



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Life Sciences

Studiengang Gesundheitswissenschaften / Health Sciences

**Subjektive Gesundheitsvorstellungen von häuslich pflegenden
Angehörigen am Beispiel von Apoplexie**

Eine teilstandardisierte Untersuchung der subjektiven Gesundheitskonzepte und
Kontrollüberzeugungen

vorgelegt von

**Ramona Geiß
2075671**

Hamburg
am 12. August 2014

Betreuender Prüfer: Prof. Dr. Wolf Polenz (HAW Hamburg)

Zweite Prüfende: Prof. Dr. Susanne Busch (HAW Hamburg)

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen Personen bedanken, die mich bei der Erstellung der hier vorliegenden Arbeit unterstützt haben, auch wenn nicht alle namentlich erwähnt werden können.

Zunächst danke ich Professor Dr. Susanne Busch und Professor Dr. Wolf Polenz, die meine Arbeit nicht nur betreut, sondern mich auch ermutigt haben neue Wege zu betreten und mich dabei mit wertvollen Hinweisen unterstützten.

Ebenfalls herzlich bedanken möchte ich mich bei Professor Dr. Toni Faltermaier der Universität Flensburg, der sich die Zeit nahm, mit mir ein Experteninterview zu führen und mir dabei viele kostbare Anregungen mitgegeben hat.

Ein besonderer Dank gebührt auch Herrn Stefan Stricker, Referent für Rehabilitation und Nachsorge in der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe, der die Durchführung der Studie durch seine enorme Unterstützung bei der Stichprobengewinnung überhaupt erst möglich gemacht hat.

Daneben gilt mein Dank meinen ehemaligen Kollegen/Innen sowie der Stations- und Pflegedienstleitung meines früheren Arbeitgebers, die mich so spontan bei der Stichprobengewinnung unterstützten.

Nicht zuletzt möchte ich meinem Partner für seine Geduld und seinen Zuspruch danken, beides hat mich stets auf das Neue motiviert. Bei meinen Eltern und Freunden möchte ich mich ebenfalls für die vielseitige Unterstützung in Wort und Tat bedanken.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	1
Abstract.....	2
1. Einleitung.....	3
1.1. Forschungshintergrund, Problemstellung und Zielsetzung der Arbeit.....	3
1.2. Die Literaturrecherche.....	5
2. Was ist Gesundheit? Von den Schwierigkeiten einer allgemeingültigen Definition.....	6
2.1. Gesundheit im Kontext von Historie, Kultur und Gesellschaft.....	6
2.2. Wissenschaftliche Perspektiven auf Gesundheit.....	7
2.2.1. Soziologie.....	7
2.2.2. Anthropologie.....	9
2.2.3. Medizin.....	10
2.3. WHO und Ottawa-Charta.....	11
2.4. Zwischenfazit.....	12
3. Subjektive Perspektiven auf Gesundheit.....	12
3.1. Begriffsbestimmungen.....	13
3.1.1. Laiengesundheitssystem.....	13
3.1.2. Subjektive Gesundheitsvorstellungen: Konzepte und Theorien.....	15
3.1.3. Gesundheitshandeln.....	18
3.2. Moderatorvariablen.....	18
3.3. Bedeutung subjektiver Gesundheitsvorstellungen für die Gesundheitsförderung.....	19
3.4. Zwischenfazit.....	20
4. Häuslich pflegende Angehörige.....	21
4.1. Begriffsbestimmungen.....	21
4.1.1. Pflegebedürftigkeit.....	21
4.1.2. Pflege.....	22
4.1.3. Pflegende Angehörige.....	22
4.1.4. Häusliche Pflege.....	23
4.2. Relevanz und Stellenwert häuslich pflegender Angehöriger.....	24
4.2.1. Demografische Entwicklung in Deutschland.....	24
4.2.2. Gesetzliche Rahmenbedingungen.....	27
4.2.3. Anzahl pflegender Angehöriger in Deutschland.....	28
4.3. Belastungsfaktoren häuslich pflegender Angehöriger.....	30

4.4.	Zwischenfazit.....	31
5.	Pflegende Angehörige von Schlaganfall-Betroffenen	31
5.1.	Der Schlaganfall.....	31
5.1.1.	Definition und Klinik.....	31
5.1.2.	Epidemiologie	31
5.1.3.	Prognose und Verlauf.....	32
5.2.	Stellenwert der pflegenden Angehörigen von Apoplexie-Betroffenen	33
5.3.	Spezifische Belastungsfaktoren.....	33
5.4.	Zwischenfazit.....	34
6.	Subjektive Gesundheitsvorstellungen häuslich pflegender Angehöriger von Schlaganfall-Betroffenen.....	35
6.1.	Ziel der Studie.....	35
6.2.	Das Studiendesign	35
6.3.	Die Stichprobe	36
6.4.	Methode	36
6.4.1.	Stichprobengewinnung	36
6.4.2.	Fragebogenentwicklung und Datensammlung.....	37
6.4.3.	Datenauswertung	39
6.5.	Ergebnisse	42
6.5.1.	Studienpopulation	42
6.5.2.	Pflegebelastungen	43
6.5.3.	Subjektive Gesundheitskonzepte	47
6.5.4.	Subjektive Kontrollüberzeugungen.....	49
6.6.	Diskussion	50
6.7.	Fazit.....	55
7.	Zusammenfassung und Ausblick.....	55
8.	Eidesstattliche Erklärung	57
10.	Literaturverzeichnis.....	58
11.	Anhang.....	64

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Subjektive und soziale Einflüsse auf die Gesundheit aus gesundheitspsychologischer Perspektive. Eigene Darstellung in Anlehnung an Faltermaier, 2005a, S. 191.....	13
Abbildung 2 Subjektive Gesundheitsvorstellungen. Eigene Darstellung in Anlehnung an Faltermaier, 2005b.	17
Abbildung 3 Auswirkungen und Moderatorvariablen der subjektiven Gesundheitsvorstellungen. Eigene Darstellung nach Faltermaier, 2005b.....	19
Abbildung 4 Alterspyramide am 31.12.2011. Statistisches Bundesamt, 2012.....	25
Abbildung 5 Prognostizierte Anzahl Pflegebedürftiger in Deutschland bis 2030. Statistisches Bundesamt, 2008.	26
Abbildung 6 Pflegeaufgaben	45
Abbildung 7 Vergleich der Kontrollüberzeugungen nach Geschlecht	50
Abbildung 8 Vergleich der Kontrollüberzeugungen mit der Normierungsstichprobe von Lohaus und Schmitt.....	50

Abstract

Hintergrund: Trotz der enormen Leistungen der informellen Pflege und den damit verbundenen Belastungen ergab die Literaturrecherche, dass die subjektiven Gesundheitskonzepte und -theorien von pflegenden Angehörigen bisher nicht untersucht worden sind. Dabei stellen diese einen wesentlichen Prädiktor für das Gesundheitshandeln dar, sodass deren Kenntnis unerlässlich für die Konzeption einer ganzheitlichen, partizipativen, subjektorientierten Gesundheitsförderung ist. Die hier vorliegende Arbeit versteht sich als Versuch diese Wissenslücke zu schließen, indem sie die subjektiven Gesundheitskonzepte sowie die Kontrollüberzeugungen von häuslich pflegenden Angehörigen am Beispiel von Apoplexie erforscht.

Methode: In einem Zeitraum von 40 Tagen wurden häuslich pflegende Angehörige von Schlaganfall-Betroffenen mithilfe einer teilstandardisierten Online-Befragung befragt. Es wurden 18 Fälle identifiziert, die die Einschlusskriterien erfüllten und den Fragebogen ausreichend ausgefüllt hatten. Die quantitative Analyse erfolgte SPSS Version 21 und Microsoft Excel 2007, die qualitative Analyse wurde unter Anwendung der induktiven Kategorienbildung nach Mayring ebenfalls mit Microsoft Excel 2007 durchgeführt.

Ergebnisse: Die Pflege wird mehrheitlich von (Ehe-)Partnern übernommen, die täglichen Pflegetätigkeiten benötigen im Mittel 4,8 Stunden. Die Pflegenden fühlen sich mehrheitlich belastet. Hinsichtlich der Gesundheitskonzepte konnten neun inhaltliche Kategorien von Gesundheit identifiziert werden, davon sind zwei negativ ausgerichtet. Die Gesundheitskonzepte weisen überdies verschiedene Dimensionen auf. Die Auswertung der Kontrollüberzeugungen von Gesundheit und Krankheit zeigt hohe Werte bei der fatalistischen Externalität.

Diskussion: Die hier untersuchten pflegenden Angehörigen stellen eine vulnerable Personengruppe dar. Die Ergebnisse deuten zudem daraufhin, dass wenige Möglichkeiten gesehen werden, die eigene Gesundheit zu beeinflussen. Diese Erkenntnisse sowie das differenzierte Gesundheitsverständnis sollten in zukünftigen Maßnahmen der Gesundheitsförderung berücksichtigt werden.

(243 Wörter)

Keywords: subjektive Gesundheitskonzepte; Kontrollüberzeugungen; pflegende Angehörige; Apoplexie

1. Einleitung

1.1. Forschungshintergrund, Problemstellung und Zielsetzung der Arbeit

“Gesundheit ist alles – alles ist Gesundheit“ (Herzlich, 1998, S. 176). Mit diesem prägnanten Zitat veranschaulicht die französische Soziologin Claudine Herzlich die Multidimensionalität des Gesundheitsbegriffs. Diese liegt nicht zuletzt darin begründet, dass es eine Vielzahl von verschiedenen Einflussbereichen sowie eine Vielzahl von Perspektiven auf Gesundheit gibt und nahezu jeder Lebensbereich von Gesundheit tangiert wird. Dies erklärt, warum eine allgemeingültige Definition für die Gesundheitswissenschaften bisher unmöglich war. Um eine möglichst ganzheitlich Definition erlangen zu können ist es notwendig, dass alle Disziplinen der Gesundheitswissenschaften zusammenarbeiteten und ihre Ergebnisse zusammentragen. Dabei gilt es, die subjektiven Gesundheitsvorstellungen nicht zu vernachlässigen, da das Subjekt jeden Tag individuell zur Aufrechterhaltung ihrer Gesundheit beiträgt. Dies geschieht auf Basis eines gesundheitsbezogenen Alltagswissens und Gesundheitsvorstellungen, welches Laien zu einer Vielzahl von alltäglichen Aktivitäten im Bereich des Gesundheitshandelns befähigt (Faltermaier, 2011). Bereits 1993 wurden die privaten Haushalte von der Weltbank in ihrer „health system pyramid“ als Basis der Gesundheitsversorgung deklariert (World Bank, 1993, S. 135). Passend dazu zeigt eine amerikanische Studie, dass der Großteil gesundheitlicher Störungen nicht an das professionelle Gesundheitssystem herangetragen wird (Green, Yawn, Lanier & Dovey, 2001). Die Gesundheitsversorgung wird stattdessen vom Laiengesundheitssystem geleistet. Im Hinblick auf die informelle Pflege als Teil des Laiengesundheitssystems ergaben Erhebungen des Statistischen Bundesamtes (2013), dass im Dezember 2011 2,5 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig waren, wovon ca. 1,18 Millionen Pflegebedürftige zu Hause durch Angehörige gepflegt wurden. Zum Vergleich: im Dezember 2001 waren 2,04 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig, von denen etwa 1 Million häuslich durch Angehörige versorgt wurden (Statistisches Bundesamt, 2003). Eine weitere Zunahme der pflegenden Angehörigen ist somit wahrscheinlich. Diese Entwicklung liegt vor allem in zwei Umständen begründet: der durch den demografischen Wandel begründete Anstieg der Pflegebedürftigkeit (Statistisches Bundesamt, 2008) sowie gesundheitspolitischen Entwicklungen wie der Pflegeversicherung und dem 2012 in Kraft getretenen Pflegeeneuausrichtungsgesetz.

Entsprechend darf das Laiengesundheitssystem und dabei insbesondere die informelle Pflege nicht länger außer Acht gelassen werden, da eine verstärkte Integration von Angehörigen in die Pflege neue potentielle Probleme in Form von Belastungsfaktoren mit sich bringt, welche die Gesundheit der pflegenden Angehörigen beeinträchtigen können (Schlote & Richter, 2007; Kramer, 2012). Obgleich die Literaturrecherche ergab, dass pflegende Angehörige aus Expertenperspektive als vulnerable Gruppe für Neuerkrankungen zu betrachten sind (Schlote & Richter, 2007), konnte bei der Recherche keine Literatur zu subjektiven Gesundheitsvorstellungen von pflegenden Angehörigen gefunden werden. Dabei spielen die subjektiven Gesundheitsvorstellungen eine entscheidende Rolle für das Gesundheitshandeln, so dass der Erfolg von gesundheitsförderlichen

Maßnahmen maßgeblich von diesen Vorstellungen beeinflusst wird. Diese Wissenslücke versucht die vorliegende Arbeit zu schließen, in dem sie die Zielgruppe häuslich pflegender Angehöriger am Beispiel von Apoplexie unter Einbezug der aus der Pflege resultierenden subjektiven Belastungen untersucht. Die Wahl der Zielgruppe beruht dabei auf beruflichen Erfahrungen der Autorin, welche mehrere Jahre als zertifizierte Stroke Unit Pflegekraft in einem Akutkrankenhaus tätig war (Anmerkung der Autorin: bei einer Stroke Unit handelt es sich um eine Spezialstation für akute Schlaganfall-Patienten/Innen). Während dieser Tätigkeit bemerkte die Autorin, dass die pflegenden Angehörigen zwar umfassend angeleitet und informiert wurden hinsichtlich der Prävention von beispielsweise eigenen Funktionseinschränkungen und/oder Erkrankungen, die aus der zukünftigen Pflege ihrer/s Angehörigen resultieren können. Gesundheitsförderliche Maßnahmen, wie etwa das Fördern von persönlichen Ressourcen, der gesundheitsbewusste Umgang mit Stressoren und die Steigerung des Wohlbefindens der pflegenden Angehörigen blieben jedoch nach Ansicht der Autorin weitgehend unbeachtet. Dieses Defizit im stationären Akutsektor zu kompensieren, erschien der Autorin während ihrer Berufstätigkeit kaum möglich. Jedoch sieht die Autorin ein deutliches Potenzial, pflegende Angehörige in der nachstationären Phase im Hinblick auf den Erhalt und die Förderung ihrer Gesundheit deutlich mehr zu unterstützen. Mit dieser Intention war der Grundstein für die hier vorliegende Arbeit und die damit verbundene Aufnahme des Studiums der Gesundheitswissenschaften gelegt. Nach intensiver Literaturrecherche und thematischer Eingrenzung ist das Ziel dieser Arbeit zu explorieren, wie häuslich pflegende Angehörige von Schlaganfall-Betroffenen Gesundheit definieren (Gesundheitskonzepte) und was ihrer Ansicht nach ihre Gesundheit beeinflusst (Kontrollüberzeugungen). Dabei orientiert sich die Untersuchung an Faltermaiers Modell der subjektiven Gesundheitsvorstellungen (siehe u.a. Faltermaier 2005b, S.43). Fernziel dieser Arbeit ist schließlich, in späteren Untersuchungen auf den hier gewonnenen Erkenntnissen aufbauen und ein ganzheitliches, wirkungsvolles Konzept der Gesundheitsförderung für pflegende Angehörige entwickeln zu können, indem diese Arbeit subjektive Voraussetzungen für ebendiese identifiziert.

In den folgenden Kapiteln dieser Arbeit werden die hier angerissenen Inhalte und Fragen aufgegriffen und vertieft. Dabei ist die Arbeit so aufgebaut, dass die Kapitel das Thema zunächst generalisiert und von verschiedenen Seiten beleuchten um schließlich zu den subjektiven Gesundheitskonzepten und Kontrollüberzeugungen von häuslich pflegenden Angehörigen von Schlaganfall-Betroffenen hinzuleiten. So befasst sich das zweite Kapitel mit den Schwierigkeiten einer allgemeingültigen Definition von Gesundheit und stellt verschiedene Disziplinen und Institutionen vor, die sich mit dem Gesundheitsbegriff auseinandersetzen. Das dritte Kapitel fokussiert daraufhin die Laienperspektive auf Gesundheit und arbeitet deren Bedeutung für die Gesundheitsförderung heraus. Im vierten Kapitel widmet sich die Autorin dann den häuslich pflegenden Angehörigen im Allgemeinen und veranschaulicht, welche Schwierigkeiten mit dem Begriff der Pflege respektive Pflegebedürftigkeit einhergehen, welchen Stellenwert häuslich pflegende Angehörige in Deutschland einnehmen und welchen Belastungen sie sich gegenübersehen. Das fünfte Kapitel spezifiziert die Zielgruppe dieser Arbeit, also häuslich pflegende Angehörige von Apoplexie-Betroffenen. Hierbei werden zunächst der Schlaganfall und

seine Folgen erläutert. Im Anschluss werden der spezifische Stellenwert sowie mögliche Belastungsfaktoren der Zielgruppe vorgestellt. Das sechste Kapitel analysiert sowohl die bereits skizzierten als auch weitere Fragestellungen mithilfe einer von der Autorin durchgeführten Studie. Nachdem im ersten Schritt das Studiendesign und die angewandte Methode erläutert werden, werden im Weiteren die Ergebnisse präsentiert und im Anschluss diskutiert. Kapitel sieben fasst die ganze Arbeit übersichtlich zusammen und zeigt einen weitergehenden Forschungsbedarf auf. Zu guter Letzt schließt die Arbeit mit der eidesstattlichen Erklärung, dem Literaturverzeichnis und dem Anhang.

1.2. Die Literaturrecherche

Grundlage dieser Arbeit bildet eine ausführliche Literaturrecherche. Ausgangsquelle bildete dabei das Lehrbuch von Blättner und Waller (2011). Im Verlauf wurden Literaturkataloge und –datenbanken verschiedener Institutionen, das Internet sowie weiterführende Quellen der jeweils identifizierten Literatur herangezogen:

Katalog der Hochschule für Angewandte Wissenschaften (HAW) Hamburg

Suchstichworte: Faltermaier, T.

Konsearch – Katalog der Universität Konstanz

Suchstichworte: „subjektive Gesundheit“; Laien & Gesundheit; Faltermaier, T.

Katalog der Voralberger Landesbibliothek (Österreich)

Suchstichworte: „subjektive Gesundheit“; „pflegende Angehörige“ & Gesundheit; Faltermaier, T.

Internet

Suchstichworte: „subjektive Gesundheit“; Laien & Gesundheit; „pflegende Angehörige“ & Gesundheit; Faltermaier, T.; „subjektive Gesundheitsvorstellungen“; „informelle Pflege“ & Schlaganfall; „informal carers“ & stroke

Die beigelegte CD-ROM enthält Nachweise über die verwendeten Internetquellen.

Zeitschriften:

Gesundheitswissenschaftliche Zeitschriften

Fach-/Lehrbücher:

Soziologie, Gesundheitspsychologie, Neurologie, Epidemiologie und Statistik

Lexika:

Gesundheitswissenschaftliche Lexika, Wörterbuch

Gängige Literaturdatenbanken wie PubMed, PsycInfo und andere wurden aufgrund häufig fehlender Zugriffsrechte auf die Textdokumente nur wenig genutzt.

2. Was ist Gesundheit? Von den Schwierigkeiten einer allgemeingültigen Definition

2.1. Gesundheit im Kontext von Historie, Kultur und Gesellschaft

In der Literatur wird vielfach auf die epochal, kulturell und sozial bedingten Variationen des Gesundheits- und Krankheitsverständnisses und der damit verbundenen Problematik einer allgemeingültigen Definition von Gesundheit hingewiesen (Göckenjan, 1991; Bengel & Belz-Merck, 1997; Blättner & Waller, 2011). Dieser Begriffswandel soll anhand einiger Abschnitte aus der Geschichte skizziert werden, erhebt jedoch keinen Anspruch auf eine vollständige Darstellung.

Im Mittelalter war die Gesellschaft von einem religiösen Weltbild geprägt, das auch die Auffassungen von der Entstehung von Gesundheit und Krankheit beeinflusste. So wurde Gesundheit als ein von Gott geschenktes Gut betrachtet, dessen ein Mensch nur habhaft werden konnte, wenn dieser gottgefällig lebte. Andere Einflussmöglichkeiten, Gesundheit zu erhalten, gab es im Verständnis dieses Zeitalters nicht. Krankheit galt folglich als Strafe Gottes (Faltermajer, 2005a; Eckart, 2013).

Mit der Säkularisierung, der allmählichen Loslösung von der Kirche, veränderten sich diese Ansichten. Im Zeitalter der Aufklärung etwa wurde Gesundheit zunehmend als beeinflussbar erachtet und die Selbstverantwortung eines jeden Menschen für Gesundheit und Krankheit propagiert (Faltermajer, 2005a). Diese Auffassungen werden Mitte des 18. Jahrhunderts im Rahmen der Diätetik noch bekräftigt, indem von verschiedenen Ärzten, wie etwa Christoph Wilhelm Hufeland, Regeln für eine gesunde Lebensweise aufgestellt werden. Diese basierten auf der Sichtweise Jean-Jacques Rousseaus, der Gesundheit als natürlichen Zustand definierte (Faltermajer, 2005a; Eckart, 2013; Faltermajer, 2014). Im Gegenzug wurde das vergleichsweise unnatürliche Leben in der Zivilisation zum negativen Einflussfaktor erklärt. Ihre Erscheinungen, wie beispielsweise Luxus, Maßlosigkeit und Laster einerseits sowie übermäßige Arbeit, Armut und mangelnder Arbeitsausgleich andererseits, werden für die Entstehung von Krankheiten verantwortlich gemacht (Faltermajer, 2005a; Faltermajer, 2014).

Gegen Mitte des 19. Jahrhunderts erfolgte mit der Konstituierung der Medizin als Naturwissenschaft erneut ein Wandel. So widmete die naturwissenschaftliche Medizin ihre Aufmerksamkeit nahezu ausschließlich den Krankheiten und ihrer Genese. In dieser Epoche wurden Krankheiten als Defekte von Organen deklariert, deren Feststellung respektive Messung allein der medizinischen Profession obliegt (siehe Kapitel 2.2.3.). Das Thema Gesundheit und ihre Entstehung verschwanden praktisch vollständig aus den Diskursen dieser Disziplin (Faltermajer, 2005a).

Nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges erfolgt Mitte des 20. Jahrhunderts ein erneuter Paradigmenwechsel, angestoßen von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und ihrer Verfassung beziehungsweise der Gesundheitsdefinition in eben dieser (siehe Kapitel 2.3.). Dieser Impuls setzt sich in späteren Auseinandersetzungen mit dem Gesundheitsbegriff fort und verändert

neuerlich das Bild von Gesundheit und ihrer Genese. Den wohl größten Einfluss bildet dabei das Modell der Salutogenese von Aaron Antonovsky, welches im folgenden Kapitel ausführlicher erörtert wird.

2.2. Wissenschaftliche Perspektiven auf Gesundheit

2.2.1. Soziologie

Entstanden im späten 18. und frühen 19. Jahrhundert, beschäftigt sich die Soziologie der sozialen Organisation des menschlichen Lebens. Mithilfe von empirischen Forschungsmethoden und Theorien analysiert sie die verschiedenen Dimensionen des sozialen Lebens wie etwa die Sozialstruktur oder das soziale Handeln mit dem Ziel, gesellschaftliche Prozesse zu verstehen und erklären zu können (Joas, 2007). Im Hinblick auf Gesundheit nahm der französische Soziologe Émile Durkheim Ende des 19. Jahrhunderts eine prägende Stellung ein, indem er die Gesellschaft erstmals und anders als seine Kollegen als gesundheitsförderlich und nicht als krankmachend betrachtete (Badura, 1993; Badura & Feuerstein, 2007). Er beschreibt den Menschen als soziales Wesen, welches auf die Gesellschaft und ihre verschiedenen Ausprägungen angewiesen sei. Mit diesem neuartigen Blickwinkel war Durkheim Wegbereiter des von Aaron Antonovsky entwickelten Konzepts der Salutogenese (Badura, 1993; Badura & Feuerstein, 2007), welches zu einem späteren Zeitpunkt erläutert werden wird.

Neben diesem Perspektivenwechsel begründete Durkheim einen weiteren wichtigen Ansatz, auf dem die Betrachtung von subjektiven Gesundheitsvorstellungen beruht: die Theorie der sozialen Repräsentationen. Durkheim definiert diese als individuelle und kollektive Erkenntnisse, die in der Gesellschaft im Hinblick auf ein spezifisches Thema erzeugt und geteilt werden (Bengel & Belz-Merck, 1997; Flick, 1998). Etwa 70 Jahre später greift die französische Soziologin Claudine Herzlich diese Theorie auf und untersucht mithilfe dieser die Laienvorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Diese Untersuchung wird fortan als grundlegende Arbeit im Hinblick auf die Erforschung von subjektiven Gesundheitsvorstellungen bezeichnet (Bengel & Belz-Merk, 1990; Bengel & Belz-Merk, 1997; Faltermaier, Kühnlein & Burda-Viering, 1998; Flick, 1998; Faltermaier, 2005a; Faltermaier, 2005b; Blättner & Waller, 2011). Ihre Interviewstudie mit einer Stichprobengröße von 80 Personen aus der Mittelschicht ergab, dass die Entstehung von Krankheit aus Sicht des Subjekts auf externe, aus der Gesellschaft resultierende Faktoren wie etwa die urbane Lebensweise zurückgeführt wird (Herzlich, 1998). Demgegenüber steht das Verständnis von Gesundheit, welches mit dem Individuum assoziiert ist. Von den Probanden wurden entsprechend interne Faktoren benannt, welche die Gesundheit bestimmen. Nach diesen Ergebnissen handelt es sich bei den sozialen Repräsentationen von Gesundheit und Krankheit um eine komplexe psychologische Konstruktion mit individuellen sowie sozialen Komponenten, indem sie durch persönliche Erfahrungen beeinflusst sowie gesellschaftlich fundiert und geteilt wird (Herzlich, 1973).

Aufbauend auf der Studie von Herzlich leistet der Franzose Alphonse d'Houtaud mit seiner Studie zur Schichtabhängigkeit des Gesundheitsbegriffs einen weiteren bedeutenden Beitrag zur

Erforschung von subjektiven Gesundheitsvorstellungen (Bengel & Belz-Merck, 1990; Bengel & Belz-Merck, 1997; Herzlich, 1998). Anders als Herzlich fokussierte d'Houtaud ausschließlich die sozialen Repräsentationen von Gesundheit, ohne diese mit Krankheit zu assoziieren (d'Houtaud & Field, 1984). Dazu befragte er 4.000 Bewohner unterschiedlichster Berufsgruppen im Nordosten Frankreichs nach ihrem Verständnis von Gesundheit. Die schriftliche Befragung ergab, dass die Schichtzugehörigkeit die Definition des Gesundheitsbegriffs beeinflusst. Während handwerklich tätige Berufsgruppen eher ein negatives, instrumentelles Gesundheitsverständnis aufwiesen, betrachteten nicht manuell tätige Berufsgruppen aus höheren sozialen Schichten Gesundheit eher in positiven, personalisierten Begriffen (d'Houtaud & Field, 1984).

Einen weiteren wichtigen aus der Soziologie stammenden Impuls im Hinblick auf das Gesundheitsverständnis begründete der amerikanisch-israelische Medizinsoziologe Aaron Antonovsky mit seinem Modell der Salutogenese. Seine Forschungen beschäftigten sich unter anderem mit der Frage, warum Menschen trotz zahlreicher potenziell gesundheitsgefährdender und -belastender Einflüsse gesund bleiben (Bengel, Strittmatter & Willmann, 2001; Hurrelmann, 2010; Blättner & Waller, 2011; Franke, 2011). Mit anderen Worten: Er fragte anders als seine Vorgänger nicht danach, was Menschen krank macht, sondern stellte sich die Frage, was Menschen gesund erhält. Dem in dieser Denkweise enthaltenen Gegensatz zur Pathogenese verleiht Antonovsky Ausdruck, indem er den Neologismus „Salutogenese“ prägt. Zusammengesetzt aus dem lateinischen Wort „Salus“ für Unverletztheit, Heil und Glück und dem griechischen Wort „Genese“ für Entstehung, steht dieser neue Begriff für die Frage nach der Gesundheitsentstehung (Hurrelmann, 2010) respektive dem Ursprung von Gesundheit (Blättner & Waller, 2011). Neben der gegensätzlichen Perspektive auf Gesundheit unterscheiden sich Salutogenese und Pathogenese zudem im Hinblick auf die angenommenen Beziehungen von Gesundheit und Krankheit zueinander: Während in der Pathogenese eine dichotome, gegensätzliche Sichtweise vorherrscht, indem Gesundheit als normaler Zustand und Krankheit als von der Norm abweichender Zustand betrachtet wird, ist das salutogenetische Modell von dem sogenannten „health ease/dis-ease continuum“ geprägt (Antonovsky, 1996; Bengel, Strittmatter & Willmann, 2001; Blättner & Waller, 2011). Hierbei handelt es sich um ein multifaktorielles Kontinuum, dessen Pole jeweils von Gesundheit/gesundheitsbezogenes Wohlbefinden und Krankheit/krankheitsbezogenes Unwohlsein gebildet werden (Bengel, Strittmatter & Willmann, 2001; Blättner & Waller, 2011; Franke, 2011). Nach Ansicht Antonovskys ist ein Mensch nicht in der Lage, die Endpunkte der völligen Gesundheit oder völligen Krankheit zu erreichen. Stattdessen ist ein Mensch eher gesund oder eher krank, in Abhängigkeit von seiner aktuellen Position auf dem Kontinuum (Bengel, Strittmatter & Willmann, 2001; Blättner & Waller, 2011). Damit wird ein weiterer Unterschied zur Pathogenese deutlich: Antonovsky beschreibt Gesundheit und Krankheit nicht als Zustand, sondern als Prozess; sein Kontinuum stellt ein dynamisches Konstrukt dar. Neben dem Konstrukt des Health-ease/dis-ease-Kontinuums entwickelte Antonovsky eine Reihe weiterer Konstrukte in Zusammenhang mit der Gesundheitsentstehung, welche an dieser Stelle nur in Kürze dargestellt werden sollen. So führt Antonovsky als wesentliche Determinanten hinsichtlich der Bewegung auf dem Kontinuum die generalisierten Widerstandsressourcen und -defizite an.

