

Freiwilliges Engagement im Gesundheits- und Pflegebereich

Die Einbindung bürgerschaftlich Engagierter im Gesundheits- und Pflegebereich ist Bestandteil vieler Konzepte zur Verbesserung der Teilhabe hilfebedürftiger Menschen. *Mirjam Philippi*, *Christiane Luderer* und *Thomas Altenhöner* berichten über „Ehrenamtliche begleiten ältere Menschen mit geringer sozialer Unterstützung

nach dem Krankenhaus – Ergebnisse und ‚Lessons learned‘ aus dem Projekt +P“. *Julia Schlicht* und *Eva Gehltomholt* geben einen Überblick über „PEQ – Projekt für Pflege, Engagement und Qualifizierung“. „Ehrenamtliche Demenzlotsen der Stadt Jülich – Ein Beratungsangebot für Betroffene in der Kommune“ werden von *Beatrix Lenzen* vorgestellt.

informationsdienst altersfragen

ISSN 1614-3566
A 20690E

Heft 06, November / Dezember 2015
42. Jahrgang

Herausgeber:
Deutsches Zentrum
für Altersfragen

06

Inhalt

Aus der Altersforschung

- 3 Ehrenamtliche begleiten ältere Menschen mit geringer sozialer Unterstützung nach dem Krankenhaus Ergebnisse und „Lessons learned“ aus dem Projekt +P
Mirjam Philippi, Christiane Luderer und Thomas Altenhöner

- 12 PEQ – Projekt für Pflege, Engagement und Qualifizierung
Julia Schlicht und Eva Gehltomholt

- 17 Kurzinformationen aus der Altersforschung

Aus Politik und Praxis der Altenhilfe

- 20 Ehrenamtliche Demenzlotsen der Stadt Jülich – Ein Beratungsangebot für Betroffene in der Kommune
Beatrix Lenzen

- 23 Kurzinformationen aus Politik und Praxis der Altenhilfe

- 26 **Aus dem Deutschen Zentrum für Altersfragen**

Impressum

Herausgeber:

Deutsches Zentrum für Altersfragen
Manfred-von-Richthofen-Straße 2
12101 Berlin
Telefon (030) 2607400, Fax (030) 7854350

DZA im Internet:

www.dza.de

Presserechtlich verantwortlich:

Prof. Dr. Clemens Tesch-Römer

Redaktion:

Cornelia Au
ida@dza.de

Gestaltung und Satz:

Mathias Knigge (grauwert, Hamburg)
Kai Dieterich (morgen, Berlin)

Druck:

Fatamorgana Verlag, Berlin

Der Informationsdienst erscheint zwei-monatlich. Bestellungen sind nur im Jahres-abonnement möglich. Jahresbezugspreis 25,- EURO einschließlich Versandkosten; Kündigung mit vierteljährlicher Frist zum Ende des Kalenderjahres. Bezug durch das DZA. Der Abdruck von Artikeln, Grafiken oder Auszügen ist bei Nennung der Quelle erlaubt. Das DZA wird institutionell gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

ISSN 1614-3566

Ehrenamtliche begleiten ältere Menschen mit geringer sozialer Unterstützung nach dem Krankenhaus

Ergebnisse und „Lessons learned“ aus dem Projekt +P (Poststationäre Laienunterstützung für Patienten)

Mirjam Philippi, Christiane Luderer und Thomas Altenhöner

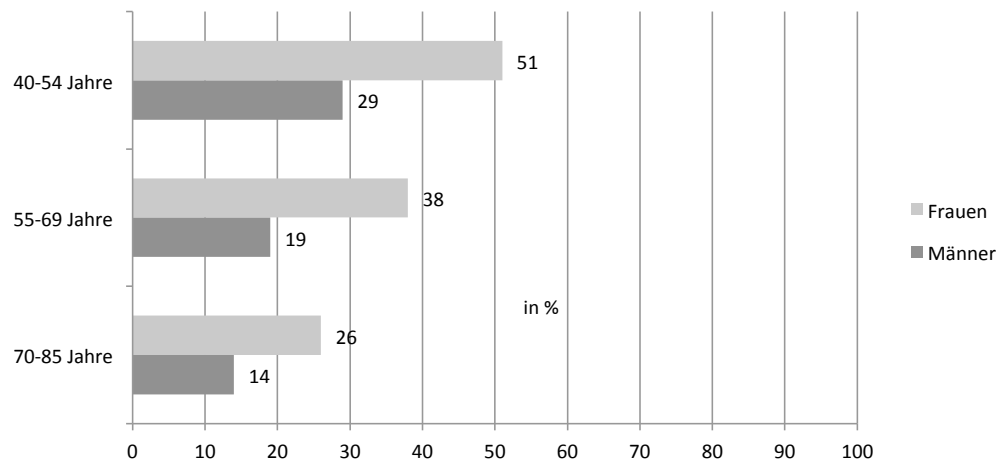
Die Bedeutung zwischenmenschlicher Unterstützung im Alter

Zwischenmenschliche Unterstützung ist eine wichtige Ressource für die Gesundheit und die Bewältigung schwieriger Lebenslagen. Gut unterstützte Menschen haben eine bessere physische Gesundheit und leiden seltener an psychischen Belastungen (Wills und Ainette 2012). Sie bewerten ihre subjektive Gesundheit, die unabhängig von medizinischen Diagnosen als Vorhersagewert für die Lebenserwartung gilt (Bopp u. a. 2012), besser als Menschen, die sich einsam fühlen. Zugleich verhalten sie sich gesundheitsbewusster (Weyers u. a. 2010). Besonders wichtig ist die Unterstützung von Familie und Freunden im Falle einer Erkrankung und im Alter, wenn funktionale Fähigkeiten zurückgehen und dadurch die Verrichtung alltäglicher Dinge beeinträchtigt wird. Hilfe und Rückhalt aus dem familiären Umfeld und dem Freundeskreis sorgen dafür, dass der Abbau weniger schnell voranschreitet (Perissinotto u. a. 2012) und die Betroffenen länger selbstständig leben können. Die Unterstützung durch andere trägt außerdem dazu bei, dass sich alters- und krankheitsbedingte Einschränkungen weniger stark auf die psychische Befindlichkeit auswirken und die Betroffenen besser mit ihrer Erkrankungs- oder Lebenssituation umgehen können (Bierman und Statland 2010).

Doch zeitgleich mit dem Alter und den Einschränkungen steigt der Anteil der Personen, die nur wenig Unterstützung aus dem direkten sozialen Umfeld erhalten. Vor allem Frauen sind von einem früheren Tod ihres Lebenspartners betroffen. Dementsprechend leben im höheren Lebensalter immer mehr Menschen in Deutschland alleine: 2013 lebte in rund 40% der Haushalte von über 65-Jährigen nur eine Person. Mehr als die Hälfte der Haushalte, in denen Personen über 75 Jahren

wohnen, sind Einpersonenhaushalte (DZA 2015). In Zukunft wird diese Zahl weiter steigen, denn immer mehr Personen bleiben Single und/oder kinderlos. Sind Kinder vorhanden, wohnen diese aufgrund gesteigerter Mobilitätsanforderungen im Beruf häufiger weiter entfernt von ihren Eltern. Auch der gleichaltrige Freundeskreis „altert mit“ und benötigt eventuell selbst Hilfe. Als Konsequenz sinkt mit zunehmendem Alter die Zufriedenheit mit der erhaltenen sozialen Unterstützung. Im Deutschen Alterssurvey 2010 wurden hierzu 8.200 Personen zwischen 40 und 85 Jahren befragt: Fast die Hälfte der Befragten ohne Partner und ohne Kinder gab an, niemanden zu haben, den sie bei Bedarf um Trost und emotionalen Beistand bitten können (BMFSFJ 2012). Dabei zeigten sich alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede. Ältere Personen und Männer gaben seltener an, außerfamiliäre Bezugspersonen zu haben, die sie emotional unterstützen könnten (vgl. Abbildung 1). Eine wichtige gesellschaftliche Aufgabe der Zukunft liegt deshalb darin, neue Konzepte zu entwickeln, die dazu beitragen, den steigenden Bedarf an außerfamiliärer Unterstützung in einer alternden Bevölkerung sicherzustellen. Praktische Hilfeleistungen, z. B. bei der Körperpflege oder im Haushalt, können dabei verhältnismäßig einfach durch Dienstleister übernommen werden. Diese Unterstützung erfordert keine nähere Beziehung zwischen Unterstützungsgeber und dem Unterstützungsnehmer (Cohen und McKay 1984). Dahingegen ist die erfolgreiche psychologische Unterstützung in Form von emotionalem Rückhalt davon abhängig, ob ein hohes Maß an persönlicher Nähe und Vertrautheit besteht. Beistand in der Bewertung und Bewältigung belastender Lebenssituationen verlangt darüber hinaus, dass die unterstützende Person die Situation des Betroffenen nachvollziehen kann (Cohen und McKay 1984). Im höheren Lebensalter

Abbildung 1: Anteil an Personen, die jemanden außerhalb der Familie haben, den sie um emotionale Unterstützung fragen können, Angaben aus dem Deutschen Alterssurvey, Befragungswelle 2008 (s. BMFSFJ 2012, S. 39)



kommt zu diesen allgemeinen Anforderungen an die verschiedenen Formen der sozialen Unterstützung hinzu, dass Ältere angesichts des Bewusstseins ihres limitierten Lebens ihre Kontakte stärker als jüngere Menschen nach emotionalen Kriterien auswählen. Die Gefühle, die man für andere Menschen entwickelt, haben eine höhere Bedeutung als andere Kriterien, wie z. B. der langfristige Nutzen, der aus einer Beziehung hervorgehen könnte (Carstensen u. a. 1999). Auch aufgrund dieser Herausforderungen existieren nur wenige Angebote zur psychologischen sozialen Unterstützung älterer Menschen (BMFSFJ 2012).

Ehrenamtliches Engagement zur Sicherstellung sozialer Unterstützung von Älteren?

Vonseiten der Politik wird auf das große Potenzial des bürgerschaftlichen Engagements verwiesen (BMFSFJ 2005), das im karitativen und sozialen Bereich meist als Ehrenamt bezeichnet wird. Ehrenamtliche sollen sich in Nachbarschaftshilfen, Besuchsdiensten und anderen Initiativen engagieren und so dazu beitragen, die immer häufiger fehlende soziale Unterstützung älterer Menschen aus dem unmittelbaren sozialen Umfeld zu kompensieren. Doch bislang fehlen wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse, aus denen hervorgeht, ob und inwieweit sich dieser Wunsch realisieren lässt.

Das Projekt +P

Besondere Belastungssituationen für Alleinstehende sind Krankenhausaufenthalte und die Zeit danach. Aufgrund kurzer Liegedauern bleibt insbesondere älteren Menschen vor ihrer Entlassung oft nicht die Zeit, die sie für eine vollständige Genesung benötigen. Ohne ein unterstützendes soziales Umfeld kann dies nach der Krankenhausentlassung zu Schwierigkeiten bei der Alltagsbewältigung bzw. zu einer schlechteren Gesundheit und Lebensqualität führen. Als Folge können wiederholte Krankenhausaufnahmen, sogenannte „Drehtüreneffekte“, auftreten.

Im Projekt +P (Poststationäre Laienunterstützung), das von 2011 bis 2015 durch das BMBF im Rahmen der Förderlinie SILQUA-FH gefördert wurde, sollte die Gesundheits- und Lebenssituation älterer, sozial isolierter Menschen nach einem Aufenthalt im Krankenhaus verbessert werden. Dazu begleiteten ehrenamtliche +P-Patinnen und Paten ältere Patientinnen und Patienten mit geringer sozialer Unterstützung nach einer Krankenhausentlassung über einen Zeitraum von drei Monaten. Die +P-Patinnen und Paten trafen sich mindestens einmal wöchentlich mit den älteren Menschen. Je nach individuellen Bedürfnissen der älteren Menschen leisteten die Ehrenamtlichen praktische Hilfe, indem sie diese zu Arztbesuchen und Freizeitaktivitäten begleiteten, zusammen kochten oder beim Ausfüllen von Formularen halfen.

Wesentlicher Bestandteil der Patenbegleitung war außerdem die psychosoziale Unterstützung der entlassenen Patientinnen und Patienten durch Gespräche. Pflege und medizinische Hilfe oder hauswirtschaftliche Dienstleistungen, wie Hausreinigung, übernahmen die +P-Patinnen und Paten nicht.

Um die Effekte der Patenbegleitung zu untersuchen wurde in einer Evaluation des Projekts der Frage nachgegangen, inwieweit eine poststationäre Patenbegleitung die gesundheitliche und psychosoziale Lebenssituation älterer Menschen verbessern kann. Darüber hinaus sollten aus der Evaluation Erkenntnisse gewonnen werden, welche Aspekte bei einer ehrenamtlichen Unterstützung für unterstützungsbedürftige ältere Menschen relevant sind.

Die Evaluation des Projekts +P

Methodische Vorgehensweise der Evaluation

An der Umsetzung des Projekts +P beteiligten sich insgesamt sechs Krankenhäuser der Arbeitsgemeinschaft katholischer Krankenhäuser Saarland aus dem Saarland und Rheinland-Pfalz. In drei Krankenhäusern erhielten unterstützungsbedürftige Patientinnen und Patienten, die sich für eine Teilnahme am Projekt +P entschieden, nach ihrer Krankenhausentlassung eine Patenbegleitung (Interventionsgruppe). In den übrigen drei Kliniken wurden vergleichbar unterstützungsbedürftige Patientinnen und Patienten rekrutiert – diese bildeten die Kontrollgruppe. Um einen möglichst tiefen Einblick in die Auswirkungen der Patenbegleitung zu erhalten, wurde ein Mixed-Methods-Design genutzt. Die Begleiteten und die nicht Begleiteten (Kontrollgruppe) wurden zu drei Zeitpunkten schriftlich befragt. Parallel wurden persönliche Gespräche mit begleiteten älteren Menschen geführt. Für das Projekt +P liegt ein positives Ethikvotum der Ethikkommission der Ärztekammer des Saarlandes vor.

