

Projekt „Identifizierung bzw. Entwicklung von Instrumenten zur Erfassung von Lebensqualität gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen in stationären Einrichtungen der Altenhilfe“

H.I.L.DE.

Heidelberger Instrument zur Lebensqualität **DE**mentzkranker

**Abschlussbericht
Juni 2006**

Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg

&

**Sektion Gerontopsychiatrie an der Psychiatrischen
Universitätsklinik Heidelberg**

Förderung:

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Inhaltsverzeichnis

1. Grundlagen

1.1 Das Projekt HILDE im Überblick

- 1.1.1 Ziele des Projekts
- 1.1.2 Projektbeirat
- 1.1.3 Kooperation mit Einrichtungen der stationären Altenhilfe
- 1.1.4 Zentrale Schritte der Projektarbeit

1.2 Relevanz des Themas bei der Versorgung demenzkranker Menschen

1.3 Konzeptionelle Grundlagen des Instruments und theoretische Einordnung

1.4 Methodische Leitlinien der Auswertung

- 1.4.1 Theoretische Item-Zuordnung
- 1.4.2 Datenreduktion
- 1.4.3 Analyse wechselseitiger Bezüge der erfassten Lebensqualitäts-Dimensionen

2. Instrumentenentwicklung

2.1 Vorgehensweise

- 2.1.1 Mehrstufiger Entwicklungsprozess
- 2.1.2 Erhebungsform und Antwortformat
- 2.1.3 Mimisches Ausdrucksverhalten als direktes Maß für emotionales Erleben

2.2 Stichprobenbeschreibung

2.3 Entwicklung der „Kompetenzgruppen“

- 2.3.1 Doppelkreuzvalidierung der Clusterlösung zu funktionalen Kompetenzen
- 2.3.2 Implikationen für die Umsetzung im Endinstrument

2.4 Entwicklung der Skala zur Emotionalität aus Analysen des Ausdrucksverhaltens

- 2.4.1 Versuchsplan
- 2.4.2 Hypothesen
- 2.4.3 Ergebnisse zu den EMFACS-Auswertungen
 - 2.4.3.1 Datenaufbereitung
 - 2.4.3.2 Ausmaß der Beobachtungseinheiten des Ausdrucksverhaltens
 - 2.4.3.3 EMFACS-Interpretationen des beobachteten Ausdrucksverhaltens
 - 2.4.3.4 Übereinstimmung von theoretischer Bildvalenz und dem gezeigten emotionalem Ausdruck
 - 2.4.3.5 Konstanz des Ausdrucksverhaltens über beide Durchgänge hinweg
 - 2.4.3.6 Primingeffekte und nicht intendierte Valenzen a priori ‚neutral‘ angenommener Bilder
 - 2.4.3.7 Schlussfolgerungen für die Anwendbarkeit der EMFACS-Mimikanalyse zum Zwecke der Bestimmung der Lebensqualität Demenzkranker
- 2.4.4 Ergebnisse zu den Lawton-Kodierungen des Ausdrucksverhaltens der Bewohner in der Interviewsituation

- 2.4.5 Vergleich der EMFACS- und Lawton-Kodierungen des Ausdrucksverhaltens der Bewohner
 - 2.4.5.1 Übereinstimmung von EMFACS und Lawton auf Einzelbildebene
 - 2.4.5.2. Übereinstimmung von EMFACS und Lawton auf Bildvalenz-Ebene
 - 2.4.5.4 Diskussion der Übereinstimmung zwischen EMFACS- und Lawton-Emotionsurteilen und Bedeutung für die Instrumententwicklung

3. Endfassung: HILDE

3.1 Inhaltliche und formale Struktur des Instruments

- 3.1.1 Untersuchungsbereiche des Instruments
- 3.1.2 Formaler Aufbau des Instruments

3.2 Untersuchungsbereiche des Instruments

- 3.2.1 K Kompetenzgruppeneinschätzung
- 3.2.2 A Schmerzerleben und medizinische Versorgung
 - 3.2.2.1 Schmerzerleben
 - 3.2.2.2 Medizinische Versorgung
 - 3.2.2.3 Implikationen für die Umsetzung im Endinstrument
- 3.2.3 B Objektive und subjektive Umwelt
 - 3.2.3.1 Objektive Umweltmerkmale
 - 3.2.3.2 Subjektive Umweltmerkmale
 - 3.2.3.3 Tageszeitanteile positiver bzw. negativer Situationen
 - 3.2.3.4 Implikationen für die Umsetzung im Endinstrument
- 3.2.4 C Aktivitäten
 - 3.2.4.1 Hausseitig angebotene, angeleitete Aktivitäten
 - 3.2.4.2 Selbständige, eigeninitiierte Aktivitäten
 - 3.2.4.3 Implikationen für die Umsetzung im Endinstrument
- 3.2.5 D Soziales Bezugssystem
 - 3.2.5.1 Größe des sozialen Bezugssystems und emotionale Nähe der Netzwerkpartner
 - 3.2.5.2 Kontakthäufigkeit zu den angegebenen Netzwerkpartnern
 - 3.2.5.3 Implikationen für die Umsetzung im Endinstrument
- 3.2.6 E Emotionalität
 - 3.2.6.1 Emotional bedeutsame Alltagssituationen
 - 3.2.6.2 Individuelle Affektneigung als Persönlichkeitsmerkmal
 - 3.2.6.3 Erfassung des habituellen affektiven Wohlbefindens im Endinstrument
 - 3.2.6.4 Umgang des Pflegepersonals mit dem Bewohner in Situationen, die dieser als belastend empfindet
 - 3.2.6.5 Emotionsskala HILDE–ES
 - 3.2.6.6 Implikationen für die Umsetzung im Endinstrument
- 3.2.7 Selbsteinschätzung der allgemeinen Lebenszufriedenheit
 - 3.2.7.1 Lebenszufriedenheit im diagnostischen Gespräch
 - 3.2.7.2 Lebenszufriedenheit im Pflegeinterview
 - 3.2.7.3 Implikationen für die Umsetzung im Endinstrument

3.3 Auswertung und Interpretation mit HILDE

3.4 Interventionsplanung

5. Kontakt

5.1 Projektleitung und Mitarbeiter am Institut

5.3 Homepage und Email

6. Literaturverzeichnis

1. Grundlagen

1.1 Das Projekt HILDE im Überblick

1.1.1 Ziele des Projekts

Das Projekt „Identifizierung bzw. Entwicklung von Instrumenten zur Erfassung von Lebensqualität gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen in stationären Einrichtungen der Altenhilfe“ wurde vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend für den Zeitraum Juni 2003 bis Mai 2006 gefördert und vom Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg (Leitung: Prof. Dr. Andreas Kruse) und der Sektion Gerontopsychiatrie an der Psychiatrischen Universitätsklinik (Leitung: Prof. Dr. Johannes Schröder) durchgeführt. Als Kurzbezeichnung des Projekts wurde HILDE (Heidelberger Instrument zur Lebensqualität Demenzkranker) gewählt.

Im vereinbarten Zeitraum sollte ein Instrumentarium entwickelt werden, das die Erfassung der Lebensqualität psychisch veränderter Heimbewohner, speziell demenziell erkrankter Heimbewohner, ermöglicht. Dieses Instrumentarium sollte sowohl wissenschaftlich fundiert sein als auch größtmögliche Anwendungsakzeptanz in der Praxis der Pflege und Betreuung demenzkranker Heimbewohner finden.

Ziel des Projekts war es folglich, zum Ende der Projektlaufzeit ein Instrument zur Erfassung der Lebensqualität demenzkranker Heimbewohner vorzulegen, das den genannten Anforderungen Rechnung trägt.

1.1.2 Projektbeirat

Für HILDE wurde ein Projektbeirat gebildet, der während der Gesamtlaufzeit des Projekts insgesamt dreimal zusammen kam. Die Beiratssitzungen fanden jeweils in Heidelberg (Institut für Gerontologie) im Februar 2004, im Februar 2005 und im März 2006 statt.

Der Beirat bestand aus folgenden Mitgliedern:

Prof. Dr. Dr. h.c. Konrad Beyreuther, Zentrum für Molekulare Biologie der Universität Heidelberg (ZMBH)

Dr. Eckhard Grambow, Regierungsdirektor, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Sabine Jansen, Geschäftsführerin, Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., Berlin

Karla Kämmer, KK Training Beratung Weiterbildung, Essen

Prof. Dr. Hans Georg Nehen, Chefarzt der II. Medizinischen Klinik, Schwerpunkt Geriatrie, Elisabeth-Krankenhaus - Haus Berge, Essen

Prof. Dr. Johannes Pantel, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Frankfurt

Dr. Peter Pick, Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen, Essen

Prof. Dr. Ludger Pientka, Direktor der Klinik für Altersmedizin und Frührehabilitation, Marienhospital Herne, Universitätsklinik der Ruhr-Universität Bochum

Dr. Willi Rückert, Leiter der Abteilung Sozialwirtschaft, KDA, Köln

Prof. Dr. Doris Schaeffer, Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld

Eva Trede-Kretschmar, Heimleiterin, Richard-Bürger-Heim in Stuttgart, Vertreterin der Deutschen Expertengruppe Dementenbetreuung

Ursula Wetzel, Geschäftsführerin, Verband katholischer Heime und Einrichtungen der Altenhilfe in Deutschland e.V., Freiburg

Prof. Dr. Siegfried Weyerer, Arbeitsgruppe Psychogeriatric am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim

Dr. Jan Wojnar, Leiter des Psychiatrischen Dienstes im Landesbetrieb Pflegen und Wohnen, Hamburg

1.1.3 Kooperation mit Einrichtungen der stationären Altenhilfe

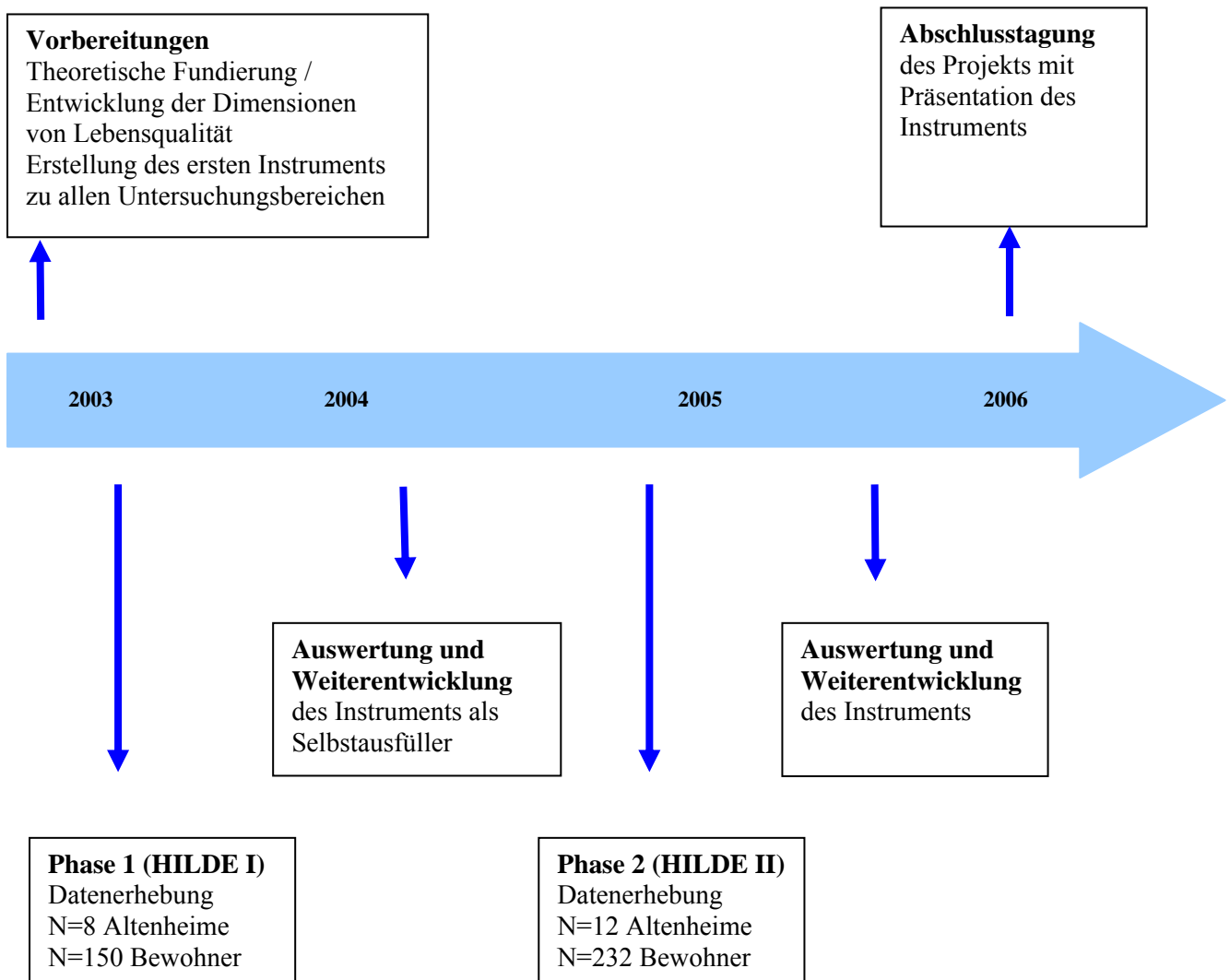
Die Hauptphase des Projekts wurde in enger Kooperation mit insgesamt 21 Einrichtungen der stationären Altenhilfe durchgeführt. Im Kontext von Pilotstudien waren im Vorfeld sieben weitere Einrichtungen beteiligt.

In den Häusern fanden Informationsveranstaltungen, Datenerhebungen und Schulungen zu verschiedenen Themen im Kontext der Demenzerkrankung statt. Die Datenerhebungen gestalteten sich in den verschiedenen Phasen der Projektarbeit unterschiedlich aufwändig: Sie umfassten aufgrund umfangreicher Interviews mit Pflegenden, Leitungspersonen und Bewohnern sowie Beobachtungen und medizinischer bzw. diagnostischer Untersuchungen zu Beginn des Projekts etwa zwei Tage je Bewohner, gegen Ende der Laufzeit aufgrund der Weiterentwicklung des Instrumentariums als Fragebogen durchschnittlich zwei Stunden je Bewohner.

Die kooperierenden Praxiseinrichtungen waren:

Caritas Altenpflegeheim St. Michael, Heidelberg	Altenheim Maria vom Siege, Plaidt
Haus St. Hedwig, Heidelberg	Malteser Marienheim, Warendorf
Haus Philippus, Heidelberg	Malteser Altenkrankenheim St. Marien, Drensteinfurt
Haus Stammberg, Schriesheim	Malteserstift ST. Benedikt, Ascheberg-Hebern
DRK-Altenzentrum, Heidelberg	Philipp-Paulus-Heim, Fellbach
Augustinum, Heidelberg	Richard-Bürger-Heim, Stuttgart
Kreisaltenheim, Nussloch	Wohnstift Mönchfeld, Stuttgart
Johanniter-Haus am Park Ladenburg	St. Josefsstift, Trier
Theodor-Flidner Haus, Mannheim	Alten- und Pflegeheim Cusanus-Stift, Bernkastel-Kues
Pro Seniore Residenz Odenwald, Leimen	Alten- und Pflegeheim St. Hildegard, Emmelshausen
Rudi-Tonn-Altenzentrum, Hürth	Alten- und Pflegeheim St. Sebastian, Wadern-Nunkirchen
Diakonie-Seniorenpflegeheim Sophienhaus, Weimar	Haus Golten, Geldern
Marie-Seebach-Stift Weimar	Altenpflegeheim Lankow, Schwerin
Alten- und Pflegeheim St. Vinzenzhaus, Gebhardshain	Altenpflegeheim Haus III, Schwerin

1.1.4 Zentrale Schritte der Projektarbeit



Die **Vorbereitungsphase von Juni bis Oktober 2003** diente der theoretischen Einordnung der Projektarbeit und Entwicklung eines tragfähigen Modells der Lebensqualität anhand wissenschaftlich fundierter Konzepte. Auf der Grundlage eines Modells der Lebensqualität von Lawton (1994) und in seiner Erweiterung bzw. Spezifizierung durch Veenhoven (2000) wurden für die spezifische Fragestellung des Projekts Dimensionen der Lebensqualität entwickelt, die mit dem neuen Instrumentarium möglichst umfassend erfasst werden sollten. Die theoretische Fundierung des Projekts wird in Kapitel 1.3 dieses Berichts ausführlich dargestellt.

In der **ersten Projektphase (November 2003 – September 2004)** konnten Daten über 150 Bewohner aus insgesamt acht stationären Pflegeeinrichtungen in Heidelberg und Umgebung sowie in Münster erfasst werden. Videogestützte Beobachtungs- und Auswertungsverfahren zur Analyse des mimischen Ausdrucksverhaltens im Hinblick auf das emotionale Erleben der Bewohnerinnen und Bewohner bildeten dabei den Mittelpunkt des Instrumentes. Hierzu war das Instrumentarium dieser Phase sehr stark auf den Dialog mit professionellen Pflegenden, Angehörigen sowie die Interaktion mit den teilnehmenden Bewohnern selbst ausgerichtet. Auf dieser Datenbasis wurden im Weiteren empirisch begründete Entscheidungen für eine komprimierte Neufassung des Gesamtinstrumentes möglich.

Ziel der **zweiten Phase (Oktober 2005 - Dezember 2005)** war es, eine Neufassung des Gesamtinstrumentes zu entwickeln, das mit Blick auf die Endfassung eines vor allem durch die Pflegekräfte selbst anwendbaren Instrumentes, deutlich einfacher und praktikabler im alltäglichen Einsatz wurde. Hierzu wurde im Vergleich zur ersten Version vor allem auf offene Antwortkategorien verzichtet. Das neue Instrument wurde somit als Selbstausfüller für die Pflegenden konzipiert. Mit diesem Instrument wurden N=232 Bewohner in N=12 Altenheimen untersucht.

Die anschließende **Auswertungsphase (Januar 2006 – Mai 2006)** diente der weiteren Überarbeitung und Straffung des Instruments auf Grundlage der gewonnenen Erkenntnisse. Ziel war die Entwicklung einer vorläufigen Endfassung des Instruments, das bei einer Weiterführung des Projekts über den ursprünglichen Projektzeitraum hinaus im Hinblick auf Gütekriterien getestet werden kann und die Gewinnung von Normdaten ermöglicht.

Im Mai 2006 fand die **Präsentation der vorläufigen Endfassung** des Instruments im Rahmen einer Abschlusstagung in Berlin statt.

Die inhaltliche Weiterentwicklung des Instruments vom umfangreichen Erhebungsinstrument mit Interviews und Beobachtungen hin zum Fragebogen für Pflegenden wird in Kapitel 2 dieses Berichts dargestellt.

1.2 Relevanz des Themas für die Versorgung demenzkranker Menschen

Die Relevanz des Projekts HILDE ergibt sich vor allem im Hinblick auf die differenzierte Erfassung der *bestehenden Ressourcen* demenzkranker Menschen sowie der *Möglichkeit positiver Beeinflussung* von Alltagskompetenz, sozialkommunikativer Kompetenz und emotionaler Befindlichkeit. Es wird in dem Projekt HILDE von der grundlegenden Annahme ausgegangen, dass die differenzierte Erfassung der Ressourcen eine bedeutende Grundlage für Möglichkeiten gezielter Einflussnahme bildet (siehe grundlegend dazu Kruse, 2005a; Schacke & Zank, 2004; Wahl & Tesch-Römer, 1998). Dabei ist zu bedenken, dass vielfach die kognitiven, alltagspraktischen und psychischen Ressourcen demenzkranker Menschen unterschätzt werden. Eine räumliche und soziale Umwelt, die anregt, unterstützt, entlastet und motiviert, ist ebenso entscheidend für die Intervention wie ein rehabilitationsorientiertes Pflegekonzept (Stoppe, 2006; Weyerer, 2005; Weyerer et al., 2006).

Speziell bei demenzkranken Menschen besteht die Gefahr einer erheblichen Unterschätzung vorhandener Ressourcen (Förstl, 2002; Schröder, Pantel & Förstl, 2004; Re & Wilbers, 2004; Schwerdt & Tschainer, 2003). Offenkundige kognitive Defizite können Ärzte, Pflegefachkräfte und Angehörige dazu verleiten, anzunehmen, dass der Demenzkranke gar nichts mehr versteht, dass er zu einer normalen Interaktion gänzlich unfähig ist. Dagegen zeigen neuere Forschungsarbeiten, dass Demenzkranke auch im fortgeschrittenen Stadium in der Lage sind, emotional differenziert auf Situationen zu reagieren (Bär, Kruse & Re, 2003). Auch Demenzkranke erleben Emotionen und drücken diese aus (Kitwood, 2000; Lou, 2001; Re, 2003; Woods, 2002). Selbst bei fortgeschrittener Demenz kann durch die gezielte Herstellung oder Vermeidung von Situationen, denen im individuellen emotionalen Erleben besondere Bedeutung zukommt, zu einer höheren Lebensqualität beigetragen werden. Indem Demenzkranke in der Lage sind, ihre Emotionen zumindest nonverbal auszudrücken, ist es Ärzten, Pflegefachkräften und Angehörigen prinzipiell möglich, einen Zugang zu Demenzkranken zu finden und aufrechtzuerhalten. Einen solchen Zugang vorausgesetzt, ist die Pflege Demenzkranker nicht lediglich Last, sondern auch zwischenmenschliche Begegnung, in der Hilfeleistung mit Dankbarkeit begegnet und damit Helfen auch als befriedigend erlebt werden kann (Schwerdt, 2005; Wetzstein, 2005). Demenz bedeutet keinesfalls den Verlust von Individualität. Ein Instrument zur Erfassung von Lebensqualität demenzkranker Menschen gewinnt somit in dreifacher Hinsicht große Bedeutung für Versorgungskontexte (Kruse, 2005b):

1. Es sensibilisiert für die interindividuellen Unterschiede im Erleben von Situationen sowie in den Reaktionen auf diese. Damit wird zum einen der Zugang zur Individualität des Erlebens und Verhaltens gefördert, zum anderen wird dazu beigetragen, dass Pflegefachkräfte demenzkranke Menschen nicht nur in ihren Defiziten, sondern auch in ihren möglichen Kompetenzen wahrnehmen. (Differenzierte emotionale Antworten auf Situationen sind als Ausdruck von Kompetenz zu verstehen.)

2. Es sensibilisiert Pflegefachkräfte für den Einfluss, den ihr eigenes pflegerisches Handeln auf die emotionale Befindlichkeit demenzkranker Menschen ausübt: Durch die differenzierte Wahrnehmung der Emotionen, die demenzkranke Menschen in spezifischen Situationen zeigen, wird auch der Einfluss eigenen Handelns auf diese Emotionen bewusst. Damit kann ein Instrument zur Erfassung von Lebensqualität auch den Anspruch erheben, Pflegefachkräfte bei der Reflexion ihres pflegerischen Handelns zu unterstützen (Bär, 2004).
3. Die Reflexion eigenen pflegerischen Handelns sowie die – durch diese Reflexion geförderte – vermehrte Orientierung an der aktuellen psychischen Situation des demenzkranken Menschen sollte sich bei wiederholter Anwendung des Instruments in verbesserten Lebensqualitätswerten widerspiegeln. Ist dies der Fall, dann erscheint Pflegefachkräften die Situation in höherem Maße als „gestaltbar“, woraus sich zum einen positive Folgen für deren subjektive Kontrollüberzeugungen, zum anderen positive Konsequenzen für deren berufliche Zufriedenheit ergeben (grundlegend dazu Benner, 1994; Johns, 2000; Rubin, 2000). Es ist dann auch die Erwartung gerechtfertigt, dass die Arbeit mit demenzkranken Menschen eben nicht nur oder primär als eine Belastung, sondern auch als Bereicherung erlebt wird.

Ärzte und Pflegefachkräfte geraten nicht selten in eine Situation, in der sie einzelne ethische Prinzipien nicht mehr zu einer zentralen Grundlage ihres Handelns machen können. Solche Situationen sind vor allem gegeben, wenn psychisch hoch anspruchsvolle Anforderungen bewältigt werden müssen, (a) ohne auf diese entsprechend vorbereitet zu sein, (b) ohne über ausreichende zeitliche Ressourcen zu verfügen, um differenziert auf die Bedürfnisse des Erkrankten antworten zu können, (c) ohne die Gelegenheit zur Reflexion dieser Erfahrungen in der Kommunikation mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu finden (Kruse, 2006a; Schwerdt, 2005). Zu bedenken ist hier, dass Träger und Institutionen durch die gegebenen Arbeitsbedingungen dazu beitragen, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in solche fachlich wie ethisch hoch problematischen und subjektiv als belastend erlebten Situationen geraten (Kruse, 2000; Müller, 2001; Schwerdt, 2002). Wenn die eigene Integrität durch die erzwungene Ausblendung ethischer Prinzipien verletzt wird, dann entstehen Schuldgefühle, die schließlich mit tiefen Selbstzweifeln und der Tendenz, den Beruf aufzugeben, verbunden sind (Olthuis & Dekkers, 2005). Aus diesem Grunde besteht die Intervention nicht alleine in der Vermittlung ethischer Prinzipien in der Ausbildung, sondern auch und vor allem in der Schaffung von Arbeitsbedingungen, unter denen eine „*moralisch handelnde Gemeinschaft*“ entstehen kann (Hardingham, 2004).

Von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Pflegeeinrichtungen wird vielfach hervorgehoben, dass sie in einem Ausmaß mit der Verletzlichkeit und Endlichkeit des Lebens konfrontiert werden, das sie ursprünglich nicht erwartet haben. Dabei heben sie hervor: Nur dann, wenn

sie in der Lage sind, sich intensiv mit diesem existenziellen Thema auseinanderzusetzen und dieses Thema auch im Arbeitskontext zu reflektieren, finden sie die Motivation, sich auch weiterhin der Pflege und Betreuung demenzkranker Menschen zuzuwenden. Dabei betonen sie zugleich, dass die fachlich und ethisch verantwortungsvolle Pflege und Betreuung auch von den infrastrukturellen Bedingungen beeinflusst ist, unter denen sie arbeiten (Bär, 2004; Weyerer et al., 2006). Die infrastrukturellen Rahmenbedingungen sind mitbestimmt von der Verantwortung, die die Gesellschaft in Bezug auf eine fachlich und ethisch anspruchsvolle Pflege und Betreuung demenzkranker Menschen wahrzunehmen bereit ist (Helmchen, Kanowski & Lauter, 2006; Kruse, 2006b, 2006c).

Mit der differenzierten Erfassung der Lebensqualität von Bewohnerinnen und Bewohnern wird nicht nur ein *instrumentelles*, sondern auch ein *ethisches* Motiv zum Ausdruck gebracht: Es geht nicht nur darum, die fachlichen Grundlagen pflegerischen Handelns zu erweitern („instrumentelles Motiv“), sondern es ist auch das Ziel, in einer ethisch überzeugenden Weise zu handeln („ethisches Motiv“) (Kruse, 2006a). Da die Erfassung der Lebensqualität den entscheidenden Zugang zu den aktuellen Bedürfnissen, Werten und Präferenzen der Bewohnerinnen und Bewohner bildet, hilft sie, die beiden genannten Motive zu verwirklichen. Dabei ist von Bedeutung, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Messung von Lebensqualität auch als Grundlage für die kritische Reflexion ihres fachlichen Handelns betrachten und auf der Basis dieser Messung gegebenenfalls ihre Handlungskonzepte revidieren.

Kane (2003) interpretiert die Erfassung der Lebensqualität als eine zentrale Komponente der Pflege. „A person-by-person approach to determining what might make the given resident appraise his or her quality of life more positively cannot be avoided. It would seem plausible to incorporate *Quality of Life* goals into care planning. Also the hotel and housing attributes of a nursing home might need much more priority“ (Kane, 2003, S. 31).

Kane (2003) nennt in diesem Kontext fünf Aufgaben, die an Forschungsansätze zur Bestimmung von Lebensqualität in Pflegeheimen zu richten sind: „(1.) Designing questions with appropriate response categories and time frames, (2.) developing a sampling strategy, (3.) aggregating information at the individual and facility level, (4.) validating what are ultimately subjective constructs, and (5.) developing an approach using observations and proxies to assess quality of life for approximately the 40 percent of the residents who will be impossible to interview“ (Kane, 2003, S. 28).

Ready und Ott (2003) umschreiben die Aufgabe der Lebensqualitätsforschung bei demenzkranken Menschen wie folgt: „An important direction for future research on QOL (Quality of Life) scales for dementia is to establish their responsiveness to change over time. It will also be important to identify factors that affect reports of QOL, determine the how perceived

QOL affects decisions regarding the care of dementia patients, and evaluate interventions to increase patient QOL“ (Ready & Ott, 2003, S. 11).

„Pflegekräfte selbst unterscheiden Pflegesituationen in gelungene und misslungene (bzw. schwierige) Situationen. Als wichtigstes Unterscheidungskriterium dafür erwies sich ein als angemessen bzw. unangemessen empfundener Umgang mit Gefühlen. Gefühle werden in Formen von Handlungstypen ausgedrückt, dies kann direkt oder indirekt geschehen. Die Lebenswelt ist Boden, Hintergrund und Rahmen dafür zugleich.“ (Dornheim, Busch, Schulze & Silberzahn-Jandt, 2003, S. 3).

In einer Studie von Burgio et al. (2000) wurden die Effekte eines Kommunikationstrainings und des Gebrauchs von Gedächtnisbüchern bei Pflegefachkräften auf die Interaktion zwischen diesen und den Bewohnern von stationären Einrichtungen der Altenhilfe untersucht. Die Bewohnerinnen und Bewohner litten an leichten kognitiven Einbußen. Die Pflegefachkräfte wurden dazu motiviert, bestimmte Kommunikationstechniken und Gedächtnisbücher einzusetzen. Die trainierten Pflegefachkräfte sprachen mehr, sie trafen häufiger positive Feststellungen, sie wandten sich häufiger mit spezifischen, situationsangemessenen Instruktionen an die Bewohnerinnen und Bewohner. Sie unterschieden sich gegenüber der Kontrollgruppe hingegen nicht in der Zeit, die sie mit einer Bewohnerin oder einem Bewohner verbrachten. Es ist also von einer Zunahme der positiven Interaktionen zwischen Pflegefachkräften und Bewohnern auszugehen.

1.3 Konzeptionelle Grundlagen des Instrumentes und theoretische Einordnung

Das dem Projekt HILDE zugrunde liegende Verständnis von Lebensqualität leitet sich zunächst aus dem Versuch einer Integration von zwei in der Literatur prominenten Perspektiven zur Konzeptualisierung dieses Konstruktes ab: dem schwedischen *level of living approach* und dem amerikanischen *quality of life-Ansatz*.

Im schwedischen *level of living-approach* wird Lebensqualität als individuelle Wohlfahrt konzeptualisiert (Allardt, 1993) und über das Ausmaß definiert, in dem Menschen in der Lage sind, Ressourcen wie Einkommen, Vermögen, Bildung, psychische oder physische Energie gezielt im Dienste einer den eigenen Bedürfnissen entsprechenden Gestaltung ihrer individuellen Lebensverhältnisse einzusetzen, bzw. über das Ausmaß, in dem die individuellen Lebensverhältnisse durch „Determinanten“ bestimmt sind, die sich der Kontrolle des Individuums entziehen (Erikson, 1993). So tragen Maßnahmen zur Erhöhung der Selbstständigkeit bzw. zur Vermeidung unnötiger und dysfunktionaler Unselbstständigkeit nicht nur allgemein zu einer Erhöhung subjektiven Wohlbefindens und damit zur (subjektiven) Lebensqualität bei, sie bilden gerade bei Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf eine zentrale Voraussetzung für den Einsatz vorhandener Ressourcen zur Verwirklichung von Teilhabe (Zank & Bal-

tes, 1998; Zank & Schacke, 2002). Wohlbefinden ist in diesem Verständnis kein konstitutives Merkmal von Lebensqualität, sondern vielmehr Resultat einer Kongruenz zwischen individueller Wohlfahrt und individuellen Aspirationen. Für das Projekt HILDE ergibt sich aus diesem Ansatz vor allem die Konsequenz, dass objektive Situationsfaktoren, die objektive Spielräume zur Verwirklichung individueller Bedürfnisse und Anliegen sowie zur Gestaltung der persönlichen Lebenssituation definieren oder zumindest mitbestimmen, differenziert zu erfassen sind (siehe auch Kruse & Schmitt, 2006). Mit Thalín (1990) lassen sich hier vier verschiedenen Formen von Ressourcen differenzieren:

- (a) Bildung, Einkommen
- (b) soziales Netzwerk
- (c) physische Energie
- (d) psychische Energie

Die kognitiven Leistungen eines Menschen – und dies ist gerade im Hinblick auf Menschen wichtig, bei denen eine Demenz besteht – lassen sich diesem Verständnis zufolge sowohl zur physischen als auch zur psychischen Energie in Beziehung setzen: Beide Ressourcen sind für die Erbringung kognitiver Leistungen notwendig. Dabei umfasst die psychische Energie sowohl Prozesse der Informationsverarbeitung und der Aufmerksamkeit als auch motivationale Prozesse. Der physischen Energie lassen sich sowohl körperliche Leistungsfähigkeit als auch körperliche Gesundheit subsumieren, die ihrerseits Einfluss auf die kognitive Leistungskapazität ausüben. Weiterhin sind für die kognitiven Leistungen die Bildungsressourcen von großer Bedeutung, wobei sich Bildung nicht nur auf den Erwerb von Wissen beschränkt, sondern auch den Erwerb von kognitiven Strategien und Handlungsstrategien sowie das Training kognitiver und alltagspraktischer Strategien umfasst (Kruse & Schmitt, 2001).

Die von Thalín (1990) vorgeschlagene Differenzierung verschiedener Ressourcen ist für das Verständnis der psychischen Situation demenzkranker Menschen – und damit für die Konzeptualisierung von Lebensqualität im Projekt HILDE – vor allem wegen der expliziten Unterscheidung zwischen physischer und psychischer Energie wichtig. Der Rückgang der psychischen Energie, der bei vielen demenzkranken Menschen beobachtet werden kann – an dieser Stelle sei auf die *Apathie* hingewiesen –, ist nicht allein unter dem Gesichtspunkt der Psychopathologie von Bedeutung, sondern auch unter dem Gesichtspunkt der Ressourcen: Ein Rückgang der psychischen Energie erschwert die Verwirklichung von Zielen und Bedürfnissen. Menschen fühlen möglicherweise nicht mehr die psychische Kraft zu deren Umsetzung. Darüber hinaus ist hier auch an die physische Energie zu denken: Möglicherweise verspüren demenzkranke Menschen nicht mehr die für die Umsetzung von Zielen und Bedürfnissen notwendige körperliche Kraft.

In der Tradition des amerikanischen *quality of life-Ansatzes* (Campbell, Converse & Rogers, 1976) wird anders als im schwedischen *level of living approach* die Bedeutung subjektiver Wahrnehmungs- und Bewertungsprozesse für die Lebensqualität hervorgehoben. Für diese aus der Sozialpsychologie und der Mental Health-Forschung hervorgegangenen Perspektive ist das Thomas-Theorem zentral, demzufolge als real wahrgenommene Situationen immer auch reale Konsequenzen haben (Kruse, 2005c). Für das Projekt HILDE ergibt sich hier die Konsequenz, dass die Erfassung von Aspekten der räumlichen, sozialen und infrastrukturellen Umwelt durch die Perspektive der demenzkranken Menschen zu ergänzen ist. Indem die Bedeutung von Konstellationen objektiver Umweltmerkmale für die (subjektive) Lebensqualität durch die Wahrnehmung einer Gesamtsituation, die von einigen als „angenehm“, von anderen als „neutral“ und wieder anderen als „aversiv“ empfunden wird, vermittelt wird, ist es notwendig, das emotionale Erleben demenzkranker Menschen differenziert zu erfassen. Da sich – je nachdem, wie weit die Erkrankung fortgeschritten ist – das emotionale Erleben demenzkranker Menschen in vielen Fällen nicht mehr direkt erfragen lässt, erscheint es notwendig, nonverbale Hinweise auf emotionale Befindlichkeit ebenso zu berücksichtigen wie Auskünfte von Angehörigen und Pflegepersonen.

Sowohl im amerikanischen „*quality of life*“-Ansatz als auch im schwedischen „*level of living approach*“ werden individuelle Aspirationen als eine von Ressourcen und Determinanten unabhängige Einflussgröße individuellen Wohlbefindens betrachtet (Uneinigkeit besteht lediglich hinsichtlich der Frage, inwieweit individuelles Wohlbefinden als ein Merkmal von Lebensqualität zu betrachten ist). Welches Ausmaß an Teilhabe im individuellen Fall anzustreben und zu verwirklichen ist, lässt sich nicht jenseits des jeweils vorliegenden individuellen Bezugssystems bzw. unabhängig von den für das Verständnis des Individuums zentralen Lebensstrukturen bestimmen. Als zentrale Komponenten dieser Lebensstrukturen sind die subjektiv bedeutsamen Beziehungen der Person zu „bedeutsamen Andern“ in ihrer Welt aufzufassen, wobei sich der Begriff „bedeutsame Andere“ je nach Kontext in Form einer Person, Gruppe, Idee, Kultur, Institution oder auch einer besonderen Gegend spezifizieren lässt (Levinson, 1986). Levinson hat in seinen entwicklungspsychologischen Arbeiten (1.) das hohe Investment des Selbst in diese Beziehungen, (2.) die in diesen Beziehungen erfahrene Bereicherung, (3.) die aus diesen Beziehungen hervorgehenden geistigen und emotionalen Anregungen belegen können (siehe auch Kruse, 2005c).

In der Literatur finden sich mehrere Vorschläge, die sich um eine Integration der beiden skizzierten grundlegenden Positionen bemühen. Für die empirische Wohlfahrtsforschung in Deutschland charakteristisch ist vor allem die von Zapf (1984) vorgeschlagene Differenzierung von vier Wohlfahrtspositionen. Den Ausgangspunkt dieses Ansatzes bildet die Idee, dass sich Lebensqualität und individuelle Wohlfahrt aus dem Grad, in dem menschliche Grundbedürfnisse erfüllt sind, bestimmen lässt. Allard (1993) differenziert hier in seiner *basic needs*

approach zwischen Having, Loving und Being. Dabei steht das erste Grundbedürfnis (Having) für den im schwedischen *level of living approach* als zentral gesetzten Aspekt des Wohlstandes bzw. für die materiellen Aspekte des Lebensstandards. Mit dem zweiten Grundbedürfnis (Loving) ist vor allem die Integration in soziale Netzwerke angesprochen, die soziale Kontakte zu persönlich bedeutsamen Personen und auf deren Grundlage ein Erleben von Zugehörigkeit ermöglicht. Das dritte Grundbedürfnis („Being“) verweist dagegen auf die Frage, inwieweit alternative Optionen zur Gestaltung der eigenen Lebenssituation, zur sozialen Teilhabe und zur Verwirklichung von für die Person zentralen Anliegen und Zielvorstellungen (Selbstverwirklichung) bestehen. Aus der Differenzierung dieser Grundbedürfnisse lässt sich die auch für das vorliegende Projekt zentrale Annahme ableiten, dass sich eine angemessene Operationalisierung von Lebensqualität weder wie der schwedische *level of living approach* exklusiv auf die Ausprägung objektiver Indikatoren, noch wie der amerikanische *quality of life-Ansatz* exklusiv auf die Ausprägung subjektiver Indikatoren stützen kann.

Zapf (1984) hat den skizzierten *basic needs approach* durch die Differenzierung von vier Wohlfahrtspositionen erweitert, die sich aus dem Ausmaß, in dem die objektiven und subjektiven Voraussetzungen für eine Verwirklichung der genannten Grundbedürfnisse gegeben sind, bestimmen lassen. Dabei wird die Koinzidenz von guten objektiven Lebensbedingungen und subjektivem Wohlbefinden als „*Well-being*“ bezeichnet, während die Konstellation aus schlechten objektiven Lebensbedingungen und negativem Wohlbefinden als „*Deprivation*“ bezeichnet wird. Die auch als „Unzufriedenheitsdilemma“ beschriebene, durch gute objektive Lebensbedingungen und negatives Wohlbefinden gekennzeichnete Konstellation wird als „*Dissonanz*“, die auch als „Zufriedenheitsparadox“ beschriebene Konstellation schlechter objektiver Lebensbedingungen bei subjektivem Wohlbefinden als „*Adaptation*“ bezeichnet. Noch stärker als im *basic needs approach* wird damit die Interaktion zwischen objektiven und subjektiven Indikatoren von Lebensqualität hervorgehoben. Für das Projekt HILDE ergibt sich die Konsequenz, dass dem individuellen Zusammenspiel zwischen personbezogenen und umweltbezogenen Einflussfaktoren von Lebensqualität besondere Aufmerksamkeit zu schenken ist.

Entsprechend bilden die *psychosozialen Präferenzen* von Menschen, die an einer Demenz leiden, den konzeptionellen Ausgangspunkt des Projekts HILDE, wobei diese Präferenzen im Kontext der sozialen, räumlichen und infrastrukturellen Umwelt zu betrachten sind (ausführlich dazu Garms-Homolová, 2000; Kitwood, 2000; Schaeffer & Wingenfeld, 2004; Schwerdt, 2005). Grundlegend ist dabei der Gedanke, dass sich die Aufgabe der Betreuung und Versorgung demenzkranker Menschen nicht auf die Befriedigung körperlicher Bedürfnisse oder die Linderung psychischer und physischer Krankheitssymptome beschränkt, sondern dass sie darüber hinaus demenzkranke Menschen dabei unterstützt, ihre psychosozialen Präferenzen

möglichst weit zu verwirklichen. Damit leisten Betreuung und Versorgung einen bedeutenden Beitrag zur Erhaltung von Lebensqualität.

Das Projekt HILDE geht von der Person in ihren körperlichen, ihren seelisch-geistigen, ihren sozial-kulturellen und ihren existenziellen Bedürfnissen aus. Die Erfassung der individuellen Kriterien eines persönlich zufrieden stellenden Lebens wird als zentrale Aufgabe gewertet (siehe auch Kruse, 2005d; Sabat & Harré, 1992; Wetzstein, 2005).

Dabei wird vom Einfluss gegebener Versorgungskontexte (in ihren räumlichen, sozialen und infrastrukturellen Aspekten) auf die Lebensqualität eines demenzkranken Menschen ausgegangen, wobei die Annahme aufgestellt wird, dass psychosoziale Präferenzen des Individuums einerseits und Merkmale des Versorgungskontextes andererseits zumindest in Teilen in Wechselwirkung stehen: So ist zum Beispiel die Frage, inwieweit spezifische soziale und sozialkulturelle oder aber räumliche Angebote positive Einflüsse auf die Lebensqualität eines Menschen ausüben, nur im Kontext der psychosozialen Präferenzen dieses Menschen zu beantworten (Bär, 2004; Becker, Kruse, Schröder & Seidl, 2005; Kruse, 2005d).

Versorgungskontexte stellen nicht selten eine Quelle von Hindernissen für Selbstständigkeit, Selbstbestimmung, Wertverwirklichung und Teilhabe von Menschen dar, die an einer Demenz erkrankt sind, und gerade dadurch können sie sich negativ auf deren Lebensqualität auswirken (M. Baltes, 1996; M. Baltes, Lang & Wilms, 1998; M. Baltes & Montada, 1996). Diese Hindernisse resultieren nicht selten aus Vorgaben hinsichtlich der Betreuung und Pflege, die nicht auf den einzelnen Menschen, auf dessen Bedürfnisse und Kompetenzen abgestimmt sind (Garms-Homolová, 2001; Hallauer et al., 2005; Kane, 2004; Schwerdt, 2005). In dem Forschungsprojekt werden aufgrund der Bedeutung, die den Versorgungskontexten für die Lebensqualität zukommt, auch infrastrukturelle Merkmale berücksichtigt: Zu nennen sind hier neben den objektiven Umweltmerkmalen die Qualität der medizinischen Diagnostik und der Medikamentenverordnung, die Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie der Grad personorientierter Betreuung und Versorgung – wie sich dieser im Differenzierungsgrad der Wahrnehmung von Kompetenzen, Einschränkungen, psychosozialen Präferenzen, Veränderungspotenzialen und Veränderungsgrenzen bei demenzkranken Menschen widerspiegelt (Stoppe, 2006).

Entsprechend der Vielfalt an Umwelteinflüssen auf Lebensqualität werden in der internationalen Literatur Komponenten-Definitionen von Lebensqualität diskutiert (vgl. Clark & Bowling, 1989; Farquar, 1995; Patterson, 1975; Porzsolt et al., 2004). Besonderes Interesse gilt in diesem Kontext Konzeptionen von Lebensqualität, die ausdrücklich einschränkende Lebensbedingungen betonen (siehe etwa Mendola & Pellegrini, 1979; Stähel et al., 2003). Gleiches gilt für Konzeptionen, die sich auf die Lebenssituation spezifischer Personengruppen konzentrie-

ren, hier vor allem auf die Situation jener Menschen, bei denen eine Demenz diagnostiziert wurde (Ready & Ott, 2003), die an einem Tumor erkrankt sind (Di Maio & Perrone, 2003; Mystakidou et al., 2004; Schulz et al., 2001) oder bei denen Pflegebedarf besteht (Kane, 2001; McKee et al., 2002).

Stellvertretend für solche Komponenten-Definitionen sei eine Studie aus der Arbeitsgruppe um Porzsolt angeführt, in der in einem Zeitraum von einem Jahr $N = 217$ demenzkranke Patienten von Ärzten und Pflegefachkräften beobachtet wurden; die Beobachtungen wurden auf der Grundlage eines Fragebogens ausgewertet, der 65 Items umfasst (Porzsolt et al., 2004). Diese Arbeitsgruppe, dies sei hier angemerkt, definiert Lebensqualität in Termini des Wohlbefindens. Die Faktorenanalyse erbrachte fünf für das Wohlbefinden der Patienten zentrale Dimensionen:

- (a) Kommunikation
- (b) negativer Affekt
- (c) Körperkontakt
- (d) Aggression
- (e) Mobilität.

Für die Lebensqualität demenzkranker Menschen ist zunächst die Güte der Kommunikation bedeutsam: Inwiefern wird auf Botschaften geantwortet, inwieweit wird die Suche nach Kontakt erkannt? Sodann ist die Möglichkeit, negativen Affekt ausdrücken zu können, bedeutsam für das Wohlbefinden demenzkranker Menschen. Zu nennen ist weiterhin der Körperkontakt: Erkennt die Umwelt, ob der demenzkranke Mensch Körperkontakt eher sucht oder eher meidet, und reagiert sie entsprechend auf diese Bedürfnisse? Zentral sind weiterhin die Möglichkeit, Aggressionen ausdrücken zu können, sowie die Möglichkeit zu einem ausreichenden Maß an Mobilität. Im Gegensatz zum Projekt HILDE findet in der Studie von Porzsolt et al. (2004) die Möglichkeit zum Ausdruck positiven Affekts keine Berücksichtigung.

Komponenten-Definitionen von Lebensqualität und entsprechende Messinstrumente haben den Nachteil, dass ihnen weniger ein *theoretisches Modell von Lebensqualität* zugrunde liegt, welches zum Beispiel zwischen zentralen Dimensionen von Lebensqualität differenziert und dabei die Relationen zwischen objektiv gegebener und subjektiv erlebter Lebenssituation oder zwischen Person und Umwelt in den Mittelpunkt rückt. Komponenten-Definitionen knüpfen vielmehr an solchen Belastungen und Wünschen an, die von den Mitgliedern einer ausgewählten Personengruppe (zum Beispiel einer Gruppe mit einer bestimmten Erkrankung) in Pilotstudien berichtet oder bei diesen beobachtet wurden.

Aktuelle Analysen der Lebensqualität demenzkranker Menschen orientieren sich häufig an einem im Arbeitskreis von Lawton entwickelten Modell, das zwischen vier Bereichen differenziert:

- (1) Subjektives Wohlbefinden
- (2) Erlebte Lebensqualität
- (3) Objektive Umwelt
- (4) Verhaltenskompetenz.

Dieses Modell von Lebensqualität betont – ganz im Sinne der aus der schwedischen *level of living approach* und dem amerikanischen *quality of life- Ansatz* abgeleiteten Anforderungen an eine angemessene Konzeptualisierung von Lebensqualität - zum einen die Differenzierung zwischen objektiv gegebener Umwelt und subjektiv erlebten Umweltbedingungen („erlebte Lebensqualität“). Damit stellt es an Wissenschaft und Praxis die Aufgabe, für den einzelnen demenzkranken Menschen anzugeben, wie dieser die gegebenen Umweltbedingungen subjektiv erlebt. Dieses Modell betont zum anderen das seelische Wohlbefinden (im Sinne emotionaler Befindlichkeit) sowie die Verhaltenskompetenz (im Sinne bestehender Funktionen und Fähigkeiten, die ein selbständiges und selbstverantwortliches Leben ermöglichen). Auch dies erfordert eine sehr differenzierte Analyse des Erlebens und Verhaltens.

Auf der Grundlage der obigen Diskussion grundlegender Positionen zum Verständnis und zur Erfassung von individueller Wohlfahrt und Lebensqualität erscheint uns das im Arbeitskreis von Lawton vorgeschlagene Modell unter der Zielsetzung des Projekts HILDE als zu undifferenziert, insofern es die wechselseitige Abhängigkeit der einzelnen Bereiche von Lebensqualität nicht explizit berücksichtigt.

Als Grundlage für die Entwicklung eines Instruments zur Erfassung der Lebensqualität demenzkranker Menschen angemessener erscheint uns hier die von Veenhoven (2000) vorgeschlagene Erweiterung des Modells. Diesem Modell zufolge ist Lebensqualität als Konstellation einzelner Lebensbedingungen und einzelner Komponenten des subjektiven Wohlbefindens zu verstehen (siehe Abbildung 1.3).

		Person	
		Innerhalb	Außerhalb
Lebensquali- tät	Ressource	Verhaltens- kompetenz	Objektive Umweltmerkmale
	Outcome	Subjektives Wohlbefinden Lebenszufriedenheit	„Nutzen“

Abbildung 1.3: Differenzierung zwischen Ressource und Outcome bei der Lebensqualitätsmessung (Veenhoven, 2000)

Den Ausgangspunkt der von Veenhoven (2000) vorgeschlagenen Erweiterung des im Arbeitskreis von Lawton entwickelten Modells bilden die *Ressourcen* eines Menschen, wobei unter Ressourcen alle Mittel zur Erreichung eines Ziels – zum Beispiel der Erhaltung von Selbstständigkeit, von sozialer Integration, von Zufriedenheit – zu verstehen sind. Die Ressourcen können sowohl materieller Art (Einkommen, Vermögen, Lage und Qualität der Wohnung) wie auch immaterieller Art (Bildungsstand, körperliche und seelisch-geistige Gesundheit, körperliche und geistige Leistungsfähigkeit sowie seelische Widerstandsfähigkeit) sein. Die Nutzung von Ressourcen (zum Beispiel von Erfahrungen und Wissen, von körperlichen Funktionen und geistigen Fähigkeiten) ist von den *bestehenden Lebensbedingungen* beeinflusst: Inwiefern fördern, inwieweit erschweren diese die Nutzung von Funktionen und Fähigkeiten (siehe auch Veenhoven & Okma, 1999)? Hier seien zwei Beispiele aus dem Bereich der Betreuung und Pflege angeführt.

Das erste Beispiel: Im Arbeitskreis von Margret Baltes konnte der Nachweis erbracht werden, dass sich in Einstellung und Verhalten von Pflegefachpersonen gegenüber Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Einrichtungen zwei grundlegende Orientierungen widerspiegeln. Die eine lässt sich im Sinne der *Selbstständigkeitsorientierung*, die andere lässt sich im Sinne der *Abhängigkeitsorientierung* umschreiben (M. Baltes, 1996; Zank & Baltes, 1998; Zank & Schacke, 2002). Im Falle ersterer tendieren Pflegefachkräfte dazu, die Bemühungen von Bewohnerinnen und Bewohnern um die selbständige Ausführung von Aktivitäten des täglichen Lebens zu unterstützen, im Falle letzterer werden hingegen diese Bemühungen um Selbstständigkeit nicht unterstützt (vielfach auch gar nicht wahrgenommen); vielmehr tendieren Pflegefachkräfte dazu, der Bewohnerin oder dem Bewohner möglichst viele Aktivitäten abzunehmen und dadurch deren bzw. dessen Abhängigkeit zu verstärken. Die Selbstständigkeit von Bewohnerinnen und Bewohnern, denen gegenüber Pflegefachkräfte eine stark ausgeprägte Selbstständigkeitsorientierung zeigen, ist langfristig signifikant höher als die Selbstständigkeit

von Bewohnerinnen und Bewohnern, denen gegenüber Pflegefachkräfte eine Abhängigkeitsorientierung erkennen lassen.

Das zweite Beispiel: Wir konnten in Einrichtungen der Behindertenhilfe bei älteren Menschen mit geistiger Behinderung ganz ähnliche Zusammenhänge finden. Ähnlich wie im Arbeitskreis von Margret Baltes veränderte sich auch in unserer Studie durch Fortbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wie auch durch die Supervision deren Pflegeverhaltens die Selbstständigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner mit geistiger Behinderung signifikant: Deren Selbstständigkeit im Alltag nahm zu (Kruse & Ding-Greiner, 2003). – Was bedeutet dies für die Entwicklung eines Instruments zur Erfassung der Lebensqualität demenzkranker Menschen? Die Befunde machen deutlich, dass Ressourcen *vorhanden* sein können, jedoch möglicherweise nicht in vollem Umfang genutzt werden, weil die bestehenden Bedingungen dies verhindern

Das von Veenhoven vorgeschlagenen Modell geht davon aus, dass die Person insofern aktiv *Kontrolle* ausübt, insofern sie Ziele definiert und nach Wegen sucht, diese Ziele zu verwirklichen. Zur Zielverwirklichung dienen ihr die Ressourcen, zugleich muss sie die bestehenden Lebensbedingungen berücksichtigen: Inwiefern lassen sich unter diesen bestimmte Ressourcen verwirklichen, inwieweit ist deren Verwirklichung erschwert? Bei der Definition von Zielen orientiert sich die Person an ihren grundlegenden Werten, die ihrerseits von der Gesellschaft, in der sie lebt, beeinflusst sind.

In der Konzeption von Veenhoven sind zwei Arten von Outcomevariablen zu differenzieren. Die innerhalb und außerhalb der Person vorhandenen Ressourcen wirken sich zunächst auf die Person, auf deren subjektives Wohlbefinden und deren Lebenszufriedenheit aus. Des Weiteren wird von Veenhoven hervorgehoben, dass nicht nur die Person selbst, sondern auch ihr soziales Umfeld von der Verfügbarkeit person- und umweltbezogener Ressourcen profitiert. Dieser in der graphischen Darstellung des Modells als „Nutzen“ bezeichnete Aspekt bleibt allerdings im Projekt HILDE unberücksichtigt. Stattdessen konzentriert sich das Projekt bei der Erfassung von Outcomes individueller Ressourcenkonstellationen auf die Operationalisierung von subjektivem Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit. Das subjektive Wohlbefinden wird dabei sowohl mit Blick auf aktuelle Affekte und Stimmungen als auch mit Blick auf habituelle Affekte und Stimmungen im Sinne eher überdauernder Persönlichkeitseigenschaften erfasst. Sowohl das subjektive Wohlbefinden als auch die Lebenszufriedenheit werden mit Hilfe unterschiedlicher Maße, die zum Teil stärker im Sinne „objektiver“, zum Teil stärker im Sinne „subjektiver“ Indikatoren zu deuten sind erfasst. Neben der Perspektive der demenzkranken Bewohner berücksichtigt die im Projekt HILDE vorgenommene Operationalisierung zusätzlich die Perspektive von Angehörigen und Pflegenden. Des Weiteren wird bei der Operationalisierung der Outcomevariablen dem im Kontext der Darstellung der Ansätze von Al-

lard (1993) und Zapf (1984) herausgearbeiteten Umstand Rechnung getragen, dass sich person- und umweltbezogene Merkmale weniger isoliert und additiv auswirken, sondern in ihrer jeweiligen Bedeutung voneinander abhängen. Solche Person-Umwelt Interaktionen werden etwa bei der Erfassung des subjektiven Wohlbefindens dadurch berücksichtigt, dass das aktuelle und habituelle Erleben von Affekten auf die individuelle Wahrnehmung spezifischer Situationen als „positiv valent“, „neutral“ oder „aversiv“ bezogen wird.

Ressourcen innerhalb der Person bzw. Verhaltenskompetenzen werden im Projekt HILDE differenziert erfasst. Verwiesen sei an dieser Stelle insbesondere auf die Analyse alltagspraktischer und sozialkommunikativer Kompetenz, auf die Analyse des Affektausdrucks sowie der emotionalen Befindlichkeit wie auch auf die umfassende gerontopsychiatrische Untersuchung. Bei der Erfassung von objektiven Umweltmerkmalen als außerhalb der Person lokalisierten Ressourcen werden öffentliche Räumlichkeiten und das individuelle Wohnumfeld ebenso detailliert abgebildet wie der individuelle Bewegungsradius und das soziale Netzwerk. Das im Projekt HILDE entwickelte Instrument berücksichtigt zudem, dass auch auf der Seite der Ressourcen von Interaktionen zwischen person- und umweltbezogenen Indikatoren auszugehen ist. Als ein Beispiel sei hier die detaillierte Analyse gefühlsmäßig bedeutsamer Plätze genannt.

Der im Projekt HILDE verwirklichte mehrdimensionale Ansatz erlaubt eine detaillierte Erfassung der Lebensqualität demenzkranker Menschen in stationären Einrichtungen der Altenpflege, die den Anforderungen eines ganzheitlichen Menschenbildes gerecht wird. Durch die Analyse empirischer Zusammenhänge zwischen den berücksichtigten Dimensionen von Lebensqualität werden im Projekt HILDE charakteristische Kompetenzprofile (siehe Kapitel 2.3) identifiziert und mit Blick auf ihr spezifischen Bedarfslagen beschrieben. Damit berücksichtigt das Projekt HILDE, dass sich Interventionsmaßnahmen mit dem Ziel einer Verbesserung der Lebensqualität demenzkranker Menschen in stationären Einrichtungen im individuellen Falle sehr unterschiedlich auswirken können. Das im Projekt HILDE entwickelte Instrument dient nicht alleine einer differenzierten Diagnostik von Lebensqualität, sondern kann auch im Dienste der Planung und Evaluation von Interventionsmaßnahmen stehen.

1.4 Methodische Leitlinien der Auswertung

Nachdem in der ersten Untersuchungsphase die einzelnen Komponenten des Instrumentariums weiter ausdifferenziert wurden (siehe 3. Zwischenbericht), ergab sich als Untersuchungsmaterial für die zweite Phase ein zum Ersten inhaltlich und formal präziser gefasster, im Einzelnen aber auch sehr nach a posteriori bestimmten Kategorien ‚aufgefächerter‘, zum Zweiten damit also sehr umfangreicher Fragenkatalog zum Selbstauffüllen durch die Pflegenden.

Damit verblieben weitergehende theoretische (Re-)Fokussierungen und die empiriegestützte Reduktion als Aufgabe der die zweite Erhebungsphase abschließenden Datenanalyse.

Eine sinnvolle Reduktion der vorliegenden Daten wurde in drei Schritten erreicht, die im Folgenden ausführlich dargestellt werden.

1.4.1 Theoretische Item-Zuordnung

Entsprechend dem theoretischen Hintergrund des Projektes konnte eine Zuordnung der Items des Gesamtinstrumentes erfolgen, die in drei hierarchischen Schritten erfolgte. Diese sind im Folgenden beschrieben.

a) *Grobstruktur:* Das theoretisch zugrunde gelegte Modell der vier Dimensionen von Lebensqualität nach Lawton wird mit dem Ziel einer klaren Bestimmung der wechselseitigen Bezüge zwischen diesen Dimensionen und einer einheitlicheren Nomenklatur im Sinne Veenhovens (2000) zusätzlich stärker zwischen QOL-Ressourcen (Quality Of Life - R) und den eigentlichen QOL-Outcomes (Quality Of Life - O) differenziert.

b) *Binnenstruktur:* Innerhalb der beiden Dimensionen der Grobstruktur (Ressourcen/Outcomes) wird sowohl personen- als auch umweltseitig (P bzw. U) weiter differenziert:

- Ressourcen werden im Hinblick auf innerhalb und außerhalb der Person liegende QOL-Determinanten (d.h. Person und/oder Umwelt) unterschieden.
- QOL-Outcomes werden auf innerhalb der Person liegende Lebensqualitätsurteile bzw. –erfahrungen beschränkt.

Sowohl Umwelt- wie auch Personenressourcen wurden in beiden HILDE-Befragungen weiter untergliedert, beispielsweise in räumlich-dingliche (r), infrastrukturelle (i) oder soziale Umweltressourcen (s). Behaviorale Personkompetenzen wurden auf unterschiedlichen Abstraktionsniveaus (funktional (f), kognitiv (k), komplexe Verhaltenskompetenzen (s)) differenziert.

