

# **Evaluationsbericht zum Projekt "Helfen und selber gesund bleiben!"**

Regina H. Mulder und Veronika Anselmann

Mulder, R.H. & Anselmann, V. (2022). Evaluationsbericht zum Projekt "Helfen und selber gesund bleiben!". Universität Regensburg, Lehrstuhl für Pädagogik II.

© Regina H. Mulder & Veronika Anselmann, 2022

Universität Regensburg

Fakultät Humanwissenschaften

Institut für Erziehungswissenschaft

Lehrstuhl Prof. Dr. Regina Mulder

93040 Regensburg

Tel: +49 941 943-3823

regina.mulder@ur.de

<https://www.uni-regensburg.de/humanwissenschaften/paedagogik-2/profil/index.html>

## Zusammenfassung

Ein Großteil der Menschen mit Demenz wird zuhause von Angehörigen gepflegt. Für informell Pflegende ist dies häufig mit psychischen und physischen Belastungen verbunden. Deshalb ist es wichtig, innovative und effektive Angebote zu erstellen, um pflegende Angehörige zu entlasten und zu ihrer Gesunderhaltung beizutragen.

Im Rahmen des vom Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege im Zuge der Bayerischen Demenzstrategie geförderten Projekts „Helfen und selber gesund bleiben!“, welches von Gerrit Idsardi M.A. B.Ed. (zweiter Vorsitzender der Alzheimer Gesellschaft für den Landkreis Kelheim e.V.) entwickelt und geleitet wurde und von der Universität Regensburg (Prof. Dr. Regina H. Mulder (Universität Regensburg) und JProf. Dr. Veronika Anselmann (Pädagogische Hochschule Schwäbisch Gmünd)) wissenschaftlich begleitet wurde, wurden insgesamt drei solcher innovativen Angebote entwickelt und evaluiert.

Das Projekt „Helfen und selber gesund bleiben!“ gliedert sich in mehrere Bausteine: „Helfen und selber gesund bleiben“ (Baustein I), „Hilfe annehmen“ (Baustein II) und „Sich kundig machen“ (Baustein III). Das Angebot aus Baustein I, ein Training zum Umgang mit belastenden Gefühlen („Gefühlswerkstatt“, Angebot 1), will pflegenden Angehörigen Strategien zur Aufrechterhaltung ihrer emotionalen Gesundheit vermitteln. Der zweite Baustein beinhaltet zwei Angebote: das Seminar „Umgang mit Konflikten“ (Angebot 2) und eine Familienmediation „Mediation bei Konflikten im Familienkreis“ (Angebot 3). Ziel des dritten Bausteins ist es eine multimediale Informationsplattform zu schaffen, die es den pflegenden Angehörigen ermöglicht, schnell und unkompliziert auf Informationen und Kontakte in der Region Kelheim und darüber hinaus zugreifen zu können.

**Theoretische und wissenschaftliche Basis:** Die Angebote und die Begleitforschung des Projekts stützen sich auf eine breite Basis an theoretischen Modellen wie dem *Conceptual Model of Alzheimer's Caregiver Stress* nach Pearlin et al. (1990). Das Modell veranschaulicht das Belastungserleben von pflegenden Angehörigen als komplexen Prozess. Stressoren, die aus der Pflegesituation entstehen, können unterschiedlich bewertet werden, was beispielsweise von potenziellen Coping-Strategien und Resilienzfaktoren abhängig ist. Die Stressoren können sich letztendlich auf die Gesunderhaltung der pflegenden Angehörigen auswirken.

**Forschungsfrage der Begleitforschung:** Konnte das Gesamtprojektziel, die Gesunderhaltung der pflegenden Angehörigen, erreicht werden?

**Methode.** Es wurde ein längsschnittliches Design gewählt. Es wurden sowohl Fragebögen als auch Interviews zur Datenerhebung eingesetzt. Die Fragebogenerhebungen wurden als Pretest-Posttest Untersuchungen durchgeführt. An Angebot 1 nahmen insgesamt 16 pflegende Angehörige teil. Von acht Teilnehmenden konnten zu allen Messzeitpunkten Daten erhoben und ausgewertet werden. ( $N=8$ ). Zusätzlich zu den Fragebögen, wurden qualitative Interviews geführt. Bei Angebot 2 ( $N=7$ ) wurden Daten mittels eines Fragebogens erhoben. Bei Angebot 3 ( $N=4$ ) wurden Daten mittels eines Fragebogens vor und nach der Mediation erhoben.

In den Fragebögen wurden das subjektive Stresserleben, der Hintergrund der pflegenden Angehörigen, die psychische und physische Beeinträchtigung der zu Pflegenden, die Eingebundenheit der pflegenden Angehörigen, ihre Bewältigungsstrategien (Coping), Resilienzfaktoren, primäre Stressoren, die Bewertung / Einstellung zur Pflegesituation, Fragen zu irrationalen Einstellungen, Kompetenzeinschätzungen (nur Angebot 2) und der Gesundheitszustand der pflegenden Angehörigen erfragt.

**Analyse.** Insgesamt wurden bei allen drei Angeboten die Daten von 27 Personen analysiert. Neben einem deskriptiven Vergleich der Mittelwerte und einer damit verbundenen Kategorisierung in die Kategorien "Verbesserung", "Verschlechterung" und "keine Veränderung"

wurde das in den Interviews erhobene Datenmaterial mit Hilfe einer qualitative Inhaltsanalyse ausgewertet.

**Ergebnisse.** Die Teilnehmenden gaben an, durch Angebot 1, eine Verbesserung ihres Gesundheitszustands, ihres subjektiven Stresserlebens und ihrer Resilienz wahrnehmen zu können sowie weniger Besorgnis zu empfinden. Insbesondere in Bezug auf ihre Resilienz und ihre Coping-Strategien zeigen die Ergebnisse Hinweise, dass die Teilnehmenden mehr Eigenkontrolle über ihre Situation empfinden und Strategien kennen, die sie in Zukunft anwenden können. Bei Angebot 2 kann angenommen werden, dass die Maßnahme zu einer persönlichen Kompetenzentwicklung der Teilnehmenden beiträgt. Auch hinsichtlich des Copings zeigte sich, dass die Teilnehmenden weniger Bedrohung durch die Pflegesituation empfanden. Bei Angebot 3, gaben die Teilnehmenden an, eine Verbesserung ihres Gesundheitszustandes (physische und psychische Gesundheit) wahrnehmen zu können.

Teilnehmende, die während der jeweiligen Angebote ihre Teilnahme abgebrochen hatten, wurden in Exit-Interviews zu etwaigen Gründen befragt. Insbesondere mangelnde zeitliche Ressourcen sowie weite Anfahrtswege wurden hierbei genannt. Die qualitativen Interviews dienten dazu die gesammelten Erkenntnisse zu vertiefen. Im Hinblick auf Angebot 1, die „Gefühlswerkstatt“, erzählten die Teilnehmenden, dass es ihnen durch die Teilnahme an der „Gefühlswerkstatt“ gelingt, ihr Verhalten in der Pflegesituation zu verändern und die Situation entsprechend neu zu bewerten. Eine Teilnehmerin erklärt: „Nach dem Kurs [Angebot 1, „Gefühlswerkstatt“], war dann, hat sich auch bei mir was verändert, dass bei mir der Druck nicht mehr da war. Und dass ich mir gedacht habe, es ist jetzt ihre Entscheidung, wenn [die zu pflegende Person] jetzt nicht will.“

#### **Verlängerung der Studie 2020-2021.**

In Rücksprache mit dem Ministerium für Gesundheit und Pflege wurde Ende 2019 im Interesse der Nachhaltigkeit des Projektes entschieden, die im Projekt entwickelte Train-the-Trainer Ausbildung der „Gefühlswerkstatt“ durchzuführen sowie eine online Einzelcoaching-Variante der „Gefühlswerkstatt“ zu entwickeln und durchzuführen. Die Train-the-Trainer Ausbildung umfasst sechs Trainingsmodule von jeweils zwei Stunden und einen Praxisteil der „Gefühlswerkstatt“ mit pflegenden Angehörigen. Dabei haben zwölf Angehörige als ‚ProbandInnen‘ teilgenommen. An der „Online-Gefühlswerkstatt“ haben insgesamt elf Angehörige teilgenommen. Die Ergebnisse der Datenanalysen zeigten für die Gesamtgruppe ( $N=23$  Teilnehmende; Präsenzformat ( $N=8$ ), Onlinevariante ( $N=8$ ) und Train-the-Trainer Variante ( $N=7$ )) signifikante Verbesserungen in ihrer Resilienz, ihrem Stresserleben und ihren irrationalen Einstellungen. Durch die genaue Betrachtung der Mittelwerte fällt auf, dass diese Veränderungen auch für die einzelnen Teilgruppen angenommen werden kann. Dies wiederum weist darauf hin, dass die Angebote zur Verbesserung der Gesundheit von *Caregivern* maßgeblich beitragen.

**Implikationen.** Die Ergebnisse zeigen, dass das Projekt erfolgreich und gemäß des Projektplans durchgeführt werden konnte und die innovativen Maßnahmen für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz sinnvoll zur Verbesserung der Gesundheit von *Caregivern* sind.

## Vorwort

Ein Großteil der an Alzheimer oder einer anderen Form der Demenz erkrankten Menschen wird zuhause von Angehörigen (*Caregiver*) gepflegt. Für die *Caregiver* ist dies häufig mit psychischen und physischen Belastungen verbunden. Deshalb ist es wichtig, innovative und effektive Angebote zu erstellen, um *Caregiver* zu entlasten und zu ihrer Gesunderhaltung beizutragen.

Das ist das Ziel des vom Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege im Zuge der Bayerischen Demenzstrategie geförderten Projekts „Helfen und selber gesund bleiben!“. Die Kreissparkasse Kelheim und der Kreisverband der Raiffeisenbanken und Volksbanken - Kreisverband Kelheim unterstützten als zusätzliche Förderer das Projekt mit finanziellen Beiträgen.

Das Projekt „Helfen und selber gesund bleiben!“ wurde von Herrn Gerrit Idsardi M.A. B.Ed. (zweiter Vorsitzender der Alzheimergesellschaft für den Landkreis Kelheim e.V.) entwickelt und geleitet. Es gliedert sich in mehrere Bausteine: „Helfen und selber gesund bleiben“ (Baustein I), „Hilfe annehmen“ (Baustein II) und „Sich kundig machen“ (Baustein III), in deren Rahmen insgesamt drei innovative Angebote entwickelt und evaluiert wurden. Zum einen wurde die ‚Gefühlswerkstatt‘ (von Herrn Gerrit Idsardi) entwickelt und durchgeführt. Sie gibt den *Caregiver* eine Methode an die Hand, mit der sie langfristig mit ihren belastenden Emotionen in der Pflegesituation umgehen können. Das zweite Angebot (von Frau Britt Kirstein) gibt *Caregivern* Werkzeuge an die Hand, mit denen sie langfristig mit Konflikten in der Pflegesituation umgehen können. Das dritte Angebot (von Frau Stephanie Sedlmayer-Weßling) unterstützt Familien durch eine Familienmediation, Konflikte rund um die Pflegesituation zu lösen. Zusätzlich implementierte die vhs-Weiterbildungsakademie Kelheim e.V. als Partner des Projekts eine telefonische Koordinations- und Anlaufstelle, über die sich *Caregiver* zu den Angeboten informieren und beraten lassen konnten.

Ende 2019 wurde in Rücksprache mit dem Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege das Projekt um zwei weitere Jahre verlängert. Dies geschah mit einer Erweiterung von Angebot 1 „Gefühlswerkstatt“ um zwei weiteren konkreten Angebote, eine Online-Variante und einem Train-the-Trainer Programm, welche beide in diesem Zeitfenster (2020-2021) durchgeführt wurden.

Das Projekt wurde in der Gesamtperiode von Frau Prof. Dr. Regina H. Mulder (Universität Regensburg) und JProf. Dr. Veronika Anselmann (die während des laufenden Projekts an die Pädagogische Hochschule Schwäbisch Gmünd wechselte) wissenschaftlich begleitet. Sie führten ebenfalls die Evaluation durch, deren Ergebnisse in diesem Bericht präsentiert werden.

Im Rahmen des Projekts haben wir mit vielen Personen und Akteuren zusammengearbeitet, bei denen wir uns sehr gerne bedanken möchten. Unser Dank gilt neben den Förderern, den Vorstandsmitgliedern der Alzheimer Gesellschaft für den Landkreis Kelheim e.V., sowie allen ProjektpartnerInnen, und darüber hinaus unseren studentischen und wissenschaftlichen Hilfskräften, die uns in den verschiedenen Phasen des Projekts unterstützten: Verena Engelmann, Pia Kerl, Theresa Freund, Jana Müller und Michael Abler. Unser Dank geht vor allem aber an jenen Personen, die an den Maßnahmen teilnahmen, die Fragebögen ausfüllten und an den Interviews teilgenommen haben.

Regensburg, Juni 2022

Prof. Dr. Regina H. Mulder & JProf. Dr. Veronika Anselmann



## **Inhalt**

Zusammenfassung .....	i
Vorwort .....	iii
1 Einleitung .....	1
2 Das Projekt „Helfen und selber gesund bleiben!“ .....	3
2.1 Ziele des Projekts .....	3
2.2 Struktur des Projekts .....	3
2.3 Organisation des Projekts .....	4
2.4 Drei Angebote für Angehörigen .....	5
2.5 Verlängerung des Projektes 2020 – 2021 .....	5
3 (Theoretischer) Rahmen für die Begleitforschung .....	7
3.1 Begriffsklärung .....	7
3.2 Belastungsfaktoren und subjektives Belastungsempfinden von Caregivern .....	7
3.3 Auswahl und Definitionen von Zielen und Kernkonstrukten .....	7
3.3.1 Kontextfaktoren .....	8
3.3.2 Individuelle Hintergrundfaktoren .....	8
3.3.3 Merkmale / Eigenschaften der Angehörigen .....	8
4 Die Begleitforschung .....	13
4.1 Zeile und Design der Studie .....	13
4.2 Durchführung der Angebote .....	13
4.3 Datenerhebung .....	14
4.4 Analysen der Daten .....	17
5 Ergebnisse .....	19
5.1 Evaluation der Angebote .....	19
5.2 Informationsplattform .....	30
5.3 Evaluation der Projektverlängerung .....	31
6 Diskussion .....	37
6.1 Projektziele .....	37
6.2 Teilziele der Angebote .....	37
6.2.1 Entlastung / Gesunderhaltung .....	37
6.2.2 Gestaltung der Maßnahmen / Organisation .....	37
6.3 Limitationen und Implikationen für zukünftige Untersuchungen .....	38
6.4 Implikationen für die Durchführung zukünftiger Angebote .....	39
6.5 Fazit und Ausblick .....	40
Literaturverzeichnis .....	43





## 1 Einleitung

Die Pflegestatistik 2020 des statischen Bundesamts zeigt, dass vier von fünf PflegeempfängerInnen zu Hause durch pflegende Angehörige versorgt werden. Die Angehörigen übernehmen diese Aufgabe meistens mit wenig oder gar keinem Wissen zu den Gesundheitsproblemen der zu Pflegenden (Gonzalez et al., 2014). Die Schwierigkeit der Pflege von Menschen mit Demenz ist sehr fordernd, da die Komplexität der Krankheit mit fortschreitendem Verlauf steigt (Cox, 2013). Für die pflegenden Angehörigen führt dies mitunter zu psychischen und physischen Belastungen, die sich individuell stark unterscheiden können (Winkler et al., 2006). Insbesondere kommt es häufig zu einem Auftreten von Depressionen und Angststörungen (Sansoni et al., 2004).

Es zeigte sich in einer Untersuchung, dass ein stationärer Krankenhausaufenthalt für demenziell erkrankte PatientInnen häufig zu Komplikationen und einer Verschlechterung der kognitiven Kompetenzen führt, während die Pflege durch Angehörige zur Stabilisierung der PatientInnen beitragen kann (Sottong et al., 2018). Für Menschen mit Demenz kann die häusliche Pflege durch Angehörige Chancen bieten und Vorteile haben.

„Helfen und selber gesund bleiben!“ ist ein Projekt mit einer Gesamtlaufzeit von zwei Jahren und mit dem Ziel, innovative Selbsthilfekonzepte für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz zu entwickeln, durchzuführen und auf deren Wirksamkeit zu überprüfen. Die Angehörigen der Erkrankten kümmern sich häufig um die Pflege der Betroffenen. Pearlin et al. (1990) definieren informelle Pflegepersonen bzw. pflegende Angehörige als Personengruppen, die in Aktivitäten und Erfahrungen involviert sind und Verwandte oder Freunde unterstützen, die der vollumfänglichen Selbstpflege- und Versorgung nicht fähig sind. Diese Personengruppen zeichnen sich dadurch aus, dass sie einen Menschen mit Pflegebedarf ohne finanzielle Vergütung unterstützen (Lamura et al., 2006).

Gefördert wird dieses Projekt vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, im Rahmen der Bayerischen Demenzstrategie. Das Projekt möchte das Unterstützungsangebot für pflegende Angehörige ausbauen. Ziel des Projektes ist es, pflegende Angehörige zu entlasten und zu ihrer Gesunderhaltung beizutragen.

Das Projekt besteht aus drei Bausteinen. Ziel des ersten Bausteins (Helfen und selber gesund bleiben) ist es, pflegenden Angehörigen Handlungsstrategien zu vermitteln, mithilfe derer sie langfristig emotional gesund bleiben können. Ziel des zweiten Bausteins (Hilfe annehmen) ist es, Strategien zum konstruktiven Umgang mit Konflikten kennenzulernen. Dazu sollen insgesamt drei innovative Konzepte entwickelt werden. Angebot 1 (in Baustein I), die „Gefühlswerkstatt“, ist als Training zum Umgang mit belastenden Gefühlen konzipiert. Angebot 2 ist ein Seminar zum Umgang mit familiären Konflikten. Das Angebot 3, ebenso wie Angebot 2 in Baustein II, ist eine Familienmediation. Ziel des dritten Bausteins (Sich kundig machen) ist der Aufbau einer Informationsplattform.

Ende 2019 wurde in Rücksprache mit dem Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege das Projekt um zwei weitere Jahre verlängert. Dies geschah mit einer Erweiterung von Angebot 1 „Gefühlswerkstatt“ um zwei weiteren konkreten Angebote, eine Online-Variante und einem Train-the-Trainer Programm, welche beide in diesem Zeitfenster (2020-2021) durchgeführt wurden.

Das Gesamtprojektziel ist die Gesunderhaltung der pflegenden Angehörigen. Die Begleitforschung evaluiert und überprüft die Angebote in Bezug auf ihre Zielerreichung.



## 2 Das Projekt „Helfen und selber gesund bleiben!“

Im Folgenden sollen die Zielsetzung sowie der Aufbau des Projekts dargestellt werden.