Selektion der Projektteilnehmer(-innen)

An dem Projekt +P konnten deutschsprachige Personen ab 65 Jahren teilnehmen, bei

denen während ihres stationären Aufenthalts in einem der kooperierenden Krankenhäuser mit Hilfe eines speziell hierzu entwickelten Screeninginstruments ein Bedarf an sozialer Unterstützung festgestellt wurde. Personen, die bereits eine Pflegestufe nach SGB XI und somit professionelle Unterstützung in Anspruch nehmen, konnten nicht teilnehmen. Ebenso waren – um eine Überforderung der Ehrenamtlichen zu vermeiden – Personen mit eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten, z. B. wegen einer Demenz oder psychiatrischen Erkrankung von der Teilnahme ausgeschlossen.

Methodisches Vorgehen der quantitativen Erhebung

Die begleiteten und nicht begleiteten älteren Menschen wurden zu drei Zeitpunkten mit einem schriftlichen Fragebogen befragt. Die Ausgangsbefragung (T0) fand noch während des stationären Aufenthalts statt, die zweite Befragung (T1) drei Monate später – in der Interventionsgruppe also zum regulären Ende der Patenbegleitung. Um längerfristige Auswirkungen zu erfassen, füllten die Teilnehmer(innen) einen dritten Fragebogen (T2) sechs Monate nach dem Krankenhausaufenthalt aus.

Wesentliche Fragen der Wirksamkeit des +P-Konzepts bezogen sich darauf, inwieweit die poststationäre Patenbegleitung die gesundheitsbezogene Lebensqualität älterer Patientinnen und Patienten beeinflusst und ob durch die Teilnahme am Programm die Alltagsbewältigung der älteren Menschen und deren soziale Teilhabe gefördert werden kann.

Zur Erfassung der subjektiven Lebensqualität wurde die deutsche Kurzform des Health Survey (SF 8) (Ellert et al. 2005) genutzt. Die älteren Menschen wurden in acht Fragen mit jeweils fünf bis sechs Antwortvorgaben gebeten, ihre körperliche und psychische Befindlichkeit einzuschätzen. Zur Erhebung der Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung und der sozialen Teilhabe wurde das Late Life Function and Disability Instrument (Denkinger u.a. 2009) genutzt. Bei jeweils acht Fragen gaben die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer an, wie häufig sie verschiedene (soziale) Alltagsaktivitäten ausüben. Eine Frage lautete z. B.: „Wie oft besuchen Sie Freunde und Familie in deren Zuhause?“.

Die Teilnehmer(innen) konnten die Frage beantworten mit „nie“, „fast nie“, „manchmal“, „oft“ oder „sehr oft“.

Die Datenanalysen erfolgten mit der Statistiksoftware SPSS 22. Es wurde eine Irrtumswahrscheinlichkeit von $p \leq 0.05$ bzw. $p \leq 0.10$ zugrunde gelegt. Für die einzelnen Ergebnismerkmale wurden in je drei varianzanalytischen Modellen mit Messwiederholung die Effekte für die Zeit, die Gruppenzugehörigkeit (Interventionsgruppe / Kontrollgruppe) und die Wechselwirkung zwischen Zeit und Intervention getestet.

An der Erstbefragung nahmen 70 ältere Menschen mit Patenbegleitung teil. Zur Kontrolle wurden die Angaben von 174 ähnlich unterstützungsbedürftigen Patientinnen und Patienten ohne Patenbegleitung einbezogen. Die begleiteten Patientinnen und Patienten waren circa 77 Jahre alt und im Durchschnitt somit ein Jahr älter als die Befragten der Kontrollgruppe. In der Interventionsgruppe war der prozentuale Anteil an Männern nur etwa halb so hoch wie in der Kontrollgruppe. Des Weiteren waren die Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer mit Patenbegleitung wesentlich häufiger alleinstehend (vgl. Tabelle 1).

Ergebnisse der quantitativen Evaluation

Aus beiden Gruppen nahmen etwa 67% der Teilnehmer(-innen), die einen ersten Fragebogen während ihres stationären Aufenthalts ausfüllten, auch an den Nachbefragungen teil.

Sowohl bei den älteren Menschen mit Patenbegleitung als auch bei der nicht begleiteten Kontrollgruppe verbesserte sich die Einschätzung der körperlichen gesundheitsbezogenen Lebensqualität im Zeitverlauf leicht. Es wurden hierbei keine Unterschiede sichtbar, die auf die Patenbegleitung zurückgeführt werden können.

Dahingegen verbesserte die ehrenamtliche Unterstützung die psychische Lebensqualität: Die Mittelwerte der Skala zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität im psychischen Bereich stieg bei den Begleiteten im Verlauf der sechs Monate in wesentlich größerem Umfang an als die der Kontrollgruppe (vgl. Tabelle 2).

Sowohl die Patientinnen und Patienten der Interventionsgruppe als auch diejenigen, die in den Kontrollkliniken gewonnen wurden, gaben im Hinblick auf die erfragten (sozialen) Alltagsaktivitäten in der Ausgangserhebung an, diese nur manchmal auszuüben. Die Personen mit Patenbegleitung gingen zu Beginn noch etwas seltener aus, luden Besuch ein oder erledigten Besorgungen. Sie fühlten sich dabei etwas stärker eingeschränkt. In der Gruppe mit Patenbegleitung steigerte sich die Häufigkeit der Aktivitäten statistisch signifikant, d. h. ihre Teilhabe verbesserte sich. Die wahrgenommenen Einschränkungen im Alltag reduzierten sich im Verlauf der Nacherhebungsperiode etwas. Die Effekte zwischen Interventionsgruppe und Kontrollgruppe unterschieden sich jedoch nicht überzufällig (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 1: Soziodemografische Merkmale der Teilnehmenden

| Merkmal | Gesamt | mit Patenbegleitung | ohne Patenbegleitung | Prüfwert | Signifikanz |
|--------------------------------|---------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------|--------------------|
| Stichprobe % (N) | 100 (244) | 28,7 (70) | 71,3 (174) | / | |
| Alter zu T0 (M/SD) | 76,3 (6,3) | 77,2 (8,0) | 76,0 (5,5) | t=-1,20 | p=.233 |
| Geschlecht % (N) | | | | $\chi^2=8,52$ | p=.004 |
| <i>männlich</i> | 30,7 (75) | 17,1 (12) | 36,2 (63) | | |
| <i>weiblich</i> | 69,3 (169) | 82,9 (58) | 63,8 (111) | | |
| Familienstand % (N) | | | | $\chi^2=35,02$ | p<.001 |
| <i>ledig/alleinstehend</i> | 10,7 (26) | 15,7 (11) | 8,6 (15) | | |
| <i>verheiratet/mit Partner</i> | 29,9 (73) | 2,7 (2) | 40,8 (71) | | |
| <i>geschieden/getrennt</i> | 51,6 (129) | 72,9 (51) | 43,1 (75) | | |
| <i>verwitwet</i> | 7,8 (19) | 8,6 (6) | 7,5 (13) | | |

Tabelle 2: Veränderungen in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und Häufigkeit bzw. wahrgenommenen Einschränkungen bei (sozialen) Alltagsaktivitäten

| Merkmal | | Messzeitpunkt | | | Prüfwerte & Signifikanz T0-T1 | Prüfwerte & Signifikanz T1-T2 | Prüfwerte & Signifikanz T0-T2 |
|---|------------|---------------|-------------|-------------|--|---|---|
| | | T0 | T1 | T2 | | | |
| Lebensqualität körperlich M(SD) ¹ | mP (n=45) | 35,5 (19,3) | 34,6 (15,1) | 37,0 (16,0) | t: F=0,09; p=.764 PB: F=0,00; p=.953 t*PB: F=0,53; p=.468 | t: F=1,44; p=.233 PB: F=0,00; p=.967 t*PB: F=0,60; p=.441 | t: F=1,26; p=.263 PB: F=0,13; p=.718 t*PB: F=0,03; p=.859 |
| | oP (n=113) | 34,0 (17,9) | 35,7 (17,0) | 36,2 (17,8) | | | |
| Lebensqualität psychisch M(SD) ¹ | mP (n=44) | 38,6 (20,6) | 42,1 (19,7) | 46,9 (20,5) | t: F=0,34; p=.564 PB: F=3,71; p=.056 t*PB: F=0,13; p=.715 | t: F=4,21; p=.042 PB: F=0,54; p=.464 t*PB: F=1,67; p=.198 | t: F=6,75; p=.010 PB: F=1,28; p=.260 t*PB: F=3,59; p=.060 |
| | oP (n=113) | 46,2 (21,6) | 46,5 (21,3) | 47,6 (23,2) | | | |
| (soziale) Alltagsaktivitäten – Häufigkeit M(SD) ² | mP (n=42) | 3,1 (0,7) | 3,2 (0,6) | 3,3 (0,8) | t: F=0,04; p=0.851 PB: F=3,12; p=.079 t*PB: F=1,30; p=.256 | t: F=0,89; p=.348 PB: F=0,42; p=.519 t*PB: F=4,00; p=.047 | t: F=1,44; p=.232 PB: F=4,20; p=.042 t*PB: F=9,63; p=.002 |
| | oP (n=112) | 3,3 (0,6) | 3,3 (0,6) | 3,3 (0,6) | | | |
| (soziale) Alltagsaktivitäten – Einschränkungen M(SD) ³ | mP (n=42) | 3,2 (1,0) | 3,4 (0,9) | 3,5 (0,9) | t: F=0,05; p=.826 PB: F=3,04; p=.083 t*PB: F=0,04; p=.846 | t: F=0,16; p=.692 PB: F=0,61; p=.435 t*PB: F=0,44; p=.435 | t: F=0,22; p=.638 PB: F=2,14; p=.145 t*PB: F=0,44; p=.435 |
| | oP (n=106) | 3,5 (0,9) | 3,6 (0,9) | 3,6 (1,0) | | | |

¹0=niedrigste, 100= höchste Lebensqualität; ²5=sehr oft (sozial) aktiv, 3=manchmal (sozial) aktiv, 1=nie (sozial) aktiv; ³5=gar nicht im Alltag eingeschränkt, 3=mäßig im Alltag eingeschränkt, 1=komplett im Alltag eingeschränkt; mP=Interventionsgruppe mit Patenbegleitung; oP=Kontrollgruppe ohne Patenbegleitung; t=Zeitfaktor; PB=Patenbegleitung

Methodisches Vorgehen der qualitativen Erhebung

Mit Hilfe von persönlichen Einzelinterviews mit begleiteten älteren Menschen ging man im Projekt der Frage nach, wie diese die poststationäre Begleitung durch die Ehrenamtlichen erlebt haben.

Die Begleiteten sollten frei und offen über ihre Erlebnisse berichten, daher wurde zum Beginn der Interviews lediglich ein einheitlicher Eingangsstimulus gestellt, der zum Erzählen anregen sollte. Zusätzliche Fragen wurden nur gestellt, wenn die Erzählung ins Stocken geriet oder nähere Details zum Verständnis des Erzählten von Interesse waren. Damit möglichst viele verschiedene Erlebnisse erfasst und verglichen werden konnten, wurden in einem theoretischen Sampling Gesprächspartnerinnen und -partner ausgewählt, die sich in für das Erleben der Patenbegleitung relevanten Merkmalen z. B. im Geschlecht bzw. der Geschlechterkonstellation zwischen +P Patinnen/Paten und Patientinnen/Patienten, dem Familienstand, der regionalen Herkunft oder der Dauer der Patenbegleitung unterschieden. Die Auswertung der Interviews orientierte sich an dem Paradigma der „Grounded Theory“ von Glaser und Strauss (2010). Aus den Gesprächen wurden zunächst sehr offen Codes extrahiert, die sich dann sukzessive zu übergeordneten

Kategorien verdichteten. Die Kernkategorien wurden im Projektteam abgestimmt.

Insgesamt fanden neun Gespräche statt, das kürzeste dauerte 12 Minuten, das längste mehr als 2,5 Stunden. Die zwei Männer und sieben Frauen waren zwischen 65 und 84 Jahre alt. Acht Personen waren ledig oder verwitwet und wohnten allein. Nur eine Frau lebte mit ihrem Ehemann zusammen, dieser war jedoch selbst stark unterstützungsbedürftig.

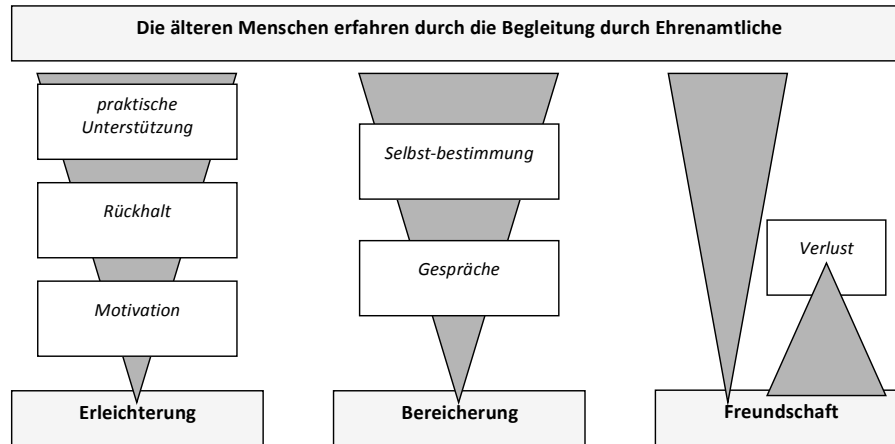
In einer Patenschaft begleitete eine Frau einen älteren Mann, in allen anderen Fällen hatten Ehrenamtliche und Begleitete das gleiche Geschlecht. Zwei Patenbegleitungen wurden auf Wunsch der älteren Menschen und eine auf Initiative der Ehrenamtlichen vorzeitig beendet. Bei allen weiteren wurde die im Projekt vorgegebene Dauer von drei Monaten nach der Klinikentlassung eingehalten.

