

Z Gerontol Geriat 2009 · 43:310–316  
 DOI 10.1007/s00391-009-0066-0  
 Eingegangen: 7. Februar 2009  
 Akzeptiert: 5. August 2009  
 Online publiziert: 13. September 2009  
 © Springer-Verlag 2009

S. Oppikofer<sup>1</sup> · K. Albrecht<sup>1</sup> · M. Martin<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Zentrum für Gerontologie, Universität Zürich

<sup>2</sup> Psychologisches Institut, Universität Zürich

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

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

Ferner wird vermutet, dass auch soziale Beziehungen Puffereffekte haben können, indem sie den Einfluss der Stressoren auf die Stressreaktionen verändern oder aber die Einwirkungen der Stressreaktionen auf die individuelle Befindlichkeit mildern können. Allerdings sind die ge-

nauen Wirkmechanismen sozialer Beziehungen hinsichtlich einer kognitiven Veränderung im Lebensverlauf bisher erst selten untersucht worden. Indes liegen einige Studien vor, die den protektiven Einfluss psychosozialer Faktoren auf das Risiko, an einer Demenz zu erkranken, erforscht haben [2, 10, 26, 31]. Untersuchungen zu den Auswirkungen einer erhöhten sozialen Unterstützung im Krankheitsverlauf fehlen jedoch weitgehend [24].

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

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

Bisherige Untersuchungen zur Thematik der erhöhten sozialen Unterstützung bei Demenz erörtern vor allem die Möglichkeiten, wie die betreuenden Angehörigen der dementen Menschen unterstützt werden können (z. B. [5]). Publiizierte Untersuchungen über direkte Zusammenhänge zwischen der sozialen Unterstützung kognitiv beeinträchtigter Betagter einerseits und deren Wohlbefinden bzw. Lebensqualität andererseits existieren jedoch unseres Wissens bisher noch nicht. Die hier vorgestellten Studien sollen diese Lücke schließen.

Wie kann nun aber diese erhöhte soziale Unterstützung erbracht werden angesichts der Tatsache, dass die an De-

menz Erkrankten in der Regel über ein sehr beschränktes soziales Netzwerk und über spärliche Kontakte verfügen? An eine lange Tradition der Freiwilligentätigkeit in der Schweiz anknüpfend, wurde die Idee aufgegriffen, an Demenz leidende Menschen durch regelmäßige Besuche Freiwilliger emotional zu unterstützen [12, 24]. Dabei wurde gerade in diesem besonderen Fall informeller Hilfe davon ausgegangen, dass das Fehlen biographischer Gemeinsamkeiten zwischen der betagten und der freiwillig tätigen Person – und damit das Nichtvorhandensein allfälliger negativer Erfahrungen und Erinnerungen – einen Vorteil gegenüber der familiären sozialen Unterstützung darstellen würde [22]. Es war zu erwarten, dass das Fehlen derartiger Hypothesen aus der Vergangenheit die Chance in sich bergen würde, dass die beiden zusammengeführten Personen in der Lage wären, einander unbefangen zu begegnen. Unter dieser Voraussetzung war die Hypothese eines positiven Effekts von emotionaler Unterstützung auf das Wohlbefinden demenzkranker Menschen überhaupt erst plausibel.

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

### Studie 1

Institutionalisierte alte Menschen leiden häufig unter depressiven Verstimmungen, Aggressivität, Aktivitätsstörungen und Psychosen [21]. Dies legt die Vermutung nahe, dass sich dadurch die Lebensqualität kognitiv beeinträchtigter institutionalisierter Menschen über einen längeren Zeitraum hinweg verschlechtert. In einer amerikanischen Langzeitstudie wurde diese Hypothese bestätigt [19]. Demzufol-

Z Gerontol Geriat 2009 · 43:310–316 DOI 10.1007/s00391-009-0066-0  
© Springer-Verlag 2009

