



Nr. 1 • 2004

# Das Projekt "more..."

Wohlbefinden und soziale Kompetenz  
durch Freiwilligentätigkeit

Kerstin Albrecht  
Sandra Oppikofer



# Inhalt

<b>1</b>	<b>EINLEITUNG</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>AUSGANGSLAGE UND PROJEKTBSCHRIEB</b>	<b>7</b>
2.1	ORGANISATION UND AUFBAU	7
2.2	ZIELSETZUNGEN	7
2.2.1	<i>Wissenschaftliche Ziele</i>	8
2.2.2	<i>Unternehmerische Ziele</i>	8
2.2.3	<i>Gesellschaftliche Ziele</i>	8
<b>3</b>	<b>THEORETISCHER HINTERGRUND</b>	<b>9</b>
3.1	DIE ENTWICKLUNG DES ALTERNS IN DER GESELLSCHAFT	9
3.2	KOGNITIVE BEEINTRÄCHTIGUNG UND DEMENZ	10
3.2.1	<i>Diagnostik</i>	10
3.2.2	<i>Epidemiologie</i>	11
3.2.3	<i>Ätiologie</i>	12
3.2.4	<i>Verlauf und Mortalität</i>	12
3.3	SOZIALE NETZWERKE UND SOZIALE UNTERSTÜTZUNG KOGNITIV BEEINTRÄCHTIGTER ÄLTERER MENSCHEN	13
3.3.1	<i>Soziale Netzwerke älterer Menschen</i>	13
3.3.2	<i>Netzwerkorientierte Interventionen</i>	14
3.3.3	<i>Soziale Unterstützung im Alter</i>	15
3.3.4	<i>Erhaltene versus wahrgenommene Unterstützung</i>	15
3.3.5	<i>Auswirkungen sozialer Unterstützung im Alter</i>	16
3.3.6	<i>Soziale Unterstützung und Betreuung zuhause lebender, kognitiv beeinträchtigter älterer Menschen</i>	16
3.4	SOZIALE BEZIEHUNGEN	16
3.5	LEBENSQUALITÄT UND WOHLBEFINDEN	18
3.5.1	<i>Lebensqualität</i>	18
3.5.2	<i>Wohlbefinden</i>	19
3.5.3	<i>Wohlbefinden im Alter und soziale Aktivität</i>	20
3.5.4	<i>Lebensqualität und Wohlbefinden im Alter bei kognitiver Beeinträchtigung</i>	21
3.6	ARBEIT MIT FREIWILLIGEN	22
3.6.1	<i>Die Freiwilligentätigkeit</i>	23
3.6.2	<i>Freiwilligentätigkeit mit Betagten</i>	23
3.6.3	<i>Potential heutiger Freiwilliger</i>	24

3.6.4	<i>Rekrutierung Freiwilliger</i> .....	24
3.6.5	<i>Einführung und Selektion der Freiwilligen</i> .....	25
3.6.6	<i>Ausbildung Freiwilliger</i> .....	26
3.6.7	<i>Supervision und Weiterbildung Freiwilliger</i> .....	26
3.7	FREIWILLIGENTÄTIGKEIT IN UNTERNEHMEN.....	27
3.7.1	<i>Corporate Citizenship</i> .....	27
3.7.2	<i>Corporate Volunteering</i> .....	28
3.7.3	<i>Nutzen und Kosten aus der Sicht der Beteiligten</i> .....	30
3.7.4	<i>Erfolgreiche Praxis und Verbreitung des Corporate Volunteering</i> .....	32
3.8	DIE MENSCHLICHE SUCHE NACH SINN.....	32
3.8.1	<i>Die Psychologie des Lebenssinns</i> .....	33
3.8.2	<i>Implizite Theorien des Lebenssinns</i> .....	33
3.8.3	<i>Lebenssinn und Wohlbefinden</i> .....	33
3.8.4	<i>Sinnfindung durch Freiwilligentätigkeit bei kognitiv beeinträchtigten alten Menschen</i> ....	34
3.9	SOZIALE KOMPETENZ IM UNTERNEHMEN .....	34
3.9.1	<i>Soziale Kompetenz als berufliche Anforderung</i> .....	35
3.9.2	<i>Messung sozialer Kompetenz</i> .....	35
3.9.3	<i>Soziale Kompetenz und Corporate Volunteering</i> .....	36
3.9.4	<i>Freiwilligentätigkeit als Trainingsfeld für soziale Kompetenz</i> .....	36
3.10	VERÄNDERUNGEN IM VERHALTEN, DEN EINSTELLUNGEN UND DEM WERTESYSTEM .....	37
<b>4</b>	<b>FRAGESTELLUNG UND HYPOTHESEN</b> .....	<b>39</b>
4.1	DER EFFEKT REGELMÄSSIGER BESUCHE AUF DIE BESUCHTEN.....	39
4.1.1	<i>Replikation der Käferberg-Besucherstudie</i> .....	39
4.1.2	<i>Effekte auf Aktivität und Autonomie</i> .....	39
4.1.3	<i>Effekte auf die Depressivität</i> .....	40
4.1.4	<i>Wahrgenommene Kontakthäufigkeit</i> .....	40
4.2	DER EFFEKT REGELMÄSSIGER BESUCHE AUF DIE BESUCHER .....	40
4.2.1	<i>Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden</i> .....	40
4.2.2	<i>Soziale Kompetenz</i> .....	42
4.2.3	<i>Identifikation mit dem Unternehmen und Einstellung zum Arbeitgeber</i> .....	42
<b>5</b>	<b>METHODIK</b> .....	<b>43</b>
5.1	WISSENSCHAFTLICHE FUNDIERUNG UND OPERATIONALISIERBARKEIT .....	43
5.1.1	<i>Experimentelle Forschung</i> .....	43
5.1.2	<i>Längsschnittstudie</i> .....	43

5.1.3	<i>Cover Storys</i> .....	44
5.2	ERHEBUNGSMETHODEN .....	44
5.2.1	<i>Fragebogenverfahren</i> .....	44
5.2.2	<i>Interviews</i> .....	44
5.2.3	<i>Projektive Verfahren</i> .....	45
5.3	BESUCHTENBEFRAGUNG .....	45
5.3.1	<i>Erhebungsbogen</i> .....	46
5.3.2	<i>Instrumente der Besuchtenbefragung</i> .....	46
5.3.3	<i>Projektives Verfahren: Baum-Test</i> .....	50
5.3.4	<i>Fremdbeurteilung: Spitex-Befragung</i> .....	51
5.4	BESUCHERBEFRAGUNG.....	54
5.4.1	<i>Fragebogenerhebung zur Besucher-Selbstbeurteilung</i> .....	55
	<i>Besuchsrapport</i> .....	61
5.4.4	<i>Instrumente der Fremdbeurteilung: Partnerbefragung</i> .....	62
<b>6</b>	<b>UNTERSUCHUNGSDESIGN .....</b>	<b>64</b>
6.1	UNTERSUCHUNGSABLAUF .....	65
6.1.1	<i>Phase 1: Organisation und Rekrutierung</i> .....	66
6.1.2	<i>Phase 2: Information und Schulung</i> .....	67
6.1.3	<i>Phase 3: Erste Datenerhebung</i> .....	68
6.1.4	<i>Phase 4 und 5: Durchführung der Besuche</i> .....	69
6.2	GRUNDGESAMTHEIT UND STICHPROBE .....	70
6.2.1	<i>Stichprobe der Besuchten</i> .....	70
6.2.2	<i>Stichprobe der Besucher</i> .....	71
<b>7</b>	<b>ERGEBNISSE .....</b>	<b>74</b>
7.1	DER EFFEKT REGELMÄSSIGER BESUCHE AUF DIE BESUCHTEN.....	74
7.1.1	<i>Hypothese 1a: Besuchseffekte auf die Lebensqualität</i> .....	74
7.1.2	<i>Hypothese 1b: Besuchseffekte auf das allgemeine Wohlbefinden</i> .....	76
7.1.3	<i>Hypothese 2: Besuchseffekte auf Aktivität und Autonomie</i> .....	80
7.1.4	<i>Frage 1: Besuchseffekte auf den physischen und psychischen Gesundheits-zustand</i> .....	81
7.1.5	<i>Hypothese 3: Besuchseffekte auf die subjektiv wahrgenommene Kontakt-häufigkeit</i> .....	82
7.1.6	<i>Hypothese 4: Einfluss der bisherigen Kontakthäufigkeit auf die Besuchs-effekte</i> .....	83
7.1.7	<i>Hypothese 5: Zusammenhang zwischen den Besuchseffekten auf die Besuchten und die Besucher</i> .....	85
7.1.8	<i>Analyse offener Fragen</i> .....	86

7.1.9	<i>Der Baum-Test</i> .....	87
7.2	DER EFFEKT REGELMÄSSIGER BESUCHE AUF DIE BESUCHER .....	89
7.2.1	<i>Hypothese 6: Besuchseffekte auf das Wohlbefinden der Besucher</i> .....	89
7.2.2	<i>Frage 2: Soziodemographische Einflüsse</i> .....	91
7.2.3	<i>Hypothese 7: Besuchseffekte auf die soziale Kompetenz der Besucher</i> .....	92
7.2.4	<i>Frage 3: Soziodemographische Einflüsse</i> .....	93
7.2.4	<i>Hypothese 8: Besuchseffekte auf die soziale Unterstützung der Besucher</i> .....	95
7.2.5	<i>Hypothese 9: Besuchseffekte auf die Einstellung zum Arbeitgeber</i> .....	96
7.2.6	<i>Hypothese 10: Besuchseffekte auf die Identifikation mit dem Unternehmen</i> .....	97
7.3	BESUCHSBERICHTE .....	97
7.3.1	<i>Frage 4: Motive der Besucher</i> .....	99
7.4	GELERNTES UND ERHALTENE LEBENSHILFE DANK DER BESUCHE .....	100
<b>8</b>	<b>DISKUSSION</b> .....	<b>102</b>
8.1	EFFEKTE AUF DIE BESUCHTEN.....	102
8.1.1	<i>Lebensqualität und allgemeines Wohlbefinden</i> .....	102
8.1.2	<i>Psychische und physische Gesundheit</i> .....	105
8.1.3	<i>Wahrgenommene Kontakthäufigkeit und Einsamkeit</i> .....	105
8.1.4	<i>Der Einfluss der Kontakthäufigkeit auf den Besuchseffekt</i> .....	106
8.1.5	<i>Qualitative Datenanalyse</i> .....	106
8.1.6	<i>Vergleich zwischen Fremd- und Selbstbeurteilung</i> .....	107
8.2	EFFEKTE AUF DIE BESUCHER .....	107
8.2.1	<i>Allgemeines Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit</i> .....	108
8.2.2	<i>Soziale Kompetenz</i> .....	109
8.2.3	<i>Identifikation mit dem Unternehmen und Einstellung zum Arbeitgeber</i> .....	110
8.2.4	<i>Soziale Unterstützung</i> .....	110
8.2.5	<i>Durch die Besuche Gelerntes und erhaltene Lebenshilfe</i> .....	110
8.2.6	<i>Motive für Freiwilligentätigkeit</i> .....	111
8.2.7	<i>Besuchsberichte</i> .....	112
8.3	ZUSAMMENHANG ZWISCHEN DEN BESUCHSEFFEKTEN AUF DIE BESUCHER UND DIE BESUCHTEN .....	113
8.4	METHODISCHES VORGEHEN UND UNTERSUCHUNGSDESIGN .....	113
8.4.1	<i>Äussere Einflüsse</i> .....	113
8.4.2	<i>Validitäts- und Reliabilitätsprobleme in der experimentellen Forschung</i> .....	114
8.4.3	<i>Messinstrumente</i> .....	116
8.4.4	<i>Statistische Messgrössen und Verfahren</i> .....	117

<b>9</b>	<b>ERKENNTNISSE UND AUSBLICK</b>	<b>119</b>
9.1	FAZIT ZUM PROJEKT „MORE...“	119
9.2	IMPLIKATIONEN FÜR FREIWILLIGENPROJEKTE	120
9.2.1	<i>Rekrutierung Freiwilliger</i>	120
9.2.2	<i>Selektion Freiwilliger</i>	121
9.2.3	<i>Ausbildung, Begleitung und Weiterbildung Freiwilliger</i>	121
9.2.4	<i>Fazit</i>	122
9.3	CORPORATE VOLUNTEERING ZUR PERSONALENTWICKLUNG	123
9.3.1	<i>Unterstützung und Anerkennung der Freiwilligentätigkeit von Mitarbeitern</i>	123
9.3.2	<i>Flexible Einsatzmöglichkeiten</i>	124
9.3.3	<i>Transfer erworbener Ressourcen</i>	124
9.3.4	<i>Gezielter Einsatz in Freiwilligenprojekten</i>	125
<b>10</b>	<b>LITERATUR</b>	<b>127</b>

# 1 Einleitung

*"A civilization flourishes when people plant trees under which they will never sit." – GREEK PROVERB*

## Soziale Verantwortung

Viele Menschen unserer Industriegesellschaft fühlen sich im Erwerbsleben und in der nachberuflichen Lebensphase nur einseitig ausgelastet und suchen einen Ausgleich oder eine zusätzliche, sinnstiftende Herausforderung (Auhagen, 2000; Wong & Fry, 1998). Darüber hinaus ist deutlich eine Tendenz spürbar, sich vermehrt für eine bessere moralische, soziale und politische Umwelt zu engagieren. Unternehmen als Ganzes, aber auch Einzelpersonen suchen nach Wirkungsfeldern zur Übernahme sozialer Verantwortung in unserer Gesellschaft (Thoits & Hewitt, 2001).

Der gegenwärtige Übergang von der arbeitsteiligen Industriegesellschaft hin zu einer globalen Informations- und Wissensgesellschaft ist ein zentraler Auslöser gesellschaftlichen Wandels. Die zunehmende Flexibilisierung und Individualisierung der Lebensverhältnisse beeinträchtigt die sozialen Strukturen. Um diesem Trend entgegenzusteuern, ist ein Wandlungsprozess im Sinne einer innovativen Verbindung von Staat, freiem Markt und Selbstorganisation erforderlich (,Wohlfahrtspluralismus'). Die Freiwilligentätigkeit in Unternehmungen kann als eine entsprechende Vermittlungsstruktur betrachtet werden, die überdies eine Erprobung neuer Arbeitsformen mit sich bringt (Tingler, 2002).

## Gesellschaftliche Herausforderungen

In den letzten Jahrzehnten hat die durchschnittliche Lebenserwartung in allen entwickelten Industriestaaten stark zugenommen. Damit einher geht eine Veränderung in der Bevölkerungsstruktur, insbesondere ein Anstieg des Bevölkerungsanteils älterer Menschen (Bundesamt für Statistik, 1998). Infolge der steigenden Zahl der Hochaltrigen ist damit zu rechnen, dass gesundheitliche Störungen und Behinderungen und damit die Inanspruchnahme staatlicher Gesundheitsleistungen stark zunehmen werden (Bovay & Tabin, 1998). Obwohl ein Grossteil der Hochaltrigen zuhause gepflegt wird, dürfte die Rolle des Sozialstaates durch den Wandel der Sozialstruktur zunehmend wichtiger werden. Der Staat alleine kann heute kaum mehr soziale Sicherheit gewährleisten. Die Folge ist ein Mangel an öffentlichen und institutionalisierten Betreuungsmöglichkeiten sowie eine zunehmende Isolierung insbesondere kognitiv beeinträchtigter und schwierig zu betreuender Personen (Brugha, 1995; Netz, 1996; Wettstein, 1991). Umso mehr gewinnt die Freiwilligentätigkeit in diesen Bereichen an Bedeutung. Sie kann als eine an das Individuum gebundene Bürgertugend verstanden werden, welche die gemeinnützigen Aspekte des Sozialstaates ergänzt (Ammann, 2001a). Corporate Volunteering im Sinne einer ,Lebensdienlichkeit' der Ökonomie (Ulrich & Maak, 2000) bietet einen möglichen Rahmen zur Bewältigung anstehender gesellschaftlicher Herausforderungen.

## Corporate Volunteering

Dadurch, dass Unternehmungen Freiwilligentätigkeit für gemeinnützige Zwecke ausserhalb ihres Kerngeschäftes fördern, bieten sie Mitarbeitern<sup>1</sup> die Gelegenheit zu einem uneigennützigem Engagement (Littmann-Wernli, 2002). So vermag betrieblich unterstützte Freiwilligentätigkeit die Anliegen der Mitarbeiter bezüglich gemeinnütziger, sinnstiftender Aktivität und sozialer Verantwortungsübernahme mit den sozialen-, Fortbildungs- und PR-Zielen des Unternehmens zu verbinden. Die Wahrnehmung sozialer Verantwortung durch das Unternehmen steigert dessen Ansehen bei den Mitarbeitern und verstärkt deren Identifikation mit dem Arbeitgeber.

---

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde im Allgemeinen die männliche Form verwendet. Nur wenn es inhaltlich notwendig war, wurde die weibliche Form benutzt.

Verschiedene Studien zeigen, dass dies wiederum oft zu einer Steigerung des betrieblichen Engagements und der Arbeitszufriedenheit seitens der Mitarbeiter führt (u.a. Bartel, 1998; Elsbach & Glynn, 1996).

### **Das Projekt „more...“**

Das Projekt „more...“ bot aktiven und pensionierten Mitarbeitern von Zürcher Dienstleistungsunternehmen die Möglichkeit, regelmässige Besuche bei kognitiv beeinträchtigten, allein lebenden alten Menschen durchzuführen. Zusammenkünfte sowie Aus- und Weiterbildungen ergänzten das Programm. Dadurch erhielten die Freiwilligen die Gelegenheit, sich persönlich weiterzuentwickeln, ihre Sozialkompetenz zu erweitern, ihr Wohlbefinden zu steigern, einen persönlichen und sinnstiftenden Ausgleich zu finden und ihr eigenes soziales Netz auszubauen.

Die Käferberg-Besucherstudie (Albrecht & Oppikofer, 2000; Heilmann, 2001; Oppikofer, Albrecht, Schelling & Wettstein, 2002) hat gezeigt, dass regelmässige Besuche durch Freiwillige einen signifikant positiven Einfluss auf das Wohlbefinden und auf das aus Krankheiten resultierende Leiden dementer Heimbewohner ausüben. Die Besuche wurden von den Heimbewohnern wahrgenommen und verminderten zudem deren Aggressivität, Depressivität und Einsamkeitsgefühl. Gerade Freiwillige können durch ihre Unbelastetheit oft unbeschwerter als Angehörige auf ältere, kognitiv beeinträchtigte Menschen zugehen, bei ihnen Lebensfreude und Wohlbefinden fördern und damit ihrer sozialen Isolation entgegenwirken.

Indem Unternehmen Möglichkeiten zur Freiwilligentätigkeit schaffen, lassen sich betriebliche und gesellschaftliche Interessen mit dem Wunsch von Mitarbeitern und Pensionierten nach sinnstiftender Tätigkeit und den Bedürfnissen einsamer, kognitiv beeinträchtigter, älterer Menschen vereinen. Eine Win-Win-Situation für alle Beteiligten.



## 2 Ausgangslage und Projektbeschreibung

Der gemeinsame Wunsch, sich für ältere Menschen zu engagieren und dabei die Auswirkungen sozialer Unterstützung auf die Beteiligten wissenschaftlich zu untersuchen, führte im Herbst 2000 zur Entstehung des Projektes „more...“. Initiiert wurde es durch Cornelia Wagner (UBS AG), Albert Wettstein (Universität Zürich, Zentrum für Gerontologie), Kerstin Albrecht und Sandra Oppikofer (Universität Zürich, Psychologisches Institut, Sozialpsychologie I).

Als Hauptsponsor des Projektes konnte die UBS-Stiftung für Soziales und Ausbildung gewonnen werden. Zusätzlich beteiligten sich der Stadtärztliche Dienst Zürich und Migros Kulturprozent finanziell am Projekt. Weitere Partner, welche das Projekt aktiv unterstützten, sind: Zentrum für Gerontologie der Universität Zürich; Psychologisches Institut, Sozialpsychologie I, Universität Zürich; Institut für Arbeitspsychologie, ETH Zürich; Spitex Zürich; Stiftung Alterswohnungen der Stadt Zürich; Memoryklinik Entlisberg.

Dienstleistungsunternehmen, die „more...“ durch interne Kommunikation die Möglichkeit boten, aktive und pensionierte Mitarbeiter als Freiwillige zu gewinnen, waren: UBS AG, Verkehrsbetriebe Zürich (VBZ), KPMG Fides und Universität Zürich.

### 2.1 Organisation und Aufbau

Während zwei aufeinanderfolgenden zehnwöchigen Besuchsphasen erhielt eine ausgewählte Gruppe zuhause lebender, kognitiv beeinträchtigter Betagter regelmässige, angekündigte Besuche. Die Besucher wurden aus Schweizer Dienstleistungsunternehmen rekrutiert, im Umgang mit dementen Menschen geschult und in den Besuchsphasen betreut. Vor und nach den Besuchsphasen fand eine ausführliche Datenerhebung in Bezug auf die in der Einleitung genannten Fragestellungen statt. Das Projekt „more...“ besteht im Wesentlichen aus drei Phasen:

#### 1. Organisationsphase

Nach der Entwicklung des Forschungsdesigns wurden Unternehmen gesucht, die Interesse zeigten, am Projekt teilzunehmen und sich finanziell daran zu beteiligen. Ferner wurden Besucher und Besuchsempfänger rekrutiert sowie die Schulungen und Weiterbildungen konzipiert.

#### 2. Operative Phase

In der operativen Phase wurden Besuche durchgeführt, wissenschaftliche Daten erhoben sowie Aus- und Weiterbildungen und Supervisionen angeboten.

#### 3. Datenauswertungsphase

Über die drei Phasen hinaus wurde das Projekt für alle Beteiligten, welche dies wünschten, weitergeführt. So wurden auch nach der Forschungsphase Projekttreffen angeboten und ein Grossteil der Besuche wurde weitergeführt.

### 2.2 Zielsetzungen

Die Ziele des Projekts „more...“ gehen über eine wissenschaftliche Fragestellung hinaus, indem das Projekt im Rahmen seines Wirkungsfeldes auch unternehmerische und gesellschaftliche Ziele verfolgt.

## **2.2.1 Wissenschaftliche Ziele**

### **Die Käferberg-Besucherstudie**

Das Projekt „more...“ beinhaltet eine Replikation der Käferberg-Besucherstudie von Albrecht & Oppikofer (2000). Nunmehr wurde untersucht, ob regelmässige Besuche auch auf das Wohlbefinden und die kognitive Leistungsfähigkeit von zuhause lebenden, kognitiv beeinträchtigten, alten Menschen einen positiven Einfluss ausüben.

Eine ebenfalls an der Universität Zürich (Sozialpsychologie I) verfasste Lizentiatsarbeit untersuchte diesen Gegenstand zu den ersten zwei Messzeitpunkten (Affolter, Schmid & Zbinden, 2002). Die entsprechenden Ergebnisse wurden in die vorliegende Studie eingeflochten.

### **Förderung der sozialen Kompetenz und der Lebensqualität durch Freiwilligentätigkeit**

Ferner wurde untersucht, ob bzw. inwiefern die soziale Kompetenz, das Wohlbefinden und die Lebensqualität der Freiwilligen durch regelmässige Besuche respektive durch Schulung, Weiterbildung und Supervision gefördert und gesteigert werden können.

### **Verbesserung der Einstellung zum Arbeitgeber und der Identifikation mit dem Unternehmen**

Es wurde geprüft, ob die Einstellung der Mitarbeitern gegenüber ihrem Arbeitgeber und deren Identifikation mit dem Unternehmen durch das soziale Engagement des eigenen Betriebes gesteigert wird.

### **Motivation Freiwillige**

Die Motive zur Teilnahme an einem Freiwilligenengagement dieser Art wurden aufgezeigt. Anhand der Ergebnisse werden Empfehlungen zur gezielten Rekrutierung Freiwilliger formuliert.

## **2.2.2 Unternehmerische Ziele**

### **Schaffung sinnstiftender Tätigkeit**

Auf unternehmerischer Ebene wurde abgeklärt, ob ein Besuchsdienst für kognitiv beeinträchtigte, einsame ältere Menschen einen geeigneten Rahmen für Freiwilligentätigkeit in der beruflichen oder nachberuflichen Phase darstellt. Es werden Empfehlungen zum Aufbau von Freiwilligenprojekten und zur Förderung der Freiwilligentätigkeit in Unternehmungen formuliert und Vorschläge für eine Freiwilligenkoordinationsstelle oder -plattform ausgearbeitet, welche es Pensionierten und Mitarbeitern erlaubt, sich sozial und aktiv zu engagieren.

## **2.2.3 Gesellschaftliche Ziele**

Das politiktheoretische Konzept des so genannten ‚Kommunitarismus‘ zeichnet sich durch die Forderung nach weniger Staat, mehr politischer Einflussnahme des Einzelnen sowie nach aktiver Übernahme staatlicher Aufgaben durch den Bürger aus. Den Kommunitariern geht es um „die Rekonstruktion der Gemeinschaft, die Community, um die Wiederherstellung der Bürgertugenden, um ein neues Verantwortungsbewusstsein der Menschen, um die Stärkung der moralischen Grundlagen unserer Gesellschaft.“ (Etzioni, 1995, S. 277). Kommunitaristisches Denken engagiert sich für die Ausgewogenheit zwischen individuellen Rechten und sozialer Verantwortung (Nübel, 2000).

In diesem Sinne verfolgt das Projekt „more...“ nicht nur individuelle und unternehmerische Ziele, sondern bezieht auch die kommunitaristische Vision einer Zivilgesellschaft in ihr Konzept mit ein. Das Pilotprojekt soll neue Wege aufzeigen, wie das soziale Verantwortungsbewusstsein bei Arbeitnehmern und Pensionierten erweitert werden kann.

## 3 Theoretischer Hintergrund

Die vorliegende Studie basiert auf den zwei Hauptthemen ‚kognitive Beeinträchtigung‘, respektive ‚Demenz im Alter‘ und ‚Freiwilligentätigkeit in Unternehmen‘. Wichtigste abhängige Variablen sind die Konstrukte Wohlbefinden und Lebensqualität, soziale Unterstützung, soziales Netzwerk, soziale Kompetenz, die Identifikation mit dem Unternehmen und die Einstellung zum Arbeitgeber.

Das folgende Kapitel dient als Einführung in diese Themen und liefert die Hintergrundinformationen für die vorliegende Untersuchung. Unterkapitel 3.1 präsentiert wesentliche Grundlagen zum Thema Altern in der heutigen Gesellschaft, Unterkapitel 3.2 enthält eine Einführung in das für diese Studie relevante Thema der kognitiven Beeinträchtigung und Demenz im Alter, Unterkapitel 3.3 beschäftigt sich mit der Entwicklung und Veränderung von sozialen Beziehungen und dem sozialen Netzwerk im Alter, dies insbesondere bei kognitiv beeinträchtigten Menschen. Unterkapitel 3.4 betrachtet soziale Beziehungen aus sozialpsychologischer Sicht. In Unterkapitel 3.5 werden die Konstrukte Wohlbefinden und Lebensqualität, die in der vorliegenden Arbeit in beiden Gruppen erhoben wurden – bei den Besuchern und den Besuchten – genauer erläutert. Unterkapitel 3.6 behandelt das Thema Freiwilligentätigkeit im Allgemeinen, während in Unterkapitel 3.7 im Besonderen auf das Thema Freiwilligentätigkeit in Unternehmen (Corporate Citizenship) eingegangen wird. Die menschliche Suche nach Sinn steht im Mittelpunkt von Unterkapitel 3.8. Die in Unterkapitel 3.9 besprochene ‚soziale Kompetenz‘ ist ein Thema, das in der heutigen Wirtschaft und Gesellschaft immer aktueller wird, wissenschaftlich aber sehr kontrovers diskutiert wird. Abschliessend wird noch auf Theorien zur Veränderung von Verhalten, Einstellungen und Wertesystemen eingegangen (Unterkapitel 3.10).

### 3.1 Die Entwicklung des Alterns in der Gesellschaft

*Jeder möchte alt werden, aber keiner wünscht alt zu sein.* – UNBEKANNT

Bereits Ende der 50er-Jahre wurde das Thema ‚Überalterung der Gesellschaft‘ in der Soziologie erstmals aufgegriffen, doch erst in den letzten Jahren ist die soziale Problemebene dieser Thematik eingehender diskutiert worden. Durch die erhöhte Lebenserwartung wird die dritte Lebensphase, diejenige des Alters, immer länger und fällt somit für das Individuum stärker ins Gewicht. Dabei wird diese Lebensphase auch zusehends heterogener. Aus diesen Gründen wird in der Literatur oftmals zwischen Alter und Hochaltrigkeit oder zwischen den ‚jungen Alten‘ und den ‚alten Alten‘ unterschieden, wobei die Altersgrenze der jungen Alten zwischen 55 und 75 Jahren schwankt (Lichtensteiner, 1995).

Für ‚junge Alte‘ wird es immer wichtiger, sich auch in dieser Lebensphase in der Gesellschaft aktiv beteiligen zu können und von ihr akzeptiert zu werden. Daher ist diese Gruppe auch in der Freiwilligentätigkeit am stärksten engagiert. Dementsprechend nehmen soziale Kontakte in dieser Lebensphase nicht ab, sondern bleiben weitgehend stabil (Bachmann & Bieri, 2000, Lichtensteiner, 1995; Wagner, Schütze & Lang, 1996). Dagegen stellt die steigende Zahl der Hochaltrigen, bei denen gesundheitliche Störungen, Behinderungen und damit die Inanspruchnahme staatlicher Gesundheitsleistungen stark zunehmen, eine eigentliche ‚gerontologische Herausforderung‘ dar (Bovay & Tabin, 1998).

#### Einsamkeit im Alter

Nach einem weit verbreiteten Vorurteil wird das Alter nicht selten mit den Begriffen soziale Isolierung und Einsamkeit assoziiert (Erlemeier, 1998). Das Ausmass und die Auswirkung der sozialen Isolation im Alter wird dabei oft überschätzt.

So zeigte sich in verschiedenen Untersuchungen, dass nur ein sehr geringer Anteil der zuhause lebenden alten Menschen derart stark von sozialen Kontakten abgeschnitten ist, dass aufgrund dessen von einer Gefährdung gesprochen werden kann (Wagner et al., 1996). Allerdings ist etwa ein Viertel der älteren Stadtbewohner von einzelnen Merkmalen der sozialen Isolation betroffen (z.B. Alleinleben, Mangel an sozialer Unterstützung und Kontakt, Einsamkeit). Gerade kognitiv beeinträchtigte ältere Menschen sind vermehrt sozial isoliert oder einsam, denn die Betreuung solcher Personen kann insbesondere für Angehörige sehr belastend sein, müssen sie doch hinnehmen, wie ein ihnen nahe stehender Mensch an Persönlichkeitsveränderungen und am Verlust bisheriger Fähigkeiten leidet. Es überrascht daher nicht, dass dies nicht selten zu Burnout, Resignation und Rückzug aus der Betreuungsaufgabe führt (Brugha, 1995; Cutrona, Schutte, Suhr & Russell, 1991).

Die soziale Isolation enthält eine objektive und eine subjektive Komponente. So besteht nur zwischen der subjektiv wahrgenommenen sozialen Isolation einerseits und psychischen sowie physischen Störungen im Alter andererseits ein hoch signifikanter Zusammenhang. Ältere Menschen, die sich selbst als einsam bezeichnen, leiden demnach mit dreimal höherer Wahrscheinlichkeit an psychischen Störungen als andere. Das Ergebnis könnte aber auch mit der eigenen Bewertung der betreffenden psychisch Kranken zusammenhängen und daher eher Symptom als Auslöser der Krankheit sein (Cooper, Jäger & Bickel, 1989).

## 3.2 Kognitive Beeinträchtigung und Demenz

*Vergessen räumt den wirklich wichtigen Dingen im Leben Platz ein – es ermöglicht die Konzentration auf das Wesentliche. – UNBEKANNT*

### 3.2.1 Diagnostik

Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko einer dementiellen Erkrankung (Helmchen, Linden & Wernicke, 1996). Dabei ist zwischen normalen und beginnenden dementiellen Alterungsprozessen häufig schwer zu unterscheiden (Denzler, Markowitsch & Kessler, 1989). Im frühesten Stadium ist es beinahe unmöglich, eine Demenz – und somit den Krankheitsbeginn als solchen – zu erkennen. In der Literatur finden sich zahlreiche Versuche der Abgrenzung dementieller Symptome von leichteren kognitiven Beeinträchtigungen im Alter (z.B. Lanska & Schönberg, 1993), verbunden mit verschiedenen Begriffsdefinitionen, Angaben zur Epidemiologie und zum Krankheitsverlauf (z.B. Förstl, Bickel & Kurz, 1999).

Zu kognitiven Beeinträchtigungen werden im Rahmen dieser Arbeit verschiedene Formen von Altersvergesslichkeit gezählt, darunter kognitive Störungen mit eindeutiger organischer Ursache, Vorstadien einer künftigen Demenz (z.B. minimal dementia, limited dementia) sowie jene Beeinträchtigungen ohne eindeutige organische Ursachen und ohne prognostische Wertigkeit (,mild dementia', ,questionable dementia', ,mild cognitive impairment', ,leichte kognitive Beeinträchtigung', ,leichte Vergesslichkeit'), (Zaudig, 1995). Der schwerste Grad der kognitiven Beeinträchtigung wird beim älteren Menschen als senile Demenz bezeichnet (Wettstein, 1991).

Die senile Demenz beinhaltet alle Grade einer organisch bedingten chronischen Hirnleistungsschwäche. Gemeint sind jene Hirnleistungsstörungen, die nicht mit einer Bewusstseinsstrübung einhergehen. Wesentliches Merkmal der senilen Demenz ist die Beeinträchtigung des Kurz- und Langzeitgedächtnisses, assoziiert mit Beeinträchtigungen des abstrakten Denkens und der Urteilsfähigkeit, anderen Störungen höherer kortikaler Funktionen oder mit Persönlichkeitsveränderungen. Die Störung ist dabei so schwer, dass sie die Arbeitsfähigkeit, aber auch die sozialen Aktivitäten und Beziehungen beeinträchtigt (Wettstein, 1991). Neben den kognitiven Störungen treten bei Demenzkranken häufig auch andere psychische Auffälligkeiten auf, wie Depressionen, Schlafstörungen, Unruhe, Angst, paranoid-halluzinatorische Syndrome und Aggressionen.

Diese nichtkognitiven Symptome der senilen Demenz führen zu einer zusätzlichen Verschlechterung der Lebensqualität des Kranken wie auch zu erheblichen Belastungen für die Betreuenden. Diese Symptome sind nicht nur Folge degenerativer Prozesse im Gehirn, sondern auch Ausdruck ihres engen Wechselspiels mit psychosozialen Einflüssen, der jeweiligen Persönlichkeit und der noch vorhandenen Konfliktbewältigungsstrategien (Hock, 2000).

Vereinfacht ausgedrückt kann zwischen leichten, mittelschweren und schweren Demenzen unterschieden werden. Von leichten Demenzen spricht man, wenn zwar kognitive Störungen vorliegen, welche die Bewältigung schwierigerer Anforderungen kaum erlauben oder zumindest erheblich einschränken, welche aber noch nicht so ausgeprägt sind, dass die Betroffenen im Alltag von anderen Personen abhängig sind. In dieser Phase ist der Versorgungsbedarf noch gering. Ausserdem scheinen nur etwa die Hälfte der Kranken an voranschreitenden Demenzprozessen zu leiden. Ein grosser Anteil der Betroffenen weist über Jahre hinweg keine nennenswerte Verschlechterung der Leistungsfähigkeit auf (Hafner & Meier, 1996). Leichte Demenzen sind somit nicht durchgängig dem Frühstadium einer fortschreitenden Erkrankung gleichzusetzen. Im mittelschweren Stadium kommt ein Patient nicht mehr ohne fremde Hilfe zurecht. Gewisse Fähigkeiten sind bei ihm zwar noch erhalten, er ist jedoch auf Beaufsichtigung und Anleitung angewiesen. Von einer schweren Demenz spricht man in einem Krankheitsstadium, in dem der Patient nicht einmal mehr zur Bewältigung der einfachsten alltäglichen Anforderungen in der Lage ist, sondern permanente pflegerische Versorgung benötigt (Wettstein, 1991).

### 3.2.2 Epidemiologie

Unter Epidemiologie versteht man das Vorkommen und die Verteilung einer Krankheit in einer bestimmten Population. Etwa 25 - 50% der über 65-jährigen Menschen klagen über Störungen der Gedächtnisfunktionen (Jonker, Gerlings, & Schmand, 2000). Leichte kognitive Beeinträchtigungen treten bei alten Menschen zwar häufig auf, sind jedoch nicht unbedingt symptomatisch für die spätere Entwicklung einer Demenz. Innerhalb eines Jahres entwickelt sich bei rund 15% der Personen mit leichter kognitiver Störung eine Demenz (Rainer, 2000).

Die Prävalenz leichter Demenzen liegt in Deutschland etwa bei 5% (Helmchen, Linder & Verücke, 1996); nach internationalen Studien schwanken die Schätzungen jedoch sehr stark. Dies hängt auch damit zusammen, dass es noch an klaren Kriterien mangelt, anhand derer man gutartige kognitive Alterseinbussen von frühen Stadien lebenslang bestehender Leistungsminderungen abgrenzen könnte.

Demenz ist die im Alter am häufigsten auftretende psychische Erkrankung (Erlemeier, 1998). Ihre Prävalenz nimmt mit dem Alter deutlich zu. Sie liegt bei den 65- bis 69-Jährigen bei etwa 1%, verdoppelt sich im Abstand von jeweils etwa fünf Altersjahren und steigt bei den über 90-Jährigen auf über 30% an (Zaudig, 1995). Die beiden wichtigsten Formen der Demenz sind die Alzheimerkrankheit und die vaskuläre Demenz (multiinfarkt Demenzen, siehe Tabelle 1). Weltweit sind etwa 20 Millionen Menschen von der Alzheimerkrankheit betroffen.

*Tabelle 1* Formen seniler Demenz und ihre Häufigkeit (Hafner & Meier, 1993, S. 128)

Demenzformen	in %
Morbus Alzheimer (SDAT)	50
Multiinfarkt Demenzen	30 - 40
Gemischte Demenzen	10

Die Demenz kommt weltweit und in allen gesellschaftlichen Schichten vor. Zudem sind weder eindeutige Unterschiede bezüglich des Geschlechts noch der geographischen Lage auszumachen.

Mit zunehmender Zahl von Betagten erhöht sich auch die Bedeutung der Altershirnleistungsschwächen: Diese scheinen zu einem der grössten sozial-medizinischen Probleme der Industrienationen zu werden.

Für das Gesundheitswesen bedeutet dies vor allem massive zusätzliche Kosten, für den einzelnen Betroffenen und dessen soziales Umfeld eine starke psychische und physische Belastung (Wettstein, 1991).

### 3.2.3 Ätiologie

Die Ätiologie beschreibt die Krankheitsursachen. Der Oberbegriff Demenz, respektive kognitive Beeinträchtigung, umfasst eine Reihe von Krankheitsbildern mit unterschiedlichen Ursachen.

Gemäss Wettstein (1991) führen folgende Faktoren zu einer Beeinträchtigung des normalen Funktionierens des Gehirns bzw. bei einer langdauernden Störung zu einer Demenz: Idiopathische Degeneration, metabolische Störungen, vaskuläre Störungen, Hypoxie, Hirndruck, Mangelernährung, Toxizität, Trauma, Infektion und andere unklare Faktoren.

Es ist jedoch unbestritten, dass das Alter den Hauptrisikofaktor für das Demenzsyndrom darstellt (Bickel, 1997; Van Duijn, 1996). Aufgrund welcher Faktoren sich das Risiko erhöht, altersbedingt an einer Demenz zu erkranken, ist allerdings bislang noch ungeklärt (Xuereb & Brayne, 2000).

Weibliches Geschlecht stellt einen wichtigen Risikofaktor für die Manifestation einer Alzheimerkrankheit dar – ein Effekt, der jedoch auch mit der höheren Lebenserwartung der Frauen zusammenhängt (Hendrie, 1998). Männliches Geschlecht gilt als Risikofaktor für die Manifestation einer vaskulären Demenz (Letenneur, Commenges & Dartigues, 1994; Yoshitake, Kiyohara & Kato, 1995).

Depressive Erkrankungen in der Vorgeschichte erhöhen nach Jorm, Korten & Henderson (1987) das Risiko einer Demenzerkrankung, sind aber keineswegs eindeutig Prädiktoren späterer Demenzerkrankungen. In vielen Fällen sind sie eher als frühes Symptom einer Demenz aufzufassen (Chen, Ganguli & Mulsant, 1999).

Körperliche Inaktivität wird als möglicher Risikofaktor für Demenzerkrankungen diskutiert (Broe, Henderson & Creasy, 1990; Kondo, Niino & Shido, 1994), wobei nicht bekannt ist, ob sie direkt oder durch mögliche Beeinträchtigungen des Gesundheitszustandes pathogen, d.h. krankmachend wirkt.

Weitere kontrovers diskutierte organische Risikofaktoren hinsichtlich der Demenz sind Schilddrüsenerkrankungen, Aluminium, Zink, Alkohol, Wassermangel, Umwelttoxine, Magnetfelder und Wechselstrom, z.B. durch Mobilfunk oder Nahrung aus Mikrowellenöfen (Hertel, 1999; Varga, 1999).

### 3.2.4 Verlauf und Mortalität

Die Lebenserwartung Demenzkranker ist gegenüber nicht Dementen im Mittel deutlich verkürzt. Die durchschnittliche Lebensdauer vom Beginn der ersten Symptome bis zum Tod liegt bei etwa acht Jahren, wobei – abhängig vom Alter und dem gleichzeitigen Vorhandensein anderer Erkrankungen – eine grosse Streubreite festzustellen ist (Schäufele, Bickel & Weyerer, 1999).

Die Demenz manifestiert sich meist durch einen fortschreitenden Verlust kognitiver und sozialer Fähigkeiten. Ihr Verlauf ist meist chronisch, verschlimmert sich über 5 - 10 Jahre hinweg und kann medizinisch in den meisten Fällen nicht aufgehalten werden. Die betroffenen Personen verlieren schrittweise die Voraussetzungen, das Alltagsleben alleine zu bewältigen. Das Anfangsstadium ist gekennzeichnet durch eine Gedächtniseinbusse, die sich als Vergesslichkeit äussert, vermischt mit einer Störung der so genannten exekutiven kognitiven Funktionen. Damit bezeichnet man Hirnfunktionsstörungen, die das logische und abstrakte Denken, die Urteils- und Planungsfähigkeit sowie die Fähigkeit zu zielgerichtetem Handeln beeinträchtigen. Aufgrund seiner abnehmenden Problemlösungsfähigkeit beginnt der Patient im Alltag mehr und mehr zu versagen. Zudem erfährt der Kranke auch emotionelle und psychische Veränderungen, wie z.B. Ängstlichkeit und Reizbarkeit, Scham- und Schuldgefühlen sowie den Verlust von Hemmungen (Wettstein, 1991).

Als Reaktion auf die Hirnstörung entwickelt fast jeder Demenzpatient Korrektur- und Kontrollmechanismen (z.B. vermehrte Aufmerksamkeit und Selbstbeobachtung). Dies ist als eine Art Selbstheilungsversuch zu betrachten, kann aber auch eine zusätzliche Belastung und Überforderung bedeuten und beim Patienten somit eine rasch einsetzende Dekompensation auslösen. Dieses vermehrte Versagen führt unter Umständen zu erneuten, schwerwiegenden Frustrationserlebnissen, so dass der demente Patient schliesslich in einen Teufelskreis gerät, der in Depression, Wahn oder aggressives Verhalten – dies sind sekundäre Symptome der Demenz – gegenüber den Betreuern münden kann (Hafner & Meier, 1996). Die Depressionshäufigkeit steigt im Verlauf einer Demenzerkrankung zunächst an, nimmt aber dann im fortgeschrittenen Demenzstadium wieder ab (Bergener, 1998).

### 3.3 Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung kognitiv beeinträchtigter älterer Menschen

*It is one of the beautiful compensations of this life that none can sincerely try to help another without helping himself.* – RALPH WALDO EMERSON

„Der Mensch als soziales Wesen ist von der Geburt bis zum Tod in ein Netz unterschiedlicher Sozialbeziehungen eingebettet.“ (Schwarzer & Leppin, 1989, S. 2). Die Idee, Zusammenhänge in Beziehungen wissenschaftlich zu erforschen, wurde in der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts erstmals realisiert. Heute wird generell zwischen zwei Konzepten differenziert: dem ‘sozialen Netzwerk’ und der ‘sozialen Unterstützung’. Die zwei Begriffe sind jedoch eng miteinander verknüpft; so wird soziale Unterstützung immer von einem Teil des sozialen Netzwerks geleistet, und Untersuchungen über soziale Unterstützung sind stets – zumindest teilweise – ans soziale Netzwerk gebunden (vgl. Laireiter, 1993; Manz, 1994; Schwarzer & Leppin, 1997).

#### 3.3.1 Soziale Netzwerke älterer Menschen

Der Begriff des sozialen Netzwerks stammt aus der Sozialanthropologie. Barnes (1954) hatte die Idee, soziale Beziehungen ähnlich einem Fischernetz anhand eines Punkt-Strich-Modells darzustellen. Die Mitglieder eines solchen sozialen Netzes bildeten die Knotenpunkte, die Beziehungen untereinander wurden durch die Verbindungslinien dargestellt. Die Netzwerk-Metapher wurde immer wieder aufgegriffen, wodurch auch der Begriff soziales Netzwerk grosse Verbreitung fand – ohne dass er je wirklich präzise beschrieben worden wäre (vgl. Laireiter, 1993; Schwarzer & Leppin, 1989). Mittlerweile besteht lediglich Übereinstimmung darüber, dass damit ‚Systeme interpersonaler Beziehungen’ gemeint sind (Laireiter, 1993, S. 17). Eine Person ist in den meisten Fällen Mitglied mehrerer sozialer Netze von unterschiedlichen Komplexitätsgraden.

Die Grösse und Zusammensetzung eines sozialen Netzwerks hängt sehr stark mit dem Lebensstil und der Netzwerkorientierung der betreffenden Person zusammen; es wird über den ganzen Lebenszyklus hinweg entwickelt und aufrechterhalten. Selbständig lebende ältere Menschen verfügen über ein soziales Netzwerk von durchschnittlich 5 bis 10 Personen. Bei sehr alten, an einer Krankheit leidenden Menschen verringert sich jedoch das soziale Beziehungsgeflecht bezüglich Kontakthäufigkeit und Intensität merklich (Engel, Nestmann, Niepel & Sickendiek, 1996). Gerade hochaltrige Menschen scheinen ihr Netzwerk systematisch und aktiv zu verändern. Sie wünschen sich vermehrt enge Vertrauensbeziehungen und brechen oberflächliche Kontakte eher ab. Weniger enge Beziehungen sind im hohen Alter seltener, der Anteil enger Freunde bleibt jedoch relativ konstant (Lang, 2000; Lang & Carstensen, 2002).

Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen verfügen aufgrund der schwierigeren Kontaktaufnahme und der anstrengenderen Interaktion oft über ein kleineres soziales Netzwerk (Nestmann & Wehner, 1998; Netz, Steinkamp & Burkhard, 1996). Vor allem im höheren Alter und mit wachsender Pflegebedürftigkeit ist zwischen informellen und formellen sozialen Netzwerken zu unterscheiden.

## Informelle soziale Netzwerke

Das informelle soziale Netzwerk besteht aus Familienangehörigen, Freunden, Bekannten, Arbeitskollegen und Nachbarn (Netz et al., 1996, S. 45). Durch das Versterben von Angehörigen und Freunden, durch Wohnortwechsel der eigenen Kinder, der Nachbarn oder Bekannten, aber auch durch den Zuwachs von Enkelkindern verändert es sich laufend. Diese Veränderungen können im hohen Alter zu einer Abnahme der potentiellen Helfer in Krisen- und Krankheitssituationen führen. Trotz der beschriebenen Entwicklung wird der grösste Teil der Pflegebedürftigen noch immer zuhause betreut, meist von Töchtern oder Schwiegertöchtern (Netz, 1996).

## Formelle soziale Netzwerke

Als formelle Netzwerke werden die Versorgungssysteme bezeichnet, die nicht aus dem informellen Bezugsnetz hervorgehen, sondern von externen Organisationen gestellt werden. Zum formellen Netzwerk älterer Menschen gehören Angestellte des Gesundheitswesens (Ärzte, Krankenschwestern, Pflegendе u.a.m.), die eher auf die medizinisch-psychiatrische Versorgung und Behandlung ausgerichtet sind, und Angestellte des Sozialwesens (z.B. Nachbarschaftshilfe, Spitex), die sich in erster Linie um die häusliche Versorgung kümmern. Auch die vielfältigen Angebote von Kirchen, Wohlfahrtsverbänden und verschiedenen privaten Trägerschaften werden zum formellen Netzwerk gezählt (Netz, 1996).

Die Beziehungen, die durch das Projekt „more...“ vermittelt wurden, lassen sich zumindest in der ersten Phase der Kategorie der formellen Netzwerke zuordnen. Mit wachsender Nähe zwischen Besuchern und Besuchten und mit abnehmender Straffheit des Projektrahmens verschwimmen jedoch die Grenzen, so dass sich die Beziehung zwischen den Partnern nicht mehr ohne weiteres dieser oder jener Kategorie zuordnen lässt. Es ist davon auszugehen, dass sich zumindest in einigen Fällen eine enge, freundschaftliche Beziehung anbahnt, die nicht mehr nur rein dienstleistenden Charakter besitzt.

### 3.3.2 Netzwerkorientierte Interventionen

Der Begriff netzwerkorientierte Intervention bezieht sich auf von aussen eingeleitete Massnahmen, die eines oder mehrere für den Empfänger und seine Bedürfnisse bedeutsame Netzwerkmerkmale verändern (z.B. Netzwerkgrösse, Kontakthäufigkeit) und dadurch einen Einfluss auf das Wohlbefinden der betreffenden Person ausüben (Gottlieb, 1988). Dies kann – wie im vorliegenden Projekt – die Schaffung neuer Netzwerkbeziehungen bedeuten, oftmals werden aber auch bereits bestehende Beziehungen gestützt (z.B. Angehörigenberatung oder Netzwerktherapie).

Netzwerkorientierte Interventionen bergen – gerade in der heutigen Gesellschaft – ein grosses Potential in sich. Sie wenden sich gegen rein individualisierende, medizinische Sichtweisen und beziehen natürliche gesellschaftliche Hilfepotentiale in ihr Vorgehen mit ein. Studien haben gezeigt, dass gerade Personen, die unter überdurchschnittlichen Belastungen leiden, besonders stark von Netzwerkinterventionen profitieren (Röhrle & Sommer, 1998). Heller und Rook (1997) weisen jedoch darauf hin, dass Netzwerkinterventionen nicht immer nur positive Auswirkungen haben. Vielmehr finden sich in sozialen Beziehungen stets positive und negative Anteile; gerade Besuche bei kognitiv beeinträchtigten alten Menschen können für beide Seiten gelegentlich auch belastend sein. Nach Nestmann (2000) müssen für eine förderliche Netzwerkintervention folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Freiwilligkeit der Teilnahme und weitgehende Partizipation der Zielgruppen an Planung, Realisierung und Auswertung des Programms
- Sicherung der Erweiterung von persönlichen Entfaltungsmöglichkeiten auf beiden Seiten; Verhindern von zu starken Abhängigkeiten
- Aufrechterhaltung eines zumindest teilweise funktionierenden Geber- und Nehmer-Verhältnisses um die Würde des ‚Hilfempfängers‘ zu wahren
- Sorgfältige Auswahl und gute Aus- und Weiterbildung der Unterstützungsgeber



### 3.3.3 Soziale Unterstützung im Alter

Unter ‚sozialer Unterstützung‘ verstehen Schwarzer & Leppin (1989) die nutzbringenden Auswirkungen sozialer Beziehungen auf das Individuum. Während der Begriff des sozialen Netzwerks wertneutral ist, impliziert der Ausdruck Unterstützung bereits einen positiven Effekt. Dieser ist jedoch keinesfalls gesichert, denn die Auswirkungen sozialer Unterstützung hängen von der Art der Belastung, der Quelle und der Angemessenheit der Unterstützungsformen ab (Erlemeier, 1995).

Die soziale Unterstützung ist ein mehrdimensionales Konzept. Schwarzer & Leppin (1989) unterscheiden sechs Arten der sozialen Unterstützung: Emotionale Unterstützung, Zusammensein bzw. positiver sozialer Kontakt, instrumentelle Unterstützung, informationelle Unterstützung, Bewertungs- und Einschätzungsunterstützung sowie Status Support.

Im Alter sind die emotionale Unterstützung (z.B. Wertschätzung, Gefühl der Zugehörigkeit, Hilfe bei der Lebensbewältigung) und die instrumentelle Unterstützung (z.B. Hilfe im Haushalt, Mobilitätshilfen, pflegende Leistungen) von besonderer Wichtigkeit. In den Beziehungen von kognitiv beeinträchtigten alten Menschen spielen der emotionale Rückhalt, die vertrauensvolle Aussprache und die Kommunikation eine bedeutendere Rolle als die instrumentelle Unterstützung (Netz et al., 1996). Im Rahmen des Projekts „more...“, wurde in erster Linie emotionale Unterstützung geleistet. In den Besuchsstunden fanden die Freiwilligen genügend Zeit, um auf die Bedürfnisse der von ihnen Betreuten individuell einzugehen.

Badr, Acitelli, Duck und Carl (2001) unterscheiden drei Levels der sozialen Unterstützung: den individuellen Level, der der Perspektive des Empfängers entspricht, den dyadischen Level, der die Beziehung zwischen Geber und Nehmer bezeichnet, und den Gruppenlevel bzw. das gemeinsame soziale Netzwerk des Gebers und Empfängers. Auswirkungen der sozialen Unterstützung sollten daher aus diesen drei Perspektiven betrachtet werden.

### 3.3.4 Erhaltene versus wahrgenommene Unterstützung

Eine weitere wesentliche Unterscheidung, die vorzunehmen ist, betrifft die tatsächlich erhaltene und die subjektiv wahrgenommene Unterstützung. Erhaltene Unterstützung wird bei Interaktionen real geleistet; sie lässt sich somit objektiv beobachten und quantifizieren, während wahrgenommene Unterstützung gleichzusetzen ist mit dem Ausmass der subjektiven Überzeugung, unterstützt zu werden (Schwarzer & Leppin 1997).

Die wahrgenommene Unterstützung ist das wohl meistuntersuchte Unterstützungskonstrukt. Wichtig ist dabei das Gefühl, geliebt, geschätzt und sicher in ein soziales Netzwerk eingebettet zu sein. Die wahrgenommene Unterstützung übt einen bedeutend grösseren Einfluss auf das Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit der betreffenden Person aus als die objektiv erhaltene Unterstützung (Laireiter, 1993; Schwarzer & Leppin 1989, 1997). Das nachfolgende Modell (basierend auf Sarason, Sarason & Gurung, 2001) zeigt auf, wie stark persönliche Wahrnehmungs- und Verarbeitungsprozesse den Effekt sozialer Unterstützung beeinflussen und wie komplex die diesbezüglichen Zusammenhänge sind.

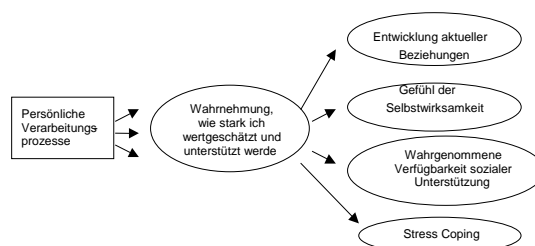


Abbildung 1 Beeinflussung persönlicher Wahrnehmungs- und Verarbeitungsprozesse auf den Effekt der sozialen Unterstützung (Sarason, Sarason & Gurung, 2001)

### 3.3.5 Auswirkungen sozialer Unterstützung im Alter

Generell konnte anhand verschiedener Untersuchungen eine positive Auswirkung der sozialen Unterstützung auf das psychische Wohlbefinden älterer Menschen nachgewiesen werden. Dies trifft in besonderem Masse auf die emotionale Unterstützung zu, eine Variabel, die sich vor allem als Stress-Puffer erwiesen hat (Schwarzer & Leppin, 1997). Soziale Unterstützung ist jedoch nur dann wirksam, wenn sie von den Personen, an die sie sich richtet, auch positiv wahrgenommen und gewertet wird. Bei niedriger sozialer Unterstützung im Alter steigt das Risiko psychischer Störungen, insbesondere mehren sich depressive Symptome (Brugha, 1995; Esser & Vitaliano, 1988; Kessler & McLeod, 1985). Die Käferberg-Besucherstudie (Albrecht & Oppikofer, 2000) wies eine wesentliche Steigerung des Wohlbefindens dementer älterer Menschen durch soziale Unterstützung in Form von regelmässigen Besuchen nach. Im umgekehrten Sinn ermittelte die Berliner Altersstudie (Wagner et al., 1996), dass Betagte, denen es nicht oder kaum mehr möglich war, Zärtlichkeiten auszutauschen oder einfach nur mit vertrauten Menschen zusammen zu sein, vermehrt unter Einsamkeitsgefühlen litten. Dabei spielte die effektive Grösse des sozialen Netzes nur eine sehr untergeordnete Rolle.

### 3.3.6 Soziale Unterstützung und Betreuung zuhause lebender, kognitiv beeinträchtigter älterer Menschen

Rund vier Fünftel der mittelgradig bis schwer Dementen werden immer noch von ihren Angehörigen betreut; nur ein Fünftel lebt in Pflegeheimen (Bergener, 1998). Folgende drei Argumente sprechen für eine Betreuung zuhause (Netz et al., 1996):

*Ethisch-humanitäres Argument:* Eine möglichst selbstbestimmte und eigenständige Lebensführung in einem unterstützenden privaten Umfeld entspricht einem menschlichen Grundbedürfnis.

*Effektivitäts-Argument:* Infolge der Eigenart des Hilfesuchverhaltens dementer älterer Menschen ist eine Behandlung und Versorgung im privaten Kontext oft vorteilhafter und wirkt sich günstiger auf den Krankheitsverlauf aus als eine Heimeinweisung.

*Kostenargument:* Eine ambulante Betreuung ist sowohl für den Betroffenen – respektive für dessen Angehörige – als auch für den Staat kostengünstiger als eine Heimeinweisung.

Die Betreuung zuhause soll die Selbständigkeit älterer Menschen und ihre aktive Teilnahme an der Umwelt fördern. Allerdings ist zu beachten, dass auch in einem ambulanten Rahmen Gefahren wie soziale Isolation, Gettoisierung und Unterstimulation bestehen. Eine gute Behandlung und Versorgung kognitiv beeinträchtigter älterer Menschen hängt gleichermassen vom Umfang und der Qualität des informellen und des formellen sozialen Netzwerks ab (Netz et al., 1996). Deshalb ist es besonders wichtig, dass einsame, zuhause lebende, kognitiv beeinträchtigte ältere Menschen zusätzliche soziale Unterstützung erhalten, beispielsweise in Form von Besuchen durch Freiwillige.

## 3.4 Soziale Beziehungen

*Kein Mensch ist eine Insel für sich selbst. – UNBEKANNT*

Praktisch jeder Mensch muss sich – zumindest zu gewissen Zeiten und in heiklen Situationen – vertrauensvoll an einen anderen Menschen wenden können. Gerade wenn wir in einer Notlage sind, benötigen wir Kontakte und soziale Unterstützung. Dieses Bedürfnis, sich anderen Menschen oder Personengruppen anzuschliessen, wird als Affiliation bezeichnet (Buunk, 2001).

Die Equity-Theorie postuliert, die Zufriedenheit in einer Beziehung sei nur dann gross, wenn das Verhältnis zwischen Geben und Erhalten ausgewogen sei (Hatfield, Utne & Traupmann, 1979). Vor diesem Hintergrund ist nun von Interesse, ob bzw. unter welchen Umständen auch die Freiwilligen von der Beziehung zum Besuchten profitieren, so dass es zu einem ausgeglichenen Austausch kommt.

