



UNTERSTÜTZUNGSPROGRAMM FÜR MENSCHEN MIT DEMENTZ SOWIE IHRE PFLEGENDE ANGEHÖRIGEN

Durchführung und Evaluation eines Trainings- und Unterstützungsprogramm für Patient-Angehörigen-Dyaden bei leichter bis mittelschwerer Demenz im ländlichen Versorgungsgebiet

Durchführung:

Dr. Johanna Nordheim, Charité - Institut für Medizinische Soziologie

Prof. Dr. Michael Rapp, Universität Potsdam Sozial- und Präventivmedizin

Januar 2016

Zusammenfassung

Mit dem Forschungsprojekt DYADEM-Brandenburg sollte ein psychosoziales Trainings- und Unterstützungsprogramm für demenzbetroffene Paare im ländlichen Versorgungsgebiet untersucht werden. Durch eine Umsetzung im häuslichen Umfeld soll das Programm zudem helfen, Barrieren bei der Inanspruchnahme des externen Hilfesystems zu reduzieren. Im Fokus standen dabei Zielkriterien wie Erhalt von Autonomie und Lebensqualität sowie die Vermeidung oder Reduzierung von Depressivität bei Demenzpatienten und ihren Partnern durch Stärkung von persönlichen, interpersonellen und externen Ressourcen. Die Effekte der Intervention mit sieben persönlichen sowie zwei telefonischen Sitzungen wurde gegenüber einer Kontrollgruppe getestet, die eine einzelne Beratungssitzung erhielt, die an die Standardberatung z. B. in Gedächtnissprechstunden angelehnt war. Die Intervention enthielt sozialtherapeutische und psychotherapeutische Elemente und war bereits im großstädtischen Bereich (Berlin) erprobt worden. Die Überprüfung der Machbarkeit sowie die Anpassung des Interventionsmanuals an die regionalen Gegebenheiten in einem weniger urbanen Versorgungsgebiet waren Bestandteil des einjährigen Projekts.

An der Studie nahmen 28 Paare aus verschiedenen Brandenburger Landkreisen teil, die Auswertung der von ihnen erhobenen Daten vor bzw. vier Wochen nach Intervention erfolgte aufgrund des kleinen Stichprobenumfangs vorrangig deskriptiv. Die an Demenz erkrankten Partner erreichten zu Studienbeginn durchschnittlich 20,6 Punkte im Mini-Mental Status Test (MMST). Die nichterkrankten Partner wiesen einen etwas niedrigeren Lebensqualität-Globalwert (WHOQOL-BREF) auf als die Normstichprobe in ihrem Alter. Während die Demenzerkrankung innerhalb der wenigen Untersuchungsmonate bei den meisten Probanden fortschritt, wirkte dies sich in der Interventionsgruppe (numerisch) weniger verschlechternd auf die Lebensqualität der nichterkrankten Partner aus als in der Kontrollgruppe. Auch ihr Stressempfinden, gemessen mit der Perceived Stress Scale

(PSS), stieg im Gegensatz der Kontrollgruppe im Verlauf kaum an. Die positive gemeinsame Krankheitsbewältigung (Dyadisches Coping Inventar (DCI)) scheint den Paaren, die an der Intervention teilnahmen, besser zu gelingen.

In der Kurz-Evaluation, die zum Follow-up erfolgte, gaben Teilnehmer am DYADEM-Programm signifikant höhere Bewertungen hinsichtlich des von ihnen empfundenen Nutzens des Unterstützungsangebotes an als diejenigen in der Kontrollgruppe. Sie konnten darüber hinaus im Anschluss besser mit krankheitsbedingten Problemen umgehen.

Ein Vergleich der Brandenburger mit der in der Vorstudie untersuchten Berliner Stichprobe zeigte einige Unterschiede zwischen demenzbetroffenen Paaren in (groß-)städtischen und ländlichen Regionen auf. So wiesen die Demenzpatienten aus Brandenburg zu Studienbeginn bereits stärkere Einschränkungen der kognitiven Leistungsfähigkeit und Alltagsbewältigung auf. Dies deutet darauf hin, dass die Inanspruchnahme des gesundheitlichen Versorgungssystems bei einer Demenz in der kleinstädtisch-ländlichen Region später erfolgt als in der Großstadt. Die fortgeschrittenere Erkrankung ging bei der Brandenburger Stichprobe mit einer höheren Stresswahrnehmung und pflegerischen Belastung der nichterkrankten Partner einher, als dies in Berlin der Fall war. Trotz dieser problematischeren Situation wiesen Studienteilnehmer in Brandenburg aber niedrigere Depressivitätswerte in der Geriatric Depression Scale (GDS) auf.

Aus der unterschiedlichen Lebens- und Versorgungssituation in Stadt und Land konnten wichtige Implikationen für eine Anpassung des Beratungs- und Unterstützungsangebotes abgeleitet werden, die im Rahmen der Studie teilweise auch schon umgesetzt wurden. So wurde ein stärkerer Schwerpunkt auf Themen wie Kommunikation bei Demenz, Stressbewältigung oder Mobilität gelegt. Deutlich wurde auch die stärkere Bedeutung zugehender Angebote in weniger urbanen Regionen.

Nach Abschluss des zweiten Follow-up drei Monate nach Interventionsende sind weitere Analysen hinsichtlich der längerfristigen Interventionseffekte mit der Brandenburger Stichprobe sowie im gemeinsam mit der Berliner Stichprobe aus der Vorstudie geplant. Darüber hinaus wird mittels regelmäßiger telefonischer Nachbefragungen der Verbleib der demenzerkrankten Studienteilnehmer im Privathaushalt oder ihr Übergang in die stationäre Versorgung langfristig erhoben.

Inhalt

1	Forschungshintergrund	7
2	Frage- und Zielstellung	12
3	Methodisches Vorgehen	14
3.1	Kontrolle/Vergleiche.....	14
3.2	DYADEM-Intervention und Kontrollgruppenberatung	14
3.3	Einschluss- und Ausschlusskriterien / Rekrutierung	17
3.4	Outcome (abhängige Variablen) und Instrumente	18
3.5	Kontrolle systematischer Fehler.....	19
3.6	Statistische Verfahren	20
3.7	Ethikvotum und Datenmanagement.....	20
4	Durchführung	22
4.1	Teilnehmerrekrutierung und Stichprobe	22
4.2	Therapeutische Perspektive	28
5	Ergebnisse	31
5.1	Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe	31
5.1.1	Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe: Demenzpatienten	38
5.1.2	Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe: Partner.....	40
5.1.3	Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe: Gemeinsame Maße	42
5.1.4	Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe: Gemeinsame Maße (getrennt nach Demenzpatient und Partner)	45
5.1.5	Einschätzung des Nutzens des Unterstützungsangebotes durch die Studienteilnehmer.....	48
5.2	Stadt- Land-Vergleich.....	49
5.2.1	Ausgangslage demenzbetroffener Paare in Berlin und Brandenburg im Vergleich	49
5.2.2	Wissenschaftliche Veröffentlichungen	56
6	Diskussion	59
6.1	Das Projekt.....	59

6.2	Die Stichprobe	61
6.3	Interventions- und Kontrollgruppe im Verlauf	61
6.4	Die Stichproben aus Berlin und Brandenburg im Vergleich	63
6.5	Ausblick.....	65
7	Literatur.....	66

1 Forschungshintergrund

Rund zwei Drittel der Demenzpatienten in Deutschland leben im Privathaushalt und werden von Ihren Partnern/ Angehörigen versorgt. Gleichzeitig geht die Pflege von Angehörigen mit erhöhten Depressionsraten und Stress-Symptomatik, abnehmenden positiven Gefühlen sowie verschlechterter physischer Gesundheit beim Pflegenden einher (Pinquart & Sörensen 2003). Am stressreichsten stellen sich für pflegende Angehörige dabei Veränderungen in den sozialen Interaktionen, neuropsychiatrische Symptome (wie z. B. Aggression, Agitation, Apathie) sowie die Gedächtnisbeeinträchtigung des Betroffenen dar (Rainer et al. 2002), diese Variablen sind wiederum mit einer erhöhten Übergangsrate in Pflegeheime assoziiert (Devanand et al. 1997). Weitere Autoren benennen den fortschreitenden kognitiven Abbau und die damit verbundene Unsicherheit in Kommunikation und dyadischer Interaktion als signifikante Stressquelle für pflegende Angehörige (Perren et al. 2007, Polk 2005). Neben persönlichen Merkmalen der Angehörigen, die jeweils mit erhöhtem Stress oder mit Wohlbefinden assoziiert sind (Geschlecht, Alter, Bildung, sozioökonomischer Status), spielen dyadische Variablen wie die wahrgenommene Zuneigung und subjektive Einschätzung der Beziehungsqualität eine bedeutsame Rolle (Knop et al. 1998; Lawrence et al. 1998). Trotz der Bedeutung dyadischer Ressourcen haben nur wenige Studien bisher die Effekte dyadischer Variablen auf Stress bei pflegenden Angehörigen und den funktionellen Status der Demenzpatienten untersucht. Perren und Kollegen (2007) zeigten einen Zusammenhang zwischen Bindungsstilen in Patient-Angehörigen-Dyaden sowohl mit dem Wohlbefinden der Angehörigen als auch dem Ausmaß problematischer Verhaltensweisen beim Demenzpatienten.

Die Lebensqualität bei Demenzpatienten und ihren pflegenden Angehörigen korrespondiert insgesamt miteinander, wie verschiedene Studien nachwiesen (Ready et al. 2007, Inouye et al. 2009), die Qualität gemeinsamer Aktivitäten beein-

flusst umgekehrt den Grad der Depression bei beiden, Patient und Angehörigen (Searson 2008), ebenso wirkt sich sowohl die frühere als auch aktuelle Beziehungsstruktur und –qualität auf die Krankheitsbelastung beider Seiten aus bzw. kann als Ressource in der Krankheitsverarbeitung betrachtet werden. Die Beurteilung der früheren Beziehungsqualität von demenzbetroffenen Paaren durch diese selbst halten verschiedene Autoren (Stuhlmann 2004, Williamson & Schulz 1990) für eine bedeutsame therapeutische Ressource bei familiären Interventionen bei Demenz. Diese Erkenntnis unterstreicht ebenfalls das Potential, das in einer gemeinsamen Intervention bei Patient und Partner/ Angehörigem liegt.

Auf theoretischer Ebene können diese Befunde mit dem Modell des dyadischen Stress und Coping verbunden werden (Bodenmann 2000). Dyadisches Coping fokussiert auf der Erhaltung oder Wiederherstellung eines homöostatischen Gleichgewichts zwischen dem hauptsächlich stressbetroffenen Partner, dem dyadischen System sowie der Dyade-Umwelt-Beziehung (Bodenmann 1997). Dyadische Copingmechanismen können als bedeutsame Prädiktoren für geistige und körperliche Gesundheit angesehen werden (Bodenmann 1997).

In einem Review zu kombinierten Interventionsprogrammen fanden Smits und Kollegen (2007) inkonsistente Effekte hinsichtlich kognitiver und körperlicher Funktionen, jedoch positive Effekte hinsichtlich neuropsychiatrischer Symptome sowie Pflegeheimweisungen. Vor allem individualisierte Programme ausgerichtet an der jeweiligen Bedürfnislage der Betroffenen erscheinen vielversprechend, wie eine Studie von Hinchcliffe und Kollegen (1995) zeigt: Hierbei wurde mittels einer individualisierten Kombination aus Medikation und psychologischen Techniken, die auf die interpersonale Beziehung und Krankheitsbewältigung zielten, und dies unter Berücksichtigung soziodemographischer Variablen, eine Reduktion bestimmter neuropsychiatrischer Symptome bei Dementen sowie ein verbessertes Wohlbefinden bei deren pflegenden Angehörigen erreicht.

In eigenen Vorarbeiten (BMG Leuchtturmprojekt Tandemgruppen: Niemann-Mirmehdi et al. 2008) wurde eine quantitative und qualitative Analyse eines 24-wöchigen Gruppentherapieprogramms für Demenzpatienten verschiedener Krankheitsstadien und deren Angehörige (N=48 Paare) untersucht. Erste Ergebnisse zeigen Verbesserungen vor allem bei leichter bis mittelschwerer Demenz hinsichtlich neuropsychiatrischer Symptome beim Patienten sowie Depression und Lebensqualität bei beiden Partnern, darüber hinaus verringertes Stressempfinden bei den Angehörigen. Die Erfolge wiesen auf einen Zusammenhang Kommunikationsstil und Problemlöseverhalten in der Dyade, Information über die Erkrankung sowie die Nutzung verfügbarer medizinischer Angebote und früherer Beziehungsqualität hin.

Jenseits dieser Einzelbeispiele konzentrieren sich nichtmedikamentöse Interventionen jedoch zumeist einerseits auf das Ziel der Verbesserung kognitiver und neuropsychiatrischer Symptome bei leichter und mittelschwerer Demenz oder andererseits auf die Stressbewältigung pflegender Angehöriger, vor allem mittels Aufklärung und Anleitung der Pflegenden bzw. erleichterten Zugang zu pflegerischen Unterstützungsangeboten. Nur wenige Interventionen zielen dabei auf die persönlichen und interpersonalen Ressourcen innerhalb der Dyade ab.

Im Rahmen der ersten DYADEM-Studie¹ wurde eine solche Intervention in einer großstädtischen Wohnregion (Berlin) mit gut entwickelten Versorgungsstrukturen durchgeführt. Einzelne Interventionen, die in dieser Studie bei Paaren im Randgebiet von Berlin vorgenommen wurden, zeigten hier einen besonders hohen Bedarf an Beratung und Unterstützung aufgrund wenig ausgebauter Versorgungsstrukturen. Expertengespräche im Rahmen der laufenden Studie machten deutlich, dass

¹ „Förderung der Autonomie durch ein kombiniertes Trainings- und Unterstützungsprogramm für Patient-Angehörigen-Dyaden bei leichter bis mittelschwerer Demenz (DYADEM) - Eine randomisierte, kontrollierte Interventionsstudie“, gefördert durch das BMBF im Rahmen des Forschungsverbundes „Autonomie trotz Multimorbidität im Alter (AMA)“, ISRCTN: 28074990. Laufzeit: 01.01.2011 - 31.12.2013

im weiteren ländlichen Umfeld des Landes Brandenburg noch deutlicher von einer entsprechenden Unterversorgung ausgegangen werden kann. Ein weiteres Forschungsvorhaben, DYADEM-Brandenburg, sollte daher die Effekte einer überarbeiteten, angepassten Fassung der DYADEM-Intervention im ländlichen (und gleichzeitig als eher sozial schwach geltenden) Raum untersuchen und darüber hinaus einen Vergleich mit den Ergebnissen der städtischen Stichprobe ermöglichen.

Das Land Brandenburg zählt zu den sogenannten „alternden Räumen“. Darunter werden Stadtteile oder ländliche Gebiete verstanden, die ein statistisch höheres Alter der Bewohnerschaft aufweisen, in denen es aber meist an entsprechenden Strukturen der Infrastruktur und Nahversorgung fehlt (Förderverein Akademie 2. Lebenshälfte im Land Brandenburg e.V. (<http://www.wohnen-im-alter-in-brandenburg.de>). So ist beispielsweise in der Stadt die Chance, bei Demenz einen Facharzt zu konsultieren, um 43% höher als auf dem Land (Koller et al. 2010).

Die Bevölkerungsentwicklung im Land Brandenburg verläuft räumlich sehr unterschiedlich, insgesamt wird der derzeitige Altersaufbau der Brandenburger Bevölkerung zu einem starken Anwachsen der Zahl alter Menschen führen, während immer weniger Jüngere dort leben. So liegt der Altenquotient in Brandenburg mit 35,8 über dem deutschen Durchschnitt (33,7) und noch deutlicher über dem von Berlin (29,2). Diese veränderte Altersstruktur macht ein schnelles zielgerichtetes Handeln erforderlich (z. B. hinsichtlich bedarfsgerechter Mobilität, medizinischer Versorgung, Pflege, gesundheitliche Prävention) (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg/LBV 2012). Die Zahl der Hochaltrigen (>80 Jahre) wird sich bis zum Jahr 2020 (197.000) gegenüber 2005 (95.000) mehr als verdoppeln. Prävalenzschätzungen für Demenzerkrankungen gehen von einer Zahl von 51.000 Patienten in diesem Bundesland im Jahr 2020 aus (LGA 2007). Insgesamt führen die Entwicklungen zu folgender Einschätzung des Landesgesundheitsamtes Brandenburg: *„Im äußeren Entwicklungsraum Brandenburgs bahnt sich eine Kumulation von Benachteiligungen an. Nicht nur die ärztliche Versorgung ist erschwert, auch die Ein-*

kommen sind geringer, die jüngere Bevölkerung wandert ab. Die Bedingungen für Pflege im häuslichen Umfeld sowie für die Prävention von Krankheiten sind somit nicht überall günstig.“ (LGA 2007, S. 8). Beispielsweise findet sich auch im Land Brandenburg zwar in jedem Landkreis ein Pflegestützpunkt, allerdings ist zu bedenken, dass die Landkreise i.d.R. eine größere Fläche als Berlin aufweisen, wo in jedem Bezirk Pflegestützpunkte vorgehalten werden, und damit für mobilitätseingeschränkte Personen nicht immer gut erreichbar sind.

Es kann daher vermutet werden, dass Brandenburger Demenzpatienten und ihre Angehörigen angesichts dieser Entwicklungen und Versorgungslücken eventuell noch deutlicher von einem zugehenden professionellen Angebot psychosozialer Beratung und Unterstützung profitieren könnten, als im bisher untersuchten städtischen Berliner Raum.

2 Frage- und Zielstellung

Das Hauptziel der randomisierten, kontrollierten Studie war die Prüfung der Wirksamkeit eines psychosozialen Trainings- und Unterstützungsprogramms unter Alltagsbedingungen hinsichtlich des Erhalts von Autonomie durch Stärkung persönlicher und interpersonaler Ressourcen bei Personen mit beginnender bis mittelschwerer Demenz und ihrer Partner/ Angehörigen, sowie damit die Prävention von Pflegebedürftigkeit bzw. Verzögerung institutionalisierter Pflege.

Weitere Ziele bestanden in der Prüfung der Wirksamkeit des psychosozialen Trainings- und Unterstützungsprogramms

- hinsichtlich des Erhalts bzw. der Förderung von Lebensqualität sowie der gemeinsamen Krankheitsbewältigung (= dyadisches Coping) sowie
- hinsichtlich der Vermeidung/ Reduzierung von Depressivität/ Depression bei Demenzpatient und Partner/ Angehörigem.

Haupthypothese: Eine frühzeitige Intervention in Form von kombiniertem Training und Unterstützung für Demenzpatienten und ihre Partner kann effektiver Ressourcen fördern und damit Autonomie erhalten bzw. Pflegebedürftigkeit verzögern als die Standardberatung.

Sekundärhypothesen: Eine frühzeitige Intervention in Form von kombiniertem Training und Unterstützung für Demenzpatienten und ihre Partner kann effektiver Lebensqualität erhalten sowie Depressivität/Depression vermeiden/verbessern helfen als die Standardberatung.

