

S. Becker  
R. Kaspar  
A. Kruse

## Die Bedeutung unterschiedlicher Referenzgruppen für die Beurteilung der Lebensqualität demenzkranker Menschen

### Kompetenzgruppenbestimmung mit HILDE<sup>1</sup>

#### The impact of different reference groups for the assessment of quality of life in people suffering from dementia – determination of competence groups with HILDE

► **Zusammenfassung** Dem Projekt HILDE liegt ein Verständnis von Lebensqualität zugrunde, das die im schwedischen level of living approach hervorgehobene Bedeu-

tung objektiver Lebensbedingungen ebenso berücksichtigt wie die im amerikanischen quality of life-Ansatz betonte Bedeutung subjektiver Wahrnehmungs- und Bewertungsprozesse. Nachdem an Komponentendefinitionen von Lebensqualität kritisiert werden kann, dass empirische Zusammenhänge zwischen den im einzelnen differenzierten Komponenten konzeptuell nicht abgebildet werden, orientiert sich das Projekt HILDE an einer theoretischen Konzeption, die Lebensqualität im Sinne einer Konstellation von personal- und umweltbezogenen, materiellen und immateriellen Ressourcen sowie subjektivem Wohlbefinden betrachtet.

Die Diskussion demenzspezifischer Lebensqualitätskonzepte erschöpft sich darum nicht in der ausschließlichen Berücksichtigung unterschiedlicher Stufen kognitiver Leitungsfähigkeit, sondern orientiert sich am Syndromcharakter demenzieller Erkrankungsbilder. Im empirischen Teil des Beitrags werden in einer Stichprobe von 362 demenzkranken Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen vier *Kompetenzgruppen* identifiziert und mittels Kreuzvalidierung in zufälligen Teilstichproben unabhängig repliziert. Für diese vier verschiedenen Demenzsyndromgruppen lassen sich spezifische Bedarfslagen

und Wertigkeiten beschreiben. Diese können sowohl innerhalb als auch zwischen den Kompetenzgruppen als Referenz für die Entwicklung individueller Interventionsmaßnahmen mit realistischen Erwartungshorizonten.

#### ► **Schlüsselwörter**

Demenz – Emotionen – Gerontopsychiatrische Diagnostik – Heimbewohner – Lebensqualität

► **Summary** The HILDE project proceeds from a theoretical conception of quality of life which considers both the significance of objective living conditions claimed in the Swedish level of living approach and the significance of processes of subjective perceptions and judgements accentuated in the American quality of life approach. Since component definitions of quality of life regularly fail to reflect empirical relationships between the differentiated aspects, quality of life is defined as a constellation of personal and environmental material and immaterial resources and subjective well-being. Under the assumption that an adequate assessment of quality of life of people with dementia can not exclusively be based on their cognitive impairment, i.e. their stage of the disease, but must also reflect the realisation of individual

Eingegangen: 12. Juni 2006  
Akzeptiert: 8. August 2006

<sup>1</sup> Dieses Projekt wird gemeinsam vom Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg und von der Sektion Gerontopsychiatrie des Universitätsklinikums Heidelberg ausgerichtet. Es wird vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördert. Die Autoren danken Frau Petra Weritz-Hanf, Leiterin des Referats 311 „Gesundheit im Alter, Hilfen bei Demenz“ für wertvolle Unterstützung bei der praktischen Umsetzung des Projekts.

Dr. Stefanie Becker (✉) · Roman Kaspar  
Andreas Kruse  
Institut für Gerontologie  
der Universität Heidelberg  
Bergheimer Straße 20  
69115 Heidelberg, Germany  
E-Mail:  
stefanie.becker@urz.uni-heidelberg.de

preferences in a given life situation, the empirical portion of this contribution identifies and independently cross-validates in random subsamples four *patterns of competence* in a sample of 362 nursing home residents suffering from dementia. Each of these four

different dementia syndrome groups is characterised by specific needs and values. They can be used as a point of reference within as well as between these competence groups, in order to plan individual interventions with competence-oriented expectations.

► **Key words** Dementia – competence – gerontopsychiatric diagnoses – nursing home residents – quality of life

## Zum Verständnis von Lebensqualität

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 [1] und über das Ausmaß definiert, in dem Menschen in der Lage sind, Ressourcen wie Einkommen, Bildung, psychische oder physische Energie gezielt im Dienste einer den eigenen Bedürfnissen entsprechenden Gestaltung ihrer individuellen Lebensverhältnisse einzusetzen [5]. 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 [12, 17]. 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 die Passung zwischen objektiven Situationsfaktoren und individuellen Präferenzen im Sinne einer möglichkeits- und bedürfnisorientierten Umweltgestaltung eine wesentliche Voraussetzung für Lebensqualität darstellt und entsprechend differenziert zu erfassen ist.