### 2.1 Ziele des Projekts

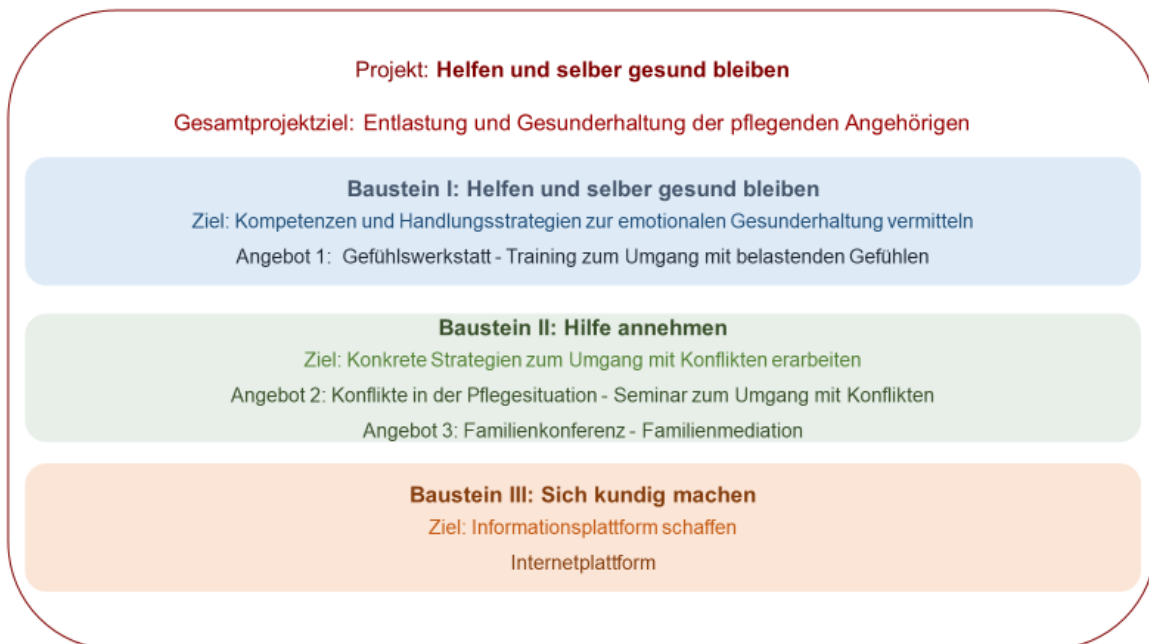
Das Projekt hat sich zum Ziel gesetzt, die Gesunderhaltung pflegender Angehöriger zu unterstützen. Dies soll durch die Reflexion der eigenen Situation und das Erarbeiten individueller Strategien im Umgang mit der Pflegesituation erreicht werden. Dadurch soll sich auch die Situation der von Demenz betroffenen Personen verbessern, da ihre Angehörigen Kraft für den Pflegealltag schöpfen und so die Betroffenen länger bei ihren Verwandten und in vertrauter Umgebung bleiben können.

Das Projekt soll zu einer Erweiterung des Unterstützungsangebotes für Angehörige von Menschen mit Demenz beitragen. Diese sollen dazu innovative sowie wissenschaftlich fundiert gestaltete und begleitete Gruppen- und Individualangebote erhalten.

Die aus dem Projekt gewonnenen Erkenntnisse (wie z.B. Leitfaden und Anleitungen) sollen kostenlos veröffentlicht werden. Es wird angestrebt, die Angebote sowie die Informationsplattform nach Ende des Projekts fortzusetzen.

### 2.2 Struktur des Projekts

Das Projekt „Helfen und selber gesund bleiben!“ gliedert sich in mehrere Bausteine (siehe *Abbildung 1*): „Helfen und selber gesund bleiben“ (Baustein I), „Hilfe annehmen“ (Baustein II) und „Sich kundig machen“ (Baustein III). Die weiteren Bausteine sind die wissenschaftliche Evaluation (Baustein IV) und die Übertragbarkeit (Baustein V), welche die Definition messbarer Qualitätskriterien sowie die Entwicklung von Leitfäden und weiterführenden Konzepten beinhalten. Der vorliegende Bericht bezieht sich auf die Evaluation der ersten drei Bausteine. Diese Bausteine werden im Folgenden mit ihren Fragestellungen, Zielen und Angeboten vorgestellt.



**Abbildung 1:** Überblick über das Projekt „Helfen und selber gesund bleiben!“.

*Baustein I: Helfen und selber gesund bleiben*

Ziel des ersten Bausteins ist es, pflegenden Angehörigen Strategien zu vermitteln, mithilfe derer sie langfristig emotional gesund bleiben können. Der Baustein beinhaltet ein Training zum Umgang mit belastenden Gefühlen, die „Gefühlswerkstatt“ (Angebot 1).

*Baustein II: Hilfe annehmen*

Ziel des zweiten Bausteins ist es, pflegende Angehörige zu befähigen, Konfliktsituationen konstruktiv zu begegnen. Diese Konfliktsituationen können sich auf die Familie oder andere Situationen, die in Bezug zur Pflege des Menschen mit Demenz stehen, beziehen. Der Baustein beinhaltet zwei Angebote: Das Seminar „Umgang mit Konflikten“ (Angebot 2) und eine Familienmediation (Mediation bei Konflikten im Familienkreis) (Angebot 3).

*Baustein III: Sich kundig machen*

Ziel des dritten Bausteins ist es, neben den anderen Angeboten zusätzlich eine Informationsplattform zu schaffen, die es den pflegenden Angehörigen ermöglicht, schnell und unkompliziert auf Informationen und Kontakte in der Region oder darüber hinaus zugreifen zu können. Durch den Einsatz neuer Medien (Internetforen, E-Mails, Online-Learning-Plattformen usw.) sollen die Angehörigen ihr Wissen erweitern können. Ferner besteht so unabhängig von Gruppenterminen die Möglichkeit des Austauschs untereinander. So können die teilnehmenden Angehörigen ihre Erfahrungen aus den Projektbausteinen mit anderen Interessierten teilen.

Darüber hinaus sind weitere begleitende Maßnahmen geplant: Informationsveranstaltungen zu speziellen Themen aus den Bausteinen I, II und III, und die Einrichtung einer regionalen telefonischen Koordinations- und Anlaufstelle mit Internetplattform.

**2.3 Organisation des Projekts**

Das vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege geförderte Projekt wurde von Herrn Idsardi initiiert und entwickelt und von der Alzheimer Gesellschaft für den Landkreis Kelheim e.V. als Projektträger beantragt. Sowohl die Initiierung und Projektplanerstellung als auch die Projektleitung wurden von Herrn Gerrit Idsardi M.A., B.Ed. (Soziologe, Systemischer Coach, REVT-coach) durchgeführt. Er hat darüber hinaus das erste Angebot, die „Gefühlswerkstatt“ entwickelt und umgesetzt, ebenso wie alle Angebote in der Zeit der Projektverlängerung.

Für die anderen Teile des Projekts trugen darüber hinaus weitere Projektpartner Sorge: Anita Guttenberger (VHS Kelheim, Dipl. Pädagogin) nahm als Co-Trainerin an der ersten Runde (a) der „Gefühlswerkstatt“ teil und war verantwortlich für die Anlauf- und Koordinationsstelle. Dr. Britt Kirstein (Trainerin, Coach, Konfliktmediatorin) hat Angebot 2 entwickelt und durchgeführt, Stephanie Sedlmayer-Weßling (Dipl. Psychologin / Mediatorin) Angebot 3. Weitere Aktivitäten in Baustein III betrafen die Öffentlichkeitsarbeiten, Werbung, und die telefonische Koordinations- und Anlaufstelle, welche von der vhs-Weiterbildungsakademie Kelheim e.V. betreut wurde. Die Universität Regensburg (Prof. Dr. Regina Mulder und JProf. Dr. Veronika Anselmann) war zuständig für die Begleitforschung sowie die regelmäßige Rückkopplung der Zwischenergebnisse und führte darüber hinaus weiterführende Aktivitäten durch wie z.B. die Präsentation der Evaluationsergebnisse auf dem 3. Süddeutschen Pflegekongress an der Pädagogischen Hochschule Schwäbisch Gmünd. Weitere Präsentationen waren für den 11. Kongress der Deutschen Alzheimer Gesellschaft mit dem Titel „Demenz: Neue Wege wagen?!“ zum Kongresssthema „Angehörige begleiten und unterstützen“ geplant. Der Kongress wurde aufgrund der Corona-Pandemie abgesagt.

## **2.4 Drei Angebote für Angehörigen**

Die im Rahmen des Projekts entwickelten Angebote geben pflegenden Angehörigen die Möglichkeit die eigene Situation zu reflektieren und individuelle Strategien für belastende Pflegesituationen zu entwickeln.

Angebot 1: „Gefühlswerkstatt! -Ein Training für den Umgang mit belastenden Gefühlen in Pflegesituationen für pflegende Angehörige“

Das Ziel dieses Angebotes ist es, den pflegenden Angehörigen zu helfen mit belastenden Gefühlen umzugehen, indem man ihnen durch ein Training Handlungsstrategien vermittelt. Das Modul sieht eine Teilnahme im Umfang von jeweils sechs Trainingseinheiten zu je 180 Minuten vor und damit eine gesamte Trainingszeit von 18 Stunden. Das Angebot sollte zum Juni 2018 mit maximal zwölf Teilnehmenden starten.

Angebot 2: Seminar „Umgang mit Konflikten“

Die Teilnehmenden sollen lernen, in Konfliktsituationen konstruktiv zu handeln, mit familiären Konflikten umzugehen und daraus gemeinsam gute Lösungen zu erarbeiten. Es waren fünf Termine zu je zwei Stunden angedacht. Die Gesamtzahl der Teilnehmenden sollte zwölf Personen betragen. Der ursprünglich geplante Beginn lag im Oktober 2018.

Angebot 3: Familienmediation

Das dritte Angebot zielt darauf ab, familiäre Konflikte durch eine Mediation zu begleiten. Durch Aussprache unter den Familienmitgliedern soll gemeinsam eine praktische Lösung für konkrete Pflegesituationen gefunden werden, bei denen Uneinigkeiten oder Streit entstanden sind. Die Mediation soll nach einem 5-Punkte-Schema durchgeführt werden. Es war angedacht, ab November 2018 mit maximal fünf Familien jeweils fünf Termine durchzuführen.

## **2.5 Verlängerung des Projektes 2020 – 2021**

In Rücksprache mit dem Bayerischen Staatministerium für Gesundheit und Pflege wurde Ende 2019 im Interesse der Nachhaltigkeit des Projektes entschieden, das im Projekt entwickelte Train-the-Trainer Programm der „Gefühlswerkstatt“ auch tatsächlich in die Praxis umzusetzen. Es umfasst sechs Trainingsmodule von jeweils zwei Stunden sowie einen Praxisteil der „Gefühlswerkstatt“ mit pflegenden Angehörigen. Zusätzlich wurde anlässlich der Corona-Pandemie und nach Rücksprache mit dem Ministerium in den Jahren 2020 und 2021 die Erprobung einer online Einzelcoaching-Variante der „Gefühlswerkstatt“ ermöglicht.



### 3 (Theoretischer) Rahmen für die Begleitforschung

#### 3.1 Begriffsklärung

Im Folgenden werden die zentralen Begriffe des Projekts erläutert. *Caregiver* (oder auch „family caregiver“ und „informell Pflegende“) werden definiert als Personen, die Verwandte oder Freunde unterstützen, die der Selbstpflege nicht fähig sind (Pearlin et al., 1990). Lamura et al. (2006) merken an, dass informell Pflegende für diese Tätigkeiten keine finanzielle Entlohnung erhalten. Im vorliegenden Bericht werden pflegenden Angehörigen als *Caregiver* bezeichnet. Menschen mit Demenz, die gepflegt werden müssen, werden als *Carereceiver* bezeichnet.

#### 3.2 Belastungsfaktoren und subjektives Belastungsempfinden von Caregivern

Unterschiedliche Studien zeigen, dass *Caregiver* negative Effekte auf Gesundheit und Wohlbefinden erleiden müssen und häufig deutliche Einschränkungen des Gesundheitszustandes festzustellen sind (vgl. Wilz et al., 1999; Winkler et al., 2006). Zu den häufigsten Auswirkungen zählen psychosomatische Beschwerden, Depressionen und Erschöpfung. Das Stress- und Bewältigungsmodell *Conceptual Model of Alzheimer's caregiver stress* nach Pearlin et al. (1990) illustriert die unterschiedlichen Dimensionen der Belastungsfaktoren, denen *Caregiver* ausgesetzt sind. Das Modell nennt folgende Faktoren: (a) Hintergrund- und Kontextfaktoren, (b) primäre Stressoren, (c), sekundäre Stressoren (d), sekundäre Rollenkonflikte, (e) sekundäre innerpsychische Spannungen und (d) die Outcomes. Des Weiteren nennt das Modell Mediatoren.

Bereits in der Vergangenheit war die Belastung von *Caregivern* ein gut untersuchter Forschungsgegenstand. So wurden in den 1990er Jahren Auswirkungen wie Depressionen, gesundheitliche Konsequenzen und ein höheres Sterberisiko identifiziert (Schulz & Beach, 1995; Schulz et al., 1995). Eine Studie von 2010 zeigt, dass EhepartnerInnen von demenziell Erkrankten ein viermal höheres Risiko haben, eine Depression zu erleiden als die Kontrollgruppe mit nicht-erkrankten EhepartnerInnen (Jolling et al., 2010). Eines der einflussreichsten Messinstrumente zur Erfassung der Belastung von pflegenden Angehörigen ist das *Zarit Burden Interview*, welches psychisch-emotionale, physische und finanzielle Belastungsfaktoren erfragt (Zarit et al., 1980). Die Skala liegt auch in einer Kurzversion vor (O'Rourke & Tuokko, 2003).

Mehrere Untersuchungen zeigen, dass es durch die Pflege von Angehörigen neben den Belastungsfaktoren auch positive Aspekte für die *Caregiver* gibt (e.g. Cohen et al., 2002; Tarlow et al., 2004). So konnten 73% der Befragten bei Cohen et al. (2002) mindestens einen positiven Aspekt identifizieren, wobei die häufigsten Nennungen die Gesellschaft der Erkrankten, das Empfinden von Erfüllung beziehungsweise Belohnung und das Empfinden von Freude waren.

#### 3.3 Auswahl und Definitionen von Zielen und Kernkonstrukten

Die drei Angebote des Projekts stützen sich auf eine breite Basis an theoretischen Modellen und wissenschaftlichen Erkenntnissen. Der Rahmen wird im Folgenden vorgestellt. Das Gesamtmodell teilt sich in mehrere Faktoren auf (siehe *Abbildung 2*). Das Modell bezieht sich auf in die Pflege involvierte *Caregiver*. Deren Belastungserleben stellt einen komplexen Prozess dar. Die Kontextvariablen der Pflegesituation und die des *Caregivers* bilden die Basis für die Belastung des *Caregivers*. Auf ihn können dabei pflegebezogene Stressoren wirken.

Die Stressoren können individuell stark unterschiedlich bewertet werden, was von der Bewertung der Situation, potentiellen Coping-Strategien und Resilienzfaktoren abhängig ist. Die Stressoren können sich letztendlich auf die Gesunderhaltung des *Caregivers* auswirken.

### 3.3.1 Kontextfaktoren

Pearlin et al. (1990) weisen darauf hin, dass das Wohlbefinden des *Caregivers* grundlegend von seinen individuellen Charakteristiken beeinflusst wird. Die *Caregiver* betreten den Prozess mit einer Reihe von Kontextvariablen, die auf sie wirken. Dabei sind vor allem Faktoren wie das Alter, das Geschlecht, die Wohnsituation, die Pflegeerfahrung, das Verhältnis zum Angehörigen und die Berufstätigkeit für den *Caregiver* relevant. Diese Faktoren können dabei über den ganzen Stressprozess hinweg auf den *Caregiver* einwirken. Besonders hervorzuheben sind dabei die Zusammenhänge zwischen den ökonomischen Komponenten des *Caregivers* und den anderen Komponenten des Stress-Prozesses.

### 3.3.2 Individuelle Hintergrundfaktoren

*Beeinträchtigungen Carereceiver.* – Die Beeinträchtigungen des zu pflegenden Angehörigen sind zentrale Voraussetzungen für den Belastungsprozess. Die Forschung nennt drei Aspekte der Beeinträchtigungen von *Carereceivern*, die mit der Belastung der *Caregiver* in Verbindung gesetzt werden: Die physische Beeinträchtigung, die kognitive Beeinträchtigung und die Verhaltensprobleme (Schulz et al., 1990).

*Eingebundenheit des Caregivers.* – Pinquart und Sörensen (2003) nennen drei Faktoren der Eingebundenheit des *Caregivers*: der Pflegeaufwand, die Pflegedauer und die verfügbare bzw. genutzte Unterstützung. Während einige Studien zeigen, dass mit steigendem Pflegeaufwand auch die Wahrscheinlichkeit für Depressionen bei *Caregivern* steigt (Yates et al., 1999), zeigen andere Studien keine Zusammenhänge (Dura et al., 1990).

### 3.3.3 Merkmale / Eigenschaften der Angehörigen

Merkmale und Eigenschaften der *Caregiver*, die während der Versorgung eine Rolle spielen.

## Stressoren

Die Stressoren stellen den Mittelpunkt des Modells dar. Stressoren sind die Anforderungen, die beim *Caregiver* zu Belastungen führen. Pearlin et al. (1990) definieren Stressoren als die Bedingungen, Erfahrungen und Aktivitäten, die eine Person ausbremsen, ermüden und für diese allgemein problematisch sind. Auf den *Caregiver* können zahlreiche unterschiedliche pflegebezogene Stressoren wirken. Es wird grundlegend zwischen zwei Arten von Stressoren unterschieden, die miteinander interkorrelieren: Den primären und den sekundären Stressoren (siehe *Abbildung 2*). Die primären Stressoren können als treibend für den Stressprozess beschrieben werden, während die sekundären Stressoren, ausgelöst durch die primären Stressoren, im weiteren Verlauf auftreten (Pearlin et al., 1990). Dies wird klarer, wenn man sich die Stressoren genauer anschaut. Die Anforderungen der Pflegesituation stellen die primären Stressoren dar. Dies sind erstens die Gegebenheiten auf der Seite der *Carereceivers* (kognitiver Status und Verhaltensprobleme). Zweitens gehören die Umstände der Pflegesituation den primären Stressoren an (Dauer der Pflege, Zeit und Aufgaben). Die sekundären Stressoren wiederum beinhalten Probleme, die sich aus den primären Stressoren konstituieren (Rollenkonflikte und soziale Isolation). Der Folgende Abschnitt soll genauer auf die einzelnen Stressoren eingehen.

*Primäre Stressoren.* – Pearlin et al. (1990) beschreiben den kognitiven Status als Indikator eines primären Stressors. Der Gedächtnisverlust, die Schwierigkeiten beim Erkennen von



Personen und die kommunikativen Defizite – also der kognitive Status – des *Carereceivers* bestimmen den Umfang und die Schwierigkeit der Pflegeaktivitäten sowie die Fähigkeiten des *Caregivers*, die Beziehung mit dem Erkrankten fortzuführen. Verhaltensprobleme (und somit die Kontrolle, Arbeit und Beaufsichtigung, die der *Caregiver* dafür aufbringen muss) stellen einen weiteren Indikator für einen primären Stressor dar. So muss der *Caregiver* aufmerksam sein, dass der *Carereceiver* weder sich selbst noch andere Personen verletzt. Diese Aufmerksamkeit bedarf von Seiten des *Caregivers* ein ständiges Erinnern an den Umstand, wie sich der Erkrankte verändert hat (Pearlin et al., 1990).

