

Aus dem Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Medizinischen
Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
(Direktorin: Prof. Dr. phil. Meyer Gabriele)

**Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen –
systematische Übersichtsarbeit, Curriculumsentwicklung und Evaluation des
Certa-Pflegekurses 'Pflege & Bewegung'**

Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades
Doktor rerum medicarum (Dr. rer. medic.) für das Fachgebiet Gesundheits- und
Pflegewissenschaften

vorgelegt
der Medizinischen Fakultät
der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

von Margit Gabriele Fink-Heitz
geboren am 27.3.1973 in Sulzberg (A)

Betreuer:
Prof. Johann Behrens, Halle

Gutachterin/Gutachter:
1. Prof. Dr. Johann Behrens, Halle
2. Prof. Dr. Manfred Wildner, München
3. Prof. Dr. Margit Haas, Trier

12.12.2017
09.10.2019

*Für alle Angehörigen, die ihnen
anvertraute Menschen pflegen
und betreuen*

Referat

Zielsetzung. Die Ziele der vorliegenden Arbeit waren (1) eine Zusammenfassung der gegenwärtigen Evidenz zur Effektivität von Gruppenschulungen für PA, (2) die Entwicklung eines theoriebasierten Curriclums zum Certa-Pflegekurs 'Pflege & Bewegung' und (3) die Evaluation des Certa-Pflegekurses bei ehrenamtlich Pflegenden vorwiegend aus deutschsprachigen (quantitative Evaluationsstudie) und dem türkischen Kulturkreis (qualitative Evaluationsstudie).

Methoden. Zur ersten Zielstellung wurde eine systematische Übersichtsarbeit in den Datenbanken Medline und Cinahl erarbeitet. Das Curriculum zum Certa-Pflegekurs 'Pflege & Bewegung' wurde theoriebasiert entwickelt. Effekte zu Sturzangst und Belastungserleben wurden anhand einer quantitativen, kontrollierten Evaluationsstudie ermittelt. Drei transkulturelle Pflegekurse wurden deskriptiv und qualitativ evaluiert.

Ergebnisse. Evaluationsstudien zu Gruppenschulungen von pflegenden Angehörigen sind bezüglich Intervention, Untersuchungsparameter und den nachgewiesenen Effekten sehr heterogen. Bei den insgesamt 15 eingeschlossenen Studien wurden überwiegend erkrankungsspezifische Curricula (n=12) eingesetzt. Große Studien mit mehr als 199 Teilnehmer/-innen zeigten keine signifikanten Effekte. Nur eine der veröffentlichten Studien stammte aus dem deutschsprachigen Raum. Eine Verringerung der Angst der pflegenden Angehörigen, dass der ihnen anvertraute pflegebedürftige Mensch stürzen könnte, konnte mit dem Besuch des Certa-Pflegekurses 'Pflege & Bewegung' nicht bestätigt werden. Auch eine Verringerung des Belastungserlebens konnte nicht nachgewiesen werden. Der Bereich Wertschätzung war nach dem Besuch des Pflegekurses in der Interventionsgruppe im Vergleich zu den Probanden der Wartegruppe deutlich erhöht.

Schlussfolgerungen. Die Effektivität von Pflegekursen konnte sowohl in den bisherigen Forschungsergebnissen als auch in der Evaluation des Certa-Pflegekurses nicht eindeutig nachgewiesen werden. Für eine Reduktion der Sturzangst und des Belastungserlebens war die Intervention möglicherweise nicht ausreichend. Coping von Sturzangst sollte deshalb in das Curriculum stärker integriert und der Certa-Pflegekurs 'Pflege & Bewegung' mit zusätzlichen Angeboten erweitert werden.

I Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
1.1	Pflegende Angehörige	1
1.2	Empowerment in der Pflege	2
1.2.1	Pflegerische Fertigkeiten bei pflegenden Angehörigen	2
1.2.2	Sturzangst bei pflegenden Angehörigen.....	3
1.2.3	Belastungserleben bei pflegenden Angehörigen.....	4
1.3	Pflegekurse für pflegende Angehörige	4
2	Zielstellung.....	6
3	Material und Methodik.....	8
3.1	Material und Methodik der systematischen Übersichtsarbeit	8
3.2	Material und Methodik der Curriculumsentwicklung	10
3.3	Material und Methodik der quantitativen Evaluationsstudie	12
3.3.1	Studiendesign.....	12
3.3.2	Teilnehmerauswahl / Datenerhebung	13
3.3.3	Ethikantrag und Studienregistrierung.....	15
3.3.4	Gruppenzuteilung	16
3.3.5	Interventionen	16
3.3.6	Zielvariablen.....	17
3.3.7	Statistische Auswertung	20
3.4.	Material und Methodik der qualitativen Evaluation	20
4	Ergebnisse.....	21
4.1	Ergebnisse der systematischen Übersichtsarbeit	21
4.1.1	Charakteristika der eingeschlossenen Studien	21
4.1.2	Charakteristika der untersuchten Interventionen.....	22
4.1.3	Effekte der Intervention	23
4.2	Ergebnisse der Curriculumsentwicklung	26
4.2.1	Ergebnisse der Qualitativen Analyse.....	26
4.2.2	Ergebnisse der Experteninterviews.....	30
4.2.3	Bildungsinhalte für Certa-Pflegekurse	32
4.3	Ergebnisse der quantitativen Evaluationsstudie.....	37

4.3.1	Demographische und gesundheitsbezogene Variablen PA	37
4.3.2	Demographische und krankheitsbezogene Variablen der PP	42
4.3.3	Veränderung der Sturzangst.....	45
4.3.4	Veränderung des subjektiven Belastungserlebens	49
4.3.5	Rückmeldung der Teilnehmer/-innen	52
4.4	Ergebnisse der qualitativen Evaluation	53
5.	Diskussion	55
5.1	Diskussion der systematischen Übersichtsarbeit.....	55
5.2	Diskussion der Curriculumsentwicklung.....	56
5.3	Diskussion der quantitativen Evaluationsstudie.....	57
5.3.1	Variablen der PA und PP im Vergleich zu Querschnittstudien	57
5.3.2	Diskussion der Ergebnisse.....	60
5.3.3	Limitierungen der Studie.....	62
5.4	Diskussion der qualitativen Evaluation.....	63
6	Zusammenfassung	64
	Literaturverzeichnis	65
	Thesen	72
	Anlagen	73
	Anlage 1: Rechercheprotokoll	73
	Anlage 2: Kodierleitfaden zu den ABEDLs	74
	Anlage 3: Textanalyse der Rückmeldungen zum transkulturellen Angebot	77

II Tabellen

Tabelle 1	Inhalte des Fragebogens.....	17
Tabelle 2	Certa-Pflegekurs 'Pflege & Bewegung' - Module und Lernziele im Überblick	36
Tabelle 3	Vergleich zum Alter und Geschlecht der pflegenden Angehörigen	37
Tabelle 4	Verwandtschaftsverhältnis der pflegenden Angehörigen.....	38
Tabelle 5	Subjektives Erleben der pflegenden Angehörigen zur Betreuungssituation ..	39
Tabelle 6	Gesundheitsbezogene Lebensqualität der pflegenden Angehörigen.....	40
Tabelle 7	Durchschnittliche wöchentliche Stunden der pflegerischen Betreuung.....	41
Tabelle 8	Dauer der Pflegebedürftigkeit.....	42
Tabelle 9	Alter und Geschlecht der pflegebedürftigen Personen	43
Tabelle 10	Sturzrelevante Einschränkungen der pflegebedürftigen Personen.....	44
Tabelle 11	Mobilität der pflegebedürftigen Personen im Zeitverlauf.....	44
Tabelle 12	Stürze, Stürzer und Sturzverletzungen im Zeitverlauf.....	45
Tabelle 13	Sturzangst zu den drei Messzeitpunkten.....	46
Tabelle 14	Sturzangst innerhalb der Gruppe und im Zeitverlauf	48
Tabelle 15	Sturzangst bei zwei ausgewählten Bewegungsabläufen im Zeitverlauf	49
Tabelle 16	Belastungserleben häuslicher Pflege im Zeitverlauf für beide Gruppen.....	50
Tabelle 17	Belastungserleben innerhalb der Gruppe und im Zeitverlauf	51
Tabelle 18	Gesundheitsbezogene Lebensqualität im Zeitverlauf für beide Gruppen ..	52
Tabelle 19	Vergleich zur Rekrutierung.....	53
Tabelle 20	Kursevaluation durch die Teilnehmer/-innen	53

III Abbildungen

Abbildung 1	Aufnahme, Zuordnung, Datenerhebung und Datenanalyse	15
Abbildung 2	Subjektive Gesundheitseinschätzung bei der ersten Befragung	40
Abbildung 3	Mittelwerte zur Sturzangst im Zeitverlauf.....	47
Abbildung 4	Sturzangst der PA hinsichtlich eines Sturzes der PP	48
Abbildung 5	Subjektive Belastung häuslicher Pflege im Zeitverlauf	51

IV Abkürzungen und Symbole

α	Cronbachs Alpha
ABEDL	Aktivitäten, soziale Beziehungen und existenzielle Erfahrungen des täglichen Lebens (Krohwinkel 2008, 2013)
ADL	activities of daily living (Aktivitäten des täglichen Lebens)
AWO	Arbeiterwohlfahrt
BI	Barthel-Index
CI	confidence interval (Konfidenzintervall)
d	Cohens d
D&W	Dörpinghaus und Weidner (2006)
EFC	Eurofamcarestudie (Döhner et al., 2007)
η^2	Partielles Eta-Quadrat
EU	Europäische Union
FES I	Fall Efficacy Scale –International Version
GEDA	Gesundheit in Deutschland aktuell; Die GEDA-Studie ist Teil des Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Instituts
IG	Interventionsgruppe
KG	Kontrollgruppe
MUG III	Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Privathaushalten (Schneekloth & Wahl, 2005)
MD	Median
MW	arithmetischer Mittelwert
N	Gesamterhebungsumfang
n	Anzahl der Einheit einer Gruppe
o. A.	ohne Angabe
OR	Odds Ratio
p	p-Wert, Signifikanzwert
PA	pflegerische Angehörige/-r
post ¹	Befragung nach der Intervention (IG) oder zwei Monate nach der ersten Befragung (KG)
post ²	Befragung zwei Monate nach der zweiten Befragung
PP	pflegebedürftige Person/-en
prae	Befragung vor der Intervention
r	Bravais-Pearson-Korrelation, Retest-Reliabilität, Item-Interkorrelation
RCT	multizentrische, randomisierte, kontrollierte Studie
SD	standard deviation (Standardabweichung)
\bar{x}	arithmetischer Mittelwert
z. B.	zum Beispiel

1 Einleitung

Hochrechnungen auf Basis der GEDA Studie 2012 zeigen, dass in Deutschland vier bis fünf Millionen Menschen an der häuslichen Pflege beteiligt sind. Laut der Befragung zum Gesundheitsmonitor (Stichprobe (N)=1795) (Bestmann et al., 2014) sind bereits 60% der Befragten mit dem Thema „*Pflegebedürftigkeit*“ in Berührung gekommen. Aus der Untersuchung des Instituts für Demoskopie Allensbach (2012) (N=1.558) ist bekannt, dass bei etwa zehn Millionen Deutschen ein Familienangehöriger pflegebedürftig ist (R+V Versicherung AG, 2012).

1.1 Pflegende Angehörige

Der Begriff *pflegender Angehöriger* (PA) umschließt nicht nur pflegende nahe Familienangehörige, sondern auch Freunde oder ehrenamtliche Helfer/-innen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2001, S. 227). Die familiäre Bezogenheit wird in Studien zu PA berücksichtigt (Geister, 2004; Döhner et al., 2007) oder vielfach gar nicht ausgewertet (Kapitel 4.1.1). Weitere Kriterien, wie beispielsweise Pflegedauer und gemeinsamer oder getrennter Wohnort werden ebenfalls sehr unterschiedlich behandelt (Kapitel 4.1.1). Die Einschlusskriterien der vorliegenden Evaluationsstudie wurden von der Eurofamcarestudie (Döhner et al., 2007) übernommen. Die familiäre Bezogenheit, das Alter, das Geschlecht, Pflegeausmaß und -dauer, die räumliche Distanz zur pflegebedürftigen Person (PP) sowie die subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit und Lebensqualität wurden in der vorliegenden Evaluationsstudie im Vergleich zu repräsentativen Querschnittsuntersuchungen berücksichtigt. Neben den genannten Variablen wirken sich Einschränkungen der PP auf das Befinden des PA aus (Kapitel 4.3.2). Deshalb wurden soziodemographische Daten und Einschränkungen der PP ebenfalls mit den Daten repräsentativer Querschnittsuntersuchungen verglichen. In die abschließende Auswertung wurden die genannten Variablen der PA und der PP allerdings nicht mit einbezogen.

1.2 Empowerment in der Pflege

Wörtlich übersetzt bedeutet Empowerment: Selbstbemächtigung; Selbstbefähigung; Stärkung von Eigenmacht und Autonomie (Herriger, 2014). Raatikainen (1996) untersuchte, wie sich die subjektive Einschätzung der Eigenmacht zur Verbesserung der Pflegequalität auswirkt. Laut Raatikainen (1996) schätzen Pflegende mit hohem Empowerment das eigene Fachwissen und dessen Anwendung bezüglich der physischen, geistigen und sozialen Bedürfnisse von Patienten höher ein als Pflegende mit geringem Empowerment. Die gesundheitliche Situation der Pflegenden wurde nicht untersucht. Für die vorliegende Untersuchung wurde angenommen, dass auch bei pflegenden Angehörigen höheres Fachwissen und verbesserte pflegerische Fertigkeiten ebenfalls zu höherem Empowerment führen. Für diese Untersuchung wurden dabei pflegerische Fertigkeiten hinsichtlich der Unterstützung des Transfers fokussiert (Kapitel 1.2.1). In Fallstudien wurde bereits nachgewiesen, dass verbesserte pflegerische Fertigkeiten dazu führen, dass in der Pflege weniger Angst vor einem Sturz des anvertrauten Angehörigen erlebt wird (Kapitel 1.2.2). Ein Lernen am Modell (Bandura, 1976, zit. in Gerrig et al., 2015) kann dazu führen, dass die subjektive Belastung sinkt (Kapitel 4.2.3). Für die vorliegende Untersuchung wurde deshalb angenommen, dass das Kursangebot zu einem geringeren Belastungserleben führt (Kapitel 1.2.3).

1.2.1 Pflegerische Fertigkeiten bei pflegenden Angehörigen

Im Duden wird Fertigkeit als eine „bei der Ausführung bestimmter Tätigkeiten erworbene Geschicklichkeit; Routine, Technik“ definiert (Bibliographisches Institut GmbH, zuletzt geprüft 2016). Für den vorliegenden Certa-Pflegekurs 'Pflege & Bewegung' wurde ein im deutschsprachigen Raum bei professionell Pflegenden sehr bekanntes Bewegungskonzept übernommen: „Kinästhetik“ (Hatch & Maietta, 2002). In der Fallstudie von Hantikainen et al. (2006) verringerte sich durch den Einsatz von Kinästhetik die physische Belastung professionell Pflegenden und die Körperwahrnehmung, die Bewegungsfähigkeiten und die funktionelle Unabhängigkeit des pflegebedürftigen Menschen. Die PP erlebt die Unterstützung beim Transfer oftmals als „Gezerre“ (Abt-Zegelin, 2010). Durch das reflektierte Üben der Unterstützung bei

der Mobilisation, können sowohl der PA als auch der PP mehr Sicherheit in diesen Situationen erleben.

1.2.2 Sturzangst bei pflegenden Angehörigen

Stürze und die Sturzangst von Menschen höheren Alters ist ein allgegenwärtiges Problem in der häuslichen Pflege (Abt-Zegelin, 2010). Sturzangst empfinden dabei sowohl die PP als auch der PA (Shen et al., 2015). In der qualitativen Studie von Wu et al. (2013) ist das Dilemma in der pflegerischen Versorgung dokumentiert: Einerseits wissen die Pflegenden, wie wichtig physische Aktivität zur Sturzprävention ist. Andererseits führt bei bereits eingeschränkter Mobilität eine vermehrte physische Aktivität auch zu einem höheren Sturzrisiko. Pflegende fürchten die Sturzfolgen für die betroffene Person: Prellungen, Frakturen, Schmerzen, Krankenhausaufenthalte ... Durch Sturzangst kommt es zu (selbstinduzierter) Aktivitätseinschränkung und Aktivitätsvermeidung (Scheffer et al., 2008). Wie jedoch wirkt sich die Angst der Pflegenden aus, dass der anvertraute PP stürzen könnte? Ist hier mit einer fremdinduzierten Aktivitätseinschränkung zu rechnen? Insgesamt gibt es zu diesen Fragen nur wenig Literatur. Eine Recherche in Pubmed (18.6.2015) zu "Fear"[Mesh] AND "Accidental Falls"[Mesh] AND "Caregivers"[Mesh] ergab nur drei Treffer: Bei zwei Treffern wird die Sturzangst von Schlaganfallbetroffenen Menschen thematisiert. Der dritte Treffer, die Studie von Fitzgerald et al. (2009), zeigt die Korrelation zwischen der Angst von professionell Pflegenden vor dem Sturz eines Bewohners und dessen funktioneller Fähigkeit auf. Insgesamt wurden 85 an Demenz erkrankte Pflegeheimbewohner/-innen von 19 Stationen und deren professionell Pflegenden (n=550) in die Studie eingeschlossen. In einem Zeitraum von drei Monaten wurden Stürze und sturzassoziierte Verletzungen dokumentiert. Die Korrelation zwischen der Angst, dass eine bestimmte Bewohner/-in stürzen könnte und der Einschränkung der Aktivität ist mit einer sehr geringen Fehlerwahrscheinlichkeit ($p=0.01$) stark ausgeprägt (Bravais-Pearson-Korrelation($r=0.62$)). Dem gegenüber korreliert die Zuversicht der Pflegenden, dass ein bestimmter Bewohner nicht stürzen wird, und dem Einsatz von Aktivitätseinschränkungen negativ ebenfalls mit einer geringen Fehlerwahrscheinlichkeit ($p=0.01$, $r=0.49$). Dieser Zusammenhang bleibt laut Fitzgerald

et al. (2009) auch nach der Adjustierung der physischen und psychischen Risikofaktoren signifikant.

1.2.3 Belastungserleben bei pflegenden Angehörigen

Ältere Studien zeigen, dass PA vergleichbar höher belastet sind als die Normalbevölkerung (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 2005). Die häusliche Pflegesituation führt sogar zu einer höheren Mortalitätsrate bei PA (Schulz & Beach, S. 1999). Aktuellere Studien zeigen, dass die Grundgesamtheit der PA differenzierter betrachtet werden muss. Die epidemiologische Studie von Ory et al. (1999) mit insgesamt 10687 Teilnehmer/-innen zeigt, dass hoch belastete PA ihren physischen und mentalen Gesundheitszustand als sehr schlecht einschätzten. In der Gruppe der gering belasteten PA ergaben sich jedoch bessere Werte bei der physischen und psychischen Gesundheit, der Müdigkeit und der depressiven Verstimmung im Vergleich zu nicht-pflegenden Angehörigen. In der Kohortenstudie von (Roth et al., 2013) (n=3503) wiesen PA im Unterschied zu den Studienergebnissen von (Schulz & Beach, 1999) eine moderat höhere Lebenserwartung im Vergleich zu den nicht-pflegenden Angehörigen auf. Die Untersuchung beinhaltete jedoch nur eine vergleichsweise kleine Gruppe von hoch belasteten Angehörigen.

1.3 Pflegekurse für pflegende Angehörige

Metaanalysen von Sörenson et al. (2002) und Brodaty et al. (2003) zeigen, dass verschiedene Unterstützungsangebote und Ansätze der Psychoedukation die Pflegebelastung und Depressivität bei PA wirksam verringern können. Eines der Unterstützungsangebote sind Gruppenschulungen für PA. In Deutschland ist die Finanzierung von Pflegekursen gesetzlich festgelegt (Bundesministerium für Gesundheit, 1995). Im Sinne der Sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) sollen damit PA unterstützt und gleichzeitig die häusliche Pflegesituation verbessert und damit stabilisiert werden. Laut § 45 SGB XI sollen Pflegekurse dazu beitragen:

„... das soziale Engagement im Bereich der Pflege zu fördern und zu stärken, Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern. Die Kurse sollen Fertigkeiten für eine eigenständige

Durchführung der Pflege vermitteln.“ (Bundesministerium für Gesundheit, 1995)

Ein Nachweis zu den im SGB XI festgelegten Zielen ist deutschlandweit in der multizentrischen Studie von Kurz et al. (2010) erfolgt. Dabei wurde das von der Alzheimer Gesellschaft entwickelte Schulungsprogramm „*Hilfe beim Helfen*“ bei PA von an Demenz erkrankten Menschen evaluiert.

Der Begriff *Certa-Pflegekurs* ist eine Wortschöpfung der Autorin für das von ihr entwickelte und überprüfte Pflegekurscurriculum. Der lateinische Begriff „*certa*“ kann sowohl mit den Worten „*sicher*“ als auch mit „*bringe zur Entscheidung*“ übersetzt werden. So sollen in *Certa-Pflegekursen* Sicherheit und Orientierung bei der Unterstützung der PP im Sinne der ganzheitlich fördernden Prozesspflege nach Krohwinkel (2008) vermittelt werden. Krohwinkel (2008; 2013) hat ihre Pflegetheorie in Deutschland entwickelt und hat diese deutschsprachig veröffentlicht. Die Theorie von Krohwinkel (2013) ist die bislang in Deutschland am häufigsten in der Praxis angewandte Pflegetheorie. Das wird ersichtlich an der zahlreichen Sekundärliteratur. Dazu zählen beispielsweise die Formulierungshilfen der Standard Systeme GmbH (2013). Laut Untersuchungen von Krohwinkel (2008; 2013) sind drei der insgesamt dreizehn „*Aktivitäten, soziale Beziehungen und existentielle Erfahrungen des täglichen Lebens*“ (ABEDL) prioritär verursachend für Pflegeprobleme auch in anderen ABEDL. Hierbei handelte es sich um die ABEDL „*kommunizieren können*“, „*sich bewegen können*“ und „*vitale Funktionen des Lebens aufrecht erhalten können*“. Diese drei ABEDL sind aufgrund der Erkenntnisse von Frau Krohwinkel (2008; 2013) das Grundthema für drei voneinander unabhängige *Certa-Pflegekurse* ('Pflege & Bewegung; Pflege & Kommunikation; Pflege & Gesundheit'). Bislang wurde nur für den Pflegekurs 'Pflege & Bewegung' das Curriculum detailliert entwickelt, umgesetzt und evaluiert. Anhand eines spiralförmigen Curriculums wurde das Thema Bewegung über den gesamten Kurszeitraum hinweg integriert.

Zusätzlich ist in jedem der Kurse unabhängig vom fokussierten ABEDL ein Modul zur Bewältigung von subjektiv erlebter Belastung aus folgenden Gründen vorgesehen: Die Forschung zeigt, dass PA nachweislich erhöhten psychischen Belastungen ausgesetzt sind (Kapitel 1.2.3). Ein schlechte psychische und physische Verfassung der PA hat negative Auswirkungen auf die Qualität der Pflege und begünstigt Beziehungsstörungen zwischen PA und der PP. Stärker belastete Angehörige neigen zu

einem aggressiveren Pflegestil (Grafström et al., 1993). Nicht zuletzt ist eine Minderung pflegebedingter seelischer Belastungen gesetzlich gefordert (§ 45, SGB XI).

2 Zielstellung

Für PA gibt es, wenngleich auch regional unterschiedlich, bereits eine Reihe von Entlastungsmöglichkeiten. Dazu zählen beispielsweise die Angebote der Angehörigenberatungsstellen, der Kommunen und Alzheimergesellschaften. Pflegekurse gemäß § 45 SGB XI stellen einen kleinen, aber wichtigen Teilbereich der Beratungsangebote dar. Beispielsweise sind diese Kurse eine weiterführende Möglichkeit, wenn Mitarbeiter/-innen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) eine Gefährdung der Gesundheit der PP durch die Angehörigenpflege feststellen (M. Berry, Gespräch, März 2007).

In Deutschland werden bislang nur wenige Kurse angeboten und die Nachfrage nach Kursen ist gleichzeitig gering. Die angebotenen Inhalte sind sehr unterschiedlich und reichen von der Vermittlung des Enneagramms bis zu ausschließlich sozialrechtlichen Informationen (Dörpinghaus & Weidner, 2006). Die vorliegende systematische Recherche und eine unsystematische Recherche der Autorin zu Kurscurricula und deren Effektivität ergaben ebenfalls, dass es an deutschsprachigen, erkrankungsübergreifenden Curricula mit überprüfbaren Zielen mangelt. Für Angehörige von an Demenz erkrankten Menschen wurde neben dem Curriculum „Hilfe zum Helfen“ (Deutsche Alzheimer Gesellschaft, zuletzt geprüft 2016) ein Curriculum von Emme von der Ahe et al. (2012) *„Mit Vergesslichkeit und Altersverwirrtheit umgehen“* im Rahmen des Projektes *„Entlastungsprogramm bei Demenz -EDe II“* veröffentlicht. Darüber hinaus gibt es in Deutschland als Printmedien veröffentlichte Kurscurricula von Abt-Zegelin et al. (2010) und Urban und Leicher (2010). Beide Curricula sind inhaltlich sehr breit angelegt und beinhalten eine große Zahl an Modulen. Die Auswahl der Lehrinhalte wird dem jeweiligen Dozenten überlassen. Weitere Curricula werden institutionsintern angewandt, sind inhaltlich sehr unterschiedlich und werden in der Regel nicht veröffentlicht (Dörpinghaus & Weidner, 2006). Auch die Recherche von internationalen Studien ergab, dass nur bei drei von den insgesamt 15 eingeschlossenen Studien ein erkrankungsübergreifendes Pflegekurscurriculum zugrunde liegt. Diese

Pflegekurse wurden angeboten mit dem Ziel der Erweiterung der pflegerischen Fertigkeiten (n=1) und zur Verbesserung der Befindlichkeit PA (n=2) (Fink-Heitz & Behrens, 2015).

Das im Rahmen der vorliegenden Dissertation entwickelte und evaluierte Kurscurriculum „Certa-Pflegekurs 'Pflege & Bewegung' ist erkrankungsübergreifend konzipiert. Theoretisch begründet wurde angenommen, dass die Angst der Angehörigen vor einem Sturz der anvertrauten PP durch Übung und Reflektion reduziert werden kann. Gleichzeitig wurde überprüft, wie Transfersituationen (z. B. Bett-Stuhl) vom Angehörigen im Verlauf eingeschätzt wurden und inwieweit sich die Sturzhäufigkeit veränderte (Kapitel 3.3.6 und 4.3.3). Die Pflegekurse fanden in Kooperation mit der Beratungsstelle für PA und ältere Menschen der AWO München statt. Die Studienkoordination und Studiendurchführung der Evaluationsstudie zum Certa-Pflegekurs 'Pflege & Bewegung' (Kapitel 3.3, 4.3 und 5.3) und des transkulturellem Certa-Pflegekurses (Kapitel 3.4, 4.4) unterlag der Autorin. Zwei zentrale Forschungsfragen liegen der quantitativen Evaluationsstudie zugrunde

1. Reduziert sich mit der Teilnahme am Certa-Pflegekurs 'Pflege & Bewegung' die Angst des PA, dass der anvertraute pflegebedürftige Mensch stürzt (Kapitel 1.2.2), im Vergleich zu jenen Angehörigen, die zu einem späteren Zeitpunkt den Kurs besuchen werden (Kontrollgruppe)?
2. Verringert sich mit einer Teilnahme das subjektive Belastungserleben PA (Kapitel 1.2.3) im Vergleich zu jenen Angehörigen, die zu einem späteren Zeitpunkt den Kurs besuchen werden (Kontrollgruppe)?

Im Kontext der Entwicklung und Evaluation des Certa-Pflegekurses wurden Pflegekurse zielgerichtet für deutsche und türkische PA angeboten und evaluiert (Fink-Heitz et al., 2009; Kapitel 3.4 und 4.4). Dieses Angebot wurde im Sinne von Uzarewicz als transkultureller Pflegekurs betitelt. Uzarewicz beschreibt den Begriff Transkulturalität im Gegensatz zu Interkulturalität. Transkulturalität beinhaltet laut Uzarewicz (1999) „... die empirischen Realität von Kulturwandel, Assimilation, Adaption und Wanderbewegung in der heutigen Welt.“ (S.125)

Die folgenden Kapitel 3, 4 und 5 sind in sich gegliedert zu den Arbeitsschritten systematische Übersichtsarbeit, Curriculumsentwicklung, quantitative Evaluationsstudie

sowie qualitative Evaluation deutsch-türkischer Pflegekurse.

3 Material und Methodik

Das Ziel der vorliegenden systematischen Übersichtsarbeit war eine Synopse zu Charakteristika und Effekten von Gruppenschulungen für PA. In den folgenden Kapiteln werden die Methode (Kapitel 3.1) sowie ausgewählte Ergebnisse (Kapitel 4.1) und deren Diskussion (Kapitel 5.1) dargestellt. Der Zweitautor nahm beratend an der Erarbeitung der systematischen Übersichtsarbeit teil. Die Veröffentlichung der systematischen Übersichtsarbeit erfolgte zusammen mit dem Zweitautor (Fink-Heitz & Behrens, 2015).