In der Tradition des amerikanischen *quality of life-Ansatzes* [3] wird dagegen vor allem die Bedeutung subjektiver Wahrnehmungs- und Bewertungsprozesse für die Lebensqualität hervorgehoben. 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 objek-

tiver 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 [7, 8, 11, 13].

Aktuelle Analysen der Lebensqualität demenzkranker Menschen orientieren sich häufig an einem im Arbeitskreis von Lawton entwickelten Modell, das zum einen die Differenzierung zwischen objektiv gegebener Umwelt und subjektiv erlebten Umweltbedingungen („erlebte Lebensqualität“), zum anderen die Bedeutung von seelischem Wohlbefinden (im Sinne emotionaler Befindlichkeit) und Verhaltenskompetenzen (im Sinne bestehender Funktionen und Fähigkeiten, die ein selbständiges und selbstverantwortliches Leben ermöglichen) betont. Da dieses Modell trotz seiner ökogerontologischen Wurzeln die Prozesse der Person-Umwelt-Transaktionen sowie deren Erlebensebenen zugunsten einer stärkeren deskriptiven Perspektive zurückstellt, orientiert sich das Projekt HILDE stärker an der von Veenhoven [14] herausgearbeiteten systematischen Ordnung des Begriffsfeldes nach Chancen und Resultaten von Lebensqualität. Den Ausgangspunkt dieser Konzeption bilden die zur Realisierung individueller Präferenzen und Zielzustände – z.B. der Erhaltung von Selbstständigkeit, von Zufriedenheit – zur Verfügung stehenden Mittel, wobei zwischen materiellen Ressourcen (Einkommen, Lage und Qualität der Wohnung) und immateriellen Ressourcen (körperliche und seelisch-geistige Gesundheit, körperliche und geistige Leistungsfähigkeit) unterschieden wird. Daraus aber ergibt sich, dass die Demenzerkrankung nicht ausschließlich auf kognitive Defizite zu reduzieren ist; vielmehr ist für das Verständnis der individuellen (Er-)Lebenswelt demenzkranker Menschen – und damit für jegliche Maßnahmen der Erhaltung und Förderung ihrer Lebensqualität – das Gesamt ihrer Ressourcen von substantieller Bedeutung.

Die entscheidende Erweiterung gegenüber dem im Arbeitskreis von Lawton vorgeschlagenen Modell besteht darin, dass die Nutzung von Ressourcen als von den jeweils *bestehenden Lebensbedingungen* be-

einflusst angesehen und damit die Frage in den Vordergrund gestellt wird, inwieweit die Nutzung von Funktionen und Fähigkeiten durch diese gefördert oder erschwert wird [15]. Welche Ausschnitte der jeweils bestehenden Lebensbedingungen von demenzkranken Menschen genutzt werden können, ist jedoch ganz wesentlich bestimmt durch ihre individuellen Möglichkeiten ihre Lebenswelt zu interpretieren. Dies wiederum bestimmt die Wertigkeit bestimmter Umweltgegebenheiten für den Einzelnen und in der Konsequenz auch die Entwicklung einer an den im Einzelfall bestehenden Möglichkeiten orientierten Förderung von Lebensqualität. Daraus lässt sich ableiten, dass bei der Beurteilung der Er(-Lebenswelt) demenzkranker Menschen die alleinige Referenz auf die Gesamtgruppe aller Demenzkranken allgemein, die zumeist ausschließlich anhand ihrer kognitiven Ressourcen beschrieben wird, nicht ausreicht.

Während Veenhoven [14] hervorhebt, dass nicht nur die Person selbst, sondern auch ihr soziales Umfeld von der Verfügbarkeit person- und umweltbezogener Ressourcen profitiert, konzentriert sich das Projekt HILDE 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. Des Weiteren wird bei der Operationalisierung der Outcomevariablen dem Umstand Rechnung getragen, dass sich person- und umweltbezogene Merkmale weniger isoliert und additiv auswirken, sondern in ihrer jeweiligen Bedeutung voneinander abhängen [1, 18].

