

Fachartikel für die Pflegezeitschrift

Zusammenfassung

Im Rahmen des Modellprojektes „Mittelstand und pflegende Angehörige“, vom Europäischen Sozialfond gefördert, plante das Internationale Zentrum für Frauengesundheit (IZFG) in enger Zusammenarbeit mit Klein- und mittelständischen Unternehmen des Gesundheitswesens die Entwicklung eines Entlastungsangebotes für pflegende Angehörige.

Es sollte ein adäquates, auf die Bedürfnisse, der körperlich und psychisch häufig belasteten Zielgruppe „pflegende Angehörige“, abgestimmtes Dienstleistungsangebot entwickelt werden, bei dem eine unterstützende, entlastende, präventive und nachhaltige Wirkung nachweislich ist.

In einer eineinhalbjährigen Projektlaufzeit von Juli 2006 bis Dezember 2007 wurden verschiedene stationäre Kurse mit integrierten Angeboten zur Stressbewältigung, Bewegung, Entspannung und Psychoedukation entwickelt und teilweise erprobt. Sie sollten dazu beitragen, das sich pflegende Angehörige eine Auszeit gönnen um wieder Kraft für ihre Pflegealltag zu schöpfen. Welche Chancen dieses Projekt beinhaltet, vor allem für die pflegenden Angehörigen, die an einem der Kurse teilnahmen, aber auch welche Umsetzungsschwierigkeiten es beinhaltet, soll nun detaillierter beschrieben werden.

Vorstellung der Projektakteure

Internationales Zentrum für Frauengesundheit (IZFG)

Das Internationale Zentrum für Frauengesundheit wurde von einer Gruppe engagierter Expertinnen aus den Bereichen Frauengesundheit, Struktur- und Frauenpolitik in Zusammenarbeit mit den Gleichstellungsbeauftragten in Ostwestfalen initiiert. Es ist ein anerkanntes regionales Projekt der EXPO INITIATIVE OST-WESTFALEN und seit Januar 2000 eine gemeinnützige GmbH. Die Gesellschafter sind die Stadt Bad Salzuflen und die Kliniken am Burggraben der Median Klinikgruppe. Das IZFG hat die gesellschaftliche Aufgabe, die Gesundheit von Frauen zu fördern. Da fast 80% der pflegenden Angehörigen Frauen sind nahm es diese Aufgabe besonders in dem Modellprojekt wahr (Infratest Sozialforschung, 2003).

Seit 1997 hat das IZFG Kursangebote im Rahmen der Primärprävention (Well-Changing, 60 plus, Kompaktkur) und der Sekundärprävention (Amazonenkur) konzipiert, durchgeführt und evaluiert. Ziel ist es immer hierbei die neuesten Erkenntnisse aus der geschlechtsspezifischen Gesundheitsforschung praxisnah und anwendungsorientiert für Endverbraucherinnen und Multiplikatorinnen umzusetzen. Ergänzend wurden bisher Einrichtungen des Gesundheitswesens unter Genderaspekten qualifiziert und beraten. Somit sieht sich das IZFG als Kompetenzzentrum für das Thema Frauengesundheit und Gender. Durch die ehemals am IZFG angesiedelte Koordinierungsstelle „Frauen und Gesundheit Nordrhein-Westfalen bestehen gute Netzwerkverbindungen im gesamten Bundesland, die für die Umsetzung dieses Modellprojekt von Nutzen waren.

Klein- und mittelständige Unternehmen

Das Projekt erhielt seine Förderung durch den Europäischen Sozialfond, weil es ein wirtschaftlich ausgerichtetes Projekt war. Die Unternehmen des Gesundheitswesens in Ost-Westfalen leiden unter dem Kurrückgang. So müssen neue

Marktnischen entwickelt werden. Die Projektidee ist hierbei ein Unternehmensnetzwerk zu gründen, um so gemeinsam neue Dienstleistungsprodukte zu entwickeln und auf dem Markt zu positionieren. Die beteiligten Unternehmen waren neben dem Staatsbad Bad Salzuflen, eine EDV-Firma, zwei Kurzzeitpflege-, eine Tagespflegeeinrichtung, drei Hotels, ein Sanitätsfachgeschäft, eine Ernährungsberaterin, eine Supervisorin, eine Psychologin, eine Sozialarbeiterin und eine Seniorenbegleiterin.