Zur letztendlichen Zuordnung der einzelnen Fragen der Fragebögen kann auch die Gestaltung des Untersuchungsmaterials (z.B. im Hinblick auf die expliziten Frageformulierungen) im Sinne einer Validitätssicherung als Entscheidungskriterium herangezogen werden.

c) *Schnittmengen:* Ein weiterer Vorteil dieser Zuordnung ist die Herausarbeitung implizierter (wechselseitiger) Bezüge zwischen den Einzeldimensionen des Lawton-Modells. Kombinierte Zuordnungen im Sinne beispielsweise einer Umwelteigenschaft (z.B. bestimmte Orte vorhanden), die im Wesentlichen erst durch bestimmte Personeigenschaften (z.B. Vorlieben) als Ressource wirksam werden, somit also als Interaktion zwischen QOL-Determinanten (z.B. Lieblingsplätze) konzeptualisiert sind, ermöglichen die direkte Be-

zugnahme auf die (ansonsten in Lawtons Theoriebildung vernachlässigten) Mechanismen der Entstehung von Lebensqualität.

Auf Seiten der Outcomevariablen wurden so die im ursprünglichen Modell Lawtons angelegten beiden Dimensionen „subjektives Wohlbefinden“ und „erlebte Lebensqualität“ zusammengefasst (siehe Abbildung 1.4.1).

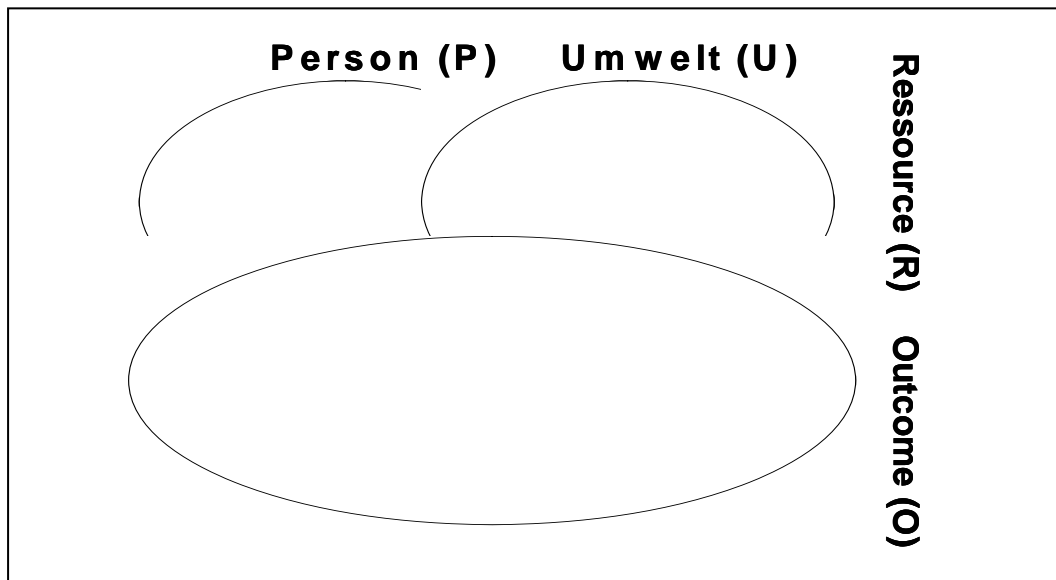


Abbildung 1.4.1: Integriertes Konzept der Lebensqualität im HILDE-Projekt
Das integrierte Model sieht nun gegenüber Lawton folgende Änderungen vor:

- eine *stärkere Differenzierung* in personen- bzw. umweltseitige Ressourcen,
- eine Definition der bei Lawton unbestimmten *Schnittmengen* der theoretischen Dimensionen,
- eine inhaltliche Differenzierung innerhalb der Umweltressourcen von „räumlich/dinglicher“ und „sozialer“ Umwelt,
- eine *Zusammenfassung* der Outcome-Komponenten „subjektives Wohlbefinden“ und „erlebte Lebensqualität“ zu einem Outcome-Parameter, der das Insgesamt aller auf Personenseite erlebbaren Lebensqualität abbildet.

Besonderer Vorteil dieser theoriegeleiteten Zuordnung ist, dass so auch QOL-Outcome-Indikatoren bestimmt werden können (in Ermangelung eines „echten“ Außenkriteriums für Lebensqualität).

Entsprechend diesen theoretischen Überlegungen wurden nun alle Einzelitems der verschiedenen Teile des Untersuchungsmaterials in die vorgestellten theoretischen Kategorien eingeordnet.

1.4.2 Datenreduktion

Ziel der Instrumentenentwicklung in HILDE war die Identifizierung eines begrenzten Sets von validen und reliablen Indikatoren erlebter/beurteilter Lebensqualität und deren möglichen Determinanten. Durch die theoretische Bestimmung der R-/O-Dimensionen anhand von Lawtons Lebensqualitätskonzepts und deren inhaltlichen Ausdifferenzierung (erhobene Subaspekte räumlicher und personengebundener Ressourcen) sind Merkmalsraum und –struktur bereits wesentlich vorbestimmt (Maximalversion). In einem mehrstufigen, datenreduzierenden Selektionsprozess sollten dann die Inhalte bestimmt werden, welche die o.g. Kriterien bestmöglich erfüllen. Auf die inhaltlichen (Homogenität-Heterogenität) und messtheoretischen Voraussetzungen (Skalenniveau) abgestimmt, boten sich folgende Schritte zur Datenreduktion an:

- *Umsetzbarkeit:* Fehlende und offensichtlich falsch beantwortete Fragen können einen Hinweis darauf geben, inwiefern die entsprechenden Items bei der gewählten Erhebungsform überhaupt sinnvoll sind. In ähnlicher Weise ermöglichen auch die Differenzierung der Antworten mit Blick auf die unterschiedlichen Demenzgrade der einzuschätzenden Bewohner und die Qualifikation der einschätzenden Pflegekräfte eine Abschätzung der Angemessenheit des gewählten methodischen Messzugangs.
- *Psychometrische Analysen:* Im engeren Sinne diagnostisch-psychometrische Informationen wie Itemhomogenitäten/-trennschärfen/-schwierigkeiten können, wo sinnvoll berechenbar, weitere Redundanzen in der umgesetzten Itembatterie aufzeigen, inhaltlich irrelevante Subdimensionen mehrdimensionaler Konstrukte identifizieren oder den durch eine Skala „abbildbaren Bereich“ auf einem latenten Merkmalskontinuum zu bestimmen helfen.
- *Empirische Verteilung:* In der Erstellung des HILDE II Fragebogens wurden die Inhalte der offenen Nennungen der Pflegekräfte in Kategorien umgewandelt und als Einzelvariablen angelegt. Umfang und Auswahl dieser Einzelaspekte eines Fragebereiches müssen damit zwar nicht unbedingt erschöpfend sein, leisten aber einen wichtigen Beitrag zur Abschätzung des möglicherweise bedeutsamen Merkmalsraumes. Durch die Analyse der entsprechenden Antwortverteilungen kann der Forderung nach breiter Anwendbarkeit des Instrumentes insofern nachgekommen werden, als sehr seltene Kategorienennungen bei der Erstellung der Endversion zusammengefasst oder ganz ausgeschlossen werden.
- *Theoretisch begründete Reduktion:* Die theoretische Positionierung des HILDE-Projektteams bestimmt wesentlich mit, ob ein gegebenenfalls. auch reliabel und valide erfasster Merkmalsbereich für unsere Zwecke nur nachrangige Bedeutung besitzt und aus diesem Grunde nicht weiter mitgeführt wird.

1.4.3 Analyse wechselseitiger Bezüge der erfassten Lebensqualitäts-Dimensionen

Die in den ersten beiden Schritten deutlicher konzeptuell und messtheoretisch herausgearbeiteten Lebensqualitäts-Determinanten und -Indikatoren wurden anschließend in einem multivariaten Analyseverfahren (im Hinblick auf ihre wechselseitigen Beziehungen näher untersucht.

2. Instrumententwicklung

2.1 Vorgehensweise

2.1.1 Mehrstufiger Entwicklungsprozess

Der Prozess der Instrumentenentwicklung im HILDE-Projekt kann in zwei wesentliche Phasen eingeteilt werden, die sich durch zunehmende Fokussierung auf besonders relevante Aspekte der Lebensqualität demenzkranker Menschen und die Vereinfachung der Erhebungsform auszeichnen. Entwicklungsleitend waren dabei sowohl der Anspruch theoretisch abgeleitete wie auch empirisch gefundene Aspekte der Lebensqualität demenzkranker Heimbewohner mit besonderer Relevanz herauszuarbeiten, als auch mit Blick auf die Praktikabilität die Handhabbarkeit in den Einrichtungen vor Ort durch die Pflegenden das Instrumentes optimal zu gestalten. Um diese Ziele zu erreichen, kam denjenigen Personen, welche unmittelbar am engsten und häufigsten mit den demenzkranken Bewohnern in Kontakt stehen, nämlich den Pflegenden eine zentrale Rolle zu.

Als kennzeichnende Merkmale der Instrumentenentwicklung von Phase I zu Phase II sollen im Folgenden wesentliche methodische Aspekte herausgestellt werden.

2.1.2 Erhebungsform und Antwortformat

Die Datenerfassung des Gesamtinstruments der ersten Phase beruhte maßgeblich auf dem Dialog mit den Angehörigen und den Pflegenden sowie deren Beobachtung in der Interaktion mit den teilnehmenden Bewohnern. Die Fragen zu den einzelnen Dimensionen wurden durch die Projektmitarbeiter in Interviewform an die Pflegenden gestellt. Hierzu wurden, sofern möglich, mehrere Pflegende gleichzeitig befragt, um so eine möglichst objektive Antwort zu erhalten. Die einzelnen Fragen wurden in offenem Antwortformat gestellt, so dass die jeweiligen Antworten der Pflegenden und Angehörigen durch die Projektmitarbeiter wörtlich notiert wurden. Diese offenen Antworten der Pflegenden dienten dann als wesentliche Grundlage zur Weiterentwicklung des Instrumentenformates. Sie wurden inhaltsanalytisch bezogen auf jedes einzelne Item analysiert und zu Kategorien zusammengefasst, die dann als Antwortkategorien zum Ankreuzen in der weiterentwickelten Fassung des Instrumentes vorgegeben wurden. Somit konnte eine wesentliche Vereinfachung erreicht werden, die die Handhabung des Instrumentes im Pflegealltag deutlich praktikabler macht. Dies zeigte sich auch in der durchschnittlich um eine Stunde geringeren Bearbeitungszeit pro Bewohner. Die neu gebildeten kategorialen Antwortmöglichkeiten des Instrumentes beruhten somit hauptsächlich auf Aussagen, die von den teilnehmenden N=97 Pflegenden zu den verschiedenen Fragenkomplexen genannt wurden. Sie können somit als sehr umfassende, reliable und valide Grundlage zur Beschreibung der für die Lebensqualität der Bewohner wesentlichen Aspekte in den jeweiligen Dimensionen gelten.

Bereits hier wurde deutlich, dass die Instrumentenentwicklung in H.I.L.DE. ein sowohl theoretisch deduktives aber auch ganz besonders ein praxisorientiertes induktives Vorgehen darstellt, in dem die Erfahrung der in der alltäglichen Pflegepraxis arbeitenden Fachkräfte von zentraler Bedeutung ist.

Die Neufassung der zweiten Version des Gesamtinstruments untergliederte sich dann in insgesamt sieben inhaltliche Bereiche und wurde als schriftliche Befragung des Pflegepersonals (Selbstaussfüller für die Pflegenden) angelegt, so dass die Pflegenden nach entsprechender Schulung selbständig die Beurteilung jedes Bewohners vornehmen konnten:

1. Gerontopsychiatrische Diagnostik
2. Beobachtungsbogen
3. Schmerzerfassung
4. Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)
5. Subjektives Befinden / Emotionales Erleben
6. Fragen an die Angehörigen
7. Räumliche Umwelt

Auch in der zweiten Phase begannen die Erhebungen mit der gerontopsychiatrischen Diagnostik, die allen weiteren Erhebungen vorausging und als einziger Erhebungsteil *nicht* durch die Pflegenden selbst, sondern weiterhin durch einen Projektmitarbeiter direkt mit dem Bewohner bzw. im Interview mit den Pflegenden durchgeführt wurde. Die Entscheidung über eine Teilnahme der jeweiligen Bewohner war auch weiterhin abhängig vom Ergebnis der gerontopsychiatrischen Diagnostik. Aufgrund der Erweiterung der Stichprobe auf auch kognitiv weniger bzw. unbeeinträchtigte Personen wurden als Ausschlusskriterien für diese Phase lediglich

- nicht gegebene Ansprechbarkeit (aufgrund von Multimorbidität oder extremen funktionalen Einschränkung beim Hören oder Sehen) sowie
 - das Vorliegen von Psychosen (z.B. Schizophrenie)
- festgelegt.

Erst im Anschluss an die Einschlussentscheidung erhielten die geschulten Pflegenden die Erhebungsbögen und konnten diese dann selbständig im Rahmen ihrer zeitlichen Möglichkeiten ausfüllen. Während der Erhebungsphase fand durch engen telefonischen oder wenn notwendig auch persönlichen Kontakt eine ständige Betreuung der Einrichtungen statt. Hierdurch konnten auftretende Fragen oder Schwierigkeiten bei der Durchführung zeitnah geklärt wer-

den und zu einer hohen Datenqualität des Gesamtdatensatzes (z.B. bzgl. Vollständigkeit) beitragen.

Bezüglich der Reihenfolge des Ausfüllens durch die Pflegenden wurden keine Vorgaben gemacht, da für bestimmte Einheiten spezifische Situationen herzustellen waren bzw. beobachtet werden sollten. Die Entscheidung darüber, wann welche Fragen am besten beantwortet werden können, lag auch im Sinne der Praktikabilität bei den beteiligten Pflegenden selbst.

Durch die veränderte Form der Erhebung (Selbstaussfüller) verlagerte sich auch der interne Arbeitsaufwand für die Projektmitarbeiter. Während in Phase I die Erhebungen durch die Projektmitarbeiter selbst den Hauptanteil der Zeit benötigten, bilden nun die Akquisition und Vorbereitung, sowie vor allem die enge Betreuung der Einrichtung während und auch nach den Erhebungen, insbesondere durch ausführliche Rückmeldegespräche sowie Seminare für die Mitarbeiter, den Hauptarbeitsschwerpunkt in dieser Projektphase.

2.1.3 Mimisches Ausdrucksverhalten als direktes Maß für emotionales Erleben

In der ersten Entwicklungsphase stand die Annahme im Mittelpunkt des Forschungsprozesses, dass im Falle von Demenzerkrankungen sich die spezielle, krankheitsinhärente Schwierigkeit ergibt, dass die Betroffenen mit Progredienz der Erkrankung aufgrund zunehmender kognitiver Einschränkungen immer weniger in der Lage sind, ihre Wünsche und Bedürfnisse verbal auszudrücken. Zusätzlich besteht vor allem im fortgeschrittenen Krankheitsstadium wenig Sicherheit darüber, inwieweit aus verbalen Äußerungen auf das tatsächliche subjektive Erleben des Einzelnen geschlossen werden kann. Aus diesen Gründen waren einer im Rahmen von Instrumentenentwicklungsstudien eher üblichen Vorgehensweise der Erfassung von Lebensqualität mit Fragebögen oder gar Selbstaussfüllern für die Bewohner deutliche Grenzen gesetzt. Auch die Selbstbeurteilung im Rahmen von Untersuchungen mit Demenzkranken gilt aus den oben genannten Gründen als nur wenig valide Methode zur Erfassung ihrer emotionalen Befindlichkeit und subjektiven Erlebens.

Anknüpfend an das Verständnis von Lebensqualität als übergeordnetes Konstrukt verschiedener wesentlicher Dimensionen (Diener et al. 1991; Veenhoven, 1996; Brod, Stewart & Sands, 1999), bildete die Annahme, dass die affektive Komponente im Sinne der emotionale Befindlichkeit einen bedeutsamen Aspekt darstellt, aber nicht ausschließlich durch Fremdbeurteilung erfasst werden kann, das zentrale theoretische Moment der Forschungsarbeit in der ersten Projektphase. Im Mittelpunkt stand daher die Analyse des mimischen Ausdrucksverhaltens der Bewohner. Der entscheidende Vorteil dieser Vorgehensweise liegt darin, dass selbst bei bereits sehr fortgeschrittenem Stadium einer Demenzerkrankung individuelle Ausdrucksskripte für basale Emotionen wie Freude, Ärger oder auch Trauer erhalten bleiben und somit als Indikator für subjektives Erleben herangezogen werden können. Dadurch wurde es möglich

auch die subjektive Sicht des Betroffenen selbst im Rahmen dieser Instrumentenentwicklung hinreichend valide zu integrieren.

Den methodischen Forschungsmittelpunkt bildete in diese Phase die Erfassung und Auswertung des mimischen Ausdrucksverhaltens der Bewohner sowie die Validierung einer geeigneten Beobachtungsskala. Diese spezifische Zielsetzung machte es notwendig ein strukturiertes Vorgehen zu wählen, so dass aus methodischen Überlegungen ein Grundinventar zur Erfassung des mimischen Ausdrucksverhaltens entwickelt wurde, das im Wesentlichen den folgenden Kriterien genüge:

- a) Da nicht explizit nach dem subjektiven Befinden gefragt werden kann, sollte das Material in der Lage sein, auch *sprachfrei* Aussagen über positive sowie negative Stimmungslagen Informationen zu liefern.
- b) Hierfür war es notwendig, mit hinreichend geprüftem, d.h. hinsichtlich seiner emotionalen Qualität *standardisiertem Material* für eine valide und reliable Messung zu arbeiten.
- c) Es war weiterhin notwendig, eine *standardisierte Durchführung*, unabhängig von der Ausprägung oder dem Stadium der Demenz, zu gewährleisten, da nur so ein generalisierbares Messverfahren im Sinne des Projektziels erreicht werden konnte.

Für den Zweck dieser Studie eignet sich daher die Nutzung verschiedenen Bildmaterials. Der Vorteil von bildlichem Stimulusmaterial ist zum einen darin zu sehen, dass Personen völlig unabhängig vom Stadium ihrer demenziellen Erkrankung diese Bilder betrachten und ebenfalls völlig unabhängig von ihren verbalen Fähigkeiten emotionale Reaktionen – und damit die eigentliche Analyseeinheit – zeigen können. Zusätzlich können die obigen Kriterien optimal erfüllt werden, da Bildmaterial hervorragend standardisiert erstellt und eingesetzt werden kann. Als Grundlage zur Auswahl standardisierten, emotional getönten Materials wurde die International Affective Picture Scale (IAPS) (Lang, Bradley & Cuthbert, 1999) genutzt. Aus dieser sehr umfangreichen Bildersammlung von 465 Einzelbildern wurden verschiedene Bilder in Expertenrunden ausgewählt. Als Auswahlkriterien dienten fünf basale Emotionen (Freude, Angst, Ärger, Trauer sowie Ekel) sowie weitgehende emotionale Neutralität. Insgesamt wurden 20 verschiedene Bilder des IAPS ausgewählt. Weiterhin wurde berücksichtigt, dass es sich bei der geplanten Untersuchungsgruppe um demenzkranke alte Menschen handelt, so dass die Bilder zwar zur Induktion gerade auch negativer Stimmungslagen genutzt werden konnten, jedoch ethische Aspekte der Belastbarkeit der Bewohner sowie Einfachheit bzw. Bekanntheit der Abbildungen ebenfalls ein zentrales Auswahlkriterium bildeten.

Während die Bilder von den teilnehmenden Bewohner betrachtet wurden, wurde ihr mimisches Ausdrucksverhalten für weitere Analysen auf Video aufgenommen und parallel dazu

mit einer Beobachtungsskala, einer adaptierten Form der Apparent Affect Rating Scale (AARS, Lawton, Haitsma & Klapper, 1996), erfasst. Die Videoaufnahmen dienten dazu, das in der Handhabbarkeit wesentlich einfachere Beobachtungsinstrument anhand videogestützter Mimikanalysen mit dem Facial Action Coding System (FACS, Ekman Friesen, 1978; Ekman, Friesen & Hager, 2001) als bewährtem standardisiertem Analyseverfahren zu validieren. Die FACS Auswertungen wurden von ein Expertenteam der Universität Saarbrücken (Arbeitsgruppe Prof. Dr. Rainer Krause) durchgeführt und dann im Projektteam mit den Emotionskodierungen anhand der AARS in Beziehung gesetzt.

Insgesamt zeigte sich in 87% aller Kodierungen (ohne die in EMFACS nicht vorgesehene und nachträglich kodierte Emotion „Interesse“) eine Übereinstimmung beider Verfahren im Hinblick auf die aus dem mimischen Ausdrucksverhalten analysierte Emotion. Die hohe Übereinstimmung ließ den Schluss zu, dass die in H.I.L.DE. genutzte adaptierte Version der AARS in der Lage ist die jeweiligen Emotionen mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit richtig zu identifizieren und zu klassifizieren. Damit erwies sich dieses Beobachtungsverfahren als valides und reliables Instrument zur Erfassung subjektiven Erlebens Demenzkranker mit z.T. sogar differential-diagnostischer Bedeutung (siehe auch Kapitel 2.4.4). Somit war ein weiteres Projektziel erreicht, nämlich die Integration bewohnerspezifischer Mitteilungsmöglichkeiten auf der Basis ihres mimischen Ausdrucksverhaltens anhand einer einfachen, in der Praxis handhabbaren Beobachtungsskala zu erfassen.

2.2 Stichprobenbeschreibung

Für die zweite Erhebungsphase des HILDE-Projektes wurden aus insgesamt 12 Einrichtungen N=234 Personen von den Pflegenden als potenzielle Studienteilnehmer benannt. Die 12 Einrichtungen sind vor allem in der Südhälfte Deutschlands gelegen und von unterschiedlicher Trägerschaft. 20 Personen mussten aufgrund einer vorliegenden Psychose (z.B. Schizophrenie), geistiger Behinderung, akuter Krankenhausaufenthalte, schlechtem Allgemeinzustand oder einem unklaren klinischen Bild ausgeschlossen werden. Im Unterschied zur ersten Erhebungsphase des Projektes wurden diesmal auch Personen mit geringen bzw. nicht vorhandenen kognitiven Defiziten in die Untersuchung einbezogen. Die Ausschlussanalyse zeigt jedoch, dass sich lediglich im Hinblick auf das Alter der teilnehmenden Bewohner signifikante Unterschiede ergaben: Personen, die in die aktuelle Stichprobe aufgenommen wurden, sind signifikant älter als diejenigen, die ausgeschlossen wurden (siehe Tabelle 2.2.1):

Tabelle 2.2.1: Ausschlussanalyse

	Einschluss N=214 (sd)	t-Wert ($p_{H0}>|t|$)	Ausschluss N=18 (sd)
Alter	86,1 (6,5)	-3,03 (**)	79,7 (5,3)
Geschlecht	35 Männer 179 Frauen	.25 (n.s.)	2 Männer 15 Frauen
Heimaufenthaltsdauer (in Jahren)	3,7 (4,5)	-.45 (n.s.)	3,0 (2,1)

Die Gesamtstichprobe der beiden HILDE-Erhebungsphasen umfasst N=362 Bewohner aus insgesamt 21 stationären Pflegeeinrichtungen im Bundesgebiet (vgl. Tabelle 2.2.2). Davon waren erwartungsgemäß 82,3% Frauen (N=298).

Tabelle 2.2.2: Merkmale der Gesamtstichprobe

	N	M (sd)	Min	Max
Alter	354	85,6 (6,8)	59	103
Heimaufenthaltsdauer (in Jahren)	350	3,4 (4,6)	0,01	35,9
MMST	356	11,9 (9,8)	0	30
GDS	362	4,7 (1,8)	1	7
ADL	314	48,8 (28,2)	0	100

Dabei zeigten sich statistisch bedeutsame Zusammenhänge für das Alter der Bewohner lediglich mit der ADL-Kompetenz ($r=-.20$, $p<.001$) sowie mit der Heimaufenthaltsdauer ($r=.15$, $p<.001$). Differenzielle Zusammenhänge fanden sich für das Alter und die kognitiven Skalen. Während das Alter mit dem MMST keinen Zusammenhang zeigte, ließ sich eine Korrelation mit der GDS von $r=.19$ ($p<.001$) nachweisen. Ebenso erwiesen sich die Zusammenhänge zwischen der ADL-Kompetenz und beiden kognitiven Parametern als bedeutsam (MMST: $r=.54$, $p<.001$, GDS: $r=.61$, $p<.001$). Das Geschlecht hatte keinen bedeutsamen Einfluss auf die Ausprägung der Stichprobenmerkmale.

2.3 Entwicklung der „Kompetenzgruppen“

Zur Beschreibung von Bewohnergruppen mit ähnlichen Mustern der Beeinträchtigung in den Personenkompetenzen wurde eine Clusteranalyse auf der Grundlage der MMST-Werte (Mini Mental State Test, Folstein & Folstein, 1990), der Mehrfachbelastung mit neuropsychiatrischen Symptomen (Neuropsychiatric Inventory (NPI), Cummings, Mega, Gray et al., 1994) sowie der funktionalen Alltagskompetenz (ADL-Gesamtwert, Aktivitäten des täglichen Lebens, Barthel-Index, Mahoney & Barthel, 1965) durchgeführt. Hierbei wurden Unterschiede in der Skalierung der drei Variablen durch z-Standardisierung berücksichtigt. Die Analyse des Clusterungsverlaufes legt eine Gruppierung der Bewohner in vier Cluster nahe (siehe Abbildung 2.3.1).

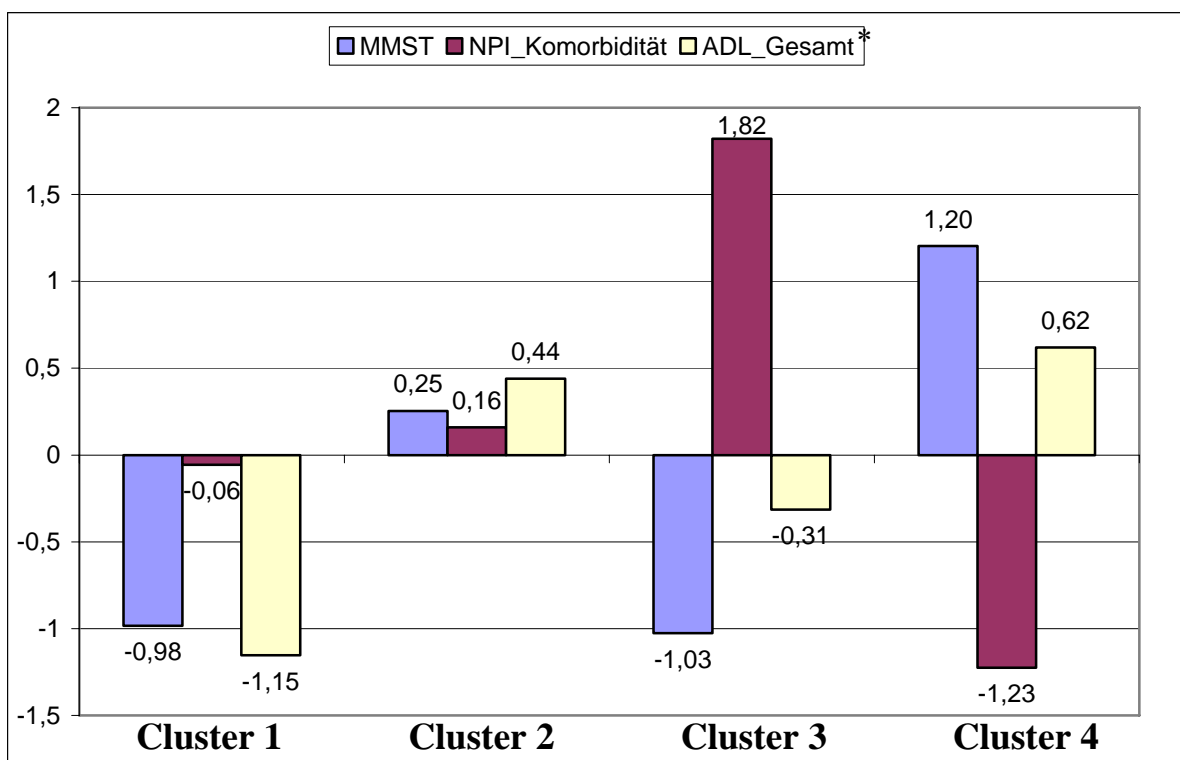


Abbildung 2.3.1: Vier-Cluster-Lösung: z-standardisierte Mittelwerte

*Notiz: MMST= Mini Mental State Test, NPI-KO= Komorbidität psychopathologischer Auffälligkeiten im NPI, ADL-Gesamt= Gesamtscore des Barthel-Index

Aufgrund der Gruppenmittelwerte der vier verschiedenen Cluster bezüglich der zur Gruppenbildung herangezogenen Maße lassen sich die vier identifizierten Gruppen in einem ersten Überblick zunächst wie folgt charakterisieren:

Cluster 1: In diesem Cluster sind Personen zusammengefasst, die sich durch ein mittleres Maß an Verhaltensauffälligkeiten, jedoch durch deutlich unterdurchschnittlich ausgeprägte kognitive sowie alltagspraktische Kompetenzen auszeichnen. Die Gruppe umfasst N= 77 Bewohner (Schwer demenzkrank, mit somatischen Einschränkungen, SD-S)

Cluster 2: Personen des zweiten Clusters können insgesamt als in einem mittleren Ausmaß belastet beschrieben werden. Im Vergleich zur Gesamtgruppen zeigen sie weder kognitiv noch funktional besonders deutliche Auffälligkeiten mit tendenziell etwas besserer funktionaler Kompetenz als der Durchschnitt. Diese Gruppe umfasst die größte Anzahl Bewohner (N=141). (Mittelgradig demenzkrank, MD)

Cluster 3: Personen dieses Clusters können als hoch belastet beschrieben werden. Sie sind sowohl kognitiv, als auch im Hinblick auf nicht-kognitive Symptome, psychiatrisch auffällig, d.h. schwer dement und mit im Mittel deutlich mehr als zwei nicht-kognitiven Symptomen belastet. Dagegen erscheint ihre funktionale Kompetenz nur geringfügig mehr eingeschränkt zu sein als der Durchschnitt. Diese hoch belastet Gruppe umfasst jedoch die geringste Anzahl Bewohner (N=29) (Schwer demenzkrank mit psychopathologischen Auffälligkeiten, SD-P)

Cluster 4: Diese Gruppe fasst Personen zusammen, die insgesamt als deutlich geringer belastet beschrieben werden können als der durchschnittliche Heimbewohner. Sie sind durch relativ gut erhaltene Kompetenzen in allen Bereichen und insbesondere durch eine weitgehende Freiheit von Verhaltensauffälligkeiten gekennzeichnet (N=58) (Leicht demenzkrank, LD).

Zur übersichtlicheren Darstellung und leichten Verständlichkeit werden im Folgenden die gefundenen Kompetenzgruppen mit den jeweiligen Abkürzungen (siehe oben) bezeichnet. Die z-standardisierten Merkmalsmittelwerte finden sich in Tabelle 2.3.1.

Tabelle 2.3.1: Merkmalsmittelwerte der vier Cluster (z-standardisierte Werte)*

Cluster M (sd)	MMST	NPI-KO	ADL-Gesamt	Interpretation
SD-S (N=77)	-0,98 (0,36)	-0,05 (0,69)	-1,15 (0,45)	Schwer demenzkrank mit geringer funktionaler Kompetenz
MD (N=141)	0,25 (0,77)	0,16 (0,67)	0,44 (0,78)	Mittelgradig demenzkrank, wenig verhaltensauffällig
SD-P (N=29)	-1,02 (0,32)	1,82 (0,37)	-0,32 (0,84)	Schwer demenzkrank, hoch belastet, psychopathologisch auffällig
LD (N=58)	1,2 (0,43)	-1,23 (0,41)	0,61 (0,72)	Beginnende Demenz, gering belastet

*Notiz: MMST= Mini Mental State Test, NPI-KO= Komorbidität psychopathologischer Auffälligkeiten im NPI, ADL-Gesamt= Gesamtscore des Barthel-Index

Die Betrachtung der absoluten Kennwerte der Kompetenzgruppen in den drei gruppenbildenden Merkmalen verdeutlicht noch einmal die Unterschiede in den gefundenen Gruppen (vgl. Tabelle 2.3.2). Demnach sind die Personen der Gruppen SD-S und SD-P mit im Mittel 2,2 bzw. 2,6 Punkten im MMST als schwerst dement zu bezeichnen. Gruppe MD erscheint mit

einem MMST Wert im Mittel von 14,8 Punkten mittelgradig demenzkrank während sich die kognitiv überdurchschnittlich kompetente Gruppe LD mit 24 MMST Punkten deutlich von den anderen abgrenzen lässt.

Tabelle 2.3.1: Merkmalsmittelwerte der vier Cluster (absolute Werte)*

Cluster M (sd)	MMST (0-30) ¹	NPI-KO (0-5) ²	ADL-Gesamt (0-100)²
SD-S (N=77)	2,6 (3,6)	2,0 (0,8)	16,1 (12,7)
MD (N=141)	14,8 (7,6)	2,2 (0,9)	61,1 (22)
SD-P (N=29)	2,2 (3,2)	4,3 (0,45)	39,8 (23,8)
LD (N=58)	24,2 (4,2)	0,5 (0,5)	66,2 (20,3)

*Notiz: MMST= Mini Mental State Test, NPI-KO= Komorbidität psychopathologischer Auffälligkeiten im NPI, ADL-Gesamt= Gesamtscore des Barthel-Index

¹ hohe Werte = geringe Einschränkung; ² hohe Werte = hohe Einschränkung

2.3.1 Doppelkreuzvalidierung der Clusterlösung zu funktionalen Kompetenzen

Um die Stabilität der für die Gesamtgruppe identifizierten 4-Cluster-Lösung abschätzen zu können, wurde eine Doppelkreuzvalidierung der diagnostischen Gruppen durchgeführt. Zunächst wurden die Bewohner der HILDE-Gesamtstichprobe zufällig auf zwei annähernd gleichgroße Teilstichproben verteilt (S1: $n_1=152$, S2: $n_2=153$ Bewohner) und die Ausprägungen der drei Analysevariablen jeweils an den Verteilungskennwerten für die Teilstichproben relativiert (z-Standardisierung, $M=0$, $SD=1$). Für die beiden so aufbereiteten Datensätze wurden anschließend parallele hierarchische Clusteranalysen (Fusionierungsalgorithmus Minimum Variance nach Ward) gerechnet. Die statistischen Kennwerte für die letzten 12 Fusionierungsschritte in beiden Teilstichproben sind in Tabelle 2.3.1.1 dargestellt. Die Zusammenschau der Fehlerquadratsummenzuwächse, sowie der Pseudo-F- und Pseudo-t-Werte (PSF bzw. PST2) ergeben in beiden Zufallsstichproben wenig Hinweise auf eine optimale Aufteilung der Bewohner auf eine bestimmte Anzahl von Clustern.

Dennoch erscheint die für die Gesamtstichprobe identifizierte 4-Cluster-Lösung auch für die Substichproben nachvollziehbar. Darauf weisen zum einen die relativ großen Sprünge im Fehlerquadratsummenzuwachs zwischen Fusionsstufe 4 und 3 (von 6% auf 12% in S1 und von 5% auf 9% in S2) hin, als auch das lokale PSF-Maximum in S1 oder die relativ großen PST2-Zuwächse von 4- zu 3-Cluster-Lösung (von 39,3 auf 46,7 in S1 und von 28,9 auf 40,2 in S2). Mit multiplen Determinationsanteilen von 62,4 und 63,1 Prozentpunkten können die identifi-

zierten Cluster zwei Drittel der Unterschiedlichkeit aller Bewohner der Stichprobe(n) im Hinblick auf die einbezogenen Kennwerte funktionaler Kompetenzen abbilden.

Tabelle 2.3.1.1: Kennwerte der Clusterlösungen (Ward-Verfahren) in beiden Teilstichproben.

	S1				S2			
Cluster- anzahl	Semi- partiell R²	R²	Pseudo F	Pseudo t²	Semi- partiell R²	R²	Pseudo F	Pseudo t²
12	0.012	0.848	71.2	14.3	0.011	0.845	69.7	9.6
11	0.013	0.836	71.6	12.7	0.012	0.833	70.8	28.9
10	0.012	0.822	72.9	18.2	0.011	0.821	72.7	12.1
9	0.016	0.807	74.6	20.3	0.019	0.800	72.1	17.8
8	0.020	0.785	75.3	16.0	0.020	0.779	72.9	22.0
7	0.028	0.756	75.0	23.3	0.022	0.757	75.8	14.6
6	0.033	0.723	76.4	30.2	0.029	0.727	78.2	28.0
5	0.039	0.683	79.2	20.2	0.044	0.683	79.7	26.5
4	0.058	0.624	81.8	39.3	0.052	0.631	85.0	28.9
3	0.118	0.506	76.4	46.7	0.090	0.540	87.9	40.2
2	0.129	0.373	89.3	51.9	0.105	0.433	115	39.7
1	0.372	0.000	.	89.3	0.432	0.000	.	115

Eine weitere grafische Entscheidungshilfe stellen Dendogramme (siehe Abbildung 2.3.1.1) dar, in denen die Fehlerquadratsummenzuwächse für alle Fusionierungsschritte abgetragen sind.

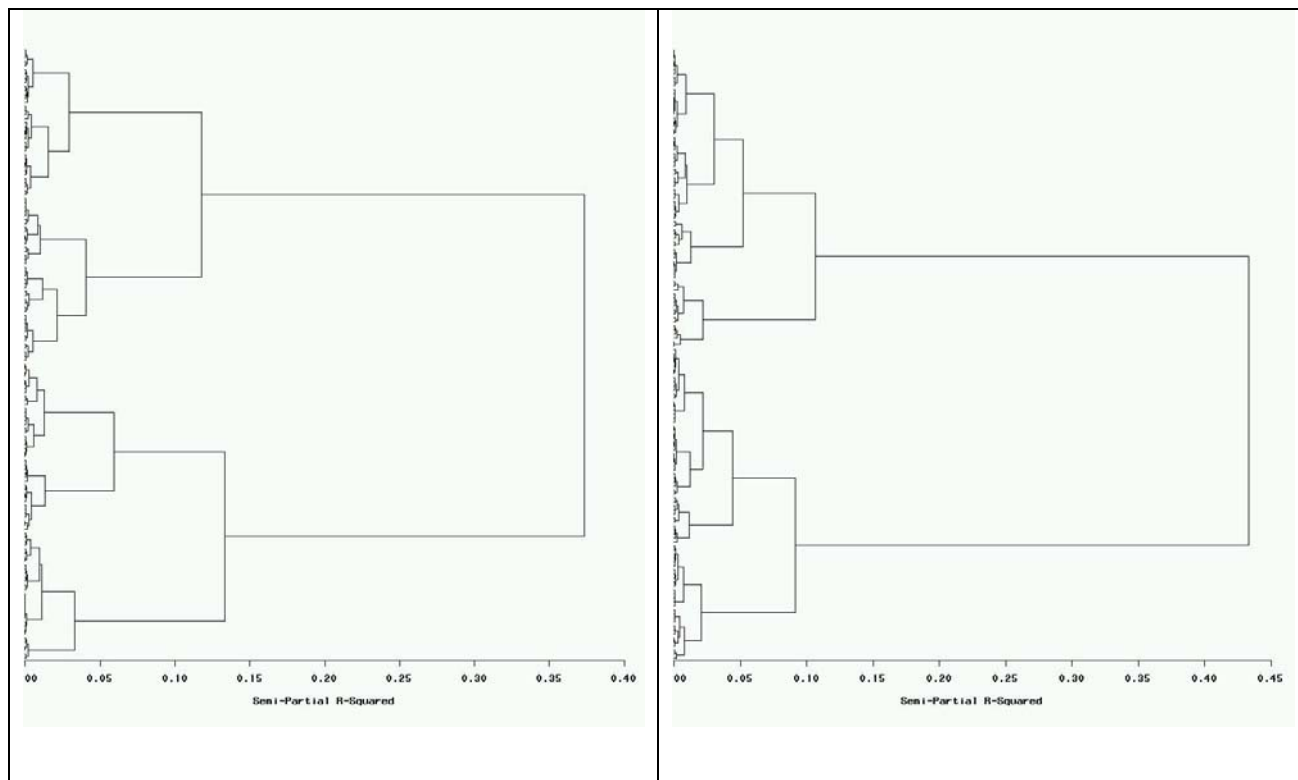


Abbildung 2.3.1.1: Dendrogramme der Clusterlösungen für beide Teilstichproben.

Abbildung 2.3.1.2a und 2.3.1.2b geben eine grafische Übersicht über die Gruppencharakteristika.

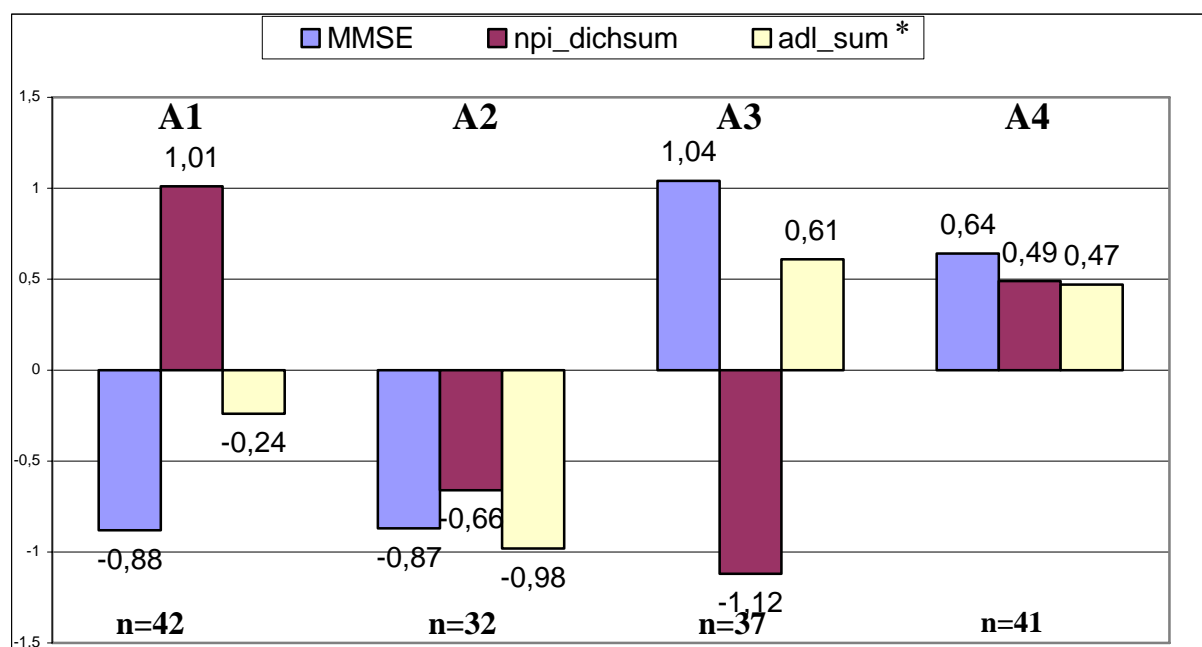


Abbildung 2.3.1.2a: Merkmale der in Teilstichprobe S1 identifizierten Cluster (z-standa-
siert: $M_{S1}=0$, $SD_{S1}=1$)

*Notiz: MMSE= Mini Mental State Test, npdichsum=Summenscore der dichotomisierte NPI-Werte, adl_sum= Summenscore im Barthel-Index

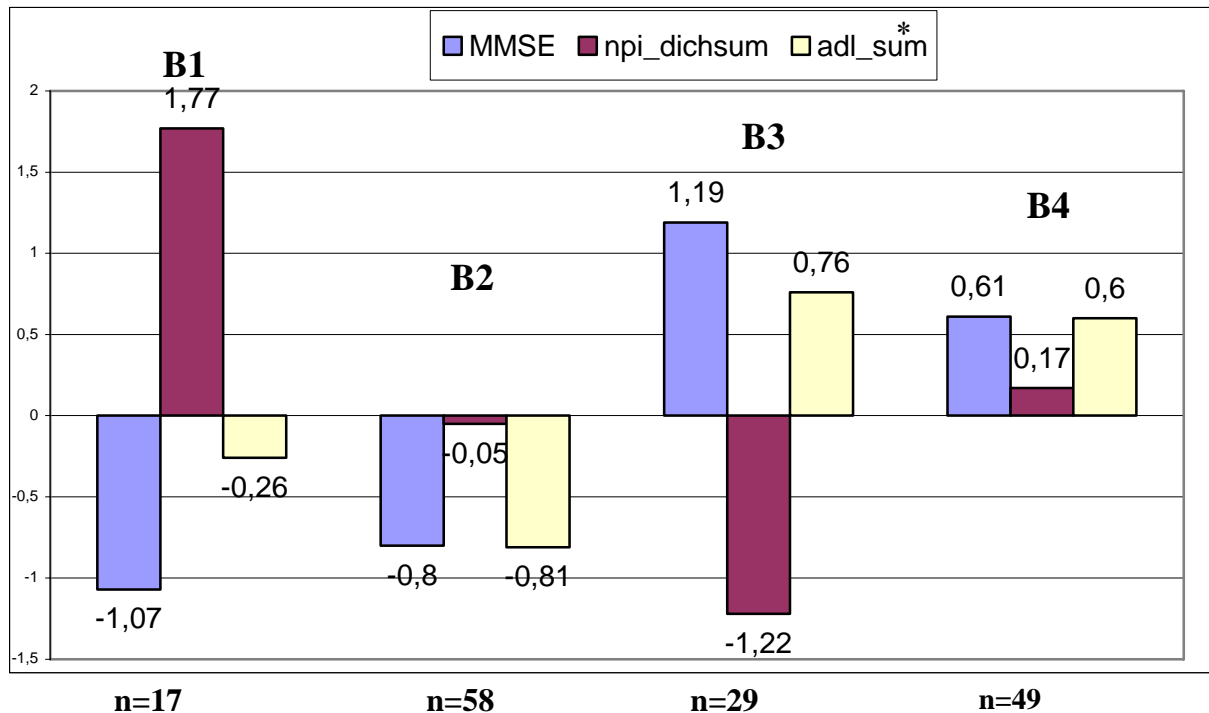


Abbildung 2.3.1.2.b: Merkmale der in Teilstichprobe S2 identifizierten Cluster (z- standardisiert: $M_{S2}=0$, $SD_{S2}=1$).

*Notiz: MMSE= Mini Mental State Test, np_i_dichsum=Summenscore der dichotomisierte NPI-Werte, adl_sum= Summenscore im Barthel-Index

Zunächst erscheint die deutliche inhaltliche Übereinstimmung der unabhängig identifizierten Bewohnergruppen insbesondere im Hinblick auf die Merkmale kognitiver Status und Alltagskompetenz bemerkenswert. Ein Blick auf die relative Belastetheit der diagnostischen Gruppen bei den Teilstichproben mit nicht-kognitiven Symptomen zeigt, dass die komplementären Gruppen B1 und B3 in der zweiten Teilstichprobe sich durch stärkere NPI-(Nicht-) Auffälligkeiten auszeichnen, während neuropsychiatrische Symptome in der ersten Teilstichprobe auch deutlicher zur Unterscheidung der Gruppen A2 und A4 beitragen. Insgesamt können die beiden Gruppierungsschritte aber durchaus als zu einer vergleichbaren Ordnung der Bewohner gelangend beurteilt werden.

Daneben bleibt jedoch festzuhalten, dass trotz der vergleichbaren Merkmalsmuster die Besetzungszahlen der ersten beiden Cluster in beiden Stichproben stark variieren. Während die meisten Bewohner der S1 dem ersten Cluster zugeordnet werden, beträgt der Umfang des analogen Clusters in der zweiten Teilstichprobe lediglich 17 Personen. Umgekehrt stellen sich die relativen Besetzungszahlen mit Blick auf das zweite Cluster dar, während die Cluster 3 und 4 in beiden Teilstichproben jeweils ähnlich stark besetzt sind. Als Folge dieser unterschiedlichen Besetzungszahlen der ersten beiden Cluster sind hier vergleichsweise geringe spezifische Trefferraten bei der Über-Kreuz-Zuordnung der Bewohner zu diesen Clustern zu erwarten.

Die im Rahmen einer Doppelkreuzvalidierung zu leistende wechselseitige Zuordnung der Personen eines Teildatensatzes in die Clusterlösung des Referenzdatensatzes geschah anhand der Nearest-Neighbor-(NN)-Zuordnungsregel. Dabei wurden zunächst die euklidischen Distanzen zwischen allen Personen der Teilstichprobe 1 und den Personen der zweiten Zufallsstichprobe berechnet. Anschließend wurde eine Person *i* aus S1, die in der Folge der Clusterung von S1 dem Cluster A zugeordnet wurde, demjenigen in der Analyse von S2 berechneten Cluster B zugeordnet, aus dem die der Person *i* aus S1 ähnlichste Person in S2 stammt (minimaler Distanzwert= NN in S2). In gleicher Weise wurde bei der Zuordnung der Personen aus den Clustern B der S2 zu den in der Teilstichprobe 1 identifizierten Clustern A verfahren. Diese neu zugeordneten Cluster sollen im Weiteren für die erste Teilstichprobe als A*, für die zweite Teilgruppe als B* bezeichnet werden. In einem anschließenden Analyseschritt wurde die Übereinstimmung der Clusterzuordnung durch Kreuztabellierung von AxA* und BxB* abgeschätzt. Dabei könnten die nominellen Clusterzuordnungen dergestalt verändert werden, dass sich ein maximaler Anteil direkter Übereinstimmung (Summe der Diagonalelemente/Stichprobenumfang) ergibt. Die in Tabelle 2.3.1.2 für beide Stichprobenhälften dargestellten Übereinstimmungsraten zeigen, dass die aufgrund der Clustercharakteristiken durchgeführten einheitlichen Benennungen der Cluster nach diesem Kriterium bereits als die beste Zuordnung gelten können.

Tabelle 2.3.1.2: Übereinstimmungsraten der Zuordnungen zu den Clustern der ähnlichsten Referenzpersonen aus der jeweils anderen Teilstichprobe (Doppelkreuzvalidierung).

	S 1							S2					
	A1*	A2*	A3*	A4*	N	%		B1*	B2*	B3*	B4*	N	%
A1	17	24	0	1	42	40,5	B1	16	0	0	1	17	94,1
A2	0	30	0	2	32	93,8	B2	19	30	3	6	58	51,7
A3	0	3	33	1	37	89,2	B3	0	0	29	0	29	100,0
A4	1	4	0	36	41	87,8	B4	0	1	2	46	49	93,9
N	18	61	33	40	152		N	35	31	34	53	153	
%	94,4	49,2	100,0	90,0		76,3	%	45,7	96,8	85,3	86,8		79,0

Für die vorliegenden Analysen soll der berechnete Kappa-Index als (zufallskorrigiertes) Maß für die Zuordnungsübereinstimmung nur insoweit mitberücksichtigt werden, als die gefundenen Werte von 0,688 (S1) und 0,719 (S2) als deutlicher Hinweis auf überzufällige Übereinstimmung gedeutet werden können. Für die weitere Abschätzung des Erfolges der Doppelkreuzvalidierung sollen die inhaltlich stringenteren Maße allgemeiner und clusterspezifischer direkter Übereinstimmung (hit rate) herangezogen werden. Die direkten Übereinstimmungsraten betragen für beide Teilstichproben insgesamt 76,3 und 79,0 Prozent, wobei die Trefferraten der Einzelcluster zwischen 40,5 und 100 Prozent variieren und somit insbesondere mit Blick auf die

Cluster 1 und 2 deutliche Unterschiede hinsichtlich der Zuordnungsgüte zu einzelnen Clustern anzeigen. Obgleich nahezu alle Bewohner der Teilstichprobe 1, die dem zweiten Cluster angehören, auch in das entsprechende zweite Cluster der Referenzstichprobe eingeordnet wurden (93,8%), wurde der größte Teil der zuvor als Mitglieder der Gruppe A1 identifizierten Bewohner in dieses zweite Cluster der Referenzstichprobe eingeordnet. Ein vergleichbares Muster findet sich auch bei der Zuordnung der Bewohner aus dem B2-Cluster der Stichprobe S2 zu den S1-Clustern B1* und B2*. Dementsprechend lässt sich für die inhaltlichen Merkmale der Neugruppierung eine Nivellierung der Unterschiede zwischen den jeweils ersten beiden Clustern erwarten. Eine zu Abbildung 2.3.1.2a b analoge grafische Darstellung der mittleren Gruppenscores auf den Gruppierungsvariablen leisten nachfolgende Abbildungen 2.3.1.3a und 2.3.1.3b.

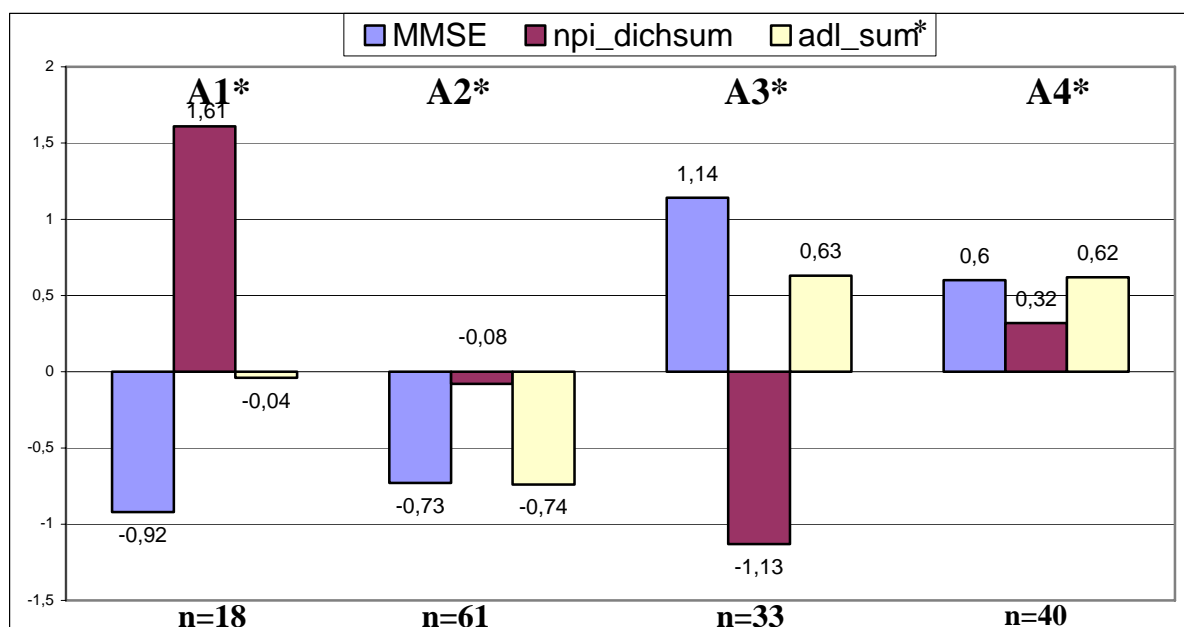


Abbildung 2.3.1.3a: Merkmale der in doppelkreuzvalidierten Teilstichprobe S1* identifizierten Cluster (z-standardisiert: $M_{S1}=0$, $SD_{S1}=1$).

*Notiz: MMSE= Mini Mental State Test, np_i_dichsum=Summenscore der dichotomisierte NPI-Werte, adl_sum= Summenscore im Barthel-Index

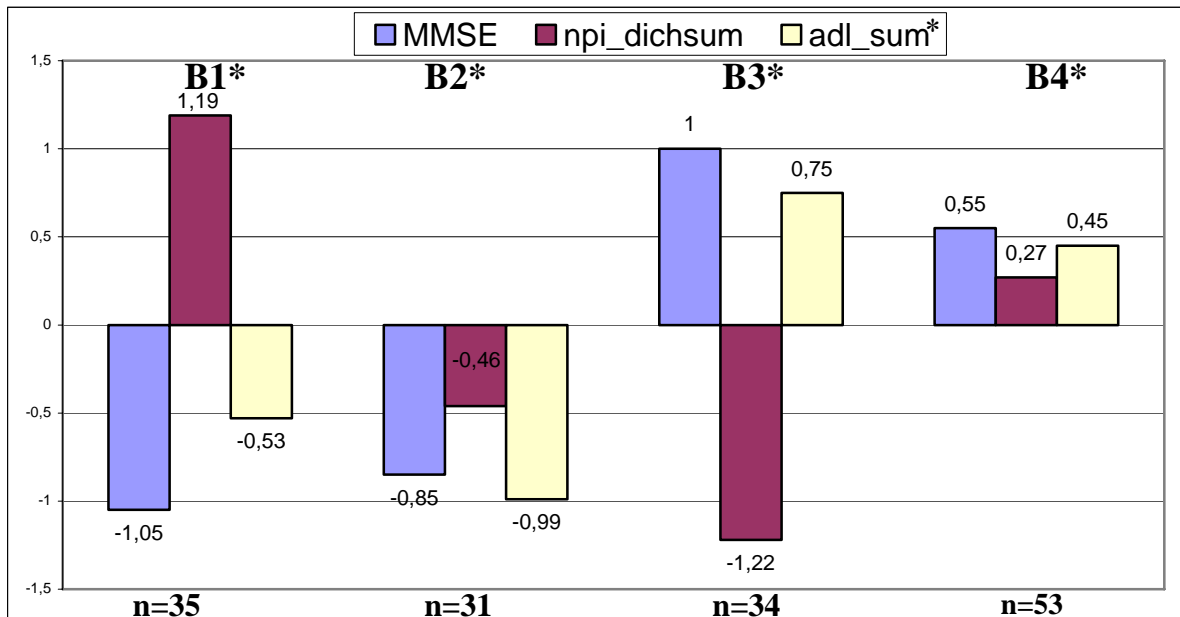


Abbildung 2.3.1.3b: Merkmale der in doppelkreuzvalidierten Teilstichprobe S2* identifizierten Cluster (z-standardisiert: $M_{S2}=0$, $SD_{S2}=1$).

*Notiz: MMSE= Mini Mental State Test, np_i_dichsum=Summenscore der dichotomisierte NPI-Werte, adl_sum= Summenscore im Barthel-Index

Die kreuzweisen Zuordnungsvorschriften äußern sich zunächst sehr deutlich in den doch in höchstem Maße an der Referenzstichprobe orientierten Besetzungszahlen insbesondere der ersten beiden Cluster. Die innere Struktur der diagnostischen Gruppen bleibt jedoch auch nach Neuuzuweisung der Bewohner zu den Referenzclustern nach der Nearest Neighbor Methode weitestgehend erhalten.

2.3.2 Implikationen für die Umsetzung im Endinstrument

Um die Identifizierung und richtige Zuordnung der Bewohner durch die Pflegekräfte zu erleichtern sollen zu Beginn jeder Arbeit mit dem HILDE-Endinstrument die drei inhaltlichen Bereiche, die zur Gruppenbildung herangezogen wurden, für jede Kompetenzgruppe getrennt voneinander näher beschrieben werden. Missverständnisse vor allem bezüglich psychopathologischer Symptome mit „laienhaften“ Vorstellung können dadurch vermieden werden und den Pflegenden wird dann deutlich, auf welche Aspekte innerhalb der einzelnen Kompetenzbereich sie spezifisch für die Identifikation der für den jeweiligen Bewohner passenden Kompetenzgruppe zu achten haben. Dabei wird für die Erfassung und das Manual eine alltagsnahe Terminologie gewählt, um auch auf dieser Weise Verständnisschwierigkeiten und Missverständnissen entgegen zu wirken.

Für diese erste Beurteilung des Bewohners durch die Pflegenden wird explizit darauf hingewiesen, dass die Eingruppierung auch im Team der Pflegekräfte erfolgen kann, um so zu einer möglichst adäquaten Kompetenzbeurteilung zu gelangen.

2.4 Entwicklung der Skala zur Emotionalität aus Analysen des Ausdrucksverhaltens

2.4.1 Versuchsplan

Da bei der Anlage des Projektes davon ausgegangen wurde, dass die Lebensqualität der demenzkranken Heimbewohner nicht sinnvoll durch direkte Fragen zur selbsteingeschätzten Lebenszufriedenheit (kognitive Komponente) erfasst werden könne, sondern vielmehr die Beobachtung der emotionalen Lage des Bewohner herangezogen werden sollte, wurden im Rahmen des Bewohnerinterviews (B1) die (mimischen) Reaktionen der Bewohner auf standardisierte Bildvorlagen per Videoaufzeichnung festgehalten und gleichzeitig anhand der modifizierten AARS/Lawton-Skala durch die Interviewer eingeschätzt. Diese Videoaufzeichnungen wurden anschließend durch die mit EMFACS-Kodierungen vertrauten Saarbrückener Kooperationsgruppe (Prof. Dr. Krause) ohne Kenntnis der jeweiligen Bildvorlagen kodiert. Tabelle 2.4.1 gibt eine Übersicht über die zu zwei verschiedenen Zeitpunkten (wiederholt) präsentierten Bilder und deren theoretisch a priori definierte Valenz.