Durch die Analyse empirischer Zusammenhänge zwischen den berücksichtigten Dimensionen von Lebensqualität und damit verbundenen Personenressourcen werden im Projekt HILDE charakteristische Kompetenzprofile demenzkranker Menschen identifiziert und mit Blick auf ihre spezifischen Bedarflagen beschrieben. Damit berücksichtigt das Projekt HILDE, dass Interventionsmaßnahmen mit dem Ziel einer Verbesserung der Lebensqualität demenzkranker Menschen in stationären Einrichtungen im individuellen Falle sehr unterschiedliche Richtungen und auch Erwartungshorizonte haben können. Das im Projekt HILDE entwickelte Instrument dient entsprechend nicht alleine einer differenzierten Diagnostik von Lebensqualität, sondern kann auch im Dienste der an individuellen Möglichkeiten orientieren Planung und Evaluation realistischer Interventionsmaßnahmen stehen.

## Kompetenzgruppenbestimmung im Projekt HILDE

Im Projekt HILDE [Heidelberger Instrument zur Lebensqualität Demenzkranker, vgl. 2] wurden 362 Personen in insgesamt 28 Einrichtungen der stationären Altenhilfe unterschiedlicher Trägerschaft erfasst. Die teilnehmenden Bewohner waren zum Untersuchungszeitpunkt im Mittel 85,6 Jahre alt (Altersrange 59–103 Jahre), zum überwiegenden Teil (82,3%) weiblich (64 Männer, 298 Frauen) und wurden durchschnittlich seit bereits 3,4 Jahren in den entsprechenden Einrichtungen betreut. Als individuelle Personenkompetenzen wurden kognitive und alltagspraktische Fähigkeiten über den MMST [6] und den Barthel-Index [10] erfasst. Die Stichprobe kann insgesamt als deutlich kognitiv beeinträchtigt beschrieben werden und auch der mittlere erreichte Punktwert bezüglich der alltagspraktischen Fähigkeiten weist auf einen substantiellen Unterstützungsbedarf hin (s. Tab. 1). Daneben wurden als komplexere sozial bezogene Fähigkeiten eine Reihe demenzspezifischer Verhaltensauffälligkeiten mit Hilfe eines neuropsychiatrischen Inventars [4] dokumentiert. Im Durchschnitt wurden für die Bewohner zwei der fünf unterschiedenen Verhaltensauffälligkeiten berichtet, wobei Depressivität (57,9%) und Erregung/Aggression (43,8%) die beiden häufigsten Symptome darstellten.

## Kompetenzgruppenentwicklung

Zur Identifizierung spezifischer Muster verbliebener funktioneller Kompetenzen wurde eine Clusteranalyse auf der Grundlage der wechselseitigen Ähnlichkeiten der Bewohner hinsichtlich MMST-Werten, ihrer Mehrfachbelastung mit dementypischen neuropsychiatrischen Symptomen (NPI-Komorbidität), sowie ihrer praktischen Alltagskompetenz (ADL-Gesamtwert) durchgeführt. Als Maß dieser Ähnlichkeit wurden euklidische Distanzen berechnet, wobei Unterschiede in der Skalierung der drei einbezogenen

Tab. 1 Kompetenzmerkmale der Gesamtstichprobe

	N	M (SD)	min	max
Personenkompetenzen				
Barthel-Index (ADL)	314	48,8 (28,2)	0	100
Mini Mental State Test (MMST)	356	11,9 (9,8)	0	30
Verhaltensauffälligkeiten (NPI-K) <sup>a</sup>	359	2,1 (1,3)	0	5

<sup>a</sup> NPI-Komorbiditätsscore: gleichzeitige Belastbarkeit mit bis zu 5 nicht-kognitiven Demenzsymptomen (Erregung/Aggression, Depression, Apathie, abweichendes motorisches Verhalten, Sonstiges (d.h. Wahn, Halluzinationen, Angst, Euphorie, Enthemmung, Reizbarkeit – zusammengefasst wegen vergleichsweise geringer Prävalenzraten)

**Tab. 2** Fusionierungsstufen der Clusteranalyse (Ward-Verfahren) zur Identifizierung von Kompetenzgruppen

Gesamtstichprobe				
Clusteranzahl	Semi-partielles R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup>	Pseudo F	Pseudo t <sup>2</sup>
10	0,015	0,809	139	30,5
9	0,017	0,792	141	26,9
8	0,024	0,768	140	45,8
7	0,028	0,740	141	39,0
6	0,031	0,709	146	62,4
5	0,055	0,655	142	61,8
4	0,063	0,592	146	44,6
3	0,098	0,495	148	105,0
2	0,129	0,366	175	81,3
1	0,366	0,000	–	175

Merkmale durch z-Standardisierung berücksichtigt wurden. Die hierarchische Clustering der Bewohner mittels minimum variance (Ward) Fusionierungsalgorithmus legt – orientiert an den Fehlerquadratsummenzuwachsen und den Pseudo-F- und -t-Werten – die Annahme von vier disjunkten Kompetenzclustern nahe (s. Tab. 2).

