

UNIVERSITÄT SIEGEN



gefördert vom

Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Lehrstuhl für Klinische Psychologie

**Projekt Längsschnittstudie zur Belastung pflegender
Angehöriger von demenziell Erkrankten (LEANDER)**

ABSCHLUSSBERICHT PHASE 2:

Längsschnittergebnisse der LEANDER Studie

Susanne Zank & Claudia Schacke

Die Studie wurde an der Freien Universität Berlin im Fachbereich für
Erziehungswissenschaft und Psychologie durchgeführt.

Neue Projektadresse: Universität Siegen. Fachbereich für Erziehungswissenschaft
und Psychologie. Lehrstuhl für Klinische Psychologie, Adolf-Reichwein-Str. 2,
57068 Siegen, Tel.: (0271) 740-4490, Fax: (0271) 740-4555, Email:
zank@psychologie.uni-siegen.de

Inhalt

1. Einleitung.....	11
1.1 Theoretischer und empirischer Hintergrund der Studie.....	11
1.2 Beschreibung des Berliner Inventars zur Angehörigenbelastung von Demenzpatienten (BIZA-D).....	16
1.2.1 Objektive Betreuungsaufgaben.....	16
1.2.2 Subjektive Belastung durch Verhaltensänderungen.....	17
1.2.3 Subjektiv wahrgenommene Bedürfniskonflikte.....	18
1.2.4 Rollenkonflikte.....	18
1.2.5 Weitere Skalen.....	18
1.2.5.1 Persönliche Weiterentwicklung.....	18
1.2.5.2 Moderatoren.....	19
1.2.5.3 Konsequenzindikatoren (Outcome-Maße).....	19
1.3 Vorgehen.....	19
1.4 Zusammenfassung.....	20
2. Die LEANDER Studie: Beschreibung der Untersuchungstichproben und Analysen der Ausfallraten.....	21
2.1 Stichprobenbeschreibungen.....	21
2.2 Analysen zur Ausfallrate.....	27
2.3 Zusammenfassung.....	32
3. Belastungsausprägungen zum ersten Messzeitpunkt.....	34
3.1 Belastungsausprägungen in der Gesamtstichprobe.....	34
3.2 Belastungsausprägung nach Geschlecht der pflegenden Angehörigen.....	37
3.3 Belastungsausprägung nach Verwandtschaftsgrad.....	39
3.4 Belastungsausprägung nach Bildungsniveau.....	42
3.5 Belastungsausprägung nach Demenzgrad.....	44
3.6 Belastungsausprägung nach Pflegedauer.....	46
3.7 Belastungsausprägung nach Wohnsituation.....	48
3.8 Belastungsausprägung nach Wohnort.....	51
3.9 Zusammenfassung.....	53

4. Ergebnisse über fünf Messzeitpunkte.....	54
4.1 Die Längsschnittprobe über fünf Messzeitpunkte.....	54
4.2 Belastung im Zeitverlauf.....	58
4.2.1 Objektive Belastungsaufgaben.....	58
4.2.1.1 Hilfebedarf.....	59
4.2.1.2 Hilfeleistungen der Angehörigen.....	64
4.2.2 Subjektive Belastung durch krankheitsbedingte Verhaltensänderungen.....	67
4.2.3 Subjektive Belastung durch Bedürfniskonflikte.....	71
4.2.4 Belastung durch Rollenkonflikte.....	74
4.2.4.1 Belastung durch Konflikte zwischen Beruf und Pflege.....	74
4.2.4.2 Belastung durch Konflikte zwischen Familie und Pflege.....	74
4.3 Zusammenfassung.....	76
5. Vorhersage von Konsequenzen des Pflegeprozesses.....	77
5.1 Ausprägungen von Depressivität, Aggression und Gesundheitsstatus	77
5.2 Vorhersage von Depressivität.....	79
5.3 Vorhersage von Aggressivität gegenüber dem Demenzpatienten.....	81
5.4 Vorhersage des Gesundheitsstatus der pflegenden Angehörigen.....	83
5.5 Zusammenfassung.....	86
6. Die Bedeutung zentraler Kontextmerkmale für den Belastungsverlauf.....	87
6.1 Die Bedeutung der Pflegebedürftigkeit des Demenzkranken.....	91
6.2 Die Bedeutung des Geschlechts des Pflegenden.....	94
6.3 Die Bedeutung der verwandtschaftlichen Beziehung	96
6.4 Die Bedeutung der Wohnsituation.....	98
6.5 Die Bedeutung des Bildungsgrades.....	100
6.6 Die Bedeutung der Regionalität.....	102
6.7 Zusammenfassung der Ergebnisse.....	102
7. Die Nutzung von Unterstützungsangeboten.....	105
7.1 Die Nutzungshäufigkeit von Unterstützungsangeboten.....	105
7.2 Nutzerprofile: Wer nutzt was?.....	107
7.3 Zusammenfassung.....	113

8. Was nützt? Die Evaluation verschiedener Unterstützungsangebote.....	114
8.1 Gerontopsychiatrische Tagespflege.....	114
8.1.1 Durchführung der Untersuchung.....	114
8.1.1.1 Aufnahmekriterien, Stichprobengewinnung, Datenerhebung.....	115
8.1.2 Stichprobe.....	116
8.1.3 Überlegungen zur Modifizierbarkeit der Belastung durch die Intervention...	118
8.1.4 Ergebnisse: Gruppenunterschiede im Prä- Post Vergleich.....	120
8.2 Sozialstationen.....	124
8.2.1 Stichprobe.....	125
8.2.2 Überlegungen zur Modifizierbarkeit der Belastung durch die Intervention...	126
8.2.3 Ergebnisse: Gruppenunterschiede im Zeitverlauf.....	128
8.3 Angehörigengruppen.....	131
8.3.1 Stichprobe.....	132
8.3.2 Überlegungen zur Modifizierbarkeit der Belastung durch die Intervention...	133
8.3.3 Ergebnisse: Entlastungsfunktion von Angehörigengruppen.....	135
8.4 Zusammenfassung.....	137
9. Diskussion.....	138
9.1 Zur Repräsentativität von LEANDER.....	138
9.2 Das Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung-Demenz (BIZA-D).....	139
9.3 Zentrale Ergebnisse von LEANDER.....	140
9.3.1 Das Ausmaß der Belastung in der Gesamtstichprobe.....	140
9.3.2 Das Ausmaß der Belastung von Subgruppen pflegender Angehöriger.....	141
9.3.3 Die Vorhersage unterschiedlicher Belastungsverläufe über die Zeit.....	142
9.3.4 Vorhersagen von Konsequenzen des Pflegeprozesses.....	144
9.3.5 Schlussfolgerungen aus den zentralen Ergebnissen.....	145
9.4 Zur Nutzung von Entlastungsangeboten und ihrer Effektivität	146
9.4.1 Die Nutzer von Entlastungsangeboten.....	146
9.4.2 Die Evaluation der Effektivität der Entlastungsangebote.....	147
9.5 Ausblick.....	149
Literatur.....	151
Anhang	

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Soziodemographische und pflegebezogene Merkmale der fünf Angehörigenstichproben zu MZP 1	23
Tabelle 2:	Soziodemographische und pflegebezogene Merkmale der fünf Patientenstichproben zu MZP 1	26
Tabelle 3:	Stichprobenentwicklung im Zeitverlauf: Ausfallrate.....	28
Tabelle 4:	Logistische Regressionsanalyse zur Vorhersage des Studienabbruchs.....	29
Tabelle 5:	Logistische Regressionsanalyse zur Vorhersage des Todes des Pflegebedürftigen.....	30
Tabelle 6:	Logistische Regressionsanalyse zur Vorhersage des Studienabbruchs wegen zu hoher Belastung.....	31
Tabelle 7:	Logistische Regressionsanalyse zur Vorhersage des Studienabbruchs durch unklare Ursache.....	32
Tabelle 8:	Mittelwerte und Standardabweichungen je Belastungsdimension zum ersten Messzeitpunkt	35
Tabelle 9:	Mittelwerte der Belastung und Signifikanzprüfung nach Geschlecht der pflegenden Angehörigen zu MZP 1.....	38
Tabelle 10:	Mittelwerte der Belastung und Signifikanzprüfung nach Verwandtschaftsgrad zu MZP 1.....	40
Tabelle 11:	Mittelwerte der Belastung und Signifikanzprüfung nach Bildungsniveau zu MZP 1.....	43
Tabelle 12:	Mittelwerte der Belastung und Signifikanzprüfung nach Demenzgrad zu MZP 1.....	45
Tabelle 13:	Mittelwerte der Belastung und Signifikanzprüfung nach Pflegedauer zu MZP 1.....	47
Tabelle 14:	Mittelwerte der Belastung und Signifikanzprüfung nach Wohnsituation zu MZP 1.....	49
Tabelle 15:	Mittelwerte der Belastung und Signifikanzprüfung nach Wohnort Stadt-Land zu MZP 1.....	52
Tabelle 16:	Soziodemographische und pflegebezogene Merkmale der Angehörigen der Längsschnittstichprobe über fünf Messzeitpunkte.....	55
Tabelle 17:	Soziodemographische und pflegebezogene Merkmale der Demenzpatienten der Längsschnittstichprobe über fünf Messzeitpunkte.....	56

Tabelle 18:	Multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung zum Hilfebedarf über den Gesamtlängsschnitt.....	60
Tabelle 19:	Varianzanalyse mit Messwiederholung von Messzeitpunkt 2-5 zum objektiven Hilfebedarf bei stationär und ambulant betreuten Demenzpatienten.....	60
Tabelle 20:	Belastung nach Wohnsituation im Längsschnitt.....	62
Tabelle 21:	Multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung zur Hilfeleistung über den Gesamtlängsschnitt.....	64
Tabelle 22:	Varianzanalyse mit Messwiederholung von Messzeitpunkt 2-5 zur objektiven Hilfeleistung bei stationär und ambulant betreuten Demenzpatienten.....	65
Tabelle 23:	Multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung zur subjektiven Belastung durch Verhaltensänderungen über den Gesamtlängsschnitt.....	67
Tabelle 24:	Varianzanalyse mit Messwiederholung von fünf Messzeitpunkten zur subjektiven Belastung durch Verhaltensänderungen bei stationär und ambulant betreuten Demenzpatienten.....	69
Tabelle 25:	Multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung zu subjektiv wahrgenommenen Bedürfniskonflikten über den Gesamtlängsschnitt.....	71
Tabelle 26:	Varianzanalyse mit Messwiederholung von fünf Messzeitpunkten zu subjektiv wahrgenommenen Bedürfniskonflikten bei stationär und ambulant betreuten Demenzpatienten.....	72
Tabelle 27:	Multivariate Varianzanalysen mit Messwiederholung zu Rollenkonflikten über den Gesamtlängsschnitt.....	74
Tabelle 28:	Varianzanalyse mit Messwiederholung über fünf Messzeitpunkte zu Konflikten zwischen beruflichen Anforderungen und der Pflege bei stationär und ambulant betreuten Demenzpatienten.....	74
Tabelle 29:	Mittelwerte und Standardabweichungen von Depressivität, Aggression und Krankheitsbelastung.....	78
Tabelle 30:	Regressionsanalyse zur langfristigen Vorhersage von Depressivität.....	79
Tabelle 31:	Regressionsanalyse zur kurzfristigen Vorhersage von Depressivität.....	80
Tabelle 32:	Regressionsanalyse zur langfristigen Vorhersage von Aggressivität gegenüber dem Demenzpatienten.....	82
Tabelle 33:	Regressionsanalyse zur kurzfristigen Vorhersage von Aggressivität gegenüber dem Demenzpatienten.....	83

Tabelle 34:	Regressionsanalyse zur langfristigen Vorhersage des Gesundheitsstatus des pflegenden Angehörigen.....	84
Tabelle 35:	Regressionsanalyse zur kurzfristigen Vorhersage des Gesundheitsstatus des pflegenden Angehörigen.....	85
Tabelle 36:	Deskriptive Statistik der Steigungskoeffizienten über 4 bzw. 3 Messzeitpunkte.....	89
Tabelle 37:	Steigungskoeffizienten der objektiven Betreuungsaufgaben nach Pflegestufe: Ergebnisse der Kovarianzanalyse mit Pflegebedürftigkeit als Kovariate.....	92
Tabelle 38:	Steigungskoeffizienten der subjektiven Belastung durch Verhaltensänderungen nach Pflegestufe: Ergebnisse der Kovarianzanalyse mit Pflegebedürftigkeit als Kovariate.....	93
Tabelle 39:	Steigungskoeffizienten der subjektiven Belastung durch Bedürfniskonflikte und persönlicher Weiterentwicklung nach Pflegestufe: Ergebnisse der Kovarianzanalyse mit Pflegebedürftigkeit als Kovariate.....	93
Tabelle 40:	Steigungskoeffizienten der objektiven Betreuungsaufgaben nach Geschlecht des Pflegenden: Ergebnisse der Kovarianzanalyse mit Pflegebedürftigkeit als Kovariate.....	94
Tabelle 41:	Steigungskoeffizienten der subjektiven Belastung durch Verhaltensänderungen nach Geschlecht des Pflegenden: Ergebnisse der Kovarianzanalyse mit Pflegebedürftigkeit als Kovariate.....	95
Tabelle 42:	Steigungskoeffizienten der subjektiven Belastung durch Bedürfniskonflikte und persönlicher Weiterentwicklung nach Geschlecht des Pflegenden: Ergebnisse der Kovarianzanalyse mit Pflegebedürftigkeit als Kovariate.....	95
Tabelle 43:	Steigungskoeffizienten der objektiven Betreuungsaufgaben nach Verwandtschaftsgrad: Ergebnisse der Kovarianzanalyse mit Pflegebedürftigkeit als Kovariate.....	96
Tabelle 44:	Steigungskoeffizienten der subjektiven Belastung durch Verhaltensänderungen nach Verwandtschaftsgrad: Ergebnisse der Kovarianzanalyse mit Pflegebedürftigkeit als Kovariate.....	97
Tabelle 45:	Steigungskoeffizienten der subjektiven Belastung durch Bedürfniskonflikte und persönlicher Weiterentwicklung nach Verwandtschaftsgrad: Ergebnisse der Kovarianzanalyse mit Pflegebedürftigkeit als Kovariate.....	98
Tabelle 46:	Steigungskoeffizienten der objektiven Betreuungsaufgaben nach Wohnsituation: Ergebnisse der Kovarianzanalyse mit Pflegebedürftigkeit als Kovariate.....	99

Tabelle 47:	Steigungskoeffizienten der subjektiven Belastung durch Verhaltensänderungen nach Wohnsituation: Ergebnisse der Kovarianzanalyse mit Pflegebedürftigkeit als Kovariate.....	99
Tabelle 48:	Steigungskoeffizienten der subjektiven Belastung durch Bedürfniskonflikte und persönlicher Weiterentwicklung nach Wohnsituation: Ergebnisse der Kovarianzanalyse mit Pflegebedürftigkeit als Kovariate.....	100
Tabelle 49:	Steigungskoeffizienten der objektiven Betreuungsaufgaben nach Bildungsgrad: Ergebnisse der Kovarianzanalyse mit Pflegebedürftigkeit als Kovariate.....	100
Tabelle 50:	Steigungskoeffizienten der subjektiven Belastung durch Verhaltensänderungen nach Bildungsgrad: Ergebnisse der Kovarianzanalyse mit Pflegebedürftigkeit als Kovariate.....	101
Tabelle 51:	Steigungskoeffizienten der subjektiven Belastung durch Bedürfniskonflikte und persönlicher Weiterentwicklung nach Bildungsgrad: Ergebnisse der Kovarianzanalyse mit Pflegebedürftigkeit als Kovariate.....	102
Tabelle 52:	Nutzungshäufigkeit von Unterstützungsangeboten zu den jeweiligen Messzeitpunkten (ohne Heim).....	106
Tabelle 53:	Nutzungshäufigkeit von Unterstützungsangeboten im Längsschnitt (ohne Heim).....	107
Tabelle 54:	Nutzungsintensität von Sozialstationen und Tagespflege im Längsschnitt.....	107
Tabelle 55:	Merkmale der Pflegenden je nach Nutzung von Tagespflege.....	108
Tabelle 56:	Merkmale der Pflegenden je nach Nutzung von Sozialstationen.....	110
Tabelle 57:	Merkmale der Pflegenden je nach Nutzung von Angehörigengruppen.....	112
Tabelle 58:	Soziodemographische und pflegebezogene Merkmale der Untersuchungsgruppen im Rahmen der Evaluation von Tagespflege.....	117
Tabelle 59:	Übersicht über die Hypothesen bezüglich der Interventionseffekte von Tagespflege	119
Tabelle 60:	Im Zeitverlauf signifikant unterschiedliche Belastungsmittelwerte von Interventionsgruppe und Vergleichsgruppe	120
Tabelle 61:	Multivariate Kovarianzanalyse zur Überprüfung von Interventionseffekten durch Tagespflege für objektive Betreuungsaufgaben.....	121
Tabelle 62:	Multivariate Kovarianzanalyse zur Überprüfung von Effekten durch Tagespflege für die Belastung durch Verhaltensänderungen.....	122

Tabelle 63:	Multivariate Kovarianzanalyse zur Überprüfung von Interventionseffekten durch Tagespflege für Indikatoren wahrgenommener Bedürfniskonflikte...	123
Tabelle 64:	Soziodemographische und pflegebezogene Merkmale der Untersuchungsgruppen im Rahmen der Evaluation von Sozialstationen.....	125
Tabelle 65:	Übersicht über die Hypothesen bezüglich der Interventionseffekte ambulanter Pflegedienste.....	127
Tabelle 66:	Belastungsmittelwerte nach Nutzung und Messzeitpunkt für die Intervention Sozialstationen.....	128
Tabelle 67:	Multivariate Varianzanalyse zur Überprüfung von Interventionseffekten für objektive Betreuungsaufgaben.....	129
Tabelle 68:	Multivariate Varianzanalyse zur Überprüfung von Interventionseffekten durch Sozialstationen für Indikatoren subjektiver Belastung durch Verhaltensänderungen.....	130
Tabelle 69:	Multivariate Varianzanalyse zur Überprüfung von Interventionseffekten durch Sozialstationen für Indikatoren subjektiv wahrgenommener Bedürfniskonflikte.....	131
Tabelle 70:	Soziodemographische und pflegebezogene Merkmale der Untersuchungsgruppen im Rahmen der Evaluation von Angehörigengruppen.....	132
Tabelle 71:	Übersicht über die Hypothesen bezüglich der Interventionseffekte von Angehörigengruppen	133
Tabelle 72:	Belastungsmittelwerte nach Nutzung und Messzeitpunkt für die Intervention Angehörigengruppen.....	134
Tabelle 73:	Multivariate Varianzanalyse zur Überprüfung von Interventionseffekten für objektive Betreuungsaufgaben.....	135
Tabelle 74:	Multivariate Varianzanalyse zur Überprüfung von Interventionseffekten für Indikatoren subjektiver Belastung durch Verhaltensänderungen.....	136
Tabelle 75:	Multivariate Varianzanalyse zur Überprüfung von Interventionseffekten für Indikatoren subjektiv wahrgenommener Bedürfniskonflikte.....	136

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Modifiziertes Modell zur pflegebedingten Belastung.....	14
Abbildung 2:	Hilfebedarf der Pflegebedürftigen im Zeitverlauf über den Gesamtlängsschnitt.....	59
Abbildung 3:	Hilfebedarf bei stationär und ambulant betreuten Demenzpatienten von Messzeitpunkt 2-5: Basale Betreuungsaufgaben.....	61
Abbildung 4:	Hilfeleistung der Angehörigen im Zeitverlauf über den Gesamtlängsschnitt.....	64
Abbildung 5:	Hilfeleistung über Messzeitpunkte 2-5 bei stationär und ambulant betreuten Demenzpatienten.....	66
Abbildung 6:	Subjektive Belastung durch Verhaltensänderung im Zeitverlauf über den Gesamtlängsschnitt.....	68
Abbildung 7:	Subjektive Belastung durch Verhaltensänderungen über fünf Messzeitpunkte bei stationär und ambulant betreuten Demenzpatienten.....	70
Abbildung 8:	Subjektiv wahrgenommene Bedürfniskonflikte im Zeitverlauf über den Gesamtlängsschnitt.....	71
Abbildung 9:	Subjektiv wahrgenommene Bedürfniskonflikte bei stationär und ambulant betreuten Demenzpatienten im Zeitverlauf: Persönliche Einschränkungen und negative Bewertung der eigenen Pflegeleistung.....	73
Abbildung 10:	Rollenkonflikte im Längsschnitt über die Gesamtstichprobe: Konflikte zwischen beruflichen Anforderungen und der Pflege; Konflikte zwischen familiären Erfordernissen und der Pflege	75
Abbildung 11:	Rollenkonflikte im Längsschnitt: Konflikte zwischen beruflichen Anforderungen und der Pflege, stationär und ambulant.....	75
Abbildung 12:	Steigungskoeffizienten der verschiedenen Belastungsdimensionen über 4 Messzeitpunkte.....	88
Abbildung 13:	Interaktionseffekt zwischen Gruppe und Messzeitpunkt auf die abhängige Variable Aggressivität und Widerstand.....	122
Abbildung 14:	Interaktionseffekt zwischen Gruppe und Messzeitpunkt auf die abhängige Variable persönliche Einschränkungen.....	124
Abbildung 15:	Interaktionseffekt zwischen Gruppe und Messzeitpunkt auf die abhängige Variable basale Betreuungsaufgaben.....	130

1. Einleitung

Der folgende Bericht gibt Auskunft über die Ergebnisse der Längsschnittstudie zur Belastung pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten (LEANDER). Zunächst werden im ersten Kapitel kurz der theoretische und empirische Hintergrund dieser Studie dargestellt und das in Phase 1 des Projekts entwickelte Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung von Demenzpatienten (BIZA-D) vorgestellt (hierzu ausführlich der Abschlussbericht Phase 1, Zank & Schacke, 2004). Im zweiten Kapitel werden die quer- und längsschnittlichen Untersuchungsstichproben beschrieben und Analysen zur Vorhersage des Studienabbruchs berichtet. Das dritte Kapitel informiert über Ergebnisse aus der umfangreichen Querschnittstichprobe von 888 Probanden zum ersten Messzeitpunkt. Hier werden die Pflegenden nach soziodemographischen und pflegebezogenen Merkmalen gruppiert (Geschlecht, Verwandtschaftsgrad, Bildungsniveau, Demenzgrad, Pflegedauer, Wohnsituation, Wohnort) und Unterschiede in der Pflegebelastung dieser Gruppen identifiziert. Im vierten Kapitel werden Ergebnisse zum Verlauf der pflegebedingten Belastung der kompletten Längsschnittstichprobe von 226 Probanden über 36 Monate und fünf Erhebungszeitpunkte präsentiert. Das fünfte Kapitel handelt von kurz- und langfristigen Vorhersagen möglicher Konsequenzen des Pflegeprozesses in Bezug auf Depressivität, körperliche Erkrankungen sowie Aggressionen gegenüber dem Pflegebedürftigen. Im sechsten Kapitel werden Analysen des Belastungsverlaufs vorgelegt, die insbesondere die Vorhersage unterschiedlicher Belastungsverläufe thematisieren. Das siebente Kapitel berichtet ausführlich über die Nutzung von Entlastungsangeboten durch die pflegenden Angehörigen. Eine Evaluation der Effektivität verschiedener Angebote schließt sich an. Im letzten Kapitel werden die Ergebnisse der LEANDER Studie zusammenfassend diskutiert.

1.1 Theoretischer und empirischer Hintergrund der Studie

Die demographische Entwicklung belegt eine deutliche Zunahme der Lebenserwartung und dieser Prozess hält weiterhin an. Dabei ist insbesondere ein erheblicher Zuwachs an hochaltrigen Personen zu verzeichnen. Im Jahre 2000 betrug der Anteil von über 80-Jährigen an der Bevölkerung 3.6%, für das Jahr 2020 wird ein Anteil von 6.3% und für das Jahr 2050 von 11.0% prognostiziert (Vierter Altenbericht, 2002). Diese erfreuliche Veränderung der Lebenserwartung wird durch den Umstand getrübt, dass das hohe Alter vielfach mit

Pflegebedürftigkeit verbunden ist. Bei den 80- bis 84-Jährigen sind davon 38% Prozent betroffen, bei den über 90-jährigen Frauen bereits 65% (Männer 42%). Pflegebedürftigkeit wird durch eine Vielzahl von chronischen Krankheiten verursacht, die mit dem Alter zunehmen. Hierbei spielen demenzielle Erkrankungen, die stark alterskorreliert sind, eine herausragende Rolle. Die Prävalenzrate für demenzielle Erkrankungen in der über 65-jährigen Bevölkerung liegt bei 7.2%, bei den über 85-89-Jährigen beträgt sie 24% und bei den über 90-Jährigen 35% (Bickel, 1999). Dies bedeutet, dass in Deutschland etwa 900.000 Personen an einer mittelschweren oder schweren Demenz leiden. Unter Einbezug der leichteren Schweregrade, die in epidemiologischen Studien schwer zu erfassen sind, sind es etwa 1.100.000 Menschen. Da kausale medikamentöse Therapien nicht zur Verfügung stehen und in absehbarer Zeit nicht erwartbar sind, ist mit einer deutlichen Zunahme von demenziell Erkrankten zu rechnen.

Das demenzielle Syndrom verläuft für gewöhnlich fortschreitend unter Beeinträchtigung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Die kognitiven Beeinträchtigungen sind meist begleitet von Verschlechterungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation. Infolge der beschriebenen Symptomatik kommt es häufig zu Beeinträchtigungen in den persönlichen Aktivitäten des täglichen Lebens wie Waschen, Ankleiden, Essen, persönlicher Hygiene, bei Körperausscheidungen und der Benutzung der Toilette. Zu Beginn der Erkrankung können manche Patienten selbständig und ohne Hilfe zurechtkommen, im weiteren Verlauf sind sie jedoch von zunehmenden Hilfe- und Pflegeleistungen abhängig (Gutzmann & Zank, 2005).

Die zu leistenden Pflegeaufgaben richten sich zunächst nach den jeweiligen Beeinträchtigungen in den (erweiterten) Aktivitäten des täglichen Lebens (z.B. Behördengänge, Regelung finanzieller Angelegenheiten, Einkaufen). Mit zunehmender Krankheitsdauer können auch die grundlegenden Fertigkeiten (Essen, Sprechen, Stuhl- und Urinkontrolle) vom Patienten nicht mehr selbständig bewältigt werden. Darüber hinaus macht die obige Darstellung der Symptomatik deutlich, dass die Pflege eines Demenzkranken mit ganz besonderen Anforderungen verbunden ist. Zusätzlich zu den pflegerischen Aufgaben, den zeitlichen und finanziellen Einschränkungen sowie der Konfrontation mit Verhaltensauffälligkeiten und kognitiven Einbußen bedeutet das Zusammensein mit einem Demenzkranken ein langsames, mit Gefühlen der Trauer verbundenes, Abschiednehmen von dem geliebten Menschen. Folgerichtig zeigen Studien zur häuslichen Pflege Demenzkranker im Vergleich zur Pflege Nichtdemenzkranker den höheren Belastungsgrad der pflegenden

Angehörigen Demenzkranker (Gräbel 1997; Pinquart & Sörensen, 2003; Schulz, O'Brien, Bookwala & Fleissner, 1995).

92% aller älteren Menschen mit erhöhtem Pflegebedarf (mindestens Pflegestufe 1) werden im eigenen Haushalt von Familienmitgliedern betreut. Die Hauptpflegepersonen der Pflegebedürftigen sind deren Lebenspartner, Töchter und Schwiegertöchter. Die große Mehrheit der Pflegepersonen ist weiblich, allerdings ist der Anteil von männlichen pflegenden Angehörigen von 17% in den 90er Jahren auf mittlerweile 27% gestiegen (Schneekloth & Wahl, 2005).

Die hohe Belastung, die pflegende Angehörige erfahren, ist in vielen Studien dokumentiert worden (Aneshensel, Pearlin, Mullan, Zarit & Whitlatch, 1995; Gräbel, 1997; Pinquart & Sörensen, 2003; Schacke, 2000; Schulz, O'Brien, Bookwala & Fleissner, 1995; Zank & Schacke, 2004; Zarit, 1996). In den letzten Jahren gibt es verstärkt Bemühungen, den Belastungsbegriff in einen theoretischen Rahmen einzubinden und eine theoriegeleitete Definition des Konzepts zu etablieren. Dabei sind bislang vornehmlich stresstheoretische Modelle von Bedeutung, die zwischen objektiver und, aus individuellen Einschätzungsprozessen (Ereignis- und Ressourceneinschätzung) resultierender subjektiver Belastung differenzieren. Verschiedene Autoren berücksichtigen sowohl primäre Stressoren, das heißt, direkte Aufgaben und Anforderungen der Pflege als auch sekundäre Stressoren, welche sich nachfolgend für andere Lebensbereiche (Beruf, Freizeit, soziale Kontakte, Familienleben) der Angehörigen ergeben (Pearlin, Mullan, Semple & Skaff, 1990; Pearlin, Aneshensel, Mullan & Whitlatch, 1996; Zarit, 1992). Entsprechenden Modellen zufolge sind außerdem situationsspezifische Belastung und allgemeine negative Befindlichkeit zu unterscheiden. Verringertes physisches und psychisches Wohlbefinden bzw. der Zusammenbruch der häuslichen Pflegesituation können langfristige Folgen der Konfrontation mit pflegebedingter Belastung sein, sind jedoch nicht von vornherein mit dieser gleichzusetzen. Ausgehend von dieser theoretischen Basis lässt sich Belastung als situationsspezifisches, mehrdimensionales Konstrukt betrachten, wobei die Trennung zwischen objektiver und subjektiv wahrgenommener Belastung zentral ist. In Abbildung 1 ist ein Modell zur pflegebedingten Belastung skizziert.

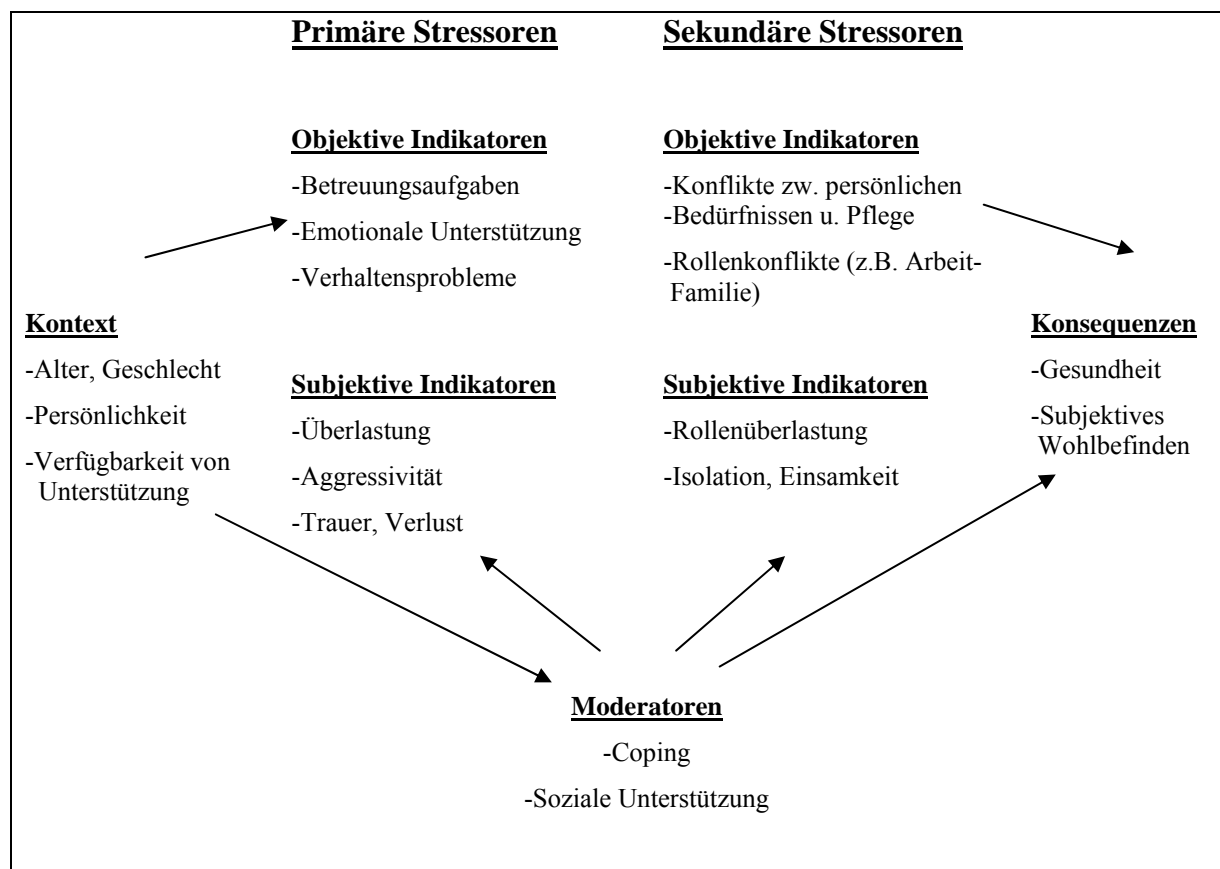


Abbildung 1: Modifiziertes Modell zur pflegebedingten Belastung nach Pearlin et al. (1990) und Zarit (1992)

Kontextvariablen. Mit den Kontextvariablen werden prinzipiell außerhalb des Stressmodells angesiedelte objektive strukturelle und dynamische Bedingungen (z.B. soziodemographische Merkmale des Pflegebedürftigen und des pflegenden Angehörigen, Beziehungsqualität vor der Erkrankung) berücksichtigt, die, direkt oder indirekt, die verschiedenen Komponenten des Stressverarbeitungsprozesses beeinflussen.

Primäre und sekundäre Stressoren. Zu den primären Stressoren gehört zum einen die Unterstützung des Demenzkranken bei den basalen und erweiterten Aktivitäten des täglichen Lebens. Eine weitere direkte Folge der Erkrankung für den Pflegenden ist die Konfrontation mit krankheitsbedingten Verhaltensproblemen, Persönlichkeitsveränderungen und dem allgemeinen Abbau des Angehörigen.

Aus den primären Stressoren ergeben sich Auswirkungen und Anforderungen in anderen Lebensbereichen (Beruf, Finanzen, Freizeit, Familie), die zu sekundären Stressoren werden können. Die Wahrscheinlichkeit des Auftretens erhöht sich mit Dauer und Schwere der primären Belastung. Sowohl bei den primären als auch den sekundären Stressoren wird die

subjektive Dimension stressreicher Ereignisse betont, welche aus der persönlichen Einschätzung der Situation oder einzelner Komponenten sowie auf der Einschätzung persönlich verfügbarer Ressourcen (Energie, Zeit, finanzielle Mittel) resultiert. Indikatoren für die Wahrnehmung der Pflegeaufgaben als belastend sind z.B. Überforderung, Aggression, Angst oder Trauer. Sekundäre Stressoren können Empfindungen wie Ausweglosigkeit, Schuld- und Versagensgefühle bis hin zu Identitätskrisen verursachen (Aneshensel et al., 1995).

Das Modell geht davon aus, dass individuelle Ereignis- und Ressourceneinschätzungen für jeden Stressor vorgenommen werden. Allerdings betont Zarit (1992) die Bedeutsamkeit einer übergeordneten Ressourceneinschätzung, die sich auf die Situation insgesamt bezieht. Die Einschätzung des pflegenden Angehörigen, ob seine Ressourcen ausreichen bzw. mobilisiert werden können, um die Pflegeanforderung zu bewältigen, stellt den entscheidenden Prädiktor für die Stabilität der häuslichen Pflegesituation dar.

Coping und soziale Unterstützung. Individuelle Bewältigungsstrategien (Coping) sowie die verfügbare soziale Unterstützung sind entscheidende Faktoren, die moderierenden Einfluss auf den Pflegeprozess haben. Die individuellen und sozialen Ressourcen des Angehörigen sind für die Erklärung des Zusammenhangs zwischen primären und sekundären Stressoren und längerfristigen Konsequenzen der Pflege von zentraler Bedeutung.

Langfristige Konsequenzen der Pflege. Hierzu zählen das physische und psychische Wohlbefinden der Angehörigen ebenso wie der Zusammenbruch der häuslichen Pflegesituation. Eine bisher wenig untersuchte langfristige Konsequenz von Pflege und Belastung kann Gewalt gegen den Pflegebedürftigen sein (Thoma, Zank & Schacke, 2003). In den letzten Jahren fand ein weiterer Aspekt in den theoretischen Überlegungen und empirischen Arbeiten Berücksichtigung, nämlich die positiven Effekte von Pflege. Hierzu zählen Gefühle von Kompetenz, Selbstwert und Stolz, die aus den bewältigten Anforderungen der Pflege resultieren (Lawton, Moss, Kleban, Glicksman & Rovine, 1991; Malonebeach, Zarit & Farbman, 1995; Schacke & Zank, 1998).

Familiäre Pflege im Zeitverlauf. Eine Erweiterung dieses Modells ergibt sich aus der Betrachtung des Pflegeprozesses über die Zeit. In diesem Zusammenhang wurde von Angehörigenkarrieren (Aneshensel et al., 1995) gesprochen.

Das beschriebene Modell stellt den theoretischen Rahmen der LEANDER Studie dar.

Die Studie verfolgt vier Ziele:

1. Die Entwicklung eines mehrdimensionalen Erhebungsinstrumentes zur differenzierten

Erfassung von Belastungen durch die Pflege.

2. Die Ermittlung von Unterschieden in der pflegebedingten Belastung je nach zentralen Merkmalen der Pflegesituation (z.B. Geschlecht, verwandtschaftliche Beziehung, Stadium der Demenzerkrankung), um bedarfsgerechte Interventionen zu entwickeln.
3. Die Beschreibung und Vorhersage unterschiedlicher Belastungsverläufe über die Zeit.
4. Die Evaluation von Entlastungsangeboten.

1.2 Beschreibung des BIZA-D

Das „Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung – Demenz“ (BIZA-D) dient der Erfassung von objektiven und subjektiven Belastungen, die durch die Pflege demenziell Erkrankter entstehen. Das Instrument wurde als Testbatterie mit verschiedenen Inhaltsbereichen („Dimensionen“) konzipiert (Zank, Schacke & Leipold, 2006). Die Berücksichtigung der Multidimensionalität ist von besonderer Bedeutung für die Veränderungssensitivität des Instrumentariums, da sie die Aufdeckung selektiver, d.h. auf einzelne Belastungsdimensionen bezogener, Interventionseffekte ermöglicht (vgl. Schacke, 2002). Bisherige Instrumente zur Messung von Angehörigenbelastungen sind globale, nicht sensitive Belastungsmaße, die sowohl für die Abbildung verschiedener Subgruppen von Pflegenden als auch zur Messung von Interventionseffekten ungeeignet sind (Gräbel, 1997; Zarit & Zarit, 1983, 1990). Die einzelnen, recht ausführlichen Instruktionen zu den verschiedenen Inhaltsbereichen des BIZA-D sollten eine korrekte Bearbeitung der Fragen auch für ältere Personen, die den Fragebogen ohne weitere Unterstützung oder Anleitung ausfüllen (postalische Erhebung), gewährleisten.

BIZA-D enthält 88 Items und gliedert sich in 20 fünfstufige Subskalen. Der jeweilige Grad der Belastung wird von den Pflegenden auf einer Skala von 0 bis 4 eingeschätzt. Wenn bei der Beschreibung der Subskalen nicht anders angegeben, bedeutet dabei 0 = „nie“ und 4 = „immer“. Die Skalen umfassen im Durchschnitt 4-5 Items, die Reliabilitäten liegen zwischen .74 und .95. Alle Reliabilitäten sind im Anhang einzusehen. In Anlehnung an Modellen zur Angehörigenbelastung (z.B. Pearlin et al., 1990; Zarit, 1992) wurden folgende Dimensionen berücksichtigt.

1.2.1 Objektive Betreuungsaufgaben

Die objektiven Betreuungsaufgaben gliedern sich in folgende Subdimensionen: 1) *Basale Betreuungsaufgaben* (z.B. Hilfe bei Nahrungsaufnahme, Körperpflege, Baden); 2) *Erweiterte Betreuungsaufgaben* (z.B. Einkaufen, Behördengänge); 3) *Motivieren und Anleiten*; 4)

Emotionale Unterstützung; 5) *Unterstützung bei der Kontaktpflege* und 6) *Beaufsichtigen*. Gefragt wurde danach, inwieweit die demenziell Erkrankten in diesen Bereichen Unterstützung benötigen und in welchem Ausmaß der Pflegende für die entsprechende Unterstützung verantwortlich ist (4 = „ich leiste die gesamte Unterstützung“, 0 = „jemand anderes leistet die gesamte Unterstützung“).

1.2.2 Subjektive Belastung durch Verhaltensänderungen

Die subjektive Belastung durch Verhaltensänderungen setzt sich aus sechs Subskalen zusammen. 1) *Subjektive Belastung durch kognitive Einbußen des Pflegebedürftigen*: Diese Subskala kennzeichnet die Wahrnehmung verschiedener Symptome kognitiven Abbaus des Pflegebedürftigen (z.B. Merkfähigkeitsstörungen, Auffassung). 2) *Subjektive Belastung durch Aggressivität und Widerstand*: Diese Skala besteht aus Items wie „Der Patient beschimpft mich“ oder „Der Patient empfindet meine Hilfe als Einmischung“ und beschreibt die Wahrnehmung von aggressiven Verhaltensweisen des Pflegebedürftigen als Belastung.

3) *Subjektive Belastung durch Depressivität*: Diese Skala umfasst die Belastung durch Traurigkeit und Depressivität des Pflegebedürftigen. Beispielitems sind: „Der Patient wirkt niedergeschlagen“ oder „Der Patient ist ängstlich oder verunsichert.“ 4) *Subjektive Belastung durch verwirrtes Verhalten*: Diese Subskala enthält Items wie „Der Patient zeigt Verhaltensweisen, die ihn selbst gefährden“ oder „Der Patient tut Dinge, die mir verrückt erscheinen.“ Die Wahrnehmung verwirrten und desorientierten Verhaltens des Pflegebedürftigen wird als belastend erlebt. 5) *Subjektive Belastung durch Spätsymptomatik*: In dieser Subskala werden Verhaltensweisen erhoben, die erst spät im Laufe einer demenziellen Erkrankung auftreten, z.B. „Der Patient erkennt mich nicht mehr“ oder „Der Patient nimmt kaum etwas wahr.“ 6) *Belastung durch Beziehungsverlust*: Diese Subskala beinhaltet Äußerungen, die Gefühle von Trauer und Verlust aufgrund veränderter Rollen und Funktionen in der Beziehung zum Pflegebedürftigen beinhalten. Beispielfragen sind: „Mich belastet, keinen Gesprächspartner mehr zu haben“ oder „Mich belastet, dass weniger Austausch mit ihm / ihr möglich ist.“ 7) *Subjektive Belastung durch persönliche Vernachlässigung*: Diese Subskala enthält Items wie „Der Patient lässt sich gehen“ oder „Der Patient vernachlässigt die Hygiene.“ (z.B. bezüglich der Körperpflege).

Mit Ausnahme der Skala *Belastung durch Beziehungsverlust* wurde bei der Erhebung danach gefragt, wie häufig das jeweilige Verhalten in den vergangenen zwei Wochen aufgetreten ist und wie stark sich die Angehörigen dadurch jeweils belastet fühlten (0 = „gar nicht“, 4 = „stark“). Die später berichteten Analysen beziehen sich auf die Fragen nach der

subjektiven Belastung. Die Dimensionalität ist für die Häufigkeit und die Belastungsstärke identisch.

1.2.3 Subjektiv wahrgenommene Bedürfniskonflikte

Dieser Bereich wird durch fünf Skalen erhoben. 1) *Persönliche Einschränkung* kennzeichnet mangelnde Energie und Erschöpfung aufgrund der Pflege. Dabei wird sowohl die körperliche als auch die psychische Seite angesprochen sowie Einschränkungen bei der Realisierung persönlicher und sozialer Bedürfnisse (Beispiel: „Ich habe das Gefühl, dass die Pflege mich körperlich anstrengt.“ oder „Ich habe das Gefühl, dass ich zu wenig Zeit für Interessen und Hobbys habe.“). 2) *Negative Bewertung der eigenen Pflegeleistung* kennzeichnet die subjektive Einschätzung der eigenen Betreuungsleistung als unzureichend (z.B. „Ich habe das Gefühl, dass ich die Pflege nicht im Griff habe.“). 3) *Mangelnde soziale Anerkennung* beinhaltet die Wahrnehmung der pflegenden Angehörigen, dass andere Leute zu wenig Verständnis für ihre Situation aufbringen („Ich habe das Gefühl, dass andere das Krankheitsbild zu wenig verstehen.“). 4) *Finanzielle Einbußen* (z.B. „Mich belastet, dass ich mir wegen der Pflege weniger leisten kann.“). 5) *Mangelnde institutionelle Unterstützung* beinhaltet Schwierigkeiten und Hindernisse im Umgang mit Diensten und Behörden („Ich habe das Gefühl, dass es mir schwer gemacht wird, Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten in der Pflege zu bekommen.“).

1.2.4. Rollenkonflikte

Dieser Bereich wurde mit zwei Skalen erhoben. 1) *Berufliche Rollenkonflikte* kennzeichnen die Wahrnehmung von pflegebezogenen und beruflichen Anforderungen als konfliktreich („Mich belastet, dass ich mich im Beruf schlechter konzentrieren kann.). 2) *Familiäre Rollenkonflikte* beinhalten die Wahrnehmung von pflegebezogenen und familiären Anforderungen als konfliktreich („Ich habe das Gefühl, dass meine Kinder unter der Situation leiden.“)

1.2.5 Weitere Skalen

1.2.5.1 Persönliche Weiterentwicklung

Folgende Skala, die sowohl als Belastungs- als auch als Konsequenzindikatoren verstanden werden kann, wurde erhoben.

Persönliche Weiterentwicklung kennzeichnet *positive* Aspekte der Betreuung wie die Einschätzung durch die Pflege gereift zu sein oder mit der Pflege eine wichtige Aufgabe zu

erfüllen („Ich habe das Gefühl, dass ich durch die Pflege vieles anders sehe als früher.“ Diese Skala entstand in Anlehnung an die Dimension „persönliches Wachstum“ nach Ryff (1989) und wurde inhaltlich auf die Pflegesituation übertragen (Leipold, 2004; Leipold, Schacke & Zank, 2006).

1.2.5.2 Moderatoren

Hier wurde eine Skala zu verschiedenen *Bewältigungsstrategien* verwendet, die in Anlehnung an Carver, Schaier und Weintraub (1989) bzw. Janke, Erdmann und Kallus (1997) an die Pflegesituation adaptiert wurde.

1.2.5.3 Konsequenzindikatoren (Outcome-Maße)

Hier wurden die *Allgemeine Depressionsskala* (Hautzinger & Bailer, 1993) sowie ein selbst konstruiertes Instrument zur Erfassung des Gesundheitsstatus (*Krankheitsliste*) eingesetzt. Ferner wurde eine selbst konstruierte Skala zur Aggressivität gegenüber dem Demenzpatienten entwickelt, welche verbale und latente *Gewalt in der Pflegesituation* („Ich fasse meinen Angehörigen bei der Pflege schon mal härter an“ oder „Ich drohe meinem Angehörigen oder schüchtere ihn ein“) erfasst (Thoma, Schacke & Zank, 2004).

1.3 Vorgehen

Als empirische Basis für die Generierung eines Itempools wurde eine umfangreiche Sammlung qualitativer Daten zur Angehörigenbelastung herangezogen (vgl. Schacke, 2000; Schacke & Zank, 2006). Die erste Version von BIZA-D wurde im Rahmen einer Pilotstudie mit N = 80 Angehörigen erprobt. Eine Konsequenz der Pilotstudie war, dass die bipolare Formulierung eines Teils der Items, die zur Vermeidung stereotypen Antwortverhaltens dienen sollte, nicht aufrechterhalten wurde. Die Auswertung der Daten zeigte, dass die Studienteilnehmer (darunter viele alte Menschen) Schwierigkeiten beim Umdenken hatten. Darüber hinaus wurde eine deutliche Reduktion des Fragebogens vorgenommen.

An der Hauptstudie nahmen Angehörige aus dem gesamten Bundesgebiet teil, die über Zeitungsannoncen gewonnen werden konnten. In der ersten telefonischen Kontaktaufnahme wurden Angaben zu den Patienten z.B. (Wohnsituation, Pflegestufe, Gesundheitszustand) erhoben. Um sicherzustellen, dass es sich um Angehörige von Demenzpatienten handelt, wurde nach dem Vorliegen einer ärztlichen Diagnose gefragt. In Anlehnung an die Kriterien der International Classification of Diseases (Dilling, Mombour & Schmidt, 2000) wurde im telefonischen Interview mit den Angehörigen der Schweregrad der Demenz beurteilt. Nach

dem Interview wurden den Angehörigen per Post eine verfeinerte Version des Fragebogens und weitere Skalen zur Erfassung von Moderatoren (Coping, Soziale Beziehungen, Kontrollüberzeugungen) und Outcome-Maßen (Depressivität, Selbstwertgefühl, Gesundheitszustand) zugesandt. Darüber hinaus wurden noch soziodemographische Daten der Angehörigen erhoben. Zum ersten Messzeitpunkt wurden 888 verwertbare Fragebögen zurückgesandt. In der Pilotstudie und in der Hauptstudie wurden explorative Hauptkomponentenanalysen zur Dimensionalitätsprüfung der Items gerechnet (vgl. ausführlich Zank & Schacke, 2004; Zank, Schacke & Leipold, 2006).

Die Ergebnisse des ersten Messzeitpunktes führten zu einer weiteren, leichten Revision des Fragebogens. Insbesondere wurde eine Differenzierung zwischen dem Hilfebedarf der Patienten und der tatsächlich geleisteten Unterstützung durch die Angehörigen vorgenommen. Bei den objektiven *Betreuungsaufgaben* wurde erfragt, inwieweit der Patient z.B. bei der Zubereitung der Mahlzeiten Unterstützung benötigt und von wem die Unterstützung geleistet wird. Diese Veränderung erschien den Autorinnen zwingend, da mit den vorherigen Formulierungen die Angehörigen nicht zwischen dem Hilfebedarf allgemein und den von ihnen erbrachten Unterstützungsleistungen differenzierten. Zur Ermittlung der objektiven Belastung der Angehörigen durch Pflegeleistungen ist jedoch entscheidend, welche Hilfe sie und welche Hilfeleistungen andere Personen oder Pflegedienste erbringen. Die psychometrischen Qualitäten des Erhebungsinstrumentes, welche im Abschlussbericht Phase 1 des Projekts dargelegt wurden, verändern sich durch diese Fragebogenrevision nicht (Zank & Schacke, 2004). Sie sind ausführlich dokumentiert in Zank, Schacke und Leipold (2006).

1.4 Zusammenfassung

Demenzen sind im hohen Alter sehr verbreitet und im fortgeschrittenen Stadium mit Pflegebedürftigkeit verbunden. Die Pflegeaufgaben werden überwiegend in der Familie durch Ehepartner und Töchter übernommen und sind psychisch und physisch belastend. Eine stresstheoretische Konzeptualisierung stellt den Orientierungsrahmen der LEANDER Studie und des Berliner Inventars zur Angehörigenbelastung - Demenz (BIZA-D) dar. Die LEANDER Studie hat zum Ziel, Belastung differenziert für verschiedenen Gruppen von Pflegenden zu beschreiben, den Verlauf der Belastung darzustellen und vorherzusagen sowie Entlastungsangebote zu evaluieren. Im ersten Schritt von LEANDER wurde BIZA-D als Testbatterie mit verschiedenen Dimensionen, die durch 20 Subskalen erfasst werden, entwickelt und psychometrisch überprüft.

2. Die LEANDER Studie: Beschreibung der Untersuchungsstichproben und Analysen der Ausfallrate

2.1 Stichprobenbeschreibungen

Die Erhebungen der LEANDER Studie umfassen 5 Messzeitpunkte über 36 Monate, d.h. die Erhebungen erfolgten im Abstand von neun Monaten. In jeder Längsschnittstudie stellt sich das Problem der Veränderungen der Stichproben durch den Verlust von Probanden über die Zeit. Dieses Problem ist bei gerontologischen Studien mit multimorbiden Probanden naturgemäß größer als bei jüngeren Stichproben. Zwar zielt die LEANDER Studie primär auf die Befragung der pflegenden Angehörigen ab und nicht auf Datenerhebungen bei den Patienten, dennoch sind viele Angehörige ihrerseits betagt und manche Studienteilnahme wird durch den Tod des Patienten oder des Angehörigen beendet.

Im Folgenden werden zunächst die demographischen Daten für die verschiedenen Angehörigen- und Patientenstichproben berichtet. Anschließend werden die Ergebnisse von logistischen Regressionen zur Vorhersage der Probandenausfallrate dargestellt. Zum ersten Messzeitpunkt haben 888 Angehörige den Fragebogen ausgefüllt. Zu den Messzeitpunkten 1 und 2 waren es 594 Probanden. An den ersten drei Erhebungszeitpunkten nahmen 436 Personen teil, 321 Angehörige partizipierten an den ersten vier Messzeitpunkten. Den kompletten Längsschnitt über 5 Messzeitpunkte absolvierten 226 Angehörige.

In Tabelle 1 sind die soziodemographischen Merkmale der unterschiedlichen Stichproben zu Messzeitpunkt 1 aufgeführt. Es zeigt sich, dass in allen Stichproben der Anteil der Männer bei etwa 20% und der Frauen bei etwa 80% liegt. In allen Stichproben liegt das Durchschnittsalter zu Beginn der Untersuchung bei etwa 60 Jahren. Allerdings ist die Stichprobe, die an fünf Erhebungszeitpunkten teilnahm, am Anfang mit 58 Jahren etwas jünger. In allen Stichproben sind etwa 85% der Teilnehmer verheiratet, zwischen 5.7% und 7.5% ledig. In allen Stichproben liegt die Berufstätigkeit bei etwa 25% (zwischen 25.1% und 27.8%), die meisten Teilnehmer sind Rentner (zwischen 47.9% und 49.2%). In allen Stichproben liegt der Anteil der Probanden mit Hauptschulabschluss bei etwa 37%, den Realschulabschluss haben zwischen 36% und 38%, das Abitur absolvierten etwa 23%. Auch im Haushaltseinkommen unterscheiden sich die Stichproben nicht. Etwa 1/3 verfügen über monatlich mehr als 2300 Euro, zwischen 15% und 17% haben weniger als 1300 Euro. In allen Stichproben überwiegen die pflegenden Töchter (zwischen 37.7% und 41.8%), gefolgt von den Ehepartnerinnen (zwischen etwa 25.8% und 28.8%), den Ehepartnern (zwischen 13.8% und 17.7%). In allen Stichproben teilen cirka 60% den Haushalt mit dem Pflegebedürftigen. Die Betreuungsdauer zu Beginn der Studie lag bei etwa 41 Monaten, also mehr als drei

Jahren. Zwischen 19.0% und 22.4% der Stichproben erhielten keinerlei Unterstützung, 30.0% bis 32.7% ausschließlich professionelle Unterstützungen, zwischen 16.2% und 18.2% ausschließlich private und etwa 30% professionelle und private Unterstützungen.