S. Oppikofer · K. Albrecht · M. Martin

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

#### Zusammenfassung

Soziale Beziehungen stellen einen wichtigen Faktor für den Erhalt der Lebenszufriedenheit im Alter dar. Wenig bekannt ist, welchen Einfluss erhöhte soziale Unterstützung auf das Wohlbefinden kognitiv beeinträchtigter Menschen hat. In zwei vergleichenden Studien in der Schweiz und Österreich mit insgesamt 84 kognitiv beeinträchtigten Personen (65–98 Jahre) in stationärer Betreuung wurde deshalb in einem Kontrollgruppendesign untersucht, ob sich die Erhöhung sozialer Unterstützung positiv auf das Wohlbefinden auswirkt. Dazu wurden Interventionen bei kognitiv beeinträchtigten Menschen in Form von emotionaler sozialer Unterstützung durch

freiwillige Besucher durchgeführt. In beiden Studien konnte ein positiver Zusammenhang zwischen der Erhöhung sozialer Unterstützung durch freiwillige Helfer und dem Wohlbefinden der Probanden festgestellt werden. Die Untersuchungen zeigen auf, dass soziale Unterstützung und Zuwendung generell von kognitiv beeinträchtigten Menschen registriert und als wohltuend empfunden werden.

#### Schlüsselwörter

Demenz · Freiwillige Helfer · Wohlbefinden · Soziale Unterstützung · Kognitive Beeinträchtigung

### Effect of increased social support on the well-being of cognitively impaired elderly people

#### Abstract

Social relationships are an important factor for maintaining life satisfaction in elderly people. Little is known, however, about the influence of increased social support towards the well-being of cognitively impaired people. This is why two comparative studies in Switzerland and Austria, with 84 cognitively impaired individuals (aged between 65 and 98) with in-patient treatment, used a control group design to examine whether increased social support would have a positive effect on the well-being of these individuals. To this end, interventions in the form of emotional

social support through volunteer visitors for dementia patients were carried out. In both studies, a positive association between increased social support by volunteer assistants and well-being emerged. The investigations show that social support and attention are generally registered and perceived as creating a pleasantly soothing feeling in cognitively impaired people.

#### Keywords

Dementia · Volunteers · Well-being · Social support · Cognitive impairment

**Tab. 1** Vergleich der Kriterien kognitive Beeinträchtigung, Anzahl der Besuche und Alter zwischen den zwei Untersuchungsgruppen (n=46)

|                    | Kognitive Beeinträchtigung |          |        | Besuche             |                     | Alter               |       |       |       |
|--------------------|----------------------------|----------|--------|---------------------|---------------------|---------------------|-------|-------|-------|
|                    | Leichte                    | Mittlere | Starke | 1- bis 2-mal/ Woche | 1- bis 3-mal/ Monat | 1- bis 10-mal/ Jahr | 65–79 | 80–89 | 90–98 |
| Experimentalgruppe | 6                          | 10       | 6      | 7                   | 6                   | 10                  | 4     | 9     | 10    |
| Kontrollgruppe     | 7                          | 9        | 6      | 9                   | 5                   | 8                   | 5     | 8     | 10    |

ge sollte untersucht werden, ob Besuche von Freiwilligen diesen negativen Verlauf der Lebensqualität und des allgemeinen Wohlbefindens neutralisieren oder sogar zu einer Steigerung der erwähnten Parameter führen können.

## Probanden und Methode

### Stichprobe Bewohner

An der Studie nahmen 46 kognitiv beeinträchtigte Menschen im Alter zwischen 65 und 98 Jahren teil. Die 39 Frauen und 7 Männer erhielten vor der Besuchsphase maximal 2 Besuche pro Woche von Verwandten und Freunden. Mittels Parallelisierung und Randomisierung wurde eine Kontroll- und eine Experimentalgruppe mit je 23 Probanden gebildet. Diese Zuteilung erfolgte nach folgenden Kriterien: Anzahl schon bestehender Besuche, Z-MMS-Wert<sup>1</sup> (Zürcher Mini-Mental-Status) [6, 11] und Alter (■ **Tab. 1**). Die längste Aufenthaltsdauer im Pflegeheim betrug 13 Jahre, die kürzeste 2 Monate (Experimentalgruppe: M=3,9, SD=3,7; Kontrollgruppe: M=2,2, SD=2,0).

### Stichprobe der Besucher

Auswahlkriterien für die freiwilligen Besucher waren: selbstberichtete Freude und Interesse am Umgang mit kognitiv beeinträchtigten Menschen, Agilität, Pflichtbewusstsein, die Möglichkeit, Besuche regelmäßig durchzuführen und die Bereit-

schaft, die Besuche nach der Untersuchung fortzusetzen. Die Gruppe der Besucher bestand aus 23 Personen (20 Frauen, 3 Männer; 40–79 Jahre).

