

# **Abschlussbericht des Modellprojekts „Neuheit für Pflege“ in Dortmund und Solingen**

Netzwerk zum Gesundheitsschutz für nicht erwerbsmäßig Pflegende



**Abschlussbericht des Modellprojekts  
„Neuheit für Pflege“ in Dortmund und Solingen**

Netzwerk zum Gesundheitsschutz für nicht erwerbsmäßig Pflegende



# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Titel und Laufzeit des Vorhabens</b>	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>Problemstellung</b>	<b>8</b>
<b>3</b>	<b>Forschungszweck/-ziel</b>	<b>12</b>
<b>4</b>	<b>Methodik/Projektansatz</b>	<b>12</b>
4.1	Implementierungsforschung/Praxisentwicklung	12
	Handlungsempfehlung 1	13
4.2	Vorgespräche und Projektentwicklung	13
	Handlungsempfehlung 2	13
	Handlungsempfehlung 3	14
4.3	Arbeitsgruppen in Dortmund und Solingen	14
	Handlungsempfehlung 4	14
<b>5</b>	<b>Ergebnisse/Projektverlauf</b>	<b>15</b>
5.1	Sitzungen, Schwerpunkte, Akteure	16
	Handlungsempfehlung 5	16
	Handlungsempfehlung 6	16
5.1.1	Analyse von Angeboten für pflegende Angehörige	16
	Handlungsempfehlung 7	18
	Handlungsempfehlung 8	19
5.1.2	Sichtung der Angebote der AG-Mitglieder und telefonische Befragung	19
	Handlungsempfehlung 9	20
5.1.3	Fortbildungs-Inputs	20
5.1.4	Salutogenese	20
5.1.5	Trajektmodell	20
5.1.6	Veränderte Familienrollen	20
5.1.7	Belastung der pflegenden Angehörigen	20
5.1.8	Multiplikatoren-Seminare der Unfallkasse	21
	Handlungsempfehlung 10	21
5.1.9	Hemmnisse/Barrieren auf der Seite der Angehörigen	21
5.1.10	Lücken der Versorgung und Wünsche der pflegenden Angehörigen	22
	Handlungsempfehlung 11	22
5.1.11	Definitionen: Pflegende Angehörige und Gesundheitsschutz	22
5.1.12	Entwicklung der Gruppen	23
	Handlungsempfehlung 12	23
5.1.13	Erfolgskriterien für das Projekt	24
	Handlungsempfehlung 13	24
5.1.14	Erweiterung des „offiziellen“ Teilnehmerkreises	24
5.1.15	Niedergelassene Ärzte	24
	Handlungsempfehlung 14	25
5.1.16	Beteiligung der Kirchen	26
5.1.17	Telefonseelsorge	27
5.1.18	Apotheken	28
5.1.19	Sanitätsfachhandel	29
5.1.20	Beteiligung der Volkshochschule und Stadtbücherei Dortmund	29
	Handlungsempfehlung 15	30
5.1.21	Besuche bei den AG-Mitgliedern	30
5.1.22	Entlassungsmanagement im Krankenhaus	33
5.1.23	Gäste in den AGs	34
5.1.23.1	Verein für pflegende Angehörige/	34
	Handlungsempfehlung 16	34

5.1.23.2	Modell „Herdecke Plus“	34
5.1.24	Pflegekasse	35
	Handlungsempfehlung 17	35
5.1.25	Angehörigenfokusgruppen	35
	Handlungsempfehlung 18	36
5.1.25.1	Probleme im Rahmen der Pflegesituation aus der Sicht der Familie	36
5.1.25.2	Ressourcen pflegender Angehöriger	37
5.1.26	Netzwerkträgersitzungen und Come-together-Jahrestreffen	38
	Handlungsempfehlung 19	38
5.1.27	Öffentlichkeitsarbeit	38
5.2	Einzelne Produkte und Initiativen	39
5.2.1	Notfallkarte und Notfallcheckliste	39
	Handlungsempfehlung 20	40
5.2.2	Wertschätzung und Einschätzung	40
	Handlungsempfehlung 21	41
5.2.3	Pflegekurse	41
	Handlungsempfehlung 22	43
5.2.4	Familienmoderation	43
5.2.5	Freier Samstag	44
5.2.6	Selbstbewertung/Selbstverpflichtung	44
	Handlungsempfehlung 23	45
5.2.7	Homepage	45
5.2.8	Reflektionshilfen (Broschüre der Unfallkasse NRW)	46
5.2.9	Öffentlichkeitsarbeit/Bewerbungen	46
5.2.10	Abschlussstagung	48
5.2.11	Nicht umgesetzte Angebote im Projektzeitraum	48
5.2.11.1	Nachtpflege	48
5.2.11.2	Weitere Ideen	49
<b>6</b>	<b>Resümee und Ausblick</b>	<b>49</b>
<b>7</b>	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>51</b>
<b>8</b>	<b>Zusammenstellung der 23 Handlungsempfehlungen</b>	<b>52</b>
<b>9</b>	<b>Anhang</b>	<b>53</b>



## Einleitung

Der vorliegende Abschlussbericht gibt Auskunft über das Projekt „Neuheit für Pflege“. Er ist gedacht als Handlungshilfe zur Unterstützung pflegender Angehöriger.

Der Gesundheitsschutz pflegender Angehöriger steht schon seit einigen Jahren verstärkt im Fokus und auf der Agenda der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen, der Trägerin des gesetzlichen Unfallversicherungsschutzes für diesen Personenkreis in NRW.

Den Kommunen und Kreisen kommt bei der Unterstützung dieser Frauen und Männer, die eine wichtige gesellschaftliche Funktion übernehmen, eine besondere Rolle zu: sie sollen steuernd und moderierend tätig werden. Durch die gesetzlich gewollte Kommerzialisierung des Pflegefeldes sind in den letzten Jahren Lücken und Überangebote entstanden, Anbieter konkurrieren miteinander und in so manchem ortsnahen Pflegeumfeld – in den Quartieren – fehlt es überhaupt an Hilfen.

Im Projekt konnte gezeigt werden, dass eine Vernetzung der Akteure möglich ist – wenn eine neutrale Organisation, hier die Unfallkasse NRW, moderiert.

Wir hoffen, dass Anregungen aus diesem Projekt vielerorts in die Praxis übernommen werden und sich ein gutes Klima für pflegende Angehörige entwickeln kann. Alle nützlichen Materialien aus dem Projekt sind in einem Materialpool im Anhang dieser Broschüre bereitgestellt.

Wir danken an dieser Stelle für die gute Zusammenarbeit aller Beteiligten an diesem Projekt – insbesondere auch mit und in den Städten Dortmund und Solingen.

Die vorliegende Broschüre ist die redaktionell überarbeitete Version des Projekt-Abschlussberichts.

### **Für die Universität Witten/Herdecke (Department Pflegewissenschaft)**

Prof. Dr. Angelika Zegelin,  
wissenschaftliche Leitung

Tanja Segmüller, Mareike Tolsdorf  
MScN

### **Für die Unfallkasse NRW**

Alexandra Daldrup,  
Projektleitung, Referentin für Gesundheits-  
schutz für Pflegekräfte

Martin Schieron,  
Dipl. Pflegewissenschaftler (FH)

### **Projektabstract (Deutsch): Neuheit für Pflege**

Pflegende Angehörige übernehmen einen gesellschaftlich wichtigen Auftrag, ihr eigenes Wohlergehen steht allerdings nicht im Fokus von Politik und Versicherungen – viele sind hoch belastet und werden selbst krank. In diesem Projekt (2009–2011) sollten Strategien entwickelt werden, um den Gesundheitsschutz für pflegende Angehörige zu verbessern. Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) finanzierte die wissenschaftliche Begleitung des Vorhabens. Durchgeführt wurde es von der Unfallkasse NRW und dem Department für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke. Die Städte Dortmund und Solingen waren hierbei die Modellregionen. In Arbeitsgruppen örtlicher Anbieter im Pflegefeld wurde die Situation pflegender Angehöriger in den Mittelpunkt gerückt. Als methodische Grundlage dienten Aktionsforschungs- und Implementierungsansätze. Die Anbieter vernetzten sich im Projektzeitraum, Ideen zur Prävention bei pflegenden Angehörigen wurden entwickelt und neue Dienstleistungen auf den Weg gebracht. Insgesamt zeigte sich, dass Hilfe bei der Pflege ein unübersichtlicher Markt geworden ist und die Kommunen eine Rolle der Koordination und Steuerung übernehmen sollten. Es zeigte sich auch, dass pflegende Angehörige auf unterschiedlichen Wegen erreicht werden können. Im Projekt wurden Maßnahmen der Nachhaltigkeit vorgesehen. Die Ergebnisse sollen auf andere Regionen übertragen werden.

### **Projektabstract (Englisch): Support for caregiving relatives**

*Caregiving relatives assume responsibilities of social significance. But their own well-being is not in the focus of politics and insurers – many of them are under tremendous stress and fall ill themselves. This project (2009–2011) aimed to design strategies of preventive health protection for caregiving relatives. The joint project by Unfallkasse NRW (accident insurers) and the School of Nursing Science at Witten/Herdecke University was sponsored by DGUV (German Statutory Accident Insurance). Model regions were the cities of Dortmund and Solingen. Teams from local nursing providers assessed the situation of nursing family members as a priority, using activity research and implementation approaches. Networking for the duration of the project, the providers pooled suggestions for prophylactic health care of and new support services for caregiving relatives. Municipalities are called upon to coordinate and control the increasingly complex market in this area. Project results showed up a variety of sustainable strategies to reach caregiving relatives and are scheduled to be transferred to other regions as well.*

## 1 Titel und Laufzeit des Vorhabens

### Titel

Netzwerk zum Gesundheitsschutz für nicht erwerbsmäßig Pflegende – Neuheit für Pflege – Modellprojekt in zwei Städten (Solingen/Dortmund)

### Laufzeit

Dezember 2008 bis November 2011  
Vorarbeiten: ab April 2008

## 2 Problemstellung

Derzeit gibt es in Deutschland rund 2,4 Millionen Pflegebedürftige (2010). Dies sind allerdings nur die offiziellen Zahlen der Leistungsbezieherinnen und -bezieher aus der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung – wahrscheinlich ist die Zahl der „Pflegehaushalte“ weit höher. Und: Pflegebedürftigkeit wird weiter zunehmen. Der weitaus größte Anteil der Pflegebedürftigen wird in häuslicher Umgebung von pflegenden Angehörigen betreut. Um deren Engagement zu stützen wurden sie in den gesetzlichen Unfallversicherungsschutz einbezogen. Das Sozialgesetzbuch VII (Gesetzliche Unfallversicherung) benennt in § 2 Absatz 1 Nr. 17 „Pflegerpersonen im Sinne des § 19 des Elften Buches bei der Pflege eines Pflegebedürftigen im Sinne des § 14 des Elften“ als versicherte Personen. Diese „nicht erwerbsmäßig Pflegenden“ sind bei den jeweils zuständigen kommunalen Unfallversicherungsträgern gesetzlich unfallversichert. Dieser Versicherungsschutz bezieht sich jedoch nicht nur auf die Gewährung von Leistungen nach Eintreten eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit. Erste Aufgabe der gesetzlichen Unfallversicherung ist nach § 1 SGB VII die Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren. Dies gilt selbstverständlich für alle Versichertengruppen. Daher – und weil die Pflege durch Angehörige von immer größerer Bedeutung für unsere Gesellschaft wird – hat die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) großes Interesse an der Gesunderhaltung der pflegenden Angehörigen. Denn jede Pflegesituation kann für die ehrenamtlich Pflegenden gesundheitliche Risiken wie Überforderung, Erschöpfungssyndrom oder Unfälle bei der Pflegetätigkeit mit sich bringen.

In Deutschland stehen wir seit einiger Zeit vor einer historisch neuen Situation: Es gibt viele Menschen, die zu Hause Pflege und Unterstützung benötigen, aber keine direkte Familienanbindung mehr haben. Gründe hierfür können sein, dass die Familienangehörigen weit entfernt wohnen und Frauen und Töchter – im Gegensatz zu früheren Jahren – verstärkt erwerbstätig sind und nicht für die Versorgung der Angehörigen zur Verfügung stehen. Hinzu kommt der in der Bundesrepublik hinlänglich bekannte demografische Wandel, die steigende Zahl der Älteren und deren höhere Lebenserwartung im Gegensatz zur abnehmenden Zahl der Erwerbstätigen und somit potentiell Pflegenden. Die Alterung der Bevölkerung wird sich in den kommenden Jahren deutlich bemerkbar machen, wenn die geburtenstarken Jahrgänge ins Seniorenalter kommen. Bis zum Jahr 2025 wird in Nordrhein-Westfalen damit gerechnet, dass

der Anteil der über 60-jährigen auf 32,4 Prozent ansteigt. Der Anteil der Hochbetagten wächst ebenfalls weiter. 2025 wird er voraussichtlich bei acht Prozent liegen (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2012). Während in den vergangenen Jahrzehnten das Thema Kinderbetreuung die politische Diskussion bestimmte, spricht man jetzt auch über die häusliche Pflege, eine insbesondere für Berufstätige große Herausforderung.

Der Gesetzgeber fordert seit Jahren die Regelung „ambulant vor stationär“ zur Stützung des häuslichen Pflegesettings. Es fehlt jedoch in nahezu allen Bereichen an entsprechenden ambulanten und teilstationären Strukturen wie z.B. Nachtpflegeangeboten.

### Folgende Prämissen begleiten das Projekt

1. Pflegende Angehörige stellen eine große gesellschaftliche Gruppe dar; die meisten Pflegebedürftigen werden zuhause gepflegt, rund zwei Prozent der Gesamtbevölkerung sind betroffen. Die Hauptpflegepersonen – meistens Ehefrauen oder Töchter – sind direkt involviert, indirekt sind innerhalb der Familien aber noch mehr Menschen einbezogen (Meyer 2006).
2. Pflege zu Hause kann eine hohe Belastung darstellen, daneben gibt es jedoch auch positive Erfahrungen wie das Gefühl des Gebrauchtwerdens. Die Belastungen setzen sich aus Faktoren wie Verfügbarkeit, Ungewissheit, Isolation, Verzicht u. a. zusammen. Die Last kann jedoch abgepuffert werden durch Bindung, Anerkennung und Entlastung.
3. Als objektivierbare Faktoren können die Art der Krankheit, die finanzielle Situation und das Wissen über die Krankheit genannt werden. Viele subjektive Faktoren wie Bewältigungsverhalten, Motivation und Beziehungsqualität wirken auf das Empfinden ein. Die Belastungsforschung zeigt, dass pflegende Angehörige oft selbst krank werden: Sie leiden unter Erschöpfung, Schlafstörungen, Depressionen, Rückenschmerzen, Infekten, Suchtproblemen und vielen anderen Beschwerden.

Besonders bei einer lang andauernden und als unbefriedigend erlebten Situation „soll nicht alles vergeblich gewesen sein“ und eine Heimaufnahme vermieden werden. Letztlich resultiert daraus die Unfähigkeit, Hilfe anzunehmen („andere Lösungen sind nicht gut genug“, „niemanden ins Haus lassen“). Dies kann zu ungünstigen Verquickungen führen – zu nennen sind hier eine veränderte Rollenverteilung, star-

kes Verlusterleben durch Zunahme der Pflegeabhängigkeit bis hin zu Sucht- und Gewaltproblemen.

Zudem klagen pflegende Angehörige über einen belastenden organisatorischen und bürokratischen Aufwand.

4. Die Wünsche der pflegenden Angehörigen sind ebenfalls gut untersucht: Anerkennung, kurzfristige Hilfen, Entlastung, zugehende Informationen, alles aus einer Hand etc. Weiter gibt es mehrere Studien über die (Familien-)Verhältnisse bei Pflegebedürftigkeit: u. a. Schneekloth/Potthoff 1993 oder die Eurofamcare-Studie (Meyer 2006).

Viele pflegende Angehörige sind selbst schon älter, andere haben eine Doppel- oder Dreifachbelastung durch Berufstätigkeit und/oder eigene Familienarbeit.

5. Pflegende Angehörige betrachten sich nicht als solche, sie suchen kaum Hilfsangebote auf. Sie nutzen das System erst, wenn es gar nicht mehr geht. Pflege wird als Privatsache angesehen (Meyer 2006).
6. Das Pflege- und Sozialwesen in Deutschland ist zersplittert, vielfach sind konkurrierende Wohlfahrtsverbände sowie private und öffentlich rechtliche Akteure in diesem Feld tätig. Die Szene von Anbietern ist kaum durchschaubar, ebenso die Zuständigkeit unterschiedlicher Kostenträger. Pflegende Angehörige nutzen Erstkontakte an ganz verschiedenen Orten, auch an Stellen, die nicht im Hilfesystem verortet sind (z.B. zuständiger Gemeindepfarrer).
7. Insgesamt sind Hilfsmöglichkeiten durchaus vorhanden, die Nutzung erfordert aber eine sehr gute Systemkenntnis. Zudem müssen die Betroffenen von sich aus aktiv werden – eine zugehende Hilfe „aus einer Hand“ ist nicht gegeben.
8. Pflegende Angehörige haben keinen richtigen Status im Hilfesystem, in der Pflegeversicherung ist primär der Pflegebedürftige eine Größe, der pflegende Angehörige ist möglicherweise bei einer anderen Kasse versichert. Oft wird er erst zur Kenntnis genommen, wenn er Kosten für seine eigene Krankenkasse verursacht. Viele Unterstützungsleistungen für pflegende Angehörige wirken nur indirekt und zudem oftmals nur als Goodwill-Leistungen.

9. Pflegende Angehörige sind den Belastungen durch die Pflege anders ausgeliefert als die professionell Pflegenden, ihnen fehlen Wissen und Werkzeuge. Im Laufe der Pflegesituation machen sie unterschiedliche Erfahrungen – sowohl gute als auch schlechte. Dabei sind sie aber auch stets durch Risiken wie Krankheit oder Unfallgefahr begleitet.

### Neuheit für Pflege Projektverlauf

#### Projektschritte

- Situationsbeschreibung/Ist-Analyse
  - Abstimmung und Weiterentwicklung lokaler Programme
  - Implementierung des Präventionsgedankens
  - Erarbeitung eines Qualitätskriterienkatalogs
  - Evaluation
    - begleitend: Öffentlichkeitsarbeit
1. Situationsbeschreibung/Ist-Analyse bestehende Strukturen, Bedarfslagen, Angebotslücken, Einrichtung einer Fokusgruppe „pflegende Angehörige“
  2. Abstimmung und Weiterentwicklung lokaler Programme Laufende Vernetzung mittels regelmäßiger Treffen, Bildungsangebote, Aufbau einer Ideenbörse, Vermittlung von ReferentInnen, Aktionen vor Ort usw.
  3. Implementierung des Präventionsgedankens
    - Erkenntnislage, Konzepte, Optionen
    - u.a. durch Ideenbörse, Bildungsangebote
  4. Erarbeitung eines Qualitätskriterienkatalogs
    - gemeinsame Erarbeitung eines Selbstbewertungstools
  5. Evaluation (begleitend)

#### Zeitplan

Ziel 2008: Schaffung der Rahmenbedingungen des Netzwerks

Ziel 2009: Bestandsaufnahme und Implementierung regionaler Treffen der Kooperationspartner

Ziel 2010: Implementierung des Gesundheitsschutzes nicht erwerbsmäßig Pflegender, Öffentlichkeitsarbeit, Schaffung einer Internetplattform

Ziel 2011: Festigung der Strukturen, Sicherung der Nachhaltigkeit, Präsentation der Ergebnisse

#### Wer gewinnt?

- die pflegenden Angehörigen
- die Unfallkasse (Präventionsauftrag)
- die Stadt Solingen (Sorge für die Bürger tragen)
- die Anbieter = SIE!

#### Ihr Gewinn – 8 gute Gründe dabei zu sein!

- Nutzergewinnung und -bindung
- Erweiterung des Leistungsangebots
- Steigerung der Beratungs- und Angebotsqualität
- Zertifizierungsmöglichkeit
- Möglichkeit mitzugestalten
- Profitieren von anderen (Materialien, ggf. ReferentInnen, Erfahrungen)
- Marktvorsprung, kostenlose PR
- Teilnahmebescheinigung (Fortbildung)

#### Was tun die Kooperationspartner?

- Bildung einer Arbeitsgruppe 4 – 6 Treffen jährlich, kontinuierliche Teilnahme
- Ggf. Bildung von themenspezifischen Unterarbeitsgruppen
- Einspeisen von Informationen, Ideen, Materialien, Erfahrungen, Berichte über eigene Angebote
- begleitete Umsetzung der Projektschritte in Solingen, inhaltliche Ausgestaltung

#### Wie werden die Kooperationspartner unterstützt?

- Bildungsangebote
- Input
- Moderation der Treffen
- Flyerentwicklung und -druck
- PR-Maßnahmen
- gemeinsame Entwicklung des Qualitätskriterienkatalogs
- Unterstützung bei allen Projektschritten



## **Netzwerk zum Gesundheitsschutz nicht erwerbsmäßig Pflegender „Neuheit für Pflege“**

Sie sind pflegender Angehöriger? –  
Wenn ja, wir kümmern uns um Ihre Gesundheit!

Sie haben sich entschlossen, einen pflegebedürftigen Menschen zu Hause zu pflegen. Somit kann diese Person weiter am Familienleben teilnehmen und in ihrer vertrauten Umgebung leben.

Wissen Sie, dass Sie als pflegender Angehöriger versichert sind?

Der Gesetzgeber hat diesen großen Einsatz erkannt und dafür gesorgt, dass Sie im Rahmen Ihrer Pflegetätigkeit automatisch und beitragsfrei durch die gesetzliche Unfallversicherung geschützt sind. In Nordrhein-Westfalen ist die Unfallkasse NRW der für Sie zuständige Unfallversicherungsträger.

Die Stadt hat sich mit uns zusammen aufgemacht, bestehende Angebote für pflegende Angehörige zu verbessern. Dies bedeutet, dass die Angebote besser erreichbar, besser abgestimmt und somit für Sie als pflegende Angehörige als Hilfen auch wahrgenommen werden können. Bei den Angeboten soll es auch um Ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden gehen und nicht nur um das des Pflegebedürftigen.

### **Informationen zum Projekt**

Netzwerk zum Gesundheitsschutz für pflegende Angehörige „Neuheit für Pflege“

In Ihrer Stadt sind verschiedene Gesundheitsakteure (z.B. Kranken- und Pflegekassen, Wohlfahrtsverbände, Kirchen und Verbände aber auch Krankenhäuser und Beratungsstellen) am Projekt beteiligt.

Finanziert wird das dreijährige Projekt von der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) und der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen. Die wissenschaftliche Begleitung liegt beim Institut für Pflegewissenschaften der Universität Witten/Herdecke.

Weitere Informationen finden Sie unter:

<http://www.unfallkasse-nrw.de/gesundheitsdienstportal>

Thema: Pflegende Angehörige → Projekte

### 3 Forschungszweck/-ziel

#### Hauptziele

- Vernetzung, Nutzung und Erweiterung der für die Pflegebedürftigen entwickelten Strukturen
- Verbesserung der Prävention für nicht erwerbsmäßig Pflegenden

#### Erweiterte Zielsetzung

- Aufklärung der nicht erwerbsmäßig Pflegenden über die Risiken der Laienpflege
- Steigerung der Eigenverantwortung der nicht erwerbsmäßig Pflegenden für ihre eigene Gesundheit
- Steigerung der Inanspruchnahme von bestehenden Unterstützungsangeboten
- Verbesserung der Kommunikationsstrukturen zwischen nicht erwerbsmäßig Pflegenden und den mit ihnen beruflich befassten Personengruppen
- Stärkung der Lobby nicht erwerbsmäßig Pflegender durch Schaffung von Transparenz und Offenheit für deren Probleme
- Einbindung und Vermittlung bürgerschaftlich Engagierter in vernetzte Versorgungsangebote auf kommunaler Ebene, z.B. Betreuungsgruppen für Demenzkranke, Helferkurse und Agenturen zur Vermittlung von entlastenden Diensten

### 4 Methodik/Projektansatz

Das Projekt „Neuheit für Pflege“ bewegt sich in einem komplexen Feld. Veränderungen können nur durch die Projektteilnehmer selbst herbeigeführt werden. Alle Projektteilnehmer sind Dienstleister unterschiedlichster Ausrichtung, mit unterschiedlichen Angeboten, Rahmenorientierungen und Werten – jeweils bezogen auf eine Kommune. Ein örtlicher Bezug ist erforderlich, da pflegende Angehörige Dienstleistungen eher in ihrer Nähe nutzen. Für dieses Projekt ist eine Orientierung im Quartier handlungsleitend. Unter Quartier wird hier ein sozialräumliches Gebilde verstanden. Während ein Stadtteil sich eher geografisch definiert, ist ein Stadtbezirk eher eine politische Einteilung. Ein Stadtviertel ist eine eher subjektive Zone, meistens historisch gewachsen. Ein Quartier versteht sich als „Nachbarschaft“ in der Wahrnehmung seiner Bewohnerinnen und Bewohner – es wird umfassend genutzt.

Sowohl Aktionsforschung (Hart/Bond, 2001) als auch Implementierungsforschung (Grol u.a. 2005) bieten sich als methodische Ansätze an, um Fragestellungen aus der Versorgungspraxis aufzunehmen und gemeinsam mit den Akteuren nach Entwicklungsmöglichkeiten zu suchen – beide Ansätze sind kompatibel. Die Gruppe der Akteure wird durch die Einspeisung von wissenschaftlichen Ergebnissen unterstützt. Das Vorgehen wird durch Instrumente des Projektmanagements begleitet: Problemanalysen, Zielsetzungen, Fristen, Verantwortlichkeiten. Grols Arbeiten sind dem weiten Horizont der „Change Management-Prozesse“ zuzuordnen, er stellt ein eigenes Modell der Implementierung vor. Implementierungsforschung untersucht, mit welchen Methoden/Praktiken aktuelle Forschungsergebnisse in die Versorgungspraxis gebracht werden können. Es geht darum, Qualität zu steigern und die Wissenszirkulation zwischen Wissenschaft und Anwendung zu fördern.

Aktionsforschung will die Kluft zwischen Praxis, Theorie und Forschung überbrücken. Kurt Lewin entwickelte in den 40er Jahren des 20. Jahrhunderts den Ansatz „Kenntnisse über ein soziales System entwickeln und Einfluss nehmen“ (Lewin 1946). In einigen Jahrzehnten wurde dieser Ansatz weiterentwickelt, besonders in der kritischen Sozialwissenschaft, immer wieder auch im Gesundheitsbereich (Hart/Bon 2001). Er dient auch der Erkennung eigener Potenziale und bietet die Möglichkeit, voneinander zu lernen.

#### 4.1 Implementierungsforschung/Praxisentwicklung

Dieser wissenschaftliche Ansatz zeichnet sich dadurch aus, dass alle Arbeitsschritte gemeinsam in der Gruppe entschieden und getätigt werden. Als Abschnitte sind im Projekt insbesondere die Situationsbeschreibungen, die Definitionen, die jeweiligen Unterprojektziele und die gemeinsam formulierten

Erfolgskriterien zu nennen. Die Projektleitung bietet der Gruppe eine Begleitung, Moderation und Anreize während des Projektverlaufes an.

Das Wissen über eigene Möglichkeiten und Grenzen ist (vor allem) bei den Akteuren im Feld vorhanden – eine Einschätzung der Situation vor Ort kann nur durch die Leistungserbringer selbst erfolgen. Im Projektverlauf werden so die einzelnen Schritte: Beobachtung, Planung, Aktion und Reflektion (dies entspricht auch dem Vorgehen im Projektmanagement) immer wieder durchlaufen. Für alle Projektteilnehmenden gelten klare Regeln.

Es geht bei diesem Ansatz vor allem um die Lösung praktischer Probleme. Durch die Partizipation und den kollaborativen Ansatz (Zusammenarbeit zwischen Fachleuten und Forschern) können neue Wege entwickelt werden. Bei allen Beteiligten muss die Absicht zur Veränderung der bestehenden Situation vorhanden sein.

#### Handlungsempfehlung 1

Ein partizipatives Vorgehen wählen, welches die Akteure beteiligt und zusammenbringt.

#### 4.2 Vorgespräche und Projektentwicklung

Im Herbst 2007 kam es zu ersten Gesprächen zwischen der Unfallkasse NRW und der Universität Witten/Herdecke. Als Anliegen der Unfallkasse NRW wurde formuliert, den Gesundheitsschutz für pflegende Angehörige wirksam voranzubringen. Die Unfallkasse arbeitet seit Jahren engagiert in diesem Feld. Über ein umfangreiches Seminarangebot werden Multiplikatoren zum Gesundheitsschutz für pflegende Angehörige ausgebildet. Des Weiteren werden Informationsmaterialien (Broschüren, Faltblätter, Info-Briefe usw.) sowohl für Multiplikatoren als auch für pflegende Angehörige herausgegeben. Hierzu zählt auch das seit einigen Jahren existente Internetportal [www.unfallkasse-nrw.de/gesundheitsdienstportal](http://www.unfallkasse-nrw.de/gesundheitsdienstportal), welches über einen eigenen Schwerpunkt „Pflegerische Angehörige“ verfügt. Darüber hinaus wird mit unterschiedlichen Partnern (z.B. Pflegekassen) für den Gesundheitsschutz pflegender Angehöriger gearbeitet.

Es wurde beschlossen, einen gemeinsamen Projektantrag bei der DGUV einzubringen – die Konturen des Projektes wurden daraufhin in mehreren Sitzungen besprochen – und im Sommer 2008 wurde der Antrag bei der DGUV eingereicht. Entschieden

wurde, zwei Städte in Nordrhein-Westfalen für die Projektdurchführung modellhaft zu fokussieren und über Anbieter in den beiden Städten einen gesundheitsförderlichen Ansatz für pflegende Angehörige zu stärken. In Westfalen erklärte sich die Ruhrgebietsgroßstadt Dortmund, im Rheinland die mittelgroße Stadt Solingen bereit, im Projekt mitzuwirken.

#### Handlungsempfehlung 2

Ausreichend Vorlaufzeit einplanen, um die Konturen des Projektes zu schärfen.

Nach längeren Überlegungen wurden in beiden Städten Arbeitsgruppen als Hauptakteure vorgesehen, daneben aber auch eine Ebene der Träger zur Steuerung und Aufsicht. So wollte man es den einzelnen Akteuren erleichtern, ihre Mitwirkung in ihren Verbänden rückzukoppeln. Außerdem sollte es in beiden Städten eine Angehörigenfokusgruppe zur Projektbegleitung geben. Im Vorfeld wurden zwei Recherchen bezüglich vorhandener Beratungs- und Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige durchgeführt. Diese umfassten einerseits Angebote auf bundesweiter Ebene, andererseits wurden die bestehenden Angebote in den beiden Projektstädten Dortmund und Solingen eruiert. Beide Recherchen wurden in einem zweiten Schritt miteinander abgeglichen und in einer „Angebotspalette“ vereint. In einem weiteren Schritt wurden die Angebote in den Projektstädten mit den bundesweiten abgeglichen, um festzustellen, welche in Dortmund und Solingen vorhanden bzw. nicht vorhanden sind. Zudem konnte festgestellt werden, welche Anbieter Präventionsangebote für pflegende Angehörige bereitstellen (z.B. ambulante Pflegedienste, Stiftungen, städtische Beratungsstellen). Dies diente als Grundlage für die Arbeit bzgl. der Erweiterung und Veränderung bestehender Angebote in den Projektgruppen Dortmund und Solingen.

Als Netzwerkträger standen dann fest: Vertreter beider Städte (Sozialverwaltung), ein Vertreter der freien Wohlfahrtspflege NRW, die Landesstelle pflegender Angehöriger (beratend, da selbst im Projektstatus), die Kassenärztliche Vereinigung (KV) und Vertreter der Pflegekassen. Nach Anfrage an mehrere Pflegekassen sagte die BARMER GEK ihre aktive Unterstützung des Projekts zu. Der Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung trat der Trägergruppe erst mit Verzögerung bei und schied verfrüht wieder aus. Der zuständige Mitarbeiter verließ etwa zur Projekthälfte seinen Arbeitsplatz, die Stelle wurde vorerst nicht wieder besetzt. Erst zum Projektende signalisierte die Kassenärztliche Vereinigung wieder ihr Interesse an einer Mitarbeit.

### Handlungsempfehlung 3

Die Kommunen in eine Moderatorenfunktion einbinden. Als Hauptebene Arbeitsgruppen in der Stadt oder dem Landkreis einrichten, Teilnehmer und Teilnehmerinnen sollten kriteriengeleitet ausgewählt werden. Zusätzlich sind Kontakte zu den übergeordneten Trägern wichtig.

Eine Sitzung im April 2008 diente der ersten Information der Netzwerkträger. Im September 2008 gab es ein weiteres Treffen. Der Antrag zur Förderung des Projektes durch die DGUV wurde im Herbst mit 30.000 Euro (p.a.) für drei Jahre genehmigt. Am 9.12.2008 konnte eine konstituierende Sitzung der Netzwerkträger in den Räumen der Unfallkasse NRW in Düsseldorf durchgeführt werden. Hier wurden die Projektziele vorgestellt, die nächsten Schritte wurden diskutiert und beschlossen.

