenzialen der Pflegebedürftigen und ihrer Familien.

Der Pflegebereich gehört seit jeher zu den „klassischen“ Feldern des ehrenamtlichen Engagements. Laut Freiwilligensurvey (2004) sind immer mehr so genannte ‚junge Alte‘ zwischen 55 und 64 Jahre ehrenamtlich tätig – gegenüber der letzten Erhebung im Jahr 1999 stieg der Anteil der Freiwilligen in dieser Altersgruppe weit überdurchschnittlich um sieben Prozent von 34% auf 41%.

Obwohl freiwilliges Engagement gerade im Bereich der Pflege beträchtlich ist, wird es im öffentlichen Bewusstsein aber wenig wahrgenommen. Evers (2003, S. 93) konstatiert dazu kritisch: „Angesichts der Schwäche bürgerschaftlicher Komponenten des Wohlfahrtsmixes steht vor allem eine Stärkung technischer und kommerzieller Elemente im Vordergrund, die die Betroffenen weder als Bürger noch als Konsumenten aufwertet. Der ‚neue‘ Wohlfahrtsmix reduziert sich also im Wesentlichen auf die Verflechtung der zwei Komponenten Staat und Markt – oder sollte man sagen, auf einen Filz von Bürokratie und Kommerz? Die Aufmerksamkeit für das, was Familien sowie andere bürgernahe, kommunale und bürgergesellschaftliche Akteure am Rand des Geschäftsbereichs Pflege tun, bleibt gering“. Zu beobachten ist zudem, dass sich aufgrund akuter Notsituationen ein Schwarzmarkt von Hilfsleistungen entwickelt, allerdings mit den negativen Begleiterscheinungen mangelnder Qualität, Transparenz und Versorgungssicherheit.

Auf den ersten Blick scheinen Profilentwicklungen bürgerschaftlicher Initiativen hinter denen professioneller Pflege zurückgeblieben zu sein. Auf den zweiten Blick zeigt sich aber, dass sich – zumindest in Form von Pilot-Projekten – Initiativen im Bereich der Pflege neu formieren. Aus der Sicht der Führungskräfte in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sind die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte durch zunehmenden Zeitdruck, eine dünne Personaldecke und ein zunehmendes Arbeitsvolumen gekennzeichnet (vgl. dazu Barthelme/Zimber 2002, S. 340). Angesichts solcher und ähnlicher Defizite, die im Zuge der Umstrukturierungen von Pflegearrangements durch die Pflegeversicherung neu entstanden sind, versuchen die Freiwilligen, diese durch Zeit für Gespräche, Vernetzungsaktivitäten usw. auszugleichen oder neue Bedarfslagen zu erkennen. Dennoch ist nicht zu übersehen, dass es sich dabei um eine *lokale kleinteilige Kultur engagierter Unterstützungsleistungen* handelt, in der zudem vorwiegend Frauen agieren (vgl. Notz 2002). Zur konkreten *Verbreitung* dieser von der Politik, von Kirchen, Wohlfahrtsverbänden oder freien Trägern finanzierten Projekte wie Einrichtungen zur Pflegeberatung, Nachbarschaftshilfe, Seniorenbetreuung oder Nottelefone gibt es derzeit keine verlässlichen quantitativen Daten. Es wird allerdings kritisiert, dass es nur den wenigsten dieser Initiativen gelingt, sich systematisch mit der professionellen Praxis zu verknüpfen: „Auch bei Heimangeboten sind Tendenzen der Öffnung für ehrenamtliche Mitarbeit und Partnerorganisationen auf lokaler Ebene eher die Ausnahme – eine Frage freiwilligen Engagements des jeweiligen Leitungspersonals“ (Evers 2003, S. 93). Als beispielhaft für das Bemühen um eine Öffnung des stationären Bereichs für das bürgerschaftliche Engagement kann das BELA-Projekt in Baden-Württemberg (Bürgerengagement für Lebensqualität im Alter) genannt werden (vgl. Klie et al. 2005; Steiner 2005)

Was andere innovative Ansätze im Engagementbereich der Pflege angeht, ist das BMFSFJ kontinuierlich federführend tätig. Mit seinem Modellprogramm „Altenhilfestrukturen der Zukunft“ (vgl. dazu BMFSFJ, Forum Altenhilfe, Sonderheft 2003) hat es an zwanzig verschiedenen Standorten einen wichtigen Beitrag zur Diskussion um die Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung Älterer angestoßen – und zwar speziell

unter Einbindung ehrenamtlich Engagierter. Auch in den Bundesmodellprogrammen „Seniorenbüro“ und „Erfahrungswissen für Initiativen“ wurde Freiwilligenengagement gezielt gefördert. So sind im letztgenannten Projekt beispielsweise ältere, speziell qualifizierte Freiwillige – organisiert in seniorKompetenzteams – tätig, um entsprechende Initiativen aufzubauen oder begleitend zu beraten. Das Modellprogramm zum Aufbau von „Generationsübergreifenden Freiwilligendiensten“ hat versucht, spezielle Anreizstrukturen für freiwilliges Engagement zu schaffen. Es leistete in dieser Hinsicht Pionierarbeit, insofern hier explizit auch Projekte unterstützt wurden, die Kooperationsstrukturen von Freiwilligen und Institutionen erprobten (vgl. BMFSFJ 2005). Bisher versuchen nur wenige selbstorganisierte Freiwilligeninitiativen, gezielt eine öffentliche Auseinandersetzung zur gesellschaftlichen Relevanz und Brisanz der Pflegeproblematik zu initiieren und diese kontinuierlich weiterzuführen. Insofern kann gegenüber pflegenden Angehörigen durchaus von einer „Solidaritätslücke“ gesprochen werden. Programme mit „Breitenwirkung“ werden derzeit meist von Professionellen initiiert und fachlich begleitet – z.B. die Initiative „Handeln statt Misshandeln – Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter e.V.“ sowie das Modellprojekt „Persönliches Pflegebudget“, das derzeit parallel zum Modellprojekt „Pflegebegleiter“ – gespeist aus dem gleichen Fördertopf – in 7 Regionen erprobt wird (Klie 2005). Die pflegebedürftigen Budgetempfänger, die von Case-Managern unterstützt werden, sollen auf diesem Weg mehr Selbstbestimmung und Autonomie bei der Gestaltung ihres persönlichen Pflegemixes erfahren können und dafür die entsprechende Finanzierung erhalten.

2.6 Fazit: Zentrale Fragestellungen des Projektes und weiterführende Forschungsfragen

Die hier skizzierte Ausgangssituation macht einen speziellen Handlungsbedarf in Bezug auf die Unterstützung pflegender Angehöriger deutlich. Darauf Bezug nehmend gibt das Projekt Antworten auf folgende Fragestellungen:

- Wie können pflegende Angehörige unterstützt und gestärkt werden, so dass sie die existenzielle Herausforderung bewältigen?
- Wie muss eine Intervention aussehen, die die Bedarfslagen pflegender Angehöriger ganzheitlich berücksichtigt?
- Wie kann die Verbindung zum professionellen System hergestellt werden, damit Pflege erleichtert wird.
- Welche Charakteristika muss ein Freiwilligenprofil aufweisen, damit sich auch „neue“ Freiwillige engagieren?
- Welche strukturellen Voraussetzungen erleichtern die Kooperation und Vernetzung von Freiwilligen- und Professionellensystem?

Im Sinne eines Entwicklungsprojektes wurden im Laufe des Projektes Antworten auf diese Fragen entwickelt, entsprechende Konzepte entwickelt, erprobt und immer wieder angepasst. Erprobt wurde im Projekt Pflegebegleiter

- ein neues Freiwilligenprofil,
- ein Konzept zur Begleitung pflegender Angehöriger,
- ein Lernkonzept.

Leitende Fragestellungen der Begleitforschung waren in Bezug auf die Ergebnisqualität:

- Welche Freiwilligen lassen sich durch ein solches Engagementprofil ansprechen (soziodemografische Merkmale und Motive)? Wie sind sie angesprochen und gewonnen worden?
- Wie bewährt sich das im Projekt entwickelte Qualifizierungskonzept in der bundesweiten Verbreitung? An welchen Punkten besteht Verbesserungsbedarf?
- Wie sehen die Begleitungen der Angehörigen aus (Inhalte und Merkmale der Begleitung)? Welche Settings haben sich bewährt?
- Welche Wirkungen zeigen die Pflegebegleitungen aus der Perspektive von pflegenden Angehörigen und aus der von Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleitern?

Im Zusammenhang mit Struktur- und Prozessqualität interessierten erkennbare Prozesse und Entwicklungen im Projekt, die zurückgespiegelt und von den Projektbeteiligten gemeinsam reflektiert wurden. Im Ergebnis entstanden so inhaltliche Korrekturen und Anpassungen an aktuelle Bedarfe.

3. Forschungsdesign und Methodologie

3.1 Evaluationsdesign – Überblick

3.1.1 Konzeption der Wissenschaftlichen Begleitung

Das Forschungsdesign der Wissenschaftlichen Begleitung im Projekt Pflegebegleiter orientierte sich an der vom VdAK vorgegebenen Rahmenkonzeption. Demzufolge bestanden die Aufgaben der Wissenschaftlichen Begleitung von Projektbeginn an in der:

a) Beratung und Unterstützung des Modellprojekts

Darunter fielen inhaltliche Anliegen und mögliche Hindernisse bei der Umsetzung sowie die Beratung zu einzelnen modellspezifischen Fragestellungen. Dies geschah in Form einer reflektierenden Auseinandersetzung. Insofern fand keine eigenständige, externe Evaluation statt, sondern es wurde von allen Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeitern eine partizipative Vorgehensweise des Evaluationsgeschehens befürwortet und unterstützt. Die Evaluation war ausgerichtet an dem Informationsbedarf der Projektmitglieder.

b) Erfolgskontrolle bei der Umsetzung der Konzeption, Evaluation

Hierzu zählte die formative (Quartalsberichte) wie auch die summative Evaluation (Wirksamkeitsforschung gesamt). Alle Instrumente hierzu befinden sich im Anhang 4 des Berichts. Die Evaluation war ausgerichtet auf die mit dem VdAK getroffenen Vereinbarungen.

c) Präsentation der Ergebnisse nach innen und außen

Diese bestand hauptsächlich in der Darstellung der Evaluationsergebnisse beispielsweise an regionalen Fachtagungen oder Arbeitstreffen, aber auch die Pflegebegleiter-Homepage wurde als fester Platz für Informationen angelegt und genutzt.

d) Durchführung von bundesweiten Fachtagungen

Darüber hinaus brachte sich die Wissenschaftliche Begleitung in den öffentlichen Fachdiskurs aktiv ein und leistete einen Beitrag zum angestrebten Paradigmenwechsel in der Angehörigenbegleitung auf Wissenschaftsebene sowie in der Fachöffentlichkeit.

3.1.2 Wissenschaftsstandards

Innerhalb des Evaluationsdesigns bewegten sich die jeweiligen Evaluationsschritte sowie die Entwicklung und der Einsatz der Instrumente an folgenden Standards:

Nützlichkeit

Diese lehnte sich insbesondere an den Formulierungen der Projektziele an: pflegende Angehörige zu stärken, Engagementbereitschaft und Kompetenzen zu fördern und dadurch Netze zur Unterstützung pflegender Familien im Gemeinwesen zu knüpfen, zu unterstützen und zu vergewissern.

Genauigkeit

Um sicher zu stellen, dass die Ergebnisse der Evaluation präzise und gültig sind, wurden die Evaluationsfragestellungen und alle hinzu gehörigen Aspekte (wie z.B. Demenz, Pflegebedürftigkeit, Pflegequalität, familiäre Situation, Bürgerschaftliches Engagement, Selbstbestimmtes Lernen etc.) klar beschrieben, definiert und dokumentiert. Darüber hinaus wurde der Kontext der Fragestellungen in Gutachten und Expertisen wissenschaftlich untersucht und beschrieben. Genutzte Informationsquellen wurden verlässlich dokumentiert.

Gütekriterien der Sozialforschung

Methodologisch orientierte sich die Arbeit der Wissenschaftlichen Begleitung streng an den Gütekriterien der Sozialforschung: Objektivität, Reliabilität und Validität wurden bei der Entwicklung und dem Einsatz der Instrumente stets beachtet.

Partizipation

Wie bereits unter 3.1.1 beschrieben, betrachtete sich die Wissenschaftliche Begleitung selbst als Instrument und Resonanzraum. Hierzu bedurfte es der Offenheit und aktiven Teilnahme aller Projektbeteiligten.

3.1.3 Forschungsfragen und -design

Auf der Grundlage dieser unter 3.1.1 dargelegten Konzeption und den inhaltlichen Hauptanliegen des Projekts (siehe Kapitel 2.6) stellten sich für die **Evaluation der Pflegebegleiterkurse** insbesondere folgende Fragen:

- Welche Teilnehmerinnen und Teilnehmer kamen zu den Kursen?
- Was sind ihre Motive?
- Welche Ergebnisse zeigen die Pflegebegleiterkurse bundesweit?
- Wie war die Qualität der Kurse?
- Wie lässt sich das Pflegebegleitercurriculum verbessern?
- Wie verlief die Implementierung der Pflegebegleiter-Initiativen vor Ort?
- Welche Fragen wirft die Praxis auf (Begleitstandards, Dokumentation, Erschließung der Familien, Fragen zur Implementierung etc.)
- Welche Strategien zur Erschließung der Familien waren erfolgreich, welche weniger oder nicht erfolgreich?
- Wurden zusätzliche Ressourcen außerhalb der zur Verfügung stehenden Projekt-mittel gebraucht bzw. bereits eingesetzt? Welche Ressourcen werden zur Auf-rechterhaltung einer Initiative pro Jahr benötigt?
- Was leisten Pflegebegleiter-Initiativen zusätzlich zu den Pflegebegleitungstätig-keiten vor Ort?

Im Rahmen der **Wirksamkeitsforschung** wurden folgende Fragen intensiv beforscht:

Quantitative Erhebungen

- Wie verlaufen die Begleitungen der Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter in den Familien?
- Welche Leistungen (Tätigkeiten) werden im Rahmen der Pflegebegleiter-Tätigkeit (des Engagements) in der Praxis erbracht?
- Wie schätzen die Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter selbst ihre unmittelbare Wirkung innerhalb ihrer Kontakte ein?
- Kann Pflegebegleitung die hauptsächlichen Evaluationsziele (Zuhören, Stabilisierung, Brückenfunktion) einlösen?

Qualitative Interviews mit pflegenden Angehörigen

- Kontaktaufnahme: Wie ist der Kontakt zwischen pflegendem Angehörigen und Pflegebegleiterin/Pflegebegleiter zustande gekommen?
- Wie beschreiben pflegende Angehörige ihre Situation und was sind erkennbare Bedarfe?
- Gegenstand der Begleitung: Was erfolgte im Rahmen der Pflegebegleitungen?
- Wie verliefen die Begleitungen der Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter in den Familien?
- Wie nehmen die Familien die Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter wahr? Wie lässt sich die Wirkweise der Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter beschreiben?
- Welche Erfahrungen haben Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter in ihrem Handlungsfeld gemacht?
- Folgen der Begleitung: Welchen Nutzen ziehen pflegende Angehörige aus der Begleitung?
- Wie lässt sich die Wirkweise der Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter insgesamt beschreiben

Zur Beantwortung dieser Fragen wurde innerhalb des Forschungsdesigns bewusst auf eine Methodentriangulation, insbesondere die Verschränkung qualitativer und quantitativer Methoden geachtet.

Aus Gründen der Operationalisierung mussten einzelne Fragen in spezifische Teilfragen ausdifferenziert werden (siehe Kapitel 5).

3.2 Forschungsmethoden und -instrumente

3.2.1 Qualitative Interviews mit pflegenden Angehörigen

An der **Befragung zum subjektiven Empfinden von Pflegebegleitung** nahmen bundesweit 16 pflegende Familien teil. Aus den Familien wurde jeweils eine Hauptpflegeperson befragt, die Pflegebegleitung erfahren hatte. Die Familien wurden durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Regionalbüros persönlich angesprochen und im Falle einer Zusage wurde die jeweilige Adresse an die Wissenschaftliche Begleitung

weitergegeben. Vor Ort wurde die Interviewerin zum Teil von Projekt-Initiatorinnen und Projekt-Initiatoren sowie Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter in die betreffenden Haushalte begleitet. Die meisten Gespräche fanden in der Häuslichkeit der pflegenden Angehörigen statt, wenige andere an „neutralen“ Örtlichkeiten beteiligter Organisationen (wie z.B. Sozialstation, Krankenhaus etc.).

Die Erschließung dieses Feldes war aus unterschiedlichen Gründen langwierig und anspruchsvoll. Zum einen besitzen viele pflegende Angehörige die Tendenz, sich zurückzuziehen und sich nach außen hin abzuschotten, was die Ansprechbarkeit dieses Personenkreises gegenüber einer wissenschaftlichen Befragung reduziert. Weiterhin ist die Pflegesituation oftmals instabil und krisenhaft, so dass sich von heute auf morgen eine Verschlechterung des Gesamtzustandes einstellen kann, was die Gesprächsbereitschaft zunichte machen kann. Andere Personen besitzen die Auffassung, nicht Nennenswertes zu sagen zu haben, obwohl sie über den Forschungsgegenstand – Pflegebegleitung – positiv denken. Vor diesem Hintergrund ist es als sehr erfreulich zu bewerten, dass 16 Personen für ausführliche Interviews gewonnen werden konnten. Da in der Auswahl der Fälle auf eine gute Mischung und Streuung geachtet wurde, kommt diese Stichprobe in ihren soziodemographischen Daten der bundesweiten Verteilung unter pflegenden Angehörigen sehr nahe. Im Folgenden werden die Personen anhand der Kriterien Alter, Geschlecht, Familienstand, Pflegedauer und Art der Beziehung zu der pflegebedürftigen Person charakterisiert.

Der **Altersdurchschnitt der pflegenden Angehörigen** lag bei 63 Jahren, wobei sich 56% der Befragten im Alter zwischen 60-75 Jahren befanden. Älter als 75 Jahre waren 19% der Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer. Weitere 19% gehörten der Altersgruppe zwischen 45-60 Jahren an. Eine pflegende Angehörige war jünger als dreißig Jahre.

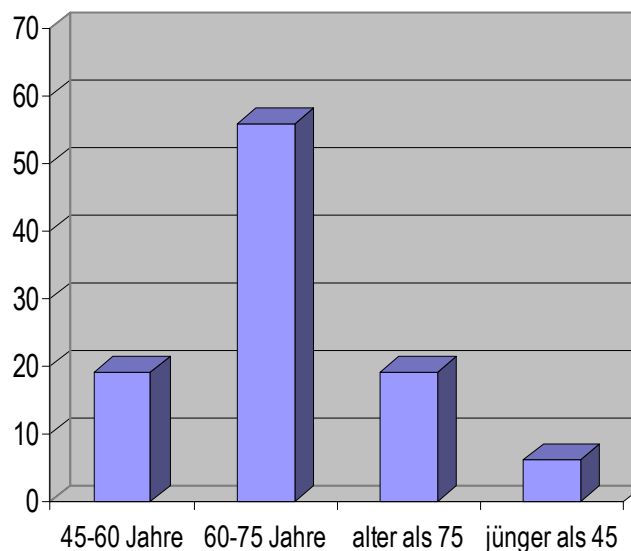


Abb. 4: Alter der befragten pflegenden Angehörigen

Geschlecht: 75% der Befragten waren weiblich, 25% männlich.

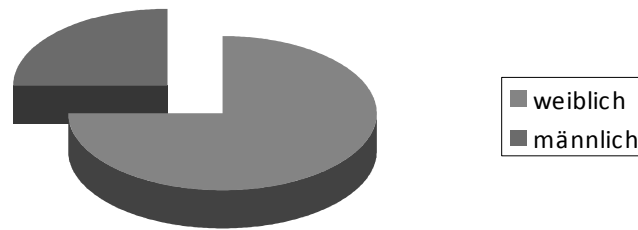


Abb. 5: Geschlecht der befragten pflegenden Angehörigen

Dieses Ergebnis deckt sich weitgehend mit der Erhebung aus den Dokumentationsbögen: Hier waren die pflegenden Angehörigen zu 70,5% weiblich und zu 27% männlich, 2,5% nach Angaben der Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter männlich und weiblich (mehr als ein/e pflegende/r Angehörige/r). Diese Daten untermauern die Aussagekraft und typische Verteilung der beschriebenen Stichprobe (vgl. auch Schneekloth/Wahl 2005).

Zur Frage des **Familienstands** stellte sich heraus, dass 56% der Befragten verheiratet waren. 31% der pflegenden Angehörigen waren verwitwet, 13% ledig. Unter den Befragten waren 38% pflegende Ehepartner, 38% Kinder des Gepflegten, 19% Eltern des Gepflegten und in einem Fall eine sorgende Nachbarin. Zur Verdeutlichung noch einmal die absoluten Zahlen in der nachfolgenden Tabelle:

	Anzahl
Pflegende Ehepartner	6
Pflegende Kinder	6
Pflegende Eltern	3
Nicht verwandte Pflegepersonen	1

Abb. 6: Beziehungsverhältnis der Befragten zu den gepflegten Personen

Alter der Gepflegten: Die Hälfte der pflegebedürftigen Angehörigen aus den befragten Familien war im Alter zwischen 60-85 Jahren. 31% waren älter als 85 Jahre, 13% im Alter zwischen 45-60 Jahren und eine Person jünger als 10 Jahre alt.

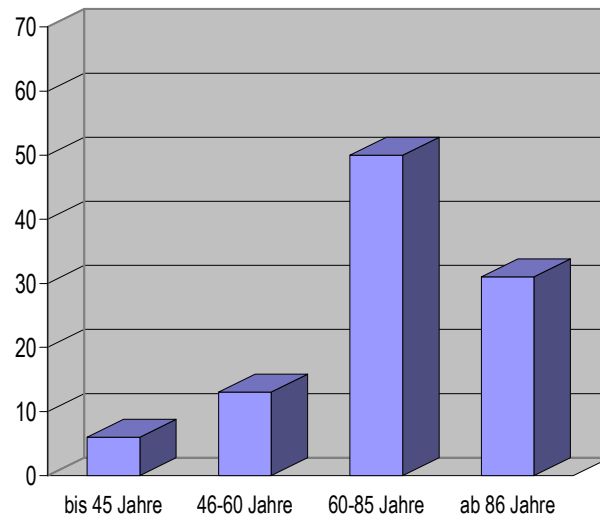


Abb. 7: Alter der gepflegten Angehörigen

Das **Geschlecht der gepflegten Personen** war zu 53% weiblich, zu 47% männlich. Es liegt damit ein nahezu ausgeglichenes Geschlechterverhältnis vor. Auch dieses Ergebnis (vgl. Schneekloth/Wahl 2005) deckt sich mit den Ergebnisse der Dokumentationsbögen: Hier waren 52,3% der zu Pflegenden weiblichen und 45,2% männlichen Geschlechts; 2,4% der pflegebedürftigen Angehörigen waren weiblich und männlich (mehr als ein/e zu Pflegende/r).



Abb. 8: Geschlecht der pflegebedürftigen Angehörigen

Bis auf eine Person wurden alle Angehörigen im Haushalt der Hauptpflegeperson gepflegt.

Die **Dauer der Pflege** lag im Schnitt bei etwa drei Jahren und länger. Die Zeitspanne erstreckte sich jedoch von zwei Monaten bis hin zu 20 Jahren.

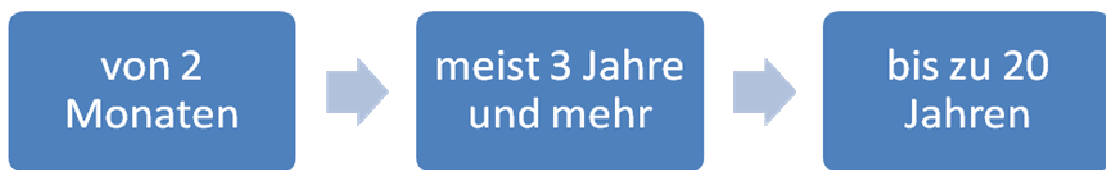


Abb. 9: Dauer der Pflege

Zum Vergleich: Bei der Auswertung der Dokumentationsbögen ergibt sich rechnerisch eine durchschnittliche Pflegedauer von 3,7 Jahren⁵, wobei diese mit einem Monat bis zu 53 Jahren (z.B. Pflege des Kindes) angegeben wurde. Die am häufigsten benannte Pflegedauer betrug 2 Jahre.

Als **ursächliche Erkrankungen** wurde angegeben: Schlaganfallpatienten, Parkinson, Demenz, ALS, angeborene Behinderungen wie z.B. Down-Syndrom, Gehirntumore/ Krebserkrankungen, Niereninsuffizienz, koronare Erkrankungen, Einschränkungen der Bewegungsfähigkeit (z.B. nach einem Sturz), Diabetes, Einschränkungen der Hör- und Sehfähigkeit, Multimorbidität. Von sechs der sechzehn gepflegten Personen ist bekannt, dass sie in eine Pflegestufe eingestuft sind, die meisten in Pflegestufe 2.

3.2.2 Quantitative Instrumente der Wirksamkeitsforschung⁶

3.2.2.1 Instrument „Evaluationsbogen“ für Pflegebegleiter-Kurse

Dieses Instrument (Anhang4/A1 und A3) richtete sich an alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Pflegebegleiter-Kurse und wurde auf der Grundlage einer vorausgegangenen teilnehmenden Beobachtung der sogenannten „Start-ups“ entwickelt (siehe ebenfalls Anhang 4/J1-J4).

Von den insgesamt in der Projektlaufzeit bundesweit zertifizierten 2021 Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter erhielt die Wissenschaftliche Begleitung N=1391 Evaluationsbögen zurück. Der Rücklauf beträgt somit 68,8%.

3.2.2.2 Instrument „Dokumentationsbogen“ für PflegebegleiterInnen

Der Dokumentationsbogen für Pflegebegleitungskontakte (vgl. Anhang 4/D1) richtete sich an Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter, die bereits Begleitungstätigkeiten in der Praxis ausübten. Zum Stand der Endauswertung belief sich die Anzahl der zurück gesandten Bögen auf insgesamt 2019. Diese 2019 dokumentierten Einzelkontakte konnten als Stichprobe im Zeitraum von 1. September 2007 bis 30. Juni 2008 gewonnen werden.

3.2.2.3 Instrument „Postkarte“ für pflegende Angehörige

Im Rahmen dieses Instruments (vgl. Anhang 4/C1) wurde die eigentliche Zielgruppe der pflegenden Angehörigen bezüglich vordringlicher Evaluationsziele – Gewinn eines

⁵ Der Durchschnittswert einschlägiger Untersuchungen liegt bei 8,2 Jahren.

⁶ Siehe Anhang.

begleitenden Gesprächspartners, Akzeptanz des Angebots – und ausgewählter Fragen der Wirksamkeit – Inanspruchnahme unterstützender Angebote, Stabilisierung der häuslichen Pflege, positive Veränderung der Gesundheit – beforcht.

Die vorfrankierten Postkarten wurden von den Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleitern selbst den jeweiligen pflegenden Angehörigen übergeben. Zusätzlich war eine Beteiligung der Zielgruppe an dieser Erhebung über die Pflegebegleiter-Homepage möglich.

Der Rücklauf erstreckte sich auf den Zeitraum von 1. August 2007 bis 31. Juli 2008 und konnte insgesamt mit N=944 schließen. Dabei wurde die Möglichkeit der Teilnahme an der Umfrage auf der Homepage nur sehr mäßig genutzt.

3.2.2.4 Instrument „Quartalsbericht 1.3“

Dieses Instrument wurde als monatlicher Protokollbogen im Rahmen der Prozessevaluation eingesetzt. Das heißt, er erfüllte seine Funktion insbesondere als Steuerungsinstrument und zur Optimierung des Projektverlaufs. Das Bundesbüro, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Regionalbüros und die Projekt-Initiatorinnen und Projekt-Initiatoren wurden anhand dieses halbstandardisierten Fragebogens zu Themen der Vernetzung, zu aktuellen Zielen und Erfolgen des Projekts, zu möglichen Schwierigkeiten, aber auch zu Praxiserfahrungen und projektinternen Fragestellungen usw. befragt (vgl. Anhang4/E1-E3).

3.2.2.5 Instrument „Implementierungserhebung 2.0“

Auf der Basis der Ergebnisse aus den Befragungen der Jahre 2005 und 2006, welche noch eher explorativ ausgerichtet waren, wurden die vier Regionalbüros Nord, Ost, West und Süd sowie die Projektleitung im Jahr 2007 durch einen halbstandardisierten Fragebogen befragt, der quantitative Einschätzungen zu relevanten Praxisfragen enthielt (vgl. Anhang 4/ F1 und F2).

3.2.2.6 Instrument „Ressourcenerhebung 2.0“

Als Erhebungsinstrumente dienten zwei unterschiedliche Exemplare eines halbstandardisierten Fragebogens, der sowohl von Projektinitiatoren-Tandems als auch von Vertretern der kooperierenden Organisationen der jeweiligen Pflegebegleiter-Initiativen ausgefüllt wurden (vgl. Anhang 4/G). Beide Gruppen wurden insbesondere zu personellen Ressourcen, Räumlichkeiten, Sachmitteln und zusätzlichen finanziellen Ressourcen (wie z.B. Spenden) befragt. Bei den Vertretern der kooperierenden Organisationen wurden die Angaben zu den jeweiligen Kosten noch einmal gesondert ermittelt. Der Fragebogen für die kooperierenden Organisationen beinhaltete zudem speziellen Raum für offene Anmerkungen. Für die Modellberechnung wurden die Angaben der Projektinitiatoren-Tandems und die der Vertreter der kooperierenden Organisationen gegenübergestellt und jeweils gemittelt.

3.2.2.7 Instrument „Fragebogen für Pflegebegleiter-Initiativen“

Erhebungsinstrument war ein überschaubarer und insgesamt vier Seiten umfassender, halbstrukturierter Fragebogen, der von den Pflegebegleiter-Initiativen monatlich in der Gruppe bearbeitet werden sollte (vgl. Anhang 4/H1). Der Fragebogen beinhaltete einerseits vorgegebene Kategorien zu den Themen Öffentlichkeitsarbeit, Stärkung der Initiative, Netzwerken, Vertrauensbildende Maßnahmen usw. (mit Ankreuzoption), andererseits ließ er Spielraum für offene und kreative Beiträge hinsichtlich der Tätigkeiten von Initiativen im Projekt.

3.2.2.8 Instrument „Newsletter“

Ferner wurde in regelmäßigen Abständen in gemeinschaftlicher Arbeit von Regionalbüros, Bundesebene und Wissenschaftlicher Begleitung ein Newsletter gestaltet (Beispiel vgl. Anhang 4/I1). Dieser diente einerseits der projektinternen Weitergabe und Bekanntmachung aktueller Informationen und der Rückkoppelung von Forschungsergebnissen, andererseits wurde dieser im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit benutzt (z.B. an Informationsständen zur Vorstellung des Pflegebegleiterprojekts, zu DGGG-Tagungen o.ä.).

3.3 Datenerhebung – Techniken und Vorgehensweise

3.3.1 Qualitative Interviews

Die qualitativen Interviews wurden von einer Mitarbeiterin der Wissenschaftlichen Begleitung am Wohnort der Interviewpartner durchgeführt (vgl. Anhang 4/B1). Dabei wurden die Gespräche digital aufgezeichnet, im Nachgang der Interviews⁷ ein Kurzfragebogen zur Erhebung soziodemographischer Daten der Befragten ausgefüllt sowie ein tabellarisches Postskript angelegt.

Da das Forschungsfeld „Wirkweise von Pflegebegleitung“ gänzlich unbearbeitet war, wurde auf eine offene, explorative Befragung zurückgegriffen. Als Gesprächsgrundlage dienten folgende Impulsfragen der Vertiefung der Interviews:

Impulsfragen für das Interview mit pflegenden Angehörigen

Wie war die Situation, als Sie Ihre PflegebegleiterIn zum ersten Mal eingeladen haben?

Wie haben Sie davon erfahren?

Seit wann werden Sie von ihr begleitet?

Wie ist es, wenn Sie sich treffen? (Wie oft? Wo? Wie lange?)

In welchen Situationen rufen Sie sie an?

Wie empfinden Sie die Besuche/Treffen der/s PflegebegleiterIn?

⁷ Dieses Vorgehen empfahl sich aus Rücksichtnahme auf die Situation der pflegenden Angehörigen. Eine direkte Erfragung der soziodemographischen Daten hätte zu konfrontativ wirken und verunsichern können.

Was hat sich seitdem verändert?

Im Ablauf/in der Organisation Ihres Alltags?

Im Umgang/Miteinander/Zusammensein mit/zu ihrem Angehörigen?

Im Zusammenleben/Miteinander/in der Stimmung innerhalb Ihrer Familie?

Im eigenen Wohlbefinden

(+ adäquate Frage nach dem möglichen Zugewinn an Information)

Was ist Ihre PflegebegleiterIn für Sie?/ Was bedeutet Ihnen die/der PflegebegleiterIn?

Was machen die Treffen mit ihr/ihm aus?

Was würde Ihnen fehlen, wenn Sie sich nicht mehr treffen würden?

Welche komischen/irritierenden oder unangenehmen Situationen haben Sie mit ihr/ihm erlebt?

Was war besonders schön/angenehm/hilfreich?

Was sollte bei Ihren Treffen nicht passieren? Wann würden Sie die Begleitung beenden?

Woran würden Sie merken, dass die Treffen mit der/dem PflegebegleiterIn langsam zu Ende gehen/sie sich nicht mehr weiter treffen mögen?

Angenommen, Sie hätten drei Wünsche frei, was würden Sie sich wünschen?

Abb. 10: Impulsfragen zur Befragung pflegender Angehöriger zur Wirkung von Pflegebegleitung

3.3.2 Quantitative Instrumente der Wirksamkeitsforschung

3.3.2.1 Instrument „Evaluationsbogen“ für Pflegebegleiter-Kurse

Als Erhebungsinstrument diente ein vierseitiger vollstandardisierter⁸ Fragebogen, der von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern nach Beendigung der Pflegebegleiter-Kurse ausgefüllt wurde (vgl. Anhang 4/A1-A3). Auf der ersten Seite wurden die soziodemographischen Daten der Kursteilnehmerinnen und -teilnehmer erfasst (Geschlecht, Alter, Bildungsabschluss und beruflicher Status). Es folgten Fragen nach der Werbung für das Kursangebot, der persönlichen Pflegeerfahrung und der Motive, an diesem Kurs teilzunehmen. Neben einer ausführlichen Einschätzung der Kursinhalte anhand einer vorgegebenen Skala (1 = „stimmt absolut“ bis 4 = „stimmt nicht“ bzw. „weiß

⁸ Der Fragebogen beinhaltet lediglich zwei völlig offene Antwortmöglichkeiten über Gefallen bzw. Nicht-Gefallen des Kurses.

nicht“) wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zudem über ihr weiteres Interesse an einzelnen Themenblöcken/Inhalten und ihrem Vorhaben bzw. ihrer Entscheidung, in der Praxis als Pflegebegleiterin/Pflegebegleiter aktiv zu werden, befragt. Der Fragebogen schloss mit einer Gesamtbewertung des Kurses. Hier – wie auch bei den folgenden Instrumenten – wurden die allgemeinen Hinweise zur Fragebogenkonstruktion beachtet (vgl. Bühner 2004).

Anhand dieses Instruments können somit Aussagen über die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Pflegebegleiter-Kurse, deren Bewertungen der Kursinhalte, deren erworbene Kompetenzen und die Akzeptanz des Kursangebots abgeleitet werden. Die quantitative Datenerhebung bot dabei die Vorteile einer effizienten Datenerfassung und -auswertung, einer guten Vergleichbarkeit und die Aussicht auf hohe Fallzahlen. Durch die Vorstrukturierung von Kategorien bediente der Evaluationsbogen zudem die Nutzerfreundlichkeit, also einen relativ geringen Aufwand in der Handhabung des Bogens.

Der Rücklauf von 68,8% ist hierbei aus zwei Gründen als beachtlich einzustufen:

- Bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern handelte es sich um Freiwillige.
- Es konnten nur die Bögen in die Auswertung mit einfließen, die bis zum 31. Juli 2008 an die Wissenschaftliche Begleitung zurückgeschickt worden waren. Deshalb wurden einige Evaluationsbögen nicht mehr in die Endauswertung mit eingerechnet. Der tatsächliche Rücklauf liegt dementsprechend höher.

3.3.2.2 Instrument „Dokumentationsbogen“ für Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter

Der Dokumentationsbogen für Pflegebegleitungskontakte ist ein halbstrukturierter Fragebogen, der sich an Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter richtete, die bereits Begleitungstätigkeiten in der Praxis ausübten (vgl. Anhang 4/D1). Er beinhaltet auf zwei Seiten neben Fragen zu beispielsweise Dauer und Örtlichkeit des Kontakts und soziodemographischen Variablen wie z.B. Geschlecht des zu Pflegenden insbesondere die Abfrage der tatsächlich erbrachten Leistungen der jeweiligen Pflegebegleitungstätigkeit. Zudem wurde im hinteren Teil des Fragebogens in einer offenen Kategorie die subjektive Einschätzung der Wirksamkeit der eigenen Pflegebegleitungstätigkeit bei dem/der pflegenden Angehörigen erfasst. Aus Datenschutzgründen wurde der Bogen mit einem Kürzel für die jeweilige Region und einem selbst gewählten Codewort versehen.

Auch bei diesem Instrument bot die quantitative Datenerhebung die Vorteile einer effizienten Datenerfassung und -auswertung, einer guten Vergleichbarkeit, der Nutzerfreundlichkeit und die Aussicht auf hohe Fallzahlen. Zudem konnte durch die eigenständige Vergabe einer Kodierung die Anonymität der sich beteiligenden Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter gewährleistet werden. Somit wurde im Vorfeld das Risiko der Reaktanz gegenüber dem Dokumentationsbogen als mögliche Kontrollinstanz und der damit verbundene Boykott des Instruments so weit wie möglich vermieden.

Im Rahmen der Wirkungsforschung und des übergeordneten Evaluationskonzepts – Verschränkung qualitativer und quantitativer Methoden – eröffnete der Dokumentationsbogen zusätzliche Erkenntnisse: Zu den Ergebnissen der Postkarte und der Interviews (Sicht der pflegenden Angehörigen) konnten Einblicke in die Sichtweise der Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter selbst gewonnen werden. Insbesondere die

angegebenen Leistungen und die Selbsteinschätzung der Wirkungen bezüglich des eigenen Tuns konnten mit der Sichtweise der pflegenden Angehörigen abgeglichen und überprüft werden.

Zudem wurden alle dokumentierten Einzelkontakte für eine spätere Hochrechnung, in Kombination mit parallel in der Projektlaufzeit geführten Statistiken der Regionen, rechnerisch zusammengeführt. Als qualitative „Nebenprodukte“ des Instruments konnten auch darin dokumentierte Daten und Informationen genutzt werden, um Begleitungsprofile zu erstellen (Pflegebegleitungs-Verläufe).

Auch beim Dokumentationsbogen ist der Rücklauf trotz der „Freiwilligen-Problematik“ des Projekts (siehe auch Kapitel 5 und 6) als sehr positiv einzuschätzen. Allerdings konnte die Verlaufsdocumentation, trotz des gering gehaltenen Aufwands, nur stichprobenartig geleistet und nachvollzogen werden.

3.3.2.3 Instrument „Postkarte“ für pflegende Angehörige

Als Erhebungsinstrument diente eine Postkarte, die fünf prägnante Aussagen zu den vordringlichen Evaluationszielen des Projekts beinhaltete (vgl. Anhang 4/C1):

Item 1: Frage zur Bereitschaft bzw. tatsächlichen Inanspruchnahme von professionellen Angeboten^{9 10 11}

Item 2: Frage zur Stabilisierung der häuslichen Pflegesituation

Item 3: Frage zur subjektiven Einschätzung der Gesundheit^{12 13 14}

Item 4: Frage zur Entlastung durch das psychosoziale Angebot^{15 16}

Item 5: Frage zur Akzeptanz des Angebotes

Die befragte Zielgruppe der pflegenden Angehörigen konnte diesen Aussagen zustimmen oder sie entsprechend negieren (vierstufige Ankreuzoption von „stimmt absolut“ bis „stimmt nicht“). Die Karte ist im Sinne eines benutzerfreundlichen und möglichst niedrigschwelligen Gebrauchs vorfrankiert und – zur besseren Zuordnung des Rücklaufs aus den Regionen unter gleichzeitiger Wahrung der Anonymität – jeweils in einer anderen Farbe gehalten.

Das Instrument wurde zum größten Teil über die Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter persönlich im Rahmen der jeweiligen Begleitungskontakte gestreut. Einige pflegende Angehörige nahmen auch die Online-Version auf der Pflegebegleiter-Homepage in Anspruch.

Auch bei diesem Instrument kann der Rücklauf mit N=944 als verlässliche Aussagen zulassend betrachtet werden, denn dieser Rücklauf muss in Relation zu folgenden Einflussfaktoren gesehen werden:

1. Der Zielgruppe der pflegenden Angehörigen konnte kein extrinsischer Anreiz zur Teilnahme an dieser Befragung gegeben werden.

⁹ Siehe Schneekloth, U. (2006)

¹⁰ Siehe Cantor, M.H. (1979)

¹¹ Siehe Schneekloth, Wahl (2005) / MuG III

¹² Siehe Ettrich, K.U. (2000)

¹³ Siehe Martin, P. et al. (2000)

¹⁴ Siehe Lehr, U. & Thomae, H. (1987)

¹⁵ Siehe Schneekloth, Wahl (2005) / MuG III

¹⁶ Siehe Schneekloth, U. (2006)

2. Die Postkarten wurden überwiegend bei kontinuierlichen Begleitungen weitergegeben, weil dafür eine gewisse Vertrauensbasis notwendig ist – kürzere Begleitungen wurden damit also nicht erfasst.
3. Bei telefonischen Kontakten konnte dieses Instrument die Zielgruppe ebenfalls nicht erreichen bzw. der Hinweis auf die Online-Version erschien den Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleitern bei telefonischen Kontakten auch als aufdringlich und unpassend.

Ein kleineres Problem bestand darin, dass aufgrund des Layouts der Postkarte sowie aus Platzgründen lediglich die Endpolungen („stimmt absolut bzw. stimme ich zu“ bis „stimmt nicht“ bzw. „stimme ich nicht zu“) der Aussagen benannt werden konnten (siehe Interpretation der Ergebnisse). Das führte zu Unklarheiten bei der Skalierung von Zwischenwerten (bei vergleichbaren Folgeuntersuchungen wäre dies entsprechend vermeidbar). Die Entwicklung dieser Datenerhebungsmethode entspricht der Logik der Vorgehensweise mit einem multimethodalen Evaluationskonzept (Verschränkung der Sichtweisen). Nachdem auch für die Erhebung von Selbstaussagen und -einschätzungen pflegender Angehörigen im häuslichen Kontext kein bekanntes quantitatives Instrumentarium vorliegt, jedoch gerade diesen Daten eine hohe Relevanz für die Wirkungsforschung im Pflegebegleiter-Projekt beigemessen wurde, galt es, dieses in der vorliegenden Form (siehe Anhang 4) neu zu entwickeln. Obwohl keinerlei Erfahrungswerte zum Einsatz eines solchen Instruments aus anderen Studien oder Berichten vorlagen, hat es sich insgesamt als niedrigschwellige Form der Befragung dieser schwer erreichbaren Zielgruppe eindeutig bewährt. Der immer noch anhaltende Rücklauf im letzten Monat, der in die Auswertung leider nicht mehr einbezogen werden konnte, zeigt, dass das Instrument einen größeren zeitlichen Vorlauf braucht, um in der Praxis angenommen und akzeptiert zu werden. Die Postkarte wurde erst nach einer gewissen Begleitungsdauer weitergegeben – dies erscheint nachvollziehbar.

3.4 Datenanalyse

3.4.1 Qualitative Interviews

3.4.1.1 Transkription und Inhaltsanalyse

Nach der Transkription der Interviews, basierend auf den Konventionen von Hoffmann-Riem (1984), wurden die Interviews einer inhaltsanalytischen Analyse unterzogen. Leitende Kodierungen hierbei waren in Anlehnung an die Impulsfragen und das Forschungsinteresse des Auftraggebers folgende:

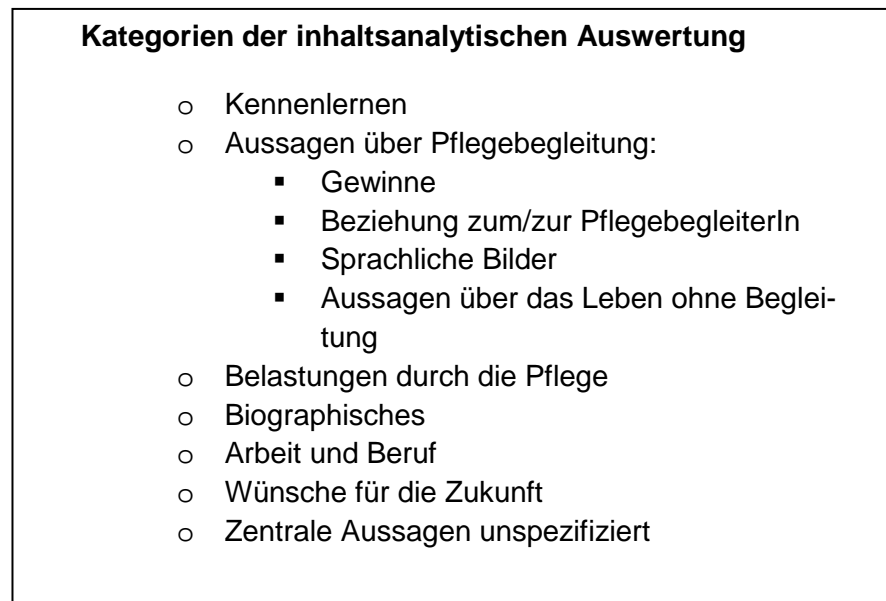


Abb. 11: Kategorien der inhaltsanalytischen Auswertung

Um die Validität dieser Auswertung zu erhöhen, wurde sie von zwei Personen verschränkt durchgeführt (sog. Interrater-Reliabilität). Ziel dieses Analyseschrittes war es, überblicksartige Erkenntnisse zu zentralen Aspekten der Studie zu gewinnen.

3.4.1.2 Typenbildung

Parallel hierzu wurde eine in der qualitativen Sozialforschung übliche Form der Typenbildung vollzogen. Ziel dieses Auswertungsschrittes war es, aus der Komplexität der Daten typische und darum verallgemeinerbare Aussagen zu ziehen. Entstanden sind hierbei fünf typische Situationen der Pflegebegleitung, die in den Ergebnissen näher ausgeführt werden und hier nur benannt werden können:

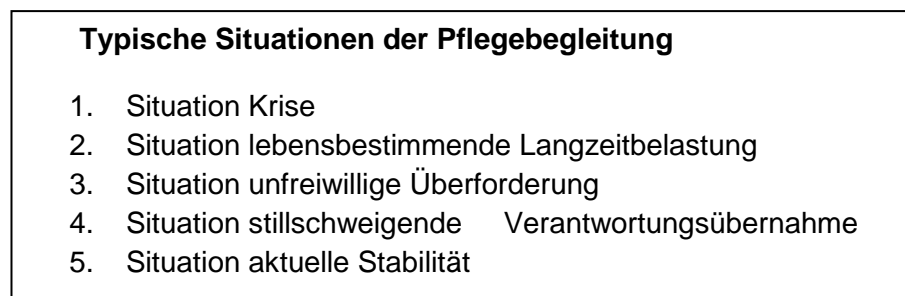


Abb. 12: Ergebnisse der Typenbildung (Typische Pflegesituationen)

Diese fünf typischen Situationen (siehe Kapitel 5.1.2. „Ausgangslagen in den Familien“) geben Auskunft über „klassische“ Situationen und Bedarfslagen der befragten pflegenden Angehörigen und wie unterschiedlich Pflegebegleitung hierauf reagieren kann und muss.

3.4.2 Quantitative Instrumente der Wirksamkeitsforschung

3.4.2.1 Curriculumevaluation der Pflegebegleiterkurse

Neben der Vermeidung von Qualitätssprüngen, der Herstellung von Vergleichbarkeit, der Überprüfung und Kontrolle, der Verbesserung des Curriculums, der grundlegenden Erhebung soziodemographischer Daten, von Milieumerkmale und Motivlagen lag das vorrangige Ziel dieses Evaluationsinstruments in der Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Kurse. Die Konzeption des Fragebogens beruhte deshalb hauptsächlich auf den letztgenannten Ebenen (siehe Anhang 4/A). Die verwendeten Items sind entwickelt worden unter Bezugnahme auf die Ergebnisse einer qualitativen Erhebung, mittels Leitfaden gestützter Interviews, mit Teilnehmerinnen eines Pilotprojekts in Viersen. Dieses hatte die Qualifizierungsphase beim Start des Bundesprojekts bereits abgeschlossen.

Statistische Analyse

Grundsätzlich wurden aus Gründen der Übersichtlichkeit und des besseren Verständnisses bei Ergebnispräsentationen die Ankreuzoptionen entlang der Ratingskala bei der Abfrage der Kursvariablen und der erworbenen Kompetenzen den Werten 1 („stimmt absolut“) bis 4 („stimmt nicht“) zugeordnet. Daraus wurden schließlich Durchschnittswerte gebildet.

Bei Faktoren, die aus mehr als einer Aussage (Item) zusammengesetzt waren, wurde der Mittelwert der jeweiligen Werte berechnet und aufgerundet, so dass im Zweifelsfall immer der schlechtere Wert in die Ergebnispräsentation einfließt. Dabei wurde in jedem Falle auch auf negativ formulierte Aussagen geachtet und diese entsprechend in die Wertung mit aufgenommen. Fehlwerte wurden in den Rohdaten entsprechend gekennzeichnet. Des Weiteren wurde bei der Auswertung darauf geachtet, die Antwortoption „weiß nicht“ als eigentlichen Wert aus den Berechnungen herauszulassen, da sonst eine Verzerrung der Ergebnisse die Folge gewesen wäre.

(Mögliche) Mehrfachnennungen waren als solche im Fragebogen gekennzeichnet und in der Auswertung in Prozentangaben ausgedrückt, die dadurch den aufsummierten Wert von 100% auch geringfügig übersteigen konnten (z.B. bei den Motivlagen, den Kursinhalten etc.). Offene und von den Befragten selbst angegebene sonstige Antwortmöglichkeiten wurden qualitativ anhand von Kategorienbildungen ausgewertet (z.B. berufliche Angaben, Gefallen des Kurses). Die Ortsangabe diente ausschließlich einer besseren Zuordnung der Evaluationsbögen.

3.4.2.2 Dokumentationsbogen für Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter

Da bei diesem Instrument die Erfassung des Tätigkeitsspektrums von Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleitern in der Praxis im Vordergrund stand, orientierte sich die Datenauswertung insbesondere an den Leistungen (vgl. Anhang 4/D1).

Leistungen in der Pflegebegleitung

- zuhören
- Leistungen der/des pflegenden Angehörigen anerkennen
- wertschätzen
- Trost spenden
- die/den pflegende/n Angehörige/n zum Verfolgen des eigenen Weges ermutigen
- gemeinsam Stärken der/des pflegenden Angehörigen finden
- eine andere Sichtweise auf die Pflegesituation herbeiführen
- Selbstreflexion der/des pflegenden Angehörigen anstoßen
- Klärungsprozesse in Gang bringen
- gemeinsam den Pflegealltag planen
- zur Selbstpflege anregen
- mit Familie und/oder Freunden in Kontakt bringen
- gemeinsam über Freizeitgestaltung nachdenken
- informieren
- bei Behördengängen begleiten
- Kontakt zu professionellen Diensten herstellen
- Hinweise auf bestehende Entlastungsmöglichkeiten geben
- Konkret Entlastung organisieren, z.B. durch _____
- Finanzierungsfragen ansprechen
- sonstige Aktivitäten: _____

Abb. 13: Erfassung des Tätigkeitsspektrums von PflegebegleiterInnen

Statistische Analyse

Auch in diesem Falle waren Mehrfachnennungen möglich und es fand eine quantitative Häufigkeitsanalyse statt (prozentuale Angaben). Zudem geschah eine gesonderte Kennzeichnung von Fehlwerten, wie z.B. bei den soziodemographischen Variablen.

Diese Evaluation des Tätigkeitsspektrums von ausgeübter Pflegebegleitung wird zu einem späteren Zeitpunkt indirekt mit dem in den Pflegebegleiter-Kursen vermittelten Profil abgeglichen.

Ferner sollte die offenen Kategorie zur Angabe der Einschätzung der eigenen Wirksamkeit aus Sicht der Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter selbst Einblicke in das beforschte Feld bringen. Zu diesem Zwecke wurden die Angaben der Befragten qualitativ ausgewertet.

3.4.2.3 Postkarte für pflegende Angehörige

Statistische Analyse

Zur Bestätigung bzw. Widerlegung der fünf unter 3.3.2.3 aufgeführten Selbstaussagen wurden die Daten einer quantitativen Häufigkeitsanalyse unterzogen. Alle Fehlwerte sind auch in dieser Auswertung offen gelegt und nachvollziehbar.

3.5 Ethische Überlegungen

Anonymität und Datenschutz: Die persönlichen Angaben aller Befragten wurden ausschließlich zu wissenschaftlichen Zwecken verwendet und in jedem Fall vertraulich behandelt. In keinem der eingesetzten Instrumente erfolgte eine Registrierung von Namen:

- bei dem Instrument „Postkarte“ geschah lediglich eine farbliche Zuordnung zu den einzelnen Projektregionen,
- bei dem Instrument „Dokumentations-Bogen“ wurden die Bögen von den teilnehmenden Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleitern im Voraus mit einem Code-Wort versehen,
- die Evaluationsbögen der Pflegebegleiter-Kurse kamen in gleicher Weise anonym an die Wissenschaftliche Begleitung zurück,
- bei den Interviews mit pflegenden Angehörigen wurden alle Unterlagen, Materialien usw. zur weiteren Bearbeitung und Auswertung codiert bzw. mit Kürzeln versehen. Original-Kassetten/-Bänder werden weiterhin ordnungsgemäß archiviert und innerhalb des nächsten Jahres nach Projektende gelöscht.

Des Weiteren erfolgt keine Herausgabe von Rohdaten durch die Wissenschaftliche Begleitung.

Freiwillige Untersuchungsteilnahme: Da es sich bei dem Pflegebegleiter-Projekt um ein Projekt mit freiwillig engagierten Menschen handelte, geschah die Teilnahme an der Evaluation selbstverständlich freiwillig (siehe auch Freiwilligen-Problematik in Kap. 5 und 6)

Informationspflicht: Allen befragten Personen standen im Voraus Informationen über die Untersuchung zur Verfügung („Informed Consent“ gegeben). Einigen besonders interessierten Interviewpartnerinnen und -partnern wurden die eigenen Untersuchungsergebnisse in einer speziell dafür entworfenen, ansprechenden Form mitgeteilt.

Fairness: Die Wissenschaftliche Begleitung war stets an einem fairen und konstruktiven Austausch im Projekt interessiert. Hierzu zählten auch die Wahrung von Sicherheit, Würde und Rechten aller Beteiligten bei der Umsetzung von Evaluationsschritten. Die Wissenschaftliche Begleitung evaluierte unparteiisch.

Vermeidung psychischer oder körperlicher Beeinträchtigungen: Diese Bedingung war in allen Fällen und bei allen Instrumenten vollkommen gegeben.

4. Einstieg in die Praxis und Praxisverlauf

In diesem Kapitel erfolgt eine Darstellung des Projektverlaufs sowie eine Reflexion im Hinblick auf Herausforderungen, Grenzen und Erfolge des Projektes.

4.1 Konkrete Ausgangslage für das Projekt

Das Projekt „Pflegebegleiter“ ist als Antwort auf die extrem belastende und schwierige Situation pflegender Angehöriger gedacht, die zu Hause pflegen. Wie im Projektantrag ausgeführt, kann das Fertigwerden mit Pflegebedürftigkeit zu einer Belastungsprobe nicht nur für die davon direkt Betroffenen, sondern ebenso für deren Familien werden. Während für die Grund- und Behandlungspflege – finanziell unterstützt durch die Pflegeversicherung – Dienstleistungen abgerufen werden können, sind die Angehörigen mit den psychischen Anforderungen der Pflege über weite Strecken sich selbst überlassen. Vor allem, wenn – wie etwa bei Demenzerkrankungen – Veränderungen im psychischen Bereich und im Verhalten auftreten, sind die Betreuenden oft hilflos, verunsichert, überfordert und zudem im Verlauf der Pflege immer mehr isoliert. Im Projekt wird die Belastungsperspektive jedoch ergänzt um den Aspekt, dass Pflege auch Chancen eröffnet, die allerdings vielfach nicht wahrgenommen werden können, weil die Möglichkeiten fehlen, sich im Gespräch mit einem Gegenüber hierzu Verständnisperspektiven zu erarbeiten. Entsprechend wird hier das Tätigkeitsprofil der psychosozialen „Begleitung“ eingeführt.

In der im Aufbau befindlichen Infrastruktur zur Unterstützung häuslicher Pflege fehlte bislang ein Angebot in Form einer zugehenden, kontinuierlichen Begleitung der pflegenden Angehörigen, die in der Pflege von Familienmitgliedern engagiert sind. Professionelle Beratung konnte diese Lücke im Angebot bisher nicht schließen: sie ist punktuell, stark institutionalisiert und über die langen Zeiträume der Pflege hinweg teuer. Zudem bestehen bei pflegenden Angehörigen vielfach Vorbehalte, sich in das professionelle Versorgungssystem einzugliedern.

Wie das Pilotprojekt „Pflegepartner“ im Kreis Viersen gezeigt hat, bestand und besteht noch ein Bedarf an einem „niedrigschwelligen“ Unterstützungsangebot für pflegende Angehörige, das in erster Linie darauf zielt, die Angehörigen in ihren Kompetenzen der Organisation des Alltagslebens mit Pflege zu stärken, ihnen eine Einbindung an das soziale Leben zu ermöglichen und sie über vorhandene Hilfsangebote vor Ort zu informieren.

Diesem Bedarf sollte mit freiwillig engagierten „Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleitern“ entsprochen werden. Da es sich aber um ein neues Freiwilligenprofil handelte, was erst erprobt und eingeführt werden musste, wurde ein zweistufiges Vorgehen geplant:

- a) zunächst eine Qualifizierung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (sog. „Projekt-Initiatorinnen und -Initiatoren“/ PIs, die die Vorbereitung und Anleitung übernehmen konnten (in Tandems Hauptberufliche- und Freiwillige) und sodann
- b) eine Vorbereitung, Supervision und fachliche Begleitung der freiwilligen Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter.

Dem Projekt lag die Annahme zugrunde, dass ehrenamtlich tätige Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter durch kontinuierliche Gespräche innerhalb der Häuslichkeit und eine vertrauensvolle Beziehung langfristig zum Gelingen häuslicher Pflege erheblich beitragen können. Intendiert war damit, den zu Hause gepflegten Personen durch eine Stabilisierung der gesamten Lebenssituation einen weiteren Verbleib in der Häuslichkeit zu ermöglichen.

Um dies zu erreichen und die entsprechenden Effekte zu evaluieren, wurde von den Spitzenverbänden der Pflegekassen der fünfjährige Modellversuch in Auftrag gegeben, der im Wesentlichen den Aufbau von Pflegebegleiter-Initiativen bundesweit zum Inhalt hatte und darauf gerichtet war, die Prozesse und Wirkungen des Projektes zu beschreiben. Da es bisher kein vergleichbares Projekt mit trägerübergreifenden Strukturen gab, galt es, hier neue Wege zu ersinnen und einzuschlagen.

Wie bereits erwähnt, basiert das im Projekt „Pflegebegleiter“ entwickelte Freiwilligenprofil zur Unterstützung familialer Pflege auf einer Sekundäranalyse internationaler und nationaler Veröffentlichungen zum Thema „Pflege in der Familie“ (vgl. dazu die Habilitationsschrift von Bubolz-Lutz 1999, veröff. Bubolz-Lutz 2006). Im Rahmen dieser systematischen Aufbereitung von Forschungsarbeiten und Theoriebeständen über die Bewältigung von Pflegebedarf im Kontext der Familie ist ein multiperspektivischer Ansatz für ein Leitbild familialer Pflege entworfen und spezifiziert worden, das Pflege als „Entwicklungsherausforderung“ darstellt: für den Einzelnen, die Familie, die Nachbarschaft und die Gesellschaft insgesamt. Die folgenden sechs Leitperspektiven sind Bestand des „Grundwissens“ der freiwilligen Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter und der Projekt-Initiatorinnen und Projekt-Initiatoren geworden. Ihnen zugeordnet sind jeweils spezielle Fragestellungen, deren Antworten für die Begleitungsarbeit bedeutsam sind:

Systemische Perspektive – Der Blick auf die Beziehungen und das Umfeld/das Wechselwirkungsparadigma	
Fragestellungen aus systemischer Perspektive sind etwa:	<ul style="list-style-type: none"> • Wie lassen sich die <i>Wechselwirkungen</i>, die in Pflegebeziehungen zu beobachten sind, vorstellen? • Welche <i>Mechanismen</i> könnten hier wirksam sein? Welche unterschiedlichen Vorstellungsmodelle gibt es hierzu? • Welche <i>Ansatzpunkte</i> geben die einzelnen Konzepte für die Gestaltung familiärer Pflege – etwa zur Vermeidung von Überlastung und Stress?
Integrative Perspektive – Der ganzheitliche Blick (Einbezug von Körper, Emotionalität, Sinn, Ethik, Überzeugungen und Werthaltungen)	
Aus integrativer Perspektive ergeben sich u. a. folgende Fragestellungen:	<ul style="list-style-type: none"> • Welche <i>Teilaspekte</i> sollten bei einer möglichst ganzheitlichen Betrachtungsweise Berücksichtigung finden? • Welche <i>Forschungsergebnisse</i> und <i>Erkenntnisse</i> liegen hierzu vor? • Wie lässt sich ein <i>Zusammenwirken</i> der Aspekte vorstellen?
Strukturperspektive – Der Blick auf Muster in Pflegebeziehungen, auf „Beziehungsfällen“ bei der Pflege, Macht und Ohnmacht in Pflegebeziehungen	
Wichtige Fragestellungen sind hier etwa:	<ul style="list-style-type: none"> • Wie werden Pflegebeziehungen unbemerkt von <i>typischen Mustern</i> sozialen Handelns mitbestimmt?

	<ul style="list-style-type: none"> • Inwieweit sind Beziehungspartner in der Lage, ihre <i>Handlungsspielräume</i> wahrzunehmen und gezielt zu nutzen? • Wie starr oder flexibel erweist sich das <i>Rollengefüge</i> bei eintretendem Pflegebedarf und darauf folgender lang andauernder Pflege? • Welche <i>Machtebenen</i> sind relevant? Wie ausgeglichen bzw. unausgeglichen ist die <i>Machtbalance</i>? Wird Macht ausgenutzt? Wird Ohnmacht erlebt?
<p>Prozessperspektive – der Blick auf die zeitlichen Verläufe wie die gemeinsamen Beziehungserfahrungen, die verschiedenen Krankheitsstadien, die Veränderung von Lebensthemen während der Pflegezeit</p>	
Wichtige Fragestellungen sind:	<ul style="list-style-type: none"> • Wie wirken sich gemeinsame <i>Vorerfahrungen</i> auf die Beziehungen aus, wenn Pflegebedarf eintritt und andauert? • Gibt es <i>typische Phasenverläufe</i> im Umgang von Betroffenen mit schwerer, lange Zeit andauernder Krankheit und Pflegebedürftigkeit? • Wie <i>verändern sich</i> die Lebensthemen in der Familie, wenn verstärkter Hilfebedarf entsteht, Krankheit im Alter eintritt und wenn Sterben absehbar wird? • Was können die <i>verschiedenen Generationen</i> im Lebenszyklus einer Familie zum Gelingen familialer Pflege beitragen?
<p>Konfliktperspektive – der Blick auf die unterschiedlichen Interessenslagen wie typische Konfliktkonstellationen im Familiensystem, im Umfeld, auf unterschiedliche Konfliktlösungsmodelle</p>	
Aus der Konfliktperspektive ergeben sich Fragestellungen wie:	<ul style="list-style-type: none"> • Welche typischen Konflikte innerhalb des familialen Systems treten bei Pflegebedürftigkeit im Alter auf? • Welche typischen Spannungen ergeben sich zwischen Familienmitgliedern und der Außenwelt? • Wie lassen sich die gesellschaftlichen Konfliktlagen um familiäre Pflege verstehen? • Welche Ansatzpunkte bietet die Kommunikationsforschung zum Verständnis von Konflikten bei der Pflege? • Welche Konfliktthemen und Konfliktkonstellationen sind bisher erforscht worden? • Welche Ansätze zur Konfliktbearbeitung erweisen sich als weiterführend?
<p>Kontextperspektive – der Blick auf gesellschaftliche Rahmenbedingungen, die manche Probleme in der Pflege verständlich machen, z.B. unter dem Aspekt geschlechtsspezifischer Besonderheiten</p>	
Aus der Kontextperspektive und hier speziell der geschlechtsspezifischen Perspektive ergeben sich z. B. folgende Fragestellungen:	<ul style="list-style-type: none"> • Welche <i>geschlechtsspezifischen Vorstellungen</i> prägen die Rollenverteilung bei der Pflege? • Verhalten sich <i>Frauen und Männer</i> unterschiedlich, wenn sie schwer erkranken oder <i>pflegebedürftig werden</i>? • <i>Pflegen</i> Männer und Frauen jeweils <i>anders</i>? Gibt es typische Pflegeeinstellungen – unterschiedlich nach Geschlecht?

Tab. 1: Perspektiven und leitende Fragestellungen zum Verständnis familialer Pflege (vgl. Bubolz-Lutz 2006)

Die hier vorgestellten Perspektiven lassen sich bildlich in folgender Übersicht greifbar machen:

Leitperspektiven zum Verständnis von Pflegesituationen

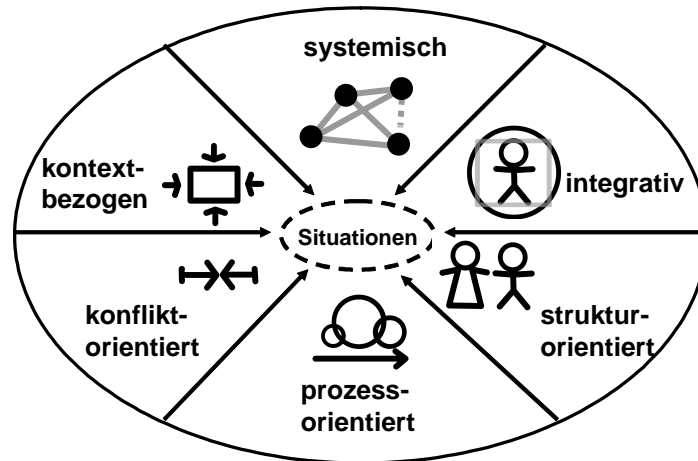


Abb. 14.: Übersicht Leitprinzipien (vgl. Bubolz-Lutz 2006, S. 37)

Das in dem Band „Pflege in der Familie – Perspektiven“ zusammengefasste Wissen zu einem mehrperspektivischen Verständnis familialer Pflege mit eingeschobenen Praxiskapiteln, die sich speziell auf die Rolle der Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter beziehen hat den Grundstein für eine kompetente Pflegebegleiter-Praxis gelegt. Alle im Verlauf des Projektes entwickelten Materialien (siehe Anhänge 1-3) setzen die Kenntnis dieses Basiswissens voraus.¹⁷

4.2 Projektakteure und Projektaufgaben

Die ersten Projektmonate dienten dem Aufbau tragfähiger Projektstrukturen. Es galt sowohl personell als auch räumlich Rahmen gebende Strukturen zu etablieren. Das Personal- und Finanzwesen sowie die dazugehörigen Sekretariatsarbeiten wurden in der Geschäftsstelle des Forschungsinstituts Geragogik am Forschungs- und Entwicklungszentrum Witten abgewickelt, die Koordinations- und Leitungsaufgaben im „Projektbüro Pflegebegleiter“ in Viersen. Die Wissenschaftliche Begleitung operierte von der Katholische Fachhochschule Freiburg aus. Ihr war auch der interdisziplinär aufgestellte Wissenschaftliche Beirat zugeordnet.