Da der Umgang mit kognitiv beeinträchtigten Menschen viel Einfühlungsvermögen und Wissen über Demenz und Alter erfordert und um Situationen richtig einschätzen und bei Bedarf die entsprechenden Maßnahmen treffen zu können, erhielten die Besucher vor dem ersten Besuch eine entsprechende dreistündige Schulung. Diese Informationen wurden in einer Besuchermappe schriftlich festgehalten und an die Freiwilligen abgegeben. Die Besucher hatten außerdem die Möglichkeit, an in dreiwöchigem Rhythmus durchgeführten Supervisions- und Weiterbildungstreffen teilzunehmen.

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

### Vorgehen

Insgesamt 23 leicht bis schwer kognitiv beeinträchtigte (Z-MMS: 5–25) Bewohner eines städtischen Pflegeheims in Zürich wurden während 10 Wochen von jeweils einem Freiwilligen regelmäßig einmal wöchentlich während möglichst genau einer Stunde besucht. Die Besucher konnten individuell bestimmen, was sie jeweils mit

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

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

Es wurden zwei Datenerhebungen durchgeführt. Die erste (t<sub>1</sub>) erfolgte unmittelbar vor, die zweite (t<sub>2</sub>) unmittelbar nach der zehnwöchigen Besuchsphase. Zu beiden Messzeitpunkten wurden sowohl die Besuchten (Selbstbeurteilung, ca. 30 Minuten) als auch die zuständigen Pflegenden (Fremdbeurteilung, ca. 15 Minuten) befragt. Zwischen der Eingangs- und Enduntersuchung lagen 11 Wochen. Die Datenerhebung erfolgte anhand standardisierter, auf vier Fragebogen basierender Interviews.

### Instrumente

Erhoben wurden soziodemographische Angaben, der Grad der kognitiven Beeinträchtigung mit dem Zürcher Mini-Mental-Status (Z-MMS) [6, 11], die Lebensqualität und die Wirkung der Besuche mit den Fragen: „Wie häufig bekommen Sie Besuch?“ und „Wie zufrieden sind Sie mit ihren Besuchen“ (visuelle Analogskala, Wertebereich: 1–5; hier wurde die wahrgenommene Unterstützung gemessen).

### Lebensqualität

Da die Lebensqualität bei Menschen mit einer fortgeschrittenen Demenz nur be-

<sup>1</sup> Die Zürcher Variante des Mini-Mental-Status schließt – im Gegensatz zu dem ursprünglich von Folstein et al. [11] entwickelten Test (MMSE) – neben verbalen auch nonverbale, praktische und visuell-räumliche Items mit ein. Insgesamt können ebenfalls maximal 30 Punkte erreicht werden. Der Test korreliert mit dem MMSE nach Folstein zu  $r=0,88$  ( $p<0,001$ ;  $n=53$ ) bei einer vergleichbaren Sensitivität und Spezifität [23].

schränkt direkt erfragt werden kann, sollten vier Indikatoren des Zürcher Lebensqualitätsinventars (ZLQI) [34] Hinweise auf dieses Konstrukt liefern. Diese vier Skalen umfassen jeweils einen Wertebereich für die Lebensqualität (LQ) von 0 bis 125 (0: schlechteste LQ, 125: beste LQ). Der Wertebereich der Gesamtskala Lebensqualität reicht von 0 bis 500.

**Anzahl verschriebener und verlangter Medikamente.** Diese Skala ist ein in der medizinischen Forschung bewährtes und leicht qualifizierbares Instrument zur indirekten Erhebung des subjektiven Wohlbefindens. Besonders gewichtet wird die Anzahl der verlangten Medikamente.

**Skala zu Behinderung und Leiden.** Aus acht Beurteilungsgraden zur objektiven Behinderung, kombiniert mit vier Beurteilungsgraden des subjektiven Leidens, ergeben sich 32 Felder, die zum Ausdruck bringen, wie stark die Besuchten laut ihren Betreuern unter ihren Einschränkungen und Behinderungen leiden. Die Skala wurde in einer Untersuchung validiert [3, 28]. Dabei wurden bezüglich der Test-Retest-Reliabilität (97,2%) und der Interraterreliabilität (88,0%) hohe Werte gemessen. Es wird angenommen, dass die Lebensqualität umso höher ist, je weniger Behinderungen und subjektives Leiden bestehen.

**Stressskala für Pflegende.** Die Skala setzt sich aus zwölf negativen und zwei positiven Gefühlsbeschreibungen zusammen, die Pflegende während der Betreuung eines Besuchten möglicherweise empfinden. Sie beruht auf der Erfahrung, dass sich die Stimmung des Patienten während der Pflege auf die Pflegeperson überträgt. Die Pfleger-Stressskala gilt als ein indirektes Maß, welches das Wohlbefinden von Patienten weit zuverlässiger erfasst als dessen direkte Einschätzung durch die Pflegenden, da diese oft durch Ängste verfälscht wird [3].