Erste Pflegekurse wurden von 2008-2009 von der Autorin, Margit Fink-Heitz, in Kooperation mit der Beratungsstelle für pflegende Angehörige und ältere Menschen der Arbeiterwohlfahrt (AWO) München angeboten. Die Pflegekurse der Jahre 2008-2009 wurden nur postevaluiert und als Pretest verwendet. In der zweiten Hälfte des Jahres 2009 erfolgte eine grundlegende Überarbeitung des Curriculums zum Certa-Pflegekurs 'Pflege & Bewegung' anhand der in Kapitel 4.2.2 dargestellten Experteninterviews und zu den theoretischen Überlegungen nach Krohwinkel (2008) (Kapitel 4.2.3). Ab dem Jahr 2010 wurde zudem eine externe Dozentin engagiert und ein passendes Raumangebot organisiert. Die Pflegekurse der Jahre 2010 und 2011 wurden anhand einer nicht-randomisierten kontrollierten Studie evaluiert (Kapitel 3.3, 4.3 und 5.3).

Im Jahr 2015 unternahm Zollbrecht et al. (2015) eine Analyse der Alltagssituationen aus der Perspektive der PA (Kapitel 4.2.1), welche den Bereich Bewegung als zentralen Bildungsinhalt des bereits bestehenden Certa-Pflegekurses 'Pflege & Bewegung' bestätigte und Themen für weitere Pflegekurse aufzeigte.

3.1 Material und Methodik der systematischen Übersichtsarbeit

Der methodische Rahmen der systematischen Übersichtsarbeit orientierte sich an den Kriterien des PRISMA Statements (Liberati et al., 2009). Ein Studienprotokoll wurde erstellt (Fink-Heitz & Behrens, eingereicht).

Die Recherche zu Charakteristika und Erfolg von Gruppenschulungen erfolgte in den Datenbanken Medline und Cinahl für den Zeitraum Januar 2000 - September 2013

Die Recherche in den weiteren Datenbanken Carelit, Solit, KDA, www.buch.de, Bibnet.org ergaben keine relevanten Treffer (Rechercheprotokoll: Anhang 1) und wurden deshalb auch in der Veröffentlichung von Fink-Heitz & Behrens (2015) nicht berücksichtigt. Die sensitive Recherche in den Datenbanken ergab insgesamt 226 Treffer (Medline 115 Treffer; Cinahl 111 Treffer). Davon waren drei Studien Duplikate. Die verbliebenen 223 Treffer wurden anhand der Ein- und Ausschlusskriterien analysiert. Als Grundlage für die Einschätzung dienten der Titel und der Abstract der jeweiligen Studie und bei Unklarheiten zur Intervention der Volltext. 30 Studien wurden im Volltext nochmals genau analysiert. Nach dem letzten Schritt der Recherche wurden 15 Studien in die systematische Übersichtsarbeit eingeschlossen (Fink-Heitz & Behrens, 2015).

In die Übersichtsarbeit wurden sowohl randomisierte als auch nicht-randomisierte Studien eingeschlossen. Die methodische Bewertung der einzelnen Studien erfolgte anhand der Einstufung der Evidenzklassen nach Behrens und Langer (2004). Diese entsprechen weitestgehend den Evidenzklassen des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e. V. (DNEbM). Lediglich Fachartikel der Evidenzklasse 5 (Behrens & Langer, 2004) wurden ausgeschlossen. Den Studien musste eine Gruppenschulung (mindestens drei Personen, mindestens sechs Stunden) von PA zugrunde liegen. Eingeschlossen wurden Schulungen zu Themenbereichen der häuslichen geriatrischen Pflege. Die Versorgung der PP erfolgte im häuslichen Bereich oder war zeitnah geplant. Die Studienteilnehmer mussten ein Mindestalter von 18 Jahren aufweisen. Es wurden nur deutsch-, englisch- und französischsprachige Veröffentlichungen berücksichtigt.

Anhand einer vorliegenden Checkliste wurden die Studiendaten und Ergebnisse der eingeschlossenen Arbeiten extrahiert. Die Checkliste zur Datenextraktion enthielt folgende Punkte: Studiendesign; Probanden (Stichprobengröße, Spezifika, Drop-out-Rate); Intervention (Schulungsdauer, didaktische Elemente, Trainerqualifikation); Erhebung (Befragungszeitpunkte, Assessmentinstrumente); Limitationen der Studie; zentrale Ergebnisse mit Signifikanzniveau und Effektstärke.

3.2 Material und Methodik der Curriculumsentwicklung

Aufgrund der bereits vorliegenden wissenschaftlich gut nachgewiesenen Bedürftigkeit von PA und des gesetzlichen Auftrags, Pflegekurse zu finanzieren (Bundesministerium für Gesundheit, 01.01.1995), entwickelte die Autorin, ein theoretisch fundiertes Curriculum zur Certa-Schulung 'Pflege & Bewegung'. Dabei bildeten die im § 45 SGB XI festgelegten Ziele und die in den Rahmenverträgen der Pflegekassen genannte Kursdauer den Rahmen.

Der Ansatz von Robinsohn (1975) wurde als theoretische Grundlage für die Strukturierung der Curriculumsentwicklung angewandt. Dieser Ansatz geht von der Annahme aus, dass die Hauptaufgabe der „Erziehung“ und damit auch der Erwachsenenbildung (Anm. Zollbrecht et al., 2015) darin besteht, „Ausstattung zur Bewältigung von Lebenssituationen“ zu vermitteln. Nach Robinsohn (1975) soll die Curriculumsentwicklung in drei Schritten erfolgen. Zu Beginn müssen die vielfältigen Themenbereiche auf die Bedürfnisse des Lernenden eingegrenzt werden. Bei der vorliegenden Curriculumsentwicklung wurden Situationen in der häuslichen Laienpflege qualitativ analysiert. Als zweiter Schritt sind nach Robinsohn (1975) die Qualifikationen abzuleiten, die die Bewältigung dieser Situationen unterstützen. Im Rahmen dieser Aufgabe wurden für die vorliegende Untersuchung Experten befragt. Aus dem Katalog mit Situationen und den dazu erforderlichen Qualifikationen wurden als dritter Schritt Bildungsinhalte abgeleitet. In der vorliegenden Arbeit sollen die Bildungsinhalte diejenigen Qualifikationen vermitteln, welche eine Bewältigung der belastenden Situationen im Pflegealltag ermöglichen.

Alltagssituationen aus der Perspektive der PA. In der Veröffentlichung von Gröning et al. (2012) berichten vierzig pflegende Angehörige, was die Pflege einer anvertrauten Person für sie und ihre Familien bedeutet. Entsprechend der nachfolgenden Kriterien wurden folgende „Pflegegeschichten“ aus Gröning et al. (2012) für die qualitative Analyse ausgewählt: „Mein Leben nach dem Schlaganfall meiner Mutter“ (S. 17 ff.); „Wie 'Sisyphos'“ (S. 110 ff.) und „Lotse in einer gefährlichen Passage“ (S. 195 ff.). Die Entscheidung für die drei Pflegegeschichten erfolgte anhand folgender Auswahlkriterien:

Die Versorgung des PP erfolgt überwiegend durch einen Angehörigen oder eine

ehrenamtliche Pflegeperson. Die PP wird in der Geschichte überwiegend zu Hause versorgt, da bei einer stationären Versorgung Teilbereiche der pflegerischen Alltagssituationen fehlen. Die Pflegegeschichte enthält mehrere Situationen aus dem Pflegealltag beziehungsweise berichtet über einen längeren Zeitraum. Die Pflegeperson stellt in der Erzählung Ereignisse unterschiedlichster Art dar. Pflegegeschichten mit fast ausschließlich emotionalen oder ethischen Schwerpunkten waren für die Beantwortung der Untersuchungsfrage nicht geeignet und wurden deshalb nicht mit eingeschlossen.

Die Auswertung der Texte erfolgte unter Übernahme des Ablaufmodells von Mayring (2008). In einem ersten Schritt wurden die Analyseeinheiten bestimmt. Die Analyseeinheit war die jeweilige, ausgewählte Pflegegeschichte. Die Kommentare der Buchautoren zu Anfang jeder Pflegegeschichte wurden nicht in die Inhaltsanalyse einbezogen. Als Auswertungseinheit wurden die Aktivitäten, sozialen Beziehungen und existenziellen Erfahrungen des Lebens (ABEDL) (Krohwinkel, 2013) gewählt. Für den zweiten Schritt, die Festlegung der Einschätzungsdimension, wurde ebenfalls auf die Darstellung, die Erläuterungen und Beispiele nach Krohwinkel (2013, S. 40) Bezug genommen. Die Zuordnung zu den einzelnen Kategorien wurde von den beiden erstgenannten Autor/-innen der Arbeit von Zollbrecht et al. (2015) vorgenommen. Bei der Zuordnung der Textstellen wurde sowohl die Perspektive der PP als auch die des PA berücksichtigt. Zudem ließen sich die Auswirkungen zu den einzelnen Kategorien oftmals nicht eindeutig dem PA oder der PP zuordnen. Folgendes Beispiel soll dies verdeutlichen: *„Reden können wir kaum noch bzw. mein Interesse daran tendiert gegen Null. Es ist eigentlich alles gesagt. An meinem außerhäuslichen Alltag kann sie nicht teilnehmen, kann Probleme nur begrenzt nachvollziehen, ist gefangen in den Problemen eigener Unzulänglichkeit und Abhängigkeit ...“* (Gröning, 2012, S. 115). Die mangelhaft erlebte Kommunikation betrifft beide – die PP und seinen PA. Für den dritten Schritt, die Bestimmung der Ausprägung, wurde über alle drei Beispiele hinweg die Häufigkeit der relevanten Textstellen zu den jeweiligen Kategorien festgelegt. Im vierten Schritt wurden die Kategorien definiert, Ankerbeispiele genannt und Kodierregeln erstellt.

Qualifikationen zur Bewältigung von pflegerischen Alltagssituationen. Der zweite Schritt der Curriculumsentwicklung nach Robinsohn (1975) betrifft Qualifikationen, welche zur Bewältigung von pflegerischen Alltagserlebnissen nötig

sind. Um entsprechende Qualifikationen zu definieren, wurden Experten interviewt. Nach Gläser und Laudel (2010, S. 11) sind Experten „Angehörige einer Funktionselite, die über besonderes Wissen verfügen“. Daher qualifizieren sich als Experten Personen, die bereits Erfahrung in der Vermittlung von pflegerischen Inhalten und nicht zuletzt in der intensiven Zusammenarbeit mit PA sammeln konnten. Zur Ermittlung der nötigen Qualifikationen wurden in der vorliegenden Arbeit zwei Lehrerinnen für Pflegeberufe und die Leiterin einer Beratungsstelle (Diplom-Sozialgerontologin) im August 2009 befragt. Zu diesen offenen Interviews wurden Ergebnisprotokolle angefertigt.

Bildungsinhalte für Certa-Pflegekurse. Frau Fink-Heitz leitete von 2005 – 2007 Pflegekurse. Diese Kurse wurden evaluiert und inhaltlich und bezüglich der Rahmenbedingungen kontinuierlich an die Bedürfnisse der Teilnehmer/-innen angepasst. Das Curriculum wurde 2007 sieben PA vorgestellt und mit ihnen diskutiert. Die PA vermissten dabei pflegerische Inhalte bei Bettlägerigkeit. Deshalb wurden daraufhin pflegerische Inhalte auf Kosten anderer Inhalte, wie z. B. Vorstellung von Unterstützungsangeboten ausgeweitet. Zugleich wurden bei der Überarbeitung im Jahr 2009 drei Theorien (Hatch & Maietta, 2002; Krohwinkel, 2008; Lazarus, 1999) herangezogen.

3.3 Material und Methodik der quantitativen Evaluationsstudie

Die vorliegende Evaluation bezieht sich auf den Certa-Pflegekurs 'Pflege & Bewegung', welcher in den Jahren 2010 und 2011 drei Mal unter unveränderten Rahmenbedingungen stattfand.

3.3.1 Studiendesign

Um den Effekt des Certa-Pflegekurses 'Pflege & Bewegung' zu messen, wurde eine randomisierte, kontrollierte Studie geplant. Eine Power Analyse war aufgrund der fehlenden Vergleichbarkeit zu anderen Studien nicht möglich. Die Intervention und die Assessmentinstrumente waren zu unterschiedlich. Eine Randomisierung konnte aufgrund der geringen Anzahl an interessierten Teilnehmer/-innen und den damit verbundenen ethischen Überlegungen nicht umgesetzt werden. Die Studie wurde deshalb als kontrollierte Studie durchgeführt. Die Interventionsgruppe nahm am Certa-Pflegekurs 'Pflege & Bewegung' teil. Die wenigen Teilnehmer/-innen der

Kontrollgruppe wurden aus der Warteliste rekrutiert. Alle potentiellen Teilnehmer/-innen erhielten ein telefonisches Erstgespräch zu den Untersuchungszielen und der Studiendurchführung. Im Rahmen dieses Gespräches erhielten die Teilnehmer/-innen der Kontrollgruppe Hinweise zur Regelversorgung. Die Teilnehmer/-innen beider Gruppen gaben ihr schriftliches Einverständnis zur Studie. Die Befragungsergebnisse der Jahre 2010 und 2011 sind in die abschließende Analyse einbezogen.

3.3.2 Teilnehmerauswahl / Datenerhebung

Interessent/-innen für den Certa-Pflegekurs 'Pflege & Bewegung' meldeten sich bei der kooperierenden Angehörigenberatungsstelle oder bei der Forschungsleiterin. In der Bewerbung dieses Angebotes wurden sowohl Männer und Frauen, PA und interessierte Laienpfleger/-innen von geriatrisch erkrankten Menschen angesprochen. Es gab während des Untersuchungszeitraums zwei Anfragen zu Kursen für PA von behinderten Kindern. Da die Inhalte des Certa-Pflegekurses auf die Pflege älterer Menschen ausgerichtet sind, wurde bei diesen Anfragen auf die Möglichkeit der häuslichen Pflegeberatung verwiesen. Die Kurse der Jahre 2008 und 2009 wurden aufgrund der Veränderung bezüglich Räume, Dozentin und Inhalt nur postevaluiert und als Pretest verwendet. Für die Kurse in den Jahren 2010 und 2011 wurde vorab ein geeigneter Raum und eine geeignete Kursdozentin mit Erfahrung in der Krankenpflegehilfeausbildung gefunden, das Curriculum festgeschrieben und nicht zuletzt die Finanzierung über die Georg-Niedermeierstiftung und die Pflegekassen geklärt.

In die Evaluationsstudie wurden nur diejenigen Teilnehmer/-innen einbezogen, welche die folgenden Einschlusskriterien erfüllten: Alter über 18 Jahre; unbezahlte Unterstützung eines älteren Menschen (älter als 65 Jahre) für mindestens vier Stunden pro Woche zuhause oder in einer Senioreneinrichtung; ausreichende Deutschkenntnisse, schriftliche Zustimmung. Diese Einschlusskriterien entsprechen der repräsentativen Eurofamcarestudie mit 1003 Probanden aus Deutschland (Döhner et al., 2007). Die Teilnehmer/-innen der Interventions- und Kontrollgruppe wurden vor der Intervention (prae), nach der Intervention bzw. nach sechs bis acht Wochen (post¹) und zwei Monate nach der zweiten Befragung (post²) befragt. Die soziale Erwünschtheit wurde minimiert

durch die klare Rollenzuweisung und institutionelle Trennung von Dozentin, Begleitforscherin und den Sozialarbeiter/-innen der Angehörigenberatungsstelle.

Trotz intensiver Werbemaßnahmen anhand einer eigenen Homepage, Flyer, Anschreiben von Krankenhäusern (Entlassungsmanagement), ambulanten Pflegediensten, Angehörigenberatungsstellen in München und ehemaligen Teilnehmer/-innen sowie Informationsstellen der Stadt München, war es nicht möglich, ausreichend Teilnehmer/-innen für die geplanten vier Kurse im Jahr zu finden. Es wurden daraufhin zwei Kurse im Jahr 2010 und zwei Kurse im Jahr 2011 angeboten. Ein Kurs im Jahr 2011 musste abgesagt werden, da nur zwei Teilnehmer/-innen erschienen. Insgesamt wurden drei Kurse abgehalten. 37 Interessent/-innen wurden angeschrieben, über die Studienziele aufgeklärt und um Einwilligung zur Teilnahme an der Studie gebeten. Davon erfüllten fünf Teilnehmer/-innen nicht die Einschlusskriterien. Die meisten (8 potentielle Teilnehmer/-innen) lehnten die Befragung ab, da sie aktuell keine Angehörigen pflegen, sondern auf Aufwandsentschädigung als ehrenamtliche Helfer/-innen im Pflegeheim arbeiten. Eine Probandin gab an, dass ihr Angehöriger verstorben ist. Nicht zuletzt wurde die Teilnahme von einer Probandin abgelehnt aufgrund einer langen Reise. Zwei weitere Proband/-innen wünschten sich aktuell keine Fremdbetreuung aufgrund des schlechten Allgemeinzustandes der PP. An der vorliegenden Evaluationsstudie beteiligten sich 14 Teilnehmer/-innen in der Interventions- und sechs Teilnehmer/-innen in der Kontrollgruppe. Die Interessent/-innen erhielten postalisch die Information zur Evaluationsstudie und wurden gebeten soziodemographische Angaben zu machen. Alle Teilnehmer/-innen der Interventionsgruppe nahmen an über der Hälfte der Schulungen teil (vier von sechs Modulen). Davon besuchten 11 Teilnehmer/-innen (79%) die Veranstaltung vollständig. In der letzten Kurseinheit erhielten alle Teilnehmer/-innen die Möglichkeit den Kurs mündlich und anschließend schriftlich zu bewerten. Aufgrund der Absage eines Kurses wechselten zwei Proband/-innen der Interventionsgruppe in die Kontrollgruppe.

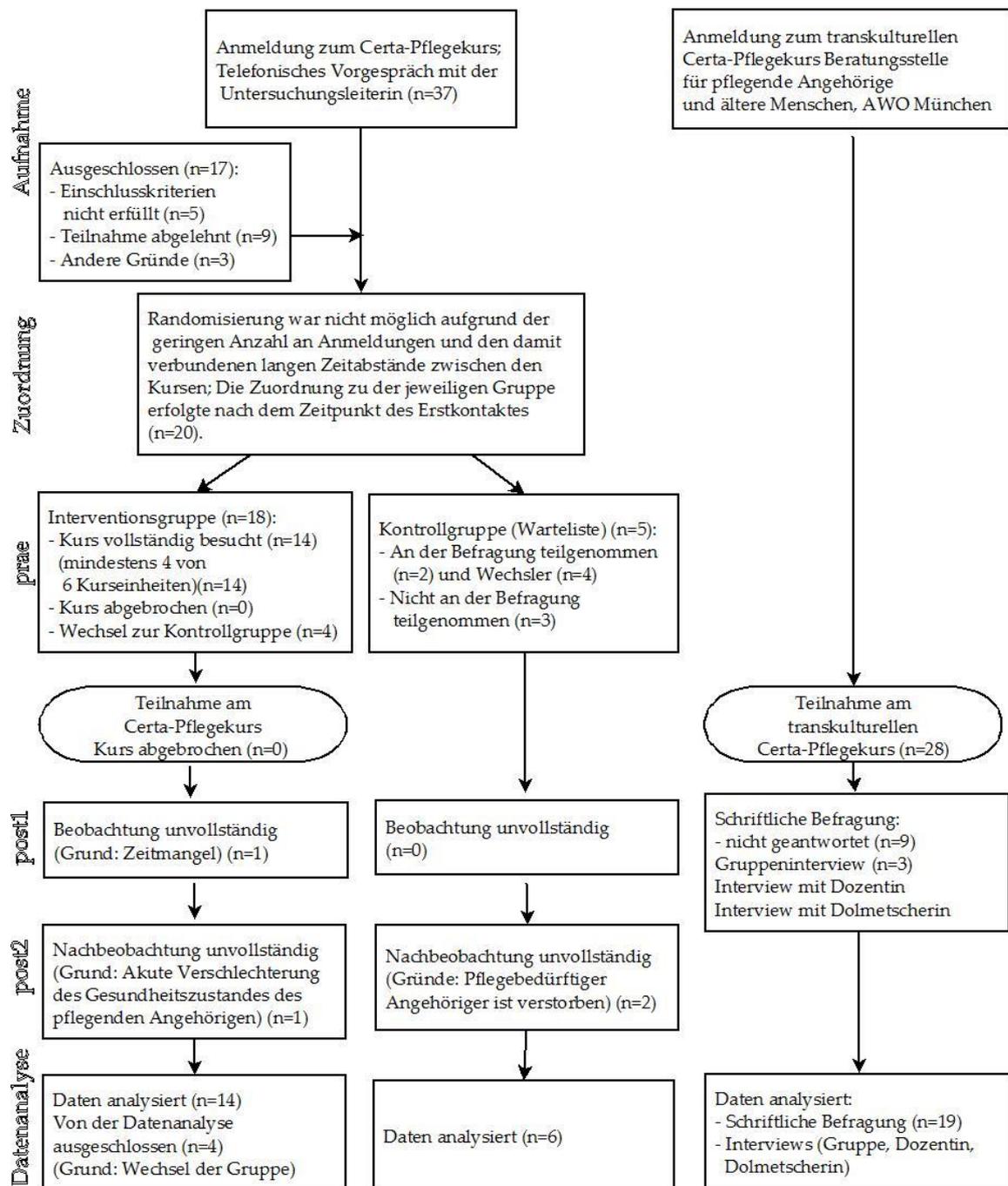


Abbildung 1 Aufnahme, Zuordnung, Datenerhebung und Datenanalyse

3.3.3 Ethikantrag und Studienregistrierung

Durch intensive Werbemaßnahmen sollten sehr viel mehr potentielle Interessent/-innen informiert und für die Pflegekurse gewonnen werden. Insgesamt sollten damit vier Kurse pro Jahr, und damit mehr Kurse als bislang üblich angeboten werden. Mit einer höheren Anzahl an Pflegekursen sollte sich die Wartezeit für die Probanden der Kontrollgruppe im Vergleich zur üblichen Regelversorgung verringern. Die geplante Studie mit Randomisierung wurde von der Ethikkommission der Universität Halle-

Wittenberg genehmigt. Über das Institut für Medizinische Epidemiologie, Biometrie und Informatik der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg war eine individuelle Randomisierung geplant. Aufgrund der geringen Interessentenzahl und den damit verbundenen ethischen Überlegungen fand die Randomisierung nicht statt. Die Zuweisung zur Kontrollgruppe hätte damit eine Wartezeit von bis zu einem Jahr bedeutet. Damit wäre eine schlechtere Voraussetzung getroffen worden im Vergleich zur damals aktuellen Regelversorgung. Die Voraussetzungen für das positive Votum der Ethikkommission konnten damit nicht mehr erfüllt werden. In Absprache mit Herrn Professor Johann Behrens wurde auf die Randomisierung verzichtet. Eine Rückfrage bei der Ethikkommission fand nicht statt, da die Teilnehmer/-innen der Interventions- und Kontrollgruppe die gleichen Voraussetzungen zum Kurs wie in der bislang üblichen Regelversorgung hatten. Die Registrierung der Studie erfolgte retrospektiv beim Deutschen Register für klinische Studien (DRKS; ID: DRKS00010782).

3.3.4 Gruppenzuteilung

Eine Zuordnung zur Interventions- bzw. Kontrollgruppe ergab sich aufgrund der Interessensbekundung für die Teilnahme an einem Kurs. Lag diese innerhalb von zwei Monaten vor einem Kurs, so wurde die Teilnehmerin der Interventionsgruppe zugeordnet. Bei einem ersten Kontakt außerhalb dieses Zeitraums, wurde die jeweilige Person der Kontrollgruppe zugeordnet. Die Probanden in der Kontrollgruppe erhielten zum nächstmöglichen Zeitpunkt ebenfalls das Angebot, an einem Certa-Pflegekurs teilzunehmen. Darüber hinaus erhielten aus ethischen Überlegungen sowohl die Probanden der Kontrollgruppe als auch die der Interventionsgruppe bereits bei der Anmeldung einen schriftlichen Hinweis auf die Regelversorgung bzw. weiterführende Angebote. Darüber hinaus wurde für Rückfragen der Angehörigen eine Möglichkeit geschaffen, telefonisch vorab mit der Dozentin oder den Mitarbeiter/-innen der Beratungsstelle für PA und ältere Menschen der AWO München Kontakt aufzunehmen. So wurde beispielsweise bei einer fehlenden Betreuung der PP während des Zeitraums des Kurses Hilfe organisiert.

3.3.5 Interventionen

Das Curriculum zum Certa-Pflegekurs 'sich bewegen' (Kapitel 4.2.3) wurde in Gruppenschulungen angewandt. Die Schulung erfolgte sehr praxisorientiert mit vielen

Übungen und dem Ziel, dass die PA konkrete Hinweise und Tipps in ihrem Alltag umsetzen können.

3.3.6 Zielvariablen

Die primären Zielvariablen (Sturzangst und Belastungserleben) wurden an drei Messzeitpunkten (prae, post¹ und post²) anhand eines Fragebogens (Tabelle 1) erhoben. Der Fragebogen wurde per Post übermittelt oder im Anschluss an die Kurseinheit mit Rückemeldekuvert übergeben. Der Fragebogen enthielt neben Fragen zur Sturzangst und zum Belastungserleben auch Fragen zu den soziodemographischen Merkmalen der Teilnehmer/-innen und deren PP, zum Bereich Bewegung, zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität und zu kursspezifischen Hinweisen wie Zugang zum Kurs und Einschätzung des Kurses.

Tabelle 1 Inhalte des Fragebogens

Fragen betreffen:	Soziodemographische Daten	Bewegung	Gesundheit	Fragen zum Kurs
Pflegende/-r Angehörige/-r	Geschlecht Alter Verwandtschaftsverhältnis Kinder Enkelkinder Erwerbstätigkeit Ausmaß der Pflege (Anzahl der PP, Stunden, Entfernung)	Sturzangst (FES-I)	allgemeine Gesundheit Lebensqualität (zwei Fragen aus SF-36) Belastungserle- ben (COPE- Index)	Kursanmeldung, Kursevaluation, Kursempfehlung , Sonstiges
Pflegebedürf- tige Person	Geschlecht Alter Wohnort Einschränkungen Dauer der Pflegebedürftigkeit Pflegestufe Arztkontakte	Sturz (Häufigkeit, Verletzung) Bewegungs- fähigkeit (ein Fragenkomplex aus dem Barthel-Index)		

Soziodemographische Daten. Elf Fragen zu den soziodemographischen Daten betrafen den PA (Tabelle 3, 4, 7) und weitere neun Fragen die PP (Tabelle 9, 8). Diese Fragen wurden von der Eurofamcarestudie (McKee et al., 2003) übernommen.

Bewegung. Der primäre Effekt der Teilnahme am Certa-Pflegekurs 'Pflege & Bewegung' wurde anhand der Sturzangst des PA, dass die anvertraute PP stürzen könnte, gemessen (Tabelle 13, 14). Zur Messung der Sturzangst wurde das in deutscher Sprache validierte Assessmentinstrument, die Falls Efficacy Scale-International Version

(FES-I) (Dias et al., 2006) verwendet. Ausgehend von 16 Aktivitäten gaben die Teilnehmer/-innen an, wie groß die Bedenken sind, dass der pflegebedürftige Mensch bei den genannten Alltagsaktivitäten einen Sturz erleidet. Die Bewertungsskala reichte von einem Punkt («keine Bedenken») bis vier Punkte («sehr große Bedenken»). Bei mehr als vier fehlenden Antworten wurde der jeweilige Fragebogen nicht ausgewertet. Bei nicht mehr als vier fehlenden Fragen wurde der Durchschnittswert der beantworteten Fragen den fehlenden Fragen zugrunde gelegt (ProFaNE, zuletzt geprüft 2016). Laut Dias et al. (2006) sind sowohl die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha (α)=0.96) als auch die Retest-Reliabilität ($r=0.96$) des FES-I hoch. Die Item-Interkorrelation reicht von $r=0.29$ - 0.79 und liegt im Mittel bei $r=0.55$. Eine Anwendung des FES-I bei PA ist bislang erstmalig (Stand 11.4.16) bei Shen et al. (2015) veröffentlicht worden. In der Studie von Shen et al. (2015) wurde sowohl die Sturzangst bei 539 Patienten nach einer Hüftfraktur als auch die der zugehörigen PA gemessen. Die Angst der PA bezog sich dabei auf einen (erneuten) Sturz der PP. Dabei verwendeten die Forscher/-innen, wie auch in der vorliegenden Certa-Evaluationsstudie, die Falls Efficacy Scale-International (FES-I) (Yardley et al., 2005). Die Angst der PA war in der Gesamtauswertung signifikant geringer, als die der Patienten ($p<0.001$, $z\text{-Wert}(z)=-12.00$). In der Teilanalyse hatten jedoch 116 PA (21,5%) einen höheren FES-I Gesamtscore als deren zugeordneten Patienten. Im weiteren Verlauf der Studie von Shen et al. (2015) wurde der Einfluss der Sturzangst der PA auf den Rehabilitationsprozess nach einer Hüftfraktur aufgezeigt. So korrelierte eine höhere Diskrepanz zwischen der Sturzangst des Patienten und seines Angehörigen mit einem schlechteren Rehabilitationsverlauf. Der Rehabilitationsverlauf wurde gemessen anhand des functional recovery score (FRS) (Zuckerman et al., 2000).

Die 16 Fragen des FES-I wurden in der Certa-Evaluationsstudie mit zwei Fragen zu den Bedenken zum Transfer vom Bett auf den Stuhl und vom Aufstehen aus einer liegenden Position (vom Bett aufstehen) ergänzt. Die zusätzlichen Fragen wurden separat ausgewertet (Tabelle 15).