¹⁷ Die genannte Veröffentlichung wurde allen Projekt-Initiatorinnen und Projekt-Initiatoren als Arbeitsmaterial zur Verfügung gestellt.

Aufbau der Projektstrukturen

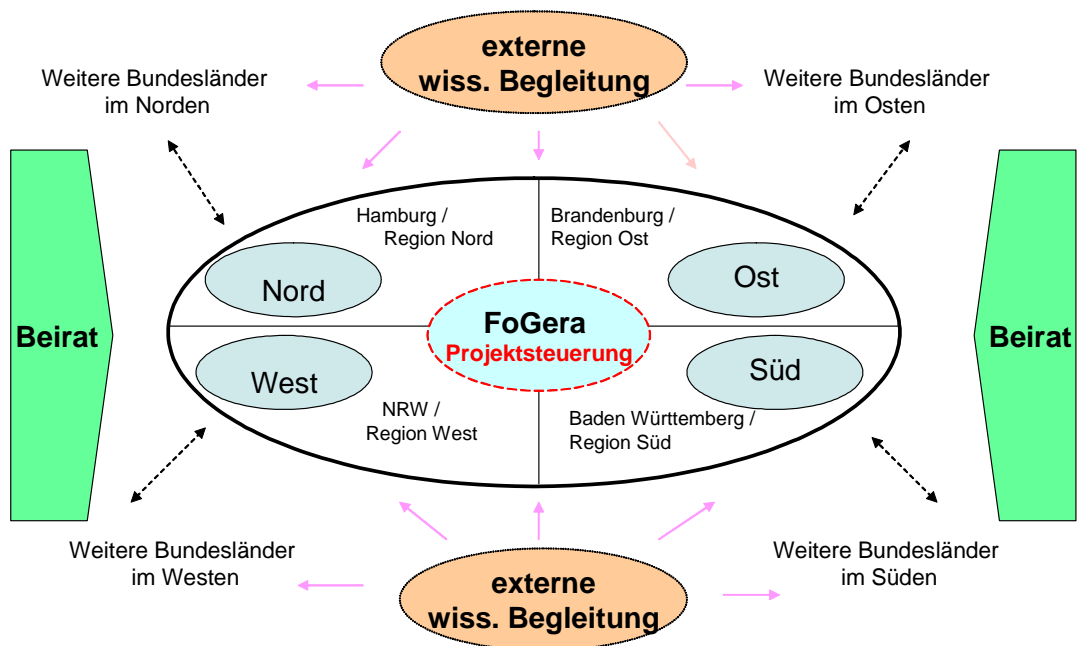


Abb. 15: Aufbau der Projektstrukturen

Auf unterschiedlichen Ebenen sind jeweils spezielle Aufgabenstellungen erledigt worden:

Bundesebene Viersen (mit Projektleitung/Koordination/Sekretariat)

- Leitung/Gesamtsteuerung, dazu Kommunikation mit allen Projektakteuren
- Konzeptionsentwicklungen und Reflexionen im Rahmen der Arbeitstreffen für die Leitungen der Regionalbüros und die Projektleitung und Projektkoordination, zuweilen mit Beteiligung der Wissenschaftlichen Begleitung
- Kooperation der Bundes-Projektleitung/-koordination mit Bundesverbänden z.B. dem Bundesnetzwerk Bürgerengagement (BBE)
- Teilnahme an Diskussionsrunden zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (z.T. mit dem BMG)
- Vorstellung der Ansätze und vorläufigen Ergebnisse des Projektes auf verschiedenen Fachtagungen und Konferenzen durch die Projektleitung, Projektvorstellungen in den Regionen
- Öffentlichkeitsarbeit auf Bundesebene (Artikel in Zeitschriften, Hinweise in großen Zeitschriften im Anschluss an Interviews, Newsletter, Homepage mit Forum, Projekt-InitiatorInnen-Briefe mit aktuellen Neuigkeiten, Abzeichen, Buttons...)

- Teilnahme an Qualifizierungen für Projekt-Initiatorinnen und Projekt-Initiatoren in den Regionen, spezielle Evaluation der Praxiserfahrungen mit dem Curriculum, Leitung der ersten Qualifizierungsrunde für Projekt-Initiatorinnen und Projekt-Initiatoren (Start-Ups), Nachqualifizierung auf Bundesebene
- Strategische und inhaltliche Beratungen auf Bundesebene mit der Wissenschaftlichen Begleitung, dem Wissenschaftlichen Beirat, dem Fachteam von FoGera und externen Experten
- Erstellung der Handreichungen und zentralen Konzeptpapiere im Projekt.

Bundesebene Geschäftsstelle FoGera in Witten

- Personalwesen
- Mitarbeit Strategie- und Konzeptentwicklung
- Mitarbeit in Wissenschaftlichem Beirat
- Alle Abrechnungen (Gehälter, Reisekosten, Startgelder, Qualifizierungen etc.)

Ebene der vier Regionalbüros (Treffpunkt Nord: Seniorenbüro Hamburg e.V., Treffpunkt Ost: Sozialakademie AWO SANO gGmbH, Treffpunkt West: Diakonisches Werk Dortmund und Diakonische Dienste Dortmund gGmbH, Treffpunkt Süd: Paritätisches Bildungswerk Stuttgart)

- Entwicklung und Durchführung jeweils 3x3 tägiger Qualifizierungsreihen für Projekt-Initiatorinnen und Projekt-Initiatoren (inklusive Organisation)
- Leitung von Pflegebegleiterkonferenzen regional mit hoher Teilnehmerzahl (80-100 Teilnehmerinnen und Teilnehmer)
- Fachliche Begleitung und Beratung aller „Generationen“ von Projekt-Initiatorinnen und Projekt-Initiatoren durch die Regionalbüros (Reflexionstage, Besuche bei Zertifikatsübergaben, Beratungen vor Ort, z.T. separat nach „Generationen“ bis zu 4x pro Jahr, telefonische Rundrufe alle 6-8 Wochen)
- Nachqualifizierungen von Projekt-Initiatorinnen und Projekt-Initiatoren in kleinen Gruppen
- Kooperation mit Organisationen und kooperierenden Kommunen: Vernetzungstreffen mit Kooperationspartnern auf Regional- und Landesebene, z.T. unter Beteiligung der Bundesprojektleitung/Koordination
- Öffentlichkeitsarbeit auf Regionalebene: eigene Plakate und Übersichtshefte mit Standorten der Regionen, Zeitungsartikel, Radiosendungen usw.

Ebene der Projekt-Initiatorinnen und Projekt-Initiatoren

- Durchführung von bisher 186 Pflegebegleiter-Vorbereitungskursen durch die Projekt-Initiatorinnen- und Projekt-Initiatoren-Tandems
- Projekt-Initiatorinnen und Projekt-Initiatoren begleiten den Prozess des Findens und Erprobens von passenden Zugängen zu pflegenden Familien.

Ebene der Wissenschaftlichen Begleitung

- Die Wissenschaftliche Begleitung hat von Projektbeginn an die Entwicklung des Projektverlaufs evaluiert und die ermittelten Ergebnisse auf regionalen Fachtagungen, Arbeitstreffen und Besprechungen mit dem Leitungsteam diskutiert. Ihr oblag zudem die Aufgabe der Beratung der Projektleitung, der Regionalbüros und der Ausrichtung der jährlichen Fachtagungen.
- Der Wissenschaftlichen Begleitung zugeordnet war ein Beirat mit Mitgliedern aus Praxis und Wissenschaft: Prof. Dr. Edgar Kössler, Prof. Dr. Herrmann Brandenburg, Prof. Dr. Ludger Veelken, Dipl.-Päd. Erich Schützendorf. Der Beirat traf sich zweimal pro Jahr zur Diskussion von zentralen Fragen des Projektes; Gutachten wurden erstellt, Beratungen fanden statt.

Ebene der Organisationen/Kommunen

- Viele der kooperierenden Organisationen/„Heimathäfen“ haben erhebliche Ressourcen in den Aufbau und die Begleitung von Standorten mit eingebracht. Sie identifizieren sich mit der Idee und erleben ihre eigene Profilerweiterung durch das Projekt als erheblichen Imagegewinn.
- Weitere Nachfrage besteht nach neuen Qualifizierungen für Projekt-Initiatorinnen und Projekt-Initiatoren von Organisationen, die in der Nachbarschaft von Initiativen auf das Projekt aufmerksam geworden sind.

Ebene der Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter

- Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter erfüllen folgende Aufgaben: Sie begleiten pflegende Angehörige. Dazu entwickeln sie erfolgreiche Zugänge zu pflegenden Angehörigen. Das Schaffen von Kontaktmöglichkeiten gelingt oftmals durch Aktionen wie Ausflüge mit pflegenden Angehörigen (vgl. dazu Steiner-Hummel 1995 und 1997). Über die Hälfte der Initiativen stellte Kontakte über Informationsveranstaltungen und/oder Fortbildungen für pflegende Angehörige her. Alle Initiativen geben an, dass die Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter telefonische Begleitungen für pflegende Angehörige (Hotline, Angehörigentelefon) anbieten (vgl. Dokumentationsbögen der Pflegebegleiter-Initiativen).
- Weiter sind die Freiwilligen zunehmend für die Selbstorganisation der Initiativen verantwortlich.

4.3 Auseinandersetzungen mit dem Projektverlauf

Das Ziel der Implementierung von Pflegebegleiter-Initiativen im gesamten Bundesgebiet – in allen Bundesländern – ist in einzelnen aufeinander aufbauenden Schritten erfolgt (vgl. Abb. 16).

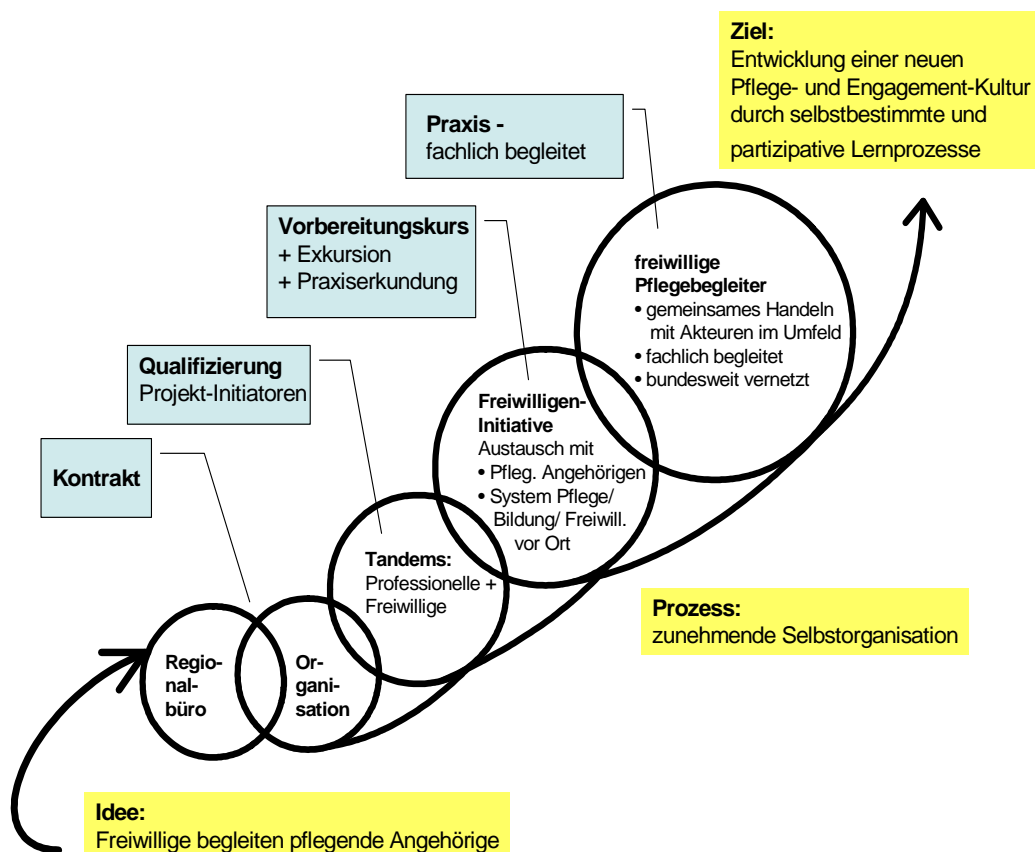


Abb. 16: Projektverlauf

So waren zunächst von der Projektleitung und Projektkoordinatorin die Kolleginnen und Kollegen für die 4 Regionalbüros zu gewinnen. Diese wiederum hatten kooperationsbereite Organisationen dafür anzuwerben, Pflegebegleiter-Initiativen bei sich anzusiedeln. Kontrakte mit jeder einzelnen Organisation oder Kommune mussten geschlossen werden. Erst dann erfolgte die Suche nach geeigneten Projekt-Initiatorinnen und Projekt-Initiatoren, die dann in landesweit organisierten Qualifizierungen in die Konzepte und speziellen Arbeitsweisen eingeführt wurden. Diese Projekt-Initiatorinnen und Projekt-Initiatoren boten anschließend selbst (zu zweit) jeweils zwei Vorbereitungskurse für Pflegebegleiter an.

Der untenstehenden Planungsschritte wurden im Prinzip umgesetzt – allerdings ergaben sich im Projektverlauf Verzögerungen speziell im Hinblick auf die Durchführung der zweiten Vorbereitungskurse.

Im Projektantrag (2003, S. 4-6) sind folgende Schritte genannt, die alle – wenn auch zuweilen mit zeitlichen Verschiebungen – erfolgt sind:

„Phase 1: Strukturschaffung und Multiplikatorentraining

(Oktober 2003 - August 2004)

- Aufarbeitung und Veröffentlichung der Erfahrungen des Pilotprojektes
- Weiterentwicklung des Curriculums zu Vorbereitungskursen für Pflegebegleiter;
- Konkretisierung der bestehenden Kontakte in vier ausgewählten Bundesländern (Bereitschaft zur Kooperation haben signalisiert: Baden-Württemberg, Brandenburg, Schleswig-Holstein, Nordrhein-Westfalen)
- Schulung der Multiplikatoren in den 4 ausgewählten Bundesländern (1-2 Tandems aus Pflegeexperten + Fortbildungsexperten)
- Öffentlichkeitsarbeit.

Phase 2: Vorbereitungskurse „Pflegebegleiter“ in ausgewählten Ländern

(Februar 2004 - Februar 2005)

- Durchführung des Fortbildungsprogramms „Vorbereitung zum Pflegebegleiter“ in den 4 ausgewählten Bundesländern (von der Akquise über Fortbildung, Praktikum, Praxisbegleitung bis zur Etablierung) (siehe Abbildung 1)
- Multiplikatoren werden als Praktikanten in Vorbereitungskursen eingesetzt
- Gewinnung von weiteren Multiplikatoren bundesweit

Phase 3: Etablierung der Pflegebegleiter-Gruppen und bundesweite Multiplikatorentrainings

(September 2004 - September 2005)

- Organisation und Begleitung der Praktikumsphase der Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter des „ersten Durchgangs“
- „zweiter Durchgang“: Durchführung des Fortbildungsprogramms „Vorbereitung zum Pflegebegleiter“ in den 4 ausgewählten Bundesländern (von der Akquise über Fortbildung, Praktikum, Praxisbegleitung bis zur Etablierung)
- Gründung, Unterstützung und Begleitung von festen Gruppen/Einbindung der Pflegebegleiter-Gruppen in die Pflege-Infrastruktur
- Auswertung der Ländererfahrungen
- Schulungen für Multiplikatoren aus möglichst vielen Bundesländern (einzügig veranschlagt, evtl. 2-zügig/Länderfinanzierung?)

Phase 4: Vorbereitungskurse „Pflegebegleiter“ bundesweit/Etablierung

(Oktober 2005 - Dezember 2007)

- Bundesweite Umsetzung des Modellprogramms mit Vorbereitungskursen für Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter (Schneeballsystem)
- Begleitung der Praktikums- und Etablierungsphase
- Fachliche Begleitung der Fortbildner
- Etablierung der Pflegebegleiter-Gruppen in die Infrastruktur vor Ort mit Hilfe der Anlaufstellen (inklusive Organisation einer Unterstützungsstruktur für die Gruppen)

Phase 5: Pflegebegleiter bundesweit etabliert/Auswertung

(Januar 2008 - September 2008)

- Ergebnissicherung/Auswertungen
- Ausbau der Anlaufstellen/Sicherung der fortlaufenden Finanzierung
- Erarbeitung von Publikationen:
 1. Vorbereitungskurse für Pflegebegleiter
 2. Schulung für Multiplikatoren, die Pflegebegleiterkurse leiten
 3. Handreichung für Träger zur Etablierung und Weiterentwicklung des Konzeptes, angepasst an spezielle Bedingungen im Nahraum
- Öffentlichkeitsarbeit.“

Im Folgenden werden einzelne Projektschritte nachgezeichnet. Dargelegt wird dabei auch, was die einzelnen Schritte für die Projektbeteiligten an speziellen Herausforderungen mit sich brachten und wie diese Herausforderungen im Projekt angegangen wurden.

4.3.1 Aufbau und Verbreitung bundesweiter Projektstrukturen

Die Verbreitung der Idee „Pflegebegleitung“ wurde von der Bundesebene aus angestoßen und von den Regionalbüros weiter vorangetrieben. Dazu entstanden zunächst 4 regionale Projekt-Treffpunkte/Regionalbüros. Bei der Gewinnung und Bindung der Institutionen wurde darauf geachtet, dass sich eine „Win-Win Situation“ für beide Seiten ergab:

- das Pflegebegleiter-Projekt gewann eine stützende Infrastruktur,
- die Institutionen erhielten Anregungen und Impulse für ihre eigene Arbeit, speziell im Hinblick auf die Kooperation von Hauptberuflichen und Freiwilligen.

Die Institutionen wurden bei der Öffentlichkeitsarbeit des Projektes jeweils mit benannt: sie profitierten demnach nicht nur von der inhaltlichen Weiterentwicklung im Sektor Freiwilligenarbeit und Pflege, sondern auch von dem Image des auf bundesweite Verbreitung ausgerichteten Projektes.

Die Projekt-Treffpunkte wurden mit jeweils zwei Personen besetzt: einem hauptverantwortlichen Treffpunktleiter und einem mitverantwortlichen Projektmitarbeiter.

Aufgabe der Projektleitung und -koordination war sodann die Entwicklung und Vergemeinschaftung der Projektanliegen und des Projektdesigns. Im ersten Jahr galt es, von Seiten der Bundesebene den Prozess der Auseinandersetzung mit der Projektidee vor allem auf der Ebene der Kolleginnen und Kollegen aus den Regionalbüros soweit voranzubringen, dass diese selbst in der Lage waren, das Projekt nach außen zu vertreten.

In einem ersten zentral durchgeführten Start-Up (4 x 2 Tage) war das Anliegen der zentralen, von der Projektleitung durchgeführten Seminare: die gemeinsame Projektentwicklung unter besonderer Berücksichtigung der regionalen Unterschiede sowie eine gemeinsame Vorbereitung der Projekt-Initiatorinnen und Projekt-Initiatoren auf die Durchführung der Vorbereitungskurse in den Regionen.

Auf der Ebene der Projektsteuerung wurde entschieden, dass die weiteren Qualifizierungen nicht zentral, sondern in den 4 Projektregionen abgehalten werden sollten. Dies hatte den Grund, dass hier ein stärkerer „lokaler Bezug“ aufgebaut werden konnte als in den zentralen Schulungen.

So erfolgte die Verbreitung über die Qualifizierungen der Projekt-Initiatorinnen und Projekt-Initiatoren sukzessive durch die 4 Regionalbüros (vgl. Abbildung 17).

Regionalbüros mit zugeordneten Bundesländern

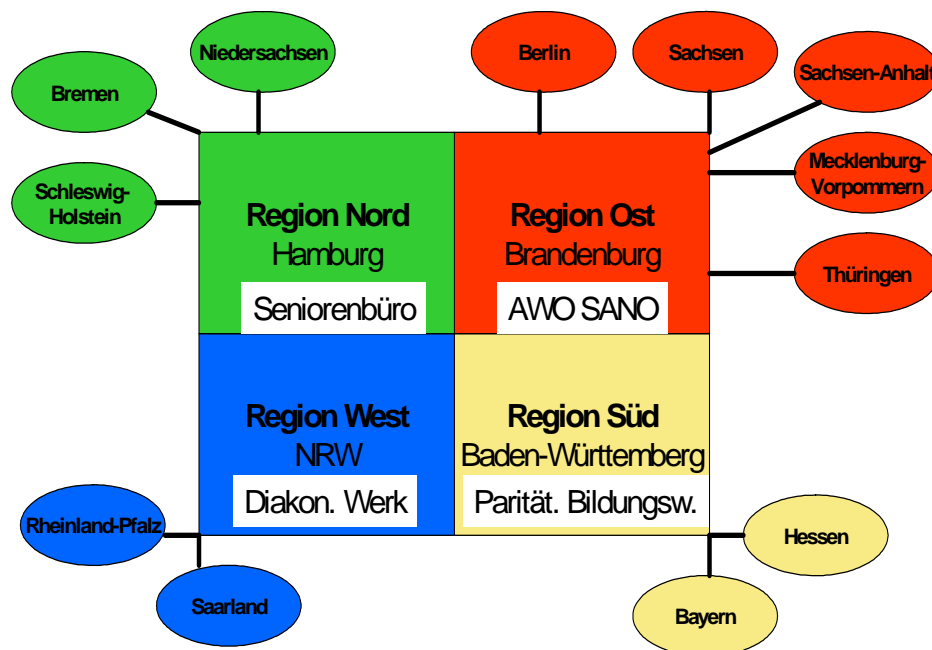


Abb. 17: Regionalbüros mit zugeordneten Bundesländern

Eine weitere Entscheidung fiel für die Kooperation mit dem BMFSFJ und eine Inanspruchnahme von Fördergeldern aus dem Programm „Generationsübergreifende Freiwilligendienste“. Bedingung des VdAK war eine klare Abgrenzung beider Programme: so sollte das GÜF-Programm von Organisationen für die Refinanzierung ihrer Praxisphase genutzt werden können, nachdem die Implementierung der Initiativen in die Praxis abgeschlossen war. Grund für diese Kooperation war die Schwierigkeit von Organisationen, die notwendigen Mittel zur Finanzierung der Pflegebegleiter-Praxis eigenständig aufzubringen.

4.3.2 Implementierung in die Infrastrukturen vor Ort und Aufbau von Kooperationen

Im Verlauf des Projektes wurden sukzessive Strukturen implementiert, die voraussichtlich zu 70-80% auch nach Ende der Projektlaufzeit Bestand haben werden. Insgesamt konnten 97 Kooperationspartner (Organisationen, Kommunen, Landkreise) dazu ge-

wonnen werden, eine Pflegebegleiter-Initiative bei sich anzusiedeln und mindestens eine Projekt-Initiatorin bzw. einen Projekt-Initiator für die Vorbereitung und fachliche Begleitung der Initiative freizustellen (vgl. Abb. 18).

Kooperierende Kommunen und Organisationen 10/ 2008

Aachen, Diakonisches Werk
 Abtsgmünd, Landratsamt und Kath. Sozialstation
 Adenau, Projekt 3
 Bad Bevensen, AWO KV
 Bad Hersfeld/Bebra, Malteser Hilfsdienst
 Bad Lippspringe, Seniorenbüro
 Bad Wurzach, St. Annahilfe-Stiftung Liebenau
 Bergen auf Rügen, AWO Soziale Dienste
 Berlin-Wedding, EJF Lazarus
 Bielefeld, AWO Kreisverband
 Bleckede, AWO KV Lüneburg/Lüchow Dannenberg
 Bochum, DRK Kreisverband
 Born/Darß, Kreis Diakonisches Werk
 Braunschweig/Süd, Diakoniestation
 Breisgau/Hochschwarzwald, Caritasverband
 Landkreis
 Bremen/Nord, Paritätische Gesellschaft für soziale
 Dienste
 Büh/Achern, DRK Kreisverband
 Chemnitz, Integra 2000
 Cottbus/Land, trans-net DB
 Demenzkrankengesellschaft
 Diepholz Landkreis, AWO KV
 Dortmund, Diakonisches Werk
 Dortmund, Seniorenbüro Hörde
 Dülmen, Familienbildungsstätte
 Eberswalde, Familienzentrum BBV
 Eckernförde, 1. Eckernförder Tages/Dauerpflege
 für Senioren
 Emsland Landkreis, Geschäftsstelle zur Stärkung
 des Ehrenamts
 Essen, Familien- und Krankenpflege
 Essen, Pflegedienste d. Caritas & Kath. Kliniken
 Eutin/Ostholstein, Bürgerhilfe
 Forst/Grießen, Zentrum für Familien
 Frankfurt a. Main, Frankfurter Verband

Geretsried, VdK
 Gerlingen, Stadt-Amt für Beratung im Alter
 Gevelsberg, AWO Unterbezirk Ennepe-Ruhr
 Gladbeck, Caritas
 Görlitz, DRK Kreisverband
 Greifswald, AWO Soziale Dienste Vorpommern
 Guben, Haus der Familie
 Harburg Landkreis, AWO OV Buchholz
 Heilbronn/Bad Rappenau, DRK Kreisverband
 HH-Eilbek/Hamm/Dulsberg, Hamburger
 Gesundheitshilfe
 HH-Eimsbüttel, LebensAbendBewegung
 HH-Neugraben, ASB Sozialstation Süderelbe
 HH-Wandsbek, Alzheimer Gesellschaft Hamburg
 Hude-Ganderkesee, regio vhs
 Itzehoe, Pflegeziel/Freiraum/Pflegebegleiter
 Karlsruhe, ASB
 Karlstadt, Heroldstiftung
 Kassel, Diakonisches Werk
 Kindelbrück, THEPRA /Christl. Seniorenbüro
 Kirchheim u. Teck, Buffet
 Kleinmachnow, AWO Potsdam-Mittelmark
 Korntal-Münchingen, Stadt-Soziale Dienste
 Krefeld, Alexianer Krankenhaus
 Limburg, Malteser Hilfsdienst
 Lüchow, AWO KV
 Luckenwalde, AWO Wohnstätten
 Lüneburg, Alzheimer Gesellschaft
 Lüneburg/Lüchow Dannenberg
 Lünen, Diakonische Dienste Lünen/Selm
 Marburg/Biedenkopf, Alzheimer Gesellschaft
 Meiningen, AWO Süd-West-Thüringen
 Michendorf, Evangelische Kirchengemeinde
 Miesbach, Altenpflegeschule

Mönchengladbach, Alzheimer Gesellschaft
 München, AWO und Hippocampus
 Neuffener Tal-Gemeinden, Sonne
 Neuhaus a. Rennweg, AWO Kreisverband
 Neunkirchen, DRK Kreisverband
 Neu-Ulm, AWO
 Norderstedt, Kirchenkreis Niendorf-Altenwerk
 Nürtingen/Wolfschlingen, Diakoniestation
 Paderborn, Caritas
 Paderborn, Seniorenbüro der Stadt
 Plettenberg, Netzwerk Hospizarbeit
 Potsdam, Akademie 2. Lebenshälfte Brandenburg
 Potsdam, Sozialakademie AWO SANO
 Rhein-Erft-Kreis, Kommune Bergheim
 Saarlouis, Demenzverein
 Schmalkalden, AWO Süd-West-Thüringen
 Schneverdingen, Alzheimer- u.
 Schorndorf, Kath. Sozialstation
 Schwäbisch Gmünd, Stadt und DRK
 Schwedt, Akademie 2. Lebenshälfte
 Schwerin, AWO Kreisverband
 Speyer, Malteser Hilfsdienst
 Spremberg, Albert-Schweitzer Familienwerk
 Springe, Das B.A.N.D.
 St. Wendel, Stiftung Hospital
 Stuttgart, Paritätisches Bildungswerk
 Tribsees, AWO Soziale Dienste Vorpommern
 Vechelde, Diakoniestation Braunschweig
 Viersen, Pflegebegleiter
 Vlotho, Initiative Zeitspende
 Weilheim, Alzheimer Gesellschaft
 Wittenberg/Lutherstadt, Evangel. Akademie
 Zehdenick, AWO Seniorenhaus

Abb. 18: Kooperierende Kommunen und Organisationen 10/2008

Es lassen sich verschiedene Organisationstypen von Kooperationspartnern/Heimathäfen unterscheiden

- Organisationen, die im Bereich der ambulanten oder teilstationären Pflege tätig sind (die meisten im Norden)
- Organisationen der Selbsthilfe (insbesondere Demenz und/oder Alzheimer), die im Bereich der niedrigschwelligen Angebote Praxisnähe zu den pflegenden Angehörigen haben
- Organisationen der Engagementförderung (Seniortrainer, Seniorenbüros, Freiwilligenzentralen)
- Bildungseinrichtungen (Familienbildungsstätten, Familienzentren, Volkshochschulen)
- Kommunen und Landkreise (die meisten im Süden).

Die Kooperationspartner haben bisher – finanziell, personell und durch Bereitstellung von Infrastruktur – einen erheblichen Beitrag zur Projektentwicklung geleistet. Dort, wo sich Pflegebegleiter-Initiativen etabliert und bewährt haben, sind die Kooperationspart-

ner bereit, weiterhin – wenn oftmals auch in geringerem Umfang – zu „investieren“. Zur Entwicklung nachhaltiger Strukturen hat auch die Beteiligung am Programm „Generationsübergreifende Freiwilligendienste“ des BMFSFJ beigetragen: vielen Kooperationspartnern vor Ort wurde es dadurch möglich, die fachliche Begleitung der Initiativen nach Abschluss der Vorbereitungskurse weiter zu finanzieren.

Bei den Regionalbüros stand in den ersten Jahren die neue Aufgabe der Gewinnung von Kooperationspartnern im Vordergrund. In der Mitte des Projektes ging es im Wesentlichen um die Aufgabe, die Kooperationspartner in ihrem Engagement für die Initiativen zu bestärken, ihren Lernprozess zu begleiten und im Falle von Auseinandersetzungen mit Projekt-Initiatorinnen und Projekt-Initiatoren klärend tätig zu werden. Die letzte Projektphase konzentrierte sich schwerpunktmäßig darauf, die Organisationen dazu zu motivieren, den Initiativen auch dann als Anlaufstelle zur Verfügung zu stehen, wenn keine Projektmittel mehr zu erwarten sind.

4.3.3 Ausbreitung der Pflegebegleiter über Vorbereitungskurse

Von Dezember 2007 bis Oktober 2008 ist die Zahl der Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter stark angestiegen. Seit Beginn des Jahres sind bis zum Abschluss des Projektes weitere 800 Pflegebegleiter-Kursteilnehmerinnen und -teilnehmer hinzugekommen. Es handelte sich überwiegend um „zweite Kurse“ an einem Standort.

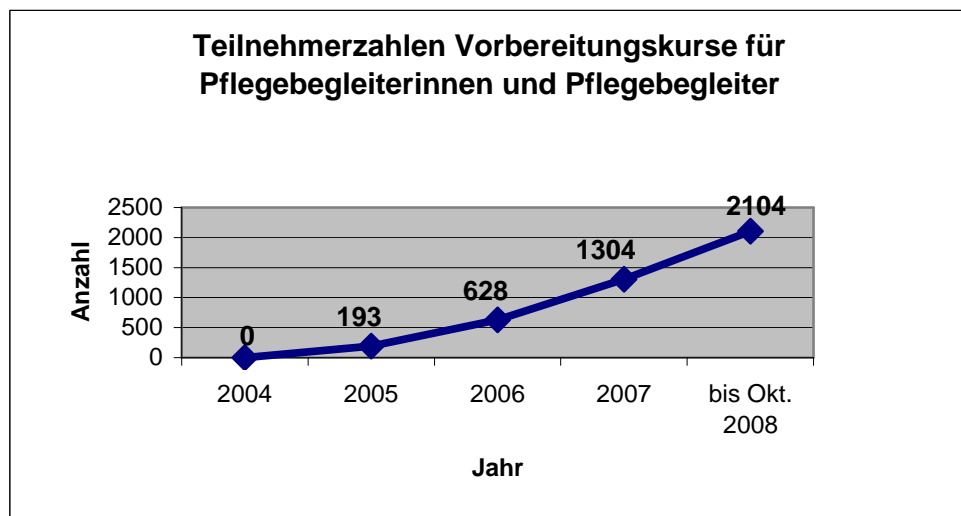


Abb. 19: Teilnehmerzahlen Vorbereitungskurse für Pflegebegleiter

Während am 18. Dezember 2007 bundesweit insgesamt 1236 Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter einen Vorbereitungskurs mit Zertifikat abgeschlossen hatten, ist die Anzahl bis Ende Oktober 2008 erheblich auf 2.063 gestiegen. Innerhalb des Jahres 2008 hat damit die Anzahl der Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter die Zielmarke des Projektes von 2.000 überschritten.

Von den 2.104 Personen, die am Vorbereitungskurs teilgenommen haben, haben 2.022 Personen im Anschluss einen Ausweis erhalten. Die Ursache dafür, dass im Projektverlauf etwas weniger Ausweise vergeben worden sind als Aktive gemeldet wurden, liegt u.a. darin, dass nicht alle Standorte Ausweise für ihre Tätigkeit ge-

wünscht haben. Ausweise sind zum Teil nur dann ausgegeben worden, wenn die Freiwilligen in der Begleitung von Angehörigen tätig waren. Andere Aufgaben freiwilliger Pflegebegleiter waren z.B. Öffentlichkeitsarbeit und Akquise von Schirmherrschaften.

In den Projektregionen Ost und Süd engagieren sich zahlenmäßig die meisten Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter – hier liegen die Standorte in eher mittelgroßen Städten und ländlichen Bereichen. In der Region West, besonders aber in der Region Nord, sind Pflegebegleiter-Standorte eher in Großstädten oder dünn besiedelten Gebieten zu finden. Hier ist zu beobachten, dass die Initiativen weniger Mitglieder haben.

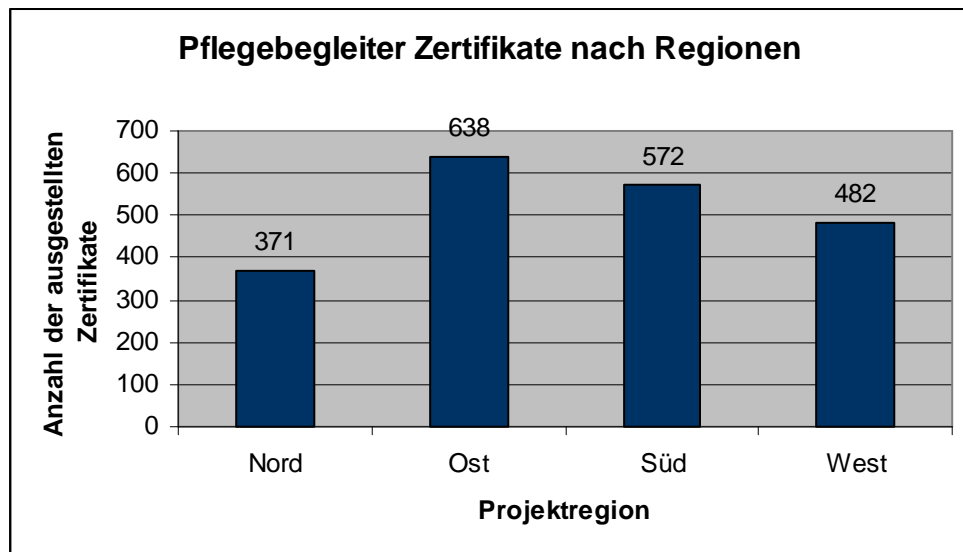


Abb. 20: Pflegebegleiter Zertifikate nach Regionen

Schaut man sich die Entwicklungen in den Regionen im Einzelnen an, fällt auf, dass die zunehmende Anzahl der freiwilligen Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter mit einer zunehmenden Anzahl an Kursen korrespondiert:

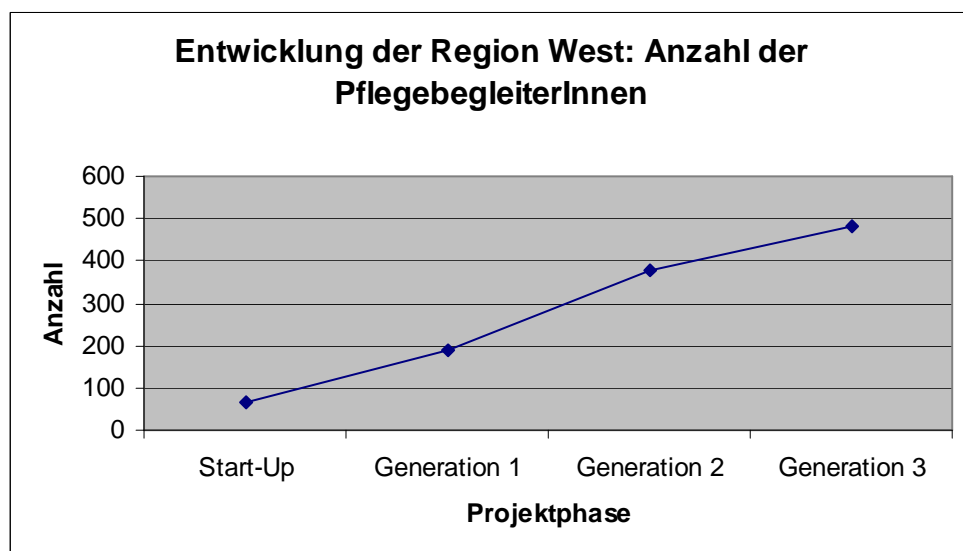


Abb. 21: Entwicklung Region West – Pflegebegleiter

So bezieht sich der rasche Anstieg der Freiwilligen im Standort West innerhalb der „Generation 2“ darauf, dass innerhalb dieser Generation auch die meisten Projekt-Initiatorinnen und Projekt-Initiatoren qualifiziert wurden.

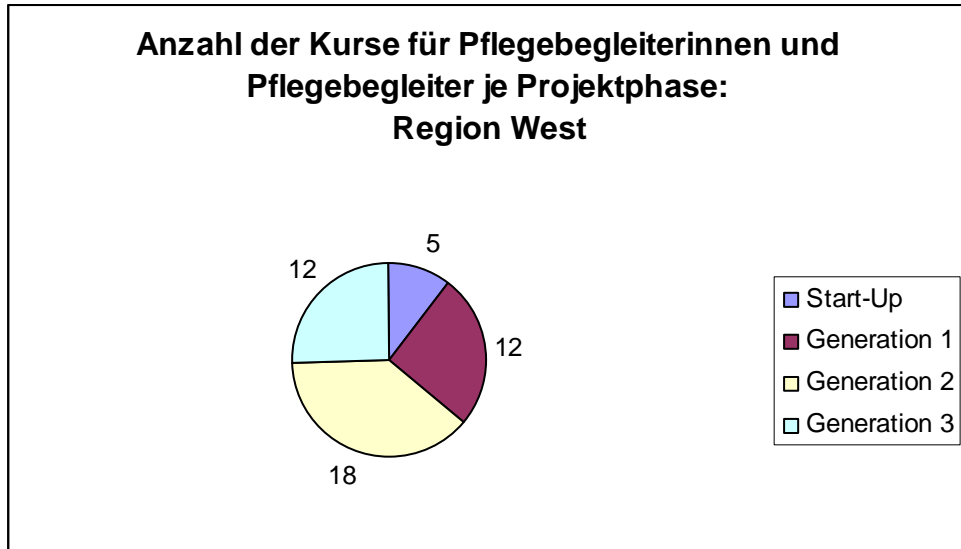


Abb. 22: Entwicklung Region West – Kurse

Ähnlich verhält es sich in der Projektregion Nord: Hier stieg die Anzahl der Freiwilligen erst in der dritten Generation stark an, was wiederum auf die Quantität der Projekt-Initiatorinnen und Projekt-Initiatoren und deren durchgeführte Kurse in dieser Projektphase zurückzuführen ist.

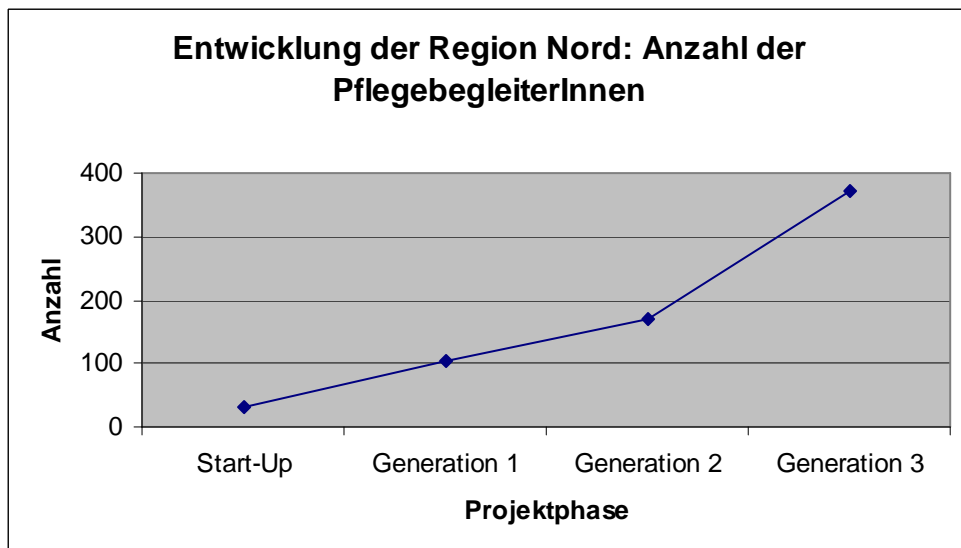


Abb. 23: Entwicklung Region Nord – Pflegebegleiter

In der „Generation 3“ konnten in der Projektregion Nord 22 Vorbereitungskurse für Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter stattfinden.

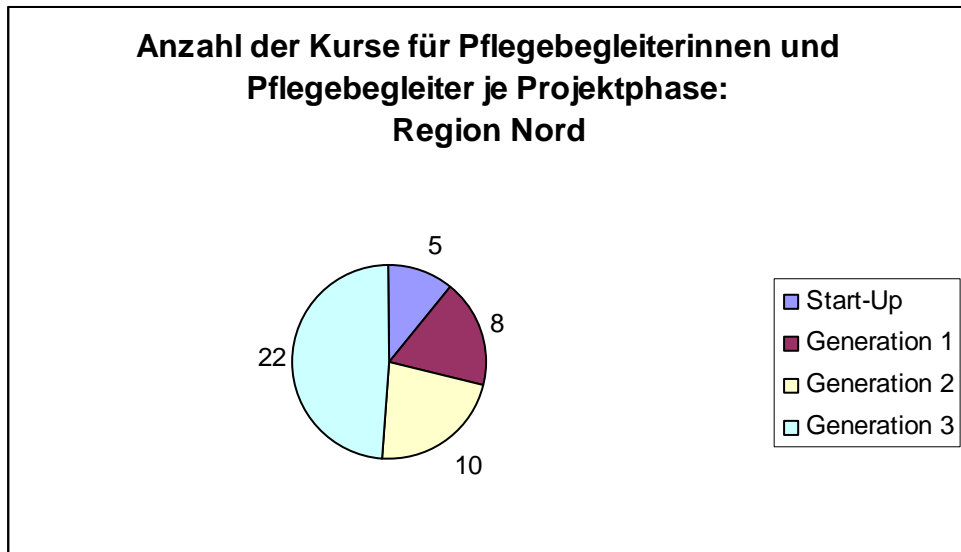


Abb. 24: Entwicklung Region Nord – Kurse

In der Region Ost hat sich die Anzahl der Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter ganz kontinuierlich entwickelt. Die Kurse in dieser Region waren von Beginn an zahlenmäßig sehr gut ausgelastet; dies spiegelt sich auch in der großen Zahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer wider.

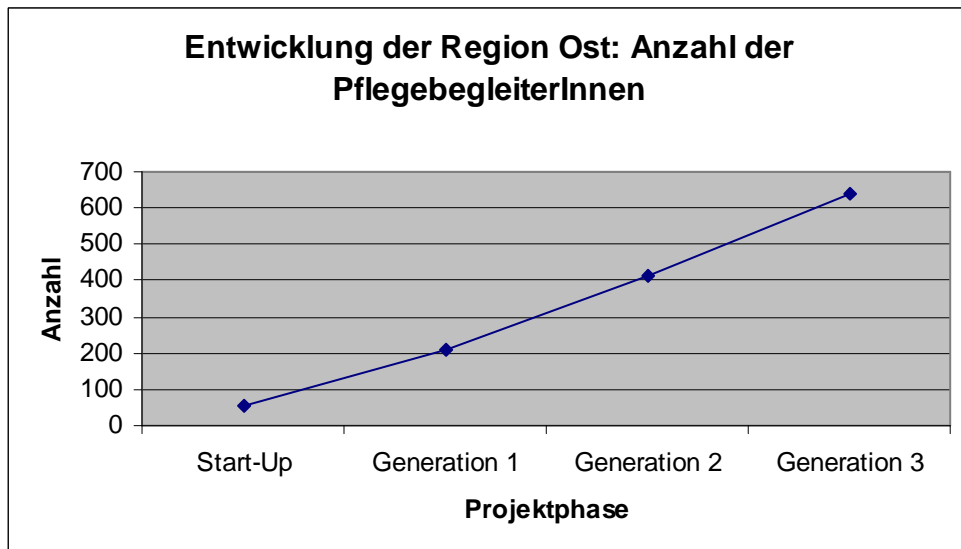


Abb. 25: Entwicklung Region Ost – Pflegebegleiter

Die Generationen innerhalb der Projekt-Region Ost waren alle drei „gleich stark“ aufgestellt.

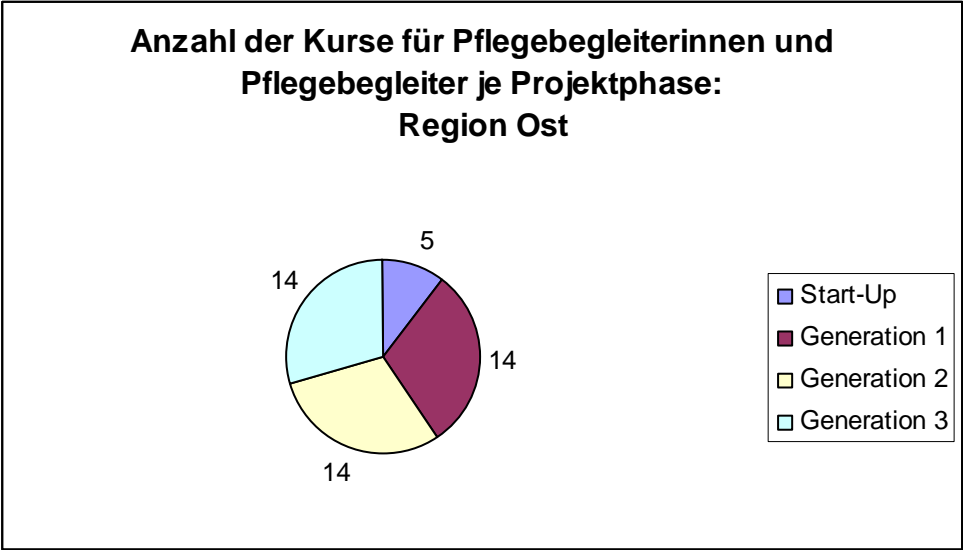


Abb. 26: Entwicklung Region Ost – Kurse

Eine ähnliche Wachstumskurve zeigt sich in der Region Süd.

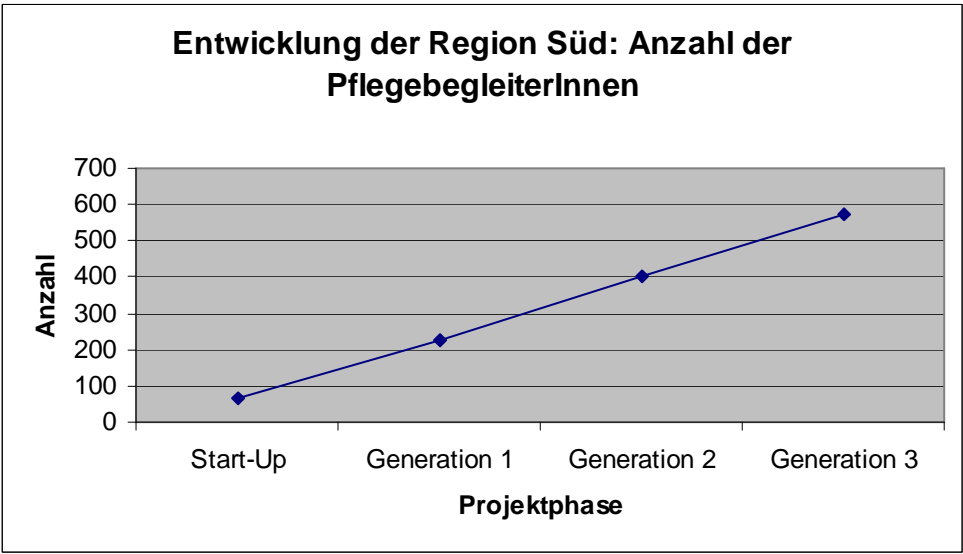


Abb. 27: Entwicklung Region Süd – Pflegebegleiter

Ebenso wie in der Region Ost waren auch die Generationen der Projekt-Initiatorinnen und Projekt-Initiatoren im Standort Süd gleichermaßen stark aufgestellt.

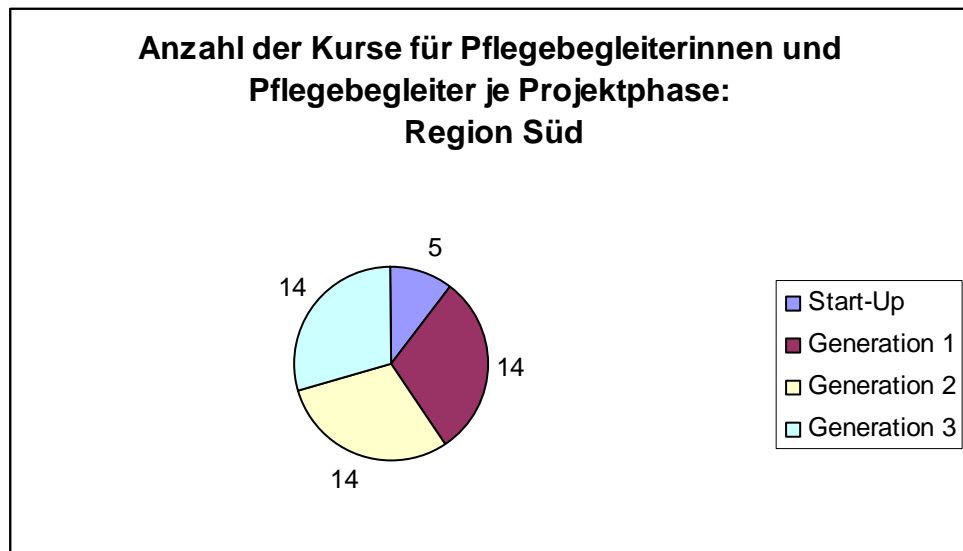


Abb. 28: Entwicklung Region Süd – Kurse

Insgesamt ist die Anzahl der Freiwilligen im Projekt „Pflegebegleiter“ kontinuierlich in allen Regionen gestiegen. Mit wachsendem Bekanntheitsgrad des neuen Freiwilligenprofils wurden auch die Vorbereitungskurse verstärkt nachgefragt.

4.3.4 Profil- und Leitbildentwicklung

Die Profil- und Leitbildentwicklung orientiert sich an den drei Basiskonzepten „Empowerment“, „Kompetenzentwicklung“ und „Vernetzung“ (vgl. Kapitel 1.1 und ausführlicher Bubolz-Lutz/Kricheldorf 2005; Bubolz-Lutz/Kricheldorf 2006, S. 49 ff).

Die Grundidee des Empowermentansatzes: „Stärken statt helfen“ auf der Grundlage des Menschenbildes „Vertrauen in die Stärken des Menschen“ findet ihren Niederschlag in der Begleitungspraxis der Freiwilligen, speziell in den Merkmalen

- den „Eigen-Sinn“ zu akzeptieren,
- als Gesprächspartnerin und Gesprächspartner „normativ enthaltsam“ zu sein,
- darauf zu verzichten, dem anderen Hilfsbedürftigkeit zuzuschreiben,
- dem Gegenüber das Recht auf eine selbstbestimmte Lebens- und Lerngestaltung zuzugestehen (vgl. dazu ausführlich Herriger 2002).

Die Grundidee der Kompetenzentwicklung: „Fähigkeiten und Haltungen entwickeln, nicht nur Wissen ansammeln.“ In den Vorbereitungen kommt dem Erwerb von Kompetenzen Bedeutung zu. Folgende miteinander verwobene, aber dennoch voneinander abgrenzbare Kompetenzbereiche wurden spezifiziert, die sich speziell auf die Projektziele und -inhalte beziehen:

- Sachkompetenz/Verständnis
- Begleitungskompetenz
- Vernetzungs- und Feldkompetenz
- Selbstsorgekompetenz

- Reflexionskompetenz
- (Selbst-)Organisationskompetenz.

Die genannten Komponenten gelten nicht nur als relevant für die Pflegebegleiter: Kompetenzerwerb soll sowohl durch die Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter auch bei pflegenden Angehörigen angeregt werden. Zudem haben auch die Projekt-Initiatorinnen und -Initiatoren ein entsprechendes Kompetenzprofil zu entwickeln (ein detailliertes Beispiel zur Kompetenzentwicklung für die drei Akteursgruppen findet sich in Bubolz-Lutz/Kricheldorf 2006, S. 70 ff.).

Die Grundidee der Vernetzung: „Kooperation statt Konkurrenz“ zeigt sich z.B. in der Zusammenarbeit von beruflich und ehrenamtlich tätigen Projekt-Initiatorinnen und Projekt-Initiatoren. Vernetzung wurde auch auf folgende Weise angestrebt:

- unterschiedliche Kooperationspartner der Regionalbüros
- Trägervielfalt der Standorte
- Tandem-Mix
- Kooperationen mit anderen Freiwilligeninitiativen
- Patenschaften durch professionelle Partner in der Region.

Die im Projekt in den Qualifizierungen der Projekt-Initiatorinnen und Projekt-Initiatoren entwickelten 10 Leitlinien gaben den Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleitern einen klaren Orientierungsrahmen für ihr Engagement. Sie machten zugleich nach außen deutlich, dass es sich bei der Pflegebegleitung um ein Freiwilligenprofil handelt und keineswegs um eine berufsmäßig ausgeübte (Erwerbs-)Tätigkeit.

Entwicklung und Erprobung „Pflegebegleiter-Profil“

10 Leitlinien

1. Die Leistung pflegender Angehöriger **wertschätzen** und anerkennen
2. **Aufmerksam** auf die Bedürfnisse, Wünsche und Gefühle der Pflegenden achten
3. Sich bemühen, die konkreten Herausforderungen der Pflege zu Hause zu **verstehen**
4. **Stärken wahrnehmen** und sichtbar machen
5. **Zuhören**, da sein, informieren
6. **Netzwerke knüpfen**, damit gemeinsame Verantwortlichkeit und gegenseitige Unterstützung erfahrbar werden
7. **Vertrauen wecken** und auf die Pflegenden zugehen
8. **Verschwiegen** sein
9. Freiwillig und **unentgeltlich** tätig werden
10. Gut vorbereitet, **fortgebildet** und in einer Initiative verankert sein.

Abb. 29: Leitlinien für die Pflegebegleiter-Praxis

4.3.5 Entwicklung eines innovativen didaktisches Konzepts für Vorbereitungskurse

Die insgesamt 186 bundesweit durchgeführten Vorbereitungskurse für Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter wurden nach dem eigens entwickelten „Lernkompass“ und den „grünen Themenkarten“ mit großem Erfolg durchgeführt (vgl. Abb. 20 und 21). Die Resonanz auf die Vorbereitungskurse zeigte, dass die partizipativ angelegten Lernprozesse eine hohe Motivationskraft im Hinblick auf die Aufnahme einer freiwilligen Tätigkeit entfalten (vgl. dazu ausführlich Kap. 5.1.3).

Das Lernen in den Pflegebegleiter-Vorbereitungskursen folgt besonderen Lernprinzipien, die zum Bürgerschaftlichen Engagement passen. Sie sind in Form eines „Lernkompass“ zusammengestellt (vgl. Anhang 1: Kurskompass).



Abb. 30: Lernkompass

Um eine Planung der Kurse zu erleichtern, wurden spezielle Kurskarten entwickelt. Auf so genannten „grünen Karten“ sind die verbindlichen Themenfelder notiert (auf der Rückseite befinden sich jeweils beispielhafte Unterthemen/„Themenspeicher“ – siehe dazu ausführlich Anhang 1). Erfahrungen zeigen, dass innerhalb der Kurse nicht alle Themen der grünen Karten abschließend behandelt werden konnten. Dies war auch nicht notwendig, da nach dem Kursende die Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter regelmäßig zusammen kamen, um weiter an den jeweiligen Themen – die sich in der

Praxis immer wieder neu stellen – zu arbeiten. Dies gilt insbesondere für die Karten „Begleitung konkret“ und „Handlungsfelder“ (vgl. Abb. 21).

„Grüne Karten“ / verbindliche Themen

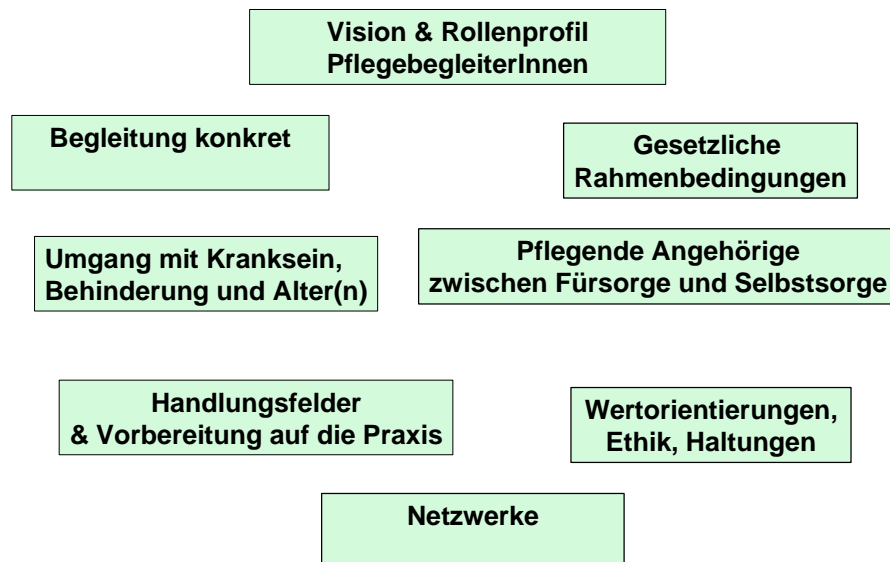


Abb. 31: Verbindliche Themen für Pflegebegleiter-Vorbereitungskurse

Die Vorbereitungskurse enthalten jeweils Anteile von Fachwissen („knowledge“), Handlungskompetenzen („skills“) und Reflexion von Einstellungen („attitudes“) (vgl. dazu Biedermann 1998; vgl. dazu Anhang 3: Materialband, in dem jeweils mit den Symbolen des „Lernkompass“ beschrieben wird, welche Anteile bei welcher Methode in besonderer Weise zum Tragen kommen).

Das im Projekt praktizierte didaktische Konzept der „partizipativen Curriculumentwicklung“ hat sich bewährt. Dies zeigen die sehr guten Bewertungen der Kurse durch die Teilnehmenden ebenso wie auch die Ergebnisse der Evaluationsrunden in den Regionen (Pflegebegleiterkonferenzen), die zu einer kontinuierlichen Überarbeitung des „Kurskompass“ geführt haben (zur Beurteilungen der Kurse durch die Teilnehmenden vgl. Kapitel 5.1).

4.3.6 Qualifizierung und fachliche Begleitung von Projekt-Initiatoren

Im Projektverlauf sind 14 Fortbildungsreihen für Projekt-Initiatorinnen und Projekt-Initiatoren durchgeführt worden. Dazu wurde ein Curriculum kontinuierlich weiterentwickelt und erprobt. Hierzu ist eine Handreichung mit dem Titel „Projekt-Initiatoren-Kompass“ erstellt worden (siehe Anhang 2).

Die Qualifizierung von Multiplikatoren wurde im Projekt als eine „Kernaktivität“ betrachtet: ohne einen Kompetenzerwerb auf der Leitungs- und Steuerungsebene der Initiativen ist die Verbreitung eines komplexen Profils wie das der „Pflegebegleitung“ nicht

möglich (vgl. dazu auch Pankoke im Rahmen eines Beitrags zur Enquete-Kommission „Zukunft des Bürgerschaftlichen Engagements“ 2002, S. 83)

Die Lernarrangements im Bürgerengagement sind stark am „Alltagslernen“ orientiert. Insofern bezieht das Pflegebegleiter-Projekt sowohl das „Lernen im Alltag/in der Praxis der Begleitung und der Selbstorganisation des Engagements“ als auch das „Lernen in organisierten Lernkontexten“ ein. Auch wenn in den folgenden Ausführungen die organisierten Kontexte in ihrer Beziehung zueinander im Zentrum stehen (vgl. Abb. 32), ist stets mit zu bedenken, dass die arrangierten Lerngelegenheiten unmittelbar das Weiterlernen im Alltag anstoßen.

Integriertes Lernkonzept für Projekt-InitiatorInnen im Pflegebegleiter-Projekt

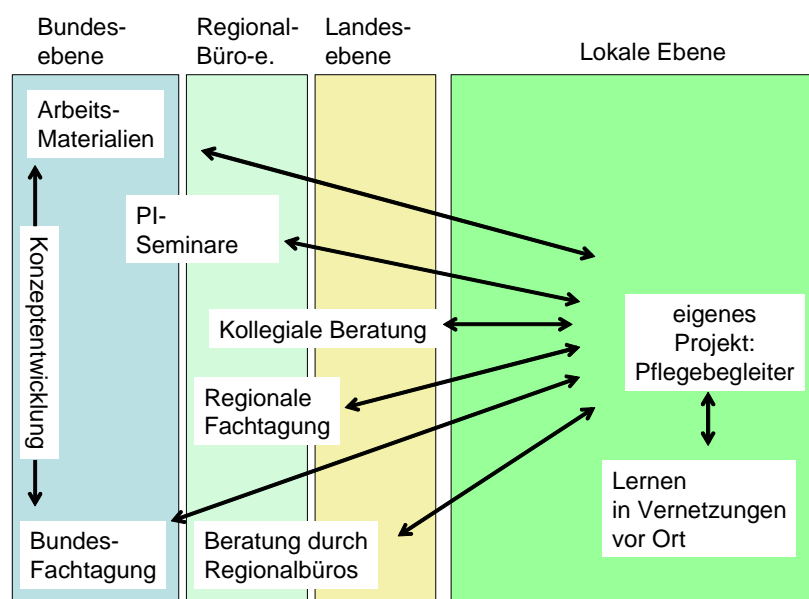


Abb. 32: Lernarrangement für Projekt-Initiatoren

Das Lernarrangement – wie es sich im Projektverlauf ausdifferenziert hat – ist als ein komplexes System von unterschiedlichen, einander ergänzenden Lernimpulsen zu beschreiben. Elemente sind

- Seminare (mit Praxisanteilen)
- Beratungsprozesse
- Supervisionsprozesse
- (Selbst-)Evaluationsprozesse (die Träger von Verantwortlichkeit müssen für den eigenen Kontext sensibel werden, und die eigenen Organisationsstrukturen und Kommunikationskulturen daraufhin reflektieren, ob sie „...für das dringend gesuchte Potenzial des freien Engagements und der freien Kompetenz anziehend und vermittelbar bleiben; vgl. dazu Pankoke 2002, S. 83)
- Personalentwicklung
- Organisationsentwicklung.

Die Qualifizierung und fachliche Begleitung der Projekt-Initiatorinnen und Projekt-Initiatoren erfolgte im Wesentlichen durch die Regionalbüros. Hier erwies es sich als wirksam, dass die Qualifizierungen ebenfalls den im „Lernkompass“ definierten Prinzipien folgten. In Analogie zu den „grünen Karten“ in den Vorbereitungskursen für Pflegebegleiter wurden „blaue Karten“ mit verbindlichen Themen entwickelt (vgl. dazu Anhang 2): So konnten die Projekt-Initiatorinnen und -Initiatoren am „Leitungs-Modell“ lernen (über das „Mitmachen“ zum „Nachmachen“). Seitens der Projekt-Initiatorinnen und Projekt-Initiatoren wurde als spezielle Herausforderung benannt, sich mit dem Paradigmenwechsel vom „Versorgungs- zum Empowermentparadigma“ auseinandersetzen zu müssen. In den Evaluationsrunden wurde immer wieder betont, wie anregend und fruchtbar diese konsequente Auseinandersetzung erlebt wurde. Hervorgehoben wurde auch der Kompetenzerwerb im Hinblick auf eine aktivierende Förderung von Kompetenzen der Teilnehmenden. Dieser Ansatz wurde als grundlegend dafür erachtet, Selbstorganisation von sozialem Engagement anzuregen und eine konstruktive Kommunikation auf Augenhöhe und im mitmenschlichen Austausch zu ermöglichen.

Die Qualifizierungsseminare erfolgten meist in folgender Abfolge (genauere Differenzierungen siehe Anhang 2):

Grob-Struktur der Qualifizierung für Projekt-InitiatorInnen

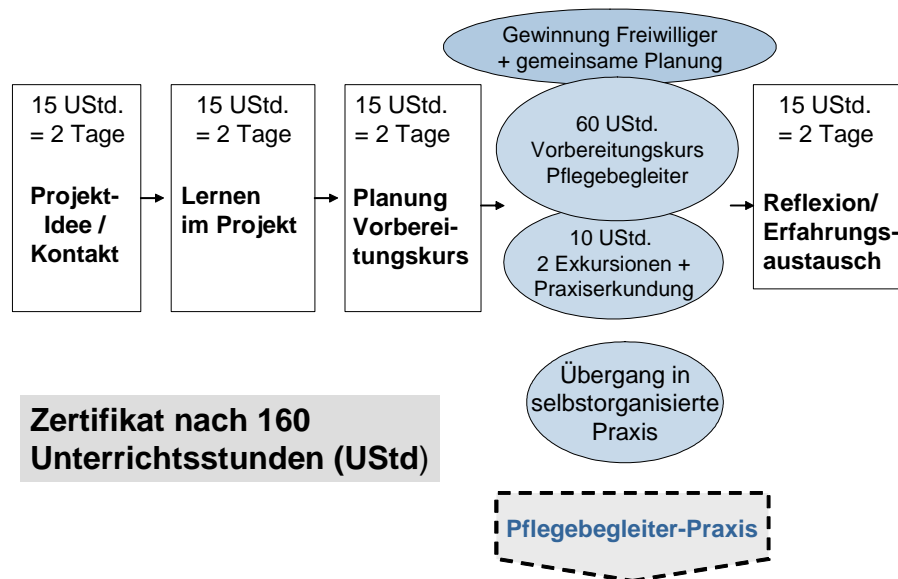


Abb. 33: Strukturen der Qualifizierung für Projekt-InitiatorInnen

Im Projekt konnten 277 Projekt-Initiatorinnen und -Initiatoren qualifiziert werden, von denen derzeit 219 im Projekt tätig sind. Aufgrund starker Fluktuation war es notwendig, bundesweite Nachqualifizierungen durchzuführen.

