

Aus dem Institut für Medizinische Soziologie  
der Medizinischen Fakultät Charité - Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

**Gesundheitsförderung für ältere pflegende Angehörige  
unter Berücksichtigung der Problematik der  
Nichtinanspruchnahme gesundheitsfördernder Maßnahmen  
am Beispiel moderater körperlicher Aktivität**

zur Erlangung des akademischen Grades  
Doctor rerum medicinalium (Dr. rer. medic.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät  
Charité - Universitätsmedizin Berlin

von

Andrea Budnick

aus Pritzwalk

Datum der Promotion: 22.06.2014

# INHALTSVERZEICHNIS

<b>1. ZUSAMMENFASSUNG DER PUBLIKATIONSPROMOTION</b> .....	<b>1</b>
1.1 Titel .....	2
1.2 Autor.....	2
1.3 Zusammenfassung.....	2
1.4 Abstract .....	3
1.5 Einleitung .....	4
1.6 Zielstellung.....	4
1.7 Methodik .....	5
1.8 Ergebnisse .....	8
1.9 Diskussion .....	12
1.10 Literatur.....	18
<b>2. ERKLÄRUNG ÜBER DEN PERSÖNLICHEN ARBEITSANTEIL AN DEN PUBLIKATIONEN</b> .....	<b>21</b>
<b>3. PUBLIKATIONEN ALS PROMOTIONSLEISTUNG</b> .....	<b>22</b>
<b>4. LEBENSLAUF</b> .....	<b>63</b>
<b>5. KOMPLETTE LISTE EIGENER PUBLIKATIONEN</b> .....	<b>64</b>
<b>6. SELBSTSTÄNDIGKEITSERKLÄRUNG</b> .....	<b>69</b>
<b>7. DANKSAGUNG</b> .....	<b>70</b>

# 1. ZUSAMMENFASSUNG DER PUBLIKATIONSPROMOTION

## 1.1 Titel

Gesundheitsförderung für ältere pflegende Angehörige unter Berücksichtigung der Problematik der Nichtinanspruchnahme gesundheitsfördernder Maßnahmen am Beispiel moderater körperlicher Aktivität

## 1.2 Autor

Andrea Budnick

## 1.3 Zusammenfassung

**Hintergrund:** Die steigende Zahl (älterer) pflegender Angehöriger sowie mit der häuslichen Pflege korrespondierende Belastungen für Pflegende prädestinieren diese Zielgruppe für Gesundheitsförderung beispielsweise durch moderate körperliche Aktivität. Trotz des hohen Bedarfs an Gesundheitsförderung werden pflegende Angehörige von Angeboten schwer erreicht („*Präventionsdilemma*“). Dies könnte auf die fehlende Bedarfsorientierung von Angeboten für diese Zielgruppe zurückzuführen sein. Ziel dieser Publikationspromotion war, einen Beitrag zur Gesundheitsförderung für ältere pflegende Angehörige zu leisten und dabei auch die Problematik der Nichtinanspruchnahme von gesundheitsförderlichen Angeboten zu untersuchen.

**Methode:** Dazu wurde ein Assessment-Instrument (ARR) entwickelt und validiert, welches physische und psychische Ressourcen und Risiken älterer pflegender Angehöriger erfasst, um auf dieser Basis am Bedarf ausgerichtete Bewegungs- oder Entspannungsangebote zu unterbreiten. Pflegende Angehörige, die keines der Angebote nutzten, wurden zu ihren Gründen befragt. Der wahrgenommene Nutzen und die Barrieren moderater körperlicher Aktivität wurden mittels neu entwickelter und validierter Skalen analysiert.

**Ergebnisse:** Die faktorielle Validität des ARR konnte an einer Stichprobe mit 202 pflegenden Angehörigen gezeigt werden. Trotz einer zugehenden und am Bedarf ausgerichteten Angebotsstruktur nutzten nur wenige pflegende Angehörige diese. Die Analyse spontan geäußerter Gründe stellt Erklärungsansätze dazu bereit. Zudem hatte die Mehrheit der Befragten entweder keine Absicht aktiv zu werden (42,7 %) oder war bereits regelmäßig aktiv (43,7 %). Das Aktivitätsniveau der pflegenden Angehörigen war mit dem Nutzen und den Barrieren hinsichtlich regelmäßiger Aktivität assoziiert, wobei der Nutzen einen stärkeren Effekt hatte.

**Schlussfolgerung:** Interventionen zur Förderung der Gesundheit durch Bewegung sollten für diese Zielgruppe am Bedarf ausgerichtet sein und eher Strategien zur Maximierung des Nutzens von Aktivität berücksichtigen, als wahrgenommene Barrieren zu widerlegen.

## 1.4 Abstract

**Background:** Due to an increasing number of (elderly) family caregivers and various burdens related to home care, this target group is predestined for health promotion such as moderate physical activity. Despite a strong need for health promotion in general, elderly caregivers are rarely reached by activity offers. This might be explained by shortcomings in existing offers such as a lack of need orientation. The aim of this cumulative doctoral thesis was to contribute to health promotion for elderly family caregivers (50 years and older) in Germany and to explore the set of problems of disuse of moderate activity offers (exercise and/or relaxation).

**Methods:** For this purpose an assessment-instrument (ARR) was developed (Publication 1) and validated (Publication 2). The ARR encompasses physical and psychological resources and risks of elderly family caregivers. Based on results of the ARR need-oriented activity offers (exercise and/or relaxation) were provided. The utilization of these activity offers was low, however, semi-standardized interviews were conducted with caregivers to analyze reasons (Publication 3). Moreover, new scales were developed and validated to assess the perceived benefits of and barriers to moderate physical activity. Stages of change for activity were assessed to analyze different levels of motivation to activity (Publication 4).

**Results:** Factorial validity for the ARR was confirmed. Psychometric qualities allow the conclusion that the ARR is a reliable and valid instrument (N = 202). Personal perceptions more than external circumstances inhibited the use of activity offers. Moreover, the majority of caregivers had either no intention to become active (precontemplation stage: 42.7 %) or had been exercising regularly for more than six months (maintenance stage: 43.7 %). While both perceived benefits and barriers were significantly related to stages of change for activity, perceived benefits showed a stronger positive relationship.

**Conclusion:** Thus, interventions to promote moderate physical activity for elderly family caregivers should provide individual and need-oriented activity offers. Moreover, those interventions should consider strategies that maximize the perceived benefits of activity rather than refuting the barriers.

## 1.5 Einleitung

Derzeit werden 70 % der Pflegebedürftigen (1,76 Millionen) in der eigenen Häuslichkeit und davon zwei Drittel (1,18 Millionen) überwiegend von Angehörigen<sup>1</sup> versorgt [1]. Entsprechend einer Prognose des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen wird sich die Zahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2050 nahezu verdoppeln; somit ist auch von einem Anstieg der Zahl pflegender Angehöriger auszugehen [2]. Studien zeigen, dass bei Pflegebedürftigkeit die präferierte Versorgungsform die häusliche Pflege durch Angehörige ist [3]. Die häusliche Pflege durch Angehörige wird somit auch zukünftig eine zentrale Ressource in der Versorgungsstruktur pflegebedürftiger Menschen in Deutschland sein. Bemerkenswert ist, dass die Mehrheit dieser Angehörigen 55 Jahre oder älter ist [4]. Studienergebnisse verweisen einerseits auf positive Auswirkungen der häuslichen Pflege, z. B. die Gewissheit der guten Versorgung zu Hause [5, 6]. Andererseits dokumentieren Forschungsergebnisse der letzten 30 Jahre weltweit das Belastungserleben pflegender Angehöriger [z. B. 7-10]. Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung weisen sie deutlich höhere Gesundheitsrisiken auf, da u. a. häufig Erschöpfungszustände auftreten, die sich in Schlafstörungen und/oder depressiven Verstimmungen äußern können [9, 11].

Die demografische Entwicklung sowie die präsentierten Befunde zur gesundheitlichen Situation pflegender Angehöriger weisen auf die Notwendigkeit der Gesundheitsförderung für diese Zielgruppe hin, wobei in dieser Arbeit auf die Förderung der Gesundheit über moderate<sup>2</sup> körperliche Aktivität rekuriert wird [12, 13].

## 1.6 Zielstellung

Ziel dieser Promotion war, einen Beitrag zur Gesundheitsförderung für ältere pflegende Angehörige zu leisten. Dazu wurde ein neues Assessment-Instrument zur Erfassung physischer und psychischer Ressourcen und Risiken älterer pflegender Angehöriger (ARR) entwickelt (**Publikation 1**) [14] und deren Validität geprüft (**Publikation 2**) [15]. Auf der Basis des ARR wurden Bewegungs- und Entspannungsangebote von einer Krankenkasse für die Zielgruppe unterbreitet, Gründe pflegender Angehöriger analysiert, die die Inanspruchnahme der Angebote verhinderten (**Publikation 3**) [16] sowie der wahrgenommene Nutzen und die Barrieren moderater körperlicher Aktivität vertiefend untersucht (**Publikation 4**) [17].