Ergebnisse der qualitativen Interviews

Die älteren Menschen erlebten die Patenbegleitung als eine Erleichterung ihres Alltags und als Bereicherung ihres Lebens. Sie bauten Freundschaften zu den zu Beginn fremden Ehrenamtlichen auf.

Die nachfolgende Abbildung zeigt die dargestellten Kategorien des Erlebens der Patenbegleitung im Überblick.

Abbildung 2: Überblick der Kategorien zum Erleben der Patenbegleitung



Die Unterstützung, die ihnen das Leben erleichterte, erfolgte auf unterschiedliche Arten: Während manche ältere Menschen gemeinsam mit ihren +P-Patinnen und Paten kochten, wurden andere zu Arztterminen begleitet. Das Gefühl, bei Bedarf in den Ehrenamtlichen eine verlässliche Ansprechpartnerin bzw. einen verlässlichen Ansprechpartner zu haben, schenkte den Begleiteten emotionalen Rückhalt. Bei einer Frau, die ihren erkrankten Ehemann pflegte, wurde dieser Rückhalt im wahrsten Sinne des Wortes auch auf körperlicher Ebene sichtbar. Die Begleitung durch ihre Patin ermöglichte ihr, noch einmal gemeinsame Ausflüge mit ihrem Mann zu erleben.

„[Sie] hat mir dann geholfen meinen Mann ihn zu führen weil er ja doch schlecht gehen kann das hat mir sehr geholfen das muss ich also sagen (...) das ist wahrscheinlich nicht in dem Sinne dass das für mich ausgesucht war aber es war es ist mir auch immer noch eine Hilfe wenn sie kommt“ (I5¹, w², 79³, vh⁴).

In den ehrenamtlich Engagierten sahen die Unterstützungsbedürftigen ein motiviertes Vorbild. Eine begleitete Frau verglich beispielsweise ihre Lebenssituation mit der ihrer Patin und schöpfte hieraus neue Lebensenergie.

„Sie hat mich (...) immer ermuntert (...) und dann kann man sich auch an ihr ein Beispiel nehmen die ist ja auch alleine“ (I4, w, 65, Id).

Durch ihre alters- und krankheitsbedingten Einschränkungen und dem daraus resultierenden Unterstützungsbedarf fühlten sich

die Älteren in ihrer Lebensgestaltung häufig fremdbestimmt. Die Anforderung von Hilfe aus dem weiteren sozialen Umfeld war zum Teil zwar möglich, rief aber Scham- und Abhängigkeitsgefühle hervor. Die regelmäßigen wöchentlichen Besuche der Ehrenamtlichen, die nach den Wünschen der älteren Menschen ausgestaltet wurden und auch Ausflüge in die nähere Umgebung beinhalteten, nahmen die Begleiteten daher als eine Rückgewinnung von Selbstbestimmung wahr. Dies bereicherte ihr Leben, wie die beiden folgenden Zitate verdeutlichen.

„die Frau (Anm. der Verf.: Patin) war da und dann hab ich der können den Vorschlag machen wir fahren dort hin wir fahren dort hin und das hat mir ganz gut gefallen“ (I7, w, 80, vw)

„für mich war wichtig auch mit ihm die Möglichkeit zu haben irgendwelche Dinge zu erleben wieder für die ich sonst keine Möglichkeit habe (...) ich hätte also (Anm. der Verf.: ohne Patenbegleitung) zuhause gesessen und Trübsal geblasen“ (I6, m, 83, vw)

Ein besonders wichtiger Teil der Patenbegleitung war die Möglichkeit zum Gespräch mit den Ehrenamtlichen. Jemanden zu haben, mit dem man sich unterhalten kann, war zugleich ein wesentliches Motiv für die Teilnahme im Projekt, wie ein Mann mit den Worten verdeutlichte:

„ich tu mich als emol mit mir selber unterhalte weil ich keinen hab“ (I9, m, 67, Id)

Gelungene Gespräche, in denen „viel gelacht und (...) auch einmal ein ernstes The-

ma“ (I2, w, 66, vw, g) angesprochen wurde, steigerten das Wohlbefinden der entlassenen Patientinnen und Patienten.

„es hat immer gut getan wenn wir viel gelacht haben“ (I9, m, 67, ld)

Diese Unterhaltungen waren jedoch nur möglich, wenn Gesprächsthemen existierten. Eine ältere Frau beendete die Patenbegleitung vorzeitig, da sich keine gemeinsamen Interessen finden ließen. Die Besuche wurden eher als anstrengend denn als Bereicherung empfunden.

„man wusste nicht worüber man sich mit ihr (Anm. der Verf.: Patin) unterhalten sollte aber ich hab immer irgendwas wieder gefunden es fiel mir ziemlich schwer (...) es gab kein nichts wo wir beide Politik interessierte sie nicht sie hatte wenig Interessen“ (I3, w, 82, vw)

Im Verlauf einiger Patenschaften bauten die älteren Menschen Freundschaften zu den Ehrenamtlichen auf.

„ich würd mich auch freuen wir würden uns so gut verstehen dass da auch vielleicht eine Freundschaft fürs Leben wird“ (I5, w, 79, vh)

Das zunächst positive Gefühl kehrte sich am Ende der Begleitungsphase nach drei Monaten bei einigen Personen jedoch in ein Gefühl der Trauer und des Verlusts um eine nun vertraute Person um. Eine schmerzhaft Situation, die viele Befragte im Verlauf ihrer Biografie bereits mehrfach erfahren mussten. *„die Leute werden dann praktisch nach drei Monaten allein gelassen das muss man also knallhart sagen (...) das seh´ ich so betrachten sie auf der anderen Seite das Patenkind der dann plötzlich wieder im Regen steht und damit fertig werden muss das ist nämlich das Entscheidende der braucht `ne ganze Weile bis er realisiert“ (I6, m, 83, vw)*

Gesamtbetrachtung und Diskussion der Ergebnisse

In der Gesamtbetrachtung von quantitativer und qualitativer Evaluation zeigt sich ein recht einheitliches Bild: Die poststationäre Patenbegleitung durch Ehrenamtliche wirkte sich förderlich auf die psychische und soziale Lebenssituation älterer Menschen aus und verbesserte deren Wohlbefinden. Durch die

Ehrenamtlichen hatten die Begleiteten die Möglichkeit, in ihrem Alltag aktiver zu sein. Vorhandene Einschränkungen wurden hierdurch offensichtlich kompensiert. Demgegenüber veränderte sich die Wahrnehmung der körperlichen Gesundheit im Projektverlauf nicht, was jedoch auch der verhältnismäßig kurzen Nacherhebungsperiode geschuldet sein könnte. Weitere Limitationen der Aussagekraft der Ergebnisse ergeben sich durch die insgesamt eher geringe Anzahl begleiteter Patientinnen und Patienten und dadurch, dass der mit Hilfe des hierzu entwickelten Screeninginstruments gemessene durchschnittliche Unterstützungsbedarf der Patientinnen und Patienten, die sich für eine Patenbegleitung entschieden hatten, höher lag als der der Teilnehmenden der Kontrollgruppe (nicht dargestellt). In der Gewinnung der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer stellte sich klar heraus, dass die Hemmschwelle von älteren Menschen, einen Fragebogen anzunehmen, deutlich geringer lag als die Hemmung, die überwunden werden musste, um engeren Kontakt zu einem zunächst fremden Menschen aufzubauen. Dies entspricht den Annahmen von Carstensen und Kollegen (1999), wonach emotionale Kriterien im Kontext sozialer Kontakte älterer Menschen eine höhere Relevanz haben, als die Abwägung des Nutzens, der aus einer Beziehung hervorgehen könnte. Des Weiteren zeigte sich in der Gesamtstichprobe und besonders deutlich in der Interventionsgruppe ein höherer Frauenanteil. Dies könnte einerseits dadurch begründet sein, dass Frauen häufiger allein leben und daher einen höheren Bedarf an außerfamiliärer sozialer Unterstützung haben. Andererseits können ältere Frauen offenbar besser zwischenmenschliche Kontakte als Männer knüpfen und waren daher eventuell eher bereit, eine Patenbegleitung anzunehmen (Cornwell 2011).

Die zum Teil sehr intensiven persönlichen Gespräche mit den älteren Menschen, die über unterschiedlichste Persönlichkeitsmerkmale verfügten und deren Patenbegleitung ganz verschieden verlief, ermöglichten einen tiefen Einblick in die Chancen einer Unterstützung älterer Menschen durch Ehrenamtliche. Offensichtlich ergibt sich durch einen Ausbau des ehrenamtlichen Engage-

ments in diesem Bereich das Potenzial, familiäre Unterstützung und Hilfe aus dem unmittelbaren sozialen Umfeld zu kompensieren.

In den Interviews zeigten sich jedoch auch Herausforderungen derartiger Unterstützungskonzepte. Das Beispiel der Frau, die ihre Patenbegleitung abbrach, weil sie kein gemeinsames Gesprächsthema mit ihrer Patin fand, verdeutlicht, dass psychosoziale Unterstützung nur dann erfolgreich verlaufen kann, wenn gemeinsame Interessen und ähnliche Einstellungen zwischen Unterstützungsgeber und Unterstützungsnehmer vorhanden sind.

In den Gesprächen kam ebenso zum Tragen, wie wichtig es den älteren Menschen im Rahmen der Begleitung ist, selbstbestimmt zu sein. Sie erwarten von unterstützenden Ehrenamtlichen eine Ausrichtung an ihren Bedürfnissen, um so ihre durch Alter bzw. Krankheit zurückgegangene Autonomie in der Lebensgestaltung kompensieren zu können.

Der Wunsch einer Begleiteten, dass aus dem Kontakt zur Patin eine „Freundschaft fürs Leben“ entsteht, macht deutlich, dass es möglich ist, in einer relativ kurzen Zeit von nur drei Monaten eine vertraute Beziehung zwischen älteren Menschen und Ehrenamtlichen aufzubauen. Zugleich zeigen die angesprochenen Gefühle des Verlusts eine wesentliche Anforderung an Hilfen durch Ehrenamtliche. Diese müssen so verantwortungsvoll konzipiert werden, dass eine Abhängigkeit der älteren Menschen von ihren Begleiterinnen und Begleitern vermieden wird. Ansonsten addiert sich für die ohnehin schon sehr von Einsamkeit und Verlust betroffenen Menschen eine weitere negative Erfahrung hinzu, die bewältigt werden muss. Dieser Aspekt ist bei Unterstützungsleistungen durch Ehrenamtliche von besonderer Bedeutung, da diese nicht wie z. B. hauptamtlich Beschäftigte an feste Verträge gebunden sind. Die Freiwilligen bringen sich nach persönlicher Einschätzung und Ressourcenlage ein und können ihr Engagement auch jederzeit beenden. In diesem Zusammenhang ergab eine ergänzende Befragung unter den im Projekt +P engagierten Ehrenamtlichen, dass bei einem Teil der Ehrenamtlichen nach der vorgegebenen Begleitungsdauer von drei Monaten der Wunsch bestand sich zurückzu-

ziehen, um nicht zu sehr selbst unter der Belastungssituation der älteren Menschen zu leiden.

Schlussfolgerungen

Die geschilderten Ergebnisse aus dem Projekt +P machen den Nutzen, aber auch die hohe Komplexität psychosozialer Unterstützung älterer Menschen durch Ehrenamtliche im Vergleich zu rein materiellen oder praktischen Hilfen deutlich. In der Planung und Umsetzung vergleichbarer Konzepte sollte daher verstärkt auf folgende Aspekte geachtet werden:

- Im Vorfeld von Unterstützungsmaßnahmen sollten Interessen und Einstellungen von Ehrenamtlichen und unterstützungsbedürftigen älteren Menschen in Erfahrung gebracht werden, um möglichst passende Kontakte herzustellen.
- Ehrenamtliche sollten sensibilisiert werden, auf die Bedürfnisse der älteren Menschen einzugehen. Auf diesem Weg schenken sie ihnen verloren gegangene Autonomie zurück.
- Ehrenamtliche sollten darin befähigt werden, eine vertrauensvolle emotionale Beziehung zu den älteren Menschen aufzubauen. Um Verlustgefühlen seitens der älteren Menschen vorzubeugen, erscheint es zudem wichtig, die Ehrenamtlichen darin zu schulen, eine „professionelle Distanz“ zu wahren. Um die Gefahr einer Abhängigkeit zu den Begleitenden zu verringern, sollten die Ehrenamtlichen wohnortnahe Angebote zur sozialen Vernetzung von Seniorinnen und Senioren kennen, die älteren Menschen zu deren Annahme ermutigen und als „Türöffner“ zu diesen auftreten.

Wir bedanken uns bei allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern für ihre Offenheit und bei unseren Kooperationspartnern für die gute Zusammenarbeit. Ein besonderer Dank geht an die ehrenamtlichen +P-Patinnen und Paten, ohne die dieses Projekt nicht hätte stattfinden können.