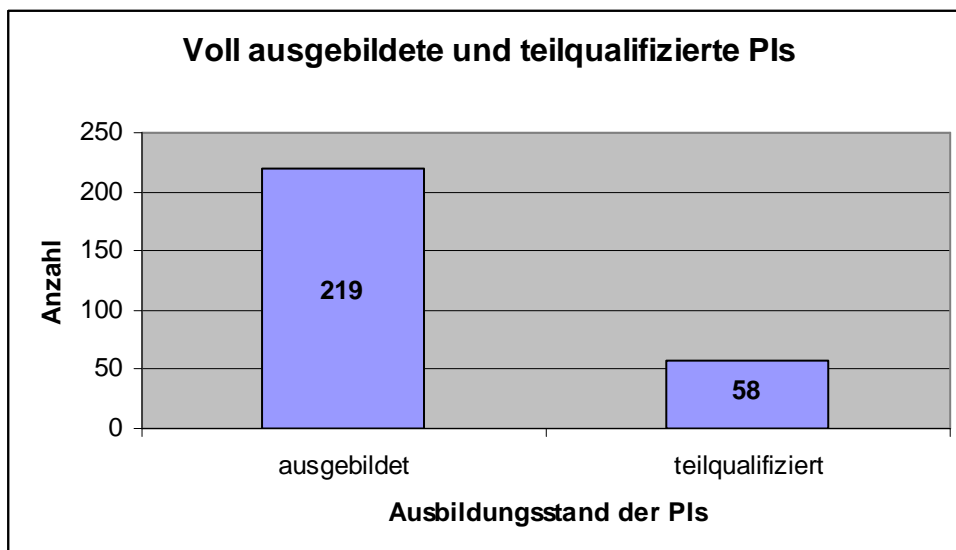


Abb. 34: Ausbildungsstand der Projekt-InitiatorInnen

Wie auch die freiwilligen Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter sind ebenfalls die Zahlen der Projekt-Initiatorinnen und Projekt-Initiatoren innerhalb der Projektlaufzeit kontinuierlich gestiegen.

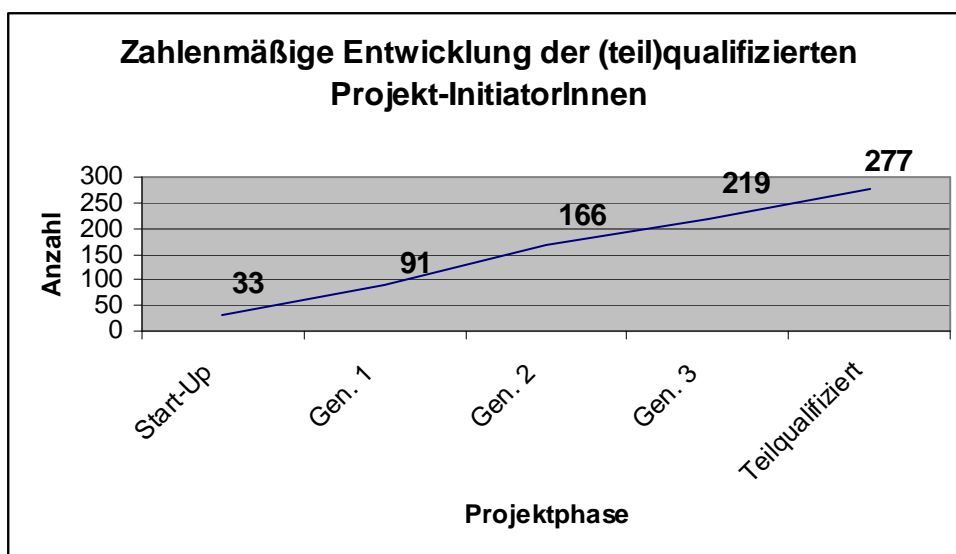


Abb. 35: Zahlenmäßige Entwicklung der (teil)qualifizierten Projekt-InitiatorInnen

Über die Projektlaufzeit hinweg sind sowohl die Projekt-Initiatorinnen und -Initiatoren als auch die Organisationen kontinuierlich von den Regionalbüro-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter vor Ort fachlich beraten und begleitet worden. Es haben entsprechende Konferenzen auf Landesebene, aber auch auf Regionalbüro-Ebene (länderübergreifend) stattgefunden.

Die aktiven Projekt-Initiatorinnen und -Initiatoren erhielten zum Abschluss ihrer Qualifizierung ein Zertifikat sowie zum Projektabschluss eine Urkunde, in der ihnen die Mitwirkung an dem Bundesmodellprojekt „Pflegebegleiter“ bescheinigt wurde. Dies ent-

spricht dem im Projekt verfolgten Prinzip der Entwicklung einer Anerkennungskultur. Für manche Projekt-Initiatorinnen und -Initiatoren hat die Zusatzqualifizierung zum Projekt-Initiator dazu beigetragen, wieder in ein Beschäftigungsverhältnis im sozialen Bereich zu finden.

4.3.7 Standards für die Pflegebegleitungspraxis

In den ersten drei Projektjahren wurden vorwiegend die Grundgegebenheiten für die Pflegebegleitungen geschaffen: durch den Aufbau von Kooperationsstrukturen, die Entwicklung und Erprobung der Vorbereitungskurse und Qualifizierungen für Projekt-Initiatorinnen und Projekt-Initiatoren und die Implementierung von Pflegebegleiter-Initiativen vor Ort. So konnten Erfahrungen mit Pflegebegleitung in größerem Umfang erst in den letzten beiden Projektjahren gewonnen werden.

Die kontinuierliche Vergrößerung des Angebotes der Pflegebegleitung wurde durch die Projekt-Initiatorinnen und Projekt-Initiatoren ermöglicht. Sie übernahmen zum Teil die Vermittlung der Kontakte, gingen bei Erstkontakten mit zu den pflegenden Angehörigen und waren bei den monatlichen Treffen präsent.

Für die Begleitung von pflegenden Angehörigen sind im Projektverlauf Standards entwickelt worden. Zunächst gelten Datenschutz und Verschwiegenheit als Voraussetzungen für den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung. Weitere zentrale Prinzipien für die Gesprächsführung der Pflegebegleiter sind:

- zuhören: der pflegende Angehörige bestimmt das Gesprächsthema
- Gefühlsäußerungen ermöglichen/aktives Zuhören
- authentisch bleiben („Ich empfinde“ .../Formulierung „man“ vermeiden)
- persönliche Wertschätzung und Anerkennung für die Pflegeleistung ausdrücken (auf Wortwahl achten)
- andere Zugeweisen akzeptieren – Perspektivenwechsel ermöglichen
- Bewertungen vermeiden/Ratschläge sind tabu
- Lichtblicke benennen/Humor und Zuversicht entwickeln
- praktisch werden – Bezug nehmen auf die derzeitige Situation
- eigenes Wissen auf Anfrage einbringen/keine Belehrungen
- Wahlfreiheit deutlich machen – die Entscheidung beim pflegenden Angehörigen lassen
- Grenzen des Freiwilligenprofils beachten – zum professionellen System weiter verweisen
- Gesprächsführung strukturieren: zeitliche Begrenzung der Begleitungen, ansprechen, was heute ansteht, Erwartungen offen abklären, Ergebnisse des Gesprächs zusammenfassen, Verabredungen treffen über die Art der Begleitung, Feed-back einholen
- Selbstsorge üben/sich innerlich abgrenzen, z.B. Gehörtes nicht „nach Hause mitnehmen“

- Austausch auf Augenhöhe/Geben und Nehmen (auch Rückmeldungen geben, was die Pflegebegleitung mir gibt)

(vgl. weiterführend Anhang 3: „Begleitung konkret“, S. 41 ff.)

Zum Erhalt der Qualität des Engagements und auch der persönlichen Engagementfreude ist die Teilnahme an monatlichen Sitzungen verpflichtend. Eine weitere Verpflichtung besteht darin, bei Schwierigkeiten frühzeitig Rückmeldung zu geben. Sollten Störungen in der Begleitung oder Grenzsituationen eintreten, ist es die Aufgabe der Pflegebegleiterin bzw. des Pflegebegleiters, diese zur Sprache zu bringen. Bei einem Überforderungserleben sind die Freiwilligen gehalten, Einzelsupervision oder kollegiale Beratung durch die Gruppe in Anspruch zu nehmen. Eventuell kann eine Begleitung auch an eine andere Person übergeben werden.

Auch bezüglich der Begleitungsstrukturen liegen Erfahrungen vor: Die Dauer der Begleitung ist nicht zu reglementieren oder zu werten und kann sehr unterschiedlich ausfallen. Es muss von Anfang an klar sein, welche Formen und Möglichkeiten zur Beendigung der Begleitung im Pflegebegleiter-Projekt möglich sind, damit beide Partner die Freiheit besitzen, aussteigen zu können. Ein Ende der Begleitung muss klar und deutlich markiert werden. Der Familie sollte stets ein Ansprechpartner zur Verfügung stehen. In Bezug auf die Freiwilligen gilt: sie sollten nie das Gefühl zurück behalten, „versagt“ zu haben.

Für die Dokumentation der Einsätze hat sich ein doppeltes Modell bewährt: Eine knappe formale Dokumentation nach außen hin, die zur Koordination nötig ist, sowie eine persönliche Dokumentation zur Reflexion der Arbeit in der Gruppe. Auch hier galt es, einen wenig formalisierten Weg in einem sensiblen Feld zu entwickeln.

4.3.8 Begleitung der Initiativen in die Selbstorganisation

Projekt-Initiatorinnen und Projekt-Initiatoren fällt die Aufgabe zu, die ersten Schritte zur Selbstorganisation einzuleiten (vgl. Kluge/Steiner 2006, S. 159). Sie schieben den Prozess der schrittweisen Selbstorganisation nur an, sind bei weitergehendem Engagement aber möglicherweise selbst als Teil des Systems auszufassen. Sie betreiben mit der Gruppe eine gemeinsame Zielfindung. Handlungsleitend ist dabei die Grundregel, dass ein Projekt erst von der Pflegebegleitergruppe zur „eigenen Sache“ gemacht worden ist, wenn der „Auftrag“ gemeinsam formuliert wird. Bei der Zielfindung werden

Grundsatzziele, Rahmenziele und Ergebnisziele zusammen vereinbart. Zielfragen waren beispielsweise:

- Was wollen wir als Projektgruppe erreichen?
- Was verspreche ich mir persönlich vom Projekt?
- Wie wollen wir zusammenarbeiten?

Bei der gemeinsamen Beantwortung dieser Fragen sollten eher übergeordnete Grundsatzziele (Leitbild Pflegebegleiter) mit längerfristiger Relevanz unterschieden werden von Rahmenzielen (mittelfristiger Zeitrahmen, z.B. „Wir wollen uns im nächsten Jahr in allen relevanten Arbeitskreisen zur Pflege vorgestellt haben“) und eher kurzfristig angelegten, einfacher erreichbaren Ergebniszielen (z.B. sehr konkrete Schritte zum Werben für das Projekt in der Region). Am Ende der vereinbarten Schritte stand eine gemein-

same Zielbewertung bzw. kritische Reflexion der vorgenommenen zeitlichen Abläufe, sowie der finanziellen und personellen Ressourcen.

4.3.9 Auf- und Ausbau von vernetzten Strukturen

Im Verlauf des Projektes haben sich die Vernetzungen auf den verschiedenen Ebenen und zwischen den Ebenen zunehmend ausdifferenziert.

- Vor Ort sind Vernetzungen mit den professionellen Partnern gesucht und aufgebaut worden.
- Die Strukturentwicklung mit Schirmherren und Patenschaften erleichterten die Öffentlichkeitsarbeit und motivierten zum Bürgerschaftlichen Engagement.
- Vernetzungsaktivitäten nahmen zu und stärkten die Projektarbeit und deren Qualität. Organisationen waren sogar bereit, Mittel zu investieren, um an einem Vernetzungstreffen teilzunehmen.
- Zusammenschlüsse von Standorten gaben Rückhalt, z.B. Ruhrgebiet, Ostwestfalen oder in Großstädten wie Dortmund oder Kassel. Hier zeigte sich eine Ausdifferenzierung von Arbeitsstrukturen (z.B. Einrichtung einer Arbeitsgruppe „Öffentlichkeitsarbeit“).
- Pflegebegleiter-Treffen fanden statt, Pflegebegleiter-Initiativen besuchten sich gegenseitig zum Erfahrungsaustausch.

4.4 Herausforderungen – Grenzen

Im Verlauf des Projektes haben sich spezielle Aufgabenstellungen gezeigt. Während in Kapitel 4.5 ausgewählte Erfolge dargestellt werden, geht es im folgenden Abschnitt um Probleme, die noch weitere Klärung und Bearbeitung benötigen und insofern auch die Grenzen des Projektes verdeutlichen.

4.4.1 Bundesweit Vergleichbarkeit herstellen

Eine Aufgabe des Projektes war die Herstellung möglichst bundesweiter Vergleichbarkeit. Es ergaben sich hier folgende Schwierigkeiten:

Zu beobachten war, dass in den jeweiligen Bundesländern unterschiedliche Strukturen für Bürgerengagement in der Pflege vorhanden waren. Es galt, diese zu erfassen und sich dann in die vorhandenen Strukturen entsprechend einzubinden. Im Verlauf gab es interne länderspezifische Umstrukturierungsprozesse, die dazu führten, dass die Pflegebegleiter-Idee nicht wirklich in Landesstrukturen aufgenommen werden konnte.

Zusätzlich zeigten sich Grenzen in der Verbreitung dort, wo bereits eine Vielzahl von Projekten angesiedelt war (z.B. in großstädtischen Ballungsgebieten).

Wie die Regionalbüros berichteten, ist die Implementierung von Pflegebegleiter-Standorten auch durch große Entfernungen zum Sitz des Regionalbüros erschwert worden.

4.4.2 Instabilität der Organisationen ausgleichen

Die Leitungen der Regionalbüros hoben besonders die Leistungen der freiwilligen Projekt-Initiatorinnen und Projekt-Initiatoren hervor. Immer wieder kam zur Sprache, dass der notwendige zeitliche Aufwand erheblich sei und prinzipiell zunächst unterschätzt wurde. Immer wieder wurde der Wunsch geäußert, dass die freiwilligen Projekt-Initiatorinnen und -Initiatoren finanzielle Anerkennung erhalten sollten.

Einige „Heimathäfen“ waren teilweise zurückhaltend mit Unterstützung: Hier wurde dem Tandem der Projekt-Initiatorinnen und Projekt-Initiatoren in der Regel die gesamte Verantwortung für den Prozess übertragen. Dies könnte damit zusammen hängen, dass die Qualifizierung vor allem unter dem Aspekt der weiteren „Rekrutierung“ von Freiwilligen betrachtet wurde. Oftmals wurde der innovative Charakter der Projektidee nur bedingt zur Kenntnis genommen. In diesen Fällen herrschte ein ausgeprägtes Dienstleistungsdenken vor.

Verzögerungen und Blockaden im Prozess ergaben sich dadurch, dass sich vor allem stark hierarchisch aufgestellte Organisationen viel Zeit ließen, definitive Entscheidungen für die Teilnahme am Projekt zu treffen. Entsprechend wurde noch ein bundesweiter Nachqualifizierungskurs für neu hinzugekommene Standorte notwendig, an dem auch Vertreter von Organisationen teilnahmen.

4.4.3 Projekt-Initiatorinnen und Projekt-Initiatoren gewinnen und halten

Es ist im Laufe der Projektzeit immer wieder aus unterschiedlichsten Gründen in allen Regionen zu Beendigungen der Tätigkeiten als Projekt-Initiatorin bzw. Projekt-Initiator gekommen (vgl. Abb. 36).

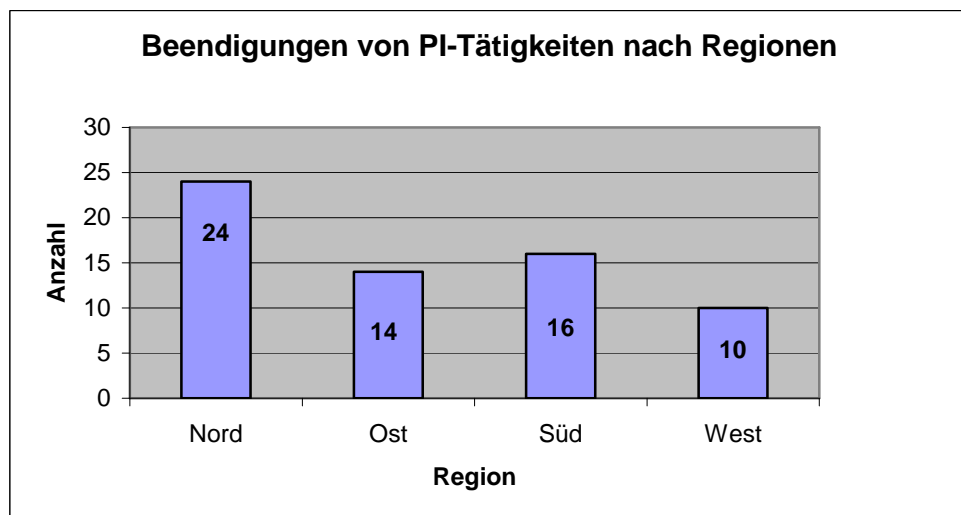


Abb. 36: Beendigungen von PI-Tätigkeiten nach Regionen

Im Projektverlauf wurden in allen Regionen und in allen „Generationen“ Ausstiege aus Qualifizierungsmaßnahmen oder auch nicht vorgesehene Abbrüche gemeldet. In der Datenbank des Bundesprojektbüros ist das Ausscheiden von insgesamt 64 Personen vermerkt.

Die nicht im Vorhinein einzuschätzende Fluktuation der Projekt-Initiatorinnen und Projekt-Initiatoren an den Standorten stellte die Regionalbüros vor die Herausforderung, im laufenden Prozess neue Standorte zu finden. So schieden in allen Generationen einige Projekt-Initiatorinnen und -Initiatoren bereits nach der Qualifizierungsmaßnahme aus – trotz vorheriger Zusage.

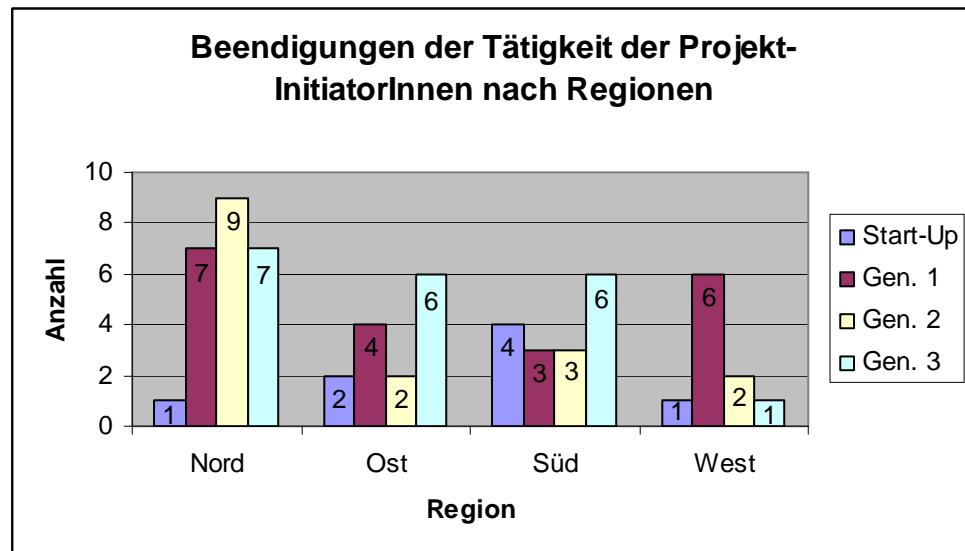


Abb. 37: Beendigungen der Tätigkeit der Projekt-InitiatorInnen nach Generationen

Nach der Einordnung dieser Beendigungen befragt, wurden dem Bundesbüro von den Projekt-Initiatorinnen und –Initiatoren oder den Regionalbüroleitungen folgende Erläuterungen gegeben:

- verstorben (2)
- Organisationen beenden Kooperation (24)
- gesundheitliche Gründe (1)
- Elternzeit (1)
- Umzug (1)
- Arbeitsplatzwechsel (3)
- persönliche Gründe (2)
- zeitliche Überbelastung (1)
- kein weiteres Engagement trotz Nachqualifizierung/meist unvollständige Informationen vor der Maßnahme (11)
- unbekannte Gründe (18)

Die Zeitpunkte der jeweiligen Beendigungen der Tätigkeit im Projekt waren sehr unterschiedlich. So entschieden sich im Projektverlauf einige bereits vor Ende der Qualifizierung gegen ein Engagement im Projekt. Andere schieden zum Teil viel später, also z.B. nach der Durchführung von zwei Kursen (vertragsgemäß) aus.

4.4.4 Profil schärfen – Konkurrenzen ausräumen

Zu beobachten waren auch politische Abgrenzungen durch andere Akteure im Feld der Pflege: In Bayern überraschte die öffentliche Abgrenzung der durch das Sozialministerium geförderten Angehörigenberatungsstellen sowie die Distanzierung des „Helfernetzwerk Demenz“. Es bestand zunächst erhebliche Zurückhaltung und Skepsis bei Fachkräften gegenüber einer als anspruchsvoll eingeschätzten Begleitung für pflegende Angehörige. Hier haben die Begrifflichkeiten der Pflegeversicherungsreform zur notwendigen Klärung beigetragen: die spezielle professionelle „Pflegeberatung“ wird nun eindeutig von der nachbarschaftlichen und niedrigschwelligen „Pflegebegleitung“ abgegrenzt.

In der Mehrzahl zeigen sich jedoch die Verbände auf Landes- und Bundesebene zunehmend sehr interessiert am Profil des Projektes und planen eine weitere Zusammenarbeit und Unterstützung der Initiativen – auch über die Projektlaufzeit hinaus.

4.4.5 Finanzielle Rahmenbedingungen sichern

Im Projektverlauf wurde von Seiten der Projektverantwortlichen zunehmend deutlich gemacht, dass eine Weiterarbeit der Initiativen durch entsprechende Refinanzierung gesichert sein muss. Zu Beginn des Projektes wurde diesbezüglich durch die Möglichkeit der Beantragung von GÜF-Geldern ein zusätzlicher Anreiz für die Organisationen geboten. Gegen Ende des Projektes kam es verstärkt wieder zu Äußerungen von Besorgnis: Da die Refinanzierungsmöglichkeiten über §45 d noch nicht sicher sind, wurde darauf hingewiesen, dass erheblicher Unterstützungsbedarf seitens der Initiativen bei der Antragstellung besteht. Eine umfassende Beratung und Begleitung konnte jedoch von Seiten der Regionalbüros und des Bundesbüros nicht zugesagt werden, da nach Ende der Projektlaufzeit auch diese Strukturen finanziell bislang nicht abgesichert waren.

4.4.6 Motivierung zur Beteiligung an Evaluationen

Zu den Grenzen des Projektes gehört auch die Erfahrung, dass Freiwilligeninitiativen die Teilnahme an schriftlichen Evaluationen und dem Ausfüllen von Dokumentationsbögen nur begrenzt zuzumuten ist. Vor allem im Osten hat sich hier massiver Widerstand der freiwilligen Pflegebegleiter artikuliert, in dem geforderten großen Umfang Rückmeldungen in schriftlicher Form zu geben. Dies wurde begründet mit belastenden Erfahrungen, in der Freizeit „kontrolliert“ zu werden, aber auch mit der Bezugnahme auf die spezielle Art freiwilligen Engagements, in der Evaluationen, wie sie von professionellen Pflegekräften erwartet werden, keinen Platz hätten.

Projekt-Initiatorinnen und Projekt-Initiatoren sperrten sich vor allem dann gegen die externen Evaluationen, wenn sie bereits mit ihren Gruppen eigene Dokumentationsinstrumente entwickelt hatten und nun ihrer Initiative keine „doppelte Buchführung“ zuzumuten wollten.

Auch die pflegenden Angehörigen waren in Bezug auf das Geben von Auskünften extrem zurückhaltend. Sie machten deutlich, dass sie nicht ins „Licht der Öffentlichkeit“ treten wollten, dass sie „Kontrolle des professionellen Systems“ fürchteten.

Die angesprochenen Vorbehalte verdeutlichen, dass die Rückläufe bei den schriftlichen Befragungen weit hinter den de facto erfolgten Aktivitäten zurückblieben.

4.5 Ausgewählte Erfolgsfaktoren und Meilensteine

Das Projekt Pflegebegleiter kann insgesamt als Erfolg gewertet werden: Die Zahlen zur Implementierung bestätigen, dass das innovative Vorhaben den „Praxistest“ bestanden hat. Im Rückblick markieren folgende Faktoren den Erfolg des Projektes:

4.5.1 Trägerunabhängigkeit und enge Anbindung an örtliche Strukturen

Die Implementierung der Pflegebegleiter-Initiativen wurde durch ganz unterschiedliche Kooperationspartner vor Ort möglich. Die Verbandszugehörigkeiten waren heterogen. Größere aber auch kleinere, nicht verbandlich organisierte Initiativen waren ebenso wie Kommunen Kooperationspartner. Die spezielle Herausforderung für die Regionalbüros bestand darin, sich jeweils auf die unterschiedlichen Organisationsformen einzulassen und deutlich zu machen, wie die neue Form der Kooperation mit freiwilligem Engagement im Projekt erfolgen sollte: nicht als Einbindung, sondern als Anbindung der Initiativen an die jeweiligen sog. „Heimathäfen“. Gefördert werden sollte ein möglichst hohes Maß an Eigenständigkeit der freiwilligen Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter. Für die Organisationen galt es, hier umzudenken, auf die Selbstorganisationsfähigkeit der Initiativen zu vertrauen und im Hintergrund Unterstützung zu leisten.

Das bürgerschaftliche Profil hat Konsequenzen für die „Architektur“, die sich die Anlaufstellen schafften, und die Auswahl der Kooperationspartner für das Pflegebegleiterprojekt auf kommunaler und auf Landesebene. Bei der Standortauswahl wurde auf eine enge Verzahnung mit der örtlichen Gemeinde geachtet. Die Einbettung in das örtliche Gemeinwesen kommt in besonderer Weise zum Ausdruck beim Übergang der Freiwilligen in die Pflegebegleiter-Praxis. Deshalb fanden die Zertifikatsübergaben jeweils im Rahmen einer öffentlichen Übergabe durch leitende Vertreter der kommunalen Verwaltungen statt.

Durch die gezielte Kooperation mit Organisationen/Kommunen/Landkreisen, Tandemstrukturen für die Vorbereitung konnten für das freiwillige Engagement der Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter vor Ort Strukturen entwickelt werden, die zum überwiegenden Teil nach Beendigung der Förderphase erhalten bleiben.

Pflegebegleitung wurde prinzipiell als Bestandteil kommunaler Infrastruktur umgesetzt. Insofern kann das Projekt Pflegebegleiter als innovativer Baustein kommunaler Daseinsfürsorge betrachtet werden.

4.5.2 Eigenständige Erarbeitung von Zugangswegen in die Familien

Zugänge zu Familien wurden eigenständig von den Initiativen entwickelt und erprobt – mit dem Effekt einer Profilerweiterung für Pflegebegleiter-Initiativen:

Erweiterung des Tätigkeitsprofils der Initiativen

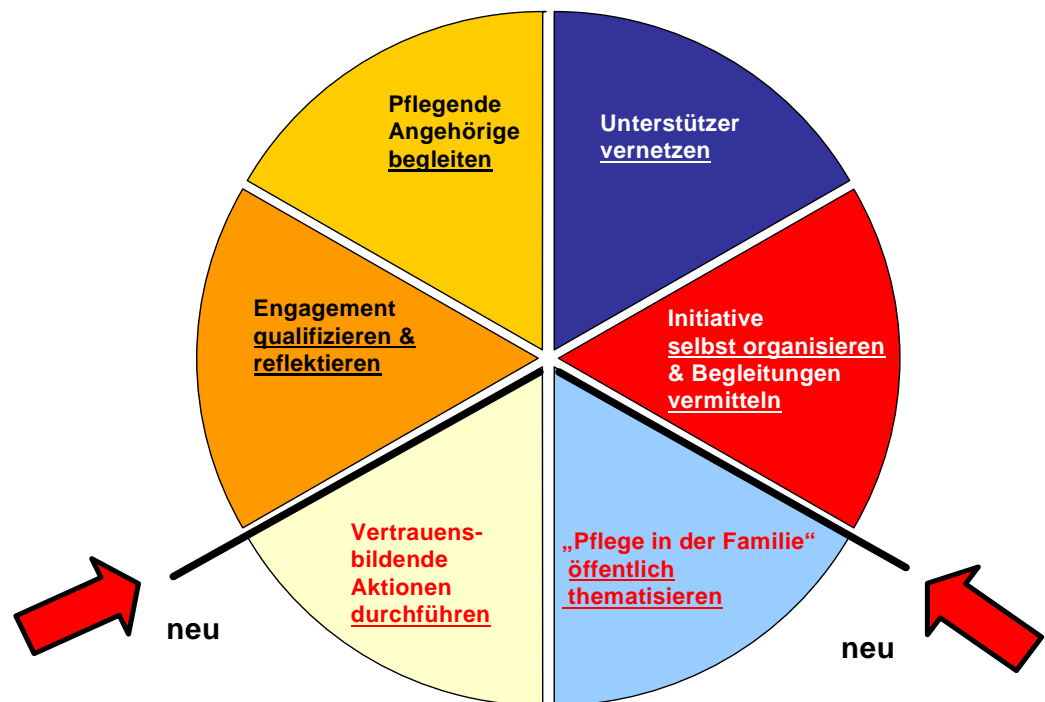


Abbildung 38: Erweiterung des Tätigkeitsprofils der Pflegebegleiter-Initiativen

Den Zugang zu Familien zu finden, war eine der besonderen Herausforderungen dieses Projektes. Hier hat der Ansatz der Selbstorganisation seine Bewährungsprobe bestanden: Die Initiativen haben es selbst durch kreative und innovative Ideen geschafft, neue Zugangswege zu entwickeln. Einige Beispiele seien genannt, wie Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter ihr Angebot bekannt machen konnten und so in der Praxis Fuß gefasst haben: die Initiativen haben ihr Angebot nicht nur in bestehenden Gremien, Presse, Radio und Printmedien bekannt gemacht. Geworben wurde über öffentliche Schlüsselpersonen, Anlaufstellen für pflegende Angehörige, die Homepage. Aber sie gingen noch weiter: eröffneten selbst ein Café für pflegende Angehörige, organisierten Ausflüge für pflegende Angehörige, gestalteten Anerkennungsveranstaltungen. So wurde z.B. eine Würdigungswoche für pflegende Angehörige veranstaltet. Im Anschluss daran haben sich in einer Gemeinde siebzig pflegende Angehörige gemeldet – viele davon haben sich durch Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter weiter begleiten lassen.

Die Erfahrungen bestärken die Projektverantwortlichen in der Überzeugung, dass sich bürgerschaftliche Potenziale dann besonders gut entfalten, wenn:

1. die anstehenden Probleme (z.B. wir finden keinen Zugang) in der Gruppe als Herausforderung definiert werden, eigenständig neue Wege zu suchen ,
2. die Initiativen hierin von der fachlichen Begleitung/Projektleitung ermutigt und unterstützt werden,

3. Erfolge veröffentlicht und allen anderen „Suchenden“ zugänglich gemacht werden (Motivationseffekt).

Für die Leitungsebene galt es, sichere Rahmenbedingungen und Reflexionsräume zu einer (evtl. durch fachkundige Experten unterstützten) Analyse zur Verfügung zu stellen und daran mitzuwirken, dass neue, auch ungewöhnliche Ideen auf ihre Realisierbarkeit hin untersucht und dann auch umgesetzt werden konnten. Hier kann künftig auf den Einfallsreichtum der Freiwilligen und deren Initiative vertraut werden.

4.5.3 Begleitung der Pflegebegleiter-Initiativen durch „Tandems“

Die Arbeit der Projekt-Initiatorinnen und Projekt-Initiatoren im Tandem kann als weiterer Erfolgsfaktor genannt werden. Die Projekt-Initiatorinnen und Projekt-Initiatoren selbst halten dies für den „Schlüssel zum Erfolg“: die Komplexität der Aufgabe (Aufbau einer Initiative, Kooperation mit der Organisation/Kommune, Vernetzung in der Kommune, Gestaltung von Lernprozessen in Vorbereitungskursen, fachliche Begleitung von Praxiserkundungen, Vermittlung von Begleitungen, Beratung von Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleitern in schwierigen Praxissituationen usw.) macht deutlich, dass dies allein von einer Person nicht zu leisten ist.

Eine Intention des Projektes war es, dass Projekt-Initiatorinnen und Projekt-Initiatoren möglichst in einem gemischten Tandem von Hauptberuflichen und Freiwilligen arbeiten. Dies ist in etwas mehr als der Hälfte der Fälle geschehen. Daneben gab es jedoch Tandems, die aus zwei Hauptberuflichen oder zwei Freiwilligen bestanden. Interessant war, dass sich insgesamt das Verhältnis von freiwilligen und hauptberuflichen Projekt-Initiatorinnen und Projekt-Initiatoren im bundesweiten Vergleich die „Waage hält“.

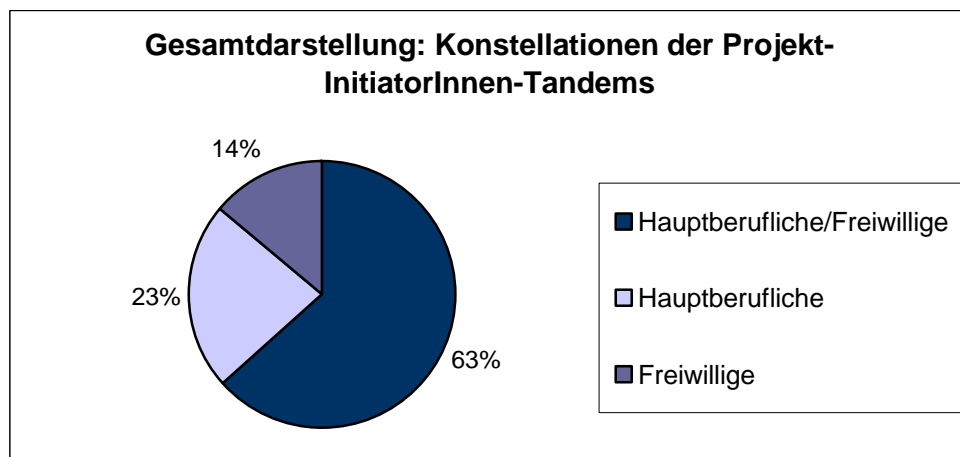


Abb. 39: Gesamtdarstellung der Projekt-InitiatorInnen-Tandems

Im Westen gab es tendenziell eher etwas mehr Freiwillige, dafür überwiegen im Süden, Norden und im Osten die Hauptberuflichen.

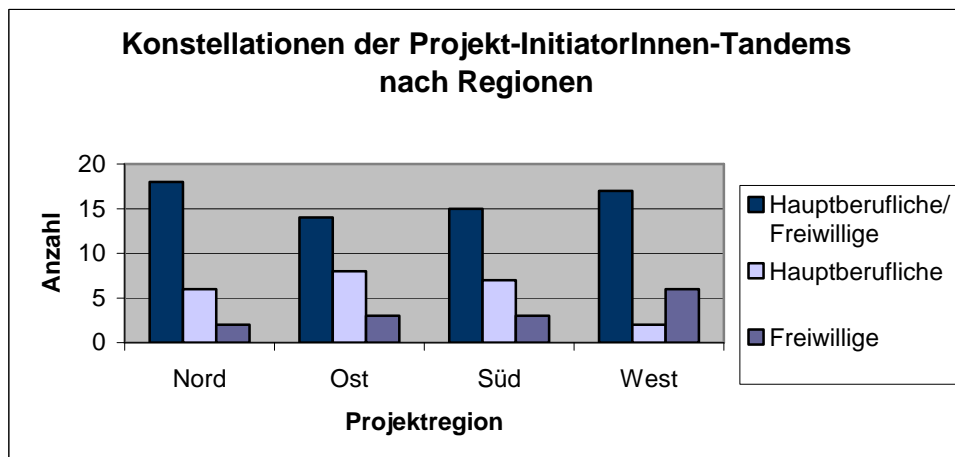


Abbildung 40: Tandem-Konstellationen nach Regionen

Grundsätzlich ist zu beobachten, dass das Gesamtkonzept einer Mischung von Haupt- und Ehrenamt in der Praxis realisiert wurde. Es ist erstaunlich, dass so viele freiwillig engagierte Expertinnen und Experten ihr Engagement über die Projektlaufzeit hin fortgeführt haben und weiter tätig sind. Es zeigte sich allerdings: die freiwillig tätigen Projekt-Initiatorinnen und Projekt-Initiatoren bringen professionelle Expertise ein und ein Ausmaß an zeitlichem Engagement, das das gewöhnliche Maß freiwilligen Engagements weit übersteigt.

Interessant ist, dass insgesamt der Anteil der weiblich engagierten Projekt-Initiatorinnen deutlich über dem Anteil der männlichen liegt. Dies ist sowohl bei den Freiwilligen als auch bei den Hauptberuflichen zu beobachten.

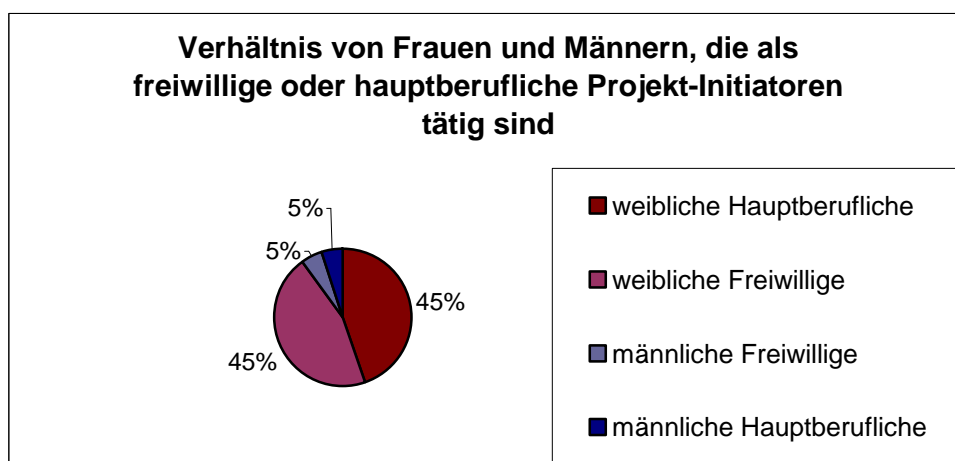


Abb. 41: Frauen- und Männeranteil der Projekt-InitiatorInnen

Insgesamt gesehen, ist die Arbeit mit ehrenamtlichen Multiplikatoren im Bereich der Pflege ungewöhnlich und innovativ. So gibt es etwa in der Qualifizierung zum freiwilligen Seniorenbegleiter keine ehrenamtlich tätigen Leitungskräfte. Hier sind – ebenso wie im Hospizbereich – regelhaft hauptberufliche Kräfte eingesetzt.

Wenn sich Projekt-Initiatoren zurückzogen, sorgten sie meist für eine Nachfolge im Tandem. In Einzelfällen sind bei personellen Engpässen geeignete Pflegebegleiterin-

nen und Pflegebegleiter in die Projekt-Initiatorenrolle nachgerückt und nachqualifiziert worden.

4.5.4 Theorie-Praxis-Diskurse von Projektakteuren

Regelmäßige Theorie-Praxis-Diskurse mit der Wissenschaftlichen Begleitung haben Kurskorrekturen und Konzeptentwicklungen nachhaltig gefördert. So fanden z.B. Arbeitstreffen zur Reflexion der Projektentwicklung und gemeinsamen Planung statt. Auch die jährlichen Fachtagungen gaben die Möglichkeit, die Ergebnisse und Erfahrungen der Projektakteure aus allen Regionen und auf den unterschiedlichen Ebenen zu reflektieren und mit den Ergebnissen der Begleitforschung abzugleichen.

Zusätzlich haben in allen Regionen Vernetzungsaktivitäten in Form von Vernetzungstreffen für Projekt-Initiatorinnen und -Initiatoren sowie kooperierende Organisationen stattgefunden. Auf regionalen Fachtagungen wurden in allen vier Projektregionen die regionalen Ergebnisse der Evaluation zur Diskussion gestellt.

4.5.5 Verbindlichkeit und Motivierung durch „Anerkennungskultur“

Ein weiterer wichtiger Erfolgsfaktor war die Entfaltung einer Anerkennungskultur – für die pflegenden Angehörigen und für die freiwilligen Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter. Anerkennung ist sowohl in häuslichen Pflegesituationen als auch in Strukturen freiwilligen Engagements nicht von vornherein gegeben, sondern muss permanent ausgehandelt werden (vgl. Steinfurt 2006).

Die Entwicklung der Anerkennungskultur im Pflegebegleiter-Projekt basiert auf der Grundannahme, dass sich Menschen wünschen, dass die eigene Identität be- und gestärkt wird. Sie erwarten, dass ihre Tätigkeiten – gerade dann, wenn sie kraftaufwendig und zeitintensiv sind – anerkannt werden. Wichtig sind hierbei jedoch nicht nur die Aufmerksamkeit von Anderen und die positive Bewertung durch Andere, sondern auch die Selbstanerkennung. Im Projekt Pflegebegleiter wurden Strukturen einer neuen Anerkennungskultur erprobt, die drei Dimensionen umfasst: Zum Ersten wird Aufmerksamkeit von Anderen gebraucht: dies setzt voraus, das Projekt Pflegebegleiter in der Öffentlichkeit bekannt zu machen, so dass Freiwilligentätigkeiten und häusliche Pflegesituationen eine „Stimme bekommen“. Aufmerksamkeit wird auf Bundesebene vermittelt durch Einladungen zu Fachtagungen, den Newsletter usw. Zum Zweiten ist positive Bewertung durch andere notwendig: hier gilt es Formen zu finden, in denen persönliches Engagement wertgeschätzt wird. Dies kann auf unterschiedlichen Ebenen geschehen: Im Sinne einer kognitiven Achtung (z.B. Autorenschaften bei Veröffentlichungen), einer emotionalen Zuwendung (z.B. sich Zeit für ehrliche, persönliche Rückmeldungen nehmen) oder auch als soziale Wertschätzung (z.B. die besonderen Fähigkeiten von Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleitern und pflegenden Angehörigen zu betonen und öffentlich zu würdigen). Und zum Dritten ist die Selbstanerkennung wichtig: hierbei ist die persönliche Reflexion von Handlungen – sowohl auf der Ebene der Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter als auch der pflegenden Angehörigen – unbedingt notwendig, um immer wieder Kraft für neue Schritte zu sammeln. So kann z.B. in Gesprächen erkannt werden, dass eigene Handlungen sinnvoll sind, auch wenn sie im Alltag häufig als nervenaufreibend und mühevoll erlebt werden. Im Projekt Pflegebe-

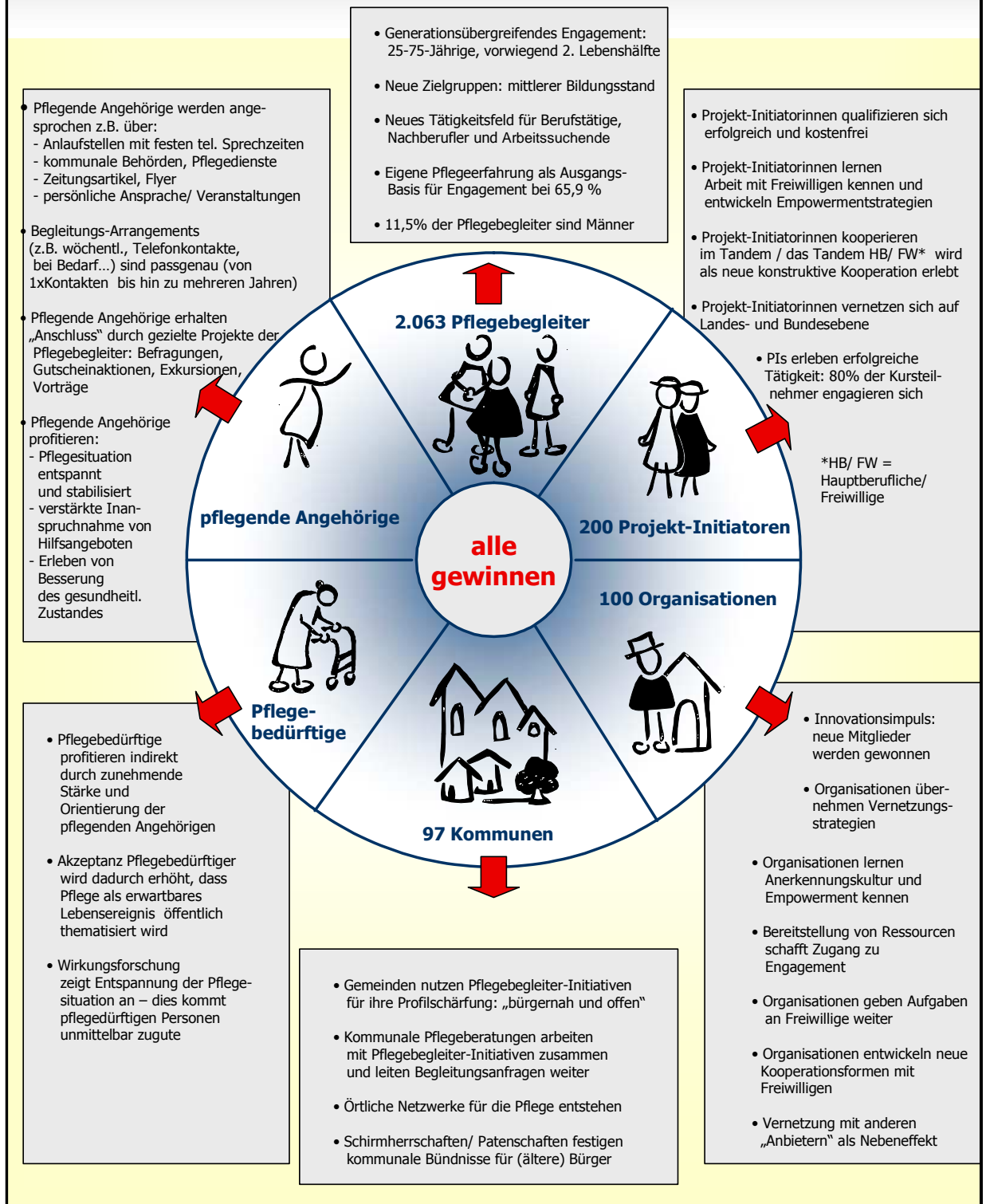
gleiter wurde daher immer wieder versucht, Menschen in ihren Fähigkeiten zu (be)stärken.

Für alle Projektbeteiligten gehörte die Einsicht zu einer wichtigen Lernerfahrung im Projekt, dass die Entwicklung einer selbstverständlichen und alltäglichen „Anerkennungskultur“ eine permanente Aufgabe darstellt (weiterführend vgl. Jakob 2005; vgl. dazu auch das Konzept des Modellprogramms „Generationsübergreifende Freiwilligendienste“ BMFSFJ).

4.6 Ergebnisse und Meilensteine im Überblick

In folgender Abbildung werden alle zentralen Projektergebnisse im Überblick zusammengefasst. Unter dem Projekt-Slogan „Alle gewinnen“ sind sowohl die beteiligten Ebenen des Projektes aufgeführt als auch die jeweiligen Gewinne und Erfolge im Projekt.

Freiwillige begleiten pflegende Angehörige - in allen Bundesländern -



Stand: 15. Oktober 2008

Abb. 41: Projektergebnisse im Überblick

5. Ergebnisse und Resultate der wissenschaftlichen Begleitforschung

Im Folgenden werden die Ergebnisse und Resultate der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Pflegebegleiter-Projekt vorgestellt und unter methodischen Gesichtspunkten diskutiert. Eine inhaltliche Diskussion – auch im Hinblick auf Schlussfolgerungen für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung – erfolgt in Kapitel 6.

5.1. Ergebnisse der Pflegebegleiter-Kurse – bundesweit

Insgesamt gaben bundesweit 1391 Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter eine Rückmeldung zu ihrem Pflegebegleiter-Kurs (Rücklauf von ca. 68,8 %). Aus der Region Ost waren dies N = 422 (30,3 %), aus der Region Süd N = 413 (29,7 %), aus der Region West N = 329 (23,7 %) und aus der Region Nord N = 227 (16,3 %).

5.1.1 Soziodemografische Daten und eigene Pflegeerfahrung

Anhand der Auswertung der soziodemographischen Variablen lässt sich sagen, dass die befragten Personen zu 87,9 % weiblichen (N = 1177) und zu 11,5% männlichen Geschlechts (N = 160) sind. Die übrigen Teilnehmerinnen und Teilnehmer trafen an dieser Stelle keine Aussage. Dabei befindet sich mehr als die Hälfte der befragten Teilnehmenden (57,2%) im 3. Lebensalter zwischen 50 und 75 Jahren. An zweiter Stelle folgen zu 38,7% Befragte im Alter zwischen 25 und 50 Jahren; nur wenige Teilnehmenden sind jünger als 25 (1%) oder älter als 75 Jahre (0,7 %). 2,4% der Befragten wollten hierzu keine Angabe treffen.

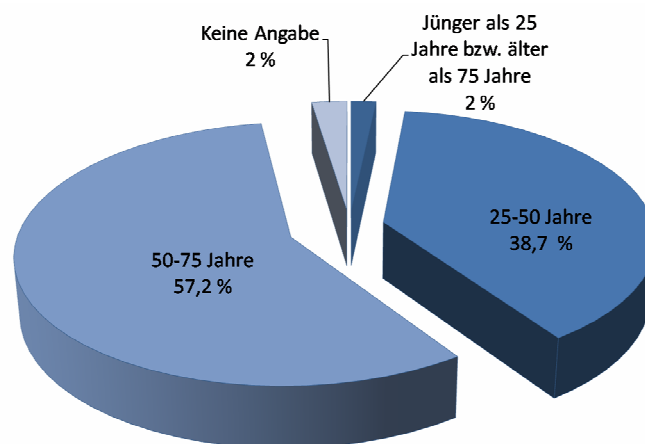


Abb. 4: Alter der KursteilnehmerInnen

Dabei besitzen 42,3% der befragten Teilnehmerinnen und Teilnehmer einen mittleren Schulabschluss. Knapp ein Drittel (29,8%) verfügt über Abitur bzw. Fachhochschulreife und etwa ein Fünftel (21,9%) hat einen Hauptschulabschluss. In Hinblick auf den Bildungsgang verfügt die Mehrzahl der Befragten über eine abgeschlossene Berufsaus-

bildung (63,2%).16,3% der Teilnehmenden haben ein Studium abgeschlossen und lediglich 3 % gaben an, keine berufliche Ausbildung zu haben.

Der aktuelle berufliche Status der Befragten setzt sich folgendermaßen zusammen:

- Die größte Gruppe der angehenden Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter ist berufstätig (32,4%), weitere 3,9% der Befragten befinden sich in der Ausbildungsphase.
- Etwa ein Viertel (23,4%) befindet sich in der nachberuflichen Phase.
- 23,1% bezeichnen sich als arbeitslos bzw. arbeitssuchend, wovon wiederum 6,3% der Befragten geringfügig beschäftigt sind.
- 14,4% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer geben an, familiär verantwortlich zu sein; davon befinden sich 1,4% in Elternzeit.
- In 2,9 % der Rückmeldungen wurden keine Aussagen zu dieser Frage getroffen.

In der offenen Auswertung der Berufsangaben zeigt sich deutlich, dass die meisten angegebenen Berufe in der Gewichtung dem sozialen Bereich zuzuordnen sind (Beispiele):

Schwesternhelferin	Pflegedirektorin	Sporterzieher
Krankenschwester	Examinierte Altenpflegerin	Ergotherapeutin
Ambulanter Pflegedienst	Erzieherin	Zahnarthelferin
Pflegehilfskraft	Familienhelferin	Physiotherapeut
Sozialpädagogin	Bewegungspädagogin	Pflegemanagement
Seniorenbetreuerin	Ärztin	Diakonin
Pfarrer	Psychologe	Heilpädagogin
(Kunst-)Therapeutin	Psychogerontologie	Entspannungspädagogin

An zweiter Stelle folgen Berufe im Verwaltungsbereich wie (kaufmännische) Angestellte, Bürohilfe, Sekretärin, Sachbearbeiter, Buchhalter, Arbeitsvermittlerin usw. Die am wenigsten besetzte Kategorie „Sonstige“ ist sehr heterogen mit vielfältigen Berufen wie z.B. Haushaltshilfe, Personal- und Businesscoach, Informatikerin, Redakteur, Schlosser und viele mehr besetzt.

Etwas weniger als die Hälfte der Kursteilnehmerinnen und Kursteilnehmer wurde nach eigenen Angaben über Presse und Radio (41,2%) auf das Kursangebot aufmerksam. Danach folgen:

2. Freunde und Bekannte (14,2 %)
3. Flyer (11,3 %)
4. Programm des Veranstalters (9,1 %)
5. Informationsveranstaltung (8,5 %)
6. Persönliche Einladung (7,4 %)
7. Sonstiges (6,1 %)
8. Plakat, Aushang (2,0 %)

Ungewollte Mehrfachantworten bei diesen Aussagen zeigen zudem die Wirkung der Kombination bzw. des „Marketingmixes“ der Werbemethoden (z.B. Presse und Informationsveranstaltung).

Bei 1295 der 1391 aussagewilligen Teilnehmerinnen und Teilnehmer konnte des Weiteren erhoben werden, ob sie persönliche Pflegeerfahrung in den Kurs mit einbrachten – diese Frage konnte im Rahmen einer Fragenoptimierung erst in der zweiten Auflage des Evaluationsbogens für Pflegebegleiter-Kurse mit aufgenommen werden.

Zur besseren Übersicht erfolgt die Darstellung hier ohne die Angabe von Fehlwerten:

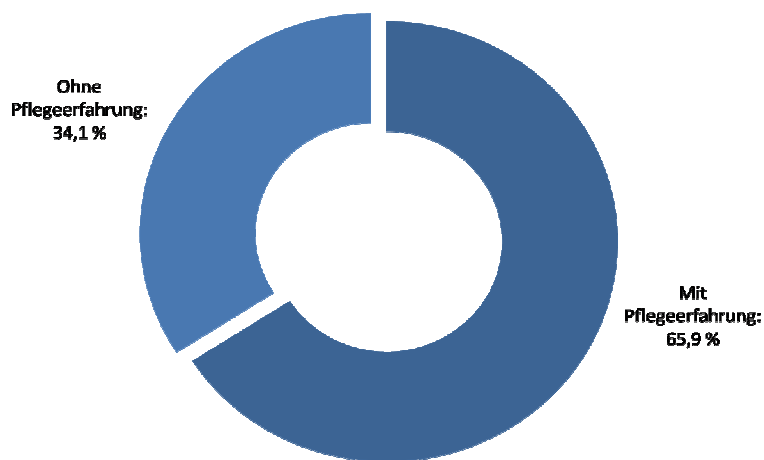


Abb. 44: Pflegeerfahrung der KursteilnehmerInnen

Knapp zwei Drittel aller Befragten gaben demnach an, Pflegeerfahrung in irgendeiner Form gemacht zu haben (65,9 %). Ein Drittel (34,1 %) bringt keine eigene Pflegeerfahrung in den Kurs mit ein.

In der aktuellsten Auflage des Evaluationsbogens für Pflegebegleiter-Kurse (Version 3.1) wurde detaillierter nachgefragt, um welche Art von Pflegeerfahrung es sich dabei handelte. Immerhin N = 498 Befragte konnten mit diesem Item noch erreicht werden: 15,1 % hat zum Zeitpunkt der Rückmeldung Erfahrung in der professionellen Pflege und mehr als die Hälfte (55,2 %) hat Erfahrung in der häuslichen/privaten Pflege. Knapp ein Drittel der Teilnehmenden (29,0 %) kann sogar Erfahrungen in beiden Bereichen vorweisen:

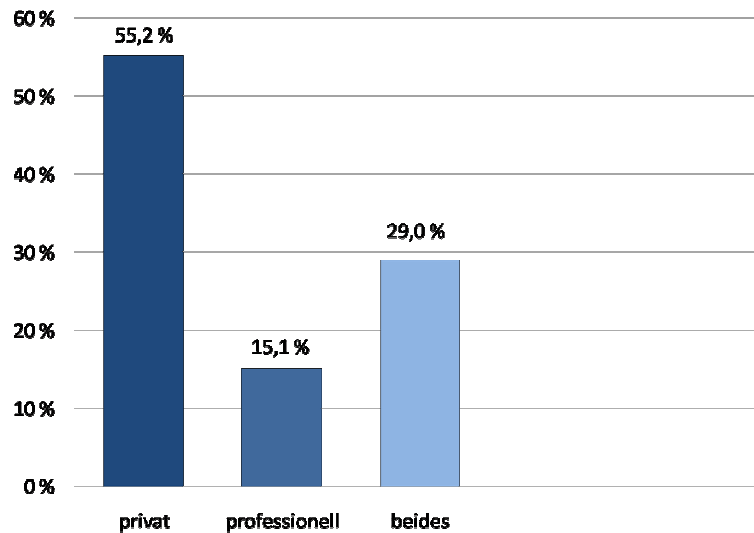


Abb. 45: Art der Pflegeerfahrung der KursteilnehmerInnen

Auf die Frage zum Interesse am Kurs (Motive) ergibt sich folgende Reihenfolge:

1. Ich betrachte gegenseitige Unterstützung als wichtige Aufgabe in unserer Gesellschaft (76,1 %)
2. Pflegende brauchen Unterstützung (67,1 %)
3. Ich möchte mich im Bereich Pflege / Begleitung weiterbilden (59,9 %)
4. Ich möchte für andere Menschen da sein, Zeit schenken (48,7 %)
5. Freiwilliges Engagement bringt mir persönlichen Gewinn (46,2 %)
6. Das ist ein wichtiges Thema (41,8 %)
7. Ich suche ein neues sinnvolles Aufgabengebiet (39,9 %)
8. Ich möchte neue Kontakte knüpfen (33,6 %)
9. Ich bin bereits in ähnlichen Tätigkeitsfeldern aktiv (32,6 %)
10. Ich war selbst pflegende Angehörige und hätte mir Unterstützung gewünscht (28 %)
11. Sonstiges (3,8 %)

Mehrfachnennungen waren bei dieser Fragenkategorie möglich. Die freie Antwortoption (Sonstiges) erbrachte in diesem Zusammenhang keine neuen Erkenntnisse.

5.1.2 Qualität der Pflegebegleiter-Kurse

Die Qualität der Kurse darf insgesamt als gut bezeichnet werden, da das Konzept über alle Qualitätsebenen zu greifen scheint und die Durchschnittswerte unter Einbezug vereinzelter schlechter Bewertungen in keinem Fall unter 2,34 liegen.

Strukturqualität	
1) Vorbereitung der Kurse ¹⁸	1,40
2) Kursräumlichkeiten	1,50
3) Selbstorganisation und Nachhaltigkeit*	2,34
4) Selbstbestimmtheit, Offenheit	1,71
5) Lernen in der Gruppe	1,36
6) Methodenvielfalt	1,54
7) Praxisbezug	1,93
8) Platz für persönliche Gespräche	1,61
9) Exkursionen*	1,54
Prozessqualität	
10) Ganzheitlichkeit	1,56
11) Atmosphäre in der Gruppe	1,25
12) Raum für Selbsterfahrung*	2,05
13) Lernbegleitung	1,24
14) Biographischer Bezug, Lebenserfahrung	1,60
15) Lernprozess: wahrnehmen, entdecken, erschließen	1,65
16) Reflexion Lernen und Engagement	1,96
17) Haltungen thematisieren	1,47
Ergebnisqualität	
A) Zuwachs an Vernetzung und Kontakten¹⁹	1,38
B) Feldkompetenz, Handlungsfelder	2,25
C) Kompetenzzuwachs Altern	2,08
D) Begleitkompetenz, Empowerment	1,72
E) Persönlicher Gewinn, Daseinskompetenz	1,42

Tab. 2: Ergebnisse zu den Kursvariablen und zum Kompetenzerwerb (die Zahlenwerte stellen Benotungen dar - vgl. Kapitel 3.2.2.1)

Die Teilnehmenden nahmen erwiesenermaßen eine differenzierte Bewertung vor:

- Bei jedem Item wurde der Werterange voll ausgeschöpft.
- Ebenso wurden die eingestreuten, negativ formulierten Items in der Regel richtig gedeutet – der Bogen wurde demnach genau gelesen und nicht nur überflogen.

¹⁸ Kursvariablen

¹⁹ fettgedruckt: Kompetenzen

Die Variable 3) **Selbstorganisation und Nachhaltigkeit** scheint unter den Teilnehmenden tatsächlich strittig, wenn man die Ergebnisse zu den Kursinhalten (siehe Tabelle 3 „Organisation als Initiative“) einbezieht.

Bei 9) **Exkursionen** lässt sich die hohe Standardabweichung dadurch erklären, dass es nicht in allen Kursen möglich war, Exkursionen anzubieten.

Bei 12) **Raum für Selbsterfahrung** scheint die missverständliche Formulierung des Items („Ich habe hier Neues an mir selbst entdeckt“) zu einer insgesamt relativ schlechteren Bewertung und einer hohen Standardabweichung führen.

Zu B) **Feldkompetenz, Handlungsfelder** gibt es Hinweise, dass das Item „Durch den Kurs ist es mir wichtiger geworden, mich freiwillig zu engagieren“ nicht sensitiv genug war: Viele Befragten antworteten hier insofern negativ, als dass es ihnen schon vorher äußerst wichtig war, sich freiwillig zu engagieren. So konnte es für diesen Teil der TeilnehmerInnen keine Steigerung mehr geben.

Kritik scheint auch dann deutlich zu werden, wenn sich es sich um den 7) **Praxisbezug** und die mögliche Umsetzung der Kursinhalte in die Praxis handelt. Wie in anderen vergleichbaren Kursen scheinen sich die Befragten verstärkt konkrete Handlungsanleitungen zu wünschen.

In den ersten beiden Ausführungen des Evaluationsbogens für Pflegebegleiterkurse bestand der Fokus noch darin zu überprüfen, ob die Inhalte in den jeweiligen Kursen wie geplant thematisiert und bearbeitet wurden. Die Ergebnisse hierzu (Mehrfachnennungen waren möglich) sind in der folgenden Tabelle aufgeführt:

Kursinhalte die nicht ausführlich genug behandelt wurden	
Begleitung konkret	6,9
Rollenprofil	0,8
Familiendynamik	3,9
Vision des Projektes	0,8
Gesetzliche Rahmenbedingungen	5,1
Organisation als Initiative ²⁰	6,8
Gesundheit und Selbstpflege	12,1
Wertorientierungen, Ethik, Haltungen	14,9
Infrastruktur, Angebote vor Ort	5,1
Leben mit Demenz	2,3
Umgang mit Kranksein, Behinderung und Alter	6,0

Tab. 3: Kursinhalte die nicht ausführlich genug behandelt wurden

²⁰ In Bezug auf die Variable 3) **Selbstorganisation und Nachhaltigkeit** ist zu beachten, dass der Kursinhalt „Organisation als Initiative“ an vierter Stelle rangiert.

Alle angegebenen Inhalte kamen vollständig in den Kursen zur Sprache. Lediglich bei den Themen „Wertorientierungen, Ethik, Haltungen“ und „Gesundheit und Selbstpflege“ gaben jeweils mehr als 10% der befragten Teilnehmerinnen und Teilnehmer an, dieses Thema nicht ausführlich genug behandelt zu haben.

Deshalb war bei den optimierten Bögen (ab Version 3.1) die Frage „Welche der folgenden Themen hätten Sie in Ihrem Kurs **gerne ausführlicher** behandelt?“ von größerem Interesse. Auch hier waren Mehrfachnennungen möglich. Dass es hier insgesamt zu mehr Nennungen und somit höheren Prozentangaben kam, lässt sich dadurch erklären, dass diese Frage nicht mehr mit der vorangegangenen gleichzusetzen ist. Bei der aktualisierten Frage konnten die befragten Kursteilnehmerinnen und Kursteilnehmer verstärkt eigene Akzentuierungen und Wünsche äußern:

Kursinhalte	<i>gerne ausführlicher gewünscht</i>
Begleitung konkret	34,3
Rollenprofil	11,3
Familiendynamik	20,5
Vision des Projektes	9,1
Gesetzliche Rahmenbedingungen	28,3
Organisation als Initiative ²¹	21,4
Gesundheit und Selbstpflege	15,4
Wertorientierungen, Ethik, Haltungen	21,4
Infrastruktur, Angebote vor Ort	21,0
Leben mit Demenz	14,7
Umgang mit Kranksein, Behinderung und Alter	24,7

Tab. 4: Ausführlicher gewünschte Kursinhalte

Auch hier scheint deutlich auf, dass die Qualifizierung in der Praxisbegleitung weitergehen muss, dass alle Kursthemen nur mehr oder weniger erschöpfend im Vorbereitungskurs behandelt werden konnten. Für den Schritt in die Praxis scheinen besonders wichtig zu sein:

- Begleitung konkret
- Gesetzliche Rahmenbedingungen
- Umgang mit Kranksein, Behinderung und Alter.

²¹ In Bezug auf die Variable 3) *Selbstorganisation und Nachhaltigkeit* (Tab. 2) ist zu beachten, dass der Kursinhalt „Organisation als Initiative“ auch hier an vierter Stelle rangiert.

5.1.3 Erfolge der Pflegebegleiter-Kurse

Als offensichtliche Erfolge werden im Folgenden die Gesamtbewertung der Kurse, die Absicht, als Pflegebegleiterin oder Pflegebegleiter aktiv werden zu wollen sowie die offenen Antworten zur Bewertung der Kurse dargestellt.

In der Gesamtbewertung wurden die Werte 1 (sehr gut) bis 3 (mittelmäßig) vergeben. In keinem Fall wurde der Kurs mit 4 (schlecht) eingeschätzt.

Dabei bewerteten 55,5 % der Befragten den Kurs mit „sehr gut“, 41,5 % mit „gut“. Beim Aufsummieren dieser Werte lässt sich der Schluss ziehen, dass insgesamt 97 % der Teilnehmenden den Kurs für gelungen halten. - Eine offene Antwortoption wurde von den Befragten in ca. 20% der Fälle genutzt. Die Antwort lässt sich in Kürze mit einem Originalzitat geben: „Es war eine runde Sache“. Weiteres explizit ausgedrücktes Lob findet sich im Anhang 4 unter „Überblick offene Antworten der Pflegebegleiter-Kurse“.

Der Erfolg der Pflegebegleiter-Kurse lässt sich auch daran messen, inwieweit bei den befragten Teilnehmerinnen und Teilnehmern zu Beendigung des Kurses die Intention bestand, als Pflegebegleiterin oder Pflegebegleiter in der Praxis aktiv zu werden. Da diese Frage erst in der zweiten Version des Bogens aufgenommen wurde, beläuft sich die Fallzahl hier auf N = 1177.

- Die deutliche Mehrheit möchte als Pflegebegleiterin oder Pflegebegleiter aktiv werden (78,5 %).
- Nur 2,2 % entscheiden sich zum Zeitpunkt der Kursbeendigung gegen eine Aktivität (2,2 %).
- 19,3 % sind „unentschieden“

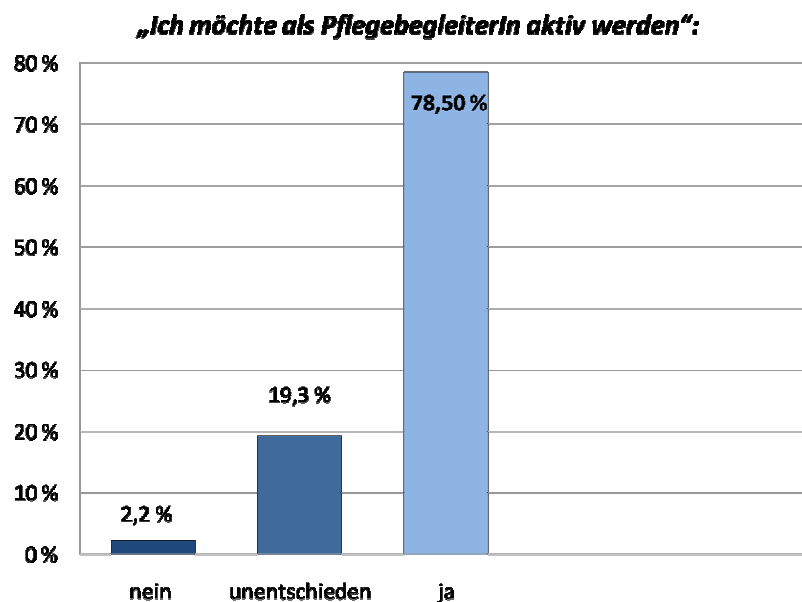


Abb. 46: Bereitschaft der KursteilnehmerInnen, als PflegebegleiterIn aktiv zu werden

Dabei müssen die Antworten „nein“ und „unentschieden“ nicht prinzipiell als negativ gewertet werden. Ebenso können diese ein wichtiges Zeichen für eine ausgeführte

Selbstselektion und hohe Verantwortungsübernahme der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sein: Die Befragten möchten nur als Pflegebegleiterin oder Pflegebegleiter aktiv werden, wenn es für sie stimmig und realistisch erscheint. Herausforderungen und Hürden wurden ihnen eventuell bereits im Kurs deutlich.