Erwartete Ergebnisse: Es wird davon ausgegangen, dass mit den Forschungsergebnissen eine Interventionsform angeboten werden kann, durch die Autonomie und Lebensqualität von Menschen mit leichter bis mittelschwerer Demenz sowie ihrer Partner/ pflegenden Angehörigen mittels Stärkung persönlicher, interpersonaler und externer Ressourcen erfolgreich erhalten bzw. gefördert werden. Unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten wird das allgemeine Interventionsmanual an die Versorgung demenzbetroffener Paare in ländlichen, struktur-

schwachen Gebieten angepasst und publiziert. Der Stadt-Land-Vergleich ermöglicht darüber hinaus Rückschlüsse auf die Lebenssituation sowie die verschiedenen regionalen Versorgungsgegebenheiten und -bedarfe demenzbetroffener Paare.

3 Methodisches Vorgehen

3.1 Kontrolle/Vergleiche

Interventions- und Kontrollgruppe bestanden gleichermaßen aus Paaren, bei denen ein Partner an Demenz erkrankt ist und die gemeinsam im privaten Haushalt wohnen. Die Zuordnung erfolgte durch Randomisierung. Systematische Unterschiede zwischen Interventionsgruppe und Kontrollgruppe bestanden nicht.

Die Untersuchungsgruppe erhielt im Rahmen von neun Sitzungen eine zweiseitige Patient/ Angehörigen-Intervention zur

- a) Stärkung persönlicher/ dyadischer Ressourcen und
- b) Stärkung von Umweltressourcen.

Demgegenüber erhielten an der Kontrollgruppe teilnehmende Paare ein einmaliges, einstündiges Beratungsgespräch, bei dem aber auch weiterführend weitere Unterstützungsmöglichkeiten in Form von Flyern, Adresslisten etc. zur medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Hilfe bei Demenz angeboten werden, die nach Bedarf genutzt werden konnten.

Um die Inanspruchnahme zu erleichtern, wurden beide Interventionen zugehend (d.h. in der häuslichen Umgebung der Teilnehmer) durchgeführt. Ein solches Angebot gehört bislang nicht zur Regelversorgung bei Demenz. Meist werden im Rahmen der Diagnosestellung lediglich Informationen zu weiterführenden Beratungsangeboten, Selbsthilfegruppen u.ä. gegeben.

3.2 DYADEM-Intervention und Kontrollgruppenberatung

Die Intervention beinhaltet drei psychotherapeutische und zwei sozialtherapeutische Module, welche sich auf sieben persönliche, aufsuchende Sitzungstermine aufgliedern. Die Sitzungen erfolgen z. T. im Wechsel zwischen beiden Modulen bzw. beiden Therapeuten. Allein zur ersten Sitzung suchen Psycho- und Sozialtherapeut das Teilnehmerpaar gemeinsam auf. Zwei zusätzliche Termine im Verlauf

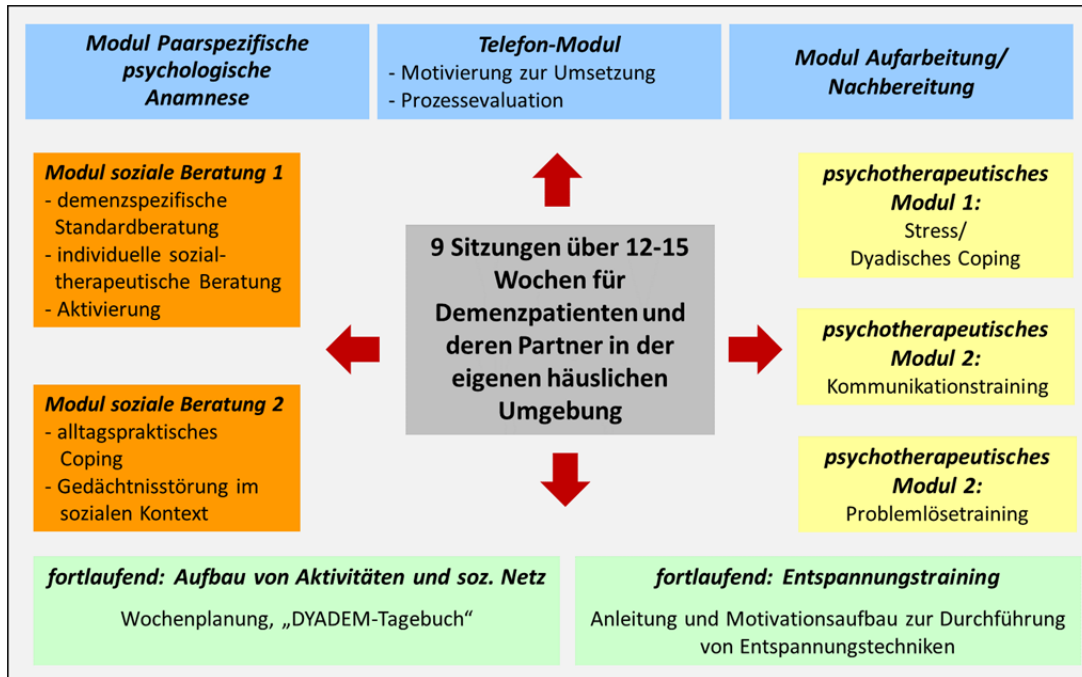
der Intervention erfolgen telefonisch und dienen vor allem der Konsolidierung sowie der Prozessevaluation (siehe Abb. 1).

Das DYADEM-Unterstützungsprogramm verwendet bewährte Methoden der verhaltenstherapeutischen Psychotherapie sowie der systemischen Beratung. Dabei war es notwendig, die standardisierten Module so zu individualisieren, dass sie den Demenzpatienten nicht überfordern und der jeweiligen, spezifischen Paardynamik entsprechen. Für die Therapeuten war es hierbei angezeigt eine *allparteiliche*, nicht wertende Haltung einzunehmen. Eine weitere Aufgabe bestand darin, die Kontextabhängigkeit der Problemkonstellation allzeit im Blick zu behalten. Dabei stand in erster Linie ein lösungsorientierter Ansatz im Vordergrund (z. B. Problemlösetraining, Kommunikationshilfen etc.). Die Therapeuten fungierten hier auch als Rollenvorbilder z. B. im Sinne einer klaren, transparenten Kommunikation.

Zusätzlich erfordert die Arbeit im Rahmen eines Programms mit demenziell erkrankten Probanden stets auch ein hohes Maß an Flexibilität, sowie Beobachtungs- und Reflexionsvermögen seitens der Therapeuten, um so auf therapeutische Herausforderungen (z. B. aktuelle Krisen, komorbide Erkrankungen, Pflegebedarf, Tagesform des Patienten) reagieren zu können.

Die DYADEM-Intervention fokussiert auf mehrere Schwerpunkte, wie beispielsweise eine ausführliche Krankheitsaufklärung sowie das Trainieren eines demenzgerechten Kommunikationsstils. Daneben sind der Aufbau von Aktivitäten, eine Stärkung des sozialen Netzwerks, eine Einführung in Problemlösestrategien, die Förderung der Alltagskompetenz sowie das Trainieren von Stressbewältigungsstrategien weitere inhaltliche Schwerpunkte. Die etwa zweistündigen Sitzungstermine vor Ort enthielten dabei einerseits psychoedukative Elemente, andererseits aber auch praktische Übungen (z. B. Rollenspiele, Entspannungsverfahren) und alltagspraktische Hilfen im Wohnumfeld des Paares, während die beiden etwa halbstündigen Telefon-Termine der Festigung der Interventionsinhalte dienten.

Abb. 1: Interventionsschema



Die Kontrollgruppe erhielt eine einmalige zugehende psychosoziale Beratung im häuslichen Bereich. Zu den Effekten und Erfahrungen hierzu siehe u.a. auch Alzheimervereinigung Aargau (Alzheimervereinigung Aargau, 2014). Die Beratung wurde von den Sozialtherapeuten durchgeführt und dauerte in der Regel 1,5 Stunden. Die therapeutische Haltung entsprach derjenigen in der Interventionsgruppe. Das Gespräch wurde mit beiden Partnern gemeinsam geführt. Die Sozialanamnese war bekannt und wurde vor der Beratung erhoben.

Im Vorfeld wurde von der Forschungsgruppe ein Standard „Psychosoziale Grundberatung Demenz“ definiert. Ziele der durchgeführten Grundberatung waren: Wissen oder Zugang zu Informationen über das Krankheitsbild, Diagnostik und medikamentöser und nichtmedikamentöser Therapie, Informationen zu Selbsthilfe und gesundheitsförderlicher Lebensgestaltung, Informationen zum Umgang mit den individuellen Auswirkungen der Erkrankung im Alltag, sowie Information bzw. Zugangswege zu sozialrechtlichen und rechtlichen Fragestellungen wie Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, Rehabilitation, Schwerbehinderung, Pflegeversi-

cherung oder sonstigen Sozialleistungen. Die Beratung wurde inhaltlich den individuellen akuten Belastungen des Paares sowie der Dauer der Erkrankung angepasst. Darin enthalten waren ebenso Fragen der Netzwerkgestaltung des Paares und dem Zugang zu Ansprechpartnern in Krisen, aber auch zu Entlastungs- und Förderungsangeboten. Erste Priorität in der Beratung hatte die Klärung der aktuellen häuslichen Situation, um ggf. eine Krisenintervention durchzuführen und entsprechende Maßnahmen einzuleiten. Neben der Beratung vor Ort erhielten die Kontrollgruppenpaare Informationsmaterial zu den oben genannten Themen und regionalisierte Tipps und Adressen und Ansprechpartner. Eine aktive Überleitung unsererseits erfolgte nicht.

3.3 Einschluss- und Ausschlusskriterien / Rekrutierung

Die Grundgesamtheit der Studie besteht aus älteren Paaren, bei denen ein Partner an einer leichten bis mittelschweren Demenz erkrankt ist und die gemeinsam in einem Privathaushalt leben. Eine Differenzierung nach Stadium der Demenz oder Grad der kognitiven Einbußen wurde dahingehend vorgenommen, dass der demenzerkrankte Studienteilnehmer in der Lage sein sollte, Eigenauskunft zu erteilen und sich aktiv an der psychosozialen Intervention zu beteiligen. Neben der ärztlichen Diagnose wurde daher zum Einschluss der aktuelle Status nochmals in einem kognitiven Screening (Mini – Mental – Status – Test) gesichert.

Einschluss Patient:

- Wohnt mit Partner gemeinsam im privaten Haushalt
- Gedächtnissprechstunden-basierte Demenzdiagnose oder MMST < 24
- Teilnahme an weiteren Studien: Beobachtungsstudien/ Medikamentenstudien mit zugelassenen Wirkstoffen

Einschluss Partner:

- Wohnt mit Patient gemeinsam im privaten Haushalt

Ausschluss Patient:

- MMST \leq 13 Punkte
- wohnt im Pflegeheim
- psychische Erkrankungen F10-29 (psychotrope Substanzen/ Schizophrenie etc., Ausnahme:
F10.1 schädlicher Gebrauch von Alkohol/ F17.1 und F17.2 schädlicher Gebrauch von Nikotin/ Nikotinabhängigkeit dürfen eingeschlossen werden), F32.2 und F32.3 (schwere Depression)
- Teilnahme an weiteren Studien: Medikamentenstudien mit nicht zugelassenen Wirkstoffen/ gezielte Verhaltensinterventionen

Ausschluss Partner:

- Demenzdiagnose liegt vor (Eigenauskunft)
- psychische Erkrankungen F10-29 (psychotrope Substanzen/ Schizophrenie etc., Ausnahme: F10.1 schädlicher Gebrauch von Alkohol/ F17.1 schädlicher Gebrauch von Nikotin darf eingeschlossen werden), F32.2 und F32.3 (schwere Depression)

3.4 Outcome (abhängige Variablen) und Instrumente

Der primäre Endpunkt des psychosozialen Trainings- und Unterstützungsprogramms ist die Stärkung bzw. der Erhalt von Autonomie bei betroffenen Paaren. Dieser Endpunkt wird auf verschiedenen Ebenen erfasst und anschließend ein an der Gesamtpopulation standardisierter Mittelwert (z-Wert) über Angehörige und Patienten hinweg gebildet.

Tab. 1: Zielkriterien und Erhebungsinstrumente

Primäres Outcome	Autonomie	<ul style="list-style-type: none"> • ADL/iADL • Overprotection Scale for Adults (OPSA) • Kompetenzüberzeugung pflegender Angehöriger (FKpA)
Sekundäre Outcomes	Lebensqualität	<ul style="list-style-type: none"> • WHOQL-BREF • QOL-AD
	Zeit bis zur Einweisung ins Pflegeheim	<ul style="list-style-type: none"> • Telefonische Nachbefragung
Moderatoren	Ressourcen	<ul style="list-style-type: none"> • Dyadic Coping Inventory (DCI) • Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F-SOZU K-14) • Global Measure of Equity/ Inequity
Prädiktoren	Demenz/Begleitsymptome	<ul style="list-style-type: none"> • Mini Mental Status Test (MMST) • Global Deterioration Scale (GDS) • Neuropsychiatrisches Inventar (NPI)
	Depressivität Stressempfinden	<ul style="list-style-type: none"> • Geriatrische Depressionsskala (GDS-15) • Perceived Stress Scale (PSS-14)

Zur Charakterisierung der Stichprobe wurden außerdem Alter, Geschlecht und Bildungsstand beider Partner sowie Pflegestufe nach SGB XI und Medikation beim Demenzpatienten erfasst.

3.5 Kontrolle systematischer Fehler

Es erfolgte eine randomisierte Zuordnung von Paaren zur Interventions- oder Kontrollgruppe anhand Zuweisung zu einer vorab generierten Randomisierungsliste nach Erhebung der Baseline-Daten. Somit ist gleichzeitig für eine Verblindung der datenerfassenden Mitarbeiter zu diesem Erhebungszeitpunkt gesorgt. Den teilnehmenden Paaren wird die Zuordnung zur Interventions- bzw. Kontrollgruppe ebenfalls erst nach Erhebung der Baseline-Daten bekanntgegeben. Eine weitere Verblindung war aufgrund der vom zeitlichen Umfang her unterschiedlich konzi-

pierten Unterstützungsprogramme sowohl aus organisatorischen als auch aus Gründen der Studienaufklärung nicht möglich. Für die Follow-up-Datenerhebungen werden andere Studienmitarbeiter eingesetzt als zum Baseline-Erhebungszeitpunkt, um auch hier eine Verblindung hinsichtlich Interventions-/Kontrollgruppenteilnahme zu gewährleisten.

3.6 Statistische Verfahren

Aufgrund des geringen Stichprobenumfang wurden die Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe für das Projekt DYADEM Brandenburg rein deskriptiv zwischen Messwiederholung (Veränderung von t0 zu t1) und Gruppenzugehörigkeit (Kontroll- vs. Interventionsgruppe) auf Interaktionen (unterschiedliche Veränderungsraten zwischen den Gruppen) inspiziert.

Für den Stadt-Land-Vergleich zur Ausgangslage in den beiden Bundesländern Berlin und Brandenburg wurden t-Tests für unabhängige Stichproben für alle primären und sekundären Outcomevariablen zur Baseline (also unbefangen von Interventionseinflüssen) durchgeführt.

Für die wissenschaftlichen Analysen der Schätzung der Interventionseffekte wurden Mehrebenenmodelle verwendet, um Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe hinsichtlich der primären und sekundären Zielkriterien (unter Heranziehung des Intention-To-Treat (ITT) und der Restricted Maximum Likelihood-Methode (REML) zur durch Drop Out unverzerrten Schätzung der Modelparameter) zu untersuchen. Mehrebenenmodelle berücksichtigen explizit die Abhängigkeit der Beobachtungen, die durch die hierarchische Clusterstruktur der vorliegenden Daten gegeben ist: Messzeitpunkte sind geschachtelt in Personen, Personen sind geschachtelt in Paaren.

3.7 Ethikvotum und Datenmanagement

Da am Forschungsvorhaben DYADEM-Brandenburg zwei kooperierende Hochschulen beteiligt waren, wurden Ethikvoten sowohl von der Ethikkommission der Charité (Antrags-Nr. EA1/090/14) als auch von der Ethikkommission der Universität

Potsdam (Antrags-Nr. 10/2014) eingeholt. Die Daten wurden zentral durch die Studienmitarbeiter der Charité-Universitätsmedizin Berlin bzw. deren Beauftragte erhoben. Eine Beratung zum Datenmanagement durch den Datenschutzbeauftragten der Charité wurde bereits in der Berliner DYADEM-Studie in Anspruch genommen und die Handhabung für DYADEM-Brandenburg wurde entsprechend gestaltet. Die im Rahmen dieser Studie erhobenen Daten werden an der Universität Potsdam gelagert, dort stets unter Verschluss gehalten und sind ausschließlich den dafür befugten Personen zugänglich. Alle Anforderungen des Datenschutzes wurden eingehalten. Die Anforderungen der Guten Wissenschaftlichen Praxis wurden eingehalten.

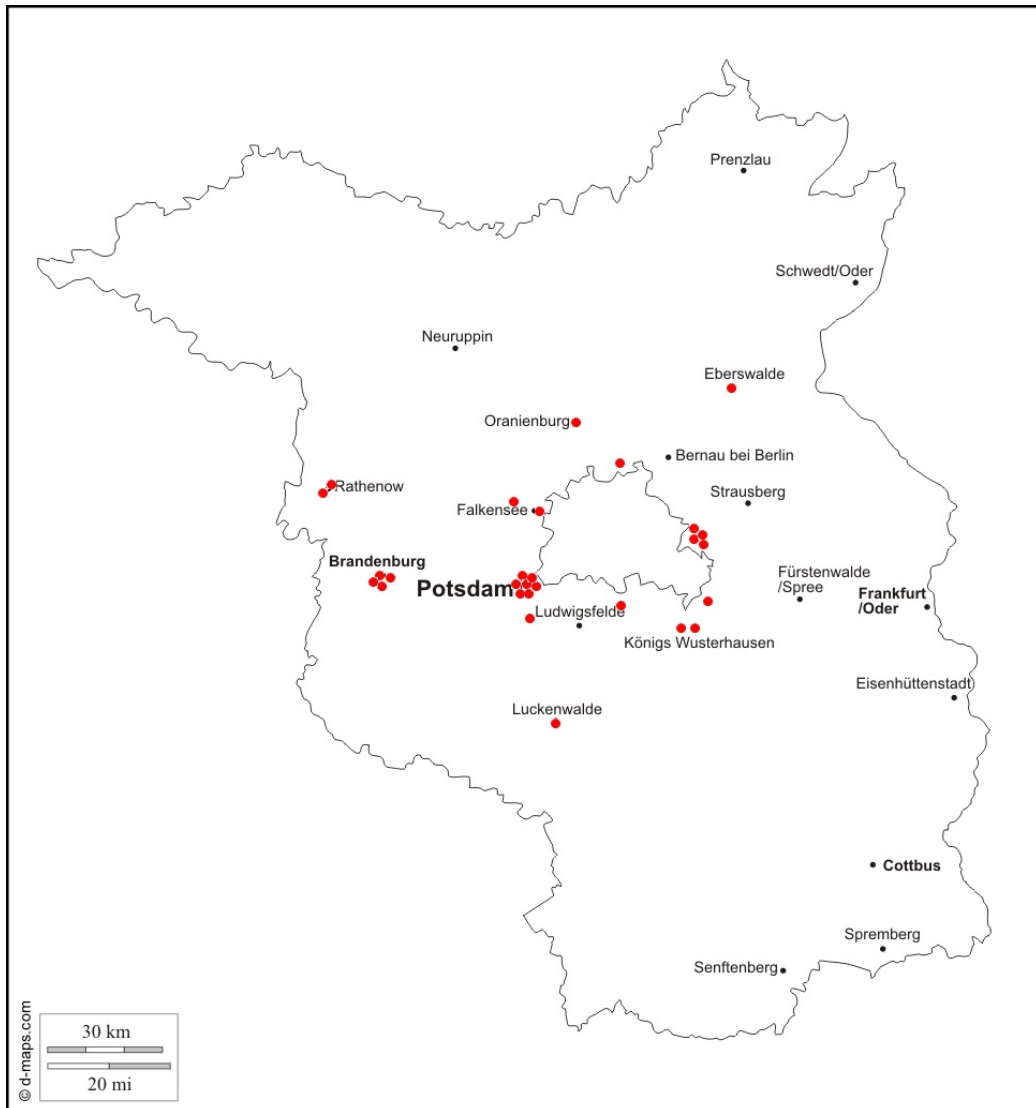
Das Forschungsprojekt wurde als randomisierte klinische Studie gemäß den Grundsätzen der good clinical practice (ICH-GCP-Richtlinien) durchgeführt.

