

Evaluation von Effekten gerontopsychiatrischer und  
geriatrischer Tagesstätten auf ihre Besucher(innen)  
und deren Angehörigen



# **Evaluation von Effekten gerontopsychiatrischer und geriatrischer Tagesstätten auf ihre Besucher(innen) und deren Angehörigen**

Susanne Zank und  
Claudia Schacke

Band 210  
Schriftenreihe des Bundesministeriums  
für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Verlag W. Kohlhammer

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Zank, Susanne

**Evaluation von Effekten gerontopsychiatrischer und geriatrischer Tagesstätten auf ihre Besucher(innen) und deren Angehörigen /**  
Susanne Zank, Claudia Schacke. [Hrsg.: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend]. – Stuttgart; Berlin; Köln: Kohlhammer, 2001

(Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Bd. 210)  
ISBN 3-17-017281-6

In der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend werden Forschungsergebnisse, Untersuchungen, Umfragen usw. als Diskussionsgrundlage veröffentlicht. Die Verantwortung für den Inhalt obliegt der jeweiligen Autorin bzw. dem jeweiligen Autor.

Alle Rechte vorbehalten. Auch fotomechanische Vervielfältigung des Werkes (Fotokopie/Mikrokopie) oder von Teilen daraus bedarf der vorherigen Zustimmung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Herausgeber: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend  
10118 Berlin

Titelgestaltung: 4 D Design Agentur, 51427 Bergisch-Gladbach

Gesamtherstellung: DCM • Druckcenter Meckenheim, 53340 Meckenheim

Verlag: W. Kohlhammer GmbH  
2001

Verlagsort: Stuttgart  
Printed in Germany

Gedruckt auf chlorfrei holzfrei weiß Offset

# Vorwort

## **Vorwort von Frau Ministerin zur Aufnahme in die Dokumentation des Forschungsberichts „Evaluation von Effekten gerontopsychiatrischer und geriatrischer Tagesstätten auf ihre Besucher(innen) und deren Angehörigen“**

in der Schriftenreihe des BMFSFJ

Teilstationäre Einrichtungen sind ein wichtiges Bindeglied zwischen stationärer und komplementärer Versorgung. Sie bieten insbesondere für demenzkranke ältere Menschen den Vorteil des Verbleibens im vertrauten sozialen Umfeld bei gleichzeitiger Entlastung der pflegenden Angehörigen.

Sowohl Tagespflegeheime als auch so genannte Tagesstätten sind Einrichtungen der Tagespflege, deren Schwerpunkt im Bereich rehabilitativer und sozialpflegerischer Maßnahmen liegt. Im Vordergrund stehen dabei psychosoziale und pädagogische Interventionen mit dem Ziel der Förderung von Selbständigkeit, Hinausschieben von Heimeinweisungen, Entlastung von Angehörigen sowie begleitende Unterstützung bei der Durchführung pflegerisch-medizinischer Maßnahmen.

Seit Mitte der achtziger Jahre hat sich die Tagespflege zu einer wichtigen Angebotsform der Altenhilfe entwickelt und wird heute grundsätzlich als stabilisierende Betreuungsform alter Menschen angesehen. Demenziell beeinträchtigte Personen werden allerdings erst nach und nach akzeptiert. Für Tagespflegeeinrichtungen stellen sie aufgrund ihrer Unstetigkeit, ihrer Unruhe und Weglauftendenz eine problematische Klientel dar. Bedingt durch den chronischen Verlauf demenzieller Erkrankungen vermag die Tagespflegeeinrichtung die Patientinnen und Patienten auch nur einen begrenzten Zeitraum auf ihrem Weg zu begleiten. Häufig bedarf die Tagespflege der Ergänzung durch andere Versorgungsangebote, z.B. Kurzzeitpflege oder ambulante Betreuung durch Sozialstationen. Tagespflege ist also nur in begrenztem Ausmaß als isolierte Hilfeform zu realisieren, insbesondere dann, wenn keine Angehörigen oder Helfer für den häuslichen Bereich zur Verfügung stehen. Die Stärke der Einrichtungen liegt eindeutig in der Erhöhung der Lebensqualität demenziell erkrankter alter Menschen.

Mit dem vorliegenden Forschungsbericht „Evaluation von Effekten gerontopsychiatrischer und geriatrischer Tagesstätten auf ihre Besucher(innen) und deren Angehörigen“ gelingt erstmals der systematische Nachweis einer generellen Wirksamkeit des Besuchs von Tagespflegestätten. Er liefert die Grundlage für eine zukünftige Ermittlung der Wirksamkeit von Einzelelementen bzw. Interventionen, die – auch im Rahmen der allgemeinen Kostendiskussion – von hoher Bedeutung für den weiteren Ausbau des Altenhilfesystems sein dürfte. Die sehr aufwendige Arbeit belegt allerdings auch, dass noch nicht hinreichend sensible und valide Messinstrumente zur Verfügung stehen, um das Ausmaß der Entlastung Angehöriger zu gewichten.

Gerade in Hinblick auf die aktuelle Diskussion zur Verbesserung der Versorgung Demenzerkrankter sind die Ergebnisse von Bedeutung, da sie deutlich machen, dass spezielle Raum- und individuell entwickelte Pflegekonzepte sowie genug qualifiziertes Personal Voraussetzungen für einen messbaren Erfolg der Bemühungen sind.

Der gerade für die Versorgung gerontopsychiatrisch Beeinträchtigter und die Entlastung der Angehörigen bedeutsame Zwischenbereich der Tagespflege ist im SGB XI bislang lediglich beschrieben und mit keinerlei spezifischen Zielvorgaben versehen.

Bei der weiteren, dringend erforderlichen quantitativen und qualitativen Entwicklung der Leistungsangebote sollten verbindliche Richtwerte und Qualitätskriterien unter Nutzung von Empfehlungen der Fachgesellschaften Anwendung finden und als Richtschnur dienen.



Dr. Christine Bergmann  
Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

# Inhaltsverzeichnis

|  |    |
|--|----|
| <b>Inhaltsverzeichnis</b> .....                                    | 7  |
| <b>Zusammenfassung</b> .....                                       | 11 |
| <b>1 Wissenschaftlicher Rahmen</b> .....                           | 12 |
| 1.1 Einführung.....  | 12 |
| 1.2 Gesundheit und Alter .....                                     | 12 |
| 1.3 Rehabilitation und Versorgungssituation.....                   | 14 |
| 1.4 Evaluationsforschung.....                                      | 17 |
| 1.5 Fragestellung .....  | 20 |
| <b>2 Methoden: Darstellung der Untersuchung</b> .....              | 25 |
| 2.1 Design .....   | 25 |
| 2.2 Erhebungsinstrumente .....                                     | 26 |
| 2.2.1 Standardisierte Erhebungsinstrumente (Patienten) .....       | 26 |
| 2.2.1.1 Allgemeine Gesundheitseinschätzung .....                   | 28 |
| 2.2.1.2 Dementielles Syndrom/Kognitive Leistungen.....             | 28 |
| 2.2.1.3 Wohlbefinden .....   | 30 |
| 2.2.1.4 Alltagskompetenz.....                                      | 31 |
| 2.2.1.5 Soziodemographische Daten .....                            | 32 |
| 2.2.1.6 Tagesstätte .....  | 32 |
| 2.2.2 Qualitative Befragung der Mitarbeiter zu den Patienten ..... | 33 |
| 2.2.3 Standardisierte Befragung der Angehörigen.....               | 33 |
| 2.2.3.1 Allgemeine Gesundheit .....                                | 34 |
| 2.2.3.2 Belastungen durch die Pflege .....                         | 34 |
| 2.2.3.3 Wohlbefinden .....   | 35 |
| 2.2.3.4 Soziodemographische Variablen .....                        | 36 |
| 2.2.3.5 Bedeutung von Entlastungsangeboten .....                   | 36 |

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| 2.2.4    | Halbstrukturiertes Leitfaden-Interview zur Belastung der Angehörigen..... | 37        |
| 2.3      | Durchführung der Untersuchung.....  | 38        |
| 2.3.1    | Rekrutierung der Untersuchungsteilnehmer .....                            | 39        |
| 2.3.2    | Training zur Durchführung der Erhebungen.....                             | 41        |
| 2.3.3    | Datensammlung .....   | 41        |
| 2.3.4    | Datenaufbereitung.....  | 42        |
| 2.4      | Stichprobenbeschreibung und Ausfallrate .....                             | 42        |
| 2.4.1    | Die Ausgangsstichprobe .....  | 42        |
| 2.4.1.1  | Merkmale der Patienten .....  | 42        |
| 2.4.1.2  | Merkmale der Angehörigen.....   | 45        |
| 2.4.2    | Längsschnittdaten und Ausfallrate .....                                   | 47        |
| 2.4.3    | Die parallelisierte Längsschnittstichprobe .....                          | 49        |
| 2.4.3.1  | Merkmale der Patienten .....  | 49        |
| 2.4.3.2  | Merkmale der Angehörigen.....   | 52        |
| 2.5      | Zusammenfassung.....  | 52        |
| <b>3</b> | <b>Ergebnisse .....</b>   | <b>55</b> |
| 3.1      | Auswertungsstrategien.....  | 55        |
| 3.2      | Längsschnittanalysen zum Gruppenvergleich der Patienten .....             | 57        |
| 3.2.1    | Wohlbefinden der Patienten.....   | 57        |
| 3.2.2    | Dementielles Syndrom .....  | 61        |
| 3.2.2.1  | Kognitive Leistungsfähigkeit.....   | 61        |
| 3.2.2.2  | Nicht-kognitive Demenzsymptome.....                                       | 63        |
| 3.2.3    | Gesundheit und Alltagskompetenz .....                                     | 65        |
| 3.2.3.1  | Gesundheit.....   | 65        |
| 3.2.3.2  | Alltagskompetenz.....   | 66        |
| 3.2.4    | Follow-up-Erhebungen.....   | 67        |
| 3.2.5    | Zusammenfassung der Patientendaten .....                                  | 68        |

|         |   |     |
|---------|---|-----|
| 3.3     | Längsschnittanalysen zum Gruppenvergleich der Angehörigen .....     | 70  |
| 3.3.1   | Wohlbefinden der Angehörigen.....                                   | 70  |
| 3.3.2   | Belastungen durch die Pflege .....                                  | 74  |
| 3.3.3   | Gesundheitliche Entwicklung der Angehörigen.....                    | 78  |
| 3.3.4   | Wahrscheinlichkeit einer Heimunterbringung des Patienten .....      | 78  |
| 3.3.5   | Zusammenfassung der standardisierten Angehörigendaten .....         | 79  |
| 3.4     | Ergebnisse der qualitativen Interviews mit den Angehörigen .....    | 80  |
| 3.4.1   | Das Kategorienschema zur Belastung.....                             | 83  |
| 3.4.1.1 | Praktische und erweiterte Betreuungsaufgaben .....                  | 84  |
| 3.4.1.2 | Konflikte zwischen Beruf und Pflege .....                           | 88  |
| 3.4.1.3 | Familiäre Konflikte.....  | 89  |
| 3.4.1.4 | Einschränkungen in Freizeit und sozialer Partizipation.....         | 91  |
| 3.4.1.5 | Krankheitsbedingte Defizite des Patienten .....                     | 93  |
| 3.4.2   | Die skalierende Auswertung der Daten.....                           | 96  |
| 3.4.3   | Vergleich der Fragebogen- mit den Interviewskalen.....              | 101 |
| 3.4.4   | Analysen zur Überprüfung von Interventionseffekten .....            | 103 |
| 3.4.4.1 | Betreuungsaufgaben.....   | 104 |
| 3.4.4.2 | Rollenkonflikte .....   | 105 |
| 3.4.4.3 | Freizeit und soziale Kontakte .....                                 | 108 |
| 3.4.4.4 | Verhaltensbedingte Defizite des Patienten .....                     | 108 |
| 3.4.5   | Zusammenfassung der qualitativen Angehörigendaten.....              | 111 |
| 3.5     | Ergebnisse innerhalb der Tagesstätten .....                         | 112 |
| 3.5.1   | Verhaltensbeobachtungen zur Alltagskompetenz und Kommunikation..... | 112 |
| 3.5.2   | Ergebnisse der Mitarbeiterinterviews zum Tagesstättenverlauf .....  | 113 |
| 3.5.3   | Einschätzung der Tagesstätten durch die Besucher.....               | 115 |

|          |  |            |
|----------|--|------------|
| 3.5.4    | Unterschiede zwischen gerontopsychiatrischen, geriatrischen und gemischten Einrichtungen ..... | 116        |
| 3.5.5    | Zusammenfassung der Ergebnisse innerhalb der Tagesstätten .....                                | 119        |
| 3.6      | Zusammenfassung und Diskussion des Ergebniskapitels ..   | 121        |
| 3.6.1    | Antworten auf die Fragestellungen der Untersuchung .....                                       | 121        |
| 3.6.2    | Grenzen der Studie .....   | 126        |
| <b>4</b> | <b>Literatur</b> .....   | <b>129</b> |
| <b>5</b> | <b>Implikationen der Forschungsbefunde</b> .....   | <b>139</b> |
| 5.1      | Wissenschaftlicher Erkenntnisgewinn .....  | 139        |
| 5.2      | Erkenntnisgewinn für die Praxis .....  | 140        |

## Zusammenfassung

Ziel der vorliegenden Studie war es, die Auswirkungen des Besuchs gerontopsychiatrischer und geriatrischer Tagesstätten auf ihre Patienten und deren Angehörige zu evaluieren. Im Rahmen eines neunmonatigen Längsschnitt-Vergleichsgruppen-Designs wurde untersucht, ob der Besuch dieser Tagespflegeeinrichtungen Auswirkungen auf die überwiegend dementiell oder depressiv erkrankten Patienten und ihre Angehörigen hat. Die Tagesstättenbesucher und die Probanden der Vergleichsgruppe wurden hinsichtlich der Merkmale Alter, Geschlecht, Morbidität und Sozialstatus parallelisiert. Die Datensammlung umfasste verschiedene Informationsquellen (Patienten, Angehörige, Mitarbeiter, trainierte Beobachter) und Erhebungsmethoden (quantitative und qualitative Verfahren). Es wurden sowohl emotionale und kognitive Merkmale als auch konkret beobachtbare Verhaltensweisen der Patienten erhoben. Insgesamt wurden 43 Tagesstättenbesucher und 40 Probanden der Vergleichsgruppe sowie 20 pflegende Angehörige der Besucher und 23 pflegende Angehörige der Vergleichsgruppe längsschnittlich befragt.

Die Ergebnisse belegen signifikant positive Auswirkungen des Tagesstättenbesuchs auf das Wohlbefinden der Patienten dahingehend, dass eine Stabilisierung oder Verbesserung der Besucher auf Variablen zur Lebenszufriedenheit, Depression und wahrgenommenen sozialen Unterstützung nachzuweisen ist, während sich die Probanden der Vergleichsgruppe verschlechtern. Signifikante Verlaufsunterschiede der Gruppen finden sich ebenfalls bei kognitiven und nicht-kognitiven Demenzsymptomen. Weiterhin zeigt sich eine signifikante gesundheitliche Verschlechterung der Vergleichsgruppe bei einer Follow-up Erhebung nach 15 Monaten.

Die Ergebnisse zu den pflegenden Angehörigen belegen signifikante Entlastungen in mehreren Bereichen. Konflikte zwischen beruflichen Notwendigkeiten und Pflegeaufgaben sowie Probleme durch die Unvereinbarkeit familiärer Anforderungen und Pflege werden durch den Tagesstättenbesuch reduziert und nehmen bei den Angehörigen der Vergleichsgruppe zu. Darüber hinaus können die Angehörigen der Tagesstättenbesucher vermehrt eigene Bedürfnisse nach sozialen Kontakten verwirklichen und fühlen sich durch eine Reduktion spezifischer Verhaltensdefizite der Patienten entlastet.

# 1 Wissenschaftlicher Rahmen

## 1.1 Einführung

Die gesellschaftliche Bedeutung gerontologischer Themen veranschaulichen bereits wenige Daten. Um die Jahrhundertwende betrug die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt für Frauen 44,0 Jahre und für Männer 40,6 Jahre. 1985 hatten Frauen in der Bundesrepublik eine Lebenserwartung von 78,4 Jahren, Männer von 71,8 Jahren. In der Deutschen Demokratischen Republik betrug die entsprechenden Zahlen 75,5 Jahre für Frauen und 69,5 Jahren für Männer (Dinkel, 1994). Die unterschiedliche Sterberate in Ost- und Westdeutschland ist auf die höhere kardio-vaskuläre Erkrankungsrate in der ehemaligen DDR zurückzuführen. Die beeindruckende Verlängerung der Lebenserwartung insgesamt ist den Erfolgen der Medizin in der Bekämpfung infektiöser Erkrankungen, dem Rückgang der Säuglingssterblichkeit, der Verbesserung der Hygiene und der Erhöhung des Lebensstandards zu verdanken (Häfner, 1994). Durch diese Entwicklung wuchs der absolute und relative Anteil der höheren Lebensalter in der Alterspyramide. Eine Modellrechnung bis zum Jahre 2020 zeigt, dass der prozentuale Zuwachs der Wohnbevölkerung über 65 Jahre um 28 Prozent anwachsen wird, bei den über 85jährigen beträgt die Zunahme sogar 52 Prozent (Dinkel, 1994). Diese Veränderungen in der Verteilung der Altersstruktur der Bevölkerung werden weitreichende ökonomische, politische und soziale Konsequenzen haben. Ambulante Einrichtungen zur Betreuung alter Menschen (Sozialstationen, Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen) werden zunehmende Bedeutung erfahren.

Der wissenschaftliche Rahmen der vorliegenden Evaluationsstudie ambulanter Institutionen wird in drei Themenbereiche skizziert. Zunächst wird der Zusammenhang zwischen Altern und Gesundheit/ Krankheit vorgestellt. Anschließend werden Befunde zur Rehabilitation und Versorgungssituation berichtet. Schließlich wird ein Überblick über theoretische und empirische Erkenntnisse der Evaluationsforschung von Einrichtungen der komplementären Versorgung gegeben, um daran anschließend die Fragestellungen des Forschungsprojekts zu erläutern.

## 1.2 Gesundheit und Alter

In der gerontologischen Literatur wird durch die Unterscheidung zwischen krankem, gesundem und optimalem Altern darauf hingewiesen,

dass das Alter nicht zwangsläufig mit Krankheit und Abhängigkeit verbunden ist (Gerok & Brandtstädter, 1994). Dennoch geht der Alternsprozess mit erhöhter biologischer Vulnerabilität und einer Zunahme insbesondere chronischer Krankheiten einher, deren Akkumulation häufig zu Multimorbidität führt (Helmchen, M. Baltes, Geiselmann, Kanowski, Linden, Reischies, Wagner & Wilms, 1996; Steinhagen-Thiessen & Borchelt, 1996; Zank, Wilms & M. Baltes, 1996).

Einen fundierten Einblick in den Gesundheitsstaus der Westberliner Bevölkerung bietet die interdisziplinäre Berliner Altersstudie, in der eine repräsentative, nach Alter und Geschlecht geschichtete, Stichprobe von 516 Probanden im Alter zwischen 70 und 103 Jahren intensiv untersucht wurde (Mayer & P. Baltes, 1996). Zu den Erhebungen gehörten neben Befragungen auch internistische und psychiatrische Untersuchungen durch Fachärzte sowie klinisch-chemische Laboranalysen und Computertomographien.

Die Ergebnisse zeigen, dass 99% der Untersuchten mindestens eine internistische Diagnose haben, 94% der über 70jährigen sind multimorbide, d.h. sie haben fünf und mehr internistische Diagnosen (Steinhagen-Thiessen & Borchelt, 1996). Der Mittelwert aller Diagnosen, d.h. einschließlich der psychiatrischen Erkrankungen, beträgt 7.4 (Linden, Gilberg, Horgas & Steinhagen-Thiessen, 1996). Die häufigsten Krankheiten sind mit Prävalenzraten zwischen 45% und 76% die Hyperlipidämie, Varikosis, Zerebralarteriosklerose, Herzinsuffizienz, Osteoarthritis, Dorsopathie und arterielle Hypertonie. Der Schweregrad von der Hälfte bis 2/3 dieser Erkrankungen ist leicht.

Die Prävalenz psychischer Erkrankungen nach DSM III-Kriterien beträgt in der Berliner Altersstudie 24%. Unter Einbezug leichterer Erkrankungen (subdiagnostische Symptomatik) erhöht sich die Prävalenzrate auf 40% (Helmchen et al., 1996). Die häufigsten psychischen Krankheiten im Alter sind Erkrankungen des dementiellen Formenkreises und Depressionen.

Die höchste Prävalenzrate weisen Altersdemenzen auf, die in der Berliner Altersstudie bei insgesamt 14% der Untersuchten diagnostiziert wurden. Die dementiellen Erkrankungen steigen mit dem Alter stark an, von 0% bei den 70 bis 74jährigen auf 40% bei den 90 bis 94jährigen.

Bei 5% der Befragten wurde eine Major Depression nach DSM-III festgestellt. Unter Berücksichtigung leichterer Erkrankungen (subdiagnostische Symptomatik) erhöhte sich die Prävalenz auf 27% der Studienteilnehmer. Die berichteten Daten aus der Berliner Altersstudie entspre-

chen weitgehend den Ergebnissen anderer nationaler und internationaler Studien (M. Baltes & Horgas, 1998; Cooper & Sosna, 1983; Dilling, Weyerer & Castell, 1984; Häfner, 1994; Henderson, 1986; Zank, Wilms & M. Baltes, 1996).

Chronische psychische und physische Krankheiten sind die entscheidenden Risikofaktoren zur Entwicklung von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit. Dass ungeachtet multipler Erkrankungen eine große Zahl hochalter Menschen zu Hause lebt, belegen ebenfalls die Ergebnisse der Berliner Altersstudie. Obwohl durchschnittlich 7.4 internistische und psychiatrische Diagnosen bei den über 70jährigen festgestellt wurden, leben 83% in Privatwohnungen und 69% erhalten keine Hilfe von Personen außerhalb des eigenen Haushalts. Von diesen 69% leben 63% allein, d.h. insgesamt 44% sind völlig auf sich gestellt (Steinhagen-Thiessen & Borchelt, 1996; Linden, Gilberg, Horgas & Steinhagen-Thiessen, 1996).

In zwei für die Bundesrepublik repräsentativen Infratest-Studien wurde ermittelt, dass 2.7% der 60-79jährigen in Privathaushalten mindestens einmal täglich Pflege brauchen, bei den über 80jährigen sind es 17.1%. In dieser Altersklasse habe weitere 23% hauswirtschaftlichen Hilfebedarf. Der Pflegebedarf bezieht sich z.B. auf Hilfe beim Baden, Duschen/Waschen, An- und Ausziehen. Hauswirtschaftlicher Hilfebedarf bedeutet z.B. Hilfe beim Einkaufen, Wohnung säubern, Mahlzeiten zubereiten (Schneekloth, 1996; Schneekloth, Potthoff, Piekara & V. Rosenblatt, 1996).

Zusammenfassend ist festzustellen, dass Alter und Altern nicht gleichbedeutend mit Krankheit und Pflegebedürftigkeit ist. Die Vulnerabilität nimmt jedoch mit steigendem Alter zu. Gezielte geriatrische und gerontopsychiatrische Rehabilitation sowie – bei irreversiblen Einschränkungen – dauerhafte Dienstleistungsangebote zur Verrichtung basaler Alltagsaktivitäten entscheiden über den häuslichen Verbleib, der das erklärte Ziel der meisten alten Menschen ist. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen mit den Grundsätzen „Rehabilitation vor Pflege und „ambulant vor stationär“ unterstützen diesen Wunsch. Sie sind sowohl im Krankenversicherungsgesetz (SGB V) als auch im Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) verankert (Klie, 1996; Schnabel, 1997).

### **1.3 Rehabilitation und Versorgungssituation**

Geriatrische und gerontopsychiatrische Rehabilitation hat zum Ziel, die Auswirkungen von Krankheiten und Behinderungen zu mildern sowie

Kompetenzen und Lebensqualität der Patienten zu verbessern. Hierin unterscheidet sie sich von den Zielen der Rehabilitation anderer Altersgruppen, die in der Regel in Heilung und erneuter Berufstätigkeit der Patienten bestehen. Der Erfolg rehabilitativer Maßnahmen bei älteren Menschen ist durch eine Vielzahl von Studien belegt (M. Baltes, Neumann & Zank, 1994; Kruse, 1995; Lehr, 1979, 1991; Meier-Baumgartner, Nerenheim & Görres, 1992; Niederfranke, 1993; Reichert & Wahl, 1991; Schütz, 1997; Tesch-Römer & Wahl, 1998; Wahl & Reichert, 1992; Wahl & Tesch-Römer, 1998; Zank, 1995; Zank & M. Baltes, 1994, 1998, 1999). Die Effektivität gilt auch unter kritischer Würdigung ökonomischer Gesichtspunkte als gesichert, obwohl das wichtige Ziel der Verbesserung der Lebensqualität der Patienten monetär nicht quantifizierbar ist (Meier-Baumgartner, 1997; Neubauer, 1997).

Görres (1992) konstatiert eine Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit geriatrisch-rehabilitativer Behandlungsansätze. Die ganzheitliche Sichtweise der Geriatrie, die soziale und psychische Dimensionen von Krankheiten berücksichtigt, wird vom klassischen medizinischen Krankheitsmodell mit einer lediglich funktionellen Betrachtungsweise des menschlichen Körpers in Frage gestellt. Rehabilitationsziele wie Lebensqualität bei chronischer Erkrankung, Selbständigkeits- und Kompetenzförderung, Akzeptanz von Krankheit als Prozess, der auch bei körperlicher Einschränkung Weiterentwicklung in anderen Lebensbereichen erlaubt, treten dabei in den Hintergrund. Die Förderung sozialer und persönlicher Ressourcen im Dienste der Gesundheit bei Gesunden und Kranken erfordert eine Neuorientierung im Gesundheitswesen. Psychologische Variablen wie die Erhaltung von Selbstwert, persönlicher Kontrolle und Lebenszufriedenheit tragen ebenso zum psychophysischen Wohlbefinden bei wie die Verringerung von Krankheiten und Symptomen.

Der Ausbau verschiedener neuer Einrichtungen im Gesundheitswesen ist ein Versuch, den gewandelten Ansprüchen an geriatrische Rehabilitation gerecht zu werden (Zank, 1999). So wurde eine Vielzahl von Sozialstationen eingerichtet, die umfangreiche Dienste in der häuslichen Krankenpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung anbieten. Weiterhin wurden in den 70er Jahren geriatrische und gerontopsychiatrische Tageskliniken eingerichtet, die bei der Rehabilitation ein wichtiges Bindeglied zwischen vollstationärer Versorgung und selbständiger Lebensführung zu Hause darstellen (Fuchs, Buttner & Kurz, 1993; Morishita, Siu, Wang, Oken, Cadogan & Schwartzman, 1989). Summa, Horn & Platt (1989) berichten, dass 70-80% von Patienten, die für ein Pflegeheim vorgesehen waren, nach der tagesklinischen Behandlung nach Hause entlassen werden konnten. Die Einrichtung von Tagespfle-

gestätten ist ebenfalls ein relativ neues Versorgungsangebot in Europa. Obwohl die konzeptionellen Schwerpunkte der Einrichtungen differieren, werden als Zielgruppen einerseits hilfsbedürftige ältere Menschen und andererseits pflegende Angehörige genannt (Großjohann, 1990; Kremer-Preiß & Zervas, 1994). Der Unterschied zwischen Tageskliniken und Tagespflegestätten besteht hauptsächlich darin, dass in den begrenzten Klinikaufenthalten ein Schwerpunkt in ärztlicher Diagnostik und daraus folgenden Versorgungsentscheidungen liegt während die Tagespflegestätten prinzipiell zeitlich unbegrenzte Nachsorgeeinrichtungen mit begrenztem rehabilitativen Anspruch sind.

90% der älteren hilfsbedürftigen Menschen werden in der Familie versorgt. Die Hauptpflegepersonen sind zu 75% Frauen, zumeist Ehefrauen, aber auch Töchter und Schwiegertöchter. Die hohe Belastung, die pflegende Angehörige erfahren, ist in vielen Studien dokumentiert worden (Adler, Gunzelmann, Machold, Schumacher & Wilz, 1996; Aneshensel, Pearlin, Mullan, Zarit & Whitlatch, 1995; Barer & Johnson, 1990; Duijnste, 1992; Gunzelmann, 1991; Kruse, 1994; Lawton, Moss, Kleban, Glicksman & Ravine, 1991; Pearlin, Mullan, Semple & Skaff, 1990; Schacke & Zank, 1998; Schulz, O'Brien, Bookwala & Fleissner, 1995; Stoller, 1990; Wand & Lehr, 1986; Zarit, 1996; Zarit, Orr & Zarit, 1985). Die Belastungen beziehen sich zum einen auf äußere Merkmale der Pflege wie z.B. auf die zeitliche Inanspruchnahme durch diese Tätigkeit, auf die Schwere der körperlichen Arbeit bei Bettlägerigkeit oder auf Ekelgefühle, die durch Inkontinenz der Patienten hervorgerufen werden. Entscheidend ist häufig jedoch die erfahrene psychische Belastung. Trauer, Angst, Schuldgefühle, Verzweiflung, aber auch Wut sind Gefühle, die viele pflegende Angehörige erleben. Mangelnde Informationen über das Krankheitsbild führen dazu, dass Verhaltensweisen des Patienten als gezielte Kränkungen missverstanden werden. Lebenslang schwierige Beziehungen können durch Pflegebedürftigkeit neue Dynamik und zur völligen Dekompensation sowohl der Patienten als auch der Angehörigen führen (Bruder, 1990; Joraschky, 1992; Kurz, Feldmann, Müllers-Stein & Romero, 1987).

Ungeachtet des oben beschriebenen Ausbaus von Hilfsangeboten und der Einführung der Pflegeversicherung zur – zumindest teilweisen – Finanzierung der Inanspruchnahme beklagen viele professionelle Helfer und pflegende Angehörige weiterhin eine mangelhafte Versorgung. Die vielfältigen Beschwerden beziehen sich u.a. auf quantitative und qualitative Mängel der Angebote, unzureichende Kooperation der an der Rehabilitation beteiligten Berufsgruppen, fehlerhafte Begutachtungen durch den medizinischen Dienst der Pflegekassen, Zuständigkeitsprobleme zwischen Kranken- und Pflegekassen, mangelhafte geronto-

logische Ausbildung und Burn-Out Symptome professioneller Helfer sowie generell unzureichende Entlastung der pflegenden Angehörigen (Kühnert & Schnabel, 1996; Schnabel, 1997; Zank, 1999). Eine Ursache der Diskrepanz zwischen der Erweiterung der Angebote und der verbreiteten Unzufriedenheit liegt vermutlich an der unzureichenden Evaluation von Diensten und Einrichtungen. Obwohl der Erfolg einzelner rehabilitativer Maßnahmen gut belegt ist, gibt es in der Bundesrepublik ein Defizit an wissenschaftlich fundierter Interventions- und Versorgungsforschung, insbesondere mangelt es an Evaluationen der konkreten, alltäglichen Praxis (Görres, 1996; Wahl & Tesch-Römer, 1998).

#### **1.4 Evaluationsforschung**

In den U.S.A. hat die Evaluationsforschung als Evaluation von Programmen oder Einrichtungen forschungshistorisch eine Entwicklung durchlaufen, in der in einer ersten Phase objektivistische Forschungsmodelle favorisiert, die in einer zweiten Phase kritisiert wurden. In einer dritten Phase wurden rein qualitativ orientierte Herangehensweisen gewählt und schließlich wurde der Versuch gemacht, zu einer Synthese dieser Vorgehensweisen zu kommen (Cook & Matt, 1990). Die intensive Auseinandersetzung mit Möglichkeiten der Evaluation von Bildungsprogrammen und sozialen Einrichtungen spiegelt sich in den U.S.A. auch in einer Vielzahl von Publikationsorganen und wissenschaftlichen Gesellschaften wider. Im Vergleich dazu wurde die Evaluationsforschung in Deutschland eher vernachlässigt, obwohl sie nach Wittmann (1985) eine intellektuelle und praxisrelevante Herausforderung insbesondere an die Psychologie darstellt.

In verschiedenen Arbeiten wird der Bedarf an fundierter Verlaufs- und Versorgungsforschung in der Psychiatrie und Psychologie beschrieben (Cooper, Dilling, Kanowski & Remschmidt, 1985; Häfner, 1983, 1986a, 1986b; Katschnig, 1983; Wahl & Tesch-Römer, 1998; Wittmann, 1983). Der Mangel an substantiellen Arbeiten liegt zum einen an vielfältigen methodischen Problemen, die mit Evaluationen in diesen sensiblen Arbeitsgebieten verbunden sind und zum anderen an der geringeren wissenschaftlichen Reputation, die diesen Forschungsarbeiten zuteil wird. Evaluationsforschung ist immer angewandte Forschung, die in der wissenschaftlichen Gemeinschaft weniger anerkannt als Grundlagenforschung ist und die häufig auf Finanzierungsprobleme stößt (Koch & Barth, 1990). Die methodischen Probleme fundierter Evaluationsfor-

schung sind in der Tat beträchtlich und sollen kurz skizziert werden (Bortz & Döring, 1995; Wottawa & Thierau, 1990).

*Evaluationskriterien.* Zunächst stellt sich die Frage nach den Kriterien, anhand derer psychiatrische Einrichtungen, Versorgungsmodelle oder psychotherapeutische Maßnahmen evaluiert werden sollen. Als Indikatoren werden Kosten- Nutzen-Analysen, Maße für Aktivitäten (z.B. Aufnahme- und Entlassungszahlen einer Klinik), Art der Angebote, Effektivität der Behandlung, Akzeptanz des Dienstes genannt (Cooper, Dilling, Kanowski & Remschmidt, 1985; Häfner & an der Heiden, 1989, 1991; Häfner, an der Heiden, Buchholz, Bardens, Klug & Krumm, 1986). Bei der Überprüfung von Modellen muss beispielsweise die Qualität der Konzepte, Umsetzungsprobleme, Zielgruppenerreichung, Effektivität und Adäquatheit der Konzepte berücksichtigt werden (Bühringer, 1990). Dabei sollte bedacht werden, dass die therapeutische Praxis evaluiert wird und nicht ein an Forschungsnotwendigkeiten adaptiertes Therapieprogramm (Koch & Barth, 1990). Die Bestimmung geeigneter Kriterien für die Bewertung von Programmen und Einrichtungen ist von zentraler Bedeutung für die jeweiligen Untersuchungen, kann jedoch aufgrund von Unklarheiten in den Konzepten oder divergierender Auffassungen der Mitarbeiter einer Einrichtung sehr schwierig sein.

*Untersuchungsdesign.* Für eine „echte“ Evaluation werden experimentelle oder mindestens quasi-experimentelle randomisierte Kontrollgruppendesigns gefordert (Cook & Matt, 1990; Fitz-Gibbon & Morris, 1987; Herman, Morris & Fitz-Gibbon, 1987; Lange, 1983; Stahler & Tash, 1982), die in der Psychiatrie und Psychologie häufig nicht realisierbar sind. Eine zufällige Zuordnung von Patienten in Gruppen, die eine Behandlung oder ein Bett in einer Klinik erhalten und andere Gruppen, denen dies verweigert wird, ist aus ethischen Gründen häufig nicht durchführbar. Mögliche Auswege aus diesen Schwierigkeiten bieten der Vergleich verschiedener Einrichtungen, die die gleiche Patientenpopulation betreuen oder parallelisierte Stichproben.

*Erhebungsinstrumente.* Standardisierte Meßmethoden sind in der Regel vorzuziehen, weil die Reliabilität und Validität der Instrumente belegt sind und die Ergebnisse den Vergleich mit anderen Studien erlaubt. Ein Nachteil in der Anwendung bsp. psychiatrischer Beurteilungsskalen liegt in der mangelnden Sensitivität der Instrumente bei unterschiedlichen Erkrankungsformen und -stadien. Hier können Befragungen der Betreuer oder der Angehörigen mit Hilfe von Interviews oder Verhaltensbeobachtungen validere Ergebnisse zeitigen. Von verschiedenen Autoren wird deshalb ein multimethodales Vorgehen vorgeschlagen

(Cooper, Dilling, Kanowski & Remschmidt, 1985; Lange, 1983; Nöldner, 1990; Patton, 1982; 1990; Wittmann, 1985).

Die referierten methodischen Probleme spiegeln sich in den empirischen Arbeiten wider. Eikermann und Reker (1993) zufolge wurden seit 1982 etwa 70 empirische Arbeiten zur Evaluation psychiatrischer Tageskliniken und komplementärer Einrichtungen publiziert, die methodischen Mindestansprüchen genügen. Studien mit randomisierter Zuteilung oder Kontrollgruppen, z.T. multizentrische Arbeiten, wurden ausschließlich im angloamerikanischen Sprachraum publiziert. Auch neuere Studie zur Evaluation von Tagesklinik weisen den Mangel auf, keine Kontrollgruppe zu haben (Eikermann, 1991; Stosberg & Lösch, 1997). In einem Übersichtsartikel von Creed, Black und Anthony (1989) wird berichtet, dass es keine klare Antwort auf die Frage gibt, ob Tageskliniken und komplementäre Einrichtungen wirklich besser als stationäre Einrichtungen sind. Die Ergebnisse und Interpretationen sind sehr widersprüchlich, viele Studien werden aus methodischen Gründen scharf kritisiert. Die Überlegenheit von Tageskliniken zeigt sich meistens auf sozialen Variablen, weniger deutlich bei der Symptomreduzierung. Die Ergebnisse zur Frage der Entlastung der Angehörigen sind ebenfalls sehr heterogen.

Zur Evaluation von Tagespflegestätten gibt es bisher sehr wenige, überwiegend amerikanische Studien, die sich nahezu ausschließlich auf pflegende Angehörige beziehen und keine einheitlichen Befunde hervorgebracht haben. Sowohl Gottlieb & Johnson (1995) als auch Guttman (1991) berichten, dass wahrgenommener Stress, Angst und Somatisierungen von Pflegenden durch den Tagesstättenbesuch ihrer Angehörigen reduziert wurden. Strain, Chappell & Blandford (1988) stellen eine Erhöhung von Lebenszufriedenheit der Pflegenden fest. Henry & Capitman (1995) berichten, dass sie keine Stressreduktionseffekte nachweisen können. Lawton, Brody & Saperstein (1989) finden ebenfalls keine positiven Auswirkungen bei den pflegenden Angehörigen.

Die Gründe für den Mangel an einheitlichen Ergebnissen werden wiederum in methodischen Schwächen der Untersuchungen vermutet (Knight, Lutzky & Macofsky-Urban, 1993; Montgomery & Kosloski, 1995; Zarit, 1990). Zarit, Stephens, Townsend & Greene (1998) versuchen in einer eigenen Untersuchung, sechs häufig genannte Kritikpunkte zu vermeiden. Sie untersuchten: 1) Eine Experimentalgruppe, die die Intervention Tagesstätte substantiell, d.h. mindestens zwei Tage pro Woche nutzten. 2) Eine weitgehend unbehandelte Kontrollgruppe. 3) Die Untersuchungsgruppen wurden vor bzw. sehr kurz nach Beginn

der Intervention erstmals untersucht. 4) Die Untersuchungsgruppen hatten keine bedeutsamen anderen Interventionen bevor sie in die Studie aufgenommen wurden. 5) Sowohl kurz- als auch langfristige Effekte wurden untersucht. 6) Die Messung der Variablen erfolgt theoriegeleitet nach dem Stressprozessmodell von Pearlin et al. (1990). Ihre Ergebnisse zeigen eine Reduktion von Stress, Überlastungsgefühlen, Depression und Ärger der pflegenden Angehörigen von Tagespflegebesuchern im Vergleich zur Kontrollgruppe nach drei Monaten des Besuchs. Nach einem Jahr werden eine Reduktion von Überlastung und Depression im Vergleich zur Kontrollgruppe berichtet.

Weitere Evaluationen von Tagespflegestätten aus Europa beschränken sich bislang auf Berichte aus der Praxis (Großjohann, 1990; Kremer-Preiß & Zervas, 1994; Zervas, 1993) bzw. auf Erhebungen mit erheblichen methodischen Mängeln (Birk, 1992). Die Benutzer der Tagesstätten, d.h. die alten Patienten, wurden bisher in keiner Studie befragt.

*Zusammenfassung.* Aufgrund der demographischen Bevölkerungsentwicklung ist mit einer deutlichen Zunahme alter und sehr alter Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu rechnen. Sozialpolitische Maßnahmen zielen zunehmend darauf ab, Institutionalisierung zu vermeiden und damit den Wünschen der meisten alten Menschen zu entsprechen. Nach dem Aufbau von Sozialstationen, die Haushalt- und Pflegehilfen anbieten, sind vermehrt gerontopsychiatrische und geriatrische Tagesstätten entstanden, die sowohl in der Rehabilitation als auch in der Erhaltung des Status Quo der Patienten Unterstützung bieten. Die Wirkung und Güte dieser Versorgungsform ist bisher ungenügend wissenschaftlich überprüft worden und die Evaluation beschränkte sich auf die Überprüfung der Entlastung pflegender Angehöriger. Die Ergebnisse der drei Forschungsbereiche Gesundheit/Krankheit, Versorgung/Rehabilitation und Probleme von Evaluationsforschung bilden die Grundlage für Fragestellung und Operationalisierung der vorliegenden Studie zur Evaluation möglicher Effekte gerontopsychiatrischer und geriatrischer Tagesstätten auf ihre Besucher und deren Angehörigen.

## **1.5 Fragestellung**

Grawe (1992) beschreibt in seiner Metaevaluation der bisherigen Psychotherapieforschung, dass bei der Beurteilung von Psychotherapien zunächst geklärt werden musste, ob diese überhaupt einen Effekt haben. Erst in einem zweiten Schritt kann untersucht werden, welche

Elemente von Psychotherapien welche Konsequenzen haben. In Anlehnung an diese Argumentation wird der Besuch einer Tagesstätte als globale Intervention betrachtet, deren Wirksamkeit zunächst nachgewiesen werden muss. Die Studie hat demzufolge das Ziel herauszufinden, ob der Besuch gerontopsychiatrischer oder geriatrischer Tagesstätten Auswirkungen auf die Patienten und deren Angehörigen hat (Zank, 1996). Hierbei ist die Überlegung entscheidend, welche Effekte der Besuch einer Tagesstätte haben kann, d.h. welche Kriterien für die Evaluation herangezogen werden sollen. Die Zielsetzungen dieser Einrichtungen sind nicht einheitlich (Kremer-Preiß & Zervas, 1994), so dass sich die vorliegende Evaluation eng an den Vorstellungen der Berliner Einrichtungen orientiert. Deren Ziele resultieren aus Praxiserfahrungen und gerontologischen Befunden. So soll der einzelne Patient mit seinen lebenslang erworbenen Fähigkeiten und Interessen im Zentrum der Bemühungen stehen.

Die Aufgaben einer Tagesstätte werden in einem Konzeptpapier eines Trägers folgendermaßen beschrieben :

- Sicherheit, Geborgenheit vermitteln; Stabilisierung des Wohlbefindens, zum Aufbau eines angemessenen Selbstbildes beitragen
- Ort persönlichen Austausches
- Verminderung von Einsamkeit
- Erwerb stabiler Kontakte
- Residuale Kompetenzen reaktivieren, Verbesserung des Umgangs mit irreversiblen Einschränkungen
- Strukturierung des Tages, Grundversorgung allgem. Lebensbedürfnisse
- Angehörige entlasten
- Drohende Klinik- und Heimeinweisungen verhindern helfen

Diese Aufgaben sollen durch folgende Maßnahmen realisiert werden (die Beschreibung der Umsetzung orientiert sich notwendigerweise an den Bedingungen zu Beginn dieser Studie im Jahr 1993):

*Angebote:* Die Tagesstätte ist dreimal ganztags, zweimal halbtags geöffnet. Die Patienten werden mit einem eigenem Fahrdienst geholt und wieder weggebracht. Zentral ist die Förderung von ADL: gemeinsames Frühstück vorbereiten und einnehmen, Abwasch, Planung des Mittagessens, Einkaufen, Kochen usw. Weitere Aktivitäten: Musik machen, Singen, Tanzen, Malen, Gymnastik, Zeitungslektüre, Spaziergänge, Ausflüge. Hierbei soll an den lebenslangen Interessen der Besucher(innen) angeknüpft werden, den individuellen Biographien wird große Aufmerksamkeit geschenkt. Die Mitarbeiter betonen, dass mit den

Patienten respektvoll umgegangen wird, Probleme ernst genommen werden und die Besucher als Erwachsene behandelt werden. Die Angehörigen sollten in einer regelmäßigen Angehörigengruppe betreut werden. Hierbei stehen zum einen die Weitergabe von Informationen zu den Krankheitsbildern und krankheitsbedingten Auffälligkeiten im Vordergrund. Zum anderen soll für die psychische Entlastung der Pflegenden durch Austausch mit anderen Betroffenen gesorgt werden.