Ebenso erwähnenswert ist es, dass in den ersten Kursgenerationen die positive Entscheidung (Intention) für die Praxistätigkeit insgesamt deutlicher ausfällt. Es gibt Hinweise darauf (z.B. in den Protokollbögen der Quartalsberichte), dass diese Veränderung auch als negative Auswirkung der zeitlich-räumlichen Entfernung der nachfolgenden Kursgenerationen interpretiert werden muss.

Kritisch antworteten die Teilnehmenden in ca. 10-15% der Fälle. Mit Abstand am häufigsten wurde die mangelnde Zeit für die Vielfalt an Themen empfunden. Weitere Kritikpunkte siehe Anhang 4.

Eine offene Antwortkategorie für Anregungen wurde nicht mehr in die optimierte Fragebogenversion 3.1 aufgenommen, da sie nur selten genutzt wurde und neben den getroffenen Angaben zur Kritik keinen weiteren Erkenntnisgewinn lieferte (vgl. Anhang 4, Kapitel 3.1).

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer äußerten an dieser Stelle insbesondere den Wunsch nach dem Weiterbestehen der Gruppe und fortbestehendem Erfahrungsaustausch. Zudem wurde mehr Zeit für den gesamten Kurs und dessen Inhalte angeregt. Insbesondere im Hinblick auf den Praxisbezug erschien häufiger der Wunsch nach mehr Exkursionen und praxisnahen Beispielen. Weitere Einzelnennungen siehe ebenfalls im Anhang 4 unter „Überblick offene Antworten der Pflegebegleiter-Kurse“.

Der Evaluationsbogen für die Pflegebegleiterkurse wurde im Projektverlauf zwei Mal aktualisiert und um notwendig gewordene Fragen erweitert. So war beispielsweise in der ersten Version nur nach eigener Pflegeerfahrung gefragt worden, was in der zweiten überarbeiteten Form dann detailliert, nach Art der Pflegeerfahrung, abgefragt wurde. Es kann also festgehalten werden, dass das Instrument, das sich insgesamt sehr bewährt hat, immer wieder auch kritisch überprüft und hinterfragt worden ist. Es liefert sehr erhellende Antworten auf die Fragen, wer die Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter sind, was sie in den Kursen suchen und welche Inhalte als zielführend einzuschätzen sind. Weiter lieferten die Zwischenauswertungen, die ins Projekt im Rahmen von bundesweiten und regionalen Fachtagungen zurückgespiegelt wurden, jeweils wertvolle Hinweise für die Weiterentwicklung des Kurskompass und der Kursmaterialien.

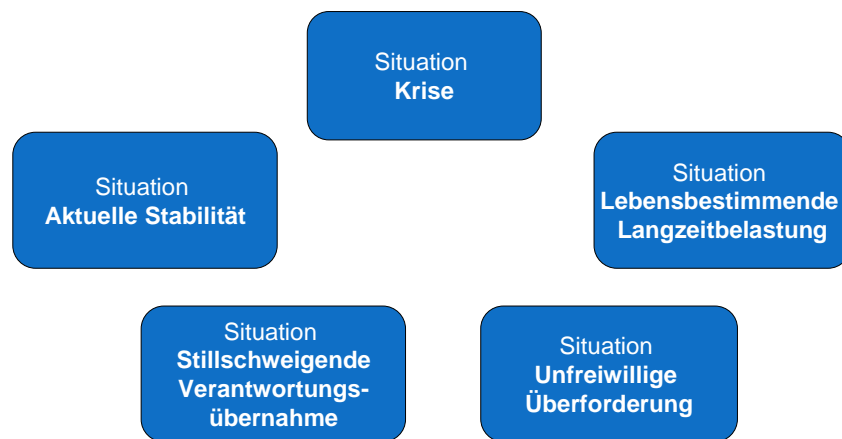
5.2 Tiefeninterviews in pflegenden Familien

5.2.1 Ausgangslagen/ typische Situationen in den Familien

Auf der Grundlage der Interviews mit 16 pflegenden Angehörigen, ergänzt mit Informationen aus Gesprächen mit Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleitern, mit Projekt-Initiatorinnen und auf der Basis von Begegnungen mit gepflegten Angehörigen im häuslichen Umfeld, können fünf vorgefundene typische Situationen der Pflege identifiziert werden.

Dabei erfolgte die Typenbildung idealtypisch. Das heißt, dass die Interviewten durch die Typisierung nicht stereotyp beschrieben und festgelegt werden sollen. Die fünf typischen Situationen, die niemals in Reinformen zu finden sind, sondern stets mit differenzierten Ausprägungen, erlauben vielmehr Rückschlüsse auf die notwendige Form der Begleitung.

5 typische Situationen in der Pflegebegleitung



Expliziert anhand der Interviews mit pflegenden Angehörigen

Abb. 47: Fünf typische Situationen in der Pflegebegleitung

(1) Situation „Krise“

In der Situation „Krise“ ergibt sich die Pflegesituation ganz plötzlich und akut. Sie stellt damit eine krisenhafte Herausforderung dar, die durch gute Organisation konstruktiv bewältigt werden muss. Die/ der pflegende Angehörige wird von der Pflegesituation unvorbereitet überrascht, ist nicht darauf vorbereitet.

„Er war ja immer kerngesund (..) wir haben ja NIE Probleme mit ihm gehabt gesundheitlich“ (Frau E.)

„Das ist halt immer am Anfang, wenn so eine [schwerstpflegebedürftige] Person nach Hause kommt dann schwierig, wenn man vorher nichts damit zu tun hatte, dann ist das schon schwierig. (...) Ja, sie ist ins Krankenhaus ganz normal, hat noch alles sprechen können laufen können noch, nach der Operation nichts mehr.“ (Herr G.)

Pflegende Angehörige und gepflegte Person sind sich nahe und miteinander eng verbunden.

„Ich hab sagen wir mal eine relativ enge emotionelle (.) Bindung zu meiner Mutter (.) ja schon seit jeher (.) so und dann hab ich dann Frau Pflegebegleiterin und so und so nach der Devise: bin ich jetzt eine schlechte Tochter wenn ich sage (...).“ (Frau T.)

Die Erkrankung und der plötzlich eintretende Pflegebedarf stellen eine tiefe emotionale Erschütterung, eine kognitive Blockade für die/den pflegende/n Angehörige/n dar (Die „Welt steht Kopf oder still“).

„und wenn sie mal auch im Moment meinen (...) die Welt bricht zusammen oder sonst irgendwas (.) ja (..) Hilfe, ich steck im Chaos (.) und (.) ja (.) ich hab AUCH gedacht in dem Moment, oh Gott, will soll es weitergehen?“ (Frau T.)

„ich meine ich kann Paragraphen lesen, aber in dem Moment war ich einfach (.) von der Situation vollkommen überfordert“ (Frau T.)

Offene existenzielle und operative Fragen drängen auf eine schnelle Lösung, was leicht zu einer anfänglichen Überlastung und Überforderung führen kann. Pflegende Angehörige sind in dieser Situation meist offen für Anregungen und möchten die Situation konstruktiv verbessern.

Personen, die sich in der Situation Krise befinden, erfahren in der Pflegebegleitung dichte, häufige, intensive Unterstützung bei der Organisation ihres Alltags und Stärkung durch:

- Information
- technisch-praktische Unterstützung
- Begleitung im Sinne von Krisenintervention
- Telefonate zu jeder Tages- und Nachtzeit.

Ein Ende der Begleitung ist für diese pflegenden Angehörigen absehbar, denkbar oder erwünscht.

„Da zum Schluss da, da ist sie eigentlich nicht mehr gekommen dann weil da ist alles gelaufen bei uns und so, wenn was war dann hab ich sie angerufen, aber es hat eigentlich keine Probleme mehr gegeben .. wo das einmal im Laufen war alles da hat das funktioniert, aber bis das so zum Laufen kommt da gibt es das sollte man wissen und das und so, und da ist man schon froh wenn man da jemand Ansprechpartner hat.“ (Herr G.)

„(.) ich hab ich hab sie noch nie persönlich kennen gelernt (.) irgendwann wenn sich ein wenig hoffentlich die Situation jetzt alles wie gewohnt da wollen wir mal Kaffee trinken gehen hab ich ihr versprochen [lacht] (.) ja wir hab- also ich hab sie noch nie gesehen wir haben nur per Telefon.“ (Frau T.)

In dieser typischen Situation von Pflegebegleitung lautet das Ziel, den eigenen Weg zur Übernahme und Bewältigung der Pflege zu finden.

(2) Situation „Lebensbestimmende Langzeitbelastung“

Diese Pflegesituation besteht schon seit längerer Zeit, bestimmt den Lebensalltag und wird durch die dauernde Überforderung allmählich brüchig und gefährdet. Eine erneute Verschlechterung der Situation gefährdet das Gleichgewicht.

Der/die pflegende Angehörige pflegt schon länger und hat sich mit dieser Situation „eingerichtet“.

„also mittlerweile seit zwanzig Jahren kümmere ich mich um eine ältere Dame sprich meine Mutter (.) und die hat dann einen Schlaganfall gekriegt ERST.“

Oftmals langjährige, chronische Krankheitsverläufe und Pflegebiographien führten dazu, dass die Pflegenden bei der Pflege „viel Kraft gelassen“ haben:

*„immer jeden Morgen du musst .. du gehst da jetzt und das schaffst du auch, und dann schafft man das irgendwo auch, aber da **hab ich auch in der Zeit so Kraft gelassen das hab ich wie gesagt hinterher jetzt zu Hause gemerkt ne.**“ (Frau Bo)*

Durch eine neu hinzukommende, aktuelle Veränderung scheint die Situation nun nicht mehr zu bewältigen.

*„Und es hat also wirklich es hat einiges an .. es gab einige Kämpfe und einiges an /eh/ Schwierigkeiten die man da überwinden musste, gell also ich hab auch dann mal eine psychologische Beratung gebraucht und **weil ich wusste also echt nimmer wie und was.**“ (Frau J.)*

Der/ die pflegende Angehörige möchte trotz aller Widrigkeiten die (Pflege-) Situation aufrechterhalten.

„aber ich dennoch (.) sag, ich zieh das weiterhin durch mit ihr (..)“ (Herr B.)

Die Situation ist gekennzeichnet durch Einsamkeit, Isolation, Depression, Erschöpfung, Frustration und finanzieller Anspannung aber auch Reflektion:

„ich bin nur am Telefonieren (.) dass (..) dass ich überhaupt noch (..) Geld zur Verfügung habe.“ (Frau E.)

„na ja ich bin selber sehr krank, da spielte zum Beispiel Depression, Erschöpfung (.) mit eine Rolle“ (Herr B.)

„Ich hab zweimal ne Gehirnoperation gehabt, ein Gehirntumor.“ (Frau Br.)

Personen, die dieser Langzeitbelastung ausgesetzt sind, erfahren über die Pflegebegleitung regelmäßige, zugehende Begleitung, die beinhaltet:

- Psychosoziales Gesprächsangebot
- Zuhören, Aufmerksamkeit, menschliche Nähe und Vertrautheit, Bestätigung, Wertschätzung, Bestärkung, Hoffnungsperspektive vermitteln
- Resonanz erfahren

„und sie hat mir auch ne Geburtstagskarte geschrieben und da hab ich mich auch riesig gefreut drüber ja?“ (Frau E.)

Ein Ende der Begleitung ist vorerst nicht absehbar, gewünscht oder für die pflegenden Angehörigen denkbar.

„also ich könnte mir das nicht mehr vorstellen, dass die Frau L. nicht kommt ja? (..) wenn (.) weil wir (.) das ist ein Bestandteil bei mir geworden (.) sie gehört einfach mit dazu für mich als äh (..) sagen wir mal zum regenerieren“ (Frau E.)

(3) Situation „Aktuelle Stabilität“

In der Situation „Aktuelle Stabilität“ ist die Pflegesituation im Augenblick in guter Balance. Eigene Grenzen und die des vorhandenen sozialen Netzes werden realistisch wahrgenommen. Pflegebegleitung wird genutzt als Möglichkeit „für alle Fälle“.

Die Person hat die Pflegesituation für sich aktuell in positiver Weise bewältigt, ist sich aber ihrer persönlichen Grenzen bewusst.

„manchmal kann ich auch nicht und dann müsst ich schlafen (..) ich bin auch mal krank, ich bin auch ein Mensch (..)“ (Frau C)

*„**ja und [seufz] manchmal werd ich also äh gegenüber also eben (.) ungerecht wenn man wenn man nicht alles schafft oder so körperlich (.) ich werd sechsundsiebzig und [...] das tut weh und das tut weh [lacht].“ (Frau S)***

Die befragten Personen besitzen ein hohes Maß an Reflexion. Es steht ein dichtes, soziales Netz im Hintergrund, das trägt

„JA, meine Schwiegertochter ist selber in der Pflege tätig also wenn jetzt Arztbesuche zu tätigen sind, dann kommt sie dann fährt sie mit ihm dann macht sie dies und das und jenes (..) meine Enkeltöchter äh kommen mit und- wie Familie so ist (.) nich? (.) also das kann ich nicht anders sagen.“ (Frau G.)

Interviewer: „Dann sind sie auch viel allein mit den Kindern?“

Frau C: „Ja, aber ich hab eine große Familie, die helfen mir sehr viel.“ (Frau C.)

Das Verhältnis zur gepflegten Person ist ausgewogen und gut.

„Ich bin ja FROH, dass ich ihn hab (.) und (.) ich bedank mich auch jeden Tag bei Gott, dass er mir den geschenkt hat, weil das ist (.) ganz anders [als mit einem gesunden Kind]. (Frau C.)

„ja, ja, er sagt immer, wir sind ein eingespieltes Team. [...]“

Aber ansonsten also bemü ich mich selber eben (...) mein Sohn gut zu behandeln und so (.) betreuen. [...] Er merkt genau, wenn es mir mal NICHT so ist (.) und ich kann das nicht verbergen oder so was, also dann nimmt er mich in Arm und (.) na ja und es wird schon wieder oder so was, also da tröstet er mich auch.“ (Frau S.)

Die Treffen zwischen Pflegebegleiterin und dem/der pflegenden Angehörigen sind unregelmäßig nach Bedarf vereinbart. Sie besitzen einen geselligen Charakter und finden auch außerhalb der Häuslichkeit statt.

*„wir gehen auch ab und zu mal Eis essen oder Kaffee trinken, das machen wir auch mal (.) **Die wollen auch was Gutes für uns und das ein bisschen von unserem Stress rauskommen.** (Frau C.)*

„da (..) ist jetzt ein Angebot für äh das Neue Theater äh (.) mit der Thalbach (..) und die führt Regie und zwar der Raub der Sabinerinnen also das ist ne Klammotte aber die Schauspielerin mag ich und so was (..) und da kriegt sie noch eine Karte (..) ja und da fahren wir dann GEMEINSAM hin [beide lachen].“ (Frau S.)

Pflegebegleitung wird vor der gepflegten Person nicht zwingend geheim gehalten, ist offizieller Bestandteil des Familienlebens.

„also der R. kennt sie zwar, aber meistens ist sie ja dann auch da EHE R. kommt (...) höchstens dann, also wie es zu Weihnachten ist, oder so, dass man dann am Nachmittag zusammen sitzt, da sitzt er dann natürlich mit DABEI.“ (Frau S.)

Der Pflegebegleiter/ die Pflegebegleiterin wird als wichtige Ressource im Hintergrund behalten und geschätzt.

„ja und auch mal ja da ist jemand noch im Hintergrund also wo man mal, wenn irgendwas was ist oder so (.) dass jemand da ist ne? Meine Kinder die sind auch beide berufstätig.“ (Frau S.)

„ich könnt sie zu jeder Zeit anrufen, ich könnt mit ihr wieder einen Termin ausmachen (.) und sie bitten, ob sie noch mal rumkommt (..) ne? Nee, war sehr angenehm.“ (Frau Gl.)

Man weiß, an wen man sich im Notfall wenden könnte: Angenehm, positiv, stützend, absichernd.

(4) Situation „Stillschweigende Verantwortungsübernahme“

Diese Pflegesituation ist belastet, aber auch sehr mit Tabus behaftet, was die reflektierende Kommunikation darüber erschwert. Pflegebegleitung bietet offene Angebote, die Auseinandersetzung mit der eigenen Situation findet eher „en passant“ statt.

Der/die pflegende Angehörige sieht sich selbst nicht in der Rolle der/des Pflegenden. Sie oder er hat lediglich für Eltern oder Ehepartner die Verantwortung übernommen und dadurch sein ganzes Leben auf die Situation ein- oder umgestellt.

*„Und ich glaube, ich bin die einzige, die ihre Mutter, ne ich will ja gar nicht sagen pflegen, **sie wohnt bei mir und ich kümmere mich um sie.**“ (Frau K.)*

Pflegende/r Angehörige/r und pflegebedürftige Person stehen sich sehr nahe:

„Wissen sie es ist ja auch so wenn man so lange zusammen ist sechzig Jahre (.) ich kann das überhaupt nicht fassen (..) da war ja auch nicht nur alles schön (.) ABER (.) es schmiedet auch so zusammen(.)“ (Frau Se.)

„Vorrang hat die Mama, ich bin verantwortlich, auch wenn sie sagt ich bin es nicht“

„also meine Mutter hat mir so viel gegeben, das hat die verdient.“ (Frau K.)

Der/die pflegende Angehörige deutet die Situation für sich als positiv oder selbstverständlich um, ist aber gleichzeitig belastet.

*„und das ist dann sehr anstrengend sich fast dafür zu entschuldigen (lacht) dass man das manchmal als anstrengend empfindet, **ich bereue es nicht, überhaupt nicht aber es kostet Kraft.**“ (Frau K.)*

Personen in dieser spezifischen Pflegesituation zeigen ein tiefes Bemühen um Autonomie und Kontrolle:

„Es ist so schwierig so von Tag zu Tag zu leben. Ich bin sowieso so ein Mensch, ich kann nicht so in den Tag hineinleben, und dass das Leben meiner Mutter zu Ende geht, wird einem das einfach bewusst ja, wie problematisch es

werden kann, und wie löse ich dieses Problem dann, noch geht es ja alles gut, aber ich ahne jetzt dass es nicht immer so bleiben wird ..“ (Frau K.)

*„aber dass es einem so schwer fallen würde diese Aussetzer immer wieder aufzufangen,/ und sich auch psychisch nicht davon kaputt machen zu lassen, man ist ja auch in unterschiedlicher Verfasstheit, mal reagiert man gut, und mal reagiert man also reagiere ich auch unangemessen ungeduldig, **das ist so wenn man fünf Kinder erzogen hat, dann ist gut, ja gut das geht dann noch drei mal schief aber dann funktioniert es**, dann funktioniert es und hier ist der Weg genau umgekehrt“ (Frau Ka.)*

Außenstehenden Personen und potentiellen Helferinnen und Helfern öffnen sie sich wenig und schwer:

*„und während ich das erzählte, rutschten mir die Tränen aus den Augen .. und dann kriegte ich mit, und natürlich auch die Leute die mich fragten, **ja das ist ja entsetzlich peinlich dann, wenn man dann so einen Gefühlsausbruch hat.**“ (Frau K.)*

Besuche der Pflegebegleitung in der eigenen Häuslichkeit könnten sie aufgrund der Nähe einer solchen Situation nicht ertragen.

Da sich die Pflegesituation mehr oder weniger verdeckt darstellt, besitzen die betreffenden pflegenden Angehörigen keine tragfähige Perspektive, in welche Richtung es sich entwickeln wird und soll.

Pflegebegleitung erweist sich in dieser typischen Pflegesituation unter dem Deckmantel vordergründig anderer Themen als offener Treff oder unverfängliches Gespräch am Gartenzaun, im Treppenflur, oder in der Waschküche des Mehrfamilienhauses.

Über die Pflegebegleiterin/den Pflegebegleiter:

„ja (.) befreundet nicht, aber Nachbarn, ja wir sehen uns ja nicht SO oft (.) weil sie auch arbeitet aber (.) wenn wir uns mal treffen (.) wo das auch immer ist (.) ob das in (.) der Waschküche oder im Haus oder außer Haus (.) ja dann unterhalten wir uns (...) ja (.) manchmal mehr und manchmal weniger.“

„Frau W hat ja auch noch geholfen, meinen Mann hier hoch zu bringen (..) also des ist das war schlimm ja (...).“ (Frau Se.)

Die pflegenden Angehörigen gewinnen dadurch Sicherheit und Überblick, können *Stärke beweisen* und die eigene Situation wird normalisiert und rationalisiert. Vor allem bei Treffen Gleichbetroffener bringen sie ihre Erfahrungen ein und nehmen wahr, dass es anderen Pflegenden schlechter geht als ihnen selbst.

„Ja. Also ich find auch dieses Zusammensein immer nett, weil irgendwas besprechen wir immer und machen dann auch Pläne. Jeder zweite, dritte Treff ist eben dann noch angereichert mit irgendetwas Informativem aus kompetenter Hand. Und dann erzählt Frau S (PI) aus ihrem Berufsalltag, hör ich auch immer gern.“

„man weiß einfach, die Leute verstehen mich, ohne dass ich ganz viel erklären muss, und sind nicht zu schnell mit fixen Ratschlägen dabei, weil diese ober-

flächlich gut gemeinten Sprüche, die hängen einem sehr rasch zu den Ohren raus.“ (Frau K.)

Geschätzt werden so genannte „bodenständige“ Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter sowie Projekt-Initiatoren, die „gestandene Persönlichkeiten“ sind und die notwendige Distanz bewahren.

„also das Gefühl, das sind patente Menschen die irgendwie auch Lebensfreude ausstrahlen denen kann ich mich dann eher öffnen“ und weiter

„erst mal find ich die Idee gut, ich möchte auch die Idee unterstützen, dass es eben für Leute diesen Treff gibt, und ich selbst / empfind es als angenehm, und muss eben immer wieder sagen, dass ich gerade diese beide Frauen wunderbar finde die auch Lebensfreude ausstrahlen nicht so betulich sind und, diese muntere das ist so (...)“ (Frau K.)

Der/die pflegende Angehörige kann den Kontakt zur Pflegebegleitung nach eigenem Wunsch suchen oder abbrechen.

(5) Situation „Unfreiwillige Überforderung“

Die Pflegesituation ist unfreiwillig entstanden. Sie überfordert die pflegenden Angehörigen und wirkt sich dadurch auch negativ auf die gepflegte Person aus. Pflegebegleitung hat in diesem Kontext steuernde und klärende Funktion.

Der/die pflegende Angehörige ist in die Pflegesituation unfreiwillig hineingeraten.

Interviewer: „Aber ihr Sohn kümmert sich um sie?“

Mutter: „Ja, der kümmert sich, das ist klar“

Hr. H: „Ja, klar ist das auch nicht,“

Mutter: „Wieso“ (lacht)

Hr. H: „ja für dich ist das klar, dass ich mich drum kümmer, für mich ist das auch klar, aber (...) ist das nicht klar, ne ..“ (Herr H.)

Die betroffene Person schlägt sich über Jahre hinweg durch, Tag für Tag, mehr schlecht als recht. Es besteht ein geringes Reflexionsniveau, Schicksalsergebenheit, Fatalismus.

„Ich bin noch .. ängstlicher geworden Menschen gegenüber, und von daher ... ich weiß genau, wenn das wieder anfängt, dann werd ich wieder gemobbt, weil, weil ich einfach schüchtern bin, und nie was sag, und mich nicht ich kann mich nicht wehren ..“

Pflegende/r Angehörige/r und gepflegte Person haben unter schlechten Lebensbedingungen zu leiden.

Interviewer: „Sie leben hier zusammen und sie pflegen ihre Mutter,. Wie geht's ihnen denn?“

Mutter: „ Ja, nicht so gut aber ich bin ja auch alt, bin 87.“ (Frau H.)

Hr. H: „Ne, ich bin seit 1996 bin ich jetzt Frührentner, .. aufgrund dessen und dann kamen die Medikamente ist dann hinterher bei mir die die Schlafapnoe

noch diagnostiziert worden, und wegen der ganzen Geschichte auch noch /eh/ leichte Depressionen.“ (Herr H.)

Herr H: „alles hier wirklich alleine machen muss von A bis Z“

Interviewer: „sind für alles zuständig“

Hr. H: „Ja .. wirklich für alles und .. von daher bin ich mittlerweile total am Ende meiner Kräfte .. nur dass ich ständig .. wird das auch immer mehr psychosomatische Beschwerden einfach durch die Überlastung“

Der/die pflegende Angehörige wird über die Jahre zum „Überlebenskünstler“. Die betreffende Person sucht sich die Begleitung nicht aktiv selbst, sondern bekommt sie von einer übergeordneten Stelle vermittelt.

Über die Pflegebegleiterin:

„kennen gelernt haben wir uns über die /eh/ über die Altenhilfe von der Stadt B. Eine Frau T. wusste, dass es so was /eh/ gab und .. die hatte den Kontakt dann hergestellt“

Interviewer: „Und wie oft sehen sie sich?“

Hr. H: „Anfangs war das relativ häufig und jetzt so .. alle 3 Wochen mal, aber wir telefonieren relativ häufig miteinander... wenn irgendwas wenn mich irgendwas bedrückt dann /eh/ ruf ich sie an, aber wenn ich mich, dann /eh/ .. mal nicht melde dann ruft sie schon einmal die Woche an“ (Herr H.)

Personen in dieser typischen Pflegesituation erfahren regelmäßige Pflegebegleitung, die Anteile von Casemanagement und psychosozialer Unterstützung enthält:

“Wenn ich mal, wenn ich mal Probleme hab oder .. die die .. wo ich keine... Lösung weiß .. oder wenn andere auch wenn dann mal so kleinere Fragen sind die Mutter mir nicht mehr beantworten kann weil sie es einfach nicht mehr weiß ..“ (Herr H.)

Hinzu kommen stabilisierende Gespräche und praktische Hinweise sowie tatkräftiges „Mitanpacken“ der Pflegebegleitung.

„da hat die Frau Ö. sich jetzt angeboten wenn Putzfrau jetzt am Freitag wieder kommt, mit ihr da mal zu sprechen.“

In einigen Settings dieser Art übernimmt die Pflegebegleiterin/ der Pflegebegleiter steuernde Funktion:

Interviewer: „Und so haben sie jetzt jemanden der auch nur ihre Interessen vertritt?“

Hr. H: „Ne, ne, ne die so immer den ganzen Überblick hier hat ..“

Interviewer: „Also nicht nur jemand der sie hat sondern der auf alles schaut

Hr. H: „Eben, ja.“

Der/die pflegende Angehörige befindet sich in einem Abhängigkeitsverhältnis gegenüber der Pflegebegleiterin und ist für die Pflegebegleitung sehr dankbar:

Interviewer: „Und wenn es jetzt Pflegebegleitung so nicht mehr gäbe oder solche Besuche zu Hause .. wie, wie fänden sie das?“

Hr. H: „Da hätte ich ein großes Problem, weil dann wüsste ich keinen, wenn ich mal Probleme hätte oder an wen ich mich da wenden könnte.“ (Herr H.)

5.2.2 Ausführungen zu den fünf typischen Situationen

Abbildung 47 soll verdeutlichen, dass sich die 5 typischen Situationen in der aktiven Auseinandersetzung mit der Pflegesituation unterscheiden.

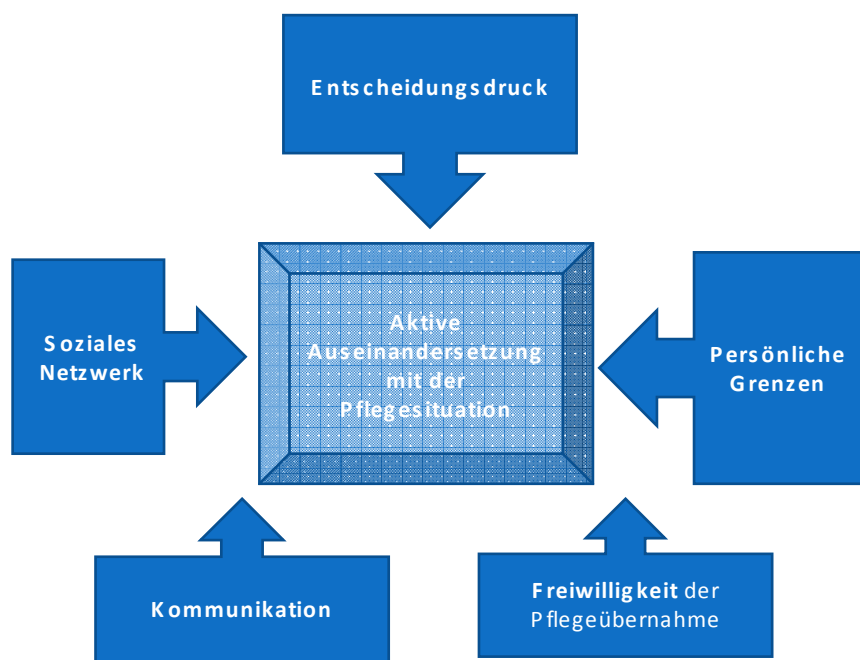


Abb. 48: Einflussfaktoren auf die aktive Auseinandersetzung mit der Pflegesituation

Dabei handelt es sich um ein multifaktorielles Geschehen, das durch folgende Größen determiniert ist:

- Faktor „Entscheidungsdruck“
- Faktor „Soziales Netzwerk“
- Faktor „Freiwilligkeit der Pflegeübernahme“
- Faktor „Persönliche Grenzen“
- Faktor Kommunikation

Jeder dieser Einflussfaktoren wirkt gleichzeitig auf die aktive Auseinandersetzung mit der Pflegesituation ein. Im Folgenden soll der Faktor „Kommunikation“ exemplarisch besonders beleuchtet werden, da er in und für die psychosoziale Begleitung von hoher Bedeutung ist und im Projekt Pflegebegleiter eine besondere Relevanz hat.

Typische Situation	Zeitdauer der Pflege	Ausmaß der subjektiv empfundenen Belastung	Einflussfaktor: Kommunikation	
Situation Krise	kurz	höchst belastet	ausgeprägt bis sehr ausgeprägt	
Situation Stillschweigende Verantwortungsübernahme	kurz	hoch belastet	niedrig bis sehr niedrig	
Situation Lebensbestimmende Langzeitbelastung	lange	hoch belastet	mäßig ausgeprägt	ausgeprägt
Situation Unfreiwillige Überforderung	lange	höchst belastet	niedrig	
Situation Aktuelle Stabilität	lange	belastet	ausgeprägt	

Tab. 5: Überblick – Typenbildung

Die fünf vorgefundenen typischen Situationen können also jeweils auf der Basis der konstanten Größen „Zeitdauer der Pflege“ und „Ausmaß der subjektiv empfundenen Belastung“ in einem dreidimensionalen Modell plastisch dargestellt werden, das vor allem in einer Animation seine volle Wirkung entfaltet. Es ist also ein dynamisches Modell, das visualisiert, wie sich – je nachdem welcher Einflussfaktor in den Blick genommen wird – die Konstellationen immer wieder verändern. Das veranschaulicht deutlich, dass es sich bei den fünf typischen Situationen nicht um statische Konstrukte handelt, sondern dass sie in Bewegung und veränderbar sind. Exemplarisch dargestellt ist hier die Zuordnung der fünf typischen Situationen, unter Bezugnahme auf den Einflussfaktor „Kommunikation“.

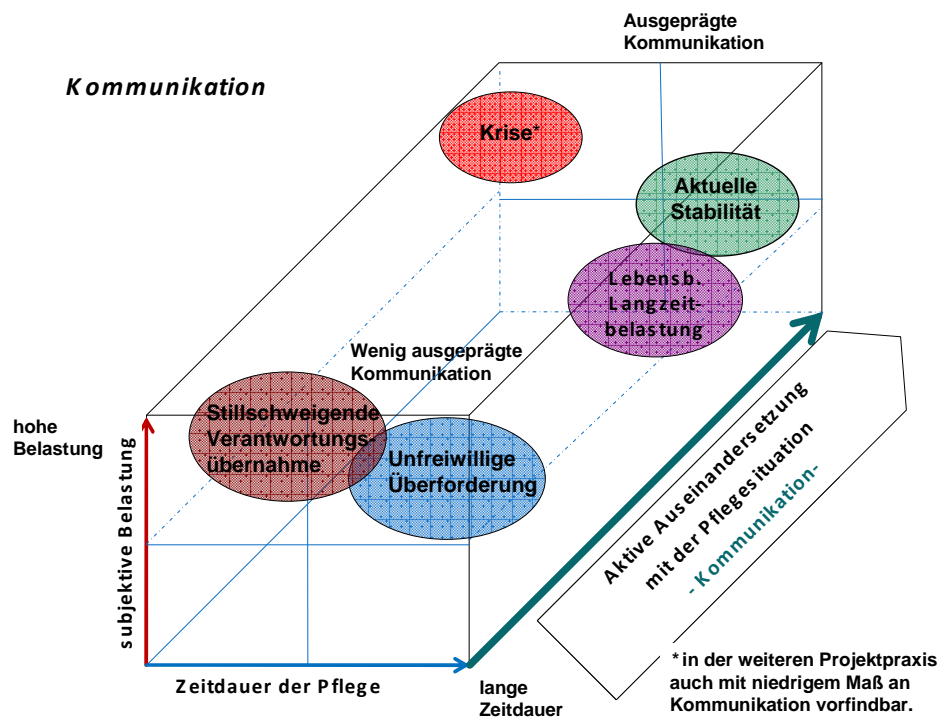


Abb. 49: Exemplarische Darstellung der typischen Situationen bezogen auf den Einflussfaktor Kommunikation

Das Modell zeigt, bezogen auf den Einflussfaktor „Kommunikation“, dass die reflektierte Auseinandersetzung über die häusliche Pflegesituation in den fünf typischen Pflegesituationen unterschiedlich stark gesucht wird. Je nach Ausgangssituation muss Pflegebegleitung das berücksichtigen. Es ergeben sich daraus auch unterschiedliche Pflegeverläufe (vgl. 5.3.3). Kommunikation steht am deutlichsten im Vordergrund bei einer krisenhaften Situationen, gefolgt von der Situation, in der Pflege als Langzeitbelastung erlebt wird, in der die entlastende Funktion des begleitenden Gesprächsangebots offenkundig eine große Bedeutung hat. Das Bedürfnis nach Kommunikation ist aber auch prägend für die Pflegesituation, die sich in einer relativen Stabilität befindet. Dort geht es aber eher um eine verbale Selbstvergewisserung, dass Pflegebegleitung im Notfall verfügbar wäre. Eher wenig kommunikative Auseinandersetzung mit der eigenen Pflegesituation geschieht in den Pflegesituationen, die gekennzeichnet sind von stillschweigender Verantwortungsübernahme oder von unfreiwilliger Überforderung. Dort müssen also andere Zugänge gewählt werden, weil die pflegenden Angehörigen sich entweder gar nicht eindeutig als solche definieren oder die eigene Rolle nur schwer in Frage gestellt werden kann.

Die komplexe Auseinandersetzung mit den fünf typischen Situationen in der Pflegebegleitung ergibt sowohl Hinweise auf deren jeweils unterschiedliche Rolle und Funktion, als auch darauf, wie anspruchsvoll und komplex die Beziehungsgestaltung in der Pflegebegleiterpraxis ist. Wie diese erlebt wird und welche Wirkungen aus der Perspektive der aktiven Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter beschrieben werden, lässt sich auf der Basis der folgenden Auswertung der Dokumentationsbögen darstellen.

Die qualitativen Interviews ermöglichen einen vertieften Einblick in die Beziehungsgestaltung zwischen pflegenden Angehörigen und Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleitern und sie beleuchten deren Tätigkeit in Ausmaß und Wirkung so, wie es mit keinem anderen Instrument gelingen könnte. Um aber bei der relativ geringen Fallzahl, die

typisch ist für qualitative Studien, verallgemeinerbare Aussagen machen zu können, bedurfte es zusätzlicher Informationen und Erkenntnisse aus anderen Instrumenten, die auf einer größeren Datenmenge basieren. Die fünf typischen Situationen erklären und speisen sich deshalb zusätzlich aus Ergebnissen und Erkenntnissen der Auswertung der Dokumentationsbögen für die Pflegebegleitung, im Sinne einer Methodentriangulation.

5.3 Dokumentationsbogen für die Tätigkeit von Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleitern

Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse dieses Instruments können als gut gesichert bezeichnet werden. Insgesamt wurden 2019 ausführlich beschriebene Kontakte aus den Dokumentationsbögen der Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter mit statistischen Angaben aus den Regionen kombiniert und abgeglichen.

Auf der Grundlage dieser Angabe kann gesichert davon ausgegangen werden, dass in der Zeit von 01/2005 bis 10/2008 insgesamt 262.617 Einzelkontakte von Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleitern mit pflegenden Angehörigen stattgefunden haben. Daneben sind eine nicht näher zu beziffernde Anzahl von Kontakten nicht dokumentiert worden, was in der schon hinreichend beschriebenen Freiwilligenlogik begründet liegt, die nicht mit einer Dokumentationspflicht vereinbar scheint. Zu diesem Problemfeld hat die Wissenschaftliche Begleitung aus der Praxis viele einschlägige Hinweise erhalten, zum Teil aber auch deutlich geäußerten Unmut erfahren. Die freiwilligen Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter fühlten sich durch die im Projekt benötigte Dokumentation ihrer Tätigkeiten zuweilen bevormundet und kontrolliert. Dieser Umstand muss bei der Beurteilung der Datenmenge, die zur Auswertung vorlag, berücksichtigt werden.

5.3.1 Dauer und Charakteristik der Pflegebegleitung

Die Angaben im Rahmen der vorliegenden Stichprobe zeigen, dass die Dauer eines einzelnen Pflegebegleitungskontakts im Extremfall von 2 Minuten bis zu 9 Stunden reicht und die durchschnittliche Dauer der Einzelkontakte bei 75,6 Minuten liegt (Modalwert = 60 Minuten).

Dabei fand fast die Hälfte der Pflegebegleitungen **zu Hause (49,7%)** bei den pflegenden Angehörigen statt. **31,7%** der Kontakte verliefen **telefonisch** und immerhin **23,2%** der Kontakte fanden **außerhalb** wie z.B. gemeinsam im Café statt²².

Die freie Antwortkategorie sonstiger Kontaktorte wurde selten genutzt. Als Einzelbeispiele lassen sich, dargestellt nach Gewichtung, nennen:

- Begleitung ins Krankenhaus/ zum Arzt
- in Einrichtungen wie z.B. Pflegeheim
- im Pflegebegleiter-Büro
- zu Hause bei der Pflegebegleiterin oder dem Pflegebegleiter
- an zufälligem Ort, z.B. beim Einkaufen

²² Mehrfachnennungen waren möglich.

- über Medien und Gesprächsangebote (z.B. Internet)
- im Grünen (z.B. beim Spazieren)

Bereits an dieser Stelle zeigt sich, dass Pflegebegleitung verschiedene und sehr unterschiedliche Facetten hat. Bestimmte Pflegebegleitungsinhalte können offenkundig nur außerhalb der Häuslichkeit thematisiert werden. Bewusste Ortswechsel sind oftmals nötig. Kein Ort scheint dabei eine geringere Wertigkeit als ein anderer zu besitzen: Manche pflegenden Angehörigen können nur eine Begleitung en passant oder am Gartenzaun zulassen, vgl. insbesondere die typische Situation „Stillschweigende Verantwortungsübernahme“ (siehe auch 5.2.1.4):

Wo Pflegebegleitung stattfindet ↔
5 typische Situationen in der Pflegebegleitung

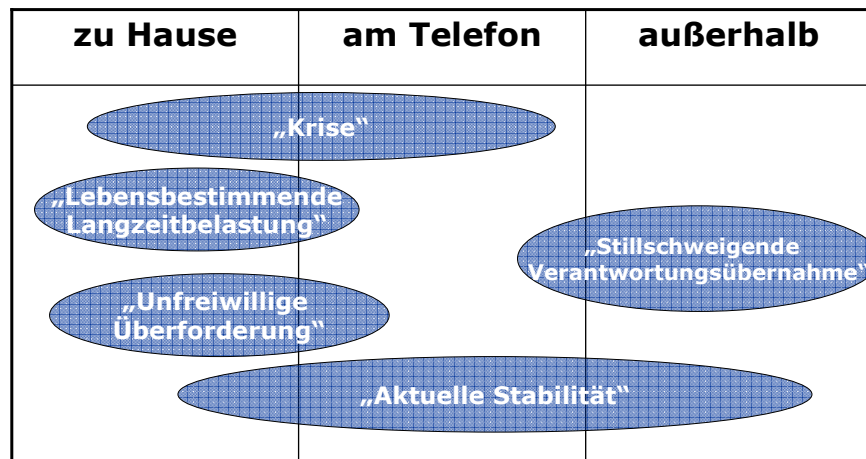


Abb. 50: Kontaktorte der Pflegebegleitung in Bezug zu typischen Situationen

5.3.2 Leistungen von Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleitern in den Familien

Das Tätigkeitsspektrum der Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter zeigt sich in den Rückmeldungen sehr umfassend. Eine Rangreihe aller angegebenen Leistungen²³ im Rahmen von Begleitungen pflegender Angehöriger zeigt folgendes Bild:

²³ Auch hier waren Mehrfachnennungen möglich.

1. Zuhören (94,1%)	11. Selbstreflexion der/des pflegenden Angehörigen anstoßen (32,3%)
2. Leistungen der/des pflegenden Angehörigen anerkennen, wertschätzen (63,1%)	12. Gemeinsam den Pflegealltag planen (31,5%)
3. Informieren (60,2%)	13. Gemeinsam über Freizeitgestaltung nachdenken (25,6%)
4. Die/den pflegenden Angehörigen zum eigenen Weg ermutigen (45,4%)	14. Kontakt zu professionellen Diensten herstellen (24,2%)
5. Trost spenden (43,8%)	15. Finanzierungsfragen ansprechen (21,5%)
6. Zur Selbstpflege anregen (42,0%)	16. Konkret Entlastung organisieren (18,8%)
7. Hinweise auf bestehende Entlastungsmöglichkeiten geben (35,3%)	17. Sonstige Aktivitäten (15,4%)
8. Klärungsprozesse in Gang bringen (34,0%)	18. Bei Behördengängen begleiten (11,4%)
9. Eine andere Sichtweise auf die Pflegesituation herbeiführen (33,5%)	19. Mit Familie und/oder Freunden in Kontakt bringen (10,2%)
10. Gemeinsam Stärken der/des pflegenden Angehörigen finden (32,7%)	

Tab. 7: Tätigkeitsspektrum der PflegebegleiterInnen

Konkrete Entlastung wurde von den Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleitern beispielsweise ermöglicht durch

- die Organisation von entlastenden Diensten und Erweiterung des Pflegesettings,
- Netzwerkarbeit, Herstellen von Kontakten (z.B. Sozialdienst),
- die Organisation von Hilfsmitteln wie z.B. Rollstuhl.

Die sonstig genannten Aktivitäten zeigten sich sehr heterogen (z.B. gemeinsames Mittagessen, das Betrachten von Fotoalben, Grabpflege, Zoobesuch) und waren in den meisten Fällen den Tätigkeiten 1-18 zuordenbar.

Die Prozentzahlen weisen darauf hin, dass Tätigkeiten wie Zuhören, Wertschätzen und Informieren das Pflegebegleiterprofil dominieren.

Bringt man nun das Leistungsspektrum der PflegebegleiterInnen mit den verschiedenen Kontaktmöglichkeiten/-orten in Verbindung, lassen sich in einer detaillierten Analyse die besondere Stärken und Chancen der verschiedenen Örtlichkeiten vertiefter darstellen.

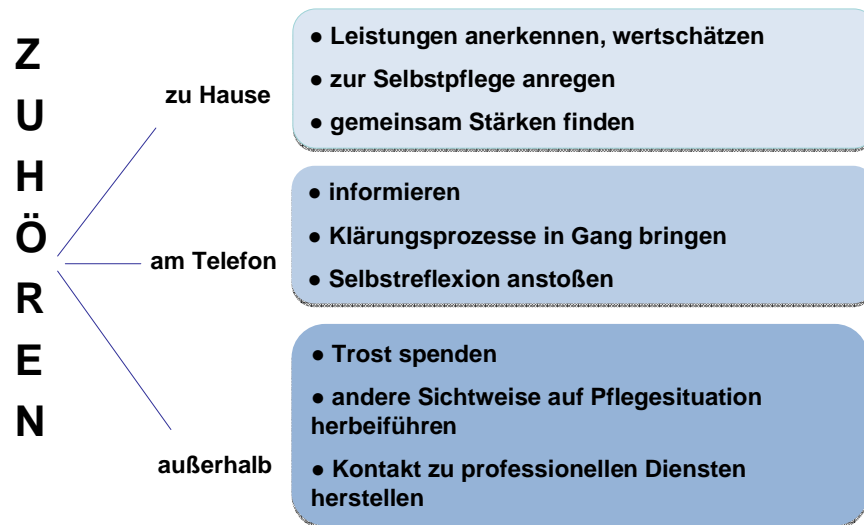


Abb. 51: Stärken und Chancen unterschiedlicher Kontaktorte

Das **Zuhören** steht dabei **bei allen Kontaktorten** an erster Stelle.

Bei den pflegenden Angehörigen **zu Hause** spielen die Tätigkeiten des Wertschätzens, der Selbstpflege und der gemeinsamer Identifizierung von Stärken der/des pflegenden Angehörigen (vgl. Empowermentansatz) eine hervorgehobene Rolle.

Telefonisch stehen dagegen die Leistungen des Informierens, des In-Gang-Bringens von Klärungsprozessen und der Anstoß zur Selbstreflexion mehr im Vordergrund.

Örtlichkeiten außerhalb werden eher dazu genutzt, den pflegenden Angehörigen Trost entgegenzubringen, eine andere Sichtweise auf die Pflegesituation herbeizuführen und das Thema der Inanspruchnahme professioneller Dienste ins Gespräch zu bringen.

Auch in der Sequenz der Kontakte sind unterschiedlichste Kombinationen möglich, wie qualitativ untersuchte Zusatzinformationen bei diesem Instrument zeigen. Diese Zusatzinformationen konnten in ca. 1/10 der Rückmeldungen als „Nebenprodukte“ gewonnen werden. Sie liefern zusätzliche Angaben bezüglich der Situation, der Örtlichkeit, der Dauer und Regelmäßigkeit der Begleitungen und werden im Folgenden (5.3.3) beschreibend dargestellt.

5.3.3 Pflegebegleitungsverläufe – (Re)konstruierte Fälle

Fall 1: Kontinuierliche Begleitung, Stabilisierung auf emotionaler Ebene

Frau S. pflegt ihren Mann seit drei Jahren. Insgesamt ist der Pflegealltag gut organisiert, sie kümmert sich gerne um ihn und möchte seine Versorgung so gut wie möglich sicherstellen. Weil Frau S. sich im pfl-

gerischen Bereich nicht gut auskennt und das Leistungssystem so unüberschaubar ist, fühlt sie sich oftmals sehr verunsichert, ob sie alles richtig macht. Immer wieder stellt sie ihre Pfl egetätigkeit in Frage, weil sie sich nicht sicher ist, ob sie ihren Mann kompetent genug versorgen kann. Das zehrt sehr an ihren Kräften. Seit zwei Jahren erhält sie Unterstützung durch eine Pflegebegleiterin. Zwei- bis dreimal pro Woche findet ein Kontakt statt – bei Frau S. zu Hause, telefonisch oder auch außerhalb. Am Wichtigsten bei diesen Gesprächen ist für Frau S. das Gefühl, dass da jemand zuhört und sie in ihren Nöten und Fragen versteht. Sie kann beruhigter sein, dass alles Nötige für ihren Mann getan wird und sie nichts Wichtiges versäumt. Die Pflegebegleiterin informiert sie über alles, was sie wissen möchte und sie nimmt ihre Hinweise und Ratschläge sehr gerne an. Nach den Gesprächen fühlt sich Frau S. sehr viel ruhiger, erleichtert und gestärkt. Sie hat dann ein sicheres Gefühl bei der Pflege und fühlt sich in ihren Leistungen anerkannt und bestätigt.

Der Pflegebegleitungsverlauf zeigt sich hierbei als kontinuierlich und ausgewogen. Pflegenden Angehörige, die sich diesem Fall zuordnen lassen, nehmen Pflegebegleitung regelmäßig ein bis dreimal pro Woche in Anspruch. Häusliche, telefonische und außerhäusliche Kontakte wechseln sich dabei relativ ausgewogen ab:

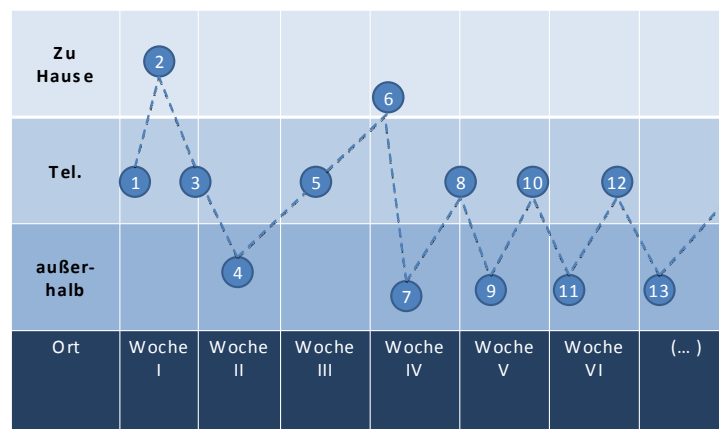


Abb. 52: Pflegebegleitungsverlauf I: Kontinuierliche Begleitung und Stabilisierung auf emotionaler Ebene

Fall 2: Begleitung ausgehend von einer emotionalen Bedürftigkeit hin zur aktiven Gestaltung der Pfl egetätigkeit

Frau M. versorgt ihre Mutter seit zwei Jahren. Ihre zunehmende Hinfälligkeit zu beobachten und selbst dabei hilflos zusehen zu müssen, machen ihr sehr zu schaffen. Sie kennt ihre Mutter als eine starke und resolute Frau und nun erlebt sie, wie sie immer hilfsbedürftiger und unselbständiger wird.

Das Verhältnis der beiden war schon immer sehr eng und freundschaftlich gewesen, sie tauschten sich oft aus und fragten einander um Rat. Aufgrund der Demenzerkrankung der Mutter wird dies immer weniger möglich, Frau M. hat das Gefühl, dass ihre Mutter als Person immer

mehr „verschwindet“. Neben diesem schleichenden Abschied fordert die Organisation des Pflegealltags Frau M. sehr. Sie ist berufstätig und hat zwei Kinder zu versorgen. Seit einem halben Jahr wird Frau M. von einer Pflegebegleiterin begleitet, und das fast täglich. Meistens telefonieren sie miteinander oder sie treffen sich in einem Café, manchmal auch bei Frau M. oder der Pflegebegleiterin zu Hause. Die Pflegebegleiterin hat ein gutes Gespür dafür, was Frau M. braucht: sie hört ihr sehr viel zu und hat immer tröstende und ermutigende Worte für sie. Das war lange Zeit sehr wichtig, dass sie sich alles von der Seele reden konnte und einen aufmerksamen Gesprächspartner hatte, der sie verstand und in ihren Leistungen wertschätzte. Nach einiger Zeit war es dann auch möglich, dass sie gemeinsam über die Planung der Pflege und Entlastungsmöglichkeiten nachdachten. Seit die Mutter eine Tagespflegeeinrichtung besucht und zweimal täglich ein ambulanter Pflegedienst kommt, geht es Frau M. deutlich besser. Sie merkt, dass sie immer mehr aus dem überwältigenden Gefühl der Ohnmacht und Traurigkeit herausfindet. Stattdessen kann sie wahrnehmen, wie sie sich Freiräume schaffen kann, ohne dass ihre Mutter deshalb schlechter versorgt wäre.

Der Pflegebegleitungsverlauf zeigt sich hierbei dichter getaktet. Die Pflegebegleitung wird fast täglich in Anspruch genommen. Die Kontakte finden überwiegend telefonisch statt, aber auch Kontaktmöglichkeiten außerhalb werden gerne genutzt.

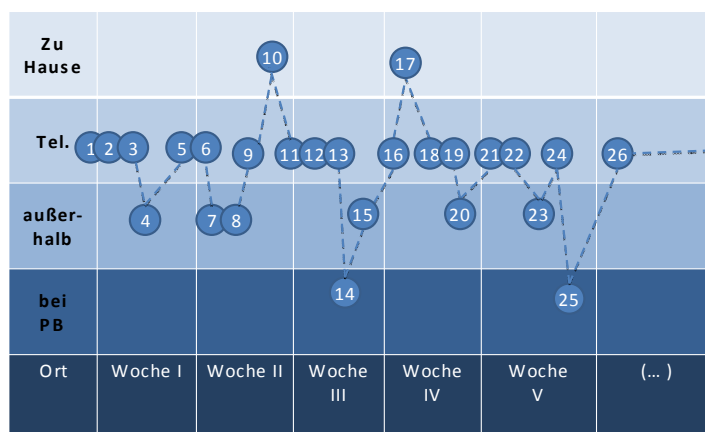


Abb. 53: Pflegebegleitungsverlauf II: Begleitung ausgehend von einer emotionalen Bedürftigkeit hin zur aktiven Gestaltung der Pflegetätigkeit

Fall 3: Begleitung ausgehend von einer hochkritischen Situation hin zu weitgehender Stabilisierung

Herr F. pflegt seit vier Jahren seine Mutter. Er ist allein stehend und fühlt sich in seiner momentanen Lebenssituation überfordert: Die Mutter baut ab, er hat seinen Arbeitsplatz verloren, keine engeren Kontakte zu Familienmitgliedern oder Freunden – stattdessen kommt es immer wieder zu sich verschärfenden Konflikten mit den Nachbarn. In dieser Lage hat er über die städtische Altenhilfe eine Pflegebegleiterin vermittelt be-

kommen, die zu ihm nach Hause kommt oder telefonisch ansprechbar ist. Zunächst standen die Organisation des Pflegealltags und eine Neueinstufung der Pflegestufe im Vordergrund, dadurch konnte eine erste Entlastung erreicht werden. Dennoch kam es kurze Zeit später zu einer Eskalation der Auseinandersetzung mit den Nachbarn, in die nun auch die Polizei eingeschaltet wurde. Durch die Vermittlung der Pflegebegleiterin zwischen ihm und den Beamten konnte eine Einweisung in die Psychiatrie verhindert werden – und damit auch eine Heimunterbringung der Mutter. Die Pflegebegleiterin ist zu seiner einzigen Vertrauten geworden. Durch die Gespräche mit ihr klärt sich einiges in ihm, er meistert die Pflege immer besser und wird dazu angeregt, sich auch selbst für soziale Kontakte zu engagieren. Deshalb besucht Herr F. nun eine Gruppe Alleinstehender, und auch wenn er immer wieder neu dazu motiviert werden muss, tut ihm dieser Austausch sehr gut. In den Überlegungen zur Organisation des Pflegealltags und seiner Freizeitgestaltung spielen jedoch vermehrt Finanzierungsfragen eine Rolle. Von dem Pflegegeld und Arbeitslosengeld II kann Herr F. sich und seine Mutter kaum über Wasser halten. Im Austausch mit der Pflegebegleiterin erkennt Herr F., dass er dringend eine Auszeit und Erholungsmöglichkeit braucht, um die Pflege weiterhin aufrechterhalten zu können. Bei der Krankenkasse hat er deshalb einen Antrag auf Kur gestellt. Die Pflegebegleiterin hat ihn auch ermutigt, zu seinem Bruder, mit dem seit Jahren kein Kontakt mehr besteht, die Verbindung wieder aufzunehmen und über eine Einbeziehung in die Pflegeverantwortung nachzudenken.

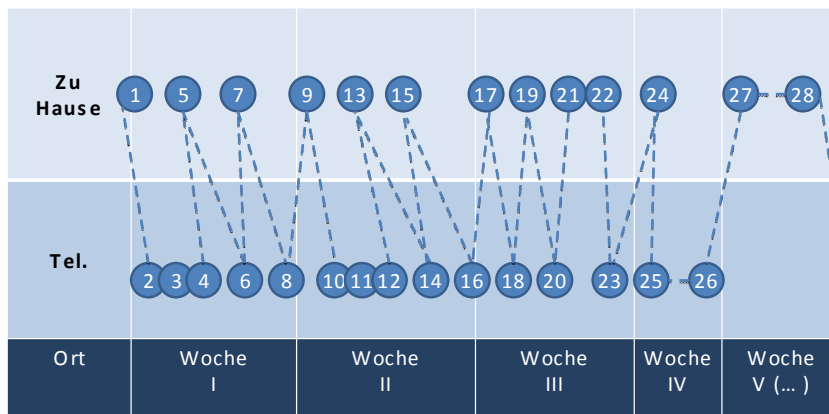


Abb. 54: Pflegebegleitungsverlauf III: Begleitung ausgehend von einer hochkritischen Situation hin zu weitgehender Stabilisierung

Die Pflegebegleitung findet bei diesem Fall sehr unterschiedlich häufig (zwei- bis neunmal im Monat) statt, ausschließlich in der Häuslichkeit und am Telefon (Abb. 53). Nach einer gewissen Zeit (siehe ab Woche IV) ändert sich die Kontakthäufigkeit und es scheint eine „Entspannung“ der Lage ersichtlicher.

Fall 4: Neuorganisation und Anpassung einer zum Teil jahrelang andauernden Pflege an aktuelle Bedürfnislagen, Begleitung zum weiteren Austausch nach Bedarf

Herr N. kümmert sich seit 30 Jahren um seine pflegebedürftige Frau. Er hat sich mittlerweile eingerichtet in seinem Pflegealltag und kennt sich ziemlich gut aus, was die Versorgung seiner Frau betrifft. Mit zunehmendem eigenem Alter merkt er jedoch, dass die Pflege beschwerlicher wird und er an eigene – auch gesundheitliche – Grenzen kommt.

Deshalb suchte er Hilfe und bekam sie durch einen Pflegebegleiter: Dieser half ihm, den Pflegealltag neu zu organisieren, Hilfsmittel zu beschaffen, die der jetzigen Situation der zu Pflegenden angepasst sind und einen häuslichen Betreuungsdienst sowie Tagespflege einzurichten. Durch diese Maßnahmen wurde sein Alltag sehr erleichtert und Herr N. gewann Freiräume zur Selbstsorge und das Vertrauen, dass seine Frau versorgt ist, wenn er außer Haus ist.

Die Pflegebegleitung findet recht regelmäßig wöchentlich statt, zu Hause oder über die Pflegebegleiter-„Hotline“ bzw. im Pflegebegleiter-Café:

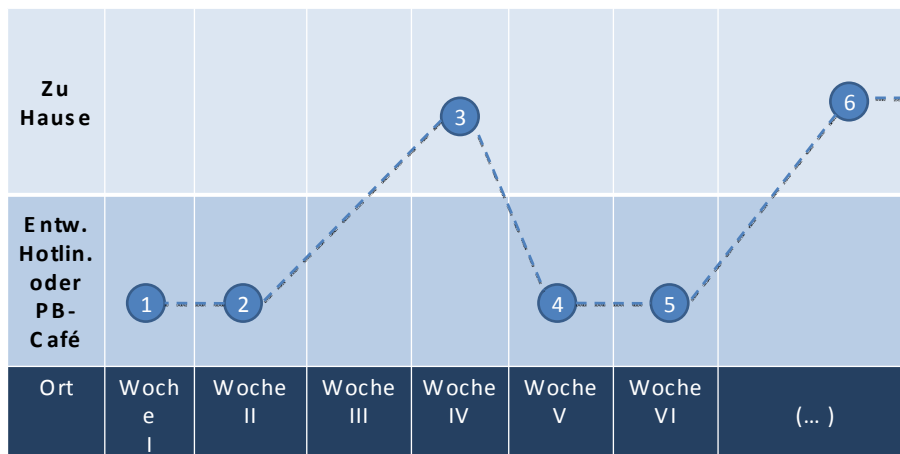


Abb. 55: Pflegebegleitungsverlauf IV: Neuorganisation und Anpassung einer zum Teil jahrelang andauernden Pflege an aktuelle Bedürfnislagen, Begleitung zum weiteren Austausch nach Bedarf

Fall 5: Kontinuierliche Gesprächsbegleitung bei einer zunehmenden Verschlechterung des Gesundheitszustands der zu Pflegenden

Frau W. stand kurz davor, dass ihr Vater aus der Reha nach Hause kommt und von ihr gepflegt würde. Sie hatte keine Ahnung, was alles auf sie zukommen würde, wie der Alltag abläuft, welche rechtlichen und finanziellen Dinge es zu beachten gibt. Deshalb hatte sie ihre Nachbarin angesprochen, von der sie wusste, dass sie als Pflegebegleiterin pflegende Angehörige bei ihrer Tätigkeit in allen Belangen unterstützt. In Gesprächen mit ihr fühlte sie sich ermutigt, die Versorgung des hilflosen Vaters tatsächlich zu übernehmen. Die Pflegebegleiterin half ihr bei den notwendigen Behördengängen, der Beschaffung eines Rollstuhls und stellte Kontakt zu professionellen Diensten her, so dass die Pflege gut organisiert war. Durch den Austausch in den nächsten Monaten fühlte Frau W. sich bestärkt in ihrem Tun und fand gute Wege, für sich und den Vater gleichermaßen zu sorgen. Nach nicht allzu langer Zeit verschlechterte sich sein Gesundheitszustand jedoch rapide: der Vater brauchte ein Pflegebett, der Pflegealltag musste neu organisiert werden und Frau W. war sehr eingespannt. In allem stand ihr die Pflegebegleiterin mit Rat und Tat zur Seite und half ihr, diese Veränderung bewältigen zu können – dies umso mehr, als schließlich sogar ein Krankenhausaufenthalt notwendig wurde. Ihre Begleitung ins Krankenhaus und Unterstützung bei den Gesprächen mit den Ärzten ermöglichten es Frau W., diese schwere Zeit durchzustehen.

Pflegebegleitung wird in diesem Fall sehr unterschiedlich in Anspruch genommen, von täglich bis zu 4-6 Mal pro Monat. Die Kontakte finden zunächst zu Hause und telefonisch statt; mit zunehmender Verschlechterung des Gesundheitszustands der/des zu Pflegenden treffen sich PflegebegleiterIn und pflegende/r Angehörige/r im Krankenhaus:

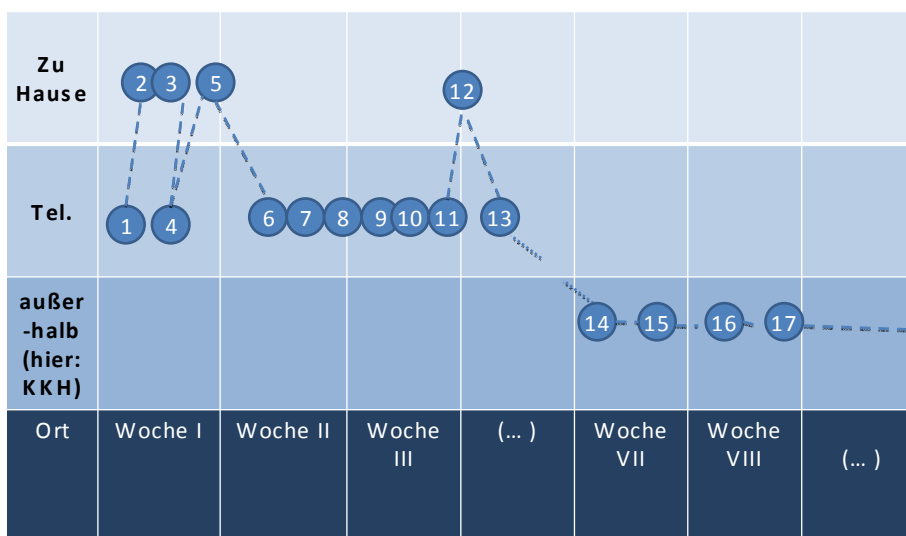


Abb. 56: Pflegebegleitungsverlauf V: Kontinuierliche Gesprächsbegleitung bei einer zunehmenden Verschlechterung des Gesundheitszustands der zu Pflegenden

Fall 6: Begleitung in einer relativ stabilen Pflegesituation nach Bedarf

Frau T. kümmert sich um ihre Schwiegermutter, die im selben Haus wohnt und Unterstützung in der Haushaltsführung und Körperpflege benötigt. Das macht sie schon einige Jahre und ist insgesamt neben ihren anderen Aufgaben auch gut zu bewältigen. Dennoch nimmt sie wahr, dass die lange Pflege und das zunehmend fordernde Verhalten der Schwiegermutter sich allmählich bemerkbar machen. Durch Zufall erfuhr sie vom Angebot der Pflegebegleitung und seit einigen Monaten steht sie immer wieder in Kontakt mit einer Pflegebegleiterin. Im Gespräch mit ihr gewinnt sie mehr und mehr das Gespür für ihre eigenen Bedürfnisse, sie erhält Anstöße auch an sich selbst zu denken und nimmt diese gerne an. Sie geht selbstbewusster mit ihrer eigenen Zeit um, möchte wieder mehr am sozialen Leben teilnehmen und für ihre eigene Gesundheit sorgen. Bei einer weiter zunehmenden Belastung würde Frau T. einen ambulanten Pflegedienst in Anspruch nehmen. Mit diesen Entwicklungen kann Frau T. die Pflege befreiter leisten und sogar wieder Freude daran empfinden.

Die Pflegebegleitung findet zumeist alle sechs Wochen statt, wobei die Kontaktdichte hin und wieder unterschiedlich ausfallen kann (Abstände zwischen einem Tag und sechs Wochen) Zwischendurch gibt es auch Abstände von zwei bis drei Monaten. Als Kontaktorte werden sowohl die Häuslichkeit, das Telefon als auch Orte außerhalb genutzt:

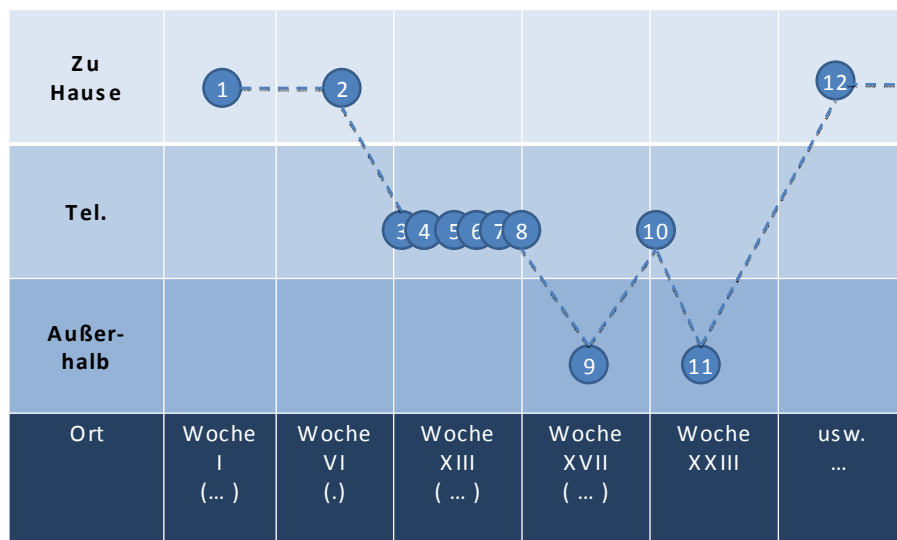


Abb. 57: Pflegebegleitungsverlauf VI: Begleitung in einer relativ stabilen Pflegesituation nach Bedarf

5.4 Multiperspektivische Betrachtung der Wirkungen von Pflegebegleitung

Welche Wirkungen durch die Tätigkeit von Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleitern erzielt werden, lässt sich, wie in den vorangegangenen Kapiteln aufgezeigt, zunächst über die Ergebnisse der einzelnen Instrumente nachweisen, die im Rahmen der Wirksamkeitsforschung zum Einsatz kamen. Fassbar in allen Dimensionen werden die Wir-

kungsweisen und die damit verbundenen Konsequenzen aber erst in vollem Umfang, durch das Vorgehen der „Triangulation“, verstanden als Kombination von Methoden oder Methodologien und Theorien, mit dem Ziel einer umfassenden Untersuchung des Phänomens „Wirkung von Pflegebegleitungen“ (vgl. Lamnek 2005, S. 736). Dieses ist als sehr vielschichtig zu begreifen und nicht eindimensional operationalisierbar. Deshalb wurde es innerhalb der letzten Projektphase von mehreren Ebenen und unter verschiedenen zentralen Fragestellungen beleuchtet:

Zentrale Fragestellung 1: Was tun PflegebegleiterInnen in den Familien?