4 Durchführung

4.1 Teilnehmerrekrutierung und Stichprobe

Studienteilnehmer wurden in Potsdam Mittelmark und weiteren Brandenburger Landkreisen (siehe Abb. 2) über Gedächtnissprechstunden, Krankenhäuser mit geriatrischen/ gerontopsychiatrischen Fachabteilungen, niedergelassene (Fach-) Arztpraxen, Pflegedienste und –stützpunkte sowie Beratungsstellen, beispielsweise der Volkssolidarität e.V. und der Alzheimer Gesellschaft Brandenburg e.V. oder des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes rekrutiert. Insgesamt wurden über 65 Praxispartner kontaktiert.

Abb. 2 Rekrutierungsorte

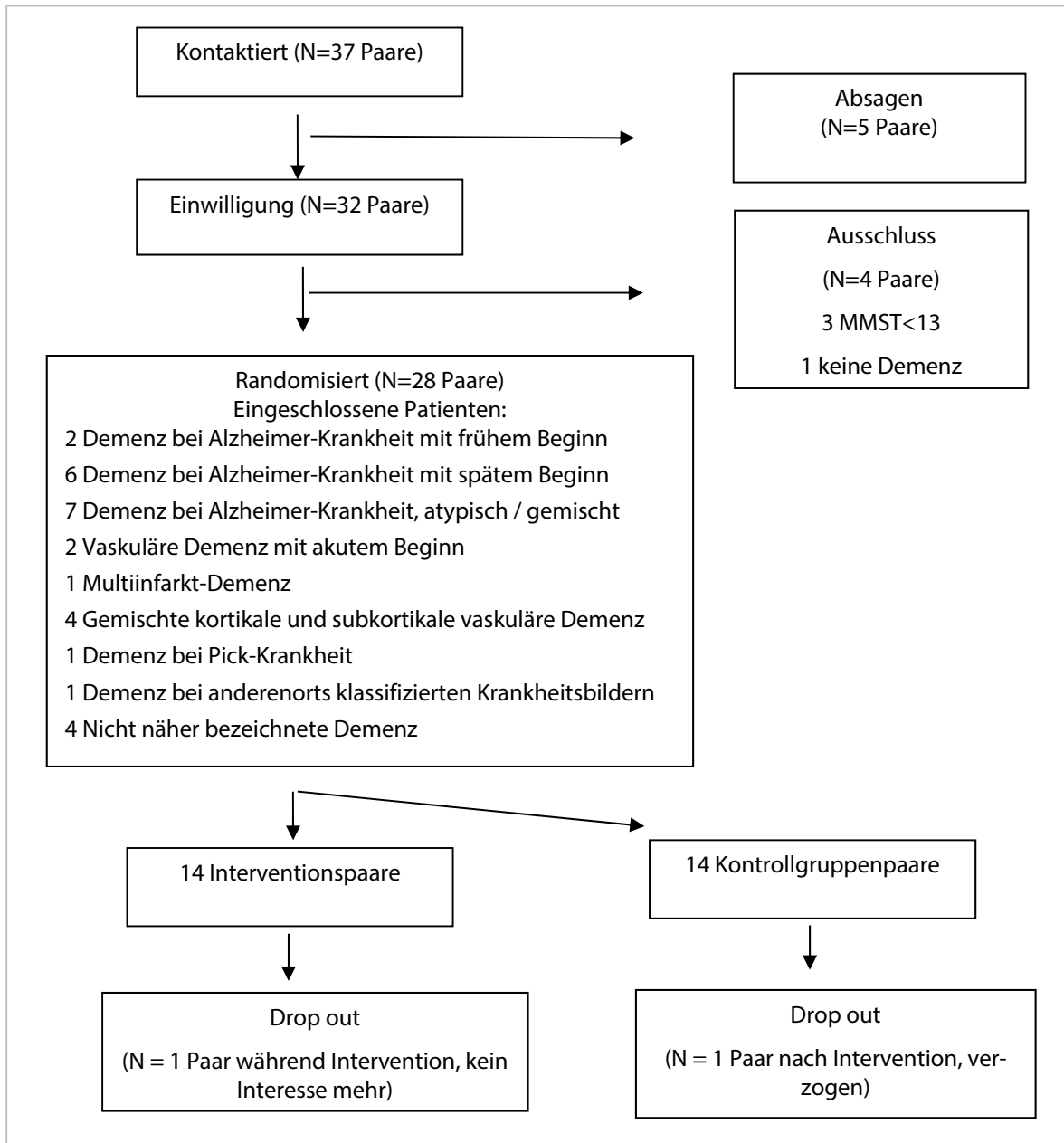


Es wurden 37 Paare über Praxispartner vermittelt. 5 Paare entschlossen sich gegen eine Teilnahme (beispielsweise aus Überlastungsgründen), 4 Paare wurden ausgeschlossen (v. a. wegen zu weit fortgeschrittener Demenz, siehe Ausschlusskriterien). Letztlich konnten 28 Paare in die Studie eingeschlossen werden. Die angestrebte Stichprobengröße konnte somit trotz ausgeweitetem Rekrutierungszeitraum und intensiven Kontakts mit den Praxispartnern nicht erreicht werden.

Eine Ursache dafür könnte darin liegen, dass in Gebieten mit weniger Infrastruktur vermutlich noch deutlich mehr Personen mit demenziellen Erkrankungen lediglich vom Hausarzt versorgt werden, als dies in der Stadt der Fall ist. Kontakt zu Rekrutierungszwecken zu Hausarztpraxen herzustellen, erwies sich jedoch wie auch bereits in der ersten DYADEM-Studie als kaum erfolgreich. Ähnliche Erfahrungen wurden auch mit dem ambulanten Pflegebereich gemacht. Eine weitere Vermutung zielt in die Richtung des „Stigma Demenz“, eine Haltung, die im kleinstädtisch-/ländlichen Bereich offensichtlich immer noch stärker den offenen Umgang mit der Erkrankung verhindert als in anonymen Großstadtgebieten (siehe Abschnitt 4.2).

26 Paare verblieben bis zum ersten Follow-up in der Studie, demgegenüber war ein Drop out von zwei Paaren zu verschiedenen Zeitpunkten der Studie zu verzeichnen (siehe auch Abb. 3). Aufgrund der genannten Rekrutierungsproblematik kam es zu deutlichen Verzögerungen bei der Interventionsdurchführung und damit auch zu verzögerten Follow up- Messzeitpunkten.

Abb. 3: Flow Chart Studienteilnehmer



Tab. 2: Stichprobencharakteristik zum Messzeitpunkt t0, N=28 Paare (Mittelwerte, Standardabweichungen)

	Gesamt	Patient	Partner
Alter	74,36 (6,65)	75,36 (7,02)	73,36 (6,21)
Geschlecht (N Frauen)	28	11	17
Bildungsjahre	12,29 (3,85)	12,32 (4,29)	12,25 (3,46)
Patientenspezifische Instrumente:			
MMST	-	20,64 (5,09)	-
ADL	-	86,53 (9,51)	-
IADL	-	3,46 (2,32)	-
Autonomie Patient (OPSA)	-	37,33 (8,41)	-
Lebensqualität (QOL-AD)	-	37,36 (5,70)	-
Angehörigenspezifische Instrumente:			
Lebensqualität Angehöriger (WHOQOL Overall)	-	-	58,04 (16,74)
Autonomie Angehöriger (FKpA)	-	-	58,91 (25,83)
Instrumente für Patienten und Angehörige:			
Depressivität (GDS)	3,25 (2,76)	3,73 (3,13)	2,77 (2,29)
Wahrgenommener Stress	19,93 (7,68)	18,26 (8,49)	21,60 (6,52)
Positives Dyadisches Coping	64,38 (13,04)	71,01 (12,14)	57,76 (10,41)
Negatives Dyadisches Coping	15,72 (5,76)	15,03 (5,56)	16,42 (5,98)
Beziehungsqualität	7,56 (2,20)	8,04 (2,10)	6,93 (2,30)
Beziehungsausgeglichenheit (Equity Scale)	-0,05 (1,23)	0,54 (1,17)	-0,79 (0,96)
Soziale Unterstützung	54,39 (10,93)	8,11 (2,06)	7,00 (2,24)

Die Charakteristika der Stichprobe sind der Tabelle 1 zu entnehmen. Die Demenzpatienten waren im Schnitt 2 Jahre älter als ihre nichterkrankten Partner und häufiger männlich. Der MMST-Wert der dementen Partner lag bei durchschnittlich 20,6 Punkten, was für eine leichte bis mittelschwere demenzielle Erkrankung spricht. Mehrheitlich litten die demenzbetroffenen Partner unter Demenzen vom Alzheimer Typ (n=15), ein Viertel (n=7) war an vaskulären Demenzformen erkrankt, vier Personen hatten eine nicht näher bezeichnete Demenz und jeweils eine Person eine frontotemporale Demenz bzw. eine Demenz bei andernorts klassifizierten Erkrankungen (vgl. hierzu Abb. 3).

37% der Studienteilnehmer verfügten über einen Fachhochschul- oder Hochschulabschluss, während nur zwei Personen keine abgeschlossene Berufsausbildung hatten. Die durchschnittlichen Bildungsjahre waren bei den Demenzpatienten und ihren nichterkrankten Partnern etwa gleichverteilt (Patienten: 12,32 vs. Angehörige: 12,25 Jahre).

Hinsichtlich der Depressivität (GDS) wiesen Demenzbetroffene leicht höhere Werte auf, als die Angehörigen (Patienten: 3,25 vs. Angehörige: 2,77), während der wahrgenommene Stress bei den Patienten niedriger als bei den Angehörigen war (Patienten: 18,26 vs. Angehörige: 21,60). Unterschiede konnten auch hinsichtlich des dyadischen Copings festgestellt werden: Demnach verfügten die demenzbetroffenen Patienten über ein besseres positives dyadisches Coping (71,01) und ein geringeres negatives dyadische Coping (14,96). Demgegenüber erreichten die Angehörigen einen niedrigeren durchschnittlichen Wert (57,76) im positiven dyadischen Coping, sowie höhere Werte im negativen dyadischen Coping (16,40). Die Beziehungsqualität wird von den Demenzpatienten besser bewertet als von den Angehörigen (Patienten: 8,04 vs. Angehörige: 6,93). Hinsichtlich der Ausgeglichenheit der Beziehung (Equity Scale) gehen die Patienten im Mittel davon aus, in der Beziehung vom Partner mehr zu erhalten (0,54) als die Partner, die hier stärker in die Partnerschaft investieren müssen (-0,79).

Die in die Studie eingeschlossenen Demenzpatienten wiesen in Bezug auf ihr Aktivitätsniveau folgende Werte auf: ADL=86,53 und IADL=3,46. In der demenzspezifischen Lebensqualität (QoL-AD) lag der Stichprobenmittelwert bei 37,33; im Bereich der Autonomie (OPSA) bei 37,36.

Die allgemeine Lebensqualität (WHOQOL-Overall) der pflegenden Partner lag bei 58,04 und das Autonomieerleben (gemessen mit dem FKpA) wiederum bei 58,91.

4.2 Therapeutische Perspektive

Die therapeutische Arbeit im Rahmen der DYADEM-Brandenburg Studie war im Gegensatz zur Berliner DYADEM-Studie von einigen Besonderheiten geprägt, deren Einfluss auf die Durchführung der Studieninterventionen im Folgenden näher beleuchtet werden soll.

Zu allererst ist festzuhalten, dass die Demenzbetroffenen in der DYADEM-Brandenburg-Studie im Vergleich zu vorausgegangenen Berliner Studie sich bereits in späteren Demenzstadien befanden. Wir vermuten hierfür als Ursache eine stärkere bzw. stärker wahrgenommene Stigmatisierung von Personen mit demenziellen Erkrankungen im ländlichen Raum. Diese führt mutmaßlich dazu, dass institutionalisierte Hilfsangebote erst vergleichsweise später, das heißt bei einer weiteren Progredienz der Erkrankung, wahrgenommen werden. Das bedeutet aber gleichermaßen, dass die pflegenden Angehörigen über einen längeren Zeitraum auf sich alleine gestellt sind und häufig auch bereits stark von der notwendigen Betreuung eingeschränkt und schwer belastet sind. Verschärft wird diese Situation zudem durch die deutlich schlechtere, ländliche Versorgungsstruktur. So konnten wir feststellen, dass demenzbetroffene Paare sehr häufig lange Wege und Fahrtzeiten in Kauf nehmen müssen, um adäquate Hilfsangebote nutzen zu können, da die wohnortnahen Therapeuten, wenn vorhanden, in der Regel hochfrequentiert sind. So war häufig zu verzeichnen, dass Paare aus dem Berliner Umland Fachärzte (wie beispielsweise Psychiater oder Neurologen bzw. Gedächtnissprechstunden), aber auch Angehörigengruppen, Logopäden oder Ergotherapeuten in Berlin aufsuchen, was häufig zu einem enormen zeitlichen Aufwand führt. Hierdurch sind insbesondere regelmäßige Aktivitäten, wie beispielsweise das Aufsuchen einer Angehörigengruppe, nur schwer realisierbar.

Der oben bereits genannte weiter fortgeschrittene Krankheitsverlauf bei den Teilnehmern hatten bedeutsame Folgen für die aktuelle Studie. So musste der Interventionsschwerpunkt häufig stärker auf die Angehörigen verschoben werden.

Hinzu kam außerdem, dass in der vorliegenden Stichprobe relativ viele Patienten von stärkeren Sprachstörungen im Sinne einer Aphasie beeinflusst waren. Hierdurch mussten bestimmte Interventionsinhalte entsprechend angepasst werden: So nahmen beispielsweise die Kommunikation an sich, aber auch das Thema „Kommunikation“ sowohl zeitlich als auch inhaltlich einen größeren Rahmen ein. Somit lässt sich festhalten, dass der Interventionsschwerpunkt „Kommunikation“ von größerer Bedeutung war v. a. hinsichtlich der Strategien zur nonverbalen Kommunikation und dem Umgang mit Wortfindungsstörungen.

Darüber hinaus war erwartungsgemäß das Thema Autofahren von großer Bedeutung, weil das eigene Auto in den weniger urbanen Regionen in der Regel gleichbedeutend mit eigener Unabhängigkeit, Flexibilität und Autonomie war. Entgegen unserer Annahme war dies allerdings weniger ein Problem der Betroffenen, die das Autofahren aufgeben mussten, sondern unserer Meinung nach häufig ein Problem der Angehörigen, die nunmehr als die einzigen Autofahrer in der Partnerschaft verblieben waren und diese Verantwortung zusätzlich tragen mussten. Dies hatte zu Folge, dass sie diejenigen waren, die alle Erledigungen ebenso wie alle Fahrdienste zu Terminen des erkrankten Partners zu bewältigen hatten, da Fahrdienste, öffentliche Verkehrsmittel oder auch die Übernahme durch andere Angehörige kaum realisierbar waren.

Im Rahmen der Studie zeigte sich ferner, dass die Situation von demenzkranken Paaren in Brandenburg auch von einem weiteren Faktor stark beeinflusst ist: Häufig waren die eigenen Kinder, so es welche gab, nicht mehr in unmittelbarer Wohnortnähe angesiedelt. Die eigenen Kinder bzw. Enkelkinder fielen hierdurch häufig als stützende Ressource aus.

Eine mit der Berliner Stichprobe vergleichbare Situationen gab es bei den betreuten Paaren hinsichtlich der therapeutischen Bedeutung von partnerschaftlichen Lebenskrisen und vorausgegangenen Kränkungen, die mit der Rollenveränderung durch die Erkrankung und dem Auftreten von Verhaltenssymptomen eine Reak-

tualisierung fanden. Hier zeigten sich die Grenzen einer manualisierten psychosozialen Intervention und die Therapeuten mussten an entsprechende Weiterbehandler (Gedächtnissprechstunden/ Spezialsprechstunden, niedergelassene Psychiater bzw. Psychotherapeuten etc.) verweisen.

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass viele Paare trotz der oben geschilderten schwierigen Umstände die Intervention als positiv aufgenommen haben und angaben, von ihr profitiert zu haben. So konnten viele betroffene Paare erstmals die Erfahrung machen, jemanden zur Verfügung zu haben, der in Ruhe und im eigenen Wohnbereich für Fragen rund um die demenziellen Erkrankungen zur Verfügung stand und in der Lage war, Möglichkeiten für weitere externe Unterstützungsangebote zu offerieren. Wir konnten zudem die Erfahrung machen, dass insbesondere das Thema Stress und dessen Reduktion (z. B. durch Entspannungsübungen) und der Umgang mit der Erholung im häuslichen Bereich sehr positiv aufgenommen wurden.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass wir ähnlich positive Erfahrungen in ländlichen Versorgungsregionen mit der Durchführbarkeit einer aufsuchenden, psychosozialen Intervention machen konnten wie zuvor auch schon im urbanen Versorgungsgebiet.

Schwierigkeiten ergaben sich vor allem durch die schwere Erreichbarkeit bzw. bei der Rekrutierung des Klientels. Zudem war bedingt durch das lückenhafte Versorgungsnetz im ländlichen Gebiet eine Anbindung an professionelle Versorgungsstrukturen häufig unzureichend und verspätet erfolgt. Auch durch die Intervention konnte dieser Mangel nur schwer beseitigt werden.

Demgegenüber konnten wir allerdings feststellen, dass wenn es Paaren gelungen war, entsprechende Netzwerke zu kontaktieren, sie durch die Arbeit von Beratungsstellen und Gruppenangebote bereits über einen hohen Informationsstand verfügten.