Ideen und die geplante Vorgehensweise zur Einrichtung der örtlichen Arbeitsgruppen wurden erläutert. Die Vertreter beider Städte erklärten sich bereit, bei der Zusammenstellung der örtlichen Arbeitsgruppen mitzuwirken. Als Ergänzung Anhang 1: Die Kooperationsvereinbarung.

#### 4.3 Arbeitsgruppen in Dortmund und Solingen

Im März/April 2009 kamen in beiden Städten die Arbeitsgruppen zu einem ersten Treffen zusammen. Dem vorausgegangen waren jeweils Auftaktveranstaltungen, um das Projekt bekanntzumachen. Die Einladungen zu diesen Auftaktveranstaltungen erfolgten von den Vertretern der Städte, sie kannten mögliche Partner. Es kamen bis zu 25 Akteure in Frage. Dabei war zu erwarten, dass nicht alle Eingeladenen sich am Projekt beteiligen würden. Die Mitarbeit im Projekt sollte freiwillig und kontinuierlich über die drei Jahre erfolgen, eine Refinanzierung durch Projektmittel, etwa der Arbeitszeit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, erfolgte nicht.

So wurden auf der Auftaktveranstaltung Gründe aufgezeigt, weshalb sich ein Mitmachen „trotzdem lohne“. Unter anderem wurden folgende Argumente eingebracht:

- eine Nutzergewinnung und -bindung
- das eigene Leistungsangebot erweitern
- die Qualität steigern
- einen Gestaltungsspielraum haben
- eine Zertifizierung

- von anderen lernen zu können, z.B. durch die Teilnahme an Seminaren der Unfallkasse, um das Wissen zum Gesundheitsschutz für pflegende Angehörige zu erweitern
- eine professionelle öffentliche Darstellung und einen damit verbundenen Marktvorsprung

Zur Auswahl der Eingeladenen waren folgende Aspekte wichtig: Sie sollten regelmäßigen Kontakt zu pflegenden Angehörigen und Erfahrungen im Umgang mit ihnen haben. Berücksichtigt werden sollten unterschiedliche Angebotsformen, unterschiedliche Träger, verschiedene Stadtteile und eine gegenseitige Vernetzung mit anderen Diensten. Weiter wurde Wert darauf gelegt, dass in den Arbeitsgruppen sowohl im Face-to-Face-Kontakt arbeitende Menschen als auch leitende Mitarbeiter oder Mitarbeiterinnen mit Weisungsbefugnis und Anordnungs-kompetenz vertreten waren. Ziel war die Zusammenstellung einer repräsentativen Gruppe aus verschiedenen Bereichen der Angehörigenarbeit. Diese Gruppe sollte eine Vernetzung untereinander ermöglichen. In Frage kamen ambulante Pflegedienste, örtliche Kranken- und Pflegekassen, Überleitungsdienste aus Kliniken, Selbsthilfegruppen, Gesprächskreise und sonstige Entlastungsangebote wie Tages- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen, vor allem aber Pflege- Beratungsangebote.

Beide Auftaktveranstaltungen waren gut besucht, es kristallisierte sich dann aber heraus, dass einige Interessenten nicht geeignet waren oder auch nicht mitmachen konnten oder wollten. Die Auftaktveranstaltungen in Dortmund und Solingen wurden gut angenommen. Die Gäste wurden gebeten, sich innerhalb der Monatsfrist zurückzumelden, um ihre Mitarbeit zu bekunden.

### Handlungsempfehlung 4

Zu Beginn eine Kick-off-Veranstaltung für Interessierte durchführen, eine Einladung durch die Kommune ist sinnvoll (neutrale Partner).

## 5 Ergebnisse/Projektverlauf

Schematische Darstellung der geplanten und tatsächlichen Arbeits- und Zeitabläufe

<b>04/2008</b>	Arbeitssitzung der Netzwerkträger
<b>09/2008</b>	Arbeitssitzung der Netzwerkträger
<b>12/2008</b>	Konstituierende Sitzung
<b>Jahresziel 2008</b>	Schaffung der Rahmenbedingungen des Netzwerkes
<b>bis 01/2009</b>	Bestandaufnahme der Träger und Meldung an die UWH
<b>Ende 03/2009</b>	Sitzung der Netzwerkträger (Einbindung der Kooperationspartner vor Ort)
<b>05/2009</b>	Sitzung der Netzwerkträger
<b>08/2009</b>	Sitzung der Netzwerkträger
<b>Jahresziel 2009</b>	Bestandaufnahme und Implementierung regionaler Treffen der Kooperationspartner
<b>01/2010</b>	Gemeinsame Sitzung Träger und Kooperationspartner
<b>bis 02/2010</b>	Erarbeitung von Qualitätskriterien zur Bewertung der vorliegenden Strukturen
<b>bis 12/2010</b>	Einrichtung einer zentralen Stelle (Internetplattform, Kümmerer)
	4 Trägersitzungen
	4 Kooperationspartnersitzungen
	Zwischenergebnisse
<b>Jahresziel 2010</b>	Implementierung des Gesundheitsschutzes nicht erwerbsmäßig Pflegenden, Öffentlichkeitsarbeit, Schaffung einer Internetplattform
<b>bis 11/2011</b>	Evaluation zur Übertragung auf Metaebene
	4 Trägersitzungen
	4 Kooperationspartnersitzungen
<b>11/2011</b>	Abschlusstagung – Vorstellung der Projektergebnisse
<b>Jahresziel 2011</b>	Festigung der Strukturen und Sicherung der Nachhaltigkeit, Präsentation der Ergebnisse

## 5.1 Sitzungen, Schwerpunkte, Akteure

In beiden Städten fanden 15 Treffen der Arbeitsgruppen in drei Projektjahren statt. Die Treffen dauerten rund zwei Stunden, in Dortmund erwies sich eine Vormittagszeit als günstig, in Solingen begannen die Sitzungen am späten Mittag. Im Wesentlichen fanden die Treffen immer am selben Ort statt. In Dortmund wurden Räumlichkeiten der Unfallkasse NRW genutzt. In Solingen stellte die Evangelische Altenhilfe Wald GmbH einen Sitzungsraum zur Verfügung.

### Handlungsempfehlung 5

Längerfristige Terminabsprachen und inhaltliche Planungen sind wichtig, Themenschwerpunkte absprechen, Aufgaben verteilen.

Während des ersten Treffens im März 2009 erfolgte eine ausführliche Vorstellung der Teilnehmer und Teilnehmerinnen zu ihren Kontakten und Angeboten für pflegende Angehörige. Außerdem wurden Vorgehen und Zielsetzungen im Projekt diskutiert. Es erwies sich als günstig, die Sitzungstermine für jeweils acht bis zehn Monate im Voraus festzulegen. Weiter wurde um Kontinuität der Mitarbeit gebeten. Bei Verhinderung sollte eine Abmeldung erfolgen und möglichst eine Vertretung geschickt werden. Eine längerfristige Abwesenheit ohne Meldung sollte zum Ausschluss führen. Außerdem wurden alle TeilnehmerInnen darauf aufmerksam gemacht, dass sie eher stellvertretende Funktionen hatten und alle Ergebnisse in ihre jeweiligen Arbeitszusammenhänge, Verbände, Stadtbezirke transportieren sollten. Angestrebt war die Informationsweitergabe in Besprechungen, in örtliche „runde Tische“, Beiräte, Frauenhilfen usw. Adressen- und E-Mail-Listen zur Kontaktförderung untereinander wurden ausgegeben.

### Handlungsempfehlung 6

Auftrag an die AG-Teilnehmer und Teilnehmerinnen, alle Ergebnisse weiterzureichen.

Ständige Tagesordnungspunkte waren neben der Protokollsichtung auch der Austausch über Entwicklungen zur Angehörigenarbeit im eigenen Bereich und auch Hinweise zu Veranstaltungen. Die Treffen dienten als Informationsbörse im Feld „Pflege/Angehörige“. Immer wieder wurde auch auf neue Literatur und andere Projekte für pflegende Angehörige aufmerksam

gemacht. In die Tagesordnungen der Sitzungen wurde stets der Punkt „Was gibt es Neues?“ aufgenommen. Im Projektzeitraum wurden zahlreiche Bücher, Artikel (z.B. Schwerpunkt Pflegende Angehörige in bundesweiten Journalen) und Initiativen, wie z.B. die Online-Beratung [www.pflegen-und-leben.de](http://www.pflegen-und-leben.de) vorgestellt. Es wurde auch über andere Forschungsprojekte zum Thema Pflegende Angehörige berichtet, wie z.B. über das Projekt „EDE“ (Entlastungsmaßnahmen bei Demenz in Ostwestfalen).

Dauerhafte Inhalte waren zunächst die Analyse von Angeboten im eigenen Umfeld und die Erstellung und Bearbeitung einer Liste von Hemmnissen und Barrieren zur Inanspruchnahme von Hilfen auf Seiten der Angehörigen.

#### 5.1.1 Analyse von Angeboten für pflegende Angehörige

In den ersten Arbeitsgruppentreffen wurde zusammengetragen, welche Angebote verschiedener Träger in den Quartieren/ Stadtteilen vorhanden waren. Dabei stellte sich heraus, dass die Kenntnisse eher vage waren. Wenn eine Maßnahme überhaupt bekannt war, blieb trotzdem unklar, ob das Angebot auch in Anspruch genommen wurde, wie viele Interessenten sich gemeldet hatten usw. Bei den meisten Initiativen fehlte eine strukturierte Evaluation.

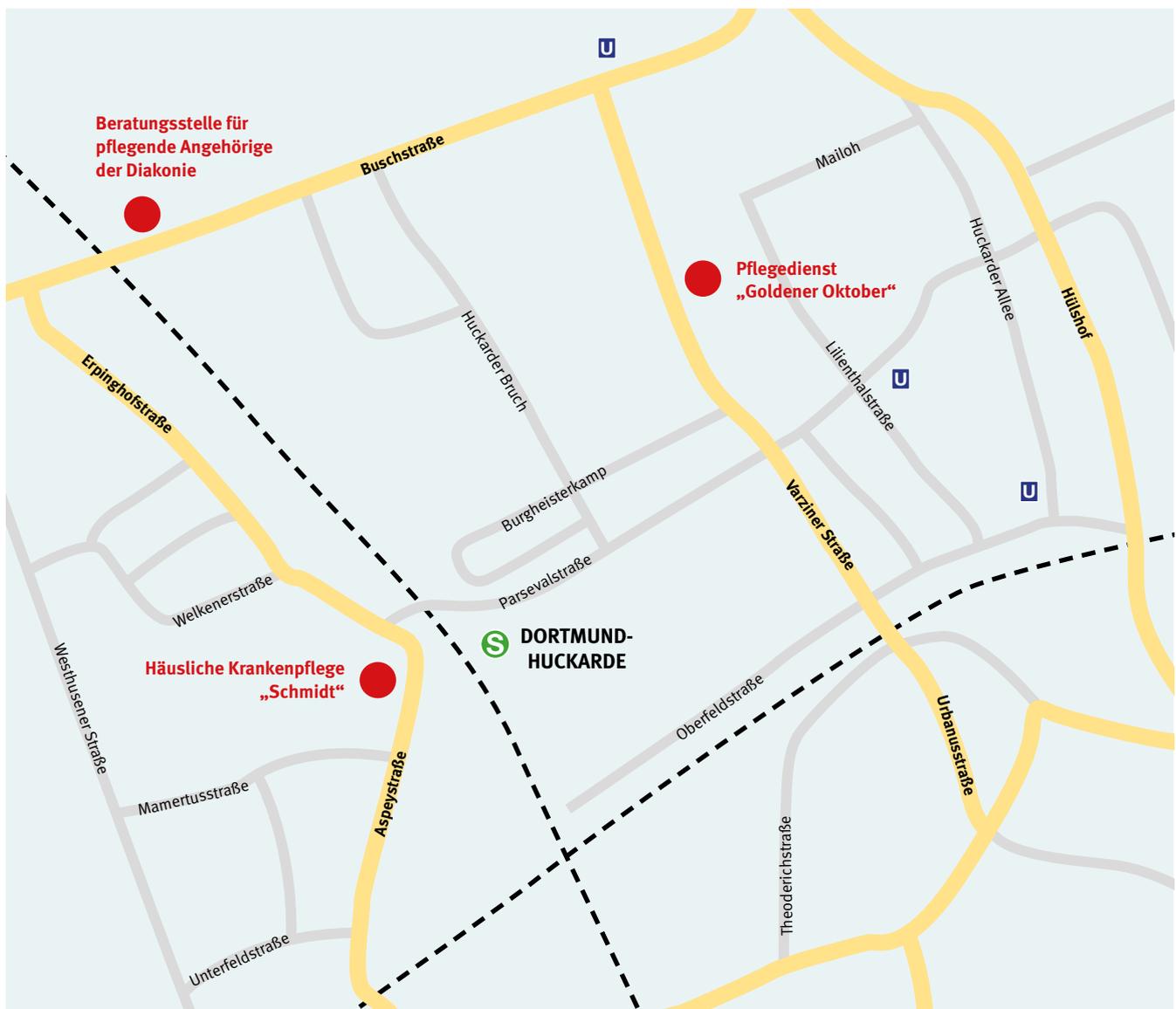
Absprachen über Trägergrenzen hinweg sind die Ausnahme und es fällt schwer, die Informationen über Angebote aktuell zu halten. Etliche Vorhaben sind kurzlebig und eine gemeinsame strategische Planung findet kaum statt. Ratsuchende können in Dortmund wohnortnah in den 12 Stadtbezirken jeweils ein hauptamtlich geführtes Seniorenbüro für eine Beratung in Anspruch nehmen. Die von der Stadt Dortmund und den Wohlfahrtsverbänden geführten Anlauf- und Beratungsstellen bieten umfangreiche, neutrale Informationen über vorhandene Angebote zur „Lebenslage Alter“. Zudem sind die zwölf Seniorenbüros in den Bezirken inzwischen mit wichtigen Akteuren im Handlungsfeld der Seniorenarbeit und des Gesundheitswesens einschließlich altenhilfeferner Stellen wie Polizeiwachen oder Wohnungsbaugesellschaften vernetzt.

Die Etablierung der Seniorenbüros in Dortmund hat Vorzeige- und Modellcharakter. Sie sind lokal verstreut angesiedelt – mit allen Chancen und Hemmschwellen. Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Angehörigen-Fokusgruppe Dortmund berichteten, dass sie die Seniorenbüros z.T. primär als Einrichtungen der Stadtverwaltung wahrnehmen, was z.B. Ängste vor sozialer Abwertung („Sozialhilfeempfänger“) hervorruft. Auch die Erreichbarkeit (z.B. Öffnungszeiten, Anrufbeantworter) wurde unterschiedlich beurteilt. Durch die projektbeteiligten Seniorenbüros wurde rückgemeldet, dass diese für die Bedürfnisse Pflegender Ange-

hörige sensibilisiert wurden. Die Schwerpunkte der Arbeit in den einzelnen Seniorenbüros stellten sich unterschiedlich dar.

In beiden Städten, Dortmund und Solingen, werden umfangreiche schriftliche Wegweiser im Pflege- und Sozialbereich erstellt und herausgegeben. Inwieweit die Nutzer damit erreicht werden, ist nicht sicher bekannt. Meistens beschäftigen Menschen sich erst nach Eintritt der Pflegesituation mit der Versorgungslandschaft und müssen dann unter Zeitdruck handeln, es ist unklar, welche Wege dann gegangen werden.

Unterstützt wird die Arbeit der Seniorenbüros in Dortmund durch eine internetbasierte Datenbank. Dort sind sämtliche Angebote für ältere Menschen und ihre Angehörigen in Dortmund enthalten, soweit die Leistungserbringer mit der Stadt Dortmund kooperieren. Im Projekt wurde dann versucht, mit „Stadtteilkarten“ die verschiedenen Akteure ausfindig zu machen. Dazu wurden Ausschnitte von Stadtplänen an die Gruppenmitglieder verteilt und darum gebeten, zu einem der nächsten Treffen das eigene Umfeld zu beschreiben.



Muster einer Stadtteilkarte

### Die Aufgabe lautete:

„Skizzieren Sie den Stadtbezirk, in dem Sie aktiv sind bzw. der Ihnen zugeteilt wurde oder drucken Sie ihn als Karte aus. Zeichnen Sie ein, welche Hilfsangebote es von welchem Anbieter (trägerunabhängig) gibt. Beschreiben Sie in einer Legende die Geschichte der Angebote, die Häufigkeit der Inanspruchnahme usw. Setzen Sie sich ggf. mit den einzelnen Anbietern in Kontakt, um mehr zu erfahren.“

Der Fokus lag dabei auf Hilfsangeboten für pflegende Angehörige (selbst) und dabei besonders auf gesundheitsförderlichen Inhalten dieser Angebote. Bei Gesprächskontakten sollten die AG-Mitglieder auch gleichzeitig auf die Anliegen des Projektes „Neuheit für Pflege“ aufmerksam machen. Bei der nächsten Sitzung wurden dann die Ergebnisse vorgestellt. Insgesamt ging es weniger darum, eine zuverlässige Gesamtübersicht aller Angebote zu erhalten. Vielmehr sollte erreicht werden, dass die AG-Mitglieder selbst ihr eigenes Umfeld genauer in den Blick nehmen. Einbezogen werden sollten auch Angebote, die nicht unbedingt in offiziellen Verteilern auftauchen, etwa durch private Initiativen, Kirchengemeinden oder Pflegedienste.

Die Mitglieder berichteten und die Skizzen wurden eingesammelt.

### Zwei Ergebnisse dominierten:

1. Es bestätigte sich, dass der Pflege- und Sozialmarkt kaum durchschaubar und stark segmentiert ist. Ein Mitglied der Dortmunder Arbeitsgruppe drückte dies so aus: „Einige Anbieter habe ich nicht erreicht, evtl. machen sie etwas für pflegende Angehörige, die Broschüren sagen dazu nichts aus, ich bin verzweifelt an den Anrufbeantwortern. Ich habe noch mal erfahren, wie es Hilfebedürftigen geht, wenn sie an der „falschen Stelle“ anrufen. Manche Nummern waren überhaupt nicht erreichbar.“

Ähnliches wurde auch von den anderen AG-Mitgliedern berichtet. Im Bereich Seniorenarbeit für rüstige Alte waren in beiden Städten zahlreiche Angebote aufgestellt – sobald sich allerdings eine Pflegesituation einstellte, trennen sich diese Welten oftmals.

2. Direkte Angebote für pflegende Angehörige selbst sind in der Minderzahl, lediglich Gesprächskreise sind hier und da vorhanden. Viele Angebote (z.B. Pflegekurse) finden gar nicht statt. Weit mehr geht es um Informationen zur Pflege (SGB XI-Leistungen). Auch Angebote zur indirekten Entlastung wie Betreuungsgruppen, Einrichtungen der Tages- oder Kurzzeit-

pflege gibt es in den Stadtteilen. Bei der Frage nach deutlich gesundheitsförderlichen Angeboten für die pflegenden Angehörigen selbst konnten keine Angebote identifiziert werden. Vor allem scheint es darauf anzukommen, dass direkte Angebote für pflegende Angehörige immer mit einem Betreuungsangebot für den Pflegebedürftigen einhergehen müssen – also die Inanspruchnahme einer kurzzeitigen Verhinderungspflege nach sich ziehen. Außerdem wurde immer wieder diskutiert, dass pflegende Angehörige in ihrer knappen Freizeit nicht unbedingt über die Pflege sprechen, sondern endlich etwas für sich tun möchten.

Es zeigte sich, dass die Aktivitäten in den Stadtteilen beider Städte sehr unterschiedlich verteilt sind. Dies hängt sicher auch mit der jeweiligen Bevölkerungsstruktur zusammen. So werden beispielsweise Pflegekurse für türkische Migrantinnen nur dort angeboten, wo viele türkische Migrantinnen leben und solche Angebote einfordern. Es scheint aber auch so, dass von aktiven Anlaufstellen, von öffentlicher Präsenz und engagierten Mitarbeitern eine deutliche Wirkung ins Umfeld ausgeht, aber gute Ideen und Maßnahmen kaum über Grenzen der Quartiere hinaus transportiert werden. So werden ganz unterschiedliche Schwerpunkte bearbeitet. Die Teilnehmerinnen beider Arbeitsgruppen wurden auch befragt, welche Vorschläge zur Unterstützung pflegender Angehöriger sie selbst weiterentwickeln möchten. Diese Ideen wurden aufgelistet. Zum Projektende wurden die Skizzen nochmals ausgeteilt und um Überprüfung gebeten. Im Wesentlichen blieben die Angebote jedoch gleich.

### Handlungsempfehlung 7

Einen Überblick über die Bandbreite und Nutzung örtlicher Angebote zur häuslichen Pflege gewinnen.

Die Undurchschaubarkeit des Pflegemarktes hat in den letzten Jahren zur politischen Initiative der Einrichtung von Pflegestützpunkten in Verantwortung von Kommunen und Pflegekassen geführt. Während in Solingen diese Erstanlaufstellen kein zentrales Thema waren, wurden in Dortmund im Projektzeitraum Pflegestützpunkte eingerichtet. Diese wurden in die bewährte Struktur der Seniorenbüros „zusätzlich“ integriert und eine Struktur einer (weiteren) zeitlichen Aufteilung in Zusammenarbeit mit Pflegekassen-Mitarbeitern entwickelt. Eine verbesserte Wirkung in Richtung Bündelung von Pflegeinformationen bleibt abzuwarten.

Im Projektzeitraum festigte sich der Eindruck, dass im Bereich Demenz in den letzten zehn Jahren vieles in Gang gekommen ist. Durch Refinanzierung niedrigschwelliger Angebote ist eine vielfältige Hilfeszene entstanden. In Nordrhein-Westfalen haben die Demenz-Servicezentren als Anlaufstellen ebenfalls Modellcharakter. Trotzdem fehlt es auch in diesem Bereich immer noch an kurzfristig verfügbaren und zuverlässigen Entlastungen.

Allerdings sind viele pflegebedürftige Menschen (ohne Demenz bzw. eingeschränkte Alltagskompetenz) und ihre Familien inzwischen unterversorgt. Bei körperlichen Krankheiten wie Folgen eines Schlaganfalles, Parkinson, schweres Rheuma, chronische Herz- und Lungen-Krankheiten und vieles andere mehr gibt es kaum Hilfemöglichkeiten bei langfristiger Pflege (Schmitz 2012). Sowohl die pflegenden Angehörigen, als auch die Pflegebedürftigen sind kaum in der Lage, helfende Gruppen aufzusuchen. Allein der körperliche Aufwand des Bereitmachens, Anziehens, des Hinfahrens usw. verschlingt viel Energie. In vielen Fällen wird

inzwischen versucht, die Betroffenen in den Kreis der Leistungsempfänger „mit eingeschränkter Alltagskompetenz“ hineinzu-nehmen (Einschränkungen durch Altersdepressionen u. ä.).

**Handlungsempfehlung 8**

Vorhandene Angebote in den Städten nutzen und erweitern.  
Keine Doppelstrukturen aufbauen.

**5.1.2 Sichtung der Angebote der AG-Mitglieder und telefonische Befragung**

In den ersten Monaten der Projektlaufzeit wurden alle AG-Mitglieder einzeln angerufen, um ihr Profil näher kennen zu lernen. Weiter wurden sie nach ihren Möglichkeiten zur weiteren Unterstützung pflegender Angehöriger befragt. Dazu wurde ein halbstandardisiertes Interviewprotokoll vorgelegt.

**Fragebogen zur Erfassung der Angebote vor Ort durch die AG-Mitglieder**

**Wir bitten Sie, die folgenden drei Fragen zu beantworten und ihn uns zusammen mit dem Fragebogen “Wünsche pflegender Angehöriger“ im beiliegenden frankierten Rückumschlag zuzusenden. Vielen Dank!**

**Frage 1:** Welche Angebote oder welche Dienstleistungen fehlen Ihnen in Ihrer Stadt?

---



---



---

**Frage 2:** Was genau tun Sie für sich, damit es Ihnen gut geht? Welche Bedürfnisse bleiben auf der Strecke und warum?

---



---



---

**Frage 3:** Wie könnte man Ihrer Meinung nach pflegende Angehörige besser erreichen, damit sie Kenntnis über vorhandene Angebote und Hilfen erhalten?

---



---



---

Muster eines Fragebogens

Viele AG-Mitglieder formulierten Wünsche und Hoffnungen, die sie mit der Projektteilnahme verbanden, wie beispielsweise eine Verbesserung des eigenen Angebots, einen Ausbau der Angebotspalette, die Vergrößerung des eigenen Wissenskorpus‘ oder auch die Bestätigung des Nutzens des eigenen Angebots, welches aus Kostengründen zur Disposition stand. Ebenso wurde oftmals klar dargestellt, welche Angebote fehlen oder mangelhaft sind und wo ein Überangebot besteht. Beispielsweise wird in vielen Angeboten ein Schwerpunkt in den Bereich Demenz gelegt. Pflegende Angehörige, die mit anderen Krankheitsbildern konfrontiert sind, finden schwerer Selbsthilfegruppen oder spezifische Beratungsangebote. Ein Großteil der AG-Mitglieder beschrieb ebenso die Schwierigkeit, pflegende Angehörige zu erreichen. Bei einem Teilnehmer stellte sich heraus, dass die Beratungsmöglichkeit zu keinem Zeitpunkt erreichbar war. Es lief lediglich ein Anrufbeantworter, auf dem keine Nachricht hinterlassen werden konnte. Bei einem Angebot bestand intensiverer Klärungsbedarf, so dass ein Besuch vor Ort stattfand. Positiv zeigte sich auch, dass durch die Einzelgespräche weitere Teilnehmer empfohlen wurden, die neue Angebote oder Stadtbezirke repräsentierten. Von allen AG-Mitgliedern wurden schriftliche Verlautbarungen und Angebotsflyer gesichtet und dazu Rückmeldungen gegeben. In den Unterlagen fand sich keine Konzentration auf die pflegenden Angehörigen. Zu einem späteren Zeitpunkt wurden auch alle AG-Mitglieder in ihren Arbeitszusammenhängen besucht, dies erwies sich als besonders wertvoll.

#### **Handlungsempfehlung 9**

Die örtlichen Akteure mit ihren Möglichkeiten und Grenzen einzeln fokussieren.

#### **5.1.3 Fortbildungs-Inputs**

Während der Arbeitstreffen wurden gelegentlich kurze Wissens-Inputs gegeben, ergänzt durch entsprechende Texte und Quellen im Internet. Dies erschien erforderlich, da die Teilnehmerinnen aus unterschiedlichsten beruflichen Hintergründen kamen und eine gemeinsame Orientierung entwickeln sollten.

#### **5.1.4 Salutogenese**

Die Salutogenese wurde als tragfähiger Ansatz jeglicher Gesundheitsarbeit kurz in den Arbeitsgruppen vorgestellt (Antonovsky 1997), dazu wurden Lesehinweise gegeben. Die Salutogenese hebt die Dichotomie von Gesund- und Kranksein auf, betont das subjektive Erleben und fragt danach, was Menschen gesund hält. Sie versteht sich als Gegenentwurf zur Krankheitsorientie-

rung (Pathogenese), Menschen sind immer gleichzeitig gesund und krank, die medizinische Definition stellt nur eine kleine Möglichkeit von vielen anderen dar.

Im Salutogenese-Ansatz ist das „Kohärenzgefühl“ besonders wichtig. Darunter wird eine Überzeugung verstanden, die schwierige Situation „in den Griff zu bekommen“. Kohärenz zeigt sich in den Anteilen Verstehbarkeit, Sinnhaftigkeit, Handhabbarkeit – diese Bereiche weisen in die Felder Kognition, Emotion, Handlungsfähigkeit. Kohärenz hilft den Menschen, die Situation zu bewältigen und stellt eine stabile Orientierung dar – sie ist in der Begleitung von pflegenden Angehörigen und kranken Menschen anzustreben.

#### **5.1.5 Trajektmodell**

Ebenso verbreitet und anerkannt wie das Salutogenese-Modell ist das Verlaufskurven (Trajekt-) Modell chronischer Krankheit (Strauss/Corbin 1998). Auch dieses stellt eine Erweiterung enger medizinischer Definitionen dar. Es eignet sich, um die vielfältigen Aufgaben und Bewältigungsphasen abzubilden, unabhängig von der ärztlichen Einschätzung mit diagnostischen Befunden. Es zeigt die krankheitsbezogenen und alltagsbezogenen Pflichten der Kranken und ihrer Angehörigen. Viele Prozeduren müssen eingehalten und der tägliche Ablauf umgestellt werden. Chronische Krankheiten brauchen Organisation, finanzielle Absicherungen und auch eine „biografische“ Einordnung. Das Trajektmodell zeigt, dass es im Krankheitsverlauf unterschiedliche Phasen gibt: stabile und instabile (akute) Zeiten, Unsicherheiten, es treten nachgeordnete Probleme auf (z.B. durch Nebenwirkungen), durch zusätzliche Schwierigkeiten kann der Verlauf außer Kontrolle geraten.

#### **5.1.6 Veränderte Familienrollen**

Immer wieder wurden in den Arbeitsgruppen die Veränderungen in den Familien thematisiert, dies sei auch oft Inhalt der Gespräche mit pflegenden Angehörigen. Die Tatsache, dass „Eltern wieder zu Kindern werden“ (Grond 2005), spielte dabei eine Rolle, ebenso auch die Probleme der pflegenden Töchter (Forster 2001, Geister 2004).

#### **5.1.7 Belastung der pflegenden Angehörigen**

Hierzu wurde zu Projektbeginn ein Hand-Out ausgeteilt (Anhang 1: Belastung pflegender Angehöriger) und in der nächsten Sitzung diskutiert. Zu diesem Thema wurden immer wieder Aktualisierungen nachgereicht (z.B. Spiegel Artikel „Vaters Zeit“ von K. Thimm, Spiegel-Artikel „Im toten Winkel“ von A. Windmann). Pflegende Angehörige werden plötzlich zu „Case-Managern“ ohne Kenntnisse des Systems.

### 5.1.8 Multiplikatoren-Seminare der Unfallkasse

Die Unfallkasse NRW hat im Laufe der Jahre ein umfangreiches Seminarprogramm für Multiplikatoren (Pflegekursleiter/innen, Pflegeberater/innen, Sozialarbeiter/innen usw.) zum Gesundheitsschutz pflegender Angehörige entwickelt. Mehrere Teilnehmerinnen der AGs beider Städte nutzten diese Seminarangebote der Unfallkasse, um sich in Richtung Unterstützung pflegender Angehöriger zu qualifizieren.

#### Handlungsempfehlung 10

Kurze Wissens-Inputs über nützliche theoretische und empirische Ergebnisse an die örtlichen Akteure heranbringen, dabei insbesondere zum Gesundheitsschutz pflegender Angehöriger informieren.

### 5.1.9 Hemmnisse/Barrieren auf der Seite der Angehörigen

Bereits in den ersten Sitzungen wurde in den Arbeitsgruppen folgende Aufgabe gestellt:

Welche Hemmnisse und Barrieren gibt es auf Seiten der pflegenden Angehörigen Hilfe in Anspruch zu nehmen? Welche Lösungsmöglichkeiten fallen Ihnen ein?

Diese Ergebnisse wurden gelistet und in späteren Sitzungen immer wieder aufgegriffen und bearbeitet. In der folgenden Darstellung wurde die Aufzählungsform beibehalten, die Aussagen wurden lediglich thematisch gebündelt.

