



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2010

**Auswirkungen erhöhter sozialer Unterstützung auf das Wohlbefinden kognitiv
beeinträchtigtger älterer Menschen**

Oppikofer, Sandra ; Albrecht, Kerstin ; Martin, Mike

DOI: <https://doi.org/10.1007/s00391-009-0066-0>

Other titles: Effect of increased social support on the well-being of cognitively impaired elderly people

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-23621>

Journal Article

Accepted Version

Originally published at:

Oppikofer, Sandra; Albrecht, Kerstin; Martin, Mike (2010). Auswirkungen erhöhter sozialer Unterstützung auf das Wohlbefinden kognitiv beeinträchtigtger älterer Menschen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 43(5):310-316.

DOI: <https://doi.org/10.1007/s00391-009-0066-0>

Die Auswirkungen erhöhter sozialer Unterstützung auf das Wohlbefinden kognitiv beeinträchtigter älterer Menschen

Autorinnen und Autor

Sandra Oppikofer – Zentrum für Gerontologie, Universität Zürich
Kerstin Albrecht – Zentrum für Gerontologie, Universität Zürich
Mike Martin – Psychologisches Institut, Universität Zürich

Anschrift der Autorinnen und des Autors

✉ Sandra Oppikofer

Universität Zürich

Zentrum für Gerontologie

Sumatrastrasse 30

CH-8006 Zürich

E-mail: sandra.oppikofer@zfg.uzh.ch

Tel. & Fax +41 (0)41 440 65 13

Kerstin Albrecht

Universität Zürich

Zentrum für Gerontologie

Sumatrastrasse 30

CH-8006 Zürich

Mike Martin

Universität Zürich

Psychologisches Institut

Gerontopsychologie

Binzmühlestrasse 14/24

CH-8050 Zürich

Kolummentitel

Soziale Unterstützung kognitiv beeinträchtigter älterer Menschen

Zusammenfassung

Soziale Beziehungen stellen einen wichtigen Faktor für den Erhalt der Lebenszufriedenheit im Alter dar. Wenig bekannt ist, welchen Einfluss erhöhte soziale Unterstützung auf das Wohlbefinden kognitiv beeinträchtigter Menschen hat. In zwei vergleichenden Studien in der Schweiz und Österreich mit insgesamt 84 kognitive beeinträchtigten Personen (65 bis 98 Jahre) in stationärer Betreuung wurde deshalb in einem Kontrollgruppendesign untersucht, ob sich die Erhöhung sozialer Unterstützung positiv auf das Wohlbefinden auswirkt. Dazu wurden in zwei Feldstudien Interventionen bei kognitiv beeinträchtigten Menschen in Form von emotionaler sozialer Unterstützung durch freiwillige Besucher durchgeführt. In beiden Studien konnte ein positiver Zusammenhang zwischen der Erhöhung sozialer Unterstützung durch freiwillige Helfer und dem Wohlbefinden festgestellt werden. Die Studien zeigen auf, dass soziale Unterstützung und Zuwendung generell von kognitiv beeinträchtigten Menschen registriert und als wohltuend empfunden werden.

Schlüsselwörter

Demenz – freiwillige Helfer – Wohlbefinden – soziale Unterstützung – kognitive Beeinträchtigung

Summary

Social relationships are an important factor for maintaining life satisfaction in elderly people. Little is known, however, about the influence of increased social support towards the well-being of cognitively impaired people. This is why two comparative studies in Switzerland and Austria, with 84 cognitively impaired individuals (aged between 65 and 98) with in-patient treatment used a control group design to examine whether increased social support would have a positive effect on the well-being of these individuals. To this end, interventions in the form of emotional social support through volunteer visitors for dementia patients were carried out in the two field studies. In both studies, a positive association between an increased social support by volunteer assistants and well-being emerged. The studies show that social support and attention is generally being registered and perceived as creating a pleasantly soothing feeling in cognitively impaired people.

Titel engl.

The effect of increased social support on the well-being of cognitively impaired elderly people.

Key Words

dementia – volunteers – well-being – social support – cognitive impairment

Einleitung

Soziale Beziehungen stellen einen wichtigen Faktor für den Erhalt der Lebenszufriedenheit im Alter dar [16]. Dabei wird davon ausgegangen, dass insbesondere die soziale Unterstützung elementare, situationsunabhängige Bedürfnisse befriedigt und sich somit direkt auf die individuelle Befindlichkeit auswirkt. Erkenntnisse aus der Berliner Altersstudie [32] zeigen, dass soziale Beziehungen im Alter eher auf emotionale Unterstützung ausgerichtet sind. Sie umfassen positive emotionale Erfahrungen im Allgemeinen, wie zum Beispiel das Gefühl der Geborgenheit im Beisammensein, den Austausch von Zärtlichkeit, aber auch mittelbare Hilfe bei der Lebensbewältigung sowie Hilfe beim Überwinden von Krisen. Vor allem die wahrgenommene emotionale Unterstützung – d.h. die subjektive Überzeugung, unterstützt zu werden – hat eine stresspuffernde Wirkung auf die psychische Gesundheit [30]. Die wahrgenommene Unterstützung hat wesentlich mit den kognitiven und affektiven Schemata des betreffenden Individuums zu tun. Ein wichtiger Aspekt ist dabei das Gefühl, geliebt und geschätzt zu werden und sicher in ein soziales Netzwerk eingebettet zu sein [15, 29, 30].

Ferner wird vermutet, dass auch soziale Beziehungen Puffereffekte haben können, indem sie den Einfluss der Stressoren auf die Stressreaktionen verändern oder aber die Einwirkungen der Stressreaktionen auf die individuelle Befindlichkeit mildern können. Allerdings sind die genauen Wirkmechanismen sozialer Beziehungen hinsichtlich einer kognitiven Veränderung im Lebensverlauf bisher erst selten untersucht worden. Indes liegen einige Studien vor, die den protektiven Einfluss psychosozialer Faktoren auf das Risiko, an einer Demenz zu erkranken, erforscht haben [10, 2, 26, 31]. Untersuchungen zu den Auswirkungen einer erhöhten sozialen Unterstützung im Krankheitsverlauf fehlen jedoch weitgehend [24].