5 Ergebnisse

Die Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe und zwischen Patienten und Angehörigen (Daten DYADEM - Brandenburg; $N=28$ Paare) werden im Folgenden aufgrund der geringen Fallzahl nur deskriptiv und bivariat dargestellt. Anschließend erfolgt ein Vergleich der wesentlichen klinischen Endpunkte zwischen den Stichproben aus Berlin sowie aus Brandenburg, welcher auf Daten aus den Projekten DYADEM und DYADEM - Brandenburg zurückgreift. Letztlich wird ein Ausblick auf die multivariaten Analysen im Rahmen der wissenschaftlichen Publikationen gegeben.

5.1 Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe

Tabelle 3 gibt noch einmal die Kennwerte der primären und sekundären klinischen Endpunkte für die Baseline und Tabelle 4 für das Follow up der DYADEM Brandenburg-Gesamtstichprobe wieder. Bezüglich der Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe in DYADEM Brandenburg werden für die wesentlichen klinischen Endpunkte (Outcome-Variablen) die Anzahl der Probanden (N), der Wertebereich (Min/Max), der Mittelwert (M), sowie die Standardabweichung (SD) separat für Interventionsgruppe (Tabelle 5) und Kontrollgruppe (Tabelle 6) zur Baseline berichtet. In gleicher Form findet sich in den Tabellen 7 und 8 der Bericht zum Follow up Messzeitpunkt einen Monat nach der Intervention. Es wird zusätzlich unterschieden nach Messinstrumenten für Betroffene, Angehörige und denjenigen Parametern, die für beide Partner mit denselben Fragebögen erhoben wurden.

Im Anschluss an die tabellarische Darstellung erfolgt eine differenzierte Betrachtung einzelner untersuchter Merkmale.

Tab. 3: Instrumente für die DYADEM-Brandenburg Gesamtstichprobe zur Baseline t0

Name	N	Min	Max	M	SD
Patientenspezifische Instrumente:					
Kognitive Fähigkeiten (MMST)	28	13	29	20,67	5,11
Activities of Daily Living (ADL)	28	45	100	88,21	14,35
Instrumental Activities of Daily Living (IADL)	28	0	8	3,46	2,31
Autonomie / Überprotektion (OPSA)	27	21	50	37,33	8,40
Lebensqualität (QOL-AD)	27	23,64	52	37,35	5,70
Angehörigenspezifische Instrumente:					
Lebensqualität (WHOQOL-BREF: Physisch)	28	33,33	96,42	67,75	15,76
Lebensqualität (WHOQOL-BREF: Psychisch)	28	33,33	100	69,00	15,25
Lebensqualität (WHOQOL-BREF: Sozial)	26	25	91,66	62,67	15,82
Lebensqualität (WHOQOL-BREF: Umwelt)	28	56,25	100	77,82	9,76
Lebensqualität (WHOQOL-BREF: Globalwert)	28	37,5	100	58,03	16,74
Autonomie (FKpA: personal life)	28	2	32	14,35	8,69
Autonomie (FKpA: performance as a caregiver)	28	0	48	28,12	13,92
Autonomie (FKpA: demented person satisfaction)	28	0	27	16,44	9,78
Instrumente für Patienten und Angehörige:					
Depressivität (GerDS)	56	0	10	4,16	2,76
Wahrgenommener Stress (PSS)	56	4	37	19,93	7,68
Positives dyadisches Coping (DCI)	54	42	95	64,38	13,04
Negatives dyadisches Coping (DCI)	54	8	29,71	15,72	5,76
Beziehungsqualität (RQ-VAS)	56	1	10	7,56	2,20
Beziehungsausgeglichenheit (Equity Scale)	56	-3	3	-0,05	1,23
Soziale Unterstützung (F-SozU)	54	19	70	54,39	10,93

Tab. 4: Instrumente für die DYADEM-Brandenburg Gesamtstichprobe zum Follow up t1

Name	N	Min	Max	M	SD
Patientenspezifische Instrumente:					
Kognitive Fähigkeiten (MMST)	25	8	30	19,52	6,20
Activities of Daily Living (ADL)	27	25	100	86,2	16,66
Instrumental Activities of Daily Living (IADL)	27	0	8	3,52	2,14
Autonomie / Überprotektion (OPSA)	25	22	50	38,63	7,09
Lebensqualität (QOL-AD)	26	23	52	36,12	6,62
Angehörigenspezifische Instrumente:					
Lebensqualität (WHOQOL-BREF: Physisch)	27	35,71	100	66,71	19,55
Lebensqualität (WHOQOL-BREF: Psychisch)	27	33,33	91,66	65,83	14,87
Lebensqualität (WHOQOL-BREF: Sozial)	27	41,66	91,66	65,33	12,59
Lebensqualität (WHOQOL-BREF: Umwelt)	27	62,5	100	77,91	10,33
Lebensqualität (WHOQOL-BREF: Globalwert)	27	12,5	87,5	51,5	17,79
Autonomie (FKpA: personal life)	27	0	27	13,56	8,83
Autonomie (FKpA: performance as a caregiver)	27	5	47	25,92	14,33
Autonomie (FKpA: demented person satisfaction)	27	0	28	15,88	10,65
Instrumente für Patienten und Angehörige:					
Depressivität (GerDS)	50	0	10	4,54	2,66
Wahrgenommener Stress (PSS)	50	1,16	42	24,38	9,75
Positives dyadisches Coping (DCI)	49	39	95	66,09	14,18
Negatives dyadisches Coping (DCI)	49	8	29	15,58	5,33
Beziehungsqualität (RQ-VAS)	49	1	10	7,30	2,32
Beziehungsausgeglichenheit (Equity Scale)	49	-3	3	-0,15	1,54
Soziale Unterstützung (F-SozU)	49	14	70	53,99	8,84

Tab. 5: Instrumente in der Interventionsgruppe zur Baseline

Name	N	Min	Max	M	SD
Patientenspezifische Instrumente:					
Kognitive Fähigkeiten (MMST)	14	13	27	19,92	5,45
Activities of Daily Living (ADL)	14	45	100	89,64	14,86
Instrumental Activities of Daily Living (IADL)	14	0	7	2,92	2,16
Autonomie / Überprotektion (OPSA)	13	24	50	38,84	9,77
Lebensqualität (QOL-AD)	14	29	52	37,71	5,74
Angehörigenspezifische Instrumente:					
Lebensqualität (WHOQOL-BREF: Physisch)	14	33,33	96,42	67,94	17,81
Lebensqualität (WHOQOL-BREF: Psychisch)	14	33,33	91,66	66,25	15,46
Lebensqualität (WHOQOL-BREF: Sozial)	13	25	91,66	63,78	17,79
Lebensqualität (WHOQOL-BREF: Umwelt)	14	68,75	90,62	79,97	5,73
Lebensqualität (WHOQOL-BREF: Globalwert)	14	37,5	75	58,92	14,23
Autonomie (FKpA: personal life)	14	2	27	12,85	8,31
Autonomie (FKpA: performance as a caregiver)	14	8	48	32,28	11,48
Autonomie (FKpA: demented person satisfaction)	14	4	27	19	8,68
Instrumente für Patienten und Angehörige:					
Depression (GDS)	28	0	10	4,13	2,76
Wahrgenommener Stress (PSS)	28	4	37	19,46	8,20
Positives dyadisches Coping (DCI)	27	42	95	63,37	13,57
Negatives dyadisches Coping (DCI)	27	8	29,71	15,67	5,95
Beziehungsqualität (RQ-VAS)	28	2	10	7,75	2,22
Beziehungsausgeglichenheit (Equity Scale)	28	-2	3	-0,04	1,07
Soziale Unterstützung (F-SozU)	27	22	70	54,27	11,06

Tab. 6: Instrumente in der Kontrollgruppe zur Baseline

Name	N	Min	Max	M	SD
Patientenspezifische Instrumente:					
Kognitive Fähigkeiten (MMST)	14	14	29	21,41	4,83
Activities of Daily Living (ADL)	14	50	100	86,78	14,22
Instrumental Activities of Daily Living (IADL)	14	1	8	4	2,41
Autonomie / Überprotektion (OPSA)	14	21	44	35,92	6,98
Lebensqualität (QOL-AD)	13	23,64	45	36,97	5,86
Angehörigenspezifische Instrumente:					
Lebensqualität (WHOQOL-BREF: Physisch)	14	42,85	96,42	67,55	14,09
Lebensqualität (WHOQOL-BREF: Psychisch)	14	50	100	71,76	15,08
Lebensqualität (WHOQOL-BREF: Sozial)	13	41,66	83,33	61,56	14,24
Lebensqualität (WHOQOL-BREF: Umwelt)	14	56,25	100	75,66	12,45
Lebensqualität (WHOQOL-BREF: Globalwert)	14	37,5	100	57,14	19,43
Autonomie (FKpA: personal life)	14	2	32	15,85	9,12
Autonomie (FKpA: performance as a caregiver)	14	0	45	23,95	15,28
Autonomie (FKpA: demented person satisfaction)	14	0	27	13,88	10,45
Instrumente für Patienten und Angehörige:					
Depressivität (GDS)	28	0	10	4,19	2,82
Wahrgenommener Stress (PSS)	28	4	33	20,40	7,25
Positives dyadisches Coping (DCI)	27	45	94	65,39	12,67
Negatives dyadisches Coping (DCI)	27	8	28	15,78	5,69
Negatives dyadisches Coping (DCI)	27	8	29,71	15,67	5,95
Beziehungsqualität (RQ-VAS)	28	1	10	7,37	2,20
Beziehungsausgeglichenheit (Equity Scale)	28	-3	3	-0,07	1,44
Soziale Unterstützung (F-SozU)	28	19	70	54,52	11,01

Tab. 7: Instrumente in der Interventionsgruppe zum Follow up t1

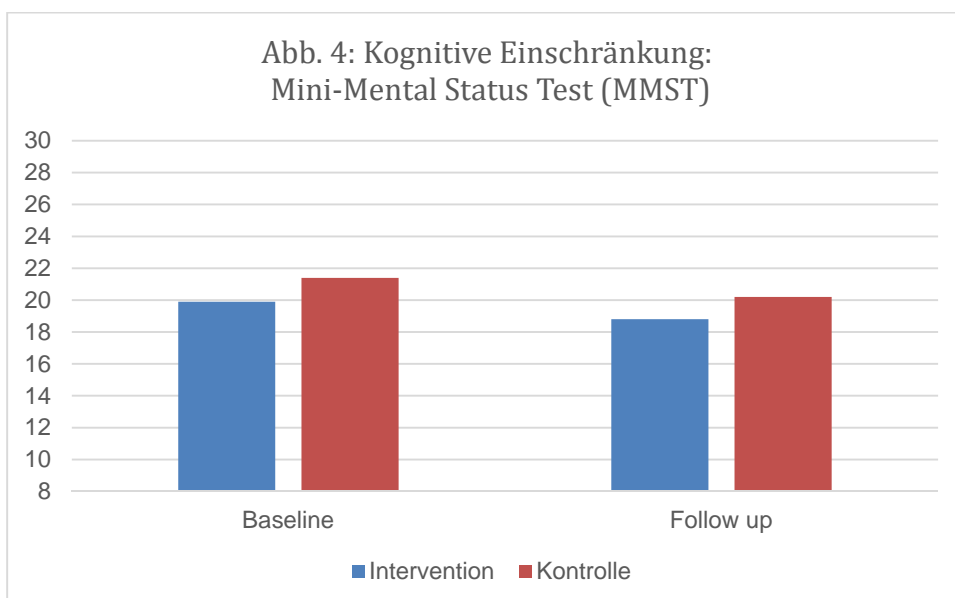
Name	N	Min	Max	M	SD
Patientenspezifische Instrumente:					
Kognitive Fähigkeiten (MMST)	13	8	27	18,81	6,80
Activities of Daily Living (ADL)	15	60	100	86,92	11,46
Instrumental Activities of Daily Living (IADL)	15	0	6	2,69	1,84
Autonomie / Überprotektion (OPSA)	13	27,52	50	41,13	6,34
Lebensqualität (QOL-AD)	14	28	52	36,25	6,35
Angehörigenspezifische Instrumente:					
Lebensqualität (WHOQOL-BREF: Physisch)	15	35,71	100	65,29	21,53
Lebensqualität (WHOQOL-BREF: Psychisch)	15	33,33	91,66	65,06	17,30
Lebensqualität (WHOQOL-BREF: Sozial)	15	50	91,66	64,74	12,68
Lebensqualität (WHOQOL-BREF: Umwelt)	15	65,62	100	78,36	11,37
Lebensqualität (WHOQOL-BREF: Globalwert)	15	37,5	75	55,76	14,08
Autonomie (FKpA: personal life)	15	0	27	11,92	9,02
Autonomie (FKpA: performance as a caregiver)	15	5	47	30,46	12,75
Autonomie (FKpA: demented person satisfaction)	15	4	28	19,01	9,16
Instrumente für Patienten und Angehörige:					
Depressivität (GerDS)	26	0	10	4,58	3,00
Wahrgenommener Stress (PSS)	26	1,16	35	21,06	9,12
Positives dyadisches Coping (DCI)	26	39	94	66,66	15,98
Negatives dyadisches Coping (DCI)	26	8	27	15,99	5,86
Beziehungsqualität (RQ-VAS)	26	4	10	7,50	2,09
Beziehungsausgeglichenheit (Equity Scale)	26	-3	3	-0,46	1,62
Soziale Unterstützung (F-SozU)	26	14	70	53,09	11,62

Tab. 8: Instrumente in der Kontrollgruppe zum Follow up t1

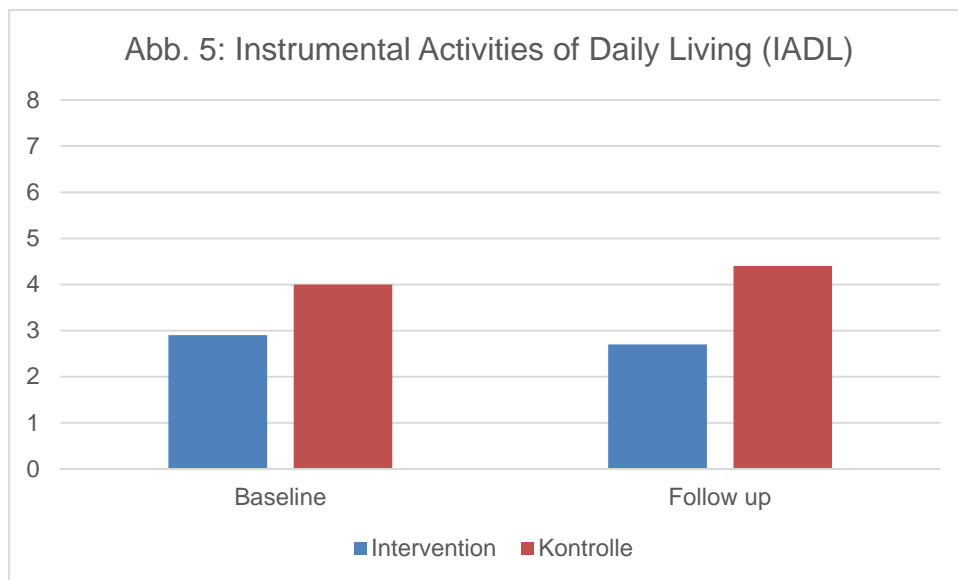
Name des Instruments	N	Min	Max	M	SD
Patientenspezifische Instrumente:					
Kognitive Fähigkeiten (MMST)	14	9	30	20,16	5,82
Activities of Daily Living (ADL)	14	25	100	85,41	21,47
Instrumental Activities of Daily Living (IADL)	14	1	8	4,41	2,1
Autonomie / Überprotektion (OPSA)	14	22	47	36,33	7,2
Lebensqualität (QOL-AD)	14	23	45	36	7,17
Angehörigenspezifische Instrumente:					
Lebensqualität (WHOQOL-BREF: Physisch)	14	46,43	100	68,2594	17,99
Lebensqualität (WHOQOL-BRE: Psychisch)	14	50	87,5	66,66	12,44
Lebensqualität (WHOQOL-BREF: Sozial)	14	41,67	83,33	65,97	13,04
Lebensqualität (WHOQOL-BREF: Umwelt)	14	62,5	91,67	77,43	9,57
Lebensqualität (WHOQOL-BREF: Globalwert)	14	12,5	87,5	46,9	20,73
Autonomie (FKpA: personal life)	14	3	26	15,33	8,65
Autonomie (FKpA: performance as a caregiver)	14	7	43	20,98	14,83
Autonomie (FKpA: demented person satisfaction)	14	0	28	12,5	11,48
Instrumente für Patienten und Angehörige:					
Depressivität (GDS)	26	1	10	4,50	2,34
Wahrgenommener Stress (PSS)	26	5	42	27,69	9,41
Positives dyadisches Coping (DCI)	25	46	95	65,50	12,36
Negatives dyadisches Coping (DCI)	25	8	29	15,14	4,8
Beziehungsqualität (RQ-VAS)	25	1	10	7,09	2,58
Beziehungsausgeglichenheit (Equity Scale)	25	-3	3	0,17	1,44
Soziale Unterstützung (F-SozU)	25	40	65	54,85	4,70

5.1.1 Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe: Demenzpatienten

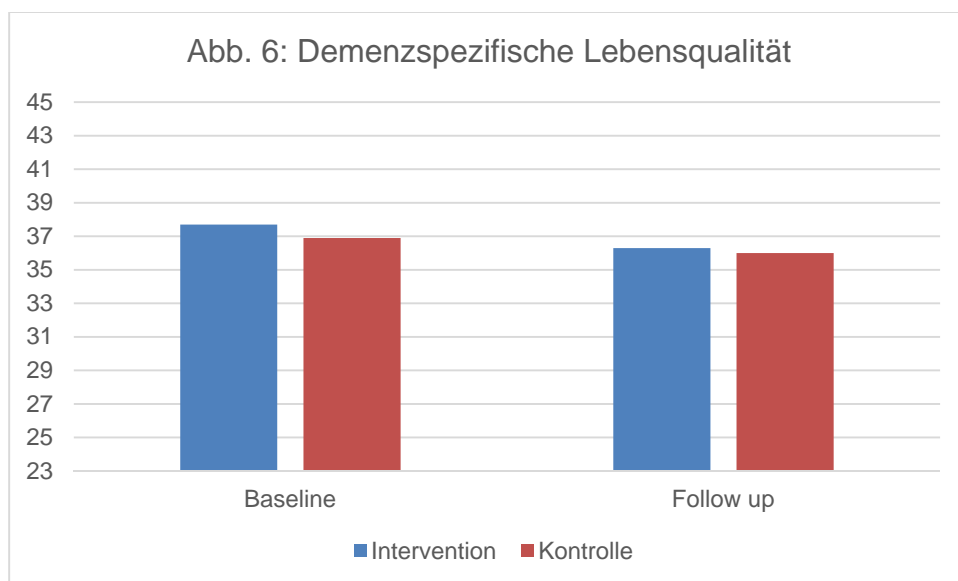
An Demenz erkrankte Personen weisen leicht höhere kognitive Einschränkung zum Follow up auf als zur Baseline. Der Mini-Mental Status Test-Wert sinkt von $M=20,7$ auf $M=19,5$ von Baseline zum Follow up in der Gesamtstichprobe, dies geschieht für beide Gruppen in gleichen Maße (kein differentieller Interventionseffekt; Vgl., Abb 3).