Die vier identifizierten Gruppen lassen sich aufgrund der Gruppenmittelwerte der zur Gruppenbildung herangezogenen Merkmale wie folgt charakterisieren (s. Abb. 1).

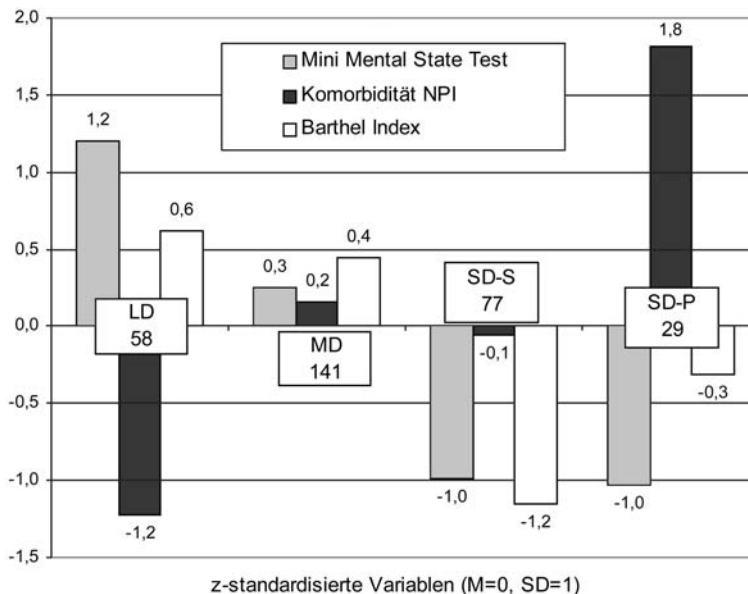
Ein erstes Cluster umfasst Personen, die sich durch ein mittleres Maß an Verhaltensauffälligkeiten, jedoch durch deutlich unterdurchschnittlich ausgeprägte kognitive sowie alltagspraktische Kom-

petenzen auszeichnen. Die insgesamt 77 Bewohner dieser Kompetenzgruppe lassen sich als „schwer demenzkrank, mit einer vorrangig somatischen Symptomatik“ beschreiben und sollen im Folgenden mit „SD-S“ abgekürzt werden.

Personen des zweiten Clusters können insgesamt als in einem mittleren Ausmaß belastet beschrieben werden. Im Vergleich zur Gesamtgruppen zeigen sie weder kognitiv noch funktional deutliche Auffälligkeiten, auch wenn sie eine tendenziell etwas bessere alltagspraktische Kompetenz als der Durchschnitt aufweisen. Diese Gruppe umfasst die größte Anzahl an Bewohnern (N=141) und soll im Folgenden als Gruppe „mittelgradig demenzkranker Bewohner“ beschrieben und mit „MD“ abgekürzt werden.

Personen des dritten Clusters können als hoch belastet beschrieben werden. Sie sind sowohl kognitiv als auch verhaltensauffällig. Dagegen erscheint ihre Selbständigkeit in alltagspraktischen Angelegenheiten (ADL) im Vergleich zum Mittelwert der Gesamtstichprobe nur geringfügig stärker eingeschränkt zu sein. Diese hoch belastete Bewohnergruppe weist mit 29 Personen die geringste Besetzungszahl auf und soll hier als „schwer demenzkrank mit psychopathologischen Auffälligkeiten“ beschrieben werden („SD-P“).