Zusätzlich wurden zwei Fragen zu Sturzhäufigkeit und -folgen (Tabelle 12), sowie zur Bewegungsfähigkeit anhand eines ausgewählten Fragekomplexes aus dem Barthel-Index (Mahoney & Barthel, 1965; Tabelle 11) gemessen. Der Barthel-Index wurde auch in der Eurofamcarestudie verwendet. Die niedrigste Punktzahl zur Bewegungsfähigkeit vom Bett auf einen daneben stehenden Stuhl liegt bei 0 und die höchste Punktzahl (ohne

Hilfe) des ausgewählten Items liegt bei 15 Punkte. Der Barthel-Index ist ein in der Forschung und in der Praxis weit verbreitetes Instrument. Bei Heuschmann et al. (2005) wird sowohl die Validität als auch eine hohe Inter- und Intrareliabilität des Barthel-Index beschrieben.

Gesundheit. Die Untersuchungsergebnisse von Bell et al. (2001) und Kofahl et al. (2010, S. 206) weisen darauf hin, dass spezifisch für PA entwickelte Instrumente besser die subjektive psychosoziale Gesundheit messen können als generische Instrumente. Sie empfehlen den Einsatz spezifisch für PA entwickelte Instrumente wie z. B. den Cope-Index. Der Cope-Index wurde im Rahmen eines Projektes der Europäischen Union entwickelt. Es basiert auf dem Modell von Nolan et al. (1996) zu der subjektiven Einschätzung der negativen und positiven Aspekte sowie der sozialen Unterstützung von PA (Tabelle 5, 16, 17). Der Cope-Index wurde in mehrere Sprachen übersetzt und im Rahmen der Eurofamcarestudie bei PA aus sechs europäischen Ländern evaluiert (Balducci et al., 2008; Döhner et al., 2007). Der Fragebogen besteht aus 15 Fragen. Daraus werden Summenscores zu den drei Dimensionen separat gebildet: Positive Aspekte (vier Fragen) und negative Aspekte (sieben Fragen), die durch Pflege entstehen, sowie die Qualität der Unterstützung durch professionelle und informelle Helfer (vier Fragen). Die Items werden auf einer Vier Punkte Skala eingeschätzt: 4 «immer», 3 «meistens», 2 «manchmal» und 1 «nie». Für fünf Items ist die Vier Punkte Skala um die Antwortmöglichkeit «nicht zutreffend» erweitert. Diese Antworten werden wie fehlende Antworten ausgewertet. Für den Bereich Belastung (negative Aspekte) wurde eine hohe interne Konsistenz ($\alpha=0.83$) nachgewiesen. Für die Bereiche Wertschätzung (positive Aspekte, $\alpha=0.64$) und soziale Unterstützung ($\alpha=0.64$) wurden geringere Konsistenzwerte ermittelt (Balducci et al., 2008). Zusätzlich wurden für die Erhebung gesundheitsbezogener Lebensqualität zwei Fragen aus dem SF 36 (Bullinger & Kirchberger, 2012; Tabelle 6,18) eingesetzt. Diese Fragen wurden auch in der Eurofamcarestudie verwendet. Die Antwort erfolgt bei beiden Fragen durch eine Likert Skala und reicht bei beiden Fragen von «ausgezeichnet/sehr gut» bis «schlecht/sehr schlecht».

Der Gesundheitszustand der PP wurde anhand zweier offener Fragen zum Hauptgrund und zu den weiteren Gründen der Pflegebedürftigkeit erhoben. Zusätzliche wurden ungeplante Arzt- und Krankenhausaufenthalte analysiert (Tabelle

10).

Fragen zum Kurs. In der Querschnittuntersuchung von Dörpinghaus und Weidner (2006) wurden Fragen zur Rekrutierung und zur Teilnehmerzufriedenheit gestellt. Es wurden insgesamt drei Fragen zur Rekrutierung und Kursevaluation aus der Studie von Dörpinghaus und Weidner (2006) übernommen (Tabelle 19, 20).

3.3.7 Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung erfolgte mit SPSS Version 21 (IBM). Die soziodemographischen Daten und Fragen zum Kurs wurden deskriptiv ausgewertet. Die Darstellung in den Tabellen 3 bis 9 erfolgte im Gruppenvergleich und im Vergleich zu repräsentativen Querschnittstudien. Um eine annähernde Vergleichbarkeit zu gewährleisten, wurden dabei auch bei Stichproben unter 100 Prozentzahlen und arithmetische Mittelwerte angegeben.

Die stetigen Variablen wurden mit Mittelwerten und Standardabweichungen repräsentiert. Diskrete Merkmale wurden mit absoluten und relativen Häufigkeiten angegeben. Diese Werte wurden graphisch mit Profilplots und Boxplots dargestellt. Um mögliche Gruppenunterschiede im zeitlichen Verlauf zu analysieren, wurden ANOVAS mit Messwiederholungen errechnet. Dies geschah in Absprache mit mit Frau Dr. Christine Lautenschläger (Mitarbeiterin des Instituts für Medizinische Epidemiologie, Biometrie und Informatik, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg; Gespräch, Juli 2015). Als Signifikanzniveau wurde ein α von 5% gewählt.

3.4. Material und Methodik der qualitativen Evaluationsstudie

Zwischen 2005 und 2008 fanden insgesamt vier Pflegekurse von der AWO München als transkulturelle Pflegekurse mit türkischsprachiger Kursbegleitung statt. Da es bislang nur wenige qualitative Studien (Zielke-Nadkarni, 2003; Günster et al., 2012) und keine repräsentative Daten für PA aus dem türkischen Kulturkreis in Deutschland gibt, wurden soziodemographische Daten der Teilnehmer/-innen deskriptiv und Abschlussgespräche mit Teilnehmer/-innen und der türkischen Kursbegleiterin qualitativ ausgewertet (Fink-Heitz et al., 2009). Das Ziel der vorliegenden Erhebung war, die Inhalte und die Kursgestaltung noch spezifischer auf potentielle Teilnehmer/-innen

auszurichten.

Im April 2008 wurden die Teilnehmer/-innen retrospektiv schriftlich zu ihren soziodemographischen Daten und zu ihrer persönlichen Einschätzung der Pflegekurse befragt. Für die schriftliche Befragung wurde ein Fragebogen in Anlehnung an Dörpinghaus und Weidner (2006) erstellt und in die türkische Sprache übersetzt. Der Migrantenstatus wurde anhand der Empfehlungen von Schenk et al. (2006) erhoben. Der anonyme Umgang mit den Daten wurde schriftlich zugesichert. Leitfadengestützte Interviews von drei Teilnehmer/-innen sowie der türkischen Kursbegleiterin wurden transkribiert und nach Mayring (2008) von zwei Forscher/-innen qualitativ analysiert (Hoffmann et al., 2009).

4 Ergebnisse

4.1 Ergebnisse der systematischen Übersichtsarbeit

Bei der systematischen Übersichtsarbeit wurden sowohl die Charakteristika der eingeschlossenen Studien als auch die Charakteristika und Effekte der Interventionen analysiert.

4.1.1 Charakteristika der eingeschlossenen Studien

Die in Folge beschriebenen Studiencharakteristika sind in Form einer Synopse in der Veröffentlichung von (Fink-Heitz & Behrens 2015) einzusehen.

Studiendesigns: Fünf der eingeschlossenen 15 Studien stammten aus den USA (Huynh-Hohnbaum et al., 2008; Hepburn et al., 2007; Backhaus et al., 2010; Powers, 2006; Leutz et al., 2002) und eine aus Kanada (Hébert et al., 2003). Jeweils eine Studie wurde im Iran (Javadpour et al., 2009) und in Thailand (Oupra et al., 2010) realisiert. Die restlichen sieben Studien fanden in Europa statt (Larson et al., 2005; Aakhus et al., 2009; Onor et al., 2007; van den Heuvel et al., 2002; Andrén & Elmståhl, 2008; Kurz et al., 2010). Nur eine dieser europäischen Studien war aus dem deutschsprachigen Raum (Kurz et al., 2010). Bei der größten Anzahl der vorliegenden Studien handelte es sich um randomisierte, kontrollierte Studien (RCT) (n=10). Bei zwei Studien wurde das kontrollierte, klinische Design gewählt. Drei Studien erfolgten im prä-post Design. Längerfristige Effekte wurden im Abstand von mindestens zwei Monaten (Huynh-Hohnbaum et al., 2008) und von bis zu 15 Monaten (Kurz et al., 2010) nach der

Erstuntersuchung gemessen.

Stichprobengröße: Die 15 berücksichtigten Studien schlossen insgesamt 2412 Teilnehmer/-innen ein. Die individuelle Stichprobengröße variierte dabei zwischen 11 (Powers, 2006) und 308 Teilnehmer/-innen (Andrén & Elmstähl, 2008).

Teilnehmer/-innen: Das mittlere Alter der PA lag zwischen 44,2 (Oupra et al., 2010) und 68,2 Jahren (Larson et al., 2005). Es wurden weit mehr krankheitsspezifische Kurse (n=11) als krankheitsübergreifende Kurse (n=3) angeboten. In allen Studien nahmen deutlich mehr weibliche (56%-100%) als männliche Probanden (44%-0%) teil. Nur in fünf der insgesamt 15 Studien gab es eine Zeitangabe der Pflege bzw. der Erkrankungsdauer. Beispielsweise wurden bei Oupra et al. (2010) Teilnehmer/-innen kurz nach dem Schlaganfall (24-48 Stunden) in die Studie aufgenommen. Die Teilnehmer/-innen bei Hébert et al. (2003) mussten seit mindestens sechs Monaten die PP betreuen. Bei Hepburn et al. (2007) durften nur Angehörige mit zweijähriger oder geringerer Pflegeererfahrung teilnehmen. In drei Studien (Aakhus et al., 2009; Backhaus et al., 2010; Oupra et al., 2010) befanden sich die Probanden noch in einer geriatrischen Einrichtung oder in der Rehabilitationsklinik vor der geplanten Entlassung. Gerade in den großen Studien (n≥200) berichten die Forscher von einer schwierigen Rekrutierung von PA und teilweise sehr hohen Drop-out-Raten. Bei Andrén und Elmstähl (2008) gaben von 2721 potentiellen Teilnehmern nur 308 Probanden ihre Einverständniserklärung. Auch Leutz et al. (2002) berichten, dass von 1200 angeschriebenen Mitgliedern der Healthcare Maintenance Organisation (HMO) nur 532 Personen teilnahmen. Die Drop-out-Rate lag bei Leutz et al. (2002) bei 40%. Huynh-Hohnbaum et al. (2008) erreichte bei einer Probandenzahl von 199 Personen mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen eine niedrige Drop-out-Rate von 10%. Die Teilnehmer/-innen erhielten eine finanzielle Anerkennung von 100 Dollar für den Besuch aller acht Kurseinheiten.

4.1.2 Charakteristika der untersuchten Interventionen

Die Intervention „Gruppenschulung für PA“ wurde vorab definiert als Schulung für mindestens drei Personen. Die ermittelten Schulungen der vorliegenden 15 Studien dauerten zwischen 19,5 Stunden (Kurz et al., 2010) und sechs Stunden (Aakhus et al.,

2009). Bei 13 der 15 Studien wurde die Qualifikation der Trainer/-innen benannt. Dazu gehörten Psycholog/-innen (n=2), Sozialarbeiter/-innen (n=2), Mitarbeiter/-innen der Krankenkasse (n=1) und der Selbsthilfeorganisationen (n=3), Pfleger/-innen (n=4), Pädagog/-innen (n=2), Ärzt/-innen (n=4). Nur in zwei der 15 eingeschlossenen Studien erhielten die Trainer/-innen vor der Intervention eine Schulung (Kurz et al., 2010; van den Heuvel et al., 2002).

Die Schulung für die PA wurde bei den meisten Evaluationsstudien im Zusammenhang mit der Studie konzipiert. Nur bei fünf Studien fanden sich Hinweise zur Evaluation eines bereits vorliegenden Konzeptes (Kurz et al., 2010; Leutz et al., 2002; Hébert et al., 2003; Huynh-Hohnbaum et al., 2008; Hepburn et al., 2007). Vortrag (n=4), Gruppendiskussionen (n=3) und Austausch (n=3) waren die häufigsten didaktischen Elemente der Schulungen. Darüber hinaus setzten Leutz et al. (2002) und Kurz et al. (2010) Rollenspiele ein. Bei Onor et al. (2007) wurde ein Begleitangebot für PP integriert.

Bei drei der 15 Studien wurde die Gruppenschulung mit anderen Angeboten erweitert. Bei Andrén und Elmstahl (2008) erhielten die Angehörigen das Angebot zu einer dreimonatigen betreuten Selbsthilfegruppe. Bei Waldorff et al. (2012) und Oupra et al. (2010) fanden telefonische Nachsorgegespräche statt.

Die Kontrollintervention bestand bei vier Studien aus der Regelversorgung. Bei zwei Studien erhielt die Kontrollgruppe keine Intervention (Onor et al., 2007; Javadpour et al., 2009). Ein Hinweis zur ethischen Rechtfertigung dieses Vorgehens ist in den beiden Studien nicht beschrieben. Bei Kurz et al., (2010) und Waldorff et al. (2012) fand ein individuelles Beratungsgespräch statt. Bei Hébert et al. (2003) wurde den Teilnehmer/-innen der Kontrollgruppe die Beratung durch eine Selbsthilfeorganisation empfohlen. Ein Wartelistendesign nutzten Hepburn et al. (2007) und Aakhus et al. (2009). Bei Larson et al. (2005) wurde den Teilnehmer/-innen ein offener Vortrag angeboten. An diesem Vortrag nahmen drei Personen teil.

4.1.3 Effekte der Intervention

In den eingeschlossenen Studien wurden folgende Bereiche bezogen auf den PA fokussiert: Lebensqualität, Wohlbefinden, Zufriedenheit, subjektive Gesundheit, Distress, depressive Verstimmung, subjektives Belastungserleben, Affektregulierung, Ängstlichkeit, Coping, Selbstwirksamkeit, Selbstvertrauen in pflegerische Kompetenz,

soziale Unterstützung, Rahmenbedingungen der häuslichen Pflege. Die hier vorliegende Ergebnisdarstellung fokussiert sich auf das Belastungserleben, und der damit verbundenen Lebensqualität sowie auf das Empowerment im pflegerischen Bereich.

Bei der Darstellung der Effekte wurde in den vorliegenden Studien ein Signifikanzniveau der Punktdifferenzen zwischen verschiedenen Messzeitpunkten und wenn gegeben auch zwischen den Gruppen berechnet. Bei Andrén & Elmstahl (2008) erfolgte die Darstellung aller mittlern Belastungswerte (t-Tests) zu den jeweiligen Meßzeitpunkten anhand einer Zuordnung zu drei Levels («gering»1.00-1.99, «mittel»2.00-2.99 und «hoch»3.00-4.00). In der Studie von van den Heuvel et al. (2002) wurde die Effektstärke mit Cohens (d) und in der Studie von Backhaus et al. (2010) mit dem Partiellen Eta-Quadrat (η^2) angegeben. In den weiteren in die Übersichtsarbeit eingeschlossenen Studien wurden keine Effektmaße berechnet.

Mit Ausnahme von drei Studien (Powers, 2006; van den Heuvel et al., 2002; Larson et al., 2005) wurden in allen Studien mindestens ein und bis zu drei Fragebögen zu den Bereichen subjektives Belastungserleben und depressive Verstimmung eingesetzt. Das Belastungserleben der pflegenden Angehörigen verbesserte sich signifikant bei der Teilgruppe der moderat an Demenz erkrankten Personen bei Oupra et al. (2010) ($p < 0.001$ post²) und bei Andrén & Elmstahl (2008) ($p = 0.05$ post¹). Eine Darstellung der Effektstärke erfolgte bei Andrén & Elmstahl allerdings nicht für die Teil- sondern nur für die Gesamtgruppe. Dabei wurde der prozentuale Anteil der niedrig-, moderat- und hochbelasteten Angehörigen in der Interventions- und Kontrollgruppe für alle drei Befragungszeitpunkte tabellarisch gegenüber gestellt. Beispielsweise vergrößerte sich der Anteil der geringbelasteten Angehörigen in der Interventionsgruppe von 43% (prae), 53% (post¹) zu 58% (post²) in der Interventionsgruppe. In der Kontrollgruppe vergrößerte sich im selben Zeitraum ebenfalls der Anteil der geringbelasteten Angehörigen (prae 43%, post¹ 44%, post² 58%). Demgegenüber verbesserte sich das Belastungserleben bei allen Teilnehmer/-innen bei Onor et al. (2007) ($p = 0.017$ post¹; $p = 0.014$ post²) und bei Javadpour et al. (2009) ($p = 0.0001$).

Verbessert hat sich das Belastungserleben nicht-signifikant auch bei Huynh-Hohnbaum et al. (2008) ($p = 0.797$). Keine Effekte bezüglich des Belastungserlebens konnten bei Hepburn et al. (2007) ($p = 0.595$) und Hébert et al. (2003) ($p = 0.39$)

nachgewiesen werden. Bei Backhaus et al. (2010) konnte ebenfalls keine Verbesserung des Belastungserlebens in der Interventionsgruppe nachgewiesen werden. Da sich in der Kontrollgruppe das Belastungserleben jedoch deutlich verschlechterte, ergab sich im Vergleich der beiden Gruppen ein signifikant besseres Abschneiden der Interventionsgruppe ($p=0.01$ post²). Backhaus et al. (2010) geben dazu in ihrer Veröffentlichung nur den t-Wert und keine Effektstärke an. Eine Verbesserung der depressiven Verstimmung wurde bei Kurz et al. (2010) ($p=0.38$) bei Leutz (von 47% auf 35%), Waldorff et al. (2012) ($p=0.16$ post¹; $p=0.01$ post²) und signifikant bei Huynh-Hohnbaum et al. (2008) ($p=0.047$) und Onor et al. (2007) ($p=0.014$ post¹; $p=0.015$ post²) festgestellt. Kein Effekt auf depressive Verstimmung ergab sich bei Hébert et al. (2003) ($p=0.13$) und Aakhus et al. (2009). In 7 der insgesamt 15 eingeschlossenen Studien schätzten die Teilnehmer/-innen ihre Lebensqualität oder einen Teilaspekt davon (Wohlbefinden, subjektive Gesundheit, gesundheitsbezogene Lebensqualität) ein. In den Studien von Oupra et al. (2010) und Javadpour et al. (2009) wurden signifikante und bei Kurz et al. (2010) nicht-signifikante Verbesserungen diskutiert. Dabei schnitten bei Aakhus et al. (2009) die Teilnehmer/-innen der Kontrollgruppe tendenziell besser ab. Bei Larson et al. (2005) verbesserte sich in der Gruppe derjenigen Teilnehmer/-innen, welche an allen Kursmodulen teilnahmen, die Lebensqualität signifikant. In allen genannten Studien gab es keine Angaben zu den Effektstärken. In den weiteren Studien wurden die Ergebnisse nicht weiter ausgeführt (Andrén & Elmstähl, 2008; Waldorff et al., 2012).

Insgesamt nur vier Studien bildeten eine Analyse des Empowerments im pflegerischen Bereich (Selbstwirksamkeit, Selbstvertrauen in die pflegerische Kompetenz) ab: Van den Heuvel et al. (2002) setzten die *Utrecht Coping List-Kurzversion* und Backhaus et al. (2010) das *Brain Injury Coping Skills Questionnaire* für PA ein. Leutz et al. (2002) verwendeten die *Preparedness for Caregiving Scale* zur Einschätzung der eigenen pflegerischen Fähigkeiten. Powers (2006) entwickelte ein eigenes Instrument, die *Powers Elder Care Confidence Scale (PECCS)*, mit 22 Items zum Selbstvertrauen in die eigene pflegerische Handlungskompetenz. Eine signifikante Verbesserung ergab sich bei Powers (2006) und bei Leutz et al. (2002). Bei beiden Studien wurden keine Effektstärken angegeben. Bei Backhaus et al. (2010) kam es ebenfalls zu einer signifikanten Verbesserung ($p=0.001$ (post¹-post²), partielles Eta-Quadrat (η^2)=0.277) und bei van den Heuvel et al. (2002) ($p<0.001$ (post¹-post²), Cohens $d=0.92$). Nur zwei der vier

verwendeten Assessments wurde nach Kenntnis der Autorin (Stand 26.5.2016) bislang validiert (*Utrecht Coping List, Preparedness for Caregiving Scale*). Bislang wurde keines dieser Assessments deutschsprachig validiert.

4.2 Ergebnisse der Curriculumentwicklung

Der Ergebnisdarstellung liegen die drei Schritte der Curriculumentwicklung nach Robinson (1975) zugrunde. Im Kapitel 4.2.1 werden die Ergebnisse der qualitativen Analyse vorgestellt. Im Kapitel 4.2.2 sind die Ergebnisprotokolle der Experteninterviews inhaltlich zusammen gefasst. In Kapitel 4.2.3 wird die Umsetzung der vorliegenden Erkenntnisse am Pflegekurs 'Pflege & Bewegung' dargestellt.

4.2.1 Ergebnisse der Qualitativen Analyse

Als ersten Schritt der Curriculumentwicklung wurden Situationen analysiert, die von PA im Alltag bewältigt werden müssen, unabhängig davon, ob die Pflege in Zusammenarbeit mit professionellen Pflegekräften erfolgt oder nicht. Alltagssituationen wurden aus verschriftlichten Interviews mit Pflegepersonen und persönlichen Pflegegeschichten aus Gröning (2012) ermittelt. Bei der Analyse der Alltagssituationen aus der Perspektive PA wurden die ABEDL einbeziehenden Konzepte und Kategorien (Krohwinkel, 2013) zugrunde gelegt. Die Autorinnen stellten dabei fest, dass allen vier Konzepten und nahezu allen 11 Kategorien des ersten Konzeptes Textstellen zugewiesen werden konnten. Lediglich für die Kategorie *„sich beschäftigen lernen, sich entwickeln können“* fand sich keine Textstelle. Die Datensättigung wurde somit nicht erreicht. Die Autorinnen nehmen damit an, dass mit dieser Auswertung noch nicht alle relevanten Erkenntnisse gewonnen werden konnten.

Die Untersuchungsergebnisse von Krohwinkel (2013), S. 89 zeigen, dass sich die ersten drei ABEDL-Kategorien prioritär in negativer Weise auf Unabhängigkeit und Wohlbefinden auswirken. Das erste Konzept wird deshalb exemplarisch an den drei ersten ABEDL-Kategorien (*„kommunizieren können; sich bewegen können; vitale Funktionen des Lebens aufrecht erhalten können“*) dargestellt. In Anhang 3 ist der Kodierleitfaden mit der jeweiligen Definition, den Ankerbeispielen und Kodierregeln aufgelistet. Die aufgelisteten Kodierregeln verdeutlichen die Zuordnung der Textstellen zu den jeweiligen Kategorien.

Konzept I. Zum Konzept I gehören die ersten 11 ABEDLs (Krohwinkel, 2013, S. 40). Hier ergaben sich die meisten Textstellen (n=41) zu den von den PA genannten medizinischen Diagnosen und deren Leitsymptomen. Diese Textstellen wurden der Kategorie III „*vitale Funktionen des Lebens aufrecht erhalten*“ zugeordnet. Ebenfalls häufig (n>20) ergaben sich bei den Textstellen zu den Kategorien „*kommunizieren können*“ (n=28), „*essen und trinken können*“ (n=24) und „*für eine sichere und fördernde Umgebung sorgen können*“ (n=21).

Kategorie 1 „kommunizieren können“: Das bei Krohwinkel (2013) erstgenannte ABEDL ist „*kommunizieren können*“. Die in Anhang 3 aufgelisteten Ankerbeispiele zeigen Formen nonverbaler Kommunikation, welche von der PA gedeutet wird. In den Pflegegeschichten wird das Thema Schmerz häufig erwähnt (n=4). Die Ursache ist dabei für die Pflegeperson nicht immer ersichtlich und kann bei dem Betroffenen für sehr viel Angst vor Schmerzen sorgen. Trotz ihrer Pflegebedürftigkeit sind die Menschen noch in der Lage, ihre Emotionen verbal oder nonverbal zu zeigen. Eine TeilnehmerIn beschreibt, wie ihre pflegebedürftige Mutter Wohlbefinden ausdrückt. „...*macht einen Buckel wie Hund und Katze, um der Hand entgegenzukommen... wie ein Kleinkind genießt sie alles, was angeboten wird, spielt und lacht und freut sich.*“ (Gröning 2012 S.25) Das beschriebene Wohlbefinden und andere Textstellen zu Aussagen zur emotionalen Befindlichkeit und Verhalten der PP wurden der Kategorie I zugeordnet. Auch Hinweise zur mangelnden oder fehlenden Erinnerungsfähigkeit der PP wurden – wie bei Krohwinkel (2013) vorgesehen - dieser Kategorie zugeordnet. Ein Beispiel dafür ist folgende Textstelle: „*Der normale Pflegealltag ist zu bewältigen; problematischer ist es, wenn Mutter etwas sieht was nicht da ist wenn sie Dinge aus der Vergangenheit erzählt, als wenn diese gerade passieren.... man bleibt mit dem Zweifeln an der Wahrheit alleine.*“ (Gröning, 2012, S.33) Nicht zuletzt wurden Hinweise zur Kommunikation zwischen den PA und den professionellen Helfern (Pflegedienst, Ärzte, Therapeuten) dieser Kategorie zugeordnet. Dabei spielen auch Sympathie oder Antipathie eine Rolle: „... *Für mich ist es wichtig, dass die Schwestern kommen. Die Pflege könnte ich auch alleine machen, das ist kein Thema, aber ich habe oft Fragen, möchte Auskünfte oder auch einmal eine Bestätigung haben, dass ich alles richtiggemacht habe. Darum ist es auch sehr wichtig, dass Schwestern kommen, wo der 'Nasenfaktor' stimmt.*“ (Gröning, 2012)

Kategorie 2 „sich bewegen können“. Krankheits- und altersbedingte

Bewegungseinschränkungen, zum Beispiel Parese einer Körperhälfte, können die Mobilisation, Bewegung und Lagerung der PP im Alltag erschweren. Spastiken in den Extremitäten sind in diesen Fällen nicht selten und können von unwissenden Pflegepersonen fälschlicherweise als selbstständige Bewegung und somit als verbesserte Bewegungsfähigkeit der zu betreuenden Person interpretiert werden (vgl. Anhang 3, Ankerbeispiel A-8, S. 21). Bei der zweiten Kategorie kam es aus Sicht der Autorinnen zu besonders vielen Überschneidungen mit anderen Kategorien. Folgende Textstelle verdeutlicht die prioritär verursachende Einschränkung in der Bewegung für das Problem im Bereich der sechsten Kategorie „Ausscheiden können“. *„Gegen 18.00 Uhr – sofern kein Arzttermin ansteht - komme ich zurück, um meist noch im Mantel einen Toilettengang zu unterstützen. Dieser ist meiner Frau zwar auch ohne Hilfe möglich, aber mit großen Mühen und vielleicht auch Ängsten (vor Stürzen; Anm. Autorinnen) verbunden.“* (Gröning 2012, S.114)

Kategorie 3: „vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten können“. Der Kategorie 3 wurden Textstellen zu medizinischen Diagnosen und Hinweise zu Wunden und Wundversorgung zugewiesen. Als medizinische Ursache für die Pflegebedürftigkeit werden in den analysierten Pflegegeschichten folgende vier Erkrankungen und Symptome genannt: Apoplex mit Bewusstlosigkeit direkt nach dem Eintritt des Schlaganfalls, eine Erkrankung aufgrund eines genetischen Defekts mit Störungen des Gleichgewichts und der Feinmotorik, Demenz und Mammakarzinom mit vermutlich durch Hirnmetastasen bedingten Atempausen, Unruhe und starken Schmerzen. Zusätzlich haben die Betroffenen auch mit Infektionserkrankungen, wie zum Beispiel Gastroenteritis und Pneumonie, medikamentös ausgelösten Ödeme, Skoliose, chronischen Hautdefekten, Depressionen, Katarakt oder mit Störungen des Magen-Darm-Traktes, wie zum Beispiel Obstipation, zu kämpfen. Je nach Schwere und Stadium des Krankheitsbildes kann die PP in einen komatösen Zustand übergehen. In den meisten Fällen wird die Pflegeperson auch mit dem Tod der PP konfrontiert. Kurz vor dessen Eintritt können Symptome wie die Parese der Beine, Koordinationsschwierigkeiten der Hände, Darmatonie und eine Fehlfunktion der Augen mit Erscheinen von Doppelbildern auftreten. Benötigt der Betroffene in seiner letzten Lebensphase vermehrt Morphin als Schmerzmedikation, kommt es zur medikamentös bedingten Atemdepression. Die Medikamentengabe und Maßnahmen

zur Schmerzlinderung wurden in Anlehnung an (Standard Systeme GmbH, 2013) der Kategorie 11 „für eine fördernde und sichere Umgebung sorgen können“ zugeordnet.