In einer beachtlichen Reihe von Untersuchungen von kognitiv nicht beeinträchtigten Menschen wurden positive Wirkungen aufbauender sozialer Beziehungen auf die Gesundheit, das Wohlbefinden und die Langlebigkeit nachgewiesen [z.B. 4, 13, 33, 35]. Demzufolge ist es naheliegend, dass soziale Unterstützung auch bei kognitiv beeinträchtigten Personen einen positiven Einfluss auf deren Wohlbefinden ausübt. Dies wäre insofern besonders bedeutsam, als an Demenz erkrankte Menschen durchschnittlich eine tiefere Lebensqualität aufweisen als psychisch gesunde und häufiger an psychischen und sonstigen Verhaltensauffälligkeiten leiden [20]. Eine kognitive Beeinträchtigung bringt jedoch den besonderen Umstand mit sich, dass die Betroffenen nur bedingt in der Lage sind, soziale Beziehungen selbstständig zu pflegen. Dabei sind sie vermehrt von sozialer Isolation, unfreiwilligem Alleinleben oder von mangelnder sozialer Unterstützung betroffen [14, 17].

Das Wohlbefinden nimmt bezüglich der Lebensqualität eines Individuums eine Schlüsselrolle ein. Grundsätzlich wird zwischen einem habituellen, d.h. andauernden und einem aktuellen, d.h. zeitlich begrenzten Wohlbefinden unterschieden. Dies impliziert, dass zum einen objektivierbare, stabile Umweltbedingungen gegeben sind, von denen anzunehmen ist, dass sie in einem positiven oder negativen Zusammenhang mit dem subjektiven Wohlbefinden stehen. Diese Bedingungen führen wiederum zu einem habituellen Wohlbefinden respektive zu einer permanenten erhöhten Lebenszufriedenheit. Zum anderen gibt es aber auch individuelle Situationen oder anregende Bedingungen, die zeitlich begrenzt zu einem höheren subjektiven Wohlbefinden beitragen [25].

Bisherige Untersuchungen zur Thematik der erhöhten sozialen Unterstützung bei Demenz erörtern vor allem die Möglichkeiten, wie die betreuenden Angehörigen der davon betroffenen Menschen unterstützt werden können [z.B. 5]. Publierte Untersuchungen über

direkte Zusammenhänge zwischen der sozialen Unterstützung kognitiv beeinträchtigter Betagter einerseits und deren Wohlbefinden bzw. deren Lebensqualität andererseits existieren jedoch unseres Wissens bisher noch keine. Die beiden vorliegenden Studien sollen diese Lücke schliessen.

Wie kann nun aber diese erhöhte soziale Unterstützung erbracht werden angesichts der Tatsache, dass die an Demenz Erkrankten in der Regel über ein sehr beschränktes soziales Netzwerk und über spärliche Kontakte verfügen? Anknüpfend an eine lange Tradition der Freiwilligentätigkeit in der Schweiz wurde die Idee aufgegriffen, Menschen, die an Demenz leiden, mittels regelmässiger Besuche durch Freiwillige emotional zu unterstützen [24, 12]. Dabei wurde gerade in diesem besonderen Falle informeller Hilfe davon ausgegangen, dass das Fehlen biographischer Gemeinsamkeiten zwischen der betagten und der betreffenden freiwillig tätigen Person – und damit das Nicht-Vorhandensein allfälliger negativer Erfahrungen und Erinnerungen – einen Vorteil gegenüber der familiären sozialen Unterstützung darstellen würde [22]. Es war zu erwarten, dass das Fehlen derartiger Hypothesen aus der Vergangenheit die Chance in sich bergen würde, dass die beiden zusammengeführten Personen einander unbefangen würden begegnen können. Unter dieser Voraussetzung war die Hypothese eines positiven Effekts von emotionaler Unterstützung auf das Wohlbefinden demenzkranker Menschen überhaupt erst plausibel.

In den beiden vorliegenden Studien wurde also untersucht, ob bzw. inwieweit sich soziale Unterstützung – in Form von emotionaler sozialer Unterstützung durch freiwillig Tätige – positiv auf die Lebensqualität und das Wohlbefinden kognitiv beeinträchtigter Menschen auswirkt. Weiterhin wurde geprüft, ob bzw. inwiefern der Effekt der Besuche durch den Grad der kognitiven Beeinträchtigung der betreffenden betagten Person und das

Ausgangsniveau ihres Wohlbefindens, ferner durch die spezifische Art der Intervention sowie der jeweiligen Langzeitinstitution moderiert wird.

Studie 1

Institutionalisierte alte Menschen leiden häufig unter depressiven Verstimmungen, Aggressivität, Aktivitätsstörungen und Psychosen [21]. Dies legt die Vermutung nahe, dass sich dadurch die Lebensqualität kognitiv beeinträchtigter institutionalisierter Menschen über einen längeren Zeitraum hinweg verschlechtert. In einer Amerikanischen Langzeitstudie wurde diese Hypothese bestätigt [19]. Demzufolge sollte untersucht werden, ob Besuche von Freiwilligen diesen negativen Verlauf der Lebensqualität und des allgemeinen Wohlbefindens neutralisieren oder sogar zu einer Steigerung der erwähnten Parameter führen können.

Methode

Stichprobe Bewohner: An der Studie teilgenommen haben 46 kognitiv beeinträchtigte Menschen im Alter zwischen 65 und 98 Jahren. Die 39 Frauen und 7 Männer erhielten vor der Besuchsphase maximal 2 Besuche pro Woche von Verwandten und Freunden. Mittels Parallelisierung und Randomisierung wurde eine Kontroll- und eine Experimentalgruppe mit je 23 Probanden gebildet. Diese Zuteilung erfolgte nach folgenden Kriterien: ‚Anzahl schon bestehender Besuche‘, ‚Z-MMS-Wert‘¹ (Zürcher Mini Mental Status) [6, 11] und ‚Alter‘ (vgl. Tabelle 1). Die längste Aufenthaltsdauer im Pflegeheim betrug 13 Jahre, die kürzeste 2 Monate (Experimentalgruppe: $M=3.9$, $SD=3.7$; Kontrollgruppe: $M=2.2$, $SD=2.0$).