Diese bestehen aus einer Vielzahl von Faktoren und Variablen, die im ersten Fall eine schützende Funktion haben und im letzteren Fall Stressoren darstellen, die belastend wirken können. (Bengel, Strittmatter & Willmann, 2001; Hurrelmann 2010; Blättner & Waller, 2011; Franke, 2011). Die Gesamtheit von Widerstandsressourcen und -defiziten beschreibt Antonovsky ebenfalls als Kontinuum. Dieses Widerstandskontinuum wiederum beeinflusst das sogenannte Kohärenzgefühl (sense of coherence, SOC), ein weiterer wesentlicher Gegenstand des salutogenetischen Modells (Franke, 2011). Das Kohärenzgefühl beschreibt die Grundhaltung zum Leben einer Person im Hinblick auf den Umgang mit Anforderungen sowie die Fähigkeit, Ressourcen so zu nutzen, dass sie zur Gesundheit beitragen (Bengel, Strittmatter & Willmann, 2001; Blättner & Waller 2011; Franke, 2011). Es beeinflusst die Wahl der Bewältigungsstrategien (Coping), also die Art und Weise mit der Anforderungen begegnet werden und entscheidet schließlich, wie die Position der Person auf dem Health-ease/dis-ease-Kontinuum ausfällt (Antonovsky, 1996; Bengel, Strittmatter & Willmann, 2001; Hurrelmann 2010; Blättner & Waller, 2011; Franke, 2011).

Trotz seiner Vorreiterrolle für einen Paradigmenwechsel bezüglich der Betrachtungsweise von Gesundheit, gibt es auch Kritikpunkte an dem komplexen Modell der Salutogenese. Einer dieser Kritikpunkte entstammt der Gesundheitspsychologie, welcher schließlich zu einer Erweiterung des Modells führte. Teile dieser Erweiterung, nämlich die Einbindung subjektiver Gesundheitsvorstellungen, stellen das zentrale Thema dieser Arbeit dar und werden in den folgenden Kapiteln ausführlich erörtert.

2.2.2. Anthropologie

Die Anthropologie stellt im Wesentlichen die Wissenschaft vom Menschen dar, differenziert sich hierbei jedoch in verschiedene Subgruppen wie etwa die medizinische oder die philosophische Anthropologie. In der medizinischen Anthropologie, welche sich mit der *Conditio humana*, den Grundbedingungen des Menschseins, befasst, finden sich eine Reihe namhafter Personen, die sich mit dem Phänomen Gesundheit beschäftigt haben (Rattner & Danzer, 2009). Genannt seien hier René Descartes, Friedrich Nietzsche, Sigmund Freud und Carl Gustav Jung. Sie alle hatten Vorstellungen zum Thema Gesundheit, wenngleich diese sehr unterschiedlich waren. Dies lässt sich, wie bereits dargestellt wurde, auf den jeweiligen historischen Kontext und die damit verbundenen Menschenbilder zurückführen. So war im Zeitalter der Renaissance und des 17. Jahrhunderts das Bild des Menschen als Maschine vorherrschend. Geprägt wurde dieses Verständnis zunächst von René Descartes, welcher den menschlichen Körper mit einem Uhr- und Räderwerk verglich. Fortgeführt wurde dieses Maschinenmodell des menschlichen Körper von Julien Offray de La Mettrie, einem französischen Arzt und Philosoph, und seinem Werk *L'homme machine* von 1747 (Rattner & Danzer, 2009; van Spijk, 2011). Gesundheit wird nach diesem Modell als das reibungslose Funktionieren des menschlichen Körpers begriffen. Dieses Verständnis hatte den Vorteil, dass Pathologie besser nachvollziehbar wurde und „reparierende“ Eingriffe entwickelt werden konnten.

Im 19. Jahrhundert ändert sich das Menschenbild, vor allem in der Medizin. Der Mensch wird nicht mehr nur als bloße Maschine, dessen Funktionsfähigkeit von einzelnen Organen abhängt,

betrachtet. Die Dimensionen der Gesundheit beziehungsweise körperlichen Funktionsfähigkeit werden beispielsweise um den Begriff der psychosozialen Gesundheit erweitert, indem Sigmund Freud den Gesundheitsbegriff mit den Attributen Arbeits- und Liebesfähigkeit beschreibt (Rattner & Danzer, 2009). Das Gesundheitsverständnis des Forschers Carl Gustav Jung hat hingegen die psychische Gesundheit zum Schwerpunkt. Er fokussiert das Gleichgewicht seelischer Funktionen und definiert psychische Gesundheit als Fähigkeit zur Selbstverwirklichung, auch als Individuation bezeichnet (Rattner & Danzer, 2009; van Spijk, 2011).

Mit den verschiedenen Ausprägungen des Gesundheitsverständnisses in dieser Epoche wurde der Grundstein für ein multidimensionales Konstrukt von Gesundheit gelegt. Friedrich Nietzsche führt zur Multidimensionalität von Gesundheit an: „Denn eine Gesundheit an sich giebt es nicht und alle Versuche, ein Ding derart zu definieren sind kläglich missrathen.“ (Nietzsche, 1882, §120). Stattdessen plädiert er für einen individuell orientierten Gesundheitsbegriff: „Es kommt auf dein Ziel, deinen Horizont, deine Kräfte, deine Antriebe, deine Irrthümer und namentlich auf die Ideale und Phantasmen deiner Seele an, um zu bestimmen, was selbst für deinen Leib Gesundheit zu bedeuten habe.“ (Nietzsche, 1882, §120).

2.2.3. Medizin

Wie in den vorherigen Kapiteln bereits angedeutet wurde, entwickelte sich mit der Etablierung der Medizin als Naturwissenschaft eine biomedizinische Perspektive auf Gesundheit oder besser gesagt auf Krankheit. Denn die biomedizinische Perspektive ist pathogenetisch orientiert (Franzkowiak, 2011), das heisst die Medizin fokussiert – vereinfacht dargestellt – die Ätiologie und die Therapie von Krankheiten. Krankheit wird zu einem objektiv messbaren, von medizinischen Experten feststellbaren Phänomen, analog zur Identifizierung und anschließender Reparatur eines defekten Bauteils nach dem Maschinenmodell von Descartes. Die Frage nach der Entstehung von Gesundheit beziehungsweise deren Erhalt, wie sie etwa von Antonovsky untersucht wurde, stellt sich in der biomedizinischen Perspektive nicht. Stattdessen präsentieren sich Gesundheit und Krankheit als dichotome Zustände, indem der Gesundheitsbegriff negativ, als Abwesenheit von Krankheit, formuliert wird.

Obgleich die Ursprünge dieser Sichtweise bereits mehrere Jahrhunderte zurückliegt und sich, wie in den vorherigen Kapiteln dargestellt, besonders seit dem 20. Jahrhundert ein Perspektivenwechsel in vielen Wissenschaften anbahnte, stellt die biomedizinische Perspektive mitsamt der negativen Formulierung des Gesundheitsbegriffs bis heute das beherrschende Erklärungsmuster in der Medizin und darüber hinaus in unserem Gesundheitssystem dar. Dies verdeutlicht beispielsweise eine Begriffsrecherche in der aktuellen Ausgabe eines gängigen medizinischen Fachlexikons. So definiert das klinische Wörterbuch von Pschyrembel Gesundheit im engeren Sinne als „die (subjektive) Abwesenheit des Fehlens körperlicher, geistiger und seelischer Einschränkungen oder pathologischer Veränderungen“ (Pschyrembel, 2013a, o.S.). Jedoch weist diese Definition eine subjektorientierte Dimension auf, welche dem Individuum zugesteht, über ein eigenes, von der medizinischen Profession unabhängiges Gesundheitsverständnis zu verfügen.

2.3. WHO und Ottawa-Charta

Dass Gesundheit zum einen mehrere Dimensionen umfasst und zum anderen eine subjektive Perspektive beinhaltet, hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bereits 1946 in der Präambel ihrer Verfassung anerkannt. Gemäß dieser ist Gesundheit „a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“ (WHO, 1946, S.1), ins Deutsche üblicherweise übersetzt als „der Zustand des völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheiten und Gebrechen.“ Gesundheit wird darüber hinaus als Grundrecht eines jeden Menschen deklariert: „The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition.“ (WHO, 1946, S.1) Diese Anschauung beinhaltet wegweisende Elemente und wurde zur weltweit meist zitierten und verwendeten Definition von Gesundheit. So beinhaltet diese eine positive Begriffsbestimmung von Gesundheit (Hurrelmann & Franzkowiak, 2011), eine wesentliche Grundlage für das zukünftige Verständnis von Gesundheitsförderung. Des Weiteren unterstützt sie eine interdisziplinäre Sichtweise auf Gesundheit, indem sie Gesundheit zu einem dimensionsübergreifenden Konzept erklärt (Bengel & Belz-Merck, 1997), was im weiteren Betrachtungsfeld wiederum die Bereitstellung einer umfassenden Versorgung impliziert (Bengel & Belz-Merck, 1990). Überdies erhält Gesundheit einen hohen Wert, da sie zum Grundrecht erklärt wurde. Zu guter Letzt wird Gesundheit fortan nicht mehr nur auf die Fremdeinschätzung, beispielsweise von Experten bezogen: Diese Perspektive wird nun um die Eigenwahrnehmung eines Menschen ergänzt (Hurrelmann, 2010), was eine Anerkennung der Laienkompetenz im Alltag darstellt.

Neben all diesen positiven Aspekten der Gesundheitsdefinition der WHO gab es in der Vergangenheit jedoch auch Kritikpunkte, wie etwa die Utopie der „vollständigen“ Gesundheit oder der Bezeichnung als „Zustand“ (vgl. Faltermaier, 2005a, S. 34; Hurrelmann, 2010, S.118f.). Diese und andere Einwände werden in dieser Arbeit jedoch nicht weiter erörtert.

Dieses Gesundheitsverständnis wird in der Ottawa-Charta von 1986, dem Grundlagenwerk der Gesundheitsförderung, weiter ausgestaltet. Gesundheit wird hier als Konzept illustriert, welches im alltäglichen Leben der Menschen geschaffen und gelebt wird: „where they learn, work, play and love“ (WHO, 1986a, S. 4). Auch die Laienkompetenz wird erneut bekräftigt: „Health is created by caring for oneself and others, by being able to take decisions and have control over one's life circumstances“ (WHO, 1986a, S. 4). Überdies wird die Multidimensionalität erneut unterstrichen indem sie umfassende Einflussfaktoren (Determinanten) der Gesundheit anführt. Beispielhaft seien hier soziodemografische Variablen wie Alter und Geschlecht und soziale Faktoren wie Netzwerke genannt (WHO, 1998). Die Gesundheitsdeterminanten können aus allen Lebensbereichen resultieren und sich sowohl positiv als auch negativ auf die Gesundheit auswirken. Somit stellt die Einflussnahme auf diese Determinanten ebenfalls einen wesentlichen Baustein der Gesundheitsförderung dar, etwa durch das Befähigen (Empowerment) der Menschen, ihr Leben, und damit ihre Gesundheit, selbst aktiv zu beeinflussen (WHO, 1986b; Brandes & Stark, 2011).

2.4. Zwischenfazit

Die hier dargestellten Perspektiven verdeutlichen das breite Spektrum an Zugängen, mit denen das Phänomen Gesundheit ergründet wurde und noch heute wird sowie den Einfluss von Historie, Kultur und Gesellschaft. Dieser Umstand führt zu einem divergierenden Verständnis von Gesundheit. Während die Medizin bis heute eine negative, krankheitsorientierte Auffassung von Gesundheit aufweist, betont die Soziologie, dass es sich bei Gesundheit um einen gesellschaftlich konstruierten Begriff handelt, der von subjektiven Auffassungen abhängt und überdies eine positive, gesundheitsorientierte Dimension aufweist. Die Anthropologie sowie die WHO unterstreichen zudem den multidimensionalen Charakter des Gesundheitsbegriffs. Eine allgemeingültige Definition von Gesundheit scheint somit unmöglich. Der Gesundheitspolitiker Gerd Göckenjan (1991) führt dazu aus: „Die kritische Würdigung der Versuche, Gesundheit zu definieren, sieht sich immer wieder auf die Unmöglichkeit verwiesen, ein allgemeines Substrat von Gesundheit zu finden“ (S. 18) und weiter „Gesundheit und Krankheit [sind] Deutungen von Körper und Geist, die sich in dem je gültigen gesellschaftlichen Kontext und dem übergreifenden Weltbild verorten“ (S.19). Daher schlägt Göckenjan eine Annäherung an eine ganzheitliche Erfassung des Gesundheitsbegriffs vor, indem er die Definitionsversuche der oben erläuterten verschiedenen Disziplinen und Sichtweisen zu drei dominanten Kategorien bündelt: 1. Gesundheit als Wertaussage, wie sie beispielsweise in der Definition der WHO von 1946 zu finden ist. 2. Gesundheit als Abgrenzungskonzept, welches eng mit der biomedizinischen Perspektive verknüpft ist. 3. Gesundheit als Funktionsaussage, welche sowohl in der Soziologie als auch im Salutogenese-Modell erkennbar ist (Göckenjan, 1991; Hurrelmann & Franzkowiak, 2011). Obgleich der Versuch, sich mit diesen Kategorien einem übergeordneten, ganzheitlichen Gesundheitsverständnis anzunähern gewürdigt werden muss, weist dieser jedoch ein deutliches Defizit auf: Die subjektive Dimension von Gesundheit, welche in den oben skizzierten Disziplinen immer wieder betont wurde, wird hier lediglich angedeutet. Dass die subjektive Perspektive jedoch einen maßgeblichen Bestandteil des Gesundheitsverständnisses darstellt, wird in den folgenden Kapiteln gezeigt.

3. Subjektive Perspektiven auf Gesundheit

Eine bisher unberücksichtigt gebliebene wissenschaftliche Disziplin, die vor allem das in dieser Arbeit zu betrachtende Forschungsfeld der subjektiven Gesundheitsvorstellungen voran getrieben hat, ist die vergleichsweise junge Gesundheitspsychologie. Sie entstand etwa gegen Ende der 1970er-Jahre in den USA als Teildisziplin der Psychologie (Faltermaier, 2005a). Die wissenschaftliche Etablierung der Gesundheitspsychologie in Deutschland erfolgte etwas zeitversetzt in den 1990er-Jahren. Konzeptuell versteht sich die Gesundheitspsychologie sowohl als Wissenschaft als auch als Praxis, das heißt sie fokussiert sowohl Forschungsschwerpunkte als auch deren gezielte Anwendung in verschiedenen Bereichen der Gesundheitspraxis (Faltermaier, 2005a). Inhaltlich betrachtet die Gesundheitspsychologie „körperliche Krankheiten und Gesundheit in einem positiven, ganzheitlichen und biopsychosozialen Sinne“ und bezieht dabei „Prozesse außerhalb des professionellen Systems“ (Faltermaier, 2005a, S. 27) mit ein. Geprägt von dem

Menschenbild eines aktiven und kompetenten Subjekts mit der Fähigkeit, sein Leben und damit seine Gesundheit selbst zu gestalten, erforscht die Gesundheitspsychologie somit unter anderem Prozesse und Einflüsse im Laiengesundheitssystem (siehe Abbildung 1), wodurch sie sich von anderen psychologischen Teildisziplinen, wie etwa der klinischen oder medizinischen Psychologie abgrenzt (Faltermaier, 2005a).

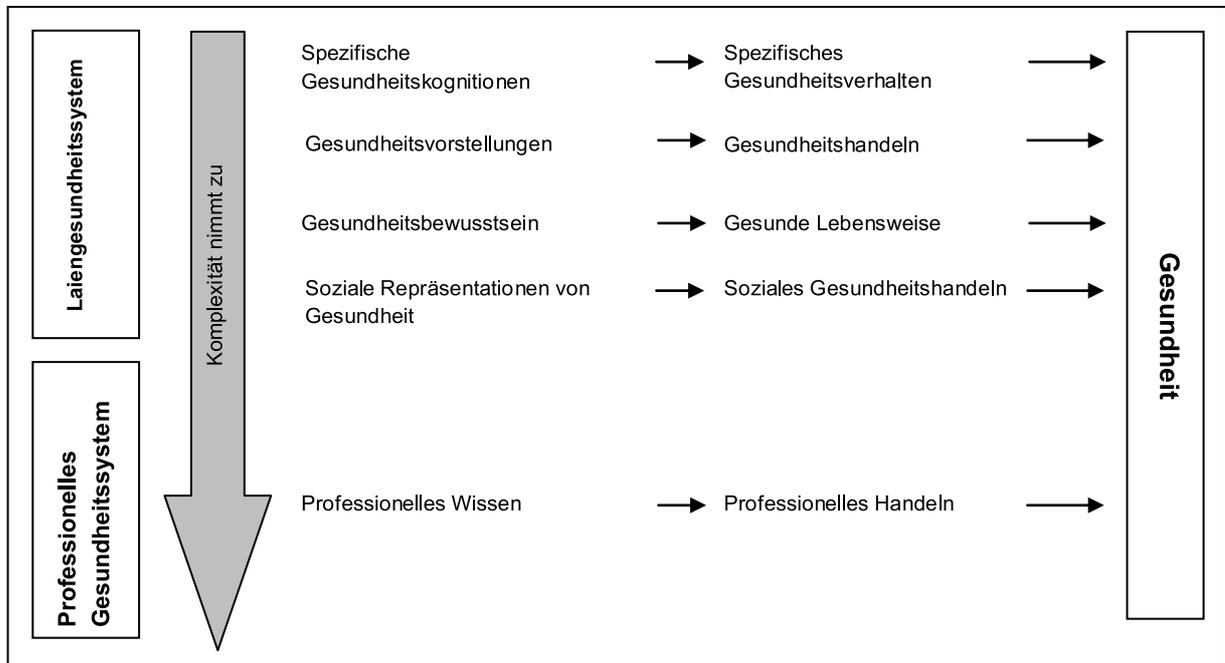


Abbildung 1 Subjektive und soziale Einflüsse auf die Gesundheit aus gesundheitspsychologischer Perspektive. Eigene Darstellung in Anlehnung an Faltermaier, 2005a, S. 191.

In der vorliegenden Arbeit werden die Gesundheitsvorstellungen, genauer die Gesundheitskonzepte und Kontrollüberzeugungen einer spezifischen Personengruppe innerhalb des Laiengesundheitssystems untersucht. Um ein gemeinsames Begriffsverständnis zu gewährleisten, werden die genannten Termini nachfolgend im Einzelnen erläutert.

3.1. Begriffsbestimmungen

3.1.1. Laiengesundheitssystem

Wie in den vorherigen Abschnitten bereits angedeutet wurde, vollzieht sich die Definition von Gesundheit und Krankheit in einem Spannungsfeld von professioneller und subjektiver Perspektive. Erstere wird in der Literatur häufig als „Expertensystem“ (Bengel & Belz Merk 1990, S. 106) oder als „System der professionellen Versorgung“ (Trojan & Kofahl, 2011, S. 491) respektive „formelles System“ bezeichnet und ist charakterisiert von wissenschaftlich fundiertem, aus verschiedenen Disziplinen resultierendem Wissen. Demgegenüber steht das „Laiensystem“ (Bengel & Belz-Merk 1990, S. 106; Faltermaier 2011, S. 553; Trojan & Kofahl, 2011, S. 491), auch „Laiengesundheitssystem“ (Kühnlein, Faltermaier & Burda-Viering 1997, S. 7; Faltermaier et al. 1998, S. 310; Faltermaier 2005a, S. 203; Faltermaier 2011, S. 551) oder „informelles System“ (Faltermaier, 2005a, S. 189) genannt, welches die subjektive Perspektive darstellt. Dabei soll der Ausdruck „Laie“ als wertneutraler Begriff verstanden werden, der lediglich die Abgrenzung des Alltagswissens zum Fachwissen kennzeichnen soll (Faltermaier, 2005b, S. 32; Trojan & Kofahl,

2011, S. 491). Andere Autoren wie Bengel & Belz-Merk (1997, S. 24) wählen den Ausdruck der „Nichtexperten des Gesundheitswesens“ um diese Abgrenzung zu verdeutlichen. Aufgrund der Lesefreundlichkeit wird in der vorliegenden Arbeit der Begriff Laie nach dem oben angeführten Verständnis verwendet.

Das Laiengesundheitssystem ist gekennzeichnet durch sogenanntes Alltagswissen, welches im Unterschied zu Fachkenntnissen unsystematisch durch Erfahrungen im täglichen Leben und sozialen Umfeld erworben wird (Kühnlein et al., 1997; Faltermaier, 2005b). Auf Grundlage dieses Wissens sind Laien in der Lage, selbstständig gesundheitsrelevante Entscheidungen zu treffen und aktiv zu handeln, indem sie eigenständige gesundheitsbezogene Maßnahmen ergreifen (Faltermaier, 2000; Faltermaier, 2005b). Sie reagieren somit nicht bloß auf (medizinisches) Expertenwissen, sondern agieren als Experten ihrer eigenen Gesundheit (Kühnlein et al., 1997). Damit leistet das Laiengesundheitssystem einen erheblichen Beitrag zur Erhaltung der Gesundheit sowie zur Prävention und Therapie von Krankheiten. Konkret geschieht dies durch eine Vielzahl verschiedener Leistungen. Exemplarisch seien hier die Beratung bei gesundheitlichen Problemen, die Selbstbehandlung einer Krankheit, die Versorgung und Pflege kranker Menschen im Umfeld sowie das Engagement in Selbsthilfegruppen genannt (Faltermaier, 2005a). Erbracht werden diese und weitere Unterstützungsleistungen vor allem von Personen aus den informellen Netzwerken (Faltermaier, 2005a), genauer aus den primären und sekundären Netzwerken, weshalb sie in der Literatur mit dem Laiensystem gleichgesetzt werden (Blättner & Waller, 2011). Die wichtigsten Akteure der informellen Gesundheitsversorgung stammen dabei aus den primären Netzwerken. Zu diesen zählen Partner, Familie, Verwandte, Freunde, Kollegen, Nachbarn und Selbsthilfegruppen. Neben diesen Hauptakteuren gibt es zudem Hilfeleistungen aus den sekundären Netzwerken, wie etwa die Beratung durch kommunale Institutionen (Faltermaier, 2005a; Blättner & Waller, 2011).

Trotz dieser umfassenden und alltäglichen Leistungen blieb das Laiengesundheitssystem vor allem in der Wissenschaft lange unbeachtet und gewinnt erst in jüngerer Zeit zunehmend an Aufmerksamkeit. Zu den Anfängen einer wachsenden Anerkennung kann die 1993 von der Weltbank veröffentlichte „health system pyramid“ gezählt werden, welche die privaten Haushalte als Basis der Gesundheitsversorgung deklarierte (World Bank, 1993, S. 135).

Passend dazu zeigt eine jüngere amerikanische Studie, dass der Großteil gesundheitlicher Störungen nicht an das professionelle Gesundheitssystem herangetragen wird (Green et al., 2001). So gaben im Monatsdurchschnitt von 1000 Personen in den Vereinigten Staaten 800 Personen Symptome an. Davon erwägten 327 Personen medizinische Beratung in Anspruch zu nehmen, aber nur 217 Personen gingen tatsächlich zum Arzt. Das bedeutet, dass von 800 Personen mit berichteten Symptomen nur etwa jeder Vierte (27%) einen Arzt konsultierte.

In Deutschland belegt die deutsche Untersuchung von Grunow et al. (zitiert nach Faltermaier, 2005a, S. 204) bereits 1983, „dass 92% der Bevölkerung bei gesundheitlichen Problemen individuelle oder soziale Selbsthilfe praktizieren“ und unterstreicht damit die enorme Relevanz des Laiengesundheitssystems. Die zunehmende Wahrnehmung des Laiengesundheitssystems spiegelt sich unter anderem auch darin wider, dass Teilbereiche, wie etwa Selbsthilfegruppen oder die

informelle Pflege, mehr Beachtung in einflussreichen Fachpublikationen finden. So wurden dem Thema Selbsthilfe und Selbsthilfegruppen beispielsweise mehrere Seiten im Gesundheitsbericht für Deutschland des Robert Koch-Instituts (RKI) von 2006 sowie ein eigenes Themenheft im Jahr 2004 gewidmet. Die Gesundheitsberichterstattung des RKI wiederum bildet eine wesentliche Grundlage zur Beratung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und nimmt damit gesundheitspolitischen Einfluss.

Im Hinblick auf die informelle Pflege dokumentieren die Erhebungen des Statistischen Bundesamtes seit 1999 unter anderem die Anzahl häuslich pflegender Angehöriger. Auf diese Personengruppe im Speziellen wird in Kapitel 4 eingegangen.

3.1.2. Subjektive Gesundheitsvorstellungen: Konzepte und Theorien

Die bereits erläuterte Untersuchung der sozialen Repräsentationen von Gesundheit und Krankheit nach Herzlich von 1973 wird als grundlegende Arbeit im Hinblick auf die Betrachtung von subjektiven Gesundheitsvorstellungen erachtet. Neuere Erkenntnisse zu subjektiven Gesundheitsvorstellungen beruhen vor allem auf den Forschungen von Faltermaier, welcher sich intensiv mit Laienvorstellungen von Gesundheit und Krankheit beschäftigt und ein Modell der subjektiven Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit im sozialen und biografischen Kontext konzipiert hat (Faltermaier 2005b). Grundlegend für seinen Ansatz sind das bereits angeführte Menschenbild des aktiv handelnden Subjekts sowie die sozialen Verhältnisse und Bedingungen, die das Subjekt und sein Handeln beeinflussen. Bei der Konzeption seines Modells der subjektiven Gesundheitsvorstellungen ist Faltermaier von dem in Kapitel 2.2.1. beschriebenen Modell der Salutogenese ausgegangen. Jedoch wies dieses aus gesundheitspsychologischer Perspektive Defizite auf. So führt Faltermaier in einem eigens für diese Arbeit durchgeführten Expertengespräch an: *„Das war einerseits Motivation für mich zu sagen, da gibt es einen wichtigen Teil, der bei Antonovsky nicht vorkommt und das hat etwas mit den Vorstellungen von Laien zu tun, damit wie sie selbst mit ihrer Gesundheit umgehen wollen, damit wie sie ihren Alltag gestalten“* (T. Faltermaier, telefonisches Experteninterview, 14. Mai 2014). Das Fehlen der subjektiven Einschätzung von Gesundheit sowie der sozialen Konstruktion dieser veranlasste Faltermaier dazu, das Modell der Salutogenese zu erweitern. Abbildung 1 veranschaulicht diese Erweiterung; dabei können die einzelnen Ansätze als potenzielle Pfade im Rahmen des Salutogenese-Modells verstanden werden (Faltermaier, 2005a). Da die vorliegende Arbeit auf dem Ansatz der subjektiven Gesundheitsvorstellungen und dem daraus resultierenden Gesundheitsverhalten beruht, werden an dieser Stelle nur diese Begrifflichkeiten genauer erläutert. Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass auch die anderen in Abbildung 1 aufgeführten Ansätze ein zentrales Konstrukt in Faltermaiers Überlegungen darstellen.

Die Bezeichnung subjektive Gesundheitsvorstellungen, im Englischen lay health beliefs (Faltermaier, 2005b, S. 32), wird in der Literatur oft synonym mit den Begriffen Alltagswissen und Laienvorstellungen verwendet (Bengel & Belz-Merk, 1997, S. 24). Wenngleich die drei Termini inhaltlich gleich ausgerichtet sind, ist der Begriff der subjektiven Gesundheitsvorstellungen nach Ansicht der Autorin der treffendste Ausdruck, sodass dieser fortan verwendet wird. Der Begriff der

subjektiven Gesundheitsvorstellungen wird als Obergriff verwendet (Bengel & Bel-Merk, 1997; Kühnlein et al, 1997; Faltermaier et al., 1998; Faltermaier, 2005b), unter dem sich die Gesamtheit aller gesundheitsbezogenen kognitiv-emotionalen Konstrukte von Laien subsumieren lässt. Mit anderen Worten: Der Begriff umfasst alle die Gesundheit betreffenden „Wahrnehmungen, Überzeugungen, Überlegungen und Ideen“ (Faltermaier, 2005b, S. 35) eines Laien oder einer Gruppe von Laien. Sie schlüsseln sich in zwei Teilbereiche auf: die subjektiven Konzepte und die subjektiven Theorien von Gesundheit. Erstere, in der englischen Sprache als „lay health concepts“ bezeichnet, sind definiert durch die persönlichen Ansichten und Begriffsbestimmungen von Gesundheit. Als Frage formuliert könnte der Inhalt der subjektiven Konzepte lauten „Was ist Gesundheit für mich persönlich?“. Davon zu differenzieren sind die subjektiven Theorien, in der Literatur auch Laintheorien oder Alltagstheorien genannt (Bengel & Belz-Merk, 1997; Flick, 1998). Diese sind gekennzeichnet durch subjektiv wahrgenommene Faktoren, welche die Gesundheit positiv oder negativ beeinflussen und aus denen komplexe, subjektiv konstruierte Zusammenhänge resultieren können (Faltermaier & Kühnlein, 2000; Faltermaier, 2005b). Inhaltlich könnte die Frage in den subjektiven Theorien damit lauten: „Was beeinflusst meine Gesundheit?“. Die subjektiven Theorien schlüsseln sich ihrerseits in verschiedene Teilaspekte auf. Exemplarisch seien hier die Risiko- und Ressourcenwahrnehmung sowie gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen genannt. Da in dieser Arbeit lediglich die Kontrollüberzeugungen stellvertretend für die subjektiven Gesundheitstheorien untersucht wurden, wird hier nur dieser Teilaspekt der subjektiven Theorien näher erläutert (vgl. Abbildung 2).

Bei den Kontrollüberzeugungen handelt es sich zunächst um eine generalisierte Erwartungshaltung, die widerspiegelt, inwiefern eine Person eigene Möglichkeiten zur Einflussnahme auf verschiedene Lebensbereiche wahrnimmt. Basierend auf individuellen Erfahrungen unterscheiden sich die wahrgenommenen Kontrollmöglichkeiten in internale und externale Kontrollüberzeugungen. Während sich erstere durch die Möglichkeit auszeichnet, Ereignisse selbst kontrollieren zu können, ist letztere durch beeinflussende Faktoren gekennzeichnet, die außerhalb der Kontrolle der jeweiligen Person liegen. (Lohaus & Schmitt, 1989) Die Kontrollüberzeugungen variieren je nach Lebensbereich, sodass eine generalisierte Betrachtung der Kontrollüberzeugungen keine Rückschlüsse auf spezifische Lebensbereiche erlaubt. In der Folge werden die Kontrollüberzeugungen nach Lebensbereichen unterschieden. Einen solchen Lebensbereich bilden Gesundheit und Krankheit. Die damit verbundenen Kontrollüberzeugungen können mit einem speziell konstruierten Messinstrument erhoben werden, welche konkrete Aussagen zu den erlebten Einflussmöglichkeiten auf Gesundheit und Krankheit erlauben (siehe Kapitel 6.4.2.).