#### Zusammenstellung: Hemmnisse und Zugangsbarrieren aus beiden Arbeitsgruppen Dortmund und Solingen

##### Aspekt Angebote

- Informationsmangel – Angebote sind zu unbekannt
- Es fehlen die Ansprechpartner, ein Kontakt bleibt aus („nicht zuständig“)
- Angebote sind nicht passgenau
- Angebote sind zu teuer
- Angebote finden zu ungünstigen Zeiten statt, passen nicht in den Tagesablauf
- Der Aufwand, ein Angebot anzunehmen, scheint zu groß
- Angebote sind schwer zu erreichen, nicht in der Nähe

##### Aspekt Organisation

- Zeitproblem
  - Pflegende Angehörige fühlen sich unabhkömmlich
  - Pflegende Angehörige finden keinen Ersatz (Ersatzpflegeperson)
- abschreckende Bürokratie
- fehlender Fahrdienst

##### Aspekt Einstellungen der pflegenden Angehörigen. Sie...

- sind ausgebrannt (nicht in der Lage Hilfe anzunehmen, alles ist allein zu machen)
- wollen ihre Privatsphäre nicht öffnen (Angst vor Fremden im Haus und davor, von diesen bewertet zu werden)
- meinen, sie müssen „es alleine schaffen“ (familiärer Druck), wollen niemandem zur Last fallen
- erleben (familiäre) Hilfe als Belastung (Kaffee kochen, es muss aufgeräumt sein), keine Motivation durch die Familie
- wollen, auch aus finanziellen Gründen, die Pflege nicht teilen
- können nicht loslassen, wissen es besser („Sie haben ja keine Ahnung“)
- haben ein schlechtes Gewissen, wenn sie etwas für sich tun
- fühlen sich anderen lästig (schlechte Erfahrungen)
- schämen sich, Hilfe anzunehmen, denn: Hilfebedarf ist gleich Versagen
- empfinden eine psychische Belastung/Erkrankung als Defizit (anders als z. B. einen Beinbruch)
- akzeptieren das Veto (mangelnde Einsicht) des Pflegebedürftigen gegen die Verhinderungspflege oder Kurzzeitpflege, erkennen aber den eigenen Bedarf
- sind unter Druck (z. B. Mutter – Tochter: „Ich habe dich gepflegt, jetzt musst du mich pflegen“)
- verlassen ungern das Haus, lassen den Pflegebedürftigen nicht gern allein
- ergeben sich ihrem Schicksal
- sind autoritätsgläubig, der Arzt sagt: „Sie schaffen das schon“
- machen keinen zweiten Versuch (z. B. bei Kontaktaufnahme zum Angebot)
- haben mangelnde Kontaktfähigkeit durch ihre Sorgen und Isolation
- haben Angst vor Ablehnung

#### 5.1.10 Lücken der Versorgung und Wünsche der pflegenden Angehörigen

Diese Inhalte wurden aus Sicht der Angehörigen-Fokusgruppen und aus Sicht der professionell Pflegenden zusammengestellt. Dabei ergaben sich große Übereinstimmungen. Die AG-Mitglieder wurden gefragt „Welche Angebote fehlen in ihrem Umfeld?“, die Ergebnisse wurden gelistet, ebenso wurde gefragt „Was wünschen sich pflegende Angehörige?“.

Es mangelt an individueller und aufsuchender Beratung in den Städten. Die Beratung klammert bisher den Bereich der Gesundheitsvorsorge für pflegende Angehörige eher aus. Das vorhandene Informationsmaterial ist verbesserungswürdig. Auch ein Notfalltelefon wäre wünschenswert. Diese Nottelefone sollten gerade dann erreichbar sein, wenn andere Beratungsstellen geschlossen haben. Zwischen den Familienangehörigen kommt es aufgrund der häuslichen Pflegesituation auch immer wieder zu Konflikten. Für solche Bedarfe gibt es bisher kein Angebot (Wunsch nach Familienberatung). Viele Unterstützungsangebote richten sich an Menschen mit Demenz und ihre pflegenden Angehörigen. Dabei besteht auch der Wunsch nach Angeboten für Angehörige von z.B. körperlich beeinträchtigten Klienten. Zu nennen ist hier z.B. ein häuslicher Entlastungsdienst für pflegebedürftige Klienten ohne Demenz oder auch häusliche Einzelschulungen, besonders im Bereich Transfer/Bewegung mit der Betonung auf Kinästhetik.

Andere Angebote sind nicht passgenau, finden z.B. nur wochentags zu bestimmten Zeiten statt. Geäußert wurde auch der Wunsch nach einem niedrigschwelligen Nachtangebot, so dass der pflegende Angehörige selbst einmal durchschlafen und neue Energie für den Folgetag gewinnen kann. Auch ausreichende Tagespflegeangebote am Wochenende fehlen in Dortmund. Neben den Angeboten selbst mangelt es auch an preiswerten und bedarfsgerechten Fahrdiensten, um z.B. Pflegebedürftige im Rollstuhl zu einem Angebot zu bringen. Angebotene Pflegekurse fallen oft wegen geringer Teilnehmerzahl aus. Daher bestand der Wunsch nach einer Koordinierung der Pflegekurse, so dass z.B. nicht mehrere ähnliche Angebote gleichzeitig terminiert sind. Diese Koordinierung könnte durch eine örtliche Netzwerkarbeit nachhaltig verbessert werden.

Gewünscht waren auch vermehrt Angebote, die das Wohlbefinden der pflegenden Angehörigen selbst fördern. Angedacht waren dabei z.B. Entspannungs-, Bewegungs- und Kreativangebote. Bei allen Angeboten sollte mehr darauf geachtet werden, dass der bürokratische Aufwand (Antragstellung, Kostenerstattung usw.) für die pflegenden Angehörigen möglichst gering gehalten wird oder Hilfen bei der Antragstellung angeboten

werden. Als Resümee der Überlegungen zu den Lücken und Wünschen stellten die Arbeitsgruppen fest, dass es an bedarfsgerechten und passgenauen Angeboten mangelte.

#### Handlungsempfehlung 11

Wichtige Entwicklungsfelder im Projekt durch die Teilnehmenden selbst skizzieren lassen, eine gemeinsame Einigung auf die zentralen Begriffe ist notwendig.

#### 5.1.11 Definitionen: Pflegende Angehörige und Gesundheitsschutz

In der ersten Projektphase wurden die AG-Teilnehmer gebeten, sich auf eine gemeinsame Definition beider Begriffe zu verständigen. Dabei wurden vorab Hinweise auf bereits bestehende anderweitige Definitionen gegeben. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer brachten dazu Beschreibungen ein. Über mehrere Sitzungen hinweg wurde an einer tragfähigen Aussage gearbeitet, um einen gemeinsamen Arbeitshorizont entstehen zu lassen.

##### Pflegende Angehörige

Unter pflegenden Angehörigen verstehen wir Menschen, die als nicht professionelle Bezugspersonen unentgeltlich im häuslichen Bereich für Pflegebedürftige tätig sind. In der Regel sind dies Familienmitglieder, auch Kinder und darüber hinaus alle Freunde, Bekannte und nahestehenden Personen, die Verantwortung für den pflegebedürftigen Menschen übernehmen, wobei auch mehrere Personen für einen Pflegebedürftigen zuständig sein können. Die Unterstützung erstreckt sich auf alle Bereiche des menschlichen Lebens und reicht von der direkten Pflege (u.a. auch Kommunikation, Bewegung, Ernährung, Körperpflege, hauswirtschaftliche Tätigkeiten) bis hin zu Sozialem und Organisatorischem (Erledigung der Post, Bankgeschäfte). In der Regel geschieht dies mit einer Einschränkung der eigenen Lebensgestaltung. Durch die fließenden Übergänge zwischen familiärer Fürsorge und pflegerischer Unterstützung sind sich viele Angehörige ihrer Rolle als pflegende Angehörige nicht bewusst.

##### Prävention/Gesundheitsschutz

Darunter verstehen wir eine gesundheitsförderliche Arbeit im umfassenden Sinne. Die Selbstpflege zur Vorbeugung von Krankheit und Erhaltung des Wohlbefindens muss weit im Vorfeld möglicher Beeinträchtigungen beginnen. Gesundheitliche Beeinträchtigungen beziehen sich dabei nicht nur auf physische Belastungen der Pflege, sondern auch auf psychische Auswirkungen (Burnout, aufgestaute Gefühle). Somit betrifft der Gesundheits-

schutz alle Bereiche, die zur eigenen Gesunderhaltung beitragen, wie die Ernährung, die Lebensführung, das eigene Verhalten und die körperliche und seelische Ausgewogenheit.

Viele pflegende Angehörige vernachlässigen die Sorge um sich selbst, da sie zu einer Generation gehören, die das Zurückstellen eigener Wünsche verinnerlicht hat. Die Wichtigkeit der eigenen Gesundheit muss zunächst ins Bewusstsein gebracht werden. In diesem Prozess sollte es gelingen, dass pflegende Angehörige lernen, selbst Entscheidungen zu ihrem Gesundheitsschutz zu treffen (Hilfe zur Selbsthilfe, Empowerment). Dazu müssen sie Entlastungsangebote kennen und die Möglichkeit haben, sie in Anspruch zu nehmen.

Ein wichtiger Schritt auf diesem Weg wäre die Anerkennung und mentale Unterstützung auf familiärer Ebene, ein weiterer Schritt die Stärkung des Kohärenzgefühls (Handhabbarkeit, Verstehbarkeit, Sinnhaftigkeit) durch die an der Pflege beteiligten professionellen Akteure.

#### 5.1.12 Entwicklung der Gruppen

Bei einem Projekt von dreijähriger Dauer ist eine Fluktuation bei den AG-Mitgliedern zu erwarten. Zwei Drittel der Akteure blieben konstant, wenn auch die Personen wechselten, so blieben die Organisationen im Kreis. Wenige Personen fielen aus, sie meldeten sich nicht mehr zu den Treffen. Zwei Mitglieder, die anfangs teilnahmen, schieden aus. Es stellte sich heraus, dass sie beruflich nichts mit pflegenden Angehörigen zu tun haben. Allerdings wurden nach gemeinsamem Beschluss die Gruppen bis zum Projektende auch um neue Mitglieder aus dem Arbeitsfeld „pflegende Angehörige“ erweitert.

#### Handlungsempfehlung 12

Auch ungewöhnliche Angebote zur Unterstützung pflegender Angehöriger berücksichtigen, evtl. den Teilnehmerkreis im Projektverlauf erweitern.

Eine Pädagogin mit Pflegehintergrund bietet „Autogenes Training“ speziell für pflegende Angehörige an und bereicherte die Dortmunder Arbeitsgruppe etwa zur Projekthälfte. In ihrem Bericht wurde deutlich, dass der Erfolg ihres Angebots in einer Koppelung aus klassischem Entspannungstraining und anschließendem Gespräch über die jeweilige Pflegesituation besteht. Im Projektverlauf knüpfte sie Kontakte und weitete ihr Angebot in anderen Stadtteilen aus, außerdem veränderte sie ihren Werbeflyer.

Die Maßnahme wurde durch Vorleistung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer finanziert. Da die Teilnahme an einem Kurs „Autogenes Training“ zu den anerkannten Leistungen der Kassen gehört, wurde ein Teil der Gebühr erstattet. Die Anbieterin veranstaltet ihren Kurs einmal wöchentlich für eineinhalb Stunden, insgesamt acht Wochen, als günstige Zeit hat sich der Spätnachmittag gezeigt. Folgende Ziele verfolgt der Kurs: eigene Bedürfnisse und eigene Stärken erkennen, Wohlfühlübungen für daheim lernen, mehr Gelassenheit erreichen. Als besonders wichtig wurde von allen Teilnehmern die Gruppe empfunden, als sehr wertvoll der Austausch über die Pflegesituation. Oft entstand der Wunsch nach Auffrischungstreffen, diese konnten aber nicht im Rahmen von Kassenleistungen finanziert werden. Im letzten Projektjahr konnte eine Studentin der FH Magdeburg gewonnen werden, die sich in ihrer Bachelorarbeit mit der Evaluation des Angebots beschäftigt hat – damit konnte überhaupt die Evaluation des Kurses, auch künftig, besser fundiert werden.

Insgesamt scheinen Entspannungsangebote, gekoppelt mit entlastenden Gesprächen, ein guter Weg zur gesundheitlichen Unterstützung der pflegenden Angehörigen zu sein. Zwischendurch entstand auch die Idee, ob die Unfallkasse evtl. Entspannungs-CDs herausgeben könne – ähnlich den Tonträgern zur Atem- und Muskelentspannung der Techniker Krankenkasse oder ob eine Kooperation sinnvoll wäre.

In Solingen stellte sich eine Krankenpflegerin im letzten Projektjahr vor. Sie bietet (offenbar als Einzige) im Solinger Raum „häusliche Einzelschulungen“ (§ 45 SGB XI) an. Ihr Angebot wird kaum nachgefragt und ist wenig bekannt. Sie präsentierte ihre Inhalte und bat die Gruppe um Werbung. Die Projektteilnehmer regten an, dass die Anbieterin immer auch die Situation der pflegenden Angehörigen in den Blick nehmen solle. Sie wurde mit zahlreichen Materialien versorgt. In Dortmund wurde das Thema „häuslichen Einzelschulung“ nicht angesprochen. Insgesamt ist dieses Angebot, neben Pflegekursen, ein wichtiger Ort der Gesundheitsförderung für pflegende Angehörige. In einer Neuausrichtung der häuslichen Einzelschulungen könnten die Pflegekassen mehr Wert darauf legen, dass bei den Besuchen immer auch die Bedürfnisse der pflegenden Angehörigen berücksichtigt werden sollen. Noch günstiger wäre es, dazu ein eigenes Format zu entwickeln (im Sinne eines präventiven Hausbesuchs), eine Veränderung der Beratungsbesuche nach § 37 (3) SGB XI.

### 5.1.13 Erfolgskriterien für das Projekt

Folgende Zielkriterien wurden im ersten Projektdrittel gemeinsam in beiden Gruppen erarbeitet:

- Bessere Vernetzung der Angebote, Koordination, Absprachen
  - Mehr Information über andere Angebote
  - Informationsmaterial von anderen Angeboten ist vorhanden
- Vorhandene Lücken werden durch neue regionale Angebote geschlossen
  - der Aspekt der Gesunderhaltung pflegender Angehöriger wird betont und ist in der Ausschreibung ersichtlich
  - zugehende Angebote sind vorhanden
  - es ist eine Palette verschiedener Angebote (Tagespflege, Kurzzeitpflege, Gesprächskreise) im Quartier vorhanden
- besserer Zugang für Ratsuchende/Steigerung der Inanspruchnahme
  - Einbezug der Ärzteschaft und der medizinischen Fachangestellten, der Apothekerinnen und Apotheker
  - des Sanitätsfachhandels
  - öffentliche Aktionen/Medienarbeit wird gesteigert

Als weitere Meilensteine wurden genannt: Einrichtung eines Sorgentelefon, Entwicklung eines neuen Leitfadens einschließlich Sport- und Hobbyangeboten, Entwicklung und Aushändigung eines „Starter-Kits“ für pflegende Angehörige (in Anlehnung an die (Werbe)-Päckchen nach Entbindungen).

Zum Projektende wurden in beiden Gruppen die Erfolgskriterien überprüft und es wurde festgestellt, dass die Meilensteine zum großen Teil erfüllt wurden.

#### Handlungsempfehlung 13

Die abschließenden Erfolgskriterien für das Projekt durch die AG-Teilnehmer selbst formulieren lassen, um Beteiligung und Erreichbarkeit zu ermöglichen.

### 5.1.14 Erweiterung des „offiziellen“ Teilnehmerkreises

Es wurde klar, dass pflegende Angehörige an ganz unterschiedlichen Stellen Rat suchen. Im Grunde sollte insgesamt ein gesellschaftliches Klima der Unterstützung häuslicher Pflege vorhanden sein, sowohl bei Fußpflegerinnen, bei Firmen der Sparte „Essen auf Rädern“, bei der Verbraucherberatung und z.B. bei Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen. Aber auch gerade an Orten, die regelmäßig selbstverständlich aufge-

sucht werden, wie etwa Supermärkte oder Friseure. Der Kreis der Arbeitsgruppenmitglieder wurde im Projektverlauf erweitert, um andere Akteure im Gesundheitswesen zu beteiligen. Allerdings sollten die Gruppen auch nicht zu groß werden, um die Arbeitsfähigkeit zu erhalten.

### 5.1.15 Niedergelassene Ärzte

#### Dortmund

Schon bei Projektbeginn wurde die Mitarbeit niedergelassener Ärztinnen und Ärzte angestrebt. Gleichzeitig war aus anderen Zusammenhängen bekannt, dass es große Schwierigkeiten gibt, diese überhaupt zu erreichen und zur Mitarbeit zu bewegen. In einem Gespräch mit dem zuständigen Vertreter der örtlichen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) wurde dies bestätigt. Die Ärzte würden überzogen mit Informationen und Aktivitäten, wären allerdings eigene Unternehmer ohne Verpflichtungen für spezielle Engagements und zudem ohnehin überarbeitet. Nur einige der Hausärzte würden sich vielleicht am Projekt beteiligen. Dringend müssten aber Vorteile für die Arztpraxen herausgestellt werden. In einer Rückkoppelung mit dem zuständigen Arzt in der KV, selbst niedergelassener Neurologe, wurden dann fünf Referenzpraxen genannt. Niedergelassene Ärzte sind wichtige Akteure in der Gesundheitsversorgung. Im medizinischen Bereich sind sie Hauptanlaufstelle, auch für pflegende Angehörige.

Im zweiten Projektjahr wurden dann Termine in den fünf Referenzpraxen vereinbart. Dabei wurde darauf geachtet, dass sowohl Arzt bzw. Ärztin als auch die medizinischen Fachangestellten anwesend waren. Zunächst wurden dabei die Praxismitarbeiterinnen nach ihren Erfahrungen mit pflegenden Angehörigen befragt. Hier wurde deutlich: pflegende Angehörige sind durchaus bekannt. Dann wurde über das Projekt informiert und gebeten, in den Praxen Material für die pflegenden Angehörigen auszulegen. Das Aufhängen von Postern stellte sich als schwierig heraus. Es wurde angeregt, man möge bewusster auf pflegende Angehörige reagieren, in der Erstanamnese evtl. auch den Status „pflegender Angehöriger“ aufnehmen.

Aus den Gesprächen in Praxen und auch aus den Erfahrungen der Angehörigen-Fokusgruppe zeigte sich, dass in den Praxen kaum Kenntnisse über den SGB XI-Bereich, also Pflegeangebote und -leistungen vorhanden sind. Daraufhin wurde ein Kontakt mit den örtlichen Seniorenbüros hergestellt und darum gebeten, dass eine regelmäßige (persönliche) Information über neue Angebote usw. erfolgt. Den medizinischen Fachangestellten wurde mitgeteilt, dass in einigen Monaten noch einmal eine telefonische Nachfrage durch uns stattfinden würde. Die

Gespräche verliefen freundlich. Insgesamt stellte sich die Zusammenarbeit mit den Ärzten als zeitintensiv und schwierig dar (z.B. wechselnde Ansprechpartner am Telefon). Es wurde auch angedacht, über eine Fortbildung der medizinischen Fachangestellten oder über den entsprechenden Fachverband mehr Resonanz zu erreichen – dies war allerdings im Projektzeitraum nicht mehr möglich.

Die fünf Referenzpraxen sollten als „Modelle“ gelten und ein Beispiel für andere niedergelassene Ärzte sein. Anfangs war geplant, Beiträge zum Projekt in die Newsletter der Kassenärztlichen Vereinigung zu setzen, durch Ausscheiden des zuständigen Mitarbeiters war dies erschwert.

Während des Projektverlaufs wurden von den AG-Teilnehmern immer wieder engagierte Hausärzte benannt, aus Zeitgründen wurden diese aber nicht mehr fokussiert, sondern die AG-Teilnehmer und -Teilnehmerinnen selbst gebeten, die Ärzte zu informieren und mit Material zu versorgen. Im September 2009 wurde das Projekt noch einmal im Haus der KV Westfalen-Lippe im Rahmen einer Sitzung beim Qualitätszirkel der Neurologen KV Westfalen-Lippe durch die Unfallkasse NRW vorgestellt.

### Solingen

Um Ärztinnen und Ärzte in Solingen in das Projekt einzubinden, wurde im Herbst 2009 Kontakt zu „Solimed – Unternehmen Gesundheit GmbH & Co. KG“ aufgenommen. Es handelt sich hierbei um ein im Jahr 2007 gegründetes Qualitätsnetzwerk zur Verbesserung der Qualität in der medizinischen Versorgung, unter anderem durch die Optimierung der Kommunikation innerhalb der Ärzteschaft. 75 niedergelassene Ärzte aus Solingen sowie die drei Solinger Kliniken sind Gesellschafter dieses Netzwerks. Diese Ausgangslage machte „Solimed“ als Kooperationspartner attraktiv, da zu hoffen war, dass viele niedergelassene Ärzte bezüglich der Projektzielsetzungen erreicht werden könnten. Im November 2009 fanden erste Informationsgespräche mit dem damaligen stellvertretenden Geschäftsführer statt. Die Idee des Projekts wurde sehr positiv aufgenommen und „Solimed“ trat der Solinger Arbeitsgruppe als Kooperationspartner bei. Als erstes Produkt der Zusammenarbeit konnte am 14. Juli 2010 im Rahmen des eigenen Fortbildungsprogramms von „Solimed“ eine Schulung für medizinische Fachangestellte zum Thema „Umgang mit pflegenden Angehörigen“ durch die Unfallkasse NRW angeboten werden, in der folgende Themen bearbeitet wurden:

- Vorstellung des Projekts „Neuheit für Pflege“
- Gesetzlicher Unfallversicherungsschutz für pflegende Angehörige
- Belastungen pflegender Angehöriger
- Bedeutung für die Arbeit in der Arztpraxis

Die Schulung wurde jedoch von nur drei Mitarbeiterinnen aus zwei Praxen wahrgenommen. Weitere gemeinsame Angebote kamen nicht mehr zustande, zumal der Vertreter von „Solimed“ immer seltener an den AG-Treffen teilnahm. Im letzten Projektjahr (2011) bestand kein direkter Kontakt mehr zu „Solimed“. „Solimed“ schied jedoch offiziell nie aus der Solinger AG aus. Warum sich dies so entwickelte, konnte nicht eruiert werden. Die Einbindung der Ärzteschaft erscheint somit als schwierig.

### Handlungsempfehlung 14

Ausweitung des Teilnehmerkreises auf weitere Akteure, die Kontakt zu pflegenden Angehörigen haben: Ärzteschaft, Apotheken, Sanitätsfachhandel, Verbraucherberatung, Kirchengemeinden, Podologen usw.

5.1.16 Beteiligung der Kirchen

Die Ev. Kirchengemeinde Wald und das „Netzwerk zum Gesundheitsschutz für nicht erwerbsmäßig Pflegende“ lädt ein:

**Wenn Pflege Pflege braucht:  
„Der barmherzige Samariter  
und seine Kolleginnen“**



**Ein Gottesdienst für Menschen,  
die andere pflegen.**

- für junge Alte, die ihre alten Eltern pflegen
- für Eltern, die ihre Kinder pflegen
- für Kinder, die sich um ihre Eltern kümmern
- für Nachbarn und Nachbarinnen, die nach dem Rechten schauen

**am Sonntag, den 20. März um 11 Uhr.**

**In der Fuhrkirche, Fuhrstr. 1.**

Im Anschluss an den Gottesdienst wird es während des Kirchcafés noch die Möglichkeit zum Gespräch geben. Auch ein Büchertisch ist im Angebot.

Der Gottesdienstort ist für RollstuhlfahrerInnen leicht zugänglich.

**Die Busch-Stiftung und die Ev. Altenhilfe ermöglicht für ihre pflege-bedürftigen Angehörigen während des Gottesdienstes Betreuung vor Ort. Um Anmeldung wird gebeten.**

Nähere Informationen: Bei Pastorin S. Schäfer (0151-59120514) und bei Frau Schulenburg, Pflegeberatung der Stadt Solingen (0212-290-5382)

In sozialen Zusammenhängen ist der Beitrag der Kirchengemeinden nicht zu unterschätzen. Auch in den Angehörigenfokusgruppen wurden Beispiele einer Unterstützung durch Pfarrer oder Gemeindeglieder genannt. In beiden Arbeitsgruppen wurde im zweiten Projektjahr versucht, Vertreter der Kirche, mit übergeordneter Funktion, quasi als Multiplikatoren in die Gemeinden hinein, einzuladen. Dies gelang nicht gut. Viel besser verfolgt werden konnte die Idee, einen „Sondergottesdienst“ für pflegende Angehörige gemeinsam zu gestalten. Je eine evangelische Gemeinde in Dortmund und in Solingen erklärten sich dazu bereit (Anhang 2: Liturgie). In Dortmund wurde der Welt-Alzheimerstag 2010 gewählt. Der Gottesdienst in Solingen fand ein halbes Jahr später statt. Die engagierte Pfarrerin aus Solingen war selbst einmal pflegende Angehörige. Sie gab an, dass sowohl im Studium als auch in der praktischen theologischen Arbeit die pflegenden Angehörigen bisher keine große Rolle spielten.

Durch Öffentlichkeitsarbeit wurden die Gottesdienste beworben und fanden gut besucht in angenehmer Atmosphäre statt. Anschließend wurde zu einem Kaffeetrinken eingeladen. Während der Gottesdienste bestand die Möglichkeit, die Pflegebedürftigen in einem separaten Raum betreuen zu lassen. Auch ein Büchertisch mit Literatur zum Thema „Häusliche Pflege“ war aufgebaut, örtliche Berater aus den Arbeitsgruppen standen bei Gesprächs- und Beratungsbedarf zur Verfügung. In beiden Städten wurde den Vorgesetzten der Pastorinnen gedankt und die Pastorinnen gebeten, ihre Erfahrungen in ihren Fachkreisen weiterzugeben. Aufgrund der guten Erfahrungen scheint es Wiederholungen dieser Gottesdienste zu geben.

#### 5.1.17 Telefonseelsorge

Pflegende Angehörige berichteten in der Angehörigenfokusgruppe auch von ihrem Wunsch und Bedarf nach unabhängigen Gesprächspartnern. Vor allem dann, wenn sie den Ehe-/Lebenspartner primär allein pflegen und wenig Gesprächspartner über die Pflegesituation, ihre Wünsche und Sorgen haben. Wenn sie z.B. abends den Partner zu Bett gebracht haben und keine organisatorischen Aufgaben mehr zu erledigen haben, kommen sie zum Nachdenken. Dann sind die Beratungsstellen aber nicht mehr erreichbar.

So entstand der Wunsch nach einem „Rund um die Uhr“-Ansprechpartner. Städtische Beratungsstellen können diesem Wunsch aufgrund der knappen Haushaltslage nicht nachkommen, so dass nach alternativen Ansprechpartnern gesucht wurde. Im Projekt wurden die bestehenden Notfalltelefone und telefonischen Beratungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige recherchiert. Viele Angebote sind nur tageweise

oder stundenweise z.B. dienstags zwischen 14 und 16 Uhr erreichbar. Zu diesen Zeiten sind die pflegenden Angehörigen aber stark beschäftigt: mit Pflege, Haushalt, Erledigungen etc. Die meisten der auf den Weg gebrachten Projekte kommen über eine Modellfinanzierung nicht hinaus, die Inanspruchnahme ist eher zurückhaltend.

Naheliegender war dann die Kontaktaufnahme mit den örtlichen Telefonseelsorge-Anbietern in Solingen und Dortmund, da diese 24 Stunden erreichbar und in der Bevölkerung als Anlaufstelle bei Gesprächsbedarf oder Krisen bekannt sind. Wiederum sollten hier bereits bestehende Strukturen auf spezielle Bedarfe ausgerichtet werden. In den Vorgesprächen zeigte sich, dass die Telefonseelsorge bisher kaum auf pflegende Angehörige eingestellt ist und wenig Wissen über Hilfeangebote im Pflegesektor hat. Zunächst fand ein Gespräch mit der Leitung der Telefonseelsorge in Solingen statt, diese sah jedoch keine Möglichkeit/Notwendigkeit, sich in Richtung pflegende Angehörige weiter zu entwickeln.

Mit der Telefonseelsorge Dortmund fanden dann vertiefende Gespräche statt. Pflegende Angehörige werden nicht als „Kategorie“ geführt, aber es schien, dass sie in den späten Abendstunden durchaus Entlastung bei den Gesprächspartnern der Telefonseelsorge suchen. Vereinbart wurde dann in Dortmund eine ganztägige Gruppenschulung zum Thema pflegende Angehörige und deren Bedarfe sowie Informationen über das Projekt „Neuheit für Pflege“. An der Schulung nahmen rund 30 der 90 ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Telefonseelsorge Dortmund teil. In der konstruktiven Veranstaltung konnte herausgearbeitet und beschlossen werden, dass die Ehrenamtlichen zunächst als Zuhörer und Zuhörerinnen fungieren und dann bei weiterem pflegebezogenen Beratungsbedarf an die städtischen Seniorenbüros in Dortmund verweisen. Dort können pflegende Angehörige dann Informationen zu örtlichen Entlastungsangeboten erhalten.

5.1.18 Apotheken

Neuheit für Pflege / Martin Schieron / Email: [m.schieron@unfallkasse-nrw.de](mailto:m.schieron@unfallkasse-nrw.de) / Fax: 0211 2808 209

**Fragebogen für Apotheken**

1. Wissen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Apotheke, welche ihrer Kunden pflegende Angehörige sind? Wenn ja, woher?
  
2. Gibt es spezielle Angebote, für pflegende Angehörige, die über das übliche Angebot für Kunden (z.B. Beratung, Lieferung der Medikamente oder Pflegeverbrauchsmittel nach Hause) hinaus?
  
3. Wäre die Apotheke bereit, unser Plakat aufzuhängen?
  
4. Dürfen wir der Apotheke folgende kostenlose Medien zum Auslegen/Verteilen zukommen lassen?

Medium	Ja	Nein	Anzahl gewünschter Exemplare
Zeitschrift „Angehörige pflegen“ 4x jährlich			
Info-Brief „Zuhause pflegen - Bleiben Sie gesund“ 2x jährlich			
Plakat „Neuheit für Pflege“			

Adresse der Apotheke: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Apotheken sind wichtige Anlaufstellen für viele Bürger. Auch pflegende Angehörige sind häufige Kunden, wenigstens um Medikamente für den Pflegebedürftigen zu besorgen. In Solingen wurde zur Projekthälfte entschieden, Apotheken zum Mitmachen zu bewegen. „Mitmachen“ heißt im Projektzusammenhang, pflegende Angehörige zu kennen, ihnen wertschätzend zu begegnen, bei Bedarf auf Hilfsmöglichkeiten aufmerksam zu machen und Ergebnisse aus dem Projekt zu verteilen. Ähnlich wie bei den niedergelassenen Medizinerinnen sollten einige Apotheken als Referenz dienen. Zum 11. Treffen der Solinger AG wurde daher der Kreisvertrauensapotheker der Apothekerkammer und Pressesprecher der Solinger Apotheken, selbst auch Inhaber einer Apotheke, eingeladen. Er berichtete darüber, dass in Apotheken vielfach bekannt sei, welche Kunden pflegende Angehörige seien und welche Leistungen für diese erbracht werden.

Er erklärte sich bereit, alle Apotheken in Solingen per Rundfax auf das Projekt aufmerksam zu machen und zu fragen, inwieweit diese bereit seien, Informationsmaterial auszulegen. Daraufhin wurde ein Abstract über das Projekt erstellt und an den Apotheker weitergeleitet, das dieser dann an andere Apotheken sendete. Hierauf erfolgte jedoch von Seiten der anderen Apotheken keine Reaktion. Im August 2011 wurde der Gesprächspartner in seiner Apotheke besucht und es wurde versucht, neue Zugangswege zu den Apotheken zu finden. Zeitgleich wurden in der kommunalen Pflegeberatung der Stadt Solingen neue Stellen geschaffen. Durch die personelle Verstärkung begünstigt, besuchten die Mitarbeiterinnen der kommunalen Pflegeberatung verschiedene Apotheken, um dort zu fragen ob Informationsmaterial über die Kommunale Pflegeberatung ausgelegt werden könne. Dies wurde mit der Frage zum Auslegen von Material über das Projekt verknüpft.

Von der Unfallkasse NRW wurde ein Fragebogen (Fax-Vordruck) entwickelt, in dem Erfahrungen der Apotheken mit pflegenden Angehörigen abgefragt wurden. Darüber hinaus enthält dieser Fragebogen die Bitte an die Apotheken, Informationsmaterial aus dem Projekt und der Unfallkasse NRW auszulegen. Die Beraterinnen sollten diesen zu ihren Besuchen mitnehmen und anschließend wieder der Unfallkasse ausgefüllt zusenden. Bis zum offiziellen Projektende gingen jedoch keine ausgefüllten Fragebögen bei der Unfallkasse NRW ein. Im Januar 2011 (nach Projektende) wurden rund 20 ausgefüllte Fragebögen an die Unfallkasse NRW zurückgesendet und die entsprechenden Apotheken in den Verteiler für Schriften der Unfallkasse NRW aufgenommen. Hier scheint somit noch Potenzial zu liegen, weitere Apotheken einzubinden.

#### 5.1.19 Sanitätsfachhandel

In der letzten Projektphase wurde in Dortmund beschlossen, einen (großen) Anbieter des Sanitätsfachhandels an der Arbeitsgruppe zu beteiligen. Dabei wurde davon ausgegangen, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zahlreiche Kontakte zu pflegenden Angehörigen haben. Das ausgewählte Unternehmen arbeitet in verschiedenen Sparten mit über 150 Mitarbeitern und listet über 46.000 Kunden in Dortmund und Umgebung. Die Anliegen des Projektes „Neuheit für Pflege“ wurden in diesem Sanitätsfachhandel in die Mitarbeiterschaft mit Kundenkontakten transportiert und Materialien wurden verbreitet. Als großer Anbieter ist die Firma in der Lage, bei Bestellungen finanziell in Vorleistung zu gehen. In den letzten Jahren ist die Hilfsmittelfinanzierung unklar geworden, da die Kostenträger die Versorgungsaufträge im Finanzwettbewerb zwischen verschiedenen Dienstleistern aufsplittern. Die zuständige Kontaktperson bestätigte, dass die Versicherten sehr viel Hilfe brauchen, um ihre Ansprüche überhaupt erkennen und formulieren zu können.