---

<sup>1</sup> Pflegende Angehörige sind Privatpersonen, die i. d. R. über keine professionellen pflegerischen Kompetenzen verfügen [8].

<sup>2</sup> Als moderate körperliche Aktivität bezeichnet man Tätigkeiten, bei denen man etwas schwerer Atmen muss als normalerweise, wie z. B. beim Radfahren mit normaler Geschwindigkeit oder beim „strammen“ Spazieren [17].

## 1.7 Methodik

### *Beschreibung des Vorgehens*

In der ersten Teilstudie (**Publikation 1**) [14] erfolgte die Entwicklung des Assessment-Instruments zur Erfassung von Ressourcen und Risiken älterer pflegender Angehöriger (ARR) [14]. Die Entwicklung eines neuen Instruments war erforderlich, da vorhandene deutschsprachige Instrumente wie das Zarit Burden Interview [18], das Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung – Demenz [19], die Häusliche Pflege-Skala [20, 21] oder der COPE-Index [22] zwar die Situation pflegender Angehöriger in der Häuslichkeit erfassen, jedoch die bedarfsgerechte Ableitung von Angeboten zur Förderung der Gesundheit fokussiert auf körperliche Aktivität unter Berücksichtigung physischer und psychischer Ressourcen- und Risikoprofile (Bedarf) offen bleibt. Demzufolge war die Entwicklung eines kurzen Verfahrens für ältere pflegende Angehörige notwendig, um am Bedarf ausgerichtete Bewegungs- und Entspannungsangebote zur Förderung der Gesundheit ableiten zu können [14].

In der zweiten Teilstudie (**Publikation 2**) [15] erfolgte die Prüfung der faktoriellen Validität des ARR mittels Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation. Das finale Modell des ARR basiert auf folgendem Vorgehen: Sichtung von Faktoren mit einem Eigenwert  $\geq 1$ , Verwendung des Screeplots nach Cattell zur Bestimmung bedeutender Faktoren [23], Zuordnung eines Items zu einem Faktor, mit dem es am höchsten korreliert, Interpretation von Faktorladungen über 0,4 [24]. Die Eignung der verwendeten Items wurde mit dem Kaiser-Meyer-Olkin Kriterium sowie dem Bartlett-Test auf Sphärizität geprüft [25]. Neben der Reliabilität des ARR und seiner Subskalen wurden Item- und Skalencharakteristiken geprüft. Die Konstruktvalidität des ARR wurde erstmalig mit einer Kurzsкала zur Messung der Selbstwirksamkeitserwartung [26] getestet [15]. Eine geschulte Mitarbeiterin der kooperierenden Krankenkasse führte telefonisch das ARR mit pflegenden Angehörigen durch. Auf dieser Basis erhielt jeder Assessment-Teilnehmer ein am Bedarf ausgerichtetes Angebot im Bereich Bewegung (z. B. Rückenschule) oder Entspannung (z. B. Yoga) [14]. Das in Kooperation mit der Deutschen BKK in Wolfsburg durchgeführte Programm zur Förderung der Gesundheit älterer pflegender Angehöriger wurde niedrigschwellig<sup>3</sup> ausgerichtet, um aus der Präventionsforschung bekannte Hemmschwellen hinsichtlich der Nutzung von Angeboten zu eliminieren [14, 27].

---

<sup>3</sup> Niedrigschwellig bedeutet, dass die Kontaktaufnahme direkt mit den pflegenden Angehörigen erfolgte, um Informationen zu kommunizieren. Zudem erfolgte die Ausrichtung der Angebote bedarfsgerecht, Angebote wurden postalisch unterbreitet und finanziell bezuschusst (nach §20 SGB V mit bis zu 85 % der Angebotskosten durch die Krankenkasse). Die parallele Betreuung des Pflegebedürftigen während eines Aktivitätsangebotes wurde den pflegenden Angehörigen offeriert.

Um die Problematik der Nichtinanspruchnahme gesundheitsfördernder Angebote zu bearbeiten, wurden ausschließlich pflegende Angehörige, die keines der unterbreiteten Angebote von der Krankenkasse nutzten, in die dritte und vierte Teilstudie einbezogen. In der dritten Teilstudie (**Publikation 3**) [16] wurden spontan geäußerte Gründe der Zielpopulation erfasst, um zu analysieren, warum das Angebot der Krankenkasse nicht genutzt wurde. Dies erfolgte mit einem teilstandardisierten Leitfaden. Die Auswertung der qualitativ erhobenen Daten erfolgte durch Häufigkeitsanalysen, einer Grundform des Interpretierens nach Mayring (2010) [28]. Die zuerst genannte subjektive Barriere wurde dokumentiert und in die hier vorgestellten Analysen einbezogen. Die Gründe für die Ablehnung der unterbreiteten Angebote wurden zudem nach Aktivitätsstatus (aktiv und nicht aktiv), einer neunstufigen Typologie physischer und psychischer Ressourcen- und Risikokonstellationen [14] sowie der Einstellung zum eigenen Alter(n) untersucht [16].

In der vierten Teilstudie (**Publikation 4**) [17] wurden erstmalig bei älteren pflegenden Angehörigen in Deutschland der wahrgenommene Nutzen und die Barrieren moderater körperlicher Aktivität über drei Aktivitätsstadien (Stadien der Verhaltensänderung nach Prochaska & Velicer, 1997 [30]) untersucht. Die drei Aktivitätsstadien beschreiben inaktive ältere pflegende Angehörige (Stadium: Precontemplation), Angehörige mit einer Absicht zu körperlicher Aktivität (Stadium: Contemplation/Preparation) und aktive Angehörige (Stadium: Action/Maintenance). Diese Ergebnisse können wertvolle Informationen für theoriebasierte und individuell ausgerichtete Interventionen zur Gesundheitsförderung liefern. In die Analysen des Nutzens und der Barrieren körperlicher Aktivität bei älteren pflegenden Angehörigen wurden acht Items einbezogen, welche aus den deutschen Skalen zur Messung der positiven und negativen Handlungsergebniserwartung hinsichtlich körperlicher Aktivität mit ursprünglich zwölf Items nach Schwarzer (2007) [29] generiert wurden. Die faktorielle Validität der acht für ältere pflegende Angehörige selektierten Items wurde mittels Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation geprüft, wobei ein Faktor interpretiert werden konnte, wenn mindestens vier Variablen eine Ladung von  $\geq 0,60$  aufwiesen [25]. Relevante Faktoren wurden mit dem Screeplot nach Cattell bestimmt und Cronbach's Alpha ( $\alpha$ ) für die Testung der Reliabilität verwendet. Das Kaiser-Meyer-Olkin Kriterium sowie der Bartlett Test auf Sphärizität wurden verwendet, um die Eignung der Items für die Hauptkomponentenanalyse zu prüfen [25]. Die Rohwerte der Skalen zur Messung des Nutzens und der Barrieren wurden in *T-Werte* ( $M = 50$ ,  $SD = 10$ ) transferiert, um die Vergleichbarkeit der Werte zu ermöglichen. Unterschiede für beide Skalen über die Stadien der Verhaltensänderung wurden mittels ANOVAS analysiert und Scheffé-Tests angewandt, um stadienspezifische Unterschiede bezüglich des Nutzens und der

Barrieren moderater körperlicher Aktivität zu analysieren. Ob die Stadien der Verhaltensänderung stärker mit dem wahrgenommenen Nutzen oder den Barrieren assoziiert sind, wurde mittels Eta-Quadrat ( $\eta^2$ ) berechnet. Das Signifikanzniveau wurde auf  $p \leq 0,05$  festgesetzt [17].

Das methodische Vorgehen wurde einer datenschutzrechtlichen Prüfung und einer Begutachtung durch die Ethikkommission der Charité - Universitätsmedizin Berlin unterzogen und positiv beschieden (Kennzeichen: EA4/022/08, EA4/103/08).