Diese Frage wurde bereits in Kapitel 5.3 anhand des „Pflegebegleiter-Profiles“ hinreichend beantwortet. Aber auch die Interviews mit pflegenden Angehörigen (siehe Kapitel 3.2.1) gewähren hierzu wertvolle Einblicke aus der Sichtweise der Zielgruppe (siehe unter Kapitel 5.2).

Zentrale Fragestellung 2: Was nehmen PflegebegleiterInnen bezüglich der erreichten Wirkungsweisen wahr?

Einsichten zu dieser Frage liefern sowohl der Dokumentationsbogen (siehe Kapitel 3.2.2.2) für Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter als auch die Auswertung der monatlichen Protokollbögen (Quartalsbericht, siehe Kapitel 3.2.2.4).

Zentrale Fragestellung 3: (Wie) Erlebt die Zielgruppe der pflegenden Angehörigen diese Wirkung? Kann Pflegebegleitung die hauptsächlichen Evaluationsziele – wie Brückenfunktion, Stabilisierung, Zuhören – einlösen?

Zur Beantwortung dieser Frage dienten insbesondere die Interviews mit pflegenden Angehörigen sowie der Einsatz der Postkarte (siehe Kapitel 3.2.1 und 3.2.2.3).

Ferner galt das Interesse den etwas untergeordneten Fragestellungen:

- Wie ist der Kontakt zwischen pflegenden Angehörigen und Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleitern zustande gekommen? (Kapitel 3.2.2.2 und 3.2.1)
- Wie nehmen die pflegenden Angehörigen die Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter wahr? (Kapitel 3.2.1 und 3.2.2.3)

Um dazu einen Überblick zu ermöglichen, erfolgt in der weiteren Darstellung der Forschungsergebnisse eine integrierte Ergebnisdarstellung. Darin wird der Frage nach Wirkungsweisen von Pflegebegleitung nachgegangen, fokussiert auf die zentralen Fragestellungen. Die bereits genannten Instrumente und ihre jeweiligen Aussagen werden dabei im Sinne der Triangulation miteinander verzahnt.

5.4.1 Kontaktaufnahme zwischen pflegenden Angehörigen und Pflegebegleiterin oder Pflegebegleiter?

Die Kontaktaufnahme zwischen pflegenden Angehörigen und Pflegebegleiterin oder Pflegebegleiter vollzieht sich meist in einer krisenhaften Situation. Die pflegenden Angehörigen stehen oft am Rand der Erschöpfung, so dass die Pflegebegleitung dann

kontaktiert wird, wenn „Not am Mann“ ist. Dies wird durch Rückmeldungen in den Quartalsberichten bestätigt.

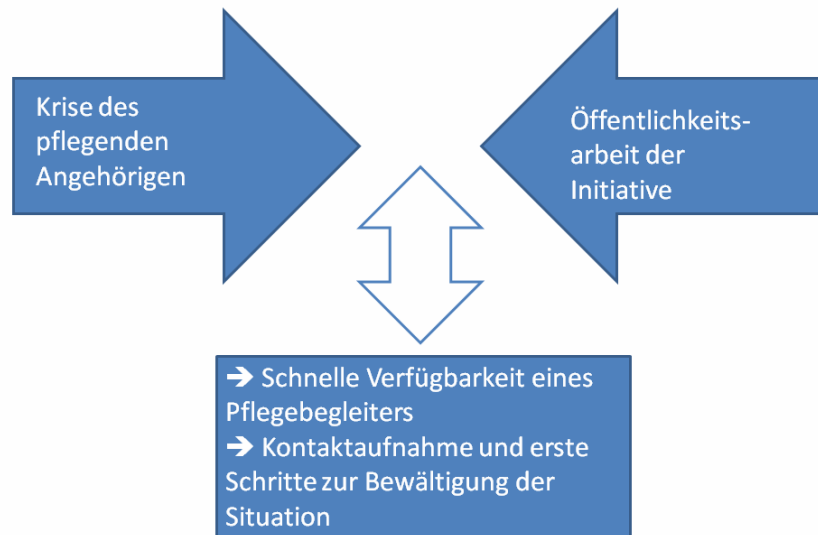


Abb. 58: Kontaktaufnahme zwischen pflegenden Angehörigen und PflegebegleiterInnen

Als Krise und überfordernde Situation stellen sich für pflegende Angehörige aber auch beispielsweise die unerwartete Entlassung der/des zu Pflegenden aus dem Krankenhaus oder der Rehabilitationsklinik dar.

*„Ich wusste nicht dass es Pflegebegleiter gab (...) **meine Mutter ist am 30. Januar von einer sich selbst (.) verpflegenden Person zu einer pflegebedürftigen Person geworden (...)** durch einen Schlaganfall ist dann ins Krankenhaus gekommen und eine Woche später hat das Krankenhaus gesagt sie soll entlassen werden wo sie nicht laufen konnte und eigentlich GAR nichts (...) daraufhin hab ich dann die AWO ähm (...) angerufen (.) wegen eigentlich Pflegedienst (.) und erhielt dann (.) am nächsten Tag (.) einen Anruf von meiner Pflegebegleiterin.“ (Frau T., 14 ff.)*

Auf der Suche nach Information, praktischen Hinweisen, Hilfe und Unterstützung werden pflegende Angehörige in vielen Fällen durch Zeitungsannoncen der Pflegebegleiter-Initiativen auf das Angebot aufmerksam. Entsprechend der Ergebnisse der Dokumentationsbögen von Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleitern werden die pflegenden Angehörigen (in dieser Reihenfolge) durch

- Öffentlichkeitsarbeit (Presse, Mundpropaganda, Flyer etc.),
- Eigene, zugehende Wege,
- Einrichtungen und Dienste (Wohlfahrtsverbände, Pflegedienst, (Haus-)Arzt, Sozialarbeiterin,...),
- Bekannte(nkreis), Freunde, Nachbarn, Arbeitskollegen,
- Kooperierende Organisation, Projekt-Initiatorinnen und -Initiatoren,

auf das Angebot aufmerksam.

*„Ich hatte **in der Zeit wo mein Sohn so krank war**, in der Zeitung mal was gelesen, habe dann einfach nur da mal nachfragen wollen [...] ob sie irgendjemand wüsste, wo ich mich dran wenden könnte“ (Frau Bo., 17-21).*

Die anschließende Kontaktaufnahme kann von den pflegenden Angehörigen selbst, von Pflegebegleiterin oder Pflegebegleiter sowie von einem vermittelnden, professionellen Dienst ausgehen. Entsprechend den Aussagen in den Dokumentationsbögen fungierten als Mittler (in dieser Reihenfolge):

1. Projekt-Initiatorinnen und -Initiatoren, kooperierende Organisation
2. Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter selbst
3. Bekannte(nkreis), Freunde, Nachbarschaft, Arbeitskollegen
4. Einrichtungen und Dienste (z.B. Sozialstation, Angehörigengruppe,...)
5. Mundpropaganda
6. Wohlfahrtsverbände
7. Pflegende Angehörige selbst
8. Beratungsstellen und Behörden

Ist der Kontakt dann zeitnah hergestellt, werden die Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter auch bald als jederzeit ansprechbare Gesprächspartner geschätzt, mit denen die als ausweglos empfundene Situation reflektiert und geklärt werden kann. „In Ruhe“ kann dann nach Lösungsmöglichkeiten und Gestaltungsformen der Pflegesituation gesucht werden.

*„Sie hat mir dann im Prinzip (.) einerseits (.) **bei den ganzen (.) Formalitäten zur Seite gestanden** (.) andererseits **ABER**, was für mich auch in der Situation sehr wichtig war, **ich hatte jemanden, mit dem ich (.) reden konnte** (...) ja (.) einfach mal (.) das Herz ausschütten konnte.“ (Frau T., 24-26)*

In den vorgefundenen Pflegesituationen, in denen pflegende Angehörige bereits über einige Jahre gepflegt haben, sind es – wie oben bereits erwähnt – auch die Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter selbst, die sich vorstellen und ins Gespräch bringen, ihre Telefonnummer hinterlassen und hin und wieder nachfragen. Tritt hier dann eine Verschlechterung der Situation ein, die die Pflegenden überfordert, beginnt die Pflegebegleitung. Diese Feststellung wird wiederum durch Aussagen in den monatlichen Protokollbögen (Quartalsbericht) untermauert.

In allen Fällen ist die Bereitschaft der Pflegenden eine wichtige Voraussetzung, das Begleitungsangebot anzunehmen und der Erfolg der Vermittlung ist davon abhängig, dass diese zügig verläuft.

*„...diese Annahme der Hilfe, das hat mir die Frau B. übergebracht (.) dass sie mir helfen **MÖCHTE** (..) **wenn ich aber ihre Hilfe nicht gewollt hätte** (.) **hätte sie sich auch zurückgezogen** (.) das ist ganz ganz wichtig [...] **sie hatte dieses Feingefühl dass ich (.) diese Hilfe annehmen KONNTE.**“ (.) (Frau T., 1045-1050)*

Nicht selten treten ambulante Pflegedienste und Beratungsstellen als vermittelnde Stellen auf (siehe Auflistung oben), die die Telefonnummer der Angehörigen weitergeben,

beziehungsweise die Pflegebegleiterin oder den Pflegebegleiter und die Angehörigen einander vorstellen.

*„Ende vorigen Jahres hat ich ein **Kontaktgespräch mit äh Frau K. hier von der Diakoniestation** (.) und äh die hat mich auf diese ähm (.) Pflegebegleitung angesprochen (.) ob ich daran interessiert wäre, und hat dann relativ schnell den Kontakt hergestellt (.) und dann hat ich die Frau S. bekommen.“ (Herr Be., 12-16)*

In ländlichen Gebieten kennen sich manches Mal Angehörige und Pflegebegleiterin oder Pflegebegleiter schon viele Jahre aus anderen sozialen Kontexten (siehe ebenfalls Auflistung oben), bevor es zu einer Pflegebegleitung kommt.

*„**Aber ungezwungen**, also ich hab sie gar nicht gesucht die Pflegebegleitung, **dadurch dass ich die Frau N. kannte**, haben wir auch mal drüber gesprochen, und dann haben wir auch schon mal ein Gespräch geführt, und **dieses Gespräch bei ihr zu Hause - das hat mir so gut getan.**“ (Frau Ka., 138-141).*

Begleitete Angehörige berichten, sie empfänden dies als positiv und erleichternd.

5.4.2 Die Wahrnehmung von Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleitern durch pflegende Angehörige

In Bezug auf die geeigneten „Passungsverhältnisse“ zwischen Pflegebegleiter und pflegendem Angehörigen sind folgende Aspekte interessant:



Abb. 59: Zum Passungsverhältnis zwischen pflegenden Angehörigen und PflegebegleiterInnen

Pflegende Angehörige geben an, soziales Milieu und Geschlecht (nicht jedoch das Alter) der Pflegebegleiterin oder des Pflegebegleiters müssen mit dem eigenen übereinstimmen.

„Hier gibt es so verschiedene Bevölkerungsschichten, da muss man ganz, ganz vorsichtig sein, wer als Pflegebegleiter für wen in Frage kommt.“ (Herr Be., 401-403)

In den berichteten Fällen, in denen mit der ersten Auswahl eines Pflegebegleiters keine Begleitung zustande kam, habe das „intellektuelle Niveau“ nicht gestimmt bzw. als Frau wolle man sich „in diesen intimen Fragen“ keinem Mann öffnen und anvertrauen. An dieser Stelle wird auch die Verantwortung der Projekt-Initiatorinnen und -Initiatoren in deren Mittlerrolle offenbar.

*„Die beiden Pflegebegleiter, die ich hier kennen gelernt habe, finde ich **ein bisschen sehr schlicht**, es gibt wenig, was von ihnen aus kommt, **ich weiß eigentlich gar nicht was ich mit denen anfang**e. [...] vom Intelligenzquotienten her einfach nicht so, dass sie ein bisschen forschen auch, was dazu beitragen können.“ (Frau K. 440-453).*

*„...dann hatte sie mir erst Herrn, ich weiß den Namen nicht mehr, vorgestellt, und der kam, aber so, **er als Mann, ich als Frau, war vielleicht nicht so das richtige**.“ (Frau Bo, 23-24)*

Stimmt diese zwischenmenschliche Ebene, erleichtert dies den Zugang und die Vertrauensbildung zum Angehörigen. Pflegende Angehörige schätzen an dem Kontakt besonders die „Einfühlsamkeit“ und Diskretion der Pflegebegleiterin oder des Pflegebegleiters.

*„...die ist in ihrer Art auch so liebevoll so (.) auch bescheiden und ein ganz liebenswerter Mensch (..) ja? Und dadurch äh (.) können wir beide auch über alles reden, und das ist eigentlich schön; und ich weiß; es geht nicht raus (.) **was wir beide sprechen (.) bleibt unter uns**“ (Frau E., 604-07)*

Aus den Dokumentationsbögen und den Quartalsberichten gibt es zudem Hinweise, dass im Prozess der Vertrauensbildung in dieser Phase insbesondere die Offenheit, das „offene Ohr“ und das „Sich-Zeit-Nehmen“ der Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter geschätzt werden.

Zum Zeitpunkt der Befragung – hier befanden sich die Begleitungen eher in der Phase des Aufbaus²⁴ – ließen sich folgende zentralen Merkmale der Beziehungen zwischen Pflegebegleiterin/ Pflegebegleiter und pflegendem Angehörigen erkennen:

²⁴ Daher sind Aspekte der Loslösung in der empirischen Erhebung nicht berücksichtigt.

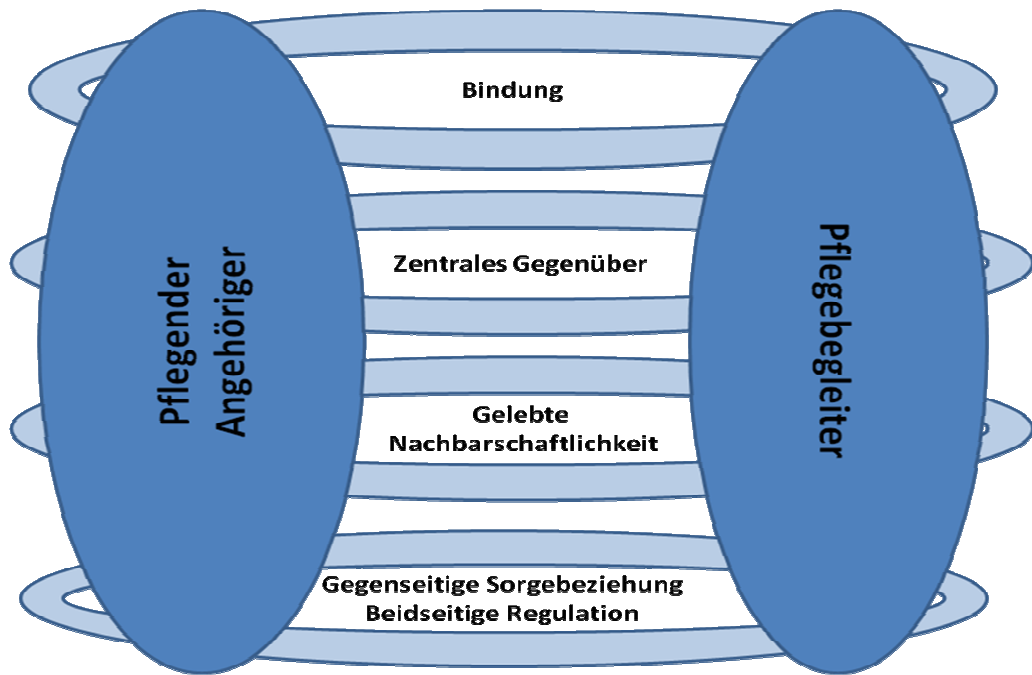


Abb. 60: Zentrale Merkmale der Begleitungsbeziehungen zum Zeitpunkt der Befragung

Während der Pflegebegleitung kommt es zum Aufbau einer zwischenmenschlichen Beziehung und zur Entstehung von Bindung an die Pflegebegleiterin/den Pflegebegleiter. Zu beobachten ist dabei eine *beidseitige Beziehungsregulation*, die sich als gegenseitiges „Geben und Nehmen“ beschreiben lässt, und die die Pflegebegleiterin/der Pflegebegleiter ebenso steuern kann wie die/der Angehörige.

„Also ich könnte mir das nicht mehr vorstellen, dass die Frau L. nicht kommt ja? Das ist ein Bestandteil bei mir geworden (.) **sie gehört einfach mit dazu** für mich, sagen wir mal zum Regenerieren. Und **sie hat mir auch ne Geburtstagskarte geschrieben**, und da hab ich mich auch riesig gefreut drüber ja? Das ist nicht selbstverständlich (.) und äh (.) ich hatte ihr auch aus der Kur geschrieben und so, wissen sie, **es ist ne Bindung da, ne nette, gute Beziehung.**“ (Frau E., 457-471)

„Also ich mag sie gern (..) und sie mich anscheinend auch.“ (Frau Sch., 222)

Es entsteht eine gegenseitige Sorgebeziehung, in der die Pflegebegleiterin/der Pflegebegleiter qua Rollendefinition zwar hauptsächlich in der gebenden Situation ist, aber auch empfängt. Das Verhältnis ist in den meisten Fällen von gegenseitiger Rücksichtnahme geprägt.

„... ich sammle manchmal lieber Themen und frage dann an, ob wir uns treffen können. [...] **weil ich auch gerne habe, dass SIE (.) ja IHRE Ruhe hat (.)** aber dann (.) wenn sie dann für mich DA ist, dass wir das terminiert haben, dann hat sie ja eh Zeit aber (.) **ich denk sie hat auch noch andere Dinge in ihrem Leben und diese ehrenamtliche Tätigkeit die sie ausführt (.) muss ja nicht von mir jetzt überzogen werden.**“ (Herr B., 358-62)

„**Wir stimmen uns eben einfach ab damit keiner überfahren wird verstehen sie?** (.) äh das muss ein gegenseitiges Miteinander sein das darf nicht jetzt ei-

ner der Nehmende und der andere der Gebende sein (..) das das geht einfach nicht.“ (Frau E., 634-369

So verwundert es nicht, dass pflegende Angehörige beschreiben, ihre Pflegebegleiterin/ihr Pflegebegleiter sei für sie zu einem Bestandteil ihres Lebens geworden und würde eine bedeutsame Lücke hinterlassen, wenn die Begleitung zum Zeitpunkt der Befragung bereits zu Ende wäre. Für pflegende Angehörige ist die Pflegebegleiterin/der Pflegebegleiter in manchen Fällen der/das einzige oder zentrale Ansprechpartner/Gegenüber (siehe Näheres unter 5. 4.6).

*„wenn ich in Not bin, /eh/ **ich kann mit keinem anderen dann weiter sprechen, dass ich einfach dann auch jemanden habe der hört zu, /eh/ und ich weiß der fühlt auch mit mir, und der gibt mir auch irgendwie wieder so die Kraft dann wieder, dieses einfach dieses aussprechen da ist jemand, das bringt unheimlich viel.“ (Frau Bo, 58-62)***

Sie beschreiben die Begleitung als unkomplizierten, positiven Kontakt, der viel (Vor-) Freude bei ihnen erzeugt (Details unter 5.1.4.6)

„Nee, also wir hatten eigentlich beide noch nie ein Problem miteinander, und ich kann dazu nur sagen: wenn die Kleine kommt; dann drück ich sie erst einmal. [...] Ich freu mich auch auf [die Verabredung] morgen, und entweder, im Sommer sitzen wir draußen, wenn das Wetter ist, wenn nicht sitzen wir hier, [...] das hat sich jetzt so eingespielt.“ (Frau E., 601-603/ 624-26)

In jedem Falle ist es eine Beziehung, bei der sie im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit (siehe Kap. 5.4.6) und des Interesses stehen, was sich positiv auf ihr Selbstwertgefühl auswirkt.

*„[dass sie] sich die Zeit nimmt (.) obwohl sie (.) dafür im Prinzip nichts bekommt (.) ja (.) **sich die Zeit nimmt (.) MIR zuzuhören (.) sich für mich Zeit nimmt (.)** obwohl ich ein Mensch bin, den sie noch nie in ihrem Leben gesehen hat.“ [Frau T., 324-27] „da hab ich gesagt du (.) DU hast mit dieser Frau nichts zu tun (.) **das ist meine (.) DU gehst zu deinen Frauen in die Tagespflege (.) und DAS ist meine Frau (.)** mit DER redest du nicht, das fang ich gar nicht erst an (.) das ist MEINE (...) er hat SEINE“ (Frau E., 674-676)*

Eines persönlichen Kennenlernens bedarf es dabei nicht unbedingt; einige vorgefundene, äußerst intensive Begleitungen werden über das Telefon (siehe Verläufe, Kap. 5.3.3) vollzogen. Pflegende Angehörige geben an, dass Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter für sie eine andere Qualität als Freunde, Verwandte und Psychotherapeuten besitzen.

*„Eine Pflegebegleitung ist (.) Puffer (.) **das kann ein Therapeut nicht (.)** der kann nicht puffern (.) der arbeitet zwar ihre Probleme ab“ (Frau T., 879, 80)*

*„In der Situation, ich konnte noch nicht mal im Prinzip Streicheleinheiten annehmen, **weder von meinem Mann, noch, wie ich vorhin sagte, von meiner Freundin.**“ (Frau T., 636-38)*

Die Tatsache, dass Angehörige und Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter sich in den meisten Fällen erst neu kennenlernen und eine gewisse *emotionale Distanz zur Situation der pflegenden Familie* mitbringen, wird in den meisten typischen Pflegebegleitungssituationen als Voraussetzung benannt, sich wirksam begleiten zu lassen.

„ja und ich meine es ist auch noch etwas anderes äh (...) mit (..) mit Freundinnen (..) da drüber zu sprechen als mit ihr (..) weil (..) bei ihr aber diese Erfahrung hab ich schon öfter im Leben gemacht (..) sie ist nicht emotional (..) eingebunden (..) also das heißt nicht dass sie mich nicht liebevoll **ABER (..) sie hat im Prinzip keine emotionale Bindung weder zu mir noch zu meiner Mutter noch zu meiner Familie** und demzufolge (..) äh **konnte sie mir objektiv helfen**“ (Frau T., 226-31)

Auch muss das Hilfsangebot der Pflegebegleiterin/des Pflegebegleiters aktiv angenommen werden, so die Befragten.

„**diese Hilfe die man von den Pflegebegleitern bekommt (.) dass man die auch annimmt das ist GANZ ganz wichtig (.)** und ich denke mal in der heutigen Gesellschaft und in der (.) Dings dass im Prinzip jeder sozusagen sein eigenes Ding nur noch macht mehr oder weniger (.) diese Annahme der Hilfe“ (Frau T., 1043-46)

Diese Voraussetzung für das Gelingen des Beziehungsaufbaus wird wiederum durch die Dokumentationen der Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter bestätigt. Hier ist vom

- Abbau von Barrieren, die angebotene Hilfe zu akzeptieren,
- Abbau der Scheu vor professionellen Diensten,
- Mut, um Hilfe zu bitten,
- Erkennen eigener Grenzen,
- Zulassen fremder Hilfe zur Pflege (z.B. Kombinationspflege),
- Anerkennen, dass Hilfe von außen möglich ist (z.B. Seniorenbüro),
- Zugeben dürfen, wie belastend und anstrengend die Pflegesituation ist

die Rede. Für manche pflegende Angehörige gestaltet sich die Pflegebegleitung als gelebte Nachbarschaftlichkeit (siehe Kapitel 5.1.4.6) – eine Erfahrung, die gegenwärtig nicht mehr selbstverständlich gesammelt werden kann und das soziale Klima (positiv) prägt. Für einen Befragten ist dies der Hauptgrund dafür, warum Pflegebegleitung auf freiwilliger Basis geleistet werden sollte und nicht so leicht in hauptberufliche Hände übergeben werden kann.

„**EIN ganz wichtiger Ansatz dass es da Leute gibt und da SIND die Pflegebegleiter eigentlich ziemlich nah dran am Nabel des alltäglichen Geschehens.[...] Also so seh´ ICH das (..) langfristig (.) insofern (.) wäre das (.) teuflisch nahezu wenn dieses Projekt zusammenbricht. Es kann ja sein, dass mal irgendwann was Hauptamtliches bei rauskommt (.) aber die Person wär dann total (.) überfordert und könnte das gar nicht machen.**“ (Herr B., 466-480)

Dabei geht die Wissenschaftliche Begleitung davon aus, dass sich zu den Befragungen eher reflektierte Persönlichkeiten gemeldet haben, und dass die Haltung der Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter das Klima im Umgang miteinander positiv durch Achtsamkeit prägt.

Aus der quantitativen Befragung sind in Einzelfällen auch unausgewogene Beziehungsformen bekannt. Beispielsweise finden sich in den Quartalsberichten Aussagen,

dass pflegende Angehörige hin und wieder zu hohe oder falsche Ansprüche an die Pflegebegleitung – im Sinne von Freundschaft – stellen.

5.4.3 Belastungen durch die Pflege

Zur Beantwortung der Frage, wie die Zielgruppe der pflegenden Angehörigen die Wirkung von Pflegebegleitung erlebt, ist es gleichermaßen wichtig zu schildern, mit welchen vielfältigen Belastungen sich pflegende Angehörige tagtäglich konfrontiert sehen.

In den Interviews wurden von den Befragten verschiedene Formen der Belastungen genannt, die pflegende Angehörige bei der Pflege empfinden. Folgende Grafik soll zusammenfassend einer kurzen Übersicht dienen:



Abb. 61: Berichtete Belastungen pflegender Angehöriger bei der Pflege

Alle Befragten berichten, unter den krankheitsbedingten, degenerativen Erscheinungen ihrer Angehörigen zu leiden. Hierzu gehören vor allem die geistige Desorientierung und der Persönlichkeitsverlust der Menschen mit Demenz, was pflegende Kinder besonders belastet.

„DAS kann ich immer nicht nachvollziehen (.) was sie da wirklich mitbekommt (.) vom Kopf her was DA oben noch ankommt.“ (Herr Be., 140)

„...sonst hat man immer das Gefühl: Mensch, warum ist das jetzt da oben nicht angekommen sag mal, warum fragt sie mich jetzt schon wieder diesen Scheiß?“ (Herr Be., 195-96)

Vor allem pflegende Ehepartnerinnen und -partner leiden unter dem Verlust der Stärke und Vitalität ihres Partners.

„(.) aber er ist morgens schon, wenn wir gefrühstückt haben, dann liegt er da schon wieder [...] **er hat keine Kraft mehr keine Kraft mehr** (weinend) und **er hat früher alles gemacht wir haben hier den Bau hochgezogen**“ (Frau Br., 176-81)

„was dazu führt dass **die Motorik** bei ihm schon nachlässt **die Sprache** kaum noch da ist (.) **dass Sehen** er kann kaum noch gucken, **ist zum Teil manches Mal verwirrt**, nicht immer, aber manchmal, **also er kann gar nicht mehr alleine sein**, unmöglich, na ja.“ (Frau Gl., 19-22)

Mangelnde Anpassungsfähigkeit der erkrankten Person erschwert das Zusammenleben im gleichen Haushalt, vor allem, wenn man das Elternteil zur Pflege in diesen aufgenommen hat.

„...das war natürlich am Anfang eine ganz, ganz harte Sache für uns **weil, meine Mutter hat sich hier nicht zu Hause gefühlt**, also sie die hing so zwischen drin sie konnte nicht mehr laufen, /eh/ ihr ganzes Leben ist praktisch über den Haufen geworfen worden und das war natürlich für sie psychisch eine riesengroße Belastung.“ (Frau J., 36-41)

Das Leben mit der Erkrankung weist täglich auf einen fortschreitenden „Abwärtstrend“ hin und konfrontiert immer wieder mit dem bevorstehenden Lebensende der gepflegten Person wie auch des eigenen Lebens. Dies wirft Fragen des persönlichen Alterns auf, im Sinne eines Lebens in Abschiedlichkeit. Pflegende Angehörige sind gezwungen, sich mit den psychischen Krisen ihrer erkrankten Angehörigen auseinander zu setzen und diese mit auszuhalten. Nicht selten greifen diese krisenhaften Stimmungen auf das gesamte soziale (Familien-)System über.

„also, dacht ich manchmal sie sie schafft das gar nicht, sie war auch schon im Krankenhaus ist sie da gelegen, **sie will sterben, das ist doch kein Leben** und so. Es gab **einige Kämpfe** und einiges an Schwierigkeiten, die man da überwinden musste.[...] Und dann war **meine Schwester** noch da, und dann ist das dann nur noch schlimmer geworden.“ (Frau J., 41-47)

Die Hauptpflegepersonen sind dabei starken, expressiven, negativen Emotionen (Angst, Trauer, Wut, Aggression) ausgesetzt, die eine psychologische Beratung und Therapie notwendig machen können. Hinzu kommt die vielfältig beschriebene Rollenumkehr pflegender Kinder und der Partnerverlust pflegender Ehepartner.

„das ist eigentlich **nicht mehr der Mensch, den ich mal geheiratet habe, das ist ne ganz ganz fremde Gestalt** (..) und wird auch so aggressiv, so verletzend.“ (Frau E., 201-203)

„...also **ich hab auch dann mal eine psychologische Beratung gebraucht**, weil ich wusste also echt nimmer wie, wie und was.“ (Frau J., 44-46)

Die Befragten geben an, dass die nachlassenden kommunikativen Fähigkeiten der pflegebedürftigen Person eine konstruktive Problembearbeitung erschweren. Sie sprechen dabei von täglichen emotionalen Erschütterungen, inneren Kämpfen, Ängsten und Sorgen bezüglich der Pflegesituation.

„So viel in der Zeit hatte [sich] an Sorgen bei mir aufgestaut, ich glaube ich wäre alleine da auch nicht mit fertig geworden.“ (Frau Bo 82-84)

„Aber bis das so weit ist, ist erst mal im eigenen Kopf so eine Erschütterung, wie kommt die jetzt da drauf, ja.“ (Frau Ka., 87,88)

So überrascht es nicht, dass pflegende Familien sich von vielfältigen Zukunftsängsten bedrängt fühlen.

„... immer die Angst: Was wird morgen, was wird übermorgen?“ (Frau Bo., 95-96)

Die Hauptpflegepersonen fühlen sich zwar stark beansprucht, sind aber um größtmögliche Lebensqualität und Geborgenheit für den erkrankten Angehörigen bemüht: Sie möchten die Person(en) so lange es geht zu Hause pflegen.

„Ins Altenheim oder so was, das wäre ihr Tod. Wir bringen so was [Kurzzeitpflege] auch nicht übers Herz, weil sie würde irgendwo rein gesteckt, und würde total verwirrt werden, so viel fremde Menschen.“ (Frau Ka.,91,92)

Werden eigene Grenzen der Belastbarkeit spürbar und eine mögliche stationäre Unterbringung rückt in Sicht, kommen meist bedrängende Schuldgefühle und Gewissenskonflikte hinzu.

Die befragten Pflegenden fühlen sich von den beschriebenen Bedingungen überfordert und unter Druck: Die Notwendigkeit, sich der Situation anzunehmen, birgt viel Verantwortung in sich.

„und dann wurde [ich] gefragt, wo denn die (größten) Schwierigkeiten seien, und dann sagte ich eben ja, dieses Gefühl von riesengroßer Verantwortung.“ (Frau Kr., 36,37)

Oft wurden die Herausforderungen der Pflege anfänglich unterschätzt, oder die Pflegebedürftigkeit „kam mit Macht“ und es mangelt an erkennbaren Pflegealternativen.

„Ja, zu Anfang hab ich gedacht, das ging alles leichter.“ (Frau Ka.,120)

„Aber mir gesagt habe: ich hab das jetzt angefangen, und nun sieh zu, dass du irgendwie klarkommst weiter noch.“ (Herr Be., 20)

Manche der befragten Personen entwickeln in dieser Situation eine Art „Beschützerfunktion“, was sehr an die eigenen Kräfte geht. Andere leiden unter den Folgen eines fehlenden Krankheitswissens.

„... da weiß ich dann nicht ist das jetzt äh (.) will er mich damit ärgern (.) oder ist das Krankheit oder was geht in diesem kranken Hirn vor sich? (.) das weiß ich nicht.“ (Frau E.,308-310)

Nicht selten stellen die erkrankte Person sowie das soziale Umfeld der Familie hohe Ansprüche an die Hauptpflegeperson (z.B. permanente Verfügbarkeit).

Frau Se: „Ja, aber wissen sie, ich kann ja jetzt durch meinen Mann auch nicht reisen, sonst bin ich öfter gereist, oh war das schön.“

Herr Se: „Ich bin vielleicht ja auch ein bisschen verwöhnt (..) wenn sie mich nicht zudeckt abends, kann ich gar nicht einschlafen.“(Ehepaar Se., 85-87 und 149-150)

Die Anforderungen der Situation können bei langjähriger Pflege zur sozialen und intellektuellen Vereinsamung und Deprivation führen.

„Ich habe eigentlich nur noch das Telefon (..) und und äh (..) meine paar Leutchen (..) wo ich mal niveauvoll noch ein Gespräch führen kann“ (Frau E., 276-284)

„Ich merk das ja, wenn ich da zu Hause immer rödel, dann ist man ja, irgendwann hat man so das Gefühl ich verblöde.“ (Herr Be., 268-69)

Pflegende Angehörige können dazu neigen, sich selbst und ihre eigenen Bedürfnisse dauerhaft in den Hintergrund zu stellen. In den Interviews wurde berichtet von

- Verlust der Selbstbestimmung und Lebensfreude,
- Depression,
- Resignation,
- Aufgabe der persönlichen und beruflichen Freiheit und Weiterentwicklung.

*„War jetzt dieser Zeit mal eine Frage da (..) tauchte auf, ob ich eventuell mich für das Presbyter Amt interessiere (..) **würde mich REIZEN inhaltlich reizen, aber ich werde ablehnen** (..) weil (..) ich gar keine Zeit habe und auch so, sagen wir mal vom Gefühlsmäßigen her gar keine Kraft für habe.“ (Herr Be., 271-274)*

Als belastend wird in dieser Situation der Mangel an Halt und Orientierung beschrieben. In diesem Zusammenhang wurde meist die Dankbarkeit für die Möglichkeiten der Pflegebegleitung geäußert sowie die Suche oder Verankerung im Glauben.

„Dieses sichere Gefühl, du hast ja jemand, du kannst da mit reden, die versteht dich, die hilft dir auch in der Weise ne, [...] dieses Verstehen von mir und auch dieses Helfen, also das hatte ich ja vorher nicht.“ (Frau Bo., 97-101)

Dem gegenüber stellten einige der Befragten die Erfahrung von Wachstum und Stärke durch positiv bewältigte Herausforderungen als Gewinn dar („Selbstwirksamkeitserfahrungen“). Eine kämpferische Gesinnung und veränderte Werte und Einstellungen wurden beschrieben.

*„...das kann auch nur einer verstehen der in der gleichen Situation ist, die Kraft, man merkt selbst nicht wo man selbst bleibt, **aber irgendwo sagt man immer jeden Morgen du musst du gehst da jetzt und das schaffst du auch, und dann schaffst man das irgendwo auch**, aber da hab ich auch in der Zeit so Kraft gelassen das hab ich wie gesagt hinterher jetzt zu Hause gemerkt ne, aber, **ich lass mich eigentlich auch nicht so ganz schnell unterkriegen.**“ (Frau Bo., 110-115)*

Andere genießen trotz aller Bindung und Gebundenheit die Nähe und Dankbarkeit ihrer gepflegten Angehörigen.

*„Aber es ist ja nichts zum schämen. **Ich bin ja FROH, dass ich ihn hab**, und ich bedank mich auch jeden Tag bei Gott dass er mir den geschenkt hat, weil das ist ganz anders, das ist nicht wie [ein] normales Kind, ich hab auch zwei normale Kinder, aber das ist ganz anders.“ (Frau C., 21-24)*

„...weil man den Menschen so in der Obhut hat, sehen sie mal so, wenn so, wie mein Mann sagt, abends, wenn er dann zu Bett geht, wir gehen dann meis-

tens zusammen schlafen, dann deck ich ihn so richtig schön zu, und dann gefällt ihm das so, so schön kuschelig und weich und so, und dann fühlt er sich wohl, so geborgen.“ (Frau Se., 605-611)

Sofern die befragten pflegenden Angehörigen die Körperpflege der Erkrankten ohne die Unterstützung eines ambulanten Pflegedienstes selbst übernehmen, wird dies auch mehr oder weniger als Belastung empfunden. Frauen, die ihre Männer pflegen, fühlen sich hauptsächlich körperlich sehr strapaziert.

*„WEIL ich ja nun den kranken Mann hatte, **ich muss Blutdruck messen, ich muss dies ich muss das, ich muss jenes, ich muss ihn wickeln, er ist ja inkontinent und so** [...] und dann hab ich, weil ich selber auch herzkrank bin, **und es doch langsam an die Substanz ging** (..)“ (Frau Gl., 51-54)*

Kinder, die ihre Eltern pflegen, können dies darüber hinaus auch als starke psychische Belastung empfinden.

*„...meine Mama [...] also ich hab da persönlich ein Problem mit der Pflege. [...] **Ich hatte dann auch so meine Probleme abends meine Mutter zu waschen und ins Bett zu bringen** (..) zu windeln (.) ja? Es hat mir wesentlich MEHR ausgemacht, als ich im Vorfeld dachte.“ (Frau T., 105, 131-33)*

Jene, die sich die Unterstützung professioneller Dienste suchen, sind mit deren Leistungen nicht selten unzufrieden. Fehlende Qualifikation, Zeitmangel und unangemessener Umgang mit dem (teilweise „widerspenstigen“) Erkrankten werden kritisiert.

*„...die leisten so ihre Arbeit ab, sag ich jetzt mal, so wie sie das können. Aber man merkt ganz deutlich, wenn die selber in schlechter Verfassung sind, oder dass die mit der Mutter nicht so klar kommen, wie sie nun mal ist, **sind die einfach überfordert**, und dann muss das manchmal ganz schnell und hopp hopp gehen, **und dann sind die auch schnell weg**.“ (Herr Be., 435-42)*

Als Hauptpflegepersonen fühlen sich die Befragten oftmals zu wenig von den Diensten ernst genommen und in die Planung integriert. Auch hieraus nährt sich regelmäßig das Gefühl, „ganz auf sich alleine gestellt“ zu sein. Von den befragten Angehörigen gaben alle an, sich von der Organisation der Pflegesituation im Hinblick auf bürokratische Anforderungen überfordert oder belästigt zu fühlen. Sich mit „dem Papierkram“ zusätzlich noch auseinander setzen zu müssen, belastet.

*„Und auch nachher mit **dem Pfl egetagebuch**, musste ich ja auch eins machen, wegen der Einstufung, und da **hat die [Pflegebegleiterin] mir auch geholfen**, um das aus[zu]füllen und so, das ist so ein bisschen schwierig da mit dem Pfl egetagebuch, was die da alles verlangen.“ (Herr G., 69-72)*

Hierbei entstehen unterschiedlichste Unklarheiten und Fragen, die in der Pflegebegleitung thematisiert werden können. Ist dies nicht möglich, kann das Gefühl entstehen, „unfähig“ zu sein, sich um wichtige Belange zu kümmern. In jedem Falle fühlen sich die Befragten „alleine für alles zuständig“, was in der häuslichen Pflege vielseitige negative Auswirkungen haben kann. Im Kontakt mit Behörden werden meist negative Erfahrungen gesammelt, die als Zurückweisung, Ablehnung und Kommerzialisierung der Pflege auf den Punkt gebracht werden.

*„das war völlig daneben, was der abgerechnet hat, [...] die hatten da fürs morgendliche Spritzen und Strümpfe anziehen für den Monat Januar fast 700 Euro berechnet. [...] Und das find ich also schon irgendwie schlimm, wenn **Leute**,*

von denen man eigentlich annimmt, dass die ihren Job machen, um den Leuten zu helfen, dass die das jetzt eigentlich nur aus Geldgier machen.“
(Frau J., 425-27)

„weil das **alles nur noch in dieser Gesellschaft Kommerz** ist, es geht NUR ums GELD, der MENSCH zählt im Prinzip NICHTS, und es muss sich alles rechnen. Und äh SOLCHE Einrichtungen wie ne Pflegeeinrichtung oder Kindergarten, Kinderkrippe oder diese sozialen Einrichtungen, **das sind Einrichtungen die sich nicht rechnen KÖNNEN, wenn man menschlich miteinander umgeht**, und dazu brauch ich nicht Ökonomie oder sonst was studieren, das ist ne ganz normale Sache, dass aus solchen Häusern kein Gewinn gezogen werden DARF!“ (Frau E., 749-755)

Pflegende Familien empfinden sich somit leicht in der „unteren Schublade“ einer „Zweiklassenmedizin“, die eine menschengerechte und würdige Pflegesituation erschwert.

„Wie’s sich entwickelt, wie’s sich entwickelt, das ist ja schon die Zwei-Klassen-Medizin.“ (Frau E., 781-82)

Mit Blick auf die Kosten der Pflege stellt sich für viele die Frage nach dem eigenen Altern. Die Pflegebedürftigkeit stellt sich für einen Großteil der Befragten als finanzielles Risiko dar.

„... und ich kann ja nicht zu meinen Enkeln gehen, ich will jetzt Geld für die Pflege und so aber, es geht einfach nicht anders, **weil man muss ja auch dran denken, was ist wenn ich aus irgendeinem Grunde nimmer kann, oder ist, wenn jetzt der Fall eintritt, dass jetzt einer irgendwie, was weiß ich, im Pflegeheim oder sonst wo untergebracht werden muss, dann tritt ja in dem Moment die Situation auf, dass dann irgendwann das Vermögen auch mal aufgebraucht ist**.“ (Frau J., 260-265)

Für manche bedeutet sie ein gegenwärtiges oder sichtbares Leben am Existenzminimum und für das Erstreiten finanzieller Hilfen fehlen wiederum die Kraft sowie der Mut, es zu versuchen.

„Er hat Pflegestufe drei (.) wir haben einen Härtefallantrag gestellt (.) aber der ist abgelehnt worden, drei Mal (..) weil er zu klein ist, haben sie gesagt und weil ich ihn selber pflege [...] **das war frustrierend**, weil wir haben es dreimal probiert, und es ist dreimal nicht gegangen **und dann haben wir aufgegeben**.“
(Frau C., 233-243)

Bei allen Befragten wurde eine durch die Pflegesituation erhöhte Vulnerabilität und Empfänglichkeit gegenüber Kränkungen durch Dritte festgestellt. Die Dichte der schmerzlichen Erfahrungen kann das gesunde „dicke Fell“ an einigen Stellen ausdünnen. So ist es eine verständliche Folge, dass die befragten Pflegenden über fortwährende Grenzübertreite und Kränkungen ihres Umfeldes berichten.

„...die sagen auch, wenn er [der Sohn] im Krankenhaus ist, hoffentlich ist es jetzt aus, sagen sie, und dann hast du deine Ruhe, aber **so was zu einer Mama!**“ (Frau C., 299-300)

„Weil **diese oberflächlich gutgemeinten Sprüche**, die hängen einem sehr rasch zu den Ohren raus.“ (Frau Kr., 213-214)

**„Wenn sie zum Beispiel hören würden, in meiner Situation, was man ihnen sagt, ja bei uns macht sie das aber nicht, ja was bringt mir das denn?“
(Frau ja., 351-52)**

5.4.4 Inhalte und Gegenstand der Pflegebegleitung aus Sicht der Angehörigen

In der durchgeführten Befragung pflegender Angehöriger wurden einerseits Elemente von beratender Informationsweitergabe gefunden, andererseits Elemente der psychosozialen Begleitung und empathischen Anteilnahme am Alltag und den Nöten der pflegenden Angehörigen.

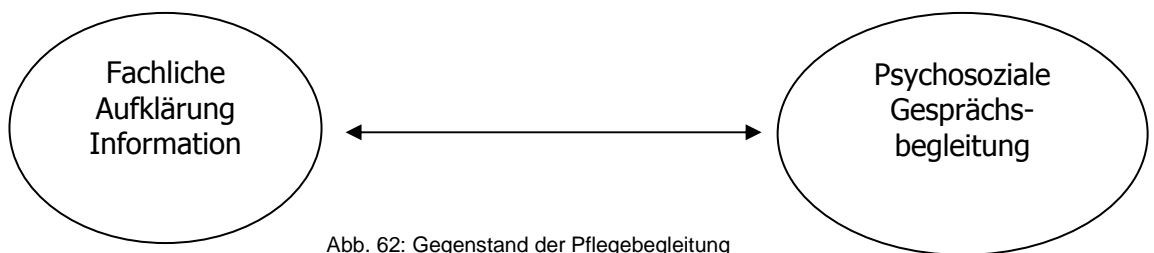


Abb. 62: Gegenstand der Pflegebegleitung

Pflegebegleitung bewegt sich nach Lage der Daten zwischen diesen beiden Polen. Sie kann gleichermaßen beides enthalten, aber auch je nach Phase der Pflegebegleitung zu einem der Pole tendieren.

Klärung von Unklarheiten und Unsicherheiten²⁵	Reflexion der aktuellen häuslichen Pflegesituation
<p>Pflegebegleiter geben hilfreiche Tipps und informieren u.a. über:</p> <ul style="list-style-type: none"> • mögliche Hilfsmittel (<i>Pflegebett, Pflegebad</i>) • Behörden und Formalitäten (<i>Pflegetagebuch, Patientenverfügung, Betreuungsvollmacht</i>) • Rechtliches (<i>SGB XI, Pflegestufen: Ein- bzw. Höherstufung</i>) • Medizinisches (<i>Krankheitsinformation, Medikation, Nebenwirkungen</i>) 	<p>Auf psychosozialer Ebene geht es um den Austausch im („Pflege-Insider“-)Gespräch und empathische Anteilnahme. Weiterhin um eine Reflexion der möglichen Chancen von Pflege sowie um eine Klärung der alltäglichen Pflegesituation. Gemeinsam werden neue Perspektiven und Möglichkeiten entwickelt und individuelle Wege (sog. „Lösungen“²⁶) zur Verbesserung der Lage gesucht. Dabei geben PflegebegleiterInnen Anstöße und Anregungen und stärken den pflegenden Angehörigen im Gespräch.</p> <p>In akuten Notsituationen ist es für die pflegenden Angehörigen wichtig, die Pflegebegleiter jederzeit mit ihren Fragen und Sorgen erreichen zu können und verlässliche Hilfe zu erhalten – ebenso kann es aber auch ein Gegenstand der Begleitung sein, gemeinsam entspannende Aktivitäten zu unternehmen (Theaterbesuch) und so Abstand zu gewinnen und neue Kraft zu schöpfen</p>

Tab. 7: Pflegebegleitung zwischen Information und Reflexion

²⁵ Vgl. hierzu in allen Punkten die Ergebnisse des Dokumentationsbogens, Kapitel 5.1.3.2.

²⁶ Herr B. 55-57, Herr H. 52-53.

Beispiel:

Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter beraten auch bezüglich Entlastungs- und Unterstützungsangeboten:

- *Demenzcafés*
- *Tagespflege*
- *Ambulante Pflegedienste*
- *Stationäre Kurzzeitpflege*

Sie vermitteln Netzwerke und Kontakte zu:

- *Gesprächskreise für pflegende Angehörige*
- *Alzheimergesellschaft*
- *Fachvorträge*

Sie übernehmen somit die wichtige Funktion des „**Türöffners**“ im Pflegesystem:

„Also es ist halt einfach, wenn man selber keine Erfahrung hat und weiß selber nicht, erst mal: wer kann einem da helfen?“ (Frau J.,242-4,)

5.4.5 Subjektiv erlebter Nutzen von Pflegebegleitung

Wie schätzen die Pflegebegleiter selbst ihre unmittelbare Wirkung innerhalb ihrer Kontakte ein? Wie lässt sich die Wirkweise der Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter beschreiben? Kann Pflegebegleitung die hauptsächlichen Evaluationsziele – wie Brückenfunktion, Stabilisierung, Zuhören – einlösen?

Um die Wirkung in unterschiedlichen Facetten und aus unterschiedlichen Perspektiven beschreiben zu können, erfolgt die Ergebnisdarstellung auf der Grundlage der berichteten Gewinne der befragten Angehörigen aus der Pflegebegleitung (Qualitative Untersuchung: Interviews, Kapitel 3.2.1). Auf die Ergebnisse der quantitativen Untersuchungen wird an den entsprechenden Stellen Bezug genommen.

Pflegende Angehörige ziehen aus der Begleitung vor allem Regeneration, psychisch-seelische Stabilisierung, Sicherheit und Wohlbefinden. Folgende Übersicht soll einige zentrale Gewinne zusammenfassend darstellen:



Abb. 63: Was pflegende Angehörige durch Begleitung gewinnen

Im Einzelnen wurde berichtet, dass die **Information und Aufklärung** bei medizinischen, rechtlichen, formalen Unsicherheiten zu einem besseren Verständnis der Situation und somit zu größerer **Orientierung** und **(Selbst-)Sicherheit** führt.

„Ja und mit diesem Wissen damit hatte ich ja auch gegenüber den Ärzten, hatte ja dann ein ganz anderes - . Ich hatte ja durch sie Feedback bekommen, ja ich wusste ja, dass ich auftreten muss und sag, ‚nee, also so und so, das können sie nicht machen“ (Frau T., 18).

Speziell die vermehrte Krankheitseinsicht (z.B. bei Demenz) erleichtert den Umgang mit der gepflegten Person. Die Vermittlung und Ermöglichung eines Zutritts zu **Netzwerken** ermöglicht zum einen den **Austausch** mit anderen Betroffenen, zum anderen den Gewinn hilfreicher Kontakte und Unterstützungsmöglichkeiten (Türöffnerfunktion):

„... als dann so die ersten Vorschläge kamen so mit Tagespflege und so weiter und die hab ich dann umgesetzt“ (Herr B., 89).

Die Pflegebegleitertätigkeiten, die auf die Organisation von Entlastung zielen sowie die Schaffung von Transparenz hinsichtlich konkreter Entlastungsmöglichkeiten, wurden bereits hinreichend dargestellt.

Bei der subjektiven Einschätzung der eigenen Wirkung auf die Frage „Die heutige Pflegebegleitertätigkeit hat meiner Meinung nach folgendes bei der/dem pflegenden Angehörigen bewirkt“ kann auf die Daten der Dokumentationsbögen Bezug genommen werden. Diese liefern in diesem Kontext noch weitere Einsichten. Zusammenfassend können folgende Aktivitäten benannt werden:

Organisation von Erleichterungen

- ...konkrete Erleichterungen

Familie vermehrt einbinden – Organisation von Hilfsmitteln und Hilfsmaßnahmen – Alternative Betreuungs- und Pflegemöglichkeiten erwogen und eingeführt – gezielter Einsatz professioneller Dienste – Pflegeplan gemeinsam erarbeitet – Alltagserleichterungen – Betreuung eingerichtet – stundenweise Pflegerin gefunden – Wohnungsenträmpelung – Organisation der Versorgung des/der zu Pflegenden bei Abwesenheit des/der pflegenden Angehörigen

Öffnung nach außen

- ...zu Gruppen:

zu Angehörigengruppen u.ä. – Hinweise und Kontaktadressen – Aufklärung über Netzwerke – Vorhaben, bei Aufbau von Angehörigentreffpunkt mitzuwirken

Tab. 8: Konkrete Erleichterungen durch Pflegebegleitung

Zusätzlich brachte die Befragung der Zielgruppe anhand der Postkarte das Ergebnis, dass insgesamt 87,8% der befragten pflegenden Angehörigen absolut bzw. ziemlich zustimmen, dass sie durch Pflegebegleitung mehr unterstützende Angebote in Anspruch nehmen bzw. es (zumindest) vorhaben:

„Durch die Pflegebegleitung nehme ich mehr unterstützende Angebote in Anspruch bzw. habe es vor (z.B. Pflegedienst, Selbsthilfegruppe...)“:

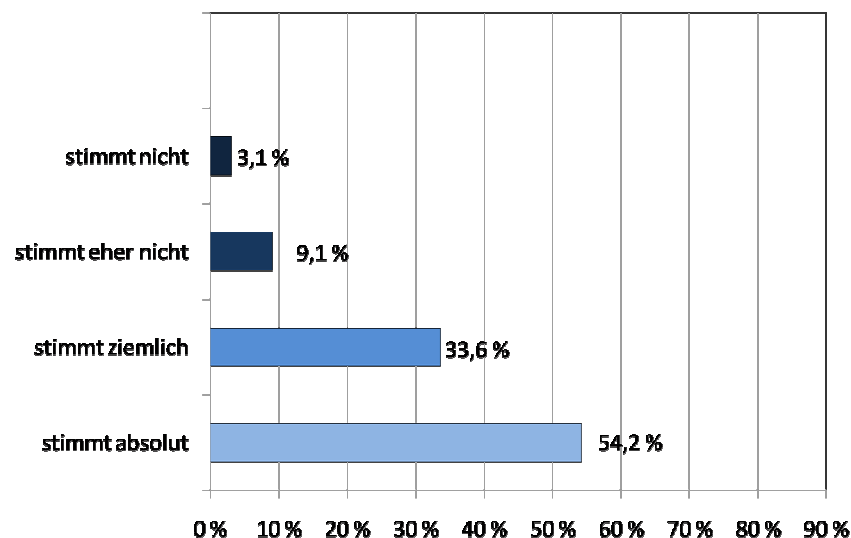


Abb. 64: Zur Inanspruchnahme unterstützender Angebote

Das Projektziel der Schaffung einer „Brückenfunktion von Pflegebegleitung“ kann somit als eingelöst betrachtet werden.

Neben diesem sehr praktischen Nutzen nimmt die **psychisch-seelische Stabilisierung** der begleiteten pflegenden Angehörigen eine zentrale Rolle ein. Die Befragten geben an, einen wertvollen, empathischen **Ansprechpartner** („par excellence“, Herr B., 65-68) gewonnen zu haben, der im Alltag, aber auch insbesondere in überfordernden Krisensituationen „einfach da ist“, „menschlich zur Seite steht“ (Frau T., 19) und zuhört (siehe auch Ergebnisse zu Abb. 66).

*„Wenn ich in Not bin, ich kann mit keinem anderen dann weiter sprechen, dass ich einfach dann auch jemanden habe, der hört zu und ich weiß, der fühlt auch mit mir und der gibt mir auch irgendwie wieder so die Kraft dann wieder, dieses einfach, dieses Aussprechen. Da ist jemand. Das bringt mir unheimlich viel.“
(Frau B., 23-24)*

So kann die tägliche Pflegesituation geklärt und reflektiert werden. PflegebegleiterInnen ermöglichen es, die eigenen „Scheuklappen abzulegen“ und **neue Perspektiven** einzunehmen („anders mal wieder an die Sache rangehen“, Frau K., 62). Bisher nicht wahrgenommene Möglichkeiten zur **Verbesserung und Weiterentwicklung des Pflegesettings** („Anstöße, die man im täglichen Leben nicht mehr so richtig wahrnimmt [...] Wenn man denkt, das wird nicht und ist nicht“, Frau G., 32) geraten in den Blick.

„Eine sehr gut zuhörende Person, mit der man da gut reden kann und die auch durch ein paar kurze Fragen einem, sag ich mal, aus einer gewissen Not herausboxen KANN und sagen kann: „Denk mal in DIE Richtung oder in DIE Richtung“ (Herr B., 76-77).

Bisher unbewusste **Wachstumschancen der Pflege** werden so deutlich. Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter geben hier hilfreiche **Anregungen** und **Denkanstöße und vermitteln den Mut**, neue Wege zu gehen.

„Aber wenn man den Anstoß kriegt, dann ist es eben doch, hat man mehr Mut, wieder die Sache anzugehen“ (Frau G., 32).

Pflegebegleitung wird als **„Stütze und Halt“** erlebt:

„Es hat mir unwahrscheinlich viel gebracht, ich hätte es in der Zeit nicht alleine geschafft, (...) da ist sie mir eine ganz große Stütze gewesen. [...] Dann setzten wir uns ganz in Ruhe hin und dann kann ich alles fragen und ich habe dann auch, wenn ich Probleme habe, sie gibt mir auch ganz gute Ratschläge, weil wenn man so in der Situation ist, man weiß manchmal gar nicht, ob man das Richtige dann macht und wenn ich dann sage: ‚Mensch, ich hab gedacht so‘, dann sagt sie aber von sich aus: ‚ja, so könnte man das auch vielleicht‘. Auch schon, also dass ich da richtig eine Stütze habe und denke, ja sicher, so kann man es ja machen, ne und es hilft mir immens, baut mich jedes Mal neu auf“ (Frau B., 11-15).

Diese „Stütze“ sowie die Anwesenheit einer Gesprächspartnerin oder eines Gesprächspartners „bauen auf“ und stabilisieren die Gesamtsituation.

Diese Erkenntnis wird wiederum durch die anonyme Befragung anhand der Postkarte bestätigt. Denn insgesamt 87,5% der befragten pflegenden Angehörigen stimmen der Aussage absolut bzw. ziemlich zu:

“Durch die Pflegebegleitung habe ich das Gefühl, dass sich für mich die häusliche Pflegesituation stabilisiert hat”:

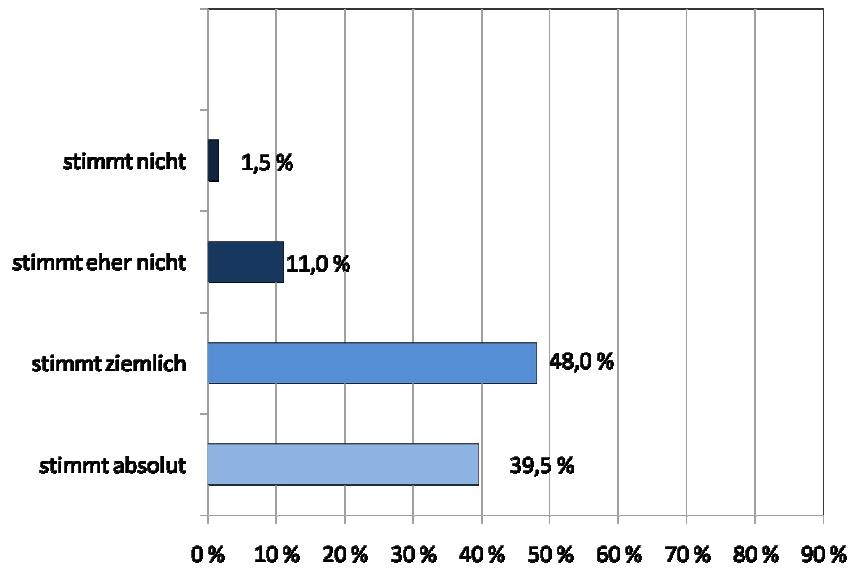


Abb. 65: Zur Stabilisierung der häuslichen Pflegesituation

Dabei scheint die stabilisierende Wirkung der Pflegebegleitung - wie oben bereits teilweise genannt und durch die kategoriale Auswertung der Dokumentationsbögen belegt – begründet zu sein durch

- das In-Gang-bringen von Klärungsprozessen

...durch Information

...durch Reflexion

...Anstöße und Anregungen (z.B. dringend ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen)

...neue Sichtweisen

- die Begleitung bei Behördenkontakten, das Voranbringen und Abschließen von Formalitäten und dadurch das Nehmen finanzieller Ängste

- eine gewisse Erleichterung

...des emotionalen Zustands der pflegenden Angehörigen

...auch mit Blick auf die Zukunft (Zuversicht, die nächste Zeit „meistern zu können“)

- und die Stärkung deren Selbstwertgefühls

...in der Pflege

...in der Persönlichkeit (z.B. Mut, zu sich zu stehen, Recht auf Eigenständigkeit, sich mehr zuzutrauen, auch mal „nein“ sagen zu können).

Diese Formen der Unterstützung und Begleitung bewirken neue Kraft und Energie für die Pflegeaufgabe. Die pflegenden Angehörigen gewinnen durch die Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter mehr Durchhaltevermögen, Entschlossenheit und Motivation.

Das Projektziel einer stabilisierenden Funktion von Pflegebegleitung kann demnach ebenfalls als erfüllt betrachtet werden.

Damit sind die Tätigkeit des Zuhörens und die Anwesenheit als Gesprächspartnerin oder Gesprächspartner unweigerlich verbunden, wie bereits mehrfach erwähnt. Pflegenden Angehörige berichten, dass es so möglich ist, sich (auch einmal) fallen zu lassen mit der Sicherheit, (psychisch) **aufgefangen zu werden**.

„Also für mich hat es ganz viel gebracht, ich glaube, ich wäre heute nicht so, wo ich jetzt wäre, weil irgendwann lässt auch eine Kraft nach und dann kann man nicht mehr, und wenn man sieht, dass das nicht so alles gepackt wird, man kann zwischendurch, ich sag mal, ich kann mich ja einfach so bei ihr fallen lassen und alles sagen und das ist so wichtig, ne.“ (Frau B., 6).

„Sagen wir mal so, dieses Auffangen. Wenn man, naja, genauso wie den Tag, wo die sagten, ja also nächste Woche entlassen wir ihre Mutter da. Und ich sagte dann erst mal: Nee, des geht nicht. Ich bin wie in ein tiefes Loch gefallen. Vollkommene Panik. Panik. Hilflosigkeit. WUT. Und so in dem Moment wurde ich von ihr sozusagen aufgefangen. So nach Devise: Du bist nicht allein. Hier ist Jemand. Wenn was ist, dann kannst du schreien, ich helfe dir.“ (Frau T., 48).

Die pflegenden Angehörigen schätzen das beruhigende Gefühl, nicht alleine (gelassen) zu sein. Schon alleine das Wissen darum, dass es die Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter in einer potentiellen Unterstützungsfunktion gibt, entlastet auf seine Weise. Die Pflegebegleitung wird wahrgenommen als verlässliche Anlaufstelle, als „offenes“ Gesprächsangebot, das „immer“ – also auch in schwierigen Zeiten, in Krisen, an Feiertagen usw. – in Anspruch genommen werden kann.

Somit ist auch das Projektziel der Schaffung eines niedrigschwiligen Gesprächsangebotes erfüllt, was das Ergebnis der Postkartenauswertung eindeutig bestätigt.

“Durch die Pflegebegleitung habe ich eine(n) begleitende(n) Gesprächspartner(in) gewonnen“:

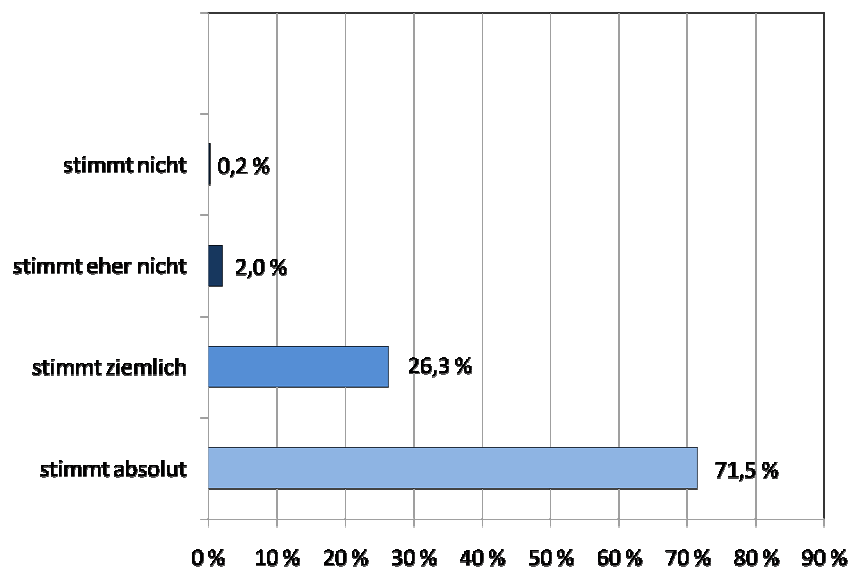


Abb. 66: Zum Gewinn eines begleitenden Gesprächspartners/einer begleitenden Gesprächspartnerin

Insgesamt 97,8% der befragten pflegenden Angehörigen stimmen absolut bzw. ziemlich zu, dass sie durch Pflegebegleitung eine(n) begleitende(n) Gesprächspartner(in) gewonnen haben. Dadurch erfahren sie **Verständnis** und **Aufmerksamkeit**.

„dieses Gespräch bei mir zu Hause, das hat mir so gut getan (...), alleine darüber zu sprechen, dieses Verständnis von jemandem“ (Frau K., 28).

Die tägliche Arbeit mit der Pflege wird **anerkannt** und **wertgeschätzt**.

Bei in der Begleitung geäußerten Sorgen und Ängsten erfahren pflegende Angehörige subjektiv empfundenen **Trost** und **Stärke** (ohne Bagatellisierung und „oberflächlich gut gemeinte Sprüche“ (Frau K., 13-15, 37-39) (vgl. hierzu auch Kap. 5.3.2).

„Es hilft, es hat mir, also dieses Gespräch hat mir so gut getan, dass ich abends direkt zu meinem Mann gegangen und ich hab gesagt, so, wir können hier stundenlang darüber reden, du kannst auch sagen: ‚ja, du tust mir leid‘, das hilft mir nicht soviel, wie als wenn ich mit jemandem darüber spreche, der mich dann auch so aufbaut, ne, .. weil die Situation wird ja nicht anders.“ (Frau K., 60).

Diese Erfahrung der **gelebten Nachbarschaftlichkeit** und das Gefühl der **Solidarität** sind für die pflegenden Angehörigen von großer Bedeutung.

„(...) sich die Zeit nimmt, obwohl sie dafür im Prinzip nichts bekommt. Ja, sich die Zeit nimmt, MIR zuzuhören, sich für mich die Zeit nimmt, obwohl ich ein Mensch bin, den sie noch nie in ihrem Leben gesehen hat. Sich um ne Familie kümmert, die sie nie kennen gelernt hat“ (Frau T. 54-55).

In der Pflegebegleitung finden sie eine Ansprechpartnerin/einen Ansprechpartner „nur für sich alleine“ (Herr H., 16). Der vertrauensvolle Austausch zwischen Pflegebegleiterin bzw. Pflegebegleiter und pflegendem Angehörigen ermöglicht auch ein **intensives Aufarbeiten** der persönlichen und biografischen Situation. Vermeintlich „schlechte“ Gedanken und (Schuld-)Gefühle können vom pflegenden Angehörigen offenbart und in Folge dessen von der Pflegebegleiterin/dem Pflegebegleiter als ganz natürlich dargestellt und legitimiert werden: Es erfolgt eine **Ent-Lastung** durch **Ent-Schuldigung**.

„Dass ich da jemand haben konnte oder hatte, der mir einfach zugehört hat. Und der mir auch gesagt hat, du bist keine schlechte Tochter, wenn du das machst. Das ist in Ordnung“ (Frau T., 59).

Pflegende Angehörige berichten von einer **persönlichen Weiterentwicklung**, von einem größeren Maß an **Gelassenheit** (Frau G., 40). Die Pflegebegleiterin/der Pflegebegleiter kann das **Ventil** sein, durch welches Hochspannung und Druck umgewandelt werden können (Frau T., 176-180). Als Folge stellen sich **Beruhigung** und **Entspannung** ein.

„JEDER, der das noch nicht durchgemacht hat in der Familie, der kann überhaupt gar nicht einschätzen, wie wertvoll so was ist. Und zwischenzeitlich, sie hat mich dann sozusagen, wenn ich dann so nervlich, so [verstellt ihre Stimme; sehr hoch] kurz vor dem Abspringen war, dann hat sie mich immer wieder runtergeholt“ (Frau T., 92). „Dass ich ruhiger geworden bin. Es war ja so, ich hab ja zum Teil meinen Sohn wegen nichts angebrüllt“ (94).