#### 5.1.20 Beteiligung der Volkshochschule und Stadtbücherei Dortmund

Es war bekannt, dass in manchen Städten auch die Volkshochschulen im Pflegefeld einen Bildungsauftrag wahrnehmen. Die Dortmunder Volkshochschule (VHS) wartet mit einem umfangreichen Programm auf, Pflegeaspekte werden allerdings nicht thematisiert. In einem ersten Gespräch wurden die Möglichkeiten erörtert, das Gespräch war freundlich, aber durchaus skeptisch hinsichtlich dieser neuen Themen. Trotzdem sollte in der kommenden Saison ein Versuch unternommen und ein Pflegekurs angeboten werden. Unsere Vorschläge, einen Pflegekurs besonders zu bewerben wurden leider nicht umgesetzt. Das Angebot fand sich auf den hinteren Seiten im Wellness-Feld, klein gedruckt im Katalog. Es meldete sich niemand an. Ein weiterer Kurs „Ich gönne mir was“ kam nicht zustande, weil nicht transportiert wurde, dass die Pflegekassen die Kosten übernehmen.

Im Bewusstsein der Bürger und auch im Selbstverständnis der Dortmunder Volkshochschule sind offenbar andere Bildungsorientierungen führend. Die VHS Solingen bietet seit Jahren viele (nachgefragte) Veranstaltungen zur Pflege in Kooperation mit der Busch-Stiftung an. Um Pflege Themen mehr (vorbeugend) in die Öffentlichkeit zu bringen, wurde auch Kontakt mit der Stadtbücherei gesucht. Idee war, ein speziell ausgewiesenes Angebot für pflegende Angehörige aufzubauen oder Aktionstage für pflegende Angehörige einzurichten. In zwei Briefwechseln mit dem Leiter der Bücherei wurde zunächst Interesse signalisiert, später aber mitgeteilt, dass keinerlei Ressourcen zur Verfügung stünden. Ein telefonisches Gespräch kam trotz mehrerer Versuche nicht zustande.

### Handlungsempfehlung 15

Bildungsstätten involvieren, prüfen, ob dort Angebote für pflegende Angehörige aufgebaut werden können.

#### 5.1.21 Besuche bei den AG-Mitgliedern

Im Projektverlauf konnten alle AG-Mitglieder aus den beiden Projektstädten vor Ort in ihrem Tätigkeitsfeld besucht werden. Die Besuche und Gespräche ermöglichten einen vertieften Einblick in die Tätigkeiten, die Aufgabenfelder, die Ausstattung und die räumlichen Gegebenheiten. Die Besuche bei den Dortmunder Anbietern fanden im Herbst 2010 und in Solingen zu Beginn des Jahres 2011 statt.

Alle Besuche wurden nach folgender Struktur durchgeführt:

1. Besichtigung der Räumlichkeiten und Umgebung
2. Gespräch vor Ort mit den Beteiligten

Beim Gespräch ging es darum, wie das Projekt bisher aus Sicht der AG-Mitglieder verlaufen ist, was verändert, verbessert oder in der verbleibenden Projektzeit noch erreicht werden sollte. Zudem bestand auch die Möglichkeit, Feedback zur Projektdurchführung und -begleitung zu geben.

Alle Besuchten äußerten sich durchweg positiv über das Projekt und die Durchführung. Als besonders positiv wurde die gemeinsame Arbeit vor Ort bewertet. Es ist nun bei den Akteuren mehr Wissen/bzw. Information darüber vorhanden, was die anderen Anbieter leisten. Der pflegende Angehörige steht nun stärker im Fokus, z.B. bei der Beratung. Die „neutrale Moderation“ durch die Unfallkasse NRW und die Universität Witten/Herdecke ermöglichte ein Zusammenkommen auf Augenhöhe und einen wertschätzenden Austausch untereinander bei den AG-Treffen. Bisherige (auch negative Erfahrungen) mit dem anderen Anbieter konnten vergessen werden. Durch die Zusammenarbeit wird auch das Konkurrenzdenken untereinander reduziert.

Eine interessante Erkenntnis war zudem, dass die Kooperationspartner vor Ort ihre Zusammenarbeit im Projekt und dann auch darüber hinaus als so fruchtbar erlebten, dass sie mehr und mehr den Eindruck hatten, schon immer so eng zusammengearbeitet zu haben, obwohl dies vor dem Projektstart definitiv nicht der Fall war. Besonders hervorzuheben ist auch, dass die Kooperationspartner sich schon zu diesem Zeitpunkt dafür aussprachen, sich nach dem offiziellen Projektende weiterhin zu treffen und das Netzwerk „Neuheit für Pflege“ fortführen zu wollen.

#### Dortmund

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Stadt Dortmund berichteten im Gespräch über das grundlegende städtische Problem, kein Geld für Projekte für pflegende Angehörige aufbringen zu können, wenn die Pflegeempfänger nicht von Demenz betroffen seien. Im Demenzbereich ständen derzeit vermehrt Gelder zur Verfügung. Der Leiter der Pflegeabteilung der BARMER GEK in Dortmund wird die in seiner Abteilung beschäftigten Pflegeberater zu den Themen pflegende Angehörige und Gesundheitsschutz vermehrt schulen. Zudem können neue Präventionsangebote für pflegende Angehörige evtl. von der BARMER GEK mit finanziert werden.

Die Leiterin des Begegnungszentrums Dortmund-Mengede berichtete, dass es viele Angebote für Senioren und auch für pflegende Angehörige im Begegnungszentrum gäbe. U.a. einen Gesprächskreis, der gut angenommen werde, eine Betreuungsgruppe mit derzeit 14 Teilnehmerinnen und Teilnehmern und eine Schulungsreihe für Demenz, die nun schon zum zweiten Mal angeboten werde. Bei der Schulungsreihe wird auch das Entspannungsangebot einer Projektpartnerin vorgestellt. Im kommenden Jahr ist geplant, Angebote für pflegende Angehörige von Nicht-Demenz-Betroffenen auszubauen. Dies ist u.a. auch ein Ergebnis des Projekts „Neuheit für Pflege“, da erkannt wurde, dass eine kontinuierliche Begleitung der pflegenden Angehörigen wichtig ist.

Die Leiterin des häuslichen Entlastungsdienstes des Frauenzentrums in Dortmund-Huckarde berichtete, dass die Entlastung von pflegenden Angehörigen ein großer Anteil in der Arbeit sei. Es fänden Einsätze in ganz Dortmund statt, nicht nur in Huckarde, darüber hinaus werde auch Beratung angeboten. Derzeit habe der Entlastungsdienst 38 Beschäftigte, davon zehn festangestellte und 25 ehrenamtliche. Über den § 45 b der gesetzlichen Pflegeversicherung würden zusätzliche Betreuungsleistungen und Verhinderungspflege stundenweise angeboten. Seit 2004 habe sich der Anteil der Einsätze verdreifacht, dies habe durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit (z.B. Zeitungsartikel) erreicht werden können.

Die Mitarbeiter des Begegnungszentrums und Seniorenbüros in Dortmund-Scharnhorst berichteten im Gespräch von Vorträgen, z.B. zum betreuten Wohnen, über den MDK, die Vorsorgevollmacht, über Demenz und Kunst usw., die im Haus und an anderen Orten stattfänden. Das Thema Demenz werde häufig nachgefragt, da sich die Angebote primär auch an Demenzerkrankte und ihre Angehörigen (z.B. Angehörigenschulung, Gesprächskreis, Betreuungsgruppen) richteten. Die Betreuungsgruppe sei weniger gefragt, vermutet wird, dass die Angehörigen

die Betreuung anders organisierten z.B. durch Nachbarn usw. Der häusliche Entlastungsdienst der Stadt werde auch eher in Anspruch genommen als die Betreuungsgruppe. Die angestellte Sozialarbeiterin übernehme ausschließlich die Beratung der pflegenden Angehörigen von Demenzerkrankten. Sie beobachte, dass die Angehörigen frühzeitig kommen und nach Hilfe fragten. Durch die Arbeit im Netzwerk könne der Bedarf der pflegenden Angehörigen nun besser eingeschätzt werden. In der Beratung sei es durch die Wissens-Inputs und den Austausch mit den anderen AG-Mitgliedern flexibler geworden.

Die Leiterin des Beratungsstützpunktes „Leben & Pflegen“ berichtete über weitere Ideen für das Netzwerk: z.B. ein häuslicher Entlastungsdienst für andere Zielgruppen (z.B. jüngere Pflegebedürftige) und ihre jüngeren pflegenden Angehörigen und über das Problem der Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Die Frage lautet: Was kann man den pflegenden Angehörigen, die berufstätig sind, anbieten? Anzudenken wären hier z.B. Pflegebegleiter, die sich nur um den pflegenden Angehörigen kümmern. Durch das Projekt erlebten sie mehr Zusammenarbeit mit den Seniorenbüros, z.B. dass pflegende Angehörige direkt weitergeleitet wurden. Schade findet sie, dass ihrer Ansicht nach Absprachen unter den 12 Seniorenbüros in Dortmund nicht immer klappten, z.B. wusste ein Seniorenbüro nichts vom Projekt „Neuheit für Pflege“. Positiv bewertet sie, dass sie durch das Projekt viel dazugelernt habe. Sie könne nun mit ihrem Anliegen (Pflegeberatung, Pflegekurse) offener auf die Menschen zugehen und sei als Akteurin selbst für die Bedarfe der pflegenden Angehörigen sensibilisiert worden.

Die Mitarbeiterin des häuslichen Entlastungsdienstes der Stadt Dortmund berichtete, dass das Angebot sehr gut angenommen werde. Derzeit engagierten sich rund 100 ehrenamtliche Kräfte bei rund 100 zu betreuenden Pflegebedürftigen. Als Vergütung erhielten die ehrenamtlichen Helfer eine Pauschale von 35 Euro im Monat und 7,50 Euro pro Einsatz, dies werde über die Verhinderungspflege abgerechnet. Beim Seniorenbesuchsdienst für „fitte“ Senioren engagierten sich derzeit etwa 90 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Das Projekt „Brücken bauen“ der Caritas Dortmund richte sich ausschließlich an Demenzerkrankte und ihre Angehörigen, da die Finanzierung hier geregelt ist, berichtete eine Mitarbeiterin. Es fände eine enge Zusammenarbeit mit den Caritas Sozialstationen (acht in Dortmund) statt. Diese könnten z.B. auch den im Projekt entstandenen Übersichtsflyer für die Pflegekurse in Dortmund verteilen. Im Projekt „Neuheit für Pflege“ habe sie verstärkt die Kontakte zu anderen Anbietern gesucht und auch genutzt (bewusst auch außerhalb des Caritasverbandes). Wenn

sie selbst kein Angebot machen könne, vermittele sie weiter, z.B. an die städtischen Angebote. Das Problem der „Konkurrenzsituation“ z.B. mit dem häuslichen Entlastungsdienst der Stadt Dortmund bliebe im Grunde trotzdem bestehen, da die Stadt den Ehrenamtlichen 35 Euro im Monat zahle, die Caritas hingegen zahle den Ehrenamtlichen nur 20 Euro. Gut aber sei, dass im Netzwerk alle an einem Tisch säßen, die Verbände, die Stadt usw. Das Geld stehe nicht im Vordergrund.

### Solingen

Die Evangelische Altenhilfe Wald GmbH in Solingen-Wald bietet Unterstützung im Haushalt, ambulante Pflege, einen Mittagstisch im Haus und Essen auf Rädern, mobile Betreuung, stationäre Altenhilfe. Für Tagespflege und Kurzzeitpflege wird weitervermittelt an den Solinger Pflegeverbund. Durch das Projekt hat sich der Blick erstmals auch auf die pflegenden Angehörigen auch in der Beratung erweitert. Der Versicherungsschutz der pflegenden Angehörigen bei der Unfallkasse NRW war den Gesprächspartnerinnen neu. Durch die verstärkte Kooperation mit den anderen Anbietern in Solingen gibt es nun kürzere Wege (z.B. zum Friedrichshof), zudem ist ein internes Netzwerk in der Einrichtung und ein externes Netzwerk mit vielen Ansprechpartnern „außerhalb“ gewachsen. Es hat eine Sensibilisierung für pflegende Angehörige stattgefunden. Erfreulich ist, dass neben dem eigenen auch das Infomaterial der Unfallkasse NRW gut genutzt werden kann (z.B. kleine Broschüren und die Zeitschrift).

Wünschenswert wäre es, in der verbleibenden Projektzeit die Schulungen im häuslichen Bereich auszubauen. Leider gibt es derzeit aber keine Ressourcen innerhalb der Einrichtung. Im letzten Jahr wurden vereinzelt Schulungen durchgeführt und zwar im Rahmen der Beratung als Serviceleistung (eine Stunde). Individuelle häusliche Einzelschulungen wurden bisher aber nicht separat angeboten.

Auch das Projekt „Neuheit für Pflege“ enthält viele Angebote für Menschen mit Demenz. Aus Sicht der Mitarbeiter der Altenhilfe gibt es nun eher zu viel zum Thema Demenz. Wichtig wäre es ihrer Ansicht nach jetzt, auf die anderen Krankheitsbilder und die anderen Fälle zu schauen, da diese „hintenüberfallen“. Gut wäre auch eine gezielte Hilfsmittelberatung für pflegende Angehörige, z.B. zu der Fragestellung: „Wie kann ich mich als pflegender Angehöriger körperlich durch Lifter usw. entlasten?“

Die Busch-Stiftung Solingen gibt es seit zwölf Jahren. Der Stiftungsrührer Thomas Busch wollte sich im Bereich Demenz/ Depression sozial engagieren. Schwerpunkt der Arbeit ist die Entlastung pflegender Angehöriger von Demenzbetroffenen

unter dem Motto: „Wir haben hier Zeit für Sie“. Angeboten werden Vortragsreihen, Besuchsdienste durch ehrenamtlich Tätige (derzeit 22) und Fortbildungen für diese Gruppe, immer am vierten Samstag im Monat z.B. zu den Themen Validation, Biographiearbeit, Umgang mit aggressiven Menschen usw. Zudem finden Aktivierungsangebote in Gruppen für leicht bis mittelschwer von Demenz Betroffene an drei Tagen pro Woche statt. Den Transport zu den Aktivierungsgruppen müssen die pflegenden Angehörigen leisten und alle acht bis zehn Wochen einen Kuchen mitbringen. Einmal im Monat findet ein Gesprächskreis mit rund 15 bis 20 Teilnehmern von 19 bis 21 Uhr statt, manchmal dauern die Treffen auch bis 23 Uhr. Erlebtes wird im Gespräch gespiegelt, es gilt: der pflegende Angehörige ist der Experte. „Der freie Samstag“ (in Kooperation mit der Tagespflege Friedrichshof und der Lukas Klinik angeboten) findet an 30 Terminen im Jahr statt, also an drei Samstagen im Monat. Es ist ein grundsätzliches Angebot der Busch-Stiftung, das weiter ausgebaut werden soll. Die Fahrt wird bezahlt bzw. die Kosten erstattet, der Pflegebedürftige wird von etwa 9 bis 15 Uhr betreut und erhält Beschäftigungsangebote. Der pflegende Angehörige hat in dieser Zeit frei. Zusätzlich wird ein Hausfrau-nachmittag, bei dem nach Saison gekocht und zusammen gegessen wird und ein bunter Nachmittag an drei Samstagen im Monat angeboten. Alle Angebote sind kostenlos, nach dem telefonischen Erstkontakt erfolgt entweder ein Hausbesuch oder ein Besuch in der Einrichtung. Die Stiftung finanziert sich aus dem Zinsvermögen und über Spenden.

Von der kommunalen Pflegeberatung in Solingen werden Beratungsgespräche für pflegende Angehörige und Betroffene (Pflegebedürftige) per Telefon, im Rathaus (Büro), als Hausbesuch oder auch in Verbindung mit der Wohnberatung oder Betreuungsstelle angeboten. Eine Zusammenarbeit findet mit dem Gerontopsychiatrischen Zentrum (Tagesklinik), dem Demenzservicezentrum, dem Gesundheitsamt und den Seniorenbüros statt. Derzeitiger Stellenumfang: 1,75, ab 2011 plus 200 Prozent (50 Prozent Sozialarbeiter und 150 Prozent Pflegefachkraft) da dies ein kommunaler Schwerpunkt werden soll. Das Konzept der Arbeit geht in Richtung Case Management. Es wird auch ein Gesprächskreis für pflegende Angehörige angeboten. Aus Sicht der Beraterinnen besteht noch viel Informationsbedarf, die Pflegeberatung der Stadt Solingen ist vielen noch nicht bekannt. Wünschenswert wären in Zukunft vermehrt Sport- und Bewegungsangebote, Tanz- und Chorangebote. Ein weiterer Wunsch ist, dass die Zusammenarbeit zwischen den Solinger Krankenhäusern und den niedergelassenen Ärzten verbessert wird.

Die Vertreterin des Stadtdienstes Gesundheit hält die Stadtteilorientierung der Angebote für wichtig, zudem sollte mehr

Öffentlichkeitsarbeit an kommunaler Stelle stattfinden. Die psychosoziale Situation der pflegenden Angehörigen sollte mehr in den Blick genommen werden. Die erarbeiteten Produkte (Notfallausweis usw.) sollten noch breiter gestreut werden, dazu könnte evtl. an neue Träger herangetreten werden, die mit pflegenden Angehörigen zu tun haben.

Die BARMER GEK in Solingen erfüllt den gesetzlichen Auftrag als Kranken- und Pflegekasse. Hierzu ist jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter in der Lage. Grundsätzliche Anfragen zum Thema Pflege werden von allen bearbeitet. Tiefergehende Anfragen werden an drei Pflegeberater nach §7a SGB XI in Wuppertal (die übergreifend arbeiten) zur weiteren Bearbeitung weitergeleitet. Die Pflegeberater nehmen dann Kontakt auf (telefonisch oder per Hausbesuch) und sind bei der Strukturierung von möglichen Leistungen behilflich. Als bearbeitungswürdiges Thema wird die Problematik „Pfleger Angehöriger wohnt an einem anderen Ort als die zu pflegende Person“, Koordinationsschwierigkeiten insbesondere zu Beginn einer Pflegebedürftigkeit genannt. Hier wird auch die Chance gesehen, dass dies durch die Vernetzung der Anbieter auf regionaler Ebene zu positiven Aspekten für die pflegenden Angehörigen führt. Dies könnte jedoch noch weiter ausgebaut werden.

Das Team Patientennachsorge am Klinikum Solingen hat derzeit fünf Mitarbeiter (zwei Sozialarbeiter, ein Intensivpfleger, eine Pflegepädagogin und eine Pflegenden), es ist keine zentrale Abteilung, die Büros der Beschäftigten sind über die Klinik verteilt. Es gibt keine festen Beratungstage, die Termine werden flexibel gestaltet und finden z.B. auch auf den Stationen statt. Vieles kann auch am Telefon abgewickelt werden, Flyer oder Infomaterialien werden ausgegeben. In der Regel wird ein elektronisches Anforderungsprofil an das Team Patientennachsorge gesendet (von Pflegenden, Ärzten, Nachbarn, Angehörigen). Dort werden werden ggf. schon Infos zum Patienten mitgeteilt und es geht dann u.a. auch um pflegerische Bedarfe (Pflegestufe, Hilfsmittel, Altenheim...). Das Team Patientennachsorge beginnt dann seine Arbeit, der Prozess der Datenerhebung beginnt von vorn, der Auftrag wird mit auf Station genommen, für die Arbeit gibt es keinen Standard.

In der Tages- und Kurzzeitpflege Friedrichshof Solingen werden nicht nur ältere Menschen betreut, sondern auch behinderte Kinder, junge Erwachsene und palliative Patienten. Eine Bereicherung für die Einrichtung sind die jungen Menschen, die im Friedrichshof arbeiten – Praktikantinnen und Praktikanten, Schülerinnen und Schüler und Auszubildende. Im Friedrichshof konnte innerhalb der Projektlaufzeit das Demenzcafé „Vergissmeinnicht“ eröffnet und etabliert werden. Zweimal im

Monat an einem festen Tag findet für zwei Stunden im Cafe ein niederschwelliges Angebot mit Imbiss statt, um zur Entlastung der pflegenden Angehörigen beizutragen. Individuelle häusliche Einzelschulungen sind in Planung, zudem ein Entspannungsangebot für gestresste Menschen. Der ökumenische Gottesdienst für pflegende Angehörige sollte als regelmäßiges Angebot im kirchlichen Kreis etabliert werden. Die Leiterin der Solinger Alzheimer-Selbsthilfegruppe freut sich, dass sich ihre eigenen Ideen im Projekt bestätigt haben (z.B. Notfallkarte und -checkliste). Sie konnte selbst viele Ideen zum Projekt beitragen. Sie wünscht sich, dass sie zukünftig den Beratungsbedarf der pflegenden Angehörigen noch besser erfüllen kann, auch durch Authentizität und Glaubwürdigkeit. Durch das Projekt „Neuheit für Pflege“ ist der Grundstein der Versorgung jetzt in Solingen gelegt. Die Vernetzung der professionellen Akteure klappt und es gibt kein Konkurrenzdenken mehr untereinander.

#### 5.1.22 Entlassungsmanagement im Krankenhaus

In der Dortmunder Arbeitsgruppe hat die Leiterin des Entlassungsmanagements der größten Klinik kontinuierlich teilgenommen. Dahinter stand die Idee, dass Pflegebedürftigkeit häufig im Akutbereich beginnt und die Betroffenen schon anfangs gut mit Informationen und Hilfen versorgt werden müssen, damit eine erfolgreiche Überleitung und Entlassung stattfinden kann. Zudem haben die Kliniken durch die Einführung der DRGs (Abrechnungspauschalen) auch ein Interesse daran, die Patienten nur innerhalb der vorgegebenen (erlösrelevanten) Verweildauer zu betreuen. Verbleibt der Patient länger in der Klinik, ist dies ein finanzieller Verlust.

Immer wieder wurde in der Arbeitsgruppe gefragt „warum nicht hier die erforderliche Hilfen für die pflegenden Angehörigen angebahnt werden können“. Dies geschieht durch die Arbeit von 40 Case Managern und Mangerinnen, die aus der Sozialarbeit oder Pflege kommen, zudem aber auch einen Codierlehrgang (für die Kodierung der Haupt- und Nebendiagnosen in den DRGs) absolviert haben. Sie prüfen auch – immer in Abhängigkeit zum akuten Gesundheitszustand und nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin – wann eine Klinikentlassung frühestens möglich wird. Es wurde aber klar, dass sich durch die ständige Absenkung der Verweildauer die Situation immer weiter verschärft, insbesondere bei älteren und chronisch kranken Menschen. Die Beratungs- und Organisationszeit wird kürzer und bei plötzlich eingetretener Pflegebedürftigkeit sind die Betroffenen völlig überfordert und treffen oftmals Entscheidungen, ohne ausreichend Zeit zur Überlegung gehabt zu haben. Außerdem endet der „Klinikauftrag an der Tür“: durch unterschiedliche Gesetzeswerke und Kostenträger besteht für die Klinik keine Handlungsmöglichkeit nach der Entlassung.

Das Klinikum Dortmund gGmbH setzt jedoch den nationalen Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ (Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege – DNQP) um und fragt einige Tage nach der Entlassung telefonisch bei Patient und Angehörigen nach. Hier können aber dann meist lediglich einige Tipps und Informationen gegeben werden. Oft entwickeln sich Probleme erst in der Häuslichkeit. Patienten und Angehörige wissen aber nichts davon und denken zunächst: „Wenn ich zuhause bin, ist alles gut“. Durch die Arbeit im Netzwerk konnten Kontakte zu ambulanten Anbietern intensiviert werden. Bei der Unterarbeitsgruppe „Pflegekurse“ wirkte die Expertin ebenfalls mit, das im Projekt entstandene gemeinsame Falblatt zu den Plegekursangeboten in Dortmund wird in der Klinik ausgegeben, ebenso die Materialien der Unfallkasse für pflegende Angehörige.

Zum Projektabschluss konnte noch einmal ein Gespräch mit der zuständigen Mitarbeiterin geführt werden. Sie leitet seit acht Jahren das Entlassungsmanagement des größten kommunalen Krankenhauses in NRW. Auch hier war die Hauptfrage, in welcher Weise schon in der Klinik etwas zur Gesunderhaltung der pflegenden Angehörigen unternommen werden könne. Die Gesprächspartnerin meinte, dass in der Vielzahl der plötzlich zu bewältigenden Probleme (unter Zeitdruck) kaum Platz für nachhaltige Unterstützung sei. Durch die Lücke zwischen Hilfebedürftigkeitsfeststellung und Finanzierung bliebe zum Entlassungszeitpunkt vieles ungeklärt. Besonders schwierig sei die Versorgung bei Alleinlebenden. Dort müssten zahlreiche Hilfsmöglichkeiten organisiert werden. Problematisch sei die Leistungsfinanzierung, denn die Kostenträger schlossen Verträge nur mit bestimmten Anbietern ab. Inzwischen habe sich ein wahrer „Abrechnungsdschungel“ ergeben. Übergangsweise würden Kranke in die Kurzzeitpflege oder in die Geriatrie verlegt und eine Dringlichkeitsbegutachtung zur Einstufung in die Pflegeversicherung durch den MDK angestrebt. Manche Patienten, auch jüngere Menschen, seien nur vorübergehend hilfebedürftig, dieser Status sei im System gar nicht vorgesehen – eine Pflegestufe wird erst nach sechsmonatiger Dauer der Hilfebedürftigkeit gewährt. So ergibt sich ein Finanzierungsloch bis zur Rehabilitation, es gäbe keine Möglichkeit der Unterstützung im ambulanten Bereich. Die Expertin meinte, dass bei geplanten Operationen die Patienten bzw. ihre Angehörigen deutlich transparenter beraten werden müssten, um die Nachversorgung besser zu organisieren.

Insgesamt nehme auch die Intensivpflege zuhause deutlich zu, dies sei eine Herausforderung für das Entlassungsmanagement. Für die häusliche Versorgung (rund um die Uhr) seien sechs Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter nötig – diese können

von den Pflegediensten aber oft nicht vorgehalten, sondern erst bei der Entlassung eingestellt werden. Die bestehenden Regelwerke zeigten viele Lücken auf, es fehlten strukturgebende Maßnahmen der Gesetzgeber. Abschließend wies sie daraufhin, dass die Zusammenarbeit mit den Case Managern der Kassen besser ausgestaltet werden müsse.

### 5.1.23 Gäste in den AGs

#### 5.1.23.1 Verein für pflegende Angehörige/ Kuren (Vorsorgemaßnahmen) für pflegende Angehörige

Im Jahr 2011 war ein Ehepaar aus Bockum-Hövel zum Thema „Kuren für pflegende Angehörige“ zu Gast in der Dortmunder Gruppe. Seit 16 Jahren leitet das Paar einen Verein, der sich um pflegende Angehörige kümmert. Diese Privatinitiative arbeitet gemeinsam mit Volkshochschule, dem Pfarrbezirk und der Stadt Hamm (Betreuungsstelle, Gesundheitsamt). Insgesamt zeigte sich dies als gutes Beispiel für Kooperation und Engagement im kleinstädtischen Raum. Der Verein veranstaltet ein regelmäßiges Programm und ein Flyer wird herausgegeben. Im Mittelpunkt steht ein Gesprächskreis für pflegende Angehörige, daneben sind Vorträge, Ausflüge u.ä. vorgesehen. Seit Jahren wird versucht, eine spezielle Vorsorgemaßnahme für pflegende Angehörige zu etablieren. Alle Experten sind einhellig der Meinung, dass eine solche Maßnahme sehr sinnvoll sei. Allerdings müsse dafür gesorgt werden, dass der zu Pflegenden, wenn dies gewünscht ist, ebenfalls mit „aufgenommen“ werden müsse, um in der Nähe zu sein.

Auf der Sitzung ebenfalls anwesend waren Vertreter der Klinik Quellenhof, ein Reha- und Präventionszentrum in Bad Sassendorf (Ostwestfalen). Ein Angebot für pflegende Angehörige könne kurzfristig aufgelegt werden, spezielle Inhalte könnten von der Unfallkasse und der Universität Witten/Herdecke vorgeschlagen werden. Problematisch sei die Finanzierung, da eine solche Vorsorgemaßnahme im System nicht vorgesehen sei. Der damalige Gesundheitsminister Rösler schlug im Rahmen des „Jahres der Pflege 2011“ ebenfalls vor, mehr für die pflegenden Angehörigen tun zu wollen und brachte den Vorschlag einer Kur in die Medien. Tatsächlich fand auch im Berliner Ministerium ein Fachgespräch (unter Beteiligung der o.g. Klinik und der Projektmitarbeiterin) statt – dabei ergaben sich viele Unklarheiten hinsichtlich der Finanzierung und Etablierung (z.B. Prävention oder Rehabilitation).

Auf der AG Sitzung in Dortmund erklärte der Vertreter der BARMER GEK, dass ohne längere Krankengeschichte und Ausschöpfen ambulanter Maßnahmen eine Kur kaum Aussicht

auf Genehmigung habe. Gerade die Klientel „pflegende Angehörige“ bleibe aber unabkömmlich, meide Arztbesuche und pflege weiter bis zur Erschöpfung.

Eine unsystematische Recherche zu Kuren für pflegende Angehörige zeigte, dass es bundesweit kaum Angebote gibt: nur wenige Möglichkeiten im Bereich Demenzpflege sind bekannt. In einigen Ländern bieten Kostenträger etwas an, aber nur dann wenn der pflegende Angehörige noch berufstätig ist. Hier scheint es künftig wichtig, neue Wege zu beschreiten, etwa durch Sonderfinanzierungen über Stiftungen usw., ein Vorbild könnten „Mutter und Kind-Kuren“ sein. Die Diskussionen in den Angehörigen-Fokusgruppen ergaben, dass eine Kur nur akzeptiert würde, wenn der Pflegebedürftige in der Nähe gepflegt werden könnte und ein täglicher Kontakt möglich wäre. Zur inhaltlichen Ausgestaltung von Kuren für pflegende Angehörige könnten aus den Projekterfahrungen zahlreiche Vorschläge gemacht werden.

#### Handlungsempfehlung 16

Im Projektverlauf auf weitere Akteure, auch mit ungewöhnlichen Angeboten, achten und Einladungen aussprechen. Das Kennenlernen verstärkt die Netzwerkfunktion.

#### 5.1.23.2 Modell „Herdecke Plus“

Auf Einladung stellte eine Projektverantwortliche ihr Projekt integrierter Gesundheitsversorgung „Modell Herdecke Plus“ vor, ein Nachfolgeprojekt von „Blickwechsel Demenz“. Getragen werden die Projekte von der Stiftung Wohlfahrtspflege, dem Paritätischen Wohlfahrtsverband, dem Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke und der Stadt Herdecke. Im Mittelpunkt stand der „Herdecker Beratungsscheck“ (Pflege, Alltagshilfen, Wohnen usw.). Er dient der Weiterleitung/Begleitung von Ratsuchenden und wird an verschiedenen Stellen im System ausgegeben. Nach dem Ausfüllen des Fragebogens und der Einverständniserklärung des Klienten geht das Formular an die Pflegeberatung der Stadt Herdecke und es erfolgt ein telefonischer Rückruf mit Vereinbarung eines Gesprächstermins. Innerhalb des Projektes entstand auch eine „Notfallmappe“ mit Informationen für die Krankenhauseinweisung, diese Mappe ist bei Ärzten, Pflegediensten usw. verfügbar. Das Projekt war mit viel Arbeitsaufwand verbunden, zeigte aber einen guten Erfolg – eine Erklärung ist sicher auch, dass Herdecke (etwa im Vergleich zu Dortmund) überschaubare Strukturen aufweist. Aus unserer Sicht ist besonders der Beratungsscheck nachahmenswert, in Solingen wurde eine Kontaktaufnahme empfohlen.

#### 5.1.24 Pflegekasse

Wegen ihrer Nähe zur Versichertengruppe wurde vor Projektbeginn bei zwei großen gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen zwecks Zusammenarbeit angefragt. Die BARMER GEK entschied sich zur Teilnahme am Projekt. In beiden Modellstädten nahmen Barmer-Mitarbeiter an den AG-Treffen teil. In Dortmund war dies der zuständige Abteilungsleiter, in Solingen nahm zunächst die Leiterin der Geschäftsstelle teil, später wurde sie durch einen Pflegeberater vertreten. Während der Projektlaufzeit fusionierte die BARMER Ersatzkasse mit der Gmünder Ersatzkasse, so dass es zu zahlreichen Veränderungen, z.B. durch Neuordnung der Datenverarbeitung kam. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Versicherungen sind oft erste Ansprechpartner von (plötzlich) pflegenden Angehörigen. Ziel des Projektes ist auch, dass Kassenangestellte von den erarbeiteten Ergebnissen erfahren und diese in ihre Arbeit integrieren können. Zu nennen sind hier z.B. die Handreichung zur Wert- und Einschätzung, die für die besondere Situation von pflegenden Angehörigen sensibilisieren soll. Möglich wurde im Projekt durch die BARMER GEK der kostenlose Druck von Flyern und Postern für Veranstaltungen (z.B. Pflegekurse). So konnte auch die Werbung in diesem Bereich intensiviert werden.