*Sekundäre Stressoren.* – Die oben beschriebenen primären Stressoren können zu den sekundären Stressoren führen (Pearlin et al., 1990). So kann die Pflegesituation zu Konflikten in der Familie des Angehörigen führen, indem sie alte Probleme der Familie wiederaufkommen oder neue entstehen lässt. An dieser Stelle sind vor allem Konflikte zwischen dem *Caregiver* und anderen Angehörigen in Bezug auf die Beeinträchtigung des *Carereceivers* zu nennen: die Angehörigen bewerten den Schweregrad und die Ernsthaftigkeit der Einschränkungen sowie die Strategien damit umzugehen stark unterschiedlich. Weiteres Konfliktpotential (auch zwischen dem *Caregiver* und anderen Angehörigen) bieten Unstimmigkeiten über die Qualität und Menge der Aufmerksamkeit, die dem *Carereceiver* von anderen Angehörigen entgegengebracht wird. Ein dritter potenzieller Streitpunkt ist der Grad an Aufmerksamkeit und Wertschätzung, die dem *Caregiver* für die Pflege entgegengebracht wird. Als weiterer sekundärer Stressor ist die soziale Isolation des *Caregivers* zu nennen. Häufig ist zu beobachten, dass *Caregiver* ihr Sozialleben und ihre Freizeit hintenanstellen, wenn die Verpflichtungen der Pflege steigen. So kann es dazu kommen, dass sich *Caregiver* in sozialen Aktivitäten nicht mehr engagieren und diese langfristig gesehen komplett verpassen (Pearlin et al., 1990).

Wie bereits erwähnt, interagieren die aufgezählten Stressoren miteinander. Ein dem Prozess zugrundeliegendes Muster ist, dass einzelne Stressoren zu wiederum anderen Stressoren führen können. Die Belastung eines *Caregivers* entsteht durch die Art und Weise, wie er sein Leben mit den Verpflichtungen der Pflege organisiert (Pearlin et al., 1990). Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass ein dynamisches Zusammenspiel zwischen den Stressoren herrscht, in dem auch relevant ist, wie der *Caregiver* mit der Belastung umgeht und wie er sie bewertet. Dies ist insbesondere dann relevant, wenn man sich die Frage stellt, wie man zur Gesunderhaltung der *Caregiver* beitragen kann.

### **Resilienzfaktoren und Bewältigungsstrategien**

Nicht alle Menschen erfahren dieselben Belastungen durch die Pflege eines dementen Angehörigen. In der Forschung zum Stresserleben von *Caregivern* zeigt sich immer wieder, dass Menschen, die denselben oder ähnlichen Stressoren ausgesetzt sind, häufig unterschiedlich von diesen beeinflusst werden. Es liegt die Vermutung nahe, dass Resilienz (psychische Widerstandskraft) eine Rolle dabei spielt, wie stark die Belastungen sind, die einzelne Personen durch die Pflege eines Angehörigen erfahren (Kunzler et al., 2018). Die Forschung zum Belastungserleben von *Caregivern* nennt mehrere Resilienzfaktoren (für eine Übersicht vgl. Kunzler et al., 2018). Diese Resilienzfaktoren lassen sich grundsätzlich drei Kategorien zuordnen: der Angehörigen-Ebene, der Angehörigen-Patient-Beziehung und der Angehörigen-Umwelt-Interaktion (Kunzler et al., 2018). Die Angehörigen-Ebene beinhaltet Faktoren wie beispielsweise Optimismus und Selbstwertgefühl (Chappell & Reid, 2002; Kunzler et al., 2018). Der relevanteste Faktor ist jedoch die Selbstwirksamkeitserwartung (Crellin et al., 2014; Orgeta & Leung, 2015). Auf der Ebene der Angehörigen-Patient-

Beziehung spielt die Beziehungsqualität als Resilienzfaktor eine wichtige Rolle (Kunzler et al., 2018). Auf der dritten Ebene (Angehöriger-Umwelt) ist besonders die soziale Unterstützung zentral (Kunzler et al., 2018).

Des Weiteren wird Coping als ein Mediator im Belastungsprozess von *Caregivern* beschrieben (Pearlin et al., 1990). In Anlehnung an Pearlin et al. (1990) beschreibt Coping die Verhaltensweisen und Bewältigungsstrategien eines Individuums im eigenen Namen. Es wird zwischen drei unterschiedlichen Möglichkeiten des Copings unterschieden:

- Management der zum Stress führenden Situation
- Management der Bedeutung der Situation, damit die Belastung reduziert wird
- Management der aus der Situation resultierenden Symptome des Stresses (Pearlin et al., 1990)

### **Bewertung/Appraisal/Einstellung**

Wie der *Caregiver* seine Situation beziehungsweise bestimmte Situationen bewertet, spielt eine wichtige Rolle für seine Belastung durch die Pflege eines Angehörigen. Die Bewertung gliedert sich in folgende drei Aspekte: Wahrgenommene Kontrolle/Adäquatheit, wahrgenommene Beziehung und Zuversicht.

### **Entlastung/Gesunderhaltung**

Der oben beschriebene Prozess kann zahlreiche Auswirkungen auf die Gesundheit des *Caregivers* haben. Diese gliedert sich in insgesamt drei Teilbereiche: die physische Gesundheit, die psychische Gesundheit und die emotionale Gesundheit (*well-being*). Bereits Pearlin et al. (1990) identifizierten als Outcomes des Stress-Prozesses von pflegenden Angehörigen die emotionale Gesundheit (*well-being*), die psychische Gesundheit und die physische Gesundheit. Das Zarit Burden Interview (Zarit et al., 1980) als einflussreiche Skala zur Erhebung der Belastungsfaktoren von *Caregivern* unterschied bereits zwischen psychischen, physischen und finanziellen Belastungen. Weitere Fragebögen nehmen ebenso eine Unterscheidung zwischen der psychischen und physischen Belastung bei *Caregivern* vor.

Als physische Auswirkungen der Pflege werden unter anderem Schulter- und Gelenkschmerzen, Rückenschmerzen, allgemeine Erschöpfung und Schlafstörungen genannt (Poll & Gauggel, 2009). Es ist zu beachten, dass zwischen den unterschiedlichen Belastungstypen Zusammenhänge bestehen. So ist beispielweise denkbar, dass emotionale Einschränkungen zu Beginn auftreten und diese sich dann negativ auf das physische Wohlergehen auswirken. Betrachtet man die Studien zu den psychischen, körperlichen und emotionalen gesundheitlichen Belastungen, zeigt sich ein breites Feld unterschiedlicher gesundheitsbeeinträchtigender Faktoren. Poll und Gauggel (2009) folgern, dass die Bedürfnisse der *Caregiver* dementsprechend heterogen sind. Des Weiteren muss beachtet werden, dass sich die Belastungen bei den *Caregivern* stark unterscheiden, vor allem in Anbetracht der Kontextfaktoren, des Schweregrads der Stressoren und dem individuellen Umgang mit diesen Stressoren. Insgesamt lassen sich die Bedürfnisse der *Caregiver* in vier übergeordnete Bereiche gliedern: die vom *Caregiver* benötigten Informationen über die Krankheit, Unterstützung beim Umgang mit bestimmten Symptomen, sozialer Kontakt sowie medizinische Vorsorge (McWalter, zitiert nach Poll & Gauggel, 2009).

Zur effektiven Reduzierung von Belastungsfaktoren und eines verbesserten subjektiven Belastungsempfindens ist die partnerschaftliche Zusammenarbeit mit professionellen

Anbietern und Organisationen im Bereich der Pflege und Betreuung unerlässlich. Diese Angebote müssen sowohl den Bedürfnissen der betroffenen Menschen als auch der pflegenden Angehörigen angepasst sein. Dazu muss in erster Linie Zugang geschaffen werden, so dass informell Pflegenden ausreichend über Angebote und Hilfsmöglichkeiten informiert sind und die Bereitschaft entwickeln diese auch anzunehmen. Die Forschung zeigt, dass insbesondere Selbsthilfegruppen effektive Hilfestellung für informell Pflegenden leisten können. Es zeigen sich positive Effekte auf psychologisches Wohlbefinden, sowie die Reduzierung von Depressionen oder von sozialen Folgen (Chien et al., 2011).

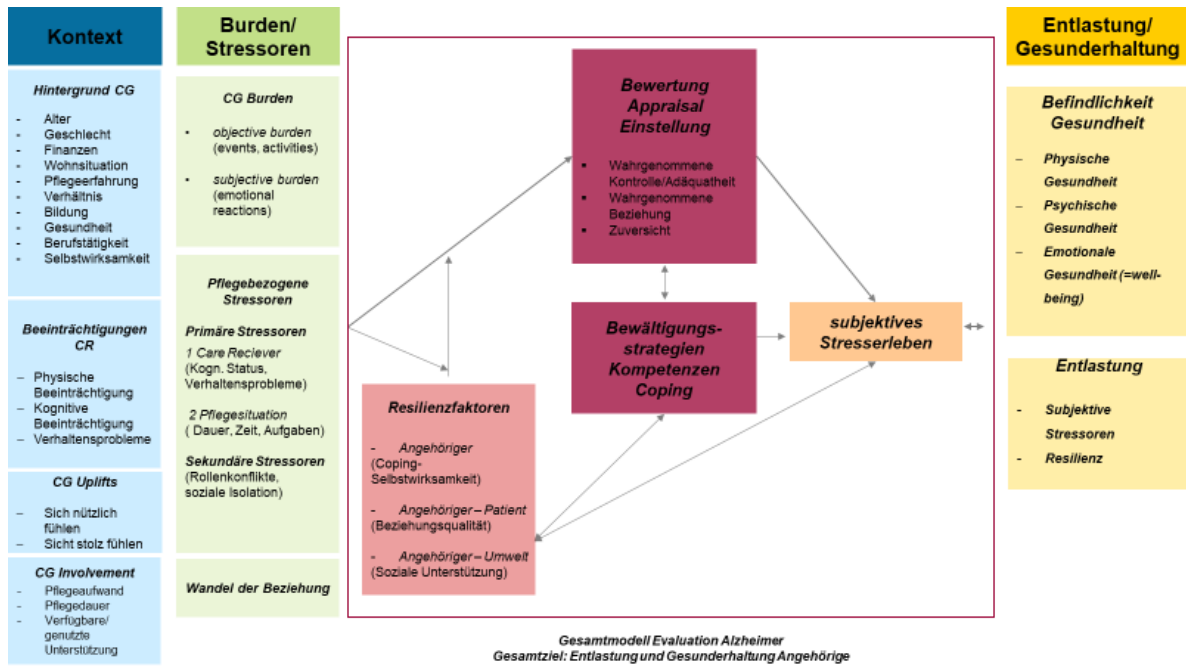


Abbildung 2: Überblick der Kernkonstrukte



## 4 Die Begleitforschung

### 4.1 Zeile und Design der Studie

Ziel der Evaluation ist es, festzustellen, ob und in welchem Umfang die Projektziele erreicht werden konnten. Die zu beantwortende Forschungsfrage der Evaluation ist: Konnte das Gesamtprojektziel, die Gesunderhaltung der pflegenden Angehörigen, erreicht werden? Um diese Fragestellung zu beantworten, wurde ein Evaluationsstudie entwickelt. Alle im Projekt entwickelten und durchgeführten Angebote wurden in Bezug auf die Gesamtfragestellung evaluiert. Die Evaluation folgte einem Mixed-Methods Ansatz. In den Studien wurden sowohl Interviews durchgeführt als auch Fragebogenuntersuchungen mit Pre- und Posttest durchgeführt. Weiterhin wurden Daten in Bezug auf die anderen Komponenten des Projektes gesammelt (insbesondere für Baustein III).

Auf Projektebene wurde in verschiedenen Projektmeetings Diskussionen statt aufgrund von Zwischenergebnissen bezüglich der Effekte der drei Angebote. Hierbei wurden die Zwischenergebnisse im Sinne einer formativen Evaluation während des fortlaufenden Projekts berücksichtigt und zur Weiterentwicklung einbezogen. Mit Hilfe des summativen Evaluationssteils wurde festgestellt, ob die Ziele der Angebote erreicht wurden.

### 4.2 Durchführung der Angebote

#### Angebot 1

Es wurden zwei Durchläufe umgesetzt. Der erste Durchlauf (a) wurde von 14 Personen begonnen und von sechs Personen abgeschlossen. Am zweiten Durchlauf (b) nahmen zwei Personen teil, die diesen auch abschlossen. Es wurden jeweils sechs Termine angeboten. Außerdem wurden den Teilnehmenden individuelle Vorgespräche angeboten.

#### Angebot 2

Sieben Personen nahmen am Angebot teil. Zusätzlich wurde nach Abschluss der Trainingseinheiten ein Individualcoaching angeboten. Dieses Individualcoaching wurde mit einer Person durchgeführt.

#### Angebot 3

Es zeigten sechs Familien Interesse am Angebot. Tatsächlich durchgeführt wurden Mediationen mit zwei Familien (mit insgesamt vier Teilnehmenden).

#### Projektverlängerung

Zwei verschiedene Angebote wurden in dieser Verlängerung durchgeführt: Die Online-Variante der „Gefühlswerkstatt“ sowie das Train-the-Trainer Programm.

Der erste Kooperationspartner für die Train-the-Trainer Ausbildung der „Gefühlswerkstatt“ war die Alzheimer Gesellschaft München e.V. mit vier BeraterInnen. Nach den ersten zwei Praxisterminen in Präsenz mussten aufgrund der Corona-Pandemie alle weiteren Termine online durchgeführt werden. Im Laufe der Jahre 2020 und 2021 nahmen sechs weitere BeraterInnen der Alzheimer Gesellschaften oder von regionalen Fachstellen für Demenz und Pflege online an der Train-the-Trainer Ausbildung der „Gefühlswerkstatt“ teil. In der Online-Variante des Praxisteils wurden die Angehörigen von den Co-TrainerInnen in der ABC-Methode begleitet und dabei vom REVT-Trainer supervidiert.

In diesem Rahmen nahmen zwölf Angehörige an der „Gefühlswerkstatt“ teil.

In der Online-Variante der „Gefühlswerkstatt“ trafen sich TrainerInnen und Angehörige per Zoom. Hierbei gaben die TrainerInnen per ‚Bildschirmfreigabe‘ das ABC-Formular frei und füllten dieses während des Trainings/Coachings aus, damit die teilnehmenden Angehörigen den Prozess nachvollziehen konnten. Ein online Termin dauerte in etwa eine Stunde. Insgesamt nahmen zwölf Angehörigen an dieser „Online-Gefühlswerkstatt“ mit jeweils drei bis vier Terminen teil. 2021 absolvierten zwei BeraterInnen die online Train-the-Trainer Ausbildung, vier weitere BeraterInnen haben Ende Mai damit begonnen.

Aufgrund der Corona-Pandemie wurde in Rücksprache mit dem Ministerium die Möglichkeit geschaffen, die "Gefühls-Werkstatt" 2020 auch als ‚Online-Einzelcoaching‘ durchzuführen. Dieses ‚Online-Training‘ entspricht dem Muster des Präsenz-Trainings, wird jedoch jeweils nur mit Einzelpersonen durchgeführt. Die TrainerInnen stellen dazu mittels ‚Bildschirm freigeben‘ das ABC-Formular als Word-Dokument per Zoom zur Verfügung, damit die Teilnehmenden das Dokument sehen können. Die TrainerInnen bearbeiten dabei ein konkretes Anliegen der Teilnehmenden und füllen das ABC-Formular während des Gesprächs aus. Am Ende des Trainings wird das ABC-Formular als Gesprächsprotokoll den Teilnehmenden per E-Mail zugestellt. Zu dieser Online-Vorgehensweise wurde eine kurze Notiz für die TrainerInnen geschrieben.

In 2020-2021 nahmen elf Teilnehmende jeweils an drei bis vier Online-Terminen teil.

### 4.3 Datenerhebung

Die Daten wurden von den teilnehmenden *Caregivern* der drei Teilangebote erhoben. Es gilt zu beachten, dass die Untersuchungen drei unterschiedlichen Angebote analysiert haben. So wurden Daten von insgesamt 27 Personen ( $N=27$ ) gesammelt. Letztendlich ausgewertet wurden die Daten von 19 Personen (da die restlichen Angaben fehlten).

Bei der Betrachtung des Forschungsdesigns ist jedoch zu beachten, dass verschiedene Teilstudien durchgeführt wurden, die sich auf drei unterschiedliche Teilangebote beziehen. In den folgenden Abschnitten werden die Forschungsdesigns und Datenerhebung der einzelnen Studien genauer vorgestellt.

#### Angebot 1

Zunächst sollten mittels eines Anmeldebogens deskriptive Daten der Teilnehmenden erhoben werden. Zusätzlich war geplant, mithilfe eines Anfangsfragebogens und eines Endfragebogens zu untersuchen, ob sich die Variablen bei den Teilnehmenden verändern. Zudem waren qualitative Zwischeninterviews geplant, die einen tieferen Einblick in die zu untersuchenden Vorgänge geben sollten.

Während der Durchführung des Angebots beendeten mehrere Personen ihre Teilnahme. Daher wurden Exit-Interviews durchgeführt, um die individuellen Gründe für den Abbruch zu identifizieren. Durch die Analyse dieser sollten die Angebote optimiert werden.

Im ersten Durchlauf (a) fanden die Zwischeninterviews wie geplant statt. Im zweiten Durchlauf hingegen wurden die Zwischeninterviews aus zeitlichen Gründen durch eine weitere Fragebogenerhebung ersetzt. Die telefonischen Interviews wurden im ersten Durchlauf zwischen den beiden Fragebogenerhebungen durchgeführt. Der zweite Durchlauf fand nach der zweiten Fragebogenerhebung statt. Insgesamt sind 5 Interviews durchgeführt.

Am Training zum Umgang mit belastenden Gefühlen nahmen beim ersten Durchlauf 14 Personen teil, von denen sechs Personen das Angebot auch abschlossen. Der zweite Durchlauf (b) erfolgte mit zwei Personen.

Zur Evaluation von Angebot 1 wurde ein längsschnittliches Design gewählt. Die Daten wurden einmal zu Beginn und ein weiteres Mal zum Ende des Angebots mittels Fragebogen erhoben.

Folgende Variablen wurden mittels Fragebogen erhoben:

*Kontextvariablen.* - Es wurden unterschiedliche Kontextvariablen gemessen. So wurden die Teilnehmenden gebeten, Angaben zu ihrem Namen, zu ihrem Alter, zum Alter des *Carereceivers*, zu ihrer Wohnsituation, zu ihrer Pflegeerfahrung, zu ihrem Verhältnis zum *Carereceiver*, zu ihrer Berufstätigkeit, zum Pflegezeitraum und zur Teilnahme an etwaigen Hilfsangeboten zu machen. Ferner wurden die Teilnehmenden gebeten, konkrete Momente aus ihrer häuslichen Pflege zu benennen, sowie eine Belastungseinschätzung und eine Gefühlsbenennung abzugeben.

*Beeinträchtigungen Carereceiver.* – Die Beeinträchtigungen des *Carereceivers* wurden mithilfe der *Memory and behavioural checklist* erhoben. Der Fragebogen nennt eine Liste von Problemen, die Menschen mit Demenz häufig haben, worauf die Befragten angeben müssen ob und wie häufig diese in ihrem Fall vorkommen (Teri et al., 1992). Des Weiteren wurden Angaben zur Pflegesituation aus dem Anmeldebogen miteinbezogen.

*Caregiver Involvement.* – Die Eingebundenheit der *Caregiver* wurde in den Interviews erfragt (Beispiel-Items: „Sind sie alleine für die Pflege ihres Angehörigen zuständig?“ und „Haben Sie Unterstützung?“).

*Primäre Stressoren.* - Der *CG Strain Index* wurde verwendet, um die primären Stressoren zu messen. Es wird eine Liste mit Stressoren genannt. Die Teilnehmenden wurden gebeten, anzugeben, ob diese auf ihre Situation zutreffen (Thorton & Travis, 2003).