Ist es überhaupt möglich, in einer durch ein Projekt vorgegebenen Konstellation eine freundschaftliche, ausgeglichene Beziehung aufzubauen und aufrechtzuerhalten? Clark & Pataki (1995) beschreiben in diesem Zusammenhang vier Theorien, die eine Erklärung dafür bieten könnten, weshalb solche Beziehungen tatsächlich funktionieren.

### **Soziale Normen**

Gemeinsame soziale Normen vermögen eine Beziehung aufrechtzuerhalten und garantieren ein gutes Einvernehmen. Clark & Mills (1993) unterscheiden zwischen kommunalen Beziehungen und Austauschbeziehungen. In kommunalen Beziehungen fühlen sich die Personen verantwortlich für das Wohlbefinden des anderen, ohne für erbrachte Dienste eine direkte Entschädigung zu erwarten. Diese Beziehungsstruktur ist vor allem in Familien, Liebesbeziehungen und Freundschaften üblich. Beziehungen dieser Art sind nährend und für das Individuum überaus wichtig. Es ist jedoch praktisch unmöglich, dass jemand für all seine Mitmenschen in dieser intensiven Form da sein kann. Im Gegensatz dazu beruhen Austauschbeziehungen auf der Basis einer Struktur des gleichmässigen Gebens und Erhaltens, ohne dass sich dabei der eine für den anderen verantwortlich zu fühlen braucht.

### **Aufrechterhaltung des Selbstwertes**

Tessers ‚Self-Evaluation Maintenance Model‘ besagt, dass jede Beziehung zu einer Person einen bedeutenden Einfluss auf die Selbstbewertung habe (Baumeister, 1995; Tesser, Millar & Moore, 1988). Das Modell basiert auf zwei dynamischen Prozessen: der Rückstrahlung und den sozialen Vergleichsprozessen. Beide Prozesse sind abhängig von der Enge der Beziehung und dem Erfolg des Beziehungspartners. Bei der Rückstrahlung wirkt sich der Erfolg des anderen positiv auf den eigenen Selbstwert aus, z.B. bei einer Bekanntschaft mit einer berühmten Person. Beim sozialen Vergleich funktioniert der Wirkmechanismus genau umgekehrt: So besagt die Theorie der sozialen Vergleichsprozesse von Festinger (1954), dass Personen ihren Selbstwert stärken, indem sie sich mit weniger erfolgreichen Personen vergleichen. Der Einfluss eines solchen Vergleichs auf den Selbstwert der vergleichenden Person ist umso stärker, je näher ihr die verglichene Person steht. Je bedeutender eine bestimmte Fähigkeit für eine Person ist, desto öfter operiert sie auf der Basis von Vergleichen mit anderen (Tesser et al., 1988). Demnach ist es also weniger selbstwertschädigend, wenn eine fremde Person in Belangen, die dem Betreffenden wichtig erscheinen, besser abschneidet als eine ihm sehr nahestehende Person. Aus diesem Grund ist man auch eher dazu bereit, einer entfernteren Person in solchen Belangen zu helfen. Diese Theorie vermag bis zu einem gewissen Grad zu erklären, weshalb jemand motiviert sein kann, eine völlig fremde Person zu unterstützen. Zudem erscheint es vor diesem Hintergrund plausibel, dass sich eine ‚Helfer-Beziehung‘ zu einer engeren Beziehung entwickeln kann, stärkt sie doch den Selbstwert der helfenden Person (Baumeister, 1995).

### **Erfahren von Emotionen**

Nach dieser Theorie erweisen sich Beziehungen als umso enger, je stärker sich die Beziehungspartner beeinflussen. Die Theorie geht davon aus, dass sich bei jeder Person typische, organisierte Handlungsabläufe abspielen, und zwar automatisch. Wird die Person bei einem solchen Handlungsablauf unterbrochen, so löst dies in ihr Emotionen aus. Je nachdem, ob sich die Unterbrechung fördernd oder hindernd auf den Handlungsablauf auswirkt, resultieren daraus positive oder negative Emotionen. Je mehr Emotionen jedoch in eine Beziehung investiert werden, desto enger wird diese Beziehung und desto schwieriger dürfte es sein, sie zu beenden (Clark & Pataki, 1995).

### **Investition in eine Beziehung**

Das zentrale Element dieser Theorie ist die Bindung. Je mehr sich eine Person mit einer anderen verbunden fühlt, umso mehr investiert sie in diese Beziehung und umso stärker bemüht sie sich, diese Beziehung aufrechtzuerhalten. Die Bindung erweist sich dann als stark, wenn der Zufriedenheitsgrad und die Investitionen hoch sind und wenn daneben wenige gleichwertige Beziehungen bestehen.

Die verschiedenen erläuterten Theorien lassen sich als eine Art Puzzle betrachten, welches das Funktionieren von Beziehungen in ihrem Zusammenspiel zu erklären vermag. In diesem Lichte sind auch die von den Freiwilligen neu zu flechtenden Beziehungen zu den Besuchten zu betrachten. Welche Form der Beziehungsgestaltung am ehesten zutrifft, dürfte von Fall zu Fall unterschiedlich sein. Clark & Pataki (1995) verweisen darauf, dass die oben erwähnten Theorien längst nicht vollständig seien. Die dargelegten Gedankengänge lassen jedoch den Schluss zu, dass eine Beziehung, die sich aus einer Helferperspektive heraus entwickelt, sehr wohl zu einem befriedigenden Austausch führen und somit auch längerfristig aufrechterhalten werden kann. Unterstützend sind dabei sicher gemeinsame soziale Normen, ein Verbundenheitsgefühl und gegenseitiger emotionaler Austausch. Gemäss den obenstehenden Theorien kann die im Projekt „more...“ vorgenommene gezielte Zuteilung der Besuchten zu den Besuchern – nach gemeinsamen Hobbies, Geschlecht, Beruf, etc. – die Bildung einer Beziehung unterstützen.

### 3.5 Lebensqualität und Wohlbefinden

*"The best and most beautiful things in the world cannot be seen nor touched...but felt in the heart."* – HELEN KELLER

#### 3.5.1 Lebensqualität

Historisch lassen sich zwei wissenschaftliche Traditionen unterscheiden, die sich mit der Konzeptualisierung und Messung von Lebensqualität beschäftigen: Die eine hat ihren Ansatz in den objektiven Lebensbedingungen und hält demnach objektive Aspekte für massgeblich für die Lebensqualität; die andere hingegen orientiert sich an subjektiven Aspekten, nimmt also das individuelle Urteil der betreffenden Person über die eigene Lebenssituation als Basis für eine Definition (Noll & Schöb, 2001).

Der auf objektiver Lebensqualität basierende Ansatz beruht auf dem Konzept der Ressourcen. Lebensqualität wird in diesem Kontext als das Ausmass verstanden, in dem einer Person mobilisierbare Ressourcen zur Verfügung stehen, mit deren Hilfe sie ihre Lebensbedingungen in bewusster Weise und zielgerichtet beeinflussen kann (Erikson, 1974). Das Ausmass der Lebensqualität hängt somit von objektiven Merkmalen respektive von den vorhandenen Ressourcen ab. Als handlungsrelevante Ressourcen gelten im Allgemeinen: Einkommen und Vermögen, Gesundheit und körperliche Leistungsfähigkeit, mentale Kapazitäten, soziale Netzwerke sowie die Ausstattung der Wohnung und die Infrastruktur des Wohnumfelds.

In der vorliegenden Untersuchung werden integrative Ansätze angewendet, in denen sowohl objektive als auch subjektive Aspekte der Lebensqualität berücksichtigt werden.

#### Lebensqualität im Alter

Wesentliche Determinanten der Lebensqualität im hohen Alter sind die psychische und physiologische Grundbefindlichkeit, der allgemeine Gesundheitszustand und die geistige Leistungsfähigkeit, nicht zuletzt aber auch die für diese Lebensphase charakteristischen Veränderungen in den Lebensumständen.

Gerade in der Alterswissenschaft zeigt es sich immer wieder, dass sich die Lebensqualität aus der Perspektive des betreffenden Individuums anders darstellt als aus der Sicht Aussenstehender: Bei der Beurteilung eines identischen Sachverhaltes unterscheiden sich die Fremd- und die Selbstperspektive in den meisten Fällen erheblich (Filipp, 2001). Daher sollte weniger die Meinung von Experten als vielmehr die subjektive Bewertung der eigenen Lebenslage durch die betroffenen Personen die Grundlage für die Einschätzung von Lebensqualität bilden. Aufgrund dieser Überlegungen hat man sich in der psychologischen Forschung darauf geeinigt, bei der Ermittlung der Lebensqualität im Alter verschiedene Facetten der ‚subjektiven Einschätzung‘ mit zu berücksichtigen (Meier, 1999; Lawton, 1997).

### 3.5.2 Wohlbefinden

Wohlbefinden wird oft mit Lebenszufriedenheit, Glück, positiver Lebenshaltung, adaptivem Verhalten u.a.m. gleichgesetzt. Obwohl diese Begriffe hoch miteinander korrelieren, hebt jeder von ihnen einen andern Aspekt hervor (Mayring, 1987). Häufig wird Wohlbefinden auch als Teil des psychischen Befindens betrachtet, welches seinerseits eine Dimension des Konzeptes ‚Lebensqualität‘ darstellt. Bis anhin existiert jedoch keine allgemein akzeptierte Definition des Begriffs ‚Wohlbefinden‘.

Becker (1991) unterscheidet auf einer Metaebene ein aktuelles und ein habituelles Wohlbefinden. Im Gegensatz zum aktuellen Wohlbefinden handelt es sich beim habituellen Wohlbefinden um einen relativ stabilen Zustand. Das habituelle Wohlbefinden hängt von der relativen Stabilität der persönlichen wie auch der Umweltbedingungen ab (Perrig-Chiello, 1997).

Gemäss Mayring (1987) und anderen Autoren lässt sich das Konzept ‚Wohlbefinden‘ nach vier Aspekten differenzieren: Freisein von subjektiven Belastungen, Gefühl der Freude, längerfristiges Glücksgefühl und Lebenszufriedenheit als Ergebnis einer positiven Lebensbilanz. Ausserdem wird üblicherweise zwischen dem subjektiven und dem objektiven Wohlbefinden differenziert. Beim subjektiven Wohlbefinden wird meistens unterschieden zwischen der affektiven Seite – mit ihrer positiven Valenz (Freude, Glück) sowie ihrem negativen Pendant (Freisein von subjektiver Belastung) – und der kognitiven Seite, die mit dem Begriff der Lebenszufriedenheit umschrieben wird (Mayring, 1991). Freisein von negativen Gefühlen ist jedoch nicht einfach als Kehrseite zu positiven Gefühlszuständen zu verstehen; vielmehr handelt es sich hier um zwei relativ unabhängige Komponenten des subjektiven Wohlbefindens (Erlemeier, 1998).

Perrig-Chiello (1997) ersetzt den sonst üblichen Begriff ‚subjektives Wohlbefinden‘ durch ‚allgemeines Wohlbefinden‘, da nie von einer objektiven, ‚wahren‘ Befindlichkeit gesprochen werden könne, wohl aber von objektiven Indikatoren von Gesundheit, Autonomie sowie geistiger und körperlicher Leistungsfähigkeit.

Allgemeines Wohlbefinden umfasst nach Perrig-Chiello (1997) physische, psychische und soziale Komponenten, welche je nach Lebensentwicklungskontext unterschiedlich gewichtet werden. Die Basis für das allgemeine Wohlbefinden liegt gemäss der Autorin im körperlichen Bereich und spiegelt die ursprünglichen Bedürfnisse des Menschen nach Sättigung, Wärme, Schmerzfreiheit und physischem ‚Versorgtsein‘ wider. Ergänzt werden die grundlegenden physischen Bedürfnisse des Wohlbefindens durch psychische Aspekte, wie das Bedürfnis nach Geborgenheit, Glück, Zufriedenheit und Kontrolle über die Umwelt (z.B. in Form des Bedürfnisses, Ursache-Wirkungsketten zu durchschauen). Unter sozialem Wohlbefinden ist das Bedürfnis nach Dazugehörigkeit, Partizipation sowie Geben und Nehmen zu verstehen.

Diese Dimensionen des Wohlbefindens sind nicht als eigenständige Grössen aufzufassen, sondern vielmehr als verschiedene Ausprägungen des allgemeinen Wohlbefindens, bei dem es sich üblicherweise um einen habituellen Gleichgewichtszustand handelt, der je nach Kontext vorübergehend gestört sein kann und der das Resultat eines ganzen Ursachennetzes bzw. einer komplexen Ressourcennutzung darstellt. Wohlbefinden stellt sich jedoch nicht einfach ohne eigenes Zutun ein, sondern ist vielmehr das Produkt aktiver Auseinandersetzung mit den Anforderungen des Lebens (Erlemeier, 1998).

#### Wohlbefinden im Alter

Zum Zusammenhang zwischen Alter und allgemeinem Wohlbefinden liegen inkonsistente Befunde vor (Filipp, 2001). Einige Studien belegen, dass die Höhe des allgemeinen Wohlbefindens mit dem Alter nicht ab-, sondern eher zunehme; andere Studien verweisen darauf, dass das Wohlbefinden im Alter geringer sei, und wiederum andere Studien finden keinerlei (im Querschnitt ermittelte) Altersdifferenzen. Diese Inkonsistenz der Befunde scheint für die Stabilität, zumindest aber gegen die Abnahme des allgemeinen Wohlbefindens im Alter zu sprechen.

In jedem Fall ist davon auszugehen, dass sich das Wohlbefinden bis ins hohe Alter durch grosse interindividuelle Unterschiede kennzeichnet (Staudinger, Freund, Linden & Maas, 1996). Intrapsychische Mechanismen zur Stützung des Wohlbefindens sind mit Sicherheit bis ins hohe Alter wirksam, doch finden sie angesichts der existenziellen Belastung ihre Grenzen.

Perrig-Chiello (1997) stellt fest, dass ältere Menschen den drei Aspekten des Wohlbefindens einen anderen Stellenwert beimessen als jüngere. So sei beispielsweise das soziale Wohlbefinden zwar auch für ältere Menschen ein wichtiger Faktor, doch werde ihr sozialer Aktionsradius kleiner und ihre gesellschaftliche Einflussnahme sei nicht mehr so existentiell wie zu Zeiten der Berufsausübung.

Bei alten Menschen findet nach Perrig-Chiello (1997) insbesondere auch eine Bedeutungsverschiebung bezüglich des psychischen Wohlbefindens statt: Diese Menschen würden den Sinn des Lebens neu definieren und sie seien bemüht, die Kontrolle über ihr eigenes Denken und Tun zu wahren. Zudem komme der bisherigen Biographie im Alter eine grosse Bedeutung zu, lebten doch alte Menschen weitgehend von Erinnerungen. Demnach hätten Reminiszenzen, seien sie nun mit positiven oder negativen Gefühlen verbunden, eine besondere Bedeutung für das aktuelle Wohlbefinden. Die zeitliche Dimension spiele insofern eine wichtige Rolle, als bei vielen alten Menschen das aktuelle psychische Wohlbefinden überschattet werde von Ängsten vor einer ungewissen, unkalkulierbaren Zukunft.

Perrig-Chiello unterteilt die Komponente des psychischen Wohlbefindens in die drei Dimensionen: Lebenszufriedenheit, Lebenssinn und Kontrolle.

Die Dimension ‚Lebenszufriedenheit‘ versteht sie hauptsächlich im kognitiven Sinne: nämlich als persönliche Einschätzung des eigenen Lebens, gemessen an internen und externen Normen (intra- und interpersonale Vergleiche), als Bilanzierung von Positivem und Negativem. Der Lebenssinn wird als zentral für das psychische Wohlbefinden älterer Menschen erachtet (Ryff & Singer, 1998): Ein Individuum mit positiver psychischer Befindlichkeit hat Ziele und Aufgaben vor Augen und sucht Herausforderungen, was zu einem Gefühl der subjektiven Bedeutsamkeit beiträgt. Unter ‚Kontrolle‘ versteht Ryff (1989) Selbstdeterminiertheit, ein Gefühl der Kontrolle über die Umwelt, die Fähigkeit, einen Lebenskontext zu schaffen, der den eigenen Bedürfnissen entspricht, ferner eigenständiges Denken und Handeln (vgl. Brunstein, 1999; Closs & Kempe, 1986).

### **3.5.3 Wohlbefinden im Alter und soziale Aktivität**

Der Zusammenhang zwischen Wohlbefinden und sozialer Aktivität ist bereits vielfach untersucht worden. Im Folgenden sollen die vier gängigsten Theorien zu dieser Thematik kurz erläutert werden: die Disengagementtheorie, die Aktivitätstheorie, die Kontinuitätstheorie und die sozioemotionale Selektivitätstheorie.

#### **Disengagementtheorie**

Die zentrale Aussage der Disengagementtheorie lautet, dass der Rückzug älterer Menschen aus sozialen Rollen, Aktivitäten und Verpflichtungen einerseits einem altersbedingten, natürlichen Bedürfnis nach einer neuen ‚psychischen Oekonomie‘ entspreche und andererseits dem Anliegen der Gesellschaft entspringe, alte Menschen von bestimmten sozialen Verpflichtungen und Aktivitäten freizustellen. Nach diesem wechselseitigen Prozess sollte es zu einem neuen Gleichgewicht zwischen Individuum und Gesellschaft kommen – einer Balance, die nun eine neue Qualität aufweise. Ein gelungenes Disengagement im Sinne einer Interessenkonkordanz zwischen Individuum und Gesellschaft könne durchaus zu Wohlbefinden im Alter führen (Erlemeier, 1997, S. 145).

#### **Aktivitätsthese**

Im Gegensatz zur Disengagementtheorie ist laut der Aktivitätsthese (ursprünglich von Havighurst & Albrecht, 1953) nur derjenige Mensch im Alter zufrieden, der weiterhin aktiv sein kann, noch zu Leistungen fähig ist und in seinem Lebensumfeld weiterhin gebraucht wird.

Die Fortsetzung bzw. Aufrechterhaltung des Aktivitätsniveaus der mittleren Lebensjahre sei demnach die wichtigste Voraussetzung für hohes Wohlbefinden im Alter.

### **Kontinuitätsthese**

Nach der Kontinuitätsthese von Rosow (1974) existieren bezüglich der Zufriedenheit als Ausdruck einer gelungenen Anpassung an das Alter keine allgemein verbindlichen Aktivitäts- oder Disengagementnormen. Eine derartige Anpassung sei vielmehr als Prozess zu verstehen, der den Vergleich mit früheren Lebensphasen impliziere. Älter werdende würden sich darum bemühen, die ihnen sinnvoll erscheinenden Aktivitäten und Kontakte so gut wie möglich weiterzuführen. Die Kontinuität eines aktiven Lebens sei ihnen insbesondere in jenen Bereichen wichtig, die für sie selbstwertstabilisierend und sozial befriedigend seien. Bei einer Diskontinuität infolge eines unerwarteten Ereignisses (z.B. durch eine kognitive Beeinträchtigung) komme es zu einem Bruch in der Lebensführung und somit zu Unzufriedenheit. Dagegen führe Kontinuität – wenn sie subjektiv angestrebt werde – zu Wohlbefinden im Alter.

### **Sozio-emotionale Selektivitätstheorie**

Zu den neueren theoretischen Erklärungsansätzen gehört die sozio-emotionale Selektivitätstheorie von Carstensen (1992). Sie besagt, die Verringerung sozialer Kontakte und die sich verändernden Interaktionsmuster im Alter entstünden durch einen für den älter werdenden Menschen sinnvollen Prozess der qualitativen Umstrukturierung und der Konzentration der sozialen Aktivitäten auf jene Tätigkeiten, von denen er sich den grössten emotionalen Gewinn verspreche. Ausgewählt und gepflegt würden demnach jene sozialen Kontakte, welche mit positiven Erfahrungen verknüpft seien. Interaktionen, die keine positiven Konsequenzen mit sich brächten, würden jedoch gemieden oder allmählich abgebaut. Dieser aktive Selektionsprozess trage zur emotionalen Stabilität und zum Wohlbefinden im Alter bei.

## **3.5.4 Lebensqualität und Wohlbefinden im Alter bei kognitiver Beeinträchtigung**

Mit einer in Zukunft vermutlich noch zunehmenden Lebenserwartung gewinnt auch eine möglichst hohe Lebensqualität und das Wohlbefinden im Alter an Bedeutung (Barofsky, 2001). Die Frage nach der Lebensqualität fällt vor allem dann ins Gewicht, wenn diese beeinträchtigt wird oder verloren zu gehen droht, beispielsweise wenn eine körperlichen Erkrankung mit einer kognitiver Beeinträchtigung zusammenfällt.

Das Krankheitserleben eines kognitiv beeinträchtigten Menschen weist verschiedene Facetten auf. Ältere Personen mit chronischen Beeinträchtigungen werden von anderen Menschen abhängig und verlieren so die Kontrolle über ihr Leben und ihre Zukunft (Meier, 1999). Dementsprechend haben sie einen Verlust an Lebensqualität und Wohlbefinden hinzunehmen.

Im hohen Alter stellen die kognitiven, respektive dementiellen Erkrankungen eine besondere Belastung dar. Zusammenhänge zwischen der Lebensqualität, dem Wohlbefinden und der Demenz sind allerdings aus erschweren messtechnischen Gründen bisher noch nicht so oft untersucht worden. Erst in jüngerer Zeit scheinen sich die Untersuchungen zur Lebensqualität und zum Wohlbefinden Demenzkranker zu mehren. Zu nennen ist etwa die Arbeit von Meier (1995), die anhand einer Untersuchung an nicht hospitalisierten Demenzkranken bestätigen konnte, dass gesunde Alte eine signifikant höhere Lebensqualität haben als Demenzkranke. Dabei waren jedoch – trotz zunehmender Verschlechterung in intellektuellen und verhaltensbezogenen Belangen – keine weiteren Einbussen in der Lebensqualität der dementen Patienten festzustellen. Meier erklärt diesen Schverhalt damit, dass die betreffenden Patienten gelernt hätten, besser mit ihrer Krankheit umzugehen und sie in ihr Leben mit einzubeziehen.

Wettstein, Bielak, Rüegg, Knecht, Christen und Christen (1997) haben speziell für demente institutionalisierte Langzeitpatienten ein Instrument entwickelt, um deren Lebensqualität zu messen, das Zürcher Lebensqualitätsinventar (ZLQI).

Bei der Validierung des ZLQI stellte sich heraus, dass das Wohlbefinden institutionalisierter Langzeitpatienten im Verlaufe der Zeit konstant blieb, selbst wenn sich deren Lebensbedingungen signifikant verschlechterten (zum Beispiel im Falle eines fortschreitenden hirnorganischen Abbaus). Auch in der Berliner Altersstudie (1996) gelangte man zu dem Schluss, dass Demenz nicht signifikant mit Wohlbefinden korreliert, wohl aber mit dem subjektiven Krankheitsgefühl, dem subjektiven Sehvermögen sowie mit der Zufriedenheit hinsichtlich der Finanzen, der sozialen Partizipationen und der zwischenmenschlichen Beziehungen (Wagner et al., 1996). Die betreffende Studie ermittelte ausserdem, dass zwischen dementen und nicht dementen Betagten in Bezug auf deren Wohlbefinden kein Unterschied festzustellen sei (Linden, Mayer, Smith & Staudinger, 1997). Gemäss diesen Ausführungen scheinen also die beiden Prozesse – der kognitive und der emotionale Verlauf einer Demenzerkrankung – in der Regel nicht parallel zu verlaufen.

### 3.6 Arbeit mit Freiwilligen

„Der Begriff Freiwilligenarbeit bezeichnet eine Form von Solidarität, deren vielfältige Wurzeln weit zurückliegen. ... Die Geste der Hilfeleistung an jemanden, dem man nichts schuldet, gilt in den religiösen und philosophischen Traditionen vermutlich sogar als eine der höchsten moralischen Tugenden.“ (Bovay & Tabin, 1998, S. 11).

Zur Bezeichnung der Tätigkeit mit Freiwilligen haben sich verschiedene Begriffe eingebürgert, die im Alltag zum Teil synonym verwendet werden. Bevor auf inhaltliche Aspekte eingegangen wird, sollen daher die vier wichtigsten Begriffe erläutert werden (vgl. Hanhart, 2000).

#### Freiwilligentätigkeit

Wie aus dem Begriff ersichtlich, wird Freiwilligentätigkeit freiwillig ausgeübt, d.h. den eigenen Motiven und Interessen folgend. Zudem wird sie im Rahmen einer vorgegebenen Struktur durchgeführt (z.B. innerhalb einer Non Profit Organisation) und erfolgt stets ohne Entlohnung (abgesehen von einer allfälligen Spesenentschädigung). Da die Freiwilligentätigkeit eine Ergänzung zu anderen Tätigkeiten darstellt, ist sie meist zeitlich beschränkt. Sie wird vorwiegend von Frauen ausgeführt (Hanhart, 2000; Notz, 1999).

#### Bezahlte Laienhilfe

„Laienhilfe als bezahltes Sozialzeit-Engagement besagt, dass für die Ausübung dieser Tätigkeit in der Regel keine spezifischen Fachkenntnisse notwendig sind, wohl aber die erforderlichen Kompetenzen. Die geleistete Arbeit, zum Beispiel als Tagesmutter oder in einem Begleitedienst, wird entschädigt, aber nicht eigentlich entlohnt.“ (Hanhart, 2000, S. 19).

#### Senioren-Expertentätigkeit

„Senioren-Experten nutzen die in ihrer Berufslaufbahn erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten für Projekte im In- und Ausland.“ (Hanhart, 2000, S. 19). Oft sind solche Senioren-Experten ehemalige männliche Führungskräfte, die teilweise als Freiwillige oder gegen ein bescheidenes Entgelt als Fachkräfte tätig sind.

#### Ehrenamt

In der gängigen Literatur wird oft nicht zwischen Freiwilligentätigkeit und Ehrenamt unterschieden. Dies hat folgenden Grund: Ehrenamtliche sind immer auch Freiwillige. Das Ehrenamt unterscheidet sich jedoch in folgenden Punkten von der Freiwilligentätigkeit: Ehrenamtliche werden in den meisten Fällen gewählt (z.B. in Vereinen oder Stiftungen) und sind sehr oft in leitender Position tätig, beispielsweise in Vorständen oder Gremien (etwa als Präsident, Aktuar oder Verwaltungsrat). Bei der ehrenamtlichen Tätigkeit geht es häufig um eine Repräsentation der Organisation nach aussen hin (Hanhart, 2000; Notz, 1999), was oft mit Prestige und Anerkennung verbunden ist. Ehrenämter werden meist von Männern bekleidet und in der Regel neben der Berufsarbeit ausgeführt. Nicht selten werden



dafür erhebliche Aufwandsentschädigungen entrichtet – abgesehen davon, dass Ehrenamtliche vielerorts zum Zwecke der Ausübung ihres Amtes von ihrer beruflichen Arbeit freigestellt werden, nicht selten sogar bei voller Entlohnung (Notz, 1999).

Bei der in dieser Studie geschilderten Arbeit mit Freiwilligen handelt es sich um eigentliche Freiwilligentätigkeit im Sinne der oben stehenden Erläuterung. In der Folge werden die Begriffe Freiwilligentätigkeit, Volunteering und freiwilliges Engagement synonym verwendet.

### 3.6.1 Die Freiwilligentätigkeit

Freiwilligentätigkeit ist als Leistung zu verstehen, die ein Individuum in irgendeiner Form ohne Vorschrift, Zwang oder Zusicherung einer Entschädigung zugunsten des Gemeinwesens erbringt (Ammann, 2001a). Meistens handelt es sich dabei um soziale, gesundheitliche, pflegerische und administrative Dienstleistungen für Menschen, die sich nicht, noch nicht oder vorübergehend nicht selbst helfen können. Die Antriebsfaktoren für Freiwilligentätigkeit sind Freude am Helfen, Anerkennung, Kontaktfreudigkeit, Entwicklung von Fähigkeiten, Prestige, etc. Eine selbstbestimmte Tätigkeit und passende Rahmenbedingungen sind wichtig, um Freiwilligentätigkeit aufrechtzuerhalten und zu fördern (Gropp & Schwark, 1999).

Wehner, Ostendorp & Ostendorp (2002) unterscheiden drei Typen der Freiwilligkeit: die Haus- und Familienarbeit, die ehrenamtliche Tätigkeit bzw. die organisierte Freiwilligentätigkeit und die informelle Freiwilligkeit, worunter die Autoren Hausdienstleistungen in der eigenen Familie und der Nachbarschaft verstehen. In der vorliegenden Untersuchung geht es um den zweiten Typus, die organisierte Freiwilligentätigkeit, die allerdings bei weitem nicht die häufigste Form der Freiwilligentätigkeit ist.

#### Freiwilligentätigkeit früher und heute

Das freiwillige Engagement ist eine in Europa bereits seit Jahrhunderten bestehende Tradition. Doch erfolgte solche Freiwilligentätigkeit früher in erster Linie unter der Ägide von Kirche und Staat. Der Ursprung des staatlich bzw. kirchlich unabhängigen Ehrenamtes führt ins 19. Jahrhundert zurück. Damals wurden – infolge der Auflösung von traditionellen Familien- und Nachbarschaftsstrukturen im Zuge der Industrialisierung und der damit verbundenen ansteigenden Armut und Verelendung – neue Strukturen sozialer Hilfe dringend erforderlich. Aus dieser allgemeinen Notlage heraus entstanden bürgerliche Vereinswesen, die gemeinnützige, soziale und karitative Ziele anvisierten (Gaskin, Smith & Paulwitz, 1996; Wohlfarth, 1995). Im Laufe der Zeit veränderte sich jedoch der Schwerpunkt der Freiwilligentätigkeit. Während früher die Bekämpfung materieller Not eindeutig im Vordergrund stand, sind es heute oftmals seelische Notlagen, die zur Mobilisierung von Freiwilligentätigkeit führen. Zudem haben sich aufgrund neuer Themen – wie Ökologie und Umweltschutz – neue Arbeitsfelder eröffnet. Ferner hat sich das zeitliche Engagement der Freiwilligen gewandelt: Während ehemals dauerhafte Mitgliedschaften bei karitativen Institutionen verbreitet waren, werden heutzutage mit Vorliebe zeitlich befristete Einsätze geleistet (Behr, Liebig & Rauschenbach, 2000; Huber, 1994; Wohlfarth, 1995).

### 3.6.2 Freiwilligentätigkeit mit Betagten

Die Altersarbeit gilt allgemein als das Tätigkeitsfeld für freiwilliges Engagement schlechthin. Die Betreuung von Betagten im Rahmen der Freiwilligentätigkeit ist in mehrfacher Hinsicht bedeutsam. Die steigende Zahl der Betagten und Hochbetagten und die damit verbundene Zunahme gesundheitlicher Probleme und Behinderungen im hohen Alter hat eine vermehrte Nachfrage nach Pflege und Betreuung zur Folge. Zudem entspricht das selbständige Leben im eigenen Heim der allgemein anerkannten Vorstellung von Unabhängigkeit im Alter. Die Autonomie von Betagten wird jedoch durch verschiedene Faktoren beeinträchtigt, insbesondere durch Isolation und Multimorbidität. Der Grad der Abhängigkeit von externen Institutionen steht in direktem Bezug zu den von der Familie und dem Umfeld erbrachten Hilfeleistungen. Inwieweit nun aber die Familie in der Lage ist, einen abhängigen

Betagten zu betreuen, hängt von verschiedenen sozialen und psychologischen Faktoren ab (Bovay & Tabin, 1998).

Freiwillige können in diesem Umfeld drei verschiedene Arten von Hilfeleistungen erbringen (Bovay & Tabin, 1998):

*Besuche:* Besuche bei den Betagten zuhause oder in Alterseinrichtungen erfreuen sich hoher Beliebtheit. Vielerorts existieren Besuchsdienste in Form eines Netzes von Freiwilligen, die in der Regel von Fachpersonen begleitet werden.

*Dienstleistungen:* Verschiedene organisierte Gruppen erbringen Dienstleistungen (z.B. Einkaufen, Mahlzeiten- oder Fahrdienste), die es den Betagten ermöglichen, weiterhin im eigenen Heim zu leben.

*Animation:* Einzelne Personen oder Gruppen leisten regelmässig oder sporadisch Beiträge zur Animation von betagten Menschen, indem sie z.B. Feste, Geburtstagsfeiern, Musikaufführungen oder auch Wanderungen organisieren und durchführen.

### 3.6.3 Potential heutiger Freiwilliger

Laut dem Schweizerischen Bundesamt für Statistik (BFS, 1998) übt jeder vierte Schweizer mindestens eine ehrenamtliche oder freiwillige Tätigkeit in einem Verein, einer Institution oder einer Organisation aus, und jede dritte Person verrichtet mindestens eine nicht-institutionalisierte unbezahlte Arbeit ausserhalb des Haushalts (Hilfe für Verwandte, Bekannte, etc.).

Eine Untersuchung von Bachmann & Bieri (2000) ermittelte, dass sich in der Schweiz fast eine halbe Million Personen im Alter von 15 bis 74 Jahren konkret vorstellen könnten, eine freiwillige Tätigkeit zu übernehmen. Dabei zeigten sich weder regional noch geschlechtlich erhebliche Unterschiede. Die Schweiz verfügt demzufolge über ein grosses, noch weitgehend ungenutztes Potential an Freiwilligen. Einerseits steigt der Anteil der bereits freiwillig Tätigen mit dem Alter an, andererseits ist bei den unter 40-Jährigen bezüglich ihrer Bereitschaft zu Freiwilligentätigkeit ein ausgesprochen hohes Potential vorhanden. Verschiedene Untersuchungen haben überdies gezeigt, dass die generelle Bereitschaft zur Übernahme freiwilliger Tätigkeiten bei Erwerbstätigen und Personen mit höherer Bildung und mittlerem Einkommen am höchsten ist (Lichtensteiner, 1995; Nadai, 1996).

In der vorliegenden Studie wurden dementsprechend gezielt arbeitstätige und pensionierte Personen aus mittelständischen Unternehmen als Hauptzielgruppe der Freiwilligentätigkeit definiert, wobei weder eine Altersgrenze noch geschlechtliche Einschränkungen gemacht wurden.

### 3.6.4 Rekrutierung Freiwilliger

Trotz des offensichtlich grossen Potentials an Freiwilligen gestaltet sich deren Rekrutierung oftmals als schwierig. Daher sollte die Phase der Rekrutierung mit besonderer Sorgfalt und entsprechendem Engagement durchgeführt werden. Da immer mehr Organisationen den Nutzen und Wert der Freiwilligenarbeit erkennen, wird immer stärker um die Gunst von Freiwilligen gebuhlt. Eine ideale Rekrutierungsmöglichkeit besteht nach Bachmann und Bieri (2000) darin, das Interesse von Freiwilligen anhand eines einzigartigen Projekts zu gewinnen. Freiwilligeneinsätze mit projektbezogenem Charakter werden nämlich in der Regel einer langfristigen Bindung an eine Organisation klar vorgezogen. Das Projekt „more...“ hat diesem Bedürfnis Rechnung getragen, indem es den Freiwilligen die freie Entscheidungsmöglichkeit überlässt, ihre Besuche nach der Forschungsphase weiterzuführen oder auch nicht. Gleichzeitig hat es sich durch seine Einmaligkeit eine günstige Ausgangssituation verschafft, um die Freiwilligen erfolgreich anzusprechen.

Die Rekrutierung über persönliche Kontakte gilt weltweit als die erfolgsversprechendste Methode zur Gewinnung neuer Freiwilliger. Aber auch Vermittlungsplattformen, Werbung durch Inserate, Plakate und Handzettel sowie Nutzung von Arbeits- und Berufsnetzwerken werden zum Zwecke der Rekrutierung eingesetzt (Gaskin et al., 1996).

## Motive Freiwilliger

Will man Freiwillige möglichst gezielt ansprechen, ist es von Vorteil, wenn deren Motive und Beweggründe zur Übernahme einer freiwilligen Tätigkeit bekannt sind. Freiwillige, deren Motive und Vorstellungen bei ihrer Freiwilligentätigkeit berücksichtigt wurden, sind bedeutend häufiger bereit, ihre unentgeltliche Tätigkeit fortzuführen als andere (Clary, Snyder, Ridge, Copeland, Stukas, Haugen & Mine, 1998). Die Motive für ein freiwilliges Engagement sind vielfältig und verändern sich im Laufe des Lebens. In der Regel handelt es sich dabei um eine Kombination aus persönlichen, altruistischen und funktionalen Beweggründen. Die wichtigsten Motive in allen Altersgruppen sind ein sinnvoller Einsatz für die Gesellschaft sowie die Chance, Neues zu lernen und dadurch den eigenen Horizont zu erweitern. Jüngere Freiwillige verweisen zudem auf den eigenen Nutzen in Form von sozialen Kontakten, Schulungsmöglichkeiten und Erfahrungen, während Freiwillige im mittleren Lebensalter eher Solidarität und Altruismus in den Vordergrund stellen. Bei älteren Freiwilligen wiederum spielen religiöse Motive, aber auch die Erhaltung der persönlichen Fitness und Flexibilität eine grössere Rolle. Als Grund dafür, warum man keine freiwillige Tätigkeit übernehmen will, wird in erster Linie Zeitmangel genannt (Bachmann & Bieri, 2000; Gaskin et al., 1996; Tietz & Bierhoff, 1996).

### 3.6.5 Einführung und Selektion der Freiwilligen

Auf der einen Seite hat jeder Freiwillige unterschiedliche Vorlieben, Fähigkeiten und Kompetenzen, auf der andern Seite fordert jeder Freiwilligeneinsatz ein besonderes Profil. Daher sollte der Einführung und Selektion von Freiwilligen genügend Gewicht beigemessen werden. Burmeister (2000) schlägt ein Erstberatungsgespräch durch eine Fachperson vor, das dazu dienen soll, die gegenseitigen Grundhaltungen und Motive betreffend dem Freiwilligeneinsatz zu klären. Der Entscheid, ob der Freiwillige die vorgesehene Aufgabe schliesslich übernimmt oder nicht, kann somit im gemeinsamen Gespräch getroffen werden. Damit diese Aussprache problemlos verläuft, sollten die Aufnahmekriterien für das Projekt bereits zum Voraus klar definiert und das Tätigkeitsprofil kurz und konkret formuliert sein. Um Transparenz und Vertrauensbildung zu fördern, ist der Entscheid bei einer Zusage wie auch bei einer Absage auf der Basis der gewonnenen Informationen ‚objektiv‘, ehrlich und offen zu begründen. Dies zeigt den Freiwilligen, dass sie und ihr Hilfsangebot ernst genommen werden (Gaskin et al., 1996). Die interviewende Person sollte ausserdem fähig sein, eine offene Atmosphäre zu schaffen, die es erleichtert, die Anliegen, Anforderungen und Wünsche sowie das Persönlichkeitsprofil und die mit der Aufgabe verbundenen Schwierigkeiten anzusprechen. Ausserdem sollte der Interviewpartner das Tätigkeitsfeld klar umreissen, umfassend orientieren, Entscheidungsspielraum schaffen, aber auch Grenzen und Verbindlichkeiten festlegen und die Freiwilligen nicht zuletzt auch wieder gehen lassen können (Burmeister, 2000; Gaskin et al., 1996).

In der vorliegenden Studie wurde bei der Rekrutierung und Selektion der Freiwilligen auf folgende Kriterien geachtet: Verantwortungsbewusstsein und Zuverlässigkeit; Offenheit, Kritik- und Konfliktfähigkeit; forderungsloses Angehen der Freiwilligentätigkeit; Bereitschaft, die eigenen Persönlichkeitsgrenzen und diejenigen der Betreuten wahrzunehmen und zu respektieren; Männer wurden für genau so geeignet betrachtet wie Frauen, und es wurden Helfer aus möglichst allen Alterskategorien gewonnen.

### 3.6.6 Ausbildung Freiwilliger

*There is only one thing worse than training your volunteers and having them leave – and that's not training them, and having them stay. – UNBEKANNT*

Freiwillige möchten ihr Wissen und ihre Lebenserfahrung in ihr Engagement einbringen. Sie wollen Verantwortung übernehmen und über einen gewissen Grad an Selbstbestimmung verfügen. Dazu müssen entsprechende Rahmenbedingungen geschaffen werden. Eine gute Schulung und Begleitung sowie eine klare Abgrenzung zu den Aufgaben und Pflichten von professionell Tätigen wird in diesem Zusammenhang immer wichtiger (Bachmann & Bieri, 2000). Verschiedene Studien zeigten, dass Ausbildung und Supervision zentrale Komponenten in jedem Besuchsprogramm sein sollten (Eckenrode & Hamilton, 2000). Denn nur ein gut vorbereiteter Freiwilliger fühlt sich seiner Aufgabe gewachsen und kann kompetent mit seinem Auftrag umgehen. Damit steigert sich auch seine Freude an der Tätigkeit und seine Motivation. Dedi Rüegg & Hitz (2000) definieren drei wichtige Ausbildungsschwerpunkte, die bei Freiwilligen zu beachten sind:

1. *Die Beschreibung der Aufgabe, ein Gespräch über die gegenseitigen Erwartungen und die damit verbundene Verantwortung*

Im Projekt „more...“ wurde dies durch eine Informationsveranstaltung und ein persönliches Gespräch über die Motive und Interessen des Besuchers sowie durch einen Besuchervertrag erfüllt.

2. *Das Kennenlernen der Organisation und ihrer Mitarbeitern*

Sowohl an der Informationsveranstaltung als auch anlässlich der Schulung und Weiterbildung stand den Besuchern die Gelegenheit offen, Projektmitarbeiter und andere Freiwillige kennen zu lernen. Die einzelnen Aufgabenbereiche der Organisatoren wurden in der Besuchermappe festgehalten.

3. *Die persönliche Einführung in die Aufgaben*

Die Besucher wurden anlässlich der Schulung in ihre Aufgabe eingeführt; sie erhielten Informationen über die Besuchten und wurden über kognitive Beeinträchtigungen sowie über deren Auswirkungen aufgeklärt. Bei ihrem ersten Besuch wurden sie von einer Fachkraft der Spitex persönlich begleitet.

### 3.6.7 Supervision und Weiterbildung Freiwilliger

„Gute, helfende Beziehungen und der sorgfältige, respektvolle Umgang mit unterschiedlichsten Menschen sind für professionelle und freiwillige Mitarbeiter eine ständige Herausforderung und Gegenstand eines nie endenden Lernens.“ (Dedi Rüegg & Hitz, 2000, S. 142). Aus diesem Grund und da gerade im Bereich der Freiwilligentätigkeit eine hohe Gefahr besteht, enttäuscht oder ausgebrannt zu werden oder aber seine Macht zu missbrauchen, ist eine gezielte, fachlich begleitete Weiterbildung und Supervision wichtig (Eckenrode & Hamilton, 2000).

Die Aus- und Weiterbildung dient jedoch nicht nur zur Qualifikation Freiwilliger, sondern stellt auch eine Form der Anerkennung und Gegenleistung für erwiesene Dienste dar (Wolf, 1997). Die Autorinnen vertreten die Ansicht, Freiwilligentätigkeit sollte wenn immer möglich nicht durch materielle Vergünstigungen (z.B. Spesenentschädigungen) entgolten werden; ansonsten besteht die Gefahr, dass die intrinsische Motivation zu helfen durch den extrinsischen Anreiz der monetären Belohnung abgeschwächt wird (McGraw, 1978; Rosenstiel, 2000). Freiwillige sollten primär aus eigenem Antrieb motiviert sein, wobei diese Eigenmotivation durch Anerkennung, professionelle Begleitung und Fortbildung zu unterstützen ist.

Supervision ist als spezifische Beratungsmethode zur Reflexion professionellen Handelns zu verstehen (Kersting, 1992). In diesem Zusammenhang soll sie den Besuchern dazu dienen, ihre Erlebnisse zu reflektieren, auszutauschen und zu verarbeiten. Damit führt sie zur Qualitätssteigerung

der Besuche und kommt letztlich sowohl den Besuchern als auch den Besuchten zugute. Zudem kann das Gefühl des Rückhalts in einer Gruppe gleichgesinnter Menschen mit ähnlichen Problemen sehr hilfreich und förderlich sein. Ein guter Gruppenzusammenhalt unter den Besuchern vermag das Engagement und die Zufriedenheit mit den Besuchen durchaus zu steigern (Gamber, 1996). Unter Berücksichtigung der Kriterien von Bechter (1999) wurde beim Projekt „more...“ darauf geachtet, dass die Gruppengrösse der Besucher maximal 25 Personen betrug, die Supervision regelmässig einmal monatlich stattfand und die Dauer von 1,5 Stunden nicht überstieg.

## 3.7 Freiwilligentätigkeit in Unternehmen

In unserem Kulturraum herrscht in den meisten Debatten um die Freiwilligentätigkeit die Ansicht, freiwilliges Engagement falle ausschliesslich in den Bereich der Nichterwerbstätigkeit und sei dementsprechend auch dort zu fördern. So wird denn die Frage, ob Freiwilligentätigkeit durch wirtschaftliche Unternehmen gefördert und gestützt werden kann, in Deutschland und der Schweiz noch selten gestellt (Bartjes & Janning, 2000). In den USA jedoch ist diese Form der Zusammenarbeit mit Unternehmen schon lange weit verbreitet. In der Folge wird daher für diese Art Engagement der in den USA übliche Begriff ‚Corporate Citizenship‘ verwendet.

### 3.7.1 Corporate Citizenship

Unter Corporate Citizenship wird „das gesamte koordinierte, einer einheitlichen Strategie folgende und über die eigentliche Geschäftstätigkeit hinausgehende Engagement eines Unternehmens zur Lösung gesellschaftlicher Probleme verstanden.“ (Bartjes & Janning, 2000, S. 80). Dabei stehen dem Unternehmen verschiedene Möglichkeiten offen, sich gemeinnützig zu engagieren. Dazu zählen u.a. die Bereitstellung aller Arten von Unternehmensressourcen (wie Sponsoringprogramme und Schenkungen), die Bereitstellung von Gütern und Dienstleistungen, der Know-How Transfer sowie das Organisieren und Durchführen von Freiwilligenprogrammen für Mitarbeiter (Bartjes & Janning, 2000; Westebbe & Logan, 1995).

Fombrun (1997) betont, dass im Corporate Citizenship ethische, soziale und wirtschaftliche Prinzipien miteinander zu verbinden seien. Indem Corporate Citizenship die ethische Verantwortlichkeit hervorhebt, steht sie für eine moralisch vertretbare Geschäftspolitik. Zudem fördert sie das Engagement der Mitarbeiter für soziale und kulturelle Fragen. Nicht zuletzt können Citizenship-Initiativen das Ansehen einer Organisation stärken, indem sie die Anliegen verschiedener Interessengruppen ausgleichen und auf diese Weise zum ökonomischen Wert der Gesellschaft beitragen. Ein hohes Ansehen verschafft dem Unternehmen wiederum einen Wettbewerbsvorteil, indem es dadurch vermehrt Kunden, Lieferanten und Mitarbeiter anzieht und diese auch an sich zu binden vermag, was seine Profitabilität langfristig erhöht. Nach Halley (2000) versprechen sich Unternehmen durch die Unterstützung des Gemeinwesens folgende wirtschaftlichen Vorteile: Goodwill bei Verbrauchern (44%), Profilierung (41%), Steigerung der Arbeitsmoral (33%), Schaffung von Wohlwollen auf lokaler Ebene (19%), Aufbau von Ansehen (15%) und Verbindung mit guten Taten (15%).

#### Arten von Corporate Citizenship

Unternehmen werden in erster Linie an ihren Leistungen gemessen. So muss jeder Aufwand nicht bloss kostendeckend sein, sondern auch zu längerfristigen Resultaten und Profiten führen. Lange Zeit wurde das Corporate Citizenship-Engagement eines Unternehmens aus dessen Kostenrechnung herausgehalten. Logan & Tuffrey (2000) vertreten hingegen die Ansicht, auch diese Komponente müsse in die Rechnung miteinbezogen werden, da Corporate Citizenship über kurz oder lang einem Unternehmen messbaren Nutzen bringen könne. Die Autoren unterscheiden im Rahmen des Unternehmens drei Ebenen des sozialem Engagements:

#### Ebene 1: Spenden

An Spenden werden in der Regel nur geringe Erwartungen hinsichtlich ihrer wirtschaftlichen Rückwirkung auf das Unternehmen geknüpft.

#### Ebene 2: Community investment

Unter ‚community investment‘ versteht man beispielsweise langfristige Partnerschaften oder soziales Engagement in gezielt ausgewählten Bereichen. Ein community investment wird sorgfältig geplant, und das Unternehmen verspricht sich davon bei den Kunden wie den Mitarbeitern einen langfristigen Imagegewinn. Eine Förderung des sozialen Engagements der Mitarbeiter kann durchaus unter diesen Begriff fallen.

#### Ebene 3: Kommerzielle Initiativen

Kommerzielle Initiativen (z.B. Sponsoring) werden gezielt öffentlich kommuniziert, um zu bewirken, dass die Gesellschaft das betreffende Unternehmen oder seine Produkte direkt mit dem Engagementbereich identifiziert. Von kommerziellen Initiativen erwartet ein Unternehmen einen kurzfristigen und direkten Nutzen oder auch einen Wettbewerbsvorteil.

Je näher an der Basis des Dreiecks das Engagement eines Unternehmens anzusetzen ist, desto höher liegen die Erwartungen, dass ein direkter Nutzen daraus resultiert. Der soziale Einsatz eines Unternehmens sollte aber nie auf reine Gewinnmaximierung ausgerichtet sein. Im Gegenteil: Eine solche Einstellung kann sich insofern kontraproduktiv auswirken, als dass das soziale Engagement des betreffenden Unternehmens dadurch unglaubwürdig erscheint. Daher ist bei allen sozialen Einsätzen ein gegenseitiges Vertrauen zwischen dem Unternehmen und der gemeinnützigen Institution bedeutsam. Eine Offenlegung der Motive seitens des Unternehmens bezüglich dessen sozialem Engagement ist unerlässlich (Logan & Tuffrey, 2000).

### 3.7.2 Corporate Volunteering

In letzter Zeit hat sich ein Trend zu einer neuen Form von Corporate Citizenship entwickelt. Mitarbeiter werden immer öfter dazu ermutigt, sich in verschiedensten Formen der Freiwilligkeit zu engagieren. Für diesen Einsatz hat sich die Bezeichnung ‚Corporate Volunteering‘ herausgebildet. Schubert, Littmann-Wernli & Tingler (2002, S. 15) definieren den Begriff folgendermassen:

Der Begriff ‚corporate‘ steht für die Integration von gemeinnützigen Aktivitäten in die das ganze Unternehmen umfassenden sozialen Ziele, die ihrerseits in der strategischen Planung Berücksichtigung finden. ‚Volunteering‘ bedeutet die freiwillige Beteiligung von Angestellten an entsprechenden Projekten.

Beim Corporate Volunteering steht also der Einsatz von Humanressourcen im Vordergrund, während reine Sach- und Geldspenden als ‚Corporate Giving‘ bezeichnet werden (Schubert et al., 2002). Somit kann Corporate Volunteering nur mit der Teilnahme der Mitarbeiter stattfinden (Bartel, 1998; Bartjes & Janning, 2000).

#### Arten und Einsatzbereiche des Corporate Volunteering

Littmann-Wernli (2002, S. 28ff.) unterscheidet folgende fünf zentralen Formen des Corporate Volunteering:

##### 1. Unterstützung und Anerkennung des gemeinnützigen Engagements von Angestellten

Das in der Freizeit geleistete freiwillige Engagement eines Mitarbeiters wird in irgendeiner Form vom Unternehmen anerkannt, unterstützt oder gefördert. Diese Unterstützung beginnt bei informellen Erleichterungen zugunsten der Freiwilligkeit (z.B. durch Gewährung flexibler Arbeitszeiten, Arbeitszeitguthaben, Berücksichtigung des Engagements in Zielvereinbarungen) und gipfelt in der aktiven Zusammenarbeit mit Freiwilligenagenturen, die aus dem Unternehmen Teilnehmer rekrutieren dürfen.

Im ‚Freiwilligenprogramm für Pensionäre und Vorruheständler‘ beispielsweise werden den zukünftigen Pensionären Hinweise auf soziale Engagementmöglichkeiten gegeben (Schöffmann, 2001).

## 2. Individuelle Entwicklungsprojekte und Team-Entwicklungsprojekte

In der Regel sind dies zeitlich befristete, gemeinnützige Einsätze einer Einzelperson – nicht selten ein Kadermitglied – oder eines Teams zu Zwecken der Aus- und Weiterbildung. Oftmals werden diese Projekte im Zusammenhang mit der Förderung von Sozialkompetenz durchgeführt und gelten als bezahlte Arbeitszeit. Schöffmann (2001) unterscheidet folgende Formen solcher sozialer Entwicklungsprojekte:

- *Sozialausbildung*: Lehrlinge werden für einige Wochen mit dem sozialen Bereich in Kontakt gebracht, indem sie z.B. den Arbeitsplatz mit Behinderten teilen.
- *Sozialpraktikum*: Führungskräfte oder Mitarbeiter arbeiten für kurze Zeit aktiv in sozialen Einrichtungen mit. Sie treten in unmittelbaren Kontakt mit Klienten, z.B. in Drogenstation.
- *Personaltausch*: Führungskräfte eines Unternehmens und einer Gemeinwohleinrichtung tauschen für ein bis zwei Wochen ihre Arbeitsplätze.
- *Teamentwicklungsprojekt*: Ein Team erhält die Aufgabe ein konkretes Sozialprojekt aufzubauen, zu steuern und zu realisieren, z.B. einen Kindergarten zu renovieren. Dies in der Regel mit dem Ziel, die Zusammenarbeit im Team zu verbessern.
- *Pro Bono-Dienstleistungen*: Das Unternehmen erbringt mit seinen Mitarbeitern unentgeltliche Dienstleistungen für eine Gemeinwohlorganisation; z.B. in Form von juristischer Beratung.

## 3. Aktionstage

An einem Tag im Jahr oder auch in kurzen, zeitlich begrenzten Einsätzen engagiert sich ein Grossteil der Belegschaft für gemeinnützige Zwecke, z.B. für ein Wiederaufbauprojekt oder einen Ausflug mit Behinderten.

## 4. Mentoring (Partnerschaft, Tutorat)

Einzelne Fach- oder Führungskräfte beraten und begleiten für einige Stunden im Monat gemeinnützige Institutionen bei konkreten Problemen oder in Krisensituationen. Die Einsätze erstrecken sich von Sprach- oder Computerkursen für Jugend- und Behindertenorganisationen bis hin zur Fach- und Managementberatung der Führungskräfte sozialer Einrichtungen.

## 5. Secondment

Mitarbeiter werden über mehrere Monate bis Jahre bei Bezahlung des vollen Lohnes für die Durchführung konkreter Projekte in gemeinnützigen Institutionen freigestellt.

Das Projekt „more...“ basiert auf der erstgenannten Form: der ‚Unterstützung und Anerkennung des gemeinnützigen Engagements von Angestellten‘. Die Unternehmen unterstützten „more...“ bei der Rekrutierung der Mitarbeiter. Diesen erwachsen jedoch durch die Teilnahme am Projekt keinerlei zeitliche, finanzielle oder personalpolitische Vorteile. Den Unternehmen wurden potentielle Entwicklungsmöglichkeiten hinsichtlich der sozialen Kompetenz ihrer Mitarbeiter in Aussicht gestellt.

## Ein Vergleich zwischen Europa, Nordamerika und der Schweiz

Das Konzept des Corporate Volunteering stammt aus dem nordamerikanischen Raum und ist auch in Grossbritannien und den Niederlanden bereits weit verbreitet. Im deutschsprachigen Raum begann die Idee erst vor einigen Jahren Fuss zu fassen (Schubert et al., 2002). Die unterschiedliche Verbreitung des Corporate Volunteering ist auf ein ungleiches kulturelles Verständnis der Freiwilligkeit in den verschiedenen Ländern zurückzuführen.

In den USA kann die Freiwilligkeit als bürgerschaftliche Verpflichtung bereits auf eine längere Tradition zurückblicken. Dort wird soziales Engagement mehrheitlich als Privatsache und prestigeträchtige Bürgertugend angesehen (Gaskin et al., 1996). Die ausgeprägte Bereitschaft der

Amerikaner zur Freiwilligentätigkeit wird dort heute im grossen Stil professionell organisiert und die langjährige Tradition wohltätiger Zuwendungen durch Unternehmen wurde von stärker personal- und ressourcenbezogenen Formen des gemeinnützigen Engagements (wie Corporate Volunteering) abgelöst. So hat sich in den USA und Kanada inzwischen rund um die Freiwilligentätigkeit ein ganzer Wirtschaftssektor entwickelt, der Freiwilligeneinsätze koordiniert und vermittelt (IWD, 2000; Janes, 2001).

Die zunehmende Kommerzialisierung des Non Profit-Bereichs birgt aber auch Gefahren in sich. In Nordamerika wird der Vertrauensbonus gemeinnütziger Organisationen bereits vielerorts in Frage gestellt; es öffnen sich immer tiefere Gräben zwischen Freiwilligen und Professionellen, und der finanzielle Rückzug des Staates aus seinen sozialen Pflichten lässt sich kaum durch private Unterstützung ausgleichen. Teilweise zeichnet sich im Bereich Corporate Citizenship bereits ein Konjunkturrückgang ab (Toepler, 1998; Zimmer & Nährlich, 2000). Es kann also nicht darum gehen, das US-amerikanische System auf unsere Situation zu übertragen, sondern daraus Anregungen für institutionelle Innovationen zu gewinnen (Schöffmann, 2001)

In Europa wird der Begriff Citizenship oft nur mit Vorbehalt verwendet, ja mancherorts sogar mit ‚Zwangs-Freiwilligkeit‘ gleichgesetzt (Gaskin et al., 1996). Das deutsche Gesellschaftsmodell basiert nach Backhaus-Maul (2001, S. 42) auf einem „bedarfsdeckenden und wohlstandssicheren Sozialsystem, der Leitidee einer Erwerbsgesellschaft ... und auf relativ intakten Gemeinwesen“. Somit gilt die freiwillige Tätigkeit hier nicht im gleichen Masse als gesellschaftliche Notwendigkeit und ist daher weniger stark im Selbstverständnis des Individuums bzw. des Unternehmens verwurzelt. Angesichts dieser gesellschaftspolitischen Unterschiede lassen sich die amerikanischen Erfahrungen mit Corporate Citizenship nur bedingt auf Europa und den deutschsprachigen Raum übertragen. Dies erklärt bis zu einem gewissen Grad auch die geringere Verbreitung dieser Idee und die Skepsis vieler Unternehmen gegenüber einer solchen Form des sozialen Engagements (Bartjes & Janning, 2000). Trotzdem zeigt eine in vier europäischen Ländern durchgeführte Repräsentativumfrage, dass die Idee des Corporate Volunteering auch hier breite Unterstützung findet, ja sogar mit hohen Erwartungen verknüpft wird (Schöffmann, 2001).

Eine Untersuchung der Schweizerischen Gemeinnützigen Gesellschaft (SGG) hat aufgezeigt, dass auch hierzulande viele Unternehmen einer Unterstützung von Freiwilligentätigkeit generell positiv gegenüberstehen, sei es in Form von zeitlichem und/oder finanziellem Engagement, durch die Bereitstellung von Gütern oder auch durch Hilfestellung in Fragen der Infrastruktur. Die Förderung der Freiwilligkeit durch eine entsprechende aktive Personalpolitik im Rahmen der Firmenkultur (z.B. Berücksichtigung von freiwilligem Engagement bei Einstellungen, Qualifikationen und Beförderungen) ist jedoch noch kaum verbreitet (Ammann, 2001b). Volunteeringeinsätze werden meist ausserhalb des Unternehmens geleistet und Volunteeringprojekte ersetzen nicht selten direkte Weiterbildungskurse (Littmann-Wernli, 2002). Als eines der bekanntesten Schweizer Beispiele, das oft auch als eine europäisierte Version des Corporate Volunteering angepriesen wird, gilt das Projekt ‚Seitenwechsel‘. Es ermöglicht leitenden Angestellten von Grossunternehmen, anstelle ihrer üblichen beruflichen Tätigkeit für ein bis zwei Wochen einen sozialen Dienst zu verrichten (Dorando & Schöffmann, 2000; Pirolt, 1998).