Konzept II. Das Konzept II entspricht der Kategorie 12 „soziale Beziehungen sichern und gestalten können“. Dieser Kategorie konnten sieben Textstellen primär der PP und 22 Textstellen primär den PA betreffend zugeordnet werden. In dem erstgenannten Ankerbeispiel wird geschildert, wie eine Demenzerkrankung zum Abbruch langjähriger Bekanntschaften führt. Die zweite Textstelle betrifft die beruflichen Angelegenheiten des PA. Die drittgenannte Textstelle verdeutlicht, dass das Familienleben der Pflegeperson durch die häusliche Pflege einigen Belastungen standhalten muss. Bereits bei der Aufnahme der PP im eigenen Haushalt muss der PA zahlreiche organisatorische Aufgaben bewältigen. Nicht selten werden andere Familienmitglieder, vor allem die eigenen Kinder, in dieser Zeit vernachlässigt. Aber auch in der Zeit nach der Aufnahme und Eingewöhnung in die häusliche Pflege erfahren das Familienleben und die Familienaktivitäten massive Einschränkungen, da zum Beispiel bei Immobilität der PP immer ein Familienmitglied im Haus bleiben muss oder Schmerzattacken unkalkulierbar sind. „Gemeinsames Frühstück klappt auch meistens nicht“ (Gröning, 2012, S. 35)

Konzept III. Das Konzept III entspricht der Kategorie 13 „mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen können“. Dieser Kategorie ließen sich mit insgesamt 99 Stellen die deutlich meisten Textstellen zuordnen. Die PP sind mit dem Verlust von Fähigkeiten durch die Erkrankung und gegebenenfalls mit dem nahen Sterben konfrontiert. Ein Angehöriger schildert im Ankerbeispiel, wie seine pflegebedürftige Frau den Wunsch äußerte, aus dem Krankenhaus entlassen zu werden und nach Hause gehen zu können. Sie konnte in ihrem Leben die fördernde Erfahrung eines „wirklichen Heims“ (Gröning, 2012) machen. Im zweiten aufgelisteten Ankerbeispiel reflektiert eine PA ihre belastenden Erfahrungen im Zusammenhang mit einer lebensverlängernden Maßnahme. Auch wenn die Betroffene sich vor ihrer Pflegebedürftigkeit ausdrücklich gegen lebensverlängernde Maßnahmen ausgesprochen hat, fällt die Ablehnung des operativen Eingriffes der pflegenden Tochter schwer. Sie hadert mit der Vorstellung, dass die pflegebedürftige Mutter ohne perkutane, endoskopische Gastrostomie (PEG) verhungern müsse, insbesondere bei bereits begonnener künstlicher Ernährung über eine Nasensonde im Krankenhaus. Das dritte Ankerbeispiel verdeutlicht die physische

Belastung eines PA aufgrund des durch die Pflege verursachten Schlafmangels. Die Pflegeperson wird in ihrem natürlichen Tagesablauf und in ihren Bedürfnissen oft über mehrere Jahre eingeschränkt.

Konzept IV. Eine Besonderheit für die pflegerische Versorgung im häuslichen Bereich stellt nach Meinung der Autorinnen die Relevanz des Konzeptes IV *„soziale Bereiche sichern und gestalten und dabei mit existenziellen Erfahrungen umgehen zu können“* dar. Hier wurden alleine zehn Textstellen zu finanziellen oder rechtlichen Themen des pflegebedürftigen Menschen ermittelt. Beispielsweise äußert sich ein PA über seine an Demenz erkrankte Mutter mit folgenden Worten: *„... kein Verständnis für Geldgeschäfte, Versicherungen usw. Verlust von Sparbüchern, deren Existenz nur zufällig bekannt wird. Kein Überblick über Rente, Ausgaben, Preise. Geld ist, was im Portemonnaie steckt.“* (Gröning, 2012) Insgesamt konnten dieser Kategorie 25 recherchierte Textstellen zugeordnet werden. In den Textstellen, die hauptsächlich die PP betreffen, werden die Verluste von Fähigkeiten thematisiert. In dem im Anhang 3 aufgeführten Ankerbeispiel berichtet ein PA über Defizite seiner an Demenz erkrankten Mutter. Das zweitgenannte Ankerbeispiel zeigt deutlich, wie schwierig es für PA ist, die Pflege mit weiteren Terminen zu koordinieren. In insgesamt 15 recherchierten Textstellen berichten PA von der Schwierigkeit, die Versorgung der PP und das eigene Privatleben bewältigen zu können.

4.2.2 Ergebnisse der Experteninterviews

Ausgehend von den Herausforderungen im Alltag als PA wurden Experten befragt, welche Qualifikationen sie für PA als notwendig erachten und in einem Pflegekurs vermittelt werden sollten. Alle Experten (zwei Lehrerinnen für Pflegeberufe und die Leiterin einer Beratungsstelle (Gerontologin)) betonten, dass vor allem die Anwendung von praktischen Übungen der Schwerpunkt sein müsste. So sollten Fertigkeiten bei der Unterstützung der PP bei der Körperpflege und bei der Mobilität im Raum oder im Liegen vermittelt werden. Die PA sollten in der Lage sein, durch kleine Veränderungen die physische Belastung im Pflegealltag zu verringern.

Nach Meinung einer Expertin sollten PA durch den Pflegekurs eine Orientierung und damit Sicherheit in ihrer pflegerischen Tätigkeit erhalten. Dazu sollten die in Pflegefachbüchern (z. B. bei Menche, 2014, S. 415-515) aufgeführten Prophylaxen der

Pflege Eingang in das Curriculum finden. PA sollten nach Meinung der Expertin Gesundheitsrisiken pflegebedürftiger Menschen benennen und die Bedeutung der Bewegung zur Reduktion der einzelnen Risiken beschreiben können. So sollten PA beispielsweise die Bedeutung des aufrechten Sitzens beim Essen als Aspirationsprophylaxe formulieren können. Gleichzeitig sollten PA in der Lage sein, auch bettlägerige Menschen in eine stabile, aufrechte Sitzposition zu bringen.

Eine der Expertinnen betonte die Anforderungen, die sich aus dem Umgang mit an Demenz erkrankten Menschen ergeben. Die deutschen Autoren Emme von der Ahe et al. (2012) und Kurz et al. (2010) veröffentlichten bereits auf dieses Thema fokussierte Kurscurricula. Jedoch sollte aufgrund der hohen Prävalenz von demenziellen Erkrankungen der Umgang bei an Demenz erkrankten Menschen thematisiert werden. Die Expertin wies auch darauf hin, dass für die Dauer des Kurses Unterstützungsangebote für die Betreuung des pflegebedürftigen Menschen vorgehalten werden müssten. Um Überschneidungen mit dem Beratungsangebot der Beratungsstelle zu vermeiden, sollte bei Fragen zu finanziellen, rechtlichen und Versicherungsangelegenheiten auf die Beratungsstelle verwiesen werden. Die oftmals als sehr hoch und über einen langen Zeitraum hin erlebte psychische Belastung von PA sollte nach Meinung der Expertin immer wieder im Kurs thematisiert werden. Zusätzlich sollte aufgrund des Bedarfs an psychosozialer Unterstützung sowohl ein eigenes Kursmodul eingeplant als auch auf die Angebote der Beratungsstelle verwiesen werden. Das Ziel sollte sein, dass den Teilnehmer/-innen die eigene Belastungssituation und die von ihnen bereits angewandten Copingstrategien bewusst werden. Der Austausch mit anderen PA erleichtere die Reflektion des eigenen Handelns.

Aus der Erfahrung einer der Expertinnen brauchen Pflegekurse eine Systematik. Eine Abfrage der Teilnehmer/-innen nach gewünschten Themen würde eine Vielzahl von vor allem medizinisch orientierten Themenbereichen ergeben. Das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit erschließe sich jedoch nicht durch eine medizinische Diagnose. Beispielsweise könne die Diagnose Schlaganfall zu unterschiedlichen Symptomen in sehr unterschiedlichem Ausmaß führen. Darüber hinaus sei die Akzeptanz einer Erkrankung individuell verschieden und vom Kontext abhängig. Im Sinne der Expertin sollte deshalb nicht aufbauend auf eine medizinische Diagnose sondern auf pflegetheoretischen Überlegungen (z. B. Pflegetheorien oder Pflegediagnosen) ein

Curriculum entwickelt werden. Dabei sollte ein zeitlicher Freiraum für zusätzliche, von einzelnen Teilnehmer/-innen gewünschte, Themen eingeplant werden.

4.2.3 Bildungsinhalte für Certa-Pflegekurse

Die einzelnen Unterpunkte (Ziele, Zielgruppe, Gliederung, Lernziele und Inhalte) werden im Überblick dargestellt. Eine detailliertere Darstellung der einzelnen Modulinhalte und Kursunterlagen wird ab Ende des Jahres 2017 auf der Homepage www.certa-pflegeberatung.de einzusehen sein.

Ziele des Curriculums. Folgende Ziele ergaben sich aus den Erkenntnissen der Experteninterviews und der Überarbeitung der Pflegekurse anhand theoretischer Überlegungen: Durch die Teilnahme an einem Pflegekurs sollen PA Sicherheit im Alltag mit der PP gewinnen. Um die Gesundheit von PA und PP positiv zu beeinflussen, sollen die Mobilität der PP und die Bewegungsabläufe der Pflegeperson im Sinne der *„Kinästhetik“* (Hatch & Maietta, 2002) verbessert werden. Das Gruppenangebot ermöglicht einen Austausch mit anderen Angehörigen. Gerade dieser Austausch soll im Sinne von Bandura (1976, zit. in Gerrig et al., 2015) das Erkennen der eigenen Grenzen und der Belastungen im Pflegealltag unterstützen. Die Kursteilnehmer/-innen sollen am Ende des Pflegekurses in der Lage sein, individuell geeignete Copingstrategien zu erkennen und bewusst einzusetzen. Die Analyse der *„Pflegegeschichten“* bestätigt, dass es sowohl in der Kategorie *„sich bewegen“* als auch beim Konzept III *„... mit existenziellen Erfahrungen umgehen und sich hierbei entwickeln zu können“* einen großen Bedarf gibt (Kapitel 4.2.1).

Zielgruppe. Der konzipierte Certa-Pflegekurs 'Pflege & Bewegung' richtet sich an PA und interessierte Laien. Die Evaluation von Certa-Pflegekursen zeigt, dass es sich bei den teilnehmenden PA hauptsächlich um Ehefrauen und Töchter im mittleren und höheren Lebensalter handelt. Pflegeinteressierte Laien sind wiederum nahezu ausnahmslos Frauen, die ehrenamtlich mit oder ohne Aufwandsentschädigung Pflege Tätigkeiten übernehmen (Kapitel 4.3.1).

Gliederung der Module. Das Programm für den Certa-Pflegekurs 'Pflege & Bewegung' umfasst ein telefonisches Vorgespräch und sechs Module zu jeweils drei Stunden. Die Kurse werden einmal pro Woche abgehalten, damit in der Zwischenzeit

die praktischen Bildungsinhalte im Alltag erprobt werden können. Im Curriculum ist vor dem Kurs ein telefonisches Vorgespräch vorgesehen. In diesem werden von der Kursleiter/-in Informationen zum Ablauf des Kurses gegeben und individuelle Herausforderungen in der häuslichen Pflegesituation besprochen. Gemeinsam klären die Kursleiter/in und die oder der PA, ob der Pflegekurs in der aktuellen Situation das richtige Angebot ist. Zudem wird geklärt, wie die PP während des Kurses versorgt wird.

Lernziele und Inhalte. Die Umsetzung der Bewegungsabläufe im Sinne von Hatch & Maietta (2002) bei der Betreuung der PP in Alltagssituationen wird erlernt und geübt. Dazu gehören Alltagssituationen bei der Körperpflege, bei der Ernährung, bei der Unterstützung von liegenden Personen und beim Umgang mit sturzgefährdeten Personen. Wenn möglich sollte Entspannung durch eine Bewegungsübung wie beispielsweise durch die Progressive Muskelentspannung (Jacobson, 2011) integriert werden. Weitere Alltagssituationen, wie z. B. Kommunikation mit der PP, Umgang bei Notfällen, Wundversorgung usw. sind als Inhalte in weiteren Kursen geplant.

Modul 1: Kinästhetik. Im ersten Modul muss ausreichend Zeit eingeplant werden für organisatorische Fragen und das erste Kennenlernen. Dabei sollte jeder Teilnehmer/-in die Gelegenheit erhalten, die individuelle Pflegesituation und, wenn gewünscht, auch die Pflegemotivation zu schildern. Die Teilnehmer/-innen erlernen in diesem Themenblock die Förderung der Bewegung unter möglichst geringem Kraftaufwand. Der Theorieteil sollte dabei möglichst kurzgehalten werden. Im Mittelpunkt stehen die praktischen Übungen, um durch Selbsterfahrung für Bewegungsabläufe sensibilisiert zu werden und diese zu reflektieren. Das Trainieren der Bewegungsunterstützung der PP ohne fremde Hilfe ist für den späteren Pflegealltag von besonderer Bedeutung.

Modul 2: Wohltuende Körperpflege. Durch die ausführliche Thematisierung der Körperpflege besteht die Möglichkeit, in einem sehr intimen Bereich die häusliche Pflege als positive Erfahrung sowohl für die PP als auch für den PA zu verankern. Hierbei sollen allgemeine Grundsätze, aber auch individuelle Vorlieben bei der Körperpflege aufgezeigt werden. Zusätzlich bietet es sich an, angenehme und entspannende Maßnahmen, wie Massagen und Aromapflege, zu integrieren. Besonders wichtig sind Qualitäten und individuelle Wahrnehmung von Berührung zu thematisieren und verschiedene Haut- und Mundpflegemittel zu testen. Im Sinne des spiralförmigen Curriculums wird auch in diesem Modul die Unterstützung der Bewegung des

pflegebedürftigen Menschen an die Bettkante geübt. Im Fokus stehen dabei die Selbsterfahrung des Bewegungsablaufes und Maßnahmen zur Verringerung der Sturzangst beim Sitzen an der Bettkante.

Modul 3: Gesunde Ernährung. Ein weitreichendes Thema ist die Ernährung. Neben dem grundlegenden Wissen zur Ernährung und der Nahrungsverabreichung, wie zum Beispiel der Darreichungsformen, der notwendigen Nahrungsmenge und der gesunden Ernährung im höheren Lebensalter, wird auch der Bezug zur Ernährungsweise bei verschiedenen Krankheitsbildern hergestellt. Das Erkennen von Schluckstörungen und deren Risiken, sowie das Ergreifen entsprechender Maßnahmen werden ebenfalls thematisiert. Zum Beispiel das Probekosten verschiedener Darreichungsformen der Nahrung oder spezieller Nahrungsmittel, wie z. B. Sondenkost, soll wiederum die Distanz zur Pflegepraxis verringern. Die Bedeutung von Fingerfood für an Demenz erkrankte Menschen soll aufgezeigt werden. Bei den praktischen Übungen steht der Bett-Stuhl Transfer im Mittelpunkt. Die Teilnehmer/-innen sollen selbst erfahren, wie bedeutsam eine aufrechte Position für das Wohlbefinden und damit auch die ausreichende Nahrungsaufnahme ist.

Modul 4: Bewegung im Liegen fördern. Im vierten Modul erfahren die Teilnehmer/-innen, welche Gesundheitsrisiken mit Immobilität verbunden sind. Sie sollen selbst erkennen, wie wichtig selbst kleine Bewegungen sind, um diese Risiken zu minimieren. Sie erhalten daraufhin Informationen zur Dekubitusentstehung und erlernen Mikrolagerungen im Bett. Bei der Bewegung des pflegebedürftigen Menschen im Bett werden kinästhetische Prinzipien angewandt und insbesondere das Hochbewegen des liegenden Menschen gelernt.

Modul 5: Sicherheit bei Alltagsbewegungen. Hier wird besprochen, an welchen Kriterien eine Sturzgefährdung zu erkennen ist (z. B. Gangbild). Es werden der Umgang und die Unterstützung sturzgefährdeter Menschen und die entsprechende Anpassung des Umfeldes an die Sturzgefährdung besprochen. Nicht zuletzt erhalten die Teilnehmer/-innen Hinweise für eine zielgerichtete Unterstützung nach einem Sturz. Anhand kinästhetischer Prinzipien und Hilfsmittel lernen sie liegende Personen wieder aufzurichten.

Modul 6: Pflege der Pflegenden. Im Modul 6 stehen die Pflegepersonen und die Erhaltung ihrer physischen und psychischen Gesundheit im Mittelpunkt. Die

Kursteilnehmer/-innen haben idealerweise schon Vertrauen in die Kursleiter/-in und zu den anderen Gruppenteilnehmer/-innen aufgebaut. Das ermöglicht den subjektiven Erfahrungsaustausch. Im Sinne von Bandura (1976) (zit. Gerrig et al., 2015) wird es möglich, am Modell von anderen PA zu lernen. Alternativ kann die Kursleiter/-in auch auf Fallbeispiele zurückgreifen. Das Ziel soll sein, dass die Kursteilnehmer/-innen ihre eigenen schon gelebten oder bislang nur angedachten Copingstrategien ausformulieren und als solche erkennen. Darüber hinaus werden den Kursteilnehmer/-innen weiterführende Angebote der Angehörigenberatungsstelle vorgestellt. Im zweiten Teil des Moduls werden Transfersituationen anhand kinästhetischer Prinzipien praktisch wiederholt. Schließlich soll noch genügend Zeit für eine Rückmeldung eingeplant werden. Die Teilnehmer/-innen erhalten ein Zertifikat und ein kleines Geschenk als Anerkennung.

Nötige Rahmenbedingungen zur Umsetzung des Curriculums. Durch die Mitarbeiterinnen der Beratungsstelle für PA und ältere Menschen der Arbeiterwohlfahrt (AWO) München wurden die Kurse beworben und bei Bedarf eine Betreuung des PP während der Kurszeit organisiert. Wichtig war dieser Kontakt auch als Anlaufstelle, für beispielsweise sozialrechtliche Fragen durch Kursteilnehmer/-innen. Zudem ermöglichte die Beratungsstelle weiterführende Angebote. Eine finanzielle Unterstützung für Werbemittel, Anschauungsmaterialien und Raummiete wurde durch die Georg-Niedermaierstiftung erreicht. Auf Antrag durch die Versicherten ersetzen die gesetzlichen Pflegeversicherungen die Kursgebühr.

Tabelle 2 Certa-Pflegekurs 'Pflege & Bewegung' - Module und Lernziele im Überblick

Certa-Pflegekurs 'Pflege & Bewegung'		
Kurszeit	Inhalte	Lernziele
Vorgespräch	Informationen über Ablauf des Kurses. Die TeilnehmerIn äußert individuell erlebte Herausforderungen in der häuslichen Pflege.	Klärung ob ein Kurs besucht werden möchte. Organisation der Betreuung des Pflegebedürftigen während der Kurszeit.
Modul 1 3 Stunden	Kinästhetik Unterstützung des pflegebedürftigen Menschen bei alltäglichen Bewegungen im Sinne des Bewegungskonzeptes der Kinästhetik von Hatch & Maietta (2003)	Reflektion der eigenen Bewegung. Übertragung mindestens einer Erfahrung auf die Begleitung des pflegebedürftigen Angehörigen.
Modul 2 3 Stunden	Wohltuende Körperpflege Berührung, Hautpflegemittel, Unterstützung bei der Körperpflege im Bett, Intertrigorprophylaxe, Unterstützung bei der Körperpflege nach kinästhetischen Gesichtspunkten.	Kenntnisse zu den spezifischen Eigenschaften unterschiedlicher Pflegemittel und Intertrigorprophylaxe. Reflexionsfähigkeit zur achtsamen und fördernden Unterstützung bei der Körperpflege.
Modul 3 3 Stunden	Gesunde Ernährung Prävention von Mangelernährung und Parotitis. Unterstützung beim Essen nach kinästhetischen Gesichtspunkten. Ernährung bei demenzerkrankten Menschen.	Kenntnisse zu Ursachen und Erkennungsmerkmale von Mangelernährung und Parotitis. Kenntnisse zur Ernährung älterer Menschen und der Bedeutung von Fingerfood für demenzerkrankte Menschen.
Modul 4 3 Stunden	Bewegungsförderung im Liegen Prävention von Dekubitus und Pneumonie. Unterstützung beim Drehen und Lagern im Bett nach kinästhetischen Gesichtspunkten.	Kenntnisse zu den wichtigsten Gesundheitsrisiken bei Immobilität. Fertigkeit: Mikrolagerung selbständig durchführen zu können.
Modul 5 3 Stunden	Sicherheit bei Alltagsbewegungen Prävention von Stürzen, Maßnahmen nach einem Sturz, Unterstützung beim Aufstehen vom Boden, Gehen und Treppensteigen nach kinästhetischen Gesichtspunkten. Zusätzliche Themen auf Wunsch der TeilnehmerInnen.	Verständnis für ältere Menschen mit Sturzangst. Kenntnisse zu Maßnahmen zur Prävention von intrinsischen und extrinsischen Sturzrisikofaktoren. Kenntnisse zu den Vor- und Nachteilen von Sturzhosen. Kenntnisse zu konkreten Maßnahmen und/oder Hilfsmittel für die individuelle häusliche Pflegesituation.
Modul 6 3 Stunden	Pflege der Pflegenden Eigene Gesundheitsrisiken; Erfahrungen mit Unterstützungs- und Entlastungsangeboten; individuelle Copingstrategien; Teilnahme an einer Entspannungsübung (z. B. progressive Muskelentspannung (Hofmann, 2003)); Hinweis auf Angehörigengruppe.	Kenntnisse zu den Gesundheitsrisiken als pflegender Angehöriger; Austausch zu den eigenen Erfahrungen mit Unterstützungs- und Entlastungsangeboten; Erfahrung einer Entspannungsübung; Individuelle Copingstrategien formulieren; Individuelle Motivation zum Besuch der Angehörigengruppe (Nachsorgeangebot) ist geklärt.

4.3 Ergebnisse der quantitativen Evaluationsstudie

Die demographischen Variablen der PA und PP der Certa-Evaluationsstudie werden in Kapitel 4.3.1 und 4.3.2 kurz beschrieben. In den mit aufgeführten Tabellen 3 bis 9 sind sowohl die Auswertungen der Teilnehmercharakteristika der Certa-Evaluationsstudie als auch repräsentativer, deutscher Querschnittsuntersuchungen (Döhner et al., 2007 (EFC); Schneekloth & Wahl, 2005 (MUG III); Dörpinghaus & Weidner, 2006 (D&W)) aufgeführt. Um eine bessere Übersichtlichkeit herzustellen, werden die Variablen der Certa-Evaluationsstudie erst im Kapitel 5.3.1 mit den Ergebnissen der repräsentativen Querschnittstudien diskutiert.

4.3.1 Demographische und gesundheitsbezogene Variablen PA

Die befragten 20 PA der Certa-Evaluationsstudie waren im Durchschnitt 56,5 Jahre alt (30 bis 79 Jahre; SD=12,3 Jahre) und zu 90% Frauen. Männer waren nur zu 10% vertreten. In der vorliegenden Erhebung waren die Proband/-innen überwiegend älter als 65 Jahre. Die Mittelwerte der Gruppen unterschieden sich um 2.1 Jahre (Tabelle 3).

Tabelle 3 Vergleich zum Alter und Geschlecht der pflegenden Angehörigen

	Geschlecht** des pflegenden Angehörigen n (%)*							Gesamt n (%)*			
	D&W** n=320			EFC** n=1003		Certa n=20		D&W**	EFC**	Certa	
	m	w	o.A.	m	w	m	w	g	g	g IG	g KG
	34 (10.6)	275 (86)	11 (3.4)	(23.9)	(76.1)	2 (10)	18 (90)	320 (100)	1003	14 (70)	6 (30)
Jahre	Alter*** n (%)										
< 64	213 (66.6)		11 (3.4)	(73.9)	(79.3)	1 (5)	6 (30)	213 (68.9)	(78)	5 (25)	2 (10)
+ 65	96 (30)			(26.1)	(20.7)	1 (5)	12 (60)	96 (31.1)	(22)	9 (45)	4 (20)
Total	309 (96.6)		11 (3.4)	(100)	(100)	2 (10)	18 (90)	309 (100)	(100)	14 (70)	6 (30)
Median (Md) und arithmetisches Mittel (MW) des Alters in Jahren											
MD						55	60			60	60
MW	51.5			53.4	53.9	55	56.7	51.5	53.8	57.1	55

* Um eine annähernde Vergleichbarkeit zu gewährleisten, sind auch bei einer Stichprobe < 100 die Prozentzahlen angegeben.

** m=männlich, w=weiblich, o.A.=ohne Angabe, g=gesamt, D&W=Dörpinghaus und Weidner (2006), EFC=Eurofamcaresstudie (Döhner et al., 2007)

*** Bei D&W sind die Altersgrenzen (Jahre) abweichend: <59 statt <64 und +60 statt +65.

Etwa die Hälfte der Teilnehmer/-innen pflegte die Elterngeneration (50%). Partner/-innen waren zu 35% vertreten. Drei Teilnehmer/-innen gehörten nicht zur engeren Familie (Tabelle 4).

Tabelle 4 Verwandtschaftsverhältnis der pflegenden Angehörigen

Familienstand		D&W ** n=320 (%)	EFC** n=1003 (%)	Certa n=20 (%)*
Partner/-in	Ehefrau/ Lebensgefährtin	18 (5.6)	(18.4)	1 (5)
	Ehemann/ Lebensgefährtin	35 (10.9)		6 (30)
Kind	Tochter	89 (27.8)	(53.4)	10 (50)
	Sohn	19 (5.9)		
Schwiegertochter/ -sohn		38 (11.9)	(9.0)	
Anderes		50 (15.6)	(19.3)	3 (15)
Keine Angaben		71 (22.2)		
Gesamt		320 (99.9)	(100.1)	20 (100)

* Um eine annähernde Vergleichbarkeit zu gewährleisten, sind auch bei einer Stichprobe < 100 die Prozentzahlen angegeben.

**D&W=Dörpinghaus und Weidner (2006), EFC=Eurofamcarestudie (Döhner et al., 2007)

Beim Vergleich der Zahlen zu den positiven und negativen Aspekten sowie zur Einschätzung der Unterstützung häuslicher Pflege sind in Tabelle 5 nur die Ergebnisse der Baselineuntersuchung einbezogen. Dabei sind die Ergebnisse der Interventions- und Kontrollgruppe separat ausgewiesen. Für die vier Antwortoptionen «immer», «meistens», «manchmal», «nie» sind die Antworthäufigkeiten in Prozent im Verhältnis zum Antwortverhalten innerhalb einer Frage aufgeführt. Vergleichbar sind die Antworten der Interventions- und Kontrollgruppe bei der Einschätzung der Qualität von Unterstützungsangeboten (Höchstwert je Antwortkategorie: «immer»EFC 18,5%, «meistens»KG 46,7%, «manchmal»KG 37.9%, «nie»EFC 26.2%). In der Kontrollgruppe fiel die Einschätzung der Belastung deutlich geringer aus als in der Interventionsgruppe («immer»KG 0%, «meistens»KG 5.2%, «manchmal»KG 59.2%, «nie»KG 35.2%). Demgegenüber empfanden jedoch 41.6% der Teilnehmer/-innen der Kontrollgruppe negative Aspekte der häuslichen Pflege. Im Vergleich war bei der Interventionsgruppe dieser Wert geringer und liegt bei 37%.

Tabelle 5 Subjektives Erleben der pflegenden Angehörigen zur Betreuungssituation

Belastung (Negative Aspekte)* EFC** : n=1003 (%); Certa: IG n=14 (%)*** KG n=6 (%)***											
Empfinden Sie das Betreuen als zu anstrengend?*											
Wirkt sich das Betreuen negativ auf das Verhältnis zu Ihren Freunden aus?*											
Hat das Betreuen eine negative Auswirkung auf Ihre körperliche Gesundheit?*											
Haben Sie durch das Betreuen Probleme innerhalb Ihrer Familie?*											
Haben Sie aufgrund des Betreuens finanzielle Probleme?*											
Fühlen Sie sich in Ihrer Rolle als Betreuende/r gefangen?*											
Immer			Meistens			Manchmal			Nie		
EFC	Certa		EFC	Certa		EFC	Certa		EFC	Certa	
	IG	KG		IG	KG		IG	KG		IG	KG
(4.8)	(4.8)	0	(9.6)	(24.7)	(5.2)	(35.9)	(49.1)	(59.2)	(49.8)	(21.4)	(35.2)
Wertschätzung (Positive Aspekte)* EFC** : n=1003 (%) Certa: IG n=14 (%)*** KG n=6 (%)***											
Denken Sie dass Sie mit Ihrer Rolle als Betreuender gut zurechtkommen?*											
Finden Sie, dass das Betreuen eine lohnenswerte Aufgabe ist?*											
Haben Sie ein gutes Verhältnis zu der Person, die Sie betreuen?*											
Haben Sie das Gefühl, dass Sie als Betreuender Wertschätzung erfahren?*											
Immer			Meistens			Manchmal			Nie		
EFC	Certa		EFC	Certa		EFC	Certa		EFC	Certa	
	IG	KG		IG	KG		IG	KG		IG	KG
(37.6)	(6.3)	(0)	(41.8)	(13.1)	(16.7)	(16.1)	(43.7)	(41.7)	(4.5)	(37)	(41.7)
Qualität der Unterstützungsangebote* EFC** : n=1003 (%) Certa: IG n=14 (%)*** KG n=6 (%)***											
Fühlen Sie sich von Ihren Freunden und/oder Nachbarn gut unterstützt?*											
Fühlen Sie sich von Ihrer Familie gut unterstützt?*											
Fühlen Sie sich von Gesundheits- und Sozialdiensten ausreichend unterstützt?*											
Fühlen Sie sich in Ihrer Rolle als Betreuende/r insgesamt ausreichend unterstützt?*											
Immer			Meistens			Manchmal			Nie		
EFC	Certa		EFC	Certa		EFC	Certa		EFC	Certa	
	IG	KG		IG	KG		IG	KG		IG	KG
(18.5)	(14.0)	(15.4)	(31.8)	(44.4)	(46.7)	(23.6)	(24.2)	(37.9)	(26.2)	(17.6)	(0)

* Fragen und Auswertungsbereiche des Cope-Index (McKee et al., 2003; zit. in Kofahl et al., 2010);

**EFC=Eurofamcarestudie (Döhner et al, 2007)

***Um eine annähernde Vergleichbarkeit zu gewährleisten, sind auch bei einer Stichprobe < 100 die Prozentzahlen angegeben.