Für einen Teil der insgesamt 150 HILDE-Probanden liegen für jedes der in Tabelle 2.4.1 aufgeführten Items drei Ratings des Ausdrucksverhaltens vor:

- 1) die während der Interviews vorgenommene Lawton-Beurteilung der gezeigten Reaktionen durch die Interviewer,
- 2) die EMFACS-Kodierung der mitgeschnittenen Videos durch die Saarbrückener Arbeitsgruppe und
- 3) eine ex-vivo Lawton-Beurteilung dieser mitgeschnittenen Videos durch eine Projektmitarbeiterin.

Tabelle 2.4.1: Übersicht über das Stimulusmaterial (Bildvorlagen)

1. Eingangsfrage + erste Bildvorlage			2. Wiederholte Bildvorlage		
Bild	Valenz		Bild	Valenz	
00E	Einstiegsfrage	Wie geht es Ihnen?			
001	Neutral	Tasse	W01	neutral	Tasse
002	Neutral	Gabel	W02	neutral	Gabel
003	Positiv	Baby 1	W03	positiv	Baby 1
004	Neutral	Hocker	W04	neutral	Hocker
005	Negativ	Hund	W05	negativ	Hund
006	neutral	Glas	W06	neutral	Glas
007	positiv	Baby 2	W07	positiv	Baby 2
008	neutral	Stuhl	W08	neutral	Stuhl
009	negativ	Hai	W09	negativ	Hai
010	neutral	Löffel	W10	neutral	Löffel
			W11	neutral	Pferd
			W12	neutral	Landschaft 1
			W13	neutral	Schirm
			W14	neutral	Wolken
			W15	neutral	Bus
			W16	neutral	Muster 1
			W17	neutral	Landschaft 2
			W18	neutral	Muster 2
			W19	neutral	Schmetterling
			W20	neutral	Erdkugel

Die Auswertungen zum Ausdrucksverhalten teilen sich in drei größere Abschnitte, wobei zunächst die Ergebnisse der EMFACS-Kodierungen dargestellt werden, die eine Klärung der wichtigsten Voraussetzungen zur Interpretation mimischen Ausdrucksverhalten bei demenzkranken Heimbewohner leisten sollten. Hierbei sind vor allem die Abschätzung der Identifizierbarkeit klarer Emotionen bei Demenzkranken und deren Kontingenz mit den Valenzen der

EMFACS-standardisierten Bildstimuli zentral. Ein weiterer Abschnitt lotet die Möglichkeiten des Vergleiches von Lawton-Beurteilungen und EMFACS-Kodierungen aus, indem bestimmte (Kombinationen von) beobachtbare(n) Verhaltensmerkmale(n) als Indikatoren für die Basisemotionen Freude, Ärger, Angst, Ekel und Interesse bestimmt werden. Wie sehr sich diese beiden Beurteilungen überschneiden wird dann in Kapitel 2.4.5 dargestellt.

2.4.2 Hypothesen

Als *notwendige Voraussetzung* für eine Interpretation des mimischen Verhaltens der Bewohner bei Fragen zu ihren aktuellen Lebensumständen gilt, dass das beobachtete Ausdrucksverhalten konsistent an das definierbare Stimulusmaterial gebunden ist (Stimulus-Reaktions-Kontingenz). Anderenfalls lässt die Beobachtung des individuellen Ausdrucksverhaltens keine Rückschlüsse auf die erlebte Qualität der (situativen) Stimuli zu.

Darüber hinaus wurde angenommen, dass auf die verschieden valenten Stimuli *stimmungskongruent* reagiert wird, d.h. auf positive Bilder häufiger mit positivem Ausdruck und seltener mit negativem Ausdruck. Für negativ valente Bilder wurde entsprechend das Gegenteil angenommen.

H1: auf positive Bilder (003, 007 / W03, W07) wird mehr als positiv interpretierbares Ausdrucksverhalten gezeigt als auf neutrale oder negative Bilder ($AUPOS_{pos} > AUPOS_n > AUPOS_{neg}$; ANOVA mit Messwiederholung)

H2: auf negative Bilder (005, 009 / W05, W09) wird mehr negativ interpretierbares Ausdrucksverhalten gezeigt als auf neutrale oder positive Bilder ($AUNEG_{pos} < AUNEG_n < AUNEG_{neg}$; ANOVA mit Messwiederholung)

Die wiederholte Vorlage der gleichen Bilder erlaubt darüber hinaus eine Abschätzung des *Konstanz* des (mimischen) Ausdrucksverhaltens.

H3: bei wiederholter Vorlage der (Emotions-)Bilder bleibt der gezeigte Ausdruck stabil (z.B. 003=W03, 005=W05 bzw. 007=W07, 009=W09)

Als mögliche Störeinflüsse waren daneben zu überprüfen:

H4: Hypothesen zu Primingeffekten (d.h. nach positiven Bildern werden neutrale Bilder positiver erlebt, nach negativen Bildern werden neutrale Bilder negativer erlebt)

H5: Hypothesen zu tatsächlich negativer/positiver Valenz der Besteck-Bilder (Tasse, Gabel, Glas, Löffel, die eigentlich neutral sein sollten) aufgrund des zentralen Stellenwertes des Essens in den Heimen.

2.4.3 Ergebnisse zu den EMFACS-Auswertungen

2.4.3.1 Datenaufbereitung

Die Videomitschnitte der Bewohnerinterviews wurden von externen Sachverständigen bzw. geschulten Ratern mithilfe des Emotional Facial Action Coding Systems (EMFACS) geratet. Dabei wurden die in Tabelle 2.4.3.1 aufgeführten einzelnen Ausdrucksweisen (Action Units, AUs) in mehreren Betrachtungsdurchgängen festgehalten, und deren *zeitgleich beobachtete Kombinationen* als spezifische Emotion interpretiert, sofern diese in der EMFACS-Datenbank vorhanden sind. Einzel-AUs oder nicht zeitgleich gezeigte AUs können hingegen nicht als eindeutige Emotion gewertet werden.

Bei ein und demselben Bild können natürlich auch mehrmals bestimmte AU(-Kombinationen) beobachtet werden, und entsprechend kann auch eine bestimmte Interpretation (z.B. Freude) mehrmals kodiert werden. Ebenso sind verschiedene, auch konträre Emotionsinterpretationen auf ein und dasselbe Bild denkbar.

Alle zuvor genannten Hypothesen gelten vorrangig für psychologisch greifbare Emotionseinheiten die durch die EMFACS-Interpretationen (z.B. Freude) der betrachteten Einzel-AU-Kombinationen abbildbar sind und erst in zweiter Linie für einzelnes kodierbares Ausdrucksverhalten (z.B. Heben der Augenbrauen). Aus diesem Grund stützt sich diese Analyse auf den Vergleich der gerateten EMFACS-Interpretationen bei verschieden valenten Bildern.

Tabelle 2.4.3.1: Übersicht über die EMFACS-Action Units (AU) und -Interpretationen (INT)

Action Units (AUs) der emfacs-Kodierung		Emfacs-Interpretationen des Ausdrucksverhaltens	
1	Inner brow raise	0	NiD =Not in dictionary
2	Outer brow raise	1	Ärger
3 (=50)	Verbal Reaction	2	Verachtung
4	Brow lower	3	Ekel
5	XYZ Upper lid raise	4	Angst
6	Cheek raise	5	Freude (gefühlte)
7	Lids tight	7	Trauer
8	Lips toward each other	8	Überraschung
9	Nose wrinkle	10	negEmo (negative Emotion)
10	XYZ Upper lip raise	20	Blenden
11	Nasolabial deepen	40	Blenden
12	XYZ Lip corner pull	42	Blenden
13	Cheek puff	43	Blenden
14	Dimpler	50	Blenden
15	Lip corner depressor	53	Blenden
16	Lower lip depressor	99	NP =No prediction
17	Chin raise		
18	Lip pucker		
19	Tongue show		
20	Lip stretcher		
21	Neck tighten		
22	Lip funneler		
23	Lip tightener		
24	Lip pressor		
25	Lips part		
26	Jaw drop		
27	Mouth stretch		

Während des ersten Durchganges der Bildervorlage lag der Anteil fehlender Werte aufgrund von Verweigerungen oder anderer Abbruchgründe bei zusammengekommen 3,8%. Bei drei Bewohnern wurde die Bildvorlage bereits im ersten Durchgang abgebrochen, während der Wiederholungsrunde kamen zu diesen noch einmal vier Bewohner dazu, sodass hier der Anteil fehlender Werte bei insgesamt 22,6% liegt.

Jeder Proband konnte während der Betrachtung der Bildvorlagen (auch mehrfach) kodierbare Ausdruckseinheiten zeigen (AUs). Jedoch wurde nur das gleichzeitige Auftreten bestimmter AU-Kombinationen nach EMFACS als definierbare Emotion interpretiert.

Die nach der EMFACS- kodierten Datensätze enthalten für jeden Probanden ein separates Tabellenblatt, die für die vorgesehenen Auswertungen folgendermaßen aufbereitet wurden:

1. Korrektur offensichtlicher Fehler (v.a. Bildbezeichnungen) in den Excel-DS
2. Einlesen der Datensätze nach SAS
3. Nachkodierung der Emotion ‚Interesse‘ als Kombination der Einzel-AUs 1, 2 und 12
4. Auszählung der Häufigkeiten für Einzel-Aus und Einzel-INTs innerhalb der Einzelbilder (z.B. Proband xy zeigt bei Bild 001 insg. dreimal das AU Chin raise =*Summierung* innerhalb der Bilder)
5. Kombination aller Probanden in einem gemeinsamen Datensatz mit allen AU/INT-Bild-Kombinationen als Variablen (max. 39 Bilder x (27 AUs + 16 INTs)=1677). Dabei werden AUs bzw. INTs, die bei *gezeigten* Bildern nicht erkennbar waren auf Null gesetzt, falls das entsprechende Bild jedoch *nicht gezeigt* wurde dagegen als fehlend behandelt.
6. Für jeden der beiden Durchgänge wurden die AUs/INTs für die negativen (je 2), positiven (je 2) und neutralen (6 bei Erstbefragung, 6+10 bei Wiederholungsbefragung) Bilder *gemittelt*. Zusätzlich wurden alle 4 negativen, 4 positiven und 22 neutralen Bilder zusammengefasst (also über beide Messzeitpunkte hinweg). Die neutralen Bilder des ersten Durchgangs wurden für die Überprüfung der Primingeffekte noch nach der Valenz der vorangegangenen Bildern zusammengefasst (2 neutral am Beginn, 2 neutral nach positiv, 2 neutral nach negativ). Für die Wiederholungsbefragung wurden zusätzlich noch die 6 mit der Erstbefragung identischen neutralen Bilder und die 10 neu hinzugenommenen neutralen Bilder zu zwei separaten Scores zusammengefasst.

Die in den folgenden Tabellen ausgegebenen Mittelwerte stellen also für die Erst- und Wiederholungsbefragung das mittlere über verschiedene gleich valente Bilder hinweg gemittelte individuell gezeigte Ausdrucksverhalten (AU-Summe) bzw. dessen emotionale Interpretation (INT-Summe) dar.

Zu beachten ist, dass die gebildeten Aggregationswerte mehrfach auftretendes Ausdrucksverhalten oder interpretierte Emotionen mitberücksichtigen, d.h. hohe Gesamtwerte über verschiedene Bilder können Indikator für ein konstant hohes Niveau gezeigten Affektes oder aber auch für ein stark gesteigertes Ausdrucksverhalten bei Einzelnen der gleich valenten Bildern sein.

2.4.3.2 Ausmaß der Beobachtungseinheiten des Ausdrucksverhaltens

Insgesamt wurden bei den 29 einbezogenen Probanden 2201 zeitlich und/oder inhaltlich diskriminierbare Beobachtungen des mimischen Ausdrucksverhaltens bei Betrachtung der 30 Bilder, 7 Situationen und 2 Einstiegsfragen festgehalten (siehe Tabelle 2.4.3.2).

Insgesamt wurde das meiste Ausdrucksverhalten bei der allerersten Videosequenz (Einstiegsfrage: Wie geht es Ihnen?) kodiert (4,2%), den geringsten Anteil des gesamten beobachteten Ausdrucks nehmen die Beobachtungen zum zuletzt gezeigten Stimulus, was nicht weiter verwundert, da der Anteil der Abbrüche/Ausfälle mit jeder neuen Befragungsrunde und innerhalb dieser mit Fortschreiten in der Bilderfolge zunimmt.

Tabelle 2.4.3.2: Anzahl kodierter Beobachtungseinheiten bei den Bildern (beide Durchgänge) und in speziellen Situationen (Zeilen in den Ausgangsdatensätzen)

1. Durchgang Bilder				Wiederholung Bilder			
ITEM	N	%	% ges	ITEM	N	%	% ges
Wie geht es Ihnen?	92	12.0	4.2				
Tasse	66	8.6	3.0	Tasse	51	4.5	2.3
Gabel	60	7.8	2.7	Gabel	48	4.2	2.2
Baby 1	81	10.5	3.7	Baby 1	80	7.0	3.6
Hocker	61	7.9	2.8	Hocker	57	5.0	2.6
Hund	79	10.3	3.6	Hund	82	7.2	3.7
Glas	65	8.5	3.0	Glas	43	3.8	2.0
Baby 2	75	9.8	3.4	Baby 2	62	5.4	2.8
Stuhl	68	8.8	3.1	Stuhl	38	3.3	1.7
Hai	67	8.7	3.0	Hai	57	5.0	2.6
Löffel	55	7.2	2.5	Löffel	37	3.2	1.7
Gesamt	769	100	<i>Forts.</i>	Pferd	63	5.5	2.9
				Landschaft 1	53	4.6	2.4
				Schirm	76	6.6	3.5
				Wolken	68	5.9	3.1
				Bus	63	5.5	2.9
				Muster 1	54	4.7	2.5
				Landschaft 2	56	4.9	2.5
				Muster 2	54	4.7	2.5
				Schmetterling	54	4.7	2.5
				Erdkugel	50	4.4	2.3
				Gesamt	1146	100	<i>Forts.</i>

Bereits auf dieser noch wenig differenzierten Ebene lassen sich leichte Häufungen beobachteten Ausdrucksverhaltens bei den theoretisch hochvalenten (positiven und negativen) Bildern beobachten: zumindest beim erstmaligen Auftreten des Baby- und Hundebildes in den jeweiligen Bilderfolgen wurde mit mehr kodierbarem mimischen Verhalten reagiert, wohingegen

nachfolgende Baby- und Haibilder zu weniger Kodierungen führten. Neben diesen erwartbaren Reaktionen lässt sich aber auch feststellen, dass vergleichsweise viel Ausdrucksverhalten beim Betrachten bestimmter neutraler (Zusatz-)Bilder (der Wiederholungsbefragung), wie insbesondere des Schirmes und der Wolken gezeigt wurde.

2.4.3.3 EMFACS-Interpretationen des beobachteten Ausdrucksverhaltens

Allerdings führte nicht jede der separat dokumentierten Beobachtungseinheiten, die entweder aus isolierten EinzelAUs oder bestimmten zeitgleich auftretenden AU-Kombinationen bestehen, auch zu einer validen Interpretation der zugrunde liegenden erlebten Emotion (siehe. Tabelle 2.4.3.3). Tatsächlich liegt der Anteil der per EMFACS inhaltlich näher interpretierbaren Beobachtungseinheiten bei lediglich knapp einem Drittel (31,0%). Für ein Hundertstel aller Beobachtungseinheiten/-kombinationen finden sich in der EMFACS-Bibliothek keine definierten Emotions-Interpretationen, und weitere 1,5 Prozent der Beobachtungen konnten als Blenden definiert werden. Letztlich konnten ca. 13% aller kodierten Beobachtungseinheiten als Freude, ca. 9% als Ärger und 3,5% als Trauer interpretiert werden. Die neu gebildete Interpretation ‚Interesse‘ stellt einen Anteil von ca. einem vollen Prozent aller vergebener Interpretationen.

Tabelle 2.4.3.3: Übersicht über die Interpretationen der kodierten Beobachtungseinheiten

	Häufigkeit	Prozent	Kumulative Häufigkeit	Kumulativer Prozentwert
NiD =Not in dictionary	22	1.0	22	1.00
Ärger	196	8.9	218	9.91
Verachtung	16	0.7	234	10.64
Ekel	40	1.8	274	12.45
Angst	28	1.3	302	13.73
Freude (gefühlte)	287	13.1	589	26.77
Interesse (neu kodiert)	21	1.0	610	27.73
Trauer	77	3.5	687	31.23
Überraschung	14	0.6	701	31.86
negEmo (negative Emotion)	3	0.1	704	32.00
Blenden 43	8	0.4	712	32.36
Blenden 50	10	0.5	722	32.82
Blenden 53	14	0.6	736	33.45
NP=No prediction	1464	66.6	2200	100.00

Anzahl der fehlenden Werte = 1

Die Überprüfung der Frage, ob standardisiertes Stimulusmaterial auch in unserer Zielgruppe demenzkranker Heimbewohner zu dem jeweils erwarteten mimischen Ausdrucksverhalten führt (Vorraussetzungsannahme 1) und der damit verbundenen Hypothesen H1 und H2 ergab ein nicht in allen Belangen hypothesenkonformes Bild (siehe Tabelle 2.4.3.3):

2.4.3.4 Übereinstimmung von Bildvalenz und gezeigten emotionalem Ausdruck

Die als positiv definierten (Baby-)Bilder evozieren signifikant mehr ‚Freude‘ als neutrale und vor allem negative Bilder (H1: $INTPOS_{pos} > INTPOS_n > INTPOS_{neg}$ bestätigt). Allerdings wurden die eingeschätzten negativen Emotionen (Ärger, Verachtung, Ekel, Angst, Trauer und negEmo) auch bei Vorlage der positiven Bilder nicht signifikant seltener beobachtet als beim Betrachten neutralen oder negativen Bildmaterials (H2: $INTNEG_{pos} < INTNEG_n < INTNEG_{neg}$ nicht bestätigt).

Auch wenn alle negativen Emotionen zu einem Score zusammengefasst werden, lässt sich kein entsprechend der Bildvalenzen gesteigertes/vermindertes mittleres Niveau negativen Ausdrucks finden. Deutlich ist hingegen das Überwiegen der positiven Emotion (Freude) im

Vergleich zu negativem Affekt bezüglich der positiven, negativen und (tendenziell) auch der neutralen Bildvorlagen.

Tabelle 2.4.2.4: Häufigkeiten interpretierter Emotionen bei verschiedenen valenten Bildvorgaben (Bewohnerinterview 1, Auswahl bestimmter Emotionen)

Theoretische Bildvalenz	INT5-Freude					Negativ Gesamt				Tests auf untersch. Niveaus der Affekte bei gleichvalenten Bildern
	N	M	SD	min	max	M	SD	min	max	
neutral (ges-22)	29	0,19	0,24	0	0,86					
positiv (ges-4)	29	0,61	0,49	0	2,00					
negativ (ges-4)	29	0,31	0,43	0	2,00					
neutral (A-6)	29	0,18	0,32	0	1,17	0,06	0,08	0	0,33	Freude vs. NegativGesamt: (*) .07
positiv (A-2)	29	0,62	0,53	0	2,00	0,06	0,09	0	0,33	Freude vs. NegativGesamt: *** .001
negativ (A-2)	29	0,29	0,49	0	2,00	0,08	0,14	0	0,58	Freude vs. NegativGesamt: * .03
neutral (gesW-16)	26	0,22	0,25	0	0,81					
neutral (altW=A-6)	26	0,19	0,27	0	0,83	0,04	0,08	0	0,31	Freude vs. NegativGesamt: * .015
neutral (neuW-10)	26	0,24	0,26	0	0,80					
positiv (W-2)	23	0,61	0,45	0	1,50	0,07	0,10	0	0,25	Freude vs. NegativGesamt: *** .001
negativ (W-2)	23	0,33	0,42	0	1,00	0,06	0,10	0	0,33	Freude vs. NegativGesamt: ** .007
neutral (A-2) Beginn	27	0,13	0,26	0	1,00					
neutral (A-2) negativ	29	0,21	0,43	0	1,50					
neutral (A-2) positiv	29	0,21	0,45	0	2,00					

Anmerkung. Grau hinterlegte Mittelwerte zeigen signifikante Unterschiede im mittleren Niveau interpretierter Emotion zwischen den verschiedenen valenten Bildern an.

Wenn Rater Probanden beim Betrachten der Babybilder einschätzten gelangten sie signifikant seltener zu unbestimmten Einschätzungen („No prediction“) als wenn der Bewohner negatives Stimulusmaterial anschaute, was sich aus der Gegenläufigkeit von definierbaren und nicht-definierbaren Beobachtungseinheiten und dem höheren Niveau gezeigter Freude bei den Babybildern ergibt.

2.4.3.5 Konstanz des Ausdrucksverhaltens über beide Durchgänge hinweg

Die nur für die Interpretation Freude gefundene Übereinstimmung von bekannt valentem Stimulusmaterial und gezeigtem Ausdrucksverhalten bzw. dessen Interpretation ließ sich bei beiden Durchgängen beobachten. Die verbleibenden (tendenziellen) Unterschiede zwischen den neutralen, positiven und negativen Bildern (bezügl. „No prediction“, „Not in dictionary“ und „Blende 53“) scheinen weniger konstant zu sein. Tests zu Differenzen der mittleren Niveaus emotionalen Ausdrucks bei bestimmten Bildvalenzen über die beiden Zeitpunkte hinweg bestätigen diesen Eindruck: Im Vergleich zum ersten Durchgang kann nur für die Interpretation „Ärger“ und auch hier nur im Hinblick auf die sechs vergleichbaren neutralen Bilder

ein signifikant anderes (hier geringeres) mittleres Niveau angenommen werden. Damit konnte Hypothese 3 ($INT_{T1}=INT_{T2}$) beibehalten werden.

2.4.3.6 Primingeffekte und nicht intendierte Valenzen a priori ‚neutral‘ angenommener Bilder

Primingeffekte im angenommenen Sinne, dass auf nach positiven Stimuli gezeigte neutrale Bilder mit vermehrt positivem, nach negativen Bildern hingegen mit vermehrt negativem Ausdrucksverhalten reagiert wird, konnten nicht gefunden werden. Das durch neutrale Bilder evozierte emotionale Ausdrucksverhalten schien nicht durch vorangegangene Bilder beeinflusst. Da es sich bei den Einstiegsbildern um Geschirr/Besteck handelte, bei den positivem Material folgenden neutralen Bildern um Möbel, und bei den negativem Material folgenden neutralen Bildern wiederum um Geschirr/Besteck, konnten gleichzeitig keine Hinweise auf eine thematische Bindung der verwendeten neutralen Bilder gefunden werden.

2.4.3.7 Schlussfolgerungen für die Anwendbarkeit der EMFACS-Mimikanalyse zum Zwecke der Bestimmung der Lebensqualität Demenzkranker

Eine videogestützte Mimikanalyse auf der Basis des EMFACS-Kodierschemas erscheint zunächst vor allem wegen des hohen Aufwandes (technische Ausstattung, Schulung, Verarbeitung der Ergebnisse) für das anvisierte Instrument nicht geeignet.

Der Einsatz des EMFACS-Verfahrens rechtfertigt sich in der Entwicklungsphase zum ersten wegen seiner Möglichkeiten, standardisierte Stimuli zu verwenden und die Grundannahmen für eine sinnvolle Interpretation der Lebensqualität auf der Grundlage des mimischen Ausdrucks prüfen zu können.

Der zweite Grund für die Aufnahme des EMFACS-Verfahrens lag in der Möglichkeit, die Effizienz/Validität des weniger aufwendigen Beobachtungsverfahrens (AARS/Lawton-Skala) abschätzen zu können. Mit dieser Frage beschäftigen sich die beiden folgenden Abschnitte.

2.4.4 Ergebnisse zu den Lawton-Kodierungen des Ausdrucksverhaltens der Bewohner in der Interviewsituation: Emotionsskala HILDE-ES

Ziel dieses Untersuchungsschrittes war es, für die Endfassung des Instruments mit einer im Vergleich zu EMFACS weitgehenden unaufwändigen Beobachtungsskala arbeiten zu können, die anhand der EMFACS Daten validiert wurde. Hierfür wurde die Apparent Affect Rating Scale (AARS, Lawton, van Haitsma & Klapper, 1996) modifiziert. Die ursprüngliche Skala sah eine allgemeine Einschätzung des Vorhandenseins und der Intensität der Emotionen Freude, Trauer, Ärger, Angst und Interesse in beobachteten Situationen durch einen Beurteiler vor.

In der von der Forschungsgruppe modifizierten Fassung HILDE-ES (Emotionsskala) wurden einzelne Items analog zu den in EMFACS vorgegebenen AU Kombinationen formuliert. Diese sollten vom Rater in einer von ihm beobachteten Situation eingeschätzt und angekreuzt werden. Die folgende Tabelle (Tabelle 2.4.4) gibt einen Überblick der einzelnen Items (durchnummeriert von 1 bis 40).

Jede Zeile steht dabei für eine der Emotionen Freude, Ärger, Angst, Traurigkeit, Interesse. In einem nachfolgenden Schritt wurde jedes Items im Hinblick auf seine Bedeutung für das Auftreten einer Emotion, das heißt auch die Eindeutigkeit, mit der sie geeignet sind eine Emotion zu identifizieren, gewichtet.

- 1) Items, die *eindeutig* auf eine bestimmte Emotion schließen lassen, z.B. „laut hörbar lachen“ (I27) wurden mit +++ gekennzeichnet.
- 2) Items, die für sich genommen noch keinen eindeutigen Schluss auf eine bestimmte Emotion erlauben, jedoch in Kombination mit anderen zumindest die Identifikation der Emotion *wahrscheinlich* machen wurden mit + oder ++ gekennzeichnet.
- 3) Items, die entweder *keinerlei Interpretation* auf eine mögliche Emotion erlauben, oder die auch in der Kombination mit anderen keinen weiteren Hinweis auf eine Emotion ergeben oder diese wahrscheinlicher machen wurden mit einer 0 gekennzeichnet. (betrifft nur Item 6)

Tabelle 2.4.4: Einzelitems der HILDE-ES und ihre Gewichtung

Mimik			Körperhaltung		Lautäußerungen		
Lächeln	Strahlender Blick	Entspannter Gesichtsausdruck	Andere freundlich berühren oder streicheln	Freundlich nach anderen greifen	Singen	Laut /hörbar Lachen	Direkte sprachliche Äußerung von Freude
Augen (Brauen) zusammenziehen	Schmollmund machen, Lippen zusammenkneifen	Augen/Blick senken	Abwehrende Gesten, Faust schütteln	Aggressives Verhalten	Fluchen, Schimpfen	Ärgerliches Rufen/ Brüllen	Direkte sprachliche Äußerung von Ärger
Zusammenzucken, Gesicht verziehen	Linien quer über die Stirn, Weitung der Augen	Angespanntes Gesicht	Repetitive Bewegungen, Händeringen Unruhe	Zittern	Schnelles Atmen	Aufschreien, wiederholtes Rufen	Direkte sprachliche Äußerung von Angst / Sorge
Gesicht ausdruckslos	Stirnrunzeln	Augen/Kopf gesenkt	Kopf in der Hand	Körper abwenden bzw. von jemandem wegbewegen	Stöhnen, Seufzen, Jammern	Weinen	Direkte sprachliche Äußerung von Traurigkeit
Augenkontakt halten	Augen folgen einem Objekt oder einer Person	An einer Aufgabe aktiv teilnehmen	Durch Bewegung auf etwas reagieren	Körper zuwenden, sich auf jemanden zubewegen	Durch Lautäußerung auf etwas reagieren	Wiederholt Fragen stellen	Direkte sprachliche Äußerung von Interesse

Um die Identifikation einer Emotion *mindestens wahrscheinlich* zu machen, war die Beobachtung von Items mit mindestens 3+ notwendig. Diese konnten entweder durch nur ein Item (+++) entstehen (= eindeutige Emotion) oder aus einer Kombination von mehreren (z.B. ++/++ oder +/++ oder +/+/+) (= Emotion wahrscheinlich oder möglich).

Für die Auswertung der Daten wurde zunächst jede Zeile für sich betrachtet und die Items innerhalb der Zeilen gemäß ihrer Gewichtung interpretiert. Dabei wurde davon ausgegangen, dass Items mit 2+ bzw. die Kombination aus zwei Items mit jeweils 1+ zwar nicht eindeutig genug sind, um die jeweilige Emotion eindeutig interpretieren zu können, sie jedoch auch

nicht so schwach sind, dass keine Tendenz hinsichtlich des emotionalen Befindens interpretierbar wäre. Für diese Fälle wurden eine positive Tendenz (*Wohlbefinden*) und eine negative Tendenz (*Missempfinden*) eingeführt. So wurde beispielsweise bei „Lächeln“ (I1++) angenommen, dass sich die Person wohlfühlt. Auch eine Kombination der Items „singen“ (I26+) und „Nach anderen freundlich greifen“ (I17+) führt nach dieser Annahme zur Interpretation „Wohlbefinden“.

Für die Interpretation „Missempfinden“ wurde darüber hinaus angenommen, dass auch bei einer Kombination von Items mit 2+ über die Zeilen hinweg nicht mehr von Wohlbefinden, sondern eher von unspezifischem, d.h. nicht eindeutig einer Emotion zuordenbarem Missempfinden auszugehen ist. Missempfinden würde also zum Beispiel interpretiert bei einer Kombination aus „Stirn runzeln“ (I11+) und „schnell atmen“ (I32+) oder auch einer Kombination von „Angespanntes Gesicht“ (I9++) und „Kopf in die Hand stützen“ (I22+).

Zum Zweck der Validierung wurden schließlich die Kodierungen, die mit dieser Skala bei den HILDE- Untersuchungen von den Pflegenden vorgenommen wurden, mit den Kodierungen aus EMFACS verglichen.

2.4.5 Vergleich der EMFACS- und Lawton-Kodierungen des Ausdrucksverhaltens der Bewohner

Der wesentliche Schritt der Validierung der HILDE-ES beruht auf dem Vergleich der emotionalen Interpretationen des beobachteten Ausdrucksverhaltens, wie sie durch die unabhängigen EMFACS-Rater und die Pflegenden mittels HILDE-ES ermöglicht wurden.

2.4.5.1 Übereinstimmung von EMFACS und HILDE-ES auf Einzelbildebene

Dazu wurde zunächst pro Bild die EMFACS-Information über die Häufigkeit der unterschiedenen Basisemotionen auf zwei Stufen (Emotion kodiert vs. nicht kodiert) reduziert. Da die neu erstellte HILDE-ES hierarchisch aufgebaut ist, und eine Emotion verschieden stark gewichtet bzw. indiziert sein kann, wurde auch hier die Information so reduziert, dass entweder nur ‚eindeutige Interpretationen‘ als kodierte Emotion gewertet wurden, ‚wahrscheinliche Emotionen‘ oder ‚Wohl/Missempfinden‘ jedoch nicht als Kodierung gewertet wurden (konservatives Kriterium), oder sowohl eindeutige wie auch wahrscheinliche Emotionen gewertet wurden (liberaleres Kriterium). Aus der Kreuztabellierung der beiden dichotomen Variablen zum (Nicht-)Vorliegen der bestimmten Emotionen ergibt sich der Anteil in beiden Ratings übereinstimmender Emotionsurteile (in Prozent aller Urteile). Tabelle 2.4.5.1 stellt diese Übereinstimmungsraten für alle 10 vergleichbaren Bilder und die entsprechenden Basisemotionen Freude Ärger, Angst und Trauer unter den beiden verschiedenen rigiden Lawton-Definitionen einer ‚kodierten Emotion‘ dar. Interesse ist keine Emotion, die ursprünglich in der EMFACS-Kodierung berücksichtigt wird, dennoch wurde seitens der Projektmitarbeiter

eine nachträgliche EMFACS-Kodierung von Interesse vorgeschlagen, die ebenfalls mit den HILDE-ES Beurteilungen verglichen werden kann.

Tabelle 2.4.5.1: Übereinstimmung von EMFACS- und HILDE-ES- Kodierungen der Basisemotionen (in %)

Übereinstimmung FACS- und Lawton-Emotionskodierungen – Einzelbilder (verschiedene Kriterien)										
ITEM	Freude		Ärger		Angst		Trauer		Interesse	
	streng	liberal	streng	liberal	streng	liberal	streng	liberal	streng	liberal
Wie geht es Ihnen?	96,6 +	82,8 -	93,1 +	93,1 +	86,2 +	82,8 +	96,6 +	96,6 +	69,0 -	58,6 -
Tasse	92,6	74,1 -	85,2 +	85,2 +	100,0	96,3 -	85,2 +	85,2 +	63,0 -	37,0 -
Gabel	88,5 +	88,5 -	76,9 +	76,9 +	100,0	100,0	96,2 +	96,2 +	76,9 -	50,0 -
Baby1	65,5	65,5 -	86,2 +	86,2 +	100,0	100,0	96,6 +	96,6 +	65,5 -	44,8 -
Hocker	92,9	82,1 -	82,1 +	78,6 +	96,4 +	92,9	96,4 +	96,4 +	64,3 -	32,1 -
Hund	82,8 +	79,3 -	65,5 +	62,1 +	89,7 -	89,7 -	96,6 +	96,6 +	62,1 -	31,0 -
Glas	89,7 +	82,8 -	79,3 +	75,9 +	93,1	93,1	96,6 +	96,6 +	58,6 -	37,9 -
Baby2	65,5 +	58,6 -	82,8 +	82,8 +	96,6 +	96,6 +	93,1 +	93,1 +	62,1 -	34,5 -
Stuhl	77,8	70,4 -	85,2 +	85,2 +	96,3 +	96,3 +	92,6 +	92,6 +	59,3 -	40,7 -
Hai	80,8 +	73,1 -	76,9 +	80,8 +	76,9 -	76,9 -	96,2 +	96,2 +	65,4 -	34,6 -
Löffel	76,9 +	80,8 -	84,6 +	84,6 +	96,2 +	96,2 +	88,5 +	88,5 +	73,1 -	46,2 -
Gesamt	82,7	76,2	81,6	81,0	93,8	92,8	94,1	94,1	65,4	40,7

Notiz: + mehr EMFACS als HILDE-ES-Kodierungen, - weniger EMFACS- als HILDE-ES- Kodierungen

Die Übereinstimmung zwischen HILDE-ES und EMFACS liegt für die Einzelbilder-Emotionskombinationen unter konservativer Lawton-Schätzung zwischen 58,6 und 100% und kann für alle unterschiedenen Emotionen (mit Ausnahme der nachkodierten Emotion Interesse) und nahezu alle Einzelbilder als zufrieden stellend hoch beurteilt werden. Seltener vergebene Emotionen wie bspw. Angst und Trauer werden einheitlicher beurteilt (6,2 bzw. 5,9% diskordanter Urteile) als die häufiger beobachteten Emotionen Freude und Ärger (17,3 bzw. 18,4% Fehlpassung). Dabei zeigt sich das Muster, dass diese Fehlpassungen im Allgemeinen auf eine im Vergleich zur HILDE-ES -Einschätzung häufigere Vergabe von Interpretationen durch EMFACS zurückzuführen ist. Allenfalls die Emotion Interesse ließe sich durch die von der Projektgruppe vorgeschlagene AU-Kombination in EMFACS vergleichsweise seltener vergeben als bei Beurteilung durch die HILDE-ES -Skala. Dieser Befund kann insofern nicht überraschen, als diese Emotionskategorie die häufigste Interpretation aller HILDE-ES -

Emotionen (knapp 59% der insgesamt 791 ‚eindeutigen‘ Interpretationen) darstellt, aber sehr selten per EMFACS zu kodieren war (siehe Tabelle 2.4.5.1 oben). Für die verbleibenden Emotionen ist jedoch zu erwarten, dass ein etwas liberaleres Kriterium der HILDE-ES -Skala (z.B. die Mitberücksichtigung ‚wahrscheinlicher Emotionen‘) den Bias zugunsten häufigerer EMFACS-Kodierungen reduziert, gegebenenfalls aber auch zu dessen Umkehrung und damit wieder zu einer gesteigerten Fehlpassung führt. Vor dem Hintergrund des ohnehin geringen Anteils beobachtbarer Ausdruckseinheiten, die per EMFACS zu verwertbaren Interpretationen führen, erscheint eine solche Verschiebung in Richtung mehr HILDE-ES als EMFACS - Interpretationen aber eher wünschenswert. Allerdings zeigen die Werte aus Tabelle 2.4.5.1 für die liberalere Fassung der HILDE-ES -Emotionen (eindeutige und wahrscheinliche Emotionen) in nahezu keinem Fall positive Effekte auf die Übereinstimmung mit den bestehenden EMFACS-Kodierungen, und im Allgemeinen bleibt die Übereinstimmung beider Ratings bestenfalls gleich (z.B. Trauer), häufiger aber sinken die Übereinstimmungsraten etwas.

Vergleicht man die Passung der Einzelemotionen bei den verschieden-valenten Einzelbildern, so fällt auf, dass die höchsten Raten an diskordanten Urteilen bei den theoretisch affektinduzierenden Bildern zu beobachten waren. So wurde beispielsweise die Emotion ‚Freude‘ bei den Babybildern sehr uneinheitlich (jeweils 34,5% Fehlpassung) kodiert, während die negativen Bilder bei der Emotion ‚Ärger‘ einen vergleichbaren, allerdings etwas schwächeren Effekt zu haben scheinen (34,5% und 23,1 % Fehlpassung im Falle konservativer HILDE-ES - Beurteilung).

2.4.5.2. Übereinstimmung von EMFACS und HILDE-ES auf Bildvalenz-Ebene

Werden die Einzelbilder ihrer jeweiligen Valenzen nach aggregiert, so zeigen sich bei der strengen HILDE-ES -Kodierung für die Emotionen höchstens mittlere Zusammenhänge zwischen den beiden ermittelten Emotionshäufigkeiten (Spearman-Korrelationen).

Tabelle 2.4.5.2 Übereinstimmung von FACS- und HILDE-ES -Kodierungen bestimmter Basisemotionen

Übereinstimmung FACS- und HILDE-ES -Kodierungen - nach Bildvalenzen (verschiedene Kriterien)										
ITEM	Freude		Ärger		Angst		Trauer		Interesse	
	streng	liberal	streng	liberal	streng	liberal	streng	liberal	streng	liberal
Neutrale Bilder (6)	.49 **	.70***	.27	.12	-.06	-.12	-	-	-.20	-.29
Positive Bilder (2)	.34	.23	.39 *	.39 *	-. ^a	-	-	-	.24	.25
Negative Bilder (2)	.47 *	.33	-.24	-.11	-.11	-.11	-	-	.08	.22

^a Spearman-Korrelation konnte nicht berechnet werden, da eine der Variablen (hier HILDE-ES -Summe) nur eine Ausprägung besitzt.

Das zuvor beschriebene Muster der Emotionskodierung bei verschieden-valenten Bildern zeigt sich für die Emotionen Freude und Ärger auch im Maß der Gleichsinnigkeit der Affekthäufigkeiten: für Freude zeigen sich bei positiven Bildern nur geringe (und nichtsignifikante) Zusammenhänge zwischen HILDE-ES- und EMFACS-Urteilen, bei der Emotion Ärger hingegen drückt sich die beschriebene fehlende Übereinstimmung sogar in einem negativen, ebenfalls nicht signifikanten Zusammenhangsmaß aus. Eine mögliche Interpretation hierfür könnte in der unterschiedlichen Informiertheit der Rater bezüglich der Bildinhalte zu finden sein. Erwartungsgemäß lassen sich keine systematischen Bezüge zwischen der durch HILDE-ES und EMFACS eingeschätzten Häufigkeit von Interesse bei den verschieden valenten Bildern nachweisen. Eine Senkung der Definitionshürde für HILDE-ES-Beurteilungen wie durch das liberalere Kriterium führt offensichtlich nicht zu einer konsistenten Verbesserung der Vergleichbarkeit mit den aggregierten EMFACS-Summenscores.

2.4.5.4 Diskussion der Übereinstimmung zwischen EMFACS- und HILDE-ES-Emotionsurteilen und ihre Bedeutung für die Instrumententwicklung

Für den Großteil der hier interessierenden Emotionen konnte eine hohe Deckung von EMFACS- und HILDE-ES-Ratings nachgewiesen werden. Mit dem einfacheren Beobachtungsinstrument scheint das emotionale Ausdrucksverhalten der Heimbewohner somit ähnlich gut abbildbar zu sein wie mit dem sehr viel komplexeren EMFACS-Verfahren. Für die zweite Phase der Instrumententwicklung wurde daher die HILDE-ES -Beobachtungsskala in der bisher genutzten Form aufgenommen, wodurch eine weitere, wesentliche Vereinfachung der Erfassung subjektiven Erlebens erreicht werden konnte.

Die Ergebnisse zum Einsatz der HILDE-ES in der zweiten Erhebungsphase sind unter Kapitel 3.2.6.5 im Kontext der Darstellung des Instrumententeils E Emotionalität aufgeführt.

3. Endfassung: HILDE

3.1 Inhaltliche und formale Struktur des Instruments

3.1.1 Untersuchungsbereiche

Das Instrument umfasst sechs inhaltliche Bereiche:

1. K Kompetenzgruppeneinschätzung
2. A Schmerzerleben und medizinische Versorgung
3. B Objektive und subjektive Umwelt
4. C Aktivitäten
5. D Soziales Bezugssystem
6. E Emotionalität

Die sechs Bereiche sollten in der vorgegebenen Reihenfolge bearbeitet werden. Von besonderer Bedeutung ist der erste Schritte bei der Arbeit mit dem Instrument: Jeder Bewohner wird zu Beginn einer von vier Kompetenzgruppen zugeordnet. Diese Zuordnung ist im weiteren Verlauf für die Auswertung der Ergebnisse zentral und muss daher zwingend zu Beginn durchgeführt werden (siehe Kapitel 2.3).

Alle Bereiche des Instruments sollten von Pflegekräften bearbeitet werden, die den Bewohner möglichst gut kennen. Ein Austausch im Team ist dabei nicht nur möglich, sondern ausdrücklich erwünscht. Der zweite Bereich (Schmerzerleben und medizinische Versorgung) bildet insofern eine Ausnahme, als über die Einschätzung der Pflegekräfte hinaus, die Einbeziehung eines Facharztes für Psychiatrie und eines Allgemeinmediziners erforderlich ist. Hier fließen Erfahrungen aus den beiden Projektphasen ein, die zeigten, dass für lediglich für einen kleinen Teil der Bewohner tatsächlich auch fachärztliche Diagnosen der Demenz vorliegen. Auch Befunde zum Allgemeinzustand waren häufig nicht aktuell, so dass für die jeweilige Medikation (psychiatrisch und allgemeinmedizinisch) eine Überprüfung und Aktualisierung notwendig war.

3.1.2 Formaler Aufbau des Instruments

Das Instrument setzt sich aus folgenden Materialien zusammen:

- Manual
- Erfassungsheft
- Auswertungsheft

Vor Beginn der Arbeit sollte das *Manual* sorgfältig gelesen werden. Hier finden sich alle relevanten Informationen zur genauen Handhabung des Instruments. Durchführung, Auswertung und Interpretation der Ergebnisse werden ausführlich und anschaulich beschrieben.

In das *Erfassungsheft* werden für den Bewohner, dessen Lebensqualität eingeschätzt werden soll, von der durchführenden Pflegeperson alle Daten eingetragen. Alle Bereiche werden mit kurzen Texten eingeleitet und erläutert. Inhaltlich setzt es sich aus den oben beschriebenen sechs Dimensionen des Instruments zusammen. Für die meisten Skalen werden bereits im Erfassungsheft Kennwerte, z.B. der Summenwert einer Skala, gebildet.

Im nächsten Schritt werden die Kennwerte aus den Erfassungsbögen in das *Auswertungsheft* übertragen. Eine klare Durchnummerierung der Kennwerte soll diesen Schritt möglichst einfach gestalten. Das Auswertungsheft liegt für jeden Bereich in vier verschiedenen Versionen, entsprechend der vier möglichen Kompetenzgruppen, vor. Die Daten werden in jenes Heft übertragen, das der Kompetenzgruppe des Bewohners entspricht. In den Auswertungsbögen finden sich darüber hinaus Referenzwerte, mit denen der individuell ermittelte Wert des Bewohners für jeden Bereich verglichen werden kann. Abweichungen nach oben oder unten können entsprechend markiert werden (siehe Kapitel 3.3).

Für die *Interpretation* der Ergebnisse muss das Manual herangezogen werden. Im Manual werden für alle Kompetenzgruppen und alle Untersuchungsbereiche des Instruments Interpretationshilfen gegeben.

Zukünftig kann die Entwicklung eines *Planungshefts* angedacht werden, das dann schließlich genutzt könnte, um auf der Grundlage der Ergebnisse das weitere Vorgehen im Team zu besprechen und zu planen. Hier würden dann die im Rahmen der Interpretation festgestellten Bedarfe notiert und Absprachen bezüglich individueller Maßnahmen (Interventionen) zur Steigerung der Lebensqualität festgehalten. Auch die Möglichkeit der Überprüfung der so erzielten Interventionserfolge wäre damit möglich.

3.2 Untersuchungsbereiche des Instruments

3.2.1 K Kompetenzgruppeneinschätzung

Die Kompetenzgruppeneinschätzung steht an erster Stelle der Gesamterfassung, da sie einen wichtigen Referenzpunkt für die Interpretation der gefundenen Kennwerte der Bewohner darstellt. In einem Einführungstext wird beschrieben, welche Aspekte der Bewohnerkompetenzen zur Beurteilung und Zuordnung herangezogen werden. Für jede Kompetenzgruppe werden beispielhaft die jeweiligen Merkmale im Bereich der kognitiven, alltagspraktischen Kompetenzen sowie die sie charakterisierenden Verhaltensauffälligkeiten beschrieben. Diese Beispiele beruhen auf den Ergebnissen der oben beschriebenen Gruppenbildung (vgl. Kapitel 2.3) und sollen den Pflegenden als Handreichung zur Erleichterung der Zuordnung dienen. Dabei wird darauf hingewiesen, dass diejenige Kompetenzgruppe gewählt werden soll, die nach Einschätzung der Pflegenden *am ehesten* das individuelle Kompetenzprofil des Bewohners wiedergibt. Es wird bereits auch schon hier empfohlen, diese Einschätzung nicht alleine, sondern im Kollegenteam vorzunehmen. Dabei wird für die Erfassung sowie das Manual eine alltagsnahe Terminologie gewählt, um auch auf dieser Weise Verständnisschwierigkeiten und Missverständnissen entgegen zu wirken.

Die Kompetenzgruppenbestimmung soll und kann eine fachärztliche Diagnose nicht ersetzen. Die vorliegenden Ergebnisse konnten jedoch zeigen, dass die Einschätzung der Pflegenden über das Vorliegen einer Demenz einen hohen Zusammenhang mit der fachärztlichen Befundung zeigt (GDS: $r=78$, $p<.001$; MMST: $-.72$, $p<.001$). Auch die Ergebnisse zu den alltagspraktischen Kompetenzen sowie die Erfassung der Verhaltensauffälligkeiten erfolgte im Rahmen der HILDE Untersuchung als Interview mit den Pflegenden. Ihre Aussagen auch im Hinblick auf die Differenzierung möglicher psychopathologischer Verhaltensauffälligkeiten können als wichtige Grundlage für eine genauere Untersuchung durch einen gerontopsychiatrisch geschulten Arzt geben.

Das Erfassungsblatt zur Kompetenzgruppenbestimmung ist in folgender Tabelle 3.2.1 dargestellt.

Tabelle 3.2.1: Erfassungsblatt zur Kompetenzgruppenzuordnung

Der Bewohner ist am ehesten der folgenden Kompetenzgruppe zu zuordnen:		
Beschreibung	Kompetenzprofil	Kürzel
Leicht demenzkrank Weitgehend erhaltene alltagspraktische Kompetenzen bei beginnender Demenz und weitgehender Freiheit von nicht-kognitiven Symptomen		LD
Mittelgradig demenzkrank In Teilen erhaltene alltagspraktische Kompetenzen bei mittelgradigen kognitiven Einbußen und erkennbaren nicht-kognitiven Symptomen (v.a. Depression)		MD
Schwer demenzkrank mit somatischen Einschränkungen Stark eingeschränkte alltagspraktische Kompetenzen bei schweren kognitiven Einbußen und erkennbaren nicht-kognitiven Symptomen		SD-S
Schwer demenzkrank mit psychopathologischen Auffälligkeiten Eingeschränkte alltagspraktische Kompetenzen bei schweren kognitiven Einbußen und einer Häufung verschiedener nicht-kognitiver Symptome		SD-P

Alltagspraktische Fähigkeiten

Gedächtnis und Denken

Verhaltens-auffälligkeiten

3.2.2 A Schmerzerleben und medizinische Versorgung

Der erste Bereich nach der Einschätzung der Kompetenzgruppen in HILDE befasst sich mit möglichen Schmerzen und der medizinischen Versorgung des Bewohners. Während Schmerzen, wie auch im späteren Verlauf alle weiteren Bereiche des Instruments, von Pflegekräften beurteilt werden, soll bei der Frage nach der medizinischen Versorgung sowohl ein Allgemeinmediziner als auch ein psychiatrischer Facharzt hinzugezogen werden.

3.2.2.1 Schmerzerleben

Das Vorhandensein von Schmerzen wird auf einer vierstufigen Skala von Pflegekräften beurteilt. Dabei werden ausdrücklich alle Schmerzen einbezogen, die zum Zeitpunkt der Einschätzung beobachtet werden, also sowohl akute als auch chronische Schmerzen. Für jede Stufe der Skala werden im Instrument verschiedene Beurteilungskriterien vorgegeben, die bei der Einschätzung berücksichtigt werden sollten. Diese Kriterien entstammen der Skala zur „Beurteilung von Schmerzen bei Demenz“ (BESD, Schuler, Becker, Kaspar, eingereicht) einer deutschen Übersetzung der Skala „Pain Assessment in Advanced Dementia“ (PAINAD, Warden, Hurley & Volicier, 2003), die von der Arbeitsgruppe „Schmerz und Alter“ (Leitung Prof. Dr.

Basler, Marburg) der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS) vorgenommen wurde. Im zweiten Schritt wird mit Hilfe einer grafischen Darstellung danach gefragt, wo die angenommenen Schmerzen lokalisiert wird. Bei beiden Fragen, also sowohl dem Vorhandensein und der Intensität der Schmerzen als auch ihrer Lokalisation, sind im Instrument zusätzlich offene Bereiche vorgesehen, in denen von den Mitarbeitern der Pflege ergänzende Anmerkungen oder Beobachtungen notiert werden können. Diese werden zwar für die Auswertung in HILDE nicht herangezogen, können jedoch für den Mediziner wichtige Zusatzinformationen darstellen.

3.2.2.2 Medizinische Versorgung

Die ärztliche Untersuchung stellte den ersten Kontakt mit den von den Pflegeheimen ausgewählten Bewohnern dar. Sie diente der Klärung der Frage, ob eine demenzielle Erkrankung vorliegt, wie weit diese fortgeschritten ist und um welche Demenzform es sich handelt. Gleichzeitig wurden auch die Ein- und Ausschlusskriterien überprüft. Eingeschlossen wurden, nach Vorliegen des schriftlichen Einverständnisses des Bewohners und falls vorhanden auch des Betreuers, alle Bewohner, bei denen eine Demenz gemäß ICD 10-Kriterien oder eine leichte kognitive Beeinträchtigung nach dem Konzept der AACD (Levy, 1994; zitiert nach Schröder et al., 1998) vorlag. In der zweiten Untersuchungswelle wurden zudem auch psychiatrisch gesunde Kontrollpersonen eingeschlossen. Bei allen eingeschlossenen Bewohnern wurden begleitende psychiatrische Symptome und Erkrankungen sowie körperliche Krankheiten erfasst. Zum Ausschluss führten unabhängig bestehende psychiatrische Erkrankungen, etwa schizophrene Psychosen, sowie Suchten, delirante Syndrome und schwerwiegende körperliche Erkrankungen.

Ziel der gerontopsychiatrischen Untersuchungen war über die Überprüfung der Ein- und Ausschlusskriterien, Diagnostik, Differentialdiagnostik und Bestimmung des Schweregrades der Demenz hinaus auch die Beurteilung des Allgemein- und Ernährungszustandes und des klinischen Gesamtzustandes als Gütekriterien für die allgemeinmedizinische und pflegerische Versorgung. Zudem wurde das Vorliegen extrapyramidalmotorischer Symptome als möglicher Störgröße für das mimische Ausdrucksverhalten kontrolliert. Neben anderen neuropsychologischen Verfahren zur Beurteilung der Kognition diente die Aufgabe zur Wortfindung der Auswertung und Einschätzung der übrigen Explorationsangaben.

Das klinische Bild demenzieller Erkrankungen wird entscheidend vom Vorliegen psychopathologischer Begleitsymptome, den nicht-kognitiven Störungen, beeinflusst. Diese umfassen ein breites Spektrum, unter anderem mit Depressivität, Apathie, Wahnbildungen, aber auch psychomotorische Unruhe, Reizbarkeit oder Agitiertheit. Von besonderer Bedeutung war die präzise Erfassung dieser Symptome, die von zentraler Bedeutung für das Erleben der Demenzkranken sind und mithin die Lebensqualität entscheidend beeinflussen. Zu den häufigsten Symptomen zählt Apathie; ein geeignetes Instrument zu deren Erfassung stand jedoch im deutschsprachigen Raum bislang nicht zur Verfügung. Wir haben deshalb in Kooperation mit

Frau Dipl.-Psych U. Lüken, Institut für Neuropsychologische Forschung der Universität Trier, die „Apathy Evaluation Scale“ in enger Zusammenarbeit mit dem Verfasser übersetzt und die psychometrischen Kenndaten der deutschen Fassung bestimmt, um so eine möglichst präzise Einschätzung von Apathie bei den untersuchten Heimbewohnern zu gewährleisten. Dabei wurde nicht nur die Eignung der deutschen Version der „Apathy Evaluation Scale“ in der Praxis erprobt, sondern es wurde zudem eine Kurzform der Skala entwickelt.

Ein weiterer Schwerpunkt der gerontopsychiatrischen Untersuchungen war die Erfassung autobiografischer Gedächtnisinhalte mit dem „Bielefelder Autobiografisches Bedächtnisinventar“ (BAGI), das sowohl semantische Informationen im Sinne eines reinen Faktenwissens, als auch lebendig erlebtes episodisches Wissen über die eigene Biografie erfragt. Über die lebensnahe, praxistaugliche Erhebung autobiografischen Wissens hinaus konnte der Einsatz des BAGI durch die Auseinandersetzung mit der Geschichte des jeweiligen Bewohners einen individuellen Zugang im Kontakt ermöglichen. Die besondere Bedeutung der Erinnerung an den eigenen Lebensgang liegt dabei in der Selbstvergewisserung und der Stärkung der eigenen Identität angesichts des als bedrohlich erlebten Identitätsverlustes im Rahmen der Demenz.

Die Diagnostik erfolgte gemäß international anerkannten und etablierten Kriterien und stützte sich auf die klinischen Erfahrungen der Sektion Gerontopsychiatrie und der Gedächtnisambulanz (Übersichten in Schröder et al., 2004; Schönknecht et al., 2005; Pantel und Schröder, 2006). Einen Überblick über die durchgeführten Untersuchungen gibt Tabelle 3.2.2.2 1.

Im Folgenden werden zunächst die Untersuchungsverfahren im Einzelnen dargestellt. Nach einem Überblick über die Untersuchungsergebnisse schließt sich eine kritische Diskussion der Befunde und die Ableitung ihrer Bedeutung für die Fassung des Endinstrumentes an.

Tabelle 3.2.2.2.1: Übersicht über die gerontopsychiatrischen Untersuchungen

<i>Untersuchungsbereich</i>	<i>Verwendetes Verfahren</i>
Neuropsychologische Testung	Testbatterie des „Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease“ (CERAD) einschließlich Mini Mental Status (MMSE)
Demenzschwere	Global Deterioration Scale (GDS)
Körperlicher Befund (Allgemeinzustand, Ernährungszustand, Zyanose, Exsikkose, Ödeme etc.)	
Neurologischer Befund	Zusätzlich zum klinischen Befund: Heidelberger Neurologische Soft Signs Skala (NSS)
Demenzdiagnostik	NINCDS-ADRDA- bzw. NINDS-AIREN-Kriterien
Psychopathologischer Befund	
Nicht-kognitive Störungen	Neuropsychiatric Inventory (NPI)
Apathie	Deutsche Version der Apathy Evaluation Scale (AES _D)
Autobiografisches Gedächtnis	Bielefelder Autobiografisches Gedächtnisinventar (BAGI)

Untersuchungen und Erhebungsinstrumente

- Kognitive Störungen

Der Kontakt mit den Bewohnern wurde zunächst über allgemeine Fragen nach Befindlichkeit und persönlichen Daten hergestellt. Dabei wurden Vigilanz, Aufmerksamkeit und Kooperationsbereitschaft registriert und es wurde eine Basis für die folgenden Untersuchungen geschaffen. Bei der Zusammenstellung der neuropsychologischen Testbatterie galt es, im Hinblick auf Umfang und Durchführbarkeit alle Schweregrade der Demenz zu berücksichtigen. So ist gerade in frühen Phasen der Erkrankung eine umfangreiche Testung sinnvoll, um so ein hohes Maß an diagnostischer Sicherheit zu erzielen und beginnende Einschränkungen präzise zu erfassen. Fortgeschritten Demente dagegen sind mit komplexeren testpsychologischen Aufgaben rasch überfordert und leiden häufig unter einer raschen Ermüdbarkeit. Zur Basistestung der kognitiven Beeinträchtigung diente deshalb die Mini-Mental-State-Examination (MMSE); zusätzlich wurden Wortfindung und phonemische Wortflüssigkeit erfasst und, soweit in Betracht der Demenzschwere möglich, die Testbatterie des „Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease“ (CERAD) erhoben. Ein Überblick über die CERAD-Batterie und deren diagnostische Wertigkeit findet sich bei Barth et al. (2005). Zur präzisen Einschätzung der Demenzschwere wurde die Global Deterioration Scale (GDS) erhoben.

- Körperliche Erkrankungen und Demenzursache

In der klinischen Untersuchung wurden neben dem Allgemein- und Ernährungszustand auch körperliche und neurologische Erkrankungen und Einschränkungen (z.B. Kachexie, Immobilität, neurologische Ausfälle, Schmerzen) registriert. Für die in Heidelberg in der ersten Untersuchungswelle eingeschlossenen Bewohner wurden zudem medizinische Vorbefunde und Ergebnisse von Voruntersuchungen von den behandelnden Ärzten direkt angefordert.

Zur Bestimmung der möglichen oder wahrscheinlichen Demenzursache dienten soweit verfügbar, Informationen über Beginn und Verlauf der Erkrankung einschließlich eventuell beobachteter Persönlichkeitsveränderungen oder neurologischer Auffälligkeiten.

Die ärztlich erhobenen Daten wurden durch die im Projekt zusätzlich gewonnenen Informationen, so aus der Pflegedokumentation und den Mitarbeiter- und Angehörigeninterviews, ergänzt. Die Gesamtschau diente der Entwicklung eines umfangreichen Bildes über den Gesundheitszustand des Bewohners und ermöglichte eine möglichst vollständige Erfassung etwaiger Erkrankungen. Dies beinhaltete neben somatischen Diagnosen und dem Feststellen der wahrscheinlichen Demenzursache auch die Zuordnung zu psychopathologischen Syndromen oder klinischen psychiatrischen Diagnosen (z.B. depressive Störung, paranoides Syndrom oder Apathiesyndrom).

- Nicht-kognitive Symptome

Das Fortschreiten einer Demenz ist in den meisten Fällen mit dem Auftreten nicht-kognitiver Symptome wie depressiver Gemüthsstimmung, Wahrnehmungsstörungen, Unruhe oder Schlafstörungen verbunden. Diese beeinflussen das Befinden entscheidend, tragen erheblich zum Leidensdruck der Betroffenen und ihrer Angehörigen bei und sind mit der häufigste Grund für die Inanspruchnahme stationärer Pflege. Auf die genaue Erfassung nicht-kognitiver Symptome wurde deshalb besonderer Wert gelegt. Als Basis diente, neben der klinischen Erhebung des psychopathologischen Befundes, das Neuropsychiatric Inventory (NPI) in der Pflegeheimversion. Dieses Fremdbeurteilungsinstrument prüft das Vorhandensein und die Ausprägung unterschiedlicher Symptombereiche wie Stimmungsänderungen, Wahn, Halluzinationen, Reizbarkeit und Appetit- oder Schlafstörungen. Die Daten wurden in direkten Befragungen einzelner Pflegemitarbeiter, die mit dem Bewohner gut vertraut waren, gewonnen. Zusätzlich wurde der pflegerische Mehraufwand durch die vorhandenen Symptome beurteilt.