Sie kamen aus verschiedenen Städten in Ost-Westfalen. Ihre Aufgabe war es unter Federführung des IZFGs gemeinsam ein Kurskonzept für pflegende Angehörige zu entwickeln und Teile des Kurses in den jeweiligen Unternehmen durchzuführen. Dieses war für die Beschäftigten einmalig. Sie waren es gewohnt, Mitarbeiter aus anderen Unternehmen des Gesundheitswesens als Konkurrenten zu sehen. Kooperatives Verhalten, Problembewusstsein, lösungsorientiertes und marktstrategisches Denken waren hier gefragt.

Ziele des Modellprojektes

Ein qualitatives Projektziel war die Entwicklung, Erprobung, Bewertung und Anpassung eines gesundheitsförderlichen Kurskonzeptes für die Zielgruppe „pflegende Angehörige“. Dieses Kurskonzept war nur durch ein gutes Netzwerk zwischen den Unternehmen realisierbar. Die ca. 60 Beschäftigten der Klein- und mittelständischen Unternehmen sollen zudem hinsichtlich der Themen „Lebenssituation der pflegenden Angehörigen“, „Grundwissen über Erkrankungen der zu Pflegenden“, „Umsetzung der Genderperspektive“, „Zeitmanagement“, „Projektmanagement“ und „Kundenorientierung“ sensibilisiert, geschult und beraten werden.

Situation und Bedarfslage der pflegenden Angehörigen und Erfüllung individueller Ziele der Gesundheitsförderung und Lebensgestaltung

Die Zielgruppe „pflegende Angehörige“ benötigt dringend in Deutschland Entlastungsangebote mit gesundheitsförderlichem und präventivem Charakter. Zu diesem Ergebnis ist u.a. die von der Europäischen Union geförderte „Eurofamcare“-Studie gekommen. In repräsentativen Interviews mit rund 6000 pflegenden Angehörigen aus sechs europäischen Ländern sowie Hintergrundberichten aus 23 Ländern konnte u. a. für die deutschen pflegenden Angehörigen dargestellt werden, dass das Angebot „Urlaub und Auszeit von der Betreuung und Pflege“ als das viert wichtigste und notwendigste Unterstützungs- und Entlastungsangebot von 14 abgefragten Angeboten genannt wurde. Gleichzeitig äußern die Angehörigen, dass diese implizit ausgedrückte Nachfrage nicht realisiert werden kann (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Eurofamcare, 2005).

Es stellt sich die Frage, wie sich die Situation und die Bedarfslage der pflegenden Angehörigen in Deutschland darstellen. In den nächsten Jahren verdoppelt sich die Gruppe der 80 Jährigen und älteren von 700.000 auf 1,2 Millionen. Momentan haben wir 1,9 Millionen Pflegebedürftige, die zum Grossteil (92%) von ihren Angehörigen in Privathaushalten gepflegt werden. Aufgrund dieser demographischen Veränderungen wird die Zahl der Pflegebedürftigen in den nächsten Jahren auf 4,7 Millionen ansteigen. Anzunehmen ist, dass damit auch die Anzahl der pflegenden Angehörigen parallel rapide ansteigt. 78% dieser

pflegenden Angehörigen sind Frauen, konkret Ehepartnerinnen, Töchter, Schwiegertöchter oder Mütter. 67% wiederum von ihnen sind 55 Jahre und älter. Somit kann gefolgert werden, dass die häusliche Pflege durch die Angehörigen vermehrt von älteren Frauen umgesetzt wird. Die wöchentliche Arbeitszeit der Pflegenden beträgt durchschnittlich ca. 39 Stunden. So ist der Belastungsfaktor sehr hoch, weil die Betreuung der Pflegebedürftigen „rund um die Uhr“ stattfindet. Ruhezeiten, vergleichbar mit den professionellen Pflegenden, die im Dreischichtsystem in stationären Pflegeeinrichtungen organisiert sind, gibt es nicht. Die Betroffenen fühlen sich vielfach physisch und psychisch überfordert und überlastet bedingt durch die hohen pflegerischen Anforderungen. So leiden 75% der pflegenden Angehörigen an Schlafstörungen, Rückenschmerzen, Erschöpfungszuständen und anderen Erkrankungen (Enquete-Kommission NRW, 2005). Gerade in der Betreuung und Versorgung von dementiell Erkrankten entwickeln sich bei den pflegenden Angehörigen häufig selbst psychische Erkrankungen, z. B. Depressionen, aufgrund der geringen Aussicht auf Verbesserung und den hohen psychischen Belastungen.