*Besucher/Patienten:* Die Tagesstätte ist für 12-14 Besucher vorgesehen, davon mindestens 4 Plätze für Patienten mit mittelschwerer oder schwerer Alzheimer Erkrankung. Die Patienten besuchen die Einrichtungen zwischen ein- und fünfmal die Woche. Aufgenommen werden Menschen ab 60 Jahre (es gibt allerdings Ausnahmeregelungen), die aufgrund geistiger Beeinträchtigungen auf Unterstützung bei der Bewältigung des Alltagslebens angewiesen sind. Dazu gehören demente Patienten und Patienten mit nicht hirnanorganischen Beeinträchtigungen. Sie dürfen nicht bettlägerig sein und keine primäre Suchtproblematik haben. Den Besuchern muss vom sozialpsychiatrischen Dienst oder von einem Arzt die Notwendigkeit eines Tagesstättenbesuchs bescheinigt werden. Die Kosten übernimmt seit Einführung der Pflegeversicherung die Pflegekasse und/oder der Besucher, gegebenenfalls der Sozialhilfeträger. Ein Tag in einer Tagesstätte kostet zwischen circa 100 und 150 DM.

Betrachtet man diese Aufgabenbeschreibung der Tagesstätten unter der wissenschaftlichen Perspektive gerontologischer Erkenntnisse, dann ergibt sich folgendes Bild: Der biographischen Entwicklung der Patienten soll besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden, damit die individuellen Interessen, Stärken und Schwächen herausgefunden werden können. Der Besucher soll optimale, individuumszentrierte Förderung erhalten, die Verbesserung seiner Lebenszufriedenheit wird angestrebt. Besonderen Wert wird auf die Förderung alltagsnaher, praktischer Kompetenzen (ADL) und selbständiger Verhaltensweisen gelegt, damit eine Institutionalisierung möglichst verhindert werden kann. Die Befunde zur Plastizität und die Ergebnisse von Interventionsstudien im Alter werden für die Praxis nutzbar gemacht, indem gezielt kognitive Fähigkeiten, soziale Kompetenzen, positive Selbstkonzepte usw. auch bei dementiell Erkrankten gefördert werden. Für das Interventions- bzw. Rehabilitationskonzept ist es darüber hinaus besonders wichtig, dass Erfolg nicht unbedingt als Verbesserung des Zustandes des Patienten definiert wird. Erfolg kann auch bedeuten, dass Abbauprozesse verlangsamt werden oder die Angehörigen Entlastung durch Informationen und Unterstützung erfahren.

Nach dieser beispielhaften Beschreibung der Zielsetzung von Tagesstätten können die Forschungsfragen der geplanten Studie präzisiert werden:

1. Hat der Besuch gerontopsychiatrischer und/oder geriatrischer Tagesstätten Auswirkungen auf kognitive Fähigkeiten oder auf das subjektive Wohlbefinden der Patienten?
2. Gibt es Veränderungen auf der Verhaltensebene der Patienten, so dass z.B. vermehrt Aktivitäten des täglichen Lebens selbständig ausgeführt werden? Gibt es Veränderungen in sozialen Verhaltensweisen?
3. Profitieren die Angehörigen vom Besuch eines Verwandten in einer Tagesstätte? Welche Vor- und Nachteile haben Angebote der Tagesstätte für die Angehörigen?

Zur Beantwortung dieser Fragen wurde ein multimethodales Vorgehen in mehrfacher Hinsicht gewählt. Es wurden zum einen qualitative und quantitative Erhebungsverfahren miteinander verknüpft, zum anderen Daten von verschiedenen Informationsträgern erhoben. Dieses Vorgehen sicherte die wissenschaftliche Qualität des Vorhabens, so konnten beispielsweise Probleme der Objektivität, Reliabilität, Validität, Sensitivität, systematischen Verzerrung der Daten usw. weitgehend vermieden werden. Durch den Einbezug einer Vergleichsgruppe wurde gewährleistet, dass mögliche Veränderungen bei den Patienten auf den Besuch der Tagesstätte zurückzuführen sind.

Aufgrund der Breite der Maßnahmen und des individuumsspezifischen Vorgehens mussten zur Bewertung der Intervention „Besuch der Tagesstätte“ verschiedene Kriterien herangezogen werden. Es kamen standardisierte Verfahren zur Erhebung der kognitiven Fähigkeiten und des subjektiven Wohlbefindens bei den Patienten selbst zum Einsatz. Da Patienten mit fortgeschrittenen dementiellen Erkrankungen nur noch eingeschränkt befragbar waren, wurden weitere Informationsquellen genutzt, nämlich standardisierte Erhebungen und offene Befragungen der Mitarbeiter und Angehörigen. Die Erhebungen bezogen sich ebenfalls auf kognitive und emotionale Variablen bei den Besuchern. Darüber hinaus wurden Einschätzungen der Fähigkeiten zur Bewältigung des Aktivitäten des täglichen Lebens und der sozialen Kompetenzen erfragt. Die Ergänzung der standardisierten Verfahren durch offene Befragung bot die Möglichkeit, zusätzliche Informationen über Veränderungen in weiteren Lebensbereichen zu bekommen, die bei einer rein standardisierten Erhebung möglicherweise übersehen würden. Bei den Angehörigen wurden verschiedene standardisierte Belastungsmaße erhoben und mögliche Veränderungen durch den Besuch der Tagesstätte

direkt erfragt. Diese Themenbereiche wurden in qualitativen Interviews weiter vertieft. Schließlich wurden durch trainierte Beobachter konkrete Verhaltensbeobachtungen bezüglich der gezeigten Aktivitäten des täglichen Lebens und sozialer Verhaltensweisen in den Tagesstätten durchgeführt. Da die Besucher von geriatrischen und gerontopsychiatrischen Tagesstätten in bezug auf ihre Krankheiten, insbesondere Erkrankungen aus dem dementiellen Formenkreis und Depressionen, sehr ähnlich sind und die Programme der Berliner Tagesstätten wenig differieren, sind die genannten Kriterien für beide Arten von Einrichtungen relevant. Eine genaue Darstellung der verwendeten Methoden bietet das folgende Kapitel.

## 2 Methoden: Darstellung der Untersuchung

In diesem Kapitel werden zunächst das Design der Studie und die Erhebungsinstrumente vorgestellt. Es folgt eine Beschreibung der Untersuchungsdurchführung. Anschließend werden die Stichproben dargestellt und die Ausfallrate von Studienteilnehmern analysiert. In der Kapitelzusammenfassung werden Aufwand und Probleme dieser Feldstudie resümiert.

### 2.1 Design

Das Design der Studie ist Abbildung 2.1 zu entnehmen.

**Abbildung 2.1: Untersuchungsdesign**

|   | Prätest<br>MZP 1+ | Erheb. nach<br>3 Monaten<br>MZP 2 | Erheb. nach<br>6 Monaten<br>MZP 3 | Erheb. nach<br>9 Monaten<br>MZP 4 | Follow-up n.<br>15 Monaten<br>MZP 5++ |
|---|-------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|
| <u>Tagesstättenbesucher</u><br>(Experimentalgruppe) |                   |                                   |                                   |                                   |                                       |
| Standardisierte und offene Befragung:               |                   |                                   |                                   |                                   |                                       |
| Mitarbeiter   | x                 | (x)+++                            | x                                 | x                                 | x                                     |
| Patienten   | x                 | (x)                               | x                                 | x                                 | -                                     |
| Angehörige  | x                 | -                                 | (x)                               | x                                 | x                                     |
| Verhaltensbeobachtung                               | x                 | x                                 | x                                 | x                                 | -                                     |
| <u>Vergleichsgruppe</u>                             |                   |                                   |                                   |                                   |                                       |
| Standardisierte und offene Befragung:               |                   |                                   |                                   |                                   |                                       |
| Mitarbeiter   | x                 | -                                 | x                                 | x                                 | x                                     |
| Patienten   | x                 | -                                 | x                                 | x                                 | -                                     |
| Angehörige  | x                 | -                                 | (x)                               | x                                 | x                                     |

+Messzeitpunkt; ++ Follow-up über Mitarbeiter oder Angehörige; +++reduzierte Erhebung

In einem Prätest wurden Daten sowohl über die Besucher/innen der Einrichtungen (Experimentalgruppe) als auch über eine Vergleichsgruppe, die nach der Methode des „matched sample“ (parallelisierte Stichproben) gewählt wurde, erhoben. Eine zweite Erhebung erfolgte nach drei Monaten aufgrund des großen Aufwandes mit reduziertem Erhebungsprogramm nur bei der Experimentalgruppe. Nach sechs Monaten wurden beide Gruppen in vollem Umfang befragt. Nach neun

Monaten erfolgte der Posttest bei Experimental- und Vergleichsgruppe, da dieser Zeitraum für eine mögliche Wirkung der Intervention Tagesstätte ausreichen sollte. Durch die viermalige Erhebung von Daten der Experimentalgruppe wurde eine detaillierte Beschreibung des Verlaufes des Tagesstättenbesuchs ermöglicht. Eine Follow-up-Erhebung nach weiteren sechs Monaten diente der Überprüfung möglicher Langzeiteffekte des Tagesstättenbesuchs.

Da es aus ethischen und praktischen Gründen nicht möglich war, eine randomisierte Vergleichsgruppe zu ziehen, wurde eine parallelisierte Vergleichsgruppe gewählt. Die Parallelisierung erfolgte über die psychiatrischen und geriatrischen Diagnosen sowie Alter, Geschlecht, Sozialstatus und Pflegesituation der Patienten. Die Vergleichsgruppe sollte über Institutionen geworben werden, die regelmäßig Kontakt zu diesen Patienten haben z.B. Sozialstationen oder eine gerontopsychiatrische Poliklinik. Durch diese Vorgehensweise sollte zum einen gesichert werden, dass auch bei diesen Patienten Daten durch Dritte (Angehörige, Mitarbeiter der Sozialstationen) erhoben werden konnten. Zum anderen sollte die Anbindung an eine Institution einen Abbruch der Teilnahme an der Studie verhindern helfen. Die Angebote dieser Institutionen durften keine den Tagesstätten vergleichbare Intervention darstellen. Die konkrete Rekrutierung der Studienteilnehmer ist in Kapitel 2.3.1 dargestellt.

## **2.2 Erhebungsinstrumente**

Die Erhebungsinstrumente bestanden aus standardisierten Verfahren und Leitfaden-Interviews. Letztere wurden bei den Mitarbeitern der Einrichtungen sowie bei den pflegenden Angehörigen eingesetzt. Darüber hinaus wurden Alltagskompetenzen und Sozialverhalten der Tagesstättenbesucher systematisch beobachtet. Im folgenden wird eine Übersicht der Instrumentenauswahl für den ersten Messzeitpunkt bei den Tagesstättenbesuchern gegeben. Die Erhebungsinstrumente für weitere Messzeitpunkte bzw. für die Vergleichsgruppe sind weitgehend identische oder reduzierte Versionen.

### **2.2.1 Standardisierte Erhebungsinstrumente (Patienten)**

In der Untersuchung wurden überwiegend standardisierte Instrumente verwendet, deren Reliabilität und Validität bekannt ist. Diese Auswahl ermöglicht einen Vergleich mit Ergebnissen anderer nationaler und in-

ternationaler Studien. Mitunter mussten die Instrumente modifiziert werden. Die Erhebungen beziehen sich auf die Tagesstättenbesucher und ihre Vergleichsgruppe (auch Patienten genannt). Die Informationen zu den Patienten wurden aus verschiedenen Quellen gewonnen: Direkte Befragung der Patienten, Einschätzungen durch Angehörige und Mitarbeiter der Einrichtungen (auch Sozialstationen), Einschätzungen durch studentische Mitarbeiterinnen nach Interviews mit den Patienten und direkte Verhaltensbeobachtungen durch die studentische Mitarbeiterinnen. Einen Überblick über die verwendeten Instrumenten bietet Tabelle 2.1.

**Tabelle 2.1: Übersicht über die verwendeten standardisierten Messinstrumente bei den Patienten, geordnet nach thematischen Bereichen**

| Bereich                                    | Messinstrumente  | Information durch*                                    |
|--|--|---|
| Allgemeine Gesundheitseinschätzung         | Krankheitsliste<br>Allgem. klinischer Eindruck Subjektiver Gesundheitszustand  | M, A<br>M<br>P  |
| Dementielles Syndrom /Kognitive Leistungen | Strukturiertes Interview für die Diagnose der Demenz (mit Mini-Mental-State-Ex.)<br>Nürnberger-Alters-Inventar<br>– Zahlen nachsprechen<br>– Wortliste wiedererkennen<br>– Zahlen-Symbol-Test<br>Verhaltens- und Gedächtnisprobleme<br>Ischämie-Score<br>Reisberg-Einschätzung<br>Alzheimer Interview (ADAS) | P<br><br>P<br><br>M, A<br>A<br>SM<br>SM nach P-Inter. |
| Wohlbefinden                               | Fragebogen zur Lebenszufriedenheit<br>Fragebogen zum Selbstwert<br>Depressionsskala (CES-D)<br>Depressions-Interview (MADR)<br>Fragebogen zur wahrgenommenen sozialen Unterstützung  | P<br>P<br>P<br>SM nach P-Inter.<br>P                  |
| Alltagskompetenz                           | Nürnberger-Alters-Alltags-Skala<br>Nürnberger-Alters-Beobachtungs-Skala<br>Beobachtungsverfahren (nur Experimgr.)<br>Freizeitliste   | P<br>M, A<br>SM<br>P                                  |
| Soziodemographische Variablen              | Allgem. Fragebogen (Alter, sozioökon. Hintergrund, Betreuungssituation)  | P, M, A   |
| Tagesstätte (nur Experimgr.)               | Zufriedenheit mit Tagespflege<br>Teilnahme an Aktivitäten  | P<br>M  |

\* Informationen durch:

A = Angehörige, M = Mitarbeiter, P = Patient, SM = Studentische Mitarbeiterin

### **2.2.1.1 Allgemeine Gesundheitseinschätzung**

*Krankheitsliste.* Hier wurde eine Liste mit 26 Krankheiten vorgelegt (z.B. Gicht, Asthma, Bluthochdruck, Demenz, Depression). Die Mitarbeiter und/oder Angehörigen sollten aufgrund ärztlicher Diagnosen angeben, ob der Patient unter diesen Krankheiten litt. Zusätzlich wurden regelmäßig verordnete Medikamente erfasst. Unabhängige ärztliche Gutachter schätzten die Schwere der angegebenen Krankheiten ab (Gewichtung der Erkrankungen).

*Allgemeiner Klinischer Eindruck.* Diese Erhebung wurde mit dem Verfahren zum Clinical Global Impression (CIPS, 1986) erhoben. Die Mitarbeiter schätzten den Grad der seelischen, körperlichen und kognitiven Beeinträchtigungen anhand einer achtsufigen Skala ein (1=nicht beurteilbar, 2=überhaupt nicht beeinträchtigt, 8=extrem schwer beeinträchtigt). Darüber hinaus beurteilten sie die Zustandsveränderung des Patienten im Vergleich zum letzten Erhebungszeitpunkt (1=nicht beurteilbar, 2= Zustand ist sehr viel besser, 8= Zustand ist sehr viel schlechter).

*Subjektiver Gesundheitszustand.* Der Patient beantwortete die Fragen „Wie schätzen Sie Ihren Gesundheitszustand im Vergleich zu anderen Männern/Frauen Ihres Alters ein?“ und „Was würden Sie sagen: Wie hat sich Ihre Gesundheit innerhalb der letzten fünf Jahre entwickelt?“ auf einer jeweils 5-stufigen Rating-Skala, wobei 1= sehr schlecht/viel schlechter und 5=sehr gut/viel besser.

### **2.2.1.2 Dementielles Syndrom/Kognitive Leistungen**

*Strukturiertes Interview für die Diagnose der Demenz* vom Alzheimer Typ, der Multiinfarkt-Demenz und Demenzen anderer Ätiologie nach DSM-III-R und ICD-10 ( Zaudig, Mittelhammer & Hiller, 1990). Der SIDAM besteht aus 55 Aufgaben und Fragen an den Patienten (z.B. zur Orientierung, Unmittelbare Wiedergabe, rechnerische Fähigkeiten, Konstruktionsfähigkeit) und dient der klinischen Diagnosenstellung. Maximal können 55 Punkte erreicht werden. Einen Teil dieser Aufgaben bildet das Mini-Mental-State Examination (MMSE), ein weitverbreitetes Screening Instrument zur Erfassung kognitiver Einbußen. Die maximal erreichbare Punktzahl beim MMSE beträgt 30. Bei 23 und weniger Punkten besteht der Verdacht auf ein hirnorganisches Psychosyndrom, unter 20 Punkten ist das Vorliegen einer Demenz wahrscheinlich.

*Nürnberger-Alters-Inventar.* Hierbei handelt es sich um ein psychometrisches Instrumentarium zur Einschätzung kognitiver Fähigkeiten alter Menschen (Oswald & Fleischmann, 1982). Aus dieser Testbatterie wurden diejenigen Verfahren ausgewählt, die besonders veränderungssensitiv sind (Zahlen nachsprechen, Wortliste wiedererkennen und Zahlen-Symbol-Test).

*Fragebogen zu Verhaltens- und Gedächtnisprobleme.* Hier wurde die Liste der objektiven Defizite der Memory and Behavior Checklist von Zarit & Zarit (1983, 1990) übersetzt und für die Belange dieser Studie modifiziert. Sie wurde sowohl den Mitarbeitern als auch den Angehörigen vorgelegt. Sie besteht aus 25 geschlossenen und zwei offenen Fragen nach möglichen Verhaltensproblemen (z.B. der Patient „stellt immer wieder dieselben Fragen“, „verliert, verlegt oder versteckt Dinge“, „läuft einem hinterher“, „redet permanent“. Die Antwortmöglichkeiten sind 0=Problem ist niemals aufgetreten, 1=nicht in den letzten zwei Wochen, 2=1-5mal in den letzten zwei Wochen, 3=6-13mal in den letzten zwei Wochen, 4=täglich oder öfter, 8=weiß nicht/ nicht zutreffend). Die Reliabilität der Skala beträgt bei den Angehörigen .86 und bei den Mitarbeitern .87 (Cronbach's Alpha).

*Ischämie-Score.* Dieser Fragebogen, der den Angehörigen vorgelegt wurde, besteht aus acht Items zusätzlich zum SIDAM und dient zur Überprüfung eines Verdachts auf Multi-Infarkt-Demenz (Hachinski et al., 1975). Beispielitems sind: „Ist ein emotionaler Kontrollverlust zu beobachten?“, „Trat die Symptomatik abrupt und plötzlich auf?“. Die Antwortmöglichkeiten sind ja oder nein.

*Reisberg-Einschätzung.* Diese Einschätzung einer möglichen dementiellen Entwicklung des Patienten wurden von den studentischen Mitarbeiterinnen vorgenommen, nachdem sie die Mitarbeiter der Einrichtungen zum Verhalten der Patienten interviewt und eigene Beobachtungen durchgeführt hatten. Sie besteht aus einer Skala von 1 bis 7, d.h. keinerlei Einschränkungen bis zu schwerem kognitiven Verfall. Die einzelnen Abstufungen sind präzise definiert (Reisberg, 1983).

*Alzheimer Interview.* Hier wurde die deutsche Fassung der Alzheimer's Disease Assessment Scale eingesetzt (Ihl & Weyer, 1993). Der Patient wurde von den studentischen Mitarbeiterinnen u.a. zu depressiven Symptomen, Halluzinationen und Wahnvorstellungen befragt. Die studentischen Mitarbeiterinnen beurteilen die Intensität der Symptome auf einer sechs-stufigen Skala (von 0=nicht vorhanden bis 5=schwer). Die Reliabilität des Instruments beträgt .65 (Cronbach's Alpha). Die Unterskala „Agitierte Symptome“ besteht aus drei Items zur motorischen Un-

ruhe und Affektstabilität, sie hat eine Reliabilität von .61 (Cronbach's Alpha).

### 2.2.1.3 Wohlbefinden

*Fragebogen zur Lebenszufriedenheit.* Hier wurde den Patienten ein verkürztes Verfahren vorgelegt, das auf zwei bewährten Lebenszufriedenheitsinstrumenten beruht (Closs & Kempe, 1986). Die verkürzte Version besteht aus 28 Items, z.B. „In meinem Leben gibt es vieles, was mich traurig machen kann“, „Mit zunehmendem Alter geht es mir eigentlich besser als ich dachte“, „Oft wird mir das Leben zur Last“. Die ursprüngliche, dichotome Antwortskala wurde in eine vierstufige Ratingskala verändert mit den Antwortmöglichkeiten 0=trifft nicht zu, 1=trifft kaum zu, 2=trifft gut zu, 3=trifft sehr gut zu. Die Reliabilität beträgt .92 (Cronbach's Alpha).

*Fragebogen zum Selbstwert.* Dieses Instrument ist eine erweiterte Version eines Instrumentes zum Selbstwertgefühl (Silbereisen & Zank, 1984) und enthält sechs Items. Beispielitems sind „Ich kann mich selber gut leiden“, „Manchmal glaube ich, dass ich nicht viel wert bin“. Die Antworten wurden auf einer vierstimmigen Ratingskala erhoben mit den Antwortmöglichkeiten 0=trifft nicht zu, 1=trifft kaum zu, 2=trifft gut zu, 3=trifft sehr gut zu. Die Reliabilität des Instruments beträgt bei den Patienten .77 (Cronbach's Alpha).

*Depressionsskala.* Hier wurde die deutsche Version der Center for Epidemiological Studies of the Elderly Depression Scale, CES-D, erhoben (Hautzinger, 1988). Sie besteht aus 20 Items, z.B. Während der letzten zwei Wochen „hatte ich kaum Appetit“, „war alles anstrengend für mich“, „war ich deprimiert/niedergeschlagen“. Die vier Antwortmöglichkeiten waren 0=selten (weniger als 2 Tage), 1= manchmal (2-5 Tage lang), 2=öfters (6-9 Tage lang), 3=meistens (10 bis 14 Tage lang). Die Reliabilität beträgt bei den Patienten .89 (Cronbach's Alpha).

*Depressionsinterview.* Die studentischen Mitarbeiterinnen führten mit den Patienten ein Interview durch, um die deutsche Version der Montgomery and Asberg Depression-Rating-Scale (MADR) auszufüllen (Neumann & Schulte, 1989). Diese Skala enthält 10 Items (z.B. Sichtbare Traurigkeit, Mitgeteilte Traurigkeit, Reduzierter Appetit, Antriebsmangel), die auf einer sechsstufigen Ratingskala eingeschätzt werden (0=nicht vorhanden, 5=schwer). Die Reliabilität beträgt .83 (Cronbach's Alpha).

*Fragebogen zur wahrgenommenen sozialen Unterstützung.* Dieses Instrument besteht aus 54 Items (Sommer & Fydrich, 1988; 1991), das für die Belange dieser Studie auf 17 Items reduziert wurden. Die Items beziehen sich auf emotionale und praktische Unterstützung, soziale Integration und soziale Belastungen. Beispielitems sind „Ich habe einen mir vertrauten Menschen, mit dem ich alle persönlichen Dinge besprechen kann“, „Ich fühle mich oft als Außenseiter“, „Ich wünsche mir mehr Hilfsbereitschaft und praktische Unterstützung“. Die Antworten werden auf einer fünfstufigen Ratingskala (0=stimmt gar nicht bis 4=stimmt völlig) erhoben. Die Reliabilität beträgt .81 (Cronbach's Alpha).

#### **2.2.1.4 Alltagskompetenz**

*Nürnberger-Alters-Alltags-Skala (NAA).* Dieses Instrument aus dem NAI (Oswald & Fleischmann, 1982) erfasst die Selbsteinschätzung des Patienten zur Durchführung von Alltagsaktivitäten. Das Instrument umfasst 20 Items (z.B. „Ich mache meine Besorgungen und Einkäufe selbständig“, „Ich erledige meine finanziellen Angelegenheiten selber“, „Ich gehe allein außer Haus“, „Ich rufe selbst jemanden an“. Die Antwortmöglichkeiten sind: 2=oft, 1=manchmal, 0=nie. Maximale Selbständigkeit entspricht demnach 40 Punkten, maximale Unselbständigkeit 0 Punkten. Die Reliabilität beträgt .80 (Cronbach's Alpha).

*Nürnberger-Alters-Beobachtungs-Skala. (NAB).* Dieses Instrument aus dem NAI (Oswald & Fleischmann, 1982) wurde sowohl bei den Mitarbeitern als auch bei den Angehörigen eingesetzt. Es enthält 15 Items zur Alltagskompetenz des Patienten, z.B. zur Fähigkeit, selbständig Besorgungen zu machen, zum Verstehen von Sachverhalten, zum Ankleiden, zum Essen. Maximale Kompetenz entspricht 0 Punkten, maximale Inkompetenz 30 Punkten. Das Instrument hat eine Reliabilität (Cronbach's Alpha) von .76 bei den Mitarbeitern und .74 bei den Angehörigen.

*Beobachtungsverfahren in den Tagesstätten.* Es wurden standardisierte Situationen mit Hilfe eines adaptierten Verhaltensbeobachtungssystem vor Ort beobachtet und kodiert (Baltes, Burgess, Barton, Kindermann, Reizenstein, Neumann & Zank, 1998; Baltes, Zank & Neumann, 1997). Die ausgewählten Situationen sollten einerseits ermöglichen, Aktivitäten des täglichen Lebens und Sozialverhalten zu beobachten, andererseits in jeder Tagesstätte vorkommen. Diese Kriterien erfüllten zum einen das morgendliche Eintreffen in der Tagesstätte inklusive Begrüßung und Mantel ablegen, zum anderen das gemeinsame Frühstück. Die

studentischen Mitarbeiterinnen beobachteten an zwei aufeinanderfolgenden Tagen die beiden Situationen morgendliches Eintreffen und Frühstück pro Untersuchungsteilnehmer. Das Beobachtungssystem umfasste sechs Kategorien: Konstruktive Alltagsaktivität (z.B. Zeitung lesen, Fernsehen), Destruktive Aktivität (mit Lebensmitteln werfen, schlagen), Passives Verhalten (in die Luft starren, reglos verharren), Selbständiges Eigenpflegeverhalten (Mantel ausziehen, Milch in die Kaffeetasse gießen), Unselbständiges Eigenpflegeverhalten (sich Ausziehen lassen, Brötchen bestreichen lassen) und Kommunikatives Verhalten (sich unterhalten, Kaffee anbieten). Ein Beobachtungsintervall betrug 10 Sekunden, danach hatte die Beobachterin fünf Sekunden Zeit, die Beobachtung zu kodieren. Pro Beobachtungsintervall wurden maximal zwei Verhaltensweisen protokolliert. Die studentischen Mitarbeiterinnen wurden in dem Beobachtungsverfahren eingehend trainiert. Das Beobachtungstraining umfasste eine grundlegende Einführung in Beobachtungsverfahren, das Erlernen des Verhaltenskodiersystems und die systematische Einübung anhand von Videos. Nachdem die Beobachterübereinstimmung .85 (Kappa) betrug, konnten die Feldbeobachtungen beginnen. Zur Aufrechterhaltung der Interraterübereinstimmung fanden alle zwei Wochen Trainingssitzungen statt.

*Freizeitliste.* Hier wurde eine Liste von Infratest eingesetzt, in der 14 Aktivitäten abgefragt wurden und zusätzliche Angaben ergänzt werden konnten. Es wurde gefragt, welche Aktivitäten in den letzten zwei Wochen durchgeführt wurden (z.B. Spazieren gegangen, Buch gelesen, Fernsehen, Restaurant besucht).

### **2.2.1.5 Soziodemographische Daten**

*Allgemeiner Fragebogen.* Hier wurden Basisdaten der Patienten zu den Bereichen Alter, Geschlecht, Familie und Wohnen, Schulbildung, Berufsbildung und -ausübung, Finanzielle Situation erhoben. Wenn die Patienten keine Angaben machen konnten, wurden die entsprechenden Informationen durch Mitarbeiter oder Angehörige ergänzt.

### **2.2.1.6 Tagesstätte**

*Zufriedenheit mit Tagespflege.* Die Patienten wurden zu ihrer Einschätzung der Tagesstätte befragt, so z.B. zu den Räumlichkeiten, Mahlzei-

ten, Aktivitäten, Mitarbeitern, anderen Besuchern. Die Antwortmöglichkeiten reichten von 1=sehr gut bis 4=nicht gut.

*Teilnahme an Aktivitäten.* Die Mitarbeiter wurden befragt, an welchen Angeboten der Besucher teilnimmt, z.B. Einzelgespräche, Einkaufen, Kochen, Gymnastik, Kognitives Training.

## **2.2.2 Qualitative Befragung der Mitarbeiter zu den Patienten**

Es wurde ein strukturiertes Interview zu jedem Tagesstättenbesucher durchgeführt. Bei den Längsschnitteilnehmern wurden mögliche Veränderungen im Erleben und Verhalten thematisiert. Den Mitarbeitern wurde zunächst ein allgemeiner Inhaltsbereich vorgegeben, später spezifische Aspekte dieses Bereichs vertieft.

*Sozialverhalten.* Kontaktinteresse, Kontaktfähigkeit, Kommunikationsfähigkeit, Hilfsbereitschaft, Feindseligkeit, Aggression, Misstrauen, Unsicherheit, Ängstlichkeit, Schüchternheit, Anzahl und Intensität vorhandener Kontakte.

*Kognitive Leistungsfähigkeit.* Orientierung (Zeit, Ort, Person), Vergesslichkeit, Intelligenz, Selbstvertrauen, Umgang mit Kompetenzverlusten

*Aufgaben des alltäglichen Lebens.* Kompetenz, Selbstvertrauen, Umgang mit Kompetenzverlusten, Selbständigkeit, Interesse, Motivation

*Kreativität und Aktivität.* Spaß, Engagement, Selbstvertrauen, Interessen, Kompetenz, Umgang mit Kompetenzverlusten.

*Emotionale Befindlichkeit.* Depressivität, Emotionale Stabilität/Weinen, Wahn, Halluzinationen, motorische Unruhe, Umherlaufen.

Schließlich wurden die Mitarbeiter eingehend nach spezifischen Therapiezielen für den einzelnen Patienten befragt.

## **2.2.3 Standardisierte Befragung der Angehörigen**

Im folgenden sind die Instrumente aufgeführt, die sich direkt auf die Angehörigen beziehen. Es handelt sich teilweise um Verfahren, die ebenfalls bei den Patienten eingesetzt wurden, so z.B. der Fragebogen zur

Lebenszufriedenheit. Die in Tabelle 2.2 dargelegten Instrumente beziehen sich jedoch ausschließlich auf Krankheiten, Befindlichkeiten und Belastungen der Angehörigen.

**Tabelle 2.2: Übersicht über die verwendeten standardisierten Messinstrumente bei den Angehörigen, geordnet nach thematischen Bereichen**

| Bereich                            | Messinstrumente   |
|------------------------------------|---|
| Allgemeine Gesundheit              | Krankheitsliste   |
| Belastungen durch die Pflege       | Konflikte zwischen Beruf und Pflege<br>Konflikte zwischen Familie und Pflege<br>Subjektive Beeinträchtigung durch Verhaltens- und Gedächtnisprobleme<br>Belastungen durch die Pflege (Burden Interv.) |
| Wohlbefinden                       | Fragebogen zur Lebenszufriedenheit<br>Fragebogen zum Selbstwert<br>Depressionsskala<br>Fragebogen zur wahrgenommenen sozialen Unterstützung   |
| Soziodemographische Variablen      | Allgem. Fragebogen (Alter, sozioökon. Hintergrund, Betreuungssituation)   |
| Bedeutung von Entlastungsangeboten | Bewertung der Tagesstätten (Ang. der Exgr.)<br>Wunsch nach Entlastung (Ang. der Vergl.gr.)  |

### 2.2.3.1 Allgemeine Gesundheit

*Krankheitsliste.* Hier wurde eine Liste mit 26 Krankheiten vorgelegt (z.B. Gicht, Asthma, Bluthochdruck, Demenz, Depression). Zusätzlich wurden regelmäßig verordnete Medikamente erfasst. Unabhängige ärztliche Gutachter schätzten die Schwere der angegebenen Krankheiten ab (Gewichtung der Erkrankungen).

### 2.2.3.2 Belastungen durch die Pflege

*Konflikte zwischen Beruf und Pflege.* Diese Skala von Pearlin et al. (1990) wurde übersetzt. Sie besteht aus 4 Items, z.B. „Im letzten halben Jahr haben Sie weniger Energie für Ihre Arbeit gehabt“, „haben Sie zu häufig gefehlt“. Die Antworten erfolgten auf einer vierstufigen Ratingskala mit 1=stimme nicht zu bis 4=stimme stark zu. Die Reliabilität beträgt .61 (Cronbach's Alpha).

*Konflikte zwischen Familie und Pflege.* Diese Skala von Pearlin et al. (1990) besteht aus 12 Items und wurde übersetzt. Beispielitems sind: „Wieviele Auseinandersetzungen hat es im letzten halben Jahr zwischen Ihnen und anderen Familienmitgliedern bezüglich der folgenden Punkte gegeben: „Die Schwere der Gedächtnisprobleme Ihres Angehörigen“, „Welche Dinge Ihr Angehöriger noch selbständig erledigen kann“, „Ob Ihr Angehöriger in ein Heim untergebracht werden sollte“. Die vier Antwortmöglichkeiten reichten von 1= keine Auseinandersetzung bis 4=ziemlich viel Auseinandersetzung. Die Reliabilität beträgt .84 (Cronbach's Alpha).

*Subjektive Beeinträchtigung durch Verhaltens- und Gedächtnisprobleme.* Den Mitarbeitern und Angehörigen wurde eine Liste zur Erhebung der objektiven Defizite des Patienten vorgelegt (vgl. 2.2.1.2). Die Angehörigen wurden zusätzlich gebeten, ihre Beeinträchtigung durch die aufgeführten Probleme zu geben. Die Antwortmöglichkeiten lauteten 0=gar nicht, 1=ein wenig, 2=mittelmäßig, 3=sehr, 4=extrem. Die Reliabilität der Skala subjektive Belastung beträgt .85 (Cronbach's Alpha).

*Belastungen durch die Pflege.* Das Burden Interview von Zarit & Zarit (1983, 1990) wurde übersetzt. Es besteht aus 22 Items, z.B. „Haben Sie das Gefühl, dass ihr Angehöriger mehr Hilfe von Ihnen beansprucht als er eigentlich benötigt?“, „Haben Sie das Gefühl, dass Sie wegen der Pflege nicht mehr genug Zeit für sich selbst haben?“, „Ist Ihnen das Verhalten Ihres Angehörigen peinlich oder unangenehm?“, „Haben Sie das Gefühl, der Pflege Ihres Angehörigen bald nicht mehr gewachsen zu sein?“. Die Antwortmöglichkeiten waren 0=nie, 1=selten, 2= manchmal, 3=häufig und 4=immer. Die Reliabilität des Instrumentes beträgt .87 (Cronbach's Alpha).

### **2.2.3.3 Wohlbefinden**

*Fragebogen zur Lebenszufriedenheit.* Hier wurde den Angehörigen ein verkürztes Verfahren vorgelegt, das auf zwei bewährten Lebenszufriedenheitsinstrumenten beruht (Closs & Kempe, 1986). Die verkürzte Version besteht aus 28 Items, z.B. „In meinem Leben gibt es vieles, was mich traurig machen kann“, „Mit zunehmenden Alter geht es mir eigentlich besser als ich dachte, „Oft wird mir das Leben zur Last“. Die ursprüngliche, dichotome Antwortskala wurde in eine vierstufige Ratingskala verändert mit den Antwortmöglichkeiten 0=trifft nicht zu, 1=trifft kaum zu, 2=trifft gut zu, 3=trifft sehr gut zu. Die Reliabilität beträgt .87 (Cronbach's Alpha).

*Fragebogen zum Selbstwert.* Dieses Instrument ist eine erweiterte Version eines Instrumentes zum Selbstwertgefühl (Silbereisen & Zank, 1984) und enthält sechs Items. Beispielitems sind „Ich kann mich selber gut leiden“, „Manchmal glaube ich, dass ich nicht viel wert bin“. Die Antworten wurden auf einer vierstufigen Ratingskala mit den Antwortmöglichkeiten 0=trifft nicht zu, 1=trifft kaum zu, 2=trifft gut zu, 3=trifft sehr gut zu erhoben. Die Reliabilität beträgt .77 (Cronbach's Alpha).

*Depressionsskala.* Hier wurde die deutsche Version der Center for Epidemiological Studies of the Elderly Depression Scale, CES-D, erhoben (Hautzinger, 1988). Sie besteht aus 20 Items, z.B. Während der letzten zwei Wochen „hatte ich kaum Appetit“, „war alles anstrengend für mich“, „war ich deprimiert/niedergeschlagen“. Die vier Antwortmöglichkeiten waren 0=selten (weniger als 2 Tage), 1=manchmal (2-5 Tage lang), 2=öfters (6-9 Tage lang), 3=meistens (10 bis 14 Tage lang). Die Reliabilität beträgt .78 (Cronbach's Alpha).

*Fragebogen zur wahrgenommenen sozialen Unterstützung.* Dieses Instrument besteht aus 54 Items (Sommer & Fydrich, 1988; 1991), das für die Belange der Angehörigenerhebung auf 15 Items reduziert wurden. Die Items beziehen sich auf emotionale und praktische Unterstützung, soziale Integration und soziale Belastungen. Beispielitems sind „Ich habe Freunde/Angehörige, die auch mal gut zuhören können, wenn ich mich aussprechen möchte“, „kenne fast niemanden, mit dem ich gerne ausgehe“, „Ich wünsche mir mehr Hilfsbereitschaft und praktische Unterstützung“. Die Antworten werden auf einer fünfstufigen Ratingskala (0=stimmt gar nicht bis 4=stimmt völlig) erhoben. Zusätzlich wird erhoben, von wem mehr Unterstützung erhofft wird. Die Reliabilität beträgt .85 (Cronbach's Alpha).

#### **2.2.3.4 Soziodemographische Variablen**

*Allgemeiner Fragebogen.* Hier wurden Basisdaten der Angehörigen erhoben zu den Bereichen Alter, Geschlecht, Familie und Wohnen, Schulbildung, Berufsbildung und -ausübung, Finanzielle Situation.

#### **2.2.3.5 Bedeutung von Entlastungsangeboten**

*Bewertung der Tagesstätten.* Die Angehörigen wurden zur Vorgeschichte des Tagesstättenbesuchs befragt, so z.B. von wem die Anre-

gung einer Nutzung des Angebots ausging, ob der Besuch gewünscht wurde, mögliche Alternativen, positive und negative Erwartungen, Veränderungen durch den Besuch.

*Wunsch nach Entlastung.* Die Angehörigen der Vergleichsgruppe wurden befragt, ob ein Besuch einer Tagesstätte wünschenswert sei, welche Erwartungen daran geknüpft wurden, welche anderen Entlastungsformen in Anspruch genommen wurden.

#### **2.2.4 Halbstrukturiertes Leitfaden-Interview zur Belastung der Angehörigen**

Im qualitativen Leitfaden-Interview wurden individuelle Pflegeaufgaben, Auswirkungen der Pflege in anderen Lebensbereichen der Pflegenden sowie die Belastung durch soziale Defizite und Verhaltensproblemen thematisiert, die möglichst an konkreten Situationsbeispielen mit den dazugehörigen Gefühlen geschildert werden sollten (zum theoretischen Hintergrund der Interviews vgl. 3.4). Für die Angehörigen der Experimentalgruppe wurde darüber hinaus erfragt, ob die Nutzung der Tagesstätte eine entlastende Wirkung hat und wie sich diese Entlastung inhaltlich konkret beschreiben lässt. Das Interview umfasste folgende Bereiche:

*Ausmaß der praktischen Hilfestellungen/Belastung:* Ankleiden, Waschen/Baden, Sonstige Körperpflege, Zubereitung der Mahlzeiten, Hilfestellung bei den Mahlzeiten, Unterstützung beim Toilettengang, Begleitung bei Arzt/Friseurbesuchen, Medikamentengabe, Unterstützung im Umgang mit finanziellen/behördlichen Angelegenheiten, Einkaufen.

*Gefühlsmäßige Unterstützung:* Trösten, Beruhigen, Zuhören, Beraten (auch telefonisch), körperliche Zuwendung

*Gemeinsame Aktivitäten:* Ausflüge, Spaziergänge, Besuch kultureller, kirchlicher Veranstaltungen, Café/Restaurantbesuch

*Berufliches Leben.* Geringere Stundenzahl (z.B. nur Halbtagsbeschäftigung), Fehlzeiten, Keine berufliche Veränderung möglich, Beruf als positiver Ausgleich zur Pflege, Pflege als positiver Ausgleich zum Beruf

(Für Nichtberufstätige):

Wären Sie gern berufstätig, wenn Sie sich nicht um Ihren Angehörigen kümmern würden?

*Finanzielle Auswirkungen der Pflege.* Finanzielle Belastung wegen nur eingeschränkter Berufstätigkeit, Finanzielle Belastung, die sich direkt aus den Kosten der Pflege entwickelt, Finanzielle Vorteile (Pflegegeld)

*Freizeit.* Zu wenig Zeit für Hobbys/Lesen, Zu wenig Erholungsphasen, Vernachlässigung von Interessen und Neigungen, Zu wenig Zeit „für sich“ im allgemeinen

*Soziale Kontakte.* Keine Zeit zur Pflege bestehender Kontakten, Keine Möglichkeit zum Aufbau neuer Kontakte, Eingeschränkte Möglichkeit an bestimmten Aktivitäten teilzunehmen.

*Familienleben.* Bezogen auf die eigene Familie: Weniger Zeit für den Haushalt, Weniger Zeit für Ehemann oder Kinder, Belastung anderer Familienmitglieder (z.B. Kinder o. Enkel), (Zu wenig) Unterstützung von anderen Familienmitgliedern, (Zu wenig) Verständnis für die Belastung, (Zu wenig) Anteilnahme

Bezogen auf die Herkunftsfamilie: Auseinandersetzungen über den „richtigen“ Umgang mit dem Angehörigen, (Zu wenig) Unterstützung von anderen Angehörigen, Auseinandersetzungen um finanzielle Fragen, Eifersüchteleien, Förderung des Zusammenhaltes der Herkunftsfamilie

*Befindlichkeit/Belastung/Gefühle bzgl. der Erkrankung des Angehörigen:* Persönlichkeitsveränderungen, Körperlicher Verfall, Vereinsamung, Aggressives Verhalten, Gedächtnisprobleme, Inkontinenz, Nächtliche Unruhe, Immer wieder das gleiche erzählen, Weinen, Jammern, Wahnvorstellungen, Ansprüchliches/klammerndes Verhalten, Abweisendes Verhalten, „Undankbarkeit“, Starrsinn

### **2.3 Durchführung der Untersuchung**

Zum Zeitpunkt der Untersuchungsaufnahme waren sechs Tagesstätten in Berlin etabliert, die alle an der Untersuchung teilnahmen. Zwei Einrichtungen bezeichneten sich als gerontopsychiatrische, eine als geriatrische Tagesstätte. Eine Einrichtung führte eine gerontopsychiatrische und eine geriatrische Tagesstätte gemeinsam, so dass von einer großen, gemischten Institution gesprochen werden kann. Eine weitere Ta-

gesstätte bezeichnete sich als gemischte Einrichtung. Drei lagen im Westen, drei im Osten Berlins. Die Einrichtungen hatten zwischen 12 und 20 Plätzen, der Pflegeschlüssel betrug 1:4. Der Tagessatz lag zwischen 100 DM und 153 DM (Ausnahme: zwei Plätze für schwer demenziell Erkrankte für DM 314). Alle Einrichtungen bemühten sich um einen rehabilitativen, an der modernen Gerontologie orientierten Ansatz. Förderung von Alltagskompetenz, Anknüpfen an die Biographie und individuellen Vorlieben der Besucher, Förderung von Selbstwert usw. gehörten zur Zielsetzung. Die Angebote umfassten verschiedene Gruppenaktivitäten (Handwerk, Malen, Singen, Gespräche, Töpfern, Spazieren gehen, Ausflüge machen), Förderung der Alltagskompetenz (Einkaufen, Kochen, Tisch decken bzw. abräumen, Abwaschen) und mitunter Einzelbetreuung (z.B. bei schwer demenziell Erkrankten).