Ein besonderer Schwerpunkt der gerontopsychiatrischen Untersuchung lag in der Beurteilung der bei Demenzkranken häufig zu beobachtenden Apathie. Ein entsprechendes Messinstrument lag im deutschsprachigen Raum bislang nicht vor. Wir verwendeten deshalb eine autorisierte deutsche Version der Apathy Evaluation Scale (AES), die wir in enger Kooperation mit ihrem Verfasser Robert Marin, Pittsburgh, übersetzt haben. Die Überprüfung erfolgte über eine Rückübersetzung, die ihrerseits dem Verfasser vorgelegt und von diesem kritisch revi-

diert wurde. Die Untersuchung der Gütekriterien der deutschen Übersetzung umfasste im Weiteren auch die Bestimmung der Test-Retest-Reabilität und der Inter-Rater-Reabilität. Zusätzlich wurde die deutsche Version der AES an Patienten mit schizophrenen Psychosen in der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg, an Schlaganfallpatienten der Abteilung für Neurochirurgie am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Trier sowie an gesunden Kontrollpersonen eingesetzt. Einen Überblick über die psychometrischen Eigenschaften der deutschen Übersetzung gibt der Artikel von Lüken et al. (i. Druck).

Die Daten über das Vorhandensein nicht-kognitiver Symptome werden durch den persönlichen Eindruck in der Untersuchung ergänzt und stichpunktartig in einem psychopathologischen Kurzbefund dokumentiert.

- Autobiografisches Gedächtnis

Gedächtnisfunktionen können unter verschiedenen Gesichtspunkten betrachtet werden. So erfolgt eine Untergliederung nicht nur nach zeitlichen Aspekten (Kurz- oder Langzeitgedächtnis), sondern auch nach der Qualität der Gedächtnisinhalte oder der Art des Erwerbs. Dabei wird auch unterschieden, ob die Umstände des Lernens respektive des Erlebens lebendig und detailliert erinnert werden, was als episodisches Gedächtnis bezeichnet wird, oder ob es sich um allgemeines Faktenwissen handelt, das den Inhalt des semantischen Gedächtnisses repräsentiert. Autobiografische Gedächtnisinhalte zeichnen sich dabei besonders durch eine subjektive zeitlich Zuordnung des Erlebten sowie das Gefühl der Zugehörigkeit zur eigenen Person aus und sind eng mit emotionalen Qualitäten verknüpft (Übersicht in Welzer und Markowitsch, 2006).

Die Erinnerung an die eigene Lebensgeschichte wurde in unseren Untersuchungen mit dem BAGI als semistrukturiertem Interview exploriert. Das BAGI erfasst autobiografisches Wissen zu fünf verschiedenen Lebensabschnitten, nämlich zur Vorschulzeit, Schulzeit, weiterführenden Schule bzw. Ausbildung, zu Berufstätigkeit sowie den vorangegangenen fünf Lebensjahren. Erfragt werden sowohl semantische Inhalte, beispielsweise Adressen und Namen von Schulkameraden oder Arbeitskollegen, als auch episodische autobiografische Erinnerungen. Letztere werden über „frei“ erinnerte Episoden erfasst; dabei wird ihre Einzigartigkeit beurteilt, also festgestellt, ob es sich um singuläre Erlebnisse, regelmäßig wiederkehrende Ereignisse oder Gesamteindrücke aus einem Lebensabschnitt handelt. So wird etwa der detaillierte Bericht über ein Erlebnis in der Kindheit einschließlich seiner Begleitumstände wie Umgebungsbeschreibung, Angaben über das Wetter und anwesende Personen oder die eigenen Gedanken und Gefühle als singuläre Episode gewertet und die Genauigkeit entsprechend dem Detailreichtum gesondert erfasst. Regelmäßig wiederkehrende Ereignisse, beispielsweise der wöchentliche Gang zur Klavierstunde oder das gelegentliche Fußballspiel werden geringer bewertet. Am geringsten zählen allgemeine Angaben zum jeweiligen Lebensabschnitt. Durch dieses Vorgehen erhalten auch jargonhafte Antworten im Sinne eines »fassadären Verhaltens«

weniger Gewicht. Letzteres bezeichnet ein zunächst intakt erscheinendes Auftreten, das mit Hilfe von Floskeln und Stereotypen Gedächtnisdefizite übersehen lässt (Seidl, Markowitsch & Schröder, i. Druck).

Eine Erfassung des autobiografischen Wissens in der oben dargestellten Weise ist gerade in der Berücksichtigung des semantischen Wissens äußerst bedeutsam, da die klinische Erfahrung zeigt, dass selbst fortgeschritten Demente durchaus in der Lage sein können Faktenwissen aus früheren Lebensabschnitten zu erinnern. Diese Erinnerungen sind deshalb von besonderer Bedeutung, da sie mithin die einzig verbliebenen Informationen über die eigene Identität darstellen. Allerdings wurde diese Hypothese trotz ihrer klinischen Bedeutung bisher nur an vergleichsweise kleinen Stichproben in der Laborsituation untersucht (Seidl et al., 2004).

- Medikamentöse Behandlung

Anhand der Pflegedokumentation wurden Art und Dosis der fest und als Bedarf verabreichten Medikamente dokumentiert. Zur weiteren Auswertung wurde sämtlichen Medikamentenklarnamen ein Code zugeordnet, der sich im Einzelfall auf eine einzige Substanz bezog, z. B. Distraneurin oder Lithium, oder, falls bei der Auswertung sinnvoll, eine Medikamentenklasse bezeichnete, z. B. hochpotente Neuroleptika oder trizyklische Antidepressiva.

Die statistische Auswertung erfolgte zunächst als reine Häufigkeitsauszählung anhand der kodierten Daten. In einem weiteren Schritt wurde zudem die unverschlüsselte Medikamentenliste mit Klarnamen und Angaben über die Dosierung verwandt, um die Qualität der Medikation zu beurteilen. Hierzu wurde in Anlehnung an die einschlägigen Vorarbeiten von Pantel et al. (2006) eine Einschätzung von 1 bis 6 vorgenommen. Mit „1“ wurde kodiert, die, wenn die Medikamente indiziert erschienen und gemäß den üblichen Verordnungsgewohnheiten ausreichend dosiert waren. „2“ kodierte eine indizierte Medikation, die aber möglicherweise nicht ausreichend dosiert war, „3“ eine zwar indizierte Medikation, die jedoch auf Grund des Nebenwirkungsspektrums oder von Medikamentenkombinationen als ungünstig angesehen wurde (z. B. mehrere niederpotente Neuroleptika in Kombination, trizyklische Antidepressiva oder Benzodiazepine als Dauermedikation). „4“ kodierte eine fragwürdige Indikation oder den Einsatz von Substanzen, deren Wirksamkeit nicht ausreichend belegt ist, beispielsweise den ausschließlichen Einsatz von Gingko bei dementiellen Erkrankungen oder von Baldrianpräparaten bei Depressionen. „5“ und „6“ waren für die Verschlüsselung einer nicht indizierten Medikation vorgesehen, wobei „6“ ein gleichzeitiges erhebliches Gefährdungspotential beispielsweise durch deutliche Überdosierung bezeichnen sollte.

Ergebnisse

- Körperlicher Zustand

Der AZ wurde bei 66% als „gut“ eingeschätzt, bei 28% als „mäßig“ und lediglich bei 6% als „schlecht“. 21% der Bewohner befanden sich in adipösem EZ, bei 58% wurde der EZ als

„gut“, bei 17% als „mäßig“ und bei 4% als „schlecht“ bewertet (Abbildung 3.2.2.2.1). Leicht und schwer Demenzkranke unterscheiden sich nicht signifikant im AZ und EZ.

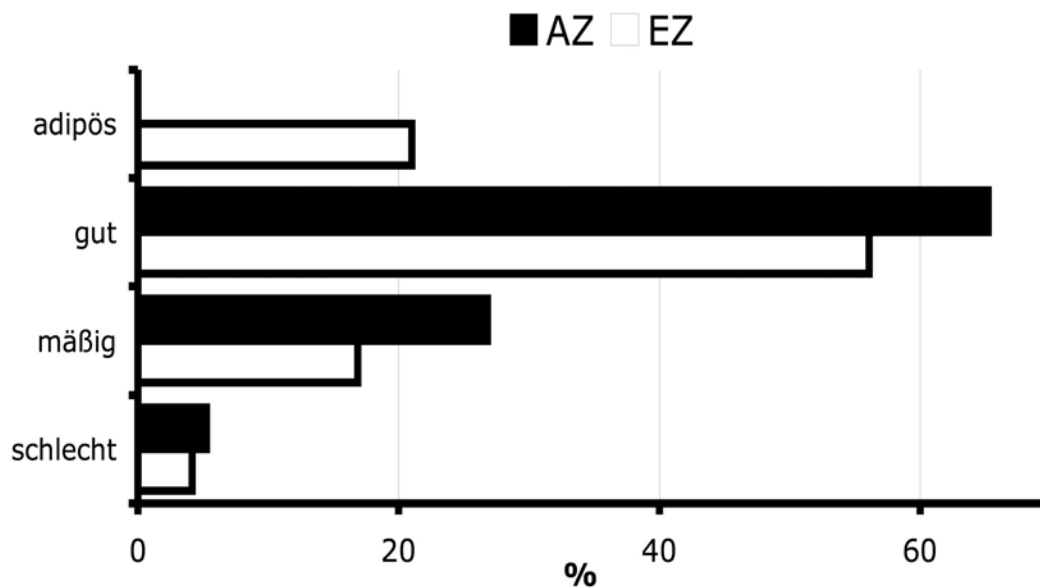


Abbildung 3.2.2.2.1: Einschätzung des Allgemeinzustandes (AZ) und des Ernährungszustandes (EZ) in Prozent der Bewohner (aus Seidl et al., im Druck).

- Kognitive Beeinträchtigung und Demenzdiagnostik

In den psychopathologischen Befunden zeigte sich, dass keiner der untersuchten Bewohner an einer Bewusstseinsstörung litt. Die Orientierung zu Zeit, Ort und Situation war dagegen bei den Demenzkranken in aller Regel nicht mehr vorhanden. Zumeist bestanden, in Abhängigkeit von der jeweiligen Demenzschwere, Einschränkungen des deklarativen Gedächtnisses, die vor allem episodisches Wissen und erst in zweiter Linie semantische Informationen betrafen. Auch waren häufig Wortfindungsstörungen und eine Apraxie zu beobachten.

Die eingeschlossenen Bewohner der Gesamtstichprobe waren zu 7% kognitiv nicht beeinträchtigt, 8% litten an einer leichten kognitiven Störung, 69% an einer möglichen oder wahrscheinlichen AD, 11% an einer vaskulären Demenz oder einer Mischform. Bei etwa 5% lag eine andere Ursache, beispielsweise eine frontotemporale Demenz, vor (Abbildung 3.2.2.2.2).

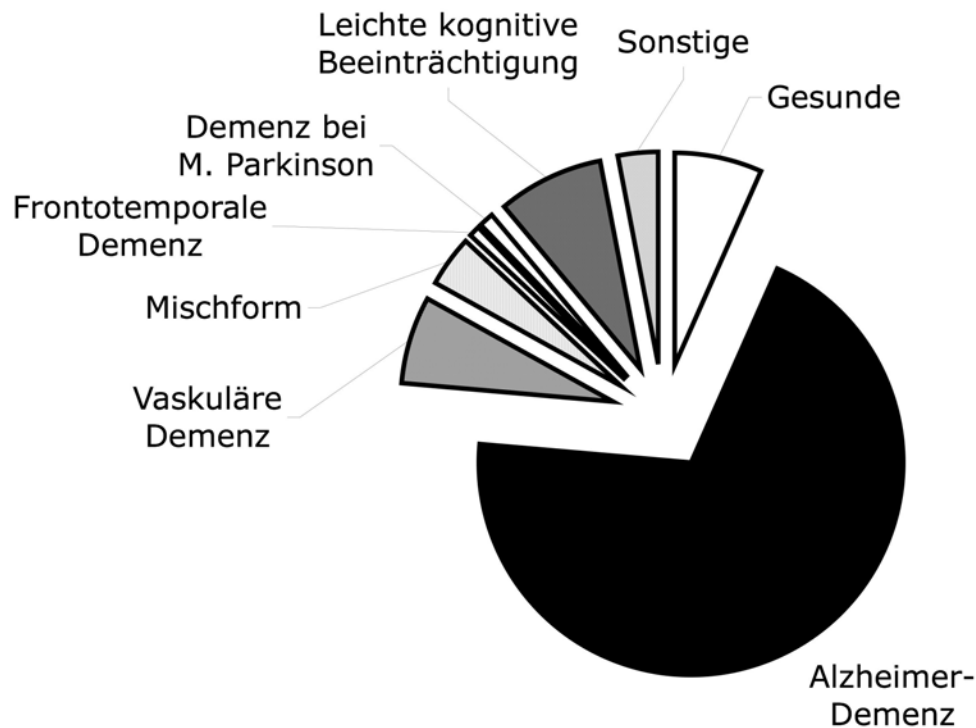


Abbildung 3.2.2.2.2: Differentialdiagnosen der Demenz: Anteile an der Gesamtstichprobe.

Die Auswertung der ärztlichen Befunde zeigte, dass lediglich in knapp zwei Drittel (65%) der Fälle eine Demenz als solche überhaupt vorbeschrieben war. Die explizite Diagnose “Alzheimer-Demenz” oder “vaskuläre Demenz” wurde nur bei jeweils 5% der Bewohner gestellt, während bei 55% lediglich “Demenz ohne nähere Angabe” festgehalten war. Bei gut einem Drittel (35%) war die Demenz nicht vordiagnostiziert. Der MMSE als Maß für die kognitive Einschränkung betrug durchschnittlich $11,39 \pm 9,23$ Punkte, die GDS als globales Maß für die Beeinträchtigung wurde mit $4,65 \pm 1,73$ eingeschätzt. Das Verteilungsmuster für die untersuchte Population weist einen Schwerpunkt bei mittleren bis schweren Demenzen auf (Abbildung 3.2.2.2.3).

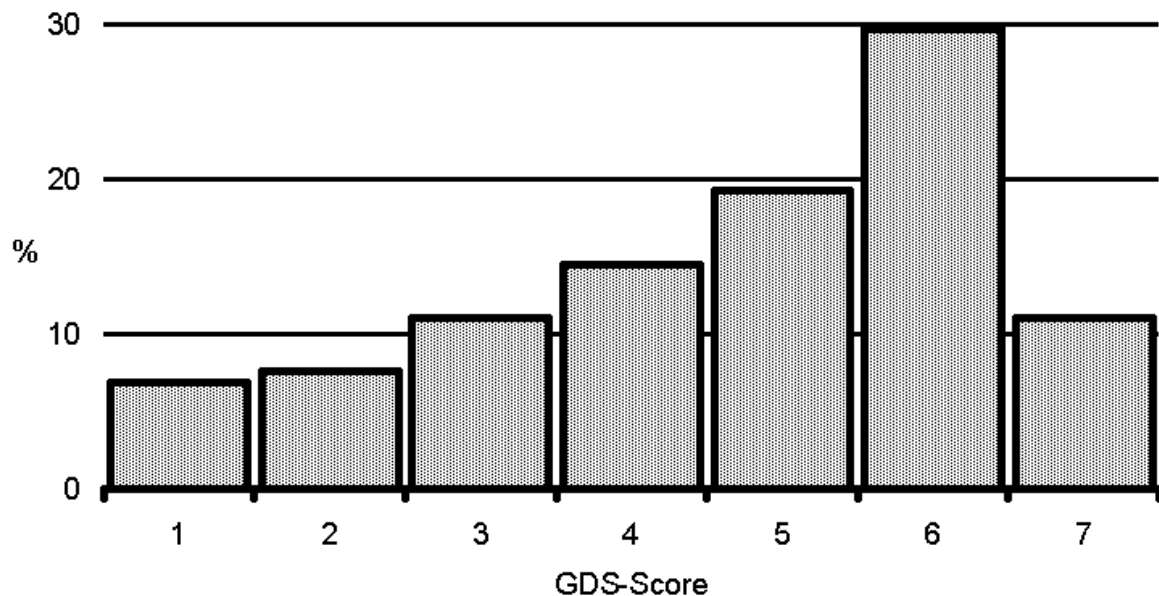


Abbildung 3.2.2.2.3: Verteilung der Demenzschwere in Prozent der Gesamtstichprobe (aus Seidl et al., im Druck).

- Nicht-kognitive Störungen

Mit dem NPI waren bei den meisten Bewohner (89%) psychiatrische Auffälligkeiten nachweisbar (Abbildung 3.2.2.2.4). Tatsächlich hatte schon der klinisch-psychopathologische Befund ein vergleichbares Bild erbracht. Am häufigsten waren Depressivität (54%), gefolgt von Apathie (46%) und Erregung (41%) sowie motorischer Unruhe (40%). Die Schwere der nicht-kognitiven Störungen insgesamt, gemessen am NPI-Summenscore, nahm erwartungsgemäß mit Fortschreiten der kognitiven Defizite wie sie der MMSE erfasst etwas zu ($r=.42$, $p<.001$).

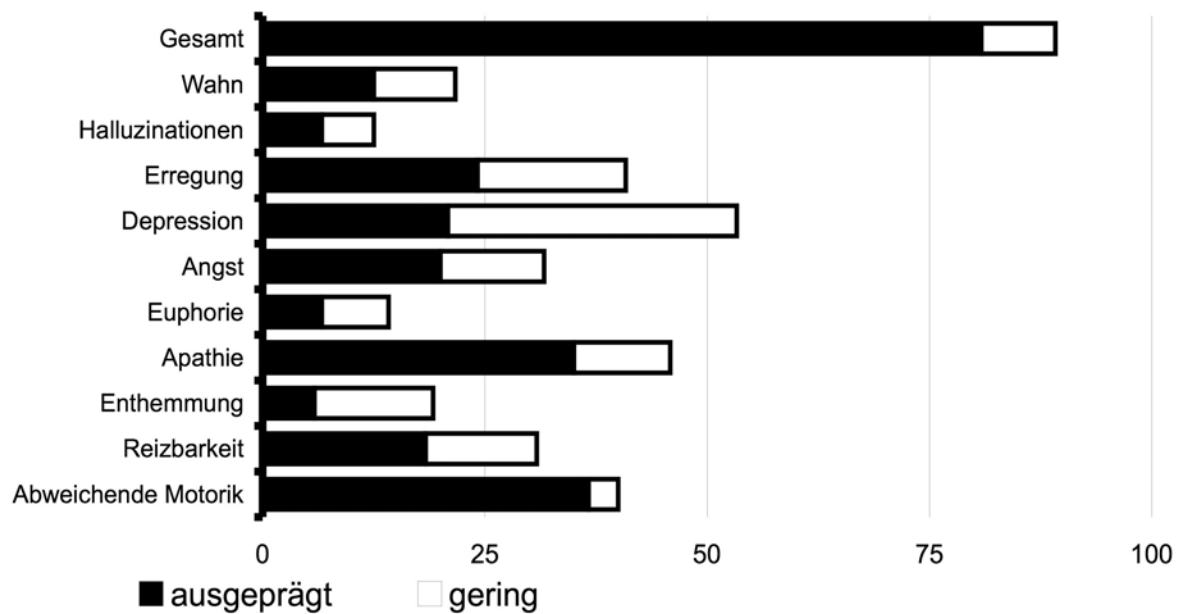


Abbildung 3.2.2.2.4: Häufigkeit nicht-kognitiver Symptome im Neuropsychiatric Inventory (NPI) in Prozent, wobei Mehrfachnennungen möglich waren. Neben Depressivität ist Apathie das häufigste Symptom und wird in allen Stadien der Demenz beobachtet (vgl. Abb. 3.2.2.2.5) (aus Seidl et al., im Druck).

Ein ähnlicher Zusammenhang bestand für die Apathie, die zwar mit dem MMSE signifikant korreliert war ($r=.58$, $p<0.0001$), in ihrer Ausprägung aber einer starken Streuung unterlag (Abbildung 3.2.2.2.5). Die Regressionsanalyse mit dem NPI-Summenscore als abhängiger Variable zeigte, dass 18% der Varianz durch den MMSE erklärt werden ($R\text{-Quadrat}=0,1780$; $p<.001$) und 3% durch das Lebensalter ($R\text{-Quadrat}=0,0316$; $p<0,05$) (Seidl et al., im Druck). Zwar waren Bewohner mit fortgeschrittener Demenz tendenziell apathischer, die individuelle Ausprägung ist jedoch sehr unterschiedlich und Ausnahmen sind sowohl bei leicht als auch bei schwer dementen Bewohnern möglich.

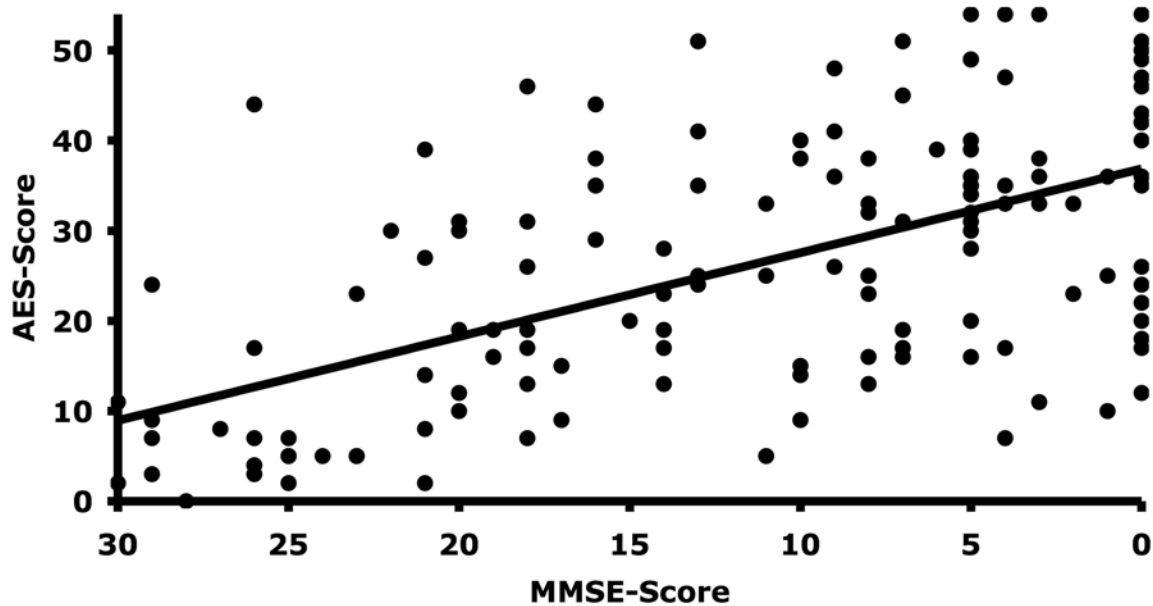


Abbildung 3.2.2.2.5: Zusammenhang zwischen kognitiven Status gemäß MMSE und Ausprägung der Apathie in der Apathy Evaluation Scale (AES).

- Autobiografisches Gedächtnis

Die im Rahmen der gerontopsychiatrischen Untersuchung zu den Erinnerungen an die Schulzeit befragten dementen Altenheimbewohner wurden entsprechend der Erkrankungsschwere drei verschiedenen Gruppen zugeordnet und den nicht Dementen gegenübergestellt. Dabei zeigte sich, dass die autobiographische Gedächtnisleistung insgesamt mit zunehmender Demenzschwere deutlich abnahm, bis hin zu einem fast vollständigen Verlust des Wissens um die Schulzeit bei den schwer Dementen (Abbildung 3.2.2.2.6).

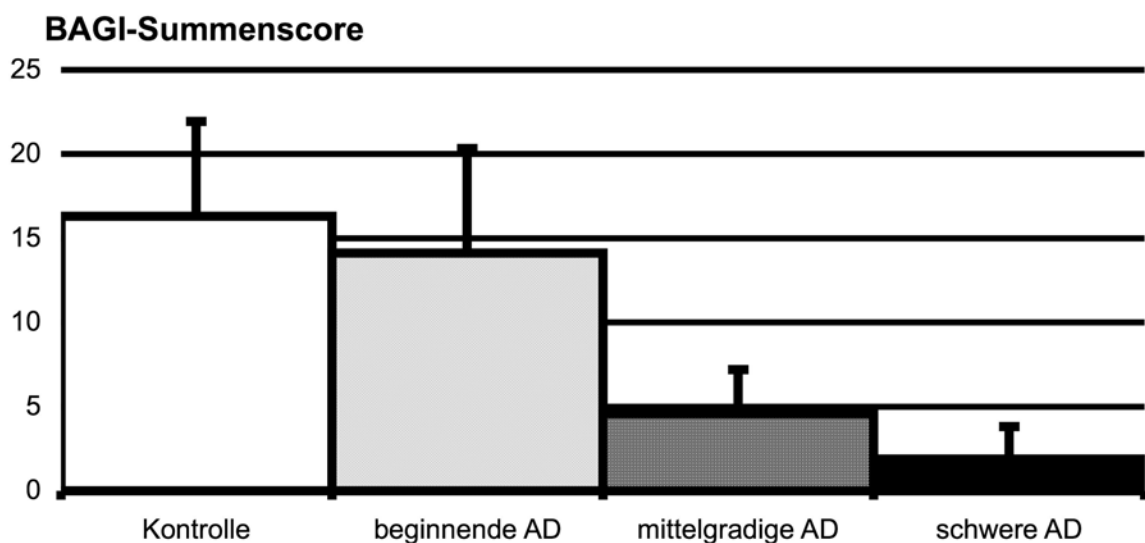


Abbildung 3.2.2.2.6: BAGI-Gesamtscore (Mittelwerte mit Standardabweichungen) im Lebensabschnitt 2 (Schulzeit) bei an Alzheimer-Demenz (AD) erkrankten Heimbewohnern und gesunden Kontrollpersonen (aus Seidl, Markowitsch & Schröder, im Druck).

Bei differenzierter Betrachtung der einzelnen Gedächtnisqualitäten (Abbildung 3.2.2.2.7) wurde ein langsamer, stetiger Verlust des semantischen autobiographischen Wissens mit signifikanten Unterschieden zwischen beginnender und mittlerer sowie mittlerer und schwerer Demenz deutlich. Anders verhielt sich das episodische Gedächtnis, das sprunghaft beim Übergang von beginnender zu mittelgradiger Demenz verloren ging. Dieser Unterschied war nicht nur für die frei berichteten Episoden hochsignifikant, sondern zeigte sich besonders drastisch im Detailreichtum der erzählten Geschichten. So waren bereits mittelgradig Demen- te kaum mehr in der Lage, detailliert über ihre Erlebnisse zu berichten.

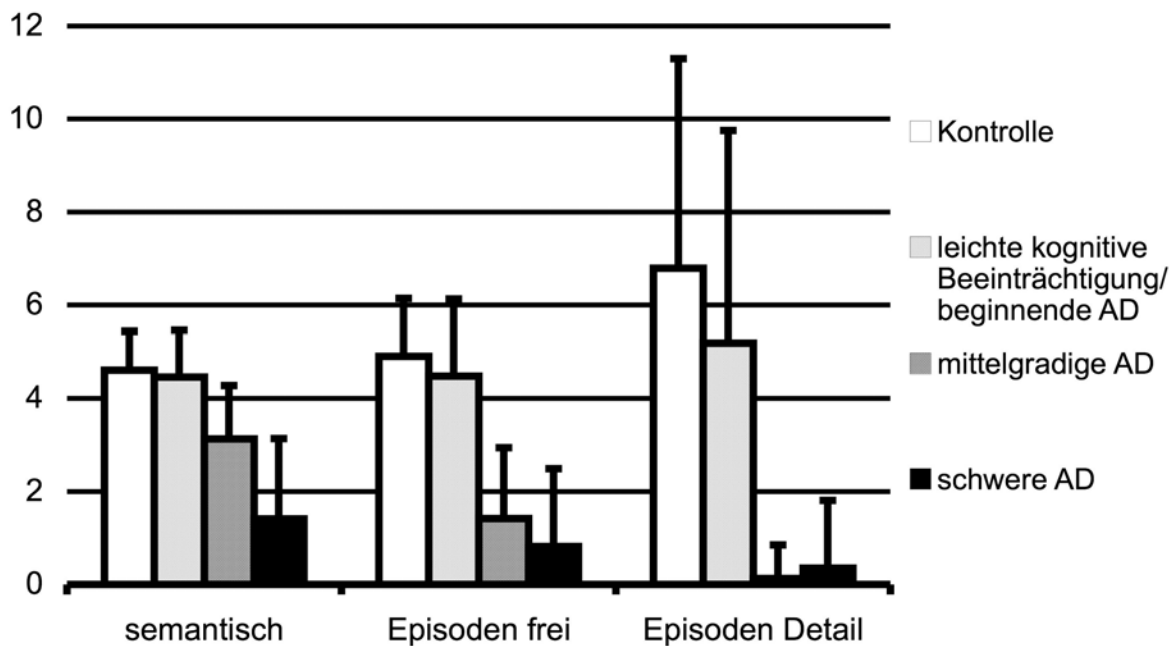


Abbildung 3.2.2.2.7: Differenzierte Darstellung der BAGI-Scores (Mittelwerte mit Standardabweichungen) für Lebensabschnitt 2 (Schulzeit) bei demenzkranken Heimbewohnern und gesunden Vergleichspersonen. Während das semantische autobiographische Wissen von beginnender zu mittelgradiger und von mittelgradiger zu schwerer Alzheimer-Demenz (AD) signifikant abnimmt, gehen episodische autobiographische Gedächtnisinhalte sprunghaft beim Übergang von beginnender zu mittelgradiger Alzheimer-Demenz verloren; der Verlust erreicht hier Signifikanzniveau ($p < .001$). Beachte: Die maximal erreichbaren Punktzahlen in den einzelnen Domänen sind jeweils unterschiedlich (semantisch: 5, Episoden frei: 6, Episoden Detail: 11) (aus Seidl, Markowitsch & Schröder, im Druck).

- Medikamentöse Behandlung

Die medizinische Behandlung erfolgte durchgehend durch Hausärzte, in 27% der Fälle wurden die Bewohner zusätzlich fachpsychiatrisch versorgt. 94,6 % der untersuchten Bewohner erhielten eine regelmäßige Medikation. Diese wurde bei 238 Bewohnern genauer analysiert, von denen 153 (64,3 %) eine regelmäßige psychiatrische Medikation erhielten. Diese wurde gemäß den oben dargestellten Kriterien beurteilt und es wurde eingeschätzt, ob es sich um eine indizierte, fraglich indizierte oder nicht indizierte Medikation handelte. Letztere, im Sinne einer Fehlmedikation, fand sich bei keinem einzigen der untersuchten Bewohner. Eine,

soweit beurteilbar, sehr gute medikamentöse Einstellung lag bei immerhin 60 % der Bewohner vor. Bei 10 % der Bewohner erschien eine Dosisanpassung ratsam, knapp ein Viertel (23 %) erhielten Medikamente, die in ihrer Kombination oder aus anderen Gründen optimiert werden könnten, während lediglich bei 7 % eine Umstellung der Medikation dringend ratsam erschien.

Die Bewohner können, je nach klinischer Symptomatik und nach den erhaltenen Fähigkeiten, unterschiedlichen Kompetenzgruppen zugeordnet werden. Im Einzelnen sind dies leicht demenzkranke Bewohner (LD), die durch relativ gut erhaltene Kompetenzen gekennzeichnet sind, mittelgradig demenzkranke (MD) sowie schwer demenzkranke Bewohner, letztere mit vorwiegend somatischen (SD-S) oder psychopathologischen Einschränkungen (SD-P) (ausführlichere Darstellung: siehe unten). Betrachtet man die Behandlung in diesen Kompetenzgruppen, so unterscheiden sich diese hinsichtlich der verabreichten Medikation. Die schwer dementen und psychopathologisch relativ auffälligen Bewohner (SD-P) erhalten signifikant mehr psychiatrische Medikamente als die kognitiv vergleichbar beeinträchtigten, jedoch deutlich geringer verhaltensauffälligen Bewohner. Dieser Unterschied betrifft insbesondere die niederpotenten Neuroleptika, die signifikant häufiger gegeben werden und mit denen mehr als 60 % der schwer dementen und psychopathologisch auffälligen Bewohner regelmäßig behandelt werden. Vergleichsweise wenig Medikamente erhalten die kognitiv wenig beeinträchtigten und gering mit psychopathologischen Symptomen belasteten Bewohner, insbesondere ist der Anteil an niederpotenten Neuroleptika mit nur gut 10 % relativ gering (Abbildung 3.2.2.2.8).

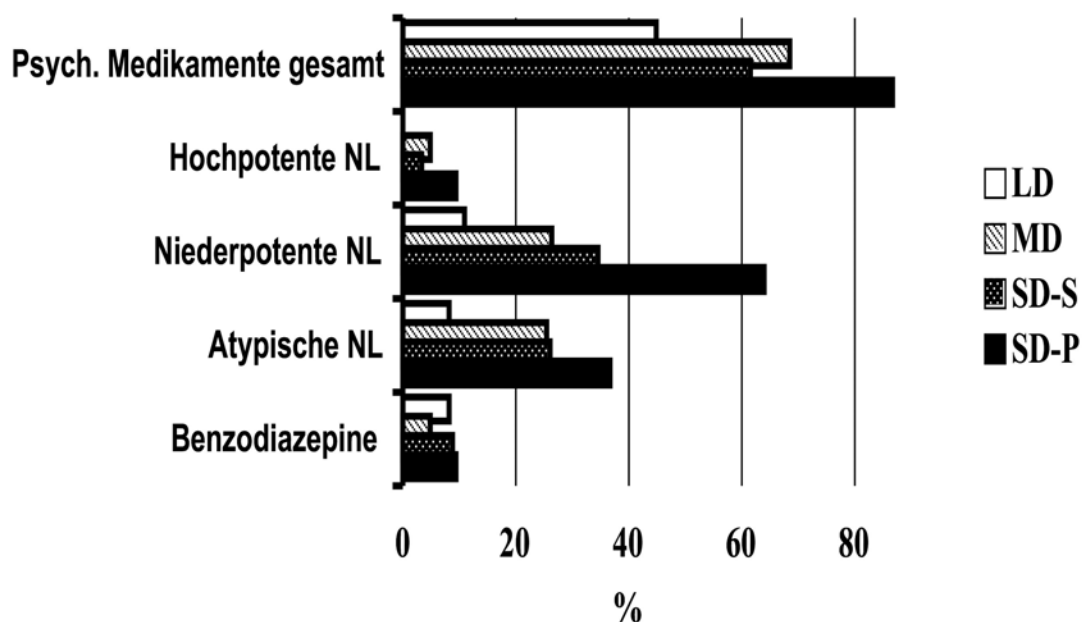


Abbildung 3.2.2.2.8: Übersicht über die prozentuale Häufigkeit einiger fest angesetzter Psychopharmaka in den einzelnen Kompetenzgruppen. Bei den Neuroleptika (NL) werden entsprechend der gängigen klinischen Einteilung nach der neuroleptischen Potenz und der mehr

oder weniger stark ausgeprägten sedierenden Wirkung hoch- mittel und niederpotente NL unterschieden.

Über alle Gruppen hinweg fällt auf, dass die untersuchten Bewohner in nur etwa 10% mit Benzodiazepinen behandelt werden. Antidementiva (Cholinergika), wenngleich insgesamt in weniger als 10% verabreicht, sind in der Gruppe der schwer Dementen mit deutlichen psychopathologischen Auffälligkeiten überrepräsentiert. Dies ist ein Hinweis darauf, dass diese Bewohner am ehesten als dement identifiziert und entsprechend behandelt werden, wenngleich die Gruppe der leicht bis mäßig Dementen eher von der Behandlung mit Cholinergika profitiert. Antidepressiva werden über alle Gruppen hinweg, gemessen an der Häufigkeit depressiver Störungen, eher selten verabreicht. Positiv ist jedoch zu vermerken, dass der Anteil modernerer Präparate, insbesondere Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI), die die Kognition wesentlich weniger beeinflussen und insgesamt ein günstigeres Nebenwirkungsspektrum besitzen als die älteren trizyklischen Antidepressiva, in unserer Untersuchung bereits um 50% liegt.

3.2.2.3 Implikationen für die Umsetzung im Endinstrument

Die in HILDE untersuchten Bewohner litten überwiegend an einer Alzheimer-Demenz in zu- meist fortgeschrittenem Stadium. Bei fast allen bestanden zusätzlich zu den kognitiven Einschränkungen auch nicht-kognitive Störungen, vor allem Depressivität und Apathie. Zwischen den beiden letztgenannten Symptomen besteht kein strenger Zusammenhang; so kann Apathie zwar im Rahmen einer Depression auftreten, aber auch als eigenständiges Symptom bestehen. Bereits beginnend demenzkranke Bewohner konnten sich in der Regel nicht mehr lebendig an ihre eigene Lebensgeschichte erinnern, während selbst schwer Erkrankte häufig noch einzelne semantische Fakten aus frühen Lebensabschnitten rekapitulierten. Demenzschwere, Differentialdiagnosen und klinische Symptomatik, liegen ebenso wie die soziodemografischen Daten im Erwartungsbereich. Die Gesamtstichprobe des HILDE-Projekts kann somit durchaus als typisch für die Situation in Pflegeheimen angesehen werden. Die Bewohner wurden in den allermeisten Fällen medikamentös behandelt, wobei ein Ungleichgewicht zwischen internistischer und psychiatrischer Medikation imponierte. Bei letzterer fand sich in vielen Fällen eine Verbesserungsmöglichkeit, etwa im Sinne einer Dosisanpassung oder des Wechsels auf ein verträglicheres Präparat.

- Allgemeine Versorgung und Demenz

Die in HILDE untersuchten Heimbewohner befanden sich in der Regel in gutem AZ und EZ, was für eine gute pflegerische und auch allgemeinmedizinische Grundversorgung spricht. Die überwiegende Mehrzahl der eingeschlossenen Bewohner litt an einer Demenz, wobei die große Zahl von mittelgradig bis schwer Dementen auf die Situation in den Heimen verweist, in denen zunehmend schwerer Erkrankte versorgt werden (Hirsch und Kastner, 2004).

Erwartungsgemäß stellte eine mögliche oder wahrscheinliche Alzheimer Demenz die häufigste Demenzursache dar (Übersicht bei Schröder et al., 2004). Die Demenzdiagnostik in HILDE stützte sich neben den klinischen Befunden auf zusätzlich erhobene fremdanamnestic Angaben über Symptomatik und Verlauf aus der Pflegedokumentation. Obwohl eine Diagnosestellung auf diese Weise mit ausreichender Sicherheit möglich ist, war eine Demenzabklärung zuvor in aller Regel nicht erfolgt. Tatsächlich bestätigen Pentzek und Abholz (2004) in einer Metaanalyse, dass Demenzen gerade in frühen Stadien durch Hausärzte häufig nicht erkannt werden. Eine möglichst frühe Diagnosestellung und differenzierte Abklärung ist jedoch gerade im Hinblick auf therapeutische Optionen und damit für die Verbesserung der Lebensqualität der Bewohner von Bedeutung.

Nur ein geringer Teil der Bewohner litt unter ausgeprägten neurologischen Einschränkungen einschließlich extrapyramidalmotorischer Störungen. Die für die Parkinsonsche Erkrankung charakteristische Trias aus Rigor, Tremor und Akinese fand sich lediglich bei drei der eingeschlossenen Bewohner. Dieser Befund ist im Hinblick auf die Auswertung der Mimikanalyse von besonderer Bedeutung, da auch das mimische Ausdrucksverhalten somit bei den von uns untersuchten Bewohnern kaum durch extrapyramidalmotorische Störungen eingeschränkt ist.

- Nicht-kognitive Störungen

In Übereinstimmung mit der Literatur (Hirsch und Kastner, 2004; Mega et al., 1996, Hope et al., 1999; Kurz et al., 1991) fanden wir bei fast allen untersuchten demenzkranken Heimbewohnern Hinweise auf nicht-kognitive Symptome. Deren klinische Bedeutung ist kaum zu unterschätzen, da sie das Erleben und Empfinden der Betroffenen entscheidend prägen. Die Ausprägung und die Schwere der Symptomatik variieren individuell sehr stark und sind nicht streng an den Schweregrad der Demenz (Hope et al., 1999; Kurz et al., 1991) oder das Alter der Betroffenen gebunden (Haupt, 1992).

Neben Depressivität ist Apathie das bei weitem überwiegende Symptom. Die von uns gefundene Prävalenzrate entspricht der in anderen Studien mit AD-Patienten (Starkstein et al., 2001). Apathie kann bereits in frühen Phasen der AD auftreten (Ready et al., 2003) und ist mit dem Nachlassen der Kognition und Schwierigkeiten in Alltagsaktivitäten vergesellschaftet (Boyle et al., 2003; Starkstein et al., 2001; Kuzis et al., 1999; Levy et al., 1998). In unserer Untersuchung ist Apathie nicht mit Depressivität korreliert. Dieser Befund stimmt mit den Ergebnissen der Gruppe um Marin (1993) überein und lässt sich dadurch erklären, dass Apathie zwar Symptom einer Depression sein kann, jedoch häufig auch als eigenständiges Syndrom auftritt und als primärer Motivationsverlust verstanden werden kann (Marin, 1990). Untersuchungen von Patienten mit anderen neurodegenerativen Erkrankungen wie Morbus Parkinson legen nahe, dass Depressivität und primäre Apathie auf unterschiedliche Ursachen zurückzuführen sind (Starkstein et al., 1992).

Depressive Symptome werden bei einer Vielzahl psychiatrischer, aber auch körperlicher Erkrankungen beobachtet und gelten deshalb als ätiologisch unspezifisch. Um dieser Unschärfe zu begegnen wurde das Konzept des „Major Depressive Syndrome of Alzheimer’s Disease“ vorgelegt (Zubenko et al., 2003), das eine entsprechende Definition enthält. Apathie, auch wenn sie gelegentlich bei anderen Erkrankungen auftritt, ist dagegen schärfer definiert – ein Umstand, der die Erforschung der hirnganischen Grundlagen erleichtert.

Ein Teil der Bewohner wies nicht-kognitive Störungen in eher geringem Umfang auf, während andere schwerer betroffen war. Die klinische Untersuchung konnte bei den schwerer Betroffenen eine Bewusstseinsstörung oder ein delirantes Syndrom als Ursache der Auffälligkeiten ausschließen. Auch die Verteilung der Medikation in den unterschiedlichen Kompetenzgruppen erklärt nicht die Unterschiede in den klinischen Zustandsbildern.

Aufgrund ihrer zentralen Bedeutung für die Beurteilung der personalen Kompetenzen der Bewohner wurden die psychopathologischen Verhaltensauffälligkeiten als differenzierende Variable für die Ermittlung der Kompetenzgruppen herangezogen (siehe Abschnitt 2.3 und 3.2.1) und werden in den Beschreibungen, die den Pflegenden die Zuordnung des einzelnen Bewohners erleichtern sollen, entsprechend dargestellt.

- Autobiografisches Gedächtnis

Eine weitere Besonderheit des HILDE-Projekts ist, dass autobiografische Gedächtnisinhalte erstmals bei einer großen Population demenzkranker Heimbewohner differenziert erfasst wurden. Bisherige Untersuchungen arbeiten mit kleineren Stichproben oder konzentrieren sich auf einzelne Teilaspekte autobiografischen Wissens. Die Befunde aus HILDE zeigen, dass das autobiografische Gedächtnis schon in frühen Phasen der Alzheimer-Demenz nachhaltig beeinträchtigt ist. Die Defizite betreffen zunächst den Abruf episodischer Inhalte, verstärken sich jedoch im weiteren Verlauf, um zunehmend auch semantische Inhalte zu erfassen. Schon Patienten mit beginnender Alzheimer-Demenz zeigten ausgeprägte Defizite des episodischen Gedächtnisses, wie sie bei mittelgradiger oder schwerer Alzheimer-Demenz fortbestanden. Patienten mit leichter kognitiver Beeinträchtigung, d. h. im Vorstadium der Alzheimer-Demenz (Schönknecht et al., 2005), waren allenfalls von milden Defiziten betroffen. Die Erinnerung an episodische autobiografische Gedächtnisinhalte verschlechterte sich demnach sprunghaft mit klinischer Manifestation der Demenz. Demgegenüber gingen semantische autobiografische Gedächtnisinhalte graduell verloren, sodass weitreichende Defizite erst bei mittelgradig, wenn nicht schwer Dementen entstanden. Die Dissoziation zwischen weitreichenden Verlusten episodischer Erinnerungen bei noch lange erhaltenen semantischen autobiografischen Gedächtnisinhalten entspricht einer Semantisierung autobiografischer Erinnerungen. Dieser Befund stellte sich nicht nur testpsychologisch dar, sondern wurde auch in der Begegnung mit den Alzheimer-Demenz -Patienten offenkundig, bei denen die Lebenser-

innerungen mit Fortschreiten der Erkrankung auf ein dürres semantisches Grundgerüst reduziert erschienen.

Die Erfassung autobiografischer Gedächtnisinhalte ist somit aus klinischer Sicht ein einfaches Mittel, um den Schweregrad der Demenz differenziert einzuschätzen. Darüber hinaus werden die Demenzkranken durch die Beschäftigung mit ihrer Lebensgeschichte im Kontakt gefördert und ermutigt. Die charakteristischen Merkmale des autobiografischen Gedächtnisses der unterschiedlichen Kompetenzgruppen fließen in die Beschreibung der jeweiligen Gruppe ins Endinstrument ein.

- Medikamentöse Behandlung

Die Ergebnisse aus HILDE, dass fast alle Bewohner medikamentös behandelt werden decken sich mit den Ergebnissen der Berliner Altersstudie, nach der 96% der über 70-jährigen mindestens ein Medikament regelmäßig einnahmen. Untersuchungen zum Arzneimittelverbrauch von Heimbewohnern berichten über eine durchschnittliche Einnahme von vier fest angesetzten Medikamenten (Damitz, 1997). Die Häufigkeit des Einsatzes von Psychopharmaka in Altenheimen schwanken je nach Stichprobe zwischen 34% und 75% (Hirsch und Kastner, 2004); so erhielten Bewohner von Altenpflegeheimen zu 59%, Bewohner von Altenheimen zu 42,2% eine psychiatrische Medikation (Stelzner et al., 2001). Hirsch und Kastner (2004) fanden einen Anteil von 51% an Heimbewohnern, die mindestens ein Psychopharmakon erhielten; bei psychisch kranken Bewohnern betrug der Anteil 79%. In Altenpflegeheimen erhielten die Bewohner zu 30% Neuroleptika und nur zu 3,6% Antidepressiva (Stelzner et al., 2001), Hirsch und Kastner (2004) stellten fest, dass 35% der depressiven Bewohner ein Neuroleptikum erhielten und nur 45% ein Antidepressivum; Acetylcholinesterase-Hemmer wurden in 12% der Fälle verabreicht, was mit den von uns gefundenen Daten (12,5%) übereinstimmt.

Bei den Medikamentenverordnungen imponierte ein Ungleichgewicht von internistischen und psychiatrischen Medikamenten. Dabei wurden selbst ausgeprägte psychiatrische Symptome nicht oder nur symptomatisch behandelt. Dies betrifft insbesondere spezifischer Erkrankungen wie Depressionen oder psychotische Störungen. Der relativ seltene Einsatz gerade von Antidepressiva wird auch von anderen Arbeitsgruppen berichtet (Stelzner et al., 2001; Riedel-Heller et al., 1999). In den zitierten Studien kamen allerdings überwiegend trizyklische Antidepressiva zum Einsatz. In unseren Untersuchungen wurden dagegen vergleichsweise häufiger die insbesondere im Hinblick auf die Kognition besser verträglichen SSRI eingesetzt, was für eine Verbesserung der Versorgung spricht (Seidl et al., im Druck).

Die medizinische Versorgung im Sinne einer kontinuierlichen Betreuung durch einen Allgemein- und Facharzt wird in HILDE als zentral angesehen. Die adäquate Versorgung mit psychiatrischen sowie internistischen (hier insbesondere analgetischen) Medikamenten stellt eine wesentliche Quelle für die Lebensqualität demenzkranker Menschen dar, insbesondere, wenn

man im Zusammenhang mit dem Ausmaß und der Häufigkeit nicht-kognitiver Symptomatik davon ausgehen muss, dass diese durch Fehlmedikation sogar verstärkt werden können. Entsprechend wurde im HILDE Endinstrument der Notwendigkeit eine gerontopsychiatrische Expertise zu verankern hoher Stellenwert beigemessen. Nur auf diese Weise kann eine sachgerechte medikamentöse Versorgung für den Bewohner gewährleistet werden. Für jeden Bewohner sollten daher möglichst aktuelle Befunde der Ärzte vorliegen. Während der Allgemeinarzt den Allgemeinzustand seines Patienten einschätzt und hierzu die Schmerzeinschätzung der Pflegenden hinzuziehen sollte, wird vom psychiatrischen Facharzt sowohl die Diagnosestellung als auch eine Begutachtung der aktuellen Medikation erwartet.

3.2.3 B Räumliche Umwelt

Die räumliche Umwelt muss als eine wesentliche Dimension erlebter Lebensqualität verstanden werden. Vor dem theoretischen Hintergrund des HILDE-Projektes können räumliche Umweltmerkmale als eine Ressource der außerhalb der Person liegenden Aspekte von Lebensqualität verstanden werden. Dabei kann zwischen objektiven und subjektiven Merkmalen der räumlichen Umwelt unterschieden werden.

Während die objektiven Umweltmerkmale bezogen auf die theoretischen Zuordnung eindeutig als externale Umweltressourcen verstanden werden, stellen die subjektiv bedeutsamen Umweltaspekte ein kombiniertes Merkmal in dem Sinne dar, dass sie erst durch individuelle Personeigenschaften wie Vorlieben oder Abneigungen der Bewohner als Ressource für das Erleben von Lebensqualität bedeutsam werden. In der folgenden Darstellung der räumlichen Umweltmerkmale werden beide Bereiche getrennt voneinander berichtet.

3.2.3.1 Objektive Umweltmerkmale

Die objektiven Umweltmerkmale wurden mit dem Therapeutic Environment Screening Survey for Nursing homes (TESS-NH) (Sloane et al. 2002) in beiden Erhebungsphasen des HILDE-Projektes erfasst. Dabei handelt es sich um ein Beobachtungsinstrument, das auf der Ebene der Einrichtungen bzw. der einzelnen Wohnbereiche der teilnehmenden Einrichtungen objektive Umweltmerkmale erfasst, mit dem Ziel, therapeutisch relevante Ansatzpunkte für Verbesserungsmaßnahmen für die dort lebenden demenzkranke Bewohner abzuleiten.

Das Instrument umfasst 12 Bereiche, die sich jeweils einem therapeutischen Ziel zuordnen lassen, sowie einer abschließend vom Beobachter abgegebene Gesamtbeurteilung der physikalischen Umwelt.

Tabelle 3.2.3.1: Inhaltliche Bereiche des TESS-NH Instrumentes

Gesamtskala	Subskalen
Sicherheit	Ausgangskontrolle
	Instandhaltung
	Sauberkeit
	Sicherheit (safety)
Orientierung	Orientierung/Hinweise
Privatheit/Kontrolle/Autonomie	Privatheit
	Wohnbereichsautonomie
	Zugang zu Außenbereich
	Beleuchtung
	Lärm
	Visuelle/taktile Stimulation
Soziales Milieu	Räumlichkeiten
Allgemeine Einschätzung der physikalischen Umwelt	1 Itemskala (10stufig)

Für HILDE kam eine deutsche Version des Instrumentes zum Einsatz, die durch eine englische Muttersprachlerin übersetzt und im Projektteam auf den deutschen Sprachgebrauch angepasst wurde.

Insgesamt hatte sich in der ersten Erhebungsphase gezeigt, dass das TESS-Instrument in der vorliegenden Fassung nur bedingt zur Erfassung der objektiven Umweltmerkmale im geeignet ist (vgl. Statusbericht Mai 2006). Aufgrund gesetzlicher Vorschriften wie z.B. der Heimmindestverordnung müssen bestimmte objektive Merkmale in allen Einrichtungen gegeben sein (z. B. Handläufe) so dass sich in den erfassten Wohnbereichen in vielen Variablen kaum Variabilität zeigte. Eine vergleichende Bewertung der objektiven Umweltbereiche ist somit auch nur schwer möglich.

Für die Erfassung der physikalischen Umwelt in der zweiten Erhebungsphase der HILDE-Studie wurde die Erfassungsform insgesamt optimiert, wobei alle im Original erfassten Inhalte auch beibehalten wurden. So wurde die Filterführung in den einzelnen Variablen präzisiert, durch Schärfung der vorgegebenen Antwortkategorien der Differenzierungsgrad sowie durch die inhaltliche Neuordnung mancher Items gemäß theoretischer Überlegungen die Konzeptualisierung der im Original benannten Zielbereiche verbessert.

Dennoch ließen sich die Item-Zuordnungen nicht als Vorschrift für die Bildung von homogenen Subskalen nutzen, wodurch auch Tests auf interne Konsistenz obsolet waren. Eine Abschätzung der wechselseitigen Item-Zusammenhänge scheiterte am unterschiedlichen Skalenniveau, der Filterführung, der empirisch festgestellten geringen bzw. nicht gegebenen Variabi-

lität einiger der Merkmale sowie der offensichtlichen Unabhängigkeit der erhobenen Einzelaspekte. Für die weitere Verwendung im Rahmen des HILDE-Instrumentes wurde die TESS-Skala in der vorliegenden Form eher als ungeeignet bewertet.

Um jedoch auf die Erfassung der objektiven Umweltmerkmale als wichtige externe Ressourcen der Lebensqualität nicht verzichten zu müssen, wurden in weiteren Analysen die Einzelskalen mit der globalen Einschätzung der Umwelt korreliert (siehe Tabelle 3.2.3.1) und jeweils diejenigen, welche bedeutende Zusammenhänge aufwiesen für das Endinstrument ausgewählt.

Tabelle 3.2.3.1: Zusammenhänge der TESS-Subskalen mit der globalen Einschätzung der physikalischen Umwelt

TESS-Subskala	Globale Einschätzung der physikalischen Umwelt r , rho=0
Ausgangskontrolle	-.37 n.s.
Erhaltungszustand	.
Sauberkeit	.91 .001
Sicherheit (savety)	.16 ns.
Gesamtskala Sicherheit	.59 .002
Gesamtskala Orientierung	-.42 .04
Privatheit	.41 n.s
Autonomie	.21 ns.
Zugang zum Außengelände	-.10 n.s.
Beleuchtung	.47 .02
Lärm	-.05 n.s.
Stimulation	.39 .06
Gesamtskala Privatheit	.46 .02
Anordnung der Mobiliars	-.53 .001
Häuslichkeit/Gemütlichkeit	.64 .001
Gesamtskala Soziales Milieu	-.51 .01

Die Korrelationsanalyse zeigt, dass es zwei grundsätzlich entgegen gesetzte Tendenzen im Zusammenhang mit der globalen Einschätzung der physikalischen Umwelt gibt: Skalen mit

positivem und solche mit negativer Korrelation. In Abhängigkeit von der Richtung des Zusammenhangs lassen sich inhaltlich zwei unterschiedliche Qualitäten der objektiven Umwelt bestimmen, die in unterschiedlicher Weise zu einem Gesamteindruck der physikalischen Umwelt beitragen:

- a) *Funktionale Qualitäten der objektiven Umwelt:* Hierunter sind solche Merkmale zu verstehen, die für die Gewährleistung einer sicheren Umwelt für die Bewohner und eines optimalen Arbeitsablaufes der Pflegenden von Bedeutung sind. Hierzu gehören z.B. Sicherheitsaspekte (z.B. Ausgangskontrolle), aber auch Orientierungshilfen (z.B. große Symbole an den Türen) oder das Gestaltungsmerkmale, die den Bewohnern freien Bewegungsraum ermöglichen (z.B. durch Anordnung des Mobiliars). Diese Merkmale entsprechen in ihrer Erscheinung eher dem Bild einer institutionellen Umwelt und weisen entsprechend einen negativen Zusammenhang mit der globalen Einschätzung der physikalischen Umwelt auf. Da sie aber als unabdingbare Qualitätsmerkmale gelten, die z.T. auch gesetzlich gefordert sind (z.B. Handläufe), können sie für die Beurteilung der Lebensqualität der in der Einrichtungen lebenden Bewohner nicht vernachlässigt werden und sind somit im Rahmen des HILDE-Instrumentes wichtige Bestandteile.
- b) *Merkmale der Gemütlichkeit bzw. Häuslichkeit:* Diese Merkmale tragen zu einem positiven, der privaten Wohnatmosphäre entsprechenden Eindruck der physikalischen Umwelt bei und zeigen somit positive Korrelationen mit dem Globalmaß. Diese Merkmale (z.B. jahreszeitliche Dekoration, anregende Gestaltungsmerkmale, angemessene Beleuchtung) müssen als wesentlich für ein „sich zuhause Fühlen“ in der institutionellen Umgebung betrachtet werden und sind somit im Zusammenhang mit der Beurteilung der Lebensqualität demenzkranker Menschen in stationären Einrichtungen der Altenpflege von besonderer Bedeutung.

3.2.3.2 Subjektive Umweltmerkmale

Unter subjektiven Umweltmerkmalen wurde im Rahmen der HILDE-Studie all diejenigen Aspekte verstanden, die sich – im Gegensatz zu objektiven Gegebenheiten – von Bewohner zu Bewohner individuell unterscheiden können. So zählen hierzu sowohl der jeweils individuell mögliche Bewegungsradius als auch individuell positiv oder negativ bedeutsame, d.h. beliebte oder unbeliebte Orte.

Die bisherige Erhebung der räumlichen Umwelt umfasste neben der Frage nach dem Bewegungsradius (mit und ohne Hilfe) vor allem Orte mit spezifischer positiver bzw. negativer Bedeutung für den Bewohner innerhalb dieses Radius. Zusätzlich sollte noch der prozentuale Anteil der Tageszeit angegeben werden, den der Bewohner an beliebten bzw. unbeliebten Orten verbringt, um so einen Näherungswert für ihre Affektbalance zu erhalten.

Maximaler Bewegungsradius

Der Bewegungsradius der Bewohner wurde nach fünf Bereichskategorien dokumentiert, ausgehend vom Bewohnerzimmer bis hin zu Orten außerhalb des Einrichtungsbereiches. Als Mindestkriterium zur Bestimmung eines Ortes im Rahmen des Bewegungsradius wurde festgelegt, dass der Bewohner den Ort mindestens zweimal die Woche aufsucht. Dabei wurde zwischen Orten unterschieden, die selbständig ohne Hilfe anderer und solchen, die nur mit Hilfe anderer erreicht werden können.

Die Ergebnisse zeigen, dass der Bewegungsradius von mehr als der Hälfte aller Bewohner sofern sie sich ohne fremde Hilfe bewegen auf das eigene Zimmer (19,6%) und den Wohnbereich (35,5%) beschränkt bleibt. Der Bewegungsradius erweitert sich dann auch auf Orte, die außerhalb des Einrichtungsbereiches liegen, sobald die Bewohner durch die Hilfe anderer Personen dorthin gelangen können. Immerhin können auf diese Weise in 51,5% der Fälle auch Orte außerhalb der Einrichtung von den Bewohnern erreicht werden, während dies ohne Hilfe nur für 9% der Bewohner möglich ist. Dennoch bleibt für 4,6% der Bewohner der Bewegungsradius trotz Hilfe auf das eigene Zimmer beschränkt.

Die Annahme liegt nahe, dass die Größe des Bewegungsradius mit der funktionalen Kompetenz der Bewohner in Zusammenhang steht. Daher wurde der für den Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) bereits gebildete Subscore der Mobilität in seiner Bedeutung für den Bewegungsradius der Bewohner (mit oder ohne Hilfe) gesondert analysiert. Hierbei zeigt sich, dass der Mobilitätsscore, der die Aktivitäten Gehen, Treppen steigen sowie Erheben von Bett oder Stuhl zusammenfasst, zwischen zwei Gruppen im Hinblick auf den Bewegungsradius differenziert. Personen mit deutlich reduzierter ADL-Mobilitätskompetenz bleiben häufiger im Bewegungsradius auf ihr eigenes Zimmer beschränkt, während Bewohner mit einer größeren Reichweite ein höheres jedoch verhältnismäßig einheitliches ADL-Funktionsniveau aufweisen ($F_{(4,192)}=5,19$, $p<.001$). Das bedeutet, dass Bewohner, die sich mit oder ohne Hilfe über ihr Zimmer hinaus bewegen können, sich bezogen auf ihre Mobilitätskompetenzen nicht mehr bedeutsam unterscheiden. Entsprechend unterscheiden sich diejenigen Bewohner, die trotz Hilfe auf ihr Zimmer bzw. den Wohnbereich beschränkt bleiben deutlich in ihrer Gesamtkompetenz von denjenigen, die sich weiter fortbewegen können (ADL-Mittelwert 32,5 vs. 51,4). Möglicherweise ist der Bewegungsradius funktional stärker eingeschränkter Bewohner auf ihr Zimmer bzw. höchstens auf den Wohnbereich beschränkt zu bleiben, auch dadurch begrenzt, dass die Pflegenden – als primäre Unterstützungspersonen – ebenfalls in ihrer Hilfeleistung im Wesentlichen auf ihren Dienstbereich und damit den Wohnbereich beschränkt bleiben, während diejenigen Bewohner, die weiter weg gehen wollen, dies dann auch selbständig tun können müssen.