Bei der vorliegenden Studie schätzte in der Kontrollgruppe jeder zweite PA seinen Gesundheitszustand und seine Lebensqualität als «gut» ein (KG 50%). In der Interventionsgruppe schätzten vergleichsweise mehr Personen (71.4%) ihren Gesundheitszustand als «gut» ein. Dem gegenüber empfand die Mehrzahl (61.5%) der Teilnehmer/-innen der Interventionsgruppe ihre Lebensqualität «mittelmäßig».

Tabelle 6 Gesundheitsbezogene Lebensqualität der pflegenden Angehörigen

Einschätzung der allgemeinen Gesundheit**			
	EFC** (%) n=1003	Certa (%)* n=20	
		IG* n=14	KG* n=6
Ausgezeichnet	(4.2)	1 (7.1)	0
Sehr gut	(18.3)	1 (7.1)	2 (33.3)
Gut	(52.9)	10 (71.4)	3 (50)
Weniger gut	(21.5)	1 (7.1)	1 (16.7)
Schlecht	(3.0)	1 (7.1)	0
Gesamt	(100)	14 (99.8)	6 (100)
Einschätzung der Lebensqualität in den letzten zwei Wochen**			
	EFC** (%) n=1003	Certa (%)* n=20	
		IG n=14	KG n=6
Sehr gut	(6.4)	0	1 (16.7)
Gut	(49.2)	4 (30.8)	3 (50)
Mittelmäßig	(37.9)	8 (61.5)	2 (33.3)
Schlecht	(5.5)	0	0
Sehr schlecht	(1.0)	1 (7.7)	0
Gesamt	(100)	13 (100)	6 (100)

* Um eine annähernde Vergleichbarkeit zu gewährleisten, sind auch bei einer Stichprobe < 100 die Prozentzahlen angegeben.

** Fragen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität aus dem SF-36 (Bullinger & Kirchberger, 2012) zit. in EFC=Eurofamcarestudie (Döhner et al., 2007)

Der subjektive Gesundheitsstatus bei den PA wurde zu drei Messzeitpunkten in beiden Gruppen gemessen. In Abbildung 2 ist die Verteilung der Antworten zum ersten Befragungszeitpunkt (präe) von Interventionsgruppe und Kontrollgruppe gegenüber gestellt. Bei beiden Gruppen ist eine Tendenz zur Mitte zu erkennen. Zehn Personen in der Interventionsgruppe und drei Personen in der Kontrollgruppe schätzten ihren Gesundheitsstatus als «gut» ein. Die letzte Kategorie «schlecht» wurde von den Angehörigen in der Kontrollgruppe nicht gewählt.

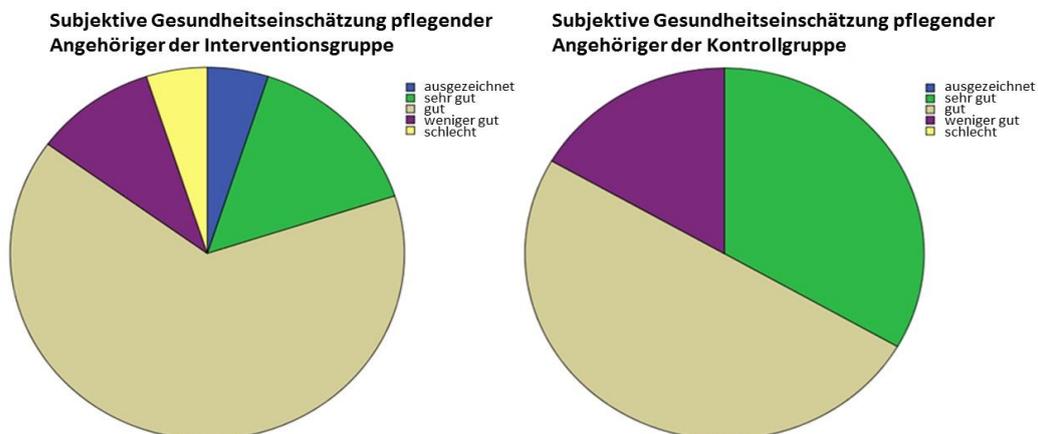


Abbildung 2 Subjektive Gesundheitseinschätzung bei der ersten Befragung

Bei der Certa-Evaluationsstudie waren sowohl Teilnehmer/-innen mit der geringen Pflegedauer von vier Stunden (IG 21.4%; KG 33.3%) als auch mit der höchsten Pflegedauer mit über 60 Stunden wöchentlich vertreten (IG 35.7%; KG 33.3%). Die Anzahl der Teilnehmer/-innen, welche bis zu 14 Stunden wöchentlich pflegen, lagen in beiden Gruppen bei über 30% (IG 35.6%, KG 33.3%) (Tabelle 7).

Tabelle 7 Durchschnittliche wöchentliche Stundenanzahl der pflegerischen Betreuung

Durchschnittliche wöchentliche Anzahl der Stunden der pflegerischen Betreuung	MUG III** n=2.638	EFC** n=1003	Certa n=20	
	n (%)	n (%)	IG n=14 (%)*	KG n=6 (%)*
4	(16.5)	(3.3)	3 (21.4)	2 (33.3)
5-9	(15.1)	(21.9)	1 (7.1)	0
10-13	(11.5)	(11.8)	1 (7.1)	0
14-19	(9.9)	(11.6)	0	1 (16.7)
20-29	(12.4)	(17.4)	2 (14.2)	1 (16.7)
30-39	(7.3)	(6.7)	1 (7.1)	0
40-59	(6.9)	(8.7)	1 (7.1)	0
60+	(7.4)	(18.6)	5 (35.7)	2 (33.3)
Missing	(13.1)	-	-	-
Gesamt	(100.1)	(100)	(99.7)	(100)

* Um eine annähernde Vergleichbarkeit zu gewährleisten, sind auch bei einer Stichprobe < 100 die Prozentzahlen angegeben.

**MUG III=Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung (Schneekloth & Wahl 2005); EFC=Eurofamcarestudie (Döhner et al., 2007)

In der vorliegenden Untersuchung wurden nur pflegeerfahrene Personen eingeschlossen (Tabelle 8). Die Zahl der Personen, die sich zu Beginn ihrer Pflgetätigkeit (bis 1 Jahr) zum Besuch des Pflegekurses entschieden, beläuft sich in der vorliegenden Studie insgesamt auf 35% (n=7 von 20). Die meisten Teilnehmer/-innen pflegten jedoch bereits ein Jahr und länger. In der Certa-Untersuchung besuchten auch Personen mit einer langjährigen Pflegebiographie Pflegekurse. Von den Personen, die über 10 Jahre pflegen, waren jeweils eine Person in der Interventions- und Kontrollgruppe vertreten.

Tabelle 8 Dauer der Pflegebedürftigkeit

Pflegedauer in Jahren	D&W*	Certa	
	n=320	IG* n=14	KG* n=6
pflegeunerfahren	116		
bis 1	67	4	3
> 1-2	49	2	-
> 2-3	16	2	-
> 3-4	13	1	1
> 4-5	14	1	-
> 5-6	12	1	-
> 6-10	18	1	-
> 10-15	5	-	1
> 15-30	3	1	-
Ohne Angaben	7	1	1
Gesamt (n)	320	14	6

* D&W= Dörpinghaus und Weidner (2006); IG=Interventionsgruppe, KG=Kontrollgruppe

4.3.2 Demographische und krankheitsbezogene Variablen der PP

PP sind in der Mehrzahl weiblich. Das spiegelt sich auch in der vorliegenden Studien wieder (Tabelle 9): In der Interventionsgruppe der Certa-Evaluationsstudie waren deutlich mehr weibliche Personen pflegebedürftig (64.3%-69.5%). In der Kontrollgruppe waren jeweils 50% weibliche und männliche PP. In beiden Gruppen waren PP in allen Altersstufen vertreten (65-69, 70-79, 80-89, +90 Jahre). In der Kontrollgruppe überwogen die PP zwischen 65–69 Jahren im Vergleich zur Interventionsgruppe (Differenz 19%). In der Interventionsgruppe wurden im Vergleich zur Kontrollgruppe mehr PP, die älter als 80 Jahre waren, betreut (Differenz 21.5%). In der gemeinsamen Auswertung beider Gruppen waren die PP im Mittel 77 Jahre alt (SD=10,8) und zu 60% Frauen.

Tabelle 9 Alter und Geschlecht der pflegebedürftigen Personen

	Geschlecht** der pflegebedürftigen Person, n (%)*								Gesamt n(%)*	
	MUG III** n=2.638		EFC**(n=1003)		Certa IG**(n=14)		Certa KG**(n=6)		Certa (n=20)	
	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w
	(20.5)	(69.5)	(31.8)	(68.2)	5 (35.7)	9 (64.3)	3 (50)	3 (50)	8 (40)	12 (60)
Jahre	Alter der pflegebedürftigen Person n (%)*									
65-69	(15.5)		(16.9)		2 (14.3)		2 (33.3)		4 (20)	
70-79	(37.7)		(37.8)		2 (14.3)		1 (16.7)		3 (15)	
80-89	(33.2)		(34.4)		6 (42.9)		2 (33.3)		8 (40)	
90+	(13.8)		(11)		4 (28.6)		1 (16.7)		5 (25)	
Gesamt	(100.2)		(100.1)		14 (100.1)		6 (100)		(100.1)	
	Alters der pflegebedürftigen Person, (\bar{x}) in Jahren*									
m/w	-	-	-	-	72.0	82.2	66.7	80	81.1	70
Gesamt	79.2		76.5		78.6		73.3		77	

* Um eine annähernde Vergleichbarkeit zu gewährleisten, sind auch bei einer Stichprobe < 100 die Prozentzahlen und der arithmetische Mittelwert angegeben.

**m=männlich, w=weiblich; MUG III=Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung (Schneekloth & Wahl 2005); EFC=Eurofamcarestudie (Döhner et al., 2007)

Wir befragten die PA nach dem Hauptgrund und weiteren Gründen der Pflegebedürftigkeit. Die Formulierung der Fragen und die Eingruppierung der freien Antworten wurden aus der Eurofamcarestudie (Döhner et al., 2007) übernommen. Für die Darstellung in Tabelle 9 wurden die angegebenen Haupt- und Nebengründe für die Pflegebedürftigkeit zusammengefasst und die sturzrelevanten Angaben (Kapitel 1.2.2) aufgelistet. Darüber hinaus wurde die Auflistung mit der Angabe der vorausgegangenen Stürze, sturzbedingten Verletzungen, ungeplanten Arzt- und Krankenhausaufenthalte, hohes Alter und weibliches Geschlecht der PP ergänzt. Am häufigsten verursachten in beiden Gruppen Probleme der Mobilität und körperliche Erkrankungen oder Behinderungen die Pflegebedürftigkeit (Certa: IG 64.3%, KG 66.7%). Die Anzahl der gestürzten Personen in den letzten sechs Monaten vor der Studie (IG 63%, KG 66.7%), die angegebene Anzahl an sturzbedingten Verletzungen (IG 50%, KG 50%) und die ungeplanten Arzt- und Krankenhausaufenthalte (IG 70%, KG 66.7%) waren in beiden Gruppen nahezu gleich. In der Interventionsgruppe waren sieben Personen (50%) und in der Kontrollgruppe zwei Personen (33.3%) mit kognitiven Einschränkungen und Gedächtnisproblemen vertreten. Dem gegenüber waren in der Kontrollgruppe eine Person mit eingeschränkter Sehfähigkeit (KG 16.7%, IG 7.1%) und drei Personen mit Parkinsonsyndrom oder Schlaganfall eingeschlossen (KG 50%, IG 42.9%). Bei Schmerzen, hohem Alter und weiblichem Geschlecht lag der Unterschied

zwischen 9.5% und 14.3%.

Tabelle 10 Sturzrelevante Einschränkungen der pflegebedürftigen Personen

	IG n=14 (%)**		KG n=6 (%)**	
		o.A.*		o.A.*
Schmerzen	1 (7.1)	0	1 (16.6)	
Eingeschränkte Mobilität	9 (64.3)	0	4 (66.7)	0
Vorausgegangene Stürze (Anzahl der Stürzer) in den letzten 6 Monaten	7 (63)	3	4 (66.7)	0
Vorausgegangene sturzbedingte Verletzungen in den letzten 6 Monaten	6 (50)	2	3 (50)	0
Ungeplante Arztkontakte und Krankenhausaufenthalte in den letzten 6 Monaten	7 (70)	4	4 (66.7)	0
Hohes Alter 90+	4 (28.6)	0	1 (16.7)	0
Weibliches Geschlecht der pflegebedürftigen Person	9 (64.3)	0	3 (50)	0
Demenz	7 (50)	0	2 (33.3)	0
Harninkontinenz	1 (7.1)	0	0	0
Eingeschränkte Sehfähigkeit	1 (7.1)	0	1 (16.7)	0
Parkinsonsyndrom oder Schlaganfall	6 (42.9)	0	3 (50)	0

* o.A.=ohne Angaben

**Um eine annähernde Vergleichbarkeit zu gewährleisten, sind auch bei einer Stichprobe < 100 die Prozentzahlen angegeben.

In der vorliegenden Studie wurden PA zur Mobilität ihrer anvertrauten PP anhand eines ausgewählten Fragenkomplexes des Barthel-Index (BI) zu drei Befragungszeitpunkten in beiden Gruppen befragt (Kapitel 3.3.6, Tabelle 11). In beiden Gruppen lag bei der Baselineuntersuchung (prae) der arithmetische Mittelwert bei 2.8 Punkte (IG: SD=1.1; KG: SD=0.8). Im Zeitverlauf war in beiden Gruppen eine leichte Verbesserung der Mobilität zu beobachten. So lag bei der dritten Befragung (post²) das arithmetische Mittel in der Interventionsgruppe bei 3.1 Punkte (SD=0.9) und in der Kontrollgruppe bei 3.3 Punkte (SD=0.5).

Tabelle 11 Mobilität der pflegebedürftigen Personen im Zeitverlauf

Kann sich Ihre pflegebedürftige Person bzw. Ihr Angehöriger in ihrem/seinem Bett zu einem daneben stehenden Stuhl bewegen?*	IG* n=14 (Punktezahl)			KG* n=6 (Punktezahl)		
	prae	post1	post2	prae	post1	post2
Überhaupt nicht in der Lage (0)	2 (0)	2 (0)	1 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Nur mit großer körperlicher Hilfe (5)	3 (15)	3 (15)	1 (5)	2 (10)	0 (0)	0 (0)
Mit geringer Hilfe (10)	4 (40)	6 (60)	5 (50)	3 (30)	5 (50)	4 (40)
Ohne Hilfe (15)	4 (60)	3 (45)	4 (60)	1 (15)	1 (15)	2 (30)
Gesamt n (Punktezahl)	13 (115)	13 (120)	11 (115)	6 (55)	6 (65)	6 (70)
MW	2.8	2.8	3.1	2.8	3.2	3.3
SD	1.1	1.0	0.9	0.8	0.4	0.5

* Fragenkomplex aus dem Barthel-Index. Einschätzung der Beweglichkeit des PP durch den pflegenden Angehörigen (PA).

Vorausgegangene Stürze und Stürze im Verlauf der Evaluationsstudie zum Certa-Pflegekurs 'Pflege & Bewegung' sind in Tabelle 12 aufgeführt. Die Gesamtzahl der Stürzer und Stürze war zum Erstbefragungszeitpunkt (prae) im Vergleich zu den anderen Befragungszeitpunkten in beiden Gruppen deutlich erhöht (IG: 7 Stürzer, 29 Stürze; KG: 4 Stürzer, 14 Stürze). Dies lässt sich anhand der abgefragten Zeitdauer erklären, welche vor dem Kurs mit sechs Monaten deutlich höher ausfällt als die Zeitspanne zwischen der zweiten und dritten Befragung (6 – 8 Wochen). Die Zahl der Stürzer hat sich bei der zweiten Befragung (post¹) im Vergleich zur ersten Befragung (prae) in der Interventionsgruppe um drei Personen und in der Kontrollgruppe um eine Person verringert. Die hohe Sturzzahl bei der letzten Befragung in der Interventionsgruppe ergab sich aus der Angabe einer Teilnehmer/-in. Die PP war mindestens 20 Mal gestürzt (post²). In beiden Gruppen ergaben sich Verletzungen wie Prellungen, Rippenfrakturen und Platz- und Schürfwunden. In der Interventionsgruppe erlitt eine PP vor Studienbeginn (innerhalb des Zeitraums von sechs Monaten) eine Hüftfraktur.

Tabelle 12 Stürze, Stürzer und Sturzverletzungen im Zeitverlauf

	IG* n=14				KG* n=6			
	ohne Sturz	Stürzer	o.A.	Stürze	ohne Sturz	Stürzer	o.A.	Stürze
prae	4	7	3	29	2	4	0	14
post ¹	7	4	3	11	1	3	2	5
post ^{2*}	9	3	2	29	1	3	2	5
	IG* n=14				KG* n=6			
	Sturzbedingte Verletzungen (n)				Sturzbedingte Verletzungen (n)			
prae**	Hüftfraktur, Platzwunden, Rippenbruch, Schädel, Schulter (n=6)				Prellung, Schürfwunden (n=3)			
post ^{1**}	Kopfverletzung, Rippenbruch (n=2)				Prellung, Rippenbruch (n=2)			
post ^{2**}	Platzwunden, Schürfwunden (n=3)				Schürfwunden (n=1)			

4.3.3 Veränderung der Sturzangst

Die vorliegende Arbeit untersucht (Kapitel 3.3, 3.3.6), ob und mit welcher Wahrscheinlichkeit, die Certa-Schulung 'Pflege & Bewegung' die Sturzangst der PA im Hinblick auf die PP verbessert. Die Sturzangst wurde anhand des Falls Efficacy Scale – International Version (FES-I) (ProFaNE, zuletzt geprüft 2016; Kapitel 3.3.6) gemessen. Die Gegenüberstellung der Mittelwerte mit Standardabweichung erfolgte tabellarisch (Tabelle 13) und graphisch (Abbildung 3 und 4). In Tabelle 14 sind die Auswertungsergebnisse im Vergleich zur Zeit und zur Gruppe anhand des Greenhouse-

Geisser-Test aufgeführt. Die Mittelwerte beider Gruppen unterschieden sich bei der Baselineuntersuchung gering um 1.1 Punkte (prae IG 56.8, KG 55.7). Die Standardabweichung war in der KG mit 7.4 Punkte im Gruppenvergleich höher (IG 5.2). Die Differenzen der Mittelwerte zur Baselineuntersuchung und zwischen den Gruppen waren im Zeitverlauf gering. Der geringste Wert wurde in der Kontrollgruppe (post¹) mit 54.3 Punkte (SD=5.3) und der höchste Wert in der Interventionsgruppe (post²) mit 58.5 Punkte (SD=5) gemessen.

Tabelle 13 Sturzangst zu den drei Messzeitpunkten

Falls Efficacy Scale – International Version (FES-I)**	IG n=14			KG n=6		
	prae	post ¹	post ²	prae	post ¹	post ²
MW*	56,8	57.9	58.5	55.7	54.3	55.3
SD*	5.2	5.3	5	7.4	5.3	4.3

* Zur besseren Übersichtlichkeit sind die Zahlen zur Standardabweichung und zum Mittelwert auf eine Kommastelle gerundet.

** Summenscore zwischen 16-64. Höherer Wert bedeutet höhere Bedenken, dass ein Sturz erfolgen könnte.

Im Profilplot (Abbildung 3) sind die Mittelwerte der Interventions- und Kontrollgruppe zu den Befragungszeitpunkten graphisch dargestellt. Auch wenn die Differenzen gering sind, ist folgende Tendenz zu erkennen: Entgegen der Hypothese, dass die Sturzangst durch den Besuch des Pflegekurses verringert werden, erhöhten sich in der Interventionsgruppe die Mittelwerte der Sturzangst nach der Schulung (prae 56.8, SD=5.2; post¹ 57.9, SD=5.3; post² 58.5, SD=5) und verschlechterten sich damit. In der Kontrollgruppe verbesserten sich die Werte bei der zweiten Befragung (post¹ 54.3, SD=5.3) und näherten sich bei der dritten Befragung (post² 55.3, SD=4.3) wieder dem Ausgangspunkt an (prae 55.7, SD=7.4).

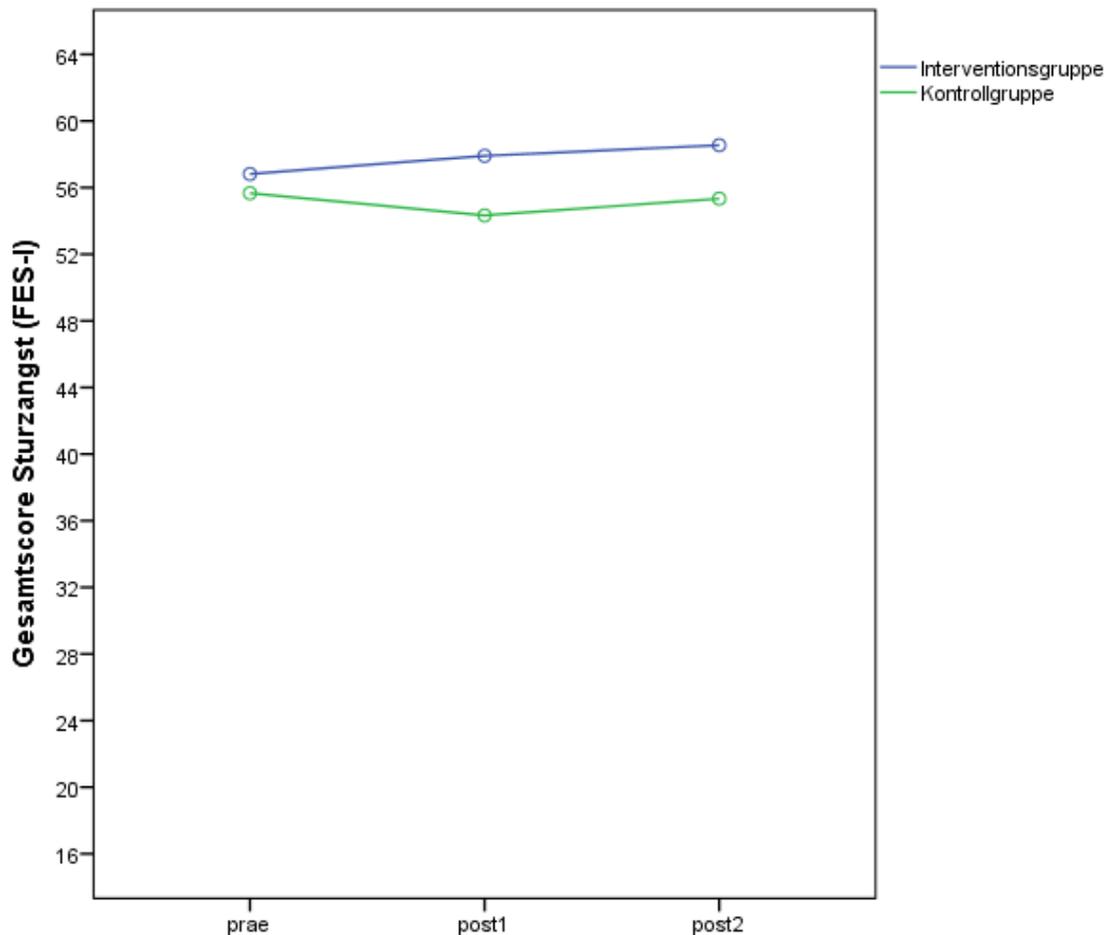


Abbildung 3 Mittelwerte zur Sturzangst im Zeitverlauf

Im Boxplot (Abbildung 4) sind der Median (MD), die Perzentile und ein sogenannter Ausreißer zu erkennen. Die Medianwerte weisen dieselbe Dynamik auf wie die Mittelwerte: In der Interventionsgruppe kam es zu einer leichten Steigerung und damit zu einer Verschlechterung der Werte zur Sturzangst (MD: prae 57,5; post¹ 59; post² 59). In der Kontrollgruppe kam es bei der zweiten Befragung zu einer Verbesserung (MD: prae 57,5; post¹ 53,5). Bei der dritten Befragung (post²) war der Median im Vergleich zur zweiten Befragung (post¹) wieder etwas erhöht und lag mit 55 Punkte aber immer noch unter dem Ausgangswert. Beim Vergleich des Ausmaßes zwischen den Perzentilen wird deutlich, dass in der Kontrollgruppe bei der ersten Befragung (prae) eine größere Varianz an Sturzangst angegeben wurde. Die Standardabweichung vom arithmetischen Mittelwert ergab hier ebenfalls den höchsten Wert (KG prae SD=7,4; Tabelle 13). Bei den zwei darauffolgenden Befragungszeitpunkten lag die Standardabweichung in beiden Gruppen zwischen 5,3 Punkte (IG post¹) und 4,3 Punkte (KG post²). Ein Teilnehmer in der Interventionsgruppe zeigte im Vergleich zu den

Werten beider Gruppen und aller drei Befragungszeitpunkte nur geringe Sturzangst (47 Punkte).

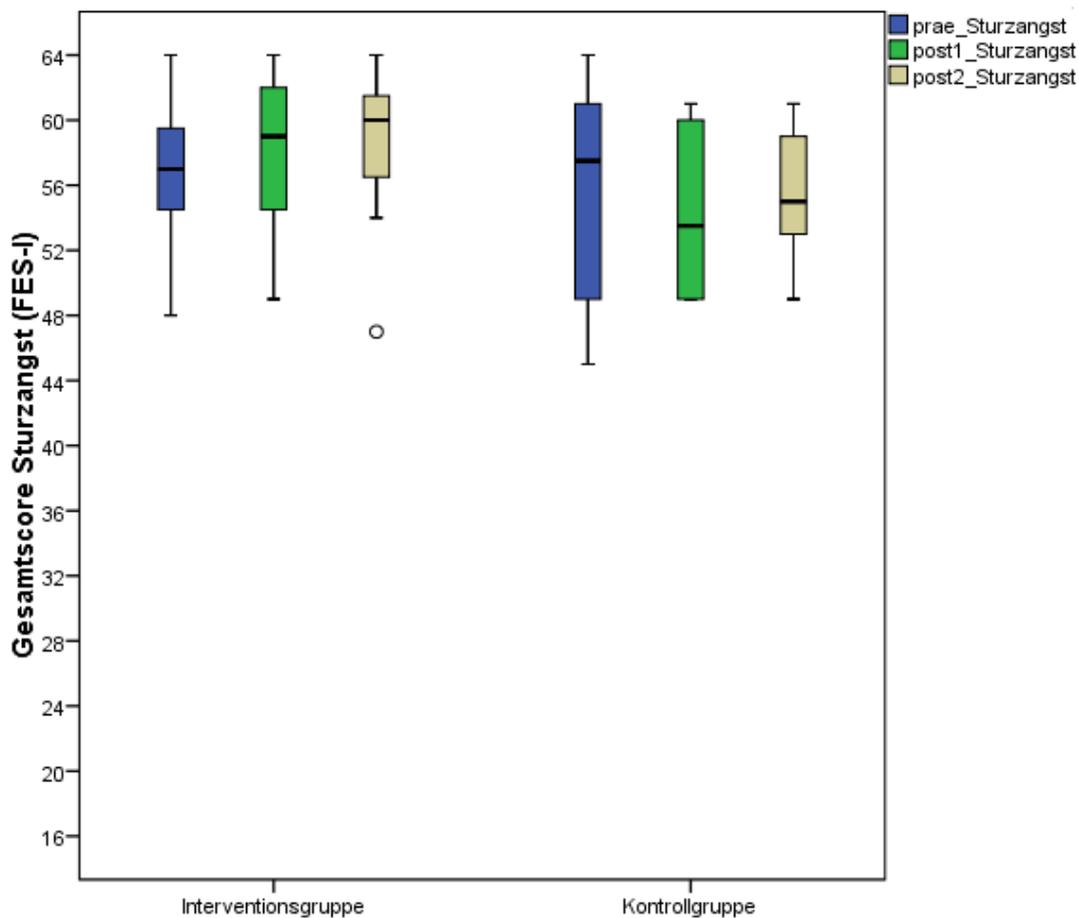


Abbildung 4 Sturzangst der PA hinsichtlich eines Sturzes der PP

Anhand des allgemeinen linearen Modells nach Greenhouse-Geisser wurden die Hypothesen überprüft (Kapitel 3.3.7). Die Nullhypothese (keine Veränderung in der Zeit) kann nicht abgelehnt werden ($p=0.556$). Die Hypothese (Veränderung über die Zeit ist in beiden Gruppen unterschiedlich) kann mit einer Fehlerwahrscheinlichkeit von $p=0.320$ nicht angenommen werden.