Im letzten Cluster sind 58 Bewohner repräsentiert, die im Vergleich zum Mittelwert der Gesamtgruppe als deutlich geringer belastet beschrieben werden können. Sie sind durch relativ gut erhaltene Kompetenzen in allen demenzspezifischen Symptombereichen und insbesondere durch eine weitestgehende Freiheit von Verhaltensauffälligkeiten ge-

**Abb. 1** Charakterisierung der vier identifizierten Kompetenzcluster anhand der z-standardisierten Kompetenzmerkmale

**Tab. 3** Merkmalsmittelwerte der vier identifizierten Kompetenzcluster (unstandardisiert)

M (SD)	Kompetenzgruppe			
	LD (N = 58)	MD (N = 141)	SD-S (N = 77)	SD-P (N = 29)
Barthel-Index (ADL) <sup>a</sup>	66,2 (20,3)	61,1 (22)	16,1 (12,7)	39,8 (23,8)
Mini Mental State Test (MMST) <sup>a</sup>	24,2 (4,2)	14,8 (7,6)	2,6 (3,6)	2,2 (3,2)
Verhaltensauffälligkeiten (NPI-K) <sup>b</sup>	0,5 (0,5)	2,2 (0,9)	2,0 (0,8)	4,3 (0,5)

<sup>a</sup> Höhere Werte zeigen höhere alltagspraktische und kognitive Fähigkeiten an (ADL: Range 0–100; MMST: Range 0–30); <sup>b</sup> Höhere Werte indizieren eine Belastung mit mehreren verschiedenen nicht-kognitiven Verhaltensauffälligkeiten (NPI-K: Range 0–5)

kennzeichnet. Diese Gruppe soll im Folgenden entsprechend als „leicht demenzkrank“ beschrieben werden („LD“).

Die Betrachtung der unstandardisierten Merkmalswerte der Kompetenzgruppen in den drei gruppenbildenden Merkmalen verdeutlicht noch einmal die absoluten Unterschiede zwischen den gefundenen Gruppen (vgl. Tab. 3).

### Doppelkruzvalidierung der Clusterlösung zu funktionalen Kompetenzen

Um die Stabilität der für die Gesamtgruppe identifizierten 4-Cluster-Lösung abschätzen zu können, wurde eine Doppelkruzvalidierung der diagnostischen Gruppen durchgeführt. Zunächst wurden die Bewohner der HILDE-Gesamtstichprobe zufällig auf zwei Teilstichproben verteilt (S1:  $n_1 = 152$ , S2:  $n_2 = 153$  Bewohner). Für diese Teildatensätze wurden anschließend parallel analoge hierarchische Clusteranalysen gerechnet. Aufgrund der Zusammenschau der Fehlerquadratsummenzuwächse, sowie der Pseudo-F- und

Pseudo-t-Werte erscheint die für die Gesamtstichprobe gewählte 4-Cluster-Lösung auch in beiden Substichproben als eine gleichwertig gute Lösung. Mit multiplen Determinationsanteilen von 62,4 und 63,1 Prozentpunkten können die identifizierten Cluster zwei Drittel der Unterschiedlichkeit der Bewohnerkompetenzen abbilden. Auch die inhaltliche Charakterisierung der unabhängig identifizierten Bewohnergruppen stimmt in den beiden Teilstichproben und mit den Gruppen der Gesamtanalyse gut überein. Dementsprechend sollen die bereits für die Gesamtstichprobe beschriebenen Clusterbezeichnungen und -kürzel auch für die in den Teilstichproben identifizierten Cluster verwendet werden. Trotz der vergleichbaren Merkmalsmuster variieren die Besetzungszahlen der ersten beiden Cluster in beiden Stichproben deutlich. Während die meisten Bewohner der S1 dem ersten Cluster (SD-P<sub>1</sub>) zugeordnet werden, beträgt der Umfang des analogen Clusters in der zweiten Teilstichprobe (SD-P<sub>2</sub>) lediglich 17 Personen. Umgekehrt stellen sich die relativen Besetzungszahlen mit Blick auf die Cluster SD-S<sub>1</sub> und SD-S<sub>2</sub> dar, während die Cluster LD und MD in beiden Teilstichproben jeweils ähnlich stark besetzt sind. Als Folge dieser unterschiedlichen Besetzungszahlen ergeben sich vergleichsweise geringe spezifische Trefferraten bei der Über-Kreuz-Zuordnung der Bewohner in die Gruppen SD-P und SD-S. Die im Rahmen einer Doppelkruzvalidierung zu leistende wechselseitige Zuordnung der Personen eines Teildatensatzes in die Clusterlösung des Referenzdatensatzes geschah anhand der Nearest-Neighbor (NN)-Zuordnungsregel. Abschließend wurde die Übereinstimmung der Clusterzugehörigkeiten durch Kreuztabellierung der ursprünglichen mit der neuen Referenzzuordnung abgeschätzt.