Betrachtet man den Gesamtwert der funktionalen Kompetenz so wird deutlich, dass mit steigender Kompetenz auch der Bewegungsradius der Bewohner größer wird ($F_{(4,128)}=3,88$, $p<.005$). Daraus lässt sich schließen, dass neben der Mobilitätseinschränkung auch weitere funktionale Kompetenzen die Reichweite der Bewohner mitbestimmen.

Diese Annahmen lassen sich auch durch die Vergleiche der Kompetenzgruppen belegen. Insgesamt können ausschließlich Personen aus der leicht bzw. mittelgradig demenzkranken Gruppe Orte außerhalb bzw. im Außenbereich der Einrichtung ohne Hilfe erreichen. Bezogen auf den maximalen Bewegungsradius, d.h. den weitest entfernten Ort, den die Bewohner mit Hilfe erreichen können, bleiben am seltensten Bewohner aus der leicht demenzkranken Gruppe auf den Wohnbereich beschränkt. Orte außerhalb der Einrichtung können ebenfalls Bewohner der leicht demenzkranken Gruppe am häufigsten mit Hilfe erreichen.

Beliebte und unbeliebte Plätze

In diesem Bereich wurden jeweils spezifische Angaben zu einzelnen Plätzen sowie die Gründe warum der jeweilige Ort beim Bewohner beliebt bzw. unbeliebt ist erhoben. Die Auswahl der kategorial aufgeführten Gründe stammt aus dem Bearbeitungsschritt der ersten HILDE-Erhebung. Die Antworten auf die offenen Fragen der Pflegekräfte wurden auch hier gesammelt und in Kategorien zusammengefasst, die dann wiederum als kategoriale Antwortmöglichkeiten vorgegeben wurden und nun jeweils durch Ankreuzen indiziert wurden. Aufgrund von Mehrfachnennungen wurden insgesamt $N=362$ Lieblingsplätze und $N=134$ unbeliebte Plätze genannt.

Die Häufigkeitsangaben beliebter und unbeliebter Plätze sind in Tabelle 3.2.3.2.1 wiedergegeben.

Tabelle 3.2.3.2.1: Häufigkeit beliebter Plätze

	N	%
Bew. hat einen Lieblingsplatz	136	68,3
Bew. hat keinen Lieblingsplatz	21	10,5
Kein Lieblingsplatz bekannt	42	21,1

Die Ergebnisse zeigen, dass für 2/3 der Bewohner tatsächlich auch ein Lieblingsplatz von den Pflegenden benannt werden konnte. Die Verteilung der Lieblingsplätze auf die verschiedenen Einrichtungsbereiche ergibt sich aus Tabelle 3.2.3.2.2. Dabei zeigt sich, dass als Lieblingssorte häufig solche benannt wurden, die mit spezifischen Aktivitäten in Verbindung gebracht werden.

Betrachtet man das Bekanntsein von Lieblingsplätzen bezogen auf die Kompetenzgruppen, so zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen ihnen ($\chi^2=28,7$, $p<.001$). Für die schwer demenzkranken Bewohner mit somatischen Einschränkungen sind am seltensten Lieblingsplätze bekannt, während am häufigsten für mittelgradig demenzkranke Bewohner Lieblingsplätze als bekannt angegeben wurden. Für die Gruppe der schwer Demenzkranken mit psychopathologischen Auffälligkeiten wurde am häufigsten im Gruppenvergleich angegeben, dass sie keine Lieblingsplätze haben.

Signifikante Unterschiede im Kenntnisstand der Pflegenden über unbeliebte Plätze zeigen, dass für Bewohner der leicht demenzkranken Gruppe am seltensten unbeliebte Plätze angegeben wurden, während Bewohner SD-P Gruppe am häufigsten angegeben wurde, dass es für sie keinen unbeliebten Platz gibt ($\chi^2=15,6$, $p<.02$).

Tabelle 3.2.3.2.2: Verteilung beliebter Plätze in den Einrichtungsbereichen

	Ort	%	% Insgesamt
Bewohnerzimmer	Liegen (Bett)	46	33,1
	Sitzen (Sessel, Sofa, Stuhl)	39	
	Spez. Eigenschaft (Fenster, TV)	14	
Wohnbereich	Sitzen (Sessel, Sofa, Stuhl)	15	22,4
	Räumlichkeiten (Essbereich)	81	
	Spez. Eigenschaft (Fenster, Flur)	4	
Orte innerhalb der Einrichtung	Räumlichkeiten (Cafeteria, Speisesaal)	96	16
	Sonstiges (Veranstaltungen)	4	
Außenbereiche der Einrichtung	Räumlichkeiten (Garten, Balkon)	94	18,2
	Veranstaltungen (Spaziergang)	6	
Orte außerhalb der Einrichtung	Räumlichkeiten (Haus der Angehörigen, Friedhof)	85	10,2
	Veranstaltungen (Ausflug, Kultur)	15	

Insgesamt wurden für jeden Bewohner durchschnittlich 2,7 Bereiche benannt in denen sich Lieblingsplätze befinden. Im Gegensatz hierzu wurden durchschnittlich 2,3 Bereiche unbeliebter Plätze genannt. Tabelle 3.2.3.2.3 gibt die Häufigkeit der Nennungen unbeliebter Plätze wieder.

Tabelle 3.2.3.2.3: Häufigkeit unbeliebter Plätze

	N	%
Bew. hat (einen) unbeliebten Platz	59	29,7
Bew. hat keinen unbeliebten Platz	32	16,1
Kein unbeliebter Platz bekannt	108	54,4

Wie deutlich wird, konnten hier in etwas mehr als der Hälfte aller Fälle keine Angaben zu unbeliebten Plätzen der Bewohner gemacht werden.

Für unbeliebte Plätze ergab sich die folgende Verteilung über die verschiedenen Einrichtungsbereiche:

Tabelle 3.2.3.2.4: Verteilung unbeliebter Plätze in den Einrichtungsbereichen

Bereich	Ort	%	% Insgesamt
Bewohnerzimmer	Badbereich	92,6	26,9
Wohnbereich	Räumlichkeiten (Bad, Essbereich)	85	23,9
	Spez. Eigenschaft (Neben lauten Bew.)	15	
Orte innerhalb der Einrichtung	Bad, Toilette	53	20,1
	Speisesaal	15,8	
Außenbereiche der Einrichtung	Eingangsbereich	44	15,7
	Außengelände	22	
Orte außerhalb der Einrichtung	Räumlichkeiten (Stadt)	16,6	13,4
	Veranstaltungen (Ausflug, Arztbesuch)	33,3	

Weitere Analysen zeigten, dass es einen Zusammenhang zwischen der Nennungshäufigkeit beliebter und unbeliebter Orte gibt, d.h. unbeliebte Plätze werden hauptsächlich dann berichtet, wenn auch beliebte Orte bekannt sind. Dieser Zusammenhang lässt vermuten, dass die Bekanntheit beliebter wie auch unbeliebter Orte von den Personenkompetenzen der Pflegenden mitbestimmt wird.

Die Verteilung beliebter sowie unbeliebter Orte über die verschiedenen Einrichtungsbereiche wies keine Unterschiede auf und ist somit vergleichbar ($\chi^2_{(4)}=3,6$, n.s.).

Tabelle 3.2.3.2.5: Verteilung beliebter und unbeliebter Plätze über alle Einrichtungsbereiche (N=496)

N (%)	Bewohner- zimmer	Wohnbereich	innerhalb Einrichtung	Außenbereich	außerhalb Einrichtung
beliebt	120 (24,2)	81 (16,3)	58 (11,7)	66 (13,3)	37 (7,5)
unbeliebt	36 (7,3)	32 (6,5)	27 (5,4)	21 (4,2)	18 (3,6)

Bezogen auf die Anzahl beliebter bzw. unbeliebter Plätze konnte kein Zusammenhang zwischen beiden nachgewiesen werden ($r=.13$, n.s.). Ebenso erwies der Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein beliebter und unbeliebter Plätze innerhalb der Einrichtungsbereiche als statistisch nicht signifikant.

Gründe für die Beliebtheit bzw. Unbeliebtheit von Plätzen

Neben der Häufigkeit und den Inhalten spezifischer beliebter bzw. unbeliebter Plätze wurden die Pflegenden auch gebeten diejenigen Gründe anzugeben, die ihrer Meinung nach den jeweiligen Platz zu einem beliebten bzw. unbeliebten machen. Auch hierfür waren Antwortkategorien vorgegeben, welche aus den Analysen der offenen Antworten der ersten HILDE Erhebung hervorgegangen waren. Für beliebte Plätze wurden insgesamt (durch Mehrfachnennungen) N= 956 Gründe, d.h. durchschnittlich N= 7 Gründe für die Beliebtheit der insgesamt N= 136 Lieblingsplätze angegeben. Für die insgesamt 134 unbeliebten Plätze wurden durchschnittlich N= 5 Gründe (insgesamt N= 294) angegeben. Diese verteilen sich über die vorgegebenen Antwortkategorien wie folgt:

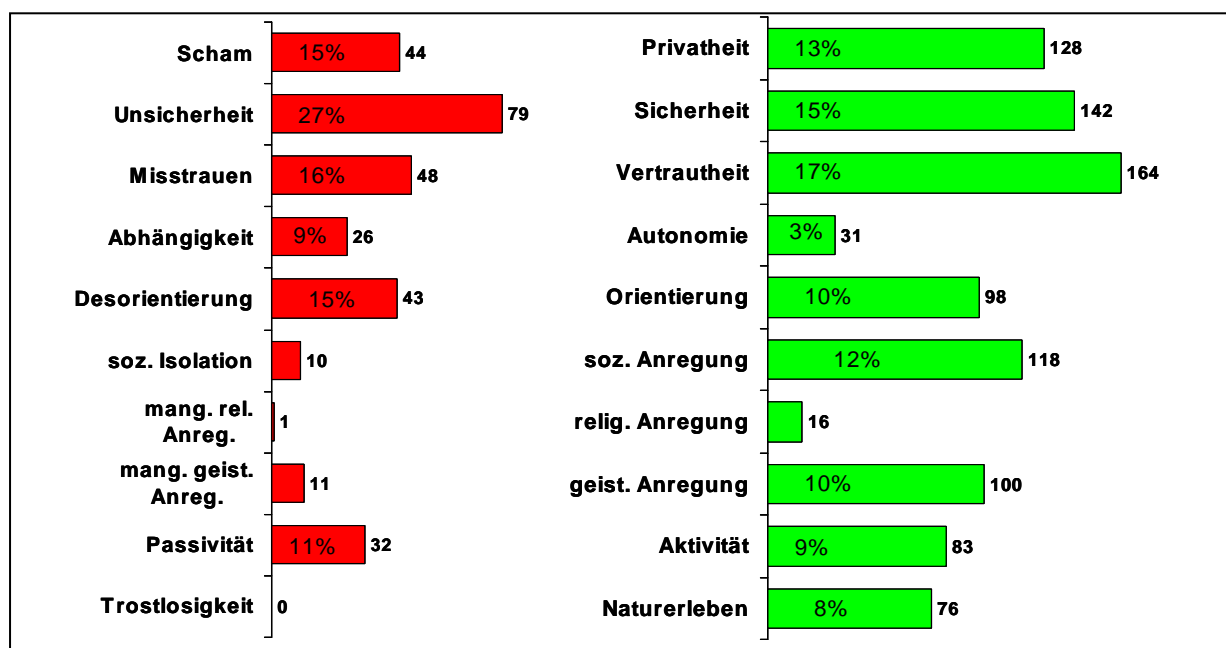


Abbildung 3.2.3.2.1: Verteilung der Begründungen der beliebten und unbeliebten Plätze

Wie aus Abbildung 3.2.3.2.1 ersichtlich, wurde vor allem das Erleben des Gefühls von Vertrautheit, Sicherheit und Privatheit als häufigste Begründung der Lieblingsplätze angegeben. Dagegen wurden Aspekte wie Autonomie oder religiöse Anregung vergleichsweise selten genannt. Unbeliebte Plätze wurden am häufigsten mit dem Gefühl der Unsicherheit, aber auch mit Misstrauen, Desorientierung sowie Schamgefühlen begründet. Soziale Isolation, mangelnde religiöse oder geistige Anregung wurden hingegen eher selten als Begründung unbeliebter Orte angeführt.

Betrachtet man die Verteilung der Begründungen für beliebte und unbeliebte Orte über die verschiedenen Einrichtungsbereiche, so fällt auf, dass verschiedene Bereiche auch mit spezifisch von den Bewohnern geschätzten bzw. unbeliebten oder sogar abgelehnten Charakteristika verbunden sind.

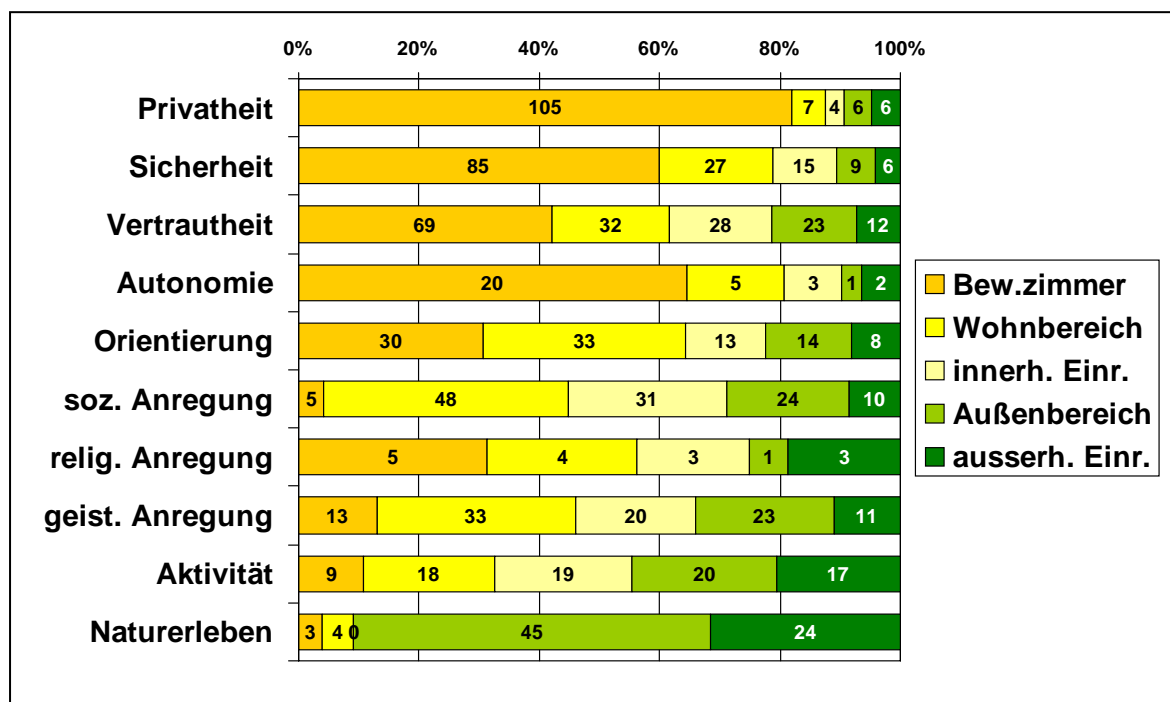


Abbildung 3.2.3.2.2: Verteilung der Begründungen für beliebte Plätze über die verschiedenen Einrichtungsbereiche

Dabei fällt auf, dass Autonomie zwar insgesamt keine häufig genannte Begründung für die Beliebtheit von Plätzen war, jedoch für Lieblingsplätze, die sich im Bewohnerzimmer befinden eine wesentliche Rolle spielt. Auch Privatheit, Sicherheit und Vertrauen sind vorwiegend als Begründungen für Lieblingsplätze innerhalb des Bewohnerzimmers genannt worden. Soziale Anregung dagegen wurde vor allem als Begründung von Lieblingsplätzen innerhalb der Einrichtung (z.B. Cafeteria, Speisesaal) genannt. Erwartungsgemäß wurde Naturerleben am häufigsten bei Lieblingsplätzen außerhalb der Einrichtung genannt.

Als Begründung für unbeliebte Plätze im Bewohnerzimmer wurden am häufigsten Schamerleben und das Erleben von Abhängigkeit angeführt. Ähnlich wie bei den Lieblingsplätzen fällt hier auf, dass die insgesamt eher selten genannte Begründung „soziale Isolation“ für den Wohnbereich für die Bewohner von Bedeutung zu sein scheint.

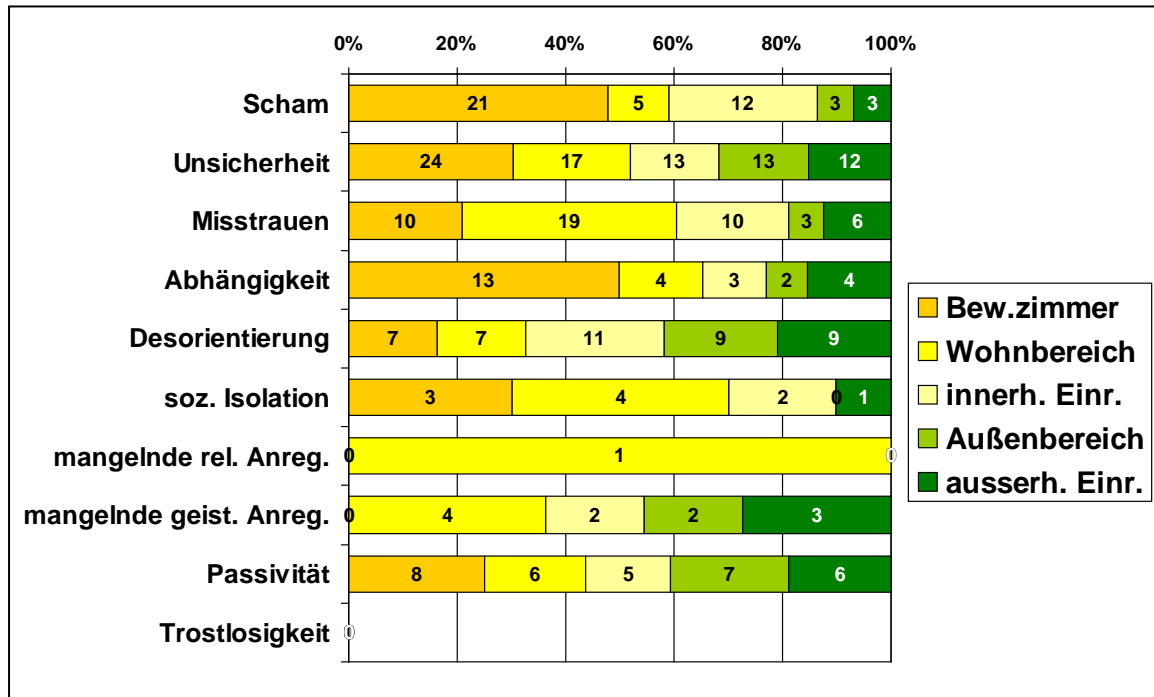


Abbildung 3.2.3.2.3: Verteilung der Begründungen für unbeliebte Plätze über die verschiedenen Einrichtungsbereiche

3.2.3.3 Tageszeitanteile positiver bzw. negativer Situationen

Um eine Abschätzung der in emotional positiven bzw. negativen Situationen verbrachten Tageszeit im Sinne einer Affektbalance abschätzen zu können, sollten die Pflegekräfte die jeweiligen Tageszeitanteile auf einer 100% Skala abtragen. Dabei erwies sich die Erfassungsform, trotz ausführlicher Schulung und angeführtem Beispiel, als eher unverständlich, was sich in der Anzahl ungültiger bzw. unvollständiger Angaben widerspiegelt (siehe Tabelle 3.2.3.3.1).

Tabelle 3.2.3.3.1: Anteile ungültiger, unvollständiger und gültiger Angaben

	N	%
Keine Information	16	8
Ungültige Angaben	26	13
Nur negativer Zeitanteil	7	4
Nur positiver Zeitanteil	20	10
Ohne neutralen Zeitanteil	29	15
Vollständige Angaben	101	51

Die Berechnung der Tageszeitanteile erfolgte auf der Grundlage der korrekten vollständigen sowie der unvollständigen Angaben. Die Ergebnisse zeigen, dass die Bewohner 47,9% ihrer Tageszeit an positiven, 16,4% in negativen sowie 35,2% in emotional neutralen Situationen bzw. entsprechend positiv, negativ oder neutral bedeutsamen Orten verbringen. Dabei erwies sich die Schätzung der jeweiligen Zeitanteile vor allem abhängig von der Kenntnis beliebter bzw. unbeliebter Plätze. D.h. für die Bewohner, für die Tageszeitanteile nicht geschätzt werden konnten (keine Info) hatten auch 62,5% der Pflegekräfte keine Kenntnis von beliebten oder unbeliebten Orten. Dagegen waren bei den Bewohnern, für die nur positive Zeitanteile eingeschätzt wurden, 90% der Pflegenden ausschließlich Lieblingsplätze bekannt. Die Erfassung von Umweltbereichen anhand beliebter bzw. unbeliebter Plätze zeigt jedoch kaum Indikationsgüte für den Anteil der an positiven oder negativen Plätzen bzw. in entsprechenden Situationen verbrachten Tageszeit. Der Zusammenhang beider Variablen ist mit $r = -.01$ statistisch nicht bedeutsam.

Jedoch konnte gezeigt werden, dass in Abhängigkeit von den Kompetenzgruppen bedeutsame Unterschiede in der Bekanntheit von Lieblingsplätzen vorliegen. Während für die mittelgradig Demenzkranken (MD) in 60% aller Fälle den Pflegenden solche Orte bekannt waren, gaben diese für die Gruppe der psychopathologisch auffälligen Bewohner (SD-P) nur in 5,4% der Fälle an, dass ihnen Lieblingsplätze bekannt seien. Sind den Pflegenden jedoch solche Plätze bekannt, so sind es die Bewohner der Gruppe SD-P für die durchschnittlich am meisten Orte angegeben wurden ($M=3,4$).

3.2.3.4 Implikationen für die Umsetzung im Endinstrument

Beruhend auf den Ergebnissen der Daten zur objektiven Umwelt wurden die beiden inhaltlichen, anhand der Korrelationsanalyse mit dem Globalmaß der Beurteilung der physikalischen Umwelt gefundenen Qualitäten, als Gliederungsaspekte für das Endinstrument übernommen. In Abhängigkeit von der theoretisch induktiven Überlegungen wurden weiterhin solche Items aus dem TESS-Instrument ausgewählt, die diese beiden Qualitäten der objektiven Umwelt am besten repräsentierten und ebenfalls in das Endinstrument übernommen. Dieses Vorgehen stellt aufgrund der hohen Heterogenität der Items bereits *innerhalb* der Subskalen keine methodische Einschränkung dar. Zusätzlich wurde eine Binnengliederung dieser Inhaltsbereiche in öffentliche, dem Wohnbereich zugehörnde sowie bewohnerspezifischen Bereiche (Bewohnerzimmer, Bewohnerbad) vorgenommen, für die in getrennter Beurteilung jeweils gesonderte Kennwerte erstellt werden.

Bezogen auf den maximalen Bewegungsradius der Bewohner bleibt festzuhalten, dass er in wesentlichen Teilen durch die ADL-Kompetenz der Bewohner determiniert ist. Diese wurde auch für die Kompetenzgruppenbildung berücksichtigt und stellt somit vor allem für die weitere Interpretation gefundener Kennwerte eine wichtige Bezugsgröße dar. Ausgehend von der

Annahme, dass die Größe der Reichweite den Erlebensraum bestimmt und damit die Chance auf positive Erfahrungen vergrößert, erscheint es aus theoretischen Gründen wichtig zu beurteilen, ob die Bewohner ihrer individuellen ADL-Kompetenz entsprechend einen angemessenen Bewegungsradius haben bzw. aus seiner Erfassung Anknüpfungspunkte für mögliche Erweiterungen des Bewegungsraums zu identifizieren. Daraus lässt sich wiederum ein Beitrag zur Förderung der Lebensqualität demenzkranker Pflegeheimbewohner gestalten. Kritisch bleibt anzumerken, dass insbesondere im Bereich der Einschätzung des Bewegungsradius *ohne* Hilfe viele fehlende Werte vorlagen. Dies deutet darauf hin, dass die gewählte Frageform, beide Einschätzungen (d.h. mit und ohne Hilfe) parallel zu erfassen, zu Missverständnissen geführt hat. Entsprechend wurde das Erfassungsformat für das Endinstrumente optimiert. Da auf die ADL-Kompetenzen der Bewohner bereits bei den Kompetenzgruppenbeschreibungen referenziert wird, schien es nicht mehr notwendig diese für Gestaltung des Bewegungsradius zu berücksichtigen. Der entscheidende Aspekt bei dieser Beurteilung liegt in der Möglichkeit des Erlebens unterschiedlicher räumlicher Gegebenheiten durch einen möglichst großen, d.h. maximalen Bewegungsradius. Hierfür ist es zunächst unerheblich, ob der Bewohner diese Orte alleine oder nur mit Hilfe erreichen kann. Entsprechend wurde für die Endfassung des Instrumentes ausschließlich die Frage nach dem maximalen Bewegungsradius, gestellt. Die Pflegenden werden explizit gebeten, dabei nur solche Orte in ihre Überlegung einzubeziehen, die regelmäßig und auch durchaus mit Hilfe vom Bewohner erreicht werden können.

Aus den obigen Ergebnissen zu subjektiv bedeutsamen Umweltmerkmalen lässt sich schließen, dass die Begründungen beliebter und unbeliebter Plätze differentiell aufgrund geringer Nennungshäufigkeiten einiger Kategorien reduziert werden konnten. Für das Endinstrument werden die einzelnen Gründe nun nicht mehr direkt erfragt, sondern dienen vielmehr als Entscheidungshilfen für die Pflegenden zur Identifikation beliebter und unbeliebter Plätze des Bewohners. Die einzelnen Gründe werden in der Aufgabenbeschreibung angeführt und können so zur Entscheidungsfindung genutzt werden. Gemäß den empirischen Befunden wurde die Aufzählung der Gründe nach der Häufigkeit der Nennungen ausgerichtet, so dass z.B. für die Lieblingsplätze der Anweisungstext folgendermaßen lautet: *„Lieblingsplätzen sind solche Orte, an denen der Bewohner sich gerne aufhält und sich wohl fühlt (egal ob er alleine oder nur mit Hilfe dahin gelangen kann). Häufig sind dies Orte an denen er Gefühle der Vertrautheit, Sicherheit oder auch Privatheit erleben kann; Orte an denen der Bewohner soziale oder geistige Anregung erfährt, die ihm das Gefühl von Orientierung oder Aktivität und Autonomie seinen Möglichkeiten entsprechend vermitteln, oder die ihm Naturerleben ermöglichen.“*

Weiterhin erscheint es wichtig, die Erfassung der Zeitanteile an positiven und negativen Orten, welche als direkter Indikator für subjektives Wohlbefinden verstanden wird, direkter auf die Erfassung der (un-)beliebten Plätze zu beziehen. D.h. es wird im Endinstrument direkt zu jedem erfragten beliebten bzw. unbeliebten Platz auf einer vierstufigen Skala (täglich, mehrmals

wöchentlich, einmal wöchentlich, seltener) gefragt, wie häufig der Bewohner sich an den jeweiligen Orten aufhält. Somit werden neben der konkreten Beschreibung der Plätze sowohl die Anzahl als auch die Aufenthaltshäufigkeit berücksichtigt und können als Interventionsmöglichkeiten zur Verbesserung der Lebensqualität im Bereich der subjektiven Umwelt genutzt werden.

3.2.4 C Aktivitäten

Im Bereich der Aktivitäten wurde zwischen hausseitig angebotenen, angeleiteten sowie vom Bewohner selbstständig durchgeführten Aktivitäten unterschieden. Beide Bereiche wurden getrennt von einander erfasst. Dabei wurde differenziert zwischen einem von Hausseite vorhandenen Aktivitätsangebot, der Teilnahme des Bewohners sowie der Häufigkeit der Teilnahme an den jeweiligen Aktivitäten. Um einen ersten Hinweis auf Interventionspotential zu bekommen wurde zusätzlich erfragt, ob die jeweilige Aktivität dem Bewohner Freude bereitet bzw. ob sie ihm möglicherweise Freude bereiten würde, wenn er daran teilnähme.

3.2.4.1 Hausseitig angebotene, angeleitete Aktivitäten

Ausgewählt werden konnte zwischen verschiedenen Kategorienvorgaben, die sich für die hausseitigen Angebote inhaltlich in soziale Aktivitäten (z.B. Singen, Beschäftigungstherapie), Sport und Bewegung (z.B. Ergotherapie, Gymnastik oder Spaziergang mit Begleitung) sowie spezielle (Gruppen-)Angebote für Demenzkranke (z.B. Gedächtnis- oder Kontinenztraining) gliederten. Auch diese Kategorienauswahl stützt sich auf die inhaltsanalytische Auswertung der offenen Nennungen in der ersten HILDE Phase. Dabei wurden inhaltlich ähnliche Kategorien unter einer gemeinsamen Überschrift zusammengefasst.

Die vorliegenden Daten über angebotene Aktivitäten in den insgesamt 12 teilnehmenden Einrichtungen zeigen, dass insbesondere soziale Aktivitäten wie Beschäftigungstherapie, eine Singgruppe bzw. ein Chor sowie auch demenzspezifische Angebote wie Gedächtnistraining in den meisten Einrichtungen angeboten werden. Im Bereich der eher bewegungsbezogenen Angebote gehören bei den meisten Einrichtungen begleitete Spaziergänge mit den Bewohnern zu den häufigen Angeboten, während Tanzgruppen, Krankengymnastik bzw. Ergotherapie nur selten zu den festen Angeboten zählen. Ebenso finden sich selten spezifische Demenztrainings wie z.B. Kontinenz- oder Frühstückstraining. Durchschnittlich werden in den Einrichtungen 6,3 (range 0-13) verschiedene Aktivitäten angeboten.

An den jeweils in den verschiedenen Einrichtungen angebotenen Aktivitäten nahmen 78% der Bewohner regelmäßig, d.h. mindestens einmal die Woche teil. Dabei ergaben sich auch keinen Unterschiede für die verschiedenen Kompetenzgruppen. Die Teilnahmehäufigkeit an den verschiedenen angebotenen Aktivitäten verteilt sich wie folgt:

Tabelle 3.2.4.1.1: Häufigkeit der Teilnahme an angeleiteten Aktivitäten

Aktivität	Teilnahme	
	N	%
Soziale Aktivitäten		
- Beschäftigungstherapie	78	67,9
- Singen/Chor	83	71
- Kirchgang	55	62,5
- Andere soziale thematische Gruppen	30	60
Sport und Bewegung		
- Krankengymnastik	17	37,8
- Ergotherapie	8	36,4
- Gymnastik	45	52,3
- Tanzgruppe	6	33,3
- Spaziergang mit Begleitung	70	70,7
Spezielle (Gruppen-)Angebote für Demenzkranke		
- Gedächtnistraining	70	62,5
- Aktivierung	50	68,5
- Spezifische Trainings (Frühstück, Kontinenz)	22	56,4
- Sonstige Angebote	44	69,8

Betrachtet man die Teilnahmehäufigkeiten der Bewohner an den hausseitig angebotenen Aktivitäten, so sind es außer den bewegungsbezogenen (Krankengymnastik, Ergotherapie), noch die Tanzgruppen, an denen im Vergleich seltener teilgenommen wird. Immerhin sind es bezogen auf alle anderen hausseitig angebotenen Aktivitäten über 50% bzw. 60% der erfassten Bewohner, die an diese Aktivitäten auch teilnehmen. Durchschnittlich nimmt jeder Bewohner an 3,4 Aktivitäten teil, wobei am häufigsten Aktivitäten aus dem sozialen Bereich wahrgenommen werden. Am seltensten nahmen die Bewohner an Aktivitäten aus dem bewegungsbezogenen Bereich teil. Die Gesamthäufigkeit der wahrgenommenen Aktivitäten betrug 9,38 Tage, d.h. die Bewohner durchschnittlich an mehr als einer der angebotenen Aktivitäten am Tag teilnehmen. Dabei werden Beschäftigungsangebote durchschnittlich 2-3 pro Woche, demenzspezifische Angebote und Ergotherapie sogar fast täglich angeboten bzw. wahrgenommen.

Bezogen auf die in Pflegeeinrichtungen häufig geführte Diskussion um das richtige Ausmaß, sowie die für den jeweiligen Bewohner richtige, d.h. freudebringende oder wohltuende Beschäftigung zeigt sich, dass nicht alle Bewohner, an den jeweiligen Aktivitäten auch Freude empfinden (siehe Tabelle 3.2.4.1.2). Dabei scheint die Beschäftigungstherapie, das Singen im

Chor sowie der Spaziergang in Begleitung für die deutliche Mehrheit der Bewohnern auch freudebringend zu sein.

Tabelle 3.2.4.1.2: Prozentuale Anteile der Bewohner, die Freude bei Teilnahmen an Aktivitäten empfinden

Aktivität	Freude	
	N	%
Soziale Aktivitäten		
- Beschäftigungstherapie	71	91,0
- Singen/Chor	77	92,8
- Kirchgang	43	78,2
- Andere soziale thematische Gruppen	25	83,3
Sport und Bewegung		
- Krankengymnastik	11	64,7
- Ergotherapie	7	87,5
- Gymnastik	33	73,3
- Tanzgruppe	4	66,7
- Spaziergang mit Begleitung	62	88,6
Spezielle (Gruppen-)Angebote für Demenzkranke		
- Gedächtnistraining	50	71,4
- Aktivierung	40	80,0
- Spezifische Trainings (Frühstück, Kontinenz)	13	59,1
- Sonstige Angebote	32	72,7

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass zumindest in einigen Fällen die Teilnahme der Bewohner an den jeweiligen Aktivitäten hinterfragt werden sollte, da vor dem Hintergrund der Ergebnisse zu den emotional bedeutsamen Situationen, insbesondere die schwerer demenzkranken Bewohner aufgrund von Überforderung häufig negative Emotionen erleben. Nimmt ein Bewohner an Aktivitäten teil, die ihm bzw. ihr keine Freude bringen, so kann dies als umweltseitige Fehlpassung zwischen Umweltressourcen und Bewohnerbedürfnissen interpretiert werden.

Betrachtet man diejenigen Bewohner, die an den genannten Aktivitäten nicht teilnehmen, sei es weil sie ihnen nicht angeboten werden oder weil das Angebot in der jeweiligen Einrichtung gar nicht vorgehalten wird, so konnten die Pflegekräfte doch für einen nicht unerheblichen Anteil dieser Bewohner angeben, dass sie bei einer Teilnahme an der jeweiligen Aktivität wahrscheinlich Freude empfinden würden. Auch hier handelt es sich um eine mangelnde Pas-

sung zwischen Umweltressourcen und Bewohnerbedürfnissen, die im Sinne eines Versäumnisses interpretiert werden kann.

Tabelle 3.2.4.1.3: Prozentuale Anteile der Bewohner, die möglicherweise Freude bei Teilnahmen an Aktivitäten empfinden würden

Aktivität	Mögl. Freude	
	N	%
Soziale Aktivitäten		
- Beschäftigungstherapie	22	23,7
- Singen/Chor	22	25,0
- Kirchgang	15	12,9
- Andere soziale thematische Gruppen	8	5,7
Sport und Bewegung		
- Krankengymnastik	6	3,9
- Ergotherapie	10	6,1
- Gymnastik	15	11,9
- Tanzgruppe	5	3,0
- Spaziergang mit Begleitung	27	26,7
Spezielle (Gruppen-)Angebote für Demenzkranke		
- Gedächtnistraining	18	17,8
- Aktivierung	16	13,2
- Spezifische Trainings (Frühstück, Kontinenz)	5	3,4
- Sonstige Angebote	10	7,9

Im Hinblick auf die Kompetenzgruppen lässt sich feststellen, dass sich außer bei der Teilnahme an demenzspezifischen Angeboten keine Unterschiede in der Häufigkeit der Wahrnehmung dieser Angebote ergeben. Demenzspezifische Angebote werden jedoch von den beiden schwerer demenzkranken Gruppen (SD-S und SD-P) signifikant häufiger wahrgenommen als von den beiden anderen Gruppen, wobei insbesondere die Gruppe der psychopathologisch auffälligen Bewohner hier vermehrt teilnimmt (Gruppenmittelwerte LD=1,7, MD=1,9, SD-S=1,9, SD-P=2,8). Dabei handelt es sich jedoch um unterschiedliche Angebote. Während die Bewohner mit mittelgradiger Demenz (MD) häufiger an Gedächtnistrainings teilnehmen, so nehmen psychopathologisch auffällige Bewohner häufiger an spezifischen und anderen Angeboten für Demenzkranke teil.

Auch bezogen auf die Passung der Angebote und der Bewohnerbedürfnisse ergaben sich keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen den Kompetenzgruppen. Dennoch lässt

sich feststellen, dass die Gruppe der mittelgradig Demenzkranke am häufigsten Freude bei sozialen Aktivitäten sowie der Teilnahme an demenzspezifischen Angeboten empfindet. Für diejenigen Bewohner mit beginnender Demenz (LD) dagegen scheinen demenzspezifische Angebote eher seltener mit Freude oder Spaß verbunden zu sein, aber auch sie fühlen sich bei sozialen Aktivitäten häufig wohl (siehe Abbildung 3.2.4.2.1). Bewohner der Kompetenzgruppe SD-S dagegen scheinen am ehesten bei sozialen und demenzspezifischen Aktivitäten Freude zu empfinden. Dagegen scheinen bewegungsbezogene Aktivitäten seltener mit Freude bei ihnen verbunden zu sein.

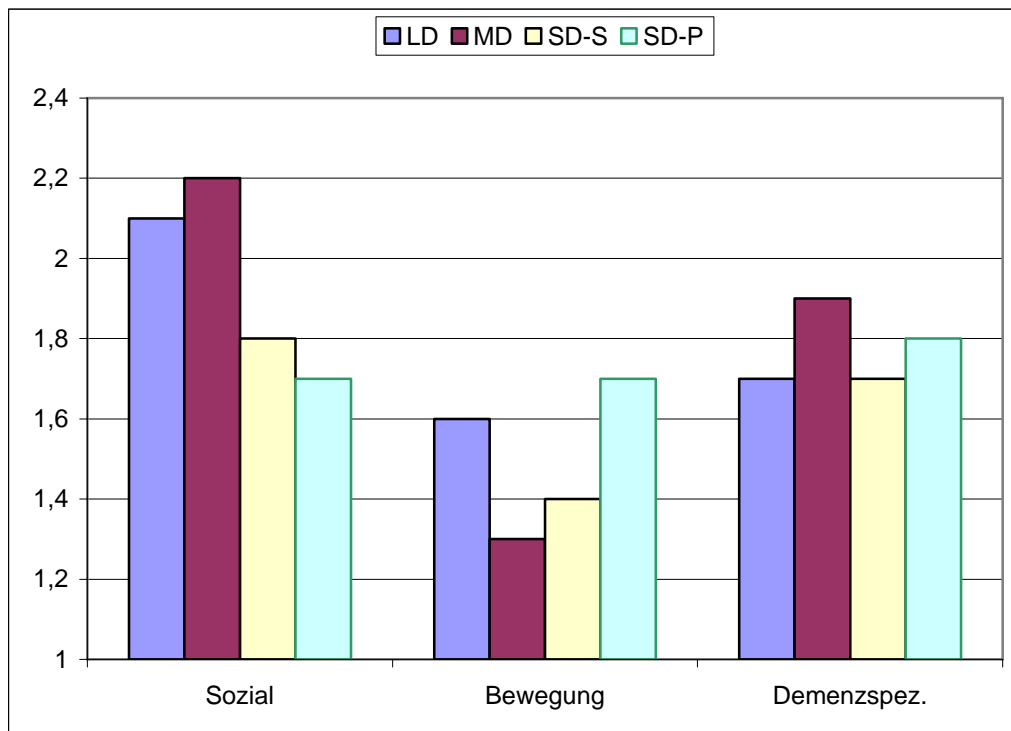


Abbildung 3.2.4.2.1: Mittelwerte wahrgenommener, freudebringender Aktivitäten

Betrachtet man die Einschätzungen der Pflegenden in Bezug auf solche Aktivitäten, die ihrer Meinung nach den Bewohnern Freude bringen könnten, wenn er bzw. sie daran teilnähme, so zeigt sich, dass für mittelgradig Demenzkranke soziale Aktivitäten eher selten genannt wurde. Bewegungsbezogene Aktivitäten werden vor allem für die Gruppe der leicht Demenzkranke (LD) sowie der Bewohner mit psychopathologischen Auffälligkeiten (SD-P) als potentiell freudebringend eingeschätzt. Für die letzte Gruppe könnte insbesondere die Teilnahme an demenzspezifischen Angeboten nach Meinung der Pflegenden mit Freude verbunden sein, wenn sie daran teilnähmen. (siehe Abbildung 3.2.4.2.2).

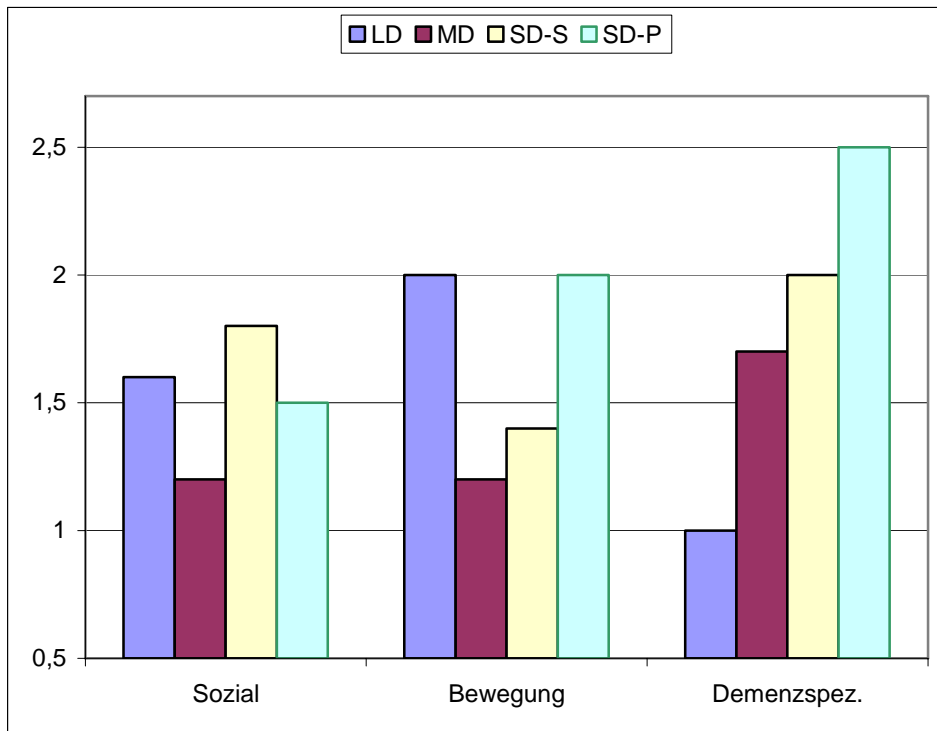


Abbildung 3.2.4.2.2: Mittelwerte möglicher Freude, wenn Aktivität wahrgenommen würde

In der Beurteilung der Pflegenden müssen die Bewohner zur Teilnahme an diesen Aktivitäten mit mittlerem Umfang motiviert werden ($M=2,7$, $sd=1,7$, range 0=keine Motivierung nötig – 5=umfangreiche Motivierung nötig). Dabei scheint es in der Tendenz mehr Motivierung von außen für Bewohner der schwer Demenzkranken mit somatischen Einschränkungen (SD-S) zu benötigen ($M= 2,8$, $sd= 1,5$) während die leicht Demenzkranken (LD) im Verhältnis weniger zur Teilnahme motiviert werden müssen ($M=1,7$, $sd= 1,6$).

Eine notwendige umfangreiche Motivation kann als Hinweis auf eine mögliche Fehlpassung im oben beschriebenen Sinne dienen und sollte Anlass zur Prüfung der Angemessenheit der jeweiligen Aktivität für den Bewohner sein.

3.2.4.2 Selbständige, eigeninititative Aktivitäten

Unter selbständigen oder eigeninitiativ durchgeführten Aktivitäten sind solche zu verstehen, mit denen der Bewohner sich tagsüber selbst beschäftigt, ohne dass es dafür ein besonderes Angebot von Seiten der Einrichtung gibt.

Solche selbständigen Aktivitäten werden von 61,5% der Bewohner durchgeführt. Für diesen Bereich ergaben sich auch signifikante Unterschiede zwischen den Kompetenzgruppen ($\chi^2(3,1)=28,2$, $p<.001$). Dabei sind es vor allem Bewohner der leicht und mittelgradig de-

menzkranken Gruppen, die am häufigsten auch selbständige Aktivitäten ausüben. Am seltensten ist das für die Gruppe der somatisch eingeschränkten schwer Demenzkranken der Fall.

Tabelle 3.2.4.2.1: Prozentuale Anteil der Bewohner mit selbständigen Tätigkeiten

Kompetenzgruppe	N	%
Leicht demenzkrank (LD)	29	87,9
Mittelgradig demenzkrank (MD)	67	68,4
Schwer demenzkrank, somatisch eingeschränkt (SD-S)	16	33,3
Schwer demenzkrank, psychopathologisch auffällig (SD-P)	8	53,3

Die meisten Bewohner schauen fern bzw. sehen fern, beschäftigen sich mit dem Lesen von Büchern und Zeitschriften oder mit Bewegung (siehe Tabelle 3.2.4.2.2).

Tabelle 3.2.4.2.2: Anzahl von den Bewohnern durchgeführten selbständigen Tätigkeiten

Selbständige Tätigkeiten	N	%
Radio hören/Fernsehen	81	67,5
Bücher/Zeitschriften lesen	65	54,2
Bilder anschauen	38	31,9
Hausarbeiten	25	21
Kreatives Werken	11	9,2
Bewegung	55	45,8
Spiele spielen	19	16
Selbstpflege	27	22,9
Schreiben	13	11

3.2.4.3 Implikationen für Umsetzung im Endinstrument

Die vorliegenden Ergebnisse machten deutlich, dass die Frage nach der bei den jeweiligen Aktivitäten empfundenen Freude sowie nach eventuell weiteren freudebringenden Aktivitäten ein wesentlicher Aspekt für eine adäquate, die Lebensqualität der Bewohner fördernde Interventionsplanung darstellt. Über diese Fragen wurden, so auch die Angaben aus den Rückmeldegesprächen in den Einrichtungen, die Pflegenden auf mögliche Bedürfnisse der Bewohner aufmerksam und sensibilisiert. Entsprechend wurden sie, sowie die gesamte Aktivitätenliste in beiden Bereichen für das Endinstrument übernommen.

Lediglich die Frage nach dem hausseitigen Angebot der Aktivitäten wurde nicht übernommen, da diese Frage eher wissenschaftlichem Erkenntnisinteresse entsprang als pragmatischer Bedeutsamkeit. Da das Instrument bewohnerspezifisch angewendet und ausgewertet werden soll, ist davon auszugehen, dass jede Einrichtung sehr wohl über ihr jeweiliges Aktivitätsangebot informiert ist. Sollten dann im Folgenden Aktivitäten benannt werden, welche von den Pflegenden für die Bewohner möglicherweise als freudebringend beurteilt, diese aber nicht im Angebot des Hauses vorgehalten werden, so ist es im Rahmen der Interventionsplanung notwendig im Pflgeteam über andere Möglichkeiten zu diskutieren, diesen Bedürfnissen des Bewohners entsprechen könnten.

3.2.5 D Soziales Bezugssystem

Der Bereich des sozialen Bezugssystems umfasst neben Fragen zu Anzahl und Art von Kontaktpersonen der Bewohner auch Kontakthäufigkeiten sowie eine differenziertere Beschreibung positiv und negativ erlebter Kontakte. Während in der ersten Phase der Datenerhebung noch sehr offen nach sozialen Bezugspersonen gefragt wurde, werden im vorliegenden Endinstrument alle Antwortformate in Kategorienform vorgegeben. Auch wurde der Bereich inhaltlich deutlich überarbeitet und dabei gestrafft. Dies bedeutet in erster Linie ein Verzicht auf ursprünglich vorgesehenen Fragen zum allgemeinen Kontaktverhalten des Bewohners sowie zu potentiellen Konfliktpartnern und –themen. Diese Themenbereiche hatten sich in den Analysen als wenig aussagekräftig erwiesen (siehe Statusbericht 2006). Hingegen liegt der Schwerpunkt nun auf einer differenzierteren Erfassung der Bezugspersonen.

3.2.5.1 Größe des sozialen Bezugssystems und emotionale Nähe der Netzwerkpartner

Bezugspersonen werden im vorliegenden Instrument, wie bereits von Beginn der ersten HILDE Erhebungen, mit Hilfe der konzentrischen Kreise von Antonucci und Mitarbeitern (Kahn & Antonucci, 1980) erfasst. In diesem Modell werden drei Kreise vorgegeben, die die emotionale Nähe zum Bewohner symbolisieren. Die Pflegekräfte werden gebeten, Personen, die für den Bewohner außerordentlich wichtig sind, in die Mitte zu schreiben (Kreis 1), Personen, die sehr wichtig sind, in Kreis 2 einzutragen und Personen, die für den Bewohner immer noch wichtig, aber weniger bedeutsam als die bisher genannten sind, in den äußeren Kreis (Kreis 3) einzutragen. Weiterhin wird zwischen positiv und negativ bedeutsamen Bezugspersonen sowie verstorbenen Personen differenziert. Dabei werden Personenkategorien vorgegeben, die sich aus der ersten HILDE-Erhebung ergeben hatten.

Insgesamt entfielen von den genannten Personen 76,2% auf positiv bedeutsame Bezugspersonen, weitere 13% auf negativ bedeutsame Personen und immerhin rund 11% auf verstorbene Personen, die jedoch ausschließlich als positiv emotional bedeutsam beurteilt wurden.

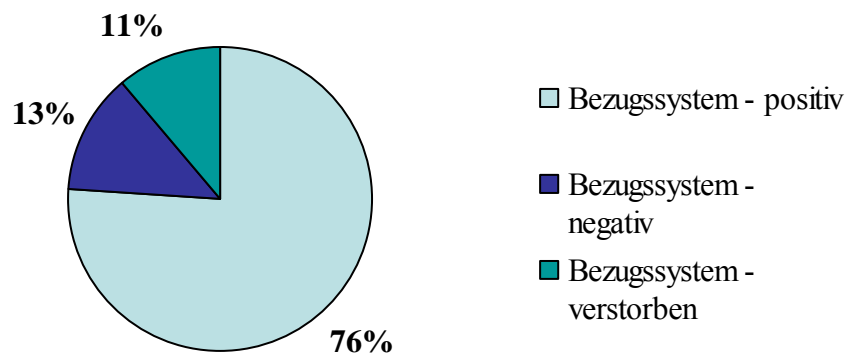


Abbildung 3.2.5.1.1: Verteilung positiv und negativ bedeutsamer sowie verstorbener Personen

Innerhalb der Gruppe positiv bedeutsamer Personen wurden Pflegende und (Schwieger-) Kinder mit jeweils rund 23% am häufigsten genannt, gefolgt von Partnern mit 14,8%. Innerhalb der Gruppe negativ bedeutsamer Personen wurden Mitbewohner am häufigsten genannt (33,6%), gefolgt von Pflegenden (22,1%) und (Schwieger)Kindern (17,3%). Bei den verstorbenen Personen spielt der (Ehe)Partner die wichtigste Rolle (60,7% aller Nennungen in dieser Gruppe entfielen auf den (Ehe)Partner).

Alle genannten Bezugspersonen verteilen sich auf die drei Kreise wie folgt:

Tabelle 3.2.5.1.1: Verteilung der Bezugspersonen über die Kreise

Kreisstufen	N(%)
Stufe 1: größte Nähe	234 (40,5)
Stufe 2: mittlere Nähe	253 (43,8)
Stufe 3: geringste Nähe	90 (15,6)

Wenn (Schwieger)Kinder als positive Bezugsperson angegeben werden, so finden sie sich in der überwiegenden Zahl der Fälle im innersten Kreis (Stufe 1: 71,1%, Stufe 2: 25,9%, Stufe 3: 2,9%). Werden sie als negativ bedeutsam angegeben, so finden sie sich am häufigsten im mittleren Kreis (Stufe 2: 50%, Stufe 1: 33,3%, Stufe 3: 16,7%).

(Ehe)Partner, die als positiv bedeutsam angegeben werden, befinden sich am häufigsten im inneren Kreis (Stufe 1: 81,5%, Stufe 2: 14,8%, Stufe 3: 3,7%), werden sie als negativ bedeutsam angegeben ebenso (Stufe 1: 58,3%, Stufe 2: 33,3%, Stufe 3: 8,3%).

Pflegende, finden sich, gleich ob als positive oder negative Bezugsperson, am häufigsten im mittleren Kreis (positiv: Stufe 2: 55,5%, Stufe 1: 29,2%, Stufe 3: 15,3%; negativ: Stufe 2: 52,1%, Stufe 1: 26,1%, Stufe 3: 21,7%).

Mitbewohner (positiv) werden häufiger im mittleren und äußeren Kreis angegeben (Stufe 2: 54,7%, Stufe 3: 33,3%, Stufe 1: 12%), negativ bedeutsame Mitbewohner häufiger im äußeren Kreis (Stufe 3: 54,3%, Stufe 2: 27,1%, Stufe 1: 8,6%).

Alle genannten verstorbenen Bezugspersonen, finden sich überwiegend im innersten Kreis wieder.

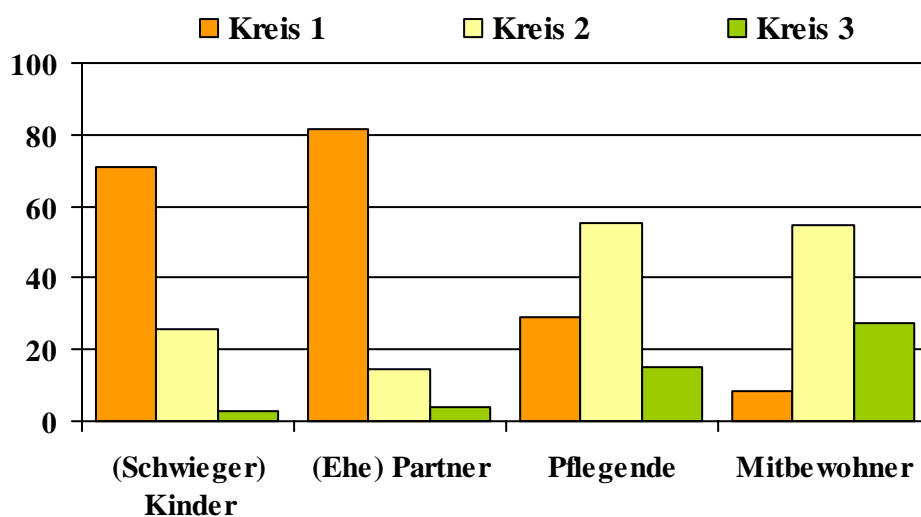


Abbildung 3.2.5.1.2: Verteilung der häufigsten als positiv benannten Bezugspersonen auf die drei Kreise

3.2.5.2 Kontakthäufigkeit zu den angegebenen Netzwerkpartnern

Neben dem Vorhandensein positiv oder auch negativ bedeutsamer Bezugspersonen ist auch die Kontakthäufigkeit zu den jeweils in den einzelnen Kreisen benannten Bezugspersonen eine relevante Information. Hier zeigte sich, dass immerhin für 36,2% aller genannten Bezugspersonen ein täglicher Kontakt angegeben wird. 17,3% entfallen auf „mehrmals pro Woche“, 13,5% auf „1x pro Woche“, 10,5% auf „mehrmals pro Monat“, 17,9% auf „1x pro Monat“ und 14,6% der Kontakte finden „seltener als 1x pro Monat“ statt.

Betrachtet man die Kontakthäufigkeit in Relation zur vermuteten emotionalen Nähe zum Bewohner, so unterscheiden sich die Häufigkeiten über die drei Kreise verteilt durchaus. Personen, die für den Bewohner emotional weniger wichtig sind (äußerer Kreis) sehen den Bewohner interessanterweise am häufigsten entweder täglich (45,6% in dieser Gruppe) oder seltener als 1x im Monat (32,2%). Auch mittleren Kreis (mittlere Nähe) haben die Personen in den

meisten Fällen täglichen Kontakt zum Bewohner (43,1%) oder sie sehen sie seltener als 1x im Monat (17%). Im inneren Kreis (größte Nähe), in dem wie bereits beschrieben 40,5% aller genannten Bezugspersonen zu finden sind, verteilen sich die Häufigkeiten wie folgt:

Tabelle 3.2.5.2: Kontakthäufigkeit der Bezugspersonen mit der größten emotionalen Nähe

Kontakthäufigkeit	N(%)
Seltener als 1x pro Monat	12 (5,2)
1x pro Monat	18 (7,7)
Mehrmals pro Monat	31 (13,4)
1x pro Woche	48 (20,7)
Mehrmals pro Woche	63 (27,2)
Täglich	60 (25,8)

Personen, die als emotional bedeutsam eingeschätzt werden (innerer Kreis) haben also einen häufigen und regelmäßigen Kontakt mit den Bewohnern. Doch auch Personen, deren Nähe zum Bewohner weniger stark eingeschätzt wird, haben in (überraschend) vielen Fällen tägliche Kontakte.

Für alle Fragebereiche zum sozialen Bezugssystem der Bewohner, also Anzahl und Art von Bezugspersonen, Unterscheidung positiv und negativ bedeutsamer Personen sowie verstorbener Personen, angenommene emotionale Nähe zum Bewohner und Kontakthäufigkeit konnten bislang keine Unterschiede zwischen den vier Kompetenzgruppen festgestellt werden.

3.2.5.3 Implikationen für die Umsetzung im Endinstrument

Für das Endinstrument wurde der Bereich des sozialen Bezugssystems verglichen mit der ursprünglichen Fassung nur wenig reduziert. Dabei wurde auf allgemeine Fragen zum Kontaktverhalten der Bewohner ganz verzichtet, die sich für ihre Aussagekraft als undifferenziert erwiesen haben. Ein weiterer Fragebereich zu Strategien der Mitarbeiter im Umgang mit unruhigen Bewohnern wurde in die Dimension „Emotionalität“ übernommen. Aus diesem Grund werden alle Daten zu diesem Bereich im nachfolgenden Kapitel dargestellt.

Hingegen liegt im Bereich des sozialen Bezugssystems der Schwerpunkt der Erfassung weiterhin bei der Erfassung emotional bedeutsamer Bezugspersonen anhand der drei konzentrischen Kreise nach Kahn und Antonucci (1978). Mit der vorliegenden Endfassung des Instruments sollte es daher möglich sein, ein umfassendes und differenziertes Bild der positiv und negativ bedeutsamen Person im Umfeld des Bewohners zu zeichnen. Auch Kontakthäufigkeiten werden dabei weiterhin erfasst.

3.2.6 E Emotionalität

Die Analyse der Variablen zum subjektiven Wohlbefinden als Indikatoren der Lebensqualität bildet einen weiteren zentralen Analyseschritt. Während über die Identifizierung verschiedener Kompetenzgruppen ein Beitrag zur genaueren Charakterisierung der Lebenswelten von Heimbewohnern mit sich verschieden darstellenden Syndrombildern beiträgt, lassen sich die zum emotionalen Erleben der Bewohner erfassten Merkmale als vergleichsweise unmittelbarer Ausdruck gelingenden Lebens und realisierter Lebensqualität verstehen.

Der mittlerweile weitgehend konsentierten theoretischen Strukturierung des Begriffs- und Merkmalsfeldes ‚Subjektiven Wohlbefindens‘ folgend, wurden auch in dieser Untersuchung rational-kognitive von vorrangig affektiv-erlebten Wohlbefindenskomponenten unterschieden. Auf Seiten der stärker affektbezogenen Maße wurde zunächst das für einen Bewohner typische, und damit über verschiedene Situationen hinweg konstante emotionale Befinden erfasst. Aufgrund der als konsistent substantiell berichteten Zusammenhänge zwischen positivem und negativem Affekterleben und Persönlichkeitsmerkmalen könnten auch die in den ersten beiden Untersuchungsphasen erhobenen FPI-Dimensionen Extraversion und Neurotizismus (Ostendorf & Angleitner, 2004) als Indikatoren für das habituelle affektive Wohlbefinden der Bewohner betrachtet werden. Um jedoch ein Bild der für einen Bewohner typischen Emotionalität in für den Einrichtungskontext charakteristischeren Alltagssituationen zeichnen zu können, entschied sich die Projektgruppe dazu, zunächst aus den Angaben der an der ersten Untersuchungsphase beteiligten Pflegemitarbeiter sinnvolle Situationskategorien zu entwickeln, die eine Reihe verschiedener affektrelevante Situationscharakteristika abbilden (z.B. Überforderungs-, Entspannungs-, Anregungssituationen). Diese Situationskategorien wurden den teilnehmenden Pflegenden der zweiten Untersuchungsphase mit der Bitte vorgegeben, einzuschätzen, ob der Bewohner in diesen Situationen typischerweise einen bestimmten Affekt (Wohlbefinden, Ärger, Freude, Traurigkeit oder Angst reagiert) erlebt. Daneben sollte die Auftretenshäufigkeit solcher verallgemeinerter Situationskategorien eingeschätzt werden (Erfassungsbereich ‚Emotional bedeutsame Alltagssituationen‘). Über die Aggregation verschiedener mit positiven und negativen Erlebnisinhalten verknüpften Situationskategorien, und der Gewichtung an deren spezifischen Auftretenshäufigkeiten konnten zwei Gesamtindikatoren der typischen (positiven und negativen) Affektivität der Bewohner errechnet werden.

