

Z Gerontol Geriat 2017 · 50:538–546  
 DOI 10.1007/s00391-016-1080-7  
 Eingegangen: 3. Oktober 2015  
 Überarbeitet: 13. April 2016  
 Angenommen: 26. April 2016  
 Online publiziert: 28. Juni 2016  
 © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016



R. Cramer-Ebner<sup>1</sup> · C. Dorn<sup>2</sup> · A. Feilcke<sup>2</sup> · I. Hach<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Medizinische Klinik 2, Schwerpunkt Geriatrie, Klinikum Nürnberg, Paracelsus Medizinische Privatuniversität Nürnberg, Nürnberg, Deutschland

<sup>2</sup> Medical School, Paracelsus Medizinische Privatuniversität Nürnberg, Nürnberg, Deutschland

<sup>3</sup> Studienzentrum Klinikum Nürnberg, Paracelsus Medizinische Privatuniversität Nürnberg, Nürnberg, Deutschland

# Befinden und psychosoziale Aktivitäten im Pflegeheim

## Befragung von Bewohnern

**Die subjektive Selbsteinschätzung ihres emotionalen Erlebens, psychosozialen und körperlichen Wohlbefindens ist für die Lebensqualität von Pflegeheimbewohnern von zentraler Bedeutung. Um die subjektive Bewertung der Heimbewohner näher zu untersuchen, wurde eine persönliche Befragung von kognitiv unbeeinträchtigten und an Demenz erkrankten Heimbewohnern zu deren selbst erlebten körperlichen und psychosozialen Aktivitäten sowie deren Wohlbefinden durchgeführt.**

### Hintergrund und Fragestellung

Die demografische Entwicklung in Deutschland zeigt eine deutliche Zunahme alter und pflegebedürftiger Menschen. Im Jahr 2013 waren 2,6 Mio. Personen pflegebedürftig, davon wurden 764.000 stationär in Heimen versorgt (29 %, [24]). Die Datenlage zur subjektiven Einschätzung der körperlichen Beschwerden und psychosozialen Befindlichkeit von Heimbewohnern gilt derzeit als wenig aussagekräftig. Allerdings betonen verschiedene Studien deren besondere Bedeutung hinsichtlich der Lebenszufriedenheit und -dauer eines Menschen [13, 19, 27] und Pflegenden tendieren zu negativeren Einschätzungen als die Bewohner selbst [9]. In der bereits 2007 veröffentlichten bundesweiten Studie *Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen* (MuG IV, [22]) wurden v. a. Pflegekräfte umfassend zu demo-

grafischen Merkmalen, Umfang vorhandener Aktivitätseinschränkungen, Versorgungs- und Betreuungssituation sowie sozialen Kontakten von Heimbewohnern befragt [22]. Eine systematische Befragung von Heimbewohnern selbst – unabhängig von deren kognitiven Status und unter Berücksichtigung möglicher Zusammenhänge zwischen der subjektiven Einschätzung der körperlichen Beschwerden und der psychosozialen Befindlichkeit – war bisher jedoch nicht Bestandteil der wissenschaftlichen Forschung. Deshalb wurde als Teilprojekt im Rahmen der Querschnittstudie „Bündnis 70 Plus – Medizinische Versorgung von Pflegeheimbewohnern“, die von der Paracelsus Medizinische Privatuniversität Nürnberg durchgeführt wird, die subjektive Bewertung der Bewohner untersucht.

### Untersuchungspopulation und Methode

Das Klinikum Nürnberg ist eines der größten kommunalen Großkrankenhäuser Europas, das 2 Standorte (Nord und Süd) in Nürnberg hat. Im Projekt „Bündnis 70 Plus“ wird die Situation von Pflegeheimbewohnern aus verschiedenen Perspektiven untersucht (medizinische Versorgung, psychosoziale Faktoren etc.). Ein Bestandteil des Gesamtprojekts war die Untersuchung der Schnittstelle Pflegeheim-Krankenhaus [11]. Daher wurden für diesen ersten Studienabschnitt exemplarisch 2 Heime des NürnbergStifts, einem kommunalen

Betreiber von Einrichtungen der Altenhilfe, ausgewählt. Diese ließen aufgrund von veröffentlichten Strukturdaten [16] im Vergleich zur bundesweiten Studie MuG IV [21, 22] für Deutschland eine ähnliche Bewohnerstruktur erwarten. Des Weiteren befinden sie sich jeweils in der Nähe eines Klinikumstandorts, um bei einer Erkrankung eine hohe Aufnahmewahrscheinlichkeit ins Klinikum gewährleisten zu können. Für die vorliegende Studie wurden alle Bewohner dieser beiden Heime ( $n = 368$ ) um ihr Einverständnis zur Teilnahme gefragt. Insgesamt erklärten sich 256 Heimbewohner zur Studienteilnahme bereit (schriftlicher „informed consent“). Es lehnten 35 Heimbewohner die Befragung ab, 77 Bewohner waren nicht mehr kommunikationsfähig und wurden daher ausgeschlossen. Der Fragebogen wurde in einem Expertengremium zusammengestellt bzw. entwickelt. Hierbei kamen die standardisierten Fragebogen Short Form mit 36 Fragestellungen (SF-36, [4]) und Euro Quality mit den 5 Dimensionen Mobilität, Selbstversorgungsfähigkeit, tägliche Aktivitäten, Schmerzen, Angst oder Depression (EQ-5D, [6]) zu Gesundheitszustand und Lebensqualität zur Anwendung sowie die Kurzform der Geriatric Depression Scale (GDS-K, [28]) und der Mini Mental Status Test (MMST, [7]). Die GDS-K besteht aus einem Fragebogen mit 15 Fragen, die jeweils mit „ja“ oder „nein“ zu beantworten sind. Ein Summenwert von bis zu 4 Punkten gilt als unauffällig, 5 bis 10 Punkte deuten auf eine leicht-