**Subjektive Befindlichkeit.** Dieser Wert stützt sich auf eine visuelle Analogskala der Zufriedenheit, bei der die Besuchten anhand fünf verschiedener Gesichter ihr Befinden einschätzen können [1]. Aufgrund der limitierten Abstraktionsfähig-

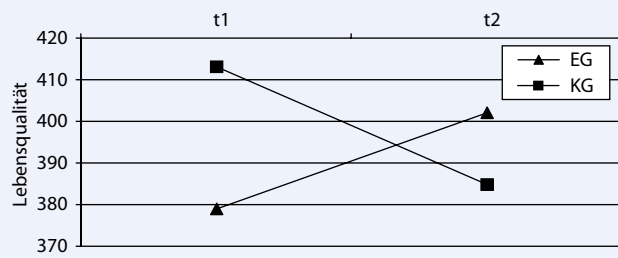
keit kognitiv Beeinträchtigter erleichtert eine bildliche Skala die Einschätzung des Wohlbefindens.

## Resultate

Ein Teilnehmer der Experimentalgruppe und zwei Teilnehmer der Kontrollgruppe verstarben während der Besuchphase, sodass sich die endgültige Stichprobe auf 43 Personen (EG: 22, KG: 21) reduzierte. Alle weiteren Besuche konnten regelmäßig wöchentlich durchgeführt werden. Die durchschnittliche Anzahl von 0,63 Besuchen pro Woche in der Experimentalgruppe vergrößerte sich durch die Besuchsintervention signifikant auf 1,63 wöchentliche Besuche, während die Anzahl der Besuche in der Kontrollgruppe konstant blieb ( $M=0,73$ ).

Der Zuwachs an Besuchen wurde von den kognitiv beeinträchtigten Heimbewohnern offensichtlich bewusst wahrgenommen. Die Experimentalgruppe berichtete beim zweiten Messzeitpunkt häufiger, sie hätten oft Besuche; indes hatte die Kontrollgruppe eher das Gefühl, weniger Besuche zu erhalten ( $Z=3,0$ ;  $p<0,01$ ). Ferner wünschten sich die Teilnehmer der Kontrollgruppe nach der Intervention signifikant öfter mehr Besuche ( $Z=2,0$ ;  $p<0,05$ ) als die Mitglieder der Experimentalgruppe ( $Z=2,3$ ;  $p<0,01$ ).

Zur Prüfung der Frage, ob die Besuche einen positiven Einfluss auf die Lebensqualität der Besuchten ausübten, wurde eine univariate Varianzanalyse  $2(\text{Gruppe}) \times 2(\text{Zeit})$  durchgeführt. Es konnte ein eindeutig positiver Einfluss der Besuche auf das Wohlbefinden der Heimbewohner nachgewiesen werden ( $F_{1,39}=11,16$ ;  $p<0,01$ ). Post-hoc-Ana-



**Abb. 1** ▲ Mittelwerte des allgemeinen Wohlbefindens der beiden Untersuchungsgruppen zu den Messzeitpunkten t1 und t2 (n=43). Wertebereich 0–500 (0: tiefste Lebensqualität, 500: höchste Lebensqualität). EG Experimentalgruppe, KG Kontrollgruppe

lysen ergaben ein Absinken der Lebensqualität in der Kontrollgruppe ( $M_{t2-t1}=-22,8$ ;  $SD=52,2$ ;  $t=-2,0$ ;  $p<0,05$ ) und einen Anstieg bei der Experimentalgruppe ( $M_{t2-t1}=28,6$ ;  $SD=46,0$ ;  $t=2,8$ ;  $p<0,01$ ; **Abb. 1**). Keinen Unterschied fand sich in der Anzahl verabreichter Medikamente ( $F=0,33$ ;  $p=0,56$ ).

Eine separate Analyse der Subitems der Lebensqualität ergab deutliche Veränderungen in der Stressskala für Pflegende ( $F_{1,41}=3,7$ ;  $p<0,05$ ) und bezüglich der berichteten Leiden und Behinderungen ( $Z=2,67$ ;  $p<0,05$ ), die für sich allein nicht normalverteilt waren und somit mit einem U-Test nach Mann-Whitney überprüft wurden.