Daneben wurde in drei alltagsrelevanten Standardsituationen (Ruhe-, Aktivitäts- und Pflegesituation) über einen 2-minütigen Zeitraum hinweg das aktuell beobachtbare emotionale Ausdrucksverhalten systematisch dokumentiert und zu einem Gesamturteil der dominierenden Affektlage des Bewohners in der beobachteten Situation synthetisiert (Erfassungsbereich ‚Subjektives Befinden/Emotionales Erleben‘). Diese ‚Momentaufnahme‘ affektiven Erlebens anhand vorgegebener Beobachtungskriterien schult zum einen den Blick der Pflegekräfte für die emotionale Befindlichkeit des Bewohners, und kann deutlich machen, inwiefern der Be-

wohner differenziert auf verschiedene Situationscharakteristika reagiert. Durch die Auswahl von Standardsituationen, die einen großen Teil des Lebensalltags der Bewohner ausmachen (insbesondere die Pflegesituationen), gewinnt der Blick auf die aktuelle Emotionalität darüber hinaus auch eine erweiterte Generalisierbarkeit.

Diesen aktuellen und habituellen Affektmaßen steht mit der direkten Frage nach der allgemeinen Lebenszufriedenheit der Bewohner ein stärker subjektiv evaluativ-kognitives Element entgegen, das sich mit Lawton als ein weiterer Indikator erlebter Lebensqualität, und nach Veenhoven als umfassendste Erfassungsform subjektiven Wohlbefindens verstehen lässt. Um neben der Feststellung der globalen Bewertung der eigenen Lebensumstände durch den Bewohner ein tiefer gehendes Verständnis von der Urteilsfähigkeit der befragten Bewohner zu erhalten, und weitere Anhaltspunkte für die Aussagekraft nonverbaler Reaktionen bei inhaltlichen Lebensqualitätsfragen zu erhalten, wurde die Erhebung der Allgemeinen Lebenszufriedenheit in die Beobachtungssituationen integriert und die emotionsbezogenen verbalen, gestischen und mimischen Reaktionen des Bewohners - in zu den drei anderen beobachteten Alltagssituationen paralleler Form - dokumentiert.

3.2.6.1 Emotional bedeutsame Alltagssituationen

Zur Erfassung der habituellen Affektneigung der Bewohner wurden die Pflegekräfte nach konkreten Alltagssituationen gefragt, in denen beim Bewohner typischerweise die diskreten Emotionen Freude, Ärger, Wohlbefinden, Angst oder Traurigkeit beobachtet werden können. Die während der ersten HILDE-Erhebungsphase noch offen erfragten individuell emotional bedeutsamen Alltagssituationen wurden durch das Projektteam inhaltlich gegliedert und wurden im Rahmen der zweiten Phase als - jeweils zwischen sieben und zehn - verschiedene Situationskategorien vorgegeben. Zusätzlich wurden die Pflegekräfte gebeten einzuschätzen, wie häufig die Bewohner die jeweiligen Situationen erleben, an welchen Kennzeichen die Pflegekräfte die jeweilige Emotion erkennen und wie sicher diese Kennzeichen den in Frage stehenden Affekt anzeigen.

Variabilität und Auftretenshäufigkeit verschiedener emotional bedeutsamer Alltagssituationen: Emotionskennzeichen und Beurteilungssicherheit

Insgesamt liegen für diesen Inhaltsbereich Daten von N=199 Bewohnern aus der zweiten HILDE-Erhebungsphase vor. Um trotz der unterschiedlichen Anzahl vorgegebener Situationskategorien die Situationsvariabilität und die mittlere Auftretenshäufigkeiten der gewählten Situationskategorien zwischen den unterschiedenen Affektbereichen vergleichbar zu machen, wurden die absoluten Häufigkeiten jeweils an der Anzahl der vorgegebenen Kategorien relativiert. In gleicher Weise wurde auch bei der Aggregation der Emotionskennzeichen verfahren, da es inhaltlich sinnvoll erschien, das Kennzeichen Unruhe/Auffälliges Verhalten im Kontext der Traurigkeitseinschätzung nochmals zu differenzieren (gesteigert vs. reduziert). In

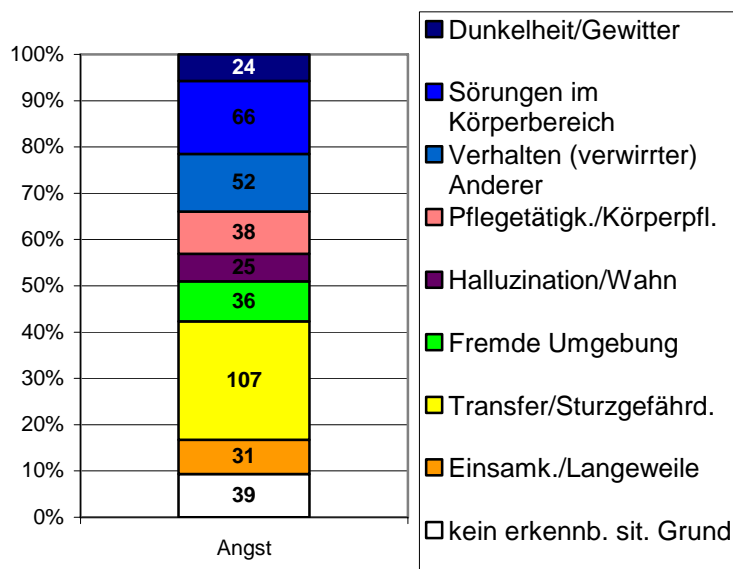
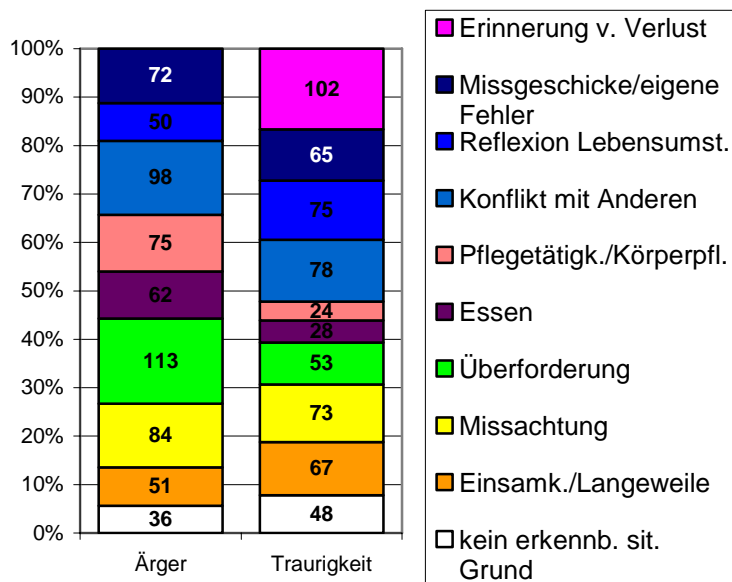
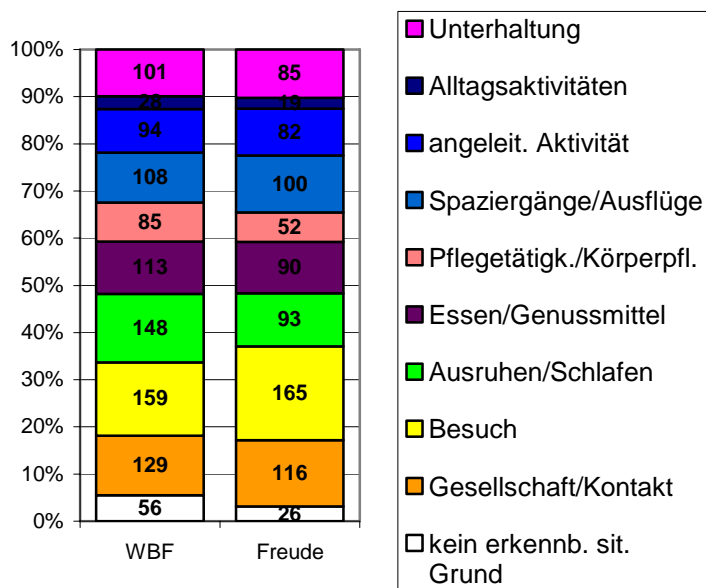
Abbildung 3.2.6.1 sind die prozentualen Anteile der für die verschiedenen Emotionen gewählten Situationskategorien dargestellt. Da jeweils mehrere der vorgegeben Kategorien angekreuzt werden konnten (Mehrfachnennung) ergeben sich hier Situationssummen von deutlich über N=199 Probanden. Da zudem die angebotenen Situationskategorien mit der Emotionsvalenz (positiv vs. negativ) bzw. inhaltlichen Tönung (Freude, Ärger, Angst etc.) des Affektes variieren, ergibt sich die Notwendigkeit einer teilweise gesplitteten Darstellung.

Die Situationen, die nach Aussage der Pflegekräfte am häufigsten mit typisch positiven emotionalen Reaktionen bzw. Zuständen (WBF, Freude) der Bewohner verbunden sind, sind Besuch bekommen (16 bzw. 20 % aller Nennungen) und in Gesellschaft sein (13 bzw. 14%) als typische soziale Situationen, sowie Ausruhen/Schlafen als Situation der Ruhe und Erholung. Vergleichsweise selten wurden dagegen Alltagsaktivitäten als typische positiv-emotional bedeutsame Situationen angegeben (2,7 bzw. 2,3%). Weiterhin bleibt festzuhalten, dass für die unspezifischeren Wohlbefindenssituationen etwas häufiger als für die Freudesituationen angegeben wurde, dass sich die Befindlichkeit des Bewohners nicht unmittelbar an konkreten Situationsmerkmalen festmachen ließe (5,5 vs. 3,1%). Deutliche weitere Unterschiede zwischen typischen Wohlbefindens- und Freudesituationenergebnen sich vor allem bezüglich der Bedeutung des Ausruhens sowie der Körperpflege (häufiger als Wohlbefindenssituation), während Besuch bekommen und Spaziergänge/Ausflüge unternehmen häufiger als Freudesituationen beschrieben werden.

Im Bereich der negativen Affektivität wurden die Affekte Ärger und Traurigkeit weitgehend anhand derselben Situationskategorien erfasst. Allenfalls die Kategorie Erinnerung von Verlust und vergangenem Glück wurde als zusätzliche Traurigkeitssituation ergänzt. Aus der Verteilung der gewählten typischen Ärgersituationen ist zu erkennen, dass sowohl überfordernde Situationen als auch Konflikte mit bzw. Missachtung/mangelnde Aufmerksamkeit von Anderen die häufigsten typischen Ärgersituationen darstellen (18%, 15% und 13% aller Ärgersituationen). Daneben scheinen aber auch die übrigen vorgegebenen Situationen häufiger typischerweise mit einer Verärgerung der Bewohner verbunden und damit relevante Bezugspunkte für das vorliegende QOL-Instrument zu sein. Als typische Traurigkeitssituationen wurden vor allem solche Situationen genannt, in denen sich der Bew. an frühere Zeiten erinnert (17%), sich seiner aktuellen Lebenssituation gewahr wird (12%), oder Konflikte mit anderen erlebt (13%). Deutlich seltener wurden dagegen die Kategorien Essen und Überforderung (4 bzw. 5%) genannt. Insgesamt scheint Trauer etwas weniger gut an situativen Merkmalen festzumachen zu sein als Ärger (7,8 vs. 5,6%). Auch der Eindruck von Angsterleben des Bewohners kann häufiger (9,3%) nicht mit konkreten situativen Merkmalen in Verbindung gebracht werden. Die dominierenden gewählten typischen Angstsituationen jedoch sind Transfersituationen wie Aufstehen oder Laufen, in denen erhöhte Sturzgefahr besteht (26% aller Angstsituationen), Störungen im Körperbereich wie Missempfinden und Schmerzen

(16%) und das Verhalten (verwirrter) Mitbewohner (12%). Vergleichsweise selten wurden Dunkelheit oder Gewitter (6%), psychopathologische Merkmale (Wahn, Halluzinationen, 6%) oder Einsamkeit/Langeweile (7%) als Angstsituationen angegeben.

Abbildung 3.2.6.1.1: Verteilung emotional bedeutsamer Situationskategorien nach verschiedenen Affekten (siehe nächste Seite).



Variabilität und Auftretenshäufigkeit. Für die eher unspezifische Emotion „Wohlbefinden“ wurden mit insgesamt 51% der 10 vorgeschlagenen Kategorien im Mittel mehrere verschiedene Situationen als typisch angegeben, als für die restlichen, diskreteren Emotionen. Durchschnittlich wurden damit für jeden Bewohner etwa fünf verschiedene Wohlfühlsituationen angegeben. Die in Tabelle 3.2.6.1 berichteten Unterschiede in der Nennung emotionsspezifischer Situationen lassen sich statistisch (Repeated Measures ANOVA) auf dem 1-Promille-Niveau absichern. Die Einschätzung der Auftretenshäufigkeit der gewählten Wohlbefindenssituationen auf einer vierstufigen Ratingskala (1=seltener als 1x pro Woche, 4=täglich) zeigt, dass es sich dabei um die im Mittel häufigsten emotional bestimmten Situationen handelt (M=3,2). Im Vergleich dazu wurden beispielsweise im Mittel nur zwei der vorgeschlagenen Angstsituationen (23% von 9) als bewohnertypisch berichtet. Erfreulicherweise lassen sich sowohl die situative Variabilität sowie auch der Gesamtumfang erlebter negativ emotionaler Situationen der Bewohner als im Vergleich zu den positiv besetzten Alltagssituationen signifikant reduziert ausweisen. Situationen, die zu Wohlbefinden führen erscheinen insgesamt vielfältiger/breiter gestreut, während die Angstsituationen für die einzelnen Bewohner spezifischer zu sein scheinen.

Tabelle 3.2.6.1: Mittlere prozentuale Anzahl verschiedener Situationen und Kennzeichen (N=199)

Situation (Kategorienzahl)	Anzahl (M,sd)	Häufigkeit (M,sd)	Anzahl Kennzeichen (M,sd)	Sicherheit (M,sd)
Wohlbefinden (10)	51% (26)	3,2 (0,5)	52% (23)	4,1 (0,7)
Freude (10)	42% (22)	2,9 (0,6)	41% (22)	4,2 (0,6)
Ärger (9)	36% (22)	2,5 (0,9)	44% (27)	4,1 (0,7)
Traurigkeit (10)	31% (22)	2,2 (0,8)	38% (24)	3,9 (0,7)
Angst (9)	23% (18)	2,5 (1,0)	36% (26)	4,1 (0,8)

Kennzeichenanzahl und –sicherheit. Da Wohlbefinden als vergleichsweise niedrigschwellige Emotion verstanden werden kann, machten die Pflegekräfte ihr Emotionsurteil offensichtlich an einer etwas breiteren Palette verschiedener (bewohnertypischer) Kennzeichen fest. Im Mittel benannten die Pflegekräfte zwischen drei und vier verschiedene Kennzeichen (52% von 7), und damit signifikant mehr als für die beiden diskreten Emotionen Freude und Ärger (41% bzw. 44%) oder die selteneren Affekte Angst und Traurigkeit (36% bzw. 38%). Im Hinblick auf die Sicherheit, mit denen die Pflegekräfte von den Emotionskennzeichen auf das Vorliegen verschiedener Affekte der Bewohner schließen, kann festgehalten werden, dass sich die Pflegekräfte bezüglich der Aussagekraft der Erkennungszeichen insgesamt eher sicher sind (1=sehr unsicher, 5=sehr sicher), allerdings scheint die Einschätzung von Traurigkeitssituationen mit signifikant mehr Unsicherheit verbunden zu sein.

Gewählte Emotionskennzeichen. Die am häufigsten genannten Merkmale zum Erkennen positiver Stimmungslagen stellen der mimische Ausdruck, die Körperhaltung und verbale Äußerungen dar (siehe Abbildung 3.2.6.1.2). Daneben wird positives Befinden jedoch auch häufiger am Gesamteindruck oder der Ausstrahlung des Bewohners festgemacht, was insbesondere für die unspezifischere Emotion Wohlbefinden zutrifft. Einheitlich geringere Indikatorfunktion für positive Stimmungen scheinen unspezifische (nicht-verbalisierte) Lautäußerungen und (reduzierte) Unruhe bzw. auffälliges Verhalten zu sein. Für die unterschiedenen negativen Emotionen werden hingegen häufiger auch (gesteigerte) Unruhe als relevante Kennzeichen genannt. Während das mimische Ausdrucksverhalten und der Gesamteindruck für die spezifische Bestimmung von negativen Affekten etwas an Bedeutung verlieren, werden Körperhaltung und ‚andere Lautäußerungen‘ häufiger als Indikatoren gewählt.

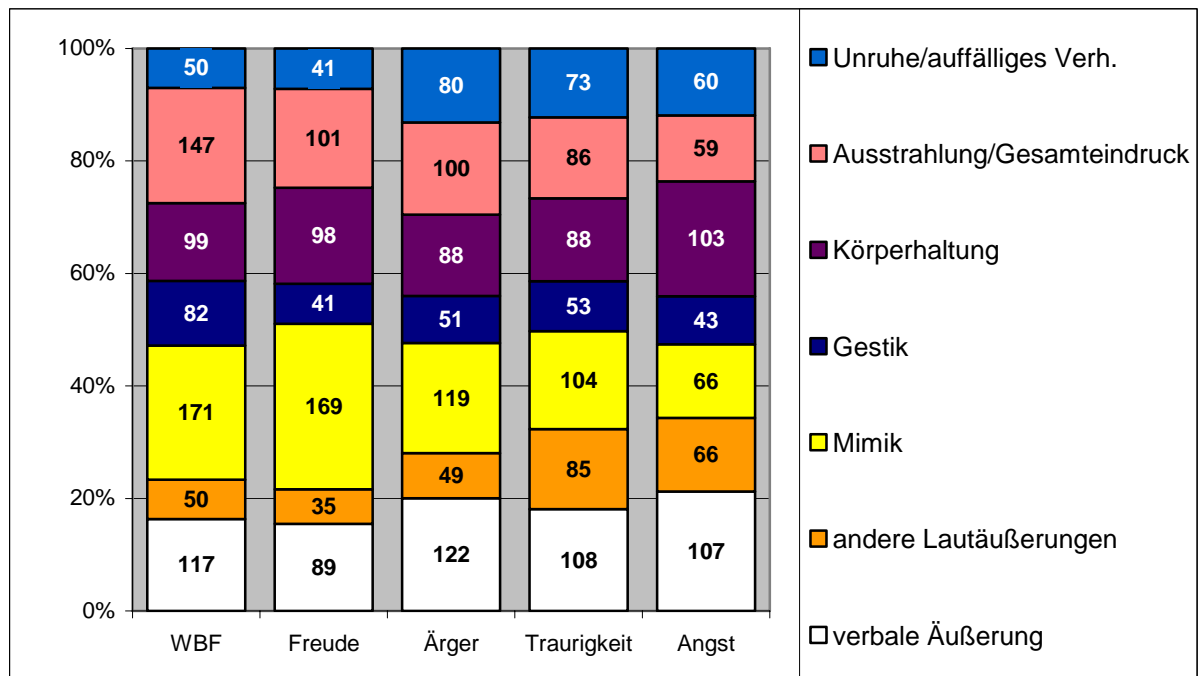


Abbildung 3.2.6.1.2: Verteilung der Emotionskennzeichen für die Deutung der emotionalen Befindlichkeit des Bewohners

Gesamtscores negativen und positiven habituellen Affektes. Zur Beurteilung des Gesamtumfangs der für einen Bewohner typischen positiv und negativ bedeutsamen Alltagssituationen wurden die gewählten Situationskategorien für Freude und Wohlbefinden, bzw. Ärger, Traurigkeit und Angst zu jeweils einem Gesamtscore habituellen affektiven Wohlbefindens zusammengefasst, der die Anzahl der berichteten emotional bedeutsamen Situationen an der Häufigkeit ihres Auftretens gewichtet.

Die Ergebnisse zeigen, dass die mittlere Häufigkeit positiv valenter Alltagssituationen den der negativ bedeutsamen Situationen deutlich (und statistisch hochsignifikant) übersteigt ($M_{(+)}=3,0$ vs. $M_{(-)}=2,4$; ohne Abbildung). Da es sich bei den so gebildeten Proxys für habituel-

len Affekt der Bewohner um eine retrospektive Beurteilung diskreten Affekterlebens handelt, ist ein geringer bis mäßiger Zusammenhang zwischen beiden Indikatoren zu erwarten. Tatsächlich stehen der Gesamtumfang positiver und negativer Alltagssituationen in einem geringen, wenngleich statistisch bedeutsamen Zusammenhang ($r=.17$, $p<.01$). Personen, die viele bzw. häufig positive Situationen erleben, erleben mit großer Wahrscheinlichkeit auch mehr bzw. häufiger negativen Affekt.

Unterschiede im Erleben emotional bedeutsamer Alltagssituationen zwischen den Kompetenzgruppen

Die Verfügbarkeit einer Reihe von positiven Alltagssituationen bzw. die relative Abwesenheit von emotional belastenden Situationen können als direkte Indikatoren für das subjektive Wohlbefinden der Bewohner und damit die subjektiv empfundene Lebensqualität gelten. Um zu prüfen, in wieweit die Kompetenzmuster der identifizierten Bewohnergruppen das subjektive Erleben der Bewohner beeinflussen, sollen die zuvor für die Gesamtstichprobe berichteten Kennwerte für emotional bedeutsame Situationen, deren Variabilität, Häufigkeit, Kennzeichen sowie Erkennungssicherheit nach Kompetenzgruppen differenziert dargestellt werden (siehe Tabelle 3.2.6.1.2). Da der Gesamtumfang typischer Emotionssituationen sich als Produkt aus Situationsanzahl und Auftretenshäufigkeit ergibt, soll dieser Indikator allerdings im Gegensatz zu den bisherigen Darstellungen in seinem Absolutbetrag interpretiert werden.

Tabelle 3.2.6.1.2: Absolute Häufigkeit bewohnertypischer emotionaler Situationen nach Kompetenzgruppen

Emotion	Kompetenzgruppe (M,sd)			
	LD	MD	SD-S	SD-P
Wohlbefinden	18,7 (7,1)	15,7 (7,6)	13,8 (8,5)	17,7 (9,9)
Freude	13,7 (6,2)	12,0 (6,8)	11,1 (7,0)	13,5 (7,8)
Ärger	6,8 (4,3)	8,5 (6,0)	9,1 (6,0)	11,5 (6,6)
Traurigkeit	6,5 (4,9)	7,8 (5,7)	6,9 (5,1)	11,0 (9,9)
Angst	4,6 (3,1)	5,3 (3,8)	6,7 (3,7)	9,0 (6,0)
Positive Emotion	16,1 (5,8)	13,8 (6,6)	12,5 (7,2)	15,6 (8,6)
Negative Emotion	5,9 (3,4)	7,0 (4,2)	7,5 (3,8)	10,4 (6,6)

Während für die bewohnertypische Belastetheit mit negativen Emotionen signifikante Unterschiede zwischen den Kompetenzgruppen belegt werden konnten ($F_{(-)}(3,194)=4,06$, $p<.008$), ließen sich hinsichtlich des Gesamtumfangs habituellen positiven Affekts keine überzufälligen Gruppenunterschiede belegen ($F_{(+)}(3,194)=2,18$, $p<.091$).

Mit einem Mittelwert für das Erleben positiver Situationen von 12,5 erweisen sich die körperlich schwer beeinträchtigten Schwerdemenzkranken als diejenige Gruppe mit den geringsten, die leichter Demenzkranken mit einem Mittelwert von 16,1 als diejenigen mit den meisten positiv erlebten Situationen, wenngleich dieser Effekt sich statistisch nicht auf dem 5%-Niveau absichern lässt. Im Hinblick auf negativ erlebte Alltagssituationen erleben bereits schwerer demenziell beeinträchtigte Bewohner, und hier insbesondere die Gruppe der psychopathologisch auffälligen den meisten/am häufigsten negativen Affekt ($M=10,4$), während die beginnend demenziell erkrankten Bewohner am seltensten mit negativem Affekt belastet sind ($M=5,9$). Die stärkere Belastung der insbesondere verhaltensauffälligen Gruppe schwerer Demenzkranker zeigt sich auch bei einer nach diskreten Emotionen differenzierten Betrachtung: obwohl durchweg eine gesteigerte Anzahl/Frequenz negativer Situationen für diese Gruppe beobachtet werden kann, lässt sich nur der univariate Effekt hinsichtlich der Angst statistisch absichern. Das univariat nachweisbare geringere Wohlbefindensniveau der somatisch dominierten schwer demenzkranken Bewohner lässt sich nach dem Zusammenschluss mit den Freudesituationen nicht mehr als reduziertes Niveau positiven Affekts belegen. In der Zusammenschau aller Kompetenzgruppen erscheint die Variabilität der Stimmungslage Wohlbefinden am höchsten, während sie für Angst für alle Gruppen am geringsten ist.

Im Hinblick auf die Anzahl und Auftretenshäufigkeit der den verschiedenen Emotionen zugrunde liegenden Einzelsituationen zeigt sich eine über die Gruppen hinweg unterschiedliche Variabilität. Im Hinblick auf die Variabilität der emotionalen Situationen lassen sich für keine Einzelemotion signifikante Unterschiede zwischen den Kompetenzgruppen finden. Allerdings ergeben sich für die Auftretenshäufigkeiten der Wohlbefindens-, Ärger- und Angstsituationen deutliche Gruppenunterschiede. So weisen die mittelgradig Beeinträchtigten zwar eine nur mäßig reduzierte Anzahl von Wohlbefindenssituationen auf, diese kommen allerdings weniger häufig vor wie die für die anderen Gruppen genannten Situationen. Ein konsistenteres Bild ergibt sich für die Gruppe der psychopathologisch auffälligen Schwerdemenzkranken im Hinblick auf Ärgersituationen, wo sowohl die meisten unterschiedlichen Situationskategorien angegeben wurden, als auch die höchste mittlere Auftretenshäufigkeit.

Tabelle 3.2.6.1.3: Mittlere prozentuale Anzahl emotionaler Situationen in den Kompetenzgruppen

Emotion	Kompetenzgruppe							
	LD		MD		SD-S		SD-P	
	Anzahl	Häufigkeit	Anzahl	Häufigkeit	Anzahl	Häufigkeit	Anzahl	Häufigkeit
Wohlbefinden (10)	5,9	3,2	5,2	3,0 **	4,4	3,3	5,4	3,4
Freude (10)	4,8	2,9	4,1	2,9	3,7	3,0	4,5	3,1
Ärger (9)	3,2	2,2	3,4	2,3	2,9	2,7	3,5	3,0 **
Traurigkeit (10)	3,2	2,0	3,3	2,2	2,5	2,3	3,7	2,5
Angst (9)	2,0	2,1	1,9	2,3	2,3	2,9 ***	3,0	2,8

Die am stärksten psychiatrisch auffällige Kompetenzgruppe (SD-P) weist sowohl eine hohe Spannweite positiv als auch negativ bedeutsamer Situationen auf, und darüber hinaus kommen die angegebenen Situationskategorien im Mittel auch jeweils vergleichsweise häufig vor. Insgesamt deuten die Ergebnisse darauf hin, dass weniger der kognitive Status der Bewohner, als vielmehr ihre Beeinträchtigung durch die Anzahl nicht-kognitiver Verhaltensauffälligkeiten für die emotionale „Erlebensvielfalt“ bedeutsam ist. In Abbildung 3.2.6.1.3 sind die Profile der Häufigkeit positiv bzw. negativ bedeutsamer Situationen grafisch dargestellt. Neben den bereits darstellten Unterschieden zwischen den Gruppen innerhalb der Affektbereiche zeigt sich auch ein deutlicher Niveauunterschied für positives bzw. negatives Erleben bei allen Kompetenzgruppen. Positiv bedeutsame Situationen werden in allen vier Kompetenzgruppen deutlich häufiger erlebt als negative. Jedoch ist das Verhältnis von positivem zu negativem Erleben in den Kompetenzgruppen unterschiedlich. Während Personen in kognitiv stark beeinträchtigten Gruppen (SD-S und SD-P) im Vergleich mit den anderen Gruppen nicht (SD-P) bzw. nur wenig seltener (SD-S) positive Situationen erleben, erleben sie gleichzeitig doch häufiger negative Situationen. Dem relativ hohen Niveau positiven Affekts der psychopathologisch auffälligen Gruppe Schwerdemenzkranker steht ein übermäßig gesteigerter Umfang negativer Emotionalität entgegen.

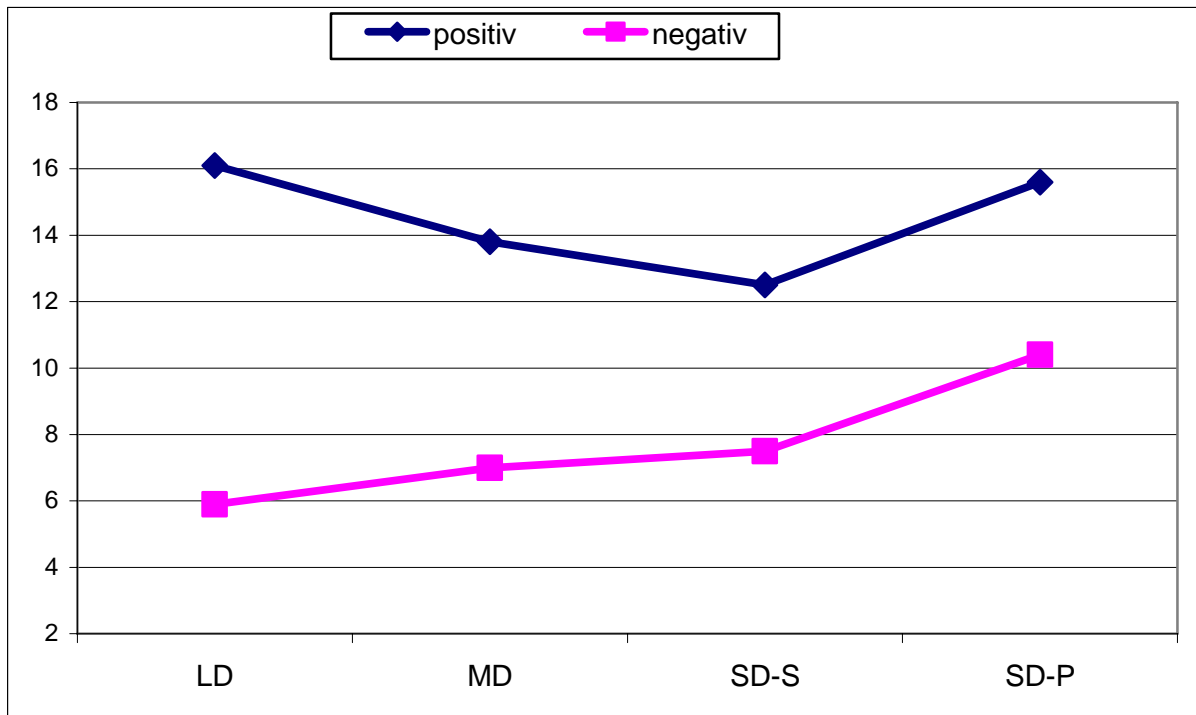


Abbildung 3.2.6.1.3: Häufigkeitsprofil positiv bzw. negativ erlebter Situationen in den vier Kompetenzgruppen.

Die folgende Tabelle 3.2.6.1.4 gibt diejenigen emotional bedeutsamen Situationen wieder, die innerhalb der einzelnen Kompetenzgruppen für das Erleben der distinkten Emotionen (Wohlbefinden, Freude, Ärger, Traurigkeit bzw. Angst) am häufigsten angegeben wurden.

Unterschiede in den am häufigsten gewählten Emotionssituationen für die vier Kompetenzgruppen konnten nur für die Emotionen Ärger und Angst als signifikant ausgewiesen werden.

Tabelle 3.2.6.1.4: Differentielle Emotionssituationen für Kompetenzgruppen

Emotion	Kompetenzgruppe			
	LD	MD	SD-S	SD-P
Wohlbefinden	Besuch (15%) Unterhaltung (13%)	Besuch (16%) Ausruhen (14%)	Besuch (17%) Ausruhen (17%)	Ausruhen (16%) Essen/Genuss (12%)
Freude	Besuch (19%) Gesellschaft (17%)	Besuch (20%) Gesellschaft (13%)	Besuch (22%) Gesellschaft (15%)	Besuch (18%) Ausruhen (13%)
Ärger	Nichtbeachtung (15%) Konflikte (13%)	Überforderung (16%) Konflikte (14%)	Überforderung (22%) Pflegetätigk. (16%)	Überforderung (21%) Nichtbeachtung (15%)
Traurigkeit	Erinnerungen (19%) Reflexion (16%)	Erinnerungen (19%) Konflikte (13%)	Nichtbeachtung (15%) Einsamkeit/Langeweile (12%)	Nichtbeachtung (18%) Ohne erkennbaren sit. Grund (13%)
Angst	Transfer (23%) Verhalten anderer Mitbewohner (20%)	Transfer (20%) Störungen im Körperbereich (17%)	Transfer (40%) Störungen im Körperbereich (16%)	Transfer (18%) Ohne erkennbaren sit. Grund (16%)

Im Hinblick auf die berichteten Ärgersituationen fällt auf, dass Konflikte mit anderen Mitbewohnern, Angehörigen oder den Pflegekräften in den beiden Gruppen weniger stark demenziell beeinträchtigter Bewohner häufiger zu Ärger führen. Außerdem erscheint bedeutsam, dass der Stellenwert überfordernder/drängender Situationen als Ärgersituationen mit ansteigender (kognitiver) Beeinträchtigung ansteigt. Während sich die leichter demenziell Erkrankten häufiger darüber ärgern, dass ihnen mangelnde Aufmerksamkeit entgegengebracht wird, fühlen sich viele schwerer Beeinträchtigte offensichtlich häufiger gedrängt bzw. überfordert. Auch im Bereich der Angstsituationen lassen sich differenzielle Angstursachen ausmachen. Die häufigsten Angstgefühle scheinen mit der Sturzgefährdung in Transfersituationen verbunden zu sein, und hierbei stellt sich die Gruppe der schwer kognitiv und körperlich Beeinträchtigten (SD-S) als die am stärksten belastete Kompetenzgruppe dar (40% der Angstsituationen sind hier Transfersituation). Weiterhin erscheint bedeutsam, dass die Gruppe der am wenigsten eingeschränkten Bewohner (LD) häufiger auch vor (verwirrten) anderen Mitbewohnern Angst zu haben scheint, während sich die Gruppen der mittelgradig und stärker somatisch demenziell Erkrankten in ihrer Ängstlichkeit häufiger auch auf ihren eigenen Körper beziehen. Erwartungsgemäß ist auch der Anteil der Angstsituationen, die ohne besonderen situativen Grund beobachtet angegeben wurden, in der Gruppe der psychopathologisch auffälligen Demenzkranken erhöht.

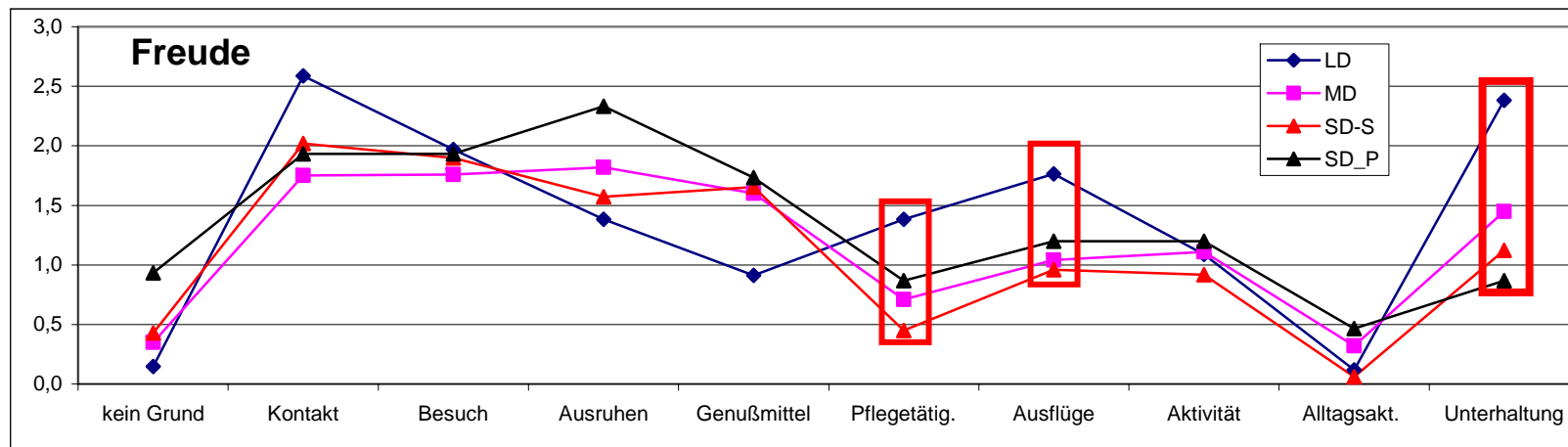
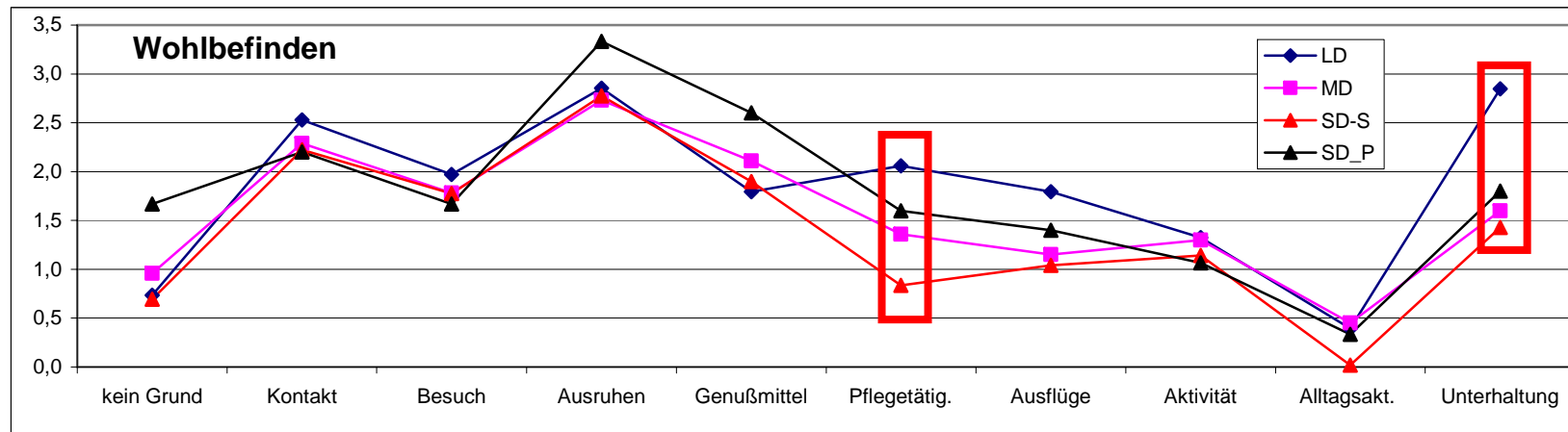
Die folgenden Abbildungen zeigen die Auftretenshäufigkeiten der einzelnen gewählten Emotionssituationen für die unterschiedenen Kompetenzgruppen im Profilvergleich.

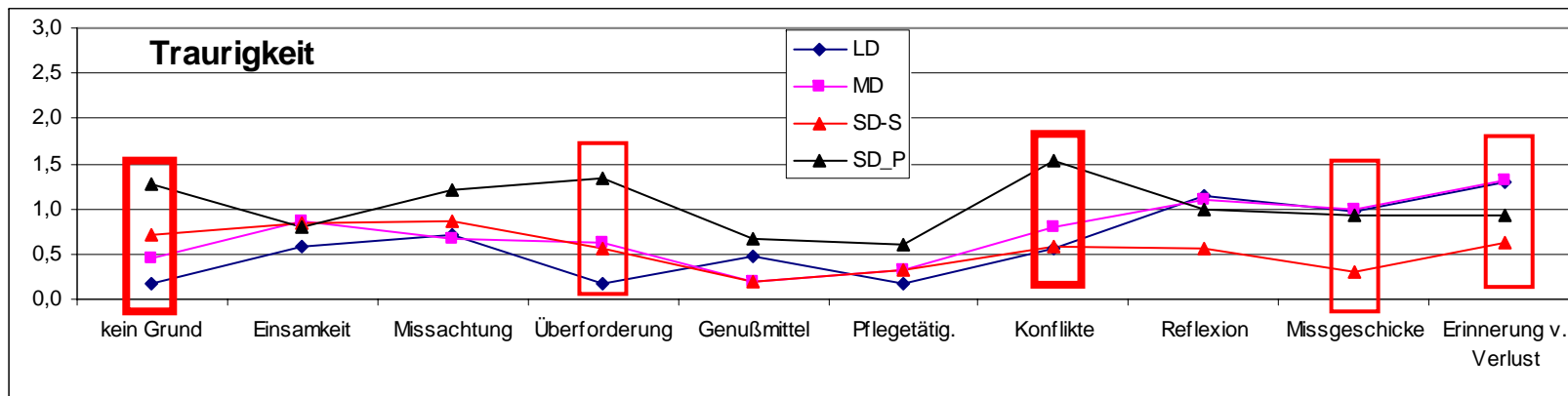
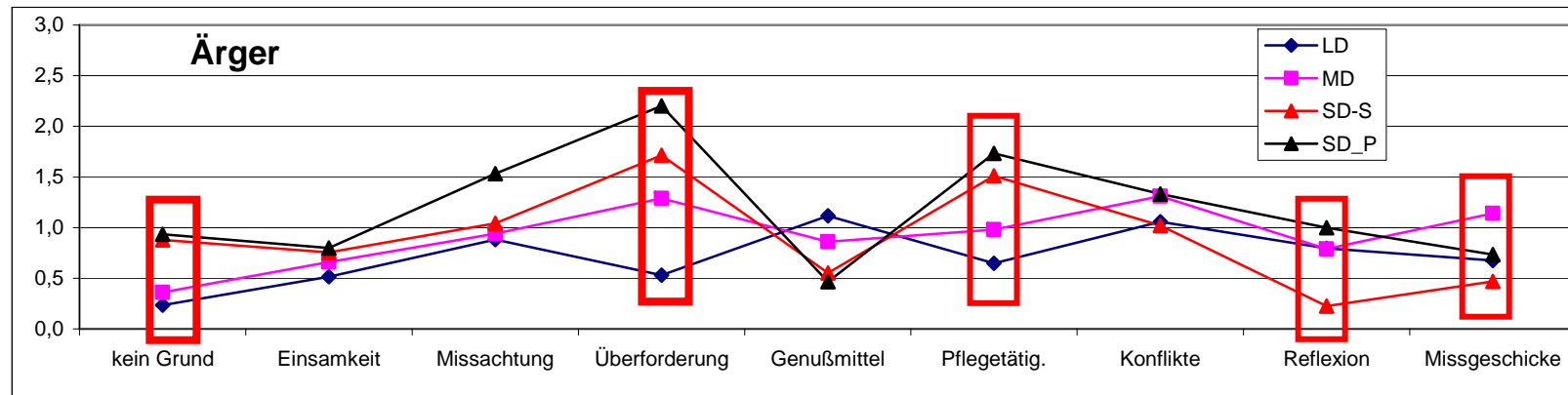
Insgesamt lassen sich für alle Situationsprofile signifikante (uni- sowie multivariate) Unterschiede zwischen den einzelnen Kompetenzgruppen finden, wobei sich die Wohlbefindensprofile am wenigsten deutlich unterscheiden lassen. Die Gruppe der nur wenig Beeinträchtigten (LD) erleben in Pflegesituationen offensichtlich deutlich häufiger Wohlbefinden als insbesondere die Gruppe der kognitiv und körperlich Schwerkranken (SD-S). Auch das Hören von Musik, das Fernsehen oder andere Unterhaltungssituationen scheinen für die Gruppe der leicht demenziell Erkrankten vergleichsweise häufigere Wohlbefindenssituationen zu sein. Auch im Hinblick auf die genannten typischen Freudesituationen sticht die Gruppe der vergleichsweise Unbeeinträchtigten durch häufige Freude in Pflegesituationen, bei Unterhaltung und zudem bei Unternehmungen bzw. Ausflügen hervor, während sich die stärker demenziell eingeschränkten Bewohner im Hinblick auf nahezu alle erfassten positiven Alltagssituationen nicht deutlich voneinander unterscheiden. Auffällig ist hier auch der offenbar geringe Stellenwert von selbständigen Alltagsverrichtungen als Wohlbefindens- oder Freudesituationen.

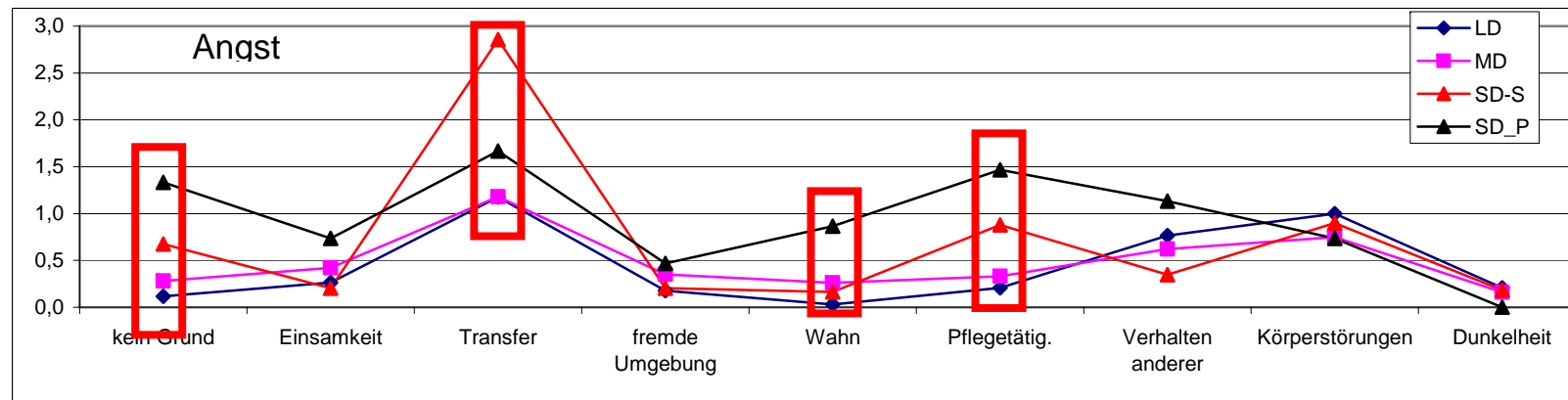
Auf der Seite negativer Befindlichkeit scheinen Einzelsituationen für die unterschiedenen Kompetenzgruppen von unterschiedlicher Bedeutung für das Erleben verschiedener negativer Emotionen zu sein. Zunächst fällt die für beide demenziell schwer beeinträchtigten Gruppen (SD-S, SD-P) das für spezielle Situationen gesteigerte Ärgerniveau auf: so scheint sich der beobachtete Ärgeraffekt in diesen Gruppen weniger häufig an konkreten Merkmalen der Situation festmachen zu lassen, und speziell die Pflegetätigkeiten sind für beide Gruppen mit mehr Ärger verbunden. Daneben scheinen sich die beiden kognitiv schwer eingeschränkten Gruppen jedoch beispielsweise im Hinblick auf die Reaktion einer Gewährwerdung und Reflexion der eigenen Lebensumstände deutlich zu unterscheiden, insofern als solche Überlegungen für körperlich stark beeinträchtigte Bewohner weitaus seltener zu Verärgerung führen als für psychopathologisch auffällige Schwerkranke. Eigene Fehlleistungen und Missgeschicke scheinen dagegen insbesondere für die Gruppe der mittelgradig Demenzkranken (MD) eine besondere Bedeutung für das Erleben von Ärger zu besitzen. Auch im Hinblick auf die beiden anderen Indikatoren von negativem Affekt stechen die psychopathologisch auffälligen Bewohner hervor. Insbesondere scheinen sie häufiger in sozialen Situationen wie Konfliktsituationen und bei Überforderung mit Traurigkeit zu reagieren. Aber auch ohne einen situativen Grund bestimmen zu können werden diese Bewohner häufiger in trauriger Stimmung oder verängstigt angetroffen. Erwartungsgemäß treten bei dieser psychopathologisch definierten Bewohnergruppe häufiger auch durch Wahn- und Halluzinationen bedingte Angstsituationen auf. Interessanterweise erleben körperlich schwerstbeeinträchtigte Demenzkranke (SD-S) die Pflegesituationen, insbesondere aber Transfersituationen als häufige bzw. stark angstbe-

setzte Situationen. Für das Erleben negativer Emotionen scheinen die Situationskategorien Dunkelheit und fremde Umgebung wenig bedeutsam, die Kategorien Einsamkeit, Genussmittel und Pflgetätigkeit scheinen wie erwartet für inhaltlich genauer bestimmte Affekte (Traurigkeit, Ärger, Angst) spezifischer zu sein als für andere.

Abbildung 3.2.6.1.4: Gesamtumfang konkreter Emotionssituationen in den unterschiedenen Kompetenzgruppen







Durch die Zusammenfassung der für positives Erleben typischerweise bedeutsamen Situationskategorien (siehe Abbildung 3.2.6.1.5) ergibt sich erwartungsgemäß kein deutlich von den Einzeldarstellungen abweichendes Bild. Wie zuvor zeichnet sich die Gruppe der am geringsten Beeinträchtigten durch eine höhere Bedeutsamkeit von Körperpflege, Unternehmungen bzw. Ausflügen und Unterhaltungssituationen für die Erfahrung positiver Emotionen aus, während für die Gruppe der schwer körperlich Beeinträchtigten (SD-S) Pflegesituationen deutlich seltener positiv zu wirken scheinen.

Da die stärker inhaltlich bestimmten negativen Affektlagen Traurigkeit, Ärger und Angst jeweils anhand einer Reihe spezieller Situationskategorien erhoben wurden, können entsprechend auch nur die neun in zumindest zwei Affektbereichen parallel erhobenen Situationskategorien zu einem gemeinsamen Score aggregiert werden. In Abbildung 8.5 ist aus diesem Grund unterhalb der Situationsbezeichnungen jeweils indiziert, für welche negativen Affektbereiche die entsprechenden Situationen vorgegeben wurden. Erwartungsgemäß zeigt sich auch beim Zusammenfassen verschiedener negativer Affektinhalte die Kompetenzgruppe der psychopathologisch Auffälligen (SD-P) als diejenige Gruppe, für die der Großteil der erfragten Situationskategorien am stärksten negativ besetzt sind. Dies trifft insbesondere für die Kategorien Überforderung und Pfllegetätigkeit zu. Wie zuvor zeigen auch in der Zusammenschau die kognitiv stärker beeinträchtigten Gruppen SD-S und SD-P am ehesten negative Affektivität, die sich nicht situativ erklären lässt. Überforderung nimmt für die Gruppe der vergleichsweise kompetenten Heimbewohner (LD) einen vergleichsweise geringen Stellenwert für das Erleben von negativen Emotionen ein, während die Gruppe der somatisch dominierten schwerst Demenzen (SD-S) deutlich seltener Situationen erlebt, in denen die Beschäftigung mit den eigenen Lebensumständen oder eigene Fehlleistungen zum Erleben negativer Stimmung führt.

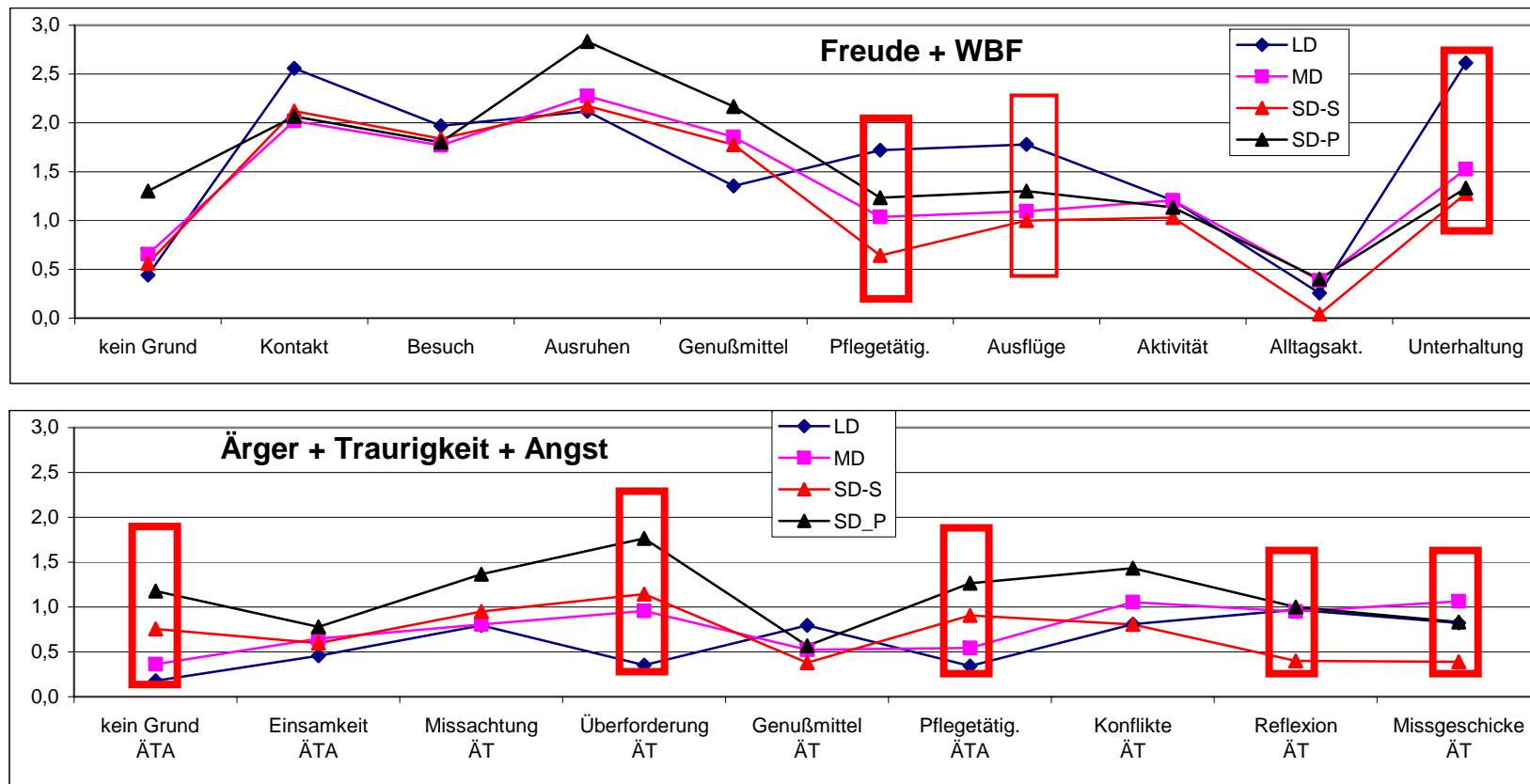


Abbildung 3.2.6.1.5: Situationsprofil der vier Kompetenzgruppen für das Erleben positiver und negativer Emotionen (zusammengefasste relative Auftretenshäufigkeit einzelner Situationskategorien)

3.2.6.2 Individuelle Affektneigung als Persönlichkeitsmerkmal

Im Rahmen der beiden ersten Projektphasen wurden die Persönlichkeitsdimensionen Neurotizismus und Extraversion anhand mehrerer Subskalen des Freiburger Persönlichkeitsinventars (FPI) per Fremdeinschätzung durch die Pflegemitarbeiter erhoben. Sowohl im Rahmen der Schulungen in den einzelnen Häusern, als auch aufgrund der Rückmeldegespräche wurde deutlich, dass die verwendeten FPI-Items zum einen das Klientel demenzkranker Heimbewohner kaum angemessen charakterisieren können (v.a. aufgrund der deutlichen alltagspraktischen Beeinträchtigungen der Bewohner) und darüber hinaus in ihrer Sprache und Form für das Pflegepersonal nicht gut verständlich sind (doppelte Verneinung etc.). Beim Übergang von Phase 1 zu Phase 2 wurden darum solche E- und N-Subskalen eliminiert, die andersweitig (nämlich durch die Erfassung der Depressivität und habituelle positive Affektlagen) bereits abgedeckt wurden. Damit verblieben die Subskalen Ängstlichkeit (Neurotizismus) und Geselligkeit (Extraversion) als in beiden Untersuchungsphasen vergleichbar erhobene Persönlichkeitsinformation. Die eingeschränkte Anwendbarkeit des FPI zur Fremdeinschätzung der Bewohnerpersönlichkeiten kommt auch in mit Cronbach's alpha-Werten von $\alpha=.73$ für Ängstlichkeit und $\alpha=.78$ für Geselligkeit psychometrisch unbefriedigenden Skalenkonsistenzen zum Ausdruck. Für die unterschiedenen Kompetenzgruppen sollte die Einschätzung der Persönlichkeitsmerkmale unterschiedlich gut möglich sein, da der körperliche oder psychopathologische Beeinträchtigungsgrad die Abschätzung ‚normaler‘ Beurteilungs- und Handlungstendenzen erschweren sollte. Tatsächlich ist die Skalenkonsistenz der Skala Geselligkeit insbesondere innerhalb der Gruppe der somatisch stark beeinträchtigten Demenzkranken, die Skalenhomogenität der psychopathologisch auffälligen Schwerdementen jedoch mit Blick auf die habituelle Ängstlichkeit deutlich reduziert. In Tabelle 3.2.6.2 sind die beiden Persönlichkeitskennwerte für die HILDE-Gesamtstichprobe, sowie für die einzelnen vier Kompetenzgruppen dargestellt.

Tabelle 3.2.6.2: Geselligkeit und Ängstlichkeit als Merkmale demenzkranker Heimbewohner

	Gesamt		LD	MD	SD-S	SD-P
FPI-Subskala¹	N	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)
Neurotizismus - Ängstlichkeit	291	2,02 (0,76)	2,05 (0,70)	2,03 (0,72)	1,95 (0,92)	2,14 (0,67)
Extraversion - Geselligkeit	289	2,09 (0,83)	2,01 (0,81)	1,97 (0,85)	2,32 (0,66)	2,13 (0,95)

¹ der Wertebereich der Skalenscores liegt zwischen 0 (starke Ablehnung) und 4 Punkten (starke Zustimmung).

Insgesamt lässt sich die untersuchte Stichprobe als weder besonders gesellig, noch als in besonderem Maße ängstlich beschreiben, denn die gefundenen Mittelwerte liegen mit Scores von jeweils ca. 2 Punkten im ‚neutralen‘ Einschätzungsbereich der Skala. Obwohl die Gruppe der psychopathologisch auffälligen Bewohner als tendenziell ängstlicher eingeschätzt wurden, können Kompetenzgruppenunterschiede nur mit Blick auf die eingeschätzte Geselligkeit als

überzufällig ausgewiesen werden. Körperlich stark beeinträchtigte Demenzkranke werden als etwas extrovertierter beschrieben als die verbleibenden Bewohnergruppen, und hier besonders die mittelschwer Beeinträchtigten.

Da Merkmale der Persönlichkeit als eine der in der bisherigen empirischen Forschung konstant als bedeutsam ausgewiesenen Determinanten subjektiven Wohlbefindens darstellen, lassen sich auch Zusammenhänge mit den für die Bewohner typischen positiven und negativen Alltagssituationen erwarten. Tatsächlich korrelieren die Indikatoren Neurotizismus und Extraversion nicht überzufällig ($r = -.09$, $p < .0114$) miteinander, aber differentiell mit dem Gesamtumfang positiv und negativ erlebter Alltagssituationen. Während für geselligere Bewohner signifikant häufigere/mehr positiv bedeutsame Situationen berichtet werden ($n = 193$, $r = .26$, $p < .001$), geben die Pflegekräfte für ängstlichere Bewohner mehr bzw. häufigere negativ erlebte Alltagssituationen an ($n = 195$, $r = .40$, $p < .001$). Während sich Extrovertiertheit offensichtlich nicht auf das Erleben negativer Situationen auswirkt ($n = 193$, $r = -.07$, $p < .323$), scheint eine neurotische Persönlichkeitslagerung das Erleben positiver Situationen deutlich zu reduzieren ($n = 195$, $r = -.21$, $p < .003$). Auch hinsichtlich der Einschätzung, inwieweit hausseitig angebotene, angeleitete Aktivitäten dem Bewohner Freude bereiten (würden), lassen sich erwartungsgemäß deutliche korrelative Bezüge zur Geselligkeit bzw. Extrovertiertheit des Bewohners herstellen ($n = 166$, $r = .28$, $p < .001$).