*Resilienzfaktoren.* - Die Resilienzfaktoren wurden anhand des *RIS (Relational, Instrumental, Self-Soothing) Eldercare Self-Efficacy Scale* Fragebogens untersucht. Das Messinstrument ist in drei Unterkategorien unterteilt. Gottlieb und Rooney (2003) unterteilen die Herausforderungen bei der Pflege von Demenzerkrankten in diese drei Kategorien, in denen die Befragten jeweils äußern können, wie dies ihrer Überzeugung nach einzuschätzen ist. Die erste Kategorie stellt der Glaube an die eigene Fähigkeit dar, Aufgaben im Zusammenhang mit der persönlichen Betreuung der erkrankten Person zu erfüllen (instrumentelle Selbstwirksamkeit). Die zweite Kategorie bezieht sich auf die Überzeugung des Menschen, dass dieser mit der zu pflegenden Person eine kooperative und harmonische Beziehung pflegt (relationale Selbstwirksamkeit). Die dritte Kategorie stellt die Überzeugung dar, dass die pflegende Person trotz der Situation ihr eigenes Wohlbefinden bewahren kann (selbstberuhigende Wirkung).

*Bewertung/Appraisal/Einstellung und Coping.* - Zur Messung der Bewertung wurde eine Situation präsentiert, welche durch die Teilnehmenden eingeschätzt werden sollte. So wurden die Teilnehmenden gefragt, ob eine Situation aufgetreten ist, in welcher der zu pflegende Angehörige wichtige Bezugspersonen (wie bspw. Kinder, Enkel oder Geschwister) nicht mehr erkannte (Delahaye et al., 2015). Die Formulierung lautete: „Um die Pflege für ihren dementen bzw. alzheimererkrankten zu Pflegenden leisten zu können, ist es wichtig, dass er auch Hilfe und Betreuung von anderen Personen annimmt. Seit wenigen Tagen erkennt ihr zu pflegende/r Angehörige/r aber wichtige Bezugspersonen nicht mehr.“ Die Teilnehmenden wurden anschließend gebeten, sich in eine solche Situation hineinzusetzen. Darauf folgten Fragen zum Umgang mit einer solcher Situation und zu Copingstrategien.

*Subjektives Stresserleben.* – Mit dem *STADI* („Das State-Trait-Angst-Depressions-Inventar“) kann das subjektive Stresserleben der *Caregiver* durch Selbstbeurteilung dargestellt werden. Der Fragebogen ermöglicht eine Unterscheidung zwischen zwei Dimensionen des

subjektiven Stresserlebens: Angst (mit den Komponenten Aufgeregtheit und Besorgnis) und Depression (mit den Komponenten Euthymie und Dysthymie). Angst wird dabei unterteilt in die Komponenten Aufgeregtheit (Beispiel-Item: „Meine Nerven sind gespannt.“) und Besorgnis (Beispiel-Item „Ich fürchte mich vor dem, was auf mich zukommt.“). Euthymie beschreibt in diesem Fall eine ausgeglichene Stimmung (Beispiel-Item: „Ich bin gut aufgelegt.“). Dysthymie beschreibt eine länger anhaltende depressive Verstimmung (Beispiel-Item: „Ich bin niedergeschlagen.“).

*Hintergrund Caregiver/ Gesundheitszustand.* - Für das Feststellen des eigenen Gesundheitszustandes der *Caregiver*, wurde die ins Deutsche übersetzte Version des *SF-12* verwendet.

*Merkmale REVT.* – Der Fragebogen Irrationaler Einstellungen (FIE) beinhaltet Fragen zum persönlichen Selbstbild der Befragten und deckt dabei vier verschiedene Komponenten ab: Negative Selbstbewertung, Abhängigkeit, Internalisierung von Misserfolgen und Irritierbarkeit (Klages, 1989).

#### Angebot 2

Für Angebot 2 wurden im Fragebogen folgende Variablen aufgenommen: Beeinträchtigung *Carereceiver*, Primäre Stressoren, Resilienzfaktoren, Bewältigungsstrategien, Subjektives Stresserleben, Fragen zum Gesundheitszustand des *Caregivers*, Kompetenzeinschätzung und Zufriedenheit mit der Maßnahme.

*Kompetenzeinschätzung.* – Der *Resilience Scale for Adults* fragt fünf Dimensionen ab: Persönliche Kompetenz, Sozialkompetenz, familiärer Zusammenhalt, sozialer Zusammenhalt und Persönlichkeitsstruktur (Friborg et al., 2005).

Es war angedacht, mithilfe eines Anfangsfragebogens und eines Endfragebogens (Pretest-Posttest) eine längsschnittliche Untersuchung durchzuführen.

#### Angebot 3

Es war geplant, mithilfe eines Anfangsfragebogens und eines Endfragebogens (Pretest-Posttest) eine Untersuchung im längsschnittlichen Design durchzuführen. Der erste Erhebungszeitpunkt sollte vor der Mediation stattfinden, der zweite Erhebungszeitpunkt nach deren Abschluss.

Die Fragebögen beinhalteten folgende Variablen: Beeinträchtigung *Carereceiver*, Primäre Stressoren, Resilienzfaktoren, Bewältigungsstrategien, Subjektives Stresserleben, Fragen zum Gesundheitszustand des *Caregivers*, und Zufriedenheit mit der Maßnahme.

Das Angebot „Umgang mit Konflikten in der Familie“ wurde von sieben Personen wahrgenommen. Durch die Zusammensetzung der Teilnehmenden musste die Untersuchungsmethode angepasst werden. Eine der beiden teilnehmenden Familien stand nur für eine Sitzung zur Verfügung. Deswegen wurde in diesem Fall der Anfangsfragebogen vor dieser Sitzung und der Endfragebogen nach der Sitzung ausgefüllt. Die Familienmediation wurde schlussendlich von einer Familie ( $N=3$ ) und einer Einzelperson besucht, somit waren es insgesamt vier Personen in zwei unterschiedlichen Mediationsgruppen.

*Zufriedenheit.* – Die Befragten wurden zudem gebeten, ihre Zufriedenheit mit dem Mediator und der Meditation anzugeben. Der Fragebogen beinhaltete Fragen mit einer 7-stufigen Likertskala basierend auf Alberts et al. (2005).



### Projektverlängerung

Alle Teilnehmenden der Angebote wurden gebeten, zu Beginn sowie nach Abschluss der Maßnahme einen Fragebogen auszufüllen. Dieser beinhaltete die gleichen Variablen, wie bei den Teilnehmenden des Präsenz-Angebots 1. Insgesamt gingen von den teilnehmenden Angehörigen zwölf ausgefüllte Fragebögen zu Beginn und sieben zum Ende des Train-the-Trainer Programms ein. Zum Online-Angebot gingen elf ausgefüllte Fragebögen zu Beginn und acht zum Ende ein.

## 4.4 Analysen der Daten

### Angebot 1

#### *Deskriptive Statistik*

Zu Beginn wurden die Mittelwerte und Standardabweichungen der erhobenen Daten bestimmt. So war es möglich, die Werte zu vergleichen und generalisierte Aussagen über die demographischen Daten zu treffen.

#### *Deskriptiver Vergleich von Mittelwerten*

Für den STADI Fragebogen und den Gesundheitsfragebogen wurden Skalenmittelwerte gebildet und miteinander verglichen. Der Vergleich fand anhand einer Normierung der Werte zwischen Anfangs- und Endfragebogen statt. Wenn höhere bzw. niedrigere Ausprägung bei der Zustimmung oder Ablehnung zwischen den einzelnen Messzeitpunkten gegeben wurden, dann konnten die Werte entsprechend eingeordnet werden. Aus dem Vergleich ergab sich eine Kategorisierung in drei Kategorien: „Verbesserung“, „Verschlechterung“ und „Unverändert“. Danach fand ein Vergleich mit den Angaben zur Zufriedenheit mit der Maßnahme, zur subjektiven Einschätzung und zur Wirksamkeit statt.

#### *Qualitative Inhaltsanalyse der Interviews*

Zunächst wurden die 5 Interviews transkribiert. Im Anschluss wurde eine qualitative Inhaltsanalyse auf der Basis des theoretischen Rahmens durchgeführt. Die Inhaltsanalyse wurde durch eine Einordnung in drei Kategorien durchgeführt. Die Aussagen wurden dazu folgenden Kategorien zugeordnet: „Verbesserung“, „Verschlechterung“ und „Unverändert“. Anschließend wurde eine Überprüfung und Vertiefung anhand der Kontrollvariablen durchgeführt. Hierbei galt es zu beachten, dass eine Veränderung der Kontextvariablen die Wirksamkeit verändern konnte. Mithilfe der qualitativen Inhaltsanalysen sollten vor allem Wünsche und Anregungen der Teilnehmenden in Hinblick auf Verbesserungen der Maßnahmen gesammelt werden.

### Angebot 2

#### *Deskriptive Statistik*

Zur Analyse und um eine Vergleichbarkeit zu erreichen, wurden die Mittelwerte und Standardabweichungen der Daten berechnet.

#### *Deskriptiver Vergleich von Mittelwerten*

Es wurden die Skalenmittelwerte der abhängigen Variablen berechnet und miteinander verglichen. Erneut fand der Vergleich anhand einer Normierung der Werte zwischen Anfangs- und Endfragebogen statt. Der Vergleich führte wieder zur Kategorisierung in drei Kategorien: „Verbesserung“, „Verschlechterung“ und „Unverändert“.

#### *Qualitative Inhaltsanalyse der Interviews*

Nach der Transkription der Interviews fand eine Inhaltsanalyse durch eine Einteilung in die Kategorien „Verbesserung“, „Verschlechterung“ und „Unverändert“ statt. Die Stichprobe

wurde anhand der Analysen der Fragebögen ausgewählt. Das Ziel der qualitativen Interviews war es, ein vertieftes Verständnis der bisherigen Erkenntnisse zu erhalten.

### Angebot 3

#### *Deskriptive Statistik*

Die Mittelwerte und Standardabweichungen der Daten wurden berechnet, um eine Vergleichbarkeit zu ermöglichen.

#### *Deskriptiver Vergleich von Mittelwerten*

Die Skalenmittelwerte der abhängigen Variablen wurden im ersten Schritt berechnet und im zweiten Schritt miteinander verglichen. Die Werte zwischen Anfangs- und Endfragebogen wurden normiert und miteinander verglichen. Es erfolgte eine Kategorisierung anhand der Veränderung zwischen beiden Erhebungszeitpunkten: „Verbesserung“, „Verschlechterung“ und „Unverändert“.

### Exit-Interviews

#### *Qualitative Inhaltsanalyse der Interviews*

Die Interviews zu den Abbrüchen des Angebots wurden zunächst transkribiert. Nach der Transkription wurden zentrale Gründe für die Abbrüche herausgearbeitet.

### Projektverlängerung

Die Daten der Projektverlängerung wurden auf die gleiche Weise analysiert wie die übrigen Daten aus Angebot 1, jedoch mit einem besonderen Fokus auf die Veränderungen in der Gesunderhaltung, der Resilienz, dem Stresserleben und den irrationalen Einstellungen.

## 5 Ergebnisse

Forschungsziel war es, festzustellen, ob das Gesamtprojektziel, die Unterstützung der *Caregiver* in ihrer Gesunderhaltung, erreicht werden konnte. In diesem Hinblick wurden die Daten analysiert. Die Ergebnisse der Datenanalyse werden im folgenden Kapitel präsentiert. Dabei werden zunächst die Ergebnisse der drei Angebote im Projekt präsentiert und im Anschluss die Ergebnisse in Bezug auf die Verlängerung des Projektes (Kapitel 5.3).

### 5.1 Evaluation der Angebote

In Tabelle 1 sind die Merkmale der TeilnehmerInnen der Datenerhebungen der drei Angebote gelistet.

**Tabelle 1.** Übersicht über alle Teilnehmenden der Angebote 1-3

	Ange- meldet	Abge- schlos- sen	Alter Care- giver (in Jahren)	Alter Carere- ceiver (in Jahren)	Beziehung zu Carereceiver	Beruf	Wohnsituation
Angebot 1 (a)	14	6	M= 61,31	M = 81,92	4 EhepartnerInnen 7 Elternteile 1 Schwiegerel- ternteil	4 berufstätig 1 arbeitslos 1 in Rente 1 450-Basis	7 Zusammenle- ben mit CR 5 kein Zusam- menleben mit CR (2 fehlen)
Angebot 1 (b)	2	2	M=47	M= 76	2 Elternteile	1 in Rente 1 Teilzeit	2 Zusammenle- ben mit CR
Angebot 2	7	7	M= 54,71	M= 83,33	1 EhepartnerIn 3 Elternteile 1 Schwiegerel- ternteil 1 fehlend	2 berufstätig 3 in Rente 2 arbeitslos	4 Zusammenle- ben mit CR 3 kein Zusam- menleben mit CR
Angebot 3	4	4	M= 51,25	M= 65,75	2 Elternteile 1 Kind 1 Schwiegerel- ternteil	1 in Rente 1 arbeitslos (Hausfrau)	3 Zusammenle- ben mit CR 1 kein Zusam- menleben mit CR

#### Angebot 1

Das Angebot wurde in zwei Durchläufen durchgeführt. Basierend auf den Erfahrungen aus dem ersten Durchlauf wurden beim zweiten Durchlauf Verbesserungen vorgenommen. Insgesamt haben 16 Personen ( $N=16$ ) am Angebot teilgenommen. Beim ersten Durchlauf von Angebot 1 begannen 14 Personen das Angebot. Sechs Personen schlossen das Angebot mit einem Fragebogen ab. Beim zweiten Durchlauf wurden Daten von zwei Teilnehmenden erhoben.

Das Alter der *Caregiver* betrug  $M=61.31$  ( $SD=10.7$ ) Jahre und das Alter der *Carereceiver*  $M=81.92$  ( $SD=8.9$ ) Jahre. Sieben Befragte gaben an, ein Elternteil zu pflegen, vier Personen pflegten ihre EhepartnerInnen, eine Person ihre Schwiegereltern. Unter den Befragten befanden sich sechs RentnerInnen, fünf Berufstätige (davon vier in Teilzeit) und eine Person, die als arbeitssuchend gemeldet war. Insgesamt sieben Befragte gaben an, mit dem *Carereceiver* zusammen zu leben, fünf Befragte gaben an, getrennt von dem *Carereceiver* zu leben und zwei weitere Befragte machten keine Angabe. Des Weiteren war die ABC-Methode lediglich einer Person bekannt. Elf Befragte hatten kein Vorwissen über die Methode (zwei fehlende Angaben).

Folgende abhängige Variablen wurden gemessen: Gesundheitszustand, Subjektives Stresserleben (STADI), Bewertung, Coping, Resilienzfaktoren, Irrationale Einstellungen und primäre Stressoren. In den folgenden Tabellen sind detaillierte Ergebnisse zu den sechs Teilnehmenden des ersten Durchlaufs (a) aufgeführt. *Tabelle 2* bietet einen Überblick über die Veränderungen des allgemeinen Gesundheitszustands zwischen beiden Messzeitpunkten. Der Gesundheitszustand verschlechterte sich bei einer Person, verbesserte sich bei zwei Teilnehmenden und blieb bei weiteren zwei Teilnehmenden unverändert (bei fehlenden Werten für eine Person). Das Energielevel verschlechterte sich insgesamt bei drei Teilnehmenden und verbesserte sich bei einer Person (bei fehlenden Werten für zwei Teilnehmende). Die Schwierigkeiten aufgrund seelischer Probleme verschlechterten und verbesserten sich bei jeweils einer Person und blieben bei zwei weiteren Teilnehmenden unverändert (bei fehlenden Werten für zwei Teilnehmende).

**Tabelle 2.** Veränderung des Allgemeinen Gesundheitszustand des Caregivers (Anfang/Ende)

	Eigener Gesundheitszustand	Voller Energie (in den letzten 4 Wochen)	Schwierigkeiten aufgrund seelischer Probleme (in den letzten 4 Wochen)
Verbesserung	2	1	1
Verschlechterung	1	3	1
Unverändert	2	-	2
Fehlende Werte	1	2	2

Des Weiteren wurde die Veränderung des STADI (Subjektives Stresserleben) betrachtet (*Tabelle 3*). In Bezug auf die Aufgeregtheit verbesserten sich zwei Teilnehmende, während sich zwei weitere Teilnehmende verschlechterten und sich bei einer Person keine Veränderung zeigte (bei fehlenden Werten für eine Person). Das Empfinden von Besorgnis verbesserte sich bei fünf Teilnehmenden und verschlechterte sich bei einer Person. Die Euthymie verbesserte sich bei zwei Teilnehmenden und verschlechterte sich bei drei weiteren Teilnehmenden (bei fehlenden Werten für eine Person). Die Dysthymie verbesserte sich bei zwei Personen und verschlechterte sich bei zwei weiteren Teilnehmende (bei fehlenden Werten für eine Person).

**Tabelle 3.** Veränderung der Werte des STADI (Anfang/Ende)

	Aufgeregtheit	Besorgnis	Euthymie	Dysthymie
Verbesserung	2	5	2	3
Verschlechterung	2	1	3	2
Unverändert	1	-	-	-
Fehlende Werte	1	-	1	1

Ferner wurde betrachtet, inwiefern sich die Resilienz der Teilnehmenden zwischen den beiden Messzeitpunkten verändert hat. Dabei zeigt sich ein gemischtes Bild. *Tabelle 4* bietet eine Übersicht über die Veränderung der einzelnen Items.

**Tabelle 4.** *Veränderung der Resilienz Anfang/Ende*

	Verbesse- rung	Verschlech- terung	Keine Ver- änderung	Fehlende Werte
Ich kann alle Dinge tun, die notwendig sind, um meinen Angehörigen zu pflegen.	1	3	1	1
Wenn ich Pläne in Bezug auf die Pflege mache, dann kann ich diese auch umsetzen.	1	3	1	1
Ich kann unterschiedliche Dinge bedenken, um die Pflege meines Angehörigen zu verbessern oder Problem in der Pflege zu lösen.	2	1	1	2
Es gibt Dinge, die ich machen kann, um mich zu entspannen und beruhigen.	2	1	2	1
Es gibt Dinge, die ich tun kann, um Freude am Leben zu haben.	2	1	2	1
Es gibt Dinge, die ich tun kann, wenn ich mich vor der Zukunft ängstige oder besorgt bin.	3	-	1	2
Es gibt Dinge, die ich tun kann, um genau die von mir gewünschte Hilfe und Unterstützung von anderen Menschen zu bekommen.	2	2	-	2
Es gibt Dinge, die ich tun kann, um die Zeit mit meinem zu pflegenden Angehörigen zu genießen.	3	1	1	1
Es gibt Dinge, die ich tun kann, damit mein zu pflegender Angehöriger in der Pflege kooperiert.	2	2	1	1
Es gibt Dinge, die ich tun kann, um Konflikte mit meinem zu pflegenden Angehörigen zu vermeiden oder zu reduzieren.	3	2	-	1

Im Allgemeinen verbesserte sich der Gesundheitszustand (*Tabelle 5*) bei drei Personen, während er sich bei einer Person verschlechterte und bei einer weiteren Person unverändert blieb (bei einem fehlenden Wert). Ein gemischtes Bild zeigte sich bei dem Ausführen von mittelschweren Tätigkeiten und dem Steigen von mehreren Treppenabsätzen. In beiden Fällen lässt sich keine generalisierbare Aussage treffen.