Eine umfassendere Darstellung der qualitativen Interviews mit begleiteten älteren Menschen wurde unter dem Titel „Ich hätte

also zuhause gegessen und Trübsal geblasen...“ – Wie erleben alleinstehende und hilfebedürftige ältere Menschen eine poststationäre Begleitung durch Ehrenamtliche? in der Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 48(4), S. 346-353 veröffentlicht.

Mirjam Philippi ist Gesundheits- und Pflegewissenschaftlerin, MSc. Sie arbeitete im Projekt +P als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Fachhochschule Bielefeld. Derzeit ist in Lehre und Forschung im Department Gesundheit und Pflege der htw saar tätig.

*Kontakt:
mirjam.philippi@htwsaar.de*

Dr. Christiane Luderer arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin in Forschung und Lehre am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.

*Kontakt:
christiane.luderer@medizin.uni-halle.de*

Prof. Dr. Thomas Altenhöner, Gesundheitswissenschaftler, hat an der Fachhochschule Bielefeld im Fachbereich Sozialwissenschaften die Professur für das Lehrgebiet „Gesundheit - insbesondere Gesundheit im Kontext von Lebenslagen und Lebensalter“ inne.

*Kontakt:
thomas.altenhoener@fh-bielefeld.de*

Literatur:

- Bierman, A., Statland, D. (2010): Timing, Social Support, and the Effects of Physical Limitations on Psychological Distress in Late Life. In: Journal of Gerontology: Social Sciences, 65B(5), S. 631–639
- Bopp, M., Braun, J., Gutzwiller F., Faeh, D. for the Swiss National Cohort Study Group (2012): Health risk or resource? Gradual and Independent association between self-rated health and mortality persists over 30 years. Plos One, 7(2) e 30795.

- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2005): Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Potenziale des Alterns in Wirtschaft und Gesellschaft. Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen. Bericht der Sachverständigenkommission. Berlin, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (Hrsg.) (2012): Der Alterssurvey – Altern im Wandel – Zentrale Ergebnisse des Deutschen Alterssurveys (DEAS). 3. Auflage. Berlin, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Carstensen, L.L., Isaacowitz, D.M., Charles, S.T (1999): Taking time seriously. A theory of socioemotional selectivity. In: American Psychologist 54(3), S. 165–181.
- Cohen, S., McKay, G. (1984): Social Support, stress and the buffering Hypothesis. A theoretical analysis. In: Baum, A., Singer, J.E., Taylor, S.E. (Hrsg.): Handbook of psychology and health. Volume IV. (S. 253–267). Hillsdale, NJ, Erlbaum.
- Cornwell, B. (2011): Independence through social networks: bridging potential among older women and men. The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences 66(6), S. 782–794.
- Denkinger, M.D., Weyerhäuser, K., Nikolaus, T., Coll-Planas, L. (2009): Reliabilität der deutschen Kurz-Version des „Late Life Function and Disability Instrument“. Ein sinnvoller und praktikabler Fragebogen zur Bestimmung der körperlichen Funktion und Beeinträchtigung älterer Menschen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 42(1), S. 28–38.
- Deutsches Zentrum für Altersfragen (2015): Privathaushalte nach Haushaltsgröße und Gemeindegroße Deutschland 2013. www.gerostat.de (Zugriff am 29.11.2015).
- Ellert, U., Lampert, T., Ravens-Sieberer, U. (2005): Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-8. Eine Normstichprobe für Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 48(12), S. 1330–1337.
- Glaser, B.G., Strauss, A.L. (2010): Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung. 3. Auflage. Bern, Huber Verlag
- Perissinotto, C.M., Cenzer, J.S., Covinsky, K. (2012): Loneliness in older people. A predictor for functional decline and death. In: Arch Intern Med 172(14), S. 1078–1083.
- Weyers, S., Dragano, N., Möbus, S., Beck, E.M., Stang, A., Möhlenkamp, S., Jöckel, K.H., Erbel, R. Siegrist, J. (2010): Poor social relations and adverse health behaviour: Stronger associations in low socioeconomic groups? In: International Journal of Public Health 55(1), S. 17–23.
- Wills, T., Ainette, M.G. (2012): Social networks and social support. In: Baum, A., Revenson, T.A., Singer, J. (Hrsg.): Handbook of Health Psychology. 2. Edition. (S. 465-492). New York, Taylor Press.

PEQ – Projekt für Pflege, Engagement und Qualifizierung

Julia Schlicht und Eva Gehltomholt

Hintergrund

Bürgerinnen und Bürger unterstützen ältere und pflegebedürftige Menschen an vielen Stellen des Alltags. Vor allem Familienmitglieder, aber auch Nachbarn, Freunde und Bekannte sind aufgrund der persönlichen Nähe und Vertrautheit Teil von Unterstützungsnetzwerken. Aktuelle gesellschaftliche Umbrüche und Veränderungen führen jedoch dazu, dass neue Unterstützungsformate gefunden werden müssen. So wohnen Familien häufig nicht mehr an einem Ort; Nachbarn sind mobiler und kommen seltener zusammen; Freundschaften bestehen über große Distanzen. Ungeachtet dessen gibt es immer noch eine große gesellschaftliche Bereitschaft, sich für hilfebedürftige Ältere einzubringen und dabei gemeinsam mit anderen neue Erfahrungen zu sammeln (Naumann u. Schacher 2013). Um diese Bereitschaft in tatsächliches Engagement zu überführen, sind Räume und Gelegenheiten erforderlich. Es bedarf Berührungspunkte mit den Themen Alter und Pflege sowie Aufklärung zu unterschiedlichen Begleitmöglichkeiten.

Diese Rahmenbedingungen können durch Qualifizierungsangebote für interessierte Bürgerinnen und Bürger ausgestaltet werden (Klie u. Hils 2009; Kricheldorf 2011). Durch Qualifizierungskurse können gleich mehrere Vorteile vereint werden. Interessierte können sich auf einfache Art und Weise zu den Themen Alter und Pflegebedürftigkeit austauschen. Sie erhalten Kontakte zu Gleichgesinnten, können bestehende Kompetenzen schärfen und neue dazugewinnen. Zudem bekommen sie die Möglichkeit zum lebenslangen Lernen – und dies nicht abstrakt und Theorie geprägt, sondern praktisch und an realen gesellschaftlichen Bedarfen ausgerichtet. Das dadurch erlangte Erfahrungswissen ist nachhaltig. Es fördert die eigene Selbstwirksamkeit und verbessert den Umgang mit

hilfebedürftigen Personen. Wird zudem in den Weiterbildungsmaßnahmen Spaß und Zusammenhalt gefördert, lassen sich bestehende verborgene Engagementpotenziale heben und nachhaltige Bindungseffekte erzielen (Dienel u. von Blanckenburg 2012). Dies gilt auch für Personengruppen, die in den Engagementstatistiken bislang eher unterrepräsentiert sind, wie z. B. Männer, Jugendliche oder Migrant/-inn/-en (Bubolz-Lutz 2011). Qualifizierungsangebote leisten darüber hinaus auch einen wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung des Engagements ohne dessen Eigenschaften – wie Freiwilligkeit und Eigensinn – zu gefährden. Die Idee, Engagierte auf ihren Einsatz vorzubereiten, ist allerdings nicht neu und insbesondere bei der Unterstützung vulnerabler Personengruppen verbreitet. Insofern verwundert es nicht, dass in der Praxis verschiedene Modellprojekte durchgeführt wurden. Die Modellprojekte sind in der Regel so angelegt, dass sie ein hohes Transferpotenzial aufweisen, d.h. sie können in unterschiedlichen Regionen und Situationen umgesetzt werden. Allerdings steht zumeist eine spezifische Zielgruppe im Fokus der Projekte (bspw. pflegende Angehörige im Projekt Pflegebegleiter, ältere Menschen im Projekt seniorTrainerinnen). Darüber hinaus haben auch einige Träger Konzepte und Curricula für die Schulung von Engagierten im Bereich Pflege verfasst. Diese unterscheiden sich jedoch stark im Hinblick auf Schwerpunktsetzung, Umfang und inhaltliche Tiefe. Unterschiedliche Begrifflichkeiten und trägerspezifische Schulungsschwerpunkte erschweren die Vergleichbarkeit und Übertragbarkeit der Konzepte. Hinweise zu Umfängen und Inhalten lassen sich auch in einigen Landesverordnungen zur Umsetzung des § 45b SGB XI finden. In diesem (und im § 45c SGB XI) ist die Förderung des bürgerschaftlichen Engagements durch niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote fest-

gelegt. Bei den Hinweisen handelt es sich jedoch um sehr abstrakte thematische Schlagworte, die nur marginal mit Inhalten unteretzt sind und schwer in die Lebenswirklichkeit transferiert werden können. Es bleibt somit festzustellen, dass es bislang an Kriterien und einem umfassenden Schulungsplan für den Engagementbereich Pflege fehlt.

Projekthalte und -ziele

Vor dem dargestellten Hintergrund wird im Projekt ein Curriculum für das Engagementfeld Pflege erstellt. Das Projekt richtet sich gleichzeitig an Engagierte, Akteure aus pflegenahen Einrichtungen öffentlicher und privater Träger, Kommunen, Bildungsinstitutionen und Engagement fördernde Einrichtungen. Es spricht Personen an, die nach konkreten Instrumenten suchen, wie sie vor Ort Interessierte für die Unterstützung von älteren hilfe- oder pflegebedürftigen Menschen gewinnen und nachhaltig in bestehende Strukturen einbinden können. Kernstück bildet das modulare Curriculum, bei dessen Konzeption theoretische und empirische Erkenntnisse sowie Erfahrungswissen aus der Praxis eingeflossen sind. Konkrete Handlungsempfehlungen sollen dabei helfen, Schulungen vor Ort zu planen und umzusetzen. Das entstandene Schulungskonzept ist somit theoriebasiert und gleichzeitig praxisorientiert.

PEQ befindet sich in Trägerschaft des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Deutscher Verein) und wird im Zeitraum vom 1. Januar bis zum 31. Dezember 2015 vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördert. In diesem Zeitraum werden drei Bausteine umgesetzt.

Projektbestandteile und erste Ergebnisse

Baustein I – Aufgaben- und Kompetenzprofil

Im Baustein I werden Daten und Fakten zum Engagementfeld Pflege zusammengetragen und ausgewertet. Die Ergebnisse des Baustein I bilden die wissenschaftliche Klammer des Curriculums. Diese Ergebnisse wurden

sowohl zur Konzeption der Module als auch zur inhaltlichen Ausgestaltung herangezogen. Das Profil wurde vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. im Auftrag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e. V. erstellt.

Im Aufgaben- und Kompetenzprofil wird dargestellt, wer sich für ältere hilfe- oder pflegebedürftige Menschen engagiert und welche Konsequenzen dies für Bildungsangebote hat. Zur Analyse von Anforderungen und Kompetenzen wurden zudem Engagementmöglichkeiten ausgewertet und vier Handlungsfelder ermittelt. Zu den Handlungsfeldern wurden typische Unterstützungssituationen beschrieben, die von Engagierten ausgestaltet werden können. Weiterhin wurden Anforderungen und Kompetenzen zur Bewältigung der Situationen im Umgang mit hilfe- oder pflegebedürftigen Älteren ermittelt, die dann wiederum bei der Konstruktion des Curriculums Berücksichtigung finden. „Aus den wissenschaftlichen Erkenntnissen und den Zielsetzungen des Projekts wurden Leitideen erstellt, die richtungsweisend für das gesamte Projekt sind. Sie nehmen gleichermaßen die Perspektiven des Engagementfeldes, der Engagierten und die Konsequenzen für die Gestaltung von Bildungsprozessen auf. Folgende Leitideen haben sich herauskristallisiert:

Engagement im Umfeld von Pflege:

- ist freiwillig und unentgeltlich
- ist ein wertvoller Beitrag zur Sicherung sozialer Teilhabe
- gestaltet soziale Gemeinschaften mit
- hat ein eigenes Profil und einen eigenen Wert im Hilfe- und Pflegemix
- bietet Menschen, die Menschen mögen, sinnstiftende Betätigung.

Freiwillige im Umfeld von Pflege:

- sind ethisch motiviert
- sind empathisch und selbstfürsorglich
- wählen ihre Handlungsfelder selbstbestimmt
- entwickeln Kompetenzen durch Handeln in Situationen und Reflexion.

Bildungsangebote im Engagementfeld:

- wertschätzen die Unterschiedlichkeit der Teilnehmenden als Bereicherung
- greifen Erfahrungen und Kompetenzen auf

- eröffnen Wahlmöglichkeiten und Mitbestimmung
- schaffen Raum für Erfahrungsaustausch und Entlastung
- fördern den Zugang zum Engagementfeld.“ (Hundenborn 2015)

Baustein II – das Curriculum

Baustein II bildet das Herzstück des Projekts – das Curriculum für das Engagementfeld Pflege. In die Konstruktion sind die Erkenntnisse aus dem Baustein I maßgeblich eingeflossen. Gemäß der Idee „das Rad nicht stets neu zu erfinden“ wurden zudem bestehende Erfahrungen und Erkenntnisse aus der Praxis eingebunden. Dies erfolgte durch einen Beirat, der die wissenschaftlichen Ergebnisse aus dem ersten Baustein um Impulse aus der Praxis anreicherte. Weiterhin wurde eine Bestandsaufnahme zu Modellprojekten, Konzepten und Curricula aus verschiedenen Bundesländern vorgenommen und inhaltsanalytisch ausgewertet. 32 Qualifizierungsansätze von 25 Trägern wurden dabei erfasst.