### ***Beschreibung der Studienpopulationen***

In der ersten Teilstudie (**Publikation 1**) [14] erfolgte die Entwicklung des Assessment-Instruments zur Erfassung von Ressourcen und Risiken älterer pflegender Angehöriger (ARR) [14]. Dazu wurden professionelle Akteure (Hausärzte [6], Pflegende, Mitarbeiter des Sozialdienstes und des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen), die in die häusliche Versorgung Pflegebedürftiger eingebunden sind, im Rahmen von zwei Fokusgruppen sowie pflegende Angehörige (in der Häuslichkeit:  $n = 4$ , Teilnehmer einer Selbsthilfegruppe:  $n = 8$ ) mittels leitfadengestützter Interviews befragt [6, 14]. In der zweiten Teilstudie (**Publikation 2**) [15] wurde ein Datensatz verwendet, welcher über eine gesetzliche Krankenkasse, Deutsche Betriebskrankenkasse (BKK), gewonnen wurde. Dazu wurden innerhalb eines Jahres (12/2008 bis 11/2009) alle pflegenden Angehörigen kontaktiert, deren Pflegebedürftiger bei dieser Krankenkasse versichert war und einen Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung stellte. Zudem wurde ein Mindestalter der pflegenden Angehörigen von 50 Jahren festgelegt. Von 367 kontaktierten Personen konnte mit 202 pflegenden Angehörigen das Assessment durchgeführt werden ( $M = 64,8$  Jahre;  $SD = 9,5$ ; Range: 50 – 87 Jahre; 79,2 % weiblich). Die Ausschöpfungsquote betrug 55,0 % [15, 31]. In die dritte und vierte Teilstudie wurden pflegende Angehörige einbezogen, die nach der Durchführung des ARR kein Angebot zur Gesundheitsförderung nutzten. Diese Probanden wurden nach dem Assessment (ARR) ein zweites Mal durch eine geschulte Interviewerin der Krankenkasse kontaktiert (11/2009 bis 02/2010) und interviewt. In die dritte Teilstudie (**Publikation 3**) [16] zur Analyse von Gründen, die die Inanspruchnahme der Angebote der Krankenkasse verhinderten, konnten 128 pflegende Angehörige ( $M = 64,8$  Jahre;  $SD = 9,73$ ; Range: 50 – 83 Jahre; 78,9 % weiblich) einbezogen werden [16]. Die vierte Teilstudie (**Publikation 4**) [17] zur Analyse des wahrgenommenen Nutzens und der Barrieren moderater körperlicher Aktivität bei älteren pflegenden Angehörigen wurde mit 103 Studienteilnehmern durchgeführt ( $M = 63,95$  Jahre;  $SD = 9,4$ ; Range: 50 – 83 Jahre; 82,5 % weiblich) [17].



## 1.8 Ergebnisse

### *Entwicklung des ARR und Prüfung der faktoriellen Validität*

Auf der Basis der qualitativen Studie zur Entwicklung des ARR (**Publikation 1**) [14] entstand eine erste Version des Assessment-Instruments mit 19 Items, welche die Ausgangsbasis für die Prüfung der faktoriellen Validität des ARR darstellte (**Publikation 2**) [15]. Mit 202 älteren pflegenden Angehörigen zeigte die erste Lösung der Hauptkomponentenanalyse mit 19 Items eine fünf-faktorielle Struktur, wobei der Screeplot auf drei bedeutende Faktoren verwies [15]. Die Relevanz des dritten Faktors wurde jedoch angezweifelt, da dieser varianzschwach war (7 %). Nach der Eliminierung der Items unbedeutender Faktoren wurde erneut eine Hauptkomponentenanalyse mit 14 Items berechnet sowie deren Itemcharakteristika geprüft.

*Tab. 1: Finales Modell des ARR – Faktorenanalytisches Modell mit Faktorladungen im Ergebnis einer Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation (Eigenwert > 1) und Itemkennwerten [15]*

Tabelle 1 wird in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht angezeigt.

Im finalen Modell des ARR verblieben ausschließlich Items, die den Kriterien zur Interpretation von Faktoren entsprachen (vgl. Kapitel 1.7 Methodik). Elf Items erfüllen diese Kriterien und bilden mit zwei Faktoren das finale Modell des ARR, welches in Tabelle 1 mit den Faktorladungen sowie den Kennwerten der Items dargestellt ist. Die Faktoren werden als Profile bezeichnet, wobei das physische Profil ( $\alpha = 0,71$ ) fünf Items und das psychische Profil ( $\alpha = 0,73$ ) sechs Items umfasst [15]. Die Prüfung der Konstruktvalidität mit der deutschen Kurzsкала zur Erfassung der Selbstwirksamkeitserwartung [26] ergab erwartungsgemäß eine positive Korrelation mit beiden Profilen (physisches Profil  $r_s = 0,30$ ; psychisches Profil  $r_s = 0,21$ ) [15].

***Deskription subjektiver Barrieren älterer pflegender Angehöriger zur Erläuterung, warum Angebote zur Gesundheitsförderung durch moderate Aktivität nicht genutzt wurden***

In Tabelle 2 werden Gründe älterer pflegender Angehöriger hierarchisch dargestellt, um zu erklären, warum ein Angebot zur Gesundheitsförderung von der Krankenkasse nicht genutzt wurde (**Publikation 3**) [16]. Am häufigsten wurde Überforderung von den Studienteilnehmern als Grund angegeben. In der Gruppe der körperlich inaktiven Pflegenden war die subjektive Überforderung höher (16,9 %) im Vergleich zu den Angehörigen, die bereits regelmäßig körperlich aktiv waren (12,3 %). Bemerkenswert ist, dass das Argument „Die Abwesenheit von zu Hause sei nicht erwünscht.“ von pflegenden Angehörigen, die regelmäßig körperlich aktiv sind, nicht benannt wurde (0,0 %), wobei 21,5 % der inaktiven Angehörigen, die auch das Angebot der Krankenkasse ablehnten, diesen Grund nannten [16].

*Tab. 2: Spontan genannte Hinderungsgründe aktiver und nicht aktiver älterer pflegender Angehöriger (n=65) [16]*

Tabelle 2 wird in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht angezeigt.

Zudem wurden bereits bestehende eigene gesundheitliche Beschwerden und organisatorische Probleme beispielsweise aufgrund der Entfernung zum Kursort als hinderlich in Bezug auf die Nutzung von Angeboten benannt, wobei inaktive Angehörige diese Gründe häufiger angaben. Positiv zu bewerten ist, dass ein Teil der Probanden das Angebot der Krankenkasse nicht nutzte,

da regelmäßige körperliche Aktivität bereits in den Alltag integriert wurde (12,3 %). Insgesamt war für 76,2 % der Befragten die obligatorische Anmeldung für acht Kurstermine ein Grund, das Angebot der Krankenkasse nicht zu nutzen [16].

Eine Subgruppenanalyse der Ablehnungsgründe nach einer neunstufigen Typenmatrix pflegender Angehöriger zeigt, dass Nichtnutzer (der Angebote) des Typs 1 ( $n = 75$ ) gesundheitliche Beschwerden (9,3 %) und Überforderung (8 %) am häufigsten wahrnehmen [16]. Typ 1 umfasst dabei Pflegende, die über geringe physische und psychische Ressourcen verfügen, wobei Typ 9 das höchste Ressourcenniveau kumuliert [14, 15]. Werden die Nichtnutzer (der Angebote), die Überforderung als Grund angaben, nach positiver und negativer Einstellung zum eigenen Alter(n) differenziert, zeigen sich keine signifikanten Unterschiede [16]. Die Subgruppenanalysen basieren auf kleinen Fallzahlen und geben somit lediglich Hinweise auf mögliche Trends in der untersuchten Population.

### ***Nutzen und Barrieren moderater körperlicher Aktivität über die Stadien der Verhaltensänderung bei älteren pflegenden Angehörigen***

Um den wahrgenommenen Nutzen und die Barrieren moderater körperlicher Aktivität bei älteren pflegenden Angehörigen erfassen zu können, wurde zu deren Messung die faktorielle Validität von acht Items und deren Item- und Skalencharakteristika geprüft (**Publikation 4**) [17]. Im Ergebnis zeigte sich eine zwei-faktorielle Struktur, die 61,38 % der Varianz aufklärte. Die Skalen zur Erfassung des Nutzens sowie auch der Barrieren moderater körperlicher Aktivität verfügen über gute Itemcharakteristika (Tab. 3). Cronbach's Alpha lag für die Skalen zur Erfassung des Nutzens bei  $\alpha = 0,79$  und für die Skala zur Messung der Barrieren bei  $\alpha = 0,69$  [17].

Tabelle 3 wird in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht angezeigt.