In Tabelle 2 sind die demographischen Merkmale der Patienten über die verschiedenen Stichproben aufgeführt. Der Anteil der weiblichen Patienten steigt mit der Studienverweildauer. Zum ersten Messzeitpunkt betrug der Anteil von Frauen 63.9%, deren pflegende Angehörige ausschließlich an einem Messzeitpunkt teilnahmen. Bei der kompletten Längsschnittstichprobe mit fünf Erhebungszeitpunkten liegt der Patientinnenanteil zu Messzeitpunkt 1 bei 69.3%. Das Durchschnittsalter bei Studienbeginn liegt für die Probanden des kompletten Längsschnitts bei 77.1 Jahren, bei Probanden mit nur einem Messzeitpunkt bei 79.1 Jahren. Die Patienten, deren Angehörige den kompletten Längsschnitt absolvierten, lebten zu 57.3% mit der Hauptpflegeperson zusammen, bei den übrigen Stichproben sind es zwischen 59.4% und 62.2%.

Tabelle 1: Soziodemographische und pflegebezogene Merkmale der fünf Angehörigenstichproben zu MZP 1

Merkmale	MZP 1 (N=888)		MZP 1 + 2 (N=594)		MZP 1+2+3 (N=436)		MZP 1+2+3+4 (N=321)		MZP 1+2+3+4+5 (N=226)	
	MW (SD)	Anteil (%)	MW (SD)	Anteil (%)	MW (SD)	Anteil (%)	MW (SD)	Anteil (%)	MW (SD)	Anteil (%)
Geschlecht										
Männlich		19.5		20.7		21.8		20.9		19.5
Weiblich		80.5		79.3		78.2		79.1		80.5
Alter in Jahren	60.1 (11.5)		60.04 (11.4)		59.9 (11.2)		59.5 (10.9)		58.3 (10.3)	
Familienstand										
Ledig		6.3		5.7		6.2		7.5		7.5
Verheiratet/ Partnerschaft		84.1		85.2		85.8		84.7		86.3
Verwitwet		2.5		2.9		1.6		1.3		0.9
Geschieden/ Getrennt lebend		7.1		6.2		6.4		6.5		5.3
Kinder										
Ja		80.7		81.1		81.7		82.6		81.4
Nein		19.3		18.9		18.3		17.4		18.6
Berufstätigkeit										
Ja		25.1		25.6		27.8		25.3		26.1
Rentner		48.4		49.2		48.3		48.9		47.9
Arbeitslos		8.1		7.6		6.8		7.3		7.4
Hausfrau/-mann		10.9		10.1		9.7		10.4		10.4
Sonstiges		7.5		7.5		7.4		8.1		8.2

Merkmale	MZP 1 (N=888)		MZP 1 + 2 (N=594)		MZP 1+2+3 (N=436)		MZP 1+2+3+4 (N=321)		MZP 1+2+3+4+5 (N=226)	
	MW (SD)	Anteil (%)	MW (SD)	Anteil (%)	MW (SD)	Anteil (%)	MW (SD)	Anteil (%)	MW (SD)	Anteil (%)
Höchster Schulabschluss										
Kein		0.3		0.2		0.2		0.3		-
Volks-/ Hauptschule		37.4		37.2		36.5		37.1		37.6
Realschule		38.2		37.2		37.4		38.3		36.3
Abitur		22.9		24.2		24.3		22.7		23.9
Sonstiges		1.2		1.2		1.6		1.6		2.2
Monatliches Haushaltseinkommen										
Unter 1300 €		17.5		17.1		15.7		15.9		16.1
1300-1800 €		25.7		25.4		24.0		23.1		24.1
1800-2300 €		24.2		23.5		24.9		25.6		25.9
Mehr als 2300 €		32.6		34.0		35.4		35.4		33.9
Verwandtschaftliche Beziehung										
Tochter		38.5		38.4		37.7		38.2		41.8
Sohn		4.4		4.0		4.1		2.5		3.1
(Ehe)Partnerin		28.8		27.9		27.9		27.8		25.8
(Ehe)Partner		13.8		15.2		17.2		17.7		15.6
Schwiegertochter/-sohn		9.8		10.5		8.5		8.5		8.4
Enkelin/Enkel		1.1		1.0		1.0		0.9		1.0
Andere		3.6		3.0		3.6		4.4		4.3
Gemeinsamer Haushalt										
Ja		62.2		61.7		59.8		59.4		57,3
Nein		37.8		38.3		40.2		40.6		42.7

Merkmale	MZP 1 (N=888)		MZP 1 + 2 (N=594)		MZP 1+2+3 (N=436)		MZP 1+2+3+4 (N=321)		MZP 1+2+3+4+5 (N=226)	
	MW (SD)	Anteil (%)	MW (SD)	Anteil (%)	MW (SD)	Anteil (%)	MW (SD)	Anteil (%)	MW (SD)	Anteil (%)
Betreuungsdauer/ Monate	42.2 (32.7)		41.7 (32.4)		41.9 (31.2)		40.8 (29.8)		41.40 (30.0)	
Unterstützung bei der Pflege										
Keine		19.0		21.0		21.7		22.4		21.7
Ausschließlich professionell		32.7		30.0		31.0		31.5		31.4
Ausschließlich privat		17.3		18.2		17.7		16.2		17.3
Professionell und privat		31.0		30.8		29.6		29.9		29.6

MW = Mittelwert SD = Standardabweichung

Tabelle 2: Soziodemographische und pflegebezogene Merkmale der fünf Patientenstichproben zu MZP 1

Merkmale	MZP 1 (N=888)		MZP 1+2 (N=594)		MZP 1+2+3 (N=436)		MZP 1+2+3+4 (N=321)		MZP 1+2+3+4+5 (N=226)	
	MW (SD)	Anteil (%)	MW (SD)	Anteil (%)	MW (SD)	Anteil (%)	MW (SD)	Anteil (%)	MW (SD)	Anteil (%)
Geschlecht										
Männlich		36.1		34.7		33.1		32.5		30.7
Weiblich		63.9		65.3		66.9		67.5		69.3
Alter in Jahren	79.1 (9.2)		78.5 (9.3)		77.9 (9.3)		77.1 (9.4)		77.1 (9.7)	
Wohnsituation										
Mit Pflegendem		62.2		61.7		59.8		59.4		57.3
Im Heim lebend		5.3		4.7		5.0		5.3		4.0
Eigene Wohnung		32.5		33.6		35.2		35.3		38.7
Bettlägerigkeit										
Ja		8.7		7.1		6.0		5.0		4.9
Nein		91.3		92.9		94.0		95.0		95.1
Pflegestufe										
Keine		17.5		19.3		19.0		19.0		17.3
Pflegestufe 1		20.3		23.9		24.3		24.3		25.2
Pflegestufe 2		36.1		33.9		33.6		33.6		31.4
Pflegestufe 3		26.1		22.9		23.1		23.1		26.1
Ärztliche Demenzdiagnose										
Ja		91.8		91.8		92.4		92.2		92.0
Nein		8.2		8.2		7.6		7.8		8.0
ICD-Gesamteinschätzung										
Leicht		9.9		10.4		11.1		11.8		9.3
Mittel		52.8		53.2		53.1		53.9		53.1
Schwer		37.3		36.4		35.8		34.3		37.6

MW = Mittelwert SD = Standardabweichung

Bei der kompletten Längsschnittstichprobe haben 17.3% keine Einstufung, 25.2% Pflegestufe 1, 31.4% Pflegestufe 2 und 26.1% Pflegestufe 3 zu Messzeitpunkt 1. In den anderen Stichproben haben zwischen 17.5% und 19.3% Pflegestufe 0, zwischen 20.3% und 24.3% Pflegestufe 1, zwischen 33.6% und 36.1% Pflegestufe 2 und zwischen 22.9% und 26.1% Pflegestufe 3. Zweiundneunzig Prozent der Patienten der kompletten Längsschnittstichprobe haben eine ärztliche Demenzdiagnose; vergleichbar ist es auch bei den anderen Stichproben. Die Einstufungen durch das ICD-Interview zeigen, dass ein erheblicher Anteil des kompletten Längsschnitts, wie auch der übrigen Stichproben, eine schwere Demenz hatte. In allen Stichproben ist der Anteil der leichten Demenzen relativ gering, variiert jedoch zwischen 9.3% und 11.8% (Tabelle 2).

Die Erhebung einer repräsentativen Stichprobe (inklusive der notwendigen ärztlichen Diagnostik) wäre sehr aufwändig und problematisch gewesen, dies konnte aus finanziellen Gründen in der LEANDER Studie nicht geleistet werden. In der vorliegenden Studie hatten bereits zum ersten Erhebungszeitpunkt 92% eine ärztliche Demenzdiagnose (Zank & Schacke, 2004). Dies liegt überwiegend an der Rekrutierungsstrategie der pflegenden Angehörigen über Zeitschriften und Annoncen (s.o.). Es konnten sich also nur Angehörige melden, die sich einer Demenzproblematik bewusst waren und dies erfolgt in der Regel erst bei auftretenden Belastungen. Die Diagnose leichter Demenzen ist schwierig und viele demenziell Erkrankte leben ohne Demenzdiagnose in Privathaushalten (Vierter Altenbericht, 2002). Für Angehörige von Patienten mit mittlerer und schwerer Demenz ist die vorliegende Stichprobe jedoch durchaus vergleichbar mit anderen Stichproben (Schäufele, Köhler, Teufel & Weyerer, 2005).

2.2 Analysen zur Ausfallrate

Die Stichprobenentwicklung ist in Tabelle 3 aufgeführt. Die Gesamt-Ausfallrate über 36 Erhebungsmonate beträgt 75%. Auffällig ist, dass der stärkste Ausfall zwischen Messzeitpunkt 1 und 2 zu beobachten ist (33%). Die Gründe für den Ausfall sind verschieden. Ein Teil des Ausfalls ist auf Todesfälle zurückzuführen. Ein weiterer Teil der Probanden konnte nicht mehr kontaktiert werden. Schließlich teilten uns Probanden mit, dass sie sich zu belastet fühlten, um weiter teilzunehmen. Eine Heimunterbringung musste nicht zum Studienabbruch führen, denn Institutionalisierung bedeutet nicht zwangsläufig ein Ende der Pflegerolle. Deshalb wurden die Angehörigen gebeten, weiter an der Studie teilzunehmen, wenn sie sich weiterhin als bedeutsame Pflegeperson verstanden. Im

Zeitverlauf zeigt sich, dass sehr viele Patienten institutionalisiert wurden (33% des kompletten Längsschnitts).

Tabelle 3: Stichprobenentwicklung im Zeitverlauf: Ausfallrate

	1. MZP	2. MZP	3. MZP	4. MZP	5. MZP	Σ
N	888	594	436	321	226	
Verstorben	156	97	48	42		343
Zu hohe Belastung Grund unbekannt	61	26	10	09		106
Σ	294	158	115	95		662
Ausfall %	33	27	26	29		75

Diese 33% dürften eine Unterschätzung sein, da vermutlich ein erheblicher Teil der nicht mehr auffindbaren Probanden zu denjenigen gehörten, deren demenziell erkrankter Angehöriger in eine Institution umgezogen ist.

In einer Reihe von logistischen Regressionsanalysen wurde der Frage nachgegangen, welche Variablen den Studienabbruch vorhersagen. Zunächst wurde eine logistische Regression zur Vorhersage der Ausfallrate allgemein gerechnet (vgl. Tabelle 4). Dabei wurden die folgenden Variablen als Prädiktoren eingegeben: Geschlecht und Alter des pflegenden Angehörigen, Alter des Patienten, Krankheiten des Patienten, Schulabschluss des Angehörigen, Einstufung in die Pflegeversicherung, Dauer der Demenzerkrankung, Belastung durch objektive Betreuungsaufgaben (basale Betreuungsaufgaben, Motivieren und Anleiten, emotionale Unterstützung), Belastungen durch Verhaltensänderungen (kognitive Einbußen, Aggressivität, Verwirrtheit, persönliche Vernachlässigung, Spätsymptomatik, Depressivität des Angehörigen), Belastungen durch Bedürfniskonflikte (persönliche Einschränkungen, mangelnde soziale Anerkennung, negative Bewertung der eigenen Pflegeleistung), Aggressivität gegenüber dem Demenzpatienten, persönliche Weiterentwicklung, Nutzung von Hilfsangeboten und Krankheiten des pflegenden Angehörigen. Die Auswahl der möglichen Prädiktoren erfolgte aufgrund von theoretischen Überlegungen und Ergebnissen anderer Studien. Vorhersagemerkmal war der Studienabbruch. Tabelle 4 zeigt, dass nur wenige der untersuchten Prädiktoren den Studienabbruch vorhersagen. Signifikante Prädiktoren sind ein höheres Alter des Patienten, die Belastung durch basale Betreuungsaufgaben und die Belastung durch Anleiten und Motivieren. Erwartungskonform führt eine höhere Belastung durch basale

Betreuungsaufgaben zu einer erhöhten Wahrscheinlichkeit des Studienabbruchs, obwohl die Odds-Ratio mit 1.2 nicht hoch ist. Bei der Belastung durch Anleiten und Motivieren ist das negative Vorzeichen beim Regressionskoeffizienten Beta zu beachten. Es besagt, dass eine größere Belastung durch Anleiten und Motivieren die Wahrscheinlichkeit des Studienabbruchs erniedrigt.

Tabelle 4: Logistische Regressionsanalyse zur Vorhersage des Studienabbruchs (N=888)

Prädiktoren	Beta	Standardfehler	Odds-Ratio
Geschlecht	-.03	.21	.97
Alter des Angehörigen	.01	.01	1.00
Alter des Patienten	.03	.01	1.03**
Krankheitssumme des Patienten	.11	.07	1.12
Schulabschluss	.06	.10	1.06
Eingruppierung Pflegeversicherung	.01	.10	1.01
Dauer der Demenz	-.02	.00	.99
Belastung durch basale Betreuung	.19	.09	1.21*
Belastung durch Anleiten und Motivieren	-.20	.06	.81**
Belastung durch emotionale Unterstützung	-.03	.10	.97
Belastung durch persönliche Einschränkungen	-.01	.11	.98
Belastung durch kognitive Einbußen	-.00	.02	.99
Belastung durch Aggressivität	-.01	.03	.99
Belastung durch verwirrtes Verhalten	.02	.03	1.01
Belastung durch persönliche Vernachlässigung	-.03	.02	.97
Belastung durch Spätsymptomatik	-.01	.02	.98
Mangelnde soziale Anerkennung	-.07	.08	.93
Negative Bewertung der eigenen Pflegeleistung	.13	.11	1.14
Aggressivität gegenüber dem Demenzpatienten	.16	.15	1.17
Depressivität des Angehörigen	.30	.20	1.36
Persönliche Weiterentwicklung	-.14	.09	.87
Nutzung von Hilfsangeboten	.07	.08	1.07
Krankheitssumme des Angehörigen	.01	.04	1.01

* $p < .05$; ** $p < .01$

Tabelle 5: Logistische Regressionsanalyse zur Vorhersage des Todes des Pflegebedürftigen (N=888)

Prädiktoren	Beta	Standardfehler	Odds-Ratio
Geschlecht des Angehörigen	-.00	.31	.99
Alter des Angehörigen	.02	.01	1.01
Geschlecht des Patienten	1.08	.25	2.95***
Alter des Patienten	.07	.01	1.08***
Krankheitssumme des Patienten	.23	.09	1.26*
Schulabschluss	.06	.13	1.06
Eingruppierung Pflegeversicherung	.04	.12	1.03
Dauer der Demenz	-.00	.00	.99
Belastung durch basale Betreuung	.28	.10	1.33**
Belastung durch Anleiten und Motivieren	-.23	.07	.79***
Belastung durch persönliche Einschränkungen	-.20	.13	.81
Depressivität des Angehörigen	.63	.24	1.87*
Nutzung von Hilfsangeboten	.18	.09	1.20
Krankheitssumme des Angehörigen	.05	.05	.95

* p<.05; ** p<.01; ***p<.001

Nach dieser allgemeinen Analyse des Studienabbruchs wurde in weiteren logistischen Regressionen geprüft, welche Variablen unterschiedliche Gründe des Abbruchs vorhersagen. In Tabelle 5 sind die Ergebnisse einer Analyse aufgeführt, die den Abbruch durch Tod des Pflegebedürftigen vorhersagen. Als stärkster Prädiktor erweist sich hier das Geschlecht des Patienten. Die Odds-Ratio von 2.9 besagt, dass Männer in dieser Untersuchung ein fast dreimal höheres Sterberisiko als Frauen haben. Erwartungsgemäß sind höheres Alter, eine höhere Krankheitsbelastung der Patienten und eine höhere Belastung mit basalen Betreuungsaufgaben ebenfalls bedeutsame Prädiktoren. Die Dauer der Demenzerkrankung ist indes kein Prädiktor. Erneut sagt die Belastung durch Anleiten und Motivieren in unerwarteter Weise den Studienabbruch vorher: Je höher die Belastung, desto unwahrscheinlicher der Studienabbruch durch Tod des Patienten. Einen sehr interessanten Prädiktor stellt die Depressivität des Pflegenden dar. Das Risiko des Studienabbruchs durch Tod des Patienten ist bei depressiven pflegenden Angehörigen 1.8-mal größer als bei nicht Depressiven. Dieser Befund steht im Einklang mit entsprechenden Ergebnissen aus den U.S.A. (Schulz & Beach, 1999).

Eine weitere logistische Regression wurde zur Vorhersage des Studienabbruchs wegen „zu hoher Belastung“ gerechnet. Die Ergebnisse finden sich in Tabelle 6. Signifikante Prädiktoren des Studienabbruchs wegen zu hoher Belastung sind das Alter der pflegenden Angehörigen; je älter der Teilnehmer, desto größer die Wahrscheinlichkeit des Abbruchs. Eine hohe Belastung durch persönliche Einschränkungen führt 1.6-mal häufiger zum Abbruch als wenig Belastung auf dieser Variable. Schließlich erhöht eine geringe Nutzung von Hilfsangeboten und eine hohe Krankheitsbelastung die Wahrscheinlichkeit des Studienabbruchs.

Tabelle 6: Logistische Regressionsanalyse zur Vorhersage des Studienabbruchs wegen zu hoher Belastung (N=888)

Prädiktoren	Beta	Standardfehler	Odds-Ratio
Geschlecht	-.61	.37	1.83
Alter	.04	.02	1.03*
Schulabschluss	-.34	.19	.71
Eingruppierung Pflegeversicherung	.14	.18	1.15
Dauer der Demenz	-.01	.00	.99
Belastung durch basale Betreuungsaufgaben	-.13	.16	.88
Belastung durch Anleiten und Motivieren	-.13	.11	.88
Belastung durch emotionale Unterstützung	-.19	.16	.83
Belastung durch persönliche Einschränkungen	.44	.22	1.55**
Belastung durch kognitive Einbußen	-.01	.04	.99
Belastung durch Aggressivität	.02	.05	1.01
Belastung durch verwirrtes Verhalten	.02	.03	1.01
Belastung durch persönliche Vernachlässigung	-.05	.03	.95
Belastung durch Spätsymptomatik	-.07	.04	.93
Mangelnde soziale Anerkennung	-.29	.16	.74
Negative Bewertung der Pflegeleistung	.26	.19	1.29
Aggressivität gegenüber dem Patienten	.38	.27	1.47
Depressivität des Angehörigen	-.15	.37	1.36
Persönliche Weiterentwicklung	-.27	.15	.76
Nutzung von Hilfsangeboten	.30	.15	1.35*
Krankheitssumme des Angehörigen	.15	.06	1.16*

* $p < .05$; ** $p < .01$

In einer letzten Regressionsanalyse wurde versucht, die Prädiktoren eines Studienabbruchs aus unklarer Ursache zu identifizieren. Die Ergebnisse in Tabelle 7 zeigen nur einen signifikanten Prädiktor, die Belastung durch Anleiten und Motivieren. Erneut hat das Beta ein negatives Vorzeichen, d.h., dass eine hohe Belastung im Anleiten und Motivieren die Wahrscheinlichkeit des Studienabbruchs erniedrigt. Eine eindeutige Erklärung für dieses Resultat gibt es bisher nicht. Möglicherweise weist die hohe Belastung durch Anleiten und Motivieren darauf hin, dass es sich um besonders engagierte Angehörige handelt, die sich nicht nur sehr um die Förderung des Patienten bemühen, sondern ebenfalls wissenschaftliche Vorhaben zu diesem Thema nachhaltig unterstützen.

Tabelle 7: Logistische Regressionsanalyse zur Vorhersage des Studienabbruchs durch unklare Ursache (N=888)

Prädiktoren	Beta	Standardfehler	Odds-Ratio
Geschlecht des Angehörigen	.29	.28	1.33
Alter des Angehörigen	-.01	.01	.99
Schulabschluss	.19	.14	1.21
Eingruppierung Pflegeversicherung	-.19	.14	.83
Dauer der Demenz	-.01	.00	.99
Belastung durch basale Betreuungsaufgaben	.14	.12	1.15
Belastung durch Anleiten und Motivieren	-.20	.08	.81*
Negative Bewertung der Pflegeleistung	.01	.13	1.01
Aggressivität gegenüber dem Patienten	.25	.19	1.28
Depressivität des Angehörigen	.36	.30	1.43
Persönliche Weiterentwicklung	-.13	.12	.88
Selbstwert	-.06	.26	.94

* $p < .05$

2.3 Zusammenfassung

Die LEANDER Studie umfasst fünf Stichproben, die durch die Länge der Studienteilnahme definiert sind. Diese Stichproben unterscheiden sich in ihren soziodemographischen und pflegebezogenen Merkmalen marginal. Die Ausgangsstichprobe umfasst 888 Probanden, die komplette Längsschnittstichprobe mit fünf Messzeitpunkten über 36 Monate besteht aus 226 Probanden. Stichprobenumfänge und Untersuchungsdauer sind einzigartig in der

Bundesrepublik. Die Übernahme von Pflegeaufgaben wird weiterhin zum größten Teil von Töchtern und Ehefrauen übernommen, der Anteil männlicher Pfleger steigt und beträgt in dieser Studie etwa 20%. Die Ausfallrate von 75% über 36 Monate ist hoch, entspricht jedoch den Raten internationaler Studien. Die Erkrankten sind durchschnittlich 80 Jahre alt und multimorbid, so dass der größte Ausfall durch den Tod der Patienten verursacht wird. So sind das Alter des Erkrankten und die Belastung des Angehörigen durch basale Betreuungsaufgaben die stärksten Prädiktoren des Ausfalls.

3. Belastungsausprägungen zum ersten Messzeitpunkt

Die LEANDER Studie zeichnet sich durch zwei Besonderheiten aus. Zum einen ist es die erste Längsschnittstudie zur Belastung pflegender Angehöriger von Demenzpatienten in Deutschland, zum anderen beginnt sie mit einer sehr großen Stichprobe. Die erste Fragestellung der LEANDER Studie nach Belastungsunterschieden von Subgruppen soll deshalb zunächst im Querschnitt in der großen Stichprobe beantwortet werden. Dieses Vorgehen wurde wegen der Größe der Stichprobe gewählt. Zu beachten ist, dass die Erhebungsmethode zu den objektiven Betreuungsaufgaben vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt nochmals verändert wurde (vgl. Kapitel 1).

Einleitend werden die Belastungsmittelwerte pro Dimension für die Gesamtstichprobe berichtet, um einen Überblick darüber zu geben, wie beansprucht die Pflegenden insgesamt sind. Anschließend werden entsprechende Befunde für Untergruppen von Pflegenden dargestellt, die sich nach Geschlecht der Pflegenden, der verwandtschaftlichen Beziehung zum Pflegebedürftigen, des Bildungsgrades, des Schweregrades der Demenz, der Pflegedauer, der Wohnsituation und der Regionalität (Stadt/Land) unterscheiden. Die Berechnungen erfolgten durch multivariate Varianzanalysen der Dimensionen objektive Betreuungsaufgaben, subjektive Belastung durch Verhaltensänderungen, subjektiv wahrgenommene Bedürfniskonflikte. Nach Überprüfung der multivariaten Effekte der Dimensionen werden univariate Ergebnisse der einzelnen Subskalen berichtet.

Darüber hinaus werden die Skalen zu den beruflichen und den familiären Rollenkonflikten separat in univariaten Analysen getestet, da von diesen Konflikten unterschiedliche Teilstichproben betroffen sind. Die zusätzlichen Skalen zur Erfassung der persönlichen Weiterentwicklung durch die Pflege und zur Aggressivität gegenüber dem Pflegebedürftigen werden ebenfalls univariat analysiert.

3.1 Belastungsausprägungen in der Gesamtstichprobe

Aus Tabelle 8 geht hervor, dass sämtliche Subdimensionen der objektiven Betreuungsaufgaben über dem theoretischen Skalenmittel von 2 („manchmal“) liegen. Erweiterte Betreuungsaufgaben und emotionale Unterstützung werden sogar häufiger als „oft“ geleistet. Insgesamt ist der Deskription zu entnehmen, dass die im Fragebogen berücksichtigten Betreuungsaufgaben für die untersuchte Stichprobe hoch relevant sind. Im Hinblick auf objektive Belastungsindikatoren sind die Pflegenden bereits zu Beginn der Untersuchung deutlich gefordert.

Tabelle 8: Mittelwerte und Standardabweichungen je Belastungsdimension zum ersten Messzeitpunkt (N=888)

Variablen/Belastungsdimension	MW (SD)
Objektive Betreuungsaufgaben	
Basale Betreuungsaufgaben	2.48 (1.26)
Erweiterte Betreuungsaufgaben	3.43 (0.97)
Motivieren und Anleiten	2.61 (1.45)
Emotionale Unterstützung	3.30 (0.83)
Unterstützung bei Kontaktpflege	2.56 (1.53)
Beaufsichtigung	3.37 (0.97)
Objektive Belastung durch Verhaltensänderungen	
Objektive Belastung durch Spätsymptomatik	1.08 (1.50)
Objektive Belastung durch kognitive Einbußen	3.19 (1.02)
Objektive Belastung durch verwirrtes Verhalten	2.05 (1.12)
Objektive Belastung durch Aggressivität	1.03 (0.99)
Objektive Belastung durch Depressivität	2.42 (1.02)
Objektive Belastung durch persönliche Vernachlässigung	2.21 (1.47)
Subjektive Belastung durch Verhaltensänderungen	
Subjektive Belastung durch Spätsymptomatik	2.49 (1.53)
Subjektive Belastung durch kognitive Einbußen	2.45 (1.12)
Subjektive Belastung durch verwirrtes Verhalten	2.04 (1.17)
Subjektive Belastung durch Aggressivität	1.39 (1.08)
Subjektive Belastung durch Depressivität	2.26 (1.05)
Subjektive Belastung durch persönliche Vernachlässigung	2.24 (1.40)
Subjektive Belastung durch Beziehungsverlust	2.89 (0.92)
Subjektiv wahrgenommene Bedürfniskonflikte	
Persönliche Einschränkungen	2.97 (0.91)
Mangelnde institutionelle Unterstützung	Fehlt im 1. MZP
Mangelnde soziale Anerkennung	2.07 (1.07)
Negative Bewertung der eigenen Pflegeleistung	1.27 (0.86)
Finanzielle Einbußen	1.18 (1.01)
Rollenkonflikte	
Konflikte zw. Beruf und Pflege (N=227)	2.04 (1.03)
Konflikte zw. Familie und Pflege (N=404)	1.67 (1.07)

MW = Mittelwert SD = Standardabweichung

Als häufigste Form der krankheitsbedingten Verhaltensänderungen erweisen sich kognitive Einbußen. Häufiger als „einmal pro Woche“ treten nach Angaben der Pflegenden Verwirrtheit, depressive Symptome und persönliche Vernachlässigung der Pflegebedürftigen auf. Eher selten dagegen scheinen aggressive Verhaltensweisen und Spätsymptome zu sein, wobei letztere naturgemäß im Verlauf der Erkrankung zunehmen (vgl. Kapitel 4).

Die subjektive Bedeutsamkeit der Verhaltensänderungen korrespondiert zwar mit deren objektiver Häufigkeit, objektive und subjektive Dimensionen sind jedoch nicht deckungsgleich. Als stärkste Belastung wird die Empfindung wahrgenommen, den Demenzkranken als den Menschen, der er einmal war, verloren zu haben („Beziehungsverlust“). Bis auf die Dimension subjektive Belastung durch aggressives Verhalten liegen alle übrigen Dimensionen von ihrer Ausprägung her über dem theoretischen Mittel der Skala. Auffällig ist, dass Spätsymptome zwar relativ selten auftreten; wenn sie auftreten, wird dies aber als besonders schmerzhaft erlebt.

In Bezug auf subjektiv wahrgenommene Bedürfniskonflikte zeigt sich, dass persönliche Einschränkungen von den Pflegenden als besonders gravierend erlebt werden („oft“). Die mangelnde soziale Anerkennung liegt im mittleren Bereich, die negative Bewertung der eigenen Pflegeleistung und die Belastung durch finanzielle Einbußen im unteren Drittel der Skala.

Bei denjenigen Pflegenden, die noch berufstätig sind, werden Konflikte zwischen beruflichen Erfordernissen und Anforderungen der Pflege im Mittel als „mäßig“ belastend wahrgenommen. Die subjektive Belastung durch familiäre Konflikte ist dagegen weniger stark ausgeprägt.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die untersuchten Pflegenden mit einem hohen objektiven Betreuungsaufwand konfrontiert sind, der sich auch im subjektiven Befinden deutlich niederschlägt. Die Intensität der subjektiven Belastung ist allerdings je nach Belastungsdimension recht unterschiedlich. Hervorzuheben sind insbesondere Belastungsaspekte, die direkt mit der sich wandelnden Beziehung zwischen Pflegendem und Pflegebedürftigen verbunden sind. Als besonders schmerzhaft erleben Angehörige den symbolischen Verlust eines nahe stehenden Menschen, der sich durch die Demenzerkrankung so stark verändert, dass entscheidende Merkmale der Beziehung unwiederbringlich verloren gehen.

In ähnliche Richtung weist der Befund, dass die Spätsymptomatik („...erkennt mich nicht mehr.“), die ebenfalls mit gravierenden Verlusten in der Beziehung verbunden ist, als besonders belastend erlebt wird. Insgesamt kommt den verschiedenen krankheitsbedingten

Verhaltensänderungen eine entscheidende Rolle für das subjektive Erleben der Gesamtsituation zu. Nahezu alle Dimensionen sind mit Belastungsintensitäten verbunden, die über dem theoretischen Mittel der Skala liegen. Auch aufgrund der Verschiedenartigkeit der demenzbedingten Verhaltensänderungen ist davon auszugehen, dass negative Effekte sich aufsummieren und bedeutsame langfristige Konsequenzen für das subjektive Wohlbefinden der Pflegenden haben (vgl. dazu Kapitel 3). Eine weitere zentrale Dimension, die mit einer hohen wahrgenommenen Belastungsintensität verbunden ist, besteht in den persönlichen Einschränkungen, die die Pflegenden aufgrund der zeitlichen und energetischen Anforderungen der Pflege erleben. Die Schwere der Belastung in der LEANDER Stichprobe lässt sich anhand der Belastungsmittelwerte letztlich nur bedingt ableiten. Erst die Bezugnahme zu Indikatoren des allgemeinen Wohlbefindens (Gesundheit, Depressivität etc.) sowie der Vergleich mit anderen Angehörigenbelastungsstudien vermittelt ein vollständiges Bild von der Belastungsintensität (vgl. dazu Kapitel 5).

3.2 Belastungsausprägung nach Geschlecht der pflegenden Angehörigen

Bezüglich der objektiven Pflegeaufgaben sind multivariat keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den Geschlechtern erkennbar (vgl. Tabelle 9). Einzig die univariate Analyse der Skala Beaufsichtigung ergibt für Männer eine höhere Belastung (marginal, aber signifikant: $F= 4.03$; $\text{Eta}^2 = .005$; $\text{MW} = 3.51$ versus 3.34 ; $p<.05$). Streng genommen sollte dieser Wert jedoch nicht interpretiert werden, weil der multivariate Effekt nicht signifikant ist. Die Skalenmittelwerte liegen zwischen 0 (keine Belastung) und 4 (maximale Belastung). Bei den objektiven Betreuungsaufgaben berichten beide Geschlechter besonders hohe Werte für die erweiterten Betreuungsaufgaben, die Belastung durch emotionale Unterstützung und durch die nötige Beaufsichtigung (MW zwischen 3.28 und 3.51). Männer und Frauen scheinen etwa gleichermaßen unter den krankheitsbedingten Verhaltensänderungen des demenzkranken Angehörigen zu leiden. Als besonders belastend wird der Verlust der früheren Beziehung mit dem Erkrankten empfunden (vgl. Tabelle 9).

Auffällig ist, dass bei vergleichbaren objektiven Anforderungen Frauen stärker unter subjektiv wahrgenommenen Bedürfniskonflikten leiden als Männer ($F= 12.14$; $\text{Eta}^2 = .05$; $p<.001$). Dies gilt insbesondere für die persönlichen Einschränkungen ($F= 32.77$; $\text{Eta}^2 = .04$; $p<.001$; $\text{MW} = 2.51$ versus 2.04) und mangelnde soziale Anerkennung ($F= 7.94$; $\text{Eta}^2 = .02$; $p<.001$; $\text{MW} = 2.15$ versus 1.77). Die beruflichen ($N=207$) und familiären Rollenkonflikte ($N=365$) betreffen nur einen Teil der Stichprobe. Frauen sind stärker durch Konflikte zwischen familiären Anforderungen und Pflegeanforderungen betroffen als Männer ($F= 7.47$;

Eta² =.02; p<.01; MW = 1.74 versus 1.18). Diese Unterschiede bleiben auch dann bestehen, wenn für den Verwandtschaftsgrad und das Ausmaß an in Anspruch genommener privater bzw. professioneller Unterstützung kontrolliert wird.

Auf den Skalen zur persönlichen Weiterentwicklung durch die Pflege und der Aggressivität gegenüber dem Pflegebedürftigen gibt es keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen.

Tabelle 9: Mittelwerte der Belastung und Signifikanzprüfung nach Geschlecht der pflegenden Angehörigen zu MZP 1 (N=888)

Abhängige Variable	Geschlecht		F	Eta ²
	Männlich (N=173) MW (SD)	Weiblich (N=715) MW (SD)		
Objektive Betreuungsaufgaben				
Multivariater Test			1.72	.012
<i>Univariate Tests</i>				
Basale Betreuungsaufgaben	2.52 (1.31)	2.47 (1.25)	0.22	.000
Erweiterte Betreuungsaufgaben	3.40 (0.89)	3.44 (0.99)	0.16	.000
Motivieren und Anleiten	2.54 (1.52)	2.63 (1.44)	0.50	.001
Emotionale Unterstützung	3.28 (0.84)	3.30 (0.83)	0.12	.000
Unterstützung bei Kontaktpflege	2.47 (1.60)	2.58 (1.52)	0.73	.001
Beaufsichtigung	3.51 (0.85)	3.34 (0.99)	4.03*	.005
Subjektive Belastung durch Verhaltensänderungen				
Multivariater Test			1.60	.013
<i>Univariate Tests</i>				
Spätsymptomatik	1.05 (1.55)	1.04 (1.53)	0.01	.000
Kognitive Einbußen	2.37 (1.13)	2.36 (1.11)	0.01	.000
Verwirrtes Verhalten	1.73 (1.17)	1.89 (1.17)	2.60	.003
Aggressivität u. Widerstand	1.05 (1.08)	1.08 (1.07)	0.11	.000
Depressivität	2.11 (1.05)	2.23 (1.05)	1.83	.002
Persönliche Vernachlässigung	1.87 (1.38)	1.84 (1.41)	0.06	.000
Beziehungsverlust	3.07 (0.96)	2.95 (0.89)	2.57	.003
Subjektiv wahrgenommene Bedürfniskonflikte				
Multivariater Test			12.14***	.052
<i>Univariate Tests</i>				
Persönliche Einschränkungen	2.04 (1.01)	2.51 (0.96)	32.77***	.036
Mangelnde soziale Anerkennung	1.77 (1.07)	2.15 (1.06)	7.94***	.020
Negative Bewertung der eigenen Pflegeleistung	1.20 (0.87)	1.29 (0.85)	1.30	.001
Finanzielle Einbußen	1.21 (0.95)	1.17 (1.01)	0.25	.000
Subjektiv wahrgenommene Rollenkonflikte				
<i>Univariate Tests</i>				
Konflikte zw. Beruf und Pflege (N=207)	1.76 (1.20)	2.14 (0.99)	3.30	.016
Konflikte zw. Familie und Pflege (N=365)	1.18 (0.87)	1.74 (1.07)	7.47**	.020

Abhängige Variable	Geschlecht		F	Eta ²
	Männlich (N=173) MW (SD)	Weiblich (N=715) MW (SD)		
Zusätzliche Skalen				
<i>Univariate Tests</i>				
Persönliche Weiterentwicklung	2.55 (0.93)	2.55 (0.96)	0.00	.000
Aggressivität gegenüber dem Demenzpatienten	0.77 (0.62)	0.79 (0.63)	0.05	.000

* p < .05; ** p < .01; *** p < .001 Skala: von 0 (keine Belastung) bis 4 (hohe Belastung)
MW = Mittelwert SD = Standardabweichung

3.3 Belastungsausprägung nach Verwandtschaftsgrad

Der Mittelwertsvergleich nach Verwandtschaftsgrad zeigt multivariat signifikante Gruppenunterschiede für die objektiven Betreuungsaufgaben ($F=3.89$; $\text{Eta}^2 = .03$; $p<.001$). Die univariaten Analysen belegen, dass die pflegenden Ehepartner mehr basale Betreuungsaufgaben übernehmen ($F=4.24$; $\text{Eta}^2 = .02$; $p<.01$) als Kinder oder Schwiegerkinder (vgl. Tabelle 10). Die geringste Belastung berichten die Söhne ($\text{MW} = 2.09$). Ein weiterer signifikanter Unterschied zeigt sich bei der Beaufsichtigung ($F=11.31$; $\text{Eta}^2 = .05$; $p<.001$). Das Muster zeigt erneut die höchste Belastung bei den Ehepartnern ($\text{MW} = 3.65$) und die geringste Belastung bei den Söhnen ($\text{MW} = 3.07$).

Für die Belastungen, die im Zusammenhang mit krankheitsbedingten Verhaltensänderungen des Pflegebedürftigen stehen, zeigt sich ein signifikanter multivariater Effekt ($F=4.72$; $\text{Eta}^2 = .04$; $p<.001$). Dieser Effekt ist hauptsächlich auf Unterschiede in der Belastung durch den Verlust der Beziehung zum Pflegebedürftigen zurückzuführen ($F=25.88$; $\text{Eta}^2 = .11$, $p<.001$). Die pflegenden Ehepartner empfinden sich deutlich belasteter als die Kinder und Schwiegerkinder. Den höchsten Wert geben die Ehefrauen an ($\text{MW} = 3.35$), den niedrigsten die Schwiegertöchter, der jedoch auch nicht gering ist ($\text{MW} = 2.45$). Ein weiterer signifikanter Unterschied zeigt sich bei den Belastungen durch kognitive Einbußen des Pflegebedürftigen ($F=2.55$; $\text{Eta}^2 = .01$; $p<.05$). Erneut leiden die Ehepartner am stärksten unter den Einbußen des Patienten. Pflegende Kinder fühlen sich stärker belastet als Schwiegerkinder. Diese Wahrnehmungen spiegeln vermutlich die Zentralität und emotionale Qualität der Beziehung zum Pflegebedürftigen wider.

Ein multivariater Effekt zeigt sich ebenfalls bei den subjektiv wahrgenommenen Bedürfniskonflikten ($F=6.68$; $\text{Eta}^2 = .03$; $p<.001$). Die univariaten Analysen zeigen, dass dieses Ergebnis auf Unterschiede bei den persönlichen Einschränkungen ($F=15.43$; $\text{Eta}^2 = .07$;

$p < .001$), der mangelnden sozialen Anerkennung ($F=5.14$; $\text{Eta}^2 = .02$; $p < .001$) und den finanziellen Einbußen ($F=2.59$; $\text{Eta}^2 = .01$; $p < .05$) zurückzuführen ist. Von persönlichen Einschränkungen sind insbesondere die Ehefrauen betroffen ($MW=2.74$) gefolgt von den Töchtern ($MW=2.45$) und Schwiegertöchtern ($MW=2.21$). Unter dem Mangel an sozialer Anerkennung leiden pflegende Töchter am meisten ($MW=2.22$). Finanzielle Einbußen treffen die Ehepartner stärker als die Kinder (vgl. Tabelle 10).

Die Gruppen unterscheiden sich signifikant bei den Konflikten zwischen beruflichen Anforderungen und Pflegeaufgaben ($F=2.95$; $\text{Eta}^2 = .06$; $p < .01$). Die Ehefrauen ($MW=2.42$) und Töchter ($MW=2.20$) berichten größere Belastungen als die Söhne ($MW=1.86$) und Schwiegertöchter (1.72).

Tabelle 10: Mittelwerte der Belastung und Signifikanzprüfung nach Verwandtschaftsgrad zu MZP 1 (N=833)

Abhängige Variable	Verwandtschaftsgrad					F	Eta ²
	Söhne (N=39) MW (SD)	Töchter (N=340) MW (SD)	Ehe- männer (N=122) MW (SD)	Ehefrauen (N=254) MW (SD)	Schw.- töchter (N=78) MW (SD)		
Objektive Betreuungsaufgabe							
Multivariater Test						3.89***	.028
<i>Univariate Tests</i>							
Basale Betreuung	2.09 (1.37)	2.38 (1.26)	2.74 (1.22)	2.67 (1.15)	2.54 (1.31)	4.24**	.020
Erweiterte Betreuung.	3.29 (0.95)	3.45 (0.90)	3.50 (0.83)	3.53 (1.00)	3.37 (1.07)	0.93	.005
Motivieren u. Anleiten	3.01 (1.16)	2.57 (1.44)	2.40 (1.62)	2.78 (1.41)	2.57 (1.50)	2.32	.011
Emotionale Unterstützung	3.41 (0.64)	3.30 (0.79)	3.27 (0.86)	3.24 (0.94)	3.46 (0.71)	1.28	.006
Unterstützung bei Kontaktpflege	2.28 (1.65)	2.57 (1.45)	2.52 (1.60)	2.68 (1.58)	2.34 (1.61)	1.11	.005
Beaufsichtigung	3.07 (1.11)	3.21 (0.99)	3.68 (0.68)	3.62 (0.86)	3.32 (1.02)	11.31***	.052
Subjektive Belastung durch Verhaltensänderungen							
Multivariater Test						4.72***	.039
<i>Univariate Tests</i>							
Spätsymptomatik	1.05 (1.59)	1.08 (1.54)	1.11 (1.59)	1.06 (1.58)	0.92 (1.41)	0.19	.001
Kognitive Einbußen	2.23 (1.14)	2.31 (1.10)	2.42 (1.16)	2.52 (1.13)	2.13 (1.03)	2.55*	.012
Verwirrtes Verhalten	1.65 (1.13)	1.85 (1.16)	1.77 (1.21)	1.99 (1.21)	1.83 (1.16)	1.27	.006
Aggressivität	1.12 (1.11)	1.09 (1.10)	1.03 (1.08)	1.14 (1.08)	0.87 (0.89)	1.00	.005
Depressivität	2.05 (0.96)	2.28 (1.02)	2.13 (1.11)	2.25 (1.09)	2.01 (1.05)	1.56	.007
Persönl. Vernachlässigung	1.82 (1.37)	1.81 (1.38)	1.86 (1.41)	1.91 (1.46)	1.86 (1.39)	0.18	.001
Beziehungsverlust	2.69 (0.97)	2.81 (0.88)	3.22 (0.94)	3.35 (0.74)	2.45 (0.96)	25.88***	.111
Subjektiv wahrgenommene Bedürfniskonflikte							
Multivariater Test						6.68***	.031
<i>Univariate Tests</i>							
Persönliche Einschränkungen	1.75 (1.05)	2.45 (0.96)	2.16 (1.00)	2.74 (0.89)	2.21 (0.96)	15.43***	.069
Mangelnde soziale Anerkennung	1.76 (1.14)	2.22 (1.07)	1.77 (1.05)	2.06 (1.05)	2.14 (1.08)	5.14***	.024
Negative Bewertung der eigenen Pflegeleistung	1.44 (0.95)	1.33 (0.85)	1.10 (0.85)	1.29 (0.89)	1.18 (0.74)	2.19	.010
Finanzielle Einbußen	1.12 (1.01)	1.18 (1.06)	1.30 (0.93)	1.30 (1.00)	0.92 (1.02)	2.59*	.012

Abhängige Variable	Verwandtschaftsgrad					F	Eta ²
	Söhne (N=39) MW (SD)	Töchter (N=340) MW (SD)	Ehe- männer (N=122) MW (SD)	Ehefrauen (N=254) MW (SD)	Schw.- töchter (N=78) MW (SD)		
Subjektiv wahrgenommene Rollenkonflikte							
<i>Univariate Tests</i>							
Konflikte zw. Beruf und Pflege (N=207)	1.86 (1.22)	2.20 (0.95)	1.30 (1.08)	2.42 (1.01)	1.72 (1.09)	2.95**	.055
Konflikte zw. Familie und Pflege (N= 365)	1.18 (0.87)	1.73 (1.08)			1.75 (1.00)	3.73**	.020
Zusätzliche Skalen							
<i>Univariate Tests</i>							
Persönliche Weiterentwicklung Aggressivität gegenüber dem Demenzpatienten	2.32 (0.89)	2.53 (0.94)	2.66 (0.90)	2.64 (0.94)	2.51 (0.92)	2.05*	.021
	0.84 (0.62)	0.78 (0.58)	0.77 (0.63)	0.86 (0.70)	0.64 (0.53)	1.30	.013
* p < .05; ** p < .01; *** p < .001			Skala: von 0 (keine Belastung) bis 4 (hohe Belastung)				
			MW = Mittelwert		SD = Standardabweichung		

Den niedrigsten Wert haben die Ehemänner (MW=1.30). Signifikante Unterschiede zeigen sich auch bei den Konflikten zwischen familiären Erfordernissen und Pflegeaufgaben (F=3.73; Eta² =.02; p<.01). Hier sind die pflegenden Töchter (MW=1.73) und Schwiegertöchter (MW=1.75) deutlich belasteter als die Söhne (MW=1.18).

Schließlich zeigen sich signifikante Unterschiede bei der Beurteilung persönlicher Weiterentwicklung durch die Pflege (F=2.05; Eta² =.02; p<.01). Die Ehepartner berichten stärker von diesem positiven Aspekt der Pflege (MW=2.65) als die Kinder und Schwiegerkinder (vgl. Tabelle 10).

3.4 Belastungsausprägung nach Bildungsniveau

Als Indikator für das Bildungsniveau gingen die Schulabschlüsse der pflegenden Angehörigen als unabhängige Variable in die Varianzanalysen ein. Die Analyse über die objektiven Betreuungsaufgaben zeigt einen multivariaten Effekt ($F=4.51$; $\text{Eta}^2 = .03$; $p<.001$), der auf Unterschiede in den basalen Betreuungsaufgaben ($F=19.52$; $\text{Eta}^2 = .04$; $p<.001$), den erweiterten Betreuungsaufgaben ($F=5.98$; $\text{Eta}^2 = .01$; $p<.01$) und der Beaufsichtigung ($F=12.39$; $\text{Eta}^2 = .03$; $p<.001$) zurückzuführen ist (vgl. Tabelle 11). Bei den basalen und erweiterten Betreuungsaufgaben berichten jeweils die Probanden mit Hauptschulabschluss die höchste, die Abiturienten die niedrigste Belastung. Die Ergebnisse zur Beaufsichtigung belegen die höchste Belastung bei den Abiturienten und die niedrigste bei den Hauptschülern. Die Skalenmittelwerte sind für die erweiterten Betreuungsaufgaben, die emotionale Unterstützung sowie für die Unterstützung bei der Kontaktpflege insgesamt zwischen 3.10 und 3.52 sehr hoch.

Die multivariate Analyse zur subjektiven Belastung durch krankheitsbedingte Verhaltensänderungen ist signifikant ($F= 2.11$; $\text{Eta}^2 = .02$; $p<.01$) und auf Unterschiede bei der Belastung durch kognitive Einbußen des Patienten ($F=5.80$; $\text{Eta}^2 = .01$; $p<.01$) und durch den Beziehungsverlust ($F=7.09$; $\text{Eta}^2 = .02$; $p<.01$) zurückzuführen. Es sind jeweils die Angehörigen mit Hauptschulabschluss, die die größte Belastung angeben, gefolgt von den Probanden mit Realschulabschluss.

Der multivariate Test zu den subjektiv wahrgenommenen Bedürfniskonflikten ist ebenfalls signifikant ($F=4.30$; $\text{Eta}^2 = .02$; $p<.001$). Univariate Analysen ergeben signifikante Ergebnisse auf allen Subskalen: Persönliche Einschränkungen ($F=3.38$; $\text{Eta}^2 = .01$; $p<.05$), mangelnde soziale Anerkennung ($F=5.24$; $\text{Eta}^2 = .01$; $p<.05$), negative Bewertung der eigenen Pflegeleistung ($F=5.09$; $\text{Eta}^2 = .01$; $p<.05$) und finanzielle Einbußen ($F=6.71$; $\text{Eta}^2 = .02$; $p<.01$).

Tabelle 11: Mittelwerte der Belastung und Signifikanzprüfung nach Bildungsniveau zu MZP 1 (N=888)

Abhängige Variable	Bildungsniveau			F	Eta ²
	Hauptschule (N=336) MW (SD)	Realschule (N=349) MW (SD)	Abitur (N=203) MW (SD)		
Objektive Betreuungsaufgaben					
Multivariater Test				4.51***	.030
<i>Univariate Tests</i>					
Basale Betreuungsaufgaben	2.75 (1.18)	2.45 (1.24)	2.07 (1.31)	19.52***	.042
Erweiterte Betreuungsaufgaben	3.52 (0.94)	3.46 (0.95)	3.23 (1.02)	5.98**	.013
Motivieren und Anleiten	2.71 (1,45)	2.61 (1,45)	2.45 (1,44)	2.20	.005
Emotionale Unterstützung	3.52 (0,91)	3.39 (0,91)	3.10 (1,09)	2.10	.005
Unterstützung bei Kontaktpflege	3.37 (0,87)	3.29 (0,79)	3.21 (0,85)	1.98	.004
Beaufsichtigung	2.43 (1,61)	2.60 (1,52)	2.68 (1,42)	12.39***	.027
Subjektive Belastung durch Verhaltensänderungen					
Multivariater Test				2.11**	.017
<i>Univariate Tests</i>					
Spätsymptomatik	1.13 (1.63)	1.05 (1.51)	0.87 (1.38)	1.81	.004
Kognitive Einbußen	2.50 (1.14)	2.34 (1.10)	2.17 (1.08)	5.80**	.013
Verwirrtes Verhalten	1.89 (1.20)	1.88 (1.20)	1.79 (1.10)	0.54	.001
Aggressivität	1.09 (1.06)	1.11 (1.12)	1.01 (1.00)	0.51	.001
Depressivität	2.21 (1.08)	2.24 (1.04)	2.13 (1.02)	0.71	.002
Persönliche Vernachlässigung	1.83 (1.50)	1.92 (1.34)	1.75 (1.35)	0.94	.002
Beziehungsverlust	3.10 (0.91)	2.95 (0.90)	2.80 (0.90)	7.09**	.016
Subjektiv wahrgenommene Bedürfniskonflikte					
Multivariater Test				4.30***	.019
<i>Univariate Tests</i>					
Persönliche Einschränkungen	2.51 (0.93)	2.43 (1.00)	2.28 (1.04)	3.38*	.008
Mangelnde soziale Anerkennung	2.09 (1.06)	2.18 (1.08)	1.87 (1.07)	5.24*	.012
Negative Bewertung der Pflegeleistung	1.19 (0.89)	1.38 (0.84)	1.21 (0.82)	5.09*	.011
Finanzielle Einbußen	1.31 (1.08)	1.17 (0.96)	0.98 (0.95)	6.71**	.015
Subjektiv wahrgenommene Rollenkonflikte					
<i>Univariate Tests</i>					
Konflikte zw. Beruf u. Pflege (N=207)	2.22 (0.99)	2.01 (0.99)	2.12 (1.10)	0.729	.007
Konflikte zw. Familie u. Pflege (N=365)	1.83 (1.08)	1.72 (1.03)	1.51 (1.08)	2.569	.014
Zusätzliche Skalen					
<i>Univariate Tests</i>					
Persönliche Weiterentwicklung	2.62 (0.95)	2.52 (0.94)	2.50 (0.98)	0.782	.004
Aggressivität gegenüber dem Demenzpatienten	0.85 (0.67)	0.76 (0.61)	0.72 (0.56)	1.585	.007

*p < .05; ** p < .01; *** p < .001

Skala von 0 (keine Belastung) bis 4 (hohe Belastung)

MW = Mittelwert SD = Standardabweichung

Die Probanden mit Hauptschulabschluss zeigen sich besonders belastet durch persönliche Einschränkungen (MW=2.51). Mangelnde soziale Anerkennung und eine negative Bewertung der eigenen Pflegeleistung berichten insbesondere die Personen mit

Realschulabschluss. Die höchste Belastung durch finanzielle Einbußen zeigen die Probanden mit Hauptschulabschluss, der Mittelwert ist mit 1.31 jedoch relativ gering.

Für die weiteren Skalen (berufliche und familiäre Rollenkonflikte, persönliche Weiterentwicklung durch die Pflege sowie Aggressivität gegenüber dem Patienten) lassen sich keine Unterschiede in Bezug auf das Bildungsniveau feststellen.

3.5 Belastungsausprägung nach Demenzgrad

Die pflegenden Angehörigen wurden in einem ausführlichen Interview befragt, um in Anlehnung an die Kriterien der International Classification of Diseases (ICD) eine Einschätzung des Demenzschweregrades vorzunehmen. Hierdurch konnten leichte, mittlere und schwere Demenzen differenziert werden (Dilling, Mombour & Schmidt, 2000).

Die multivariate Varianzanalyse zu den objektiven Betreuungsaufgaben ist hochsignifikant ($F=38.43$; $\text{Eta}^2 = .21$; $p < .001$). In allen Subskalen finden sich hochsignifikante Unterschiede mit hohen Effektstärken, (die genauen Kennwerte sind bitte Tabelle 12 zu entnehmen). Einen Anstieg von den zu leistenden Aufgaben beim leichten zum mittleren bis zum schweren Demenzgrad sind bei den basalen und erweiterten Betreuungsaufgaben, der emotionalen Unterstützung und der Beaufsichtigung festzustellen. So steigt der Mittelwert der Belastung bei den basalen Betreuungsaufgaben von 1.01 bei leichten Demenzen auf 3.22 bei den schweren Demenzerkrankungen. Bei den Skalen zum Motivieren und Anleiten sowie zur Unterstützung bei der Kontaktpflege liegt indes ein kurvilinearere Zusammenhang vor. Hier ist die Belastung im mittleren Stadium am höchsten, denn manche Aufgaben entfallen im weit fortgeschrittenen Stadium.

Hochsignifikante Unterschiede finden sich auch bei der subjektiven Belastung durch krankheitsbedingte Verhaltensänderungen ($F=19.68$; $\text{Eta}^2 = .14$; $p < .001$). Die univariaten Analysen belegen signifikante Effekte für die Skalen Spätsymptomatik, kognitive Einbußen, verwirrtes Verhalten, persönliche Vernachlässigung und Belastung durch Beziehungsverlust (vgl. Tabelle 12). Erwartungsgemäß steigt die Belastung durch die Spätsymptomatik mit zunehmendem Demenzgrad, ist jedoch mit einem Mittelwert von 1.76 bei schwerer Demenz verhältnismäßig niedrig. Die Belastung durch verwirrtes, desorientiertes Verhalten nimmt mit der Schwere der Demenz ebenso zu (MW von 1.42 auf 1.97) wie die Belastung durch den Verlust der Beziehung zum Erkrankten (MW von 2.40 auf 3.25). Die Belastung durch kognitive Einbußen ist im mittleren Stadium am höchsten (MW=2.54).