Der Umfang der Qualifizierungsangebote reicht von 15 bis 135 (Unterrichts-)Stunden. Die betrachteten Curricula weisen zu je einem Drittel einen Stundenumfang von 15 bis 20 Stunden (zehn Angebote), 21 bis 40 Stunden (neun Angebote) bzw. über 40 Stunden (neun Angebote) auf.

Bei drei Curricula wird eine Vertiefungsschulung im Umfang von 15 bis 20 Stunden empfohlen. Die Schwerpunktschulungen dienen zur ausführlicheren Behandlung bestimmter Themen, v. a. in den Bereichen Kommunikation und Krankheitsbilder (v. a. Demenz und/oder Parkinson) oder zur Behandlung besonderer Fragestellungen, wie z. B. Verhalten in schwierigen Situationen.

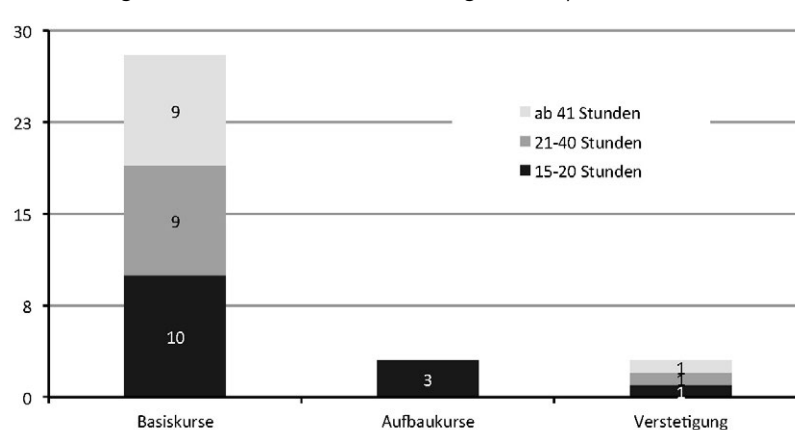
Bei einigen Bildungsangeboten wird auf eine Verstetigung von Weiterbildung für die Ehrenamtlichen Wert gelegt. Zu diesem Zweck ermöglichen einzelne Träger einen kontinuierlichen Austausch, bspw. turnusmäßige Treffen zum Erfahrungsaustausch der Ehrenamtlichen, bei denen auch Referentinnen und Referenten zu Fachthemen eingeladen werden. Verstetigungsansätze gibt es bei drei Konzepten, jeweils eines im Umfang zwischen 15 bis 20, 21 bis 40 sowie 41 und mehr Stunden (vgl. Abbildung 1)

Unterschiedliche Bezeichnungen, thematische Überschneidungen und eine Vielzahl von Themenschwerpunkten erschweren eine Aussage zu den Inhalten der Bildungsangebote. Um die Themen klarer zu ordnen, wurden die Schulungsbereiche aus den Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Qualität von niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangeboten gemäß § 45b Abs. 4 SGB XI als Auswertungssystem verwendet. Dabei zeigte sich, dass

- die Schulungsinhalte das breite Themenspektrum unterschiedlicher Engagementformen im pflegerischen Kontext (bspw. auch im stationären Bereich) abbilden.
- insbesondere Themengebiete relevant sind, die die Interaktion befördern und die eigene Rolle des Engagierten reflektieren.
- neben der Vermittlung von Schlüsselqualifikationen wie „Kommunikation“ und fachspezifischen Inhalten insbesondere die Themen „Umgang mit den eigenen Kräften“ und „Nähe und Distanz“ behandelt werden.

In Reflexion zu den Erkenntnissen aus dem Baustein I konnten drei Gruppen ermittelt werden, die im Engagementfeld Pflege in Interaktion miteinander stehen. Dieser Ansatz

Abbildung 1: Stundenzahlen Schulungskonzepte



fand sich auch in der Bestandsaufnahme der Curricula wieder. Unabhängig vom jeweiligen Themenschwerpunkt behandeln die betrachteten Schulungen Inhalte, die sich den folgenden drei Themenblöcken zuordnen lassen:

- Themen, die sich mit den Einstellungen und der Haltung des Engagierten befassen,
- Themen, die die Ausgestaltung eines pflegeflankierenden Engagements beleuchten und somit vor allem den Pflegebedürftigen in seinem Pflegesetting mit in den Blick nehmen und
- Themen, die die Zusammenarbeit mit anderen Personen im Pflege-Mix behandeln.

Diese zentrale Erkenntnis floss in die Erstellung des Curriculums ein. Die Zuordnung der Inhalte erfolgt aus drei Blickwinkeln – „Ehrenamtliche“, „Pflegebedürftige“ und „weitere Akteure“. Die Kategorisierung erleichtert Seminaranbietern die pädagogische Planung und Umsetzung. Zudem ermöglicht das Kategoriensystem den Teilnehmenden sich mit der komplexen Materie der Schulungsinhalte vertraut zu machen.

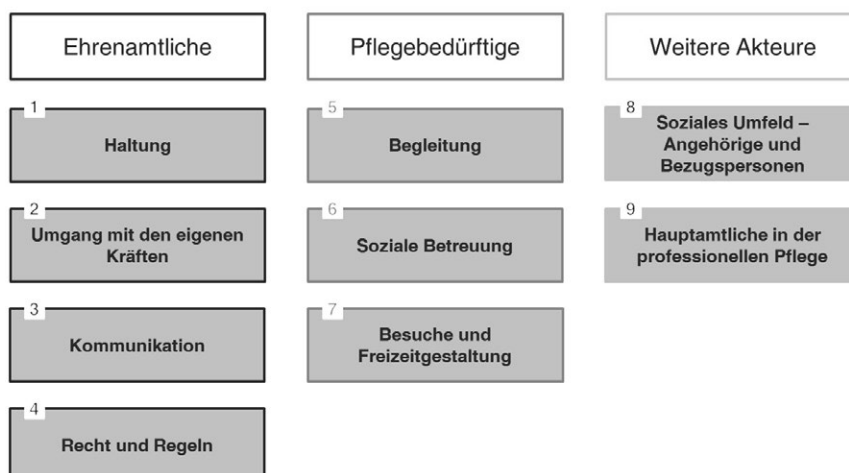
Im Mittelpunkt des Schulungsprogramms steht der Engagierte. Vier Module, die sich mit der Haltung im Ehrenamt, mit der Bewahrung und Sensibilisierung im Umgang mit den eigenen Kräften sowie den Grenzen und Möglichkeiten von Kommunikation beschäftigen, lassen sich der Gruppen „Ehrenamtliche“ zuordnen. Ein weiteres Modul, das überwiegend zur Wissensvermittlung dient, klärt über Rechte und Regeln im Ehrenamt auf. Hier werden allgemeine Informationen wie der Versicherungsschutz im Ehrenamt

aber auch Fragen zum Pflegebedürftigkeitsbegriff behandelt und das Spektrum der Pflegeversicherung skizziert.

Drei weitere Module beschäftigen sich mit konkreten Anforderungen und Handlungssituationen des Engagementfelds Pflege. Die Handlungssituationen wurden im Rahmen des Aufgaben- und Kompetenzprofils (Baustein I) ermittelt. Gemäß den analysierten Handlungssituationen können Engagierte ältere Unterstützungsbedürftige besuchen, mit ihnen zusammen die Freizeit gestalten, sie begleiten oder für einen gewissen Zeitraum die Betreuung übernehmen und damit pflegende Angehörige entlasten. Wie diese Handlungsfelder im Einzelnen ausgestaltet werden können, welche Besonderheiten zu beachten sind und wie in Notfallsituationen zu reagieren ist, wird in den drei Modulen behandelt, die unter der Kategorie „Pflegebedürftige“ zusammengefasst sind.

Ältere Hilfe- oder Pflegebedürftige werden zumeist von Familienmitgliedern unterstützt. Engagierte stehen somit nicht nur im engen Kontakt zu dem hilfebedürftigen Älteren, sondern auch zu seinen Bezugspersonen. Diese Perspektive wird in allen Modulen eingenommen. In dem Modul „soziales Umfeld, Angehörige und Bezugspersonen“ wird zudem Raum für Reflexion und Nachfragen zur Kooperation mit weiteren nahestehenden Personen des Unterstützungsnetzwerkes ermöglicht. Das neunte Modul betrachtet die Zusammenarbeit mit professionell Pflegenden. Fragen zur Abstimmung und Einhaltung von Tätigkeitsbereichen werden hier beleuchtet.

Abbildung 2: Bestandteile des Curriculums



Die neun Module stellen das Grundgerüst für die Schulung von Personen im Engagementfeld Pflege dar. Unabhängig davon,

- in welchem Pflegesetting die Engagierten aktiv sind (bspw. ambulant oder stationär),
- welchen thematischen Schwerpunkt das Engagementangebot verfolgt (bspw. Engagement für Demenzerkrankte oder in der Altenhilfe),
- welche Zielgruppe geschult wird (bspw. Personen, die wenig Erfahrungen in dem Bereich haben, Migrant/-innen),

können die Module unterschiedlich ausgestaltet werden. Durch Schwerpunktsetzungen und Variation des Umfangs einzelner Module kann das Curriculum auf die örtlichen Anforderungen und auf die jeweiligen Strukturen und Bedürfnisse der Teilnehmenden angepasst werden. Da bei der Erstellung des Curriculums auch Hinweise aus den Länderverordnungen gemäß § 45b SGB XI berücksichtigt wurden, stellt das Curriculum ebenfalls ein adäquates Schulungskonzept für die Umsetzung niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote im Sinne des SGB XI dar.

Baustein III – Leitfaden und Arbeitsmaterialien

Qualifizierungsangebote stehen nicht für sich alleine, sondern sind ein wesentlicher Bestandteil der Freiwilligenarbeit. Demzufolge treten bei der Durchführung von Schulungen viele weitere Fragen auf.

- Wie kann ich das Curriculum anpassen?
- Welche Strukturen und Ressourcen benötige ich zur Umsetzung von Schulungen?
- Wie können Schulungsteilnehmer gewonnen und eingebunden werden?

Im Leitfaden wird anhand von Beispielen praxisnah gezeigt, wie das Curriculum angewendet werden kann. Arbeitsmaterialien helfen, die Hinweise bei der täglichen Arbeit umzusetzen.

Ausblick

Mit PEQ wird neben der Erstellung eines Curriculums, das auf unterschiedliche Zielgruppen und Pflegesettings angepasst werden kann, auch eine Informationsplattform zum Engagementfeld Pflege geschaffen. Um Lerneffekte aus bestehenden Projekten zu ermöglichen, werden auf der Internetseite

des Projekts Beispiele guter Praxis vorgestellt und auf weitere Informationen verwiesen. Dadurch soll es gelingen, den Diskurs zur Förderung pflegeflankierenden Engagements lebendig zu halten.

Zusammenfassend bleibt zu betonen, dass Engagement und Pflege immer vor Ort, von Mensch zu Mensch und im direkten Kontakt stattfinden. Daher bedarf es Personen, die sich auf den Weg machen, Schulungen auf kommunaler Ebene durchzuführen und damit Bürgerinnen und Bürgern Möglichkeiten für deren Engagement eröffnen.

Weitere Informationen zum Projekten finden Sie unter: www.deutscher-verein.de/PEQ

Dr. Julia Schlicht Leiterin von PEQ – Projekt für Pflege, Engagement und Qualifizierung beim Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V.

Kontakt: schlicht@deutscher-verein.de

Eva Gehltomholt ist Referentin im Projekt PEQ beim Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V.

Kontakt: gehltholt@deutscher-verein.de

Literatur:

- Bubolz-Lutz, E. (2011): Bildung im freiwilligen Engagement. In: BAGSO-Nachrichten, 03/2011, S. 19–21.
- Dienel, C. u. von Blanckenburg, C. (2012): Ehrenamtliches Engagement in Thüringen. Studie zum Engagementpotenzial und zu strategischen Handlungsfeldern. (pdf).
- Klie, T. u. Hils, A. (2009): Care und Bürgerschaftliches Engagement. Zur Bedeutung freiwilligen Engagements in der Begleitung und Unterstützung von Menschen mit Behinderungen und Pflegebedarf. zze – Zentrum für zivilgesellschaftliche Entwicklung (Hrsg.). (pdf).
- Kricheldorf, C. (2011): Vom Erwerbsleben ins Engagement – Grundhaltungen in der Statuspassage zur nachberuflichen Phase und deren Verknüpfung mit geragogischen Konzepten und Settings. In: Informationsdienst Altersfragen, 05(38), S. 12–19.
- Naumann, D. u. Schrader, U. (2013): Ungenutzte Potenziale im Engagementfeld Pflege? Einschätzung der Bevölkerung und kommunaler Sozial- und Pflegeplaner. In: Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.): ZQP Themenreport. Freiwilliges Engagement im pflegerischen Versorgungsmix, Berlin, S. 36–52.
- Hundenborn, G. (2015): Begründungsrahmen. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V., im Auftrag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e. V., im Rahmen des Projektes: PEQ – Projekt für Pflege, Engagement und Qualifizierung [unveröffentlicht].