In der Begleitung ist es ebenso möglich, einmal „**abzuschalten**“ und neue **Kraft** zu tanken.

„Und wenn sie kommt und es war schönes Wetter, dann machen wir unser Gespräch draußen im Garten und dann ist das eigentlich immer so, ein bisschen abschalten, ein bisschen mal was loswerden ... [leise] das ist sehr schön“ (Frau E., 45).

Diese **Regeneration** zeigt sich auch darin, wieder **durchatmen**,

„Und wenn sie auch weggeht, (...) dann ist bei mir irgendwo, ich fühl mich dann so irgendwie ganz gut, weil ich hab über alles reden können, ich hab auch Luft machen können. Das ist bei mir dann, wenn ich darüber geredet habe, ist bei mir Luft, dann dann ich sagen, ich kann Neues wieder anfangen, ja, vielleicht hört sich das komisch an, aber so ist das“ (Bo., 63-64).

wieder einmal **lachen** und „aus der Traurigkeit rauskommen“

„Und so schwer, wie das auch war und auch ist, aber wir konnten mal lachen. Meine Tochter hinterher: ‚Mama, ich hab dich mal lachen gesehen‘, ne.“

oder auch **durchschlafen** zu können

„Ich fühle mich schon besser. Ich kann jetzt auch nachts wieder durchschlafen“ (Frau T., 111- 113).

Auch in der anonymen Befragung der Zielgruppe bilden sich schon in der relativ kurzen Dauer der Begleitungstätigkeiten subjektiv empfundene Effekte deutlich ab:

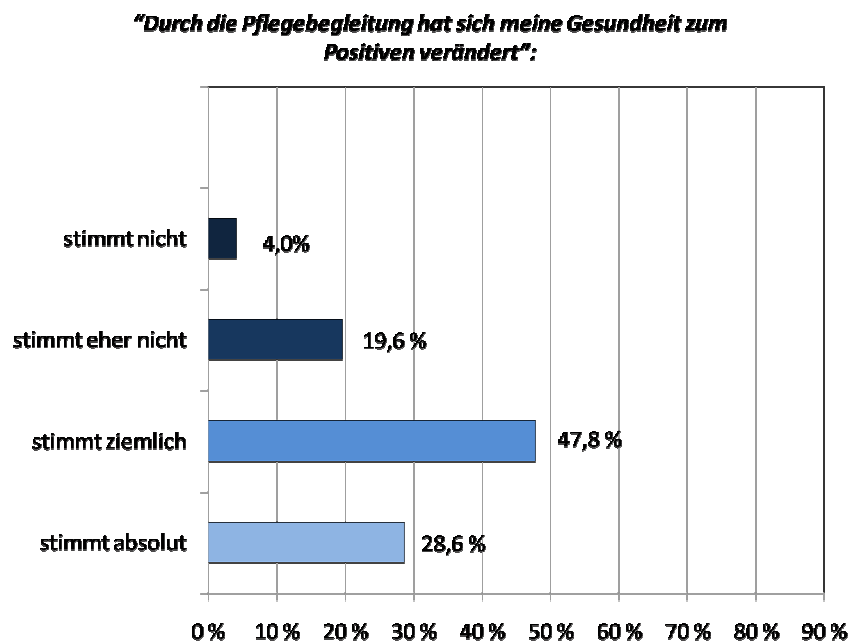


Abb. 67: Zur positiven Gesundheitsveränderung

Insgesamt 76,4% der befragten pflegenden Angehörigen stimmen absolut bzw. ziemlich der Aussage zu, dass sich durch Pflegebegleitung ihre eigene Gesundheit zum

Positiven verändert hat. Auch zu diesem Thema finden sich weitergehende Hinweise in den Dokumentationsbögen, z.B. auf welchen Faktoren die empfundene Veränderung aus Sicht der Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter beruht:

<p>Öffnung nach außen</p> <ul style="list-style-type: none"> • ...zu Freunden und Bekannten: <ul style="list-style-type: none"> mal wieder alte Freunde treffen – Kontakte auffrischen – sich um alte Bekanntschaften bemühen – neue Kontakte verstärkt suchen • ...Freizeitaktivitäten: <ul style="list-style-type: none"> Sportangebot wahrnehmen – mal wieder zur Kegelgruppe – bummeln – schwimmen, Gymnastik – Zeit für sich
<p>Erleichterung</p> <ul style="list-style-type: none"> • ... positives Denken und Lebensfreude: <ul style="list-style-type: none"> fröhlicher zu sein – Platz für Freude geschaffen – mal wieder lachen
<p>Selbstpflege</p> <ul style="list-style-type: none"> • ... Haltung und Einstellung <ul style="list-style-type: none"> zu versuchen, mehr Zeit für sich selbst zu finden – „Recht auf Auszeiten“ erkannt – „Mut zu eigenen Ich“ – sich selbst nicht vergessen – Wertschätzung annehmen können – Bedürfnisse und Wünsche äußern können – Erkenntnis: kein schlechtes Gewissen nötig, wenn man einmal an sich denkt – Bedeutung von eigener Gesundheit wahrzunehmen, um „in der Pflege leistungsfähig zu bleiben“ • ... Auszeiten, Erholung, Freizeit, Abwechslung <ul style="list-style-type: none"> Zeit für sich selbst einzuplanen – Urlaub verwirklicht – Freizeit und Hobbys ausgebaut – kulturelle Veranstaltung als längst überfällige Abwechslung – „Helle Freude“ über ungestörte Freizeit – „Regelrechtes Glücksgefühl“ • ... gemeinsam mit und durch Pflegebegleitung <ul style="list-style-type: none"> Gemeinsame Spaziergänge und körperliche Betätigung – Spiele – einmal „alleine“ Besuch bekommen – gemeinsame Ausflüge – Entspannung – im Mittelpunkt stehen – gesehen werden – Abbau von Langeweile – Unterhaltung • ... dadurch <ul style="list-style-type: none"> weniger Depression – Planung einer Reha-Kur – sich kümmern um die eigene Gesundheit zu kümmern (Bluthochdruck, Motorik...) – festgestellte positive Gewichtszunahme – psychisch stabiler zu sein – „mir geht es besser“

Tab. 9: Empfundene Veränderungen bei den pflegenden Angehörigen – aus Sicht der PflegebegleiterInnen

Durch die erfahrene Stärkung erleben sich pflegende Angehörige demnach wiederum in einem höheren Maße als selbstbewusst, selbstsicher und selbstwirksam. Dies wirkt sich positiv auf ihr Wohlbefinden aus und erleichtert es, auch schwierige Pflegesituationen zu bewältigen, durchzustehen und zu verbessern.

Pflegebegleitung vermittelt auch in krisenhaften Situationen eine gangbare Perspektive, die Hoffnung stiftet (Frau T., 160). Dabei begleiten Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter pflegende Angehörige auf ihrem selbst gewählten Weg in die Zukunft.

„ Und wenn sie mal auch im Moment meint, die Welt bricht zusammen oder sonst irgendwas. Es ist nicht so, es GEHT weiter. Und wenn weitergeht, dass

man erst mal sagt: **HILFE**, ich steck im Chaos. Ich hab auch gedacht in dem Moment: Oh Gott, wie soll es weitergehen. Aber es wird einem geholfen, und wenn es durch einen amtlichen Anruf ist bei der AWO und man dann mit einem Mal eine Pflegebegleiterin ein paar Stunden später mit der telefoniert und sagt: O.K., es geht weiter. [...] Das ist nicht mit GELD zu bezahlen. Das ist neuer Lebensmut. Vorwärts denken. Sich nicht verbuddeln müssen oder ausm Fenster springen, also jetzt mal krass gesagt, vor lauter Panik aus dem Fenster springen wollen oder sonst irgendwas. Sondern **VORWÄRTS** gehen. Und ein Schritt nach dem anderen. Und bei jedem Schritt im Prinzip begleitet werden“ (Frau T., 160).

5.4.6 Wunsch nach weiterer Begleitung

Sowohl in den Interviews mit pflegenden Angehörigen wie auch in der Postkarte, bezog sich eine Fragerubrik auf die Auseinandersetzung mit der Möglichkeit, dass die Pflegebegleitung nicht auf langfristige Dauer angelegt sein könnte, dass sie auf Grund unterschiedlicher Einflussfaktoren auch zu Ende gehen kann. Die in den Interviews dazu geäußerten Gedanken sind in der folgenden Abbildung zusammenfassend dargestellt.



Abb. 68: Wenn Begleitung wegfallen würde: Aspekte

Es wird vor allem deutlich, dass das Gefühl wieder alleine gelassen zu werden, zu einer Destabilisierung des Pflegesettings führen würde. Das Element der Sicherheit in der Situation würde weg brechen oder abnehmen. Sie würden den Austausch mit der Pflegebegleiterin oder dem Pflegebegleiter und das entgegengebrachte Verständnis vermissen. Emotional bezeichnen sie es als mit Trauer besetztes Empfinden. In ihrem Pflegesetting ist die Begleitung zum festen Bestandteil (u.a. der Regeneration) geworden, der nicht durch etwas anderes beliebig ersetzbar scheint. Ebenso wäre das nachbarschaftliche Miteinander dadurch nicht mehr in diesem Maße oder gar nicht mehr gegeben.

Auch in den Dokumentationsbögen wurde gefragt, ob bei den begleiteten Personen der Wunsch nach weiteren Besuchen bestünde.

Das Ergebnis ist eindeutig: In 93,8% der Fälle bestand der Wunsch nach weiteren Besuchen der Pflegebegleiterin oder des Pflegebegleiters.

Waren keine weiteren Begleitungen gewünscht, meldeten sich die pflegenden Angehörigen nach Bedarf bei der Pflegebegleitung wieder bzw. war der/die zu Pflegenden in der Zwischenzeit bereits verstorben.

Zudem untermauern die Rückmeldungen der Postkarte die Akzeptanz des Angebotes in klarer und überzeugender Weise: Insgesamt 99,1% der befragten pflegenden Angehörigen stimmten absolut bzw. ziemlich zu, dass Pflegebegleitung auch weiterhin angeboten werden sollte. Die eindeutigen Voten für „absolut“ betragen dabei 88,9%. Keine befragte Person stimmte gegen das Angebot:

„Pflegebegleitung sollte auch weiterhin angeboten werden“:

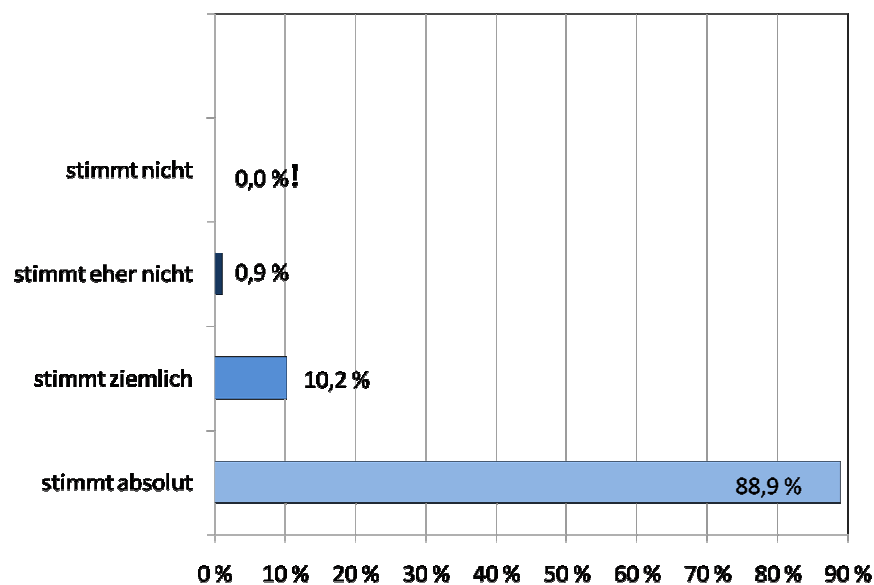


Abb. 69: Zum Wunsch nach weiterer Begleitung

So wünschen sich begleitete Angehörige also eine Fortsetzung der Pflegebegleitung, ohne die ihnen Austausch, Verständnis, Solidarität und das menschliche Gegenüber der Pflegebegleiterin/des Pflegebegleiters fehlen würde. Insgesamt würde ihnen Sicherheit und Orientierung verloren gehen.

„...also ich könnte mir das nicht mehr vorstellen, dass die Frau L. nicht kommt ja? Sie gehört einfach mit dazu für mich. [...] Da wär ich traurig, weil wir uns auch aneinander, so also aus meiner Sicht, ich weiß nicht wie's ihr geht, aber ich äh, das spürt man ja eigentlich, dass man miteinander kann, ja?“ (Frau E., 459-466)

„wenn die [Möglichkeit der Pflegebegleitung] auf einmal weg wäre, wär das natürlich ganz SCHLECHT, [...] ich sag einfach mal GRUNDSÄTZLICH wäre es ganz schlecht, wenn SIE NICHT da wäre.“ (Herr Be., 391-94)

„ja also, ich bin dafür wenn ich irgendwo eine Stimme im Bundestag hätte ich bin dafür!“ (Frau E., 487)

5.4.7 Biographisch-narrative Anteile der Interviews

In den Interviews berichten die pflegenden Angehörigen auch über ihre eigenen Erfahrungen in der Pflegesituation, die im Folgenden übersichtsartig zusammengefasst werden. Darin spiegeln sich wichtige Hinweise auf die Bedürfnislagen von pflegenden Angehörigen und wie Pflegebegleitung darauf antworten kann.

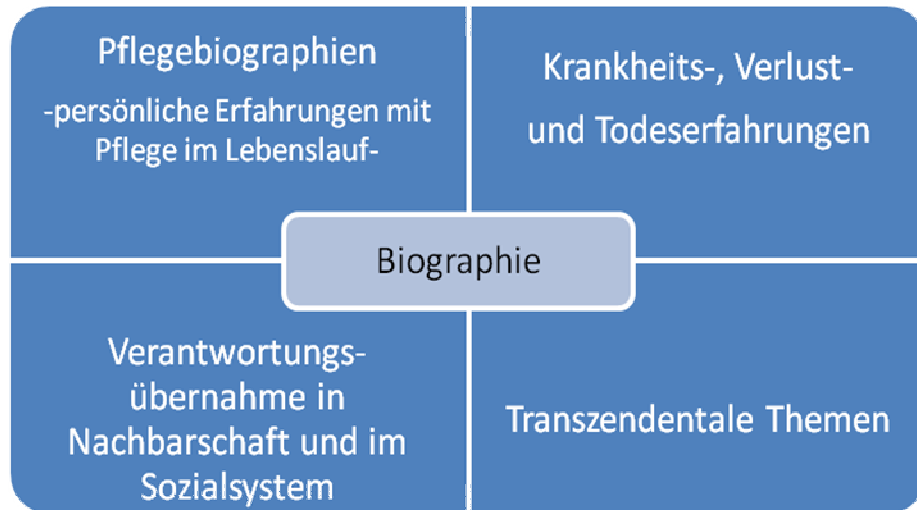


Abb. 70: Biographisch-narrative Anteile der Interviews

Die biographischen Erzählungen der pflegenden Angehörigen hatten meist auch persönliche Pflegeerfahrungen zum Thema, die über die aktuelle Pflegesituation hinaus gingen, diese aber eindeutig beeinflussten. Frühe berufliche und/oder private Erfahrungen in diesem Bereich führten oftmals dazu, dass auch die gegenwärtige Pflege übernommen wurde. Einige der Befragten schienen sich innerhalb ihres sozialen Bezugssystems beinahe dazu „berufen“ zu fühlen. In diesem Zusammenhang wurden über negative bis hin zu traumatischen Krankheits- und Todeserfahrungen von Familienmitgliedern berichtet.

*„Mein Mann ist vor 9 Jahren gestorben, den hatte ich zwar auch ein bisschen zu pflegen, weil das Bein amputiert war, nachher [ist er] ganz elends gestorben.“
(Frau Ka., 18-20)*

„Mein Vater ist ja nun im Krankenhaus gestorben, und mein Vater hat Wochen und monatelang vorher schwer gelitten, also richtig böse gelitten, der war durchgelegen, der hatte nichts weiter als Schmerzen im Prinzip schon über ein Jahr bevor er gestorben ist also [...] Ich bin noch in therapeutischer Behandlung [deshalb].“ (Frau T., 707-718)

Jahrestage erinnern regelmäßig unangenehm daran. Frühere Erfahrungen mit stationären Einrichtungen der Pflege führen in der Gegenwart dazu, den eigenen erkrankten Angehörigen solange wie möglich in der Häuslichkeit zu pflegen.

*„Die stationäre Unterbringung äh ich **hab das mit dem Vater mitgemacht, und möchte dankend für sie drauf verzichten**, um das mal deutlich zu sagen, da stehen mir heute noch die Haare zu Berge.[...] Und wenn ich mir dann so vor-*

stelle, dass MÖGLICHERWEISE das mit Mutter GENAUSO losgeht, möchte ich lieber erst darauf verzichten!“ (Herr B.,51-61)

Die Wahrung der persönlichen Würde der betreffenden Person wird eher in der Häuslichkeit als möglich angesehen. So haben frühere Pflegeerfahrungen starke Auswirkungen auf die Pflege der Angehörigen, aber auch auf die Gestaltung des eigenen Alterns, der letzten Lebensphase. In diesem Zusammenhang wurden transzendente Themen aufgeworfen, die Jenseitsvorstellungen und eigene religiöse Ansichten zum Gegenstand hatten.

5.4.8 Wünsche für die Zukunft

In den Interviewsequenzen, die sich auf die Zukunft beziehen, dominiert der Wunsch nach einem Leben in guter Balance. Es steht keineswegs der Wunsch im Vordergrund, die Pflegesituation zu beenden, sondern es wird nach Möglichkeiten gesucht, Pflege und eigene Bedürfnisse im Sinne einer *Life-Care-Balance*²⁷ besser miteinander in Einklang bringen zu können, wie es in der folgenden Abbildung dargestellt wird.

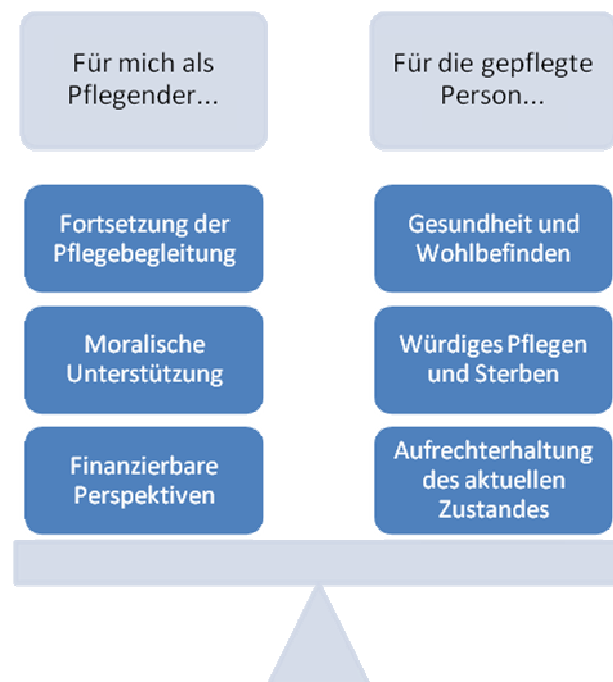


Abb. 71: „Life-Care-Balance“

Beschrieben wird damit der Wunsch pflegender Angehöriger, den „Status Quo“ der Pflegesituation sichern zu können oder auch zu verbessern – so viel wie möglich für den gepflegten Angehörigen zu tun und dabei selbst noch ein „gutes Leben“ führen zu können. Ein gutes Leben bedeutet für sie Gesundheit, Harmonie, seelisch-geistiges Wohlbefinden und Balance. Hierzu benötigen sie weiterhin die Pflegebegleitung, um selbst stabil zu sein. Eigene Gesundheit sehen sie als Voraussetzung dazu an, den

²⁷ Begriff in Analogie zu „Work-Life-Balance“

Angehörigen weiterhin angemessen und liebevoll pflegen zu können, mit der Person weiterhin zusammen zu leben und gemeinsame Erfahrungen zu sammeln.

„dass ich ihm helfen kann, wo es eben noch geht, dass der liebe Gott mich noch ein bisschen da lässt, um ihm zu helfen, ja, das sind eigentlich meine Wünsche, ne, und, also einfach nur das, ne Gesundheit, wenn wir uns das wünschen könnten, ja.“ (Frau Bo., 217-218)

Für den Erkrankten wünschen sie sich größtmögliche Selbständigkeit, dass sich dessen persönliche Wünsche erfüllen lassen, und einen sanften Tod. Mit Blick auf die eigene Familie wünschen sich die Befragten Offenheit im Umgang miteinander, Frieden und moralische Unterstützung.

„Also ich wünschte mir mehr moralische Unterstützung, nicht von meiner Familie hier, sondern [...] von den Geschwistern meines Mannes, in dem Bereich wünschte ich mir mehr Offenheit im Gespräch.“ (Frau Ka., 344-47)

Manche der Befragten wünschen sich sehr konkret neue, finanzierbare Perspektiven für ihre Pflegesituation und persönlichen Freiraum.

„...also wenn ich drei Wünsche frei hätte, dann würde ICH mir wünschen für den Fall, dass ICH meinen Mann nicht mehr pflegen kann, das wird ja eines Tages eintreten, dass ich eine PFLEGEstelle finde, wo er gut aufgehoben ist, wo er nicht nur verwahrt wird, und was bezahlbar ist, dass mir noch Luft zum atmen und zum Leben bleibt.“ (Frau E., 732-36)

„...weil ich bin jetzt an dem Punkt wo ich sage, ich hab ein RECHT auf mein EIGENES LEBEN noch, ich MÖCHTE noch ein bisschen eigenes Leben bestimmen, ja? Ich bin noch keine achtzig.“ (Frau E., 798-800)

Die Pflegebegleiterin/der Pflegebegleiter soll ihnen dabei weiterhin zur Seite stehen können. Sofern die Befragten berufstätig waren, wurde die Arbeit als Bereicherung und Privileg (vor allem in Ostdeutschland) empfunden. So ist der Wunsch nach guten, mit der Pflege zu vereinbarenden Arbeitsbedingungen verständlich – ebenso, dass die Arbeit nicht zugunsten der Pflege aufgegeben werden möchte. Berufliche Erfahrungen können die häusliche Pflege bereichern und erleichtern.

„Ich hab ja vorher Altenpflegerin gelernt, ich hab ein bissle Ahnung.“ (Frau C., 116-17)

5.5 Ergebnisse weiterer Instrumente im Überblick

5.5.1 Quartalsberichte – Darstellung beispielhafter Ergebnisse

Beispiel 1: Versicherung der Freiwilligen

Mit der erfolgreichen Werbung bürgerschaftlich engagierter Personen, die an den Kursen zur Qualifizierung zum Pflegebegleiter teilnahmen, stellte sich mit deren beginnender Praxis die Frage nach der Versicherung ihrer Tätigkeit gegen Unfälle u.ä.. Diese Frage wurde als Thema über mehrere Quartale im monatlichen Protokollbogen sichtbar und von der Wissenschaftlichen Begleitung im Quartalsbericht formuliert. Die Projektleitung klärte daraufhin in Kooperation mit der Arbeitsgemeinschaft der Regionalbüros die Versicherungsfrage für den gesamten Projektzeitraum.

Beispiel 2: Auslagenerstattung/GüF

Von ähnlich zentraler Bedeutung stellte sich die Frage der Auslagenerstattung für Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter dar. In der ursprünglichen Projektkonzeption nicht vorgesehen, wurde dieser Bedarf der Projektbasis zur kritischen Herausforderung, vor allem in den neuen Bundesländern. Auch hier erfüllte der monatliche Protokollbogen respektive Quartalsbericht eine wichtige Funktion zur Lösung des Problems.

Beispiel 3: Projektbegrifflichkeiten

Innerhalb des Entwicklungsprojekts modifizierten sich auch die Begrifflichkeiten mit zunehmender Praxis. Unzufriedenheiten über bestehende Benennungen wurden im monatlichen Protokoll formuliert, über den Quartalsbericht an die Projektleitung herangetragen und in Treffen der Arbeitsgemeinschaft geklärt und bearbeitet: So wurden aus den „Projekttreffpunkten“ beispielsweise die vier Regionalbüros Nord, Ost, West und Süd. Aus dem Team der Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter wurde die Arbeitsgemeinschaft der Regionalbüros mit Regionalbüroleiterinnen und -leiter sowie Regionalbürokoordinatorinnen und -koordinatoren.

Beispiel 4: Kommunikation und Kooperation im Projekt

Aufgrund der bundesweiten Ausdehnung des Projekts war der monatliche Protokollbogen zur Evaluation des Projektverlaufs auch explizit daraufhin konzipiert, Stimmungen und Meinungen einzufangen und zu perpetuieren. In der Findungsphase der Arbeitsgemeinschaft bot die Wissenschaftliche Begleitung einen „Teamtag“ zur Bearbeitung kritischer Fragen der Zusammenarbeit und Rollenklärung im Projekt an.

Auch meldete die Wissenschaftliche Begleitung kontinuierlich Absprache- und Kommunikationsbedarf der Regionalbüromitarbeiterinnen und -mitarbeiter zurück, so dass im Verlauf der Zusammenarbeit regelmäßige, eintägige Jour-Fix-Treffen zusätzlich zu den Arbeitstreffen anberaumt wurden.

5.5.2 Implementierungserhebung 2.0²⁸

Zur Entwicklung der Pflegebegleiter-Initiativen. 57% der Initiativgruppen werden als sehr lebendig in ihrer derzeitigen Entwicklung beschrieben. 27% sind aktiv und mittelmäßig gut entwickelt, 7% haben ihren Höhepunkt überschritten oder nie erreicht und weitere 7% bestehen derzeit nicht mehr.

Verhältnis städtische und ländliche Standorte. 53% der Standorte sind (groß-)städtisch geprägt, 47% eher ländlich. Der Zugang zu pflegenden Angehörigen wird in der Stadt als allgemein leichter empfunden. Weiterhin bestehen in der Stadt mehr Netzwerke und Ressourcen, an die angeknüpft werden kann.

Zur Entwicklung der Standorte. 60% der rund 90 Standorte entwickeln sich laut Angabe der Regionalbüros sehr gut, 24% entwickeln sich mittelmäßig und 16% entwickeln sich schlecht.

Verbindlichkeit. Dabei werden 63% der Kooperationspartner als sehr verbindlich, 20% als mäßig verbindlich und 17% als eher wenig verbindlich in der Zusammenarbeit bezeichnet.

²⁸ Es handelt sich hier um eine Zusammenfassung der Version von 2007

Teilnahmemotivation im Projekt. Über 70% besitzen dabei eine zur innovativen Vision des Projektes passende Teilnahmemotivation, die sich mit eigenen Motivlagen der kooperierenden Organisationen mischt.

Bezüglich des **Konkurrenzverhaltens der Organisationen** im Sozialraum werden 57% als kooperativ eingeordnet, 38% als sowohl kooperativ als auch konkurrenzorientiert und 5% als konkurrenzorientiert.

Zugangsstrukturen zu pflegenden Familien. 37,5% der Standorte besitzen bereits (sehr) gute Zugänge zu pflegenden Familien, 50% bemühen sich, derartige Zugänge zu schaffen, und 12,5% haben es bisher noch wenig erreicht, pflegende Familien zu erschließen.

Freiwilligenbild. Wird von einer für die Datenerhebung stark vereinfachten Polarisierung zwischen „ehrenamtlicher Aufgabe“ und „freiwilligem bürgerschaftlichen Engagement“ unterschieden, besitzen bereits 50% der kooperierenden Organisationen ein so genanntes „neues“ Freiwilligenbild, wie es im Projekt Pflegebegleiter propagiert wird. 40% der Standorte befinden sich im Einstellungswandel von einer traditionellen Sicht hin zur innovativen Sichtweise des Bürgerschaftlichen Engagements und 10% der Standorte werden der traditionellen Sichtweise zugeordnet.

Integration der Pflegebegleiter-Initiativen in die kooperierenden Organisationen. 55% der Standorte integrieren die Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter gut und zeitnah in ihre Strukturen und Abläufe, 29,5% integrieren sie langsam und nach einigen Aushandlungsprozessen (vergleiche hierzu auch „Freiwilligenbild“) und 15,5% der Standorte integrieren sie nur schwer oder gar nicht in ihre Strukturen.

Eine Unterstützung durch die „Heimathafenorganisation“ erhalten die Projekt-Initiatorinnen und Projekt-Initiatoren in folgender Qualität: 57,5% fühlen sich sehr gut von den Vertretern der Organisationen unterstützt. 35% erfahren eine mäßig gute Unterstützung und 7,5% werden nur wenig in ihrer Arbeit unterstützt.

Die meisten Projekt-Initiatoren-Tandems setzen sich gemäß der Logik des Projektes aus einer beruflich tätigen und eine freiwillig engagierten Person zusammen. Die Mehrheit der Tandems (50-75%) wird von den Leiterinnen und Leiter des Regionalbüros als stabil eingeschätzt (vgl. hierzu auch Kapitel 4.5.3).

Als Faktoren, die die Beständigkeit der Initiativen begünstigen, wurden zudem benannt (Rangfolge):

1. Regelmäßige Gruppentreffen
2. Ansprechende Öffentlichkeitsarbeit (z.B. durch einen Flyer)
3. Anbindung an einen etablierten Träger
4. Kompetente, fördernde, motivierende und raumgebende Projekt-Initiatorinnen und -Initiatoren
5. Ein hohes Maß an Autonomie und Handlungsspielraum
6. Feste Sprechzeiten, wie z.B. Telefonsprechstunden
7. Ergründung und Einbindung in die Netzwerke vor Ort
8. Resonanz in Form gelingender Praxis
9. Anerkennungskultur²⁹

²⁹ Zum Begriff und zur Bedeutung der „Anerkennungskultur“ in der Arbeit mit Freiwilligen vgl. Kap. 4.5.5

Pflegebegleiter und Migration. Das Thema gewinnt zunehmend an Bedeutung. Das Projekt weist einen hohen Integrationswert auf und eignet sich aufgrund seiner offenen Konzeption besonders. Migrantinnen und Migranten wird im Pflegebegleiter-Projekt eine selbstverständliche Schlüsselrolle zugeschrieben (vergleiche hierzu Modellstandorte Bad Wurzach und Limburg – hier werden speziell Angebote für türkische und polnische pflegende Angehörige vorgehalten).

5.6 Kosten-Nutzen-Aspekte

Um zu erfassen, welche finanziellen Ressourcen Pflegebegleiter-Initiativen brauchen, um sich in der Praxis gut zu implementieren und arbeiten zu können, wurde außerplanmäßig eine Ressourcenerhebung durchgeführt. Sie lieferte auch Informationen über zusätzliche Bedarfe, die in der Projektlaufzeit überwiegend von den kooperierenden Institutionen und Organisationen gedeckt wurden. Die Ergebnisse dienen ausschließlich der internen Planung (vgl. Anhang 4/G und K1). Die Finanzierung ermöglichender Strukturen, in denen sich das freiwillige Engagement von Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleitern entwickeln kann, ist eine zwingende Voraussetzung zur Verwirklichung der Projektidee. Erhoben wurde deshalb, in welchem Umfang und in welchen Größenordnungen sich das Projekt aus solchen zusätzlichen Mitteln speist. Aus den ermittelten Werten (durchschnittliche Kosten von ca 23.000 € pro Initiative/Jahr) kann jedoch nicht auf den regulären Finanzierungsbedarf nach Abschluss des Projektes geschlossen werden. Mit Inkrafttreten des PFWG ergeben sich insgesamt neue Finanzierungsoptionen und Berechnungsgrundlagen.

Wie aus den bisher dargestellten Ergebnissen der Begleitforschung hervorgeht, konnten die Pflegebegleitungen in ihren stabilisierenden Wirkungen konturiert und aus verschiedenen Perspektiven beschrieben werden. Pflegende Angehörige berichten ausführlich in Interviews über die als positiv erlebten Effekte, die „Postkarten“ liefern Rückmeldungen vor allem zum Ausmaß der Stabilisierung der häuslichen Pflegesituation sowie zur subjektiv erlebten Verbesserung des eigenen Gesundheitszustandes.

Um die Wirkung von Pflegebegleitung aus der Perspektive der gesellschaftlichen Wertschöpfung einschätzen und damit einen Eindruck über die möglichen kurz- und längerfristigen Kosteneinsparungen durch Pflegebegleitung gewinnen zu können, wurden auf der Grundlage der vorhandenen Daten Beispielrechnungen vorgelegt (vgl. Anhang 4/K2). In diesen wird z.B. skizziert, wie sich – im angenommenen Fall – eine Wertschöpfung der geleisteten Arbeitsstunden der Pflegebegleiter im Projekt mit 2.812.625 € darstellen lässt. Auch eine erste Beispielrechnung zu möglichen Einspareffekten durch Hinausschieben einer Heimunterbringung der Pflegebedürftigen liegt vor: die geschätzte Summe liegt hier bei 12.428.478 €. Eine Beispielrechnung zur Wertschöpfung insgesamt beläuft sich auf 15.241.103 € für die gesamte Projektlaufzeit. Weitere Berechnungen mit unterschiedlichen Szenarien hätten hier zu folgen.

Eine eher immaterielle Wertschöpfung im Sinne einer Stärkung der häuslichen Pflege durch eine veränderte öffentliche Wahrnehmung und durch Schaffung von solidarischeren Formen gegenseitiger Unterstützung in der Familie und im sozialen Umfeld, im Wohnquartier und in der Kommune sind in die Beispielrechnungen nicht eingeflossen. Solche Wirkungen sind aber eindeutig zu konstatieren und mit Praxisbeispielen eindrucksvoll zu belegen. Der Mehrwert von Pflegebegleitung muss also zusätzlich auch aus dieser Perspektive betrachtet werden.

Die hier vorgelegten Beispielrechnungen korrespondieren mit den Aussagen anderer Studien zum großen gesellschaftlichen Wert von Bürgerschaftlichem Engagement (vgl. Kral/Endres 2008). Es ist allerdings anzumerken, dass im Rahmen der Begleitforschung für die Einschätzung des Mehrwerts von Pflegebegleitung nur begrenzte Ressourcen zur Verfügung standen. Es handelt sich hier also um eine erste beispielhafte Einschätzung. Angemessen und zweifellos sinnvoll wären Hochrechnungen durch ein wirtschaftswissenschaftlich ausgewiesenes Institut – orientiert am vorliegenden Datenmaterial.

6. Zusammenfassende Schlussfolgerungen und Diskussion der Ergebnisse im Hinblick auf ihre Relevanz für die Pflegeversicherung

Im Folgenden werden die Ergebnisse des Kapitels 4 zu den Erfahrungen im Projektverlauf mit den Ergebnissen der Wissenschaftlichen Begleitforschung aus Kapitel 5. zusammengeführt. Während die genannten Kapitel entweder am Prozessverlauf (Kapitel 4) oder an methodischen Aspekten (Kapitel 5) orientiert waren, geht es nun vor allem um eine verdichtete Zusammenstellung der zentralen Merkmale und Ergebnisse des Pflegebegleiter-Projektes und deren inhaltliche Integration in die aktuellen Fachdiskurse. Diskutiert werden in diesem Kontext zudem die möglichen Schlussfolgerungen, die daraus für die Pflegeversicherung gezogen werden können. Im Anschluss daran erfolgt eine abschließende Gesamtbewertung.

Die Notwendigkeit des freiwilligen Engagements für pflegende Angehörige ist durch die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung des Pflegebegleiter-Projektes bestätigt worden: pflegende Angehörige fühlen sich durch die psychosoziale Begleitung innerlich entlastet, sie schätzen ihre eigene gesundheitliche Situation als verbessert ein. Sie erleben, dass sich die häusliche Pflegesituation stabilisiert hat. Wer diese Form der Begleitung erfahren hat, möchte dieses Angebot nicht mehr missen. Das kommt in der Begleitforschung ganz deutlich zum Ausdruck (vgl. Kapitel 5.4.6).

Dass die erfahrene Unterstützung die häusliche Pflege sichert bzw. erst ermöglicht, ist eine Tatsache, die nicht nur durch die vorliegenden Ergebnisse der Begleitforschung, sondern auch durch neuere Untersuchungen bestätigt wird, die im Laufe der vergangenen fünf Jahre publiziert worden sind (vgl. dazu die sog. Kasseler-Studie von Blinkert und Klie 2004, die MUG III-Studie 2005 und die europäische Studie EUROFAMCARE 2008). Wie schon im Projektantrag konstatiert, besteht demzufolge ein offensichtlicher Bedarf hinsichtlich der Unterstützung pflegender Angehöriger durch Freiwillige.

- In der Untersuchung zu Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung im Alter (MUG III, 2005, S. 91) heißt es dazu: „Die Ergebnisse der Repräsentativerhebung deuten darauf hin, dass das Angebot an professionellen Pflegeleistungen inzwischen sachgerecht ausgebaut ist. Lücken werden hingegen dort sichtbar, wo es um zielgenaue und niederschwellige Hilfsangebote im Bereich der Beratung, Qualifizierung und Unterstützung von pflegenden Angehörigen geht. Die vorhandenen Pflegeleistungen sollten daher noch besser als bisher durch entsprechende Entlastungsangebote ergänzt und noch umfassender miteinander vernetzt werden. Darüber hinaus erscheint es für die Zukunft perspektivreich, auch ehrenamtlich getragene Hilfeleistungen, wie zum Beispiel regelmäßige Besuchsdienste, weiter auszubauen“.
- In der so genannten „Kasseler Studie“ verweisen Blinkert und Klie (2004) auf die Bedeutung, die das Vorhandensein eines Unterstützungsnetzwerkes für die Pflegebereitschaft der jüngeren Generation hat. Daraus wird die Folgerung abgeleitet, ein Unterstützungsnetzwerk mit Pflegemix-Charakter aufzubauen.
- Ebenso kommt das EU-Projekt „EUROFAMCARE - Situation pflegender Angehöriger in Europa“ (2008) zu einer Einschätzung der Situation pflegender Angehöriger in Deutschland, die die im Projektantrag skizzierte Ausgangslage in allen wesentlichen Punkten bestätigt: viele Menschen möchten ihre Familienangehörigen bei Eintritt von Pflegebedarf gern selbst versorgen. Sie fühlen sich bei der Pflege

dann aber oft allein gelassen, schlecht informiert, nicht wertgeschätzt und mit der Gestaltung der Pflege überfordert. Die Autorinnen der Studie EUROFAMCARE haben aus dieser Einsicht heraus im Jahr 2008 die Gründung einer Interessensvertretung von pflegenden Angehörigen angestoßen.

Die drei o.g. zentralen bundesdeutschen Untersuchungsergebnisse zur Notwendigkeit des Ausbaus von freiwilligem Engagement in der Pflege haben im Nachhinein die Bedeutung des bereits Ende 2003 begonnenen Projektvorhabens „Pflegebegleiter“ bestätigt. Insgesamt unterstützen alle genannten Untersuchungen sowohl die Relevanz des Ansatzes „Freiwillige begleiten pflegende Angehörige“ als auch die zentralen Ansatzpunkte des Projektes

- Empowerment: Stärkung von pflegenden Angehörigen mit Hilfe der Entwicklung von niedrighschwelligem Angeboten
- Kompetenzentwicklung nicht nur für die pflegenden Angehörigen, sondern auch Qualifizierung für Freiwillige und die sie fachlich begleitenden MultiplikatorInnen und Organisationen
- Vernetzung der bestehenden Angebote, um damit Angehörigen die Inanspruchnahme von Unterstützung vor Ort zu erleichtern.

Der Projektansatz hat konkretisiert, wie freiwilliges Engagement aussehen und wirksam werden kann, ist aber in folgenden Aspekten über das ursprüngliche Vorhaben „hinausgewachsen“:

- er führt neben der Multiplikatoren-Qualifizierung die Arbeit mit Organisationen/ Kommunen ein,
- er erprobt konsequent einen trägerübergreifenden Ansatz mit Ziel einer koordinierten Netzwerkarbeit,
- er schafft ein projektinternes Netzwerk, das der Profil- und Qualitätsentwicklung dient und auf gegenseitige Stärkung zielt (internes Empowerment/mit entsprechenden Kommunikationsstrukturen),
- er impliziert eine Breitenwirkung nach außen, die darauf zielt, das Verständnis für die „Entwicklungsaufgabe Pflege“ in der Bevölkerung zu vertiefen und Angehörige wieder stärker „mitten ins Leben“ zu holen (vgl. das Motto des Pflegebegleiter-Flyers).

Diese Ausweitungen sind das Ergebnis von Notwendigkeiten gewesen, die sich im Projektverlauf gezeigt haben. So wurde schnell deutlich, dass Initiativen nur nachhaltig vor Ort implementiert werden können, wenn die kooperierenden Organisationen in den Entwicklungsprozess einbezogen werden. Der Zugang in die Familien kann nur gelingen, wenn zuvor über Pflege öffentlich kommuniziert wird. Der Facettenreichtum, der im Laufe der Projektlaufzeit entwickelt wurde (etwa bei der Erschließung von Zugängen in die Familien) hat die Wirksamkeit des Modellversuchs erheblich befördert und innerhalb der Initiativen mehr Engagement entfacht als zunächst erwartet.

Das Pflegebegleiter-Projekt ist im Rahmen der Vorüberlegungen zum Gesetz zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung immer wieder zur Sprache gekommen. So sind beispielsweise Übereinstimmungen hinsichtlich der Einschätzung der Bedeutung des freiwilligen Engagements zur Unterstützung der Pflege im Gesetzestext deutlich erkennbar. In dessen Formulierungen findet sich der Bedeutungszuwachs des freiwilligen

Engagements an verschiedenen Stellen wieder: etwa in Bezug auf den Auf- und Ausbau von ehrenamtlichen Initiativen in §45d und in Bezug auf die Errichtung von „Pflegestützpunkten“ nach § 92c SGB XI. Im letztgenannten Paragraphen wird die Notwendigkeit von „Care-Management-Aufgaben“ beschrieben. Ebenso wird auf die Vernetzungsintention verwiesen sowie auf die Notwendigkeit einer „wohnortbezogenen“ und „zugehenden“ Intervention – allerdings durch professionelle „Pflegeberater“ (§7a). Insofern können die im Rahmen des Pflegebegleiter-Projektes gewonnenen Erfahrungen im niedrighschwelligem Freiwilligenbereich – speziell in seinen Ansätzen des zugehenden Vorgehens und der Vernetzung im Nahraum – für die nun anstehenden Umstrukturierungen der Pflegelandschaft genutzt werden.

Im Hinblick auf die Umsetzung eines „zugehenden“ Ansatzes sind im Projekt Erfahrungen gemacht worden, die auch für die professionellen Pflegeberater Anregungen bieten können. Gezeigt hat sich, dass unter einem zugehenden Ansatz nicht nur „Hausbesuche“ zu verstehen sind. Wie die Begleitforschung ermittelt hat, werden von Angehörigen auch Treffen an „neutralen“ Orten gewünscht – außerhalb der eigenen vier Wände lässt sich in besonderer Weise eine räumliche und innere Distanz aufbauen, die es möglich macht, über bestehende Schwierigkeiten offen sprechen zu können und in der man sich gern „trösten lässt“. Zudem ist für manche pflegenden Angehörigen der Telefonkontakt besonders wichtig, vor allem, wenn es um das Einholen von Informationen geht und im Sinne einer Vergewisserung, wenn in Krisensituationen zeitlich sehr eng getaktete Pflegebegleitungen notwendig werden.

Das Profil der freiwilligen Pflegebegleiter ist als niedrighschwelliges Angebot stets klar von professionellen Angeboten im Bereich der Pflege abgegrenzt worden (vgl. dazu die Gegenüberstellung Anhang 1: S. 39). Mit dem neuen Gesetz zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung hat sich das Aufgabenprofil der professionellen Pflege jedoch entscheidend erweitert. Damit hat der Diskurs um die Zuordnung von „Nähe“ zum Freiwilligen-system und „Distanz“ zum professionellen System eine interessante Wendung genommen: Bis vor wenigen Jahren wurde zunächst davon ausgegangen, der professionelle Habitus der „Distanz“ sei durch den der „Nähe“ im freiwilligen Engagement zu ergänzen. Nun sind in der öffentlichen Diskussion mit Inkrafttreten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes und der Einführung von professionellen Pflegeberatern, die zugehend tätig sein sollen, die früher geltenden Grenzen eher verwischt worden. Hier stellt sich für das bürgerschaftliche Engagement und speziell für die freiwilligen Pflegebegleiter nun nochmals die Aufgabe, erneut zu klären, was das „Besondere“ des freiwilligen Engagements ist, wenn professionelle Pflege mehr „Nähe“ sucht und zugehende Beratung anbietet (vgl. dazu auch Michell-Auli 2008, S. 52). Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass die pflegenden Angehörigen bei der freiwilligen Pflegebegleitung schätzen, dass dieses Angebot speziell für sie persönlich gedacht ist und sich explizit an ihren Bedarfslagen ausrichtet. Sie erleben vor allem das nachbarschaftliche Interesse und die auch in der Zeiteinteilung flexible Zuwendung als hilfreich und stärkend.

6.1 Merkmal (1): Das Pflegebegleiter-Profil trifft die spezifischen Bedarfslagen pflegender Angehöriger

Die mehr als 2.000 freiwilligen Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter haben in den vergangenen 5 Jahren bewiesen, dass es gelingt und Wirkung zeigt, pflegende Angehörige niedrighschwellig in ihren Alltagssituationen zu begleiten: zu Hause, am Telefon,

bei Begegnungen im öffentlichen Raum. So ist eine neue Facette, ein neuer Prototyp von Freiwilligenengagement entstanden: mit seiner kompetenzorientierten, zugehenden, bedarfsgerechten Form kann Pflegebegleitung auf die herausfordernden Situationen pflegender Angehöriger passgenau reagieren.

(1) Pflegebegleitung hat sich in ihren stark ausdifferenzierten Formen etablieren können

Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung (vgl. Kapitel 5.2) zeigen, dass dieses Engagement ganz offensichtlich passgenau den Bedürfnissen pflegender Angehöriger in ihren jeweils unterschiedlichen Lebenssituationen entspricht. Die zugehende Form der Pflegebegleitung wird angenommen; über die kooperierenden Organisationen und andere wichtige „Türöffner“ wird sie bekannt gemacht. Sie erreicht pflegende Familien in sehr unterschiedlichen Ausgangssituationen: Die fünf typischen Situationen, die im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung vorgefunden und in Kapitel 5 ausführlich beschrieben wurden, machen eine jeweils eigene, angepasste Form der Begleitung notwendig. Deutlich wurde auch, dass Pflegebegleitung zu Hause, am Telefon oder bei Begegnungen außerhalb der Häuslichkeit erfolgt und dabei jeweils andere Themen und Fragen im Vordergrund stehen.

(2) Die ermittelten Ausgangssituationen pflegender Angehöriger ermöglichen die Beschreibung situationsspezifischer Funktionen von Pflegebegleitung

Die im Rahmen der Begleitforschung durchgeführten Tiefeninterviews mit pflegenden Familien bildeten in der Auswertung fünf typische Situationen ab (vgl. Kap. 5.2). Diesen können unterschiedliche Funktionen von Pflegebegleitung zugeordnet werden. Damit liegt ein erstes empirisch ermitteltes differenzierendes Konzept von Pflegebegleitung vor.

Die hier ermittelten Situationsbeschreibungen finden sich zum Teil in ähnlicher Form in der wissenschaftlichen Literatur - wenn auch nicht immer in gleicher Zusammenstellung - beschrieben werden:

- So findet die Bedeutung der „Situation Krise“ in der einschlägigen Literatur zum Belastungserleben pflegender Angehöriger ebenso besondere Erwähnung. Demnach geschieht der Eintritt von Pflegebedarf meist relativ plötzlich; die meisten Angehörigen sind darauf nicht vorbereitet (vgl. Urlaub 1988). Durch die fehlende antizipierende Auseinandersetzung wird die plötzliche Anforderung zu einer Pflegeentscheidung zu kommen vielfach krisenhaft erlebt. Insgesamt wird das *intraindividuelle* als auch das *innerfamiliale Konfliktpotential* im Zusammenhang mit auftretender Pflegebedürftigkeit durchweg als beträchtlich angesehen: Sowohl Pflegende als auch Gepflegte berichten über das Erleben psychischer Probleme und speziell familiärer Spannungen (vgl. Halsig 1995; Gröning et al. 2004). Pflegende beschreiben sich als vielfach stark belastet und psychisch überfordert (vgl. Urlaub 1988; Zellhuber/Steiner-Hummel 1991; Zimmer 1999). Konstatiert wird – verglichen mit nicht-pflegenden Personen der jeweiligen Altersgruppe – ein hohes Ausmaß erlebter Belastung in unterschiedlichen Bereichen: neben der körperlichen Belastung bei schwerer Pflegetätigkeit werden vor allem psychische Belastungssymptome genannt (vgl. z. B. Grässel/Leutbecher 1994). Physische und psychische Gewaltan-

wendung sind nicht selten: Wetzels/ Greve (1996, S. 191) gehen aufgrund ihrer Befragung (repräsentative Stichprobe) davon aus, dass mindestens 3,1% der 60-75-Jährigen im Jahr 1991 Opfer innerfamiliärer Gewalt wurden (vgl. Niederfranke/Greve 1996). Unter Gewaltanwendung im Zusammenhang mit häuslicher Pflege leiden vor allem die Bevölkerungsgruppen, auf die die Merkmale des Strukturwandels im Alter - Feminisierung, Singularisierung und Verarmung - zutreffen. Diese Ergebnisse bestätigen eindrücklich, wie wichtig psychosoziale, niederschwellige Begleitung pflegender Angehöriger ist.

- Auch zur „Situation lebensbestimmende Langzeitbelastung“ gibt es in der Fachliteratur Hinweise. So wird konstatiert, dass Pflege zu Hause im Durchschnitt 8,2 Jahre dauert und dass diese lange Dauer bei der Pflegeübernahme häufig nicht im Blick war. Immerhin 36% bzw. nach neuesten Erhebungen sogar 46% der Hauptpflegepersonen pflegen alleine, ohne Unterstützung von professionellen oder privaten Helfern (vgl. Pöhlmann/Hofer 1997, S. 385; Mnich et al. 2005/ vgl. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt 2008 und Kap. 2.1).
- Die typische „Situation unfreiwilliger Überforderung“ wird z.B. von Halsig (1995) beschrieben. Der Zusammenhang von unfreiwilliger Pflegeübernahme und Überforderungserleben findet sich ebenso in anderen Veröffentlichungen (z.B. Döhner 2007), auch unter Bezugnahme auf milieuspezifische Ausprägungen familialer Pflegekonstellationen (Heusinger 2005).
- Die Situationsbeschreibung der häuslichen Pflege als „stillschweigende Verantwortungsübernahme“ bzw. „pflichtgemäße Übernahme der Pflegeverantwortung“ erscheint ebenfalls bei Halsig (1995), aber auch bei Heusinger (2005).
- Dass Pflege von den Angehörigen jedoch auch als „Situation aktueller Stabilität“ erlebt und beschrieben werden kann, hat bereits 1981 die Forschergruppe um Jens Bruder festgestellt. Berichtet wird, dass in familiären Pflegekonstellationen sowohl belastende als auch gewinnbringende Momente – quasi parallel – wahrgenommen werden. So fühlen sich zwar 33% der befragten pflegenden Angehörigen emotional belastet, 25% leiden unter familiären Spannungen und 10% fühlen sich durch die Pflege sogar stark belastet. Dennoch konstatieren die Angehörigen zu 59%, es sei ihnen wichtig, von ihren Eltern gebraucht zu werden. 63% fühlten sich der gepflegten Person gegenüber am meisten verbunden (vgl. Bruder et al. 1981). Wenn familiäre Pflege in der Balance von Belastungs- und Gewinnerleben gehalten werden kann, entsteht eine „Situation relativer Stabilität“. Pflegenden Angehörigen ist jedoch deutlich, dass dieses bestehende Gleichgewicht jederzeit „kippen“ kann. Um sich dafür zu wappnen, wissen sie gern einen Pflegebegleiter an ihrer Seite, den sie „in der Not“ anrufen können. – Auch die Untersuchung von Blinkert und Klie (2004) verweist darauf, dass die Pflegebereitschaft von dem Vorhandensein eines „Netzwerks“ abhängt, das im Krisenfall zu Verfügung steht. Insofern ist allein das Vorhandensein einer Pflegebegleiter-Initiative im Nahraum als ein Faktor aufzufassen, der häusliche Pflege prinzipiell stärkt, selbst wenn die Begleitungskontakte nur sporadisch stattfinden oder sich auf die Teilnahme an Veranstaltungen beschränken, die die Pflegebegleiter-Initiative anbieten.

Die Auswertung der Interviews mit begleiteten pflegenden Angehörigen ermöglichte eine Zuordnung von unterschiedlichen Funktionen von Pflegebegleitung – je nach Ausgangssituation.

Situationen pflegender Angehöriger	Funktion von Pflegebegleitung
Krise	Trost und Ermutigung; Unterstützung bei der Strukturierung und Organisation der Pflege
Lebensbestimmende Langzeitbelastung	Stabilisierung durch wertschätzende Aufmerksamkeit; menschliche Nähe und Ermutigung
Unfreiwillige Überforderung	Klärung
Stillschweigende Verantwortungsübernahme	in „offenen Angebotsformen“ Auseinandersetzung mit der eigenen Situation (eher „en passant“)
Aktuelle Stabilität	gibt Sicherheit/ Möglichkeit für „alle Fälle“

Tabelle 10: Funktionen von Pflegebegleitung – je nach Situation

In der Zusammenführung aller Ergebnisse der Wirkungsforschung wird deutlich, dass die Begleitung in den meisten Fällen dann zustande kommt, wenn eine krisenhafte Situation entstanden ist, die Neuorientierung verlangt und bewältigt werden muss.

(3) Pflegebegleitung hilft gegen Isolation – es wird als Beziehungsangebot auf „Augenhöhe“ geschätzt

Wie die pflegenden Angehörigen selbst konstatieren, liegt eine besondere Stärke der im Projekt erprobten Form der Begleitung pflegender Angehöriger in der zwischenmenschlichen Begegnung, die zeitnah erfolgt – wenn der Bedarf wirklich aktuell vorhanden ist (vgl. Kap. 5.4.2). Sie wird von den pflegenden Angehörigen nicht als „einseitig“, sondern im Sinne einer „gegenseitigen Sorgebeziehung“ wahrgenommen, auf die sich beide Beziehungspartner gleichermaßen einlassen (vgl. Abb. 60). Dies scheint ein zentraler Aspekt zu sein, warum Pflegebegleitung in der Praxis so gut funktioniert und angenommen wird.

(4) Diskussion: Kundenorientierung – Einbindung in Informationsnetzwerke – Entwicklung von Beratungsmotivation und Beratungsfähigkeit durch Vertrauensbeziehungen

Für die Maßnahmen, die das Pflegeweiterentwicklungsgesetz vorsieht (z.B. Pflegestützpunkte), die unter anderem den Auf- und Ausbau von ehrenamtlichem Engagement in der Pflege mit einschließen, halten die Ergebnisse der Begleitforschung im Projekt Pflegebegleiter wichtige Impulse bereit, die im Folgenden diskutiert werden sollen.

Das oben dargestellte differenzierte Angebot der Pflegebegleitung – angepasst an die jeweiligen Ausgangssituationen und speziellen Bedarfslagen der pflegenden Angehörigen – gibt zahlreiche Anregungen, wie „**Kundenorientierung**“ im **Pflegemix** verwirklicht werden kann. In diesem Kontext kann es nicht allein darum gehen, neue Dienste anzubieten. Nur wenn in besonderer Weise auf die „Zugangsqualität“ geachtet wird,

können Menschen erfolgreich angesprochen werden, die bislang kaum Zugang zum Hilfesystem haben oder die nach ihrem milieuspezifischen Wertesystem lieber keine Hilfe von außen in Anspruch nehmen. Zugehendes Vorgehen heißt in diesem Zusammenhang zum einen, **Wahlmöglichkeiten zu lassen** – etwa in Bezug auf den Ort der Gespräche. Die Ergebnisse der Wirkungsforschung (vgl. die typischen Situationen der Pflegebegleitung) zeigen zudem, dass es notwendig ist, den jeweiligen Pflegezeitpunkt zu kennen und im Falle eines kontinuierlichen Begleitungswunsches die persönliche, familiale und häusliche Situation im Gespräch mit den pflegenden Angehörigen herauszuarbeiten sowie deren Bedeutungsgehalt freizulegen. Erst nach Gesprächen über die verschiedenen Möglichkeiten der Situationsdeutung (nach dem Prinzip des Perspektivenwechsels) kann der/die pflegende Angehörige selbst die nächsten Schritte ins Auge fassen. Pflegebegleitung unterstützt Angehörige, wo eben möglich **nach „eigener Logik“ und im „eigenen Tempo“** vorzugehen und steht zum Gespräch bereit, ohne Zielrichtungen vorzugeben. Sie bietet Zeit und Aufmerksamkeit für Zuhören, Wertschätzung, Information, Ermutigung und Trost (vgl. Tab. 7). Für professionelle Pflegeberater ist das Wissen um diese - die eigenen Strategien ergänzende - Zugewandene der freiwilligen Pflegebegleiter von Bedeutung: so können sie im Bedarfsfall das Angebot der freiwilligen Pflegebegleitung empfehlen oder daran anknüpfen (z.B. sich bei Veranstaltungen der Pflegebegleiter mit ins Gespräch bringen).

Die Pflegeversicherung intendiert nicht nur die Versorgung der Pflegedürftigen, sondern auch eine **Vermeidung von Folgeschäden** – u. a. auch bei den pflegenden Angehörigen. Unter diesem Aspekt erweist sich der Zeitpunkt als interessant, zu dem in diesem Projekt eine Pflegebegleitung in Anspruch genommen wurde: pflegende Angehörige nahmen bisher am häufigsten dann Kontakt zu Pflegebegleitern auf, wenn die Pflege bereits einige Jahre andauerte. Der dafür ermittelte Wert beträgt 3,7 Jahre (vgl. Kapitel 5). Dem steht der bekannte Durchschnittswert einschlägiger Untersuchungen entgegen, der von einer durchschnittlichen Dauer der häuslichen Pflege von 8,2 Jahren ausgeht (vgl. Pflegestatistik 2005). Das bedeutet, dass die pflegenden Angehörigen, die im Projekt „Pflegebegleiter“ erreicht wurden, sich etwa in der „Mitte“ ihrer Pflegezeit befinden: sie sind weder unerfahrene „Newcomer“, noch vollkommen in ihren Strukturen (Pflegekarrieren) verfestigt. Die meisten von ihnen pflegen seit 2 Jahren, befinden sich also im „ersten Drittel der Pflege“, haben durchschnittlich noch einige Jahre häuslicher Pflege zu erwarten. Warum Pflegebegleiter nicht verstärkt in der Phase der Entscheidung oder der Installierung des häuslichen Pflegesettings in Anspruch genommen worden sind, kann nur vermutet werden. Gründe hierfür könnten sein:

- Das Angebot war zum Zeitpunkt der Interviews noch nicht bekannt genug.
- Zu Beginn der Pflege besteht noch kein Bewusstsein, „pflegender Angehöriger“ zu sein.

Beide Aspekte verdienen in Zukunft verstärkter Aufmerksamkeit: So weisen die Erfahrungen des Projektes darauf hin, dass die Nachfrage dort steigt, wo über Pflege im öffentlichen Raum gesprochen wird. Zum anderen ist zu berücksichtigen, dass diejenigen eine besondere Form der Ansprache benötigen, die sich um Personen kümmern, mit denen sie bereits vor Eintritt des Pflegebedarfs zusammengelebt haben. Sie definieren sich nicht als „pflegende Angehörige“. Dies gilt im Besonderen für pflegende Ehepartnerinnen und -partner – die größte Gruppe der pflegenden Angehörigen. Diese sind selbst erstaunt, dass ihnen die Sorgearbeit „so viel ausmacht“ und erwarten von sich oftmals ein „reibungsloses Funktionieren“ – wie vor Eintritt des Pflegebedarfs. Für

diese Personengruppe ist der Austausch mit freiwilligen Pflegebegleitern besonders wichtig: die Freiwilligen spiegeln ihnen, wie hochkomplex sich die „Herausforderung Pflege“ darstellt und welch hohes Maß an Gestaltungskompetenz in der häuslichen Pflege sie bereits entwickelt haben. – In Bezug auf die Vermeidung von Krisensituationen und Folgeschäden erscheint es sinnvoll, die pflegenden Angehörigen schon möglichst frühzeitig in ein Informations- und Kommunikationsnetzwerk einzubinden. Die Erfahrungen im Pflegebegleiter-Projekt zeigen, dass dies dann gelingt, wenn jede Art der „**Klientelisierung**“ **vermieden** wird und die Wertschätzung, Information und Vernetzung der pflegenden Angehörigen im Vordergrund steht.

Auch in Bezug auf die **Entwicklung von Beratungsmotivation und Beratungsfähigkeit** erfüllen Pflegebegleiter-Initiativen eine wichtige Funktion: Wie die Begleitforschung gezeigt hat (vgl. Abb. 64), sind die freiwilligen Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter im „Vorfeld“ oder ergänzend zu den Hauptamtlichen tätig sind: durch die Entwicklung einer Begleitungsbeziehung wirken sie Isolationstendenzen der pflegenden Angehörigen entgegen. Die klärenden Gespräche in einer Begleitungsbeziehung (vgl. dazu Abb. 68) tragen nicht nur dazu bei, das Pflegesetting zu stabilisieren, Solidarität erfahrbar werden zu lassen, eine verständnisvolle Beziehung mit Austauschmöglichkeiten aufzubauen, sondern sie erhöhen die Bereitschaft zur Inanspruchnahme professioneller Dienstleistungen (vgl. Kapitel 5.4.5). Mit der Förderung des bürgerschaftlichen Engagements erhöht die Pflegeversicherung also die Anschlussfähigkeit an das professionelle Dienstleistungssystem im ambulanten Bereich. Berücksichtigt wird damit, dass Beratungsmotivation und Beratungsfähigkeit vielfach erst zu entwickeln sind, bevor professionelle Angebote in Anspruch genommen werden können.

6.2 Merkmal (2): Pflegebegleitung zeigt Wirkungen: für die familiäre Pflegesituation, bei pflegenden Angehörigen, bei den Gepflegten

Pflege in der eigenen Häuslichkeit, ohne Unterstützung sozialer und professioneller Systeme, kann „bei den vielen Sorgen, die sich aufstauen“ und der Unberechenbarkeit der Situation „was kommt morgen, was kommt übermorgen?“ an den Rand der eigenen Belastbarkeit führen. So überrascht es kaum, dass pflegende Angehörige, die an dieser Befragung zur Wirkung von Pflegebegleitung teilgenommen haben, angeben, „alleine nicht damit fertig geworden“ zu sein. So kamen in den 16 berichteten Fällen die freiwilligen Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter, die „ziemlich nah dran am Nabel des alltäglichen Geschehens“ sind, zur richtigen Zeit in die Familien – oft in einer akuten Krisensituation, die Neuorientierung und Klärung notwendig machte.

(1) Pflegebegleitung bewirkt eine Stabilisierung des häuslichen Pflegesettings

Wie ausführlich dargestellt (vgl. Kapitel 5 speziell Ergebnisse der „Postkartenerhebung“/Anhang 4/C1 und der Dokumentationsbögen Anhang 4/D1), zeigt sich die Wirksamkeit der Pflegebegleitung vor allem im Hinblick auf die Stabilisierung des häuslichen Pflegesettings.

- Es werden neue Wege aufgezeigt, wie die Pflege auf mehrere Schultern verteilt werden kann.
- Es erfolgt eine Anbahnung der Inanspruchnahme entlastender Dienste.

- Es wird eine persönliche Beziehung aufgebaut, die durch Gespräche unterstützend und entlastend wirkt.

Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter bieten ihre psychosoziale Gesprächsbegleitung, fachliche Aufklärung und Information zu beinahe jeder Tageszeit und ermöglichen damit ein „Pflege-Insider-Gespräch“, das hilft, die Pflegesituation zu klären und zu optimieren, wo es möglich erscheint. Sie eröffnen damit auch den Zugang zu geeigneten Beratungsstellen und Netzwerken. Ihre wichtigste Aufgabe sehen sie selbst jedoch in Zuhören, Wertschätzung, Information, Ermutigung und Trost (vgl. Tab. 7).

Aus den qualitativen Interviews mit ausgewählten pflegenden Angehörigen geht hervor, dass die pflegenden Angehörigen aus der Begleitung Kraft, Regeneration, Ausgleich, Gelassenheit, Halt, Orientierung, Aufmerksamkeit, Wertschätzung, Freude und persönliches Wachstum ziehen. Anzunehmen ist, dass diese Faktoren positiv auf die erfolgreiche Bewältigung schwieriger Pflegesituationen und Belastungsphasen (Coping) wirken und Anreize eröffnen, die Pflegesituation aufrecht zu erhalten und an ihr zu wachsen. Das subjektive Empfinden, „aufgefangen zu werden“, sowie die Situation nicht völlig alleine bewältigen zu müssen, erscheint den befragten Pflegenden sehr wertvoll. Auch wenn hierzu noch weitere Forschungen näheren Aufschluss über die Zusammenhänge geben müsste, so bleibt aufgrund der vorliegenden Untersuchungsergebnisse festzuhalten: Pflegebegleitung trägt zur Stabilisierung des häuslichen Pflegesettings in verschiedener Weise bei. So wünschen sich begleitete Angehörige eine Fortsetzung der Pflegebegleitung (vgl. Kapitel 5.4.6, Abb. 69), ohne die ihnen Austausch, Verständnis, Solidarität und das menschliche Gegenüber der Pflegebegleiterin bzw. des Pflegebegleiters im Sinne von Sicherheit und Orientierung fehlen würden.

(2) Pflegebegleitung führt zu einer subjektiv erlebten Verbesserung der gesundheitlichen Situation pflegender Angehöriger

Die Wirksamkeit von Pflegebegleitung zeigt sich auch in einem zweiten Ergebnis ganz deutlich: Pflegenden Angehörige berichten im qualitativen Teil der Begleitforschung (vgl. Kapitel 5, qualitative Interviews) über ihre Wahrnehmung, dass sich die eigene gesundheitliche Situation verbessert hat. Die quantitativen Ergebnisse bestätigen dies nochmals sehr eindeutig (vgl. Kapitel 5.4.5, Abb. 67). Es kann angenommen werden, dass diese subjektiv bessere Befindlichkeit der pflegenden Person für die mögliche Aufrechterhaltung der häuslichen Pflegesituation eine wichtige Rolle spielt: Nur wer sich dazu gesundheitlich in der Lage fühlt, wird auch weiterhin pflegen können. Dieses Ergebnis der Wirksamkeitsforschung, das anschlussfähig ist an zahlreiche Arbeiten und Veröffentlichungen zum Thema (vgl. Pinquart/Sörensen 2005, S. 628ff.; Wilz et al. 2001) gibt Anlass, der Fragestellung gezielt nachzugehen, in welchem Ausmaß die Krankheitsfolgekosten der pflegenden Angehörigen durch Pflegebegleitung reduziert werden könnten.

(3) Pflegebegleitung verbessert auch die Situation für gepflegte Angehörige

Die Stabilisierung der psychischen und gesundheitlichen Situation pflegender Angehöriger hat Auswirkungen auf das familiäre Klima und auf die Art der Beziehung zwischen der Pflegeperson und dem gepflegten Menschen. So formulieren einige der pflegenden Angehörigen in den Interviews, dass das neu erlangte seelische Wohlbefinden sich auf

das Zusammenleben und die Pflege des erkrankten Angehörigen positiv auswirke, zum Beispiel durch die „Ventilfunktion“ der Pflegebegleitung:

*„... wichtig ist eher für mich, **denn es wird gesagt, wenn es mir so als Frau gut geht, dann geht es meinem Mann auch gut.**“ (Frau Br., 89,90)*

Hierzu müssten weitere Untersuchungen folgen.

(4) Diskussion – Ausweitung der Pflegebegleitung – Übertragbarkeit auf andere Zielgruppen

Im Projektverlauf wurden nicht nur die Grundlagen geschaffen, wie pflegende Familien erreicht werden können (Kap. 6.1). Es ist auch der Nachweis gelungen, dass erhebliche Wirkungen erzielt werden. Dass sich das Erleben der eigenen Pflegesituation zum Positiven hin verändert und sich entsprechend die Gesamtsituation stabilisiert, ist als zentraler Effekt hervorzuheben.