3.2.6.3 Erfassung des habituellen affektiven Wohlbefindens im Endinstrument

Das mehrstufige Verfahren zur Entwicklung einer Itematterie zur Abschätzung typischen emotionalen Befindens von demenzkranken Bewohnern in Altenpflegeheimen scheint vor dem Hintergrund der oben referierten Befunde eine inhaltlich (bezüglich verschiedener Affekte und den diese Erfahrungen mit bedingenden Situationen im Heimkontext) differenzierte und im Vergleich der Kompetenzgruppen stimmige Beschreibung typischer Emotionalität der Bewohner zu erlauben.

Die konzeptuelle Trennung von Wohlbefindens- und Freudesituationen hingegen erscheint schwierig und kann nach Einschätzung der Forschergruppe dann aufgegeben werden, wenn die einschätzenden Pflegekräfte einleitend auf nicht nur diesen Intensitätsaspekt, sondern ebenfalls auf die inhaltliche Reichhaltigkeit positiven Erlebens hingewiesen werden. Eine solche ‚Erweiterung‘ positiver Erlebnisinhalte reduziert zugleich die Gefahr eines Ungleichgewichtes zwischen den inhaltlich stärker determinierten negativen Affekten (Ärger, Angst, Traurigkeit) und der auch nach Ansicht der diesbezüglichen Forschung vernachlässigten positiven Emotionalität Demenzkranker. Entsprechend wird in der Endfassung des Instrumentes nur jeweils eine Batterie mit typischen Situationskategorien für positives und negatives Erleben vorgegeben, in denen auch die emotionsspezifischen Situationskategorien (z.B. Erinnerungen an Verlust und vergangenes Glück für Traurigkeit) enthalten sind.

Die Erkenntnisse der Erfassung spezifischer Emotionskennzeichen in den beiden vorangegangenen Projektphasen führte, insbesondere auch im Abgleich mit der unter Gliederungspunkt 3.2.6.5 dargestellten beobachteten Bemessungsgrundlage für den Gesamteindruck der Pflegemitarbeiter in den verschiedenen Beobachtungssituationen, zu einer Beschreibung affektiver Kennzeichen in Form eines individualisierbaren ‚Merkblattes Emotionalität‘. Auf diesem sind die wichtigsten Kennzeichen in Mimik, Körperhaltung und Lautäußerung für verschiedene positive und negative Erlebensqualitäten aufgeführt, die wenn möglich durch bewohnerspezifische besondere weitere Kennzeichen ergänzt werden sollen. Dieses Merkblatt dient über die gesamte Dauer des Instrumenteneinsatzes als Referenz zur Einschätzung emotionaler Befindlichkeit in spezifischen Situationen (Beobachtungssituationen), sowie zur Abschätzung der transssituativen, habituellen Affektneigungen des Bewohners.

Zusätzlich erlaubt das entwickelte Merkblatt eine knappe Skizzierung charakteristischer Persönlichkeitszüge des Bewohners, die für den Umgang mit dem Bewohner oder für die Planung möglicher Interventionsmaßnahmen berücksichtigt werden könnten. Diese Erfassung dient somit eher pragmatischen Zwecken, und weicht bewusst von der Persönlichkeitserfassung mit FPI-Subskalen in den früheren Projektphasen ab, da diese zum Ersten vergleichsweise umfangreich ist, vor allem aber von Inhalt und formaler Gestaltung der Items nur bedingt zur Einschätzung von Pflegeheimbewohnern durch Pflegepersonal geeignet erschien. Auf die konzeptuelle (und empirische) Nähe der Persönlichkeitsdimension Extraversion und Neurotizismus und dem habituellen affektiven Wohlbefinden wurde zuvor bereits hingewiesen. Die Formulierung der vier auf dem Merkblatt Emotionalität erfassten Dimensionen Offenheit, Extraversion, Neurotizismus und Verträglichkeit gründet sich auf die deutsche Übersetzung der TIPI (Gosling et al., 2003), die auch im deutschen Sozioökonomischen Panel (Gerlitz & Schupp, 2005) eingesetzt wurde.

3.2.6.4 Umgang des Pflegepersonals mit dem Bewohner in Situationen, die dieser als belastend empfindet

In den ersten beiden HILDE-Projektphasen wurden an mehreren Stellen des Instrumentes individuell angemessene Bewältigungsformen erfragt, mit denen die Pflegemitarbeiter den Bewohner bei der Überwindung als belastend erlebter Situationen unterstützen können. Im Erfassungsteil ‚Soziales Bezugssystem‘ wurde die individuell wirksamste Strategie zur Beruhigung des Bewohners in mehr allgemeinen Situationen negativer oder aufgebrachter Stimmungslagen erfragt. Daneben wurden im Erfassungsbereich ‚Bedürfnisorientierung‘ solche Missempfindenssituationen angesprochen, die daraus entstehen, dass individuelle Wünsche des Bewohners (z.B. der Wunsch nach Hause zurückzukehren) häufiger nicht einfach oder überhaupt nicht zu realisieren sind.

Überraschenderweise waren den befragten Pflegemitarbeitern bei nahezu jedem fünften Bewohner (17,8%) keine besonderen Bedürfnisse oder individuelle Wünsche bekannt. Tabelle

3.2.6.4 gibt einen Überblick über die Verwendung verschiedener (Beruhigungs-)strategien und deren durch die Pflegenden eingeschätzte Effektivität. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle geben die Pflegenden an, den Wünschen des Bewohners nachzukommen bzw. dessen Bedürfnissen gerecht zu werden, da dies nach ihrer Einschätzung die effektivste Strategie ist, den Bewohner zufrieden zu stellen und im Mittel ‚meistens‘ funktioniert ($M=4,1$). Ablenken durch ein Gespräch wurde weiterhin nahezu doppelt so häufig als verwendete (Beruhigungs-) Strategie genannt wie die Ablenkung durch eine gemeinsame Aktivität. Von der Möglichkeit, Dritten die Wünsche und Bedürfnisse des Bewohners zu kommunizieren, und damit einen Teil ihres Betreuungsaufwandes zu delegieren machen die Pflegenden immerhin bei nahezu 42 Prozent der eingeschätzten Bewohner Gebrauch. Erwartungsgemäß wurden das Ignorieren von Bedürfnissen oder gar deren aktive Unterbindung vergleichsweise selten als genutzte Umgangsform genannt und auch in ihrer Effektivität als weniger nützlich eingeschätzt. Bei lediglich 19,5 Prozent der Bewohner wurde nur eine genutzte Beruhigungsstrategie angegeben, während für den überwiegenden Teil der Bewohner (66%) zwei oder drei Strategien Verwendung fanden.

Tabelle 3.2.6.4: Einsatz und Effektivität verschiedener Strategien zum Bewohnerumgang zur Bewältigung negativ empfundener Situationen

Strategie	Einsatz		Effektivität ¹	
	N	%	M	SD
Ablenken durch gemeinsame Aktivität	52	26,9	3,5	0,80
Ablenken durch gemeinsames Gespräch	96	49,7	3,7	0,70
Den Wünschen/Bedürfnissen nachkommen	142	73,6	4,1	0,75
Wünsche/Bedürfnisse unterbinden	7	3,6	3,0	0,82
Wünsche/Bedürfnisse übergehen/ignorieren	20	10,4	2,8	0,55
Andere Personen einbeziehen/informieren	80	41,5	3,5	0,75

¹ Antwortkategorien von 2 (selten) bis 5 (immer)

Differenziert man die zur Beruhigung des Bewohners eingesetzten Handlungsweisen der Pflegenden nach Kompetenzgruppen, lassen sich keine systematisch bevorzugt eingesetzten oder in besonderem Maße effektiven Bewältigungsstrategien für bestimmte Bewohnergruppen identifizieren. Tendenziell werden Wünsche und Bedürfnisse in der Gruppe der psychopathologisch auffälligen Demenzkranken etwas häufiger auch unterbunden, was sich aus dem häufiger als selbst- oder fremdgefährdend anzunehmenden Unmutsausdruck in dieser Gruppe erklären lassen sollte. Daneben lässt sich ein tendenzieller Rückgang der Möglichkeit, den Bewohnerwünschen nachzukommen, mit sinkenden kognitiven und alltagspraktischen Kompetenzen, beschreiben.

Aufgrund der inhaltlichen Nähe der Informationen zu bewohnerspezifisch wirksamen Strategien des pflegerischen Umgangs in Belastungssituationen sollen diese im Endinstrument im

Anschluss an die Dimension typischer Affektneigungen des Bewohners (habituelles affektives Missemmpfinden) erhoben werden. Dabei werden auch zukünftig sowohl die Variabilität als auch die differenzielle Wirksamkeit der eingesetzten Formen pflegerischen Umgangs in Belastungssituationen abgebildet.

3.2.6.5 Emotionsskala (HILDE-ES)

Die konkrete Beobachtung der Affektlage des Bewohners in drei eng umrissenen, jedoch als Standardsituationen im Alltag häufig auftretenden Momenten, ergänzt den Blick auf das subjektive Wohlbefinden des Bewohners um eine Einschätzung unmittelbaren Affektausdrucks.

Beschreibung des Erhebungsmaterials und der Durchführung in HILDE 2

Erhebungsdurchführung.

In jeweils drei für den Heimaltag relevanten Situationen wurde das Ausdrucksverhalten der Bewohner anhand molekularer, mit EMFACS vergleichbarer Beobachtungseinheiten über einen jeweils ca. 2-minütigen Zeitraum dokumentiert. Zusätzlich wurden die Bewohner, zur Abschätzung der Angemessenheit der Fragestellung für Demenzkranke, direkt durch die jeweilige Pflegenden nach ihrer Lebenszufriedenheit gefragt. Diese sollten die Bewohner, sofern dies noch möglich war, auf einer 11-stufigen Skala (0= sehr schlecht, 10=sehr gut) einschätzen. Gleichzeitig wurde von der Pflegenden das Ausdrucksverhalten des Bewohners ebenfalls auf der HILDE-ES dokumentiert.

Neben der Dokumentation einzelner Ausdrucksformen wurden die Pflegenden im Anschluss an jede Beobachtungssituation gebeten, ihren Gesamteindruck des Befindens der Bewohner in der jeweiligen Situation anhand vorgegebener emotionaler Kategorien einzuschätzen und zusätzlich ihre Sicherheit bezüglich ihres Urteils anzugeben.

Struktur der Beobachtungsskala. Der Erstellung der Skala liegt die Originalversion der Apparent Affect Rating Scale (AARS) von Lawton, VanHaitma, & Klapper (1996) zugrunde (siehe auch Abschnitt 2.4.4). Die dort beschreibenden Beobachtungsmerkmale, die in ihrer Gesamtheit ein exemplarisches Bild prototypischer Emotionen zeichnen und als Grundlage für die retrospektive Beurteilung des im Verhaltensstrom erkennbaren Affekts herangezogen werden sollen, wurden für HILDE-ES in einzelne Emotionsindikatoren umgewandelt. Diese wurden weiterhin in eine Matrix überführt, die spaltenweise in drei Merkmalsbereiche (Mimik, Körperhaltung, Lautäußerungen) gegliedert ist und zeilenweise fünf Emotionen (Freude, Ärger, Angst, Trauer, Interesse) abbilden soll. Insgesamt kann jede mögliche Emotion durch acht verschiedene Merkmale dokumentiert werden, womit HILDE-ES insgesamt 40 verschiedene Ausdrucksmerkmale (AUs) umfasst.

Ergebnisse zu beobachtetem Ausdrucksverhalten und emotionalem Gesamteindruck

Als wesentliche Informationsstücke der erhobenen Daten sollen hier für die Gesamtgruppe, sowie auch für die unterschiedenen Kompetenzgruppen getrennt dargestellt werden:

1. Umfang und Struktur des beobachteten Ausdrucksverhaltens (Gesamt, Mimik, Körperhaltung und Lautäußerung) in allen vier Beobachtungssituationen
2. Interpretation von (dominierenden) Emotionen in den Beobachtungssituationen aufgrund der dokumentierten Einzel-AUs. Dabei sollen die folgenden Interpretationsmöglichkeiten/-zugänge berücksichtigt werden:
 - relatives Ausmaß aller 5 zeilenweise angelegter HILDE-ES -Emotionen (ungewichtete Zeilensumme)
 - relatives Ausmaß aller 5 zeilenweise angelegter HILDE-ES-Emotionen, wobei die einzelnen AUs EMFACS-analog gewichtet werden (0-3 Punkte)
 - definierte Emotionskodierungen der 5 zeilenweise angelegten HILDE-ES -Emotionen, anhand der gewichteten Zeilensumme (nicht indiziert, Wohl-/Missempfinden, wahrscheinlich, eindeutig)
 - Entscheid für eine dominierende Emotion aufgrund der ungewichteten oder gewichteten maximalen Zeilensumme
3. Gesamteindruck der Pflegekraft zur dominierenden Befindlichkeit des Bewohners
4. Subjektive Sicherheit, mit der ein entsprechendes Emotionsurteil gefällt werden konnte.

Die Analysen der Beobachtungsdaten zum Ausdrucksverhalten aus der ersten Projektphase lieferten Hinweise auf eine weitgehende Vergleichbarkeit der mit HILDE-ES beobachteten Emotionsindikationen (‚eindeutige‘ Emotionskodierungen anhand der gewichteten Zeilensumme) mit unabhängig gerateten videogestützten EMFACS-Interpretationen und damit hinreichender Konstruktvalidität des Instrumentes. Dennoch bleiben ‚nachträgliche Verrechnungen‘ dokumentierter Ausdruckseinheiten mit Problemen behaftet: relative Ausmaße der einzelnen zeilenweisen Emotionen (Zeilensummen) führen in der Regel zu mehrfachen Emotionskodierungen pro Situation; definierte Emotionskodierungen nach EMFACS-Gewichtung lösen dieses Problem ebenfalls nur unbefriedigend und erfordern komplexe Verrechnungsvorschriften der Einzel-AUs (bzw. -Kombinationen); ein Zwangsentscheid für eine dominante Emotion aufgrund der ‚maximalen‘ Zeilensumme und/oder ‚Eindeutigkeit‘ der EMFACS-analogen Emotionsinterpretation dagegen führt z.T. zu uneindeutigen Interpretationen und unterschlägt die beobachtete Variabilität im Affektausdruck.

Nicht zuletzt, um diese komplexe nachträgliche rechnerische Emotionsinterpretation auf der Grundlage partikularen Ausdrucksverhaltens zu umgehen, wurden in einem weiteren Auswertungsschritt die an EMFACS angelehnten Interpretationen der mittels HILDE-ES dokumentierten Ausdruckskombinationen mit dem Gesamteindruck der Pflegenden in Beziehung gesetzt bzw. auf ihre Übereinstimmung hin geprüft.

Beschreibung der Beobachtungssituation. Um genauer einschätzen zu können, in welchen Situationen die entsprechenden Beobachtungen erfolgten, sollten Ruhe-, Aktivitäts- und Pflegesituation in offenem Antwortformat näher beschrieben werden. Insgesamt 61% der beobachteten Ruhesituationen wurden im Hinblick auf die aktuellen „Handlungen“ des Bewohners näher spezifiziert (z.B. Musik hören, Fernsehen, Lesen). In weiteren 30% der Beschreibungen wurde die „Raumlage“ des beobachteten Bewohners näher beschrieben (z.B. im Sitzen auf Sessel, Sofa, Rollstuhl, im Liegen im Bett). In den restlichen 9% der Fälle wurden die Räumlichkeiten genannt, in denen sich der Bewohner während der Beobachtung aufhielt (z.B. Bewohnerzimmer, Aufenthaltsraum, Terrasse). Eine weitere Präzisierung der Anweisung könnte die Vergleichbarkeit der beobachteten Ruhesituationen nochmals homogenisieren und zu einer Standardisierung der Beobachtung beitragen.

Bei den Aktivitätssituationen handelte es sich in 32% der Fälle um angeleitete Aktivitäten (z.B. Musizieren, Gedächtnistraining oder Gymnastik), daneben wurden die Aktivitätssituationen häufiger auch als soziale Situationen beschrieben (z.B. Gespräch/Besuch, Spielen, Vorlesen). Weitere Beobachtungssituationen bezogen sich auf die Aktivitäten Essen oder Trinken, Gehen, Körperpflege, Radio hören oder Fernsehen. Hierbei wird nochmals deutlich, dass die Begrifflichkeiten Ruhe und Aktivität offensichtlich unterschiedlich interpretiert werden und daher vielleicht näher bestimmt werden sollten. In der Neufassung des Instrumentes wird aus diesem Grunde darauf hingewiesen, dass sich ‚Aktivität‘ bei Personen unterschiedlicher Kompetenzniveaus gegebenenfalls unterschiedlich darstellen kann, unter Umständen beispielsweise bereits eine Besuchs oder Gesprächssituation als individuell anstrengend oder aktivierend erlebt werden kann.

Als beobachtete Pflegesituationen wurden im weitaus überwiegenden Teil Grundpflege (39%), allgemeine Körperpflege (30%) oder Duschen bzw. Baden des Bewohners (14%) genannt. Seltener wurden auch einzelne Teilvollzüge und Hilfestellungen der Pflegekräfte (z.B. An-/Auskleiden, Toilettengang oder Lagerung) angegeben.

Umsetzbarkeit der Beobachtungssituationen. Erwartungsgemäß können für die Aktivitätssituation und für die Fragesituation die insgesamt höchsten Ausfallraten (13,6% und 19,2%) festgestellt werden, während die Ruhesituation sowie die Pflegesituation häufiger wie vorgesehen beobachtet bzw. eingeschätzt werden konnten (92,9% und 95,5% aller Fälle). In lediglich 3 Fällen (1,5%) wurde der Bereich SE Subjektives Befinden/Emotionales Erleben vollständig nicht bearbeitet.

Tabelle 3.2.6.5.1: Umsetzung der Beobachtung emotionalen Ausdrucksverhaltens in vier Alltagssituationen durch die Pflegekräfte

N (%)	Gesamt (N=198)	LD (N=34)	MD (N=100)	SD-S (N=49)	SD-P (N=15)
-------	-------------------	--------------	---------------	----------------	----------------

Ruhe	14 (7,1%)	1 (2,9%)	3 (3,0%)	9 (18,4%)	1 (6,7%)
Aktivität	27 (13,6%)	1 (2,9%)	11 (11,0%)	13 (26,5%)	2 (13,3%)
Pflege	9 (4,6%)	5 (14,7%)	3 (3,0%)	1 (2,0%)	-
Frage	38 (19,2%)	5 (14,7%)	7 (7,0%)	22 (44,9%)	4 (26,7%)
Gesamt	88 (11,1%)	12 (9,6%)	24 (5,5%)	45 (23,0%)	7 (8,8%)

Differenziert man die Umsetzungsraten nach den vier identifizierten Kompetenzgruppen (N=198, da für eine Person keine Diagnostik und damit keine Clusterzuordnung vorliegt), lässt sich zunächst feststellen, dass erwartungsgemäß die körperlich am stärksten beeinträchtigte Gruppe (SD-S) seltener in Aktivitätssituationen eingeschätzt werden konnten (in drei Viertel der Fälle möglich), und ebenfalls wie erwartet die beiden kognitiv am stärksten beeinträchtigten Gruppen (SD-S, SD-P) überzufällig seltener in der vorgesehenen Fragesituation eingeschätzt werden konnten (55,1% und 73,3%). Daneben wurde – weniger vorhersehbar – auch die Ruhesituation in der Gruppe der kognitiv und körperlich Schwerkranken vergleichsweise selten umgesetzt (18,4% missings), wohingegen von den 34 vergleichsweise kompetenten Bewohnern (LD) der zweiten Projektphase ein mit 14,7% deutlich gesteigerter Anteil nicht in einer Pflegesituation eingeschätzt werden konnte bzw. wurde.

Schließlich konnte für immerhin knapp 40% der somatisch dominierten Schwerdementen und 53% der psychopathologisch auffälligen (SD-P) Bewohner ein allgemeines Lebenszufriedenheits-Urteil auf der vorgegebenen Skala erhoben werden, während diese Information von jeweils über 85% der Bewohner in den beiden kognitiv weniger eingeschränkten Gruppen (LD, MD) erhoben werden konnte.

Gesamtvolumen beobachteten emotionalen Ausdrucks. Insgesamt wurden in der zweiten Erhebungsphase des HILDE-Projektes N=199 Bewohnerinnen und Bewohner aus insgesamt 12 verschiedenen stationären Pflegeeinrichtungen zu vier vorgegebenen Situationen mit HILDE-ES erfasst. Von den sich daraus ergebenden insgesamt 31840 (4x40x199) möglichen Ausdrucksmerkmalen wurden 3039, d.h. durchschnittlich 4 Merkmale pro Person und Situation kodiert. Tabelle 3.2.6.5.2 zeigt die Häufigkeiten des in den vier unterschiedenen Situationen beobachteten Ausdrucksverhaltens, sowie die Gesamtverteilung der Einzel-AUs nach Ausdrucksbereichen (Mimik, Körperhaltung, Lautäußerung).

Die Verteilung aller beobachteten Emotionsindikatoren macht deutlich, dass in allen drei Ausdrucksbereichen einzelne Items sehr häufig, andere dagegen kaum beobachtet wurden. Insgesamt fällt auf, dass Ausdrucksindikatoren für negative Emotionen seltener beobachtet wurden als solche für positive Befindlichkeiten. Auf die mimischen Ausdruckseinheiten (AUs) ‚Schmollmund machen/Lippen zusammenkneifen‘ sowie ‚Linien über die Stirn/Weitung der Augen‘, die gestischen Ausdrucksformen ‚Aggressives Verhalten‘ und ‚Kopf in der Hand‘, sowie die Lautäußerungen ‚Ärgerliches Rufen/Brüllen‘ sowie ‚Wiederholtes Rufen/Schreien‘

und ‚Weinen‘ entfallen jeweils nur 1 Prozent oder weniger der Gesamtbeobachtungen. Die am häufigsten beobachteten Einzelindikatoren gehören dagegen den positiv-valenten Emotionslagen Freude (‚Lächeln‘, ‚Entspannter Gesichtsausdruck‘) oder Interesse (‚Durch Bewegung auf etwas reagieren‘, ‚Augen folgen Person oder Objekt‘) an.

Tabelle 3.2.6.5.1: Verteilung des Ausdrucksverhaltens insgesamt (siehe nächste Seite)

Inhalte	Ruhe		Aktivität		Pflege		Frage		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Lächeln	28	3,9	41	5,3	19	2,1	45	6,9	133	4,4
Strahlender Blick	14	2,0	34	4,4	16	1,8	14	2,1	78	2,6
Entspannter Gesichtsausdruck	111	15,6	69	8,9	49	5,4	36	5,5	265	8,7
Augen(brauen) zusammenziehen	8	1,1	14	1,8	21	2,3	10	1,5	53	1,7
Schmollmund/Lippen zus.kneifen	7	1,0	1	0,1	9	1,0	4	0,6	21	0,7
Augen/Blick gesenkt	18	2,5	10	1,3	10	1,1	17	2,6	55	1,8
Zus.zucken/Gesicht verziehen	5	0,7	7	0,9	29	3,2	5	0,8	46	1,5
Linien über Stirn/Augen geweitet	5	0,7	5	0,6	6	0,7	6	0,9	22	0,7
Angespanntes Gesicht	20	2,8	25	3,2	63	7,0	19	2,9	127	4,2
Gesicht ausdruckslos	36	5,1	16	2,1	23	2,6	19	2,9	94	3,1
Stirnrunzeln	15	2,1	11	1,4	21	2,3	26	4,0	73	2,4
Augen/Kopf gesenkt	30	4,2	15	1,9	17	1,9	13	2,0	75	2,5
Augenkontakt halten	17	2,4	22	2,8	21	2,3	41	6,3	101	3,3
Augen folgen Objekt/Person	37	5,2	46	5,9	40	4,4	20	3,1	143	4,7
Aktive Teilnahme an Aufgabe	10	1,4	44	5,7	37	4,1	18	2,8	109	3,6
And. Freundl. Berühren/Streicheln	22	3,1	29	3,7	23	2,6	17	2,6	91	3,0
Freundl. nach Anderen greifen	18	2,5	23	3,0	19	2,1	17	2,6	77	2,5
Abwehrende Gesten/Faust schütteln	3	0,4	6	0,8	22	2,4	6	0,9	37	1,2
Aggressives Verhalten	3	0,4	3	0,4	22	2,4	1	0,2	29	1,0
repetitive Bew./Händeringen/Unruhe	11	1,5	8	1,0	14	1,6	11	1,7	44	1,4
Zittern	7	1,0	6	0,8	10	1,1	11	1,7	34	1,1
Kopf in der Hand	15	2,1	5	0,6	4	0,4	5	0,8	29	1,0
Körper abwenden/wegbewegen	11	1,5	11	1,4	25	2,8	9	1,4	56	1,8
durch Bew. auf etwas reagieren	59	8,3	50	6,5	56	6,2	28	4,3	193	6,4
Körper zuwenden/hinbewegen	29	4,1	43	5,5	40	4,4	42	6,4	154	5,1

(Fort)

Lautäußerung	Singen	16	2,3	35	4,5	5	0,6	4	0,6	60	2,0
	Laut/hörbar Lachen	13	1,8	22	2,8	7	0,8	13	2,0	55	1,8
	Direkte sprachl. Äuß. Freude	27	3,8	40	5,2	33	3,7	34	5,2	134	4,4
	Fluchen/Schimpfen	4	0,6	8	1,0	26	2,9	6	0,9	44	1,4
	Ärgerliches Rufen/Brüllen	4	0,6	1	0,1	13	1,4	0	0,0	18	0,6
	Direkte sprachl. Äuß. Ärger	7	1,0	12	1,5	25	2,8	12	1,8	56	1,8

Bewohnername:_____	Wohnbereich:_____				LD	MD	SD-S	SD-P		
Schnelles Atmen	2	0,3	4	0,5	26	2,9	5	0,8	37	1,2
Aufschreien/wiederholtes Rufen	7	1,0	5	0,6	9	1,0	5	0,8	26	0,9
Direkte sprachl. Äuß. Angst/Sorge	8	1,1	10	1,3	12	1,3	16	2,5	46	1,5
Stöhnen/Seufzen/Jammern	17	2,4	17	2,2	36	4,0	20	3,1	90	3,0
Weinen	3	0,4	0	0,0	2	0,2	2	0,3	7	0,2
Direkte sprachl. Äuß. Traurigkeit	7	1,0	5	0,6	8	0,9	18	2,8	38	1,3
durch Lautäußer. reagieren	23	3,2	22	2,8	34	3,8	10	1,5	89	2,9
Wiederholt Fragen stellen	14	2,0	18	2,3	30	3,3	28	4,3	90	3,0
Direkte sprachl. Äuß. Interesse	19	2,7	32	4,1	19	2,1	40	6,1	110	3,6
Gesamt	710		775		901		653		3039	

Der individuelle Gesamtumfang beobachteten Ausdrucksverhaltens in der Gesamtstichprobe ist für die vier Beobachtungssituationen getrennt in Tabelle 3.2.6.5.3 dargestellt. Erwartungsgemäß ist das beobachtete Gesamtvolumen des Ausdrucksverhaltens in der Ruhesituation am geringsten, während für die beiden bewegungsgebundenen Situationen (Aktivität und Pflege) signifikant mehr Ausdrucksverhalten beobachtet wurde (Repeated Measures ANOVA: Wilk's Lambda=0,91; $F(3, 140)=4,82$, $p<.003$). Der Gesamtumfang dokumentierten Ausdrucksverhaltens ist in der Fragesituation gegenüber der Ruhesituation nicht deutlich (signifikant) erhöht (RM-ANOVA mit Einzelkontrasten: $F(1, 142)=1,55$, $p<.0215$), obwohl man dies aufgrund der direkten Ansprache des Bewohners durchaus erwartet hätte.

Tabelle 3.2.6.5.2: Ausdrucksvolumen in den vier Beobachtungssituationen

Situation	Gesamt		LD	MD	SD-S	SD-P
	N	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)
Ruhe	183	3,9 (2,7)	3,7 (3,7)	3,8 (2,3)	3,8 (2,9)	5,0 (2,8)
Aktivität	172	4,5 (2,9)	4,4 (3,5)	4,6 (2,6)	4,5 (3,2)	4,6 (3,3)
Pflege	189	4,8 (3,0)	4,2 (3,2)	4,4 (2,7)	5,7 (3,3)	5,4 (3,4)
Frage	159	4,1 (2,7)	3,8 (2,8)	4,3 (2,6)	3,9 (3,3)	3,9 (1,6)

Differenziert man den Gesamtumfang beobachteten Ausdrucksverhaltens nach den vier unterschiedenen Kompetenzgruppen, fällt der deutlich erhöhte Mittelwert der psychiatrisch auffälligen Bewohner (SD-P) auf, der sich jedoch nicht als signifikant von den anderen Gruppen verschieden ausweisen lässt. Während sich weiterhin auch für die Aktivitäts- und Fragesituation keine überzufällig gesteigerten Ausdruckshäufigkeiten in einzelnen Bewohnergruppen belegen lassen, zeigt die SD-S-Gruppe, die auch körperlich schwer beeinträchtigten Bewohner signifikant mehr Ausdrucksverhalten in der Pflegesituation als die anderen, insbesondere weniger dementen Bewohnergruppen. Die Mittelwertsdifferenz zu den psychiatrisch auffälligen Schwerdementen ist hingegen nicht überzufällig groß.

Betrachtet man die drei unterschiedlichen Ausdrucksbereiche (Mimik, Körperhaltung, Lautäußerungen) getrennt von einander für die vier Beobachtungssituationen (siehe Abbildung

3.2.6.5.1), so wird deutlich, dass der Ausdrucksbereich mit den meisten Beobachtungen über alle Situationen hinweg die Mimik ist. Ebenfalls erwartungskongruent sind die Befunde, dass Lautäußerungen in der Ruhesituation seltener beobachtet werden konnten als in allen drei anderen Situationen (RM-ANOVA: Wilk's Lambda=0,78; $F(3, 140)=13,3$, $p<.001$). Beobachtungen im Bereich der Körperhaltung sind hingegen vor allem in der Pflegesituationen und bei Aktivität häufiger notiert worden (RM-ANOVA: Wilk's Lambda=0,91; $F(3, 140)=4,83$, $p<.003$).

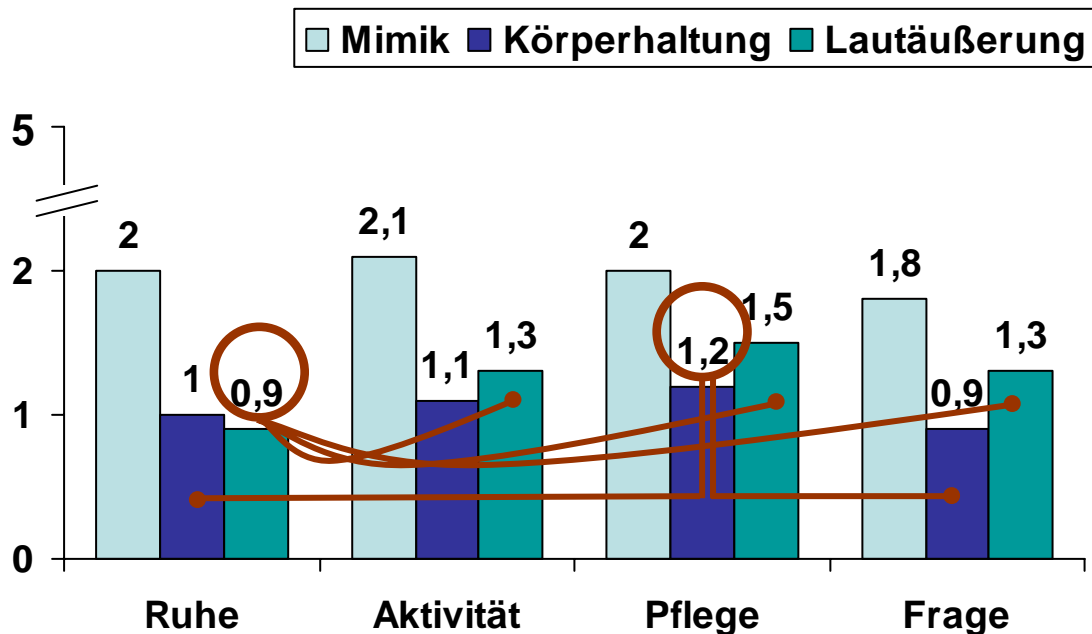


Abbildung 3.2.6.5.1: Mittlere Anzahl bereichsspezifischen Ausdrucksverhaltens in den vier Beobachtungssituationen

Hieraus lässt sich zunächst global folgern, dass die HILDE-ES in der vorliegenden Erhebungsform durchaus geeignet ist, situationsadäquates emotionales Ausdrucksverhalten in unterschiedlichen Situationen differenziert zu erfassen.

Obwohl die Gruppe der psychopathologisch auffälligen Demenzkranken in allen Beobachtungssituationen ein deutlich gesteigertes Ausmaß mimischen Ausdrucks aufweist (Tabelle 3.2.6.5.4), kann dieser Unterschied nur in der Ruhesituation (univariat) auch statistisch gesichert werden ($M=2,9$ vs. 1,8, 1,9 und 1,9). Bei gleichzeitiger Berücksichtigung des Messwiederholungsfaktors ‚Situation‘ und der Zugehörigkeit zu den vier Kompetenzgruppen lässt sich jedoch weder das Niveau des mimischen Ausdrucks über alle vier Situationen hinweg signifikant verschieden ausweisen, noch kann eine systematische Interaktion zwischen Beobachtungssituation und Kompetenzgruppe belegt werden.

Neben dem bereits berichteten Effekt der Beobachtungssituation auf das Niveau beobachteten gestischen Ausdrucksverhalten lassen sich für die Kompetenzgruppen keine systematischen signifikanten Unterschiede bezüglich der Körperhaltung aufzeigen. Ähnlich stellt sich auch die Verteilung des verbalen Ausdrucksverhaltens über die Alltagssituationen bzw. Kompetenzgruppen dar, wobei neben einem hochsignifikant geringeren Lautäußerungs-Niveau in der Ruhesituation die Interaktion von Kompetenzgruppe und Beobachtungssituation nur knapp das nominelle alpha-Niveau von .05 verfehlt. Dieser (nicht signifikante) Effekt beschreibt insbesondere die Gruppe der körperlich schwer Beeinträchtigten als in den beobachteten Ruhesituationen sehr ruhig (geringste Verbalisation), in der Pflegesituation hingegen als die Gruppe mit dem größten Umfang an dokumentierten Lautäußerungen.

Tabelle 3.2.6.5.4: Ausdrucksvolumen in den vier Beobachtungssituationen (Kennzeichenbereiche nach Kompetenzgruppen)

Situation	Kennzeichen	LD	MD	SD-S	SD-P
Ruhe	Mimik	1,8 (1,4)	1,9 (1,1)	1,9 (1,4)	2,9 (1,7)
	Körperhaltung	1,0 (1,2)	1,0 (0,7)	0,9 (1,0)	1,2 (0,7)
	Lautäußerung	0,9 (1,6)	1,0 (1,1)	0,9 (1,2)	0,9 (1,1)
Aktivität	Mimik	2,1 (1,6)	2,0 (1,2)	2,3 (1,5)	2,3 (1,7)
	Körperhaltung	1,0 (1,1)	1,1 (0,8)	1,1 (1,1)	1,2 (0,7)
	Lautäußerung	1,4 (1,4)	1,5 (1,1)	1,1 (1,1)	1,2 (1,6)
Pflege	Mimik	1,7 (1,4)	2,0 (1,3)	2,2 (1,4)	2,5 (1,7)
	Körperhaltung	1,2 (1,0)	1,1 (0,8)	1,5 (1,2)	1,5 (1,3)
	Lautäußerung	1,3 (1,2)	1,3 (1,1)	2,0 (1,5)	1,4 (1,3)
Frage	Mimik	1,9 (1,2)	1,9 (1,2)	1,6 (1,2)	2,2 (1,5)
	Körperhaltung	0,8 (1,0)	1,0 (0,8)	0,9 (1,1)	0,9 (0,8)
	Lautäußerung	1,1 (1,2)	1,5 (1,3)	1,4 (1,6)	0,8 (0,6)

Analyse und Interpretation EMFACS-analoger Ausdruckskombinationen. Als Kriterium zur Prüfung der Konstruktvalidität wurden die einzelnen Ausdruckseinheiten der HILDE-ES zu Kombinationen zusammengefasst, die analog zu EMFACS-Kriterien als Indikatoren für spezifische Emotionen gelten können. Hierfür wurden die einzelnen Ausdruckseinheiten zunächst nach drei Auswertungsvorschriften gemäß ihrer Bedeutsamkeit für einen spezifischen emotionalen Ausdruck gewichtet (Beispiel siehe Abbildung 3.6.5.2):

- 1) Wenn beispielsweise ein Bewohner „lächelt“ so kann diese Ausdruckseinheit als stärker indikativ für ein mögliche dahinter stehende Emotion von Freude gelten als wenn z.B. nur „freundlich nach jemandem greifen“ beobachtet wurde. Entsprechend wurde die Ausdruckseinheit „lächeln“ mit zwei Punkten gewichtet, während „freundlich nach

jemandem greifen“ lediglich einen Punkt erhielt. Analog wurde diese Gewichtung für alle 40 Ausdruckseinheiten vorgenommen.

- 2) Als weitere Wertungskonvention wurde festgelegt, dass zwischen für eine Emotion eindeutigen Items, die per se zu einer emotionsrelevanten Interpretation führen und Item-Kombinationen, die ab mindestens drei Punkten zur Interpretation einer „wahrscheinlichen“ Emotion führen, unterschieden wird. Entsprechen wurde bei der Summe innerhalb jeweils einer Zeile auf HILDE-ES von mindestens drei Punkten die entsprechende Emotion (im Beispiel „Freude“) als *eindeutig* interpretiert. Ergibt sich jedoch eine Summe von drei Punkten über die einzelnen Zeilen hinweg, jedoch *innerhalb* der Zeilen positiver bzw. negativer Emotionen, so wird die entsprechende Emotion zumindest als *wahrscheinlich* vorliegend interpretiert.
- 3) Um aber auch Hinweise auf weniger distinkte emotionale Befindlichkeit wie allgemeines *Wohl- oder Missempfinden* ebenfalls analysieren zu können, wurde als dritte Auswertungsvorschrift festgelegt, dass eine Gesamtsumme von zwei Punkten, jeweils über die einzelnen Zeilen hinweg, jedoch innerhalb der Zeilen positiver bzw. negativer Emotionen entsprechend als Wohl- bzw. Missempfinden interpretiert wird.

Mimik			Körperhaltung		Lautäußerungen			
2 Lächeln	Strahlender Blick	Entspannter Gesichtsausdruck	Andere freundlich berühren oder streicheln	1 Freundlich nach anderen greifen	Singen	Laut / hörbar Lachen	Direkte sprachliche Äußerung von Freude	→ 3 Pkt.
Augen (Brauen) zusammenziehen	Schmollmund machen, Lippen zusammenkneifen	Augen/Blick senken	Abwehrende Gesten, Faust schütteln	Aggressives Verhalten	Fluchen, Schimpfen	Ärgerliches Rufen/ Brüllen	Direkte sprachliche Äußerung von Ärger	
Zusammenzucken, Gesicht verziehen	Linien quer über die Stirn, Weitung der Augen	Angespanntes Gesicht	Repetitive Bewegungen, Händeringen Unruhe	Zittern	Schnelles Atmen	Aufschreien, wiederholtes Rufen	Direkte sprachliche Äußerung von Angst / Sorge	
Gesicht ausdruckslos	Stirnrunzeln	Augen/Kopf gesenkt	Kopf in der Hand	Körper abwenden bzw. von jemandem wegbewegen	Stöhnen, Seufzen, Jammern	Weinen	Direkte sprachliche Äußerung von Traurigkeit	
Augenkontakt halten	Augen folgen einem Objekt oder einer Person	An einer Aufgabe aktiv teilnehmen	1 Durch Bewegung auf etwas reagieren	Körper zuwenden, sich auf jemanden zubewegen	Durch Lautäußerung auf etwas reagieren	Wiederholt Fragen stellen	Direkte sprachliche Äußerung von Interesse	→ 1 Pkt.

Abbildung 3.2.6.5.2: Auswertungsvorschriften, Beispiel

Auf der Grundlage dieser Auswertungskriterien wurden (mit Mehrfachnennungen) insgesamt 1300, im Mittel 1,9 Emotionen als (in verschiedenen eindeutigem Ausmaß beobachtbare) Affekte interpretiert (siehe Abbildung 3.2.6.5.3). Dabei fällt auf, dass die Emotionsinterpretation Ärger vergleichsweise eindeutiger vergeben wird, während Angst- oder Trauerzustände tendenziell mit einer höheren Unsicherheit behaftet sind (Emotion ‚wahrscheinlich‘) oder sich aus den entsprechenden beobachteten Indikatoren lediglich geschwächte Emotionsinterpretationen im Sinne von Wohlbefinden (bei positiven Indikatoren) bzw. Missempfinden (bei negativen Ausdruckseinheiten) ergeben. Die am häufigsten kodierte Emotion ‚Interesse‘ (eindeutig und wahrscheinlich) wurde insgesamt in nahezu 300 der insgesamt ca. umgesetzten

700 Beobachtungssituationen vergeben, die Häufigkeit der Emotionskodierung ‚Freude‘ liegt nur knapp dahinter.

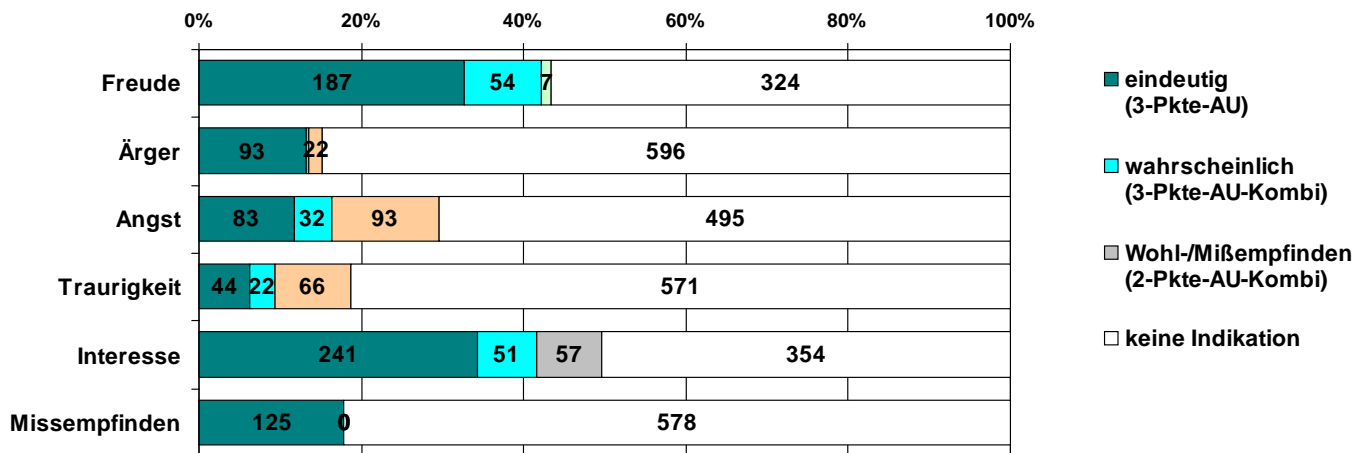


Abbildung 3.2.6.5.3: EMFACS-analoge Emotionsinterpretationen

Will man den Umstand der Kodierung mehrerer Emotionen aus den festgehaltenen Beobachtungseinheiten umgehen, und entscheidet man sich daher für den in der jeweiligen Beobachtungssituation dominierenden Affekt (beispielsweise indem die Emotionskodierung mit den meisten/deutlichsten beobachteten Indikatoren gewählt wird), so zeigt sich, dass mit Hilfe der HILDE-ES deutliche Emotionsunterschiede in den verschiedenen Alltagssituationen festgehalten werden konnten (vgl. Abbildung 3.2.6.5.4). Erwartungsgemäß finden sich in der Pflegesituation am häufigsten Anzeichen von Ärger (31%) oder auch von Angst und Sorge (30%) bei den Bewohnern. Freude aber auch Traurigkeit wurden am häufigsten in den Ruhesituationen beobachtet (76% bzw. 20%). Ebenfalls als erwartungskongruent erweist sich, dass in der Aktivitätssituation am häufigsten Interesse im Ausdrucksverhalten der Bewohner beobachtet wurde (56%), was Interesse eher als Aufmerksamkeits- oder Vigilanzindikator denn als Emotion im engeren Sinne auszeichnet. Ein Nachteil der Entscheidung für den am stärksten indizierten Gesamtaffekt liegt allerdings in der Möglichkeit geteilter Ränge, durch die in ca. 13 bis 16 Prozent der Fälle keine eindeutige Entscheidung getroffen werden konnte.

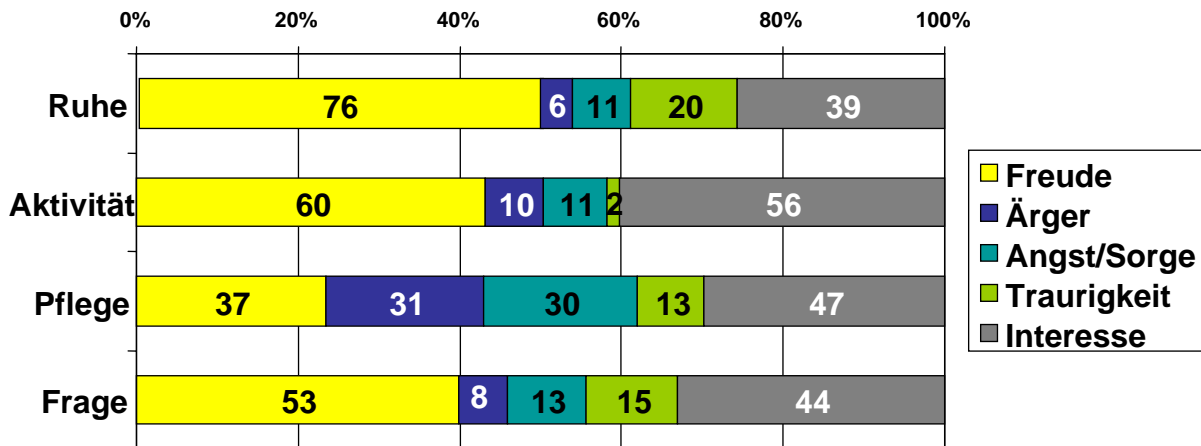


Abbildung 3.2.6.5.4: Situationsspezifisch Interpretation des Ausdrucksverhaltens in Prozent

Eine Alternative zur Entscheidung für eine die Beobachtungssituation dominierende Emotion stellt die parallele Berücksichtigung aller Emotionsindikationen anhand der gewichteten Zeilensummen (Freude, Ärger, Angst/Sorge, Traurigkeit und Interesse) dar. Damit wird der Variabilität der emotionalen Situationen eher Rechnung getragen als mit einem Zwangsentcheid, und doch bleiben dominierende Emotionen erkennbar. Eine entsprechende Darstellung der mittleren Emotionsprofile für die Gesamtgruppe über die vier Beobachtungssituationen hinweg ist in Abbildung 3.2.6.5.5 gegeben.

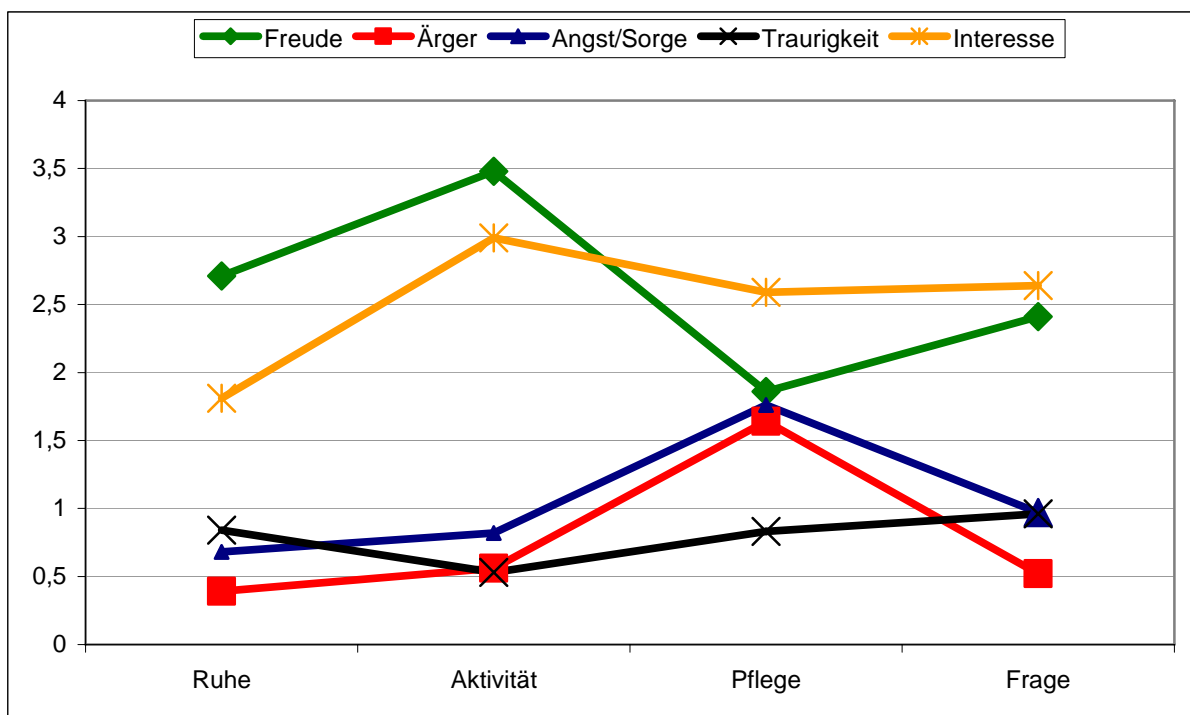
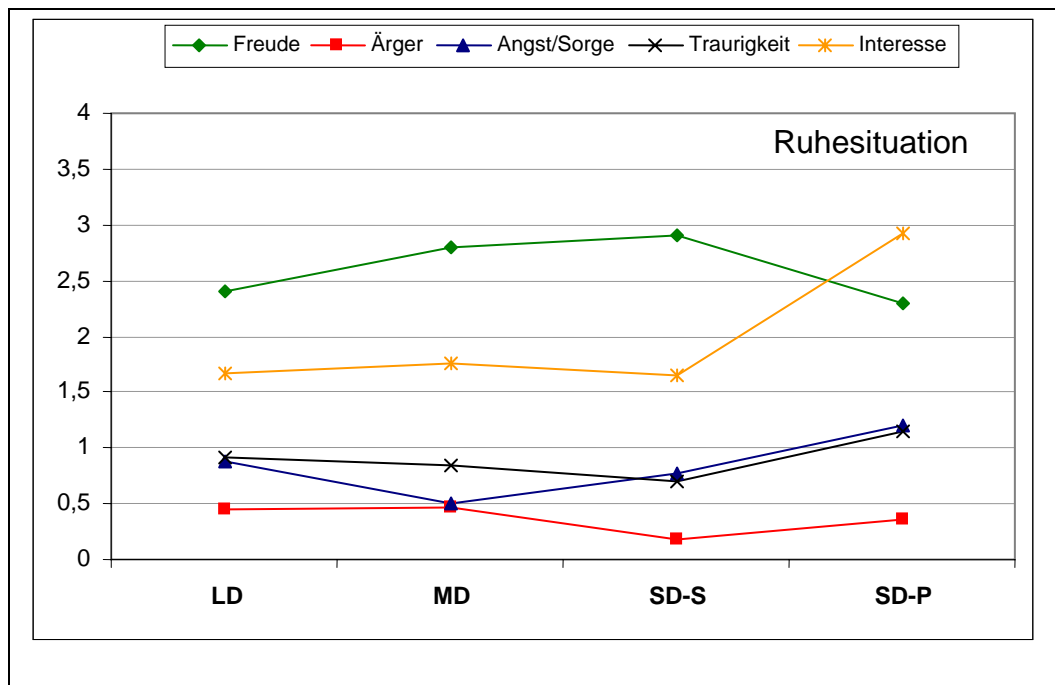


Abbildung 3.2.6.5.5: Emotionsprofil der vier Beobachtungssituationen (gewichtete HILDES-Zeilensummen)

Für alle vier Situationen lassen sich deutliche Unterschiede im Niveau der fünf definierten Affekte feststellen, wobei der positive Affekt gegenüber dem negativen in nahezu allen Situa-

tionen deutlich überwiegt. Allenfalls in der Pflegesituation ist der beobachtete Freudeaffekt nicht deutlich stärker ausgeprägt als die negativen Emotionen Ärger und Angst/Sorge. Interesse stellt durch die vielen Aufmerksamkeit oder Engagement indizierenden Items einen bestenfalls niedrigschwelligen Affekt dar, der nur in der Ruhesituation deutlich reduziert ist, in den anderen Situationen aber nicht deutlich mit den Affekten im engeren Sinne variiert. Die könnte als Hinweis darauf gewertet werden, dass hier weniger Emotionalität als Vigilanz/Engagement gemessen wird. Innerhalb der negativen Emotionalität werden nur die Traurigkeitsindikatoren in der Pflegesituation nicht gehäuft beobachtet, während sowohl Ärger als auch Angst deutlich gesteigert sind.

Emotionalität in Beobachtungssituationen nach Kompetenzgruppen. Differenziert man die gewichteten Häufigkeiten verschiedener beobachteter Emotionsindikatoren nach einzelnen Kompetenzgruppen und Beobachtungssituationen (siehe Abbildung 3.2.6.5.6), ergeben sich deutliche Hinweise auf eine in den Gruppen spezifische Affektivität nur für die Pflegesituation, während insbesondere die beobachtete Emotionalität der Gruppe schwer beeinträchtigter psychopathologisch auffälliger Heimbewohner zwar offenkundig scheint, sich (nicht zuletzt aufgrund der auch in unserer moderat großen Gesamtstichprobe nur selten vertretenen SD-P-Gruppe) jedoch nicht in allen Fällen auch statistisch absichern lässt. Besonders die auffällig reduzierten Freudeindikatoren und die in der Aktivitätssituation deutlich gesteigerte Prävalenz von Angst und Ärgerindikatoren sollten sich bei einer Anhebung der Stichprobengröße zukünftig auch statistisch absichern lassen.



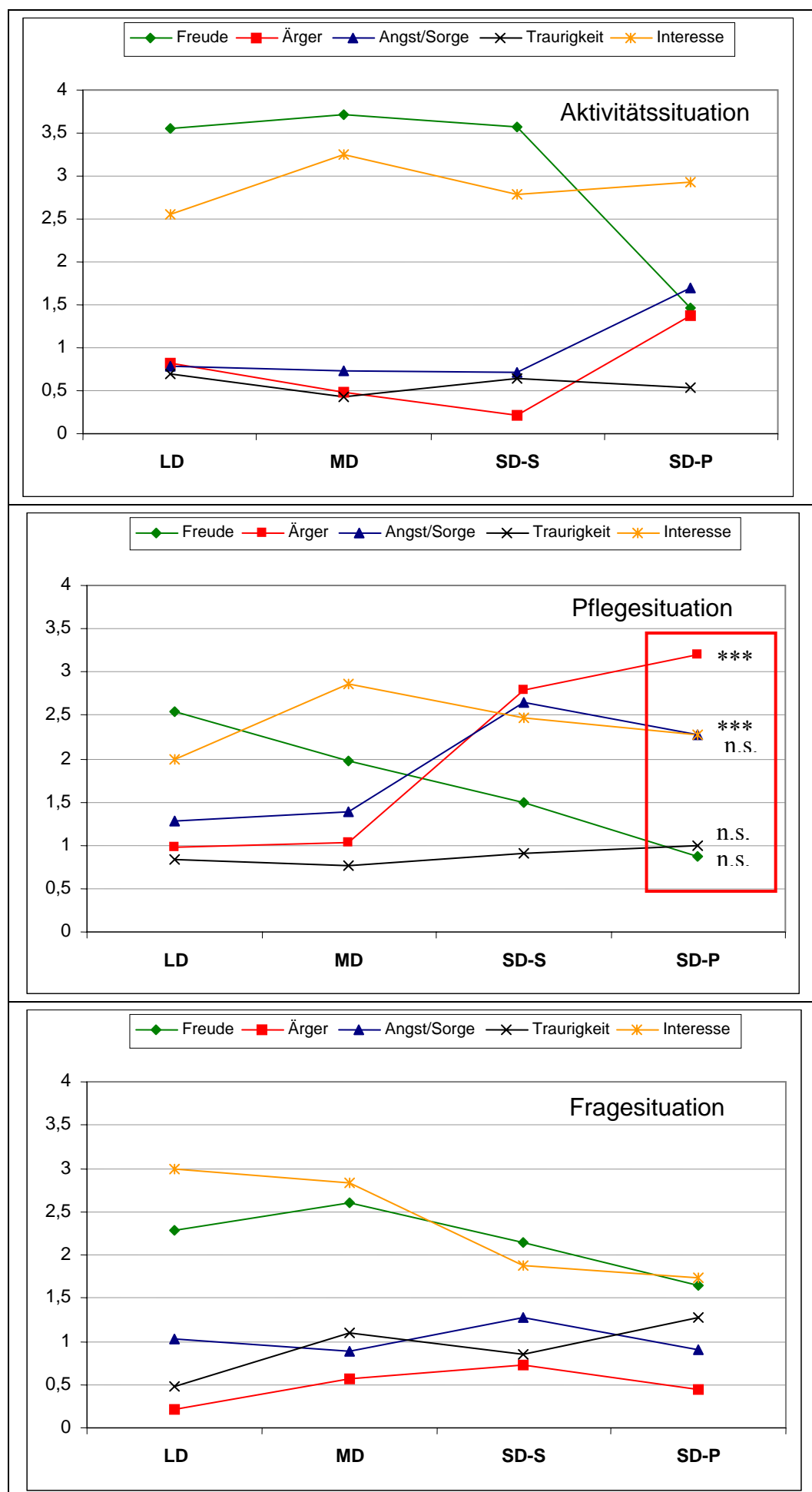


Abbildung 3.2.6.5.6: Beobachtete Emotionsindikation in den Situationen nach Kompetenzgruppe

Gesamteindruck der Pflegenden in den Beobachtungssituationen. Nach der konkreten Verhaltensbeobachtung wurden die Pflegenden gebeten jeweils ihren Gesamteindruck bzgl. des Befindens der Bewohner in den jeweiligen Situationen anzugeben.

Dabei sollten sie

- a) die jeweilige Emotion angeben, der ihrem Gesamteindruck am ehesten entspricht (Vorgabe mit Zwangsentscheid) und
- b) beurteilen, wie sicher sie sich hinsichtlich dieses Gesamteindrucks sind.

Durch den Abgleich von konkret beobachtetem Ausdrucksverhalten mit dem Gesamteindruck des Bewohners soll abgeschätzt werden können, ob bestimmte Indikatorenbereiche (Mimik, Gestik, Lautäußerung) oder bestimmte Einzelindikatoren einen herausragenden Anzeigewert für den bestimmenden Emotionseindruck besitzen. Darüber hinaus soll abgeschätzt werden können, ob sich auch im Nachhinein anhand der dokumentierten Einzel-AUs ohne nähere Angaben zur Gleichzeitigkeit der Auftretens der Einzelindikatoren oder ihrer jeweiligen Dauer sinnvoll auf den bestimmenden Affekt in der Beobachtungssituation geschlossen werden kann. Wie Abbildung 3.2.6.5.7 zeigt, ergab die Analyse des Gesamteindrucks der Pflegekräfte ebenfalls ein differenziertes Muster von Emotionalität in den verschiedenen Beobachtungssituationen.