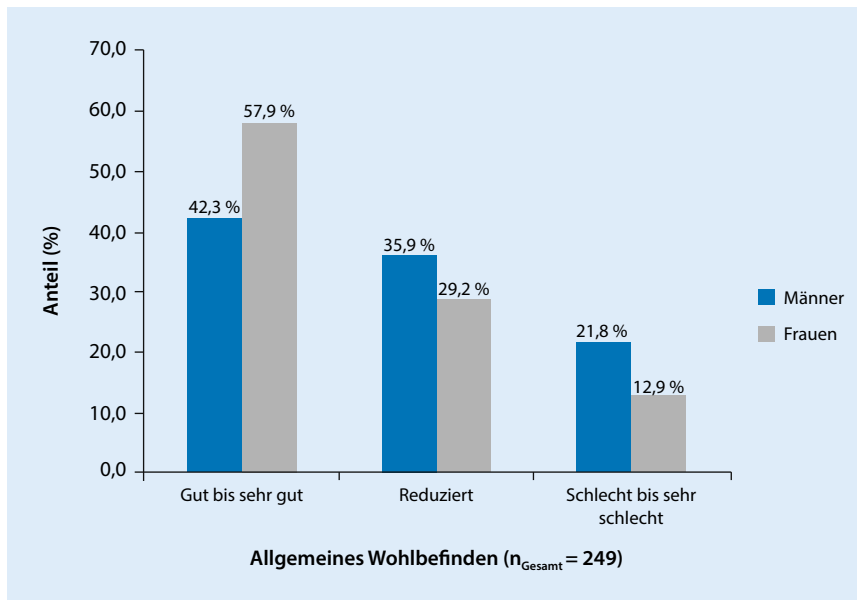


Abb. 1 ▲ Wohlbefinden der Heimbewohner

te bis mäßige Depression hin, 11 oder mehr Punkte weisen auf eine schwere depressive Symptomatik hin [8]. Die GDS-K liefert zwar keine Diagnosen, zeigt aber für Depressionen eine gute diagnostische Validität [1]. Beim MMST können maximal 30 Punkte erzielt werden. Personen mit Werten zwischen 30 und 27 Punkten gelten als kognitiv unauffällig [8]. Bei Werten  $\leq 26$  Punkte wird von einer demenziellen Entwicklung ausgegangen [5]. Der MMST ist zur Unterscheidung von kognitiv gesunden, gering beeinträchtigten und deutlich beeinträchtigten Personen gut geeignet [15, 20]. Eine spezifischere Diagnostik bzw. die Überprüfung der Einnahme von Antidepressiva oder Antidementiva war nicht Inhalt der Befragung. Die Bewohner wurden aufgefordert, eine Selbsteinschätzung hinsichtlich ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität (subjektive Gesundheit, regelmäßige Schmerzen, depressive Stimmung) und ihres allgemeinen Wohlbefindens mit maximal 5 Antwortmöglichkeiten zwischen „sehr gut“ und „sehr schlecht“ bzw. „keine Schmerzen“ bis „starke Schmerzen“ vorzunehmen. Außerdem wurden die selbst berichteten psychosozialen Aktivitäten der Heimbewohner erfasst. Dazu zählten die Teilnahme an Heimangeboten (z. B. Gruppenbewegungstraining, Gedächtnistraining,

Musikgruppe), selbstständige Beschäftigungen (z. B. persönliche Hobbys, Mediennutzung), Betreuung und Besuche von Angehörigen im weitesten Sinn (z. B. Verwandte, Bekannte, ehemalige Nachbarn oder Kollegen). Die Aussagen der Heimbewohner wurden auf dem standardisierten Fragebogen mithilfe der vorgegebenen Antwortmöglichkeiten dokumentiert. Um den Umfang körperlicher, geistiger oder emotionaler Aktivitäten und deren Auswirkungen untersuchen zu können, wurden durch das Expertengremium für die Auswertungen in dieser Studie zusätzlich 3 übergeordnete Variablen aus inhaltlich ähnlichen selbst berichteten Aktivitäten gebildet. Diese 3 Variablen beschreiben in der vorliegenden Studie also jeweils zusammenfassend körperliche, geistige bzw. emotionale Aktivitäten. Als körperlich aktiv galten jene Heimbewohner, die berichteten, an Physiotherapie und/oder Gruppenbewegungstraining teilzunehmen, selbstständig Gymnastikübungen bzw. Spaziergänge im Sinne eines Lauftrainings durchzuführen (maximal 4 körperliche Aktivitäten). Zu den geistigen Aktivitäten gehörten das Lesen von Büchern und Zeitschriften und/oder die Pflege weiterer persönlicher Hobbys, wie z. B. Handarbeiten oder das Lösen von Kreuzworträtseln (maximal 2 geistige Aktivitäten). Emotionale

Aktivitäten beinhalteten Gespräche mit anderen Heimbewohnern, Angehörigenbesuche und/oder die Nutzung von Heimangeboten (maximal 3 emotionale Aktivitäten).

Für eine möglichst vollständige Rekrutierung und Befragung der Heimbewohner und zur Vermeidung von Fehlern, z. B. aufgrund von Seh- oder Verständnisproblemen, wurden die oben genannten standardisierten Fragebogen ebenso wie MMST und GDS-K im semistrukturierten Interviewstil und Einzelsetting von Interviewerinnen eingesetzt, die im geriatrischen Bereich erfahren und geschult sind. Diese Befragungen dauerten – je nach kognitiver Leistungsfähigkeit und Redebedarf der Bewohner – zwischen 30 und 60 min und konnten auf Wunsch des Bewohners jederzeit vorzeitig beendet werden.

Die statistische Auswertung der Ergebnisse erfolgte in anonymisierter Form mithilfe der Software SPSS anhand deskriptiver Analysen und Verfahren für Stichprobenvergleiche. Die Ergebnisse der Datenanalyse wurden mit inhaltlich ähnlichen, aber methodisch unterschiedlichen Studien verglichen. Dies erfolgte insbesondere, um mögliche Unterschiede zwischen der Selbsteinschätzung der Heimbewohner in dieser Studie und der Fremdeinschätzung von Heimbewohnern durch Pflegefachkräfte in anderen Studien zu eruieren.

## Ergebnisse

### Stichprobe

Die Stichprobe bestand aus 80 Männern (31,2 %) mit einem Durchschnittsalter von 76 Jahren (Standardabweichung [SD]  $\pm 11,1$  Jahre) und 176 Frauen (68,8 %) mit einem mittleren Alter von 84 Jahren (SD  $\pm 9,0$  Jahre). Nachfolgende Häufigkeitsangaben beziehen sich jeweils auf Männer und Frauen zusammengefasst, in den Abbildungen wird zur differenzierten Betrachtung zwischen Frauen und Männern unterschieden. Es waren 36,7 % der Befragten vor weniger als einem Jahr ins Heim gezogen, knapp die Hälfte lebte seit einem bis 5 Jahren und 13,8 % seit mindestens 6 Jahren im Pflegeheim.

R. Cramer-Ebner · C. Dorn · A. Feilcke · I. Hach

## Befinden und psychosoziale Aktivitäten im Pflegeheim. Befragung von Bewohnern

### Zusammenfassung

**Hintergrund.** Eigen- und Fremdeinschätzung differieren häufig, z. B. bei psychosomatischen Störungen und Beschwerden. Gleichzeitig ist die Prävalenz entsprechender Störungen im Alter hoch.

**Ziel der Arbeit.** Diese Studie untersucht psychosoziale Faktoren aus Sicht der betroffenen Pflegeheimbewohner und vergleicht deren Beurteilungen mit den in anderen wissenschaftlichen Studien erhobenen Einschätzungen von Pflegepersonal mit dem Ziel, daraus spezifische Empfehlungen für den Pflegeheimbereich entwickeln zu können.