Zudem zeigte sich, dass die Mehrheit der älteren pflegenden Angehörigen, die zuvor kein Angebot der Krankenkasse nutzten, entweder körperlich inaktiv war und nicht die Absicht hatte, innerhalb der nächsten sechs Monate aktiv zu werden (Precontemplation 42,7 %) oder seit mehr als sechs Monaten regelmäßig moderater körperlicher Aktivität nachging (Maintenance 43,7 %). Abbildung 1 zeigt, dass auf der Basis der standardisierten *T*-Werte für pflegende Angehörige, die keine Absicht zu körperlicher Aktivität (Precontemplation) hatten, die wahrgenommenen Barrieren ( $M = 55,98$ ) deutlich höher waren als der Nutzen ( $M = 43,47$ ,  $p < 0,001$ ). In den vorbereitenden Stadien der Verhaltensänderung (Contemplation/Preparation) hingegen war der wahrgenommene Nutzen etwas höher als die Barrieren (Differenz = 2,69), wobei dieser Trend bei regelmäßig aktiven pflegenden Angehörigen deutlich stärker ausgeprägt war (Differenz = 11,19). Signifikanztests zeigten, dass die wahrgenommenen Barrieren deutlich geringer bei aktiven pflegenden Angehörigen ausgeprägt waren im Vergleich zu inaktiven Angehörigen, die keine Absicht hatten aktiv zu werden (Precontemplation,  $p < .001$ ). Die Stadien der Verhaltensänderung waren signifikant mit dem Nutzen sowie auch den Barrieren assoziiert, jedoch war die Beziehung zum wahrgenommenen Nutzen stärker  $F(2, 98) = 25.361$ ;  $p < .001$ ;  $\eta^2 = .348$  als zu den Barrieren  $F(2, 98) = 19.585$ ;  $p < .001$ ;  $\eta^2 = .292$  [17].

Abbildung 1 wird in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht angezeigt.

*Abb. 1: T-Werte des Nutzens und der Barrieren hinsichtlich moderater körperlicher Aktivität über die Stadien der Verhaltensänderung; PC=Precontemplation; C/P=Contemplation/Preparation; A/M=Action/Maintenance [17]*

## 1.9 Diskussion

Ziel der vorliegenden Publikationspromotion war, einen Beitrag zur Gesundheitsförderung für ältere pflegende Angehörige zu leisten. Dazu wurde in einem ersten Schritt ein neues Assessment-Instrument zur Erfassung physischer und psychischer Ressourcen und Risiken älterer pflegender Angehöriger (ARR) entwickelt (**Publikation 1**) [14] und dessen Validität geprüft (**Publikation 2**) [15]. Das ARR dient als Basis, um älteren pflegenden Angehörigen am Bedarf ausgerichtete Angebote zur Förderung der Gesundheit durch moderate körperliche Aktivität unterbreiten zu können. Um derartige Angebote zukünftig noch besser auf den Bedarf der Zielgruppe ausrichten zu können, wurde analysiert, warum Angebote einer gesetzlichen Krankenkasse zur Gesundheitsförderung durch moderate körperliche Aktivität nicht genutzt wurden (**Publikation 3**) [16]. Zudem wurden der wahrgenommene Nutzen und die Barrieren aus der Perspektive älterer pflegender Angehöriger hinsichtlich der Ausübung regelmäßiger moderater körperlicher Aktivität erstmalig in Deutschland untersucht (**Publikation 4**) [17].

Die verwendeten Daten zur ersten Prüfung der Validität des ARR (N = 202) unterscheiden sich marginal von einer deutschen repräsentativen Stichprobe mit pflegenden Angehörigen [4]. Ein Vergleich beider Studien zeigt, „dass die vorliegende Stichprobe hinsichtlich der Geschlechterverteilung der pflegenden Angehörigen leicht vom Bundesdurchschnitt abweicht.“ [15]. Die Repräsentativdaten verweisen auf 73 % weibliche Pflegende, wohingegen in der vorliegenden Studie 79 % der Befragten weiblich sind. Der Altersdurchschnitt von 59 Jahren liegt in der Repräsentativstudie unter dem der vorliegenden Studie (64,8 Jahre). Dies wird auf das festgesetzte Mindestalter von 50 Jahren in der zweiten Teilstudie zurückgeführt. Die vorliegenden Daten repräsentieren gut die Verteilung pflegender Angehöriger hinsichtlich des Verwandtschaftsverhältnisses zum Pflegebedürftigen (z. B. Ehepartner/in: repräsentativ 28 %; aktuelle Studie 25,5 %; Tochter: repräsentativ 27 %; aktuelle Studie 27 %; Sohn: repräsentativ 10 %; aktuelle Studie 7 %) [15].

In der kurz geführten Diskussion zu den verwendeten Methoden dieser Publikationspromotion werden die Limitationen der Forschungsarbeiten ebenso erwähnt. Um einen Beitrag zur optimierten Gesundheitsförderung für ältere pflegende Angehörige leisten zu können, ist die bedarfsgerechte Ableitung gesundheitsförderlicher Angebote eine wichtige Voraussetzung (**Publikation 1**) [14]. Insgesamt zeigen die Ergebnisse dieser Forschungsarbeit, dass das ARR als zwei-faktorielles Verfahren valide und reliabel misst, obgleich weitere Güteprüfungen empfohlen werden. In der vorgestellten Arbeit, welche als Pilotstudie konzipiert war, wurde zunächst explorativ vorgegangen, um einen uneingeschränkten Überblick über die vorliegenden Daten zu bekommen. In zukünftigen Studien sollte die konfirmatorische Faktorenanalyse verwendet werden, um die Faktorenstruktur des ARR erneut zu prüfen und weitere Tests zur Prüfung der konvergenten und divergenten Validität durchgeführt werden [15] (**Publikation 2**). Bei der Durchführung des ARR zeigte sich eine hohe Akzeptanz in der Zielgruppe, obgleich die präsentierten Befunde als vorläufig zu betrachten sind.

Zweifelsohne müssen Zugangsbarrieren zu Angeboten jeglicher Art für ältere pflegende Angehörige so gering wie möglich gehalten werden, wie bereits von Dörpinghaus & Weidner (2006) [27] beschrieben. Dennoch zeigen die Ergebnisse dieser Publikationspromotion, dass trotz geringer Zugangsbarrieren eher das persönliche Befinden als externe Umstände, z. B. Organisatorisches, (**Publikation 3**) [16] sowie das Abwägen des wahrgenommenen Nutzens und der Barrieren hinsichtlich regelmäßiger moderater Aktivität (**Publikation 4**) [17] die Inanspruchnahme gesundheitsförderlicher Angebote in der untersuchten Population beeinflussen. Die acht verwendeten Items zur Messung des Nutzen und der Barrieren moderater körperlicher

Aktivität zeigten eine klare zwei-faktorielle Lösung mit guten psychometrischen Kennwerten, wobei in weiteren Untersuchungen empfohlen wird, die konvergente und divergente Validität zu prüfen [17]. Darüber hinaus wäre es wünschenswert gewesen, eine objektive Messung des körperlichen Aktivitätsniveaus älterer pflegender Angehöriger vornehmen zu können. Da dies im Rahmen der Studie nicht möglich war, wurde auf die Selbstauskunft der Zielgruppe zurückgegriffen [17]. Von den Analysen zur Messung des wahrgenommenen Nutzens und der Barrieren hinsichtlich moderater körperlicher Aktivität wurden 25 pflegende Angehörige mit fehlenden Werten in einzelnen Items bei beiden Skalen ausgeschlossen. Dieses Vorgehen könnte die vorgestellten Ergebnisse verzerren, obgleich die Drop-out Analyse zeigte, dass diese Pflegenden ( $n = 25$ ,  $M_{\text{Alter}} = 68,12$  Jahre,  $SD = 10,6$ , Range: 50 - 83 Jahre, 64,0 % weiblich, subjektive Gesundheit  $M = 2,30$ ,  $SD = 0,48$ ) sich nur leicht von der analysierten Studienpopulation ( $n = 103$ ) unterscheiden [17]

Abschließend ist zur Diskussion der verwendeten Methoden festzuhalten, dass die vorliegenden Daten nicht repräsentativ sind und somit keinen Rückschluss auf die Gesamtpopulation älterer pflegender Angehöriger in Deutschland ermöglichen [14-17].