EINFUEGEN TABELLE 1

¹ Die Zürcher Variante des Mini-Mental-Status schliesst - im Gegensatz zu dem ursprünglich von Folstein (1975) entwickelten Test (MMSE) - nebst verbalen auch nonverbale, praktische und visuell-räumliche Items mit ein. Insgesamt können ebenfalls maximal 30 Punkte erreicht werden. Der Test korreliert mit dem MMSE nach Folstein et al. zu $r=.88$ ($p<.001$; $n=53$) bei einer vergleichbaren Sensitivität und Spezifität (Noser et al., 1988, S. 73).

Stichprobe der Besucher: Auswahlkriterien für die freiwilligen Besucher waren: Selbstberichtete Freude und Interesse am Umgang mit kognitiv beeinträchtigten Menschen, Agilität, Pflichtbewusstsein, die Möglichkeit, Besuche regelmässig durchzuführen und die Bereitschaft, die Besuche nach der Untersuchung fortzusetzen. Die Gruppe der Besucher bestand aus 23 Personen (20 Frauen, 3 Männer; 40 bis 79 Jahre).

Da der Umgang mit kognitiv beeinträchtigten Menschen viel Einfühlungsvermögen und Wissen über Demenz und Alter erfordert und damit Situationen richtig eingeschätzt und bei Bedarf die entsprechenden Massnahmen getroffen wurden, erhielten die Besucher vor dem ersten Besuch eine dreistündige Schulung zu Hintergründen und Umgang mit demenzerkrankten Menschen sowie den Rahmenbedingungen und wichtigen Informationen für die Besuche. Diese Informationen wurden in einer Besuchermappe schriftlich festgehalten und an die Freiwilligen abgegeben. Die Besucher hatten ausserdem die Möglichkeit, in dreiwöchigem Rhythmus durchgeführte Supervisions- und Weiterbildungstreffen zu besuchen.

Jeder Freiwillige wurde individuell nach festgelegten Kriterien einem kognitiv erkrankten Bewohner zugeteilt. Zu diesem Zweck wurden die Hobbys und Interessen, das Geschlecht, die Sprache und der Beruf der Besucher sowie der demenzerkrankten Personen erhoben. So wurde versucht, Diaden mit gleicher sprachlicher Herkunft und ähnlichen Interessen zu bilden. Personen mit Helferfahrung im Bereich Demenz wurden schwerer kognitiv beeinträchtigte Personen zugeteilt. Diese bewusste Zuweisung sollte eine schnellere Verständigung zwischen freiwilligen Helfern und Erkrankten begünstigen.

Vorgehen: 23 leicht bis schwer kognitiv beeinträchtigte (Z-MMS = 5 – 25) Bewohner eines städtischen Pflegeheim in Zürich wurden während 10 Wochen von jeweils einem freiwilligen Besuchenden regelmässig einmal wöchentlich während möglichst genau einer Stunde besucht. Die Besuchenden konnten individuell bestimmen, was sie jeweils mit den

Betreuten unternehmen wollten. Die einzigen Auflagen waren, dass der Helfer allein mit dem Besuchten zusammen war und dass aktive Tätigkeiten stattfanden (auf keinen Fall fernsehen, jedoch z.B. unterhalten, spazieren gehen oder singen). Der Besuch durfte vor Ablauf einer Stunde abgebrochen werden, wenn der Patient dies ausdrücklich wünschte. Ziel des Besuches war, emotionale Unterstützung zu leisten. D.h. während der Besuchsstunden nahmen sich die freiwilligen Helfer Zeit, um auf die Bedürfnisse ihrer Betreuten individuell einzugehen.

Um den Patienten ein Gefühl der Kontrolle und Vorhersagbarkeit zu vermitteln, wurde jeder Besuchstermin direkt nach dem Besuch gemeinsam vereinbart und auf einem Terminkärtchen mit einem Foto des freiwilligen Helfers festgehalten. Das Kärtchen wurde an einem für den Patienten sichtbaren Ort in dessen Zimmer aufgestellt und diente ihm als Erinnerungshilfe. Indem die Erinnerung durch das Kärtchen verlängert und aufgefrischt werden konnte, sollten die Effekte des Besuches verstärkt werden.

Es wurden zwei Datenerhebungen durchgeführt. Die erste (t1) erfolgte unmittelbar vor, die zweite (t2) unmittelbar nach erwähnter zehnwöchiger Besuchsphase. Zu beiden Messzeitpunkten wurden sowohl die Besuchten (Selbstbeurteilung, ca. 30 Minuten) als auch die zuständigen Pflegenden (Fremdbeurteilung, ca. 15 Minuten) befragt. Zwischen der Eingangs- und Enduntersuchung lagen 11 Wochen. Die Datenerhebung erfolgte mittels standardisierten, auf vier Fragebogen basierenden Interviews.

Instrumente: Erhoben wurden soziodemographische Angaben, der Grad der kognitiven Beeinträchtigung mittels dem Zürcher Mini Mental Status (Z-MMS²) [6, 11], die Lebensqualität und die Wirkung der Besuche mit den Fragen: „Wie häufig bekommen Sie Besuch?“ und „Wie zufrieden sind Sie mit ihren Besuchen“ (Visuell-Analog-Skala, Wertebereich: 1-5). Gemessen wurde hier die wahrgenommene Unterstützung.

² Die Zürcher Variante des Mini-Mental-Status schliesst - im Gegensatz zu dem ursprünglich von Folstein (1975) entwickelten Test (MMSE) - nebst verbalen auch averbale, praktische und visuell-räumliche

Lebensqualität: Da die Lebensqualität bei Menschen mit einer fortgeschrittenen Demenz nur beschränkt direkt erfragt werden kann, sollten vier Indikatoren des Zürcher Lebensqualitäts-Inventars (ZLQI) [34] Hinweise auf dieses Konstrukt liefern.