Im Projektverlauf kam die Idee auf, per Mailing-Aktion einen wertschätzenden Brief an pflegende Angehörige zu versenden, in dem auch auf das Projekt in Dortmund und Solingen hingewiesen werden sollte. Durch die Vertreter der BARMER GEK wurde dann deutlich gemacht, dass pflegende Angehörige in den Datensätzen der BARMER GEK nicht gesondert ausgewiesen werden könnten. Nach Projektende wurde ein wertschätzender und informativer Brief an die pflegenden Angehörigen formuliert und der BARMER GEK Pflegekasse vorgeschlagen, dieser wurde jedoch aus verschiedenen Gründen nicht abgeschickt.

#### Handlungsempfehlung 17

Versicherer sollten auf verschiedenen Wegen den pflegenden Angehörigen ein hohes Maß an Wertschätzung zukommen lassen.

Für die Umsetzung des neu entwickelten Angebots der Familienmoderation erklärte sich die BARMER GEK bereit, die geschulten Pflegeberater für ihre Arbeit (Konfliktberatungsgespräche) mit den pflegenden Angehörigen während der Projektphase zu finanzieren. Problematisch wurde es dadurch, dass in den Zeitungsaufrufen dann nur BARMER GEK-Versicherte hätten angesprochen werden können, da die BARMER GEK häusliche

Schulungen und Beratungen im Sinne des § 45 SGB XI für pflegende Angehörige nur für ihre Versicherten und deren Angehörige anbietet.

#### 5.1.25 Angehörigen-Fokusgruppen

Zu Beginn des Projektes 2009 wurden die Teilnehmer der Arbeitsgruppen in Dortmund und Solingen gebeten, über ihnen bekannte pflegende Angehörige nachzudenken, die bereit wären, an einer Angehörigen-Fokusgruppe teilzunehmen. Die entsprechenden pflegenden Angehörigen wurden über die AG-Teilnehmer, die sie persönlich kannten, angesprochen. Telefonisch wurden die Teilnehmer noch einmal kontaktiert und nachgefragt, an welchen Wochentagen und zu welchen Zeiten ein Treffen günstig oder ungünstig wäre. Anhand dieser Terminabsprachen wurden die Termine für die Angehörigenfokusgruppen festgelegt. Darüber hinaus wurde allen pflegenden Angehörigen angeboten, sie bei der Betreuung ihres Angehörigen während der Fokusgruppe zu unterstützen. Diese Unterstützung sollte durch die AG-Mitglieder bzw. deren Angebote erfolgen, wurde jedoch in keinem Fall in Anspruch genommen. Bereits beim ersten Treffen zeigte sich großer Gesprächsbedarf bzgl. der eigenen Situation, besonders auch untereinander. Nach dem ersten Treffen wurden mit dem Protokoll des Treffens, in dem die Teilnehmer noch einmal die Gelegenheit erhielten, ihre bisher genannten Ideen zu erweitern und zu ergänzen, weitere Materialien versandt. Dies beinhaltete u. a. die Telefon- und Adressenlisten der Teilnehmer, um untereinander in Kontakt treten zu können, Informationen zum Projekt, zur Unfallkasse und der Landesstelle pflegende Angehörige sowie eine Übersicht der jeweiligen Kooperationspartner der Stadt. Zudem wurde ein Fragebogen mit Rückumschlag beigelegt. In dem Fragebogen wurde u. a. erfragt, was sie vermissten, was sie für sich täten und wie pflegende Angehörige vor Ort besser erreicht werden könnten (Anhang 3: Fragebogen „Was wünschen sich pflegende Angehörige“).

Des Weiteren sollten die Teilnehmer und Teilnehmerinnen der Fokusgruppen die Ergebnisse der AGs in den Projektstädten beurteilen wie beispielsweise die Notfallcheckliste oder die dort gesammelten (vermuteten) Wünsche pflegender Angehöriger.

Geplant waren zwei Treffen pro Jahr während der Projektlaufzeit. Immer wieder gab es für die Fokusgruppenteilnehmer Schwierigkeiten, die Termine wahrzunehmen. Der Pflegebedürftige war erkrankt, musste zum Arzt, es gab niemanden, der in der Zeit der Abwesenheit beim Pflegebedürftigen bleiben konnte etc. Auch dieser Befund aus dem Projekt ist exemplarisch für die Situation pflegender Angehöriger. Insgesamt konnten vier Treffen je Stadt mit den pflegenden Angehörigen in der Projektlaufzeit

realisiert werden. Bei den beteiligten Angehörigen handelte es sich um Personen in ganz unterschiedlichen Pflegesituationen: Ehefrauen, die ihre pflegebedürftigen Männer versorgen, Ehemänner, die ihre Frauen versorgen, erwachsene Kinder, die sich um ihre Eltern kümmern, aber auch Enkelkinder, die in die Pflege der Großeltern eingebunden sind. Diese Diversität war auch angestrebt.

### Handlungsempfehlung 18

Angehörigen-Fokusgruppen sind wertvoll in der Projektbegleitung, sie sollten großzügig besetzt werden, da die Pflegenden durch die häusliche Situation immer wieder unabhkömmlich sein können. Wertschätzung und gute Informationspolitik sollten selbstverständlich sein.

#### 5.1.25.1 Probleme im Rahmen der Pflegesituation aus Sicht der Familie

##### Mangelnde Wertschätzung

Besonders deutlich wurde dies anhand der Situation einer Tochter, die beide Elternteile pflegt. Die Mutter ist an Parkinson, der Vater an Demenz erkrankt. Um ihre Eltern zu pflegen, gab die Eventmanagerin ihren Beruf auf, verließ ihr soziales Umfeld und zog hunderte Kilometer zurück zu den Eltern und lebt seitdem von einer bescheidenen Unterstützung (Hartz IV). Als belastend erlebt sie vor allem die mangelnde Wertschätzung für ihre Leistungen. Außenstehende geben ungefragt Kommentare zur Pflegesituation, meinen: „Und was machst du sonst noch so beruflich?“ Ebenso erkennen die Geschwister den enormen Pflege- und Betreuungsaufwand nicht an, was sich u. a. in mangelnder Unterstützung der Schwester zeigt.

##### Arztkontakte, Pflegekasse

Übereinstimmend berichten die befragten Angehörigen von Problemen, sich beim Arzt und bei Behörden/Kassen durchzusetzen. Es müssten lange Wartezeiten in Kauf genommen werden, benötigte Heil- oder Hilfsmittel würden nicht verschrieben. Oft wünschten sie sich, dass der Arzt oder die Ärztin zuhört, sich Zeit nimmt und sich gesprächsbereit zeigt, dann aber auch eine verständliche Sprache und geeignete Wortwahl verwendet. Vor allem in Solingen wünschen sich die Betroffenen Neurologen, die sich mehr den Demenzbetroffenen und ihren Angehörigen widmen und z.B. die benötigten Medikamente verschreiben. Im Kontakt mit den Kranken- und Pflegekassen ärgern sich die pflegenden Angehörigen besonders darüber, dass ihnen das Wissen um die Ansprüche fehlt

und sie auch nicht auf bestehende Ansprüche hingewiesen werden. Außerdem haben sie Schwierigkeiten, sich bei den Kassen durchzusetzen und fühlen sich, z.B. bezüglich der Finanzierung von Hilfsmitteln, nicht ausreichend beraten. So gab es beispielsweise eine Teilnehmerin in der Gruppe, die einen Lifter und andere teure Hilfsmittel selbst bezahlt hatte. Sie zeigte sich erstaunt, dass so etwas von der Kasse übernommen wird. Sie fand, dass die Inkontinenzprodukte, die von den Kassen bezahlt werden, qualitativ häufig schlecht seien. Für bessere Produkte, so meinte sie, müsse man „aus eigener Tasche“ zuzahlen.

Auch gibt es immer wieder Probleme bei der Erhöhung der Pflegestufe, vor allem durch den großen Aufwand bei der Darstellung des Pflege- und Betreuungsbedarfs (Pflegetagebuch). Insgesamt scheint die Beratung vom Sachbearbeiter oder der Sachbearbeiterin und der jeweiligen Kasse abhängig zu sein.

##### Beziehung zum Pflegebedürftigen

Die Beziehung ist durch Rollenveränderungen belastet, der kranke Mensch wird zunehmend schwächer. „Ich muss meinen Vater aus meinen Erwartungen entlassen“, den zunehmenden Verlust verarbeiten, meinte die Angehörige eines Demenzkranken. Eigentlich braucht sie dazu die Hilfe der Familie oder der Professionellen. Ebenso berichtet ebendiese Angehörige, dass es ihr (und ihrem Vater) schwerfalle, die Eltern-Kind-Rolle zu tauschen und dem Vater zu sagen „wo es lang geht“, der Vater möchte die Hilfe oft nicht annehmen und sich nichts von seiner Tochter sagen lassen.

##### Hilfesystem/professionelle Pflege

Auch die Erfahrungen mit der professionellen Pflege sind nicht immer zufriedenstellend. Die Angehörigen berichten davon, dass die Angebote nicht passgenau sind, die Hilfen keine Entlastung darstellen, sondern oft noch zusätzlich belasten (beim häuslichen Pflegedienst stets neue Leute, die Wohnung muss vorher aufgeräumt werden etc.). Auch wird beschrieben, dass die Qualität der pflegerischen Versorgung in der Kurzzeitpflege oft nicht gegeben ist. Wenn der pflegende Angehörige z.B. für zwei Wochen verreist, wird der Pflegebedürftige in der Einrichtung nicht aktivierend betreut, so dass sich sein Zustand nach den zwei Wochen so verschlechtert hat, dass wieder viel Energie aufgebracht werden muss, um den vorherigen Zustand zu erreichen („man fängt wieder von vorne an“). Daher ist zur Vorbeugung die Organisation eines täglichen „Überwachungsinstruments“ (Besuch eines Verwandten, Ehrenamtlichen) notwendig. Bei Krankenhausaufenthalten stellen die pflegenden Angehörigen fest, dass Krankenhäuser nicht auf kognitiv eingeschränkte oder an Demenz erkrankte Menschen eingestellt sind. Nach dem Krankenhaus verschlechterte sich der Gesundheitszu-

stand eher, statt die gewünschte Verbesserung herbeizuführen oder es treten weitere Erkrankungen und Probleme auf wie z.B. ein erworbener Dekubitus.

### **Zugang zu Angeboten**

Vor allem in Dortmund berichteten Angehörige aus der Fokusgruppe über das Problem, dass Betreuungsangebote wie z.B. Tagespflege oder stundenweise Betreuung schlecht erreichbar sind, wenn der Pflegebedürftige körperlich eingeschränkt ist, z. B. nicht mobil ist. Es mangelt an preiswerten und kurzfristig abrufbaren Fahrdiensten. Es gibt zwar ausreichend Krankentransporte oder Taxen, diese sind aber oft zu teuer. Auch die Fahrzeit zum Angebot ist für die Pflegebedürftigen zu lang, wenn auf dem Weg noch mehrere andere Personen „eingesammelt“ werden. Wenn der pflegende Angehörige den Pflegebedürftigen selbst zum Angebot bringen muss (z. B. im eigenen Pkw), wird dieses eher als zusätzliche Belastung erlebt. Es gibt wenig spezialisierte Urlaubsangebote für gemeinsame Reisen von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen. Aus den Erfahrungen der Angehörigen-Fokusgruppe wurden zudem die besuchten Angebote als unpassend oder ungeeignet empfunden: Der organisatorische Aufwand sei hoch und es entstünden beträchtliche Kosten. Außerdem gäbe zu wenig Angebote für jüngere pflegende Angehörige (zwischen 30 und 50 Jahren)

### **Unbürokratische, zugehende schnelle Hilfen**

Besonders enttäuschend ist für die pflegenden Angehörigen, dass es keine Möglichkeit der Vertretung für einige Tage gibt – viele Kurzzeitpflegen bieten erst ab einer Woche Aufenthalt einen Platz an. Es besteht keine Möglichkeit zur Urlaubsvertretung in der eigenen Häuslichkeit. Auch ist es kaum möglich, kurzfristig Vertretung zu organisieren (z. B. für den eigenen Arztbesuch), da es an stunden- oder tageweiser Betreuung, die bezahlbar und vertrauenswürdig ist, mangelt. Kurzfristige Verhinderungspflege zu finden, ist ebenfalls schwierig. Die von der Pflegekasse zur Verfügung gestellten Gelder reichen nicht aus, um ausreichend Entlastungsangebote in Anspruch zu nehmen (Emme von der Ah 2010). Prioritär ist es für die Familien, vertrauenswürdige Vertretungspersonen in einem Pool verfügbar zu haben. Immer wieder wird auch darauf abgehoben, dass gebündelte Informationen in „zugehender Form“ angeboten werden müssten (und nicht zersplittert auf Eigeninitiative wie zurzeit).

In einem Projekt der Universität Witten/Herdecke zu einem regelmäßigen Familienbesuch bei Demenzbetroffenen (Carenap D) konnten viele Vorteile aufgezeigt werden (Riesner 2011). Dieses präventive Einschätzungsverfahren auf Hilfebedarf fokussiert beide, den Kranken und den pflegenden Angehörigen.

Pflegevorbeugende Hausbesuche haben bisher in Deutschland keine Tradition, sie bewegen sich nur auf Projektebene. Als besonders schwierig erweist sich in unserem segmentierten System ihr interdisziplinärer Ansatz. Präventive Hausbesuche liegen in der Grauzone von kommunaler Gesundheitsverantwortung und Interessen der Versicherer.

### **Mangelnde Informationen**

Vor Ort besteht bei den pflegenden Angehörigen oft Unkenntnis über Anlaufstellen oder Beratungsangebote. Es gibt zwar zahlreiche Broschüren, diese enthalten aber nicht das benötigte Wissen. Die reine Information reicht nicht aus, das konkrete Aufstellen des Arrangements, der Vergleich der Angebote – dies fällt den Betroffenen schwer.

### **Vernachlässigung der eigenen Gesundheit**

Pflegende Angehörige sind besonderen Belastungsfaktoren ausgesetzt. Durch den gestörten Tag-Nacht Rhythmus des Pflegebedürftigen häufen sich beispielsweise Schlafprobleme bei den pflegenden Angehörigen. Allgemein können Pflegesituationen so kräftezehrend sein, dass sie psychische und physische Auswirkungen zeigen. Die eigene Gesundheitsvorsorge wird vernachlässigt. Es wird zuerst an den Pflegebedürftigen gedacht, eigene Wünsche und Bedürfnisse werden zurückgestellt.

#### **5.1.25.2 Ressourcen pflegender Angehöriger**

In den Befragungen haben die pflegenden Angehörigen auch Dinge genannt, die ihnen gut tun, „die sie sich hin und wieder gönnen“. Beispiele sind: In aller Ruhe frühstücken („bevor ich etwas für meinen Mann tue“), abends lesen, alleine in den Urlaub fahren und dabei die Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen, regelmäßig die Tagespflege in Anspruch nehmen, zum Gesprächskreis für pflegende Angehörige gehen, mit dem Hund spaziergehen oder Zeit mit Freundinnen verbringen. Manche haben auch therapeutische Hilfe (Kognitive Verhaltenstherapie, Psychotherapie) gesucht, damit sie die Situation in Zukunft bewältigen können. Oder sie suchen nach Entlastungsangeboten und -personen, um sich künftig mehr Freiraum zu schaffen: „einmal ein paar Tage durchatmen“.

Positiv wurde bemerkt, dass die Lasten durch die Pflege auch innerhalb der Familie verteilt werden können und die Familie auch an solchen Herausforderungen wächst und stärker zusammenhält. Insgesamt wurde ausgesagt, dass die Pflegeübernahme neben vielen Belastungen auch gute Momente bereithält. Eine große Ressource zeigte sich in den Angehörigen-Fokusgruppen in der Beratung untereinander. Die Tipps und Hinweise wurden nicht nur als sachdienlich empfunden,

sondern als besonders wertvoll, da sie von einer ebenfalls familiär pflegenden, erfahrenen Person stammten. Ebenso war es für den Tipgeber eine Art der Wertschätzung des eigenen Wissens, die selbst stärkend wirkt.

#### 5.1.26 Netzwerktügersitzungen und Come-together-Jahrestreffen

Als weitere Arbeitsebene fanden ein bis zweimal im Jahr Netzwerktügersitzungen statt. Dazu wurden Vertreter der Städte, die Vertreterin der Landesstelle Pflegenden Angehörige in NRW, eine Vertreterin der Landesarbeitsgemeinschaft freie Wohlfahrts-pflege NRW, eine Vertreterin der BARMER GEK und anfangs ein Mitarbeiter der kassenärztlichen Vereinigung eingeladen. Diese Treffen dienten dem Sachstandsbericht zum Projektverlauf und der Aufnahme von Vorschlägen der Beteiligten. Zusätzlich wurde einmal im Jahr dafür gesorgt, dass alle am Projekt Beteiligten sich austauschen können. Beide Arbeitsgruppen, die Netzwerktüger und auch die Angehörigen aus den Fokusgruppen wurden eingeladen, dazu wurde ein Fachthema aufbereitet.

#### Handlungsempfehlung 19

Übergeordnete und interessante Themen für alle Beteiligten identifizieren und Impulse einspeisen.

Unter anderem stellte Prof. Dr. Sabine Metzging vom Department für Pflegewissenschaft (Universität Witten/Herdecke) Ergebnisse aus den Studien zu „pflegenden Kindern“ vor. Pflegenden Kinder stellen eine große, aber verborgene Gruppe dar, im Projekt „Neuheit für Pflege“ spielen sie keine Rolle, die Ergebnisse wurden aber mit hohem Interesse aufgenommen. Bei einem anderen Come-together-Treffen stellte eine Werbeagentur Gedanken zur Gestaltung von wirksamen Broschüren vor.

#### 5.1.27 Öffentlichkeitsarbeit

Diskussionsgegenstand in den Arbeitsgruppen war immer wieder die werbewirksame Arbeit der AG-Mitglieder selbst. Gelingt es überhaupt, an die Zielgruppe „pflegenden Angehörigen“ heranzukommen? Welche Wege eignen sich? Einige der AG-Mitglieder sorgten hervorragend für Öffentlichkeit, in den Zeitungen wurden immer wieder über Initiativen berichtet. Mit Beteiligung an Aktionen, Seniorenmessen usw. lagen unterschiedliche Erfahrungen vor, oft blieben dabei die Anbieter „unter sich“. Pflegenden Angehörigen haben offenbar keine Zeit, sich auf Veranstaltungen zu informieren. Gute Erfahrungen gab es mit Ständen auf Wochenmärkten, also an Orten, an denen Menschen sich ohnehin (aus anderen Gründen) aufhalten. In

diesem Zusammenhang wurde auch besprochen, einen Stand vor einem Supermarkt oder in einem Kaufhaus aufzubauen, dies konnte aus Zeitgründen im Projekt nicht realisiert werden.



Das Plakat im Bus

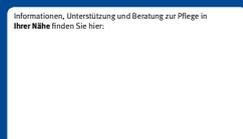
In Dortmund wurde zu Projektanfang (auf einer Pressekonferenz) überlegt, mit der Stadt einen „Tag der pflegenden Angehörigen“ im Rathaus einzurichten – der zuständige Sozialdezernent zeigte sich interessiert. Kurz danach schied der Dezernent allerdings aus dem Amt. In Solingen gab es im Bereich Öffentlichkeitsarbeit zwei positive Erfahrungen: für einige Tage fand eine Plakatierungsaktion in 200 Bussen der Solinger Verkehrsbetriebe statt, dabei wurde auf die Pflegeberatung der Stadt Solingen hingewiesen.



## Sie pflegen? – Wir kümmern uns um Ihre Gesundheit

Sie haben sich entschlossen, einen pflegebedürftigen Menschen zu Hause zu pflegen. Somit kann diese Person weiter am Familienleben teilnehmen und in Ihrer gewohnten Umgebung mit vertrauten Menschen leben.

Der Gesetzgeber hat diesen großen Einsatz erkannt und dafür gesorgt, dass Sie im Rahmen Ihrer Pflegetätigkeit automatisch und beitragsfrei durch die gesetzliche Unfallversicherung geschützt sind. In Nordrhein-Westfalen ist die Unfallkasse NRW der zuständige gesetzliche Unfallversicherungsträger.



[www.unfallkasse-nrw.de](http://www.unfallkasse-nrw.de)

Zwei AG-Mitglieder in Solingen haben zudem die eigenen Broschüren und die Flyer weiterer Anbieter kritisch unter die Lupe genommen und in einem Bericht zahlreiche Verbesserungsvorschläge gemacht.

Bei einem Jahrestreffen stellte die „Werbeagentur an der Ruhr“ ihr Konzept „Info-Flyer als kommunikative Aktion“ vor. Im Vorfeld waren verschiedene Flyer der AG-Mitglieder zur Beurteilung an die Agentur geschickt worden. In einer neunzigminütigen Präsentation stellten die Experten zahlreiche Tipps und Verbesserungsvorschläge vor, die Teilnehmerinnen und Teilnehmer konnten die Ergebnisse in Papierform mitnehmen (Anhang 4: Info-Flyer als kommunikative Aktion) kommt als getrennte pdf. Als wichtig kristallisierte sich heraus: Die Zielgruppe sollte direkt und in Bezug auf ihre Bedürfnisse angesprochen werden. Eine Selbstdarstellung der Agentur sollte unterbleiben.

Entscheidend sei, die Zielgruppe genau zu definieren und sich des eigenen Images bei der Zielgruppe bewusst zu werden. Wichtige Informationen, z.B. Zeitgerüst und Finanzen fehlten

regelmäßig in den Broschüren. Alle Veröffentlichungen eines Anbieters sollten wegen des Wiedererkennungswertes im gleichen Corporate Design (CD) erscheinen. Zum Layout wurden viele Hinweise gegeben (Schrift, warmfarbige Bilder). Es wurde diskutiert, dass die Begriffe aus der Pflegeversicherung oft „sperrig“ sind und nicht verstanden werden (z.B. Verhinderungspflege), auch die Namen der Einrichtungen werden oft nicht assoziiert. Die Anbieter sollten kreativ werden und eigene Begriffe formulieren, zum Beispiel: Hilfenetz „die Duisbürger“ aus Duisburg oder „Brücken bauen“, ein Caritas-Demenzprojekt in Dortmund – in der Unterzeile könnte dann die offizielle Bezeichnung stehen. Zur Anzahl von Flyern wurde dargelegt, dass die Einrichtungskosten für den Druck den größten Teil ausmachen, je höher die Auflage ist, desto niedriger sind die Kosten für jeden einzelnen Flyer – allerdings muss ein rascher und umfassender Vertriebsweg organisiert werden (Aufgabe für alle Mitglieder). Flyer müssen nach kurzer Zeit neu herausgegeben werden. Günstig ist es, aus derselben Druckvorlage zwei unterschiedliche Flyer, evtl. auch noch ein Plakat, zu generieren. Überlegenswert sei auch die Idee, einen Mantelflyer zu produzieren und ein aktuelles Einlegeblatt immer wieder neu zu fassen. Das Einlegeblatt kann preiswert selbst produziert werden – wenig professionell sei es aber, eine selbstgemachte Kopie als Flyer zu verteilen. Insgesamt sei die Wirkung von Flyern begrenzt, die Menschen würden durch viele Angebote überfordert und würden Handzettel rasch weg.

Einige AG-Teilnehmer machen regelmäßig in den Zeitungen auf ihre Angebote aufmerksam, ein wichtiger und guter Weg – dazu müssen Kontakte zu den Redaktionen gepflegt werden. Nützlich sind durchaus auch Stadtteilzeitungen. Die Vortragende meinte, dass alles, was in der Zeitung steht, von den Leserinnen und Lesern als „wahr“ empfunden werde. Empfohlen wurde auch, ein (gemeinsames) Archiv an Fotos anzulegen – aus diesem Bilderstock könnten dann Variationen und Ausschnitte immer wieder bezogen werden. Weitere Wege der Werbung, z.B. Fahrzeugbeschriftungen, wurden ebenfalls angesprochen.

Außerdem wurde diskutiert, dass viele der pflegenden Angehörigen stark auf die Kosten achteten - andererseits erscheinen „kostenlose“ Angebote als wertlos. Die richtige Weg liege in der Mitte: kostengünstige Angebote zu machen oder mitzuteilen, dass die Kosten von anderer Seite übernommen würden.

## 5.2 Einzelne Produkte und Initiativen

### 5.2.1 Notfallkarte und Notfallcheckliste

Schon in der ersten Projektphase wurde von einer Solinger Teilnehmerin eingebracht, dass pflegende Angehörige sich oft Sorgen machten, dass sie selbst auf der Straße verunfallen

könnten (oder ähnliches) und zuhause die pflegebedürftige Person dann unversorgt bliebe. Manche Angehörigen würden entsprechende Zettel bei sich tragen. Eine Recherche ergab, dass Vordrucke mit dieser Zielsetzung noch nicht auf dem Markt sind. Rasch wurde ein erster Entwurf angefertigt, dieser wurde dann bei Sitzungen beider Arbeitsgruppen verfeinert und ab Ende 2010 von der Unfallkasse ausgegeben. Die Notfallkarte, in Größe einer Scheckkarte für die Geldbörse, enthält Name und Telefonnummer und den Hinweis auf eine Notfallcheckliste und den Aufbewahrungsort zuhause. Auf der Checkliste finden sich Informationen zu Medikamenten, zum Hausarzt und Pflegedienst, zur Pflegestufe und Versicherung und vor allem zum Zustand des pflegebedürftigen Menschen. Auf Wunsch der Unfallkasse wurden auf der Rückseite dieser Checkliste Angaben zum pflegenden Angehörigen selbst aufgenommen. Der Einsatz von Karte und Checkliste sind für den Fall vorgesehen, dass der Angehörige selbst keine Auskunft mehr geben kann.

Im Projektverlauf ergab sich, dass pflegende Angehörige die Notfallkarte offenbar nutzten, um etwas rascher bei Arztbesuchen berücksichtigt zu werden – ein günstiger Nebeneffekt. Karte und Liste wurden der Fachöffentlichkeit in einem spezieller Artikel vorgestellt, auf der Homepage der Unfallkasse NRW ist eine Download-Möglichkeit, alle Projektteilnehmer geben die Karte und Liste heraus und werben dafür – ein Produkt mit zunehmender Nachfrage

The image shows a 'Notfallcheckliste' (emergency checklist) and a 'Notfallkarte' (emergency card) from the Unfallkasse NRW. The checklist is a grid with various fields for personal information, medical history, and emergency contacts. The emergency card is a smaller, wallet-sized version with the UK NRW logo and contact information.

Notfallcheckliste – Informationen über mich*	
Name, Vorname:	Adresse:
Geburtsdatum:	
Familienstand:	Blutgruppe:
	Telefonnummer:
In Notfall benachrichtigen Sie bitte sofort:	
Name:	Adresse:
Telefonnummer:	Telefonnummer:
Sonstiges, ich bin verantwortlich für:	Mein Hausarzt:
<input type="checkbox"/> hilfsbedürftige Person(en)	
<input type="checkbox"/> zu versorgende(r) Kind(er)	Weitere Ärzte:
<input type="checkbox"/> zu versorgende(r) Hausier(er)	
Art:	
Wichtige Dokumente (Vollmachten, Verfügungen) befinden sich:	Krankenkasse:
	Krankenversicherungsnr.:
Ich habe folgende Erkrankungen:	Ich nehme folgende Medikamente:
Ein Wohnungs-/Haustürschlüssel befindet sich bei:	Ich nehme folgende regelmäßige Pflicht und/oder Termine wahr (bitte informieren):
Name:	
Adresse:	
Telefonnummer:	
Weitere Informationen (eigene Notfallassche etc.):	Sonstiges:

\* Notfallcheckliste nach Meckensböck

The emergency card (Notfallkarte) includes the UK NRW logo, the website www.unfallkasse-nrw.de, and fields for 'Name & Telefonnummer' and 'Eine Notfallcheckliste befindet sich (genauer Aufbewahrungsort)'. It also features a warning: 'Achtung! Ich bin verantwortlich für eine hilfsbedürftige Person! Bitte benachrichtigen Sie sofort!'.

Notfallcheckliste und Notfallkarte

### Handlungsempfehlung 20

Errungenschaften und gute Ideen auch über den Projekt-rahmen hinaus bekanntmachen, dadurch wird das Vorhaben populär. Gut ist der Weg, „etwas an die Hand“ zu geben, interessante Produkte werden gerne mitgenommen.

#### 5.2.2 Wertschätzung und Einschätzung

In den Angehörigenfokusgruppen wurde mehrmals ausgesagt, dass wenig Anerkennung für die Pflege zuhause ausgesprochen werde. Immer wieder fühlen sich die Menschen wie „Bittsteller“, müssen lange warten oder würden weitergeschickt mit den Worten „Da sind sie hier falsch“ oder „Dafür sind wir nicht zuständig“. Auch die Literatur bestätigt, dass die Wertschätzung der familialen Pflege vermisst wird. Besonders dem Erstkontakt mit dem System kommt hohe Bedeutung zu, er kann an unterschiedlichen Stellen erfolgen – misslingt allerdings diese Begegnung, macht der Angehörige schlechte Erfahrungen, dann wird er kaum wieder Hilfe suchen.

Dies spiegelt sich auch in der verbreiteten Einstellung, dass die Pflege selbstverständlich und Privatsache sei und eigentlich kein Unterstützungsanspruch bestehe. Zudem wird ein Hilfesuch oft schambehaftet als Versagen erlebt. Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen der Arbeitsgruppen bestätigten diese Zusammenhänge. In mehreren Sitzungen wurde deshalb an diesem Thema gearbeitet, schließlich resultierte daraus eine Handreichung (Anhang 5: Wertschätzung und Einschätzung im Erstkontakt mit pflegenden Angehörigen – Hilfen für Beraterinnen und Berater). Der Bereich Wertschätzung wurde durch Aussagen zur Einschätzung ergänzt, denn in den ersten Gesprächen ist es für die professionell Pflegenden auch wichtig, die Belastung einzuschätzen. Dazu wurden Fragen aufgenommen wie „Wie geht es Ihnen damit?“, „Wie lange machen Sie das schon?“, „Wer hilft Ihnen?“ usw. In den Sitzungen wurden auch etablierte Verfahren zur Belastungseinschätzung wie die häusliche Pflege-Skala nach Grassel (2001) oder der „Zorgkompas nach Blom/Duinjnstee (1996)“ vorgestellt.

Zu einem wertschätzenden Verhalten gehört zunächst, die Richtigkeit des Hilfesuches zu bestätigen und deutlich zu machen, dass man sich Zeit nimmt. Wichtig ist mitzuteilen, dass die häusliche Pflege anspruchsvoll und etwas Besonderes ist, also Lob und Ermutigung auszusprechen. Es folgen erste Überlegungen zu Hilfen und konkrete Vereinbarungen. All dies wurde in den Arbeitsgruppen zusammengetragen und formuliert. Wenn die Beraterin selbst nicht weiterhelfen kann, sollte die nächste

Stelle direkt angefragt und eine persönliche Weiterleitung unter-  
nommen werden. Nach der Fertigstellung der Handreichung  
wurden alle TeilnehmerInnen gebeten, das Konzept in ihren  
Arbeitszusammenhängen weiterzugeben, evtl. in einer kleinen  
Veranstaltung zu präsentieren und dafür zu sorgen, dass alle  
Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Pflegedienste, Beratungs-  
stellen, Pflegekassen usw. die Hinweise umsetzen.

### Handlungsempfehlung 21

Wertschätzung der Pflege zu Hause kann an ganz unterschied-  
lichen Orten stattfinden, auch beim Bäcker, in der Bank oder  
beim Friseur.

#### 5.2.3 Pflegekurse

Eine wichtige Unterstützungsmöglichkeit für pflegende Ange-  
hörige im Rahmen des SGB XI stellen Pflegekurse dar (§ 45),  
sie sind seit Etablierung der Pflegeversicherung vorgesehen  
– allerdings werden sie kaum in Anspruch genommen. Zunächst  
sollten sie vor allem Pflegeechniken vermitteln. In den letzten  
Jahren ist allerdings klar geworden, dass sie auch Informationen  
zur Pflegeversicherung (Finanzierung, Organisation) und Inhalte  
zur Reflexion der Pflegesituation und auch zur Selbstpflege für  
pflegende Angehörige vorsehen sollten. Pflegekurse sind ein  
hervorragender Ort, auch Gesundheitsschutz zu vermitteln.

Eine Untersuchung zur Ausgestaltung der Pflegekurse (DIP  
2006) zeigte ein erschreckendes Bild: veraltete Inhalte werden  
von wenig qualifizierten Kursleitern unter beengten Schulungs-  
bedingungen angeboten. Die Motivlage der Teilnehmerinnen ist  
breit gestreut: aktueller Eintritt der Pflege (hier werden organi-  
satorische Antworten gebraucht), fachliche Fragen (bis hin zu  
speziellen Problemen), Wunsch nach Austausch und Reflektion  
(bei längerer Pflege), Trauern nach dem Tod. Leider wurden  
vereinzelt auch Pflegekurse dazu benutzt, um unausgebildete  
Personen auf eine Hilfstätigkeit in der häuslichen Pflege vorzu-  
bereiten. Die Gesunderhaltung der Angehörigen kam bei vielen  
Angeboten zu kurz.