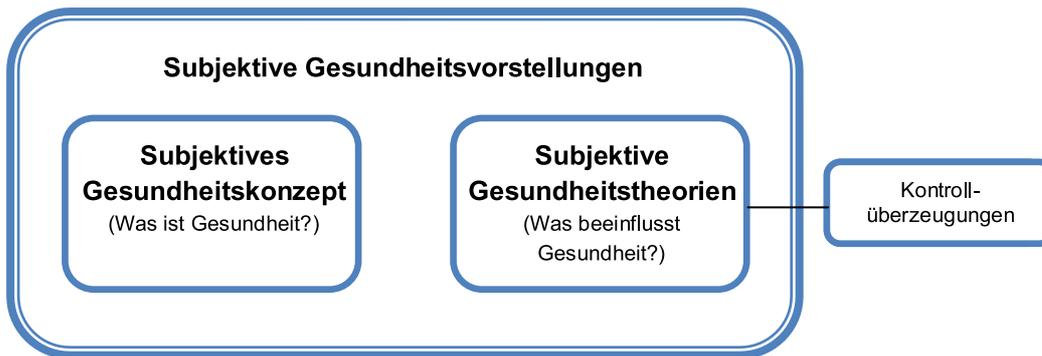


Abbildung 2 Subjektive Gesundheitsvorstellungen. Eigene Darstellung in Anlehnung an Faltermaier, 2005b.

Die Forschungen von Faltermaier und Kollegen haben aufschlussreiche Ergebnisse in diesem Forschungsfeld erbracht. So zeigte die qualitative Untersuchung von Faltermaier und Kühnlein (2000) zum einen, dass Laien ein mehrdimensionales Verständnis von Gesundheit haben und diese auf der physischen, psychischen, geistigen und/oder sozialen Ebene verankern. Des Weiteren wird der Gesundheitsbegriff sowohl positiv als auch negativ, im überwiegenden Teil der Studie sogar positiv und negativ zugleich bestimmt. Zudem kommt die Studie zu dem Ergebnis, dass Laien ihre Gesundheit als dynamisches Phänomen wahrnehmen, welches sich im Verlauf des Lebens verändert. Faltermaier und Kühnlein waren aufgrund ihrer Untersuchungsergebnisse in der Lage, vier dynamische Typen von Gesundheitskonzepten zu rekonstruieren. Beispielhaft sei das Schalter-Modell angeführt, in welchem ein dichotomer Wechsel von Gesundheit und Krankheit vorliegt (On-Off-Dynamik). Das Eintreten von Krankheit wird hier als schicksalhaft und unkontrollierbar erlebt.

In einer anderen Arbeit identifizierte Faltermaier durch die Sichtung verschiedener Forschungsergebnisse überdies fünf inhaltliche Kategorien von subjektiven Gesundheitskonzepten: Gesundheit als psychisches Wohlbefinden, Gesundheit als körperliche und/oder geistige Leistungsfähigkeit, Gesundheit als Reservoir, Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit und Gesundheit als geringes Ausmaß an gesundheitlichen Beschwerden (Faltermaier, 2005b, S. 38).

Indem die inhaltlichen Kategorien und dynamischen Typen von Gesundheitskonzepten darüber entscheiden, ob Maßnahmen zur Gesundheitserhaltung als sinnvoll erachtet und getroffen werden oder nicht, haben sie maßgebliche Auswirkungen auf das sogenannte Gesundheitshandeln.

Gleiches gilt für die subjektiven Theorien. So konnten Faltermaier et al. (1998) mithilfe einer Studie mit Erwachsenen verschiedener Berufsgruppen zeigen, dass die subjektiven Gesundheitstheorien zwei Dimensionen enthalten: eine inhaltliche Dimension, welche die zentralen Einflussbereiche auf die eigene Gesundheit repräsentiert und eine dynamische Dimension, die die Wirkung der Einflüsse aus Sicht des Subjekts widerspiegelt. Dies impliziert, dass subjektive Theorien „kognitiv-motivationale Bedingung für die Erklärung des Gesundheitshandelns im Alltag sind“ (Faltermaier et al., 1998, S. 309) und „die Richtung und wahrgenommenen Möglichkeiten des Handelns“ (Faltermaier, 2005a, S. 197) vorgeben.

3.1.3. Gesundheitshandeln

Was aber verbirgt sich genau hinter dem Begriff Gesundheitshandeln? Das Gesundheitshandeln umfasst, anders als das Gesundheitsverhalten, nicht isolierte Verhaltensweisen, sondern einen ausgedehnten Komplex von gesundheitsbezogenen Aktivitäten im Alltag. Dabei ist das Gesundheitshandeln von verschiedenen Merkmalen charakterisiert: Es ist bewusst und zielt auf die Gesundheit und deren Erhaltung ab, das heißt, das Handeln ist durch das Ziel Gesundheit motiviert; es ist an der persönlichen Definition von Gesundheit ausgerichtet und wird daher von der handelnden Person subjektiv als sinnvoll erachtet; es ist als Teil des sozialen Alltagshandelns gesellschaftlich eingebettet und steht im Zusammenhang mit der persönlichen Lebensweise und der Umwelt der Person (Faltermajer et al., 1998; Faltermajer, 2005a). Das Gesundheitshandeln wird, wie bereits im vorherigen Abschnitt erläutert, entscheidend durch die subjektiven Gesundheitsvorstellungen beeinflusst. Nach dem Verständnis von Faltermajer und seinen Untersuchungsergebnissen reicht Gesundheit als Motiv allein nicht aus, um Aktivitäten zur Gesundheitserhaltung zu verwirklichen. Personen benötigen des Weiteren ein komplexes Wissen und daraus resultierende Vorstellungen von Gesundheit um beispielsweise Maßnahmen zum Abbau eines selbst erkannten Risikoverhaltens zu ergreifen (Faltermajer et al., 1998).

3.2. Moderatorvariablen

Nicht nur die Gesundheit als solches ist multidimensionalen Determinanten unterworfen. Auch die subjektiven Gesundheitsvorstellungen werden von verschiedenen Aspekten moderiert, wie etwa die bereits erläuterten Studien von Herzlich und d'Houtaud belegen konnten. So benennt Flick (1998) die Variablen Alter, Geschlecht und den Gesundheitszustand als zentrale Determinanten von subjektiven Gesundheitsvorstellungen. Auch Faltermajer kommt in seinen umfangreichen Untersuchungen zu dem Schluss, dass sich subjektive Gesundheitsvorstellungen verschiedenen Einflussfaktoren gegenüber sehen. So zeigt eine seiner Untersuchungen, dass subjektive Gesundheitsvorstellungen im Kontext der Lebensbiografie einer Person sowie ihrem gesellschaftlichen Umfeld stehen. Im ersteren Fall werden beispielsweise erlebte Krankheiten und Beschwerden (sowohl der eigenen Person als auch von nahestehenden Menschen), Lebenskrisen und ihre Verarbeitung sowie Alters- und Entwicklungsprozesse als beeinflussende Faktoren identifiziert. Im zweiten Fall scheinen vor allem der Beruf, die Familie und andere soziale Netzwerke die subjektiven Gesundheitsvorstellungen zu beeinflussen (Faltermajer und Kühnlein, 2000). Bereits 1998 plädierten Faltermajer et al. für eine Betrachtung der subjektiven Gesundheitsvorstellungen im biografischen und sozialen Kontext und wiesen darauf hin, dass das Gesundheitshandeln im Alltag mit anderen Handlungszielen und -anforderungen konkurriert, sodass die Realisierung eines beabsichtigten Gesundheitshandelns davon abhängig ist, ob und wie sie sich in die aktuelle Lebenssituation integrieren lässt.

Basierend auf den angeführten Erkenntnissen gewinnt die ursprüngliche Übersicht aus Kapitel 3.1.2. deutlich an Komplexität (siehe Abbildung 3). Dabei sei nochmals darauf hingewiesen, dass die Darstellung lediglich einen für diese Arbeit relevanten Überblick geben und das Verständnis fördern soll und keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt.

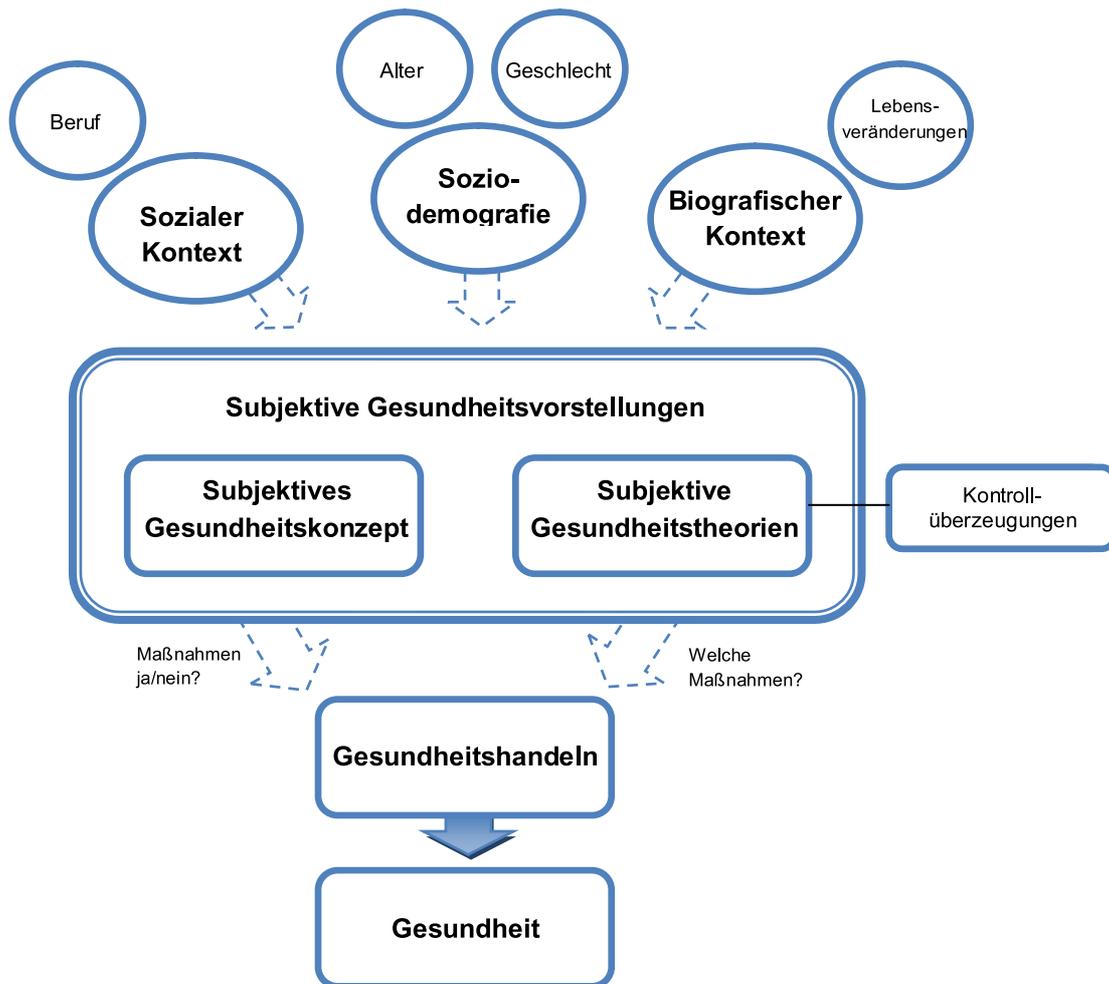


Abbildung 3 Auswirkungen und Moderatorvariablen der subjektiven Gesundheitsvorstellungen. Eigene Darstellung nach Faltermaier, 2005b.

3.3. Bedeutung subjektiver Gesundheitsvorstellungen für die Gesundheitsförderung

In der Literatur wird die Relevanz des Subjekts sowie seiner subjektiven Gesundheitsvorstellungen immer wieder betont. Diese bilden die Ausgangslage für Gesundheitsförderung und Prävention, da sie zum einen wesentlicher Prädiktor des Gesundheitshandelns (Faltermaier 1998; Flick 1998) und zum anderen maßgebliche Determinante für die Akzeptanz und schließlich Teilnahme an gesundheitsförderlichen und präventiven Interventionen darstellen (Blättner & Waller 2011). Dies begründet sich in dem Umstand, dass die subjektiven Gesundheitsvorstellungen darüber Auskunft geben, welche Bedingungen für die Gesundheit einer Person relevant sind und ob daraus eine Mitverantwortung für die eigene Gesundheit und gegebenenfalls Handlungsmöglichkeiten resultieren (Faltermaier 1998; Blättner & Waller 2011). Faltermaier et al. (1998) weisen zudem darauf hin, dass die Kenntnis der biografischen und sozialen Konzeption von Gesundheitsvorstellungen wichtig ist, um Interventionen der Gesundheitsförderung „passend“, das heißt integrierbar in die jeweilige Lebenssituation zu gestalten. Darüber hinaus beinhalten die Gesundheitskonzepte und Theorien Vorstellungen der jeweiligen Person hinsichtlich ihrer eigenen Vulnerabilität (siehe etwa schicksalhaftes Eintreten von Krankheit im Schalter-Modell). Zudem wird durch die Reflexion subjektiver Gesundheitsvorstellungen eine einseitige Betrachtung vermieden,

sodass die bisher oftmals vorherrschende krankheitsorientierte Expertenperspektive in der Prävention und Gesundheitsförderung aufgebrochen wird (Bengel & Belz-Merk 1990; Kühnlein et al., 1997). Somit können Kenntnisse über die Laienvorstellungen von Gesundheit die Planung und Fundierung sowohl präventiver als auch gesundheitsförderlicher Maßnahmen optimieren, beispielsweise im Hinblick auf einen angemessenen respektive notwendigen Einsatz verschiedener Ressourcen (Bengel & Belz-Merk, 1990; Bengel & Belz-Merk 1997; Flick 1998) und ermöglichen darüber hinaus die Entwicklung zielgruppenorientierter Angebote (Flick 1998). Gleichzeitig können die subjektiven Gesundheitsvorstellungen zu Evaluationszwecken von Interventionen herangezogen werden, um beispielsweise zu überprüfen, ob es aufgrund einer Maßnahme gelungen ist, die Gesundheitsvorstellungen zu transformieren (Flick 1998). Flick spricht den Laienvorstellungen noch eine weitere Bedeutung zu, indem er diese als Qualitätsmerkmal für subjektorientierte Konzepte wie etwa einer patientenorientierten Medizin betrachtet. Faltermaier (2011, S. 554) fasst die Bedeutung von subjektiven Gesundheitsvorstellungen in seinem Postulat folgendermaßen zusammen: „Wenn Expertinnen und Experten in der Gesundheitsförderung die Zielgruppen am Veränderungsprozess beteiligen und über ein „Empowerment“ nachhaltige Wirkungen erzielen wollen, dann müssen sie an ihren Vorstellungen ansetzen, ihre Handlungskompetenzen berücksichtigen und erweitern.“ Mit eigenen Worten ausgedrückt bedeutet dies, dass die subjektiven Gesundheitsvorstellungen einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, ob Interventionen der Gesundheitsförderung erfolgreich sind; erfolgreich im Sinne von zielführenden, ganzheitlichen, partizipativen, salutogenetisch ausgerichteten Interventionen, die für die Zielgruppe nachvollziehbar und in der Folge akzeptierbar sind.

3.4. Zwischenfazit

Die aktuelle Forschung der Gesundheitspsychologie und ihrer Vertreter macht deutlich, dass die subjektiven Gesundheitsvorstellungen von enormer Bedeutung für die Gesundheitsförderung sind. Sie zeigt zudem, dass es sich dabei um ein komplexes Konstrukt mit verschiedenen Teilbereichen handelt, die durch verschiedene Variablen moderiert werden. Um die subjektiven Gesundheitsvorstellungen ergründen und ihre Erkenntnisse für die Konzeption von gesundheitsförderlichen Maßnahmen nutzen zu können ist es somit wichtig, die jeweilige Zielgruppe zu identifizieren und in ihren sozialen und biografischen Kontexten zu betrachten. Da diese Arbeit auf häuslich pflegende Angehörige abzielt, wird diese Personengruppe im nächsten Kapitel vorgestellt. Die Betrachtung dieser Zielgruppe erfolgt dabei zunächst im gesamtgesellschaftlichen Kontext, in späteren Kapiteln wird dann der spezifische sozio-biografische Rahmen fokussiert.

4. Häuslich pflegende Angehörige

4.1. Begriffsbestimmungen

4.1.1. Pflegebedürftigkeit

Der Begriff der Pflegebedürftigkeit ist rechtlich im elften Sozialgesetzbuch definiert. Diese Definition umfasst verschiedene Pflegebedürfnisse, die auf „einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung“ beruhen und für mindestens sechs Monate bestehen (Bundesministerium der Justiz, 2013, §14 Absatz 1). Die Pflegebedürfnisse betreffen dabei zwei Ebenen: die körperliche Ebene und die hauswirtschaftliche Ebene. Die körperliche Ebene beinhaltet Pflegebedürfnisse im Bereich der Körperpflege, der Ernährung und der Mobilität, wohingegen sich die hauswirtschaftliche Ebene auf die im Haushalt anfallenden Aufgaben bezieht. Diese Begriffsbestimmung der Pflegeversicherung wird seit Längerem kontrovers diskutiert, da sie eine Vielzahl anderer bedeutender Dimensionen der Pflegebedürfnisse insbesondere von Personen mit kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen unbeachtet lässt. Der 2006 vom Bundesministerium eingesetzte Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs hat eine neue Definition vorgeschlagen, welche die vorhandenen Defizite des bisherigen Pflegebedürftigkeitsbegriffs beseitigen soll (Bundesministerium für Gesundheit, 2011). Nach dieser neuen Definition ist „eine Person als pflegebedürftig zu bezeichnen, wenn sie

- infolge fehlender personaler Ressourcen, mit denen körperliche oder psychische Schädigungen, die Beeinträchtigung körperlicher oder kognitiver/psychischer Funktionen, gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen kompensiert oder bewältigt werden könnten,
- dauerhaft oder vorübergehend
- zu selbständigen Aktivitäten im Lebensalltag, selbständiger Krankheitsbewältigung oder selbständiger Gestaltung von Lebensbereichen und sozialer Teilhabe
- nicht in der Lage und daher auf personelle Hilfe angewiesen ist.“

(Bundesministerium für Gesundheit, 2009, S.19)

Wesentliche Neuerungen dieses Vorschlages sind demnach die dimensionale Erweiterung der Pflegebedürfnisse um die Bereiche Teilhabe am sozialen Leben und emotionale Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung sowie die Abkehr von einer rein körperlich-defizitären Perspektive hin zu einer ressourcenorientierten, ganzheitlichen Perspektive unter Einbezug kognitiver und psychischer Aspekte.

Obwohl sich diese Definition und die damit zusammenhängende Neustrukturierung des Begutachtungsverfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit aktuell in der Erprobungsphase befindet (Bundesministerium für Gesundheit, 2014a) und diese damit noch keinen rechtlich verbindlichen Charakter hat, findet diese neue mehrdimensionale Begriffsdefinition von Pflegebedürftigkeit dennoch Anwendung in der hier vorliegenden Arbeit. Der Pflegebegriff wird nachfolgend entsprechend diesem Verständnis verwendet. Weiterhin sei darauf hingewiesen, dass

die Begriffe „zu Pflegende/r“, „Pflegebedürftige/r“ und „Betroffene/r“ in der vorliegenden Arbeit im eben definierten Sinne synonym verwendet werden.

4.1.2. Pflege

Bezugnehmend auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs kann Pflege nicht mehr länger nur als Kompensation von körperlichen Defiziten, Prävention pflegerelevanter Komplikationen und Organisation der Haushaltsführung betrachtet werden. Pflege beinhaltet nach dem Verständnis des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs auch Aspekte wie die Unterstützung bei der Teilhabe am sozialen Leben, die emotionale Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung und die Hilfe bei alltäglichen Aktivitäten (Bundesministerium für Gesundheit, 2009). Damit wird die bisher vorherrschende pathogene Perspektive auf Pflegebedürftigkeit und folglich auch auf die Pflege selbst um soziale, emotionale und kognitive Dimensionen erweitert. Entsprechend wird Pflege in dieser Arbeit als multidimensionales Konstrukt betrachtet, welches vor allem durch die folgenden Tätigkeitsfelder charakterisiert ist: die Versorgung physischer und psychischer Schädigungen respektive Beeinträchtigungen (Behandlungspflege), Hilfen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (englisch: Activities of Daily Living, ADLs) wie etwa der Körperpflege (Grundpflege) oder der Haushaltsführung, die Unterstützung bei der Teilhabe am sozialen Leben, die Prävention von krankheitsbedingten Komplikationen, die emotionale Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung sowie das Stärken von Ressourcen (Schneekloth & Wahl, 2005; Bundesministerium für Gesundheit, 2009). Aufgrund der Vielfalt der pflegerischen Tätigkeiten nach diesem Verständnis werden die Begriffe „Pflege“ und „Versorgung“ in dieser Arbeit synonym verwendet.

4.1.3. Pflegende Angehörige

Laut dem Duden werden als Angehörige im weiteren Sinne zunächst Personen bezeichnet, „die einer bestimmten Gruppe“ angehören (Bibliographisches Institut, 2013). Im engeren Sinne erfolgt ein Bezug auf verwandtschaftliche Beziehungen: „dem engsten Familienkreis angehörender Verwandter“ (ebd.). Ein rechtlicher Angehörigenbegriff findet sich im Strafgesetzbuch, welcher ebenfalls die verwandtschaftlichen Beziehungen fokussiert. Demnach handelt es sich bei Angehörigen um folgende Personen:

„Verwandte und Verschwägte gerader Linie, der Ehegatte, der Lebenspartner, der Verlobte, auch im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes, Geschwister, Ehegatten oder Lebenspartner der Geschwister, Geschwister der Ehegatten oder Lebenspartner, und zwar auch dann, wenn die Ehe oder die Lebenspartnerschaft, welche die Beziehung begründet hat, nicht mehr besteht oder wenn die Verwandtschaft oder Schwägerschaft erloschen ist, Pflegeeltern und Pflegekinder“ (Bundesministerium der Justiz, 2014, §11).

Im Hinblick auf den pflegerischen Charakter der Angehörigen, welcher in dieser Studie betrachtet werden soll, bietet das elfte Sozialgesetzbuch als Alternative zu den bisher genannten Definitionen den Begriff der Pflegeperson. Nach §19 (Bundesministerium der Justiz, 2013) handelt es sich dabei um Personen, „die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen [...] in seiner häuslichen Umgebung pflegen. Leistungen zur sozialen Sicherung [...] erhält eine Pflegeperson nur dann, wenn sie eine oder mehrere pflegebedürftige Personen wenigstens 14 Stunden wöchentlich pflegt.“

Anders als die vorherigen Begriffsdefinitionen betont der Begriff der Pflegeperson nicht die verwandtschaftlichen Beziehungen. Stattdessen liegt der Schwerpunkt auf der nicht erwerbsmäßigen Tätigkeit der Pflege und dem damit verbundenen Zeitaufwand.

All diese Definitionen sind einzeln in ihrer Originalfassung betrachtet ungeeignet für die Untersuchung der subjektiven Gesundheitsvorstellungen von pflegenden Angehörigen. Der Grund liegt in der Mehrdimensionalität des Begriffs „pflegende Angehörige“, der die verschiedenen Aspekte der bisher angeführten Definitionen des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, des Pflegebegriffs und des Angehörigenbegriffs in sich vereint und dabei insbesondere die Beziehungsstruktur betont, welche über verwandtschaftliche Beziehungen hinausgehen kann. So hat die Literaturrecherche gezeigt, dass sich neben den familiären Angehörigen oft auch Personen mit enger zwischenmenschlicher Beziehung an der Pflege der/des Betroffenen aktiv beteiligen, die nicht mit der/dem zu Pflegenden verwandt, verschwägert oder verheiratet sind. Beispielhaft seien hier enge Freunde oder Nachbarn genannt (Dennis, O'Rourke, Lewis, Sharpe & Warlow, 1998; Dewey, Thrift, Mihalopoulos, Carter, Macdonell, McNeil, & Donnan, 2002; Börsch-Supan, Brugiavini, Jürges, Kapteyn, Mackenbach, Siegrist & Weber, 2008). Aus diesem Grund werden pflegende Angehörige im Rahmen dieser Untersuchung definiert als *Personen, die zur/zum zu Pflegenden eine familiäre oder freundschaftliche Beziehung haben und diese/n mindestens einmal wöchentlich nicht erwerbsmäßig nach dem Verständnis der in Kapitel 4.1.2. angeführten Tätigkeitsfelder versorgen und unterstützen*. Basierend auf dem juristischen Angehörigenbegriff im Strafgesetzbuch werden dabei folgende Personengruppen der familiären Beziehungsstruktur zugeordnet: Eltern, Töchter, Söhne, Enkelinnen, Enkel, Urenkelinnen, Urenkel, Geschwister, Ehe- oder Lebenspartner/innen der Geschwister, Nichten, Neffen, Ehepartner/innen, Schwäger/innen, Schwiegertöchter, Schwiegersöhne, Verlobte, Verlobter, Lebensgefährtin, Lebensgefährte. Die familiäre Kohorte wird in dieser Arbeit durch Freunde und Nachbarn ergänzt, welche die freundschaftliche Beziehungsstruktur repräsentieren.

4.1.4. Häusliche Pflege

Die oben genannte Definition wird um den Aspekt der Häuslichkeit ergänzt, da diese Arbeit den ambulanten Sektor der Pflege betrachtet. Unter dem Begriff „häusliche Pflege“ wird in dieser Arbeit die pflegerische Versorgung in Privathaushalten verstanden. Dabei kann es sich sowohl um die häusliche Umgebung der/des Betroffenen als auch um die der pflegenden Angehörigen handeln. Eine pflegerische Versorgung durch Angehörige in Pflegeheimen oder anderen institutionellen Einrichtungen des ambulanten Sektors wird explizit ausgeschlossen.

Als Schnittmenge aus diesen beiden Begriffsbestimmungen ergibt sich folgende Gesamtdefinition: *Als häuslich pflegende Angehörige werden Personen verstanden, die zur/zum zu Pflegenden eine familiäre oder freundschaftliche Beziehung haben und diese/n mindestens einmal wöchentlich in einem Privathaushalt nicht erwerbsmäßig versorgen und unterstützen*.

Basierend auf dieser Definition werden die Begriffe „häuslich pflegende Angehörige“, „pflegende Angehörige“ und „Pflegende“ in dieser Arbeit synonym und gleichwertig verwendet. Auf eine

synonyme Verwendung des Begriffs „Pflegerperson“ wird bewusst verzichtet, um inhaltliche Verwirrungen mit dem des elften Sozialgesetzbuches zu vermeiden.

4.2. Relevanz und Stellenwert häuslich pflegender Angehöriger

4.2.1. Demografische Entwicklung in Deutschland

Der Terminus „Demografie“, aus dem Griechischen für Volksbeschreibung, bezeichnet einen wissenschaftlichen Forschungszweig, welcher die Bevölkerungsentwicklung unter anderem im Hinblick auf Geburten- und Sterberate, Immigration und Emigration, Altersstruktur sowie Geschlechterverteilung untersucht und daraus Zukunftsprognosen ableitet (Thurich, 2011). Die demografische Entwicklung in Deutschland ist durch einen Wandel gekennzeichnet, der im Wesentlichen zwei kombinierte Faktoren umfasst: Eine Geburtenrate, die unter dem „Bestanderhaltungsniveau“ liegt und als „Alterung von unten“ bezeichnet wird, sowie eine steigende Lebenserwartung, welche „Alterung von oben“ genannt wird (Schimany, 2005).

Im Fall der Alterung von unten stellt sich folgende Situation dar: Es werden immer weniger Kinder geboren und die Anzahl der geborenen Kinder reicht nicht aus um den Bevölkerungsbestand zu erhalten. Im Jahr 2012 lag die Zahl der benötigten Geburten pro Frau bei 2,1 (Statistisches Bundesamt, 2014). Diese benötigte Geburtenrate wird seit dem Pillenknick in den 1970er-Jahren dauerhaft unterschritten, seit Ende der 1990er-Jahre liegt die Geburtenrate bei ca. 1,4 Kindern pro Frau (Statistisches Bundesamt, 2013a). Mit anderen Worten: Deutschlands Bevölkerung schrumpft (siehe Abbildung 4).

Das Gegenteil bildet die Alterung von oben, welche ebenfalls von zwei Charakteristika geprägt ist. Zum einen steigt die Lebenserwartung stetig an, die Lebenszeit wird immer länger. Zum anderen umfasst die Nachkriegsgeneration aufgrund des Babybooms in den 1960er-Jahren eine große Anzahl von Menschen, wie Abbildung 6 vom Statistischen Bundesamt (2012) veranschaulicht. Diese Kohorte wird in den nächsten Jahren und Dekaden ins Rentenalter eintreten, sodass zusammengefasst betrachtet die Anzahl der Rentenempfänger/Innen zukünftig deutlich ansteigt.