## Diskussion

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

**Tab. 2** Vergleich der Kriterien kognitive Beeinträchtigung, Anzahl der Besuche und Alter zwischen den beiden Untersuchungsgruppen (n=38)

|                    | Kognitive Beeinträchtigung |          |        | Besuche           |                   |                   | Alter |       |       |       |
|--------------------|----------------------------|----------|--------|-------------------|-------------------|-------------------|-------|-------|-------|-------|
|                    | Leichte                    | Mittlere | Starke | 1-bis 2-mal/Woche | 1-bis 3-mal/Monat | 1-bis 10-mal/Jahr | nie   | 65–79 | 80–89 | 90–98 |
| Experimentalgruppe | 6                          | 6        | 7      | 7                 | 5                 | 1                 | 6     | 6     | 5     | 8     |
| Kontrollgruppe     | 4                          | 7        | 8      | 7                 | 3                 | 4                 | 5     | 8     | 8     | 3     |

den, dass die Besuchseffekte dadurch beeinflusst wurden. Da jedoch die Veränderungen im Wohlbefinden der beiden Untersuchungsgruppen auch separat signifikant sind und die Verläufe sich deutlich überkreuzen, lässt sich eine Regression zur Mitte als alleinige Erklärung mit guten Gründen ausschließen. Es kann davon ausgegangen werden, dass der größte Teil des Effekts den Besuchen zugeschrieben werden kann.

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

Lebensqualität und Zufriedenheit wurden vom größten Teil der Befragten selbst als wichtigster Lebensinhalt definiert. Dies gibt den Ergebnissen ein zusätzliches Gewicht. Die positiven Effekte der Studie ließen sich auch durch ein offenes Interview mit den Pflegenden stützen, die bei

den besuchten Probanden vermehrte Aufgeschlossenheit, einen verstärkten Bezug zur Umwelt und eine Abnahme von Aggressionen und Depressivität wahrnahmen. Zudem gab die Experimentalgruppe nach der Intervention signifikant häufiger an, sich nun im Pflegeheim wohler zu fühlen ( $Z=1,8$ ;  $p<0,05$ ).

Fraglich bleibt, worauf die Effekte genau zurückzuführen sind. Denkbar wäre, dass der Effekt nur bei institutionalisierten Menschen auftritt, sofern ein schützender Rahmen und relativ gut kontrollierbare äußere Einflüsse vorhanden sind. Weiterhin besteht die Möglichkeit, dass die unterschiedliche Besuchsfrequenz vor und nach der Intervention für die Wirkung verantwortlich ist. In diesem Fall müssten die Effekte umso deutlicher ausfallen, je mehr die aktive Suche nach sozialen Kontakten durch körperliche Immobilität eingeschränkt ist. Dies sollte in Studie 2 untersucht werden.

## Studie 2

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

## Probanden und Methoden

### Stichprobe Bewohner

Es nahmen 38 kognitiv beeinträchtigte Menschen, 32 Frauen und 6 Männer, an der Studie teil. Die Besuchten erhielten zuvor maximal zwei Besuche in der Woche und waren leicht bis schwer beeinträchtigt (Z-MMS: 5–25). Die Aufenthaltsdauer im geriatrischen Krankenhaus betrug zwischen 2 Monaten und 13 Jahren (EG:  $M=2,27$ ; KG:  $M=3,81$ ). Auch in dieser Untersuchung wurde eine Kontroll- und eine Experimentalgruppe (hier mit je 19 Probanden) gebildet. Die soziodemographischen Angaben sind in **Tab. 2** dargestellt.

### Stichprobe Besucher

Die Gruppe der freiwilligen Besucher setzte sich aus 2 Männern und 18 Frauen zwischen 22 und 70 Jahren zusammen.

### Vorgehen

Das Vorgehen und die Intervention waren identisch mit der Studie 1: Die Parallelisierung und Randomisierung erfolgte nach denselben Kriterien, ebenso die Datenerhebung (zwei Messzeitpunkte mit strukturierten Interviews, Fremd- und Selbstbeurteilung), wobei dieselben Instrumente benutzt wurden [12].

## Resultate

Während der Interventionsphase verstarben vier Personen, zwei weitere konnten zum zweiten Messzeitpunkt nicht mehr befragt werden. Die endgültige Stichprobe setzte sich somit aus 26 Frauen und 6 Männern im Alter von 65–98 Jahren (EG:  $M=85,67$ ; KG:  $M=80,71$ ) zusammen.