**Material und Methode.** Im Rahmen einer Querschnittstudie wurden 256 Heimbewohner (Durchschnittsalter: 81 Jahre, Standardabweichung [SD] ± 10,3 Jahre, 69 % Frauen, 31 % Männer) zu ihren körperlichen, psychischen und sozialen Aktivitäten sowie ihrem Befinden mithilfe eines semistrukturierten Interviewverfahrens in anonymisierter

Form befragt. Gleichzeitig kamen testpsychologische Screeningverfahren hinsichtlich depressiver und demenzieller Symptomatik (Kurzform der Geriatric Depression Scale [GDS-K], Mini Mental Status Test [MMST]) zur Anwendung.

**Ergebnisse.** Es zeigten 44,6 % der Bewohner Hinweise auf eine depressive Symptomatik, 76,1 % auf eine demenzielle Entwicklung. Mehr als die Hälfte schätzte ihren körperlichen Gesundheitszustand als gut bis sehr gut ein. Die persönliche Befragung der Bewohner wies auf ein nahezu doppelt so häufiges regelmäßiges Schmerzempfinden (39,8 %) hin, als dies laut Studienlage von Pflegefachkräften wahrgenommen wird (20,7 %). Die Lebenszufriedenheit korrelierte signifikant mit folgenden Items der Selbsteinschätzung: Teilnahme an Heimaktivitäten ( $r = 0,171$ ;  $p = 0,008$ ), Mobilität ( $r = -0,131$ ;  $p = 0,045$ ), emotionale Aktivität ( $r = 0,136$ ;  $p = 0,038$ ),

körperlicher Gesundheitszustand ( $r = -0,420$ ;  $p < 0,001$ ), regelmäßiges Schmerzempfinden ( $r = -0,178$ ;  $p = 0,006$ ). Hochsignifikante Korrelationen bestanden zwischen der Lebenszufriedenheit und depressiven Symptomen ( $r = -0,617$ ;  $p < 0,001$ ) bzw. der kognitiven Leistungsfähigkeit ( $r = 0,251$ ;  $p = 0,001$ ).

**Schlussfolgerung.** Die Erkenntnisse der vorliegenden Studie regen zu weiterer Forschung von Merkmalen zufriedener Heimbewohner und (psycho-)therapeutischer Unterstützung an, um Faktoren für Wohlbefinden und eine positive Lebensqualität in Pflegeheimen fördern zu können.

### Schlüsselwörter

Demenz · Lebensqualität · Selbsteinschätzung · Depressionen · Gesundheit

## Well-being and psychosocial activities in nursing homes. Survey of residents

### Abstract

**Background.** Assessment and self-assessment frequently differ, e. g. in psychosomatic disorders and complaints. At the same time the prevalence of corresponding disorders in old age is high.

**Objective.** This study investigated psychosocial factors from the perspective of nursing home residents and compared this self-assessment with data collected in other scientific studies with assessments by nursing home staff. The aim was to develop specific recommendations for the nursing home sector.

**Material and methods.** In this cross-sectional pilot study 256 nursing home residents (average age 81 ± 10.3 years, 69 % female, 31 % male) were questioned about their physical, psychological and social activities and well-being in semistructured anonymous

interviews. Psychological screening tests were simultaneously implemented to assess symptoms of depression and dementia using the short form of the geriatric depression scale (GDS-K) and the mini mental status test (MMST).

**Results.** The results showed that 44.6 % of the residents had symptoms of depression and 76.1 % revealed signs of development of dementia. More than half assessed their physical health as good to very good. According to comparable studies nursing staff assessed persistent pain in 20.7 % of all nursing home residents while personal interviews with the residents showed that persistent pain (39.8 %) was almost twice as frequent. Life satisfaction showed a significant correlation with the following items from the self-assessment: participation in nursing

home activities ( $r = 0.171$ ,  $p = 0.008$ ), mobility ( $r = -0.131$ ;  $p = 0.045$ ), emotional activity ( $r = 0.136$ ,  $p = 0.038$ ), subjectively experienced physical health ( $r = -0.420$ ,  $p < 0.001$ ) and persistent pain ( $r = -0.178$ ,  $p = 0.006$ ). Life satisfaction correlated highly significantly with symptoms of depression ( $r = -0.617$ ,  $p < 0.001$ ) and cognitive performance ( $r = 0.251$ ,  $p = 0.001$ ).

**Conclusion.** The findings of this study encourage further research on the characteristic features of satisfied residents and (psycho)therapeutic support in order to promote factors for well-being and a positive quality of life in nursing homes.

### Keywords

Dementia · Quality of life · Self-assessment · Depression · Health

## Befinden

Ihr allgemeines Wohlbefinden schätzten über die Hälfte der Heimbewohner als gut bis sehr gut und ein Viertel der Befragten als schlecht bis sehr schlecht ein (Abb. 1). Das allgemeine Wohlbefinden stieg mit zunehmender Wohndauer signifikant an ( $r = -0,17$ ;  $p = 0,014$ ). Drei

Viertel der Heimbewohner beschrieben eine allgemeine Lebenszufriedenheit. Mehr als die Hälfte schätzte ihren körperlichen Gesundheitszustand als gut bis sehr gut ein, jeder Fünfte als reduziert und jeder Vierte als schlecht bis sehr schlecht. Die Ergebnisse der GDS-K ergaben bei 44,6 % der Bewohner Hinweise auf eine depressive Sympto-

matik. Von den Befragten hatten 19,5 % Anzeichen einer leichten, 16,0 % einer mittelschweren und 9,1 % einer schweren depressiven Symptomatik. Bei 76,1 % der Befragten zeigte sich anhand der Ergebnisse des MMST eine demenzielle Entwicklung, bei 27,8 % eine leichte, 30,5 % eine mittelschwere und 17,8 % eine schwere Symptomatik. Nahezu zwei