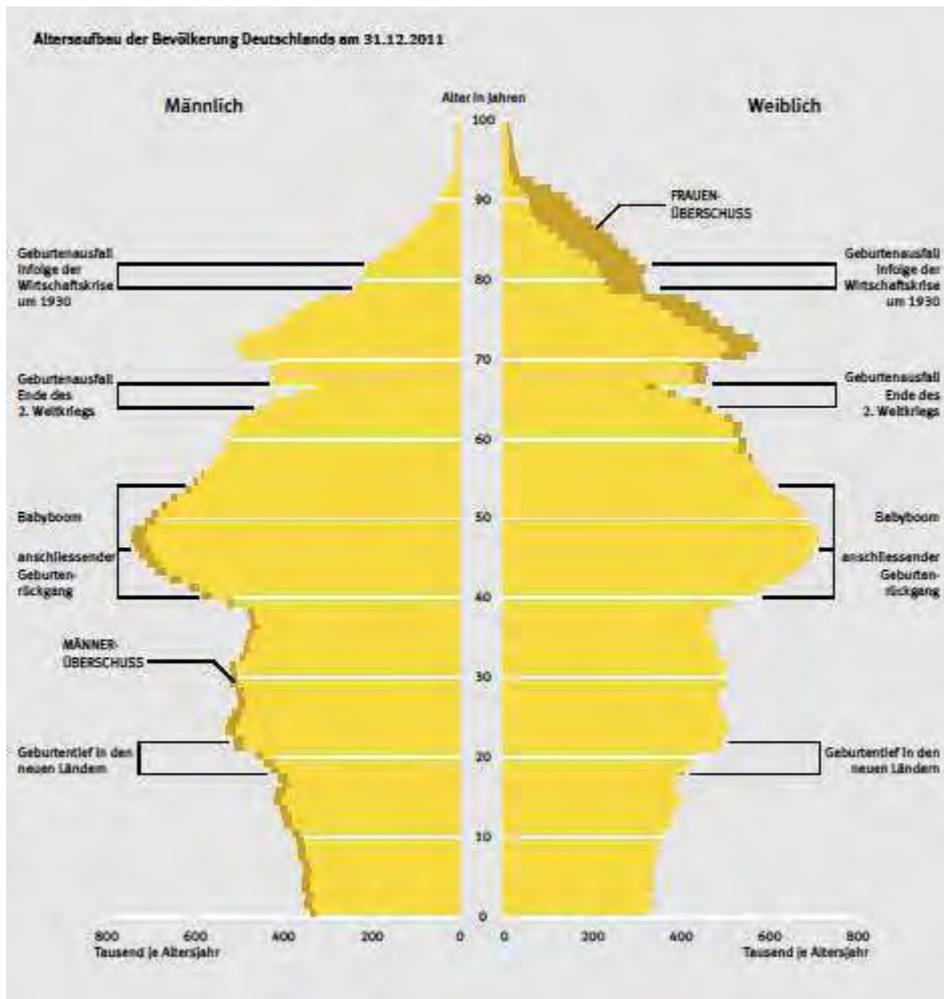


Abbildung 4 Alterspyramide am 31.12.2011. Statistisches Bundesamt, 2012.

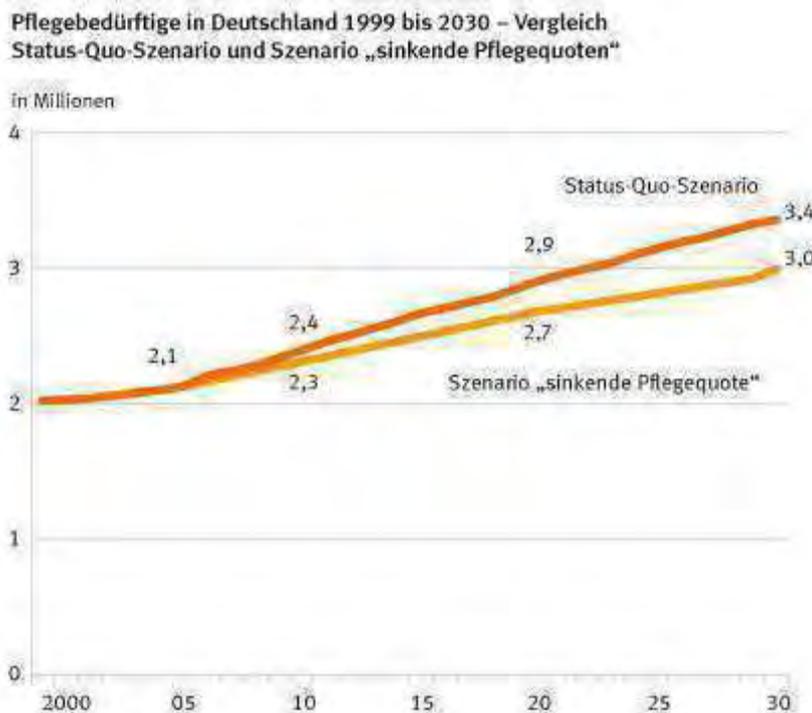
Vor diesem Hintergrund erhält die Betrachtung der Morbiditätsentwicklung eine besondere Relevanz. Es stellt sich nun die Frage, ob die Erkrankungshäufigkeit und in der Folge die Pflegebedürftigkeit mit der Zunahme an Lebensjahren steigen werden. Zur letzteren Fragestellung hat das Statistische Bundesamt zwei Szenarien entwickelt, die die mögliche Entwicklung der Pflegebedürftigkeit bis zum Jahr 2030 modellhaft vorausberechnen: das Status-Quo-Szenario und das Szenario der sinkenden Pflegequoten.

Um die beiden Szenarien erörtern zu können, muss zunächst der Begriff Pflegequote erläutert werden. Dieser weist den Anteil Pflegebedürftiger an der Gesamtbevölkerung oder aber an definierten Altersgruppen aus und steigt mit zunehmendem Alter an. So haben die Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2010) für das Jahr 2007 ermittelt, dass in der Gruppe der 70- bis 75-Jährigen 5% pflegebedürftig waren, während die Pflegequote in der Altersklasse ab 90 Jahren 62% betrug.

Nun unterstellt das Status-Quo-Szenario des Statistischen Bundesamtes (Pfaff, 2008), dass die zukünftigen altersspezifischen Pflegequoten mit denen von heute identisch sein werden. Nach diesen Annahmen würde die Anzahl der Pflegebedürftigen steigen: von 2,13 Millionen Pflegebedürftigen im Jahr 2005 auf etwa 3,36 Millionen im Jahr 2030 (siehe Abbildung 5). Dies

entspricht einer Steigerung der Pflegequote um 1,8%: von 2,6% im Jahr 2005 auf 4,4% im Jahr 2030, jeweils gemessen an der Gesamtbevölkerung.

Das zweite Modell der sinkenden Pflegequoten wählt einen optimistischeren Ansatz: Der medizinisch-technische Fortschritt reduziert das Pflegerisiko und führt zu einem Dämpfungseffekt. Das bedeutet, dass der Anteil der Pflegebedürftigkeit an der Gesamtbevölkerung in diesem



Szenario über die Jahrzehnte weniger massiv ansteigt als im Status-Quo-Szenario.

Aber auch hier steigt die Zahl der Pflegebedürftigen an. So ergibt diese Modellberechnung, dass die Zahl der Pflegebedürftigen im Jahr 2030 etwa 2,95 Millionen betragen wird und die Pflegequote auf 3,8% steigt (Pfaff, 2008).

Abbildung 5 Prognostizierte Anzahl Pflegebedürftiger in Deutschland bis 2030. Statistisches Bundesamt, 2008.

Unabhängig davon, welches Szenario in der Zukunft eintreten wird, stellt sich vor dem Hintergrund der Alterung von unten die anschließende Frage, wer den zunehmenden Bedarf an Hilfe- und Pflegeleistungen zukünftig abdecken kann beziehungsweise soll. So zeigt der sogenannte Altenquotient, wie viele Menschen im Rentenalter (über 65 Jahre) auf jeweils 100 Personen im Erwerbsalter (von 20 bis 64 Jahre) kommen. Lag der Altenquotient 2008 noch bei 34, so kommen nach den Prognosen des Statistischen Bundesamtes (2009) im Jahr 2060 zwischen 63 bis 67 Senioren auf 100 Personen. Dabei verläuft der Anstieg in den nächsten Jahren besonders rasant: Das Statistische Bundesamt prognostiziert einen Altenquotient von etwa 53 im Jahr 2030.

Dieses zunehmende Missverhältnis zwischen der Anzahl der Erwerbstätigen und Renteneempfänger/Innen sowie dessen schneller Verlauf bis 2030 fordert zeitnah neue Ansätze und Konzepte für alle gesamtgesellschaftlichen Strukturen. Vor diesem Hintergrund, aber auch aufgrund weiterer Faktoren wie etwa dem sich weiter zuspitzenden Fachkräftemangel in der Pflege (Afentakis & Maier, 2010) kann und darf der Stellenwert des Laiengesundheitssystems und dabei insbesondere der Bereich der informellen Pflege nicht länger vernachlässigt werden. Dass deren Relevanz von der Politik zunehmend erkannt wird, zeigen unter anderem einige relativ junge Gesetzesentwicklungen, die im folgenden Kapitel erörtert werden.

4.2.2. Gesetzliche Rahmenbedingungen

Am 1. Januar 1995 wurde die Pflegeversicherung als sogenannte 5. Säule der Sozialversicherung eingeführt. Sie basiert auf dem elften Buch des Sozialgesetzbuches (SGB XI) und hat die Aufgabe, Pflegebedürftigen, definiert durch Paragraph 14 des SGB XI (vgl. Kapitel 4.1.1.), Hilfe zu leisten. Die Intention der Pflegeversicherung ist es, der pflegebedürftigen Person durch ihre Leistungen ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Dazu erbringt die Pflegeversicherung Leistungen bei häuslicher und teilstationärer Pflege sowie bei Kurzzeitpflege. Aufgrund des Themenschwerpunktes dieser Arbeit wird nachfolgend jedoch nur der Bereich der häuslichen Pflege näher erörtert. Dieser umfasst folgende Leistungen: Pflegesachleistungen, Pflegegeld, Verhinderungspflege und Pflegehilfsmittel (Bundesministerium für Gesundheit, 2014b; Deutsche Rentenversicherung Bund, 2013). Von besonderer Relevanz hinsichtlich der vorliegenden Arbeit ist dabei das Pflegegeld. Dieses wird an die/den Pflegebedürftige/n gezahlt, wenn diese/r die Pflege mithilfe einer nicht professionellen Pflegeperson der eigenen Wahl organisiert und sicherstellt. Bei diesen Pflegepersonen handelt es sich in der Regel um Angehörige, welche das Pflegegeld von der/dem Pflegebedürftigen als finanzielle Anerkennung erhalten können. Dabei variiert die Höhe des Pflegegeldes je nach Pflegestufe (Bundesministerium für Gesundheit, 2014b). Die Pflegestufen ermöglichen eine Zuordnung der pflegebedürftigen Person in eine von drei respektive vier Stufen, die auf Basis des vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) festgestellten Bedarfsumfangs erfolgt. Dabei gilt: je höher die Pflegestufe, desto höher der Hilfebedarf, desto höher das Pflegegeld.

So liegt der Pflegestufe I eine erhebliche Pflegebedürftigkeit zugrunde (Bundesministerium der Justiz, 2013, §15 Absatz 1). Sie ist per Gesetz charakterisiert von einem mindestens einmal täglich auftretenden Hilfebedarf bei mindestens zwei Verrichtungen der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung, Mobilität). Pflegestufe II zugeordnet werden Personen mit Schwerpflegebedürftigkeit. Diese ist laut dem Gesetzgeber gekennzeichnet durch einen mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Uhrzeiten auftretendem Hilfebedarf bei der Grundpflege sowie einer mehrfach in der Woche benötigten Hilfestellung bei der hauswirtschaftlichen Versorgung. Pflegestufe 3 umfasst schwerstpflegebedürftige Personen. Das bedeutet, dass die Betroffenen jederzeit, Tag und Nacht, auf Hilfe bei der Grundpflege angewiesen sind und überdies mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen (Bundesministerium der Justiz, 2013, §15 Absatz 1). Der Gesetzgeber hat die einzelnen Pflegestufen zudem an einen festgelegten Zeitaufwand geknüpft, der mindestens vorhanden sein muss, um die Kriterien der jeweiligen Pflegestufe zu erfüllen. So muss der Zeitaufwand in Pflegestufe I mindestens 90 Minuten im wöchentlichen Tagesdurchschnitt betragen; davon muss mindestens 50% der Zeit (45 Minuten) auf die Grundpflege entfallen. In Pflegestufe II sind es bereits drei Stunden, wovon mindestens zwei Stunden (ca. 67%) für die Grundpflege aufzuwenden sind. In Pflegestufe III muss der wöchentliche Tagesdurchschnitt bei mindestens 5 Stunden liegen; hierbei müssen mindestens vier Stunden, also 80% der Zeit, auf die Grundpflege entfallen (Bundesministerium der Justiz, 2013, §15 Absatz 2).

Mit dem am 1. Juli 2008 in Kraft getretenen Pflege-Weiterentwicklungsgesetz kam eine vierte Pflegestufe, die Pflegestufe 0 hinzu. Hier werden Personen eingruppiert, die keinen Pflegebedarf aber einen erheblichen Betreuungsbedarf, in der Regel aufgrund kognitiver Defizite die beispielsweise auf einer Demenzerkrankung beruhen, aufweisen. Während diese Personengruppe zunächst nur Anspruch auf einen Betreuungsbetrag hatte, so kann Personen mit Pflegestufe 0 seit dem 1. Januar 2013 ebenfalls Pflegegeld gewährt werden. Die gesetzliche Grundlage für diese Neuerung bildet das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) (Bundesministerium für Gesundheit, 2014c). Daneben beinhaltet das PNG weitere wesentliche Neuerungen, die unter anderem pflegende Angehörige stärker unterstützen sollen. Exemplarisch seien hier die Fortzahlung des Pflegegeldes bei Inanspruchnahme einer Auszeit seitens der/des pflegenden Angehörigen (Bundesministerium der Justiz, 2013, §37 Absatz 2) sowie die finanzielle Unterstützung von Selbsthilfegruppen (Bundesministerium der Justiz, 2013, §45d Absatz 2) genannt. Diese werden aufgrund des begrenzten Umfangs dieser Arbeit jedoch nicht näher ausgeführt.

4.2.3. Anzahl pflegender Angehöriger in Deutschland

Im Hinblick auf die informelle Pflege als Teil des Laiengesundheitssystems ergaben Erhebungen des Statistischen Bundesamtes (2013b), dass im Dezember 2011 2,5 Millionen Menschen in Deutschland nach den Kriterien der Pflegeversicherung pflegebedürftig waren. Davon erhielten ca. 1,18 Millionen Pflegebedürftige ausschließlich Pflegegeld, sodass diese in der Regel zu Hause durch Angehörige gepflegt wurden. Zum Vergleich: Im Dezember 2001 waren 2,04 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig, von denen etwa 1 Million häuslich durch Angehörige versorgt wurden (Statistisches Bundesamt, 2003). Tabelle 1 veranschaulicht diese Entwicklungen sowie die der Pflegequoten von 1999 bis 2011. Obgleich die Tabelle einen zwischenzeitlichen Rückgang der Anzahl pflegender Angehöriger von 2001 bis 2005 zeigt, steigt die Anzahl der häuslich pflegenden Angehörigen seit 2007 kontinuierlich an und eine weitere Zunahme in der Zukunft erscheint wahrscheinlich. Diese Entwicklung ist in mehreren Umständen begründet: dem bereits geschilderten Anstieg der Pflegebedürftigkeit aufgrund des demografischen Wandels, den Veränderungen innerhalb der Gesetzeslandschaft und den damit verbundenen Anreizen zur häuslichen Angehörigenpflege wie sie im vorherigen Kapitel skizziert wurden sowie zunehmenden Forschungsaktivitäten im Bereich der informellen Pflege (siehe zum Beispiel „Pflege 2020“ des Fraunhofer Instituts).

Jahr	Pflegebedürftige		Pflegequoten ¹		Bevölkerung
	insgesamt	davon häuslich durch Angehörige versorgt	Pflegebedürftige durch Angehörige häuslich versorgt	Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung	insgesamt ²
2011	2.501.441	1.182.057	47%	3,07%	81.434.743
2009	2.338.252	1.065.564	46%	2,86%	81.802.257
2007	2.246.829	1.033.286	46%	2,73%	82.217.837
2005	2.128.550	980.425	46%	2,58%	82.437.995
2003	2.076.935	986.520	47%	2,52%	82.531.671
2001	2.039.780	1.000.736	49%	2,50% ³	-
1999	2.016.091	1.027.591	51%	2,50% ³	-

Tabelle 1 Pflegebedürftige in Deutschland 1999 – 2011. Eigene Darstellung anhand der Pflegestatistiken des Statistischen Bundesamtes (2001, 2003, 2005, 2007, 2008, 2011, 2013b).

¹ Die Pflegequoten weisen den Anteil der häuslichen Versorgung durch Angehörige an der Gesamtanzahl der Pflegebedürftigen beziehungsweise den Anteil Pflegebedürftiger an der Gesamtbevölkerung Deutschlands aus. Die Pflegequoten wurden eigenständig berechnet (mit Ausnahme von ³). Die Berechnung der Pflegequote beispielsweise von 2011 erfolgte so: $1.182.057 / 2.501.441 = 47\%$.

² Der jeweilige Bevölkerungsstand wurde der entsprechenden Pflegestatistik entnommen. Im Fall der Pflegestatistiken 1999 und 2001 waren keine absoluten Bevölkerungszahlen angegeben.

³ Aufgrund der fehlenden absoluten Bevölkerungszahlen in der Pflegestatistik 1999 und 2001 wurden die vom Statistischen Bundesamt errechneten Pflegequoten übernommen.

Bei den Daten der Pflegestatistiken gilt jedoch zu beachten, dass es sich um eine indirekte Bestimmung der pflegenden Angehörigen über die Zahl der Leistungsbezieher der gesetzlichen Pflegeversicherung handelt. Dies hat zur Folge, dass nur Personen erfasst werden, die in solchem Maß pflegebedürftig sind, dass sie in eine der drei respektive vier Pflegestufen eingruppiert werden können. Menschen mit leichteren Einschränkungen in den ADLs, die ebenfalls auf eine Versorgung und Pflege durch Angehörige angewiesen sind, bleiben in diesen Daten unberücksichtigt. Auch Angehörige, die die zu pflegende Person zusätzlich zu einer professionell organisierten Pflege unterstützen, treten hier nicht in Erscheinung, da die pflegebedürftigen Personen in diesem Fall kein Pflegegeld, sondern Pflegesachleistungen beziehen, mithilfe derer die hauptamtlich tätigen Pflegekräfte entlohnt werden. Dies hat zur Folge, dass sowohl die Zahl der Pflegebedürftigen als auch die der pflegenden Angehörigen vermutlich deutlich höher liegt, als durch die Pflegestatistiken des Statistischen Bundesamtes wiedergegeben wird. Diese Annahme wird beispielsweise von den Gesundheitsstatistiken der OECD (OECD Health Statistics) untermauert. So ergaben Schätzungen der OECD, dass im Jahr 2006 3.255.840 Millionen Personen in Deutschland in der informellen Pflege tätig waren (OECD, 2013b); das ist das 3-fache der vom Statistischen Bundesamt für das Jahr 2007 ermittelten häuslich pflegenden Angehörigen (vgl. Tabelle 1). Allerdings zeigen die differierenden Zahlen deutlich die Schwierigkeit der Begriffsdefinition von Pflegebedürftigkeit und informeller Pflege respektive pflegenden Angehörigen. So definieren die in der OECD zugrunde liegenden Daten des Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Personen der informellen Pflege unter anderem über die Anzahl der geleisteten Stunden in den ADLs: es werden alle Personen im Alter ab 50 Jahren eingeschlossen, die eine andere Person mindestens eine Stunde pro Woche bei den ADLs

unterstützen (Zur Erinnerung: In Deutschland werden Pflegebedürftige erst ab einem Hilfebedarf von 90 Minuten im wöchentlichen Tagesdurchschnitt in die Pflegestufe I eingruppiert.). Dabei kann die Unterstützung sowohl innerhalb als auch außerhalb des Haushalts erfolgen. Darüber hinaus werden folgende Personengruppen zur informellen Pflege gezählt: unbezahlte Personen, wie Familienmitglieder und Freunde einerseits sowie Ehrenamtliche andererseits, Personen die für ihre Leistungen vergütet werden, jedoch nicht aus der professionellen Pflege stammen (in der Regel Familienmitglieder und Freunde, die im Fall Deutschlands beispielsweise das Pflegegeld des zu Pflegenden erhalten) und Personen, die die Laien-Pflegertätigkeit illegal, also ohne das es bei den jeweils zuständigen Sozialversicherungssystemen angezeigt ist, ausüben (OECD, 2013a).

Trotz der Unschärfen und Variationen in den begrifflichen Definitionen von Pflegebedürftigkeit, informeller Pflege und pflegenden Angehörigen ist dennoch anzunehmen, dass die tatsächliche Anzahl pflegender Angehöriger in Deutschland höher liegt als es die indirekten Messungen der Pflegestatistiken wiedergeben.

4.3. Belastungsfaktoren häuslich pflegender Angehöriger

Pflegende Angehörige wurden in der Literatur bereits mehrfach als vulnerable Gruppe identifiziert, da sie durch ihre Tätigkeit in der informellen Pflege diversen Belastungsfaktoren ausgesetzt sind, welche ihre Gesundheit beeinträchtigen können (Schlote & Richter 2007). Allgemeine Belastungen von pflegenden Angehörigen werden von Gutzmann & Zank (zitiert nach Kramer, 2012, S. 113f.) in primäre und sekundäre Stressoren eingeteilt. Die primären Stressoren beinhalten dabei Faktoren, die unmittelbar aus der Erkrankung des zu Pflegenden und dessen Defiziten resultieren. Bei den sekundären Stressoren handelt es sich um die Auswirkungen der primären Stressoren auf die Biografie, Soziodemografie und sozialen Netzwerke der pflegenden Angehörigen.

Demnach können die aus der Pflegetätigkeit resultierenden Beeinträchtigungen auf verschiedenen Ebenen verortet werden, wie etwa der physischen, der psychischen Ebene und der sozialen Ebene. So kam die Untersuchung von Bösch, Rothlin und Trüllinger (1988) zu dem Ergebnis, dass sich der eigene Gesundheitszustand von pflegenden Angehörigen bei etwa einem Drittel der Teilnehmer/Innen aufgrund der Pflegetätigkeit verschlechterte. Weit mehr gaben zudem an, dass soziale Kontakte und eigene Freizeitaktivitäten durch die Pflege beeinträchtigt würden. Noch drastischere Ergebnisse liefert eine amerikanische Studie: die Untersuchungen ergaben, dass das Mortalitätsrisiko für pflegende Ehepartner, die sich belastet fühlen, um bis zu 63% höher ist als bei Personen, deren Ehepartner/Innen gesund sind (Schulz & Beach, 1999).

Insgesamt kommt die Forschung zu dem Schluss, dass die subjektiven Belastungen von Pflegenden erheblich variieren können. Als wesentliche Prädiktoren für eine stärkere Belastung gelten neben Alter, Geschlecht und Motiv der Pflegenden auch die Art der Erkrankung sowie die Dauer der Pflegesituation als gesichert (Eccles, Clarke, Livingston, Freemantle & Mason, 1998; Gräßel, 1998; Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 2005).

4.4. Zwischenfazit

Die hier skizzierten Entwicklungen zeigen die zunehmende gesellschaftspolitische Beachtung der informellen Pflege sowie ihren bedeutenden Stellenwert, insbesondere vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und dem prognostizierten Anstieg der Anzahl Pflegebedürftiger in Deutschland. Eine Zunahme der pflegenden Angehörigen erscheint somit wahrscheinlich. Infolge der Belastungen, die aus der pflegerischen Tätigkeit resultieren können, sieht sich diese Personengruppe jedoch vielfältigen Belastungen und Gesundheitsrisiken gegenüber, welche es dringend zu reduzieren gilt. Da die subjektive Belastung unter anderem mit der Erkrankungsart des zu Pflegenden sowie der Dauer der Pflegesituation zusammenhängt, widmet sich das folgende Kapitel pflegenden Angehörigen, die Personen nach einem Schlaganfall-Ereignis versorgen.

5. Pflegende Angehörige von Schlaganfall-Betroffenen

5.1. Der Schlaganfall

5.1.1. Definition und Klinik

Bei einem Schlaganfall (Apoplexie, englisch stroke) handelt es sich um eine zerebrovaskuläre Erkrankung, eine Durchblutungsstörung des Gehirns, mit plötzlich auftretender Symptomatik (Robert Koch-Institut (RKI), 2007; Pschyrembel, 2013b). Entsteht diese als Folge einer Mangeldurchblutung, so spricht der Experte von einem ischämischen Schlaganfall. Geht die Durchblutungsstörung auf eine Hirnblutung zurück, so wird dies als hämorrhagischer Schlaganfall bezeichnet. Der ischämische Infarkt, welcher unter anderem durch kardiale, aus dem Herzen kommende Embolien verursacht wird, tritt mit 80–85% aller Schlaganfälle deutlich häufiger auf als der hämorrhagische Schlaganfall (Klingelhöfer & Rentrop, 2003; Pschyrembel, 2013b). Die Art der funktionalen Beeinträchtigungen variiert in Abhängigkeit von der betroffenen Hirnregion. Dennoch gibt es übergeordnete Symptome, sogenannte Leitsymptome, die einen Schlaganfall kennzeichnen können. Dazu zählen eine halbseitig auftretende Bewegungs- und Kraftminderung (Hemiparese) oder Lähmung (Hemiplegie) der Extremitäten und/oder des Gesichts, Sehstörungen, Sprachstörungen (Aphasie), Sprechstörungen (Dysarthrie) und Missempfindungen (Parästhesien) (Klingelhöfer & Rentrop, 2003).

5.1.2. Epidemiologie

Im Jahr 2010 war der Schlaganfall die zweithäufigste Todesursache weltweit (11,1% aller Todesfälle) (Lozano et al., 2012). Allein in Deutschland erleiden jährlich etwa 182 Personen pro 100.000 Einwohner einen Schlaganfall (RKI, 2007), zudem wird aufgrund des demografischen Wandels eine Zunahme der Schlaganfall-Inzidenz in Deutschland in den nächsten Jahrzehnten erwartet (Foerch, Misselwitz, Sitzer, Steinmetz, Neumann-Haefelin, 2008).

Der Schlaganfall stellt die häufigste Ursache für Behinderung und Pflegebedürftigkeit im Erwachsenenalter dar (Smith, Lawrence & Kerr, 2004; RKI, 2007; Pschyrembel, 2013b); die Letalitätsrate innerhalb des ersten Jahres nach erstmaligen Schlaganfall liegt bei 37–40% (RKI,

2007; Pschyrembel, 2013b), 8–15% der Patienten erleiden innerhalb des ersten Jahres nach erstmaligem Schlaganfall einen erneuten Apoplex (Rezidiv) (Diener et al., 2008).

5.1.3. Prognose und Verlauf

Beeinflusst werden das Mortalitätsrisiko sowie die Schwere der funktionalen Beeinträchtigung wesentlich (aber nicht ausschließlich) von der Art des Schlaganfalls. So ist die Prognose von Patienten/Innen mit einem kardioembolischen Infarkt am schlechtesten und die Sterberate am höchsten (Grau, Weimar, Buggle, Heinrich, Goertler, Neumaier, Glahn, Brandt, Hacke & Diener, 2001; RKI, 2007).

Je nach Art und Lokalität des Schlaganfalls sowie Zeitpunkt der medizinischen Akutversorgung nach erstmaligem Auftreten der Symptome und Beginn der Rehabilitation können die aufgetretenen Funktionsstörungen chronisch werden. Diese zurückbleibenden Symptome werden übergeordnet als Residuen bezeichnet. Nachfolgend wird ein Überblick über potenzielle Residuen gegeben. Die Auflistung erhebt dabei keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sie soll lediglich einen Eindruck darüber vermitteln, welche pflegerelevanten Folgen ein Schlaganfall haben kann.

Motorik

Lediglich 5% aller Patienten, die eine Hemiparese zurückbehalten haben, können ihre Arme und Beine wieder ohne Einschränkungen einsetzen (Klingelhöfer & Rentrop, 2003). Beispielsweise haben etwa 70% aller Schlaganfallpatienten/Innen eine beeinträchtigte Hand-/oder Armfunktion (DEGAM, 2012); 25% können nicht mehr gehen und sind rollstuhlpflichtig und/oder bettlägerig (Klingelhöfer & Rentrop, 2003). Daraus resultiert eine Vielzahl verschiedener Schwierigkeiten in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADLs). So kommen verschiedene Studien etwa zu dem Ergebnis, dass die hauptsächliche Pflgetätigkeit der Angehörigen vor allem aus der Unterstützung oder vollständigen Übernahme beim Waschen und Kleiden besteht (Anderson et al., 1995; Dewey et al. 2002). Zudem können die Betroffenen beispielsweise auf die Unterstützung/Übernahme von Leistungen im Bereich der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, beim Mobilisieren oder beim Toilettengang angewiesen sein (DEGAM, 2012). Darüber hinaus entsteht oftmals Hilfebedarf bei der Haushaltsführung, beim Einkaufen, beim Transfer zu Ärzten oder Therapeuten, bei der Teilhabe am sozialen Leben sowie anderen organisatorisch-instrumentellen Aktivitäten (Dewey et al., 2002; van Exel, Koopmanschap, van den Berg, Brouwer & van den Bos, 2005).

Kommunikation

Sprach- und Sprechstörungen können weitreichende Folgen für die soziale Interaktion und den emotionalen/psychischen Zustand der/des Betroffenen haben. Für die pflegenden Angehörigen bedeutet dies zum einen die Anpassung der bisherigen Kommunikationsform, möglicherweise durch die Verwendung alternativer Kommunikationstechniken wie schreiben oder zeichnen. Zum anderen sehen sich die Pflegenden möglicherweise mit Stimmungsschwankungen des zu Pflegenden konfrontiert, die aus der eingeschränkten Fähigkeit sich mitzuteilen resultieren können (Schlote & Richter, 2007; DEGAM, 2012).

Kognition

Kognitive Störungen sind bei allen Arten des Schlaganfalls möglich. Zu den häufigsten Beeinträchtigungen zählen Aufmerksamkeits-, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen (DEGAM, 2012). Je nach Ausmaß kann dies die Unterstützung durch pflegende Angehörige erfordern, beispielsweise im Hinblick auf die Organisation und Durchführung von Terminen bis hin zur Wahrung der Sicherheit der/des Betroffenen (wenn diese/r beispielsweise vergessen hat, nach dem Kochen den Herd abzuschalten).