Tabelle 12: Mittelwerte der Belastung und Signifikanzprüfung nach Demenzgrad zu MZP 1 (N=888)

Abhängige Variable	Demenzgrad			F	Eta ²
	ICD Leicht (N=88) MW (SD)	ICD Mittel (N=469) MW (SD)	ICD Schwer (N=331) MW (SD)		
Objektive Betreuungsaufgaben					
Multivariater Test				38.43***	.207
<i>Univariate Tests</i>					
Basale Betreuungsaufgaben	1.01 (0.87)	2.23 (1.14)	3.22 (1.01)	177.03***	.286
Erweiterte Betreuungsaufgaben	2.94 (1.08)	3.47 (0.88)	3.51 (1.03)	13.12***	.029
Motivieren und Anleiten	2.32 (1.15)	2.93 (1.17)	2.24 (1.76)	25.38***	.054
Emotionale Unterstützung	2.98 (0.87)	3.22 (0.82)	3.50 (0.80)	18.78***	.041
Unterstützung bei Kontaktpflege	2.40 (1.24)	2.80 (1.38)	2.25 (1.74)	13.54***	.030
Beaufsichtigung	2.70 (1.07)	3.36 (0.93)	3.58 (0.90)	30.62***	.065
Subjektive Belastung durch Verhaltensänderungen					
Multivariater Test				19.68***	.135
<i>Univariate Tests</i>					
Spätsymptomatik	0.24 (0.80)	0.68 (1.29)	1.76 (1.70)	72.44***	.141
Kognitive Einbußen	2.13 (0.91)	2.54 (0.98)	2.17 (1.30)	13.20***	.029
Verwirrtes Verhalten	1.42 (1.02)	1.87 (1.12)	1.97 (1.28)	7.90***	.018
Aggressivität und Widerstand	1.08 (0.99)	1.12 (1.09)	1.02 (1.07)	0.77	.002
Depressivität	2.09 (1.06)	2.22 (1.01)	2.22 (1.11)	0.58	.001
Persönliche Vernachlässigung	1.49 (1.30)	1.88 (1.34)	1.89 (1.50)	3.25*	.007
Beziehungsverlust	2.40 (0.92)	2.89 (0.90)	3.25 (0.82)	37.39***	.078
Subjektiv wahrgenommene Bedürfniskonflikte					
Multivariater Test				8.09***	.035
<i>Univariate Tests</i>					
Persönliche Einschränkungen	1.86 (1.04)	2.39 (0.97)	2.62 (0.94)	22.09***	.048
Mangelnde soziale Anerkennung	1.66 (1.00)	2.07 (1.08)	2.18 (1.06)	8.35***	.019
Negative Bewertung der Pflegeleistung	1.30 (0.89)	1.32 (0.86)	1.20 (0.85)	2.08	.005
Finanzielle Einbußen	1.07 (1.02)	1.14 (0.97)	1.26 (1.07)	1.85	.004
Subjektiv wahrgenommene Rollenkonflikte					
<i>Univariate Tests</i>					
Konflikte zw. Beruf u. Pflege (N=207)	2.06 (1.09)	2.05 (0.97)	2.19 (1.10)	0.38	.004
Konflikte zw. Familie u. Pflege (N=365)	1.04 (0.84)	1.75 (1.08)	1.81 (1.02)	9.27***	.049
Zusätzliche Skalen: Univariate Tests					
Persönliche Weiterentwicklung	2.24 (0.94)	2.39 (0.97)	2.87 (0.84)	31.95***	.067
Aggressivität gegenüber dem Patienten	0.67 (0.60)	0.81 (0.62)	0.77 (0.63)	1.86	.004

* p < .05; *** p < .001

Skala von 0 (keine Belastung) bis 4 (hohe Belastung)
MW = Mittelwert SD = Standardabweichung

Die subjektiv wahrgenommenen Bedürfniskonflikte unterscheiden sich ebenfalls hochsignifikant zwischen den Subgruppen ($F=8.09$; $\text{Eta}^2 = .04$; $p<.001$). Diese Differenzen sind auf Veränderungen bei der Belastung durch persönliche Einschränkungen und mangelnde soziale Anerkennung zurückzuführen. Die Belastung steigt auf beiden Skalen mit der Schwere der Demenz deutlich an.

Ein ähnliches Bild zeigt die Zunahme der Konflikte zwischen familiären Erfordernissen und Aufgaben durch die Pflege ($F=9.27$; $\text{Eta}^2 = .05$; $p<.001$), der Mittelwert steigt von 1.04 auf 1.81. Diese deutliche Belastungszunahme mit dem natürlichen Verlauf der Krankheit wird von einem positiven Effekt begleitet: Die pflegenden Angehörigen geben eine zunehmende persönliche Weiterentwicklung durch die Pflege ($F=31.95$; $\text{Eta}^2 = .07$; $p<.001$) an. Die Mittelwerte zwischen 2.24 bis 2.87 sind relativ hoch.

3.6 Belastungsausprägung nach Pflegedauer

Demenzgrad und Pflegedauer korrelieren miteinander, sind jedoch nicht deckungsgleich. So entwickelt sich die Demenz vom Alzheimer Typ im hohen Alter langsam, Multiinfarktdemenzen mitunter schnell. Deshalb werden hier die Mittelwerte zur Belastung in Abhängigkeit von der Pflegedauer berichtet (vgl. Tabelle 13). Die Stichprobe wurde unterteilt in vier Gruppen mit etwa gleicher Zellenbesetzung. In der ersten Gruppe umfasste die Pflegedauer 1 bis 18 Monate, die der nächsten Gruppe 19-33 Monate, in der dritten Gruppe 34 bis 53 Monate und in der vierten Gruppe 54 Monate und mehr. Der Mittelwert für die Gesamtstichprobe lag bei 41 Monaten (vgl. Kapitel 2).

Die multivariate Varianzanalyse zu den objektiven Betreuungsaufgaben zeigt einen hochsignifikanten Effekt ($F=8.56$; $\text{Eta}^2 = .06$; $p<.001$). Dieser Effekt ist insbesondere auf Unterschiede bei den basalen Betreuungsaufgaben ($F=36.00$; $\text{Eta}^2 = .11$; $p<.001$), beim Motivieren und Anleiten ($F=6.62$; $\text{Eta}^2 = .02$; $p<.001$) sowie bei der Beaufsichtigung ($F=6.07$; $\text{Eta}^2 = .02$; $p<.001$) zurückzuführen. Bei den basalen Betreuungsaufgaben und der Beaufsichtigung steigt die Belastung mit der Pflegedauer an, beim Motivieren und Anleiten ist ein kurvilinearereffekt zu verzeichnen. Hier steigt die Belastung zunächst an, nimmt dann jedoch deutlich ab. Bei fortschreitender Pflegedauer sind die Erkrankten häufig nicht mehr in der Lage, eigene Aktivitäten durchzuführen, die lediglich der Anleitung bedürfen (vgl. Tabelle 12). Ebenfalls signifikante, aber geringere Unterschiede sind bei der Belastung durch erweiterte Betreuungsaufgaben ($F=3.80$; $\text{Eta}^2 = .01$; $p<.05$) und emotionale Unterstützung ($F=3.07$; $\text{Eta}^2 = .01$; $p<.05$) festzustellen.

Tabelle 13: Mittelwerte der Belastung und Signifikanzprüfung nach Pflegedauer zu MZP 1 (N=888)

Abhängige Variable	Pflegedauer				F	Eta ²
	1-18 Monate (N=212) MW (SD)	19-33 Monate (N=203) MW (SD)	34-53 Monate (N=241) MW (SD)	54 Monate und mehr (N=232) MW (SD)		
Objektive Betreuungsaufgabe						
Multivariater Test					8.56***	.055
<i>Univariate Tests</i>						
Basale Betreuungsaufgabe	1.88 (1.14)	2.32 (1.19)	2.61 (1.22)	3.02 (1.12)	35.99***	.109
Erweiterte Betreuungsaufg.	3.29 (0.99)	3.42 (0.93)	3.41 (1.05)	3.60 (0.87)	3.80*	.013
Motivieren u. Anleiten	2.62 (1.23)	2.86 (1.30)	2.72 (1.46)	2.28 (1.68)	6.62***	.022
Emotionale Unterstützung	3.21 (0.80)	3.22 (0.83)	3.32 (0.85)	3.42 (0.84)	3.07*	.010
Unterstützung bei Kontaktpflege	2.59 (1.42)	2.70 (1.42)	2.54 (1.57)	2.41 (1.69)	1.33	.004
Beaufsichtigung	3.16 (1.03)	3.35 (0.98)	3.42 (0.93)	3.54 (0.90)	6.07***	.020
Subjektive Belastung durch Verhaltensänderungen						
Multivariater Test					4.07***	.031
<i>Univariate Tests</i>						
Spätsymptomatik	0.65 (1.25)	0.93 (1.49)	1.14 (1.56)	1.38 (1.68)	9.55***	.031
Kognitive Einbußen	2.38 (0.96)	2.45 (1.03)	2.40 (1.13)	2.22 (1.29)	1.77	.006
Verwirrtes Verhalten	1.71 (1.18)	1.83 (1.06)	2.00 (1.16)	1.90 (1.27)	2.37	.008
Aggressivität u. Widerstand	1.13 (1.07)	1.05 (1.13)	1.15 (1.06)	0.98 (1.03)	1.11	.004
Depressivität	2.23 (1.05)	2.25 (1.02)	2.26 (1.05)	2.10 (1.07)	1.16	.004
Persönl. Vernachlässigung	1.84 (1.36)	1.87 (1.36)	1.91 (1.39)	1.77 (1.49)	0.36	.001
Beziehungsverlust	2.74 (0.89)	2.90 (0.97)	3.08 (0.87)	3.15 (0.86)	9.32***	.031
Subjektiv wahrgenommene Bedürfniskonflikte						
Multivariater Test					3.67***	.016
<i>Univariate Tests</i>						
Persönliche Einschränkungen	2.21 (1.02)	2.34 (0.99)	2.53 (0.98)	2.57 (0.92)	6.82***	.023
Mangelnde soziale Anerkennung	1.86 (1.06)	2.02 (1.10)	2.13 (1.00)	2.26 (1.12)	5.37**	.018
Negative Bewertung der eigenen Pflegeleistung	1.33 (0.90)	1.28 (0.86)	1.29 (0.86)	1.18 (0.81)	1.29	.004
Finanzielle Einbußen	1.01 (0.88)	1.18 (1.05)	1.29 (1.00)	1.22 (1.08)	3.01*	.010
Subjektiv wahrgenommene Rollenkonflikte						
<i>Univariate Tests</i>						
Konflikte zw. Beruf u. Pflege (N=227)	1.93 (1.04)	2.06 (0.94)	2.19 (1.09)	1.98 (1.06)	0.70	.009
Konflikte zw. Familie u. Pflege (N= 404)	1.55 (1.07)	1.64 (1.00)	1.77 (1.18)	1.74 (1.01)	0.96	.007
Zusätzliche Skalen						
<i>Univariate Tests</i>						
Persönliche Weiterentwicklung	2.23 (0.97)	2.54 (0.89)	2.66 (0.93)	2.75 (0.95)	12.60***	.041
Aggressivität gegenüber dem Demenzpatienten	0.76 (0.60)	0.74 (0.58)	0.86 (0.67)	0.76 (0.63)	1.82	.006

* p < .05; ** p < .01; *** p < .001

Skala von 0 (keine Belastung) bis 4 (hohe Belastung)
MW = Mittelwert SD = Standardabweichung

Die Belastungen in diesen Bereichen steigen mit zunehmender Pflegedauer kontinuierlich an, die Mittelwerte sind mit über 3 allerdings bei allen Gruppen hoch.

Bei der subjektiven Belastung durch krankheitsbedingte Verhaltensänderungen ist ebenfalls ein hochsignifikanter multivariater Effekt festzustellen ($F=4.07$; $\text{Eta}^2 = .03$; $p<.001$). Dieser Effekt wird durch Unterschiede bei der Spätsymptomatik ($F=9.55$; $\text{Eta}^2 =.03$; $p<.001$) und dem Beziehungsverlust ($F= 9.32$; $\text{Eta}^2 =.03$; $p<.001$) bewirkt. Diese Belastungen steigen kontinuierlich mit der Pflegedauer an. Allerdings ist die Belastung durch die Spätsymptomatik (Mittelwerte zwischen 0.65 und 1.38) insgesamt eher gering, während die Belastung durch den Verlust der Beziehung zum Erkrankten bereits zu Beginn mit 2.74 hoch ist und bei zunehmender Pflegedauer auf 3.15 steigt.

Die Analyse der subjektiv wahrgenommenen Bedürfniskonflikte ergibt einen multivariaten Effekt ($F=3.67$; $\text{Eta}^2 = .02$; $p<.001$). Dieser ist auf Unterschiede bei den persönlichen Einschränkungen ($F=6.82$; $\text{Eta}^2 =.02$; $p<.001$), der mangelnden sozialen Anerkennung ($F=5.37$; $\text{Eta}^2 = .02$; $p<.01$) und finanziellen Einbußen ($F=3.01$; $\text{Eta}^2 =.01$; $p<.05$) zurückzuführen. Insgesamt ist eine Zunahme der Belastung auf den jeweiligen Skalen festzustellen. Die finanziellen Einbußen spielen keine prominente Rolle (Mittelwerte von 1.01 bis 1.29). Deutlich größer sind die Belastungen durch persönliche Einschränkungen und mangelnde soziale Anerkennung.

Bei den subjektiv wahrgenommenen Rollenkonflikten sind keine Gruppenunterschiede festzustellen. Ein hochsignifikanter Effekt zeigt sich jedoch bei der Skala persönliche Weiterentwicklung ($F= 12.60$; $\text{Eta}^2 =.04$; $p<.001$). Die pflegenden Angehörigen berichten mit zunehmender Pflegedauer in ihrer persönlichen Entwicklung durch die Pflege profitiert zu haben. Diese positive Auswirkung berichten schon diejenigen mit kurzer Pflegedauer (MW= 2.23), der Wert steigt kontinuierlich an bis auf 2.75 bei der Gruppe mit der längsten Pflegedauer.

3.7 Belastungsausprägung nach Wohnsituation

Die folgenden Analysen gehen der Frage nach, welche Unterschiede in der Belastung für Angehörige bestehen, die mit dem Pflegebedürftigen in einem Haushalt leben im Vergleich zu Pflegenden, die in getrennten Haushalten wohnen (Tabelle 14).

Tabelle 14: Mittelwerte der Belastung und Signifikanzprüfung nach Wohnsituation zu MZP 1 (N=888)

Abhängige Variable	Wohnsituation		F	Eta ²
	Gemeinsamer Haushalt (N=551) MW (SD)	Getrennter Haushalt (N=337) MW (SD)		
Objektive Betreuungsaufgaben				
Multivariater Test			49.47***	.25
<i>Univariate Tests</i>				
Basale Betreuungsaufgaben	2.87 (1.08)	1.83 (1.26)	170.80***	.16
Erweiterte Betreuungsaufgaben	3.69 (0.67)	3.02 (1.21)	111.79***	.11
Motivieren und Anleiten	2.78 (1.45)	2.34 (1.42)	19.38***	.21
Emotionale Unterstützung	3.36 (0.82)	3.20 (0.85)	8.01*	.01
Unterstützung bei Kontaktpflege	2.69 (1.55)	2.34 (1.48)	11.08**	.01
Beaufsichtigung	3.74 (0.54)	2.79 (1.19)	261.77***	.22
Subjektive Belastung durch Verhaltensänderungen				
Multivariater Test			7.80***	.06
<i>Univariate Tests</i>				
Spätsymptomatik	1.13 (1.57)	0.89 (1.45)	5.30*	.00
Kognitive Einbußen	2.42 (1.14)	2.28 (1.07)	3.19	.00
Verwirrtes Verhalten	1.93 (1.20)	1.75 (1.12)	4.80*	.00
Aggressivität u. Widerstand	1.07 (1.06)	1.90 (1.10)	0.75	.00
Depressivität	2.18 (1.07)	2.24 (1.01)	0.56	.00
Persönliche Vernachlässigung	1.85 (1.42)	1.85 (1.37)	0.00	.00
Beziehungsverlust	3.11 (0.89)	2.75 (0.88)	34.42***	.03
Subjektiv wahrgenommene Bedürfniskonflikte				
Multivariater Test			16.17***	.07
<i>Univariate Tests</i>				
Persönliche Einschränkungen	2.56 (0.92)	2.19 (1.05)	30.96***	.03
Mangelnde soziale Anerkennung	2.04 (1.06)	2.13 (1.09)	1.35	.00
Negative Bewertung der eigenen Pflegeleistung	1.22 (0.84)	1.36 (0.88)	5.87*	.01
Finanzielle Einbußen	1.24 (1.02)	1.08 (0.99)	5.51*	.01
Subjektiv wahrgenommene Rollenkonflikte				
<i>Univariate Tests</i>				
Konflikte zw. Beruf u. Pflege (N=206)	2.15 (1.05)	2.07 (1.01)	0.31	.00
Konflikte zw. Familie u. Pflege (N=364)	1.97 (1.08)	1.54 (1.02)	14.01***	.03
Zusätzliche Skalen				
<i>Univariate Tests</i>				
Persönliche Weiterentwicklung	2.63 (0.93)	2.42 (0.98)	10.16**	.01
Aggressivität gegenüber dem Demenzpatienten	0.84 (0.66)	0.68 (0.55)	13.74***	.01

* p < .05; ** p < .01; *** p < .001

Skala von 0 (keine Belastung) bis 4 (hohe Belastung)
MW = Mittelwert SD = Standardabweichung

Die Varianzanalyse zu den objektiven Betreuungsaufgaben ergibt einen hochsignifikanten Effekt mit einer hohen Effektstärke ($F=49.47$; $\text{Eta}^2 = .25$; $p<.001$). Signifikante Unterschiede zeigen sich bei allen diesbezüglichen Subskalen und die Mittelwerte belegen eine durchgehend höhere Belastung der Angehörigen mit gemeinsamem Haushalt. Die Werte sind mit 2.69 bis 3.74 hoch. Die genauen Kennwerte sind in Tabelle 14 beschrieben.

Der multivariate Test der subjektiven Belastung durch krankheitsbedingte Verhaltensänderungen ist ebenfalls hochsignifikant ($F=7.80$, $\text{Eta}^2 = .06$; $p<.001$). Dieses Ergebnis ist überwiegend auf Unterschiede in der Belastung durch den Verlust der Beziehung zum Pflegebedürftigen zurückzuführen ($F=34.42$; $\text{Eta}^2 = .03$; $p<.001$). Die Angehörigen, die einen gemeinsamen Haushalt mit dem Gepflegten führen, haben einen Mittelwert von 3.11 gegenüber einem Mittelwert von 2.75 bei den Personen mit getrenntem Haushalt. Bei der Belastung durch verwirrtes, desorientiertes Verhalten und durch die Spätsymptomatik sind schwach signifikante Unterschiede festzustellen ($p<.05$), die ebenfalls zu Ungunsten der Angehörigen mit gemeinsamem Haushalt ausfallen (vgl. Tabelle 14).

Die Analyse der subjektiv wahrgenommenen Bedürfniskonflikte ergibt einen hochsignifikanten Gruppenunterschied ($F=16.17$; $\text{Eta}^2 = .07$; $p<.001$). Dieser Effekt wird hauptsächlich durch Unterschiede in den persönlichen Einschränkungen verursacht ($F=30.96$; $\text{Eta}^2 = .03$; $p<.001$). Angehörige mit einem gemeinsamen Haushalt haben einen Mittelwert von 2.56, Probanden mit getrenntem Haushalt von 2.19. Ein interessanter Effekt zeigt sich bei der negativen Bewertung der eigenen Pflegeleistung ($F=5.87$; $\text{Eta}^2 = .01$; $p<.05$). Hier haben die Angehörigen mit getrenntem Haushalt einen höheren Mittelwert mit 1.36 im Vergleich zu 1.22 bei gemeinsamem Haushalt. Bei den finanziellen Einbußen zeigen sich die Angehörigen mit gemeinsamem Haushalt signifikant höher belastet ($F=5.51$; $\text{Eta}^2 = .01$; $p<.05$).

Deutliche signifikante Unterschiede zeigen sich in den univariaten Analysen der Konflikte mit familiären Erfordernissen und Pflege ($F=14.01$; $\text{Eta}^2 = .03$; $p<.001$), der persönlichen Weiterentwicklung ($F=10.16$; $\text{Eta}^2 = .01$; $p<.01$) und der Aggressivität gegenüber dem Demenzpatienten ($F=13.74$; $\text{Eta}^2 = .01$; $p<.001$). Die Angehörigen mit einem gemeinsamen Haushalt berichten deutlich mehr familiäre Konflikte ($MW=1.97$ versus 1.54) und höhere Aggressivität ($MW=0.84$ versus 0.68). Diese Angehörigen zeigen allerdings auch einen positiven Effekt, indem sie vermehrt von ihrer persönlichen Weiterentwicklung durch die Pflege berichten ($MW=2.63$ versus 2.42).

3.8 Belastungsausprägung nach Wohnort

Die unabhängige Variable für diese Analysen war die Größe des Wohnorts der Angehörigen. Die Stichprobe konnte differenziert werden nach Großstadt (>100.000 Einwohner, N=396), Kleinstadt (zwischen 15.000-100.000, N=255) und Dorf (<15.000, N=237).

Die multivariate Analyse der objektiven Betreuungsaufgaben zeigt einen signifikanten Effekt ($F=2.76$; $\text{Eta}^2 = .02$; $p < .01$). Dieses Ergebnis ist auf signifikante Unterschiede auf den Skalen basale Betreuungsaufgaben ($F=10.33$; $\text{Eta}^2 = .02$; $p < .001$) und Belastung durch Beaufsichtigung ($F=6.35$; $\text{Eta}^2 = .01$; $p < .01$) zurückzuführen. Die Dorfbewohner berichten jeweils die höchsten Belastungen, die Großstadtbewohner die niedrigsten Werte. Dieses Muster zeigt sich auch bei den anderen signifikanten Unterschieden (vgl. Tabelle 15).

Der multivariate Effekt bei der subjektiven Belastung durch krankheitsbedingte Verhaltensänderungen ($F=1.73$; $\text{Eta}^2 = .01$; $p < .05$) ist auf Unterschiede in der Belastung durch die Spätsymptomatik ($F=5.33$; $\text{Eta}^2 = .01$; $p < .01$) zurückzuführen. Die Dorfbewohner berichten mit einem Mittelwert von 1.19 die höchsten Belastungen, die Großstadtbewohner mit 0.85 die geringste Belastung.

Bei den subjektiv wahrgenommenen Bedürfniskonflikten gibt es einen hochsignifikanten Effekt ($F=4.87$, $\text{Eta}^2 = .02$; $p < .001$), der auf Unterschiede in der Belastung durch mangelnde soziale Anerkennung ($F=13.58$; $\text{Eta}^2 = .03$; $p < .001$) zurückzuführen ist. Die Dorf- und Kleinstadtbewohner haben einen Mittelwert von 2.24, die Großstadtbewohner von 1.87.

Die univariaten Analysen der weiteren Skalen belegen einen signifikanten Unterschied in der Belastung durch familiäre Erfordernisse und Pflegeaufgaben ($F=6.68$; $\text{Eta}^2 = .04$; $p < .01$). Die Dorfbewohner haben einen Mittelwert von 1.87, die Kleinstadtbewohner von 1.91 und die Großstadtbewohner von 1.48.

Die positive Auswirkung von Pflegebelastung durch die Möglichkeit persönlicher Weiterentwicklung geben Dorf- und Kleinstadtbewohner signifikant größer an als Großstadtbewohner ($F=6.54$; $\text{Eta}^2 = .02$; $p < .01$).

Tabelle 15: Mittelwerte der Belastung und Signifikanzprüfung nach Wohnort Stadt-Land zu MZP 1 (N=888)

Abhängige Variable	Wohnort			F	Eta ²
	Großstadt (N=396) MW (SD)	Kleinstadt (N=255) MW (SD)	Dorf (N=237) MW (SD)		
Objektive Betreuungsaufgaben					
Multivariater Test				2.76**	.019
<i>Univariate Tests</i>					
Basale Betreuungsaufgaben	2.27 (1.29)	2.59 (1.24)	2.70 (1.19)	10.33***	.023
Erweiterte Betreuungsaufgaben	3.37 (0.97)	3.44 (0.97)	3.52 (0.95)	1.67	.004
Motivieren und Anleiten	2.64 (1.38)	2.54 (1.48)	2.66 (1.53)	0.53	.001
Emotionale Unterstützung	3.26 (0.81)	3.29 (0.88)	3.38 (0.82)	1.52	.003
Unterstützung bei Kontaktpflege	2.67 (1.46)	2.40 (1.56)	2.54 (1.62)	2.41	.005
Beaufsichtigung	3.25 (1.07)	3.48 (0.83)	3.48 (0.90)	6.35**	.014
Subjektive Belastung durch Verhaltensänderungen					
Multivariater Test				1.73*	.014
<i>Univariate Tests</i>					
Spätsymptomatik	0.85 (1.44)	1.18 (1.54)	1.19 (1.63)	5.33**	.012
Kognitive Einbußen	2.40 (1.06)	2.30 (1.18)	2.37 (1.14)	0.52	.001
Verwirrtes Verhalten	1.79 (1.16)	1.93 (1.23)	1.91 (1.13)	1.37	.003
Aggressivität und Widerstand	1.08 (1.08)	1.10 (1.05)	1.04 (1.10)	0.20	.000
Depressivität	2.24 (1.05)	2.20 (1.01)	2.15 (1.10)	0.55	.001
Persönliche Vernachlässigung	1.76 (1.36)	1.89 (1.41)	1.90 (1.45)	1.00	.002
Beziehungsverlust	2.92 (0.94)	3.02 (0.85)	3.01 (0.92)	1.14	.003
Subjektiv wahrgenommene Bedürfniskonflikte					
Multivariater Test				4.87***	.022
<i>Univariate Tests</i>					
Persönliche Einschränkungen	2.36 (0.99)	2.48 (0.96)	2.47 (1.03)	1.29	.003
Mangelnde soziale Anerkennung	1.87 (1.09)	2.24 (1.03)	2.24 (1.05)	13.58***	.030
Negative Bewertung der eigenen Pflegeleistung	1.31 (0.84)	1.25 (0.83)	1.23 (0.91)	0.82	.002
Finanzielle Einbußen	1.10 (0.97)	1.31 (1.05)	1.17 (1.03)	3.12	.007
Subjektiv wahrgenommene Rollenkonflikte					
<i>Univariate Tests</i>					
Konflikte zw. Beruf u. Pflege (N=215)	1.97 (1.10)	2.09 (0.93)	2.13 (1.05)	0.54	.005
Konflikte zw. Familie u. Pflege (N=369)	1.48 (1.00)	1.91 (1.09)	1.87 (1.04)	6.68**	.035
Zusätzliche Skalen					
<i>Univariate Tests</i>					
Persönliche Weiterentwicklung	2.42 (0.95)	2.64 (0.90)	2.67 (1.00)	6.54**	.015
Aggressivität gegenüber dem Demenzpatienten	0.74 (0.61)	0.83 (0.64)	0.80 (0.64)	1.68	.004

* p < .05; ** p < .01; *** p < .001

Skala von 0 (keine Belastung) bis 4 (hohe Belastung)
MW = Mittelwert SD = Standardabweichung

3.9 Zusammenfassung

Die Analysen zu den Untergruppen von Pflegenden belegen eindrucksvoll, dass eine Differenzierung der pflegenden Angehörigen erforderlich ist, um gezielte Entlastungsinterventionen anzubieten. So unterscheiden sich Männer und Frauen nicht in ihrer objektiven Belastung, aber in ihrer subjektiven Wahrnehmung der Situation. Das stärkere Belastungsgefühl der Frauen durch persönliche Einschränkungen und mangelnde soziale Anerkennung sowie ein höheres Konfliktpotential zwischen familiären Bedürfnissen und Pflegeaufgaben spiegeln die gesellschaftliche Realität wider. Die Übernahme von Pflegeaufgaben gilt bei Frauen geschlechtsrollenkonform als selbstverständlich, pflegende Männer erhalten große Anerkennung für diesbezügliche Tätigkeiten.

Pflegende Ehepartner sind in vielen Merkmalen höher belastet als pflegende Töchter und Schwiegertöchter. Pflegende Söhne sind mit 4% in dieser Stichprobe selten anzutreffen und sie sind überwiegend geringer belastet als die anderen Verwandten. Dies gilt auch für mögliche Konflikte zwischen beruflichen Anforderungen und Pflegeaufgaben sowie zwischen familiären Aufgaben und der Pflege. Die Belastung durch Betreuungsaufgaben ist insgesamt sehr groß, hoch ist auch die Belastung durch den Verlust der früheren Beziehung zum Erkrankten. Hierunter leiden die Ehepartner besonders.

Auf nahezu allen Dimensionen erhöht sich die Belastung mit zunehmendem Schweregrad der Demenz. Es gibt jedoch auch Aufgaben, die mit der Schwere der Erkrankung und zunehmender Pflegedauer entfallen. Ein positiver Effekt ist ebenfalls zu verzeichnen: Die Angehörigen berichten, dass sie durch die Pflege in ihrer Persönlichkeitsentwicklung gestärkt wurden.

Erstmals können Ergebnisse über regionale Unterschiede in der Pflege berichtet werden. Der Vergleich von Pflegenden, die in Großstädten, Kleinstädten und Dörfern leben zeigt, dass sich die Pflegenden in den Kleinstädten und Dörfern stärker belastet fühlen als diejenigen, die in Großstädten leben. Dies liegt vermutlich teilweise an der besseren Infrastruktur von Unterstützungsangeboten in den Großstädten. Interessanterweise leiden die Großstädter auch deutlich weniger an mangelnder sozialer Anerkennung; die Übernahme von Pflegeaufgaben wird in ländlichen Strukturen vermutlich noch stärker als Selbstverständlichkeit angesehen.

Schließlich sei noch darauf hingewiesen, dass sich Angehörige im gemeinsamen Haushalt mit den Pflegebedürftigen objektiv und subjektiv deutlich belasteter beschreiben als Pflegende in getrennten Haushalten. Dies spiegelt sich auch in einer erhöhten Aggressivität gegenüber dem Erkrankten wider.

4. Ergebnisse über fünf Messzeitpunkte

Die Darstellung der Belastung im Zeitverlauf könnte über zwei, drei, vier oder fünf Messzeitpunkte erfolgen mit jeweils unterschiedlichen Stichproben (vgl. Kapitel 2). Die Beschreibung an dieser Stelle beschränkt sich auf die komplette Längsschnittstichprobe zu fünf Erhebungszeitpunkten (N= 226). Die Daten über drei Messzeitpunkte (N= 436) sind im Anhang B und die Daten über 4 Messzeitpunkte (N= 321) in Anhang C einzusehen.

Im Verlauf der LEANDER Studie wurde deutlich, dass von den ursprünglich zu Hause (ambulant) betreuten Demenzpatienten ein erheblicher Teil in stationäre Einrichtungen wechselte. Bei der Stichprobe über fünf Messzeitpunkte sind es 33%, dies dürfte allerdings eine Unterschätzung sein, da vermutlich ein erheblicher Teil der nicht mehr auffindbaren Probanden zu den Pflegenden gehören, deren Angehörige in ein Heim oder einer anderen Einrichtung umgezogen sind (vgl. Kapitel 2). Im Folgenden wird zunächst die Veränderung grundlegender Merkmale der gesamten Stichprobe über die Zeit beschrieben, um anschließend den Verlauf der Belastung getrennt für Angehörige von ambulanten und stationär betreuten Patienten zu beschreiben.

4.1 Die Längsschnittstichprobe über fünf Messzeitpunkte

Achtzig Prozent der pflegenden Angehörigen dieser Stichprobe sind weiblichen und 20% männlichen Geschlechts (Tabelle 16). Bei Pflegebeginn sind sie durchschnittlich 58 Jahre alt. Sechsendachtzig Prozent leben in einer Partnerschaft, 7,5% sind ledig und 5% geschieden. Einundachtzig Prozent von ihnen haben Kinder. Die meisten Pflegenden sind Rentner (48%), 26% sind erwerbstätig. Die pflegenden Angehörigen sind gleichermaßen mit jeweils 41% Ehepartner oder Töchter der Erkrankten. 57% leben zu Messzeitpunkt 1 im gemeinsamen Haushalt mit dem Erkrankten und pflegten zu dem Zeitpunkt bereits 41 Monate (Tabelle 16 und 17). Bei den Erkrankten handelt es sich überwiegend um Frauen (69%), die durchschnittlich 77 Jahre alt waren (zum Vergleich dieser Stichprobe mit den anderen Teilstichproben siehe Tabelle 1 und 2 sowie Anhang B und C).

Tabelle 16: Soziodemographische und pflegebezogene Merkmale der Angehörigen der Längsschnittstichprobe über fünf Messzeitpunkte (N=226)

Merkmale	MW (SD)	Anteil (%)	Merkmale	MW (SD)	Anteil (%)
Geschlecht			Höchster Schulabschluss		
Männlich		19.5	Kein Schulabschluss		-
Weiblich		80.5	Volks-/ Hauptschule		37.6
Alter	58.3 (10.3)		Realschule		36.3
Familienstand			Abitur		23.9
Ledig		7.5	Sonstiges		2.2
Verheiratet/ Partnerschaft		86.3	Monatl. Haushaltseinkommen		
Verwitwet		0.9	Unter 1300 €		16.1
Geschieden/ Getrennt lebend		5.3	1300-1800 €		24.1
Kinder			1800-2300 €		25.9
Ja		81.4	Mehr als 2300 €		33.9
Nein		18.6	Verwandschaftliche Beziehung		
Berufstätigkeit			Tochter		41.8
Ja		26.1	Sohn		3.1
Rentner		47.9	(Ehe)Partnerin		25.8
Arbeitslos		7.4	(Ehe)Partner		15.6
Hausfrau/-mann		10.4	Schwiegertochter/ Schwiegersohn		8.4
Sonstiges		8.2	Enkelin / Enkel		1.0
			Andere		4.3
			Betreuungsdauer/ Monate	41.40 (30.0)	

Tabelle 17: Soziodemographische und pflegebezogene Merkmale der Demenzpatienten der Längsschnittstichprobe über fünf Messzeitpunkte (N=226)

Merkmale	MZP 1		MZP 2		MZP 3		MZP 4		MZP 5	
	MW (SD)	Anteil %	MW (SD)	Anteil %	MW (SD)	Anteil %	MW (SD)	Anteil %	MW (SD)	Anteil %
Geschlecht										
Männlich		30.7								
Weiblich		69.3								
Alter in Jahren	77.1 (9.7)									
Wohnsituation										
Mit Pflegendem Heim		57.3 4.0		57.6 12.5		56.7 19.7		53.3 28.9		59.3 32.7
Eigene Wohnung		38.7		29.9		23.6		17.8		8.0
Anwesenheitshäufigkeit										
1-2x pro Woche		1.8		0.9		0.9		-		0.4
Täglich		10.7		5.0		3.2		0.9		0.9
Mehrmals täglich		45.8		38.2		25.9		24.9		21.2
Rund um die Uhr		41.7		55.9		70.0		74.2		77.5
Pflegestufe										
Keine		17.3		8.4		4.0		2.1		0.4
Pflegestufe 1		25.2		24.8		19.9		14.2		11.2
Pflegestufe 2		31.4		35.4		36.3		31.9		32.1
Pflegestufe 3		26.1		31.4		39.8		51.8		56.3

Merkmale	MZP 1		MZP 2		MZP 3		MZP 4		MZP 5	
	MW (SD)	Anteil %	MW(SD)	Anteil %	MW (SD)	Anteil %	MW (SD)	Anteil %	MW (SD)	Anteil %
Körperliche Beeinträchtigungen										
Ja		63.1		73.9		82.5		86.7		88.9
Nein		36.9		26.1		17.5		13.3		11.1
Beeinträchtigt Sehen										
Ja		38.0		39.0		36.6		36.9		35.0
Nein		62.0		61.0		63.4		63.1		65.0
Beeinträchtigt Hören										
Ja		34.5		36.0		31.4		27.1		26.1
Nein		65.5		64.0		68.6		72.9		73.9
Beeinträchtigt Laufen										
Ja		75.4		80.5		79.4		76.0		77.8
Nein		24.6		19.5		20.6		24.0		22.2
Bettlägerigkeit										
Ja		4.9		5.9		11.2		18.7		18.1
Nein		95.1		94.1		88.8		81.3		81.9
Wesentliche Krankheiten vorhanden										
Ja		55.1		60.8		62.6		69.3		70.8
Nein		44.9		39.2		37.4		30.7		29.2
ICD-Gesamteinschätzung										
Leicht		9.3		5.4		2.7		1.3		0.4
Mittel		53.1		41.0		28.8		15.1		12.4
Schwer		37.6		53.6		68.5		83.6		87.2

MW = Mittelwert SD = Standardabweichung

Die längsschnittliche Entwicklung bedeutsamer Stichprobenmerkmale sind in Tabelle 17 aufgeführt. Der Anteil von Angehörigen, die mit dem Patienten zusammen lebten, lag zum ersten Messzeitpunkt bei 57% zum 5. Messzeitpunkt bei 59%. Zugleich ist die Zunahme von Heimunterbringungen von 4% auf 33 % zu konstatieren. In der eigenen Wohnung lebten zu Beginn der Erhebung 39%, zum 5. Messzeitpunkt nur noch 8%. Die Pflegebedürftigen wurden im Laufe der Zeit morbider.

So nahm die Zahl von Erkrankten ohne Einstufung in der Pflegeversicherung oder mit Einstufung 1 ab, der Anteil von Patienten in Pflegestufe 3 erhöhte sich von 26% zu Messzeitpunkt 1 auf 56% zu Messzeitpunkt 5. Diese Entwicklung spiegelt sich auch in den Krankheitsdaten wider. Sowohl die körperlichen Beeinträchtigungen als auch die demenzielle Entwicklung nahmen über die Zeit deutlich zu. Zu Messzeitpunkt 5 litten 87% der Stichprobe unter einer schweren Demenz. Demzufolge erhöhte sich auch die Anwesenheitshäufigkeit für die pflegenden Angehörigen. „Rund um die Uhr“ Pflege berichten 42% der Angehörigen zu Messzeitpunkt 1, zu Messzeitpunkt 5 sind es 78%.

4.2 Belastung im Zeitverlauf

Die folgende Beschreibung der Mittelwerte auf den verschiedenen Dimensionen mit den entsprechenden Subskalen zeigt den Verlauf der Belastung über die Zeit. Zunächst wird der Verlauf über die Gesamtstichprobe berichtet. Da ein erheblicher Teil der Patienten institutionalisiert wurde (33%), ermitteln in einem zweiten Schritt Varianzanalysen mit Messwiederholung die Unterschiede im Verlauf der Belastung für die Angehörigen mit ambulanten und stationär betreuten Patienten. Zur Vereinfachung der Darstellung wird eine methodische Ungenauigkeit zugelassen. Die Gruppierung in ambulant versus stationär erfolgt zum Status der Personen zu Messzeitpunkt 5. Es gibt also Probanden in der Gruppe der stationären Patienten, die zu Messzeitpunkt 2, 3 oder 4 noch ambulant betreut wurden. Eine weitere Differenzierung der Analysen würde zu sehr kleinen Zellenbesetzungen führen und damit nicht mehr aussagekräftig sein.

4.2.1 Objektive Betreuungsaufgaben

In der ersten Berechnung zu den objektiven Betreuungsaufgaben umfasst die Analyse nur die Messzeitpunkte 2 bis 5, weil zu Messzeitpunkt 1 eine andere Erhebungsmethode verwendet wurde und die Daten dadurch nicht direkt vergleichbar sind (vgl. Kapitel 1). Differenziert wird nun zwischen dem Hilfebedarf des Pflegebedürftigen und den Unterstützungsleistungen durch die Angehörigen.

4.2.1.1 Hilfebedarf

Die multivariate Analyse mit Messwiederholung ergibt einen hochsignifikanten Effekt ($F=7.58$; $\text{Eta}^2 = .40$; $p<.001$; vgl. Tabelle 18). Die univariaten Tests belegen, dass dieser Messwiederholungseffekt auf Unterschiede in der basalen Betreuung ($F=78.91$; $\text{Eta}^2 = .26$; $p<.001$) und bei der Unterstützung bei der Kontaktpflege ($F=15.91$; $\text{Eta}^2 = .07$; $p<.001$) zurückzuführen sind. In Abbildung 2 sind die entsprechenden Mittelwerte abgetragen. Der Unterstützungsbedarf bei der basalen Betreuung nimmt über die Zeit deutlich zu, die Unterstützung bei der Kontaktpflege deutlich ab. Vermutlich sind die Patienten zu Kontakten mit anderen Personen nicht mehr in der Lage.

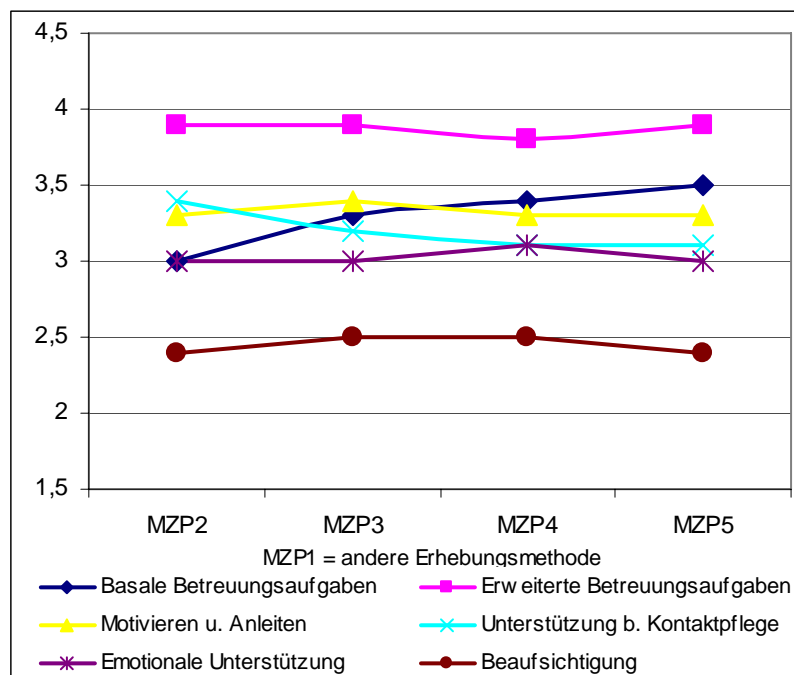


Abbildung 2: Hilfebedarf der Pflegebedürftigen im Zeitverlauf über den Gesamtlängsschnitt (N=226)

Tabelle 18: Multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung zum Hilfebedarf über den Gesamtlängsschnitt (N=226)

Quelle der Varianz	df	F-Wert	p	Eta ²
Messzeitpunkt				
Multivariater Test	18/208	7.58	.000	.397
<i>Univariate Tests</i>				
Basale Betreuung	1/225	78.91	.000	.261
Erweiterte Betreuung	1/225	0.24	.623	.001
Motivieren und Anleiten	1/225	1.04	.309	.005
Unterstützung bei Kontaktpflege	1/225	15.91	.000	.066
Emotionale Unterstützung	1/225	1.27	.259	.006
Beaufsichtigung	1/225	0.00	.996	.000

Die Unterschiede zwischen den ambulanten und stationär betreuten Patienten im Zeitverlauf werden mit Hilfe einer Varianzanalyse mit Messwiederholung ermittelt. Für die Bestimmung von Unterschieden im Verlauf muss der Interaktionsterm Wohnsituation (ambulant/stationär) x Messzeitpunkt (2-5) herangezogen werden. Die multivariate Analyse zeigt signifikante Effekte (vgl. Tabelle 19) für den Faktor Messzeitpunkt ($F=8.34$; $Eta^2 = .42$; $p<.001$) und den Interaktionsterm Wohnsituation x Messzeitpunkt ($F=1.78$; $Eta^2 = .14$; $p<.05$). Die univariaten Analysen belegen, dass der multivariate Interaktionseffekt auf unterschiedliche Verläufe bei den basalen Betreuungsaufgaben ($F=3.59$; $Eta^2 = .02$; $p<.05$) zurückzuführen ist.

Tabelle 19: Varianzanalyse mit Messwiederholung von Messzeitpunkt 2-5 zum objektiven Hilfebedarf bei stationär und ambulant betreuten Demenzpatienten (N=226)

Quelle der Varianz	F-Wert	p	Eta ²
Multivariater Test			
Wohnsituation	1.89	.082	.050
Messzeitpunkt	8.34	.000	.422
MZP X Wohnsituation	1.78	.029	.135

Fortsetzung Tabelle 19

Quelle der Varianz	F-Wert	F-Wert	F-Wert	Eta ²	Eta ²
	Gruppe	Zeit	Gruppe x Zeit	Zeit	Gruppe x Zeit
<i>Univariate Tests</i>					
Basale Betreuungsaufgaben	0.34	60.99***	3.59*	.215	.016
Erweiterte Betreuungsaufgaben	3.56	0.69	2.51	.003	.011
Motivieren und Anleiten	0.22	0.68	0.61	.003	.003
Kontaktpflege	0.01	6.20***	0.48	.027	.002
Emotionale Unterstützung	2.31	0.86	1.78	.004	.008
Beaufsichtigung	4.02*	1.79	1.82	.008	.008

* p < .05; *** p < .001

Skala: von 0 (keine Belastung) bis 4 (hohe Belastung)

In Tabelle 20 sind die Mittelwerte bei den objektiven Betreuungsaufgaben nun getrennt aufgeführt. Zunächst wird der Bedarf an Unterstützung aufgeführt und darunter das Ausmaß, indem der Angehörige diese Unterstützung leistet. Darüber hinaus sind die Mittelwerte für ambulante und stationäre Wohnsituation getrennt dargestellt. Es zeigt sich, dass der basale Unterstützungsbedarf von Messzeitpunkt 3 bis 5 bei den stationären Patienten etwas höher ist als bei den ambulanten Patienten. Die unterschiedlichen Verläufe sind in Abbildung 3 dargestellt.

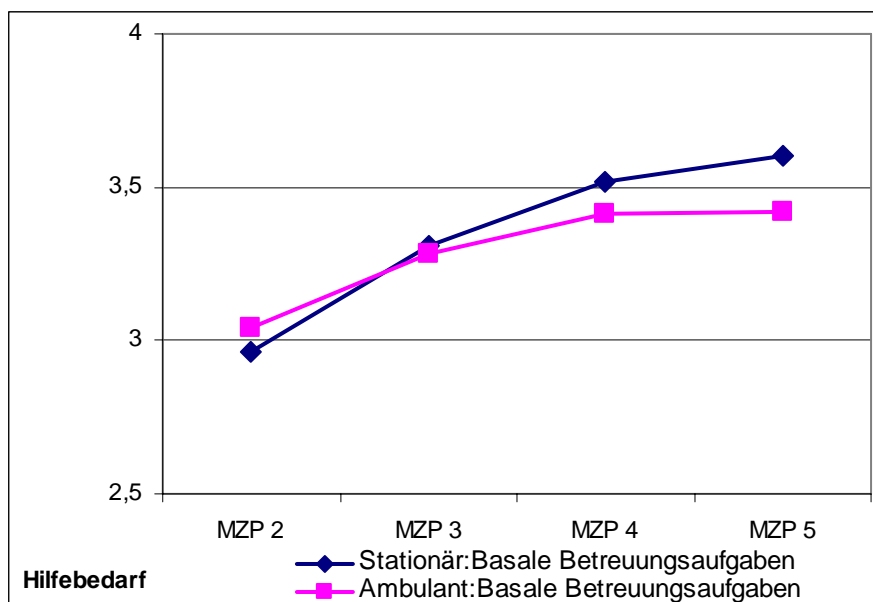


Abbildung 3: Hilfebedarf bei stationär und ambulant betreuten Demenzpatienten von Messzeitpunkt 2-5: Basale Betreuungsaufgaben (N=226)

Tabelle 20: Belastung nach Wohnsituation im Längsschnitt (N=226)

Abhängige Variable	MZP 2		MZP 3		MZP 4		MZP 5	
	Wohnsituation		Wohnsituation		Wohnsituation		Wohnsituation	
	Stationär (N=75) MW (SD)	Ambulant (N=151) MW (SD)	Stationär (N=75) MW (SD)	Ambulant (N=151) MW (SD)	Stationär (N=75) MW (SD)	Ambulant (N=151) MW (SD)	Stationär (N=75) MW (SD)	Ambulant (N=151) MW (SD)
Objektive Betreuungsaufgaben								
Basale Betreuungsaufgaben								
Hilfebedarf der Patienten	2.96 (0.92)	3.04 (0.98)	3.31 (0.73)	3.28 (0.79)	3.52 (0.54)	3.41 (0.72)	3.60 (0.49)	3.42 (0.69)
Leistung der Angehörigen	1.96 (1.53)	2.99 (1.11)	1.54 (1.66)	3.04 (1.05)	0.83 (1.29)	3.02 (1.01)	0.35 (0.48)	2.99 (1.07)
Erweiterte Betreuungsaufgaben								
Hilfebedarf der Patienten	3.88 (0.37)	3.89 (0.26)	3.00 (0.36)	3.89 (0.49)	3.76 (0.71)	3.94 (0.28)	3.79 (0.69)	3.91 (0.45)
Leistung der Angehörigen	2.88 (1.22)	3.52 (0.80)	2.69 (1.11)	3.44 (0.83)	2.07 (1.20)	3.49 (0.76)	1.86 (1.03)	3.43 (0.81)
Motivieren und Anleiten								
Hilfebedarf der Patienten	3.19 (1.00)	3.38 (1.00)	3.35 (1.18)	3.36 (1.20)	3.17 (1.38)	3.26 (1.26)	3.30 (1.31)	3.23 (1.31)
Leistung der Angehörigen	2.25 (1.65)	3.21 (1.15)	1.68 (1.66)	2.96 (1.34)	0.70 (1.23)	2.89 (1.35)	0.39 (0.61)	2.84 (1.43)
Emotionale Unterstützung								
Hilfebedarf der Patienten	2.90 (0.88)	3.01 (0.90)	2.90 (1.01)	3.03 (0.91)	3.01 (0.89)	3.08 (0.97)	2.80 (1.05)	3.14 (0.97)
Leistung der Angehörigen	2.59 (1.27)	3.26 (0.85)	2.49 (1.14)	3.23 (0.87)	2.03 (1.13)	3.20 (0.95)	1.57 (1.09)	3.20 (1.01)
Unterstützung bei Kontaktpflege								
Hilfebedarf der Patienten	3.49 (1.08)	3.43 (1.05)	3.17 (1.31)	3.24 (1.30)	3.00 (1.43)	3.12 (1.40)	3.16 (1.40)	3.09 (1.48)
Leistung der Angehörigen	2.91 (1.42)	3.34 (1.13)	2.77 (1.36)	3.07 (1.32)	2.10 (1.46)	3.01 (1.42)	2.21 (1.57)	3.12 (1.47)
Beaufsichtigung								
Hilfebedarf der Patienten	2.35 (0.92)	2.41 (1.05)	2.37 (1.11)	2.62 (1.01)	2.31 (1.05)	2.59 (1.11)	2.14 (1.23)	2.54 (1.12)
Leistung der Angehörigen	1.93 (1.41)	2.67 (1.11)	1.73 (1.35)	2.69 (1.12)	1.00 (1.15)	2.60 (1.14)	0.71 (0.95)	3.04 (1.15)

Zu MZP 1 andere Erhebungsmethode MW = Mittelwert SD = Standardabweichung

Abhängige Variable	MZP 1		MZP 2		MZP 3		MZP 4		MZP 5	
	Wohnsituation		Wohnsituation		Wohnsituation		Wohnsituation		Wohnsituation	
	Stationär (N=75) MW (SD)	Ambulant (N=151) MW (SD)	Stationär (N=75) MW (SD)	Ambulant (N=151) MW (SD)	Stationär (N=75) MW (SD)	Ambulant (N=151) MW (SD)	Stationär (N=75) MW (SD)	Ambulant (N=151) MW (SD)	Stationär (N=75) MW (SD)	Ambulant (N=151) MW (SD)
Subjektive Belastung durch Verhaltensänderungen										
Spätsymptomatik	1.04 (1.48)	0.98 (1.56)	1.41 (1.34)	1.52 (1.36)	1.52 (1.30)	1.64 (1.43)	1.96 (1.39)	1.83 (1.46)	1.91 (1.51)	1.76 (1.56)
Kognitive Einbußen	2.35 (1.05)	2.33 (1.15)	2.12 (1.21)	2.13 (1.13)	1.99 (1.21)	2.02 (1.09)	1.92 (1.14)	2.11 (1.20)	1.47 (1.26)	1.84 (1.36)
Verwirrtes Verhalten	1.76 (1.17)	1.90 (1.21)	1.72 (1.00)	1.64 (1.00)	1.80 (1.22)	1.68 (1.38)	1.50 (1.31)	1.68 (1.31)	1.01 (1.26)	1.59 (1.44)
Aggressivität	1.30 (1.20)	1.06 (1.00)	1.31 (1.06)	0.93 (1.00)	0.96 (1.02)	0.89 (1.04)	0.80 (0.99)	0.93 (0.95)	0.58 (0.92)	0.91 (1.05)
Depressivität	2.21 (0.97)	2.20 (1.12)	2.00 (1.12)	1.80 (1.19)	1.99 (1.05)	1.85 (1.20)	1.94 (1.02)	1.81 (1.20)	1.74 (1.32)	1.71 (1.32)
Persönl. Vernachlässigung	1.98 (1.37)	2.01 (1.41)	2.29 (1.41)	2.23 (1.49)	1.72 (0.99)	1.67 (0.99)	1.67 (0.98)	1.71 (1.02)	1.20 (1.03)	1.51 (1.16)
Beziehungsverlust	2.95 (0.88)	2.91 (0.92)	3.03 (0.80)	2.89 (0.88)	2.91 (1.02)	2.90 (0.93)	3.05 (0.92)	2.88 (0.92)	2.98 (0.87)	2.97 (0.96)
Subjektiv wahrgenommene Bedürfniskonflikte										
Persönliche Einschränkungen	2.28 (0.99)	2.38 (0.94)	2.23 (1.04)	2.31 (0.91)	2.10 (1.10)	2.33 (0.95)	1.78 (1.14)	2.43 (0.93)	1.70 (1.04)	2.44 (0.96)
Mangelnde institutionelle Unterstützung	/	/	1.34 (1.01)	1.31 (1.05)	1.47 (1.05)	1.36 (1.06)	1.31 (1.01)	1.35 (1.06)	1.34 (0.98)	1.39 (1.00)
Mangelnde soziale Anerkennung	2.03 (1.10)	2.11 (1.05)	2.00 (1.10)	2.13 (1.04)	1.88 (1.13)	2.10 (0.98)	1.98 (1.09)	2.17 (0.97)	1.99 (1.10)	2.22 (0.96)
Negative Bewertung der eigenen Pflegeleistung	1.39 (0.76)	1.13 (0.84)	1.36 (0.80)	1.05 (0.68)	1.17 (0.80)	1.06 (0.68)	1.12 (0.80)	1.04 (0.70)	1.08 (0.70)	1.10 (0.74)
Finanzielle Einbußen	1.20 (0.98)	1.13 (0.97)	1.35 (1.07)	1.09 (0.97)	1.33 (1.05)	1.13 (0.92)	1.41 (1.17)	1.17 (0.93)	1.38 (1.10)	1.14 (0.91)
Rollenkonflikte										
Konflikte zw. Beruf und Pflege (N=49)	2.15 (0.86)	1.96 (0.97)	2.13 (0.93)	1.98 (0.82)	1.79 (1.15)	1.99 (0.91)	1.59 (1.21)	1.90 (0.91)	1.31 (1.14)	1.85 (0.95)
Konflikte zw. Familie und Pflege (N=97)	1.45 (0.95)	1.76 (1.04)	1.66 (1.12)	1.67 (1.00)	1.19 (1.05)	1.60 (0.98)	1.20 (1.16)	1.57 (1.03)	1.21 (0.98)	1.69 (0.96)

MW = Mittelwert SD = Standardabweichung

4.2.1.2 Hilfeleistung der Angehörigen

Die Analysen über die Gesamtstichprobe zeigen (vgl. Tabelle 21), dass ein multivariater Messwiederholungseffekt vorhanden ist ($F=5.79$; $\text{Eta}^2 = .40$; $p<.001$). Die univariaten Tests belegen signifikante Effekte bei den basalen Betreuungsaufgaben ($F=21.29$; $\text{Eta}^2 = .11$; $p<.001$), den erweiterten Betreuungsaufgaben ($F=31.85$; $\text{Eta}^2 = .15$; $p<.001$), der Skala zum Motivieren und Anleiten ($F=43.40$; $\text{Eta}^2 = .20$; $p<.001$) und der Skala zur emotionalen Unterstützung ($F=12.00$; $\text{Eta}^2 = .06$; $p<.001$). In Abbildung 4 sind die Verläufe dargestellt. Die Hilfeleistung der Angehörigen nehmen hiernach über die Zeit ab.