Bemerkenswert ist, dass das sog. „*Präventionsdilemma*“ bereits nach der Antragstellung auf Leistungen aus der Pflegeversicherung (SGB XI) sichtbar wird. Nach dem erstmaligen Erscheinen im öffentlichen gesundheitlichen Versorgungssystem geben ältere pflegende Angehörige bereits Überforderung am häufigsten an, um zu begründen, warum Angebote (Bewegung und/oder Entspannung) nicht genutzt wurden [16]. Es ist davon auszugehen, dass bereits vor der Antragstellung private Pflege- und Betreuungsleistungen über einen längeren Zeitraum von Angehörigen erbracht wurden [31]. In diesem Zusammenhang und vor dem Hintergrund der eingangs beschriebenen zu erwartenden Zunahme älterer pflegender Angehöriger stellt sich im Sinne der Primärprävention die Frage, welche Maßnahmen zukünftig ergriffen werden können, um Personen mit der Absicht die häusliche Pflege für einen Angehörigen zu übernehmen, vor Überlastung zu schützen [31]. Mehr Aufmerksamkeit in der Öffentlichkeit für die Herausforderungen, die die häusliche Pflege eines Angehörigen mit sich bringt, mehr Aufklärung zum Thema „Pflege zu Hause“ sowie zu potenziellem Unterstützungsbedarf und korrespondierenden (Unterstützungs-)Angeboten und darüber hinaus der Erfahrungsaustausch zwischen pflegenden Angehörigen könnten bereits primärpräventiv wirken und/oder den teilweise vorhandenen moralischen Druck bei Betroffenen reduzieren. Primärpräventiv kann bereits die Aufklärung über den Umfang der häuslichen Pflege wirken, um

somit eine reflektierte Entscheidung für oder gegen die Übernahme der häuslichen Pflege zu ermöglichen.

Neben der benannten subjektiven Überforderung haben weitere personenspezifische Merkmale (z. B. die Abwesenheit von zu Hause sei nicht erwünscht) einen Einfluss auf das Nutzungsverhalten gesundheitsförderlicher Angebote. Hierbei ist nicht eindeutig zu spezifizieren, ob der Pflegebedürftige tatsächlich die Anwesenheit des pflegenden Angehörigen verlangt. Ebenso besteht die Möglichkeit, dass der Angehörige sich selbst keine Auszeiten erlaubt [16].

Die vorgelegten Studienergebnisse zum körperlichen Aktivitätsniveau älterer pflegender Angehöriger [17] stimmen mit Befunden zum Aktivitätsverhalten älterer Erwachsener überein [32]. Demnach haben ältere Menschen entweder regelmäßige Aktivität in ihren Alltag integriert oder die Absicht aktiv zu werden, ist nicht oder gering ausgeprägt [32]. Somit ist davon auszugehen, dass das Aktivitätsniveau älterer pflegender Angehöriger sich nicht von dem älterer Erwachsener im Allgemeinen unterscheiden, obgleich pflegende Angehörige kontinuierlich in die häusliche Pflege eingebunden sind und damit faktisch weniger Zeit für regelmäßige Aktivität pro Tag zur Verfügung haben als nicht pflegende Personen. Zudem bestätigen die vorgelegten Ergebnisse zur Gruppe älterer pflegender Angehöriger bisherige Befunde zu älteren Menschen dahingehend, dass inaktive im Vergleich zu aktiven Personen höhere Barrieren hinsichtlich der Ausübung regelmäßiger körperlicher Aktivität wahrnehmen [30]. Es konnte darüber hinaus gezeigt werden, dass der wahrgenommene Nutzen regelmäßiger Aktivität stärker mit dem Aktivitätsniveau assoziiert war als die Barrieren. Demnach sollten Interventionen zur Förderung der Gesundheit durch moderate Aktivität individuell und stadienspezifisch gemäß den Stadien der Verhaltensänderung nach Prochaska & Velicer (1997) [30] ausgerichtet sein sowie eher die Maximierung des wahrgenommenen Nutzens regelmäßiger Aktivität fokussieren als die Reduktion der Barrieren [17].

Auf der Basis der Ergebnisse der vierten Publikation [17] dieser kumulativen Dissertation werden für zukünftige Forschungsvorhaben zur Gesundheitsförderung für ältere pflegende Angehörige folgende Empfehlungen gegeben. (1) In einem Interventionsprogramm zur Förderung der Gesundheit älterer pflegender Angehöriger sollte die Motivationslage hinsichtlich regelmäßiger moderater körperlicher Aktivität (Stadien der Verhaltensänderung nach Prochaska & Velicer, 1997) [30, 33] bei allen Teilnehmern erfasst werden. (2) Je nach Motivationslage der Zielgruppe hinsichtlich regelmäßiger Aktivität sollten der wahrgenommene Nutzen und die Barrieren gemessen werden [17], wobei die Förderung des Nutzens zu einer Aktivierung



inaktiver Personen führen kann. Die Steigerung des wahrgenommenen Nutzens moderater Aktivität mit dem Ziel der Aktivierung inaktiver Personen und/oder der Aufrechterhaltung bereits bestehender körperlicher Aktivitäten könnte in einer Interventionsstudie beispielsweise durch die Technik der „Motivierenden Gesprächsführung“ nach Miller und Rollnick (1991) [34, 35] getestet werden.

Die vorgelegten Ergebnisse dieser Publikationspromotion ermöglichen die Ableitung praktischer Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit älterer pflegender Angehöriger [14-17] und werden im Folgenden als Implikationen für die Praxis dargestellt.

## *Implikationen für die Praxis*

Ein interdisziplinäres Team bestehend aus Pflegenden, Hausärzten, Psychologen sowie auch Mitarbeitenden in Pflegestützpunkten, bei Pflegediensten und in Krankenkassen sollte die Gesundheit älterer pflegender Angehöriger wie folgt unterstützen:

1. Eine Voraussetzung, um Gesundheitsförderung durchführen zu können, ist die Freiwilligkeit und Teilnahmbereitschaft der Zielgruppe. Letzteres wird nur gegeben sein, wenn die Betreuung des Pflegebedürftigen parallel zur Durchführung eines Angebotes gewährleistet ist. Hierzu sollten Mitarbeitende in Pflegestützpunkten oder Krankenkassen pflegende Angehörige zu aktuell verfügbaren und gesetzlich festgelegten Möglichkeiten beraten [15].
2. (Kurs-)Anbieter sollten es ermöglichen, den Pflegebedürftigen mitzubringen. Angebote sollten zeitlich flexibel sein und nicht zur regelmäßigen Teilnahme verpflichten [16].
3. Angebote sollten persönlich kommuniziert und anschließend postalisch unterbreitet werden. Die Finanzierung möglicher Kosten sollte stets über das Gesetz zur Prävention (§20 SGB V) mitbedacht werden [14].
4. Um gesundheitsförderliche Angebote ausgerichtet am Bedarf der Zielpopulation ermitteln zu können, steht Pflegestützpunkten, Krankenkassen oder ambulanten Pflegediensten das ARR [15] unentgeltlich zur Verfügung.
5. Die Kooperation von Pflegestützpunkten, ambulanten Pflegediensten oder Krankenkassen mit lokalen Anbietern wird empfohlen, um moderate Aktivität (Bewegung und/oder Entspannung) offerieren und eine Einrichtung zur Durchführung eines Angebotes benennen zu können [14].
6. Persönliche Hinderungsgründe eines pflegenden Angehörigen (z. B. Überforderung) zur Erklärung, warum moderate Aktivität im Pflegealltag nicht möglich ist, sollten in einem Beratungsgespräch ernst genommen und diskutiert werden, mit dem Ziel nach einer Lösungsstrategie zu suchen [16].
7. Positive Aspekte regelmäßiger Aktivität (z. B. „Dann würde ich mich anschließend einfach wohler fühlen.“) sollten aufgegriffen werden, um Betroffene zu motivieren, aktiv zu werden bzw. aktiv zu bleiben [17].

## 1.10 Literatur

- [1] Statistisches Bundesamt (Hrsg.). *Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse*. Wiesbaden, 2013.
- [2] Sachverständigenrat (SVR). *Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009*. Bonn, 2009.
- [3] Kuhlmeiy A, Dräger D, Winter M, Beikirch E. COMPASS - Versichertenbefragung zu Erwartungen und Wünschen an eine qualitativ gute Pflege. *DZA-Informationdienst Altersfragen* 2010, 37, 4-11.
- [4] Schneekloth U, Wahl HW. *Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MUG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangement, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten*. München, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2005.
- [5] Kummer K, Dräger D, Blüher S, Budnick A. Pflegende Angehörige (k)eine unerschöpfliche Ressource. *Gesundheits- und Sozialpolitik* 2012, 65(5-6), 24-29.
- [6] Budnick A, Kummer K, Kuhlmeiy A, Blüher S, Dräger D. Pflegende Angehörige im Fokus. *Der Hausarzt* 2010, 11, 18-19.
- [7] Baumgarten M, Battista RN, Infante-Rivard C. The Psychological and Physical Health of Family Members Caring for an Elderly Person with Dementia. *J Clin Epidemiol* 1992, 45(1), 61-70.
- [8] Gräbel E, Adabbo R. Perceived burden of informal caregivers of a cronicly ill older family member. *Geropsych* 2011, 24(3), 143-154.
- [9] Pinquart M, Sörensen S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging* 2003, 18(2), 250-67.
- [10] Zarit SH, Reever KE, Bach Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist* 1980, 20(6), 649-55.
- [11] Gräbel E. *Belastung und gesundheitliche Situation der Pflegenden. Querschnittsuntersuchung zur häuslichen Pflege bei chronischem Hilfs- und Pflegebedarf im Alter*. Egelsbach, Hänzel-Hohenhausen-Verlag der Deutschen Hochschulschriften DHS, 1998.
- [12] Chodzko-Zajko W, Proctor TR, Fiatarone Singh MA, Minson CT, Nigg CR, Salem GJ, et al. ACSM Position Stand: Exercise and physical activity for older adults. *Med Sci Sport Exer* 2009, 41(7), 1510-30.
- [13] Denking MD, Nikolaus T, Denking C, Lukas A. Physical activity for the prevention of cognitive decline. *Z Gerontol Geriatr* 2012, 45(1), 11-16.