Kurzinformationen aus der Altersforschung

Freiwilliges Engagement im pflegerischen Versorgungsmix

ZQP Themenreport 2013

Das Zentrum für Qualität in der Pflege möchte mit dem vorgelegten Themenreport einen Überblick zum Diskussionsstand zur Rolle von freiwillig Engagiertem im Versorgungsmix Pflege leisten. Unter der Rubrik „Analyse“ erhält man einen Überblick zu den strukturellen Rahmenbedingungen und der tatsächlichen quantitativen Verbreitung des Engagements in der Pflege mit den Beiträgen von T. Klie: Engagementpolitische und sozialrechtliche Förderung des Engagements in der Pflege; J. Simonson: Freiwilliges Engagement in der Pflege und dem Gesundheitswesen; D. Naumann u. U. Schacher: Ungenutzte Potentiale im Engagementfeld Pflege? Einschätzung der Bevölkerung und kommunaler Pflegeplaner. Im Mittelpunkt der Rubrik „Akteure“ stehen Sichtweisen aus unterschiedlichen Handlungsbereichen im Engagementfeld Pflege. Die Akteursperspektiven werden im Interviewformat illustriert, Interviewpartner sind Vertreter von Wohlfahrtsverbänden, kommunalpolitische Akteure, Führungskräfte aus der ambulanten Pflege, Leiterinnen und Leiter von Anlauf- und Vermittlungsstellen für Engagement in der Pflege und freiwillig Engagierte selbst. In der Rubrik „Impulse“ werden ausgewählte etablierte Konzepte für den Einsatz von freiwillig Engagierten vorgestellt und mit Praxisbeispielen veranschaulicht, daneben wird im Abschnitt „Internationale Impulse“ ein in Deutschland als vorbildlich geltendes Praxisbeispiel aus dem internationalen Kontext präsentiert und dessen Umsetzung in Deutschland nachgezeichnet. In der Rubrik „Reflexion“ werden die zentralen Inhalte des Themenreports in einen breiten gesellschaftspolitischen und internationalen Kon-

text gesetzt. Im ersten Schritt wird die nationale Debatte um dieses Engagementfeld umrissen. Im zweiten Schritt wird anhand von Ergebnissen aus der europäischen Engagementforschung die Situation in Deutschland eingeordnet. So können Perspektiven für die Weiterentwicklung des Engagementfelds Pflege aufgezeigt werden.

Ebd., Abstracts

J. Simonson (2013): Freiwilliges Engagement in der Pflege und dem Gesundheitswesen

Beitrag in: ZQP (Hrsg.): Freiwilliges Engagement im pflegerischen Versorgungsmix, S. 20-35

Datengrundlage für die Analyse ist eine Sonderauswertung des Deutschen Freiwilligensurveys 2009 im Auftrag des ZQP. Kernergebnisse:

- 2,2 % der Gesamtbevölkerung engagieren sich freiwillig im Engagementfeld Gesundheit, bei 0,7 % und damit etwa einem Drittel der im Gesundheitsbereich Engagierten richtet sich das Engagement zugleich auf Ältere, so dass mit großer Wahrscheinlichkeit von einem Engagement im pflegerischen Bereich ausgegangen werden kann. Hinsichtlich sämtlicher Formen der Beteiligung liegt das Engagementfeld Gesundheit/Pflege im unteren Drittel.
- Bezogen auf die Gruppe aller Engagierten in Deutschland, engagiert sich knapp jede/r sechzehnte Freiwillige im Gesundheitswesen oder der Pflege. 6% aller Engagierten sind im Gesundheitswesen allgemein engagiert, 2% engagieren sich in der Pflege.

- Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung sind unter den Engagierten in der Pflege überproportional viele ältere, weibliche, gut qualifizierte, bereits im Ruhestand befindliche Personen, die in Ein- bis Zweipersonenhaushalten im ländlichen Raum bzw. verdichteten Umland leben. Die finanzielle Situation der Engagierten gleicht der Situation in der Gesamtbevölkerung.
- Etwa ein Fünftel der im Gesundheitswesen und in der Pflege Engagierten hat einen pflegebedürftigen Angehörigen und 14 bzw. 13% von diesen pflegen einen Familienangehörigen. Damit engagieren sich in der Pflege überdurchschnittlich viele Personen mit einem pflegebedürftigen Familienmitglied.
- In der Pflege und dem Gesundheitswesen Engagierte sind überdurchschnittlich stark engagiert: über die Hälfte bringt sich zusätzlich in weiteren Engagementfeldern ein. Der Schwerpunkt des weiteren Engagements liegt im sozialen Bereich, aber auch bei Sport und Bewegung und im kirchlichen Bereich. Etwa ein Drittel der Engagierten investieren zwischen 10 und 20 Stunden pro Monat.

Quelle: ebd.

Ungenutzte Potenziale im Engagementfeld Pflege?

Einschätzungen der Bevölkerung und kommunaler Sozial- und Pflegeplaner. D. Naumann u. U. Schacher (2013) in ZQP (Hrsg.): Freiwilliges Engagement im pflegerischen Versorgungsmix, S. 36–52

Das ZQP gab im Jahr 2012 zwei unterschiedliche Datenerhebungen beim Meinungsforschungsinstitut FORSA in Auftrag. In der Bevölkerungsumfrage vom 21. – 27. September 2012 wurden anhand einer repräsentativen Zufallsstichprobe der Bevölkerung (N=1.011) Daten zu Attraktivität und Potenzialen des Engagementfelds Pflege erhoben. In der bundesweiten Befragung von Entscheidern der kommunalen Sozial- und Pflegeplanung standen der Stellenwert, Strategi-

en zur Stärkung und Potenziale des Engagementfelds Pflege im Mittelpunkt. Die Datenerhebung fand zwischen dem 21. September und 2. Oktober 2012 mit 100 zufällig ausgewählten Verantwortlichen für den Bereich Pflege und Pflegeplanung in Landkreisen, kreisfreien Städten sowie Groß- und Mittelstädten ab 20.000 Einwohnern statt.

Kernergebnisse der Bevölkerungsbefragung: 28% der Befragten bewerten das Engagementfeld Pflege als attraktiv. Davon würden 38% die häusliche und 27% die stationäre Pflege bevorzugen, 31% hätten keine Präferenz.

Erfahrungen machen (69%), Sinnstiftung (68%) und neue Kontakte (51%) sind die am häufigsten genannten Motive, die ein Engagement in der Pflege reizvoll machen können. Gegen ein Engagement in diesem Bereich sprechen hingegen Faktoren wie die Konfrontation mit Krankheit und Tod (71%), physische Belastungen (59%) und die Angst vor Überforderung und Vereinnahmung (55%).

Mit 71% befürwortet die klare Mehrheit der Befragten die Stärkung des freiwilligen Engagements in der Pflege. Wichtige Aufgabengebiete für Freiwillige sind aus ihrer Sicht die Alltagsbegleitung (80%), Freizeitaktivitäten (79%), soziale Integration (59%) und Unterstützung bei Ämtergängen und der Vertretung von Rechten (61%).

Für den Ausbau des Engagements in der Pflege sind folgende Rahmenbedingungen nötig: feste Ansprechpartner (50%), eine Anerkennungs- und Wertschätzungskultur (50%), finanzielle Aufwandsentschädigungen (49%), Qualifizierungs- und Weiterbildungsangebote (49%) und Möglichkeiten des Erfahrungsaustausches (47%).

Kernergebnisse der Befragung der Entscheider:

69% der befragten Entscheider aus der kommunalen Sozial- und Pflegeplanung befürworteten die Stärkung des freiwilligen Engagements in der Pflege. 77% meinen, dass sich eine Ausweitung des Engagements in der Pflege positiv auf die Versorgung auswirken würde.

Die Befragten würden Engagierte insbesondere in den Bereichen Alltagsbegleitung (96%), Freizeit (96%), soziale Integration und

Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (92%) und bei der Vertretung von Rechten und Ämtergängen (66%) verstärkt einsetzen. Aus Sicht der Entscheider in der kommunalen Pflege- und Sozialplanung wären folgende Maßnahmen für die Stärkung des Engagements in der Pflege vielversprechend: Einrichtung von Anlauf- und Vermittlungsstellen (84%), regelmäßige und öffentliche Anerkennung und Vergünstigungen (83%), finanzielle Aufwandsentschädigungen (72%), Qualifizierungs- und Weiterbildungsangebote (92%) und Möglichkeiten zum Erfahrungsaustausch (90%). 91% der Befragten meinen, dass sie zu wenig Unterstützung von der Politik erhalten, um Maßnahmen zur Stärkung des Engagements erfolgreich umzusetzen.

Freiwillige in der häuslichen Versorgung von Menschen mit Demenz

Beitrag von T. Hilse in Soziale Arbeit, Bd. 64, (3)2015, S. 89–95

Freiwillige werden zunehmend in der Versorgung von Menschen mit Demenz eingesetzt. Hierzu gibt es vielfältige Modellprojekte und einen breiten Diskurs, in dem jedoch nur selten analysiert wird, wie Freiwillige ihr Engagement selbst wahrnehmen. Die im Beitrag vorgestellte Studie untersucht die Deutungen freiwillig Engagierter und erschließt darüber das Feld der häuslichen Versorgung bei Demenz.

Ebd., Abstract

A. Fringer; U. Otto u. S. Raphaeli (2014): Freiwilliges Engagement im Gesundheits- und Pflegebereich.

Ein Critical Review über Assessmentinstrumente in Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 47 (6), S. 495-501

In der Versorgung betreuungs- bzw. pflegebedürftiger Menschen bestehen ein wachsender Bedarf an Freiwilligen sowie hohe Anforderungen. Dies erfordert nachhaltige Strategien zur Personalrekrutierung, -bindung und Qualitätssicherung, zu denen Assessment-Instrumente (AI) als Informations- und Planungsgrundlage beitragen können. Ziel des Critical Review ist es, alle vorhandenen AI zu identifizieren und nach Domänen, Zielgruppen und Gütekriterien zu analysieren und kritisch einzuschätzen. Eine systematische Recherche mit interdisziplinärem Fokus wurde in Medline, CINAHL und PsycINFO sowie weiteren sozialwissenschaftlichen Datenbanken durchgeführt. Anhand definierter Kriterien wurden daraus 12 Studien selektiert, deren Analyse zu einem Critical Review zusammengefasst wurde. Insgesamt konnten 15 AI, 13 Domänen (z.B. Motivation, Zufriedenheit) und 4 Zielgruppen identifiziert werden. Am häufigsten ist die Domäne Motivation und die Zielgruppe Freiwillige in der Hospiz/Palliativ Care vertreten. Mit keinem Instrument kann ein Spektrum an Domänen und Zielgruppen in solcher Breite erfasst werden, wie sie für den praktischen Einsatz Freiwilliger im häuslichen „care setting“ notwendig ist. Es ist möglich und für das Freiwilligenmanagement in diesem sehr spezifischen Bereich notwendig, angemessene und umfassende AI zu entwickeln.

Ebd., Abstract

Ehrenamtliche Demenzlotsen der Stadt Jülich – Ein Beratungsangebot für Betroffene in der Kommune

Beatrix Lenzen

Demenz – ein Thema welches die Kommunen im Rahmen des demografischen Wandels bereits heute beschäftigt und in den kommenden Jahrzehnten nachhaltig beschäftigen wird. Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.¹ und das Bundesgesundheitsministerium² gehen davon aus, dass aktuell etwa 1,5 bis 1,6 Millionen Menschen in Deutschland an einer Demenz erkrankt sind. Die Stadt Jülich ist eine Mittelstadt in der Euregio im ländlichen Raum mit knapp 34.000 Einwohnern. Seit über 15 Jahren initiiert die Sozialplanung der Stadt Jülich ehrenamtliche Seniorenprojekte, die alle zum Ziel haben, Menschen nach Beendigung der Erwerbsphase vielfältige Möglichkeiten des zivilgesellschaftlichen Engagements zu bieten um sich und ihre Kompetenzen für das Gemeinwesen sinnstiftend einbringen zu können. Einerseits bringt die steigende Lebenserwartung den Seniorinnen und Senioren heute eine deutlich längere Lebensphase nach Eintritt in das Rentenalter, die alle in guter Gesundheit und aktiv zu erleben hoffen, andererseits steigt mit hohem und sehr hohem Alter das Risiko pflegebedürftig und dement zu werden. Der Demografie- und Sozialbericht der Stadt Jülich³ zeigt, dass in Jülich schon heute jeder 10. zur wachstumsstärksten Bevölkerungsgruppe der Hochbetagten gehört und in 2030 voraussichtlich jeder dritte Jülicher 65 Jahre und älter sein wird. Bereits 2010 hat sich unter der Federführung des Amtes für Familie, Generationen und Integration die Stadt Jülich auf den Weg gemacht, ihr Gemeinwesen demenzgerecht weiterzuentwickeln. In einem ersten Workshop wurde damals gemeinsam mit Betroffenen, ihren Angehörigen und lokalen professionellen und ehrenamtlichen Akteuren überlegt, was es braucht, um von einer Demenz Betroffenen und ihren Familien die erforderliche Unterstützung im Alltag zu geben. Der Wunsch der Betroffenen nach Information und Beratung hinsichtlich der Demenzerkrankungen aber auch hinsichtlich

der vor Ort vorhandenen Unterstützungsangebote war groß. Oft fühlen sich Betroffene und Angehörige nach der Diagnosestellung durch den Arzt/ die Ärztin allein gelassen mit den nächsten Schritten, die zu tun wären. Aus dieser Veranstaltung ging die Idee für das Projekt „Ehrenamtliche Demenzlotsen der Stadt Jülich“ hervor.