Tabelle 21: Multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung zur Hilfeleistung über den Gesamtlängsschnitt (N=226)

Quelle der Varianz	df	F-Wert	p	Eta ²
Messzeitpunkt				
Multivariater Test	18/208	5.79	.000	.398
<i>Univariate Tests</i>				
Basale Betreuungsaufgaben	1/225	21.29	.000	.108
Erweiterte Betreuungsaufgaben	1/225	31.85	.000	.154
Motivieren und Anleiten	1/225	43.40	.000	.199
Unterstützung bei Kontaktpflege	1/225	3.04	.083	.017
Emotionale Unterstützung	1/225	12.00	.001	.064
Beaufsichtigung	1/225	2.53	.113	.014

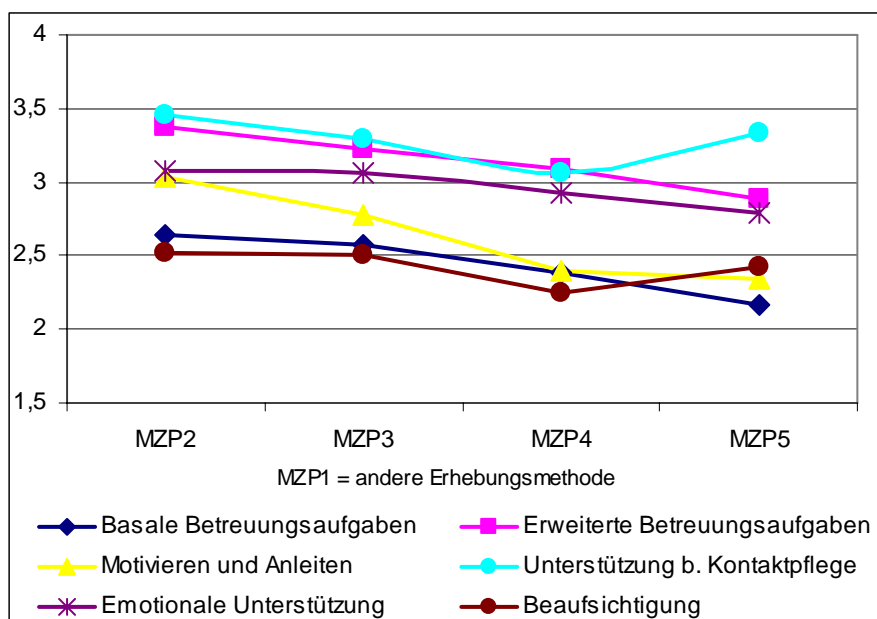


Abbildung 4: Hilfeleistung der Angehörigen im Gesamtlängsschnitt (N=226)

Ein anderes Bild ergibt sich jedoch, wenn die Angehörigen je nach Wohnsituation des Patienten getrennt betrachtet werden (vgl. Tabelle 22 und Abbildung 5). Hier zeigen sich hochsignifikante Effekte für die Wohnsituation ($F=34.56$; $\text{Eta}^2 = .49$, $p < .001$), die Messwiederholung ($F=10.79$; $\text{Eta}^2 = .49$; $p < .001$) und die Interaktion Wohnsituation x Messwiederholung ($F=8.04$; $\text{Eta}^2 = .41$; $p < .001$). Dieser hochsignifikante Unterschied zeigt sich in allen multivariaten Tests der einzelnen Skalen (basale und erweiterte Betreuungsaufgaben, Motivieren und Anleiten, Kontaktpflege, emotionale Unterstützung und Beaufsichtigung; die Kennwerte sind der Tabelle 20 zu entnehmen). Erwartungsgemäß ist die Unterstützungsleistung der Angehörigen von stationären Patienten auf allen Variablen deutlich geringer als bei ambulanten Patienten. Die Angehörigen mit stationären Patienten leisten weniger und diese Leistung nimmt über die Zeit weiter ab. Diese Abnahme ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass bei den ersten Messzeitpunkten einige Angehörige in die Gruppe mit stationären Patienten eingruppiert wurden, obwohl sie die Erkrankten erst zu einem späteren Zeitpunkt institutionalisierten. Darüber hinaus nimmt auch die Zahl der bettlägerigen Patienten zu, die manche Hilfeleistung der Angehörigen obsolet macht.

Tabelle 22: Varianzanalyse mit Messwiederholung von Messzeitpunkt 2-5 zur objektiven Hilfeleistung bei stationär und ambulant betreuten Demenzpatienten (N=226)

Quelle der Varianz	F-Wert	p	Eta ²		
Multivariater Test					
Wohnsituation	34.56	.000	.488		
Messzeitpunkt	10.79	.000	.485		
MZP X Wohnsituation	8.04	.000	.413		

Quelle der Varianz	F-Wert Gruppe	F-Wert Zeit	F-Wert Gruppe x Zeit	Eta ² Zeit	Eta ² Gruppe x Zeit
<i>Univariate Tests</i>					
Basale Betreuung	185.36***	46.751***	45.59***	.173	.170
Erweiterte Betreuung	117.87***	26.963***	22.60***	.108	.092
Motivieren u. Anleiten	142.07***	51.70***	25.24***	.188	.102
Unterstützung b. Kontaktpflege	17.62***	12.68***	5.00**	.054	.022
Emotionale Unterstützung	89.31***	22.19***	18.51***	.091	.077
Beaufsichtigung	119.75***	17.19***	35.82***	.072	.138

** $p < .01$; *** $p < .001$

Skala: von 0 (keine Belastung) bis 4 (hohe Belastung)

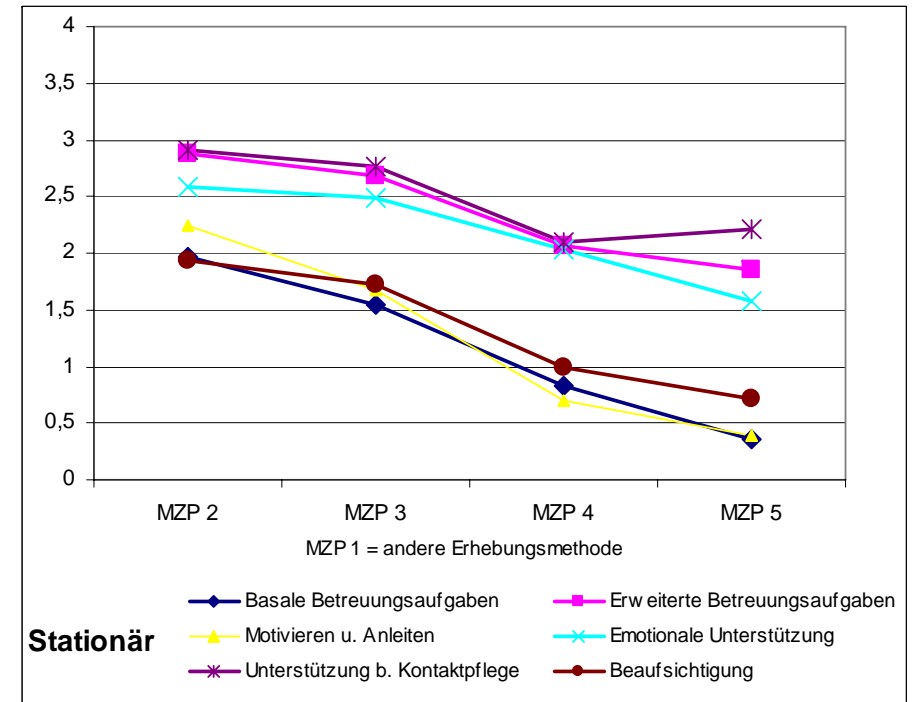
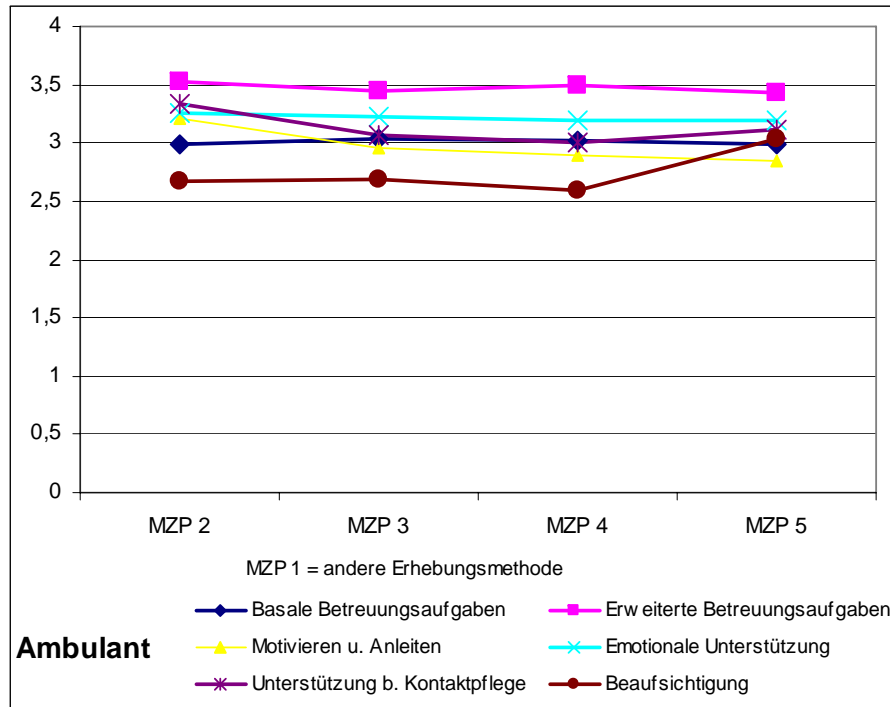


Abbildung 5: Hilfeleistung über Messzeitpunkte 2-5 bei stationär (N=75) und ambulant betreuten (N=151) Demenzpatienten

4.2.2 Subjektive Belastung durch krankheitsbedingte Verhaltensänderungen

Für die Gesamtstichprobe zeigt sich über die Zeit ein hochsignifikanter, multivariater Effekt ($F=10.77$; $\text{Eta}^2 = .08$; $p < .001$). Univariate Analysen belegen einen Messwiederholungseffekt auf allen Subskalen außer Beziehungsverlust (vgl. Tabelle 23). In Abbildung 6 sind die Mittelwerte aufgezeichnet. Die höchste Belastung entsteht durch den Beziehungsverlust, der bereits zu Beginn hoch ist und nur wenig zunimmt. Die Belastung durch die krankheitsbedingte Spätsymptomatik steigt über die Zeit an. Verwirrtes Verhalten führt im Zeitverlauf zunächst zu einer größeren Belastung, die jedoch wieder abnimmt. Eine Abnahme ist ebenfalls bei der Beeinträchtigung durch die Depressivität des Patienten zu verzeichnen.

Tabelle 23: Multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung zur subjektiven Belastung durch Verhaltensänderungen über den Gesamtlängsschnitt (N=226)

Quelle der Varianz	df	F-Wert	p	Eta^2
Messzeitpunkt				
Multivariater Test	28/198	10.77	.000	.078
<i>Univariate Tests</i>				
Subjektive Belastung durch Aggressivität	1/225	17.20	.000	.071
Subjektive Belastung durch Depressivität	1/225	18.20	.000	.075
Subjektive Belastung durch kognitive Einbußen	1/225	36.90	.000	.141
Subjektive Belastung durch verwirrtes Verhalten	1/225	17.62	.000	.073
Subjektive Belastung durch persönl. Vernachlässigung	1/225	47.31	.000	.174
Subjektive Belastung durch Spätsymptomatik	1/225	50.85	.000	.185
Subjektive Belastung durch Beziehungsverlust	1/225	0.53	.466	.002

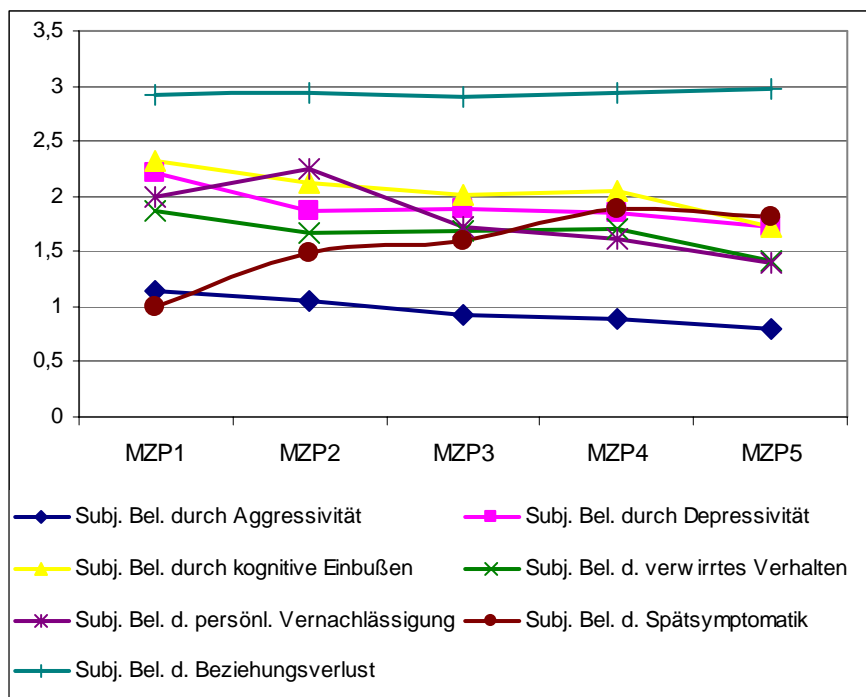


Abbildung 6: Subjektive Belastung durch Verhaltensänderung im Zeitverlauf über den Gesamtlängsschnitt (N=226)

Der Vergleich der subjektiven Belastung durch krankheitsbedingte Verhaltensänderungen zwischen den Angehörigen von stationären und ambulant versorgten Patienten ergibt hochsignifikante Effekte für die Messwiederholung ($F=7.46$; $\text{Eta}^2 =.52$; $p<.001$) und die Interaktion Messwiederholung x Wohnsituation ($F= 1.92$; $\text{Eta}^2 =.21$; $p<.01$). Tabelle 24 zeigt, dass der Interaktionseffekt durch Unterschiede bei den Skalen zu verwirrtem Verhalten ($F=3.70$; $\text{Eta}^2 =.02$; $p<.01$) und zu Aggressivität und Widerstand ($F=8.63$; $\text{Eta}^2 =.04$; $p<.001$) zurückzuführen ist. Über die ersten drei Erhebungszeitpunkte schildern die Angehörigen von stationären Patienten eine höhere Belastung durch Aggressivität und Widerstand, zu den späteren Messzeitpunkten sind es die Angehörigen mit ambulanten Patienten. Bei der Skala zu verwirrtem Verhalten ergibt sich kein einheitliches Bild (siehe Abbildung 7).

Tabelle 24: Varianzanalyse mit Messwiederholung von fünf Messzeitpunkten zur subjektiven Belastung durch Verhaltensänderungen bei stationär und ambulant betreuten Demenzpatienten (N=226)

Quelle der Varianz	F-Wert	p	Eta ²
Multivariater Test			
Wohnsituation	0.93	.479	.029
Messzeitpunkt	7.46	.000	.516
MZP X Wohnsituation	1.92	.006	.215

Quelle der Varianz	F-Wert Gruppe	F-Wert Zeit	F-Wert Gruppe x Zeit	Eta ² Zeit	Eta ² Gruppe x Zeit
Subjektive Belastung durch Verhaltensänderungen					
<i>Univariate Tests</i>					
Spätsymptomatik	0.02	22.80***	0.71	.093	.003
Kognitive Einbußen	0.81	16.53***	1.80	.069	.008
Verwirrtes Verhalten	1.37	8.01***	3.70**	.035	.016
Aggressivität und Widerstand	0.15	13.28***	8.63***	.056	.037
Depressivität	0.68	8.14***	0.45	.035	.002
Persönliche Vernachlässigung	0.23	22.87***	1.11	.093	.005
Beziehungsverlust	0.44	0.56	0.87	.003	.004

** p < .01; *** p < .001

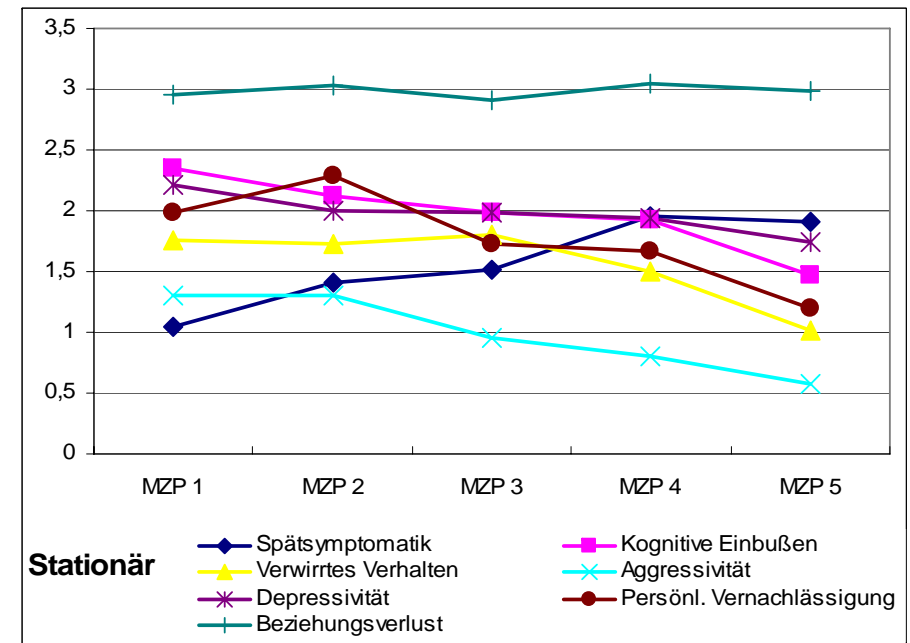
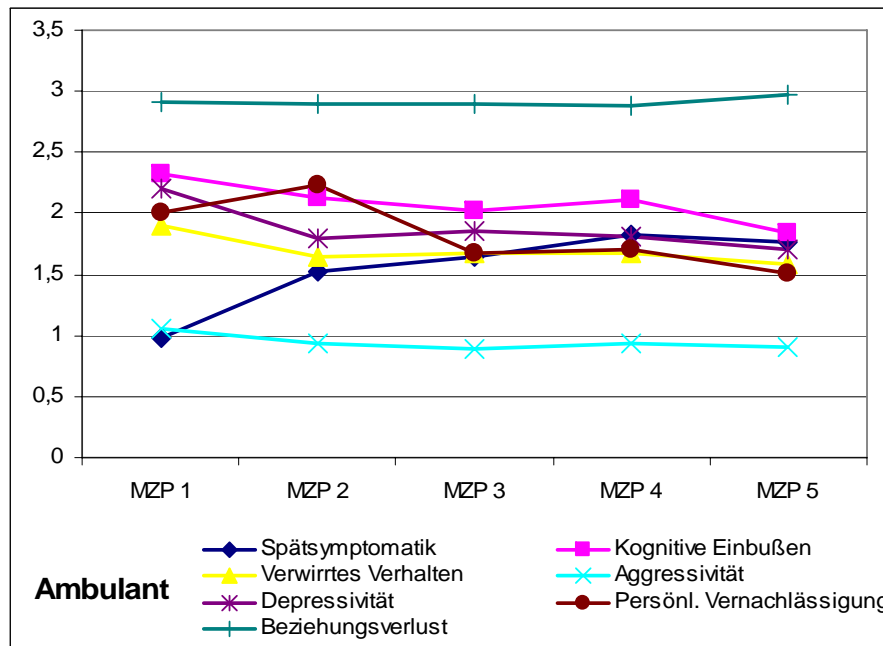


Abbildung 7: Subjektive Belastung durch Verhaltensänderungen über fünf Messzeitpunkte bei stationär (N=75) und ambulant betreuten (N=151) Demenzpatienten

4.2.3 Subjektive Belastung durch Bedürfniskonflikte

Für die Gesamtstichprobe zeigt sich auf multivariater Ebene kein Messwiederholungseffekt, obwohl univariate Veränderungen bei der Belastung durch persönliche Einschränkungen und der negativen Bewertung der eigenen Pflegeleistung zu finden sind (Tabelle 25). Die Mittelwerte in Abbildung 8 zeigen eine Abnahme der persönlichen Einschränkung sowie der negativen Pflegebewertung über die Zeit.

Tabelle 25: Multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung zu subjektiv wahrgenommenen Bedürfniskonflikten über den Gesamtlängsschnitt (N=226)

Quelle der Varianz	df	F-Wert	p	Eta ²
Messzeitpunkt				
Multivariater Test	16/210	1.31	.192	.091
<i>Univariate Tests</i>				
Persönliche Einschränkung	1/225	5.96	.018	.025
Mangelnde soziale Anerkennung	1/225	0.95	.330	.004
Finanzielle Einbußen	1/225	1.80	.180	.008
Negative Bewertung der eigenen Pflegeleistung	1/225	6.00	.015	.026

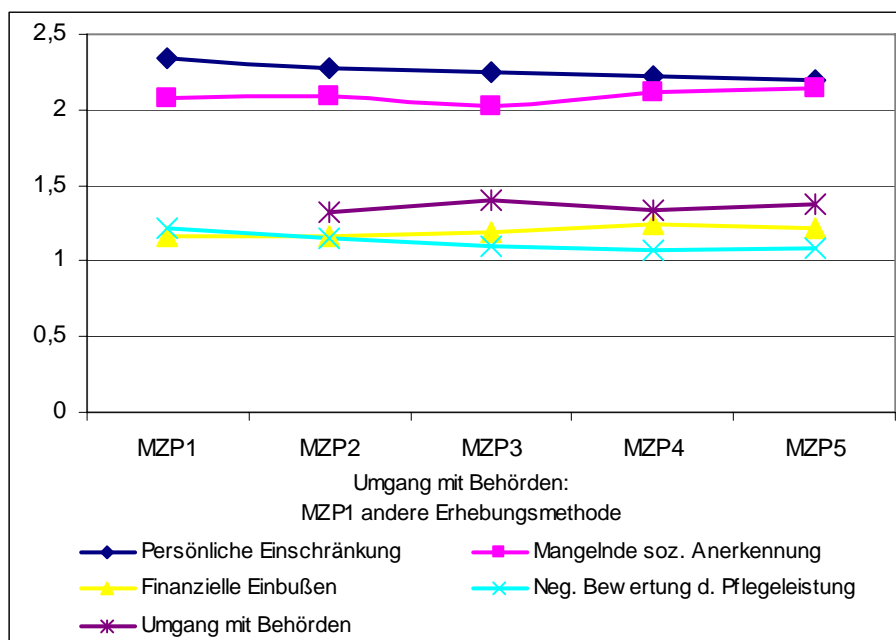


Abbildung 8: Subjektiv wahrgenommene Bedürfniskonflikte im Zeitverlauf über den Gesamtlängsschnitt (N=226)

Die Analyse von Gruppenunterschieden (vgl. Tabelle 26) von Angehörigen mit institutionalisierten und nichtinstitutionalisierten Demenzpatienten ergibt hochsignifikante Effekte für die Wohnsituation ($F=6.47$; $\text{Eta}^2 = .11$; $p < .001$), Messwiederholung ($F=2.64$; $\text{Eta}^2 = .17$; $p < .001$) und die Interaktion Wohnsituation x Messwiederholung ($F=3.54$; $\text{Eta}^2 = .21$; $p < .001$). Univariate Tests belegen für den Interaktionseffekt signifikante Ergebnisse bei den persönlichen Einschränkungen ($F=13.84$; $\text{Eta}^2 = .06$; $p < .001$) und negative Bewertung der eigenen Pflegeleistung ($F=2.83$; $\text{Eta}^2 = .01$; $p < .05$). Die Mittelwerte in Tabelle 20 zeigen größere Belastungen bei den Angehörigen mit nichtinstitutionalisierten Angehörigen bzgl. der persönlichen Einschränkungen, jedoch nicht bei der Bewertung der Pflegeleistung (siehe Abbildung 9).

Tabelle 26: Varianzanalyse mit Messwiederholung über fünf Messzeitpunkte zu subjektiv wahrgenommenen Bedürfniskonflikten getrennt nach Wohnsituation der Demenzpatienten

Quelle der Varianz	F-Wert	p	Eta ²
Multivariater Test			
Wohnsituation	6.47	.000	.105
Messzeitpunkt	2.64	.001	.169
MZP X Wohnsituation	3.54	.000	.214

Quelle der Varianz	F-Wert Gruppe	F-Wert Zeit	F-Wert Gruppe x Zeit	Eta ² Zeit	Eta ² Gruppe x Zeit
Bedürfniskonflikte					
<i>Univariate Tests</i>					
Persönliche Einschränkungen	9.39**	6.85***	13.84***	.030	.058
Mangelnde soz. Anerkennung	1.76	1.05	0.60	.005	.003
Finanzielle Einbußen	3.04	0.96	0.70	.004	.003
Negative Bewertung der eigenen Pflegeleistung	3.49	4.16**	2.83*	.018	.013

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Skala: von 0 (keine Belastung) bis 4 (hohe Belastung)

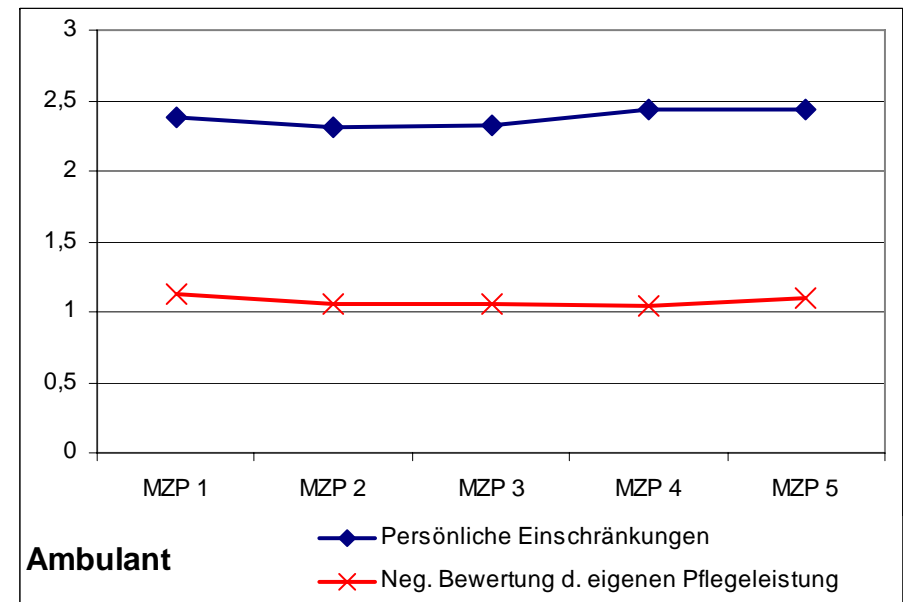
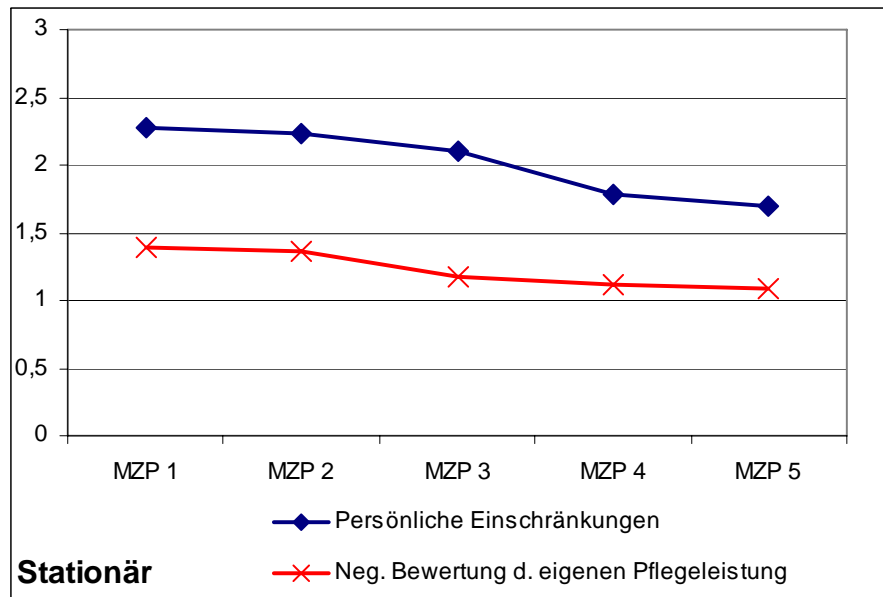


Abbildung 9: Subjektiv wahrgenommene Bedürfniskonflikte bei stationär (N=75) und ambulant betreuten (151) Demenzpatienten im Zeitverlauf: Persönliche Einschränkungen und negative Bewertung der eigenen Pflegeleistung

4.2.4 Belastung durch Rollenkonflikte

In diesen Analysen ist die Anzahl der Probanden deutlich niedriger, da nicht alle Angehörigen einen Beruf ausüben oder eine eigene Familie haben.

4.2.4.1 Belastung durch Konflikte zwischen Beruf und Pflege

Die Analyse über die Gesamtstichprobe ergibt einen signifikanten Effekt ($F=3.21$; $Eta^2 = .22$; $p<.05$; vgl. Tabelle 27 und Abbildung 10).

Die univariate Analyse dieser Skala über die ambulant und stationär betreuenden Angehörigen zeigt einen hochsignifikanten Effekt für die Messwiederholung ($F=5.27$; $Eta^2 = .32$; $p=.001$) und den Interaktionsterm Wohnsituation x Messwiederholung ($F=2.63$; $Eta^2 = .19$; $p<.05$), vgl. Tabelle 28). Zunächst berichten die Angehörigen mit ambulant untergebrachten Patienten eine niedrigere Belastung, die erst ab dem dritten Messzeitpunkt erwartungsgemäß höher ist als in der Gruppe mit stationären Patienten (vgl. Tabelle 20).

4.2.4.2 Belastung durch Konflikte zwischen Familie und Pflege

Es gibt keinen signifikanten Effekt über die Gesamtstichprobe und keinen Interaktionseffekt bei der Gruppenanalyse (vgl. Tabelle 27).

Tabelle 27: Varianzanalysen mit Messwiederholung zu Rollenkonflikten über den Gesamtlängsschnitt

Quelle der Varianz	df	F-Wert	p	Eta ²
<u>Messzeitpunkt</u>				
Konflikte zwischen Beruf u. Pflege (N=49)	4/45	3.21	.021	.222
Konflikte zwischen Familie u. Pflege (N=97)	4/93	2.23	.071	.088

Tabelle 28: Varianzanalyse mit Messwiederholung über fünf Messzeitpunkte zu Konflikten zwischen beruflichen Anforderungen und der Pflege bei stationär und ambulant betreuten Demenzpatienten (N=49)

Quelle der Varianz	F-Wert	p	Eta ²
Multivariater Test			
Wohnsituation	0.33	.568	.007
Messzeitpunkt	5.27	.001	.324
MZP X Wohnsituation	2.63	.047	.193

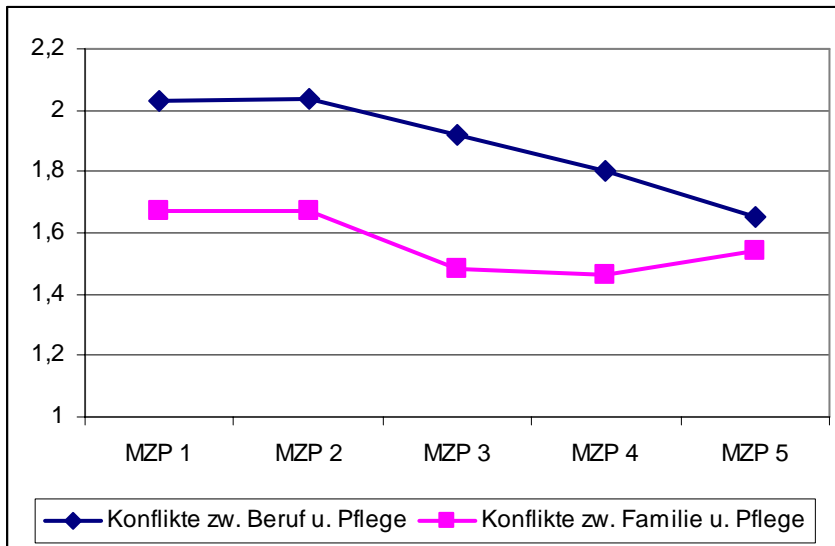


Abbildung 10: Rollenkonflikte im Längsschnitt: Konflikte zwischen beruflichen Anforderungen und der Pflege (N=49); Konflikte zwischen familiären Erfordernissen und der Pflege (N=97)

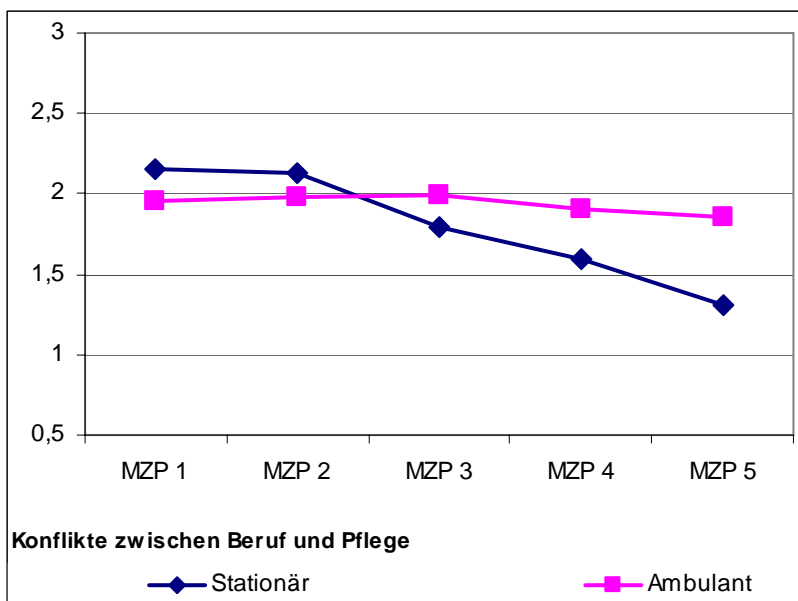


Abbildung 11: Rollenkonflikte im Längsschnitt: Konflikte zwischen beruflichen Anforderungen und der Pflege, stationär und ambulant (N=49)

4.3 Zusammenfassung

Die Ergebnisse belegen, dass die Belastung auf den verschiedenen Dimensionen unterschiedlich verläuft. So steigt der Hilfebedarf bei den basalen Aufgaben an, während er bei der erweiterten Betreuung etwa gleich bleibend hoch ist; bei der Unterstützung von Kontakten abnimmt und bei der Beaufsichtigung erst steigt und dann abnimmt. Der Hilfebedarf steigt bei den stationär Betreuten stärker als bei den ambulant Betreuten, was vermutlich ein Grund für die Institutionalisierung gewesen ist. Erwartungsgemäß unterscheiden sich die Hilfeleistungen von ambulant und stationär betreuenden Angehörigen erheblich; die Daten zeigen jedoch auch, dass Hilfeleistungen nicht vollständig aufhören, wenn Erkrankte institutionalisiert wurden.

Die subjektive Belastung durch krankheitsbedingte Verhaltensänderungen bleibt auch bei Institutionalisierung hoch; insbesondere der Verlust der Beziehung zum Erkrankten ist für alle Pflegenden schmerzhaft und sollte deshalb ein wichtiger Aspekt für Unterstützungsangebote sein. Die Konflikte zwischen Berufstätigkeit und Pflege nehmen über die Zeit ab; dies ist sicherlich auch auf die Institutionalisierung mancher Patienten zurückzuführen.

5. Vorhersage von Konsequenzen des Pflegeprozesses

Die theoretische Grundlage der LEANDER Studie ist das im Abschnitt 1.2 erläuterte Stressmodell. In diesem Modell sind verschiedene potenzielle Konsequenzen des Pflegeprozesses (Outcomes) skizziert.

Der Darstellung der regressionsanalytischen Ergebnisse zur Vorhersage spezifischer potenzieller Konsequenzen der Pflege (Depressivität, Aggressivität und Gesundheit der Pflegenden) ist ein Überblick über die Ausprägungen dieser Wohlbefindensindikatoren in der vorliegenden Untersuchung vorangestellt (vgl. Tabelle 29).

5.1 Ausprägungen von Depressivität, Aggression und Gesundheitsstatus

Der Summenwert auf der Allgemeinen Depressionsskala (Hautzinger & Bailer, 1993) liegt zum ersten Messzeitpunkt knapp über, zum dritten und vierten knapp unter 20. ADS-Werte über 23 weisen auf das Risiko einer klinisch relevanten depressiven Symptomatik hin. In der LEANDER Studie lag der Anteil von Angehörigen mit Summenwerten über diesem kritischen Wert bei 35.2% (bzw. 33% und 34.9%). Im Vergleich zur ADS-Normstichprobe aus der Allgemeinbevölkerung, in der 17.4% einen Summenwert von über 23 erreichten, erweist sich der Anteil derjenigen, die von klinisch bedeutsamen depressiven Symptomen betroffen sind, in der vorliegenden Stichprobe als nahezu doppelt so hoch. Das gilt sowohl für die betreuenden Männer als auch für die Frauen.

Der Mittelwert der Skala zur Aggressivität in der Pflege liegt je nach Messzeitpunkt bei 0.78, 0.67 und 0.56. Das bedeutet, dass die genannten aggressiven Verhaltensweisen insgesamt im Mittel sehr selten auftreten. Betrachtet man die verschiedenen Items gesondert, wird jedoch deutlich, dass einzelne Verhaltensweisen relativ häufig vorkommen (vgl. Anhang A). So zeigt sich, dass verbale Aggressivität in Form von Schreien oder Anschreien („Ich werde lauter.“) am häufigsten vorkommt (58% mindestens „manchmal“). Relativ häufig sind zudem Formen latenter Aggressivität, die bei mehr als einem Viertel der Angehörigen „manchmal“ bzw. „oft“ bis „sehr oft“ auftritt.

Im Durchschnitt leiden die Angehörigen unter mehr als drei behandlungsbedürftigen Erkrankungen. Damit ist die gesundheitliche Situation der LEANDER Stichprobe deutlich schlechter als in der von Gräbel (1997) durchgeführten Angehörigenbelastungsstudie. Hier gaben die Pflegepersonen demenzkranker Angehöriger im Schnitt 1,8 Erkrankungen an.

Tabelle 29: Mittelwerte und Standardabweichungen von Depressivität, Aggressivität und Krankheitsbelastung

Outcome	MZP1 (N=888) MW (SD)	MZP3 (N=436) MW (SD)	MZP4 (N=321) MW (SD)
Depressivität (Summenwert ADS)	20.38 (10.23)	19.86 (10.47)	19.93 (10.24)
Anteil klinisch relevanter Depressivität (%)	35.2	33.0	34.9
Aggressivität in der Pflege (Mittelwert Subskala BIZA-D)	0.78 (0.62)	0.67 (0.59)	0.56 (0.57)
Gesundheit (Summe der Erkrankungen)	3.65 (2.28)	3.37 (2.32)	3.41 (2.33)

MW = Mittelwert SD = Standardabweichung

Im Folgenden werden Regressionsanalysen berichtet, die kurzfristige und langfristige Vorhersagen zu den Outcome-Maßen Depressivität, Aggressivität gegenüber dem Pflegebedürftigen und Gesundheitsstatus des Angehörigen beinhalten. Die langfristige Vorhersage untersucht Auswirkungen von Prädiktoren zum 1. Messzeitpunkt auf die Kriteriumsvariablen (Outcomes) zum 4. Messzeitpunkt. Der Vorhersagezeitraum umfasst damit 27 Monate. Die kurzfristige Vorhersage untersucht Auswirkungen von Prädiktoren zum 3. Messzeitpunkt auf die Kriterien zum 4. Messzeitpunkt; dies beinhaltet eine Vorhersage über 9 Monate. Die Analysen beziehen sich auf insgesamt vier Erhebungszeitpunkte, da der Stichprobenumfang mit 321 Probanden deutlich größer ist als zu fünf Messzeitpunkten (N=226) und eine größere Stichprobe verlässlichere Daten liefert.

In die Regressionsanalysen wurden in einem ersten Analyseschritt bedeutende Kontextfaktoren der Pflege eingegeben (Geschlecht, Alter und Schulabschluss der Angehörigen, Pflegedauer, Güte der Beziehung vor der Erkrankung, Pflegestufe und Schwere der Demenz nach ICD 10). Im zweiten Schritt wurden die Skalen zu objektiven Betreuungsaufgaben (basale und erweiterte Betreuungsaufgaben, Motivieren und Anleiten, emotionale Unterstützung, Unterstützung bei der Kontaktpflege und Beaufsichtigung) hinzugefügt, die Indikatoren für die primären Stressoren sind. Im dritten Schritt folgen die Skalen zur subjektiven Belastung durch krankheitsbedingte Verhaltensänderungen (Spätsymptomatik, kognitive Einbußen, verwirrtes Verhalten, Aggressivität und Widerstand, Beziehungsverlust) und zu den sekundären Stressoren der subjektiv wahrgenommenen Bedürfniskonflikte (persönliche Einschränkung, mangelnde soziale Anerkennung, negative Bewertung der eigenen Pflegeleistung, finanzielle Einbußen). Im vierten Schritt wurden als potenzielle Moderatoren genutzte Unterstützungsangebote und Bewältigungsstrategien

(Coping) hinzugefügt. Die Copingmaße wurden vom 1. zum 3. Messzeitpunkt verändert, indem zum späteren Zeitpunkt ein differenziertes Instrument eingesetzt wurde (Modifizierte Skalen von Carver et al. (1989) bzw. Janke et al. (1997)).

5.2 Vorhersage von Depressivität

Die langfristige Vorhersage von Depressivität über 27 Monate zeigt bei den Kontextvariablen nur einen signifikanten Effekt für das Geschlecht (Beta=.17; $p < .01$; vgl. Tabelle 30). Dies bedeutet, dass das Risiko für Frauen zum vierten Messzeitpunkt depressiv zu sein, höher ist als bei Männern. Bei den objektiven Betreuungsaufgaben erhöht lediglich ein großes Ausmaß von Unterstützung bei der Kontaktpflege zu Messzeitpunkt 1 die Depressivität zu Messzeitpunkt 4 (Beta=.13; $p < .05$). Bei den im dritten Schritt hinzugefügten Variablen zur subjektiven Belastung durch Verhaltensänderung und Bedürfniskonflikte ergibt sich ein hochsignifikanter Effekt für die persönlichen Einschränkungen (Beta=.28; $p < .001$). Von den Moderatorvariablen ist das Coping hochbedeutsam, je weniger Bewältigungsversuche zu MZP 1 gemacht werden, desto höher ist die Depressivität zu MZP 4 (Beta=-.21; $p < .001$). Insgesamt beträgt die aufgeklärte Varianz 22%.

Tabelle 30: Regressionsanalyse zur langfristigen Vorhersage von Depressivität (N=321)

Prädiktoren	Beta	T	Sig (t)	R ²	ΔR ²
<i>Schritt 1</i>					
Geschlecht des pflegenden Angehörigen	.174	2.744	.006		
Alter des pflegenden Angehörigen	.100	1.591	.113		
Schulabschluss	-.031	-0.557	.578		
Beginn der Betreuung in Monaten	-.100	-1.614	.108		
Güte der Beziehung zum Patienten vor der Erkrankung	-.007	-0.116	.908		
Pflegestufe	.019	0.264	.792		
Schweregrad der Demenz (ICD-10)	.074	1.013	.312	.033	.033
<i>Schritt 2</i>					
Basale Betreuungsaufgaben	.080	0.783	.434		
Erweiterte Betreuungsaufgaben	-.074	-0.972	.348		
Motivieren und Anleiten	.137	1.640	.102		
Emotionale Unterstützung	-.102	-1.434	.152		
Unterstützung bei Kontaktpflege	.127	1.989	.049		
Beaufsichtigung	.137	1.640	.102		
				.064	.031

Prädiktoren	Beta	T	Sig (t)	R ²	ΔR ²
<i>Schritt 3</i>					
Spätsymptomatik	-.020	-0.920	.358		
Kognitive Einbußen	.072	0.906	.366		
Verwirrtes Verhalten	-.114	-1.494	.136		
Aggressivität und Widerstand	-.071	-1.010	.313		
Depressivität	.087	1.282	.201		
Persönliche Vernachlässigung	.062	0.874	.383		
Beziehungsverlust	.057	0.821	.412		
Persönliche Einschränkungen	.283	3.755	.000		
Mangelnde soziale Anerkennung	.024	0.364	.716		
Negative Bewertung der eigenen Pflegeleistung	.045	0.745	.457		
Finanzielle Einbußen	.030	0.501	.617	.183	.119
<i>Schritt 4</i>					
Genutzte Unterstützungsangebote	-.063	-1.110	.268		
Coping	-.206	-3.681	.000	.223	.040

Die kurzfristige Vorhersage von Depressivität über neun Monate ergibt erneut einen Effekt für das Geschlecht (Beta=.17; $p < .01$; vgl. Tabelle 31). Die objektiven Betreuungsaufgaben tragen zur Erklärung der Depressivität nichts bei, aber mehrere Skalen der wahrgenommenen Bedürfniskonflikte: Persönliche Einschränkungen (Beta= .19; $p < .05$), mangelnde soziale Anerkennung (Beta=.12; $p < .05$); finanzielle Einbußen (Beta=.18; $p < .01$). Zum dritten Messzeitpunkt wurden die Bewältigungsversuche differenzierter erhoben und es zeigt sich, dass die Krankheit akzeptierende Bewältigungsstrategien (Beta=-.14; $p < .05$) sich protektiv auf die Depressivität zu Messzeitpunkt 4 auswirkten. Die aufgeklärte Varianz beträgt insgesamt 28%.

Tabelle 31: Regressionsanalyse zur kurzfristigen Vorhersage von Depressivität (N=321)

Prädiktoren	Beta	T	Sig (t)	R ²	ΔR ²
<i>Schritt 1</i>					
Geschlecht des pflegenden Angehörigen	.174	2.744	.006		
Alter des pflegenden Angehörigen	.100	1.591	.113		
Schulabschluss	-.031	-0.557	.578		
Beginn der Betreuung in Monaten	-.100	-1.614	.108		
Güte der Beziehung zum Patienten vor der Erkrankung	-.007	-0.116	.908		
Pflegestufe	.029	0.364	.581		
Schweregrad der Demenz (ICD-10)	.074	1.013	.312	.035	.035

Prädiktoren	Beta	T	Sig (t)	R ²	ΔR ²
<i>Schritt 2</i>					
Basale Betreuungsaufgaben	-.065	-0.618	.537		
Erweiterte Betreuungsaufgaben	-.029	-0.346	.729		
Motivieren und Anleiten	-.007	-0.071	.943		
Emotionale Unterstützung	.112	1.363	.174		
Unterstützung bei Kontaktpflege	.000	-0.006	.996		
Beaufsichtigung	.088	0.974	.331	.048	.013
<i>Schritt 3</i>					
Spätsymptomatik	.058	0.817	.414		
Kognitive Einbußen	.128	1.627	.105		
Verwirrtes Verhalten	.050	0.609	.543		
Aggressivität und Widerstand	-.044	-0.645	.519		
Depressivität	.092	1.379	.169		
Persönliche Vernachlässigung	-.126	-2.220	.052		
Beziehungsverlust	.000	-0.001	.999		
Persönliche Einschränkungen	.187	2.597	.010		
Mangelnde soziale Anerkennung	.124	1.999	.049		
Negative Bewertung der eigenen Pflegeleistung	.063	1.063	.289		
Mangelnde institutionelle Unterstützung	-.032	-0.526	.599		
Finanzielle Einbußen	.184	3.010	.003	.249	.201
<i>Schritt 4</i>					
Genutzte Unterstützungsangebote	-.055	-0.970	.333		
Planen	.036	0.432	.666		
Akzeptanz	-.143	-2.350	.019		
Reaktionskontrolle	.056	0.763	.446		
Soziales Unterstützungsbedürfnis	-.116	-1.802	.073		
Ersatzbefriedigung	.075	1.231	.219	.277	.028

5.3 Vorhersage von Aggressivität gegenüber dem Demenzpatienten

Die langfristige Vorhersage (Tabelle 32) ergibt für die Kontextvariable Schulabschluss einen signifikanten Effekt (Beta=-.13; $p<.05$) dahingehend, dass höhere Schulbildung das Risiko von Aggressivität vermindert. Bei den objektiven Betreuungsaufgaben trägt die Belastung durch Beaufsichtigung zu Messzeitpunkt 1 zur Erklärung von Aggressivität zu Messzeitpunkt 4 bei (Beta=.17; $p<.05$). Die subjektiven Belastungsdimensionen erklären keine weitere Varianz, aber erneut wirken sich die Bewältigungsstrategien (Beta=-.13; $p=.05$) positiv im Sinne einer geringeren Aggressivität aus. Die Varianzaufklärung ist mit 12% eher gering.

Die kurzfristige Regressionsanalyse (Tabelle 33) zeigt signifikante Effekte für die Kontextvariablen Schulabschluss (Beta=-.13; $p<.01$). Je niedriger der Schulabschluss, desto größer das Risiko von Aggressivität gegenüber dem Patienten. Von den objektiven Betreuungsaufgaben trägt das Ausmaß der Beaufsichtigung (Beta=.19; $p<.05$) zu einer vermehrten Aggressivität bei. Von den Dimensionen zur subjektiven Belastung tragen wahrgenommene Aggressivität und Widerstand des Patienten (Beta=.16; $p<.05$) und die

negative Bewertung der eigenen Pflegeleistung (Beta=.15; $p < .01$) zur erhöhten Aggressivität bei. Die Varianzaufklärung ist mit 23% deutlich höher als bei der langfristigen Vorhersage.

Tabelle 32: Regressionsanalyse zur langfristigen Vorhersage zur Aggressivität gegenüber dem Demenzpatienten (N=321)

Prädiktoren	Beta	T	Sig (t)	R ²	ΔR ²
<i>Schritt 1</i>					
Geschlecht des pflegenden Angehörigen	.111	1.752	.081		
Alter des pflegenden Angehörigen	.007	0.105	.916		
Schulabschluss	-.131	-2.319	.021		
Beginn der Betreuung in Monaten	-.103	-1.673	.095		
Güte der Beziehung zum Patienten vor der Erkrankung	-.028	-0.502	.616		
Pflegestufe	-.050	-0.686	.493		
Schweregrad der Demenz (ICD-10)	.074	1.020	.309	.041	.041
<i>Schritt 2</i>					
Basale Betreuungsaufgaben	-.117	-1.139	.256		
Erweiterte Betreuungsaufgaben	-.042	-0.555	.579		
Motivieren und Anleiten	.029	0.405	.686		
Emotionale Unterstützung	-.083	-1.406	.161		
Unterstützung bei Kontaktpflege	.012	0.183	.769		
Beaufsichtigung	.167	1.998	.047	.063	.022
<i>Schritt 3</i>					
Spätsymptomatik	-.025	-1.012	.312		
Kognitive Einbußen	.062	0.746	.456		
Verwirrtes Verhalten	.094	1.167	.244		
Aggressivität und Widerstand	.010	0.259	.796		
Depressivität	-.051	-0.717	.474		
Persönliche Vernachlässigung	.031	0.410	.682		
Beziehungsverlust	-.009	-0.127	.899		
Persönliche Einschränkungen	.112	1.421	.156		
Mangelnde soziale Anerkennung	.039	0.555	.579		
Negative Bewertung der eigenen Pflegeleistung	.008	0.130	.897		
Finanzielle Einbußen	-.097	-1.519	.130	.102	.039
<i>Schritt 4</i>					
Genutzte Unterstützungsangebote	-.085	-1.412	.159		
Coping	-.125	-1.999	.049	.119	.018

Tabelle 33: Regressionsanalyse zur kurzfristigen Vorhersage von Aggressivität gegenüber dem Demenzpatienten (N=321)

Prädiktoren	Beta	T	Sig (t)	R ²	ΔR ²
<i>Schritt 1</i>					
Geschlecht des pflegenden Angehörigen	.111	1.752	.081		
Alter des pflegenden Angehörigen	.007	-0.396	.916		
Schulabschluss	-.131	-3.018	.021		
Beginn der Betreuung in Monaten	-.103	-2.023	.095		
Güte der Beziehung zum Patienten vor der Erkrankung	-.028	-0.217	.616		
Pflegestufe	-.050	-0.686	.493		
Schweregrad der Demenz (ICD-10)	.074	1.052	.309	.043	.043
<i>Schritt 2</i>					
Basale Betreuungsaufgaben	.011	0.103	.287		
Erweiterte Betreuungsaufgaben	.056	0.701	.575		
Motivieren und Anleiten	-.019	-0.190	.461		
Emotionale Unterstützung	-.111	-1.417	.827		
Unterstützung bei der Kontaktpflege	-.055	-0.778	.194		
Beaufsichtigung	.185	2.102	.036	.092	.049
<i>Schritt 3</i>					
Spätsymptomatik	-.037	-1.180	.239		
Kognitive Einbußen	.069	1.612	.108		
Verwirrtes Verhalten	.132	1.559	.120		
Aggressivität und Widerstand	.161	2.309	.022		
Depressivität	-.039	-0.569	.570		
Persönliche Vernachlässigung	-.079	-1.097	.273		
Beziehungsverlust	-.076	-1.096	.274		
Persönliche Einschränkungen	.014	0.323	.747		
Mangelnde soziale Anerkennung	.054	1.375	.170		
Negative Bewertung der eigenen Pflegeleistung	.148	2.363	.019		
Mangelnde institutionelle Unterstützung	.016	0.261	.794		
Finanzielle Einbußen	-.047	-0.749	.455	.223	.131
<i>Schritt 4</i>					
Genutzte Unterstützungsangebote	-.064	-1.105	.270		
Planen	-.088	-1.014	.312		
Akzeptanz	.004	0.067	.946		
Reaktionskontrolle	.073	0.986	.334		
Soziales Unterstützungsbedürfnis	.030	0.445	.657		
Ersatzbefriedigung	-.021	-0.335	.738	.231	.008

5.4 Vorhersage des Gesundheitsstatus der pflegenden Angehörigen

Der Gesundheitsstatus wurde durch die Anzahl von Erkrankungen operationalisiert. Zur langfristigen Vorhersage des Gesundheitsstatus von Messzeitpunkt 1 auf Messzeitpunkt 4 tragen drei Kontextvariablen als signifikante Prädiktoren bei: Das Geschlecht erhöht das Risiko von Erkrankungen (Beta=.26; $p < .001$), ebenso wie ein hohes Alter (Beta=.18; $p < .01$). Die objektiven Betreuungsaufgaben klären keine weitere Varianz auf, aber zwei Skalen der subjektiv wahrgenommenen Bedürfniskonflikte. Wahrgenommene persönliche

Einschränkungen (Beta=.18; $p<.05$) und mangelnde soziale Anerkennung (Beta=.17; $p<.05$) verschlechtern den Gesundheitszustand zu MZP 4. Die Varianzaufklärung beträgt insgesamt 21% (vgl. Tabelle 34).