Für die vorliegenden Analysen soll der berechnete Kappa-Index als zufallskorrigiertes Maß für die Zuordnungsübereinstimmung nur insoweit mitberücksichtigt werden, als die ermittelten Werte von  $\kappa = 0,688$  (S1) und  $\kappa = 0,719$  (S2) als deutlicher Hinweis auf überzufällige Übereinstimmung interpretiert

**Tab. 4** Übereinstimmungsraten der kreuzweisen Zuordnung in die Referenzcluster (Doppelkruzvalidierung)

	Teilstichprobe 1						Teilstichprobe 2						
	SD-P*	SD-S*	LD*	MD*	n	%	SD-P*	SD-S*	LD*	MD*	n	%	
SD-P	17	24	0	1	42	40,5	SD-P	16	0	0	1	17	94,1
SD-S	0	30	0	2	32	93,8	SD-S	19	30	3	6	58	51,7
LD	0	3	33	1	37	89,2	LD	0	0	29	0	29	100,0
MD	1	4	0	36	41	87,8	MD	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

Die Referenzzuordnung eines Bewohners zum Cluster derjenigen Person aus der anderen Teilstichprobe, die diesem in Bezug auf alle Kompetenzmerkmale am ähnlichsten ist (Nearest-neighbor-Zuordnung) wird hier mit einem Asterisk (\*) gekennzeichnet

werden können. Für die weitere Abschätzung des Erfolges der Doppelkreuzvalidierung sollen die inhaltlich stringenteren Maße allgemeiner und clusterspezifischer direkter Übereinstimmung in den Clusterzuordnungen (hit rates) herangezogen werden. Die direkten Übereinstimmungsraten betragen für beide Teilstichproben insgesamt 76,3% und 79,0%, wobei die Trefferraten der Einzelcluster zwischen 40,5% und 100% variieren und somit insbesondere mit Blick auf die Cluster SD-P und SD-S deutliche Unterschiede hinsichtlich der Zuordnungsgüte zu einzelnen Clustern anzeigen. Die innere Struktur der diagnostischen Gruppen bleibt jedoch auch nach Neuzuweisung der Bewohner zu den Referenzclustern der jeweils anderen Zufallsstichprobe erhalten. Insgesamt sind die extrahierten Kompetenzcluster als eine inhaltlich gut differenzierbare und hinreichend stabile syndromorientierte Ordnung der erfassten Bewohner einzuschätzen.

### Unterschiede zwischen den Kompetenzgruppen im emotionalen Erleben

Die Verfügbarkeit einer Reihe von positiven Alltagssituationen und die Abwesenheit emotional belastender Situationen können als direkte Indikatoren für das subjektive Wohlbefinden der Bewohner und damit für die subjektiv empfundene Lebensqualität gelten. Um zu prüfen, inwieweit es unterschiedlichen Kompetenzgruppen gelingt, subjektive Lebensqualität zu erfahren, sollen im Projekt HILDE erfasste Indikatoren habituellen emotionalen Erlebens und allgemeiner Lebenszufriedenheit nach diesen Bewohnergruppen differenziert dargestellt werden (s. Tab. 5).

Während für die habituelle (d.h. für einen Bewohner als typisch berichtete) Belastetheit mit negativen Emotionen signifikante Unterschiede zwischen den Kompetenzgruppen gefunden wurden ( $F_{(-)}(3,194) = 4,06$ ,  $p < .008$ ), ließen sich hinsichtlich des Gesamtumfangs habituellen positiven Affekts keine überzufälligen Gruppenunterschiede nachweisen ( $F_{(+)}(3,194) = 2,18$ ,  $p < .091$ ). Insbesondere die Gruppe der psychopathologisch Auffälligen erlebt überzufällig häufiger negativen Affekt als die übrigen Bewohnergruppen. 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 sehr 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 (SD-S) seltener positive Situationen erleben, erleben sie gleichzeitig doch häufiger negative Situationen. Dem rela-

**Tab. 5** Indikatoren erlebter Lebensqualität differenziert nach Kompetenzgruppen demenzkranker Heimbewohner

M (SD)	Kompetenzgruppe			
	LD	MD	SD-S	SD-P
Positive Emotionalität (habituell) <sup>a</sup>	16,1 (5,8)	13,8 (6,6)	12,5 (7,2)	15,6 (8,6)
Negative Emotionalität (habituell) <sup>a</sup>	5,9 (3,4)	7,0 (4,2)	7,5 (3,8)	10,4 (6,6)
Allgemeine Lebenszufriedenheit <sup>b</sup>	6,4 (2,2)	5,8 (2,4)	6,2 (2,3)	5,1 (2,5)