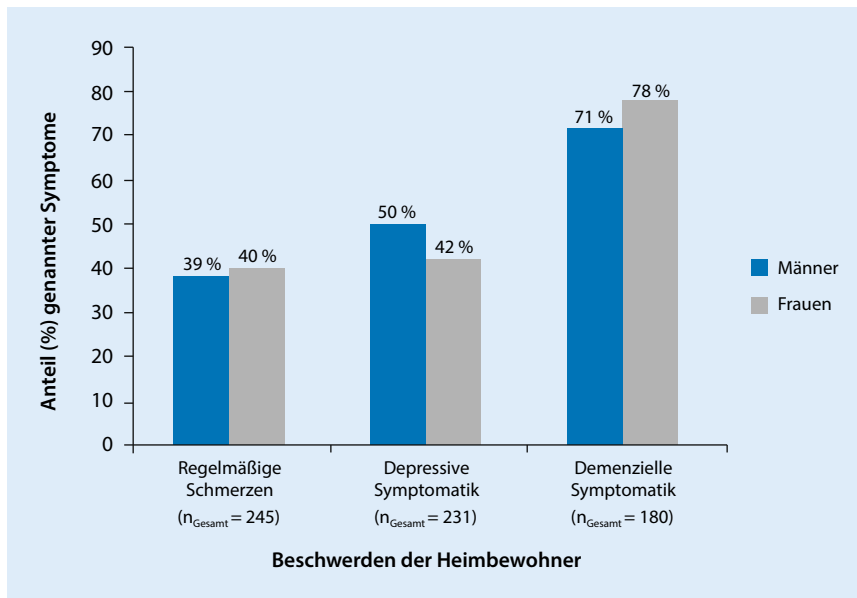


Abb. 2 ▲ Beschwerden der Heimbewohner

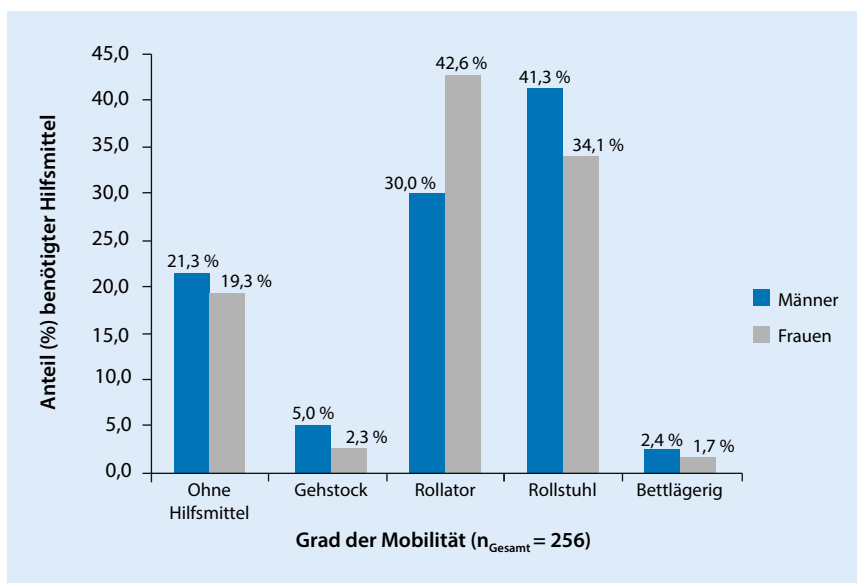


Abb. 3 ▲ Mobilität der Heimbewohner

Drittel (60,2 %) der Heimbewohner verspürten keine regelmäßigen Schmerzen, 20,9 % andauernde leichte bis mäßige Schmerzen und 18,9 % andauernd starke Schmerzen (Abb. 2).

### Aktivitäten

Es berichteten 43,9 % der Befragten, regelmäßig im Sinne eines Lauftrainings spazieren zu gehen, 22,0 % führten selbstständig Gymnastikübungen aus. Nahezu unabhängig von ihrer Mobilität (Abb. 3) nahmen 44,1 % der Bewohner

regelmäßig an einem wöchentlich stattfindenden Gruppenbewegungstraining teil. Knapp ein Drittel der Heimbewohner berichtete, Physiotherapie zu erhalten. Physiotherapie schien unabhängig von einer regelmäßigen Teilnahme am Bewegungstraining, aber unter Berücksichtigung der noch vorhandenen Mobilität und des Schmerzempfindens in Anspruch genommen zu werden. Nahezu 80 % der Heimbewohner waren in irgendeiner Form regelmäßig körperlich aktiv (35,9 % eine, 28,9 % zwei, 12,5 % drei und 1,6 % vier verschiede-

ne körperliche Aktivitäten). Etwa 87 % pflegten regelmäßig emotionale Aktivitäten (34,0 % eine, 29,3 % zwei und 23,8 % drei verschiedene emotionale Aktivitäten), zwei Drittel waren regelmäßig geistig aktiv (49,6 % eine, 17,2 % zwei geistige Aktivitäten; Abb. 4).

Die Gruppenangebote wurden von knapp der Hälfte aller befragten Bewohner genutzt, der Anteil der Frauen lag mit 56 % hochsignifikant höher als der Anteil der Männer mit 32,5 % ( $t = -3,629; p < 0,001$ ).

Von den Heimbewohnern erhielten 44,7 % einmal wöchentlich oder öfter Besuch durch Angehörige, ein Fünftel mindestens einmal monatlich und ein Drittel seltener als einmal monatlich (Abb. 5). Bei subjektiv schlechtem körperlichen Gesundheitszustand bestand eine höhere Besuchsfrequenz ( $r = -0,151; p = 0,018$ ).

### Zusammenhänge

Wie andere Heimaktivitäten auch, stand das Bewegungstraining als psychosoziale Aktivität zwar tendenziell mit einer erhöhten Zufriedenheit ( $r = 0,127; p = 0,052$ ) im Zusammenhang, nicht aber mit einer verbesserten emotionalen Befindlichkeit (Zusammenfassung von Stimmung, depressiver Symptome, Wohlbefinden). Geistige Aktivitäten ( $r = -0,180; p = 0,007$ ), das Schmerzempfinden ( $r = 0,271; p < 0,001$ ) sowie der subjektiv erlebte körperliche Gesundheitszustand ( $r = 0,512; p < 0,001$ ) zeigten einen hochsignifikanten und die Mobilität ( $r = 0,136; p = 0,040$ ) einen signifikanten Zusammenhang mit der emotionalen Befindlichkeit. Mit abnehmender Mobilität ( $r = 0,250; p < 0,001$ ), reduziertem selbstständigem Lauftraining ( $r = -0,132; p = 0,037$ ) und erhöhtem Schmerzempfinden ( $r = 0,171; p = 0,007$ ) stieg die Zunahme der berichteten physiotherapeutischen Behandlung. Insgesamt war die Teilnahme an Heimaktivitäten positiv korreliert mit der Lebenszufriedenheit ( $r = 0,171; p = 0,008$ ), ebenso wie Letztere ( $r = 0,170; p = 0,008$ ) signifikant korrelierte mit der Mobilität ( $r = -0,131; p = 0,045$ ), der emotionalen Aktivität ( $r = 0,136; p = 0,038$ ), dem subjektiv erlebten körper-