Die Gewinnung der Leiter und Mitarbeiter der Tagesstätten zur Teilnahme an der Untersuchung gestaltete sich zunächst relativ problemlos. Insbesondere die Leitungspersonen waren in der Regel aufgeschlossen, die Mitarbeiter etwas skeptischer. Die konkrete Kooperation bei der Durchführung der Studie in den Einrichtungen war allerdings sehr verschieden, dies soll bei der Darstellung der Durchführungsprobleme der Studie (s.u.) näher erläutert werden.

### **2.3.1 Rekrutierung der Untersuchungsteilnehmer**

Allen Patienten der Experimental- und Vergleichsgruppe wurden DM 100 für Ihre Bemühungen bezahlt.

*Experimentalgruppe: Tagespflegestättenbesucher.* Bei guter Kooperation und Organisation der Tagesstätten wurde jeder neu aufgenommene Besucher bereits beim Aufnahmegespräche über die Untersuchung unterrichtet, bekam schriftliches Informationsmaterial ausgehändigt und wurde um seine Teilnahme gebeten. Erfolgte sein schriftliches Einverständnis (bei bestehender juristischer Betreuung das schriftliche Einverständnis des Betreuers), wurde der Patient innerhalb der ersten 10 Besuchstage zum erstenmal befragt. Die Verweigerungsrate lag bei etwa 10%. Diejenigen, die nur für wenige Tage bzw. Wochen in der Tagesstätten kommen sollten, wurden aus der Studie ausgeschlossen. Dies betraf ebenfalls etwa 10% der Besucher aller Tagesstätten insgesamt, bezog sich jedoch überwiegend auf eine Tagesstätte. Grundsätzlich sollten die Untersuchungsteilnehmer mindestens zweimal die Woche die Tagesstätten besuchen, da dieser Zeitraum als Minimum für eine Interventionswirkung angenommen wurde.

Von den 83 in die Studie aufgenommene Tagesstättenbesuchern hatten 42 Angehörige, die sich als pflegende Angehörige bezeichneten und zu einem Interview bereit waren. Der Tagespflegebesucher musste sein Einverständnis für die Befragung seiner Angehörigen geben.

*Vergleichsgruppe.* Da fast alle Tagespflegebesucher zusätzlich durch Sozialstationen betreut wurden, wurde zunächst versucht, die Vergleichsgruppe über Patienten von Sozialstationen zu rekrutieren. Hierzu wurden 26 Sozialstationen angeschrieben und in persönlichen Gesprächen informiert. Die zahlreichen Informationsgespräche und wiederholten Kontakte erwiesen sich als ausgesprochen zeitraubend mit mäßigem Erfolg. Lediglich 11 der 26 Sozialstationen erklärten ihre Kooperationsbereitschaft. Die anderen Einrichtungen lehnten aufgrund genereller Arbeitsüberlastung oder Desinteresse ihrer Mitarbeiter die Zusammenarbeit ab. Dennoch konnten einige Untersuchungsteilnehmer durch die Sozialstationen gewonnen werden. Allerdings unterschieden sich diese Probanden von den Tagesstättenbesuchern dahingehend, dass sie stärker körperlich und weniger kognitiv beeinträchtigt waren. Der Anteil dementiell Erkrankter an den Tagesstättenbesuchern ist beträchtlich, so dass eine Anzeige in verschiedenen Bezirkswochenblättern aufgegeben wurde, in der „pflegende Angehörige altersverwirrter Menschen“ angesprochen wurden. Es meldeten sich circa 120 Personen auf diese Anzeigen. Zunächst wurde in einem telefonischen Kurzinterview geklärt, ob die Patienten und Angehörigen in die Studie passten. Kriterien waren, dass die Betroffenen psychisch und physisch in der Lage sein mussten, potentiell für Tagespflege in Frage zu kommen und keine vergleichbare Intervention erhielten. Schließlich wurden weitere Probanden über eine gerontopsychiatrische Poliklinik gewonnen, die dort lediglich medizinisch behandelt wurden. Insgesamt wurden 65 Vergleichsgruppenstudienteilnehmer zum ersten Messzeitpunkt befragt.

Bei der Vergleichsgruppe sollten ebenfalls Daten durch Angehörige und gegebenenfalls durch Mitarbeiter von Sozialstationen eingeholt werden. Die Mitarbeiterbefragung war nur bei etwa 50% der Untersuchungsteilnehmer möglich, da es entweder keine Betreuung durch Sozialstationen gab oder die Mitarbeiter keine Interviews geben wollen. Als Anreiz vergüteten wir jedes Mitarbeiterinterview mit DM 15. Weitere Schwierigkeiten ergaben sich durch die Personalfluktuationsituation in diesen Einrichtungen und die mangelhafte Ausbildung der Befragten.

### **2.3.2 Training zur Durchführung der Erhebungen**

Nahezu alle studentischen Mitarbeiterinnen hatten eine berufliche Ausbildung im Gesundheitswesen absolviert (z.B. als Krankenschwester) und besaßen ein Vordiplom in Psychologie. Sie erhielten ein mehrwöchiges, intensives Trainingsprogramm zur Durchführung der Fragebogen- und Interviewerhebungen, und zum Erlernen des Beobachtungsverfahrens. Zur Fragebogenerhebung und Interviewdurchführung bekamen sie allgemeine Instruktionen zu den einzelnen Fragebögen, zu den Interviewleitfäden und zum Interviewerverhalten. Die Erhebungssituation wurde mehrfach in Rollenspielen geübt. Darüber hinaus wurden Videos von psychiatrischen Explorationen dementiell und depressiv Erkrankter unterschiedlichen Schweregrades vorgeführt und besprochen. Dies diente auch zur psychischen Vorbereitung der Mitarbeiterinnen auf die Untersuchungsteilnehmer. Das Beobachtungstraining umfasste eine grundlegende Einführung in Beobachtungsverfahren, das Erlernen des Verhaltenkodiersystems und die systematische Einübung anhand von Videos.

### **2.3.3 Datensammlung**

Den einzelnen Tagesstätten wurden jeweils eine Studentin und eine Vertreterin dieser Studentin fest zugeordnet. Die Datensammlung umfasste pro Messzeitpunkt mindestens vier Erhebungen. Die Studentin erhob an zwei aufeinanderfolgenden Tagen Daten des Patienten und führte an diesen Tagen ebenfalls zweimal die Beobachtungen durch. Die zweitägigen Erhebungen stellte eine zeitliche Belastung für die Studentin dar, war jedoch aus zwei Gründen notwendig. Zum einen war die Befragung (insgesamt etwa drei Stunden) für die überwiegend fragilen Patienten zu umfangreich und zu anstrengend, um in einer Sitzung absolviert zu werden. Zum anderen wurden aus methodischen Gründen mindestens zwei Beobachtungstage pro Messzeitpunkt benötigt. Darüber hinaus erhob die Studentin Daten bei einem Mitarbeiter der Einrichtung über den Patienten. Schließlich befragte sie, wenn möglich, einen pflegenden Angehörigen. Die Erhebungen bei den Untersuchungsteilnehmern der Vergleichsgruppe fand ebenfalls an zwei Tagen statt, um den Probanden nicht zu überlasten. Darüber hinaus wurde, wenn möglich, ein Mitarbeiter der betreuenden Sozialstation und ein pflegender Angehöriger befragt. Die Beobachtungen entfielen, weil die Situationen in Privathaushalten und Tagesstätten nicht vergleichbar waren.

### **2.3.4 Datenaufbereitung**

Insgesamt wurden 387 Patientenbefragungen, 474 Feldbeobachtungen, 259 Mitarbeiterbefragungen, 252 Angehörigenbefragungen und 138 Follow-Up-Erhebungen durchgeführt und statistisch aufbereitet. Die Mitarbeiter- und Angehörigeninterviews wurden transkribiert. Es liegen 111 Interviewtranskripte von Mitarbeitern der Tagesstätten und 126 Transkripte von Angehörigeninterviews vor.

Für die Auswertung der Mitarbeiterinterviews wurde ein Kategorienschema entwickelt, welches eine quantifizierende Skalierung und damit eine statistische Auswertung von potentiellen Veränderungen im Zeitverlauf erlaubten.

Das umfangreiche Kategoriensystem zur Auswertung der Angehörigeninterviews wurde im Rahmen des Dissertationsvorhabens von Frau Schacke erstellt (Schacke, 2000) (vgl 3.4.).

## **2.4 Stichprobenbeschreibung und Ausfallrate**

Im folgenden werden zunächst alle Untersuchungsteilnehmer und ihre Angehörigen zum ersten Messzeitpunkt beschrieben. Es folgt eine Darstellung der Längsschnitterhebungen und eine Analyse der Ausfallrate von Untersuchungsteilnehmern. Schließlich werden die Merkmale der parallelisierte Längsschnittstichproben der Patienten und ihrer Angehörigen zum ersten Erhebungszeitpunkt beschrieben.

### **2.4.1 Die Ausgangsstichprobe**

#### **2.4.1.1 Merkmale der Patienten**

Es wurden insgesamt 148 Ersterhebungen bei 83 Tagesstättenbesuchern und 65 Probanden der Vergleichsgruppe durchgeführt (vgl. Tabelle 2.3).

Der überwiegende Anteil der Untersuchungsteilnehmer war weiblichen Geschlechts, das Durchschnittsalter betrug etwa 78 Jahre, wobei 40 Probanden über 85 Jahre alt waren.

Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen betragen durchschnittlich 4.5 Diagnosen. Die gewichtete Morbidität (Einbezug des Schweregrades der Erkrankungen) betrug 10.8 in der Experimental- und 13.3 in der Vergleichsgruppe. 35 der Untersuchungsteilnehmer hatten die Diagnose einer Depression.

Die Untersuchungsteilnehmer waren kognitiv deutlich beeinträchtigt, 116 hatten die ärztliche Diagnose einer dementiellen Erkrankung. Die Erhebungen kognitiver Maße zeigten folgendes Bild. Den Ergebnisse des Mini-Mental-State-Examination (MMSE) zufolge waren 36 Probanden gesund, 37 leicht und 75 schwer dement. Die Ergebnisse des MMSE-Verfahren stimmten also weitgehend mit den ärztlichen Diagnosen überein. Alle Patienten benötigten Hilfe bei den Aktivitäten des täglichen Lebens. Auf der NAB-Skala des Nürnberger Alltagsinventars (Fremdeinschätzung), die von 0 (keine Hilfe wird benötigt) bis maximal 30 Punkte reicht, hatten die Probanden einen Mittelwert von 15 Punkten. Diese Morbidität zeigte sich auch in der Tatsache, dass die Probanden durchschnittlich zwischen 5 und 6 Stunden pro Woche durch Sozialstationen unterstützt wurden.

93 Probanden waren verwitwet, lediglich 26 waren noch verheiratet. 115 der Untersuchungsteilnehmer hatten Kinder. Nicht alle Probanden, die über nahe Verwandte verfügten, gaben an, dass sie pflegende Angehörige hatten. Dies berichteten 102 der Patienten.

Die Schulbildung beschränkte sich bei 110 Probanden auf die Volksschule, 57 Untersuchungsteilnehmer hatten keine Berufsausbildung. Das Einkommen betrug durchschnittlich DM 1800.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass es sich bei der Gesamtstichprobe um sehr alte Menschen mit multiplen Erkrankungen und insbesondere mentalen Beeinträchtigungen handelte. In dieser nicht-parallelisierten Ausgangsstichprobe zeigten sich Unterschiede zwischen den Tagesstättenbesuchern und der Vergleichsgruppe. Die Vergleichsgruppe war signifikant morbider. Die Unterschiede bezüglich kognitiver Beeinträchtigungen sind nur bei den ärztlichen Diagnosen zur Demenz signifikant, zeigen jedoch in allen Erhebungsmaßen die gleiche Tendenz: In der Vergleichsgruppe weisen die Probanden weniger Defizite auf.

**Tabelle 2.3: Stichprobenbeschreibung der nicht-parallelisierten Untersuchungsteilnehmer (Patienten) zum ersten Erhebungszeitpunkt (N = 148)**

| Variablen                                      | Tagesstät-<br>tenbesucher<br>N = 83 | Vergleichs-<br>gruppe<br>N = 65 | Signifikanz |
|--|-------------------------------------|---------------------------------|-------------|
| <b>ALLGEMEINE ANGABEN</b>                      |                                     |                                 |             |
| Geschlecht                                     |                                     |                                 | n.s.        |
| männlich                                       | 18                                  | 21                              |             |
| weiblich                                       | 65                                  | 44                              |             |
| Alter  |                                     |                                 | n.s.        |
| Mittelwert                                     | 78.2                                | 80.1                            |             |
| Altersgruppen                                  |                                     |                                 | n.s.        |
| bis 75 Jahre                                   | 25                                  | 20                              |             |
| bis 85 Jahre                                   | 37                                  | 26                              |             |
| über 85 Jahre                                  | 21                                  | 19                              |             |
| <b>MORBIDITÄT</b>                              |                                     |                                 |             |
| Erkrankungen insgesamt                         |                                     |                                 |             |
| Anzahl Diagnosen                               | 4.1                                 | 4.9                             | .05*        |
| Summe (gewichtet)                              | 10.8                                | 13.3                            | .01**       |
| Dementielle Erkrankung<br>(Ärztliche Diagnose) |                                     |                                 | .04*        |
| nicht vorhanden                                | 13                                  | 19                              |             |
| vorhanden                                      | 70                                  | 46                              |             |
| MMSE+  |                                     |                                 |             |
| Mittelwert                                     | 15.9                                | 17.2                            | n.s.        |
| Klassifikation nach MMSE                       |                                     |                                 | .06         |
| nicht beeinträchtigt                           | 14                                  | 22                              |             |
| mäßig beeinträchtigt                           | 23                                  | 14                              |             |
| schwer beeinträchtigt                          | 46                                  | 29                              |             |
| Depression<br>(Ärztliche Diagnose)             |                                     |                                 | n.s.        |
| nicht vorhanden                                | 59                                  | 54                              |             |
| vorhanden                                      | 24                                  | 11                              |             |
| NAB ++ (Summenwert)                            | 14.1                                | 16.1                            | .02*        |
| <b>LEBENSITUATION</b>                          |                                     |                                 |             |
| Familienstand                                  |                                     |                                 | n.s.        |
| verheiratet                                    | 11                                  | 15                              |             |
| verwitwet                                      | 52                                  | 41                              |             |
| geschieden                                     | 11                                  | 07                              |             |
| ledig  | 09                                  | 02                              |             |
| Kinder   |                                     |                                 | .02*        |
| vorhanden                                      | 59                                  | 56                              |             |
| nicht vorhanden                                | 24                                  | 09                              |             |
| Eigene Wohnung                                 |                                     |                                 | n.s.        |
| vorhanden                                      | 73                                  | 52                              |             |
| nicht vorhanden                                | 10                                  | 13                              |             |

| Variablen                                  | Tagesstät-<br>tenbesucher<br>N = 83 | Vergleichs-<br>gruppe<br>N = 65 | Signifikanz |
|--|-------------------------------------|---------------------------------|-------------|
| <b>PFLEGESITUATION</b>                     |                                     |                                 |             |
| Pflegende Angehörige                       |                                     |                                 | n.s.        |
| vorhanden                                  | 56                                  | 46                              |             |
| nicht vorhanden                            | 27                                  | 19                              |             |
| Betreuung durch Sozialstation              |                                     |                                 | n.s.        |
| Stunden pro Woche                          | 5.5                                 | 6.2                             |             |
| <b>SOZIOÖKONOMISCHER HINTER-<br/>GRUND</b> |                                     |                                 |             |
| Schulbildung                               |                                     |                                 | n.s.        |
| Volksschule                                | 62                                  | 48                              |             |
| Mittlere Reife                             | 09                                  | 09                              |             |
| Abitur                                     | 06                                  | 06                              |             |
| Sonstiges                                  | 04                                  | 02                              |             |
| Keinen Schulabschluss                      | 02                                  | 00                              |             |
| Berufsausbildung                           |                                     |                                 | n.s.        |
| vorhanden                                  | 46                                  | 45                              |             |
| nicht vorhanden                            | 37                                  | 20                              |             |
| Einkommen                                  |                                     |                                 | n.s.        |
| Mittelwert                                 | DM 1838                             | DM 1803                         |             |

\*  $p \leq .05$

\*\* $p \leq .01$

+MMSE: Mini-Mental-State-Examination. 0 =maximale Beeinträchtigung, 30 = keine Beeinträchtigung der kognitiven Leistung

++NAB: Nürnberger-Alltags-Beobachtungs-Skala: 0=keine, 30= maximale Beeinträchtigung bei der Durchführung von Alltagsaktivitäten

### 2.4.1.2 Merkmale der Angehörigen

102 der 148 befragten Patienten berichteten, dass sie pflegende Angehörige haben. Von diesen Angehörigen erklärten sich 85 bereit, an unserer Untersuchung teilzunehmen (vgl. Tabelle 2.4).

**Tabelle 2.4: Ausgangsstichprobe der pflegenden Angehörigen (N=85)**

| Variablen  | Angehörige von<br>Tagesstätten-<br>besuchern<br>(N = 42) | Angehörige der<br>Vergleichs-<br>gruppe<br>(N = 43) | Signifikanz |
|--|--|---|-------------|
| <b>ALLGEMEINE ANGABEN</b>                                  |  |   |             |
| Geschlecht   |  |   | n.s.        |
| männlich   | 08   | 10  |             |
| weiblich   | 34   | 33  |             |
| Alter  |  |   |             |
| Mittelwert   | 52   | 57  | n.s.        |
| Verwandschaftl.<br>Beziehung                               |  |   | n.s.        |
| Kind   | 26   | 23  |             |
| Partner  | 07   | 14  |             |
| Andere   | 09   | 06  |             |
| <b>PLEGESITUATION</b>                                      |  |   |             |
| Gemeinsame Wohnung<br>mit Patienten                        |  |   | .04*        |
| nicht vorhanden  | 26   | 17  |             |
| vorhanden  | 16   | 26  |             |
| Betreuungsdauer<br>(Mittelwert in Monaten)                 | 34   | 51  | .04*        |
| Familienstand der Angeh.<br>verwitwet/geschieden<br>/ledig | 15   | 13  | n.s.        |
| verheiratet  | 27   | 30  |             |
| Berufstätigkeit  |  |   | n.s.        |
| ja   | 24   | 18  |             |
| nein   | 18   | 25  |             |
| Einkommen<br>Mittelwert                                    | DM 2 970   | DM 3 660  | n.s.        |
| <b>GESUNDHEITZUSTAND</b>                                   |  |   |             |
| Erkrankungen der Angeh.<br>Summe (gewichtet)               | 5.5  | 7.1   | .03*        |

\*p ≤ .05, \*\*p ≤ .01

Das Durchschnittsalter der Angehörigen lag bei 55 Jahren. Die Angehörigen der Tagesstättenbesucher waren tendenziell jünger. Der überwiegende Anteil an familiärer Pflege wird in dieser Stichprobe von den Töchtern der Patienten geleistet. Dies gilt für beide Untersuchungsgruppen, in der Vergleichsgruppe waren tendenziell jedoch mehr Ehepartner vertreten als unter den Tagesstättennutzern.

Knapp die Hälfte der Angehörigen war berufstätig, 2/3 der Pflegenden waren verheiratet, 1/3 hatte keinen Ehepartner. Die durchschnittliche Schulbildung der Gesamtstichprobe lag bei rund 10 Jahren, das Monats-Netto-Einkommen bei knapp 3 000 DM.

Die Angehörigen der Vergleichsgruppe pflegten seit 4 1/4 Jahren und damit etwa ein Jahr länger als die Nutzer der Tagesstätten. Diese signifikante Differenz ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass in der Vergleichsgruppe mehr Ehepartner vorhanden waren, was sich auch in der Variable „gemeinsames Wohnen zeigt. Die durchschnittliche Anzahl an gewichteten Erkrankungen lag bei den Angehörigen der Vergleichsgruppe bei 5.5, bei den Angehörigen der Tagesstättenbesucher bei 7.1. Dieser Unterschied ist signifikant.

## 2.4.2 Längsschnittdaten und Ausfallrate

Insgesamt wurden 85 Datensätze über alle vier Messzeitpunkte erhoben. Damit ist der im Untersuchungsantrag angestrebte Längsschnittstichprobenumfang von mindestens N = 80 erreicht worden (vgl. Tabelle 2.5).

**Tabelle 2.5: Stichprobenumfang der Patienten und Angehörigen im Zeitverlauf: Ausfallrate**

|                   | 1. MZP |        | 2. MZP |        | 3. MZP |        | 4. MZP |
|-------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
|                   | N      | in %   | N      | in %   | N      | in %   | N      |
| <b>Patienten</b>  |        |        |        |        |        |        |        |
| TS-G              | 83     | 24, 1% | 64     | 38, 6% | 51     | 48, 2% | 43     |
| VG                | 65     | ----   | --     | 32, 3% | 44     | 38, 5% | 40     |
| Σ                 | 148    | 24, 1% | 64     | 35, 8% | 95     | 43, 9% | 83     |
| <b>Angehörige</b> |        |        |        |        |        |        |        |
| TS-G              | 42     |        |        | 40, 5% | 25     | 52, 4% | 20     |
| VG                | 43     |        | --     | 32, 6% | 29     | 46, 5% | 23     |
| Σ                 | 85     |        | --     | 36, 5% | 54     | 49, 4% | 43     |

MZP = Messzeitpunkt, TS-G = Tagesstättengruppe, VG = Vergleichsgruppe

Die Gesamt-Ausfallrate bei den Patienten betrug 43, 9%. Ausfälle kamen durch Krankheit, Tod, Institutionalisierung der Patienten bzw. Einstellung des Tagesstättenbesuchs zustande. Zwischen dem ersten und dem zweiten Messzeitpunkt lag die Ausfallrate in der Tagesstättengruppe mit 24, 1% höher als zu den nachfolgenden Zeitpunkten. Da in der Vergleichsgruppe kein 2. Messzeitpunkt erhoben wurde, liegt hier kein

entsprechendes Datum vor. Bei 51 Tagesstättenbesuchern und 44 Probanden der Vergleichsgruppe konnten Datensätze über drei Messzeitpunkte erhoben werden. Die kumulierte Ausfallrate betrug für die Tagesstättenbesucher zwischen dem ersten und dem dritten Messzeitpunkt 38,6% (Vergleichsgruppe 32,3%). Vor der vierten Erhebung stieg die Ausfallrate in der Tagesstättengruppe nochmals um 9,6%, in der Vergleichsgruppe um 6,2%. Die Ausfallrate der Angehörigen wurde durch die Patienten bestimmt, d.h., wenn die Patienten die Studie vorzeitig beendeten, wurden die Angehörigen ebenfalls nicht weiter befragt. Eine Verweigerung der Teilnahme an den Längsschnitterhebungen durch Angehörige kam nicht vor.

Die Ergebnisse führten zu der Frage, ob es sich um einen selektiven Ausfall von Untersuchungsteilnehmern handelt. Aus bisherigen Untersuchungen zu Ausfallraten im Rahmen gerontologischer Studien ist bekannt, dass die Teilnahmedauer positiv mit Merkmalen korreliert, die Leistungsfähigkeit im weitesten Sinne repräsentieren. So konnte nachgewiesen werden, dass Probanden mit längerer Teilnahmedauer jünger, körperlich und geistig gesünder waren, und aus höheren sozialen Schichten stammten (Lindenberger, Gilberg, Pötter, Little & P. Baltes, 1996).

**Tabelle 2.6: Logistische Regressionsanalyse zur Vorhersage der Teilnahmedauer**

| Prädiktoren                          | beta | Standard Error | Odds-Ratio |
|--------------------------------------|------|----------------|------------|
| Alter                                | -.02 | .02            | .98        |
| Geschlecht                           | -.01 | .46            | .98        |
| Anzahl der Schuljahre                | .03  | .11            | 1.03       |
| Einkommen                            | -.00 | .00            | .99        |
| Vorhandensein pflegender Angehöriger | .21  | .41            | 1.23       |
| Demenzdiagnose (ärztlich)            | 1.13 | .51            | 3.11*      |
| Depression (MADR)                    | -.01 | .02            | .98        |
| Erkrankungen (gewichtet)             | -.01 | .03            | .98        |
| Alltagskompetenz (NAB)               | -.00 | .04            | .99        |

\*  $p \leq .05$

In einer Selektivitätsanalyse der Ausfallrate der vorliegenden Studie wurden diese Merkmale mit Hilfe einer logistischen Regression überprüft (vgl. Tabelle 2.6). Dabei wurden die Variablen Alter, Geschlecht, Einkommen, Anzahl der Schuljahre, Vorhandensein pflegender Angehöriger, Vorliegen einer Demenz, Depression, Summe der gewichteten Erkrankungen und die Fremdeinschätzung der Alltagskompetenz zum

1. Messzeitpunkt als Prädiktoren eingegeben. Vorhersagemerkmal war die Untersuchungsteilnahme zum vierten Messzeitpunkt.

Die naheliegende Annahme, dass die ältesten und morbidesten Patienten die Studienteilnahme vorzeitig beendeten, wurde durch diese Ergebnisse nicht bestätigt. Lediglich das Vorliegen einer ärztlichen Demenzdiagnose führte zu einem signifikanten Ergebnis mit einer Odds-Ratio von 3.1. Die Odds-Ratio von 3.1 bedeutet, dass sich beim Vorliegen einer Demenzdiagnose die Wahrscheinlichkeit eines Abbruchs der Untersuchungsteilnahme verdreifachte. Probanden mit vorzeitiger Untersuchungsbeendigung unterschieden sich also von den in der Studie verbliebenen Teilnehmer mit Ausnahme der Demenzdiagnose nicht. Allerdings litten immer noch 70% der Längsschnittuntersuchungsteilnehmer an einer Demenz (vgl. Tabelle 2.7). Die Längsschnittdaten beziehen sich diesen Erkenntnissen zufolge also nicht auf eine hochselektive Reststichprobe, was die Aussagefähigkeit der Befunde insgesamt erhöht.

### **2.4.3 Die parallelisierte Längsschnittstichprobe**

Ziel der Parallelisierung war es, Patienten in der Vergleichsgruppe zu befragen, die den Tagesstättenbesuchern hinsichtlich Alter, Geschlecht und Morbidität möglichst ähnlich waren. Darüber hinaus war es wichtig, dass die beiden Gruppen möglichst vergleichbare Betreuungsbedingungen (durch Sozialstationen, pflegende Angehörige) hatten. Die Patienten, die an der vollständigen Längsschnittuntersuchung teilnahmen, unterschieden sich in den relevanten Merkmalen nicht. Deshalb mussten keine Untersuchungsteilnehmer aus den Längsschnittanalysen ausgeschlossen werden. Tendenzielle, nicht signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen ließen sich allerdings nicht ganz vermeiden.

#### **2.4.3.1 Merkmale der Patienten**

Die Merkmale der Patienten sind in Tabelle 2.7 aufgeführt. Insgesamt handelte es sich bei beiden Gruppen um schwer beeinträchtigte, hochaltrige Menschen. Die beiden Gruppen unterschieden sich hinsichtlich ihres Alters und ihrer Morbidität nicht. Weder die Erkrankungsrate insgesamt noch für diese Studie relevante einzelne Erkrankungen ergaben signifikante Unterschiede. In der Vergleichsgruppe gab es allerdings

tendenziell mehr Probanden, die kognitiv keine oder wenige Beeinträchtigungen (nach dem MMSE) zeigten.

14% der Tagesstättenbesucher und 28% der Vergleichsgruppe waren verheiratet. Obwohl die Tagesstättenbesucher signifikant häufiger keine Kinder hatten, unterschieden sich die Gruppen hinsichtlich des Vorhandenseins pflegender Angehöriger nicht. Die Probanden beider Gruppen wurden etwa 6 Stunden pro Woche durch Sozialstationen betreut.

Die Daten zum sozioökonomischen Hintergrund zeigen, dass die Patienten überwiegend Hauptschulbildung hatten und rund 40% über keine Berufsausbildung verfügten. Dies ist vermutlich auf den hohen Anteil von Frauen in der Stichprobe zurückzuführen, die in diesen Kohorten einen niedrigen Ausbildungsstand haben. Das Haushaltseinkommen entspricht mit DM 1850 dem Berliner Durchschnittseinkommen (vgl. Wagner, Motel, Spieß & Wagner, 1996).

**Tabelle 2.7: Stichprobenbeschreibung der parallelisierten Längsschnittuntersuchungsteilnehmer-Variablenausprägungen zum ersten Messzeitpunkt (N = 83)**

| Variablen                                      | Tagesstätten-<br>besucher<br>N = 43 | Vergleichs-<br>gruppe<br>N = 40 | Signifikanz |
|--|-------------------------------------|---------------------------------|-------------|
| <b>ALLGEMEINE ANGABEN</b>                      |                                     |                                 |             |
| Geschlecht                                     |                                     |                                 | n.s.        |
| männlich                                       | 13                                  | 09                              |             |
| weiblich                                       | 34                                  | 27                              |             |
| Alter  |                                     |                                 | n.s.        |
| Mittelwert                                     | 79.3                                | 79.6                            |             |
| Altersgruppen                                  |                                     |                                 | n.s.        |
| bis 75 Jahre                                   | 11                                  | 13                              |             |
| bis 85   | 19                                  | 15                              |             |
| über 85 Jahre                                  | 13                                  | 12                              |             |
| <b>MORBIDITÄT</b>                              |                                     |                                 |             |
| Erkrankungen insgesamt                         |                                     |                                 |             |
| Anzahl Diagnosen                               | 4.2                                 | 4.9                             | n.s.        |
| Summe (gewichtet)                              | 11.0                                | 13.2                            | n.s.        |
| Dementielle Erkrankung<br>(Ärztliche Diagnose) |                                     |                                 | n.s.        |
| nicht vorhanden                                | 09                                  | 15                              |             |
| vorhanden                                      | 34                                  | 25                              |             |
| MMSE+  |                                     |                                 |             |
| Mittelwert                                     | 16.3                                | 18.6                            | n.s.        |
| Klassifikation nach MMSE                       |                                     |                                 | n.s.        |
| nicht beeinträchtigt                           | 08                                  | 17                              |             |
| mäßig beeinträchtigt                           | 12                                  | 07                              |             |
| schwer beeinträchtigt                          | 23                                  | 16                              |             |

| Variablen                          | Tagesstätten-<br>besucher<br>N = 43 | Vergleichs-<br>gruppe<br>N = 40 | Signifikanz |
|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|-------------|
| Depression<br>(Ärztliche Diagnose) |                                     |                                 | n.s.        |
| nicht vorhanden                    | 32                                  | 34                              |             |
| vorhanden                          | 11                                  | 06                              |             |
| NAB++<br>(Fremdeinschätzung)       |                                     |                                 | n.s.        |
| Summenwert                         | 14.4                                | 15.3                            |             |
| LEBENSITUATION                     |                                     |                                 |             |
| Familienstand                      |                                     |                                 | n.s.        |
| verheiratet                        | 06                                  | 11                              |             |
| verwitwet                          | 23                                  | 24                              |             |
| geschieden                         | 08                                  | 04                              |             |
| ledig                              | 06                                  | 01                              |             |
| Kinder                             |                                     |                                 | .05*        |
| vorhanden                          | 27                                  | 33                              |             |
| nicht vorhanden                    | 16                                  | 07                              |             |
| Eigene Wohnung                     |                                     |                                 | n.s.        |
| vorhanden                          | 36                                  | 33                              |             |
| nicht vorhanden                    | 07                                  | 07                              |             |
| PFLEGESITUATION                    |                                     |                                 |             |
| Pflegende Angehörige               |                                     |                                 | n.s.        |
| vorhanden                          | 27                                  | 27                              |             |
| nicht vorhanden                    | 16                                  | 13                              |             |
| Betreuung durch Sozialstation      |                                     |                                 | n.s.        |
| Stunden pro Woche                  | 5.5                                 | 6.4                             |             |
| SOZIOÖKONOMISCHER HINTER-<br>GRUND |                                     |                                 |             |
| Schulbildung                       |                                     |                                 | n.s.        |
| Volksschule                        | 32                                  | 27                              |             |
| Mittlere Reife                     | 04                                  | 07                              |             |
| Abitur                             | 03                                  | 05                              |             |
| Sonstiges                          | 04                                  | 01                              |             |
| Berufsausbildung                   |                                     |                                 | .02*        |
| vorhanden                          | 20                                  | 29                              |             |
| nicht vorhanden                    | 23                                  | 11                              |             |
| Einkommen                          |                                     |                                 | n.s.        |
| Mittelwert                         | DM 1829                             | DM 1908                         |             |

\*  $p \leq .05$

+MMSE: Mini-Mental-State-Examination. 0 =maximale Beeinträchtigung, 30 = keine Beeinträchtigung der kognitiven Leistung

+++NAB: Nürnberger-Alltags-Beobachtungs-Skala: 0=keine Beeinträchtigung, 30= maximale Beeinträchtigung bei der Durchführung von Alltagsaktivitäten

### 2.4.3.2 Merkmale der Angehörigen

Insgesamt gab es 54 Patienten in der Längsschnittstichprobe, die pflegende Angehörige hatten. Von diesen 54 nahmen 43 Personen an der Längsschnittuntersuchung teil (vgl. Tabelle 2.8).

**Tabelle 2.8: Längsschnittstichprobe der pflegenden Angehörigen Variablenausprägungen zum ersten Messzeitpunkt (N=43)**

| Variablen                               | Angehörige von Tagesstättenbesuchern (N = 20) | Angehörige der Vergleichsgruppe (N = 23) | Signifikanz |
|---|---|--|-------------|
| <b>ALLGEMEINE ANGABEN</b>               |   |  |             |
| Geschlecht                              |   |  | n.s.        |
| männlich                                | 03  | 04                                       |             |
| weiblich                                | 17  | 19                                       |             |
| Alter                                   |   |  |             |
| Mittelwert                              | 55.3  | 59.2                                     | n.s.        |
| Verwandschaftl. Beziehung               |   |  | n.s.        |
| Kind                                    | 09  | 12                                       |             |
| Partner                                 | 05  | 09                                       |             |
| Andere                                  | 06  | 02                                       |             |
| <b>PFLEGESITUATION</b>                  |   |  |             |
| Gemeinsame Wohnung mit Patienten        |   |  | n.s.        |
| nicht vorhanden                         | 08  | 08                                       |             |
| vorhanden                               | 12  | 15                                       |             |
| Betreuungsdauer (Mittelwert in Monaten) | 37  | 54                                       | n.s.        |
| Familienstand der Ang.                  |   |  | n.s.        |
| verwitwet/geschieden                    |   |  |             |
| /ledig                                  | 08  | 06                                       |             |
| verheiratet                             | 12  | 17                                       |             |
| Berufstätigkeit                         |   |  | n.s.        |
| ja                                      | 10  | 09                                       |             |
| nein                                    | 10  | 14                                       |             |
| Einkommen                               |   |  | n.s.        |
| Mittelwert                              | DM 3000                                       | DM 3 800                                 |             |
| <b>GESUNDHEITZUSTAND</b>                |   |  |             |
| Erkrankungen der Ang.                   |   |  | n.s.        |
| Summe (gewichtet)                       | 4.8   | 6.6                                      |             |

Die Pflege wurde in beiden Gruppen überwiegend von Töchtern verrichtet, in der Vergleichsgruppe waren jedoch mehr Ehepartner als bei den Tagesstättenbesuchern vorhanden. Diese Tatsache erklärt vermutlich

auch die tendenziellen Unterschiede zwischen den Pflegenden: Der Unterschied in der Betreuungsdauer zwischen den Gruppen ist zwar nicht signifikant, aber dennoch beträchtlich. Die Angehörigen der Vergleichsgruppe pflegten bereits 1,5 Jahre länger als die Angehörigen der Tagesstättenbesucher. Weiterhin berichteten die Angehörigen der Vergleichsgruppe stärkere gesundheitliche Beeinträchtigungen.

## **2.5 Zusammenfassung**

Ziel der Untersuchung war es, eine wissenschaftlich fundierte Evaluation der Tagespflegestätten vorzunehmen. Dieses Ziel konnte nur mit einem beträchtlichen Aufwand in vielfältiger Hinsicht realisiert werden. Erstens gestaltete sich die Rekrutierung der multimorbiden Untersuchungsteilnehmer als schwierig, dies traf insbesondere für die Vergleichsgruppe zu. Die beteiligten Institutionen verhielten sich auf der Leitungsebene überwiegend sehr kooperativ, allerdings beeinträchtigte das vielfach in der Praxis anzutreffende Misstrauen gegenüber wissenschaftlicher Forschung mitunter die Durchführung. Den trainierten Studentinnen, die die Erhebungen vor Ort koordinierten und durchführten, wurde ein hohes Maß an sozialem Geschick, Frustrationstoleranz und Beharrlichkeit abverlangt. Erleichternd wirkten vermutlich die Vorerfahrungen der Studentinnen, die fast alle eine Ausbildung in sozialen/gesundheitlichen Berufsfeldern vorzuweisen hatten.

Zweitens erforderte eine angemessene Evaluation der Einrichtungen einen multimethodalen Zugang. Die Datensammlung umfasste deshalb verschiedene Informationsquellen (Patienten, Angehörige, Mitarbeiter, stud. Beobachter) und Erhebungsmethoden (quantitative und qualitative Verfahren). Dieses aufwendige Vorgehen war aus zwei Gründen notwendig, um die wissenschaftliche Qualität der Untersuchung zu gewährleisten. Zum einen sind die Reliabilität und Validität der Aussagen der verschiedenen Informationsquellen aus jeweils unterschiedlichen Gründen bedroht (z.B. dementielle Prozesse bei den Patienten, mögliche Wahrnehmungsverzerrungen bei Mitarbeitern und Angehörigen). Die Zusammenführung der Daten aus verschiedenen Informationsquellen verbessert die Chancen einer realitätsnahen Beurteilung. Zum anderen erlaubt der Einsatz standardisierter Verfahren den Vergleich mit anderen Studien und ermöglicht reliable Messungen. Qualitative Erhebungen sind hingegen mitunter sensitiver für Veränderungen und werden der großen Komplexität des Untersuchungsgegenstandes besser gerecht.

Drittens konnten die Untersuchungsfragen nur mit Hilfe eines echten Längsschnitt-Vergleichsgruppendedesigns<sup>1</sup> beantwortet werden. Die hohe Ausfallrate bei Längsschnitterhebungen in gerontologischen Studien war bekannt. Dennoch überraschte die sehr hohe Ausfallrate von Untersuchungsteilnehmern in dieser Studie (44%). Die Analysen zur Teilnahmedauer belegen, dass kein selektiver Stichprobenausfall erfolgt war (vgl. 2.4.2). Die hohe Ausfallrate hatte zur Folge, dass wesentlich mehr Probanden insgesamt rekrutiert werden mussten, um den aus methodischen Gründen angestrebten Längsschnittstichprobenumfang über neun Monate Erhebungszeit von N=80 zu erreichen. Er wurde mit N=83 gut realisiert. Positive Konsequenz dieser Anstrengungen ist, dass für Fragestellungen, die mit Hilfe von Querschnittsdaten zum ersten Messzeitpunkt beantwortbar sind, nunmehr eine größerer Datenpool von N=148 Patienten und N=85 Angehörige zur Verfügung steht. So wurden bereits Arbeiten zu Wohlbefinden und Belastungen pflegender Angehöriger (Schacke & Zank, 1998; Zank & Schacke, 1998) zum subjektiven Wohlbefinden bei verschiedenen Stadien dementieller Erkrankungen (Zank & Leipold, 2001), zur Konkordanz von Patienteneinschätzungen bei Mitarbeitern und pflegenden Angehörigen (Frank, 1997) und zu Wegen positiven Alterns (Burkert, 1996) verfasst.

Das Ziel der Vergleichbarkeit hinsichtlich Alter, Morbidität, Sozialstatus und Betreuungssituation der beiden Längsschnittuntersuchungsgruppen (Tagesstättenbesucher und Vergleichsgruppe) wurde erreicht. Die Gruppen unterscheiden sich in keinem Merkmal signifikant (vgl. 2.4.3.1). Es handelt sich insgesamt um 83 Menschen, die durchschnittlich über 79 Jahre alt sind und an 4.5 Erkrankungen leiden. Bei 2/3 der Befragten liegt die ärztliche Diagnose einer dementiellen Erkrankung vor. Die Probanden leben überwiegend in der eigenen Wohnung und haben zu 65% pflegende Angehörige. Zusätzlich werden sie etwa 6 Stunden pro Woche durch Sozialstationen betreut.

Bei den 43 pflegenden Angehörigen der Längsschnittuntersuchungsteilnehmer handelt es sich überwiegend um Töchter oder Ehefrauen. 65% teilen eine gemeinsame Wohnung mit dem Patienten. Sie pflegen durchschnittlich bereits 3.5 Jahre, wobei der Zeitraum bei den Angehörigen der Vergleichsgruppe größer ist.

---

<sup>1</sup> Da es sich nicht um eine Kontrollgruppe im experimentalpsychologischen Sinne handelt, wird der schwächere Terminus Vergleichsgruppe präferiert.

### 3 Ergebnisse

Im Ergebnisteil werden zunächst die Auswertungsstrategien, die teilweise neue Verfahren zur Analyse von Längsschnittdaten berücksichtigten, erläutert. Es folgt die Darstellung der Resultate aus den längsschnittlichen Gruppenvergleichen bei Patienten und Angehörigen.

Die Ergebnisse der qualitativen Interviews mit den Angehörigen werden danach in einem eigenen, umfangreichen Abschnitt vorgestellt. Sie sind Teil einer Dissertation, die im Rahmen dieses Evaluationsprojektes entstand (Schacke, 2000), und haben aufgrund der Erhebungs- und Auswertungsmethodik einen eigenständigen Charakter. Diese Ergebnisdarstellung unterscheidet sich deshalb deutlich vom übrigen Ergebnisteil, wird jedoch wegen der inhaltlichen Zugehörigkeit nach dem Bericht über die Resultate der quantitativen Daten angeordnet.

Im letzten Abschnitt werden Daten berichtet, die nur bei den Tagesstättenbesuchern erhoben wurden (Beobachtungen, Mitarbeiterinterviews). Darüber hinaus werden Ergebnisse von Subgruppenanalysen, d.h. zu möglichen Unterschieden zwischen gerontopsychiatrischen, geriatriischen und gemischten Institutionen dargestellt.

#### 3.1 Auswertungsstrategien

Die folgenden Bemerkungen zu den Auswertungsstrategien beziehen sich zuerst auf den Umgang mit fehlenden Werten (missing values). Daran anschließend wird die Anwendung neuer statistischer Analyseverfahren in dieser Untersuchung thematisiert.