Die kurzfristige Vorhersage des Gesundheitsstaus ergibt für die Kontextvariablen dieselben signifikanten Prädiktoren wie die langfristige Vorhersage nämlich Geschlecht (Beta=.26; $p<.001$) und Alter (Beta=.18; $p<.01$). Von den objektiven Betreuungsaufgaben bewirkt eine hohe emotionale Unterstützung (Beta=.18; $p<.05$) ein größeres Risiko für die Zunahme von Erkrankungen. Mehrere subjektive Variablen sind ebenfalls signifikante Prädiktoren: die Depressivität des Patienten (Beta=.14; $p<.05$), persönliche Einschränkungen (Beta=.20; $p<.01$) und finanzielle Einbußen (Beta=.19; $p<.01$). Die Varianzaufklärung beträgt insgesamt 28% (vgl. Tabelle 35).

Tabelle 34: Regressionsanalyse zur langfristigen Vorhersage des Gesundheitsstatus des pflegenden Angehörigen (N=321)

Prädiktoren	Beta	T	Sig (t)	R ²	ΔR ²
<i>Schritt 1</i>					
Geschlecht des pflegenden Angehörigen	.263	4.223	.000		
Alter des pflegenden Angehörigen	.184	2.990	.003		
Schulabschluss	-.041	-0.737	.462		
Beginn der Betreuung in Monaten	.036	0.589	.556		
Güte der Beziehung zum Patienten vor der Erkrankung	-.017	-0.299	.765		
Pflegestufe	.056	0.783	.434		
Schweregrad der Demenz (ICD-10)	-.110	-1.547	.123	.074	.074
<i>Schritt 2</i>					
Basale Betreuungsaufgaben	-.069	-0.683	.495		
Erweiterte Betreuungsaufgaben	-.007	-0.089	.929		
Motivieren und Anleiten	-.038	-0.523	.601		
Emotionale Unterstützung	.052	0.890	.374		
Unterstützung bei Kontaktpflege	-.024	-0.378	.706		
Beaufsichtigung	.033	0.403	.687	.084	.011
<i>Schritt 3</i>					
Spätsymptomatik	-.101	-1.603	.110		
Kognitive Einbußen	.061	0.786	.433		
Verwirrtes Verhalten	.035	0.458	.647		
Aggressivität und Widerstand	-.054	-0.773	.440		
Depressivität	.118	1.771	.078		
Persönliche Vernachlässigung	-.103	-1.471	.142		
Beziehungsverlust	-.014	-0.201	.841		
Persönliche Einschränkungen	.175	2.335	.020		
Mangelnde soziale Anerkennung	.173	2.613	.009		
Negative Bewertung der eigenen Pflegeleistung	-.070	-1.154	.249		
Finanzielle Einbußen	.067	1.114	.266	.201	.116
<i>Schritt 4</i>					
Genutzte Unterstützungsangebote	-.024	-0.894	.372		
Coping	-.291	-3.745	.000	.211	.011

Tabelle 35: Regressionsanalyse zur kurzfristigen Vorhersage des Gesundheitsstatus des pflegenden Angehörigen (N=321)

Prädiktoren	Beta	T	Sig (t)	R ²	ΔR ²
<i>Schritt 1</i>					
Geschlecht des pflegenden Angehörigen	.263	4.223	.000		
Alter des pflegenden Angehörigen	.184	2.990	.003		
Schulabschluss	-.041	-.737	.462		
Beginn der Betreuung in Monaten	.036	0.115	.908		
Güte der Beziehung zum Patienten vor der Erkrankung	-.017	-0.299	.765		
Pflegestufe	.056	0.783	.434		
Schweregrad der Demenz (ICD-10)	-.110	-1.547	.123	.078	.078
<i>Schritt 2</i>					
Basale Betreuungsaufgaben	-.066	-0.645	.519		
Erweiterte Betreuungsaufgaben	.103	1.253	.211		
Motivieren und Anleiten	-.112	-1.125	.262		
Emotionale Unterstützung	.179	2.249	.025		
Unterstützung bei Kontaktpflege	.015	0.473	.636		
Beaufsichtigung	-.052	-0.593	.553	.104	.026
<i>Schritt 3</i>					
Spätsymptomatik	-.102	-1.451	.148		
Kognitive Einbußen	.149	1.912	.057		
Verwirrtes Verhalten	.130	1.602	.110		
Aggressivität und Widerstand	-.110	-1.656	.099		
Depressivität	.137	2.078	.039		
Persönliche Vernachlässigung	-.093	-1.358	.176		
Beziehungsverlust	-.044	-0.674	.501		
Persönliche Einschränkungen	.199	2.799	.005		
Mangelnde soziale Anerkennung	.157	1.099	.273		
Negative Bewertung der eigenen Pflegeleistung	.064	0.963	.336		
Mangelnde institutionelle Unterstützung	-.003	-0.045	.964		
Finanzielle Einbußen	.185	3.061	.002	.269	.165
<i>Schritt 4</i>					
Genutzte Unterstützungsangebote	-.036	-0.636	.525		
Planen	.018	0.216	.829		
Akzeptanz	.010	0.161	.872		
Reaktionskontrolle	.073	0.998	.319		
Soziales Unterstützungsbedürfnis	-.089	-1.387	.167		
Ersatzbefriedigung	.042	0.692	.490	.279	.010

5.5 Zusammenfassung

Das stresstheoretische Modell, das dieser Studie zugrunde liegt, erwies sich als fruchtbarer konzeptueller Rahmen. Es konnte gezeigt werden, dass Kontextvariablen, primäre und sekundäre Stressoren sowie Moderatorvariablen eigenständige Prädiktoren der Outcome Maße Depressivität, Aggressivität gegenüber dem Pflegebedürftigen und Gesundheitsstatus des pflegenden Angehörigen sind. Bei den langfristigen Vorhersagen von Messzeitpunkt 1 auf Messzeitpunkt 4 sind die Varianzaufklärungen insgesamt schwächer als bei den kurzfristigen Vorhersagen von Messzeitpunkt 3 auf Messzeitpunkt 4. Hier gilt es zu berücksichtigen, dass die Vorhersagespanne mit 27 Monaten sehr lang ist und der Pflegeprozess ein komplexes Geschehen. Dennoch konnten bis zu 22% der Varianz aufgeklärt werden. Bei den kurzfristigen Vorhersagen erhöht sich die Varianzaufklärung auf bis zu 28%.

Die Ergebnisse zeigen, dass die verschiedenen Outcome Maße zum Teil durch überlappende, aber auch durch verschiedene Prädiktoren vorhergesagt werden. So sind die persönlichen Einschränkungen sowohl für die Depressivität als auch für den körperlichen Gesundheitsstatus bedeutsam. Die Schulausbildung ist ein Prädiktor für die Aggressivität, dieses Ergebnis steht im Einklang mit anderen Studien. Die Belastung durch Beaufsichtigung und spezifische Verhaltensprobleme tragen ebenfalls zur Aggressivität bei und sind somit Problembereiche, die bei Interventionen Berücksichtigung finden sollten. Dies gilt auch für Angebote zur Verbesserung von emotionalen und instrumentellen Bewältigungsmöglichkeiten, die für die Vorhersage von Depressivität und Aggressivität bedeutsam sind.

6 . Die Bedeutung zentraler Kontextmerkmale für den Belastungsverlauf

In den vorangegangenen Kapiteln wurden zum einen Analysen zum Ausmaß der Belastung vorgestellt und zum anderen Vorhersagen bezüglich der Konsequenzen des Pflegeprozesses getroffen. Im folgenden Abschnitt wird dargestellt, in welcher Weise sich bestimmte Kontextmerkmale, also Merkmale der Pflegeperson, der Pflegesituation und des Demenzkranken auf den Verlauf der pflegebedingten Belastung auswirken.

Zur Ermittlung des individuellen Belastungsverlaufs wurden auf der Basis der Belastungsmittelwerte zu den einzelnen Messzeitpunkten Wachstumsparameter ermittelt. Diese geben an, inwieweit sich die Intensität der jeweiligen Belastung im Zeitverlauf (hier: über vier Messzeitpunkte) verändert hat. Ein Wachstumsparameter mit dem Wert 0 zeigt beispielsweise an, dass sich insgesamt keine Veränderung der Belastungsintensität über die Zeit ergeben hat. Die theoretische Spanne der Koeffizienten bei 4 Messzeitpunkten reicht von -1,6 bis +1,6 (von -2 bis +2 bei drei Messzeitpunkten). Die Berechnung der Wachstumsparameter ist besonders günstig, weil die einzelnen Werte einen direkten Überblick über die Gesamtveränderung der jeweiligen Belastung im Zeitverlauf erlauben. Zudem lassen sich Bedingungsfaktoren für verschiedene Belastungsverläufe im Rahmen komplexer varianzanalytischer Modelle besonders ökonomisch analysieren. Abbildung 12 und Tabelle 36 geben zunächst einen Überblick über die Ausprägungen der Wachstumsparameter pro Belastungsdimension. Die zugrunde liegende Stichprobe ist die Längsschnittstichprobe über 4 Messzeitpunkte. Personen, die einen Angehörigen im Heim betreuten, wurden aus den folgenden Analysen ausgeschlossen.

Abbildung 12 zeigt, dass die objektiv benötigte Betreuung über die Zeit hinweg überwiegend ansteigt. Lediglich die emotionale Unterstützung und die Beaufsichtigung des Pflegebedürftigen gehen im Zeitverlauf leicht bzw. deutlich zurück.

Für die tatsächlich geleisteten Betreuungsaufgaben ergibt sich ein anderes Bild. Abgesehen von den basalen Pflegeaufgaben ist hier ein Belastungsrückgang über die Zeit erkennbar.

Bei zwei der sieben Indikatoren der subjektiven Belastung durch Verhaltensänderungen zeigen sich Belastungszunahmen im Zeitverlauf. Die Belastung durch die Spätsymptomatik des Angehörigen nimmt deutlich, die Belastung durch Beziehungsverlust ganz geringfügig zu. Bei den übrigen Dimensionen ist eine Belastungszunahme im Zeitverlauf erkennbar. Bei den subjektiv wahrgenommenen Bedürfniskonflikten ist für alle Subdimensionen bis auf die negative Bewertung der eigenen Pflegeleistung ein geringfügiger Zuwachs zu verzeichnen. Die positive Dimension persönliche Weiterentwicklung nimmt im Zeitverlauf zu. Da inhaltlich entsprechende statistische Befunde bereits in Kapitel 3 vorgestellt wurden, soll hier

auf die Befunde im Einzelnen nicht näher eingegangen werden. Wichtig ist lediglich, noch einmal festzuhalten, dass die Veränderung im Zeitverlauf von der jeweils betrachteten Belastungsdimension abhängt, und dass keinesfalls von einer generellen kontinuierlichen Intensivierung pflegebedingter Belastung über die Zeit auszugehen ist.

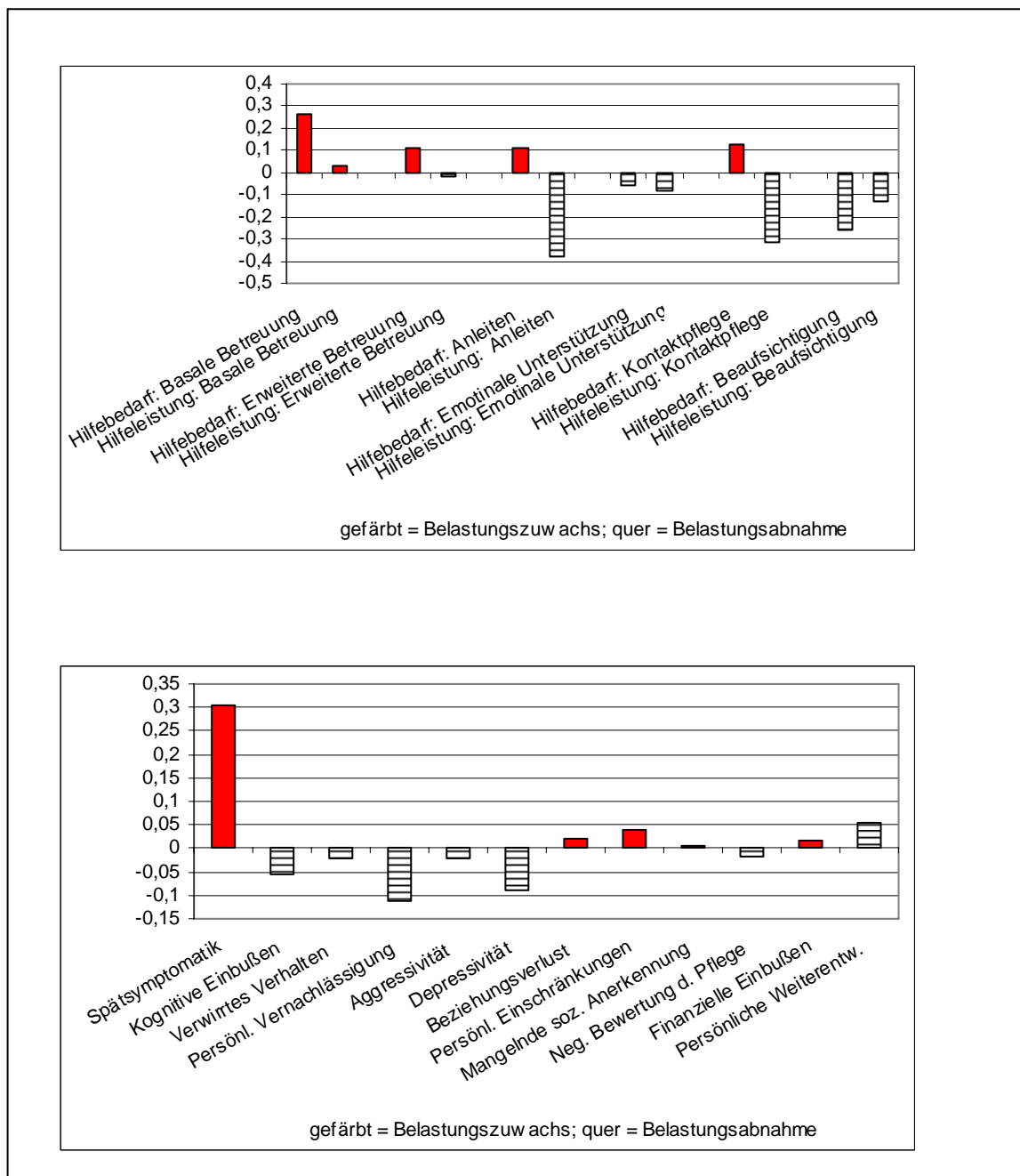


Abbildung 12: Steigungskoeffizienten der verschiedenen Belastungsdimensionen über 4 Messzeitpunkte (N=202)

Tabelle 36: Deskriptive Statistik der Steigungskoeffizienten über 4 bzw. 3 Messzeitpunkte (N=202)

	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard- abweichung
Objektive Betreuungsaufgaben⁺				
<i>Hilfebedarf des Pflegebedürftigen</i>				
Basale Betreuungsaufgaben	-0.45	1.08	0.27	0.29
Erweiterte Betreuungsaufgaben	-0.40	1.20	0.11	0.23
Motivieren und Anleiten	-1.60	1.37	0.11	0.49
Emotionale Unterstützung	-1.25	0.95	-0.06	0.33
Unterstützung bei Kontaktpflege	-1.60	1.20	0.12	0.50
Beaufsichtigung	-1.34	0.65	-0.26	0.40
<i>Hilfeleistung des Angehörigen</i>				
Basale Betreuungsaufgaben	-1.36	1.93	0.03	0.82
Erweiterte Betreuungsaufgaben	-1.36	2.00	-0.02	0.58
Motivieren und Anleiten	-2.00	2.00	-0.38	1.37
Emotionale Unterstützung	-2.00	1.86	-0.09	0.84
Unterstützung bei Kontaktpflege	-2.00	2.00	-0.32	1.30
Beaufsichtigung	-2.00	1.58	-0.13	1.07
Subjektive Belastung durch Verhaltensänderungen				
Spätsymptomatik	-1.20	1.60	0.31	0.54
Kognitive Einbußen	-1.20	0.97	-0.06	0.37
Verwirrtes Verhalten	-1.18	0.94	-0.02	0.39
Aggressivität u. Widerstand	-1.30	1.04	-0.02	0.38
Depressivität	-1.30	1.27	-0.09	0.44
Persönliche Vernachlässigung	-1.54	1.20	-0.11	0.50
Beziehungsverlust	-0.76	0.94	0.02	0.26
Subjektiv wahrgenommene Bedürfniskonflikte				
Persönliche Einschränkungen	-0.76	0.82	0.04	0.25
Mangelnde soziale Anerkennung	-0.85	0.75	0.01	0.28
Negative Bewertung der eigenen Pflegeleistung	-0.90	0.60	-0.02	0.26
Finanzielle Einbußen	-0.98	1.10	0.02	0.29
Persönliche Weiterentwicklung	-0.60	0.94	0.05	0.22

⁺ Berechnet über MZP 2-4

Von welchen Kontextbedingungen der Pflege werden aber nun die Belastungsverläufe beeinflusst? Lassen sich Merkmale identifizieren, die mit einem besonders günstigen oder auch ungünstigen Belastungsverlauf verbunden sind?

Als mögliche Einflussfaktoren wurden folgende Merkmale betrachtet:

- der Grad der Pflegebedürftigkeit zu Beginn der Studie (Messzeitpunkt 1)
- das Geschlecht des Pflegenden
- die verwandtschaftliche Beziehung zwischen Pflegendem und Pflegebedürftigem

- die Wohnsituation (gemeinsamer / getrennter Haushalt)
- der Bildungsgrad des Pflegenden
- die Regionalität (städtisch/ländlich)

Von sämtlichen dieser Merkmale ist bekannt, dass sie von wesentlicher Bedeutung für die Ausgestaltung der Pflege- und Belastungssituation sein können (vgl. Kapitel 3). Die hier zugrunde liegende Stichprobe ist die Längsschnittstichprobe über vier Messzeitpunkte. Ausgeschlossen wurden diejenigen Studienteilnehmer, die einen Angehörigen betreuten, der im Heim lebte, da dies den Belastungsverlauf stark verändert und von einer Konfundierung zwischen diesem Merkmal und anderen Kontextvariablen auszugehen ist (vgl. Kap. 4). In die Analyse der objektiven Betreuungsaufgaben gingen jeweils die Dimensionen ein, die die vom Angehörigen tatsächlich geleistete Unterstützung beinhalten. Hierfür erschien eine Modifizierbarkeit durch die untersuchten Kontextvariablen wahrscheinlicher als für den zugrunde liegenden Betreuungsbedarf des Demenzkranken. Da zwischen dem ersten und zweiten Messzeitpunkt bei der Messung der objektiven Betreuungsaufgaben eine Modifikation des Erhebungsinstrumentes stattfand, basieren die entsprechenden Analysen auf Steigungskoeffizienten, die die Veränderung vom zweiten zum vierten Messzeitpunkt beinhalten.

Zunächst wurde die Bedeutung der Pflegebedürftigkeit des Demenzkranken, operationalisiert an der Pflegestufe laut Pflegeversicherungsgesetz, betrachtet. Für diese Variable erschien es nahe liegend, dass ihr Ausgangsniveau, d.h., die Schwere der Pflegebedürftigkeit zum ersten Messzeitpunkt, von signifikanter Bedeutung für den weiteren Verlauf der Belastung über die Zeit sein würde. Für alle übrigen Analysen wurde dann der Effekt des Pflegebedarfs, operationalisiert über die Betreuungsdauer mittels Kovarianzanalysen, auspartialisiert, da hier die originären Effekte der übrigen Kontextvariablen, unabhängig von der Pflegebedürftigkeit des Angehörigen von Interesse waren. Aus Gründen der Ökonomie und Übersichtlichkeit wurden die Ergebnisse für die Bedeutung der Kovariaten in den entsprechenden Ergebnistabellen nicht dargestellt. Die grundsätzliche Bedeutung der Pflegebedürftigkeit für die Belastungsverläufe pro Dimension geht bereits aus den nachfolgenden Analysen zur Bedeutung der Pflegebedürftigkeit des Demenzkranken hervor.

6.1 Die Bedeutung der Pflegebedürftigkeit des Demenzkranken zum ersten Messzeitpunkt

Für den Grad der Pflegebedürftigkeit wurde angenommen, dass der Verlauf der Belastung durch objektive Betreuungsaufgaben mit höherer Pflegestufe zu T1 günstiger ausfallen würde, da die entsprechenden Pflegenden den Gipfel des notwendigen Betreuungsaufwandes bereits erreicht bzw. hinter sich gelassen hatten. Dieser Zusammenhang wurde - in abgemilderter Form - auch für die subjektiven Belastungsdimensionen angenommen. Für die übrigen Kontextvariablen bestanden keine spezifischen gerichteten Hypothesen, da theoretische (bzw. inhaltslogische) Überlegungen eine bestimmte Richtung nicht zwingend nahe legten. Empirische Studien, die sich mit der Vorhersage differenzieller Belastungsverläufe befassen, existieren kaum. Daher haben die folgenden Analysen eher explorativen Charakter.

Tabelle 37 zeigt, dass die Hypothesen in Bezug auf die objektive Belastung durch die Betreuungsaufgaben überwiegend bestätigt wurden. Der multivariate Test für die objektive Belastung durch Betreuungsaufgaben ergibt hoch signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen Subgruppen ($F=3.86^{**}$, $\text{Eta}^2 = .11$). Die univariaten Test zeigen, dass bei den basalen Betreuungsaufgaben ein Muster im erwarteten Sinn besteht: Je geringer die Pflegebedürftigkeit zu Beginn der Untersuchung, desto stärker nimmt die objektive Belastung in diesen Bereichen über die Zeit hinweg noch zu ($F=3.78^*$, $\text{Eta}^2 = .05$). Beim Motivieren und Anleiten bestehen keine statistisch bedeutsamen Unterschiede, wenn man sämtliche Subgruppen betrachtet. In a posteriori Einzelvergleichen erweisen sich die Unterschiede zwischen den Pflegenden, die einen Angehörigen der Pflegestufe 0 bzw. Pflegestufe 1 betreuen und denen, die Personen der Pflegestufe 2 bzw. 3 betreuen als statistisch bedeutsam. Bezogen auf die emotionale Unterstützung sind die Unterschiede zwischen den ersten beiden Subgruppen („keine Pflegestufe“ und „Pflegestufe 1“) marginal. Davon abgesehen zeigt sich jedoch wiederum das vorhergesagte Muster: Je schwerer die Pflegebedürftigkeit des Demenzkranken, desto günstiger der Belastungsverlauf. Insgesamt ist dieser Effekt statistisch bedeutsam ($F=2.80^*$, $\text{Eta}^2 = .04$).

Tabelle 37: Steigungskoeffizienten der objektiven Betreuungsaufgaben nach Pflegestufe: Ergebnisse der Kovarianzanalyse mit Pflegebedürftigkeit als Kovariate (N=202)

Objektive Betreuungsaufgaben	Keine Pflegestufe (N=37) MW (SD)	Pflegestufe 1 (N=42) MW (SD)	Pflegestufe 2 (N=67) MW (SD)	Pflegestufe 3 (N=56) MW (SD)	F	Eta²
Multivariater Test					3.86**	.107
<i>Univariate Tests</i>						
Basale Betreuungsaufgaben	0.43 (0.31)	0.47 (0.26)	0.21 (0.21)	0.07 (0.21)	3.78*	.054
Erweiterte Betreuungsaufgaben	0.22 (0.31)	0.11 (0.19)	0.09 (0.22)	0.05 (0.18)	0.86	.013
Motivieren und Anleiten	0.24 (0.36)	0.25 (0.28)	0.04 (0.51)	0.01 (0.61)	2.43	.036
Emotionale Unterstützung	0.01 (0.28)	0.03 (0.26)	-0.06 (0.29)	-0.16 (0.43)	2.80*	.039
Unterstützung bei Kontaktpflege	0.23 (0.36)	0.17 (0.39)	0.03 (0.48)	0.12 (0.65)	0.68	.004
Beaufsichtigung	-0.19 (0.35)	-0.16 (0.36)	-0.23 (0.39)	-0.39 (0.44)	2.60*	.037

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

MW = Mittelwert SD = Standardabweichung

Für die Beaufsichtigung des Demenzkranken fällt zunächst auf, dass das Ausmaß an geleisteter Unterstützung bei dieser Betreuungsaufgabe insgesamt rückläufig ist. Wie vorhergesagt, ist dabei der Belastungsverlauf umso günstiger, je höher der Pflegebedarf des demenzkranken Angehörigen zu Studienbeginn ausgeprägt war. Diese Unterschiede sind signifikant ($F=2.60^*$, $Eta^2 = .04$).

Bezüglich der subjektiven Belastung durch Verhaltensänderungen zeigt der F-Wert des multivariaten Tests eine signifikante Bedeutsamkeit des Pflegebedarfs zum 1. Messzeitpunkt an ($F=1.84^*$). Die Effektstärke ist allerdings als gering einzustufen ($Eta^2 = .04$). Betrachtet man die Ergebnisse der sieben dazu gehörigen univariaten Tests, so zeigt sich, dass lediglich für die Belastung durch persönliche Vernachlässigung signifikante Unterschiede je nach Pflegebedürftigkeit des Demenzkranken in vorhergesagter Richtung bestehen ($F=2.64^*$, $Eta^2 = .03$). In Bezug auf alle anderen Dimensionen zeigen sich keine statistisch bedeutsamen Unterschiede in Abhängigkeit vom Pflegebedarf des Demenzkranken zu Studienbeginn (Tabelle 38).

Tabelle 38: Steigungskoeffizienten der subjektiven Belastung durch Verhaltensänderungen nach Pflegestufe: Ergebnisse der Kovarianzanalyse mit Pflegebedürftigkeit als Kovariate (N=202)

Abhängige Variable	Keine Pflegestufe	Pflegestufe 1	Pflegestufe 2	Pflegestufe 3	F	Eta ²
	(N=37) MW (SD)	(N=42) MW (SD)	(N=67) MW (SD)	(N=56) MW (SD)		
Subjektive Belastung durch Verhaltensänderungen						
Multivariater Test					1.84*	.039
<i>Univariate Tests</i>						
Spätsymptomatik	0.21 (0.48)	0.40 (0.50)	0.33 (0.53)	0.21 (0.61)	2.22	.021
Kognitive Einbußen	-0.03 (0.37)	-0.13 (0.43)	-0.16 (0.38)	-0.08 (0.43)	1.57	.015
Verwirrtes Verhalten	-0.02 (0.37)	0.01 (0.40)	-0.08 (0.40)	-0.07 (0.42)	0.93	.009
Aggressivität u. Widerstand	-0.08 (0.43)	-0.08 (0.39)	-0.07 (0.41)	-0.08 (0.37)	0.01	.000
Depressivität	-0.11 (0.40)	-0.03 (0.41)	-0.10 (0.41)	-0.17 (0.50)	1.26	.012
Persönl. Vernachlässigung	0.07 (0.37)	-0.15 (0.55)	-0.16 (0.52)	-0.22 (0.44)	2.64*	.032
Beziehungsverlust	0.07 (0.29)	0.01 (0.29)	0.03 (0.24)	-0.03 (0.29)	1.97	.018

*p< .05

MW = Mittelwert SD = Standardabweichung

Ein ähnliches Bild ergibt sich für die subjektiv wahrgenommenen Bedürfniskonflikte (Tab. 39). Auch hier zeigt sich ein zwar signifikanter, aber nur schwach ausgeprägter multivariater Effekt über alle vier Subdimensionen (F=1.82*; Eta² = .05). Die Ergebnisse der univariaten Tests zeigen, dass dieser Effekt einzig auf Gruppenunterschiede in der wahrgenommenen persönlichen Einschränkung durch die Pflege zurückzuführen ist (F= 4.00**; Eta² = .06).

Tabelle 39: Steigungskoeffizienten der subjektiven Bedürfniskonflikte und persönlicher Weiterentwicklung nach Pflegestufe: Ergebnisse der Kovarianzanalysen mit Pflegebedürftigkeit als Kovariate (N=202)

Abhängige Variable	Keine Pflegestufe	Pflegestufe 1	Pflegestufe 2	Pflegestufe 3	F	Eta ²
	(N=37) MW (SD)	(N=42) MW (SD)	(N=67) MW (SD)	(N=56) MW (SD)		
Subjektiv wahrgenommene Bedürfniskonflikte						
Multivariater Test					1.82*	.045
<i>Univariate Tests</i>						
Persönl. Einschränkungen	0.11 (0.30)	0.05 (0.26)	0.05 (0.29)	-0.05 (0.25)	4.00**	.057
Mangelnde soziale Anerkennung	0.03 (0.32)	0.05 (0.30)	0.01 (0.28)	-0.06 (0.27)	1.68	.019
Negative Bewertung der eigenen Pflegeleistung	-0.07 (0.31)	-0.05 (0.23)	-0.01 (0.30)	0.01 (0.18)	1.26	.017
Finanzielle Einbußen	-0.01 (0.29)	0.07 (0.31)	0.00 (0.29)	0.01 (0.29)	0.74	.004
Zusätzliche Skalen						
<i>Univariate Varianzanalyse</i>						
Persönl. Weiterentwicklung	0.03 (0.29)	0.09 (0.26)	0.07 (0.22)	0.02 (0.19)	1.18	.018

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

MW = Mittelwert SD = Standardabweichung

6.2 Die Bedeutung des Geschlechts des Pflegenden

Nach dem Herausräumen des Effektes der Pflegebedürftigkeit zum 1. Messzeitpunkt finden sich keine statistisch bedeutsamen Effekte des Geschlechts der Pflegenden auf die objektive Belastung durch Betreuungsaufgaben (vgl. Tabelle 40).

Tabelle 40: Steigungskoeffizienten der objektiven Betreuungsaufgaben nach Geschlecht des Pflegenden: Ergebnisse der Kovarianzanalyse mit Pflegebedürftigkeit als Kovariate (N=202)

Abhängige Variable	Geschlecht		F	Eta ²
	Männlich	Weiblich		
	(N=48) MW (SD)	(N=156) MW (SD)		
Objektive Belastung durch Betreuungsaufgaben				
Multivariater Test			0.45	.014
<i>Univariate Tests</i>				
Basale Betreuungsaufgaben	0.02 (0.12)	0.04 (0.06)	0.02	.000
Erweiterte Betreuungsaufgaben	-0.05 (0.08)	-0.01 (0.05)	0.19	.000
Motivieren und Anleiten	-0.52 (0.20)	0.33 (0.11)	0.68	.000
Emotionale Unterstützung	0.01 (0.12)	-0.11 (0.07)	0.75	.004
Unterstützung bei Kontaktpflege	-0.29 (0.20)	-0.32 (0.11)	0.03	.000
Beaufsichtigung	-0.14 (0.16)	-0.13 (0.09)	0.00	.000
	MW = Mittelwert	SD = Standardabweichung		

Für die subjektive Belastung durch Verhaltensänderungen sind die Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Pflegenden auf multivariater Ebene statistisch bedeutsam ($F=2.12^*$, $\text{Eta}^2 = .05$; Tabelle 41). Vergleicht man die Mittelwerte der einzelnen Steigungen, so zeigt sich für die Männer tendenziell ein günstigerer Verlauf in Bezug auf die Belastung durch kognitive Einbußen, durch Aggressivität und Widerstand sowie durch die Depressivität des Pflegebedürftigen. Auf univariater Ebene erreicht allerdings keiner der einzelnen Unterschiede im Belastungsverlauf statistische Bedeutsamkeit.

Tabelle 41: Steigungskoeffizienten der subjektiven Belastung durch Verhaltensänderungen nach Geschlecht des Pflegenden: Ergebnisse der Kovarianzanalyse mit Pflegebedürftigkeit als Kovariate (N=202)

Abhängige Variable	Geschlecht		F	Eta ²
	Männlich (N=48) MW (SD)	Weiblich (N=156) MW (SD)		
Subjektive Belastung durch Verhaltensänderungen				
Multivariater Test			2.12*	.045
<i>Univariate Tests</i>				
Spätsymptomatik	0.39 (0.08)	0.28 (0.04)	1.93	.031
Kognitive Einbußen	-0.09 (0.06)	-0.05 (0.03)	0.47	.004
Verwirrtes Verhalten	0.01 (0.06)	-0.04 (0.03)	0.87	.001
Aggressivität u. Widerstand	-0.05 (0.06)	-0.02 (0.03)	0.21	.000
Depressivität	-0.15 (0.07)	-0.07 (0.04)	1.17	.010
Persönl. Vernachlässigung	-0.01 (0.07)	-0.14 (0.04)	2.43	.034
Beziehungsverlust	0.02 (0.30)	0.02 (0.27)	0.21	.001

*p< .05 MW = Mittelwert SD = Standardabweichung

Aus Tabelle 42 geht hervor, dass für die subjektiv wahrgenommenen Bedürfniskonflikte keine Unterschiede im Belastungsverlauf von männlichen und weiblichen Pflegenden bestehen. Das Gleiche gilt für die zusätzliche Dimension persönliche Weiterentwicklung.

Tabelle 42: Steigungskoeffizienten der subjektiven Bedürfniskonflikte und persönlicher Weiterentwicklung nach Geschlecht des Pflegenden: Ergebnisse der Kovarianzanalysen mit Pflegebedürftigkeit als Kovariate (N=202)

Abhängige Variable	Geschlecht		F	Eta ²
	Männlich (N=48) MW (SD)	Weiblich (N=156) MW (SD)		
Subjektiv wahrgenommene Bedürfniskonflikte				
Multivariater Test			0.34	.005
<i>Univariate Tests</i>				
Persönliche Einschränkungen	-0.08 (0.27)	-0.03 (0.32)	0.89	.003
Mangelnde soz. Anerkennung	0.004 (0.28)	0.01 (0.29)	0.06	.000
Negative Bewertung der eigenen Pflegeleistung	-0.03 (0.28)	-0.05 (0.26)	0.01	.000
Finanzielle Einbußen	0.02 (0.30)	0.06 (0.30)	0.54	.002
Zusätzliche Skalen				
<i>Univariate Varianzanalyse</i>				
Persönl. Weiterentwicklung	0.06 (0.31)	0.09 (0.27)	0.03	.000

MW = Mittelwert SD = Standardabweichung

6.3 Die Bedeutung der verwandtschaftlichen Beziehung

Aus Tabelle 43 ist zu ersehen, dass sich die geleistete Betreuung je nach verwandtschaftlicher Beziehung zwischen Pflegendem und Pflegebedürftigem signifikant unterscheidet. Der multivariate Test über die entsprechenden Subdimensionen fällt signifikant aus ($F=2.06^*$, $\text{Eta}^2=.04$). Die Ergebnisse der univariaten Tests zeigen, dass die Schwiegertöchter auf nahezu allen Dimensionen ungünstigere Verläufe aufweisen als die übrigen Verwandten. Besonders ausgeprägte Unterschiede zeigen sich in den basalen Betreuungsaufgaben ($F=2.68^*$, $\text{Eta}^2=.04$) und der emotionalen Unterstützung des Demenzkranken ($F=3.57^{**}$, $\text{Eta}^2=.06$). Während sich bei Ehemännern und Töchtern der Belastungsverlauf vergleichsweise günstig zeigt (MW=-0.12 bzw. -.41), besteht für die Schwiegertöchter bei den basalen Pflegeaufgaben eine deutliche Zunahme (MW=+0.47) über die Zeit. Ehefrauen (MW=+0.13) zeichnen sich wiederum durch ungünstigere Verläufe aus als Ehemänner (MW=-.041). Bezogen auf die geleistete emotionale Unterstützung ist bei den Schwiegertöchtern ebenfalls ein deutlicher Belastungsanstieg (MW=+0.54) zu verzeichnen, während bei allen anderen Verwandten die entsprechende Belastung rückläufig ist. A posteriori Einzelvergleiche zeigen, dass sich die Schwiegertöchter damit von allen anderen Verwandten bedeutsam unterscheiden.

Tabelle 43: Steigungskoeffizienten der objektiven Betreuungsaufgaben nach Verwandtschaftsgrad: Ergebnisse der Kovarianzanalyse mit Pflegebedürftigkeit als Kovariate (N=187)

Abhängige Variable	Verwandtschaftsgrad				F	Eta ²
	Töchter (N=72) MW (SD)	Ehemänner (N=38) MW (SD)	Ehefrauen (N=62) MW (SD)	Schw.-tö. (N=15) MW (SD)		
Objektive Betreuungsaufgaben						
Multivariater Test					2.06*	.041
<i>Univariate Tests</i>						
Basale Betreuungsaufgaben	-0.12 (0.09)	-0.41 (0.19)	0.13 (0.10)	0.47 (0.20)	2.68*	.042
Erweiterte Betreuungsaufgaben	-0.31 (0.07)	-0.11 (0.09)	-0.05 (0.07)	0.32 (0.15)	2.05	.020
Motivieren und Anleiten	-0.40 (0.18)	-0.54 (0.24)	-0.44 (0.21)	0.33 (0.11)	1.56	.025
Emotionale Unterstützung	-0.16 (0.09)	0.01 (0.13)	-0.18 (0.10)	0.54 (0.21)	3.57**	.056
Unterstützung bei Kontaktpflege	-0.32 (0.15)	-0.20 (0.21)	-0.19 (0.16)	-0.27 (0.32)	0.13	.002
Beaufsichtigung	-0.18 (0.13)	-0.10 (0.18)	-0.21 (0.14)	0.43 (0.28)	1.54	.025

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

MW = Mittelwert SD = Standardabweichung

Für die subjektive Belastung durch Verhaltensänderungen der Demenzkranken zeigt das Ergebnis des multivariaten Tests über alle entsprechenden Dimensionen an, dass signifikante Unterschiede in den Belastungsverläufen je nach Verwandtschaftsgrad bestehen ($F=1.58^*$, $\text{Eta}^2 = .04$). Die univariaten Tests zeigen, dass dies vor allem auf Gruppenunterschiede im Verlauf der Belastung durch verwirrtes desorientiertes Verhalten zustande kommt ($F=2.80^*$, $\text{Eta}^2 = .03$). Während bei den Schwiegertöchtern die diesbezügliche Belastung über die Zeit hinweg ansteigt, ist sie bei allen anderen Verwandten über die Zeit hinweg rückläufig. Wiederum zeigen a posteriori Einzelvergleiche, dass sich die Schwiegertöchter damit von allen anderen Verwandten statistisch bedeutsam unterscheiden.

Tabelle 44: Steigungskoeffizienten der subjektiven Belastung durch Verhaltensänderungen nach Verwandtschaftsgrad: Ergebnisse der Kovarianzanalyse mit Pflegebedürftigkeit als Kovariate (N=187)

Abhängige Variable	Verwandtschaftsgrad				F	Eta ²
	Töchter (N=72) MW (SD)	Ehemänner (N=38) MW (SD)	Ehefrauen (N=62) MW (SD)	Schw.töcht. (N=15) MW (SD)		
Subjektive Belastung durch Verhaltensänderungen						
Multivariater Test					1.58*	.038
<i>Univariate Tests</i>						
Spätsymptomatik	0.23 (0.07)	0.41 (0.09)	0.32 (0.07)	0.37 (0.14)	0.93	.008
Kognitive Einbußen	-0.08 (0.04)	-0.17 (0.42)	-0.07 (0.36)	0.05 (0.38)	1.10	.023
Verwirrtes Verhalten	-0.09 (0.05)	0.06 (0.06)	-0.02 (0.05)	0.19 (0.10)	2.80*	.029
Aggressivität u. Widerstand	-0.02 (0.04)	0.01 (0.06)	0.02 (0.05)	0.00 (0.09)	0.18	.000
Depressivität	-0.07 (0.05)	-0.14 (0.08)	-0.06 (0.06)	-0.18 (0.12)	0.29	.001
Persönliche Vernachlässigung	-0.14 (0.06)	0.02 (0.08)	-0.14 (0.06)	-0.12 (0.13)	0.86	.007
Beziehungsverlust	0.00 (0.03)	0.02 (0.04)	0.03 (0.03)	-0.02 (0.07)	0.45	.002

* $p < .05$

MW = Mittelwert SD = Standardabweichung

Aus Tabelle 45 geht hervor, dass für die subjektiv wahrgenommenen Bedürfniskonflikte keine signifikanten Unterschiede im Belastungsverlauf je nach Verwandtschaftsgrad bestehen. Auch für die zusätzliche Dimension persönliche Weiterentwicklung bestehen keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den Subgruppen.

Tabelle 45: Steigungskoeffizienten der subjektiven Bedürfniskonflikte und persönlicher Weiterentwicklung nach Verwandtschaftsgrad: Ergebnisse der Kovarianzanalyse mit Pflegebedürftigkeit als Kovariate (N=187)

Abhängige Variable	Verwandtschaftsgrad				F	Eta ²
	Töchter (N=72) MW (SD)	Ehemänner (N=38) MW (SD)	Ehefrauen (N=62) MW (SD)	Schw.töcht. (N=15) MW (SD)		
Subjektiv wahrgenommene Bedürfniskonflikte						
Multivariater Test					1.09	.014
<i>Univariate Tests</i>						
Persönliche Einschränkungen	0.04 (0.03)	0.00 (0.04)	0.06 (0.03)	0.05 (0.07)	0.35	.003
Mangelnde soziale Anerkennung	0.03 (0.03)	0.00 (0.05)	-0.03 (0.04)	0.12 (0.07)	1.35	.013
Negative Bewertung der eigenen Pflegeleistung	-0.01 (0.03)	0.05 (0.04)	-0.04 (0.03)	-0.08 (0.07)	1.45	.013
Finanzielle Einbußen	-0.01 (0.04)	-0.04 (0.05)	0.02 (0.04)	0.01 (0.08)	0.89	.006
Zusätzliche Skalen						
<i>Univariate Varianzanalyse</i>						
Persönliche Weiterentwicklung	0.04 (0.03)	0.05 (0.04)	0.07 (0.03)	0.05 (0.06)	0.07	.002

MW = Mittelwert SD = Standardabweichung

6.4 Die Bedeutung der Wohnsituation

In den nachfolgenden Analysen wurden die Angehörigen, die über den gesamten Analysezeitraum mit dem Demenzkranken in einem Haushalt gelebt haben mit denjenigen verglichen, die einen Familienangehörigen betreuten, der in diesem Zeitraum (nicht institutionalisiert) einem anderen Haushalt angehörte.

Aus Tabelle 46 geht hervor, dass auf multivariater Ebene keine signifikanten Unterschiede zwischen den Subgruppen bestehen. Vergleicht man die Mittelwerte der Steigungskoeffizienten, deutet sich an, dass die Angehörigen, die mit dem Pflegebedürftigen in einem Haushalt leben, einen tendenziell günstigeren Verlauf über die Zeit aufweisen. Das gilt für alle Dimensionen außer den basalen Betreuungsaufgaben. Von den entsprechenden univariaten Tests erreicht einer das Signifikanzniveau: Beim Motivieren und Anleiten ist der

Verlauf derjenigen, die mit dem Demenzkranken in einem Haushalt leben, signifikant günstiger als in der Vergleichsgruppe ($F=3.28^*$, $\text{Eta}^2 = .03$).

Tabelle 46: Steigungskoeffizienten der objektiven Betreuungsaufgaben nach Wohnsituation: Ergebnisse der Kovarianzanalyse mit Pflegebedürftigkeit als Kovariate (N=202)

Abhängige Variable	Wohnsituation		F	Eta ²
	Gemeinsam (N=157) MW (SD)	Getrennt (N=45) MW (SD)		
Objektive Betreuungsaufgaben				
Multivariater Test			1.01	.035
<i>Univariate Tests</i>				
Basale Betreuungsaufgaben	0.01 (0.06)	0.12 (0.12)	0.69	.003
Erweiterte Betreuungsaufgaben	-0.05 (0.05)	0.09 (0.09)	1.99	.010
Motivieren und Anleiten	-0.47 (0.21)	0.05 (0.11)	3.28*	.028
Emotionale Unterstützung	-0.12 (0.07)	0.05 (0.13)	1.44	.007
Unterstützung bei Kontaktpflege	-0.32 (0.11)	-0.32 (0.20)	0.00	.000
Beaufsichtigung	-0.19 (0.09)	0.09 (0.16)	2.53	.015

* $p < .05$

MW = Mittelwert SD = Standardabweichung

Tabelle 47 zeigt, dass für die subjektive Belastung durch Verhaltensänderungen keine bedeutsamen Gruppenunterschiede bestehen.

Tabelle 47: Steigungskoeffizienten der subjektiven Belastung durch Verhaltensänderungen nach Wohnsituation: Ergebnisse der Kovarianzanalyse mit Pflegebedürftigkeit als Kovariate (N=202)

Abhängige Variable	Wohnsituation		F	Eta ²
	Gemeinsam (N=157) MW (SD)	Getrennt (N=45) MW (SD)		
Subjektive Belastung durch Verhaltensänderungen				
Multivariater Test			0.463	.017
<i>Univariate Tests</i>				
Spätsymptomatik	0.32 (0.04)	0.25 (0.08)	0.41	.003
Kognitive Einbußen	-0.06 (0.06)	-0.06 (0.03)	0.00	.000
Verwirrtes Verhalten	-0.01 (0.03)	-0.05 (0.06)	0.22	.000
Aggressivität u. Widerstand	-0.02 (0.03)	-0.02 (0.06)	0.00	.000
Depressivität	-0.08 (0.04)	-0.11 (0.07)	0.09	.000
Persönliche Vernachlässigung	-0.09 (0.04)	-0.18 (0.08)	1.14	.006
Beziehungsverlust	0.03 (0.02)	-0.02 (0.04)	1.09	.005

MW = Mittelwert SD = Standardabweichung

Auch für die subjektiv wahrgenommenen Bedürfniskonflikte bestehen keine statistisch bedeutsamen Gruppenunterschiede je nach Wohnsituation (vgl. Tabelle 48). Für die persönliche Weiterentwicklung zeigt sich, dass diejenigen, die mit dem Pflegebedürftigen in

einem Haushalt leben, über die Zeit hinweg mehr positive Aspekte der Pflege sehen als diejenigen, die getrennt vom Pflegebedürftigen wohnen ($F=4.28^*$, $Eta^2=.04$).

Tabelle 48: Steigungskoeffizienten der subjektiven Bedürfniskonflikte und persönlicher Weiterentwicklung nach Wohnsituation: Ergebnisse der Kovarianzanalysen mit Pflegebedürftigkeit als Kovariate (N=202)

Abhängige Variable	Wohnsituation		F	Eta ²
	Gemeinsam	Getrennt		
	(N=157) MW (SD)	(N=54) MW (SD)		
Subjektiv wahrgenommene Bedürfniskonflikte				
Multivariater Test			1.46	.036
<i>Univariate Tests</i>				
Persönliche Einschränkungen	0.05 (0.02)	-0.01 (0.04)	1.84	.009
Mangelnde soziale Anerkennung	0.00 (0.02)	0.04 (0.04)	0.50	.002
Negative Bewertung der eigenen Pflegeleistung	-0.01 (0.02)	-0.04 (0.04)	0.33	.001
Finanzielle Einbußen	0.03 (0.02)	-0.02 (0.05)	0.66	.003
Zusätzliche Skalen				
<i>Univariate Varianzanalyse</i>				
Persönliche Weiterentwicklung	0.07 (0.02)	-0.01 (0.03)	4.28*	.041

* $p < .05$

MW = Mittelwert SD = Standardabweichung

6.5 Die Bedeutung des Bildungsgrades

Aus den Tabelle 49 und 50 geht hervor, dass der Bildungsgrad der pflegenden Angehörigen keine Bedeutung für den Verlauf der Belastung durch objektive Betreuungsaufgaben oder die subjektive Belastung durch Verhaltensänderungen hat.

Tabelle 49: Steigungskoeffizienten der objektiven Betreuungsaufgaben nach Bildungsgrad: Ergebnisse der Kovarianzanalysen mit Pflegebedürftigkeit als Kovariate (N=196)

Abhängige Variable	Bildung			F	Eta ²
	Hauptschule	Mittl. Reife	Abitur		
	(N=80) MW (SD)	(N=76) MW (SD)	(N=40) MW (SD)		
Objektive Betreuungsaufgaben					
Multivariater Test				0.70	.007
<i>Univariate Tests</i>					
Basale Betreuungsaufgaben	-0.11 (0.09)	0.19 (0.09)	0.05 (0.12)	2.85	.016
Erweiterte Betreuungsaufgaben	-0.05 (0.07)	0.07 (0.07)	-0.09 (0.09)	1.20	.012
Motivieren und Anleiten	-0.49 (0.15)	-0.19 (0.16)	-0.59 (0.22)	1.43	.015
Emotionale Unterstützung	-0.19 (0.09)	0.04 (0.10)	-0.08 (0.13)	1.44	.015
Unterstützung bei Kontaktpflege	-0.35 (0.14)	-0.23 (0.15)	-0.47 (0.20)	0.44	.005
Beaufsichtigung	-0.24 (0.12)	-0.01 (0.12)	-0.18 (0.17)	1.02	.011

MW = Mittelwert SD = Standardabweichung

Tabelle 50: Steigungskoeffizienten der subjektiven Belastung durch Verhaltensänderungen nach Bildungsgrad: Ergebnisse der Kovarianzanalysen mit Pflegebedürftigkeit als Kovariate (N=196)

Abhängige Variable	Bildung			F	Eta ²
	Hauptschule (N=80) MW (SD)	Mittl. Reife (N=76) MW (SD)	Abitur (N=40) MW (SD)		
Subjektive Belastung durch Verhaltensänderungen					
Multivariater Test				0.40	.015
<i>Univariate Tests</i>					
Spätsymptomatik	0.33 (0.03)	0.25 (0.03)	0.30 (0.05)	0.49	.005
Kognitive Einbußen	-0.04 (0.04)	-0.09 (0.04)	-0.07 (0.06)	0.38	.004
Verwirrtes Verhalten	0.01 (0.04)	-0.04 (0.05)	-0.06 (0.06)	0.37	.004
Aggressivität u. Widerstand	0.02 (0.04)	-0.08 (0.04)	-0.01 (0.06)	1.23	.013
Depressivität	-0.07 (0.05)	-0.13 (0.05)	-0.07 (0.07)	0.41	.004
Persönliche Vernachlässigung	-0.07 (0.06)	-0.18 (0.06)	-0.08 (0.08)	0.94	.010
Beziehungsverlust	0.03 (0.03)	0.02 (0.03)	0.00 (0.04)	0.26	.000

MW = Mittelwert SD = Standardabweichung

Aus Tabelle 51 geht hervor, dass der Bildungsgrad der Angehörigen multivariat, über alle Dimensionen hinweg, keine statistische Bedeutsamkeit für den Verlauf der subjektiv wahrgenommenen Bedürfniskonflikte hat. Auf univariater Ebene scheint der Bildungsgrad lediglich für die negative Bewertung der eigenen Pflegeleistung relevant zu sein ($F=4.88^*$, $\text{Eta}^2 = .03$). Mit zunehmendem Bildungsgrad zeigt sich hier eine Abnahme der negativen Bewertung der eigenen Pflegeleistung durch die Angehörigen. Allerdings sollte dieser Einzelbefund mit Vorsicht betrachtet werden, weil der multivariate Effekt das Signifikanzniveau nicht erreicht hat und alle übrigen Dimensionen keinen diesbezüglichen Trend aufweisen.

Auch für die positive Dimension persönliche Weiterentwicklung lassen sich Bildungseinflüsse nicht erkennen.

Tabelle 51: Steigungskoeffizienten der subjektiv wahrgenommenen Bedürfniskonflikte und persönlicher Weiterentwicklung nach Bildungsgrad: Ergebnisse der Kovarianzanalysen mit Pflegebedürftigkeit als Kovariate (N=196)

Abhängige Variable	Bildung			F	Eta ²
	Hauptschule (N=80)	Mittl. Reife (N=76)	Abitur (N=40)		
	MW (SD)	MW (SD)	MW (SD)		
Subjektiv wahrgenommene Bedürfniskonflikte					
Multivariater Test				2.21	.015
<i>Univariate Tests</i>					
Persönliche Einschränkungen	0.05 (0.03)	0.01 (0.03)	0.07 (0.04)	0.75	.008
Mangelnde soziale Anerkennung	0.01 (0.03)	0.00 (0.03)	0.02 (0.04)	0.002	.000
Negative Bewertung der eigenen Pflegeleistung	0.05 (0.03)	-0.04 (0.03)	-0.08 (0.26)	4.88**	.034
Finanzielle Einbußen	0.02 (0.03)	0.02 (0.03)	0.01 (0.05)	0.01	.000
Zusätzliche Skalen					
<i>Univariate Varianzanalyse</i>					
Persönliche Weiterentwicklung	0.08 (0.03)	0.05 (0.03)	0.02 (0.04)	1.21	.015

**p < .01

MW = Mittelwert SD = Standardabweichung

6.6 Die Bedeutung der Regionalität

Da die Kovarianzanalysen zeigten, dass die Regionalität (Großstadt, Kleinstadt, Dorf) für keine der untersuchten Variablen von signifikanter Bedeutung ist, werden die entsprechenden Ergebnistabellen an dieser Stelle nicht vorgestellt.

6.7 Zusammenfassung der Ergebnisse

Zunächst ist festzuhalten, dass der objektive Betreuungsbedarf des Demenzkranken zum Zeitpunkt der ersten Messung von entscheidender Bedeutung dafür ist, wie sich die Belastung des Pflegenden im Zeitverlauf weiterentwickelt. Insbesondere für die objektive Belastung durch selbst geleistete Betreuungsaufgaben hat sich gezeigt, dass je höher die Pflegestufe zum ersten Messzeitpunkt, desto günstiger der weitere Belastungsverlauf. Für bestimmte (objektive) Belastungsindikatoren ist davon auszugehen, dass die Belastung im Verlauf der Pflege einen Höhepunkt erreicht und dann stagniert bzw. wieder rückläufig ist. Dieser Rückgang kann verschiedene Ursachen haben. Zum einen nimmt der Bedarf an bestimmten Betreuungsaufgaben im Zeitverlauf mit der Schwere der Erkrankung des Pflegebedürftigen wieder ab (z.B. Unterstützung bei der Kontaktpflege). Zum anderen ist anzunehmen, dass die

Pflegenden sich zur Bewältigung bestimmter Betreuungsaufgaben im Lauf der Zeit die Unterstützung organisieren, die sie benötigen, um die Pflege aufrecht zu erhalten. Dies könnte zum Beispiel den günstigeren Verlauf der Belastung durch basale Pflegeaufgaben bei denjenigen Pflegenden mit bedingen, die bereits zum ersten Messzeitpunkt einen schwerst pflegebedürftigen Angehörigen betreuen. Die Befunde zur Bedeutung verschiedener Unterstützungsangebote für die Pflegenden sprechen für diese Deutung (vgl. Kap. 8). Anders als vorhergesagt, spielt der initiale Pflegebedarf des Demenzkranken für den weiteren Verlauf der subjektiven Belastungsindikatoren eine weitaus geringere Rolle. (Dies gilt auch dann, wenn, statt der Pflegestufe zu Beginn der Untersuchung, der initiale Demenzgrad als unabhängige Variable betrachtet wird.) Der Verlauf der subjektiven Belastung scheint also weit weniger einem uniformen Muster zu folgen als das für die objektiven Indikatoren der Fall ist. Denkbar wäre, dass für die Entwicklung der subjektiven Belastungsdimensionen individuelle Merkmale des Pflegenden sowie Bewältigungs- und Anpassungsprozesse von größerer Bedeutung sind als objektive Verlaufsmerkmale. Dies gilt jedoch nicht für alle subjektiven Belastungen gleichermaßen. Bei der von ihrer Intensität und ihren langfristigen Auswirkungen sehr zentralen Dimension persönliche Einschränkungen beispielsweise (vgl. Kap. 5) ist das vorhergesagte Muster zu finden.