5.2. Stellenwert der pflegenden Angehörigen von Apoplexie-Betroffenen

Die Angehörigenpflege ist im Hinblick auf den Rehabilitationsprozess von Apoplexie-Betroffenen von großer Bedeutung, stellt die emotionale und soziale Unterstützung nach den Ergebnissen von Schlote & Richter (2007) doch einen wichtigen Prädiktor für die Compliance, also die Kooperation der/des Betroffenen im Behandlungsprozess, und damit für einen positiven Krankheitsverlauf mit funktionaler Verbesserung dar. Zudem leisten die pflegenden Angehörigen, wie im vorherigen Kapitel bereits skizziert wurde, vielfältige praktische Hilfen bei den ADLs der zu Pflegenden, welche oftmals einen enormen zeitlichen Umfang annehmen können.

Dies führt zu einem weiteren wichtigen Aspekt hinsichtlich der Relevanz der informellen Pflege: Aus gesundheitsökonomischer Perspektive leistet sie einen erheblichen volkswirtschaftlichen Beitrag, indem die pflegenden Angehörigen sowohl dem Gesundheitssystem als auch der Gesellschaft insgesamt beträchtliche Kosten erspart (Schlote & Richter, 2007). Zu diesem Ergebnis gelangt beispielsweise eine Studie aus Australien, die den ökonomischen Stellenwert der informellen Pflege von Apoplexie-Betroffenen untersucht hat. Ihre Analyse ergab, dass die Kosten der informellen Pflege aller „erstmalig aufgetretenen“ Schlaganfälle im Jahr 1997 in Australien bis zu 42,5 Millionen Australische Dollar betragen (umgerechnet ca. 29 Millionen Euro), wenn die informell geleistete Pflegezeit durch die Kosten von formeller Pflegezeit substituiert wird (Dewey et al., 2002).

5.3. Spezifische Belastungsfaktoren

Die Pflege von Angehörigen wird mehrheitlich von Frauen übernommen. Dies belegen zahlreiche Untersuchungen von pflegenden Angehörigen. Zudem sind es vor allem die (Ehe-)Partner und Kinder, welche die pflegerische Versorgung ausführen (Anderson, Linto & Stewart-Wynne, 1995; Dennis et al., 1998; Dewey et al., 2002; Smith et al., 2004). Interessant ist auch das Alter der pflegenden Angehörigen. Zwar zeigen die Untersuchungen eine große Spannweite von 19 bis 88 Jahren, im Mittel rangiert das Alter in den hier analysierten Studien jedoch um 58 Jahre (Anderson et al., 1995; Dennis et al., 1998; Smith et al., 2004), einer Altersgruppe also, die einerseits über einen großen Umfang an Lebenserfahrungen verfügt, was im Hinblick auf die sozial konstruierten Gesundheitsvorstellungen eine Rolle spielen könnte. Andererseits steht diese Personengruppe selbst kurz vor dem Renteneintritt und ist altersbedingt, durch den eigenen Lebenswandel und durch andere Determinanten möglicherweise selbst von einem erhöhten Erkrankungsrisiko oder

körperlichen Einschränkungen bedroht. Vor diesem Hintergrund, aber auch losgelöst davon kommt den Belastungen, denen sich die Pflegenden gegenüber sehen, eine wichtige Bedeutung zu.

Die als wesentlich für das subjektive Belastungsempfinden identifizierten Prädiktoren aus Kapitel 4.3. finden sich auch bei pflegenden Angehörigen von Schlaganfall-Betroffenen. So identifizierte die Untersuchung von Hasemann und Kollegen/Innen unter anderem das Alter sowie den Pflegeaufwand als Einflussfaktoren, die das Risiko einer subjektiv empfundenen Belastung erhöhen können (Hasemann, Kesselring, Stöcklin & Gräßel, 2007). Zudem variieren die Belastungsfaktoren mit Ausprägung der Defizite der/des Apoplexie-Betroffenen sowie mit der verstrichenen Zeit seit Eintreten des Schlaganfalls respektive der Dauer der bestehenden Pflegesituation: Je nach Phase des Rehabilitationsprozesses befinden sich die pflegenden Angehörigen in unterschiedlichen Anpassungsprozessen, sodass ihre Gesundheit unterschiedlich stark gefährdet sein kann (Schlote & Richter, 2007). Zudem traten bei Pflegenden, deren Angehörige im Mittel vor drei Jahren einen Schlaganfall erlitten hatten, auch psychische und psychosomatische Beschwerden auf (Jungbauer, von Cramon & Wilz, 2003).

Die Art der Belastungsfaktoren ähnelt den Ergebnissen aus Kapitel 4.3. Diese beinhalten sowohl psychische Belastungen wie beispielsweise Ängste, die/den zu Pflegenden allein zu lassen aus Sorge um ein Rezidiv oder andere emotionale Beeinträchtigungen (Anderson et al., 1995; Smith et al., 2004); soziale Belastungen wie die Einschränkung der eigenen Freizeit und sozialer Aktivitäten (Anderson et al., 1995; Smith et al., 2004; Schlote & Richter, 2007); und physische Belastungen wie Gliederschmerzen, Herz- oder Magenbeschwerden (Jungbauer et al., 2003). Allerdings wurden die physischen Belastungen bisher kaum untersucht (Schlote & Richter, 2007) und treten vor allem in Verbindung mit bestehenden Grunderkrankungen auf Seiten der Pflegenden auf (Anderson et al., 1995).

Die Messung der subjektiven Belastung kann beispielsweise über die sogenannte Häusliche-Pflege-Skala (HPS) erfolgen. Mit einem äquivalenten Messinstrument haben niederländische Forscher die subjektive Belastung ihrer Kohorte untersucht und kamen zu dem Ergebnis, dass etwa 30% der Teilnehmer/Innen in erheblichem Maße belastet sind (van Exel et al., 2005).

5.4. Zwischenfazit

Aus den Ergebnissen der hier angeführten Studien lässt sich feststellen, dass es sich bei der Pflege von Schlaganfall-Betroffenen in der Regel um eine langfristige Tätigkeit über Jahre oder gar Jahrzehnte handelt. In der Folge sehen sich die Pflegenden mit verschiedenen Belastungsfaktoren und daraus resultierenden Gesundheitsrisiken konfrontiert. Entsprechend wichtig sind Interventionen, die nicht nur Krankheit verhüten, sondern die Gesundheit der häuslich pflegenden Angehörigen erhalten und fördern. Um solche Angebote entwickeln und besser auf die Bedürfnisse von pflegenden Angehörigen von Schlaganfall-Betroffenen abstimmen zu können, ist es unerlässlich zu erforschen, wie sie Gesundheit begreifen und welche Einflussmöglichkeiten sie im Hinblick auf ihre eigene Gesundheit erleben. Zu diesem Zweck führte die Autorin eine eigene Studie durch, welche die subjektiven Gesundheitskonzepte sowie die Kontrollüberzeugungen als

Teilbereich der subjektiven Gesundheitstheorien vor dem Hintergrund der objektiven und subjektiven Belastung untersucht. Diese wird im nachfolgenden Kapitel ausführlich dargestellt.

6. Subjektive Gesundheitsvorstellungen häuslich pflegender Angehöriger von Schlaganfall-Betroffenen

6.1. Ziel der Studie

Das Ziel der Studie war, die subjektiven Gesundheitskonzepte und Kontrollüberzeugungen von pflegenden Angehörigen von Schlaganfall-Betroffenen zu explorieren und sie im Kontext der pflegerischen Tätigkeit und daraus resultierender Belastungen zu analysieren, um daraus Empfehlungen für zukünftige Maßnahmen der Gesundheitsförderung abzuleiten. Dabei liegen der Untersuchung folgende Fragestellungen und Hypothesen zugrunde:

	Fragestellung		Nullhypothese (H ₀)	Alternative Hypothese (H ₁)
1	Wie definieren häuslich pflegende Angehörige von Schlaganfall-Betroffenen Gesundheit (Gesundheitskonzept)?	a) b) c)	Eindimensionales Gesundheitsverständnis Überwiegend negatives Gesundheitsverständnis Keine verschiedenen inhaltlichen Kategorien von Gesundheit	Mehrdimensionales Gesundheitsverständnis Überwiegend positives Gesundheitsverständnis Verschiedene inhaltliche Kategorien von Gesundheit
2	Fühlen sich die häuslich pflegenden Angehörigen von Schlaganfall-Betroffenen belastet (subjektive Belastung)?	a)	Mehrheit fühlt sich nicht oder nur gering belastet	Mehrheit fühlt sich belastet (mittlere, hohe, maximale Belastung)
3	Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Gesundheitskonzept und der subjektiven Belastung?	a)	Kein Zusammenhang	Zusammenhang
4	Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Pflegezeit und der subjektiven Belastung?	a)	Kein Zusammenhang	Positiver Zusammenhang
5	Sehen die pflegenden Angehörigen überwiegend die Möglichkeit, ihre Gesundheit aktiv zu beeinflussen (internale Kontrollüberzeugungen)?	a)	Nein	Ja
6	Beeinflusst die pflegerische Tätigkeit das Gesundheitskonzept?	a)	Nein	Ja
7	Gibt es einen Zusammenhang zwischen den pflegerischen Tätigkeiten und der subjektiven Belastung?	a)	Kein Zusammenhang	Zusammenhang

Tabelle 2 Auflistung der zugrundeliegenden Fragestellungen und Hypothesen dieser Arbeit

6.2. Das Studiendesign

Die Studie ist als teilstandardisierte schriftliche Online-Befragung konzipiert worden, die einmalig von Juni bis Juli 2014 in einem Erhebungszeitraum von 40 Tagen durchgeführt wurde.

6.3. Die Stichprobe

Als Einschlusskriterium für die Teilnahme an der Studie wurde die in Kapitel 4.1.4. angeführte Zielgruppendefinition verwendet. Demnach wurden Personen eingeschlossen, die zur pflegebedürftigen Person, welche in der Vergangenheit einen Schlaganfall erlitten hat, eine familiäre oder freundschaftliche Beziehung haben und diese/n mindestens einmal wöchentlich in einem Privathaushalt nicht erwerbsmäßig versorgen und unterstützen. Explizit ausgeschlossen waren hingegen Personen die erwerbsmäßig pflegen, die weniger als einmal wöchentlich pflegen, die nicht in privaten Haushalten pflegen und/oder die jemanden pflegen, der keinen Schlaganfall hatte.

Um sicherzustellen, dass die gewünschte Zielgruppe erfasst wird, wurden im Fragebogen drei Kontrollfragen gestellt. Wurden diese alle drei mit Ja beantwortet, so wurde die/der Proband/in eingeschlossen. Wenn eine oder mehrere Kontrollfragen mit Nein beantwortet wurden, wurde die/der Teilnehmer entsprechend ausgeschlossen. Darauf basierend wurden neun Fälle identifiziert, welche die Einschlusskriterien nicht erfüllten und ausgeschlossen wurden. Darüber hinaus wurden 17 Fälle identifiziert, die den Fragebogen zu weniger als 50% ausgefüllt hatten. Auch diese Fälle wurden ausgeschlossen, da aufgrund der fehlenden Daten keine adäquate Analyse im Hinblick auf die oben genannten Hypothesen möglich war. Auf diese Weise wurden von ursprünglich 44 Fällen 26 Fälle ausgeschlossen, sodass die Stichprobe 18 pflegende Angehörige von Schlaganfall-Betroffenen umfasst.

6.4. Methode

6.4.1. Stichprobengewinnung

Die Probanden wurden auf zweierlei Wegen rekrutiert. Zum einen arbeitete die Autorin eng mit der Abteilung Rehabilitation und Nachsorge der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe zusammen. Diese pflegt intensive Kontakte zu zahlreichen Selbsthilfegruppen in Deutschland und hatte nach Vorstellung des Projekts eingewilligt, die Teilnehmerge Gewinnung aktiv zu unterstützen. Die Studie wurde daraufhin auf zwei Arten beworben: einerseits mithilfe eines Infobriefes (siehe Anhang 1), der per Post an circa 700 Empfänger verschickt wurde und andererseits durch ein elektronisches Rundschreiben, welches an circa 220 Empfänger versandt wurde. Der jeweils im Infobrief und im Rundschreiben enthaltene Aufruf zur Teilnahme wurde zuvor von der Autorin dieser Arbeit verfasst.

Zum anderen wurde die Rekrutierung durch die neurologische Abteilung eines Akutkrankenhauses unterstützt. Diese verfügt neben einer Stroke-Unit, einer Intensivstation für akute Schlaganfall-Patienten, auch über eine Station für Frührehabilitation von Schlaganfall-Betroffenen. Die Pflegedienstleitung sowie die Stationsleitung stimmten der Bewerbung der Studie auf den genannten Stationen zu und informierten fünf potenzielle Teilnehmer/Innen mithilfe eines von der Autorin erstellten Informationsblattes über die Studie (siehe Anhang 2).

6.4.2. Fragebogenentwicklung und Datensammlung

Der Fragebogen (siehe Anhang 3) besteht aus fünf verschiedenen Modulen: einem soziodemografischen Komplex (SD) mit drei Fragen, einem Block von fünf Kontrollfragen (KF), von denen die ersten drei Fragen die Einschlusskriterien repräsentieren, einer Rubrik, die sich dem Thema Belastung (BL) widmet und diese mithilfe von fünf Fragen zur objektiven Belastung und zwei Fragen zur subjektiven Belastung erhebt, einem Frageblock zur Beziehung (BZ) zwischen den Pflegenden und zu Pflegenden sowie dem Themenkomplex Gesundheitsvorstellungen (GV), welcher zwei Fragen beinhaltet. Bei der jeweiligen Fragenformulierung orientierte sich die Autorin an bereits existierenden Fragebögen, da diese vielfach erprobt sind und das Kriterium der Validität erfüllen. Eine detaillierte Aufschlüsselung, welche Fragen welchen bereits erprobten Fragebögen entnommen wurden, ist ebenfalls im Anhang 3 zu finden.

Es wurden offene und geschlossene Fragetypen verwendet. Der Themenkomplex zur Soziodemografie bestand überwiegend aus geschlossenen Fragen, lediglich Alter und Wochenarbeitszeit wurden offen abgefragt. Die Rubrik der Kontrollfragen war ausschließlich geschlossen formuliert. Bei dem Frageblock zur Belastung wurden sowohl offene als auch geschlossene Fragetypen verwendet. Offene Fragen fanden dabei dort Anwendung, wo Inhalte exploriert werden sollten, wie etwa bei der Analyse der häufigsten Tätigkeiten der pflegenden Angehörigen. Zudem wurde eine vielfach erprobte und valide Itembatterie zur Erhebung der subjektiven Belastung eingesetzt: die Häusliche-Pflege-Skala (HPS) von Elmar Gräßel, welche speziell für die Erfassung der Belastung von häuslich pflegenden Personen konzipiert wurde. Bei der in dieser Studie verwendeten Häuslichen-Pflege-Skala handelt es sich um eine gekürzte Version der ursprünglich 28 Items umfassenden Skala, aus denen die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM, 2005) in Zusammenarbeit mit Gräßel 10 Items abgeleitet hat (siehe Anhang 4). Diese weisen drei Dimensionen auf: Überforderung („Ich habe hin und wieder den Wunsch aus meiner Situation auszubrechen“), körperliche und psychische Kraft („Ich fühle mich oft körperlich erschöpft“) und sozioökonomische Veränderungen („Mein Lebensstandard hat sich durch die Pflege verringert“) (Hasemann et al., 2007). Die subjektive Belastung wird hierbei also indirekt abgefragt. Die Antworten sind likert-skaliert und umfassen vier Antwortmöglichkeiten: stimmt genau, stimmt überwiegend, stimmt ein wenig, stimmt nicht. Parallel zur HPS wurde eine 10-stufige Skala zur Messung der subjektiven Belastung verwendet, mithilfe derer die Teilnehmer/Innen ihre aktuelle Belastung direkt benennen konnten. Der Wert 0 entsprach dabei keiner Belastung, der Wert 10 entsprach maximaler Belastung.

Die Frage nach der Beziehung war geschlossen formuliert, es waren insgesamt 8 Antwortmöglichkeiten angeboten, von denen jedoch nur eine ausgewählt werden konnte.

Der Themenkomplex der subjektiven Gesundheitsvorstellungen beinhaltete zum einen die offen formulierte Frage nach der persönlichen Bedeutung von Gesundheit. Zum anderen wurde der „Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit“ (KKG) von Lohaus und Schmitt (1989) verwendet, um zu untersuchen, welche Vorstellungen die Probanden hinsichtlich der Einflussfaktoren auf ihre Gesundheit haben. Dieser umfasst drei Subskalen, die

jeweils sieben Items beinhalten: Internalität (KKG-I), soziale Externalität (KKG-P) und fatalistische Externalität (KKG-C). Während die Internalität die Überzeugung der Befragten widerspiegelt, inwieweit sie ihre Gesundheit und Krankheitsereignisse selbst beeinflussen können, beschreibt die soziale Externalität, inwiefern das Handeln anderer Personen ihre eigene Gesundheit bestimmt. Fatalistische Externalität wiederum bildet ab, ob die Probanden glauben, dass ihre eigene Gesundheit von Zufall, Glück oder Schicksal abhängt. Die Antworten sind sechsstufig skaliert und jeder Antwortstufe ist ein Zahlenwert zugeordnet: trifft sehr zu (Zahlenwert 1), trifft zu (Zahlenwert 2), trifft etwas zu (Zahlenwert 3), trifft eher nicht zu (Zahlenwert 4), trifft nicht zu (Zahlenwert 5) und trifft gar nicht zu (Zahlenwert 6) (Lohaus & Schmitt, 1989).

Der Fragebogen wurde zunächst als handschriftlich auszufüllendes Erhebungsinstrument konzipiert und in diesem Format einem Pretest unterzogen. Dazu wurde der Bogen von fünf Probanden ausgefüllt, die gebeten wurden, alle eventuell auftretenden Unklarheiten oder sonstige Anmerkungen schriftlich auf dem Bogen festzuhalten. Nach diesem ersten Pretest erfolgte eine Überarbeitung des Fragebogens. Anschließend wurde dieser mithilfe des Erhebungsprogramms SoSciSurvey in einen Online-Fragebogen transferiert. Dieses Erhebungsprogramm wurde von der Universität München eigens für Online-Befragungen konzipiert. Nachdem der Fragebogen vollständig im SoSciSurvey vorlag, wurde ein erneuter Pretest durch drei andere Probanden durchgeführt. Hierbei ging es vor allem um die Funktionsfähigkeit und Bedienungsfreundlichkeit des Fragebogens. Nach einigen Anpassungen im Layout sowie in den Dropdown-Menüs erfolgte ein letzter Pretest. Der Fragebogen war fertiggestellt und wurde am 9. Juni für die Teilnehmer/Innen freigegeben.

Den Link zum Fragebogen (<https://www.soscisurvey.de/GesundheitspflegendeAngehoerige/>) erhielten die potenziellen Probanden entweder in gedruckter Form durch den Infobrief der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe respektive durch das Informationsblatt des genannten Akutklinikums. Dieser Weg erforderte die manuelle Eingabe des Links in die Adresszeile des Browsers durch die Probanden. Oder sie erhielten den Link in digitaler Form im Rahmen eines Rundschreibens per E-Mail. Hier konnten die Teilnehmer/Innen den Link direkt aus der E-Mail heraus öffnen. In beiden Fällen war für den Zugang zum Fragebogen die Eingabe eines Passwortes notwendig, welches den Interessenten zuvor im Infobrief respektive Informationsblatt und in der E-Mail mitgeteilt wurde.

Gemäß den ethischen Grundprinzipien von wissenschaftlichen Studien wurden die Probanden vor Beginn der Datenerhebung schriftlich über die Absicht der Studie sowie die Freiwilligkeit der Teilnahme aufgeklärt. Dies erfolgte bereits bei der Stichprobengewinnung und nochmals zu Beginn des Fragebogens (siehe Anhang 3). Zudem wurden die Probanden darüber informiert, dass sie die Autorin jederzeit per E-Mail kontaktieren können um beispielsweise Fragen und Anregungen mitzuteilen oder Auskünfte zu den Studienergebnissen zu erhalten.

6.4.3. Datenauswertung

6.4.3.1. *Quantitative Datenanalyse*

In einem ersten Schritt erfolgte eine deskriptive Analyse zur Darstellung der Stichprobe. Dazu wurden absolute Häufigkeiten, Mittelwerte und gegebenenfalls weitere Maße der zentralen Tendenz beziehungsweise Streuungsmaße in SPSS Version 21 berechnet. Diese wurden dann in Form von Tabellen und/oder Diagrammen grafisch aufbereitet, welche mithilfe von Microsoft Excel erstellt wurden. Um diese Vorgehensweise bei der Häuslichen-Pflege-Skala anwenden zu können, wurden den Antwortkategorien Zahlenwerte zugeordnet, die von den Entwicklern des Fragebogens vorgegeben sind: „stimmt genau“ erhält den Zahlenwert 3, „stimmt überwiegend“ den Wert 2, „stimmt ein wenig“ den Wert 1 und „stimmt nicht“ den Wert 0. Anschließend wurden alle Werte eines jeden Falles summiert, sodass nun Werte zwischen 0 im Minimum und 30 im Maximum erreicht werden können. Die jeweilige Summe wird dann nach folgendem Schema interpretiert: Werte von 0 bis 9 entsprechen einer niedrigen Belastung durch die häusliche Pflege, Werte von 10 bis 20 einer mittleren und Werte von 21 bis 30 einer hohen Belastung.

Bei der direkten Erhebung der subjektiven Belastung durch die Skala von 0 bis 10 wurden die Zahlenwerte kategorisiert, um sie zu beschreiben: der Zahlenwert 0 entspricht keiner Belastung, Werte von 1 bis 3 stellen eine niedrige Belastung dar, Werte von 4 bis 6 kennzeichnen eine mittlere Belastung, Werte im Bereich von 7 bis 9 repräsentieren eine hohe Belastung und der Wert 10 steht schließlich für Maximalbelastung.

Auch im Fall des Fragebogens zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit waren zunächst einige Zwischenschritte notwendig, um die deskriptive Analyse durchführen zu können. So wurde für jede Subskala nach der Auswertungsanleitung von Lohaus und Schmitt (1989) ein Summenscore gebildet. Diese Rohwerte wurden anschließend umgepolt, indem sie von der Zahl 49 subtrahiert wurden. Dadurch entsprechen nun hohe Werte einer hohen Kontrollüberzeugung und niedrige Werte einer niedrigen Kontrollüberzeugung. Die Werte reichen dabei von minimal 7 bis maximal 42.

In einem zweiten Schritt wurden analytische Statistiken durchgeführt, um mögliche Zusammenhänge nachzuweisen. Dies erfolgte überwiegend mithilfe einer bivariaten Korrelationsanalyse. Waren beide Variablen metrisch, so wurde die Korrelation nach Pearson durchgeführt. War eine Variable metrisch und die andere ordinal skaliert, so wurde die Korrelation nach Spearman angewendet.

6.4.3.2. *Qualitative Datenanalyse*

Für die Auswertung der beiden offenen Fragen nach den pflegerischen Tätigkeiten und dem Gesundheitskonzept wurde die induktive Kategorienbildung nach Mayring gewählt. Hierbei handelt es sich um eine spezielle Form der qualitativen Inhaltsanalyse. Eine qualitative Inhaltsanalyse zielt auf die Auswertung von verschriftlichtem Datenmaterial ab, welches „aus irgendeiner Art von Kommunikation stammt“ (Mayring, 2010, S. 11). Sie zeichnet sich durch ein systematisches Vorgehen aus, das bedeutet, die Textanalyse erfolgt anhand zuvor festgelegter Regeln und einem

inhaltsanalytischen Ablaufmodell. Dies befähigt den/die Anwender/in, schrittweise und unter Berücksichtigung der Gütekriterien Reliabilität und Objektivität ein Kategoriensystem zu erarbeiten. Dies kann auf verschiedenen Wegen und mit verschiedenen Zielen erfolgen. So unterscheidet Mayring zwischen deduktiver und induktiver Kategorienbildung. Während bei einem deduktiven Vorgehen die Kategorien aus vorhandenen Theorien abgeleitet werden, erfolgt die Ableitung der Kategorien bei der induktiven Technik aus den jeweils gewonnenen Daten (Mayring, 2010). Die induktive Kategorienbildung hat somit einen explorativen Charakter, sodass die inhaltsanalytischen Einheiten, welche die Präzision der Analyse erhöhen und aus Kodiereinheit (kleinster auszuwertender Textbestandteil), Kontexteinheit (größter auszuwertender Textbestandteil) und Auswertungseinheit (Reihenfolge der auszuwertenden Textteile) bestehen, im Vergleich zur deduktiven Analyse sehr offen zu halten sind. Das Ziel der induktiven Kategorienbildung ist schließlich, das Datenmaterial zusammenzufassen, sodass die Inhalte zwar abstrahiert sind, aber dennoch die Inhalte des Ausgangsmaterials repräsentieren (ebd.).

Im Folgenden wird das konkrete Vorgehen der Analyse der Gesundheitskonzepte anhand des hier verwendeten Ablaufmodells (siehe Anhang 5) erläutert. Die ersten beiden Schritte „Festlegung des Materials“ und „Analyse der Entstehungssituation“ werden an dieser Stelle nicht noch einmal ausgeführt, da alle relevanten Informationen bereits in den Kapiteln 6.4.1. und 6.4.2. dargestellt wurden.

Formale Charakteristika des Materials

Das Datenmaterial zu der Frage „Was bedeutet für Sie persönlich Gesundheit?“ liegt schriftlich und in von den Teilnehmern selbst verfasster Formulierung vor. Die Formulierungen variieren von Stichwörtern zu ganzen Sätzen, mit und ohne Interpunktion, teilweise strukturiert durch die Verwendung von Absätzen, teilweise unstrukturiert.

Richtung der Analyse

Durch die Textanalyse sollen Aussagen über die Gesundheitskonzepte von pflegenden Angehörigen gemacht werden.

Theoriegeleitete Differenzierung der Fragestellung

Das Material enthält Aussagen von 18 pflegenden Angehörigen über ihr subjektives Verständnis von Gesundheit. Die bisherige Literatur über subjektive Gesundheitskonzepte sagt aus, dass Gesundheit von Laien überwiegend positiv und mehrdimensional definiert wird. Es soll nun erforscht werden, ob dies auch auf pflegende Angehörige zutrifft. Zudem soll analysiert werden, welche Dimensionen und inhaltlichen Kategorien in den Gesundheitskonzepten von pflegenden Angehörigen vorhanden sind. Weiterhin soll die Häufigkeit von positiven und negativen Gesundheitskonzepten untersucht werden. Daraus ergibt sich folgende Fragestellung:

Wie definieren pflegende Angehörige von Schlaganfall-Betroffenen Gesundheit? (vgl. Tabelle 2)

- a) H_0 = Sie haben ein eindimensionales Gesundheitsverständnis.
 H_1 = Sie haben ein mehrdimensionales (mindestens 2 Dimensionen) Gesundheitsverständnis.
- b) H_0 = Sie haben überwiegend ein negatives Gesundheitsverständnis.
 H_1 = Sie haben überwiegend ein positives Gesundheitsverständnis.
- c) H_0 = Sie haben keine verschiedenen inhaltlichen Vorstellungen von Gesundheit.
 H_1 = Sie haben verschiedene inhaltliche Vorstellungen von Gesundheit.

Bestimmung der Analysetechnik

Ziel der Analyse ist es, dass Material explorativ zu untersuchen und so zusammenzufassen, dass durch Abstraktion ein Überblick über die inhaltlichen Kategorien und Ausrichtung (positiv oder negativ) der Gesundheitskonzepte gegeben werden kann, welcher das Ausgangsmaterial abbildet. Entsprechend wird die Technik der induktiven Kategorienbildung angewandt.

Festlegung der inhaltsanalytischen Einheiten

Die Analyseeinheiten wurden wie folgt festgelegt: Als Kodiereinheit (Minimum) gilt jede Aussage über Gesundheit; als Kontexteinheit (Maximum) wird sämtliches unter der Frage „Was bedeutet für Sie persönlich Gesundheit?“ gegebene Material des jeweiligen Falles definiert; als Auswertungseinheit gilt das gesamte Material aller Fälle unter der Frage „Was bedeutet für Sie persönlich Gesundheit?“, welche chronologisch nach Nummerierung der Fälle durchgearbeitet werden sollen.

Interpretationsregeln

Die Reduzierung des Ausgangsmaterials erfolgt anhand von vier Schritten: Paraphrasierung, Generalisierung, erste Reduktion, zweite Reduktion. Den jeweiligen Schritten sind Interpretationsregeln zugeordnet, die nachfolgend beschrieben werden.

Phase (P) 1: Paraphrasierung

- P1.1: Streiche alle nicht (oder wenig) inhaltstragenden Textbestandteile wie ausschmückende, wiederholende, verdeutlichende Wendungen.
- P1.2: Übersetze die inhaltstragenden Textstellen auf eine einheitliche Sprachebene.
- P3.2 Transformiere Sie auf eine grammatikalische Kurzform.

Phase 2: Generalisierung

- P2.1: Generalisiere die Gegenstände der Paraphrasen auf die definierte Abstraktionsebene, sodass die alten Gegenstände in den neu formulierten impliziert sind.
- P2.2: Weise jeder Nennung eine eigene Zeile zu.

Phase 3: Erste Reduktion

- P3.1: Streiche bedeutungsgleiche Paraphrasen innerhalb der einzelnen Fälle.
- P3.2: Streiche wiederholende Paraphrasen innerhalb aller Fälle.

Phase 4: Zweite Reduktion

P4.1: Fasse Paraphrasen mit ähnlichen Gegenstand und ähnlicher Aussage zu einer Paraphrase (Bündelung) zusammen.

P4.2: Streiche wiederholende Paraphrasen.

Die konkrete Durchführung der einzelnen Schritte am Datenmaterial kann der beigefügten CD-ROM entnommen werden.

Kategoriendefinition und Abstraktionsniveau

Da zum einen die inhaltlichen Kategorien der Gesundheitskonzepte exploriert und zum anderen die Ausrichtung der Gesundheitskonzepte (positiv oder negativ) bestimmt werden sollen, wurden zwei Kategoriendefinitionen festgelegt. Die erste umfasst die inhaltlichen Kategorien von Gesundheit, die zweite positive und negative Begriffsbestimmungen. Das Abstraktionsniveau stellt in beiden Fällen eine konkret beschreibbare Dimension dar.

Zusammenstellung der neuen Kategorien

Die neuen Kategorien werden übersichtlich zusammengestellt.