<sup>a</sup> Die habituelle Affektlage wurde operationalisiert als Produkt von Vielfalt und Auftretenshäufigkeit von für den Bewohner typischerweise positiven bzw. aversiven Situationen; <sup>b</sup> Im Rahmen der Verhaltensbeobachtung durch die Pflegenden direkt vom Bewohner erfragt (11-stufige Ratingskala, 0 = überhaupt nicht zufrieden, 10 = sehr zufrieden).

tiv hohen Niveau positiven Affekts der psychopathologisch auffälligen Gruppe Schwerdemenzkranker (SD-P) stehen viele und/oder häufige negativ erlebte Situationen entgegen.

Insgesamt waren 73% der Bewohner in der Lage, Angaben zu ihrer allgemeinen Lebenszufriedenheit zu machen, wobei die Auskunftsfähigkeit deutlich mit der Kompetenzgruppenzugehörigkeit variierte (LD: 85%, MD: 89%, SD-P: 53%, SD-S: 39%). Im Hinblick auf das selbst eingeschätzte Ausmaß allgemeiner Lebenszufriedenheit konnten jedoch keine überzufälligen Unterschiede zwischen einzelnen Kompetenzgruppen nachgewiesen werden.

### Diskussion

Mit der differenzierten Erfassung einer „möglichkeitsorientierten“ Lebensqualität von 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“) [9]. Da die Erfassung der Lebensqualität den entscheidenden Zugang zu den aktuellen Bedürfnissen, Werten und Präferenzen der Bewohnerinnen und Bewohner bildet, die die Grundlage der individuellen (Er-)Lebenswelt darstellen, hilft sie, die beiden genannten Motive zu verwirklichen. Dabei ist von Bedeutung, dass die in der Pflege und Betreuung Demenzkranker tätigen Personen die differenzierte Betrachtung dieser Erlebensmöglichkeiten auch als Grundlage für die kritische Reflexion ihres fachlichen Handelns verstehen und ihre Handlungskonzepte gegebenenfalls im Sinne einer individuumzentrierten Förderung der Lebensqualität revidieren.

Die im vorliegenden Beitrag beschriebenen Ergebnisse einer Clusteranalyse konnten zunächst zeigen, dass sich Bewohnergruppen mit ähnlichen Mustern der Beeinträchtigung in den für das Erleben wesentlichen Personenkompetenzen (MMST-Werte, Mehrfachbelastung mit neuropsychiatrischen Symptomen, ADL-Kompetenzen) valide differenzieren lassen. Des Weiteren sprechen die Ergebnisse dafür, dass die Zugehörigkeit zu einer der identifizierten Kompetenzgruppen mit der subjektiv erlebten Lebensqualität der Bewohner zusammenhängt. Damit liegt es nahe, die Zugehörigkeit zu einer der gefundenen Kompetenzgruppen als Referenzrahmen zur Beurteilung der Lebenssituation und vor allem auch zur Bildung individuumszentrierter, adäquater Erwartungshorizonte effektiver Interventionsmaßnahmen zur Förderung von Lebensqualität zu nutzen. Die im Projekt HILDE gefundene Differenzierung von Kompetenzgruppen könnte so zu einer adäquaten und individuumszentrierten Förderung von Lebensqualität in Einrichtungen der stationären Altenhilfe beitragen, von der sowohl die Bewohner als auch die Pflegekräfte profitieren. Der Nutzen für die Bewohner ergibt sich unmittelbar aus der Tatsache, dass die in der individuellen Lebenssituation gegebenen Möglichkeiten optimal ausgeschöpft werden. Den Nutzen für die Pflegefachkräfte sehen wir vor allem in der Möglichkeit, eigenes Handeln an begründeten Standards zu orientieren und realistische Erwartungen in Bezug auf den zu erwartenden Erfolg eigener Bemühungen um die Förderung der Lebensqualität

demenzkranker Bewohner zu bilden. Dies sollte dazu beitragen, dass die eigene Pflegetätigkeit nicht lediglich als Last, sondern Helfen auch als befriedigend erlebt werden kann [13, 15].