*Zum Umgang mit fehlenden Werten:* Bei gerontologischen Studien stellt sich das grundsätzliche Problem von Längsschnittuntersuchungen zum Umgang mit fehlenden Werten verschärft. Vorübergehende Erkrankungen oder Defizite in der Aufmerksamkeitsspanne führen öfter zu unvollständigen Datensätzen als in Studien mit anderen Altersgruppen. Bei der Erhebung von dementiell erkrankten Patienten ergibt sich zusätzlich das Problem der Befragbarkeit der Betroffenen. In dieser Studie wurden folgende Lösungen gewählt: Zunächst war ein Ausschlusskriterium der Untersuchung, wenn der MMSE nicht mehr erhebbar war. Die Durchführbarkeit der Datensammlung war bei Probanden mit schweren kognitiven Beeinträchtigungen sehr unterschiedlich, so dass der Umfang der Befragung individuell gelöst werden musste. Bei den unvermeidbar

fehlenden Werten wurden konservative Schätzungen durchgeführt. Die Werte wurden ersetzt durch das arithmetische Mittel der betroffenen Variable unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht und Gruppenzugehörigkeit. Bei manchen kognitiven Verfahren (SIDAM, Zahlen-Symbol-Test) war die Zahl der fehlenden Werte so hoch, dass eine Auswertung dieser Daten wissenschaftlich unredlich wäre. Der Umfang der Schätzungen ist bei beiden Gruppen gleich und liegt bei den im folgenden berichteten Variablen unter 20%.

*Zur Analyse der Längsschnittdaten:* Das Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, den Verlauf der Entwicklung von multimorbiden Patienten über einen Zeitraum von neun Monaten möglichst genau zu bestimmen. Nach dem Design der Studie wurden die Tagesstättenbesucher viermal und die Vergleichsgruppe dreimal befragt (vgl. 2.1). Die klassische Auswertungsmethode eines solchen Datensatzes ist die multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung über die Daten der drei Erhebungszeitpunkte, die beide Gruppen haben. Seit kurzem gibt es jedoch Verfahren, die den Längsschnittcharakter der Daten besser nutzen und den individuellen Entwicklungsverlauf jedes Patienten zu berücksichtigen erlauben (Collins, 1996; Rogosa, 1995)<sup>2</sup>. Hierzu werden auf der Basis der Längsschnitterhebungen pro Individuum Steigungskoeffizienten über a priori definierte Zeitintervalle berechnet. Das bedeutet im vorliegenden Fall konkret, dass pro Untersuchungsteilnehmer der individuelle Verlauf pro Variable über neun Monate berechnet wurde. Die Berechnung von  $b$  (des Steigungskoeffizienten pro Monat) und  $i$  (Schnittpunkt mit der  $y$ -Achse) erfolgt auf der Basis der Ausprägung jeder Variable zu den drei erhobenen Messzeitpunkten. (Der Wert des Schnittpunktes mit der  $y$ -Achse (intercept) entspricht in etwa dem traditionellen Mittelwert zum Messzeitpunkt 1). Die ermittelten Verlaufskurven pro Variable und pro Individuum werden dann variantanalytisch auf Signifikanzen überprüft. Zum besseren Verständnis ist vielleicht der Hinweis hilfreich, dass bei Messungen zu zwei Messzeitpunkten die Steigungskoeffizienten mit den Differenzwerten der beiden Messungen identisch wären. Voraussetzung für die Berechnung von Steigungskoeffizienten sind deshalb mindestens drei Erhebungszeitpunkte. Dieses relative aufwendige Verfahren wurde zur Überprüfung der zentralen Hypothesen benutzt. Bei der Auswertung der skalierten Interview- und Beobachtungsdaten wurden die traditionellen Varianzanalysen mit Messwiederholung berechnet.

---

<sup>2</sup> Für hervorragende statistische Beratung bedanken wir uns sehr herzlich bei Herrn Dr. Heiner Maier

## 3.2 Längsschnittdaten zum Gruppenvergleich der Patienten

In den folgenden multivariaten Varianzanalysen wurden jeweils als unabhängige Variable die beiden Gruppen (Tagesstättenbesucher versus Vergleichsgruppe) eingegeben. Als abhängige Variablen wurden die Steigungskoeffizienten (s.3.1) der angegebenen Merkmale verrechnet.

### 3.2.1 Wohlbefinden der Patienten

In einer multivariaten Varianzanalyse wurden als abhängige Variablen die Steigungskoeffizienten der Lebenszufriedenheit, Depression (CES-D, MADR), Selbstwert und wahrgenommene soziale Unterstützung und als unabhängige Variable die Gruppenzugehörigkeit (Tagesstättenbesucher versus Vergleichsgruppe) eingegeben. Der multivariate Effekt ist mit .001 hochsignifikant (vgl. Tabelle 3.1).

Die univariaten Analysen belegen, dass signifikante Effekte für Lebenszufriedenheit, wahrgenommene soziale Unterstützung und Depression (MADR) vorliegen und zwar dahingehend, dass sich die Werte für die Tagesstättenbesucher im Kontrast zur Vergleichsgruppe verbessern. Dies sollen die Abbildungen 3.1 – 3.3 veranschaulichen.

**Tabelle 3.1: Multivariate Varianzanalyse zum Wohlbefinden der Patienten (N=83)**

| Variable                 | F-Wert |        |
|--------------------------|--------|--------|
| Multivariater Test       |        |        |
| (Wohlbefinden insgesamt) | 4.9    | .001** |
| Univariate Tests         |        |        |
| Lebenszufriedenheit      | 6.4    | .013*  |
| Soziale Unterstützung    | 13.3   | .000** |
| Depression (MADR)        | 8.1    | .006*  |
| Selbstwert               | 2.1    | .152   |
| Depression (CES-D)       | 1.4    | .239   |

\*  $p \leq .05$

\*\* $p \leq .01$

In Abbildung 3.1 ist der Verlauf der Lebenszufriedenheit über neun Monate dargestellt. Das geschätzte Ausgangsniveau (Intercept 0) zeigt, dass die Lebenszufriedenheit der Vergleichsgruppe zu Beginn über

derjenigen der Tagesstättenbesucher liegt. Die Zufriedenheit nimmt bei der Vergleichsgruppe über die Zeit kontinuierlich ab, während sie bei den Tagesstättenbesuchern etwa gleich bleibt und nach neun Monaten größer als bei der Vergleichsgruppe ist. Dieser Verlaufsunterschied ist hochsignifikant ( $F=6.4$ ;  $df=1,81$ ;  $p=.013$ ).

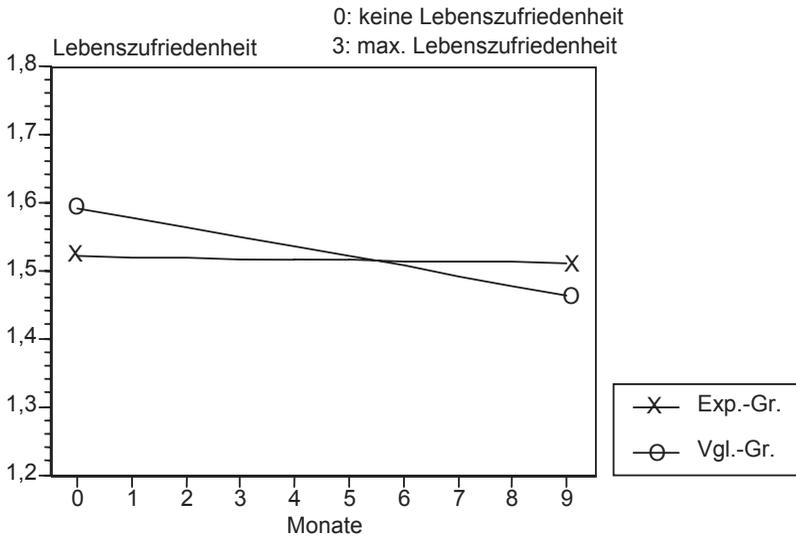
Die Entwicklung der wahrgenommenen sozialen Unterstützung der beiden Gruppen veranschaulicht Abbildung 3.2. Während die Tagesstättenbesucher nahezu keine Veränderung über neun Monaten zeigen, erlebt die Vergleichsgruppe eine Abnahme in ihrer wahrgenommenen Unterstützung. Dieser Verlaufsunterschied ist hochsignifikant ( $F=13.3$ ;  $df=1,81$ ;  $p=.000$ ).

Die Ergebnisse zur Depression aus dem MADR-Interview belegen ebenfalls eine Veränderung. Die Depressionswerte der Tagesstättenbesucher sinken während die Werte der Vergleichsgruppe steigen. Dieser Verlaufsunterschied ist ebenfalls hochsignifikant ( $F=4.6$ ;  $df=1,81$ ;  $p=.006$ ) und wird in Abbildung 3.3 gezeigt.

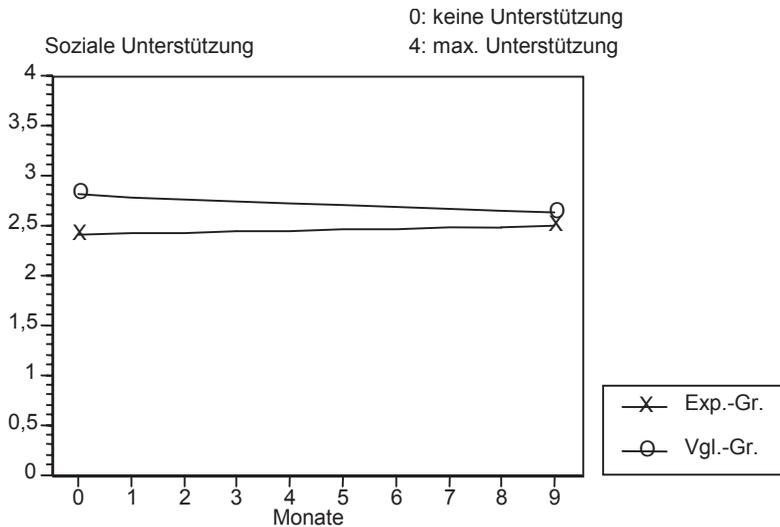
Die Ergebnisse aus dem zweiten Erhebungsinstrument zur Depression (CES-D) zeigen keine Veränderung ( $F=1.4$ ;  $df=1,81$ ;  $p=.239$ ). Die Tagesstättenbesucher verändern ihre Werte nicht, die Vergleichsgruppe zeigt einen tendenziellen, aber nichtsignifikanten Zuwachs an Depressivität (vgl. Abbildung 3.4).

Eine Veränderung im Selbstwert kann nicht nachgewiesen werden. Die Werte der Tagesstättenbesucher bleiben etwa gleich, die der Vergleichsgruppe nehmen tendenziell, aber nicht signifikant ab ( $F=2.1$ ;  $df=1,81$ ;  $p=.152$ ). Das Ausgangsniveau der Vergleichsgruppe liegt etwas über dem der Tagesstättenbesucher (Abbildung 3.5).

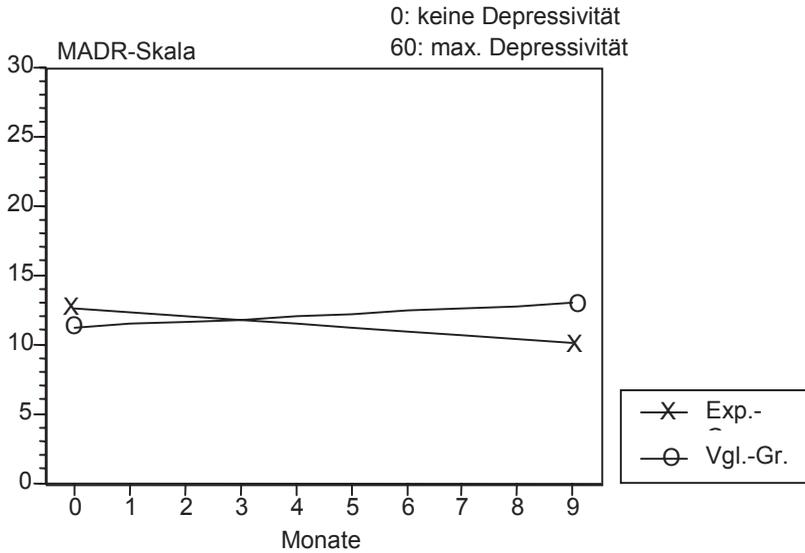
**Abbildung 3.1: Verlauf der Lebenszufriedenheit über neun Monate**



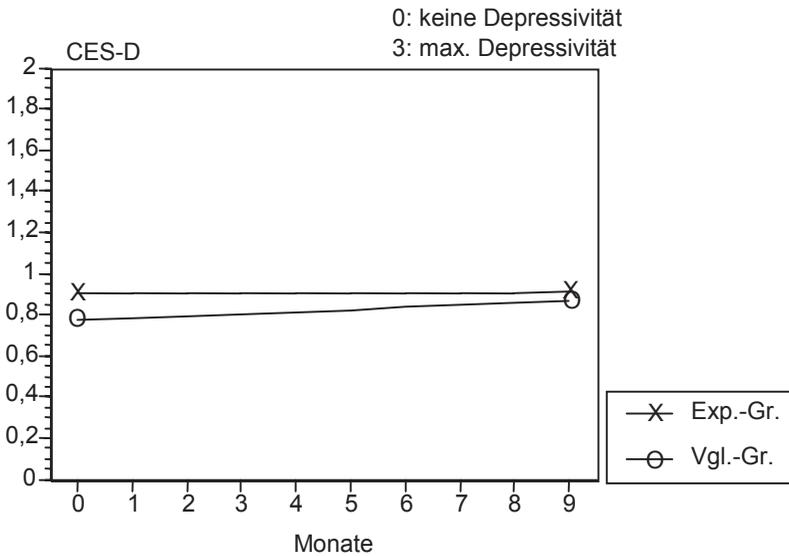
**Abbildung 3.2: Verlauf der wahrgenommenen sozialen Unterstützung über neun Monate**



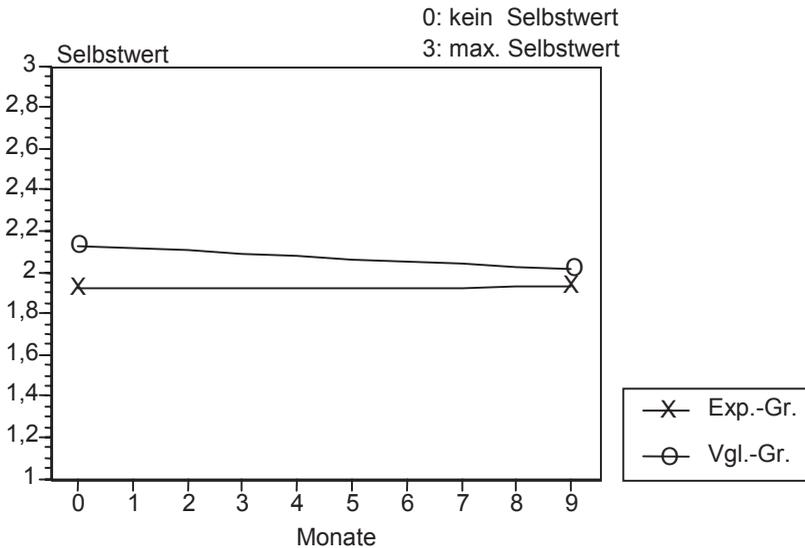
**Abbildung 3.3: Verlauf der Depression (MADR) über neun Monate**



**Abbildung 3.4: Verlauf der Depression (CES-D) über neun Monate**



**Abbildung 3.5: Verlauf der Selbstwertentwicklung über neun Monate**



### 3.2.2 Dementielles Syndrom

#### 3.2.2.1 Kognitive Leistungsfähigkeit

In die Analyse zur kognitiven Leistungsfähigkeit gingen die Steigungskoeffizienten der Variablen Mini-Mental-State-Examination, Wortliste wiedererkennen, Wortliste reproduzieren und Zahlen nachsprechen als abhängige Variablen und die Gruppenzugehörigkeit (Tagesstättenbesucher versus Vergleichsgruppe) als unabhängige Variable ein. Die Ergebnisse belegen einen hochsignifikanten multivariaten Effekt (vgl. Tabelle 3.2).

Die univariaten Analysen zeigen, dass der signifikante multivariate Effekt durch die Variable „Wortliste wiedererkennen“ verursacht wird, deren univariater Beitrag hochsignifikant ist ( $F=12.04$ ;  $df=1,81$ ;  $p=.001$ ). Die Leistungsfähigkeit der Tagesstättenbesucher nimmt zu, während sie bei der Vergleichsgruppe etwas abnimmt (vgl. Abbildung 3.6).

Die Werte im Instrument „Wortliste reproduzieren“ nehmen bei beiden Gruppen nichtsignifikant leicht zu, im „Mini-Mental-State-Examination“ und beim „Zahlen nachsprechen“ tendenziell leicht ab. Zur Veranschaulichung wird der Verlauf des Mini-Mental-State-Examination dargestellt (vgl. Abbildung 3.7).

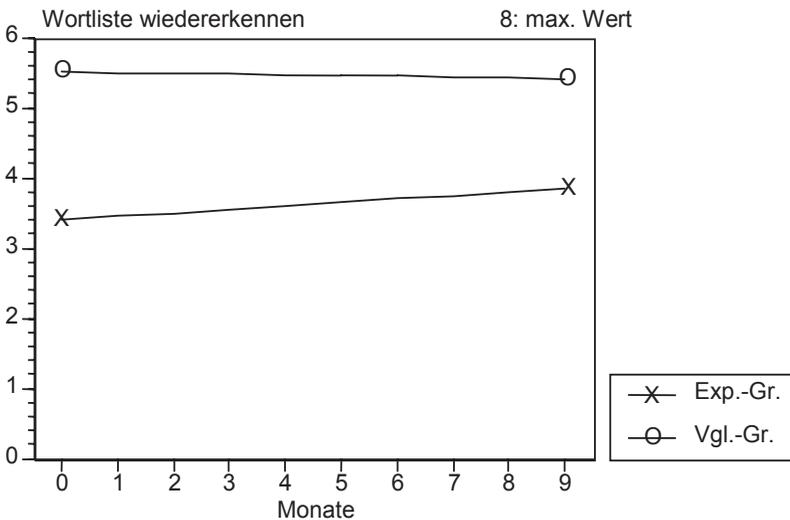
**Tabelle 3.2: Multivariate Varianzanalyse zur kognitiven Leistungsfähigkeit der Patienten (N=83)**

| Variable                       | F-Wert | p      |
|--------------------------------|--------|--------|
| Multivariater Test             |        |        |
| (Kognitive Leistung insgesamt) | 4.10   | .004** |
| Univariate Tests               |        |        |
| Mini-Mental-State-Exam.        | .30    | .583   |
| Wortliste wiedererkennen       | 12.04  | .001** |
| Wortliste reproduzieren        | 2.20   | .145   |
| Zahlen nachsprechen            | .18    | .673   |

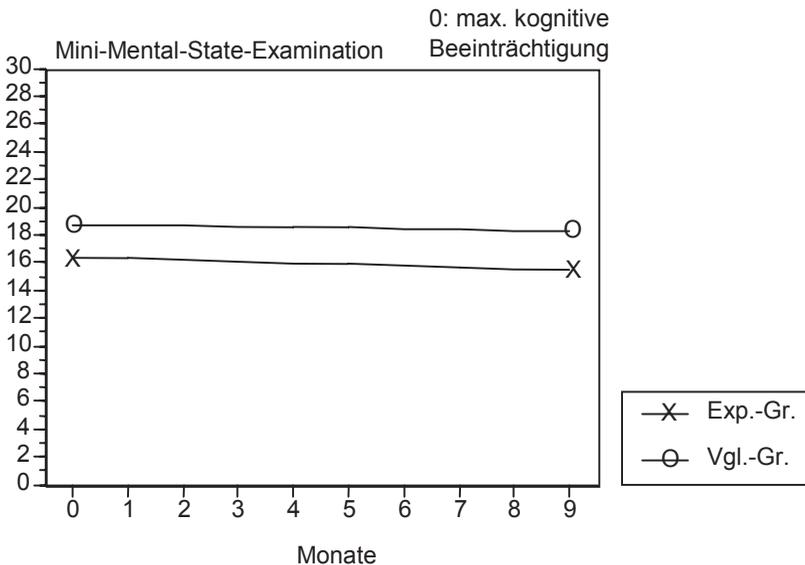
\*  $p \leq .05$

\*\* $p \leq .01$

**Abbildung 3.6: Verlauf der kognitiven Leistung „Wortliste wiedererkennen“ über neun Monate**



**Abbildung 3.7: Verlauf der kognitiven Leistungen im Mini-Mental-State-Examination über neun Monate**



### 3.2.2.2 Nicht-kognitive Demenzsymptome

In die Analyse der Steigungskoeffizienten zu den nicht-kognitiven Demenzsymptomen gingen zum einen die Skala agitierte Symptome und zum anderen die Mitarbeiterereinschätzungen zu Verhaltens- und Gedächtnisproblemen ein. Die multivariate Varianzanalyse hat einen signifikanten Effekt (vgl. Tabelle 3.3).

Die univariaten Analysen ergeben, dass ein signifikanter Effekt für den Bereich „Agitierte Symptome“ existiert ( $F=5.02$ ;  $df=1,81$ ;  $p=.028$ ). Die Symptome sind bei den Tagesstättenbesuchern rückläufig und nehmen bei der Vergleichsgruppe zu (vgl. Abbildung 3.8).

Die Einschätzungen zu Defiziten im Verhalten und Gedächtnis ergeben keine signifikanten Veränderungen über die Zeit, sie bleiben in beiden Gruppen etwa gleich (vgl. Abbildung 3.9).

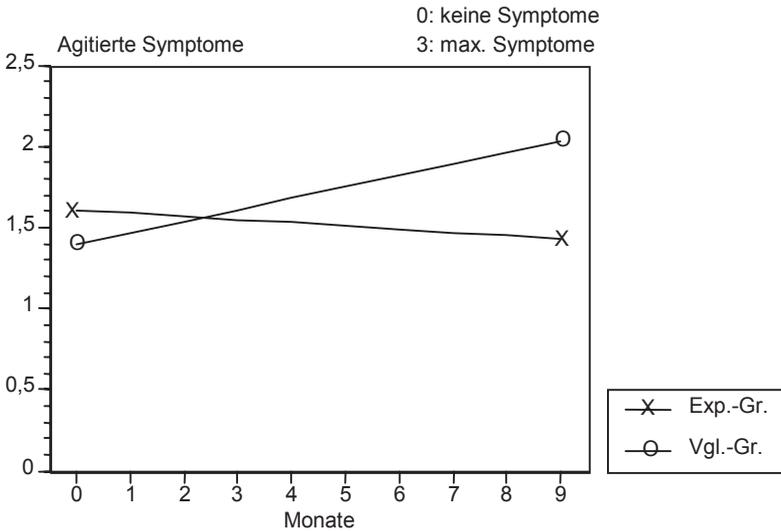
**Tabelle 3.3: Multivariate Varianzanalyse zu nicht-kognitiven Demenzsymptomen der Patienten**

| Variable                             | F-Wert | p     |
|--------------------------------------|--------|-------|
| Multivariater Test                   |        |       |
| (nicht-kognitive Symptome insgesamt) | 4.1    | .020* |
| Univariate Tests                     |        |       |
| Agitierte Symptome                   | 5.0    | .028* |
| Verhaltens- und Gedächtnisprobleme   | 1.4    | .232  |

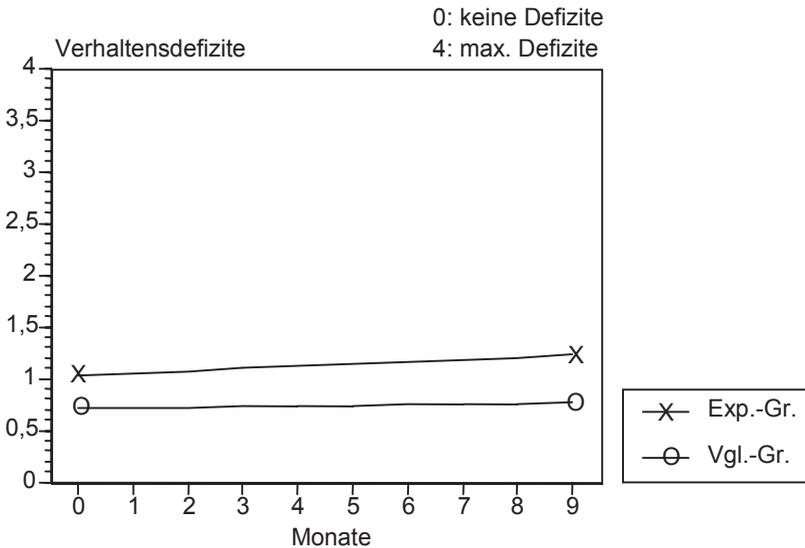
\*  $p \leq .05$

\*\*  $p \leq .01$

**Abbildung 3.8: Verlauf der agitierten Demenzsymptome über neun Monate**



**Abbildung 3.9: Verlauf der Verhaltens- und Gedächtnisprobleme über neun Monate**



### 3.2.3 Gesundheit und Alltagskompetenz

In zwei getrennten Varianzanalysen wurden verschiedene Maße einerseits zum Gesundheitszustand (gewichtete Erkrankungen, Einschätzungen des subjektiven Gesundheitszustands, Medikamentenverbrauch, Betreuungsstunden durch Sozialstationen) und andererseits zur Alltagskompetenz (Freizeitaktivitäten und Nürnberger-Alltags-Beobachtungsskala) untersucht.

#### 3.2.3.1 Gesundheit

In diese Varianzanalyse gingen als unabhängige Variable die Gruppenzugehörigkeit und als abhängige Variablen die Steigungskoeffizienten der gewichteten Erkrankungen, Einschätzungen des subjektiven Gesundheitszustands, der Medikamentenverbrauch und die Betreuungsstunden durch Sozialstationen ein. Der multivariate Effekt ist nicht signifikant.

Aus Tabelle 3.4 ist ersichtlich, dass keine Variable einen signifikanten Effekt hat.

**Tabelle 3.4: Multivariate Varianzanalyse zu Gesundheitsvariablen der Patienten (N=83)**

| Variable  | F-Wert | p    |
|---|--------|------|
| Multivariater Test                                |        |      |
| (Gesundheitsvariablen insgesamt)                  | 1.6    | .169 |
| Univariate Tests                                  |        |      |
| Gewichtete Erkrankungen                           | 3.09   | .082 |
| Subjektive Gesundheit                             | .11    | .731 |
| Medikamentengebrauch                              | 2.1    | .147 |
| Betreuungsstunden durch Sozialstationen pro Woche | .70    | .404 |

### 3.2.3.2 Alltagskompetenz

In diese multivariate Varianzanalyse ging als unabhängige Variable die Gruppenzugehörigkeit und als abhängige Variablen die Steigungskoeffizienten der Freizeitaktivitäten und die Einschätzungen der Nürnberger-Alltags-Beobachtungsskala (NAB) durch Mitarbeiter und Angehörige ein. Die Angaben von Angehörigen und Mitarbeitern wurden zusammengefasst, da in einer Diplomarbeit des Projektes nachgewiesen werden konnte, dass sich die Einschätzungen durch diese verschiedenen Informationsquellen nicht unterscheiden (vgl. Frank, 1997). Die Varianzanalyse zeigt keinen signifikanten Effekt (vgl. Tabelle 3.5). Die univariaten Analysen belegen keinerlei Verlaufsunterschiede über die beiden Gruppen.

**Tabelle 3.5: Multivariate Varianzanalyse zur Alltagskompetenz der Patienten**

| Variable                    | F-Wert | p    |
|-----------------------------|--------|------|
| Multivariater Test          |        |      |
| Alltagskompetenz insgesamt) | .06    | .945 |
| Univariate Tests            |        |      |
| Freizeitaktivitäten         | .09    | .819 |
| NAB+                        | .079   | .778 |

+NAB=Nürnberger-Alltags-Beobachtungsskala

### 3.2.4 Follow-up-Erhebungen

Zur Überprüfung von Langzeiteffekten des Tagesstättenbesuchs wurde 6 Monate nach der letzten vollständigen Datenerhebung eine Follow-up Untersuchung durchgeführt (vgl. 2.1). Es wurden Mitarbeiter der Tagesstätte oder Angehörige der Patienten telefonisch nach dem Verbleib der Patienten befragt. Wenn der Patient nicht verstorben war, wurde zusätzlich ein Kurzfragebogen verschickt.

Es stellte sich heraus, dass zu diesem Befragungszeitpunkt die meisten Tagesstättenbesucher (N=37) das Angebot immer noch nutzten, allerdings befanden sich vier Tagesstättenbesucher wegen akuter Gesundheitsprobleme in einer Klinik. In der momentanen Wohnsituation gab es keine Unterschiede zwischen den Untersuchungsteilnehmern, drei Patienten waren insgesamt verstorben (vgl. Tabelle 3.6).

**Tabelle 3.6: Wohnsituation und Morbidität der Patienten in der Follow-up Erhebung.**

| Variablen                       | Tagesstätten-<br>besucher<br>N = 43 | Vergleichs-<br>gruppe<br>N = 40 | Signifikanz |
|---------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|-------------|
| <b>WOHNSITUATION</b>            |                                     |                                 | n.s.        |
| Pflegeheim                      | 01                                  | 03                              |             |
| Klinik                          | 05                                  | 03                              |             |
| Haushalt Angeh.                 | 06                                  | 07                              |             |
| Eigener Haushalt                | 29                                  | 24                              |             |
| Verstorben                      | 01                                  | 02                              |             |
| Fehlende Werte                  | 01                                  | 01                              |             |
| <b>MORBIDITÄT</b>               |                                     |                                 |             |
| Verschlechterung der Gesundheit |                                     |                                 | .04*        |
| nein                            | 27                                  | 17                              |             |
| ja                              | 12                                  | 20                              |             |
| Fehlende Werte                  | 04                                  | 03                              |             |
| Defizite im Verhalten und       |                                     |                                 |             |
| Gedächtnis (Mittelwert)         | 1.3                                 | 1.3                             | n.s.        |
| Depression (Mittelwert)         | 2.5                                 | 2.8                             | n.s.        |
| NAB+ (Summenwert)               | 16                                  | 18                              | .09         |

\*  $p \leq .05$

+ NAB = Nürnberger-Alltags-Beobachtungsskala

### 3.2.5 Zusammenfassung der Patientendaten

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Evaluation der Tagesstätten in bezug auf die Patientendaten positiv ausfällt. Die Verbesserung bzw. Stabilisierung des Wohlbefindens und der dementiellen Symptome im Kontrast zur Vergleichsgruppe lassen sich auf verschiedenen Variablen hochsignifikant nachweisen.

So zeigt die multivariate Varianzanalyse der Steigungskoeffizienten einen hochsignifikanten Effekt über die Wohlbefindensindikatoren (vgl. Tabelle 3.1). Die univariaten Analysen belegen, dass diese multivariate Signifikanz durch univariate Effekte auf den Variablen Lebenszufriedenheit, Depression (MADR) und wahrgenommene soziale Unterstützung verursacht wird. Die Ergebnisse zeigen in allen genannten Variablen denselben Verlauf: Das Ausgangsniveau des Wohlbefindens der Tagesstättenbesucher liegt jeweils unter demjenigen der Vergleichsgruppe und bleibt über die neun Monate relativ konstant während sich die Werte der Vergleichsgruppe verschlechtern. Die Ergebnisse auf dem zweiten Erhebungsinstrument zur Depression (CES-D) sind zwar nicht signifikant, weisen allerdings tendenziell in dieselbe Richtung.

Da das MADR auf einer Einschätzung durch die studentischen Mitarbeiterinnen nach einem Interview der Patienten und der CES-D auf einer reinen Selbsteinschätzung der Patienten beruht, könnte als Kritik formuliert werden, dass die Ergebnisse zum MADR durch eine Verzerrung der Einschätzungen (bias) der studentischen Mitarbeiterinnen verursacht wurden. Zwar ist es richtig, dass den Mitarbeiterinnen aus forschungsökonomischen- und -strategischen Gründen die Gruppenzugehörigkeit der Patienten zwangsläufig bekannt war. Da die anderen signifikanten Angaben zur Lebenszufriedenheit und zur wahrgenommen sozialen Unterstützung jedoch auf Selbsteinschätzungen der Patienten beruhen, könnte dieser Einwand, wenn er zuträfe, das Gesamtergebnis zum Wohlbefinden nicht erschüttern.

Der Fragebogen zum Selbstwert berührt vermutlich tiefere Dimensionen des Selbsterlebens, die eher veränderungsresistent sind. Manche Tagesstätten formulieren zwar explizit das Ziel der Selbstwerterhöhung ihrer Besucher, direkte diesbezügliche Interventionseffekte sind jedoch nicht beobachtbar.

Die multivariaten Ergebnisse zum dementiellen Syndrom zeigen signifikante Verbesserungen bei den Tagesstättenbesuchern sowohl hinsichtlich ihrer kognitiven Leistungsfähigkeit als auch hinsichtlich nicht-kognitiver Demenzsymptome. Univariante Analysen belegen, dass die

agitierten Symptome (Motorische Unruhe, Umherlaufen, Weinen) bei den Tagesstättenbesuchern rückläufig sind und in der Vergleichsgruppe zunehmen.

Bei den Analysen zur kognitiven Leistungsfähigkeit ist anzumerken, dass nur die Variablen Mini-Mental-State-Examination, Wortliste wiedererkennen, Wortliste reproduzieren und Zahlen nachsprechen berücksichtigt werden konnten. Die komplexeren Erhebungsinstrumente (vollständiger SIDAM, Zahlen-Symboltest) wiesen aufgrund der kognitiven Beeinträchtigung der Probanden so viele fehlende Werte auf, dass eine reliable und valide Schätzung der fehlenden Werte (vgl. 3.1) wissenschaftlich nicht vertretbar war.

Der multivariate Effekt zur Leistungsfähigkeit ist in Anbetracht der kognitiven Einschränkungen der Probanden insgesamt erstaunlich (vgl. Tabellen 2.7 und 3.2). In den univariaten Analysen zeigt sich, dass dieser Effekt durch eine Verbesserung der Tagesstättenbesucher beim „Wortliste wiedererkennen“ zurückzuführen ist. Dies bedeutet, dass kognitive Teilleistungen auch bei sehr beeinträchtigten Personen verbesserbar sind. Dieser Untertest des NAI ist vermutlich das leichteste der eingesetzten Verfahren.

Im Bereich Gesundheit und Alltagskompetenz konnten weder bei den Indikatoren zur Gesundheit noch zur Alltagskompetenz Unterschiede in der Entwicklung zwischen den Gruppen über den neunmonatigen Untersuchungszeitraum festgestellt werden. Unter Berücksichtigung der Morbidität der Probanden zu Beginn der Untersuchung (vgl. Tabelle 2.7) ist der Befund zur Gesundheit plausibel. Die Patienten waren durch multiple Erkrankungen belastet, die überwiegend nicht kuriert werden können (chronische Erkrankungen). Eine Heilung kann deswegen auch kein Ziel von Tagespflegestätten sein.

Die Verbesserung der Alltagskompetenz ist indes ein erklärtes Ziel dieser Einrichtungen. Möglicherweise waren die Erhebungsinstrumente nicht veränderungssensitiv genug, um geringe Fortschritte abzubilden. Allerdings weisen weitere Ergebnisse dieser Untersuchung zur Alltagskompetenz durch Erhebungsinstrumente, die nur bei den Tagesstättenbesuchern zum Einsatz kamen, ebenfalls keine Verbesserung, jedoch auch keine Verschlechterung, nach (vgl. 3.5).

Die Ergebnisse zu möglichen Langzeiteffekten des Tagesstättenbesuchs (Follow-up) sind überraschend. Hier findet sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Tagesstättennutzern und der Vergleichsgruppe hinsichtlich des durch Mitarbeiter oder Angehörige einge-

schätzten Gesundheitszustands der Patienten. In der Vergleichsgruppe sind im Zeitverlauf mehr neue Erkrankungen hinzugekommen oder bereits vorhandene haben sich stärker verschlechtert. Dieses Ergebnis steht im Einklang mit den tendenziell signifikanten Befunden zur Alltagskompetenz im Follow-up. Da die meisten Tagesstättenbesucher zum Zeitpunkt des Follow-ups weiterhin die Einrichtungen besuchen, könnte es sich möglicherweise um einen Interventionseffekt handeln, der erst nach längerer Zeit (fünfzehn Monate) nachweisbar ist. Einschränkung ist festzuhalten, dass sich die Untersuchungsgruppen hinsichtlich depressiver Symptome und Verhaltens- und Gedächtnisdefiziten im Follow-up nicht signifikant unterscheiden. Darüber hinaus liegen keine genaueren Angaben zur Verschlechterung der vorhandenen und neuen Erkrankungen vor, so dass die Interpretation des vorliegenden Befundes der gesundheitlichen Stabilisierung der Besucher als Interventionseffekt der Tagesstätten nur eine Erklärungsmöglichkeit ist.

### **3.3 Längsschnittanalysen zum Gruppenvergleich der Angehörigen**

Für die Längsschnittanalysen zum Vergleich der Angehörigendaten wurden ebenfalls individuelle Steigungskoeffizienten pro Variable und pro Angehöriger berechnet (vgl. 3.1). An der Längsschnitterhebung nahmen 20 Angehörige von Tagesstättenbesuchern und 23 Angehörige der Vergleichsgruppe teil. Zur genauen Stichprobenbeschreibung vgl. 2.4.3.2.

#### **3.3.1 Wohlbefinden der Angehörigen**

In einer multivariaten Varianzanalyse wurden als abhängige Variablen die Steigungskoeffizienten der Lebenszufriedenheit, Depression (CES-D), Selbstwert und wahrgenommene soziale Unterstützung und als unabhängige Variable die Gruppenzugehörigkeit (Angehörige von Tagesstättenbesuchern versus Angehörige der Vergleichsgruppe) eingegeben. Der multivariate Effekt ist nicht signifikant (vgl. Tabelle 3.7).

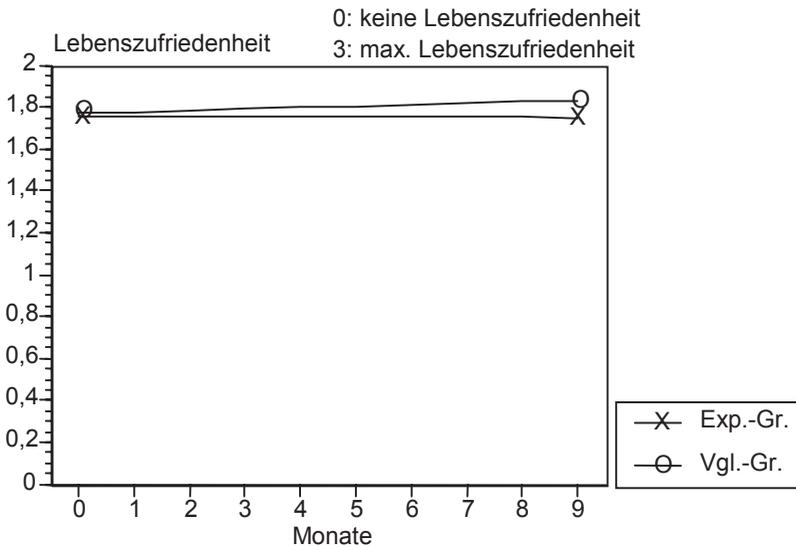
**Tabelle 3.7: Multivariate Varianzanalyse zum Wohlbefinden der Angehörigen (N=43)**

| Variable                 | F-Wert | p    |
|--------------------------|--------|------|
| Multivariater Test       |        |      |
| (Wohlbefinden insgesamt) | .35    | .842 |
| Univariate Tests         |        |      |
| Lebenszufriedenheit      | .64    | .425 |
| Soziale Unterstützung    | .48    | .491 |
| Selbstwert               | .73    | .396 |
| Depression (CES-D)       | .01    | .897 |

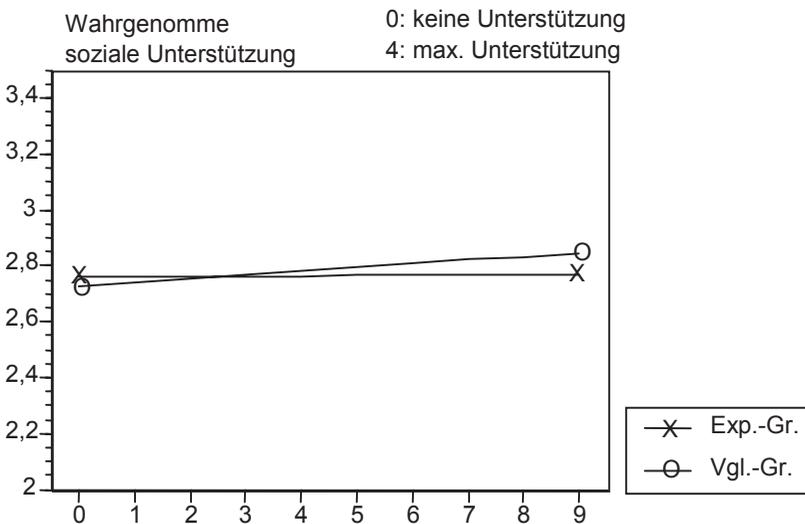
In den Abbildungen 3.10 bis 3.14 sind die nicht signifikanten, univariaten Ergebnisse dieser Varianzanalyse graphisch dargestellt. Mit Exp.-Gr. sind jeweils die Angehörigen der Tagesstättenbesucher, mit Vgl.-Gr. die Angehörigen der Vergleichsgruppe gemeint.

Die Lebenszufriedenheit der Angehörigen (Abb. 3.10) liegt mit 1.8 leicht im positiven Bereich (0=keine Lebenszufriedenheit, 3=maximale Lebenszufriedenheit) und ändert sich bei beiden Gruppen über die Zeit nicht. Auch die wahrgenommene soziale Unterstützung (Abb. 3.11) wird mit einem Wert von etwa 2.7 von den Angehörigen eher positiv beurteilt (0=keine Unterstützung, 4=maximale Unterstützung) und ändert sich über die neun Monate Untersuchungszeit nicht. Der Selbstwert der pflegenden Angehörigen (Abb. 3.12) ist mit durchschnittlich 2.3 sehr positiv (0=kein Selbstwert, 3=maximaler Selbstwert) und bleibt über die Zeit in etwa stabil. Dieses Ergebnisse stehen im Einklang mit den Daten zur Depressivität, die mit Werten unter 1 (Abb. 3.13) eher niedrig einzuschätzen ist (0=keine Depressivität, 3=maximale Depressivität) und sich nicht verändern.