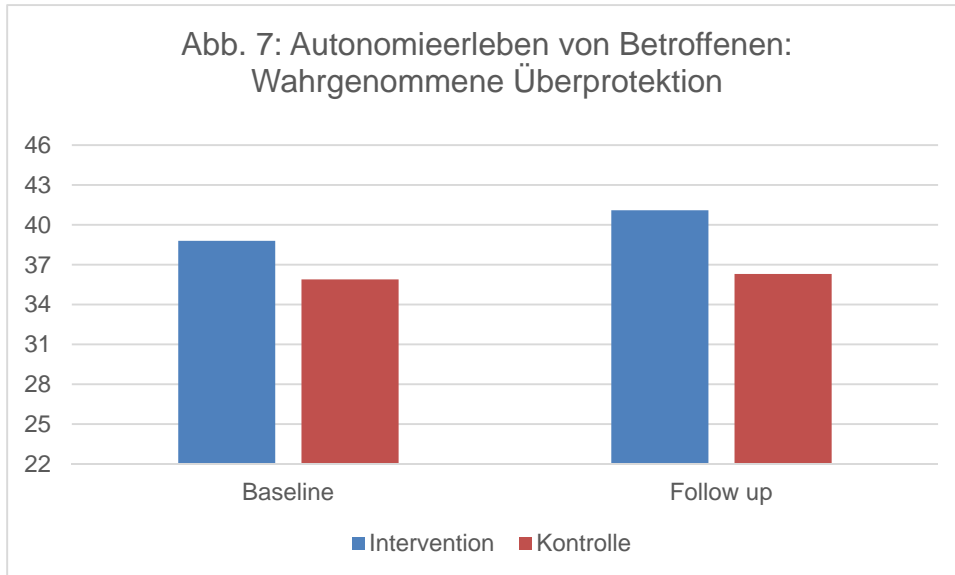


Für die instrumentellen Aktivität des täglichen Lebens der an Demenz erkrankten Partner (IADL; Beispiele: Finanzen, Einkäufe) gibt es numerisch eine leichte abfallende Entwicklung von der Baseline ($M=3,4$) zum Follow up einen Monat nach der Baseline ($M=3,5$) für die Gesamtstichprobe. In der Interventionsgruppe fallen die instrumentellen Aktivitäten sogar leicht ab (M -Differenz= $-0,2$), während die Kontrollgruppe numerisch einen leichten Zuwachs verzeichnet (M -Differenz= $0,4$; Vgl., Abb. 4). Ähnlich sieht es für die ADL (Beispiele: Anziehen, Waschen) aus (keine Abb.).



Für die demenzspezifische Lebensqualität gibt es numerisch einen leichten Abfall in beiden Gruppen (Intervention: M-Differenz=-1,5; M-Differenz=-1,0), wobei die Interventionsgruppe insgesamt ein etwas höheres Lebensqualitätsniveau aufwies (Abb. 5).

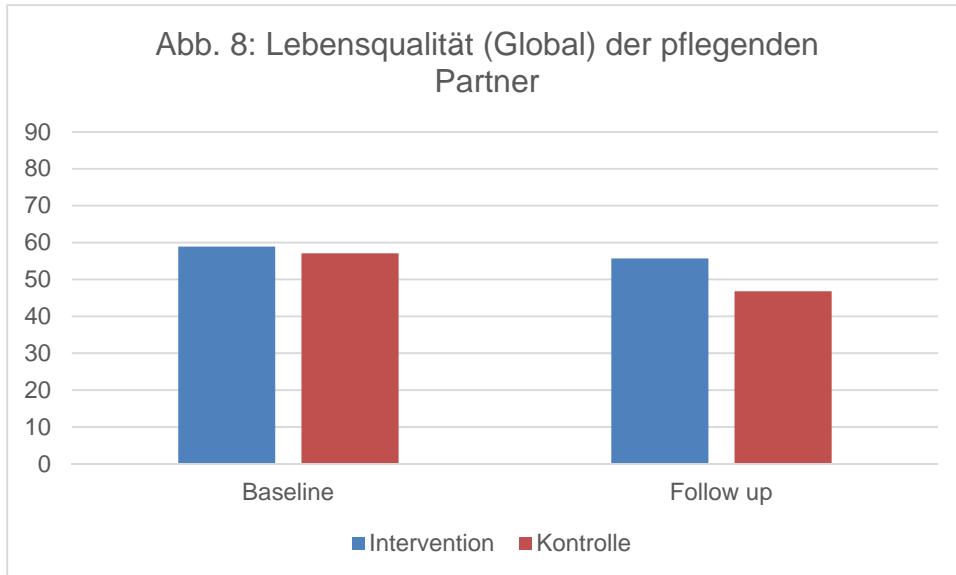




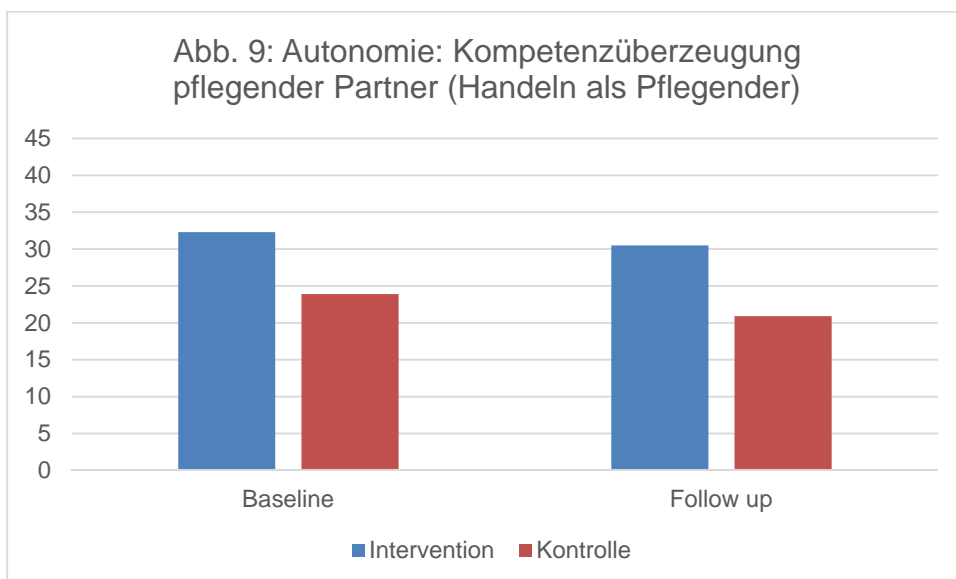
Das Autonomieerleben der Betroffenen (Abb. 6) wurde über die wahrgenommene Überprotektion (OPSA) erfasst. In beiden Gruppen steigen die Überprotektionswerte numerisch (Kontrollgruppe von $M=35,9$ auf $M=36,3$ bzw. Interventionsgruppe ($M=38,8$ zur Baseline und $M=41,1$ zum Follow up).

5.1.2 Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe: Partner

Bezüglich der globalen Lebensqualität bei den pflegenden Partnern (WHOQOL-BREF) gibt es numerisch einen leichten Abfall in der Lebensqualität in der Kontrollgruppe ($M=57,1$ zur Baseline und $M=46,8$ zum Follow up), verglichen mit der Interventionsgruppe ($M=58,9$ zur Baseline und $M=55,8$ zum Follow up), welche vergleichsweise konstant bleibt. Generell variieren die Lebensqualitätswerte aber zwischen 40 und 60 Punkten (0-100 Skala) auf einem mittleren Niveau (Abb. 7; Globale Lebensqualität; Psychische, Physische, Soziale und Umweltbezogene Lebensqualitäts-Subskalen nicht abgebildet).

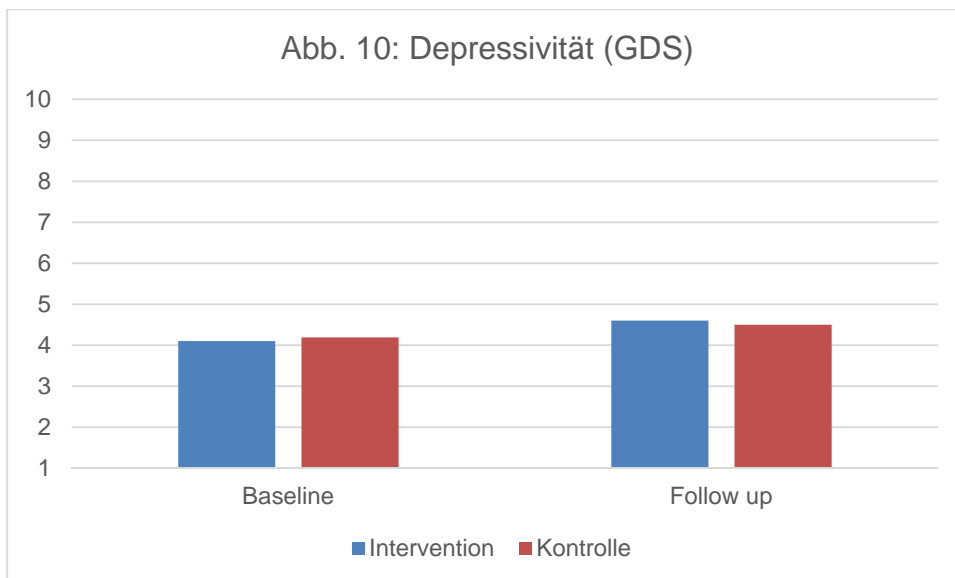


Die Autonomie (Abb. 8), erfasst über die Kompetenzüberzeugung der pflegenden Angehörigen (FKpA; Abb. 7 FKpA Subskala ‚Handeln als Pflegender‘; Andere FKpA Subskalen nicht abgebildet), sinkt in beiden Gruppen numerisch (Kontrollgruppe: von $M=24,0$ zur Baseline hin zu $M=21,0$ zum Follow up, Interventionsgruppe $M=32,3$ zur Baseline und $M=30,5$ zum Follow up). Dies wurde weitergehend in den multivariaten Analysen untersucht (Siehe Kapitel 5.2.2).

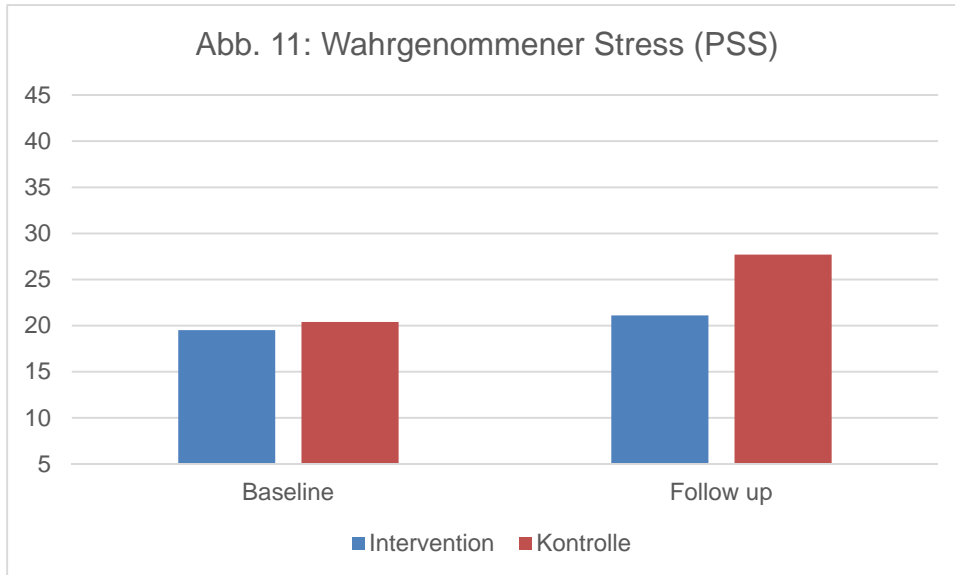


5.1.3 Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe: Gemeinsame Maße

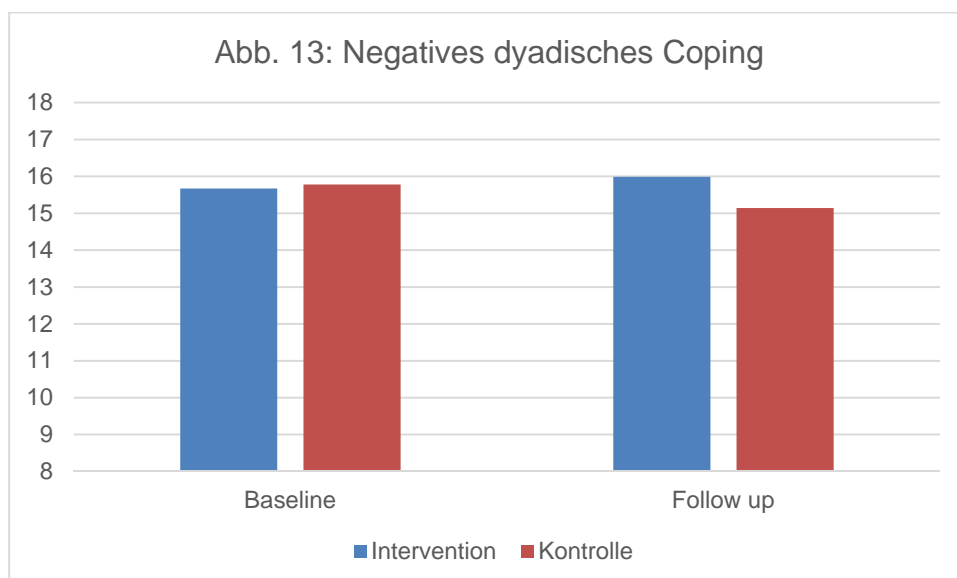
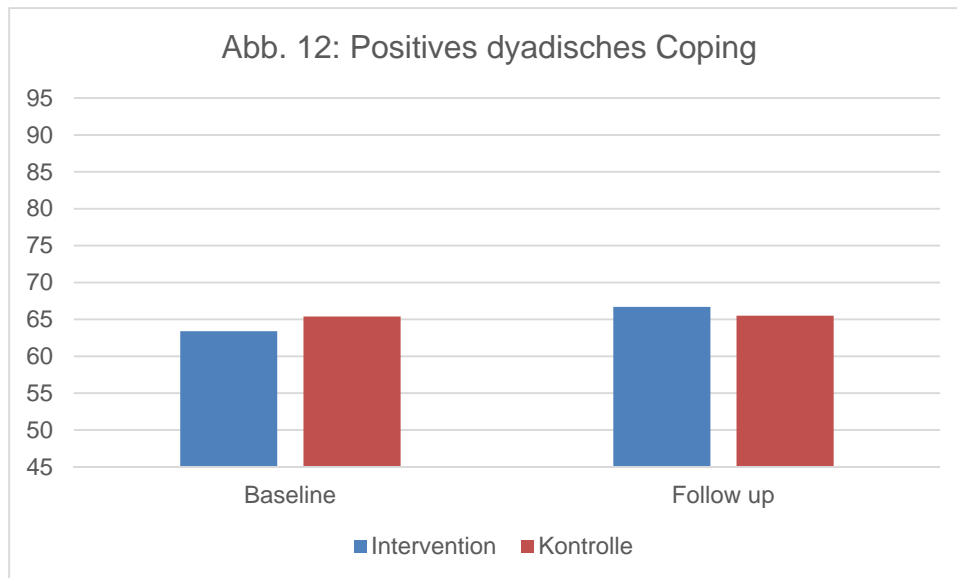
Depressivität (GDS), wahrgenommener Stress (PSS) und positives und negatives dyadisches Coping (DCI) wurden sowohl bei pflegenden Partner als auch bei an Demenz erkrankten Teilnehmern erhoben. Für die Depressivität steigen die Werte in beiden Gruppen marginal von $M=4,2$ zur Baseline auf $M=4,5$ zum Follow up (Abb. 9).



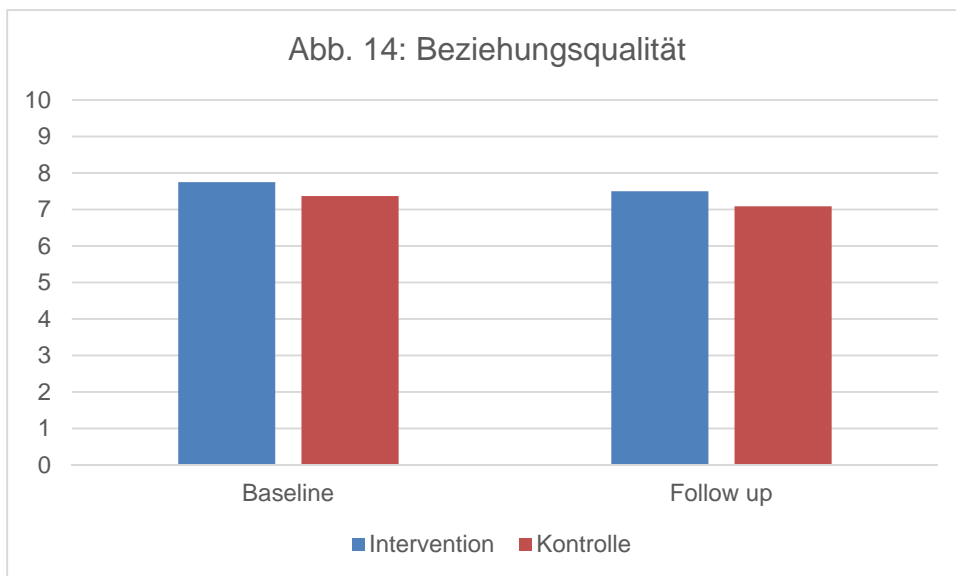
Für den wahrgenommenen Stress steigen die Werte stärker in der Kontrollgruppen ($M=20,4$ zur Baseline und $M=27,7$ zum Follow up) als in der Interventionsgruppe ($M=19,5$ zur Baseline und $M=21,1$ zum Follow up; Abb. 10).



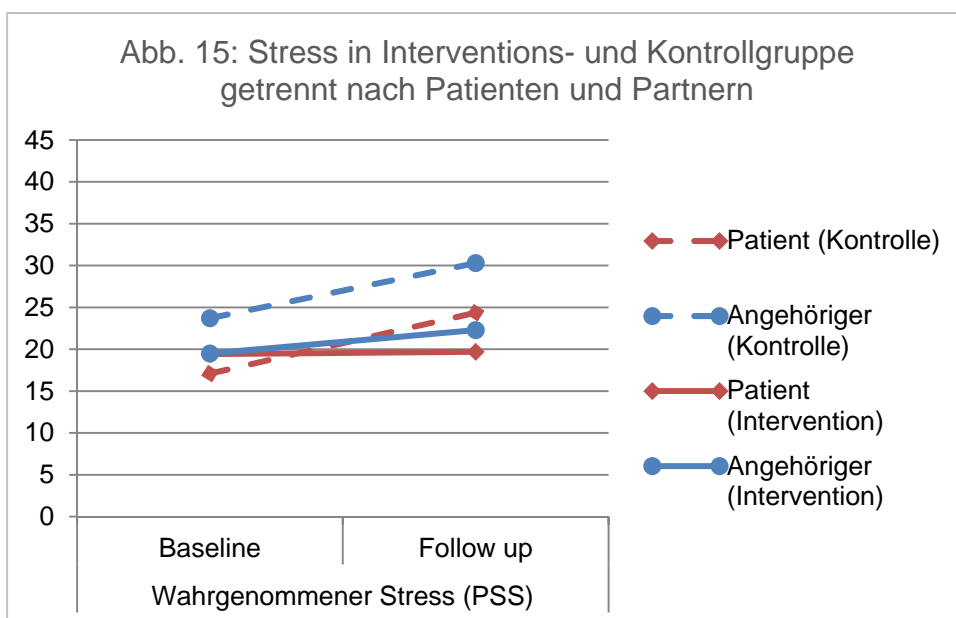
Für das positive dyadische Coping ergibt sich ebenfalls numerisch ein differentieller Interventionseffekt, insofern als dass die Werte des positiven dyadischen Coping in der Interventionsgruppe von $M=63,4$ zur Baseline auf $M=66,7$ zum Follow up steigen, während dieser Anstieg in der Kontrollgruppe nur sehr schwach zu sehen ist ($M=65,4$ zur Baseline und $M=66,7$ zum Follow up; Abb 11). Für negatives dyadisches Coping gibt es weder über die Zeit, noch zwischen den Gruppen Unterschiede (Abb. 12), wobei der Gesamtmittelwert von 2,0 niedrig ausfällt.