Tabelle 14 Sturzangst innerhalb der Gruppe und im Zeitverlauf

Test nach Greenhouse-Geisser*		df**	F	p**
Zeit		1.601	0.530	0.556
	prae- post ¹	1	0.472	0.502
	prae- post ²	1	0.663	0.428
Zeit-Gruppe		1.601	1.161	0.320
	prae- post ¹	1	1.032	0.326
	prae- post ²	1	1.460	0.246

* Ausgewertet wurden nur die Angaben von Teilnehmer/-innen, welche zu allen drei Befragungszeitpunkten geantwortet haben (IG n=11; KG n=5);

**df= Freiheitsgrad; p= Fehlerwahrscheinlichkeit

Der Fragebogen FES I wurde mit zwei Fragen ergänzt, welche sich auf die praktischen Lerninhalte des Kurses beziehen (Kapitel 3.3.6). Die Teilnehmer/-innen gaben an, wie hoch ihre Bedenken sind, wenn die PP seine Position im Raum wechselt. Die Sturzangst der PA bei der Mobilität ihres anvertrauten Menschen nahm im Mittel bei der Frage zum Transfer zwischen Bett und Stuhl im Zeitverlauf in der Kontrollgruppe ab (prae 2,7, post¹ 2,3, post² 2,2). Bei der Frage zur Sturzgefahr beim Aufstehen aus einer liegenden Position blieben die Mittelwerte nahezu gleich bei 2,5 Punkte (prae SD=1,2, post¹ SD=1,0) und 2,4 Punkte (post² SD=0,5). In der Interventionsgruppe erhöhte sich die Sturzangst beim Transfer zwischen Bett und Stuhl im Zeitverlauf (prae 2, SD=1,2; post¹ 2,4, SD=1,1; post² 2,3, SD=1,1). Dem gegenüber verringerte sich die Sturzangst bei der Frage zum Aufstehen aus einer liegenden Position (prae 2,7, SD=1,0; post¹ 2,3, SD=0,8; post² 2,2, SD=0,4).

Tabelle 15 Sturzangst bei zwei ausgewählten Bewegungsabläufen im Zeitverlauf

Welche Bedenken haben Sie bezüglich der Sturzgefahr Ihres pflegebedürftigen Angehörigen bei folgender Aktivität*:						
vom Bett auf den Stuhl setzen	IG n=14			KG n=6		
	prae	post ¹	post ²	prae	post ¹	post ²
MW** (n)	2 (13)	2,4 (13)	2,3 (12)	2,7 (6)	2,3 (6)	2,2 (5)
SD**	1,15	1,1	1,1	1,0	0,8	0,4
Aufstehen aus einer liegenden Position (z. B. vom Bett aufstehen)	IG n=14			KG n=6		
	prae	post ¹	post ²	prae	post ¹	post ²
MW** (n)	2,7 (6)	2,3 (6)	2,2 (5)	2,5 (6)	2,5 (6)	2,4 (5)
SD**	1,0	0,8	0,4	1,2	1,0	0,5

* Skala 1-4. Höhere Wert bedeutet höhere Bedenken.

** Zur besseren Übersichtlichkeit sind die Zahlen zur Standardabweichung und zum Mittelwert auf eine Kommastelle gerundet.

4.3.4 Veränderung des subjektiven Belastungserlebens

Für die vorliegende Certa-Evaluationsstudie wurde die Hypothese untersucht, ob sich mit einer Teilnahme das subjektive Belastungserleben PA im Vergleich zu jenen Angehörigen, die erst zu einem späteren Zeitpunkt den Kurs besuchen werden (Kontrollgruppe) verringert (Kapitel 2). Zu dieser Fragestellung wurden die Ergebnisse des Cope-Index werden für den Bereich negative Aspekte häuslicher Pflege ausgewertet und dem Begriff subjektives Belastungserleben zugeordnet. Zum Vergleich wurden auch die zwei Fragen aus dem SF 36 (Bullinger & Kirchberger, 2012) zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität analysiert.

In der folgenden Tabelle 16 ist die Übersicht zu den Mittelwerten der negativen Aspekte häuslicher Pflege für Interventions- und Kontrollgruppe im zeitlichen Verlauf dokumentiert. In der Interventionsgruppe lag das Belastungserleben bei der ersten Untersuchung (prae) im Mittel bei 18.8 Punkte (SD=4.2). Das Belastungserleben war nach der Intervention um nahezu einen Punkt verringert (post¹ 17.9, SD=2.9) und glich sich im Zeitverlauf wieder an den Wert der Erstbefragung an (post² 18.8, SD=3.1). Die Kontrollgruppe zeigte bei der Baselineuntersuchung im Vergleich zur Interventionsgruppe im Mittel ein höheres Belastungserleben (prae 22.4, SD=0.9). Das Belastungserleben war bei der zweiten Befragung um einen Punkt erhöht (post¹ 23.4, SD=2.6). Bei der dritten Befragung (post² 21.8, SD=1.3) lag der errechnete Mittelwert zum Belastungserleben unter dem Anfangswert und hat sich damit verbessert.

Tabelle 16 Belastungserleben häuslicher Pflege im Zeitverlauf für beide Gruppen

Cope-Index (negative Aspekte)	IG n=14			KG n=6		
	prae	post ¹	post ²	prae	post ¹	post ²
MW** (n)	18.8 (11)	17.9 (11)	18.8 (11)	22.4 (5)	23.4 (6)	21.8 (5)
SD**	4.2	2.9	3.1	0.9	2.6	1.3

* Summenscore zwischen 7-28. Höherer Wert bedeutet höhere Belastung.

** Zur besseren Übersichtlichkeit sind die Zahlen zur Standardabweichung und zum Mittelwert auf eine Kommastelle gerundet.

In der Abbildung 5 sind die Mittelwerte zu den negativen Aspekten der häuslichen Pflege graphisch dargestellt. Es wurden nur die Antworten jener Teilnehmer/-innen einbezogen, welche zu allen drei Zeitpunkten geantwortet hatten. Das sind in der Interventionsgruppe neun Personen und in der Kontrollgruppe fünf Personen. Das höchste ermittelte Belastungserleben lag bei 27 Punkte. In beiden Gruppen wurden negative Aspekte häuslicher Pflege bestätigt. Es wird deutlich, dass die Kontrollgruppe mit einer höheren subjektiv eingeschätzten Belastung startete (prae 22.4, SD=0.9) als die Interventionsgruppe (prae 18.8, SD=4.2). Nach der Intervention (post¹) war die Differenz zwischen Interventions- und Kontrollgruppe am größten (IG: 17.9, SD=2.9; KG 23.4, SD=2.6). Bei der dritten Befragung (post²) war die Differenz zwischen beiden Gruppen am geringsten (IG 18.8, SD=3.1; KG 21.8, SD=1.3). Die Werte der Interventionsgruppe lagen damit wieder auf dem Ausgangsniveau. Die Werte der Kontrollgruppe verringerten sich.

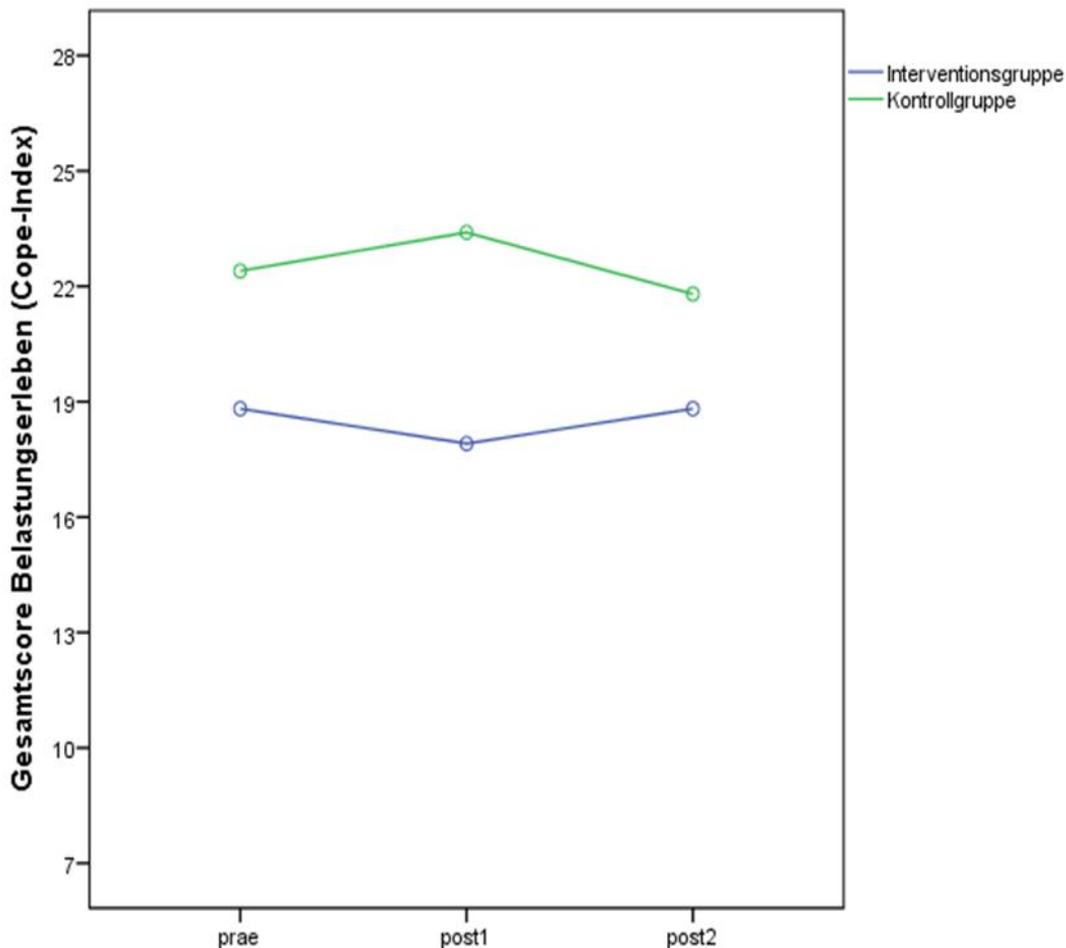


Abbildung 5 Subjektive Belastung häuslicher Pflege im Zeitverlauf

Die ANOVA mit Messwiederholungen ergab sowohl für den zeitlichen Verlauf, als auch für den Gruppenunterschied keine signifikanten Ergebnisse. Beide Nullhypothesen konnten nicht abgelehnt werden. Bei dem zeitlichen Verlauf lag der p-Wert bei 0,913, beim Gruppenunterschied bei $p=0,405$.

Tabelle 17 Belastungserleben innerhalb der Gruppe und im Zeitverlauf

Test nach Greenhouse-Geisser*		df	F	p
Zeit		1,813	0.075	0.913
	prae- post ¹	1	0.073	0.791
	prae- post ²	1	0.079	0.783
Zeit-Gruppe		1,813	0.914	0.405
	prae- post ¹	1	0.073	0.791
	prae- post ²	1	2.520	0.135

* Ausgewertet wurden nur die Angaben von Teilnehmer/-innen, welche zu allen drei Befragungszeitpunkten geantwortet haben (IG n=11, KG n=5)

Die positiven Aspekte der häuslichen Pflege, die erlebte Wertschätzung, schätzen die Teilnehmer/-innen nach der Gruppenschulung im Mittel höher ein (prae 6.8, SD=3; post¹ 7.7, SD=3.6). In der Kontrollgruppe sank der Wert im Vergleichszeitraum (prae 7,

SD=1.6; post¹ 6.6, SD=0.9). Bei der dritten Befragung (post²) waren die Werte in beiden Gruppen erhöht im Vergleich zum Anfangswert (IG 7.4, SD=1.9; KG 7.6, SD=2.9).

Die **Lebensqualität** wurde von den Teilnehmer/-innen beider Gruppen zu drei Zeitpunkten eingeschätzt. Die arithmetischen Mittelwerte lagen in der Interventionsgruppe knapp über drei Punkte (prae 3.2, SD=0.8; post¹ 3.1, SD=0.8; post² 3.3, SD=0.9) und entsprechen damit der Antwortkategorie «mittelmäßig». Im Vergleich wiesen die Teilnehmer/-innen der Kontrollgruppe zu Beginn eine bessere Lebensqualität auf (prae 3.8, SD=0.8). Der Mittelwerte verringerten sich im Zeitverlauf von 3.8 Punkte (prae) zu 3.4 Punkte (post², SD=1.1).

Die Mittelwerte zur Einschätzung der **Gesundheit** lagen in beiden Gruppen zwischen 2.83 (KG prae SD=0,8) und 3.42 Punkte (IG post² SD=0.8) und entsprachen damit der Antwortkategorie «gut». Die Einschätzung der Gesundheit fiel damit besser aus als die Einschätzung zur Lebensqualität. Die Standardabweichung lag zwischen 0.6 (KG post¹) und 1 Punkt (IG post¹).

Tabelle 18 Gesundheitsbezogene Lebensqualität im Zeitverlauf für beide Gruppen

Wie schätzen Sie die Lebensqualität...**	IG n=14			KG n=6		
	prae	post ¹	post ²	prae	post ¹	post ²
MW* (n)	3.2 (13)	3.1 (13)	3.3 (12)	3.8 (6)	3.5 (6)	3.4 (5)
SD*	0.8	0.8	0.9	0.8	0.8	1.1
Wie würden Sie Ihre Gesundheit allgemein einschätzen?***	IG* n=14			KG* n=6		
	prae	post ¹	post ²	prae	post ¹	post ²
MW* (n)	3 (14)	3.3 (14)	3.4 (12)	2.8 (6)	3 (6)	3.2 (5)
SD*	0.9	1	0.8	0.8	0.6	0.8

* Zur besseren Übersichtlichkeit sind die Zahlen zur Standardabweichung und zum Mittelwert auf eine Kommastelle gerundet.

** Skala 1-5. Höherer Wert bedeutet bessere Lebensqualität.

*** Skala 1-5. Höherer Wert bedeutet schlechtere Einschätzung der Gesundheit

4.3.5 Rückmeldung der Teilnehmer/-innen

Bei der vorliegenden Untersuchung gaben die meisten Teilnehmer/-innen an, dass sie den Kurs durch Eigeninitiative, d.h. durch zielgerichtete Suche, gefunden hatten (n=9). Sechs Teilnehmer/-innen kreuzten den Bereich „anderes“ an. Davon nahmen bei der Interventionsgruppe vier und bei der Kontrollgruppe eine Teilnehmer/-in aufgrund der Empfehlung der Beratungsstelle teil. Eine Teilnehmer/-in interessierte sich für den Kurs aufgrund eines Hinweises im Internet.

Tabelle 19 Vergleich zur Rekrutierung

Wer hat Sie auf die Möglichkeit des Pflegekurses aufmerksam gemacht?	D&W n=320 (%)	Certa (n) n=20 (%)*		
		IG	KG	Gesamt
Mein Hausarzt	1 (0.3)	-	-	-
Der ambulante Pflegedienst	63 (19.7)	1 (7.1)	0	1 (5)
Nachbarn, Freunde, Bekannte	41 (12.8)	-	-	-
Meine Krankenkasse	23 (7.2)	1 (7.1)	2 (33.3)	3 (15)
Familienangehörige	23 (7.2)	-	1 (16.7)	1 (5)
Tageszeitung	127 (39.7)	-	-	-
Eigeninitiative	42 (13.1)	7 (50)	2 (33.3)	9 (45)
Anderes (Bitte angeben)	3 (0.9)	5 (35.7)	1 (16.7)	6 (30)
Total	(100.9)	14 (99.9)	6 (100)	20 (100)

* Um eine annähernde Vergleichbarkeit zu gewährleisten, sind auch bei einer Stichprobe < 100 die Prozentzahlen angegeben.

Bezüglich der Bewerbstellung der Gruppenschulung wurden von Seiten der Dozentin keine Schwierigkeiten übermittelt. Alle Teilnehmer/-innen (n=14) würden aufgrund ihrer eigenen Erfahrung eine Teilnahme am Pflegekurs weiter empfehlen. Die Teilnehmer/-innen waren mit den Informationen, den praktischen Übungen und den angebotenen Unterlagen überwiegend sehr zufrieden.

Tabelle 20 Kursevaluation durch die Teilnehmer/-innen

Wie zufrieden waren Sie mit der/den ...	Certa n=14 (%)*				
	Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Eher unzufrieden	Sehr unzufrieden	Ohne Angabe
Informationen über Unterstützungsangebote (Hilfsmittel, Selbsthilfegruppen usw.)	11 (79)	3 (21)			
Informationen zur Verhinderung von Stürzen	12 (86)	1 (7)			1 (7)
Praktischen Übungen (z. B. Aufstehen aus dem Bett, vom Boden usw.)	13 (93)				1 (7)
Schriftliche Unterlagen zu den Kursinhalten	11 (79)	1 (14)	1 (7)	0 (0)	1 (7)
Verständlichkeit der Unterlagen zu den Kursinhalten	11 (79)	2 (14)	0 (0)	0 (0)	1 (7)

* Um eine annähernde Vergleichbarkeit zu gewährleisten, sind auch bei einer Stichprobe < 100 die Prozentzahlen angegeben.

4.4 Ergebnisse der qualitativen Evaluationsstudie

Bei der Evaluation der deutsch-türkischen Pflegekurse wurden insgesamt 28 Teilnehmer/-innen retrospektiv zu soziodemographischen Angaben und hinsichtlich der subjektiven Bewertung des Kurses schriftlich befragt. Der Rücklauf lag bei 68% (n=19). Der überwiegende Anteil der Teilnehmer/-innen war weiblich (n=17). Das Alter

der Teilnehmer/-innen reichte von 40 bis 79 Jahre. Der Großteil der Teilnehmer/-innen (n=12) war zwischen 50-59 Jahre alt. 12 Teilnehmer/-innen gaben an, alleinstehend zu sein. 7 Teilnehmer/-innen lebten in Partnerschaft. Aufgrund der Empfehlung der Mitarbeiter/-innen der Arbeiterwohlfahrt (AWO) sind mehr als die Hälfte (n=10) auf den Kurs aufmerksam gemacht worden. Die anderen Teilnehmer/-innen erfuhren vom Kurs durch den ambulanten Pflegedienst (n=1), die Tageszeitung (n=5) und die Krankenkasse (n=2). Bei einem Fragebogen fehlte dazu die Angabe. Bei 10 Teilnehmer/-innen war Deutsch nicht die Muttersprache. Davon gaben sieben Personen an, dass sie wenig oder mittelmäßig Deutsch sprechen. Die Aufenthaltsgenehmigung aufgrund der deutschen Staatsbürgerschaft oder durch einen unbefristeten Aufenthalt war bei 17 der 19 Teilnehmer/-innen gegeben. Hier fehlten zwei Angaben. Insgesamt 12 Teilnehmer/-innen übernahmen zurzeit Pflegeaufgaben bei pflegebedürftigen Angehörigen, Freunden und Bekannten. Sieben Teilnehmer/-innen machten dazu keine Angaben.

Ergänzend zur schriftlichen Befragung wurden leitfadengestützten Interviews von drei Kursteilnehmerinnen und der Kursbegleiterin im Anschluss des transkulturellen Kurses vom Jahr 2008 ausgewertet. Bei der qualitativen Inhaltsanalyse in Anlehnung an Mayring (2008) wurden folgende Kategorien (K) ermittelt:

- *K1: Vorerfahrungen in der häuslichen Pflege*
- *K2: Ethisch moralische Verpflichtung zur pflegerischen Versorgung von Familienangehörigen*
- *K3: Informationen zu Unterstützungs- und Hilfsangebote*
- *K4: Bewertung der praktischen Kursinhalte*
- *K5: Rückmeldung zum transkulturellen Angebot der Certa-Pflegekurse*

Ergänzend zu der Veröffentlichung von (Fink-Heitz et al., 2009) wird in Folge die Analyse der *K5: Rückmeldungen zum transkulturellen Angebot* aufgezeigt. Die Auswertungsergebnisse für diesen Bereich sind in Anhang 3 aufgeführt. Alle drei Kursteilnehmerinnen (Fall A, B und C) sowie die Kursbegleiterin äußerten sich positiv zur transkulturellen Fokussierung des Pflegekurses. Die Teilnehmerin A berichtete, dass es bei diesem Angebot keine Verständigungsprobleme gab. Sie bewertete die Dozentin positiv. Die Teilnehmerin B verglich diesen Pflegekurs mit anderen und schätzte diesen positiver ein. Sie wies auf den höheren Lerneffekt hin und sie wird diesen Kurs weiter empfehlen. Die Kursteilnehmerin C hatte zuvor noch keinen Pflegekurs besucht. Das

Angebot an sich war ihr nicht bekannt. Sie würde den Pflegekurs nochmals besuchen und ihn ebenfalls weiter empfehlen. Nachfragen waren für diese Kursteilnehmerin bei diesem Angebot „selbstverständlich“ möglich. Die Kursbegleiterin (Fall D) wies darauf hin, dass bei anderen monolingualen Kursen Probleme auftraten. Sie wies darauf hin, dass das Angebot eines transkulturellen Kurses eine hohe Wertschätzung für die Teilnehmer/-innen bedeutet. Laut Kursbegleitung förderte der Pflegekurs, wie auch andere Angebote der Beratungseinrichtung, die Integration von türkischen Migrant/-innen.

5. Diskussion

5.1 Diskussion der systematischen Übersichtsarbeit

Auf Grundlage der umfangreichen systematischen Literaturübersicht zeigte sich, dass in nahezu allen Studien signifikante Verbesserungen in einem der Teilbereiche subjektive Belastung, Gesundheit und Lebensqualität sowie Empowerment im Bereich Pflege nachweisbar sind. Ausnahmen bildeten dabei die Studien von Waldorff et al. (2012) und Aakhus et al. (2009). Bei beiden Studien handelte es sich um zeitlich sehr begrenzte Interventionen: Bei Waldorff et al. (2012) erhielt die Interventionsgruppe (n=163) sechs Stunden Gruppenschulung und drei Beratungsgespräche, telefonische Nachsorgegespräche und Informationsmaterial. Bei Aakhus et al. (2009) erhielten die insgesamt 30 Teilnehmer/-innen nur fünf Stunden Vortrag und Diskussion. Hier schnitt die Kontrollgruppe tendenziell besser ab. Dem gegenüber waren in den Studien mit >24 Stunden Gruppenschulung bei Backhaus et al. (2010) signifikante Verbesserungen des Selbstwirksamkeitserlebens ($p=0.001$ post², $\eta^2=0.277$) und der Copingkompetenzen ($p=0.002$ post¹) nachweisbar. Auch bei Powers (2006) und bei Hébert et al. (2003) mit über 25 bzw. 30 Stunden Gruppenschulung wurden signifikante Effekte nachgewiesen. Die Hypothese, dass eine Gruppenschulung erst ab einem höheren Stundenumfang einen Erfolg aufweist, widerlegt allerdings die Studie von Oupra et al. (2010). Sieben Stunden theoretische und praktische Schulung, Unterlagen und telefonische Nachgespräche führten in der Untersuchung in Thailand zu einer signifikanten Verbesserung der Lebensqualität ($p<0.0001$ post²) und des Belastungserlebens ($p<0.001$

post²). Zur Effektstärke gibt es in der Studie keine Angaben. Das positive Ergebnis kann möglicherweise damit zusammenhängen, dass in Thailand keine den europäischen Ländern vergleichbaren Unterstützungsleistungen (Rehabilitation, Entlassungsmanagement, Beratungsstellen etc.) üblich sind.

Das Ziel der systematischen Übersichtsarbeit war eine möglichst umfassende Darstellung von Evaluationsergebnissen zum Forschungsgegenstand. Deshalb wurden auch Studien niedrigerer methodischer Qualität (Evidenzklasse 1 – 4) im Sinne der evidenzbasierten Pflege (Behrens & Langer 2004) aufgenommen. Bei den Limitationen wurden schwierige Teilnehmer/-innengewinnung, hohe Drop-out-Raten, unvollständiger Besuch des Programms und fehlende Verblindung angegeben. In den Studien wurde eine Vielzahl unterschiedlicher validierter und nicht-validierter Assessmentinstrumente verwendet. Im Sinne der besseren Vergleichbarkeit sollte in weiteren Studien international validierten Assessmentinstrumenten der Vorzug gegeben werden. Nach Bell et al. (2001) gewährleisteten angehörigenspezifische Instrumente eine sensitivere Erhebung. Beispielsweise ergaben sich bei Veränderungen im Bereich Empowerment in der Pflege die eindeutigsten Ergebnisse. Insgesamt zeichnen sich die Studien durch eine niedrige interne, jedoch eine hohe externe Validität aus.

Vorerfahrungen in der Pflege wurden in keiner der vorliegenden Studien diskutiert. Lediglich in zwei der vorliegenden Studien wurde die Pflegedauer bei den Einschlusskriterien spezifiziert. So wurden beispielsweise bei Hepburn et al. (2007) PA eingeschlossen, welche im Höchstfall zwei Jahre pflegten. Bei Hébert et al. (2003) pflegten die Teilnehmer/-innen mindestens sechs Monate vor Beginn der Studie. Demgegenüber wurden in der Paneluntersuchung von Schneekloth und Wahl (Hrsg.) (2005) die Vorerfahrungen in der Pflege als ein Kriterium für das subjektive Belastungserleben ermittelt.

5.2 Diskussion der Curriculumsentwicklung

Bei den „Pflegegeschichten“ von Gröning (2012) sind Erzählungen unterschiedlichster Art beinhaltet. Die Analyse zeigt, dass es in pflegespezifischen Bereichen zu Belastungen kommt und Unterstützung notwendig ist. Beim Certa-

Pflegekurs ist ein Modul zur besseren Bewältigung der pflegebedingten Belastungen vorgesehen. Certa-Pflegekurse sind damit als ergänzende Angebote der Beratungsangebote für PA zu sehen. Beispielsweise bieten in Bayern bereits 110 Fachstellen für PA psychosoziale Beratung, begleitende Unterstützung und Entlastungsangebote an oder koordinieren diese (Bayrischem Staatsministerium für Gesundheit und Pflege Stand 11.2014).

Bei der Analyse der „*Pflegegeschichten*“ (Gröning et al., 2012) wurde deutlich, wie sehr der Bereich Kommunikation (n=28) und Themen in Überschneidung mit dem ärztlichen Bereich (n=44) für PA relevant sind. Aspekte dieser Bereiche, z. B. Umgang mit Schmerzen, Kommunikation bei an Demenz erkrankten Menschen, Wundversorgung, Medikamenteneinnahme usw. wurden in das Curriculum aufgrund pflegetheoretischer Überlegungen nicht aufgenommen. Diese Bereiche sollen in weiteren Certa-Pflegekursen bearbeitet werden.

Die Situation von PA mit erkrankten und/oder behinderten Kindern wurde in der vorliegenden Curriculumsentwicklung nicht berücksichtigt. Dazu ist aus Sicht der Autorin die Pflegetheorie von Krohwinkel (2013) wenig geeignet. Hier sollte beispielsweise die familienbezogene Pflegetheorie von Friedemann & Köhlen (2003) zugrunde gelegt werden.

Die Ergebnisse der Expertenbefragung ergaben bei Dörpinghaus und Weidner (2006), dass durch das fehlende Curriculum inhaltliche Nachteile für die Pflegekurse entstehen. Die Experten erachten eine verbindliche Richtlinienvorgabe für Pflegekurse und ein qualitätsgesichertes Curriculum als sinnvoll (ebd: S. 186, 237). Der Kursleiter/-in kann das auf einem Curriculum basierende Schulungskonzept *„unmittelbare Handlungsorientierung geben und die Theorie für eine rationale Deduktion und Konstruktion der Praxis liefern“* (Robinsohn, 1975). Durch das theoriebasierte Curriculum für den Certa-Pflegekurs 'Pflege & Bewegung' kann in diesem Sinne die Vergleichbarkeit der Pflegekurse verbessert und deren Qualität gesichert werden.

5.3 Diskussion der quantitativen Evaluationsstudie

5.3.1 Variablen der PA und PP im Vergleich zu Querschnittstudien

Aufgrund der geringen Teilnehmer/-innenzahl ist das Risiko der Verzerrung der Ergebnisse erhöht. Deshalb werden die Charakteristika der Teilnehmer/-innen nicht nur

zwischen den beiden Gruppen sondern zusätzlich detailliert mit folgenden, repräsentativen deutschlandweiten Untersuchungen verglichen: Die Untersuchung von Döhner et al. (2007) ist die deutschlandweite Teilstudie der *Eurofamcarestudie (EFC)* mit europaweit über 6000 Teilnehmer/-innen. In Deutschland wurden 1003 PA zu demographischen Daten, zur Gesundheit und zur Belastungssituation sowie Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten befragt. Die Einschlusskriterien der Eurofamcarestudie wurden für diese Untersuchung übernommen (Kapitel 3.3.6). Beim Datenvergleich wurden nur die Ergebnisse der deutschen Teilstudie der EFC zugrunde gelegt. Im Unterschied zu der vorliegenden Untersuchung wurden deutschlandweit Angehörige nicht nur in Großstädten (32.8%) sondern auch aus ländlichen Gebieten (22%) oder Kleinstädten (45.2%) befragt. Die Untersuchung *Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung (MUG III)* war als Paneluntersuchung angelegt. Schneekloth und Wahl (2005) befragten im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über 57.617 streng zufällig ausgewählte Personen aller Altersstufen in Privathaushalten zu häuslichen Pflegearrangements. Anschließend wurde aus den Haushalten mit Seniorinnen und Senioren über 70 Jahre (n=2.638) eine sogenannte „Aufstockungsstichprobe“ generiert. Die Person, die nach eigenen Angaben am besten Auskunft geben konnte, wurde erneut zum häuslichen Pflegearrangement befragt. Im Rahmen der Untersuchung *„Pflegekurse im Blickpunkt“ (D&W)* befragten deutschlandweit Dörpinghaus und Weidner (2006) 320 Teilnehmer/-innen von Pflegekursen, 41 Kursleiter/-innen und 7 Expert/-innen. Die Querschnittuntersuchung bietet einen Überblick zu den Strukturen, Konzepten und Erfahrungen, welche es zu Pflegekursen in Deutschland gibt. Teilnehmer/-innen, welche momentan keinen pflegebedürftigen Menschen betreuten, wurden im Unterschied zu dieser Untersuchung nicht ausgeschlossen. Die Untersuchung von Dörpinghaus und Weidner (2006) enthält zudem keine Angaben zur PP.