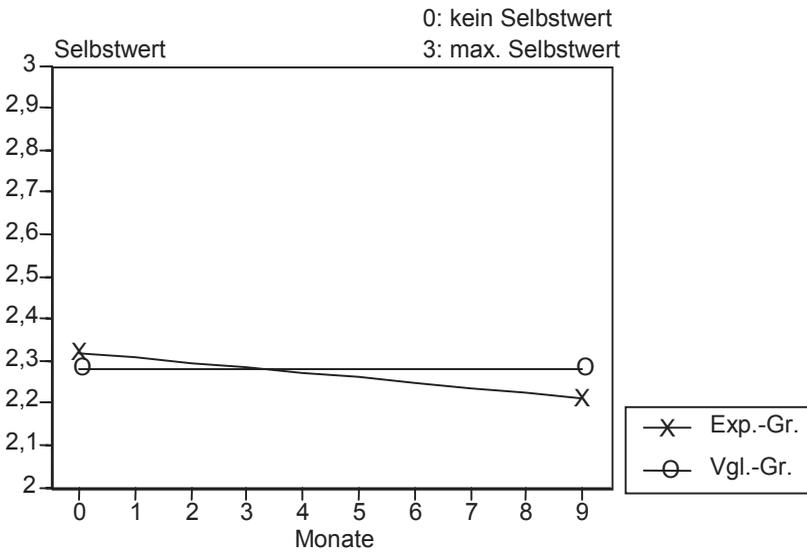
**Abbildung 3.10: Verlauf der Lebenszufriedenheit der Angehörigen**



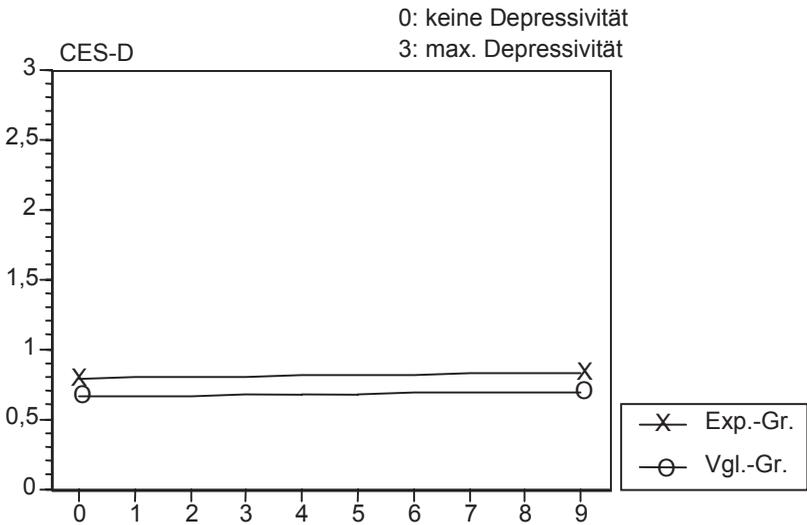
**Abbildung 3.11: Verlauf der wahrgenommenen sozialen Unterstützung der Angehörigen**



**Abbildung 3.12: Verlauf des Selbstwerts der Angehörigen**



**Abbildung 3.13: Verlauf der Depressivität der Angehörigen**



### 3.3.2 Belastungen durch die Pflege

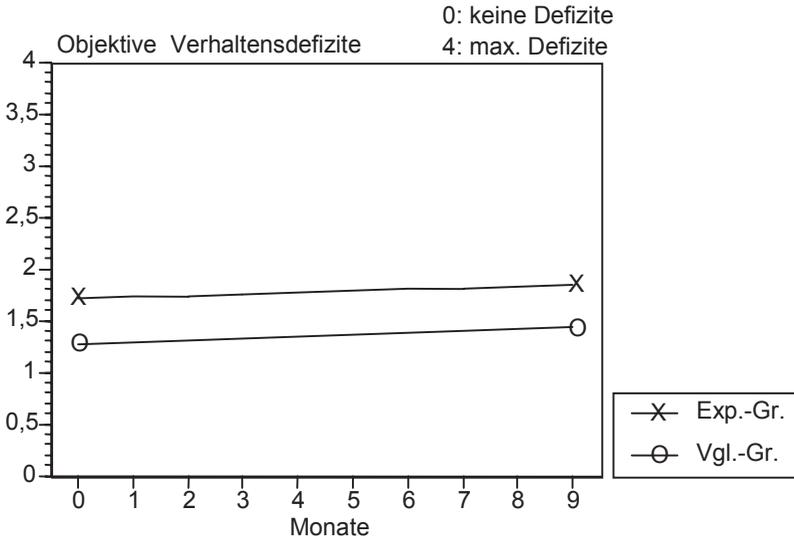
Zur Ermittlung möglicher Entlastungseffekte durch den Tagesstättenbesuch wurden in einer multivariaten Varianzanalyse als abhängige Variablen jeweils die Steigungskoeffizienten der objektiven Belastung durch Verhaltens- und Gedächtnisdefizite, der subjektiv empfundenen Belastung durch diese Defizite, der durch das Burden Interview ermittelten Belastungen, der Konflikte zwischen Beruf und Pflege, und die Steigungskoeffizienten der Konflikte zwischen Familie und Pflege eingegeben. Die unabhängige Variable war die Gruppenzugehörigkeit. Die Ergebnisse sind in Tabelle 3.8 aufgeführt. Der multivariate Effekt über alle Belastungen insgesamt ist nicht signifikant. Dies gilt ebenfalls für alle univariaten Analysen. Lediglich die Skala Belastungen zwischen Beruf und Pflege ist tendenziell signifikant (.06).

**Tabelle 3.8: Multivariate Varianzanalyse zur Belastung durch die Pflege (N=43)**

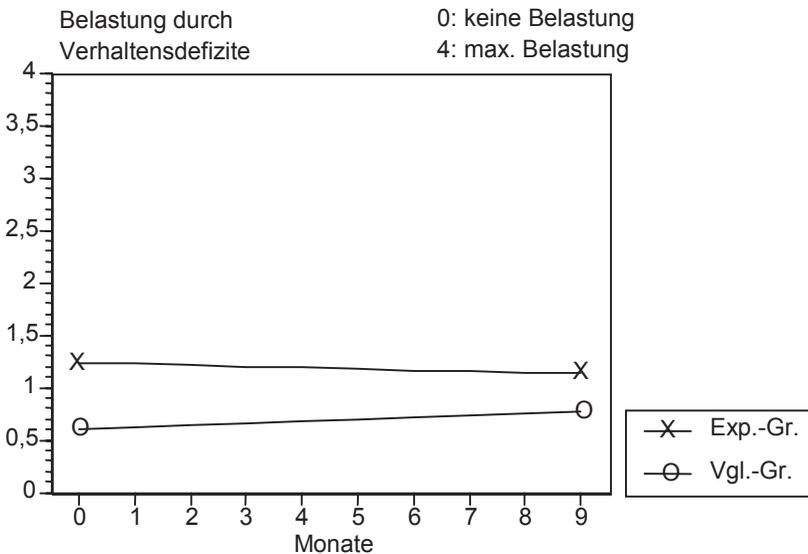
| Variable                                    | F-Wert | p    |
|---|--------|------|
| Multivariater Test                          |        |      |
| (Belastungen insgesamt)                     | 1.43   | .236 |
| Univariate Tests                            |        |      |
| Objektive Belastung durch Defizite          | .04    | .833 |
| Subj. Belastung durch Defizite              | 2.11   | .153 |
| Pflegebedingte Belastung (Burden Interview) | .10    | .751 |
| Konflikte zwischen Beruf und Pflege         | 3.66   | .063 |
| Konflikte zwischen Familie und Pflege       | .77    | .383 |

Zur Veranschaulichung der Daten sind die Ergebnisse der univariaten Analysen in den Abbildungen 3.14 bis 3.18 dargestellt. Abbildung 3.14 zeigt, dass die objektiven Belastungen durch Verhaltens- und Gedächtnisdefizite bei beiden Gruppen mit einem Mittelwert unter 2 eher im unteren Bereich liegen (0=keine Defizite, 4=maximale Defizite). Die Angehörigen der Tagesstättenbesucher schildern tendenziell mehr Defizite der Patienten als die Angehörigen der Vergleichsgruppe, diese Tendenz bleibt auch über die neuen Monate bestehen. Die Ergebnisse sind jedoch nicht signifikant. Die tendenziell höhere Belastung der Angehörigen von Tagesstättenbesuchern findet sich ebenfalls bei der Beurteilung der subjektiven Belastung durch die objektiven Defizite (Abb. 3.15). Allerdings bewegt sich auch hier die Belastung eher im unteren Bereich der Skala. Eine Veränderung über die Zeit findet nicht statt.

**Abbildung 3.14: Beurteilung der Verhaltens- und Gedächtnisdefizite der Patienten durch die Angehörigen**

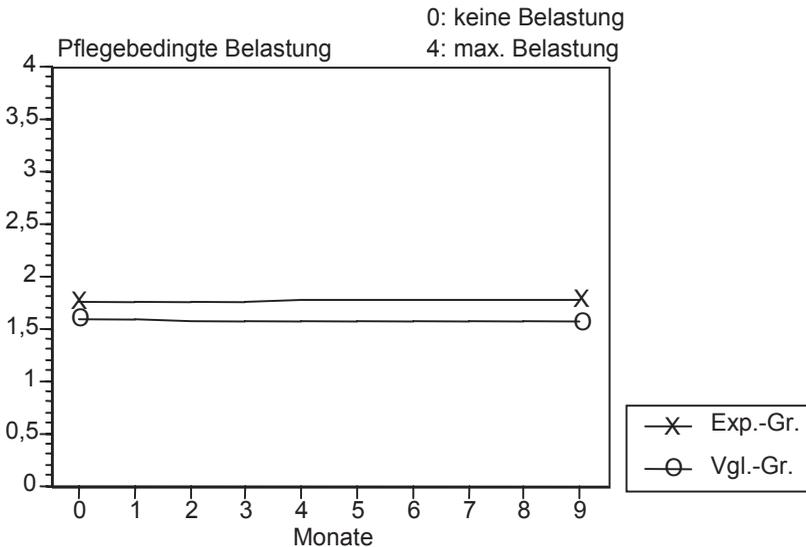


**Abbildung 3.15: Subjektive Belastung der Angehörigen durch Verhaltens- und Gedächtnisdefizite der Patienten**



Die pflegebedingte Belastung wurde mit Hilfe des „Burden Interviews“ ermittelt. Abbildung 3.16 zeigt, dass die Belastung bei beiden Gruppen mit Werten zwischen 1.5 und 2 im mittleren Bereich liegt (0=keine Belastung, 4=maximale Belastung). Die Belastung ändert sich über die Zeit nicht.

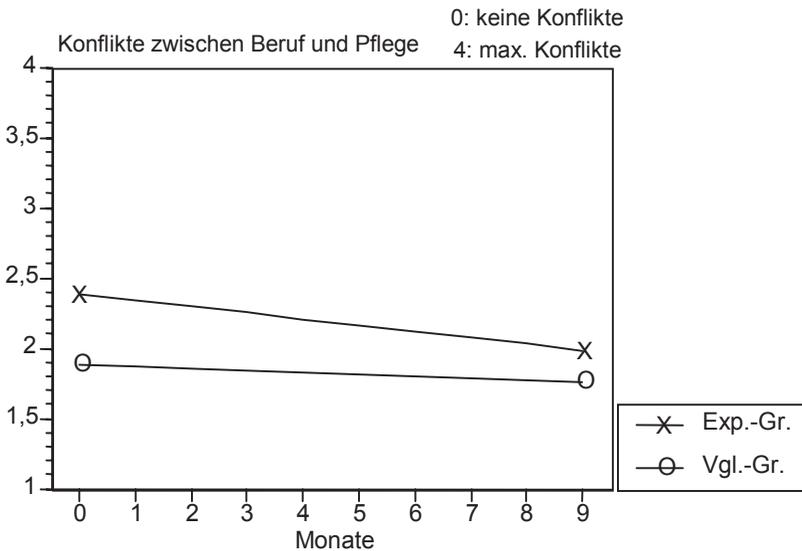
**Abbildung 3.16: Pflegebedingte Belastung (Burden Interview) der Angehörigen**



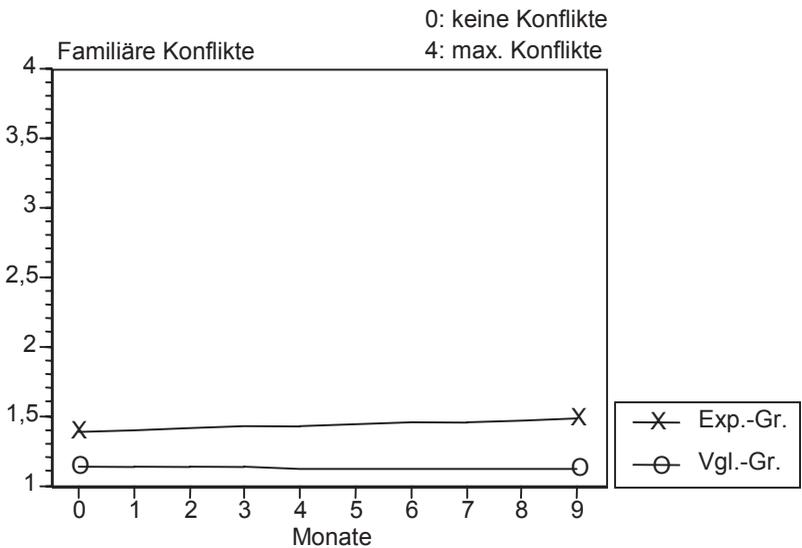
In Abbildung 3.17 sind Angaben zu Konflikten zwischen Beruf und Pflege abgetragen. Die Angehörigen der Tagesstättenbesucher berichten zu Beginn der Untersuchung mehr Konflikte (2.4) als die Angehörigen der Vergleichsgruppe (1.9), wobei 0=keine Konflikte und 4=maximale Konfliktbelastung bedeutet. Dieser Unterschied zwischen den Gruppen nimmt über die Zeit ab und ist tendenziell signifikant ( $p=.06$ ).

Die Konflikte zwischen Familie und Pflege (Abb. 3.18) sind bei beiden Gruppen weniger stark ausgeprägt (unter 1.5), wobei 0=keine Konflikte und 4=maximale Konfliktbelastung bedeutet. Die Werte bleiben über die Erhebungszeit von neun Monaten etwa gleich.

**Abbildung 3.17: Konflikte zwischen Beruf und Pflege bei den Angehörigen**



**Abbildung 3.18: Konflikte zwischen Familie und Pflege bei den Angehörigen**



### 3.3.3 Gesundheitliche Entwicklung der Angehörigen

In die Varianzanalyse der gesundheitlichen Entwicklung der Angehörigen gingen als abhängige Variablen die Steigungskoeffizienten der gewichteten Erkrankungen, der subjektiven Gesundheitseinschätzung und des Medikamentenverbrauchs ein. Die unabhängige Variable war die Gruppenzugehörigkeit (Angehörige von Tagesstättenbesucher versus Angehörige der Vergleichsgruppe).

Aus Tabelle 3.9 ist ersichtlich, dass sich über die neunmonatige Erhebungszeit keine Veränderung nachweisen lassen. Der multivariate Test über alle Gesundheitsindikatoren ist nicht signifikant. Keiner der univariaten Tests ist signifikant.

**Tabelle 3.9: Multivariate Varianzanalyse zur gesundheitlichen Entwicklung der pflegenden Angehörigen (N=43)**

| Variable                | F-Wert | p    |
|-------------------------|--------|------|
| Multivariater Test      |        |      |
| (Gesundheit insgesamt)  | .32    | .811 |
| Univariate Tests        |        |      |
| Gewichtete Erkrankungen | .76    | .387 |
| Subjektive Gesundheit   | .30    | .582 |
| Medikamentenverbrauch   | .01    | .907 |

### 3.3.4 Wahrscheinlichkeit einer Heimunterbringung des Patienten

Die Angehörigen wurden insgesamt dreimal gefragt, für wie wahrscheinlich sie eine Heimunterbringung des Patienten halten. In Tabelle 3.10 sind die Ergebnisse von Chi-Quadrat-Analysen aufgeführt. Zum ersten Erhebungszeitpunkt halten die meisten Befragten eine Heimunterbringung für kaum wahrscheinlich. Dies gilt nach sechs Monaten weiterhin für die Angehörigen der Vergleichsgruppe während zunehmend mehr Angehörige der Tagesstättenbesucher eine Heimunterbringung für „wenig“ oder „eher“ wahrscheinlich halten. Dieser Unterschied zwischen den Gruppen ist signifikant. Nach neun Monaten halten 66% der Angehörigen der Tagesstättenbesucher und nur 23% der Angehörigen der Vergleichsgruppe eine Heimunterbringung für eher wahrscheinlich. Die Mehrheit der Angehörigen der Vergleichsgruppe hält diese Möglichkeit nach wie vor für kaum wahrscheinlich. Dieser Unterschied liegt knapp oberhalb der Signifikanzgrenze ( $p=.06$ ).

**Tabelle 3.10: Wahrscheinlichkeit einer Heimunterbringung der Patienten durch die Angehörigen (Häufigkeiten) zu drei Erhebungszeitpunkten (N= 43)**

| MZP+Gruppe               | kaum (n) | wenig (n) | eher (n) | Chi-Quadrat | p    |
|--------------------------|----------|-----------|----------|-------------|------|
| 1 (zu Beginn Exp.gr.     | 12       | 04        | 04       |             |      |
| 1 des Besuchs) Vergl.gr. | 16       | 06        | 01       | 2.6         | .27  |
| 3 (nach sechs Exp.gr.    | 07       | 06        | 06       |             |      |
| 3 Monaten) Vergl.gr.     | 17       | 03        | 01       | 8.7         | .01* |
| 4 (nach neun Exp.gr.     | 05       | 03        | 10       |             |      |
| 4 Monaten) Vergl.gr.     | 14       | 06        | 05       | 5.6         | .06  |

+ MZP=Meßzeitpunkt; p ≤.05; MZP 3 und 4 jeweils drei fehlende Werte

### 3.3.5 Zusammenfassung der standardisierten Angehörigendaten

Die Ergebnisse der Längsschnittanalysen der quantitativen Daten ergeben zunächst kaum Hinweise auf eine Entlastung der Angehörigen von Tagesstättenbesuchern. Sind Auswirkungen auf eher distale Variablen wie Gesundheit und Wohlbefinden durch die Intervention vielleicht nicht zwingend erwartbar, so überraschen doch die fehlenden Effekte auf die Belastungen bei der Pflege. Es konnte weder eine Entlastung der objektiven noch der subjektiven Belastung nachgewiesen werden. Lediglich die Konflikte zwischen Beruf und Pflege nehmen tendenziell bei den Angehörigen der Tagesstättenbesucher ab. Da der multivariate Effekt zur Belastung durch die Pflege nicht signifikant ist, ist dieser singuläre, schwach signifikante Befund strenggenommen statistisch nicht interpretierbar (vgl. Bortz & Döring, 1995).

Diese Befunde sind insofern besonders erstaunlich, da von den Angehörigen der Tagesstättennutzern nach neun Monaten Aufenthalt ihres Verwandten auf Fragen nach globalen positiven und negativen Veränderungen durch den Besuch in verschiedenen Bereichen, 80% positive Auswirkungen auf ihr persönliches Wohlbefinden, 65% positive Auswirkungen auf ihre Freizeit und 53% auf das Patientenverhalten angeben. Diese Resultate lassen sich bei den standardisierten Erhebungsinstrumenten im Gruppenlängsschnittvergleich nicht replizieren.

Untersuchungskritisch muss angemerkt werden, dass die ersten Erhebungen bei den Angehörigen erst erfolgten, nachdem die Patienten etwa zwei Wochen die Tagesstätte besuchten. Ein echter Prätest vor Beginn des Besuchs war untersuchungstechnisch nicht durchführbar, so

dass mögliche Entlastungseffekte bereits zur ersten Erhebung erfolgt sein könnten. In diese Richtung weisen Aussagen der Angehörigen von Tagesstättenbesuchern, die bereits zum 1. Erhebungszeitpunkt zu 52% eine Verringerung ihrer Betreuungszeit berichten. In Anerkennung dieser unvermeidbaren Schwäche des Designs, sollte sie sich dennoch nicht durchschlagend auf die Ergebnisse auswirken. Zum einen ist anzunehmen, dass sich Effekte der Tagesstätten auf das Patientenverhalten nicht nach wenigen Tagen einstellen, sondern die Intervention einige Zeit braucht, um eine spürbare Reduktion von krankheitsbedingten Symptomen zu bewirken, wie sie sich z.B. bei den agierten Demenzsymptomen der Patienten nachweisen lassen. Eine diesbezügliche Veränderung sollte sich demzufolge nicht bereits bei der Ersterhebung der Angehörigen niedergeschlagen haben. Zum anderen sind positive Auswirkungen auf familiäre und berufliche Konflikte oder gar Gesundheit der Angehörigen ebenfalls nicht in einem Zeitraum von zwei Wochen zu erwarten.

Ein weiterer Grund für die scheinbar fehlenden könnte in der Auswahl der Erhebungsverfahren liegen. Möglicherweise waren die Instrumente nicht spezifisch oder nicht änderungssensitiv genug, um die Auswirkungen der Tagesstätten valide zu erfassen. Der folgende Abschnitt wird dieser Frage umfassend nachgehen.

### **3.4 Ergebnisse der qualitativen Interviews mit den Angehörigen**

In der Einleitung zum Ergebnisteil wurde bereits darauf hingewiesen, dass es sich bei der folgenden Darstellung um einen Teil einer Dissertation handelt, die im Rahmen dieses Evaluationsprojektes entstand (Schacke, 2000), und sich diese Ergebnisdarstellung vom übrigen Ergebnisteil deutlich unterscheidet. Es ist deshalb nötig, dass vor dem Bericht der ermittelten Befunde zunächst einige Anmerkungen zum Instrument, zur Stichprobe sowie zur inhaltsanalytischen Auswertung der Leitfaden-Interviews in Ergänzung der bisherigen Methodenbeschreibung im Kapitel 2 erfolgen.

*Das Leitfaden-Interview zur Belastung der Angehörigen:* Auf der Basis stresstheoretischer Pflege- und Belastungsmodelle (z.B. Pearlin, 1990 et al.; Zarit, 1992) wurde ein halbstrukturiertes Leitfaden-Interview entwickelt, welches die potentiellen Belastungen durch die Pflege erfasst. Dabei finden die Belastung durch konkrete Pflegeaufgaben, durch Verhaltensdefizite des Patienten sowie negative Auswirkungen in anderen Lebensbereichen der Angehörigen differenziert Berücksichtigung. Zu-

sätzlich hatten die Angehörigen der Tagesstättenbesucher die Möglichkeit, sich direkt zur Bedeutung der Einrichtungen für ihr persönliches Leben zu äußern.

**Tabelle 3.11: Theoretische Belastungsdimensionen, Inhaltsbereiche und Leitfragen des Angehörigeninterviews**

| <i>Inhaltsbereich<br/>Belastung durch:</i>               | <i>Leitfrage</i>   | <i>Theoretische<br/>Belastungsdimension</i>     |
|--|--|---|
| <i>Pflegerische Aufgaben (objektiv)</i>                  | <i>Lassen Sie uns damit beginnen, welche konkreten Aufgaben die Pflege für Sie mit sich bringt. Welche Hilfestellung geben Sie Ihrem Angehörigen momentan im praktischen Bereich?</i>              | <i>Objektive primäre Belastung</i>              |
| <i>Pflegerische Aufgaben (subjektiv)</i>                 | <i>Gibt es bezüglich dieser praktischen Unterstützung etwas, das Ihnen besonders schwerfällt, so dass Sie auch einmal ungeduldig oder nervös werden?</i>   | <i>Subjektive primäre Belastung</i>             |
| <i>Emotionale Unterstützung (objektiv)</i>               | <i>Würden Sie sagen, dass Sie Ihren Angehörigen auch gefühlsmäßig unterstützen?</i>  | <i>Objektive primäre Belastung</i>              |
| <i>Emotionale Unterstützung (subjektiv)</i>              | <i>Wird Ihnen diese gefühlsmäßige Unterstützung manchmal zuviel?</i>   | <i>Subjektive primäre Belastung</i>             |
| <i>Aktivierung (objektiv)</i>                            | <i>Gibt es Dinge, die Sie mit Ihrem Angehörigen gemeinsam unternehmen?</i>   | <i>Objektive primäre Belastung</i>              |
| <i>Aktivierung (subjektiv)</i>                           | <i>Können Sie diese Unternehmungen genießen?</i>   | <i>Subjektive primäre Belastung</i>             |
| <i>Konflikte zwischen Beruf und Pflege</i>               | <i>Würden Sie sagen, dass die Pflege Auswirkungen auf Ihr berufliches Leben hat?</i>   | <i>Sekundäre Belastung:<br/>Rollenkonflikte</i> |
| <i>Einschränkungen bezügl. Rekreation / Regeneration</i> | <i>Wie sieht es in dem Bereich Ihres Lebens aus, den Sie für sich allein gestalten? Können Sie möglichst genau beschreiben, ob und in welcher Weise sich die Betreuung diesbezüglich auswirkt?</i> | <i>Sekundäre Belastung</i>                      |
| <i>Einschränkungen bezügl. sozialer Kontakte</i>         | <i>Sehen Sie Auswirkungen bezüglich Ihrer sozialen Kontakte?</i>   | <i>Sekundäre Belastung</i>                      |
| <i>Konflikte im familiären Bereich</i>                   | <i>Würden Sie sagen, dass die Pflege Auswirkungen auf Ihr Familienleben oder die Beziehung zu anderen Familienmitgliedern hat?</i>   | <i>Sekundäre Belastung:<br/>Rollenkonflikte</i> |

| <i>Inhaltsbereich<br/>Belastung durch:</i>                          | <i>Leitfrage</i>  | <i>Theoretische<br/>Belastungsdimension</i>      |
|---|---|--|
| <i>Krankheitsbe-<br/>dingte Defizite des<br/>Patienten</i>          | <i>Würden Sie sagen, dass es etwas im<br/>Verhalten oder der Befindlichkeit<br/>Ihres Angehörigen gibt, was Sie be-<br/>lastet?</i>   | <i>Sekundäre Belastung</i>                       |
| <i>Gesamt-<br/>einschätzung</i>                                     | <i>Wenn Sie die gesamte Situation be-<br/>trachten, die durch die Situation Ih-<br/>res Angehörigen entstanden ist:<br/>Was, würden Sie sagen, belastet Sie<br/>daran am meisten?</i> | <i>Sekundäre<br/>Ressourceneinschätzung</i>      |
|   |   |  |
| <i>Direkte Fragen zur<br/>Entlastung durch<br/>die Tagesstätten</i> | <i>Welche Bedeutung hat der TS-<br/>Besuch für Sie, für Ihre eigenes<br/>Wohlbefinden</i>   | <i>Moderator bei der Stress-<br/>bewältigung</i> |

Die Interviews wurden zu Messzeitpunkt 1 und Messzeitpunkt 4 geführt. Die gewählte Methode der Datengewinnung sollte eine theoretisch fundierte, multidimensionale, vollständige und ökologisch valide Erfassung des Belastungskonstrukts gewährleisten. Gerade zur Betrachtung von Interventionseffekten ist die differenzierte Berücksichtigung aller Belastungsdimensionen von entscheidender Bedeutung, um mögliche differentielle Veränderungen durch Entlastungsangebote im einzelnen nachweisen zu können. Diese Auffassung findet sich auch bei Zarit (1992), der dem von ihm selbst konstruierten Burden Interview eine vergleichsweise geringe Veränderungssensitivität bescheinigt, die er auf die Globalität des Instruments zurückführt. Tab. 3.11 gibt einen Überblick über die im Interview erfassten Themenbereiche, die entsprechenden Leitfragen und die damit korrespondierenden theoretischen Konstrukte.

*Stichprobe:* Die im Rahmen des Dissertationsvorhabens befragten Personen sind eine Teilstichprobe der in der Hauptstudie längsschnittlich untersuchten pflegenden Angehörigen. Da hier die spezifische Situation im Zusammenhang mit der Pflege dementiell erkrankter Patienten von Interesse war, wurden sechs Pflegenden, deren Angehörige (dem MMSE zufolge) nicht kognitiv beeinträchtigt waren, aus der Untersuchung ausgeschlossen. Von den 37 verbleibenden Angehörigen sind 18 Tagesstättennutzer, 19 gehören der Vergleichsgruppe an.

Bezogen auf soziodemographische Merkmale und die Merkmale der Pflegesituation unterscheidet sich die Stichprobe nicht bedeutsam von der Gesamtlängsschnittstichprobe der Angehörigen (vgl. Tabelle 2.8). Die durchschnittliche kognitive Beeinträchtigung fällt durch den Ausschluss der nicht dementen Patienten naturgemäß höher aus. Die Ver-

gleichbarkeit zwischen den Untersuchungsgruppen bleibt gewährleistet. Auch die Ergebnisse aus den Varianzanalysen verändern sich für diese Stichprobe nicht, d.h. auch hier lassen sich keine signifikanten Interventionseffekte für die Pflegenden nachweisen.

*Inhaltsanalytische Auswertung der Interviewdaten:* Die Dauer der Leitfaden-Interviews betrug durchschnittlich 38 Minuten (Range 20 – 76), das entspricht etwa 19 Seiten Transkription. Das transkribierte Material umfasst insgesamt 1.175 Seiten.

Das Vorgehen zur Ermittlung des endgültigen Kategorienschemas lehnt sich an die bei Mayring (1993) beschriebenen Strategien der strukturierenden und zusammenfassenden Inhaltsanalyse an. In einem ersten Durchlauf wurden die relevanten Interviewaussagen theoretisch begründeten, a priori festgelegten, Inhaltskategorien zugeordnet (Strukturierung). Als relevante Aussage (Kodiereinheit) wurde dabei jedes sinntragende Textelement betrachtet, das Folgerungen über die pflegebedingte Belastung erlaubte. Aus den belastungsrelevanten Aussagen, die sich nicht in das vorhandene Kategorienschema integrieren ließen, wurden in einem zweiten Schritt mit Hilfe zusammenfassender inhaltsanalytischer Techniken neue Kategorien extrahiert. Die 55 auf diese Weise extrahierten Kategorien wurden zu theoretisch und empirisch fundierten Ober- und Hauptkategorien zusammengefasst. Die Hauptkategorien lassen sich dabei mit einer Skala, die Oberkategorien mit einer Subskala und die Subkategorien mit den Items der Skala vergleichen.

Die nachfolgende Darstellung der ermittelten Befunde gliedert sich in vier Bereiche. Im Zentrum des ersten Abschnitts steht die Darstellung der ermittelten Belastungskategorien. Der zweite Teil besteht aus der Erläuterung von Richtlinien zur skalierenden Auswertung der Belastungskategorien. Der dritte Teil enthält den inhaltlichen und statistischen Vergleich zwischen den Belastungsdaten auf der Basis der standardisierten Fragebögen und den im Rahmen des Leitfaden-Interviews erhobenen Belastungsindikatoren. Im vierten Teil wird die varianzanalytische Auswertung auf der Basis der skalierten Interviewdaten präsentiert.

### **3.4.1 Das Kategorienschema zur Belastung**

Im folgenden wird ein Überblick über das ausgearbeitete Kategorienschema gegeben. Die Darstellung ist nach den theoretisch fundierten

Hauptkategorien gegliedert. Die nachfolgenden Tabellen vermitteln einen Einblick in die quantitative Bedeutsamkeit der einzelnen Belastungskategorien (Häufigkeit der Nennungen). Durch ausgewählte Zitate aus den Interviewtranskripten sollen darüber hinaus einzelne Belastungskategorien exemplarisch verdeutlicht werden, um die Pflegesituation und deren subjektive Bedeutung für die Angehörigen plastisch und nachvollziehbar zu machen. Näher ausgeführt werden dabei vor allem die im Rahmen der zusammenfassenden Inhaltsanalyse neu geschaffenen Kategorien sowie jene, die aufgrund ihrer Auftretenshäufigkeit als besonders wesentlich erachtet werden. (Die neu geschaffenen Kategorien sind in den nachfolgenden Tabellen kursiv dargestellt.) Aus Gründen der Ökonomie werden die Subkategorien unter den Oberkategorien praktische Hilfestellung, emotionale Unterstützung, Förderung und belastende Verhaltensweisen in den Tabellen nicht extra aufgeführt.

### **3.4.1.1 Praktische und erweiterte Betreuungsaufgaben**

Bei der Strukturierung der praktischen Pflegeaufgaben wurden die Definitionen der Leistungsinhalte ambulanter Pflegedienste zur Hilfe genommen. Einige Kategorien, die Hilfeleistungen speziell bei dementiell erkrankten Patienten erfassen, wurden zusätzlich extrahiert (z.B. Orientierende Hilfe bei der Fortbewegung). Die Tabelle 3.12 zeigt, dass das Ausmaß der von den Angehörigen geleisteten Unterstützung erheblich ist. Bei der Zubereitung der Mahlzeiten sowie der Hilfestellung bei der Morgen- und Abendtoilette geben fast alle Pflegenden Hilfestellung. Wie weit diese Unterstützung im Einzelfall gehen kann, wird am Beispiel von Frau X (UPNR 16190), einer pflegenden Ehefrau, die ständig orientierende Hilfe bei der Fortbewegung geben muss, deutlich:

*ja eigentlich \* rund um die uhr muss man ihm JEDE bewegung diktieren. ich ich, wenn er sich setzen soll, muss ich sagen, „nimm deinen fuß zurück, nimm ihn vor“, und das geht nicht mal. da muss ich vielleicht noch nachhelfen und die hände; ich muss sagen: „tu sie an die armlehne“ oder „nimm sie wieder weg“ (LACHT). er macht GAR keine bewegung von sich aus.*

**Tabelle 3.12: Betreuungsaufgaben und subjektive Belastung. Mehrfachnennungen (N=37)**

| Betreuungsaufgaben  | Trifft zu |    |
|---|-----------|----|
|   | %         | n  |
| Beaufsichtigung   | 97,3      | 36 |
| Zubereitung der Mahlzeiten  | 97,3      | 36 |
| Erweiterte große Morgen /Abendtoilette<br>(Körperpflege, Ankleiden) | 94,6      | 35 |
| Kooperation mit Diensten und Behörden                               | 94,6      | 35 |
| Pflege des Wohnbereiches  | 91,9      | 34 |
| Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung                        | 91,9      | 34 |
| Medizinische Grundversorgung<br>(Medikamentengabe, Spritzen)        | 57,6      | 25 |
| Ausscheidungen (Darm- und Blasenentleerung)                         | 56,8      | 21 |
| Nahrungsaufnahme  | 54,1      | 20 |
| Fortbewegung (Orientierung)   | 43,2      | 16 |
| Nächtliche Betreuung  | 37,8      | 14 |
| Emotionale Unterstützung  | 94,6      | 35 |
| Förderung, Aktivierung  | 89,2      | 33 |
| Subjektive Belastung durch Betreuungsaufgaben                       | Trifft zu |    |
|   | %         | n  |
| Aufgabenimmanente Belastung   | 59,5      | 22 |
| Unterstützung, die fehlschlägt                                      | 51,4      | 19 |
| Mangelnde Kooperation des Pflegebedürftigen                         | 40,5      | 17 |
| Kontextbedingte Belastung   | 27,0      | 11 |

Die Beaufsichtigung des Patienten umfasst die Verhütung von Selbst- und Fremdgefährdung sowohl in der Wohnung als auch außerhalb. Diese Kategorie ist aus zwei Gründen von besonderer Bedeutung: Zum einen charakterisiert sie eine der Hauptaufgaben bei der Betreuung demenzkranker Menschen. Die angegebene Häufigkeit zeigt, dass in der vorliegenden Stichprobe fast alle Pflegenden mit dieser Aufgabe befasst sind. Zum anderen liegt hier ein Hauptansatzpunkt der Tagespflegeeinrichtungen, da das Beaufsichtigen des Patienten eine Aufgabe ist, die definitiv wegfällt, wenn dieser die Einrichtung besucht.

*Frau X (UPNR 13201), die mit ihrer Mutter zusammenlebt berichtet:*

*und so nach'm essen schläft sie dann, und det schlafen am tag is' die EINZige*

*zeit, wo ich richtig schön aufatmen kann und sagen kann: „sie schläft und damit haste jetzt zwei stunden zeit. da flitz ich meistens einkaufen oder kann mir irgendwas vornehmen, was eben unbedingt nötig ist. kann also aus dem haus gehen.*

Emotionale Unterstützung in der ein oder anderen Form wird von nahezu allen Angehörigen geleistet. Die Kategorie umfasst sowohl körperliche als auch verbale Zuwendung und Unterstützung (Gespräch, Trösten, Aufmuntern). Einige Angehörige sehen auch die Geduld und Liebe, mit der sie die Pflege verrichten als eine Form emotionaler Unterstützung an (UPNR 16190):

*und das is‘ vielleicht der einzige weg, dass ER noch etwas lebensqualität hat. was hat er denn noch? die normalen vorstellungen von lebensqualität, die sind futsch. man kann nur noch ein schönes ambiente schaffen, dass er sich wohlfühlt. und nicht nur äußerlich. innerlich.*

Förderung und Aktivierung beziehen sich sowohl auf die (erweiterten) Aktivitäten des täglichen Lebens als auch auf kognitive und soziale Ressourcen. Neu entstanden ist dabei die Kategorie Förderung der sozialen Aktivitäten des Patienten, die vor allem. Einladungen von Freunden und Verwandten, Hilfe beim Briefe schreiben und Telefonieren umfasst. Insgesamt geben rund 90% der Pflegenden diesbezügliche Hilfestellungen an.

Aussagen, die unter die Subkategorie aufgabenimmanente Belastung gefaßt wurden, beziehen sich zum einen auf die körperliche Anstrengung bei der Verrichtung praktischer Aufgaben. Aber auch andere Aufgaben, die als schwierig oder schwer lösbar an sich wahrgenommen werden fallen in diese Kategorie. Frau X, die Ehefrau eines kognitiv schwer beeinträchtigten Rollstuhlfahrers (UPNR 16190) meint:

*Frage: was würden sie sagen, was da besonders anstrengend ist?*

*das heben aus‘m bett und aus‘m stuhl. und das wieder setzen. und das macht man relativ OFT.*

Als spezifisch belastend wird eine Aufgabe auch wahrgenommen, wenn der Pflegende den Eindruck hat, mit seiner Unterstützung nicht bewirken zu können. Dies trifft am häufigsten für den Bereich der emotionalen Unterstützung zu. Frau X (UPNR 13205), deren Mutter oft unter starken Schmerzen leidet, sagt dazu:

*Frage: wenn sie weint oder jammert, belastet sie das?*

*ja, also, wenn; weil ich nichts mehr machen kann. also solange ich irgendwas für sie machen kann, kann ich es aushalten. aber wenn ich also all mein pulver verschossen habe und sie weint dann trotzdem noch, dann berührt es mich schon sehr, und ich fühle ich ohnmächtig.*

Auch in bezug auf Förderung und Aktivierung haben Angehörige das Gefühl, dass der Pflegebedürftige davon nicht mehr profitiert, die Unterstützung „nicht mehr ankommt“, so auch Frau X (UPNR 12104), die ihre Mutter betreut:

*ob det nu; wenn ich mich mit ihr unterhalte oder versuche, mit ihr wat zu spielen oder so, ob das ankommt, weeb ick nich, kann ich nich' sagen, ich glaube nicht.*

Unter die dritte Subkategorie „Mangelnde Kooperation des Pflegebedürftigen“ fallen Aussagen, die sich auf die Fähigkeit oder den Willen zur Mithilfe bei der Verrichtung vor allem praktischer Pflegeaufgaben beziehen. Frau X, die ihre Mutter pflegt (UPNR 11113), äußert dies folgendermaßen:

*Frage: ja. wird's Ihnen manchmal zuviel, was da so alles zu tun is'?*

*A: mmh. Vor allem, wenn man dann so abspricht: „mutti, mach das bitte so und so, dann geht's“, und sie macht's dann doch nich' und will das nich'. Und ähm, da kann man schon manchmal ,n bißchen ungeduldig werden, aber na ja (LACHT). man muss sich dann eben, ,n bißchen zusammenreißen (LACHT).*

Auch das Zurückweisen von Hilfe, die vom Pflegebedürftigen als „Einkischung“ oder Bevormundung betrachtet wird, lässt sich hier einordnen. Es ist damit primär das Verhalten des Pflegebedürftigen, welches die Aufgabe zur Belastung werden lässt. Herr X (UPNR 11122), der seine Tante betreut meint dazu:

*det is' zum teil det schwierije, ja, wenn man een helpen würde, der sich helfen lassen WILL, dann is' das nur ne halbe arbeit (LACHT). [...] aber so is et eben problematischer, weil man ja immer mit sachen kämpfen muss, die eijentlich nich' notwendig wären, sag ick mal.*

Die Kategorie kontextbedingte Belastung enthält Aussagen, die zum Ausdruck bringen, dass die Aufgaben vor allem deshalb als belastend wahrgenommen werden, weil sie unter permanentem Zeitdruck oder im

Konflikt mit anderen Rollenverpflichtungen wahrgenommen werden. Das kann prinzipiell alle Betreuungsaufgaben betreffen, wird aber häufig im Zusammenhang mit der Hilfestellung bei basalen Tätigkeiten (Körperpflege, Nahrungsaufnahme) genannt. Dies betrifft vor allem pflegende Töchter wie Frau X, (UPNR 13114) die folgendes äußert:

*A: wenn ich ,nen einfachen Tag auf der Arbeit hab‘ // hatte und äh praktisch noch genug nerven übrig habe, dann bin ich ähm ruhiger, dann kann ich oft länger ganz ruhig mit ihr reden und denn geht dis auch oft// also, es is‘ jetzt nich‘ so oft, dass ich so böse werde, ne. aber manchmal kommt’s eben vor, dass es mich wirklich schafft.*

### 3.4.1.2 Konflikte zwischen Beruf und Pflege

**Tabelle 3.13: Belastungen durch Konflikte zwischen Beruf und Pflege (N=20)\***

| Konflikte zwischen Beruf und Pflege                   | Trifft zu |    |
|---|-----------|----|
|   | %         | n  |
| Verzicht auf Berufstätigkeit /                        |           |    |
| Reduzierung der Stundenzahl                           | 60        | 12 |
| Störungen am Arbeitsplatz (Anrufe, Sorgen)            | 40        | 08 |
| Mangelnde Energie / Konzentration für Berufstätigkeit | 25        | 05 |
| Verzicht auf berufliche Veränderung / Karriere        | 20        | 04 |
| Fehlzeiten, Urlaubstage für Pflegeaufgaben            | 10        | 02 |
| <i>Konflikte mit Vorgesetzten / Kollegen**</i>        | 10        | 02 |

\* Für die Berechnung der prozentualen Häufigkeit innerhalb dieser Belastungsdimension wurden nur die Personen zugrunde gelegt, die noch nicht mit dem Erwerbsleben abgeschlossen hatten, also vor allem. berufstätige, aber auch aktuell erwerbslose Personen.

\*\* Aus den Aussagen ermittelte Kategorie

Am häufigsten wird angegeben, dass die Berufstätigkeit aufgrund der Pflege entweder ganz aufgegeben oder reduziert werden musste (60%). Wie schwierig ein derartiger Einschnitt für die Betroffenen sein kann, wird am Beispiel von Frau X (UPNR 13234), die ihre Mutter betreut, deutlich:

*Frage: ja, was ich so ,raushör‘, is‘ ja, dass eigentlich der berufliche bereich schon , n hohen stellenwert für sie hatte, ne?)*

*A: HAT.*

*Frage und hat, immer noch. wie stecken sie das weg, dass das jetzt eben nich‘ geht?*

*A: also anfänglich nur mit tränen, ne? also, ich hab bestimmt dreiviertel jahr hier nur rumgeheult, mein mann wußt schon nich' mehr, was er mit mir machen sollte, weil ich das einfach nicht ertragen konnte, ich fühlte mich so überflüssig irgendwo. ähm. auch die einstellung, kein eigenes geld zu verdienen. war ich überhaupt nich' gewöhnt, ich hab manchmal mehr verdient als mein mann. und jetzt auf einmal, na ja is' das alles ,n bißchen anders. mein mann gibt sich zwar mühe, mir das nich' unbedingt zu zeigen, und ich ver-walte auch unser wirtschaftsgeld und so, aber irgendwo is' es, sag ich immer, is' das SEIN geld und nich' MEINS.*

Viele Angehörige haben außerdem das Gefühl, im Beruf weniger leistungsfähig zu sein. Das resultiert entweder daraus, dass der Pflegende sich häufig sorgt oder durch Anrufe unterbrochen wird, vor allem., wenn der Patient tagsüber allein zu Hause bleibt. 25% berichten, dass die Pflege ihnen zu wenig körperliche oder psychische Ressourcen für eine optimale Bewältigung beruflicher Aufgaben lasse, besonders dann, wenn auch der Nachtschlaf beeinträchtigt ist.