**Tabelle 5.** *Veränderung des Gesundheitszustandes des Caregivers Anfang/Ende*

	Verbes- serung	Verschlechte- rung	Keine Verände- rung	Fehlende Werte
Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?	3	1	1	1
<i>Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn Ja, wie stark?</i>				
Mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen.	1	2	2	1
Mehrere Treppenabsätze steigen	2	-	2	2

Hinsichtlich der Dimensionen des Copings ergaben sich ebenfalls Veränderungen (*Tabelle 6* bietet eine Übersicht). Die Bedrohung von belastenden Situationen (Beispiel-Item: „Macht mir diese Situation Angst?“) nahm bei vier *Caregivern* ab (bei zwei fehlenden Werten). Die Bedeutsamkeit (Beispiel-Item: „Wird Sie positiven Einfluss auf mich haben?“) verbesserte und verschlechterte sich jeweils zweimal (bei zwei fehlenden Werten). Die Eigenkontrolle (Beispiel-Item: „Habe ich die Fähigkeit, diese Situation zu meistern?“) zeigte drei Verbesserungen und eine Verschlechterung (bei zwei fehlenden Werten). Bei der Kontrolle Anderer (Beispiel-Item: „Gibt es Hilfe für mich, um mit dem Problem umzugehen?“) kam es zu vier Verbesserungen und einer Verschlechterung (bei einem fehlenden Wert). Die Unkontrollierbarkeit (Beispiel-Item: „Kann niemand etwas in dieser Situation tun?“) verbesserte sich fünfmal (keine Verschlechterung und zwei fehlende Werte). Die Kategorie Herausforderung

(Beispiel-Item: „Hat diese Situation langfristige Folgen auf mich?“) verbesserte sich in drei Fällen, während es in zwei Fällen zu einer Verschlechterung kam (bei einem fehlenden Wert).

**Tabelle 6.** *Veränderungen Coping*

	Bedroh- ung	Bedeutsam- keit	Eigene Kontrolle	Kontrolle Anderer	Unkontrollierbar- keit	Herausforde- rung
Verbesserung	4	2	3	4	5	3
Verschlech- terung	-	2	1	1	-	2
Fehlende Werte	2	2	2	1	2	1

*Tabelle 7* zeigt die Veränderungen bei den irrationalen Einstellungen. Hier zeigte sich bei der Selbstbewertung und der Irritierbarkeit ein gemischtes Bild. Die Abhängigkeitskognition verbesserte sich in vier Fällen und verschlechterte sich in einem Fall (bei einem fehlenden Wert). Die Internalisierung der Misserfolge verbesserte sich ebenfalls viermal, wobei es zu einer Verschlechterung kam (bei einem fehlenden Wert).

**Tabelle 7.** *Veränderungen bei den Fragen zu den irrationalen Einstellungen*

	Selbstbewertung	Abhängigkeitskognition	Internalisierung der Misserfolge	Irritierbarkeit
Verbesserung	2	4	4	1
Verschlechterung	3	1	1	2
Fehlende Werte	1	1	1	3

Bei der Bewertung der Situation zeigten sich Unterschiede bei den Teilnehmenden. Die Befragten gaben beim Anfangsfragebogen größtenteils an, dass sie sich der Herausforderung der Situation gestellt haben. So meinte eine Person in einem Interview: „Die Situation so angenommen wie ist [sic], das Beste daraus gemacht“. Eine weitere Person äußerte sich wie folgt: „Noch ist [die zu pflegende Person] im Anfangsstadium. Ich denke immer nur was kommt auf mich zu, und davor habe ich Angst ob ich jede Situation bewerkstelligen (Anm.: zustande bringen) kann“. Der Umgang mit der Situation wurde von einer weiteren Person wie folgt beschrieben: „Im ersten Moment war ich erschrocken, danach versuche ich in einem Gespräch doch ein Erkennen hervorzurufen. Es hat nicht funktioniert. Ich versuche nun, mich damit abzufinden, was nicht immer gelingt; man kennt [die zu pflegende Person] ja ganz anders.“

Im Endfragebogen äußerten sich drei Teilnehmende, dass sie versuchen würden, ruhig mit der Situation umzugehen. Eine Person sagte: „Ich bin ruhig geblieben, habe mit [der zu pflegenden Person] gesprochen. Alles ruhig. Muss dazu sagen, der Ehemann lebt noch, [die zu pflegende Person] ist von Haus aus sehr ruhig [sic].“ Eine weitere Person beschrieb: „Meine Mutter hat mich gute 15 Minuten nicht erkannt, ich bin ganz ruhig und gelassen geblieben.“ Auf der anderen Seite beschrieb eine Person eine starke emotionale Belastung: „[...] unter Tränen weitergemacht, das Beste aus der Situation gemacht.“

Es wurde außerdem erhoben, inwiefern die Teilnehmenden mit der Maßnahme zufrieden waren und ob ein Transfer in den Alltag gelang (siehe *Tabelle 8*). Fünf Teilnehmende gaben an, mit der Maßnahme zufrieden zu sein (bei einem fehlenden Wert). Vier Personen gelang die Anwendung im Alltag, während eine weitere Person angab, die Anwendung würde nicht gelingen (bei einem fehlenden Wert).

**Tabelle 8.** *Zufriedenheit mit Maßnahme und Anwendung*

	Zufrieden mit Maßnahme?	Gelingt Anwendung im Alltag?
Ja	5	4
Nein	-	1
Fehlender Wert	1	1

Der Zustand des *Carereceivers*, der hier im Zuge einer unabhängigen Variablen erhoben wurde, zeigte tendenziell einen unveränderten (schlechten) Gesundheitszustand bzw. eine Verschlechterung. Bei der unabhängigen Variable, die sich auf den *Caregiver* bezog (*Caregiver Involvement*), zeigte sich das Ergebnis, dass die meisten pflegenden Angehörigen alleine für die Pflege ihres Angehörigen zuständig sind. Teilweise erhielten sie familiäre Unterstützung, aber oft nur im geringen Umfang („Ja, also mein Mann guckt ab und zu mal, aber sonst nicht.“).

Bei der Frage, ob die Pflegenden Angehörigen denn Zeiten haben, die sie ganz für sich nutzen können, kam heraus, dass das Angebot geholfen hat, dass sie sich diese Zeit nun nehmen. Für einige Personen stellt die Pflege allerdings auch eine zusätzliche zeitliche Belastung neben dem Berufs- und Familienleben dar. Auch auf die Frage, ob die Pflege die pflegenden Angehörigen einschränkt, wurde meistens bejaht.

Bei den Kontrollvariablen gab es keine auffälligen Veränderungen im Vergleich der Anfangs- und Endfragebögen. Generell fiel auf, dass zwei Personen an Selbsthilfegruppen teilnahmen.

Das Angebot konnte teilweise zur Erreichung des Projektziels beitragen. Durch Angebot 1 konnten der Gesundheitszustand, das subjektive Stresserleben und die Resilienz der Teilnehmenden verbessert werden.

Der Gesundheitszustand der *Caregiver* konnte verbessert werden. Darunter fällt sowohl der physische als auch der psychische Gesundheitszustand während der Pflege der erkrankten Angehörigen. Dabei fällt jedoch auf, dass die Teilnehmenden während des Zeitraums an positiver Energie verloren. Dies hängt vor allem damit zusammen, dass sich bei allen zu pflegenden Angehörigen (*Carereceivern*) die Demenz verschlimmert hat. Ebenfalls kann dies durch die Tatsache beeinflusst sein, dass die pflegenden Angehörigen bei den Zwischeninterviews angaben, dass die Pflege für die meisten eine Art Vollzeitjob ist.

Eine generelle Verbesserung zeigt sich ebenfalls bei der Selbsteinschätzung des subjektiven Stresserlebens (bezüglich des Umgangs mit Angst und Depression) der Teilnehmenden, lediglich bei der ausgeglichenen Stimmung der Teilnehmenden zeigte sich eine Verschlechterung im Laufe der Maßnahme.

Ebenfalls zeigt sich eine Verbesserung der Werte bei der Resilienz (Widerstandskraft gegenüber psychischen Belastungen in der Pflegesituation) der teilnehmenden Personen. Generell sind alle Teilnehmenden zufrieden mit der Maßnahme und vier von sechs Personen bestätigen, dass sie das Erlernte im Pflegealltag anwenden können.

Hinsichtlich der Einschätzung der vorgelesenen belastenden Situation zeigte sich, dass alle Teilnehmenden einen verbesserten Umgang damit schilderten. Es kann geschlussfolgert werden, dass die Maßnahme den Angehörigen Handlungsmöglichkeiten und Optionen zu Umgang mit schwierigen Pflegesituationen aufzeigt. Außerdem mussten die Teilnehmenden Einschätzungen zu ihrem Selbstbild treffen. Beim Umgang mit Misserfolgen konnten sich die Teilnehmenden größtenteils verbessern. Dieses Ergebnis bestätigt die Annahme, dass durch die Teilnahme an der Intervention die Fähigkeit zum Umgang mit belastenden Situationen in der Pflege verbessert werden kann. Alle Teilnehmenden bestätigten die Zufriedenheit mit der Maßnahme und vier von sechs Personen gaben ebenfalls an, das Erlernte in den Pflegealltag übertragen zu können.

## 2. Durchlauf (mit Verbesserungen):

Da die Nachfrage und Kapazitäten vorhanden waren, wurden die Verbesserungsvorschläge vom ersten Durchlauf zum Teil übernommen und ein zweiter Durchlauf des ersten Angebotes durchgeführt. Die Teilnehmenden ( $N=2$ ) wurden hier allerdings aus Zeitgründen nicht interviewt, sondern füllten als Zwischenevaluation einen Fragebogen aus. Die abgefragten Variablen und das generelle Trainingskonzept wurden nicht verändert, daher sind hier die oben erwähnten Informationen zu beachten.

Der eigene Gesundheitszustand hat sich bei den Teilnehmenden verschlechtert, vor allem in Bezug auf die seelischen Probleme, wobei eine Person angab, dass sie nach beenden der Teilnahme mehr innere Energie habe.

Bei der Variable zu den Bewältigungsstrategien (Coping), verbesserte sich die Einschätzung der Teilnehmenden im Verlauf des Trainings in den Unterkategorien: „Bedrohung“, „Bedeutsamkeit“, „Kontrolle Anderer“ und „Unkontrollierbarkeit“. Bei „eigene Kontrolle“ veränderte sich bei einer Person nichts und eine andere gab eine Verbesserung an. Lediglich bei „Herausforderungen“ verschlechterte sich eine Person, allerdings verbesserten sich bei der anderen hier die Werte.

Die primären Stressoren verbesserten sich bei beiden Teilnehmenden.

Auch bei der Variable zu den irrationalen Einstellungen der Teilnehmenden, wurden fast ausschließlich Verbesserungen (in den Unterkategorien: „Selbstbewertung“, „Internalisierung der Misserfolge“ und „Irritierbarkeit“) und nur einmal ein gleichbleibender Wert (in der Unterkategorie: „Internalisierung der Misserfolge“) im Vergleich der Werte der Anfangs- Zwischen- und Abschlusserhebung, festgestellt.

Beim STADI zeigten sich in den Bereichen „Besorgnis“ und „Dysthymie“ jeweils Verbesserungen der Werte bei beiden Teilnehmenden. Bei „Aufgeregtheit“ verbesserte sich bei einer Person die Werte und bei einer anderen blieben sie im Vergleich konstant. Lediglich eine Verschlechterung der Werte gab es bei „Euthymie“ wobei sich hier ebenfalls die andere Person verbesserte.

Die Variable Resilienz ergab im Gesamtwert auch bei beiden Teilnehmenden eine Verbesserung.

Bei der zweiten Kohorte, für welche bereits Veränderungen in der zeitlichen Gestaltung gemacht wurden, ließen sich viele Verbesserungen in den erhobenen Variablen aufweisen. Dies lässt vermuten, dass viel aus der Maßnahme übernommen wurde und sich dadurch Variablen, wie das Coping und der STADI eindeutig verbesserten. Auch die psychische Abwehrkraft (Resilienz) der Teilnehmenden wurde verbessert, wodurch die Effizienz des Trainings ebenfalls angenommen werden kann. Das Feedback zu dieser Maßnahme war ausschließlich positiv und die Teilnehmenden bestätigten die Anwendung des Erlernten im Alltag.

Beide Teilnehmenden gaben ebenfalls an, dass sie mit der Organisation der Maßnahme zufrieden seien. Auch die Umsetzung im Alltag gelingt beiden. Eine Person gab zum Beispiel an, dass sie „Unnötige, lange und nicht zielführende Gespräche beenden“ würde und somit besser mit dem *Carereceiver* umgehen könne. Ebenfalls gab diese an, sie würde „Schuldgefühle abbauen, oder erst gar nicht mehr aufkommen lassen“.



## Angebot 2

Die Stichprobe bei Angebot 2 betrug  $N=7$  Personen. Das Alter der teilnehmenden *Caregiver* betrug im Mittel  $M=54.71$  Jahre ( $SD=11.6$ ). Die zugehörigen *Carereceiver* hatten ein Durchschnittsalter von  $M=83.33$  ( $SD=3.14$ ) Jahren. Die Teilnehmenden gaben an, folgende Angehörige zu pflegen: Elternteil (drei Nennungen), Schwiegerelternteil (zwei Nennungen), EhepartnerIn (eine Nennung) und Sonstige (Tante; eine Nennung). Zwei Befragte gaben an, ihren Angehörigen seit fünf Jahren zu pflegen, gefolgt von einem Pflegezeitraum seit vier Jahren (eine Nennung), einem Jahr (eine Nennung) und drei fehlenden Angaben. Unter den befragten *Caregivern* befanden sich zwei RentnerInnen, zwei Arbeitssuchende, zwei Sonstige (FrühpensionistIn und Selbstständige) und eine berufstätige Person in Teilzeit. Drei *Caregiver* wohnten getrennt von ihrem *Carereceiver* und vier wohnten mit der zu pflegenden Person zusammen (siehe Tabelle 1).

Folgende abhängige Variablen wurden beim Angebot 2 gemessen: Gesundheitszustand, subjektives Stresserleben (STADI), Bewertung, Kompetenzeinschätzung (Persönliche Kompetenz, Sozialkompetenz, Familiärer Zusammenhalt, Sozialer Rückhalt, Persönlichkeitsstruktur), Coping, primäre Stressoren und irrationale Einstellungen. In *Tabelle 9* sind die Veränderungen des Gesundheitszustands dargestellt.

**Tabelle 9.** Veränderung des Allgemeinen Gesundheitszustand des Caregivers (Anfang/Ende)

	Eigener Gesundheitszustand	Voller Energie (in den letzten 4 Wochen)	Schwierigkeiten aufgrund seelischer Probleme (in den letzten 4 Wochen)
Verbesserung	-	-	3
Verschlechterung	3	4	1
Unverändert	3	2	2
Fehlende Werte	1	1	1

*Tabelle 10* zeigt die Veränderungen der abhängigen Variablen zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten. Bei den primären Stressoren zeigte sich zweimal eine Verbesserung und zweimal eine Verschlechterung, wobei in drei Fällen die Werte fehlten. Bei einem fehlenden Wert verbesserte sich das subjektive Stresserleben bei drei Personen und verschlechterte sich ebenfalls bei drei Personen (bei einem fehlenden Wert). Die Bewertung des Stresses verschlechterte sich in drei Fällen und verbesserte sich in zwei Fällen (zwei fehlende Werte).

**Tabelle 10.** Veränderung der abhängigen Variablen bei Angebot 2

	Primäre Stressoren	STADI	Bewertung
Verbesserung	2	3	2
Verschlechterung	2	3	3
Unverändert	-	-	-
Fehlende Werte	3	1	2

Bei den Kompetenzen zeigte sich ein gemischtes Bild (siehe *Tabelle 11*). Die persönlichen und sozialen Kompetenzen verbesserten und verschlechterten sich jeweils zweimal (bei fehlenden Werten von drei Teilnehmenden). Die sozialen Kompetenzen verbesserten sich in zwei Fällen und verschlechterten sich ebenfalls in zwei Fällen (bei fehlenden Werten von drei Teilnehmenden). Insgesamt verschlechterten sich die familiären Kompetenzen in zwei Fällen, blieben in zwei Fällen unverändert und verbesserten sich in einem Fall (bei fehlenden Werten von zwei Teilnehmenden). Der soziale Rückhalt verschlechterte sich viermal und ver-

besserte sich einmal (bei fehlenden Werten von zwei Teilnehmenden). Die Persönlichkeitsstruktur verbesserte sich bei drei Teilnehmenden, verschlechterte sich bei einer Person und blieb bei zwei Teilnehmenden unverändert (bei fehlenden Werten von einer Person). Die Resilienz verbesserte sich in drei Fällen und verschlechterte sich in zwei Fällen (bei fehlenden Werten von zwei Teilnehmenden).

**Tabelle 11.** *Veränderung der Kompetenzeinschätzung*

	Persönliche Kompetenzen	Soziale Kompetenz	Familiäre Kompetenz	Sozialer Rückhalt	Persönlichkeitsstruktur
Verbesserung	2	2	1	1	3
Verschlechterung	2	2	2	4	1
Unverändert	-	-	2	-	2
Fehlende Werte	3	3	2	2	1

*Tabelle 12* bietet einen Überblick über die Veränderung der einzelnen Dimensionen beim Coping. Die Bedrohung (Beispiel-Item: „Macht mir diese Situation Angst?“) nahm in fünf Fällen ab (bei einem fehlenden Wert). Bei der Bedeutsamkeit (Beispiel-Item: „Wird Sie positiven Einfluss auf mich haben?“) zeigten sich drei Verbesserungen und eine Verschlechterung, während die Werte in einem Fall unverändert blieben. Die Eigenkontrolle (Beispiel-Item: „Habe ich die Fähigkeit, diese Situation zu meistern?“) verschlechterte sich fünfmal (bei einem fehlenden Wert). Die Kontrolle Anderer (Beispiel-Item: „Gibt es Hilfe für mich um mit dem Problem umzugehen?“) verbesserte sich bei vier Teilnehmenden und verschlechterte sich in einem Fall (bei einem fehlenden Wert). Die Unkontrollierbarkeit (Beispiel-Item: „Kann niemand etwas in dieser Situation tun?“) verbesserte sich einmal und verschlechterte sich in drei Fällen, während sie bei einer Person unverändert blieb (bei einem fehlenden Wert). Die Herausforderung (Beispiel-Item: „Hat diese Situation langfristige Folgen auf mich?“) verbesserte sich in zwei Fällen, verschlechterte sich in zwei weiteren Fällen und blieb einmal unverändert (bei einem fehlenden Wert).

**Tabelle 12.** *Coping Anfang/Ende*

	Bedrohung	Bedeutsamkeit	Eigene Kontrolle	Kontrolle Anderer	Unkontrollierbarkeit	Herausforderung
Verbesserung	5	3	-	4	1	2
Verschlechterung	-	1	5	1	3	2
Unverändert	-	1	-	-	1	1
Fehlende Werte	2	1	2	2	2	2

Die Veränderungen bei den irrationalen Einstellungen sind in *Tabelle 13* dargestellt. Die Selbstbewertung verbesserte sich bei vier Teilnehmenden und verschlechterte sich bei einer weiteren Person (bei einem fehlenden Wert). Die Abhängigkeitskognition verbesserte sich in drei Fällen und verschlechterte sich in zwei weiteren Fällen (bei einem fehlenden Wert). Die Internalisierung der Misserfolge verbesserte sich viermal und verschlechterte sich zweimal). Schließlich kam es bei der Irritierung zu drei Verbesserungen und einer Verschlechterung, während die Werte in zwei Fällen unverändert blieben.