- *Anzahl verschriebener und verlangter Medikamente*

In der medizinischen Forschung bewährtes und leicht qualifizierbares Instrument zur indirekten Erhebung des subjektiven Wohlbefindens. Besonders gewichtet wird die Anzahl der verlangten Medikamente (Wertebereich 0 – 125, 0 = schlechteste Lebensqualität (LQ), 125 = beste LQ).

Skala zu Behinderung und Leiden

Aus acht Beurteilungsgraden zur ‚objektiven Behinderung‘, kombiniert mit vier Beurteilungsgraden des ‚subjektiven Leidens‘, ergeben sich 32 Felder, die zum Ausdruck bringen, wie stark die Besuchten laut ihren Betreuerinnen unter ihren Einschränkungen und Behinderungen leiden. Die Skala wurde in einer Untersuchung validiert [28, 3]. Dabei wurden bezüglich der Test-Retest-Reliabilität (97.2%) und der Interraterreliabilität (88.0%) hohe Werte gemessen. Es wird angenommen, dass die Lebensqualität umso höher ist, je weniger Behinderungen und subjektives Leiden bestehen (Wertebereich 0 – 125, 0 = schlechteste LQ, 125 = beste LQ).

Stressskala für Pflegendende

Die Skala setzt sich zusammen aus 12 negativen und zwei positiven Gefühlsbeschreibungen, welche Pflegendende während der Betreuung eines Besuchten möglicherweise empfinden (Wertebereich der Skala: 0 - 125). Die Skala beruht auf der Erfahrung, dass sich die Stimmung des Patienten während der Pflege auf die Pflegeperson überträgt. Die Pfleger-Stress-Skala gilt als ein indirektes Mass, welches das Wohlbefinden von Patienten weit zuverlässiger erfasst als dessen direkte Einschätzung durch die Pflegenden,

Items mit ein. Insgesamt können ebenfalls maximal 30 Punkte erreicht werden. Der Test korreliert mit dem

da diese oft durch Ängste verfälscht wird [3] (Wertebereich 0 – 125, 0 = schlechteste LQ, 125 = beste LQ).

Subjektive Befindlichkeit

Dieser Wert stützte sich auf eine Zufriedenheits-Visuell-Analog Skala, bei der die Besuchten anhand fünf verschiedener Gesichter ihr Befinden einschätzen konnten [1]. Aufgrund der limitierten Abstraktionsfähigkeit kognitiv Beeinträchtigter erleichtert eine bildliche Skala die Einschätzung des Wohlbefindens (Wertebereich 0 – 125, 0 = schlechteste LQ, 125 = beste LQ). Die Gesamtskala ‚Lebensqualität‘ umfasst einen Wertebereich von 0-500.

Resultate

Ein Teilnehmer der Experimentalgruppe und zwei Teilnehmer der Kontrollgruppe verstarben während der Besuchsphase, so dass sich die endgültige Stichprobe auf 43 Personen (EG: 22; KG: 21) reduzierte. Alle weiteren Besuche konnten regelmässig wöchentlich durchgeführt werden. Die durchschnittliche Anzahl von 0.63 Besuchen pro Woche in der Experimentalgruppe vergrösserte sich durch die Besuchsintervention signifikant auf 1.63 wöchentliche Besuche, während die Anzahl der Besuche in der Kontrollgruppe konstant blieb ($M=0.73$).

Der Zuwachs an Besuchen wurde von den kognitiv beeinträchtigten Heimbewohnern offensichtlich bewusst wahrgenommen. Die Experimentalgruppe berichtete beim zweiten Messzeitpunkt häufiger sie hätten oft Besuche; indes hatte die Kontrollgruppe eher das Gefühl, weniger Besuche zu erhalten ($Z = 3.0, p < .01$). Ferner wünschten sich die Teilnehmer der Kontrollgruppe nach der Intervention signifikant öfter mehr Besuche ($Z = 2.0, p < .05$) als die Mitglieder der Experimentalgruppe ($Z = 2.3, p \leq .01$).

Zur Prüfung der Frage, ob die Besuche einen positiven Einfluss auf die Lebensqualität der Besuchten ausübten, wurde eine 2(Gruppe) x 2(Zeit) ANOVA durchgeführt. Es konnte ein eindeutig positiver Einfluss der Besuche auf das Wohlbefinden der Heimbewohner nachgewiesen werden ($F_{(1, 39)} = 11.16, p < .01$). Post hoc Analysen ergaben ein Absinken der Lebensqualität in der Kontrollgruppe ($M(t2-t1) = -22.8, SD = 52.2, t = -2.0, p < .05$) und einen Anstieg bei der Experimentalgruppe ($M(t2-t1) = 28.6, SD = 46.0, t = 2.8, p < .01$) (vgl. Abb. 1). Keinen Unterschied fand sich in der Anzahl verabreichter Medikamente ($F = .33, p = .56$).

EINFUEGEN ABBILDUNG 1

Eine separate Analyse der Unteritems der Lebensqualität ergab deutliche Veränderungen in der Stressskala für Pflegende ($F_{(1, 41)} = 3.7, p < .05$) und bezüglich der rapportierten Leiden und Behinderungen ($Z = 2.67, p < .05$), welche für sich alleine nicht normalverteilt waren und somit mit einem U-Test nach Mann-Whitney überprüft wurden.

Diskussion

Trotz der kurzen Interventionszeit konnten signifikante Verbesserungen nachgewiesen werden. Dies zeigt, dass Besuche von Freiwilligen einen positiven Einfluss auf die Lebensqualität kognitiv beeinträchtigter Heimbewohner haben und somit eine gute Ergänzung zu üblichen Besuchen von Verwandten und Freunden darstellen können. Obschon die Intervention eindeutig gelungen scheint, müssen einige Punkte im Versuchssetting bezüglich Reliabilität und Validität kritisch betrachtet werden. So war es beispielsweise unvorteilhaft, dass die zwei Versuchsgruppen differierende Ausgangswerte in der durchschnittlichen Lebensqualität aufwiesen: Die Kontrollgruppe zeigte eine durchschnittlich bessere Lebensqualität auf als die Experimentalgruppe – dies trotz Parallelisierung nach Kontakthäufigkeit, kognitivem Beeinträchtigungsgrad und Alter. Es muss davon ausgegangen werden, dass die Besuchseffekte dadurch beeinflusst wurden. Da jedoch die Veränderungen im Wohlbefinden der beiden Untersuchungsgruppen auch separat signifikant sind und die

Verläufe sich deutlich überkreuzen, kann eine Regression zur Mitte als alleinige Erklärung mit guten Gründen ausgeschlossen werden. Es kann davon ausgegangen werden, dass der grösste Teil des Effekts den Besuchen zugeschrieben werden kann.