Ein ganz anderes Bild ergab sich bei der Betrachtung der Bedeutung des Geschlechts für den Belastungsverlauf. Nach dem Herausparsieren der initialen Pflegebedürftigkeit zeigten sich für den Verlauf der objektiven Belastung keinerlei Unterschiede zwischen pflegenden Männern und Frauen. Für die subjektive Belastung durch Verhaltensänderungen des demenzkranken Angehörigen zeigte sich dagegen, dass Männer insgesamt einen günstigeren Belastungsverlauf aufweisen als Frauen. Die Erklärungen für Geschlechterdifferenzen sind auch hier wie stets vielfältig. Denkbar wäre, dass Männer und Frauen sich darin unterscheiden, wann und für welches Problem sie Unterstützung in Anspruch nehmen. Auch Ablauf und Rhythmik von Bewältigungs- und Anpassungsprozessen könnten unterschiedlich sein. Dabei ist zu bedenken, dass die hier gefundenen Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Pflegenden nicht in der absoluten Höhe der Belastung liegen, sondern dass sie sich in ihren Belastungen im Verlauf über die Zeit unterscheiden.

Bezogen auf die Bedeutung des Verwandtschaftsgrades wurde deutlich, dass speziell die Belastung der Schwiegertöchter einen ungünstigeren Verlauf nimmt als die aller anderen Verwandten. Dies gilt sowohl für objektive Belastungsindikatoren als auch für die subjektive Belastung durch krankheitsbedingte Verhaltensänderungen des demenzkranken Angehörigen. In Bezug auf letztere könnten unterschiedliche Pflegemotive und Beziehungsmerkmale von

Bedeutung sein. Pflegemotive und Bewältigungsstrategien, die an eine lebenslange, intime von Gegenseitigkeit geprägte Beziehung zum Pflegebedürftigen anknüpfen, dürften bei Schwiegertöchtern seltener zu finden sein. Möglicherweise wird die Pflege im Zeitverlauf als belastender empfunden, wenn keine engere Bindung zwischen Pflegendem und Pflegebedürftigem besteht.

In Bezug auf die Wohnsituation ist ein tendenziell ungünstigerer Verlauf bei den Pflegenden zu beobachten, die getrennt vom Pflegebedürftigen wohnen. Offensichtlich muss der Pflegenden seine Anstrengungen bei bestimmten Pflegeaufgaben vervielfachen, um die Tatsache auszugleichen, dass dem Pflegebedürftigen seine Hilfe nicht direkt verfügbar ist. Statistisch bedeutsam ist dieser Effekt für das Erinnern, Motivieren und Anleiten des demenzkranken Angehörigen. Der getrennt vom Pflegebedürftigen lebende Angehörige muss zunehmend mehr Energie investieren, um diesen auch weiterhin zu befähigen, Aktivitäten wie Ernährung und Körperpflege oder Medikamenteneinnahme auszuführen.

Bezogen auf die Bedeutung der Bildung sind die Effekte schwach und uneindeutig, so dass eine Interpretation des Einzelbefundes für die negative Bewertung der eigenen Pflegeleistung nicht zulässig ist.

Die Regionalität schließlich ist für keinen der untersuchten Belastungsverläufe von signifikanter Bedeutung.

7. Die Nutzung von Unterstützungsangeboten

Im folgenden Kapitel wird die Nutzung von Unterstützungsangeboten durch die Pflegenden betrachtet. Der erste Abschnitt beinhaltet die Beschreibung der Nutzungshäufigkeit- und intensität von Unterstützungsangeboten wie Tagespflege, Sozialstationen oder Selbsthilfegruppen.

Im zweiten Abschnitt wird die Frage beantwortet, ob sich verschiedene Nutzerprofile für die unterschiedlichen Angebote beschreiben lassen. Abschnitt 3 widmet sich der Frage nach der Wirksamkeit der genutzten Angebote. Im Rahmen quasi-experimenteller Designs wurden die Leistungen von Tagespflegeeinrichtungen, Sozialstationen und Angehörigengruppen einer differenzierten Evaluation unterzogen.

7.1 Die Nutzungshäufigkeit von Unterstützungsangeboten

Tabelle 52 gewährt einen Überblick über den Anteil der nutzenden Angehörigen zu den einzelnen Messzeitpunkten. Der Gruppe der Nutzer wurden jeweils die Angehörigen zugeordnet, die zu mindestens einem der Messzeitpunkte die Frage nach einer aktuellen Nutzung des Angebotes mit „ja“ beantwortet hatten. Dargestellt sind zunächst die Werte der einzelnen Querschnittstichproben. Dabei wurden die Pflegenden, die einen demenzkranken Angehörigen im Heim betreuten, aus den Analysen ausgeschlossen. Das Angebot ambulanter Pflegedienste (Sozialstationen) wird zum ersten Messzeitpunkt von 32.6% der Pflegenden genutzt. Zum fünften Messzeitpunkt ist der Anteil der Nutzer auf 45.6% gestiegen. Der Anteil derjenigen, die Tagespflege nutzen, schwankt zwischen 21.6% und 26.9%. Kurzzeitpflege nehmen zum ersten Messzeitpunkt 12.3%, zum fünften 25.5% der Pflegenden in Anspruch. Angehörigenkurse besuchen zwischen 8.7% und 16.8% der Probanden. An Selbsthilfegruppen nehmen zwischen 28.2% und 33.7% der betreuenden Angehörigen teil. Der Anteil derer, die Familie und Freunde als Unterstützungsquelle nennen, liegt zwischen 50.2% und 59.5%. Der Anteil derjenigen, die keinerlei Unterstützung bei der Pflege erhalten, liegt zwischen 5.3% und 9.4%.

Tabelle 52: Nutzungshäufigkeit von Unterstützungsangeboten zu den jeweiligen Messzeitpunkten (ohne Heim)

Unterstützungs- angebot	MZP 1 (N= 693) Anteil %	MZP 2 (N=420) Anteil %	MZP 3 (N=285) Anteil %	MZP 4 (N=205) Anteil %	MZP 5 (N=149) Anteil %
Sozialstationen	32.6	38.6	37.9	39.5	45.6
Tagespflege	25.4	26.9	27.4	22.9	21.6
Kurzzeitpflege	12.3	19.8	24.2	24.4	25.5
Angehörigengruppen	8.7	12.6	16.8	12.2	15.4
Selbsthilfegruppe	28.9	33.1	33.7	30.7	28.2
Familie & Freunde	50.2	53.8	57.9	59.5	58.4
Keinerlei Unterstützung	5.3	9.4	8.5	8.7	9.3

Tabelle 53 gibt einen Überblick über die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten bei der Längsschnittstichprobe der Pflegenden, die einen nicht institutionalisierten Angehörigen betreuen. Der Übersicht ist zu entnehmen, dass der Anteil derer, die ambulante Pflegedienste nutzen, über die Zeit hinweg kontinuierlich ansteigt (von 25.2% auf 45.6%). In Bezug auf Tagespflege ist eine kontinuierliche Tendenz der Nutzung im Zeitverlauf nicht auszumachen. Der Anteil der jeweiligen Nutzung reicht von 19.6% bis 25.3%. Für die Kurzzeitpflege zeigt sich, dass der Nutzungsanteil mit zunehmender Betreuungsdauer ansteigt (hier von 10.7% auf 25.5%). Auch der Anteil derer, die an Pflegekursen für Angehörige teilnehmen, steigt im Zeitverlauf von 8.7% auf 15.4%. Selbsthilfegruppen werden, je nach Messzeitpunkt, von 28.2% bis 33.6% der Pflegenden besucht, ohne dass ein Trend im Zeitverlauf zu erkennen ist. Der Anteil derer, die Familie und Freunde als Unterstützung bei der Pflege angeben, schwankt zwischen 53.7% und 59.7%. Der Anteil derjenigen Pflegenden, die keinerlei Unterstützung bei der Betreuung in Anspruch nehmen liegt zwischen 5.7% und 10.2%. Aus Tabelle 54 geht hervor, dass die Nutzung von Sozialstationen auch vom Umfang her über die Zeit hinweg zunimmt.

Tabelle 53: Nutzungshäufigkeit von Unterstützungsangeboten im Längsschnitt ohne Heim (N=149)

Unterstützungs- angebot	MZP 1 Anteil %	MZP 2 Anteil %	MZP 3 Anteil %	MZP 4 Anteil %	MZP 5 Anteil %
Sozialstation	25.2	32.3	34.9	38.9	45.6
Tagespflege	24.8	23.0	25.3	19.6	21.6
Kurzzeitpflege	10.7	15.4	22.8	22.8	25.5
Angehörigengkurs	8.7	14.1	14.1	14.1	15.4
Selbsthilfegruppe	29.5	33.6	30.2	28.9	28.2
Familie & Freunde	53.7	53.7	59.7	57.0	58.4
Keinerlei Unterstützung	5.7	10.2	8.4	8.8	9.3

Tabelle 54: Nutzungsintensität von Sozialstationen und Tagespflege im Längsschnitt (N=149)

Unterstützungs- angebot	MZP 1 MW (SD)	MZP 2 MW (SD)	MZP 3 MW (SD)	MZP 4 MW (SD)	MZP 5 MW (SD)
Sozialstation Std./Woche		6.98 (6.76)	7.97 (6.42)	8.41 (7.74)	8.97 (5.82)
Tagespflege Std./Woche	2.68 (2.73)	2.68 (2.01)	3.00 (1.75)	3.00 (1.75)	2.88 (1.54)

MW = Mittelwert SD = Standardabweichung

7.2 Nutzerprofile: Wer nutzt was?

Im folgenden Abschnitt wird untersucht, wie sich Nutzer der Unterstützungsangebote Tagespflege, Sozialstationen und Angehörigengruppen von denjenigen Pflegenden unterscheiden, die ein solches Angebot jeweils nicht in Anspruch nehmen.

Tabelle 55 gibt einen Überblick über die Unterschiede zwischen Nutzern und Nicht-Nutzern von Tagespflege.

Der Häufigkeitsverteilung nach Geschlecht ist zu entnehmen, dass 25.2% der Nutzer von Tagespflege Männer und 74% Frauen sind. Da in der Gesamtstichprobe der Anteil von männlichen Pflegenden insgesamt nur 19.5% beträgt, bedeutet dieses Ergebnis, dass Männer sehr viel häufiger das Entlastungsangebot in Anspruch nehmen als Frauen. Hinsichtlich des Alters der Pflegenden lassen sich keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen erkennen. Bezüglich der verwandtschaftlichen Beziehung zwischen Pflegendem und Pflegebedürftigem unterscheiden sich die Gruppen hoch signifikant ($p=.000$), was vor allem darauf zurückzuführen ist, dass Töchter das Angebot relativ selten

(32% versus 46%), Ehemänner relativ häufig (19% versus 12%) nutzen. Hinsichtlich Berufstätigkeit und Schulbildung bestehen keine bedeutsamen Gruppenunterschiede. Auch die Unterschiede bezüglich des monatlichen Haushaltseinkommens erreichen die Signifikanzgrenze nicht. Allerdings lässt sich ein Trend erkennen, der für eine häufigere Nutzung bei besserverdienenden Angehörigen spricht. Die Regionalität erweist sich als sehr entscheidend, wenn es um die Nutzung von Tagespflegeeinrichtungen geht ($p=.000$). Während in der Großstadt über die Hälfte der untersuchten Angehörigen (58% versus 37%) irgendwann im Vorfeld oder Verlauf der Untersuchung Tagespflege nutzten, waren es in der Kleinstadt nur 24% zu 31%, in Dörfern nur 18% versus 32%. Auch Merkmale des Pflegebedürftigen erweisen sich als relevant für die Nutzung von Tagespflege. So sind die Pflegebedürftigen, die Tagesstätten besuchen, mit 77 Jahren drei Jahre jünger als diejenigen, die keine Tagespflege in Anspruch nehmen ($p=.000$). Auch die Pflegebedürftigkeit und der Demenzgrad spielen eine bedeutsame Rolle ($p=.001$ bzw. $.003$). Beides ist bei Besuchern von Tagesstätten häufiger mittelgradig ausgeprägt. So gehören 66% der demenzkranken Besucher der Pflegestufe 1 oder 2 an. Davon leiden 43% an einer mittelschwer ausgeprägten Demenz. Die Güte der Beziehung vor der Erkrankung scheint auf die Nutzung der Intervention keinen Einfluss zu haben.

Tabelle 55: Merkmale der Pflegenden und Pflegebedürftigen je nach Nutzung von Tagespflege (N=888)

N	Nicht-Nutzer (N=578)	Nutzer (N=310)	Signi- fikanz
Soziodemographische und pflegebezogene Merkmale			
Geschlecht			.002
Männlich	16.4%	25.2%	
Weiblich	83.6%	74.8%	
Alter in Jahren (Mittelwert, SD)	59.7 (11.25)	60.8 (11.92)	.187
Verwandtschaftliche Beziehung			
Sohn	4.3%	5.5%	
Tochter	45.8%	31.5%	
(Ehe)Partnerin	27.7%	35.6%	
(Ehe)Partner	12.2%	19.2%	
Schwiegertochter	10.0%	8.2%	

N	Nicht-Nutzer (N=578)	Nutzer (N=310)	Signi- fikanz
Soziodemographische und pflegebezogene Merkmale			
Berufstätigkeit			.609
Ja	24.6%	26.1%	
Nein	75.4%	73.9%	
Höchster Schulabschluss			.447
Volksschule/ Hauptschule	40.5%	36.1%	
Mittlere Reife	37.2%	40.0%	
Abitur	22.3%	23.9%	
Monatliches Haushaltseinkommen			.066
Unter 800 €	16.2%	13.7%	
Unter 1300 €	12.8%	11.6%	
1300-1800 €	24.0%	19.6%	
1800-2300 €	21.0%	21.4%	
Mehr als 2300 €	26.0%	33.7%	
Regionalität			.000
Großstadt	36.9%	58.2%	
Kleinstadt	31.4%	24.2%	
Dorf	31.7%	17.6%	
Alter des Patienten (Mittelwert, SD)	80.0 (8.94)	77.4 (9.35)	.000
Pflegestufe			.001
Keine	19.2%	14.2%	
1	18.7%	23.2%	
2	32.7%	42.6%	
3	29.4%	20.0%	
Demenzgrad			.003
Leicht	10.7%	8.4%	
Mittel	48.6%	60.6%	
Schwer	40.7%	31.0%	
Güte der Beziehung (Mittelwert, SD)	5.1 (1.12)	5.2 (1.05)	.196

SD = Standardabweichung

Aus Tabelle 56 ist ersichtlich, dass von den insgesamt 888 Studienteilnehmern 492 Personen als Nicht-Nutzer, 396 als Nutzer von Sozialstationen klassifiziert wurden. Bezüglich Geschlecht und Alter unterscheiden sich die Untersuchungsgruppen nicht. Die verwandtschaftliche Beziehung zwischen Pflegendem und Pflegebedürftigem hingegen hat einen statistisch bedeutsamen Einfluss auf den Nutzerstatus ($p=.033$). Es zeigt sich, dass Ehefrauen verhältnismäßig selten (26% versus 34%), Töchter dagegen relativ häufig (45% versus 37%) die Unterstützung ambulanter Pflegedienste in Anspruch nehmen. Für den Status der Berufstätigkeit zeigen sich keine bedeutsamen Gruppenunterschiede. Bezüglich der Schulbildung zeigt die Häufigkeitsverteilung einen Trend, der anzeigt, dass mit höherer

Bildung häufiger die Unterstützung von Sozialstationen beansprucht wird. Allerdings erreicht dieser Trend nicht das festgelegte Signifikanzniveau.

Das monatliche Einkommen und die Regionalität haben keinen Einfluss auf die Nutzungshäufigkeit. Alle untersuchten Merkmale der Pflegebedürftigen sind von signifikanter Bedeutung für die Inanspruchnahme ambulanter Pflegedienste. Patienten, die von Sozialstationen (mit)betreut werden sind älter ($p=.000$), schwerer pflegebedürftig ($p=.003$) und schwerer dement ($p=.003$) als die Pflegebedürftigen der Vergleichsgruppe. Die Güte der Beziehung zwischen Pflegendem und Pflegebedürftigem ist für die Nutzung unerheblich.

Tabelle 56: Merkmale der Pflegenden und Pflegebedürftigen je nach Nutzung von Sozialstationen (N=888)

N	Nicht-Nutzer (N=492)	Nutzer (N=396)	Signi- fikanz
Soziodemographische und pflegebezogene Daten			
Geschlecht			.214
Männlich	20.5%	18.2%	
Weiblich	79.5%	81.8%	
Alter in Jahren (Mittelwert, SD)	60.2 (11.01)	60.0 (12.08)	.818
Verwandtschaftliche Beziehung			.033
Sohn	4.9%	4.4%	
Tochter	37.3%	45.4%	
(Ehe)Partnerin	34.3%	25.7%	
(Ehe)Partner	15.4%	13.7%	
Schwiegertochter	8.1%	10.8%	
Berufstätigkeit			.100
Ja	23.0%	27.8%	
Nein	77.0%	72.2%	
Höchster Schulabschluss			.058
Volksschule/ Hauptschule	41.7%	35.0%	
Mittlere Reife	38.2%	38.5%	
Abitur	20.1%	26.5%	
Monatliches Haushaltseinkommen			.432
Unter 800 €	4.2%	2.1%	
Unter 1300 €	12.1%	16.9%	
1300-1800 €	27.1%	23.9%	
1800-2300 €	25.2%	22.8%	
Mehr als 2300 €	31.4%	34.3%	
Regionalität			.577
Großstadt	42.9%	46.0%	
Kleinstadt	30.2%	27.3%	
Dorf	26.9%	26.7%	

N	Nicht-Nutzer (N=492)	Nutzer (N=396)	Signi- fikanz
Soziodemographische und pflegebezogene Daten			
Alter des Patienten (Mittelwert, SD)	77.9 (9.87)	80.6 (7.97)	.000
Pflegestufe			.003
Keine	21.1%	12.9%	
1	21.1%	19.2%	
2	35.0%	37.6%	
3	22.8%	30.3%	
Demenzgrad			.003
Leicht	11.8%	7.6%	
Mittel	54.3%	51.0%	
Schwer	33.9%	41.4%	
Güte der Beziehung (Mittelwert, SD)	5.1 (1.05)	5.2 (1.16)	.508

SD = Standardabweichung

Aus Tabelle 57 geht hervor, dass 344 (38.7%) der 888 untersuchten Pflegenden als Nutzer von Angehörigengruppen zu klassifizieren sind. Während das Geschlecht für die Nutzung nicht von Bedeutung ist, zeigt sich für das Alter, dass Besucher von Angehörigengruppen im Schnitt etwa 2 Jahre älter ($p=.021$) und deutlich häufiger Ehepartner der Pflegebedürftigen sind als Nicht-Nutzer ($p=.000$). Nutzer von Angehörigengruppen sind darüber hinaus seltener berufstätig ($p=.022$). Der Schulabschluss und das monatliche Einkommen sind für die Nutzung irrelevant. Aus der Häufigkeitsverteilung bezüglich der Regionalität geht hervor, dass Angehörige, die in einem ländlichen Umfeld leben, Angehörigengruppen deutlich seltener nutzen (22% versus 30%) als diejenigen, die in einer Großstadt wohnen (47% versus 43%). Angehörige, die Selbsthilfegruppen besuchen, betreuen jüngere Pflegebedürftige als diejenigen, die ein solches Angebot nicht nutzen ($p=.000$). Hat der Pflegebedürftige keine Pflegestufe, ist die Wahrscheinlichkeit, dass der Pflegende eine Angehörigengruppe besucht, signifikant geringer ($p=.002$). Der Demenzgrad des Pflegebedürftigen und die Güte der Beziehung vor der Erkrankung haben keinen Einfluss auf die Nutzung.

Tabelle 57: Merkmale der Pflegenden und Pflegebedürftigen je nach Nutzung von Angehörigengruppen (N=888)

N	Nicht-Nutzer (N=544)	Nutzer (N=344)	Signi- fikanz
Soziodemographische und pflegebezogene Daten			
Geschlecht			.118
Männlich	17.8%	22.1%	
Weiblich	82.2%	77.9%	
Alter in Jahren (Mittelwert, SD)	59.4 (12.12)	61.2 (10.35)	.021
Verwandtschaftliche Beziehung			
Sohn	5.1%	4.0%	
Tochter	47.2%	30.9%	
(Ehe)Partnerin	24.7%	39.4%	
(Ehe)Partner	12.1%	18.7%	
Schwiegertochter	10.9%	7.0%	
Berufstätigkeit			.022
Ja	27.8%	20.9%	
Nein	72.2%	79.1%	
Höchster Schulabschluss			
Volksschule/ Hauptschule	37.5%	41.3%	.441
Mittlere Reife	39.7%	35.7%	
Abitur	22.8%	23.0%	
Monatliches Haushaltseinkommen			
Unter 800 €	2.8%	3.9%	.334
Unter 1300 €	15.4%	12.5%	
1300-1800 €	23.8%	28.6%	
1800-2300 €	23.8%	24.6%	
Mehr als 2300 €	34.2%	30.4%	
Regionalität			
Großstadt	42.5%	47.2%	.044
Kleinstadt	27.8%	30.7%	
Dorf	29.7%	22.1%	
Alter des Patienten (Mittelwert, SD)	80.8 (8.57)	76.4 (9.46)	.000
Pflegestufe			
Keine	21.3%	11.3%	.002
1	18.8%	22.7%	
2	35.3%	37.5%	
3	24.6%	28.5%	
Demenzgrad			
Leicht	10.3%	9.3%	.146
Mittel	55.0%	49.4%	
Schwer	34.7%	41.3%	
Güte der Beziehung (Mittelwert, SD)	5.1 (1.13)	5.1 (1.04)	.445

SD = Standardabweichung

7.3 Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass der ganz überwiegende Anteil der Studienteilnehmer auf private und professionelle Unterstützung bei der Pflege zurückgreifen kann. Die am häufigsten benannte Form der Unterstützung ist die private, die von Freunden oder anderen Familienmitgliedern geleistet wird. Kontinuierlich ansteigend ist die Zahl derer, die die Leistungen von Sozialstationen als Unterstützung bei der Pflege in Anspruch nehmen. Der entsprechende Anteil liegt zum ersten Messzeitpunkt bei rund $\frac{1}{4}$ der Angehörigen, 36 Monate später bei nahezu 50%. Auch die Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege und Pflegekursen für Angehörige nimmt über die Zeit hinweg zu. Eher schwankend ist der Anteil derer, die Tagespflege (im Schnitt 23%) und Angehörigengruppen (im Schnitt 30%) nutzen.

Es kann vermutet werden, dass die Nutzung von Unterstützungsangeboten in der Gesamtpopulation der Pflegenden geringer ausfällt als in der LEANDER Stichprobe. Zum einen wurde ein (kleiner) Teil der Probanden direkt über Angehörigengruppen geworben. Zum anderen ist es wahrscheinlich, dass Pflegenden, die an der Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie Interesse zeigen, auch eher in der Lage sind, sich angemessene Unterstützung zu organisieren.

Die Charakteristika der Interventionsnutzer unterscheiden sich je nach in Anspruch genommener Intervention. Bezogen auf das Angebot der Tagespflege zeigte sich, dass Männer, vor allem Ehemänner, das Angebot überdurchschnittlich häufig in Anspruch nehmen. Die Nutzer sind, entsprechend der realen Angebotslage, eher in Großstädten angesiedelt. Die entsprechenden Pflegebedürftigen sind sowohl bezüglich der Pflegebedürftigkeit als auch hinsichtlich der Schwere der Demenz mittelgradig betroffen.

Entscheidend für die Nutzung von Sozialstationen sind vor allem Charakteristika der Pflegebedürftigen. Höheres Alter, eine hohe Pflegebedürftigkeit und eine schwere Demenz sind mit der Nutzung ambulanter Pflegedienste assoziiert. Bezogen auf die Pflegenden zeigte sich, dass Töchter das Angebot besonders häufig, Ehefrauen verhältnismäßig selten nutzen. In Angehörigengruppen sind überwiegend die Ehepartner der Pflegebedürftigen zu finden.

8. Was nützt? Die Evaluation verschiedener Unterstützungsangebote

Im Rahmen der LEANDER Studie wurden drei Unterstützungsangebote evaluiert: Gerontopsychiatrische Tagespflege (1), Sozialstationen (2) und Angehörigengruppen („Selbsthilfegruppen“) (3). Besonders aufwändig war die Evaluation gerontopsychiatrischer Tagespflegeeinrichtungen, da zu diesem Zweck Angehörige, die Tagespflegeeinrichtungen nutzen, gesondert rekrutiert und befragt wurden. Diese Zusatzstudie fand im Rahmen einer Diplomarbeit statt (Meister & Zehle, 2003; Meister, Zehle, Schacke & Zank, 2003). Alle drei Studien gründen auf einem (quasi)-experimentellen Design, d.h., der Belastungsverlauf einer behandelten Interventionsgruppe wird mit dem Belastungsverlauf einer unbehandelten Kontrollgruppe verglichen. Voraussetzung dafür ist eine längsschnittliche Messung mit mindestens zwei Messzeitpunkten, von denen der erste in der Interventionsgruppe vor oder zu Beginn der Intervention liegen sollte („Prätest“). Eine weitere Wiederholungsmessung sollte dann vorgenommen werden, nachdem die Intervention ihre Wirkung entfaltet hat („Posttest“). Nur unter diesen Voraussetzungen ist bspw. ein Belastungsrückgang in einer Interventionsgruppe auch eindeutig auf die Behandlung zurückzuführen. Unsere Längsschnittdaten haben ja eindrucksvoll gezeigt, dass Belastungsreduktionen im Zeitverlauf auch natürlich vorkommen, ohne dass notwendigerweise eine Intervention erfolgt ist (vgl. Kapitel 4). Die Einschränkung eines quasi-experimentellen Ansatzes besteht, weil die Intervention den Untersuchungsgruppen nicht zufällig zugeordnet wurde („Randomisierung“), sondern so analysiert wurden, wie sie vorgefunden wurden.

8.1 Gerontopsychiatrische Tagespflege

Zur Realisierung des angestrebten Studiendesigns wurden Tagespflegenutzer mit einer parallelisierten Stichprobe nicht nutzender Angehöriger verglichen. Der gewählte Untersuchungszeitraum ist mit drei Monaten im Vergleich zu anderen Studien zur Entlastung durch Tagespflege (vgl. Schacke, 2000; Zank & Schacke, 2002; Zarit, Stephens, Townsend & Greene, 1998) relativ kurz. Ein zeitlich längerer Messabstand war jedoch aus Kapazitätsgründen nicht zu leisten.

8.1.1 Durchführung der Untersuchung

Gewinnung der Tagespflegestätten. Durch Recherchen wurde versucht, möglichst alle gerontopsychiatrischen Tagespflegeeinrichtungen in Berlin ausfindig zu machen. Im Telefongespräch wurde den Leitern der Einrichtungen detailliert die Studie erläutert. Zeigten die Tagesstättenleiter Interesse an der Studie mitzuwirken, wurde ein persönliches Treffen

mit ihnen und teilweise auch dem gesamten Team der Einrichtungen vereinbart. An diesem Termin wurde das Vorgehen der Untersuchung besprochen und der Fragebogen vorgestellt. Gleichzeitig bekamen die Leiter Informationsmaterial zur Studie, welches sie an potentielle Studienteilnehmer weitergeben sollten.

Die praktische Umsetzung sah vor, dass die Leiter der Einrichtungen pflegende Angehörige von demenziell erkrankten Patienten, die neu die Tagesstätte in Anspruch nahmen, auf die Studie aufmerksam machen und ihnen bei Interesse das Informationsmaterial aushändigen sollten. Gaben die pflegenden Angehörigen ihr Einverständnis, so vermittelten die Tagespflegestättenleiter den Kontakt. Dazu wurden die Leiter der Einrichtungen im 14-tägigen Abstand kontaktiert.

8.1.1.1 Aufnahmekriterien, Stichprobengewinnung, Datenerhebung

Interventionsgruppe. Für die eigens rekrutierten Studienteilnehmer der Interventionsgruppe galten die gleichen Kriterien wie für die Studienteilnehmer am LEANDER Projekt. Zusätzlich sollte die erste Messung kurz vor dem Tagespflegebesuch des demenzkranken Angehörigen liegen. Da es in der praktischen Untersuchung schwer zu realisieren war, mit pflegenden Angehörigen vor der Inanspruchnahme des Hilfsangebotes in Kontakt zu treten und die Befragung zur pflegebedingten Belastung durchzuführen, wurden ebenfalls pflegende Familienmitglieder befragt, die ihre demenzerkrankten Angehörigen erst seit kurzer Zeit (maximal 10 Tage) in der Tagesstätte betreuen ließen. Es wird angenommen, dass in diesem Zeitraum die Intervention noch keine entscheidende oder lediglich eine minimale Wirkung zeigen und sich noch kein Entlastungseffekt einstellen konnte. Der zweite Messzeitpunkt fand nach dreimonatiger Inanspruchnahme des Angebots Tagespflege statt. Voraussetzung zur Studienteilnahme war hierbei eine regelmäßige, mindestens einmal wöchentliche Nutzung der Einrichtung.

Die Studienteilnehmer wurden über die Leiter der Tagespflegestätten in Berlin gewonnen, welche die pflegenden Angehörigen auf die Untersuchung aufmerksam machten und mit deren Einverständnis den Kontakt zu den Interviewern vermittelten.

Die Studienteilnehmer der Interventionsgruppe wurden von den Tagespflegestättenleitern über die geplante Untersuchung vorinformiert. Die Datenerhebung fand in den Haushalten der pflegenden Familienmitglieder statt, meist an Tagen, an welchen der Demenzerkrankte in der Tagespflegeeinrichtung war. Dies sollte den Studienteilnehmern die Möglichkeit geben, offen über die Erkrankung ihres Angehörigen und ihr Befinden zu sprechen. Nach drei Monaten wurde erneut mit den pflegenden Angehörigen telefonisch Kontakt aufgenommen.

Bestanden die Pflege sowie die Nutzung der Tagespflegestätte weiterhin und war die Bereitschaft zu einer wiederholten Fragebogenerhebung vorhanden, wurde die Befragung bei einem zweiten Treffen wiederholt.

Vergleichsgruppe. Die Vergleichsgruppe wurde aus den Studienteilnehmern von LEANDER rekrutiert. Da die Interventionsgruppe aus der Großstadt Berlin stammte, wurden als Vergleichsgruppe Großstadtbewohner gezogen (Berlin, Hamburg und München). Aus der Stichprobe von insgesamt 888 Teilnehmern wurden diejenigen pflegenden Angehörigen für die Vergleichsgruppe ausgewählt, die in einer der genannten Großstädte wohnten und keine Unterstützungsangebote wie Tagespflege oder Gesprächsgruppen in Anspruch nahmen.

8.1.2 Stichprobe

Insgesamt 36 pflegende Angehörige gehörten der Interventionsgruppe an. Sie waren zu 75% Frauen. Das Alter dieser Gruppe betrug im Mittel 66.6 Jahre. Über die Hälfte der pflegenden Familienmitglieder (58%) waren pflegende Ehepartner, ein Drittel (33%) Kinder. 31% waren berufstätig. Ein Drittel der Interventionsgruppe hatte einen Volksschulabschluss, 36% einen Realschulabschluss und 31% das Abitur. Bei etwa der Hälfte dieser Gruppe (44%) betragen die monatlichen Nettoeinkünfte des Haushaltes über 2300 Euro (vgl. Tabelle 58).

Der Vergleichsgruppe gehörten 30 pflegende Angehörige an. 90 % von ihnen waren Frauen. Das Alter der Vergleichsgruppenmitglieder betrug im Mittel 65.8 Jahre. 60% der pflegenden Familienmitglieder waren Ehepartner, etwa ein Drittel (33%) Kinder. Von den pflegenden Familienmitgliedern waren 17% berufstätig, wobei dies alles Frauen waren. Fast alle Mitglieder der Vergleichsgruppe (97%) hatten einen Schulabschluss - 43% einen Volksschulabschluss, 37% einen Realschulabschluss und 20% Abitur. Bei 40% der Vergleichsgruppe lag das monatliche Nettoeinkommen des Haushaltes über 2300 Euro. Ansonsten betrug das Einkommen zu jeweils 27% zwischen 1300-1800 Euro und zwischen 1800-2300 Euro. Bei 7% lagen die monatlichen Nettoeinkünfte unter 1300 Euro.

Tabelle 58: Soziodemographische und pflegebezogene Merkmale der Untersuchungsgruppen im Rahmen der Evaluation von Tagespflege

N	Interventions- gruppe (N=36)	Vergleichs- gruppe (N=30)	Signi- fikanz
Soziodemographische und pflegebezogene Daten			
Geschlecht			n.s.
Männlich	25.0%	10.0%	
Weiblich	75.0%	90.0%	
Alter in Jahren (Mittelwert, SD)	66.6 (11.01)	65.8 (12.08)	n.s.
Verwandtschaftliche Beziehung			n.s.
Kind	33.3%	33.3%	
(Ehe)Partner	58.3%	60.0%	
Schwiegertochter	8.4%	6.7%	
Berufstätigkeit			n.s.
Ja	30.6%	16.7%	
Nein	69.4%	83.3%	
Höchster Schulabschluss			n.s.
Volksschule/ Hauptschule	33.3%	43.3%	
Mittlere Reife	36.1%	36.7%	
Abitur	30.6%	20.0%	
Monatliches Haushaltseinkommen			n.s.
Unter 1300 €	8.4%	6.6%	
1300-1800 €	25.0%	26.7%	
1800-2300 €	22.2%	26.7%	
Mehr als 2300 €	44.4%	40.0%	
Alter des Patienten (Mittelwert, SD)	79.8 (9.87)	80.8 (8.97)	n.s.
Geschlecht des Patienten			n.s.
Männlich	38.9%	53.3%	
Weiblich	61.1%	46.7%	
Pflegestufe			n.s.
Keine	11.1%	23.3%	
1	30.6%	20.0%	
2	52.7%	46.7%	
3	5.6%	10.0%	
Demenzgrad			.031
Leicht	22.2%	3.3%	
Mittel	75.0%	83.4%	
Schwer	2.8%	13.3%	

SD = Standardabweichung

Die demenzerkrankten Angehörigen der Interventionsgruppe waren zu 61% Frauen, bei der Vergleichsgruppe zu 47%. Das Alter der Demenzerkrankten lag bei der Interventionsgruppe im Mittel bei 80 Jahren, bei der Vergleichsgruppe betrug das Alter der Patienten im Mittel 81 Jahre. Etwa die Hälfte der Demenzerkrankten der Interventionsgruppe (53%) sowie der Vergleichsgruppe (47%) hatte die Pflegestufe zwei.

Die Stichprobenbeschreibung zeigt, dass Interventionsgruppe und Vergleichsgruppe hinsichtlich der soziodemographischen Merkmale sehr gut miteinander vergleichbar sind. Die untersuchten Merkmale weisen keine signifikanten Ungleichverteilungen zwischen den Gruppen auf.

Hinsichtlich der pflegerelevanten Kennzeichen des Patienten wie Geschlecht, Alter und Pflegestufe zeigt die Stichprobenbeschreibung, dass auch hier überwiegend keine signifikanten Ungleichverteilungen vorhanden sind. Allein bei der Einschätzung des Schweregrades der Demenz treten signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen auf. Patienten in der Interventionsgruppe zeigten zu 22% Symptome einer leichten, zu 75% Symptome einer mittelschweren und zu 3% Symptome einer schweren Demenz. Patienten der Vergleichsgruppe litten zu 3% an einer leichten, zu 83% an einer mittelschweren und zu 13% an einer schweren Demenz. Insgesamt unterscheiden sich die Gruppen hinsichtlich der leichten und schweren Demenzgrade – die Interventionsgruppe weist mehr leicht erkrankte Patienten auf, die Vergleichsgruppe mehr schwer Demenzerkrankte. Die aufgetretenen Unterschiede werden in der Datenanalyse mit Hilfe von Kovarianzanalysen berücksichtigt.

8.1.3 Überlegungen zur Modifizierbarkeit der Belastung durch die Intervention

Insgesamt hat sich für den Bereich der objektiven Pflegeaufgaben gezeigt, dass die damit verbundene Belastung als sehr hoch bezeichnet werden kann. Im Hinblick auf die Modifizierbarkeit durch die Intervention lässt sich aufgrund des spezifischen Angebots der Einrichtungen vermuten, dass vor allem Hilfeleistungen im Zusammenhang mit der Ernährung, der Kooperation mit Diensten sowie der medizinischen Grundversorgung reduziert werden. Auch einzelne Aufgaben im Bereich Körperpflege und Hygiene werden von den Einrichtungen übernommen. Das Beaufsichtigen des Patienten entfällt automatisch, wenn dieser in der Einrichtung ist. Bezüglich der Betreuung während der Nacht, die häufig als ganz besonders belastend und kräftezehrend empfunden wird, ist dagegen kaum eine Erleichterung zu erwarten. Auch für die Hilfestellung beim Ankleiden, beim Gros der Körperpflege oder der Wäsche- und Wohnungspflege sind direkte Entlastungen wenig wahrscheinlich. Zusammengenommen ist für den Bereich der praktischen Betreuungsaufgaben eine mittlere Entlastung zu erwarten.

Die in Kapitel 3 dargestellten Befunde haben deutlich werden lassen, dass pflegebedingte zeitliche Einschränkungen zu einem deutlichen Rückgang an rekreativen und regenerativen Aktivitäten führen. Auch Müdigkeit und Erschöpfung führen, im Sinne eines

Teufelskreises, dazu, dass Erholungs- und Freizeitaktivitäten immer weniger wahrgenommen werden.

Die Einschränkungen, die vorwiegend aus Zeitmangel bzw., weil der Pflegende durch den Patienten ans Haus gebunden ist, zustande kommen, lassen sich durch die Nutzung der Tagespflege mit hoher Wahrscheinlichkeit verringern. Insbesondere Rückzugsmöglichkeiten (Für-sich-sein), die von vielen Angehörigen vermisst werden, müssten sich deutlich und relativ rasch verbessern. Ähnliches dürfte für die Möglichkeit zu Selbstpflegeaktivitäten und der Erledigung persönlicher Verpflichtungen gelten.

Die Belastung durch krankheitsbedingte Verhaltensänderungen des Pflegebedürftigen hat sehr unterschiedliche Facetten. Belastung resultiert sowohl aus einzelnen problematischen Verhaltensweisen des Patienten als auch aus grundsätzlicheren Veränderungen und Verlusten, die mit der Erkrankung eines Familienmitgliedes einhergehen.

Bezogen auf mögliche Interventionseffekte in diesem Bereich lassen sich zwei Ansatzpunkte unterscheiden. Einmal wäre eine Entlastung des Pflegebedürftigen aufgrund der räumlichen Trennung vom Patienten denkbar. Dies gilt insbesondere für einzelne belastende Verhaltensweisen wie z.B. verwirrtes Verhalten. Aus obigen Überlegungen ergeben sich die in Tabelle 59 zusammengefassten Hypothesen der einzelnen Belastungsindikatoren.

Tabelle 59: Übersicht über die Hypothesen bezüglich der Interventionseffekte von Tagespflege

Hauptdimension	Indikator	Hypothese Interventionseffekt
Hilfeleistung der Angehörigen	Basale Betreuungsaufgaben	ja
	Erweiterte Betreuungsaufgaben	ja
	Motivieren und Anleiten	ja
	Emotionale Unterstützung	nein
	Unterstützung bei Kontaktpflege	nein
	Beaufsichtigung	ja
Subjektive Belastung durch Verhaltensänderungen	Spätsymptomatik	nein
	Kognitive Einbußen	nein
	Verwirrtes Verhalten	ja
	Persönliche Vernachlässigung	ja
	Aggressivität u. Widerstand	ja
	Depressivität	nein
	Beziehungsverlust	nein

Hauptdimension	Indikator	Hypothese Interventionseffekt
Subjektiv wahrgenommene Bedürfniskonflikte	Persönliche Einschränkungen	ja
	Mangelnde soziale Anerkennung	nein
	Negative Bewertung der eigenen Pflegeleistung	nein
	Finanzielle Einbußen	nein
	Persönliche Weiterentwicklung	nein

8.1.4 Ergebnisse: Gruppenunterschiede im Prä- Post Vergleich

Da es zwischen der Interventions- und Vergleichsgruppe signifikante Unterschiede im Schweregrad der demenziellen Erkrankung des Pflegebedürftigen gab (siehe Tabelle 58), und Zusammenhänge zwischen dem Schweregrad der Erkrankung (nach ICD-10) und einigen abhängigen Variablen auftraten, wurde der Einfluss der ICD-Gesamteinschätzung im Rahmen multivariater Kovarianzanalysen neutralisiert (vgl. Bortz, 1993).

Die nachfolgenden Ausführungen werden Beziehungen zwischen den Gruppen (Gruppe), Beziehungen zwischen den Messzeitpunkten (Messzeitpunkt) und Beziehungen zwischen den Gruppen über die Messzeitpunkte hinweg (Gruppe x Messzeitpunkt) darstellen. Zeigen sich signifikante Interaktionseffekte für den Bereich Gruppe x Messzeitpunkt, lässt dies auf einen Interventionseffekt durch die Tagespflegenutzung schließen. Tabelle 60 sind die Belastungsmittelwerte der im Zeitverlauf signifikant unterschiedlichen Mittelwerte zu entnehmen.

Tabelle 60: Im Zeitverlauf signifikant unterschiedliche Belastungsmittelwerte von Interventionsgruppe und Vergleichsgruppe (N=66)

Abhängige Variable	MZP 1		MZP 2	
	Gruppenzugehörigkeit		Gruppenzugehörigkeit	
	VG (N=30) MW (SD)	IG (N=36) MW (SD)	VG (N=30) MW (SD)	IG (N=36) MW (SD)
Objektive Betreuungsaufgaben				
Motivieren und Anleiten	2.56 (1.42)	2.52 (1.23)	2.87 (1.27)	2.19 (1.13)
Subjektive Belastung durch Verhaltensänderungen*				
Aggressivität und Widerstand	2.35 (3.31)	2.47 (3.00)	2.95 (4.25)	1.74 (1.90)
Verwirrtes Verhalten	5.18 (4.29)	5.00 (3.74)	6.44 (4.23)	3.44 (3.15)
Subjektiv wahrgenommenen Bedürfniskonflikte				
Persönliche Einschränkungen	2.52 (1.10)	2.19 (1.20)	2.70 (1.07)	1.70 (1.04)

* Multiplizierte Kreuzprodukte aus Häufigkeit und Intensität der Belastung
 MW = Mittelwert SD = Standardabweichung
 VG = Vergleichsgruppe IG = Interventionsgruppe

Objektive Betreuungsaufgaben. Tabelle 61 sind die Befunde für die Hauptdimension Objektive Betreuungsaufgaben zu entnehmen. Als abhängige Variablen gingen basale Betreuungsaufgaben, erweiterte Betreuungsaufgaben, Beaufsichtigung sowie das Motivieren und Anleiten in die Analyse ein.

Tabelle 61: Multivariate Kovarianzanalyse zur Überprüfung von Interventionseffekten durch Tagespflege für objektive Betreuungsaufgaben (N=66)

	df	F	p	Eta²
Quelle der Varianz				
Gruppe				
Multivariater Test	4	1.02	.407	.064
Kovariate Demenzgrad				
Multivariater Test	4	1.55	.198	.095
Messzeitpunkt				
Multivariater Test	4	3.38	.015	.186
Gruppe X Messzeitpunkt				
Multivariater Test	4	1.44	.231	.089
<i>Univariate Tests</i>				
Basale Betreuungsaufgaben	1	2.51	.119	.039
Erweiterte Betreuungsaufgaben	1	0.97	.330	.015
Motivieren und Anleiten	1	3.76	.057	.057
Beaufsichtigung	1	2.51	.118	.039

Der multivariate Effekt ist nicht signifikant. Die univariate Analyse ergab für das Motivieren und Anleiten einen tendenziell signifikanten Gruppenunterschied über die Zeit hinweg. Dieser Unterschied gründet auf einer Abnahme der Mittelwerte hinsichtlich der objektiven Belastung durch Motivieren und Anleiten bei der Interventionsgruppe (von MW = 2.52 auf MW = 2.19) und einer Zunahme bei der Vergleichsgruppe (von MW = 2.56 auf MW = 2.87). Dieses Ergebnis ist jedoch sehr schwach.

Belastung durch Verhaltensänderungen. Interventionseffekte wurden anhand der Dimensionen Belastung durch Aggressivität und Widerstand, Belastung durch Depressivität des Patienten, Belastung durch verwirrtes Verhalten sowie Belastung durch persönliche Vernachlässigung des Patienten geprüft. Die Ergebnisse gehen aus Tabelle 62 hervor.

Tabelle 62: Multivariate Kovarianzanalyse zur Überprüfung von Effekten durch Tagespflege für die Belastung durch Verhaltensänderungen (N=66)

Quelle der Varianz	df	F	p	Eta ²
Gruppe				
Multivariater Test	4	1.50	.215	.091
Messzeitpunkt				
Multivariater Test	4	0.44	.783	.028
Kovariate Demenzgrad				
Multivariater Test	4	1.68	.166	.101
Gruppe X Messzeitpunkt				
Multivariater Test	4	3.06	.023	.170
<i>Univariate Tests</i>				
Aggressivität und Widerstand	1	4.78	.032	.071
Depressivität	1	0.64	.425	.010
Verwirrtes Verhalten	1	12.55	.001	.166
Persönliche Vernachlässigung	1	0.41	.525	.006

Die multivariate Kovarianzanalyse zeigt für die Belastung durch Verhaltensänderungen einen multivariat signifikanten Interventionseffekt. Während für die Interventionsgruppe die Belastung durch Aggressivität und Widerstand sowie durch Desorientiertheit des Patienten im Zeitverlauf abnimmt (von MW = 2.47 auf MW = 1.74 bzw. von MW = 5.00 auf MW = 3.44), steigt bei der Vergleichsgruppe die Belastung in diesen Bereichen an (von MW = 2.35 auf MW = 2.95 bzw. von MW = 5.18, auf MW = 6.44). Besonders auffällig ist der sehr signifikante Interaktionseffekt bei der abhängigen Variablen verwirrtes desorientiertes Verhalten ($p = .001$; $Eta^2 = .166$). Bezüglich der Belastung durch Depressivität und persönliche Vernachlässigung tritt kein vergleichbarer Effekt auf.

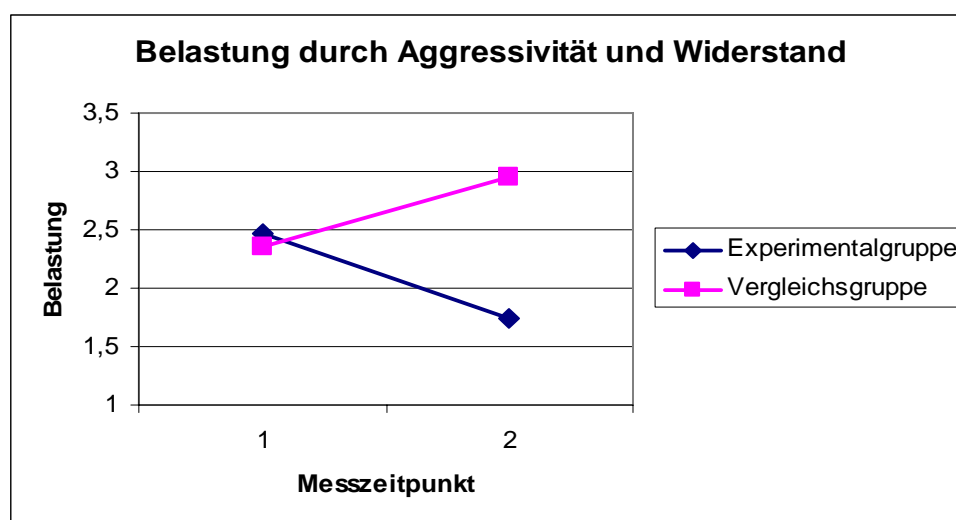


Abbildung 13. Interaktionseffekt zwischen Gruppe und Messzeitpunkt auf die abhängige Variable Aggressivität und Widerstand (N=66)

Wahrgenommene Bedürfniskonflikte. Weiterhin wurden längsschnittliche Gruppenunterschiede für die Hauptdimension Bedürfniskonflikte betrachtet. Auf univariater Ebene wurden hier persönliche Einschränkungen sowie mangelnde soziale Anerkennung betrachtet.

Die Ergebnisse zeigt die Tabelle 63. Die Abbildung 14 stellt den Befund für die persönlichen Einschränkungen exemplarisch graphisch dar.

Tabelle 63: Multivariate Kovarianzanalyse zur Überprüfung von Interventionseffekten durch Tagespflege für Indikatoren wahrgenommener Bedürfniskonflikte (N=66)

	df	F	p	Eta²
Quelle der Varianz				
Gruppe				
Multivariater Test	2	4.32	.008	.175
Messzeitpunkt				
Multivariater Test	2	1.44	.239	.006
Kovariate Demenzgrad				
Multivariater Test	2	0.64	.592	.030
Gruppe X Messzeitpunkt				
Multivariater Test	2	4.26	.008	.173
<i>Univariate Tests</i>				
Persönliche Einschränkungen	1	10.07	.002	.138
Mangelnde soziale Anerkennung	1	2.61	.111	.040

Bezüglich der Belastung durch Konflikte zwischen persönlichen Bedürfnissen und Erfordernissen der Pflege ergaben sich sehr signifikante Gruppenunterschiede im Zeitverlauf, die mit einer Effektstärke von .173 im mittleren Bereich liegen. Der Interventionseffekt begründet sich vor allem auf sehr signifikante Unterschiede im Bereich der persönlichen Einschränkungen. Hier nahm der Belastungswert für die Interventionsgruppe über die Zeit hinweg ab (von MW = 2.19 auf MW = 1.70) und für die Vergleichsgruppe zu (von MW = 2.52, auf MW = 2.70). Eine ähnliche Tendenz zeigt sich auch bei der Belastung durch mangelnde soziale Anerkennung, welche jedoch statistisch nicht bedeutsam ist. Ebenso gab es einen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen. Die Vergleichsgruppe wies im Mittel ein höheres Belastungsniveau in den genannten Dimensionen auf.

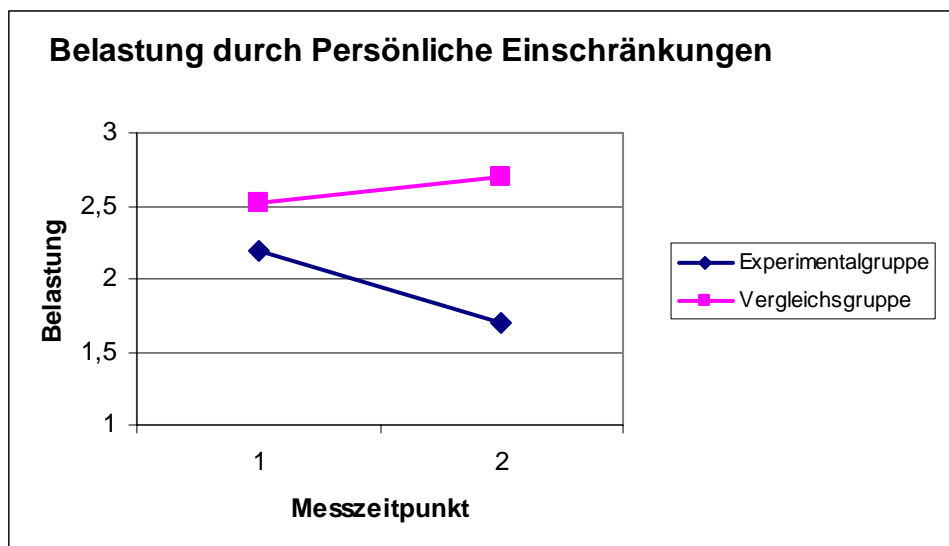


Abbildung 14: Interaktionseffekt zwischen Gruppe und Messzeitpunkt auf die abhängige Variable persönliche Einschränkungen (N=66)

8.2 Sozialstationen

Wie oben bereits dargestellt ist ein quasi-experimentelles Untersuchungsdesign Voraussetzung für eine aussagefähige Interventionsevaluation. Aus Kapazitätsgründen konnten im Rahmen des LEANDER-Projektes nicht zu allen Unterstützungsangeboten gesonderte experimentelle Evaluationsstudien durchgeführt werden. Daher wurde versucht, die beiden Hauptkriterien quasi-experimentellen Vorgehens - die Untersuchung einer unbehandelten Vergleichsgruppe und die Betrachtung der Erfolgskriterien vor und nach der ausreichenden Inanspruchnahme der Intervention - im Rahmen der Hauptuntersuchung zu realisieren. Dafür wurden als Mitglieder der Interventionsgruppe diejenigen Pflegenden ausgesucht, die zwischen dem ersten und zweiten Messzeitpunkt mit der Nutzung einer Sozialstation begonnen hatten, und die Dienste der Sozialstation zum zweiten Messzeitpunkt („Posttest“) mindestens $\frac{1}{2}$ Jahr lang, mindestens dreimal wöchentlich genutzt hatten. Diese Kriterien trafen auf 50 der 594 in Frage kommenden Studienteilnehmer zu.

Als Angehörige der Vergleichsgruppe wurden diejenigen Pflegenden ausgesucht, die zum ersten und zweiten Messzeitpunkt weder die Unterstützung einer Sozialstation noch die einer anderen professionellen Einrichtung (z.B. Tagespflege, private Pflege, Heim) nutzten. Von diesen 92 Personen wurden wiederum diejenigen ausgewählt, die der Interventionsgruppe bezüglich relevanter demographischer und pflegebezogener Merkmale möglichst ähnlich waren. Nachdem in diesem Zusammenhang noch einmal 42 Personen aus der Untersuchung ausgeschlossen wurden, blieben schließlich 50 Personen übrig, die die

Vergleichsgruppe bildeten. Der erste Messzeitpunkt im Rahmen der Hauptstudie bildete den Prätest der Evaluation, der zweite Messzeitpunkt fungierte als Posttest.

8.2.1 Stichprobe

Tabelle 64 gibt einen Überblick über die soziodemographischen und pflegebezogenen Merkmale der Untersuchungsgruppen, die sich nach dem vorgenommenen statistischen Matching nicht mehr bedeutsam voneinander unterscheiden.