An der Universität Witten/Herdecke wurden ab 2000 unter der  
Leitung von Prof. Dr. Angelika Zegelin moderne Pflegekurse  
entwickelt, diese Programme fokussierten auch die Bedürfnisse  
pflegender Angehöriger. Zunächst entstand ein Kurs für die  
Alzheimer Gesellschaft „Hilfe beim Helfen“, Update 2006, für  
das Deutsche Rote Kreuz das Programm „Pflege in der Familie“  
(2007) und zuletzt der „Kurs für pflegende Angehörige“ für  
das Bayerische Sozialministerium. Dieser erschien als Buch

im Reinhardt-Verlag (Zegelin u.a. 2009) und wurde bei den  
AG-Teilnehmerinnen und Teilnehmern bekanntgemacht. Die  
speziellen Inhalte zur Gesundheitsförderung pflegender Ange-  
höriger aus diesem Kurs und die wichtigsten Themen aus dem  
Seminarprogramm der Unfallkasse wurden dann überarbeitet  
und als Broschüre für alle Anbieter von der Unfallkasse in 2011  
als kostenfreie Broschüre aufgelegt (Anhang 7: Gesundheits-  
schutz für pflegende Angehörige).

Neben einer Modernisierung der Inhalte (Expertenstandards  
Pflege, wissenschaftliche Impulse, Kinästhetik) war vor  
allem auch die Koordination der Kurse ein wichtiger Arbeits-  
schwerpunkt. In Solingen wurden Pflegekurse während des  
Projektzeitraums überhaupt nicht angeboten. Der Schwerpunkt  
Pflegekurse wurde ausschließlich in Dortmund bearbeitet.  
Insgesamt könnten Angehörige zu Beginn einer Pflegesituation  
(Info im Krankenhaus) von einem solchen Kurs profitieren - wenn  
auch unterschiedliche Bedarfslagen existieren. Am besten wäre  
eine Belegung dieser Angebote lange vor Eintritt der Pflege, in  
der akuten Notsituation bleibt oft wenig Zeit für Schulungen.  
Kurzum: kreative Ideen für flexible Angebote sind nötig. In Dort-  
mund kamen nur wenige Kurse zustande, die Anbieter konkur-  
rierten, die Teilnehmerzahl blieb hinter den Erwartungen zurück.

Im Projektverlauf bildete sich in Dortmund eine Unterarbeits-  
gruppe Pflegekurse, die sich in regelmäßigen Abständen traf. In  
der Arbeitsgruppe waren etwa sechs Mitglieder der Dortmunder  
AG vertreten.

Handlungsleitend war ein Projekt in Münster. Hier fand von 1995  
bis 1998 ein Modellprojekt zur Pflegeversicherung (BMA-Modell-  
projekt „Pflegeversicherung und Pflegemarkt“) statt, welches  
sich u. a. auch mit der Schulung und Beratung pflegender  
Angehöriger beschäftigte. Eines der wichtigsten Ergebnisse  
dieses Projektes war, dass die Durchführung von Pflegekursen  
in einer Stadt nur dann gelingen kann, wenn die Kurse zentral  
organisiert und koordiniert werden. Diese zentrale Organi-  
sation war dann im Projekt für die Stadt Dortmund ebenfalls  
angedacht. Zunächst wurden die städtischen Stellen angefragt,  
ob sie bereit wären, die Kursorganisation (Anmeldung über  
zentrale Telefonnummer etc.) zu übernehmen. Dies war jedoch  
nicht möglich. Eine Übersicht über einen Teil der Kurse ist auf  
der städtischen Homepage „Dortmunder Wegweiser Pflege“  
(<http://dosys01.dokom.de/dosys/pflegedb.nsf>) zu finden.  
Allerdings fanden sich im Rahmen der Projektrecherche auch  
Angebote, die nie stattfanden. In der Dortmunder AG wurde  
dann überlegt, gemeinsame Flyer mit allen Kursangeboten der  
AG-Teilnehmer (und ihrer Institutionen) zu gestalten – in einer  
großen Stadt wie Dortmund hat der Koordinationsversuch erheb-

liche Zeitressourcen des Projekts verbraucht. Erstmals wurde auch die Volkshochschule als Veranstalter eines Pflegekurses mit hinzugenommen, hier ging das Angebot in den üblichen Angeboten unter. Der gemeinsame Flyer wurde dann in einer aufwändigen Aktion an alle Sozialdienste der Dortmunder Krankenhäuser versendet. In Telefongesprächen mit den Sozialdienstmitarbeitern wurde zuvor darauf hingewiesen, wie wichtig ein Angebot für die Angehörigen zu Beginn einer Pflegesituation (oftmals im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt) sei. Die Angehörigen benötigten von Beginn an Hilfe, Unterstützung und wertvolle Tipps, um die Situation zu Hause meistern zu können.

Der Vorteil einer Gruppenschulung gegenüber einer individuellen Schulung ist vor allem der Austausch mit anderen Betroffenen und die gemeinsame Reflexion. Die Flyer wurden Anfang 2010 von der Unfallkasse NRW mit erheblichem Aufwand gedruckt und zeitnah an alle Dortmunder Kliniken versendet. Leider war die Resonanz auf die Kursangebote ernüchternd, von vier angebotenen Kursen fand nur einer statt. Die Gründe für das Versagen sind vielgestaltig: die Flyer wurden nicht verteilt, in den Kliniken wurden nicht die richtigen Ansprechpartner kontaktiert, die Ansprache mit dem Etikett „Kurs“ war nicht passend, die zentrale Rufnummer eines Seniorenbüros für die Anmeldung war letztlich nur stundenweise erreichbar oder es gab keine Betreuung für die pflegebedürftige Person in der Zeit des Kurses.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Kurses wurden zum Schluss der Veranstaltung besucht und befragt. Erstaunlich war, dass Teilnehmerinnen und Teilnehmer „von einem Ende der Stadt zum anderen Ende“ fuhren (11 km), um in einer für sie günstigen Zeit (am Vormittag) den Kurs zu besuchen. Dies zeigt, dass Pflegekurse in ganz unterschiedlicher Form angeboten werden sollten: vormittags, nachmittags, abends oder in Wochenend-Kompaktseminaren, vor allem aber auch themenorientiert: entweder als Grundlagenseminar oder spezialisiert auf Demenz, Parkinson, behinderte Kinder usw. – immer jedoch mit Einheiten zum Gesundheitsschutz der Pflegenden und vor allem quartiersnah.

Um das Kursangebot über den gesamten Dortmunder Raum auszuweiten, wurden dann weitere Kooperationspartner (Veranstalter) gesucht. Es wurde nach Wohlfahrtsverbänden, städtischen Angeboten und auch nach privaten Anbietern recherchiert. Die Pflegekasse BARMER GEK durchsuchte ebenfalls ihre Datenbanken nach Anbietern und abgerechneten Kursen in der Vergangenheit. Bei den Telefongesprächen mit den Anbietern im Herbst 2010 wurde mehrfach mitgeteilt, dass seitens der Anbieter kein Interesse an der Ausrichtung von Pflegekursen bestehe.

Alle interessierten Anbieter (auch aus der Dortmunder AG) sowie die Vertreterin des Entlassungsmanagements der Dortmunder Kliniken und die Anbieter von Betreuungsangeboten trafen sich im November 2010 zu einem ersten „Runden Tisch Pflegekurse“ in der Stadtverwaltung Dortmund. Bei diesem Treffen wurde die inhaltliche Ausrichtung der Kurse hin zu mehr gesundheitsfördernden Inhalten für die pflegenden Angehörigen sowie die Zeitplanung und Art der geplanten Kurse besprochen. Man einigte sich darauf, dass die Angebote in Zukunft „Begleitseminar für pflegende Angehörige“ heißen sollten und nicht mehr Pflegekurse. Zudem wurde ein gemeinsamer Mantelflyer entwickelt, der alle Anbieter auf der Rückseite aufführt und nun als dauerhafter Flyer benutzt werden kann. In das Falblatt wurden dann Einlegeblätter mit den aktuellen Kursangeboten eingefügt.

Die BARMER GEK erklärte sich bereit, die Mantelflyer und Einlegeblätter für die Anbieter zentral zu drucken. Der Runde Tisch wird sich in Dortmund weiterhin treffen und die Angebote in der Stadt koordinieren. Im Projektverlauf wurde mit allen Anbietern über die Inhalte der Begleitseminare gesprochen, Materialien wurden zur Verfügung gestellt. Dies geschah, um sicherzustellen, dass in Zukunft auch der Gesundheitsschutz für pflegende Angehörige thematisiert werden würde. Deutlich fiel auf, dass die Kursgestaltung frei den jeweiligen Durchführenden überlassen wurde, egal, ob dort neue Erkenntnisse vorgetragen wurden. Zum Teil wurden seit 20 Jahren unverändert dieselben Inhalte angeboten – Beispiel: obwohl innerhalb des Verbandes auf Bundesebene ein neues Konzept seit vier Jahren vorlag, wusste die örtliche Kursleiterin nichts davon. Ein qualitätssichernder Ausblick wurde auch dadurch erschwert, dass Kursleiter in den Wohlfahrtsverbänden ehrenamtlich tätig waren, also überhaupt kein Entgelt bekamen und keinerlei Verpflichtungen unterlagen. Erst im Projektverlauf beschäftigten sich die Anbieter mit neuen Inhalten – dies gibt auch Hinweise darauf, dass sich die Kassen mit modernen Anforderungen an Pflegekurse beschäftigen sollten. Die Pflegekurse wurden nun 2012 mit den neuen Erfahrungen und den modifizierten Inhalten sehr gut besucht. Alle Kurse sind ausgebucht und erfreuen sich großer Nachfrage. Der runde Tisch Pflegekurse wird sich weiterhin unter Federführung der Stadt Dortmund zweimal im Jahr treffen, um sich um die Organisation zu kümmern und den fachlichen Austausch zu pflegen.

### Handlungsempfehlung 22

Pflegekurse inhaltlich modernisieren und örtlich koordinieren, Inanspruchnahme häuslicher Einzelschulungen prüfen und ggf. aufstocken. Pflegekursleiter und -leiterinnen durch die Unfallkasse NRW zum Thema Gesundheitsschutz pflegender Angehöriger fortbilden.

### 5.2.4 Familienmoderation

Betriebsartenspezifische Seminare

**Moderation von Konfliktgesprächen in Familien im Rahmen von Pflegebedürftigkeit**

**Seminarinhalt**  
Familien geraten durch Pflegebedürftigkeit eines Angehörigen häufig in Konfliktsituationen, die sie alleine nicht bewältigen können.

- Schwerpunkt des Seminars ist die Konfliktlösung in Familien.
- Erkennen eigener Grenzen und Wege zur Konfliktbewältigung
- Wie funktionieren Familien?
- Phasen in Lebenszyklen der Familie
- Typen familiärer Kommunikation
- Gesundheitsfördernde Potentiale
- Merkmale dysfunktionaler Familien
- Elemente eines Familiengesprächs
- Systemische Instrumente
- Die Rolle der Beraterin/des Beraters in der Familie

**Zielgruppe**

- Altenpflegerinnen und Altenpfleger
- Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger
- Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, mit längerer Berufserfahrung im Pflegebereich

**Hinweise/Bemerkungen**  
Eine Teilnahme an allen Seminarblöcken ist verpflichtend. Die Zahl der Teilnehmenden ist auf 10 Personen begrenzt. Bis 12 Wochen vor dem ersten Termin muss die Anmeldung eingegangen sein.

Kommunikations- und Gesprächsführungskompetenzen werden vorausgesetzt. Ein Nachweis über die erfolgreiche Teilnahme ist beizufügen.

Praktische Übungen und deren schriftlichen Ausarbeitungen zwischen den Seminareinheiten sind vorgesehen. Durch die Teilnahme können Fortbildungspunkte für die „Registrierung beruflich Pflegenden®“ erworben werden.

Im Jahr 2014 wird ein Erfahrungsaustausch stattfinden!

Termin	Seminarnummer	Ort	Seminarverantwortliche(r)
04.03.-05.03.2013	W13012	Dülmen	Alexandra Daldrup
27.05.-28.05.2013	W13013	Dülmen	Alexandra Daldrup
30.09.-01.10.2013	W13014	Dülmen	Alexandra Daldrup

116

Aus dem Schulungsangebot der Unfallkasse NRW für 2013

In einer länger dauernden Pflegesituation kommt es in den Familien oft zu Zwistigkeiten: die Hauptpflegeperson ist isoliert, ihre (enorme) Leistung wird von den anderen nicht genug gewürdigt – andererseits ist der Pflegebedürftige auf wenige Helfer fixiert, Ersatz ist „nicht gut genug“. Ein eindrückliches Beispiel berichtete eine pflegende Angehörige aus der Solinger Gruppe. Die Konflikte weiteten sich in diesem Fall dermaßen aus, dass

professionelle Hilfe bei „Pro Familia“ gesucht wurde – allerdings scheinen die Mitarbeiter dort auf andere Hilfen spezialisiert zu sein, niemand kannte sich in Pflegesituationen aus. Alle Angehörigen meinten, sie wüssten nicht, wer Rat geben könne, zum Psychotherapeuten oder Psychiater wollte niemand, es fehle ein entsprechendes Angebot. Auch die AG-Mitglieder bestätigten, dass sich in vielen Familien die Probleme des Miteinanders auf türmen würden, Helfer müssten gut ausgebildet sein, sich aber gleichzeitig auch in der Pflegewirklichkeit auskennen und Entlastungen vorschlagen können. Bevor Familien ein entsprechendes Angebot „buchen“ würden, müsste ein tragfähiges Klima des Vertrauens vorhanden sein.

Daraufhin wurde beschlossen, im Rahmen des Bildungsprogramms der Unfallkasse ein Seminar zur Familienmoderation in dreimal zwei Tagen anzubieten. Zielgruppe waren erfahrene, bereits fortgebildete Pflegende im Kontakt mit Angehörigen, die potentiellen Teilnehmer und Teilnehmerinnen mussten sich bewerben und entsprechende Unterlagen vorlegen. Von Frühjahr bis Sommer 2011 wurde die Serie für zehn Teilnehmende erstmalig durchgeführt, zwischen den Präsenzzeiten waren Aufgaben zu erledigen.

Ziel des Seminars war, bei familiären Konflikten durch die Pflegesituation Mediation anzubieten, eine Klärung herbeizuführen und passende Hilfen gemeinsam zu überlegen. Theoretische Orientierung für das Seminar bot der systemische Ansatz, selbstverständlich war aber klar, dass keine Familientherapie durchgeführt werden sollte und bei tiefer liegenden Konflikten andere Hilfen aktiviert werden müssten. Daher zeigte das Seminar auch klar die Grenzen der Familienmoderation durch professionell Pflegende auf und machte deutlich, in welchen Situationen welche Hilfen zusätzlich in Anspruch genommen werden müssen. Das Seminar bestand größtenteils aus der Arbeit an Fallbeispielen der Teilnehmerinnen und gezielten Wissens-Inputs – es wurde hervorragend angenommen. Es zeigte sich, dass die Bildung einer intensiven Vertrauensbasis unter den Anwesenden unerlässlich war, um konstruktiv und frei arbeiten zu können. Zudem war es wichtig, nicht nach einem vorgegebenen Ablaufschema vorzugehen, sondern das Seminar selbst, also die Wissensimpulse, Übungen und Fallbeispiele entwickeln zu lassen.

In den Überlegungen wurde davon ausgegangen, dass ein oder zwei Gespräche in den Familien ausreichen würden und das Ganze begleitet und irgendwann als Leistung der Pflegekassen etabliert werden sollte. Es wurde überlegt, evtl. ein Aufbau-seminar oder mindestens ein Nachtreffen anzubieten, durch kollegiale Beratung sollte eine Qualitätsentwicklung in

Gang gesetzt werden. Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen aus den Projektstädten wurden gebeten, noch im Projektzeitraum das Angebot öffentlich zu machen um erste Erfahrungen zu sammeln. Die BARMER GEK sagte zu, dass Familienmoderationen im Projektzeitraum durch den Rahmen des § 45 b als häusliche Einzelschulungen finanziert werden könnten. Dabei gab es zunächst allerdings Missverständnisse darüber, ob die teilnehmenden Familien bei dieser Kasse versichert sein müssten. Schwierig erschien auch, sich bei öffentlichen Ankündigungen nur auf Versicherte einer Kasse zu fokussieren. Es zeigten sich drei Problembereiche:

1. Das Seminarende fiel in den Hochsommer 2012, erst ab Mitte September, kurz vor Projektende, konnte das Angebot beworben werden.
2. Es zeichnete sich ab, dass für dieses neue Angebot in so kurzer Zeit kein entsprechender Rahmen geschaffen werden konnte – in der schlechtesten Möglichkeit bieten qualifizierte Pflegenden die Hilfen „nebenbei“ ohne Finanzierung, Dokumentation und Evaluation an.
3. In Solingen konnten Teilnehmende das neue Angebot im Rahmen der Tätigkeit bei ihren Organisationen platzieren, in Dortmund nahmen zwei selbstständige Pflegeberaterinnen teil, die ohne einen rechtlichen bzw. finanziellen Rahmen agieren mussten.

Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen aus beiden Städten wurden gebeten, durch Zeitungsartikel auf dieses neue Angebot aufmerksam zu machen – in Dortmund wurde dazu gemeinsam ein Presstext auf den Weg gebracht. Daraufhin meldeten sich zwei Familien und es fanden Moderationen statt. Die Pflegeexperten und -expertinnen erhielten Dokumentationsbögen für die Erstanfrage und eine Stichwortliste für ein Protokoll. Die ersten Moderationen aller Teilnehmer sollten zu zweit stattfinden, um später eine Rückmeldung im Sinne kollegialer Beratung geben zu können. All dieses fand zum Projektende hin statt. Künftig wichtig ist, das Angebot in den Rahmenempfehlungen der Kassen zu etablieren, zu bewerben und auf Inanspruchnahme und Wirkung zu evaluieren. Die weitergebildeten Teilnehmer werden weiter begleitet. Im Sommer 2012 findet ein moderiertes Nachtreffen statt, in dem erste Erfahrungen ausgetauscht und Problembereiche angesprochen werden sollen.

#### 5.2.5 Freier Samstag

Dieses Angebot der Busch-Stiftung erfreut sich in Solingen großer Beliebtheit, bekannte Tagespflegen öffnen samstags, so dass die pflegenden Angehörigen Zeit für sich haben (jeden

ersten und dritten Samstag im Monat, kostenloser Fahrdienst verfügbar). Der „freie Samstag“ wird durch die Busch-Stiftung finanziert, es existieren Wartelisten für die Inanspruchnahme. Für Einzelgäste, die sonst innerhalb der Woche keine regulären Tagesgäste sind, dient das Angebot auch als Schnupperveranstaltung für die Tagespflege. In Dortmund existierte ein solches ausdrückliches Angebot nicht, in der Arbeitsgruppe wurde eher skeptisch diskutiert, ob pflegende Angehörigen „ihren Kranken“ für einige Stunden dort hinbringen würden.

Im Frühsommer 2011 wurde mit der zuständigen Stelle der Stadt Dortmund diskutiert, welche Möglichkeiten es gäbe, in Dortmund einen Versuch zu starten und dazu Öffentlichkeit herzustellen. Zunächst war daran gedacht, eine bestehende Tagespflege in einem Altenheim einmalig dafür zu gewinnen und zu bewerben. Dazu schienen aber zahlreiche Probleme auf, u.a. hätten nur wenige Plätze angeboten werden können, dies hätte keine größere Bewerbung über die Zeitungen gerechtfertigt, weiter gab es viele rechtliche Fragen, Probleme der Finanzierung usw. Im Gespräch kam dann die Idee auf, alle Dortmunder Tagespflegen (auch die der Wohlfahrtsverbände) zu einem Aktionstag im Spätsommer einzuladen und einen kostenlosen Schnuppertag anzubieten. Es wurde zugesagt, dass das Vorhaben auf einem Treffen des „Runden Tisches der Tagespflege“ besprochen werden sollte. Leider kam keine Zusammenarbeit zustande. In den letzten Monaten des Projektverlaufes konnte aber von anderer Seite eine ähnliche Idee auf den Weg gebracht werden. Ein Dortmunder Altenheim mit City-Lage (Christinstift) bewarb selbst das Projekt „Zeit für mich“. Samstags wurde hier ein Betreuungsangebot gemacht, auch kurzfristig buchbar und zu günstigen Preisen. In einem Beratungsgespräch wurde mitgeteilt, dass die Alteneinrichtung auf die Nähe zum neu entstandenen Einkaufszentrum (City-Galerie) aufmerksam machen und Parkmöglichkeiten ausweisen sollte. Außerdem wären Geschenkgutscheine und Vereinbarungen mit benachbarten Friseuren und Wellness-Anbietern förderlich. Zum Projektende fand eine verstärkte Öffentlichkeitsarbeit statt, um das Angebot zu bewerben.

#### 5.2.6 Selbstbewertung/Selbstverpflichtung

Im letzten Projektjahr wurden Vorschläge erarbeitet, um im Nachgang weitere Fortschritte in Richtung „Prävention für pflegende Angehörige“ anzuregen und festzustellen. Die Entwürfe für dieses Konzept waren mehrmals Diskussionsgegenstand in beiden Arbeitsgruppen, von den Teilnehmerinnen wurden viele Ideen eingebracht. Letztlich resultierte ein kleiner Katalog, der zunächst die Einrichtung kurz vorstellt und dann nach Strukturen, Prozessen und Vernetzungen fragt. Aufgenommen sind Maßnahmen, die zum Wohle der pflegenden Angehörigen

dienen, jeweils in vier Rubriken von „vollständig erreicht“ bis „noch nicht vorhanden“ (Anhang 6: Selbstverpflichtung und Anhang 7: Selbstbewertung). Es ging darum, ein niederschwelliges Monitoring zur Selbstbewertung vorzulegen, z.B. indem sich einmal jährlich alle Akteure im Feld pflegender Angehöriger Rechenschaft über Erreichtes und neue Vorhaben ablegen. Vorbild waren die Selbstbewertungskriterien des Deutschen Netzes gesundheitsfördernder Krankenhäuser (WHO-Initiative).

Ein Zertifizierungsverfahren mit Prüfungen vor Ort wurde als nicht sinnvoll erachtet – in der kommenden Zeit soll allerdings der Selbstbewertungskatalog in Nordrhein-Westfalen bekannt gemacht werden. Als Anreiz, sich an dieser Aktivität zu beteiligen, wurde eine Selbstverpflichtungserklärung vorgelegt. Diese kann, ähnlich wie ein Zertifikat, auch öffentlich ausgehängt werden und sollte von der Unfallkasse auf Nachfrage ausgegeben werden. Vorgeschlagen wurde hier, den ausgefüllten Selbstbewertungskatalog mit entsprechenden Belegen (Flyer usw.) zur Unfallkasse NRW zu senden, dort die Anfragen in eine Liste aufzunehmen und die Selbstverpflichtungserklärung zu versenden. Prüfungen sind nicht möglich, auch Befristungen sollten nicht ausgesprochen werden. Die Betonung liegt auf „selbst“, also auch hier ein niederschwelliges Verfahren, um Ideen zum Gesundheitsschutz pflegender Angehöriger weiterzutragen. Es fand eine Einigung über einen Text zur Selbstverpflichtung statt:

Wir verpflichten uns zur Unterstützung pflegender Angehöriger und begegnen ihnen mit Respekt und Wertschätzung. Wir widmen dem Gesundheitsschutz pflegender Angehöriger besondere Aufmerksamkeit, sowohl in der täglichen Begegnung, als auch in Aktionen und speziellen Angeboten.

Bewertungsinstrument und Verpflichtungserklärung sollten über die Homepage bekanntgemacht werden. Hier könnte auch eine gewisse Kontrolle über die pflegenden Angehörigen erfolgen: gute Beispiele könnten gemeldet werden, ebenso aber auch misslungene Kontakte, insbesondere bei vorhandener Selbstverpflichtung. Empfohlen wird auch, in mehrjährigem Abstand Best-Practice-Beispiele aus dem Feld „Gesundheitsschutz für pflegende Angehörige“ auszuwählen und im Sinne eines Wettbewerbs öffentlich zu machen – dazu eignen sich eine Broschüre und/oder eine Fachtagung.

### Handlungsempfehlung 23

Verfahren zur Nachhaltigkeitsentwicklung rechtzeitig vor Projektende überlegen: Strukturen festigen, Verantwortliche benennen, ein In-Kontakt-bleiben anbahnen.

#### 5.2.7 Homepage

Um die psychische und körperliche Gesundheit der pflegenden Angehörigen zu schützen und deren Engagement zu stärken, wurde auch die Homepage „Neuheit für Pflege“ entwickelt. Dazu wurde aus den Projektbeteiligten ein Redaktionsteam gebildet. Die für den Gesundheitsschutz nicht erwerbsmäßig Pflegenden betreffenden Artikel, Konzepte oder Berichte werden vom Redaktionsteam ausgesucht, ausgewertet und auf die Homepage gestellt. Wichtige Fragen oder Themen, die an das Redaktionsteam gestellt werden, werden nach Bearbeitung und Abstimmung auf der Homepage veröffentlicht. Das achtköpfige Redaktionsteam, bestehend aus Vertretern beider AGs, den Projektverantwortlichen der Unfallkasse und einer Vertreterin der Landesstelle pflegender Angehöriger hat sich im Projektzeitraum insgesamt zehnmal getroffen. Es wird sich in Zukunft viermal im Jahr treffen.

Die Homepage beinhaltet einen öffentlichen Bereich der an alle pflegenden Angehörigen gerichtet ist. Dort finden sich Themen und aktuelle Informationen zum Gesundheitsschutz, zur Organisation der häuslichen Pflege sowie Informationen aus den Städten und der Unfallkasse NRW. Eine nachhaltige und zielgerichtete Aufklärung steht im Vordergrund. Damit soll eine Stärkung der Selbstpflegekompetenz und eine Verbesserung des Informationsflusses erreicht werden. Um den tatsächlichen Bedarf der pflegenden Angehörigen ermitteln zu können, gibt es die Möglichkeit, dass die pflegenden Angehörigen eigene Wünsche auf der Homepage äußern können. Sie können z. B. mitteilen „was sie brauchen oder was in ihrer Stadt für Angebote/Dienste fehlen“. Mit dieser Funktion wird es den Institutionen ermöglicht, an die Bedarfe angepasste und zielgerichtete (also direkte) Angebote zum Gesundheitsschutz pflegender Angehörige zu entwickeln. Die Homepage ist gleichzeitig ein Wegweiser zu den aktuellen Angeboten und Beratungsstellen in den beiden Projektstädten. Durch die Vernetzung zu den lokalen Angeboten und Informationen bietet die Homepage einen Zugang zu den Beratungspartnern und entlastenden Diensten. Dies wiederum führt dazu, dass bestehende Angebote mehr genutzt werden und eine individuelle Beratung stattfinden kann. Im nichtöffentlichen Bereich der Homepage gibt es ein spezielles Forum für die Träger und Kooperationspartner aus dem „Projekt Neuheit für Pflege“. Es dient dazu, Fachwissen

aufzubauen und neue Ideen (Angebote usw.) zu entwickeln, sowie eine nachhaltige aktive Vernetzung der Träger und Kooperationspartner zu sichern.

#### 5.2.8 Reflektionshilfen (Broschüre der Unfallkasse NRW)

Mit dieser Broschüre (Anhang 8) soll den pflegenden Angehörigen etwas an die Hand gegeben werden, damit sie in Ruhe ihre Situation überdenken und sich anschließend im Kreise ihrer Familie besprechen und beraten können. Falls der Pflegende eine Beratungsstelle aufsucht, dienen die Handlungs- und Reflexionshilfen als Beratungsgrundlage, um sich im Voraus Gedanken zur Pflegesituation zu machen und dann Beratungsschwerpunkte zu setzen. Darüber hinaus wird dadurch in der ersten Aufregung auch nichts Wichtiges vergessen. Für Pflegeberater dient die Handlungshilfe als Beratungsgrundlage, die aber nicht abgefragt und einfach abgehakt werden darf, sondern am Schluss einer Beratung dem pflegenden Angehörigen mitgegeben werden soll, damit dieser sich noch einmal alles durch den Kopf gehen lassen kann und bei Bedarf Rücksprache mit den Pflegeberatern zu speziellen Punkten halten kann.

Folgende Aspekte wurden berücksichtigt:

Was muss ich beachten, wenn ich einen hilfebedürftigen Menschen pflegen und betreuen möchte?

1. Zunächst überlege ich, warum ich die Pflege übernehmen möchte.
2. In welcher Häuslichkeit findet die Pflege und Betreuung statt?
3. Habe ich genügend Platz?
4. Ich hole mir Informationen darüber ein, wie die Pflege zu Hause gelingen kann.
  - Ich nehme ein Pflegeberatungsgespräch in Anspruch.
  - Ich beschaffe mir Informationen von der Wohnraumberatungsstelle.
5. Ich berufe den Familienrat ein, um die Organisation der Pflege gemeinsam zu besprechen.
6. Ich suche nach Angeboten, die ich zur Erhaltung meiner eigenen Gesundheit in Anspruch nehmen kann.
7. Ich erstelle einen strukturierten Tagesplan und plane von Anfang an Auszeiten ein, um meine Gesundheit zu erhalten.
8. Ich erhalte mir mindestens fünf Freiräume im Monat für

meine Interessen, meine Gesundheit und für das Wohlergehen meiner Familie.

9. Ich fasse gleichartige Aufgaben zusammen (z. B. Erledigungen bündeln).
10. Ich beziehe Personen (Familienmitglieder, Freunde, ehrenamtlich Tätige usw.) und/oder Institutionen (Pflegedienst, Besucherdienst usw.) zur Unterstützung und Entlastung ein.

Die Handlungshilfen für die häusliche Pflege werden seit dem Erscheinen der Broschüre in großen Mengen abgerufen.

#### 5.2.9 Öffentlichkeitsarbeit/Bewerbungen

Publikationen in Fachorganen:

- Die Schwester/Der Pfleger (3/2010, 8/2010)
- Care konkret (9/2011)
- Faktor Arbeitsschutz (4/2011)
- Angehörige pflegen (2/2011)

Handbuch innovative Kommunalpolitik für ältere Menschen herausgegeben vom Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. Berlin.

Mit dem Handbuch möchte der Verein mit unterschiedlichen Konzepten einen praktischen Beitrag zur Weiterentwicklung der Kommunalpolitik für ältere Menschen in Deutschland leisten. Im Vordergrund stehen Praxisbeispiele, die erfolgreich sind und von denen zukunftsweisende Impulse für Städte, Kreise und Gemeinden ausgehen. Es sollen neben den bewährten Ansätzen in der Altenpolitik neue Wege gegangen werden. Deshalb bilden quartiersbezogene, Sozialraum- und netzwerkorientierte Projekte den Kern des Buches.

Es wurden sechs Handlungsfelder kommunaler Praxis für ältere Menschen aufgeführt:

1. Kommunale Alten- und Sozialplanung
2. Zivilgesellschaft, Bürgerbeteiligung, Engagementförderung
3. Wohnen, Wohnumfeld, Mobilität
4. Pflege und Beratung
5. Kommunale Gesundheitsförderung, Prävention, Sport
6. Bildung, Kultur, Freizeit

Es wurden Auswahlkriterien für „gute Praxis“ festgelegt und an Hand dieser Kriterien wurde unser Netzwerk „Neuheit für Pflege“ von zahlreichen Bewerbungen für dieses Buch als eines der Best Praxis Projekte ausgewählt.