Der positive Einfluss der Besuche auf die Lebensqualität der Patienten konnte zu einem grossen Teil durch Fremdberichte bestätigt werden. Dies weist einerseits darauf hin, dass die Verbesserungen so stark sichtbar waren, dass sie von Aussenstehenden beobachtet und an objektiven Kriterien festgemacht werden konnten, andererseits bergen Einschätzungen durch Drittpersonen gewisse Objektivitätsrisiken. Es ist nicht ganz auszuschliessen, dass die Pflegenden als Auskunftspersonen aus Gründen der sozialen Erwünschtheit und ihres persönlichen Engagements verzerrt geantwortet oder ihr Verhalten gegenüber den Patienten verändert haben. Gegen eine solche Verzerrung spricht jedoch, dass die Pflegenden bei Nachfrage nicht genau wussten, welche Patienten zu welcher Gruppe gehörten. Der Umstand, dass viele Pflegende bei der zweiten Einschätzung durch das gewachsene Vertrauen in die Studienleitung weniger Mühe hatten, über negative Gefühle zu sprechen, hätte ausserdem eher einen abgeschwächten Treatmenteffekt erwarten lassen.

Lebensqualität und Zufriedenheit wurde vom grössten Teil der Befragten selbst als wichtigster Lebensinhalt definiert. Dies gibt den Ergebnissen ein zusätzliches Gewicht. Die positiven Effekte der Studie liessen sich auch durch ein offenes Interview mit den Pflegenden stützen, die bei den besuchten Probanden vermehrte Aufgeschlossenheit, einen verstärkten Bezug zur Umwelt und eine Abnahme von Aggressionen und Depressivität wahrnahmen. Zudem gab die Experimentalgruppe nach der Intervention signifikant häufiger an sich nun im Pflegeheim wohler zu fühlen ($Z = 1.8, p < 0.05$).

Fraglich bleibt, worauf die Effekte genau zurückzuführen sind. Denkbar wäre, dass der Effekt nur bei institutionalisierten Menschen auftritt, sofern ein geschützter Rahmen und relativ gut kontrollierbare äussere Einflüsse vorhanden sind. Ferner besteht die Möglichkeit, dass die unterschiedliche Besuchsfrequenz vor und nach der Intervention für die Wirkung

verantwortlich ist. In diesem Fall müssten die Effekte umso deutlicher ausfallen, je mehr die aktive Suche nach sozialen Kontakten durch körperliche Immobilität eingeschränkt ist. Dies sollte in Studie 2 untersucht werden.

Studie 2

Studie 2 ist eine am Institut für Erziehungs- und Bildungswissenschaften der Universität Graz durchgeführte Replikation der Studie 1 [12]. Die Besuche wurden in einem Geriatrischen Krankenhaus der Stadt Graz durchgeführt. Im Unterschied zur Studie 1, waren die meisten Probanden bettlägerig oder körperlich dermassen stark eingeschränkt, so dass eine selbständige Fortbewegung ohne Rollstuhl kaum mehr möglich war. Somit konnte gezielt überprüft werden, ob die Besuchseffekte durch die geringere körperliche Mobilität und die damit verbundene Einschränkung in der selbständigen Kontaktaufnahme moderiert werden.

Methoden

Stichprobe Bewohner: Es nahmen 38 kognitiv beeinträchtigte Menschen, davon 32 Frauen und 6 Männer, an der Studie teil. Die Besuchten erhielten zuvor maximal zwei Besuche in der Woche und waren leicht bis schwer beeinträchtigt (Z-MMS 5-25). Die Aufenthaltsdauer im Geriatrischen Krankenhaus betrug zwischen zwei Monaten und 13 Jahren (EG: $M = 2.27$; KG: $M = 3.81$). Die soziodemographischen Angaben sind in Tabelle 3 nach Versuchsgruppe aufgezeigt.

EINFUEGEN TABELLE 2

Stichprobe Besucher: Die Gruppe der freiwilligen Besucher setzte sich aus zwei Männern und 18 Frauen zwischen 22 und 70 Jahren zusammen.

Vorgehen: Das Vorgehen und die Intervention sind identisch mit der Studie 1: Die Parallelisierung und Randomisierung erfolgte nach denselben Kriterien, ebenso die Datenerhebung (zwei Messzeitpunkten mit strukturierten Interviews, Fremd- und Selbstbeurteilung) sowie die Instrumente und das Untersuchungsvorgehen [12].

Resultate

Während der Interventionsphase verstarben vier Personen, zwei weitere konnten zum zweiten Messzeitpunkt nicht mehr befragt werden konnten. Die endgültige Stichprobe setzte sich somit aus 26 Frauen und 6 Männern im Alter von 65-98 Jahren (EG: $M = 85.67$; KG: $M = 80.71$) zusammen.

Die durchschnittliche Besuchsanzahl von 0.69 (Experimentalgruppe) konnte signifikant auf 1.69 gesteigert werden. Die Besuche wurden bewusst wahrgenommen (EG(t2): $M = 2.73$, $SD = .96$; KG(t2): $M = 3.18$, $SD = 1.02$; Wertebereich der Skala: 1 = erhalten oft Besuch bis 5 = erhalten nie Besuch). Wie in Studie 1 zeigte sich auch hier einen verringerten Wunsch nach weiteren Besuchen bei der Experimentalgruppe (EG(t2-t1): $M = -.73$).