Die Betreuungssituationen sind häufig nicht kurzzeitig. So leisten 50 % der pflegenden Angehörigen zwischen ein und fünf Jahre ihre Pflege, 12% 20 Jahre und länger (Frauengesundheitsbericht Bremen, 2001). Hinsichtlich dieser Ausgangslage kommt die Enquete-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ des Landes Nordrhein-Westfalen 2005 zu dem Schluss: „Pflegende Angehörige sind eine wichtige Säule der Versorgung und Betreuung Pflegebedürftiger und erweisen bei der Erbringung große Flexibilität, Anpassungsbereitschaft und Belastbarkeit. Doch stellt die Pflege und Betreuung eines Familienmitglieds – angesichts des großen Pensums an dabei oft über lange Monate und Jahre wahrzunehmenden Aufgaben – sie und ihre Familien im Lauf der Zeit vor Zerreißproben und konfrontiert sie mit den Grenzen ihrer Belastungsfähigkeit. Die Kommission teilt die seit langem geäußerte Kritik, dass die pflegenden Angehörigen gewährte Unterstützung zu gering ist. ... Es sind Maßnahmen nötig, die der Beratung, Anleitung, supervidierende Begleitung und auch Kompetenzförderung pflegender Angehöriger dienen und ihnen die zur Wahrnehmung von Betreuungs- und Pflegearbeiten Kompetenzen und Fertigkeiten vermitteln.... Gleichzeitig sind aus Sicht der Kommission präventive bzw. gesundheitsförderlich ausgerichtete Maßnahmen zur sozialen und emotionalen Unterstützung pflegender Angehöriger erforderlich. Wie Untersuchungen zeigen, sind pflegende Angehörige nicht selten selbst vom Risiko einer Erkrankung oder gar von Pflegebedürftigkeit bedroht. Angesichts dieser Situation empfiehlt die Kommission, zukünftig zielgruppenorientierte Angebote zu erproben mit dem Ziel, assessmentgestützt besonders belastete Angehörige zu identifizieren und deren Unterstützungs- bzw. Entlastungsbedarf zu erfassen. Zugleich sollten diese Maßnahmen zur Stärkung der Ressourcen pflegender Angehörigen im Sinne der Gesundheitsförderung und zur Vermeidung der Entstehung von Überlastungserscheinungen und Gesundheitsgefährdungen dienen“. Der Aufforderung der Enquete-Kommission wird durch die Realisierung des Modellprojektes Folge geleistet.

So lässt sich abschließend erkennen, dass für die pflegenden Angehörigen seit Jahren der Bedarf besteht Maßnahmen, die ihre Gesundheit fördern, in Anspruch zu nehmen. Auch, neben humanistischen und individuellen Gesichtspunkten erscheint aus volkswirtschaftlicher Hinsicht die Gesunderhaltung der Kundengruppe für wichtig. Gerade aufgrund der demographischen Verände-

zung kann der zukünftige Bedarf an Pflege nicht nur von professionell Pflegenden gedeckt und ebenso nicht von der Gesellschaft finanziert werden. Gerade diesen gesellschaftspolitischen Auftrag nehmen die Krankenkassen noch nicht ausreichend wahr. Sie bieten flächendeckend noch keine Präventions- und Entlastungsangebote für die Kundengruppe an. So erschien es wichtig Alternativenangebote zu konzipieren.