**Tabelle 13.** Fragen zu den irrationalen Einstellungen Anfang/Ende

	Selbstbewertung	Abhängigkeitskognition	Internalisierung der Misserfolge	Irritierbarkeit
Verbesserung	4	3	4	3
Verschlechterung	1	2	2	1
Unverändert	-	-	-	2
Fehlende Werte	2	2	1	1

Im Anfangsfragebogen äußerte sich eine Person zum Umgang mit der Situation wie folgt: „Mein Vater war zuerst erschrocken, als sei ich ein Fremder, der ihm was Böses will. Dann hab [sic] ich ihn sanft berührt und beruhigend gesprochen, bis er mich wiedererkannte.“ Eine weitere Person beschrieb: „Durchatmen, Hilfe holen, Infos holen.“ Im Endfragebogen beschrieb eine Person ebenfalls ihr Vorgehen: „[Die zu pflegende Person] hält mich für einen Fremden, der ihm etwas Böses wollte. Ich habe ihn sanft berührt, bis er sich beruhigte.“

Die Analyse der unabhängigen Variablen zeigte hier, dass der Zustand des *Carereceivers* in den meisten Fällen unverändert blieb oder sich verschlechtert hat. Bei einigen Items zeigte sich allerdings eine leichte Verbesserung, wobei man hier auch immer von individuellen, tagesabhängigen Schwankungen ausgehen muss. Genauere Ergebnisse sind *Tabelle 14* zu entnehmen.

**Tabelle 14.** Veränderung Zustand des *Carereceivers*

	Memory Problems	Depression	Disruption
Verbesserung	2	2	1
Verschlechterung	1	1	1
Unverändert	2	3	2
Fehlende Werte	2	1	3

Bei den Kontrollvariablen fiel auf, dass es vor allem Änderungen in der Einstufung der emotionalen Belastung gab. Vier Teilnehmende gaben an, dass sich die emotionale Belastung im Vergleich zum Anfang des Angebots erhöht hat. Bei einer Person, bei der die Belastung gestiegen ist, war auffällig, dass weniger Hilfsangebote in Anspruch genommen wurden. Ansonsten hat sich in der Pflegesituation wenig verändert.

Die unabhängige Variable *Caregiver Involvement*, die in den Interviews erfragt wurde, zeigte dass die Pflegenden Angehörigen größtenteils mit der Pflege alleine dastehen bzw. wenn, dann nur familiäre Unterstützung erhalten. Dies lag aber in zwei Fällen nicht an den mangelnden Angeboten der Pflegedienste, sondern daran, dass der zu pflegende Angehörige dies nicht zuließ. Aus diesem Grund wurde auch darum gebeten, das Angebot noch zu erweitern und den Umgang mit schwierigen Angehörigen noch mehr zu fokussieren.

Beim Gesundheitszustand des *Caregivers* zeigte sich, dass sich das Energielevel und der selbst eingeschätzte Gesundheitszustand entweder nicht verändert oder verschlechtert haben. Dies hängt wohl mit den erwähnten Verschlechterungen des Gesundheitszustandes des *Carereceivers* zusammen. Auffallend sind die Verbesserungen bei der seelischen Gesundheit der Teilnehmenden. Diese Verbesserung lässt sich wohl mit dem Angebot begründen, da die Teilnehmenden gelernt haben, besser damit umzugehen.

Der kognitive Status und die Verhaltensprobleme des *Carereceiver* (als Indikatoren für primäre Stressoren) bestimmen die Schwierigkeit der Pflegesituation. Hinsichtlich der Verbesserung bzw. Verschlechterung dieser Umstände ergab sich kein einheitliches Bild. Auch beim subjektiven Stresserleben und der Bewertung von belastenden Situationen zeigt sich

ein gemischtes Bild. Hier lassen sich keine Rückschlüsse auf die Wirksamkeit der Intervention ziehen.

Es wurden persönliche Kompetenzen aus fünf Bereichen abgefragt. Bei den persönlichen, sozialen und familiären Kompetenzen zeigte sich keine Veränderung durch die Maßnahme. Der soziale Rückhalt (soziale Ressourcen, die dem *Caregiver* zur Verfügung stehen) hingegen verschlechterte sich auffällig oft, während sich die Persönlichkeitsstruktur häufig verbesserte. Dies lässt die Vermutung zu, dass die Maßnahme einen Einfluss auf die persönlichen Kompetenzen ausübt.

Hinsichtlich des Copings zeigte sich, dass die Teilnehmenden weniger Bedrohung durch die Pflegesituation empfanden. Des Weiteren führte die Maßnahme zur mehr Bedeutsamkeit der Pflegeaufgabe, aber zu einer geringeren Eigenkontrolle. Die Einschätzung einer empfundenen Unkontrollierbarkeit der Situation nahm bei einem Großteil der Teilnehmenden zu. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Teilnehmenden teilweise gelernt haben, besser mit den Belastungen umzugehen. Bei den Fragen zu den irrationalen Einstellungen zeigen sich gemischte Befunde, wenngleich die Teilnehmenden ihr Selbstbild tendenziell verbessern konnten. Mit dem Angebot waren fünf von sieben Teilnehmenden zufrieden und gaben an, dass die Umsetzung des Erlernten in den Alltag funktioniert.

### Angebot 3

Es wurden Daten von  $N=4$  Personen ausgewertet. Die Stichprobe bestand aus zwei Familien. Das Alter der teilnehmenden *Caregiver* im dritten Angebot betrug im Mittel  $M=51.25$  Jahre ( $SD=13.4$ ). Die *Carereceiver* waren im Mittel  $M=65.75$  ( $SD=5.5$ ) Jahre alt. Die Teilnehmenden gaben an, folgende Angehörige zu pflegen: Elternteil (zwei Nennungen), Kind (eine Nennung) und Schwiegervater (eine Nennung). Eine befragte Person gab an, den Angehörigen seit sieben Jahren zu pflegen. Unter den befragten *Caregivern* befanden sich ein Rentner und eine Hausfrau (bei zwei fehlenden Angaben). Drei *Caregiver* wohnten zusammen mit ihrem *Carereceiver* und eine Person getrennt von ihm.

Folgende abhängige Variablen wurden beim Angebot 2 gemessen: Gesundheitszustand, subjektives Stresserleben (STADI) und die Resilienz. Eine Übersicht zur Veränderung der Werte des subjektiven Stresserlebens findet sich in *Tabelle 15*. Drei Teilnehmende verbesserten sich in Bezug auf die Aufgeregtheit und die Werte einer Person blieben unverändert. Die Besorgnis verbesserte sich bei drei Teilnehmenden und verschlechterte sich bei einer Person. Bei der Euthymie (ausgeglichene Stimmung; Bsp.: „Ich genieße das Leben.“) gab es jeweils zwei Verbesserungen und Verschlechterungen. In Bezug auf die Dysthymie (länger anhaltende depressive Stimmung; Bsp.: „Ich bin niedergeschlagen.“) verbesserte sich eine Person, während sich zwei Teilnehmende verschlechterten und die Werte in einem Fall unverändert blieben.

**Tabelle 15.** Veränderung der STADI Werte Anfang/Ende

	Aufgeregtheit	Besorgnis	Euthymie	Dysthymie
Verbesserung	3	3	2	1
Verschlechterung	-	1	2	2
Unverändert	1	-	-	1
Fehlende Werte	-	-	-	-

Der allgemeine Gesundheitszustand gliedert sich in den eigenen Gesundheitszustand, das Level an Energie und Schwierigkeiten aufgrund seelischer Probleme. *Tabelle 16* zeigt eine Übersicht der Veränderungen des allgemeinen Gesundheitszustands. Der eigene Gesundheitszustand verbesserte sich in zwei Fällen und in zwei weiteren Fällen zeigten sich keine

Veränderungen. Die Energie verbesserte sich bei zwei Teilnehmenden und blieb bei den restlichen zwei Teilnehmenden unverändert. Bei drei Teilnehmenden verbesserten sich die Schwierigkeiten aufgrund seelischer Probleme, während sich bei einer weiteren Person keine Veränderung zeigte.

**Tabelle 16.** *Veränderung des allgemeinen Gesundheitszustandes des Caregivers Anfang/Ende*

	Eigener Gesundheitszustand	Voller Energie (in den letzten 4 Wochen)	Schwierigkeiten aufgrund seelischer Probleme (in den letzten 4 Wochen)
Verbesserung	2	2	3
Verschlechterung	-	-	-
Unverändert	2	2	1

Des Weiteren wurde untersucht, inwiefern sich die Resilienz der Teilnehmenden im Verlauf der Zeit geändert hat. Es zeigt sich ein gemischtes Bild. In *Tabelle 17* sind die Veränderungen der einzelnen Items dargestellt.

**Tabelle 17.** *Veränderung in der Resilienz Anfang/Ende*

	Verbesserung	Verschlechterung	Keine Veränderung
Ich kann alle Dinge tun, die notwendig sind, um meinen Angehörigen zu pflegen.	2	1	1
Wenn ich Pläne in Bezug auf die Pflege mache, dann kann ich diese auch umsetzen.	1	2	1
Ich kann unterschiedliche Dinge bedenken, um die Pflege meines Angehörigen zu verbessern oder Problem in der Pflege zu lösen.	2	2	-
Es gibt Dinge, die ich machen kann, um mich zu entspannen und beruhigen.	2	2	-
Es gibt Dinge, die ich tun kann, um Freude am Leben zu haben.	2	2	-
Es gibt Dinge, die ich tun kann, wenn ich mich vor der Zukunft ängstige oder besorgt bin.	1	1	2
Es gibt Dinge, die ich tun kann, um genau die von mir gewünschte Hilfe und Unterstützung von anderen Menschen zu bekommen.	1	1	2
Es gibt Dinge, die ich tun kann, um die Zeit mit meinem zu pflegenden Angehörigen zu genießen.	2	2	-
Es gibt Dinge, die ich tun kann, damit mein zu pflegender Angehöriger in der Pflege kooperiert.	-	2	2
Es gibt Dinge, die ich tun kann, um Konflikte mit meinem zu pflegenden Angehörigen zu vermeiden oder zu reduzieren.	1	3	-

Eine Verbesserung des Gesundheitszustandes konnte sich bei allen Teilnehmenden der Familienmediation zeigen. Dies gilt für die physische und psychische Gesundheit. Besonders fällt auf, dass bei fast allen Teilnehmenden die seelischen Schwierigkeiten, Probleme und die psychische Belastung in der letzten Zeit - im Vergleich zu Beginn der Mediation - nachgelassen haben.

Keine eindeutigen Ergebnisse ließ die Untersuchung der Veränderung der Resilienz (Widerstandskraft gegenüber psychischen Belastungen in der Pflegesituation) zu. Hier haben sich einzelne Personen in einigen Bereichen verbessert, jedoch auch verschlechtert.

Deutlich verbessert haben sich die Teilnehmenden im Umgang mit Angst, bei der Erhebung des subjektiven Stresserlebens (Selbsteinschätzung bezüglich des Umgangs mit Angst und Depression). Jedoch trifft dies nicht für den Umgang mit Depressionen zu, hier lässt sich eher eine Verschlechterung der ausgeglichenen Stimmung und depressiven Verstimmung der Teilnehmenden im Laufe der Maßnahme beobachten. Dies lässt sich wohl mit der Verschlechterung der Pflegesituation, sowie des fortschreitenden Krankheitszustands des zu

pflegenden Angehörigen erklären. Einen weiteren Erklärungsansatz könnte die intensivere Auseinandersetzung mit den Problemen darstellen.

Die Entscheidung für eine Mediation in einer schwierigen Pflegesituation wurde als positiv empfunden. Die Teilnehmenden fanden gut, „dass man sich als Familie wieder an einen Tisch setzen kann“ und dass dadurch die Möglichkeit gegeben wird, „wieder aufeinander zuzugehen“ und „neutral zu beginnen“.

### *Exit-Interviews*

Es gab Teilnehmende, die im Laufe des Projekts ihre Teilnahme frühzeitig beendeten. Zwei Personen hoben hervor, dass terminliche Überschneidungen beziehungsweise der allgemeine Zeitaufwand der Teilnahme Faktoren waren, die zur Entscheidung des Abbruchs beigetragen haben. Es stellte sich heraus, dass es eine Herausforderung für die *Caregiver* ist, die Hin- und Rückfahrt sowie die Teilnahme an den Angeboten mit ihrem Alltag sowie anderen Verpflichtungen (u.a. der pflegerischen Tätigkeiten) zu vereinbaren. Besonders die Betreuung des *Carereceivers* stellte dabei bei einer Person ein Problem dar.

Auch zeigte sich, dass die Teilnehmenden mit falschen Vorstellungen in die Angebote gingen. Eine Person äußerte sich, dass sie die Erwartung hatte, bei Angebot 1 Tipps und Hilfe im Umgang mit Menschen mit Demenz zu bekommen. Diese Erwartungen wurden nicht erfüllt. Die Person merkte außerdem an, dass das Angebot für ihre Bedürfnisse zu theorielastig war. Dahingegen hob sie den Austausch der Teilnehmenden in der Kaffeepause als sehr positiv hervor. Die Angebotsleitung ging umgehend auf diesen Verbesserungsvorschlag ein und erhöhte den Praxis-Anteil.

## **5.2 Informationsplattform**

Ein Ziel im Rahmen des dritten Projektbausteins war es, eine Informationsplattform für *Caregiver* zu erstellen. Diese Plattform ist unter der Domain [www.alzheimer-kelheim.de](http://www.alzheimer-kelheim.de) abzurufen. Nachfolgend wird skizziert, wie die Plattform entwickelt und betreut wurde und es werden Infos zu ihrer Nutzung dargestellt.

### *Verlauf der Entwicklung*

Die Plattform wurde bereits im Januar 2018 mithilfe von *Jimdo*, dem Anbieter eines Web-Content-Management-Systems, erstellt und innerhalb von zwei Monaten fertig gestellt. Mit der Fertigstellung der Plattform begann eine wöchentliche Pflege der Website. Unter [www.alzheimer-kelheim.de](http://www.alzheimer-kelheim.de) war zuvor eine alte Homepage der Alzheimergesellschaft Kelheim angemeldet, welche mit dem Aufbau der neuen Plattform abgemeldet wurde. Zusätzlich wurde die E-Mail Domain [name@alzheimer-kelheim.de](mailto:name@alzheimer-kelheim.de) erworben, welche für die einzelnen Mitarbeitenden des Projekts erstellt wurden. Auf Flyern wie „Angebote für Pflegenden Angehörige“ und „Alzheimer Gesellschaft Kelheim e.V.“ sowie durch Presseberichte und weitere Informationskanäle wurde die Homepage beworben. Es stand zur Überlegung, ein öffentliches Forum beziehungsweise einen Facebook-Auftritt zu integrieren, was schließlich einvernehmlich aus datenschutzrechtlichen Gründen abgelehnt wurde.

### *Erreichen der einzelnen Ziele*

Die Plattform versteht sich primär als niederschwellige Möglichkeit für *Caregiver*, um schnell und unkompliziert auf Zahlen, Fakten, Daten und Kontakte zu Themen der Pflege von Angehörigen mit Demenz zuzugreifen. Zudem sollen durch den Einsatz neuer Medien das Wissen und die Kompetenz von *Caregivern* erweitert werden.

Zudem sollte die Plattform *Caregivern* die Möglichkeit geben, Erfahrungen aus den Angeboten des Projekts mit anderen interessierten *Caregivern* zu teilen. Dafür wurde ein Forum mit *Xobor* unter dem Namen „Forum Alzheimergesellschaft für den Landkreis Kelheim e.V.“

angelegt und angeboten. Dieses Forum wurden jedoch von den *Caregivern* nicht angenommen. Daraus ergibt sich die Erkenntnis, dass ein face-to-face Austausch für die Zielgruppe des Projekts wichtiger ist.

Als begleitende Maßnahmen zur Informationsplattform wurden vier Informationsveranstaltungen mit speziellen Themen zu den verschiedenen drei Bausteinen und eine regionale telefonische Koordinations- und Anlaufstelle eingerichtet. Abschließend lässt sich sagen, dass die Informationsplattform in Verbindung mit den Informationsveranstaltungen der Bewerbung und der Öffentlichkeitsarbeit diene.

### *Inhalte der Plattform*

Folgende Inhalte (Stand: November 2019) sind auf der Website verfügbar:

- Startseite mit zentralen Infos und der Möglichkeit der Navigation zu den anderen Bereichen
- Aktuelles und Neuigkeiten für *Caregiver* aus der Region
- Eine Auflistung des Projektteams, der Förderer und Sponsoren
- Informationen über Demenz
- Eine Terminübersicht zu den Informationsveranstaltungen der Alzheimer Gesellschaft Kelheim
- Eine Übersicht zu den Angeboten des Projekts
- Eine Terminübersicht zu Angeboten für *Caregiver* von KooperationspartnerInnen
- Eine Auflistung von diversen Medien mit Bezug auf Demenz: Presseberichte aus der Region, eine Übersicht über interessante Links und eine Übersicht zu Literatur und Filmen über Demenz

### *Statistiken zur Nutzung der Plattform*

Durchschnittlich wurde die Plattform während 2018-2019 monatlich etwa 100-mal aufgerufen. Circa zwei Prozent der Aufrufe wurden mittels mobiler Endgeräte getätigt. Eine Auffälligkeit ist, dass sich die Seitenaufrufe durch Zeitungsberichte, Veranstaltungen oder sonstige öffentlichkeitswirksame Angebote der Alzheimer Gesellschaft Kelheim punktuell gehäuft haben.

### **5.3 Evaluation der Projektverlängerung**

Während der Verlängerung des Projektes wurden Angebot 1 die „Gefühlswerkstatt“ in 2 Varianten durchgeführt. Zum einen als Onlineangebot, und zum zweiten als Train-the-Trainer-Variante. Insgesamt haben 8 Teilnehmer das Onlineangebot am Anfang und am Ende einen Fragebogen ausgefüllt, und 7 Angehörige, die am Train-the-Trainer-Angebot teilgenommen haben.

Die Pretest-Posttest Datenerhebung ermöglicht einen Einblick in die Veränderungen der abhängigen Variablen. Diese sind die Gesunderhaltung der Personen, Resilienz, Stresserleben und die irrationalen Einstellungen. Daten zu diesen Variablen wurden zwischen Anfang und Ende der jeweiligen Intervention, 1) der Gefühlswerkstatt in Präsenz, 2) dem Onlineangebot der Gefühlswerkstatt und 3) das Train-the-Trainer-Angebot erhoben. Insgesamt konnten Daten von 23 Personen analysiert werden. Für das Präsenzangebot (in der ersten und zweiten Phase (a und b)) konnten die ausgefüllten Fragebögen von insgesamt 8 Teilnehmenden für diese Analysen verwendet werden. Neben Veränderungen in den abhängigen Variablen über die Zeit pro Angebot, welche mittels eines T-Tests bei verbundenen Stichproben analysiert wurden, wurden Effektstärken berechnet (Cohen's d), um Unterschiede der Veränderung zwischen den drei Interventionsangeboten aufzuzeigen.

### Gesunderhaltung

Hinsichtlich der Gesunderhaltung konnten mittels Mittelwertvergleichen (T-Test bei verbundenen Stichproben) keine Veränderung durch die unterschiedlichen Interventionen festgestellt werden.

Dies kann der geringen Stichprobe geschuldet sein. Zusätzlich kann angenommen werden, dass sich der Zustand der zu pflegenden Angehörigen verschlechtert hat und die Pflege somit zu einer höheren Belastung führte, die sich negativ auf die Gesunderhaltung der Pflegenden (=Probanden) auswirkte. Bei anderen Teilnehmenden jedoch könnten die Maßnahmen die Gesunderhaltung verbessert haben. Durch das fehlende einheitliche Bild der Gesamtgruppe, könnten die nicht-signifikanten Ergebnisse erklärbar sein.

