

# Subjektive Gesundheitsvorstellungen und Gesundheitshandeln Pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz

"Und jetzt haben wir das eben anders gemacht..."

**Dr. Sarah Hampel**

wissenschaftliche Mitarbeiterin, Kuratorium Deutsche Altershilfe

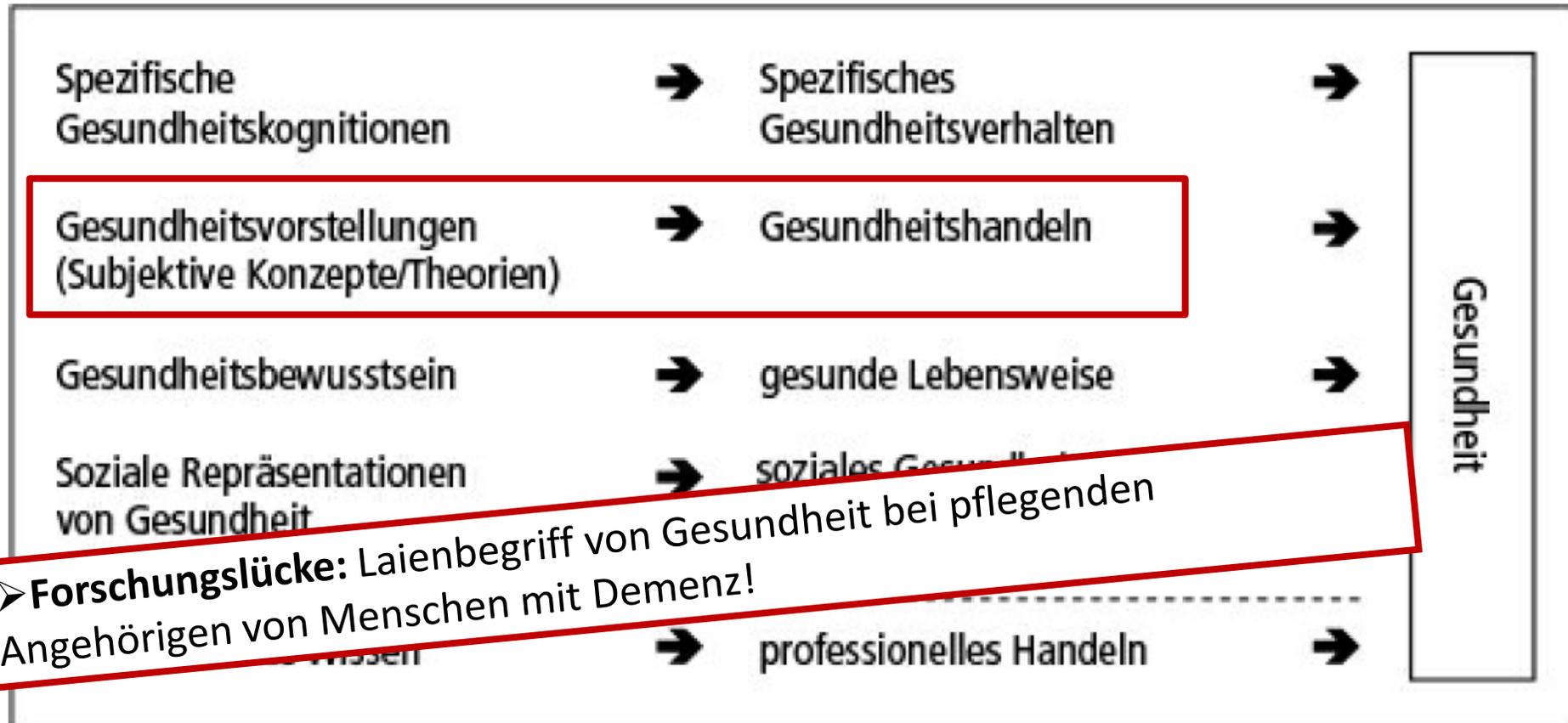
Vortrag im Rahmen des Online-Dialogs

„Immer noch unerreicht, oder doch schon? Pflegende Angehörige“

# Wieso ist dieses Thema relevant?

- Pflege von Menschen mit Demenz (MmD) geht mit besonderen Belastungen für die Pflegenden Angehörigen einher, die sich auf deren Gesundheit auswirken (u.a. Allwicher 2009; Bohnet-Joschko 2020; Gräßel & Adabbo 2011; Kurz & Wilz 2011; Rothgang & Müller 2018; Zacke & Schank 2011)
    - bspw. erhöhtes Risiko an Depression zu erkranken (Mittelman 2007) oder an Schlaflosigkeit zu leiden (Lee & Thomas 2011)
  - Entwicklung und Implementierung entlastender und gesundheitsfördernder Interventionen für Pflegenden Angehörige nimmt stetig zu (Dräger et al. 2012)
    - Aber: deren Inanspruchnahme ist insgesamt gering (u.a. Dräger et al. 2013; Hampel et al. 2015).
- ➔ Wieso werden bestehende Angebote nicht oder nur wenig genutzt?