### 3.7.3 Nutzen und Kosten aus der Sicht der Beteiligten

„Bei jedem Engagement im Rahmen des Corporate Volunteering sind immer mindestens drei unterschiedliche Interessengruppen involviert: Das Unternehmen, die freiwillig tätigen Angestellten und die Personen, bzw. Institutionen, für die das freiwillige Engagement erbracht wird.“ (Littmann-Wernli, 2002, S. 32). Im Folgenden werden die wichtigsten Nutzen- und Kosten-Faktoren mit Bezug auf diese drei Gruppen aufgezeigt.

#### Die Sicht des Unternehmens

Corporate Volunteering kann für das gesamte Unternehmen aber auch für einzelne Teilbereiche



vorteilhaft sein. Den wohl augenfälligsten Nutzen bieten Prestigeeffekte und die Verbesserung von Standortbeziehungen. Insbesondere Projekte, die am Standort des Unternehmens durchgeführt werden, können grossen Einfluss auf dessen Image haben (Fombrun, 1997; Littmann-Wernli, 2002). Oftmals ergeben sich durch Freiwilligenprojekte aber auch neue Impulse für das Kerngeschäft, die wiederum Innovationen und Verbesserungen der Dienstleistungsqualität zur Folge haben. Zudem fördern und bezeugen solche Projekte eine werteorientierte Unternehmensidentität (Dorando & Schöffmann, 2000).

Den wohl wichtigsten Einfluss hat Corporate Volunteering auf die Personalpolitik eines Unternehmens. Die Unterstützung des freiwilligen Engagements von Einzelpersonen oder ganzen Gruppen durch das Unternehmen bedeutet, dass den Fähigkeiten und Interessen der betreffenden Mitarbeiter vermehrt und aus einer neuen Perspektive Beachtung geschenkt wird. Dies wirkt sich positiv auf das Betriebsklima und somit auch auf die Unternehmensbindung der Mitarbeiter aus. Corporate Volunteering bietet zudem die Möglichkeit der Entwicklung zusätzlicher Qualifikationen und trägt damit zur Verbesserung der Personalqualität bei (Bartel, 1998; Littmann-Wernli, 2002; Stebbins, 1988). Gewisse Unternehmen halten den Corporate Volunteering-Programmen sogar zugute, dass sie einen reduzierten Krankenstand zur Folge hätten (Dorando & Schöffmann, 2000).

Die Hauptkosten, die einem Unternehmen aus Corporate Volunteering-Programmen erwachsen, entfallen – je nach Grösse und Artung des Engagements – auf den Einsatz von finanziellen Mitteln und Humanressourcen. In der Regel macht der Nutzen solcher Projekte die Kosten, vor allem langfristig betrachtet, bei weitem wett. Auch Schweizer Unternehmen scheinen sich vermehrt dessen bewusst zu werden, dass Citizenship-Engagements einen direkten Einfluss auf ihr kommerzielles Handeln ausüben können. Tatsächlich erwarten 30% der Befragten einer Studie der SGG von der Förderung des Freiwilligenengagements einen besseren Geschäftserfolg (Ammann, 2001b).

### **Die Sicht der Freiwilligen**

Der Wunsch, sich für ein Corporate Volunteering-Projekt zu melden, entspringt oftmals einer hohen intrinsischen Motivation des Mitarbeiters. Der Nutzen, den dieser daraus zieht, umfasst die Stärkung des Selbstvertrauens, die persönliche Weiterentwicklung und die Möglichkeit eines Sinn stiftenden Engagements. Je nach Einsatzbereich werden Kommunikations- und Teamfähigkeiten, soziale und berufliche Kompetenz, Führungskompetenz sowie Befähigung zum Projektmanagement und damit auch zum Management komplexer Situationen gefördert. Zudem besteht bei vielen Projekten die Möglichkeit, das soziale Netzwerk innerhalb und ausserhalb des Unternehmens zu vergrössern. Pensionären erleichtert das soziale Engagement den Übergang in die Nicht-Erwerbstätigkeit, indem es ihnen die Gelegenheit bietet, den Kontakt zu ihrem Unternehmen weiterhin zu pflegen (Bartel, 1998; Dorando & Schöffmann, 2000; Littmann-Wernli, 2002; Stebbins, 1988).

Als problematisch kann sich ein Corporate Volunteering dann herausstellen, wenn es mit unausgesprochenen oder auch ausgesprochenen Zwängen in Verbindung gebracht wird, wenn also zum Beispiel eine vermehrte Sozialkompetenz nur über das freiwillige Engagement erreicht werden kann. Nicht alle Mitarbeiter sind in der Lage, sich neben Familie und Privatleben zugleich auch noch für gemeinnützige Projekte einzusetzen. Ferner fühlt sich nicht jeder von den angebotenen Projekten gleichermassen angesprochen – abgesehen davon, dass die Konfrontation mit ungewohnten, gelegentlich auch schwierigen Situationen, Arbeitsstrukturen und Personengruppen eine zusätzliche Belastung mit sich bringen kann (Littmann-Wernli, 2002).

### **Die Sicht der gemeinnützigen Institutionen**

Soziale Dienstleistungen sind oft sehr zeitintensiv und meistens auch nicht kostendeckend; daher ist die Unterstützung durch Freiwillige für viele soziale Institutionen von grosser Bedeutung. Wenn ein Unternehmen das gemeinnützige Engagement seiner Angestellten unterstützt, verringert sich der von der sozialen Institution zu leistende, organisatorische Aufwand für den Einsatz (Littmann-Wernli, 2002). Corporate Volunteering führt zudem zu einem erhöhten Engagement von Männern einerseits und Arbeitstätigen andererseits. Dies ist sowohl für die Betreuten als auch für die Freiwilligenorganisationen eine Bereicherung, zumal dadurch neue Synergien genutzt werden können.

Verschiedene Studien haben nachgewiesen, dass insbesondere Personen, die schon früh in die Freiwilligentätigkeit eingebunden wurden, nach ihrer Pension weiterhin auf diesem Gebiet tätig waren (Nadai, 1996). Daher ist es von zusätzlichem Nutzen, wenn bereits in der Arbeitsperiode auf breiter Basis Freiwillige rekrutiert werden. Allerdings kann eine unsorgfältige oder gar aggressive öffentliche Kommunikation von Unternehmerseite bei der gemeinnützigen Institution, den beteiligten Personen, aber auch bei den Mitarbeitern das Gefühl auslösen, sie würden für undurchsichtige interne oder PR-Zwecke missbraucht (Dorando & Schöffmann, 2000; Westebbe & Logan, 1995).

### 3.7.4 Erfolgreiche Praxis und Verbreitung des Corporate Volunteering

Aus dem Corporate Volunteering erwachsen also zahlreiche individuelle, unternehmerische und gesellschaftliche Möglichkeiten und Vorteile. Um diese bürgerschaftliche Idee auch in Europa vermehrt zu verbreiten, genügt es nicht, wenn die Unterstützung sozialer Anliegen durch Unternehmen lediglich als eine moralische oder politische Verpflichtung betrachtet wird. Vielmehr müssen die Vorteile des Corporate Volunteering verinnerlicht werden; die Freiwilligentätigkeit ist vermehrt auch aus ressourcenorientierter Sicht unter dem Blickwinkel des gegenseitigen Austausches zu betrachten (Bachmann & Bieri, 2000; Bartjes & Janning, 2000).

Sowohl auf der Seite des Unternehmens als auch der gemeinnützigen Institution bestehen Voreingenommenheiten und Vorurteile, vor allem bezüglich der Art der Arbeit, der Vorgehensweisen, der Professionalität und des effizienten Umgangs mit Strukturen. Die Zusammenarbeit muss daher sorgfältig vorbereitet werden (Dorando & Schöffmann, 2000). Durch den gemeinsamen Dialog, insbesondere durch den Austausch mit Führungspersonen, lässt sich die Chance erhöhen, dass Managementkompetenzen und interne Strukturen der Einrichtungen verbessert und langfristige Beziehungen zu marktwirtschaftlichen Organisationen geknüpft werden können (Littmann-Wernli, 2002). Im Gegenzug bieten gemeinnützige Organisationen den Unternehmen die Möglichkeit, einen gewissen Bedarf an sozialer Kompetenz zu decken und befinden sich somit nicht nur in der Position des Bittstellers, sondern auch des Anbieters (Damm & Lang, 2000).

Für eine erfolgreiche Praxis von Freiwilligeninitiativen bzw. von gemeinnützigen Institutionen sollten nach Wehner et al. (2002) vier Voraussetzungen erfüllt sein:

1. Eine sinnerzeugende Idee, die gut vermittelt wird
2. Sensibilität gegenüber Zeitfragen und sich verändernden Bedürfnissen (Berücksichtigung gesellschaftlicher Lebensumstände und individueller Bedürfnisse)
3. Sensibilität für innere soziale Prozesse (interne Kommunikation und Interaktion)
4. Produktiver Umgang mit Hindernissen (selbstbewusster, lösungsorientierter Umgang mit Krisen und Konflikten)

Im Projekt „more...“ war man bestrebt, diese Voraussetzungen zu erfüllen. Die Freiwilligentätigkeit bei kognitiv beeinträchtigten alten Menschen ist sinnerzeugend und liess sich dementsprechend einfach vermitteln. Die Idee entsprang aus einer aktuellen Zeitfrage und sich verändernden Bedürfnissen. Innere soziale Prozesse, die das Projekt auslöste, wurden so weit wie möglich mittels Kommunikation und Interaktion aufgearbeitet. Krisen und Konflikte wurden generell als Herausforderungen betrachtet und führten dazu, dass das Projektteam gestärkt daraus hervorging.

## 3.8 Die menschliche Suche nach Sinn

Die Frage nach dem Lebenssinn ist für viele Menschen von zentraler Bedeutung, nicht zuletzt wegen der sich ständig verändernden Lebensumstände. Einerseits verschwinden Traditionen (Baumeister, 1991), andererseits sehen wir uns immerzu mit neuen Technologien und ökonomischen Umständen konfrontiert und dadurch dazu genötigt, unser Leben und dessen Wahrnehmung konstant neu zu reflektieren und anzupassen (Auhagen, 2000).

### 3.8.1 Die Psychologie des Lebenssinns

Obwohl die Psychologie des Lebenssinns in den Lehrbüchern der Psychologie kaum vorkommt, sind in den letzten Jahren eine beachtliche Anzahl Beiträge zur aktuellen Lebenssinndiskussion publiziert worden (Baumeister, 1991; Reker & Wong, 1988; Schulz-Hardt & Frey, 1997; Staudinger & Dittmann-Kohli, 1992; Wong & Fry, 1998 u.a.m.). Diese beziehen sich allerdings auf die verschiedensten Aspekte des Lebenssinns und tangieren die unterschiedlichsten wissenschaftlichen Disziplinen (Auhagen, 2000). Es erstaut daher kaum, dass die Begriffsdefinitionen stark variieren. Meistens versteht man darunter jedoch die Sinnhaftigkeit des Lebens oder den Sinn der persönlichen Existenz.

Der bekannteste und wichtigste Ansatz in der Lebenssinnspsychologie stammt von Viktor Frankl (1963). Aufgrund eigener Erfahrungen in einem Konzentrationslager gelangte Frankl zur Auffassung, dass menschliche Wesen einen Willen zum Sinn in sich tragen und dass sie Lebenssinn in ihrem Leben benötigen. Frankl (1967) sieht in unseren Leben eine Art universellen und gleichzeitig in jeder Lebenssituation auch einen durchaus individuellen Sinn. Nach Frankls Verständnis ist uns eine innere Freiheit der Wahl gegeben – und dies sogar in Situationen, die sich durch einen offensichtlichen Entzug an Freiheit charakterisieren.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass der Lebenssinn auf verschiedenen Stufen angesiedelt werden kann: auf einem höheren (kosmischen, ultimativen) Niveau oder auf einem Alltagsniveau. Der Lebenssinn wird heute vorherrschend auf einer individuellen Ebene angesetzt, was den Schluss zulässt, dass er je nach Person und Situation variieren kann. Einige Theorien implizieren, dass Lebenssinn konstruiert oder kreiert werden kann. Andere Theorien wiederum vertreten die Annahme, dass Lebenssinn einfach existiere und dass die Realität uns ständig damit konfrontiere – was bedeuten würde, dass sich der Lebenssinn weder konstruieren noch kreieren lässt. Ausserdem besitzt der Lebenssinn eine erfahrungsorientierte Komplexität, die kognitive, emotionale und motivationale Elemente enthält. Nicht zuletzt wird er auch mit Zielen, Absichten, Werten und deren Erfüllung in Zusammenhang gebracht (Auhagen, 2000).

### 3.8.2 Implizite Theorien des Lebenssinns

Implizite Theorien sind Laienvorstellungen über verschiedene psychologische Konstrukte. Dies im Gegensatz zu eher formalen Modellen, die von Psychologen entwickelt wurden. Von der empirischen Erforschung dieser Laienvorstellungen erhofft man sich, eine prototypische Struktur des Lebenssinns eruieren zu können (Wong, 1998).

De Vogler & Ebersole (1981) und Ebersole & De Paola (1987) befragten 96 junge Erwachsene und 36 Senioren zu ihrer Quellen des Lebenssinns. Die jungen Erwachsenen gaben insgesamt an, sie hätten den Sinn des Lebens vor allem in sozialen Beziehungen und seltener im Glauben, im Wachstum, in der Arbeit und in prosozialen Aktivitäten gefunden. Auch die Senioren fanden ihn besonders stark in sozialen Beziehungen, wobei bei ihnen auch die Gesundheit und das Vergnügen eine wichtige Rolle spielte. Prosozialen Aktivitäten, Glauben und Besitztum wurden seltener angegeben.

Die Quellen des Lebenssinns sind bei diesen empirischen Studien meist doppelseitig: So kann Arbeit persönlichen Sinn stiften – oder auch nicht. Soziale Beziehungen gelten in der Regel durchaus als sinnstiftend, können aber auch zur Quelle extremer Sinnlosigkeit werden, z.B. beim Verlust eines geliebten Menschen (Auhagen, 2000). Eher philosophische oder ganzheitlich ausgerichtete Repräsentationen werden mit solchen Methoden selten aufgedeckt.

### 3.8.3 Lebenssinn und Wohlbefinden

Es liegen Indikatoren vor, die darauf schliessen lassen, dass Lebenssinn und Wohlbefinden positiv miteinander korrelieren (Debats, Drost & Hansen, 1995; Ryff & Singer, 1998; Wong, 1998).

Tausch (undatiert, zit. nach Auhagen, 2000) ermittelt anhand einer Studie an 519 deutschen Universitätsstudenten einen Zusammenhang zwischen tiefem Lebenssinn einerseits und Depression, Ängstlichkeit, geistiger Beeinträchtigung, Stress mit psychosomatischen Symptomen, tiefer Lebensqualität, Lethargie, tiefer Selbstwirksamkeit und einem niedrigen Sicherheitsgefühl andererseits.

Allerdings weiss man noch wenig über den kausalen Zusammenhang zwischen Lebenssinn und Wohlbefinden: Erfahren wir also unser Leben als sinnvoll, weil wir uns gut fühlen, oder fühlen wir uns gut, weil wir unser Leben als sinnvoll betrachten? Es erscheint plausibel, dass es sich dabei um eine dynamische Wechselwirkung zwischen Lebenssinn und Wohlbefinden handelt (Auhagen, 2000).

### **3.8.4 Sinnfindung durch Freiwilligentätigkeit bei kognitiv beeinträchtigten alten Menschen**

Da keine expliziten psychologischen Untersuchungen zur Sinnstiftung durch Freiwilligentätigkeit bei kognitiv beeinträchtigten älteren Menschen vorliegen, wird hier versucht, anhand einer Analogie zu ‚freiwillig‘ pflegenden Angehörigen von Alzheimerpatienten Antworten auf die Frage nach dem Sinn zu finden.

Klinische und empirische Ergebnisse mit pflegenden Angehörigen unterstützen Frankls Annahme (1967), Menschen würden Sinn kreieren, indem sie Entscheide fällen und dadurch Verantwortung für eine Situation oder einen Mitmenschen übernehmen (Farran & Kuhn, 1998).

Ausgehend von diesem Ansatz haben freiwillig Tätige die Möglichkeit, eigenen Lebenssinn zu kreieren. Dies dadurch, dass sie sich zu einer Unterstützung kognitiv beeinträchtigter Betagter entscheiden und damit eine gesellschaftliche Verantwortung übernehmen. Ob dadurch tatsächlich Lebenssinn erlangt bzw. gefördert wird, dürfte abhängig von der Geisteshaltung der betreffenden Person gegenüber der Freiwilligentätigkeit sein. Pflegende von Alzheimerpatienten, die besonders erfolgreich Sinn in ihrer Arbeit finden, erlangen dies insbesondere durch ihre eigene positive geistige Einstellung und ein entsprechendes Verhalten (Farran & Kuhn, 1998). Dies ist ganz im Sinne Frankls, der bemerkte, dass die letzte menschliche Freiheit die Fähigkeit ist, seine Einstellung gegebenen Umständen zu wählen (1963).

## **3.9 Soziale Kompetenz im Unternehmen**

Heutzutage werden am Arbeitsmarkt nebst fachlichen Anforderungen immer häufiger auch Fähigkeiten bezüglich der sozialen Kompetenz gefordert. Allerdings ist oft nicht klar definiert, was das einzelne Unternehmen darunter versteht. Auch in der Wissenschaft ist diesbezüglich bislang noch kein klar abgegrenztes Konzept auszumachen (Schuler & Barthelme, 1995).

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob sich die soziale Kompetenz überhaupt von der fachlichen Kompetenz trennen lässt. Haben wir hierbei von einem erlernbaren Konstrukt oder von einer unveränderbaren Persönlichkeitseigenschaft auszugehen? Und äussert sich die soziale Kompetenz gleichermassen im Beruf und im privaten Bereich?

Soziale Kompetenz ist insofern ein komplexes Fähigkeitskonzept, als es aus zwei Komponenten besteht, die miteinander nur schwach korrelieren: der Durchsetzungs- und der Beziehungsfähigkeit (Asendorpf, 1996). Daraus lässt sich folgern, dass derjenige sozial kompetent ist, der beide Fähigkeiten entwickelt hat und somit in der Lage ist, zwischen seinen eigenen Interessen und denjenigen anderer ein ausgeglichenes Verhältnis herzustellen. Riemann & Allgöwer (1993) sprechen jenen Personen soziale Kompetenz zu, die in der Lage sind, mit anderen Personen so zu interagieren, dass daraus ein Maximum an positiven und gleichzeitig ein Minimum an negativen Konsequenzen für die an der Interaktion beteiligten Personen entstehen. Darüber hinaus sollte das Interaktionsverhalten zumindest sozial akzeptabel sein.

Der Umgang mit anderen Menschen und somit die Erfüllung nahezu jeder Aufgabe setzt soziale Kontakte mit anderen voraus oder bringt diese mit sich. Die soziale Kompetenz einer Person äussert sich daher generell im Umgang mit anderen Menschen, insbesondere jedoch am Arbeitsplatz sowie im Privat- und Freizeitbereich. So zeichnen sich sozial kompetente Personen dadurch aus, dass sie soziale Situationen adäquat einschätzen und analysieren können und überdies imstande sind, aufgrund des Erkannten angemessen zu handeln (Karkoschka, 1998).

### 3.9.1 Soziale Kompetenz als berufliche Anforderung

Die soziale Kompetenz als berufliche Anforderung umfasst zwei Gruppen von Fähigkeiten: Die Komponenten der ersten Anforderungsgruppe weisen einen konkreten Verhaltensbezug auf und lassen sich am Handeln einer Person direkt beobachten (z.B. kommunikative Fähigkeit, Konfliktfähigkeit). Die zweite Anforderungsgruppe umfasst jene Fähigkeiten, die das Zustandekommen von sozial kompetentem Verhalten überhaupt erst ermöglichen. Diese Fähigkeiten sind nicht direkt ersichtlich, können aber aus der Art des Verhaltens erschlossen werden (z.B. Empathie, Durchsetzung, Sensibilität). In Tabelle 2 sind die von Schuler und Barthelme (1995) als zentral beurteilten Komponenten der sozialen Kompetenz im Sinne einer beruflichen Anforderung aufgeführt.

Tabelle 2 Komponenten sozialer Kompetenz (Schuler & Barthelme, 1995)

Erste Anforderungsgruppe	Zweite Anforderungsgruppe
Kommunikative Kompetenz	Interpersonale Flexibilität
Kooperations- und Koordinationsfähigkeit	Rollenflexibilität
Teamfähigkeit	Durchsetzungsfähigkeit
Konfliktfähigkeit	Empathie und soziale Einsicht
	Sensibilität

### 3.9.2 Messung sozialer Kompetenz

Soziale Kompetenz wird analog zu Greif (1987) als Fähigkeit verstanden, in sozialen Situationen unter Berücksichtigung situationsspezifischer Anforderungen Ziele zu erreichen und Pläne zweckrational zu realisieren. Demnach kann sozial kompetentes Verhalten nicht situationsunabhängig evaluiert werden (Hersen & Bellack, 1984; McFall, 1982; Meichenbaum, Butler & Gruson, 1981). Aus den Untersuchungen von McFall (1982) und Hersen & Bellack (1984) geht hervor, dass es sich beim Konstrukt der sozialen Kompetenz kaum um eine Persönlichkeitseigenschaft handelt, da keine Verhaltenskonstanz über Situation und Aufgaben hinweg erhoben wurde (zit. nach Karkoschka, 1998). Sozial kompetentes Verhalten lässt sich indessen nur in Arbeitssituationen evaluieren, in denen zwei oder mehrere Personen miteinander kommunizieren. Die Interaktion stellt bei der Bestimmung sozial kompetenten Verhaltens ein wichtiges Merkmal dar (Karkoschka, 1998). Allerdings liefert z.B. auch eine Kontaktverweigerung Hinweise auf die soziale Kompetenz eines Individuums (Schuler & Barthelme, 1995).

Als ein weiteres Merkmal sozial kompetenten Verhaltens wird die Zielorientierung eines Individuums betrachtet: Erst der zielorientierte Einsatz bzw. die bewusste Wahl von Verhaltensweisen zeichnet eine sozial kompetente Person aus (Greif, 1987; Schuler & Barthelme, 1995).

Bei der Auswahl der Mittel zur persönlichen Zielerreichung stellt sich die Frage nach der Zweckrationalität, d.h. welches sind sozial kompetente Mittel zur Zielerreichung (Schuler & Barthelme, 1995). Sozial kompetentes Verhalten lässt sich somit immer nur im Hinblick auf eine bestimmte Tätigkeit respektive Situation bestimmen.

Karkoschka (1998) folgert daraus: „Die Bestimmung sozial kompetenten Verhaltens kann somit nur anhand möglichst genau zu definierenden sozialen Fähigkeiten erfolgen. Besitzt eine Person alle zur erfolgreichen Bewältigung einer Aufgabe benötigten Fertigkeiten, so besitzt diese Person die soziale

Kompetenz für diese Aufgabe“.

Aufgrund dieser Anforderungen zur Messung sozialer Kompetenz begann man in der Forschung Messverfahren für konkrete Situationen und Untersuchungsgruppen zu konstruieren. Am häufigsten werden dazu Fragebogenverfahren verwendet. Die Problematik dieser Verfahren liegt jedoch darin, dass sie hoch mit dem Konzept der ‚allgemeinen Intelligenz‘ korrelieren und oft in erster Linie das Selbstbild der Befragten widerspiegeln. Ausserdem erfassen diese Verfahren meistens nur Teilaspekte der sozialen Kompetenz, während sie dem Globalkonstrukt wenig Rechnung tragen.

In letzter Zeit wurden diese Fragebogen von Multimedieverfahren ergänzt und zum Teil abgelöst. Immer öfters werden dazu speziell produzierte Filmsequenzen verwendet, die soziale Situationen darstellen. Beispielsweise werden den Versuchspersonen Sequenzen aus Teambesprechungen und Beratungsgesprächen mit Kunden vorgespielt. Die Versuchspersonen müssen diese Szenen zuerst beschreiben und daraufhin Verbesserungsvorschläge ausarbeiten (Schuler, Diemand & Moser, 1993). Da nun aber diese Verfahren situationspezifisch sein müssen, sind sie sehr kostspielig und werden heute deshalb praktisch nur für Personalentwicklungszwecke in Unternehmungen und in grossangelegten Forschungsprojekten angewendet.

### 3.9.3 Soziale Kompetenz und Corporate Volunteering

Im Zusammenhang mit Corporate Volunteering versteht man unter sozialer Kompetenz das Ausmass, in dem das Individuum – durch vom Unternehmen geförderte Freiwilligentätigkeit – dazu befähigt ist, im privaten, beruflichen und gesamtgesellschaftlichen Kontext selbständig, umsichtig und nutzbringend zu handeln. Soziale Kompetenz bemisst sich also am erfolgreichen Kompromiss zwischen Selbstverwirklichung und gelungener Anpassung an die beruflichen und privaten Anforderungen der verschiedenen Lebensbereiche (Faix & Laier, 1996).

Fehlt es den Mitarbeitern eines Unternehmens an der erforderlichen sozialen Kompetenz, so dürfte dies die Chancen dieses Unternehmens, auf dem Markt zu bestehen, durchaus schmälern: Soziale Kompetenz ist ein wichtiger Erfolgsfaktor für den Einzelnen, das Unternehmen und die Gesellschaft. Sie bildet die Voraussetzung dafür, dass agiert statt bloss reagiert wird, dass Verantwortungsbereitschaft gefördert und Zusammenhänge erkannt werden (Faix & Laier, 1996). Durch Freiwilligentätigkeit kann soziale Kompetenz erlangt bzw. erweitert werden (Elstad, 2000). Corporate Volunteering führt also zu einer subjektiven Wertschöpfung, u.a. durch Kompetenzentwicklung und Erhöhung des individuellen Vernetzungsgrades (Wehner & Ostendorp 2001).

Indem Unternehmungen Freiwilligentätigkeit für gemeinnützige Zwecke ausserhalb ihres Kerngeschäftes fördern, verschaffen sie ihren Mitarbeitern die Gelegenheit, ihre Sozialkompetenz zu stärken. Somit kann betrieblich unterstützte Freiwilligentätigkeit dazu beitragen, dass die Personalentwicklungsziele des betreffenden Unternehmens eher erfüllt werden. Leider wurden bisher kaum valide Evaluationen des Corporate Volunteering bezüglich der dadurch erzielten Steigerung der sozialen Kompetenz vorgenommen (Dorando & Schöffmann, 2000; Elstad, 2000; Graff, 1991).

### 3.9.4 Freiwilligentätigkeit als Trainingsfeld für soziale Kompetenz

Aus persönlichkeitspsychologisch-humanistischer Perspektive wird die Erlangung sozialer Kompetenz durch soziales Lernen unter dem Stichwort ‚Selbsterfahrung‘ thematisiert und bezeichnet. Soziale Erfahrungen – aufgrund derer gewisse Lernprozesse, die durch die Sozialisation ‚fehlgelaufen‘ sind, korrigiert werden können – ermöglichen uns, die Fremdbestimmung unseres Erlebens und Handelns zugunsten einer autonomen Selbstbestimmung zu überwinden (Greif, 1987).

Dieser Gedanke diente als Basis für die Forschung zur Freiwilligentätigkeit im Projekt „more...“. Dabei wurde untersucht, inwiefern soziales Lernen durch Freiwilligentätigkeit – in Form von regelmässigen Besuchen bei kognitiv beeinträchtigten, zuhause lebenden Menschen – stattfindet.

Bei herkömmlichen Trainingsansätzen zur Förderung sozialer Kompetenz werden verschiedene Massnahmen angeboten, die vor allem der Übung sozialer Fertigkeiten wie der Kommunikation, der Teamfähigkeit und dem Konfliktmanagement dienen. Ob und inwieweit diese Massnahmen greifen, wurde allerdings noch kaum systematisch evaluiert (Schuler & Barthelme, 1995). Herkömmliche Trainings setzen meist bei der Steigerung des Gespürs für soziale Situationen an (durch Förderung der sozialen Sensibilität) sowie bei der Erhöhung der Fertigkeit, (durch das Aufstellen von Handlungsalternativen) flexibel zu reagieren (Schuler & Barthelme, 1995).

Demgegenüber schaffen gemeinnützige Aktivitäten in sozialen Projekten oder Institutionen konkrete Handlungs- und Lernumgebungen. Bestehende oder neu erworbene berufliche Fähigkeiten können in dieser neuen Umgebung angewendet und trainiert werden. Dadurch werden wichtige berufliche Erfahrungen gesammelt (Elstad, 2000; Littmann-Wernli, 2002).

### 3.10 Veränderungen im Verhalten, den Einstellungen und dem Wertesystem

In der vorliegenden Studie wird erwartet, dass sich zumindest bei einem Teil der Besucher die soziale Kompetenz wie auch die Einstellung zum eigenen Unternehmen verändern. Solche Veränderungen sind einschneidend und wirken sich sowohl auf das Verhalten als auch auf die Einstellung und das Wertesystem einer Person aus (Rohan & Zanna, 2001). Im Folgenden werden Mechanismen diskutiert, die sich hinter den erwarteten Verhaltens- und Einstellungsänderungen abspielen können.

Eine Verhaltensänderung bzw. eine Kompetenzerweiterung, wie sie im vorliegenden Fall durch das Projekt „more...“ angestrebt wurde, kann nach Zimbardo & Leippe (1991) auf völlig verschiedene Arten herbeigeführt werden: durch Erlernen von Fähigkeiten, die sich bewähren oder von anderen anerkannt werden, durch konformes Verhalten mit den Mitgliedern einer Gruppe, der man zugehört oder zugehören möchte, durch äusseren Druck oder durch Heuristiken – d.h. durch soziale Regeln, die meist unreflektiert befolgt werden (z.B. das Gefühl der Verpflichtung einer Person gegenüber). Neben diesen direkten Ursachen der Verhaltensänderung ist die Einstellung einer Person der bedeutendste, vor allem aber der stabilste Einflussfaktor (Bohner, 2001; Petty, 1995).

Eine Übereinstimmung zwischen Verhalten und Einstellung ist jedoch nicht immer vorhanden. Eine wichtige Rolle spielt dabei die Spezifität der Einstellung. Je genauer und klarer ausgeprägt eine Einstellung ist, desto leichter kann sich eine Person danach verhalten. Wenn eine Einstellung durch aktive Gedankenprozesse (wie Lerneffekte oder Überzeugungsänderung) entstanden ist, hat sie einen grösseren Einfluss auf das Verhalten als eine bloss passiv ausgelöste Einstellung (z.B. durch Überredung oder Nachahmung) (Petty, 1995). Umgekehrt können Verhaltensänderungen auch Einstellungsänderungen bewirken (Zimbardo & Leippe, 1991).

Nach Rohan & Zanna (2001) üben persönliche Werte und Ideologien einen entscheidenden Einfluss auf die Einstellungen und das Verhalten einer Person aus und stellen somit einen weiteren Schlüsselfaktor für die untersuchten Verhaltens- und Einstellungsänderungen dar. Wertveränderungen sind schwer zu erreichen, setzen sie doch eine stark intrinsische Motivation voraus. Veränderungen der persönlichen Werte sind nur dann wahrscheinlich, wenn sich zunächst die persönlichen Wünsche und Bedürfnisse verändern, während Veränderungen der sozialen Werte dann besonders wahrscheinlich sind, wenn sich das Lebensumfeld oder die Wünsche und Bedürfnisse einer Gruppe, zu der man sich zugehörig fühlt, verändern (Rohan & Zanna, 2001).

Eine Intervention, die direkt in das soziale Umfeld einer Person eingreift, dabei neue Vergleichsmöglichkeiten und Werte vermittelt und erst noch die Möglichkeit bietet, die eigenen Fähigkeiten situationsbezogen zu erweitern, scheint ein erfolgsversprechender Weg zu sein, um die Verhaltensweisen und Einstellungen einer Person langfristig zu verändern. Ein solch konkretes Lernfeld erweist sich als bedeutend vielfältiger als ein Trainingsprogramm, das nur theoretisches Wissen vermitteln kann.

Nadai (1996) unterscheidet zwei Arten von Ressourcen, die durch Freiwilligentätigkeit erworben bzw. erweitert werden können: kulturelle und soziale Ressourcen. Kulturelle Ressourcen basieren vor

allem auf Möglichkeiten zur persönlicher Weiterentwicklung und werden gezielt durch Aus- und Weiterbildung vermittelt. Aber auch Ausweise und Referenzen, die durch die Freiwilligenorganisation ausgestellt werden, zählen zu diesem Bereich. Soziale Ressourcen hingegen werden durch den Freiwilligeneinsatz direkt oder durch regelmässige Zusammenkünfte der Freiwilligen und deren gegenseitigen Austausch indirekt erworben.

### Theorie der sozialen Identität und Identifikation mit dem Unternehmen

Die Theorie der sozialen Identität bezieht sich auf die Struktur und Funktion des Selbstkonzepts. Die soziale Identität stellt jenen Aspekt des Selbstkonzepts dar, der sich aus dem Wissen speist, dass das Individuum zu einer sozialen Gruppe gehört, mit der es sich emotional verbunden fühlt. Dies bedeutet, dass unser Identitätsgefühl eng verknüpft ist mit unseren Gruppenzugehörigkeiten. Wir schätzen den Wert oder das Prestige unserer Eigengruppe ein, indem wir sie diesbezüglich mit anderen Gruppen vergleichen. Wenn unsere Eigengruppe in irgendeiner Wertdimension als überlegen wahrgenommen wird, steigert dies unseren individuellen Selbstwert (Brown, 2001; Tajfel, 1978).

Ashford and Mael (1989, S. 104) haben den Versuch unternommen, die Theorie der sozialen Identität auf Unternehmen zu übertragen. Sie definieren die Identifikation mit dem Unternehmen folgendermassen: "The perception of oneness with or belonging to an organisation, where the individual defines him or herself in terms of the organisation(s) in which he or she is a member.". Die Identifikation mit dem Unternehmen zeigt an, inwieweit sich das Individuum psychisch mit dem Schicksal seines Unternehmens verbunden fühlt. Sie sollte jedoch nicht mit der Internalisierung von Unternehmenszielen verwechselt werden.

Lange Zeit wurde das Ansehen eines Unternehmens nur an äusseren Faktoren gemessen. Heute wird jedoch immer stärker auf die innere Orientierung Wert gelegt (Elsbach & Glynn, 1996). Unternehmensstrategien scheinen nur dann effektiv zu sein, wenn sie genauso stark mit internen Strukturen, Systemen und Kulturen übereinstimmen wie mit externen. Somit wirkt sich die Identifikation mit dem Unternehmen massgeblich auf das individuelle Arbeitsverhalten aus. Wenn sich ein Mitarbeiter stark mit seinem Unternehmen identifiziert, wird er in sein Selbstkonzept viele der Attribute übernehmen, die auch das Unternehmen definieren. Ein solcher Mitarbeiter engagiert sich besonders stark für das Wohlergehen und den Erfolg seines Unternehmens, zum Beispiel durch Verhaltensweisen wie Kooperation, Offenheit, Teilnahme und arbeitsbezogene Bemühungen. Zudem korreliert die Identifikation mit dem Unternehmen mit der Arbeitszufriedenheit, dem Selbstwert und einer geringeren Fluktuation (Arnold & Mackenzie Davey, 1999; Dutton, Dukerich & Harquail, 1994; Elsbach & Glynn, 1996).

In diesem Zusammenhang haben verschiedene Untersuchungen gezeigt, dass Freiwilligentätigkeit sowohl die Identifikation mit dem Unternehmen als auch die Arbeitszufriedenheit und die Kooperation unter den Mitarbeitern steigert. Besonders deutlich waren die Ergebnisse bei freiwilligen Einsätzen, die vom betreffenden Unternehmen unterstützt wurden (Bartel, 1998; Stebbins, 1988). Soziales Engagement kann somit auch eingesetzt werden, um unternehmerische Ziele zu erreichen. Wie sich die Identifikation von Mitarbeitern mit ihrem Unternehmen durch gezielte Kommunikation des sozialen Engagements erhöhen lässt, zeigt das folgende Modell von Elsbach & Glynn (1996, S. 81, vgl. Abbildung 2).

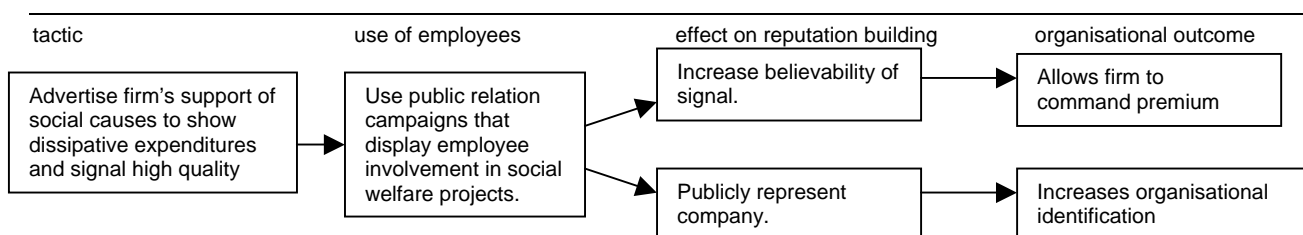


Abbildung 2 Strategisches Reputations-Aufbautaktik-Modell, um die Identität mit dem Unternehmen zu fördern



## 4 Fragestellung und Hypothesen

Die vorliegende Studie geht folgender Hauptfragestellung auf den Grund: Inwieweit beeinflusst soziale Unterstützung das Wohlbefinden von regelmässig besuchten, kognitiv beeinträchtigten, zuhause lebenden Betagten sowie das Wohlbefinden und die soziale Kompetenz von – teils aus aktiven und teils aus pensionierte Mitarbeitern von Dienstleistungsunternehmen rekrutierten – Besuchenden? Im folgenden Kapitel werden die diesbezüglichen Hypothesen und Fragestellungen hergeleitet und formuliert.

### 4.1 Der Effekt regelmässiger Besuche auf die Besuchten

Aufgrund unserer Alltagserfahrung mag die Absicht, den Einfluss sozialer Unterstützung auf das Wohlbefinden zuhause lebender Betagter mit kognitiven Beeinträchtigungen zu messen, zunächst einmal trivial erscheinen, denn wer kennt nicht die wohltuende Wirkung eines freundschaftlichen Besuches? Pflegende Angehörige oder professionelle Krankenpfleger wissen jedoch oft nicht genau, ob bzw. inwieweit ihre Unterstützung positiv gewertet wird, denn der kognitiv beeinträchtigte Mensch vergisst oft schon nach kurzer Zeit, dass er Besuch hatte und klagt unter Umständen trotz reger sozialer Unterstützung über Einsamkeitsgefühle. Selbst während eines Besuches sind kognitiv beeinträchtigte Menschen teilweise nicht in der Lage, ihre positiven Gefühle dem Besucher gegenüber adäquat auszudrücken.

#### 4.1.1 Replikation der Käferberg-Besucherstudie

Gerade wegen dieser Unsicherheit hinsichtlich der Wirkung von Besuchen und weil die Käferberg-Besucherstudie (Albrecht & Oppikofer, 2000) aufgezeigt hat, dass auch demente Heimbewohner durchaus noch von Besuchen profitieren, erscheint es wichtig zu überprüfen, ob dieser Befund auch auf zuhause lebende kognitiv beeinträchtigte Menschen zutrifft. Daher wird wiederum der Frage nach der Wirkung regelmässiger Besuche auf das Wohlbefinden und die Lebensqualität kognitiv beeinträchtigter, älterer Menschen nachgegangen. Auf diese Weise lassen sich die Haupteffekte der Käferberg-Besucherstudie überprüfen.

H1 Regelmässige, angekündigte Besuche bewirken bei kognitiv beeinträchtigten alten Menschen eine Verbesserung der Lebensqualität und des Wohlbefindens.

#### 4.1.2 Effekte auf Aktivität und Autonomie

Körperliche Aktivität und damit einhergehend ein gutes Autonomieempfinden sind wesentliche Voraussetzungen für ein zufriedenes und erfülltes Altern. Wer sich noch im hohen Alter körperlich betätigt und entsprechend autonom fühlt, erlebt mehr Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit (Perrig-Chiello, 1997).

In diesem Zusammenhang ist die Frage von Interesse, ob bzw. inwieweit regelmässige Besuche zu einer erhöhten körperlichen Aktivität und einem besseren Autonomieempfinden beitragen.

H2 Regelmässige angekündigte Besuche steigern die körperliche Aktivität und das Autonomieempfinden kognitiv beeinträchtigter älterer Menschen.

### 4.1.3 Effekte auf die Depressivität

Die Depression ist eine Erkrankung, welche im Praxisfeld der Gerontologie im Allgemeinen wie auch im Bereich der demenziellen Erkrankungen älterer Menschen im Besonderen immer häufiger auftritt. Demenzielle Erkrankungen gehen sehr oft mit einer Depression einher. Es ist anzunehmen, dass Menschen, die nebst ihrer kognitiven Beeinträchtigung an einer Depression leiden, eine geringere Lebensqualität und ein eher schlechteres Wohlbefinden aufweisen als solche, die frei von Depressionen sind. Daher ist es von grossem Interesse, zu überprüfen, ob bzw. inwieweit regelmässige, angekündigte Besuche dazu beitragen können, dass sich die Wahrscheinlichkeit einer Depression verringert. Nebst der Depressivität wurden bei der Käferberg-Besucherstudie allfällige Effekte hinsichtlich der Besuche auf die psychische und physische Gesundheit untersucht. Obwohl keine solchen Effekte gefunden wurden, soll geprüft werden, ob diese bei zuhause lebenden Betagten festgestellt werden können.

- F1 Beeinflussen regelmässige Besuche die psychische und physische Gesundheit kognitiv beeinträchtigter alter Menschen?

### 4.1.4 Wahrgenommene Kontakthäufigkeit

Häufig können sich kognitiv beeinträchtigte, ältere Menschen schon kurze Zeit nach dem Besuch eines Angehörigen oder Bekannten nicht mehr daran erinnern und äussern sich bezüglich ihrer Kontakthäufigkeit entsprechend negativ. Trotz dieser erschwerenden Umstände liess sich in der Käferberg-Besucherstudie nachweisen, dass die Besuche von den Besuchten registriert wurden. Es soll also einerseits überprüft werden, ob sich dieses Resultat bestätigt; andererseits interessiert, ob die Kontakthäufigkeit ihrerseits einen Einfluss auf die Besuchseffekte hat.

- H3 Die Besuche werden von den besuchten Personen wahrgenommen.  
H4 Je geringer die bisherige, subjektiv wahrgenommene Kontakthäufigkeit, desto stärker ist der positive Effekt der Besuche.

### Wechselwirkungen

- H5 Zwischen der Wirkung der Besuche auf das Wohlbefinden, die Lebensqualität und die wahrgenommene soziale Unterstützung der Besuchten und dem Effekt auf die Besucher besteht ein positiver Interaktionseffekt.

## 4.2 Der Effekt regelmässiger Besuche auf die Besucher

Zusätzlich soll in diesem Projekt festgestellt werden, ob die durchgeführten Besuche auch für die freiwilligen Besucher gewinnbringend sind und zwar in Form einer Steigerung von Sozialkompetenz, Lebensqualität, Wohlbefinden, wahrgenommenen sozialen Unterstützung und der Einstellung zum Arbeitgeber respektive der Identifikation mit dem eigenen Unternehmen.

### 4.2.1 Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden

Die Ergebnisse der Käferberg-Besucherstudie deuteten auf eine Wohlbefindenssteigerung direkt nach dem Besuch und eine allgemeine Bereicherung der Freiwilligen durch ihre soziale Tätigkeit hin. Dementsprechend soll in der vorliegenden Studie gezielt überprüft werden, ob auch bei den Pensionierten und Mitarbeitern der Partnerunternehmungen kurz- und langfristige Effekte auf die Lebenszufriedenheit und das Wohlbefinden erzielt werden konnten.

- H6 Regelmässige Besuche bei kognitiv beeinträchtigten Betagten wirken sich positiv auf das Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit der Besucher aus.  
F2 Beeinflussen die bereits vorhandene soziale Unterstützung und die soziodemographischen Variablen den Besuchseffekt auf die Lebenszufriedenheit und das Wohlbefinden?



## 4.2.2 Soziale Kompetenz

Soziale Kompetenz wird in der heutigen Arbeitswelt immer wichtiger. Sie gehört zu den so genannten Softfaktoren, die heute nebst einem fundierten Fachwissen zur Basis eines erfolgreichen Mitarbeiters gehören.

Folglich wird danach gefragt, ob die Durchführung regelmässiger Besuche mit begleitender Schulung, Weiterbildung und Supervision die soziale Kompetenz der Besucher – im Sinne sozialen Lernens – positiv zu verändern vermag. Erfährt der Besucher selbst dadurch eine persönliche und arbeitsmarktrelevante Wertsteigerung?

- H7 Regelmässige Besuche bei kognitiv beeinträchtigten Betagten steigern die soziale Kompetenz der Besucher.
- F3 Beeinflussen die bereits vorhandene soziale Unterstützung und die soziodemographischen Variablen den Besuchseffekt auf die soziale Kompetenz?

## Soziale Unterstützung

- H8 Die Durchführung regelmässiger Besuche bei kognitiv beeinträchtigten Betagten führt bei den Besuchern zu einer positiven Neubewertung der eigenen bestehenden Sozialkontakte.

## 4.2.3 Identifikation mit dem Unternehmen und Einstellung zum Arbeitgeber

Indem Unternehmen Freiwilligentätigkeit für gemeinnützige Zwecke ausserhalb ihres Kerngeschäfts fördern, geben sie ihren Mitarbeitern die Gelegenheit zu einem uneigennütigen Engagement (Littmann-Wernli, 2002). Somit vermag betrieblich unterstützte Freiwilligentätigkeit die Anliegen der Mitarbeitern bezüglich gemeinnütziger, sinnstiftender Aktivität und sozialer Verantwortungsübernahme mit sozialen, Fortbildungs- und PR-Zielen des Unternehmens zu verbinden. Zudem kann durch die wahrgenommene soziale Verantwortung das Ansehen des Unternehmens bei den Mitarbeitern verbessert werden, was ein positiveres Wertgefühl und eine verstärkte Identifikation mit dem Arbeitgeber erzeugt. Dies wiederum – so zeigen verschiedene Studien (u.a. Bartel, 1998; Elsbach & Glynn, 1996) – führt oft zu einer Steigerung des betrieblichen Engagements und der Arbeitszufriedenheit, bzw. einer positiveren Einstellung zum Arbeitgeber. Wenn sich nämlich ein Mitarbeiter stark mit seinem Unternehmen identifiziert, ist er eher bereit in sein Selbstkonzept Attribute zu übernehmen, die auch das Unternehmen definieren. Gefragt wird hier also nach einem allfälligen Transfereffekt.

- H9 Soziales Engagement in Form regelmässiger Besuche bei kognitiv beeinträchtigten Betagten hat einen positiven Effekt auf die Einstellung zum Arbeitgeber.
- H10 Die Teilnahme am Projekt „more...“ übt einen positiven Effekt auf die Identifikation der Besucher mit ihrem jeweiligen Arbeitgeber aus.

## Motivation der Besucher

- F4 Welches sind die Motive der freiwilligen Besucher, am Projekt „more...“ teilzunehmen?

## 5 Methodik

Nachfolgend wird aufgezeigt, wie die in Kapitel 4 erläuterten Fragestellungen und Hypothesen für die Datenprüfung operationalisiert wurden. Das Kapitel beinhaltet die Beschreibung der Konstrukte und der Erhebungsmethoden sowie das Vorgehen bei der Datenanalyse.

### 5.1 Wissenschaftliche Fundierung und Operationalisierbarkeit

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine Interventionsstudie mit anschliessender Evaluation der Interventionseffekte. Formal ist die Studie als Feldexperiment angelegt. Das qualitative und quantitative Datenmaterial wurde in einer Längsschnittstudie mit drei Messzeitpunkten (t1 vor den Besuchen, t2 nach den Besuchen der ersten Gruppe, t3 nach den Besuchen beider Gruppen) erhoben. Zur Überprüfung der Effekte wurden sowohl für die Besuchenden als auch für die Besuchten je eine Kontroll- und Experimentalgruppe gebildet. Bei beiden Versuchsgruppen wurden Selbst- und Fremdbeurteilungen durchgeführt. Die Daten der Besuchenden und deren Partner wurden mittels eines Fragebogenverfahrens, eines halbstandardisierten Interviews und eines projektiven Tests erhoben. Die Besuchten und deren persönliche Spitex-Betreuerinnen wurden in einem auf standardisierten Fragebogen beruhenden Interview befragt; dieses wurde durch ein projektives Verfahren (Baum-Test) ergänzt.

#### 5.1.1 Experimentelle Forschung

Das Ziel eines Experiments besteht darin, kausale Informationen zu liefern. In dieser Absicht wird beobachtet, was mit einer Variable geschieht, wenn der Forscher absichtlich ein Merkmal in deren Umgebung verändert (Manstead & Semin, 1992). Ein experimentelles Vorgehen ist sehr geeignet, um den Einfluss von Besuchen auf eine bestimmte Versuchsgruppe zu untersuchen.

Die Effekte eines Experiments sind besonders gut kontrollierbar, wenn ein klassisches experimentelles Design mit Kontroll- und Experimentalgruppe verwendet wird. Dazu werden durch Parallelisierung von soziodemographischen- und Persönlichkeitsmerkmalen und anschliessende zufällige Zuweisung zwei möglichst ähnliche Versuchsgruppen gebildet: eine so genannte Experimentalgruppe, die den Versuchsbedingungen (hier Besuche) ausgesetzt wird, und eine zweite Gruppe, die dieselben Voraussetzungen erfüllt wie die Experimentalgruppe, aber keinen Versuchsbedingungen ausgesetzt wird. Vor und im Anschluss an das Experiment werden die beiden Gruppen miteinander verglichen. Allfällige Unterschiede zwischen den beiden Gruppen lassen sich dann mit grosser Wahrscheinlichkeit auf die jeweilige Intervention zurückführen.

In der vorliegenden Studie wurde in der ersten Besuchsphase nach dem oben erläuterten Untersuchungsdesign verfahren. In der zweiten Besuchsphase erhielten beide Versuchsgruppen ein Treatment, wodurch sich das Versuchsdesign veränderte.

#### 5.1.2 Längsschnittstudie

In einer Längsschnittstudie werden mindestens zu zwei Zeitpunkten Daten erhoben. Anhand eines Vergleichs dieser Daten wird versucht, die Prozesse und Vorgänge zu erschliessen, die in der Zwischenzeit stattgefunden haben (Stroebe, Hewstone, Codol & Stephenson, 1992).

Im vorliegenden Projekt wurden drei Messzeitpunkte angesetzt und zwar jeweils vor und nach den zwei Besuchsphasen. Eine Längsschnittstudie schien am besten geeignet, um den Effekt der Besuche während der Interventionsphase aufzuzeigen.

### 5.1.3 Cover Storys

In vielen experimentellen Designs werden so genannte Cover-Storys verwendet, um die experimentelle Situation zu verdecken oder Auskunftspersonen möglichst nicht durch die experimentellen Fragestellungen zu beeinflussen (Stroebe et al., 1992). Um Effekte der sozialen Erwünschtheit und die Verzerrung der Antworten bei der Besuchtenbefragung möglichst gering zu halten, wurde vorgesehen, die Besuche und die Befragung methodisch auseinander zu halten. Um dies zu gewährleisten, sollte die Befragung der Besuchten als Universitätsstudie zur Erhebung des Wohlbefindens älterer Menschen deklariert werden. Die Besuche sollten dargestellt werden, als seien sie unabhängig von der Studie – vom Zentrum für Gerontologie und vom stadtärztlichen Dienst – initiiert worden.

Dieses wissenschaftliche Vorgehen stiess jedoch bei der Spitexleitung auf negative Resonanz. Zum einen aus ethischen Gründen, zum andern aber auch aus Gründen der Informationstransparenz gegenüber ihren Mitarbeiterinnen und des damit verbundenen allfälligen Vertrauensverlusts. Infolgedessen wurde ein Kompromiss geschlossen, der die Transparenz und die Voraussetzungen für wissenschaftliches Arbeiten so weit wie möglich gewährleisten würde: Es sollte nicht explizit erwähnt werden, dass Befragung und Besuche zusammengehörten. Bei entsprechenden Fragen durfte allerdings offen Auskunft gegeben werden. Bei der Interpretation der Ergebnisse muss diesem Sachverhalt Rechnung getragen werden.

Den Besuchern wurde das Design der Studie anfangs grob dargelegt und es war für alle offen ersichtlich, in welche Besuchsgruppe sie eingeteilt wurden. Über die Messkriterien und die hinter der Befragung stehenden Konstrukte wurde allerdings nicht informiert.

## 5.2 Erhebungsmethoden

Im Untersuchungskonzept war ein Ansatz mit multiplen interdisziplinären Messverfahren vorgesehen. Dabei wurden unterschiedlich strukturierte Erhebungsmethoden kombiniert: Fragebogenverfahren bei den Besuchern und deren Partnern; standardisierte Interviews mit Besuchten und deren Spitex-Betreuerinnen; halbstandardisierte Interviews mit Besuchern und ergänzende projektive Verfahren

### 5.2.1 Fragebogenverfahren

Das Fragebogenverfahren ist eine der am häufigsten verwendeten Methoden zur Datengewinnung und hat den Vorteil, dass die Durchführung und meist auch die Auswertung standardisiert ist; es ist daher ein eher kostengünstiges Verfahren (Karkoschka, 1998). Allerdings dürfte die inhaltliche Validität dieses Verfahrens hinsichtlich des fehlenden Realitätsbezugs und der mangelnden Möglichkeit zur Interaktion hinterfragt werden. Als möglicher Messfehler ist zudem die soziale Erwünschtheit zu betrachten: Edwards (1970, zit. nach Karkoschka, 1998, S. 35) spricht hier von ‚impression management‘ und meint damit den Antwortstil und die Antworttendenz respektive die gezielte und bewusste Manipulation des Antwortverhaltens („faking good“, „faking bad“). Ob sich diese Erwünschtheitstendenzen tatsächlich validitätsmindernd auswirken, ist jedoch umstritten (Schuler, 1996).

### 5.2.2 Interviews

Bei der Konzipierung der Interviews wurde nach den Empfehlungen von Bortz und Dörig (1995) auf folgende Kriterien geachtet: Es wurde geprüft, ob jede Frage erforderlich war, ob das Interview Wiederholungen oder überflüssige Fragen enthielt und ob die Fragen einfach, eindeutig und nicht suggestiv formuliert waren.

Negativ formulierte Fragen, deren Beantwortung unter Umständen nicht eindeutig war, wurden weggelassen. Ferner achtete man darauf, dass die Fragen dem Bildungsniveau des Befragten entsprachen, diesen nicht in Verlegenheit brachten und dass die Antwortvorgaben angemessen waren. Das Interview enthielt zudem genügend Abwechslung, um die Motivation der Befragten aufrechtzuerhalten.

### 5.2.3 Projektive Verfahren

Projektions- und Entwicklungstests gehen von der Grundannahme aus, dass sich Erlebnisinhalte und Persönlichkeitsstrukturen eines Menschen in dessen Wahrnehmung oder Gestaltung projiziert ausdrücken und dass sich diese Projektionen beispielsweise in einer Zeichnung widerspiegeln können (Avé-Lallemant, 2000). Um das Beobachtungsspektrum zu erweitern, wurden projektive Erhebungsinstrumente verwendet: bei den Besuchern der Wartegg-Zeichentest, bei den Besuchten der Baum-Test.

## 5.3 Besuchtenbefragung

Bei der Besuchtenbefragung interessierten folgende Konstrukte: kognitive Leistungsfähigkeit, Gesundheit, Wohlbefinden, Lebensqualität, wahrgenommene und erhaltene soziale Unterstützung, soziales Netzwerk und soziodemographischen Angaben.

Die Befragung erfolgte zu allen drei Messzeitpunkten mittels standardisierter Interviews, die auf der Grundlage von sechs Fragebogen durchgeführt wurden, die sich jeweils nur in wenigen Items unterschieden. Zum Zeitpunkt t2 und t3 wurden einige spezifische Fragen hinzugefügt, um Veränderungen aufzudecken. Die bereits in der Käferberg-Besucherstudie verwendeten Instrumente wurden mehrheitlich übernommen. Items, die sich nachweislich nicht bewährt hatten, wurden weggelassen. Da die Stichprobe viele Personen umfasste, die im Vergleich zur Käferberg-Besucherstudie weit weniger stark kognitiv beeinträchtigt waren, konnte die Besuchtenbefragung erweitert und differenziert werden.

Die Besuchtenbefragung zu den Messzeitpunkten t1 und t2 wurden im Rahmen einer an das Projekt angeschlossenen Lizentiatsarbeit organisiert, durchgeführt und ausgewertet (vgl. Affolter, Schmid & Zbinden, 2002). Da die erwähnten Lizentianden die Messinstrumente zur Besuchten- und Spitexbefragung auswählten, wurden die im Folgenden beschriebenen Ausführungen zu den Instrumenten der Besuchtenbefragung weitgehend aus der oben genannten Lizentiatsarbeit übernommen. Tabelle 3 zeigt die erhobenen Konstrukte der Besuchten- und Spitex-Befragung.

Tabelle 3 Beschreibung der Operationalisierung der einzelnen Konstrukte

Konstrukt	Patientenbefragung	Spitexbefragung
	Anzahl Items (t1 - t3)	Anzahl Items (t1 - t3)
<i>Total Items</i>	64 (inklusive MMS)	17
<i>Wohlbefinden</i>	11	4 (ZLQI)
Allgemeines Wohlbefinden (ZLQI)		4
Psychisch-soziales Wohlbefinden	7	
Physisches Wohlbefinden	4	
<i>Aktivität und Autonomie</i>	5	
<i>Lebensqualität (ZLQI)</i>	1	5
<i>Psychische und physische Gesundheit</i>		4
<i>Kognitive Beeinträchtigung</i>	30 (Z-MMS)	6 (CDR)
<i>Depression</i>	4	
<i>Soziale Unterstützung und soziales Netzwerk</i>	8	4
<i>Soziodemografische Variablen</i>		2 (exklusive Erhebungsbogen)
Baum-Test	1	
Weitere	5	1

In der Besuchtenbefragung wurden die subjektiven Anteile des Wohlbefindens erhoben. Der Besuchtenfragebogen enthielt vorwiegend Fragen zur aktuellen Lebenssituation, da die Dimension ‚Zeit‘ für kognitiv beeinträchtigte Menschen oft nicht mehr gut einschätzbar ist. Bis auf einige wenige offene Items hatten alle Antwortkategorien fünf Ausprägungsgrade.

### 5.3.1 Erhebungsbogen

Die Spitex-Betreuerinnen überprüften anhand des im Vorfeld der Studie ausgefüllten Erhebungsbogens, ob sämtliche an die Stichprobe dieses Projekts gestellte Voraussetzungen erfüllt würden. Dazu gehörten Fragen zum Alter, Wohnort, sozialen Netzwerk (Anzahl der wöchentlichen Besuche) sowie zum psychischen Zustand des zu Besuchenden (z.B. Angst vor Fremden).

Ausserdem wurden Angaben bezüglich Geschlecht, Zivilstand, Sprachen, letzter Berufstätigkeit, Hobbys, Eigenheiten und Vorlieben des potenziellen Besuchten und Wünsche hinsichtlich der Auswahl des Besuchers erfragt. Aufgrund dieser Angaben wurde zu einem späteren Zeitpunkt die Zuteilung zu den Besucher vorgenommen. Schliesslich wurde ausfindig gemacht, ob ein Erstkontakt ohne die Mithilfe der Spitex möglich sei; ausserdem wurden die Art und die Zeitpunkte der Spitex-Einsätze erhoben, damit die Besucher die Besuche koordinieren konnten.