Durchführung des Modellprojektes

Das Projekt begann mit der Auftaktveranstaltung im August 2006, zusammen mit allen kooperierenden Unternehmen aus der Region Ost-Westfalen, der regionalen Politik und der Presse. In der Veranstaltung wurde das Modellprojekt präsentiert. Durch Fachvorträge und Impulsreferate wurde die Situation der Zielgruppe „pflegende Angehörige dargestellt und somit der dringenden Handlungsbedarf hervorgehoben.

Es erfolgte die Gründung der Projektgruppen zur „Konzeptentwicklung“ und zur „Öffentlichkeitsarbeit“. Ab jetzt wurde das angedachte Kurskonzept konkretisiert.

Primär war ein ein- und ein zweiwöchiger Kurs vorgesehen. Der Kurs enthielt zwei verschiedene Module. Innerhalb der Grundmodule gab es therapeutische Einheiten zur Stressbewältigung und Entspannung und zur Bewegung. Medizinisch-therapeutische, sowie psycho-edukative Inhalte sollten vermittelt werden. In Gesprächen mit Psychologen sollten sich die Angehörigen ihre spezifische Pflegesituation vor Augen führen und sie reflektieren. Grenzen setzen, sich selbst wahrnehmen sollten hier wichtige zu lernende Impulse sein. Die Grundmodule sollten für jeden Angehörigen, egal welchen Geschlechts, durchgeführt werden. Das physiotherapeutische Angebot „Rückenschule mit Beckenbodengymnastik“ sollte für Frauen und Männer getrennt angeboten werden. Angedacht war zudem die Kurse nach den Krankheitsbildern der Pflegebedürftigen zu spezifizieren, d.h. einen Kurs speziell für die Angehörigen anzubieten, die Zuhause einen pflegebedürftigen Apoplektiker oder Dementen haben. In diesen Kursen sollten Informationen zu den Krankheitsbildern gegeben werden.

Des weiteren wurde variable Module angeboten. Hier konnten die Angehörigen aus dem sozial-kommunikativen, dem Freizeit- und Kultur-, dem Wellness, Beauty/Stylingbereich und aus dem Kreativbereich Angebote auswählen. Die Angebote zu den Inhalten Stressbewältigung/ Entspannung und Bewegung wurden so konzipiert, dass die pflegenden Angehörigen bei den Krankenkassen Zuschüsse beantragen konnten, weil sie den Anforderungen im Rahmen der Primärprävention entgegen kamen. Kurse zu attraktiven Preisen waren somit konzipiert. Nachdem sie mit den jeweiligen Unternehmen, die bestimmte Inhalte anboten organisiert war wurde auf vielfältige Art und Weise geworben um die Angehörigen zu informieren. Zeitungsartikel, Flyer, Auftritte auf Tagungen, Gespräche mit Angehörigen Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen etc. haben leider nicht dazu geführt, dass Angehörige erreicht werden könnten um die ersten Kurse zu starten. Im März 2007 wurde das Kursangebot modifiziert. Nun gab es neben einem zwei und einem einwöchigen Kurs noch zusätzlich einen Schnuppertag und einen dreistündigen Schnupperkurs als Einstiegsangebot. Die Akquise der pflegenden Angehörigen zeichnete sich weiterhin als sehr schwierig ab.

Um die Situation der pflegenden Angehörigen noch besser verstehen zu können und um noch einmal intensiv zu werben wurde eine große Telefonakquise mit über 150 Telefonaten gestartet.

Von Seiten der Angehörigen bestand zwar ein großes Interesse sich eine Auszeit zu gönnen und einen Kurs zu besuchen, doch die Versorgung der Pflegebedürftigen während der Kurszeit stellte große Probleme dar. Für die Organisation der Pflege wurde eine längere Anlaufzeit gebraucht und so konnten relativ kurzfristige Termine nicht wahr genommen werden. Die meisten Angehörigen konnten sich nicht auf die Pflege oder Betreuung durch „fremde Personen“ einlassen. Die Pflegebedürftigen stellten ihrerseits teilweise dar, dass sie keinen Wechsel duldeten. Eine Unterbringung in Kurzzeitpflegeeinrichtungen stand für einige auch nicht zur Debatte. Sie hatten negative Erfahrungen gemacht. Die Pflegebedürftige waren vorher schon einmal in Kurzzeitpflegeeinrichtungen und kamen in einem schlechteren Pflegezustand, so die Einschätzung der Angehörigen, nach dem Aufenthalt wieder nach Hause. Die Folge war, dass die pflegenden Angehörigen Wochen, bzw. Monate brauchten um den alten Pflegestatus wieder herzustellen. Dieser Aufwand erschien ihnen zu hoch für eine einwöchige Auszeit.