Die anderen Indikatoren von Gesundheit (Stresserleben, Resilienz und irrationale Einstellungen) und deren mögliche Verbesserung, die gemessen wurde, werden nachfolgend behandelt:

### Stresserleben

Die Ergebnisse des T-Tests für das Stresserleben bei der Gesamtgruppe zeigt signifikante Veränderungen für die negativen Aspekte Aufgeregtheit, Besorgnis und Dysthymie. Die Werte für diese drei Aspekte nehmen signifikant ab, was eine Verbesserung des Stresserlebens bedeutet. Diese Verbesserung unterstreicht auch das Ergebnis hinsichtlich des positiven Aspekts der Euthymie, bei welcher keine Veränderung festgestellt wurde (*Tabelle 18*). Die Ergebnisse für die Teilgruppen zeigen nur für manche Aspekte eine signifikante Veränderung (*Tabelle 19-21*). So nimmt in Gruppe 1 (Präsenz) die Aufgeregtheit und die Besorgnis signifikant ab, wobei für die anderen beiden Aspekte keine signifikante Veränderung festgestellt werden konnte. Bei Gruppe 2 (online) nimmt nur die Dysthymie signifikant ab und bei Gruppe 3 (Train-the-Trainer) konnten keinerlei signifikante Veränderungen festgestellt werden. Bei genauer Betrachtung der Mittelwerte fällt jedoch auf, dass diese bei den einzelnen Gruppen, ebenfalls in die richtige Richtung, identisch zur Gesamtgruppe, zeigen. Ein Grund für die fehlende Signifikanz, könnte die geringere Stichprobengröße ( $N=8$  bzw.  $7$ ) für die einzelnen Gruppen sein. Die fehlende Signifikanz bei Gruppe 3 könnte auch durch die Stichprobe selbst erklärbar sein. So waren diese pflegenden Angehörigen von anderen TeilnehmerInnen des Trainings eingeladen worden und meldeten sich nicht als Hilfesuchende selbst an. Sie wiesen bereits zu Beginn der Maßnahme die niedrigsten Mittelwerte in den negativen Aspekten Aufgeregtheit, Besorgnis und Dysthymie auf, wodurch eine weitere Verbesserung schwerer zu erreichen sein könnte (*Tabelle 21*).

**Tabelle 18.** T-Test zu Veränderung der Werte des STADI

	Messzeitpunkt	N	Mittelwert (SD)	T-Statistik	Cohen's d
Aufgeregtheit	Anfang	23	2.79 (.60)	2.113*	.441
	Ende	23	2.53 (.75)		
Besorgnis	Anfang	23	2.58 (.62)	2.807*	.585
	Ende	23	2.33 (.74)		
Euthymie	Anfang	23	2.22 (.75)	-.019	-.040
	Ende	23	2.23 (.75)		
Dysthymie	Anfang	23	2.26 (.61)	2.312*	.482
	Ende	23	2.01 (.66)		

Anmerkung. \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; Antwortformat von 1= „fast nie“ bis 4= „fast immer“; SD = Standardabweichung



**Tabelle 19.** *T-Test zu Veränderung der Werte des STADI von Gruppe 1*

Gruppe 1	Messzeitpunkt	N	Mittelwert (SD)	T-Statistik	Cohen's d
Aufgeregtheit	Anfang	8	2.90 (.47)	3.055*	1.080
	Ende	8	2.50 (.59)		
Besorgnis	Anfang	8	2.63 (.37)	3.872**	1.369
	Ende	8	2.20 (.47)		
Euthymie	Anfang	8	2.00 (.84)	-.767	-.271
	Ende	8	2.15 (.92)		
Dysthymie	Anfang	8	2.23 (.60)	1.139	.403
	Ende	8	1.98 (.86)		

Anmerkung. \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; Antwortformat von 1= „fast nie“ bis 4 = „fast immer“; SD = Standardabweichung

**Tabelle 20.** *T-Test zu Veränderung der Werte des STADI von Gruppe 2*

Gruppe 2	Messzeitpunkt	N	Mittelwert (SD)	T-Statistik	Cohen's d
Aufgeregtheit	Anfang	8	3.03 (.47)	.695	.246
	Ende	8	2.83 (.80)		
Besorgnis	Anfang	8	2.65 (.74)	.893	.316
	Ende	8	2.50 (1.00)		
Euthymie	Anfang	8	2.27 (.61)	.166	.059
	Ende	8	2.23 (.68)		
Dysthymie	Anfang	8	2.55 (.44)	2.496*	.882
	Ende	8	2.10 (.51)		

Anmerkung. \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; Antwortformat von 1= „fast nie“ bis 4 = „fast immer“; SD = Standardabweichung

**Tabelle 21.** *T-Test zu Veränderung der Werte des STADI von Gruppe 3*

Gruppe 3	Messzeitpunkt	N	Mittelwert (SD)	T-Statistik	Cohen's d
Aufgeregtheit	Anfang	7	2.40 (.75)	.448	.307
	Ende	7	2.23 (.83)		
Besorgnis	Anfang	7	2.43 (.77)	.426	.322
	Ende	7	2.29 (.74)		
Euthymie	Anfang	7	2.43 (.84)	.386	.353
	Ende	7	2.31 (.72)		
Dysthymie	Anfang	7	1.97 (.71)	.386	.077
	Ende	7	1.94 (.65)		

Anmerkung. \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; Antwortformat von 1= „fast nie“ bis 4 = „fast immer“; SD = Standardabweichung

### Resilienz

Die folgende Tabelle zeigt die Ergebnisse in der zeitlichen Veränderung der Resilienz für alle Teilnehmenden der drei Interventionen sowie für jede der drei Gruppen separat. Zudem zeigt sie die Effektgrößen. Während sich bei der Gesamtgruppe, der Gruppe 1 (Präsenz) und Gruppe 2 (Online) ein Zuwachs der Resilienz über die Intervention hinweg zeigt, konnte bei Gruppe 3 (Train-the-Trainer) kein signifikanter Zuwachs festgestellt werden, welche die kleinste Stichprobengröße ( $N=6$ ) darstellt. Die Mittelwerte deuten jedoch ebenfalls auf einen Zuwachs hin.

**Tabelle 22.** *T-Test zu Veränderung der Resilienz*

Gruppe	Messzeitpunkt	N	Mittelwert (SD)	T-Statistik	Cohen's d
Resilienz (Gesamt)	Anfang	22	3.21 (.50)	-3.951**	-.824
	Ende	22	3.77 (.59)		
Resilienz (Gruppe 1)	Anfang	8	2.98 (.64)	-2.441*	-.863
	Ende	8	3.67 (.82)		
Resilienz (Gruppe 2)	Anfang	8	3.40 (.38)	-3.276*	-1.158
	Ende	8	4.11 (.31)		
Resilienz (Gruppe 3)	Anfang	6	3.27 (.38)	-1.218	-.497
	Ende	6	3.42 (.24)		

Anmerkung. \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; Antwortformat von 1 = „trifft gar nicht zu“ bis 5 = „trifft voll zu“; SD = Standardabweichung

### Irrationale Einstellungen

Die Ergebnisse der Analysen zeigen, dass die vier verschiedenen Aspekte (negative Selbstbewertung, Abhängigkeit, Internalisierung von Misserfolgen und Irritierbarkeit) für die Gesamtgruppe nach der Intervention alle signifikant niedrigere Werte aufweisen (*Tabelle 23*). Dies bedeutet, dass die irrationalen Einstellungen der teilnehmenden Personen abgenommen haben. In weiteren detaillierteren Analysen pro Gruppe hat sich gezeigt, dass diese auch für Gruppe 1 (Präsenz) signifikante Unterschiede für alle vier Aspekte aufweist. Für Gruppe 2 (Online) und Gruppe 3 (Train-the-Trainer) konnte keine signifikante Veränderung festgestellt werden, auch wenn die einzelnen Aspekte nach der Intervention geringere Mittelwerte aufweisen als vor der Intervention. Ein möglicher Grund für das nicht-signifikante Ergebnis könnte die geringe Stichprobengröße sein.

**Tabelle 23.** *T-Test zu Veränderung der irrationalen Einstellungen*

Gesamt	Messzeitpunkt	N	Mittelwert (SD)	T-Statistik	Cohen's d
Negative Selbstbewertung	Anfang	22	2.56 (.84)	3.103**	.662
	Ende	22	2.22 (.82)		
Abhängigkeit	Anfang	22	3.10 (.75)	2.274*	.485
	Ende	22	2.84 (.83)		
Internalisierung von Misserfolgen	Anfang	22	3.32 (.55)	2.533*	.540
	Ende	22	3.01 (.81)		
Irritierbarkeit	Anfang	22	2.90 (.55)	2.485*	.530
	Ende	22	2.64 (.78)		

Anmerkung. \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; Antwortformat von 1 = „stimmt gar nicht“ bis 5 = „stimmt vollkommen“; SD = Standardabweichung

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse, dass die Intervention unabhängig der Variante zu einer Verbesserung der Gesundheit von Pflegenden führt. Hinsichtlich der Gesunderhaltung konnten keine signifikante Veränderung festgestellt werden und kein Muster, weder bzgl. einer Verbesserung noch einer Verschlechterung festgestellt werden.

Hinsichtlich der anderen drei untersuchten Aspekte (Stresserleben, Resilienz und irrationale Einstellungen) zeigen die Ergebnisse jedoch eine Verbesserung der Gesamtsituation für die Gesamtgruppe. Dies zeigt sich nicht pauschal für alle Teilgruppen aufgrund der kleinen Stichprobengrößen. Dennoch weisen die Mittelwerte kongruent zur Gesamtgruppe in Richtung einer Verbesserung hin. Die geringste Verbesserung zeigt sich für Gruppe 3 (Train-the-Trainer), was der Stichprobe (z.B. Größe, Merkmale und Art der Gewinnung der Stichprobe) geschuldet sein kann.

Aufgrund der kleinen Stichprobe ist schließlich anzumerken, dass keine Interpretation der Wirksamkeit der einzelnen Teilgruppen möglich ist. Die signifikanten Ergebnisse bzgl. der Gesamtgruppe sowie die (nicht-signifikante) Veränderung der Mittelwerte deuten auf keine Unterschiede hinsichtlich der Wirksamkeit der verschiedenen Varianten hin. Insbesondere

zwischen dem Präsenz- und Onlineangebot liefern die ähnlichen Ergebnisse keine Gründe für die Annahme von unterschiedlichen Wirksamkeiten. So lassen die Ergebnisse keinerlei Annahmen zu, dass eine Variante (Präsenz, online oder Train-the-Trainer) wirksamer im Sinne der Verbesserung der Gesundheit als die andere ist oder gar eine Variante keinen Effekt hätte.



## 6 Diskussion

Ziel der Begleitforschung war es, zu untersuchen, ob das Gesamtprojektziel des Projekts „Helfen und selber gesund bleiben!“ erreicht werden konnte. In diesem abschließenden Kapitel werden die Ergebnisse und deren Implikationen interpretiert.

### 6.1 Projektziele

Das Ziel dieses Projektes war, durch die Entwicklung und Durchführung von konkreten Angeboten die Gesundheit von *Caregivern* zu fördern. Im Laufe des Projekts wurden alle geplanten Aufgaben erfüllt: Die Entwicklung und Durchführung von drei konkreten Angeboten im Rahmen von Baustein I und II sowie die Entwicklung und Durchführung aller verschiedener Komponenten in Baustein III.

Zudem ist im Rahmen der Projektverlängerung das Angebot 1 „die Gefühlswerkstatt“ zu einer Onlinevariante und einer Train-the-Trainer Variante weiterentwickelt worden, welche anschließend durchgeführt wurden.

Die Analysen der erhobenen Daten (siehe Kapitel 5) liefern viele Hinweise, dass die Angebote zu einer Verbesserung der Gesundheit von *Caregivern* beitragen. Auch wenn nicht alle Ergebnisse eindeutig waren (z.B. nicht-signifikante Veränderung der Gesunderhaltung), liefern die Ergebnisse viele Hinweise für positive Effekte der Angebote auf die Gesundheit der *Caregiver* (z.B. signifikante Verbesserung der Resilienz, des Stresserlebens und der irrationalen Einstellungen der Gesamtgruppe).

Dabei gab es auch interessante und vielleicht für manche überraschende Ergebnisse. So lässt die detaillierte Ergebnisanalyse (Mittelwertvergleiche und deren Veränderungen) in Zusammenhang mit der Analyse der Stichprobenmerkmale keinerlei Annahme zu, dass die Präsenzform wirksamer wäre als die Onlinevariante. Insgesamt kann festgestellt werden, dass das Gesamtziel des Projektes erreicht wurde. Nachfolgend sollen die Ergebnisse in Bezug auf die einzelnen untersuchten Variablen diskutiert werden.

### 6.2 Teilziele der Angebote

#### 6.2.1 Entlastung / Gesunderhaltung

Die drei verschiedenen Angebote (1, 2 und 3) zielten im Gesamtprojekt darauf ab, die Teilnehmenden hinsichtlich ihres Gesundheitszustandes zu stärken und ihnen Entlastungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Sowohl bei allen drei untersuchten Angeboten als auch bei den neuen Varianten von Angebot 1 in der Verlängerung des Projektes konnten die *Caregiver* teilweise entlastet werden. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Projektziel in dieser Hinsicht erreicht werden konnte.

#### 6.2.2 Gestaltung der Maßnahmen / Organisation

Bei der Gestaltung, Organisation und Durchführung der Maßnahmen zeigten sich mehrere Herausforderungen.

#### Angebot 1

Ein häufig angesprochenes Problem identifizierte ein Großteil der Teilnehmenden in der zeitlichen Organisation des Angebots. So kritisierte eine Person die Dauer und schlug alternative Tageszeiten zur Durchführung vor: „Es wäre natürlich nicht schlecht, wenn man das einmal entweder mal an einem Vormittag oder späten Nachmittag anbieten würde. Vielleicht wäre dann noch mehr Interesse.“ Eine Person sprach sich für einen späteren Zeitpunkt der Durchführung aus: „Es ist nur bloß, Mittag um zwei ist fast ein bisschen früh. Also es wäre ein bisschen später günstiger [sic]“ Zwei Personen sprachen über das Problem, eine Teilnahme

am Angebot mit der An- und Rückfahrt zeitlich zu vereinbaren: „Zeitfaktor ist bei den Seminaren ein großes Problem. Anfahrt, Seminarzeit und Rückfahrt müssen durch eine Person abgedeckt sein, die [die zu pflegende Person] betreut“ und „Für mich, ist es verhältnismäßig weit zu fahren, bis ich hinkomme. Also für mich ist der Nachmittag dann total dicht.“

Es ist jedoch noch hervorzuheben, dass es bei Angebot 1 zwei Kohorten von Teilnehmenden gab. Als sich bei der Durchführung Schwierigkeiten ergaben, wurde vonseiten der zuständigen Angebotsleitung reagiert. So wurden Änderungen wie eine Verkürzung der Dauer der einzelnen Sitzungen vorgenommen, die Anzahl der Sitzungen erhöht und ein flexibler Einstieg ermöglicht, um einen reibungslosen Ablauf des Angebots zu gewährleisten.

Bei der zweiten Kohorte, wurden bereits Verbesserungsvorschläge bezüglich der zeitlichen Gestaltung übernommen und es zeigt sich, dass die Umsetzung und Teilnahme an dem Angebot von den Teilnehmenden als angenehm empfunden wurden.

#### Angebot 2

Die Teilnehmenden wünschten sich, dass vorab informiert wird, von wem die Maßnahme geleitet wird und, dass die Co-Leitung an allen Terminen teilnehmen sollte. Ein weiterer Wunsch war, dass sich das Angebot stärker auf ältere Menschen ausrichtet und auch auf andere Erkrankungen eingegangen wird.

#### Angebot 3

Eine Person äußerte den Wunsch, nach der Maßnahme weiterhin unterstützt zu werden. Dabei wurde ein „Kontrollanruf“ vorgeschlagen, den die Maßnahmenleitung einige Wochen nach dem Abschluss der Maßnahme durchführen könnte. Des Weiteren zeigte eine Person Interesse an weiterführenden Angeboten.

### **6.3 Limitationen und Implikationen für zukünftige Untersuchungen**

Obwohl die Untersuchungen Aussagen über die einzelnen Angebote und das Gesamtprojektziel zulassen, ergaben sich einige Limitationen. Diese sollen im folgenden Abschnitt genauer diskutiert werden. Erstens zeigt sich das Problem von kleinen Stichproben, obwohl von Seiten der ProjektmitarbeiterInnen immer viel Aufwand betrieben wurde, die Fragebögen von allen Teilnehmenden komplett ausgefüllt zurückzuerhalten. Es können somit keine generalisierbaren Aussagen getroffen werden. Es können lediglich Vergleiche angestellt werden. Bei der Interpretation der Ergebnisse muss dieser Faktor berücksichtigt werden. Zu der Problematik der ohnehin schon kleinen Stichprobe kamen noch häufig fehlende Werte hinzu. Es lässt sich vermuten, dass die Teilnehmenden aufgrund der hohen Emotionalität des Themas nicht immer zu Aussagen bereit waren (siehe unten). So zeigt sich auch in der Forschung, dass betroffene *Caregiver* in Bezug auf Kritik von anderen Menschen und deren Erwartungen häufig Scham und Angst empfinden (Martin et al., 2006).

Zweitens sollte beachtet werden, dass sich die Situation der Teilnehmenden und der Pflegenden über den Projektzeitraum hinweg ständig änderte. Die Zwischeninterviews dienten dazu, den Effekt dieser Störvariable zu kontrollieren. Dennoch ist beispielsweise denkbar, dass eine Maßnahme den *Caregiver* entlastet hat, sich aber der physische und psychische Zustand der *Carereceivers* verändert hat, wodurch wiederum neue Belastungen entstehen können. Es muss besonders beachtet werden, wie sich die Situation der *Caregiver* und *Carereceiver* zuhause entwickelt. Die Belastung von *Caregivern* ist äußerst komplex und als ein dynamischer Prozess mit zahlreichen Interaktionseffekten zu verstehen. Die Durchführung von Interviews bietet die Möglichkeit, diesen Aspekt zu erfassen.

Drittens stellte sich als ein Problem heraus, dass ein Großteil der Teilnehmenden mit wissenschaftlichen Untersuchungen unvertraut war. Dadurch wurde die Durchführung der Befragungen und Interviews teilweise erheblich erschwert. Für viele der befragten *Caregiver* war

die Teilnahme an Untersuchungen ungewohnt und neu. Die Aufregung der Teilnehmenden in diesen Situationen kann als Störvariable angeführt werden (Laborkittel-Effekt). Bei zukünftigen Untersuchungen sollte bedacht werden, mit welchen Zielgruppen Befragungen durchgeführt werden. Die Formulierungen der Items sowie die Instruktionen sollten dabei an das Verständnis und an das Bildungsniveau der Zielgruppe angepasst werden. Des Weiteren würde es sich anbieten, die Teilnehmenden im Voraus genauer über den Ablauf sowie den Zweck der Untersuchungen zu unterrichten.