Die durchschnittliche Besuchszahl von 0,69 in der Experimentalgruppe konnte signifikant auf 1,69 gesteigert werden. Die Besuche wurden bewusst wahrgenommen (EG<sub>t2</sub>:  $M=2,73$ ,  $SD=0,96$ ; KG<sub>t2</sub>:  $M=3,18$ ,  $SD=1,02$ ; Wertebereich der Skala: 1 = erhalten oft Besuch bis 5 = erhalten nie Besuch). Wie in Studie 1 zeigte sich auch hier ein verringerter Wunsch nach weiteren Besuchen bei der Experimentalgruppe (EG<sub>t2-t1</sub>:  $M=-0,73$ ).

Weiterhin unterschieden sich beide Untersuchungsgruppen bezüglich der Le-

bensqualität: Diese konnte bei der Experimentalgruppe durch die Besuche gesteigert werden ( $M_{t2-t1}=58,51$ ;  $t=4,14$ ;  $p<0,01$ ), im Gegensatz zur Kontrollgruppe ( $M_{t2-t1}=-70,47$ ;  $t=-3,93$ ;  $p<0,01$ ). In den Ausgangswerten traten zwischen den beiden Gruppen keine Unterschiede auf. Die Analyse der einzelnen Items ergab, dass in der Wahrnehmung von Behinderungen und Leiden (EG:  $M_{t2-t1}=-10,8$ ; KG:  $M_{t2-t1}=+13,78$ ) sowie beim Stress bei der Pflege (EG:  $M_{t2-t1}=-5,68$ ; KG:  $M_{t2-t1}=+1,42$ ) im Gegensatz zur Studie 1 nur Tendenzen ( $p<0,1$ ) festzustellen waren.

## Diskussion

Die Annahme, dass sich die Wirkung der Besuche bei Menschen mit einem geringen Aktionsradius verstärkt, konnte bestätigt werden. Sehr deutlich waren die Besuchseffekte bezüglich der psychischen Ausprägungen der Lebensqualität (Zusammenfassung von Stressskala der Pflegenden sowie Fremd- und Selbstbeurteilung der Zufriedenheit). Dies ist umso erfreulicher, als das psychische Wohlbefinden als bedeutendste Ressource kognitiv beeinträchtigter älterer Menschen bewertet wird, da diese oft über eine schlechtere Gesundheit und ein geringeres soziales Netzwerk verfügen [27].

Interessant war, dass sich die Besuchten auch in der Studie 2 nach der Besuchphase nicht noch mehr Besuche wünschten. In einem offenen Interview berichteten die Pflegenden von verstärkter Offenheit, Zufriedenheit, geistiger Klarheit sowie geringerer Aggression und Depressivität der Besuchten. Im Gegensatz dazu wiesen die Nichtbesuchten in all diesen Bereichen Verschlechterungen auf. Überdies wurden sie häufiger bettlägerig und verspürten einen stärkeren Drang, nach Hause zu gehen.

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

## Schlussdiskussion

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

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

Ein wichtiger Bestandteil von Lebensqualität ist die Aufrechterhaltung sozialer Kontakte, insbesondere der zwischenmenschlichen Kommunikation [7]. Genau in dieser Hinsicht waren die in den zwei besprochenen Studien organisierten Besuche erfolgreich, und dies obwohl die Besuchten durch ihre kognitive Beeinträchtigung oftmals unter Verwirrtheit, depressiven Verstimmungen und Ängstlichkeit litten. Je weniger soziale Kontakte die Besuchten vor der Intervention hatten, desto stärker zeigten sich die Effekte. Die Wirksamkeit scheint zudem in einem Umfeld körperlich schwerer eingeschränkter älterer Menschen ein noch deutlicheres Ausmaß anzunehmen. Bedeutsam ist, dass die Besuche in beiden Studien wahrgenommen wurden. Insbesondere die zusätzliche Aufmerksamkeit und Zuwendung, die dazu führte, dass sich die Besuchten umsorgt und geschätzt fühlten, könnten zu einer Steigerung der Lebensqualität geführt haben (vgl. [9, 32]). Die Betagten erhielten nebst emotionaler auch informationelle Unterstützung, wie z. B. Hilfeleistungen und Ratschläge zu aktuellen Lebensaspekten. Vielfach fand in den Gesprächen eine Auseinandersetzung mit Sorgen und Ängsten statt. Die damit einhergegangene Neubewertung der objektiven Lebensbedingungen dürfte in manchen Fällen zu Stress- und Angstabbau und dies wiederum zu einer verbesserten Lebensqualität beigetragen haben [8]. Die vorgestellten Studien sind allein deshalb bedeutsam, weil sie zu den wenigen Langzeitstudien gehören, die einen Verlauf der Lebensqualität bei kognitiv beeinträchtigten institutionalisierten Menschen aufzeigen [19]. Darüber hinaus lässt die Übereinstimmung in den Resultaten der beiden Studien darauf schließen, dass der salutogene Einfluss einer positiven emotionalen Beziehung zu freiwilligen Helfern auf eine weit größere Zielgruppe verallgemeinert werden kann. Die Studien zeigen ferner, dass soziale Unterstützung und Zuwendung generell von teilweise stark kognitiv beeinträchtigten Menschen registriert und als wohlthuend empfunden werden. Diese Befunde können Angehörigen, Helfern und Pflegenden Sicherheit geben, insbesondere wenn ein Betagter sein Wohlbe-