Weiterhin unterschieden sich beide Versuchsgruppen bezüglich der Lebensqualität: Diese konnte bei der Experimentalgruppe durch die Besuche gesteigert werden ($M(t2-t1) = 58.51$, $t = 4.14$, $p < 0.01$), dies im Gegensatz zur Kontrollgruppe ($M(t2-t1) = -70.47$, $t = -3.93$, $p < 0.01$). In den Ausgangswerten traten zwischen den zwei Versuchsgruppen keine Unterschiede auf. Die Analyse der einzelnen Items ergab, dass in der Wahrnehmung von Behinderungen und Leiden (EG: $M(t2-t1) = -10.8$; KG: $M(t2-t1) = +13.78$) sowie beim Stress bei der Pflege (EG: $M(t2-t1) = -5.68$; KG: $M(t2-t1) = +1.42$) – im Gegensatz zur Studie 1 – nur Tendenzen ($p < .1$) nachgewiesen werden konnten.

Diskussion

Die Annahme, dass sich die Wirkung der Besuche bei Menschen mit einem geringen Aktionsradius verstärkt, konnte bestätigt werden. Sehr deutlich waren die Besuchseffekte bezüglich der psychischen Ausprägungen der Lebensqualität (Zusammenfassung von Stress-Skala der Pflegenden sowie Fremd- und Selbstbeurteilung der Zufriedenheit). Dies ist umso erfreulicher, als dass das psychische Wohlbefinden bei älteren Menschen als bedeutendste

Ressource kognitiv beeinträchtigter, älterer Menschen bewertet wird, da diese oft über eine schlechtere Gesundheit und ein geringeres soziales Netzwerk verfügen [27].

Interessant war, dass sich die Besuchten in der vorliegenden Studie wie in Studie 1 nach der Besuchsphase nicht noch mehr Besuche wünschten. In einem offenen Interview berichteten die Pflegenden von verstärkter Offenheit, Zufriedenheit, geistiger Klarheit und geringerer Aggression und Depressivität der Besuchten. Im Gegensatz dazu wiesen die Nichtbesuchten in all diesen Bereichen Verschlechterungen auf. Überdies wurden sie bettlägeriger und verspürten einen stärkeren Drang, nach Hause zu gehen.

Die durchschnittliche Besuchsanzahl war hier zwar gleich hoch wie in der Studie 1, jedoch hatten sechs Personen gar keine Bezugsperson mehr. Dies legt die Annahme nahe, dass die Einsamkeit einen weiteren Einfluss auf den Besuchseffekt ausübte.

Schlussdiskussion

In den zwei vorliegenden Studien wurde der Frage nachgegangen, ob sich soziale Unterstützung – in Form emotionaler Unterstützung durch freiwillig Tätige – positiv auf die Lebensqualität und das Wohlbefinden kognitiv beeinträchtigter Menschen auswirkt. Eine Längsschnittuntersuchung zur Lebensqualität kognitiv beeinträchtigter Menschen ist jedoch anspruchsvoll und anfällig für Objektivitätsrisiken, da sie nur in einem feldexperimentellen Setting durchgeführt werden kann. Dadurch sind die verschiedenen Parameter schwer kontrollierbar. Gerade bei einer Grundpopulation kognitiv beeinträchtigter Betagter ist vermehrt mit Verzerrungen sowie mit krankheits- und altersbedingten Ausfällen zu rechnen (Spitalaufenthalt, Todesfall). Um aussagekräftigere Ergebnisse erzielen zu können, ist ein genügend grosser Stichprobenumfang vorzusehen. Experimente zu Netzwerkinterventionen sind indes abhängig von der Unterstützung sozialer Institutionen und Freiwilliger, die sich dazu bereit erklären, sich auf ein derart weit reichendes zeitliches Engagement einzulassen. Die Rekrutierung geeigneter Besucher, Betreuungsorganisationen und zu betreuenden

Personen ist sehr aufwendig, kostenintensiv und manchmal aus praktischen Gründen unmöglich.

Ein ideales Selbstbeurteilungsinventar für kognitiv beeinträchtigte Menschen sollte möglichst wenige, jedoch spezifisch und klar formulierte Items umfassen. Um Antwortverzerrungen aufgrund von Überforderung, Konzentrations- oder Verständnisschwierigkeiten zu vermeiden, empfiehlt es sich, das Interview kurz zu halten und die jeweiligen Fragen einfach und gezielt zu formulieren. Mit der Kürze des Instruments gehen zwar Nachteile bezüglich der Messgenauigkeit einher, jedoch ist das hier eingesetzte Zürcher Lebensqualitätsinventar im Unterschied zu den aufwändigen Messmethoden von z.B. Meier [20] eines der wenigen leicht anwendbaren deutschsprachigen Instrumente zur Fremdbeurteilung der Lebensqualität und des Wohlbefindens kognitiv beeinträchtigter Menschen.

Ein wichtiger Bestandteil von Lebensqualität ist die Aufrechterhaltung sozialer Kontakte, insbesondere der zwischenmenschlichen Kommunikation [7]. Genau in dieser Hinsicht erwiesen sich die in den zwei besprochenen Studien organisierten Besuche als erfolgreich und dies obschon die Besuchten durch ihre kognitive Beeinträchtigung oftmals unter Verwirrtheit, depressiven Verstimmungen und Ängstlichkeit litten. Je weniger soziale Kontakte die Besuchten vor der Intervention hatten, desto stärker erwiesen sich die Effekte. Die Wirksamkeit scheinen zudem in einem Umfeld körperlich schwerer eingeschränkter älterer Menschen ein noch deutlicheres Ausmass anzunehmen.

Bedeutsam ist, dass die Besuche in beiden Studien wahrgenommen wurden. Insbesondere die zusätzliche Aufmerksamkeit und Zuwendung, die dazu führte, dass sich die Besuchten umsorgt und geschätzt fühlten, könnten zu einer Steigerung der Lebensqualität geführt haben [vgl. 9, 32]. Die Betagten erhielten nebst emotionaler auch informationelle Unterstützung, wie z.B. Hilfeleistungen und Ratschläge zu aktuellen Lebensaspekten.