# Wieso ist dieses Thema relevant?



# Herangehensweise an das Thema

## Zielsetzung:

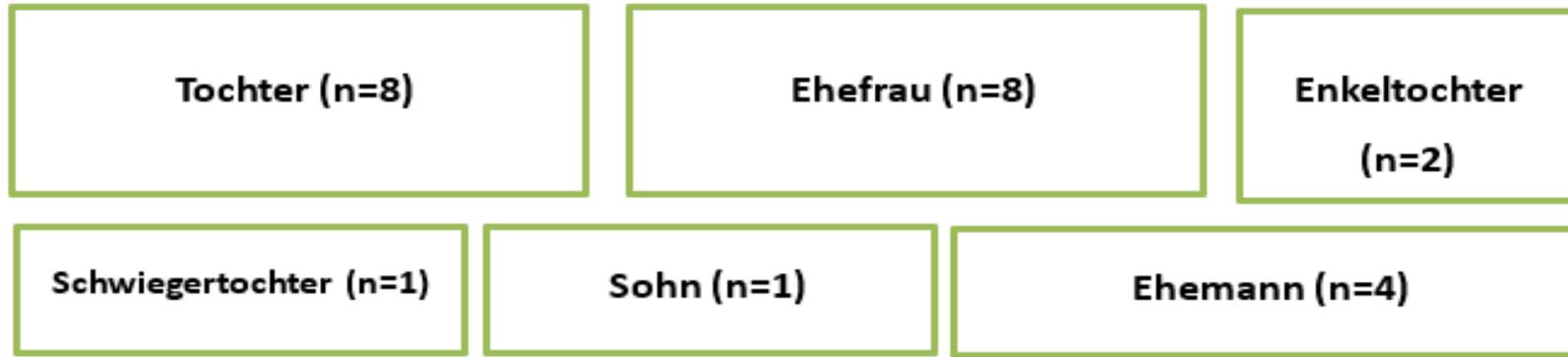
- Analyse der subjektiven Gesundheitsvorstellungen und des Gesundheitshandelns von pflegenden Angehöriger von Menschen mit Demenz
- Überprüfung deren Relevanz für die Ausgestaltung von Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung der Zielgruppe

## Forschungsfragen:

1. Was verstehen pflegende Angehörige unter Gesundheit (Definition)? Welche Kriterien ziehen sie zur Definition heran? Welche subjektiven **Vorstellungen** von Gesundheit liegen diesem Handeln zugrunde?
2. Wie gestalten Laien ihr Leben in Bezug auf ihre gesundheitlichen Belange und welche Bedingungen beeinflussen die Verwirklichung eines subjektiv sinnvollen **Gesundheitshandelns** bei pflegenden Angehörigen?
3. Welche **Handlungsbedarfe** bestehen für das Versorgungssystem?



# Wer sind „die Pflegenden Angehörigen“?



- **Geschlecht:** 78% weiblich
- **Durchschnittsalter (PA):** 61,7 Jahre; große Altersspanne: 20 – 85 Jahre
- **Durchschnittsalter (Pflegebedürftige):** 78 Jahre
- 65,2% leben in einem gemeinsamen Haushalt; **Wohnentfernung** bis zu 270km
- 26,1% der PA **erwerbstätig**
- **Subjektive Gesundheit:** 56,5% mind. gut, 26 % zufriedenstellend und 17,4% als weniger gut oder schlecht
- **Subjektive Belastung:** bei 56,5% mind. hoch

# Pflegealltag und Gesundheitszustand

## *Beispiel für negativen Gesundheitszustand*

Hoher Grad der Differenziertheit bei der Betrachtung der eigenen Gesundheit  
→ insbes. bei negativer Bewertung:

*„ich fühl mich immer äh zweigeteilt. (1) Was jetzt so (1) **ich trenne das. Also die Krankheit und mein Leben.***

*Also mein Leben find ich immernoch sehr abwechslungsreich, bin eben sehr aktiv, hab viele Ehrenämter und bin gut sozial eingebunden und so. **Also sehr positiv.***

*Also das mit meinem Mann ist halt die andere Seite (1). Ich will einfach nicht mehr [lacht] Ich merke ganz einfach, da is n **Erschöpfungszustand** und ich versuche immer diese **Balance durch mein aktives Leben** noch zu bekommen und das gibt mir auch immer wieder Kraft und so das merk ich dann [...]*