### 3.4.1.3 Familiäre Konflikte

**Tabelle 3.14: Belastung durch familiäre Konflikte (N=22)\***

| Konflikte im familiären Bereich  | Trifft zu |    |
|--|-----------|----|
|  | %         | n  |
| Konflikte mit der Elternrolle  | 24,3      | 09 |
| Konflikte mit der Partnerrolle   | 24,3      | 09 |
| Konflikte / Streit mit Familienmitgliedern aufgrund von nervlicher Belastung | 18,9      | 07 |
| Mangelnde psychische Unterstützung durch Familienmitglieder                  | 18,9      | 07 |
| Negative Konsequenzen für andere Familienmitglieder**                        | 18,9      | 07 |
| <i>Mangelnde konkrete Unterstützung durch Familienmitglieder</i>             | 13,5      | 05 |
| Uneinigkeit über den Zustand des Pflegebedürftigen                           | 13,5      | 05 |

\* Für die Berechnung der prozentualen Häufigkeit innerhalb dieser Belastungsdimension wurden nur die Personen zugrunde gelegt, die zum Zeitpunkt der Befragung noch eine eigene Familie (bzw. den Ehepartner zu versorgen hatten)

\*\* Aus den Aussagen ermittelte Kategorie

Immerhin 1/4 der Pflegenden gerät in Konflikt mit der Eltern- oder Partnerrolle Die alleinerziehende Frau X (UPNR 13114) gibt an, weniger Zeit für ihren Sohn zur Verfügung zu haben:

A: ja, weniger zeit is' klar. dis is' zwangsläufig, dadurch, dass ich ja die zeit mit ihr (DER MUTTER) verbringe, fehlt sie ihm ja. ich meine, ich hab das glück, dass er nicht mehr so klein ist und eigene bekannte zum großteil schon hat, aber es stürzt natürlich auf mich ein, wenn ich denn nach hause komme. so: „was gibt's jetzt zu essen?“ und dann hat man vielleicht für die mutter doch noch was gekocht und ähm gar keine lust nun schon wieder am herd zu stehen. und muss das dann trotzdem machen.

Die Doppelbelastung aus familiären bzw. partnerschaftlichen Anforderungen und der Pflege bringt Frau X (UPNR 13201), die ihre Mutter pflegt, folgendermaßen zum Ausdruck:

ja und mein mann, mein mann, der hat auch ,n gewisses verständnis aber, ich darf ihn halt auch nich' vernachlässigen, ne? von wegen, oma so vorneanstellen und. ich mein', er äußert das nich' so, ich merk' das aber manchmal is' es schon schwer bei ihm. ja. aber wenn ich mich dann auch mal aufspule oder weiß ich, so fix und fertig bin, ja? wenn ich mich dann auch über irgendwas geärgert habe oder was schiefgelaufen is', dann: „naja, SO geht das dann eben nich' weiter und und, dann is' er schon manchmal , bißchen zickig, ja? anstatt zu sagen: „ach mensch, meine kleine, müssen wir durch, und irgendwie kriegen wir das schon hin“, würde mir viel, viel BESSER tun, ja?

**Tabelle 3.15: Konflikte in der Verwandtschaft (N=37)**

| Konflikte   | Trifft zu |    |
|---|-----------|----|
|   | %         | n  |
| Mangelnde konkrete Unterstützung in der Verwandtschaft                                  | 29,7      | 11 |
| Distanzierung, Kontaktabbruch<br>(aufgrund von zurückliegenden Konflikten / Verletzung) | 27,0      | 10 |
| Verwandte gehen nicht angemessen mit dem Pb. um   | 24,3      | 09 |
| Offene Konflikte mit der Verwandtschaft   | 21,6      | 08 |
| Mangel an Mittragen der häuslichen Pflegesituation<br>von Seiten der Verwandtschaft     | 16,2      | 06 |
| Mangel an Verständnis, Interesse, Anerkennung<br>von Seiten der Verwandtschaft          | 18,9      | 07 |

Am meisten beklagt wird in diesem Zusammenhang die mangelnde konkrete Unterstützung von Seiten der Verwandtschaft (29,7%). Dabei kommt es nicht nur zu Konflikten. Häufig ist ein Kontaktabbruch die langfristige Folge solcher Auseinandersetzungen. Die entsprechenden Aussagen beziehen sich oft auf Geschwister, aber auch auf Familien-

angehörige des Pflegebedürftigen wie bei Frau X (UPNR 11122), die ihren Ehemann pflegt:

*Die Verwandten, ob denen das unbequem ist, ob sie nicht wissen, wie sie mit Situation umgehen sollen, also, ich bin so sehr enttäuscht, dass man so alleine gelassen wird. jetzt, wo ich selber mal Hilfe brauche, dass jemand sagt, ‚ich bleib mal ne Stunde bei deinem Mann‘, da werd ich allein gelassen. Und das nervt mich eigentlich und da bin ich unerhört traurig drüber.*

Frau Y (UPNR 13224) beschreibt, dass sie mittlerweile resigniert hat:

*und da war meine schwester eben nie beREIT, sie hat eben immer angeblich was BESseres vor. weiß ich nich‘, glaub ich nich‘ mal, dass sie dann wirklich äh nich‘ irgendwie SCHIEBEN könnte. aber sie is‘ eben nich‘ bereit, und darum bin ich sehr traurig, und sehr BÖse auch gewesen und und hat VIEle auseinandersetzungen gegeben. die viel KRAFT gekostet ham, und ich hab’s jetzt aufgegeben.*

### 3.4.1.4 Einschränkungen in Freizeit und sozialer Partizipation

**Tabelle 3.16: Einschränkungen im Bereich Regeneration /  
Rekreation / soziale Partizipation (N=37)**

| Einschränkungen   | Trifft zu |    |
|---|-----------|----|
|   | %         | n  |
| Freizeitaktivitäten, Hobbys, Interessen                                     | 86,5      | 32 |
| Ausflüge, Reisen  | 53,9      | 20 |
| Redukt. von Kontakten wegen Zeit- bzw. Energiemangel                        | 67,6      | 25 |
| Beeinträchtigung d. Kontakte aufgrund von Verhaltensdefiziten des Patienten | 16,2      | 06 |
| Mangel an Verständnis, Anteilnahme, Rücksichtnahme                          | 08,1      | 03 |
| Ruhen, Rückzug, Für-sich-sein   | 73,0      | 27 |
| <i>Persönliche Verpflichtungen*</i>   | 51,4      | 19 |
| <i>Selbstpflege, Selbstsorge (Arztbesuche, Krankengymnastik)*</i>           | 29,7      | 11 |
| Ruhen, Schlafen nachts  | 16,2      | 06 |

\* Aus den Aussagen ermittelte Kategorien

Die überwältigende Mehrheit der Angehörigen (86,5%) berichtet von Einschränkungen im Bereich der Freizeitaktivitäten, 68% konstatieren

einen Rückgang ihrer sozialen Kontakte. Häufig werden Freizeitaktivitäten und die Pflege sozialer Kontakte in einem Atemzug genannt. Den Teufelskreis aus Erschöpfung, Schlafmangel und Einschränkungen im Freizeitbereich schildert Frau X, (UPNR 13225), die ihren Ehemann betreut:

*na ja, ich konnte früher zum chor hingehen und war dadurch mit anderen leuten zusammen. des verbietet sich ja nu vollkommen.*

*Frage: gibt es dinge, die sie ganz allein für sich tun? hobbies oder ...?*

*eh, die zeit is' jetzt vorüber. ich habe früher äh bilder entwickelt, ja, und vergrößerungen gemacht. und und wir haben SEHR viel fotografiert. wir haben sehr viele dias wir haben sehr viele filme. und \* also ich könnte mich damit; aber ich habe für nichts mehr interesse. also...*

*Frage: aber das hängt nicht zusammen mit der erkrankung ihres mannes? würden sie sagen, is' da die ursache?*

*ja, ja des des mag auch zusammenhängen. denn ich finde, dadurch, dass ich ja keine nachtruhe habe und STÄNDIG MÜDE bin, ich bin ja nie ausgeschlafen, ja? da hab ich überhaupt für nichts mehr interesse.*

Herr X (UPNR 14109), der seine Ehefrau pflegt, betont, dass es für ihn schwierig sei, Freunde und Bekannte außerhalb der Wohnung zu treffen:

*na ja wie soll ich sagen. die, mit denen ich nich verkehrt hab', die kommen auch jetzt ab und zu mal her. aber das is' halt einseitig. die komm' her, ich kann nich' hin. also, das is' schon, hat schon seine auswirkungen.*

*Frage: durch die pflege ihrer frau?*

*durch die pflege, weil ich ebend nich' so oft ,raus komme aus' m haus und nicht so, so oft woanders hingehen kann, ne? also, das is' schon eene, eene starke einschränkung, ne.*

Fast 3/4 der Pflegenden haben das Gefühl, nicht mehr genügend Zeit für sich zu haben. Frau X, deren Mutter noch in ihrer eigenen Wohnung lebt, beschreibt das folgendermaßen: (UPNR 13224):

*JA. also, ich bin überhaupt ein mensch, der gerne ähm, alleine is' und auch RUHE braucht. und das is' natürlich jetzt sehr eingeschränkt nich'? früher konnt' ich erst nach hause geh'n und zwei, drei stunden noch irgendwas schönes am nachmittag MACHen. ganz für mich alleine, das is' natürlich weg.*

Einschränkungen im Bereich Selbstsorge werden von fast 1/3 der Pflegenden angegeben. Welche Konsequenzen das für die eigene Gesundheit haben kann schildert Frau X (UPNR 13201), die gesundheitlich durch eine Krebserkrankung sehr belastet ist:

*..., manchmal fehlt's mir schon, möcht' ich sagen. ich hab' eben auch gerne was für mich selbst getan, schon von meinem beruf her. sie können sich vorstellen, dass ich vielleicht ne andere einstellung zu meiner krankheit hab' als viele andere vielleicht, ich weiß genau, was ich machen MÜßte und und und, was ich nicht machen KANN jetzt, das geht mir vollkommen gegen den strich, ne? ich müßte schwimmen gehn, ich müßte pff gymnastik machen, nich' nur hier meine fünf übungen, die ich so am tag mach; das is' eben alles viel zu wenig, und ich weiß genau, dass ich mir damit nichts gutes antue, und ich will ja auch noch , n bißchen leben, ne?*

### 3.4.1.5 Krankheitsbedingte Defizite des Patienten

**Tabelle 3.17: Belastungen durch krankheitsbedingte Defizite des Patienten (N=37)**

| Art der Belastung   | Trifft zu |    |
|---|-----------|----|
|   | %         | n  |
| Beziehungsbelastung   | 78,4      | 29 |
| ‚Niedergang‘ des Patienten  | 78,4      | 29 |
| Verwirrt-desorientierte (wahnhaft, unruhige) Vh.weisen                              | 59,5      | 22 |
| Stereotypien / monotone aversive Verhaltensweisen                                   | 48,6      | 18 |
| Beziehungsverlust (wahrgenommener symbolischer Verlust des Patienten/ Rollenumkehr) | 48,6      | 18 |

Als Verhaltensweisen, die die Beziehung zwischen Pflegendem und Pflegebedürftigen belasten, wurden vor allem aggressive und misstrauisch-beschuldigende Verhaltensweisen genannt, so zum Beispiel von Frau X (UPNR 13217), die ihren Ehemann betreut:

*ich weiß nich, ob das jetzt schon in diese frage hineinspielt? es ist für mich sehr belastend, dass er sehr misstrauisch ist und (RESIGNIERT) IMMER wieder glaubt, dass ich ihm geld wegnehm.*  
*... und äh, das belastet mich kolossal. weil er mir dann in letzter zeit eben immer vorhält, ich nehme ihm sein geld weg (TRAURIG).*

*Frage: und macht sie das dann eher wütend oder eher traurig oder ..?*

*(SEUFZT) ja, das ich MUSS es ihnen ganz ehrlich sagen, das hat mich in der letzten woche SO wütend gemacht, das ERSTE mal so, dass ich (SEUFZT), dass ich zwei vasen zerschlagen habe.*

Aber auch Undankbarkeit oder mangelnde Anerkennung der Unterstützung durch den Patienten fallen in diese Kategorie. Frau X, (UPNR 13208), die ihre Mutter betreut, meint:

*weil, ich kann dann nich' versteh'n, dass sie g'rade zu MIR dann so ungezogen werden kann und äh m// mir so dinge versucht zu unterstellen.*

Unter die Kategorie Niedergang des Pflegebedürftigen fallen Äußerungen, die das Mitleiden mit dem Patienten, das schmerzhaftes Konfrontiert-Sein mit dessen Abbau zum Thema haben, wie bei Frau X (UPNR), die ihre Mutter pflegt:

*Frage: und was für gedanken oder gefühle haben sie zu der situation? also...*

*manchmal schon traurige, dass das, also; vor allen dingen, dass meine mutter so hilflos geworden is'. dass sie das alles eben nicht mehr selber KANN. und ich denke auch, dass das gar nicht oft; ich; so LEBENSwert ist für, für sie. weil sie ja gar nich' so aktiv mehr sein kann. und das stimmt mich SCHON traurig.*

Unter verwirrt-desorientierte Verhaltensweisen fallen zum einen Handlungen, die für die Pflegenden nur schwer nachzuvollziehen sind und oft negative Konsequenzen mit sich bringen. Frau X (UPNR 13201), die ihre Mutter betreut, beschreibt ihre Reaktion ins solchen Situationen folgendermaßen:

*ja, wenn man dann so, naja, äh, weiß ich, schlecht laune hat oder mit ihr schimpft, was halt auch nicht ausbleibt, wenn sie weiß ich ihren KAFFEE eben einfach ausgießt inne stube äh. manchmal is' mir dann, äh äh, das is', is' mir überhaupt UNlogisch, ja. wie man so was MACHEN kann (LACHT). und naja, da rastet man halt AUCH manchmal aus.*

Auch Verhaltensweisen, die eine Fremd- oder Selbstgefährdung nach sich ziehen können, wurden unter diese Oberkategorie subsummiert. Frau X (UPNR 16190), die Ehefrau eines schwer dementen Patienten,

der auch körperlich stark beeinträchtigt ist, schildert dies folgendermaßen:

*denn er bekommt zustände, wo er; [...] wo er, wo er aufsteht. normalerweise KANN er das gar nicht, nech? aber, das gibt's äh so zeiten, wo er das dann trotzdem macht, und dann fällt er hin. [...] er isch ,n paar mal wüst hingefallen, und wenn er auf'm boden liegt, kann ich nichts mehr machen, dann is' aus.*

Unter die vierte Kategorie fallen die Verhaltensweisen, die aufgrund ständiger, oft stereotyper, Wiederholungen eine besondere nervliche Belastung darstellen. Das sind vor allem wiederkehrende Fragen des Pflegebedürftigen wie bei Frau X (UPNR 13219), die ihre Mutter betreut:

*naja, zum dritten mal ist es noch nich' belastend, aber wenn se mich denn zum siemten mal fragt: „was für ,n tag is' heute?“ irgendwann is'; reicht's dann. und vor allem, weil wir dann g'rade vorher nu' mal gesprochen ham, meinetwegen, dass es am MONTAG ne bestimmte sendung im fernsehen gibt, und dann kommt hinterher WIEDER die frage. also, das is' dann irgendwo, da denk ich: „mensch, du wolltest nich' ausrasten, aber man rastet eben doch aus.“*

Unter die Oberkategorie Beziehungsverlust wurden Äußerungen gefasst, die beinhalten, dass krankheitsbedingte Persönlichkeits- und Kompetenzveränderungen des Patienten vom Angehörigen als schmerzhafter Verlust wahrgenommen werden. Herr X, der seine Ehefrau seit 11 Jahren betreut (UPNR 13220) sagt dazu:

*der erste schlaganfall war 1985. mit dem augenblick war meine frau \* äh (SEUFZT) nicht im landläufigen sinne mehr meine frau, sondern mein pflegling. und damit war, das, was man unter familienleben oder unter ehe versteht, war alles dahin.*

Frau X (UPNR 13236) leidet darunter, alle Entscheidungen des täglichen Lebens allein treffen zu müssen, ohne sich wie früher, mit ihrem Ehemann darüber austauschen zu können:

*das ich alles selbst entscheiden muss das is' ne wahnsinnige belastung. GANZ schlimm.*

### 3.4.2 Die skalierende Auswertung der Daten

Die Beurteilung der belastungsbezogenen Aussagen wurde mit einer 5-Punkte-Skala vorgenommen, die einer elaborierten Skala entsprach. Zu den Charakteristiken einer solchen Skala gehören nach Langer & Schulz von Thun (1974, vgl. auch Böhmg-Krumhar, 1997) die Beschreibung des Kriteriums nach dem eine Beurteilung vorgenommen wird, Beispiele, die das Kriterium illustrieren und erklären sowie Anwendungsregeln für die Skalenpunkte. Voraussetzung für die Skalierung ist die präzise Definition der einzuschätzenden Kategorien. Die Anzahl von fünf Skalenpunkten soll ein optimales Verhältnis zwischen Differenzierungsfähigkeit und Reliabilität der Skala gewährleisten. Dies ist gerade im Hinblick auf die angestrebte hohe Veränderungssensitivität der Skalen wichtig. Tab. 3.18 illustriert die Umsetzung dieser Bedingungen für ausgewählte Beispiele.

**Tabelle 3.18: Beispiele zu Skalierungsdefinitionen**

| VARIABLE         | AUSPRÄG.                    | DEFINITION  | ANKERBEISPIELE  | KODIERREGELN  |
|------------------|-----------------------------|---|---|---|
| Nahrungsaufnahme | K5:<br>extreme<br>Belastung | Vollständige krankheitsbedingte Unterstützung bezüglich: Portionieren der Nahrung Hilfe beim Aufsuchen und Verlassen des Essensplatzes Füttern (Auswahl der Nahrungsmittel bei Tisch) Hygienemaßnahmen (Schürze umbinden, ..) | also, ich hol sie dann zum essen an den Tisch, morgens, mittags, abends: zu Mittag schneid ich ihr das klein, und muss ihr meist den größten teil füttern. sie hat dann ne schürze um, weil auch viel daneben geht. | Wenn geschlossen werden kann, dass der Pb. vollständig auf Hilfe in dem Bereich (in allen Einzelbereichen) angewiesen ist und der A. allein für die Übernahme der Aufgaben in diesem Bereich verantwortlich ist |
|                  | K4:<br>hohe Belastung       | Überwiegende krankheitsbedingte Unterstützung in diesem Bereich   | ja einmal die Woche macht das mein Sohn, aber allein kann sie da nichts mehr, man muss ihr zumindest den Rest füttern, und sie kommt auch nicht von selbst an den Tisch.  | Wenn geschlossen werden kann, dass der Pb. überwiegend auf Hilfe in dem Bereich angewiesen ist und der A. allein bzw. überwiegend für die Übernahme der Aufgaben in diesem Bereich verantwortlich ist           |

| VARIABLE   | AUSPRÄG.                      | DEFINITION  | ANKERBEISPIELE  | KODIERREGELN   |
|--|-------------------------------|---|---|--|
|  | K3:<br>mittlere Belastung     | Teilweise krankheitsbedingte Unterstützung in diesem Bereich  | Morgens und abends kümmert sich die Sozialstation darum, für mich bleibt das mittags, und da isse im Grunde wie bei nem kleinen Kind, da muss er gefüttert werden.  | Wenn geschlossen werden kann, dass der Pb. Einzelaufgaben noch selbst bewältigen kann oder der A. regelmäßige Unterstützung von anderen Personen oder Diensten erhält, so dass er nicht überwiegend verantwortlich ist |
|  | K2:<br>geringfügige Belastung | Seltene oder geringfügige krankheitsbedingte Unterstützung in diesem Bereich  | wenn' s Sachen sind, die schwieriger zu kauen sind, schneid ich ihr das klein, aber sonst macht sie das allein.   | Wenn geschlossen werden kann, dass der A. nur selten, in Ausnahmefällen oder bei komplexen, schwierigen Abläufen Unterstützung leistet   |
|  | K1:<br>keine Belastung        |   |   | Wenn geschlossen werden kann, dass der A. keine Unterstützung in diesem Bereich leistet  |
| Subjektive Belastung durch kh.bedingten ‚Abbau‘, der als Schaden/Verlust für den Pb selbst wahrgenommen wird | K5:<br>extreme Belastung      | Subjektive Wahrnehmung von direkten oder indirekten hoch negativen Konsequenzen für die Pflegeperson aufgrund kh.bedingten ‚Abbaus‘, der als Schaden/Verlust für den Pb. selbst wahrgenommen wird | am schlimmsten ist, dass sie ganz hilflos is jetzt, also ihre HILFlosigkeit. denn sie hatte so viele Phasen, da hat se dann eben geweint, wo sie die Orientierung nicht mehr hatte, wo sie weder wusste, wo der Kühlschrank ist, noch wo die TASSE und n TELLER steht. da stand se dann bloß in der Küche und hat gesagt: ‚i. hilf mir, ich weiß nicht, was mit mir ist.‘ und zu sehen, dass das immer mehr bergab geht, das is wirklich das allerschlimmste. | Wenn geschlossen werden kann, dass der entsprechende Abbau als weit fortgeschritten bzw. für mehrere Bereiche wahrgenommen wird bzw. eine hoch negative explizite emotional/kognitive Bewertung formuliert wird        |
|  | K4:<br>hohe Belastung         | Subjektive Wahrnehmung von direkten oder indirekten deutlich negativen Konsequenzen für die Pflegeperson aufgrund kh.bedingten ‚Abbaus‘   |   | Wenn geschlossen werden kann, dass der entsprechende Abbau als weit fortgeschritten bzw. für mehrere Bereiche wahrgenommen wird bzw. eine negative explizite emotional-kognitive Bewertung formuliert wird             |

| VARIABLE                                    | AUSPRÄG.                      | DEFINITION   | ANKERBEISPIELE   | KODIERREGELN  |
|---|-------------------------------|--|--|---|
|   | K3:<br>mittlere Belastung     | Subjektive Wahrnehmung von direkten oder indirekten mäßig negativen Konsequenzen für die Pflegeperson aufgrund kh.bedingten ‚Abbaus‘       | mit 85 ist meine Mutter noch allein in die Kaufhäuser jermalzt. das ist zwei Jahre her. Es ist also innerhalb von relativ kurzer Zeit, dieser körperliche und auch geistige Abbau passiert, das ist eigentlich schlimm. Man muss ja froh sein, jawoll der Mensch lebt noch, ja? gibt ja noch schlimmere Sachen.  | Wenn geschlossen werden kann, dass der entsprechende Abbau als mäßig ausgeprägt wahrgenommen wird bzw. eine mäßig negative (relativierte) explizite emotionalkognitive Bewertung formuliert wird              |
|   | K2:<br>geringfügige Belastung | Subjektive Wahrnehmung von direkten oder indirekten geringfügig negativen Konsequenzen für die Pflegeperson aufgrund kh.bedingten ‚Abbaus‘ | war früher n mächtiger Kerl, mein Onkel, und zu sehen, dass die Kräfte nachlassen, war anfangs nicht so einfach, aber was soll's, wir werden ja alle mal älter. mittlerweile hat man sich auch n bisschen dran gewöhnt.  | Wenn geschlossen werden kann, dass der entsprechende Abbau als schwächer ausgeprägt wahrgenommen wird bzw. eine schwach negative (stark relativierte) explizite emotional-kognitive Bewertung formuliert wird |
|   | K1:<br>keine Belastung        |  |  | Wenn geschlossen werden kann, dass der Abbau subjektiv nicht bedeutsam ist bzw. nicht wahrgenommen wird   |
| Wahrgenommene Konflikte mit der Elternrolle | K5:<br>extreme Belastung      |  | also wenn meine Tochter jetzt irgendwie n Schulproblem hat oder so, denn bin ich nich' da. dann ruft se mich manchmal an. aber ich bin eben oft dann nich' da. ja, also wenn ich so ooch nach hause komme, denn bin ich eigentlich nur noch müde. denn, wenn meine Mutter mich geschafft hat, dann trink' ich meinen schönen großen Kognak und dann geh ich ins bett. und dann ist da mit Familie gar nüscht mehr. nich'? und das is natürlich dann n Riesenproblem. | Wenn geschlossen werden kann, dass Konflikte häufig / chronisch / divers wahrgenommen werden bzw. eine explizite hoch negative emotional-kognitive Bewertung vorliegt   |

| VARIABLE | AUSPRÄG.                         | DEFINITION | ANKERBEISPIELE   | KODIERREGELN  |
|----------|----------------------------------|------------|--|---|
|          | K4:<br>hohe<br>Belastung         |            | gerade jetzt, wo meine Tochter Hilfe gebrauchen könnte mit dem Enkelkind, ist es nicht möglich. Finde ich schlimm.   | Wenn geschlossen werden kann, dass Konflikte häufig / chronisch / divers auftreten und/oder eine explizite negative emotional-kognitive Bewertung vorliegt  |
|          | K3:<br>mittlere<br>Belastung     |            | da is unser Sohn. weil ich würde denken, ihm geht ooch zeit verloren, wenn wir nun von 18 bis 19 Uhr in der Küche sitzen und über'n 2. Weltkrieg sprechen und er möchte schulische dinge loswerden, ne? tritt er zurück. kommt zum glück nicht so oft vor.   | Wenn geschlossen werden kann, dass Konflikte auftreten, und/oder eine explizite mittelmäßig negative (relativierte) emotional-kognitive Bewertung vorliegt  |
|          | K2:<br>geringfügige<br>Belastung |            | ja, man würde denn nach'm; also am Wochenende nach'm Mittag denn was sich vornehm' bis zum Abend, ja, klar. dann würde man mehr für de Kinder da sein. I: also das ist schon auch was, was von der zeit dann abgeht? ja, was denn von der zeit abgeht. aber meine Kinder könn' sich auch sehr gut selbst beschäftigen, also da habe ich denn meistens die kleine denn nur bei mir. I: das heißt also, das empfinden sie nicht als so wesentlich? | Wenn geschlossen werden kann, dass Konflikte als schwach selten/ ausnahmsweise wahrgenommen werden bzw. eine explizite schwach negative (stark relativierte) emotional-kognitive Bewertung vorliegt |
|          | K1:<br>keine<br>Belastung        |            |  | Wenn geschlossen werden kann, dass Konflikte nicht vorkommen oder keine negative emotional-kognitive Bewertung vorliegt   |

| VARIABLE   | AUSPRÄG.                      | DEFINITION | ANKERBEISPIELE   | KODIERREGELN  |
|--|-------------------------------|------------|--|---|
| Mangelnde konkrete Unterstützung von Seiten der Verwandtschaft | K5:<br>extreme Belastung      |            | Die Verwandten, ob denen das unbequem ist, ob sie nicht wissen, wie sie mit Situation umgehen sollen, also, ich bin so sehr enttäuscht, dass man so alleine gelassen wird. jetzt, wo ich selber mal Hilfe brauche, dass jemand sagt, 'ich bleib mal ne Stunde bei deinem Mann', da werd ich allein gelassen. Und das nervt mich eigentlich und da bin ich unerhört traurig drüber. | Wenn geschlossen werden kann, dass ein totaler Mangel an Unterstützung wahrgenommen wird bzw. eine hoch negative explizite emotional-kognitive Bewertung vorliegt           |
|  | K4:<br>hohe Belastung         |            | Meine Schwester kümmert sich überhaupt nicht und meine Kinder unterstützen mich nur selten.  | Wenn geschlossen werden kann, dass ein Mangel an Unterstützung überwiegend wahrgenommen wird bzw. die explizite emotional-kognitive Bewertung deutlich negativ ist          |
|  | K3:<br>mittlere Belastung     |            | Also ich hab zwei Schwestern, die eine ist gar nicht bereit sich zu engagieren, obwohl sie in Berlin lebt, die andere hilft mir schon, wenn ichs wirklich mal nicht schaffe.   | Wenn geschlossen werden kann, dass ein Mangel nur teilweise wahrgenommen wird bzw. eine mittelmäßig negative (relativierte) emotional-kognitive Bewertung vorliegt          |
|  | K2:<br>geringfügige Belastung |            | Nee, die kümmern sich nicht. Meist komm ich ja auch alleine klar, aber wenn ich mal den ganzen Tag was vorhabe, dann könnte ich Hilfe schon hin und wieder gebrauchen.   | Wenn geschlossen werden kann, dass ein Mangel nur in Ausnahmefällen wahrgenommen wird bzw. eine leicht negative (stark relativierte) emotional-kognitive Bewertung vorliegt |
|  | K1:<br>keine Belastung        |            |  | Wenn geschlossen werden kann, dass ein Mangel an Unterstützung nicht wahrgenommen wird bzw. keine negative Bewertung vorliegt   |

### 3.4.3 Vergleich der Fragebogen- mit den Interviewskalen

Um die Validität der Fragebogen- bzw. der Interviewdaten zu überprüfen wurden die Interkorrelationen zwischen den Skalen ermittelt, die annähernd gleiche Inhaltsbereiche umfassten.

**Tabelle 3.19** Interkorrelationen zwischen den korrespondierenden Skalen der Fragebogen bzw. Interviewdaten

| Instrument               | 1. MZP | 4.MZP  |
|--------------------------|--------|--------|
| Objektive Pflegeaufgaben | 0,73** | 0,63** |
| Familiäre Konflikte      | 0,70** | 0,74** |
| Berufliche Konflikte     | 0,74** | 0,76** |
| Gesamtbelastung          | 0,78** | 0,74** |
| Verhaltensdefizite       | 0,79** | 0,74** |

MZP=Messzeitpunkt

Aus der Interkorrelationsmatrix in Tabelle 3.18 ist zu ersehen, dass die Übereinstimmung zwischen den Fragebogendaten und den Interviewdaten in allen Inhaltsbereichen sehr hoch ist. Dies spricht für die Validität der im Rahmen des Projektes eingesetzten unterschiedlichen Erhebungsmethoden. Bevor die Befunde aus den Varianzanalysen auf der Basis der skalierten Interviewdaten dargestellt werden, soll im folgenden kurz auf die inhaltlichen Unterschiede zwischen Fragebogen -und Interviewdaten eingegangen werden.

*Praktische Betreuungsaufgaben:* Im Gegensatz zur Fragebogenerhebung wurde im Interview nicht der Hilfebedarf des Pflegebedürftigen erfasst, sondern das, was der Pflegenden tatsächlich an Aufgaben übernimmt. Außerdem wurden bedeutsame demenzspezifische Pflegeaufgaben wie Beaufsichtigung oder die nächtliche Betreuung des Patienten im Fragebogen nicht berücksichtigt. Insgesamt lässt sich vermuten, dass die Interviewdaten ein genaueres Maß für die tatsächliche objektive Belastung des Pflegenden darstellen.

*Familiärer Bereich:* Im Fragebogen werden drei potentielle Konfliktbereiche ausführlich angesprochen: das Verhalten anderer Familienmitglieder gegenüber dem Patienten, gegenüber dem Pflegenden und die Einigkeit bzw. Uneinigkeit über den Gesundheitszustand des Patienten. Diese Punkte werden auch im Interview thematisiert. Darüber hinaus machen die Interviewaussagen deutlich, dass wahrgenommene Rollenkonflikte zwischen familiären Aufgaben und der Pflege zur Belastung in diesem Bereich beitragen. Das Interview ermöglicht zudem eine Diffe-

renzung zwischen eigener Familie und Herkunftsfamilie bzw. Verwandtschaft. Dies ist sinnvoll, weil für die beiden Bereiche unterschiedliche Annahmen bezüglich der Effektivität der Tagesstätten existieren. Für die vorwiegend auf Zeitmangel beruhenden familiären Rollenkonflikte ist eine Entlastung durch die Inanspruchnahme von Tagespflege sehr gut denkbar (s.o.). Betrachtet man die am häufigsten genannten Belastungen in bezug auf andere Verwandte (zu wenig Unterstützung bzw. Kontaktabbruch) sind Entlastungseffekte hier weit weniger wahrscheinlich.

*Beruflicher Bereich:* In bezug auf berufliche Konflikte zeigen Fragebogen und Interview eine hohe inhaltliche Übereinstimmung. Der Fragebogen lässt jedoch die Situation derjenigen Angehörigen unberücksichtigt, die aufgrund der Pflege aus dem Erwerbsleben ausscheiden mussten bzw. gern mehr arbeiten würden. Diese Belastung wird im Interview sogar am häufigsten genannt. Auch hier ist eine Entlastung durch die Nutzung der Tagesstätten prinzipiell möglich.

*Verhalten des Pflegebedürftigen:* Die Instrumente unterscheiden sich insofern voneinander als das Interview die subjektive Bedeutung der problematischen Verhaltensweisen für den Pflegenden stärker berücksichtigt. Das Wissen um die Interpretation eines bestimmten Verhaltens macht Aussagen über die Modifizierbarkeit der entsprechenden Belastung durch die Tagespflege eher möglich. Werden z.B. Kommunikationsdefizite (bspw. wiederholtes Fragen) im Sinne eines unwiederbringlichen persönlichen Verlusts interpretiert, sind Effekte der Tagespflege unwahrscheinlich. Wird das Verhalten jedoch eher als störend oder nervlich belastend erlebt, könnte die räumliche Trennung vom Patienten, die die Tagespflege bietet, hilfreich sein. Insofern ermöglicht das Interview eher differentielle Aussagen im Hinblick auf die Effektivität der Tagesstättennutzung in diesem Bereich.

*Subjektive Gesamtbelastung:* Alle im Fragebogen erfassten Belastungsaspekte finden sich auch in den Interviewkategorien. Während der Fragebogen diese mit Hilfe einzelner Items erfasst, stehen im Interview Subskalen (Oberkategorien) zur Erfassung der verschiedenen Belastungsdimensionen zur Verfügung. So ermöglicht das Interview auch die gesonderte Überprüfung von Interventionseffekten für die Bereiche soziale Beziehungen / Partizipation und Regeneration.

### 3.4.4 Analysen zur Überprüfung von Interventionseffekten

In die Varianzanalysen zur Überprüfung von Interventionseffekten sind nur die Belastungsdimensionen eingegangen, für die eine Modifizierbarkeit durch die Einrichtungen angenommen wurde. Folgende Überlegungen waren dabei von Bedeutung:

Aus der Darstellung des Angebotes der Einrichtungen (vgl. 1.5) geht hervor, dass die Entlastung der Angehörigen primär auf zeitlicher und aufgabenspezifischer Ebene stattfindet. Die aufgabenspezifische Entlastung bezieht sich schwerpunktmäßig auf die basale medizinische Versorgung (Medikamentengabe, Mobilisierung) sowie die Kooperation mit Diensten und Behörden (Arzt- und Friseur- Sozialamtsbesuche). Dadurch, dass in den Einrichtungen gemeinsame Mahlzeiten eingenommen werden, ist eine Reduktion der damit verbundenen Aufgaben (Einkaufen, Vorbereitung der Mahlzeiten, Hilfestellung bei der Nahrungsaufnahme u.ä.) denkbar. Andere konkrete Aufgaben lassen sich über die Nutzung von Tagespflege vermutlich nicht reduzieren (Wohnungspflege, Wäschepflege, Ankleiden, Körperpflege). Insgesamt läßt sich also für den Bereich der Pflegeaufgaben ein mittlerer Interventionseffekt erwarten.

Eine wesentliche zeitliche Entlastung könnte sich aus der Tatsache ergeben, dass viele der untersuchten Patienten eine häufige oder ständige „Beaufsichtigung“ benötigen, so dass die betroffenen Angehörigen sie gar nicht oder nur kurzzeitig allein lassen können. Diese Aufgabe würde sich möglicherweise durch den Aufenthalt des Patienten in der Einrichtung reduzieren. Die diesbezügliche Entlastung könnte sich wiederum in anderen Lebensbereichen der Angehörigen wie Beruf, Freizeit, Familienleben, Sozialkontakte niederschlagen. Basiert die Belastung allerdings auf zum Teil jahrelang zurückliegenden Auseinandersetzungen und Verletzungen (vgl. Konflikte mit der Verwandtschaft, Rückzug von Freunden und Bekannten), sind Entlastungen durch Tagespflege wenig wahrscheinlich.

Denkbar ist weiterhin, dass Belastungen, die sich aus Verhaltensdefiziten des Patienten ergeben, durch die Tagesstätten reduziert werden können. Eine solcher Effekt könne theoretisch zwei Ursachen haben. Zum einen wäre er aufgrund einer zeitweiligen räumlichen Trennung vom Patienten denkbar. Dies gilt vor allem für die Belastung durch ständig wiederkehrende stereotype Verhaltensweisen. Zum anderen könnte die Entlastung auf die Tatsache zurückzuführen sein, dass sich eine Stabilisierung bzw. Verbesserung in der Symptomatik des Patienten eingestellt hat, welche die entsprechenden Einrichtungen ja auch

zum Ziel haben. Das könnte beispielsweise für unruhige Verhaltensweisen gelten. Weniger wahrscheinlich sind dagegen Effekte für kognitive Defizite. Die erlittenen diesbezüglichen Verluste bleiben vermutlich bestehen, was u.a. bedeutet, dass der Pflegebedürftige als Partner oder Elternteil im herkömmlichen Sinne unwiederbringlich verloren ist. Auch durch räumliche Trennung sind hier keine Veränderungen denkbar. Allerdings könnten die Tagesstätten durch Angehörigeneinzelgespräche oder -gruppen Hilfe bei der Verarbeitung dieser Verluste anbieten.

Im folgenden werden die Befunde der Varianzanalysen vorgestellt. Indikator für die Überprüfung des Interventionseffektes ist der Interaktionsterm Gruppe x Messzeitpunkt.

#### **3.4.4.1 Betreuungsaufgaben**

Als abhängige Variablen gingen das Ausmaß an Belastung in den Bereichen praktische Pflegeaufgaben, Beaufsichtigen, psychosoziale Betreuung sowie die Höhe der subjektiven Belastung durch die Pflegeaufgaben in die Analyse ein. Wie Tabelle 3.20 zeigt, wurden keine bedeutsamen Gruppenunterschiede der Mittelwerte im Zeitverlauf identifiziert. Signifikante Effekte zeigen sich für den Faktor Messzeitpunkt. Hier ist der multivariate Test über alle Variablen hochsignifikant. Die univariaten F-Tests zeigen, dass das hauptsächlich auf die Mittelwertsveränderungen bei den praktischen Pflegeaufgaben (1. Messzeitpunkt:  $M = 31,44$ ,  $SD = 15,97$ ; 4. Messzeitpunkt:  $M = 35,11$ ,  $SD = 15,02$ ) und der subjektiven Belastung durch die Pflegeaufgaben (1. Messzeitpunkt:  $M = 1,82$ ,  $SD = 0,21$ ; 4. Messzeitpunkt:  $M = 2,40$ ,  $SD = 0,37$ ) zurückzuführen ist. Diese haben im Zeitverlauf deutlich zugenommen. Da dies für beide Untersuchungsgruppen gleichermaßen gilt, hat sich die Hypothese für die konkreten Pflegeaufgaben nicht bestätigt.

**Tabelle 3.20: Multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung zur Überprüfung von Interventionseffekten für die Belastung durch konkrete Betreuungsaufgaben (N=37)**

| Quelle der Varianz            | df   | F-Wert | p      |
|-------------------------------|------|--------|--------|
| <u>Gruppe</u>                 |      |        |        |
| Multivariater Test            | 4/32 | 1,18   | .340   |
| Univariate Tests              |      |        |        |
| Praktische Pflegeaufgaben     | 1/35 | 2,81   | .103   |
| Beaufsichtigung               | 1/35 | 0,05   | .826   |
| Psychosoziale Betreuung       | 1/35 | 1,29   | .264   |
| Subjektive Belastung          | 1/35 | 1,28   | .264   |
| <u>Messzeitpunkt</u>          |      |        |        |
| Multivariater Test            | 4/32 | 8,99   | .000** |
| Univariate Tests              |      |        |        |
| Praktische Pflegeaufgaben     | 1/35 | 21,70  | .000** |
| Beaufsichtigung               | 1/35 | 0,81   | .375   |
| Psychosoziale Betreuung       | 1/35 | 0,96   | .333   |
| Subjektive Belastung          | 1/35 | 76,86  | .000   |
| <u>Gruppe x Messzeitpunkt</u> |      |        |        |
| Multivariater Test            | 4/32 | 0,83   | .519   |
| Univariate Tests              |      |        |        |
| Praktische Pflegeaufgaben     | 1/35 | 0,62   | .437   |
| Beaufsichtigung               | 1/35 | 0,10   | .750   |
| Psychosoziale Betreuung       | 1/35 | 2,32   | .137   |
| Subjektive Belastung          | 1/35 | 0,45   | .508   |

\* p < .05

\*\* p < .01

### 3.4.4.2 Rollenkonflikte

Aus Tabelle 3.21 geht hervor, dass die Belastung durch Rollenkonflikte in den beiden Untersuchungsgruppen einen unterschiedlichen zeitlichen Verlauf nimmt, da der multivariate Gruppe x Messzeitpunkteffekt signifikant ist. Während in der Gruppe der Tagesstättennutzer die wahrgenommenen Konflikte zwischen Beruf und Pflege leicht abnehmen (1. Messzeitpunkt: M = 1,55, SD = 0,62; 4. Messzeitpunkt: M = 1,38, SD = 0,48), ist in der Vergleichsgruppe eine Zunahme der Belastung zu verzeichnen (1. Messzeitpunkt: M = 1,17, SD = 0,14; 4. Messzeitpunkt: M = 1,37, SD = 0,32).

**Tabelle 3.21: Multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung zur Überprüfung von Interventionseffekten für die Belastung durch berufliche und familiäre Rollenkonflikte (N=37)**

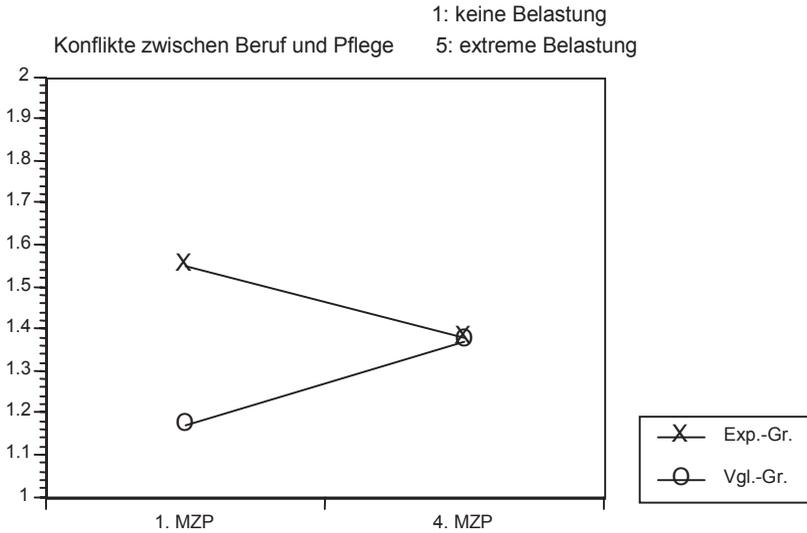
| Quelle der Varianz            | df   | F-Wert | p     |
|-------------------------------|------|--------|-------|
| <u>Gruppe</u>                 |      |        |       |
| Multivariater Test            | 2/17 | 0,91   | .423  |
| Univariate Tests              |      |        |       |
| Berufliche Rollenkonflikte    | 1/18 | 1,29   | .271  |
| Familiäre Rollenkonflikte     | 1/18 | 1,37   | .258  |
| <u>Messzeitpunkt</u>          |      |        |       |
| Multivariater Test            | 2/17 | 0,03   | .972  |
| Univariate Tests              |      |        |       |
| Berufliche Rollenkonflikte    | 1/18 | 0,06   | .827  |
| Familiäre Rollenkonflikte     | 1/18 | 0,02   | .896  |
| <u>Gruppe x Messzeitpunkt</u> |      |        |       |
| Multivariater Test            | 2/17 | 4,62   | .025* |
| Univariate Tests              |      |        |       |
| Berufliche Rollenkonflikte    | 1/18 | 5,92   | .026* |
| Familiäre Rollenkonflikte     | 1/18 | 5,13   | .036* |

\* p < .05

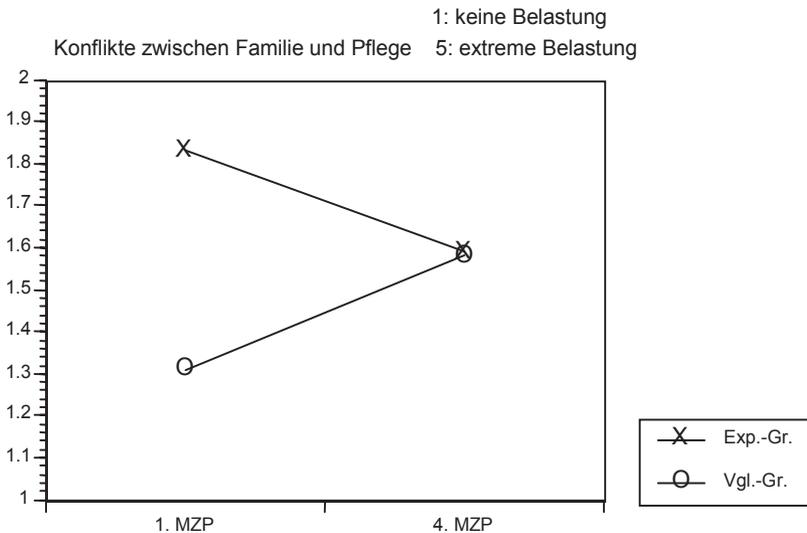
\*\* p < .01

Eine vergleichbare Interaktion zwischen Gruppenzugehörigkeit und Messzeitpunkt findet sich für die familiären Rollenkonflikte. Auch hier sinkt die mittlere Belastung in der Tagesstättengruppe von M = 1,83 (SD = 0,64) auf M = 1,59 (SD = 0,50), während sie in der Vergleichsgruppe von M = 1,31 (SD = 0,35) auf 1,58 (SD = 0,58) ansteigt. Diese Befunde belegen, dass die Nutzung der Einrichtungen eine Entlastung in bezug auf Rollenkonflikte, sowohl im familiären als auch im beruflichen Bereich, mit sich bringt. Sie sind in den Abbildungen 3.19 und 3.20 graphisch dargestellt.