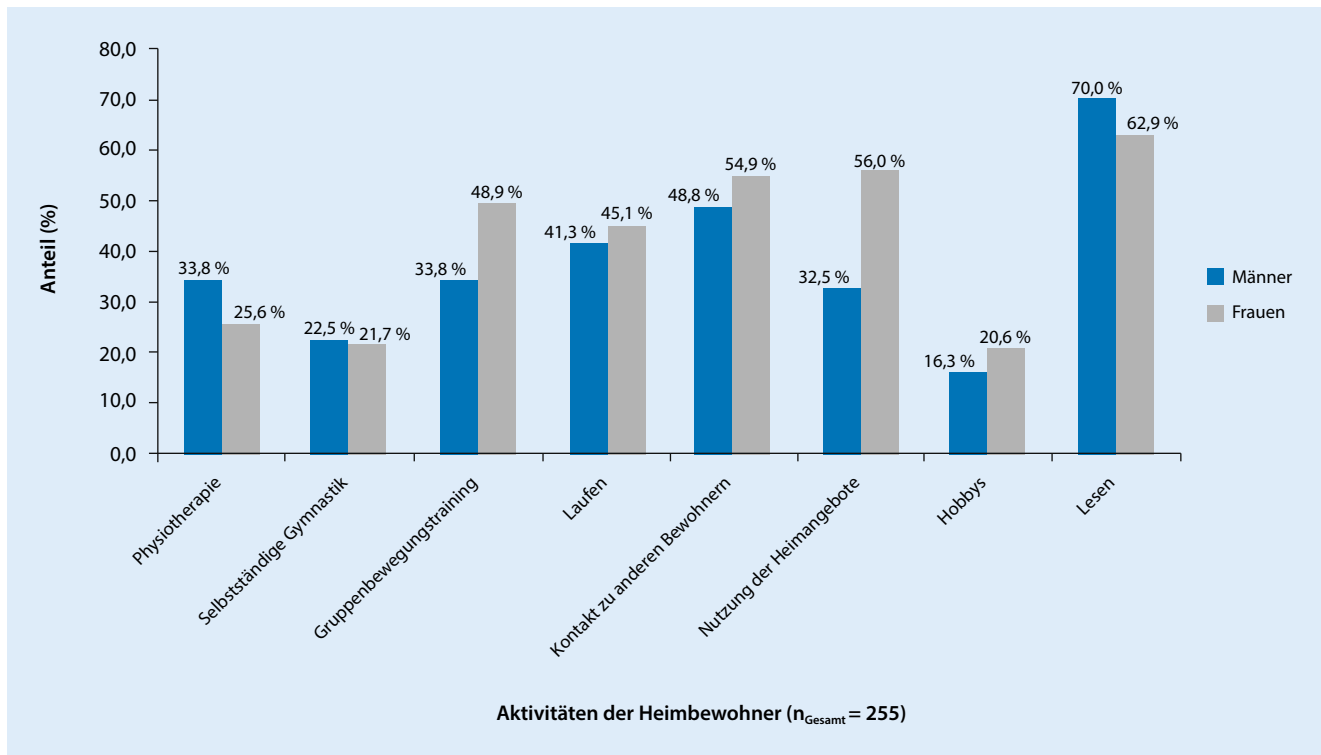


Abb. 4 ▲ Aktivitäten der Heimbewohner

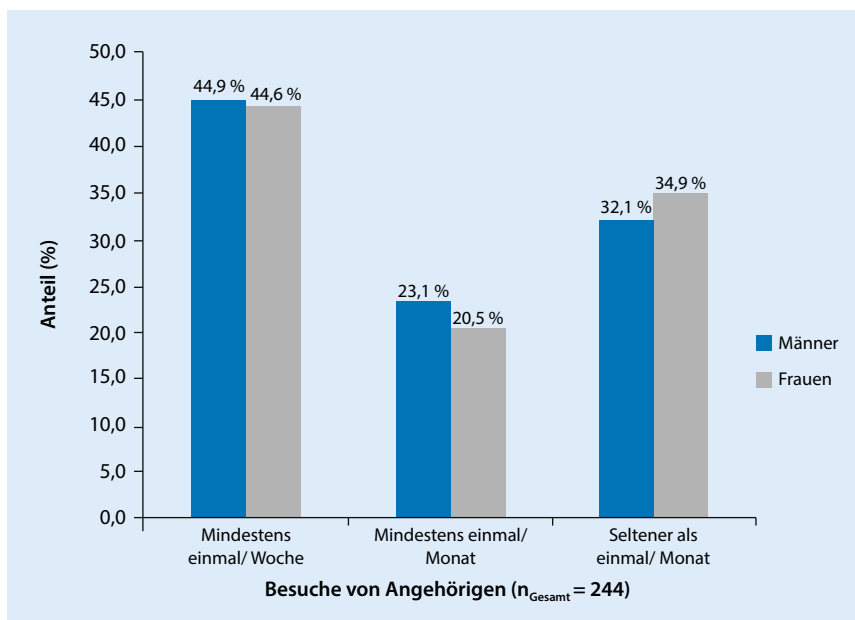


Abb. 5 ▲ Angehörigenbesuche

lichen Gesundheitszustand ( $r = -0,420$ ;  $p < 0,001$ ), dem regelmäßigen Schmerzempfinden ( $r = 0,178$ ;  $p = 0,006$ ), der depressiven Verstimmung ( $r = -0,617$ ;  $p < 0,001$ ) und der kognitiven Leistungsfähigkeit ( $r = 0,251$ ;  $p = 0,001$ ). Zwischen depressiven Symptomen und

kognitiver Leistungsfähigkeit konnte ein signifikanter Zusammenhang festgestellt werden ( $r = -0,161$ ;  $p = 0,033$ ). Kognitiv unauffällige Bewohner äußerten eine tendenziell signifikant häufigere depressive Symptomatik als Bewohner mit kognitiven Einschränkungen. Ge-

schlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich dahingehend, dass Frauen eine signifikant bessere Stimmung ( $t = 2,342$ ;  $p = 0,021$ ), ein signifikant höheres allgemeines Wohlbefinden ( $t = 2,103$ ;  $p = 0,036$ ) und eine hochsignifikant höhere Lebenszufriedenheit ( $t = -3,042$ ;  $p = 0,003$ ) bei den persönlichen Interviews berichteten als Männer.

Aufgrund einer möglichen Abhängigkeit der subjektiven Einschätzung des Wohlbefindens, der Zufriedenheit, des Schmerzempfindens, der emotionalen, körperlichen und geistigen Aktivität von dem kognitiven Status (MMST) bzw. der depressiven Symptomatik (Tab. 1) wurden partielle Korrelationen unter Kontrolle der jeweils möglicherweise abhängigen Variable durchgeführt. Emotionale Aktivitäten korrelierten dann jeweils nicht mit der Zufriedenheit der Bewohner. Bei Kontrolle der depressiven Symptomatik zeigte sich kein Zusammenhang zwischen der Teilnahme an Heimgangeboten und der Lebenszufriedenheit der Heimbewohner. Die Kontrolle des kognitiven Status bestätigte den Zusammenhang zwischen diesen Variablen, d. h., Bewohner, die regel-

**Tab. 1.** Partielle Korrelation zwischen Befindlichkeitsvariablen und Aktivitäten mit kontrollierter Störvariable „kognitiver Status nach MMST“ und „depressive Symptomatik nach GDS-K“