***Das ist total schwierig, weil einerseits gehts mir eben sehr gut, ich bin gesund und fit. (1) Und andererseits gehts mir total schlecht“ (1 4)***

# Welche Gesundheitsvorstellungen gibt es?

## *Typen von subjektiven Gesundheitskonzepten*

Gesundheits- konzept (Inhalt) ↓	Gesundheits- konzept (Dynamik) →	Hohe Bedeutung von Gesundheit (H)	Partiell hohe Bedeutung von Gesundheit (PH)	Geringe Bedeutung von Gesundheit (G)
Multidimensionaler Gesundheitsbegriff mit		n=5	n=1	n=1

*„Gesundheit ist für mich nicht nur Blinddarm und n guter Blutdruck. Ja, diese ganze Umgebung. Die Luft, in der ich lebe. Das seelische Ausgewogen-Sein ist für mich auch Gesundheit [...] wenn ich innerlich vor `nem Dreckhaufen stehe, funktionier ich auch nach außen nicht.“ (I6)*

Schwerpunkt klar und positiv (4)		n=2	n=1	/
----------------------------------	--	-----	-----	---

# Welche Gesundheitsvorstellungen gibt es?

## *Subjektive Gesundheitstheorien*

- **Kontrollüberzeugungen:** hohe Eigenverantwortung gesehen (n= 19)
  - Andere Akteure: Mitarbeiter\*innen im Gesundheits- und Pflegewesen (n=8), Familie (n=2), unbeteiligte Dritte (n=2)
- **Größte Einflussfaktoren auf die Gesundheit**

Eigenes Handeln (n=62)

Pflege des\*der Angehörigen  
(n=55)

Veranlagung/Krankheit  
(n=25)

Familie/Vertrauensperson  
(n=11)

Stress (n=8)

Weitere Faktoren wie bspw:  
finanzielle Sorgen,  
Gesundheitssystem, Glaube,  
Ehrenamt/Beruf) (n=28)

„Da muss man schon  
selber verantwortlich sein“

# Welche Formen des Gesundheitshandelns resultieren?

## 1. Ausgeprägtes Gesundheitshandeln im Alltag

- mehrdimensionales Gesundheitshandeln (1A)
- Psychisch motiviertes Gesundheitshandeln (1B)

## 2. Partiiell ausgeprägtes Gesundheitshandeln mit Handlungsschwerpunkt im Alltag

- Abbau eines spezifischen Risikoverhaltens (2A),
- primärer Fokus auf Reduzierung pflegebedingter Anspannungen (2B),
- primärer Fokus auf sozialen und kulturellen Aktivitäten (2C),
- primärer Fokus auf wohnumfeldnahe Aktivitäten (2D)

## 3. Kaum ausgeprägtes Gesundheitshandeln im Alltag

- Wenig Aktivität bei Vorliegen von Risikoverhaltens (3A)
- Langsamer Beginn eines bewussten Gesundheitshandelns (3B)
- riskantes Gesundheitshandeln (3C)



# Gesundheitsvorstellungen und Gesundheitshandeln vollziehen sich im Pflegealltag

Subjektives Versorgungskonzept	Personenzentrierte Pflege, Fokus auf Wertschätzung, Zusammenarbeit und Betonung sozialer Einbindung
Gesundheitskonzept/ Gesundheitsvorstellungen	Multidimensionaler Gesundheitsbegriff mit positiver Definition  Keine bewusste Rolle von Gesundheit im Lebenslauf und Bedeutungsabnahme von Gesundheitshandeln
Gesundheitstheorie	Vor allem eigenes Handeln hat einen Einfluss auf die Gesundheit
Kontrollüberzeugung	Selbstverantwortung als Leitmotiv (Ausnahme: Hausarzt)
Gesundheitshandeln	Kaum ausgeprägtes Gesundheitshandeln - riskanter Lebensstil: 3C
Handlungsperspektive/ -bedürfnis	Pflegende Angehörige ist tot Würde alles wieder so machen



I6 (Frau Blase\*, 65J., Schwiegertochter): „Einsam und wenig Gesundheitshandeln“

# Ableitung für Unterstützungsstrukturen von Gesundheit im Pflegealltag

- **PA verstehen sich mehrheitlich als aktiv handelnde Subjekte**, die im Kontext ihres Alltagslebens agieren
- PA haben im Vergleich zu anderen Gruppen Erwachsener **einen vielfältigeren Blick auf Gesundheit und Krankheit**
- **Zusammenhang von individuellen Gesundheitsvorstellungen und Gesundheitshandeln bestätigt** – Eröffnung von Handlungsräumen zu deren Berücksichtigung (abhängig vom jeweiligen Typ des Gesundheitshandelns)
- **Berücksichtigung von PA als eigenständiger Zielgruppe im Versorgungssystem**, die proaktiv und flexibel adressiert werden muss an Orten, die zum Alltag passen

# Ableitung für Unterstützungsstrukturen von Gesundheit im Pflegealltag

**Generell:** Etablierung von subjektorientierten und strukturell verankerten Ansätzen der Prävention und Gesundheitsförderung, die einander ergänzen und auf Klarheit in der Angebotslandschaft setzen.