Tabelle 64: Soziodemographische und pflegebezogene Merkmale der Untersuchungsgruppen im Rahmen der Evaluation von Sozialstationen (N=100)

N	VG N=50	IG N=50	Signi- fikanz
Soziodemographische und pflegebezogene Daten			
Geschlecht			.488
Männlich	28.0%	22%	
Weiblich	72.0%	78%	
Alter in Jahren (Mittelwert, SD)	64.1 (10.65)	62.0 (12.92)	.377
Verwandtschaftliche Beziehung			.079
Sohn	2%	-	
Tochter	20%	28%	
(Ehe)Partnerin	46%	33%	
(Ehe)Partner	26%	24%	
Schwiegertochter	6%	15%	
Berufstätigkeit			.298
Ja	14%	22%	
Nein	86%	78%	
Höchster Schulabschluss			.246
Volksschule/ Hauptschule	44%	48%	
Mittlere Reife	42%	28%	
Abitur	14%	24%	
Monatliches Haushaltseinkommen			.192
Unter 800 €	8%	4%	
Unter 1300 €	14%	12%	
1300-1800 €	24%	24%	
1800-2300 €	26%	26%	
Mehr als 2300 €	28%	34%	
Regionalität			.617
Großstadt	36%	40%	
Kleinstadt	36%	34%	
Dorf	28%	26%	
Alter des Patienten (Mittelwert, SD)	76.0 (9.66)	77.4 (9.58)	.093

N	VG N=50	IG N=50	Signi- fikanz
Soziodemographische und pflegebezogene Daten			
Pflegestufe			.459
Keine	40%	28%	
1	18%	14%	
2	26%	36%	
3	16%	22%	
Demenzgrad			.140
Leicht	18%	14%	
Mittel	62%	48%	
Schwer	20%	38%	
Güte der Beziehung (Mittelwert, SD)	5.4 (1.10)	5.3 (1.09)	.516
	VG = Vergleichsgruppe	IG = Interventionsgruppe SD = Standardabweichung	

8.2.2 Überlegungen zur Modifizierbarkeit der Belastung durch die Intervention

Die Leistungen ambulanter Pflegedienste beziehen sich in der Regel auf konkrete Pflegeaufgaben wie z.B. Hilfe bei Medikamentengabe, Nahrungsaufnahme oder der Körperpflege. Aus diesem Grund werden Effekte vor allem im Bereich der basalen und erweiterten Betreuungsaufgaben erwartet. Wird der pflegende Angehörige maßgeblich von bestimmten Pflegeaufgaben entlastet, so fällt für ihn möglicherweise auch ein Teil des Motivierens und Anleitens bei diesen Pflegeaufgaben weg. Denkbar ist auch eine Entlastung bei der Beaufsichtigung des Pflegebedürftigen, weil diese zumindest für die Zeit des Einsatzes der Sozialstation wegfällt. Eine psychosoziale Betreuung oder Förderung des Pflegebedürftigen wie sie von Tagespflegeeinrichtungen geleistet wird, findet in der Regel nicht statt. Aus diesem Grund werden keine Effekte für die emotionale Unterstützung oder die Unterstützung bei der Kontaktpflege angenommen.

In Bezug auf die subjektive Belastung durch krankheitsbedingte Verhaltensänderungen der Pflegebedürftigen sind am ehesten Effekte für die Verhaltensweisen zu erwarten bei denen eine zeitweilige räumliche Trennung vom demenzkranken Angehörigen hilfreich sein kann. Dazu gehören kognitive Einbußen („...stellt immer wieder dieselben Fragen“) und möglicherweise auch verwirrtes desorientiertes Verhalten („...tut Dinge, die mir verrückt erscheinen.“). Da es gerade bei der Durchführung bestimmter Pflegeaufgaben (z.B. Waschen, Zahnpflege) zu Auseinandersetzung zwischen Pflegendem und Pflegebedürftigem kommen kann, ist auch eine Entlastung hinsichtlich von Aggressivität und Widerstand des Demenzkranken denkbar. Möglicherweise wird auch die Belastung durch die persönliche Vernachlässigung des Pflegebedürftigen gemildert, wenn ein

Teil der vom Pflegenden als notwendig erachteten Selbstpflegetätigkeiten von den Sozialstationen übernommen wird. Das Leiden unter Spätsymptomatik, Depressivität und Trauer des Pflegebedürftigen sowie der wahrgenommene Beziehungsverlust werden von den Leistungen der ambulanten Pflege aller Wahrscheinlichkeit nach nicht berührt.

In Bezug auf wahrgenommene Bedürfniskonflikte sind positive Effekte der Intervention am ehesten für die persönlichen Einschränkungen und für die Bewertung der eigenen Pflegeleistung anzunehmen. Wenn auch die zeitliche Entlastung, die im Rahmen der ambulanten Pflege entsteht, relativ gering ist, so ist doch vorstellbar, dass der Pflegende den gewonnenen Freiraum nutzen kann, um sich zurückzuziehen oder bestimmten wenig zeitintensiven Verpflichtungen nachzugehen. Durch die Übernahme bestimmter Pflegeaufgaben durch Fachkräfte könnte außerdem die negative Einschätzung der Betreuungssituation des Angehörigen verbessert werden. Positive Auswirkungen für die übrigen Bedürfniskonflikte sind aufgrund des spezifischen Leistungsangebotes ambulanter Pflegedienste nicht anzunehmen. Eine Zusammenfassung der Hypothesen geht aus Tabelle 65 hervor.

Tabelle 65: Übersicht über die Hypothesen bezüglich der Interventionseffekte ambulanter Pflegedienste

Hauptdimension	Indikator	Hypothese Interventionseffekt
Objektive Pflegeaufgaben: Hilfeleistung der Angehörigen	Basale Betreuungsaufgaben	ja
	Erweiterte Betreuungsaufgaben	ja
	Motivieren und Anleiten	ja
	Emotionale Unterstützung	nein
	Unterstützung bei Kontaktpflege	nein
	Beaufsichtigung	ja
Subjektive Belastung durch Verhaltensänderungen	Spätsymptomatik	nein
	Kognitive Einbußen	ja
	Verwirrtes Verhalten	ja
	Persönliche Vernachlässigung	ja
	Aggressivität u. Widerstand	ja
	Depressivität	nein
	Beziehungsverlust	nein

Hauptdimension	Indikator	Hypothese Interventionseffekt
Subjektiv wahrgenommene Bedürfniskonflikte	Persönliche Einschränkungen	ja
	Mangelnde soziale Anerkennung	nein
	Negative Bewertung der eigenen Pflegeleistung	ja
	Finanzielle Einbußen	nein
	Persönliche Weiterentwicklung	nein

Aus Tabelle 66 gehen die Mittelwerte und Standardabweichungen je nach Gruppenzugehörigkeit und Messzeitpunkt hervor.

Tabelle 66: Belastungsmittelwerte nach Nutzung und Messzeitpunkt für die Intervention Sozialstationen (N=100)

Abhängige Variable	MZP 1		MZP 2	
	Gruppenzugehörigkeit		Gruppenzugehörigkeit	
	VG (N=50) MW (SD)	IG (N=50) MW (SD)	VG (N=50) MW (SD)	IG (N=50) MW (SD)
Objektive Betreuungsaufgaben				
Basale Betreuungsaufgaben	2.10 (1.37)	2.56 (1.31)	3.30 (1.10)	2.82 (0.99)
Erweiterte Betreuungsaufgaben	3.49 (0.89)	3.42 (0.96)	3.86 (0.38)	3.41 (0.91)
Motivieren und Anleiten	2.70 (1.34)	2.98 (1.36)	3.77 (0.64)	3.15 (1.04)
Beaufsichtigung	3.46 (0.93)	3.39 (0.89)	3.22 (0.92)	2.91 (1.03)
Subjektive Belastung durch Verhaltensänderung				
Kognitive Einbußen	3.11 (1.09)	3.26 (0.92)	2.90 (1.10)	3.24 (1.01)
Verwirrtes Verhalten	2.03 (1.23)	2.06 (1.02)	1.69 (1.10)	2.22 (0.98)
Aggressivität und Widerstand	1.03 (1.04)	1.25 (0.97)	0.99 (1.20)	1.25 (1.01)
Persönliche Vernachlässigung	2.08 (1.51)	2.58 (1.45)	1.92 (1.48)	2.23 (1.46)
Subjektiv wahrgenommene Bedürfniskonflikte				
Persönliche Einschränkungen	2.34 (1.07)	2.44 (1.01)	2.27 (1.01)	2.48 (0.94)
Negative Bewertung der eigenen Pflegeleistung	1.19 (0.93)	1.19 (0.79)	1.11 (0.74)	1.24 (0.75)

VG = Vergleichsgruppe IG = Interventionsgruppe
MW = Mittelwert SD = Standardabweichung

8.2.3 Ergebnisse: Gruppenunterschiede im Zeitverlauf

Objektive Betreuungsaufgaben. Im ersten Schritt wurden längsschnittliche Gruppenunterschiede für die Hauptdimension objektive Betreuungsaufgaben untersucht. Als

abhängige Variablen gingen die Indikatoren basale Betreuungsaufgaben, erweiterte Betreuungsaufgaben, Motivieren und Anleiten sowie Beaufsichtigung in die Analyse ein. Die Ergebnisse gehen aus Tabelle 67 und Abbildung 15 hervor.

Tabelle 67: Multivariate Varianzanalyse zur Überprüfung von Interventionseffekten für objektive Betreuungsaufgaben (N=100)

Quelle der Varianz	df	F	p	Eta ²
Gruppe				
Multivariater Test	4	2.77	.032	.11
Messzeitpunkt				
Multivariater Test	4	21.43	.000	.491
Gruppe x Messzeitpunkt				
Multivariater Test	4	5.35	.001	.194
<i>Univariate Tests</i>				
Basale Betreuungsaufgaben	1	15.61	.000	.145
Erweiterte Betreuungsaufgaben	1	1.75	.190	.019
Motivieren und Anleiten	1	8.28	.005	.083
Beaufsichtigung	1	0.28	.365	.009

Wie Tabelle 67 zeigt, wurden multivariate Effekte für alle drei untersuchten Faktoren identifiziert. Der Gruppeneffekt kommt dadurch zustande, dass die Interventionsgruppe zum ersten Messzeitpunkt im Schnitt höhere Belastungswerte aufweist als die Vergleichsgruppe. Der signifikante Faktor Messzeitpunkt zeigt eine Zunahme der durch die Angehörigen geleisteten Betreuung im Zeitverlauf an. Zudem geht aus Tabelle 66 und Abbildung 15 hervor, dass die Belastung durch objektive Betreuungsaufgaben in den beiden Untersuchungsgruppen einen unterschiedlichen zeitlichen Verlauf nimmt. Während in der Interventionsgruppe der Mittelwert der Belastung durch basale Betreuungsaufgaben nur geringfügig ansteigt (von MW = 2.56 auf MW = 2.82; Tabelle 66), ist in der Vergleichsgruppe ein starker Anstieg zu verzeichnen (von MW = 2.10 auf MW = 3.30). Ein ähnliches Muster lässt sich für das Motivieren und Anleiten des Pflegebedürftigen erkennen. Hier nimmt die Belastung in der Interventionsgruppe nur geringfügig zu (von MW = 2.98 auf MW = 3.15). In der Vergleichsgruppe ist die Zunahme deutlich stärker ausgeprägt (von MW = 2.70 auf MW = 3.77). Die Befunde belegen, dass die Nutzung der Einrichtungen eine Entlastung in Bezug auf basale Betreuungsaufgaben sowie das Motivieren und Anleiten des Pflegebedürftigen mit sich bringt. Die Effektgröße für den multivariaten Test lässt sich mit $Eta^2 = .194$ als hoch einstufen.

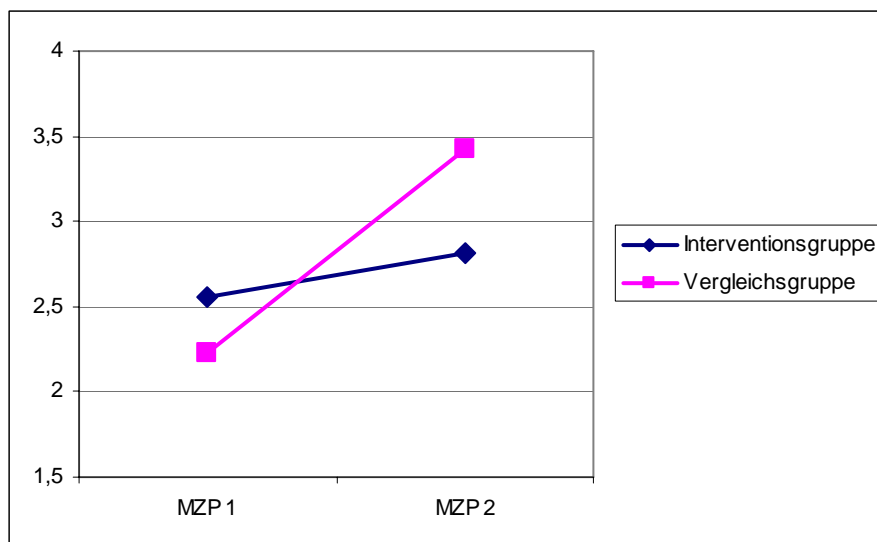


Abbildung 15: Interaktionseffekt zwischen Gruppe und MZP auf die abhängige Variable basale Betreuungsaufgaben (N=100)

Belastung durch krankheitsbedingte Verhaltensänderungen. Die Kennwerte in Tabelle 68 lassen einen bedeutsamen Interventionseffekt auf multivariater Ebene erkennen. Die Ergebnisse der univariaten Tests zeigen, dass das auf den Indikator verwirrtes desorientiertes Verhalten zurückzuführen ist. Die entsprechenden Mittelwertsverläufe stellen sich jedoch anders dar als erwartet (Tabelle 66). Während in der Vergleichsgruppe die Belastung durch verwirrtes Verhalten leicht nachlässt (von MW = 2.03 auf MW = 1.69), steigt sie in der Interventionsgruppe an (von MW = 2.06 auf MW = 2.22).

Tabelle 68: Multivariate Varianzanalyse zur Überprüfung von Interventionseffekten durch Sozialstationen für Indikatoren subjektiver Belastung durch Verhaltensänderungen (N=100)

Quelle der Varianz	df	F	p	Eta ²
Gruppe				
Multivariater Test	4	0.20	.939	.009
Messzeitpunkt				
Multivariater Test	4	1.14	.343	.049
Gruppe X Messzeitpunkt				
Multivariater Test	4	3.09	.020	.122
<i>Univariate Tests</i>				
Kognitive Einbußen	1	1.69	.197	.018
Verwirrtes Verhalten	1	8.44	.005	.084
Aggressivität und Widerstand	1	0.08	.778	.001
Persönliche Vernachlässigung	1	0.22	.641	.002

Bedürfniskonflikte. Aus Tabelle 69 geht hervor, dass für die untersuchten Indikatoren der wahrgenommenen Bedürfniskonflikte weder die Gruppenzugehörigkeit noch der Messzeitpunkt oder deren Interaktion von Bedeutung sind. Somit bestehen auch keine Interventionseffekte für diese Belastungsindikatoren.

Tabelle 69: Multivariate Varianzanalyse zur Überprüfung von Interventionseffekten durch Sozialstationen für Indikatoren subjektiv wahrgenommener Bedürfniskonflikte (N=100)

Quelle der Varianz	df	F	p	Eta²
Gruppe				
Multivariater Test	2	0.01	.995	.000
Messzeitpunkt				
Multivariater Test	2	0.12	.888	.003
Gruppe X Messzeitpunkt				
Multivariater Test	2	0.69	.506	.015
<i>Univariate Tests</i>				
Persönliche Einschränkungen	1	0.52	.472	.006
Negative Bewertung der eigenen Pflegeleistung	1	1.14	.287	.012

8.3 Angehörigengruppen

Prinzipiell entsprach das Vorgehen bei der Evaluation von Angehörigengruppen dem bereits unter 8.2 beschriebenen Vorgehen.

Mitglieder der Interventionsgruppe waren Pflegenden, deren Angehörige weder zum ersten noch zum zweiten Messzeitpunkt im Heim lebten. Diese Angehörigen hatten zwischen dem ersten und zweiten Messzeitpunkt mit dem Besuch einer Angehörigengruppe begonnen und diese zum zweiten Messzeitpunkt („Posttest“) bereits seit mindestens ½ Jahr wenigstens zweimal im Monat genutzt. Diese Kriterien trafen auf 36 der Studienteilnehmer zu.

Als Angehörige der Vergleichsgruppe wurden diejenigen Pflegenden ausgewählt, die Angehörige betreuten, die weder zum ersten noch zum zweiten Messzeitpunkt im Heim lebten und zum ersten und zweiten Messzeitpunkt keine Angehörigengruppe besuchten.

Aus dieser Stichprobe, die 382 Personen umfasste, wurde zunächst eine Zufallsstichprobe von N = 80 gezogen, von denen wiederum diejenigen ausgewählt wurden, die der Interventionsgruppe bezüglich relevanter demographischer und pflegebezogener Merkmale möglichst ähnlich waren. Auf diesem Wege wurde die Vergleichsgruppe auf N = 52 Pflegende reduziert.

8.3.1 Stichprobe

Tabelle 70 gibt einen Überblick über die soziodemographischen und pflegebezogenen Merkmale der Untersuchungsgruppen, die sich nach dem statistischen Matching nicht mehr bedeutsam voneinander unterscheiden.

Tabelle 70: Soziodemographische und pflegebezogene Merkmale der Untersuchungsgruppen im Rahmen der Evaluation von Angehörigengruppen (N=88)

N	VG (N=52)	IG (N=36)	Signi- fikanz
Soziodemographische und pflegebezogene Daten			
Geschlecht			.872
Männlich	15.4%	16.7%	
Weiblich	84.6%	83.3%	
Alter in Jahren (Mittelwert, SD)	60.2 (11.01)	60.0 (12.08)	.021
Verwandtschaftliche Beziehung			.506
Sohn	4.0%	6.1%	
Tochter	28.0%	33.3%	
(Ehe)Partnerin	54.0%	39.4%	
(Ehe)Partner	12.0%	12.1%	
Schwiegertochter	2.0%	9.1%	
Berufstätigkeit			.980
Ja	19.2%	19.4%	
Nein	80.8%	80.6%	
Höchster Schulabschluss			.128
Volksschule/ Hauptschule	40.4%	41.7%	
Mittlere Reife	42.3%	25.0%	
Abitur	17.3%	33.3%	
Monatliches Haushaltseinkommen			.717
Unter 800 €	9.6%	2.9%	
Unter 1300 €	15.4%	11.4%	
1300-1800 €	25.0%	28.6%	
1800-2300 €	23.1%	22.8%	
Mehr als 2300 €	26.9%	34.3%	
Regionalität			.322
Großstadt	44.2%	55.6%	
Kleinstadt	36.5%	36.0%	
Dorf	19.3%	8.4%	
Alter des Patienten (Mittelwert, SD)	74.7 (10.18)	78.0 (8.39)	.112
Pflegestufe			.452
Keine	38.5%	25.0%	
1	25.0%	38.9%	
2	23.1%	25.0%	
3	13.4%	11.1%	
Demenzgrad			.992
Leicht	21.2%	22.2%	
Mittel	61.5%	61.1%	
Schwer	17.3%	16.7%	
Güte der Beziehung (Mittelwert, SD)	5.2 (1.19)	5.0 (0.97)	.447

VG = Vergleichsgruppe IG = Interventionsgruppe
SD = Standardabweichung

8.3.2 Überlegungen zur Modifizierbarkeit der Belastung durch die Intervention

Zwar ist durch den Besuch von Angehörigengruppen nicht mit einer direkten Reduktion objektiver Pflegeaufgaben zu rechnen. Denkbar wäre aber, dass Angehörige im Rahmen solcher Gruppen ermutigt werden, sich durch die Annahme von Hilfe und Unterstützung (z.B. durch Sozialstationen oder Tagespflege) stärker zu entlasten. Dies wiederum könnte sich in einer Reduktion konkreter Betreuungsaufgaben niederschlagen.

Im Hinblick auf die subjektive Belastung durch Verhaltensänderungen der Pflegebedürftigen sind Effekte von Angehörigengruppen prinzipiell für alle Indikatoren vorstellbar. Möglich ist, dass die Pflegenden durch gezielte Information zu Demenzerkrankungen, durch soziale Vergleichsprozesse oder konkrete Tipps zum Umgang mit schwierigen Verhaltensweisen lernen, besser mit den Krankheitssymptomen ihres Angehörigen zurechtzukommen oder diese anders zu bewerten.

Auch für die subjektiv wahrgenommenen Bedürfniskonflikte sind Effekte für nahezu alle Indikatoren plausibel. So können sozialer Rückhalt und Anerkennung der Gruppe zu einer positiveren Bewertung der eigenen Pflegeleistung und zu einer Zunahme an wahrgenommener sozialer Anerkennung führen. Persönliche Einschränkungen könnten umbewertet oder tatsächlich reduziert werden. Tabelle 71 gibt einen Überblick über die Hypothesen bezüglich der Nutzung von Angehörigengruppen.

Tabelle 71: Übersicht über die Hypothesen bezüglich der Interventionseffekte von Angehörigengruppen

Hauptdimension	Indikator	Hypothese Interventionseffekt
Objektive Pflegeaufgaben: Hilfeleistung der Angehörigen	Basale Betreuungsaufgaben	ja
	Erweiterte Betreuungsaufgaben	ja
	Motivieren und Anleiten	ja
	Emotionale Unterstützung	nein
	Unterstützung bei Kontaktpflege	nein
	Beaufsichtigung	ja
Subjektive Belastung durch Verhaltensänderungen	Spätsymptomatik	ja
	Kognitive Einbußen	ja
	Verwirrtes Verhalten	ja
	Persönliche Vernachlässigung	ja
	Aggressivität u. Widerstand	ja
	Depressivität	ja
	Beziehungsverlust	ja

Hauptdimension	Indikator	Hypothese Interventionseffekt
Subjektiv wahrgenommene Bedürfniskonflikte	Persönliche Einschränkungen	ja
	Mangelnde soziale Anerkennung	ja
	Negative Bewertung der eigenen Pflegeleistung	ja
	Finanzielle Einbußen	nein

Die Belastungsmittelwerte je nach Untersuchungsgruppe und Messzeitpunkt sind in Tabelle 72 zu finden.

Tabelle 72: Belastungsmittelwerte nach Nutzung und Messzeitpunkt für die Intervention Angehörigengruppe (N=88)

Abhängige Variable	MZP 1		MZP 2	
	Gruppenzugehörigkeit		Gruppenzugehörigkeit	
	VG (N=52) MW (SD)	IG (N=36) MW (SD)	VG (N=52) MW (SD)	IG (N=36) MW (SD)
Objektive Betreuungsaufgaben				
Basale Betreuungsaufgaben	2.10 (1.27)	2.07 (1.22)	3.38 (1.01)	2.96 (1.17)
Erweiterte Betreuungsaufgaben	3.60 (0.68)	3.20 (0.90)	3.89 (0.35)	3.48 (0.68)
Motivieren und Anleiten	2.88 (1.28)	3.24 (0.91)	3.81 (0.56)	3.45 (0.87)
Beaufsichtigung	3.52 (0.79)	3.42 (0.91)	3.19 (1.02)	2.85 (0.94)
Subjektiv wahrgenommene Verhaltensänderungen				
Spätsymptomatik	0.71 (1.45)	0.51 (1.28)	1.06 (1.14)	1.10 (1.18)
Kognitive Einbußen	2.70 (0.94)	2.69 (0.88)	2.37 (1.10)	2.45 (1.07)
Verwirrtes Verhalten	2.14 (1.17)	1.43 (1.06)	1.70 (1.03)	1.45 (0.98)
Aggressivität und Widerstand	1.26 (1.08)	1.06 (0.99)	1.22 (1.24)	0.94 (0.97)
Depressivität	2.40 (0.97)	2.27 (0.90)	2.04 (1.15)	1.96 (1.12)
Beziehungsverlust	2.99 (0.89)	2.73 (1.02)	2.96 (0.92)	2.82 (0.92)
Subjektiv wahrgenommene Bedürfniskonflikte				
Persönliche Einschränkungen	2.47 (1.01)	2.40 (1.00)	2.38 (1.03)	2.37 (0.95)
Mangelnde soziale Anerkennung	2.22 (1.06)	1.93 (0.93)	2.30 (1.05)	1.83 (1.05)
Negative Bewertung der eigenen Pflegeleistung	1.38 (1.03)	1.23 (0.82)	1.27 (0.88)	1.19 (0.72)

VG = Vergleichsgruppe IG = Interventionsgruppe
MW = Mittelwert SD = Standardabweichung

8.3.3 Ergebnisse: Entlastungsfunktion von Angehörigengruppen

Objektive Pflegeaufgaben. Aus Tabelle 73 geht hervor, dass Gruppenzugehörigkeit und Zeit bedeutsame Faktoren für die objektiven Pflegeaufgaben darstellen. Die Mittelwerte (Tabelle 72) zeigen, dass die Interventionsgruppe zu beiden Messzeitpunkten niedrigere Belastungswerte aufweist als die Vergleichsgruppe ($F= 4.24$, $p=.004$, $\text{Eta}^2 = .17$). Über die Zeit hinweg ist ein hoch signifikanter Anstieg der Belastung durch objektive Betreuungsaufgaben zu verzeichnen ($F= 32.23$, $p=.000$, $\text{Eta}^2 = .61$). Da dies beide Untersuchungsgruppen gleichermaßen betrifft, lassen sich Interventionseffekte nicht nachweisen.

Tabelle 73: Multivariate Varianzanalyse zur Überprüfung von Interventionseffekten für objektive Betreuungsaufgaben durch die Intervention Angehörigengruppe (N=88)

Quelle der Varianz	df	F	p	Eta ²
Gruppe				
Multivariater Test	4	4.24	.004	.17
Messzeitpunkt				
Multivariater Test	4	32.23	.000	.61
Gruppe X Messzeitpunkt				
Multivariater Test	4	1.80	.132	.12
<i>Univariate Tests</i>				
Basale Betreuungsaufgaben	1	2.75	.101	.031
Erweiterte Betreuungsaufgaben	1	0.01	.980	.00
Motivieren und Anleiten	1	1.43	.243	.02
Beaufsichtigung	1	1.05	.309	.01

Subjektive Belastung durch Verhaltensänderungen. Aus Tabelle 74 geht hervor, dass der Messzeitpunkt für die Indikatoren der subjektiven Belastung durch Verhaltensänderungen einen bedeutsamen Faktor darstellt ($F=5.25$, $p=.000$, $\text{Eta}^2 = .32$). Die Mittelwerte zeigen, dass dies auf einen überwiegenden Rückgang der entsprechenden Belastungswerte zurückzuführen ist (Tabelle 72). Signifikante Mittelwertsunterschiede im Zeitverlauf bestehen nicht. Somit lassen sich Interventionseffekte nicht nachweisen.

Tabelle 74: Multivariate Varianzanalyse zur Überprüfung von Interventionseffekten für Indikatoren subjektiver Belastung durch Verhaltensänderungen (N=88)

Quelle der Varianz	df	F	p	Eta ²
Gruppe				
Multivariater Test	7	1.53	.171	.12
Messzeitpunkt				
Multivariater Test	7	5.25	.000	.32
Gruppe X Messzeitpunkt				
Multivariater Test	7	1.19	.318	.09
<i>Univariate Tests</i>				
Kognitive Einbußen	1	0.17	.405	.01
Verwirrtes Verhalten	1	2.21	.100	.15
Aggressivität und Widerstand	1	0.24	.623	.00
Persönliche Vernachlässigung	1	1.65	.189	.09
Spätsymptomatik	1	0.80	.372	.01
Depressivität	1	0.05	.823	.00
Beziehungsverlust	1	0.70	.405	.01

Belastung durch wahrgenommene Bedürfniskonflikte. Die Ergebnisse in Tabelle 75 zeigen, dass für die untersuchten Indikatoren wahrgenommener Bedürfniskonflikte keine Interventionseffekte nachweisbar sind.

Tabelle 75: Multivariate Varianzanalyse zur Überprüfung von Interventionseffekten für Indikatoren subjektiv wahrgenommener Bedürfniskonflikte (N=88)

Quelle der Varianz	df	F	p	Eta ²
Gruppe				
Multivariater Test	3	1.79	.156	.06
Messzeitpunkt				
Multivariater Test	3	0.48	.698	.02
Gruppe X Messzeitpunkt				
Multivariater Test	3	0.53	.664	.02
<i>Univariate Tests</i>				
Persönliche Einschränkungen	1	0.13	.724	.00
Negative Bewertung der eigenen Pflegeleistung	1	0.24	.629	.00
Mangelnde soziale Anerkennung	1	0.83	.365	.01

In den vorangestellten Analysen konnten Effekte der Nutzung von Angehörigengruppen nicht nachgewiesen werden.

8.4 Zusammenfassung

Im Rahmen der oben dargestellten Interventionsstudien konnte gezeigt werden, dass gerontopsychiatrische Tagespflege eine wirksame Entlastung bezüglich ausgewählter Belastungsdimensionen darstellt. Hilfreich war die Intervention in Bezug auf die subjektive Belastung durch Aggressivität und Widerstand, Verwirrtheit und Desorientiertheit des Pflegebedürftigen sowie hinsichtlich der Belastung durch persönliche Einschränkungen. Überraschend waren die fehlenden Effekte für die objektiven Pflegeaufgaben, insbesondere für die Beaufsichtigung des Pflegebedürftigen, da Tagespflege ja ganz konkret an dieser zentralen Belastung ansetzt. Eine Erklärung hierfür könnte in der mangelnden Sensibilität der ursprünglichen Erhebungsmethode für die objektiven Betreuungsaufgaben liegen. Durch entsprechende Analysen (z.B. eine genauere Betrachtung der Angaben von den Pflegenden, die einen Angehörigen im Heim betreuten) ergaben sich Hinweise darauf, dass die Studienteilnehmer häufig nicht zwischen dem Pflegebedarf des Patienten und der von ihnen tatsächlich geleisteten Pflege differenzierten. Die unplausiblen Befunde im Rahmen der Interventionsstudie zur Tagespflege waren ein wesentlicher Grund, die Erhebungsmethode der objektiven Betreuungsaufgaben zu modifizieren (vgl. dazu auch Kapitel 1).

Für die Leistung von Sozialstationen konnten allerdings signifikante Effekte im Bereich der objektiven Betreuungsaufgaben (basale Pflegeaufgaben und Anleiten und Motivieren) nachgewiesen werden. Diese waren möglicherweise deutlicher als bei den Tagesstätten, da die Einsätze ambulanter Pflegedienste sich ja sehr klar definiert genau auf diese pflegerischen Aufgaben beziehen. Entlastungen in Bezug auf krankheitsbedingte Verhaltensänderungen des Pflegebedürftigen oder bezüglich wahrgenommener Bedürfniskonflikte ließen sich jedoch nicht belegen.

Für die Nutzung von Angehörigengruppen ließen sich Effekte weder für objektive Betreuungsaufgaben, noch für die subjektive Belastung belegen.

9. Diskussion

9.1 Zur Repräsentativität von LEANDER

In der psychologischen Forschung werden Studien mit großen, repräsentativen Stichproben angestrebt, da nur diese eine Aussagekraft der Ergebnisse für die Gesamtpopulation gewährleisten. Die Stichprobe von LEANDER ist mit 888 Probanden zum ersten Messzeitpunkt für eine bundesrepublikanische Untersuchung groß. Einzigartig in Deutschland ist der Längsschnitt über 36 Monate mit 226 Teilnehmern. Für die Grundgesamtheit aller pflegenden Angehörigen von Demenzpatienten ist Repräsentativität schwer zu erzielen. Im Anfangsstadium der Erkrankung gibt es vielfach notwendige Hilfeleistungen von Angehörigen ohne dass die Betroffenen wissen, dass eine Demenz vorliegt. So beschreiben Schneekloth und Wahl (2005) basierend auf der repräsentativen Studie „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten“ (MuG III) die Situation der häuslichen Pflege von demenziell Erkrankten als prekär. Es sei erschreckend, wie selten Demenzpatienten von den Hausärzten erkannt und angemessen betreut würden. Die Stichprobe von LEANDER wurde über Zeitungsartikel und Selbsthilfegruppen gewonnen und dies hat entsprechende Konsequenzen für die Repräsentativität. Die Probanden der LEANDER-Studie wussten, dass ihre Angehörigen an einer Demenz litten; 92% der Patienten hatten eine ärztliche Demenzdiagnose. Konsequenterweise ist der Anteil der Patienten mit Demenzen im mittleren oder fortgeschrittenen Stadium hoch und der Anteil früher Demenzen mit 10% eher gering. Dies zeigt auch ein Vergleich mit der Vertiefungsstudie Demenz von MuG III, in der der Anteil früher Demenzen 44% beträgt (Schäufele, Köhler, Teufel & Weyerer, 2005). Obwohl die Stichprobe der Vertiefungsstudie aus der repräsentativen MuG III Studie stammt, kann sie wegen Stichprobenausfalls und zeitlich versetzter Erhebungen ebenfalls keine Repräsentativität für die Grundgesamtheit der Demenzpatienten beanspruchen, aber sie kommt der Repräsentativität vermutlich sehr nahe. Im Vergleich der soziodemographischen Merkmale der pflegenden Angehörigen von MuG III und LEANDER finden sich keine Unterschiede, so dass die LEANDER Ausgangsstichprobe vermutlich annähernd repräsentativ für Angehörige mit Demenzpatienten im mittleren und fortgeschrittenen Stadium ist. Im weiteren Verlauf der Untersuchung ist eine hohe Ausfallrate von 75% über den gesamten Längsschnitt zu konstatieren, der jedoch in Anbetracht des Alters, der Multimorbidität und der Demenzausprägung der Patienten normal ist. Der natürliche Verlauf von Pflegeprozessen mit Demenzpatienten spiegelt sich auch in der Institutionalisierungsrate wider: 33% der Erkrankten der Längsschnittstichprobe sind im Untersuchungszeitraum in ein Heim gezogen.

Für die Interpretation der Ergebnisse von LEANDER lassen sich aus diesen Ausführungen folgende Schlussfolgerungen ziehen:

1. Die Ergebnisse sind aussagekräftig für Angehörige mit Demenzpatienten im mittleren und fortgeschrittenen Demenzstadium.
2. Es handelt sich um Angehörige mit vermutlich überdurchschnittlichem Engagement, da sie die Mühen der Studienteilnahme auf sich nahmen (häufig mit dem Kommentar, dass sich endlich jemand für sie und ihre Probleme interessieren würde).
3. Die Nutzung von Unterstützungsangeboten ist aufgrund der Rekrutierungsstrategien vermutlich überdurchschnittlich.
4. Die Studie bietet erstmalig aussagekräftige, belastbare Befunde in Bezug auf die relative Bedeutung einzelner Belastungsdimensionen sowie grundlegende Funktionen und Mechanismen des Pflegeprozesses über die Zeit.

9.2 Das Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung-Demenz (BIZA-D)

In der ersten Phase der Angehörigenforschung wurde versucht nachzuweisen, dass Pflege belastend ist. Hierzu wurden eindimensionale Skalen verwendet, die mitunter ad hoc aus der Praxis entwickelt wurden und keine psychometrischen Gütekriterien erfüllten. Im weiteren Forschungsverlauf wurden fundierte Skalen konzipiert und verwendet, die jedoch bei der eindimensionalen Belastungskonzeption blieben (z.B. Gräbel & Leutbecher, 1993). Dadurch konnten fundamentale theoretische Weiterentwicklungen der Belastungsforschung in der Empirie nicht berücksichtigt werden. Hierzu gehört insbesondere, familiäre Pflege im Rahmen stresstheoretischer Modelle als einen dynamischen Prozess zu begreifen, der mehrere Dimensionen umfasst, verschiedene Konsequenzen haben kann und durch vermittelnde Variablen moderiert wird (vgl. Kapitel 1).

Das Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung-Demenz (BIZA-D) wurde theoriegeleitet entwickelt und faktorenanalytisch geprüft. Es enthält 88 Items und gliedert sich in 20 Skalen, die gute psychometrische Qualitäten aufweisen (Zank, Schacke & Leipold, 2006). Das Instrument ist für unterschiedliche Forschungszwecke geeignet und ermöglicht auch, spezifische Fragestellungen mit ausgewählten Skalen des Instrumentariums zu bearbeiten. Das Instrumentarium eignet sich insbesondere als Evaluationsinstrument.

Dass das BIZA-D eine verbesserte Erfassung der Angehörigenbelastung erlaubt, soll im Folgenden kurz begründet werden. Die Antwortmöglichkeiten der Items der verwendeten Skalen reichen von 0 (keine Belastung) bis 4 (maximale Belastung). In den vorliegenden Berechnungen wurden die Ausprägungen der einzelnen Items nicht nur pro Skala addiert

(Summenbildung), sondern addiert und durch die Anzahl der Items geteilt (dieses Verfahren ist in der empirischen Sozialforschung üblich). Dadurch können die Skalenmittelwerte ebenfalls Werte zwischen 0 (keine Belastung) und 4 (maximale Belastung) annehmen und geben so rasch einen Einblick in die relative Höhe der jeweiligen Belastung. Eine mittlere Belastung entspricht demzufolge dem theoretischen Mittelwert 2. Die differenzierte Erhebung unterschiedlicher Belastungsdimensionen zeigt, dass die Belastung bei einigen Dimensionen unter dem theoretischen Mittelwert liegt (z.B. Belastung durch Aggressivität des Patienten, Belastung durch verwirrtes Verhalten, Belastung durch persönliche Vernachlässigung) und damit bei den meisten Probanden eher gering ist. Auf anderen Dimensionen ist die Belastung mit einem Mittelwert über 3 als hoch zu bezeichnen (z.B. Belastung durch erweiterte Betreuungsaufgaben, Belastung durch emotionale Unterstützung, Belastung durch den Beziehungsverlust). Die Differenzierung zwischen einzelnen Belastungsdimensionen erlaubt zum einen die Identifizierung besonders problematischer Pflegebereiche. Zum anderen wird eine angemessene Deskription und Differenzierung verschiedener Subgruppen von Angehörigen ermöglicht (z.B. Ehefrauen versus Töchter). In Deutschland wurde verschiedentlich die Häusliche Pflegeskala (HPS) von Gräbel und Leutbecher (1993) eingesetzt (Gräbel, 1997; Schneekloth & Wahl, 2005). Diese Skala umfasst 28 Items und ist gut geeignet, einen ersten Überblick zur Belastung pflegender Angehöriger zu erhalten. Sie ist allerdings eindimensional konzipiert und daher nicht veränderungssensitiv und für die Evaluation von Interventionen wenig geeignet. Ein weiterer Nachteil ist, dass das Instrument nicht demenzspezifisch ist, so dass für die Pflege von Demenzpatienten zentrale Dimensionen (z.B. der Beziehungsverlust) nicht erfasst werden.

Die theoriegeleitete Erfassung unterschiedlicher Belastungsdimensionen mit bereichsspezifischen Skalen stellt eine substantielle theoretische und methodische Verbesserung der Belastungsforschung dar, die durch LEANDER empirisch umgesetzt wurde.

9.3 Zentrale Ergebnisse von LEANDER

9.3.1 Das Ausmaß der Belastung in der Gesamtstichprobe

Die pflegenden Angehörigen weisen einen hohen objektiven Betreuungsaufwand auf, der sich auch im subjektiven Befinden deutlich niederschlägt. Die Intensität der subjektiven Belastung ist allerdings je nach Belastungsdimension recht unterschiedlich. Hervorzuheben sind insbesondere Belastungsaspekte, die direkt mit der sich wandelnden Beziehung zwischen Pflegendem und Pflegebedürftigen verbunden sind. Als besonders schmerzhaft erleben

Angehörige den symbolischen Verlust eines nahe stehenden Menschen, der sich durch die Demenzerkrankung so stark verändert, dass entscheidende Merkmale der Beziehung unwiederbringlich verloren gehen.

Insgesamt kommt den verschiedenen krankheitsbedingten Verhaltensänderungen eine entscheidende Rolle für das subjektive Erleben der Gesamtsituation zu. Nahezu alle Dimensionen sind mit Belastungsintensitäten verbunden, die über dem theoretischen Mittel der Skala liegen. Eine weitere zentrale Dimension, die mit einer hohen wahrgenommenen Belastungsintensität verbunden ist, besteht in den persönlichen Einschränkungen, die die Pflegenden aufgrund der zeitlichen und energetischen Anforderungen der Pflege erleben.

Die Schwere der Belastung in der LEANDER-Stichprobe lässt sich anhand der Belastungsmittelwerte letztlich nur bedingt ableiten. Erst die Bezugnahme zu Indikatoren des allgemeinen Wohlbefindens und der Vergleich mit anderen Studien vermittelt ein vollständiges Bild von der Belastungsintensität. In dieser Studie wurde die Depressivität als ein Indikator herangezogen. Der Summenwert auf der Allgemeinen Depressionsskala (ADS) (Hautzinger & Bailer, 1993) liegt zum ersten Messzeitpunkt knapp über, zum dritten und vierten knapp unter 20. Damit ergibt sich eine höhere Depressivität als in der MuG III Studie, die bei Pflegenden von Demenzpatienten mit mittelschweren und schweren Demenzgrad Werte von 18 ermittelte (Schneekloth & Wahl, 2005). ADS-Werte über 23 weisen auf das Risiko einer klinisch relevanten depressiven Symptomatik hin. In der LEANDER Studie lag der Anteil von Angehörigen mit Summenwerten über diesem kritischen Wert bei etwa 35% (in der MuG III Studie waren es 28%). Im Vergleich zur ADS-Normstichprobe aus der Allgemeinbevölkerung, in der 17.4% einen Summenwert von über 23 erreichten, erweist sich der Anteil derjenigen, die unter klinisch bedeutsamen depressiven Symptomen leiden, in der vorliegenden Stichprobe als nahezu doppelt so hoch. Das gilt sowohl für die betreuenden Männer als auch für die Frauen, allerdings sind Frauen – wie in der Allgemeinbevölkerung - insgesamt erheblich häufiger betroffen als Männer.

9.3.2 Das Ausmaß der Belastung von Subgruppen pflegender Angehöriger

Die Analysen zu den Untergruppen von Pflegenden im Querschnitt zum ersten Messzeitpunkt belegen, dass unterschiedliche Schwerpunkte der Belastung vorliegen. So unterscheiden sich Männer und Frauen nicht in ihrer objektiven Belastung, aber in ihrer subjektiven Wahrnehmung der Situation. Das stärkere Belastungsgefühl der Frauen durch persönliche Einschränkungen und mangelnde soziale Anerkennung sowie ein höheres Konfliktpotential zwischen familiären Bedürfnissen und Pflegeaufgaben spiegelt, zumindest teilweise, die

gesellschaftliche Realität wider. Die Übernahme von Pflegeaufgaben gilt bei Frauen geschlechtsrollenkonform als selbstverständlich, pflegende Männer erhalten größere Anerkennung für diesbezügliche Tätigkeiten.

Pflegende Ehepartner sind in vielen Merkmalen höher belastet als pflegende Töchter und Schwiegertöchter. (Pflegende Söhne sind mit 4% in dieser Stichprobe selten anzutreffen und sie sind überwiegend geringer belastet als die anderen Verwandten). Die Belastung durch Betreuungsaufgaben ist insgesamt sehr groß, hoch ist auch die Belastung durch den Verlust der früheren Beziehung zum Erkrankten. Hierunter leiden die Ehepartner besonders.

Auf nahezu allen Dimensionen erhöht sich die Belastung mit zunehmendem Schweregrad der Demenz. Es gibt jedoch auch Aufgaben, die mit der Schwere der Erkrankung und zunehmender Pflegedauer entfallen. Ein positiver Effekt ist ebenfalls mit zu verzeichnen: Die Pflegenden von schwer beeinträchtigten Patienten berichten, dass sie durch die Pflege in ihrer Persönlichkeitsentwicklung gestärkt wurden.

Erstmals können Ergebnisse über regionale Unterschiede in der Pflege berichtet werden. Der Vergleich von pflegenden Angehörigen in Großstädten, Kleinstädten und Dörfern zeigt, dass sich die Pflegenden in den Kleinstädten und Dörfern stärker belastet fühlen als diejenigen, die in Großstädten leben. Dies liegt vermutlich teilweise an der besseren Infrastruktur von Unterstützungsangeboten in den Großstädten. Interessanterweise leiden die Großstädter auch deutlich weniger an mangelnder sozialer Anerkennung; die Übernahme von Pflegeaufgaben wird in ländlichen Strukturen vermutlich als eher selbstverständlich angesehen.

Schließlich sei noch darauf hingewiesen, dass sich Angehörige im gemeinsamen Haushalt mit den Pflegebedürftigen objektiv und subjektiv deutlich belasteter beschreiben als Pflegende in getrennten Haushalten. Dies spiegelt sich auch in einer erhöhten Aggressivität gegenüber dem Erkrankten wider.

9.3.3 Die Vorhersage unterschiedlicher Belastungsverläufe über die Zeit

Zunächst ist festzuhalten, dass für die beobachteten Belastungssequenzen das Ausgangsniveau bestimmter Belastungsdimensionen zentral ist. So ist der objektive Betreuungsbedarf des Demenzkranken zum Zeitpunkt der ersten Messung von entscheidender Bedeutung dafür, wie sich die Belastung des Pflegenden im Zeitverlauf weiterentwickelt. Insbesondere für die objektive Belastung durch selbst geleistete Betreuungsaufgaben hat sich gezeigt, dass je höher die Pflegestufe zum ersten Messzeitpunkt, desto günstiger der weitere Belastungsverlauf. Für bestimmte (objektive) Belastungsindikatoren ist davon auszugehen,

dass die Belastung im Verlauf der Pflege einen Höhepunkt erreicht und dann stagniert bzw. wieder rückläufig ist. Dieser Rückgang kann verschiedene Ursachen haben. Zum einen nimmt der Bedarf an bestimmten Betreuungsaufgaben im Zeitverlauf mit der Schwere der Erkrankung des Pflegebedürftigen wieder ab (z.B. Unterstützung bei der Kontaktpflege oder Beaufsichtigung). Zum anderen ist anzunehmen, dass die Pflegenden sich zur Bewältigung bestimmter Betreuungsaufgaben im Lauf der Zeit die Unterstützung organisieren, die sie benötigen, um die Pflege aufrecht zu erhalten. Dies könnte zum Beispiel den günstigeren Verlauf der Belastung durch basale Pflegeaufgaben bei denjenigen Pflegenden mit bedingen, die bereits zum ersten Messzeitpunkt einen schwerst pflegebedürftigen Angehörigen betreuen. Die Befunde zur Bedeutung verschiedener Unterstützungsangebote für die Pflegenden sprechen für diese Deutung (vgl. Kap. 6).

Das Ausgangsniveau des objektiven Pflegebedarfs des Demenzkranken spielt für den weiteren Verlauf der subjektiven Belastungsindikatoren eine weitaus geringere Rolle als für die objektive Belastung. Der Verlauf der subjektiven Belastung scheint also weit weniger einem uniformen Muster zu folgen als das für die objektiven Indikatoren der Fall ist. Denkbar wäre, dass für die Entwicklung der subjektiven Belastungsdimensionen individuelle Merkmale des Pflegenden sowie Bewältigungs- und Anpassungsprozesse von größerer Bedeutung sind als objektive Verlaufsmerkmale. Dies gilt jedoch nicht für alle subjektiven Belastungen gleichermaßen. Bei der von ihrer Intensität und ihren langfristigen Auswirkungen sehr zentralen Dimension persönliche Einschränkungen beispielsweise (vgl. Kap. 5) ist das vorhergesagte Muster zu finden.

Ein ganz anderes Bild ergab sich bei der Betrachtung der Bedeutung des Geschlechts für den Belastungsverlauf. Der Verlauf der objektiven Belastung zeigt keinerlei Unterschiede zwischen pflegenden Männern und Frauen, wenn der initiale Pflegebedarf statistisch kontrolliert wird. Für die subjektive Belastung durch Verhaltensänderungen des demenzkranken Angehörigen zeigte sich dagegen, dass Männer insgesamt einen günstigeren Belastungsverlauf aufweisen als Frauen. Die Erklärungen für Geschlechterdifferenzen sind vielfältig. Denkbar wäre, dass Männer und Frauen sich darin unterscheiden, wann und für welches Problem sie Unterstützung in Anspruch nehmen. Auch Ablauf und Rhythmik von Bewältigungs- und Anpassungsprozessen könnten unterschiedlich sein.

Bezogen auf die Bedeutung des Verwandtschaftsgrades zeigte sich, dass speziell die Belastung der Schwiegertöchter einen ungünstigeren Verlauf nimmt als die aller anderen Verwandten. Dies gilt sowohl für objektive Belastungsindikatoren als auch für die subjektive Belastung durch krankheitsbedingte Verhaltensänderungen des demenzkranken Angehörigen.

Gründe dafür könnten in unterschiedlichen Pflegemotiven und Beziehungsmerkmalen liegen. Pflegemotive und Bewältigungsstrategien, die an eine lebenslange, intime von Gegenseitigkeit geprägte Beziehung zum Pflegebedürftigen anknüpfen, dürften bei Schwiegertöchtern seltener zu finden sein. Möglicherweise wird die Pflege im Zeitverlauf als belastender empfunden, wenn keine engere Bindung zwischen Pflegendem und Pflegebedürftigem besteht.

9.3.4 Vorhersagen von Konsequenzen des Pflegeprozesses

Im Rahmen der Stresstheorie werden negative Konsequenzen (Outcomes) für Personen erwartet, die chronisch andauerndem Stress unterworfen sind. Die Ergebnisse zur Vorhersage von Konsequenzen des Pflegeprozesses zeigen, dass Depressivität, Aggressivität gegenüber dem Erkrankten und die Gesundheit der Angehörigen differenziell, durch Belastungen auf bestimmten, teilweise unterschiedlichen Dimensionen vorhergesagt werden können.

Die subjektive Belastung durch persönliche Einschränkungen ist sowohl für eine erhöhte Depressivität als auch für einen schlechteren körperlichen Gesundheitsstatus bedeutsam. Die Angehörigen beschreiben mangelnde Energie und Erschöpfung durch die Pflege, die sowohl physische als auch psychische Komponenten hat und langfristig offenbar zu Depressivität und körperlichen Beschwerden führt.

Eine niedrige Schulausbildung ist ein Prädiktor, der erhöhte Aggressivität in der Pflege auch langfristig vorherzusagen vermag. Dieses Ergebnis befindet sich im Einklang mit vielen Untersuchungsergebnissen zu erhöhter Aggressivität und schlechterer Gesundheit bei geringer qualifizierten Menschen.

Die Belastung durch Beaufsichtigung des Patienten ist für die kurz- und langfristige Vorhersage von erhöhter Aggressivität wichtig und somit besonders bedeutsam. Die „Rund-um-die-Uhr-Betreuung“, die viele Angehörige beklagen, führt offenbar zu Frustration über die extreme Einschränkung des eigenen Lebens und über die scheinbar unlösbare Pflegesituation, die sich dann gegen den Erkrankten wendet. Hier ist zum einen die konkrete Entlastung durch die Schaffung von Freiräumen für die Pflegenden vonnöten. Zum anderen sollten professionelle psychologische Angebote entwickelt werden, die den intrapsychischen Bewältigungsprozess der Angehörigen unterstützen. Dies ergibt sich auch aus dem Befund, dass emotionale und instrumentelle Bewältigungsmöglichkeiten für die Vorhersage von Depressivität und Aggressivität bedeutsam sind. Stehen den Angehörigen intrapsychische Ressourcen in Form von vielfältigen emotionalen und instrumentellen

Bewältigungsmöglichkeiten zur Verfügung, so führt dies zu verringerter Depressivität und Aggressivität.

9.3.5 Schlussfolgerungen aus den zentralen Ergebnissen

Die Befunde zeigen, dass die theoriegeleitete Erhebung unterschiedlicher Belastungsdimensionen eine differenzierte Beschreibung einzelner Subgruppen von Angehörigen erlaubt. Für alle Unterschiede in den Subgruppen gilt, dass diese nur partiell existieren und gleichzeitig Übereinstimmungen zwischen den Gruppen festzustellen sind. Darüber hinaus gibt es Belege dafür, dass bestimmte Subgruppen auf einigen Dimensionen weniger und auf anderen Dimensionen signifikant stärker belastet sind. Diese differenzierte, multidimensionale Erhebung entspricht der Komplexität des Pflegeprozesses und erlaubt die Entwicklung passgenauer, adäquater Entlastungsangebote.

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden verschiedene Analysen zum Pflegeprozess über die Zeit durchgeführt. Das stresstheoretische Modell, das dieser Studie zugrunde liegt, erwies sich dabei als fruchtbarer konzeptueller Rahmen (vgl. Kapitel 1). Es konnte gezeigt werden, dass Kontextvariablen, primäre und sekundäre Stressoren sowie Moderatorvariablen den Belastungsverlauf und Konsequenzen des Pflegeprozesses vorhersagen.

Zur Analyse des empirischen Belastungsverlaufs ist das Ausgangsniveau der verschiedenen Dimensionen entscheidend. Die Belastung kann, je nach Ausgangsniveau, im Rahmen des Pflegeprozesses zunehmen, gleich bleiben oder rückläufig sein. Dies hat sowohl Konsequenzen für die Interpretation wissenschaftlicher Befunde als auch für die Durchführung von Interventionsstudien. In jedem Fall ist eine genaue Analyse und Beschreibung der untersuchten Stichproben – insbesondere der Schweregrad der Demenz und die Dauer der bisherigen Pflege - erforderlich, um einschätzen zu können, an welcher Stelle des Pflegeprozesses sich die Pflegenden befinden. Im Anfangsstadium ist eine Zunahme der Belastung auf vielen Dimensionen erwartbar, im fortgeschrittenen Stadium werden manche Pflegeaufgaben obsolet und damit verringert sich die Belastung in den entsprechenden Dimensionen. Gleichzeitig kann sie bereichsspezifisch steigen, z.B. bei den Beziehungsverlustgefühlen oder der Belastung durch die Spätsymptomatik demenzieller Erkrankungen. Für Interventionsstudien bedeuten die unterschiedlichen Pflegeverläufe, dass die Rekrutierung einer Kontroll- bzw. Vergleichsgruppe zentral ist. Nur ein entsprechender Vergleich erlaubt die Identifizierung von Interventionseffekten, da ohne Kontrollgruppe nicht

entschieden werden kann, ob eine rückläufige Belastung auf die Intervention oder auf den natürlichen Pflegeprozess zurückzuführen ist.

Durch die LEANDER Befunde können zentrale Dimensionen benannt werden, die besonders kritisch für negative Konsequenzen des Pflegeprozesses sind. Zukünftige Interventionsstudien sollten darauf abzielen, für diese Belastungsdimensionen passgerechte Entlastungen anzubieten. Für die wichtige Dimension der Belastung durch persönliche Einschränkungen gibt es bereits eine Reihe von Entlastungsangeboten (z.B. durch Besuchsdienste, Tagespflege, Kurzzeitpflege), die jedoch überwiegend in Großstädten zu finden sind. Hier gilt es Konzepte zu entwickeln, die auch in ländlichen Strukturen realisierbar sind.

Weniger günstig sind die Angebote zur intrapsychischen Verarbeitung des Pflegeprozesses, die außerordentlich bedeutsam ist. Eine Unterstützung bei der notwendigen Trauerarbeit über den Beziehungsverlust oder der Erarbeitung instrumenteller und emotionaler Bewältigungsstrategien findet derzeit nicht in ausreichendem Maße unter professioneller Anleitung statt. Die Förderung solcher Bewältigungsmechanismen ist ein klassisches Aufgabengebiet der Interventionspsychologie und sollte zu entsprechenden professionellen Angeboten führen, deren Wirksamkeit wissenschaftlich geprüft werden muss.

9.4. Zur Nutzung von Entlastungsangeboten und ihrer Effektivität im Rahmen von

LEANDER

9.4.1 Die Nutzer von Entlastungsangeboten

In bisherigen Studien wurde der Hilfebedarf der Patienten mit der Hilfeleistung durch die Angehörigen gleichgesetzt. Durch die Differenzierung zwischen dem Hilfebedarf und den Hilfeleistungen im BIZA-D konnte gezeigt werden, dass sich Hilfebedarf und Hilfeleistungen im Zeitverlauf unterschiedlich entwickeln (vgl. Kapitel 4). Demzufolge ändert sich auch die Nutzung von Entlastungsangeboten.