finden nicht mehr immer adäquat ausdrücken kann. Zudem geben sie der Freiwilligentätigkeit im stationären Setting ein größeres Gewicht.

### Fazit für die Praxis

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

1. Organisierte Besuche bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung leisten im Sinne einer emotionalen Unterstützung einen wichtigen Beitrag zu deren Lebensqualität.
2. In beiden Studien wurden die Besuche trotz genereller kognitiver Beeinträchtigung wahrgenommen und als wohltuend empfunden.
3. Obschon die Besuchten durch ihre kognitive Beeinträchtigung oftmals unter Verwirrtheit, depressiven Verstimmungen und Ängstlichkeit litten, waren die Besuche erfolgreich.
4. Je weniger soziale Kontakte die Besuchten vor der Intervention hatten, desto stärker waren die positiven Effekte auf die Lebensqualität der kognitiv Beeinträchtigten.
5. Die Besuche scheinen in einem Umfeld körperlich schwerer eingeschränkter älterer Menschen eine noch deutlichere Wirkung zu haben.

### Korrespondenzadresse

#### S. Oppikofer

Zentrum für Gerontologie, Universität Zürich, Sumatrastraße 30, 8006 Zürich, Schweiz  
sandra.oppikofer@zfg.uzh.ch

**Interessenkonflikt.** Die korrespondierende Autorin gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

### Literatur

1. Ahlsjö B, Britton M, Murray V, Theorell T (1984) Disablement and quality of life after stroke. *Stroke* 15:886–890
2. Bennett DA, Schneider JA, Tang Y et al (2006) The effect of social networks on the relation between Alzheimer's disease pathology and level of cognitive function in old people: a longitudinal cohort study. *Lancet Neurol* 5:406–412
3. Bielak A (1998) Evaluation der Lebensqualität von betagten Langzeitpatienten im Quer- und Längsschnitt: Beobachtungen aus Zürcher Langzeitpflege-Institutionen. Scientific Commons, Zürich
4. Borg CH, Fagerstroem C, Balducci C et al (2008) Life satisfaction in 6 European countries: the relationship to health, self-esteem, and social and financial resources among people (aged 65–89) with reduced functional capacity. *Geriatr Nurs* 29:48–57
5. Brodaty H, Green A, Koschera A (2003) Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of peoples with dementia. *J Am Geriatr Soc* 51:657–664
6. Brühweiler J (1986) Die Zürcher Variante des Mini Mental Status nach Folstein. Eine Validationsstudie an 1200 Krankenheimpatienten. Inauguraldissertation, Med. Fakultät der Universität Zürich
7. Bullinger M, Pöppel E (1988) Lebensqualität in der Medizin: Schlagwort oder Forschungsansatz. *Dtsch Arztebl* 85:679–680
8. Cavanaugh JC (1998) Friendships and social networks among older people. In: Nordhus IH et al. (eds) *Clinical gerontopsychology*. American Psychological Association, Washington, pp 137–140
9. Cheung CK, Ngan MH (2000) Contributions of volunteer networking to isolated seniors in Hong Kong. *J Gerontol Soc Work* 33:79–100
10. Fratiglioni L, Wang HX, Ericsson K et al (2000) Influence of social network on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study. *Lancet* 335:1315–1319
11. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR (1975) "Mimic" state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 12:189–198
12. Huber E, Pretterer A (2002) Grazer Besucherstudie. Pädagogische Einführung, Begleitung und Weiterbildung für freiwillige BesucherInnen im Rahmen von Besuchsdiensten. Auswirkungen der Besuche auf das Wohlbefinden der an Demenz erkrankten Menschen im geriatrischen Krankenhaus Graz. Unveröff. Diplomarbeit. Universität Graz
13. Kasper J, Pearson J (1995) Living arrangements, social integration and personal control: correlates of life satisfaction among older people. *J Ment Health Aging* 1:21–32