Mit einem an den Erhebungsbogen gehefteten Formular wurde das schriftliche Einverständnis der zu Besuchenden eingeholt, in naher Zukunft Besuche zu empfangen.

### 5.3.2 Instrumente der Besuchtenbefragung

Die Befragung der Besuchten wurde in drei verschiedene Teile gegliedert. Nach der Herstellung des Kontaktes durch die Spitex-Betreuerinnen wurde zuerst der Zürcher Minimalstatus (Z-MMS; Brühweiler, 1986) durchgeführt, um den Grad der kognitiven Beeinträchtigung zu messen. Danach folgte die eigentliche Befragung mit den Items zum Wohlbefinden und dem sozialen Netzwerk. Abschliessend wurde der Baum-Test durchgeführt. Die gesamte Befragung nahm – je nach Ausprägung der Demenz und anderen Erschwernissen wie Hörproblemen – 30 - 60 Minuten in Anspruch.

Um auch relativ schwer kognitiv beeinträchtigten Personen zu ermöglichen, ihre Zufriedenheit in verschiedenen Bereichen adäquat auszudrücken, wurde von PD Dr. A. Wettstein, Chefarzt des Stadtärztlichen Dienstes Zürich, eine illustrierte Skala eingeführt. Es handelt sich um eine an die Stichprobe angepasste Version des von Ahlsjö, Britton, Murray & Theorell (1984) verwendeten Instruments. Dabei ‚antwortet‘ der Besuchte auf die gestellte Frage, indem er jeweils auf das am besten passende Gesicht zeigt (Abbildung 4). Diese so genannte Zufriedenheits-Visuell-Analog-Skala ist eines der am häufigsten eingesetzten gerontologischen Messinstrumente und basiert auf der Erfahrung, dass auch mittelschwer bis schwer demente Patienten einfache, emotionale Gesichtsausdrücke gut erkennen und interpretieren können (vgl. Wettstein et al., 1997).

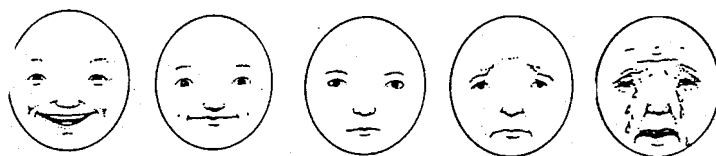


Abbildung 3 Die Gesichter der Zufriedenheits-Visuell-Analog-Skala, modifiziert nach Ahlsjö et al. (1984)



Der Fragebogen wurde gemäss dem Wohlbefindens-Konzept von Perrig-Chiello (1997) in die Schwerpunkte soziales Wohlbefinden (inkl. soziales Netzwerk), psychisches Wohlbefinden (inkl. Fragen zur Depression) und physisches Wohlbefinden aufgeteilt.

Bei der anschliessenden Faktoren- und Reliabilitätsanalyse konnten die erwünschten Konstrukte jedoch nicht bestätigt werden. Die aus den Analysen hervorgegangenen Konstrukte werden in Tabelle 4 dargestellt.

Tabelle 4 Items der Besucherbefragung (exkl. Z-MMS und Baum-Test)

Item	ANTWORTMÖGLICHKEITEN	BETREFFENDES KONSTRUKT
Wie zufrieden sind Sie in Ihrem momentanen Daheim? Wie wohl fühlen Sie sich in Ihrer Nachbarschaft? Wie zufrieden sind Sie mit den Kontakten zu Ihren Nachbarn? Wie fühlen Sie sich heute?	5 – sehr unzufrieden bis sehr zufrieden (Visuell-Analog-Skala)	Psychisch-Soziales Wohlbefinden
Wie haben Sie sich in den letzten 2 Wochen allgemein gefühlt? Wie gut geht es Ihnen im Vergleich zu anderen Gleichaltrigen?	5 – sehr gut bis überhaupt nicht gut	
Wie oft fühlen Sie sich frisch und voller Lebensenergie?	5 – sehr oft bis nie	
Wie zufrieden sind Sie heute mit Ihrer körperlichen Gesundheit?  Leiden Sie unter Schlafschwierigkeiten? Leiden Sie unter körperlichen Schmerzen? Wie oft sind Sie körperlich erschöpft und müde, so dass Sie nichts Aktives tun können?	5 - sehr unzufrieden bis sehr zufrieden (Visuell-Analog-Skala)  5 – sehr oft bis nie	Physisches Wohlbefinden
Fühlen Sie sich durch körperliche Schwierigkeiten in Ihrem Alltag eingeschränkt? Wie häufig unternehmen Sie etwas? Sind Sie körperlich aktiv?  Wie gut können Sie Alltagsaufgaben wie baden/ duschen oder Einkaufen selbstständig und ohne fremde Hilfe erledigen? Wie gut fühlen Sie sich im Stande Ihr Leben nach Ihren eigenen Wünschen und Bedürfnissen zu gestalten?	5 – sehr oft bis nie  5 – sehr gut bis überhaupt nicht gut	Körperliche Aktivität + Autonomie
Sind Sie grundsätzlich mit Ihrem Leben zufrieden? Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Leben leer ist? Haben Sie dauernd Angst, dass Ihnen etwas Böses zustossen könnte? Fühlen Sie sich meist glücklich und zufrieden?	2 – ja / nein	Depression
Z-MMS (30 Items). Fragen ohne gegebene Antwortmöglichkeiten, deren richtige Lösung jeweils einen Punkt ergab.		Demenzgrad
Haben Sie Kontakt zu ihren Nachbarn? Wie häufig bekommen Sie Besuch von Verwandten und/oder Freunden?  Wie häufig besucht Sie Ihr Verwandter, Ihr Freund / Ihre Freundin?	5 – sehr oft bis nie  9 – mehr als 4 Besuche pro Woche bis kein Besuch	Soziales Netzwerk / Kontakthäufigkeit

### Psychisch-soziales Wohlbefinden

Aus den Items, die gemäss der Theorie von Perrig-Chiello (1997) dem psychischen bzw. sozialen Wohlbefinden zuzuordnen wären, konnte kein entsprechendes Konstrukt gebildet werden. Bei der Datenanalyse wurde jedoch ein Faktor extrahiert, der sowohl psychische als auch soziale Aspekte berücksichtigt und 37% der Gesamtvarianz erklärt. Der betreffende Faktor enthält Fragen zur Wohnsituation und Wohnumgebung sowie zum Gefühlszustand. Die Analyse der internen Konsistenz ergab einen  $\alpha$ -Wert von .71 (Erhebungszeitpunkt t1).



## Physisches Wohlbefinden

Vier Items wurden per Faktorenanalyse (PCA) zum Konstrukt ‚physisches Wohlbefinden‘ zusammengefasst, das insgesamt 45% der Gesamtvarianz erklärt. Der  $\alpha$ -Wert von .66 (zum Erhebungszeitpunkt t1) deutet darauf hin, dass die vier Items, die alle physische Aspekte beinhalten, dasselbe Konstrukt messen. Nach Perrig-Chiello (1997) fokussiert diese Wohlbefindensdimension primär auf die subjektive Beurteilung des körperlichen Gesundheitszustandes.

## Aktivität und Autonomie

Die interne Konsistenz des Konstrukts ‚Aktivität und Autonomie‘ ergab einen hohen  $\alpha$ -Wert (.79, Erhebungszeitpunkt t1). Zu den beiden ersten Erhebungszeitpunkten korrelierte dieses Konstrukt signifikant mit dem Konstrukt ‚physisches Wohlbefinden‘ (Korrelationen zwischen den beiden Konstrukten: t1:  $r=.50^{**}$ , t2:  $r=.47^{**}$ )<sup>2</sup>.

## Soziales Netzwerk/Kontakthäufigkeit

Die Erhebung des sozialen Netzwerks dient der systematischen Gliederung des sozialen Umfeldes eines Menschen, um es einer empirischen Untersuchung zugänglich zu machen (Netz et al., 1996). Dabei interessiert im Projekt „more...“ primär das informelle Netzwerk, zu welchem Familienangehörige, Verwandte, Freunde, Bekannte und Nachbarn gehören, mit denen die Besuchten zum Zeitpunkt der Untersuchung direkten, telefonischen und/oder brieflichen Kontakt hatten. Ein regelmässiger und verbindlicher Kontakt war Voraussetzung, damit die betreffende Person als Netzwerkmitglied aufgeführt werden konnte, dies unabhängig von der Kontakthäufigkeit und -dauer. Erhobene Merkmale waren: Rollenbeziehung der Bezugspersonen, Häufigkeit und Art der Kontakte.

Die Theorie besagt, der entscheidende Aspekt der sozialen Unterstützung sei die tatsächlich wahrgenommene Unterstützung (Netz, 1996; Sarason, Pierce & Sarason, 1990; Wettstein, Conzelmann & Heiss, 2001). Deshalb wurde die subjektiv wahrgenommene soziale Unterstützung durch Befragung der Besuchten selbst erhoben, während die objektive soziale Unterstützung auf den Angaben der Spitex-Betreuerinnen beruhte.

## Depressivität

Anhand einer Kurzversion der ‚Geriatric Depression Scale‘ (D’Ath, 1994) wurde erhoben, ob bei den Besuchten eine mögliche Depressivität vorlag. Diese zur Beurteilung älterer Menschen entwickelte Depressivitätsskala basiert auf vier bivariaten Items (Ja- oder Nein-Antworten). Der Skalenwert ergab sich aus der Addition der Antworten, wobei zwei der Fragen bei einer Bejahung je zwei Punkte, die anderen beiden nur je einen Punkt ergaben. Auf dieser Skala (0 - 6 Punkte) deuteten einer und mehr Punkte auf eine wahrscheinliche Depressivität hin. Gemäss Wettstein et al. (2001) korrelieren die Ergebnisse der gekürzten Version des GDS gut mit denjenigen der ausführlichen Form.

## Weitere Fragen zu psychischen und sozialen Aspekten

Die weiteren Items, welche aus den Blöcken soziales und psychisches Wohlbefinden stammen, konnten keinem Konstrukt zugeteilt werden. Deshalb erfolgte ihre Auswertung – wenn dies überhaupt sinnvoll war – als einzelne Frage.

Das Item ‚Lebenszufriedenheit‘ (Was ist Ihnen besonders wichtig im Leben? Wie zufrieden sind Sie damit?) wurde in Anlehnung an die Studie von Meier (1995) kreiert, die besagt, dass jeder Mensch das Wohlbefinden individuell versteht und für sich interpretiert. Die Bewertung von wichtigen Dingen im eigenen Leben soll auf diese subjektive Einschätzung Rücksicht nehmen. Da diese Frage nicht immer beantwortet wurde, ist deren Auswertung nur deskriptiv möglich. Dies gilt ebenso für die letzte Frage: Gibt es in Ihrem Leben etwas, worauf Sie sich besonders freuen?

<sup>2</sup> \*\* Signifikanz auf dem 1%-Wahrscheinlichkeits-Niveau

## Zürcher Minimentalstatus (Z-MMS)

Zur psychometrischen Erfassung einer Demenz war ein Verfahren nötig, das sich sowohl für leichtere als auch für schwerere Formen eignet. Der Test sollte nicht nur eine hohe Zielgenauigkeit aufweisen – also eine deutliche Abgrenzung von dementen und nicht dementen Betagten ermöglichen – sondern auch das ganze kognitive Spektrum erfassen, insbesondere Urteilsfähigkeit, Abstraktionsvermögen, mnestiche, sprachliche, praktische sowie visuell-räumliche Leistungen. Zudem sollte er wenig Zeit beanspruchen sowie eine hohe Retest-Reliabilität gewährleisten. Verfahren, die diesen Anforderungen weitgehend gerecht werden, sind der Mini-Mental Status (MMS) von Folstein, Folstein & Mc Hugh (1975) und dessen verkürzte Zürcher Variante (Z-MMS; Brühweiler, 1986). Diese Tests ermöglichen jedoch nur eine grobe Untersuchung der intellektuellen Fähigkeiten. Für eine detaillierte Untersuchung und Diagnose hätten weiterführende (neuro)psychologische Tests miteinbezogen werden müssen (Hafner & Meier, 1996a).

Der in der vorliegenden Studie verwendete Z-MMS besteht aus 30 Items und dauert circa 10 - 15 Minuten. Der Einsatz erfolgt in Interviewform und kann bei entsprechender Instruktion auch von Laien durchgeführt werden.

Eine formelle Prüfung der mnestiche Funktionen wird anhand von 10 Items durchgeführt, von denen vier Fragen die zeitliche Orientierung, drei die örtliche Orientierung und weitere drei das Kurzzeitgedächtnis betreffen. Einbussen in der Sprachfunktion werden mit Hilfe von 10 Items erhoben (z.B. Dinge im Raum oder Körperteile benennen). Davon betreffen je drei Fragen verbale Fähigkeiten und die Rechenfähigkeit, je eine Frage die Schreib- und Lesefähigkeit, eine das Nachsprechen und eine das Sprachverständnis (Fragen 8 - 14 und 18 - 20).

Eine Störung der motorischen Fertigkeiten lässt sich testen, indem die Personen gebeten werden, einzelne Bewegungen auszuführen. Hierfür hat der Z-MMS ebenfalls 10 Fragen vorgesehen. Drei Fragen betreffen das Kopieren von komplexen Fingerstellungen, vier das Ausführenlassen von alternierenden Handbewegungen und vier das Nachzeichnen eines dreidimensionalen Würfels (Fragen 21 - 30). Von den 30 Items wird jedes einzelne mit einem Punkt bewertet, so dass insgesamt 30 Punkte vergeben werden können. Die Auswertung erfolgt als einfache Addition der korrekten Antworten. Z-MMS-Werte über 20 (bis ca. 27) weisen auf eine leichte kognitive Beeinträchtigung hin, Werte zwischen 15 und 19 lassen auf eine mittlere Demenz schliessen und eine Punktzahl zwischen 10 und 14 steht für eine mittlere bis schwere Demenz.

Personen mit einer ausgesprochen schweren Demenz (MMS < 10) wurden beim Projekt „more...“ nicht berücksichtigt. Dies deshalb, weil davon auszugehen ist, dass solche Menschen kaum in der Lage sind, alleine und selbstständig zuhause zu leben. Ein allfälliger Heimübertritt im Verlaufe der Interventionsphase wäre somit wahrscheinlich.

### 5.3.3 Projektives Verfahren: Baum-Test

Um dem Aspekt der Ganzheitlichkeit gerecht zu werden und zwecks Erweiterung des Beobachtungsspektrums wurde zusätzlich ein Baum-Test durchgeführt.

Der Baum-Test ist sehr einfach in der Anwendung – benötigt man dazu nur Papier und Bleistift – und wird in der Psychiatrie oft im Rahmen therapeutischer Gespräche zum Aufzeigen von Behandlungs- und Krankheitsverläufen sowie zur Diagnostik angewandt. Als psychodiagnostisches Hilfsmittel hat er sich in der Praxis gut bewährt. Für die Durchführung des Tests ist kein Erinnerungsvermögen der Testperson notwendig. Die Baumzeichnung sollte nie als einziges Diagnosemittel angewandt werden, eignet sich jedoch hervorragend als Ergänzung und somit als Fundierung und Bestätigung von bereits gewonnenem Datenmaterial (Avé-Lallemant, 1996). Die Probanden wurden jeweils zu allen drei Messzeitpunkten gebeten, auf ein leeres Din-A4-Blatt einen Baum zu zeichnen. In der Regel benötigten sie dafür circa 5 - 10 Minuten.

### 5.3.4 Fremdbeurteilung: Spitex-Befragung

Eine Befragung kognitiv beeinträchtigter Menschen ist anspruchsvoll, da deren Wahrnehmung durch die gestörte Gedächtnisleistung verzerrt sein kann. Aus diesem Grund wurden die meisten Studien zum Thema Demenz bisher ausschliesslich über Drittpersonen (z.B. Angehörige oder Pflegepersonal) erhoben. In dieser Studie wurde versucht, beide Seiten zu berücksichtigen. Die Spitex-Befragung wurde durchgeführt, um möglichst objektive Angaben zu den Konstrukten Wohlbefinden, Lebensqualität, soziales Netzwerk sowie psychische und physische Gesundheit der Betagten zu erhalten (Tabelle 5). Ein weiterer Vorteil der Fremdbeurteilung bestand in der Möglichkeit die Zeitdimension mit einzubeziehen (d.h. Fragen zur kurzfristigen Vergangenheit oder Veränderungen zu stellen), die für kognitiv Beeinträchtigte kaum mehr fassbar ist. Die Durchführungszeit dieser Befragung betrug circa 15 - 20 Minuten.

Tabelle 5 Items des Spitex-Fragebogens

Item	Konstrukt / Zweck der Frage
Alter Seit wann durch Spitex betreut? Ausbildung	Soziodemografische Angaben
CDR Bewertung der Behinderung (Einschränkung) und des Leidens Zürcher Pflegebeurteilung Lebensraumdurchmesser Subjektive Befindlichkeit (aus Patientenfragebogen) Stress-Skala für Pflegende	Lebensqualität (ZLQI)
Bewertung der Behinderung (Einschränkung) und des Leidens Zürcher Pflegebeurteilung Subjektive Befindlichkeit (aus Patientenfragebogen) Stress-Skala für Pflegende	Allgemeines Wohlbefinden (Subinventar ZLQI)
Kontakthäufigkeit Besuche von wem? Art der Kontakte Wie oft erzählt der Besucher von den Besuchen?	Soziales Netzwerk / soziale Unterstützung
Leidet der Patient / die Patientin unter depressiven Verstimmungen? Wie ging es dem Patienten / der Patientin in der letzten Woche psychisch? Erhält der Patient / die Patientin Antidepressiva?	Psychische Gesundheit
Wie oft klagte der Patient / die Patientin in der letzten Woche über Schmerzen / Leiden? Wie geht es dem Patienten / der Patientin in der letzten Woche gesundheitlich (physisch)?	Physische Gesundheit
Bitte vergleichen Sie den Zustand der Patienten mit demjenigen vor drei Monaten: hat sich irgend etwas in seinem / ihrem Verhalten verändert?	Allgemein

## Lebensqualität

Das Konstrukt Lebensqualität wurde anhand einer abgewandelten Version des Zürcher Lebensqualitätsinventars (ZLQI) erhoben. Das ZLQI ermöglicht es, die Lebensqualität mehrdimensional sensitiv zu erfassen. So wird der besonderen Belastung von Pflegepersonen – die zum grossen Teil durch die psychische Beeinträchtigung der Patienten bedingt ist – und der Interaktion zwischen dem Pflegenden und dem Gepflegten Rechnung getragen. Das ZLQI wurde in Langzeitinstitutionen bisher dreimal erfolgreich angewandt und überprüft (Albrecht & Oppikofer, 2000; Wettstein et al., 1997). Die dort untersuchten Stichproben bestanden jeweils aus betagten Langzeitpatienten oder Heimbewohnern. Aufgrund der Unterschiede gegenüber noch zuhause wohnenden alten Menschen wurden nötige Anpassungen vorgenommen.

Auf die Erhebung dreier Skalen musste verzichtet werden. So war die Anzahl der Stürze sowie der Krankheitstage im letzten Monat kein valides Mass, da die noch zuhause lebenden Dementen meist in relativ guter physischer Verfassung sind. Ferner war es nicht möglich, die von ihnen eingenommenen Medikamente zu erfassen, da die Spitex-Mitarbeiterinnen nur spärliche Informationen über den Medikamentenkonsum ihrer Betreuten haben.

Die Skalen des für das Projekt „more...“ leicht modifizierten Zürcher Lebensqualitäts-Inventar (ZLQI) werden im Folgenden beschrieben:

- *Zürcher Pflegebeurteilung (auch Zufriedenheits-Fremdbericht)*  
Auf einer Drei-Punkte-Skala beurteilte die betreuende Pflegeperson fünf Bereiche hinsichtlich der allgemeinen Zufriedenheit des Patienten.
- *Lebensraumdurchmesser*  
Mit diesem Test wird die Mobilitätsfrequenz des Patienten in den letzten zwei Wochen in der eigenen Wohnung/in der Nachbarschaft/im Garten/im Quartier/in der Umgebung erfasst.
- *Clinical Dementia Rate (CDR)*  
Anhand dieses vielfach angewandten Fremdbeurteilungsinstruments lassen sich die kognitiven und sozialen Fähigkeiten des Untersuchten beurteilen. Es umfasst die sechs Dimensionen Gedächtnis, Orientierung, Urteils- und Problemlösungsfähigkeit, soziale Fähigkeiten, Haushalt und Hobbys sowie Selbstpflege. Die ‚clinical dementia rate‘ korreliert gemäss Bielak (1998) gut mit anderen Demenztests.
- *Skala zu Behinderung und Leiden*  
Werden die linear abgestuften Skalen ‚objektive Behinderung‘ und ‚subjektives Leiden‘ miteinander kombiniert, ergibt sich daraus die subjektive Fremdbeurteilung der Krankheit bzw. der Behinderung des Patienten. Aus den acht Graden der ‚objektiven Behinderung‘, kombiniert mit den 4 Graden des ‚subjektiven Leidens‘, ergeben sich 32 Felder, die zum Ausdruck bringen, wie stark die Besuchten laut ihren Betreuerinnen unter den Behinderungen leiden. Die Skala wurde in einer Untersuchung von Rosser und Kind (1978; zit. nach Bielak, 1998, S. 18) validiert. Dabei wurden bezüglich der Test-Retest-Reliabilität und der Interraterreliabilität hohe Werte gemessen.
- *Subjektive Befindlichkeit*  
Innerhalb des Zürcher Lebensqualitätsinventars ist dies die einzige Skala, welche direkt bei den Betreuten erhoben wird. Dieser Wert, welcher mit der Zufriedenheits-Visuell-Analog-Skala erfasst wird, stammt aus dem Patienten-Fragebogen.
- *Stressskala für Pflegendende*  
Die „Stress-Skala für Pflegendende“ bietet den Betreuerinnen die Gelegenheit, ihre persönliche, durch die Pflege des Patienten verursachte psychische Belastung oder die damit verbundenen negativen Gefühle zum Ausdruck zu bringen. Die Skala setzt sich aus 14 Fragen zusammen, wobei 12 Items negative, die restlichen beiden positive Gefühle umschreiben.

Die Skala beruht auf der Erfahrung, dass sich die Stimmung des Patienten bei der Pflege auf die pflegende Person übertragen kann. Die Pfleger-Stress-Skala gilt als ein Mass, welches das Wohlbefinden von Patienten weit zuverlässiger erfasst als die direkte Einschätzung des Wohlbefindens durch die Pflegenden, da diese oft durch Ängste verfälscht wird (Bielak, 1998). Die Lebensqualität wird gemäss Tabelle 6 berechnet.

**Tabelle 6** Indikatoren zur Berechnung der Lebensqualität

Indikatoren	Punkte
Zürcher Pflegebeurteilung	0-100
Lebensraumdurchmesser (LDR)	0-100
Clinical Dementia Rate (CDR)	0-100
Bewertung der Behinderung und des Leidens	0-125
Subjektive Befindlichkeit (übernommen aus Patienten-FB)	0-125
Stressskala für Pflegenden	0-125
Gesamttotal	0-675

Somit umfasst das ZLQI insgesamt Werte von 0 (beste Lebensqualität) bis 675 (schlechteste Lebensqualität) – im Gegensatz zur Originalform, die von 0 bis 1000 Punkten reicht. Dies führt zu einer leicht veränderten Gewichtung der einzelnen Skalen, was bei der Auswertung zu berücksichtigen ist.

Mit den verwendeten Instrumenten gewährleistet das ZLQI nicht nur, dass die Lebensqualität anhand ihrer objektiven und subjektiven Komponenten gemessen wird, sondern auch die Reproduzierbarkeit, da ins ZLQI bewährte Tests mit hoher Interrater- und Test-Retest-Reliabilität Eingang gefunden haben. Die Validität des Instruments ist schwieriger zu dokumentieren, da kein Goldstandard als Vergleich existiert. Das Inventar erfüllt jedoch die publizierten theoretischen Erwartungen von Experten in diesem Bereich (Wettstein et al., 1997).

### Allgemeines Wohlbefinden (Subinventar ZLQI)

Das allgemeine Wohlbefinden wurde durch das Subinventar ‚Wohlbefinden‘ des Zürcher Lebensqualitätsinventars (ZLQI) erhoben. Das Subinventar umfasst gemäss Tabelle 7 vier Items.

**Tabelle 7** Items des Subinventars ‚Wohlbefinden‘

Indikatoren	Punkte
Zürcher Pflegebeurteilung	0-100
Bewertung der Behinderung und des Leidens	0-125
Subjektive Befindlichkeit (übernommen aus Patienten-FB)	0-125
Stressskala für Pflegenden	0-125
Gesamttotal	0-475

Der Wert 475 Punkte steht für das tiefstmögliche Wohlbefinden, 0 für das höchstmögliche. Das Konstrukt ‚allgemeines Wohlbefinden‘ diente zur Parallelisierung der zwei Versuchsgruppen.

Die sechs Items aus dem Zürcher Lebensqualitätsinventar wurden weiterhin inhaltlich nach den Kriterien von Perrig-Chiello (1997) in die Subgruppen psychisches, soziales und physisches Wohlbefinden aufgeteilt:

#### Psychisches Wohlbefinden

Es wurde zwischen einer Einschätzung des objektiven Wohlbefindens (anhand der Stressskala für Pflegenden) und des subjektiven psychischen Wohlbefindens (über die subjektive Befindlichkeit) differenziert.

### Soziales Wohlbefinden

Zur Messung des sozialen Wohlbefindens wurden die Operationalisierungsfaktoren Zürcher Pflegebeurteilung und Lebensraumdurchmesser angewandt.

### Physisches Wohlbefinden

Diese Wohlbefindensdimension wurde mit den Items ‚Bewertung der Behinderung und des Leidens‘ sowie ‚CDR‘ gemessen.

### Soziales Netzwerk

Die einseitige Beschränkung auf die subjektive Dimension wahrgenommener oder erlebter sozialer Unterstützung bringt eine Reihe von Problemen mit sich. So kann es sein, dass das wahrgenommene Ausmass der sozialen Unterstützung das Ausmass der tatsächlich geleisteten Unterstützung bei weitem übersteigt, weil der betreffende Patient dem Hilfeleistenden eine besondere Bedeutung beimisst. Umgekehrt mag tatsächliche Unterstützung gelegentlich kaum als solche wahrgenommen oder erlebt werden, weil die Hilfe als selbstverständlich erwartet wird (Netz et al., 1996). Aufgrund dieses verzerrten Bildes durch Eigenbeurteilungen ist es bei Patienten mit Gedächtnisstörungen wichtig, zusätzlich Angehörige oder Pflegepersonal zum sozialen Netzwerk dieser Personen zu befragen (Wettstein et al., 2001).

### Psychische und physische Gesundheit

Die vier Items zur psychischen und physischen Gesundheit wurden auf einer 11er-Skala erhoben. Die Analyse der internen Konsistenz wies einen guten  $\alpha$ -Wert (.83) auf.

Ob anhand dieses Konstrukts die psychische und physische Gesundheit tatsächlich umfassend gemessen werden kann, ist zu bezweifeln. Trotz möglicherweise mangelnder Konstruktvalidität vermag es jedoch aufschlussreiche Hinweise zu liefern, und da die Gesundheit der Besuchten in diesem Zusammenhang kein zentrales Konstrukt darstellt, wird hier eine gewisse Unsicherheit in Kauf genommen.

### Weitere Fragen

Die letzte, allgemeine Frage zu den Veränderungen in den knapp drei Monaten der Besuchsphase wurde rein deskriptiv ausgewertet. Eine qualitative Benennung allfälliger Verbesserungen oder Verschlechterungen sollte Aufschluss über die Art der Auswirkungen der Besuche geben.

## 5.4 Besucherbefragung

In der Besucherbefragung wurden folgende Parameter untersucht: Lebensqualität, Wohlbefinden, soziale Kompetenz, soziale Unterstützung, Motivation der Besucher, Einstellung zum Arbeitgeber, Identifikation mit dem Arbeitgeber und soziodemographische Variablen. Zunächst werden die Instrumente der Selbstbeurteilung erläutert und anschliessend die der Fremdbeurteilung beschrieben.

Für die Selbstbeurteilung wurden vier verschiedene Instrumente verwendet:

- Zwei halbstandardisierte Interviews auf der Basis eines Interviewleitfadens:
- Das erste wurde verwendet, um die Besucher auszuwählen und ihnen die zu Besuchenden zuzuteilen. Die Ergebnisse flossen nicht in die Studie mit ein.
- Das zweite wurde im Rahmen der freiwilligen Wartegg-Zeichentestauswertung durchgeführt und erfasste die persönliche Einschätzung des Besuchten über die Auswirkungen der Besuche. Die Interviews dauerten jeweils 10 - 15 Minuten und wurden quantitativ ausgewertet.



- Fragebogenerhebungen zu drei Messzeitpunkten: Das Ausfüllen der Fragebogen dauerte ca. 20 - 30 Minuten. Abgesehen von wenigen Fragen, die sich direkt auf die Wahrnehmung von Unterschieden zwischen den Besuchszeitpunkten bezogen, wurden jeweils dieselben Fragen verwendet.
- Besuchsrapport: Erstellen eines kurzen Stimmungsbarometers direkt nach den Besuchen
- Wartegg-Zeichentest: Projektives Testverfahren zur Erhebung von Persönlichkeitsmerkmalen (konnte bei der Auswertung nicht mitberücksichtigt werden).

#### 5.4.1 Fragebogenerhebung zur Besucher-Selbstbeurteilung

Zur Erhebung der gewünschten Konstrukte wurde von bereits entwickelten Instrumenten ausgegangen. Die im Folgenden beschriebenen Instrumente wurden aus Gründen der Zweckmässigkeit teils gekürzt und teils angepasst. Kriterien für die Kürzung waren:

- *Möglichst hohe Durchmischung*: Ähnliche Items wurden gestrichen; dabei wurde darauf geachtet, dass sowohl positiv als auch negativ formulierte Items verwendet wurden.
- *Trennschärfe*: Bereits vorhandene Testgütekriterien (insbesondere bezüglich der Trennschärfe) wurden beachtet.
- *Plausibilität*: Bevorzugt wurden jene Items, die den spezifischen Anforderungen der Stichprobe und den Interessen der Untersuchung am ehesten entsprachen.

Die Items wurden anhand einer 11-Punkte-Skala eingeschätzt (0 = trifft gar nicht zu, 10 = trifft vollkommen zu).

#### Soziodemographische Variablen

Mittels Fragebogenverfahren wurden folgende soziodemographische Variablen erhoben: Geschlecht, Alter, Geburtsjahr, Zivilstand, Partnerstatus, Wohnsituation, Wohnort, Ausbildung und berufliche Situation (Arbeitgeber, Arbeitspensum, Anzahl Dienstjahre).

#### Motive für Freiwilligentätigkeit

Zur Erhebung der Motive für Freiwilligentätigkeit wurde eine Kombination von Items aus den ‚Einstellungsskalen zur Erfassung der Motive ehrenamtlichen Helfens‘ von Bierhoff, Burkart & Wörsdörfer (1995) und eigenen, auf das Studienkonzept zugeschnittenen Items verwendet. Bierhoff et al. legten ihren Motiven vier Einstellungsdimensionen zugrunde: soziale Bindung (Item 3 und 9:  $r=.363$ ,  $p=.027$ ), Abenteuer im Sinne von Neugier und Suche nach Abwechslung (Item 5 und 7:  $r=.425$ ,  $p=.009$ ), Verantwortung im Sinne der Verpflichtung, Menschen in Not zu helfen (Item 1 und 12:  $r=.474$ ,  $p=.003$ ) sowie Anerkennung durch Freunde und die Gesellschaft (Item 6 und 11:  $r=.577$ ,  $p=.000$ ). Ergänzt wurden diese Faktoren durch die beiden Dimensionen Lernaspekt (Item 4 und 8:  $r=.165$ ,  $p=.330$ ) und Lebenssinn (Item 2 und 10:  $r=.675$ ,  $p=.000$ ), die schon in der Käferberg Besucherstudie verwendet worden waren. Da die Dimensionen aus Itempaaren bestehen, ist eine Reliabilitätsanalyse nicht möglich. Zur Überprüfung der internen Konsistenz wurde daher auf einfache Korrelationen der Itempaare zurückgegriffen. Die direkt hinter den Items angegebenen Kennwerte machen deutlich, dass ausser den Items des Faktors Lernaspekt alle Itempaare unter sich signifikant korrelieren. Der Faktor Lernaspekt wird dementsprechend bei der Datenauswertung in seine zwei Unteritems aufgeteilt. Tabelle 8 zeigt die Korrelationen (nach Pearson) zwischen allen Items an. In Tabelle 9 sind die einzelnen Items aufgelistet.

Tabelle 8 Pearson-Korrelation zwischen den Motivations-Items der Besucherbefragung, (N=37)

Motive	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	1										
2	.128	1									
3	.002	.445**	1								
4	-.067	.050	.082	1							
5	.039	-.271	.113	.609***	1						
6	-.093	.188	.264	.318	.303	1					
7	-.066	-.091	.157	.366*	<b>.425**</b>	.130	1				
8	.068	.009	.245	<b>.165</b>	.433**	.319	.127	1			
9	.124	.305	<b>.363*</b>	.244	-.066	.174	.079	-.162	1		
10	.103	<b>.675***</b>	.367*	.131	-.055	.204	-.253	-.034	.249	1	
11	-.052	.104	.458**	.020	.022	<b>.577***</b>	.255	.103	.266	.115	1
12	<b>.474**</b>	.315	.369*	-.055	-.025	-.202	-.195	-.043	.075	.459**	.059

\* $p \leq .05$ , \*\* $p \leq .01$ , \*\*\* $p \leq .001$ , **Fett=** Itempaare

Tabelle 9 Items Motivation der Freiwilligen

- 1 Ich möchte etwas für Menschen tun, denen es nicht so gut geht wie mir.
- 2 Ich suche etwas, was mir zu mehr Lebensfreude verhilft.
- 3 Geselligkeit ist mir wichtig, ich glaube diese hier zu finden.
- 4 Ich möchte mich auf den dritten Lebensabschnitt vorbereiten.
- 5 Die Erfahrung mit schwierigen Situationen umzugehen reizte mich.
- 6 Ich wünsche mir, dass andere meinen Einsatz anerkennen.
- 7 Ich möchte in Extremsituationen Verantwortung übernehmen.
- 8 Ich möchte mein Wissen und meine Fähigkeiten erweitern.
- 9 Ich möchte mit gleichgesinnten Menschen zusammenkommen.
- 10 Ich suche etwas, das meinem Leben mehr Sinn gibt.
- 11 Eine solche Tätigkeit findet Anerkennung in der Öffentlichkeit.
- 12 Es ist mir wichtig etwas für die Gesellschaft zu tun.

## Allgemeines Wohlbefinden

Das allgemeine Wohlbefinden wurde durch eine direkte Einschätzung verschiedener Aspekte des körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens anhand der Münchner Lebensqualitäts-Dimensionen-Liste (MLDL) erhoben (Steinbüchel, Bullinger & Kirchberger, 1999). Die Trennung in diese drei von Perrig-Chiello (1997) vorgeschlagenen Wohlbefindensbereiche sollte den Vergleich mit der Besuchtenbefragung erleichtern. Die drei Konstrukte erhielten bei der psychometrischen Prüfung durch Steinbüchel et al. zufriedenstellende bis gute Reliabilitäts- und Validitätswerte.

Das Inventar wurde mit zwei Items (6 und 9) aus den ‚Fragen zur Lebenszufriedenheit‘ (FLZ, aus Henrich & Herschbacher, 2000), und einem Item aus dem ‚Fragebogen zur Erfassung des aktuellen körperlichen Wohlbefindens‘ ergänzt (FAW, Item 7, aus Frank, Vaitl & Walter, 1990).

**Tabelle 10** Interne Konsistenz des körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens im Pretest und zu den Zeitpunkten t1 - t3

Items	Trennschärfe ( $r^2$ )			
	Pretest	t1	t2	t3
<i>Körperliches Wohlbefinden</i>				
1 Gesundheitliche Verfassung	.25	.41	.67	.81
2 Körperliche Leistungsfähigkeit (z.B. Fitness)	-.06	.51	.67	.84
3 Geistige Leistungsfähigkeit (z.B. Gedächtnis)	.33	.60	.62	.74
7 Konzentrationsfähigkeit FAW	.34	.33	.69	.85
<i>Cronbach's Alpha</i>	.37	.67	.83	.91
<i>Psychisches Wohlbefinden</i>				
4 Persönliches Wohlbefinden	.40	.51	.72	.88
5 Gutes Selbstwertgefühl	.60	.71	.72	.79
6 Vitalität/Lebensfreude FLZ	.90	.66	.81	.87
8 Erfolg und Anerkennung (in allen Lebensbereichen)	.89	.53	.67	.86
<i>Cronbach's Alpha</i>	.85	.79	.87	.94
<i>Soziales Wohlbefinden</i>				
9 Arbeit FLZ	.80	.32	.51	.66
10 Unterstützung und Geborgenheit durch andere	.75	.72	.90	.88
11 Ehe/Partnerschaft	.88	.57	.67	.80
12 Freundschaften/Bekanntschaften	.57	.73	.83	.83
<i>Cronbach's Alpha</i>	.86	.76	.86	.90

Aufgrund der geringen Trennschärfe der Items 2 und 3 beim Pretest wurde jeweils ein kurzes Beispiel beigefügt. Diese Veränderung scheint eine positive Auswirkung auf die interne Konsistenz des Konstrukts ‚körperliches Wohlbefinden‘ ausgeübt zu haben.

### Lebenszufriedenheit

Die Lebenszufriedenheit wurde anhand dreier Dimensionen aus dem Berne Questionnaire of Subjective Well-Being – Adult Form (BQS) erhoben: Positive Lebenseinstellung ( $\alpha=.86$ ), Lebensfreude ( $\alpha=.78$ ) und depressive Stimmung ( $\alpha=.87$ ), (Grob, 1995). Die Dimensionen ‚körperliche Beschwerden und Reaktionen‘ sowie ‚Probleme‘ sind mit der Wohlbefindensskala bereits abgedeckt. Es wurden nur Items ausgewählt, die in der Faktorenanalyse von Grob (1995) einen Reliabilitätskoeffizienten über 0.5 auswiesen.

Zur Messung des Selbstwertgefühls wurden anstelle der Items des BQS fünf Items aus Rosenbergs Selbstwertskala verwendet. Die interne Konsistenz der Skala liegt bei 0.8 und die Retestrelabilität über ein halbes Jahr bei 0.7 (Asendorpf, 1996; Ferring & Filipp, 1996). Es wurde darauf geachtet, dass die Items möglichst heterogen waren und teils auch negativ formuliert wurden.

Tabelle 11 Interne Konsistenz der Wohlbefindensdimensionen im Pretest und zu den Zeitpunkten t1 - t3

Items	Trennschärfe ( $r^2$ )			
	Pretest	t1	t2	t3
<i>Positive Lebenseinstellung</i>				
	.66	.56	.72	.71
1 Meine Zukunft sieht gut aus.	.40	.43	.73	.55
5 Ich komme gut zurecht mit den Dingen, die in meinem Leben nicht zu verändern sind.				
7 Ich freue mich zu leben.	.81	.59	.79	.84
8 Mein Leben scheint mir sinnvoll.	.68	.60	.59	.78
9 Ich habe mehr Freude am Leben als die meisten anderen Menschen.	.67	.58	.67	.57
14 Was auch immer passiert, ich kann die gute Seite daran sehen.	.81	.49	.67	.92
<i>Cronbach's Alpha</i>	.86	.79	.87	.90
<i>Lebensfreude</i>				
Kam es in den letzten zwei Wochen vor, dass...				
16 ...Sie sich freuten, weil Ihnen etwas gelang?	.78	.45	.81	.80
17 ...Sie sich rundum glücklich fühlten?	.86	.62	.83	.90
18 ...Sie das Gefühl hatten, dass Dinge im Allgemeinen nach Ihren Wünschen ablaufen?	.86	.38	.84	.95
<i>Cronbach's Alpha</i>	.92	.66	.90	.92
<i>Depressivität</i>				
6 Ich habe keine Lust, etwas zu tun/anzupacken.	.68	.45	.53	.36
11 Nichts macht mir mehr richtig Freude.	.79	.62	.70	.67
13 Ich finde mein Leben uninteressant.	.62	.68	.56	.52
<i>Cronbach's Alpha</i>	.84	.75	.76	.69
<i>Selbstwert (Rosenberg/Ferring &amp; Filipp)</i>				
2 Ich habe eine positive Einstellung zu mir selbst gefunden.	.13	.68	.68	.82
3 Ich fühle mich von Zeit zu Zeit richtig nutzlos.	.61	.50	.45	.52
4 Alles in allem bin ich mit mir selbst zufrieden.	.04	.55	.61	.82
10 Ich besitze eine Reihe guter Eigenschaften.	.24	.27	.33	.51
15 Hin und wieder denke ich, dass ich gar nichts taue.	.50	.52	.39	.58
<i>Cronbach's Alpha</i>	.57	.72	.71	.83

Der Pretest ergab bezüglich der Skalen ‚Positive Lebenseinstellung‘ ( $\alpha=.86$ ), ‚Lebensfreude‘ ( $\alpha=.92$ ) und ‚depressive Stimmung‘ ( $\alpha=.84$ ) vortreffliche Reliabilitätswerte. Trotz der mässigen internen Konsistenz der Selbstwertskala ( $\alpha=.57$ ) wurde es als wichtig erachtet, dieses Konstrukt zu erheben, da davon ausgegangen wurde, dass der Selbstwert durch die Besuche direkt beeinflusst werden könnte. Das Item 4 wurde trotz geringer Trennschärfe im Pretest als relevant beurteilt und daher beibehalten. Da sich im Verlaufe der weiteren Erhebungen alle vier Konstrukte bewährten, wurden sämtliche Konstrukte wie beschrieben verwendet (vgl. Tabelle 11).

## Soziale Unterstützung

Zur Erhebung der sozialen Unterstützung wurde der Fragebogen ‚F-Sozu‘ von Sommer & Fydrich (1989) verwendet, der die soziale Unterstützung inhaltlich in fünf Bereiche einteilt (vgl. Tabelle 12): emotionale Unterstützung, erlebte Unterstützung beim Problemlösen, praktische und materielle Unterstützung, soziale Integration und Beziehungssicherheit.

**Tabelle 12** Die fünf Faktoren des Fragebogens zur sozialen Unterstützung ‚F-Sozu‘ und deren Beschreibung nach Sommer & Fydrich (1989)

Faktoren	Beschreibung der Faktoren
Emotionale Unterstützung	Positive Gefühle, Nähe, Vertrauen und Engagement erfahren; eigene Person und Gefühle werden von anderen akzeptiert; aktives Zuhören
Unterstützung beim Problemlösen	Über ein Problem sprechen können; problemlösungs- und handlungsrelevante Informationen erhalten; Ermutigung und Rückhalt erleben; Rückmeldung zum eigenen Verhalten und Erleben erhalten.
Praktische und materielle Unterstützung	Im Bedarfsfall Geld oder Gegenstände geliehen oder geschenkt bekommen; bei einer schwierigen Tätigkeit Begleitung, Beistand oder praktische Hilfe erhalten; von Aufgaben und Belastungen befreit werden.
Soziale Integration	Eingebettet sein in ein Netzwerk sozialer Interaktionen; Übereinstimmung von Lebensvorstellungen und Werten.
Beziehungs-Sicherheit	Vertrauen haben in relevante Beziehungen und deren Verfügbarkeit.

Es wurden je 3 Items zu den Skalen emotionale Unterstützung und sozialer Integration ausgewählt. Die Reliabilität im Sinne der inneren Konsistenz (Cronbach's Alpha) ist hoch: Sie liegt bei beiden Faktoren bei .90 (vgl. Tabelle 13). Zudem wurde die inhaltliche Validierung der Items durch eine Expertenvalidierung abgesichert. Die bisherigen Untersuchungen zur Validität des F-Sozu – insbesondere im Hinblick auf Inhaltsvalidität, faktorielle Validität und Zusammenhang mit sozialer Kompetenz – gelten als zufriedenstellend (Sommer & Fydrich, 1989).

**Tabelle 13** Items der sozialen Unterstützung ‚F-Sozu‘ nach Sommer & Fydrich (1989)

Faktoren	Trennschärfe / $\alpha$			
	Pretest	t1	t2	t3
<i>Emotionale Unterstützung</i>				
1 Es gibt Menschen, die Leid und Freude mit mir teilen	.63	.74	.77	.94
4 Ich habe Freunde/Angehörige, die auch mal gut zuhören können, wenn ich mich aussprechen möchte.	.93	.66	.80	.96
5 Es gibt Menschen, denen ich alle meine Gefühle zeigen kann, ohne dass es peinlich wird.	.93	.74	.69	.87
<i>Cronbach's Alpha</i>	.90	.83	.87	.96
<i>Soziale Integration</i>				
2 Ich wünsche mir von anderen mehr Verständnis und Zuwendung.	.79	.72	.82	.68
3 Ich wünsche mir mehr Geborgenheit und Nähe.	.81	.72	.78	.77
6 Es gibt genug Menschen, zu denen ich ein wirklich gutes Verhältnis habe.	.99	.27	.38	.26
<i>Cronbach's Alpha</i>	.90	.72	.79	.72

## Soziale Kompetenz

Die Situationsspezifität ist ein wesentliches Merkmal bei der Beurteilung sozial kompetenten Verhaltens. Aufgrund von Überlegungen zur Vergleichbarkeit und Standardisierung musste jedoch trotzdem von einheitlichen Messinstrumenten ausgegangen werden, die bei allen Freiwilligen gleichermaßen zur Anwendung kommen konnten.

Mit Hilfe eines multidimensionalen Ansatzes sollte die soziale Kompetenz möglichst valide und reliabel zu erfassen werden. Dem Selbstbild, welches als ‚personal capabilities‘ (Paulhus & Martin, 1987, 1988; zit. nach Riemann & Allgöwer, 1993, S. 154) in sozialen Situationen aufzufassen ist, soll ein Fremdbild gegenübergestellt werden (Giessen-Test). Als Grundlage wurde die deutsche Fassung des Interpersonal Competence Questionnaire ‚ICQ‘ von Riemann & Allgöwer verwendet (1993). Ausserdem wurde ergänzend ein projektives Verfahren eingesetzt (Wartegg-Zeichen Test), welches allerdings aufgrund fehlender zugrundeliegender theoretischer Persönlichkeitskonstrukten nicht zur Auswertung gelangte.

## Interpersonal Competence Questionnaire (Riemann, 1993)

Die deutsche Übersetzung des ICQ (Buhrmester, Furman, Wittenberg & Reiss, 1988) erfolgte von Riemann und Allgöwer (1993). Der Bogen erfasst die in Tabelle 14 beschriebenen fünf Bereiche der sozialen Kompetenz:

Tabelle 14 Verwendete 19 Items des ICQ (Riemann & Allgöwer, 1993)

Items	Trennschärfe ( $r^t$ )			
	Pretest	t1	t2	t3
<i>I Initiierung von Interaktion und Beziehungen</i>				
1 Einer neuen Bekanntschaft vorschlagen, sich zu treffen	.41	.75	.45	.82
6 Überlegen, was unternehmen	.46	.37	.52	.67
11 Mit neuer Bekanntschaft Gespräche führen	.52	.51	.60	.69
21 Jemanden ansprechen	.72	.69	.56	.64
<i>Cronbach's Alpha</i>	.73	.77	.73	.85
<i>II Behauptung persönlicher Rechte und Fähigkeit, andere zu kritisieren</i>				
2 Behandlung nicht mögen	.59	.68	.45	.40
7 Nein sagen können	.59	.52	.61	.39
27 Freund zur Rede stellen	.75	.57	.76	.65
37 Ärger ausdrücken gegenüber Freunden	.87	.70	.78	.62
<i>Cronbach's Alpha</i>	.85	.79	.82	.72
<i>III Preisgabe persönlicher Informationen</i>				
3 Persönliches preisgeben	.29	.47	.46	.55
8 Anvertrauen / Sensibilität	.58	.63	.71	.72
23 Freunden vertrauen, sich preisgeben	.44	.55	.65	.84
33 Wertschätzung ausdrücken	.61	.37	.23	.68
<i>Cronbach's Alpha</i>	.68	.69	.71	.84
<i>IV Emotionale Unterstützung anderer Personen</i>				
4 Freund helfen, Gefühle zu ordnen	.37	.78	.80	.89
14 Helfen, an Kern eines Problems zu stossen	.51	.78	.82	.89
24 Sensibler Zuhörer sein	.71	.41	.45	.69
29 Freunde mit Rat und Tat unterstützen	.77	.65	.80	.93
<i>Cronbach's Alpha</i>	.77	.82	.86	.93
<i>V Effektive Handhabung interpersonaler Konflikte</i>				
5 Unrecht zugeben	.27	.24	.57	.61
15 Standpunkt anderer verstehen und Perspektive übernehmen	.41	.22	.50	.67
35 Andere Standpunkte akzeptieren	.45	.28	.55	.56
<i>Cronbach's Alpha</i>	.56	.41	.72	.78

Tabelle 14 beschreibt die Trennschärfe ( $r^t$ ) und Reliabilität ( $\alpha$ ) der vorgestellten Items. Die Reliabilität ist ausreichend ( $\alpha \geq .5$ ) bis hoch ( $\alpha \geq .9$ ).

Die Validierung stützt sich ausschliesslich auf Selbstberichtsdaten. Das NEO-Fünf-Faktoren-Inventar wurde u.a.m. zur Validierung herangezogen (Borkenau & Ostendorf, 1991). Die multiplen Korrelationskoeffizienten für alle ICQ-Skalen mit einer Skala des NEO-FFI sind folgende: Neurotizismus  $r=.49$ ,  $p<.01$ ; Extraversion  $r=.54$ ,  $p<.001$ ; Offenheit  $r=.42$ ,  $p<.05$ ; Verträglichkeit  $r=.44$ ,  $p<.05$ ; Gewissenhaftigkeit  $r=.43$ ,  $p<.05$  (Riemann & Allgöwer, 1993). Insgesamt ist das ICQ als ein gutes Instrument zur Erfassung der selbst wahrgenommenen sozialen Kompetenz zu betrachten.

## Einstellung zum Arbeitgeber (collective self esteem)

Die Selbstachtung, die Arbeitnehmer aus ihrer Mitarbeit in einem Unternehmen herleiten, wurde – in Anlehnung an Bartel (1998) – mit Items aus der ‚collective self esteem scale‘ von Luthanen & Crocker (1992) gemessen. Die Items können auf zwei Subskalen aufgeteilt werden: persönliche Selbstachtung (Selbsteinschätzung der Organisation als Ganzes: Items 1 und 5) und öffentliche Selbstachtung (Ansichten über die Einschätzung Dritter bezüglich der Organisation: Items 2, 3 und 4).

Die beiden Subskalen decken nach Bartel die Aspekte des ‚collective self esteem‘ in der Theorie der sozialen Identität sehr gut ab.

Die Skala wurde ursprünglich konzipiert, um eine generelle, gruppenübergreifende Einschätzung der sozialen Identität zu erhalten, sie berücksichtigt die Faktoren Geschlecht, Rasse, Religion, Nationalität, Ethnizität und sozioökonomischer Status. Verschiedene Untersuchungen haben jedoch gezeigt, dass die Skala – ohne Einbusse ihrer psychometrischen Eigenschaften – auch für die Einschätzung eines einzelnen Faktors verwendet werden kann (Bartel, 1998; Long, Spears & Manstead, 1994; Verkuyten, 1997). Für die vorliegende Studie wurden die Items aus dem Englischen übersetzt (vgl. Tabelle 15).

Tabelle 15 Interne Konsistenz der Einstellung zum Arbeitgeber (t1 - t3)

Items	Trennschärfe ( $r$ )		
	t1	t2	t3
1. Alles in allem bin ich stolz für meinen Arbeitgeber zu arbeiten/gearbeitet zu haben.	.20	.25	.15
2. Die meisten Menschen finden meinen Arbeitgeber einen weniger attraktiven Arbeitsort als andere Firmen.	-.03	.51	.57
3. Mein Arbeitgeber hat bei Aussenstehenden einen guten Ruf.	.49	.46	.32
4. Andere respektieren das, wofür mein Arbeitgeber steht.	.38	.29	.32
5. Ich bereue oft, dass ich für meinen Arbeitgeber arbeite/gearbeitet habe.	.37	.25	.37
<i>Cronbach's Alpha</i>	.47	.59	.46

## Identifikation mit dem Unternehmen

Zur Erfassung der Identifikation mit dem Unternehmen wurde die Zwei-Item-Messung von Bergami & Bagozzi (1998) aus dem Englischen übersetzt. Das Instrument kombiniert einen visuellen mit einem verbalen Report. Durch die den verbalen Report ergänzende, bildliche Darstellung der Überschneidung der eigenen Identität mit derjenigen des Unternehmens, in dem man arbeitet (8-stufiges Venn-Diagramm), hebt sich dieses Verfahren von herkömmlichen Einschätzungen ab (z.B. von der 6 Item Skala von Ashford & Mael, 1989).

Die herkömmlichen Mehr-Item-Skalen bringen nach Bergami & Bagozzi (1998) folgende Einschränkungen mit sich: Einerseits betonen sie die affektiven Aspekte der Identifikation stärker als die kognitiven Aspekte. Andererseits fokussieren sie nicht direkt die Überlappung, sondern behelfen sich mit Konstrukten wie den Reaktionen auf die Bedrohung der Ingroup (z.B. ich fühle mich betroffen, wenn mein Unternehmen kritisiert wird), Einschätzungen darüber, wie andere das Unternehmen sehen und Konsequenzen der Identifikation. Dagegen kann mit den zwei eher kognitiven Items (verbale Einschätzung und Venn-Diagramm) eine valide und reliable Einschätzung erreicht werden, die trotz ihrer Sparsamkeit die Identifikation mit dem Unternehmen direkter reflektiert.

## Besuchsrapport

Der Besuchsrapport beinhaltete fünf Items, die auf einer metrischen Skala erhoben wurden, sowie eine offene Frage (vgl. Tabelle 16). Der Rapport sollte in möglichst kurzer Zeit ausgefüllt werden können (max. 5 Minuten). Im Folgenden werden die Items kurz beschrieben:

Da angenommen wurde, dass die Stimmung vor dem Besuch auf den Verlauf des Besuchs und das Gefühl nach dem Besuch einen Einfluss haben dürfte, wurde das Wohlbefinden zu beiden Zeitpunkten gemessen. Zur Bewertung einer Verbesserung bzw. Verschlechterung der Stimmung wurde der zweite Wert vom ersten subtrahiert. Um einen Erinnerungsfehler auszuschliessen, musste die Frage bezüglich des ‚Wohlbefindens vor dem Besuch‘ vor dem jeweiligen Besuch beantwortet werden.

Der Besuchsrapport diente zusätzlich zur Kontrolle darüber, ob die Besuche für die freiwilligen Helfer positiv verliefen oder eher als schwierig empfunden wurden. Bei allfälligen Problemen wurde umgehend rückgefragt und Unterstützung angeboten.

Tabelle 16 5 Items des Besuchsrapports

Item
1. Bewertung des eigenen Wohlbefindens vor und nach dem Besuch.
2. Einschätzung des Besuchs zwischen den Polen: unangenehm-angenehm, anstrengend-unbeschwerlich und langweilig-bereichernd.
3. Wie gelang es Ihnen heute, den Kontakt zur betreuten Person herzustellen?
4. Wie hat der Betreute heute auf den Besuch reagiert?
5. Allgemeine Bemerkungen zum heutigen Besuch.

#### 5.4.4 Instrumente der Fremdbeurteilung: Partnerbefragung

##### Soziodemographische Variablen

Bei der Fremdbeurteilung wurde nach dem Alter und Geschlecht des einschätzenden Partners, nach dem Verhältnis zum Partner (Partner, Freund, Elternteil, Kind, Vorgesetzter, Bekannter, Verwandter, Nachbar, anderes) und nach der Dauer der Bekanntschaft gefragt.

##### Wohlbefinden und Lebensqualität

Für die Fremdbeurteilung des Wohlbefindens wurde die in Kapitel 5.4.1 beschriebene Münchner Lebensqualitätsdimensionen-Liste verwendet (MLDL, Steinbüchel et al., 1999). Zu den bereits beschriebenen Items wurden drei weitere hinzugefügt: Entspannungsfähigkeit (Ruhe/Musse/Ausgeglichenheit) bzw. Hobbys/Freizeit (FLZ, aus: Henrich & Herschbacher, 2000) sowie Familienleben/Kinder (FAW, aus: Frank, Vaitl & Walter, 1990).

Die affektive Komponente des Wohlbefindens wurde anhand der Stimmungsadjektive nach Brunstein (1999) erfasst. Dabei handelt es sich um ein Instrument, das sich auch durch Aussenstehende sehr leicht beurteilen lässt. Die Partner wurden gebeten, die Stimmungslage der Besucher in den letzten zwei Wochen anhand von sechs positiven und sechs negativen Adjektiven einzuschätzen, die Zufriedenheit versus Unzufriedenheit, Zuversicht versus Ängstlichkeit und Tatkraft versus Antriebslosigkeit widerspiegelten. Die Stimmungslage wurde anhand der Differenz der Summenwerte für positive und negative Stimmungen berechnet. Die interne Konsistenz betrug zu den ersten zwei Messzeitpunkten  $\alpha = .99$  ( $t_1: N=32$ ,  $t_2: N=30$ ), zum dritten Messzeitpunkt jedoch nur noch  $\alpha = .51$  ( $N=24$ ).

##### Soziale Kompetenz: Giessen-Test

Der Giessen-Test wurde sowohl als Verfahren mit individualdiagnostischen Möglichkeiten als auch als Instrument für sozialpsychologische Untersuchungen entwickelt. Der Test existiert seit mehr als 25 Jahren und wurde fortlaufend weiterentwickelt. Er gehört zu den in der klinischen Praxis und in der Forschung am häufigsten eingesetzten, deutschsprachigen psychodiagnostischen Verfahren (Brähler & Brähler, 1993) und umfasst 40 bipolare Items, die in sechs Standardskalen (soziale Resonanz, Dominanz, Kontrolle, Grundstimmung, Durchlässigkeit und soziale Potenz) zusammengefasst werden (siehe Tabellen 17 und 18). Der Proband wird bei diesem Verfahren nach elementaren Merkmalen seines sozialen Befindens, seiner sozialen Reaktionen und seiner sozialen Resonanz gefragt (Beckmann, Brähler & Richter, 1991).

In dieser Studie wurde der Test zur Fremdeinschätzung der sozialen Kompetenz der Besuchenden durch deren Partner, Freunde oder Familienangehörige eingesetzt.