Rücküberprüfung am Ausgangsmaterial

Anhand des Ausgangsmaterials wird überprüft, ob die neu zusammengestellten Kategorien die ursprünglichen Aussagen repräsentieren.

Positiv und negativ gerichtete Kategorien

Im Anschluss werden die Kategorien in positiv und negativ gerichtete Kategorien unterteilt.

Ergänzung der Ausprägungen

In einem letzten Schritt werden dann die einzelnen Kategorien durch die jeweiligen Ausprägungen ergänzt.

6.5. Ergebnisse

6.5.1. Studienpopulation

Die Pflegenden sind durchschnittlich 60 Jahre alt, die Geschlechterverteilung ist zu gleichen Teilen weiblich und männlich. Etwa 39% der Pflegenden sind berufstätig, davon circa 33% in Vollzeit. Bei rund 78% sind die pflegenden Angehörigen Ehegatte oder Lebensgefährte der zu pflegenden Person, gefolgt von circa 17% die Sohn oder Tochter der/des zu Pflegenden sind (siehe Tabelle 3).

Profil der Pflegenden

Variable	Ausprägung	n (n=18)	Prozent
Alter	bis 50 Jahre	2	11,1
	Mittelwert: 59,9 Jahre Range: 38 bis 69 Jahre	51 bis 60 Jahre	6 33,3
	61 bis 70 Jahre	10 55,6	
Geschlecht	Weiblich	9	50
	Männlich	9	50
Berufstätigkeit	Erwerbstätig	7	38,9
	Mittelwert: 34,8 Stunden Range: 20 bis 41 Stunden	Teilzeit (bis 20 Wochenstunden)	1 5,6
	Vollzeit (21 Wochenstunden oder mehr)	6	33,3
	Nicht Erwerbstätig	11	61,1
Beziehung zur pflegebedürftigen Person	Ehegatte oder Lebensgefährtin	14	77,8
	Sohn oder Tochter	3	16,7
	Anderer Verwandter	1	5,6

Tabelle 3 Merkmale der pflegenden Angehörigen

Als Ursache für den Schlaganfall der pflegebedürftigen Person wurde mehrheitlich ein Hirninfarkt angegeben (53% der Fälle). Das Schlaganfallereignis lag in etwa 39% der Fälle vor dem Jahr 2004, weitere 39% ereigneten sich zwischen den Jahren 2005 bis 2009. Rund 22% der Fälle erlitten den Schlaganfall in den Jahren 2010 bis 2014 (siehe Tabelle 4).

Profil der zu Pflegenden

Variable	Ausprägung	n (n=18)	Prozent
Zeitpunkt Schlaganfall (n = 18)	bis 2004	7	38,9
	2005-2009	7	38,9
	2010-2014	4	22,2
Art des Schlaganfalls (n =17)	Hirninfarkt	9	52,9
	Hirnblutung	7	41,2
	Unbekannt	1	5,9

Tabelle 4 Merkmale der zu Pflegenden

6.5.2. Pflegebelastungen

6.5.2.1. Objektive Pflegebelastungen

Die objektive Pflegebelastung wurde durch die folgenden fünf Variablen abgeprüft: Pflegestufe (Welche Pflegestufe hat die pflegebedürftige Person?), Pflegehäufigkeit (Wie oft versorgen Sie die pflegebedürftige Person?), Pflegestunden (Wie viele Stunden verwenden Sie an einem typischen Tag ungefähr auf die Versorgung der pflegebedürftigen Person?), Pflegezeit (Seit wann versorgen

Sie die pflegebedürftige Person im privaten Haushalt? Angabe in Monaten) und Pflegeaufgaben (Wenn Sie an die Tätigkeiten denken, bei denen die pflegebedürftige Person Schwierigkeiten hat - was sind die drei häufigsten Tätigkeiten bei denen Sie die pflegebedürftige Person unterstützen und/oder versorgen?). Tabelle 5 zeigt die Ergebnisse der vier erstgenannten Variablen. 83,3% der zu Pflegenden sind in einer Pflegestufe eingruppiert. 88,9% der pflegenden Angehörigen versorgen die pflegebedürftige Person mehrmals am Tag. Die Versorgung benötigt im Mittel 4,8 Stunden pro Tag. Die Pflegezeit variiert von 1 bis 228 Monaten respektive 19 Jahre. Der Mittelwert beträgt 100,4 Monate. Aufgrund einer hohen Standardabweichung wurde auch der Median berechnet, dieser beträgt 83,5 Monate. Insgesamt versorgen 72,2% der pflegenden Angehörigen die zu pflegenden Personen seit mehr als 5 Jahren.

Objektive Pflegebelastung

Variable	Ausprägung	n (n=18)	Prozent
Pflegestufe	Pflegestufe 1	8	44,4
	Pflegestufe 2	5	27,8
	Pflegestufe 3	2	11,1
	Keine Pflegestufe	3	16,7
Pflegehäufigkeit	mehrmals am Tag	16	88,9
	einmal täglich	2	11,1
Pflegestunden Mittelwert: 4,8 Stunden Range: 1 bis 14 Stunden	bis 2 Stunden	5	27,8
	3 bis 4 Stunden	6	33,3
	5 bis 10 Stunden	5	27,8
	über 11 Stunden	2	11,1
Pflegezeit Mittelwert: 100,4 Monate Median: 83,5 Monate Range: 1 bis 228 Monate	bis 12 Monate	2	11,1
	bis 5 Jahre	3	16,7
	bis 10 Jahre	7	38,9
	bis 15 Jahre	2	11,1
	über 15 Jahre	4	22,2

Tabelle 5 Objektive Pflegebelastungen

In Abbildung 6 sind die von den Befragten angegebenen Pflegeaufgaben grafisch dargestellt. Von insgesamt 52 Nennungen entfielen 34 (65,4%) auf den Bereich der Grundpflege respektive der ADLs. Davon wurde die Körperpflege mit 12 Nennungen am häufigsten angeführt. Hierzu zählen folgende Tätigkeiten: Waschen, duschen, baden, Haare kämen und Zopf binden. Unterstützungsleistungen beim Bewegen wurden neunmal genannt. Unter diese Kategorie fallen Gehen, Laufen, Transfers vom Liegen ins Sitzen und umgekehrt, Transfers in den Rollstuhl und aus dem Rollstuhl sowie Lagewechsel im Bett. Ebenfalls neunmal wurden Ausprägungen der Kategorie Sich Kleiden genannt. Hierzu zählen anziehen, ausziehen, Schuhe binden und Orthese

anziehen. Toilettengang und Für Sicherheit sorgen wurden je zweimal benannt. Für Sicherheit sorgen beinhaltet Orientierungshilfen und die Unterstützung des Gedächtnisses.

21,2% (11 Nennungen) entfielen auf den Bereich der Haushaltsführung. Diese Kategorie gliedert sich in zwei Teilbereiche, die Sicherstellung der Ernährung und der Haushalt im Allgemeinen. Zu ersterem zählen sowohl das Einkaufen von Lebensmitteln sowie das Kochen und andere Zubereitungsschritte. Unter allgemeinem Haushalt werden alle weiteren Tätigkeiten der Haushaltsführung, wie beispielsweise Wäsche waschen, zusammengefasst.

Weitere fünf Nennungen (9,6%) beziehen sich auf die Teilhabe am sozialen Leben. Der Teilbereich der Kommunikation beinhaltet dabei Tätigkeiten wie die Übernahme der schriftlichen Kommunikation und Übersetzungsleistungen bei Sprach- und Sprechstörungen.

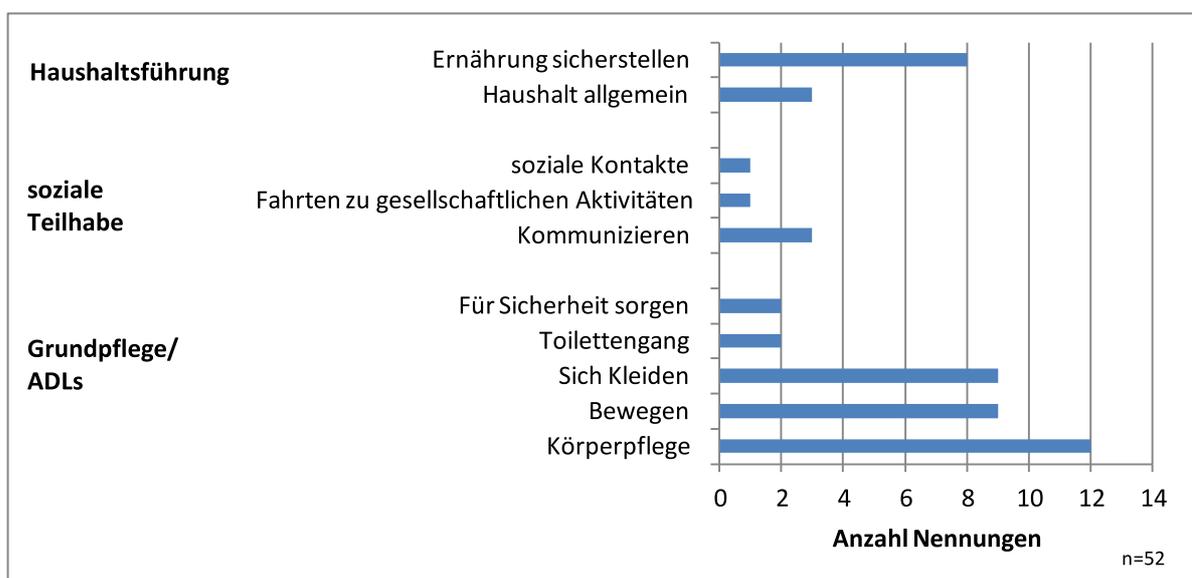


Abbildung 6 Pflegeaufgaben

6.5.2.2. Subjektive Pflegebelastungen

Die Auswertung der Häuslichen-Pflege-Skala kam zu dem Ergebnis, dass sich 72,2% der Teilnehmer/Innen im mittleren bis hohen Belastungsniveau einordnen, davon liegt der Hauptteil mit 44,4 % im Bereich der mittleren Belastung. Die Analyse der 10-stufigen Belastungsskala ergab, dass sich 77,7% der Befragten im Bereich der mittleren bis hohen Belastung einordnen, davon geben 44,4% eine hohe Belastung an (siehe Tabelle 6).

Subjektive Pflegebelastung

Variable	Ausprägung	n	Prozent
HPS (n = 16)	niedrige Belastung	3	16,7
	mittlere Belastung	8	44,4
	hohe Belastung	5	27,8
Belastungsskala (n = 18)	niedrige Belastung	3	16,7
	mittlere Belastung	6	33,3
	hohe Belastung	8	44,4
	maximale Belastung	1	5,6

Tabelle 6 Subjektive Pflegebelastung

In einem Vergleich beider Skalen zeigt sich, dass die Ergebnisse einander überwiegend entsprechen (siehe Anhang 6).

Subjektive Belastungen und Pflegezeit

In einem weiteren Analyse-Schritt wurde untersucht, ob es einen positiven Zusammenhang zwischen der subjektiven Belastung und der Pflegezeit (H_1) gibt. Dazu wurden zunächst die metrischen Daten der Pflegezeit in Monaten mit den metrischen Daten aus der Belastungsskala (Punktwert 0–10; 0 entspricht keiner Belastung, 10 entspricht maximaler Belastung) mithilfe der Korrelation nach Pearson getestet (siehe Anhang 7). Das Ergebnis ist $r = -0,049$. Anschließend erfolgte die Überprüfung der metrischen Daten der Pflegezeit mit den metrischen Daten der Häuslichen-Pflege-Skala (Punktwert 0–30) nach Pearson mit dem Ergebnis $r = 0,073$ (siehe Anhang 7). Daraufhin wurden die ordinalen Daten der jeweiligen Skalen mit den metrischen Daten der Pflegezeit nach Spearman analysiert. Die Analyse der ordinalen Daten der Belastungsskala mit den metrischen Daten der Pflegezeit ergab $r = -0,127$ (siehe Anhang 8). Die Analyse der ordinalen Daten der HPS ergab $r = 0,018$ (siehe Anhang 8). Bei der Korrelation nach Pearson konnte in beiden Fällen kein Zusammenhang nachgewiesen werden. Bei der Korrelation nach Spearman konnte zwischen der HPS und der Pflegezeit ebenfalls kein Zusammenhang festgestellt werden; bei der Belastungsskala und der Pflegezeit fand sich ein geringer negativer Zusammenhang, der nicht signifikant ist. Demnach muss H_1 verworfen werden, H_0 wird angenommen.

Subjektive Belastungen und pflegerische Tätigkeiten

Ein beschreibender Vergleich von subjektiver Belastung und Pflegetätigkeit zeigt, dass Personen mit niedriger Belastung überwiegend Aufgaben aus einem Tätigkeitsfeld, nämlich der Grundpflege wahrnehmen. Konkret handelt es sich hierbei um Tätigkeiten in den Bereichen Körperpflege, Bewegen und Kleiden. Im Vergleich dazu üben Personen mit mittlerer und hoher Belastung eher Aufgaben aus verschiedenen Tätigkeitsfeldern, also Grundpflege, Haushaltsführung und sozialer Teilhabe aus (siehe Anhang 9).

6.5.3. Subjektive Gesundheitskonzepte

Mithilfe der in Kapitel 6.4.3.2. beschriebenen Vorgehensweise der induktiven Kategorienbildung nach Mayring (2010) konnten neun verschiedene inhaltliche Kategorien von Gesundheit identifiziert werden, wovon sieben positiv und zwei negativ ausgerichtet sind. Als positive Kategorien fanden sich Gesundheit als Wohlbefinden, als Grundlage, als Teilhabe am sozialen Leben, als Wertaussage, als Lebenseinstellung, als Leistungsfähigkeit und als Unabhängigkeit. Negativ ausgerichtet sind hingegen die beiden Kategorien Gesundheit als geringes Beschwerdemaß und Gesundheit als Störungsfreiheit. Tabelle 7 fasst die Kategorien inklusive ihrer Ausrichtungen und Ausprägungen respektive Vorstellungen übersichtlich zusammen.

Bei der Betrachtung der einzelnen Ausprägungen der neun Kategorien waren von 57 Ausprägungen 45 positiv und 12 negativ ausgerichtet. Darüber hinaus haben von 18 Befragten 11 Personen ausschließlich positiv ausgerichtete Ausprägungen angegeben, eine Person ausschließlich negativ gerichtete und sechs beidseitig gerichtete Gesundheitsvorstellungen.

Es zeigt sich zudem, dass die Probanden ein mehrdimensionales Gesundheitsverständnis haben, welches sich überwiegend durch physische und psychische Aspekte auszeichnet. Die soziale Ebene wird ebenfalls angeführt, kommt in den Nennungen jedoch seltener vor als die physische und psychische Ebene.

Inhaltliche Kategorien von Gesundheit

Nr. Ausrichtung Inhaltliche Kategorien und ihre Ausprägungen

K1	positiv	Gesundheit als Wohlbefinden Zufriedenheit Ausgeglichenheit von Körper, Geist und Seele Entspannung Freizeit Elan Lebenslust Glück Schlaf Körperliches Wohlbefinden Seelisches Wohlbefinden
K2	positiv	Gesundheit als Grundlage für Rollenerfüllung der Pflegeaufgaben der täglichen Arbeit für Handeln für Zufriedenheit für Freizeit
K3	positiv	Gesundheit als Teilhabe am sozialen Leben Freunde
K4	positiv	Gesundheit als Wertaussage Lebensqualität Erfolg Höchstes Gut
K5	positiv	Gesundheit als Lebenseinstellung
K6	positiv	Gesundheit als Leistungsfähigkeit Fitness Kreativität geistige Leitungsfähigkeit
K7	positiv	Gesundheit als Unabhängigkeit Freiheit Unabhängigkeit Selbständigkeit Mobilität Selbstbestimmung

Inhaltliche Kategorien von Gesundheit (Fortsetzung)

Nr.	Ausrichtung	Inhaltliche Kategorien und ihre Ausprägungen
K8	negativ	Gesundheit als geringes Beschwerdemaß Reduktion Schmerzen Reduktion Belastungen
K9	negativ	Gesundheit als Störungsfreiheit Abwesenheit von Krankheit Schmerzfreiheit körperlich seelisch Angstfreiheit Freisein von Medikamenteneinnahme normaler Bewegungsablauf

Tabelle 7 Inhaltliche Kategorien von Gesundheit und deren Ausrichtung

Subjektive Gesundheitskonzepte und subjektive Belastung

Eine Gegenüberstellung der inhaltlichen Gesundheitskategorien und der subjektiven Belastung kam zu keinem Ergebnis hinsichtlich des vermuteten Zusammenhangs (siehe Anhang 10).

6.5.4. Subjektive Kontrollüberzeugungen

Die Auswertung des KKG-Fragebogens ergab hohe Werte bei der fatalistischen Externalität: Von dem maximal erreichbaren Punktwert von 42 wurden im Mittel 30,5 Punkte erzielt. Die soziale Externalität folgt mit einem Mittelwert von 25,6. Der Mittelwert bei der Internalität beträgt schließlich 22,4 (siehe Tabelle 8).

Verteilung der Kontrollüberzeugungen in der Stichprobe

	Internalität (KKG-I)	Soziale Externalität (KKG-P)	Fatalistische Externalität (KKG-C)
N			
Gültig	18	18	18
Fehlend	0	0	0
Mittelwert	22,44	25,61	30,50
Median	22,00	26,00	29,50
Standardabweichung	4,409	4,865	5,813
Spannweite	21	16	21
Minimum	11	17	21
Maximum	32	33	42

Tabelle 8 Verteilung der Kontrollüberzeugungen

Abbildung 7 veranschaulicht, dass keine nennenswerten Unterschiede zwischen den Geschlechtern vorliegen.

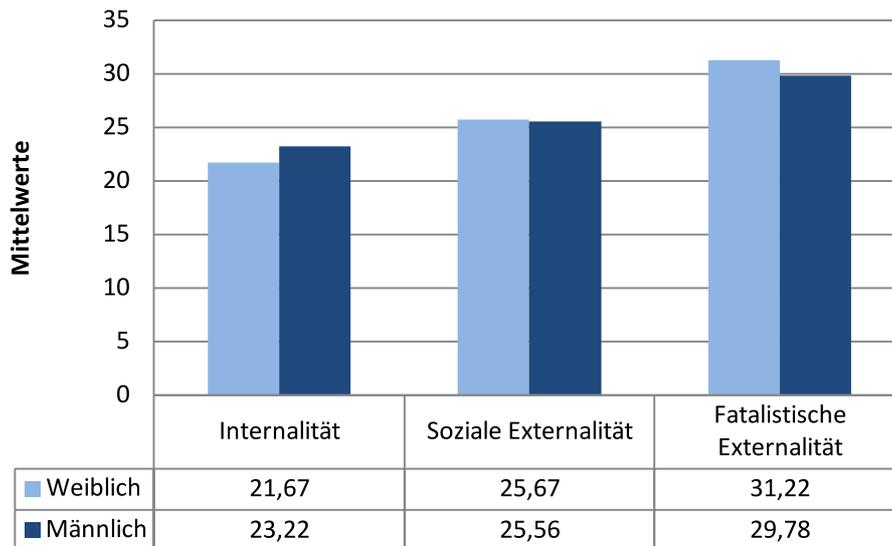


Abbildung 7 Vergleich der Kontrollüberzeugungen nach Geschlecht

Abbildung 8 vergleicht die Mittelwerte dieser Stichprobe (n=18) mit den Mittelwerten der Normierungsstichprobe (n=48) von Lohaus und Schmitt (1989). Hierbei zeigt sich, dass die Werte der sozialen und fatalistischen Externalität in der Stichprobe der pflegenden Angehörigen über den Werten der Normierungsstichprobe liegen. Demgegenüber liegt der gemittelte Internalitätswert der Angehörigenstichprobe unter dem Wert der Normierungsstichprobe.

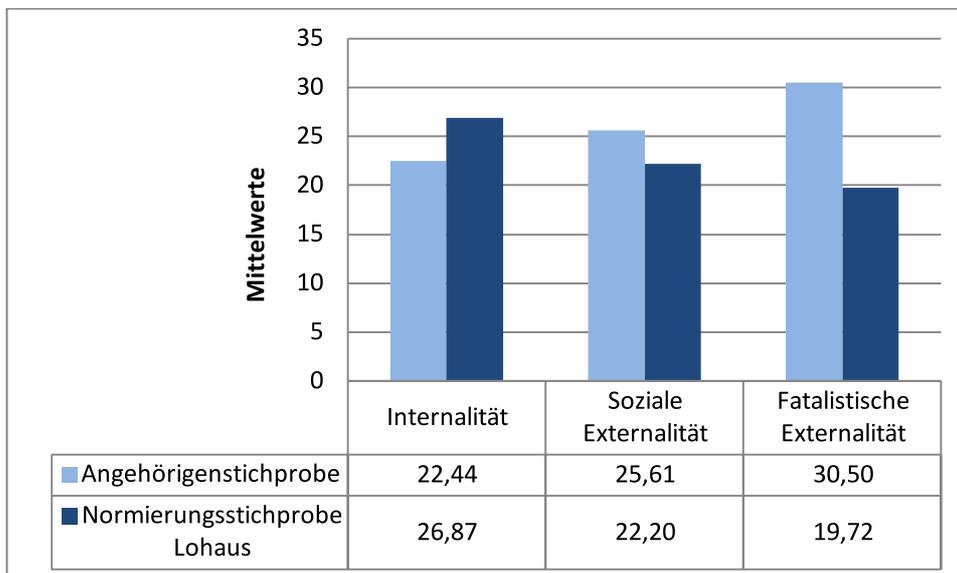


Abbildung 8 Vergleich der Kontrollüberzeugungen mit der Normierungsstichprobe von Lohaus und Schmitt

6.6. Diskussion

Eine vollständige Betrachtung der Methode, der Ergebnisse und der Limitationen sowie eine lückenlose kritische Auseinandersetzung mit diesen sind aufgrund des begrenzten Umfangs der vorliegenden Arbeit nicht möglich. Dennoch versucht die Autorin, nachfolgend eine möglichst ganzheitliche, wenn auch vergleichsweise kurz gefasste Diskussion darzulegen.

Die Ergebnisse der deskriptiven Datenanalyse im Hinblick auf die Merkmale der Studienteilnehmer/innen entsprechen überwiegend denen vorausgegangener Studien. So

entspricht das Durchschnittsalter der Pflegenden dieser Kohorte den Ergebnissen der in Kapitel 5.3. angeführten Untersuchungen. Die Studie konnte zudem bestätigen, dass überwiegend (Ehe-)Partner oder Kinder der zu pflegenden Person die Pflege übernehmen. Im Hinblick auf die Geschlechterverteilung unterscheiden sich die Ergebnisse jedoch. Während vorherige Forschungen ergaben, dass die Pflege mehrheitlich von Frauen übernommen wird, zeigt diese Studie eine gleichmäßige Geschlechterverteilung. Dieses Ergebnis könnte einerseits zufallsbedingt sein, da die Studie aufgrund ihrer Stichprobengröße nicht repräsentativ ist und obendrein 26 Fälle von der Studiauswertung ausgeschlossen wurden. Andererseits sind tatsächliche Verschiebungen in der Geschlechterverteilung durchaus denkbar, wenn beispielsweise die relativ neuen gesetzlichen Anreize zur häuslichen Pflege von Angehörigen bedacht werden (vgl. Kapitel 4.2.2.), welche für Männer gleichermaßen attraktiv erscheinen mögen wie für Frauen. Auch der gesellschaftliche Wandel der Rollenverteilungen von Frauen und Männern könnte eine Zunahme von männlichen Pflegenden bedingen.

Das Profil der zu Pflegenden entspricht ebenfalls dem bisherigen Kenntnisstand. So traten in dieser Studie mehr ischämische als hämorrhagische Schlaganfälle auf. Desweiteren untermauert der Zeitpunkt des Schlaganfallereignisses, dass es sich um eine Erkrankung mit langfristigen Folgen handelt.

Die Betrachtung der objektiven Pflegebelastungen offenbart, dass die Eingruppierung in die Pflegestufen im Hinblick auf den gesetzlich je Pflegestufe festgelegten Zeitaufwand und die tatsächlich geleisteten Pflegestunden pro Tag in erheblichem Maße divergieren. So verwenden die Pflegenden mehrheitlich (13 Fälle) über 3 Stunden an einem typischen Tag auf die Versorgung der/des zu Pflegenden. Dies würde prinzipiell Pflegestufe 2 oder, ab fünf Stunden täglichem Zeitaufwand, Pflegestufe 3 entsprechen, jedoch sind nur sieben Fälle in diesen beiden Pflegestufen eingruppiert. Dagegen sind acht Fälle der Pflegestufe 1 zugeordnet und drei Personen haben gar keine Pflegestufe. Allerdings können die hier erhobenen Pflegestunden nur bedingt mit dem von den einzelnen Pflegestufen geforderten täglichen Zeitaufwand verglichen werden. Dies liegt in dem Umstand begründet, dass der Gesetzgeber den Zeitaufwand nach der Art der Tätigkeit differenziert, sodass ein bestimmter Zeitanteil der Gesamtzeit pro Tag für die Grundpflege aufzuwenden ist. In der Studie wurde jedoch nicht erhoben, wie viel Zeit für welche Tätigkeit benötigt wird, sondern es wurde nach dem generellen Zeitaufwand für die Versorgung der pflegebedürftigen Person gefragt. Hieraus ergibt sich eine weitere Schwierigkeit hinsichtlich eines Vergleichs: Die Verfasserin dieser Arbeit hat im Fragebogen offen gelassen, was mit der Bezeichnung „Versorgung“ der pflegebedürftigen Person gemeint ist, sodass die pflegenden Angehörigen wahrscheinlich den Zeitaufwand aller Tätigkeiten, die die zu pflegenden Personen in irgendeiner Art unterstützen, summiert haben. Desweiteren muss berücksichtigt werden, dass die Befragten die Pflegestunden möglicherweise unterschiedlich berechnet haben, da sie ein ungleiches Verständnis von dem Begriff Versorgung haben. Obgleich dieser Unschärfe zeigt sich aus der Gegenüberstellung der beiden Variablen dennoch deutlich die Notwendigkeit eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sowie eines neustrukturierten Systems zu Erfassung der

Pflegebedürftigkeit. Diesem Bedarf wird jedoch aktuell, wie in Kapitel 4.1.1. geschildert, Rechnung getragen.

Als weiteres Ergebnis der objektiven Pflegebelastung bestätigt die ermittelte Pflegezeit den bereits im Profil der zu Pflegenden angedeuteten langfristigen Hilfebedarf. Die Dauer der Pflegesituation wiederum stellt einen wichtigen Prädiktor für die subjektive Belastung dar (vgl. Kapitel 5.3.). Die Autorin hatte in der Folge die Hypothese aufgestellt, dass es einen positiven Zusammenhang gibt, das heißt, dass die subjektive Belastung mit Zunahme der Pflegedauer steigt. Allerdings konnten im Rahmen dieser Studie keine beziehungsweise keine signifikanten Zusammenhänge nachgewiesen werden. Auch konnte kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen den pflegerischen Tätigkeiten und der subjektiven Belastung aufgezeigt werden. Jedoch zeigt die deskriptive Analyse die Tendenz auf, dass die Pflegenden eher eine mittlere bis hohe Belastung empfinden, wenn sie vielfältige Tätigkeiten aus verschiedenen Aufgabengebieten ausüben. Weitere Prädiktoren, wie die in Kapitel 5.3. angeführten, wurden im Rahmen dieser Arbeit nicht untersucht. Wenngleich die genauen Ursachen für den Grad des subjektiven Belastungsempfindens unbekannt sind, so sind die ermittelten Werte dennoch alarmierend: Nach den Ergebnissen der Häuslichen Pflege-Skala und der 10-stufigen Belastungsskala fühlen sich die pflegenden Angehörigen mehrheitlich belastet, davon sind 27,8% nach HPS und 44,4% nach der Belastungsskala einem hohen Belastungsniveau zuzuordnen. Dabei entspricht der Wert der HPS in etwa den Ergebnissen der niederländischen Studie (vgl. Kapitel 5.3.), das Ergebnis der Belastungsskala übertrifft diese sogar.

Die explorative Analyse der subjektiven Gesundheitskonzepte zeigt, dass die pflegenden Angehörigen ein mehrdimensionales und überwiegend positiv ausgerichtetes Gesundheitsverständnis haben. Dieses Ergebnis deckt sich mit den Studien von Faltermaier. Interessant ist dabei die Anzahl der schlussendlich entwickelten Kategorien sowie deren Ausprägungen. Während Göckenjan drei und Faltermaier fünf übergeordnete Gesundheitskonzepte formuliert hat (vgl. Kapitel 2.4. und 3.1.2.) konnte die Autorin die subjektiven Gesundheitskonzepte zunächst nur auf neun Kategorien reduzieren. Diese deuten auf ein differenziertes Gesundheitsverständnis mit entsprechend zugrundeliegender Laienkompetenz hin. Eine weitere Reduktion der Kategorien war der Autorin bis zum Abschluss dieser Arbeit aufgrund fehlender Erfahrungen beispielsweise in der Anwendung der qualitativen Inhaltsanalyse nicht möglich und erschien zudem nicht zielführend.

Besondere Aufmerksamkeit muss den Ergebnissen des KKG-Fragebogens gewidmet werden, dessen Ergebnisse überraschen. Die Autorin war von der These ausgegangen, dass die Probanden einen hohen Internalitätswert aufweisen und demnach glauben, ihre Gesundheit aktiv selbst beeinflussen zu können. Ergänzend hatte die Verfasserin dieser Arbeit angenommen, dass der Wert der fatalistischen Externalität am niedrigsten ausfallen würde, die Probanden also eher nicht glauben, dass ihre Gesundheit von unbeeinflussbaren Faktoren wie Schicksal, Zufall oder Glück abhängen. Das Ergebnis zeigt jedoch, dass sich die Autorin in beiden Vermutungen geirrt hat. So überwiegt der Wert der fatalistischen Externalität den Internalitätswert unabhängig vom

Geschlecht deutlich. Dies scheint ein untypisches Resultat zu sein, da die Normierungsstichprobe von Lohaus und Schmitt die Thesen der Autorin untermauern. Dies wirft die Frage auf, warum die pflegenden Angehörigen eher zu glauben scheinen, dass ihre Gesundheit schicksalsbedingt, also nicht beeinflussbar ist, als dass sie glauben, ihre Gesundheit selbst kontrollieren zu können. Eine mögliche These wäre die Auseinandersetzung der Pflegenden mit der Krankheit der Angehörigen, also dem Erleben des Schlaganfalls und seiner Folgen sowie der vorausgegangenen Lebensweise der Schlaganfall-Betroffenen. Desweiteren stellt sich die Frage, welche Auswirkungen die ausgeprägte fatalistisch-externale Kontrollüberzeugung sowie die Interkorrelation dieser mit der internalen und sozial-externalen Kontrollüberzeugung im Hinblick auf das Gesundheitshandeln hat. Und in einem weiteren Schritt: Welche Konsequenzen hat dies für die Konzeption von zukünftigen Interventionen der Gesundheitsförderung?