Die Beziehungsqualität nimmt im Untersuchungsverlauf in beiden Gruppen numerisch geringfügig ab (Intervention: $M=7,75$ zu $M=7,5$; Kontrollgruppe $M=7,37$ zu $M=7,09$).

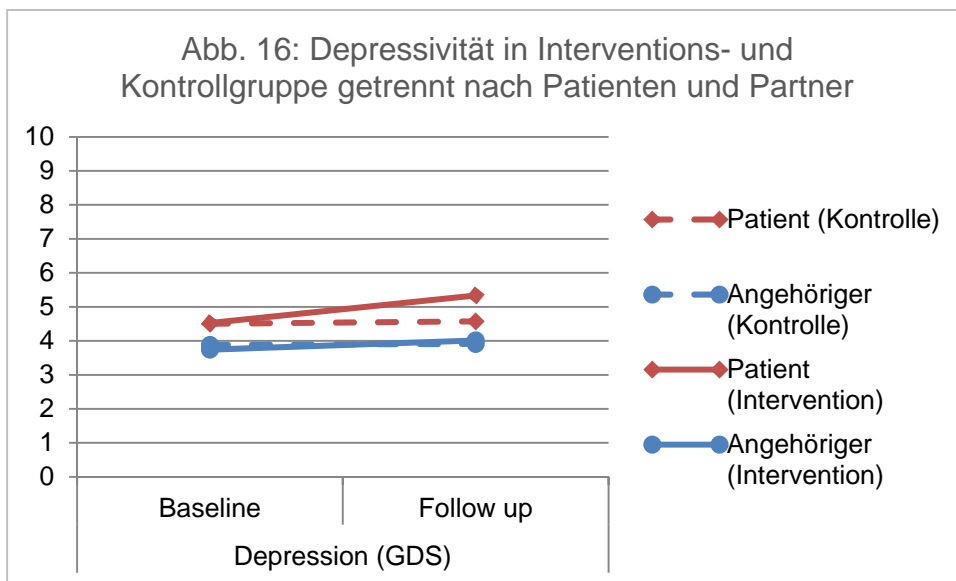


5.1.4 Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe: Gemeinsame Maße (getrennt nach Demenzpatient und Partner)

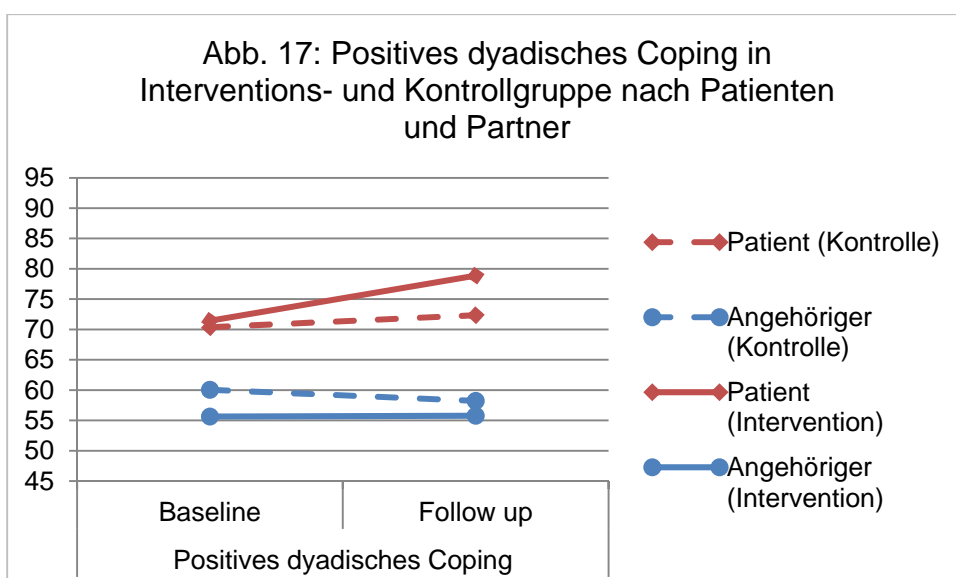


Pflegende Partner in der Kontrollgruppe starten bereits mit höherem wahrgenommenen Stress in die Studie ($M=23,71$) als in der Interventionsgruppe ($M=19,5$), der zudem auch zum 2. Messzeitpunkt stärker ansteigt als in dieser ($M=30,29$ vs. $M=22,29$). Eine numerisch vergleichbare Entwicklung zeigen auch die Patienten in

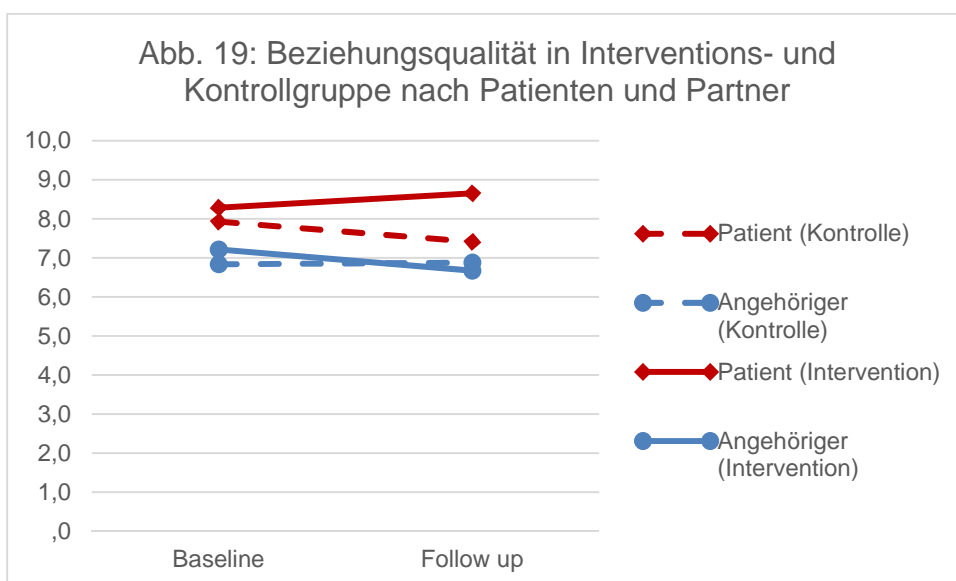
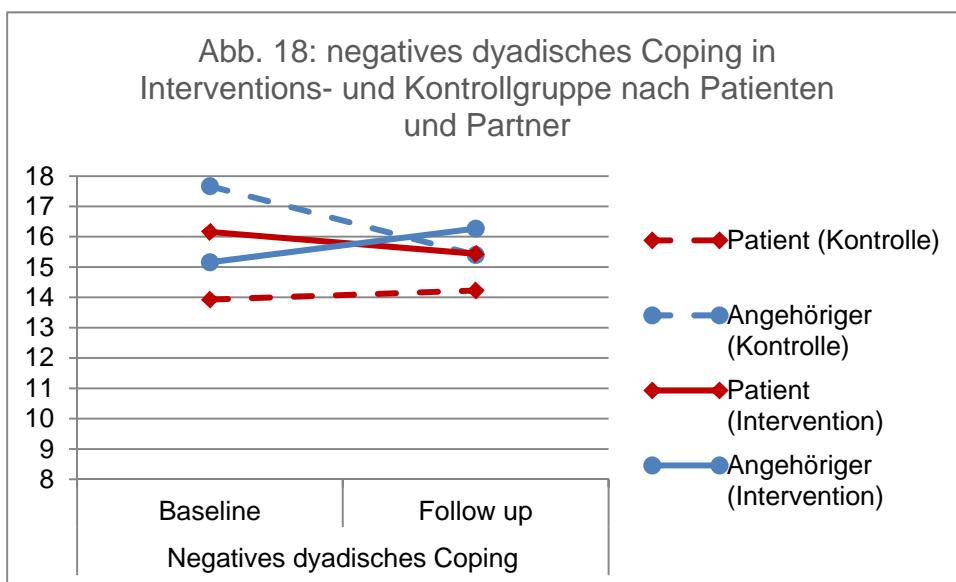
der Kontrollgruppe (von $M=17,09$ zu $M=24,38$). Demgegenüber bleibt das empfundene Stresslevel der Patienten in der Interventionsgruppe unverändert im Zeitverlauf.



Der GDS-Wert bei Patienten in der Interventionsgruppe steigt im Schnitt um knapp einen Punkt an ($M=4,52$ vs. $M=5,33$). In den anderen Subgruppen finden sich keine markanten numerischen Unterschiede im Studienverlauf.



Im positiven dyadischen Coping weisen die Patienten der Interventionsgruppe signifikant höhere Werte zum Follow up auf (M=71,45 zu M=78,88; Partner*Gruppe-Effekt $B=-8,37$, $SE=1,72$, $p<.001$), während die anderen Subgruppen wiederum wenig Änderungen zeigen. Ein uneinheitlicheres Bild ergibt sich bei der Betrachtung des negativen dyadischen Copings mit weniger ausgeprägten Unterschieden zu beiden Messzeitpunkten.



Insgesamt weisen Demenzpatienten höhere Werte in der Einschätzung ihrer Beziehungsqualität auf als die pflegenden Partner, für die Demenzpatienten in der Interventionsgruppe ist dieser Unterschied signifikant (Partner*Gruppe-Effekt $B=64,20$, $SE=0,28$, $p<.05$). Diese zeigen zum Nacherhebungszeitpunkt auch noch etwas höhere Werte als zur Baseline, während Patienten der Kontrollgruppe einen leichten Rückgang der Beziehungsqualität verzeichnen, dieser Unterschied zeigt sich jedoch nur auf numerischer Ebene.

5.1.5 Einschätzung des Nutzens des Unterstützungsangebotes durch die Studienteilnehmer

Anlässlich der Nacherhebung im Anschluss an die Durchführung der Intervention bzw. Kontrollgruppenberatung wurden die Studienteilnehmer gebeten, einzuschätzen, inwieweit das jeweilige Programm ihnen bei der Bewältigung ihrer Lebenssituation als Demenzbetroffener oder Partner eines Demenzbetroffenen weiterhelfen konnte. Dazu wurden drei Fragen gestellt, die auf einer fünfstufigen Skala beantwortet werden konnten, wobei 1 für „stimme gar nicht zu“ und 5 für „stimme völlig zu“ stand (siehe Tab. 9). Die Interventionsgruppe erreichte dabei signifikant höhere Werte hinsichtlich des Profitierens vom Hilfsangebot als die Kontrollgruppe (4,04 vs. 2,73; $p=0,003$, Mann-Whitney-U-Test bei unabhängigen Stichproben) und ebenso hinsichtlich des verbesserten Umgangs mit krankheitsbedingten Problemen (3,96 vs. 2,64; $p=0,001$). Patienten und ihre Partner unterschieden sich dabei nur geringfügig in ihren Einschätzungen.

Tab. 9: Evaluationsfragen zum Unterstützungsangebot, Messzeitpunkt: Follow up I

Gruppe			Ich konnte vom DYADEM-Hilfsangebot profitieren	Ich bin jetzt besser in der Lage, mit krankheitsbedingten Problemen und Schwierigkeiten umzugehen	Das DYADEM-Hilfsangebot hat meine partnerschaftliche Situation verbessert
Intervention	Partner	M	3,92	3,92	3,23
		N	13	13	13
	Patient	S	1,115	1,188	1,301
		D			
		M	4,20	4,00	4,11

	N	10	10	9	
	S	,632	,667	,601	
	D				
Kontrolle	Gesamt	M	4,04	3,96	3,59
		N	23	23	22
		S	,928	,976	1,141
		D			
	Partner	M	2,86	2,71	3,00
		N	7	7	6
		S	1,215	,951	,894
		D			
	Patient	M	2,50	2,50	3,25
		N	4	4	4
		S	1,291	1,291	,957
		D			
Gesamt	M	2,73	2,64	3,10	
	N	11	11	10	
	S	1,191	1,027	,876	
	D				

5.2 Stadt- Land-Vergleich

Wie bereits berichtet, wurde in der vorausgegangenen DYADEM-Studie im Rahmen des Forschungsverbundes Autonomie trotz Multimorbidität im Alter (AMA) (siehe Abschnitt 1) eine größere Berliner Stichprobe untersucht, die eine für den städtischen/Berliner Raum angepasste Intervention bzw. Kontrollgruppenberatung erhalten hatte. Im folgenden Stadt-Land-Vergleich soll nun zum Einen untersucht werden, ob wie sich die Situation demenzbetroffener Paare im großstädtischen gegenüber dem kleinstädtisch-ländlichen Lebensumfeld unterscheidet.

Zum Anderen wird ein Ausblick gegeben auf weiterführende vergleichende Untersuchungen beider Stichproben nach Abschluss des langfristigen Follow up (Messzeitpunkt t2, 3 Monate nach Interventionsende).

5.2.1 Ausgangslage demenzbetroffener Paare in Berlin und Brandenburg im Vergleich

Tabelle 10 unterscheidet die Mittelwerte der untersuchten Merkmale zum jeweiligen Studienbeginn nach Studienteilnehmern aus Berlin bzw. dem Land Brandenburg als Repräsentanten eines jeweils großstädtischen bzw. ländlichen Lebensumfelds. Die Darstellung erfolgt wiederum unterteilt in patienten-, angehörigenspezi-

fischen sowie bei beiden Partnern eingesetzten Messinstrumenten. Statistische signifikante Unterschiede werden anschließend genauer betrachtet.

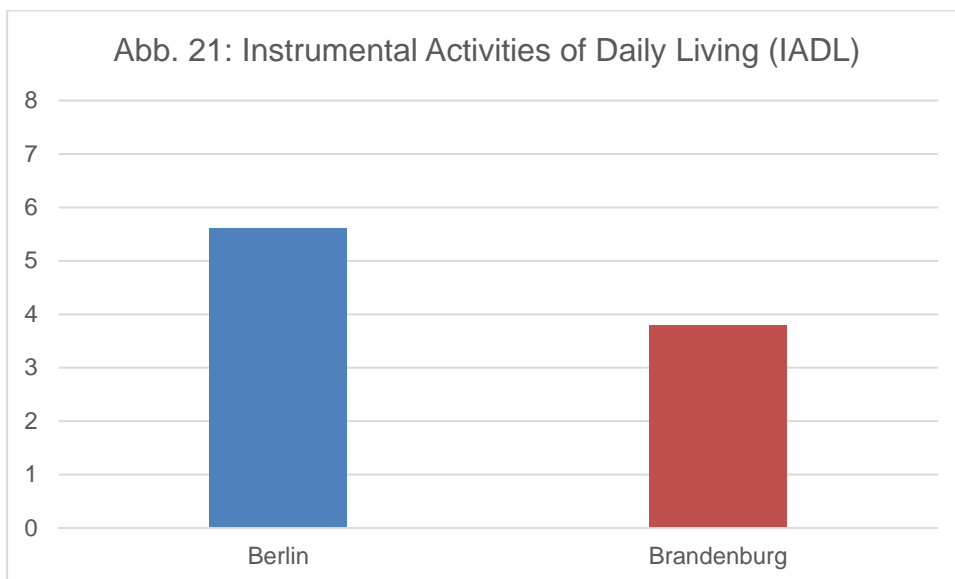
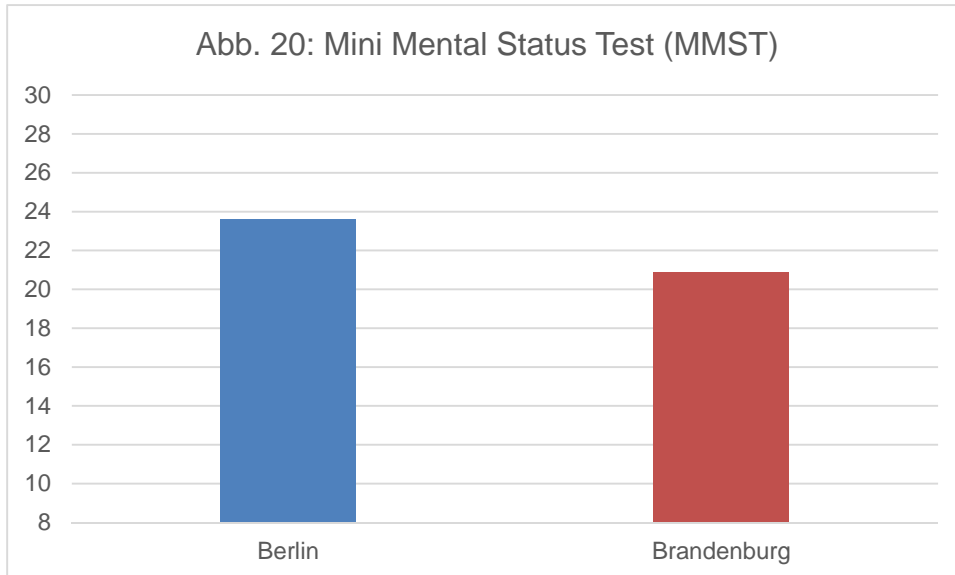
Tabelle 10: T-Test für unabhängige Stichproben Berlin / Brandenburg, Baseline (t0)