	Kontrollierte Störvariable	Allgemeines Wohlbefinden	Zufriedenheit	Regelmäßige Schmerzen	Geistige Aktivität	Körperliche Gesundheit	Stimmung
Teilnahme an Heimangeboten	MMST	-0,119 ( $p = 0,129$ )	0,169* ( $p = 0,031$ )	-0,094 ( $p = 0,231$ )		-0,112 ( $p = 0,150$ )	
	GDS-K	-0,121 ( $p = 0,077$ )	0,124 ( $p = 0,069$ )	-0,069 ( $p = 0,310$ )		-0,097 ( $p = 0,151$ )	
Emotionale Aktivität	MMST	-0,044 ( $p = 0,575$ )	0,135 ( $p = 0,086$ )				-0,136 ( $p = 0,076$ )
	GDS-K	0,006 ( $p = 0,931$ )	0,050 ( $p = 0,460$ )				
Emotionale Befindlichkeit	MMST			0,279*** ( $p < 0,001$ )	-0,184* ( $p = 0,019$ )	0,506*** ( $p < 0,001$ )	
	GDS-K			0,029 ( $p = 0,675$ )	-0,055 ( $p = 0,417$ )	0,328*** ( $p < 0,001$ )	
Angehörigenbesuche	MMST	0,034 ( $p = 0,670$ )	-0,131 ( $p = 0,097$ )			0,088 ( $p = 0,260$ )	-0,160* ( $p = 0,037$ )
	GDS-K	-0,060 ( $p = 0,379$ )	0,030 ( $p = 0,660$ )			0,131 ( $p = 0,052$ )	
Körperliche Aktivität	MMST	0,012 ( $p = 0,878$ )					-0,163* ( $p = 0,033$ )
	GDS-K	-0,004 ( $p = 0,958$ )					
Bewegungstraining	MMST		0,092 ( $p = 0,225$ )	0,012 ( $p = 0,873$ )			
	GDS-K		0,105 ( $p = 0,122$ )	0,014 ( $p = 0,841$ )			
Inanspruchnahme von Physiotherapie	MMST			0,068 ( $p = 0,389$ )			
	GDS-K			0,129 ( $p = 0,059$ )			

GDS-K Kurzform der Geriatric Depression Scale, MMST Mini Mental Status Test  
\* $<0,05$ ; \*\* $<0,01$ ; \*\*\* $<0,001$

mäßig an Heimaktivitäten teilnahmen, zeigten unabhängig von ihrer kognitiven Leistungsfähigkeit mehr Lebenszufriedenheit.

## Diskussion

Diese Querschnittstudie untersucht die subjektive Versorgungssituation von Bewohnern zweier Pflegeheime. Die Stichprobe ist hinsichtlich des Alters (Mittelwert [MW] der weiblichen Teilnehmer:  $F_{\text{Bünd.70+}}$  84 Jahre,  $F_{\text{MuGIV}}$  84 Jahre, MW der männlichen Teilnehmer:  $M_{\text{Bünd.70+}}$  76 Jahre,  $M_{\text{MuGIV}}$  77 Jahre) repräsentativ für eine deutsche Pflegeheimpopulation [21, 22]. In der Stichprobe fand sich ein etwas höherer Anteil an männlichen Heimbewohnern ( $F_{\text{Bünd.70+}}$  68,8 % vs.  $F_{\text{MuGIV}}$  73 %,  $M_{\text{Bünd.70+}}$  31,3 % vs.  $M_{\text{MuGIV}}$  27 %). Der höhere Anteil an

kognitiven Einschränkungen von Bewohnern in der Stichprobe (Hinweis auf Demenz $_{\text{Bünd.70+}}$  76,1 %, Hinweis auf Demenz $_{\text{MuGIV}}$  69 %) ist v. a. unter dem Aspekt der Unterschiede in den kognitiven Assessments zu sehen, die in dieser Studie bzw. in der MuG-IV-Studie zur Anwendung kamen. In den beiden Heimen zeigte sich außerdem beim sozialen Status ein höherer Anteil an Sozialhilfeempfängern als im bundesweiten Vergleich (Sozialhilfeempfänger $_{\text{Bünd.70+}}$  49 %, Sozialhilfeempfänger $_{\text{MuGIV}}$  36 %); dies könnte mit der Aufgabe kommunaler Heime zur Daseinsvorsorge insbesondere für sozial Schwache zusammenhängen.

Insgesamt decken sich die Ergebnisse der persönlichen Befragung mit den Angaben der Pflegekräfte der 2007 publizierten bundesweiten Studie MuG IV

hinsichtlich der Mobilität, des Anteils an Bewohnern mit demenzieller Entwicklung und depressiver Symptomatik, der Besuchshäufigkeit von Angehörigen, der Teilnahme an einzelnen Heimangeboten und Häufigkeit von physiotherapeutischer Behandlung [22].

Bezüglich der Einschätzung der gesundheitlichen und psychosozialen Befindlichkeit der Heimbewohner zeigen sich zwischen den Einschätzungen der Pflegekräfte in der oben genannten Studie und den Beurteilungen der Bewohner selbst deutliche Unterschiede. Während die Studie MuG IV [22] nach Befragung der Pflegenden von insgesamt 20,7 % aller Heimbewohner mit regelmäßigen Schmerzäußerungen berichtet, weist die persönliche Befragung der Bewohner auf ein nahezu doppelt so häufiges regelmäßiges Schmerzempfinden (39,8 %) hin,

was durch andere Studien bestätigt wird [14]. Der große Unterschied zwischen den befragten Gruppen könnte auch durch die Aufmerksamkeitslenkung auf die Schmerzsymptomatik mitbedingt sein. Entgegen den Ergebnissen einer systematischen Übersichtsarbeit von Takai et al. [25] hängt das Schmerzempfinden der Heimbewohner in dieser Studie nicht mit ihren körperlichen oder emotionalen Aktivitäten zusammen. Entsprechend den Ergebnissen anderer Untersuchungen [3, 23] scheint unter psychologischen Aspekten die Mobilität, insbesondere das Wissen um die eigene Bewegungsfähigkeit und damit die Möglichkeit des selbstbestimmten Aktivseins, einen größeren Einfluss auf das Wohlbefinden der Heimbewohner zu haben als die Umsetzung in Form tatsächlicher körperlicher Aktivitäten. Einschätzungen von Pflegekräften zufolge zeigen 40,3 % der Heimbewohner regelmäßige Gefühle der Niedergeschlagenheit oder Traurigkeit und 76,7 % regelmäßige Gefühle der Freude [22]. Bei der persönlichen Befragung berichten nur 21,6 % der Bewohner, regelmäßig traurig oder niedergeschlagen zu sein. Es beschreiben sich 49,2 % der Befragten als überwiegend fröhlich und gut gelaunt.