**Abbildung 3.19: Belastung durch Konflikte zwischen Beruf und Pflege**



**Abbildung 3.20: Belastungen durch Konflikte zwischen Familie und Pflege**



### 3.4.4.3 Freizeit und soziale Kontakte

Die Kennwerte in Tab. 3.22 lassen einen bedeutsamen Interventions-effekt für die Freizeit- und sozialen Aktivitäten der Angehörigen erkennen. Dieser Effekt (vgl. Abb. 3. 21) kommt durch einen Anstieg der Belastung in der Vergleichsgruppe (1. Messzeitpunkt:  $M = 2,31$ ,  $SD = 0,73$ ; 4. Messzeitpunkt:  $M = 2,66$ ,  $SD = 0,73$ ) bei gleichzeitigem Rückgang der Belastung in der Tagesstättengruppe zustande (1. Messzeitpunkt:  $M = 2,53$ ,  $SD = 0,78$ ; 4. Messzeitpunkt:  $M = 2,36$ ,  $SD = 0,78$ ). Bezüglich der Einschränkungen bei den regenerativen Aktivitäten ist ein vergleichbarer Effekt nicht zu erkennen. Hier zeigt sich, dass die Belastung in beiden Gruppen über die Zeit hinweg signifikant ansteigt ( $F(1/35) = 6,49$ ,  $P < .015$ ).

**Tabelle 3.22: Multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung zur Überprüfung von Interventionseffekten für die Belastung in Freizeit/sozialen Kontakten und Regeneration**

| Quelle der Varianz             | df   | F-Wert | p      |
|--------------------------------|------|--------|--------|
| <u>Gruppe</u>                  |      |        |        |
| Multivariater Test             | 2/34 | 1,05   | .360   |
| Univariate Tests               |      |        |        |
| Freizeit / Soziale Aktivitäten | 1/35 | 0,96   | .335   |
| Regeneration                   | 1/35 | 0,03   | .855   |
| <u>Messzeitpunkt</u>           |      |        |        |
| Multivariater Test             | 2/34 | 3,38   | .046*  |
| Univariate Tests               |      |        |        |
| Freizeit / Soziale Aktivitäten | 1/35 | 0,96   | .337   |
| Regeneration                   | 1/35 | 6,49   | .015*  |
| <u>Gruppe x Messzeitpunkt</u>  |      |        |        |
| Multivariater Test             | 2/34 | 4,41   | .020*  |
| Univariate Tests               |      |        |        |
| Freizeit / Soziale Aktivitäten | 1/35 | 8,00   | .008** |
| Regeneration                   | 1/35 | 0,70   | .408   |

\*  $p < .05$

\*\*  $p < .01$

### 3.4.4.4 Verhaltensbedingte Defizite des Patienten

Der multivariate Gruppe x Messzeitpunkttest über alle Verhaltensdefizite zeigt keinen signifikanten Interventionseffekt. Der univariate Test für

Stereotypien ist signifikant. Die Belastung durch Stereotypien ist in der Tagesstättengruppe in etwa konstant geblieben (1. Messzeitpunkt: M = 1,72, SD = 0,72; 4. Messzeitpunkt: M = 1,63, SD = 0,76), während sie in der Vergleichsgruppe ansteigt (1. Messzeitpunkt: M = 1,30, SD = 0,50; 4. Messzeitpunkt: M = 1,58, SD = 0,58). Dieser Verlauf ist in Abbildung 3.22 veranschaulicht. Tendenziell lässt sich das beschriebene Muster auch für die Belastung durch Orientierungsdefizite und Unruhe beobachten. Insgesamt sind die univariaten Effekte jedoch nicht groß genug, um multivariat statistisch bedeutsam zu sein.

**Tabelle 3.23: Multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung zur Überprüfung von Interventionseffekten für die Belastung durch Verhaltensdefizite des Patienten**

| Quelle der Varianz            | df   | F-Wert | p     |
|-------------------------------|------|--------|-------|
| <u>Gruppe</u>                 |      |        |       |
| Multivariater Test            | 4/32 | 0,79   | .562  |
| Univariate Tests              |      |        |       |
| Stereotypien                  | 1/35 | 1,47   | .233  |
| Orientierungsdefizite         |      |        |       |
| Unruhe                        | 1/35 | 0,60   | .445  |
| Verletzende Verhaltensweisen  | 1/35 | 0,48   | .493  |
| Beziehungsverlust             | 1/35 | 0,33   | .568  |
| Niedergang / Abbau            | 1/35 | 3,06   | .089  |
| <u>Messzeitpunkt</u>          |      |        |       |
| Multivariater Test            | 4/32 | 0,55   | .736  |
| Univariate Tests              |      |        |       |
| Stereotypien                  | 1/35 | 1,39   | .246  |
| Orientierungsdefizite /       |      |        |       |
| Unruhe                        | 1/35 | 0,37   | .548  |
| Verletzende Verhaltensweisen  | 1/35 | 0,00   | .978  |
| Beziehungsverlust             | 1/35 | 0,04   | .848  |
| Niedergang / Abbau            | 1/35 | 0,34   | .562  |
| <u>Gruppe x Messzeitpunkt</u> |      |        |       |
| Multivariater Test            | 4/32 | 1,20   | .334  |
| Univariate Tests              |      |        |       |
| Stereotypien                  | 1/35 | 5,47   | .025* |
| Orientierungsdefizite und     |      |        |       |
| Unruhe                        | 1/35 | 1,80   | .189  |
| Verletzende Verhaltensweisen  | 1/35 | 1,06   | .310  |
| Beziehungsverlust             | 1/35 | 0,49   | .487  |
| Niedergang / Abbau            | 1/35 | 1,11   | .300  |

\* p < .05, \*\* p < .01



### 3.4.5 Zusammenfassung der qualitativen Angehörigendaten

Insgesamt konnte gezeigt werden, dass Tagespflege in spezifischen Problemfeldern signifikant entlastend wirkt. Dies gilt am deutlichsten für Rollenkonflikte zwischen Beruf und Pflege sowie Konflikten zwischen familiären Anforderungen und Pflegeaufgaben. Darüber hinaus werden die Möglichkeiten zur sozialen Partizipation erhöht.

Überraschend sind zunächst die scheinbar fehlenden Interventionseffekte für die Beaufsichtigung des Patienten. Erstens setzt die Tagespflege direkt an dieser Betreuungsaufgabe an. Zum zweiten sind die gefundenen Effekte für die anderen Lebensbereiche ohne eine diesbezügliche zeitliche Entlastung nur schwer zu erklären. Verständlich wird das Ergebnis, wenn man die direkten Äußerungen der Angehörigen zu Veränderungen durch die Einrichtungen zur Interpretation heranzieht. Die entsprechenden Aussagen zeigen, dass eine deutliche Entlastung in diesem Bereich bereits zum ersten Messzeitpunkt wahrgenommen wurde (vgl. 3.3.5). Das bedeutet, dass der „wahre“ Interventionseffekt durch die varianzanalytische Auswertung unterschätzt wurde, weil sich die Entlastung bereits in den ersten zwei Wochen des Tagesstättenbesuchs bemerkbar macht.

Bezüglich der praktischen Pflegeaufgaben ergibt sich ein ähnliches Bild wie für die Beaufsichtigung des Patienten. Auch hier werden Effekte bereits am Anfang der Intervention von 5 Personen (27,8%) wahrgenommen. Nach einem 3/4 Jahr sind es sechs Personen, die Entlastung in diesem Bereich äußern. Diese Zahlen zeigen auch, dass die diesbezügliche wahrgenommene Entlastung vergleichsweise niedrig ist. So werden ambulante Pflegedienste im Zusammenhang mit konkreten pflegerischen Aufgaben häufiger als entlastende Einrichtung genannt.

In bezug auf die Belastung durch Verhaltensdefizite des Patienten scheint Tagespflege vor allem aufgrund der räumlichen Trennung vom Pflegebedürftigen entlastend zu wirken. Dies jedenfalls legt der Befund nahe, dass es gerade die Belastung durch ständig wiederkehrende monotone stereotype Verhaltensweisen sind, für die Effekte nachzuweisen waren. Direkt genannt wird Entlastung in diesem Bereich relativ selten. Allerdings könnten Effekte, die schwerpunktmäßig auf der räumlichen Trennung vom Patienten basieren, vom Angehörigen auch eher unentdeckt bleiben als solche, die auf einer beobachtbaren Verhaltensänderung des Patienten beruhen.

Im Hinblick auf die Diskrepanzen zu den Befunden auf der Basis der Fragebogendaten ist folgendes zur berücksichtigen: Die Belastungsfel-

der, für die die Effekte der Intervention am stärksten waren, wurden in den Fragebögen entweder gar nicht berücksichtigt oder lediglich durch einzelne Items erfasst, so dass die Überprüfung dieser Interventionseffekte kaum möglich war. Für den Fragebogen zu beruflichen Konflikten, der inhaltlich der auf den Interviewdaten basierenden Skala am nächsten liegt, war auch der stärkste, tendenziell signifikante Interventionseffekt vorhanden.

### **3.5 Ergebnisse innerhalb der Tagesstätten**

Die folgenden Darstellungen beziehen sich ausschließlich auf die Besucher der Tagespflegestätten. Berichtet werden die Resultate der Beobachtungen durch studentische Mitarbeiterinnen, Ergebnisse der Mitarbeiterinterviews und Beurteilungen der Patienten über die Einrichtungen. Schließlich wird auf mögliche Unterschiede zwischen gerontopsychiatrischen Einrichtungen einerseits und geriatrischen Institutionen andererseits eingegangen.

#### **3.5.1 Verhaltensbeobachtungen zur Alltagskompetenz und Kommunikation**

Zur Erfassung von möglichen Veränderungen in der Bewältigung von Anforderungen des alltäglichen Lebens und kommunikativen Verhaltensweisen wurden alle drei Monate Beobachtungen in den Tagesstätten durchgeführt. Es wurden standardisierte Situationen ausgewählt, die in jeder Tagesstätte vorkommen (morgendliches Eintreffen mit Begrüßung und Kleidung ablegen; Frühstück) und an jeweils zwei Tagen beobachtet. Das Beobachtungssystem umfasste sechs Kategorien: Konstruktive Aktivität, destruktive Aktivität, passives Verhalten, selbständige Eigenpflege, unselbständige Eigenpflege und kommunikatives Verhalten (vgl. 2.3.1.4). Die Häufigkeitsverteilungen dieser Verhaltenskategorien wurde in einer multivariaten Varianzanalyse mit Messwiederholung über die vier Messzeitpunkte ausgewertet (vgl. Tabelle 3.24).

**Tabelle 3.24: Multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung über Häufigkeiten von Verhaltensweisen der Alltagskompetenz und Kommunikation der Patienten (N=43)**

| Variable                      | MZP 1<br>zu Beginn<br>des Besuchs | MZP 2<br>nach 3<br>Monaten | MZP 3<br>nach 6<br>Monaten | MZP 4<br>nach 9<br>Monaten | F-Wert | p    |
|-------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|--------|------|
| Konstruktive<br>Aktivität     | 14 %                              | 15 %                       | 14 %                       | 13 %                       | 1.06   | .376 |
| Destruktive<br>Aktivität      | 01 %                              | 01 %                       | 01 %                       | 01 %                       | 1.14   | .343 |
| Passives<br>Verhalten         | 07 %                              | 06 %                       | 06 %                       | 07 %                       | .33    | .797 |
| Selbständige<br>Eigenpflege   | 55 %                              | 54 %                       | 56 %                       | 55 %                       | .35    | .791 |
| Unselbständige<br>Eigenpflege | 03 %                              | 03 %                       | 03 %                       | 04 %                       | 1.13   | .244 |
| Soziales<br>Verhalten         | 20 %                              | 21 %                       | 20 %                       | 20 %                       | .13    | .943 |

Den größten Verhaltensanteil in den Situationen „morgendliches Eintreffen und Frühstück“ hat die selbständige Eigenpflege mit circa 55 % am Gesamtverhalten. Den zweitgrößten Verhaltensanteil hat das kommunikative Verhalten mit etwa 20%, es folgt die konstruktive Aktivität mit circa 14%. Passives Verhalten macht etwa 7%, unselbständiges Verhalten 3% des Gesamtverhaltens aus. Es lassen sich keinerlei Veränderungen in der Verteilung der Verhaltensweisen über den Untersuchungszeitraum von neun Monaten feststellen.

### 3.5.2 Ergebnisse der Mitarbeiterinterviews zum Tagesstättenverlauf

Zu jedem Tagesstättenbesucher wurden strukturierte Interviews zum 1. und zum 4. Messzeitpunkt durchgeführt. Diese Interviews wurden transkribiert und einer skalierenden Inhaltsanalyse unterzogen, d.h. ein Auswertungsschema wurde entwickelt und Kodierer in diesem Schema trainiert, um die Aussagen der Mitarbeiter auf Ratingskalen zu den erfassten Interviewbereichen einzuschätzen. Da das Mitarbeiterinterview im Gegensatz zum Angehörigeninterview sehr strukturiert war, wird hier auf eine Darstellung der Entwicklung des Kategoriensystems und der

Kodierregeln verzichtet. Nach der skalierenden Auswertung wurden die Daten mit Hilfe einer multivariaten Varianzanalyse mit Messwiederholung analysiert. In Tabelle 3.25 sind die Ergebnisse aufgeführt:

Die Eingewöhnung in der Tagesstätte wurde auf einer fünfstufigen Skala beurteilt, wobei 1 eine sehr negative und 5 eine sehr positive Eingewöhnung bedeutet. Der Mittelwert mit 3.5 resp. 3.3 ändert sich über die Zeit nicht signifikant. Die Alltagskompetenz wurde auf einer vierstufigen Skala beurteilt. Eine 1 wurde für schwere, eine 4 für keine Defizite vergeben. Die Einschätzung der Mitarbeiter bzgl. der Kompetenz der Patienten zur Bewältigung von Alltagsaktivitäten verringert sich tendenziell, ist jedoch nicht signifikant. Die Motivation zur Beteiligung an Alltagsaktivitäten in den Tagesstätten wurde auf einer fünfstufigen Skala eingeschätzt, wobei 1 keine und 5 sehr hohe Motivation bedeutet. Der Mittelwert verringert sich von 3.3 zu Beginn des Besuchs auf 2.7 nach neun Monaten. Dieses Ergebnis ist hochsignifikant. Ebenfalls sehr signifikant ist das Resultat zum Sozialverhalten. Die Aussagen der Mitarbeiter zur sozialen Kompetenz/ Offenheit für soziale Kontakte wurden auf einer fünfstufigen Skala zum Sozialverhalten (1=sehr negativ, 5=sehr positiv) eingeschätzt. Die soziale Kompetenz/Offenheit verringert sich von 3.4 auf 2.9 nach neun Monaten. Die Angaben zu kognitiven Defiziten der Mitarbeiter wurden auf einer vierstufigen Skala eingeschätzt (1=schwere, 4=keine Defizite). Sie verändern sich über die neun Monate nicht. Die Kreativität und Aktivität der Besucher wurde auf einer fünfstufigen Skala eingeschätzt (1=niedrige, 5=hohe Aktivität/Kreativität), wobei keine Veränderung über die Zeit festzustellen ist. Die emotionale Befindlichkeit wurde ebenfalls auf einer fünfstufigen Skala beurteilt, wobei 1 sehr negative und 5 sehr positive emotionale Befindlichkeit bedeutet. Nach den Angaben der Mitarbeiter verschlechtert sich das Wohlbefinden der Patienten von 2.9 auf 2.5 signifikant.

**Tabelle 3.25: Einschätzungen der Mitarbeiter zum Tagesstättenverlauf: Multivariate Varianzanalysen mit Messwiederholung. Mittelwerte zu Beginn und nach neun Monaten des Besuchs (N = 43)**

| Variable                             | MZP 1<br>zu Beginn<br>des Besuchs | MZP 4<br>nach 9<br>Monaten | F-Wert | p      |
|--------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|--------|--------|
|                                      | Mittelwerte                       |                            |        |        |
| Eingewöhnung in die Tagesstätte      | 3.5                               | 3.3                        | 1.0    | .325   |
| Kompetenz/<br>Alltagsaktivitäten     | 2.4                               | 2.2                        | 3.17   | .083   |
| Motivation bei<br>Alltagsaktivitäten | 3.3                               | 2.7                        | 9.70   | .004** |
| Sozialverhalten                      | 3.4                               | 2.9                        | 7.95   | .008** |
| Kognitive Defizite                   | 2.6                               | 2.4                        | 2.20   | .147   |
| Kreativität/<br>Aktivität            | 3.6                               | 3.4                        | .78    | .383   |
| Emotionale Befindlichkeit            | 2.9                               | 2.5                        | 7.18   | .011*  |

\*  $p \leq .05$

\*\*  $p \leq .01$

### 3.5.3 Einschätzung der Tagesstätten durch die Besucher

Die Tagesstätten werden von ihren Besuchern überwiegend positiv beurteilt. Insbesondere die Räumlichkeiten, die Mahlzeiten und die Betreuung durch die Mitarbeiter werden sehr geschätzt (vgl. Tabelle 3.26). Kritische Stimmen gibt es zu den Aktivitäten in den Tagesstätten, zum Verhältnis zu den anderen Besuchern und manche Besucher fühlen sich insgesamt nicht wohl. Allerdings kommen diese negativen Beurteilungen lediglich bei etwa 20% der Besucher vor.

Nicht in der Tabelle aufgeführt sind folgende Daten: Die meisten Besucher sind mit der Anzahl der Besuchstage zufrieden, lediglich 10% möchten mehr Besuchstage. 1/3 der Besucher fühlt sich seit dem Beginn des Aufenthalts besser, 2/3 gleich gut. Ein enges Verhältnis zu jemandem in der Tagesstätte (Mitarbeiter oder anderer Besucher) entwickeln während des Besuchs circa 30%.

Die Beurteilungen der Tagesstätten verändern sich über die Zeit nicht. Die aufgeführten Daten beziehen sich auf die Patienten, die neun Monate die Tagesstätten besuchten. Prinzipiell gilt die positive Einschätzung der Einrichtungen jedoch für alle Besucher, d.h. es gibt keine Unterschiede zwischen den Langzeitbesuchern und denjenigen mit kürzerem Aufenthalt

**Tabelle 3.26: Beurteilungen der Tagesstätten durch die Besucher (N=43).**

| Variablen                       | Beurteilungen durch die Besucher |              |              |              |
|---------------------------------|----------------------------------|--------------|--------------|--------------|
|                                 | sehr positiv                     | eher positiv | eher negativ | sehr negativ |
| Räumlichkeiten                  | 50 %                             | 50 %         | 0 %          | 0 %          |
| Mahlzeiten                      | 47 %                             | 50 %         | 0 %          | 3 %          |
| Aktivitäten                     | 36 %                             | 43 %         | 18 %         | 3 %          |
| Betreuung durch Mitarbeiter     | 47 %                             | 53 %         | 0 %          | 0 %          |
| Verhältnis zu anderen Besuchern | 15 %                             | 61 %         | 21 %         | 3 %          |
| Wohlbefinden in Tagesstätte     | 41 %                             | 44 %         | 15 %         | 0 %          |

### 3.5.4 Unterschiede zwischen gerontopsychiatrischen, geriatrischen und gemischten Einrichtungen

Von praktisch tätigen Kolleginnen und Kollegen wird vielfach die Frage gestellt, ob sich die Effekte von gerontopsychiatrischen Tagesstätten und geriatrischen Institutionen unterscheiden. Zur Beantwortung dieser Frage wurden alle unter 3.2 beschriebenen abhängigen Variablen der Patientendaten erneut in Varianzanalysen untersucht. Als unabhängige Variable wurde die Art der Institution verwendet. Aufgrund ihrer Organisationsform wurden dabei drei Einrichtungstypen (gerontopsychiatrisch/geriatrisch/gemischt) unterschieden (vgl. 2.3). 16 Längsschnitteilnehmer wurden in gerontopsychiatrischen, 9 Längsschnitteilnehmer in einer geriatrischen und 18 Längsschnitteilnehmer in gemischten Einrichtungen betreut. Die Zellenbesetzungen sind für statistische Analysen relativ klein, die Ergebnisse bleiben aufgrund ihrer Eindeutigkeit jedoch interpretierbar: Es gibt keinerlei Unterschiede zwischen den Institutionen. Im folgenden werden die Daten in tabellarischer Form kurz zusammengefasst.

*Wohlbefinden.* In Tabelle 3.27 sind die Ergebnisse der multivariaten Varianzanalyse aufgeführt. Als abhängige Variablen wurden die Steigungskoeffizienten der Lebenszufriedenheit, Depression (CES-D,

MADR), Selbstwert und wahrgenommene soziale Unterstützung und als unabhängige Variable die Art der Tagesstätte (gerontopsychiatrisch/geriatrisch/gemischt) eingegeben. Der multivariate Effekt ist mit .212 nicht signifikant. Keiner der univariaten Tests ist signifikant, lediglich die Daten zur Depression (CES-D) deuten einen tendenziellen Unterschied an, der zugunsten der geriatrischen Einrichtung ausfällt. Da der multivariate Effekt nicht signifikant ist, kann dieses Ergebnis nicht interpretiert werden.

**Tabelle 3.27: Multivariate Varianzanalyse zum Wohlbefinden der Patienten in gerontopsychiatrischen, geriatrischen und gemischten Tagesstätten (N=43)**

| Variable                 | F-Wert | p    |
|--------------------------|--------|------|
| Multivariater Test       |        |      |
| (Wohlbefinden insgesamt) | 1.36   | .212 |
| Univariate Tests         |        |      |
| Lebenszufriedenheit      | .41    | .661 |
| Soziale Unterstützung    | .40    | .669 |
| Depression (MADR)        | 1.86   | .168 |
| Selbstwert               | .23    | .778 |
| Depression (CES-D)       | 2.90   | .064 |

*Dementielles Syndrom: Kognitive Leistungsfähigkeit.* In die Analyse zur kognitiven Leistungsfähigkeit gingen die Steigungskoeffizienten der Variablen Mini-Mental-State- Examination, Wortliste wiedererkennen, Wortliste reproduzieren und Zahlen nachsprechen als abhängige Variablen und die Art der Einrichtung (gerontopsychiatrisch/geriatrisch/gemischt) als unabhängige Variablen ein. Die Ergebnisse belegen keinerlei auch nur annähernd signifikante Effekt (vgl. Tabelle 3.28).

**Tabelle 3.28: Multivariate Varianzanalyse zur kognitiven Leistungsfähigkeit der Patienten in gerontopsychiatrischen, geriatrischen und gemischten Tagesstätten(N=43)**

| Variable                       | F-Wert | p    |
|--------------------------------|--------|------|
| Multivariater Test             |        |      |
| (Kognitive Leistung insgesamt) | .20    | .989 |
| Univariate Tests               |        |      |
| Mini-Mental-State-Exam.        | .01    | .987 |
| Wortliste wiedererkennen       | .08    | .921 |
| Wortliste reproduzieren        | .07    | .932 |
| Zahlen nachsprechen            | .52    | .597 |

*Dementielles Syndrom: Nicht-kognitive Demenzsymptome.* In die Analyse der Steigungskoeffizienten zu den nicht-kognitiven Demenzsymptomen gingen zum einen die Skala agitierte Symptome und zum anderen die Mitarbeiterereinschätzungen zu Verhaltens- und Gedächtnisproblemen ein. Die multivariate Varianzanalyse hat keinen signifikanten Effekt (vgl. Tabelle 3.29) und es gibt ebenfalls keine univariaten Effekte.

**Tabelle 3.29: Multivariate Varianzanalyse zu nicht-kognitiven Demenzsymptomen der Patienten in gerontopsychiatrischen, geriatrischen und gemischten Tagesstätten (N=43)**

| Variable                             | F-Wert | p    |
|--------------------------------------|--------|------|
| Multivariater Test                   |        |      |
| (nicht-kognitive Symptome insgesamt) | 1.2    | .282 |
| Univariate Tests                     |        |      |
| Agitierte Symptome                   | 1.4    | .248 |
| Verhaltens- und Gedächtnisprobleme   | 1.7    | .184 |

*Gesundheit.* In diese Varianzanalyse gingen als unabhängige Variable die Art der Institution und als abhängige Variablen die Steigungskoeffizienten der gewichteten Erkrankungen, Einschätzungen des subjektiven Gesundheitszustands, der Medikamentenverbrauch und die Betreuungsstunden durch Sozialstationen ein. Der multivariate Effekt ist nicht signifikant. Die univariaten Analysen belegen ebenfalls keinerlei Unterschiede (vgl. Tabelle 3.30).

**Tabelle 3.30: Multivariate Varianzanalyse zu Gesundheitsvariablen der Patienten in gerontopsychiatrischen, geriatrischen und gemischten Tagesstätten (N=43)**

| Variable   | F-Wert | p    |
|--|--------|------|
| Multivariater Test<br>(Gesundheitsvariablen insgesamt) | .67    | .710 |
| Univariate Tests                                       |        |      |
| Gewichtete Erkrankungen                                | .48    | .620 |
| Subjektive Gesundheit                                  | 2.33   | .110 |
| Medikamentengebrauch                                   | .15    | .860 |
| Betreuungsstunden durch<br>Sozialstationen pro Woche   | 1.07   | .352 |

*Alltagskompetenz.* In diese multivariate Varianzanalyse ging als unabhängige Variable die Art der Institution und als abhängige Variablen die Steigungskoeffizienten der Freizeitaktivitäten und die Einschätzungen der Nürnberger-Alltags-Beobachtungsskala (NAB) durch Mitarbeiter und Angehörige ein. Die Varianzanalyse zeigt keinen signifikanten Effekt (vgl. Tabelle 3.31).

**Tabelle 3.31. Multivariate Varianzanalyse zur Alltagskompetenz der Patienten in gerontopsychiatrischen, geriatrischen und gemischten Tagesstätten (N=43)**

| Variable  | F-Wert | p    |
|---|--------|------|
| Multivariater Test<br>Alltagskompetenz insgesamt) | 1.70   | .157 |
| Univariate Tests                                  |        |      |
| Freizeitaktivitäten                               | 1.77   | .183 |
| NAB+  | 1.93   | .157 |

+NAB=Nürnberger-Alltags-Beobachtungsskala

### 3.5.5 Zusammenfassung der Ergebnisse innerhalb der Tagesstätten

Die Ergebnisse der Verhaltensbeobachtungen zeigen keinerlei Veränderungen bei den Tagesstättenbesuchern über die Zeit. Dieses Ergebnis widerspricht den Zielen der Tagesstätten zur Erhöhung der Alltagskompetenz, steht jedoch im Einklang mit anderen Resultaten der Studie und zwar sowohl der standardisierten Erhebungen zu den Patienten (vgl. 3.2.3.2) als auch der Einschätzungen aus den Mitarbeiterinter-

views (vgl. 3.5.2). Dies ist ein Hinweis auf die Validität der Befunde, zumal es sich bei dem eingesetzten Beobachtungsverfahren um ein bewährtes, veränderungssensitives Instrument handelt (M. Baltes, 1995, 1996; M. Baltes, Zank & Neumann, 1997). Es muss jedoch betont werden, dass die Stabilität der Ergebnisse zur Alltagskompetenz bei den Tagesstätten keinen Misserfolg, sondern möglicherweise einen Erfolg dieser Einrichtungen belegt. Zu den Befunden sowohl der Beobachtungen als auch der Mitarbeiterinterviews gibt es keine Vergleichsgruppendaten. Es ist also möglich, dass sich die Probanden der Vergleichsgruppe verschlechtert haben. Dieses Verlaufsmuster, d.h. eine Stabilisierung der Tagesstättenbesucher und Verschlechterung der Vergleichsgruppe ist in den Daten dieser Untersuchung häufig zu finden (vgl. 3.2).

Die Befunde der Mitarbeiterinterviews zur Entwicklung der Patienten belegen zwei interessante, zunächst kontraintuitive signifikante Effekte. Zum einen nimmt die Motivation zur Beteiligung an Alltagsaktivitäten der Tagesstätten mit der Zeit ab. In Anbetracht der teilweise notwendigen Routinen in den Abläufen der Einrichtungen ist dieses Ergebnis vielleicht nicht erstaunlich. Die Attraktivität der Herausforderungen durch die Aufgaben in den Tagesstätten (z.B. Gemüse putzen, Abwasch) lässt vermutlich nach und Versorgungswünsche könnten dominanter werden. Zum anderen schwindet auch die Offenheit für soziale Kontakte/soziale Kompetenz. Hier liegt möglicherweise ebenfalls ein Gewöhnungseffekt vor, zumal die Patienten nach neun Monaten Aufenthalt vermutlich engere Kontakte zu einigen Mitpatienten haben und kein unmittelbarer Bedarf nach weiteren Personen besteht.

Darüber hinaus konstatieren die Mitarbeiter eine negative Entwicklung der emotionalen Befindlichkeit der Tagesstättenbesucher. Dieser Befund konfliktiert mit den Aussagen der Betroffenen selber, die auf verschiedenen Maßen gleichbleibende Befindlichkeit oder eine Verbesserung berichten. Hier wird deutlich, wie wichtig für diese Evaluation die Berücksichtigung multipler Informationsquellen war, insbesondere die direkte Befragung der Patienten. Für die größere Validität der Besucherangaben sprechen zum einen die positive Beurteilung der Tagesstätten, die zeigen, dass sich die Patienten dort offensichtlich wohl fühlen. Weiterhin weisen auch die Einschätzungen der studentischen Mitarbeiterinnen im MADR oder der Angehörigen (vgl. 3.3.5) auf Konstanz oder Verbesserung des Befindens hin.

Schließlich kann aufgrund der vorliegenden Daten keine Organisationsform (gerontopsychiatrisch, geriatrisch oder gemischt) der Einrichtungen präferiert werden. Allerdings ist die Datenbasis für eine diesbe-

zügliche Einschätzung sehr gering, so dass Untersuchungen mit größeren Stichproben möglicherweise zu anderen Ergebnissen kommen könnten.

### **3.6 Zusammenfassung und Diskussion des Ergebniskapitels**

Die vorliegende Studie hatte zum Ziel, eine umfassende Evaluation der Effekte von Tagesstätten mit Hilfe eines Vergleichsgruppen-Längsschnitt-Designs vorzunehmen. Die präzisen Fragestellungen und ihre Begründungen sind im Kapitel 1.5 formuliert, die folgende Zusammenfassung der Ergebnisse versucht, die Fragestellungen umfassend zu beantworten. Anschließend werden Begrenzungen der Studie aufgezeigt und mögliche Auswirkungen auf die Befunde diskutiert.

#### **3.6.1 Antworten auf die Fragestellungen der Untersuchung**

*1. Hat der Besuch gerontopsychiatrische und/oder geriatrischer Tagesstätten Auswirkungen auf kognitive Fähigkeiten oder auf das subjektive Wohlbefinden der Patienten?*

Der Nachweis eines positiven Effektes der Tagesstätten auf die emotionale Befindlichkeit der Patienten ist eindeutig. Die Stabilisierung, mitunter auch Verbesserung des Wohlbefindens der Besucher lässt sich auf Variablen zur Lebenszufriedenheit, Depression und wahrgenommenen sozialen Unterstützung signifikant nachweisen. Auffällig ist, dass das Ausgangsniveau der Tagesstättennutzer auf allen genannten Variablen unter demjenigen der nach Morbidität parallelisierten Vergleichsgruppe liegt, d.h. zu Beginn der Untersuchung ist das Wohlbefinden der Besucher geringer, allerdings sind diese Unterschiede im Ausgangsniveau nicht signifikant. Im Verlauf der neunmonatigen Untersuchung bleiben die Werte der Tagesstättenbesucher in etwa stabil, während sich die der Vergleichsgruppe verschlechtern, so dass am Ende der Studie das Wohlbefinden der Tagesstättennutzer größer als das der Probanden der Vergleichsgruppe ist.

Die Daten zur kognitiven Leistungsfähigkeit belegen einen signifikanten multivariaten Effekt über die neunmonatige Erhebungszeit, der auf eine Variable zurückzuführen ist. Die Tagesstättenbesucher verbessern ihre Leistungen bei einem Subtest des Nürnberger-Alters-Inventars, nämlich beim „Wortliste wiedererkennen“. Dieser singuläre Befund sollte vor-

sichtig interpretiert werden, da eine ernsthafte Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit der überwiegend dementiell erkrankten Probanden nicht erwartbar ist und sich auch nicht nachweisen lässt. So mussten anspruchsvollere Verfahren zur Messung kognitiver Leistungen von den Analysen ausgeschlossen werden, da diese Erhebungen bei sehr stark eingeschränkten Patienten nicht mehr durchführbar waren. Eine solide Schätzung dieser fehlenden Werte war aus wissenschaftlichen Gründen nicht vertretbar (vgl. 3.1), so dass der vorliegende Befund durch den Ausschluss dieser Verfahren aus der Varianzanalyse verzerrt ist. Andererseits ist der Effekt zur „Wortliste wiedererkennen“ so deutlich, dass eine multivariate Signifikanz über vier Testverfahren erreicht wird. Dies bedeutet zumindest, dass kognitive Teilleistungen auch bei sehr beeinträchtigten Personen besserbar sind.

Die Follow-up Daten nach 15 Monaten (zum Design der Studie vgl. 2.1) dokumentieren einen signifikanten Effekt im Gesundheitszustand und zwar dahingehend, dass sich nach Auskunft von Mitarbeitern und Angehörigen bei einer größeren Anzahl der Probanden der Vergleichsgruppe als bei den Tagesstättennutzern der Gesundheitszustand seit der letzten Befragung verschlechtert hat. Neue Erkrankungen oder ungünstiger Verlauf vorhandener Beeinträchtigungen werden als Ursache für die Verschlechterungen genannt. Da die meisten Tagesstättenbesucher zum Zeitpunkt der Follow-up-Erhebungen weiterhin die Einrichtungen besuchen, könnte es sich möglicherweise um einen Interventionseffekt handeln, der erst nach längerer Zeit (fünfzehn Monate) nachweisbar ist. Einschränkend ist festzuhalten, dass sich die Untersuchungsgruppen hinsichtlich depressiver Symptome und Verhaltens- und Gedächtnisdefiziten in der Follow-up-Erhebung nicht signifikant unterscheiden. Darüber hinaus liegen keine genaueren Angaben oder ärztliche Daten zur Verschlechterung vor, so dass die Interpretation des vorliegenden Befundes der gesundheitlichen Stabilisierung der Besucher nach Auskunft von Mitarbeitern und Angehörigen als Interventionseffekt der Tagesstätten nur eine Erklärungsmöglichkeit ist. Der Ausbruch und die Verschlechterung von Erkrankungen sind überwiegend Folge organischer Veränderungen, allerdings kann der Verlauf chronischer Erkrankungen durch Umweltbedingungen beeinflusst werden. Zur Erhärtung dieses bedeutsamen Befundes und insbesondere zur Ermittlung der beteiligten Prozesse sind weitere Forschungsarbeiten erforderlich und sehr wünschenswert.

Zusammenfassend ist ein positiver Rehabilitationseffekt auf das emotionale Befinden der Tagesstättenbesucher nachweisbar. Die Studie belegt erneut, dass in der Gerontologie ein Rehabilitationserfolg bereits bei Stabilisierung der Probanden oder Verlangsamung des Abbaus vor-

liegt, da sich Probanden ohne entsprechende Intervention verschlechtern.

*2. Gibt es Veränderungen auf der Verhaltensebene der Patienten, so dass z.B. vermehrt Aktivitäten des täglichen Lebens selbständig ausgeführt werden? Gibt es Veränderungen in sozialen Verhaltensweisen?*

Die Befunde zu diesem Fragenkomplex sind nicht so eindeutig wie die Ergebnisse zum emotionalen Wohlbefinden. Zwar lassen sich positive Effekte der Tagesstätte auf der Verhaltensebene signifikant dahingehend nachweisen, dass agitierte Verhaltensweisen (Motorische Unruhe, Umherlaufen und Weinen) über den Besuchszeitraum leicht ab- und in der Vergleichsgruppe deutlich zunehmen. Die Fragestellung zielte jedoch primär auf eine Veränderung in der Alltagskompetenz und in sozialen Verhaltensweisen. Hierzu muss festgestellt werden, dass sich keinerlei Effekte nachweisen lassen. Die Tagesstättenbesucher verändern sich weder in ihrer Selbsteinschätzung noch in Fremdbeurteilungen (Angehörige, Mitarbeiter) in ihren Fähigkeiten zur Bewältigung von Alltagsanforderungen. Dieser Befund wird durch Verhaltensbeobachtungen in vivo durch studentische Mitarbeiterinnen gestützt.

Die Tagesstättenmitarbeiter konstatieren eine signifikante Veränderungen des Verhaltens ihrer Besucher dahingehend, dass deren Beteiligung an Alltagsaktivitäten über die Zeit abnimmt und auch die Offenheit für soziale Kontakte weniger wird. Hierfür sind vermutlich Gewöhnungseffekte verantwortlich. Zum einen lässt die Attraktivität von Alltagsaufgaben in den Tagesstätten (z.B. Frühstück bereiten, Kartoffeln schälen) für viele möglicherweise nach und Verhaltensweisen, die auf sozialer Erwünschtheit beruhen, ebenfalls. Neue soziale Kontakte werden nach einer Eingewöhnungszeit vermutlich nicht angestrebt, da das Bedürfnis nach Kontakten durch den Besuch gestillt wird.

Diese Angaben der Mitarbeiter werden durch die Verhaltensbeobachtungen nicht bestätigt. Die Beobachtungsdaten belegen keinerlei Veränderungen in selbständigen und sozialen Verhaltensweisen der Besucher. Allerdings beschränken sich die Beobachtungen auf das Eintreffen in den Einrichtungen und das Frühstück, die Mitarbeiter beurteilen das Gesamtverhalten der Besucher. Es könnte jedoch auch sein, dass die Aussagen der Mitarbeiter negativ verzerrt sind. Für diese Interpretation spricht einerseits ein weiterer Befund der Mitarbeiterinterviews, da die Mitarbeiter eine Verschlechterung des subjektiven Wohlbefindens der Besucher vermuten, was durch Selbsteinschätzungen der Patienten und durch studentische Beobachter eindeutig widerlegt werden kann. Andererseits sollten die Mitarbeiter Interesse an einer mög-

lichst positiven Darstellung ihrer Einrichtung haben, so dass letztlich eine plausible Erklärung für eine negative Verzerrung fehlt.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass einerseits ein Rehabilitationseffekt in bezug auf einen Aufbau verlorener Kompetenzen oder sozialer Fertigkeiten nicht nachzuweisen ist. Andererseits ergibt sich zumindest aus den Beobachtungsdaten auch kein Abbau dieser Verhaltensweisen, was bereits ein Rehabilitationserfolg sein könnte, wenn die Vergleichsgruppe entsprechende Verluste zeigt. Diese Struktur einer Stabilisierung der Tagesstättenbesucher bei gleichzeitiger Verschlechterung der Probanden der Vergleichsgruppe weist der Verlauf mehrerer Variablen dieser Untersuchung auf und zeigt sich auch bei den agitierten Verhaltensweisen. Bedauerlicherweise war es nicht möglich, die Untersuchungsteilnehmer der Vergleichsgruppe in ähnlichen Situationen wie das Eintreffen in einer Tagesstätte oder Frühstück in einer Gemeinschaft zu beobachten.

### *3. Profitieren die Angehörigen vom Besuch eines Verwandten in einer Tagesstätte? Welche Vor- und Nachteile haben Angebote der Tagesstätte für die Angehörigen?*

Die Ergebnisse der qualitativen Interviews belegen eine signifikante Entlastung der pflegenden Angehörigen. Konflikte zwischen beruflichen Notwendigkeiten und Pflegeaufgaben sowie Probleme durch die Unvereinbarkeit familiärer Anforderungen und Pflegebelastung werden durch den Tagesstättenbesuch reduziert und nehmen bei den Angehörigen der Vergleichsgruppe zu. Darüber hinaus können die Angehörigen der Tagesstättenbesucher vermehrt eigene Bedürfnisse nach sozialen Kontakten verwirklichen. Schließlich fühlen sich die Angehörigen durch eine Reduktion spezifischer Verhaltensdefizite der Patienten entlastet, diese Entlastung wird vermutlich durch die räumliche Trennung verursacht.

Ein Nachweis von positiven Auswirkungen des Besuchs in bezug auf objektive Pflegeaufgaben und subjektives Wohlbefinden konnte indes nicht erbracht werden. Dies liegt zum einen daran, dass aufgrund des Untersuchungsdesigns konkrete Entlastungseffekte (z.B. zeitlich) bereits zum Zeitpunkt der Erstbefragung, die aus unvermeidbaren forschungstechnischen Gründen erst innerhalb der ersten zwei Wochen des Tagesstättenbesuchs erfolgte, wirksam waren. Dadurch wurde der längsschnittliche Interventionseffekt der Tagesstätte vermutlich abgeschwächt. Zum anderen bleiben viele objektive Belastungen auch bei einem Tagesstättenbesuch erhalten. So muss der Patient weiterhin morgens, spätnachmittags und abends sowie an den Wochenenden

versorgt werden. Weiterhin bleibt die mitunter schwere psychische Belastung durch die Pflege, die Angebote der Tagesstätten reichen für eine diesbezüglich wirksame Entlastung offensichtlich nicht aus. Die Verarbeitung z.B. von Persönlichkeitsveränderungen des Patienten, von Verlusten wichtiger Beziehungsaspekte bei Ehepartnern oder von Enttäuschung und Wut in Anbetracht des eigenen Lebensverlaufs bedürfen vielfach psychotherapeutischer Begleitung, die die Tagesstätten z. Z. nicht leisten können.

Die positiven Effekte der Tagesstätten, die die Interviewdaten belegen, werden durch die Ergebnisse der standardisierten Erhebungsinstrumente nur wenig bestätigt. Diese Diskrepanz lässt sich folgendermaßen erklären: Die Belastungsfelder, für die die Effekte der Intervention am stärksten waren, wurden in den Fragebögen entweder gar nicht berücksichtigt oder lediglich durch einzelne Items erfasst, so dass die Überprüfung dieser Interventionseffekte kaum möglich war. Für den Fragebogen zu beruflichen Konflikten, der inhaltlich der auf den Interviewdaten basierenden Skala am nächsten liegt, war der stärkste, tendenziell signifikante Interventionseffekt vorhanden. Befürworter qualitativer Evaluationsstudien argumentieren vielfach, dass die geringe Kenntnis möglicher Interventionseffekte eine a priori Festlegung von relevanten Untersuchungsvariablen unmöglich macht. Dieses Argument wird durch die Befunde der Leitfaden-Interviews der Studie unterstützt, trifft bei den Patienten indes nicht zu. In Anbetracht des großen Aufwands qualitativer Forschung sollten die Vor- und Nachteile von Erhebungsmethoden sorgfältig reflektiert werden. Der multimethodale Ansatz der vorliegenden Untersuchung hat sich sehr bewährt.