**Tabelle 17** Interkorrelationen der Giessen-Test-Skalen für die 18 - 60-Jährigen (Schumacher & Brähler, 1999)

Skalen	1	2	3	4	5
1 Soziale Resonanz					
2 Dominanz	.07**				
3 Kontrolle	.09***	.22***			
4 Grundbestimmung	-.34*	.08***	.12***		
5 Durchlässigkeit	-.46***	.04	.11***	.32***	
6 Soziale Potenz	-.54***	.08***	-.02	.35***	.58***

\*  $p \leq .05$ , \*\*  $p \leq .01$ , \*\*\*  $p \leq .001$ **Tabelle 18** 40 Items des Giessen-Tests und seine 6 Skalen

Item (rechts)	Gewicht	Skala
Ich habe den Eindruck, er/sie habe es sehr leicht, auf andere anziehend zu wirken.	+	Skala 1 Positive soziale Resonanz
Ich schätze, es gelingt ihm/ihr eher leicht, sich beliebt zu machen.	+	
Ich glaube, er/sie ist eher darauf eingestellt, dass man ihn/sie für wertvoll hält.	+	
Ich habe den Eindruck, dass andere mit seiner/ihrer Arbeitsleistung im Allgemeinen eher besonders zufrieden sind.	-	
Ich habe den Eindruck, es gelingt ihm/ihr eher gut, seine/ihre Interessen im Lebenskampf durchzusetzen.	+	
Ich glaube, er/sie legt sehr viel Wert darauf, schön auszusehen.	+	
Ich schätze, er/sie gerät besonders selten in Auseinandersetzungen mit anderen Menschen.	+	Skala 2 Dominanz
Ich glaube, er/sie benimmt sich im Vergleich zu anderen besonders fügsam.	-	
Ich schätze, er/sie legt es eher darauf an, von anderen gelenkt zu werden.	+	
Ich denke, er/sie hat sehr schlechte schauspielerische Fähigkeiten.	+	
Ich habe den Eindruck, es fällt ihm/ihr eher leicht, mit anderen eng zusammenzuarbeiten.	+	
Ich habe den Eindruck, er/sie ist eher geduldig.	+	
Ich glaube, er/sie kann im Vergleich zu anderen eher gut mit Geld umgehen.	-	Skala 3 Kontrolle
Ich habe den Eindruck, er/sie ist eher überordentlich.	+	
Ich habe den Eindruck, er/sie schafft sich im Leben eher besonders viel Mühe.	-	
Ich glaube, er/sie ist mit der Wahrheit eher übergenu.	+	
Ich glaube, er/sie hat es im Vergleich zu anderen eher leicht, bei einer Sache zu bleiben.	-	
Ich glaube, er/sie kann sehr schwer ausgelassen sein.	-	
Ich halte ihn/sie oft für sehr bedrückt.	+	Skala 4 Grundstimmung
Ich habe den Eindruck, dass er/sie sich eher besonders häufig über seine/ihren inneren Probleme Gedanken macht.	+	
Ich halte ihn/sie für besonders ängstlich.	+	
Ich denke, er/sie macht sich immer Selbstvorwürfe.	+	
Ich schätze, dass er/sie eher dazu neigen, seinen/ihren Ärger in sich hineinzufressen.	-	
Ich glaube, eine Änderung seiner/ihrer äusseren Lebensbedingungen würde seine/ihre seelische Verfassung sehr stark beeinflussen.	-	
Ich habe den Eindruck, er/sie geht eher schwer aus sich heraus.	+	Skala 5 Durchlässigkeit
Ich denke, er/sie fühlt sich den anderen Menschen eher sehr fern.	-	
Ich habe den Eindruck, er/sie gibt im Allgemeinen sehr wenig von sich preis.	+	
Ich habe den Eindruck, er/sie zeigt sehr wenig von seinen/ihren Bedürfnissen nach Liebe.	+	
Ich glaube, er/sie hat zu anderen Menschen eher besonders wenig Vertrauen.	+	
Ich glaube, er/sie ist im Vergleich zu anderen in der Liebe wenig erlebnisfähig.	+	
Ich glaube, er/sie meidet eher Geselligkeit.	+	Skala 6 Soziale Potenz
Er/sie fühlt sich im Umgang mit dem anderen Geschlecht sehr befangen.	+	
Ich glaube, er/sie kann einem Partner wenig Liebe schenken.	+	
Ich habe den Eindruck, er/sie ist kaum daran interessiert, andere zu übertreffen.	+	
Ich glaube, er/sie hat es eher schwer, sich für lange Zeit an einen anderen Menschen zu binden.	+	
Ich glaube, er/sie hat im Vergleich zu anderen eher wenig Phantasie.	+	

+/- = positive und negative Items

## 6 Untersuchungsdesign

In der Stadt Zürich und ihrer näheren Umgebung wurden in zwei aufeinander folgenden Besuchsphasen während je 10 Wochen regelmässige, angekündigte Besuche bei einsamen, kognitiv beeinträchtigten, zuhause lebenden Betagten durchgeführt. Die Besuche erfolgten wöchentlich und dauerten eine Stunde. Im Mittelpunkt stand dabei der zwischenmenschliche Austausch; Haushalts- und Pflegeaufgaben waren nicht zu übernehmen. Die freiwilligen Besuchenden wurden aus aktiven und pensionierten Mitarbeitern von Dienstleistungsunternehmen und deren Bekannten rekrutiert (UBS AG, VBZ, KPMG Fides, Universität Zürich). Sie wurden vorgängig durch persönliche Interviews sorgfältig ausgewählt und anlässlich einer Einführungsschulung auf ihre Aufgabe vorbereitet. Alle vier Wochen fanden freiwillige Treffen statt, bei denen Fragen beantwortet und Erfahrungen ausgetauscht wurden.

Während der ersten zehnwöchigen Besuchsphase erhielt bzw. führte nur die erste Gruppe Besuche durch. Aus ethischen Gründen wurde eine zweite, an die erste Besuchsphase anschliessende, zehnwöchige Besuchsphase eingeführt. Die Teilnehmer der zweiten Versuchsgruppe erhielten nun auch Besuche bzw. führten in dieser Phase ebenfalls Besuche durch, während die Besuche der ersten Gruppe nach gegenseitiger Absprache mit gelockerten Kriterien weitergeführt wurden. So konnten die Besuchsgruppen und -phasen miteinander verglichen und hinsichtlich der ersten Gruppe Daten über einen Besuchszeitraum von 6 Monaten gewonnen werden.

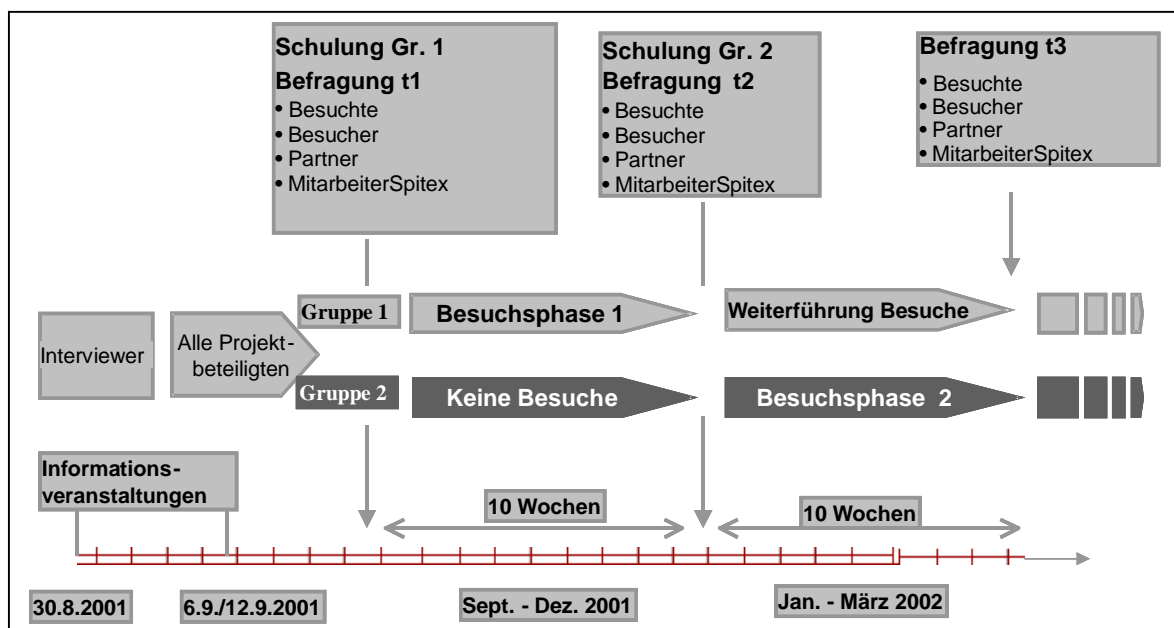


Abbildung 4 Forschungsablauf

## 6.1 Untersuchungsablauf

Der Untersuchungsablauf erfolgte in fünf Phasen: Organisations- und Rekrutierungsphase, Informations- und Schulungsphase, erste Datenerhebung sowie Besuchsphase 1 und 2 (vgl. Tabelle 19).

Tabelle 19 Die fünf Phasen der Untersuchung

	Arbeitsschritte	Dauer
<b>P H A S E 1</b>	<i>Organisation und Rekrutierung</i> Gewinnung von Unternehmen, Finanzierung Rekrutierung der Besucher / Interviewer / Organisatoren Information der SpitexstellenleiterInnen Rekrutierung der Besuchten über die Spitex	März bis September 2001
<b>P H A S E 2</b>	<i>Information und Schulung</i> Information der Angehörigen der Besuchten Informationsveranstaltungen für die potentiellen Besucher /Interviewer / Organisatoren Auswahlinterviews mit den Besuchern Schulung, Instruktion der Interviewer Schulung, Instruktion der Besucher	Mitte August bis Mitte September 2001
<b>P H A S E 3</b>	<i>Erste Datenerhebung</i> Pretests Interviews t1 der Besuchten und Spitex-Betreuerinnen Fragebogenerhebung mit Besuchern und deren Partner Einteilung in die zwei Versuchsgruppen Zuteilung der Besucher zu den Besuchten	September 2001
<b>P H A S E 4</b>	<i>Besuchsphase 1</i> Wöchentliche Durchführung der Besuche Ausfüllen der Besuchsbogen Betreuung der freiwilligen Helfer individuell und anlässlich von Helfertreffen Befragung t2 der Besuchten, Spitex-Betreuerinnen und Besucher	Ende September - Mitte Dezember 2001
<b>P H A S E 5</b>	<i>Besuchsphase 2</i> Besucherschulung der zweiten Versuchsgruppe Wöchentliche Durchführung der Besuche der zweiten Versuchsgruppe Nach Vereinbarung Weiterführung der Besuche der Gruppe 1 Weiterführung der Freiwilligentreffen für beide Versuchsgruppen separat Befragung zum Zeitpunkt t3	Januar 2002 - Juni 2002

## **6.1.1 Phase 1: Organisation und Rekrutierung**

### **Gewinnung von Partner-Unternehmungen**

Als Hauptsponsor des Projektes konnte die UBS-Stiftung für Soziales und Ausbildung gewonnen werden. Zusätzlich beteiligten sich der Stadtärztliche Dienst Zürich und Migros Kulturprozent finanziell am Projekt. Weitere Partner, welche das Projekt aktiv unterstützten, sind: Zentrum für Gerontologie der Universität Zürich; Psychologisches Institut, Sozialpsychologie I, Universität Zürich; Institut für Arbeitspsychologie, ETH Zürich; Spitex Zürich und Memoryklinik Entlisberg.

Dienstleistungsunternehmen, welche „more...“ durch interne Kommunikation und weitere Massnahmen unterstützten und die Möglichkeit boten, aktive und pensionierte Mitarbeiter als Freiwillige zu gewinnen, sind: UBS AG; Verkehrsbetriebe Zürich (VBZ); KPMG Fides und Universität Zürich.

### **Rekrutierung der Besuchten und Information der Spitexstellenleitungen**

Die zu Besuchenden wurden durch die Spitex rekrutiert. An einer Informationsveranstaltung am 24. Juli 2001 wurden die Spitexstellenleiter über das Projekt sowie über die dadurch anfallenden Aufgaben informiert. Trotz starker zeitlicher Auslastung erklärten sich nahezu alle Spitex-Sektionen der Stadt und Agglomeration Zürich bereit, beim Projekt mitzuwirken. Die Stellenleitungen erhielten Rekrutierungsbögen, die zur Erhebung der Angaben über die zu Besuchenden und zur Kontrolle der erwähnten Auswahlkriterien dienten. Die Bögen wurden an die Betreuerinnen in jedem Bezirk weitergeleitet, wo sie ausgefüllt wurden. Danach wurden die in Frage kommenden Betagten angefragt, ob sie gerne Besuche erhalten würden. Die Angehörigen der Probanden wurden aus Transparenzgründen über die vorgesehenen Besuche informiert. Es bestand jederzeit die Möglichkeit, die an anderer Stelle bereits vorgestellten Lizentianden bei Fragen, Unklarheiten oder Ablehnung zu kontaktieren.

### **Rekrutierung der Besucher**

Die Besucher wurden aus den Reihen der aktiven und pensionierten Mitarbeiter der Unternehmen UBS AG, Verkehrsbetriebe Zürich (VBZ), KPMG Fides und Universität Zürich rekrutiert, und zwar wie folgt:

- Pensionierte über die Pensioniertenbetreuung, die Hauszeitungen sowie brieflich aufgrund von Angaben aus der Pensioniertenkartei
- Aktive Mitarbeiter per Mailing, Aktionen im Intranet und durch eine Standaktion
- Partner, Freunde und Bekannte der Mitarbeiter und Pensionierten durch Mund-zu-Mund Propaganda

Auswahlkriterien waren: Freude an zwischenmenschlichem Kontakt, Agilität, Zuverlässigkeit, psychische Ausgeglichenheit und das Interesse, die Besuche nach der Untersuchung fortzusetzen. Spezifische Fachkenntnisse waren nicht erforderlich.

### **Rekrutierung der Interviewer und Organisatoren**

Für das gross angelegte Projekt wurden nebst Besuchern und Besuchten auch Freiwillige in der Rolle von Organisatoren und Interviewern gesucht. An den Informationsveranstaltungen konnten vier Organisatoren und sechs Interviewer rekrutiert werden. Die Organisatoren beteiligten sich an der Organisation der Schulungen und Freiwilligentreffen. Die Interviewer unterstützten die Forscher bei der Besuchtenbefragung an allen drei Messzeitpunkten. Zwei der Organisatoren waren aktive und zwei pensionierte Mitarbeiter der UBS AG. Was die Kompetenzen anbelangt, waren organisatorische Fähigkeiten, Kommunikationsfähigkeit, Zuverlässigkeit und effizientes, flexibles Vorgehen nach unternehmerischen Grundsätzen erwünscht.

## 6.1.2 Phase 2: Information und Schulung

### Informationsveranstaltungen

An insgesamt drei Informationsveranstaltungen anfangs September wurde über das Projekt orientiert und die verschiedenen Einsatzmöglichkeiten wurden vorgestellt. Abschliessend wurde mit den Interessierten ein kurzes, halbstandardisiertes Interview geführt über Ziele, Vorstellungen und Motive, wobei auch soziodemographische Angaben, Interessen und Vorkenntnissen ermittelt wurden. Nach dem Interview wurde gemeinsam mit dem Interessenten über eine Teilnahme entschieden.

### Schulung und Instruktion der Interviewer

Es wurden je drei Männer und Frauen als Interviewer rekrutiert. In einer dreistündigen Interviewerschulung wurden sie auf ihren Einsatz vorbereitet. Inhalt der Schulung waren: Interviewtechniken, Tipps im Umgang mit dementen Menschen, administrative Inhalte – wie die Vorgehensweise bei der Durchführung der Interviews – und die Übergabe der Unterlagen. Ziel der Schulung war eine möglichst hohe Interraterreliabilität.

### Schulung und Instruktion der Besucher

Eine Woche vor Beginn der Besuche wurden die Besucher in einer halbtägigen Schulung von den Studienleiterinnen sowie von den Mitarbeiterinnen der Memoryklinik und des Städtärzlichen Dienstes auf ihre Aufgabe vorbereitet. Die Themen lauteten:

- Rahmenbedingungen und wichtige Informationen zu den Besuchen
- Abschluss eines Betreuervertrags (s. Anhang)
- Einführung in die Themen kognitive Beeinträchtigung und Demenz
  - Was ist eine Demenz/kognitive Beeinträchtigung? Wie zeigt sie sich? Ursachen, Häufigkeit, Verlauf, demographische Fakten, Behandlung
  - Persönlichkeitsveränderungen
  - Die drei Stufen der Demenzentwicklung
- Umgang mit kognitiv beeinträchtigten Menschen
  - Betreuungsstrategien
  - Wie kann ich als Besucher reagieren? Was sollte vermieden werden?
  - Wie gehe ich mit schwierigen Situationen um
- Erläuterung der Besuchermappe (vgl. Tabelle 20).

*Tabelle 20*      Besuchermappe

Inhalte	Details/Zweck
Angaben zum Besuchten	Adresse, Tipps für den ersten Kontakt, Wissenswertes zur Person
Terminkarte	Mit Foto des freiwilligen Helfers und dem nächsten Besuchstermin. Dies einerseits zur Erinnerung, sowie zur Verstärkung des Effektes der Vorhersagbarkeit.
Tagebuch	Zum Notieren von Eindrücke. Es wurde von den Besuchern freiwillig geführt und nicht eingesehen.
Allgemeine Informationen zum Projekt	Zusammenfassung der Schulungsthemen, eine Liste mit Telefon-nummern der Projektverantwortlichen, Daten für die Helfertreffen
Besuchsrapport	vgl. Methodik

## **Kontrolle und Vorhersagbarkeit**

Um den Besuchten ein Gefühl der Kontrolle und Vorhersagbarkeit zu vermitteln, wurde jeweils direkt nach dem Besuch gemeinsam der nächste Besuchstermin vereinbart und auf einem Terminkärtchen notiert, das mit dem Foto des freiwilligen Helfers versehen war. Das Kärtchen wurde an einem gut sichtbaren Ort aufgestellt und diente dem Besuchten als dauerhafte Erinnerungshilfe. Auf diese Weise sollte die Wirkung des Besuches verstärkt werden.

## **Zuteilung der Besucher zu den Besuchten**

Die Besucher wurden den Besuchten bewusst zugeteilt, um die Kontaktaufnahme der beiden Partner zu erleichtern und eine gemeinsame Basis zu schaffen. Die wichtigsten Kriterien für die Zuteilung der Besucher waren: Wünsche der Besuchten, Anfahrtsweg der Besucher, ähnliche Hobbys und Interessen, Geschlecht, Sprache und Beruf. Personen mit Helferfahrung wurden schwerer demente Patienten zugeteilt als solchen ohne jegliche Erfahrung. Diese bewusste Zuteilung sollte die gegenseitige Verständigung begünstigen.

## **6.1.3 Phase 3: Erste Datenerhebung**

### **Pretests**

Die ausgewählten Skalen der Besucherbefragung wurden in einem Pretest auf Verständlichkeit und Reliabilität getestet. Unverständliche, verwirrende Items und solche mit sehr geringem bis negativem Trennschärfekoeffizienten ( $r_{it} < 0.2$ ) wurden aussortiert. Teilweise wurden auch Formulierungen angepasst.

Der Pretest wurde einen Monat vor der ersten Fragebogenerhebung mit 21 zufällig ausgewählten, berufstätigen Personen aus dem Umfeld der Untersuchungsleiterinnen durchgeführt. Es nahmen 13 weibliche und acht männliche Personen im Alter von 24 - 61 Jahren daran teil ( $M=40.1$ ,  $SD=11.6$ ). Neun Befragte waren ledig, neun verheiratet und drei geschieden.

Es war nicht möglich Items zu erheben, die direkt von der Teilnahme am Projekt abhingen (z.B. Motivation). Das Ausfüllen des Partnerbogens war für viele Testpersonen zu persönlich bzw. oft war kein direkter Partner vorhanden; daher wurde dieser Fragebogen nur inhaltlich überprüft.

Um die Erhebungsinstrumente der Besuchtenbefragung zu überprüfen, wurde in einer Alterssiedlung der Stadt Zürich ein Pretest mit mehreren kognitiv Beeinträchtigten durchgeführt. Dieser Testlauf diente gleichzeitig als Vorbereitung auf die Interviewerschulung.

### **Befragung t1 der Spitex-Betreuerinnen und der Besuchten**

Vom 10. - 17. September 2001 wurden von den sechs ausgebildeten Befragterinnen und Befragern und den drei Lizentianden insgesamt 49 Interviews mit betagten, dementen Menschen sowie mit deren Spitex-Betreuerinnen durchgeführt.

Dabei wurde die Befragung der Betreuerinnen bewusst getrennt von Befragung der Besuchten vorgenommen, d.h. das Interview mit den Spitex-Betreuerinnen wurde ausserhalb der Wohnung der Besuchten durchgeführt, um gegenseitige Beeinflussung zu vermeiden.

Die Kontaktaufnahme mit den Spitex-Betreuerinnen erfolgte direkt durch die Interviewer. Den Besuchten wurde in einem Schreiben mitgeteilt, dass in den nächsten Tagen jemand vorbei kommen würde, um ihnen ein paar Fragen zu stellen zum Thema, Wohlbefinden älterer Menschen in der Stadt Zürich. Die Betreuerinnen der Spitex sorgten dafür, dass die Besuchten zu der mit den Interviewern vereinbarten Zeit zuhause waren und stellten in den allermeisten Fällen den Erstkontakt zwischen dem Interviewer und dem Betagtem her. Zur Unterstützung, aber auch, um die Interraterreliabilität noch zu verstärken, wurden die Interviewer bei ihrem ersten Interview von den Lizentianden begleitet.

## **Befragung t1 der Besucherinnen und Besucher und deren Partner**

Anlässlich der Besucherschulung wurden die Besucher- und Partnerfragebogen an die Besuchenden verteilt. Die Befragung erfolgte anonym und auf der Basis von zugeteilten Besuchsnummern. Die Fragebogen mussten vor dem ersten Besuch zurückgesandt werden.

Jeder Besucher wurde angehalten, den Partnerbogen einer ihm nahestehenden Person zu geben, mit der er regelmässig Kontakt pflegte. Über die Person mussten weiter keine genauen Angaben gemacht werden. Der Partner wurde zudem angehalten, den Partnerbogen nicht mit dem Besuchten zu besprechen, sondern ihn direkt zurückzusenden. Der Fragebogen wurde zu allen drei Messzeitpunkten vom selben Partner ausgefüllt.

## **6.1.4 Phase 4 und 5: Durchführung der Besuche**

### **Wöchentliche Durchführung der Besuche**

Die Besucher konnten selbst bestimmen, was sie mit ihren Betreuten unternehmen wollten. Die beiden einzigen Auflagen waren, dass der Besucher allein mit dem Besuchten zusammen sein musste und dass aktive Tätigkeiten stattfinden sollten (dass beispielsweise nicht bloss ferngesehen wurde). Die Besuche sollten möglichst genau eine Stunde dauern, der Besuch durfte jedoch bereits vor Ablauf einer Stunde abgebrochen werden, falls der Besuchte dies ausdrücklich wünschte. Die Besuchten wurden vom Besucher jeweils über den nächsten Besuchstermin informiert.

Um die Regelmässigkeit der sozialen Kontakte aufrechterhalten zu können, wurde bei Krankheit oder Ferienabwesenheit eines Besuchers als Ersatz ein so genannter ‚Springer‘ eingesetzt. Die Springer waren freiwillige Helfer, die nicht während der ganzen zehnwöchigen Besuchsphase zeitlich verfügbar waren.

### **Ausfüllen des Besuchsrapports**

Vor und nach jedem der zehn Besuche musste ein Besuchsrapport mit diversen Fragen zum Besuchsverlauf ausgefüllt werden. Auf diese Weise wurde überprüft, ob die Besuche auch wirklich regelmässig und einstündig durchgeführt wurden und ob bzw. inwiefern dabei Probleme aufgetreten waren.

### **Betreuung und Weiterbildung der Besucher**

In der Besuchsphase fanden alle vier Wochen supervisorische Treffen statt, an denen Fragen beantwortet und Erfahrungen ausgetauscht werden konnten. Im Mittelpunkt dieser Helfertreffen stand die Verarbeitung der Besuchserlebnisse, zudem wurden Weiterbildungen angeboten. Die Treffen wurden von den Projektleiterinnen mit Unterstützung von Mitarbeiterinnen der Memoryklinik und des Städtärzlichen Dienstes durchgeführt. Nach Abschluss der Besuchsphase wurden die Treffen weitergeführt für alle, die ihre Besuche fortsetzen wollten. Anlässlich dieser Zusammenkünfte wurden die aufgeführten Informationen und Instruktionen vermittelt:

- Informationen zum Projektverlauf und zu den Zwischenergebnissen
- Informationen bezüglich Weiterführung bzw. Beendigung der Besuche nach dem Projekt und Debriefing
- Organisatorisches
- Austausch über schwierige und schöne Erlebnisse anlässlich der Besuche
- Umgang mit Angehörigen
- Umgang mit Schwerhörigkeit/ständiges Wiederholen von Themen
- Verhalten bei unangenehmer Annäherung, schwierigen Situationen, Heimeintritt, Tod
- Feedbackrunde mit den Interviewern

## Befragung t2 und t3 der Besuchten, Spitex-Betreuerinnen, Besucher und deren Partner

Bei den Befragungen zu den Messzeitpunkten t2 und t3 wurde gleich vorgegangen wie bei den ersten Befragungen (t1), wobei darauf geachtet wurde, dass die Interviewer dieselben Personen befragten wie bereits beim ersten Mal, um den durch den Interviewern bedingten Messfehler möglichst identisch zu halten.

### Weiterführung der Besuche der ersten Versuchsgruppe

Nach 10 Wochen konnten die Besucher zusammen mit ihren Besuchten entscheiden, ob sie die Besuche weiterführen wollten oder nicht. In der Folge wurden seitens der Projektleitung keine Vorgaben mehr gemacht; die Besuche durften fortan bezüglich Inhalt, Länge und Periodizität frei nach den Wünschen und Bedürfnissen der beiden Seiten durchgeführt werden.

## 6.2 Grundgesamtheit und Stichprobe

Die der vorliegenden Studie zugrundeliegenden Populationen bestehen zum einen aus Mitarbeitern und Pensionierten von Dienstleistungsunternehmen im Raum Zürich und zum anderen aus kognitiv beeinträchtigten, einsamen zuhause lebenden Betagten, wohnhaft in Zürich und Umgebung.

Während für die Grundgesamtheit der Besuchenden keine Einschränkungen gemacht wurden, wurden für die Grundgesamtheit der Besuchten, die in Tabelle 21 festgehaltenen Voraussetzungen formuliert:

Tabelle 21 Auswahlkriterien für die Besuchten

Kriterien	Details / Zweck
1. Leichte bis mittelgradige Demenz (MMS 10-27)	Bei Personen mit schwerer Demenz ist eine Selbstbeurteilung nur noch schwer möglich. Zudem wurde angenommen, dass schwer Demente kaum mehr in der Lage sind, noch zuhause zu leben bzw. ein Heimübertritt während der Besuchsphase wäre in solchen Fällen wahrscheinlich.
2. Weniger als fünf Besuche pro Woche von Freunden oder Verwandten	Als Besuche gelten Situationen, bei denen soziale Aspekte im Vordergrund stehen. Dienstleistungen der Spitex oder Putzdienste werden nicht berücksichtigt.
3. Kein geplanter Heimübertritt in den nächsten sechs Monaten	Dieses Kriterium wurde angewandt, um die Kontinuität zu gewährleisten und die Bedingungen während der Besuchsphase möglichst für alle gleich zu halten.
4. Keine Wahnvorstellungen und Paranoia gegenüber Fremden	Um Komplikationen zwischen den Besuchern und Besuchten zu vermeiden.
5. Alter über 65 Jahre	
6. Wohnhaft in der Stadt bzw. in der Agglomeration Zürich	

### 6.2.1 Stichprobe der Besuchten

Einige der interessierten Probanden konnten nicht in die Stichprobe aufgenommen werden, da sie die Selektionskriterien nicht erfüllten, andere wiederum zogen sich vor Projektbeginn zurück und bei gewissen war kein Interview mit den betreffenden Spitex-Betreuerinnen möglich.

Zum Zeitpunkt t1 betrug die Stichprobe  $N = 47$  Probanden. Personen, die auf Grund der Selektionskriterien in der Projektphase nicht berücksichtigt werden konnten, erhielten wenn möglich ausserhalb der vorliegenden Untersuchung dennoch Besuche, und zwar entweder bereits seit Jahresbeginn oder im Verlaufe des Jahres 2002.

Zur Sicherstellung einer gemeinsamen präexperimentellen Baseline wurden die zwei Versuchsgruppen nach dem Parallelisierungsverfahren gebildet. Dabei wurden gleichgeschlechtliche Paare mit ähnlichen Werten im allgemeinen Wohlbefinden, Demenzgrad (Z-MMS) und Alter gebildet und zufällig jeweils einer der beiden Versuchsgruppen zugeführt (Randomisierung). Die Versuchsgruppe, die von Anfang an Besuche erhielt, wird im Folgenden als Gruppe 1 (G1) bezeichnet, die andere Gruppe, die zunächst als Kontrollgruppe diente, als Gruppe 2 (G2). Tabelle 22 zeigt den



Vergleich der Versuchsgruppen direkt nach der Parallelisierung ( $N=47$ ). Die Werte unterscheiden sich aufgrund mehrerer nachträglicher Ausfälle von denen der eigentliche Stichprobe ( $N=40$ ; vgl. unten).

Tabelle 22 Vergleich der Versuchsgruppen nach der Parallelisierung ( $N=47$ )

	Wohlbefinden (ZLQI)		Demenz (MMS)		Alter		Geschlecht ( $n$ )	
	$M$	$SD$	$M$	$SD$	$M$	$SD$	$w$	$m$
G1	112.7	60.0	20.5	4.5	83.5	6.6	18	3
G2	109.6	57.9	20.6	3.7	81.8	6.5	23	3

$M$  = Mittelwert,  $SD$  = Standardabweichung,  $n$  = Stichprobengröße

Aufgrund von Heimüberritten, Spitalaufenthalten und Versterben der Besuchten sowie Verweigerung des zweiten Interviews infolge Überforderung reduzierte sich die Stichprobe nachträglich um sieben Personen. Bei der Beschreibung der Stichprobe werden nur diejenigen Personen berücksichtigt, die zumindest zu den ersten zwei Messzeitpunkten befragt werden konnten. Die Befragungen konnten bei 40 Personen (Gruppe 1:  $n=17$ ; Gruppe 2:  $n=23$ ) vollständig durchgeführt werden. Dies entspricht einer eher kleinen Stichprobe. So konnte in der vorliegenden Studie die für eine ausreichende Test-Power notwendige Stichprobengröße nicht eingehalten werden. Die strengen Auswahlkriterien erschwerten einerseits die Rekrutierung einer ausreichend grossen Stichprobe aus einer ohnehin hoch selektiven Population. Andererseits liessen sich nur wenig freiwillige Besucher finden, so dass keine zusätzlichen Probanden mehr berücksichtigt werden konnten. Unter diesen Umständen scheint es gerechtfertigt, anstelle der strikten Beachtung der Signifikanzkriterien auch statistische Trends oder Tendenzen zu berücksichtigen.

Die definitive Stichprobe bestand aus 35 Frauen und 5 Männern (Gruppe 1: 15 Frauen, 2 Männer; Gruppe 2: 20 Frauen, 3 Männer). Zum Zeitpunkt der ersten Befragung lag das Alter der Probanden zwischen 65 und 99 Jahren (Gruppe 1:  $M=81.6$ ,  $SD=7$ ; Gruppe 2:  $M=83.6$ ,  $SD=6.3$ ). Eine Person war verheiratet, ihr Ehepartner nahm jedoch am Projekt nicht teil. Ehepaare wurden bewusst nicht in die Untersuchung mit einbezogen, um Verzerrungen durch konfundierende Einflüsse – wie beispielsweise Eifersucht oder Beeinflussung – von vornherein zu vermeiden. Neun Personen waren ledig, 29 verwitwet oder geschieden. Die zeitlich kürzeste Betreuung durch die Spitex betrug drei, die längste 84 Monate (Gruppe 1:  $M=17.8$ ,  $SD=17.8$ ; Gruppe 2:  $M=33.1$ ,  $SD=25.6$ ).

Zusätzlich zu den üblichen soziodemografischen Variablen wurde auch die Ausbildung der Probanden erhoben. Zwei der Befragten sind Akademiker, der grösste Teil besuchte die Grundschule. Einige haben keine Ausbildung absolviert.

## 6.2.2 Stichprobe der Besucher

Als Besucher konnten 42 Personen rekrutiert werden. Davon stiegen zwei Personen der Gruppe 2 aus Zeitgründen bereits vor Beginn ihrer Besuche wieder aus und ein Teilnehmer der Gruppe 1 musste wegen schwerer Krankheit trotz absolvierter Besuche aus der Stichprobe ausscheiden. Von 39 Personen konnten mindestens zu zwei Messzeitpunkten verwertbare Daten erhoben werden. Von den 39 Teilnehmern wurden 19 Personen der Gruppe 1 und 20 Personen der Gruppe 2 zugeteilt. Der Vergleich zwischen Messzeitpunkt t1 und t2 konnte bei 38 Besuchten vorgenommen werden (eine Person hatte nur zu den Messzeitpunkten t2 und t3 einen Fragebogen ausgefüllt). Eine Person hatte sich im Verlaufe der ersten Besuchsphase von dem ursprünglich betreuten Betagten zurückgezogen, da dieser ihr zu nahe getreten war; es wurde ihr danach eine andere betagte Person zugeteilt.

Der Vergleich zwischen t2 und t3 konnte bei 34 Personen vorgenommen werden. Vier Teilnehmer führten nach Abschluss der ersten Besuchsphase ihre Besuche nicht mehr weiter, einer davon, weil der Besuchte verstarb, zwei aus persönlichen bzw. aus Zeitgründen und einer hatte Schwierigkeiten mit den Besuchten.

Ein Teilnehmer der Gruppe 2 hatte zwar die beiden ersten Fragebogen ausgefüllt, aber danach keine Besuche durchgeführt. Der Vergleich zwischen allen drei Messzeitpunkten konnte also bei 33 Personen vorgenommen werden.

Das Durchschnittsalter der 39 Besucher betrug 51 Jahre, die Altersspanne lag zwischen 20 und 80 Jahren. 21% der Besucher waren jünger als 39 Jahre, 23% 40- bis 49-jährig, 18% 50- bis 59-jährig, 31% 60- bis 69-jährig und 8% waren über 70-jährig. Es nahmen 20 Frauen und 19 Männer an der Studie teil; 14 davon waren ledig, weitere 14 verheiratet, neun geschieden oder getrennt und eine Person war verwitwet (vgl. Tabelle 23). 15 der Freiwilligen hatten keinen festen Lebenspartner (Gruppe 1:  $n=11$ , Gruppe 2:  $n=4$ ), 21 Personen hatten eine feste Partnerschaft (Gruppe 1:  $n=8$ , Gruppe 2:  $n=13$ , missing:  $n=3$ ). Die Ausbildung der Besucher ist in Tabelle 24 aufgeführt.

**Tabelle 23** Soziodemographische Angaben zu den Freiwilligen zum Zeitpunkt t1, geordnet nach Gruppen, ( $N=39$ )

Gruppe	Alter (in Jahren)		Geschlecht	Zivilstand*					
	<i>M</i>	Minimum		Maximum	w	m	ledig	verheiratet	geschieden/ getrennt
Gruppe 1	49	23	80	9	10	7	7	5	0
Gruppe 2	52	20	76	11	9	7	7	4	1
<i>N</i> (Total)				20	19	14	14	9	1

m = männlich, w = weiblich, \* missing  $n=1$

**Tabelle 24** Ausbildung der Freiwilligen zum Zeitpunkt t1, geordnet nach Gruppen, ( $N=39$ )

Gruppe	Ausbildung*						
	Volks- schule	Handelsschule	Gymnasium	Berufsschule	Fachschule	Fachhoch- schule	Uni / ETH
Gruppe 1	1	1	3	7	4	1	2
Gruppe 2	0	0	1	6	3	3	6
<i>N</i> (Total)	1	1	4	13	7	4	8

m = männlich, w = weiblich, \* missing  $n=1$

14 Freiwillige wohnten alleine, 23 dagegen zusammen mit einem Partner, Kollegen, Kind oder Elternteil. 14 lebten in einem Dorf (0 - 10'000 Einwohner), eine Person in der Vorstadt (> 10'000- < 100'000 Einwohner), fünf Personen in einer Kleinstadt (< 100'000 Einwohner) und 18 in der Stadt (> 100'000 Einwohner), (vgl. Tabelle 25).

**Tabelle 25** Wohnform der Freiwilligen zum Zeitpunkt t1, geordnet nach Gruppen, ( $N=39$ )

Gruppe	Wohnform**		Wohnort*			
	alleine	zusammen	Dorf	Vorstadt	Kleinstadt	Stadt
Gruppe 1	10	8	6	1	1	11
Gruppe 2	4	15	8	0	4	7
<i>N</i> (Total)	14	23	14	1	5	18

\* missing  $n=1$ , \*\* missing  $n=2$

14 Freiwillige wurden bei der UBS AG, je sechs bei der VBZ und unter den Mitarbeitern der Universität Zürich und drei bei der KPMG Fides rekrutiert. Bei neun Teilnehmern handelte es sich um Partner oder Freunde von angefragten Personen. 24 der Befragten waren noch berufstätig und elf bereits pensioniert, zudem haben eine Studentin und drei Hausfrauen und Mütter als Freiwillige teilgenommen (vgl. Tabelle 26).

**Tabelle 26** Arbeitgeber und Berufsstatus der Freiwilligen zum Zeitpunkt t1, geordnet nach Gruppen, (N=39)

Gruppe	Arbeitgeber*					Berufsstatus		
	UBS	VBZ	Uni	KPMG	extern	aktiv	pens.	andere
Gruppe 1	8	4	3	1	3	13	5	2
Gruppe 2	6	2	3	2	6	11	6	2
<i>N</i> (Total)	14	6	6	3	9	24	11	4

VBZ = Verkehrsbetriebe Zürich, Uni = Universität, KPMG = KPMG Fides, pens. = pensioniert, \* missing *n* = 1

## 7 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der beschriebenen Studie vorgestellt. Im Folgenden werden die Resultate der quantitativen und qualitativen Datenauswertungen mit den formulierten Hypothesen in Bezug gestellt und detailliert beschrieben.

### 7.1 Der Effekt regelmässiger Besuche auf die Besuchten

Nachfolgend werden die wichtigsten Ergebnisse der Befragungen der Besuchten sowie der Spitex-Mitarbeiterinnen präsentiert. Die drei ersten Hypothesen bezüglich der Besuchten fokussieren den Einfluss regelmässiger, angekündigter Besuche (Intervention) auf die Hauptkonstrukte Lebensqualität, Wohlbefinden, Gesundheitszustand und subjektiv wahrgenommene Kontakthäufigkeit. Danach wird der Einfluss der wahrgenommenen sozialen Unterstützung auf den Besuchseffekt überprüft. Am Schluss des Kapitels werden die Ergebnisse der quantitativen Analyse sowie des projektiven Testverfahrens (Baum-Test) aufgezeigt.

Die zwei Versuchsgruppen werden als Gruppe 1 (G1, Besuche seit Beginn) und Gruppe 2 (G2, zunächst Kontrollgruppe) bezeichnet. Da es sich in der vorliegenden Studie um ein Untersuchungssetting mit drei Messzeitpunkten und einem besonderen experimentellen Design handelt, erfolgen die Erläuterungen in zwei Schritten:

Schritt 1: Beim Vergleich der ersten zwei Messzeitpunkte handelt es sich um ein klassisches experimentelles Setting mit Experimental- und Kontrollgruppe; daher wird der Einfluss der Besuchseffekte auf die entsprechenden Konstrukte hier mittels univariater, zweifaktorieller Varianzanalyse mit Messwiederholungen (Prüfgrösse Pillai-Spur) überprüft. In diesem Zusammenhang interessiert insbesondere der Interaktionseffekt zwischen Zeit und Gruppe. Die Ergebnisse dieser Vergleiche basieren auf der Untersuchung von Affolter, Schmid und Zbinden (2002).

Schritt 2: In der zweiten Besuchsphase (zwischen t2 und t3) erhielt auch die zunächst als Kontrollgruppe dienende Versuchsgruppe Besuche; somit wurde das Untersuchungsdesign quasiexperimentell, denn nun war keine Kontrollgruppe mehr vorhanden. Zur Überprüfung der Hypothesen unter Berücksichtigung aller drei Messzeitpunkte wurden Kontrastgewichte ( $\lambda$ ) für erwartete Mittelwertsverläufe festgelegt. Diese Verlaufsmuster wurden mittels Kontrastanalysen überprüft (t-Tests, vgl. Rosenthal et al., 2000).

Die Hypothesen wurden a priori gerichtet formuliert und demzufolge einseitig geprüft. Die Faktoren erfüllten die jeweiligen Voraussetzungen – Normalverteilung und homogene Stichprobenvarianzen – zur Hypothesenprüfung. Einzelne Kennwerte werden im Text nicht speziell aufgeführt.

#### 7.1.1 Hypothese 1a: Besuchseffekte auf die Lebensqualität

Zunächst sollte überprüft werden, ob die Besuche auf die Lebensqualität der Besuchten einen Einfluss hatten. Da das Konstrukt Lebensqualität intervallskaliert und normalverteilt ist, konnte eine Varianzanalyse durchgeführt werden. In Tabelle 27 werden die Ergebnisse dargestellt.

Tabelle 27 Einfluss der Besuche auf die Lebensqualität, t1 und t2, (N=40)

Lebensqualität	df	F	p (einseitig)
Messzeitpunkt	1	.741	.183
Gruppenzugehörigkeit	1	.050	.412
Messzeitpunkt x Gruppenzugehörigkeit	1	3.125	.042*

df = Freiheitsgrad, F = Prüfgrösse, p = Signifikanzniveau, \*  $p \leq .05$

Der Vergleich zwischen den ersten zwei Messzeitpunkten ergab einen signifikanten Interaktionseffekt ( $p=.042$ , vgl. Tabelle 27). Die formulierte Hypothese kann mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von  $p < 5\%$  angenommen werden. Die Faktoren Gruppenzugehörigkeit und Erhebungszeitpunkt haben einen interaktiven Effekt auf die Lebensqualität kognitiv beeinträchtigter, älterer Menschen: Bei Personen, die Besuche erhalten hatten, stieg die Lebensqualität an, während sie sich bei den Nichtbesuchten deutlich verschlechterte.

Wie Abbildung 5<sup>3</sup> zeigt, konnte der postulierte Mittelwertsverlauf über die drei Messzeitpunkte hinweg bestätigt werden. Die Lebensqualität der bereits Besuchten (Gruppe 1) blieb in der zweiten Besuchsphase stabil bzw. weiterhin hoch, während sich die Lebensqualität der neu Besuchten (Gruppe 2) stark verbesserte.

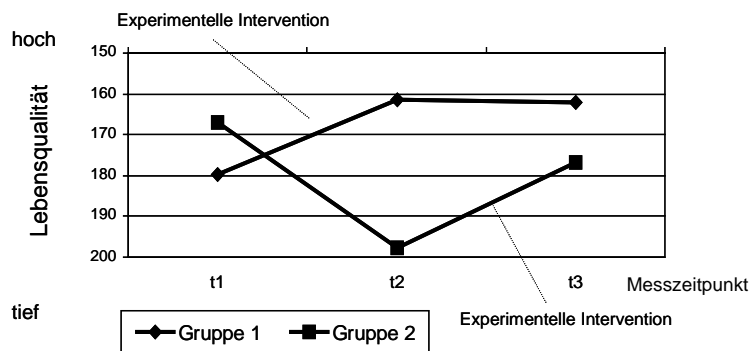


Abbildung 5 Veränderung der Lebensqualität (Mittelwerte) zu den Messzeitpunkten t1 - t3, ( $N=27$ ), Wertebereich 0-675

Zwischen Besuchsphase 1 und 2 hat sich die Stichprobengröße von  $N = 40$  auf  $N = 27$  reduziert. Somit haben sich die Ausgangswerte leicht verändert. Die Kontrastanalyse wies eine signifikante Übereinstimmung mit dem postulierten Gesamtverlauf auf, die Effektstärke war jedoch eher gering ( $r_{\text{contrast}}=.197$ ,  $p=.046$ )<sup>4</sup>. Die Einzelverläufe, insbesondere bei Gruppe 2, stimmten jedoch gut mit dem postulierten Verlauf überein (mittlere bis hohe Effektstärke), (vgl. Tabelle 28).

Tabelle 28 Mittelwertsverlauf und Kontrastanalyse für die Lebensqualität t1 - t3, ( $N=27$ )

Lebensqualität	Sommer (t1)		Winter (t2)		Frühling (t3)		$r_{\text{contrast}}$	$t$	$p$
	$M$	$SD$	$M$	$SD$	$M$	$SD$			
G1 ( $n=13$ )	179.62	62.99	161.62	48.32	162.08	55.63	.374	1.396	.094
G2 ( $n=14$ )	167.07	61.50	197.71	60.28	176.86	70.99	.446	1.796	.048*
Zeit x Gruppe ( $N=27$ )							.197	1.736	.046*

$M$  = Mittelwert,  $SD$  = Standardabweichung,  $r_{\text{contrast}}$  = Effektstärke,  $t$  = Prüfgrößen,  $p$  = Signifikanzniveau, \*  $p \leq .05$

Die Überschneidung der beiden Trendlinien (Abbildung 6) verweist auf ein unterschiedliches Ausgangsniveau der beiden Untersuchungsgruppen. Bei der ersten Datenerhebung vor der Intervention (Zeitpunkt t1) wies die zweite Gruppe im Vergleich zur ersten trotz Parallelisierung eine im Durchschnitt bessere Lebensqualität auf. Dies ist auch bei nachfolgenden Ausführungen und Interpretationen zu beachten.

<sup>3</sup> Hohe Werte entsprechen einer negativen, tiefe Werte einer positiven Ausprägung. Um die Lesbarkeit zu erleichtern sind alle Zahlenwerte in den Abbildungen logisch umgekehrt angebracht (tiefe Werte oben, hohe Werte unten).

<sup>4</sup> Effektstärke ( $r_{\text{contrast}}$ ): .1-.2 = gering, .3-.4 = mittel, >.4 = gross

## 7.1.2 Hypothese 1b: Besuchseffekte auf das allgemeine Wohlbefinden

Gemäss dem zweiten Teil der Hypothese 1 wird im Folgenden der Effekt regelmässiger angekündigter Besuche auf das allgemeine Wohlbefinden der Besuchten überprüft (vgl. Tabelle 29).

Tabelle 29 Einfluss der Besuche auf das allgemeine Wohlbefinden zu t1 und t2, (N=40)

Allgemeines Wohlbefinden	df	F	p (einseitig)
Messzeitpunkt	1	.012	.457
Gruppenzugehörigkeit	1	.042	.420
Messzeitpunkt x Gruppenzugehörigkeit	1	2.090	.078

df = Freiheitsgrad, F = Prüfgrösse, p = Signifikanzniveau

Der zum Zwecke der Hypothesenprüfung interessierende Wechselwirkungseffekt zwischen den ersten zwei Messzeitpunkten stellte sich als statistisch nicht signifikant heraus ( $F=2.090$ ,  $p=.078$ ). Trotz der kleinen Stichprobe und der für das vorliegende Analyseverfahren unzureichenden statistischen Power (.291) konnte ein starker statistischer Trend<sup>5</sup> ( $p=.078$ ) nachgewiesen werden. Ungeachtet der unterschiedlichen Ausgangsniveaus zeigte sich bei Gruppe 1 bezüglich des allgemeinen Wohlbefindens eine deutliche Verbesserung, bei Gruppe 2 hingegen ein sinkendes Wohlbefinden.

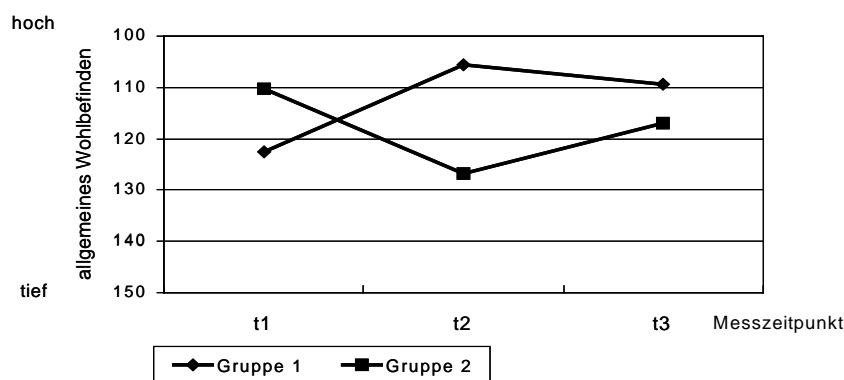


Abbildung 6 Veränderung des allgemeinen Wohlbefindens zu den Messzeitpunkten t1 - t3, (N=27), Wertebereich der Skala 0-475

Die Messung über die drei Messzeitpunkte hinweg zeigt einen ähnlichen Verlauf, wie er bereits bei der Lebensqualität beschrieben wurde (vgl. Abbildung 6). Nach dem Anstieg des Wohlbefindens in der ersten Besuchsphase (t1 – t2) blieb das Wohlbefinden der Gruppe 1 konstant. Das Wohlbefinden der Gruppe 2 stieg dagegen nach anfänglichem Absinken in der zweiten Besuchsphase wieder an. Die Kontrastanalyse ergibt keine signifikante Übereinstimmung mit den postulierten Mittelwertsverläufen; aufgrund der oben stehenden Überlegungen zur Stichprobengrösse und statistischen Power und der mittleren Effektstärke für die Einzelverläufe kann jedoch von einem Trend gesprochen werden (vgl. Tabelle 30).

Regelmässige, angekündigte Besuche bei kognitiv beeinträchtigten Menschen dürften demnach tatsächlich einen positiven Effekt auf das allgemeine Wohlbefinden ausüben.

<sup>5</sup> Starker Trend bei einer Signifikanz von  $.05 < p \leq .10$ ; Mittlerer Trend bei einer Signifikanz von  $.10 < p \leq .15$ ; schwacher Trend bei einer Signifikanz von  $.15 < p \leq .20$

Tabelle 30 Mittelwertsverlauf und Kontrastanalyse für das allgemeine Wohlbefinden t1 - t3, (N=27)

Allgemeines Wohlbefinden	Sommer (t1)		Winter (t2)		Frühling (t3)		$r_{contrast}$	$t$	$p$
	$M$	$SD$	$M$	$SD$	$M$	$SD$			
G1 (n=13)	122.54	55.16	105.45	39.28	109.31	48.14	.304	1.108	.145
G2 (n=14)	110.21	47.09	126.86	41.83	117.00	53.96	.294	1.109	.144
Zeit x Gruppe (N=27)							.142	1.243	.114

$M$  = Mittelwert,  $SD$  = Standardabweichung,  $r_{contrast}$  = Effektstärke,  $t$  = Prüfgrößen,  $p$  = Signifikanzniveau

Auch die Selbstbeurteilung ergab einen näherungsweise signifikanten Unterschied zwischen den Untersuchungsgruppen ( $Z=-1.513$ ,  $p=0.084$ ). Gruppe 1 gab auf die Frage: Wie fühlen Sie sich allgemein? häufiger an, eine positive Veränderung zu durchlaufen, während das allgemeine Wohlbefinden der Gruppe 2 abnahm. Aufgrund nicht normalverteilter Daten wurde ein U-Test nach Man-Whitney durchgeführt.

### Psychisches Wohlbefinden

Das Konstrukt psychisches Wohlbefinden setzt sich aus einer Kombination von Fremdbeurteilung und Selbstbeurteilung zusammen. Der Interaktionseffekt wies beim Vergleich der ersten zwei Messzeitpunkte einen leichten Trend auf ( $N=40$ ,  $df=1$ ,  $F=1.206$ ,  $p=0.14$ ).

Tabelle 31 Mittelwertsverlauf und Kontrastanalyse für das psychische Wohlbefinden zu t1 - t3, (N=27), Wertebereich 0-250

Psychisches Wohlbefinden	Sommer (t1)		Winter (t2)		Frühling (t3)		$r_{contrast}$	$t$	$p$
	$M$	$SD$	$M$	$SD$	$M$	$SD$			
G1 (n=14)	53.38	35.74	47.69	16.86	48.85	26.94	.149	.543	.298
G2 (n=13)	50.00	24.70	53.36	19.77	55.57	33.02	.088	.089	.465
Zeit x Gruppe (N=27)							.077	.670	.250

$M$  = Mittelwert,  $SD$  = Standardabweichung,  $r_{contrast}$  = Effektstärke,  $t$  = Prüfgrößen,  $p$  = Signifikanzniveau

Während das psychische Wohlbefinden zunächst bei Gruppe 1 anstieg und bei Gruppe 2 sank, kam es jedoch nach dem zweiten Messzeitpunkt in beiden Gruppen zu einer leichten Verschlechterung. Es lässt sich also kein Einfluss der Besuche auf das psychische Wohlbefinden nachweisen. Die Kontrastanalyse erbrachte ebenfalls keine signifikanten Werte (vgl. Tabelle 31).

### Soziales Wohlbefinden

Das soziale Wohlbefinden wurde einzig durch die Spitex-Betreuerinnen beurteilt.

Tabelle 32 Mittelwertsverlauf und Kontrastanalyse für das soziale Wohlbefinden zu t1 - t3, (N=27)

Soziales Wohlbefinden	Sommer (t1)		Winter (t2)		Frühling (t3)		$r_{contrast}$	$t$	$p$
	$M$	$SD$	$M$	$SD$	$M$	$SD$			
G1 (n=13)	63.00	31.91	58.31	25.38	57.85	21.52	.310	1.13	.140
G2 (n=14)	67.64	34.78	80.00	28.96	65.86	35.42	.489	2.02	.032*
Zeit x Gruppe (N=27)							.237	2.12	.021*

$M$  = Mittelwert,  $SD$  = Standardabweichung,  $r_{contrast}$  = Effektstärke,  $t$  = Prüfgrößen,  $p$  = Signifikanzniveau, \*  $p \leq .05$

Ein Vergleich zwischen den ersten zwei Messzeitpunkten ergab zwar noch keine signifikanten Effekte ( $N=40$ ,  $df=1$ ,  $F=1.488$ ,  $p=0.22$ ), doch konnte das postulierte Muster im Verlauf der drei Messzeitpunkte nachgewiesen werden (vgl. Tabelle 32 und Abbildung 7).

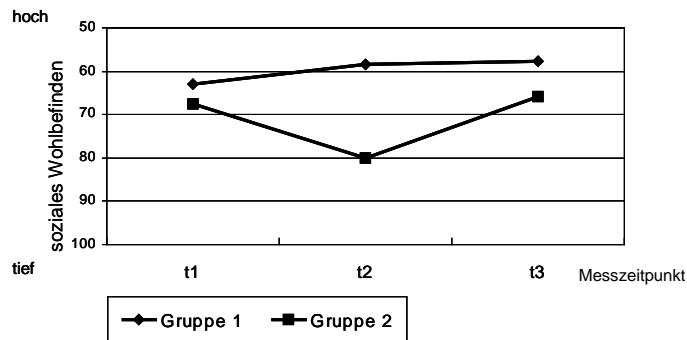


Abbildung 7 Veränderung des sozialen Wohlbefindens zu den Messzeitpunkten t1 - t3, (N=27), Wertebereich der Skala: 0-200

Ein Vergleich einzelner Subitems aus der Selbstbeurteilung ergab zwischen den ersten zwei Messzeitpunkten in den Items ‚körperliche Aktivität‘ ( $Z=-2.822, p=.004$ ) und ‚Leben nach eigenen Wünschen‘ ( $Z=-1.453, p=.09$ ) annäherungsweise signifikante bis sehr signifikante Unterschiede. Gruppe 1 fühlte sich im Unterschied zu Gruppe 2 körperlich deutlich aktiver und hatte das Gefühl das eigene Leben wieder vermehrt nach eigenen Wünschen gestalten zu können.

### Physisches Wohlbefinden

Das physische Wohlbefinden wurde doppelt erhoben, sowohl mittels Fremdbeurteilung als auch mittels Selbstbeurteilung. Während sich bezüglich der Beurteilung durch die Spitex-Betreuerinnen ein annäherungsweise signifikanter Interaktionseffekt ergab ( $p=.09$ ), konnten in der Selbstbeurteilung keinerlei solche Effekte nachgewiesen werden ( $p=.22$ ).

Tabelle 33 Einfluss der Besuche auf das physische Wohlbefinden (Fremd- und Selbstbeurteilung) zu t1 und t2, (N=40)

Physisches Wohlbefinden	df	F	p (einseitig)
<i>Fremdbeurteilung</i>			
Messzeitpunkt	1	.621	.22
Messzeitpunkt x Gruppenzugehörigkeit	1	1.812	.09
<i>Selbstbeurteilung</i>			
Messzeitpunkt	1	2.684	.055
Messzeitpunkt x Gruppenzugehörigkeit	1	.687	.22

df = Freiheitsgrad, F = Prüfgrösse, p = Signifikanzniveau, \*  $p \leq .05$

Die Fremdbeurteilung zeigte über die drei Messzeitpunkte hinweg den bekannten Verlauf. Das physische Wohlbefinden der erstmals Besuchten stieg an, das Wohlbefinden der nicht Besuchten dagegen sank ab. Die postulierten Kontraste bestätigten sich einzig für Gruppe 2, das Modell konnte jedoch nicht als Ganzes nachgewiesen werden (vgl. Tabelle 34).

Tabelle 34 Mittelwertsverlauf und Kontrastanalyse für das physische Wohlbefinden zu t1 - t3 (Fremdbeurteilung), (N=27), Wertebereich 0-225

Physisches Wohlbefinden	Sommer (t1)		Winter (t2)		Frühling (t3)		$r_{contrast}$	t	p
	M	SD	M	SD	M	SD			
G1 (n=13)	63.23	53.45	55.62	36.40	55.38	43.74	.254	.910	.160
G2 (n=14)	49.43	30.34	64.36	44.41	55.43	41.81	.455	1.841	.044*
Zeit x Gruppe (N=27)							.0631	.548	.300

M = Mittelwert, SD = Standardabweichung,  $r_{contrast}$  = Effektstärke, t = Prüfgrößen, p = Signifikanzniveau, \*  $p \leq .05$



Bei der Selbstbeurteilung konnte zwischen t1 und t2 – unabhängig von der Gruppenzugehörigkeit – eine knapp nicht signifikante Veränderung des physischen Wohlbefindens über die Zeit festgestellt werden. Beide Versuchsgruppen beurteilten ihr physisches Wohlbefinden zum zweiten Messzeitpunkt schlechter als vor der Interventionsphase. Der anfänglich kleine durchschnittliche Niveauunterschied im physischen Wohlbefinden (G1:  $M=2.45$ , G2:  $M=2.41$ ) blieb gemäss der Messung nach der ersten Intervention bestehen (G1:  $M=2.53$ , G2:  $M=2.66$ ). Beim Vergleich zwischen Messzeitpunkt t2 und t3 zeigte sich bei beiden Gruppen wieder eine Verbesserung, die jedoch für die Gruppe 2 deutlich stärker ausfiel (vgl. Abbildung 8). Der Interaktionseffekt war nun signifikant ( $N=25$ ,  $df=1$ ,  $F=5.0$ ,  $p=.02$ ).

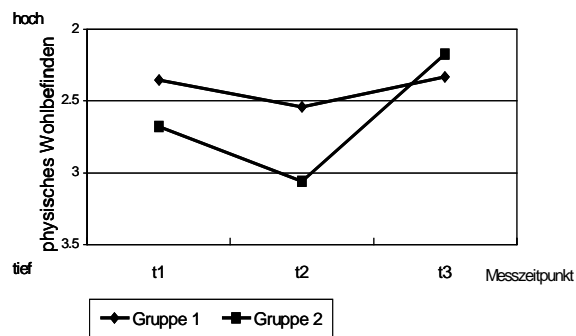


Abbildung 8 Veränderung des physischen Wohlbefindens (Selbstbeurteilung) zu den Messzeitpunkten t1 - t3, ( $N=25$ ), Wertebereich der Skala 1-5

Ein Vergleich der einzelnen Items des klinischen Demenz-Bewertungsverfahrens (CDR) ergab einen signifikanten Unterschied in der Kategorie ‚Haushalt und Hobby‘ ( $Z=-2.092$ ,  $p=.025$ ). Da die Voraussetzung einer Normalverteilung bei diesem Item nicht gegeben war, wurde die Mittelwertdifferenz der beiden Versuchsgruppen mit dem U-Test nach Mann-Whitney verglichen. Während Gruppe 1 Aufgaben im Haushalt wieder eher selbständig erledigen konnte und eigene Hobbys vermehrt pflegte, nahm die diesbezügliche Selbständigkeit bei Gruppe 2 ab.