Name des Instruments	M (Berlin)	M (Brandenburg)	M (Diff)	t	df	p
Patientenspezifische Instrumente:						
Kognitive Fähigkeiten (MMST)	23,62	20,90	2,73	3,04	106	0,003
Activities of Daily Living (ADL)	88,55	89,38	-0,82	-0,25	106	0,8
Instrumental Activities of Daily Living (IADL)	5,63	3,78	1,84	4,13	106	<0,001
Autonomie/ Überprotektion (OPSA)	37,62	37,50	0,12	0,07	104	0,94
Lebensqualität (QOL-QD)	36,89	37,41	-0,52	-0,44	105	0,66
Angehörigenspezifische Instrumente:						
Lebensqualität (WHOQOL-BREF: Physisch)	67,48	68,45	-0,97	-0,27	105	0,78
Lebensqualität (WHOQOL-BREF: Psychisch)	66,38	69,05	-2,67	-0,82	105	0,41
Lebensqualität (WHOQOL-BREF: Sozial)	62,50	61,28	1,22	0,31	104	0,76
Lebensqualität (WHOQOL-BREF: Umwelt)	77,62	78,02	-0,41	-0,16	106	0,87
Lebensqualität (WHOQOL-BREF: Globalwert)	60,03	58,87	1,16	0,33	105	0,74
Autonomie (FKpA: personal life)	17,66	15,05	2,61	1,55	103	0,12
Autonomie (FKpA: performance as a caregiver)	15,24	26,17	-10,93	-4,55	102	<0,001
Autonomie (FKpA: demented person satisfaction)	7,93	15,27	-7,34	-4,29	102	<0,001
Instrumente für Patienten und Angehörige						
Gesamt:						
Depressivität (GDS)	5,44	4,36	1,08	3,34	214	0,001
Wahrgenommener Stress (PSS)	20,76	19,85	0,91	0,83	212	0,41
Positives dyadisches Coping (DCI)	63,16	63,90	-0,74	-0,37	209	0,71
Negatives dyadisches Coping (DCI)	16,31	15,63	0,68	0,84	209	0,40
Beziehungsqualität (RQ-VAS)150-63	7,24	7,54	-0,30	-0,90	211	0,37

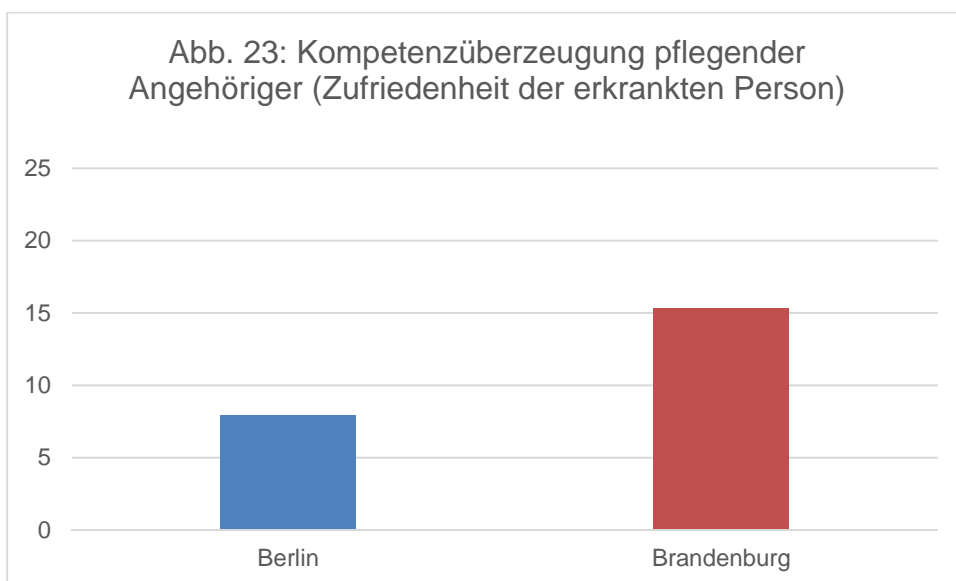
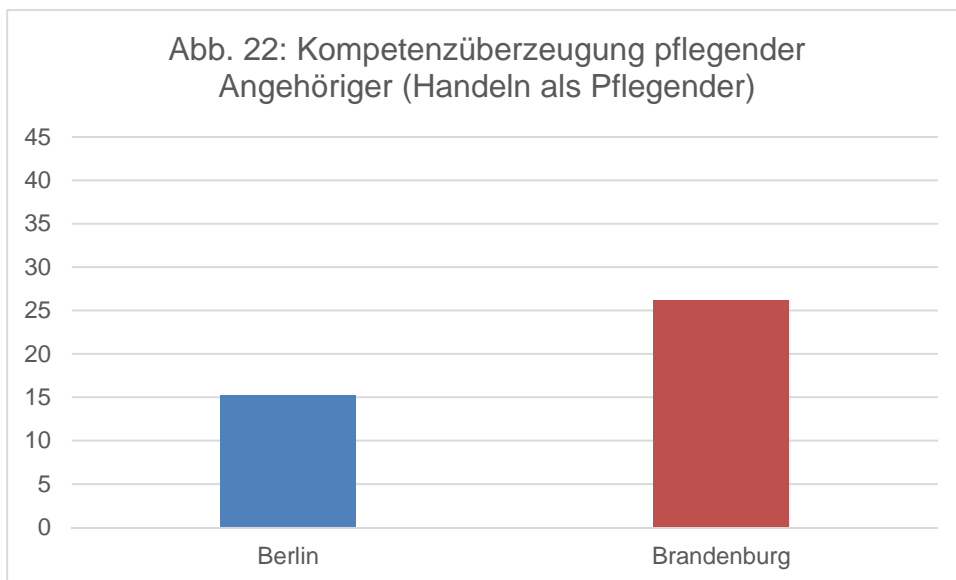
Beziehungsausgeglichenheit (Equity Scale)151-64	-0.19	-0.08	-0,11	-0,58	213	0,58
Soziale Unterstützung (F-SozU)150-60	53,85	54,04	-0,19	-0,10	208	0,91

Name des Instruments	M (Berlin)	M (Brandenburg)	M (Diff)	t	df	p
Separat für Patienten:						
Depressivität (GDS)76.32	5,08(2,06)	4,77	0,31	0,63	106	0,53
Wahrgenommener Stress (PSS)	19,15	18,16	0,99	0,60	104	0,54
Positives dyadisches Coping (DCI)	66,13	70,36	-4,23	-1,62	103	0,11
Negatives dyadisches Coping (DCI)	15,01	15,18	-0,17	-0,16	103	0,87
Beziehungsqualität (RQ-VAS)32-75	7,81	7,94	-0,13	-0,31	105	0,75
Beziehungsausgeglichenheit (Equity Scale)32-76	0,55	0,62	-0,07	-0,27	106	0,78
Soziale Unterstützung (F-SozU)	54,16	54,84	-0,68	-0,41	106	0,68
Separat für Angehörige:						
Depressivität (GDS)76.32	4,76	3,95	0,81	1,38	106	0,17
Wahrgenommener Stress (PSS)75.32	18,17	21,53	-3,36	-2,00	104	0,048
Positives dyadisches Coping (DCI)	70,36	57,44	12,92	4,19	104	<0,001
Negatives dyadisches Coping (DCI)	15,18	16,08	-0,90	-0,77	104	0,44
Beziehungsqualität (RQ-VAS)	6,67	7,13	-0,46	-0,79	104	0,43
Beziehungsausgeglichenheit (Equity Scale)	-0,95	-0,78	-0,17	-0,74	105	0,46
Soziale Unterstützung (F-SozU)	53,55	53,29	0,26	0,08	105	0,93

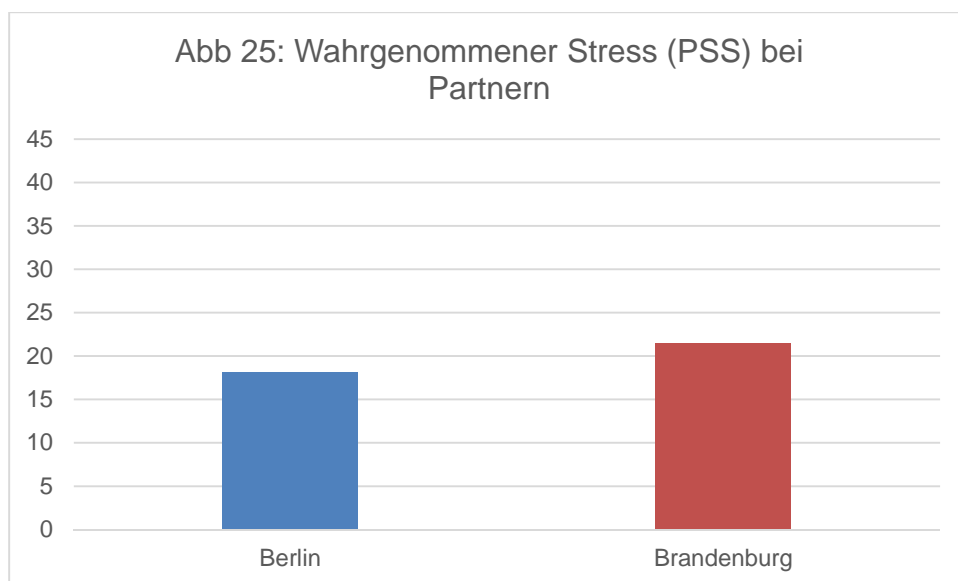
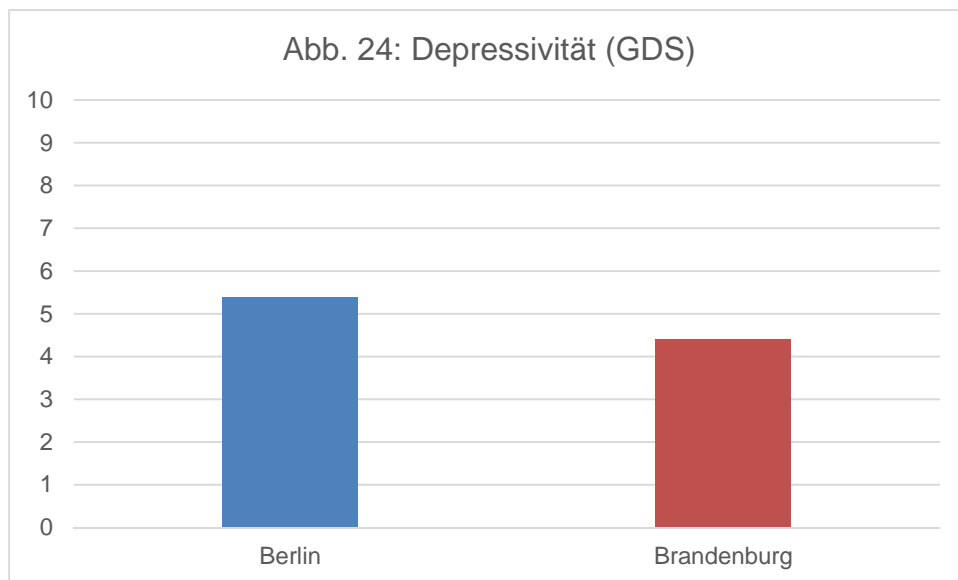
Der funktionelle Status der Demenzpatienten ist niedriger in Brandenburg als in Berlin. So sind die kognitiven Einschränkungen, gemessen mit dem MMSE (M-Diff=2,73; t=3,04; df=106; p=0,003), und instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens, gemessen mit dem IADL (M-Diff=1,84; t=4,13; df=106; p<0,001), signifikant niedriger bei den Teilnehmern mit einer Demenz in Brandenburg als in Berlin.



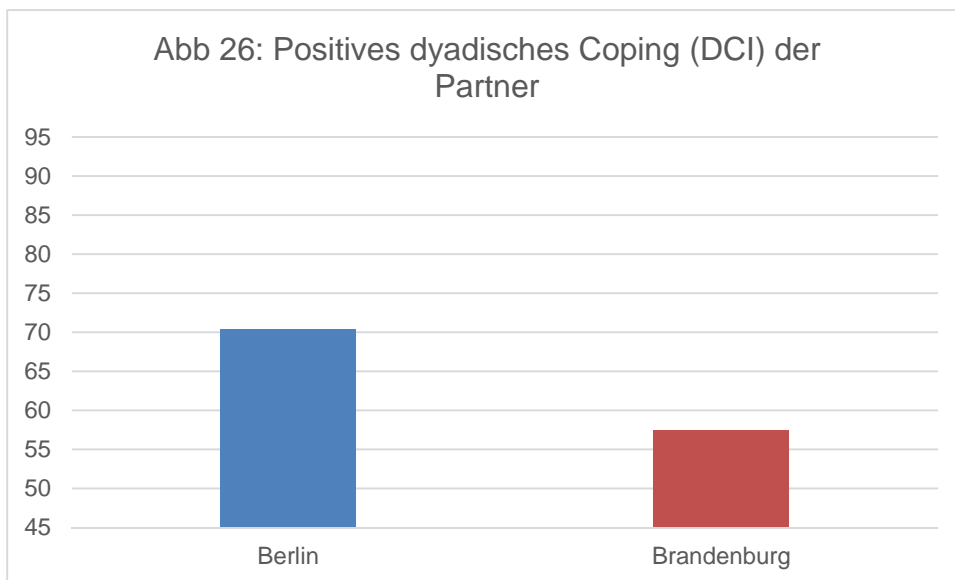
Auch die Pflegebelastung der nicht erkrankten Partner erweist sich als entsprechend höher in Brandenburg, verglichen mit Berlin, gemessen mit dem FKpA (Handeln als Pfleger: M-Diff=-10,93; $t=-4,55$; $df=102$; $p<0,001$ und Zufriedenheit mit der dementen Person: M-Diff=-7,34; $t=-4,29$; $df=102$; $p<0,001$).



Dem steht gegenüber, dass die Brandenburger Studienteilnehmer weniger Depressivität aufweisen ($M\text{-Diff}=1,08$; $t=3,34$; $df=214$; $p=0,001$), verglichen mit den Berliner Teilnehmern und eine ähnlich hohe Lebensqualität (und Stresslevel) angeben, trotz der durchschnittlich stärker vorangeschrittenen Demenz und der subjektiv stärkeren Pflegebelastung.



Werden jeweils nur die Partner verglichen findet sich ein signifikanter Unterschied hinsichtlich des wahrgenommenen Stresslevels. Die Brandenburger Partner berichten höhere Stresslevel als pflegende Partner in Berlin (M-Diff=-3,36; $t=-2,00$; $df=104$; $p=0,048$).



Ebenfalls signifikant unterscheiden sich die Berliner und Brandenburger nicht-krankten Partner hinsichtlich des positiven dyadischen Copings, wobei Brandenburger hier niedrigere Werte zu verzeichnen haben (M-Diff=12,92; $t=4,19$; $df=104$; $p<0,001$)

5.2.2 Wissenschaftliche Veröffentlichungen

Wissenschaftliche Veröffentlichungen zum Interventionseffekt sind bereits in Planung, jedoch werden dafür die vollständigen Angaben für den zweiten Follow up-Messzeitpunkt aller Brandenburger Paare benötigt, bevor diese endgültig begonnen werden können.

Ein erster Ausblick über die Art der Analysen kann hier bereits gegeben werden. Die Interventionseffekte (Berlin/ Brandenburg Gesamtstichprobe) werden mit Mehrebenenmodellen untersucht (Siehe Kapitel Statistische Analyse), d.h. neben der Individualebene wird die Paarebene in das Modell mitaufgenommen.

Untenstehend (Vgl. Tab. 11) werden die vorläufigen Ergebnisse für die ersten beiden Messzeitpunkte (Baseline und erstes Follow up) dargestellt. Die entscheidenden Interaktionsterme „Zeit * Gruppe“ ($B=0,06$) und „Zeit * Gruppe * Rolle“ ($B=0,17$) sind nicht signifikant, es kann für die ersten beiden Messzeitpunkte daher nicht von einer differentiellen Veränderung der Lebensqualität zwischen der Inter-

ventions- und Kontrollgruppe oder einer differentiellen Veränderung der Lebensqualität zwischen Patienten und Angehörigen in der Interventions- und Kontrollgruppe gesprochen werden.

Tab. 11: Schätzungen der Fixed Effects-Parameter regregiert auf Lebensqualität (Z-Wert-Gesamtscore)

Parameter	Schätzung	SE	df	t	Sig.	95% Konfidenzintervall	
Achsenabschnitt	,83	,60	156,32	1,37	,17	-,36	2,03
Zeit ^a	-,14	,55	183,22	-,26	,79	-1,23	,94
Gruppe ^b	-,35	,37	154,93	-,96	,33	-1,09	,37
Rolle ^c	-,36	,37	128,44	-,97	,33	-1,11	,37
<i>Interaktionsterme:</i>							
Zeit * Gruppe	,06	,34	180,05	,18	,85	-,61	,74
Zeit * Rolle	,20	,34	184,59	,59	,55	-,48	,89
Gruppe * Rolle	,25	,23	127,59	1,10	,27	-,20	,72
Zeit * Gruppe * Rolle	-,17	,21	181,50	-,82	,41	-,60	,24
<i>Kovariaten:</i>							
Alter	,04	,03	172,24	1,25	,21	-,02	,10
Geschlecht	-,17	,10	106,60	-1,64	,10	-,39	,03
Depressivität	-,16	,04	371,20	-3,50	<,001	-,26	-,07
Autonomieeinschränkung	-,25	,04	377,72	-5,38	<,001	-,35	-,16
Anmerkungen: N=214, BIC=982,89, kontinuierliche Prädiktoren wurden zentriert (z-Standardisierung) vor der Analyse. Modelsyntax: Lineares Mehrebenenmodell mit Berücksichtigung der statistischen Abhängigkeiten der Messungen zwischen den Partnern eines Paares.							
^a Zeit: 0=Baseline, 1=Follow up nach einem Monat							
^b Gruppe: 1=Kontrolle, 2=Intervention							
^c Rolle: 1=Patient, 2= Angehöriger							
^d Geschlecht: 1=männlich, 2=weiblich							

Darüber hinaus sind weitere längsschnittliche Ergebnispublikationen a) zum Stadt-Land-Vergleich sowie b) mit einer großen Gesamtstichprobe (Berlin + Brandenburg, N=110 Paare) außerhalb der Interventionsergebnisse geplant. Dabei soll die

Entwicklung einzelner untersuchter Merkmale im Verlauf der chronischen Erkrankung Demenz, sowohl beim Betroffenen als auch beim pflegenden Angehörigen, dargestellt werden, beispielsweise Dyadisches Coping, Lebensqualität oder soziale Unterstützung.

Langfristig ist ebenfalls geplant, den Verbleib der demenzbetroffenen Partner in der eigenen Häuslichkeit bzw. den Zeitpunkt eines Übergangs zur institutionalisierten Versorgung (Pflegeheim) zu verfolgen. Hierzu werden halbjährliche telefonische Nachbefragungen durchgeführt, wie dies bereits mit der Berliner Stichprobe seit 2013 erfolgt. Sollten sich dabei im Zeitverlauf maßgebliche Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe zeigen, so werden diese Ergebnisse ebenfalls zur Veröffentlichung vorgesehen.

6 Diskussion

6.1 Das Projekt

Mit dem Forschungsprojekt DYADEM Brandenburg konnte die Machbarkeit einer zugehenden nichtmedikamentösen Intervention in Form eines Trainings- und Unterstützungsangebotes im häuslichen Rahmen auch für eine ländlichen Region mit entsprechend teilweise weiten und umständlichen Anfahrtswegen nachgewiesen werden.