- Überprüfen Sie Ihre Haltung.
- Suchen Sie neue Partner\*innenschaften zur Verbesserung der Kooperation und Vernetzung von Familien und Akteuren im Versorgungsnetz.
- Seien Sie kreativ: es braucht integrierte und verlässliche Strukturen, klare Verantwortungen, aber Raum für innovative Ansätze und Zugänge.
- Denken Sie „früher“: frühzeitige Ansprache und Einbeziehung der Zielgruppe sinnvoll (vor allem mit Blick auf Entwicklung der Pflegestatistik).

# Vielen Dank!



Dr. Sarah Hampel



[sarah.hampel@kda.de](mailto:sarah.hampel@kda.de)



[www.kda.de](http://www.kda.de)

[www.alter-pflege-demenz-nrw.de](http://www.alter-pflege-demenz-nrw.de)

[www.pflegeselbsthilfe.de](http://www.pflegeselbsthilfe.de)

# Quellenverzeichnis

- Allwicher, V. (2009): Welche Beratung brauchen pflegende Angehörige. Konzeption einer bedürfnisorientierten Angehörigenberatung aus pflegewissenschaftlicher Perspektive. Norderstedt: Books on demand.
- Dräger, D.; Blüher, S.; Kummer, K.; Budnick, A. (2013): Subjektive Barrieren der Nutzung von Gesundheitsförderung für pflegende Angehörige. In: *Pflege & Gesellschaft* 18 (1), S. 50–64. Online verfügbar unter [http://www.dg-pflegewissenschaft.de/2011DGP/wp-content/uploads/2014/06/2013\\_1-PG.pdf](http://www.dg-pflegewissenschaft.de/2011DGP/wp-content/uploads/2014/06/2013_1-PG.pdf).
- Faltermaier, T. (2017). *Gesundheitspsychologie*, Stuttgart: Kohlhammer.
- Faltermaier, Toni; Kühnlein, I.; Burda-Viering, M. (1998): *Gesundheit im Alltag. Laienkompetenz in Gesundheitshandeln und Gesundheitsförderung*. Weinheim, München: Juventa-Verl. (Juventa-Materialien).
- Gräßel, E.; Adabbo, R. (2011): Perceived Burden of Informal Caregivers of a Chronically Ill Older Family Member. In: *GeroPsych: The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry* 24 (3), S. 143–154. DOI: 10.1024/1662-9647/a000042.
- Hampel, S.; Reuter, V.; Reichert, M. (2015): Mobile Beratung im Themenfeld Demenz. Ergebnisse der Literaturanalyse im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung „Mobile Demenzberatung – ein niedrigschwelliges Angebot für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz (MobiDem)“, Dortmund, online: [http://www.mobidem.tu-dortmund.de/joomla/images/Publikationen/Literaturbericht\\_final.pdf](http://www.mobidem.tu-dortmund.de/joomla/images/Publikationen/Literaturbericht_final.pdf), zuletzt abgerufen am 30.09.2015.
- Kurz, A.; Wilz, G. (2011): Die Belastung pflegender Angehöriger bei Demenz. Entstehungsbedingungen und Interventionsmöglichkeiten. In: *Der Nervenarzt* 82 (3), S. 336–342. DOI: 10.1007/s00115-010-3108-3.
- Lee, David R.; Thomas, Alan J. (2011): Sleep in dementia and caregiving--assessment and treatment implications: a review. In: *International psychogeriatrics / IPA* 23 (2), S. 190–201. DOI: 10.1017/S1041610210001894.
- Mittelman, M. S.; Roth, D. L.; Clay, O. J.; Haley, W. E. (2007): Preserving Health of Alzheimer Caregivers: Impact of a Spouse Caregiver Intervention. In: *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 15 (9), S. 780–789.
- Rothgang, H.; Müller (2018): *Barmer GEK Pflegereport 2018*. Schriftenreihe zur Gesundheits-analyse, Band 12, Berlin: BARMER.
- Zank, S.; Schacke, C. (2011): Inanspruchnahme und Effektivität von Versorgungsangeboten: Ergebnisse der Längsschnittstudie zur Belastung pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten (LEANDER). In: Dibelius, O. & Maier, W. (Hg.): *Versorgungsforschung für demenziell erkrankte Menschen*. Health services research for people with dementia. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer, S. 122–127.