Werden die Besuchseffekte für die beiden Versuchsgruppen zusammengefasst, so zeigt sich zudem nach den Besuchen ein signifikantes Absinken ( $t=2.198$ ,  $p=.018$ ) des Selbsteinschätzungsitems: Wie oft sind Sie körperlich erschöpft und müde, so dass Sie nichts Aktives tun können? Es scheint also, dass Besuche sich auf die selbst eingeschätzte physische Konstitution positiv auswirken. Hingegen scheint hier ein jahreszeitabhängiger Effekt relevant zu sein.

### Besuchseffekte auf das psychisch-soziale Wohlbefinden

Das Konstrukt psychisch-soziales Wohlbefinden basiert auf einer Selbsteinschätzung der kognitiv beeinträchtigten Betagten.

Den Angaben in Tabelle 35 kann entnommen werden, dass zwischen den ersten zwei Messzeitpunkten kein signifikanter Interaktionseffekt hinsichtlich des Merkmals psychisch-soziales Wohlbefinden gefunden wurde. Der Einfluss der Zeit war jedoch signifikant ( $p=.034$ ). Das psychisch-soziale Wohlbefinden beider Gruppe veränderte sich in der ersten Besuchphase signifikant negativ (G1:  $M_1=2.06$ ,  $M_2=2.56$ ; G2:  $M_1=2.00$ ,  $M_2=2.41$ ).

Tabelle 35 Einfluss der Besuche auf das psychisch-soziale Wohlbefinden zu t1 - t2, ( $N=31$ )

Psychisch-soziales Wohlbefinden	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i> (einseitig)
Messzeitpunkt	1	3.530	.034*
Gruppenzugehörigkeit	1	.212	.350
Messzeitpunkt x Gruppenzugehörigkeit	1	.036	.425

*df*= Freiheitsgrad, *F*= Prüfgrösse, *p*= Signifikanzniveau, \*  $p \leq .05$

Auch im weiteren Verlauf der Besuche verliefen die Mittelwerte der beiden Besuchsgruppen praktisch parallel, wobei der Mittelwert in beiden Gruppen leicht anstieg (vgl. Tabelle 36). Im Gegensatz zur Fremdbeurteilung des psychischen und sozialen Wohlbefindens scheinen die Besuchten selbst keinen entscheidenden Einfluss auf das eigene psychisch-soziale Wohlbefinden wahrzunehmen.

Tabelle 36 Mittelwertsverlauf und Kontrastanalyse für das psychisch-soziale Wohlbefinden zu t1 - t3, (N=26)

Psychisch-soziales Wohlbefinden	Sommer (t1)		Winter (t2)		Frühling (t3)		$r_{contrast}$	$t$	$p$
	$M$	$SD$	$M$	$SD$	$M$	$SD$			
G1 (n=12)	2.14	.48	2.80	1.99	2.53	1.77	.201	.712	.245
G2 (n=14)	2.12	.50	2.62	1.67	2.51	1.39	.314	1.192	.127
Zeit x Gruppe (N=26)	2.13	.48	2.71	1.79	2.52	1.54	.045	-.386	.350

$M$  = Mittelwert,  $SD$  = Standardabweichung,  $r_{contrast}$  = Effektstärke,  $t$  = Prüfgrößen,  $p$  = Signifikanzniveau

### 7.1.3 Hypothese 2: Besuchseffekte auf Aktivität und Autonomie

Es wurde überprüft, ob regelmässige Besuche zu einer erhöhten körperlichen Aktivität und einem besseren Autonomieempfinden beitragen. Auch dieses Konstrukt wurde von den Besuchten selbst beurteilt. Die Ergebnisse der Kontrastanalyse über alle drei Messzeitpunkte hinweg stimmte nur für die Kontrollgruppe mit den postulierten Verläufen überein, jedoch sind die Effektstärken hoch und der Unterschied zwischen den ersten zwei Messzeitpunkten ist annähernd signifikant (vgl. Tabelle 37 und Abbildung 9).

Tabelle 37 Einfluss der Besuche auf die körperliche Aktivität und Autonomie zu t1 und t2, (N=39)

Körperliche Aktivität und Autonomie	$df$	$F$	$p$ (einseitig)
Messzeitpunkt	1	.123	.364
Gruppenzugehörigkeit	1	.468	.283
Messzeitpunkt x Gruppenzugehörigkeit	1	2.022	.081

$df$  = Freiheitsgrad,  $F$  = Prüfgrösse,  $p$  = Signifikanzniveau

Der Vergleich der Effekte vor und nach der experimentellen Intervention mit transponierten Daten (G1: t1 - t2, G2: t2 - t3) zeigte einen signifikanten Anstieg der Aktivität und Autonomie nach der Besuchsintervention ( $t=2.907$ ,  $p=.003$ ,  $N=30$ ).

Tabelle 38 Mittelwertsverlauf und Kontrastanalyse für die Aktivität und Autonomie zu t1 - t3, (N=24)

Körperliche Aktivität und Autonomie	Sommer (t1)		Winter (t2)		Frühling (t3)		$r_{contrast}$	$t$	$p$
	$M$	$SD$	$M$	$SD$	$M$	$SD$			
G1 (n=10)	2.72	.99	2.48	.80	2.58	.82	.359	1.157	.138
G2 (n=14)	2.81	.99	2.72	1.03	2.43	.84	.443	1.851	.043*
Zeit x Gruppe (quadratisch, N=24)							.132	1.080	.110

$M$  = Mittelwert,  $SD$  = Standardabweichung,  $r_{contrast}$  = Effektstärke,  $t$  = Prüfgrößen,  $p$  = Signifikanzniveau, \*  $p \leq .05$

Es kann also gefolgert werden, dass Besuche eine positive Auswirkung auf die Aktivität und das Autonomiegefühl kognitiv beeinträchtigter älterer Menschen ausüben.

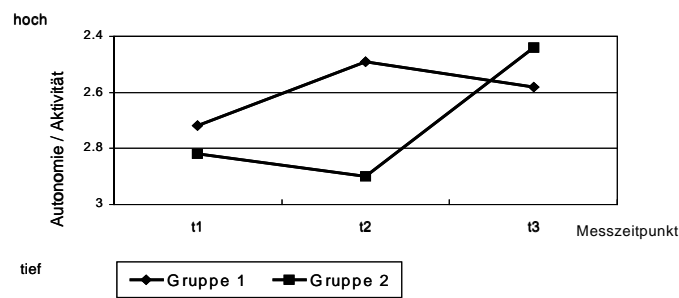


Abbildung 9 Veränderung der Aktivität und Autonomie (Mittelwerte) zu den Messzeitpunkten t1 - t3, (N=24), Wertebereich 1-5

### 7.1.4 Frage 1: Besuchseffekte auf den physischen und psychischen Gesundheitszustand

Im Folgenden sollen allfällige Einflüsse regelmässiger Besuche auf den physischen und psychischen Gesundheitszustand kognitiv beeinträchtigter Betagter untersucht werden. Dieses Gesundheitskonstrukt, welches sowohl physische als auch psychische Aspekte beinhaltet, wurde mittels Fremdbeurteilung durch die Spitex-Mitarbeiterinnen erfasst.

Aus Tabelle 39 wird ersichtlich, dass die Besuche keinen signifikanten Einfluss auf den physischen und psychischen Gesundheitszustand ausübten. Hierbei sollte jedoch berücksichtigt werden, dass die ungenügende Power (.093) es beinahe verunmöglicht, überhaupt einen signifikanten Besuchseffekt nachzuweisen.

Tabelle 39 Einfluss der Besuche auf den physischen und psychischen Gesundheitszustand zu t1 und t2, (N=40)

Physische und psychische Gesundheit	df	F	p(einseitig)
Messzeitpunkt	1	.771	.193
Gruppenzugehörigkeit	1	.381	.271
Messzeitpunkt x Gruppenzugehörigkeit	1	.383	.270

df= Freiheitsgrad, F= Prüfgrösse, p= Signifikanzniveau

Auch über alle drei Messzeitpunkte hinweg konnten keine Zusammenhänge festgestellt werden. Regelmässige Besuche scheinen demnach keinen Einfluss auf den Gesundheitszustand dementer, alleine lebender Personen zu haben. Dieser Befund unterstreicht die Resultate der Käferberg-Besucherstudie.

### Besuchseffekte auf die Depressivität

Verringern regelmässige angekündigte Besuche bei kognitiv beeinträchtigten, alten Menschen die Wahrscheinlichkeit einer Depression?

Die selbst eingeschätzte Depressivität hat sich unabhängig von der Besuchsgruppe in der ersten Besuchsphase verschlechtert, in der zweiten Besuchsphase dann aber verbessert. Ein Effekt der Besuche auf die Depressivität lässt sich somit ausschliessen. Jedoch zeigt sich ein Trend zu einer vom Messzeitpunkt abhängigen Veränderung ( $F=1.926$ ,  $p=.087$ ), welcher auf die Jahreszeit zurückgeführt werden könnte.

### 7.1.5 Hypothese 3: Besuchseffekte auf die subjektiv wahrgenommene Kontakthäufigkeit

Durch die Erfragung der subjektiv wahrgenommenen Kontakthäufigkeit vor und nach der Interventionsphase sollte überprüft werden, ob Personen, die während 10 Wochen Besuch erhielten, diesen auch bewusst registrierten.

Tabelle 40 Einfluss der Besuche auf die subjektiv wahrgenommene Kontakthäufigkeit zu t1 - t2, (N=33)

Kontakthäufigkeit	df	F	p (einseitig)
Messzeitpunkt	1	.926	.172
Gruppenzugehörigkeit	1	.675	.209
Messzeitpunkt x Gruppenzugehörigkeit	1	7.459	.005**

df= Freiheitsgrad, F= Prüfgrösse, p= Signifikanzniveau, \*\*  $p \leq .01$

Tabelle 40 zeigt, dass die Arbeitshypothese, die eine durch die Besuche bedingte Erhöhung der wahrgenommenen Kontakthäufigkeit postuliert, mit einer 1%-Irrtumswahrscheinlichkeit nicht verworfen werden kann. Die Personen der Gruppe 1, die während der Interventionsphase zusätzliche Besuche erhalten hatten, meldeten zum zweiten Messzeitpunkt (t2) im Vergleich zur Gruppe 2 eine erhöht wahrgenommene Kontakthäufigkeit. Nachfolgende Grafik verdeutlicht, dass sich dieser Befund über alle drei Messzeitpunkte hinweg erstreckt, was auch durch die Kontrastanalyse bestätigt wurde (vgl. Tabelle 41 und Abbildung 10).

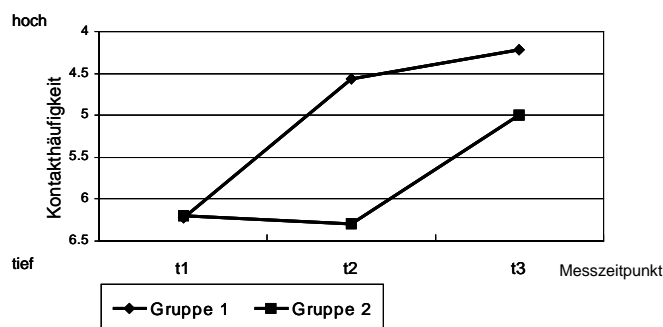


Abbildung 10 Veränderung der subjektiv wahrgenommenen Kontakthäufigkeit (Mittelwerte) zu den Messzeitpunkten t1 - t3, (N=19)

Es gilt zu beachten, dass die Zahlenwerte in Abbildung 11 nicht etwa eins zu eins der Anzahl Besuche pro Zeiteinheit entsprechen, sondern lediglich eine numerische Codierung darstellen (Wertebereich 0 - 9, wobei 0 = 5 x/Woche; 1 = 4x/Woche; 2 = 3x/Woche; 3 = 2x/Woche; 4 = 1x/Woche; 5 = 3x/Monat; 6 = 2x/Monat; 7 = 1x/Monat; 8 < 1x/Monat; 9 = nie).

Diese Resultate belegen, dass die besuchten Personen die im Rahmen dieses Projektes organisierten, wöchentlichen Besuche registrierten und wahrnahmen.

Tabelle 41 Mittelwertsverlauf und Kontrastanalyse der subjektiv wahrgenommenen Kontakthäufigkeit, (N=19), Wertebereich 0-8

Kontakthäufigkeit	Sommer (t1)		Winter (t2)		Frühling (t3)		$r_{contrast}$	$t$	$p$
	M	SD	M	SD	M	SD			
G1 (n=9)	6.22	3.15	4.56	3.09	4.22	2.54	.708	2.840	.011*
G2 (n=10)	6.20	3.55	6.30	2.21	5.00	2.75	.310	.978	.177
Zeit x Gruppe (N=19)							.250	1.843	.032*

M= Mittelwert, SD= Standardabweichung,  $r_{contrast}$ = Kontrast,  $t$ = Prüfgrößen,  $p$ = Signifikanzniveau, \*  $p \leq .05$

Ein Vergleich des Besuchseffekts auf den Wunsch nach häufigeren Besuchen zeigt analog zur Käferberg-Besucherstudie auf, dass der Wunsch nach Besuchen bei Gruppe 1 abnahm, wohingegen er bei Gruppe 2 zunahm ( $Z=-2.448$ ,  $p=.07$ ).

### Besuchseffekte auf die Einsamkeit

Gerade in Bezug auf die Frage nach Voraussetzungen und Ressourcen für ein angenehmes und zufriedenes Altern sollte der Einsamkeit als negative Einflussvariable gebührend Beachtung zuteil werden. In der vorliegenden Studie schätzten die Untersuchungsteilnehmer in einer Frage ein, wie häufig sie sich einsam fühlten. Aufgrund der durchgeführten Faktoren- und Reliabilitätsanalysen wurde festgestellt, dass sich dieses Item nicht in das Konstrukt psychisch-soziales Wohlbefinden einbinden lässt, sondern als Einzelfrage Berücksichtigung finden sollte.

**Tabelle 42** Wirkungen der Faktoren ‚Messzeitpunkt‘ und ‚Gruppenzugehörigkeit‘ auf die Einsamkeit, ( $N=39$ )

Einsamkeit	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i> (einseitig)
Messzeitpunkt	1	1.746	.097
Gruppenzugehörigkeit	1	.448	.254
Messzeitpunkt x Gruppenzugehörigkeit	1	.799	.188

*df*= Freiheitsgrad, *F*= Prüfgrösse, *p*= Signifikanzniveau

Der direkte Effekt des Faktors Messzeitpunkt erwies sich als knapp nicht signifikant (vgl. Tabelle 42 und Tabelle 43 ).

**Tabelle 43** Mittelwertverlauf der Einsamkeit ( $N=25$ ), Wertebereich 1-5

Einsamkeit	Sommer (t1)		Winter (t2)		Frühling (t3)	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
G1 ( $n=9$ )	2.00	1.04	2.58	1.16	2.42	1.08
G2 ( $n=10$ )	2.00	.71	2.46	1.20	2.00	.91
Zeit x Gruppe ( $N=19$ )						

*M*= Mittelwert, *SD*= Standardabweichung, *r<sub>contrast</sub>*= Kontrast, *t*= Prüfgrößen, *p*= Signifikanzniveau, \*  $p \leq .05$

Die Untersuchungsteilnehmer beider Gruppen fühlten sich nach der Interventionsphase im Durchschnitt häufiger einsam als zu Beginn der Studie. In der zweiten Besuchsphase nimmt das Gefühl der Einsamkeit in beiden Gruppen wieder ab.

Es ist davon auszugehen, dass die Jahreszeit einen entscheidenden Einfluss auf die Wahrnehmung der Einsamkeit hat; der postulierte Einfluss der Besuche auf das Empfinden von Einsamkeit lässt sich allerdings nicht bestätigen.

### 7.1.6 Hypothese 4: Einfluss der bisherigen Kontakthäufigkeit auf die Besuchseffekte

Im Folgenden soll untersucht werden, ob die zum ersten Messzeitpunkt bestehende, subjektiv wahrgenommene Kontakthäufigkeit die Wirkung der Besuche auf die Merkmale Lebensqualität, allgemeines Wohlbefinden sowie körperliche Aktivität und Autonomie beeinflusste. Es wird angenommen, dass Besuche bei Personen mit einer geringen subjektiv wahrgenommenen Kontakthäufigkeit einen stärkeren positiven Effekt haben als bei Personen mit einer hohen wahrgenommenen Kontakthäufigkeit.

Zur Überprüfung dieser Einflüsse wurden die Werte beider Interventionsphasen berücksichtigt. Zu diesem Zweck wurde eine neue Stichprobe gebildet, bei der die Werte beider Gruppen vor der Intervention (G1: t1, G2: t2) mit denjenigen nach der Intervention (G1: t2, G2: t3) zusammgelegt wurden ( $N=27$ ).

Das stichprobendefinierende Merkmal ‚subjektiv wahrgenommene Kontakthäufigkeit‘ wurde aufgrund inhaltlicher Überlegungen in zwei Kategorien aufgeteilt: ‚regelmässig Kontakt‘ (mehrmals wöchentlich bis 3x monatlich,  $n=11$ ) und ‚selten Kontakt‘ (weniger als 3x im Monat,  $n=16$ ). Die jeweiligen Besuchseffekte wurden als Differenzvariablen (vor der Intervention ( $vI$ ) minus nach der Intervention ( $nI$ )) beschrieben.

### Einfluss auf die Lebensqualität

In der Folge ist von Interesse, ob sich die beiden voneinander unabhängigen Subgruppen, die durch unterschiedliche subjektiv wahrgenommene Kontakthäufigkeit definiert sind, hinsichtlich ihrer Besuchseffekte im Merkmal Lebensqualität so stark unterscheiden, dass der Zufall dabei ausgeschlossen werden kann.

Der Mittelwertsunterschied zwischen den zwei Gruppen erwies sich bei einseitiger Hypothesenprüfung mit  $t = -1.538$  als annäherungsweise signifikant ( $p=.068$ ). Während sich die Lebensqualität der Personen mit häufigen Kontakten nach der Intervention im Durchschnitt eher verschlechterte, zeigt sich bei Personen, welche gemäss ihren Angaben wenig Kontakte hatten, nach der Besuchsperiode eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität.

Regelmässige Besuche scheinen also vor allem auf Personen, die allgemein über sehr wenig Sozialkontakte verfügen, eine positivere Wirkung auszuüben. Verfügt eine kognitiv beeinträchtigte, ältere Person bereits über ein relativ gutes soziales Netz, hält sich die positive Wirkung der Besuche auf die Lebensqualität hingegen in Grenzen.

### Einfluss auf das allgemeine Wohlbefinden

Als Nächstes soll überprüft werden, ob die bereits vorhandene subjektiv wahrgenommene Kontakthäufigkeit die positive Wirkung der Besuche auf das allgemeine Wohlbefinden kognitiv beeinträchtigter, älterer Menschen beeinflusst.

Die beiden Stichproben unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Besuchseffekte auf das allgemeine Wohlbefinden nicht überzufällig. Der Mittelwertsunterschied erweist sich mit  $t = -.971$  als nicht signifikant ( $p=.17$ ). Werden die Mittelwertsverläufe der beiden Stichproben zusätzlich berücksichtigt, dann fällt auf, dass sich das durchschnittliche allgemeine Wohlbefinden der Personen mit regelmässigem Kontakt beinahe nicht veränderte, während Personen mit geringer Kontakthäufigkeit nach der Besuchsphase eine deutliche Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens wahrnahmen. Insofern ist im vorliegenden Fall ebenfalls ein leichter Trend im Sinne der postulierten Hypothese wahrnehmbar.

### Einfluss auf die körperliche Aktivität und Autonomie

Die Hypothese wurde auch hinsichtlich der körperlichen Aktivität und des Autonomieempfindens überprüft.

Die Resultate in Tabelle 44 belegen, dass sich die beiden Stichproben bezüglich der mittleren Besuchseffekte im Merkmal körperliche Aktivität und Autonomie signifikant unterscheiden ( $t=-2.293$ ,  $p=.015$ ). Bei Personen mit regelmässigem Kontakt lässt sich keine Veränderung in der körperlichen Aktivität und im Autonomieempfinden beobachten, bei den Personen mit geringer Kontakthäufigkeit jedoch eine deutliche Verbesserung.

Tabelle 44 Aktivität und Autonomie in den beiden Subgruppen vor und nach der Intervention, ( $N=27$ )

	Aktivität und Autonomie					
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>df</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Regelmässig Kontakt (vI-nI)	10	.005	.42			
Selten Kontakt (vI-nI)	16	.5	.59			
Vergleich				24	-2.293	.015

*M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung, *t* = Prüfgrösse, *n* = Stichprobengrösse, *p* = Signifikanzniveau, einseitig

## Einflüsse der subjektiv wahrgenommenen Kontakthäufigkeit

Nun sollen – unabhängig von der durchgeführten Intervention – die wichtigsten Zusammenhänge zwischen der subjektiv wahrgenommenen Kontakthäufigkeit und den in der vorliegenden Studie fokussierten Hauptkonstrukten beschrieben werden. Zur Überprüfung dieser Zusammenhänge wurden Pearson-Korrelationen berechnet. Es zeigten sich signifikante Zusammenhänge zwischen den meisten Hauptkonstrukten und der subjektiv wahrgenommenen Kontakthäufigkeit (vgl. Tabelle 45).

Eine hohe, wahrgenommene Kontakthäufigkeit geht einher mit einer besseren Lebensqualität, höherem physischem, sozialem und psychisch-sozialem Wohlbefinden und einer geringeren Wahrscheinlichkeit der Depressivität. Diese Resultate unterstreichen die Wichtigkeit des Befundes, dass Besuche von kognitiv beeinträchtigten Menschen in der Regel durchaus registriert werden.

Tabelle 45 Zusammenhang der Kontakthäufigkeit mit den Hauptkonstrukten (Pearson-Korrelation)

	Subjektiv wahrgenommene Kontakthäufigkeit		
	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Lebensqualität	38	.365	.012*
Wohlbefinden	38	.238	.075
Psychisches Wohlbefinden	40	-.080	.312
Physisches Wohlbefinden	40	.315	.024*
Soziales Wohlbefinden	40	.343	.015*
Psychisch soziales Wohlbefinden	40	.336	.017*
Aktivität und Autonomie	39	.171	.149
Depressivität	35	.324	.029*

*n* = Stichprobengrösse, *r* = Pearson-Korrelation, *p* = Signifikanzniveau, \* *p* ≤ .05, \*\* *p* ≤ .01

### 7.1.7 Hypothese 5: Zusammenhang zwischen den Besuchseffekten auf die Besuchten und die Besucher

Um zu überprüfen, ob die Wirkung der Besuche auf die Besuchten sowie auf die Besucher selbst in einem Zusammenhang stehen, wurden die Effekte der Besuche auf die jeweils bedeutendsten Konstrukte der beiden Gruppen miteinander verglichen. Um den Besuchseffekt herauszukristallisieren, wurden die Mittelwerte vor den Besuchen von den Mittelwerten nach den Besuchen subtrahiert (G1: t1 - t2, G2: t2 - t3) und danach miteinander korreliert.

Die Vermutung, dass ein Zusammenhang zwischen den Besuchseffekten auf die Besucher und die Besuchten besteht, konnte im Grossen und Ganzen nicht bestätigt werden.

Tabelle 46 Zusammenhang zwischen den Besuchseffekten von Besuchern und Besuchten (Pearson Korrelation)

Besucher	Besuchte	Autonomie + Aktivität			Wohlbefinden			Lebensqualität		
		<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Psychisches Wohlbefinden		28	-.110	.288	28	-.165	.205	28	-.053	.394
Soziales Wohlbefinden		27	-.315	.054	27	-.044	.411	27	-.279	.079
Physisches Wohlbefinden		27	-.080	.346	27	.193	.167	27	.137	.297
Interaktion		28	-.079	.346	28	-.152	.221	28	-.195	.160
Durchsetzungsvermögen		28	-.139	.241	28	.120	.273	28	.040	.419
Persönliche Informationen preisgeben		28	-.184	.174	28	.142	.236	28	.032	.436
Emotionale Unterstützung		28	-.037	.427	28	.289	.067	28	.237	.113
Konfliktfähigkeit		28	-.114	.282	28	-.028	.445	28	-.042	.416
Selbstbewusstsein		25	-.054	.400	25	-.002	.497	25	-.070	.370
Lebenseinstellung		28	-.105	.297	28	.104	.300	28	.010	.481
Lebensfreude		27	-.093	.322	27	-.076	.354	27	-.093	.323
Depressivität		28	.063	.375	28	.002	.496	28	.001	.498

*n* = Stichprobengrösse, *r* = Pearson Korrelation, *p* = Signifikanzniveau

## 7.1.8 Analyse offener Fragen

Der für die vorliegende Studie konzipierte Selbstbeurteilungsfragebogen enthält neben likertskalierten Items respektive Skalen auch zwei offene Fragen. Zum einen sollten die Besuchten angeben, welche zwei Dinge ihnen in ihrem Leben besonders wichtig seien, zum anderen wurde danach gefragt, ob es in ihrem Leben etwas gebe, worauf Sie sich ganz besonders freuten.

Die erhaltenen Antworten wurden nach dem zweiten Befragungszeitpunkt nach deren Bedeutungsinhalten kategorisiert. Im Folgenden soll nun näher beschrieben werden, welche Inhaltskategorien (Thematiken) sich dabei herauskristallisiert haben und wie die entsprechenden Antworthäufigkeiten ausgefallen sind.

### Was ist kognitiv beeinträchtigten, alten Menschen im Leben besonders wichtig?

Die Besuchten wurden nach den zwei wichtigsten Dingen in ihrem Leben gefragt und konnten in einem zweiten Schritt bewerten, in welchem Ausmass sie mit diesen Dingen in ihrem eigenen Leben zufrieden seien. Ein Vergleich zwischen den Besuchsgruppen zeigte zwar keinen Unterschied bezüglich der Beurteilung der wichtigsten Dinge ( $n=23$ ,  $Z=-.385$ ,  $p=.35$ ). Allerdings waren die Besuchten deutlich zufriedener mit jenen Dingen, die sie als am zweitwichtigsten eingestuft hatten ( $n=13$ ,  $Z=-1.73$ ,  $p=.041$ ). Aufgrund der kleinen Stichprobe ist diese Aussage jedoch nur begrenzt aussagekräftig.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Häufigkeiten der Antworten bezüglich der Bedeutungsinhalte. Dabei wurde nicht zwischen den wichtigsten und den zweitwichtigsten Lebensinhalten unterschieden.

Tabelle 47 Was ist kognitiv beeinträchtigten, alten Menschen besonders wichtig im Leben?

Wichtige Lebensbereiche	Zeitpunkt t1 (N=42)		Zeitpunkt t2 (N=40)		Zeitpunkt t3 (N=26)	
	G1	G2	G1	G2	G1	G2
Gesundheit	16	8	8	8	8	10
Kontakte/Besuche	5	4	3	7	-	4
Freizeit/Selbständigkeit	2	3	3	4	4	3
Eigene Wohnung	2	4	1	2	-	1
Wohlbefinden von Angehörigen	1	2	2	2	-	-
Finanzen	1	1	2	1	2	-

G1 = Gruppe 1, G2 = Gruppe 2

Unabhängig von der Gruppenzugehörigkeit und dem Messzeitpunkt zeichnet sich deutlich ab, dass für die Befragten die eigene Gesundheit ganz besonders wichtig ist und daher auch am weitaus häufigsten genannt wurde. Während bei Gruppe 1 zu beobachten war, dass die Wichtigkeit der Gesundheit deutlich zurückging, blieb sie bei Gruppe 2 konstant.

Soziale Kontakte und Besuche waren für die Befragten am zweitwichtigsten. Während das Bedürfnis nach sozialen Kontakten bei Gruppe 1 konstant abnahm, nahm es bei Gruppe 2 in der ersten Besuchsphase zu. Diese Beobachtung untermauert die Erkenntnis, dass die besuchten Personen zufriedener waren mit der Anzahl ihrer Besuche als die nicht besuchten.

Die eigene Freizeit und Selbständigkeit erwies sich als ein weiterer einflussreicher Aspekt. Umso bedeutender erscheint demnach der Befund der quantitativen Datenanalyse, dass Besuche die Autonomie verstärken. Wichtiger als das eigene Wohlbefinden war den Besuchten jedoch das Wohlbefinden ihrer Angehörigen.

### Worauf freuen sich kognitiv beeinträchtigte, ältere Menschen in ihrem Leben besonders?

Die Studienteilnehmer wurden danach gefragt, ob es in ihrem Leben etwas gebe, worauf sie sich ganz besonders freuten.

Auch hier rangierten soziale Kontakte und die Gesundheit bei den Besuchten ganz oben. Ungeachtet der Gruppenzugehörigkeit und des Befragungszeitpunkts freuten sich viele der betragten Personen zudem ganz besonders auf die verschiedensten Aktivitäten und Anlässe. Der Wunsch und die Lust,



selbst aktiv zu sein, an sozialen Anlässen teilzunehmen (sei es nun ein Geburtstag, eine Weihnachtsfeier oder auch eine Tanzveranstaltung) und etwas unternehmen zu können (etwa einen Tagesausflug, eine Reise oder auch nur ein Spaziergang) scheinen bei kognitiv beeinträchtigten, alten Menschen ausgeprägt zu sein. Sowohl Personen der Gruppe 1 (t1: 17.6%, t2: 23.5%) als auch der Gruppe 2 (t1: 26.1%, t2: 21.7%) gaben an, sie würden sich in ihrem Leben ganz speziell auf Aktivitäten und Anlässe freuen (Beispiel: „Ich würde mich freuen, wieder einmal einen Tagesausflug mit einem Reise-Car zu machen.“ oder: „Ich freue mich darauf, tanzen gehen zu können.“).

Zu erwähnen bleiben noch einige weitere, meist nur von jeweils einer einzelnen Person gemachten Äusserungen, die fast durchwegs positiven Charakter aufweisen. Es sind dies folgende Einzelantworten: „Ich freue mich auf alles, was noch kommt.“ – „Ich freue mich auf jeden neuen Tag.“ – „Es freut mich ganz besonders, dass meine Enkeltochter eine gute Arbeitsstelle gefunden hat.“ – „Ich freue mich darüber, dass es meiner ganzen Familie gesundheitlich gut geht.“ Im Gegensatz dazu gaben zwei Personen der Gruppe 2 zur Antwort, sie freuten sich auf ihren Tod.

### Veränderungen von Befindlichkeit und Verhalten über die Zeit

Die Spitex-Betreuerinnen wurden gebeten, den momentanen Zustand der jeweils betreuten Person mit deren Zustand vor drei Monaten zu vergleichen und dabei zu beurteilen, ob allfällige Veränderungen in der Befindlichkeit sowie im Verhalten eingetreten seien. Zur Vermeidung einer Beurteilungsverzerrung durch vorgegebene Antwortkategorien sollte die Frage frei und offen beantwortet werden. In Tabelle 48 sind die häufigsten Veränderungen festgehalten.

Tabelle 48 Veränderungen im Verhalten durch die Besuche

Veränderungen im Verhalten	Zeitpunkt t2 (N=35)		Zeitpunkt t3 (N=23)	
	G1	G2	G1	G2
nichts	6	13	3	8
offener / aufgeschlossener	5	1	2	1
freudiger / selbständiger	-	-	1	4
geistiger Abbau	3	4	2	-
körperlich schwächer	2	1	-	2

G1 = Gruppe 1, G2 = Gruppe 2

Insgesamt fällt auf, dass nach den Besuchen generell mehr Veränderungen festgestellt wurden. Die besuchten Personen zeigten sich freudiger und aufgeschlossener. Unabhängig von der Besuchsgruppe und dem Zeitpunkt veränderten sich vor allem gesundheitliche Faktoren und der geistige Abbau im negativen Sinne.

### 7.1.9 Der Baum-Test

Der Baum-Test wurde als alternative Messmethode zu den statistischen Analyseverfahren eingesetzt. Da die quantitativen Auswertungen teilweise keine statistisch signifikanten Resultate ergaben, sondern lediglich Trends erkennen liessen, ist es umso interessanter, aufzeigen zu können, dass sich die Effekte der Besuche auf das Wohlbefinden anhand eines projektiven Verfahrens untermauern lassen. Die Baumzeichnungen wurden von einem Experten beurteilt, dem keine Angaben zur jeweiligen Versuchsgruppenzugehörigkeit des Baumzeichners vorlagen.

Einigen Probanden bereitete es grosse Mühe, einen Baum zu zeichnen. Gründe dafür waren unter anderem: Sehschwierigkeiten, motorische Beeinträchtigungen, mangelnde Motivation, Schamgefühle oder auch das bereits fortgeschrittene Demenzstadium. Für den Vergleich zwischen den ersten zwei Messzeitpunkten standen 33 Baumpaare zur Verfügung (G1 = 14, G2 = 19), für den Vergleich zwischen t2 und t3 waren es noch 25 (G1 = 12, G2 = 13).

Die fachmännische Beurteilung ergab folgenden Befund: Nach der ersten Besuchsphase war – im Gegensatz zu Gruppe 2 – bei keinem der Teilnehmer aus Gruppe 1 eine Verschlechterung aufgetreten, Verbesserungen liessen sich jedoch in beiden Untersuchungsgruppen beobachten (vgl. Abbildung 11).

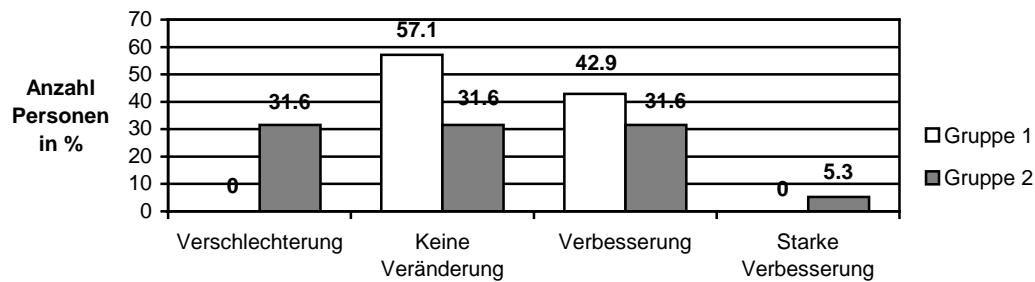


Abbildung 11 Veränderungen in den Baumzeichnungen zwischen t1 und t2, differenziert nach Gruppenzugehörigkeit, (N=32)

Der Vergleich zwischen den zwei Versuchsgruppen erwies sich als nicht signifikant, doch kann auch hier von einem mittelstarken Trend in Richtung Verbesserung gesprochen werden ( $Z=-1.280$ ,  $p=.10$ ), in erster Linie bezüglich der Kriterien ‚Realitätsbezug‘, ‚Gesamtatmosphäre‘ und ‚Detailhaftigkeit‘.

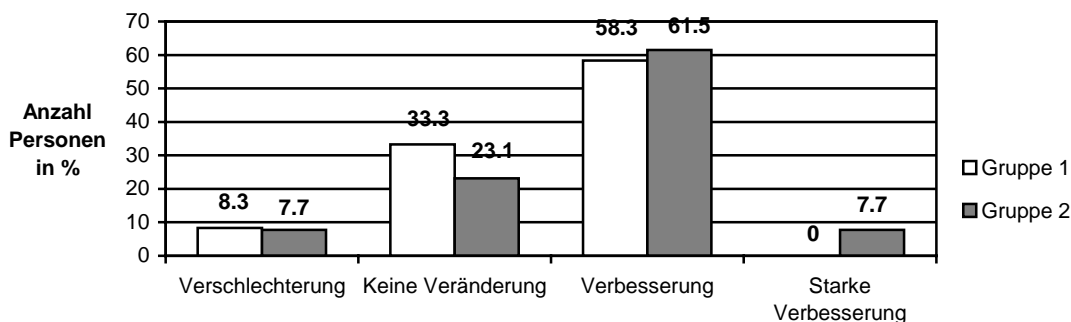


Abbildung 12 Veränderungen in den Baumzeichnungen zwischen t2 und t3, differenziert nach Gruppenzugehörigkeit, (N=25)

Die Veränderungen nach der zweiten Besuchsphase verliefen in beiden Gruppen beinahe identisch (Abbildung 12). Nur noch bei je einer Person verschlechterte sich der Zustand, in beiden Gruppen kam es überwiegend zu Verbesserungen. Die Veränderungen zwischen Besuchsphase 1 und Besuchsphase 2 waren in Gruppe 2 signifikant ( $n=10$ ,  $Z=-2.11$ ,  $p=.017$ ), bei Gruppe 1 blieben sie dagegen gleich. Auch anhand den Baumzeichnungen kann also der postulierte Verlauf bestätigt werden. Inhaltlich veränderten sich die Zeichnungen vor allem bezüglich der Kriterien ‚Realitätsbezug‘, ‚Gesamtatmosphäre‘ und ‚Detailhaftigkeit‘.

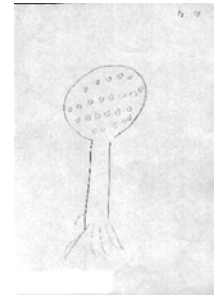
Abbildung 13 zeigt exemplarisch, wie sich die Baumzeichnungen ein und derselben Person (aus Gruppe 1) im Verlauf der Besuchsphasen verändert haben. Während die erste Zeichnung noch realitätsfremd anmutet, ja kaum als Baum zu erkennen ist, entwickelt sich das zum Zeitpunkt t2 nunmehr erkennbare, aber noch rudimentäre Bäumchen bis zum Zeitpunkt t3 zu einem stabilen Baum mit Wurzeln, tragfähigem Stamm und Früchten. Die persönliche Entwicklung der besuchten Person verlief analog zu diesen Sinnbildern. Dieses Beispiel veranschaulicht deutlich, dass eine ganzheitliche, positive Veränderung bei der Besuchten stattgefunden hat. Dasselbe traf auch auf andere Studienteilnehmer zu.



t1: vor Besuch



t2: nach 3 Monaten Besuch



t3: nach 6 Monaten Besuch

Abbildung 13 Beispiel von Baumzeichnungen einer besuchten Person zu den Messzeitpunkten t1 - t3

## 7.2 Der Effekt regelmässiger Besuche auf die Besucher

Kann durch regelmässig durchgeführte Besuche bei kognitiv beeinträchtigten Betagten die Sozialkompetenz, das Wohlbefinden, die Lebensqualität, die Identifikation mit dem Arbeitgeber und die Einstellung zum Arbeitgeber der Besucher verändert werden? Die zu diesen Aspekten in Kapitel 4 formulierten Hypothesen und Fragestellungen sollen im Folgenden analysiert werden. Die Hypothesenprüfung erfolgt – falls nichts anderes erwähnt wird – einseitig und gerichtet. Die Prüfung soziodemographischer Einflussgrössen wird aufgrund offener Fragestellungen ungerichtet und demzufolge zweiseitig durchgeführt.

Die folgenden Berechnungen basieren auf den Messungen zu den Zeitpunkten t1 bis t3. Die Prüfung auf Interventionseffekte zwischen den Zeitpunkten t1 und t2 erfolgte mittels Varianzanalysen. Zudem wurden die Daten für den Vergleich von Mittelwerten bei gepaarter abhängiger Stichprobe auf zwei Messzeitpunkte transponiert (t-Tests). D.h. die Daten beider Versuchsgruppen wurden zusammengefügt, damit der Effekt der 10-wöchigen Besuchsintervention unabhängig von der Versuchsgruppe ermittelt werden konnte. Indem die Daten direkt vor der Besuchsintervention (G1: t1, G2: t2) und die Daten direkt nach der Besuchsintervention (G1: t2, G2: t3) miteinander verglichen wurden, wurde eine neue Stichprobe gebildet.

### 7.2.1 Hypothese 6: Besuchseffekte auf das Wohlbefinden der Besucher

Mit dieser Hypothese sollte der Effekt der Besuche auf die Lebensqualität, insbesondere auf das Wohlbefinden der freiwilligen Besucher überprüft werden. Es wird postuliert, regelmässige Besuche würden sich positiv auf das Wohlbefinden der Besucher auswirken.

Zuerst sollte überprüft werden, ob die durchgeführten Besuche einen Einfluss auf das allgemeine Wohlbefinden der Besucher ausübten. Das betreffende Konstrukt besteht aus den Faktoren ‚soziales‘, ‚psychisches‘ und ‚physisches‘ Wohlbefinden. Da das Konstrukt ‚allgemeines Wohlbefinden‘ intervallskaliert und normalverteilt ist, konnte zur Prüfung dieser Hypothese eine Varianzanalyse mit Messwiederholung durchgeführt werden. In Tabelle 49 sind die Ergebnisse der Varianzanalyse dargestellt.

Tabelle 49 Einfluss der Besuche auf das allgemeine Wohlbefinden der Besucher zu t1 - t2, (N=37)

Allgemeines Wohlbefinden	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i> (einseitig)
Messzeitpunkt	1	.453	.253
Gruppenzugehörigkeit	1	1.065	.155
Messzeitpunkt x Gruppenzugehörigkeit	1	.081	.389

*df* = Freiheitsgrad, *F* = Prüfgrösse, *p* = Signifikanzniveau

Der Wechselwirkungseffekt zwischen den ersten zwei Messzeitpunkten, der für die Hypothesenprüfung von Interesse war, erwies sich statistisch nicht als signifikant ( $df=1$ ,  $F=.081$ ,  $p=.389$ ). Ein Mittelwertvergleich zwischen den Zeitpunkten t1 - t3 ergibt für die beiden Untersuchungsgruppen folgenden Verlauf (vgl. Tabelle 50, Abbildung 14):

Tabelle 50 Mittelwerteverlauf für das allgemeine Wohlbefinden zu t1 - t3

Allgemeines Wohlbefinden	Sommer (t1)		Winter (t2)		Frühling (t3)	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Gruppe 1, ( <i>N</i> =13)	21.89	4.18	21.10	5.98	20.98	7.01
Gruppe 2, ( <i>N</i> =16)	22.48	4.00	22.06	4.30	22.25	5.39

*M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung, *N* = Stichprobengrösse, t1 - t3 = Erhebungszeitpunkte

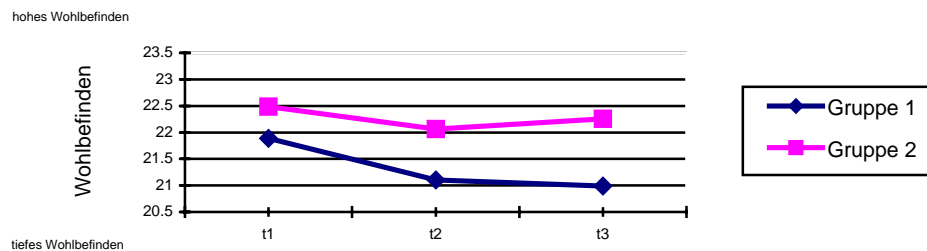


Abbildung 14 Graphischer Verlauf der Veränderung im Wohlbefinden über die Zeitpunkte t1 - t3

Der in Abbildung 14 aufgezeigte Verlauf entspricht nicht der postulierten Arbeitshypothese. Auch vergleichende t-Tests über die Zeitpunkte t1 bis t3 ergaben keine signifikanten Unterschiede der Mittelwertsunterschiede über die Zeit und die Gruppen. Die Arbeitshypothese muss demnach abgelehnt werden. Die regelmässigen Besuche scheinen keinen Einfluss auf das allgemeine Wohlbefinden der Besucher zu haben.

Ebenfalls keine signifikanten Effekte kamen in den spezifischen Bereichen des Wohlbefindens zum Ausdruck. Die Varianzanalysen ergaben für die Interaktionseffekte Gruppe mal Zeit folgende Resultate: soziales Wohlbefinden ( $df=1$ ,  $F=.061$ ,  $p=.403$ ), psychischen Wohlbefindens ( $df=1$ ,  $F=.062$ ,  $p=.402$ ) und physischen Wohlbefindens ( $df=1$ ,  $F=.035$ ,  $p=.426$ ).

### Besuchseffekte auf die Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereiche

Mittels Selbst- und Fremdbeurteilung wurde die Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen (Beruf, Familie, Freunde, Freizeit, Einstellung zum Leben Einfühlungsvermögen und Verhalten) erhoben. Die Annahme war, dass sich die Zufriedenheit der Besucher in allen Lebensbereichen durch die Besuche verbessern würde.

#### Selbsteinschätzung

Gruppe 1 verzeichnete zum Zeitpunkt t2 in einigen Lebensbereichen stärkere Verbesserungen als Gruppe 2. Insbesondere im Bereich ‚Einstellung zum Leben‘ war nach der ersten Besuchsphase bei Gruppe 1 ein Trend zu positiven Veränderungen festzustellen ( $N=38$ ,  $Z=-1.530$ ,  $p=.126$ ).

Zum Zeitpunkt t3 zeichneten sich in Gruppe 1 vor allem Verbesserungen in der ‚Beziehung zu engen Freunden‘ ab (G1: 54%). Die zu diesem Zeitpunkt ebenfalls Besuche durchführende Gruppe 2 wies Verbesserungen bezüglich ‚Beruf‘ (G2: 44%) und ‚Freizeit‘ auf (G2: 32%).

#### Fremdeinschätzung

Dieselbe Fragestellung wurde an Partner und Freunde der Freiwilligen gerichtet. Auch bei der Fremdeinschätzung verzeichnete Gruppe 1 zum Zeitpunkt t2 in allen Lebensbereichen mehr positive Veränderungen als Gruppe 2, die zu diesem Zeitpunkt noch keine Besuche durchführte.

Insbesondere in den Bereichen ‚Einstellung zum Leben‘ ( $N=30$ ,  $Z=1.461$ ,  $p=.02$ ), ‚Beziehung mit der Familie‘ ( $N=30$ ,  $Z=1.095$ ,  $p=.181$ ) und ‚Verhalten‘ ( $N=29$ ,  $Z=1.064$ ,  $p=.20$ ; schwacher Trend) wurden bei der Gruppe 1 Verbesserungen registriert. Diese Befunde unterstreichen die Resultate der Selbsteinschätzung.

Korreliert man die Selbst- und Fremdeinschätzung (Spearman Korrelation), so ergeben sich signifikante Korrelationen in folgenden Lebensbereichen: ‚Beziehung zu Kollegen‘ ( $r=.437$ ,  $p=.02$ ) und ‚Beziehung zu Freunden‘ ( $r=.487$ ,  $p=.00$ ).

### **Besuchseffekte auf die Lebenszufriedenheit**

Neben dem allgemeinen Wohlbefinden wurden folgende Aspekte der Lebenszufriedenheit der Projektteilnehmer erhoben: ‚Selbstwert‘, ‚Positive Lebenseinstellung‘, ‚Lebensfreude‘, ‚Depressivität‘ und.

#### **Selbstwertgefühl**

Die durchgeführten Besuche hatten keinen signifikanten Einfluss auf den Selbstwert ( $df=1$ ,  $F=.068$ ,  $p=.398$ ). In Gruppe 1 veränderte sich der Selbstwert vom Zeitpunkt t1 zu t3 leicht negativ. Der Selbstwert in der Gruppe 2 veränderten sich vom Zeitpunkt t1 zu t3 im Mittel nicht aussagekräftig.

#### **Positive Lebenseinstellung**

Die Besuche scheinen keine Veränderung der positiven Lebenseinstellung bewirkt zu haben ( $df=1$ ,  $F=.409$ ,  $p=.263$ ). Der Verlauf entwickelte sich sogar umgekehrt als prognostiziert: Gruppe 1 (t1:  $M=7.23$ ,  $SD=1.22$ ; t2:  $M=6.99$ ,  $SD=1.97$ ; t3:  $M=6.90$ ,  $SD=2.00$ ), Gruppe 2 (t1:  $M=7.30$ ,  $SD=1.81$ ; t2:  $M=7.37$ ,  $SD=1.73$ ; t3:  $M=7.30$ ,  $SD=2.10$ ). Aufgrund der geringen, nicht signifikanten Effekte werden die Unterschiede dem Zufall zugeschrieben.

#### **Lebensfreude**

Ein Datenvergleich der beiden ersten Messzeitpunkte zeigte keinen signifikanten Interventionseffekt auf das Merkmal ‚Lebensfreude‘ ( $df=1$ ,  $F=.499$ ,  $p=.242$ ). Im weiteren Verlauf der Besuche stiegen bei beiden Untersuchungsgruppen die Mittelwerte leicht an.

#### **Depressive Stimmung**

Auch beim letzten Lebenszufriedenheitsfaktor, der depressiven Stimmung, zeigte sich keine auf die Besuche zurückzuführende Veränderung ( $df=1$ ,  $F=.000$ ,  $p=.497$ ). Die Besuche scheinen keinen Einfluss auf die depressive Stimmung der Besucher auszuüben. Der Trend ist sogar dahingehend, dass sich die durchschnittlichen Mittelwerte in beiden Gruppen über den Zeitverlauf t1 bis t3 leicht verschlechterten.

Die affektive Komponente des Wohlbefindens, die durch Fremdbeurteilung der positiven und negativen Stimmungsaspekte (Brunstein, 1999) erhoben wurde, veränderte sich ebenfalls nicht auffällig infolge der Besuche. Der Vergleich der Stimmung vor und nach der Interventionsphase aufgrund der Daten beider Versuchsgruppen führte zu keinem signifikanten Befund ( $n=28$ ,  $Z=-.945$ ,  $p=.172$ ). Ebenfalls ergab ein Vergleich beider Versuchsgruppen bezüglich der beiden ersten Besuchszeitpunkte keine signifikanten Unterschiede ( $Z=-.623$ ,  $p=.267$ ).

## **7.2.2 Frage 2: Soziodemographische Einflüsse**

Keiner der möglichen soziodemographischen Einflussfaktoren – wie das Alter, das Vorhandensein eines Partners, der Zivilstand, das Geschlecht, der Tätigkeitsstatus, die Ausbildung, der Wohnort, die Wohnform und der Arbeitgeber – hatten einen signifikanten Einfluss auf den Besuchseffekt.

### **Einfluss der bestehenden sozialen Kontakte auf den Effekt bezüglich des Wohlbefindens**

‚Hat die bestehende soziale Unterstützung einen Einfluss auf den Besuchseffekt hinsichtlich des Wohlbefindens?’.

Es konnten keine signifikanten Interaktionseffekte der Kovariate ‚soziale Unterstützung‘ über die Zeit gemessen werden ( $df=1$ ,  $F=.219$ ,  $p=.920$ ).

Betrachtet man den Einfluss geringer sozialer Unterstützung mit einem ungerichteten, zweiseitig geprüften Mittelwertvergleich (gepaarte Differenzen) zwischen den Zeitpunkten t1 und t2, so findet man bei jenen Besuchenden, die über eher geringe Unterstützung verfügen, eine signifikante Verschlechterung des allgemeinen Wohlbefindens ( $df=6$ ,  $M_{(t1-t2)}=12.32$ ,  $p=.04$ ) und insbesondere des physischen Wohlbefindens ( $df=6$ ,  $M_{(t1-t2)}=8.28$ ,  $p=.05$ ). Ob die Besuche für Personen mit eher geringer sozialer Unterstützung eher wohlbefindensmindernd sind oder ob diese Resultate aufgrund der kleinen Stichprobe zufällig zustande kamen, ist in weiteren Studien zu untersuchen (vgl. Tabelle 51).

*Tabelle 51* Mittelwertvergleich (gepaarte Differenzen) zwischen den Zeitpunkten t1 und t2 im Wohlbefinden bei Besuchenden mit wenig sozialer Unterstützung (SozU), ( $N=7$ )

Faktor	<i>M</i> (t1-t2)	<i>SD</i> (t1-t2)	<i>df</i>	<i>t</i>	<i>p</i> (zweiseitig)
Soziales Wohlbefinden	4.03	6.81	6	1.56	.168
Psychisches Wohlbefinden	3.00	6.06	6	1.31	.238
Physisches Wohlbefinden	8.29	8.88	6	2.47	.049*
Allgemeines Wohlbefinden (Totalwert)	12.32	12.47	6	2.61	.040*

*M*=Mittelwert, *SD*=Standardabweichung, *df*=Freiheitsgrad, *t*=Prüfgrösse, *p*=Signifikanzniveau, \*  $p \leq .05$

Es konnte bezüglich des Wohlbefindens kein Interaktionseffekt zwischen den Besuchen und bestehenden Alltagskontakten (d.h. Anzahl Kontakte mit Familienangehörigen, Bekannten, Freunden und Nachbarn) festgestellt werden. Allerdings zeigten sich schwache bis starke Trends bei den allein lebenden Freiwilligen: Ihr allgemeines Wohlbefinden ( $M=-8.83$ ,  $df=5$ ,  $p=.068$ ), vor allem jedoch ihr psychisches ( $M=-1.57$ ,  $df=13$ ,  $p=.081$ ) und soziales ( $M=-2.33$ ,  $df=5$ ,  $p=.105$ ) Wohlbefinden haben sich durch die Besuche gesteigert.

### 7.2.3 Hypothese 7: Besuchseffekte auf die soziale Kompetenz der Besucher

Ob sich die soziale Kompetenz der Freiwilligen durch regelmässige Besuche erhöhen lässt, ist Inhalt der nachfolgenden Auswertungen. Postuliert wird, dass regelmässige Besuche die soziale Kompetenz der Besucher steigern. Diese Hypothese wurde mittels Selbst- und Fremdeinschätzung überprüft.

#### Selbstbeurteilung

Der Effekt über die Zeit war knapp nicht signifikant ( $df=1$ ,  $F=1.822$ ,  $p=.093$ ), der Interaktionseffekt Messzeitpunkt mal Gruppenzugehörigkeit überhaupt nicht ( $df=1$ ,  $F=.109$ ,  $p=.372$ ). Dies bedeutet, dass die Veränderung der sozialen Kompetenz nicht auf die Besuche, sondern möglicherweise auf die Messzeitpunkte zurückzuführen ist.

Mittels transponierter Daten wurden die Mittelwertsdifferenzen der einzelnen Faktoren der sozialen Kompetenz untersucht. Die kumulierten Daten werden folgendermassen bezeichnet: ‚vor der Intervention (vI)‘ und ‚nach der Intervention (nI)‘. Der t-Test ergab eine signifikante Verbesserung des Faktors IV ‚emotionale Unterstützung anderer‘ ( $df=35$ ,  $M_{(t1-t2)}=-.88$ ,  $p=.04$ ). Die Freiwilligen verbesserten nach den Besuchen ihre Fähigkeit, anderen emotionale Unterstützung zu geben. Es fällt ihnen nun leichter, anderen zu helfen, ihre Gefühle zu ordnen; an den Kern eines Problems zu stossen; sie sind sensiblere Zuhörer geworden und unterstützen Freunde besser mit Rat und Tat. Bei den restlichen vier Faktoren konnten keine signifikanten Veränderungen festgestellt werden (vgl. Tabelle 52).

**Tabelle 52** Mittelwertevergleich (gepaarte Differenzen) zwischen den Zeitpunkten t1 und t2 in den 5 Faktoren der sozialen Kompetenz (ICQ), (N=35-37)

Soziale Kompetenz (ICQ)	<i>M</i> (vl-nl)	<i>SD</i> (vl-nl)	<i>df</i>	<i>t</i>	<i>p</i> (einseitig)
Faktor I: Initiierung von Interaktion und Beziehungen	-.53	5.47	36	-.59	.28
Faktor II: Durchsetzung persönliche Rechte und Kritik	-.22	5.13	36	-.26	.39
Faktor III: Preisgabe persönlicher Informationen	-.11	6.09	36	-.11	.45
Faktor IV: Emotionale Unterstützung anderer	-.88	3.08	35	-1.70	.04*
Faktor V: Regelung interpersonaler Konflikte	-.46	3.71	35	-.74	.23
ICQ Totalwert	-2.21	16.07	34	-.82	.21

*M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung, *df* = Freiheitsgrad, *t* = Prüfgrösse, *p* = Signifikanzniveau, \*  $p \leq .05$

### 7.2.4 Frage 3: Soziodemographische Einflüsse

Die verschiedenen soziodemographischen Einflüsse auf den Besuchseffekt werden hinsichtlich der sozialen Kompetenz ungerichtet geprüft.

#### Einfluss von Zivilstand und Alter auf den Besuchseffekt bezüglich der sozialen Kompetenz

Es konnte ein Einfluss des Zivilstandes auf die Effekte bezüglich der sozialen Kompetenz festgestellt werden. Bei getrennt lebenden oder geschiedenen Personen zeigte sich – im Gegensatz zu verheirateten – eine hochsignifikante Verbesserung in den Faktoren I ‚Durchsetzung persönlicher Rechte und Kritik‘ ( $df=8$ ,  $M_{(t1-t2)}=-2.44$ ,  $p=.00$ ) und eine signifikante Verbesserung im Faktor IV ‚emotionale Unterstützung anderer‘ ( $df=8$ ,  $M_{(t1-t2)}=-1.78$ ,  $p=.03$ ). Ledige Personen verbesserten sich signifikant im Faktor I: ‚Durchsetzung persönlicher Rechte und Kritik‘ ( $df=23$ ,  $M_{(t1-t2)}=-.98$ ,  $p=.04$ ).

#### Einfluss von Wohnort und Wohnform auf den Besuchseffekt bezüglich der sozialen Kompetenz

Freiwillige, die in einer Stadt, Vorstadt oder Kleinstadt wohnten, wiesen im Gegensatz zu den in einem Dorf lebenden signifikante Verbesserungen in der allgemeinen sozialen Kompetenz ( $df=19$ ,  $M_{(t1-t2)}=-5.07$ ,  $p=.03$ ), insbesondere im Faktor IV ‚emotionale Unterstützung anderer‘ auf ( $df=20$ ,  $M_{(t1-t2)}=-1.36$ ,  $p=.02$ ). Ausserdem ist bei Faktor III ‚Preisgabe persönlicher Informationen‘ ein zwar nicht signifikanter aber klarer Trend hinsichtlich einer Verbesserung festzustellen ( $df=21$ ,  $M_{(t1-t2)}=-1.41$ ,  $p=.09$ ).

Bei Freiwilligen, die alleine lebten (36% der Besuchenden), zeigten sich signifikante Verbesserungen in der allgemeinen sozialen Kompetenz (siehe Tabelle 53), insbesondere bei den Faktoren I ‚Initiierung von Interaktionen und Beziehungen‘ ( $df=12$ ,  $M_{(t1-t2)}=-2.71$ ,  $p=.03$ ) und IV ‚emotionale Unterstützung anderer‘ ( $df=13$ ,  $M_{(t1-t2)}=-2.21$ ,  $p=.01$ ). Dies unabhängig davon, ob sie einen Partner hatten oder nicht.

**Tabelle 53** Mittelwertevergleich (gepaarte Differenzen) zwischen den Zeitpunkten t1 und t2 in der sozialen Kompetenz (ICQ) bei allein lebenden Freiwilligen, (N=14)

Faktoren ICQ	<i>M</i> (vl-nl)	<i>SD</i> (vl-nl)	<i>df</i>	<i>t</i>	<i>p</i> (zweiseitig)
Faktor I: Initiierung von Interaktion + Beziehung	-2.71	4.32	12	-2.35	.034*
Faktor II: Durchsetzung persönl. Rechte + Kritik	-1.78	4.08	13	-1.64	.124
Faktor III: Preisgabe persönlicher Informationen	-1.57	5.49	13	-1.07	.302
Faktor IV: Emotionale Unterstützung anderer	-2.21	2.89	13	-2.87	.012*
Faktor V: Regelung interpersonaler Konflikte	-.92	5.48	12	-.61	.554
ICQ Totalwert	-9.31	12.11	12	-2.77	.016*

*M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung, *df* = Freiheitsgrad, *t* = Prüfgrösse, *p* = Signifikanzniveau, \*  $p \leq .05$

## Einfluss von Berufs- und Ausbildungssituation auf den Besuchseffekt bezüglich der sozialen Kompetenz

Ein Drittel der Freiwilligen im Projekt „more...“ sind bereits pensioniert, zwei Drittel stehen noch im Berufsleben. Es konnte ein Einfluss des Berufsstatus auf den Effekt der sozialen Kompetenz festgestellt werden. Bei Pensionierten zeigte sich eine signifikante Verbesserung im Faktor IV ‚emotionale Unterstützung anderer‘ ( $df=10$ ,  $M_{(t1-t2)}=-2.22$ ,  $p=.03$ ); bei aktiven Mitarbeitern hingegen war diesbezüglich kein signifikanter Einfluss auszumachen.