Bereits bei der Betrachtung der rekrutierten Stichprobe demenzbetroffener Paare und hierbei vor allem der gesundheitlichen Versorgung der Demenzpatienten konnte festgestellt werden, dass eine angemessene Versorgung in der Region oft nicht ortsnah erfolgt und daher häufig eine Mobilität voraussetzt, die im Rahmen einer progredienten chronischen Erkrankung wie der Demenz vor allem dann problematisch wird, wenn der pflegende Partner ebenfalls unter gesundheitlichen Einschränkungen leidet, nicht Auto fährt, andere Angehörige wie z. B. Kinder nicht in der Nähe leben etc. Beratende Institutionen wie z. B. die Alzheimer Gesellschaft Brandenburg e.V. oder die Volkssolidarität e.V. ebenso wie kirchliche Verbände oder Wohlfahrtsvereine bieten zwar auch dezentral in der Region Beratung und Angehörigengruppen an, aber auch diese müssen von den Betroffenen in der Regel selbst aufgesucht werden, zugehende Angebote gibt es bislang fast gar nicht. Hier bildete das Unterstützungsprogramm im Rahmen von DYADEM Brandenburg zumindest modellhaft eine Ausnahme, die von den teilnehmenden Paaren auch eben aufgrund des nicht erforderlichen Wegeaufwands geschätzt wurde.

Auf der anderen Seite trug die Versorgungssituation von Menschen mit Demenz im Land Brandenburg offensichtlich aber mit dazu bei, dass die Gewinnung von Studienteilnehmern im Projekt erschwert wurde. Die Erfahrung im Kontakt mit Gedächtnissprechstunden oder niedergelassenen Fachärzten zeigte, dass Betroffene häufig ein schon deutlich fortgeschrittenes Erkrankungsstadium aufwiesen, wenn sie sich dort einfanden. Ebenso wurde des Öfteren berichtet, dass zur-

zeit kaum oder gar keine neuen Patienten/ Paare die Gedächtnissprechstunden oder Angehörigengruppen frequentierten – auch hier kann nur vermutet werden, dass die voraussichtlich größere Menge der Betroffenen entweder nicht in der Lage war, das entsprechende Angebot aufzusuchen oder keine Kenntnis davon hatte bzw. nicht vom behandelnden Hausarzt weitervermittelt wurde. Die Kontaktaufnahme zu niedergelassenen Hausärzten und ambulanten Pflegediensten oder auch Pflegestützpunkten gestaltete sich dagegen schwierig und führte letztlich zu keiner einzigen Vermittlung von Studienteilnehmern.

Trotz einer weitreichenden Ausdehnung des Rekrutierungszeitraumes und der mehrfachen Kontaktaufnahme zu über 65 verschiedenen Praxiseinrichtungen verschiedenster Art, die in die Versorgung von Menschen mit Demenz involviert waren, konnten somit nur 28 statt der geplanten 40 Paare in die Studie einbezogen werden.

Auf die vorgefundene Situation mit Demenzpatienten meist fortgeschrittenen Stadiums wurde eingegangen, indem der Einschlusswert von 15 Punkten im Mini-Mental Status Test (MMST) auf 13 Punkte gesenkt und das Interventionsmanual leicht angepasst wurde. So verschob sich der Schwerpunkt der Intervention zum einen mehr auf den nichterkrankten Partner, zum anderen auf die Bewältigung von Kommunikationsschwierigkeiten bei einer demenziellen Erkrankung, vor allem da diese bei den einbezogenen Patienten häufig von einer Aphasie begleitet war. Auch das Thema Autofahren und Demenz wurde stärker thematisiert, da eine entsprechende Mobilitätseinschränkung in wenig urbanen Gebieten schnell zu großen Flexibilitäts- und Autonomieeinbußen oder auch Überlastung des pflegenden Angehörigen führt. Darüber hinaus zeigte sich für die durchführenden Therapeuten aber auch, dass bewährte Themen wie Stressbewältigung (z. B. durch Entspannungsübungen) und Beratung über weiterführende externe Unterstützungsangebote ebenfalls sehr positiv aufgenommen wurden.

6.2 Stichprobe

Die in die Studie einbezogenen Paare zeichneten sich vor allem durch folgende Charakteristika aus:

- Demenzkranker Partner im Mittel zwei Jahre älter als nichterkrankter Partner und häufiger männlich
- durchschnittlicher MMST-Wert von 20,6 Punkten und entsprechend bereits starke Einschränkung in den instrumentellen Alltagsaktivitäten (wie Telefonieren, Autofahren, Finanzen regeln etc.)
- Häufigste vorliegende Diagnose (erwartungsgemäß) Demenz bei Alzheimer-Krankheit
- Mittleres bis hohes Bildungsniveau beider Partner
- Höhere Depressivität bei demenzkrankem Partner, höherer empfundener Stress beim nichterkrankten Partner

Die globale Lebensqualität der nichterkrankten Partner, gemessen mit dem WHOQOL-BREF, liegt um drei Punkte niedriger als in der Normstichprobe ihrer Altersgruppe (Angermeyer et al. 2000). Dies kann als Indiz einer stärkeren Belastung durch die Demenzerkrankung des Partners verstanden werden. Die mittels eines demenzspezifischen Fragebogens (QOL-AD) erhobene Lebensqualität der demenzen Partner liegt in einem mit anderen Stichproben aus internationalen Studien vergleichbaren Bereich (vgl. Bruvik et al. 2012).

6.3 Interventions- und Kontrollgruppe im Verlauf

Die Entwicklung der aus 28 Paaren bestehenden Stichprobe im Untersuchungsverlauf wurde aufgrund ihrer geringen Größe deskriptiv ausgewertet und Unterschiede zwischen den Gruppen numerisch verglichen.

Bei einem niedrigeren Ausgangswert im MMST in der Interventionsgruppe nimmt im Untersuchungsverlauf der kognitive Status der Demenzpatienten in beiden Gruppen um etwa einen Punkt ab. Ähnliches zeigt sich für die Alltagskompetenzen, wobei der Abbau in der Selbständigkeit hier ganz leicht ausgeprägter in der

Interventionsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe ist, was möglicherweise auch mit der bereits zu Untersuchungsbeginn etwas niedrigeren kognitiven Leistungsfähigkeit bei Interventionspatienten zusammenhängen kann. Entsprechend finden sich auch eine geringfügig abfallende Lebensqualität sowie geringeres Autonomieerleben zum Follow up-Messzeitpunkt bei den demenzkranken Partnern in beiden Gruppen.

Es ist zu vermuten, dass die rasche Progredienz der Erkrankung hier einen stärkeren Einfluss auf das Befinden der Demenzpatienten im mittleren Stadium im Allgemeinen hat als die unterschiedlichen Unterstützungsangebote.

Anders die Situation bei den pflegenden Partnern: obwohl ihre Lebensqualität (WHOQOL-BREF global) insgesamt im Untersuchungsverlauf ebenfalls sinkt, fällt sie bei der Interventionsgruppe deutlich weniger ab. In ihrem Handeln als pflegender Partner fühlen sich wiederum beide Gruppen bei der Nachbefragung kompetenter.

Hinsichtlich der Depressivitätswerte von pflegenden Partnern zeigen sich bei beiden Gruppen keine nennenswerten Änderungen vor und nach der Intervention bzw. Kontrollgruppen-Beratung, bei Patienten in der Interventionsgruppe steigen diese jedoch leicht zum Follow up an. Dagegen profitieren alle Teilnehmer der Interventionsgruppe offenbar von dem Angebot dahingehend, dass sie im Gegensatz zur Kontrollgruppe kaum höheres Stressempfinden beim Follow up angeben. Ihnen scheint auch die gemeinsame Krankheitsbewältigung besser zu gelingen, wie die Subskala „Positives Dyadisches Coping“ des Dyadischen Coping Inventars (Gmelch et al. 2008).

Hinsichtlich der Beziehungsqualität fällt auf, dass zu allen Befragungszeitpunkten Demenzpatienten diese signifikant besser einschätzen als ihre pflegenden Partner. Der zugrundeliegende Mechanismus könnte darin bestehen, dass durch eine sehr positive Wertung der Beziehung eigene Ängste (z. B. hinsichtlich eines Umzuges in ein Pflegeheim) und die wahrgenommene Abhängigkeit gegenüber dem nicht-

dementen Partner reduziert werden sollen. In diesem Sinne könnte man diese Beziehungswahrnehmung durch die Demenzpatienten als Copingstrategie werten (Sørensen et al. 2008)

Die subjektive Einschätzung des erfahrenen Nutzens durch das jeweilige Unterstützungs- und Beratungsangebot fällt in der Interventionsgruppe signifikant höher aus, wie die entsprechenden Evaluationsfragen anlässlich der Follow up-Erhebung zeigen. Sowohl Demenzpatienten als auch pflegende Partner aus dieser Gruppe scheinen mehr von dem Hilfsangebot zu profitieren sowie besser mit krankheitsbedingten Problemen umgehen zu können, als in der Kontrollgruppe.

6.4 Die Stichproben aus Berlin und Brandenburg im Vergleich

Eine der Ausgangsannahmen für die Durchführung der DYADEM-Brandenburg-Studie bestand darin, dass sich die gesundheitliche Versorgungssituation von Menschen mit Demenz und dadurch auch die Situation ihrer pflegenden Angehörigen zwischen (groß-) städtischen und kleinstädtischen bzw. ländlichen Regionen unterscheidet. Daher lag ein Interesse darin, die Stichprobe der vorausgegangenen Berliner DYADEM-Studie mit der Brandenburger Stichprobe zu vergleichen. Neben dieser strukturellen Problematik kann vermutet werden, dass eine Stigmatisierung infolge einer Demenzerkrankung (vgl. Batsch & Mittelman 2012) im ländlichen Bereich stärker ausgeprägt ist und hierdurch eine Kontaktaufnahme zum professionellen Hilfesystem im Vergleich zum urbanen Setting verzögert und erst dann realisiert wird, wenn bereits ein höherer Leidensdruck auf Seiten der pflegenden Angehörigen besteht.

Dies könnte eine Erklärung dafür sein, dass der kognitive Status (MMST) und die alltagspraktischen Kompetenzen (ADL/IADL) der Brandenburger Demenzpatienten bei Einschluss in die Studie signifikant niedriger waren, als in der Berliner Stichprobe. Entsprechend gaben die nichterkrankten Partner in Brandenburg im FKpA (Kompetenzüberzeugung hinsichtlich des Handelns als Pflegender und die Zufriedenheit mit der Erkrankten Person) problematischere Werte an als diejenigen aus

Berlin, was auf eine höhere Pflegebelastung und damit auf eine geringere Autonomie hindeutet. Eine als höher wahrgenommene Stressbelastung bei den pflegenden Brandenburger Partnern fügt sich in diese Befunde ein.

Interessanterweise zeigen die Brandenburger Studienteilnehmer verglichen mit der Berliner Stichprobe trotz der offensichtlich höheren Krankheitslast geringere Depressivitätswerte (GDS). Dieses Ergebnis entspricht den Befunden aus anderen Studien, dass (Groß)Städter grundsätzlich eine höhere Depressivitätsprävalenz aufweisen als die Landbevölkerung (Daig et al. 2013), was teilweise auf eine unterschiedliche Stressverarbeitung zurückgeführt wird (Lederbogen et al. 2011).

Dass die pflegenden Partner aus Brandenburg signifikant weniger positives dyadisches Coping umsetzen als die Berliner pflegenden Partner, könnte ebenfalls mit der stärkeren Demenzschwere ihrer erkrankten Partner zusammenhängen, die eine gemeinschaftliche Krankheitsbewältigung möglicherweise nur noch eingeschränkt zulässt und die Aktivität hier eher in Richtung des Angehörigen verschiebt.

Hinsichtlich ihrer Lebensqualität zeigen sich weder Demenzpatienten noch ihre nichterkrankten Partner wesentlich verschieden in Stadt und Land. Auch ihre soziale Unterstützungssituation beurteilen die betroffenen Paare unabhängig vom Wohnort etwa gleich.

Für die Umsetzung von psychosozialen Interventionen bei Demenz spiegeln die Ergebnisse des Stadt-Land-Vergleichs wider, was die Therapeuten im Projekt bereits als ihre Erfahrungen mit den Brandenburger Studienteilnehmern beschrieben haben (Abschnitt 4.2): Solche Angebote sollten die in ländlichen Regionen oft schon fortgeschrittene Demenzschwere beachten, die vorliegt wenn betroffene Paare im Versorgungssystem erscheinen und dementsprechend stärker auf die Beratung und Unterstützung des Angehörigen bzw. auf der erschwerten Kommunikation zwischen Demenzpatient und Partner fokussieren. Auch das Thema Stressbewältigung sollte einen deutlichen Schwerpunkt bekommen, dieses Modul wur-

de von den Brandenburger Teilnehmern auch entsprechend positiv aufgenommen.

6.5 Ausblick

Das Studiendesign enthielt zwei Messzeitpunkte zur Nachbefragung, um mit dem zweiten Zeitpunkt (3 Monate nach Intervention) auch die längerfristige Effekte des psychosozialen Unterstützungsprogramms zu erfassen. Vor allem für weiterführende Analysen mit Mehrebenenmodellen im Stadt-Land-Vergleich bzw. mit einer großen Gesamtstichprobe aller Berlin-Brandenburger werden die Daten des zweiten Follow up benötigt, die zurzeit noch erhoben werden. In Abschnitt 5.2.2 wurden Beispielanalysen beschrieben, deren Ergebnisse in Zusammenarbeit zwischen den Projektnehmern und dem ZQP nach Möglichkeit möglichst noch im laufenden Jahr zur Veröffentlichung eingereicht werden sollen.

Ebenso wie bereits in der Berliner DYADEM-Studie ist geplant, die Stichprobe langfristig hinsichtlich des Zeitpunkts eines eventuellen Übergangs des demenzerkrankten Partners in ein Pflegeheim bzw. auf mögliche Unterschiede hierbei zwischen Interventions- und Kontrollgruppe zu untersuchen. Dies wird über regelmäßige telefonische Nachbefragungen erfolgen.

7 Literatur

- Alzheimervereinigung Aargau (2014): Zugehende Beratung für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen. Dokumentation eines Pilotprojektes mit einer familienzentrierten Beratung mit Hausbesuchen im Kanton Aargau. Ein Pilotprojekt der Alzheimervereinigung Aargau http://www.age-stiftung.ch/uploads/media/Schlussbericht_2011_036.pdf
- Angermeyer MC, Kilian R, Matschinger H (2000): WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF. Handbuch für die deutschsprachige Version der WHO Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität. Hogrefe-Verlag. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle.
- Batsch NL & Mittelman MS (2012): World Alzheimer Report 2012. Overcoming the stigma of dementia. Alzheimer's Disease International (ADI), London.
- Bodenmann G (1997): Stress und Coping als Prozess. In: Tesch-Römer C, Salewski C, Schwarz G (Hrsg.): Psychologie der Bewältigung, p. 74- 92. Weinheim, Beltz.
- Bodenmann G (2000): Stress und Coping bei Paaren. Hogrefe, Göttingen.
- Bruvik FK, Ulsteina ID, Ranhoff AH, Engedala K (2012): The quality of life of people with dementia and their family carers. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 34:7–14.
- Daig I, Hinz A, Spauschus A, Decker O, Brähler E. (2013): Sind Städter depressiver und ängstlicher im Vergleich zur Landbevölkerung? Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*. 63(11):445-54.
- Devanand DP (1997): Behavioral complications and their treatment in Alzheimer's disease. *Geriatrics* 52 Suppl 2: 37-9.
- Gmelch S, Bodenmann G, Meuwly N, Ledermann T, Steffen-Sozinova O, Striegl K (2008): Dyadisches Coping Inventar (DCI): Ein Fragebogen zur Erfassung des partnerschaftlichen Umgangs mit Stress. *Zeitschrift für Familienforschung* 20(2):185-203.
- Hinchcliffe A, Hyman IL, Blizard B, Livingston G (1995): Behavioural complications of dementia - can they be treated? *International Journal of Geriatric Psychiatry* 10: 839-847.

- Inouye K, Pedrazzani ES, Pavarini SC, Toyoda CY. (2009): Perceived quality of life of elderly patients with dementia and family caregivers: evaluation and correlation. *Revista latinoamericana de enfermagem*. 17(2):187-93.
- Knop DS, Bergman-Evans B, McCabe BW (1998): In sickness and in health: An exploration of the perceived quality of the marital relationship, coping, and depression in caregivers of spouses with Alzheimer's disease. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 36(1): 16-21.
- Koller D, Eisele M, Kaduszkiewicz H, Schön G, Steinmann S, Wiese B, Glaeske G, van den Bussche H. (2010): Ambulatory health services utilization in patients with dementia - Is there an urban-rural difference? *International Journal of Health Geographics*. 9: 59.
- Landesamt für Bauen und Verkehr (2012): Bevölkerungsprognose für das Land Brandenburg. Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Standort Berlin.
- Landesgesundheitsamt Brandenburg im LASV (2007): Zur Lage älterer Menschen in Brandenburg. Lebensqualität im Alter. Informationen zum Thema Gesundheit & soziale Lagen in Brandenburg. *In puncto* 1/06:2. Iterer
- Lawrence RH, Tennstedt SL, Assmann SF (1998): Quality of the caregiver-care recipient relationship: Does it offset negative consequences of caregiving for family caregivers? *Psychology and Aging* 13(1): 150-158.
- Lederbogen F, Kirsch P, Haddad L, Streit F, Tost H, Schuch P, Wüst S, Pruessner JC, Rietschel M, Deuschle M, Meyer-Lindenberg A. (2011): City living and urban upbringing affect neural social stress processing in humans. *Nature*. 474(7352):498-501.
- Niemann-Mirmehdi M, Soellner R, Kalus P, Richert A, Heinz A, Rapp MA (2008): Psychosoziale „TANDEMGRUPPEN“. Evaluation sozialtherapeutischer Tandemgruppen zur Frühförderung der Krankheits- und Alltagsbewältigung demenziell erkrankter Patienten und ihrer Angehörigen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 21 (3) : 171-177.
- Perren S, Schmid R, Herrmann D, Wettstein A (2007): The impact of attachment on dementia-related problem behavior and spousal caregivers' well-being. *Attachment & Human Development* 9(2): 163-178.
- Pinquart P & Sörensen S (2003): Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging* 18, 250-267.

- Polk DM (2005): Communication and family caregiving for Alzheimer's dementia: Linking attributions and problematic integration. *Health communication* 18(3):257-273.
- Rainer M, Jungwirth S, Krüger-Rainer C, Croy A, Gatterer G, Haushofer M (2002): Pflegende Angehörige von Demenzerkrankten: Belastungsfaktoren und deren Auswirkungen. *Psychiatrische Praxis* 29:142-147.
- Ready RE & Ott BR (2007): Integrating patient and informant reports on the Cornell-Brown Quality-of-Life Scale. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*. 22(6):528-34.
- Searson R, Hendry AM, Ramachandran R, Burns A, Purandare N (2008): Activities enjoyed by patients with dementia together with their spouses and psychological morbidity in carers. *Aging & Mental Health*. 12(2):276-82.
- Sørensen, L., Waldorff, F., & Waldemar, G. (2008): Coping with mild Alzheimer's disease. *Dementia*, 7(3), 287-299.
- Smits CHM, de Lange J, Dröes RM, Meiland F, Vernooij-Dassen M, Pot AM (2007): Effects of combined intervention programmes for people with dementia living at home and their caregivers: A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 22:1181–1193.
- Stuhlmann W (2004): Demenz – wie man Bindung und Biographie einsetzt. München: Reinhardt.
- Williamson GM, Schulz R (1990): Relationship Orientation, Quality of Prior Relationship, and Distress Among Caregivers of Alzheimer's Patients. *Psychology and Aging* 5(4):502-509.