Der ganz überwiegende Anteil der Studienteilnehmer kann auf private und professionelle Unterstützung bei der Pflege zurückgreifen. Die am häufigsten benannte Form der Unterstützung ist die private, die von Freunden oder anderen Familienmitgliedern geleistet wird. Kontinuierlich ansteigend ist die Zahl derer, die die Leistungen von Sozialstationen als Unterstützung bei der Pflege in Anspruch nehmen. Der entsprechende Anteil liegt zum ersten Messzeitpunkt bei rund $\frac{1}{4}$ der Angehörigen, 36 Monate später bei nahezu 50%. Auch die Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege und Pflegekursen für

Angehörige nimmt über die Zeit hinweg zu. Eher schwankend ist der Anteil derer, die Tagespflege (im Schnitt 23%) und Angehörigengruppen (im Schnitt 30%) nutzen.

Es kann vermutet werden, dass die Nutzung von Unterstützungsangeboten in der Gesamtpopulation der Pflegenden geringer ausfällt als in der LEANDER Stichprobe. Zum einen wurde ein (kleiner) Teil der Probanden direkt über Angehörigengruppen geworben. Zum anderen ist es wahrscheinlich, dass Pflegende, die an der Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie interessiert sind, eher privilegierte Pflegende darstellen, die in der Lage sind, sich angemessene Unterstützung zu organisieren.

Die Charakteristika der Interventionsnutzer unterscheiden sich je nach in Anspruch genommener Intervention. Bezogen auf das Angebot der Tagespflege zeigte sich, dass Männer, vor allem Ehemänner, das Angebot überdurchschnittlich häufig in Anspruch nehmen. Die Nutzer sind, entsprechend der realen Angebotslage, eher in Großstädten angesiedelt. Die entsprechenden Pflegebedürftigen sind sowohl bezüglich der Pflegebedürftigkeit als auch hinsichtlich der Schwere der Demenz mittelgradig betroffen.

Entscheidend für die Nutzung von Sozialstationen sind vor allem Charakteristika der Pflegebedürftigen. Höheres Alter, eine hohe Pflegebedürftigkeit und eine schwere Demenz sind mit der Nutzung ambulanter Pflegedienste assoziiert. Bezogen auf die Pflegenden zeigte sich, dass Töchter das Angebot besonders häufig, Ehefrauen verhältnismäßig selten nutzen. In Angehörigengruppen sind überwiegend die Ehepartner der Pflegebedürftigen zu finden.

Die umfangreichste Unterstützung bietet die Institutionalisierung des Patienten, eine Lösung, die viele Angehörige scheuen. Zwar verändert sich dadurch die zu erbringenden Hilfeleistungen der Angehörigen beträchtlich, dennoch bleibt die subjektive Belastung durch krankheitsbedingte Verhaltensänderungen auch bei einer Institutionalisierung hoch, insbesondere der Verlust der Beziehung zum Erkrankten ist für alle Pflegenden besonders schmerzhaft. Hinzu kommen Schuldgefühle, da die Patienten häufig keine Institutionalisierung möchten. In der Längsschnittstichprobe von LEANDER wählten 33% der Pflegenden diese Option im Verlauf der 36 Erhebungsmonate.

9.4.2 Die Evaluation der Effektivität der Entlastungsangebote

Ein quasi-experimentelles Untersuchungsdesign ist Voraussetzung für eine aussagefähige Interventionsevaluation. Aus Kapazitätsgründen konnte im Rahmen des LEANDER-Projektes lediglich zur Tagespflege eine zusätzlich, experimentelle Evaluationsstudie durchgeführt werden. Bei den anderen Entlastungsangeboten (Sozialstationen und Angehörigengruppen) wurde versucht, die beiden Hauptkriterien quasi-experimentellen Vorgehens - die

Untersuchung einer unbehandelten Vergleichsgruppe und die Betrachtung der Erfolgskriterien vor und nach der ausreichenden Inanspruchnahme der Intervention - im Rahmen der Hauptuntersuchung zu realisieren. Hierzu wurden parallelisierte Teilstichproben aus der LEANDER Gesamtstichprobe gezogen, die den Nutzern in wichtigen pflegebezogenen und demographischen Merkmalen gleich waren.

Im Rahmen der experimentellen Interventionsstudie konnte gezeigt werden, dass gerontopsychiatrische Tagespflege eine wirksame Entlastung bezüglich ausgewählter Belastungsdimensionen darstellt (Meister & Zehle, 2003; Meister, Zehle, Schacke & Zank, 2003). Hilfreich war die Intervention in Bezug auf die subjektive Belastung durch Aggressivität und Widerstand, Verwirrtheit des Pflegebedürftigen sowie hinsichtlich der Belastung durch persönliche Einschränkungen. Überraschend waren die fehlenden Effekte für die objektiven Pflegeaufgaben, insbesondere für die Beaufsichtigung des Pflegebedürftigen, da Tagespflege an dieser zentralen Belastung ansetzt. Eine Erklärung hierfür könnte in der mangelnden Sensibilität der ursprünglichen Erhebungsmethode für die objektiven Betreuungsaufgaben liegen. Durch entsprechende Analysen (z.B. eine genauere Betrachtung der Angaben von den Pflegenden, die einen Angehörigen im Heim betreuten) ergaben sich Hinweise darauf, dass die Studienteilnehmer häufig nicht zwischen dem Pflegebedarf des Patienten und der von ihnen tatsächlich geleisteten Pflege differenzierten. Die unplausiblen Befunde im Rahmen der Interventionsstudie zur Tagespflege waren ein wesentlicher Grund, die Erhebungsmethode der objektiven Betreuungsaufgaben zu modifizieren (vgl. dazu auch Kapitel 1.3).

Für die Leistung von Sozialstationen konnten allerdings signifikante Effekte im Bereich der objektiven Betreuungsaufgaben (basale Pflegeaufgaben und Anleiten und Motivieren) nachgewiesen werden. Diese waren möglicherweise deutlicher als bei den Tagesstätten, da die Einsätze ambulanter Pflegedienste sich klar definiert auf diese pflegerischen Aufgaben beziehen. Entlastungen in Bezug auf krankheitsbedingte Verhaltensänderungen des Pflegebedürftigen oder bezüglich wahrgenommener Bedürfniskonflikte ließen sich jedoch nicht belegen.

Für die Nutzung von Angehörigengruppen ließen sich Effekte weder für objektive Betreuungsaufgaben, noch für die subjektive Belastung belegen. Dies liegt vermutlich u.a. daran, dass im Rahmen von LEANDER nur eine kleine Stichprobe zur Verfügung stand, um das quasi-experimentelle Vorgehen zu gewährleisten. Gezielte Interventionsstudien mit größeren Stichproben könnten hier hilfreich sein. Allerdings ist zu konstatieren, dass auch in

den großen internationalen Interventionsstudien die Effekte für Angehörigengruppen bestenfalls mäßig waren (Gitlin et al., 2003; Pinquart & Sörensen, 2002).

9.5 Ausblick

Demenzen sind die vermutlich teuersten Erkrankungen des höheren Lebensalters. Bickel (2001) schätzt, dass ein Patient im Durchschnitt 43.770 Euro pro Jahr kostet. Nach seiner Berechnung zahlen hiervon die Krankenkassen 1100 Euro und die Pflegekassen 12.960 Euro. Der Wert der unentgeltlichen Arbeit der pflegenden Angehörigen beläuft sich demnach auf 29.710 Euro pro Jahr pro Patient! Daraus folgt, dass schon aus monetären Gründen alle Anstrengungen unternommen werden sollten, familiäre Pflege zu unterstützen. Dies sollte bei der geplanten Reform der Pflegeversicherung unbedingt berücksichtigt werden.

Die Kostenentwicklung in den Kranken- und Pflegekassen erfordern eine kritische Begutachtung aller Hilfs- und Pflegangebote. Alle Angebote für Demenzpatienten und ihre Angehörigen müssen demzufolge ihre Qualität bzw. Effektivität nachweisen. In einer Reihe von Studien konnten wir nachweisen, dass Tagespflege positive Effekte auf die Patienten und ihre Angehörigen hat (Zank & Schacke, 2002; Schacke & Zank, 2006; Meister, Zehle, Schacke & Zank, 2003). Es wäre demzufolge wichtig, weitere Tagespflegeeinrichtungen zu schaffen und die Finanzierung des Besuchs mit Hilfe der Pflegeversicherung zu unterstützen. Darüber hinaus sollte gewährleistet werden, dass die Option Tagespflege früher in Anspruch genommen wird. Die Wirksamkeit dieser Intervention wäre bei Patienten und Pflegenden größer, wenn der Demenz- bzw. Pflegeprozess nicht so weit fortgeschritten wäre wie es bei den heutigen Nutzern der Fall ist. Hier könnten durch entsprechende Werbung und Aufklärung über die Angebote, z.B. durch Hausärzte, große Verbesserungen erzielt werden.

Ein überzeugender Nachweis der Wirksamkeit von Tagespflege gelingt nur mit Hilfe multidimensionaler Erhebungsinstrumente zur Erfassung der Erfolgskriterien. Für die Qualitätssicherung in der Praxis ist deshalb dringend erforderlich, dass den Verantwortlichen psychometrisch gute, handhabbare Evaluationsinstrumente zur Verfügung gestellt werden. Wir hoffen, dass das BIZA-D hierzu einen Beitrag leistet. Die Modifikation des Instrumentes und die Erstellung klinisch relevanter Parameter zur ökonomischen und zielorientierten Anwendung des Instrumentes in der Praxis mit Hilfe eines Manuals sind geplant. Darüber hinaus ist ein Weiterbildungsprogramm zur Implementation und optimalen Nutzung des Instrumentariums in der Praxis der Angehörigenintervention vorgesehen.

Eine Reihe von Befunden weist darauf hin, dass die bisherigen Angebote zur psychischen Entlastung Pflegender, insbesondere die bisherige Form der

Angehörigengruppen, nicht sehr effektiv sind (Gitlin et al., 2003; Pinquart & Sörensen, 2003). Dies ist umso bedenklicher, da die hohe Rate klinisch relevanter Depressivität von Pflegenden in zahlreichen internationalen und nationalen Studien dokumentiert wurde, in der LEANDER Stichprobe sind es 35%. In der größten Interventionsstudie zu Entlastung Pflegender, der „Resources for Enhancing Alzheimer’s Caregiver Health (REACH) (Schulz et al., 2003) wurden neun verschiedene Interventionsprogramme überprüft und nur eine Intervention hatte positive Effekte auf die Depressivität der Probanden (Gitlin et al., 2003). Es gibt Hinweise darauf, dass individualisierte Interventionen, die die Förderung von instrumentellen und emotionalen Bewältigungsstrategien zum Ziel haben und bei den Pflegenden zu Hause durchgeführt werden, bessere Effekte auf die Depressivität der Angehörigen haben (Brodaty, Green & Koschera, 2003). Die Entwicklung entsprechender Programme in Deutschland und - bei nachgewiesener Wirksamkeit - Implementierung in der Praxis könnte einen großen Fortschritt in der Entlastung pflegender Angehöriger bedeuten.

Schließlich soll noch einmal auf die schwierige Situation der Demenzpatienten und Pflegenden im frühen Stadium hingewiesen werden. Zwar beziehen sich die Befunde von LEANDER überwiegend auf Patienten im mittleren und höheren Erkrankungsstadium, aber der bekannte Verlauf der Erkrankung lässt darauf schließen, dass der Hilfebedarf auf vielen Dimensionen kurvilinear verläuft, d.h. zunächst über Jahre ansteigt und dann rückläufig ist. Die Qualität der Pflegebeziehung wird erheblich davon beeinflusst, ob sich die Beteiligten der Krankheit bewusst sind oder ob die Defizite als unerklärliche Ausfälle oder gar böswillige Absicht empfunden werden. Vermehrte und verbesserte Ausbildung der Medizinstudenten sowie Fortbildungen der Hausärzte zum Krankheitsbild und den psychosozialen Folgen für Patienten und Angehörigen sind dringend erforderlich, damit die Krankheit frühzeitig diagnostiziert und therapiert wird. Informationen über den Krankheitsverlauf und über Hilfsmöglichkeiten für die Angehörigen könnten dazu beitragen, dass der Pflegeprozess nicht bei einem Drittel der Pflegenden zu einer klinisch relevanten depressiven Symptomatik führt.

Literatur

- Aneshensel, C. S., Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Zarit, S. H. & Whitlatch, C. J. (1995). *Profiles in caregiving: The unexpected career*. San Diego, CA: Academic Press.
- Bickel, H. (1999). Epidemiologie der Demenzen. In H. Förstl, H. Bickel & A. Kurz (Hrsg.). *Alzheimer Demenz. Grundlagen, Klinik und Therapie* (9-32): Heidelberg: Springer.
- Bickel, H. (2001). Demenzen im höheren Lebensalter: Schätzungen des Vorkommens und der Versorgungskosten. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 34, 108-115.
- Bortz, J. (1993). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. Berlin Heidelberg: Springer.
- Brodaty, H., Green, A. & Koschera, A. (2003). Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51 (5), 657-664.
- Carver, C.S., Scheier, M.F. & Weintraub, J.K (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (2000). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F); Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Huber.
- Gitlin, L., Belle, S. H., Burgio, L., Czaja, S. J., Mahoney, D., Gallagher-Thompson, D., Burns, R., Hauck, W. W., Zhang, S., Schulz, R. & Ory, M. G. (2003). Effect of multicomponent interventions on caregiver burden and depression: The REACH multisite initiative at 6-month follow-up. *Psychology and Aging*, 18(3), 361-374.
- Gräbel, E. (1997). *Belastung und gesundheitliche Situation der Pflegenden. Querschnittuntersuchung zur häuslichen Pflege bei chronischem Hilfs- oder Pflegebedarf im Alter*. Egelsbach: Hänsel-Hohenhausen.
- Gräbel, E. & Leutbecher, M. (1993). *Häusliche Pflegeskala HPS zur Erfassung der Belastung bei betreuenden oder pflegenden Personen*. Ebersberg: Vless.
- Gutzmann, H. & Zank, S. (2005). *Demenzen. Medizinische und psychosoziale Interventionsmöglichkeiten. Grundriss der Gerontologie, Band 17*, Stuttgart: Kohlhammer.
- Hautzinger, M. & Bailer, M. (1993). *ADS, Allgemeine Depressionsskala*. Weinheim: Beltz Test GmbH.

- Janke, W., Erdmann, G. & Kallus, W. (1997). *Streßverarbeitungsfragebogen (SVF mit SVF120)*. Göttingen: Hogrefe.
- 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, 181-189.
- Leipold, B. (2004). *Bewältigungsverhalten und Persönlichkeitswachstum pflegender Angehöriger. Dissertation. Freie Universität Berlin. (online unter: <http://www.diss.fu-berlin.de/2004/325>)*.
- Leipold, B., Schacke, C. & Zank, S. (2006). Prädiktoren von Persönlichkeitswachstum bei pflegenden Angehörigen demenziell Erkrankter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39, (3) 227-232.
- Malonebeach, E. E., Zarit, S. H. & Farbman, D. (1995). Variability in daily events and mood of family caregivers to cognitively impaired elders. *International Journal of Aging and Human Development*, 41(2), 151-167.
- Meister, S. & Zehle, H. (2003). Intervention bei Angehörigen demenziell Erkrankter: Wirkung der gerontopsychiatrischen Tagespflege auf die pflegebedingte Belastung. Diplomarbeit an der Freien Universität Berlin.
- Meister, S., Zehle, H., Schacke, C. & Zank, S. (2003). *Intervention bei Angehörigen demenziell Erkrankter: Wirkung der gerontopsychiatrischen Tagespflege auf die pflegebedingte Belastung*. Poster, präsentiert auf der Jahrestagung 2003 der Sektion III der DGGG in Berlin: 10.10.2003.
- Pearlin, L. I., Aneshensel, C. S., Mullan, J. T. & Whitlatch, C. J. (1996). Caregiving and social support. In R. Binstock & L. K. George (Eds.), *Handbook of aging and the social sciences* (pp. 283-302). San Diego: Academic Press.
- 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.
- Pinquart, M. & Sörensen, S. (2002). Interventionseffekte auf Pflegende Dementer und andere informelle Helfer: Eine Metaanalyse. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und psychiatrie*, 15, 85-100.

- Pinquart, M. & Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging, 18*, 250-267.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*, 1069-1081.
- Schacke, C. (2000). *Die Entlastungsfunktion gerontopsychiatrischer Tagesstätten für die pflegenden Angehörigen der Besucher*. Berlin: Mensch und Buch.
- Schacke, C. (2002). Gerontopsychiatrische Tagespflege als Entlastungsmöglichkeit für die pflegenden Angehörigen der demenzkranken Patienten: Eine Evaluationsstudie. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 23*, 227-243.
- Schacke, C. & Zank, S. (1998). Zur familiären Pflege demenzkranker Menschen: Die differentielle Bedeutung spezifischer Belastungsdimensionen für das Wohlbefinden der Pflegenden und die Stabilität der häuslichen Pflegesituation. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 31*(5), 355-361.
- Schacke, C. & Zank, S. (2006). Measuring the Effectiveness of Adult Day Care as a Facility to Support Family Caregivers of Dementia Patients. *Journal of Applied Gerontology, 25* (1), 65-81.
- Schäufele, M., Köhler, L., Teufel, S. & Weyerer, S. (2005). Betreuung von demenziell erkrankten Menschen in Privathaushalten: Potenziale und Grenzen. In U. Schneekloth & H.-W. Wahl. (Hrsg.). Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Integrierter Abschlußbericht. *Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend*.
- Schneekloth, U. & Wahl, H.-W. (2005). Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Integrierter Abschlußbericht. *Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend*.
- Schulz, R. & Beach, S. R. (1999). Caregiving as a Risk Factor for Mortality: The Caregiver Health Effects Study. *Journal of the American Medical Association, 282*(23), 2215-2219.
- Schulz, R., O'Brien, A. T., Bookwala, J. & Fleissner, K. (1995). Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: Prevalence, correlates, and causes. *The Gerontologist, 35*, 771-791.

- Schulz, R., Burgio, L., Burns, R., Eisdorfer, C., Gallagher-Thompson, D., Gitlin, L. & Mahoney, D. F. (2003). Resources for Enhancing Alzheimer's Caregiver Health (REACH) Overview, site-specific outcomes, and future directions. *The Gerontologist*, 43(4), 514-520
- Thoma, J., Zank, S. & Schacke, C. (2003). *Wenn der Geduldsfaden reißt...Der Zusammenhang zwischen Gewalt in der häuslichen Pflege demenziell Erkrankter und pflegebedingter Belastung im Kontext eines stresstheoretischen Pflegemodells*. Poster, präsentiert auf der Jahrestagung 2003 der Sektion III der DGGG. Berlin: 10.10.2003.
- Thoma, J., Schacke, C. & Zank, S. (2004). Gewalt gegen demenziell Erkrankte in der Familie: Datenerhebung in einem schwer zugänglichen Forschungsgebiet. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 37 (5), 349-350.
- Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation (2002). *Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend*.
- Zank, S. & Schacke, C. (2002). Evaluation of geriatric day-care: Effects on patients and caregivers. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 57B, 348-357.
- Zank, S. & Schacke, C. (2004). Projekt Längsschnittstudie zur Belastung pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten (LEANDER). Abschlussbericht Phase 1: Entwicklung eines standardisierten Messinstrumentes zur Erstellung von Belastungsprofilen und zur Evaluation von Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige demenzkranker Patienten. *Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend*.
- Zank, S., Schacke, C. & Leipold, B. (2006). Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung – Demenz (BIZA-D). *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35 (4), 296-305.
- 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* (pp 1-19). Toronto: University of Toronto.
- Zarit, S. H. (1996). Behavioral disturbances of dementia and caregiver issues. *International Psychogeriatrics*, 8, 263-268.

Zarit, S.H., Stephens, A.P., Townsend, A. & Greene, R. (1998). Stress reduction for family caregivers: Effect of adult day care use. *Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences*, 267-277.

Zarit, S.H. & Zarit, J.M. (1983, 1990). *The memory and behavior problems checklist and the burden interview*. Pennstate University: Gerontology Center.

Anhang

- A Reliabilitäten aller verwendeten Subskalen zu Messzeitpunkt 1; Auftretenshäufigkeit einzelner aggressiver Verhaltensweisen zu Messzeitpunkt 1
- B Deskriptiva und Verlaufsdaten der Längsschnittstichprobe über drei Messzeitpunkte
- C Deskriptiva und Verlaufsdaten der Längsschnittstichprobe über vier Messzeitpunkte

A Reliabilitäten aller verwendeten Subskalen zu Messzeitpunkt 1

Tabelle A1: Reliabilitäten der verwendeten Subskalen aus BIZA-D (MZP1)

	Itemanzahl	Cronbach's Alpha
Objektive Betreuungsaufgaben		
Basale Betreuungsaufgaben	7	0.94
Erweiterte Betreuungsaufgaben	3	0.76
Motivieren und Anleiten	4	0.95
Emotionale Unterstützung	4	0.93
Unterstützung bei Kontaktpflege	3	0.83
Beaufsichtigung	4	0.85
Subjektive Belastung durch Verhaltensänderungen		
Subjektive Belastung durch Spätsymptomatik	3	0.80
Subjektive Belastung durch kognitive Einbußen	4	0.82
Subjektive Belastung durch verwirrtes Verhalten	5	0.76
Subjektive Belastung durch Aggressivität und Widerstand	5	0.81
Subjektive Belastung durch Depressivität	4	0.85
Subjektive Belastung durch persönliche Vernachlässigung		0.69
Subjektive Belastung durch Beziehungsverlust	5	0.87
Subjektiv wahrgenommene Bedürfniskonflikte		
Persönliche Einschränkungen	9	0.95
Mangelnde institutionelle Unterstützung	3	0.82
Mangelnde soziale Anerkennung	4	0.89
Negative Bewertung der eigenen Pflegeleistung	3	0.74
Finanzielle Einbußen	4	0.80
Rollenkonflikte		
Konflikte zwischen Beruf und Pflege	4	0.87
Konflikte zwischen Familie und Pflege	5	0.89

Tabelle A2: Reliabilitäten der Coping-Skalen und Outcome-Maße

	Itemanzahl	Cronbach's Alpha
Bewältigung gesamt (MZP 1)⁺	13	0.64
Bewältigung (MZP 3)		
Planen	8	0.82
Akzeptanz	8	0.90
Reaktionskontrolle	4	0.82
Soziales Unterstützungsbedürfnis	5	0.88
Ersatzbefriedigung	5	0.86
Outcome Indikatoren		
Depressivität (ADS) (MZP 1)	20	0.89

⁺Pearlin, 1990

Tabelle A3: Auftretenshäufigkeit aggressiver Verhaltensweisen zum 1. Messzeitpunkt (N=888)

Item	Art der Aggressivität	selten- nie	manchmal	oft –sehr oft
Ich werde lauter.	verbal	42%	37%	21%
Mir rutschen meinem A. gegenüber abfällige Bemerkungen heraus.	verbal	81%	15%	4%
Ich könnte meinen A. vor Wut schütteln.	latent	74%	19%	7%
Ich bin voll Groll, was mein A. mir zumutet.	latent	74%	17%	9%
Ich drohe meinem A. oder schüchtere ihn ein.	verbal	90%	8%	2%
Ich fasse meinen A. bei der Pflege schon mal härter an.	physisch	88%	11%	1%
Ich schränke meinen A. in seiner Bewegungsfreiheit ein.	Einschränkung des Willens	77%	7%	6%

B Deskriptiva und Verlaufsdaten der Längsschnittstichprobe über drei Messzeitpunkte

Tabelle B1: Soziodemographische und pflegebezogene Merkmale der Angehörigen der Längsschnittstichprobe über drei Messzeitpunkte

Merkmale	MZP1 (N = 436)		Merkmale	MZP1 (N = 436)	
	MW (SD)	Anteil (%)		MW (SD)	Anteil (%)
Geschlecht			Höchster Schulabschluss		
Männlich		21.8	Kein Schulabschluss		0.2
Weiblich		78.2	Volksschule/ Hauptschule		36.5
Alter in Jahren	59.9 (11.2)		Realschule		37.4
Familienstand			Abitur		24.3
Ledig		6.2	Sonstiges		1.6
Verheiratet/ Partnerschaft		85.8	Monatliches Haushaltseinkommen		
Verwitwet		1.6	Unter 1300 €		15.7
Geschieden/ Getrennt lebend		6.4	1300-1800 €		24.0
Kinder			1800-2300 €		24.9
Ja		81.7	Mehr als 2300 €		35.4
Nein		18.3	Verwandtschaftliche Beziehung		
Berufstätigkeit			Tochter		37.7
Ja		27.8	Sohn		4.1
Rentner		48.3	(Ehe)Partnerin		27.9
Arbeitslos		6.8	(Ehe)Partner		17.2
Hausfrau/-mann		9.7	Schwiegertochter/-sohn		8.5
Sonstiges		7.4	Enkelin/Enkel		1.0
			Andere		3.6
			Betreuungsdauer / Monate	41.9 (31.2)	

Tabelle B2: Merkmale der Demenzpatienten der Längsschnittstichprobe über drei Messzeitpunkte

Merkmale	MZP 1 (N = 436)		MZP 2 (N = 436)		MZP 3 (N = 436)	
	MW (SD)	Anteil %	MW (SD)	Anteil %	MW (SD)	Anteil %
Geschlecht						
Männlich		33.1				
Weiblich		66.9				
Alter in Jahren	77.9 (9.3)					
Gemeinsamer Haushalt						
Ja		59.6	57.7		57.1	
Nein		40.4	42.3		42.9	
Lebt im Heim						
Ja		5.2	14.9		23.0	
Nein		94.8	85.1		77.0	
Eigener Haushalt		35.2	27.4		19.9	
Anwesenheitshäufigkeit						
1-2x pro Woche		2.8	0.7		0.5	
Täglich		9.3	3.2		2.4	
Mehrmals täglich		44.9	40.5		26.3	
Rund um die Uhr		43.0	55.6		70.8	
Pflegestufe						
Keine		19.5	10.6		3.6	
Pflegestufe 1		23.9	22.5		18.0	
Pflegestufe 2		34.1	38.9		40.3	
Pflegestufe 3		22.5	28.0		38.1	

Fortsetzung Tabelle B2

Merkmale	MZP 1 (N = 436)		MZP 2 (N = 436)		MZP 3 (N = 436)	
	MW (SD)	Anteil %	MW (SD)		MW (SD)	Anteil %
Körperliche Beeinträchtigungen						
Ja		65.8		76.3		84.7
Nein		34.2		23.7		15.3
Beeinträchtigt Sehen						
Ja		33.9		34.8		33.3
Nein		66.1		65.2		66.7
Beeinträchtigt Hören						
Ja		32.1		32.6		28.2
Nein		67.9		67.4		71.8
Beeinträchtigt Laufen						
Ja		78.3		83.5		80.4
Nein		21.7		16.5		19.6
Bettlägerigkeit						
Ja		6.2		8.1		14.7
Nein		93.8		91.9		85.3
Wesentliche Krankheiten vorhanden						
Ja		59.9		65.7		65.7
Nein		40.1		34.3		34.3
ICD-Gesamteinschätzung						
Leicht		11.1		4.7		1.9
Mittel		53.1		43.3		31.8
Schwer		35.8		52.0		66.3

Tabelle B3: Belastung nach Wohnsituation im Längsschnitt über 3 Messzeitpunkte (N=422)

Abhängige Variable	MZP 2		MZP 3	
	Wohnsituation		Wohnsituation	
	Stationär (N=96) MW (SD)	Ambulant (N=326) MW (SD)	Stationär (N=96) MW (SD)	Ambulant (N=326) MW (SD)
Objektive Betreuungsaufgaben				
Basale Betreuungsaufgaben				
Hilfebedarf der Patienten	3.07 (0.90)	3.06 (0.94)	3.49 (0.65)	3.30 (0.77)
Leistung des Angehörigen	1.18 (1.39)	2.93 (1.15)	0.33 (0.66)	3.03 (1.05)
Erweiterte Betreuungsaufgaben				
Hilfebedarf der Patienten	3.86 (0.49)	3.88 (0.31)	3.68 (0.75)	3.90 (0.39)
Leistung des Angehörigen	2.35 (1.28)	3.44 (0.89)	1.95 (1.02)	3.46 (0.84)
Motivieren und Anleiten				
Hilfebedarf der Patienten	3.35 (0.96)	3.32 (1.05)	3.25 (1.26)	3.38 (1.13)
Leistung des Angehörigen	1.39 (1.45)	3.12 (1.26)	0.49 (0.81)	2.99 (1.30)
Emotionale Unterstützung				
Hilfebedarf der Patienten	2.97 (0.88)	2.95 (0.86)	3.05 (0.86)	3.06 (0.92)
Leistung des Angehörigen	2.14 (1.20)	3.27 (0.88)	1.77 (0.87)	3.23 (0.89)
Unterstützung bei Kontaktpflege				
Hilfebedarf der Patienten	3.33 (1.13)	3.43 (1.01)	2.87 (1.45)	3.28 (1.24)
Leistung des Angehörigen	2.46 (1.46)	3.30 (1.15)	2.04 (1.39)	3.10 (1.29)
Beaufsichtigung				
Hilfebedarf der Patienten	2.30 (0.96)	2.43 (1.01)	2.14 (1.07)	2.68 (1.03)
Leistung des Angehörigen	1.31 (1.23)	2.76 (1.12)	0.74 (0.68)	2.74 (1.10)

MZP 1: Objektive Betreuungsaufgaben = andere Erhebungsmethode
 MW = Mittelwert SD = Standardabweichung

Fortsetzung Tabelle B3

Abhängige Variable	MZP 1		MZP 2		MZP 3	
	Wohnsituation		Wohnsituation		Wohnsituation	
	Stationär (N=96) MW (SD)	Ambulant (N=326) MW (SD)	Stationär (N=96) MW (SD)	Ambulant (N=326) MW (SD)	Stationär (N=96) MW (SD)	Ambulant (N=326) MW (SD)
Subjektive Belastung durch Verhaltensänderungen						
Spätsymptomatik	1.25 (1.64)	0.97 (1.52)	1.60 (1.41)	1.49 (1.29)	1.82 (1.48)	1.68 (1.31)
Kognitive Einbußen	2.54 (1.02)	2.29 (1.10)	2.16 (1.25)	2.17 (1.14)	1.94 (1.27)	2.09 (1.14)
Verwirrtes Verhalten	2.07 (1.21)	1.75 (1.15)	1.82 (1.13)	1.68 (1.01)	1.68 (1.13)	1.73 (1.03)
Aggressivität u. Widerstand	1.17 (1.21)	1.07 (1.05)	1.01 (1.07)	1.03 (1.04)	0.71 (0.91)	0.99 (1.09)
Depressivität	2.44 (1.04)	2.10 (1.05)	2.19 (1.19)	1.83 (1.15)	2.04 (1.21)	1.87 (1.17)
Persönliche Vernachlässigung	1.96 (1.45)	1.86 (1.40)	2.37 (1.48)	2.18 (1.43)	1.48 (1.35)	1.72 (1.38)
Beziehungsverlust	3.08 (0.83)	2.87 (0.95)	3.07 (0.82)	2.92 (0.86)	3.03 (0.96)	2.95 (0.96)
Subjektiv wahrgenommene Bedürfniskonflikte						
Persönliche Einschränkungen	2.29 (1.03)	2.37 (0.97)	2.08 (1.12)	2.32 (0.96)	1.66 (1.00)	2.40 (0.96)
Mangelnde institutionelle Unterstützung	/	/	1.44 (1.03)	1.34 (1.01)	1.40 (0.99)	1.43 (1.06)
Mangelnde soziale Anerkennung	1.98 (1.01)	2.06 (1.04)	2.01 (1.00)	2.14 (1.05)	1.06 (0.87)	1.13 (0.70)
Negative Bewertung der eigenen Pflegeleistung	1.41 (0.83)	1.16 (0.81)	1.35 (0.99)	1.17 (0.69)	1.06 (0.87)	1.13 (0.70)
Finanzielle Einbußen	1.15 (0.95)	1.18 (0.98)	1.27 (1.15)	1.27 (1.02)	1.26 (1.07)	1.31 (1.00)
Subjektiv wahrgenommene Rollenkonflikte						
Konflikte zw. Beruf und Pflege (N=113)	2.05 (0.92)	2.04 (0.95)	1.99 (0.88)	2.07 (0.87)	1.60 (1.02)	2.13 (0.93)
Konflikte zw. Familie und Pflege (N=203)	1.42 (1.14)	1.64 (1.04)	1.41 (1.16)	1.63 (1.01)	1.11 (0.99)	1.61 (1.01)

MW = Mittelwert SD = Standardabweichung

Tabelle B4: Varianzanalyse mit Messwiederholung über drei Messzeitpunkte zum objektiven Hilfebedarf mit stationär und ambulant betreuten Demenzpatienten: Objektive Betreuungsaufgaben (N= 436)

Quelle der Varianz	F-Wert	p	Eta ²
Multivariater Test			
Wohnsituation	5.45	.000	.073
Messzeitpunkt	22.91	.000	.249
MZP X Wohnsituation	6.73	.000	.089

Quelle der Varianz	F-Wert Gruppe	F-Wert Zeit	F-Wert Gruppe x Zeit	Eta ² Zeit	Eta ² Gruppe x Zeit
<i>Univariate Tests</i>					
Basale Betreuungsaufgaben	1.13	91.95***	6.02**	.180	.014
Erweiterte Betreuungsaufgaben	9.94**	5.65*	9.06**	.013	.021
Motivieren und Anleiten	0.25	0.05	1.26	.000	.003
Kontaktpflege	5.09*	16.03***	4.12*	.037	.010
Emotionale Unterstützung	0.00	4.24*	0.07	.010	.000
Beaufsichtigung	9.96**	0.61	14.14***	.001	.033

* p < .05; ** p < .01; *** p < .001

Skala: von 0 (keine Belastung) bis 4 (hohe Belastung)

Tabelle B5: Varianzanalyse mit Messwiederholung über drei Messzeitpunkte zur Hilfeleistung der Angehörigen mit stationär und ambulant betreuten Demenzpatienten (N=436)

Quelle der Varianz	F-Wert	p	Eta ²
Multivariater Test			
Wohnsituation	67.60	.000	.494
Messzeitpunkt	11.28	.000	.140
MZP X Wohnsituation	13.25	.000	.161

Quelle der Varianz	F-Wert	F-Wert	F-Wert	Eta ²	Eta ²
	Gruppe	Zeit	Gruppe x Zeit	Zeit	Gruppe x Zeit
<i>Univariate Tests</i>					
Basale Betreuungsaufgaben	373.87***	46.97***	75.74***	.101	.153
Erweiterte Betreuungsaufgaben	194.38***	11.43***	13.19***	.027	.030
Motivieren und Anleiten	272.26***	53.07***	29.85***	.112	.066
Unterstützung bei Kontaktpflege	55.40***	16.85***	2.17	.039	.005
Emotionale Unterstützung	192.68***	13.86***	9.10**	.032	.021
Beaufsichtigung	241.32***	25.72***	21.41***	.058	.049

** p < .01; *** p < .001

Skala von 0 (keine Belastung) bis 4 (hohe Belastung)

Tabelle B6: Varianzanalyse mit Messwiederholung über drei Messzeitpunkte zur subjektiven Belastung durch Verhaltensänderungen mit stationär und ambulant betreuten Demenzpatienten (N=436)

Quelle der Varianz	F-Wert	p	Eta ²
Multivariater Test			
Wohnsituation	1.73	.099	.029
Messzeitpunkt	14.76	.000	.337
MZP X Wohnsituation	1.84	.030	.060

Quelle der Varianz	F-Wert	F-Wert	F-Wert	Eta ²	Eta ²
	Gruppe	Zeit	Gruppe x Zeit	Zeit	Gruppe x Zeit
<i>Univariate Tests</i>					
Spätsymptomatik	1.80	29.92***	0.54	.067	.001
Kognitive Einbußen	0.09	19.67***	4.88**	.045	.012
Verwirrtes Verhalten	0.45	7.46***	6.31**	.017	.015
Aggressivität und Widerstand	0.40	11.57***	6.04**	.027	.014
Depressivität	7.32**	13.29***	1.23	.031	.003
Persönliche Vernachlässigung	0.50	22.17***	1.01	.050	.002
Beziehungsverlust	2.42	0.14	1.06	.000	.003

** p < .01; *** p < .001

Skala von 0 (keine Belastung) bis 4 (hohe Belastung)

Tabelle B7: Varianzanalyse mit Messwiederholung über drei Messzeitpunkte zu subjektiv wahrgenommenen Bedürfniskonflikten der Angehörigen mit stationär und ambulant betreuten Demenzpatienten (N=436)

Quelle der Varianz	F-Wert	p	Eta ²
Multivariater Test			
Wohnsituation	5.96	.000	.054
Messzeitpunkt	7.64	.000	.129
MZP X Wohnsituation	8.25	.000	.138

Quelle der Varianz	F-Wert Gruppe	F-Wert Zeit	F-Wert Gruppe x Zeit	Eta ² Zeit	Eta ² Gruppe x Zeit
<i>Univariate Tests</i>					
Persönliche Einschränkungen	12.28***	20.34***	26.13***	.046	.059
Mangelnde soziale Anerkennung	0.98	1.20	0.12	.003	.000
Finanzielle Einbußen	0.08	3.25*	0.09	.008	.000
Negative Bewertung der eigenen Pflegeleistung	2.77	10.97***	7.19***	.025	.017

* p < .05; *** p < .001

Skala: von 0 (keine Belastung) bis 4 (hohe Belastung)

Tabelle B8: Varianzanalyse mit Messwiederholung über drei Messzeitpunkte zur mangelnden institutionellen Unterstützung bei Angehörigen mit stationär und ambulant betreuten Demenzpatienten (N=436)

Quelle der Varianz	F-Wert	p	Eta ²
Multivariater Test			
Wohnsituation	0.14	.707	.000
Messzeitpunkt	0.26	.609	.001
MZP X Wohnsituation	1.45	.228	.003

Tabelle B9: Varianzanalyse mit Messwiederholung über drei Messzeitpunkte zu Konflikten zwischen Beruf und Pflege mit stationär und ambulant betreuten Demenzpatienten (N=121)

Quelle der Varianz	F-Wert	p	Eta ²
Multivariater Test			
Wohnsituation	1.52	.220	.014
Messzeitpunkt	3.50	.034	.060
MZP X Wohnsituation	6.60	.002	.107

Tabelle B10: Varianzanalyse mit Messwiederholung über drei Messzeitpunkte zu Konflikten zwischen Familie und Pflege mit stationär und ambulant betreuten Demenzpatienten (N=221)

Quelle der Varianz	F-Wert	p	Eta ²
Multivariater Test			
Wohnsituation	4.24	.041	.021
Messzeitpunkt	5.65	.004	.053
MZP X Wohnsituation	3.99	.020	.038

C Deskriptiva und Verlaufsdaten der Längsschnittstichprobe über vier Messzeitpunkte

Tabelle C1: Soziodemographische und pflegebezogene Merkmale der Angehörigen der Längsschnittstichprobe über vier Messzeitpunkte (N=321)

Merkmale			Merkmale		
	MZP 1			MZP 1	
	MW (SD)	Anteil (%)		MW (SD)	Anteil (%)
Geschlecht			Höchster Schulabschluss		
Männlich		20.9	Kein Schulabschluss		0.3
Weiblich		79.1	Volksschule/ Hauptschule		37.1
Alter in Jahren	59.5 (10.9)		Realschule		38.3
Familienstand			Abitur		22.7
Ledig		7.5	Sonstiges		1.6
Verheiratet/ Partnerschaft		84.7	Monatliches Haushaltseinkommen		
Verwitwet		1.3	Unter 1300 €		15.9
Geschieden/ Getrennt lebend		6.5	1300-1800 €		23.1
Kinder			1800-2300 €		25.6
Ja		82.6	Mehr als 2300 €		35.4
Nein		17.4	Verwandtschaftliche Beziehung		
Berufstätigkeit			Tochter		38.2
Ja		25.3	Sohn		2.5
Rentner		48.9	(Ehe)Partnerin		27.8
Arbeitslos		7.3	(Ehe)Partner		17.7
Hausfrau/-mann		10.4	Schwiegertochter/-sohn		8.5
Sonstiges		8.1	Enkelin/Enkel		0.9
			Andere		4.4
			Betreuungsdauer/ Monate	40.8 (29.8)	

MW = Mittelwert SD = Standardabweichung

Tabelle C2: Merkmale der Demenzpatienten der Längsschnittstichprobe über vier Messzeitpunkte (N=321)

Merkmale	MZP 1		MZP 2		MZP 3		MZP 4	
	MW(SD)	Anteil (%)	MW(SD)	Anteil (%)	MW(SD)	Anteil (%)	MW(SD)	Anteil (%)
Geschlecht								
Männlich		32.5						
Weiblich		67.5						
Alter in Jahren	77.1 (9.4)							
Gemeinsamer Haushalt								
Ja		59.4	57.7		56.4		53.6	
Nein		40.6	42.3		43.6		46.4	
Lebt im Heim								
Ja		5.3	14.2		23.4		32.4	
Nein		94.7	85.8		76.6		67.6	
Eigener Haushalt		35.3	28.1		20.2		14.0	
Anwesenheitshäufigkeit								
1-2x pro Woche		3.1	0.6		0.7		-	
Täglich		11.6	4.5		2.3		0.9	
Mehrmals täglich		41.9	40.4		26.8		23.4	
Rund um die Uhr		43.4	54.5		70.2		75.7	
Pflegestufe								
Keine		19.0	8.7		3.4		1.9	
Pflegestufe 1		24.3	24.3		19.6		14.6	
Pflegestufe 2		33.6	38.3		40.2		33.6	
Pflegestufe 3		23.1	28.7		36.8		49.9	

Fortsetzung Tabelle C2

Merkmale	MZP 1		MZP 2		MZP 3		MZP 4	
	MW(SD)	Anteil (%)	MW(SD)	Anteil (%)	MW (SD)	Anteil (%)	MW (SD)	Anteil (%)
Körperliche Beeinträchtigungen								
Ja	62.8		72.9		82.2		86.0	
Nein	37.2		27.1		17.8		14.0	
Beeinträchtigt Sehen								
Ja	36.3		36.1		34.3		32.7	
Nein	63.7		63.9		65.7		67.3	
Beeinträchtigt Hören								
Ja	32.8		32.6		29.9		26.2	
Nein	67.2		67.4		70.1		73.8	
Beeinträchtigt Laufen								
Ja	74.6		80.9		77.4		74.5	
Nein	25.4		19.1		22.6		25.5	
Bettlägerigkeit								
Ja	5.0		6.7		12.3		18.7	
Nein	95.0		93.3		87.7		81.3	
Wesentliche Krankheiten vorhanden								
Ja	57.8		64.6		62.5		66.7	
Nein	42.2		35.4		37.5		33.3	
ICD-Gesamteinschätzung								
Leicht	11.8		5.1		2.5		1.2	
Mittel	53.9		44.9		33.0		15.6	
Schwer	34.3		50.0		64.5		83.2	

MW = Mittelwert SD = Standardabweichung

Tabelle C3: Belastung nach Wohnsituation im Längsschnitt über vier Messzeitpunkte (N=321)

Abhängige Variable	MZP 2		MZP 3		MZP 4	
	Wohnsituation		Wohnsituation		Wohnsituation	
	Stationär (N=104) MW (SD)	Ambulant (N=217) MW (SD)	Stationär (N=104) MW (SD)	Ambulant (N=217) MW (SD)	Stationär (N=104) MW (SD)	Ambulant (N=217) MW (SD)
Objektive Betreuungsaufgaben						
Basale Betreuungsaufgaben						
Hilfebedarf der Patienten	2.93 (0.93)	3.05 (0.95)	3.30 (0.76)	3.30 (0.79)	3.47 (0.60)	3.42 (0.71)
Leistung der Angehörigen	1.62 (1.50)	3.04 (1.06)	1.19 (1.49)	3.08 (1.00)	0.36 (0.61)	3.07 (0.94)
Erweiterte Betreuungsaufgaben						
Hilfebedarf der Patienten	3.89 (0.35)	3.89 (0.29)	3.75 (0.69)	3.89 (0.44)	3.65 (0.84)	3.94 (0.27)
Leistung der Angehörigen	2.62 (1.26)	3.54 (0.79)	2.40 (1.15)	3.48 (0.79)	1.78 (1.01)	3.50 (0.76)
Motivieren und Anleiten						
Hilfebedarf der Patienten	3.30 (0.91)	3.40 (0.98)	3.31 (1.13)	3.40 (1.11)	3.20 (1.27)	3.27 (1.25)
Leistung der Angehörigen	1.90 (1.62)	3.27 (1.11)	1.32 (1.50)	3.03 (1.27)	0.33 (0.59)	2.92 (1.33)
Emotionale Unterstützung						
Hilfebedarf der Patienten	2.95 (0.87)	2.96 (0.87)	2.98 (0.97)	3.05 (0.88)	2.91 (1.05)	3.09 (0.95)
Leistung der Angehörigen	2.41 (1.27)	3.31 (0.84)	2.18 (1.11)	3.26 (0.86)	1.73 (1.07)	3.21 (0.93)
Unterstützung bei Kontaktpflege						
Hilfebedarf der Patienten	3.52 (1.00)	3.47 (1.01)	3.05 (1.38)	3.29 (1.24)	2.94 (1.44)	3.23 (1.32)
Leistung der Angehörigen	2.82 (1.41)	3.34 (1.16)	2.53 (1.43)	3.12 (1.25)	1.92 (1.40)	3.06 (1.35)
Beaufsichtigung						
Hilfebedarf der Patienten	2.26 (0.94)	2.43 (1.05)	2.29 (1.04)	2.67 (1.02)	2.07 (1.04)	2.63 (1.10)
Leistung der Angehörigen	1.74 (1.33)	2.77 (1.08)	1.39 (1.23)	2.77 (1.08)	0.63 (0.65)	2.68 (1.10)

MZP 1 = andere Erhebungsmethode

Fortsetzung Tabelle C3

	MZP 1		MZP 2		MZP 3		MZP 4	
	Wohnsituation		Wohnsituation		Wohnsituation		Wohnsituation	
	Stationär (N=104) MW (SD)	Ambulant (N=217) MW (SD)	Stationär (N=104) MW (SD)	Ambulant (N=217) MW (SD)	Stationär (N=104) MW (SD)	Ambulant (N=217) MW (SD)	Stationär (N=104) MW (SD)	Ambulant (N=217) MW (SD)
Subjektive Belastung durch Verhaltensänderungen								
Spätsymptomatik	1.04 (1.48)	0.98 (1.52)	1.50 (1.35)	1.55 (1.33)	1.54 (1.35)	1.74 (1.37)	1.95 (1.41)	1.94 (1.44)
Kognitive Einbußen	2.48 (0.93)	2.27 (1.14)	2.22 (1.18)	2.15 (1.13)	2.05 (1.22)	2.09 (1.08)	1.81 (1.18)	2.11 (1.20)
Verwirrtes Verhalten	1.84 (1.14)	1.83 (1.18)	1.75 (1.01)	1.67 (1.03)	1.65 (1.04)	1.74 (1.03)	1.57 (1.04)	1.73 (1.01)
Aggressivität u. Widerstand	1.26 (1.18)	1.08 (1.06)	1.22 (1.11)	1.01 (1.05)	0.93 (0.99)	0.97 (1.06)	0.73 (0.91)	1.02 (1.04)
Depressivität	2.31 (0.95)	2.15 (1.10)	2.12 (1.14)	1.82 (1.17)	1.98 (1.16)	1.87 (1.16)	1.92 (1.12)	1.84 (1.19)
Persönliche Vernachlässigung	1.88 (1.37)	1.91 (1.40)	2.40 (1.44)	2.18 (1.47)	1.80 (1.30)	1.71 (1.36)	1.39 (1.27)	1.67 (1.31)
Beziehungsverlust	2.95 (0.82)	2.86 (0.97)	2.99 (0.87)	2.89 (0.88)	2.97 (0.97)	2.92 (0.96)	3.04 (0.93)	2.91 (0.92)
Subjektiv wahrgenommene Bedürfniskonflikte								
Persönliche Einschränkungen	2.24 (0.97)	2.37 (0.93)	2.17 (1.11)	2.34 (0.91)	1.94 (1.05)	2.36 (0.93)	1.60 (1.02)	2.49 (0.96)
Umgang mit Behörden			1.36 (1.02)	1.34 (1.02)	1.46 (1.03)	1.38 (1.06)	1.39 (1.04)	1.35 (1.02)
Mangelnde soziale Anerkennung	1.97 (1.02)	2.08 (1.07)	1.97 (1.04)	2.14 (1.07)	1.92 (1.02)	2.08 (1.02)	1.99 (1.07)	2.13 (1.01)
Negative Bewertung der eigenen Pflegeleistung	1.38 (0.74)	1.16 (0.84)	1.38 (0.86)	1.11 (0.68)	1.13 (0.81)	1.11 (0.69)	1.09 (0.80)	1.11 (0.69)
Finanzielle Einbußen	1.13 (0.97)	1.18 (0.97)	1.34 (1.11)	1.21 (1.01)	1.37 (1.05)	1.22 (0.96)	1.45 (1.08)	1.26 (1.00)
Rollenkonflikte								
Konflikte zw. Beruf und Pflege (N=76)	2.20 (0.83)	1.99 (0.95)	2.15 (0.85)	2.02 (0.84)	1.87 (1.07)	2.06 (0.92)	1.52 (1.01)	1.97 (0.98)
Konflikte zw. Familie und Pflege (N=136)	1.38 (0.95)	1.72 (1.02)	1.52 (1.05)	1.68 (1.00)	1.24 (0.98)	1.64 (1.00)	1.16 (0.97)	1.65 (1.13)

Tabelle C4: Varianzanalyse mit Messwiederholung über vier Messzeitpunkte zum objektiven Hilfebedarf mit stationär und ambulant betreuten Demenzpatienten (N=321)

Quelle der Varianz	F-Wert	p	Eta ²
Multivariater Test			
Wohnsituation	4.503	.000	.079
Messzeitpunkt	17.007	.000	.399
MZP X Wohnsituation	3.821	.000	.130

Quelle der Varianz	F-Wert Gruppe	F-Wert Zeit	F-Wert Gruppe x Zeit	Eta ² Zeit	Eta ² Gruppe x Zeit
<i>Univariate Tests</i>					
Basale Betreuungsaufgaben	0.088	82.930***	2.981*	.206	.009
Erweiterte Betreuungsaufgaben	14.723***	3.553*	7.748***	.011	.024
Motivieren und Anleiten	0.794	1.574	0.013	.005	.000
Kontaktpflege	2.024	13.637***	2.259	.041	.007
Emotionale Unterstützung	1.057	0.611	0.985	.002	.003
Beaufsichtigung	13.032***	3.372*	5.464**	.010	.017

* p < .05; ** p < .01; *** p < .001

Skala: von 0 (keine Belastung) bis 4 (hohe Belastung)

Tabelle C5: Varianzanalyse mit Messwiederholung über vier Messzeitpunkte zur Hilfeleistung der Angehörigen mit stationär und ambulant betreuten Demenzpatienten (N=321)

Quelle der Varianz	F-Wert	p	Eta ²
Multivariater Test			
Wohnsituation	64.619	.000	.553
Messzeitpunkt	12.859	.000	.334
MZP X Wohnsituation	11.084	.000	.302

Quelle der Varianz	F-Wert	F-Wert	F-Wert	Eta ²	Eta ²
	Gruppe	Zeit	Gruppe x Zeit	Zeit	Gruppe x Zeit
<i>Univariate Tests</i>					
Basale Betreuungsaufgaben	326.054***	55.467***	61.468***	.148	.162
Erweiterte Betreuungsaufgaben	198.469***	33.576***	30.135***	.095	.086
Motivieren und Anleiten	251.675***	71.868***	30.520***	.184	.087
Kontaktpflege	37.028***	26.636***	8.869***	.077	.027
Emotionale Unterstützung	161.417***	20.083***	11.410***	.059	.035
Beaufsichtigung	193.021***	45.013***	31.805***	.124	.091

*** p < .001

Skala von 0 (keine Belastung) bis 4 (hohe Belastung)

Tabelle C6: Varianzanalyse mit Messwiederholung über vier Messzeitpunkte zur subjektiven Belastung durch Verhaltensänderungen mit stationär und ambulant betreuten Demenzpatienten (N=321)

Quelle der Varianz	F-Wert	p	Eta ²
Multivariater Test			
Wohnsituation	0.828	.565	.018
Messzeitpunkt	12.380	.000	.465
MZP X Wohnsituation	1.980	.007	.122

Quelle der Varianz	F-Wert	F-Wert	F-Wert	Eta ²	Eta ²
	Gruppe	Zeit	Gruppe x Zeit	Zeit	Gruppe x Zeit
<i>Univariate Tests</i>					
Spätsymptomatik	0.105	41.437***	0.847	.115	.003
Kognitive Einbußen	0.022	12.793***	4.613**	.039	.014
Verwirrtes Verhalten	0.160	2.906*	1.384	.009	.004
Aggressivität u. Widerstand	0.027	11.038***	8.060***	.033	.025
Depressivität	2.493	9.712***	0.977	.030	.003
Persönliche Vernachlässigung	0.000	26.360***	3.049*	.076	.009
Beziehungsverlust	0.960	0.801	0.304	.003	.001

* p < .05; ** p < .01; *** p < .001

Skala: von 0 (keine Belastung) bis 4 (hohe Belastung)

Tabelle C7: Varianzanalyse mit Messwiederholung über vier Messzeitpunkte der wahrgenommenen Bedürfniskonflikte mit stationär und ambulant betreuten Demenzpatienten (N=321)

Quelle der Varianz	F-Wert	p	Eta ²
Multivariater Test			
Wohnsituation	8.516	.000	.097
Messzeitpunkt	5.845	.000	.185
MZP X Wohnsituation	7.832	.000	.234

Quelle der Varianz	F-Wert Gruppe	F-Wert Zeit	F-Wert Gruppe x Zeit	Eta ² Zeit	Eta ² Gruppe x Zeit
<i>Univariate Tests</i>					
Persönliche Einschränkungen	16.783***	10.533***	24.753***	.032	.072
Mangelnde soziale Anerkennung	1.861	0.687	0.150	.002	.000
Negative Bewertung der eigenen Pflegeleistung	3.034	6.738***	4.646**	.021	.014
Finanzielle Einbußen	1.063	5.165**	1.956	.016	.006

** p < .01; *** p < .001

Skala: von 0 (keine Belastung) bis 4 (hohe Belastung)

Tabelle C8: Varianzanalyse mit Messwiederholung über vier Messzeitpunkte zum Umgang mit Behörden bei stationär und ambulant betreuten Demenzpatienten (N=321)

Quelle der Varianz	F-Wert	p	Eta ²
Multivariater Test			
Wohnsituation	0.191	.662	.001
Messzeitpunkt	0.869	.421	.005
MZP X Wohnsituation	0.120	.887	.001

Tabelle C9: Varianzanalyse mit Messwiederholung über vier Messzeitpunkten zu Konflikten zwischen Beruf und Pflege mit stationär und ambulant betreuten Demenzpatienten (N=81)

Quelle der Varianz	F-Wert	p	Eta ²
Multivariater Test			
Wohnsituation	0.142	.707	.002
Messzeitpunkt	7.045	.000	.227
MZP X Wohnsituation	5.094	.003	.175

Tabelle C10: Varianzanalyse mit Messwiederholung über vier Messzeitpunkten zu Konflikten zwischen Familie und Pflege mit stationär und ambulant betreuten Demenzpatienten (N=166)

Quelle der Varianz	F-Wert	p	Eta ²
Multivariater Test			
Wohnsituation	4.689	.032	.034
Messzeitpunkt	2.568	.057	.055
MZP X Wohnsituation	1.770	.156	.039