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse einen positiven Effekt des Tagesstättenbesuchs auf die pflegenden Angehörigen. Neben signifikanten Befunden der Interviewdaten bestätigen auch deskriptive Ergebnisse auf Fragen nach globalen positiven und negativen Veränderungen durch den Besuch diese positive Beurteilung. So berichten zum ersten Erhebungszeitpunkt 72% der Angehörigen eine zeitliche Entlastung und nach neun Monaten Aufenthalt des Patienten geben 80% der pflegenden Angehörigen positive Auswirkungen auf ihr persönliches Wohlbefinden, 65% auf ihre Freizeit und 53% auf das Patientenverhalten an. Viele Angehörige wünschen sich allerdings weitere Entlastungen, indem insbesondere eine Verlängerung der Öffnungszeiten – auch an Wochenenden – angeregt wird.

### 3.6.2 Grenzen der Studie

Die Realisierung methodischer Standards psychologischer Untersuchungen verursachte einen beträchtlichen Aufwand bei der Durchführung dieser Studie. Dennoch konnten nicht alle wünschenswerten Bedingungen erfüllt werden. Diese Einschränkungen sollen zum Abschluss dieses Berichtes kurz skizziert werden.

*Designprobleme.* Die multimorbiden, sehr alten Patienten und ihre teilweise hoch belasteten Angehörigen benötigten in der Regel eine schnellstmögliche Veränderung ihrer Situation, so dass eine randomisierte Zuordnung der Probanden in Tagesstättenbesucher und Kontrollgruppe aus ethischen Gründen nicht vertretbar war. Wartelisten der Tagesstätten gab es im Untersuchungszeitraum nicht, so dass auch kein „Wartegruppensdesign“ möglich war. Deshalb wurde eine parallelisierte Vergleichsgruppe gewählt. Die Stichprobenbeschreibung (vgl. 2.4.3) belegt, dass sich die Untersuchungsgruppen hinsichtlich Alter, Morbidität und Sozialstatus nicht signifikant unterscheiden. Dennoch ließen sich leichte Differenzen nicht vermeiden. Die Vergleichsgruppe ist zum ersten Messzeitpunkt körperlich etwas morbider, kognitiv jedoch etwas weniger beeinträchtigt. Dies ist einer der Gründe, weshalb der Langzeitbefund (über 15 Monate) zur signifikanten gesundheitlichen Verschlechterung der Vergleichsgruppe im Gegensatz zu den Tagesstättenbesuchern vorsichtig interpretiert werden sollte. Unterschiedliche organische Prozesse bei den Patienten könnten dieses Ergebnis primär verursacht haben. Darüber hinaus gibt es keinerlei Hinweise, dass diese leicht höhere körperliche Belastung der Vergleichsgruppe die Untersuchungsergebnisse verzerren könnte. So hat die Vergleichsgruppe beispielsweise auf allen Wohlbefindensvariablen zum ersten Messzeitpunkt positivere Werte als die Tagesstättenbesucher.

Ein weiteres Designproblem besteht darin, dass der erste Erhebungszeitpunkt nicht vor Beginn des Tagesstättenbesuchs lag, sondern in den ersten zwei Wochen des Aufenthalts stattfand. Die Durchführung eines echten Prätests war geplant, erwies sich jedoch als undurchführbar. Hier hatte die Kooperationsbereitschaft der Einrichtungen ihre Grenzen, vielfach erfuhren wir erst von neuen Besuchern, wenn sie in die Einrichtungen aufgenommen worden waren. Für die Patientendaten erscheint dieses Vorgehen unproblematisch, da angenommen wird, dass die Intervention Tagesstätte eine zeitlang wirken muss, bevor Interventionseffekte erwartbar sind. Die Daten bestätigen diese Hypothese. Bei den Angehörigen werden manche Interventionseffekte vermutlich unterschätzt, da die Entlastung (z.B. zeitlich) unmittelbar vom ersten Besuchstag an einsetzt. Grundlegende Veränderungen z.B. auf das emo-

tionale Wohlbefinden oder die Reduktion pflegebedingter Konflikte sollten jedoch auch bei den Angehörigen nicht unmittelbar erfolgen. Die Daten unterstützen auch diese Vermutung.

*Stichprobengröße.* Ziel der Studie war die Erhebung von insgesamt 80 Längsschnittdatensätzen, dieses Ziel wurde mit 83 Teilnehmern erreicht und war mit großem Aufwand verbunden. Für fast alle der berichteten Analysen ist diese Stichprobengröße sehr gut ausreichend, dennoch wäre ein größerer Stichprobenumfang wünschenswert. Dies gilt zum einen für alle Subgruppenanalysen (z.B. mögliche Unterschiede der einzelnen Einrichtungen), für die der Datensatz zu klein ist. Zum anderen wären zusätzliche Auswertungsstrategien wie z.B. LISREL-Modelle denkbar, für die der vorliegende Datensatz ebenfalls nicht umfangreich genug ist.

Bei den Angehörigendaten wirkt sich der relativ kleine Stichprobenumfang erschwerend für den Nachweis signifikanter Effekte aus. Immerhin die Hälfte der Längsschnittuntersuchungspatienten hat keine pflegenden Angehörigen, so dass sich die Analysen auf jeweils circa 20 Angehörige der Tagesstättenbesucher und der Probanden der Vergleichsgruppe beziehen. Dieses Problem betrifft die Analysen der Fragebogen- und Interviewdaten gleichermaßen. Gleichzeitig muss betont werden, dass ein Längsschnittdatensatz von insgesamt 37 Probanden für eine qualitative Interviewstudie eine große Stichprobe ist.

Die Ausfallrate (vgl. 2.4.2) von insgesamt 44% der Patienten (48% bei den Tagesstättenbesuchern) und 49% bei den pflegenden Angehörigen insgesamt (52% bei den Angehörigen der Tagesstättenbesuchern) erschien uns zunächst sehr hoch. Die Tagesstätteevaluation von Zarit et al. (1998) erlaubt einen Vergleich dieser Daten. In jener Studie, in der lediglich die Angehörigen befragt wurden, betrug die Ausfallrate der Angehörigen von Tagesstättennutzern nach drei Monaten 46% und nach zwölf Monaten 72%. Bei den Angehörigen der Vergleichsgruppe waren es 33% nach drei und 61% nach zwölf Monaten. Dieser Vergleich zeigt, dass die Ausfallrate in beiden Untersuchungen sehr ähnlich ist. Nach zwölf Monaten wäre aufgrund der vorliegenden Daten in dieser Untersuchung ein Ausfall von insgesamt 69% der Angehörigen von Tagesstättenbesuchern und 61% der Angehörigen der Vergleichsgruppe zu erwarten. Mit Ausnahme des Vorliegens einer Demenzdiagnose bei den Patienten konnten keine Prädiktoren des Ausfalls ermittelt werden, die Publikation von Zarit et al. (1998) enthält hierzu keine Angaben. In beiden Studien wurde der Ausfall durch Institutionalisierung, Tod oder Abbruch des Besuchs, z.B. aus finanziellen Gründen, verursacht.

Die Einführung der Pflegeversicherung stellt in dieser Studie beinahe eine intervenierende Variable dar, da sie mitten im Untersuchungszeitraum erfolgte und für die Tagesstätten mit viel Mehrarbeit und Aufregungen verbunden war. Viele Tagesstättenmitarbeiter berichteten, dass die strengen und mitunter fehlerhaften Begutachtungen des medizinischen Dienstes dazu führten, dass sich die Besucherstruktur der Tagesstätten dahingehend veränderten, dass sehr viel morbidere Besucher aufgenommen werden müssten. Diese Vermutung konnte anhand der Daten dieser Untersuchung nicht bestätigt werden.

Die Befunde belegen, dass eine gerontologische Interventionsstudie in dieser Altersgruppe nur mit großem Aufwand durchführbar ist. Die Ergebnisse zeigen allerdings auch, dass eine wissenschaftliche Evaluation machbar und lohnend ist. Die Exploration der Bedingungen des guten Alterns trotz gravierender Beeinträchtigungen und vieler Verluste ist ein wichtiges Forschungsgebiet, dessen Bearbeitung gerade erst begonnen hat (M. Baltes & Cartensen, 1996).

## 4 Literatur

- Adler, C., Gunzelmann, T., Machold, C., Schumacher, J & Wilz, G. (1996). Belastungserleben bei pflegenden Angehörigen von Demenzkranken. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 29, 1-7.
- Aneshensel, C.S., Pearlin, L.I., Mullan, J.T., Zarit, S.H. & Whitlatch, C.J. (1995). *Profiles in caregiving: The unexpected career*. New York: Academic.
- Baltes, M.M. (1995). Verlust der Selbständigkeit im Alter: Theoretische Überlegungen und empirische Befunde. *Psychologische Rundschau*, 46, 159-170.
- Baltes, M.M. (1996). *The many faces of dependency in old age*. New York: Cambridge University Press.
- Baltes, M., Burgess, R., Barton, E. Kindermann, T., Reizenzein, R., Neumann, E.-M. & Zank, S. (1998). Resident-Staff Interaction Coding Scheme. In *Health and Psychosocial Instruments CD-ROM*. Pittsburgh: Behavioral Measurement Database Services.
- Baltes, M.M. & Carstensen, L.L. (1996). Gutes Leben im Alter. Überlegungen zu einem prozessorientierten Metamodell gelingenden, erfolgreichen Alterns. *Psychologische Rundschau*, 47, 199-215.
- Baltes, M.M. & Horgas, A. (1998). Aging and mental health. In *Encyclopedia of Mental Health Vol. 1* (pp. 27-37). San Diego, CA: Academic Press.
- Baltes, M.M., Neumann, E.-M. & Zank (1994). Maintenance and rehabilitation of independence in old age: An intervention program for staff. *Psychology and Aging*, 9 (2), 179-188.
- Baltes, M., Zank, S. & Neumann, E.-M. (1997). Aufrechterhaltung von Selbständigkeit im Alter: Ein Trainingsprogramm für Pflegepersonal. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 18 (3), 269-300.
- Baltes, P.B. & Danish, S. J. (1979). Gerontologische Intervention auf der Grundlage einer Entwicklungspsychologie des Lebenslaufs. Probleme und Konzepte. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 11, 112-140.
- Barer, B.M. & Johnson, C. L. (1990). A critique of the care-giving literature. *The Gerontologist*, 30, 26-29.
- Birk, M-L. (1992). Gerontopsychiatrische Tagesstätten. Möglichkeiten der Vermeidung vollstationärer Versorgung und erneuter Hospitalisierung. Kuratorium Deutsche Altershilfe Köln.
- Böhmg-Krumhaar, S. (1997). Die Entwicklung einer wissensaktivierenden Gedächtnisstrategie im Bereich der Pragmatik des Geistes am Beispiel des Weisheitskriteriums „Wert-Relativismus“. Unveröffentlichte Dissertation. Freie Universität Berlin.
- Bortz, J. & Döring, N. (1995). *Forschungsmethoden und Evaluation*. 2. vollst. überarb. und akt. Aufl. Berlin: Springer.

- Bruder, J. (1990). Alterspsychotherapie und Angehörigenarbeit. In R. D. Hirsch (Hrsg.), *Psychotherapie im Alter*, (S. 73-82). Bern: Huber.
- Bühringer, G. (1990). Multiple Bewertungskriterien innerhalb des Modells „Psychosoziales Anschlussprogramm“. In U. Koch & W.W. Wittmann (Hrsg.), *Evaluationsforschung*, (S. 141-156.). Berlin: Springer.
- Burkert, U. (1996). Wege positiven Alterns: die Möglichkeiten der Kompensation von Defiziten der Lebenszufriedenheit, der sozialen Beziehungen und der Gesundheit durch den Besuch gerontopsychiatrischer oder geriatrischer Tagesstätten. Unveröff. Dipl.Arbeit. Freie Universität Berlin.
- CIPS (1986). *Collegium Internationale Psychiatriae Scalarum: Internationale Skalen für die Psychiatrie*. Weinheim: Beltz.
- Closs, C. & Kempe, P (1986). Eine differenzierende Betrachtung und Validierung des Konstruktes Lebenszufriedenheit: Analyse bewährter Verfahren und Vorschläge für ein methodisch fundiertes Vorgehen bei der Messung der Dimension dieses Konstruktes. *Zeitschrift für Gerontologie*, 19, 47-55.
- Collins, L.M. (1996). Measurement of change in research on aging: Old and new issues from an individual growth perspective. In J.E. Birren & K.W. Schaie (Eds.). *Handbook of the psychology of aging*. 4th ed. (pp. 38-56). San Diego: Academic Press.
- Cook, T.D. & Matt, G.E. (1990). Theorien der Programmevaluation – Ein kurzer Abriss. In U. Koch & W.W. Wittmann (Hrsg.), *Evaluationsforschung*, (S. 15-38). Berlin: Springer.
- Cooper, B., Dilling, H., Kanowski, S. & Remschmidt, H. (1985). Die wissenschaftliche Evaluation psychiatrischer Versorgungssysteme: Prinzipien und Forschungsstrategien. *Nervenarzt*, 56, 348-358.
- Cooper, B. & Sosna, U. (1983). Psychische Erkrankungen in der Altenbevölkerung. *Der Nervenarzt*, 54, 239-249.
- Creed, F., Black, D. & Anthony, P. (1989). Day-Hospital and community treatment for acute psychiatric illness. A critical appraisal. *British Journal of Psychiatry*, 154, 300-310.
- Dilling, H. S., Weyerer, S. & Castell, R. (1984). *Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung: Eine Felduntersuchung zur psychiatrischen Morbidität und zur Inanspruchnahme ärztlicher Institutionen in drei kleinstädtischen ländlichen Gemeinden des Landkreises Traunstein/Oberbayern*. Stuttgart: Enke.
- Dinkel, R. H. (1994). Demographische Alterung: Ein Überblick unter besonderer Berücksichtigung der Mortalitätsentwicklung. In P.B. Baltes & J. Mittelstrass & U.M. Staudinger (Hrsg.), *Alter und Altern: Ein interdisziplinärer Studententext zur Gerontologie*, (S. 62-93). Berlin: de Gruyter.
- Duijnste, M. (1992). Caring for a demented family member at home: objective observation and subjective evaluation of the burdens. In G. M.M. Jones & B.M.L. Miesen (Eds.) *Care-giving in dementia Research and application*. (pp. 395-398). London and New York: Tavistock/Routledge.

- Eikermann, B. (1991). Gemeindenaher Psychiatrie. Tagesklinik und komplementäre Einrichtungen. München: Urban und Schwarzenberg.
- Eikermann, B. & Reker, T. (1993). Die psychiatrische Tagesklinik – Übersicht bisheriger Erfahrungen und eigener Ergebnisse. Fortschritte in der Neurologischen Psychiatrie, 61, 71-76.
- Fitz-Gibbon, C.T. & Morris, L.L. (1987). How to design a program evaluation. Newbury Park: Sage.
- Frank, S. (1997). Alltagsaktivitäten und Demenzsymptome bei Tagesstättenbesuchern: die Sicht von Mitarbeitern und pflegenden Angehörigen im Vergleich. Unveröff. Dipl.Arbeit. Freie Universität Berlin.
- Fuchs, T., Buttner, P. & Kurz, A. (1993). Die Patienten der gerontopsychiatrischen Tagesklinik und ihre Behandlung – ein Erfahrungsbericht. Psychiatrische Praxis, 20, 25-29.
- Gerok, W. & Brandtstädter, J. (1994). Normales, krankhaftes und optimales Altern: Variations- und Modifikationsspielräume. In P.B. Baltes & J. Middlestrass & U. Staudinger (Hrsg.), Alter und Altern: Ein interdisziplinärer Studientext zur Gerontologie, (S. 356-385). Berlin: de Gruyter.
- Görres, S. (1992). Zukünftige Entwicklungsperspektiven in der Rehabilitation und Nachsorge älterer Menschen. Zeitschrift für Gerontologie, 25, 263-270.
- Görres, S. (1996). Gesundheit und Krankheit im Alter. Defizite und Perspektiven in der Versorgungsforschung. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 29, 5, 375-381.
- Gottlieb, B.H. & Johnson, J. (1995). Impact of day care programs on family caregivers of persons with dementia. Guelph, Ont. Gerontology Research Centre, University of Guelph.
- Grawe, K. (1992). Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre. Psychologische Rundschau, 43, 132-162.
- Großjohann, K. (1990). Tagespflege in der Bundesrepublik Deutschland. Schriftenreihe des Bundesministerium für Familie und Senioren Bd. 249. Stuttgart: Kohlhammer.
- Gunzelmann, T. (1991). Problemsituation und Beratung von Angehörigen dementiell erkrankter älterer Menschen: Stand von Forschung und Praxis. Zeitschrift für Gerontopsychologie und-psychiatrie, 4, 41-56.
- Guttman, R. (1991). Adult day care for Alzheimer's patients: Impact on family caregivers. New York: Garland Publishing.
- Hachinski, V.V., Iliff, L.D., Zilkha, E., Du Boulay, G.H., McAllister, V.L., Marshall, J., Ross Russell, R.E. & Symon, L. (1975). Cerebral blood flow in dementia. Archives of Neurology, 32, 632-637.
- Häfner, H. (Hrsg.). (1983). Forschung für die seelische Gesundheit. Eine Bestandsaufnahme der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Forschung und ihre Probleme in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin: Springer.

- Häfner, H. (1986a). Mental health in the elderly: Recommendations for research. In H. Häfner, G. Moschel & N. Sartorius (Eds.), *Mental health in the elderly. A review of the present state of research*, (pp. 261-273). Berlin: Springer.
- Häfner, H. (1986b). *Psychische Gesundheit im Alter*. Stuttgart: Gustav-Fischer-Verlag.
- Häfner, H. (1994). Psychiatrie des höheren Lebensalters. In P.B. Baltes & J. Mittelstrass & U.M. Staudinger (Hrsg.), *Alter und Altern: Ein interdisziplinärer Studientext zur Gerontologie*, (S. 151-179). Berlin: de Gruyter.
- Häfner, H. & an der Heiden, W. (1989). The evaluation of mental health care systems. *British Journal of Psychiatry*, 155, 12-17.
- Häfner, H. & an der Heiden, W. (1991). Evaluating effectiveness and cost of community care for schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin*, 17 (3), 441-451.
- Häfner, H., an der Heiden, W., Buchholz, W., Bardens, R., Klug, J. & Krumm, B. (1986). Organisation, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit komplementärer Versorgung Schizophrener. *Der Nervenarzt*, 57, 214-226.
- Hautzinger, M. (1988). Die CES-D Skala. Ein Depressionsmeßinstrument für Untersuchungen in der Allgemeinbevölkerung. *Diagnostica*, 34, 167-173.
- Helmchen, H., Baltes, M.M., Geiselman, B., Kanowski, S., Linden, M., Reichsies, F., Wagener, M. & Wilms, H.-U. (1996). Psychische Erkrankungen im Alter. In K.U. Mayer & P.B. Baltes, (Hrsg.). *Die Berliner Altersstudie* (S. 185-219). Berlin: Akademie Verlag.
- Henderson, A.S. (1986). Epidemiology of mental illness. In H. Häfner, G. Moschel & N. Sartorius (Eds.), *Mental health in the elderly. A review of the present state of research*, (pp. 29-34). Berlin: Springer.
- Henry, M.E. & Capitman, J.A. (1995). Finding satisfaction in adult day care: Analysis of a national demonstration of dementia care and repite services. *Journal of Applied Gerontology*, 14, 302-320.
- Herman, J.L., Morris, L.L. & Fitz-Gibbon, C.T. (1987). *Evaluator's handbook*. Newbury Park: Sage.
- Joraschky, P. (1992). Der Alterspatient und seine Familie. In E. Lungershausen (Hrsg.), *Demenz. Herausforderung für Forschung, Medizin und Gesellschaft*, (S. 307-315). Berlin: Springer.
- Ihl, R. & Weyer, G. (1993). Alzheimer's Disease Assessment Scale. Manual. *Deutschsprachige Bearbeitung der Alzheimer's Disease Assessment Scale von Richard aMohs et al*. Weinheim: Beltz Test.
- Katschnig, H. (1983). Evaluative und Versorgungsforschung. Forschungen im Bereich der Versorgung psychisch Kranker. In H. Häfner (Hrsg.), *Forschung für die seelische Gesundheit. Eine Bestandsaufnahme der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen For-*

- schung und ihre Probleme in der Bundesrepublik Deutschland, (S. 37-52). Berlin: Springer.
- Klie, T. (1996). Rechtskunde. Das Recht der Pflege alter Menschen. 5. völlig überarbeitete und aktualisierte Auflage. Hannover: Vincentz.
- Knight, B.G., Lutzky, S.M. & Macofsky-Urban, F. (1993). A meta-analytic review of interventions for caregiver distress: Recommendations for future research. *The Gerontologist*, 33, 240-248.
- Koch, U. & Barth, M. (1990). Erfahrungen bei der Anregung und Übernahme von Evaluationsvorhaben – Die Sicht des Evaluationsforschers. In U. Koch & W. W. Wittmann (Hrsg.), *Evaluationsforschung*, (S. 63-76). Berlin: Springer.
- Kremer-Preiß, U. & Zervas, E. (1994). Tagespflege in Europa. Berichte aus zehn europäischen Ländern. Kuratorium Deutsche Altershilfe Köln.
- Kruse, A. (1994). Die psychische und soziale Situation pflegender Frauen – Beiträge aus empirischen Untersuchungen. *Zeitschrift für Gerontologie*, 27, 42-51.
- Kruse, A. (1995). Das geriatrische Team in der ambulanten (mobilen) Rehabilitation: Ergebnisse aus einer Längsschnittstudie zu Effekten der ambulanten Rehabilitation. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 28 (2), 104-112.
- Kühnert, S. & Schnabel, E. (1996). Gegenwärtige Personalsituation und Qualifizierungserfordernisse in der Pflege. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 29 (6), 411-417.
- Kurz, A., Feldmann, R., Müllers-Stein, M. & Romero, B. (1987). Der demenzkranke ältere Mensch in der Familie: Grundzüge der Angehörigenberatung. *Zeitschrift für Gerontologie*, 20, 248-251.
- Lange, E. (1983). Zur Entwicklung und Methodik der Evaluationsforschung in der Bundesrepublik Deutschland. *Zeitschrift für Soziologie*, 3, 253-270.
- Langer, I. & Schulz v. Thun, F. (1974). *Messung komplexer Merkmale in Psychologie und Pädagogik*. München: Ernst Reinhardt.
- Lawton, M.P., Brody, E.M. & Saperstein, A.R. (1989). A controlled study of respite services for caregivers of Alzheimer's patients. *The Gerontologist*, 29, 8-16.
- Lawton, M.P., Moss, M.S., Kleban, M.H., Glicksman, A. & Rovine, M. (1991). A two-factor model of caregiving appraisal and psychological well-being. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 46, P181-P189.
- Lehr, U. (Hrsg.). (1979). *Interventionsgerontologie*. Darmstadt: Steinkopff.
- Lehr, U. (1991). *Psychologie des Alterns* (7. Aufl.). Heidelberg: Quelle & Mayer.

- Linden, M., Gilbert, R., Horgas, A. & Steinhagen-Thiessen, E. (1996). Die Inanspruchnahme medizinischer und pflegerischer Hilfe im hohen Alter. In K.U. Mayer & P.B. Baltes, (Hrsg.). Die Berliner Altersstudie. (S. 473-495). Berlin: Akademie Verlag.
- Lindenberger, U., Gilberg, R., Pötter, U., Little, T.D. & Baltes, P.B. (1996). Stichprobenselektivität und Generalisierbarkeit der Ergebnisse der Berliner Altersstudie. In K.U. Mayer & P.B. Baltes, (Hrsg.). Die Berliner Altersstudie. (S. 85-108). Berlin: Akademie Verlag.
- Mayer, K.U. & Baltes, P.B. (Hrsg.). (1996). Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag.
- Mayring, P. (1993). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Meier-Baumgartner, H.-P. (1997). Geriatrische Rehabilitation unter ökonomischen Gesichtspunkten. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 30 (6), 414-418.
- Meier-Baumgartner, H.-P., Nerenheim-Duscha, I. & Görres, S. (1992). Die Effektivität von Rehabilitation bei älteren Menschen unter besonderer Berücksichtigung psychosozialer Komponenten bei ambulanter, teilstationärer und stationärer Betreuung. Schriftenreihe des Bundesministerium für Familie und Senioren Bd. 12.2. Stuttgart: Kohlhammer.
- Montgomery, R.J.V. & Kosloski, K. (1995). Respite revisited: Reassessing the impact. In P.R. Katz, R.L. Kane & M.D. Mezey (Eds.). Quality care in geriatric settings (pp. 47-67). New York: Springer.
- Morishita, L., Siu, A. L., Wang, R. T., Oken, C., Cadogan, M. P. & Schwartzman, L. (1989). Comprehensive geriatric care in a day hospital: A demonstration of the British model in the United States. The Gerontologist, 29, (3), 336-340.
- Neubauer, G. (1997). Geriatrische Rehabilitation aus ökonomischer Sicht. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 30, (6) 439-442.
- Neumann, N.-U. & Schulte, R.-M. (1989). Montgomery and Asberg Depression Rating Scale. Deutsche Fassung. Erlangen: Perimed Fachbuch Verlagsgesellschaft.
- Niederfranke, A. (Hrsg.). (1993). Fragen geriatrischer Rehabilitation. Schriftenreihe des Bundesministerium für Familie und Senioren Bd. 21. Stuttgart: Kohlhammer.
- Nöldner, W. (1990). Evaluation in der Gesundheitspsychologie. In R. Schwarzer (Hrsg.), Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch, (S. 475-487). Göttingen: Hogrefe.
- Oswald, W.D. & Fleischmann, U.M. (1982). Das Nürnberger Alters-Inventar NAI. Kurzbeschreibung, Testanweisung, Normwerte, Testmaterial. Nürnberg: Universität Erlangen-Nürnberg.
- Patton, M.Q. (1982). Practical evaluation. Beverly Hills: Sage.
- Patton, M.Q. (1990). Qualitative evaluation and research methods. (2nd.ed.). Newbury Park: Sage.

- Pearlin, L.I., Mullan, J.T., Semple, S.J. & Skaff, M.M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30, 583-594.
- Reichert, M. & Wahl, H.-W. (1992). Psychologische Forschung in Alten- und Pflegeheimen in den achtziger Jahren. Teil II: Personal, Heime als „Systeme“, Interventionsforschung. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 5 (2), 87-113.
- Reisberg, B. (1983). The brief cognitive rating scale and global deterioration scale. In T. Crook, S. Ferris & R. Bartus (Eds.). *Assessment in geriatric psychopharmacology*. Marc Powley Ass. Inc. New Canaan/con. 19-35.
- Rogosa, D. (1995). Myths and Methods: „Myths about longitudinal research“ plus supplemental questions. In Gottman, J.M. (Ed.). *The analysis of change*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Schacke, C. (2000). Die Entlastungsfunktion gerontopsychiatrischer Tagesstätten für die pflegenden Angehörigen der Besucher. Berlin: Mensch und Buch Verlag.
- Schacke, C. & Zank, S. (1998). Zum Wohlbefinden pflegender Angehöriger: Die Bedeutung spezifischer Belastungsdimensionen bei der familiären Pflege demenzkranker Patienten. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 31 (5), 355-361.
- Schnabel, E. (1997). Ambulante geriatrische Rehabilitation – Rahmenbedingungen, Modelle, Perspektiven. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 30 (6), 425-429.
- Schneekloth, U. (1996). Entwicklung von Pflegebedürftigkeit im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 29 (1), 11-17.
- Schneekloth, U.; Potthoff, P., Piekara, R. & v. Rosenblatt, B. (1996). Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten. Endbericht. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Bd. 11.2. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schütz, R.-M. (1997). Rehabilitation unter ökonomischen Gesichtspunkten – Grundsätzliche geriatrische Anmerkungen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 30, (6), 401-404.
- Schulz, R., O'Brien, A.T., Bookwala, J. & Fleissner, K. (1995). Psychiatric and physical morbidity effects of Alzheimer's diseases caregiving: Prevalence, correlates and causes. *The Gerontologist*, 35, 771-791.
- Silbereisen, R. K. & Zank, S. (1984). Development of self-related cognition in adolescence. In R. Schwarzer (Ed.), *The self in anxiety, stress and depression* (pp. 49 – 60). Amsterdam: ESP, North Holland.
- Sommer, G. & Fydrich, T. (1988). Soziale Unterstützung – Überblick über diagnostische Verfahren und Entwicklung eines Fragebogens. *Berichte aus dem Fachbereich der Philipps-Universität Marburg/Lahn Nr. 92*.
- Sommer, G. & Fydrich, T. (1991). Entwicklung und Überprüfung eines Fragebogens zur sozialen Unterstützung (F-SOZU). *Diagnostica*, 37, 160-178.

- Stahler, G.J., Tash, W.R. (Eds.). (1982). *Innovative approaches to mental health evaluation*. New York: Academic Press.
- Steinhagen-Thiessen, E. & Borchelt, M. (1996). Morbidität, Medikation und Funktionalität im Alter. In K.U. Mayer & P.B. Baltes, (Hrsg.). *Die Berliner Altersstudie* (S. 151-183). Berlin: Akademie Verlag.
- Stoller, E.P. (1990). Males as helpers: the role of sons, relatives and friends. *The Gerontologist*, 30, 228-235.
- Stosberg, K. & Lösch, H.J. (1997). Qualitätssicherung in der gerontopsychiatrischen Tagesklinik. Ergebnisse einer Begleitstudie. Frankfurt a.M.: Lang.
- Strain, L.A., Chappell, N.L. & Blandford, A.A. (1988). Changes in life satisfaction among participants of adult day care and their informal caregivers. *Journal of Gerontological Social Work*, 11, 115-129.
- Summa, J.- D., Horn, J. & Platt, D. (1989). Geriatrische Tageskliniken und Rehabilitation. *Fortschritte der Medizin*, 31, 650-654.
- Tesch-Römer, C. & Wahl, H.-W. (1998). Rehabilitation in old age. In A.S. Bellack, M. Hersen & B.Edelstein (Eds.), *Comprehensive clinical psychology*, Vol. 7: *Clinical geropsychology* (pp. 525-550).Oxford: Pergamon Press.
- Wagner, G., Motel, A., Spieß, K. & Wagner, M. (1996). Wirtschaftliche Lage und wirtschaftliches Handeln alter Menschen. In K.U. Mayer & P.B. Baltes, (Hrsg.). *Die Berliner Altersstudie* (S. 277-299). Berlin: Akademie Verlag.
- Wahl, H.-W. & Reichert, M. (1991). Psychologische Forschung in Alten- und Pflegeheimen in den achtziger Jahren. Teil I: Forschungszugänge zu den Heimbewohnern. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 4 (4), 233-255.
- Wahl, H.-W. & Tesch-Römer, C. (1998). Interventionsgerontologie im deutschsprachigen Raum: Eine sozial- und verhaltenswissenschaftliche Bestandsaufnahme. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 31, 76-88.
- Wand, E. & Lehr, U. (1986). Ältere Töchter alter Eltern. Zur Situation von Töchtern im 6. und 7. Lebensjahrzehnt. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wilz, G., Gunzelmann, T., Adler, C. & Brähler, E. (1998). Gruppenprogramm für pflegende Angehörige von Demenzkranken. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 11 (2), 97-106.
- Wittmann, W.W. (1983). Evaluative Forschung in der Psychiatrie. In H. Häfner (Hrsg.), *Forschung für die seelische Gesundheit. Eine Bestandsaufnahme der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Forschung und ihre Probleme in der Bundesrepublik Deutschland*, (S. 53-64). Berlin: Springer.
- Wittmann, W.W. (1985). *Evaluationsforschung. Aufgaben, Probleme und Anwendungen*. Berlin: Springer.
- Wottawa, H. & Thierau (1990). *Lehrbuch Evaluation*. Bern: Huber.

- Zank, S. (1995). Geriatrische Rehabilitation und gerontopsychologische Interventionsmöglichkeiten. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 2, 231- 243.
- Zank, S. (1996). Zur Evaluation von Effekten gerontopsychiatrischer und geriatrischer Tagesstätten auf ihre BesucherInnen und deren Angehörigen. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 28 (4), 555-563.
- Zank, S. (1999). Versorgungssituation in der ambulanten Altenhilfe. In A. Zimmer & S. Weyerer (Hrsg.), *Arbeitsbelastungen in der Altenpflege: Perspektiven für Forschung und Praxis* (S. 41–49). Göttingen: Hogrefe.
- Zank, S. & Balthes, M. (1994). Psychologische Interventionsmöglichkeiten in Altenheimen. In A. Kruse & H.-W. Wahl (Hrsg.), *Altern und Wohnen im Heim: Endstation oder Lebensort?* (S. 147-175). Bern: Huber.
- Zank, S. & Balthes, M. (1998). Förderung von Selbständigkeit und Lebenszufriedenheit in stationären Einrichtungen. In A. Kruse (Hrsg.), *Psychosoziale Gerontologie, Band 2: Intervention. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie*. (S. 60-72). Göttingen: Hogrefe.
- Zank, S. & Balthes, M. (1999). Entwicklungsorientierte Intervention im Alter. In: R. Oerter, C. von Hagen & G. Röper (Hrsg.), *Klinische Entwicklungspsychologie* (S. 512–521). Weinheim: PVU.
- Zank, S. & Leipold, B. (2001). The relationship between severity of dementia and subjective well-being. *Aging and Mental Health*, 5 (2), 191–196.
- Zank, S. & Schacke, C. (1998). Belastungen pflegender Angehöriger und ihre Erwartungen an gerontopsychiatrische und geriatrische Tagesstätten. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 11 (2), 85-93.
- Zank, S., Wilms, H.U. & Balthes, M. (1996). Gesundheit und Alter. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Einführung in die Gesundheitspsychologie*. (2. überarb und erw. Aufl.). (S. 245-263). Göttingen: Hogrefe.
- Zarit, S.H. (1990). Interventions with frail elders and their familie: Are they effective and why? In M.A.P. Stephens, J.H. Crowther, S.E. Hobfoll & D.L. Tennenbaum (Eds.). *Stress and coping in late life families* (pp. 241-266). Washington, D.C.: Hemisphere Publishers.
- Zarit, S.H. (1992). Measures in family caregiving research. In B. Bauer (Ed.). *Conceptual and methodological issues in family caregiving research. Proceedings of the invitational conference on family caregiving research: Toronto*.
- Zarit, S.H. (1996). Behavioral disturbances of dementia and caregiver issues. *International Psychogeriatrics*, 8, 263-268
- Zarit, S.H., Orr, N.K. & Zarit, J.M. (1985). *The hidden victims of Alzheimer's disease. Families under stress*. New York: New York University Press.
- Zarit, S.H., Stephens, M.A.P., Townsend, A. & Greene, R. (1998). Stress reduction for family caregivers: Effects of adult day care use. *Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences*, 53B (5), S267-S277.

- Zarit, S.H. & Zarit, J.M. (1983, 1990). The memory and behavior problems checklist and the burden interview. Pennstate University.Gerontology Center: Reprint Series
- Zaudig, M., Mittelhammer, J. & Hiller, W. (1990). SIDAM-Strukturiertes Interview für die Diagnose der Demenz vom Alzheimer Typ, der Multiinfarkt-Demenz und Demenzen anderer Ätiologie nach DSM-III-R und ICD-10. Manual. München: Logomed.
- Zervas, E. (1993). Gerontopsychiatrische Tagespflege. Praxisbeispiele. Kuratorium Deutsche Altershilfe Köln.

## 5 Implikationen der Forschungsbefunde

### 5.1 Wissenschaftlicher Erkenntnisgewinn

Das Defizit fundierter Verlaufs- und Versorgungsforschung in der Psychiatrie und Psychologie der Bundesrepublik wird von vielen Wissenschaftlern kritisiert (vgl. 1.4). Die ermittelten Befunde tragen dazu bei, dieses Forschungsdefizit zu reduzieren. Durch diese Untersuchung wurde der Nachweis erbracht, dass ungeachtet vielfältiger Schwierigkeiten ein anspruchsvolles Vergleichsgruppen-Längsschnitt-Design bei sehr alten, multimorbiden Patienten realisierbar ist. Darüber hinaus wurde bewiesen, dass die von der Intervention betroffenen Patienten direkt befragt werden können, was bisher – auch international – als nahezu undurchführbar galt und deshalb sehr selten versucht wurde. Diese Fakten bedeuten insgesamt einen wissenschaftlichen Fortschritt für die Evaluationsforschung.

Darüber hinaus konnte der große Nutzen multimethodaler Herangehensweisen in dieser Studie erneut belegt werden. Ungeachtet sorgfältiger Planung und Auswahl der standardisierten Erhebungsinstrumente wären wichtige Erkenntnisse ohne die qualitativen Leitfaden-Interviews mit den Angehörigen nicht möglich gewesen. Vor einer schnellen Entscheidung zugunsten qualitativer Verfahren in zukünftigen Forschungsarbeiten muss indes gewarnt werden. Die Erhebungen und insbesondere die fachgerechte Auswertung der Daten sind ausgesprochen aufwendig. Diese beträchtliche Herausforderung wird häufig unterschätzt.

Der Hinweis auf den Aufwand der Untersuchung gilt allerdings nicht nur für die qualitativen Erhebungen. Das Ziel von 80 Längsschnittdatensätzen war nur erreichbar, indem mit 148 Probanden die Untersuchung begonnen wurde. Die Notwendigkeit der Erhebungen vor Ort war zeitkonsumierend, anstrengend und forderte von den Mitarbeitern logistische Qualitäten. Hinzu kam eine erhebliche psychische Belastung durch die Erhebungen mit den beeinträchtigten Patienten und durch die teilweise sehr berührenden Schilderungen der Angehörigen. Im Rahmen dieser Studie haben die Autorinnen versucht, die notwendige psychische Supervision anzubieten. Da diese sehr schnell mit den Aufgaben einer Forschungssupervision konfligiert, wären Mittel für eine externe Supervision bei zukünftigen Studien wünschenswert.

Die ermittelten Befunde sind für die Gerontologie sehr relevant. Erstmals wurden ambulante Institutionen, die Befunde der gerontologischen

Grundlagen- und angewandten Forschung explizit in die Praxis umzusetzen versuchten, umfassend evaluiert. Bei der Herleitung der Fragestellung dieser Untersuchung (vgl. 1.5) wurde in Anlehnung an die Metaevaluation von Grawe (1992) zur Psychotherapieforschung argumentiert, dass zunächst ein genereller Nachweis eines Effektes der Tagesstätten erbracht werden müsste, bevor einzelne Elemente auf ihre spezifischen Auswirkungen untersucht werden sollten. Eine präzise Ermittlung diesbezüglich wirksamer Prozesse wäre sowohl für ambulante als auch stationäre Angebote der Geriatrie, Gerontopsychiatrie und allgemeinen Gerontologie sehr wichtig. Hier ergeben sich spannende neue Aufgaben für die gerontologische Grundlagen- und angewandte Forschung, deren enge Verbindung sich bereits in der Geschichte der gerontologischer Forschung zeigt (P. Baltes & Danish, 1979). Für die wissenschaftliche Disziplin Psychologie ist diese Untersuchung aus der klinischen Gerontopsychologie ein weiterer Beleg für die Fruchtbarkeit der Verbindung von Perspektiven der Teilgebiete Entwicklungspsychologie und Klinische Psychologie (Zank & M. Baltes, 1999).

## **5.2 Erkenntnisgewinn für die Praxis**

Bei der Konzeptualisierung gerontopsychiatrischer und geriatrischer Tagesstätten wurde versucht, praktische Erfahrungen mit Erkenntnissen der Gerontologie zu verknüpfen, um den Patienten optimale rehabilitative Betreuung bieten zu können und die Angehörigen wirksam zu entlasten. Einen wissenschaftlich fundierten Nachweis positiver Effekte des Besuchs dieser Einrichtungen auf die Zielgruppen gab es in der Bundesrepublik bisher nicht und auch in anderen Ländern nur mit Einschränkung (vgl. 1.4). Insofern sind die eindeutig positiven Befunde dieser Evaluationsstudie von großer Bedeutung für die politischen Entscheidungsträger im Gesundheits- und Sozialwesen sowie für die Anbieter von Tagespflegestätten. Hier werden Verbesserungen in der ambulanten Versorgung realisiert, die in der Alten- und Krankenpflege lange Zeit vergeblich gefordert wurden. Die rehabilitativen Erfolge sind auf verschiedenen Dimensionen beeindruckend nachweisbar, wobei Erfolg in der Gerontologie auch die Verlangsamung von Abbauprozessen oder die Stabilisierung des subjektiven Wohlbefindens bedeuten kann.

Bei der realistischen Zielsetzung von erreichbaren Erfolgen sollten die Befunde der Studie hilfreich sein. Die von den Institutionen formulierten Ziele wie Verhinderung von Heimunterbringungen oder Vermeidung von Klinikaufhalten lassen sich bei dieser multimorbiden Personengrup-

pe sicher nur sehr begrenzt realisieren und auch die Wiederherstellung von Einbußen in der Alltagskompetenz ist vielfach nicht möglich, zumindest zeigen dies die vorliegenden Daten. Die Stärke der Einrichtungen liegt eindeutig in der Erhöhung der Lebensqualität der vielfach dementiell erkrankten Patienten und dies sollte auch das oberste Ziel sein, womit nicht für die generelle Abschaffung von Trainingsversuchen plädiert wird. Wünschenswert wären verstärkte Anstrengungen der Mitarbeiter zur Erarbeitung individueller Zielsetzungen der Besucher. Entgegen den ursprünglichen Angaben der untersuchten Tagesstätten gewannen wir häufig den Eindruck, dass entsprechende Überlegungen erst einsetzten, wenn in den Mitarbeiterinterviews danach gefragt wurde. Dies wurde auch mitunter selbstkritisch eingeräumt.

Verbesserungsmöglichkeiten gibt es ebenfalls bei der Angehörigenarbeit. Die angekündigten Angehörigengruppen fanden sehr häufig nicht statt. Als Begründung wurde von den Tagesstätten mangelnde Nachfrage angegeben. Ohne diese Aussage in Frage ziehen zu wollen, möchten wir auf erfolgreiche Angebote verweisen (Wilz, Gunzelmann, Adler & Brähler, 1998) und eine Überarbeitung der Konzepte empfehlen. Zumindest die Daten aus den qualitativen Leitfaden-Interviews zeigen erheblichen Leidensdruck der Angehörigen und entsprechenden Interventionsbedarf (vgl. 3.4.1). Wünschenswert wäre auch eine Verlängerung der Öffnungszeiten. Berufstätige pflegende Angehörige benötigen mehr Zeit am Nachmittag und in den frühen Abendstunden, zumindest einmal die Woche. Weiterhin wären Wochenendangebote für die Patienten erforderlich, damit insbesondere die berufstätigen pflegenden Angehörigen wenigstens kurzzeitig eigenen Interessen nachgehen könnten.

Verbesserte Informationspolitik über Tagesstätten und die Finanzierung des Aufenthalts würde vielen potentiellen Nutzern die Entscheidung vermutlich erleichtern. Zumindest zeigte sich in dieser Untersuchung, dass Angehörige der Vergleichsgruppe vielfach negative Erwartungen an Tagespflege hegten und deshalb diese Einrichtungen nicht in Anspruch nehmen wollten (Zank & Schacke, 1998).

Abschließend sei noch einmal betont, dass die Ergebnisse insgesamt sehr positiv ausfallen und eine dauerhafte finanzielle Sicherung dieser Einrichtungen auch zu Zeiten knapper gesamtgesellschaftlicher Ressourcen mit entsprechenden Verteilungskonflikten unbedingt erforderlich ist.