#### **Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes NRW (LIGA) aufgenommen als Best Praxis Projekt**

Präsentation mit Poster und Vortrag auf der Fachtagung „Gesundheit und Alter – Herausforderungen und Strategien in der Gesundheitsförderung“, Februar 2011

#### **Vorträge**

- Pressekonferenz Rathaus Dortmund, Mai 2009
- Fachgespräche pflegende Angehörige, Mülheim an der Ruhr, Veranstalter: Beratung in der Pflege e.V., März 2011
- am Welt-MS-Tag bei der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft (DMSG), Mai 2011
- Vortrag bei der Landesstelle pflegender Angehörige vor einer Delegation aus Wien, Mai 2011
- Sektionstreffen BIS der Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V., Witten, Juli.2011
- Vorstellung des Projekts im MGEPA, Referat 4.1.4. „Wirtschaftliche und soziale Fragen der Altenpolitik, pflegende Angehörige“, Düsseldorf, September 2011
- auf Seniorenmessen in Dortmund und Solingen (auch indirekt über AG-Mitglieder)

#### **Verbraucherzeitschriften**

- Apothekenumschau, 1.2.2012

#### **Lokale Zeitungen in Dortmund und Solingen**

- Ruhr-Nachrichten
- Westfälische Rundschau
- Solinger Morgenpost

#### **Über dpa**

- Uni-Mitteilungen, Sommer 2011, wurde von vielen Regionalzeitungen aufgegriffen

#### **Plakat**

- zum Projekt mit freiem Feld zum Adresseneintrag vor Ort (z.B. für Arztpraxen)
- Plakataktion in 200 Bussen in Solingen (2011)

#### **Bewerbung**

- Gesundes Land Nordrhein-Westfalen
- Bewerbung European Social Network,
- Tagung 2011 in Warschau und 2012 in Kopenhagen
- Compass-Pflegepreis, pflegende Angehörige aus Dortmund und Solingen vorgeschlagen

#### **Veröffentlichung in Publikationen der Unfallkasse**

Aktuelle Entwicklungen zum Projekt „Neuheit für Pflege“ konnten begleitend während des Projektverlaufs unter [www.unfallkasse-nrw.de/gesundheitsdienstportal](http://www.unfallkasse-nrw.de/gesundheitsdienstportal) Sonderthema: Pflegende Angehörige nachgelesen werden. Darüber hinaus wurde das Projekt in weiteren Veröffentlichungen der Unfallkasse NRW vorgestellt. Zu Projektbeginn (Dezember 2008) wurde über die Stabsstelle Kommunikation der Unfallkasse NRW eine Pressemitteilung zum Projektstart herausgegeben. In den Ausgaben 1/2009 und 2/2011 des Newsletters „infoplus“, der sich primär an politische Entscheidungs- und Mandatsträger in und aus NRW sowie an journalistische Kreise richtet und die Stimme der Unfallkasse NRW in der politischen Debatte darstellt, wurde ebenfalls ausführlich über das Projekt berichtet. Seit 2006 gibt die Unfallkasse zudem gemeinsam mit der „Aktion Das Sichere Haus“ den Info-Brief „Zu Hause pflegen – bleiben Sie gesund!“ mit der Zielgruppe pflegende Angehörige heraus. Auch in der Ausgabe Winter 2010/2011 wurde beispielsweise über das Projekt berichtet.

#### **Präsentation bei anderen Unfallkassen (bundesweit)**

- DGUV Fachtagung „Gesundheitsdienst“ in Dresden Dezember 2010

#### **Publikationen und Vorträge nach Projektende**

- Infoplus, Januar 2012 (Ausgabe ausschließlich zum Projekt)
- Blickpunkt UK NRW, 1/2012
- 3 Vorträge bei „BARMER GEK Einblicke 2012 - Gespräche für Arbeitgeber und Personalsachbearbeiter“, 11. und 12.01.2012 in Solingen
- Erfahrungsaustausch Pflege: Pflegende Angehörige – Pflegeberatung, Köln, 09.02.2012, Veranstalter: Landesstelle Pflegende Angehörige NRW
- Präventionsausschuss der Unfallkasse NRW, 09.02.2012
- Erfahrungsaustausch Pflege: Pflegende Angehörige – Pflegeberatung, Münster, 14.02.2012, Veranstalter: Landesstelle

## **Pflegende Angehörige NRW**

- Dresdener Präventionstage der DGUV, 21.02.2012
- Altenpflegemesse Hannover, März 2012
- Linzer Internationale Pflege-/Fachtagung-Pflege als Arbeitswelt der Zukunft, März 2012

## **Erfahrungen der AG-Mitglieder mit Öffentlichkeitsarbeit**

Bei allen Mitgliedern aus beiden Städten lagen umfangreiche Erfahrungen mit Öffentlichkeitsarbeit im Pflegefeld vor. Pflege ist Vertrauenssache, deswegen geschieht Weitergabe oft durch Mund-zu-Mund-Propaganda. Als hervorragendes Mittel wurden Zeitungsartikel genannt: häufige kurze Berichte, auch in Stadtteilzeitungen, sorgen für Nachfrage. Ebenfalls gut wirksam ist Präsenz an öffentlichen Orten, so wurden aus beiden Städten positiv berichtet über einen Stand auf dem Wochenmarkt, hier hätten auch Gespräche mit Pflegenden stattgefunden, die noch gar nicht „im System“ waren. Im Projektzeitraum war zunächst geplant, eine ähnliche Aktion vor einem großen Supermarkt oder gar in einem Kaufhaus durchzuführen, dies konnte aus Zeitmangel jedoch nicht erfolgen. Auch ein „großer Tag“ zur Ehrung pflegender Angehöriger fand nicht statt. Allerdings zeigten die Erfahrungen, dass pflegende Angehörige größere Veranstaltungen eher nicht besuchen (können), sondern in ihrem alltäglichen Lebensraum angetroffen werden müssen, um sie zu erreichen. Im Projektzeitraum hielten sich die Verantwortlichen auf mehreren Veranstaltungen wie Gesundheitstagen, Seniorenmessen usw. auf, pflegende Angehörige waren dort jedoch kaum zugegen. Immer wieder gab es in den drei Jahren Anfragen von Gremien wie Gesundheitskonferenzen, Seniorenbeiräte usw., um dort über das Projekt zu berichten, diese Anfragen konnten nur teilweise bedient werden.

### **5.2.10 Abschlusstagung**

Die Abschlusstagung fand am 14.11.2011 im Kongresszentrum der Westfalenhallen Dortmund statt. Etwa 100 TeilnehmerInnen waren anwesend, geworben wurde durch die Homepage und durch Flyer (Anhang 9: Fachtagung „Neuheit für Pflege“). Eingeladen waren vor allem Vertreter der Kommunen und anderer Träger der kommunalen gesetzlichen Unfallversicherung, um für die Verbreitung der Ergebnisse zu sorgen. Eröffnet wurde die Fachtagung von der Geschäftsführung der Unfallkasse und durch Grußworte der Staatssekretärin des NRW-Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter. In Fachvorträgen durch die Projektleitungen wurden der Verlauf des Projektes und die wichtigsten Ergebnisse dargestellt, die AG-Mitglieder führten in zwei Runden Workshops zu den Themen: Pflegekurse, Wertschätzung, Hemmnisse bei pflegenden Angehörigen, Öffentlich-

keitsarbeit und besondere Angebote durch. Zur Auflockerung bot die Theatergruppe „Mülheimer Spätlese“ drei szenische Darstellungen zur Problematik der häuslichen Pflege an. Die Rückmeldungen zur Veranstaltungen waren positiv.

### **5.2.11. Nicht umgesetzte Angebote im Projektzeitraum**

#### **5.2.11.1 Nachtpflege**

Immer wieder wurde von pflegenden Angehörigen, die mit dem Pflegebedürftigen in einem Haushalt leben, der Wunsch nach Betreuung in der Nacht geäußert. Vor allem bei Menschen mit Demenz, die nachts unruhig sind oder Weglauftendenzen haben oder z.B. auch bei bettlägerigen Menschen, die nachts zur Toilette gebracht werden müssen. Der Schlafmangel belastet in erheblichem Maße die Gesundheit der pflegenden Angehörigen. Auch wenn sie nachts nicht gerufen werden, stehen sie häufig auf, um nachzusehen, ob alles in Ordnung ist. Von den Mitgliedern in den Arbeitsgruppen erfuhren wir, dass auch sie Nachfragen nach einem solchen Nachtangebot erreichen, aber in der Regel kein Angebot gemacht werden kann. Das Frauenzentrum Huckarde in Dortmund ist einer der wenigen Anbieter, die punktuell Betreuerinnen und Betreuer für die Nacht vermitteln.

Ein Problem bei diesem Angebot ist grundsätzlich, dass der Nacht-Betreuer bekannt und von der Familie akzeptiert sein muss. Es muss klar sein, wo die Hilfsmittel stehen, wie bei der Pflege vorgegangen wird, wer bei kritischen Situationen angerufen werden kann (Hintergrunddienst) usw. Um das Angebot in den Modellstädten erstmals zu erproben, wurden ortsansässige Alten-pflegesschulen, die über die AG-Teilnehmer vermittelt wurden, kontaktiert. In Solingen fand 2010 ein Gespräch mit der Leiterin der Altenpflegeschule und etwa 40 Schülerinnen und Schülern statt. In einem Workshop sollte zunächst überlegt werden, welche Voraussetzungen und Rahmenbedingungen erfüllt sein müssten, damit ein solches Angebot beworben bzw. durchgeführt werden könnte. Die Altenpflegeschülerinnen sind in der Ausbildung sehr stark eingebunden, sie könnten eine Nachtwache in einem Haushalt nur in den Blockwochen (Schulzeit) durchführen. Für den geleisteten Dienst müssten sie eine Aufwandsentschädigung erhalten. Regulär werden sie von ihrem Arbeitgeber (Altenheim) bezahlt.

Im Gespräch mit der Gruppe und der Leitung der Schule in Solingen ergaben sich insgesamt zahlreiche rechtliche und organisatorische Schwierigkeiten, so dass es bei den Vorgesprächen blieb. In Dortmund sollte ebenfalls der Einstieg über ein Altenpflege-Seminar erfolgen, die Vertreterin erschien aber nicht mehr, so dass auch hier kein konkretes Ergebnis erzielt werden konnte, obwohl der Bedarf bei den pflegenden Angehörigen besteht.

## 6 Resümee und Ausblick

### 5.2.11.2 Weitere Ideen

Besonders in der Dortmunder Gruppe wurde mehrmals der Umstand beklagt, dass preiswerte Fahrdienste für Patienten und pflegende Angehörige fehlten. Dadurch können Angebote manchmal nicht wahrgenommen werden. Daraus könnte sich ein interessantes Unterprojekt ergeben. Auch wurde vorgeschlagen, Erholungsangebote für pflegende Angehörige im Nahraum aufzubauen (früher: Stadtranderholung), dies wurde während des Projektes nicht weiter verfolgt – ebenso wie die Idee, Pflegehotels mit angenehmem Ambiente auf den Weg zu bringen (anstatt angegliederte Kurzzeitpflegeplätze).

Nicht vertieft wurde das Vorhaben, Kontakte zu ortsansässigen großen Firmen herzustellen, um dort die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, die zu Hause eine Angehörigen pflegen, zu unterstützen. Während des Projektzeitraumes wurde vielerorts über die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf diskutiert und publiziert. Eine entsprechende Gesetzesvorlage war in Vorbereitung. Ebenfalls nicht weiter bearbeitet wurden die Aspekte Suchtkrankheiten bei pflegenden Angehörigen und Gewalt in der häuslichen Pflege, sowie der Schwerpunkt häusliche Pflege bei Menschen mit Migrationsgeschichte. Hierzu müssten Schulungsangebote, Broschüren usw. in anderen Sprachen aufgelegt werden und überhaupt ganz neue Wege der Informationsverbreitung (z.B. über Treffpunkte, Ladengeschäfte) gegangen werden.

An dieser Stelle sei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Arbeits- und Fokusgruppen gedankt, aus dieser Ebene sind die meisten förderlichen Vorschläge gekommen. Schon nach den ersten Treffen und gegenseitigem Kennenlernen entstand ein Klima des Vertrauens – so dass auch zweifelnde Aussagen gemacht werden oder problematische Themen offen diskutiert werden konnten.

Fast alle Anbieter sind in engen Arbeitszusammenhängen tätig, müssen Vorgaben der Träger berücksichtigen – trotzdem konnten wichtige Schritte in Richtung Gesundheitsschutz für pflegende Angehörige gemacht werden. Die Konkurrenzsituation trat zunehmend in den Hintergrund, es kam zu gegenseitigen Absprachen. Als in der letzten Sitzung die Erfolgskriterien noch einmal diskutiert wurden, wurde übereinstimmend ausgesagt, dass der Netzwerkgedanke umgesetzt worden sei. Die Mitglieder der Arbeitsgruppen erhielten zum Projektende eine Teilnahmebescheinigung, die ihr Engagement im gesamten Projektzeitraum ausweist.

Ob die Teilnehmerinnen und Teilnehmer auch das Selbstbewertungstool nutzen, bleibt abzuwarten. Zum Zeitpunkt der Berichterlegung ist noch unklar, in welcher niedrigschwelligen Weise der Selbstbewertungskatalog von der Unfallkasse administriert werden kann und wie weiter auf ihn aufmerksam gemacht werden soll. Ein wichtiger Baustein der Nachhaltigkeit ist der Aufbau der Homepage, sie soll erweitert werden um neue Partner und für alle Beteiligten ein aktueller Informations- und Austauschort sein.

Die Arbeitsgruppen in beiden Städten tagen auch in der Zukunft mindestens zweimal im Jahr.

Die Unfallkasse NRW wird wie folgt die Städte begleiten:

- Im ersten Jahr nach Projektabschluss begleitet die UK NRW die Projektstädte zweimal im Jahr.
- Danach nur noch einmal jährlich (verpflichtend – bei Bedarf und Möglichkeit auf freiwilliger Basis mehr).
- Grundsätzlich sollen die Arbeitsgruppen jedoch die Treffen autark planen und veranstalten, im ersten Jahr nach Absprache mit Unterstützung der UK NRW.
- Ab dem zweiten Jahr wünscht sich die UK NRW, zu den Treffen der Arbeitsgruppen eingeladen zu werden.
- Grundsätzlich wäre es wünschenswert, wenn die Arbeitsgruppen der UK NRW die Protokolle aller Netzwerktreffen zur Verfügung stellten,
- so können z.B. Neuigkeiten aus den Städten direkt kommuniziert und ggf. auf die Homepage gestellt werden

- die UK NRW kann so ggf. zu bestimmten Themen neuen Input geben
- die UK NRW könnte anhand neuer Erkenntnisse zum Bedarf der pflegenden Angehörigen neue Produkte entwickeln
- der Kontakt würde gehalten
- neue Kontakte zu weiteren Projektstädten könnten vermittelt werden.
- Es ist geplant, alle drei Jahre eine gemeinsame Veranstaltung (Come-Together-Treffen mit inhaltlichen Aspekten) mit allen Projektstädten durchzuführen, dieses erstmals im Jahr 2014.

Es ist zu wünschen, dass andere Kommunen auch einen Schwerpunkt auf die Gesunderhaltung pflegender Angehöriger legen und dass dieses Projekt größere Kreise zieht und Nachahmer findet – durchaus unter der Regie der öffentlichen Hand. Letztlich sind es die Städte und Gemeinden, die die Gesundheitsversorgung ihrer Bürgerinnen und Bürger bestmöglich sicherstellen müssen. Alle Hochrechnungen zeigen, dass die Zahl von Menschen mit Pflegebedarf in den nächsten Jahrzehnten weiter deutlich ansteigen wird – mit steigenden Ausgaben für die Kommunen. Insbesondere die vollstationäre Pflege belastet die Sozialtats der Städte. Unter der Prämisse „ambulant vor stationär“ sollte alles getan werden, um die häusliche Pflegesituation zu stützen. Der Gesundheitsschutz pflegender Angehöriger und die Entlastung durch informelle Netzwerke ist dabei eine prioritäre Aufgabe.

## 7 Literaturverzeichnis

- Antonovsky, A., Franke, A. (1997): *Salutogenese – Zur Entmystifizierung der Gesundheit*, dgvt-Verlag, Tübingen
- Bereiter-Hahn, W., Mehrrens, G. (2005): *Gesetzliche Unfallversicherung – Handkommentar – 5. Auflage (mit Ergänzungslieferungen)*, Berlin
- Blom, M., Duijnstee, M. (1999): *Wie soll ich das nur aushalten?*, Hans Huber, Bern, vergriffen
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2012): *Abbildung zur Bevölkerungsbilanz und Altersstruktur*, [http://www.bib.bund.de/cln\\_099/nn\\_1645576/SharedDocs/Publikationen/DE/Download/Abbildungen/02/a\\_02\\_12\\_ag\\_20\\_65\\_80\\_d\\_1871\\_2060\\_saeulen.html](http://www.bib.bund.de/cln_099/nn_1645576/SharedDocs/Publikationen/DE/Download/Abbildungen/02/a_02_12_ag_20_65_80_d_1871_2060_saeulen.html), Zugriff am 01.07.2012
- DIP-Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (2006): *Pflegekurse im Blickpunkt, Strukturen – Konzepte – Erfahrungen*, Schriftenreihe Pflegeforschung, Schlütersche, Hannover
- Emme von der Ahe, H., Weidner, F., Laag, U., Isfort, M., Meyer, S. H. (2010): *Entlastungsprogramm bei Demenz. Abschlussbericht zum Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nach § 8 Abs. 3 SGB XI*, [http://www.entlastung-bei-demenz.de/pdf/Endbericht\\_EDe\\_Entlastungsprogramm\\_bei\\_Demenz.pdf](http://www.entlastung-bei-demenz.de/pdf/Endbericht_EDe_Entlastungsprogramm_bei_Demenz.pdf), , Zugriff am 01.07.2012
- Forster, M. (1998): *Es sind die Töchter, die gefressen werden*, Ullstein, Tübingen
- Frauengesundheitsbericht des Landes Hansestadt Bremen (2001): *Frauen als pflegende Angehörige und in Gesundheitsberufen*, [http://www.bkfrauengesundheit.de/cms/4\\_2\\_gbe/detaila609.html?nr=599&kategorie=4\\_2\\_gbe](http://www.bkfrauengesundheit.de/cms/4_2_gbe/detaila609.html?nr=599&kategorie=4_2_gbe)
- Geister, C. (2004): *„Weil ich für meine Mutter verantwortlich bin“ – Der Übergang von der Tochter zur pflegenden Tochter*, Hans Huber, Bern
- Grässel, E., Leutbecher, M. (2001): *Häusliche-Pflege-Skala HPS. Zur Erfassung der Belastung bei betreuenden oder pflegenden Personen*, (2 ed.), Vless, Ebersberg
- Grol, R., Wensing, M. (2005): *Improving Patient Care – The Implementation of Change in Clinical Practice*, Elsevier, London
- Grond, E. (2005): *Pflege Demenzkranker*, 3. vollst. überarb. Auflage, Brigitte Kunz Verlag, Hannover
- Hart, E., Bond, M. (2001): *Aktionsforschung – Handbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*, Hans Huber, Bern, vergriffen
- Lewin (1948): *Die Lösung sozialer Konflikte*, Christian-Verlag, München
- Meyer, M. (2006): *Pflegende Angehörige in Deutschland: Ein Überblick über den derzeitigen Stand und zukünftige Entwicklungen*, Reihe Gerontologie, Bd. 10, LIT Verlag, Berlin
- Riesner et al. (2011): *CarenapD - ein Bedarfsassessment für Familien mit Demenz – Praxistest in Deutschland*, PrinterNet, Pflegewissenschaft 7-8/11, S. 389-397
- Schieron, M. (2005): *Pflegende Angehörige im Fokus gesetzlicher Unfallversicherungsträger – Möglichkeiten zur Prävention*, unveröffentlichte Prüfungsarbeit zur Aufsichtsperson gemäß § 18 SGB VII
- Schmitz, A., Renom Guiteras, A., Meyer, G. (2012): *Kommunikation und Kooperation in der Versorgung von Menschen mit Demenz: eine Fokusgruppenstudie im Rahmen des EU-Projektes RightTimePlaceCare*. Unveröffentlichte Daten, Witten; nähere Informationen auf Rückfrage (E-Mail: Gabriele.Meyer@uni-wh.de)
- Schneekloth, U., Potthoff, P. (1993): *Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten. Bericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung“*, im Auftrag des Bundesministeriums für Familie und Senioren (Bd. 20.2 – Schriftenreihe des BMFuS). Kohlhammer, Stuttgart
- Strauss, A. L., Corbin J. M. (2010): *Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit*, Hans Huber, Bern
- Thimm, K. (2011): *„Vaters Zeit“*, *Der Spiegel*, 15/2011
- Windmann, A. (2011): *„Im toten Winkel“*, *Der Spiegel*, 28/2011
- Zegelin, A. et al. (2009): *Kurs für pflegende Angehörige*, Reinhardt-Verlag, München

## 8 Zusammenstellung der 23 Handlungsempfehlungen

### Handlungsempfehlung 1

Ein partizipatives Vorgehen wählen, welches die Akteure beteiligt und zusammenbringt.

### Handlungsempfehlung 2

Ausreichend Vorlaufzeit einplanen, um die Konturen des Projektes zu schärfen.

### Handlungsempfehlung 3

Die Kommunen in eine Moderatorenfunktion einbinden. Als Hauptebene Arbeitsgruppen in Stadt oder dem Landkreis einrichten, Teilnehmerinnen und Teilnehmer sollten kriteriengeleitet ausgewählt werden. Zusätzlich sind Kontakte zu übergeordneten Trägern wichtig.

### Handlungsempfehlung 4

Zu Beginn eine Kick-off-Veranstaltung für Interessierte durchführen, eine Einladung durch die Kommune ist sinnvoll (neutrale Partner).

### Handlungsempfehlung 5

Längerfristige Terminabsprachen und inhaltliche Planungen sind wichtig, Themenschwerpunkte absprechen, Aufgaben verteilen.

### Handlungsempfehlung 6

Auftrag an die AG-Teilnehmer und Teilnehmerinnen, alle Ergebnisse weiterzureichen.

### Handlungsempfehlung 7

Einen Überblick über die Bandbreite und Nutzung örtlicher Angebote zur häuslichen Pflege gewinnen.

### Handlungsempfehlung 8

Vorhandene Angebote in den Städten nutzen und erweitern. Keine Doppelstrukturen aufbauen.

### Handlungsempfehlung 9

Die örtlichen Akteure mit ihren Möglichkeiten und Grenzen einzeln fokussieren.

### Handlungsempfehlung 10

Kurze Wissens-Inputs über nützliche theoretische und empirische Ergebnisse an die örtlichen Akteure heranbringen, dabei insbesondere zum Gesundheitsschutz pflegender Angehöriger informieren.

### Handlungsempfehlung 11

Wichtige Entwicklungsfelder im Projekt durch die Teilnehmenden selbst skizzieren lassen, eine gemeinsame Einigung auf die zentralen Begriffe ist notwendig.

### Handlungsempfehlung 12

Auch ungewöhnliche Angebote zur Unterstützung pflegender Angehöriger berücksichtigen, evtl. den Teilnehmerkreis im Projektverlauf erweitern.

### Handlungsempfehlung 13

Die abschließenden Erfolgskriterien für das Projekt durch die AG-Teilnehmer selbst formulieren lassen, um Beteiligung und Erreichbarkeit zu ermöglichen.

### Handlungsempfehlung 14

Ausweitung des Teilnehmerkreises auf weitere Akteure, die Kontakt zu pflegenden Angehörigen haben: Ärzteschaft, Apotheken, Sanitätsfachhandel, Verbraucherberatung, Kirchengemeinden, Podologen usw.

### Handlungsempfehlung 15

Bildungsstätten involvieren, prüfen, ob dort Angebote für pflegende Angehörige aufgebaut werden können.

### Handlungsempfehlung 16

Im Projektverlauf auf weitere Akteure, auch mit ungewöhnlichen Angeboten, achten und Einladungen aussprechen. Das Kennenlernen stärkt die Netzwerkfunktion.

## 9 Anhang

### Handlungsempfehlung 17

Versicherer sollten auf verschiedenen Wegen den pflegenden Angehörigen ein hohes Maß an Wertschätzung zukommen lassen.

### Handlungsempfehlung 18

Angehörigen-Fokusgruppen sind wertvoll in der Projektbegleitung, sie sollten großzügig besetzt werden, da die Pflegenden durch die häusliche Situation immer wieder unabhkömmlich sein können. Wertschätzung und gute Informationspolitik sollten selbstverständlich sein.

### Handlungsempfehlung 19

Übergeordnete und interessante Themen für alle Beteiligten identifizieren und Impulse einspeisen.

### Handlungsempfehlung 20

Errungenschaften und gute Ideen auch über den Projektrahmen hinaus bekanntmachen, dadurch wird das Vorhaben populär. Gut ist der Weg, „etwas an die Hand zu geben“, interessante Produkte werden gerne mitgenommen.

### Handlungsempfehlung 21

Wertschätzung der Pflege zu Hause kann an ganz unterschiedlichen Orten stattfinden, auch beim Bäcker, in der Bank oder beim Friseur.

### Handlungsempfehlung 22

Pflegekurse inhaltlich modernisieren und örtlich koordinieren, Inanspruchnahme häuslicher Einzelschulungen prüfen und ggf. aufstocken. Pflegekursleiter und -leiterinnen durch die Unfallkasse NRW zum Thema Gesundheitsschutz pflegender Angehöriger fortbilden.

### Handlungsempfehlung 23

Verfahren zur Nachhaltigkeitsentwicklung rechtzeitig vor dem Projektende überlegen: Strukturen festigen, Verantwortliche benennen, ein In-Kontakt-bleiben anbahnen.

### Anhang 1

Kooperationsvertrag

### Anhang 2

Liturgie

### Anhang 3

Fragebogen „Was wünschen sich pflegende Angehörige?“

### Anhang 4

Info-Flyer als kommunikative Aktion

### Anhang 5

Titelseite der Broschüre der Unfallkasse NRW „Wertschätzung und Einschätzung im Erstkontakt mit pflegenden Angehörigen“

### Anhang 6

Selbstverpflichtung

### Anhang 7

Selbstbewertung

### Anhang 8

Titelseite Broschüre der Unfallkasse NRW „Gesundheitsschutz für pflegende Angehörige“

### Anhang 9

Titelseite Flyer der Unfallkasse NRW zur Fachtagung „Neuheit für Pflege“

# Kooperationsvereinbarung

zwischen der

**Unfallkasse NRW**

und

**Barmer Ersatzkasse**

**Arbeitsausschuss Gesundheitswesen der  
Landesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrtspflege NRW**

*Vertreter der Hausärzte (KV)*

**Landesstelle Pflegende Angehörige**

**Stadt Dortmund**

**Stadt Solingen**

(nachfolgend Netzwerkträger genannt)

zum Aufbau des

**Netzwerk zum Gesundheitsschutz  
für nicht erwerbsmäßig Pflegende  
- Neuheit für Pflege -**

## **Präambel**

Die Netzwerkträger kooperieren innerhalb eines Projektes, in dem die Vernetzung, Nutzung und Erweiterung der für Pflegebedürftige entwickelten Strukturen und die Integration des Präventionsgedankens für nicht erwerbsmäßig Pflegende modellhaft in den Städten Dortmund und Solingen, angestrebt wird. Dazu wird folgendes vereinbart:

Alle Netzwerkträger verfügen entweder über einen gesetzlich verankerten Präventionsauftrag oder fühlen sich diesem verpflichtet. Zur Erfüllung dieses Auftrages bündeln die hier kooperierenden Institutionen ihre Kompetenzen.

## **§ 1 Gegenstand der Kooperation**

- (1) Die Netzwerkträger kooperieren beim Aufbau des Netzwerks zum Gesundheitsschutz für nicht erwerbsmäßig Pflegende.
- (2) Die Netzwerkträger bündeln ihr Wissen und ihre Informationen, und stellen Referenten, Daten und/oder Materialien zur Verfügung.
- (3) Die Netzwerkträger informieren sich gegenseitig über Aspekte, die in Zusammenhang mit dem Projekt stehen.
- (4) Die Netzwerkträger bemühen sich um eine flächendeckende Gewinnung von Kooperationspartnern in den am Projekt teilnehmenden Städten. Die Kooperationspartner werden innerhalb des Netzwerkes vernetzt und gehören nicht zum Trägerkreis.
- (5) Die Netzwerkträger übernehmen im laufenden Projekt anfallende Aufgaben für ihren Bereich die der Erfüllung der in der Präambel definierten Ziele dienen, wie das Einholen von Informationen, das Zurverfügungstellen von Daten, das Eruiere der örtlichen Partner oder Ähnliches.
- (6) Die Unfallkasse NRW koordiniert und moderiert den Aufbau des Netzwerks.

## **§ 2 Zeitplanung**

- (1) Das Modellprojekt ist auf 3 Jahre angelegt.
- (2) Jährlich finden 4 verpflichtende Netzwerkträgere treffen statt.
- (3) Die Zeitplanung erfolgt in Abstimmung mit allen Vertragspartnern.

## **§ 3 Entscheidungen**

- (1) Jeder Netzwerkträger verfügt bei Entscheidungen über eine Stimme.
- (2) Entscheidungen werden durch eine einfache Mehrheit getroffen.
- (3) Entsteht bei einer Abstimmung eine Pattsituation, wurde die Mehrheit nicht erreicht, der Vorschlag gilt somit in dieser Form als abgelehnt.

#### **§ 4 Kosten**

- (1) Die Netzwerkträgertreffen werden von den Netzwerkträgern gemeinsam ausgerichtet. Die Netzwerkträger übernehmen die Kosten der Eigenleistungen (z.B. Reisekosten) im Rahmen ihrer finanziellen Ressourcen.
- (2) Die im Projektverlauf entstehenden Kosten für Aktivitäten der Vernetzung und Kooperation werden von den Netzwerkträgern gemeinsam getragen.
- (3) Bevor Verbindlichkeiten eingegangen werden die nicht als Sachleistung angesehen werden können, sind diese Verbindlichkeiten einstimmig durch alle Netzwerkträger zu genehmigen.
- (4) Die Unfallkasse NRW übernimmt die Kosten der wissenschaftlichen Begleitung und Dokumentation des Projektes.

#### **§ 5 Nachhaltigkeit**

- (1) Die Netzwerkträger verpflichten sich, nachhaltige Strukturen zu schaffen, die auch nach Ablauf des Modellprojektes in den Städten bestehen bleiben.
- (2) Bei positiven Ergebnissen des Modellprojektes wird die Übertragung des Projektes auf weitere Städte sowie auf Landes- und Bundesebene angestrebt.

#### **§ 6 Nutzung der Ergebnisse**

- (1) Die Ergebnisse des Projektes werden allen Netzwerkträgern zur Verfügung gestellt. Die Netzwerkträger dürfen die Ergebnisse ohne Einschränkungen nutzen.
- (2) Die in das Netzwerk eingespeisten Informationen werden vom jeweiligen Netzwerkpartner datenschutzrechtlich überprüft.
- (3) Die Ergebnisse werden in einer gemeinsamen öffentlichen Fachtagung vorgestellt und öffentlich zugänglich gemacht.

---

Ort, Datum

---

Vertreter Unfallkasse NRW

---

Vertreter Barmer Ersatzkasse

---

*Vertreter der Hausärzte (KV)*

---

Vertreter Stadt Solingen

---

Vertreter Stadt Dortmund

---

Vertreter des Arbeitsausschuss  
Gesundheitswesen der  
LAG Freie Wohlfahrtspflege NRW

---

Vertreter Landesstelle Pflegende Angehörige

## **Ablauf eines Gottesdienstes am Ende der Aktionswoche „Gemeinschaft leben“**

### **Ein Netz gemeinsam knüpfen**

**Planungsgrundlage: Predigttexte, Liedvorschläge, Fürbitten**

**Dieser Gottesdienst hat die Belastungen pflegender Angehöriger zum Thema. Ein Netz soll das Zusammenwirken und die Verknüpfungen aller aufzeigen, die nötig sind, um ein tragfähiges Netz in der Gemeinde oder im Stadtteil zu schaffen. Im Gottesdienst sollen Kerzen verteilt und Wünsche zu Papier gebracht werden. Die Kerzen symbolisieren Lichtblicke in der aufreibenden Pflege.**

#### **Vorbereitung:**

Altar steht nah an den Stufen, rechts davon ein Ständer mit Teelichtern, links davon das Pult, auf dem Altar ein Korb mit Teelichtern (werden später verteilt), Brot und Trauben. Kanzel zurückschieben, darauf Pinn-Nadeln deponieren, vor die Kanzel zwei Stellwände, an denen ein geknüpftes Netz befestigt wird. Für jede Besucherin und jeden Besucher des Gottesdienstes einen Liedzettel und eine Papierkerze beim Betreten der Kirche bereithalten.

Anfertigung von ca. 70 Kerzen für die Besucher und Besucherinnen, die Kerzen sind mit Papier versehen, auf das sie Besucherinnen und Besucher im Laufe des Gottesdienste etwas schreiben sollen, einige kopierte Bögen als Reserve. Wolle für Netz, Stifte, Körbe mit Teelichtern, Pinnadeln, ggf. weitere Materialien für Netz, große Kerze (Höhe ca. DIN A 5) mit Papierstreifen versehen, verschiedene Farben, Brot und Trauben, Tische sowie Kaffee und Gebäck im Gemeindesaal vorbereiten.

#### **Begrüßung:**

Ich begrüße alle ganz herzlich zu diesem Gottesdienst. Wir feiern ihn am Ende einer gefüllten Aktionswoche, in der wir das Thema Alzheimer und die Situation pflegender Angehöriger insgesamt in Gespräch bringen wollten. Wir, das sind Menschen, die sich im Seniorenbüro, in der Kirche, bei Pflegediensten und anderen Anbietern mit diesem wichtigen, aber auch schwierigen Thema auseinandersetzen. Einige haben diesen Gottesdienst mit vorbereitet und stehen auch danach zu einem Gespräch zur Verfügung.

Aufhänger für die Aktionswoche ist der Welt Alzheimerstag, der am 21. September begangen wird. Dieser Tag soll weltweit auf diese Krankheit und ihre Folgen für die Erkrankten und ihre Familien und Freunde aufmerksam machen. In diesem Jahr ist sein Motto „Gemeinschaft leben“. 1,2 Millionen Menschen sind in Deutschland von einer Demenzerkrankung betroffen. Wir dürfen sie und ihre Familien nicht ins Abseits schieben. Auch Demenzerkrankte sind Teil unserer Gesellschaft, sind mehr als nur „Pflegefälle“. Sie brauchen kompetente medizinische Behandlung, Förderung und Pflege. Sie brauchen aber auch das menschliche Miteinander. Und ihre Angehörigen auch!