Betrachtet man den Interventionseffekt auf die soziale Kompetenz hinsichtlich der Ausbildung, so findet sich ein signifikanter Einfluss bei jenen Personen, die eine Fachhochschule oder Universität besucht haben, im Gegensatz zu Freiwilligen, welche die Volksschule, eine Berufsschule, Fachschule oder Handelsschule abgeschlossen oder das Gymnasium besucht haben. Bezieht man nur die Universitäts- und Fachhochschulabgänger in den Mittelwertevergleich mit ein, so lassen sich signifikante Verbesserungen in den Faktoren IV ‚emotionale Unterstützung anderer‘ ( $df=9$ ,  $M_{(t1-t2)}=-1.65$ ,  $p=.03$ ) und V ‚Regelung interpersonaler Konflikte‘ ( $df=10$ ,  $M_{(t1-t2)}=-1.68$ ,  $p=.03$ ) feststellen.

Des Weiteren wurde untersucht, ob sich die Effekte auf die soziale Kompetenz unterscheiden, wenn man die Freiwilligen pro Arbeitgeber untersucht. Interessant sind folgende Ergebnisse: Zieht man einzig die UBS-Angestellten und Pensionierten in Betracht, so ergeben sich signifikante Verbesserungen, nicht nur bei einzelnen Faktoren, sondern auch im Gesamtwert ‚soziale Kompetenz‘ ( $df=10$ ,  $M_{(t1-t2)}=-2.87$ ,  $p=.02$ ). Bei keiner der anderen Arbeitnehmergruppen ergaben sich signifikante Mittelwerteunterschiede (vgl. Tabelle 54). Worauf sich dieser Befund zurückführen lässt, muss Gegenstand weiterer Untersuchungen sein.

*Tabelle 54* Mittelwertevergleich (gepaarte Differenzen) zwischen den Zeitpunkten t1 und t2 in der sozialen Kompetenz (ICQ-Total) nach Arbeitgeber, ( $N=29$ )

Arbeitgeber	<i>M</i> (t1-t2)	<i>SD</i> (t1-t2)	<i>df</i>	<i>t</i>	<i>p</i> (zweiseitig)
UBS AG	-9.91	11.46	10	-2.87	.017*
Universität Zürich	-1.40	4.77	4	-.67	.548
KPMG Fides	-.50	14.26	2	-.06	.957
Verkehrsverbund Zürich VBZ	8.5	29.94	5	.69	.518
andere	-.78	11.83	8	-.21	.849

*M*=Mittelwert, *SD*=Standardabweichung, *df*=Freiheitsgrad, *t*=Prüfgrösse, *p*=Signifikanzniveau, \*  $p \leq .05$

Der Partnerstatus (Partner: ja/nein), bestehende soziale Kontakte oder das Alter hatten keinen signifikanten Einfluss auf den Effekt der sozialen Kompetenz.

### Fremdbefragung: Partner und nahestehende Freunde

Für die Fremdbeurteilung wurde der Giessen-Test mit seinen 6 Skalen der sozialen Kompetenz: ‚positive soziale Resonanz‘, ‚Durchsetzungsfähigkeit‘, ‚Kontrolle‘, ‚Grundstimmung‘, ‚Durchlässigkeit‘ und ‚soziale Potenz‘ verwendet. Tabelle 56 auf der folgenden Seite hält die Ergebnisse der Analyse fest.



**Tabelle 55** Einfluss der Besuche auf die soziale Kompetenz der Besucher (Fremdbeurteilung) zu t1 - t2, (N=35)

Faktoren Giessen-Test	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i> (einseitig)
<i>Soziale Potenz</i>			
Messzeitpunkt	1	.021	.442
Gruppenzugehörigkeit	1	.679	.208
Messzeitpunkt x Gruppenzugehörigkeit	1	1.513	.114
<i>Positive soziale Resonanz</i>			
Messzeitpunkt	1	2.112	.078
Gruppenzugehörigkeit	1	.108	.372
Messzeitpunkt x Gruppenzugehörigkeit	1	.140	.355
<i>Kontrolle</i>			
Messzeitpunkt	1	.045	.416
Gruppenzugehörigkeit	1	.031	.430
Messzeitpunkt x Gruppenzugehörigkeit	1	.182	.336
<i>Grundstimmung</i>			
Messzeitpunkt	1	2.498	.062
Gruppenzugehörigkeit	1	.522	.238
Messzeitpunkt x Gruppenzugehörigkeit	1	.427	.255
<i>Durchlässigkeit</i>			
Messzeitpunkt	1	.127	.362
Gruppenzugehörigkeit	1	1.871	.091
Messzeitpunkt x Gruppenzugehörigkeit	1	.026	.436
<i>Durchsetzungsfähigkeit</i>			
Messzeitpunkt	1	.000	.500
Gruppenzugehörigkeit	1	2.389	.066
Messzeitpunkt x Gruppenzugehörigkeit	1	1.337	.128

*df* = Freiheitsgrad, *F* = Prüfgrösse, *p* = Signifikanzniveau

Die Fremdbefragung ermittelte keine signifikanten Unterschiede in den sechs Faktoren der sozialen Kompetenz. Allerdings zeichnet sich bei den Faktoren ‚soziale Potenz‘ (Messzeitpunkt x Gruppe: *df*=1, *F*=1.513, *p*=.11) und ‚Durchsetzungsfähigkeit‘ (Messzeitpunkt x Gruppe: *df*=1, *F*=1.337, *p*=.12) zwischen den Zeitpunkten t1 und t2 ein mittlerer Trend<sup>6</sup> ab.

**Tabelle 56** Mittelwerteverlauf für die Faktoren ‚Soziale Potenz‘ und ‚Durchsetzungsfähigkeit‘ zu t1 - t3 (Fremdbeurteilung), (N=23)

Faktoren sozialer Kompetenz	Sommer (t1)		Winter (t2)		Frühling (t3)	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
<i>Soziale Potenz</i>						
Gruppe 1	25.55	10.92	26.11	9.46	24.33	8.95
Gruppe 2	22.64	6.90	25.21	6.41	25.14	8.74
<i>Durchsetzungsfähigkeit</i>						
Gruppe 1	28.00	7.59	28.00	6.59	27.88	8.00
Gruppe 2	30.14	5.43	31.57	4.79	31.28	4.69

*M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung, *N* = Stichprobengrösse, t1 - t3 = Erhebungszeitpunkte

Der Verlauf über alle drei Messzeitpunkte (t1 - t3) lässt jedoch kein Muster erkennen, das der postulierten Hypothese gleichen würde. Die Partner und nahestehenden Freunde stellten generell keine Veränderung in der sozialen Kompetenz der freiwilligen Besucher fest (vgl. Tabelle 56).

## 7.2.4 Hypothese 8: Besuchseffekte auf die soziale Unterstützung der Besucher

Nehmen die Freiwilligen ihr bereits bestehendes soziales Umfeld nach der Intervention anders wahr? Fühlen sie sich sozial integrierter oder weniger einsam? Auf diese Fragen soll in der Folge eingegangen werden.

<sup>6</sup> Mittlerer Trend zwischen:  $.10 < p \leq .15$

Die Resultate der Analyse ergeben einen signifikanten Zwischensubjekteffekt für die Gruppenzugehörigkeit ( $df=1$ ,  $F=6.083$ ,  $p=.009$ ), der Interaktionseffekt ist jedoch nicht signifikant ( $df=1$ ,  $F=.187$ ,  $p=.334$ ), (vgl. Tabelle 57).

**Tabelle 57** Einfluss der Besuche auf die subjektiv wahrgenommene soziale Unterstützung der Besucher zu t1 - t2, ( $N=35$ )

Soziale Unterstützung	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i> (einseitig)
Messzeitpunkt	1	1.360	.126
Gruppenzugehörigkeit	1	6.083	.009**
Messzeitpunkt x Gruppenzugehörigkeit	1	.187	.334

*df*= Freiheitsgrad, *F*= Prüfgrösse, *p*= Signifikanzniveau, \*\* *p*= .01

Dementsprechend veränderte sich auch der Mittelwertverlauf der subjektiv wahrgenommenen sozialen Unterstützung über die Zeit t1 bis t3 nicht erwartungsgemäss. Nach einem geringen Anstieg der Werte in der ersten Gruppe zwischen den Zeitpunkten t1 und t2 erfolgt ein stärkerer Anstieg bis t3. Jedoch steigt auch bei der zweiten Gruppe die wahrgenommene soziale Unterstützung vom Zeitpunkt t1 zu t2 stark an, sinkt dann aber zum Zeitpunkt t3 wieder leicht ab. Die Arbeitshypothese muss demnach abgelehnt werden. Die Besuche haben ausserdem nicht dazu geführt, dass eine quantitativ vermehrte Kontaktaufnahme und -pflege der Besuchenden stattgefunden hätte.

**Tabelle 58** Mittelwertverlauf subjektiv wahrgenommener sozialer Unterstützung zu t1 - t3, ( $N=30$ )

Soziale Unterstützung	Sommer (t1)		Winter (t2)		Frühling (t3)	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Gruppe 1	6.71	1.21	6.75	1.67	7.14	1.95
Gruppe 2	7.60	2.01	8.00	1.56	7.89	2.20

*M*= Mittelwert, *SD*= Standardabweichung, *N*= Stichprobengrösse, t1 - t3 = Erhebungszeitpunkte

## 7.2.5 Hypothese 9: Besuchseffekte auf die Einstellung zum Arbeitgeber

Hat das Engagement der Partner-Dienstleistungsunternehmung für das Projekt „more...“ einen Effekt auf die Einstellung der Freiwilligen gegenüber ihrem Arbeitgeber?

Bei der Auswertung wurde eine Versuchsperson nicht in die Berechnungen miteinbezogen, da sie nur ein kurzes temporäres Engagement bei einer der Partnerfirmen innehatte. Ausserdem wurden alle pensionierten Projektteilnehmer von den Auswertungen ausgeschlossen. Die Prüfgrösse ‚Einstellung gegenüber dem Arbeitgeber‘ besteht aus zwei Faktoren: ‚Persönliche Selbstachtung‘, d.h. die Selbsteinschätzung der Organisation als Ganzes und ‚Öffentliche Selbstachtung‘, d.h. die Ansichten über die Einschätzung Dritter bezüglich der Organisation.

Aus Tabelle 59 wird ersichtlich, dass die durchgeführten Besuche keinen signifikanten Einfluss auf die Einstellung zum Arbeitgeber ausübten.

**Tabelle 59** Einfluss der durchgeführten Besuche auf die Einstellung zum Arbeitgeber t1 - t2

Einstellung zum Arbeitgeber	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i> (einseitig)
Messzeitpunkt	1	.288	.299
Gruppenzugehörigkeit	1	.046	.416
Messzeitpunkt x Gruppenzugehörigkeit	1	.565	.231

*df*= Freiheitsgrad, *F*= Prüfgrösse, *p*= Signifikanzniveau

Ebenso wenig liess sich ein Muster feststellen, das der formulierten Arbeitshypothese entsprochen hätte (vgl. Tabelle 60).

**Tabelle 60** Mittelwerteverlauf für den Faktor ‚Einstellung gegenüber dem Arbeitgeber‘ zu t1 - t3, (N=22), Wertebereich 0-20

Einstellung gegenüber Arbeitgeber	Sommer (t1)		Winter (t2)		Frühling (t3)	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Gruppe 1	14.42	2.41	14.18	2.90	13.60	2.85
Gruppe 2	14.92	2.37	15.11	2.48	15.25	2.10

*M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung, *N* = Stichprobengrösse, t1 - t3 = Erhebungszeitpunkte

Die Arbeitshypothese wird abgelehnt. Regelmässige Besuche bei kognitiv beeinträchtigten Betagten scheinen keinen Effekt auf das berufliche Engagement der Arbeitnehmer auszuüben.

## 7.2.6 Hypothese 10: Besuchseffekte auf die Identifikation mit dem Unternehmen

Verschiedene Studien zeigen, dass das soziale Engagement des Arbeitgebers einen Einfluss auf die Identifikation der Arbeitnehmer mit dem Unternehmen haben kann. Ob sich solche Effekte auch bei den Projektteilnehmenden von „more...“ nachweisen lassen, soll hier mittels gerichteter Arbeitshypothese überprüft werden. In die Auswertung miteinbezogen wurden nur beruflich aktive Projektteilnehmer (vgl. Kapitel 7.2.4).

Wie der Varianzanalyse und den Mittelwertverläufen zu entnehmen ist, konnten keine signifikanten Unterschiedswerte gefunden werden (vgl. Tabellen 61 und 62).

**Tabelle 61** Einfluss der durchgeführten Besuche auf die Identifikation mit dem Unternehmen t1 - t2, (N=21)

Identifikation mit dem Unternehmen	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i> (einseitig)
Messzeitpunkt	1	.249	.312
Gruppenzugehörigkeit	1	.340	.283
Messzeitpunkt x Gruppenzugehörigkeit	1	.070	.397

*df* = Freiheitsgrad, *F* = Prüfgrösse, *p* = Signifikanzniveau

**Tabelle 62** Mittelwerteverlauf für den Faktor ‚Identifikation mit dem Unternehmen‘ zu t1 - t3, Wertebereich 0-7

Identifikation mit dem Unternehmen	Sommer (t1)		Winter (t2)		Frühling (t3)	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
G1 ( <i>n</i> =12)	3.70	1.63	3.58	1.37	3.66	1.61
G2 ( <i>n</i> =14)	3.78	1.71	3.50	1.91	3.85	1.91

*M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung, *N* = Stichprobengrösse, G1 = Gruppe 1, G2 = Gruppe 2, t1 - t3 = Erhebungszeitpunkte

Die Arbeitshypothese muss abgelehnt werden. Die Teilnahme am Projekt „more...“ hat die Identifikation mit dem Unternehmen nicht gesteigert.

## 7.3 Besuchsberichte

Die Besuchsberichte wurden zu allen zehn Besuchen fortlaufend ausgefüllt – von der Gruppe 1 in der ersten Besuchsphase (t1 - t2), von der Gruppe 2 in der zweiten Besuchsphase (t2 - t3). Die Werte der beiden Gruppen wurden zusammengefasst. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der unterschiedliche Messzeitpunkt einen Einfluss auf die Beurteilungen haben könnte und dass zu den zwei letzten Messzeitpunkten (B9 und B10) bedeutend weniger Berichte eingegangen sind als zuvor. Die Beurteilung der Besuchsberichte erfolgte quantitativ und wurde inhaltlich durch die Bemerkungen zu den Besuchen (offene Frage) ergänzt.

Zunächst schätzten die Besucher ihr Wohlbefinden direkt vor und nach den Besuchen ein (0 = sehr tief, 50 = mittelmässig, 100 = sehr hoch). Abbildung 19 zeigt, dass sich das Wohlbefinden der Besucher direkt nach den Besuchen im Durchschnitt stets verbesserte. Der grosse Mittelwerteunterschied zu B1 ist nach Angaben der Besucher darauf zurückzuführen, dass vor dem ersten Besuch eine gewisse Unsicherheit und Ängstlichkeit vorhanden war.

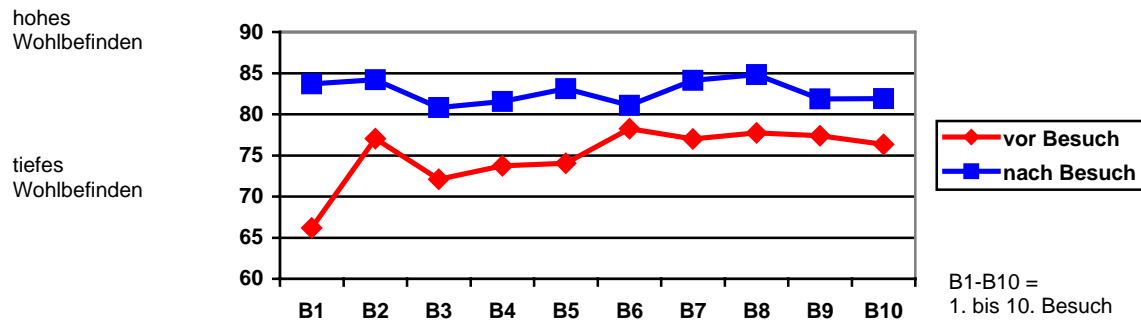


Abbildung 15 Wohlbefinden der Besuchenden vor und nach dem jeweiligen Besuch, ( $N=26-39$ ), Wertebereich 0-100

Die Besuche wurden zudem auf den Achsen (angenehm - unangenehm, bereichernd - langweilig, unbeschwerlich - anstrengend) nach ihrer Qualität beurteilt (vgl. Abbildung 16). Auch hier liegen die Mittelwerte im positiven Bereich (0 = negative Ausprägung, 5 = neutral, 10 = positive Ausprägung). Während die Besuche über die Zeit tendenziell als angenehmer und unbeschwerlicher empfunden wurden, ergab sich für den Bereich ‚bereichernd - langweilig‘ eine durchmischte Einschätzung. In diesem Bereich zeigten sich auch die höchsten Mittelwertsschwankungen ( $SD$  bis zu 2.53). Viele Besucher berichteten, insbesondere die laufende Wiederholung von Gesprächsthemen und die teilweise eingeschränkte Mobilität der von ihnen Besuchten hätten ihnen zu schaffen gemacht.

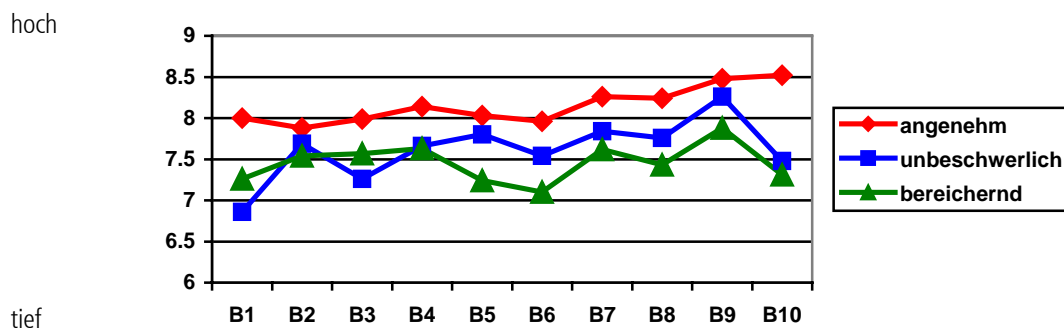


Abbildung 16 Beurteilung der Besuche über alle drei Messzeitpunkte hinweg, ( $N=24-38$ ), Wertebereich 0-10

Die Besuche hatten einen direkten, positiven Einfluss auf das momentane Wohlbefinden der Besucher und wurden in der Regel als angenehm, unbeschwerlich und eher bereichernd empfunden. Den meisten Besuchern fiel es nach eigenen Angaben von Anfang an leicht, einen guten Kontakt zu den Besuchten herzustellen.

Was die Besuche per se betrifft, berichteten viele Besucher, die Zeit sei während der Besuche sehr schnell vorbeigegangen und sie wären oft gerne etwas länger als die vorgeschriebene Stunde geblieben. Viele beschrieben die Besuche als gegenseitige Bereicherung und freuten sich darüber, ‚etwas Bleibendes hinterlassen zu können‘. Oft sei es einfach gewesen, eine Vertrauensbasis zu schaffen, die besuchte Person berichtete meist bald über ihre Alltagsprobleme (was für einige Besucher jedoch auch belastend war).

Einzelne Besucher holten bei der besuchten Person Ratschläge. Besonders wichtig war für die Besucher zu spüren, dass sie den Besuchten Freude bereiteten. Anzeichen dafür, dass der Besucher erkannt wurde, wurden oft mit dem Gefühl eines Erfolgserlebnisses beschrieben. Es entstanden zuweilen auch gute Kontakte zu Spitex-Betreuerinnen und Angehörigen.

Dauernd wiederkehrende, teils unerfreuliche Themen, häufiges Klagen und die Einsamkeit einiger Besucher haben die Besucher oftmals auch bedrückt. Einige Betagte waren zudem grossen Stimmungsschwankungen unterworfen und wollten die Besucher daher an gewissen Tagen nicht empfangen. Mehrere Personen wurden zumindest vorübergehend ins Spital oder in ein Heim eingewiesen, so dass sich die Besucher auf ganz neue Situationen einrichten mussten. Einigen fiel es schwer zu beurteilen welche Aussagen und Erzählungen seitens der Besuchten wirklich wahr waren. Zudem erschwerte die Schwerhörigkeit einer besuchten Person den Kontakt. Um solche und ähnliche Schwierigkeiten aufzufangen und um den Besuchern die Verarbeitung solcher Erlebnisse zu erleichtern, waren der angebotene Erfahrungsaustausch sowie die Möglichkeit sich bei Problemen direkt an die Projektorganisatoren zu wenden, sehr wichtig.

### 7.3.1 Frage 4: Motive der Besucher

Vor der ersten Besuchsphase wurden beide Besuchergruppen nach ihren Motiven für die Teilnahme am Projekt „more...“ befragt. Die Kenntnis der Motive für Freiwilligentätigkeit dürfte besonders zu Rekrutierungszwecken interessant sein. Tabelle 63 zeigt die Mittelwerte der einzelnen Items auf. Die Werte sind folgendermassen zu beurteilen: 0 Motiv trifft für mich gar nicht zu, 5 trifft mässig zu, 10 trifft sehr stark zu. Für die Motivkategorien gelten Werte von 0 bis 20.

Das wichtigste Teilnamemotiv war etwas für andere und die Gesellschaft tun zu können und die eigenen Fähigkeiten zu erweitern.

Tabelle 63 Motive zur Teilnahme am Projekt „more...“ der Besucher

Motive	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Etwas für Menschen tun	37	7.41	2.55
Lebensfreude erhalten	36	4.41	2.45
Geselligkeit	37	3.84	2.58
Vorbereiten auf dritten Lebensabschnitt	37	3.86	3.72
Mit schwierigen Situationen umgehen lernen	37	5.49	2.96
Dass der Einsatz anerkannt wird	37	3.00	2.70
In Extremsituationen Verantwortung übernehmen	37	6.08	2.84
Wissen und Fähigkeiten erweitern	37	7.49	2.19
Gleichgesinnte treffen	37	5.81	2.78
Sinn im Leben finden	37	5.46	3.48
Anerkennung durch die Öffentlichkeit	37	3.16	2.59
Etwas für die Gesellschaft tun	37	7.11	2.62

*N* = Stichprobengrösse, *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung

So war denn auch vor allem die Motivkategorie ‚Übernahme von Verantwortung‘ ( $M=14.51$ ,  $SD=4.44$ ) ausschlaggebend für die Teilnahme am Projekt „more...“, während die Motivkategorie ‚Anerkennung‘ als unwichtig erachtet wurde ( $M=6.16$ ,  $SD=4.69$ ). Die übrigen vier Motivkategorien (‚soziale Bindung‘, ‚Abenteuer‘, ‚Lernen‘ und ‚Lebenssinn‘) waren nur mässig relevant.

Mit einem Vergleich der Motivkategorien bezüglich vier Alterskategorien sollte überprüft werden, ob sich die Motive in verschiedenen Altersgruppen unterscheiden. Die Items ‚Erweitern von Wissen und Fähigkeiten‘ und ‚Vorbereitung auf den dritten Lebensabschnitt‘ wurden separat erhoben, da sie nur gering korrelieren. Die vier Kategorien setzten sich wie folgt zusammen: Junge (bis 30 Jahre), mittlere Lebensphase (31 - 50 Jahre), ältere Personen (51 - 65 Jahre), Personen im Pensionsalter (ab 65 Jahren).

Während die Vorbereitung auf den dritten Lebensabschnitt für ab Fünfzigjährige eher wichtig war, erwies sie sich für unter 50-Jährige als unwichtig. Die Erweiterung von Wissen und Fähigkeiten war für die zwischen 50- und 65-Jährigen am wenigsten relevant, wurde nach dem Pensionsalter wieder bedeutender und war für die Gruppe der unter 30-Jährigen der Hauptgrund, an der Studie teilzunehmen ( $M=9.2$ ).

**Tabelle 64** Einfluss der Alterskategorien auf die Motivkategorien, ( $N=37$ )

Motivkategorien	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Vorbereitung auf dritten Lebensabschnitt	3	2.55	.031*
Wissen und Fähigkeiten erweitern	3	2.38	.044*
Abenteuer	3	2.97	.023*
Soziale Bindung	3	.765	.261
Verantwortung	3	1.69	.094
Anerkennung	3	1.82	.081
Lebenssinn	3	.034	.496

*df* = Freiheitsgrad, *F* = Prüfgrösse, *p* = Signifikanzniveau, \*  $p \leq .05$

Hinsichtlich der Motivkategorien zeigten sich nur beim ‚Abenteuer‘ eindeutig signifikante Unterschiede. Dieses Motiv ist für unter 50-Jährige nur mässig relevant und wird für die über 50-Jährigen sehr wichtig.

Das Motiv ‚Verantwortungsübernahme‘ ist vor allem für Personen im Pensionsalter weniger massgeblich, während es für die anderen Gruppen wichtiger wird. Anerkennung hingegen spielt für die unter 30-Jährigen eine bedeutend grössere Rolle ( $M=9.8$ ) als für über 65-Jährige ( $M=3.4$ ).

Ein Vergleich zwischen den verschiedenen Motiven und den wichtigsten Besuchseffekten ergab einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Motivkategorie ‚Lebenssinn‘ und der sozialen Kompetenz ( $n=32$ ,  $r=.313$ ,  $p=.041$ ), der Motivkategorie ‚Abenteuer‘ und der wahrgenommenen sozialen Unterstützung ( $n=34$ ,  $r=.314$ ,  $p=.035$ ) sowie einen negativen Zusammenhang zwischen der Motivkategorie ‚Lebenssinn‘ und der wahrgenommenen sozialen Unterstützung ( $n=33$ ,  $r=.431$ ,  $p=.006$ ) und dem Motiv ‚Fähigkeiten erwerben‘ und der emotionalen Unterstützung anderer ( $n=34$ ,  $r=.297$ ,  $p=.044$ ). Dies bedeutet, dass Personen, die den Wunsch verspüren, durch die Besuche mehr Lebenssinn zu finden, häufiger ihre soziale Kompetenz erweitern, stattdessen jedoch weniger soziale Unterstützung wahrnehmen. Je stärker die Besuche als persönliche Herausforderung gesehen werden, desto positiver verändert sich die Wahrnehmung, vom Umfeld sozial unterstützt zu werden. Personen, denen es wichtig ist, durch ihre Besuche Wissen und Fähigkeiten zu erwerben, scheinen eher geringere emotionale Unterstützung zu geben.

## 7.4 Gelerntes und erhaltene Lebenshilfe dank der Besuche

Die Besucher konnten anlässlich ihrer Besuche viel Neues über das Alter, den Umgang mit kognitiv beeinträchtigten Menschen, aber auch über sich selbst erfahren. Vielen von ihnen hat sich dadurch eine Welt eröffnet, die sie bisher nicht kannten. In Tabellen 65 und 66 sind die wichtigsten Aspekte aufgezeigt, die von den Besuchenden auf die Fragen: „Was haben Sie durch die Besuche gelernt?“ und „Was haben ihnen die Besuche geholfen?“ genannt wurden. Die Besucher hatten durch die Besuche gelernt, wie mit älteren Menschen umzugehen ist, wodurch sie eigene Berührungängste abbauen konnten. Durch den Umgang mit kognitiv beeinträchtigten Betagten fand eine Verständnisbildung für deren Anliegen statt. Sie hatten das Gefühl, bessere Zuhörer geworden zu sein und ein verstärktes Einfühlungsvermögen für ihre Mitmenschen entwickelt zu haben. Auch empfanden sie sich selbst als geduldiger, toleranter und verständnisvoller gegenüber anderen Mitmenschen. Ferner gelang es ihnen nun eher, sich in zwischenmenschlichen Situationen besser zurückzunehmen. Nicht zuletzt lernten auch einige der Teilnehmer, sich in sozialen Situationen besser durchzusetzen und zur Wehr zu setzen.

Tabelle 65 Durch die Besuche Gelerntes

Faktoren	Anzahl Nennungen	In % der Nennungen
Besser zuhören können und verstärktes Einfühlungsvermögen	10	27%
Geduldiger, toleranter und verständnisvoller gegenüber anderen Menschen sein	10	27%
Umgang mit alten Menschen und Verständnis für ihre Anliegen	6	16%
Eigene Gesundheit und Leben wertschätzen	4	11%
Sich selber zurücknehmen	4	11%
Sich besser durchsetzen und zur Wehr setzen können	3	8%
Total Anzahl Nennungen	37	100%

Allgemein hat infolge der Besuche ein Bewusstseinsprozess stattgefunden. Das Leben wurde wieder bewusster wahrgenommen; vieles, das vorher als selbstverständlich betrachtet worden war, wurde wieder vermehrt wertgeschätzt und stärker wahrgenommen. Vielen Besuchern wurde bewusst, dass sie ihre eigene gute Gesundheit mehr schätzen sollten, und sie entwickelten eine besondere Dankbarkeit dafür.

Tabelle 66 Hilfestellungen im eigenen Leben durch die Besuche

Faktoren	Anzahl Nennungen	In % der Nennungen
Eigenes Alterwerden besser verstehen und bewusster wahrnehmen	5	45%
Entspannung und Zufriedenheit finden	4	36%
Gefühl, etwas menschliches tun zu können	4	36%
Ratschläge und Hilfe bei Problemen erhalten	2	18%
Total Anzahl Nennungen	11	100%

Die Besuche stellten für viele Besucher auch eine konkrete Hilfe in ihrem alltäglichen beruflichen und privaten Leben dar. So führten die Besuche zur Entspannung und halfen die eignen Sorgen zu relativieren. Einige der Besucher erhielten von den Besuchten – entgegen ihren Erwartungen – konkrete Ratschläge und Hilfestellung bei ihren Problemen, dies nicht selten auch von mittel- bis stark kognitiv beeinträchtigten Betagten. Ferner trugen die Besuche dazu bei, das eigene Älterwerden besser zu verstehen und den Alterungsprozess bewusster wahrzunehmen. Nicht zuletzt vermittelten die Besuche den Besuchern das Gefühl, etwas menschliches tun zu können und bestätigten damit die postulierte Hypothese, dass durch Freiwilligentätigkeit in Form regelmässiger Besuche bei kognitiv beeinträchtigten Betagten durchaus eine sinnstiftende Betätigung gefunden werden kann.

## 8 Diskussion

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse hinsichtlich der formulierten Hypothesen und Fragestellungen diskutiert. Ferner wird der Bezug zur bestehenden Literatur hergestellt und kritisch auf das methodische Vorgehen, die den Verfahren zugrunde liegenden Messkonzepte und das Untersuchungsdesign eingegangen.

### 8.1 Effekte auf die Besuchten

Trotz der verbreiteten Ansicht, dass sich soziale Unterstützung auf psychisch beeinträchtigte ältere Menschen – infolge Multimorbidität, kleineren sozialen Netzwerken, Verlusterfahrungen etc. – anders auswirke als auf jüngere Menschen, wurden diesbezüglich bisher nur sehr wenige Untersuchungen durchgeführt (Cutrona et al., 1991). Im Folgenden wird die Frage diskutiert, inwieweit auf der Basis der erhobenen Effekte davon auszugehen ist, dass Besuche tatsächlich einen positiven Einfluss auf kognitiv beeinträchtigte, einsame, zuhause lebende ältere Menschen haben können. Dazu werden die verschiedenen Befunde miteinander in Beziehung gesetzt und diskutiert.

Zunächst richtet sich das Augenmerk auf die Interventionseffekte, indem die Wirkung der Besuche auf die Bereiche Lebensqualität, Wohlbefinden, körperliche Aktivität und Autonomie, physischer und psychischer Gesundheitszustand sowie Kontakthäufigkeit diskutiert wird. Danach wird ein möglicher Interventionseffekt durch bestehende soziale Kontakte thematisiert und zum Schluss wird auf die Resultate der qualitativen Untersuchung eingegangen.

#### 8.1.1 Lebensqualität und allgemeines Wohlbefinden

Aus den in Kapitel 7 festgehaltenen Ergebnissen geht hervor, dass sich die Lebensqualität und tendenziell auch das allgemeine Wohlbefinden kognitiv beeinträchtigter, zuhause lebender Betagter durch regelmässige Besuche verbessern lassen. Daher kann die erste Hypothese angenommen werden, was überdies die Befunde der Käferberg-Besucherstudie bestätigt (Albrecht & Oppikofer, 2000).

Wichtiger Bestandteil einer guten Lebensqualität ist die Aufrechterhaltung sozialer Kontakte, insbesondere der zwischenmenschliche Kommunikation (Bullinger & Pöppel, 1988; Stroebe, 1996). Genau in dieser Hinsicht erwiesen sich die in der vorliegenden Studie organisierten Besuche als erfolgreich, dies obschon die Besuchten durch ihre kognitive Beeinträchtigung oftmals unter Verwirrtheit, depressiven Verstimmungen und Ängstlichkeit litten. Bedeutsam war dabei zunächst einmal, dass die Besuche überhaupt wahrgenommen und registriert wurden. Besonders die zusätzliche Aufmerksamkeit und Zuwendung, die die Besucher den Betagten entgegenbrachten und die dazu führten, dass sich diese umsorgt und geschätzt fühlten, könnten bei den Besuchten zu einer Steigerung der Lebensqualität geführt haben (vgl. Cheung & Ngan, 2000; Wagner et al., 1996). Die Betagten erhielten nebst der emotionalen auch informationelle Unterstützung, wie z.B. Hilfeleistungen und Ratschläge zu gewissen aktuellen Lebensaspekten. Vielfach fand in den Gesprächen eine Auseinandersetzung mit Sorgen und Ängsten statt. Die damit einhergegangene Neubewertung der objektiven Lebensbedingungen dürfte in manchen Fällen zu Stress- und Angstabbau und dies wiederum zu einer verbesserten Lebensqualität beigetragen haben (Cavanaugh, 1998; Erlemeier, 1995). Die Freiwilligen betonten oftmals, die Besuche hätten wechselseitig positive Auswirkungen; sie würden durch die Besuche genauso viel erhalten, wie sie gegeben hätten. Diese Wechselseitigkeit ist insbesondere bei alten Menschen eine Voraussetzung für eine gute Beziehung und hat längerfristig positive Auswirkung auf das Wohlbefinden (Kruse & Schmitt, 1998; Wagner et al., 1996).

Was das allgemeine Wohlbefinden betrifft, konnte nur ein starker Trend in Richtung einer positiven Veränderung gemessen werden. Bezüglich der objektiven Lebensbedingungen unterschied sich die Lebensqualitätsskala nur in wenigen Items von der Wohlbefindensskala. Daraus ist zu schliessen, dass



vor allem das beobachtbare Verhalten – und weniger die emotionalen Ausprägungen des Wohlbefindens – für den Besuchseffekt auf die Lebensqualität ausschlaggebend war. Insbesondere wurde ein grösserer Lebensraumdurchmesser und ein wachsendes Interesse im Bereiche ‚Haushalt und Hobbys‘ konstatiert. Es ist überaus anspruchsvoll, das Wohlbefinden mittels Fremdbeurteilung zu erfassen, da Wohlbefinden per se subjektiven Charakter aufweist und daher objektiv schwer messbar ist (Perrig-Chiello, 1997). Hinzu kommt, dass sich die Arbeit der Spitex weitgehend auf pflegerische Handlungen und Hilfestellungen beschränkt, was die an sie gerichtete Aufgabe, die Befindlichkeit der betreuten Personen detailliert zu beurteilen, zusätzlich erschwert hat. Es erstaunt daher nicht, dass in der vorliegenden Studie vor allem Veränderungen zu objektiv beobachtbaren Merkmalen berichtet wurden – im Gegensatz zur Käferberg Besucherstudie, bei der die Auskunftspersonen eher imstande waren, sich auch zum subjektiven Wohlbefinden der Betagten zu äussern, da sie tagtäglich engen Kontakt mit ihnen pflegten.

Die Determinanten einer hohen Lebenszufriedenheit sind bei kognitiv beeinträchtigten Menschen generell dieselben wie bei Nichtbeeinträchtigten (Cummins, 2001). Die Besuchten beurteilten ihre Lebensqualität im Allgemeinen als hoch. Dies bestätigt die Resultate verschiedener Studien, die aufzeigen, dass die Lebensqualität und somit auch das subjektive Wohlbefinden im hohen Alter nicht generell abnimmt (Grob, 1995; Wagner et al., 1996). Dass die meisten Befragten angaben, sie seien mit ihrem Leben zufrieden – trotz eines kleineren sozialen Netzes, eines höheren Risikos zur Stigmatisierung und vermehrter körperlicher Beschwerden – deutet darauf hin, dass gerade ältere Menschen sich oft durch kognitive Regulationsprozesse an ihre Lebensumstände anpassen (Smith, Fleeson, Geiselman, Settersten & Kunzmann, 1996). Diese Selbstregulationsprozesse können allerdings infolge von Verlusten und hohen psychischen Anforderungen an ihre Grenzen geraten (Cummins, 2001; Markowitz, 1998). Die durch „more...“ erlangten Veränderungen der objektiven Lebensbedingungen scheinen diese Selbstregulationsprozesse zu erleichtern, was sich augenscheinlich auf das subjektiv wahrgenommene Wohlbefinden auswirkt. Diese Annahme wird durch den Befund gestützt, dass das Vorhandensein sozialer Ressourcen die Selbstregulationsfähigkeit und den Umgang mit dem alltäglichen Leben unterstützt (Lang, Rieckmann & Baltes, 2002).

### **Psychisches und psychisch-soziales Wohlbefinden**

Im Rahmen verschiedener Untersuchungen konnten durch gezielte Interventionen bereits positive Auswirkungen auf das psychische Wohlbefinden älterer Menschen nachgewiesen werden, vor allem durch emotionale Unterstützung (Brugha, 1995; Cheung & Ngan, 2000; Oppikofer et al., 2002; Röhrle & Sommer, 1998). Leider war es nicht möglich, diese Befunde durch die vorliegende Studie zu stützen, was umso bedauerlicher ist, als dass das psychische Wohlbefinden nach Perrig-Chiello (1997) für ältere Menschen besonders bedeutsam ist. Jedoch gab Gruppe 1 auf die Frage „Wie fühlen Sie sich allgemein?“ tendenziell öfter an zufrieden zu sein als Gruppe 2. Dieses Item deckt einen Teilaspekt der Lebenszufriedenheit ab und kann somit zum psychischen Wohlbefinden gezählt werden. Erfreulich ist, dass dieser Befund aus der Selbstbeurteilung stammt. Die Besuchten fühlten sich also dank der Besuche zufriedener. Im Gegensatz zur Käferberg-Besucherstudie, wo nur selten positive Befunde durch die Selbstbeurteilung erhoben werden konnten, scheint diese im Projekt „more...“ eine wichtige Rolle zu spielen.

Die Beurteilung des psychischen Wohlbefindens basierte einerseits auf der Einschätzung der persönlichen Befindlichkeit der Betagten durch die Spitex-Betreuerinnen und andererseits auf einer globalen Einschätzung des Wohlbefindens durch die Besuchten selbst. Die eingeschränkte Kontakthäufigkeit und die daraus resultierende geringere Vertrautheit der Spitex-Betreuerinnen mit den Besuchten könnten auch hier eine Ursache für die Diskrepanz zwischen den vorliegenden Befunden und den in der Käferberg-Besucherstudie ermittelten Effekten sein.

Eine weitere Schwierigkeit bei Untersuchungen zur Auswirkung sozialer Unterstützung auf das psychische Wohlbefinden liegt in der Vermengung dieser beiden Konstrukte. Das psychische Wohlbefinden – zu dessen Erklärung die Erfassung der sozialen Unterstützung beitragen soll – beeinflusst die soziale Unterstützung ihrerseits (Netz, 1996). Ferner wurden die Resultate zum

psychischen und sozialen Wohlbefinden auf der Basis der Ergebnisse der Faktorenanalyse zusammengefasst (Affolter, Schmid & Zbinden, 2002). Die Verwendung eines Doppelfaktors – wie ihn das psychisch-soziale Wohlbefinden darstellt – könnte zu einer weiteren Vermengung von Effekten beigetragen und somit eine präzise Messung beeinträchtigt haben.

Aufgrund von Aphasie, einer das Sprachvermögen beeinträchtigenden Begleitscheinung der Demenz, waren die Probanden oftmals nicht in der Lage, komplexe Fragen inhaltlich zu verstehen. Beispielsweise bereiteten Formulierungen, die Vergleiche beinhalteten, einigen Probanden Mühe, so dass es ihnen schwer fiel, Fragen wie 'Wie geht es Ihnen im Vergleich zu Gleichaltrigen?' zu beantworten.

Diese Schwierigkeiten und ungünstigen Gegebenheiten liefern mögliche Erklärungen dafür, dass die Besuche gerade auf das psychische Wohlbefinden wenig bedeutende Einflüsse ausübten.

### **Physisches Wohlbefinden**

Gemäss der Fremdbeurteilung zeigt sich zumindest andeutungsweise ein Effekt der Besuche auf das physische Wohlbefinden, während dies bei der Selbstbeurteilung nicht der Fall ist. Die Selbstbeurteilung wurde jedoch vermutlich stark von normalen durch die Jahreszeiten bedingten, Veränderungen beeinflusst. Das körperliche Wohlbefinden beider Gruppen sank im Winter (t2) und stieg im Frühling (t3) wieder an. Zudem war es sehr stark mit dem physischen und psychischen Gesundheitszustand korreliert ( $r=.610, p=.00$ ).

Der Unterschied zwischen der Fremd- und der Selbstbeurteilung könnte darauf zurückzuführen sein, dass die Spitex-Betreuerinnen das übliche Absinken des physischen Wohlbefindens im Winter bei ihrer Beurteilung unbewusst bereits mitberücksichtigten. Aufgrund der widersprüchlichen Resultate kann jedoch nicht eindeutig von einem Einfluss der Besuche auf das physische Wohlbefinden gesprochen werden. Immerhin hat sich die physische Konstitution durch die Besuche positiv verändert; die Besuchten gaben an sich seltener erschöpft und müde zu fühlen.

### **Soziales Wohlbefinden, Aktivität und Autonomie**

Aufgrund ähnlicher zugrundeliegender Konzepte und Messkriterien sowie infolge der hohen Korrelation zwischen den Effekten auf das soziale Wohlbefinden einerseits (Fremdbeurteilung) und auf die Aktivität und Autonomie andererseits (Selbstbeurteilung) wird angenommen, dass die zwei Faktoren etwas Ähnliches messen. Aus diesem Grund werden diese beiden Aspekte des Wohlbefindens gemeinsam diskutiert.

In der vorliegenden Studie konnten – im Gegensatz zur Käferberg Besucherstudie – sowohl subjektiv wahrgenommene Effekte (via Aktivität und Autonomie) als auch fremdbeurteilte Effekte auf das soziale Wohlbefinden festgestellt werden. Das heisst, dass der wohltuende Effekt der Besuche beobachtbar und für die Besuchten spürbar war. Diese waren nämlich signifikant zufriedener mit ihren sozialen Kontakten und berichteten, nun vermehrt aktiv und selbständig zu sein und ihr Leben eher nach ihren eigenen Wünschen gestalten zu können.

Der Einfluss der Besuche auf die Aktivität und Autonomie war annähernd signifikant. Das Verlaufsmuster stimmte zwar nur für die Kontrollgruppe signifikant mit dem postulierten Muster überein, die Effektstärke war jedoch bei beiden Versuchsgruppen hoch. Trotz der eher kleinen Stichprobe (N=24) waren alle statistischen Trends mittel bis stark und deuteten in dieselbe Richtung. Ferner steigerte sich die Aktivität und Autonomie signifikant, betrachtet man den Besuchseffekt auf beide Gruppen gemeinsam. Diese Hinweise lassen den Schluss zu, dass die Aktivität und Autonomie der Besuchten tatsächlich durch regelmässige Besuche gefördert werden kann. Somit kann Hypothese 2 bestätigt werden. Dies ist insofern bedeutsam, als Aktivität und Selbstbestimmung zentrale Faktoren der Lebensqualität darstellen, jedoch mit fortschreitender Demenz abnehmen (Bernhardt, Seidler & Frölich, 2002; Lang, Rieckmann & Schwarzer, 2000). Hohe körperliche Aktivität und Autonomie tragen viel zu einem guten, zufriedenen und erfüllten Altern bei (Oswald, Hagen, Rupprecht, Gunzelmann & Steinwachs, 2002). Wer sich selbst im hohen Alter noch ausreichend körperlich betätigt, erhöht dadurch

aller Wahrscheinlichkeit nach sein psychisches Wohlbefinden und fühlt sich dadurch auch autonomer (Perrig-Chiello, 1997). Es ist daher zu vermuten, dass bei einer längerfristigen Messung indirekte Effekte auf das psychische Wohlbefinden erhoben werden können. Dazu wäre jedoch eine klarere Abgrenzung der Konstrukte und eine Weiterführung der Besuche unter strengeren Versuchsbedingungen notwendig.

### 8.1.2 Psychische und physische Gesundheit

Im Alter treten somatische Beschwerden und Krankheiten – wie Gelenkprobleme, Rückenschmerzen oder Sehbehinderungen – relativ häufig auf (Hafner & Meier, 1996b). Die Entstehung und der Verlauf körperlicher Krankheiten sowie anderer altersbedingter Veränderungen wie Schwäche und Müdigkeit lassen sich durch eine lediglich zehnwöchige Besuchsphase nicht beeinflussen (vgl. auch Cheung & Ngan, 2000; Hautzinger & Bommer, 1992; Oppikofer et al., 2002).

Eine Demenz verläuft in der Regel progredient. Ihr Verlauf lässt sich demnach durch soziale Kontakte in Form von Besuchen kaum aufhalten. Daher erstaunt es nicht, dass keines der beiden Verfahren zur Messung der kognitiven Beeinträchtigung (CDR und Z-MMS) irgendeine Wirkung der Besuche auf den demenziellen Abbauprozess nachweisen konnte. Interessanterweise wurde jedoch zwischen der Kontakthäufigkeit und dem Demenzgrad ein signifikant positiver Zusammenhang festgestellt ( $r=.368$ ,  $p=.01$ ). Personen mit einem geringeren Demenzgrad verfügten über ein grösseres soziales Netz als stärker demente. Dies stützt die Aussage, dass das soziale Netz mit fortschreitender Demenz infolge auftretender Persönlichkeitsveränderungen (beim Betagten), gegenseitiger Überforderung (Betreuern und Betagten) und Stigmatisierung abnimmt (Bernhardt et al., 2002; Markowitz, 1998).

Nach der Demenz gilt die Depression als häufigste psychische Erkrankung im Alter (Hafner & Meier, 1996a). Die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung einer Depression bzw. der Verlauf einer bereits vorhandenen Depression wurde durch die Besuche statistisch nicht signifikant beeinflusst. Die Depressivität stieg jedoch in beiden Gruppen im Verlaufe des Winters an und sank gegen Frühling wieder ab, was demnach als Jahreszeiteffekt zu verstehen ist.

Regelmässige Besuche bei kognitiv beeinträchtigten, einsamen Betagten haben weder auf die physische noch auf die psychische Gesundheit einen quantitativ nachweisbaren Effekt (vgl. Albrecht & Oppikofer, 2000).

### 8.1.3 Wahrgenommene Kontakthäufigkeit und Einsamkeit

Hypothese 3 postuliert, kognitiv beeinträchtigte Menschen würden regelmässige Besuche Freiwilliger tatsächlich wahrnehmen. Dies ist umso wichtiger, als bei der untersuchten Population eine hohe wahrgenommene Kontakthäufigkeit einherging mit besserer Lebensqualität, höherem physischem und sozialem Wohlbefinden und einer geringeren Neigung zu depressiver Verstimmung. Die formulierte Hypothese konnte – wie bereits in der Käferberg Besucherstudie – angenommen werden (Albrecht & Oppikofer, 2000). Insbesondere für Angehörige und Betreuende dementer Menschen ist dieser Befund bedeutsam, erfahren sie doch dadurch die Bestätigung, dass ihre Unterstützung und ihre Bemühungen auch wahrgenommen und geschätzt werden. Somit können allfällige Unsicherheiten bezüglich der Wirksamkeit emotionaler Kontakte – und solche Unsicherheiten liegen infolge der oft schlechten Artikulationsfähigkeit und der Vergesslichkeit dementer Betreuer oft vor – endgültig ausgeräumt werden.

Das Gefühl der Einsamkeit nahm in beiden Versuchsgruppen zunächst ab und stieg nach der zweiten Besuchsphase wieder an. Die zweite Befragung wurde im Dezember, d.h. in der Adventszeit durchgeführt. Möglicherweise schenkte man den Besuchten in dieser Periode mehr Aufmerksamkeit, so dass sie mehr soziale Kontakte hatten als in der übrigen Zeit des Jahres. Dies würde den Verlauf der gemessenen Einsamkeit erklären.

Allerdings dürfte dies im Gegensatz zur landläufigen Meinung stehen, Menschen mit wenig sozialen Kontakten würden sich in der Weihnachtszeit besonders einsam fühlen. Ein Zusammenhang zwischen erhöhter Aktivität und geringerer Einsamkeit – wie ihn beispielsweise Bondevik & Skogstad (1998) ermittelten – konnte anhand der vorliegenden Studie nicht bestätigt werden. Besuche scheinen zwar die Zufriedenheit mit sozialen Kontakten zu beeinflussen, jedoch keinen direkten Einfluss auf das Einsamkeitsgefühl auszuüben.

#### 8.1.4 Der Einfluss der Kontakthäufigkeit auf den Besuchseffekt

Sowohl bezüglich der Lebensqualität als auch hinsichtlich der Aktivität und Autonomie erwiesen sich die Besuchseffekte bei Personen mit sehr kleinem sozialem Netz signifikant als stärker als bei Personen mit höherer wahrgenommener sozialer Unterstützung. Somit kann Hypothese 4 angenommen werden.

Tatsächlich beruhen die positiven Besuchseffekte beinahe ausschliesslich auf Verbesserungen in der Gruppe der kontaktarmen Betagten. Bezüglich der Gruppe mit regelmässigen sozialen Kontakten ergaben sich hingegen keine signifikanten Veränderungen. Dabei ist allerdings zu beachten, dass die Stichprobe jener Personen mit regelmässigen Kontakten ( $n=10$ ) bedeutend kleiner war als diejenige mit wenig sozialen Kontakten ( $n=16$ ).

Die Quantität der sozialen Kontakte wird im Alter immer unwichtiger, die Qualität der Beziehungen hingegen umso bedeutsamer. Verständlicherweise ist es für ältere Menschen besonders wichtig, emotionale Bindungen aufrechtzuerhalten, da diese ihnen das Gefühl vermitteln, (noch) wichtig zu sein (Heller & Rook, 1997; Lang & Carstensen, 2002). Dies könnte erklären, weshalb ein neuer Besuch, der genau auf diesen Aspekt abzielt, für einsame ältere Menschen so bedeutsam ist. Der Befund, dass der Demenzgrad negativ mit der wahrgenommenen Kontakthäufigkeit korreliert, zeigt wie wichtig es ist, einsame und stark demente Menschen dabei zu unterstützen, emotionale Beziehungen aufzubauen.

#### 8.1.5 Qualitative Datenanalyse

Gesundheit und soziale Kontakte sind erwiesenermassen die wichtigsten Bedürfnisse kognitiv beeinträchtigter älterer Menschen. Dies zeigte sich u.a. auch daran, dass die meisten Befragten ihre Freude über bzw. auf Aktivitäten und besondere Anlässe zum Ausdruck brachten. Besuche bei alten Menschen kommen diesen sozialen Bedürfnissen entgegen und bieten den Betagten erst noch die Möglichkeit, neue emotionale Beziehungen einzugehen. Ferner steigern solche Besuche nachweislich die Aktivität und Autonomie der Besuchten, so dass diese wieder vermehrt die Möglichkeit wahrnehmen, von sich aus gewünschten Tätigkeiten nachzugehen. Die Spitex-Betreuerinnen beobachteten bei den Betagten nach den erfolgten Besuchen eine erhöhte Offenheit, Aufgeschlossenheit und mehr Freude. Unabhängig von der jeweiligen Besuchsgruppe wurde aber auch ein Ansteigen kognitiver und körperlicher Beeinträchtigungen vermerkt. Die qualitative Untersuchung stützt sowohl die vorangegangenen quantitativen Ergebnisse als auch die Befunde der Käferberg-Besucherstudie.

#### Baumzeichnungen

Die Absicht, die Effekte der Besuche auf das Wohlbefinden durch Baumzeichnungen zu untermauern, ist vollumfänglich gelungen. Dies ist umso bedeutsamer, als in der quantitativen Datenanalyse bezüglich des allgemeinen Wohlbefindens nur statistische Trends und in Bezug auf das psychische Wohlbefinden überhaupt keine signifikanten Effekte aufgezeigt werden konnten.

Während sich die Zeichnungen der besuchten Personen in der ersten Besuchsphase nicht, bzw. positiv veränderten, zeigten sich bei einem Drittel der Nichtbesuchten in verschiedener Hinsicht Verschlechterungen. Nach der zweiten Besuchsphase verbesserte sich der Zustand der Betagten aus der neu besuchten Gruppe signifikant, wie die Baumzeichnungen deutlich zum Ausdruck bringen. Dieser Befund stützt abermals den postulierten Verlauf.

Inhaltlich veränderten sich die Zeichnungen vor allem bezüglich der Kriterien ‚Realitätsbezug‘, ‚Gesamtatmosphäre‘ und ‚Detailhaftigkeit‘. Die Besuche dürften einen stärkeren Bezug zur Realität ausgelöst haben (vgl. Gehrig, 2001). Dies erscheint plausibel, da eine erhöhte Aktivität auch eine stärkere Auseinandersetzung mit der Aussenwelt bewirkt. Die vermehrte Detailhaftigkeit verweist auf eine stärkere Aufgeschlossenheit und eine Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten, insbesondere aber auch auf ein differenzierteres Wahrnehmungsvermögen. Diese grössere Offenheit wurde auch von den Spitex-Betreuerinnen berichtet. Eine positive Veränderung in der Gesamtatmosphäre weist schliesslich auf eine zufriedeneren Stimmungs- und Gemütslage hin, was die Ergebnissen der quantitativen Untersuchungen unterstreicht.

Dass die Zeichnungen von einer Fachperson ausgewertet wurden, welche die Versuchspersonen nicht kannte und auch nicht wusste, in welcher Versuchsgruppe die jeweilige Zeichnung angefertigt worden war, verleiht diesen Ergebnissen einen objektiven Charakter.

### 8.1.6 Vergleich zwischen Fremd- und Selbstbeurteilung

Ein Vergleich zwischen Selbst- und Fremdbeurteilung brachte zutage, dass zwischen Aktivität und Autonomie einerseits und dem sozialen Wohlbefinden andererseits eindeutig ein Zusammenhang bestand ( $N=31$ ,  $r=.413$ ,  $p=.01$ ). Die Besuchten und ihre Spitex-Betreuerinnen nahmen die Effekte ähnlich wahr; die beiden Konstrukte scheinen demnach Ähnliches zu messen. Hingegen konnte zwischen dem psychisch-sozialen Wohlbefinden anhand der Selbstbeurteilung und dem psychischen oder sozialen Wohlbefinden aufgrund der Fremdbeurteilung kein Zusammenhang nachgewiesen werden. Ob dies auf die unterschiedliche Wahrnehmung beider Gruppen zurückzuführen ist oder ob die drei Konstrukte jeweils etwas anderes messen, lässt sich nicht beurteilen. Es empfiehlt sich, diese Konstrukte in weiterführenden Untersuchungen noch sorgfältiger abzugrenzen, weniger Items zu kombinieren und Doppelkategorien zu vermeiden.

Ein weiterer hochsignifikanter Zusammenhang ergab sich zwischen der selbstbeurteilten psychischen und physischen Gesundheit und der Lebensqualität ( $N=31$ ,  $r=.497$ ,  $p=.00$ ). Dies lässt sich möglicherweise damit begründen, dass die erlebte psychische und körperliche Gesundheit für viele kognitiv beeinträchtigte Menschen sehr wichtige Faktoren der Lebensqualität darstellt (Perrig-Chiello, 1997).

## 8.2 Effekte auf die Besucher

Obwohl man sich heute weitgehend darin einig ist, dass Freiwilligentätigkeit nicht nur für das Gemeinwesen, sondern auch für das ausführende Individuum in vieler Weise gewinnbringend ist, existieren bislang keine vergleichbaren feldexperimentellen Langzeitstudien, die gleichzeitig die Geber- und die Nehmerseite der Freiwilligentätigkeit untersuchen (Elstad, 2002; Thoits & Hewitt, 2001). Die wenigen bisherigen Untersuchungen widmeten sich mehr den Einflüssen der freiwilligen Mitgliedschaften und der formellen Freiwilligentätigkeit als der aktiven Freiwilligentätigkeit an sich; zudem benutzten sie mehrheitlich Querschnitt- und nicht Längsschnittdaten (z.B. Studien von House, Landis & Umberson, 1988; Moen, Dempster-McClain & Williams, 1989, 1992; Rietschlin, 1998; Van Willigen, 1998; Young & Glasgow, 1998).

Obschon nur wenig signifikante Einflüsse ermittelt wurden, konnten einige sehr interessante Trends aufgedeckt werden, die fraglos in weiteren Untersuchungen validiert werden sollten. Es handelt sich bei der vorliegenden Studie um eine unkonventionelle, innovative und vielschichtige Arbeit. Dass sie bezüglich der Effekte auf die Besucher eher unspektakuläre Ergebnisse zeigte, ist vor diesem Hintergrund zu betrachten.

### 8.2.1 Allgemeines Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit

Die Hypothesen 6 und 7 postulierten dank der Besuche eine Steigerung des Wohlbefindens und der Lebenszufriedenheit bei den Freiwilligen.

Die Beurteilung der Veränderungen in den verschiedenen Lebensbereichen zeigte positive Trends. Die Resultate geben Hinweise darauf, dass dank der Besuche eine höhere Zufriedenheit hinsichtlich der Beziehung zur Familie, aber auch bezüglich des Verhaltens und der Einstellung gegenüber dem Leben wahrgenommen wurde. Die Befunde der Fremd- und Selbsteinschätzung stimmten in diesem Punkt weitgehend überein, wodurch die Resultate an Bedeutung gewinnen. Die Besuche üben offenbar einen positiven Einfluss auf das Alltagsleben der Besucher aus und scheinen überdies eine grössere Wertschätzung der persönlichen Beziehungen und des Lebens insgesamt auszulösen.

Die Interpretation der Besuchsberichte lässt auf einen deutlichen Anstieg des Wohlbefindens direkt nach den Besuchen schliessen. Dass diese momentane Verbesserung über einen längeren Zeitraum anhielt, kann auf Basis der vorliegenden Ergebnisse allerdings nicht bestätigt werden. Weder bei der Betrachtung der Konstrukte ‚allgemeines Wohlbefinden‘ und ‚Lebenszufriedenheit‘ als Ganzes noch in den Unterkategorien ‚psychisches‘, ‚soziales‘ und ‚physisches Wohlbefinden‘ noch in den Kategorien ‚Selbstwert‘, ‚positive Lebenseinstellung‘, ‚Lebensfreude‘ und ‚Depressivität‘ konnten signifikante Haupteffekte nachgewiesen werden.

Differenziert man die Einflüsse hingegen nach soziodemographischen Gesichtspunkten und Netzwerkkriterien, so zeigen sich interessante Unterschiede.