Vielfach fand in den Gesprächen eine Auseinandersetzung mit Sorgen und Ängsten statt. Die damit einhergegangene Neubewertung der objektiven Lebensbedingungen dürfte in manchen Fällen zu Stress- und Angstabbau und dies wiederum zu einer verbesserten Lebensqualität beigetragen haben [8].

Die vorliegenden Studien sind alleine deshalb bedeutsam, weil sie zu den wenigen Langzeitstudien gehören, die einen Verlauf der Lebensqualität bei kognitiv beeinträchtigten institutionalisierten Menschen aufzeigen [19]. Darüber hinaus lässt die Übereinstimmung in den Resultaten der zwei Studien darauf schliessen, dass sich der salutogene Einfluss einer positiven emotionalen Beziehung zu freiwilligen Helfern auf eine weit grössere Zielgruppe verallgemeinern lassen kann. Die Studien zeigen ferner, dass soziale Unterstützung und Zuwendung generell von teilweise stark kognitiv beeinträchtigten Menschen registriert und als wohltuend empfunden werden. Diese Befunde können Angehörigen, Helfern und Pflegenden Sicherheit geben, insbesondere wenn ein Betagter sein Wohlbefinden nicht mehr immer adäquat ausdrücken kann. Zudem geben sie der Freiwilligentätigkeit im stationären Setting ein grösseres Gewicht.

Die Ergebnisse lassen sich in fünf Kernaussagen zusammenfassen, die für den Aufbau und den Erhalt von Lebensqualität bei Menschen mit Demenz bedeutsam sind:

1. Organisierte Besuche bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung leisten im Sinne einer emotionalen Unterstützung einen wichtigen Bestandteil deren Lebensqualität.
2. In beiden Studien wurden die Besuche trotz genereller kognitiver Beeinträchtigung wahrgenommen und als wohltuend empfunden.
3. Obschon die Besuchten durch ihre kognitive Beeinträchtigung oftmals unter Verwirrtheit, depressiven Verstimmungen und Ängstlichkeit litten, waren die Besuche erfolgreich.
4. Je weniger soziale Kontakte die Besuchten vor der Intervention hatten, desto stärker waren die positiven Effekte auf die Lebensqualität der kognitiv Beeinträchtigten.

5. Die Besuche scheinen in einem Umfeld körperlich schwerer eingeschränkter älterer Menschen eine noch deutlichere Wirkung zu haben.

Literatur

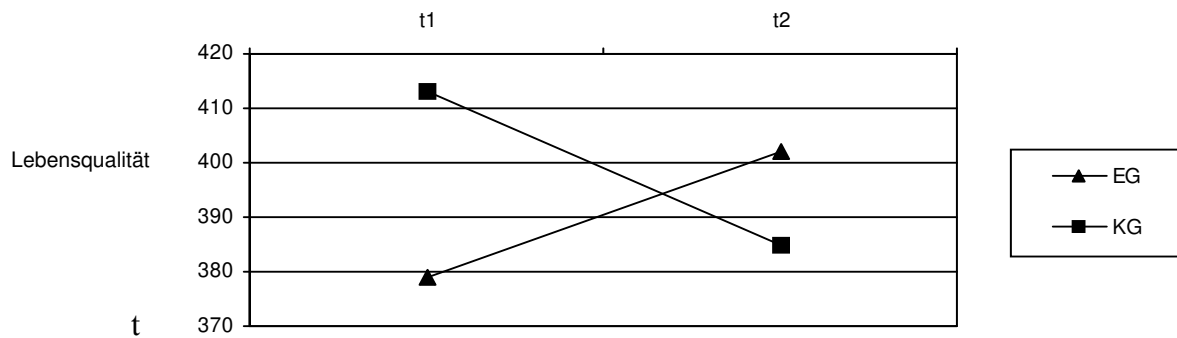
1. Ahlsjö B, Britton M, Murray V & Theorell T (1984) Disablement and quality of life after stroke, o.V, o.O
2. Bennett DA, Schneider JA, Tang Y, Arnold SE & Wilson RS (2006) The effect of social networks on the relation between Alzheimer's disease pathology and level of cognitive function in old people: a longitudinal cohort study. *Lancet Neurol* 5: 406-12
3. Bielak A (1998) Evaluation der Lebensqualität von betagten Langzeitpatienten im Quer- und Längsschnitt: Beobachtungen aus Zürcher Langzeitpflege-Institutionen. o.V., Zürich
4. Borg Ch, Fagerstroem C, Balducci C, Burholt V, Ferring D, Weber G, Wenger C, Holst G & Hallberg I R (2008) Life satisfaction in 6 European countries: The relationship to health, self-esteem, and social and financial resources among people (aged 65-89) with reduced functional capacity. *Geriatr Nurs* 29 (1): 48-57
5. Brodaty H, Green A & Koschera A (2003) Meta-Analysis of Psychosocial interventions for Caregivers of Peoples with Dementia. *J Am Geriatr Soc* 51 (5): 657-664
6. Brühweiler J (1986) Die Zürcher Variante des Mini Mental Status nach Folstein. Eine Validationsstudie an 1200 Krankenheimpatienten. Inaugura Dissertation: Medizinische Fakultät Universität Zürich, Zürich
7. Bullinger M & Pöppel E (1988) Lebensqualität in der Medizin: Schlagwort oder Forschungsansatz. *Dtsch Arztebl* 85: 679-680
8. Cavanaugh JC (1998) Friendships and social networks among older people. In: Nordhus IH, Vandenbos G (Eds) *Clinical gerontopsychology*. American Psychological Association, Washington, pp 137-140