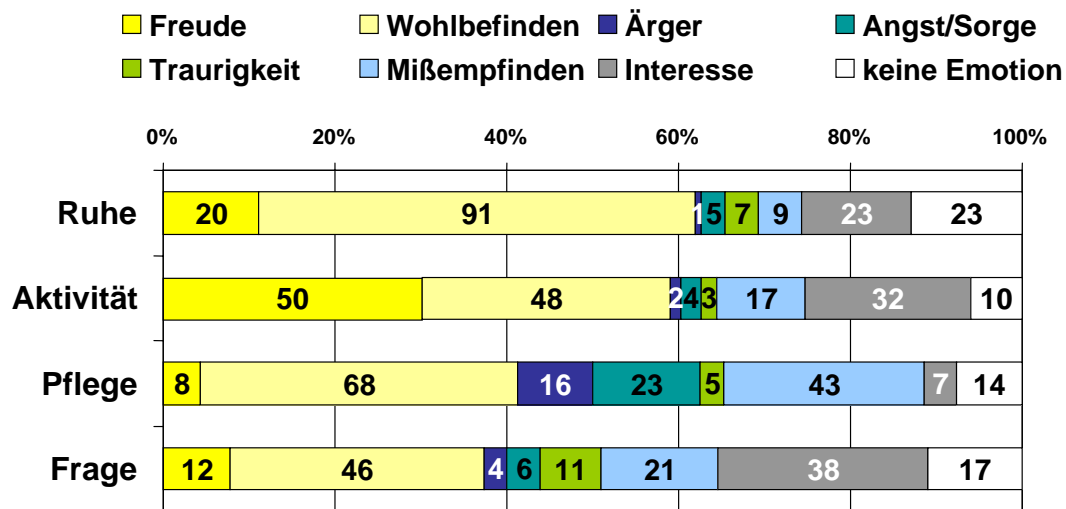


Abbildung 3.2.6.5.7: Gesamteindruck der Pflegekräfte in den Beobachtungssituationen

Auffällig ist, dass die „schwächeren“ Emotionen Wohl- bzw. Missemfinden hier häufiger angegeben wurden als die distinkten Emotionen (z.B. 50% Wohlbefinden in der Ruhesituation vs. 10% Freude). Ebenfalls zeigen die Ergebnisse, dass in 13% aller Einschätzungen „keine Emotion“ im Gesamteindruck angegeben werden konnte. Inhaltlich scheinen die individuellen Einschätzungen der Pflegekräfte und die bereits zuvor festgestellten situativ verschiedenen Emotionsmuster relativ parallel zu sein. Auch nach dem Gesamturteil scheint die Pflegesituation häufiger negativ erlebt zu werden, während für die Aktivitäts- und Fragesituation häufiger Interesse als Indikator für Engagement eingeschätzt wurde. Dagegen wurde Traurigkeit vergleichsweise selten als die den Gesamteindruck bestimmende Emotion angegeben.

Die inhaltlichen Einschätzungen sollten auch vor dem Hintergrund der miterfassten Sicherheit bzgl. des Gesamteindrucks interpretiert werden. Tabelle 3.2.6.5.5 gibt einen Überblick über die Urteilssicherheit in verschiedenen Beobachtungssituationen und hinsichtlich der verschiedenen inhaltlichen Emotionsinterpretationen.

Tabelle 3.2.6.5.5: Sicherheit der Emotionsurteils der Pflegenden

N (%)	wahrscheinlich	eindeutig erkennbar
Beobachtungssituation		
- Ruhe	106 (58,9%)	74 (41,1%)
- Aktivität	110 (66,7%)	55 (33,3%)
- Pflege	115 (62,8%)	68 (37,2%)
- Frage	76 (49,4%)	78 (50,6%)
Gesamteindruck		
- Freude	67 (74,4%)	23 (25,6%)
- Wohlbefinden	161 (63,6%)	92 (36,4%)
- Missempfinden	55 (61,1%)	35 (38,9%)
- Ärger	16 (69,6%)	7 (30,4%)
- Angst	11 (29%)	27 (71%)
- Trauer	12 (46,2%)	14 (53,8%)
- Interesse	55 (55%)	45 (45%)
- Keine Emotion	30 (49,2%)	31 (50,8%)

Lediglich 40% der Pflegenden schätzen ihren Gesamteindruck des Befindens der Bewohner insgesamt als „eindeutig erkennbar“ ein, während immerhin 60% der Pflegenden ihren Eindruck von der Gestimmtheit der Bewohner als „wahrscheinlich“ beurteilen. Dabei scheint einerseits die Emotionalität des Bewohners in verschiedenen Situationen unterschiedlich gut bzw. sicher einschätzbar zu sein ($\chi^2_{(3)}=11,0$, $p<.012$), andererseits ergaben sich auch Unterschiede hinsichtlich der Sicherheit der Einschätzung bzgl. der einzelnen Emotionen über die verschiedenen Situationen hinweg: Freude wurde nur in 26% aller Einschätzungen als eindeutig beurteilt, während dies bei Angst von 71% bzw. bei Trauer von 54% der Pflegenden angegeben wurde ($\chi^2_{(7)}=31,4$, $p<.001$). Eine mögliche Erklärung kann darin gesehen werden, dass einzelne Kennzeichen der insgesamt selteneren Emotionen Angst oder Traurigkeit einen höheren indikativen Wert für die entsprechende Emotion haben und daher schon bei Vorliegen des einzelnen Merkmals die Emotion als „eindeutig“ eingeschätzt werden kann (z.B. „Weinen“), während für ein sicheres Freudeurteil mehr verschiedene Merkmale beobachtet werden müssen. Kann dann die Emotion nicht eindeutig als Freude interpretiert werden, so liegt die Interpretation einer schwächeren emotionalen Gestimmtheit wie z.B. Wohlbefinden nahe.

Zusammenhang der Beobachtungsdaten mit dem Gesamteindruck. Um weitere Hinweise auf die Validität der HILDE-ES zu bekommen, wurde die Übereinstimmung der mit der Beobachtungsskala erfassten Emotionen gemäß der EMFACS-Kombinationen (Zeilen) mit dem

Gesamteindruck der Pflegekräfte (Spalten) geprüft. Hier zeigt sich, dass in der Tendenz, d.h. im Hinblick auf die Valenz der beobachteten Emotion (positiv vs. negativ), die Übereinstimmung sehr hoch ist. Die Übereinstimmungsraten hinsichtlich der diskreten Emotionen liegen dagegen deutlich niedriger.

Zeilen% Spalten%	Freude	Wohl- befinden	Miss- empfinden	Ärger	Angst	Trauer	Interesse	Keine Emotion	N
Freude	27,4 68,9	56,6 50,6	. .	. .	. .	. .	. .	1,3 4,7	226
Ärger	. .	. .	50,9 31,1	20,0 47,4	. .	. .	. .	10,9 1,6	55
Angst/Sorge	. .	. .	30,3 23,3	. .	20,0 34,2	. .	. .	7,7 6,3	65
Traurigkeit	. .	. .	26,0 14,4	. .	. .	26,0 50,0	. .	26,0 20,3	50
Interesse	. .	35,5 26,1	. .	. .	. .	. .	30,1 56,0	12,4 35,9	186
n.z. (ties)	3,3 3,6	14,1 18,9	29,8 14,2	14,1 18,9	2,5 13,0	5,8 18,4	15,7 19,0	11,6 21,9	121
N	112	253	90	23	38	26	100	64	

Abb. 3.2.6.5.8: Übereinstimmung von Pflegekraft-Gesamturteil und dominierender Emotionsinterpretation aus den Beobachtungsdaten

Es ergibt sich für 27,4% aller Fälle eine exakte Übereinstimmung zwischen Beobachtung und Gesamteindruck für die Emotion „Freude“. Auch für die anderen Emotionen beläuft sich die Übereinstimmung auf etwa 25% im Durchschnitt. Ein Teil dieser Fehlpassung ist sicherlich auch den unterschiedlichen inhaltlichen Differenzierungen der Ausdrucks-Interpretationen und des Gesamteindruckes zu schulden. Nimmt man nämlich jeweils die nur im Gesamturteil möglichen schwächeren Emotionen Wohl- bzw. Missempfinden hinzu, so ergibt sich z.B. für „Freude“ eine Übereinstimmung von 84%. Bzgl. der negativen Emotionen ist festzuhalten, dass lediglich „Ärger“ mit insgesamt 71% Übereinstimmung (inkl. Missempfinden) hohe Übereinstimmung zeigt. Insbesondere die Emotion „Trauer“ erwies sich als weniger konsistent einschätzbar. Hier wurden in immerhin 26% aller Fälle im Gesamteindruck der Pflegenden „keine Emotion“ angegeben, während sie aufgrund der angegebenen Ausdruckskombinationen von HILDE-ES als Zeichen für Trauer zu interpretieren waren. Wenn man davon ausgeht, dass es sich bei den erfassten Trauerindikatoren des Beobachtungsinstrumentes um sinnvolle Anzeiger von Traurigkeit handelt, würden Pflegenden nach diesen Befunden das Vorliegen dieser Emotion unterschätzen. Eine möglicherweise näher liegende Erklärung für diese Abweichung könnte jedoch auch in den unterschiedlichen verwendeten Begrifflichkeiten liegen, da unter Traurigkeit etwas anderes verstanden werden könnte als unter Trauer.

Die meisten Beobachtungssituationen, für die aufgrund gleicher Summengewichte in verschiedenen Zeilen der Beobachtungsskala keine eindeutige Entscheidung über die vorliegende Emotion getroffen werden konnte (N=121), waren nach dem Gesamteindruck der Pflegenden von „Misempfinden“ gekennzeichnet.

Um abzuschätzen, wie spezifisch die per HILDE-SE dokumentierten Emotionsindikatoren für den durch die Pflegende beurteilten Gesamteindruck der emotionalen Lage des Bewohners sind, wurden die mittleren gewichteten Summen der beobachteten Zeilenindikatoren nach der letztendlich vergebenen Gesamteinschätzung der Pflegenden geordnet dargestellt (s. Abbildung 3.2.6.5.9). Zur besseren Veranschaulichung wurden die positiven Pflegeurteile fett, die negativen dünner gerahmt. Die erfassten Freudeindikatoren scheinen recht gut zwischen positivem und negativem Gesamteindruck der Pflegenden differenzieren zu können. Vergleichbares lässt sich umgekehrt auch für die erfassten Ärgerindikatoren sagen, auch wenn die erreichten Indikatorsummen hier für die negativen Gesamtbeurteilungen nicht ganz so hoch sind, und das Pflegeurteil daher aufgrund der zweiten SE-Zeile weniger gut vorhergesagt werden kann. Deutlich heterogener erscheint die Spezifität der Angst/Sorge-Indikatoren zu sein, wohingegen Traurigkeit wieder eine kleinere Variabilität negativer Gesamturteile aufweist. Interessanterweise steigt die Kurve für neutrale Gesamteinschätzung bei den Traurigkeitsindikatoren deutlich an, und verweist somit darauf, dass auch bei mehr beobachteten Informationen aus dieser Zeile noch vergleichsweise häufig ‚keine Emotion‘ vergeben wurde. Interessensindikatoren scheinen am wenigsten gut eine Vorhersage des Gesamturteils der Pflegenden zu erlauben, Bewohner, die insgesamt als ‚ängstlich/besorgt‘ eingeschätzt wurden, scoren hier bedeutend höher als Personen, deren emotionale Stimmung in den Situationen als eher positiv beurteilt wurden. Personen, für die ‚keine Emotion‘ beobachtet wurde, liegen vergleichsweise häufig/viele Indikatoren aus dem Erfassungsbereich Interesse vor.

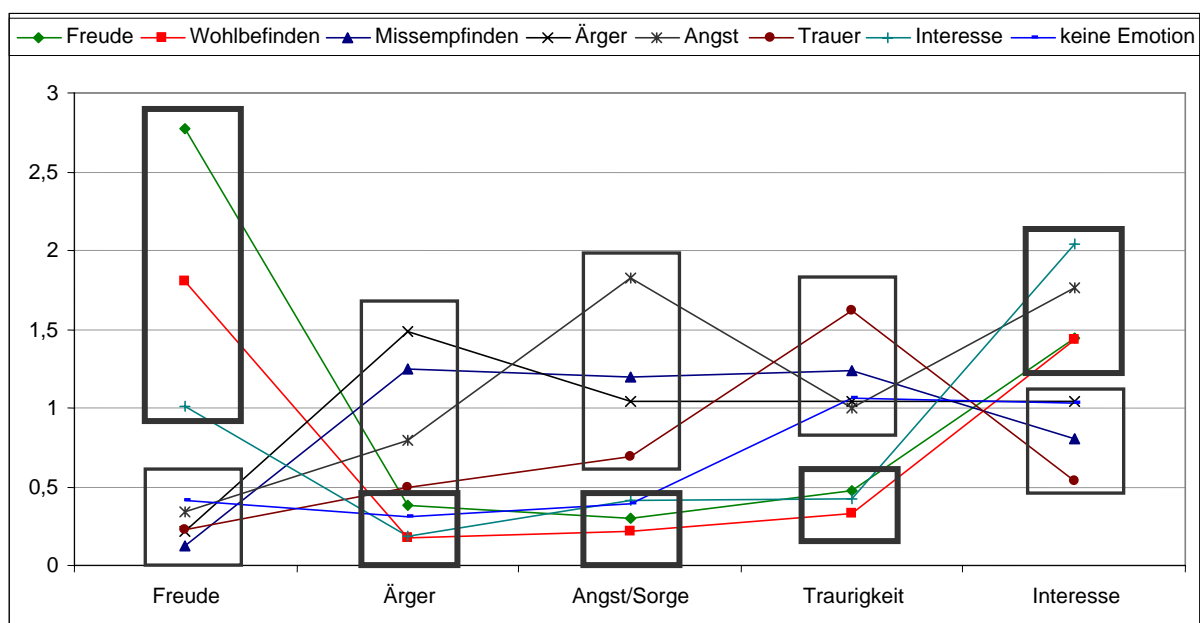


Abbildung 3.2.6.5.9: Spezifität der HILDE-SE Indikatoren für den Gesamteindruck

Werden alle Situationen zusammengefasst, und das Gesamturteile der Pflegenden nach den unterschiedenen Kompetenzgruppen dargestellt (s. Abbildung 3.2.6.5.10), so wird deutlich, dass für die Gruppe der psychopathologisch auffälligen Schwerdemenzkranken mit insgesamt 38% aller Beobachtungssituationen signifikant häufiger negative Emotionalität festgehalten wurde, als für die verbleibenden Kompetenzgruppen ($\chi^2_{(21)}=44,0$, $p<.002$). Daneben lässt sich festhalten, dass in den Gruppen der kognitiv schwerer Beeinträchtigten seltener der Gesamteindruck Interesse vergeben wurde als in den Gruppen mit beginnender oder mittelgradiger Demenz. Auch die Beurteilung, dass beim Bewohner in der Beobachtungssituation keine diskrete Emotionalität auszumachen war, wurde für die beiden schwerer Belasteten Gruppen vergleichsweise häufiger vergeben.

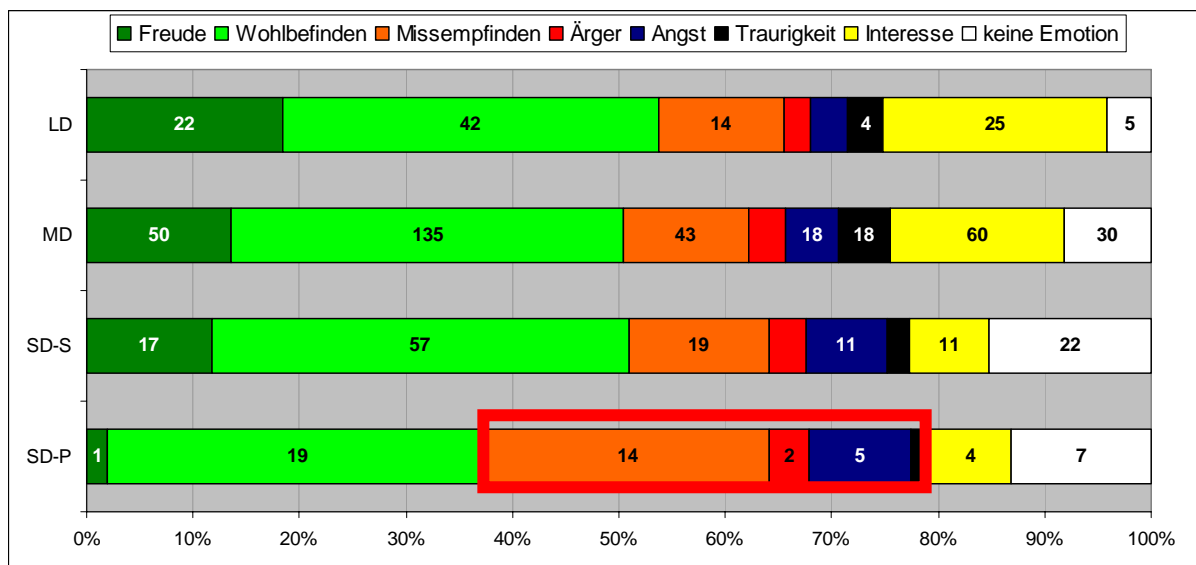


Abbildung 3.2.6.5.10: Emotionalität der Kompetenzgruppen nach dem Gesamteindruck der Pflegenden

3.2.6.6. Implikationen für die Umsetzung im Endinstrument

Die Ergebnisse zur Beobachtungsskala HILDE-ES machen deutlich, dass es den Pflegenden mit großer Zuverlässigkeit gelingt die Emotionen der Bewohner anhand der Skala zu dokumentieren. HILDE-ES hat sich als sensibel für situative Unterschiede in der emotionalen Befindlichkeit der beobachteten Bewohner in verschiedenen Standardsituationen erwiesen.

Die große Übereinstimmung der Beobachtungen mit dem Gesamturteil der Pflegenden zeigt, dass es nicht unbedingt der aufwendigen „molekularen“ Beschreibung von Ausdrucksmerkmalen bedarf, um zu einem validen Gesamteindruck des Befindens der Bewohner zu gelangen. Praktikabler, vor allem im Hinblick auf die Handhabbarkeit des Endinstrumentes, erscheint es daher, diese Beobachtungsebene zugunsten einer standardisierten Interpretationshilfe für den überwiegenden Gesamteindruck des Bewohners in spezifischen Situationen aufzugeben. Als Interpretationshilfe können diejenigen Ausdrucksmerkmale dienen, die sich als besonders indikativ für den Gesamteindruck der Pflegenden erwiesen haben. Darüber hinaus

soll den individuellen emotionalen Ausdrucksformen der Bewohner gegenüber diesen allgemeinen Emotionskennzeichen eine stärkere Bedeutung zukommen. Hierzu können zusätzlich bewohnerspezifische (typische) Kennzeichen für bestimmte Emotionen von den Pflegenden notiert werden, die dann aus dem allgemeinen Beobachtungsinstrument ein für die Eigenheiten des jeweiligen Bewohners angepasstes machen. Zu diesem Zwecke soll dieser Inhaltsbereich der Verhaltensbeobachtung auch mit den Einschätzungen aus dem Bereich habituellen emotionalen Erlebens des Bewohners (Emotional bedeutsame Alltagssituationen) in Beziehung gesetzt werden.

Gegenwärtig steht der starken inhaltlichen Ausdifferenzierung verschiedener negativer Emotionskonnotationen ein vergleichsweise undifferenzierter, bestenfalls nach seiner Intensität in Wohlbefinden, Interesse oder Freude gegliederter Bereich positiven Erlebens gegenüber. Auf weitere inhaltliche Gestalten positiver Affektzustände wird darum zumindest in den Beschreibungen möglicher positiv-valenter Alltagssituationen hingewiesen. Da solche Verfahren, die um eine möglichst objektive Erfassung verschiedener Ausdrucksformen von Emotion bemüht sind (wie beispielsweise das Facial Action Coding System, FACS, aber auch die Apparent Affect Rating Scale, AARS, von Lawton) eine evolutionsbiologische Perspektive einnehmen und darum auf einen kleinen Satz ‚basaler‘ Grundemotionen beschränkt sind, gilt diese Fokussiertheit auch für die Erfassung unmittelbaren emotionalen Ausdrucksverhaltens im Rahmen des HILDE-Projektes.

Die Vorteile einer gegenüber EMFACS stärkeren Orientierung der Beobachtung konkreten emotionalen Ausdrucksverhaltens an holistischeren Ausdrucksbildern liegen vor allem in einer wesentlich einfacheren Handhabbarkeit im Pflegealltag; die Pflegenden bilden ihren Gesamteindruck „organisch“ mit ihren bisherigen Erfahrungen, gestützt durch empirische Erkenntnisse. Darüber hinaus ist die Beobachtung der dominierenden Gefühlslage des Bewohners in der Untersuchungssituation einfach zu dokumentieren und die Interpretation benötigt keine aufwendige Profilbildung oder Auswertungsschablonen. Über die Beobachtungssituation hinweg variierende Befindlichkeiten können ebenfalls dokumentiert und hinsichtlich der situativen Besonderheiten gegebenenfalls näher beschrieben werden.

3.2.7 Selbsteinschätzung der allgemeinen Lebenszufriedenheit

Die subjektive Zufriedenheit mit dem eigenen Leben stellt einen der wohl umfassendsten Indikator selbsterlebter Lebensqualität dar. Die dabei zu erbringende Selektions-, Urteils- und schließlich Integrationsleistung stellt jedoch bereits Personen ohne kognitive Beeinträchtigungen vor eine schwierige Aufgabe, und ist somit für das Klientel demenzerkrankter Heimbewohner ein nur bedingt nutzbarer Zugang zu deren Wohlbefinden und Lebensqualität.

In der zweiten HILDE-Erhebungsphase wurde die Zufriedenheit der Bewohner mit ihrem Leben im Allgemeinen zunächst im Rahmen des diagnostischen Interviews durch einen ge-

ronto-psychiatrischen Facharzt und zu einem späteren Zeitpunkt während der bereits beschriebenen Beobachtungssituation durch einen Pflegemitarbeiter direkt vom Bewohner erfragt. Nach Möglichkeit sollte dieser das Ausmaß seiner Zufriedenheit zu beiden Zeitpunkten auf einer 11-stufigen Ratingskala mit den Polen sehr unzufrieden (0) und sehr zufrieden (10) einschätzen. Das während der Fragesituation beobachtbare emotionale Ausdrucksverhalten sollte darüber hinaus dokumentiert werden.

3.2.7.1 Lebenszufriedenheit im diagnostischen Gespräch

Insgesamt konnte mit 214 Bewohnern während der zweiten Projektphase ein ausgiebiges gerontopsychiatrisches Gespräch geführt werden. Davon konnten 122 Bewohner (57,6 Prozent) eine kodierbare Aussage zum Ausmaß der von ihnen erlebten globalen Lebenszufriedenheit machen. Die verbleibenden Bewohner, für die (zumindest keine wie vorgesehene) Erhebung möglich war, wiesen mit einem mittleren MMST-Wert von 4,5 (SD=6,5) Punkten vs. 18,1 (SD=8,2) Punkten eine erwartbar signifikant geringere kognitive Leistungsfähigkeit auf ($t_{(207)}=-13,5$, $p<.001$). Ein vergleichbares Bild zeigt sich auch im Hinblick auf die Zuordnung zu den Kompetenzgruppen, wie aus Tabelle 3.2.7.1 ersichtlich wird, wo sich ebenfalls geringere completion rates der stärker beeinträchtigten Bewohnergruppen ergeben.

Tabelle 3.2.7.1: Auskunftsfähigkeit der Bewohner hinsichtlich ihrer allgemeinen Lebenszufriedenheit im diagnostischen Interview

N (%) bzw. M (SD)	Gesamt	LD	MD	SD-S	SD-P
Diagnostik (N=214)					
Antwort interpretierbar (=ja)	122 (58%)	33 (97%)	68 (68%)	11 (22%)	2 (13%)
Zufriedenheitswert (0-10)	7,3 (2,5)	7,5 (2,8)	7,4 (2,2)	7,9 (2,6)	4,0 (5,7)
Pflegeinterview (N=199)					
Antwort interpretierbar (=ja)	145 (73%)	29 (85%)	89 (89%)	19 (39%)	8 (53%)
Zufriedenheitswert (0-10)	5,9 (2,4)	6,4 (2,2)	5,8 (2,4)	6,2 (2,3)	5,1 (2,5)

Die angegebenen Zufriedenheiten lassen sich im Mittel als vergleichsweise hoch beschreiben, und die meisten Probanden ordnen sich in den oberen Wertebereich der Skala ein. Aufgrund der sehr geringen Informationsbasis zur Lebenszufriedenheit der extrem verhaltensauffälligen Gruppe schwer demenzkranker Bewohner (lediglich 2 Angaben), kann der für diese Kompetenzgruppe deutlich geringer berechnete LZ-Wert kaum mit den Zufriedenheitswerten der verbleibenden Bewohnergruppen verglichen werden. Ein statistischer Vergleich der Kompe-

tenzgruppen konnte keine überzufälligen Zufriedenheitsunterschiede zwischen den Gruppen belegen (ANOVA: $F_{(3,110)}=1,44$, $p<.236$).

3.2.7.2 Lebenszufriedenheit im Pflegeinterview

Auf die im Rahmen des Pflegeinterviews in gleicher Weise durch die Pflegemitarbeiter gestellte Frage nach ihrer individuellen Zufriedenheit mit dem eigenen Leben konnten im Vergleich zum diagnostischen Interview durch die ärztlichen Projektmitarbeiter verrechenbare Angaben von nahezu drei Vierteln (72,9%) der untersuchten Bewohner erhoben werden. Ob diese unterschiedlichen completion rates im positiven Sinne durch die größere Expertise der Pflegenden entsprechende Reaktionen der Bewohner zu deuten, oder im negativen Sinne durch eine seitens der medizinischen Projektmitarbeiter rigidere Vermeidung suggestiver oder stark interpretativer Datensammlung bedingt ist, bleibt offen. Ein kontinuierlicher Zusammenhang der Fragebeantwortung mit dem kognitiven Leistungsvermögen der Bewohner lässt sich in lediglich geschwächter Form finden. Dass für die Gruppe schwer demenzkranker, verhaltensauffälliger Bewohner im Gegensatz zu denen mit stärker somatischer Syndromlageung vergleichsweise häufiger eine Beurteilung ihrer Lebenszufriedenheit angegeben wurde mag insbesondere an der Dominanz emotionaler Interpretationen extremen bzw. auffälligen Verhaltens liegen. Aggressives Verhalten beispielsweise impliziert das Vorliegen von Angst oder Ärger, und mag als solches auch den Erhebungskontext und die Interpretation der Antworten der Bewohner durch die Pflegenden bestimmen.

Im Vergleich zum diagnostischen Interview fallen die Bewertungen der Bewohner im Pflegeinterview deutlich (im Mittel nahezu 1,5 Skalenpunkte) geringer aus. Ein statistisch signifikanter Gruppenunterschied in der mittleren Zufriedenheit konnte jedoch auch hier nicht gefunden werden (ANOVA: $F_{(3,141)}=0,85$, $p<.466$). Vergleicht man die durchschnittlich berichtete Lebenszufriedenheit der Bewohner mit dem Gesamteindruck, den sich die Pflegenden aus der Beobachtung der Fragesituation gebildet haben, lassen sich wie erwartet Kongruenzen zwischen emotionalem Ausdrucksverhalten und der Beurteilung eigener Lebensumstände nachweisen. So finden sich für solche Fragesituationen, in denen der Gesamteindruck des Bewohnerbefindens positiv ist signifikant höhere Zufriedenheitswerte als für solche Situationen, in denen der Bewohner dem Gesamteindruck der Pflegenden gemäß negativ gestimmt war oder keine Emotionalität zeigte (Freude: 7,8, Wohlbefinden: 6,8, Interesse: 6,4 vs. Ärger: 5,5, Angst: 4,5, Trauer: 4,0, Missempfinden: 4,0 und keine Emotion: 4,8; GLM komplexe Kontraste: - neg vs. pos: $F_{(1)}=28,5$, $p<.001$; - pos vs. neut: $F_{(1)}=11,8$, $p<.001$). Verschiedene (objektivierende) Interpretationen des beobachteten und dokumentierten Ausdrucksverhaltens (maximale Zeilensummen und dominierende FACS-analoge Emotionsinterpretationen) weisen ebenfalls auf einen Zusammenhang zwischen dem beobachtbaren Emotionsausdruck und der Selbsteinschätzung der Lebenszufriedenheit hin.

Die Korrelation der zu beiden Erhebungszeitpunkten eingeschätzten Lebenszufriedenheits-Werten liegt für die 102 mehrfach befragten Bewohner in einem mittleren Bereich ($n=102$, $r=.48$, $p<.001$). Sieht man von Einflüssen der beiden an der Erfassung beteiligten Professionen ab, ließe sich dieser Wert als mäßige, wenngleich auch signifikante intraindividuelle Stabilität von Zufriedenheitsurteilen bei demenziell erkrankten Heimbewohnern interpretieren. Werden hingegen (unsystematische) Messfehler in beiden Erhebungen eingeräumt, sollte dieser Wert die wahre Merkmalsstabilität unterschätzen. Im Vergleich der Zufriedenheitsniveaus unter beiden Erhebungsbedingungen lässt sich eine überzufällig höhere selbstberichtete Lebenszufriedenheit im Kontakt mit dem ärztlichen Projektpersonal ausweisen (Repeated Measures ANOVA: Wilk's Lambda=0,85, $F_{(1,101)}=18,4$, $p<.001$).

3.2.7.3 Implikationen für die Umsetzung im Endinstrument

Aus den zuvor referierten Befunden ergeben sich für die Erfassung der selbst eingeschätzten Lebenszufriedenheit der Bewohner im Endinstrument die folgenden Implikationen. Zunächst erscheint der Versuch, Selbstauskünfte auch für die mittelschwer und sogar schwer beeinträchtigten Demenzkranken zu erheben, möglich und sinnvoll. Allerdings muss diese Erfassung hinsichtlich der gewählten Frageform und auch der angebotenen Ratingskala flexibler bzw. einfacher gestaltet werden. Darum soll zunächst in einer geschlossenen, also auch mit ja oder nein zu beantwortenden Form nach der aktuellen Zufriedenheit des Bewohners mit seinem Leben im Allgemeinen gefragt werden. Die Erfahrungen der Interviewer haben gezeigt, dass eine solche Frage leichter zu beantworten ist als die differenzierte Einschätzung des Ausmaßes der eigenen Zufriedenheit auf einer mehrstufigen Ratingskala. Falls die Person die Frage versteht und angemessen darauf reagiert, schließt sich eine weitere Frage nach dem Ausmaß der Zufriedenheit an, die nunmehr lediglich die Abstufungen rundum/sehr zufrieden, eher zufrieden, eher unzufrieden und gar nicht zufrieden vorgibt. Die Dokumentation der Fragesituation berücksichtigt entsprechend verschiedene Stufen des Verständnisses des Bewohners (versteht die Frage nicht; reagiert erkennbar angemessen, kann jedoch keine genauere Angabe zum Ausmaß machen; versteht die Frage und schätzt das Ausmaß seiner LZ deutlich erkennbar ein).

3.3 Auswertung und Interpretation mit HILDE

Lebensqualität wird aus der Perspektive pflegerischer, medizinischer, und in weiten Teilen auch sozialwissenschaftlicher Disziplinen als im Wesentlichen subjektives Merkmal betrachtet. Einem direkten Vergleich mit überindividuellen Standards, wie sie für verschiedene Gesellschaften oder gesellschaftliche Gruppen beschrieben und differenziert werden können (z.B. Schüler, Erwerbstätige und Rentner; Selbstständige vs. Angestellte) werden häufig relativistische oder kompensatorische Prozesse bei der Gestaltung und Bewertung individueller Lebensverhältnisse entgegengestellt bzw. präferiert. Insbesondere im hohen Lebensalter, das sich als Folge eines langen Entwicklungs- und Differenzierungsprozesses als äußerst heterogene Lebensphase darstellt, werden Bemühungen um vergleichende Beschreibungen und sinnvolle Gruppen- oder Typenbildungen häufig als illegitime Gleichmacherei kritisiert. Dennoch bleibt die Bezugnahme auf überindividuell beschreibbare Lebensumstände in mehrfacher Hinsicht informativ und notwendig, wenn zur Wahl stehende Maßnahmen nicht nur einzelnen, sondern möglichst vielen und/oder allen bestmöglich zugute kommen sollen. Zum ersten können Indikatoren des Lebensstandards differenziert beschrieben und gegeneinander verglichen werden (z.B. soziale Sicherungssysteme, Gesundheitspolitik, Soziodemographie), um ersten Handlungsbedarf anzuzeigen. Daneben kann so auch die Heterogenität individueller Lebensumstände abgebildet, und schließlich realistische Erwartungen hinsichtlich ihrer Gestaltbarkeit, insbesondere mit Blick auf die Erfolgswahrscheinlichkeit und Effektgröße möglicher Interventionen gesetzt werden.

Im Ansatz des HILDE-Projektes kommt der Adaptivität der Erfassung von Lebensqualität für die sehr unterschiedlichen Syndromformen der Demenz, seien diese nun durch unterschiedliche Ätiologien oder Progredienz der Erkrankung bestimmt, zu. In Abgrenzung von bisherigen Erfassungsmodellen werden dabei nicht nur die kognitive Leistungsfähigkeit, sondern darüber hinaus die Selbständigkeit in alltagspraktischen Verrichtungen sowie Belastetheit mit nicht-kognitiver Demenzsymptomatik berücksichtigt. Als Vergleichsgruppen und Lebensqualitäts-Standards werden dem Anwender darum die bei vier prototypischen Gruppen demenziell erkrankter Bewohner von Einrichtungen der stationären Altenhilfe beobachteten Lebensverhältnisse angeboten. Diese Referenzwerte werden zukünftig durch Daten weiterer und umfangreicherer Stichproben ergänzt und präzisiert werden, sollten dem Anwender aber bereits gegenwärtig eine empirisch fundierte Orientierung bieten, die über die direkt in der entsprechenden Einrichtung beobachteten Verhältnisse hinausweist.

Für jeden Erfassungsbereich (einzelne Instrumententeile siehe Abschnitt 4) können Einzelinformationen zu ‚Kennwerten‘ der Lebensqualität aggregiert werden, die anschließend zur grafischen Darstellung individueller Lebensqualitäts-Profile auf den jeweiligen Auswertungsblättern verwendet werden. Die für die vier Kompetenzgruppen anhand der HILDE-Stichproben ermittelten Werte dienen dabei einer Relativierung der individuellen Verhältnisse an dem für Personen mit ähnlichen verhaltens- und kognitiven Kompetenzen gefundenen durchschnittli-

chen Kennwert. Da die beobachtete Variabilität der Studienteilnehmer auf mögliche Entwicklungspotentiale und –grenzen verweist und gleichzeitig einer allzu normativen Perspektive vorbeugen kann, werden neben dem Kompetenzgruppen-Mittelwert auch die Variationsbreite grafisch durch graue Unterlegung in den Auswertungsblättern veranschaulicht (Intervall $M \pm 1SD$). Individuelle Kennwerte, die sehr deutlich *vom Gruppenmittel abweichen*, können damit als untypische bzw. seltene Ausprägungen gelten und vielleicht besondere Interventionschancen anzeigen. Weiterhin können auch *kritische Werte*, die in den jeweiligen Auswertungsblättern ebenfalls markiert sind, als Referenz zur Bewertung der individuellen Kennwerte der Bewohner herangezogen werden. Auch hier empfiehlt sich

Da die Entwicklung des vorliegenden HILDE-Inventars das Ergebnis eines iterativen Prozesses darstellt, in dem sowohl Form als auch Inhalte aufgrund der Erfahrungen und Ergebnisse früherer Erhebungsschritte kontinuierlich optimiert wurden, errechnet sich der Großteil der berichteten Kennwerte anhand der Daten der zweiten HILDE-Erhebungsphase. Für diejenigen Erfassungsbereiche, bei denen jedoch einzelne Inhalte umformuliert oder ergänzt wurden, liegen gegenwärtig keine direkt vergleichbaren Kennwerte aus der HILDE-Studie vor. Auch wenn aus diesem Grunde keine Mittelwerte und Standardabweichungen in die Auswertungsblätter übernommen werden konnten, leisten die Ausführungen und Darstellungen der Ergebnisse in diesem Bericht dennoch eine sinnvolle Orientierung und Hilfe für die Interpretation der mit Hilfe der Neufassung erhobenen Daten.

Die *Interventionsplanung* auf Grundlage der gewonnenen Ergebnisse liegt ganz im Verantwortungsbereich der durchführenden Pflegenden. Im bisherigen Projekt war dieser Bereich nicht mit aufgenommen worden, da aufgrund der laufenden Entwicklung des Instruments bislang in den Häusern keine individuellen Werte ermittelt werden konnten. Für die abschließende Version des Instruments wäre es jedoch wünschenswert, Hilfen für die Verwendung der gewonnenen Daten bei einer Interventionsplanung bereitzustellen. Dies würde es Pflegenden, die mit dem Instrument arbeiten erlauben, über eine reine Statuserfassung der Bewohner hinauszugehen und die gewonnenen Daten konstruktiv für die weitere Arbeit mit den Bewohnern zu nutzen. Aus diesem Grund wurde ein Prozedere entwickelt, das von den Pflegenden im Anschluss an Durchführung, Auswertung und Interpretation von HILDE genutzt werden kann. Dabei könnte beispielsweise für jeden Erfassungsbereich (siehe Abschnitt 4.) ein entsprechendes Planungsblatt zur Verfügung gestellt werden, in dem – nach Interpretation der gefundenen, bewohnerspezifischen Werte mit den auf dem jeweiligen Auswertungsblatt für seine Kompetenzgruppe angegebenen Referenzwerten – Bedarfe für mögliche Interventionen festgehalten und entsprechende Planungen notiert werden. Es wäre dann zu empfehlen, dass sowohl die Bedarfsermittlung als auch die konkrete Interventionsplanung im Pflgeteam besprochen und auch auf den Planungsblättern schriftlich festgehalten wird. Dies macht eine erneute Prüfung der Interventionserfolge zuverlässiger möglich.

5. Kontakt

5.1 Projektleitung und Mitarbeiter

Das Projekt H.I.L.DE. wird in einer Kooperation des Instituts für Gerontologie der Universität Heidelberg und der Sektion Gerontopsychiatrie an der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg durchgeführt. Folgende Personen sind für die Projektplanung und -durchführung verantwortlich:

Institut für Gerontologie

Institut für Gerontologie
Bergheimer Str. 20
69115 Heidelberg

Prof. Dr. phil. Andreas Kruse
Dr. phil. Stefanie Becker
Dipl.-Psych. Roman Kaspar
Dr. phil. Susanna Re

Sektion Gerontopsychiatrie

Sektion Gerontopsychiatrie
an der Psychiatrischen Universitätsklinik
Voßstr. 4
69115 Heidelberg

Prof. Dr. med. Johannes Schröder
Dr. med. Ulrich Seidl
Cand. med. Lena Völker

5.2. Homepage und Email

Das Projekt ist auf einer eigenen Homepage beschrieben und kann unter der folgenden Adresse abgerufen werden: <http://www.gero.uni-heidelberg.de/HILDE/Kontakt.htm>

Anfragen per email werden darüber hinaus unter hilde-kontakt@gero.uni-heidelberg.de bearbeitet.

6. Literaturverzeichnis

- Allardt, E. (1993). Having, loving, being: An alternative to the Swedish model of welfare research. In M. Nussbaum & A. Sen (Eds.), *The quality of life* (pp. 88-94). Oxford: Oxford University Press.
- Bär, M. (2004). *Demenzkranke Menschen im Pflegeheim besser begleiten*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Bär, M., Kruse, A. & Re, S. (2003). Emotional bedeutsame Situationen im Alltag demenzkranker Menschen. *Zeitschrift für Gerontologie & Geriatrie*, 36, 454-462.
- Baltes, M.M. (1996). *The many faces of dependency in old age*. New York: Cambridge University Press.
- Baltes, M.M., Lang, F.R., Wilms, H.-U. (1998). Selektive Optimierung mit Kompensation: Erfolgreiches Altern in der Alltagsgestaltung. In A. Kruse (Hrsg.), *Psychosoziale Gerontologie*, Band 1: Grundlagen (S. 188-204). Göttingen: Hogrefe.
- Baltes, M.M., Montada, L. (Hrsg.) (1996). *Produktives Lebens im Alter*. Frankfurt: Campus.
- Becker, S., Kruse, A., Schröder, J., Seidl, U. (2005). Heidelberger Instrument zur Erfassung von Lebensqualität bei demenzkranken Menschen. *Zeitschrift für Gerontologie & Geriatrie*, 38, 108-121.
- Benner, P. (1994). *Stufen zur Pflegekompetenz*. Bern: Huber.
- Boyle, P. A., Malloy, P. F., Salloway, S., Cahn-Weiner, D. A., Cohen, R., Cummings, J. L. (2003). Executive dysfunction and apathy predict functional impairment in Alzheimer disease. *Am J Geriatr Psychiatry*, 11, 214-221.
- Burgio, L.D., Allen-Burge, R., Roth, D.L., Bourgeois, M.S., Dijkstra, K., Gerstle, J., Jackson, E., Bankester, L. (2000). Come talk with me: Improving communication between nursing assistants and nursing home residents during care routines. *The Gerontologist*, 41, 449-460.
- Campbell, A., Converse, P.E., Rogers, W.L. (1976). *The quality of American life*. New York: Russel Sage.
- Clark, P., Bowling, A. (1989). Observational study of quality of life in NHS nursing homes and a long-stay ward for the elderly. *Ageing and Society*, 9, 123-148.

- Cummings J.L., Mega M.S., Gray K., Rosenberg-Thompson S., Carusi D.A., Gornbein, J. (1994). The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*, 44, 2308-2314.
- Damitz, B. M. (1997). Arzneimittelverbrauch älterer Menschen in Bremer Alten- und Pflegeheimen unter besonderer Berücksichtigung von Psychopharmaka. *Gesundheitswesen*, 59, 83-86.
- Diener, E, Sandvik, E & Pavot, W. (1991). Happiness is the frequency, not the intensity or positive versus negative affect. In: F. Strack & N. Argyl & N. Schwarz (eds.) *Subjective Well-being* (pp. 119-139). Oxford: Pergamon Press.
- Di Maio, M., Perrone, F. (2003). Quality of Life in elderly patients with cancer. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1, 44-53.
- Dornheim, J., Busch, J., Schulze, U., Silberzahn-Jandt, G. (2003). Ein empirisch begründetes Bildungsmodell zur Förderung der kommunikativen Kompetenz in der Pflege. *Pflegepädagogik*, 108, 3-12.
- Ekman P., Friesen W.V. (1978) *Facial Action Coding System (FACS): Manual*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- Ekman P, Friesen W.V., Hager J. (2001) *Investigator's Guide: Facial Action Coding System*. <http://dataface.nirc.com/InvGuide/FACSi.html>.
- Erikson, R. (1993). Descriptions of inequality: The Swedish approach to welfare research. In M. Nussbaum, A. Sen (Eds.), *The quality of life* (pp. 67-83). Oxford: Oxford University Press.
- Farquhar, M. (1995). Definitions of quality of life: A taxonomy. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 502-508.
- Förstl, H. (2002). Symptomatische Therapie der Alzheimer-Demenz. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 3, 77-80.
- Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R. (1990) *MMST. Mini-Mental-Status-Test*. Weinheim, Beltz.
- Garms-Homolvá, V. (2000). Die Idee der Patientenorientierung. In C. Gold, R. Geene & K. Stölzer (Hrsg.), *Patienten, Versicherte, Verbraucher. Möglichkeiten und Grenzen einer angemessenen Vertretung von Patienteninteressen* (S. 15-22). Berlin: b_books.

- Garms-Homolová, V. (2001). Unterstützungssysteme für Hilfe und Pflege im Alter. In S. Pohlmann (Hrsg.), *Das Altern der Gesellschaft als globale Herausforderung – Deutsche Impulse* (S. 83-109). Stuttgart: Kohlhammer.
- Gerlitz, J.-Y., Schupp, J. (2005). *Zur Erhebung der Big-Five-basierten Persönlichkeitsmerkmale im SOEP*. Research Notes 4. DIW Berlin.
- Gosling, D. S., Rentfrow, P. J., Swann Jr., W. B. (2003). A very brief Measure of the BIG-Five Personality Domains. *Journal of Research in Personality*, 37, 504-528.
- Hallauer, J., Bienstein, Ch., Lehr, U., Röntsch, H. (2005). Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen. Hannover: Vincentz.
- Hardingham, L.B. (2004). Integrity and moral residue: Nurses as participants in a moral community. *Nursing Philosophy*, 5, 127-134.
- Haupt, M., Kurz, A., Pollmann, S., Romero, B.. (1992). Symptomausprägung und Symptomprogression bei Alzheimer-Krankheit - Ein Vergleich zwischen Fällen mit frühem und spätem Beginn. *Nervenarzt*, 63(9), 561-565.
- Helmchen, H.H., Kanowski, S., Lauter, H. (2006). *Ethik in der Geriatrie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Hirsch, R. D., Kastner, U. (2004). *Heimbewohner mit psychischen Störungen*. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Hirsch, R. D., Vollhardt, B. R. (2001). Gewalt in stationären Einrichtungen: gesellschaftlich sanktioniert? *Z Gerontopsychologie Gerontopsychiatrie*, 14, 11-21.
- Hope, T., Keene, J., Fairburn, C. G., Jacoby, R., McShane, R. (1999). Natural history of behavioural changes and psychiatric symptoms in Alzheimer's disease. A longitudinal study. *Br J Psychiatry*, 174, 39-44.
- Johns, C. (2000). *Becoming a reflective practitioner. A reflective and holistic approach to clinical nursing, practice development and clinical supervision*. Oxford: Oxford University Press.
- Kane, R.A. (2001). Long-term care and a good quality of life: Bringing them closer together. *The Gerontologist*, 41, 293-304.
- Kane, R.A. (2003). Definition, measurement, and correlates of quality of life in nursing homes: Toward a reasonable practice, research and policy agenda. *The Gerontologist*, 43, 28-36.

- Kahn, R.L., Antonucci, T.C., Convoys of social support: A life course approach, in: Kiesler, I.B., Morgan, J.N, Oppenheimer, V.K. (eds.) *Aging*, Academic Press, New York 1980a, 383-405.
- Kitwood, T. (2000). Demenz: Der personenzentrierte Umgang mit verwirrten Menschen. Bern: Huber.
- Kruse, A. (2000). Ethik. In H.-W. Wahl & C. Tesch-Römer (Hrsg.), *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen* (S. 33-38). Stuttgart: Kohlhammer.
- Kruse, A. (2005a). Störungen im Alter: Intervention. In M. Perez & U. Baumann (Hrsg.), *Klinische Psychologie* (S. 1087-1103). Bern: Huber.
- Kruse, A. (2005b). Lebensqualität demenzkranker Menschen. *Zeitschrift für Medizinische Ethik*, 51, 41-58.
- Kruse, A. (2005c). Biografische Aspekte des Alter(n)s: Lebensgeschichte und Diachronizität. In S.-H. Filipp & U. Staudinger (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie – Entwicklungspsychologie* (S. 1-38). Göttingen: Hogrefe.
- Kruse, A. (2005d). Selbstständigkeit, Selbstverantwortung, bewusst angenommene Abhängigkeit und Mitverantwortung als Kategorien einer Ethik des Alters. *Zeitschrift für Gerontologie & Geriatrie*, 38, 223-237.
- Kruse, A. (2006a). Ethische und sozialpsychologische Implikationen von Altersdemenz und Alzheimer-Erkrankung. In Nationaler Ethikrat (Hrsg.), *Altersdemenz und Morbus Alzheimer* (S. 38-51). Berlin: ad litteras.
- Kruse, A. (2006b). *Das letzte Lebensjahr*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kruse, A. (2006c). Alterspolitik und Gesundheit. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* (S. 54-76). Berlin: Springer.
- Kruse, A., Ding-Greiner, Ch. (2003). Ergebnisse einer Interventionsstudie zur Förderung und Erhaltung von Selbstständigkeit bei älteren Menschen mit geistiger Behinderung. *Zeitschrift für Gerontologie & Geriatrie*, 36, 463-474.
- Kruse, A., Schmitt, E. (2001a). Psychology of education in old age. In N.J. Smelser & P.B. Baltes (Eds.), *International Encyclopaedia of the Social and Behavioural Sciences* (pp. 4223-4227). Oxford: Pergamon.
- Kruse, A., Schmitt, E. (2006). A multidimensional scale for the measurement of agreement with age stereotypes and the salience of age in social interaction. *Ageing & Society*, 26, 393-411.

- Kurz, A., Haupt, M., Hofmeister, E. M., Pollmann, S., Romero, B., Ulm, K., Zimmer, R. (1991). Das Erscheinungsbild der Alzheimer-Krankheit im täglichen Leben. *Nervenarzt*, 62, 277-282.
- Kuzis, G., Sabe, L., Tiberti, C., Dorrego, F., Starkstein, S. E. (1999). Neuropsychological correlates of apathy and depression in patients with dementia. *Neurology*, 52, 1403-1407.
- Lang, P.J., Bradley, M.M., Cuthbert, B.N. (1999). *International affect picture system (IAPS)*. Gainesville: Center for Research in Psychophysiology.
- Lawton, M.P. (1991) A multidimensional view of quality of life in frail elders. In: J.E. Birren, J. Lubben, J.C. Rowe & D.E. Deutchman (Eds.), *The concept and measurement of quality of life* (pp. 3-27). New York: Academic.
- Lawton, M.P. (1994). Quality of Life in Alzheimer Disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 8, 138-150
- Lawton M.P., van Haitsma K., Klapper, J. (1996) Observed affect in nursing home residents with Alzheimer's disease. *Journal of Gerontology*, 51B, 3-14
- Levinson, D.J. (1986). A conception of adult development. *American Psychologist*, 41, 3-13.
- Levy, M. L., Cummings, J. L., Fairbanks, L. A., Masterman, D., Miller, B. L., Craig, A. H., Paulsen, J. S., Litvan, I. (1998). Apathy is not depression. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 10, 314-319.
- Lüken U., Seidl U., Schwarz M., Völker L., Naumann D., Mattes K., Schröder J., Schweiger E. (im Druck). *Die Apathy Evaluation Scale: Erste Ergebnisse zu den psychometrischen Eigenschaften einer deutschsprachigen Übersetzung der Skala*.
- Mahoney, F.I., Barthel, D. (1965) Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 56-61.
- Marin R.S. (1990). Differential diagnosis and classification of apathy. *Am J Psychiatry*, 147, 22-30.
- Marin, R. S., Biedrzycki, R. C., Firinciogullari, S. (1991). Reliability and validity of the Apathy Evaluation Scale. *Psychiatry Res*, 38, 143-162.
- Marin R. S., Firinciogullari S., Biedrzycki R. C. (1993). The sources of convergence between measures of apathy and depression. *J Affect Disord*, 28(2), 117-124.
- McKee, K.J., Houston, D.M., Barnes, S. (2002). Methods for assessing quality of life and well-being in frail older people. *Psychology and Health*, 17, 737-751.

- Mega, M. S., Cummings, J. L., Fiorello, T., Gornbein, J. (1996). The spectrum of behavioural changes in Alzheimer's disease. *Neurology*, 46, 130-135.
- Mendola, W.F., Pellegrini, R.V. (1979). Quality of life and coronary artery bypass surgery patients. *Social Science and Medicine*, 13, 457-461.
- Müller, E. (2001). *Leitbilder in der Pflege. Eine Untersuchung individueller Pflegeauffassungen als Beitrag zu ihrer Präzisierung*. Bern: Huber.
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Kouloulis, V., Parpa, E., Katsouda, E., Kouvaris, J., Vlahos, L. (2004). The „Palliative Care Quality of Life Instrument“ (PQLI) in terminal cancer patients. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2, 8-20.
- Olthuis, G. & Dekkers, W. (2005). Quality of life considered as well-being: Views from philosophy and palliative care practice. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 26, 307-33.
- Ostendorf, F., Angleitner, A. (2004). *NEO-FPI-R. NEO-Persönlichkeitsinventar nach Costa und McCrae*. (Revidierte Fassung.) Göttingen: Hogrefe.
- Pantel, J., Bockenheimer-Lucius, G., Ebsen, I., Müller, R., Hustedt, P., Diehm, A. (2006). *Psychopharmaka im Altenpflegeheim. Frankfurter Schriften zur Gesundheitspolitik und zum Gesundheitsrecht*. Frankfurt am Main: Lang.
- Pantel, J., Schröder, J. (2006). *Zerebrale Korrelate klinischer und neuropsychologischer Veränderungen bei der Alzheimer-Demenz und ihrer Verlaufsstadien. Untersuchungen mit der quantitativen Magnetresonanztomographie*. Darmstadt: Steinkopff.
- Patterson, W.B. (1975). The quality of survival in response to treatment. *Journal of the American Medical Association*, 233, 280-281.
- Pentzek, M., Abholz, H. H. (2004). Das Erkennen von Demenzen in der Hausarztpraxis - eine kritische Übersicht zur Studienlage. *Neurogeriatrie*, 1, 69-76.
- Porzsolt, F., Kojer, M., Schmidl, M., Greimel, E.R., Sigle, J., Richter, J., Eisenmann, J. (2004). A new instrument to describe indicators of well-being in old-old patients with severe dementia – The Vienna List. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2, 10-18.
- Re, S. (2003). *Erleben und Ausdruck von Emotionen bei schwerer Demenz*. Hamburg: Dr. Kovác.
- Re, S., Wilbers, J. (2004). Versorgung demenzkranker Menschen. In A. Kruse & M. Martin (Hrsg.), *Enzyklopädie der Gerontologie* (S. 506-518). Bern: Huber.
- Ready, R.E., Ott, B.R. (2003). Quality of life measures of dementia. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1, 11-19.

- Ready, R E., Ott, B. R., Grace, J., Cahn-Weiner, D. A. (2003). Apathy and executive dysfunction in mild cognitive impairment and Alzheimer disease. *Am J Geriatr Psychiatry*, 11, 222-228.
- Riedel-Heller, S. G., Stelzner, G., Schork, A., Angermeyer, M. C. (1999). Gerontopsychiatrische Kompetenz ist gefragt. Die aktuelle pharmakologische Behandlungspraxis in Alten- und Altenpflegeheimen. *Psychiatr Prax*, 26, 273-6.
- Rubin, J. (2000). Hindernisse bei der Entwicklung des klinischen Wissens und des ethischen Urteilsvermögens. In P. Benner, C.A. Tanner & C.A. Chesla (Hrsg.), *Pflegeexperten, Pflegekompetenz, klinisches Wissen und alltägliche Ethik* (S. 217-242). Bern: Huber.
- Sabat, S.R., Harré, R. (1992). The construction and deconstruction of self in Alzheimer disease. *Ageing & Society*, 12, 443-461.
- Schacke, C., Zank, S. (2004). Interventionskonzepte. In A. Kruse & M. Martin (Hrsg.), *Enzyklopädie der Gerontologie* (S. 419-4936). Bern: Huber.
- Schaeffer, D., Wingenfeld, K. (2004). Pflegerische Versorgung alter Menschen. In A. Kruse & M. Martin (Hrsg.), *Enzyklopädie der Gerontologie* (S. 477-490). Bern: Huber.
- Schönknecht, P., Pantel, J., Kruse, A., Schröder, J. (2005). Prevalence and natural course of aging-associated cognitive decline in a population-based sample of young-old subjects. *American Journal of Psychiatry*, 162, 2071-2077.
- Schröder, J., Kratz, B., Pantel, J., Minnemann, E., Lehr U., Sauer H. (1998). Prevalence of mild cognitive impairment in an elderly community sample. *J Neural Transm*, 54, 51-59.
- Schröder, J., Pantel, J., Förstl, H. (2004). Demenzielle Erkrankungen – ein Überblick. In A. Kruse & M. Martin (Hrsg.), *Enzyklopädie der Gerontologie* (S. 224-239). Bern: Huber.
- Schuler, M., Becker, S., Kaspar, R., Nikolaus, T., Kruse, A., Basler, H.D. (submitted). Psychometric properties of a scale for the behavioral assessment of pain in nursing home residents with advanced dementia (PAINAD-G), *Pain*.
- Schulz, H., Winzer, A., Stump, S., Koch, U. (2001). Beeinflussung der Lebensqualität von Tumorpatienten durch psychoonkologische Interventionen. *Onkologe*, 7, 157-166.
- Schwerdt, R. (Hrsg.) (2002). *Gute Pflege. Pflege in der Beurteilung von Menschen mit Pflegebedarf*. Stuttgart: Kohlhammer.

- Schwerdt, R. (2005). Lernen der Pflege von Menschen mit Demenz bei Alzheimer-Krankheit. *Zeitschrift für Medizinische Ethik*, 51, 59-76.
- Schwerdt, R., Tschainer, S. (2003). Spezifische Anforderungen an die Pflege dementiell erkrankter Menschen. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), *Expertisen zum Vierten Altenbericht der Bundesregierung* (Band III: S. 181-287). Hannover: Vincentz.
- Seidl, U., Schallies, E., Schröder, J. (2004). Das Autobiographische Gedächtnis bei Demenz: Änderungen im Verlauf. *Nervenarzt*, 75 (Suppl. 2), 153.
- Seidl, U., Völker, L., Becker, S., Lueken, U., Re, S., Kruse, A., Schröder, J. (im Druck). *Nicht-kognitive Symptome und psychopharmakologische Behandlung bei demenzkranken Altenheimbewohnern*.
- Seidl, U., Markowitsch, H-J., Schröder, J. (im Druck). *Die verlorene Erinnerung: Störungen des autobiographischen Gedächtnisses bei leichter kognitiver Beeinträchtigung und Alzheimer-Demenz*.
- Sloane, P.D., Mitchell C.M., Weisman, G., Zimmerman, S. (2002). Therapeutic Environment Screening Survey for Nursing Homes (TESS-NH): An observational instrument for assessing the physical environment of institutional settings for person with dementia. *Journal of Gerontology*, B57, 69-78.
- Starkstein, S. E., Mayberg, H. S., Preziosi, T. J., Andrezejewski, P., Leiguarda, R., Robinson, R. G. (1992). Reliability, validity, and clinical correlates of apathy in Parkinson's disease. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 4(2), 134-139.
- Starkstein, S. E., Petracca, G., Chemerinski, E., Kremer, J. (2001). Syndromic validity of apathy in Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry*, 158, 872-877.
- Stähl, E., Jansson, S-A., Jonsson, A-Ch., Svensson, K., Lundbäck, B., Andersson, F. (2003). Health-related quality of life, utility, and productivity outcomes instruments: ease of completion by subjects with chronic obstructive pulmonary disease. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1, 18-24.
- Stelzner, G., Riedel-Heller, S. G., Sonntag, A., Matschinger, H., Jakob, A., Angermeyer, M. C. (2001) Determinanten des Psychopharmakagebrauchs in Alten- und Altenpflegeheimen. *Z Gerontol Geriatr*, 34, 306-312.
- Stoppe, G. (2006). *Demenz*. München: Reinhardt.
- Thalin, E. (1990). Politics, dynamics and individualism – The Swedish approach to level of living research. *Social Indicators Research*, 22, 155-180.

- Veenhoven, R. (2000) The four qualities of life. Ordering concepts and measures of the good life. *Journal of Happiness Studies*, 1, 1-39.
- Veenhoven, R., Okma, P. (1999). Is langer leven nog wel leuk? Levensvoldoening van hoogbejaarden in 8 EU-landen. *Social Wetenschappen*, 42, 38-62.
- Wahl, H.-W., Tesch-Römer, C. (1998). Interventionsgerontologie im deutschsprachigen Raum: Eine sozial- und verhaltenswissenschaftliche Bestandsaufnahme. *Zeitschrift für Gerontologie & Geriatrie*, 31, 76-88.
- Warden, V., Hurley, A.C., Volicer, L. (2003) Development and Psychometric Evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scale. *J Am Med Dir Assoc*, 4, 9–15.
- Welzer H, Markowitsch H-J. Warum Menschen sich erinnern können – Fortschritte der interdisziplinären Gedächtnisforschung. Stuttgart: Klett-Cotta 2006.
- Wetzstein, V. (2005). Alzheimer-Demenz. Perspektiven einer integrativen Demenz-Ethik. *Zeitschrift für Medizinische Ethik*, 51, 27-40.
- Weyerer, S. (2005). *Demenz*. Berlin: Schriftenreihe des Robert Koch Instituts.
- Weyerer, S., Schäufele, M., Hendlmeier, I., Kofahl, Ch., Sattel, H. (2006). *Demenzranke Menschen in Pflegeeinrichtungen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Woods, B. (2002). Psychologische Therapie bei fortgeschrittener Demenz. In A. Maercker (Hrsg.), *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie* (S. 341-357). Heidelberg: Springer.
- Zank, S., Baltes, M.M. (1998). Förderung von Selbständigkeit und Lebenszufriedenheit alter Menschen in stationären Einrichtungen. In A. Kruse (Hrsg.), *Psychosoziale Gerontologie, Band II: Intervention* (S. 60-72). Göttingen: Hogrefe.
- Zank, S., Schacke, C. (2002). Evaluation of geriatric day-care: Effects on patients and caregivers. *Journal of Gerontology*, 57, 348-357.
- Zapf, W. (1984). Individuelle Wohlfahrt: Lebensbedingungen und wahrgenommene Lebensqualität. In W. Glatzer & W. Zapf (Hrsg.), *Lebensqualität in der Bundesrepublik. Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden*. Frankfurt/Main: Campus.
- Zubenko, G.S., Zubenko, W.N., McPherson, S., Spoor, E., Marin, D.B., Farlow, M.R. (2003). A collaborative study of the emergence and clinical features of the major depressive syndrome of Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry*, 160(5), 857-866.