Aus den nachgewiesenen Effekten sowie dem eindeutigen Votum der begleiteten pflegenden Angehörigen, dass „Pflegebegleitung auch weiterhin angeboten werden sollte“ (vgl. Abb. 69) wird gefolgert, **Pflegebegleitung nun flächendeckend zu verbreiten** und dafür „Regelstrukturen“ zu schaffen.

Zudem ist anzunehmen, dass sich das Freiwilligenprofil „Pflegebegleitung“ auch im Hinblick auf **andere Personengruppen** als effektiv erweisen kann, die sich in Lebensgemeinschaften oder im nachbarschaftlichen Umfeld um andere kümmern und psychosoziale Begleitung benötigen. Erste Anfragen zeigen, dass z.B. seitens der Eltern von behinderten oder chronisch kranken Kindern ebenfalls nachbarschaftliche Begleitung angefragt wird. Ebenso zeigt sich ein Begleitungsbedarf von Personen, die ihre pflegebedürftigen Verwandten und Bekannten in einer stationären Einrichtung untergebracht haben. Auch weitere Themenfelder tun sich auf, wie z.B. Pflegebegleitung für Migrantinnen und Migranten oder für Personen, die zu Hause einen Aidskranken oder psychisch Kranke pflegen. Hier liegen weitere sinnvolle Entwicklungen, zu denen bereits erste Erfahrungen vorliegen und die weiterer Erprobung und systematischer Aufarbeitung bedürfen.

6.3 Merkmal 3: Psychosoziales Profil der Begleitung hebt Bedeutung des „Zwischenmenschlichen“ hervor

Die zunehmende Akzeptanz des Engagements der freiwilligen Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter ist nicht zuletzt auf ihre „Empowermentorientierung“ und ihr klar abgegrenztes und bewusst eingeschränktes Profil zurückzuführen.

(1) Empowerment als Grundhaltung für Begleitungen

Die Ergebnisse der Begleitforschung bestätigen die hohe Akzeptanz des dem Pflegebegleiter-Projekt zugrunde liegenden „**Empowerment-Paradigmas**“ (vgl. dazu ausführlich Kap.1.1 und). Wie bereits in Bezugnahme auf die Projektentwicklung dargestellt (vgl. Kap. 4.3.4) wird die Grundidee des Empowermentansatzes: „Stärken statt helfen“ in der Begleitungspraxis der Freiwilligen durch Beachtung folgender Regeln greifbar: den „Eigen-Sinn“ der pflegenden Angehörigen zu akzeptieren, als Gesprächs-

partnerin und Gesprächspartner „normativ enthaltsam“ zu sein, darauf zu verzichten, dem anderen Hilfsbedürftigkeit zuzuschreiben, dem Gegenüber das Recht auf eine selbst bestimmte Lebens- und Lerngestaltung zuzugestehen (vgl. dazu ausführlich Herriger 2002). Dass der Ansatz in den Begleitungen auch verwirklicht wird, zeigen die Ergebnisse der Interviews mit pflegenden Angehörigen. Hier wird konstatiert, wie wichtig es war, dass die Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter nicht nur zügig verfügbar waren, sondern auch so diskret und einfühlsam auftraten, dass die pflegenden Angehörigen ihr Angebot der Begleitung aktiv annehmen konnten. Den pflegenden Angehörigen ging es vor allem darum, die überfordernde Situation mit jemandem zu teilen. War der Prozess der Vertrauensbildung vollzogen, kam es in den meisten Fällen zum Aufbau einer Pflegebegleitungsbeziehung, die als beidseitig regulierbare Sorgebeziehung beschrieben wird (vgl. Abb. 60). Gekennzeichnet durch angemessene emotionale Distanz, Empathie und Rücksichtnahme entwickelte sich das Verhältnis hin zu einer als positiv empfundenen Form der gelebten Nachbarschaftlichkeit mit eigener Qualität; die Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter wurden so zu einem zentralen Gegenüber im Pflegesetting.

(2) Pflegebegleiter sind versierte Gesprächspartner

Die – im Projektverlauf anfangs umstrittene - **Fokussierung auf psychosoziale Begleitung** hat dazu beigetragen, das freiwillige Engagement der Pflegebegleiter in seinem besonderen Charakter als Gesprächs- und Beziehungsangebot wahrnehmbar und von anderen unterscheidbar zu machen. In den Kooperationen mit anderen Freiwilligeninitiativen vor Ort tritt diese Besonderheit deutlich hervor: wird konkrete Aushilfe gewünscht (etwa die Betreuung einer pflegebedürftigen Person, um dem pflegenden Angehörigen zeitliche Freiräume zu schaffen), werden von den Pflegebegleitern Kontakte zu den Seniorenbegleitern hergestellt. Gleichfalls zeigen die Pflegebegleiter ein Bewusstsein für die eigenen „Grenzen“, wenn sie in einer Sterbesituation auf die Möglichkeit hinweisen, von Hospizlern Hilfe anzufragen. So hat freiwillige Pflegebegleitung nicht nur durch seine klare Abgrenzung gegenüber professionellen, sondern auch gegenüber anderen freiwilligen Dienstleistungen ihr Profil geschärft.³⁰

Was die Qualität der Begleitung betrifft, liegen hierzu hinreichende in Kap. 5 detailliert dargestellte Informationen vor – und zwar von Seiten der Pflegebegleiter als auch der pflegenden Angehörigen selbst (Zuhören, Informieren sowie auf eine Wertschätzung erbrachter Leistungen in der familialen Pflege, zum eigenen Weg ermutigen, Trost spenden). Dass für eine gelingende Begleitung eine spezielle Form von Passung notwendig ist, wurde in Kapitel 5.4.2 ausführlich dargestellt. Wichtig ist dabei, dass es sich – aus der Perspektive der pflegenden Angehörigen – um eine **gleichberechtigte Beziehung „auf Augenhöhe“** handelt, die getragen ist von Möglichkeiten auf beiden Seiten, die Beziehung zu regulieren und zu gestalten (**beidseitige Beziehungsregulation**).

³⁰ So besteht zum Beispiel zu den freiwilligen Seniorenbegleitern insofern eine Nähe, als Pflegebegleiter und Seniorenbegleiter im gleichen Feld tätig sind (auch in der Praxis sind sie zuweilen in der selben Familie engagiert). Dennoch versteht sich das Profil der Seniorenbegleiter eher im Sinne einer Dienstleistungslogik: dies zeigt sich etwa darin, dass Seniorenbegleiter „Dienste“ im Stundentakt planen und oftmals pauschale Aufwandsentschädigungen erhalten. Dem gegenüber verstehen sich die Pflegebegleiter explizit als entgeltfreies Angebot für pflegende Angehörige.

(3) Diskussion: Ansatz von Selbstbestimmung aktiviert pflegende Angehörige

Das neue Paradigma im Projekt „Pflegebegleiter“ besteht in der Wahrnehmung von individueller Autonomie und Partizipationsbedürfnissen durch ein Gesprächsangebot „auf Augenhöhe“. Auch in der professionellen Pflege wird in aktuellen Debatten die Herstellung eines „symmetrischen Arbeitsbündnisses“ zwischen Professionellen und Klienten gefordert (vgl. beispielsweise Bunzendahl et al. 2004, S. 47ff.) – wie dies auch dem Grundgedanken der Partizipation im SGB IX mit der Maßgabe der Erarbeitung individueller Pflegeziele entspricht. „Autonomiegefährdend könnten gerade jene Errungenschaften der neueren Pflegepraxis wirken wie Standards, Orientierung an externer Evidence von Einzelleistungen der Grund- und Prozesspflege, Qualitätsmanagement, wenn sie nicht hinreichend auf die interne Evidence der individuellen Autonomie- und Partizipationsbedürfnisse des je einzigartigen pflegebedürftigen Klienten bezogen“ seien (Behrens/Zimmermann 2006, S. 165). Neuere gerontologische Literatur betont, dass die externe Evidenz professioneller Erfahrung immer nur aus der Perspektive der internen Evidenz zu nutzen ist. Diese Akzentuierung des **Vorrangs interner Evidenz** und damit der Selbsteinschätzung des Klienten legitimiert auch die für die niedrigschwellige Begleitungsarbeit im Projekt gewählte Betonung einer Stärkung der Selbstäußerung der pflegenden Angehörigen und der (Rück-)Gewinnung von gewünschter Selbstbestimmung bzw. Autonomie.

Somit wird aus gerontologischer Perspektive sowohl die Bedeutung des Empowermentansatzes als auch der psychosozialen Begleitungsarbeit im Form von Gesprächs- und Beziehungsangeboten unterstrichen. Behrens und Zimmermann regen an, zunächst die Selbstäußerung und Selbstklärung zu unterstützen und eine Kommunikation über die Pflegesituation zu Hause in Gang zu bringen – so wie dies gewöhnlich in Pflegebegleitungen geschieht (vgl. dazu ausführlich Anhang 3/ S. 40 ff.). Hierzu die genannten Autoren: „Selbst der medizinische Spezialist für eine Krankheit bedarf, wenn er selbst an ihr erkrankt, eines Gegenübers, mit dem er seine Angst bewältigen kann. In dieser Begegnung geht es nicht hauptsächlich um die Bewältigung von Wissensdefiziten, sondern um die Bewältigung von Angst.“ (Behrens/Zimmermann 2006, S.165). Was geteilt werde, seien nicht die Pflegeentscheidungen (diese lägen bei der pflegedürftigen Person und ihren Angehörigen), sondern **die innere Not und Unsicherheit**. Damit bestätigen die Autoren die im Projekt gewählte Art der Gesprächsführung.

Bewährt hat sich auch die spezielle Vorgehensweise der Pflegebegleiter, die pflegenden **Angehörigen als „Experten“ ihrer eigenen Situation** anzusprechen. Die meisten von ihnen wissen selbst, was sie benötigen, um Lebensqualität für alle am Pflegeprozess Beteiligten zu erreichen, ihnen fehlt aber ein Gesprächspartner, um sich darüber klar zu werden. Mit dem Motto im Projekt „Hilfe macht abhängig, Begleitung macht stark“ war intendiert, durch die Orientierung an dem Leitbild von nachbarschaftlicher gegenseitiger Unterstützung, die in professionellen Pflegeverhältnissen angelegte strukturelle Asymmetrie von Klient und Professionellem zu umgehen. Gleichzeitig sollten pflegende Angehörige gestärkt werden, auch in asymmetrisch angelegten Kontakten zu Professionellen und Behörden ihre autonome Lebenspraxis zu verteidigen. So versuchen die freiwilligen Pflegebegleiter, die zur Sprache kommenden Schwierigkeiten in der Kommunikation zwischen Laien und Professionellen in Bezug auf die Pflege dadurch anzugehen, indem sie das **Prinzip des „Perspektivenwechsels“** einführen (vgl. dazu Bubolz-Lutz 2006; vgl. dazu Anhang 3, S. 62). Dies fördert das ge-

gegenseitige Verständnis und schlägt damit auch eine Brücke vom Laiensystem zum professionellen System.

Die Bedeutsamkeit des psychosozialen Ansatzes für die pflegenden Angehörigen in Bezug auf den Aspekt der **Förderung von Gesundheit** und der Vermeidung von Erkrankungen kann auch durch das Konzept der „Salutogenese“ von Antonovsky erhärtet werden. Wenn Antonovsky (1997) darauf verweist, dass sich das gesundheitsförderliche Kohärenzgefühl durch „Verstehbarkeit“, „Bedeutsamkeit“, und „Handhabbarkeit“ entwickelt, so lässt sich folgern, dass Pflegebegleitung als ein Beitrag zur Gesundheitsförderung angesehen werden kann. Pflegebegleitung zielt nämlich vornehmlich auf die drei genannten Aspekte:

- Verstehbarkeit soll erreicht werden über eine Gesprächsführung, die für Fragen Raum lässt und sich am Vorwissen der Gesprächspartner orientiert.
- Bedeutsamkeit soll erreicht werden über Gespräche, die die Erörterung von Sinn- und Wertfragen ermöglichen (vgl. Lernkompass).
- Handhabbarkeit soll erreicht werden über die praktische Ausrichtung der Begleitung, in der es darum geht, Bedingungen zu schaffen, dass Angehörige wieder ins eigenständige Handeln kommen.

Inwieweit diese Aspekte de facto innerhalb der Pflegebegleitungen zum Tragen kommen, könnte ein Anliegen weitergehender Forschungsarbeiten sein. Ebenso wäre es interessant zu klären, welcher gesundheitsförderliche Stellenwert der Vertrauensbildung zukommt, die vor allem innerhalb von länger andauernden Pflegebegleitungen stattfindet (vgl. Kapitel 5.4.2).

Generell bestätigen neuere empirische Untersuchungen die besondere **Wirksamkeit von speziellen Gesprächstechniken**, wie sie auch in Pflegebegleitungen Verwendung finden sollen (vgl. dazu Haberstroh et al. 2006). Berichtet wird etwa von der Erprobung eines Standardverfahrens für den Umgang mit Angehörigen im Stationären Bereich (Krankenhaus/Intensivstation). Die französischen Ärzte boten „Familienkonferenzen“ an: die erste Konferenz fand 12 Std. nach Aufnahme des Patienten statt, die zweite und dritte nach zwei bzw. fünf Tagen. Mit Hilfe einer speziellen Gesprächstechnik (Value-Methode) wurden noch bessere Ergebnisse erreicht als in der Kontrollgruppe: die pflegenden Angehörigen zeigten seltener Zeichen von Stresserkrankungen und weniger Personen litten an einer Depression oder Angstreaktion (vgl. Sahm 2007).

Die Kennzeichen der Value-Methode stimmen mit den Gesprächstechniken für Pflegebegleitung weitgehend überein:

- die Angehörigen bekommen viel Zeit zum Sprechen,
- sie bekommen reichlich Gelegenheit, Gefühle zu äußern,
- die vermuteten Wünsche der Angehörigen werden angesprochen.

Aus den Untersuchungsergebnissen werden zwei Folgerungen abgeleitet:

1. Es kommt auf das Zuhören an.
2. Die Zeit, die von Ärzten mit Angehörigen verbracht wird, wird auch unter ökonomischen Aspekten als sinnvoll eingeschätzt (Vermeidung von Depressionen und Angstzuständen).

Diese beiden Aspekte lassen sich auch zur Charakterisierung und Begründung von Pflegebegleitung heranziehen. Wie die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung zeigen, wird das Zuhören von den Freiwilligen selbst als das charakteristische Merkmal der Begleitungen angegeben (höchste Priorität, vgl. dazu Kapitel 5.3.2 Tab. 7). Auch der zweite Aspekt – eine mögliche Vermeidung von Folgekrankheiten aufgrund einer psychischen Überbelastung – ist zu berücksichtigen. Hierzu sind allerdings noch weitere, längerfristig laufende Untersuchungen notwendig, um mögliche Langzeiteffekte nachzuweisen.

Der Ansatz der Pflegebegleitung kann auch als *psychosoziales*, im Sprachgebrauch von Pinquart und Sörensen (2005) als **psychoedukatives Angebot** bezeichnet werden. Bei der Unterstützung und Entlastung pflegender Angehöriger unterscheiden Pinquart und Sörensen (2005, S. 628 ff) zwei unterschiedliche Kategorien von Interventionen:

- Maßnahmen, die das Ausmaß objektiver Stressoren reduzieren (Pflege entlastende Dienste, Maßnahmen zur Reduzierung der Symptome des Pflegebedürftigen) und
- Interventionen, welche die Fähigkeit des Pflegenden zum Umgang mit den Stressoren erhöhen sollen (psychoedukative Angebote, Psychotherapie, allgemeine soziale Unterstützung).

Die psychoedukativen Angebote sind jedoch – wie Pinquart und Sörensen kritisieren – oftmals sehr eng geführt, beispielsweise auf der Basis von Manuals, die wenige Modifikationen zulassen. Die genannten Autoren plädieren deshalb für einen psychoedukativen Ansatz, der (wie im Pflegebegleiter-Projekt intendiert) viel Spielräume lässt und trotzdem sehr zielgerichtet ist.

In einer **Meta-Analyse** von 137 Interventionsstudien konnten Pinquart und Sörensen nachweisen, dass sich durch **gezielte Interventionen bei den pflegenden Angehörigen signifikante Verbesserungen** einstellten, und zwar im Hinblick auf

- psychisches Belastetsein,
- Depressivität,
- positives subjektives Befinden,
- Wissen,
- (selbst berichtete) Fähigkeiten der Pflegenden.

Zudem verbesserten sich die Symptome der Gepflegten. Die Autoren konstatieren signifikante Verbesserungen aller Ergebnisvariablen bei Psychotherapie und Bildungsangeboten. Pflege entlastende Dienste hingegen zeigten zwar einen unmittelbaren Effekt auf die psychischen Aspekte (Stresssymptome, Depressivität und positives Befinden), nicht jedoch in Bezug auf Wissen und Fähigkeiten der Pflegenden sowie Symptome der Gepflegten. Diese Ergebnisse verweisen auf die große Bedeutung, die ganzheitlich ausgerichteten wissens- und kompetenzorientierten Angeboten wie der Pflegebegleitung im Pflegemix zukommt.

Auch die Bedeutung des **auf Selbstbestimmung ausgerichteten Pflegebegleitungs-Ansatzes** erfährt inzwischen durch gerontologische Forschungsarbeiten Bestätigung: Demnach wird die Möglichkeit der Selbstbestimmung und Teilhabe an den sie betref-

fenden Entscheidungen von den pflegenden Angehörigen als zentrale Voraussetzungen für eine den individuellen Bedürfnissen und Wünschen entsprechende Gestaltung des Lebensalltags mit Pflege angesehen (vgl. Heusinger 2006, S. 418f.). In kritischer Auseinandersetzung mit den Tendenzen der professionellen Pflege, einseitig die „selbständige Lebensführung“ zu fördern, konstatieren gerontologische Ansätze neuerdings die Unterscheidung von „Autonomie“ und „Autarkie“ im Pflegeprozess. So heben Behrens und Zimmermann hervor, das primäre Ziel der Pflege sei die Stärkung von (innerer) „Autonomie“. Die Fähigkeit, etwas selbst zu tun, sei nur „eines unter mehreren Mitteln“ (2006, S. 165). Analog favorisieren Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter ebenso die Förderung einer „inneren Autonomie“ des pflegenden Angehörigen, insofern sie nicht nur dabei behilflich sind, eine effektive Pflegeorganisation zu unterstützen, sondern (je nach Bedarf) für persönliche Klärungen und innerpsychische Stabilisierungsprozesse Gesprächspartner zu sein.

Zusammenfassend kann also festgehalten werden: neben den notwendigen Versorgungsleistungen sind auch **Gespräche und zwischenmenschliche Begegnungen** wichtig. Die dadurch entstehende soziale Einbettung stellt die Grundlage dafür dar, dass Pflege zu Hause für alle zufrieden stellend gelingen kann. Pflegenden Angehörigen erwähnen, dass sich dadurch auch die Beziehung zum Gepflegten verbessert und die Pflegesituation insgesamt entspannt. Dieser Aspekt wird im Pflegeweiterentwicklungsgesetz im Ansatz bereits aufgegriffen. Es hat sich allerdings zu erweisen, wie viel Raum ihm in der Umsetzung zugestanden wird. Da er sich aber als grundlegend für die Handlungsfähigkeit pflegender Angehöriger erwiesen hat, sollte dem Angebot der freiwilligen Pflegebegleitung, das sich strukturell durch viel Zeit für Gespräche und eine hohe Flexibilität für individuelle Bedarfslagen auszeichnet, künftig im Pflegemix eine Schlüsselstellung zukommen.

Darüber hinaus gibt der Zuspruch zum Engagement der Pflegebegleiter einen Hinweis darauf, welcher **Stellenwert im Rahmen der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung der „Beziehungspflege“** (Arbeit mit „Nähe“ und „auf Augenhöhe“) zukommt.

6.4 Merkmal 4: Pflegebegleitung basiert auf einem speziellen Lern- und Kompetenzansatz – der auch der Entwicklungsförderung der Freiwilligen dient

Das Pflegebegleiter-Profil zielt nicht nur auf die Unterstützung pflegender Angehöriger – und damit mittelbar auf die Sicherstellung der Versorgung pflegebedürftiger Personen – sowie auf eine dazu notwendige Kompetenzentwicklung von Freiwilligen, die diese Begleitung durchführen – siehe dazu (1) & (2). Es versteht sich darüber hinaus auch als „Entwicklungsangebot“ für die Freiwilligen selbst: Die als Gesamtkonzept ausgelegte „Freiwilligenkultur“ mit Anstößen zur Selbstreflexion und Lernprozessen in der Gruppe wird als Grundlage für nachhaltig wirksames Engagement angesehen – siehe dazu (3) & (4).³¹

Im Projekt Pflegebegleiter haben Qualifizierungen auf zwei Ebenen stattgefunden. Zunächst sind (auf Ebene 1) Projekt-Initiatorinnen und -Initiatoren qualifiziert worden (siehe Curriculum Anhang 2), die dann in der Folge die Pflegebegleiterkurse (Ebene 2) durchgeführt, die daraus entstandenen Pflegebegleiter-Initiativen koordiniert und die

³¹ Entsprechend werden Fördergelder nicht an einzelne Freiwillige weitergegeben, sondern kommen der Ausgestaltung der Freiwilligen-, Lern- und Anerkennungskultur in der Freiwilligengruppe/Pflegebegleiter-Initiative zugute.

Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter durch Praxisbegleitung unterstützt haben (siehe Curriculum Anhang 1). Auf beiden Ebenen wurde nach einem spezifischen Lernansatz gearbeitet, der sich am „Selbstbestimmten Lernen“ orientiert. Die didaktischen Prinzipien und die Lernmaterialien sollten aber – bei aller Unterschiedlichkeit der verschiedenen Kurse – bundesweit vergleichbar sein. Das führte zur Entwicklung eigener methodisch/didaktischer Kursmaterialien, die allen Standorten eine einheitliche Orientierung geben (vgl. Kapitel 4; vgl. ebenso Anhang 3: Materialband). Die bundesweite Evaluation der Pflegebegleiterkurse (vgl. Kapitel 5.1) macht deutlich, dass die Kurse zu den gewünschten Ergebnissen geführt haben. So kann das im Projekt entwickelte Lernkonzept für den gesamten Bereich des bürgerschaftlichen Lernens wichtige Impulse liefern.

(1) Das Lernen nach dem „Lernkompass“ führt zu einem klaren Rollenverständnis

Das Lernen in der Gruppe, orientiert am „Lernkompass“ (vgl. Kapitel 4.3.5), war zwar für Kursteilnehmerinnen und Kursteilnehmer zunächst irritierend: es war kein fest vorgegebenes Curriculum vorgesehen, sondern alle Beteiligten waren selbst gefordert, die verbindlichen Themen (vgl. „Grüne Karten“, vgl. Anhang 1) zu einem Lernplan zusammenzustellen und die Schritte in die Praxis (vgl. „Praxisschritte, Anhang 1) ihren speziellen Voraussetzungen vor Ort gemäß zu bearbeiten. Im Resultat ist dieser Fortbildungsansatz sehr gut angekommen, weil er das hält, was er verspricht: Die **Achtung der Selbstbestimmung** wird nicht nur als Postulat für die Pflegebegleitungen „gelehrt“, sondern in der Praxis der Vorbereitungskurse selbst – nach dem Prinzip des „Selbstbestimmten Lernens“ – **umgesetzt bzw. eingeübt**. Diese „Schlüssigkeit“ macht den Zuspruch gegenüber den Vorbereitungskursen plausibel. Besonders greifbar wird die erfolgreiche Arbeit mit dem Lernkompass (vgl. Abb. 30) darin, dass es gelungen ist, in den Pflegebegleiterkursen das eigene Rollenverständnis zu schärfen und damit eine mit allen Akteuren bundesweit abgestimmte und doch je eigene „Corporate Identity“ zu entwickeln. Dies wäre mit einem fest gefügten Curriculum so nicht möglich gewesen.

(2) Die Vorbereitungskurse im Projekt Pflegebegleiter ermöglichen die Entwicklung von Haltungen und Handlungskompetenzen

Im wissenschaftlichen Diskurs zum Selbstbestimmten Lernen wird immer wieder explizit darauf hingewiesen, wie untrennbar Lernen und Handeln zusammen gehören (Mörchen/Bubolz-Lutz 2006; Bubolz-Lutz 2008) und wie sich also Lernarrangements daran orientieren müssen, Kompetenzentwicklung im Sinne von Handlungsfähigkeit möglich zu machen. Die Lernprozesse in den Vorbereitungskursen waren **methodisch so angelegt**, dass diese **individuelle Kompetenzentwicklung** möglich wurde.

Durch das Anknüpfen an vorhandene Kompetenzen und bereits verfügbares Vorwissen wurde das **Zutrauen zum eigenen Tun** gestärkt. Gleichzeitig fühlten sich gerade solche Personen vom Kursangebot angesprochen, die bereits über einen Erfahrungsfundus verfügten: 65,9% von ihnen brachten eigene Pflegeerfahrungen mit, 55,2% im privaten Bereich (vgl. dazu Kap. 5.1.1). Der Lernkompass bot diesen in Sachen „Pflege“ bereits erfahrenen Teilnehmerinnen und Teilnehmern die Möglichkeit, sich einerseits kompetent in die Gruppe einzubringen, aber andererseits auch neue Kompetenzen zu erwerben.

Das Lernen in der Gruppe war für viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine neue Erfahrung, die als irritierend und Gewinn bringend zugleich erlebt wurde. In der Evaluation, am Ende des jeweiligen Kurses, überwogen die Aspekte, die den Faktor „Atmosphäre in der Gruppe“ als sehr wichtig erscheinen ließen. Die Form der Lernbegleitung wurde sehr positiv bewertet. Das heißt, in dem Erleben von Gemeinsamkeit in der Gruppe konnte ein Vertrauensklima wachsen, das es möglich machte, auch über sonst eher tabuisierte Themen zu sprechen, wie über eigene Ängste zu den Themen Krankheit, Pflegebedürftigkeit, Tod und Sterben. Dies fördert die Entwicklung eigener reflektierter Haltungen, die in der Pflegebegleitung zwingend notwendig sind. Das Lernklima der Selbstbestimmung und Offenheit förderte die Gruppenmitglieder in besonderer Weise, so dass sie in ihrer anschließenden Arbeit in den Pflegebegleiter-Initiativen zum Beispiel in der Lage waren, sehr **kreativ eigene Zugänge zu den Familien** zu finden (zur Selbstbestimmungstheorie des Lernen vgl. Deci/Ryan 1993; Krapp/Ryan 2002).

Das Lernkonzept motiviert auch ganz offensichtlich **zum Engagement**, denn immerhin 78,5% Teilnehmende entschieden sich nach Abschluss des Kurses eindeutig dafür, 19,3% waren noch unentschieden und nur 2,2% entschieden sich klar dagegen. Dieses Ergebnis bestätigt auch noch einmal die Tragfähigkeit des Lernkonzepts in den Kursen, die in Bezug auf das spätere freiwillige Engagement ergebnisoffen angeboten wurden: die Entscheidung für oder gegen ein Engagement als Pflegebegleiterin oder Pflegebegleiter fiel erst nach Abschluss der Vorbereitungsphase.

Allerdings wird in der Evaluation der Kurse auch deutlich, dass einige Themen nicht ausreichend genug behandelt werden konnten. So wird die Möglichkeit der Auseinandersetzung mit Tabuthemen (Ekel, Scham, Schwäche) noch stärker gewünscht und auch der Praxisbezug wird etwas weniger gut bewertet als andere Themen (vgl. Kapitel 5.1 Kursevaluation). Das macht deutlich, dass – wie vorgesehen – **weiterführende Fortbildungen** wirklich notwendig sind. Im Rahmen der Praxisphase der Initiativen (mit Reflexionen und Supervisionen) haben sie derzeit bereits ihren festen Platz.

(3) Kompetenzentwicklung als persönlicher Gewinn für die Freiwilligen selbst

Die Vorbereitung zur Pflegebegleitung und anschließende Tätigkeit hat in Bezug auf die einzelnen Akteure durchaus entwicklungsförderlichen Charakter. Darauf verweisen viele Rückmeldungen von Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleitern bundesweit. Besonders förderlich und motivierend erscheint die Ausrichtung des Lernens an den Bedarfs- und Motivationslagen der Freiwilligen als auch an deren Ressourcen.

Vor dem Hintergrund des Ergebnisses, dass die drittstärkste Gruppe der Teilnehmerinnen und Teilnehmer an den Pflegebegleiterkursen arbeitslose Menschen oder Beschäftigte in ungesicherten Arbeitsverhältnissen sind (vgl. Kapitel 5.1.1: 23,1% bezeichnen sich als arbeitslos bzw. arbeitssuchend, wovon wiederum 6,3% der Befragten geringfügig beschäftigt sind), hat Kompetenzentwicklung noch eine ganz besondere Relevanz. Über das Gefühl „**gebraucht**“ zu werden, „**für andere da sein**“ zu können, wächst ganz offensichtlich auch das **eigene Selbstwertgefühl**, werden - im Sinne eines „Helping as Coping“ (Midlarsky/Kahana 1994; Stepleman et al. 2005) - eigene Ressourcen und Perspektiven wieder eher greifbar und auch nach außen hin sichtbar.

Im Projekt „Pflegebegleiter“ ist die Entwicklung eigener Kompetenzen auf allen Ebenen angesiedelt. Für die angehenden Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter wird davon ausgegangen, dass sie nur in dem Maße, in dem sie sich selbst als kompetent Han-

delnde erleben, diese Haltung auch an pflegende Angehörige weitergeben können. Diese wiederum können auch nur dann selbst neue Lebensperspektiven entwickeln und ein Gefühl mangelnder Selbstwirksamkeit vermeiden, wenn sie Zugang zu ihren eigenen Ressourcen und Kompetenzen haben und dadurch Handlungsalternativen sehen. Mit Blick auf die Erfahrungen im Projekt kann gefolgert werden, dem Paradigma **von Kompetenzentwicklung und dem Erleben von Selbstwirksamkeit** nicht nur in Bezug auf das freiwillige Engagement, sondern insgesamt auch in Bezug auf das professionelle und familiale System, **mehr Beachtung** zu schenken.

(4) Gesundheitslernen für Freiwillige und ihre Familien

Die Daten zu Alter und beruflichem Status der Teilnehmenden an den Kursen zeigen, dass zwar die Berufstätigen die größte Gruppe darstellen, dass sich jedoch vor allem die Altersgruppe in der späten beruflichen Phase für die Tätigkeit der Pflegebegleitung interessiert – möglicherweise auch im Hinblick auf die Vorbereitung zur Gestaltung des eigenen Alters oder weil als Gegenpol zu den Erfahrungen im Berufsleben ein Sinn stiftendes Engagementfeld gesucht wird.

Bei einer großen Zahl der Engagierten im Pflegebegleiter-Projekt lässt sich vermuten, dass der Projektrahmen für sie eine Gelegenheit darstellt, eigene Fragen zu bearbeiten (vgl. Kapitel 5, Wunsch nach mehr Raum für tabuisierte Themen im Vorbereitungskurs), aber auch eigene Pflegeerfahrungen nochmals gemeinsam mit anderen reflektieren zu können (vgl. Kapitel 5.1.1).

Freiwilliges Engagement für den Einzelnen lohnt sich, insofern Ressourcen aktiviert und Kompetenzen erworben werden. Aktuelle Untersuchungen zufolge wirkt Engagement

- erholend, z.B. durch ein „Mastery-Erleben“ (vgl. Sonntag/Fritz 2007) als die Erfahrung, besondere Herausforderungen erfolgreich gemeistert zu haben
- stresspuffernd, z.B. durch Aufbau einer flexiblen Form von emotionaler Distanz, die gleichzeitig Kontakt ermöglicht – etwa bei Hospizhelfern (vgl. dazu Golüke 2005)
- vernetzend, z.B. durch Ermöglichung von Kontakten in der Gruppe/im Verein – im Engagement werden auch „Arbeitskontakte“ geknüpft (vgl. Gensike et al. 2006: 22% der Freiwilligen beschreiben ihr Engagement als „arbeitsmarktnah“)
- motivierend und aktivierend – dadurch kommt es zu einem erhöhten Grad an Zufriedenheit bei der eigenen beruflichen Tätigkeit.

Auch eine aktuelle Untersuchung von Peters stellt – unter Verweis auf die menschliche Tendenz des Strebens nach Aufrechterhaltung des Wohlbefindens durch „produktive Aktivitäten“ – fest, dass unentgeltlich ausgeübte Tätigkeit zur Steigerung des Selbstwertgefühls beitrage oder die Produktion von „Sozialkapital“ begünstige.

Als motivierende Bedingungen für freiwilliges Engagement werden aktuell hervorgehoben (vgl. dazu Peters et al. 2008, S. 98):

- die Sinnhaftigkeit der freiwilligen Tätigkeit,
- die Autonomie der freiwilligen Tätigkeit (Zugehörigkeit zu einer Initiative und Aufgabe sind frei gewählt),

- das „Sich-Wiederfinden“ des Individuums in einer freiwilligen gemeinnützigen Tätigkeit – dies erhöht generell Commitment und Involviertheit auch in anderen Lebens- oder Arbeitsbereichen.

Diese drei aus arbeits- und organisationspsychologischen Untersuchungen hervorgehenden zentralen Aspekte finden sich in der Konzeption der Arbeit mit den Freiwilligen im Pflegebegleiter-Projekt wieder: Sinn, Selbstbestimmung und Selbstreflexion sind wichtige Aspekte im so genannten „Lernkompass“, der die zentralen didaktischen Projektorientierungen enthält.

Die hier skizzierten positiven Effekte freiwilligen Engagements lassen sich noch ergänzen um den von Antonovsky (1997) vertretenen Aspekt der Gesundheitsförderung: Die in den Kursen und in der Reflexion des Engagements gemachten Erfahrungen zur „Verstehbarkeit“, „Bedeutsamkeit“, und „Handhabbarkeit“ von Pflege können gesundheitsförderliche Wirkungen entfalten – etwa dann, wenn im eigenen Umfeld Pflegebedarf und damit Handlungsbedarf entsteht. Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen verweisen darauf, dass eine Vorbereitung auf die Pflege dazu beiträgt, dass in der späteren Pflege ein geringeres Belastungserleben eintritt (vgl. Hörl/ Rosenmayr, o.J.).

(5) Diskussion – Notwendigkeit, Effektivität und Übertragbarkeit des didaktischen Ansatzes

Es zeigt sich im Ergebnis der Evaluation deutlich, dass das Lernen im Projekt mit den Komponenten Selbstbestimmung/zunehmender Selbstorganisation und Austausch in der Gruppe erfolgreich war. Damit liegen für eine weitere Verbreitung von Pflegebegleitung alle notwendigen Arbeitsmaterialien vor – sie haben den „Praxistest“ bereits bestanden (der „Kurskompass“ liegt in der 8. Überarbeitung vor – siehe Anhang 1).

Der Ansatz des Selbstbestimmten Lernens gibt aber auch **Anregungen für ein bürgerschaftliches Lernen über den Pflegebereich hinaus**. Die Ergebnisse der Begleitforschung weisen nach, dass die im Projekt angebotenen Fortbildungen nach ganzheitlichem Lernkonzept zum Engagement motivieren und effektiv auf das Engagement vorbereiten. Die systematische Qualifizierung der freiwilligen Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter ebenso wie der Projekt-Initiatorinnen und -Initiatoren hat sich als solides Kernstück der Qualitätsentwicklung für das Engagement erwiesen. Die eindeutigen positiven Beurteilungen und Einschätzungen der Wirkungen verweisen darauf, dass dieses am Selbstbestimmten Lernen orientierte Bildungskonzept geeignet ist, nicht nur Wissen, sondern auch Haltungen und Kompetenzen für die praktische Arbeit zu entwickeln. Erfahrungen mit anderen Modellprojekten verweisen darauf, dass ähnliche Verfahren (z.B. sog. Lernwerkstätten) auch in anderen Engagementbereichen erfolgversprechend Verwendung finden (vgl. das KBE-Projekt „Lernort Gemeinde“).

Die große Zahl derjenigen Projektakteure, die Pflegeerfahrung haben, macht es notwendig, darauf in spezieller Weise einzugehen: Neben den damit verknüpften Vorteilen eines vorhandenen Erfahrungswissens und einer größeren Einfühlungsfähigkeit in die Situation der pflegenden Angehörigen gibt es auch Risiken. So fehlt unter Umständen die Fähigkeit, zwischen den eigenen Erfahrungen und denen des Gegenübers trennscharf zu unterscheiden. Deshalb wird in den Pflegebegleiter-Kursen eine eingehende **Reflexion der eigenen Pflegebiografie** angestoßen sowie die neue Rolle des Begleiters eingeübt, die sich am Gegenüber orientiert und sich mit Interpretationen oder Ratschlägen zurückhält. Durch die Selbstreflexion und das „Sich-Wiederfinden“ erhöht

sich sowohl die Zufriedenheit der Freiwilligen als auch die Kompetenz, die Perspektiven zu wechseln.

Kompetenzentwicklung im freiwilligen Engagement geht immer weit über ein bloßes Kursangebot hinaus. Sie ist auch im Pflegebegleiter-Projekt **nicht auf das Kursgeschehen begrenzt**. Wie in Bezug auf das Lernarrangement für die Projekt-Initiatorinnen und -Initiatoren ausführlich skizziert (siehe Anhang 2), bietet das Projekt-design insgesamt vielfältige Lernimpulse im Anschluss an die Grundqualifizierung, die sowohl in den persönlichen Alltag als auch in das gesellschaftliche Umfeld hinein wirksam werden.

Die Notwendigkeit einer fachlich angeleiteten Kompetenzentwicklung steht außer Frage und wird generell eingefordert. Nach Pankoke (2002, S. 82) zeigt die sozialwissenschaftliche Beobachtung von Akteuren des „neuen Ehrenamts“, dass sie motiviert sind, durch Übernahme von sozialer und **öffentlicher Verantwortung Grenzerfahrungen zu machen** und dass sie diese als eine **Herausforderung zur eigenen Kompetenzentwicklung** begreifen. Damit wird dem Lernen durch die eigenen Erfahrungen im freiwilligen Engagement eine besondere Bedeutung zugesprochen. Es werden ebenso aber auch Angebote zur Kompetenzentwicklung im und für das Engagement eingefordert wie Weiterbildungsangebote, Supervision und fachlich angeleitete (Selbst-) Evaluation. Vor allem von denjenigen Personen, die sich für eher innovative und anspruchsvolle freiwillige Tätigkeiten interessieren, werden diese Angebote zu den motivierenden Faktoren gezählt.

Auch über die **gewünschte Qualität** von Qualifizierungsmaßnahmen für freiwillige Helfer liegt inzwischen eine Studie vor (vgl. Gräßel/Schirmer 2006, S 217): Die qualitative Analyse mit 40 Freiwilligen (Helfern von Demenzerkrankten) der Angehörigenberatung Nürnberg e.V. mit je 3 Interviews über 1,5 Jahre ergab: gewünscht wird ein Lernen des Umgangs mit Demenzkranken an **Fallbeispielen** und durch **praktische Übungen**. Die Ergebnisse der Evaluation der Pflegebegleiter-Vorbereitungskurse verweisen in eben diese Richtung. Desgleichen wird die Notwendigkeit des **Weiterlernens nach dem Kurs** bestätigt. So untermauern Gräßel und Schirmer den im Pflegebegleiter-Projekt gewählten Ansatz des organisierten Weiterlernens und der fachlichen Praxisbegleitung. Sie kommen zu dem Schluss, dass ohne eine professionelle Begleitung, die vor allem als Ansprechpartner bei Problemen kontinuierlich zur Verfügung steht, ein derartiges Angebot nicht aufrecht zu erhalten ist.³²

Für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung ergeben sich somit folgende Anregungen:

- Im Bildungsdiskurs gehört die Frage der Motivierung zum Lernen zu einem zentralen Forschungsschwerpunkt. Die im Projekt gemachten positiven Erfahrungen mit der Arbeit an gemeinsamen, persönlich wie gesellschaftlich relevanten Visionen (vgl. Bubolz-Lutz 2001) gibt eine Anregung, weitere Forschungen in dieser Richtung hin zu unternehmen. Zu prüfen wäre z.B. die anhand der im Pflegebegleiter-Projekt gewonnenen Erfahrungen zu formulierende Forschungsfrage, in welchem Ausmaß die Veränderungsmotivation der Teilnehmenden/Bürgerinnen und Bürger

³² Aus dieser Untersuchung geht auch hervor, dass nur etwa die Hälfte der Personen, die Kurse besucht hat, auf längere Zeit als Helferinnen oder Helfer zur Verfügung steht (ebd. S. 225). Diese Aussage kann als Maßlatte dienen, um den derzeitig messbaren oben dargestellten „Erfolg“ der Pflegebegleiter entsprechend einzuschätzen.

und die gemeinsame tragende Vision für den Lernerfolg von Bedeutung sind. Die Lernarrangements der Pflegebegleiter mit dem biografisch orientierten Ansatz an den persönlichen Motivlagen der Einzelnen und der starken Visions- und Wertorientierung würden sich als Forschungsfeld gut eignen.

- Insgesamt gesehen ist zu konstatieren, dass den Bemühungen um eine innovative Konzeptentwicklung im Zusammenhang mit bürgerschaftlichem Engagement eine sehr lückenhafte Bildungspraxis gegenüber steht. Vielfach fehlen Weiterbildungsangebote für Freiwillige: Brendgens und Braun (2000, S. 40) konstatieren aufgrund von empirischen Erhebungen, dass unter den Seniorinnen und Senioren nur jeder zweite die Möglichkeit hat, an einer Fortbildung teilzunehmen. Die Weiterbildung von Freiwilligen ist also als ein wichtiges Anliegen anzusehen und zu fördern, um die Qualität des freiwilligen Engagements im sehr anspruchsvollen Bereich der Pflege zu sichern.
- Das innovative Design des Projektes zur Kompetenzentwicklung kann für Kompetenzentwicklung zu anderen Freiwilligenprofilen beispielhaft sein und grundlegende Anregungen bieten - etwa im Hinblick auf die Gewährung von Selbstbestimmung und Mitwirkung. Es lässt sich problemlos auf andere Themenfelder hin übertragen (z.B. andere Felder der Familienbildung, etwa „Begleitung junger Familien“, allein erziehender Mütter oder Väter oder pflegebedürftiger Menschen).
- Eine systematische Kompetenzentwicklung für Freiwilligenengagement im Kontext der Pflege schließt nicht nur „Kurse“ ein, sondern muss auch Praxis erkunden und reflektieren und das Engagement kontinuierlich fachlich begleiten. Im Projekt Pflegebegleiter sind dafür Standards entwickelt worden:
 - ganzheitliches Lernkonzept mit Lernkompass,
 - Praxisbegleitung mit Begleitungsschritten,
 - sozialraumorientiertes Lernen, ausgerichtet an den Bedingungen vor Ort
 - gemeinsames Lernen von Hauptberuflern und Freiwilligen bereits im Kurs.
- Eine Strategieentwicklung zur weiteren Verbreitung des Pflegebegleitungs-Ansatzes hat zu berücksichtigen, dass der Aufbau von Initiativen (wie in § 45d SGB XI vorgesehen) über die im Projekt entwickelten Ansätze zur Kompetenzentwicklung erfolgen sollte. Sie können als Maßstab und Voraussetzung für die Qualität des freiwilligen Engagements im Bereich der Pflege geltend gemacht werden. Kernelement ist dabei die Qualifizierung von Multiplikatoren/ Projekt-Initiatoren.

Grundsätzlich lässt sich im Hinblick auf die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung mit Pankoke (2002, S. 86) festhalten: „Es geht also darum, dass Bürger und Bürgerinnen, die bereit sind, für die Gemeinschaft Engagement auf sich zu nehmen, dann auch in ihrer Bereitschaft für neue Kompetenz ernst genommen... und in qualifizierende wie aktivierende Netzwerke und Lernprozesse als Partner einbezogen werden“.

6.5 Merkmal 5: Das Projekt Pflegebegleiter – Vorreiter für einen neuen „Prototyp“ von Engagement

Im Pflegebegleiter-Projekt wurde – unter aktiver Mitwirkung aller Projektakteure (vgl. Kap. 4.5.4) – ein neuer „Prototyp“ von Freiwilligenengagement entwickelt und erprobt. Kennzeichnend sind unter anderem:

- Trägerübergreifende Arbeit zu einem gesellschaftlich wichtigen Anliegen (vgl. Kap. 4.3.2 und Abb. 18)
- Kooperationsform der „Anbindung“: Initiativen sind nicht in Organisationen eingeordnet/eingebunden, sondern operieren mit einem möglichst hohen Grad an Selbstorganisation (vgl. Kap. 4.5.1)
- fachliche Begleitung der Freiwilligen-Initiativen bei der Implementierung durch speziell dazu qualifizierte Projekt-Initiatoren (vgl. Kap. 4.3.6)
- Tandemstrukturen in der Leitung/Begleitung der Vorbereitungskurse und Praxisreflexionen meist im Mix: Hauptberufliche und Freiwillige mit hoher Expertise (vgl. Kap. 4.5.3)
- kontinuierliche Unterstützung/kontinuierlicher Support durch Ausbilder der Regionalbüros und des Bundesbüros und vernetzte Strukturen (vgl. dazu ausführlich Kap. 4.3.6 und Kap. 6.6).

Die Kombination dieser Merkmale macht unter strukturellen Gesichtspunkten den innovativen Charakter des Projektes aus. Im Hinblick auf die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung werden im Folgenden zwei Aspekte besonders hervorgehoben: der trägerübergreifende Ansatz und der Aspekt der außergewöhnlichen Kooperationsstruktur mit dem professionellen System. Letztgenannter Aspekt hat deshalb besondere Bedeutung, da mit der Aufwertung der Bedeutung des freiwilligen Engagements im Bereich der Pflege im Rahmen des PfWGs es nun dringend notwendig erscheint, zur Entwicklung von leicht zugänglichen Versorgungsstrukturen passende Kooperationsformen zwischen Hauptberuflichen und Freiwilligen zu finden.

(1) Trägerübergreifender Ansatz des Gesamtprojekts

Im Projekt wurde nicht nur ein neues Profil von Freiwilligenengagement, sondern darüber hinaus auch ein innovativer verbandsübergreifender „Prototyp“ von freiwilligem Engagement entwickelt und erfolgreich erprobt. Dieser „Prototyp“ zeichnet sich durch das Merkmal der „Kooperation unterschiedlicher Organisationen“ aus: unter einem nicht verbandlich gebundenen (sozusagen wissenschaftlich-neutralen) Dach – hier dem Forschungsinstitut Geragogik – haben sich auf den Ebenen der Regionen, Länder und Gemeinden enge Kooperationsbeziehungen zu ganz unterschiedlichen Kooperationspartnern festigen lassen. Es konnten Kooperationspartner mit unterschiedlichen Leitbildern und unterschiedlichen Organisationsgrößen gewonnen und zusammengeführt werden – im Norden waren u.a. miteinander engagiert: der ArbeiterSamariter-Bund, die Diakonie, die Bürgerhilfe e.V. Eutin und die Alzheimer- und Demenzkrankengesellschaft Schneverdingen e.V.. Bundesweit sind sowohl Kommunen, Vereine, Pflegedienste, Volkshochschulen oder Familienbildungsstätten vertreten. So ist es gelungen, ganz unterschiedliche Verbandsinteressen mit Blick auf das gemeinsame große Anliegen einer Stärkung pflegender Angehöriger und pflegender Familien und damit

einer Stabilisierung von Pflege zu Hause an „einen Tisch“ zu holen und kontinuierlich gemeinsame Entwicklungsarbeit zu leisten. Dieser neue Prototyp des Bürgerengagements erscheint zukunftsweisend: Zuspruch „neuer“ Freiwilliger erhält derzeit weniger das Engagement in etablierten Verbänden, sondern in jenen Organisationsformen, die in Bezug auf eine gesellschaftsrelevante, lohnende Aufgabenstellung neue Wege der Kooperation gehen und dabei Gestaltungsspielräume für die Engagierten lassen.

(2) Innovative Kooperation vor Ort: Initiativen im Spannungsfeld zwischen „Anbindung“ und „Selbstorganisation“

Dem partizipatorischen Projektansatz entsprechend ist für die Initiativen eine dazu passende Organisationsform entwickelt worden: die Pflegebegleiter-Initiativen sind nicht so in einer Organisation eingebunden, dass sie ihre Aufgaben von dieser delegiert bekommen, sondern sie sind so weit wie möglich selbstorganisiert, erfahren jedoch durch eine „Anbindung“ an eine Organisation Schutz und Unterstützung.

Die Wahl der Kooperationsform „Anbindung“ an Organisationen und Kommunen hat sich als tragfähige Struktur erwiesen. Diese Form grenzt sich ab von den Formen:

- „Einordnung“: Einbindung und Delegation
- „Autonomie“: eigenständige Organisationsform.

Stellt man die gewählte Form der „Anbindung“ den beiden Alternativen gegenüber, so lassen sich die Gewinne als auch Gefährdungen dieser Struktur leicht verdeutlichen:

Organisationsform der Initiative	Gewinne	Gefährdungen
„Einordnung“ Einbindung in Organisation/ Delegation von Aufgaben an Freiwillige	Klare Zugehörigkeit zur Organisation Klarer (oftmals auch finanzieller) Rahmen Weniger Lobbyarbeit notwendig Befriedigung durch „Pflichterfüllung“	Abhängigkeitsverhältnis zur Organisation/Funktionalisierung Schwerpunkte der Organisation müssen bedient werden oftmals „Trägheit“ statt Innovationskraft nur „ausgewählte Milieus“ werden angesprochen/Exklusionsgefahr
„Anbindung“ professionell begleitete Eigenständigkeit	Eigenes Profil und möglichst hohes Maß an Selbständigkeit im Kontext sichernder Strukturen Organisation begleitet Reflexion gemeinsamer Praxis (Professionelle/ Freiwillige) Gestaltungsanreize: Kreativität	„Zerrieben werden“ zwischen Eigeninteressen der Organisation und Projekt-Intention Überforderung der Initiative durch hohen Anforderungen in Bezug auf Interessensbalance
„Autonomie“ eigenständige Organisationsform (z.B. eigener e.V.)	Völlige Gestaltungsfreiheit Flexibilität im Engagement	fehlender sichernder Rahmen Überforderung durch Selbstorganisation Machtkämpfe

Tab. 11: Gewinne und Gefährdungen unterschiedlicher Organisationsformen freiwilligen Engagements

Das im Projekt bewährte Modell der „Anbindung“ an Organisationen setzt einerseits auf fachliche, z.T. durch die Organisation bereitgestellte Begleitung der Freiwilligen und andererseits auf einen möglichst großen Anteil an Selbstorganisation der Initiative selbst.

Die „**Anbindung**“ der Initiativen an eine Organisation oder Kommune hat sich **grundsätzlich bewährt**.³³ Dennoch sind Gefährdungen sichtbar geworden (vgl. Tab. 11). Zudem ist zu bedenken, dass sich auch die Situation der Organisationen selbst auf die Qualität der Kooperationsbeziehungen auswirken: Unterliegt eine Organisation z.B. starkem Konkurrenzdruck, kann dies die Freiwilligenarbeit beeinträchtigen. Kleinere Organisationen sind zudem oftmals nicht in der Lage, Personal zur Freiwilligenbegleitung aus eigenen Mitteln bereit zu stellen. Mittelbedarf besteht generell in Bezug auf Aufwandsentschädigungen für Projekt-Initiatorinnen und -Initiatoren außerhalb von Anstellungsverhältnissen, Übernahme von Referentenhonoraren und Supervisionskosten (diese fallen nicht überall an, da Referenten vor Ort vielfach unentgeltlich tätig sind) und Auslagererstattung für Betriebskosten und Fahrten der Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter und der Projekt-Initiatorinnen und -Initiatoren. Zu betonen sind jedoch vor allem die Gewinne durch diese Form der Kooperation vor allem für die pflegenden Angehörigen: sie nehmen die freiwilligen Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter nicht als „verlängerten Arm“ der Organisation wahr, sondern erkennen die Intention der freiwilligen Pflegebegleiter, sich ausschließlich mit ihnen selbst zu befassen.

(3) Effekte guter Kooperation: Pflegebegleiter als „Brückenbauer“ zum professionellen System

Durch Pflegebegleitung gelingt es, die Inanspruchnahme entlastender Dienste zu verbessern (vgl. Kapitel 5.4.5) und somit eine „Brücke“ zum professionellen System zu schlagen. Dies hat vor allem für diejenigen pflegenden Angehörigen eine besondere Relevanz, die vorher völlig allein für die Pflegeaufgabe zuständig waren. Die Begleitforschung zeigt ganz deutlich auf (vgl. Kapitel 5 – Ergebnisse der Dokumentationsbögen und der Postkartenbefragung Anhang 4/ C und H), dass sich das Angebot Pflegebegleitung **nicht in Konkurrenz zu professionellen Anbietern und Diensten** befindet, sondern diese ergänzt und mit ihnen im Sinne des Pflegemix-Ansatzes kooperiert. Somit stellt das Pflegebegleiter-Projekt ein Beispiel dar, wie eine von Anfang an intendierte Vernetzung durch vernetzende Strukturen (wie z.B. die Leitung der Initiativen in einem Tandem aus einem Hauptberuflichen und einem Freiwilligen), Zusammenarbeit gefördert werden kann.

(4) Pflegebegleitung in der Entwicklung: von der Dienstleistungslogik zu einer zivilgesellschaftlich orientierten „Bewegung“

Das Profil der freiwilligen „Pflegebegleiter“ ist im Rahmen des Modellprogramms zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nach §8 Abs.3 SGB XI entwickelt worden. Intendiert war zu erproben, ob und wie sich die Freiwilligeninitiativen entwickeln und in die Versorgungsstrukturen integrieren lassen. Dieser Versuch kann als gelungen bezeichnet werden: Pflegebegleiter-Initiativen haben sich mit ihrem besonderen Profil von

³³ Diese Position wird auch in der Fachliteratur vertreten, etwa durch Gräßel und Schirmer 2006.

„Empowerment, Kompetenzentwicklung und Vernetzung“ implementieren lassen und sind vor Ort entsprechend tätig. - In der Projektlaufzeit zeichnen sich jedoch durch das **PfWG neue Strukturen** ab, deren endgültige Ausprägungen noch nicht zu übersehen sind. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wohin sich freiwillige Pflegebegleiter **in Zukunft** entwickeln könnten.

Ausgehend von einem Vorverständnis, das freiwilliges Engagement wesentlich in eine „Tätigkeits- oder Dienstleistungslogik“ stellt, haben sich im Laufe des Projektes die Tendenzen und Argumente hin zu einer „**Begegnungslogik**“ verstärkt. Inhaltlich war eine solche Entwicklung bereits grundgelegt – sollte Pflegebegleitung von Anfang an doch den Mangel an Begegnung und Ansprache ausgleichen, der vor allem pflegende Angehörige trifft und in vielfacher Hinsicht einen „hohen Preis“ fordert. Das Angebot einer „zugehenden“ Begleitung ist als Angebot zur Begegnung im Buberschen Sinne verstanden worden: damit pflegende Angehörige „im anderen...(wieder auch) zu sich selbst kommen“ können (vgl. Buber 1965). Die Isolation, in der pflegende Angehörige vielfach leben, wird als gesellschaftlich verursachter Vorgang interpretiert, den bisher auch die Regelungen der Pflegeversicherung nicht haben aufheben können. Isolations- und Exklusionstendenzen soll durch das nachbarschaftliche Angebot von Begegnung und Begleitung entgegengewirkt werden - damit Teilhabe am gesellschaftlichen Leben auch für diejenigen möglich wird, die sich um ihre pflegebedürftigen Angehörigen kümmern. Damit ist deutlich, dass der Begleitung pflegender Angehöriger eine andere Qualität zukommt als die einer unentgeltlichen „Dienstleistung“. Insofern treffen auch die hier vorgelegten Berechnungen des „Mehrwertes“ des Freiwilligenengagements nicht wirklich den „Kern der Sache“ (wie dies in dem Motto der Freiwilligen zum Ausdruck kommt „**Was wir tun, ist unbezahlbar**“). Damit setzt sich das Engagementverständnis auch von neueren Ansätzen einer „frei-gemeinnützige Arbeit“ (vgl. dazu Peters et al. 2008, S. 93) ab: als Bezeichnung für ein persönliches, gemeinnütziges Engagement, „...das mit einem Zeitaufwand verbunden ist, prinzipiell auch von einer anderen Person ausgeführt und potenziell bezahlt werden könnte“.

Das Engagement der Pflegebegleitung definiert sich hingegen zunehmend als eine ganz spezielle, den professionellen Zugang **ergänzende Qualität** des Tätigseins: als ein unentgeltliches Informations- und Beziehungsangebot von „Bürgern für Bürger“, das auf einer Haltung von Solidarität und Achtsamkeit beruht. Diejenigen, die sich in der Pflegebegleitung einbringen, verstehen sich selbst weniger der formellen Freiwilligenarbeit zugehörig (vgl. die Unterscheidung von Erlinghagen 2000), die einen hohen Formalisierungsgrad, aber einem geringeren Grad an Verpflichtungsempfinden charakterisiert wird, sondern eher der *informellen Freiwilligenarbeit* zugehörig (Netzwerkhilfe/Nachbarschaftshilfe mit geringem Formalisierungsgrad, aber einem hohen Grad an Verpflichtungsgefühl). Für die **besondere Nähe zur „Bürgerschaftslogik“** lassen sich folgende Begründungslinien nachzeichnen:

- Es besteht keine Verpflichtung der Pflegebegleiter von außen, sondern eine Selbstverpflichtung mit einem Anreizsystem zum Engagement.
- Das Tätigkeitsprofil der Pflegebegleiter-Initiativen hat sich im Projektverlauf erweitert: es zeigte sich, dass als Türöffner zur Begleitungsarbeit in den Familien gemeinwesenorientierte Aktionen gehören und dass somit das Anliegen einer „Netzwerkentwicklung für die Pflege zu Hause“ eine wichtige Voraussetzung für die Begleitungsarbeit darstellt.

- Wie die Ergebnisse der Interviews gezeigt haben, ist freiwillige Begleitung vom Grundsatz her auf „Gegenseitigkeit“ hin angelegt: Ihr liegt das gedankliche Modell zugrunde, dass beide Parteien miteinander und voneinander lernen. Zum Beispiel lernt in einem Begleitungskontakt ein pflegender Angehöriger durch Informationsübermittlung des Pflegebegleiters das Hilfesystem vor Ort kennen, der Pflegebegleiter lernt vom pflegenden Angehörigen, welche Strategien es für die Gestaltung eines „Alltags mit Pflege“ gibt. Die Erfahrungen zeigen, dass beide Seiten von wichtigen Lernerfahrungen berichten.
- Freiwillige Pflegebegleitung spielt sich vielfach in „Zwischenräumen“ ab, speziell an drei Schnittstellen (vgl. dazu Abb.3): Verbindungen entstehen zwischen häuslichem, institutionellem und öffentlichem Bereich. Insofern kann diesem speziellen Engagementprofil eher eine Bindekraft als ein fest zu definierender Status zugeschrieben werden.
- Zudem sind die Pflegebegleiter von ihrer Motivation her stärker als Freiwillige mit anderen Profilen auf die gesellschaftliche Relevanz des eigenen Handelns gerichtet.

In welche Richtung hin sich das Selbstverständnis der Pflegebegleiter weiter entwickelt, und ob es sich überhaupt in eine gemeinsame Richtung hin entwickelt, wird unter anderem von den Rahmenbedingungen abhängen, die zur Weiterentwicklung geschaffen werden können.

(5) Diskussion: Bürgerinteressen und gesellschaftliche Herausforderungen als Motoren von Innovation

Sowohl der trägerübergreifende Ansatz des Projektes als auch die entstandene Organisationsform der „Anbindung an einen Heimathafen“ haben unter Projektbedingungen Erfolg gezeigt – sowohl im Hinblick auf die Entwicklung von Vertrauen der pflegenden Angehörigen als auch in Bezug auf die Entwicklungschancen für die Initiativen, die durch Organisationen und Kommunen erheblichen Rückhalt erfahren. Gleichzeitig haben auch die kooperierenden Organisationen oder Kommunen profitiert: Wie aus Abb. 41 ersichtlich kommt Gemeinden die „Bürgernähe“ der Pflegebegleiter zugute, kommunale Pflegeberatungen arbeiten mit Pflegebegleiter-Initiativen zusammen und leiten Begleitungsanfragen weiter, örtliche Netzwerke für die Pflege entstehen und Schirmherrschaften/ Patenschaften festigen kommunale Bündnisse für (ältere) Bürger und Familien.

Was zukünftige Entwicklungen angeht können die Pflegestrukturen insgesamt nur davon profitieren, dass Freiwilligeninitiativen mit einem klaren Profil und einer starken Bindekraft in den Gemeinden tätig sind, pflegende Angehörige ermutigen, wenn nötig Hilfe anzunehmen und das Anliegen einer „Pflege – mitten im Leben“ öffentlich immer wieder ins Gespräch zu bringen. Insofern wird aus Sicht der Autorinnen eine **Stärkung des freiwilligen Engagements insgesamt** einen konstruktiven Umgang mit „Pflege in der Familie“ fördern.

Für die Ausgestaltung von **Pflegestützpunkten** kann das **Kooperationsmodell „Anbindung“ interessant** sein – etwa im Hinblick auf den Aufbau von tragfähigen Arbeitsstrukturen mit kooperationsbewährten Pflegebegleitern (vgl. Michell-Auli, 2008, S. 54). Ebenso kann angenommen werden, dass die **Effizienz der professionellen Pflege-**

beratung durch den Aufbau von Vernetzungs- und Koordinationsstrukturen mit den Pflegebegleiter-Initiativen erheblich gesteigert werden kann.

Grundsätzlich ist zu wünschen, dass **Pflegestützpunkte stets mit Freiwilligen kooperieren**. In Bezug auf eine Entwicklung von Kooperation und Koproduktion in Pflegestützpunkten können folgende **Aufgaben** genannt werden, zu deren Bewältigung die im Pflegebegleiter-Projekt gewonnenen Erfahrungen für die Kooperation auch mit anderen Freiwilligen-Initiativen genutzt werden können:

- klare Aufgabenbeschreibungen der Stützpunkte,
- Klärung der Profile: professionelle Pflegeberater/ freiwillige Pflegebegleiter (beide zugehend tätig, dennoch auf unterschiedliche Aufgaben und Zielgruppen hin ausgerichtet, Arbeit „Hand in Hand“)
- Verdeutlichung der unterschiedlichen Ansätze in der Öffentlichkeit
- strukturelle Verankerung von Mitsprachemöglichkeiten Freiwilliger in Pflegestützpunkten (je nach vereinbartem Kooperationsmodell), um möglichst Kooperation auf „Augenhöhe“ zu gewährleisten
- Qualifizierung der Verantwortlichen im Bereich „Freiwilligenmanagement“ (hier würde die Möglichkeit bestehen, die Expertise aus dem Pflegebegleiter-Projekt in die Qualifizierung der dafür verantwortlichen Hauptberuflichen einzubringen)
- Angebote zu gemeinsamer Weiter-Qualifizierung der Freiwilligen und Professionellen (auch hierzu liegen Erfahrungen aus dem Bundesmodellprojekt vor)
- Bereitstellung einer Austauschplattform für unterschiedliche Freiwilligeninitiativen, die im Umfeld der Stützpunkte miteinander kooperieren
- Einführung einer „Anerkennungskultur“ für Freiwilligen-Initiativen (vgl. dazu den Ansatz des Modellprogramms „Generationsübergreifende Freiwilligendienste“ des BMFSFJ und Kap. 4.5.5) – aber auch in umgekehrte Richtung hin müssten Freiwillige generell zu einer Wertschätzung der Systems Pflege angeleitet werden.

Zusammenfassend lassen sich – als Auszug aus einem internen Positionspapier der Bundesebene – folgende Eckpunkte für eine Kooperation der freiwilligen Pflegebegleiter mit den Pflegestützpunkten skizzieren:

Die freiwilligen Pflegebegleiter haben eines unter vielen Tätigkeitsprofilen, das für die Arbeit der Pflegestützpunkte dringend benötigt wird. Es basiert auf den Prinzipien einer zugehenden und vernetzenden Arbeitsweise und entspricht so dem kundenorientierten Ansatz der Stützpunkte: diese sollen der Bevölkerung die Möglichkeit geben, sich über Hilfssysteme vor Ort zu informieren. Es liegt nahe, dass die Stützpunkte auf das gesammelte Wissen der Pflegebegleiter-Initiativen zurückgreifen (nicht nur auf die von den Initiativen erarbeiteten Info-Mappen, sondern z.B. auch bezüglich des Findens von Zugängen in die Familien) – Ziel ist ein konstruktives Miteinander von Professionellen und Freiwilligen.

Die Pflegebegleiter-Initiativen haben einen neuen „Prototyp“ für freiwilliges Engagement entwickelt – eine Organisationsform der „Anbindung“ an eine Organisation/einen „Heimathafen“, in dem die Selbstorganisation und „neutrale“ Stellung der Freiwilligen im „Pfleagemix“ festgeschrieben ist. Im Projekt haben sich die Organisationen vertraglich dazu verpflichtet, die Initiativen einerseits durch förderliche Rahmenbedingungen zu unterstützen, ihnen aber andererseits Eigenständigkeit und Interessens-Neutralität zuzugestehen. Arbeitsform ist somit „Kooperation“ und nicht „Einordnung“. Es widerspricht somit dem Ansatz der Pflegebegleiter, sich in die Pflegestützpunkte „einzubinden“ bzw. als Regelform „eingebunden“ zu werden. Schlüsselbegriffe sind hingegen Kooperation und Koproduktion.

Fortsetzung S. 174

Zum Selbstverständnis der Pflegebegleiter-Initiativen gehört die Stärkung der pflegenden Angehörigen im Pflegemix als „selbstbewusste Akteure“ und „qualitätsbewusste Kunden“. Insofern nehmen Pflegebegleiter eine eigenständige Position im Zusammenspiel der Akteure im Pflegemix ein. Aus dieser Position heraus können die freiwilligen Pflegebegleiter *sowohl als Bindeglied als auch als Korrektiv* in Bezug auf das professionelle System verstanden werden.

Der gesellschaftliche Nutzen der freiwilligen Pflegebegleiter liegt nicht nur in der Stützung der häuslichen Pflege, sondern auch in der Sensibilisierung der Bürger für die „Entwicklungsaufgabe Pflege“. Durch die öffentlichkeitswirksamen Aktivitäten der Pflegebegleiter-Initiativen werden die Bürger dazu angeregt, sich mit Pflege als „Entwicklungsaufgabe“ auseinanderzusetzen und Formen nachbarschaftlicher Unterstützung aufzubauen. Diese zivilgesellschaftliche Orientierung hat sich im Projekt zunehmend entfaltet und wird an den Standorten bundesweit praktiziert.

Pflegebegleiter benötigen fachliche Begleitung und Rahmenbedingungen, die es ihnen ermöglichen, gute Begleitungsarbeit zu leisten und am „Netzwerk für die Pflege“ konstruktiv mitzuarbeiten. Die Chance der Pflegestützpunkte wird darin gesehen, nicht nur ein „Netzwerk für die Pflege“, sondern auch ein „Lern-Netzwerk zur Pflege“ zu installieren, das die unterschiedlichen Perspektiven auf die Pflege herausarbeitet und für die Entwicklung von passgenauen Ansätzen nutzbar macht.

Die Planung von Pflegestützpunkten hat nicht nur Versorgung, sondern auch „Empowerment“ anzustreben. Die Pflegebegleiter geben ein Beispiel, wie in einem an Selbstorganisation ausgerichteten bürgerschaftlichen Empowerment-Ansatz die Ressourcen der Bürger zu einer gemeinsamen Bewältigung von Pflege gehoben und entwickelt werden können. Eine „Gesellschaft des langen Lebens“ braucht nicht nur „Versorgung“ für diejenigen, die nicht mehr für sich selbst sorgen können. Sie benötigt Kompetenzen und Strukturen, die Selbstvorsorge und gemeinschaftliche Verantwortlichkeit fördern. Dies ist eine wichtige weiterführende Aufgabe, die über das im Weiterentwicklungsgesetz festgeschriebene Profil der Stützpunkte und Pflegeberater noch hinausreicht.