9. Cheung CK & Ngan MH (2000) Contributions of volunteer networking to isolated seniors in Hong Kong. *J Gerontol Soc Work* 33 (2): 79-100
10. Fratiglioni L, Wang HX, Ericsson K, Maytan M & Winblad B (2000) Influence of social network on occurrence of dementia: A community-based longitudinal study. *Lancet* 335: 1315-1319
11. Folstein MF, Folstein SE & McHugh PR (1975) 'Mini-mental state': a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 12 (3): 189-198
12. Huber E & Pretterer A (2002) Grazer Besucherstudie. Pädagogische Einführung, Begleitung und Weiterbildung für freiwillige BesucherInnen im Rahmen von Besuchsdiensten. Auswirkungen der Besuche auf das Wohlbefinden der an Demenz erkrankten Menschen im geriatrischen Krankenhaus Graz. Unveröff. Diplomarbeit. Universität Graz, Graz
13. Kasper J & Pearson J (1995) Living arrangements, social integration and personal control: correlates of life satisfaction among older people. *J Ment Health Aging* 1: 21-32
14. Kruse A & Wahl HW (1999) III. Soziale Beziehungen. *Z Gerontol Geriat* 32: 333-347
15. Laireiter A (1993) Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung. Konzepte, Methoden und Befunde, Huber, Bern
16. Lang FR (2000) Endings and continuity of social relationships: Maximizing intrinsic benefits within personal networks when feeling near to death. *J Soc Pers Relat* 17 (2): 155-182
17. Lawton MP (1989) Environmental proactivity and affect in older people. In: Spacapan S, Askamp S (Eds.) *The Social Psychology of Aging*. Sage, Newbury Park, pp 135-163

18. Lawton MP (1998) Environment and Aging: Theory Revisited. In: Scheidt RJ, Windley PG (Eds.) Environment and Aging Theory: A Focus on Housing. Greenwood, Westport, pp 1-6
19. Lyketsos CG, Gonzales-Salvador T, Chin JJ, Baker A, Black B & Rabins P (2003) A follow-up study of change in quality of life among persons with dementia residing in a long-term care facility. *Int J Geriatr Psychiatry* 18: 275-281
20. Meier D, Erimini-Fünfschilling D & Stähelin HB (1998) Individual quality of life assessment in healthy elderly and early dementia patients. In: Vellas B, Fitten J, Frisoni G (Eds) Research and practice in Alzheimer's disease. Serdi, Paris, pp 373-387
21. Meyer K (2008) Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008, Huber, Bern
22. Nestmann F (1988) Die alltäglichen Helfer. Theorien sozialer Unterstützung und eine Untersuchung alltäglicher Helfer aus vier Dienstleistungsberufen. Berlin.
23. Noser A, Schoenenberger PM & Wettstein A (1988) Vergleichsuntersuchung zwischen dem „Mini-Mental-State“ nach Folstein und dessen Zürcher Variante bei dementen und nicht dementen Patienten. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* 139: 69-77
24. Oppikofer S, Albrecht K, Schelling HR & Wettstein A (2002) Die Käferberg Besucherstudie. Die Auswirkungen sozialer Unterstützung auf das Wohlbefinden dementer Heimbewohnerinnen und Heimbewohner. *Z Gerontol Geriat* 35 (1): 39-48
25. Oppikofer S (2008) Lebensqualität bei Demenz. Zürcher Schriften zur Gerontologie Bd. 5, Zürich
26. Orrell M, Butler R & Bebbington P (2000) Social Factors and the Outcome of Dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 15: 515-520

27. Perrig-Chiello P (1997) Wohlbefinden im Alter: körperliche, psychische und soziale Determinanten und Ressourcen, Juventa, Weinheim
28. Rosser R & Kind PA (1978) A scale of valuations of states of illness: is there a social consensus? *Int J Epidemiol* 7: 347-358
29. Schwarzer R & Leppin A. (1989) Sozialer Rückhalt und Gesundheit, Hoegrefe, Göttingen
30. Schwarzer R (1997) Gesundheitspsychologie, Hoegrefe, Göttingen
31. Seidler A, Bernhardt T, Nienhaus A & Frölich L (2003) Association between the psychosocial network and dementia – a case-control study. *J Psychiatr Res* 37: 89-98
32. Wagner M, Schütze Y & Lang FR (1996) Soziale Beziehungen alter Menschen. In: Mayer KU, Baltes PB (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie*. Akademie, Berlin, S. 301-319
33. Weber G, Glueck J, Heiss C, Sassenrath S, Schaefer L & Wehinger K (2005) Europäische Studie zum Wohlbefinden im Alter (ESAW). Hauptergebnisse unter besonderer Berücksichtigung der Situation in Oesterreich, WUV, Wien
34. Wettstein A, Bielak A, Rüegg J, Knecht R, Christen L & Christen S (1997) Lebensqualität in Langzeitinstitutionen. Das Zürcher Lebensqualitätsinventar (ZLQI), Unveröff. Bericht, Universität Zürich, Zürich
35. Woods RT, Wills W, Higginson I, Hobbins J & Whitby M (2003) Support in the community for people with dementia and their carers: a comparative outcome study of specialist mental health service interventions. *Int J Geriatr Psychiatry* 18: 298-307

Abbildung



EG = Experimentalgruppe KG = Kontrollgruppe t1, t2 = Messzeitpunkte 1 und 2

Wertebereich 0 – 500: 0 = tiefste LQ, 500 = höchste LQ

Abbildung 1 Mittelwerte des allgemeinen Wohlbefindens der beiden Untersuchungsgruppen zu den Messzeitpunkten t1 und t2 (N = 43)

Tabellen

Table 1 Vergleich der Kriterien kognitive Beeinträchtigung, Anzahl der Besuche und Alter zwischen den zwei Untersuchungsgruppen (N = 46)

Kriterien	Kognitive Beeinträchtigung			Besuche			Alter		
	leichte	mittlere	starke	1-2x pro Woche	1-3x pro Monat	1-10 x jährl.	65-79	80-89	90-98
Experimentalgruppe	6	10	6	7	6	10	4	9	10
Kontrollgruppe	7	9	6	9	5	8	5	8	10

Table 2 Vergleich der Kriterien kognitive Beeinträchtigung, Anzahl der Besuche und Alter zwischen den zwei Untersuchungsgruppen (N = 38)

Kriterien	Kognitive Beeinträchtigung			Besuche				Alter		
	leichte	mittlere	starke	1-2x pro Woche	1-3x pro Monat	1-10 x jährl.	nie	65-79	80-89	90-98
Experimentalgruppe	6	6	7	7	5	1	6	6	5	8
Kontrollgruppe	4	7	8	7	3	4	5	8	8	3