Obwohl die Studie zahlreiche interessante Erkenntnisse erbracht hat, ist sie an einigen Punkten kritisch zu hinterfragen. Zunächst soll das Design der Online-Befragung reflektiert werden. Wenngleich die Internetanbindung inzwischen vielerorts gut ausgebaut ist, ist sie dennoch nicht in allen Teilen Deutschlands gleich gut verfügbar. Hinzu kommt das Durchschnittsalter der Stichprobe von 60 Jahren. Hier stellt sich die Frage, ob und inwieweit die Kohorte im Umgang mit dem Internet und im speziellen mit Browserfunktionen vertraut ist. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund der Schreibweise des Links und der Anwendung des Passwortes wichtig. So hatte der Link aufgrund des gewählten Servers respektive Betreibers der Befragungssoftware eine komplizierte Schreibweise. War der Link nicht in digitaler Form verfügbar sondern – wie im Fall des Infobriefes der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe – abgedruckt, dann war der Link möglicherweise schwierig manuell einzugeben. Jedoch hatte sich die Autorin bewusst für diesen Anbieter entschieden, da sie besonderen Wert auf die Wahrung des Datenschutzes legte. SoSci Survey stellt dahingehend eine Besonderheit dar, da das Programm auf deutschen Servern läuft und in Deutschland betrieben wird, sodass die erhobenen Daten deutschen Datenschutzrichtlinien unterliegen. Nichtsdestotrotz können diese Faktoren die geringe Rücklaufquote bedingen. Ein weiterer Grund für die geringe Rücklaufquote mag überdies der Zeitpunkt der Befragung sein. So wurde die Befragung in den Sommermonaten Juni und Juli durchgeführt, eine Zeit, in der potentielle Teilnehmer/Innen möglicherweise keine Zeit am Computer verbringen möchten.

Ein weiterer Nachteil der Online-Befragung ist, dass die potenziellen Teilnehmer/Innen den kompletten Fragebogen vorab nicht einsehen konnten um zu entscheiden, ob sie teilnehmen möchten oder nicht. Nach Eingabe des Passwortes und der Begrüßung wurde pro Seite nur jeweils eine Frage angezeigt, sodass sich einige Probanden testweise durch den Fragebogen navigierten und die offenen Fragen mit „Probe“ oder „Test“ und die geschlossenen Fragen gar nicht oder nur zum Teil ausfüllten. Dies führte für die Probanden einerseits zu einem relativ hohen Zeitaufwand und andererseits für die Auswertung zu einer hohen Quote unbrauchbarer Datensätze. Auch die Autorin hatte bei der Eingabe des Fragebogens in die Software zunächst einige systemspezifische Hürden zu nehmen, da ihr die Software bis zum Zeitpunkt dieser Arbeit unbekannt war und sie sich selbst einarbeiten musste.

Desweiteren muss das quantitative Design der Studie als problematisch für die vorliegenden Forschungsfragen bewertet werden, da dieses nur einen begrenzten Einblick ins Thema erlaubt. Es gab seitens der Autorin/Studienleiterin keine Möglichkeiten, an bestimmten Punkten einzuhaken und nachzufragen. Dies sei anhand des Gesundheitskonzepts einer teilnehmenden Person veranschaulicht. Diese beantwortete die Frage „Was bedeutet für Sie persönlich Gesundheit?“ mit *„Das wichtigste!!!!!!! Wenn ich nicht mehr kann, wie geht es mit meiner behinderten Frau weiter?“* Diese Aussage wurde mithilfe der bereits geschilderten induktiven Kategorienbildung paraphrasiert und schließlich zur Kategorie „Gesundheit als Wertaussage“ generalisiert respektive reduziert. Die Autorin vermutet jedoch, dass sich hinter dieser Aussage ein differenzierteres Gesundheitsverständnis mit weiteren inhaltlichen Ebenen verbirgt. Diese hätten im Rahmen einer qualitativen Untersuchung exploriert werden können. Im Rahmen der quantitativen Befragung ist dies jedoch nicht möglich, sodass die hier kategorisierten Gesundheitskonzepte lediglich einen Anhalt für das subjektive Gesundheitsverständnis von pflegenden Angehörigen geben können. Trotz dieser Kritikpunkte erschien es der Autorin aus mehreren Gründen sinnvoll, eine quantitative Online-Befragung durchzuführen. Diese Ansicht begründete sich zum einen auf den Umstand der praktikumsbedingten örtlichen Abwesenheit der Autorin, sodass sie nicht persönlich auf die Netzwerke, die sie für die Strichprobengewinnung einer qualitativ durchgeführten Interviewstudie benötigt hätte, zurückgreifen konnte. Zum anderen war die Durchführung einer Online-Befragung sowohl für die Autorin als auch für die unterstützenden Institutionen mit weniger administrativem Aufwand verbunden, da die Fragebögen nicht aufwendig per Post hin und her verschickt und verteilt werden mussten.

Hinsichtlich der Fragebogenkonstruktion ist der Umfang der abgefragten Variablen kritisch zu reflektieren. Obgleich vor und während der Fragebogenentwicklung eine thematische Eingrenzung seitens der Autorin erfolgt war, war der Fragebogen dennoch zu umfassend ausgestaltet, sodass Variablen erhoben wurden, die für die Fragestellungen nicht zwingend notwendig waren. Beispielhaft sei die Berufstätigkeit genannt. Obgleich diese eine wichtige Rolle spielt, etwa im Hinblick auf das subjektive Gesundheitskonzept (vgl. Herzlich und d’Houtaud) sowie auf die erlebte Belastung, war sie für die Untersuchung der Fragestellungen überflüssig.

Die Studie und ihre Ergebnisse werden zudem durch einige Faktoren limitiert. Zunächst ist, wie bereits kurz angemerkt, die Stichprobengröße mit 18 Personen sehr klein und nicht repräsentativ. Es sind daher keine Rückschlüsse auf die Grundgesamtheit möglich, Aussagen können nur für die hier vorliegende Kohorte getroffen werden. Aus diesem Grund waren zudem keine multivariaten Analysen möglich. Desweiteren handelt es sich bei dem Studiendesign um eine einmalige Momentaufnahme. Da die Pflegetätigkeiten einen dynamischen Prozess darstellen, können die damit verbundenen Belastungen in ihrer Intensität stark variieren. Gleiches gilt für die subjektiven Gesundheitsvorstellungen, welche sich ebenfalls verändern und durch eine Vielzahl verschiedener Variablen beeinflusst werden. Aufgrund des begrenzten Zeitrahmens, der Wahl des Studiendesigns sowie des Umfangs dieser Arbeit war es nicht möglich, alle diese Variablen in ihrer Komplexität zu erfassen und in Einklang mit den Ergebnissen dieser Studie zu bringen. So bleibt

etwa die Fragestellung unbeantwortet, ob die pflegerische Tätigkeit das Gesundheitskonzept der pflegenden Angehörigen beeinflusst (siehe Fragestellung Nummer sechs Kapitel 6.1.). Zudem werden neue Fragen aufgeworfen, wie etwa die bereits angeführte Überlegung, warum die pflegenden Angehörigen dieser Kohorte eher eine an fatalistische Externalität als an eine Internalität in Bezug auf Ihre Gesundheit glauben, ob dieses Ergebnis auch in der Grundgesamtheit wiederzufinden ist und welche Konsequenzen dies für das Gesundheitshandeln und schließlich für die Gesundheitsförderung hat.

6.7. Fazit

Wenngleich die Studie nicht repräsentativ ist und einige Fragestellungen offen bleiben, so werden dennoch interessante Tendenzen aufgedeckt. Die Ergebnisse dieser Studie, und dabei insbesondere das hohe subjektive Belastungsempfinden und sowie die objektive Belastung verdeutlichen, dass es sich bei pflegenden Angehörigen um eine vulnerable Gruppe handelt und dass diese im Hinblick auf gesundheitsförderliche Maßnahmen dringend mehr Beachtung finden muss. Der Erhalt und die Förderung der Gesundheit der pflegenden Angehörigen sind dabei nicht nur aus gesundheitsökonomischer Perspektive (vgl. Kapitel 5.2.) von Bedeutung. Auch aus dem Blickwinkel der demografischen Entwicklung und dem drohenden Fachkräftemangel in der Pflege (vgl. Kapitel 4.2.1.) ist es von großer Bedeutung der Gesundheit von pflegenden Angehörigen mehr Aufmerksamkeit zu widmen. Doch welche Auswirkungen haben die explorierten subjektiven Gesundheitskonzepte und die hohe Ausprägung der Kontrollüberzeugungen hinsichtlich der fatalistischen Externalität auf das Gesundheitshandeln? Welche Konsequenzen folgen daraus und aus den anderen Ergebnissen, wie etwa der Tendenz zu einer höheren subjektiven Belastung bei der Ausführung vielseitiger Aktivitäten aus verschiedenen Aufgabengebieten, für die Konzeption von zukünftigen gesundheitsfördernden Interventionen, die dem Anspruch einer ganzheitlichen und partizipativen Konzeption genügen? Diese Fragen können an dieser Stelle nicht beantwortet werden und sollten in jedem Fall Gegenstand zukünftiger Untersuchungen sein, mit dem Ziel, pflegende Angehörige in ihrer pflegerischen Tätigkeit optimal zu unterstützen.

7. Zusammenfassung und Ausblick

Trotz, aber auch wegen der enormen Komplexität des Themas und den damit verbundenen Schwierigkeiten diese Arbeit einzuschränken sowie einiger methodischer Unschärfen war und ist diese Arbeit für die Autorin sehr lehrreich gewesen. Mithilfe der Unterstützung von Experten/Innen verschiedener Fachrichtungen ist es der Verfasserin gelungen, ihrem Ziel, häuslich pflegende Angehörige im Hinblick auf die zukünftige Konzeption der Gesundheitsförderung in den Fokus der Forschung zu rücken ein ganzes Stück näher gekommen. So konnte die Arbeit zeigen, dass es sich bei den pflegenden Angehörigen von Schlaganfall-Betroffenen um eine Kohorte mit deutlicher subjektiver Belastung handelt. Ferner konnte dargestellt werden, dass die Zielgruppe ein differenziertes Gesundheitsverständnis hat und ihre Überzeugungen hinsichtlich der Kontrolle ihrer Gesundheit variieren. Vor allem die hohe Ausprägung der fatalistischen Externalität ergibt einen weiteren Forschungsbedarf, insbesondere im Hinblick auf die Konsequenzen für das

Gesundheitshandeln respektive die Konzeption der Gesundheitsförderung. Dabei unterstreicht die Arbeit die Schwierigkeiten, die sich bei der Erforschung der subjektiven Gesundheitsvorstellungen von pflegenden Angehörigen stellen, wie etwa die Notwendigkeit eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sowie die Komplexität und Multidimensionalität des Gesundheitsbegriffs sowohl aus Laien- als auch aus Expertenperspektive.

Abschließend lässt sich feststellen, dass die informelle Pflege in Deutschland von enormer gesellschaftlicher Bedeutung ist. Nicht zu Letzt aus diesem Grund sollte es von großem (gesundheitspolitischen) Interesse sein, die Gesundheit der pflegenden Angehörigen zu erhalten und zu fördern. Wie dies konkret in der Praxis umgesetzt werden kann, bleibt an dieser Stelle offen. Dennoch hat diese Arbeit einige wertvolle Hinweise liefern können, welche Aspekte zukünftige Maßnahmen der Gesundheitsförderung berücksichtigen sollten, wenn sie dem Anspruch einer bedürfnisorientierten, ganzheitlichen Konzeption genügen und entsprechend erfolgreich sein wollen.

8. Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

10. Literaturverzeichnis

- Afentakis, A. & Maier, T. (2010). Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025. In Statistisches Bundesamt (Hrsg.), *Wirtschaft und Statistik*. (Ausgabe 11) (S. 990–1002) Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Anderson, C. S., Linto J. & Stewart-Wynne E. G. (1995). A population-based assessment of the impact and burden of caregiving for long-term stroke survivors. *Stroke*. 26, 843–849. doi: 10.1161/01.STR.26.5.843
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11–18. doi: 10.1093/heapro/11.1.11
- Badura, B. (1993). Soziologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In K. Hurrelmann und U. Laaser (Hrsg.), *Gesundheitswissenschaften: Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis*. (S. 63–85). Weinheim [u.a.]: Beltz Verlag.
- Badura, B. & Feuerstein, G. (2007). Gesundheit und Gesellschaft. In H. Joas, *Lehrbuch der Soziologie*. (3. überarbeitete und erweiterte Auflage) (S. 395–418). Frankfurt am Main: Campus-Verlag.
- Bengel, J. & Belz-Merk, M. (1990). Subjektive Gesundheitskonzepte. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch*. (S. 105–115). Göttingen/Toronto/Zürich: Hogrefe Verlag.
- Bengel, J. & Belz-Merk, M. (1997). Subjektive Gesundheitsvorstellungen. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch*. (S. 23–41). Göttingen/Bern/Toronto/Seattle: Hogrefe Verlag.
- Bengel, J., Strittmatter, R. & Willmann, H. (2001). *Was Erhält Menschen Gesund? – Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert*. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 6, Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).
- Bibliographisches Institut. (2013). Angehöriger. In Bibliographisches Institut (Hrsg.), *Duden online*. Verfügbar unter: <http://www.duden.de/node/694175/revisions/1278273/view> [18.05.2014].
- Blättner, B. & Waller, H. (2011). *Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen, Theorie und Anwendung*. (5. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Börsch-Supan, A., Brügiavini, A., Jürges, H., Kapteyn, A., Mackenbach, J., Siegrist, J. & Weber, G. (2008). *First results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2004–2007). Starting the longitudinal dimension*. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA).
- Bösch, J., Rothlin, S. & Trüllinger, E. (1988). Belastungen und Entlastungsmöglichkeiten pflegender Angehöriger. *Sozial- und Präventivmedizin* 33(4–5), 210–216. doi: 10.1007/BF02083575
- Brandes, S. & Stark, W. (2011). Empowerment/Befähigung. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. (S. 57–60). Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Bundesministerium der Justiz. (2013). Sozialgesetzbuch (SGB). Elftes Buch. Soziale Pflegeversicherung. Verfügbar unter: http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/BJNR101500994.html [18.05.2014].
- Bundesministerium der Justiz. (2014). Strafgesetzbuch (StGB). Verfügbar unter: <http://www.gesetze-im-internet.de/stgb/> [18.05.2014].

- Bundesministerium für Gesundheit. (2009). *Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs*. Verfügbar unter: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht_des_Beirats_zur_Ueberpruefung_des_Pflegebeduerftigkeitsbegriffs.pdf [18.05.2014].
- Bundesministerium für Gesundheit. (2011). *Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland*. Verfügbar unter: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht_der_Bundesregierung_ueber_die_Entwicklung_der_Pflegeversicherung_und_den_Stand_der_pflegerischen_Versorgung_in_der_Bundesrepublik_Deutschland.pdf [18.05.2014].
- Bundesministerium für Gesundheit. (2014a). *Erprobung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs startet*. Pressemitteilung Nr. 21 vom 8. April 2014. Verfügbar unter: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Pressemitteilungen/2014/2014_02/140408_PM_Erprobung_Pflegebeduerftigkeitsbegriff.pdf [18.05.2014].
- Bundesministerium für Gesundheit. (2014b). *Geschichte der Pflegeversicherung*. Verfügbar unter: <http://www.bmg.bund.de/pflege/pflegeversicherung/geschichte-der-pflegeversicherung.html> [15.07.2014].
- Bundesministerium für Gesundheit. (2014c). *Pflegestufen*. Verfügbar unter: <http://www.bmg.bund.de/pflege/pflegebeduerftigkeit/pflegestufen.html> [15.07.2014].
- Dennis, M., O'Rourke, S., Lewis, S., Sharpe, M. & Warlow, Ch. (1998). A Quantitative Study of the Emotional Outcome of People Caring for Stroke Survivors. *Stroke*, 29, 1867–1872. doi: 10.1161/01.STR.29.9.1867
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). (2005). *Pflegende Angehörige*. DEGAM Leitlinie Nummer 6. Langfassung. Verfügbar unter: www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/LL-06_PA_003.pdf [18.05.2014].
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). (2012). *Schlaganfall*. DEGAM Leitlinie Nummer 8. Langfassung. Verfügbar unter: www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/LL-08_Langfassung_Schlaganfall_final5.pdf [18.06.2014].
- Deutsche Rentenversicherung Bund. (2013). *Unsere Sozialversicherung*. (41., überarbeitete Auflage). Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Dewey, H.M., Thrift, A.G., Mihalopoulos, C., Carter, R., Macdonell, R.A.L., McNeil, J.J. & Donnan, G.A. (2002). Informal Care for Stroke Survivors: Results From the North East Melbourne Stroke Incidence Study (NEMESIS). *Stroke*. 33, 1028–1033. doi: 10.1161/01.STR.0000013067.24300.B0
- d'Houtaud, A. & Field, M. G. (1984). The image of health: Variations in perception by social class in a french population. *Sociology of Health & Illness*, 6(1), 30–60. doi: 10.1111/1467-9566.ep10777358
- Diener, H. C., Aichner, F., Bode, C., Böhm, M., Eckstein, H.-H., Einhäupl, K., et al. (2008). *Leitlinie Primär-und Sekundärprävention der zerebralen Ischämie*. Kommission Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) und der Deutschen Schlaganfallgesellschaft (Hrsg.). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Eccles, M., Clarke, J., Livingston, M., Freemantle, N. & Mason, J. (1998). North of England evidence based guidelines development project: guideline for the primary care management of dementia. *BMJ* 317(7161), 802–808. doi: 10.1136/bmj.317.7161.802

- Eckart, W. U. (2013). *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin*. (7., völlig neu bearbeitete Auflage). Berlin/Heidelberg: Springer Verlag.
- Exel, N. J. A. van, Koopmanschap, M. A., Berg, B. van den, Brouwer, W. B. F. & Bos, G. A. M. van den (2005). Burden of Informal Caregiving for Stroke Patients. *Cerebrovascular Diseases*, 19(1), 11–17. doi: 10.1159/000081906
- Faltermaier, T., Kühnlein, I. & Burda-Viering, M. (1998). Subjektive Gesundheitstheorien: Inhalt, Dynamik und ihre Bedeutung für das Gesundheitshandeln im Alltag. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 6(4), 309–326. doi: 10.1007/BF02956015
- Faltermaier, T. & Kühnlein, I. (2000). Subjektive Gesundheitskonzepte im Kontext: Dynamische Konstruktionen von Gesundheit in einer qualitativen Untersuchung von Berufstätigen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 8(4), 137–154. doi: 10.1026//0943-8149.8.4.137
- Faltermaier, T. (2005a). *Gesundheitspsychologie*. Grundriss der Psychologie. Band 21. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Faltermaier, T. (2005b). Subjektive Konzepte und Theorien von Gesundheit und Krankheit. In: R. Schwarzer. *Gesundheitspsychologie*. (S. 31–53). Göttingen/Bern/Toronto/Seattle: Hogrefe Verlag.
- Faltermaier, T. (2011). Subjektive Gesundheit: Alltagskonzepte von Gesundheit. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. (S. 57–60). Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Faltermaier, T. (2014). Gesundheitsbegriff, Geschichte. In Markus Antonius Wirtz (Hrsg.), *Dorsch – Lexikon der Psychologie*. Verfügbar unter: <https://portal.hogrefe.com/dorsch/gesundheitsbegriff-geschichte/> [15.07.2014].
- Flick, U. (1998). Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Überblick und Einleitung. In: U. Flick (Hrsg.). *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit*. (S. 7–32). Weinheim/München: Juventa Verlag.
- Foerch, Ch., Misselwitz, B., Sitzer, M., Steinmetz, H., Neumann-Haefelin, T. (2008). Die Schlaganfallzahlen bis zum Jahr 2050. *Deutsches Ärzteblatt*, 195(26), 467–473. doi: 10.3238/arztebl.2008.0467
- Franke, A. (2011). Salutogenetische Perspektive. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. (S. 487–490). Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Franzkowiak, P. (2011). Biomedizinische Perspektive. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. (S. 36–41). Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Göckenjan, G. (1991). Stichwort: Gesundheit. In H.-U. Deppe, H. Friedrich & R. Müller (Hrsg.), *Öffentliche Gesundheit - Public Health*. (S. 15–24). Frankfurt/New York: Campus Verlag.
- Gräßel, E. (1998). Studie – Pflegende Angehörige: Hilfe auch durch Ärzte. *Deutsches Ärzteblatt*, 95(39), A-2382-2383.
- Grau, A. J., Weimar, Ch., Buggle, F., Heinrich, A., Goertler, M., Neumaier, S., Glahn, J., Brandt, T., Hacke, W. & Diener, H.-Ch. (2001). Risk Factors, Outcome, and Treatment in Subtypes of Ischemic Stroke: The German Stroke Data Bank. *Stroke*, 32, 2559-2566. doi: 10.1161/hs1101.098524
- Green L.A., Yawn B.P., Lanier D. & Dovey S.M. (2001). The ecology of medical care revisited. *New England Journal of Medicine*, 344, 2021–2025. doi: 10.1056/NEJM200106283442611

- Hasemann, W., Kesselring, A., Stöcklin, M. & Gräßel, E. (2007). Belastungsfaktoren pflegender Angehöriger von Patienten nach Schlaganfall. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie* 20(4), 227–237. doi: 10.1024/1011-6877.20.4.227
- Herzlich, C. (1973). *Health and illness: a social psychological analysis*. European Monographs in Social Psychology. Band 5. London: Academic Press.
- Herzlich, C. (1998). Soziale Repräsentationen von Gesundheit und Krankheit und ihre Dynamik im sozialen Feld. In: U. Flick (Hrsg.). *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit*. (S. 171–180). Weinheim/München: Juventa Verlag.
- Joas, H. (2007). Die soziologische Perspektive. In H. Joas (Hrsg.), *Lehrbuch der Soziologie*. (3. überarbeitete und erweiterte Auflage) (S.11–38). Frankfurt am Main: Campus-Verlag.
- Jungbauer, J., von Cramon, D. Y. & Wilz, G. (2003). Langfristige Lebensveränderungen und Belastungsfolgen bei Ehepartnern von Schlaganfallpatienten. *Nervenarzt*, 74(12), 1110–1117. doi: 10.1007/s00115-003-1624-0
- Kramer, M. (2012). *Potentiale der Angehörigenarbeit. Eine quantitative Studie zur Integration Angehöriger im Pflegeheim*. Münster: LIT-Verlag.
- Kühnlein, I., Faltermaier, T. & Burda-Viering, M. (1997). *Gesundheitsvorstellungen von Laien im Alltag: Eine Grundlage zur Konzeption einer ganzheitlichen Gesundheitsförderung*. Augsburg: Forschungsstelle für Pädagogische Psychologie und Entwicklungspsychologie.
- Lohaus, A. & Schmitt, G.M. (1989). *Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG). Handanweisung*. Göttingen/Toronto/Zürich: Hogrefe Verlag.
- Lozano, R., Naghavi, M., Foreman, K., Lim, S., Shibuya, K., Aboyans, V., et al. (2012). Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: A systematic analysis for the global burden of disease study 2010. *Lancet*, 380(9859), 2095–2128. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61728-0
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. (11., aktualisierte und überarbeitete Auflage). Weinheim/Basel: Beltz Verlag.
- Nietzsche, F. (1882). *Die fröhliche Wissenschaft. 3. Buch*. Verfügbar unter: <http://www.egs.edu/library/friedrich-nietzsche/articles/die-froehliche-wissenschaft/drittes-buch/> [15.06.2014].
- OECD. (2013a). *OECD Health Data: Definitions, Sources and Methods*. OECD Health Statistics. [01.05.2014].
- OECD. (2013b). *OECD Health Data: Long-Term Care Resources and Utilisation – Informal long-term care workers*. OECD Health Statistics. Excel-Datei. Verfügbar unter: https://www.google.com/url?q=http://www.oecd.org/els/health-systems/Long-Term-Care-Dataset-OECD-Health-Statistics-2013.xls&sa=U&ei=05bNU43PHIa0PMnngLAP&ved=0CAkQFjAC&client=internal-uds-cse&usq=AFQjCNELrxr66scdK_ljfracSvWii5cckg [01.05.2014].
- Pfaff, H. (2008). Pflegebedürftige heute und in Zukunft. In Statistisches Bundesamt (Hrsg.), *STATmagazin*. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/STATmagazin/Soziales/2008_11/2008_11Pflegebeduerftige.html [18.05.2014].
- Pschyrembel. (2013a). Gesundheit. In Walter de Gruyter (Hrsg.) *Pschyrembel Klinisches Wörterbuch online*. Verfügbar unter: <http://www.degruyter.com/view/kw/4387407> [14.07.2014].
- Pschyrembel. (2013b). Schlaganfall. In Walter de Gruyter (Hrsg.) *Pschyrembel Klinisches Wörterbuch online*. Verfügbar unter: <http://www.degruyter.com/view/kw/5b87576c-291a-4d4c-a6a7-aae81dfcc110> [13.07.2014].

- Rattner, J. & Danzer, G. (2009). Medizinische Anthropologie. In: E. Bohlken & Ch. Thies (Hrsg.). *Handbuch Anthropologie. Der Mensch zwischen Natur, Kultur und Technik*. (S. 183-190). Stuttgart/Weimar: Metzler.
- Robert Koch-Institut. (2007). *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. (2. Auflage). Berlin: Robert Koch-Institut.
- Schimany, P. (2005). Die alternde Gesellschaft. *Working Paper des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge*, 4, Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.
- Schlote, A. & Richter, M. (2007). Angehörige von Schlaganfallpatienten. *Aktuelle Neurologie*, 34(4), 230–239. doi: 10.1055/s-2007-970792
- Schneekloth, U. & Wahl, H-W. (2005). *Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten*. Integrierter Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Verfügbar unter: www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/mug/01-Redaktion/PDF-Anlagen/gesamtdokument%2cproperty%3dpdf%2cbereich%3dmug%2csprache%3dde%2crwb%3dtrue.pdf [19.07.2014].
- Schulz, R. & Beach, S. R. (1999). Caregiving as a Risk Factor for Mortality: The Caregiver Health Effects Study. *Journal of the American Medical Association*, 282(23), 2215–2219. doi:10.1001/jama.282.23.2215
- Smith, L. N., Lawrence, M. & Kerr S. M. (2004). Informal cares experience of caring for stroke survivors. *Journal of Advanced Nursing*. 46(3), 235–244. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.02983.x
- Spijk, P. van (2011). *Was ist Gesundheit? Anthropologische Grundlagen der Medizin*. Freiburg/München: Karl Alber Verlag.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder. (2010). *Demografischer Wandel in Deutschland*. Heft 2. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt. (2001). *Pflegestatistik 1999. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*. Bonn: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt. (2003). *Pflegestatistik 2001. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt. (2005). *Pflegestatistik 2003. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt. (2007). *Pflegestatistik 2005. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt. (2008). *Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt. (2009). *Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt. (2011). *Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt. (2012). Alterspyramide am 31.12.2011. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Alterspyramide.html> [20.07.2014].
- Statistisches Bundesamt. (2013a). Geburtenzahl durch demografische Entwicklung vorgezeichnet. In Statistisches Bundesamt (Hrsg.). *IM FOKUS*. Verfügbar unter:

- <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/ImFokus/Bevoelkerung/Geburtenzahl.html>
[20.06.2014].
- Statistisches Bundesamt. (2013b). *Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt. (2014). Durchschnittliche Kinderzahl. Verfügbar unter:
<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/AktuellGeburtenentwicklung.html> [20.06.2014].
- Thurich, E. (2011). Demografie/demografisch. In Bundeszentrale für politische Bildung (bpb) (Hrsg.). *pocket politik. Demokratie in Deutschland*. Verfügbar unter:
<http://www.bpb.de/nachschlagen/lexika/pocket-politik/16386/demografie-demografisch>
[20.06.2014].
- Trojan, A. & Kofahl, Ch. (2011). Selbsthilfe, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeförderung. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. (S. 491–496). Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- WHO. (1946). *Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19–22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948*. Verfügbar unter:
<http://www.who.int/governance/eb/constitution/en/> [14.07.2014].
- WHO. (1986a). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Kopenhagen: WHO. Verfügbar unter:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf?ua=1
[15.05.2014].
- WHO. (1986b). *Ottawa Charta für Gesundheitsförderung*. WHO-autorisierte Übersetzung. Kopenhagen: WHO. Verfügbar unter:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf?ua=1
[15.05.2014].
- WHO. (1998). *Gesundheit 21 – Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert. Eine Einführung*. Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“, Nr. 5. Kopenhagen: WHO. Verfügbar unter:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/88592/EHFA5-G.pdf?ua=1 [25.05.2014].
- World Bank (Hrsg.). (1993). *World Development Report 1993. Investing in Health*. New York: Oxford University Press.

11. Anhang

Anhang 1: Auszug aus dem Infobrief der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe (Der vollständige Infobrief ist auf der CD-ROM hinterlegt.)

Teilnehmer für Studie der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg gesucht

Das Thema Pflege von Angehörigen gewinnt gesellschaftspolitisch zunehmend an Relevanz. Dennoch steckt das Thema Gesundheitsförderung im Hinblick auf pflegende Angehörige noch in den Kinderschuhen. Im Rahmen meiner Bachelorarbeit möchte ich daher zunächst untersuchen, wie pflegende Angehörige von Schlaganfall-Betroffenen Gesundheit begreifen um daraus in einem nächsten Schritt Konsequenzen für zukünftige Maßnahmen der Gesundheitsförderung von pflegenden Angehörigen abzuleiten. Ich möchte damit erreichen, dass Gesundheitsförderung besser auf die Bedürfnisse von pflegenden Angehörigen abgestimmt werden kann, damit Sie als pflegende Angehörige in Ihrer Pflegetätigkeit optimal unterstützt werden.