Der Vergleich mit Studien hinsichtlich der Lebenszufriedenheit bei Heimbewohnern in Südeuropa bzw. Südamerika [17, 18] ergibt, dass diese insgesamt eine höhere allgemeine Lebenszufriedenheit und bessere Stimmungslage als diese Stichprobe aufzuweisen scheinen. Eventuell wird dies von Faktoren, wie z. B. einer anderen Lebenseinstellung der südländischen Bevölkerung beeinflusst.

Das im Rahmen der Interviews anhand der GDS-K [28] durchgeführte Screening zur affektiven Symptomatik bestätigte mit einem Anteil von 44,6 % der befragten Heimbewohner die Ergebnisse anderer Studien [2, 14, 26] und auch die Einschätzung von Pflegekräften [22]. Dieses Ergebnis untermauert die Annahme des 2008 veröffentlichten GEK-Pflegereports, dass gemäß den Diagnosen, die bei den deutschen Krankenkassen dokumentiert sind, mindestens 38 % der Heimbewohner unter Depressionen leiden [19]. Signifikante Unterschiede in der Häufigkeit zwischen Männern

(50,0 %) und Frauen (42,0 %) bestanden nicht. Entsprechend anderer Studien [22] zeigten drei Viertel der Bewohner eine demenzielle Entwicklung mit unterschiedlichen Schweregraden. Eine hohe diagnostische Validität weisen die GDS-K insbesondere im Bereich der mittleren und der schweren depressiven Symptomatik sowie der MMST zur Unterscheidung von kognitiv gesunden, gering und deutlich beeinträchtigten Personen auf [1, 15, 20]. Eine Bewohnerstichprobe der untersuchten Heime erhielt keine psychotherapeutische Behandlung und nur ein kleiner Teil eine antidepressive bzw. antidementive Medikation [11]. Davon ausgehend, ist eine deutliche therapeutische Unterversorgung im Bereich der affektiven und kognitiven Störungen anzunehmen. Die bei kognitiv unbeeinträchtigten Bewohnern häufiger vorkommenden depressiven Symptome könnten damit erklärt werden, dass sich kognitiv Unbeeinträchtigte ihrer altersbedingten körperlichen und geistigen Abbauprozesse sowie damit verbundener Einbußen von Selbständigkeit und Selbstbestimmung mehr bewusst sind.

Die geschlechtsspezifischen Unterschiede hinsichtlich allgemeinem Wohlbefinden, guter Stimmung und Lebenszufriedenheit deuten darauf hin, dass Frauen sich mit einer veränderten Wohn- und Lebens- oder Gesundheitssituation bei Pflegebedürftigkeit im Alter möglicherweise besser arrangieren und Umweltressourcen nutzen können [12]. Ansonsten bestanden keine Unterschiede. Die von Frauen hochsignifikant häufigere Nutzung der Heimangebote konnte entgegen der Studie von Knesebeck [10] keinen signifikanten Hinweis auf deren bessere subjektiv empfundene Gesundheit oder emotionale Befindlichkeit erbringen.

### Ausblick

Insgesamt lassen die Ergebnisse vermuten, dass lebenszufriedene Heimbewohner weniger Schmerzen empfinden, sich als mobiler erleben, ihren Gesundheitszustand positiver einschätzen, weniger depressive Symptome zeigen und aufgeschlossener für soziale Heimaktivitäten sind. Es kann angenommen werden, dass

die regelmäßige Teilnahme an Heimanboten und andere emotionale Aktivitäten zu mehr Zufriedenheit führen. Aufgrund des signifikanten Unterschieds der Teilnahme an Heimanboten zwischen Männern und Frauen ist zu überlegen, ob die Angebote für Männer möglicherweise weniger geeignet sind und welche für Männer attraktive Heimanbote (z. B. handwerkliche Tätigkeiten, Kicker, Kegeln) geschaffen werden könnten. Hierbei wäre vorab zu untersuchen, inwieweit Männer geschlechtsspezifischere Angebote nutzen würden. Depressive Symptomatik und allgemeines Wohlbefinden scheinen durch die Teilnahme an Heimanboten oder selbständige körperliche bzw. emotionale Aktivitäten nicht beeinflussbar bzw. die Angebote und Aktivitäten nicht adäquat zu sein. Insbesondere für depressiv verstimmte Patienten sollten störungsspezifische Angebote geschaffen werden (z. B. Psychotherapie, Gruppenangebote).

Aufgabe weiterer Forschung könnte demnach sein, den Stellenwert psychotherapeutischer Unterstützung in Pflegeheimen zu untersuchen sowie zufriedene Heimbewohner mit gutem allgemeinem Wohlbefinden zu charakterisieren, um neben medizinisch-pflegerischen Aspekten weitere Faktoren (z. B. Persönlichkeitsstrukturen und Interessensschwerpunkte der Heimbewohner) für ein positives Wohlbefinden und eine gute Lebensqualität bei Pflegeheimbewohnern identifizieren und fördern zu können.

### Limitationen

- Dies ist eine Querschnittstudie, es ist somit unklar, ob die beschriebenen Auffälligkeiten Ursache oder Folge sind.
- Diese Untersuchung beruht auf der Befragung der Heimbewohner. Andere Einflussfaktoren, wie z. B. Medikation, Zahl der Diagnosen etc. wurden hier nicht berücksichtigt.
- Es wurden nur 2 Pflegeheime desselben Trägers evaluiert.

### Fazit für die Praxis

- Die persönliche Befragung von Heimbewohnern zeigt ein nahezu doppelt

so häufiges regelmäßiges Schmerzempfinden wie die Befragung des Pflegepersonals zu Heimbewohnern. Dies könnte auf Schulungsbedarf der betreuenden Professionen hinweisen.

- Insgesamt weisen 44,6 % der Heimbewohner Anzeichen einer depressiven Symptomatik und 76,1 % einer demenziellen Entwicklung auf. Störungsspezifische Maßnahmen sind indiziert.
- Bei weiblichen Heimbewohnern besteht insgesamt eine höhere Lebenszufriedenheit als bei männlichen. Heimangebote für Männer mit entsprechenden Interessenschwerpunkten sollten entwickelt und geprüft werden.
- Persönlichkeitsgebundene Faktoren und sinnvolle psychotherapeutische Maßnahmen sollten weiter erforscht werden, um Gesundheit und Wohlbefinden von Pflegeheimbewohnern zu verbessern.
- Valide standardisierte Erhebungsinstrumente zur Untersuchung von Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität von Pflegeheimbewohnern sollten weiterentwickelt werden.