Aufgrund dessen wurde häufig der Wunsch geäußert, seinen Pflegebedürftigen mitzunehmen und ihn vor Ort versorgen zu lassen. Um diesem Wunsch zu entsprechen wurden die Kooperation mit den zwei Kurzzeitpflegeeinrichtungen nochmals dargestellt. Klar war aber auch, dass es im Hotel keine Möglichkeit gab, einen dementiell Erkrankten Pflegebedürftigen rund um die Uhr zu betreuen.

Ein Argument gegen eine Kursteilnahme von pflegenden Angehörigen war ein finanzielles. Trotz Krankenkassenzuschuss müssen die Hotelleistungen und anteilmäßig die Therapien aus der eigenen Tasche gezahlt werden. Einige Angehörige meinte, sie wollen dann lieber für den zu zahlenden Betrag richtig in den Urlaub fahren.

Trotz Anlaufschwierigkeiten fand im Juni 2006 der erste Kurs mit zwei teilnehmenden Angehörigen und im September mit einer Teilnehmerin statt. Die drei waren über 50 Jahre alt und pflegten seit über 15 Jahren ihre Angehörigen Zuhause. In der Selbstbewertung ihres Gesundheitszustandes lies sich bei den Frauen erkennen, dass er sich innerhalb von 4 Wochen leicht verbessert hatte. Zwei Teilnehmerinnen zeigten auch eine Verbesserung bei den körperlichen Aktivitäten. Sie gaben an nach dem Kurs mehr zu schaffen und sorgfältiger zu arbeiten können. Die vermittelten Inhalte trugen dazu bei, den zukünftigen Arbeitsalltag besser bewältigen zu können. Besonders die Stressbewältigung und die Entspannungstechniken sowie die Bewegungsinhalte wurden als sehr förderliche eingeschätzt. Sie hätten sich jedoch gerne einen intensiveren Erfahrungsaustausch mit anderen betroffenen pflegenden Angehörigen gewünscht, der aufgrund der geringen Teilnahme jedoch nicht geleistet werden konnte. Exemplarisch werden einige Aussagen zitiert:

Frau A: „Meine Erwartungen sind vollkommen erfüllt worden. Ich musste 15 Jahre warten, damit sich mal jemand um mich kümmert. Ich habe gar nicht mehr an Zuhause gedacht.“

Frau B: „Ich habe ein wenig gelernt mich zu entspannen, das muss ich noch vertiefen. Alle haben sich so intensiv um mich gekümmert, das kannte ich gar nicht.“

Frau C: „Ich bin wichtig, meine Gefühle, Gedanken, ich dar mir Zeit für mich nehmen. Sport tut mir sehr wohl und schwimmen. Ich kann neue Wege aus meiner eingefahrenen Situation finden.“

Diese drei Zitate sprechen für sich. Bedauerlich ist, dass in der eineinhalbjährigen Projektlaufzeit anstelle von über 70 erwarteten nur drei Angehörige tatsächlich das Angebot genutzt haben.

Ein Grund neben organisatorisch schwierigen und finanziellen Gründen ist in der starken Abhängigkeit zwischen den Pflegebedürftigen und den pflegenden Angehörigen zu finden. Die Angehörigen haben ein schlechtes Gewissen, wenn sie sich eine Auszeit gönnen. Der Pflegebedürftige interpretiert eine außerhäusliche Pflege als „abgeschoben werden“. Gerade aber diese Kompetenzen, sich selbst als Mensch wieder wahrnehmen mit den eigenen Gefühlen, Bedürfnissen und Anliegen, selbst Grenzen setzen und neue Bewältigungsstrategien für den pflegerischen Alltag zu erlernen. Diese Kompetenzen sollten im Kurs vermittelt werden. Die Krux war, dass viele Angehörige diesen Schritte nicht gewagt haben. Was ist zu tun?