- [14] Kummer K\*, Budnick A\*, Blüher S, Dräger D. Gesundheitsförderung für ältere pflegende Angehörige. Ressourcen und Risiken - Bedarfslagen und Angebotsstrukturen. *Prävention und Gesundheitsförderung* 2010, 5(2), 89-94. \*contributed equally
- [15] Budnick A, Kummer K, Blüher S, Dräger D. Pflegende Angehörige und Gesundheitsförderung - Pilotstudie zur Validität eines deutschsprachigen Assessments zur Erfassung von Ressourcen und Risiken älterer pflegender Angehöriger (ARR). *Z Gerontol Geriatr* 2012, 45(3), 201-211.
- [16] Dräger D\*, Blüher S\*, Kummer K, Budnick A. Subjektive Barrieren der Nutzung von Gesundheitsförderung für pflegende Angehörige. *Pflege & Gesellschaft* 2013, 18(1), 50-64. \*contributed equally
- [17] Budnick A, Amin Kotb K, Dräger D, Blüher S (2014): Benefits of, and Barriers to, Moderate Physical Activity Across Stages of Change in Older German Family Caregivers. *Z Ges Psychol.* 22 (1), 15-20.
- [18] Braun M, Scholz U, Hornung R, Martin M. Die subjektive Belastung pflegender Ehepartner von Demenzkranken - Hinweise zur Validität der deutschen Version des Zarit Burden Interviews. *Z Gerontol Geriatr* 2010, 43(2), 111-119.
- [19] Zank S, Schacke C, Leipold B. Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung - Demenz (BIZA-D). *Z Kl Psych Psychoth* 2006, 35(4), 296-305.
- [20] Gräbel E, Leutbecher M. Häusliche Pflegeskala (HPS). *Zur Erfassung der Belastung bei betreuenden oder pflegenden Personen*. Ebersberg, Vless, 2001.
- [21] Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, DEGAM (2005) *Leitlinie Nr. 6 „Pflegende Angehörige“*. Omikron, Düsseldorf.
- [22] Balducci C, Mnich E, McKnee KJ, Lamura G, Beckmann A, Krevers B, et al. Negative Impact and Positive Value in Caregiving: Validation of the COPE Index in a Six-Country Sample of Carers. *Gerontologist* 2007, 48(3), 276-286.
- [23] Cattell RB. The scree test for number of factors. *Multivariate Behavioural Research* 1966, 1(2), 245-276.
- [24] Bortz J. *Statistik für Sozialwissenschaftler*. Berlin, Springer, 1995.
- [25] George D, Mallery P, eds. *SPSS for Windows Step by Step. A Simple Guide and Reference. 10.0 Update*. Boston, Allyn and Bacon, 2001.
- [26] Warner LM, Ziegelmann JP, Schüz B, Wurm S, Tesch-Römer C, Schwarzer R. Maintaining autonomy despite multimorbidity: self-efficacy and the two faces of social support. *Eur J Ageing* 2011, 8(1), 3-12.
- [27] Dörpinghaus S, Weidner F. *Pflegekurse im Blickpunkt. Strukturen - Konzepte - Erfahrungen*. Hannover, Schlütersche Verlagsgesellschaft, 2006.

- [28] Mayring P. *Qualitative Inhaltsanalyse - Grundlagen und Techniken*. Weinheim, Basel, Beltz Verlag, 2010.
- [29] Schwarzer R. *Assessment Tools in German*. Abruf 09.10.2009, from: [http://www.ralfschwarzer.de/HAPA Model/Assessment Tools \(2007\) in German/ pdf. 2007](http://www.ralfschwarzer.de/HAPA%20Model/Assessment%20Tools%20(2007)%20in%20German/pdf.2007).
- [30] Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Promot* 1997, 12(1), 38-48.
- [31] Blüher S\*, Dräger D\*, Budnick A, Seither C, Kummer K. Möglichkeiten und Grenzen der Erfassung von gesundheitlichen Ressourcen und Risiken älterer pflegender Angehöriger *Heilberufe Science* 2011, 2(4), 119-127. \*contributed equally
- [32] Nigg CR, Burbank PM, Padula C, Dufresne R, Rossi JS, Wayne FV, et al. Stages of change across ten health risk behaviors for older adults. *Gerontologist* 1999, 39(4), 473-482.
- [33] Budnick A, Kummer K, Seither C, Dräger D, Blüher S.: Health Promotion for Elderly Family Caregivers - Results of a Non-User Analysis. *3<sup>rd</sup> European Public Health Conference*. Amsterdam, 10.-13.11.2010.
- [34] Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press, 1991.
- [35] Budnick A, Kummer K, Seither C, Blüher S, Dräger D.: Health Promotion for Elderly Family Caregivers - Obstacles for Health Promotion and Risks to Physical Inactivity. *VII IAGG Congress - Healthy and Active Ageing for all Europeans II*. Bologna, 16.04.2011.

## 2. ERKLÄRUNG ÜBER DEN PERSÖNLICHEN ARBEITSANTEIL AN DEN PUBLIKATIONEN

Die Doktorandin, Andrea Budnick, hat folgenden Arbeitsanteil an den vorgelegten und zur Dissertationsschrift gehörigen Publikationen:

### **Publikation 1:**

Kummer K\*, **Budnick A\***, Blüher S, Dräger D (2010): Gesundheitsförderung für ältere pflegende Angehörige. Ressourcen und Risiken - Bedarfslagen und Angebotsstrukturen. *Prävention und Gesundheitsförderung*. 5(2), 89-94. \*contributed equally

Anteil an der Publikation: **45 %**

Beitrag im Einzelnen: Vorbereitung und Durchführung der Vorstudie, Entwicklung des Assessment-Instruments (ARR), Auswertung der Ergebnisse, Verfassen der Publikation

---

### **Publikation 2:**

**Budnick A**, Kummer K, Blüher S, Dräger D (2012): Pflegende Angehörige und Gesundheitsförderung - Pilotstudie zur Validität eines deutschen Assessments zur Erfassung von Ressourcen und Risiken älterer pflegender Angehöriger (ARR). *Z Gerontol Geriatr*. 45(3), 201-211.

Anteil an der Publikation: **80 %**

Beitrag im Einzelnen: Literaturrecherche, Entwicklung des Instrumentariums, Begleitung der Datenerhebung, Statistische Datenanalysen, Interpretation der Ergebnisse, Verfassen der Publikation

---

### **Publikation 3:**

Dräger D\*, Blüher S\*, Kummer K, **Budnick A** (2013): Subjektive Barrieren der Nutzung von Gesundheitsförderung für pflegende Angehörige. *Pflege & Gesellschaft*, 18(1), 50-64. \*contributed equally

Anteil an der Publikation: **35 %**

Beitrag im Einzelnen: Entwicklung des Instrumentariums, Datenerhebung- und analysen, Interpretation der Ergebnisse

---

### **Publikation 4:**

**Budnick A**, Amin Kotb K, Dräger D, Blüher S (2014): Benefits of, and Barriers to, Moderate Physical Activity Across Stages of Change in Older German Family Caregivers. *Z Ges Psychol*. 22 (1), 15-20.