Die demographischen und gesundheitsbezogenen Daten PA repräsentativer Querschnittstudien sind in vielen Teilbereichen mit den Charakteristika der Teilnehmer/-innen der Certa-Evaluationsstudie vergleichbar. In der Eurofamcarestudie nahmen 76.1% Frauen und 23.9% Männer teil. Männer waren sowohl in der Untersuchung von Dörpinghaus und Weidner (2006) als auch in der vorliegenden Certa-Evaluationsstudie zu einem noch geringeren Maße vertreten (D&W 10.6%; Certa 10%).

Im Unterschied zur Eurofamcarestudie und der Untersuchung von Dörpinghaus und Weidner (2008) waren in der vorliegenden Erhebung die Proband/-innen überwiegend älter als 65 Jahre. Die Mittelwerte zu den Lebensjahren unterscheiden sich jedoch nur um 5.6 Jahre (D&W 51.5; EFC 53.8; Certa IG 57.1, KG 55). Die Zahlen zum Familienstand und zu den Verwandtschaftsverhältnissen sind bei allen vorliegenden Untersuchungen unterschiedlich. Etwa die Hälfte der Teilnehmer/-innen pflegten sowohl in der Eurofamcarestudie (53.4%) als auch in der Certa-Evaluationsstudie die Elterngeneration (50%) (Tabelle 4). In der Studie von Dörpinghaus und Weidner (2006) waren Kinder als PA vergleichsweise gering mit nur etwa einem Drittel vertreten (33.7%, n=108). Bei der Eurofamcarestudie schätzte etwa jeder zweite PA (52.9%) seinen Gesundheitszustand und seine Lebensqualität als «gut» ein. Jede zweite Teilnehmer/-in der Kontrollgruppe der vorliegenden Untersuchung wählte ebenfalls diese Antwortmöglichkeit (KG 50%; Tabelle 6). In der Interventionsgruppe lag der Antwortanteil bei der Frage zur allgemeinen Gesundheit mit 71.4% («gut») allerdings deutlich über dem Prozentsatz der Eurofamcarestudie (52.9%). Dagegen wählten bei der Frage zur Lebensqualität die Teilnehmenden der Interventionsgruppe die Antwortmöglichkeit «gut» nur zu 30.8% und zum größten Teil «mittelmäßig» mit 61.5%. Im Vergleich zu den Querschnittstudien EFC und MUG III waren bei der Certa-Evaluationsstudie deutlich mehr Teilnehmer/-innen mit der geringen Pflegedauer von vier Stunden und der höchsten Pflegedauer mit über 60 Stunden wöchentlich vertreten. Wird die Anzahl der Teilnehmer/-innen addiert, welche bis zu 14 Stunden wöchentlich pflegten, so nähern sich die Prozentzahlen der drei Untersuchungen an: MUG III 43.1%; EFC 37%; Certa IG 35.6%, Certa KG 33.3% (Tabelle 7). In der vorliegenden Untersuchung wurden im Unterschied zur Querschnittserhebung von Dörpinghaus und Weidner (2006) nur pflegeerfahrene Personen eingeschlossen (Tabelle 8). Pflegeunerfahrene Teilnehmer/-innen waren in der Untersuchung von Dörpinghaus und Weidner (2006) zu mehr als 30% (n=116) vertreten. Die Zahl der Personen, die zu Beginn ihrer Pflege Tätigkeit einen Kurs absolvierten, beläuft sich bei Dörpinghaus und Weidner (2006) auf 20.9% (n=67) und in der vorliegenden Studie insgesamt auf 35% (n=7 von 20). Die meisten Teilnehmer/-innen pflegten in beiden Untersuchungen ein Jahr und länger. Sowohl bei Dörpinghaus und Weidner (2006) als auch in der Certa-Untersuchung besuchten Personen mit einer langjährigen Pflegebiographie Pflegekurse. Von den Personen, die über zehn Jahre

pflügen, waren bei Dörpinghaus und Weidner (2006) immer noch acht Personen und bei Certa jeweils eine Person in der Interventions- und Kontrollgruppe vertreten. In der EFC, MUG III und in der Interventionsgruppe der Certa-Evaluationsstudie waren überwiegend weibliche Personen pflegebedürftig (MUG III 69.5%; EFC 68.2%; Certa 60.3%).

5.3.2 Diskussion der Ergebnisse

Schwerpunkt 'Pflege & Bewegung'. Der Certa-Pflegekurs mit dem Schwerpunkt 'Pflege & Bewegung' ist ein zielgerichtetes Angebot. Eingeschränkte Mobilität wurde von insgesamt 13 Personen (65%) der Certa-Pflegestudie als verursachend für Pflegebedürftigkeit angegeben. Das entspricht auch den Angaben in der Querschnittstudie EFC. Hier benannte mehr als die Hälfte der Teilnehmer/-innen (52.7%) Probleme bei der Mobilität und körperliche Erkrankung/Behinderung als Hauptgrund für Pflegebedürftigkeit.

Sturzangst. Für diese Studie wurde angenommen, dass durch Bewegungstraining von Transfersituationen in der Pflege, die Sturzangst bei den PA reduziert werden kann. Die Hypothese, dass der Certa-Pflegekurs 'Pflege & Bewegung' Sturzangst verringert, konnte nicht bestätigt werden. Die Sturzangst hatte sich im Gruppenvergleich (pre-post²) in der Interventionsgruppe um insgesamt 1.7 Punkte erhöht und in der Kontrollgruppe um 0.4 Punkte verringert ($p=0.246$, Kapitel 4.3.3). Dieses Ergebnis kann durch die Intervention selbst bedingt sein: Sturzangst war im Curriculum zum Thema Sturzprävention einbezogen aber nicht prioritär verortet. Es ist anzunehmen, dass pflegende Angehörige im Rahmen einer Fortbildung zur Sturzprophylaxe hinsichtlich der Sturzgefahr sensibilisiert werden. Die vorliegenden Ergebnisse weisen darauf hin, dass Copingstrategien zu Sturzangst in Schulungen zur Sturzprävention mehr Zeit eingeräumt werden sollten.

Kendrick et al. (2014) ermittelten in einem Cochrane Review über 24 Studien, dass Übungsinterventionen eine kleine bis mäßige Minderung der Sturzangst unmittelbar nach der Intervention bewirkt. Mit den im Certa-Pflegekurs 'Pflege & Bewegung' einbezogenen praktischen Übungen anhand kinästhetischer Prinzipien konnte die Angst der PA vor einem Sturz des PP beim Transfer vom Bett auf den Stuhl oder beim

Aufstehen aus einer liegenden Position nicht durchgängig verbessert werden (Tabelle 15). Damit konnte die Annahme, dass sich Sturzangst des PA ebenso wie die eigene Sturzangst durch Übungsinterventionen verringern lässt, nicht bestätigt werden. Aufgrund der positiven Rückmeldungen der Teilnehmer/-innen ist anzunehmen, dass die praktischen Übungen als hilfreich empfunden wurden aber für eine Verbesserung der Sturzangst nicht ausreichten oder zu wenig passgenau waren. In weiteren Studien sollte deshalb überprüft werden, ob erweiterte und auf die individuelle Situation angepasste Übungsinterventionen zu einer Verbesserung führen. Das Angebot der Gruppenschulung sollte in weiterführenden Studien beispielsweise mit häuslichen Pflegeschulungen kombiniert werden. Nicht zuletzt ist denkbar, dass eine hohe Reflektion zum Thema sowohl zu hohen Werten im Bereich Sturzangst als auch zu einer hohen Kompetenz der Bewältigung und Belastbarkeit im Spannungsfeld Sturzangst und Bewegungsförderung führen kann.

Positive und negative Aspekte der häuslichen Pflege. Die Teilnehmer/-innen des Certa-Pflegekurses 'Pflege & Bewegung' nahmen die eigene Situation im Zeitverlauf deutlicher wahr. Sowohl die Werte zu den positiven als auch zu den negativen Aspekten nahmen in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe zu. Trotz der ähnlichen Einflussfaktoren beider Gruppen zum Belastungserleben hat sich das Belastungserleben im Vergleich zur Kontrollgruppe nicht nachhaltig verbessert ($p=0.405$). Die Veränderungen der arithmetischen Mittelwerte zwischen den Befragungen innerhalb der jeweiligen Gruppe liegen zwischen 0.9 und 1.6 Punkte (Tabelle 16). Die Hypothese, dass die Teilnahme zu einer Reduktion des Belastungsgefühls führt, konnte nicht bestätigt werden. In der systematischen Übersichtsarbeit von Fink-Heitz und Behrens (2015) sind ebenfalls Kursevaluationen einbezogen, welche keine Veränderung des Belastungserlebens zeigten. Tendenziell zeigten Kursangebote für wenig belastete Angehörige und kombinierte Kursangebote günstigere Entwicklungen bezüglich des Belastungserlebens. Beispielsweise wurde in der Studie von Andrén und Elmstähl (2008) bei PA von Personen mit gering ausgeprägter Demenz eine signifikante Verbesserung des Belastungserlebens gemessen. Die Gruppenschulung wurde mit einer anschließend betreuten Selbsthilfegruppe für drei Monate kombiniert. In der Metaanalyse von (Sörenson et al., 2002) wurde bestätigt, dass kombinierte Interventionen für PA effektiver sind. In weiteren Studien sollte

deshalb das Gruppenschulungsangebot mit Interventionen wie beispielsweise häusliche Pflegeschulung, telefonische Nachsorge und begleitete Selbsthilfegruppen erweitert werden.

Gruppengröße. Die Gruppengröße war sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe in der vorliegenden Certa-Evaluationsstudie gering. Dörpinghaus und Weidner (2006) ermittelten in ihrer Übersichtsarbeit, dass deutschlandweit sowohl das Angebot an Kursen gering und gleichzeitig die Teilnehmer/-innengewinnung schwierig ist. Neben der Teilnehmer/-innengewinnung war die Suche eines passenden Raumes eine große Herausforderung. Nur mit finanzieller Unterstützung der Georg-Niedermeier-Stiftung war es möglich, Praxisräume in Pflegeschulen anzumieten. Die Räumlichkeiten mußten mindestens ein Pflegebett, einen Toilettenstuhl, Matten, diverse Pflegeutensilien und ein Flipchart vorhalten. Zudem sollten die Praxisräume mit öffentlichen Verkehrsmittel und Auto gut erreichbar sein und eine freundliche Atmosphäre haben. Nicht zuletzt waren zusätzliche Pausenräume und Getränke wichtig. Pflegekassen sind gesetzlich verpflichtet Pflegekurse zu finanzieren (§ 45, SGB XI). Dementsprechend sollten Pflegekassen neben den Rahmenverträgen mit Anbieterorganisationen auch die entsprechenden Räumlichkeiten und Pflegehilfsmittel und -utensilien vorhalten. Erst durch eine Verbesserung der Rahmenbedingungen wird es möglich sein, dass Pflegekurse sich als dauerhafte Angebote in der Beratungslandschaft für pflegende Angehörige etablieren. Die Rahmenverträge der Pflegekassen sind bislang auf eine Intervention, z. B. ein Pflegekurs, begrenzt. Es sollten jedoch nach Meinung der Autor/-innen zukünftig auch Rahmenverträge möglich sein, die Pflegekurse in Ergänzung mit anderen Angeboten wie z. B. häusliche Anleitung, telefonische Beratungen, betreute Selbsthilfegruppen etc. ermöglichen.

5.3.3 Limitierungen der Studie

Das verwendete Studiendesign der kontrollierten Studie birgt das Risiko eines Selektions-, Performance-, Detection- und Attrition-Bias (Buchberger et al., 2014).

Selektionsbias. Um den Selektionsbias zu verringern, wurden die Teilnehmer/-innen nach dem Zeitpunkt ihres Erstkontaktes zugeteilt. Soziodemographische und weitere ergebnisrelevante Daten wurden zwischen den Gruppen und anhand repräsentativer Querschnittstudien verglichen. Die Teilnehmer/-innen der

Interventionsgruppe waren bei der Baselineuntersuchung im Vergleich höher belastet. Die zwei männlichen Teilnehmer waren zudem beide der Interventionsgruppe zugeordnet. Die Fallzahl war zu gering um mittels weiterführenden multivariaten Analysen die Gruppenunterschiede gegen mögliche Confounder zu adjustieren.

Performance-Bias und soziale Erwünschtheit. Um den Performance-Bias und bei der Beantwortung die soziale Erwünschtheit zu verringern, wurde eine unabhängige Kursdozentin gewählt. Auch wenn die Kursdozentin über die Studie informiert war, so war sie nicht in die Datenerhebung und Datenanalyse involviert.

Detection-Bias. Eine Reduktion des Detection-Bias kann nur durch Verblindung erreicht werden. Eine Verblindung der Outcome-Erhebung und Analyse war aufgrund der Rahmenbedingungen nicht möglich.

Attritions-Bias. Der Attritions-Bias kommt durch Studienabbruch einzelner Teilnehmer zustande. In der Certa-Evaluationsstudie besuchten alle Teilnehmer/-innen die Mindestanzahl von vier Kurseinheiten (insgesamt sechs Kurseinheiten). Eine getrennte Analyse der Teilnehmer/-innen mit vollständiger und unvollständiger Teilnahme erfolgte nicht.

5.4 Diskussion der qualitativen Evaluationsstudie

Transkulturelle Pflegekurse wurden von der türkischsprachigen Kursbegleiterin im Rahmen ihrer Tätigkeit im Seniorenzentrum der Arbeiterwohlfahrt München intensiv beworben. Die Kurse waren sehr gut besucht. Neben der Bewerbung und Organisation der Kurse war die Kursleiterin eine Schlüsselfigur für die Verständigung. Neben den sprachlichen Barrieren konnte die Kursleiterin auch bei kulturellen Fragen und Besonderheiten vermitteln – z. B. beim Krankheitsbild Leberzirrhose und bei Hygienevorstellungen muslimisch geprägter Menschen. Darauf, dass Kursbegleiter/-innen aus dem jeweils anderen Kulturkreis neben der Überwindung von Sprachbarrieren auch als kulturelle Mittler tätig sind, wird auch bei (Bunge et al., 2006) hingewiesen. Das entspricht auch dem Hinweis der Kursleiterin, dass die Kurse die Integration fördern. Der Hinweis einer Kursteilnehmer/-in, dass bei transkulturellen Kursen mehr gelernt wird, kann möglicherweise auch das soziale Lernen zwischen den Kulturen betreffen. Ein interkultureller Kurs, der nur für Frauen aus dem türkischen

Kulturkreis in türkischer Sprache abgehalten worden wäre, hätte das soziale Lernen möglicherweise nicht in der Weise befördert. Aufgrund der theoretischen Überlegungen von Uzarewicz (1999) wird zudem ein transkulturelles Angebot den unterschiedlichen Migrationserfahrungen eher gerecht. Nicht zuletzt ist mit diesem Angebot bewiesen, dass auch anhand transkultureller Kurse möglich ist Menschen anzusprechen, die, laut der Aussage einer Kursteilnehmer/in, noch nie einen solchen Kurs besucht haben bzw. noch nie von einem Angebot eines Pflegekurses gehört haben.

6 Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit beinhaltet eine systematische Übersichtsarbeit zu Charakteristika und Effekten von Pflegekursen, eine fundierte Curriculumsentwicklung, die qualitative Evaluation transkultureller Pflegekurse und die quantitative Evaluation des Certa-Pflegekurses 'Pflege & Bewegung'. Die Arbeit bildet ein Promotionsprojekt über mehrere Jahre ab. Deutschlandweit wurde damit erstmals ein auf die Pflege Theorie von Krohwinkel (2008, 2013) begründetes Curriculum entwickelt und evaluiert. Die systematische Übersichtsarbeit von 15 internationalen Evaluationsstudien zeigt, dass mit Pflegekursen nicht immer eine Verringerung der Belastung PA und eine Förderung der Motivation für die häusliche Pflege nachgewiesen werden kann. Nicht zuletzt wurde dieses Ergebnis auch bei der quantitativen Evaluation des Certa-Pflegekurses 'Pflege & Bewegung' bestätigt. Es konnte keine Verbesserung der Sturzangst und der Belastungssituation im Vergleich zur Kontrollgruppe festgestellt werden. Die Evaluation des Certa-Pflegekurses zeigte jedoch auch, dass die Kursteilnehmer/-innen sowohl die positiven als auch die negativen Aspekte häuslicher Pflege im Vergleich zur Kontrollgruppe stärker reflektierten. Die höhere Sensibilität der eigenen Situation kann der erste Schritt zu mehr Empowerment in der häuslichen Pflegesituation sein. Es kann dazu führen, dass PA ihre Bedürfnisse besser verbalisieren und Hilfen annehmen können. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung weisen darauf hin, dass Pflegekurse allein nicht ausreichen und mit anderen Angeboten, z. B. Nachsorgetelefonate, häusliche Besuche und moderierte Selbsthilfegruppen, kombiniert werden sollten.

Literaturverzeichnis

- Aakhus, E.; Engedal, K.; Aspelund, T.; Selbaek, G. (2009): Single session educational programme for caregivers of psychogeriatric in-patients--results from a randomised controlled pilot study. In: *Int J Geriatr Psychiatry* 24 (3), S. 269–274. DOI: 10.1002/gps.2102.
- Abt-Zegelin, A. (2010): "Festgenagelt sein". Der Prozess des Bettlägerigwerdens durch allmähliche Ortsfixierung. Herdecke, Univ., Diss. Zugl.: Witten, 2004. 2. Nachdr. Bern: Huber.
- Abt-Zegelin, A.; Tolsdorf, M.; Schönberger, C.; Tschainer, S. (Hg.) (2010): Kurs für PA. Vorlagen für Handouts und Folien. Bayern. 1. Aufl. München: Reinhardt (Reinhardts Gerontologische Reihe, 45). 978-3-497-02085-0.
- Andrén, S.; Elmståhl, S. (2008): Psychosocial intervention for family caregivers of people with dementia reduces caregiver's burden: development and effect after 6 and 12 months. In: *Scand J Caring Sci* 22 (1), S. 98–109. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2007.00498.x.
- Backhaus, S. L.; Ibarra, S. L.; Klyce, D.; Trexler, L. E.; Malec, J. F. (2010): Brain injury coping skills group: a preventative intervention for patients with brain injury and their caregivers. In: *Arch Phys Med Rehabil* 91 (6), S. 840–848. DOI: 10.1016/j.apmr.2010.03.015.
- Balducci, C.; Mnich, E.; McKee, K.; Lamura, G.; Beckmann, A.; Krevers, B.; Wojzel, B.; Nolan, M. (2008): Negative impact and positive value in caregiving: Validation of the COPE Index in a six-country sample of carers. In: *The Gerontologist* 48(3) (3), S. 276–286.
- Bandura, A.; Kober, H. (1976): Lernen am Modell. Ansätze zu einer sozial-kognitiven Lerntheorie. 1. Aufl. Stuttgart: Klett.
- Behrens, J.; Langer, G. (2004): Evidence-based nursing. Vertrauensbildende Entzauberung der "Wissenschaft"; qualitative und quantitative Methoden bei täglichen Pflegeentscheidungen. 1. Aufl. Bern: Huber.
- Bell, C. M.; Araki, S. S.; Neumann, P. J. (2001): The association between caregiver burden and caregiver health-related quality of life in Alzheimer disease. In: *Alzheimer disease and associated disorders* 15 (3), S. 129–136.
- Bestmann, B.; Wüstholtz, E.; Verheyen, F. (2014): Pflegen. Belastung und sozialer Zusammenhalt; eine Befragung zur Situation von pflegenden Angehörigen. Hamburg: Techniker Krankenkasse (WINEG Wissen, 4). Online verfügbar unter <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:101:1-201506162315>.
- Brodsky, H.; Green, A.; Koschera, A. (2003): Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. In: *Journal of the American Geriatrics Society* 51 (5), S. 657–664.
- Buchberger, B.; Elm, E. von; Gartlehner, G.; Huppertz, H.; Antes, G.; Wasem, J.; Meerpohl, J. J. (2014): Bewertung des Risikos für Bias in kontrollierten Studien. In: *Bundesgesundheitsbl.* 57 (12), S. 1432–1438. DOI: 10.1007/s00103-014-2065-6.
- Bullinger, M., Kirchberger, I. (2012): SF-36. Fragebogen zum Gesundheitszustand. Handanweisung. Hogrefe Verlag. Göttingen. Online verfügbar unter <https://www.unifr.ch/ztd/HTS/inftest/WEBInformationssystem/de/4dek01/ee8e3ab0685>

e11d4ae5a0050043beb55/hb.htm, zuletzt aktualisiert am 08.11.2012, zuletzt geprüft am 17.01.2016.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2001): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Alter und Gesellschaft und Stellungnahme der Bundesregierung. Online verfügbar unter <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/PRM-5010-3.-Altenbericht-Teil-3,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf#page=1&zoom=auto,-107,842>.

Bundesministerium für Gesundheit (1995): § 45 SGB XI Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen, vom Zuletzt geändert durch Art. 3 G v. 01.12.2015 I 2114. Fundstelle: Sozialgesetzbuch (SGB XI). Online verfügbar unter <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/45.html>.

Bunge, C.; Meyer-Nürnberg, M.; Kilian, H. (2006): Gesundheitsfördernde Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund. Sonderauswertung der Projektdatenbank "Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten" www.gesundheitliche-chancengleichheit.de. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 49 (9), S. 893–897. DOI: 10.1007/s00103-006-0023-7.

Deutsche Alzheimergesellschaft e. V.: Seminarreihe für Angehörige - Hilfe beim Helfen. Online verfügbar unter <https://www.deutsche-alzheimer.de/angehoerige/seminarreihe-fuer-angehoerige.html>, zuletzt geprüft am 16.01.2016.

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (2005): Pflegende Angehörige. DEGAM-Leitlinie Nr. 6. Online verfügbar unter http://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/LL-06_PA_003.pdf, zuletzt geprüft am 15.01.2016.

Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e. V. (DNEbM) (Hg.): Evidenzbasierte Medizin. Online verfügbar unter <http://www.ebm-netzwerk.de/was-ist-ebm/grundbegriffe/definitionen/>, zuletzt geprüft am 06.03.2016.

Dias, N.; Kempen, G.; Todd, C. J.; Beyer, N.; Freiberger, E.; Piot-Ziegler, C., Yardley, L.; Hauer, K. (2006): Die Deutsche Version der Falls Efficacy Scale-International Version (FES-I). In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 39 (4), S. 297–300. DOI: 10.1007/s00391-006-0400-8.

Döhner, H.; Kofahl, C.; Lüdecke, D.; Mnich, E. (2007). The National Survey Report for Germany. <http://www.uke.uni-hamburg.de/eurofamcare/> zuletzt geprüft am 8.10.2014

Dörpinghaus, S.; Weidner, F. (2006): Pflegekurse im Blickpunkt. Strukturen - Konzepte - Erfahrungen. Hannover: Schlütersche.

Bibliographisches Institut GmbH - Duden Verlag (Hrsg.); <http://www.duden.de/rechtschreibung/Fertigkeit>, zuletzt geprüft am 24.05.2016.

Emme von der Ahe, H.; Weidner, F.; Laag, U.; Blome, S. (2012): Entlastungsprogramm bei Demenz – EDe II. Abschlussbericht zum Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nach § 8 Abs. 3 SGB XI. Online verfügbar unter http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Abschlussbericht_EDe_II_Web_aktualisiert.pdf, zuletzt geprüft am 16.01.2016.

- Fink-Heitz, M.: Certa-Pflegeberatung. Kurse. Online verfügbar unter www.certa-pflegeberatung.de, zuletzt geprüft am 04.05.2016.
- Fink-Heitz, M.; Behrens, J. (2015): Characteristics and effectiveness of group support programs for informal caregivers - a systematic review. In: *International Journal of Health Professions* 2 (2), S. 93-106. DOI: 10.1515/ijhp-2015-0009.
- Fink-Heitz, M., Behrens, J. (eingereicht): Protokoll über Interventionsstudien. Design und Erfolg von Pflegekurse für PA – eine systematische Übersichtsarbeit. In: *Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaft*. ISSN 1610-7268.
- Fink-Heitz, M., Hoffmann, M., Oberhoffer, R., Behrens, J. (2009): Inanspruchnahme und Bewertung transkultureller Certa-Pflegekurse. *Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaft* 12 (8), S. 7-15. ISSN 1610-7268.
- Fitzgerald, T.; Hadjistavropoulos, T; MacNab, Y.C. (2009): Caregiver fear of falling and functional ability among seniors residing in long-term care facilities. In: *Gerontology* 55 (4), S. 460–467. DOI: 10.1159/000221007.
- Friedemann, M.; Köhlen, C. (2003): Familien- und umweltbezogene Pflege. 2., überarb. und erw. Aufl. Bern: Huber (Familien-Pflege).
- Geister, C. (2004): "Weil ich für meine Mutter verantwortlich bin". Der Übergang von der Tochter zur pflegenden Tochter. Univ., Diss. u.d.T.: Geister, C.: Und von da an wusste ich, dass ich Verantwortung gegenüber meiner Mutter habe--Bielefeld, 2002. 1. Aufl. Bern: Huber (Programmbereich Gesundheit).
- Gerrig, R. J.; Zimbardo, P.; Klatt, A.; Dörfler, T.; Roos, J. (2015): Psychologie. 20., aktualisierte Aufl. Hallbergmoos: Pearson (Always learning).
- Gläser, J.; Laudel, G. (2010): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag (Lehrbuch).
- Grafström, M.; Nordberg, A.; Winblad, B. (1993): Abuse is in the eye of the beholder. Report by family members about abuse of demented persons in home care. A total population-based study. In: *Scandinavian journal of social medicine* 21 (4), S. 247–255.
- Gröning, K. (Hg.) (2012): Pflegegeschichten. Pflegende Angehörige schildern ihre Erfahrungen. 2., unveränd. Aufl. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag
- Günster, C.; Klose, J.; Schmacke, N.; Bartholomeyzik, S. (Hg.) (2012): Versorgungsreport 2012. Schwerpunkt: Gesundheit im Alter; mit 64 Tabellen. 1. Nachdr. Stuttgart: Schattauer.
- Hantikainen, Virpi; Riesen-Uru, Seija; Raemy-Röthl, Brigit; Hirsbrunner, Therese (2006): Die Bewegungsunterstützung nach Kinästhetik und die Entwicklung und Förderung von Körperwahrnehmung, Bewegungsfähigkeiten und funktioneller Unabhängigkeit bei alten Menschen. In: *Pflege* 19 (1), S. 11–22. DOI: 10.1024/1012-5302.19.1.11.
- Hatch, F., Maietta, L. (2002): Kinästhetik. Gesundheitsentwicklung und menschliche Aktivitäten. 2. Auflage: Urban & Fischer/Elsevier.
- Hébert, R.; Lévesque, L.; Vézina, J.; Lavoie, J.; Ducharme, F.; Gendron, C.; Prévile, M.; Voyer, L.; Dubois, M. (2003): Efficacy of a psychoeducative group program for caregivers

of demented persons living at home: a randomized controlled trial. In: *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 58 (1), S. 558-67.

Hepburn, K.; Lewis, M.; Tornatore, J.; Sherman, C.; Bremer, K. (2007): The Savvy Caregiver program: the demonstrated effectiveness of a transportable dementia caregiver psychoeducation program. In: *J Gerontol Nurs* 33 (3), S. 30–36.

Herriger, N. (2014): Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 5. Aufl., Stuttgart: Kohlhammer-Verlag.

Heuschmann, P. U.; Kolominsky-Rabas, P. L.; Nolte, C. H.; Hünermund, G.; Ruf, H-U; Laumeier, I.; Meyrer, R.; Alberti, T.; Rahmann, A.; Kurth, T.; Berger, K. (2005): Untersuchung der Reliabilität der deutschen Version des Barthel-Index sowie Entwicklung einer postalischen und telefonischen Fassung für den Einsatz bei Schlaganfall-Patienten. In: *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* 73 (2), S. 74–82. DOI: 10.1055/s-2004-830172.

Hoffmann, M; Fink-Heitz, M., Oberhoffer, R. (2009): Türkische MigrantInnen in Deutschland: Erhebung zur Inanspruchnahme und Bewertung transkultureller Pflegerkurse nach § 45 SGB XI. Bachelorarbeit. Technische Universität (TUM), München. Institut für präventive Pädiatrie.

Hopewell, S.; Loudon, K.; Clarke, M.; Oxman, A.; Dickersin, K. (2009): Publication bias in clinical trials due to statistical significance or direction of trial results. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. DOI: 10.1002/14651858.

Huynh-Hohnbaum, A.; Villa, V.; Aranda, M.; Lambrinos, J. (2008): Evaluating a multicomponent caregiver intervention. In: *Home health care services quarterly* 27 (4), S. 299–325. DOI: 10.1080/01621420802589777.

Jacobson, E. (2011): Entspannung als Therapie. Progressive Relaxation in Theorie und Praxis. 7., erw. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta (Leben lernen, 69).

Javadpour, A.; Ahmadzadeh, L.; Bahredar, M. (2009): An educative support group for female family caregivers: impact on caregivers psychological distress and patient's neuropsychiatry symptoms. In: *Int J Geriatr Psychiatry* 24 (5), S. 469–471. DOI: 10.1002/gps.2138.

Kendrick D, Kumar A, Carpenter H, Zijlstra G, Skelton DA, Cook JR, Stevens Z, Belcher CM, Haworth D, Gawler SJ, Gage H, Masud T, Bowling A, Pearl M, Morris RW, Iliffe S, Delbaere K. Exercise for reducing fear of falling in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 11. Art. No.: CD009848. DOI: 10.1002/14651858.CD009848.pub2.

Kofahl, C. (2010): Determinanten der Belastung, Entlastung und Lebensqualität betreuender Angehöriger älterer Menschen. Univ., Diss. Online verfügbar unter: http://ediss.sub.uni-hamburg.de/volltexte/2010/4775/pdf/Dissertation_Kofahl_Pflegende_Angehoerige.pdf, zuletzt geprüft am 15.01.2016.