Abschließende Überlegungen

Es stellt sich die Frage, ob als Zielgruppe nicht nur die pflegenden Angehörigen in den Blick genommen werden sollten die seit Jahren in der Pflege tätig sind um bei ihnen gesundheitliche Einschränkungen zu verbessern, oder nicht zudem eine andere Zielgruppe. Vorzustellen ist, dass gerade Angehörige die über kurz oder lang in eine Pflegesituation kommen als spezielles Klientel zählen könnten. Sie könnten so gut auf die Pflege vorbereitet werden, damit nicht diese Abhängigkeiten zwischen ihnen und ihren Pflegebedürftigen entstehen. Sie könnten lernen von Anfang an Grenzen zu setzen. Es könnten so im Vorfeld spezifische Kompetenzen vermittelt werden um adäquat und sicher in der neu entstandenen Pflegesituation zu reagieren.

Zudem stellt sich heraus, dass es gerade für solche Angebote einen langen Atem braucht. Ein Modellprojekt ist zeitlich aufgrund seiner Finanzierung befristet. Wäre das Projekt noch ein oder ein einhalb Jahre länger gelaufen, so hätten über Mund - zu Mund Propaganda bestimmt mehr Angehörige das Kursangebot wahrgenommen.

Der finanzielle Aspekt ist zudem noch einmal zu beleuchten. Pflegenden Angehörigen haben nicht immer gute finanzielle Möglichkeiten. Die Pflege verschlingt viel Geld. Die Leistungen der Pflegeversicherung sind Ergänzungsleistungen, einiges muss bei den ambulanten Pflegediensten für den Pflegebedürftigen noch dazu „gekauft“ werden. Somit überlegen sich pflegenden Angehörigen sehr genau für was sie ihr Geld ausgeben und ob überhaupt der finanzielle Spielraum vorhanden ist. Wenn ja, so ist die Entscheidung zu treffen, ob für einen Auszeitkurs in Ost-Westfalen, oder dann für einen „richtigen“ Urlaub in der Sonne. Auch diese Erwägungsgedanken sind nachvollziehbar. Es stellt sich die Frage, ob es nicht sinnvoll und machbar wäre mit einer Reisegruppe pflegender Angehörigen und einigen Therapeuten eine Urlaubsreise in den Süden zu organisieren.

Zusammenfassen lässt sich, dass in einer eineinhalbjährigen Projektlaufzeit Kursmodule für pflegende Angehörige entwickelt und erprobt wurden. Drei Angehörige haben dieses Angebot wahrgenommen und als positiv eingeschätzt. Durch die jahrelange Pflege kommt es bei pflegenden Angehörigen zu starken psychischen und physischen Belastungen und gegenseitigen Abhängigkeiten. Wie sehr diese Abhängigkeiten ausgeprägt sind mussten leider die Projektleitung und ihre Assistentin des IZFGs und ebenso die Beschäftigten der Unternehmen des Gesundheitswesens aufgrund der geringen Kursteilnahme spüren. Dennoch waren alle Projektbeteiligten immer engagiert und optimistisch bei der Arbeit.

Literaturangaben

Enquetekommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW (2005). Abschlussbericht der Enquetekommission. Landtag NRW Referat I.1.

Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (2005). Masterplan Gesundheitswirtschaft NRW, Version 2.0.

Mnich, E. (2006). Powerpointpräsentation zu zentralen Aussagen der Eu- Studie- Eurofamcare. Unveröffentlichtes Präsentationsmaterial.

Schafft, M. (2005). Pflegende Angehörige. EU-Projekt legt erste Ergebnisse vor- Eurofamcare. www.uke.ubi-hamburg.de/extern/eurofamcare. 13.01.2006

Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (2001). Frauengesundheitsbericht Bremen 2001. www.2.bremen.de/info/frauengesundheitsbericht/chap2/24.htm. 13.01.2006.