Ziel des Projektes und seine Einbindung

Das Projekt „Ehrenamtliche Demenzlotsen“ ist ein Angebot für die Bürgerinnen und Bürger der Stadt Jülich. Mit diesem Angebot verfolgt die Kommune das Ziel, von einer Demenz Betroffenen und ihren Angehörigen kostenfreie, neutrale und niedrigschwellige Beratung zu bieten und ganz im Sinne des Lotsendienstes bei der Suche von passgenauen Hilfs- und Entlastungsangeboten zu unterstützen. Die Demenzlotsen vermitteln zu Ärzten, Beratungsstellen, Pflegeeinrichtungen und zu weiteren Dienstleistern. Sie informieren über Leistungen der Pflegeversicherung, beraten zu Vorsorge- und Betreuungsvollmachten und zur Patientenverfügung. Betroffene können sich über ein Beratungstelefon für die Erstkontaktaufnahme an die Demenzlotsen wenden. Oftmals hilft ihnen das telefonische Beratungsgespräch schon weiter. Auf Wunsch sind auch Hausbesuche oder Gespräche im Stadtteilzentrum Nordviertel möglich. Die Projektleitung ist der Mitarbeiterin für Sozialplanung im Amt für Familie, Generationen und Integration übertragen. In 2014 wurde die Stadt Jülich aufgenommen in das Bundesförderprogramm „Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz“⁴. Die „Ehrenamtlichen Demenzlotsen“ sind fester Partner im Aktionsbündnis für eine demenzfreundliche Stadt Jülich und somit im ständigen Austausch mit allen Bündnispartnern wie Institutionen der ambulanten und stationären Pflege, professionel-

¹ Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.: www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf

² Bundesgesundheitsministerium: www.bmg.bund.de/themen/pflege/demenz.html

³ Stadt Jülich: Demografie- und Sozialbericht, 2010 und 1. Fortschreibung 2012

⁴ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Bundesförderprogramm „Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz“: www.lokale-allianzen.de

len und ehrenamtlichen Entlastungsangeboten, dem Gesundheitsverbund Jülicher Land, dem St. Elisabeth Krankenhaus u.a. Da die Demenzlotsen im engen Kontakt mit demenziell veränderten Klienten/Klientinnen und ihren Familien stehen, kennen sie die Lebenslagen Betroffener und können deren Bedürfnisse und ihren Bedarf an Unterstützung und Entlastung einbringen in die Entwicklung weiterer Angebote im Rahmen des Aktionsbündnisses.

Schulung und persönliche Voraussetzungen der Ehrenamtlichen Demenzlotsen

Die ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen wurden zur Vorbereitung auf ihren Einsatz im Lotsendienst mit 60 Fortbildungsstunden geschult. Theoretische Inhalte der Fortbildung waren Grundkenntnisse zu den Krankheitsbildern der Demenzen, Grundkenntnisse in der Kommunikation und Interaktion mit demenziell veränderten Menschen, Grundlagen zu Vorsorge-/Betreuungsvollmachten, Patientenverfügung, Grundlagen zu Leistungen der Pflegeversicherung, Grundkenntnisse zur Wohnraumanpassung bei Demenz, Kennenlernen der lokalen und regionalen Infrastruktur der Hilfs- und Entlastungsangebote. Eine weitere Schulungseinheit vermittelte den ehrenamtlichen Helfern Basiskenntnisse in den Bereichen Gesprächsführung und Kommunikation mit belasteten Angehörigen sowie Konfliktmanagement und Zeitmanagement. Ein mehrtägiges Praktikum in einer stationären Altenpflegeeinrichtung schloss sich an die theoretische Ausbildung an. Im Sommer 2012 startete der Lotsendienst. Seitdem erhalten die ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen fortlaufend weitere themenbezogene Fortbildungen, z.B. zum Pflege-Stärkungsgesetz I. Im Rahmen von regelmäßig stattfindenden Teambesprechungen findet eine kollegiale Fallberatung statt. Die Projektleitung begleitet und berät sozialpädagogisch das Team. Inzwischen erhalten die ehrenamtlichen Mitarbeiter/-innen im Quartal eine systemisch orientierte Fallberatung durch einen externen Coach. Diese dient vor allem der Reflexion komplizierter Beratungskontexte und der Entwicklung eines gemeinsamen lösungsorientierten Beratungsansatzes.

Die ehrenamtlichen Mitarbeiter/-innen stehen wenige Jahre vor Eintritt in den Altersruhestand oder sind bereits Rentner/-innen. Das Projekt „Ehrenamtliche Demenzlotsen der Stadt Jülich“ gehört zu den Seniorenprojekten der Stadt, die der Generation 55+ Möglichkeiten des zivilgesellschaftlichen Engagements bieten. Geeignet sind für den Lotsendienst insbesondere Personen, welche bereits durch eigene berufliche Tätigkeit Erfahrung in der Beratung und Begleitung von Hilfesuchenden haben oder aus der Altenpflege kommen. Auch Erfahrungen mit Pflegebedürftigkeit und gegebenenfalls mit Demenz im eigenen familiären Kontext sind hilfreich. Es hat sich herausgestellt, dass sich vor allem Personen für die ehrenamtliche Mitarbeit im Team der Demenzlotsen interessieren, die bereits Berührung mit dem Thema Demenz in ihrem Umfeld hatten.

Akzeptanz des Beratungsangebotes der ehrenamtlichen Demenzlotsen

Die ehrenamtlichen Demenzlotsen nahmen im August 2012 ihre Beratungstätigkeit auf. Im ersten Jahr lief die Beratungsanfrage schleppend. Fortlaufende Öffentlichkeitsarbeit wie Pressemitteilungen und Inserate mit der Nummer des Beratungstelefon und Beschreibung des Angebotes erhöhten den Bekanntheitsgrad des Projektes. In den ortsansässigen Hausarztpraxen wurden die Patienten/Patientinnen mit Plakaten und Informationsfaltblättern über das Projekt informiert. Eine Fotoausstellung „Gesichter der Demenz“ im Rathaus wurde genutzt, um die Öffentlichkeit auf das Thema Demenz zu lenken und das Projekt „Ehrenamtliche Demenzlotsen“ vorzustellen. Ein Bericht im WDR Lokalfernsehen half, den Bekanntheitsgrad in der Region zu erhöhen. Im Verlauf des zweiten Projektjahres stieg die Akzeptanz bei Betroffenen und ihren Angehörigen stetig an. Bis Ende 2014 wurden insgesamt 40 Beratungsanfragen bearbeitet. In 2015 erhielt der Lotsendienst im Durchschnitt wöchentlich eine Anfrage. Seit Projektstart konnten nahezu 100 Beratungsanfragen bearbeitet werden. Sicherlich profitiert das Projekt hinsichtlich seines wachsenden Bekanntheitsgrades auch davon, dass mit Start der „Lokalen Allianz für eine demenzfreund-

liche Stadt Jülich“ die Öffentlichkeit zunehmend sensibilisiert wird für das Thema „Demenz“ und die Situation Betroffener und ihrer Familien. Es findet zunehmend eine Enttabuisierung der demenziellen Erkrankungen statt, so dass sich immer mehr Betroffene und Angehörige trauen, mit der Diagnose Demenz an die Öffentlichkeit zu gehen und Beratung, Hilfe und Entlastung anzunehmen. Die Beratungsanfragen sind unterschiedlich, so individuell wie der jeweilige Einzelfall ist. Vielfach sind es Angehörige wie Ehepartner oder erwachsene Kinder, die sich hilfesuchend an die Demenzlotsen wenden. Entweder liegt bereits eine ärztliche Diagnose vor und die Angehörigen benötigen Unterstützung und Beratung bei den nächsten Schritten oder es werden Veränderungen beim Angehörigen beobachtet die darauf schließen lassen, dass die kognitiven Fähigkeiten und die Alltagskompetenzen nachlassen. Kinder beobachten bei Besuchen, dass der versorgende Elternteil zunehmend überfordert und belastet ist mit der Betreuung des demenziell veränderten Partners. Mitunter wenden sich auch Nachbarn an den Lotsendienst, wenn sie beobachten, dass Alleinstehende oder auch Paare in ihrem nahen Umfeld zunehmend desorientiert und überfordert scheinen. In einigen Fällen wenden sich die Angehörigen nach einiger Zeit erneut an die Demenzlotsen, wenn die Erkrankung weiter fortschreitet und sich die Situation zu Hause so verändert hat, dass ein erweiterter Unterstützungsbedarf besteht.

Fazit

Das Projekt „Ehrenamtliche Demenzlotsen der Stadt Jülich“ hat sich in den vergangenen drei Projektjahren gut in der Kommune etabliert. Angehörige von Demenz Betroffenen kennen den Lotsendienst und nehmen ihn zunehmend für Beratung in Anspruch. Das Feedback der Hilfesuchenden zur Beratung durch die Lotsen ist durchweg positiv und es besteht eine hohe Zufriedenheit bei den Klienten hinsichtlich der individuell gebotenen Begleitung und Unterstützung durch die Demenzlotsen. Gleichwohl hat die Dienstleistung des Lotsendienstes seine Grenzen. Das Projekt versteht sich als abschließlicher Beratungs- und Lotsendienst,

der Betroffene und Angehörige unterstützt bei der Suche nach den für sie passgenauen Unterstützungs- und Entlastungsdiensten. Die Ehrenamtlichen Demenzlotsen selbst leisten keine niedrigschwellige Betreuung im häuslichen Bereich. Dies gilt es den Hilfesuchenden zu vermitteln, denn der Bedarf an solchen niedrigschwelligen und vor allem bezahlbaren Betreuungsangeboten ist da. In der Region ist das Projekt bislang einzigartig. Als Modellprojekt wurde es in 2011 ausgezeichnet als Gewinnerprojekt des Generali Zukunftsfonds im Ideenwettbewerb Bürger. Leben. Kommune der Freiwilligendienste aller Generationen. Inzwischen konnte das Projekt als best-practice-Beispiel in benachbarten Kommunen vorgestellt werden. Für eine dauerhafte Finanzierung des Projektes ist die Stadt Jülich auf Spenden angewiesen. Der Start in 2012 wurde durch eine Anschubfinanzierung mit dem Preisgeld des Generali Zukunftsfonds gewährleistet. Die Sozialplanung gehört zu den freiwilligen Aufgaben der Kommune. Die Stadt Jülich stellt einen Stellenanteil der Mitarbeiterin für Sozialplanung für die Projektleitung und den Beratungsraum im Stadtteilzentrum Nordviertel mit Telefon zur Verfügung. Dank Spenden konnte der Fortbildungsbedarf des Lotsenteams in den vergangenen zwei Jahren realisiert werden.

Beatrix Lenzen ist Diplom Sozialpädagogin/ Sozialarbeiterin und Mitarbeiterin für Sozialplanung im Amt für Familie, Generationen und Integration der Stadt Jülich.

Kontakt: BLenzen@juelich.de

Kurzinformationen aus Politik und Praxis der Altenhilfe

Ambulante ehrenamtliche Hospizbegleitung für Menschen mit Demenz

N. Kuklau in Die Hospizzeitschrift: Fachforum für Palliative Care, Bd. 16, 2014 (1), S. 21–24

Ambulante Hospizdienste wenden sich heute auch an Menschen mit Demenz und deren Zugehörigen zu. Ehrenamtliche Unterstützungsangebote für Menschen mit Demenz sind nicht neu. Was macht die Begleitung durch hospizbewegte Bürgerinnen und Bürger so besonders? Welche Aufgaben übernehmen Engagierte im Bürger-Profi-Mix? Wie können die Ehrenamtlichen auf diese speziellen Begegnungen vorbereitet werden?

Ebd., Abstract

Bürgerschaftliches Engagement in ambulant betreuten Wohngemeinschaften

C. Schwendner in Pro Alter, Mai/Juni 2014, S. 46–49

Ambulant betreute Wohngemeinschaften sind eine Alternative zur traditionellen Versorgung im Alten- und Pflegeheim. Die Einbindung von Angehörigen und bürgerschaftlich Engagierten ist ein Kernelement dieses Konzepts, das die Autorin im Rahmen ihrer Dissertation untersucht hat. Der Beitrag befasst sich mit Bürgerschaftlichem Engagement als Qualitätsmerkmal und formuliert Ziele (Steigerung des bürgerschaftlichen Engagements, hohes Engagement in Wohngemeinschaften, Empowerment der Angehörigen, Abstimmungsstrukturen schaffen).

C. Kricheldorf u. T. Brijoux (Hrsg.): Familienbegleitung

Freiwilliges Engagement in der Begleitung von Familien mit Demenz. 2015, Pabst Science Publishers, Lengerich

Der neue Ansatz der Familienbegleitung bei Demenz im ländlichen Raum wurde in den Jahren 2012-2015 als Modellprojekt FABEL, im Rahmen der Förderlinie Zukunftswerkstatt Demenz durch das Bundesgesundheitsministerium gefördert. Durch die Begleitforschung und die dokumentierten Erfahrungen mit dem Engagement qualifizierter Freiwilliger, die im Sinne psychosozialer Pflegesettings tätig werden, konnten Wirksamkeit und Bedeutung dieser Form von Unterstützung und Begleitung deutlich nachgewiesen werden. Familienbegleitung wird damit zu einem wichtigen Baustein im Pflegemix und zu einem wirksamen Ansatz in der Begleitung von Familien, die einen Angehörigen mit Demenz pflegen und betreuen. Das Buch enthält das Manual für Schulung der freiwilligen Familienbegleiter(-innen). Auf der beigefügten CD befinden sich Materialien und Handreichung für die Durchführung der entsprechenden Qualifizierungskurse.

Ebd.

Aufsuchende Hilfe: Vertrauen dank Gleichaltrigkeit

*Projekt Ältere für Ältere, für mehr Lebensqualität zu Hause, Slowenien
Berlin Institut für Bevölkerung und Entwicklung, Beitrag zum 6. Symposium in der Reihe „Potenziale des Alters“ der Körber-Stiftung*

Die Seniorenpartei DeSUS ist mit zehn Prozent Stimmenanteil die drittstärkste Kraft im slowenischen Parlament. In dem 2-Millionen-Einwohner-Land scheinen die Älteren ihren Anliegen also durchaus Gehör verschaffen zu können. Trotzdem geht es vielen von ihnen laut dem Verband der Rentnerorganisationen alles andere als rosig, und die Kommunen scheinen nicht immer in der Lage, sich angemessen um ihre älteren Einwohner kümmern zu können.