Krohwinkel, M. (2008): Rehabilitierende Prozesspflege am Beispiel von Apoplexikranken. 3. Aufl. Bern: Verlag Hans Huber.

- Krohwinkel, M. (2013): Fördernde Prozesspflege mit integrierten ABEDLs. Forschung, Theorie und Praxis. 1. Aufl. Bern: Verlag Hans Huber.
- Kurz, A.; Wagenpfeil, S.; Hallauer, J.; Schneider-Schelte, H.; Jansen, S. (2010): Evaluation of a brief educational program for dementia carers: the AENEAS study. In: *Int J Geriatr Psychiatry* 25 (8), S. 861–869. DOI: 10.1002/gps.2428.
- Larson, J.; Franzén-Dahlin, A.; Billing, E.; Arbin, M.; Murray, V.; Wredling, R. (2005): The impact of a nurse-led support and education programme for spouses of stroke patients: a randomized controlled trial. In: *J Clin Nurs* 14 (8), S. 995–1003. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2005.01206.x.
- Lazarus, R. (1999): Stress and emotion. A new synthesis. New York NY: Springer.
- Leutz, W.; Capitman, J.; Ruwe, M.; Ching, V.; Flaherty-Robb, M.; McKenzie, M.; Percy, P.; Lee, W. (2002): Caregiver education and support: results of a multi-site pilot in an HMO. In: *Home Health Care Serv Q* 21 (2), S. 49–72. DOI: 10.1300/J027v21n02_04.
- Liberati, A.; Altman, D. G.; Tetzlaff, J.; Mulrow, C.; Gotzsche, P. C.; Ioannidis, J. P. A., Clarke, M.; Devereaux, P.; Kleijnen, J.; Moher, D. (2009): The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions. Explanation and elaboration. In: *BMJ* 339 (jul21 1), S. b2700-b2700. DOI: 10.1136/bmj.b2700.
- Loffing, C.; Haider, C. (2008): Pflegende Angehörige und Ehrenamtliche schulen. Arbeitsmaterialien für Pflegekurse nach § 45 SGB XI. 1. Aufl. Essen: Haarfeld.
- Mahoney, F.; Barthel, D. (1965): Functional Evaluation: The Barthel-Index. In: *Maryland state medical journal* 14, S. 61–65.
- Mayring, P. (2008): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 10. Aufl. Weinheim u.a.: Beltz.
- McKee, K.; Philp, I.; Lamura, G.; Prouskas, C.; Oberg, B.; Krevers, B.; Spazzafumo, L.; Bien, B.; Parker, C.; Nolan, M.; Szczerbinska, K. (2003): The COPE index – a first stage assessment of negative impact, positive value and quality of support of caregiving in informal carers of older people. In: *Aging Ment Health* 7 (1), S. 39–52.
- Menche, N. (2014): Pflege heute. Lehrbuch für Pflegeberufe. 6. Aufl. München: Elsevier, Urban et Fischer.
- Nolan, M.; Grant, G.; Keady, J. (1996): Understanding family care: a multidimensional model of caring and coping. Buckingham: Open University Press.
- Onor, M.; Trevisiol, M.; Negro, C.; Signorini, A.; Saina, M.; Aguglia, E. (2007): Impact of a multimodal rehabilitative intervention on demented patients and their caregivers. In: *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias* 22 (4), S. 261–272. DOI: 10.1177/1533317507302071.
- Ory, M.; Hoffman, R.; Yee, J.; Tennstedt, S.; Schulz, R. (1999): Prevalence and impact of caregiving: a detailed comparison between dementia and nondementia caregivers. In: *The Gerontologist* 39 (2), S. 177–185.
- Oupra, R.; Griffiths, R.; Pryor, J.; Mott, S. (2010): Effectiveness of Supportive Educational Learning programme on the level of strain experienced by caregivers of stroke patients

in Thailand. In: *Health Society Care Community* 18 (1), S. 10–20. DOI: 10.1111/j.1365-2524.2009.00865.x.

Pflegekasse bei der AOK Bayern - Die Gesundheitskasse. Rahmenvertrag gemäß § 45 SGB XI. Online verfügbar unter https://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/by/pflege/kurse/by_pflege_kurse_rahmenvereinbarung_privat.pdf, zuletzt geprüft am 17.01.2016.

Powers, S. (2006): The Family Caregiver Program: design and effectiveness of an education intervention. In: *Home Healthc Nurse* 24 (8), S. 513–516.

ProFaNE: Falls Efficacy Scale International (FES-I). Missing data. Online verfügbar unter <http://www.profane.eu.org/fesi.html>, zuletzt geprüft am 01.02.2016.

R+V Versicherung AG (2012): Vater, Mutter, Ehemann - Pflege ist ein Frauenthema. Online verfügbar unter http://freiraum-fuers-leben.de/presse/Studienbooklet_Weil_Zukunft_Pflege_braucht.pdf, zuletzt geprüft am 16.01.2016.

Raatikainen, R. (1996): Power or its absence in nursing. In: *Pflege* 9 (4), S. 257–266.

Robinsohn, S. (1975): Bildungsreform als Revision des Curriculum. 5. Aufl. Neuwied u.a.: Luchterhand (Arbeitsmittel für Studium und Unterricht).

Roth, D.; Haley, W.; Hovater, M.; Perkins, M.; Wadley, V.; Judd, S. (2013): Family caregiving and all-cause mortality: findings from a population-based propensity-matched analysis. In: *American journal of epidemiology* 178 (10), S. 1571–1578. DOI: 10.1093/aje/kwt225.

Scheffer, A.; Schuurmans, M.; van Dijk, N.; van der Hooft, T.; Rooij, S. (2008): Fear of falling: measurement strategy, prevalence, risk factors and consequences among older persons. In: *Age and ageing* 37 (1), S. 19–24. DOI: 10.1093/ageing/afm169.

Schenk, L.; Bau, A.; Borde, T.; Butler, J.; Lampert, T.; Neuhauser, H.; Razum, O.; Weilandt, C. (2006): Mindestindikatoren zur Erfassung des Migrationsstatus. Empfehlungen für die epidemiologische Praxis. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 49 (9), S. 853–860. DOI: 10.1007/s00103-006-0018-4.

Schneekloth, U.; Wahl, H. (Hrsg.) (2005): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MUG III). Online verfügbar unter <http://www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/mug/01-Redaktion/PDF-Anlagen/gesamtdokument,property=pdf,bereich=mug,sprache=de,rwb=true.pdf>, zuletzt geprüft am 17.01.2016.

Schulz, R.; Beach, S. (1999): Caregiving as a risk factor for mortality: the Caregiver Health Effects Study. In: *Jama* 282 (23), S. 2215–2219.

Shen, J.; Hu, F.; Liu, F.; Tong, P. (2015): Functional Restriction for the Fear of Falling In Family Caregivers. In: *Medicine* 94 (27). DOI: 10.1097/MD.0000000000001090.

Sörenson, S.; Pinquart, M.; Duberstein, P. (2002): How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. In: *The Gerontologist* 43 (3), S. 356–372.

Standard Systeme Gmbh (Hg.) (2013): Formulierungshilfen 2013 für die Pflegeprozessplanung nach den AEDL: mit Evaluationskalender 2013: Standard Systeme Gmbh.

Techniker Krankenkasse (Hrsg.) (2013): Bleib locker, Deutschland! - TK-Studie zur Stresslage der Nation. Unter Mitarbeit von Inga Laboga. Hamburg: Techniker Krankenkasse, Hauptverwaltung. Online verfügbar unter https://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/590188/Datei/115474/TK_Studienband_zur_Stressumfrage.pdf, zuletzt geprüft am 16.01.2016.

Urban, A.; Leicher, B. (Hg.) (2010): Handbuch: Kurskonzept zur Fortbildung PA; Bonn: Verl. Pro Pflegemanagement.

Uzarewicz, C.; (1999): Transkulturalität. In: Kollak, Ingrid (Hg.): Pflge theoretische Grundbegriffe. Bern: Huber.

van den Heuvel, E.; Witte, L.; Stewart, R.; Schure, L.; Sanderman, R.; Meyboom-de Jong, B. (2002): Long-term effects of a group support program and an individual support program for informal caregivers of stroke patients: which caregivers benefit the most? In: *Patient education and counseling* 47 (4), S. 291–299.

Waldorff, F.; Buss, D.; Eckermann, A.; Rasmussen, M.; Keiding, N.; Rishoj, S.; Siersma, V.; Sørensen, L.; Vogel, A.; Waldemar, G. (2012): Efficacy of psychosocial intervention in patients with mild Alzheimer's disease. The multicentre, rater blinded, randomised Danish Alzheimer Intervention Study (DAISY). In: *BMJ* 345 (jul17 1), S. e4693-e4693. DOI: 10.1136/bmj.e4693.

Wu, S.; Wu, S.; Huang, H. (2013): Nurses' attitudes towards physical activity care among older people. In: *Journal of clinical nursing* 22 (11-12), S. 1653–1662. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2012.04260.x.

Yardley, L.; Beyer, N.; Hauer, K.; Kempen, G.; Piot-Ziegler, C.; Todd, C. (2005): Development and initial validation of the Falls Efficacy Scale-International (FES-I). In: *Age and ageing* 34 (6), S. 614–619. DOI: 10.1093/ageing/afi196.

Zielke-Nadkarni, A. (Hg.) (2003): Pflege im kulturellen Kontext. Positionen, Forschungsergebnisse, Praxiserfahrungen. 1. Aufl. Bern u.a.: Huber.

Zollbrecht, C; Fink-Heitz, M., Oberhoffer, R. (2015): Curriculumsentwicklung als qualitätssichernde Maßnahme für Pflegekurse in Deutschland. Qualitative Inhaltsanalyse eines Experteninterviews und von drei Alltagsbeschreibungen PA. Bachelorarbeit. Technische Universität (TUM), München. Institut für präventive Pädiatrie.

Thesen

1. Gruppenschulungen sind im internationalen Vergleich hinsichtlich der Teilnehmer/-innen, der Assessmentinstrumente, der Intervention und der Untersuchungsparameter und der Ergebnisse heterogen.
2. Curricula von Pflegekursen sind überwiegend krankheitsorientiert und die Auswahl der einzelnen Inhalte wird nicht begründet. Dem Certa-Pflegekurs 'Pflege & Bewegung' liegt ein erkrankungsübergreifendes, theoriebasiertes Curriculum zugrunde.
3. Trotz der gesetzlichen Verpflichtung zur Finanzierung von Pflegekursen in Deutschland seit dem Jahr 1995 konnte nur ein evaluierter Pflegekurs aus dem deutschsprachigen Raum im Rahmen der systematischen Übersichtsarbeit ermittelt werden. Es fehlt ein wissenschaftlicher Diskurs zu diesem Thema.
4. Die Analyse der „Pflegegeschichten“ pflegender Angehöriger zeigt, dass der Bereich Bewegung im Sinne von M. Krohwinkel ein relevanter Bereich in der häuslichen Pflege ist.
5. Die Hypothese, dass die Teilnehmer/-innen eines Certa-Pflegekurses 'Pflege & Bewegung' nach dem Kurs geringere Sturzangst im Bezug auf den pflegebedürftigen Angehörigen und geringere Belastung empfinden, konnte nicht bestätigt werden.

Anlagen

Anlage 1: Rechercheprotokoll

Datum	Datenbank	Suchbegriffe	Limits	Treffer	Relevante Treffer*	Bemerkung
29.8.2011	Medline	Caregiver (Mesh) /subheading Education AND education (non professional) (Mesh) AND education (non professional) (Mesh)	Language (german, english, French), Abstracts, Middl Aged + aged, Typ of article (Review, study ...), From 2000	91	31	
2.9.2011	Cinahl	Caregiver AND education (all fields)	Abstract available ab 2000- aged 65 + years	33	3	
	Carelit	Angehörige		1094	0	
		Angehörige	≥ Jahr 2000	91		
		Angehörige UND Fortbildung		0		
		Angehörigenberatung		39		
		Angehörigenberatung	≥ Jahr 2000	0		
	Solit	Angehörige			0	Broschüren, Festschriften
		Angehörige UND Dissertation		0		
	Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA)	Schulung			14	0
www.buch.de	PA				0	Keine Seminar- oder Hausarbeiten
8.9.2011	Bibnet.org	Alle Felder: PA AND Schulung		24	0	Titel sind interessant, keine Abstracts verfügbar, Fachartikel (Zeitschriften von Fachverbänden z. B. DPA, NovaCura ...)
24.9.2013	Medline	("Caregivers/education"[Mesh]) AND "Education, Nonprofessional"[Mesh]	Filters: Clinical Trial, Abstract, From 2011/09/01 to 2013/09/01, Humans	24	2	
18.4.2015	Cinahl	Caregiver AND education (all fields)	Abstract available, ab 1.9.2011 – 24.9.2013, aged 65 + years	78	3	2 Dublikate 1 kein internetbasiertes Gruppenprogramm (nur Webside)

*auf Basis von Titel und Abstract

Anlage 2: Kodierleitfaden zu den ABEDLs

Allgemeine Kodierregeln:

- Es werden Situationen ab dem Zeitpunkt des Beginns der Pflegebedürftigkeit aus der Pflegegeschichte extrahiert, auch wenn diese noch nicht in der häuslichen Umgebung stattfanden.
- Werden mehreren Textstellen dieselben Inhalte einer Situation entnommen erfolgt nicht eine erneute Zuordnung zum Kategoriensystem. Es werden lediglich die Quellenangabe und evtl. Ursache der Situation, Verhalten etc. bei der entsprechenden extrahierten Information im Auswertungssystem hinzugefügt.
- Die Symptome, die in den ABEDLs (Kategorie 1-14) aufgelistet sind, beziehen sich auf die PP und/oder den PA.

Kon- zepte*	Kategorie* (n****)	Definition*	Ankerbeispiele**	Kategoriebezogene Kodierregeln
Konzept I***	K1: Kommunizieren können (n=28)	<i>Fähigkeit und Ressourcen um ... sich und seiner Umgebung bewusst sein zu können (bei Bewußtsein sein zu können; sich orientieren können; sich erinnern können; sich konzentrieren können); sich und seine Umgebung wahrnehmen und verstehen können; sich mitteilen und verständlich machen können; sich durch Berührung wahrzunehmen und mit anderen kommunizieren können. (S. 90-91)</i>	<i>„Mutters Stöhnen ruft mich wieder an ihr Bett. Sie krampft sich zusammen und hat sich auf die Seite gerollt.“ (A-23, S. 31) „Es gibt auch schöne Momente: Mutter kann jetzt genießen! Wollte ich ihr früher über den Buckel streicheln wehrte sie stets ab. Heute macht sie einen Buckel wie Hund und Katze, um der Hand entgegenzukommen. ... Wie ein Kleinkind genießt sie alles, was angeboten wird, spielt und lacht und freut sich.“ (A-12, S. 25)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Situationen mit Schmerzempfinden und –äußerungen werden der Kategorie 1 zugeordnet. • Emotionen, sowie Aussagen zur emotionalen Befindlichkeit und Verhalten des Pflegebedürftigen werden der Kategorie 1 zugeordnet. • Situationen über die mangelnden oder fehlenden Erinnerungsfähigkeiten der PP werden der Kategorie 1 zugeordnet. • Symptome die sich auf die Kommunikation beziehen werden der Kategorie 1 zugeordnet, z.B. Sprachverlust aufgrund eines Apoplexes.
	K2: Sich bewegen können (n=16)	<i>Fähigkeiten und Ressourcen um ... sich unabhängig und sicher bewegen zu können; sich koordiniert und symmetrisch zu bewegen und dabei im Gleichgewicht bleiben zu können; sich ohne Schmerzen bewegen zu können; Fähigkeiten zum Bewegen von Kopf und Hals; Bewegungsfähigkeit des Rumpfes; Bewegungen der Extremitäten; Bewegungen von Gesicht, Mund und Schlund. (S. 116)</i>	<i>„Ich hatte ganz genau gesehen, dass sie nicht nur ihr linkes Bein im Schlaf bewegte, sondern auch das rechte. Sofort bin ich zu den Schwestern. Die sagten nur: `Das ist eine Spastik, das hat nichts zu sagen.´“ (A-8, S. 21)</i>	

Konzepte*	Kategorie* (n****)	Definition*	Ankerbeispiele**	Kategoriebezogene Kodierregeln
Konzept I***	K3: Vitale Funktionen des Lebens aufrecht erhalten (n=41)	Fähigkeiten, Körperfunktionen und Ressourcen um ... atmen zu können; seine Herzaktivität aufrecht zu erhalten; seinen arteriellen und venösen Kreislauf aufrecht zu erhalten; seinen lymphatischen Kreislauf funktionsfähig zu halten; seinen Wärmehaushalt im Gleichgewicht zu halten; seinen Flüssigkeitshaushalt bilanziert zu halten; seinen Stoffwechsel im Gleichgewicht zu halten; seinen Hormonhaushalt aufrecht zu erhalten; seine Immunfunktion stabil zu halten; seine Zellstrukturen zu erhalten; seine nervösen Funktionen aufrecht zu erhalten. (S. 135)	„ ... begleitend kommen chronische Hautprobleme (wie offener Fuß) sowie dazu.“ „Meine Frau leidet an einer schleichend fortschreitenden Erkrankung, die der MS ähnelt, aber als genetischer Defekt nicht therapierbar ist.“ B-1, S. 111 „Ich habe zwei Menschen gepflegt, die für mein Leben die wichtigsten waren: ab Ende 1995 meine Mutter, die an Demenz leidet, und meine Frau, die Oktober 2000 an Brustkrebs erkrankte und Ende Januar 2002 starb.“ C-1, S.196	<ul style="list-style-type: none"> • Hinweise zu medizinischen Diagnosen werden der Kategorie 3 zugeordnet. • Hinweise zu Wunden und Wundversorgung werden der Kategorie 3 zugeordnet. (vgl. Standard Systeme GmbH, 2013)
Konzept II	K12: Soziale Beziehungen sichern und gestalten können (n=7) (n=22)	Als Person in einer sicheren und fördernden Umgebung ... im Kontakt sein und bleiben können; Beziehungen erhalten, erlangen und wiederzuerlangen. (S. 41)	„Abbruch vieler Kontakte, auch von Seiten der christlichen Gemeinde. Ein Grund hierfür ist, dass die Gespräche sozusagen unrentabel für die Partner sind. Ständige Wiederholungen, oft schwere Beleidigungen, Unterstellungen und Verdächtigungen (Diebstahl, Betrug), die teils langjährige Bekanntschaften zerstören...“ C-13, S. 199	<ul style="list-style-type: none"> • Berufliche Angelegenheiten der Pflegeperson werden der Kategorie 12 zugeordnet. • Einschränkungen der Pflegeperson in ihrem natürlichen Tagesabläufen und Bedürfnissen werden der Kategorie 13 zugeordnet, außer die Einschränkungen stehen im Zusammenhang mit sozialen Aktivitäten (z.B. gemeinsames Frühstück, Fernsehen ect.). In diesem Fall erfolgt die Zuordnung zu der Kategorie 12.
		Situationen, in denen die Pflegepersonen durch die Übernahme der Versorgung des PP mit sozialen Konflikten und Problemen im eigenen Privatleben konfrontiert werden oder positive Aspekte erfahren.	„... Die Schwestern waren es auch, die mir sagten, ich solle aufhören zu arbeiten, denn die Belastung sei so schon groß genug ...“ A-8, S. 22 „Die letzten vier Wochen habe ich mich kaum um die Kinder gekümmert. Ich bin stolz auf meine Kinder, sie haben sich selbst geholfen und mir noch dazu.“ A-9, S. 24	
Konzept III	K13: Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen können (n=23)	Fähigkeiten und Ressourcen .. fördernde Erfahrungen zu machen; mit belastenden/gefährdenden Erfahrungen umzugehen; Erfahrung welche die Existenz fördern oder gefährden zu unterscheiden; lebensgeschichtliche Erfahrungen einzubeziehen; in den Erfahrungen Sinn finden. (S. 41)	„... Unser selbst geplantes und mit viel Eigenleistung errichtetes Haus war nicht nur eine Immobilie: Meine viel gereiste amerikanische Frau empfand es als ihr wirkliches Heim. Als sie endgültig erkrankte, äußerte sie während der Krankenhausaufenthalte oft den sehnlichsten Wunsch, nach Hause zu gehen. Dies gelang uns zweimal in aussichtsloser Lage, ein drittes Mal fanden wir ein Hospiz, das einem Zuhause am nächsten kam...“ C-39, S. 206	<ul style="list-style-type: none"> • Situationen, die die Richtigkeit von Entscheidungen und Handlungen in Frage stellen, werden der Kategorie 13 zugeordnet.

Konzepte*	Kategorie* (n****)	Definition*	Ankerbeispiele**	Kategoriebezogene Kodierregeln
	K13: Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen können (n=66)	Im Mittelpunkt stehen Situationen mit hoher psychischer Belastung der Pflegepersonen durch die Versorgung und den Umgang mit der PP. Situationen, in denen die Pflegepersonen ethische und moralische Konflikte bezüglich des Pflegebedürftigen und dessen Versorgung bewältigen müssen.	„... Bei diesem Gespräch teilte der Sozialarbeiter uns mit, die Magensonde gehöre zu den lebensverlängernden Maßnahmen, ich könnte ja auch ablehnen, dass eine künstliche Ernährung durchgeführt würde! Da hatte ich es!! Die Nasensonde war bereits gelegt, die künstliche Ernährung fand bereits seit Tagen statt! Sollte ich jetzt sagen: 'Nein! '? Ich konnte doch jetzt nicht bewusst meine Mutter zum Verhungern verurteilen!!“ A-8, S. 22	
		Situationen, in denen der PA durch die Versorgung der PP physisch stark belastet beziehungsweise überlastet werden.	„Vielfach schlafe ich nicht gleich ein, werde nachts gerufen, so dass ich in der Regel auf fünf Stunden Schlaf komme. Man kann damit leben. Angst macht mir nur, dass mich abends die Müdigkeit so plötzlich und total überfällt, dass mir alles zu viel oder egal wird.“ B-7, S. 114	
Konzept IV	K14: Soziale Bereiche sichern und gestalten können (n=10) (n=15)	Fähigkeiten und Ressourcen, um ... den eigenen Wohnbereich selbst erhalten zu können; Aufgaben und Verantwortung im Haushalt wahrnehmen und bewältigen zu können; mit der eigenen finanziellen Situation umgehen zu können; versicherungstechnische und rechtliche Fragen regeln zu können; mit Behörden und Amtsträgern umgehen zu können; am sozialen Leben teilnehmen und mitwirken zu können; mit der schulischen/beruflichen Situation verbundene Aufgaben wahrnehmen und bewältigen zu können. (S. 42)	„ ... kein Verständnis für Geldgeschäfte, Versicherungen usw. Verlust von Sparbüchern, deren Existenz nur zufällig bekannt wird. Kein Überblick über Rente, Ausgaben, Preise. Geld ist, was im Portemonnaie steckt.“ C-20, S. 200	
		Situationen, in denen das Zeitmanagement im Pflegealltag durch die Pflegepersonen dargestellt wird, um die Versorgung der PP und das eigene Privatleben nebeneinander bewältigen und koordinieren zu können.	„Da wir immer noch unseren Freundeskreis haben, ist es manchmal schwierig, alles unter einen Hut zu bekommen. Wenn ich mit meinem Mann außer Haus bin, dann passen die Kinder auf, meistens V. (13J).“ A-13, S. 26	Informationen über das Koordinieren sozialer Aktivitäten und der häuslichen Pflege werden der Kategorie 14 zugeordnet.

* Konzepte, Kategorien aus (Krohwinkel 2008) und kursiv gedruckte Definitionen (gekürzt) aus (Krohwinkel 2013)

** Ankerbeispiele aus (Gröning 2012)

*** Zu Konzept I zählen insgesamt 11 Kategorien. Die drei Kategorien (K1-K3) sind prioritär bedeutend für den Pflegeprozess (Krohwinkel 2013), S. 88.

**** n= Anzahl an Textstellen

Anlage 3: Textanalyse der Rückmeldungen zum transkulturellen Angebot

Fall	S.	N.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
A	2	14	Keine problematische Sprachbarrieren zur Verständigung	Keine Verständigungsprobleme	K5: Rückmeldung gegenüber transkulturellem Angebot <ul style="list-style-type: none"> Keine Verständigungsprobleme Positive Bewertung der Dozentin
A	2	11	Die Dozentin hat ebenfalls gefallen	Dozentin positiv bewertet	
B	3	15	Pflegekurs positiv erlebt	Pflegekurses positiv bewertet	K5: Rückmeldung gegenüber transkulturellem Angebot <ul style="list-style-type: none"> Positive Bewertung Keine Änderungswünsche bezüglich Pflegekurs Durchgeführter Pflegekurs besser als zuvor besuchte Pflegekurse Weiterempfehlung des Kurses Lerneffekt bei heterogenen Teilnehmern höher
B	4	26	Keine Wünsche, dass sich etwas bei dem Pflegekurs ändert	Keine Änderungswünsche bezüglich Pflegekurs	
B	3	20	Belegter Pflegekurs besser als zuvor belegte Pflegekurse	Bessere Bewertung als vergleichbare Pflegekurse	
B	3	21	Empfiehl diesen Pflegekurs unbedingt weiter	Weiterempfehlung des Kurses	
B	4	30	Deutsch-türkischer Pflegekurse sind vorzuziehen, da jeder von dem anderen was lernen kann	Deutsch-türkische Pflegekurse sind sinnvoller, da beide Parteien voneinander lernen können	
C	5	34	Pflegekurs zuvor unbekannt	Pflegekurs zuvor noch nie besucht	K5: Rückmeldung gegenüber transkulturellem Angebot <ul style="list-style-type: none"> Pflegekurs zuvor unbekannt An Weiterführung des Pflegekurses interessiert Weiterempfehlung des Pflegekurses Bei Verständnisproblemen wurde nachgefragt
C	5	38	Würde nochmals den Pflegekurs besuchen, wenn er weitergeführt wird	Weitere Teilnahme bei Weiterführung des Pflegekurses zugesichert	
C	5	39	Pflegekurs ist weiterzuempfehlen	Weiterempfehlung des Pflegekurses	
C	6	40	Kursgestaltung war sehr gut und hat gepasst; was nicht verstanden wurde, wurde nachgefragt	Nachfrage bei Verständnisproblemen	
D	8	64	Deutsch-türkische Kursgestaltung sehr vorteilhaft	Deutsch-türkische Kursgestaltung bietet Vorteile	K5: Rückmeldung gegenüber transkulturellem Angebot <ul style="list-style-type: none"> Deutsch-türkische Kursgestaltung bietet Vorteile Probleme bei monolingualer Kursgestaltung möglich Bilinguale Kursgestaltung geben den Kursteilnehmern das Gefühl respektiert und willkommen zu sein Deutsch-türkischer Pflegekurs hilft Vorurteile auf beiden Seiten abzubauen Pflegekurse fördern die Integration und helfen vorhandene Ablehnungen zu reduzieren AWO bietet weiterhin Pflegekurse an
D	8	65	Bei anderen Kursgestaltungen traten Probleme auf	Probleme bei monolingualer Kursgestaltung möglich	
D	8	66	Durch die Unterstützung mittels der türkischen Sprache, fühlen sich die türkischen Kursteilnehmer respektiert und willkommen	Bilinguale Kursgestaltung geben den Kursteilnehmern das Gefühl respektiert und willkommen zu sein	
D	8	67	Befürwortung eines deutsch-türkischen Pflegekurses, da beidseitige Vorurteile abgebaut werden können	Deutsch-türkischer Pflegekurs hilft Vorurteile auf beiden Seiten abzubauen	
D	9	68	Pflegekurse fördern die Integration; durch z. B. Tanztees trauen sich türkische Frauen öfters zu kommen, da sie keine Ablehnung spüren	Pflegekurse fördern die Integration und helfen vorhandene Ablehnung zu reduzieren	
D	9	69	Die AWO wird weiterhin solche Pflegekurse anbieten	AWO bietet weiterhin Pflegekurse an	

III Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit versichere ich, die vorliegende Dissertation ohne unzulässige Hilfe Dritter und nur mit den angegebenen Quellen und Hilfsmitteln angefertigt zu haben. Alle Stellen, die aus den Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht worden. Teile der Arbeit wurden – methodisch begründet – zusätzlich parallel, aber nie ausschließlich von anderen Wissenschaftlern durchgeführt. Ich versichere, dass ich für die inhaltliche Erstellung der vorliegenden Arbeit nicht die entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- und Beratungsdiensten (Promotionsberater oder anderer Personen) in Anspruch genommen habe. Diese Arbeit hat nach meinem besten Wissen in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner Prüfungsbehörde im In- oder Ausland vorgelegen. Frühere Promotionsversuche wurden von mir nicht unternommen.

München, den 02.11.2017

Danksagung

An erster Stelle ein herzliches Dankeschön den pflegenden Angehörigen, die trotz hoher Belastung an den Kursen und an den Befragungen teilgenommen haben. Dank Frau Berry und den Mitarbeiterinnen der Beratungsstelle für pflegende Angehörige und älteren Menschen der Arbeiterwohlfahrt München für das Vertrauen und die guten Hinweise. Herzlich bedanken möchte ich mich auch bei meinem Betreuer, Herrn Professor Johann Behrens, für die verständnisvolle Betreuung und die von ihm aufgezeigten Diskussionspunkte.

Mein besonderer Dank gilt Barbara und Daniela. Sie haben meine Arbeit Korrektur gelesen und mir wichtige Hinweise für den Arbeitsprozess gegeben. Meinen Eltern und meiner Schwester Renate danke ich für ihre Begleitung und Unterstützung auf meinem bisherigen Lebensweg.