Anteil an der Publikation: **85 %**

Beitrag im Einzelnen: Literaturrecherche, Formulierung der wissenschaftlichen Fragestellung, Entwicklung des Instrumentariums, Datenerhebung- und analysen, Interpretation der Ergebnisse, Verfassen der Publikation

### 3. PUBLIKATIONEN ALS PROMOTIONSLEISTUNG

#### 3.1 Publikation 1

Kummer K\*, **Budnick A\***, Blüher S, Dräger D (2010): Gesundheitsförderung für ältere pflegende Angehörige. Ressourcen und Risiken - Bedarfslagen und Angebotsstrukturen. *Prävention und Gesundheitsförderung*. 5(2): 89-94. \*contributed equally  
DOI 10.1007/s11553-010-0225-6

#### 3.2 Publikation 2

**Budnick A**, Kummer K, Blüher S, Dräger D (2012): Pflegende Angehörige und Gesundheitsförderung - Pilotstudie zur Validität eines deutschen Assessments zur Erfassung von Ressourcen und Risiken älterer pflegender Angehöriger (ARR). *Z Gerontol Geriatr*. 45(3): 201-211. DOI 10.1007/s00391-011-0278-y

Impact Factor: 0,736

#### 3.3 Publikation 3

Dräger D\*, Blüher S\*, Kummer K, **Budnick A** (2013): Subjektive Barrieren der Nutzung von Gesundheitsförderung für pflegende Angehörige. *Pflege & Gesellschaft*. 18(1): 50-64.  
\*contributed equally

#### 3.4 Publikation 4

**Budnick A**, Amin Kotb K, Dräger D, Blüher S (2014): Benefits of, and Barriers to, Moderate Physical Activity Across Stages of Change in Older German Family Caregivers. *Z Ges Psychol*. 22(1): 15-20. DOI 10.1026/0943-8149/a000109

Impact Factor: 0,45

## **4. LEBENSLAUF**

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.



## 5. KOMPLETTE LISTE EIGENER PUBLIKATIONEN

- Budnick A**, Amin Kotb K, Dräger D, Blüher S (2014): Benefits of, and Barriers to, Moderate Physical Activity Across Stages of Change in Older German Family Caregivers. *Z Ges Psychol.* 22 (1): 15-20.
- Dräger D, Könner F, **Budnick A**, Kreutz R, Kopf A (2014) *Schmerz im Alter*. In: Kuhlmeiy A & von Renteln-Kruse W (Hrsg.) Reihe: Praxiswissen Gerontologie und Geriatrie kompakt, Band 2, De Gruyter, Berlin.
- Budnick A**, Dräger D, Blüher S, Kummer K (2013): Pflegende Angehörige als Zielgruppe für Gesundheitsförderung und Prävention. *Das Gesundheitswesen* 75 (Suppl. 1): S1-S2.
- Dräger D\*, Blüher S\*, Kummer K, **Budnick A** (2013): Subjektive Barrieren der Nutzung von Gesundheitsförderung für pflegende Angehörige. *Pflege & Gesellschaft*, 18(1): 50-64. \*contributed equally
- Wulff I\*, **Budnick A\***, Kalinowski S, Könner F, Kölzsch M, Martus P, Kreutz R, Dräger D (2013): Strategien zur erfolgreichen Einbindung von Pflegeheimbewohnern in die Versorgungsforschung. *Pflegewissenschaft*. \*contributed equally (accepted).
- Kummer K, Dräger D, Blüher S, **Budnick A** (2012): Pflegende Angehörige (k)eine unerschöpfliche Ressource. *Gesundheits- und Sozialpolitik*. 65(5-6): 24-29.
- Budnick A**, Kummer K, Blüher S, Dräger D (2012): Pflegende Angehörige und Gesundheitsförderung - Pilotstudie zur Validität eines deutschen Assessments zur Erfassung von Ressourcen und Risiken älterer pflegender Angehöriger (ARR). *Z Gerontol Geriatr.* 45(3): 201-209.
- Dräger D, **Budnick A**, Kummer K, Seither C, Blüher S (2012): Gesundheitsförderung für ältere pflegende Angehörige. *Public Health Forum*. 20(74) 31e1-31e2.
- Wulff I, **Budnick A**, Kölzsch M, Kreutz R, Dräger D (2012): Deutschsprachige Testkurzversion der Hertz Perceived Enactment of Autonomy Scale (HPEAS<sub>KD</sub>) für ältere Menschen in Pflegeheimen. *Z Ges psychol.* 20(4): 157-165.
- Wulff I, Könner F, Kölzsch M, **Budnick A**, Dräger D, Kreutz R (2012): Interdisziplinäre Handlungsempfehlung zum Management von Schmerzen bei älteren Menschen in Pflegeheimen. *Z Gerontol Geriatr.* 45(6): 505-544.
- Blüher S\*, Dräger D\*, **Budnick A**, Seither C, Kummer K (2011): Möglichkeiten und Grenzen der Erfassung von gesundheitlichen Ressourcen und Risiken älterer pflegender Angehöriger. *Heilberufe Science*. 2(4): 119-127. \*contributed equally
- Kummer K, **Budnick A**, Blüher S, Dräger D (2011): Gesundheitsförderung für ältere pflegende Angehörige. *Niedersächsisches Ärzteblatt*. 83(7): 74-75.
- Budnick A**, Kummer K, Kuhlmeiy A, Blüher S, Dräger D (2010): Pflegende Angehörige im Fokus. *Der Hausarzt*. 6(11): 18-19.

Kummer K\*, **Budnick A\***, Blüher S, Dräger D (2010): Gesundheitsförderung für ältere pflegende Angehörige. Ressourcen und Risiken - Bedarfslagen und Angebotsstrukturen. *Prävention und Gesundheitsförderung*. 5(2): 89-94. \*contributed equally

Meyer S, Schulze E, **Budnick A** (2005): Wie Frauen den Wandel von Ehe, Familie und Partnerschaft beeinflussen. Ein Blick auf die alten Bundesländer. *Reader zu Landesweiten Aktionswochen „Frauenbilder“* in Nordrhein-Westfalen, 25.02.-24.03.2005.

## Kongressbeiträge

- Budnick A**, Könner F, Hannemann B, Jordan LM, Kalinowski S, Kreutz R, Dräger D.: Successful Strategies to Integrate all Health Care Disciplines to Improve Pain Management in Nursing Home Residents. Symposium “Improving Pain Management for the Elderly”. *XX<sup>th</sup> IAGG World Congress of Gerontology and Geriatrics*, Seoul, 26.06.2013. (Vortrag)
- Kalinowski S, **Budnick A**, Könner F, Kuhnert R, Hannemann B, Jordan LM, Kreutz R, Dräger D.: Do recommendations for improving pain management impact on functional performance in Nursing Home Residents? Symposium “Improving Pain Management for the Elderly”. *XX<sup>th</sup> IAGG World Congress of Gerontology and Geriatrics*, Seoul, 26.06.2013. (Vortrag)
- Könner F, Jordan LM, Hannemann B, Kuhnert R, **Budnick A**, Dräger D, Kolloch R, Kreutz R.: Hypertension and orthostatic hypotension during a six-month follow up in very elderly nursing home residents in Germany. *European Meeting of Hypertension and Cardiovascular Protection*, Milan, 17.06.2013. (Postervortrag)
- Könner F, **Budnick A**, Kalinowski S, Dräger D, Kreutz R.: Arzneimitteltherapiesicherheit bei der medikamentösen Schmerztherapie älterer Pflegeheimbewohner. *4. Deutscher Kongress für Patientensicherheit bei medikamentöser Therapie*, Berlin, 13.06.2013. (Postervortrag)
- Könner F, **Budnick A**, Kuhnert R, Wulff I, Dräger D.: Appropriateness of Pain Medication in Nursing Home Residents in Germany. *American Geriatrics Society Annual Scientific Meeting*, Grapevine, Texas, 04.05.2013. (Postervortrag)
- Budnick A**, Wulff I, Könner F, Kreutz R, Dräger D.: Gesundheitsbezogene Lebensqualität älterer Menschen mit und ohne Schmerzen in Pflegeheimen. *Deutscher Schmerzkongress*, Mannheim, 18.10.2012. (Postervortrag)
- Könner F, Wulff I, Kessel-Kröll A, **Budnick A**, Dräger D, Kreutz R.: Online-Fortbildung zur Verbesserung der Qualität und Angemessenheit der medikamentösen Schmerztherapie bei Pflegeheimbewohnern. *Deutscher Schmerzkongress*, Mannheim, 18.10.2012. (Postervortrag)
- Könner F, Wulff I, **Budnick A**, Kessel-Kröll A, Woydack A, Dräger D, Kreutz R.: Qualifizierungskonzepte zur Verbesserung der Schmerzversorgung in der vollstationären Altenpflege. *Treffen der Verbände „Gesundheit im Alter“*, München, 16.10.2012. (Vortrag)
- Budnick A**, Wulff I, Könner F, Hannemann B, Jordan L, Kreutz R, Dräger D.: Herausforderungen des Zugangs zur Pflegeheimpopulation und ihrer Hausärzte im Rahmen einer cluster-randomisierten kontrollierten Studie. Symposium Autonomie trotz Multimorbidität im Alter – Interventionen zur Mobilisierung von Ressourcen. *Kongress der DGGG*, Bonn, 13.09.2012. (Vortrag)
- Budnick A**, Kummer K, Dräger D, Blüher S.: Perceived Benefits of and Barriers to Activity by Elderly Family Caregivers. *Kongress der ESHMS und der DGMS*, Hannover, 31.08.2012. (Vortrag)