## Korrespondenzadresse



**Dr. R. Cramer-Ebner**  
Medizinische Klinik 2,  
Schwerpunkt Geriatrie,  
Klinikum Nürnberg,  
Paracelsus Medizinische  
Privatuniversität Nürnberg  
Prof.-Ernst-Nathan-Str. 1,  
90419 Nürnberg, Deutschland  
Ralf.Cramer-Ebner@  
klinikum-nuernberg.de

**Förderung.** Gefördert wurde die Studie von der Theo und Friedl Schöller-Stiftung.

## Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** R. Cramer-Ebner, C. Dorn, A. Feilcke und I. Hach geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Die Studie wurde von der Ethikkommission der Bayerischen Landesärztekammer unter berufsrechtlichen und ethischen Aspekten positiv beurteilt.

## Literatur

1. Allgaier AK, Kramer D, Mergl R, Fejtikova S, Hegerl U (2011) Validity of the geriatric depression scale in nursing home residents: comparison of GDS-15, GDS-8 and GDS-4. *Psychiatr Prax* 38(6):280–286
2. Becker C, Eichner B, Lindemann B, Sturm E, Reißmann U, Kron M, Nikolaus T (2003) Fähigkeiten und Einschränkungen von Heimbewohnern. *Z Gerontol Geriatr* 36(4):260–265
3. Behr A, Meyer R, Holzhausen M, Kuhlmeier A, Schenk L (2014) Lebensqualität und Gesundheit – Subjektive Perspektiven von selbstauskunftsfähigen Pflegeheimbewohnern – eine qualitative Studie. *Pflege* 27(6):369–380
4. Bullinger M, Kirchberger I, Ware J (1995) Der deutsche SF-36 Health Survey. Übersetzung und psychometrische Testung eines krankheitsübergreifenden Instruments zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. *Z Gesundh Wiss* 3:21–36
5. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, Deutsche Gesellschaft für Neurologie (2009) S3-Leitlinie „Demenzen“. <http://www.dgppp.de/documents/s3-leitlinie-demenz-kf.pdf>. Zugegriffen: 10. Sept. 2015
6. EuroQol Group (1990) EuroQol – a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy (New York)* 16:199–208
7. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR (1979) „Mini-Mental State“. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 12:189–198
8. Ivemeyer D, Zerfaß R (2006) Demenztests in der Praxis. Ein Wegweiser. Urban & Fischer, München Jena
9. Jönsson L, Andreasen N, Kilander L, Soininen H, Waldemar G, Nygaard H, Winblad B, Jönhagen ME, Hallikainen M, Wimo A (2006) Patient- and proxy-reported utility in Alzheimer disease using the EuroQoL. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 20(1):49–55
10. Knesebeck O (2005) Soziale Einflüsse auf die Gesundheit alter Menschen. Eine deutschamerikanische Vergleichsstudie. Huber, Bern Göttingen Toronto Seattle
11. Kümmerlin J (2015) Arzneimittelverordnung bei älteren Pflegeheimbewohnern in Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt. Masterarbeit. Beuth Hochschule, Berlin
12. Lawton MP (1983) Environment and other determinants of well-being in older people. *Gerontologist* 23(4):349–357
13. Lehr U (1997) Subjektiver und objektiver Gesundheitszustand im Lichte von Längsschnittuntersuchungen. In: Lehr U, Thoma H (Hrsg) Formen des seelischen Alterns: Ergebnisse der Bonner Gerontologischen Längsschnittstudie (BOLSA). Enke, Stuttgart
14. León SB, Ayala A, Blaya-Nováková V, Avila-Villanueva M, Rodríguez-Blázquez C, Rojo-Pérez F, Fernández-Mayoralas G, Martínez-Martin P, Forjaz MJ (2015) Quality of life across three groups of older adults differing in cognitive status and place of residence. *Geriatr Gerontol Int* 15(5):627–635
15. Nikolaus T (2001) Das geriatrische Assessment. Aktueller Erkenntnisstand hinsichtlich der Eignungskriterien (Diskrimination, Prädiktion, Evaluation, Praktikabilität). *Z Gerontol Geriatr* 34(1):1036–1042
16. NürnbergStift (Hrsg.) (2013) Qualitätsbericht 2013. [https://www.nuernberg.de/imperia/md/nuernbergstift/dokumente/aktuelles2/qualitaetsbericht\\_2013.pdf](https://www.nuernberg.de/imperia/md/nuernbergstift/dokumente/aktuelles2/qualitaetsbericht_2013.pdf). Zugegriffen: 4. Febr. 2016.
17. Plati MCF, Covre P, Lukasova K, Macedo ECD (2006) Depressive symptoms and cognitive performance of the elderly: relationship between institutionalization and activity programs. *Rev Bras Psiquiatr* 28(2):118–121
18. Rodríguez-Blázquez C, Forjaz MJ, Prieto-Flores ME, Rojo-Pérez F, Fernández-Mayoralas G, Martínez-Martin P (2012) Health status and well-being of older adults living in the community and in residential care settings: Are differences influenced by age? *Aging Ment Health* 16(7):884–891
19. Rothgang H, Borchert L, Müller R, Unger R (2008) GEK-Pflegereport 2008. Schwerpunktthema: Medizinische Versorgung in Pflegeheimen. GEK-Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. Band 66. GEK, Schwäbisch-Gmünd
20. Satzger W, Hampel H, Padberg F, Bürger K, Nolde T, Ingrassia G, Engel RR (2001) Zur praktischen Anwendung der CERAD-Testbatterie als neuropsychologisches Demenzscreening. *Nervenarzt* 72(3):196–203
21. Schneekloth U (2006) Hilfe- und Pflegebedürftige in Alteinrichtungen 2005. Schnellbericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen“ (MuG IV). Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, München
22. Schneekloth U, Törne I von (2007) Entwicklungstrends in der stationären Versorgung – Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung. In: Schneekloth U, Wahl HW (Hrsg) Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV) – Integrierter Abschlussbericht. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, München, S 53–168
23. Schönemann-Gieck P, Rott C, Martin M, D’Heureuse V, Kliegel M, Becker G (2003) Übereinstimmungen und Unterschiede in der selbst- und fremdeingeschätzten Gesundheit bei extrem Hochaltrigen. *Z Gerontol Geriatr* 36(6):429–436
24. Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2015) Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
25. Takai Y, Yamamoto-Mitani N, Okamoto Y, Koyama K, Honda A (2010) Literature review of pain prevalence among older residents of nursing homes. *Pain Manag Nurs* 11(4):209–223
26. Weyerer S, Bickel H (2007) Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter. *Grundriss Gerontologie* Bd. 14. Kohlhammer, Stuttgart
27. Wurm S, Tesch-Römer C (2006) Gesundheit, Hilfebedarf und Versorgung. In: Tesch-Römer C, Engstler H, Wurm S (Hrsg) Altwerden in Deutschland- Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte. Springer VS, Wiesbaden
28. Yesavage JA, Sheikh JI (1986) Geriatric Depression Scale (GDS). recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol* 5(1–2):165–173. doi:10.1300/J018v05n01\_09



Hier steht eine Anzeige.