Auf der Grundlage der Ergebnisse des Projekts HILDE kann die Frage, inwieweit die vier differenzierten Kompetenzgruppen für unterschiedliche Erkrankungsstadien charakteristisch sind, nicht beantwortet werden. Da mit fortschreitender Erkrankung sowohl kognitive als auch alltagspraktische Einschränkungen zunehmen, ist es ist durchaus denkbar, dass sich die Zugehörigkeit zu den einzelnen Kompetenzgruppen im Längsschnitt verändert. Die angedeutete Frage ist im Projekt HILDE allerdings zunächst von nachrangigem Interesse. Wichtiger erscheint die Frage, inwieweit die durch die dargestellten Ergebnisse belegte Möglichkeit, die Zugehörigkeit zu den einzelnen Kompetenzgruppen für die Planung individueller Fördermaßnahmen in stationären Einrichtungen zu nutzen, tatsächlich praktikabel ist. Entsprechend konzentriert sich die Projektgruppe derzeit auf die Analyse jener Erfahrungen, die Pflegefachkräfte im Kontext ihrer alltäglichen Pflegetätigkeit mit dem im Projekt HILDE entwickelten Untersuchungsinstrument gewinnen. In diesen Analysen wird sich zeigen, inwieweit Pflegefachkräfte in der Lage sind, das vorliegende Instrument mit Gewinn für die Planung und Evaluation von Interventionsmaßnahmen zu nutzen und inwieweit eine für die Praxis optimierte Version in der Lage ist, diesen Nutzen zu steigern.

## Literatur

- Allardt E (1993) Having, Loving, Being: an alternative to the swedish model of welfare research. In: Nussbaum M, Sen A (eds) *The quality of life*. Oxford University Press, Oxford, pp 88–94
- 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
- Campbell A, Converse PE, Rogers WL (1976) *The quality of American life*. Russel Sage, New York
- Cummings JL, Mega MS, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J (1994) The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 44:2308–2314
- Erikson R (1993) Descriptions of inequality: the Swedish approach to welfare research. In: Nussbaum M, Sen A (eds) *The quality of life*. Oxford University Press, Oxford, pp 67–83
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR (1990) MMST. Mini-Mental-Status-Test. Beltz, Weinheim
- Garms-Homolová V (2000) Die Idee der Patientenorientierung; In: Gold C, Geene R, Stölzer K (Hrsg) *Patienten, Versicherte, Verbraucher. Möglichkeiten und Grenzen einer angemessenen Vertretung von Patienteninteressen*. b\_books, Berlin, S 15–22
- Kitwood T (2000) *Demenz: Der personenzentrierte Umgang mit verwirrten Menschen*. Huber, Bern
- Kruse A (2006) Ethische und sozialpsychologische Implikationen von Altersdemenz und Alzheimer-Erkrankung. In: Nationaler Ethikrat (Hrsg) *Altersdemenz und Morbus Alzheimer*. ad litteras, Berlin, S 38–51
- Mahoney FI, Barthel D (1965) Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal* 14: 56–61
- Schaeffer D, Wingenfeld K (2004) *Pflegerische Versorgung alter Menschen*. In: Kruse A, Martin M (Hrsg) *Enzyklopädie der Gerontologie*. Huber, Bern, S 477–490
- Schacke C, Zank S (2004) *Interventionskonzepte*. In: Kruse A, Martin M (Hrsg) *Enzyklopädie der Gerontologie*. Huber, Bern, S 419–436
- Schwerdt R (2005) *Lernen der Pflege von Menschen mit Demenz bei Alzheimer-Krankheit*. *Zeitschrift für Medizinische Ethik* 51:59–76

14. Venhooven R (2000) The four qualities of life. Ordering concepts and measures of the good life. *Journal of Happiness Studies* 1:1–39
15. Venhooven R, Okma P (1999) Is langer even nog wel leuk? Levensvoldoening van hoogbejaarden in 8 EU-landen. *Social Wetenschappen* 42:38–62
16. Wetzstein V (2005) Alzheimer-Demenz. Perspektiven einer integrativen Demenz-Ethik. *Zeitschrift für Medizinische Ethik* 51:27–40
17. Zank S, Baltes MM (1998) Förderung von Selbständigkeit und Lebenszufriedenheit alter Menschen in stationären Einrichtungen. In: Kruse A (Hrsg) *Psychosoziale Gerontologie* (Bd. II: Intervention). Hogrefe, Göttingen, S 60–72
18. Zapf W (1984) Individuelle Wohlfahrt: Lebensbedingungen und wahrgenommene Lebensqualität. In: Glatzer W, Zapf W (Hrsg) *Lebensqualität in der Bundesrepublik. Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden*. Campus, Frankfurt/Main