14. Kruse A, Wahl HW (1999) III. Soziale Beziehungen. *Z Gerontol Geriatr* 32:333–347
15. Laireiter A (1993) Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung. Konzepte, Methoden und Befunde. Huber, Bern
16. Lang FR (2000) Endings and continuity of social relationships: maximizing intrinsic benefits within personal networks when feeling near to death. *J Soc Pers Relat* 17:155–182
17. Lawton MP (1989) Environmental proactivity and affect in older people. In: Spacapan S, Askamp S (eds) *The Social Psychology of Aging*. Sage, Newbury Park, pp 135–163
18. Lawton MP (1998) Environment and aging: theory revisited. In: Scheidt RJ, Windley PG (eds) *Environment and aging theory: a focus on housing*. Greenwood, Westport, pp 1–6
19. Lyketsos CG, Gonzales-Salvador T, Chin JJ et al (2003) A follow-up study of change in quality of life among persons with dementia residing in a long-term care facility. *Int J Geriatr Psychiatry* 18:275–281
20. Meier D, Erimini-Fünfschilling D, Stähelin HB (1998) Individual quality of life assessment in healthy elderly and early dementia patients. In: Vellas B, Fitten J, Frisoni G (eds) *Research and practice in Alzheimer's disease*. Serdi, Paris, pp 373–387
21. Meyer K (2008) Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008. Huber, Bern
22. Nestmann F (1988) Die alltäglichen Helfer. Theorien sozialer Unterstützung und eine Untersuchung alltäglicher Helfer aus vier Dienstleistungsberufen. De Gruyter, Berlin
23. Noser A, Schoenenberger PM, Wettstein A (1988) Vergleichsuntersuchung zwischen dem „Mini-Mental-State“ nach Folstein und dessen Zürcher Variante bei dementen und nicht dementen Patienten. *Schweiz Archiv Neurol Psychiatr* 139:69–77
24. Oppikofer S, Albrecht K, Schelling HR, Wettstein A (2002) Die Käferberg Besucherstudie. Die Auswirkungen sozialer Unterstützung auf das Wohlbefinden dementer Heimbewohnerinnen und Heimbewohner. *Z Gerontol Geriatr* 35:39–48
25. Oppikofer S (2008) Lebensqualität bei Demenz. Zürcher Schriften zur Gerontologie Bd 5. ZfG, Zürich
26. Orrell M, Butler R, Bebbington P (2000) Social factors and the outcome of dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 15:515–520
27. Perrig-Chiello P (1997) Wohlbefinden im Alter: körperliche, psychische und soziale Determinanten und Ressourcen. Juventa, Weinheim
28. Rosser R, Kind PA (1978) A scale of valuations of states of illness: is there a social consensus? *Int J Epidemiol* 7:347–358
29. Schwarzer R, Leppin A (1989) Sozialer Rückhalt und Gesundheit. Hogrefe, Göttingen
30. Schwarzer R (1997) Gesundheitspsychologie, Hogrefe, Göttingen
31. Seidler A, Bernhardt T, Nienhaus A, Frölich L (2003) Association between the psychosocial network and dementia – a case-control study. *J Psychiatr Res* 37:89–98
32. Wagner M, Schütze Y, Lang FR (1996) Soziale Beziehungen alter Menschen. In: Mayer KU, Baltus PB (eds) *Die Berliner Altersstudie*. Akademie Verlag, Berlin, pp 301–319
33. Weber G, Glueck J, Heiss C et al (2005) Europäische Studie zum Wohlbefinden im Alter (ESAW). Hauptergebnisse unter besonderer Berücksichtigung der Situation in Österreich. WUV, Wien
34. Wettstein A, Bielak A, Rüegg J et al (1997) Lebensqualität in Langzeitinstitutionen. Das Zürcher Lebensqualitätsinventar (ZLQI). Unveröff. Bericht, Universität Zürich
35. Woods RT, Wills W, Higginson I et al (2003) Support in the community for people with dementia and their carers: a comparative outcome study of specialist mental health service interventions. *Int J Geriatr Psychiatry* 18:298–307