September 2008

6.6 Merkmal 6: Pflegebegleitung beruht auf einer funktionierenden vernetzten Supportstruktur auf Orts-, Regionalbüro-, Landes- und Bundesebene

Die Entwicklung und Implementierung des neuen Freiwilligenprofils „Pflegebegleitung“ bundesweit ist nur durch die ausdifferenzierte Support- und Kommunikationsstruktur des Projektes möglich geworden. Verschiedene Ebenen haben eng verzahnt miteinander gearbeitet.

a) Ebene vor Ort:

Gerade in der Umbruchsituation des letzten Projektjahres ist deutlich geworden, wie sehr die Freiwilligengruppen auf belastbare Verbindungen zu den kooperierenden Organisationen/ Kommunen, den sog. „Heimathäfen“ angewiesen sind: Freiwilligeninitiativen benötigen klare und zugängliche Strukturen der Kooperation. Zudem brauchen sie eine verlässliche fachliche Begleitung durch das Tandem der speziell qualifizierten Projekt-Initiatoren. Diese Verlässlichkeit gegenüber den Initiativen kann jedoch seitens der Projekt-Initiatorinnen und -Initiatoren nur dann gewährleistet werden, wenn sie selbst Rückhalt und Unterstützung erfahren. Der Zusammenschluss von einigen Standorten macht deutlich, dass in der unsicheren Situation des Übergangs in die Phase nach Projektabschluss die Tendenz besteht, sich gegenseitig Sicherheit zu vermitteln: Strukturentwicklungen zur „gegenseitigen Stärkung“ setzen ein, z.B. haben sich im Landkreis Spree-Neiße im Süden des Bundeslandes Brandenburg die Standor-

te Guben, Spremberg, Forst/Grißßen und Cottbus-Land zu einem örtlichen Netzwerk zusammengeschlossen. Für die Entwicklung von Pflegebegleiter-Initiativen ist es deshalb grundlegend wichtig, dass Kommunen oder Landkreise zum überwiegenden Teil ihren Willen bekundet haben, zumindest ideell oder durch Bereitstellung von Infrastruktur dazu beizutragen, dass die Pflegebegleiter-Initiativen arbeitsfähig bleiben oder weitere Verbreitung finden können.³⁴

b) Ebene der Regionalbüros

Wie oben dargestellt, ist die Ebene der vier Regionalbüros hoch bedeutsam gewesen, um Pflegebegleiter-Initiativen in ihrer Entwicklung zu unterstützen (vgl. Kap. 4.3.1). Die Regionalbüros übernehmen einerseits die Aufgabe des Kontakthaltens mit den Organisationen und Kommunen: sie weisen darauf hin, wie wichtig Strukturen der Kommunikation, der Information und der Entscheidung „auf Augenhöhe“ sind.³⁵ Andererseits qualifizieren sie die Projekt-Initiatorinnen und Projekt-Initiatoren und beraten sie kontinuierlich bei der Implementierung der Initiativen.

Über die weiteren wichtigen Aufgaben gibt ein Auszug aus dem Sachbericht Ost 2008 Aufschluss: „Neben unseren Teilnahmen an den Zertifikatsübergaben standen dabei die PI-Tandem- und auch Organisationsberatungen im Mittelpunkt... Die Anforderungen reichten vom Management persönlicher Konflikte im Tandem, über den Komplettausfall von Projekt-Initiatoren bis hin zum plötzlichen Ableben der Organisationsleitung. Neben dem Krisenmanagement standen die Erwartungen an uns in den Kursteilnahmen, der Präsenz an den lokalen Netzwerktreffen und Fachtagen, aber auch die Notwendigkeit der Mediation zwischen Organisationen, den Projekt-Initiatoren-Tandems und/oder der Pflegebegleiter-Gruppen.“

Von den Projekt-Initiatorinnen und -Initiatoren ist im letzten Projektjahr immer wieder darauf hingewiesen worden, dass sie ohne die Unterstützung durch die Regionalbüros nicht in der Lage gewesen wären, das neue Profil vor Ort zu implementieren.

c) Landesebene

Im Laufe des Jahres 2008 ist auch deutlich geworden, dass große Entfernungen und die Unterschiedlichkeit der Strukturen eine fachliche Begleitung der Initiativen von einem einzigen Regionalbüro aus, das für mehrere Bundesländer zuständig ist, erheblich erschweren. Insofern bietet es sich an, in einigen von den Regionalbüros weit entfernt liegenden Bundesländern spezielle Landes-Anlaufstellen einzurichten. Hierzu haben bereits erste Gespräche stattgefunden. Kontakte mit Ministerien in Baden-Württemberg, Hessen und Bayern führten zu ersten Überlegungen einer landesbezogenen Verankerung nach Projektabschluss. Die östlichen Bundesländer haben sich hingegen zu einem „Netzwerk Ost“ zusammengeschlossen.

³⁴ mündliche Zusagen in den Konferenzen für Organisationsvertreter auf Regionalbüroebene

³⁵ Die Erfahrungen im Projekt zeigen, dass die Kooperation mit Organisationen verstärkt Organisationsentwicklung notwendig macht. Dieser Aufgabe sind im letzten Projektjahr die Regionalbüroleitungen noch einmal verstärkt nachgekommen.

d) Bundesebene

Während der gesamten Projektlaufzeit hat sich gezeigt, wie wichtig die bundesweite Zusammenführung der Entwicklungen und Erfahrungen in den unterschiedlichen Standorten der 16 am Projekt beteiligten Bundesländer ist. Zwar geben die im Projekt entwickelten zentralen Leitprinzipien von Pflegebegleitung und auch die erarbeiteten Materialien zur Gestaltung der Kurse Anregungen zu einer weiterreichenden Nutzung. Dennoch reichen sie allein nicht aus, um das gemeinsame Bewusstsein/die Corporate Identity der Pflegebegleiter zu stärken, die notwendig ist, um innerhalb der sich durch das PfWG neu entwickelnden Strukturen ihren Platz zu finden und diesen zu erhalten. Der Mehrwert eines bundesweiten „Netzwerks Pflegebegleitung“ liegt auf der Hand: Ein solches ermöglicht bundesweiten fachlichen Austausch und Weiterentwicklung des in fünf Jahren mit wissenschaftlicher Expertise aufgebauten Wissensbestandes im Sinne einer abgestimmten Qualitätsentwicklung für das freiwillige Engagementprofil „Pflegebegleitung“. Beruhend auf langjährig aufgebauten vertrauensvollen Beziehungen gibt es den über 2.000 engagierten Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleitern eine Orientierung für die Weiterführung ihres Engagements. Das innovative Freiwilligenprofil der Pflegebegleitung könnte so nicht nur weiter gefestigt bzw. den neuen Bedingungen angepasst, sondern auch verbreitet werden – nach den im Projekt entwickelten Qualifizierungsmaßnahmen, in den bereits aufgebauten Strukturen und mit der professionellen Expertise der Leitungen auf Regionalbüro- und Bundesebene.

(1) Ausdifferenzierte projektinterne Support- und Kommunikationsstrukturen als Erfolgsfaktoren im Projekt Pflegebegleiter

Die sich sukzessive weiter ausdifferenzierenden Unterstützungsstrukturen des Projektes haben die Verbreitung von Pflegebegleitung bei sich immer weiter verbessernder Qualität möglich gemacht. Der Aufbau der Kooperationen vor Ort war nur mit einem erheblichen Entwicklungs- und Beratungsaufwand seitens der Regionalbüros möglich und forderte – um ein bundesweit einheitliches Profil zu erarbeiten – eine erhebliche Koordinationsleistung sowie eine Zusammenführung aller Erfahrungen und Ergebnisse zu Leitkonzepten – auch im Austausch mit der Wissenschaftlichen Begleitung.

(2) Bundeseinheitliche partizipative Qualitätsentwicklung für Engagement in der Pflege

Alle Akteure des Pflegebegleiter-Projektes haben im Projekt wertvolle Erfahrungen vor allem im Hinblick auf die Entwicklung von Engagementqualität gesammelt. Diese bringen sie weiter in ihrer Arbeit vor Ort ein. Für die Zukunft besteht die Herausforderung darin, die im Projekt gewonnenen Erfahrungen nun für eine weiterführende Qualitätsentwicklung von Pflegebegleitung nutzbar zu machen – mit Austauschmöglichkeiten bundes- und länderweit. Darüber hinaus wird es darum gehen, ein Qualitätsentwicklungssystem zu schaffen, das in enger fachlicher Diskussion mit Vertretern der professionellen Dienstleister im Pflegemix entwickelt wird und damit z.B. zu einer abgestimmten Qualitätsentwicklung (z.B. für Pflegestützpunkte) beiträgt.

Die Entwicklung der angestrebten „Kooperations-Qualität“ ist also nicht allein „Sache der Praxis vor Ort“. Dazu bedarf es der Entwicklung und Erprobung von Strategien, und zwar im Diskurs mit Experten aus Wissenschaft und Praxis. Die Erfahrungen im

Projekt „Pflegebegleiter“ haben gezeigt, dass es sinnvoll ist, ein Freiwilligenprofil bundeseinheitlich zu entwickeln und unter jeweils unterschiedlichen Bedingungen vor Ort/in den unterschiedlichen Bundesländern zu erproben und den jeweiligen Bedingungen vor Ort strukturell anzupassen. Das Vorgehen, dies mit Partizipation aller Akteure zu tun und hierzu entsprechende Kommunikationsplattformen zur Verfügung zu stellen und Maßnahmen durchzuführen, hat sich bewährt. Die Erfahrungen der Projekt-Initiatorinnen und Projekt-Initiatoren sowie die Erkenntnisse der Pflegebegleiter-Initiativen wurden gesammelt und evaluiert. Die Ergebnisse wurden auf Bundesebene wie auch auf regionaler Ebene diskutiert, weiterentwickelt und dann wieder an die Basis zurückgegeben. Jede „Generation“ gab neue Impulse und „frische“ Ideen, die in den verschiedenen strukturierten Regionen ausprobiert und umgesetzt wurden. Es ist zu hoffen, dass Ressourcen mobilisierbar sind, die ein solches partizipatives Vorgehen auch über die Projektlaufzeit hinaus weiter ermöglichen.

(3) Qualifizierung von Multiplikatoren als Kernelement der Innovation

Ein neues Freiwilligenprofil braucht ein „eigenes Gesicht“, das sich nur über entsprechende Qualifizierungsmaßnahmen von Multiplikatoren vermitteln lässt. Die Qualifizierung der Projekt-Initiatoren (vgl. dazu Anhang 2) kann deshalb als Kernelement für die Weiterentwicklung und Verbreitung von Pflegebegleitung gelten. Innerhalb der Ausbildungsgruppe kann am Modell und durch Erprobung und Einübung gelernt werden – im gemeinsamen Lernprozess geschieht Verständigung zwischen den Systemen. Deshalb sind entsprechende Fortbildungen im Interesse einer auf Qualität des Engagements ausgerichteten Pflegeversicherung.

(4) Diskussion: vernetzte Strukturentwicklung der Pflegebegleiter als Anregung zu Verbreitung von vernetzten Strukturen in der Pflege

Die gut funktionierenden vernetzten Strukturen geben ein Beispiel, wie mit relativ geringen Mitteln von insgesamt 7 Personalstellen sich ein auch unter Qualitätsgesichtspunkten belastbares neues Freiwilligenprofil in die vorhandene Infrastruktur so implementieren lässt, dass an den jeweiligen Standorten Entwicklungen im Hinblick auf Kooperation und Vernetzung zwischen Freiwilligen- und Professionellensystem in Gang kommen. Es erscheint deshalb geboten, die entstandene vernetzte Struktur – die nach Abschluss der Modellphase als „Netzwerk Pflegebegleitung“ weiter bestehen soll, auch um den tätigen über 2.000 freiwilligen weiterhin einen sichernden Rahmen zu bieten – von öffentlicher Hand finanziell zu fördern und die hier geleisteten Entwicklungen aufzugreifen und für die Weiterentwicklung der Pflege-Infrastruktur als Ressourcen zu nutzen. Im Rückgriff auf die im Projekt gesammelten Erfahrungen und Erkenntnisse werden folgende Aspekte der Ressourcennutzung für weiterführend gehalten:

- Stärkung der aufgebauten vernetzten Strukturen und weitere Nutzung zur Bestandhaltung, Qualifizierung von Projekt-Initiatoren und fortlaufender partizipativ angelegter Qualitätsentwicklung für das freiwillige Engagement der Pflegebegleiter (speziell auf Regionalbüro- und Bundesebene)
- Zur Entwicklung der Konzeptionen für Pflegestützpunkte könnten die Erfahrungen aus dem Pflegebegleiter-Projekt zur Vermeidung von Konkurrenzdenken und zur Förderung von Kooperation genutzt werden – etwa auf Bundesebene

im fachlichen Austausch mit dem damit befassten Kuratorium Deutsche Altershilfe.

- Sowohl die Verfahren zur Kompetenzentwicklung als auch die Inhalte für Qualifizierungsmaßnahmen sind ständig den sich verändernden Bedingungen der Pflege und der Pflegeversicherung anzupassen. Von daher sind sowohl entsprechende Maßnahmen einzuplanen als auch „Lernnetzwerke“ zu fördern (z.B. auf Länder- oder Bundesebene), in denen die speziellen Engagementprofile weiterentwickelt werden. Dies soll insofern abgestimmt und einheitlich geschehen, damit die jeweiligen Profile auch nach außen hin für die Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen als auch für die kooperierenden Organisationen erkennbar bleiben (klare Abgrenzungen: was tun Pflegebegleiter, Pflegeberater, Seniorenbegleiter usw.).
- Solche speziellen Lernnetzwerke erscheinen vor allem für innovative Profile wie das der „Pflegebegleitung“ sinnvoll, die keinen sichernden verbandlichen Hintergrund aufweisen. So fordert der neue trägerübergreifende und verbandsunabhängige hier entwickelte neue „Prototyp“ für freiwilliges Engagement (Anbindung, nicht Einbindung – vgl. dazu Kapitel 4) auch neue Formen der Strukturentwicklung generell für die Weiterqualifizierung von Multiplikatoren.

Dass es solcher vernetzenden Maßnahmen bedarf, damit sich der neue Freiwilligenansatz im etablierten System nachhaltig verankern kann, ist vor allem zum Ende der Projektlaufzeit von den Projekt-Initiatorinnen und -Initiatoren bundesweit deutlich und eindringlich formuliert worden.

Während die bisher skizzierten Schlussfolgerungen die Umsetzung des PFWG im Blick haben, soll abschließend die Perspektive noch einmal geweitet werden. Freiwilliges Engagement und speziell das der Pflegebegleitung verdient **gesamtgesellschaftlichen Support**. Dies lässt sich unter anderem damit begründen, dass dieses Freiwilligenprofil erkennbar in die Gesellschaft hinein wirksam wird: Pflegebegleiter haben sich als **Motoren für die Auseinandersetzung mit der „Entwicklungsaufgabe Pflege“ in der Öffentlichkeit** erwiesen. Pflegebegleiter-Initiativen tragen das Thema Pflegebedürftigkeit in den öffentlichen Raum. Auf diese Weise wird die Auseinandersetzung mit Pflege als einer „Entwicklungsaufgabe“ befördert. Die im Projektverlauf gemachten Beobachtungen und Rückmeldungen verweisen darauf, dass durch die Aktivitäten der Pflegebegleiter den pflegenden Familien in der Folge mit mehr Selbstverständlichkeit und Normalität begegnet wird. Pflege wird nicht länger als „Störfall“ behandelt, sondern als Lebensthema, das in einer alternden Gesellschaft durchaus einen festen Platz hat.

So geben die Erfahrungen und Erkenntnisse im Projekt dazu Anlass, die Zuständigkeit von Politik und Gesellschaft insgesamt hervorzuheben: sich der „Herausforderung Pflege“ zu stellen ist angesichts des demografischen Entwicklungen eine Pflichtaufgabe für alle.

- Die Vernetzung auf den unterschiedlichen Ebenen als auch das klare, wissenschaftlich evaluierte Engagementprofil, der solide Qualifizierungsansatz als auch das hohe persönliche Engagement von Einzelnen als auch von Organisationen und Kommunen, ja sogar von ortsansässigen Unternehmen bilden den Rückhalt, aus dem heraus Pflegebegleiter-Initiativen in die Öffentlichkeit treten: In einer Palette von Aktionen auf den verschiedenen Ebenen bringen sie das Motto des Projektes „Pflege – mitten im Leben“ gezielt in die öffentliche Diskus-

sion ein. Damit erfährt sowohl die Tätigkeit der Begleitung selbst als auch die der Pflege zu Hause eine öffentliche Aufwertung. Im Projektverlauf wurde so ein Forum eröffnet, über die Schaffung von Gestaltungsmöglichkeiten für den Fall der Pflege zu Hause zu sprechen. Pflege zu Hause - vielfach als „Privatsache“ deklariert - wird damit zu einer nachbarschaftlichen, öffentlichen „Entwicklungs- und Lernaufgabe“ erklärt (vgl. Bubolz-Lutz 2007).

- Der Projektansatz bietet die Möglichkeit, sich mit dem „Aufeinander-Angewiesensein“ und speziell dem Prozess des Alterns auseinanderzusetzen. Darüber hinaus bietet er Gelegenheit, Alter und Engagement miteinander zu verknüpfen und hier Erfahrungen von Sinnerfüllung und Selbstwirksamkeit zu machen (vgl. dazu den Ansatz von Midlarsky und Kahana (1994), die gerade im späten Erwachsenenalter eine Hinwendung auf gemeinnützige Aufgaben hin beschreiben und uneigennütziges Helfen als eine Chance des Alters definieren). Für die BRD weisen die zwei Freiwilligensurveys auf den hohen Anteil freiwillig engagierter Personen - und hier besonders Älterer - hin (vgl. Rosenblatt 2000 und 2004; vgl. auch Köster/Schramek 2005). Gerade bei den Älteren besteht auch im Hinblick auf die Verbreitung von Pflegebegleitung ein erhebliches Entwicklungspotenzial.
- Das öffentliche Auftreten der Pflegebegleiter als auch das große Interesse, das die Öffentlichkeit dem Projekt „Pflegebegleiter“ entgegengebracht hat (es wurde erwähnt in Artikeln auflagestarker Zeitschriften wie „Der Spiegel“, „Brigitte“, „Apothekenumschau“), macht deutlich, dass hier eine gesellschaftliche Entwicklungsaufgabe thematisiert und konsequent angegangen wird. Entsprechend stellen Hoch, Klie und Pfundstein (2005) die beeindruckende Vielfalt bürgerschaftlichen Engagements in Pflegeeinrichtungen dar und betonen, dass das Engagement für andere – für hilfsbedürftige alte Menschen (z. B. als freiwillige *Demenzbegleiter*) ebenso wie für die durch die Anforderungen der Pflege stark beanspruchten pflegenden Angehörigen (z.B. als freiwillige *Pflegebegleiter*) – nicht nur als persönliche Lebensaufgabe, sondern auch als gesellschaftliche Entwicklungsaufgabe angesehen werden kann. Auch die lebenslaufpsychologischen Konzepte lassen ein solches Verständnis des Helfens und Pflegens als „Entwicklungsaufgabe“ zu: wenn eigene Lebensziele verwirklicht, materielle Absicherungen vorhanden sind und die alternativen Rollen (Beruf, Mutter, Ehefrau) nicht hindern, kann die Übernahme von Sorge- und Pflegearbeit ebenso wie von bürgerschaftlichem Engagement sich gut in Lebenspläne einpassen.

So geben die im Pflegebegleiter-Projekt gewonnenen Erkenntnisse einen Anstoß dazu, die Relevanz von „gegenseitiger Unterstützung, Fürsorge und Solidarität im Fall von Pflegebedarf“ zu erkennen und als gesellschaftliche Lernaufgabe zu verstehen. Hierzu ist es sinnvoll – etwa im Rahmen von Volkshochschulen, Familienbildungsstätten oder in Programmen wie „Aktiv im Alter“ des BMFSFJ oder „Lernen vor Ort“ des BMBF – nicht nur Pflegebegleiter-Vorbereitungskurse, sondern auch Bildungsmaßnahmen anzubieten, die nach dem Vorbild der Pflegebegleiter-Vorbereitungskurse Wissen vermitteln und gleichzeitig Gestaltungskompetenzen für die „Entwicklungsaufgabe Pflege“ fördern. Diese Maßnahmen erscheinen angesichts des zu erwartenden rapiden Anstiegs der Zahl von hilfs- und pflegebedürftigen Personen als ein dringendes Gebot.

6.7 Abschließender Überblick

6.7.1 Gesamtschau

Mit dem Pflegebegleiter-Projekt ist ein umfassender Ansatz vorgelegt worden: Ein innovatives und wirksames Gesamtkonzept, in dem die theoretischen und konzeptionellen Grundlagen mit den Leitlinien und Prinzipien der Umsetzung übereinstimmen und sich auch in der Praxis wiederfinden lassen.

Die zentralen Merkmale des Pflegebegleiterprojekts sind in der folgenden Abbildung nochmals in einer integrierenden Gesamtschau dargestellt.

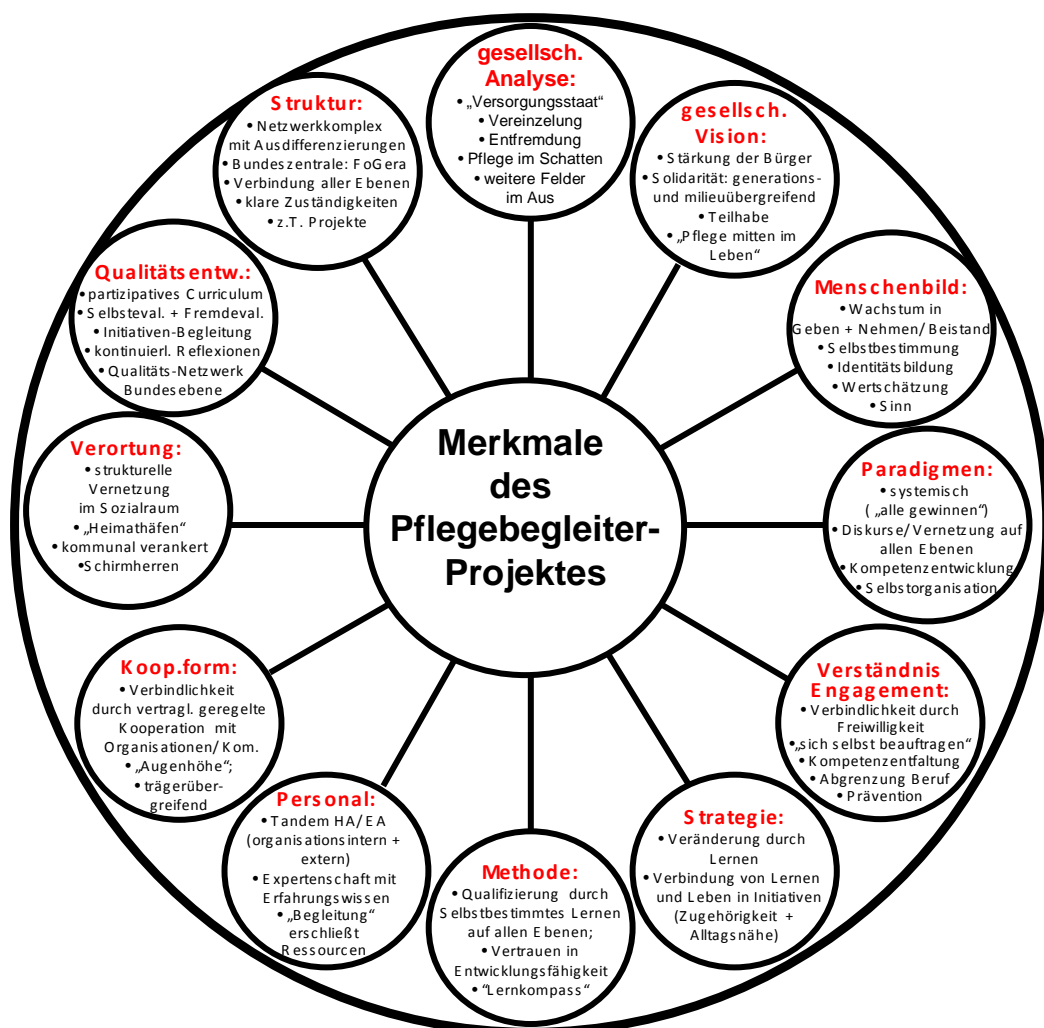


Abb. 72: Merkmale des Pflegebegleiter-Projektes

Abschließend soll das dem Pflegebegleiter-Ansatz zugrunde liegende Menschenbild noch einmal kurz entfaltet werden, da die Ergebnisbewertung eines Projektvorhabens auch die zugrunde liegenden Wertvorstellungen einzubeziehen hat: Im Projekt Pflegebegleiter wird die Entwicklung einer Haltung eingeübt, in der die Verbundenheit der Bürgerinnen und Bürger und die Mitverantwortung für die Gestaltung von schwierigen

Lebensverhältnissen Grundwerte darstellen. Die Aufmerksamkeit für die Bedürfnisse anderer soll geschärft, in jedem Falle aber deren Autonomie und Selbstbestimmung geachtet werden (vgl. Kruse 2005). Allen Akteuren wird Partizipation ermöglicht. Unterstützung „zum Wohle der Betroffenen“ wird nicht geplant, ohne sich mit ihnen selbst auszutauschen und Pläne gemeinsam zu entwickeln. Nicht *für*, sondern *mit den Betroffenen und Beteiligten* – also mit hilfs- und pflegebedürftigen Personen, deren Angehörigen, Freunden, Nachbarn, aber auch Professionellen – werden neue Wege gesucht, damit Pflege gelingen kann. Die Entwicklung von Projekten und Kooperationen zusammen mit den Betroffenen ist ein wichtiger Impuls, der im bürgerschaftlichen Engagement der Pflegebegleiter umgesetzt wird. Mit diesem Verständnis von Hilfs-, Unterstützungs- und Bildungsprozessen als „Koproduktionen“ werden Freiwillige zu Motoren für ein Umdenken im Bereich der Pflege (vgl. Schmidt 2002, S. 88).

In diesem Sinne formuliert die Leiterin des Regionalbüro Süd: „Der bürgerschaftliche Ansatz bringt Pflegebedürftige, Angehörige und Fachkräfte zusammen. Er zielt auf alle Teile der Bürgergesellschaft, führt neue Gruppen an Pflegesituationen heran, ...“ So kann „... ein unterstützendes Milieu entstehen, das Fürsorglichkeit als gemeinschaftliches Handeln im Gemeinwesen von Betroffenen und Nichtbetroffenen entwickelt“ (Steiner-Hummel 1997, S. 120). Ein den Menschen würdiges Leben mit Krankheit und Pflegebedürftigkeit zu ermöglichen wird so zu einem expliziten Anliegen im öffentlichen Raum. Neben den Dimensionen staatlicher und persönlicher Verantwortung scheint in dieser Argumentation eine dritte Dimension auf – die der „Bürgergesellschaft“ als Bezugspunkt für Sozialstaatlichkeit. Gesetzt wird auf „gemischte Strukturen“, in denen sich staatliche Mitverantwortung, die Nutzung von Marktelementen und das Engagement aus der Bürgergesellschaft miteinander verbinden. Auf die Probleme bei der Realisierung solcher Verknüpfungen im Pflegemix wurde verwiesen: unterschiedliche Logiken und Organisationsprinzipien treffen aufeinander, gemeinsame Ziele sind zu erarbeiten und kooperative Entscheidungsstrukturen einzuführen, ohne dass die Unterschiedlichkeiten verwischt werden. Dies setzt vertrauensbildende Maßnahmen auf allen Seiten voraus – die involvierten Interessen sind offen zu legen und zu überprüfen.

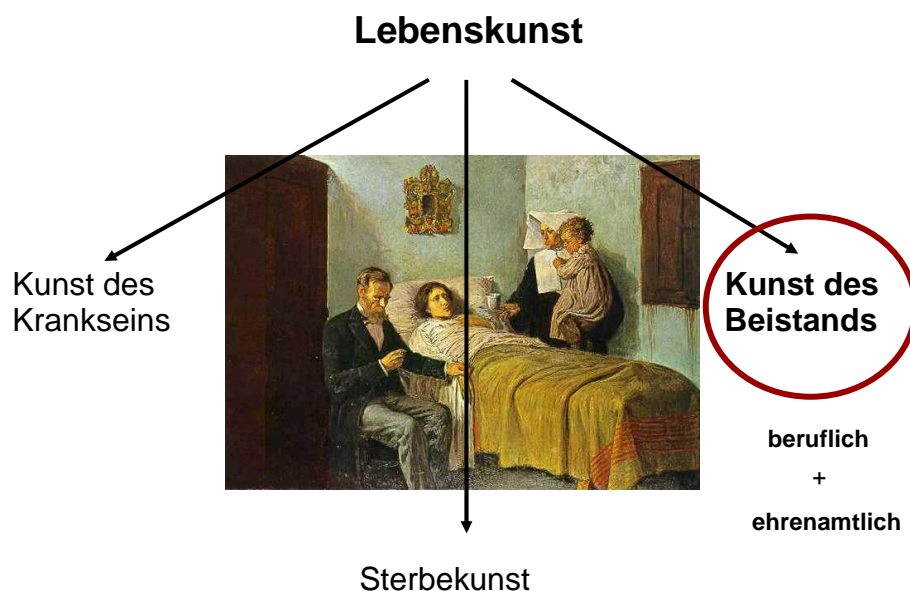
Die Idee einer Kooperation aller Akteure auf Augenhöhe lässt sich jedoch nur dann umsetzen, wenn in diesen Aushandlungs- und Integrationsprozess Organisationen, Kommunen, Betroffene und engagementbereite Bürgerinnen und Bürger gleichberechtigt involviert sind. Die Neuverteilung der Verantwortlichkeiten fordert von allen Beteiligten einen Umdenk- und Lernprozess. Für Freiwillige, die ihre Erfahrungen aus unterschiedlichen Berufs- und Lebensbereichen einbringen können – zum Teil auch eigene Erfahrungen mit Pflege – und die sich durch zusätzliche Vorbereitung weitere spezielle Kompetenzen angeeignet haben, kann die bürgerschaftliche Dimension im Bereich *Hilfe und Pflege* eine anspruchsvolle Herausforderung sein – sowohl parallel zur Berufstätigkeit, als auch im nachberuflichen Lebensabschnitt oder in Zeiten von Arbeitslosigkeit.

In diesem Sinne hat das Pflegebegleiter-Projekt einen Ansatz und ein Beispiel dafür gegeben, wie man „pfleglich und fördernd mit den individuellen und gesellschaftlichen Caring-Ressourcen“ umgehen kann und ein Modell entwickelt, das sich nicht in modischen Forderungen nach Aktivierung erschöpft. Pflegebegleitung wird hier als ein Austausch begriffen, in dem die individuelle Wahlentscheidung des pflegenden Angehörigen Leitprinzip ist. Der Betonung von Austausch- und Vernetzungsprozessen und der Entwicklung entsprechender Maßnahmen liegt die Überzeugung zugrunde, dass Pfl-

ge auf Dauer nur als „gemeinschaftliche Entwicklungsaufgabe“ bewältigt und gestaltet werden kann: unter Beteiligung der Selbstpflege des Pflegebedürftigen, der Sorgearbeit des pflegenden Angehörigen und der professionellen Kompetenz der Pflegefachkräfte (vgl. Schmidt 2005, S. 610). Insofern geben die im Pflegebegleiter-Projekt gewonnenen Erfahrungen und Ergebnisse einen Impuls zur notwendigen *Koproduktion im Pflegemix*.

Durch niedrigschwellige, nachbarschaftliche Begleitung soll eine Klientelisierung der pflegenden Angehörigen und damit auch die Therapeutisierung der familialen Altenfürsorge vermieden werden (vgl. Gröning 2005). Das Engagement der Pflegebegleiter will dazu einen Beitrag leisten, indem es auch darauf verweist, dass Pflege nicht nur Belastung, sondern auch Chance zu einer vertieften Beziehungsentwicklung und charakterlichen Reifung sein kann (vgl. dazu auch Leipold et al. 2006).

Bezieht man philosophische-ethische Überlegungen mit ein, lässt sich der Sinn von psychosozialer Begleitung in einen weiteren Zusammenhang bringen.



Prof. Dr. v. Engelhardt 15.3.2008

Abb. 73: Die Kunst des Beistands als Aspekt der Lebenskunst

Eine gesellschaftlich bedeutsame Zukunftsaufgabe kann es sein, die „Kunst des Beistands“ zu erlernen (vgl. Engelhardt 2008). Das Projekt hat aufgezeigt, wie sich eine solche in der heutigen Gesellschaft lernen und verwirklichen lässt.

6.7.2 Schlussfolgerungen im Hinblick auf die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung: Pflegebegleitung als Bindeglied im Pflegemix

Als in sich abgestimmtes Gesamtkonzept mit entsprechenden Arbeitshilfen und einem innovative Ansatz, der den Ansatz der „Versorgung“ innerhalb der Pflegeversicherung um den Ansatz der Aktivierung, Entwicklung von Verantwortlichkeit und Selbstsorge

ergänzt, stellt das freiwillige Engagement der Pflegebegleitung einen wichtigen Impuls dar. Angesichts der hier ausdifferenzierten Bedarfslagen und auch im Hinblick auf die (teils von ihnen selbst nicht erkannten) Ressourcen pflegender Angehöriger erscheint es notwendig, das Empowermentparadigma parallel zum Versorgungsparadigma weiter zu entwickeln und Pflegebegleitung als „Bindeglied im Pflegemix“ einen festen Platz einzuräumen.

Als Schlussfolgerungen für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung seien zusammenfassend folgende Aspekte besonders hervorgehoben:

- Dem Pflegebegleiter-Projekt kommt Beispielcharakter zu im Hinblick auf die Entwicklung eines bedarfsgerechten Engagementprofils im Feld der häuslichen Pflege. Darauf Bezug nehmend, könnten weitere Engagementprofile entwickelt und erprobt werden – und zwar speziell in Bezug auf andere gesellschaftlich vernachlässigte Gruppen wie etwa die Angehörigen von Aidskranken, von behinderten Kindern, Angehörige von Demenzerkrankten, die in Heimen leben. Auch Freiwilligenprofile wie Seniorenbegleiter für alte Menschen, die im Krankenhaus Hilfe, Zuspruch und Beistand brauchen, könnten von diesem Konzept profitieren ebenso wie Personengruppen wie die „Besuchsdienste“, die bereits langjährig tätig sind, aber nach geeigneten Formen des Lernens und der Profilentwicklung suchen.
- Der Pflegebegleiter-Ansatz ist ebenso Beispiel für eine moderne Form der Kooperation zwischen Freiwilligen- und Professionellensystem. Das Profil der Pflegebegleitung hebt sich klar von dem der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI (im Sinne einer professionellen Dienstleistung) ab. Deshalb kann sich in einem fachlichen Austausch hier auch eine Möglichkeit ergeben, dass das neue Profil des „Pflegeberaters“ an Prägnanz gewinnt. Dazu könnte es zu weiterem fachlichen Austausch kommen.
- Beispielhaft zeigt der Pflegebegleiter-Ansatz auch auf, wie eine Kooperation zwischen Organisationen, Kommunen, Betroffenen und Freiwilligen gelingen kann: durch eine gezielte Entwicklungsarbeit mit allen Akteuren im Sozialraum – ausgehend von übergeordneten Stellen wie Regional- oder Bundesbüro, die klare Leitvorstellungen von Kooperation und Koproduktion entwickelt und erste Erfahrungen damit gesammelt haben.
- Zu Kooperationsformen geben die im Pflegebegleiter-Projekt entwickelten Orientierungen erste Anhaltspunkte für eine Übertragung z.B. in Bezug auf Pflegestützpunkte oder der Arbeit in Mehrgenerationenhäusern, die ebenfalls auf ein Miteinander an Hauptberuflichen und Freiwilligen ausgerichtet sind.
- Die Ergebnisse des Projektes zeigen, unter welchen Bedingungen sich freiwilliges Engagement bundesweit erfolgreich entfalten kann. Es ist deutlich geworden, dass es eines entsprechenden vernetzten Supportsystems bedarf, um derartige Entwicklungen gezielt und in dem verwirklichten Umfang voranzutreiben. Freiwilliges Engagement entwickelt sich nicht „von selbst“. Zur weiteren Entfaltung kann auf das erarbeitete Wissen zurückgegriffen werden. Die Erfahrung im Modellprojekt zeigt jedoch, dass dieses Wissen nicht aus Büchern zu erwerben ist, sondern als Kompetenz aufgebaut werden muss. Mit Abschluss des Projektes stehen nun auch Expertinnen und Experten bereit, die das entwickelte Know-How weitergeben können.

- Deutlich geworden ist auch, dass es finanzieller Ressourcen bedarf, entsprechende Engagement- und Lernstrukturen aufzubauen und zu erhalten. Es ist zu hoffen, dass die im PFWG vorgesehenen Möglichkeiten der Finanzierung für den Auf- und Ausbau von freiwilligem Engagement (etwa nach §45d SGB XI) entsprechend zum Tragen kommen.
- Eine erste Beispielrechnung deutet an, dass die in den Aufbau des Projektes „Pflegebegleiter“ investierten Mittel gut und nachhaltig angelegt waren: demnach übersteigt der darin bezifferte wirtschaftliche Mehrwert schon bei weitem die Summe der Projektförderung. Der gesellschaftliche Mehrwert ist in seinem Ausmaß nur zu erahnen, auf jeden Fall aber erheblich. Weitere Berechnungen müssten folgen.
- Die Erfahrungen im Projekt haben gezeigt, was unter dem Ansatz einer „zugehenden Begleitung“ zu verstehen ist: Soll der Begriff positiv besetzt bleiben, so bedeutet er, auf die Bedürfnisse der pflegenden Angehörigen (oder anderer mit der Pflege zu Hause befasster Laien) einzugehen und Wahlfreiheit z.B. in Bezug auf der Ort der Gespräche, die Dauer oder den Rhythmus zu lassen.
- Aufgrund der aktuellen Entwicklungen der Pflegeversicherung ist noch nicht eindeutig erkennbar, wie sich Pflegebegleiter in die „neue Pflegelandschaft“ werden integrieren können, unter Beibehaltung ihres eigenständigen Profils und ihrer unabhängigen Position im Pflegemix. Derzeit besteht bei den meisten kooperierenden Organisationen Wunsch und Wille, die Pflegebegleiter zu unterstützen. Es ist jedoch fraglich, ob sich die bereits bestehenden Pflegebegleiter-Initiativen ohne übergreifende Supportstrukturen auf Landes- und Bundesebene auf Dauer halten könnten. Auch eine Verbreitung ist ohne entsprechende finanzielle Ausstattung nicht möglich. Sie bedürfte weiterer Maßnahmen zur Qualifizierung von Organisationen und Multiplikatoren.

6.7.3. Ausblick: Zukunftsaufgaben im Hinblick auf die nachhaltige Entwicklung von Pflegebegleitung

Um die Aufgaben der Pflegebegleitung auch über die Projektlaufzeit hinaus wahrnehmen zu können, haben sich die Akteure des Projektes zu einem „Netzwerk Pflegebegleitung“ zusammen geschlossen. Innerhalb des bundesweiten Netzwerks, in dem sich Regionalbüros und Bundesbüro als Kooperationspartner in einer unentgeltlich tätigen „Arbeitsgemeinschaft“ zusammen finden, gibt es weitere Netzwerkbildungen auf anderen Ebenen (vgl. „Netzwerk Ost Pflegebegleitung“). Konkret geplant ist die Bildung von Landesnetzwerken, zum Beispiel „Landesnetzwerk Brandenburg“. Auch auf Landkreisebene haben sich Netzwerke gebildet (vgl. Spree-Neiße-Kreis). Diese Netzwerkentwicklungen haben sich bereits innerhalb der Projektlaufzeit herausgebildet.

Gemeinsam sollen folgende Zukunftsaufgaben angegangen werden (vgl. Abb. 74).

Zukunftsaufgaben

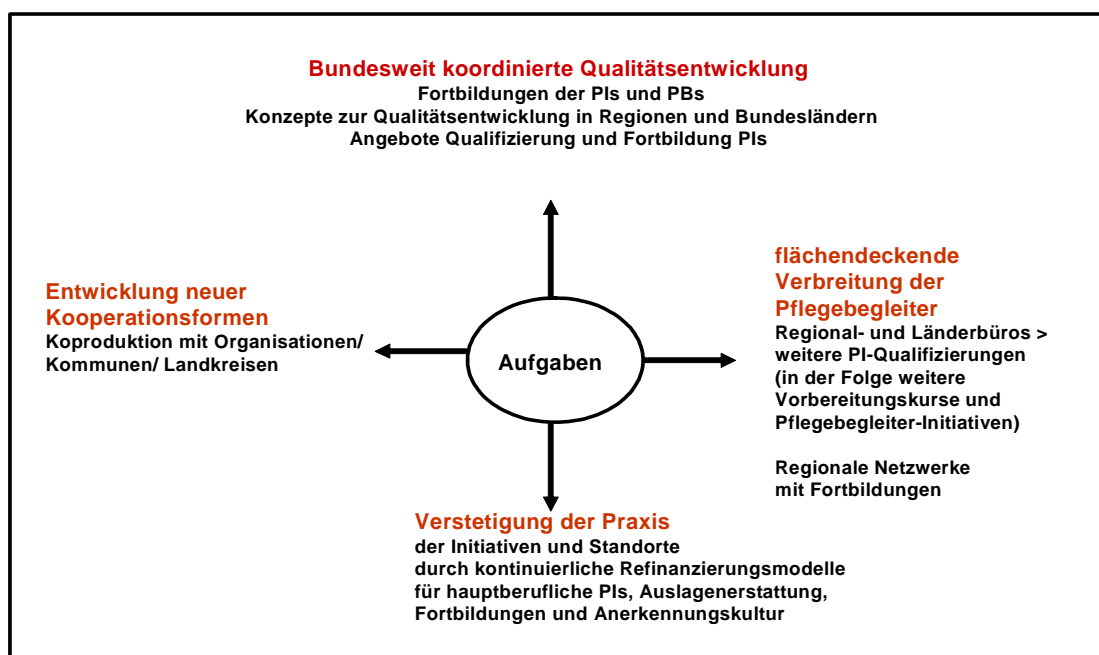


Abb. 74: Zukunftsaufgaben im Hinblick auf die nachhaltige Entwicklung von Pflegebegleitung

Es zeichnen sich vier unterschiedliche Aufgabenschwerpunkte ab:

- Verstetigung der Praxis/ Bestandserhalt
- Flächendeckende Verbreitung
- Entwicklung neuer Kooperationsformen an der Schnittstelle von Hauptberuflichen und Freiwilligen: auf allen Ebenen
- Bundeseinheitliche Qualitätsentwicklung und Unterhalt einer Kontaktstelle.

Die Projektentwicklung hat gezeigt, unter welchen Bedingungen freiwilliges Engagement im Pflegemix Fuß fassen und für die Pflege zu Hause wirksam werden kann. Durch das freiwillige Engagement der Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter ist ein erheblicher Mehrwert entstanden, die Grundlagen für eine weitere, flächendeckende Verbreitung sind gelegt.

Die hier dargestellten Entwicklungen im Pflegebegleiter-Projekt machen deutlich, dass der Einbezug eines qualifizierten und fachlich begleiteten Bürgerengagements in die pflegerische Versorgung sinnvoll und effektiv ist. Hier scheint die besondere Aufgabe bürgerschaftlichen Engagements im Bereich der Hilfe und Pflege auf: die privaten Lebenslagen und Notlagen werden als Spiegel gesellschaftlicher Verhältnisse gedeutet. In gründlicher Reflexion und Kompetenzentwicklung werden gemeinsame Denk- und Handlungsmuster für bürgerschaftliches Engagement entwickelt. Diese erweitern private und öffentliche Handlungsspielräume und fördern die Verantwortlichkeit des Einzelnen, der Familien, der Nachbarschaften für gesamtgesellschaftliche Entwicklungen.

7. Literaturverzeichnis

Adler, C./Gunzelmann, T./Machold, C./Schumacher, J./Wilz, G. (1996): Belastungserleben pflegender Angehöriger von Demenzpatienten. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 29, S. 143-149.

Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Dt. erw. Hg. von Alexa Franke, Tübingen.

Behrens, J./Zimmermann, M. (2006): Das Bedürfnis nach Selbstbestimmung bei Pflegebedürftigkeit. Konzept und Forschungsperspektiven. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 39/2, S. 165-172.

Biedermann, C. (1998): Freiwilligenarbeit koordinieren! Volunteering und Volunteer-Management in Großbritannien, Förderverein für Jugend und Sozialarbeit e.V., Berlin.

Blinkert, B./Klie, Th. (1999): Pflege im sozialen Wandel. Studie zur Situation häuslich versorgter Pflegebedürftiger. Hannover.

Blinkert, B./Klie, Th. (2004): Solidarität in Gefahr: Pflegebereitschaft und Pflegebedarfentwicklung im demografischen und sozialen Wandel, Hannover.

Bohnsack, Ralf (2007): Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden, Opladen/Farmington Hills. 6. Auflage.

BMFSFJ (2003): Forum Altenhilfe, Sonderheft, Bonn.

BMFSFJ (2005):

<http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/Kategorien/aktuelles.did=57936.html> zum Programm „Generationsübergreifende Freiwilligendienste“

Barthelme, G./Zimmer, A. (2002): Die Arbeitssituation des Pflegepersonals in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen: Ausgewählte Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. In: Klie, Th./Buhl, A./Entzian, H./Schmidt, R. (Hrsg.): a. a. O., S. 331-341.

Brandt, F. et al. (2006): Bürgerschaftliches Engagement im BMG-Modellprogramm, Saarbrücken (Iso Institut).

Brendgens, U./ Braun, J. (2000): Freiwilliges Engagement der Seniorinnen und Senioren. In: von Rosenblatt, B. (Hrsg.): Freiwilliges Engagement in Deutschland, Stuttgart, S. 156-166

Bruder, J./Klusmann, D./Lüders, I. (1981): Umgangsformen mit dementiven Störungen in der Familie – Zwischenergebnisse eines laufenden Forschungsprojektes. Aktuelle Gerontologie 11, S. 156-158.

Buber, M. (1965): Das dialogische Prinzip, Heidelberg.

Bubolz-Lutz, E. (1999): Der Beziehungsaspekt bei der familialen Pflege als Thema von Bildungsarbeit, Habilitationsschrift, Universität Duisburg-Essen.

Bubolz-Lutz, E. (2001): Motive zum sozialen Engagement – Strategien der Motivierung. In: Startsocial 2001 Wettbewerbsdokumentation, Düsseldorf, S. 55-57.

Bubolz-Lutz E. (2006): Pflege in der Familie, Freiburg.

Bubolz-Lutz, E./C. Kricheldorf (2005): Häusliche Pflegearrangements und Pflegebegleiter – Ein Modellprojekt auf der Grundlage von Empowerment. In: Klie, Th. et al. (Hrsg.): Die Zukunft der gesundheitlichen, sozialen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen, Frankfurt a. M. S. 169-180.

Bubolz-Lutz E./Kricheldorf C. (2006): Freiwilliges Engagement im Pflegemix, Freiburg.

Bubolz-Lutz, E. (2008): Gestalttherapeutische Arbeit mit Menschen im fortgeschrittenen Alter. In: Hartmann-Kottek, L./Strümpfel, U.: Gestalttherapie, 2. Auflage (überarbeitet und erweitert), Berlin/Heidelberg, S. 371-385.

Bühner, M. (2004): Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion, München.

Bundesnetzwerk Bürgerengagement (BBE, Hrsg. 2008): Engagement und Erwerbsarbeit. Dokumentation der Fachtagung am 8. und 9. November 2007 in Berlin, Berlin.

Bunzendahl, I./Hagen, B.P. (Hrsg.) (2004): Soziale Netzwerke für die ambulante Pflege. Grundlagen, Praxisbeispiele und Arbeitshilfen. Weinheim und München.

Cantor, M.H. (1979). Neighbours and Friends. An overlooked resource in the informal support system. Research on Aging, 1, S. 434-463.

Deci, E.L./Ryan, R.M. (1993): Die Selbstbestimmungstheorie der Motivation und ihre Bedeutung für die Pädagogik. In: Zeitschrift für Pädagogik, 39, S. 223-238.

Döhner, H. (2007): Belastungssituationen pflegender Angehöriger: Ursachen und Auswirkungen. In: Bündnis 90/Die Grünen Bundestagsfraktion (Hrsg.) Wer pflegt braucht Unterstützung! Dokumentation der Dialogveranstaltung vom 22. Juli 2007, 16/137, Berlin, S. 8-13.

Drehnhaus-Wagner, R. (2002): Personelle Unterstützung. In: KDA (Hrsg.): Demenzbewältigung in den eigenen vier Wänden. Workshop-Dokumentation, Köln, S. 76-93.

Deutscher Caritasverband (1999): Darf's ein bisschen mehr sein. Caritas-Pflege mit ergänzenden Diensten: umfangreiches Ehrenamt. In: Caritas in NRW. Heft 3: 14-16.

Engelhardt, D. von (2008): Alter und Altern im Dialog von Natur und Kultur, Fragment und Ganzheit. Vortrag bei der 23. WAP Arbeitstagung Jugendkult und die Kunst des Alterns, Bad Wildungen 15.-19.3. 2008, unveröffentlicht.

Enquête-Kommission des Deutschen Bundestages (2002): Zukunft des bürgerschaftlichen Engagements. Bericht. Bürgerschaftliches Engagement: auf dem Weg in eine zukunftsfähige Bürgergesellschaft, Schriftenreihe, Band 4, Opladen.

Erlinghagen, M. (2000): Informelle Arbeit. Ein Überblick über einen schillernden Begriff. In: Schmollers Jahrbuch 120, S. 239-274.

Ettrich, K. U. (2000): Persönlichkeit und Gesundheitszustand im mittleren und höheren Lebensalter. In: Martin, P. et al. (Hrsg.): Aspekte der Entwicklung im mittleren und höheren Lebensalter. Ergebnisse der Interdisziplinären Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE). Darmstadt, S. 47-67.

EUROFAMCARE – Situation pflegender Angehöriger in Europa. Döhner H./Kofahl C./Lüdecke D./Mnich E. (Hrsg.) (2008): Family Care for Older People in Germany. Results from the European Project EUROFAMCARE, Hamburg, ([Download Buch](#), PDF)

Evers, A. (2003): Auf dem Weg zu einem neuen Wohlfahrtsmix? Pflege im Alter und der mögliche Beitrag der Bürgergesellschaft. In: Huth, S. (Hrsg.): Grundsatzthemen der Freiwilligenarbeit. Theorie und Praxis des sozialen Engagements und seine Bedeutung für ältere Menschen. BaS und ISIS. Stuttgart u. a., S. 85-100.

Fischer, V./Eichener, V./Nell, K. (Hrsg.) (2003): Netzwerke – ein neuer Typ bürgerschaftlichen Engagements. Zur Theorie und Praxis der sozialen Netzwerkarbeit mit Älteren. Schwalbach.

Frühlingsdorf, M./Jung, A./Ludwig, U./Neumann, C./Schmidt, C. (2005): Generation Pflege. In: Der Spiegel. 11. 9. 2005., S. 86-96.

Gensicke, Th./Picot, S./Geiss, S. (2006): Freiwilliges Engagement in Deutschland, BMFSFJ, Bonn.

Golüke, C. (2005): Stressoren und Ressourcen in der ehrenamtlichen Hospizarbeit und ihre Zusammenhang mit Burnout, unveröff. Diplomarbeit, Universität Münster.

Gräßel, E. (1996): Psychische und physische Belastungen pflegender Angehöriger. In: Diakonisches Werk (Hrsg.): danken und dienen, Stuttgart, S. 12-18.

Gräßel, E./ Leutbecher, M. (1994): Macht häusliche Pflege krank? Untersuchungen zu belastungsverursachenden Faktoren und ihre Auswirkungen auf pflegende Angehörige. In: Häusliche Pflege, 5, S. 296-300

Gräßel, E./Schirmer, B. (2006): Freiwillige Helferinnen und Helfer zur Entlastung der Angehörigen demenzerkrankter Menschen. Ergebnisse einer prospektiven Verlaufsuntersuchung zu den Erwartungen und Erfahrungen in Bezug auf Schulung und professionelle Begleitung. In: Z Gerontol Geriat 3/2006, S. 217-226.

Gröning, K./Kunstmann, A.C./ Rensing, E., (2004): In guten wie in schlechten Tagen. Konfliktfelder in der häuslichen Pflege, Frankfurt am Main

Gröning, K. (2005): Therapeutisierung der familialen Altenfürsorge? Formulierung eines Unbehagens? In: Sozialer Fortschritt 3/2005, S. 69-76.

Grond, E. (1996): Die Pflege verwirrter alter Menschen. Psychische Alterskranke und ihre Helfer im menschlichen Miteinander. Freiburg i. Br.

Haberstroh, J./Neumeyer, K./Schmitz, B./Perels, F./Pantel, J. (2006): Kommunikations-TAnDem. Entwicklung, Durchführung und Evaluation eines Kommunikationstrainings für pflegende Angehörige von Demenzpatienten. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 5/2006, S. 358-364.

Halsig, N. (1995): Hauptpflegepersonen in der Familie: Eine Analyse ihrer situativen Bedingungen, Belastungen und Hilfsmöglichkeiten. Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie 8/4, S. 247-262.

Hank, C./Stuck, S. (2008): Ehrenamt, Netzwerkhilfe und Pflege in Europa. Komplementäre oder konkurrierende Dimensionen produktiven Alterns? In: Erlinghagen, M./Hank, C. (Hrsg.): Produktives Altern und informelle Arbeit in modernen Gesellschaften. Theoretische Perspektiven und empirische Befunde, Wiesbaden, S. 27-50.

Herriger, N. (2002): Empowerment. In: Fachlexikon der sozialen Arbeit, 5. Aufl., Stuttgart.

Heusinger, J. (2005): „Ich lass mir nicht die Butter vom Brot nehmen!“ Aushandlungsprozesse in häuslichen Pflegearrangements, Diss. Berlin

Heusinger, J. (2006): Pflegeorganisation und Selbstbestimmung in häuslichen Pflegearrangements. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 6/2006, S. 418-422.

Höhmann, U./Müller-Mundt, G./Schulz, B. (1999): Qualität durch Kooperation. Gesundheitsdienste in der Vernetzung. Frankfurt a. M.

Hörl, J./ Rosenmayr, L. (o. J.): Chancen der sozialen und humanen Aktivierung der Familie für ihre älteren Mitglieder, unveröff. Manuskript, Wien.

Hoch, H./Klie, Th./Pfundstein, T. (2005): Bürgerschaftliches Engagement in Pflegeeinrichtungen: Neue Lebensqualität für pflegebedürftige Menschen und Horizonterweiterung für Engagierte, EFH Freiburg.

Infratest Sozialforschung (Hrsg.) (2003): Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten in Deutschland 2002. Möglichkeiten und Grenzen einer selbständigen Lebensführung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in Privathaushalten (MuG III), München.

Jakob, G. (2005): Jugendfreiwilligendienste und generationsoffene Freiwilligendienste. Beitrag zur Tagung „Werkstatt neuen Engagements“ des Hessischen Sozialministeriums und der Landesehrenamtsagentur Hessen am 11. November 2005, Frankfurt a. M., unveröffentlichtes Manuskript.

Kaye, L. W./Applegate, J. S. (1990): Men as Caregivers to the Elderly: Understanding and Aiding unrecognized Family Support. Lexington/ Toronto.

Klie, Th. (Hrsg.) (2002). Fürs Alter planen. Beiträge zur kommunalen Altenplanung. Freiburg.

Klie, Th./Buhl, A./Entzian, H./Schmidt, R. (Hrsg.) (2002): Das Pflegewesen und die Pflegebedürftigen. Analysen zu Wirkungen der Pflegeversicherung und ihrem Reformbedarf, Frankfurt a. M.

Klie, Th. (2005): Würdekonzept für Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf, Balancen zwischen Autonomie und Sorgeskultur. In: Z. Gerontol Geriat 38; S. 268-272.

Klingenberger, H./Krecan-Kirchbichler, B. (2001): Alles wird gut!? Selbstorganisation in der Erwachsenenbildung, München.

Kluge, U./Steiner, M. (2006): Aufbau von selbstorganisierten Strukturen und Kooperation mit Organisationen und Institutionen. In: Bubolz-Lutz, E./Kricheldorf, C.: Freiwilliges Engagement im Pflegemix – neue Impulse, Freiburg, S. 157-159.

Köster, D./Schramek, R. (2005): Die Autonomie des Alters und ihre Konsequenzen für zivilgesellschaftliches Engagement. In: Hessische Blätter für Volksbildung. 3, S. 226-237.

Krapp, A./Ryan, R.M. (2002): Selbstwirksamkeit und Lernmotivation. Eine kritische Betrachtung der Theorie von Bandura aus der Sicht der Selbstbestimmungstheorie und der pädagogisch-psychologischen Interessentheorie. In: Jerusalem, M./ Hopf, D. (Hrsg.): Zeitschrift für Pädagogik. Selbstwirksamkeit und Motivationsprozesse in Bildungsinstitutionen, 44. Beiheft, S. 54-82.

Kruse, A. (2005): Selbständigkeit, bewusst angenommene Abhängigkeit, Selbstverantwortung und Mitverantwortung als zentrale Kategorien einer ethischen Betrachtung des Alters. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 38, S. 273-287.

Lamnek, S. (2005): Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. 4., vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel.

Landtag NRW (2005): Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Bericht der Enquete-Kommission des Landtags Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf.

Lehr, U./Thomae, H. (1987). Formen seelischen Alterns. Ergebnisse der Bonner Gerontologischen Längsschnittstudie (BOLSA). Stuttgart.

Leipold, B./Schacke, C./Zank, S. (2006): Prädiktoren von Persönlichkeitswachstum bei pflegenden Angehörigen demenziell Erkrankter. In: Z Gerontol Geriat 3/2006, S. 227-232.

Lipski, J. (2004): Für das Leben lernen, was wie und wo? Umriss einer neuen Lernkultur. In: Hungerland, B.; Overwien, B. (Hrsg.): Kompetenzerwerb außerhalb etablierter Lernstrukturen. Modelle für eine künftige Lernkultur? Opladen.

Macera, C. A./Eaker, E. D./Jannarone, R. J./Davis, D. R./Stoskopf, C. H. (1993): Association of Positive and Negative Events with Depressive Symptomatology among Caregivers. *International Journal on Aging and Human Development*. CDC Atlanta USA. 36/1, S. 75-80.

Martin, P. et al. (2000): Aspekte der Entwicklung im mittleren und höheren Lebensalter. Ergebnisse der Interdisziplinären Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE), Darmstadt.

Michell-Auli, P. (2008): Eine neue Form der wohnortbezogenen Beratung und Versorgung: Pflegeberatung und Pflegestützpunkte. In: *Pro Alter* 2/20087 KDA, S. 50-56.

Midlarsky, E./Kahana, E. (1994): *Altruism in later Life*. Thousand Oaks.

Mnich, E./Lüdecke, D./Döhner, H. (2005). Unterstützung und Entlastung für pflegende Angehörige - Ergebnisse aus dem europäischen Projekt EUROFAMCARE. 2. Fachtagung Pflegebegleiter in Freiburg. 2.12.2005 (unveröffentlichtes Manuskript).

Mörchen/Bubolz-Lutz (2006): „Lernprojektierung“ – Weiterentwicklung von Bürgerkompetenz in institutionell gestützten Lehr-/Lernkontexten. In: Voegen, H. (Hrsg.): *Brückenschläge. Neue Partnerschaften zwischen institutioneller Erwachsenenbildung und bürgerschaftlichem Engagement*, Bielefeld, S. 207-263

Niederfranke, A./Greve, W. (1996): Bedrohung durch Gewalt im Alter: Argumente für eine sozialwissenschaftliche Perspektive. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 29: 169-175.

Notz, G. (2002): Die soziale Engagementbereitschaft ist auch für Ältere eine Domäne der Frauen. In: ISIS (Hg.): *Grundsatzthemen der Freiwilligenarbeit. Theorie und Praxis des sozialen Engagements und seine Bedeutung für ältere Menschen*. Stuttgart u. a.: 121-141.

Olk, Th. (2002): Eine Bürgergesellschaft geht alle an. In: *Neue Caritas*, Jg. 103, Heft 21, S. 9-10

Pankoke, E. (2002): Ehren-Amt und Bürger-Kompetenz: Freies Engagement als soziales Kapital. In: *Theorie und Praxis der sozialen Arbeit*. 3, S. 214-221.

Peters, C./Güntert, S.T./Wehner, T. (2008): Mehr Multidisziplinarität in der Freiwilligenforschung: Beiträge der Arbeits- und Organisationspsychologie. In: *Bundesnetzwerk Bürgerengagement (Hrsg.): Engagement und Erwerbsarbeit. Dokumentation der Fachtagung am 8. und 9. November 2007 in Berlin*, S. 92-101.

Pinquart, M./Sörensen, S. (2005): Belastungen pflegender Angehöriger. Einflussfaktoren und Interventionsansätze. In: Otto, U.; Bauer, P. (Hg.): *Mit Netzwerken profession-*

nell arbeiten. Band 1: Soziale Netzwerke in Lebenslauf- und Lebenslagenperspektive, Göttingen, S. 617-637.

Pöhlmann, K./Hofer, J. (1997): Ältere Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf: Instrumentelle Unterstützung durch Hauptpflegepersonen und professionelle Hilfsdienste. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 30, S. 381-388.

Raven, U./Kricheldorf, C. (2003): Unterstützungsleistungen für die Familie bzw. die pflegenden Angehörigen von Demenzkranken. In: Ehrenamtlichkeit und Professionalität bei der Betreuung Demenzkranker. In: BMFSFJ (Hg.): FORUM ALTENHILFE. Sonderheft 3

Rosenblatt, B. v. (2000) (Hg.): Freiwilliges Engagement in Deutschland – Freiwilligen-survey 1999. Ergebnisse der Repräsentativerhebung zu Ehrenamt, Freiwilligenarbeit und bürgerschaftlichem Engagement. Bd. 1: Gesamtbericht: Schriftenreihe des BMFSFJ, Bd. 194.1, Stuttgart.

Rosenblatt, B. v. (2004): Freiwilligen-survey 2004, Stuttgart.

Ryan, R. M./Deci, E.E. (2001): On happiness and human potentials: a Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being. In: Annual Review of Psychology 52, S. 141-166.

Schaeffer, D./Ewers, M. (2001): Ambulantisierung – Konsequenzen für die Pflege. In: GGW 1 (Juli), 1, S. 1-19.

Schubert, H. (2004): Netzwerkmanagement – Planung und Steuerung von Vernetzung zur Erzeugung raumgebundenen Sozialkapitals. In: Müller, B./Löb, S./Zimmermann, K. (Hrsg.): Steuerung und Planung im Wandel. Festschrift für Dietrich Fürst, Wiesbaden, S. 177-200.

Sahm, S. (2007): Die Heilkraft des Zuhörens. Strukturierte Gespräche beugen Depressionen bei Angehörigen Sterbender vor. In: FAZ 14.2.2007, Nr. 38/S. N1/N2.

Schmidt, R. (2002): Soziale Dienste im demographischen Wandel: Zur Integration gesundheitlicher, pflegerischer und sozialer Versorgungsstrukturen. In: Klie, Th./Buhl, A./Entzian, H./Schmidt, R. (Hrsg.): a.a.O., Frankfurt a. M., S. 77-93.

Schmidt, R. (2005): Geteilte Verantwortung: Angehörigenarbeit in der vollstationären Pflege und Begleitung von Menschen mit Demenz. In: Otto, U./Bauer, P. (Hrsg.): Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten. Band 1: Soziale Netzwerke in Lebenslauf- und Lebenslageperspektive. Göttingen: 575-616.

Schneekloth, U./Leven, I. (2003): Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten in Deutschland 2002, www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/hilfe-und-pflegebeduerftige-in-privathaushalten.property=pdf.pdf (21.07.2004).

Schneekloth U./Wahl H. (Hrsg.) (2005): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III), München.

Schneekloth, U. (2006). Entwicklungstrends beim Hilfe- und Pflegebedarf in Privathaushalten – Ergebnisse der Infratest-Repräsentativitätserhebung. In: Schneekloth, U./Wahl, H.W. (Hrsg.), *Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten*. Stuttgart, S. 57-102.

Schütze, Y./Lang, F. R. (1992): Verantwortung für alte Eltern – eine neue Phase im Lebensverlauf. *Familie und Recht* 6, S. 336-341.

Soloman, B. (1976): *Black Empowerment: Social work in oppressed communities*. New York.

Sonntag, S./Fritz, C. (2007): The recovery experience questionnaire: Development and validation of a measure for assessing recuperation and unwinding from work. In: *Journal of Occupational Health Psychology*, 12, S. 204-221.

Statistisches Bundesamt 2005, 2. Bericht der Pflegestatistik.

Steiner-Hummel, I. (1995): Würdigung und Wertschätzung – Gemeinden anerkennen, was Pflegende leisten. In: Hummel K. (Hrsg.): *Bürgerengagement, Seniorengenossenschaften, Bürgerbüros und Gemeinschaftsinitiativen*, Freiburg, S. 226-233.

Steiner-Hummel, I. (1997): Bürgerschaftliches Engagement und die Entwicklung einer lebensweltlichen Pflegekultur. In: Braun U./Schmidt R. (Hrsg.) (1997): *Entwicklung einer lebensweltlichen Pflegekultur*. Regensburg (Transfer), S. 113-132.

Steiner-Hummel, I. (1998): Alltagsmanagement von Pflege in der Sorgearbeit der Familien. In: Schmidt. R./Thiele, A. (Hg.): *Konturen der neuen Pflegelandschaft: Positionen, Widersprüche, Konsequenzen*. Regensburg, S. 23-39.

Steiner, I. (2005): *Bela. Dokumentation zur Fortbildungsreihe Bürgerengagement für Lebensqualität im Alter*. Ministerium für Arbeit und Soziales BW (Hrsg.), Freiburg.

Steinfort, J. (2006): Identitätsfördernde Faktoren im bürgerschaftlichen Engagement in der nachberuflichen Phase. In: *Forum EB*, 1/2006, S. 39-44.

Stempleman, L./Darcy, M./Tracey, T. (2005): *Helping and Coping Attributions: Development of the Attribution of Problem Cause and Solution Scale*, Thousand Oaks, USA.

Szydlik, M. (2000): *Lebenslange Solidarität? Generationenbeziehungen zwischen erwachsenen Kindern und Eltern*, Opladen.

Urlaub, K.-H. (1988): *Krisen, Konflikte und Überforderungsstrukturen in familiären Pflegebeziehungen. Eine sozialpsychologische Studie über Bedingungen und Formen der Bewältigung*. Wuppertal.

Wetzels, P./Greve, W. (1996): Alte Menschen als Opfer innerfamiliärer Gewalt – Ergebnisse einer kriminologischen Dunkelfeldstudie. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 29, S. 191-200.

Willers-Kaul, A. (2002): Gesetz fördert Betreuung Sterbender. Das seit 1. Januar 2002 geltende PfLEG fördert die ambulante ehrenamtliche Hospizarbeit – die professionelle Palliativpflege geht leer aus. In: Häusliche Pflege. Heft 2, S. 21-23.

Wilz, G./Adler C./Gunzelmann, T. (2001): Gruppenarbeit bei pflegenden Angehörigen von Demenzkranken. Ein therapeutischer Leitfaden, Göttingen.

Wydler, H./Kolip, P./Abel, Th. (2002): Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts, Weinheim/München.

Zellhuber, B./Steiner-Hummel, I. (1991): Beratungsstelle für pflegende Angehörige und Gerontopsychiatrie in der Stadt Augsburg. Gesamtbericht des dreijährigen Modellprojektes "Leben und Pflegen", Januar 1988 – Dezember 1990 (KDA), Köln.

Zeman, P. (2002): Häusliches Altenpflegearrangement: Mikropolitik und Vertrauen. In: Klie, Th./Buhl, A./Entzian, H./Schmidt, R. (Hrsg.): a. a. O., S. 153-174.