Wenn die Kommunen ihrer Aufgabe nicht nachkommen (können), müssen die Älteren sich eben selbst helfen – so in etwa lässt sich der Ausgangspunkt des Projekts Ältere für Ältere, für mehr Lebensqualität zu Hause beschreiben. Mateja Kožuh Novak hat die Hilfe zur Selbsthilfe zusammen mit anderen konzeptuell entwickelt und treibt sie seit 2004 großflächig voran. Das Projekt sieht vor, dass die jüngeren Senioren einer Gemeinde, also diejenigen in der Altersgruppe von 59 bis 69 Jahren, systematisch alle älteren Mitbürger ab 70 Jahren zu ihrem Gesundheitszustand, ihrer Wohnsituation und sozialen Anbindung sowie zu ihrer Hilfsbedürftigkeit befragen. Über 80-Jährige werden von den ehrenamtlichen Befragern einmal jährlich aufgesucht, über 70-Jährige alle zwei Jahre.

Erfahrungsgemäß offenbart sich bei etwa einem Viertel der Befragten ein Wunsch nach Unterstützung – meist nach mehr Gesellschaft oder ein wenig Hilfe im Alltag, etwa beim Einkauf oder beim Putzen. Für regelmäßige Besuche und überschaubare Hilfestellungen stehen die Ehrenamtler selbst bereit. Sie übernehmen damit Aufgaben, die typischerweise von Angehörigen verrichtet werden, die aber aufgrund der gestiegenen Mobilität nicht immer vor Ort sind. Wenn die Befragten hingegen angeben, unter größeren Notlagen zu leiden, so übermitteln die Ehrenamtler den Bedarf an den lokalen Projektkoordinator, der diesen dann an passende Projektpartner weitergibt, etwa ans Sozialamt, das Rote Kreuz oder die Caritas.

Quelle u. Download:
www.berlin-institut.org/publikationen/artikel-vortraege-poster.html

Abschlussbericht der Evaluation der Freiwilligendienste

Abschlussbericht der gemeinsamen Evaluation des Gesetzes über den Bundesfreiwilligendienst (BFDG) und des Gesetzes zur Förderung von Jugendfreiwilligendiensten (JFDG)

Der Bericht umfasst die Ergebnisse einer Evaluation vom Institut INBAS-Sozialforschung und vom Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik. Die seit Herbst 2012 laufende Studie befasste sich mit den Wirkungen und Rahmenbedingungen des Freiwilligen Sozialen Jahres (FSJ), des Freiwilligen Ökologischen Jahres (FÖJ) und des Bundesfreiwilligendienstes (BFD).

Demnach umfassen die Tätigkeiten der Teilnehmenden im Bereich Soziales, Kultur, Sport oder Denkmalpflege u.a. zu 66% des FSJ, 60% des BFD u27 und 39% BFD ab27 betreuende Tätigkeiten für Menschen, zu 52% des FSJ, 47% des BFD u27 und 14% des BFD ü27 pflegerische Tätigkeiten für Menschen, zu 43 % des FSJ, 41 % des BFD u27 und 25% des BFD ü27 hauswirtschaftliche Tätigkeiten, zu 26% des FSJ, 31 % des BFD u27 und 9% des BFD ü27 Assistenz für Menschen mit Behinderungen, zu 15% des FSJ, 25% des BFD u27 und 16% des BFD ü27 Fahrdienste/Krankentransport.

Die Tätigkeiten der Freiwilligen richten sich häufig an Kinder oder Jugendliche, insbesondere im FÖJ sind das die bedeutende Zielgruppe. Die Tätigkeiten im FSJ und im BFD richten sich darüber hinaus in zum Teil vergleichbaren Umfang auch an weitere Zielgruppen, beispielsweise an ältere oder pflegebedürftige Menschen. Menschen mit Behinderung werden am häufigsten von Freiwilligen im BFD u27 als Zielgruppe genannt.

Quelle und Download:
www.bmfsfj.de/BMFSFJ/freiwilliges-engagement,did=221998.html

Franz Müntefering neuer Vorsitzender der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen

Franz Müntefering wurde von der Mitgliederversammlung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) für die nächsten drei Jahre mit überwältigender Mehrheit zum neuen Vorsitzenden gewählt.

„Ich freue mich sehr über das Vertrauen, das mir die Mitgliedsverbände der BAGSO entgegenbringen und blicke zuversichtlich in die Zukunft“, so Franz Müntefering. „Seniorinnen und Senioren gestalten unsere Gesellschaft aktiv mit und stellen sich ihrer Mitverantwortung für das, was in unserem Land geschieht. Es geht darum, dass wir gemeinsam – Jung und Alt – die Herausforderungen in Chancen umwandeln“, erläutert der neue BAGSO-Vorsitzende seine Motivation für sein neues Engagement.

Der ehemalige SPD-Vorsitzende und Bundesarbeitsminister tritt die Nachfolge von Prof. Dr. Ursula Lehr an. Die renommierte Alterswissenschaftlerin und Bundesfamilienministerin a.D. stand seit 2009 an der Spitze der Dachorganisation BAGSO. Die Mitgliederversammlung wählte sie nun zu einer von zwei Stellvertretenden Vorsitzenden.

Neben Franz Müntefering (der vom Deutschen Olympischen Sportbund vorgeschlagen wurde) und Prof. Dr. Ursula Lehr (Senioren Experten Service) wählten die Delegierten von 82 stimmberechtigten Mitgliedsorganisationen: Karl Michael Griffig (Kolpingwerk Deutschland) als Stellvertretenden Vorsitzenden und Schatzmeister sowie Rudolf Herweck (SPD AG 60plus), Katrin Markus (Bundesinteressenvertretung für alte und pflegebetroffene Menschen – BIVA), Dr. Regina Görner (IG Metall) und Helga Engelke (BAG Landes-seniorenvertretungen).

Quelle: Bagso-Pressmitteilung 20/2015 vom 25.11.2015

www.das-aendert-sich-2016.de

Zusammenstellung wichtiger Gesetzesänderungen im Gesundheits- und Pflegebereich

Eine ganze Reihe wichtiger Gesetze im Bereich Gesundheit und Pflege sind beschlossen worden, die im kommenden Jahr wirken werden: das Versorgungsstärkungsgesetz, das Präventionsgesetz, die Krankenhausreform, das Hospiz- und Palliativgesetz und das Pflegestärkungsgesetz II.

Das Bundesministerium für Gesundheit informiert auf dieser Seite über die Änderungen.

Quelle: ebd.

Die Zahl der Pflegebedürftigen steigt stärker als erwartet

Barmer GEK Pflegereport 2015

Die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland steigt stärker als bisher vorausgesagt. Im Jahr 2060 werden geschätzt 4,52 Millionen Menschen gepflegt werden. Das sind 221.000 mehr, als bisherige Prognosen erwarten ließen. Den größten Anteil daran werden pflegebedürftige Männer mit 176.000 stellen. Dies geht aus dem neuen Barmer GEK Pflegereport hervor, der am 17.11.15 in Berlin vorgestellt wurde und erstmals die Effekte des Zensus 2011 in der Pflegeversicherung mit früheren Modellrechnungen vergleicht. Die Studie zeigt zugleich, dass der Anteil hochbetagter Pflegebedürftiger drastisch wachsen wird. 60 Prozent der pflegebedürftigen Männer und 70 Prozent der pflegebedürftigen Frauen werden im Jahr 2060 85 Jahre oder älter sein. Heute liegen die entsprechenden Werte bei 30 beziehungsweise 50 Prozent.

Quelle: Pressemitteilung vom 17.11.15

Aus dem Deutschen Zentrum für Altersfragen

Die verratene Generation

Christina Bylow im Rahmen der DZA-Vortragsreihe; Autorenlesung, wissenschaftliche Stellungnahme und Diskussion

Im Rahmen der Vortragsreihe des Deutschen Zentrums für Altersfragen (DZA) führt die Bibliothek des DZA Autorenlesungen zu alternswissenschaftlich und alterspolitisch bedeutsamen Themen durch. Diese Lesungen bieten die Möglichkeit, mit Autor/innen, Journalist/innen und Schriftsteller/innen unserer Zeit, die sich in ihren Werken mit den Lebenslagen, Lebenssituationen und Lebensstilen älter werdender Menschen im gesellschafts- und sozialpolitischen Kontext auseinandersetzen, ins Gespräch zu kommen.

Am 3. Dezember hat Christina Bylow ihr Buch „Die verratene Generation“ vorgestellt (München: Pattloch, 2014) und sich Fragen von Zuhörern gestellt. Das Buch diskutiert die Lebenssituation der Frauen der Babyboomer-Generation und ihre finanzielle Situation im Alter. Frau Bylow klagt die Verantwortlichen in der Politik an, den Frauen der geburtenstarken Jahrgänge 1955 bis 1970 falsche Versprechungen gemacht zu haben. Gerade diesen Jahrgängen droht nach ihrer Meinung die Altersarmut mit geringen Renten. Die Publikation analysiert die Gründe und plädiert für eine gerechtere Gesellschaftspolitik. Die Lesung wurde durch ein wissenschaftliches Kofeferat begleitet.

Negative Altersbilder:

kurzfristige Gewinne und langfristige Verluste nach kritischen Krankheitsereignissen

Wolff, J. K., Schüz, B., Ziegelmann, J. P., Warner, L. M., & Wurm, S. (2015). Short-Term Buffers, but Long-Term Suffers? Differential Effects of Negative Self-Perceptions of Aging Following Serious Health Events. The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences. doi: 10.1093/geronb/gbv058

Die bisherige Forschung zeigt beeindruckend, dass negative Altersbilder sich langfristig über mehrere Jahre und Jahrzehnte schlecht auf die Gesundheit auswirken. Kurzfristig jedoch, insbesondere nach kritischen Krankheitsereignissen, sind auch positive Effekte von negativen Altersbildern denkbar: Personen mit negativeren Erwartungen an ihr Altern werden von körperlichen Einbußen weniger stark überrascht, weil sie darauf vorbereitet sind. Dadurch könnten Sie einerseits emotional weniger stark reagieren, andererseits investieren sie möglicherweise weniger Anpassungs- und Bewältigungsstrategien, die sich langfristig für die Gesundheit auszahlen würden, als Menschen mit einem positiveren Altersbild. Die vorliegende Studie untersucht kurzfristige Auswirkungen über 6 Monate und langfristige Effekte über 2,5 Jahre von negativen Altersbildern nach einem Krankheitsereignis bei 309 älteren Erwachsenen (65+). Die Ergebnisse zeigen, dass ein negatives Altersbild mit einem niedrigeren negativen Affekt nach 6 Monaten und mit stärkeren funktionalen Einschränkungen nach 2,5 Jahren zusammenhängt. Ein negatives Altersbild erweist sich also kurzfristig als vorteilhaft im Umgang mit kritischen Krankheitsereignissen, langfristig ergeben sich allerdings gesundheitsschädliche Konsequenzen.

Diskursive Konstruktionen und Reflektionen von Altersbildern – Ein Blick auf Sprache und Interaktionsnormen

Rossow, J. und Koll-Stobbe, A. (2015): Diskursive Konstruktionen und Reflektionen von Altersbildern – Ein Blick auf Sprache und Interaktionsnormen. In: Journal für Psychologie, 23 (1), 31-54.

Wir alle haben ausgeprägte Vorstellungen darüber, was Alter und Altsein ist, wir haben Wissen darüber, wie andere über das Alter reden und denken und wie das Alter(n) in unserer Gesellschaft in unterschiedlichen Zusammenhängen gedeutet und bewertet wird. Woher aber wissen wir all das und wie gehen wir mit diesem Wissen um? In diesem Artikel wird untersucht, inwiefern einzelne Wörter, Sprache, Sprechgewohnheiten und sprachliche Verhaltensnormen Bedeutungen von Alter transportieren und reflektieren, aber auch, wie dabei die Bedeutungen von Alter und Altsein verändert werden (können). Unter die Lupe genommen werden dabei zum einen mediale Diskurse zum Alter(n): Sie werden als Quelle für unser Hintergrundwissen zur Bedeutung von Altsein untersucht; vor allem aber wird der Blick darauf gerichtet, wie und über welche Wege die Bedeutung von Alter(n) in diesen Diskursen neu verhandelt und verändert wird und wie auf diese Weise neue Altersbilder entstehen und sich verbreiten.

Im zweiten Teil des Beitrags stehen dann altersbezogene Verhaltensnormen im Fokus: Am Beispiel von Alterskomplimenten zwischen jüngeren und älteren Personen wird demonstriert, dass solche Routineformeln und Floskeln auf negativen Altersbildern beruhen und welche Folgen die – bewusste oder unbewusste – Verwendung solcher erlernter Gesprächsmuster für die Beteiligten haben können. Deutlich wird, dass negative Altersvorstellungen auf diese Weise reproduziert und gefestigt werden können und dass sich die Implikationen von Alterskomplimenten auf die Beziehung und Identität der Gesprächspartner auswirken können. Die Höflichkeit von Alterskomplimenten wird damit in Frage gestellt. Aufgezeigt wird aber

auch, dass selbst so feste Verhaltensmuster situativ umgedeutet werden können, dies jedoch an Voraussetzungen gebunden ist.

Quelle: www.journal-fuer-psychologie.de/index.php/jfp/article/view/339/378

Wir wünschen den Leserinnen und Lesern frohe Weihnachten und alles Gute für das neue Jahr.

DZA, Manfred-von-Richthofen-Str. 2, 12101 Berlin
PVST, Deutsche Post AG Entgelt bezahlt

A 20690E