Viertens besteht das Problem, dass es ein äußerst intimes Thema ist, über die Pflege eines Verwandten mit einer demenziellen Erkrankung zu sprechen. Hinzu kommt, dass von den Befragten erwartet wird, dass sie ihre intimen Gefühle, Sorgen und Bedenken mit einem Fremden teilen. Die Erfahrung der durchgeführten Untersuchungen zu diesem Projekt zeigte jedoch, dass es sich als hilfreich erweist, den teilnehmenden GesprächspartnerInnen offen und verständnisvoll gegenüberzutreten. Hinzu kommt die soziale Erwünschtheit von gewissen Aussagen und Einstellungen, die eine Wirkung auf die Teilnehmenden hat. So ist denkbar, dass sich die Teilnehmenden beispielsweise davor fürchten, Fehler und eigene Schwächen anzusprechen. Dies kann zum Ausbleiben von Antworten oder nicht wahrheitsgemäßen Aussagen führen. Hinzu kommt, dass vorliegenden Ergebnisse auf Selbsteinschätzungen der Teilnehmenden basieren. Es lässt sich nicht sagen, ob die getroffenen Aussagen wahrheitsgemäß und zutreffend sind.

#### **6.4 Implikationen für die Durchführung zukünftiger Angebote**

Zum Abschluss lassen sich zentrale Implikationen für die Durchführung zukünftiger Angebote zur Entlastung von *Caregivern* ableiten.

##### Angebot 1

Im Rahmen der qualitativen Interviews konnten mehrere Verbesserungsvorschläge gesammelt werden. So wurde unter anderem der Wunsch geäußert, dass die Kursleitung Erfahrung im direkten Kontakt zu PatientInnen hat oder, dass eine erfahrene Person in die Durchführung des Angebots involviert wird. Bei Themen wie beispielsweise der Körperpflege könnten andere Angebote mit größerer Praxisnähe erstellt werden. Des Weiteren könnte den Teilnehmenden in kommenden Angeboten mehr Raum für gegenseitigen Austausch gegeben werden. Eine Person erinnerte sich positiv an den Austausch mit anderen Teilnehmenden in den Pausen bei der Durchführung der Maßnahme: „Ein Austausch zwischen den Angehörigen wäre besser. Ein Demenz Kaffeeklatsch wäre von Vorteil und würde helfen.“ Eine weitere Person lobte ebenfalls die Möglichkeit, sich mit Personen auszutauschen, die ähnliche Erfahrungen machten: „Allein der Austausch und das Sehen, dass andere auch betroffen sind, wie diese damit umgehen und dass man nicht allein ist, hat eine sehr wohltuende Wirkung.“. Dabei ist jedoch zu beachten, dass ein solcher Austausch insbesondere in Selbsthilfegruppen stattfindet, während das Angebot 1 als Training konzipiert wurde. Zukünftig könnten die Teilnehmenden also über die Existenz solcher Selbsthilfegruppen informiert werden.

Besonders positiv hervorgehoben wurde, dass im Angebot versucht wurde, kooperativ Lösungen für die individuellen Probleme der Teilnehmenden zu finden. Die individuelle Betreuung sollte auch in kommenden Maßnahmen beibehalten beziehungsweise ausgebaut werden. So äußerte sich eine Person:

„Der Herr Idsardi macht das wie gesagt sehr prima, indem er das nochmal vorliest, er versucht wirklich, ähm diese negativen Gefühle rauszukitzeln aus einem. Ja er hat so eine, wie soll ich das sagen? Eine Art an sich, er versucht dann mit anderen Worten Umschreibungen, wie auch immer, aber er bringt einen dann doch dahin mit der Frau Guttenberger, äh sie versetzt sich dann auch in die Lage. Und dann versuchen die zusammen wirklich mit den Gruppenteilnehmern die passende Situation zu öffnen [sic]“.

### Angebot 2

Eine Person berichtete, dass die Umsetzung des Gelernten besonders dann gelingt, wenn sie sich vorab darauf einstellt und gezielt an das Gelernte erinnert: „Ja, es [Anm.: die Umsetzung im Alltag] gelingt. Es erfordert halt [...] man muss sich immer wieder daran erinnern. Aber das Beispiel ist ganz klar mit dem Kommunikationsmodell. Das ist eine Sache bei dem ich versuche, mich etwas anzupassen [sic].“ Kommende Angebote sollte darauf abzielen, den Teilnehmenden die Umsetzung des Gelernten mithilfe eines stärkeren Theorie-Praxis-Bezugs in ihrer spezifischen Situation zu ermöglichen.

### Angebot 3

Eine Person gab an, dass die Teilnahme einen positiven Einfluss auf ihre Pflegetätigkeit hat: "Ja, hat mir die Augen geöffnet. Ja, hat mir eine andere Sicht gegeben [sic]." Eine weitere Person berichtete, dass die Umsetzung des Gelernten im Alltag gelinge, obwohl man diesbezüglich noch abwarten sollte. Konkrete inhaltliche Verbesserungsvorschläge wurden nicht gemacht.

## 6.5 Fazit und Ausblick

### *Zielsetzung Gesunderhaltung und Entlastung von Caregivern*

Abschließend kann gesagt werden, dass die Zielsetzung der Gesunderhaltung und Entlastung der *Caregiver* teilweise erreicht werden konnte. Eine Analyse der Zielerreichung gestaltet sich als problematisch, da bei der Pflege von Personen mit Demenz immer von starken und wenig konstanten Situationen auszugehen ist. Eine Veränderung des Zustands des *Carereceivers* während der Angebote kann einen immensen Einfluss auf den Zustand des *Caregivers* haben (siehe 6.2). Zukünftiges Ziel muss es sein, Methoden kennenzulernen, die diesen Veränderungen durch Störvariablen einfach und flexibel gerecht werden. Dies sollte sich nicht auf rein organisatorische Maßnahmen (beispielsweise Entlastung durch Pflegedienst) beschränken, sondern durch ein Methodenrepertoire, das in unterschiedlichen Situationen angewendet werden kann. Im Rahmen von Angebot 1 und Angebot 2 wurde erfolgreich versucht, dies zu vermitteln. Eine weitere Möglichkeit zur Verbesserung der Maßnahmen könnte darin bestehen, die Angebote für eine größere Zielgruppe zu öffnen. So könnten die Angebote stärker auf eine vorbeugende Teilnahme von Personen ausgerichtet werden, bei deren Angehörigen (noch) keine Demenzerkrankung vorliegt.

### *Organisation und Umsetzung der Maßnahmen*

Betrachtet man organisatorische Aspekte sowie die Umsetzung der Maßnahmen, zeigen sich zentrale Erkenntnisse. Allen voran sollte eine Betreuung der Teilnehmenden während der Maßnahmen ermöglicht werden. Ein weiteres zentrales Thema ist die Bewerbung der Maßnahmen. Werbemaßnahmen müssen so gestaltet werden, dass die passenden Teilnehmenden für die Maßnahmen gefunden werden. Allgemein ist es schwer, Teilnehmende zu finden, da viele Betroffene und ihre Angehörigen Gefühle wie Scham und Angst empfinden. Dies kann dazu führen, dass potenzielle Teilnehmende die Angebote trotz Bedarf nicht in Anspruch nehmen wollen. Die Informationskanäle im ländlichen Raum erschweren die Akquise von Teilnehmenden zusätzlich. Durch die Zusammenarbeit mit Pflegeorganisationen, Beratungsstellen und Krankenkassen könnten weitere Teilnehmende identifiziert und akquiriert werden.

Außerdem müssen die Rolle und Definition des *Caregivers* überdacht werden. So kann die Entscheidung getroffen werden, ob man die Zielgruppe der Angebote ausbaut. Es stellt sich explizit die Frage nach der Definition von *Caregivern*. Neben häuslich pflegenden Personen



könnte die Definition auch Pflegende umfassen, die die Pflege an Organisationen (auch stationär) abgeben. Außerdem sollte überlegt werden, inwiefern Interventionen, wie die drei Angebote, auch Menschen helfen können, die Angehörige mit anderen Erkrankungen pflegen (bspw. Parkinson). Hierbei ist jedoch fraglich, inwieweit bei stark unterschiedlichen Erkrankungen ein gegenseitiges Verständnis besteht. Dieser Faktor könnte den erwünschten Selbsthilfecharakter der Angebote untergraben.

Es zeigte sich, dass nicht alle Teilnehmenden beziehungsweise alle potenziellen Teilnehmenden genau verstanden, worauf die Angebote abzielen. Hier würde es sich empfehlen, die Bewerbung der Maßnahmen zu überdenken beziehungsweise genauer zu betrachten, weshalb die Beschreibungen der Angebote nicht komplett verstanden werden. Den potenziellen Teilnehmenden soll dabei klar gemacht werden, worum es in den Angeboten und im Projekt geht. Die Wirksamkeit der Werbemaßnahmen hingegen kann durch Aufrufzahlen der Informationsplattform nachgewiesen werden.

### *Weitere Maßnahmen*

Aus dem Angebot des Projekts „Helfen und selber gesund bleiben!“ lassen sich weitere Bedürfnisse von *Caregivern* ableiten. Es wäre denkbar, die Unterstützung von *Caregivern* und Personen mit Demenz im Rahmen der kommunalen Gemeinschaft zu betrachten. Eine breit angelegte Studie aus Deutschland untersuchte das Potential von nachbarschaftlicher Unterstützung mit Augenmerk auf sozialer Kohäsion (Fromm & Rosenkranz, 2019). Soziale Kohäsion wird als erstrebenswerte Eigenschaft von sozialen Gruppen (hier: von Gemeinden) gesehen und in drei Dimensionen unterteilt: (a) soziale Beziehungen, (b) Identifikation mit einer örtlich definierten sozialen Einheit oder Gruppe und (c) Orientierung am kollektiven Wohl der Einheit (Schiefer & van der Noll, 2017). Fromm und Rosenkranz (2019, S.4ff) messen dabei der Nachbarschaft eine wichtige Rolle bei, da es dort wechselseitige Unterstützungen geben kann und Nachbarschaften als Grundlage für die soziale Kohäsion verstanden werden können. Soziale Kohäsion bezieht sich jedoch auf informelle Unterstützungen und Hilfestellungen, nicht auf Hilfe im institutionalisierten Rahmen. Es zeigt sich auch bei der häuslichen Pflege von Angehörigen mit Demenz das Potential, nachbarschaftliche Unterstützungen zu nutzen. So konnten in Nürnberg mit der sozialraumorientierten Altenhilfepolitik Erfolge erzielt werden (Fromm & Rosenkranz, 2019, S. 172f.). Mithilfe von Anlaufstellen konnten bei Themen wie Demenz und Mobilität quartierspezifisch die örtlichen Hilfeangebote ausgebaut werden. Dies sollte vor allem im ländlichen Raum eine Möglichkeit sein, *Caregiver* zu entlasten.

Es ergibt sich für die Zukunft die Möglichkeit, weitere Maßnahmen zu entwickeln. Zum einen ist es von Relevanz, ein Angebot zu schaffen, dass sich mit der Kommunikation und Beziehungsarbeit mit Menschen mit Demenz beschäftigt. Dabei könnte beispielsweise ein Schwerpunkt auf Validation (wertschätzende Haltung gegenüber Menschen mit Demenz) gelegt werden. Zum anderen zeigt sich die Notwendigkeit von Angeboten zur Gesundheitskompetenz. Ein Aspekt solcher Angebote könnte die Frage danach sein, wie und wo *Caregiver* die richtigen Informationen zu Krankheiten wie Demenz finden. Allgemein lässt sich sagen, dass die Unterstützung von *Caregivern* ein komplexes Thema ist. Zukünftige Angebote sollten im Dialog mit Betroffenen erstellt werden und sich explizit auf ihre Bedürfnisse beziehen (Statistisches Bundesamt, 2020).



### Literaturverzeichnis

- Alberts, J. K., Heisterkamp, B. L., & McPhee, R. M. (2005). Disputant perceptions of and satisfaction with a community mediation program. *International Journal of Conflict Management*, 16(3), 218–244. <https://doi.org/10.1108/eb022930>
- Chappell, N. L., & Reid, R. C. (2002). Burden and well-being among caregivers: Examining the distinction. *The Gerontologist*, 42(6), 772–780. <https://doi.org/10.1093/geront/42.6.772>
- Chien, L.-Y., Chu, H., Guo, J.-L., Liao, Y.-M., Chang, L.-I., Chen, C.-H., & Chou, K.-R. (2011). Caregiver support groups in patients with dementia: A meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(10), 1089–1098. <https://doi.org/10.1002/gps.2660>
- Cohen, C. A., Colantonio, A., & Vernich, L. (2002). Positive aspects of caregiving: Rounding out the caregiver experience. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(2), 184–188.
- Cox, C. (2013). Factors associated with the health and well-being of dementia caregivers. *Current Translational Geriatrics and Experimental Gerontology Reports*, 2(1), 31–36. <https://doi.org/10.1007/s13670-012-0033-2>
- Crellin, N. E., Orrell, M., McDermott, O., & Charlesworth, G. (2014). Self-efficacy and health-related quality of life in family carers of people with dementia: A systematic review. *Aging & Mental Health*, 18(8), 954–969. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.915921>
- Delahaye, M., Stieglitz, R. D., Graf, M., Keppler, C., Maes, J., & Pflueger, M. (2015). Deutsche Übersetzung und Validierung des Stress Appraisal Measure (SAM). *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 83(5), 276–285. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1399727>
- Dura, J. R., Stukenberg, K. W., & Kiecolt-Glaser, J. K. (1990). Chronic stress and depressive disorders in older adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 99(3), 284–290. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.99.3.284>
- Friborg, O., Barlaug, D., Martinussen, M., Rosenvinge, J. H., & Hjemdal, O. (2005). Resilience in relation to personality and intelligence. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 14(1), 29–42. <https://doi.org/10.1002/mpr.15>
- Fromm, S., & Rosenkranz, D. (2019). *Unterstützung in der Nachbarschaft: Struktur und Potenzial für gesellschaftliche Kohäsion*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-22323-6>
- Gonzalez, E. W., Polansky, M., Lippa, C. F., Gitlin, L. N., & Zauszniewski, J. A. (2014). Enhancing resourcefulness to improve outcomes in family caregivers and persons with Alzheimer's disease: A pilot randomized trial. *International Journal of Alzheimer's Disease*, 2014. <https://doi.org/10.1155/2014/323478>
- Gottlieb, B. H., & Rooney, J. A. (2003). Validation of the RIS eldercare self-efficacy scale. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 22(1), 95–107. <https://doi.org/10.1017/S0714980800003767>

- Jolling, K. J., Van Hout, H. P., Schellevis, F. G., van der Horst, H. E., Scheltens, P., Knol, D. L., & Van Marwijk, H. W. (2010). Incidence of depression and anxiety in the spouses of patients with dementia: A naturalistic cohort study of recorded morbidity with a 6-year follow-up. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 18*(2), 146–153. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181bf9f0f>
- Klages U. (1989). *Fragebogen irrationaler Einstellungen*. Hogrefe.
- Kunzler, A., Skoluda, N., & Nater, U. (2018). Die Bedeutung von Resilienzfaktoren für pflegende Angehörige von Demenzpatienten – eine Übersicht zu ausgewählten Faktoren. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie, 68*(1), 10–21. <https://doi.org/10.1055/s-0043-118652>
- Lamura, G., Mních, E., Wojszel, B., Nolan, M., Krevers, B., Mestheneos, L., & Döhner, H. (2006). Erfahrungen von pflegenden Angehörigen älterer Menschen in Europa bei der Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen: Ausgewählte Ergebnisse des Projektes EUROFAMCARE. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 39*(6), 429–442. <https://doi.org/10.1007/s00391-006-0416-0>
- Martin, Y., Gilbert, P., McEwan, K., & Irons, C. (2006). The relation of entrapment, shame and guilt to depression, in carers of people with dementia. *Aging & Mental Health, 10*(2), 101–106. <https://doi.org/10.1080/13607860500311953>
- Orgeta, V., & Leung, P. (2015). Personality and dementia caring: A review and commentary. *Current Opinion in Psychiatry, 28*(1), 57–65. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000116>
- O'Rourke, N., & Tuokko, H. A. (2003). Psychometric properties of an abridged version of The Zarit Burden Interview within a representative Canadian caregiver sample. *The Gerontologist, 43*(1), 121–127. <https://doi.org/10.1093/geront/43.1.121>
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist, 30*(5), 583–594. <https://doi.org/10.1093/geront/30.5.583>
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2003). Associations of stressors and uplifts of caregiving with caregiver burden and depressive mood: A meta-analysis. *The Journals of Gerontology: Series B, 58*(2), 112–128. <https://doi.org/10.1093/geronb/58.2.P112>
- Poll, E., & Gauggel, S. (2009). Beratung von pflegenden Angehörigen demenzkranker Patienten. *Zeitschrift für Neuropsychologie, 20*(1), 31–38. <https://doi.org/10.1024/1016-264X.20.1.31>
- Sansoni, J., Vellone, E., & Piras, G. (2004). Anxiety and depression in community-dwelling, Italian Alzheimer's disease caregivers. *International Journal of Nursing Practice, 10*(2), 93–100. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2003.00461.x>
- Schiefer, D., & van der Noll, J. (2017). The essentials of social cohesion: A literature review. *Social Indicators Research, 132*(2), 579–603. <https://doi.org/10.1007/s11205-016-1314-5>

- Schulz, R., & Beach, S. R. (1999). Caregiving as a risk factor for mortality: The caregiver health effects study. *JAMA*, 282(23), 2215–2219. <https://doi.org/10.1001/jama.282.23.2215>
- Schulz, R., O'Brien, A. T., Bookwala, J., & Fleissner, K. (1995). Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: Prevalence, correlates, and causes. *The Gerontologist*, 35(6), 771–791. <https://doi.org/10.1093/geront/35.6.771>
- Schulz, R., Visintainer, P., & Williamson, G. M. (1990). Psychiatric and physical morbidity effects of caregiving. *Journal of Gerontology*, 45(5), 181–191. <https://doi.org/10.1093/geronj/45.5.P181>
- Sottong, U., Isfort, M., Tucman, D., Hoffmann, J., & Brühl, A. (2018). Demenz im Krankenhaus: Konzepte zeigen Erfolge. *Pflegezeitschrift*, 71(3), 50–55. <https://doi.org/10.1007/s41906-018-0417-9>
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2020). *Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*. [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publicationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001199004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publicationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001199004.pdf?__blob=publicationFile) (10.06.2022)
- Tarlow, B. J., Wisniewski, S. R., Belle, S. H., Rubert, M., Ory, M. G., & Gallagher-Thompson, D. (2004). Positive aspects of caregiving. *Research on Aging*, 26(4), 429–453. <https://doi.org/10.1177/0164027504264493>
- Teri, L., Truax, P., Logsdon, R., Uomoto, J., Zarit, S., & Vitaliano, P. P. (1992). Assessment of behavioral problems in dementia: The revised memory and behavior problems checklist. *Psychology and Aging*, 7(4), 622–631. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.7.4.622>
- Thornton, M., & Travis, S. S. (2003). Analysis of the reliability of the modified caregiver strain index. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(2), 127–132. <https://doi.org/10.1093/geronb/58.2.s127>
- Wilz, G., Adler, C., Gunzelmann, T., & Brähler, E. (1999). Auswirkungen chronischer Belastungen auf die physische und psychische Befindlichkeit – Eine Prozeßanalyse bei pflegenden Angehörigen von Demenzkranken. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 32(4), 255–265. <https://doi.org/10.1007/s003910050114>
- Winkler, I., Kilian, R., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2006). Lebensqualität älterer pflegender Angehöriger von Demenzkranken. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 19(1), 17–24. <https://doi.org/10.1024/1011-6877.19.1.17>
- Yates, M. E., Tennstedt, S., & Chang, B.-H. (1999). Contributors to and mediators of psychological well-being for informal caregivers. *The Journals of Gerontology: Series B*, 54(1), 12–22. <https://doi.org/10.1093/geronb/54B.1.P12>
- Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649–655. <https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649>