- Budnick A**, Kummer K, Seither C, Banzhaf J, Dräger D, Blüher S.: Aktive und inaktive pflegende Angehörige im Vergleich. Vortrag anlässlich des *10-Jährigen Jubiläums des Instituts für Medizinische Soziologie der Charité - Universitätsmedizin Berlin*, 13.04.2012. (Vortrag)
- Budnick A**, Kummer K, Seither C, Dräger D, Blüher S.: Health Promotion for Elderly Family Caregivers - Results of a Non-User Analysis. *3. KNP-Strategietreffen*. Hannover, 24.11.2011. (Poster)
- Budnick A**, Wulff I, Kölzsch M, Könner F, Kreutz R, Dräger D.: Interventionsstudie zur Entwicklung und Implementierung einer Handlungsempfehlung zum angemessenen Schmerzmanagement älterer Menschen in Pflegeheimen (PAIN Intervention). *Deutscher Schmerzkongress*, Mannheim, 06.10.2011. (Postervortrag)
- Budnick A**, Kummer K, Dräger D, Blüher S.: Gesundheitsförderung für ältere pflegende Angehörige nachhaltig gestalten. *Kongress der DGSM und der DGMS*, Bremen, 21.-23.09.2011. (Vortrag)
- Wulff I, **Budnick A**, Kölzsch M, Kreutz R, Dräger D.: Autonomie im Heim? – Messung subjektiven Autonomieerlebens von Pflegeheimbewohnern/innen. *3-Länder-Pflegekonferenz*, Konstanz, 19.09.2011. (Vortrag)
- Ellert S, **Budnick A**, Kölzsch M, Wulff I, Kalinowski S, Kreutz R, Dräger D.: Implementation of a Practice Guideline for the Pain Management of Residents in Nursing Homes - Testing the Effectiveness by a Cluster Randomized Trial. *4<sup>th</sup> Conference of the ESRA*. Lausanne, 19.07.2011. (Vortrag)
- Budnick A**, Wulff I, Kölzsch M, Könner F, Kreutz R, Dräger D.: Interventionsstudie zur Entwicklung und Implementierung einer Handlungsempfehlung zum angemessenen Schmerzmanagement älterer Menschen in Pflegeheimen (PAIN Intervention). *Auftaktveranstaltung Autonomie trotz Multimorbidität im Alter (AMA II) - Interventionen zur Mobilisierung von Ressourcen*, Berlin, 16.06.2011. (Vortrag)
- Budnick A**, Kummer K, Seither C, Blüher S, Dräger D.: Health Promotion for Elderly Family Caregivers - Obstacles for Health Promotion and Risks to Physical Inactivity. *VII IAGG Congress - Healthy and Active Ageing for all Europeans II*. Bologna, 16.04.2011. (Vortrag)
- Budnick A**, Kummer K, Seither C, Dräger D, Blüher S.: Health Promotion for Elderly Family Caregivers - Results of a Non-User Analysis. *3<sup>rd</sup> European Public Health Conference*. Amsterdam, 10.-13.11.2010. (Poster)
- Budnick A**, Kummer K, Seither C, Dräger D, Blüher S.: Gesundheitsfördernde Angebote für ältere pflegende Angehörige - Erste Ergebnisse zur Problematik der Nichtinanspruchnahme, *10. Kongress der DGGG, 2. Gemeinsamer Kongress der DGGG und der SGG*, Berlin, 17.09.2010. (Vortrag)
- Blüher S, Kummer K, **Budnick A**, Seither C, Dräger D.: Validierung eines Assessments zur Ermittlung von gesundheitlichen Ressourcen und Risiken älterer pflegender Angehöriger, *10. Kongress der DGGG, 2. Gemeinsamer Kongress der DGGG und der SGG*, Berlin, 17.09.2010. (Vortrag)

- Budnick A**, Kummer K, Dräger D, Blüher S.: Gesundheitsfördernde Angebote für ältere pflegende Angehörige – Die Problematik der Nichtinanspruchnahme, *3. Nationaler Präventionskongress*, Dresden, 27.11.2009. (Postervortrag)
- Kummer K, **Budnick A**, Dräger D, Blüher S.: Ressourcen- und Risikoprofile pflegender Angehöriger - Nutzung bedarfsgerechter gesundheitsfördernder Angebote, *3. Nationaler Präventionskongress*, Dresden, 27.11.2009. (Vortrag)
- Dräger D, Blüher S, Kummer K, **Budnick A**.: Ressourcen für Solidarität im Alter - Risiken und Ressourcen für soziale Unterstützung im höheren Lebensalter, *Gemeinsamer Kongress der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS) und der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP)*, Hamburg, 23.-25.09.2009. (Vortrag)
- Budnick A**, Kummer K, Blüher S, Dräger D.: Health Promotion for Elderly Family Caregivers – Implementation of an Assessment in Established Structures. *XIX<sup>th</sup> IAGG World Congress of Gerontology and Geriatrics*, Paris, 05.-09.07.2009. (Poster)
- Kummer K, **Budnick A**, Blüher S, Dräger D.: Gesundheitsförderung älterer pflegender Angehöriger. *Pflegekonferenz Wolfsburg*, 26.03.2009. (Vortrag)
- Blüher S, Kummer K, **Budnick A**, Dräger D.: Gesundheitsförderung für ältere pflegende Angehörige: Neue Zugangswege in alten Strukturen. Kongress der *Deutschen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie (DGGG)*, Potsdam, 05.12.2008. (Vortrag)
- Budnick A**, Kummer K, Dräger D, Blüher S.: Bedarfsgerechte Angebote und geeignete Zugänge zur Prävention für ältere pflegende Angehörige. *Kongress der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP) und der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS)*, Jena, 26.09.2008. (Vortrag)

## **6. SELBSTSTÄNDIGKEITSERKLÄRUNG**

Ich, Andrea Budnick, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema „Gesundheitsförderung für ältere pflegende Angehörige unter Berücksichtigung der Problematik der Nichtinanspruchnahme gesundheitsfördernder Maßnahmen am Beispiel moderater körperlicher Aktivität“ selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung [„Uniform Requirements for Manuscripts (URM)“] kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (statistische Aufarbeitung) und Resultaten entsprechen den URM und werden von mir verantwortet.

Meine Anteile an den ausgewählten Publikationen entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem/der Betreuer/in, angegeben sind. Sämtliche Publikationen, die aus dieser Dissertation hervorgegangen sind und bei denen ich Autor bin, entsprechen den URM und werden von mir verantwortet. Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung sind mir bekannt und bewusst.

## 7. DANKSAGUNG

Ich möchte mich an dieser Stelle bei allen bedanken, die es ermöglicht haben, dass ich diese Publikationspromotion anfertigen konnte. Diese Arbeit entstand im Rahmen des Forschungsprojektes „Gesundheitsförderung für ältere pflegende Angehörige“ am Institut für Medizinische Soziologie der Charité – Universitätsmedizin Berlin in Kooperation mit der Deutschen BKK in Wolfsburg, gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF).

Ich möchte mich bei meiner Betreuerin, Frau Prof. Dr. Adelheid Kuhlmei, für das interessante Thema, die exzellenten Rahmenbedingungen und die stets gewährte Unterstützung im Entstehungsprozess dieser Arbeit herzlich bedanken.

Mein besonderer Dank gilt den Projektleitern, Frau Dr. Dagmar Dräger und Herrn Dr. Stefan Blüher, für die Begleitung dieser Arbeit, die konstruktiven Diskussionen und die stets gewährte Unterstützung in allen Phasen der Entstehung dieser Forschungsarbeit.

Frau Dr. Katja Amin Kotb danke ich sehr für die angenehme Arbeitsatmosphäre, die konstruktiven Diskussionen, den fairen Gedankenaustausch und das „offene Ohr“.

Mein Dank gilt ebenfalls der Deutschen BKK, insbesondere Frau Aster in Wolfsburg und Herrn Eisemann in Stuttgart, für die Möglichkeit des Zugangs zu älteren pflegenden Angehörigen sowie für die Zeit und Energie, die sie für diese Studie aufgebracht haben. Zudem möchte ich allen pflegenden Angehörigen danken, die an dieser Studie teilgenommen haben.

Herrn Dr. Johann Banzhaf danke ich für die Unterstützung im Rahmen seiner studentischen Projektarbeit. Herrn Dr. Ronny Kuhnert danke ich für den Gedankenaustausch zu methodischen Fragen.

Meiner Familie danke ich für die stets gewährte Unterstützung und die Förderung in allen Lebensphasen - dadurch wurde diese Arbeit erst möglich!