Ich würde mich freuen, wenn Sie mich in diesem Vorhaben unterstützen. Helfen Sie mit, die Themen Gesundheit und Gesundheitsförderung bei pflegenden Angehörigen mehr in den Fokus der Forschung zu rücken, indem Sie an meiner Onlinebefragung teilnehmen. Diese ist vom 09. Juni bis zum 09. Juli freigeschaltet. Verwenden Sie dazu bitte den untenstehenden Link sowie das dazugehörige Passwort. Die Teilnahme ist selbstverständlich freiwillig.

Gerne stehe ich Ihnen nach Abschluss der Studie für Auskünfte zu der Arbeit zur Verfügung. Ich danke Ihnen für Ihre Unterstützung und verbleibe mit herzlichen Grüßen,

Ramona Geiß, 6. Semester Gesundheitswissenschaften an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
<https://www.sosciaturvey.de/GesundheitspflegendeAngehoeerige/>
Passwort: Gesundheit

2. Buchtipps

Darm mit Charme. Alles über ein unterschätztes Organ

Was hat ein gesunder Darm mit Schlaganfall zu tun? Einiges, wie man dem Bestseller von Giulia Enders entnehmen kann. Denn einige Schlaganfall-Risikofaktoren, zum Beispiel Übergewicht oder ein hoher Cholesterinspiegel können mit einem gestörten Gleichgewicht der Darmflora zusammenhängen.

Unter dem Titel „Darm mit Charme“ will die junge Ärztin Giulia Enders dem Darm ein neues Image geben. Denn wenn wir uns in unserem Körper wohlfühlen wollen, länger leben und glücklicher werden wollen, müssen wir nett zu unserem Darm sein und ihn pflegen. Das legen die neuesten Forschungen nahe.

Und diese Forschungen präsentiert die Autorin in einer charmanten Art und Weise und so, dass man sie auch als Laie verstehen kann. Nicht ohne Grund ist das Buch auf einigen Bestsellerlisten zu finden. Es erklärt fast vergnüglich, was für ein hochkomplexes und wunderbares Organ der Darm ist. Er ist der Schlüssel zu Körper und Geist.

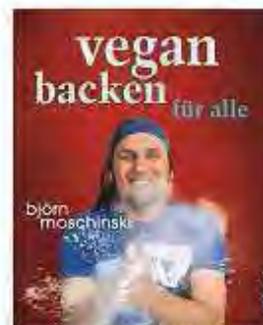


Die Autorin spricht offen über Tabuthemen: Wie sitze ich richtig auf dem Klo, warum gibt es Blähungen, warum muss manch einer sauer aufstoßen und warum erbrechen wir? Was leisten Abführmittel und was nicht und wie beeinflusst der Darm das Hirn? Was für Bakterien braucht der Darm, welche machen dick und welche nicht? Wie viel Sauberkeit braucht es im Alltag und vor welchen Übeltätern müssen wir uns schützen? Kurz und knapp: Mit diesem Wissen können wir unseren Alltag besser machen und Erkrankungen vorsorgen.

Giulia Enders: Darm mit Charme. Alles über ein unterschätztes Organ. Ullstein Buchverlage Berlin 2014, ISBN 078-3-550-08041-8, Euro 16,99.

Vegan im Trend

Zeitungen, Zeitschriften sind voll mit Artikeln über vegane Ernährung und in den Buchhandlungen nehmen Bücher über vegane Ernährung immer mehr Raum ein. Veganer lehnen jegliche tierische Produkte ab. Dass man ohne Milch, Ei und Butter backen kann, beweist Björn Moschinski, junger Star Koch der veganen Szene aus Berlin, mit seinem Buch „vegan backen für alle“.



70 herzhaft und süße Backrezepte hat er entwickelt, getestet in seinem eigenen Restaurant MioMatto. Darunter sind glutenfreie Backideen, soja- und laktosefreie Rezepte, ohne Weißmehl, was Allergikern sehr entgegenkommt. Schnelle und überraschende Backideen für jeden Anlass, von Ostern bis Weihnachten. Überraschende jahreszeitliche Kreationen wie Spargelarte mit rosa Beeren und Erdbeerpesto, Rhabarber-Kokos-Küchlein, Cherry-Cheesecake oder ein Vanillekipferl-Crumble.

Häuslich pflegende Angehörige von Schlaganfall-Betroffenen - Teilnehmer für Studie gesucht

Das Thema Pflege von Angehörigen gewinnt gesellschaftspolitisch zunehmend an Relevanz. Dennoch steckt das Thema Gesundheitsförderung im Hinblick auf pflegende Angehörige noch in den Kinderschuhen. Als ehemalige Krankenschwester mit Weiterbildung zur Fachpflegekraft für Schlaganfallpatienten habe ich dieses Defizit selbst erlebt und sehe dringenden Änderungsbedarf. Mit diesem Ziel vor Augen habe ich mich dem Studium der Gesundheitswissenschaften gewidmet. Im Rahmen meiner Bachelorarbeit möchte ich nun untersuchen, wie häuslich pflegende Angehörige von Schlaganfall-Betroffenen Gesundheit begreifen um daraus in einem nächsten Schritt Konsequenzen für zukünftige Maßnahmen der Gesundheitsförderung von pflegenden Angehörige abzuleiten. Ich möchte damit erreichen, dass Gesundheitsförderung besser auf die Bedürfnisse von pflegenden Angehörigen abgestimmt werden kann, **damit Sie als pflegende Angehörige in Ihrer Pflege Tätigkeit optimal unterstützt werden.**

Ich würde mich freuen, wenn Sie mich in diesem Vorhaben unterstützen. Sie versorgen und/oder pflegen nicht erwerbsmäßig eine/n Angehörige/n oder Freund/in mit Schlaganfall in häuslicher Umgebung? Sie möchten mithelfen, die Themen Gesundheit und Gesundheitsförderung bei pflegenden Angehörigen mehr in den Fokus der Forschung zu rücken? Dann sind Sie herzlich eingeladen an meiner Onlinebefragung teilzunehmen.

Diese ist bis zum **15. Juli** freigeschaltet. Verwenden Sie dazu bitte den **untenstehenden Link** sowie das dazugehörige **Passwort**.

Die Teilnahme ist selbstverständlich freiwillig.

Für Fragen oder anderweitige Auskünfte zu der Studie stehe ich Ihnen jederzeit per Email unter ramona.geiss@haw-hamburg.de zur Verfügung.

Ich danke Ihnen für Ihre Unterstützung und verbleibe mit herzlichen Grüßen,

Ramona Geiß

6. Semester Gesundheitswissenschaften an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

<https://www.soscisurvey.de/GesundheitpflegendeAngehoerige/>

Passwort: Gesundheit

Anhang 3: Fragebogen mit Quellenangabe

Vorschau | [standard] [barrierefrei]



Druckansicht vom 25.07.2014, 13:38

Bitte beachten Sie, dass Filter und Platzhalter in der Druckansicht prinzipbedingt nicht funktionieren. Fragen, die mittels PHP-Code eingebunden sind, werden nur eingeschränkt wiedergegeben.

[Korrekturfahne](#) [Variablenansicht](#)
[\[PHP-Code ausblenden\]](#)

Seite 01

Das Thema Pflege von Angehörigen gewinnt gesellschaftspolitisch zunehmend an Relevanz. Im Rahmen meiner Bachelorarbeit möchte ich untersuchen, wie pflegende Angehörige von Schlaganfall-Betroffenen Gesundheit begreifen, um daraus Konsequenzen für zukünftige Maßnahmen der Gesundheitsförderung von pflegenden Angehörigen abzuleiten. Damit möchte ich erreichen, dass Gesundheitsförderung besser auf die Bedürfnisse von pflegenden Angehörigen abgestimmt werden kann, damit Sie in Ihrer Pflege Tätigkeit optimal unterstützt werden.

Ich bitte Sie daher, die Fragen ehrlich und gewissenhaft zu beantworten. Dabei nehme ich den Schutz Ihrer persönlichen Daten sehr ernst. Ihre Daten werden unter Beachtung der geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen vertraulich behandelt, ein Rückschluss auf Ihre Person erfolgt nicht. Die von Ihnen gemachten Angaben werden vorrangig für die Erstellung meiner Bachelorarbeit ausgewertet und verwendet. Eine spätere Publikation der wichtigsten Ergebnisse ist noch offen. Mit dem Absenden des Fragebogens willigen Sie in die Speicherung, Verarbeitung und Verwendung der Daten zu diesem Zweck ein.

Die Bearbeitung des Fragebogens wird etwa 20-25 Minuten in Anspruch nehmen.

Bei Fragen wenden Sie sich gern per Email an mich. Klicken Sie dazu einfach auf meinen unten blau unterlegten Namen.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Seite 02

Zunächst möchte ich Ihnen ein paar allgemeine Fragen zu Ihrer Person stellen.

1. Wie alt sind Sie?

 Jahre

Seite 03

2. Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an.

 [Bitte auswählen]

Seite 04

3. Sind Sie berufstätig?

 [Bitte auswählen]

Seite 05

PHP-Code

```
if (value('SD03') == 1) {
    question('SD04');
}
```

question('SD04')

4. Wie viele Stunden pro Woche sind Sie erwerbstätig?

Maximal eine Stelle nach dem Komma (z.B. 38,5 Stunden)

 Stunden

Seite 06

66

Nun möchte ich mich Ihrer pflegerischen Tätigkeit widmen.

5. Versorgen Sie regelmäßig (mindestens 1-mal pro Woche und nicht erwerbsmäßig) eine pflegebedürftige Person?

(in Anlehnung an Mikrozensus Adhoc 2005, Frage 152)

[Bitte auswählen]

Seite 07

6. Versorgen Sie die pflegebedürftige Person in einem privaten Haushalt (in Ihrem oder in dem der pflegebedürftigen Person)?

[Bitte auswählen]

Seite 08

7. Hatte die pflegebedürftige Person einen Schlaganfall?

[Bitte auswählen]

Seite 09

8. Wann war der Schlaganfall?

Monat

[Bitte auswählen]

Jahr

[Bitte auswählen]

Seite 10

9. Was war die Ursache für den Schlaganfall?

[Bitte auswählen]

Seite 11

10. Seit wann versorgen Sie die pflegebedürftige Person im privaten Haushalt (in Ihrem oder in dem der pflegebedürftigen Person)?

Angabe in Monaten

Seit

Monat(en)

Seite 12

11. In welcher Beziehung stehen Sie zu der pflegebedürftigen Person?

Ich bin...

(in Anlehnung an End of life questionnaire, SHARE, Wave 2, Frage XT002)

[Bitte auswählen]

Seite 13

12. Wie oft versorgen Sie die pflegebedürftige Person?

[Bitte auswählen]

(in Anlehnung an End of life questionnaire, SHARE, Wave 2, Frage XT005)

Seite 14

13. Wie viele Stunden verwenden Sie an einem typischen Tag ungefähr auf die Versorgung der pflegebedürftigen Person?

Bitte nur ganze Zahlen angeben.

(in Anlehnung an End of life questionnaire, SHARE, Wave 2, Frage XT025)

Stunden

67

14. Welche Pflegestufe hat die pflegebedürftige Person?

[Bitte auswählen]

15. Wenn Sie an die Tätigkeiten denken, bei denen die pflegebedürftige Person Schwierigkeiten hat – was sind dann die drei häufigsten Tätigkeiten bei denen Sie die pflegebedürftige Person unterstützen und/oder versorgen?

(in Anlehnung an End of life questionnaire, SHARE, Wave 2, Frage XT022)

- 1 _____
2 _____
3 _____

16. Zu den nachfolgenden Aussagen bitte ich Sie um Angaben, die in Zusammenhang mit Ihrer gegenwärtigen Situation stehen. In den Aussagen wird nicht zwischen Betreuung und Pflege unterschieden. Mit dem Wort „Pflege“ ist beides gemeint. Kreuzen Sie zu jeder Aussage die Spalte an (rechts daneben), die für Sie am ehesten zutrifft.

Bitte beantworten Sie jede Frage. (HPS Kurzfassung, DEGAM 2005, Leitlinie Nummer 6)

	stimmt genau	stimmt über- wiegend	stimmt ein wenig	stimmt nicht
Durch die Pflege hat die Zufriedenheit mit meinem Leben gelitten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich oft körperlich erschöpft.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe hin und wieder den Wunsch, aus meiner Situation „auszubrechen“.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich empfinde mich manchmal nicht mehr richtig als „ich selbst“.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mein Lebensstandard hat sich durch die Pflege verringert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durch die Pflege wird meine Gesundheit angegriffen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Pflege kostet viel von meiner eigenen Kraft.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich „hin- und hergerissen“ zwischen den Anforderungen meiner Umgebung (z.B. Familie) und den Anforderungen durch die Pflege.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich Sorge mich aufgrund der Pflege um meine Zukunft.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wegen der Pflege leidet meine Beziehung zu Familienangehörigen, Verwandten, Freunden und Bekannten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bei den nachfolgenden Fragen geht es um das Thema Gesundheit.

17. Was bedeutet für Sie persönlich Gesundheit?

Bitte nehmen Sie sich Zeit um diese Frage zu beantworten.

Gesundheit bedeutet für mich...

Bei der folgenden Frage wird der Begriff „pflegende/r Angehörige/r“ verwendet. Der Begriff unterscheidet nicht, ob Sie einen Verwandten, Freund oder Nachbarn pflegen. Mit dem Begriff „pflegende/r Angehöriger“ sind alle Beziehungen zur pflegebedürftigen Person gemeint.

18. Auf einer Skala von 0 bis 10: wie stark fühlen Sie sich durch die Tätigkeit als pflegende/r Angehörige/r belastet? Bitte kreuzen Sie an (Je höher die Zahl, desto größer die Belastung). Sollten Sie zwischen zwei Zahlenwerten schwanken, so wählen Sie bitte die Zahl, die überwiegend zutrifft.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>										
keine Belastung										Maximale Belastung

19. Im folgenden finden Sie Aussagen, die Ihr körperliches Wohlbefinden betreffen. Bitte lesen Sie jede Aussage sorgfältig durch und entscheiden Sie, in welchem Ausmaß die Aussage auf Sie zutrifft oder nicht zutrifft. Sie haben dabei sechs verschiedene Antwortmöglichkeiten.

Überlegen Sie bitte bei den einzelnen Sätzen nicht zu lange und achten Sie darauf, dass Sie keinen Satz auslassen. (KKG, Lohaus & Schmitt, 1989)

trifft sehr zu	trifft zu	trifft etwas zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	trifft gar nicht zu
-------------------	--------------	--------------------	-------------------------	--------------------	------------------------

	<input type="radio"/>					
Wenn ich mich körperlich nicht wohl fühle, dann habe ich mir das selbst zuzuschreiben.	<input type="radio"/>					
Wenn ich Beschwerden habe, suche ich gewöhnlich einen Arzt auf.	<input type="radio"/>					
Ob meine Beschwerden länger andauern, hängt vor allem vom Zufall ab.	<input type="radio"/>					
Wenn ich mich körperlich wohlfühle, dann verdanke ich dies vor allem den Ratschlägen und Hilfen anderer.	<input type="radio"/>					
Wenn bei mir Beschwerden auftreten, dann habe ich nicht genügend auf mich aufgepasst.	<input type="radio"/>					
Wenn ich Beschwerden habe, frage ich andere um Rat.	<input type="radio"/>					
Körperliche Beschwerden lassen sich nicht beeinflussen: Wenn ich Pech habe, sind die plötzlich da.	<input type="radio"/>					
Wenn ich auf mich achte, bekomme ich keine Beschwerden.	<input type="radio"/>					
Wenn es das Schicksal so will, dann bekomme ich körperliche Beschwerden.	<input type="radio"/>					
Wenn bei mir Beschwerden auftreten, bitte ich einen Fachmann, mir zu helfen.	<input type="radio"/>					
Ob es mir gut geht oder nicht, lässt sich nicht beeinflussen.	<input type="radio"/>					
Wenn ich keinen guten Arzt habe, habe ich häufiger unter Beschwerden zu leiden.	<input type="radio"/>					
Ob Beschwerden wieder verschwinden, hängt vor allem davon ab, ob ich Glück habe oder nicht.	<input type="radio"/>					
Ich kann Beschwerden vermeiden, indem ich mich von anderen beraten lasse.	<input type="radio"/>					
Ich verdanke es meinem Schicksal, wenn meine Beschwerden wieder verschwinden.	<input type="radio"/>					
Wenn ich genügend über mich weiß, kann ich mir bei Beschwerden selbst helfen.	<input type="radio"/>					
Wenn ich Beschwerden habe, weiß ich, dass ich mir selbst helfen kann.	<input type="radio"/>					
Es liegt an mir, wenn meine Beschwerden nachlassen.	<input type="radio"/>					
Ich bin der Meinung dass Glück und Zufall eine große Rolle für mein körperliches Befinden spielen.	<input type="radio"/>					

- Wenn ich mich unwohl fühle, wissen andere am besten, was mir fehlt.**
- Es liegt an mir, mich vor Beschwerden zu schützen.**

Seite 21

Vielen Dank dass Sie sich die Zeit genommen haben, mich bei meiner Bachelorarbeit zu unterstützen. Gerne stehe ich Ihnen für Auskünfte zu der Arbeit zur Verfügung.

Kontakt: ramona.geiss@haw-hamburg.de

Die Autorin Ramona Geiß

Letzte Seite

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Wir möchten uns ganz herzlich für Ihre Mithilfe bedanken.

Ihre Antworten wurden gespeichert, Sie können das Browser-Fenster nun schließen.

Ramona Geiß, Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg – 2014

HPS – Häusliche Pflege-Skala

(nach Gräßel 1993) Übernahme für die DEGAM-Leitlinie 'Pflegerische Angehörige' 2005

Angaben zu Ihrer Person		Datum: _____
Name: _____	Geb.datum: _____	Geschlecht: _____
Angaben zu der von Ihnen betreuten/gepflegten Person:		
Name: _____	Geb.datum: _____	Geschlecht: _____
Ursache der Pflegebedürftigkeit: _____		
(wenn möglich, in Form der ärztl. Diagnose)		

Zu den nachfolgenden Aussagen bitten wie Sie um Angaben, die in Zusammenhang mit Ihrer gegenwärtigen Situation stehen. In den Aussagen wird nicht zwischen Betreuung und Pflege unterschieden. Mit dem Wort "Pflege" ist beides gemeint.

Kreuzen Sie zu jeder Aussage die Spalte an (rechts daneben), die für Sie am ehesten zutrifft. Beantworten Sie bitte jede Frage!

	stimmt genau	stimmt überwiegend	stimmt ein wenig	stimmt nicht
1. Durch die Pflege hat die Zufriedenheit mit meinem Leben gelitten.	③	②	①	0
2. Ich fühle mich oft körperlich erschöpft.	③	②	①	0
3. Ich habe hin und wieder den Wunsch, aus meiner Situation "auszubrechen".	③	②	①	0
4. Ich empfinde mich manchmal nicht mehr richtig als "ich selbst".	③	②	①	0
5. Mein Lebensstandard hat sich durch die Pflege verringert.	③	②	①	0
6. Durch die Pflege wird meine Gesundheit angegriffen.	③	②	①	0
7. Die Pflege kostet viel von meiner eigenen Kraft.	③	②	①	0
8. Ich fühle mich "hin- und hergerissen" zwischen den Anforderungen meiner Umgebung (z.B. Familie) und den Anforderungen durch die Pflege.	③	②	①	0
9. Ich Sorge mich aufgrund der Pflege um meine Zukunft.	③	②	①	0
10. Wegen der Pflege leidet meine Beziehung zu Familienangehörigen, Verwandten, Freunden und Bekannten.	③	②	①	0
Summe	Anzahl x 3 = _____	Anzahl x 2 = _____	Anzahl x 1 = _____	

HPS – Häusliche Pflege-Skala

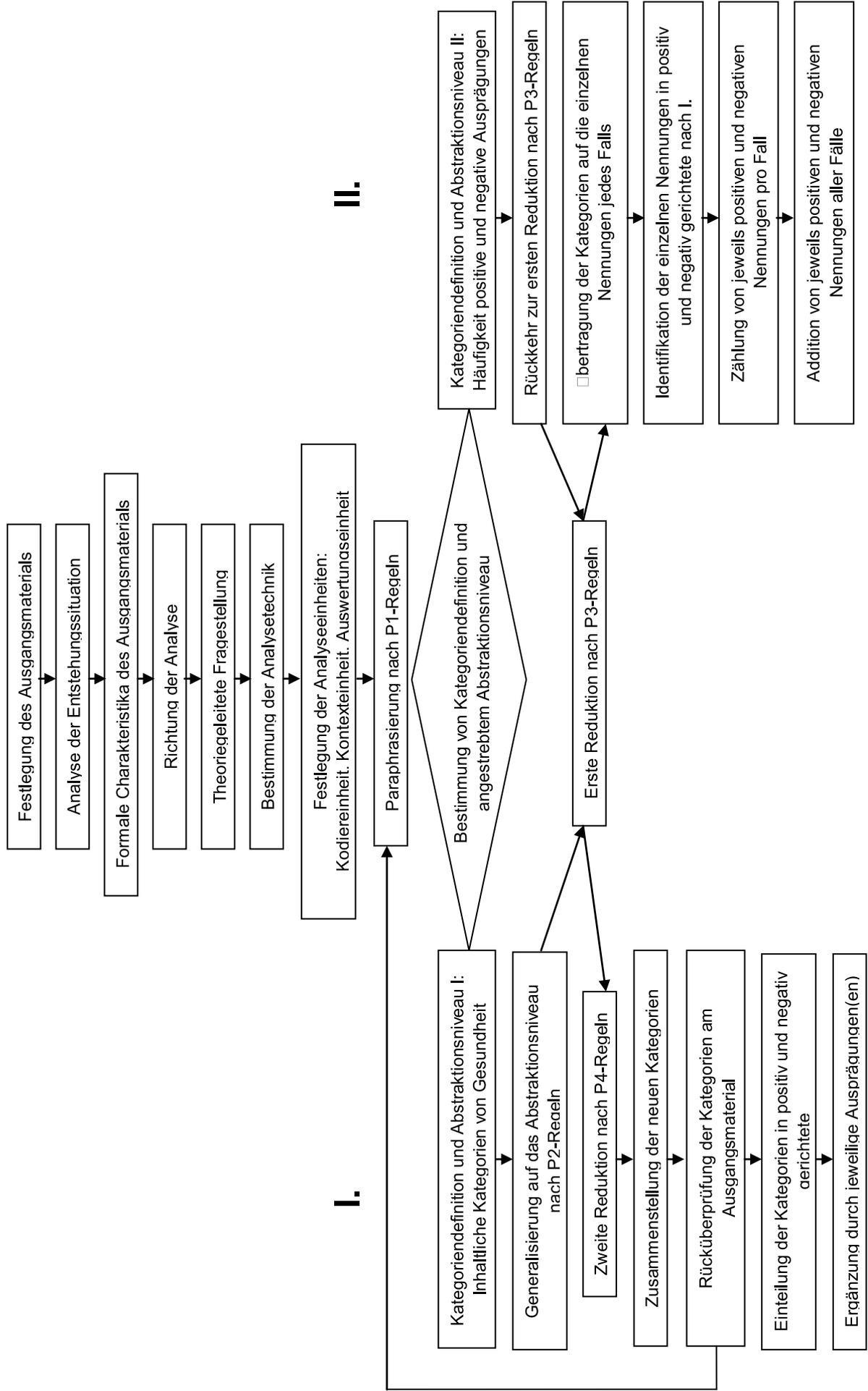
Kurzüberblick

Summenwert der Antworten von	entsprechen Belastung durch die häusliche Pflege:
0 - 9	niedrig
10 - 20	mittel
21 - max. 30	hoch

Bemerkungen:

1. Der Summenwert der Häuslichen Pflege-Skala HPS stellt ein **globales Maß für die wahrgenommene Belastung** durch die häusliche Pflege dar.
2. Die Häusliche Pflege-Skala liefert **objektive**, d. h. vom Anwender unabhängige Ergebnisse.
3. Die Werte für die **Zuverlässigkeit** liegen zwischen 0,8 und 0,9 und die Werte der **Gültigkeit** um 0,5. Sie entsprechen damit denen eines "psychometrisch gut konstruierten Tests".
4. Der HPS-Summenwert differenziert zwischen **verschiedenen Schweregraden** der pflegerischen Belastung.
5. Die Häusliche Pflege-Skala ist für **wiederholte Befragungen** zur Erfassung von Belastungsveränderungen geeignet.
6. Durch die **standardisierte Auswertung** kann der Summenwert schnell errechnet werden.
7. Die Beurteilung des HPS-Summenwertes erfolgt nach den Kategorien "**niedrige**", "**mittlere**" und "**hohe pflegerische Belastung**" durch festgelegte Summenwert-Bereiche.
8. Die Häusliche Pflege-Skala dient der **Feststellung des Ausmaßes der pflegerischen Belastung** sowie der Abschätzung, wie dringlich Entlastung benötigt wird. Außerdem können **zeitliche Veränderungen der Belastung**, insbesondere im Sinne von "Erfolgskontrollen", bei Interventionsmaßnahmen jeglicher Art registriert werden.

Anhang 5: Ablaufmodell zusammenfassende Inhaltsanalyse. Eigene Darstellung nach Mayring, 2010.



Anhang 6: Vergleich der subjektiven Belastungsskalen

Vergleich der Ergebnisse der subjektiven Belastungsskalen

ID	Ergebnis der Belastungsskala	Ergebnis der Häuslichen Pflegeskala
	n= 18	n = 16
74	mittlere Belastung	mittlere Belastung
75	mittlere Belastung	mittlere Belastung
76	hohe Belastung	mittlere Belastung
87	hohe Belastung	--
89	maximale Belastung	mittlere Belastung
90	niedrige Belastung	niedrige Belastung
91	niedrige Belastung	niedrige Belastung
94	niedrige Belastung	niedrige Belastung
97	hohe Belastung	hohe Belastung
102	mittlere Belastung	mittlere Belastung
105	mittlere Belastung	mittlere Belastung
106	hohe Belastung	hohe Belastung
110	mittlere Belastung	mittlere Belastung
112	hohe Belastung	--
114	hohe Belastung	hohe Belastung
115	hohe Belastung	hohe Belastung
118	hohe Belastung	hohe Belastung
119	mittlere Belastung	mittlere Belastung

- - - - - voneinander abweichend

Anhang 7: Korrelation Pflegezeit/subjektive Belastung nach Pearson

Pflegezeit und subjektive Belastung

IV. Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Pflegezeit und der subjektiven Belastung?

H_0 = Es gibt einen negativen Zusammenhang.

H_1 = Es gibt einen positiven Zusammenhang.

Pflegezeit metrisch und subjektive Belastung metrisch = Pearson

Pflegezeit metrisch und subjektive Belastung ordinal (kategorisiert) = Spearman

Pearson:

Korrelationen

		Pflegezeit: Seit ... Monat(en)	HPS_gesamt
Pflegezeit: Seit ... Monat(en)	Korrelation nach Pearson	1	,073
	Signifikanz (2-seitig)		,788
	N	18	16
HPS_gesamt	Korrelation nach Pearson	,073	1
	Signifikanz (2-seitig)	,788	
	N	16	16

Korrelationen

		Pflegezeit: Seit ... Monat(en)	Belastungsskala
Pflegezeit: Seit ... Monat(en)	Korrelation nach Pearson	1	-,049
	Signifikanz (2-seitig)		,847
	N	18	18
Belastungsskala	Korrelation nach Pearson	-,049	1
	Signifikanz (2-seitig)	,847	
	N	18	18

Anhang 8: Korrelation Pflegezeit/subjektive Belastung nach Spearman

Pflegezeit und subjektive Belastung

IV. Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Pflegezeit und der subjektiven Belastung?

H_0 = Es gibt einen negativen Zusammenhang.

H_1 = Es gibt einen positiven Zusammenhang.

Pflegezeit metrisch und subjektive Belastung metrisch = Pearson

Pflegezeit metrisch und subjektive Belastung ordinal (kategorisiert) = Spearman

Spearman:

Korrelationen

			Pflegezeit: Seit ... Monat(en)	HPS_gesamt_kat egorisiert
Spearman-Rho	Pflegezeit: Seit ... Monat(en)	Korrelationskoeffizient	1,000	,018
		Sig. (2-seitig)		,948
		N	18	16
	HPS_gesamt_kategorisiert	Korrelationskoeffizient	,018	1,000
		Sig. (2-seitig)	,948	
		N	16	16

Korrelationen

			Pflegezeit: Seit ... Monat(en)	Belastungsskala_ Kategorien
Spearman-Rho	Pflegezeit: Seit ... Monat(en)	Korrelationskoeffizient	1,000	-,127
		Sig. (2-seitig)		,616
		N	18	18
	Belastungsskala_Kategorien	Korrelationskoeffizient	-,127	1,000
		Sig. (2-seitig)	,616	
		N	18	18

Anhang 10: Subjektive Gesundheitskonzepte und subjektive Belastung

ID	Belastungsskala				Gesundheit als Wohlbefinden	Gesundheit als Grundlage	Gesundheit als Teilhabe am sozialen Leben	Gesundheit als Wertaussage	Gesundheit als Lebens-einstellung	Gesundheit als Leistungs-fähigkeit	Gesundheit als Unabhängigkeit	Gesundheit als geringes Beschwerdemaß	Gesundheit als Störungsfreiheit	HPS			ID
	Niedrige Belastung	Mittlere Belastung	Hohe Belastung	Maximale Belastung										Hohe Belastung	Mittlere Belastung	Niedrige Belastung	
74		x			x	x							x		x		74
75		x			x										x		75
76			x				x										76
87			x					x								missing	87
89				x	x										x		89
90	x								x				x				90
91	x									x			x				91
94	x										x						94
97			x		x		x			x					x		97
102		x														x	102
105		x			x											x	105
106			x					x								x	106
110		x				x										x	110
112			x										x			missing	112
114			x		x				x						x		114
115			x								x				x		115
118			x		x							x			x		118
119	x				x		x			x						x	119
					4	2	1			1			1				
					3		3	2		2	2	2	1		1		
					1												
									1	1	2		2				