Gemeinschaft leben – das ist auch der rote Faden für diesen Gottesdienst. Eine Gemeinschaft aus ganz verschiedenen Menschen ist heute hier versammelt – am Thema Interessierte, Betroffene, professionell

damit beschäftigte, Gottesdienstbesucher und -besucherinnen. Welche Erfahrungen und Fragen bringen Sie mit? Wie können, die, die Hilfe geben und die, die Hilfe brauchen, zusammenkommen? Welche Hilfe wird gebraucht? Wie erschaffen wir, auch über diesen Gottesdienst hinaus, eine Gemeinschaft, die trägt? Mit solchen und ähnlichen Fragen werden wir uns beschäftigen. Und wir werden uns stärken – mit guten Worten, mit Gottes Zuspruch, mit Brot und Trauben im Abendmahl. Damit alle mit ein klein wenig mehr Mut und Kraft in den Alltag gehen können.

### **Lied: Kleines Senfkorn Hoffnung**

#### **Dialog:**

#### **Sprecher:**

Gott, ständig bin ich beschäftigt mit der Pflege meines schwerkranken Mannes, ich bin so erschöpft. Ich würde so gern mal wieder eine Nacht ruhig schlafen. Christus, erbarme dich, Kyrie

#### **Sprecher:**

Herr, ich weiß nicht, an wen ich mich wenden kann, ich fühle mich so hilflos, manchmal weiß ich einfach nicht mehr weiter. Herr, erbarme dich, Kyrie

#### **Sprecher**

Gott, es nervt mich, wenn meine Schwester sich in die Pflege einmischt, sie mit ihren Ratschlägen. Christus, erbarme dich, Kyrie

#### **Sprecher:**

All unsere Klagen, all das, was schwer, was verkehrt, was zerstört ist, legen wir in Gottes Hände. Er kann heilen, was zerrissen ist, vergeben, was verkehrt ist, mittragen, was schwer ist. Egal, was kommt, Gott hält an der Gemeinschaft mit uns fest. Er verbindet uns durch seinen Sohn zu einem, großen Ganzen, zu dem jede und jeder dazugehört – egal ob jung oder alt, gesund oder krank.

Im 12. Kapitel des 1. Korintherbriefes hat Paulus das so beschrieben: Es sind verschiedene Gaben; aber es ist EIN Geist. Und es sind verschiedene Ämter; aber es ein EIN Herr. Und es sind verschiedene Kräfte; aber es ist EIN Gott. Durch unsere Taufe gehören wir alle untrennbar zusammen und in jedem Menschen offenbart sich der Geist zum Nutzen aller. Denkt an euren Körper: Er bildet einen ganzen Organismus und besteht doch dabei aus vielen verschiedenen Körperteilen. Wenn der ganze Körper, der ganze Leib, Auge wäre, wo bliebe das Gehör? Wenn er ganz Gehör wäre, wo bliebe der Geruch? Und auch das gilt: Das Auge kann nicht zu der Hand sagen: Ich brauche dich nicht, oder auch der Kopf zu den Füßen: Ich brauche euch nicht. Vielmehr sind die Körperteile, die uns die schwächsten zu sein scheinen, die nötigsten. Und wenn ein Körperteil leidet, so leiden alle mit, und wenn ein Körperteil sich freut, so freuen sich alle mit. Zusammen seid ihr der Leib Christi und jeder von euch ist ein unabtrennbarer Teil davon.

### **Gedicht Hilde Domin**

Wir wollen nun unseren christlichen Glauben bekennen – mit Worten Dietrich Bonhoeffers: Ich glaube, dass Gott aus allem, auch aus dem Bösesten, Gutes entstehen lassen kann und will. Dafür braucht er Menschen, die sich alle Dinge zum Besten dienen lassen. Ich glaube, dass Gott uns in jeder Notlage so viel

Widerstandskraft geben will, wie wir brauchen. Aber er gibt sie nicht im Voraus, damit wir uns nicht auf uns selbst, sondern allein auf ihn verlassen. In solchem Glauben müsste alle Angst vor der Zukunft überwunden sein. Ich glaube, dass Gott kein zeitloses Fatum ist, sondern dass er auf aufrichtige Gebete und verantwortliche Taten wartet und antwortet.

### **Lied: Von guten Mächten**

Ein Netz hängt hier. Es ist unsere heutige Predigt. Ein Netz als Bild für Gemeinschaft – das lassen sich gut Parallelen herstellen. Das Netz besteht aus verschiedenen Materialien, die Maschen sind unterschiedlich groß, so wie auch wir verschieden sind. Verschieden in Alter, Herkunft und Geschichte, von Bedürfnissen und Lebenssituationen her. Jede Masche ist wichtig, viele Maschen sind nötig, um ein Gebilde zu schaffen, das zuverlässig trägt. Jeder Faden wird gebraucht, damit das Netz auch Belastungen aushalten kann. Wobei es auch ein zu viel gibt. Ein Netz kann reißen, wenn es über Gebühr strapaziert wird. Sind die Maschen zu groß, können sie kaum noch etwas halten.

Es sind viele, die Unterstützung brauchen, weil sie entweder selbst krank sind oder weil sie Kranke und Schwache pflegen. In den Gesprächen dieser Woche war immer wieder zu hören, wie schwierig das oft ist. Es ist körperlich, aber auch seelisch enorm anstrengend, plötzlich für einen anderen umfassend verantwortlich zu sein, völlig angebunden zu sein. Es ist oft nur schwer auszuhalten, wenn die Rollen zwischen Eltern und Kindern sich umkehren oder wenn der Partner oder die Partnerin kein erwachsenes Gegenüber mehr ist. Von Überforderung und Hilflosigkeit, von Erschöpfung und Gehetztsein wurde erzählt. Von der Angst, selbst mal schwach zu werden. Aber auch von Lichtblicken war die Rede. Von Unterstützung und Mittragen, von kleinen Auszeiten und Atempausen, nach denen man wieder weiß: ich tu es ja gern.

Auch andere Ängste klangen an. Wie ist das, wenn es mich trifft oder jemanden aus meiner Familie? Wie schrecklich wäre es, nicht mehr für mich selbst sorgen zu können? Würde ich das schaffen, wenn meine Eltern oder mein Partner dement wären? Solche und ähnliche Ängste waren ja vielleicht der Grund dafür, dass manche an unseren Infoständen vorbeigegangen sind, dass nur wenige die Angebote an den Nachmittagen wahrgenommen haben. Wie wichtig das Thema aber ist, das haben die vielen, vielen Gespräche abseits der Veranstaltungen gezeigt. Darum möchten wir ein Netz knüpfen, in dem all diese Erfahrungen und Fragen und Ängste und Bedürfnisse Platz haben.

Ein solches Netz, das zuverlässig Halt geben soll, muss natürlich feste Knotenpunkte und sichere Verankerungen haben, an denen man sich fest machen kann. Wo Unterstützung zu finden ist, wo Lichtblicke möglich werden.

Die Kirchengemeinden wollen Orte sein, wo solche Lichtblicke zu finden sind. Wo man sich fest machen kann, wenn der Boden ins Wanken gerät – durch eine Erkrankung oder durch das Eingespanntsein in eine Pflege. In unseren Gruppen und Kreisen wird Gemeinschaft gelebt, wird aufeinander geachtet. In unseren Gottesdiensten können Menschen auftanken, im seelsorgerlichen Gespräch sich die Last von der Seele

reden. Jeder Mensch ist ein kostbarer Gedanke Gottes, hat eine unverlierbare Würde und ist darum zu respektieren so wie er ist, auch krank und schwach, das ist die Grundlage unserer Arbeit. Darum bemühen wir uns, offene Ohren und Herzen zu haben für alle, die zu uns kommen. So versuchen wir, Lichtträger und Lichtträgerinnen zu sein.

### **Orgelmusik - dabei treten die Vertreter der u.a. Organisationen vor, nehmen ein Teelicht aus dem Korb, zünden es an und stellen es auf**

Das Seniorenbüro will ein Lichtblick sein ...

Die Pflegedienste wollen ein Lichtblick sein ...

Die Pflegeberatung will ein Lichtblick sein ...

### **Lied: Das wünsch ich sehr**

Wir allein können das Netz nicht füllen und tragfähig machen. Wir brauchen viele andere, die an uns anknüpfen, die sich in das Netz hineinknüpfen. Sich hineinknüpfen als aktive Mitstreiterinnen und Mitstreiter. Und die gibt es ja auch schon. Auch unter Ihnen hier gibt es sicher manche, die sich in Vereinen und Verbänden mit dem Thema Alzheimer beschäftigen, die pflegende Angehörige unterstützen, die kranke Menschen betreuen. Oder Sie gehören zu denen, die im Freundeskreis oder in der Nachbarschaft einspringen, wenn Not am Mann oder der Frau ist. Wir brauchen Sie. Aber wir brauchen auch die anderen, die die Unterstützung nötig haben – und dann auch annehmen. Denn all die vielen schönen Hilfsangebote nützen nichts, wenn die Betroffenen sie nicht in Anspruch nehmen.

So brauchen wir Sie all hier, um ein tragfähiges Netz im Stadtbezirk zu knüpfen. Und darum sollen Sie alle sich jetzt einbringen. Sie sollen das Netz zum Leuchten bringen. Mit den Kerzen, die Sie bekommen haben. Schreiben Sie auf die Kerze, wo Sie schon aktiv sind und helfen. Oder was Sie vielleicht in Zukunft gern für andere tun würden. Vielleicht brauchen Sie aber auch Hilfe, dann schreiben Sie, was Sie benötigen. Oder auch, was ein anderer benötigt, den Sie kennen. Wenn Sie fertig sind, kommen Sie nach vorn oder geben Sie Ihre Kerze einem anderen mit. Wir werden dann Ihre Kerzen, Ihre Lichtblicke und Lichtwünsche in das Netz hineinknüpfen. Und Sie können hier vorn noch ein Licht anzünden, um Ihre Wünsche, Bitten und Pläne Gott anzuvertrauen.

### **Orgelmusik während der Aktion**

Viele müssen sich mit ihrer Zeit und ihren Gaben einbringen, damit ein tragfähiges Netz entsteht. Jedes kleine Licht zählt. Alle, die hier hineingeknüpft sind, werden gebraucht. Die Aktiven und die, die Hilfe brauchen. Beide Seiten zusammenzubringen, ist manchmal schwierig. Es gibt viele Unterstützungs- und Entlastungsangebote für pflegende Angehörige, aber es gibt immer noch bei so manchen eine große Scheu, sie auch anzunehmen. „Ich schaff das schon“, diesen Satz höre ich ganz oft. Und das ist ja auch

leider ein prägender Zug unserer Gesellschaft. Da hat man gefälligst fit und gesund zu sein. Nur ja nicht anderen zur Last fallen, nur ja nicht auf andere angewiesen sein, nur ja nicht zugeben, nicht alles aus eigener Kraft zu schaffen. Dabei ist es keine Schande, Hilfe in Anspruch zu nehmen, sondern ganz im Gegenteil ein Zeichen von Stärke. Niemand kann alles schaffen, niemand ist unbegrenzt belastbar. Ich muss mir Unterstützung suchen, um gut mit meinen Kräften haushalten zu können. Nur wenn ich meine Begrenzungen akzeptiere, kann ich meine Kräfte vernünftig einsetzen. Nur wenn ich darauf achte, dass es auch mir gut geht, kann ich gut und sorgsam für andere da sein.

Dazu kommt, dass in unserer Gesellschaft die Tendenz besteht, das Leidvolle auszuklammern und so zur Privatsache zu machen. Was nicht mehr dem Standard entspricht, muss versteckt werden. Ist das der Grund dafür, dass ich in der Öffentlichkeit recht wenig dementen Menschen begegne? 1,2 Millionen gibt es in Deutschland, nicht alle sind bettlägerig. Warum sind sie nicht Tag für Tag selbstverständlich mit dabei? Warum haben wir immer noch solche Berührungsängste? Es ist doch kein Makel, krank und schwach zu sein. Auch ein dementer oder auf Pflege angewiesener Mensch ist ein Ebenbild Gottes. Darum dürfen wir sie nicht an den Rand drängen. Und ihre Angehörigen auch nicht. Sie müssen es aushalten, dass ein vertrauter Mensch sich verändert und fremd wird, sie kämpfen mit Hilflosigkeit, Überforderungen, Trauer oder auch Wut über das Verlorene. Wie schlimm, wenn sie dann auch noch ihr vertrautes Umfeld verlieren. Das nicht mehr tun zu können, was ihnen Kraft geben würde.

Darum brauchen wir ein Netz – nicht nur für Alzheimererkrankte und ihre Angehörigen, sondern für alle, die in familiäre Pflege eingebunden sind. Ein Netz, das auffängt, wenn Hilfe gebraucht wird. Wo sich Erkrankte nicht mehr verstecken müssen. Wo Angehörige sich fallenlassen können, wo sie Atempausen und Stärkung finden. Ein Netz, das nicht nur von Profis geknüpft wird, sondern auch von Ehrenamtlichen oder Nachbarn. Wenn viele zusammenkommen ist das für alle Aktiven eine Entlastung – ich muss nicht alles leisten, kann an das anknüpfen, was andere tun und anbieten. Trotzdem werden immer Lücken bleiben, Menschen, die durch unser Netz fallen. Nicht immer bekomme ich die Hilfe, die ich brauche, nicht immer wird meine Hilfe gewollt, nicht immer hat meine Hilfe Erfolg. Damit müssen wir leben. Damit können wir leben, wenn wir darauf vertrauen, dass Gott in unser Leben hineingeknüpft ist. Gott ist wie die Stellwand, an der das Netz aufgehängt ist. Er hält uns im Gelingen wie im Scheitern. Er hält die Starken, aber auch die Erschöpften und die Flügellahmen. Er hält uns so wie wir sind, auch mit den unansehnlichen oder schadhafte Stellen. Wir müssen nicht perfekt und vollkommen sein, aber uns bemühen, das Unsere zu tun, mit am Netz zu knüpfen, es immer wieder auszubessern.

Ein Netz, das Menschen trägt, die andere pflegen – es soll nicht nur in dem Gottesdienst hängen. Es soll auch nach der Aktionswoche noch Thema sein. Gern möchten wir für unseren Stadtbezirk ein solches Netz knüpfen. Wie das gehen kann? Darüber wollen wir nach dem Gottesdienst bei einer Tasse Kaffee mit Ihnen ins Gespräch kommen.

**Lied: Gut, dass wir einander haben**

Wir feiern nun miteinander das Abendmahl. Stärkung soll es sein für Netznutzer und NetzknüpferInnen. Wir lassen uns von Gott die Hände füllen und teilen seine Gaben..

### **Lied: Nun danket alle Gott**

#### **Fürbitten:**

Herr, wir bitten dich: Für alle, die einen anderen Menschen pflegen, dass sie für sich selbst Orte und Zeiten finden, wo sie Geborgenheit und Ruhe finden. Lass sie erfahren, dass sie in deiner Liebe Kraft schöpfen können.

Für alle pflegenden Angehörigen, auch Freunde und Nachbarn die pflegen und Fürsorge übernehmen, bitten wir, dass sie in unserer Gemeinde nicht isoliert sind, sondern sich aufgehoben fühlen in einem Netz sensibler Aufmerksamkeit.

Für die pflegenden Angehörigen, dass sie den Mut finden, ihre eigenen Bedürfnissen nicht hinten anzustellen, ihre Grenzen zu erkennen, über ihre Probleme zu sprechen und Hilfe anzunehmen.

Für alle in unserer Gemeinde, dass wir die Pflegenden wahrnehmen, ihnen unsere Wertschätzung zeigen. Herr, öffne unseren Blick und unser Herz für sie. Amen.

Wir knüpfen uns in das Segensnetz Gottes hinein.

Herr, wir leben hier, in dieser Gemeinde – segne uns  
 Du schickst uns in die Welt – behüte uns  
 Du zeigst uns unsere Aufgaben – lass dein Angesicht leuchten über uns  
 wir versagen oft – sei uns gnädig  
 segne uns mit der Weite des Himmels  
 segne uns mit der Wärme der Sonne  
 segne uns mit der Frische des Wassers  
 Herr, gib uns deinen Frieden.

### **Lied: Möge die Straße uns zusammenführen**

Einladung zu Gespräch und Kaffee und Infos

### Was wünschen sich pflegende Angehörige?

Die folgenden Wünsche wurden im Rahmen der Arbeitsgruppen der professionellen Anbieter in Dortmund und Solingen gesammelt. Bitte kreuzen Sie zu jedem Punkt an inwieweit Sie die Meinung teilen. Danke!

Pflegende Angehörige wünschen sich...	Stimme ich voll zu	Stimme ich größtenteils zu	Stimme ich eher nicht zu	Stimme ich nicht zu
...mehr Freiraum für die eigene Lebensgestaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Hilfen aus einer Hand, um die Situation gestalten zu können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...weniger bürokratische Hürden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...eine schnellere Kostenklärung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...mehr Unterstützung durch Freunde und Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...mehr Anerkennung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...den Austausch mit anderen Pflegenden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...bessere Kommunikation mit Ärzten, Kassen und Behörden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...mehr Hilfe im hauswirtschaftlichen Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...mehr Informationen über Hilfsmittel/deren Finanzierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...eine einfachere/verständliche Sprache seitens der Ärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...eine Broschüre mit allen Hilfsangeboten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...mehr Informationen über pflegerische Fertigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...kurzfristige Unterstützung auf Abruf (Vertretung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...eine konkrete Checkliste was im Pflegefall zu tun ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...einen ständigen Begleiter in der Pflegesituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...mehr zugehende Hilfe (in der eigenen Häuslichkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...mehr Pflegestufen mit kleineren Abständen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...weniger Stigmata, Tabus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...mehr Interesse von Außen für das eigene Ergehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...alle Ansprechpartner unter einem Dach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vermissen Sie etwas in der Aufzählung? Ja, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Agentur an der Ruhr Prof. Schömer-Luchter  
Fahnenstraße 2  
58453 Witten  
02303-189488  
ap@anr.de

# INFO-FLYER ALS KOMMUNIKATIVE AKTION

30.09.2010 Gesundheitsschutz für pflegende Angehörige

Agentur an der Ruhr

## 2 Strukturthemen

1. Zielgruppe
2. Themen und Inhalt
3. Ansprache
4. Gestaltung/Anmutung
5. Absender
6. Verteiler/Auflage
7. Korrespondierende Maßnahmen

30.09.2010

Agentur an der Ruhr

## 3 1. Zielgruppe

- Zielgruppe definieren
- Umfeld erkennen und analysieren
  - Umfeld der Zielgruppe/Personen
  - Eigenes Umfeld
- Sich vorstellen, wie das mögliche Image bei der Zielgruppe sein könnte, und dieses weiter ausarbeiten.
  - Dabei berücksichtigen, dass Texte zur Selbstdarstellung eine Aktion lediglich unterstützen können. Ein Image entwickelt sich durch Kontakte im Umfeld, Kommunikationsmaßnahmen, Erfahrung und Beziehungen eher langfristig.

30.09.2010

Agentur an der Ruhr

## 4 2. Thema und Inhalt

- Was konkret ist das eigene Angebot für „Pfleger Angehörige“ und welchen Sinn und Zweck erfüllt es?
- „Pfleger Angehörige“ inhaltlich zum Thema des Flyers machen; dabei möglichst konzeptionell denken, also ggf. einen Reihen-Charakter oder An- bzw. Verknüpfungen berücksichtigen.
- Bildreiche, markante Projektnamen finden, die Assoziationen zulassen.
- Das eigene Image im Auge behalten.

30.09.2010

Agentur an der Ruhr

## 5 3. Ansprache

- Von dem Bedürfnis der Zielgruppe ausgehen
- Sich ggf. ein mögliches Szenario überlegen, in dem sich der pflegende Angehörige wiederfindet, und dies im Flyertext auch anformulieren. Also die Zielperson an der Stelle abholen, in der sie sich befindet.  
Ziel: Identifikation, Gewissheit „die kennen meine Situation“ (Vertrauen schaffen)
- Die eigene Institution/Person inhaltlich darstellen, aber nicht in den Mittelpunkt stellen. Von einem möglichen Bedürfnis der Zielgruppe aus argumentieren.
- Keine Behördensprache
- Nicht mit Fachbegriffen „glänzen“, sondern auf Augenhöhe kommunizieren.

30.09.2010

Agentur an der Ruhr

## 6 4. Gestaltung und Anmutung

- Welche gestalterischen Mittel stehen zur Verfügung bzw. müssen organisiert werden?
- ...

30.09.2010

7

## 4.1 Gestaltung und Anmutung

### Typographie

- Saubere Schriftenfolge von max. fünf Größen/Fetten
  - Headline
  - Subheadline
  - ggf. Zwischenüberschrift
  - Bodytext (ca. 9,5 bis 11 pt.)
  - ggf. Kleintext für Bildkommentare
- Lesbarkeit der Schriftgrößen auf das durchschnittliche Alter der Anspruchsgruppe abstimmen.
- Möglichst wenige Auszeichnungen im Text verwenden, um den Lesefluss nicht zu stören.

30.08.2010

8

## 4.2 Gestaltung und Anmutung

### Corporate Design

Wiedererkennen macht Freude, schafft Vertrauen und verstärkt die langfristige Bindung, daher:

- Falls noch kein Corporate Design vorhanden ist, sollte man eine wieder erkennbare Farbigkeit und Rahmengestaltung verwenden.
- Logos und Gestaltungselemente immer konsistent und in der selben Farbigkeit platzieren.
- Das gilt ebenso für die Typographie – auch hier auf die Verwendung von identischen Schriften, Größen und Positionen achten.

30.09.2010

9

## 4.3 Gestaltung und Anmutung

### Bilderwelt

- Die Auswahl des Titelfotos, ggf. weiteren Bildern in möglichst warmer Farbigkeit > „Türöffner“
- Im Zusammenhang mit dem Titel oder Subtitel kann ein Foto (oder mehrere) dem Flyer eine emotional-informative Ansprech-Ebene geben.
- Bilderwelt auf die Zielgruppe abstimmen und dabei auf Ausgewogenheit achten, nicht nur „heile Welt“ zeigen – doch auch keine „Dramen“ abbilden.
- Ressourcen teilen; Fotoproduktion ggf. gemeinsam beauftragen.

30.09.2010

10

## 5. Absender

- Wer teilt die Information mit?
- Kontaktdaten an gut sichtbarer Stelle, z.B. letzter Seite oder auf der Rückseite
  - Juristisch korrekte, eingetragene Bezeichnung der Institution, Adresse, Kontaktnummern
  - Ansprechpartner, ggf. mit kleinem Foto (Auch hier: Wiedererkennen macht Freude und schafft Vertrauen.) Wenn möglich, Durchwahl und verlässliche Ansprechzeiten angeben.
- Ggf. Logos der Kooperationspartner zeigen

30.08.2010

11

## 6. Verteiler/Auflagen

- Orte/Kontakte finden, wo sich die Personen der Zielgruppe aufhalten oder treffen: z.B. Friseur, Bäcker, Tankstellen.
- Nicht darauf warten, dass die Zielgruppe auf einen zu kommt, sondern selbst aktiv werden und überlegen, wer Flyer verteilen oder Kontakte aufbauen kann.
- Bei Auflagenhöhe nicht geizen; der Druck von Flyern ist i.d.R. in höheren Auflagen nicht viel teurer: Besser mehr produzieren und breit streuen, da Responquote erfahrungsgemäß nur ca. 0,5-2% beträgt.

30.09.2010

12

## 7.1 Korrespondierende Maßnahmen

- **Pressearbeit**
  - Artikel in der Presse werden von Lesern gern als „wahr“ und „richtig“ eingestuft und habe daher einen hohen Akzeptanzwert.
  - Damit Pressemitteilungen veröffentlicht werden können, müssen diese von einem allgemeinen Interesse sein.
  - Pressemitteilungen sollten möglichst keine persönliche Meinung widerspiegeln.
  - Sollten möglichst auf folgende Fragen Antworten geben: Wer? Wo? Wann? Was? Wie? Warum?
- **Multiplikatoren/Stakeholder einbinden und aktivieren**
  - Kommunale Politik, Gemeinden, Verbände, Schulen, Vereine usw.
  - Informationsveranstaltungen planen

30.08.2010

## 7.2 Korrespondierende Maßnahmen

### - Anzeigen

Auch wenn Anzeigen manchmal keine unmittelbare Resonanz erzeugen, so helfen sie doch, das Wiedererkennen zu fördern und damit eine Vertrauensbasis zu schaffen.

- nicht zu textlastig und zu viele Informationen auf einmal bringen
- Um die Wiedererkennung zu fördern, sich bei der Gestaltung an den wesentlichen Merkmalen des Flyers orientieren
- Anzeigen im passenden Umfeld platzieren

### - Plakate

- Plakate/Ankündigungen in Kleinauflagen in A3 oder A2 drucken oder kopieren lassen (z.B. UNI-Copy-Shop)
- Dabei auf die einheitliche Gestaltung zu Flyer/Anzeigen achten.

## 7.3 Korrespondierende Maßnahmen

### - Beschilderung und Fahrzeugbeschriftung

- Zeigen, dass man „Vor Ort“ präsent ist.
- Schilder erleichtern die Orientierung
- schaffen über zusätzliche Sichtkontakte Vertrauen
- Auch hier: auf eine einheitliche, wieder erkennbare Gestaltung achten.



## Wertschätzung und Einschätzung im Erstkontakt mit pflegenden Angehörigen

Hilfen für Beraterinnen und Berater

# Selbstverpflichtung

Wir verpflichten uns zur Unterstützung pflegender Angehöriger und begegnen ihnen mit Respekt und Wertschätzung.

Wir widmen dem Gesundheitsschutz pflegender Angehöriger besondere Aufmerksamkeit, sowohl in der täglichen Begegnung, als auch in Aktionen und speziellen Angeboten.

---

Datum

---

Unterschrift

**Selbstbewertung „Gesundheitsschutz für pflegende Angehörige“**

**1. Darstellung der Einrichtung:**

Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Adresse der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Homepage: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

**Art der Einrichtung:**

- Pflegedienst
- Beratungsstelle/ kommunale bzw. private Pflegeberatung
- Anbieter von Entlastungsangeboten (z.B. Seniorenbegleitsdienst)
- Krankenhausabteilung: \_\_\_\_\_
- Tagespflege
- Apotheke
- Arztpraxis
- Sanitätshaus
- Sonstige \_\_\_\_\_

**Legende zur Selbstbewertung:**

- A = vollständig erreicht („Vorbildlich“)
- B = teilweise erreicht („Auf einem guten Weg“, in mehreren Bereichen läuft etwas, aber noch „Schwachpunkte“)
- C = Ansätze vorhanden (In einem Bereich wurden Verbesserungen erreicht, neue Ideen sind vorhanden)
- D = noch nicht vorhanden

**2. Strukturen**

2.1. Gibt es Angebote der **indirekten** Entlastung?

(Dies sind die Angebote, die primär auf die pflegebedürftige Person zielen und die pflegenden Angehörigen nicht direkt fokussieren z.B. Information, Beratung, Organisation, Leistungen- sie kommen letztlich dem Pflegebedürftigen zu Gute)

Anzahl der Angebote \_\_\_\_\_

A	B	C	D
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.2 Gibt es Angebote, die **direkt** dem pflegenden Angehörigen gewidmet sind ?

Anzahl der Angebote \_\_\_\_\_

A	B	C	D
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.3. Sind zu 2.2. verschiedene Angebote vorhanden ?

(z.B. unterschiedlicher Umfang, Zeit, krankheitsspezifische Angebote etc.)

A	B	C	D
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Art der Angebote:**

- Begleitseminar (Pflegekurs)
- Entspannungsangebot
- Kreativangebot

- Sportangebot
- Beratungsangebot
- Gesprächskreis
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

2.4. Ist Prävention in diesen Angeboten stets ein Thema?

A	B	C	D
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.5. Wird umfangreich Werbung für die Angebote durchgeführt?  
(z.B. über Flyer, Radio, Zeitung, Aushänge)

A	B	C	D
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.6. Können neue Idee entwickelt und am Markt platziert werden?

A	B	C	D
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.7. Kommt der Begriff „pflegende Angehörige“ in schriftlichen Verlautbarungen vor?  
(z.B. dem Leitbild, der Unternehmensphilosophie)

A	B	C	D
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.8. Wissen alle Mitarbeiter etwas über die Situation pflegender Angehöriger?  
(Gibt es dazu Infomaterial, Fortbildungen, Besprechungen, Handlungsleitlinien?)

A	B	C	D
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.9. Haben alle Mitarbeiter des Unternehmens Wissen zum Thema Prävention?  
(Gibt es dazu Infomaterial, Fortbildungen, Besprechungen, Handlungsleitlinien?)

A	B	C	D
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3

### 3. Prozesse

3.1. Werden pflegende Angehörigen wertschätzend willkommen geheißen? <sup>1</sup>

A	B	C	D
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.2. Erfolgt eine (kurze) Einschätzung der Situation des pflegenden Angehörigen? <sup>2</sup>

A	B	C	D
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.3. Erfolgt eine zeitnahe Bearbeitung der Anfrage?  
(z.B. innerhalb von 48 Stunden)

A	B	C	D
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.4. Wird die Inanspruchnahme der Angebote geprüft? Gibt es eine Erfassung?

A	B	C	D
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.5. Wird die Nachhaltigkeit der Angebote geprüft? Gibt es eine Erfassung?

A	B	C	D
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.6. Wird ein Feedback der Teilnehmer eingeholt ?  
(Wird telefonisch noch einmal Kontakt zum pflegenden Angehörigen aufgenommen?,  
War das Angebot hilfreich für den pflegenden Angehörigen?)

A	B	C	D
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<sup>1</sup> (Grundlage ist die Handreichung „Wertschätzung und Einschätzung im Erstkontakt mit pflegenden Angehörigen“ der Unfallkasse NRW)

<sup>2</sup> (Grundlage ist die Handreichung „Wertschätzung und Einschätzung im Erstkontakt mit pflegenden Angehörigen“ der Unfallkasse NRW)

4

3.7. Wird die Rückmeldung der Teilnehmer berücksichtigt?

A	B	C	D
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.8. Evaluation: Werten Sie Ihre Angebote aus?

A	B	C	D
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.9. Nutzen Sie Broschüren anderer Organisationen zum Gesundheitsschutz?  
(Unfallkasse NRW, Landesstelle für pflegende Angehörige, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, etc.)

A	B	C	D
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4. Vernetzung/Kooperation zum Wohle pflegender Angehöriger**

4.1. Sind Angebote anderer Anbieter (in der Nähe) bekannt?

A	B	C	D
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.2. Gibt es regelhafte Kontakte zu anderen Akteuren im Feld?  
( Netzwerkarbeit?, gemeinsame Aktionen?)

A	B	C	D
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.3. Wird der pflegende Angehörige wertschätzend weitergeleitet?  
(Wird die Weiterleitung angeboten oder sogar direkt übernommen?)

A	B	C	D
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.4. Erfolgt eine Nachfrage beim pflegenden Angehörigen, ob er zu einem konkreten Angebot vermittelt werden konnte?

A	B	C	D
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

48

## Prävention in NRW



## Gesundheitsschutz für pflegende Angehörige

Ein Leitfaden für Schulende



## Fachtagung „Neuheit für Pflege“

14. November 2011

Kongresszentrum Westfalenhallen Dortmund



# Impressum

## Herausgeber

Unfallkasse Nordrhein-Westfalen  
Sankt-Franziskus-Straße 146  
40470 Düsseldorf  
Telefon 0211 9024-0  
E-Mail [info@unfallkasse-nrw.de](mailto:info@unfallkasse-nrw.de)  
Internet [www.unfallkasse-nrw.de](http://www.unfallkasse-nrw.de)

## Verantwortlich für den Inhalt

Gabriele Pappai

## Autoren

Prof. Dr. Angelika Zegelin, Pflegewissenschaftlerin, Krankenschwester,  
Department für Pflegewissenschaft, Fakultät für Gesundheit, Universität Witten/Herdecke

Tanja Segmüller, Pflegewissenschaftlerin (MScN), Krankenschwester,  
Department für Pflegewissenschaft, Fakultät für Gesundheit, Universität Witten/Herdecke

Alexandra Daldrup, Unfallkasse Nordrhein-Westfalen

Martin Schieron, Unfallkasse Nordrhein-Westfalen

Mareike Tolsdorf, Pflegewissenschaftlerin (MScN), Altenpflegerin,  
Department für Pflegewissenschaft, Fakultät für Gesundheit, Universität Witten/Herdecke

## Redaktion

Karin Winkes-Glüssenkamp, Unfallkasse Nordrhein-Westfalen

## Gestaltung

Gathmann Michaelis und Freunde, Essen

## Druck

Düssel-Druck, Düsseldorf

## 1. Auflage April 2013

1.000 Exemplare

## Bestellnummer

S 60