Erstaunlich war der Befund, dass die Besuche auf Besucher mit wenig sozialen Kontakten sogar einen tendenziell negativen Einfluss ausübten. Dies steht im Gegensatz zu den Befunden der Besuchtenbefragung, wo die Effekte bei Personen mit einem kleinen sozialen Netz bedeutend grösser waren. Zieht man jedoch in Betracht, dass Besuche bei kognitiv beeinträchtigten Menschen gelegentlich durchaus auch belastend sind (Erlemeier, 1995; Flannery, 2002), ist der Befund dahingehend interpretierbar, dass bei einem grossen sozialen Netz negative Aspekte des Besuchs möglicherweise aufgefangen werden, während sie sich bei einem kleineren sozialen Netz eher negativ auswirken. Da dieser Effekt zwischen den beiden ersten Messzeitpunkten auftrat, könnte er auch auf die Weihnachtszeit zurückzuführen sein, scheint es doch plausibel, dass das Wohlbefinden in dieser emotional geprägten Zeit gerade bei Personen mit einem kleinen sozialen Netz absinkt.

Im Unterschied zur subjektiv wahrgenommenen Kontakthäufigkeit hatte die absolute, objektive Kontakthäufigkeit im Alltag keinen Einfluss auf die Besuchseffekte. Dies entspricht gängigen Befunden, wonach lediglich die wahrgenommene soziale Unterstützung mit Wohlbefindensindikatoren korreliert (Laireiter, 1993; Schwarzer & Leppin 1989, 1997).

Untersucht man die Effekte in Bezug auf den Partnerstatus, stösst man auf weitere aufschlussreiche Trends. Das allgemeine, insbesondere jedoch das soziale und psychische Wohlbefinden allein lebender Besucher ist durch die Besuche gestiegen. Es ist denkbar, dass nicht so sehr die wahrgenommene soziale Unterstützung, sondern eher eine unbewusste Komponente – wie etwa die Konditionen des Alleinlebens – positiv mit der Auswirkung des Besuchs auf das Wohlbefinden interagiert. Zu diesem Sachverhalt liegen bislang noch kaum vergleichbare Untersuchungen vor. Es wäre gewiss lohnenswert, diese Wirkmechanismen detaillierter zu untersuchen.

Entgegen den Resultaten von Van Willigen (2000) konnte nicht festgestellt werden, dass ältere Freiwillige durch die Besuche ein höheres Wohlbefinden erlangten als jüngere.

Bei der Interpretation der diskutierten Ergebnisse sind die kleine Stichprobe und die daraus resultierende geringe Test-Stärke, die vielen unkontrollierbaren Einflussfaktoren – mit denen bei einem Feldexperiment (z.B. Life Events, der ‚11. September 2001‘ oder saisonale Einflüsse) zu rechnen ist – und die Heterogenität der Untersuchungsgruppe zu berücksichtigen.

Um genauere Resultate zu erzielen, müsste der Befund mit differenzierteren Messmethoden, mit Kontrollgruppen zu allen drei Messzeitpunkten sowie mit einer grösseren und homogeneren Stichprobe näher untersucht werden.

Der Anspruch, individuelle Wertigkeiten von Lebensbereichen mit einem generellen Messverfahren erfassen zu wollen, ist zudem kaum valide (Cummins, 2001; Schalock et al., 2002). Immer häufiger wird gefordert, dass für eine adäquate Erfassung eine Gewichtung individueller, für die Lebensqualität der betreffenden Person wichtiger Lebensbereiche vorgenommen werden sollte (Lawton, 1997; Meier, 1997). Doch da entsprechende Verfahren ein Mehrfaches an Untersuchungsaufwand bedeuten, wurden sie bislang aus ökonomischen Gründen nicht angewandt.

Trotz methodischer Mängel und obwohl über die gesamte Stichprobe keine signifikanten Resultate eruiert werden konnten, wurden vereinzelte interessante Trends sichtbar, die zumindest eines deutlich zeigen: Der Schluss, Freiwilligentätigkeit habe keinen Einfluss auf das Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit von Besuchern, wäre voreilig und sicherlich falsch. Dies bestätigen ausserdem verschiedene Untersuchungen, die einen solchen positiven Zusammenhang belegen konnten. Hunter & Linn (1981) beispielsweise kamen in ihrer Studie zum Schluss, freiwillig Tätige hätten eine signifikant höhere Lebenszufriedenheit, einen stärkeren Willen zum Leben, grösseren Selbstrespekt und weniger Symptome einer Angststörung oder Depression als Personen, die sich nicht in der Freiwilligentätigkeit engagierten. Oman, Thoresen & McMahon (1999) ihrerseits ermittelten, dass die Sterblichkeitsquote bei älteren Freiwilligen, die für zwei oder mehr Organisationen arbeiteten, um 63% tiefer lag als bei Nicht-Freiwilligen. Thoits & Hewitt (2001) wiederum stellten in einer grossen Längsschnittstudie ( $N=2'681$ ) fest, dass Freiwilligentätigkeit verschiedene Aspekte des Wohlbefindens verbessern kann (Glücksgefühl, Lebenszufriedenheit, Selbstwert, Kontrollerwartung, physische Gesundheit und Depression), (vgl. auch Backes, 1993; Young & Glasgow, 1998). Doch nicht nur die Freiwilligentätigkeit an sich, sondern auch die gemeinsamen Zusammenkünfte der Freiwilligen würden das Glücksgefühl, die Lebenszufriedenheit und die physische Gesundheit erhöhen und Depressionen signifikant verringern (Graff, 1991; Thoits & Hewitt, 2001).

## 8.2.2 Soziale Kompetenz

Es wurde postuliert, regelmässige Besuche würden die soziale Kompetenz der Besucher steigern. Die quantitative Analyse ergab eine signifikante Verbesserung im Faktor ‚emotionale Unterstützung anderer‘. Dieses Resultat erstaunt nicht, basierte doch die Haupttätigkeit der Besucher auf einer emotionalen Unterstützung der kognitiv beeinträchtigten Betagten. Dass bei den anderen Faktoren der sozialen Kompetenz keine signifikanten Haupteffekte ermittelt werden konnten, scheint vor allem im Messinstrument selbst begründet zu sein (vgl. nachfolgender Absatz ‚Messinstrument der sozialen Kompetenz‘ Kapitel 8.4.3). Davon abgesehen stellten sich die vielen nicht kontrollierbaren externen Einflussgrössen als problematisch heraus. Soziale Kompetenz im Sinne eines Lernprozesses kann vielerorts erworben werden: einerseits formell (z.B. durch externe Weiterbildung) und informell (z.B. am Arbeitsplatz durch ‚Learning by Doing‘) und andererseits innerhalb oder ausserhalb der Unternehmung (Elstad, 2002). Inwieweit die soziale Kompetenz beider Gruppen durch weitere Faktoren beeinflusst worden ist, konnte mit diesem Untersuchungsdesign nicht nachgeprüft werden.

Die qualitative Messung (anhand von offenen Fragen nach dem durch die Besuche ‚Gelernten‘ und dem dadurch erfahrenen Nutzen) ergab eine Steigerung der sozialen Kompetenz in den Faktoren ‚Einfühlungsvermögen‘, ‚Empathie‘, ‚Beziehungsfähigkeit‘ und ‚Durchsetzungsfähigkeit‘. Obwohl gewisse Verfälschungen durch kognitive Prozesse wie ‚effort justification‘ und ‚soziale Erwünschtheit‘ (vgl. Kapitel 8.4.2) zu erwarten sind, erscheinen die Resultate dennoch plausibel. Doch fehlen bislang weitere Überprüfungen und Operationalisierungen solcher Moderatorvariablen (Karkoschka, 1998).

Leider existieren bis anhin nur einige wenige Untersuchungen zur Freiwilligentätigkeit als Methode zur Kompetenzentwicklung (Dorando & Schöffmann, 2000; Elstad, 1997; Elstad, 2000; Graff, 1991).

Elstad (2000) stellte aufgrund eines Studienvergleichs fest, dass die meisten Autoren von einer Verbesserung so genannter Metakompetenzen durch Freiwilligentätigkeit ausgehen. Als Hauptgruppen der Metakompetenzen werden die ‚soziale Kompetenz‘ und das ‚Problemlösen‘ betrachtet. Je weniger fachspezifisch die erworbenen Kompetenzen, desto einfacher können sie von den Freiwilligen in die Unternehmung zurücktransferiert werden (Nordhaug, 1993).

### **8.2.3 Identifikation mit dem Unternehmen und Einstellung zum Arbeitgeber**

Die vorliegende Untersuchung sollte unter anderem Aufschluss darüber geben, ob die durchgeführten Besuche zu einer Steigerung der Identifikation mit dem Arbeitgeber und damit auch zu einer positiveren Einstellung zum Arbeitgeber führten. Diese Hypothese konnte unter den gegebenen Versuchsbedingungen nicht bestätigt werden.

Entgegen der vorliegenden Befunde haben andere Studien ergeben, dass Unternehmen durch die Wahrnehmung sozialer Verantwortung ihr Ansehen bei den Mitarbeitern verbessern konnten, was schliesslich auch zu einem positiveren Wertgefühl und einer verstärkten Identifikation mit dem Arbeitgeber führte (u.a. Bartel, 1998; Elsbach & Glynn, 1996; Stebbins, 1988). Dies wiederum wirkte sich positiv auf die Arbeitszufriedenheit und das Engagement im Unternehmen aus. Kooperation, Offenheit, Teilnahme und arbeitsbezogene Bemühungen wurden verstärkt; gleichzeitig wurde der Wunsch, das Unternehmen zu verlassen, verringert (Arnold & Mackenzie Davey, 1999; Dutton, Dukerich & Harquail, 1994; Elsbach & Glynn, 1996; Moser, 1996).

Ein entscheidender Unterschied zwischen den beschriebenen Studien und der vorliegenden Untersuchung besteht darin, dass die Partner-Unternehmen das Projekt „more...“ nicht offiziell vertraten und das Freiwilligenengagement ihrer Mitarbeiter und Pensionäre weder bestätigten noch unterstützten. Genau diese Verbindlichkeit ist aber nach Bartel (1998) ausschlaggebend für positive Effekte. Eine Unterstützung, die sich ausschliesslich auf die Rekrutierungsmöglichkeiten sozialer Institutionen beschränkt, reicht offenbar nicht aus, um eine Rückwirkung auf das Unternehmen auszulösen.

### **8.2.4 Soziale Unterstützung**

In Hinblick auf diesen Aspekt wurde angenommen, dass ein regelmässiger Kontakt mit kognitiv beeinträchtigten Betagten zu einer Neubewertung respektive zu einer veränderten Wahrnehmung bestehender sozialer Kontakte führen würde. In vergleichbaren Studien wurde diesbezüglich in der Tat eine verstärkte Wahrnehmung von ‚sozialem Eingebettetsein‘ und sozialem Austausch gemessen (vgl. Backes, 1993; Chappell, 1999; Graff, 1991; Young & Glasgow, 1998). Diese These konnte durch die quantitative Datenanalyse nicht gestützt werden: Gemäss der Analyse haben sich weder die absoluten Alltagskontakte noch die subjektive Beurteilung derselben infolge der Besuche verändert.

Die Freiwilligen kennzeichneten sich bereits zu Beginn der Untersuchung durch ein relativ hohes Niveau an selbst wahrgenommener sozialer Unterstützung aus, was auf einen Selbstselektions-Effekt schliessen lässt. Dies würde in die Richtung der Befunde von Thoits & Hewitt (2001) weisen, die erstmals die Wechselwirkung des Selektionseffekts auf die Effekte der Freiwilligentätigkeit untersucht haben. Die Autoren dieser Studie stellten fest, dass Freiwillige, welche über ein besseres Wohlbefinden verfügten, auch mehr Freiwilligentätigkeit (gemessen in Stunden) leisteten. Daher dürfte es tatsächlich zutreffen, dass Freiwillige mit einem guten sozialen Netz und ausreichend wahrgenommener sozialer Unterstützung öfters Freiwilligentätigkeit leisten als andere.

### **8.2.5 Durch die Besuche Gelerntes und erhaltene Lebenshilfe**

Die Freiwilligen stellten fest, dass sie durch die Besuche soziale Kompetenzen (wie Einfühlungsvermögen und Durchsetzungsfähigkeit) weiterentwickeln konnten und dass sie im Umgang mit anderen Menschen und dem Alter geduldiger, toleranter und verständnisvoller geworden waren. Sie



wurden sich des Wertes ihrer eigenen Gesundheit bewusst und schätzten ihr eigenes Leben fortan mehr. Ausserdem erlebten sie dank ihrer Freiwilligentätigkeit nicht nur mehr Entspannung und Zufriedenheit, sondern erhielten von den Besuchten manchmal sogar wertvolle Ratschläge und Hilfe bei Problemen. Ferner vermittelten ihnen die freiwilligen Besuche das Gefühl, etwas Sinnvolles tun zu können. Der von den Besuchern hervorgehobene Nutzen der Besuche ist den Befunden von Graff (1991) sehr ähnlich. Freiwillige führten dort folgende Hauptnutzen aus ihrer Tätigkeit auf: Kompetenzentwicklung, Coping gegen Isolation, die Möglichkeit, der Gemeinschaft ‚etwas zurückzugeben‘, andere Menschen zu treffen, persönliches Wachstum zu erleben und neue Perspektiven für eigene Probleme zu erhalten. Diese kanadische Studie betonte zudem, in der Verbesserung der beruflichen Perspektiven liege ein weiterer wichtiger Nutzen der Freiwilligentätigkeit. Dieser Vorteil wurde von den teilnehmenden Freiwilligen des Projektes „more...“ allerdings nicht wahrgenommen. Dieser Befund ist wohl in der nach wie vor geringen Wertung der Freiwilligentätigkeit bei hiesigen Personalverantwortlichen begründet, bedenkt man, dass Freiwilligentätigkeit und Corporate Volunteering in den Vereinigten Staaten und Kanada schon seit längerem feste Bestandteile der Personalselektion und -entwicklung darstellen.

Einige der Besucher gaben zu Protokoll, durch ihre Besuche habe sich nichts in ihrem Leben verändert. Dieser geringe wahrgenommene Einfluss der Besuche beruht möglicherweise auf relativ anspruchsvollen Vorstellungen über positive Veränderungen und könnte teilweise auf das bereits hohe Ausgangsniveau in sozialen und allgemeinen (Lebens-)Kompetenzen oder aber auf eine geringe Introspektionsfähigkeit zurückzuführen sein.

### 8.2.6 Motive für Freiwilligentätigkeit

Die Frage nach den Motiven für Freiwilligentätigkeit wird in der aktuellen Literatur oft gestellt (Bachmann & Bieri, 2000; Beher et al., 2000, Dollase, 2002; Heinze & Strünck, 2001). Im vorliegenden Kapitel werden die ausschlaggebenden Motive zur Teilnahme am Projekt „more...“ diskutiert. Dabei ist von Interesse, ob sich die Motive der Mitarbeiter und Pensionierten von Dienstleistungsunternehmen unterscheiden von den Motiven anderer Populationen, und ob aufgrund der Zielgruppe besondere Motive – wie z.B. die Vorbereitung auf den dritten Lebensabschnitt – von Bedeutung waren.

Das ausschlaggebende Motiv, welches die Freiwilligen bewogen hat am Projekt „more...“ teilzunehmen, war der Wunsch soziale Verantwortung zu übernehmen und somit etwas für ältere Menschen zu bewirken. Als unwichtig erachtet wurde der Wunsch, durch die Besuche Anerkennung zu gewinnen. Dieser Befund stimmt mit den gängigsten Untersuchungen zur Freiwilligentätigkeit überein. Mitarbeiter von Dienstleistungsunternehmen scheinen sich in ihren Grundmotiven kaum von anderen Freiwilligen zu unterscheiden (Bachmann & Bieri, 2000; Dollase, 2002; Gaskin et al., 1996). Allerdings stellt sich in diesem Zusammenhang auch die Frage, inwieweit bei diesem Befund die soziale Erwünschtheit mitgespielt hat. Jedenfalls gilt als erwiesen, dass die wirtschaftswissenschaftliche Theorie des Eigennutzes zur alleinigen Erklärung der Motive von Freiwilligen zu kurz greift (Dollase, 2002).

Die nach Alterskategorien getrennte Analyse machte deutlich, dass die Freiwilligentätigkeit nicht ausschliesslich altruistisch motiviert war. Zwar war das Motiv der Verantwortungsübernahme allen Freiwilligen wichtig und stand insbesondere im mittleren Lebensalter im Vordergrund, doch zeigten sich in jedem Lebensabschnitt auch altersbezogene Interessen, sich persönlich weiterzuentwickeln. So wurde bei jüngeren Freiwilligen der Wunsch deutlich, durch Besuche etwas zu lernen, sich weiterzuentwickeln und Anerkennung zu erhalten. Freiwillige im mittleren Alter betrachteten die Besuche eher als persönliche Herausforderung, und ältere Freiwillige wollten sich zum Teil explizit auf den dritten Lebensabschnitt vorbereiten. Die Motive aktiver Mitarbeiter scheinen sich aufgrund lebensalterbezogener Aspekte von denjenigen der Pensionierten zu unterscheiden.

Die vorliegenden Resultate unterstützen die in der Freiwilligenliteratur aktuelle Diskussion zu den so genannten ‚neuen Freiwilligen‘. Während den ‚früheren Freiwilligen‘ tendenziell eher altruistische Motive – wie Hilfsbereitschaft und Wille zur Mitverantwortung – zugeschrieben werden, scheint sich eine neue Gruppe Freiwilliger herauszubilden, die in ihrem Engagement vermehrt auch die Möglichkeit sieht, für ihr persönliches Leben zu profitieren und eigene Fähigkeiten weiterzuentwickeln (Bachmann & Bieri, 2000; Beher et al., 2000; Heinze & Strünck, 2001; Rütli, 1998).

In der vorliegenden Studie wurde ferner den Zusammenhängen zwischen den Motiven und den Effekten der Besuche nachgegangen. Je stärker der Wunsch war, durch die Besuche einen Lebenssinn zu finden, desto höher war deren Effekt auf die soziale Kompetenz. Hingegen scheint die wahrgenommene soziale Unterstützung mit diesem Motiv negativ zu korrelieren. Das Motiv ‚Abenteuer‘ hingegen stand mit der wahrgenommenen sozialen Unterstützung in einem positiven Zusammenhang. Möglicherweise waren Personen, die in den Besuchen eine Herausforderung sahen, sich der damit verbundenen schwierigen Aspekte weit stärker bewusst als Personen, die in diesem Engagement einen Lebenssinn suchten. Indem sie die Besuche realistischer betrachteten, wurden sie weniger enttäuscht, konnten allfällige Schwierigkeiten als Lernmöglichkeit betrachten und empfanden sie daher sogar als gewinnbringend. Personen, die in der Freiwilligkeit nach Lebenssinn suchten, wurden auf der Beziehungsebene wohl eher enttäuscht, konnten hingegen bezüglich ihrer sozialen Kompetenz eher profitieren.

## 8.2.7 Besuchsberichte

Die Besuche wurden von den Freiwilligen in der Regel als angenehm, unbeschwerlich und eher bereichernd empfunden. Den meisten Besuchern fiel es von Anfang an leicht, einen guten Kontakt zu den Besuchten herzustellen. Die im Laufe der durchgeführten Besuche aufgetretenen Schwierigkeiten – wie z.B. Mobilitätsbeeinträchtigungen, häufiges Klagen und Stimmungsschwankungen der Besuchten – wurden im regelmässigen Erfahrungsaustausch thematisiert und konnten dadurch verarbeitet werden.

Die nach der Untersuchungsphase erstellten Erfahrungsberichte der Besucher brachten den generell positiv wahrgenommenen Nutzen ihres Engagements deutlich zum Ausdruck, wie der folgende Ausschnitt aus dem Erfahrungsbericht eines 37-jährigen UBS-Mitarbeiters und Teilnehmers am Projekt *„more...“* anschaulich zeigt.

### Wie wertvoll eine Stunde ist...

*„Zeit ist Geld“ - ein Motto, welches das Denken und Handeln im (Berufs-)Leben oft prägt. Dass eine Stunde ein Vermögen ist - und zwar qualitativ und in diesem Kontext schon gar nicht monetär - das spiegelt auf eindruckliche Weise der wöchentliche Treff mit Hans wider.*

*Hans erzählt mir Geschichten aus seinem Leben, wir basteln, spielen, gehen an die frische Luft und genehmigen uns von Zeit zu Zeit in einem Lokal ein Bier oder einen Kaffee. Für Hans bedeutet diese eine Stunde (es gibt deren 168 pro Woche) viel, was er auch entsprechend zum Ausdruck bringt - eine Wertschätzung, die in der Schnelllebigkeit unserer Welt selten geworden ist und mich in eindrucksvoller Art bereichert. Doch wie kommt das?*

*Die Vereinsamung ist vielen von uns bekannt. Fast täglich wird in den Medien davon geschrieben und gesprochen. Doch oft verdrängen wir dieses zentrale Problem unserer heutigen Gesellschaft. Auch mir war dieses Phänomen vor den Treffen zwar bekannt, aber es war mir nicht bewusst, wie sich dieses auf das Leben eines (und vieler) Menschen auswirkt. Hans hat viele seiner Angehörigen verloren und weil er vielleicht im Umgang nicht ganz den gesellschaftlichen Klischees entsprechen kann, wird er wohl vom restlichen Teil der Verwandten wie auch von vielen anderen Mitmenschen gemieden. So kommt es, dass er nebst den Spitex-Besuchen kaum mit weiteren Mitmenschen Kontakt hat. Und dies, obwohl er ein sehr umgänglicher, aufgeschlossener und fröhlicher Mensch ist.*

*Diese eine Stunde ist geprägt durch das Wechselspiel ‚Geben und Nehmen‘ -- in einfachster aber effektivster Form. In diesem Sinne hoffe ich, dass mancher unserer Gesellschaft sich von dieser Art Freude anstecken lässt, solche Erlebnisse mit einem Mitmenschen teilen wird und dabei erfährt, wie wertvoll eine Stunde ist.*

### 8.3 Zusammenhang zwischen den Besuchseffekten auf die Besucher und die Besuchten

Die Besuchseffekte der zwei Untersuchungsgruppen scheinen in der vorliegenden Studie keinen respektive bloss einen unklaren Zusammenhang aufzuweisen. Sie sind zum Teil tendenziell umgekehrt korreliert. Da die Effekte auf die Besucher eher schwach waren und von vielen äusserlichen Variablen beeinflusst wurden, ist es schwer, zu den möglichen Ursachen eine klare Aussage zu machen. Das Erstaunliche daran ist jedoch, dass das soziale Wohlbefinden der Besucher signifikant umgekehrt mit den Effekten auf die Besuchten korreliert. Eine mögliche Erklärung könnte etwa lauten: Besucher, die mit ihrem eigenen sozialen Umfeld unzufrieden waren, legten mehr Gewicht auf die Besuche und engagierten sich dementsprechend stärker für ‚ihre‘ Betagten, wohingegen Besucher, die mit ihrem sozialen Wohlbefinden zufrieden sind, die Besuche weniger intensiv gestalteten. Dies ist jedoch lediglich eine Hypothese, welche in weiteren Untersuchungen überprüft werden müsste.

### 8.4 Methodisches Vorgehen und Untersuchungsdesign

Im Folgenden wird das methodische Vorgehen und das Untersuchungsdesign kritisch beleuchtet. Dabei wird auf spezifische Schwierigkeiten eingegangen, aus denen sich Empfehlungen für weiterführende Untersuchungen ableiten lassen.

#### 8.4.1 Äussere Einflüsse

##### Kognitive Beeinträchtigung

Eine kognitive Beeinträchtigung kann u.a. auch die Selbsteinschätzungsfähigkeit stark einschränken. Zudem bereitet es kognitiv beeinträchtigten Menschen oft Mühe, sich lange und intensiv auf eine anspruchsvolle Aufgabe zu konzentrieren. Die zeitliche Dauer der Interviews lag mit durchschnittlich 45-60 Minuten daher bereits an der oberen Grenze. Teilweise waren bei den Betagten während der Interviews Müdigkeit, nachlassendes Interesse oder Überforderung festzustellen.

Antworten kognitiv beeinträchtigter Betagter sind zudem besonders stark von der jeweiligen Situation beeinflusst. Daher ist davon auszugehen, dass die Selbsteinschätzung der Besuchten – je nach Grad der kognitiven Beeinträchtigung – mehr oder weniger stark von äusseren Umständen oder Ereignissen beeinflusst bzw. verzerrt wurde, beispielsweise durch die Freude über die Anwesenheit einer Person, mit der man sprechen konnte.

Ein ideales Selbstbeurteilungsinventar für kognitiv beeinträchtigte und demente Menschen sollte möglichst wenige, jedoch spezifisch und klar formulierte Items umfassen. Um Antwortverzerrungen aufgrund von Überforderung, Konzentrations- oder Verständnisschwierigkeiten zu vermeiden, empfiehlt es sich das Interview möglichst kurz zu halten und die jeweiligen Fragen einfach und gezielt zu formulieren.

##### Saisonale und situative Einflüsse

Das Projekt „more...“ startete im Herbst 2001 mit der ersten Datenerfassung. Der zweite Messzeitpunkt (nach 3 Monaten) fiel in die Winterzeit 2001/2002 und der dritte ins Frühjahr 2002. Jahreszeiten spielen generell eine wichtige Rolle, besonders jedoch im Leben älterer Menschen. Das zunehmend schlechtere Wetter, die Ausrutschgefahr auf glatten Wegen und das erhöhte Erkältungs- und Grippeerisiko im Winter schränken den Aktionsradius, das Wohlbefinden und die Gesundheit Betagter oft stark ein. Zudem ist die Weihnachtszeit für die meisten Menschen, die mit der christlichen Tradition verbunden sind, eine stark emotional geprägte Zeit. Festlichkeiten, Erinnerungen und Traditionen stehen im Vordergrund und beeinflussen den Gemütszustand.

Die meisten Besuchten verfügten über ein reduziertes soziales Netz. Es ist wahrscheinlich, dass Gefühle der Trauer und der Isolation in dieser Zeit verstärkt auf die Verfassung der Besuchten, aber auch der Besucher eingewirkt haben. Die Vorweihnachtszeit war daher vermutlich kein besonders geeigneter Zeitpunkt für die zweite Datenerhebung. Um solche saisonale Effekte zu verringern, empfiehlt es sich, die Besuchsphasen in den Frühjahrs- und Sommermonaten anzusetzen, also zwischen März und August.

Dass die Wohlbefindens- und Aktivitätsparameter der besuchten Personen sich in beiden Besuchsphasen ähnlich verändert haben, weist jedoch darauf hin, dass die Jahreszeit – abgesehen vom physischen und psychisch-sozialen Wohlbefinden und den depressiven Verstimmungen – keinen schwerwiegenden Einfluss auf die Besuchseffekte bei den Betagten hatte. Da die zu vergleichende Käferberg-Besucherstudie (Albrecht & Oppikofer, 2000) im Frühjahr durchgeführt wurde, ist von besonderem Interesse, dass die damaligen Ergebnisse nunmehr durch eine länger dauernde Untersuchung gestützt werden konnten, die sich ausserdem über heiklere Jahreszeiten erstreckte.

Als weiteres einschneidendes Erlebnis ist sicherlich der Anschlag vom 11. September 2001 auf das World Trade Center in New York zu zählen. Dieser Umstand traf genau mit der ersten Datenerhebung zusammen. Einige Probanden äusserten sich besorgt über dieses tragische Ereignis und berichteten von Ängstlichkeit und Schlafschwierigkeiten. Diese ausserordentlichen Zeitumstände hatten mit grosser Wahrscheinlichkeit einen Einfluss auf alle Wohlbefindensbereiche der Betagten und nicht zuletzt auch der freiwilligen Besucher, was durchaus zu einer Abschwächung des Treatmenteffekts zwischen den ersten zwei Messzeitpunkten geführt haben könnte. Allerdings wird dieser negative äussere Einfluss relativiert durch die Vergleichsmöglichkeiten zwischen den beiden Versuchsgruppen sowie durch die Möglichkeit, die Besuchseffekte mit dem dritten Messzeitpunkt – der ins Frühjahr fiel – zu vergleichen.

Eine Verlängerung der Interventionsphase unter kontrollierten Bedingungen könnte aufzeigen, ob sich die erwarteten Besuchseffekte stärker ausprägen würden oder nicht. Zudem wäre es aufschlussreich, den Verlauf des Wohlbefindens weiterhin über längere Zeitabstände hinweg zu beobachten. Dadurch erhielte man Aufschluss darüber, ob die Besuchseffekte auch über ein Jahr aufrechterhalten werden können und ob dabei eventuell sekundäre Einflüsse – z.B. über die gesteigerte Aktivität und Autonomie – auf das psychische Wohlbefinden zu beobachten wären. Gerade bei einer Stichprobe mit kognitiv beeinträchtigten Menschen wäre allerdings – aufgrund von Heimeinweisungen oder Todesfällen – mit sehr hohen Ausfällen zu rechnen. Ferner ist fraglich, inwieweit sich Besucher über einen so langen Zeitraum hinweg für regelmässige wöchentliche Besuche verpflichten liessen.

## 8.4.2 Validitäts- und Reliabilitätsprobleme in der experimentellen Forschung

### Selbstselektion

Unter den gegebenen Voraussetzungen war es nicht möglich, Freiwillige nach einem randomisierten Stichprobenverfahren auszuwählen. Corporate Volunteering ist vielerorts noch ein Fremdbegriff, so brauchte es denn grosse Anstrengungen, Freiwillige für das Projekt „more...“ zu rekrutieren, auch wenn den Forschern offizielle Plattformen der Partner-Unternehmungen (Intranet, Hauszeitschrift, direkte Mailings) zur Verfügung standen. Zudem wurde die immer wieder bewährte ‚Mund-zu-Mund-Empfehlung‘ eingesetzt. Verzerrungen durch die Rekrutierung unter bekannten Gleichgesinnten und der Effekt der Selbstselektion müssen bei der Interpretation der Ergebnisse mitberücksichtigt werden. Personen, die sich freiwillig für ein gemeinnütziges Projekt wie „more...“ meldeten, hatten vermutlich bereits eine entsprechend positive Grundeinstellung und möglicherweise auch eine höhere soziale Kompetenz als andere. Dies könnte die Effekte beeinflusst haben, insbesondere da einige der Besucher bereits anderweitig in Freiwilligenprojekten engagiert waren.

Auch die Zuteilung zu den Versuchsgruppen konnte nicht bei allen Besuchern durch das Zufallsverfahren geregelt werden. Aufgrund längerer Absenzen bestand die Notwendigkeit, gewisse Besucher bewusst einer Gruppe zuzuführen. Nichtsdestotrotz liess sich in den meisten Fällen eine Parallelisierung nach den Kriterien Alter, Geschlecht und Arbeitgeber bewerkstelligen.

### **Cover Story und Rosenthal-Effekt**

Einschätzungen durch Drittpersonen (Spitex-Betreuerinnen, Partner/Freunde) bergen gewisse Objektivitätsrisiken in sich. Aufgrund von Skepsis und moralischen Einwänden seitens der Spitex-Stellenleitung konnte die geplante Coverstory nicht in ihrer ursprünglichen Version aufrechterhalten werden. Dies hatte zur Folge, dass eine methodisch saubere Trennung zwischen den regelmässigen Besuchen und den Datenerhebungen nicht möglich war. Da die Spitex-Betreuerinnen wussten, welche Probanden Besuch erhielten und welche nicht, könnte es durchaus sein, dass sie in der ersten Untersuchungsphase denjenigen Personen aus der zweiten Gruppe, die bis dahin noch keinen Besuch erhalten hatten, besonders viel Aufmerksamkeit und Zuwendung entgegenbrachten. Ein ‚Versuchsleitereffekt‘ ist also nicht auszuschliessen. Die Konsequenz daraus wäre eine Verzerrung des Treatmenteffekts.

Genauso plausibel erscheint ein verzerrtes Antwortverhalten aus Gründen der sozialen Erwünschtheit. Das Wissen um die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Untersuchungsgruppe und um eine durch die Besuche erwartete Wohlbefindenssteigerung könnte dazu geführt haben, dass die Einschätzung des Wohlbefindens bei der ersten Gruppe unkritischer und allenfalls nach weniger strengen Massstäben vorgenommen wurde als bei Personen der zweiten Gruppe. Deshalb ist es umso wichtiger, dass die positiven Effekte auch in der Selbstbeurteilung erhoben wurden.

Die Schulung und Begleitung der ersten Besuchsgruppe setzte bei den Versuchsleitern zudem einen Lernprozess in Gang. In der Folge wurden gewisse Vorgehensmängel behoben; die zweite Besuchsgruppe zeigte sich dementsprechend auch motivierter und dynamischer, was eventuelle Einflüsse auf die Treatmenteffekte zumindest nicht ausschliessen lässt.

### **Effort Justification und soziale Erwünschtheit**

Obwohl die Resultate bezüglich der durch die Besucher selbst beurteilten Veränderungen sehr plausibel erscheinen und zum Teil mit weiteren Studien validiert werden können, ist nicht auszuschliessen, dass die Besucher in ihrer Beurteilung einer ‚sozialen Erwünschtheit‘ oder einer ‚effort justification‘ unterlagen (Stroebe, Hewstone, Codol & Stephenson, 1992). Effort justification liegt dann vor, wenn die Freiwilligen nach ihren Besuchen den wahrgenommenen Aufwand höher als den wahrgenommenen Nutzen bewerten und ihre Einschätzung bezüglich des Nutzens daher im Nachhinein ändern. D.h. der Nutzen wird dann aufgewertet und positiver beurteilt.

### **Interraterreliabilität**

Um Verzerrungen aufgrund unvorhersehbarer, einschneidender Umweltveränderungen während der Erhebungsdauer zu vermeiden, wurden die Interviewphasen auf jeweils eine Woche beschränkt. Damit alle Interviews in dieser kurzen Zeitspanne durchgeführt werden konnten, wurden zur Unterstützung der Besuchten- und der Spitex-Befragung sechs zusätzliche Interviewer rekrutiert, die durch das Forscherteam vorgängig in der Interviewdurchführung und -technik geschult wurden. Das erste Interview fand in Begleitung eines Mitgliedes des Forscherteams statt, das bei eventuellen Schwierigkeiten helfen bzw. intervenieren konnte. Durch ein anschliessendes ausführliches Feedback wurde versucht, eine möglichst einheitliche Befragungstechnik und damit eine hohe Interraterreliabilität zu gewährleisten. Trotz all dieser vorbeugenden Massnahmen lässt sich bei einer Anzahl von insgesamt zehn Interviewern eine gewisse Verzerrung aufgrund unterschiedlicher Interviewführung und Sympathien nicht ausschliessen. Gerade bei unerfahrenen Interviewern können sich unbeabsichtigt Suggestivfragen einschleichen. Vor allem bei Verständnisschwierigkeiten der Probanden sowie bei der Verwendung einer Gesichterskala kann dieser Faktor durchaus ins Gewicht fallen.

Um die Interraterreliabilität möglichst niedrig zu halten und Einflüsse bezüglich Sympathie/Antipathie gegenüber dem Interviewer und damit verbundene soziale Erwünschtheitstendenzen zu neutralisieren, sollten die Probanden und Betreuungspersonen möglichst zu allen Erhebungszeitpunkten von derselben Person beurteilt werden. Dies liess sich in der vorliegenden Studie jedoch nicht immer bewerkstelligen. Zudem sollte die Anzahl der Interviewer möglichst klein gehalten werden.

Ferner wird eine sorgfältige Interviewerschulung und Nachbesprechung als sehr wichtig erachtet. Damit die Fremdeinschätzungen optimal vergleichbar sind, müssen jeweils zu allen Messzeitpunkten dieselben Betreuungspersonen befragt werden. Dies bedingt eine stabile Betreuungssituation und eine geringe Personalfuktuation in den sozialen Institutionen, in denen die Betagten beheimatet sind.

### **Unterschiedliche soziodemographische Ausgangswerte**

Trotz einer vorgängigen Parallelisierung der Besuchten nach den Merkmalen Alter, Geschlecht, Demenzgrad und allgemeines Wohlbefinden ergaben sich aufgrund einiger personeller Ausfälle nach der Parallelisierung unterschiedliche Ausgangsniveaus bezüglich der Lebensqualität und des Wohlbefindens der Betagten. Wie dies bereits in der Käferberg-Besucherstudie (Albrecht & Oppikofer, 2000) der Fall gewesen war, wies die zweite Gruppe bei der ersten Datenerhebung eine durchschnittlich bessere Lebensqualität aus. Diese Überschneidung ist in diesem Zusammenhang unglücklich, da davon ausgegangen werden muss, dass die Besuchseffekte dadurch beeinflusst wurden. Da sich Veränderungen jedoch auch über die zweite Besuchsphase hinweg bestätigen liessen und die einzelnen Effekte zum Teil auch über die Zeit hinweg separat signifikant waren, darf eine Regression zur Mitte als alleinige Erklärung aus guten Gründen ausgeschlossen werden. Es wird also davon ausgegangen, dass der grösste Teil der gemessenen Treatmenteffekte tatsächlich den Besuchen zugeschrieben werden kann.

Anlässlich einer erweiterten Forschung zu dieser Thematik sollte bei der Parallelisierung der zwei Versuchsgruppen das Wohlbefindensniveau mit einbezogen werden. Nachträgliche Ausfälle sind dabei möglichst zu verhindern, damit von einem einheitlichen Ausgangsniveau der beiden Besuchsgruppen ausgegangen werden kann.

## **8.4.3 Messinstrumente**

### **Messinstrument des Wohlbefindens**

Eine sorgfältige Operationalisierung des Konstrukts Wohlbefinden ist die Voraussetzung für eine hohe Konstrukt-Reliabilität und somit für eine gute Validität des gesamten Erhebungsinstruments. Dies setzt eine klare theoretische und konzeptionelle Fundierung voraus, basierend auf einer einheitlichen Konstruktdefinition sowie auf einer klaren Konzeptionalisierung von Wohlbefinden. Wie jedoch aus den theoretischen Ausführungen dieser Arbeit ersichtlich ist, fehlen nach wie vor eine allgemein akzeptierte Definition und ein einheitliches Konstruktverständnis des Begriffs Wohlbefinden, was sich in einer Fülle unterschiedlichster Wohlbefindensinventare manifestiert. Dieser Tatbestand hat dazu geführt, dass die Wohlbefindens-Forschung nur schwer vergleichbare Resultate hervorbrachte, die mit äusserster Vorsicht interpretiert und einander gegenübergestellt werden müssen.

Nach wie vor ist das Zürcher Lebensqualitätsinventar eines der wenigen gut anwendbaren Instrumente zur Fremdbeurteilung der Lebensqualität und des Wohlbefindens kognitiv beeinträchtigter Menschen. Weitere bewährte, jedoch sehr aufwendige alternative Messmethoden haben z.B. Meier (1997) und Lawton (1997) entwickelt.

## Messinstrument der sozialen Kompetenz

Da ins Projekt „more...“ Freiwillige aus verschiedenen Berufsgruppen mit einbezogen wurden – von denen ein Drittel nicht mehr berufstätig war – stellte es sich als schwierig heraus, ein für alle Berufsgruppen angemessenes Instrument zur Erfassung der sozialen Kompetenz zu entwickeln, respektive zu finden. Die unterschiedlichen Berufsgruppen und Funktionsstufen – wie z.B. Banksachbearbeiter, Informatik-Abteilungsleiter, Tramwagenlenker, Gärtner, Forscher, Arztsekretärin u.a.m. – beinhalten sehr unterschiedliche Anforderungen an den Stelleninhaber und somit an dessen soziale Kompetenz. Aus Gründen der Vergleichbarkeit wurde deshalb auf ein allgemeines Instrument zurückgegriffen (im Sinne einer Messung von Metakompetenzen).

Dies zog allerdings den Nachteil nach sich, dass es anhand dieses Instruments praktisch nicht mehr möglich war, allfällige Transfereffekte auf die berufliche Tätigkeit der Teilnehmer festzustellen und ausserhalb der Studie erworbene soziale Kompetenz von den Kompetenzerweiterungen durch die Freiwilligentätigkeit im Projekt „more...“ zu unterscheiden (vgl. dazu Kapitel ‚Methodik‘). Um einen allfälligen Transfereffekt festzustellen, wäre eine Befragung der Vorgesetzten der freiwilligen Projektteilnehmer notwendig gewesen. Dies wurde wegen der zu geringen Stichprobe (ein Drittel der Teilnehmer war bereits pensioniert), aus ökonomischen Gründen und aufgrund der sozialen Validität unterlassen.

Will man aussagekräftigere Resultate und eine grössere Test-Stärke erzielen, ist die Untersuchungsgruppe möglichst homogen zu gestalten. Erreichen liesse sich dies durch ein Zusammenfassen von Personen mit ähnlichen Stellenbeschrieben, wobei die betreffenden Stelleninhaber auch entsprechende soziodemographische Faktoren und Lebensumstände (Partner, Wohnform, beruflicher Situation, Life Events etc.) aufweisen müssten.

### 8.4.4 Statistische Messgrössen und Verfahren

#### Stichprobengrösse und statistische Power

Bei reiner Betrachtung der statistischen Signifikanz zeigt sich bezüglich der Treatmenteffekte ein durchzogenes Bild. Die in Anlehnung an die Hauptfragestellung und Haupthypothesen fokussierten und erwarteten Effekte liessen sich nur bedingt bestätigen. Ein signifikant positiver Besuchseffekt konnte bei den Besuchten lediglich hinsichtlich der Merkmale Lebensqualität und soziales Wohlbefinden festgestellt werden; bei den Besuchern sogar nur in Bezug auf die emotionale Unterstützung. Ein entscheidender Grund dafür liegt nicht zuletzt in den kleinen Stichproben.

Die statistische Stärke eines Tests gibt an, mit welcher Wahrscheinlichkeit ein Signifikanztest in der Lage ist, eine richtige Arbeitshypothese (H1) anzunehmen. Je höher die Power, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit eines Beta-Fehlers. Dieses Risiko und somit auch die statistische Test-Stärke hängen unter anderem relativ stark von der Stichprobengrösse ab (Hallahan & Rosenthal, 1996b). Eine kleine Stichprobe hat geringere statistische Stärke, wodurch sich das Risiko, dass eine Arbeitshypothese fälschlicherweise abgelehnt wird, erhöht (Bortz & Lienert, 1998). Wird die Bedeutung strenger Signifikanzkriterien relativiert, ergeben sich eindruckliche und aussagekräftige statistische Trends, welche deutlich aufzeigen, dass die regelmässigen Besuche sehr wohl eine breite positive Wirkung auf das Wohlbefinden der Besuchten hatten. Diese gemessenen Trends sind aufgrund der oben erwähnten Überlegungen als bedeutsam einzustufen. Somit ist davon auszugehen, dass bei einer genügend grossen Stichprobe in den meisten Bereichen signifikante Ergebnisse ermittelt worden wären.

Gerade bei einer Grundpopulation kognitiv beeinträchtigter Betagter ist vermehrt mit Verzerrungen sowie mit krankheits- und altersbedingten Ausfällen (Spitalaufenthalt und Heimübertritt) zu rechnen. Um aussagekräftigere und detailliertere Ergebnisse erzielen zu können, empfiehlt es sich daher, einen genügend grossen Stichprobenumfang vorzusehen, der sich mittels Power-Analyse ermitteln lässt.

Jedoch ist die Rekrutierung einer erheblichen Anzahl einsamer, kognitiv beeinträchtigter alter Menschen sehr aufwendig, kostenintensiv und manchmal aus praktischen Gründen schon gar nicht möglich. Ausserdem ist die Rekrutierung betreuter Betagter abhängig von der Unterstützung sozialer Institutionen, die bereit sind, sich auf ein derart grosses zeitlichen Engagement – wie dies die vorliegende Untersuchung erforderte – einzulassen.

### **Effektstärke und Signifikanz**

In einigen Fällen war bei der Kontrastanalyse zwar die Effektstärke erfreulich hoch, es waren jedoch trotzdem keine signifikanten Ergebnisse nachweisbar. Rosenthal et al. (2000) verweisen darauf, dass die Effektstärke einen ganz anderen Aussagegehalt habe als die Signifikanz. Die Effektstärke liefert deutlichere Aussagen bezüglich der praktischen Relevanz.

Das in dieser Studie verwendete ‚ $r_{contrast}$ ‘ ist eine Partialkorrelation und ermöglichte somit eine Aussage über den Zusammenhang zwischen den Ergebnissen und dem gewünschten Effekt. Gerade bei kleinen Stichproben läuft man bei einer alleinigen Interpretation der Signifikanz Gefahr, vorhandene positive Effekte zu verwerfen (vgl. auch Bortz & Lienert, 1996). In diesem Sinne ist auch den vorliegenden Resultaten – trotz ihrer teilweise ungenügenden Signifikanz – aufgrund ihrer hohen Effektstärke eine entsprechend grosse Bedeutung beizumessen.

### **Kontrastanalyse**

Aufgrund der ungewöhnlichen Vorgehensweise, in einer zweiten Phase auch der Kontrollgruppe ein Treatment zukommen zu lassen, erwies sich die Kontrastanalyse als sehr geeignete Methode, um die erhobenen Effekte zu überprüfen. Sie hat zum einen den Vorteil, viel zuverlässigere Informationen über existierende Zusammenhänge zu liefern als eine gängige Varianzanalyse und zum andern eine höhere Test-Stärke als andere Verfahren, was sich gerade bei einer kleinen Stichprobe vorteilhaft auswirkt (Hallahan & Rosenthal, 1996b).

Die gleichzeitige Überprüfung des gesamten Modells ergab jeweils weniger signifikante Werte sowie eine bedeutend geringere Effektstärke als die Überprüfung der einzelnen Verläufe bei beiden Versuchsgruppen. Dies ist wahrscheinlich darauf zurückzuführen, dass die Messwiederholungen und die faktorielle Struktur der Daten bei der ersten Variante nicht berücksichtigt worden sind. Ein weiterer Grund liegt im unterschiedlichen Ausgangsniveau der beiden Gruppen, wodurch die Annahme, dass beide Gruppen ähnliche Ausgangswerte hätten, von Anfang an nicht erfüllt war.



## 9 Erkenntnisse und Ausblick

Im vorliegenden Kapitel wird ein Fazit aus den wichtigsten Ergebnissen des Projekts „more...“ gezogen. Auf der Basis der gewonnenen Erkenntnisse werden allgemeine Empfehlungen zur Organisation von Freiwilligenprojekten sowie zum Thema Corporate Volunteering und zur Bildung einer Freiwilligenplattform formuliert.

### 9.1 Fazit zum Projekt „more...“

Zusammenfassend ist festzuhalten: Regelmässige Besuche durch Freiwillige haben tatsächlich eine positive Auswirkung auf das Wohlbefinden, die Lebensqualität sowie auf die Aktivität und Autonomie kognitiv beeinträchtigter Betagter; diese Wirkung lässt sich zudem durch eine Weiterführung der Besuche aufrechterhalten. Auch das kurzfristige Wohlbefinden der Besucher, deren Zufriedenheit hinsichtlich der Beziehung zur eigenen Familie aber auch bezüglich des Verhaltens und der Einstellung gegenüber dem Leben und deren Fähigkeit, andere emotional zu unterstützen, wurde dadurch gesteigert.

Trotz äusserer Einflüsse und krankheitsbedingter Faktoren (Vergesslichkeit, Wahrnehmungsprobleme, Depressivität, Stimmungsschwankungen, etc.), konnten bei den kognitiv beeinträchtigten Betagten bereits nach zehn wöchentlich einstündigen Besuchen signifikante Interventionseffekte nachgewiesen werden. Anschauliche Verbesserungen in den Baumzeichnungen deuten sogar auf positive Veränderungen hinsichtlich der Stimmungslage, der kognitiven Verarbeitungsprozesse und des psychischen Wohlbefindens hin. Dass regelmässige Besuche vor allem bei Betagten mit wenigen sozialen Kontakten eine positive Wirkung erzielten, ist zwar nicht erstaunlich, jedoch nichtsdestoweniger sehr bedeutsam. Die kognitiv beeinträchtigten Betagten nahmen die Besuche zudem eindeutig wahr. Dies unterstreicht die Relevanz regelmässiger Besuche und vermittelt sowohl Angehörigen als auch Freiwilligen und Pflegenden die Gewissheit, dass ihre Unterstützung und Zuwendung für kognitiv beeinträchtigte Menschen bedeutsam und notwendig ist.

Somit bestätigt sich, dass die wichtigsten Befunde der Käferberg-Besucherstudie durchaus auch auf zuhause lebende, einsame und kognitiv beeinträchtigte Betagte zutreffen.

Die durch regelmässige Besuche bei Betagten postulierte Kompetenzerweiterung Freiwilliger konnte mittels qualitativer Messung bestätigt werden. Danach zeigten sich Verbesserungen des Einfühlungsvermögens, der Empathie sowie der Beziehungs- und Durchsetzungsfähigkeit. Das Wohlbefinden, die Lebenszufriedenheit sowie die Wahrnehmung der Freiwilligen bezüglich ihrer eigenen soziale Unterstützung haben sich durch die Besuche allerdings nicht signifikant verändert.

Eine geringe Test-Stärke, zahlreiche unkontrollierbare äussere Einflussfaktoren sowie die Heterogenität der Untersuchungsgruppen haben die vorhandene Effekte gemindert. Dennoch: Die positive Auswirkung der Besuche wird gestützt durch die Berichte der Freiwilligen selbst und deren Partner. Diese haben durchaus positive Veränderungen im Verhalten der Freiwilligen und in ihrer Einstellung gegenüber der Familie und dem Leben wahrgenommen. Die Besucher selbst erwähnten als positive Effekte mehr Geduld, Toleranz und Verständnis für andere Menschen sowie Dankbarkeit, Entspannung, Relativierung der eigenen Sorgen, Sinnfindung und die Möglichkeit, der Gemeinschaft etwas zurückgeben zu können. Interessant ist zudem die grössere Steigerung des Wohlbefindens bei Besuchern, welche allein lebten oder eine höhere soziale Unterstützung wahrnahmen.

Nach Abschluss der Untersuchungsphase wurden die Versuchspersonen über die Studienziele aufgeklärt. Etwa drei Viertel der Besucher und Besuchten entschieden sich gemeinsam für eine Weiterführung der regelmässigen Besuche. Mit einem sommerlichen Fest feierten alle Projektbeteiligten den erfolgreichen Abschluss von „more...“.

Die Besuchertreffen finden weiterhin regelmässig statt und erfreuen sich reger Teilnahme. Die Freiwilligengruppe wurde zur Weiterführung an die Alzheimervereinigung Zürich übergeben.

Am Psychologischen Institut der Universität Graz wird seit 2001 von einer Lizentiandin eine Replikation der Käferberg Besucherstudie durchgeführt.

## 9.2 Implikationen für Freiwilligenprojekte

Die Erkenntnisse aus der vorliegenden Studie stellen ein gutes Fundament für die Förderung weiterer Besuchsdienste für einsame, zuhause lebende, kognitiv beeinträchtigte Menschen dar. Der Nachweis, dass ältere Menschen mit Gedächtnisschwierigkeiten Besuche nicht nur registrieren, sondern auch sehr schätzen und dass soziale Kontakte grundsätzlich zu einer Verbesserung des Wohlbefindens und der Lebensqualität führen, verleiht solchen Besuchsdiensten eine hohe Relevanz und grossen gesellschaftlichen Wert.

Aufgrund der zunehmenden sozialwirtschaftlichen Kosten und des konstanten Personalmangels gerät die Langzeitpflege von Betagten immer mehr unter Druck. Besuchsdienste bieten hier eine willkommene Entlastung. Sie sind aber auch als primäre Prävention bedeutsam, d.h. zur Förderung sozialer Kontakte von einsamen, zuhause lebenden alten Menschen. Langzeituntersuchungen haben aufgezeigt, dass Menschen mit wenig sozialen Kontakten tatsächlich einem erhöhten Risiko ausgesetzt sind, an einer Demenz zu erkranken (Bernhardt et al., 2002; Lang et al. 2000; Zank & Leipold, 2001). Ein bedeutsamer Nebeneffekt der Freiwilligentätigkeit besteht ferner darin, dass pflegende Angehörige dadurch entlastet werden können, was sich wiederum auf deren Wohlbefinden positiv auswirkt, insbesondere auf das Risiko unter depressiver Verstimmung zu leiden (Majerovitz, 2001).

Auf der Basis der durch das Projekt „more...“ gewonnenen Ergebnisse und Erfahrungen werden im Folgenden einige Empfehlungen für Freiwilligenprojekte bzw. Besuchsdienste formuliert. Allerdings wird dabei kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben, sondern es werden lediglich die aus den Erfahrungen dieser Studie direkt abgeleiteten Erkenntnisse aufgezeigt.

### 9.2.1 Rekrutierung Freiwilliger

Die Untersuchung hat gezeigt, dass vielfältige Motive zur Übernahme einer freiwilligen Tätigkeit führen können und dass diese Motive je nach Lebensalter variieren. Neben altruistischen Motiven bestehen in jeder Altersgruppe auch spezifische Erwartungen an die Freiwilligentätigkeit, die darauf abzielen, persönliche Ressourcen zu erweitern. Ein weiterer wichtiger Aspekt, der sich durch Gespräche mit Freiwilligen herausbildete, ist der Wunsch nach spontanen und zeitlich begrenzten Einsatzmöglichkeiten. Viele Freiwillige möchten sich nicht mehr langfristig verpflichten, sondern sich jeweils dort engagieren, wo es ihnen gerade Spass macht, worin sie eine momentane Sinnerfüllung sehen oder wo sie eine konkrete Kompetenzerweiterung erwarten (vgl. Heinze & Strünck, 2001; Rütz, 1998).

Freiwilligenorganisationen, welche diese neuen Trends aufgreifen und Interessierten gemäss ihren Motiven und Wünschen Einsatzmöglichkeiten bieten, dürften bei der Rekrutierung Freiwilliger weniger Schwierigkeiten haben. Ein bedürfnisorientiertes, breites Betätigungsangebot, welches die Wünsche der Einsatzwilligen in den Mittelpunkt stellt, ist dabei die Voraussetzung für einen Erfolg. Eine systematische Marktanalyse sowie gezielte Werbemassnahmen wären dabei gewiss ebenfalls von Vorteil (Clary et al., 1998; Rütz, 1998).

Gemäss ihren unterschiedlichen Motiven und Erwartungen sollten Personen aus verschiedenen Alterssegmenten jeweils spezifisch angesprochen werden. Regelmässige Besuche bei dementen alten Menschen decken u.a. das Bedürfnis, sich mit dem dritten Lebensabschnitt kritisch auseinander zu setzen, und sprechen daher in erster Linie Personen im Alter von über 50 Jahren an (vgl. dazu auch Bachmann & Bieri, 1998).

Die Besuche stellen jedoch relativ hohe Anforderungen an die Durchsetzungs- und Empathiefähigkeit der Freiwilligen. Besuchende, die sich dieser Schwierigkeiten bewusst sind und die genau solche Herausforderungen suchen, können davon in besonderer Weise profitieren. Für Freiwillige, welche sich in erster Linie eine unkomplizierte, positive Beziehung zu einem anderen Menschen wünschen, scheint diese Art von Freiwilligentätigkeit weniger geeignet zu sein.

### 9.2.2 Selektion Freiwilliger

Zur Selektion von Freiwilligen wird in der vorhandenen Fachliteratur wenig ausgesagt. Aus dem vorliegenden Projekt wurde die Erkenntnis gewonnen, dass eine sorgfältige Selektion zugleich im Interesse der Freiwilligen, der Besuchten und der Freiwilligenorganisation liegt. Freiwillige, deren Bedürfnisse und Motive durch das Freiwilligenprojekt nicht gedeckt werden oder deren Vorstellungen denjenigen der Organisation zuwiderlaufen, sind unzufriedener, geraten eher in Konflikte und brechen ihre Besuche möglicherweise frühzeitig ab (Clary et al., 1998). Dies ist für alle Beteiligten unbefriedigend, schadet jedoch vor allem den Besuchten, die sich über die regelmässigen Besuche freuen, da sie möglicherweise bereits zu einem wichtigen Bestandteil ihres Lebens geworden sind. Unmotivierte, mit negativen Gefühlen verbundene Besuche können sich negativ auf das Wohlbefinden Betagter auswirken. Ein plötzlicher Abbruch der Besuche dagegen birgt das Risiko, dass die betreffenden Besuchten in ein Loch stürzen, und dass die verbesserte Lebensqualität, die sie durch die zuvor erfolgten Besuche erreicht hatten, rapide abfällt (Flannery, 2002).

Eine vorausgehende Informationsveranstaltung mit anschliessenden Einführungsgesprächen hat sich im Projekt „more...“ sehr gut bewährt. An der Informationsveranstaltung sollten Rollen, Anforderungen, Werte und Ideen genau aufgezeigt werden. Die Zusammenarbeit der Forscher und der Projektleitung mit den Freiwilligen hat deutlich gemacht, dass einer vorgängigen klaren Abgrenzung der Aufgaben und Pflichten Freiwilliger gegenüber professionell Tätigen besonderes Gewicht beizumessen ist. Die Gefahr, dass sich gewisse Dienstleistende benachteiligt fühlen, ist ansonsten gross (vgl. Bachmann & Bieri, 2000; Miege & Wehner, 2002). In den Einführungsgesprächen sollten Wünsche und Motive der Freiwilligen erhoben und eine Teilnahmeignung abgeklärt werden. Es empfiehlt sich, diese Gespräche durch erfahrene Personen ausführen zu lassen. Diese sollten einfühlsam sein, aber auch klar und selbstbewusst auftreten und sowohl die Interessen der Besuchten als auch der Organisatoren wahrnehmen können.

Die Interviews bieten zudem die Möglichkeit, Informationen im Hinblick auf eine passende Einteilung von Besuchern und Besuchten zu gewinnen. Eine bewusste Zuteilung nach Hobbys, Geschlecht und Kulturkreisen hat sich in der Käferberg Besucherstudie wie auch im Projekt „more...“ sehr bewährt. Ausserdem empfiehlt es sich, den zeitlichen Aufwand, wie z.B. den Anfahrtsweg zum Besuchten, für den Freiwilligen möglichst gering zu halten. Gerade für berufstätige Freiwillige kann ein zu langer Anfahrtsweg eine zu starke zeitliche Belastung darstellen, was mittel- bis langfristig zu einer Aufgabe der freiwilligen Besuche führen kann.

### 9.2.3 Ausbildung, Begleitung und Weiterbildung Freiwilliger

Immer häufiger werden in Freiwilligenprojekten auch Aus- und Weiterbildungen angeboten (Dedi Rüegg & Hitz, 2000; Eckenrode & Hamilton, 2000; Ostendorp et al., 2001). Dies hat sich auch im vorliegenden Projekt bewährt. Um Schwierigkeiten im Umgang mit kognitiv beeinträchtigten Menschen vorzubeugen oder diese aufzufangen, aber auch um eine Frustration der Besucher zu vermeiden, ist eine gute Ausbildung sowie der regelmässige Erfahrungsaustausch sehr bedeutungsvoll. Die Freiwilligen schätzten vor allen Dingen den durch eine Fachperson (z.B. Ärzte, Gerontologen, Spitexmitarbeiter) moderierten Erfahrungsaustausch und die themenbezogene Aus- und Weiterbildung. Sie fühlen sich dadurch ernst genommen und für ihre Freiwilligentätigkeit belohnt. Ausserdem erhalten sie anlässlich dieser Meetings neue Ideen für ihre Besuche, fachliche Ratschläge und die Möglichkeit, ihr eigenes soziales Netz auszudehnen.

Im Projekt „more...“ bildete sich ein guter Gruppenzusammenhalt, der die Motivation der Besucher sichtlich förderte.

Der Erfahrungsaustausch im Projekt „more...“ war auch für die Projektleiterinnen wichtig. Dank der Fragen und Ideen von Freiwilligen konnte das Projekt laufend verbessert werden. Auch Burmeister (2000) ist der Ansicht, dass gerade das Ernstnehmen der Ressourcen, Kompetenzen und Erfahrungen Freiwilliger für deren Motivation und Engagement sehr wichtig seien.

Die Idee, eine Besucherkarte zu verwenden, welche mit einem Foto des Freiwilligen und dem nächsten Besuchstermin versehen war, hat sich bereits in der Käferberg-Besucherstudie (Albrecht & Oppikofer, 2000) gut bewährt. Die meisten Besuchten platzierten die Karte an einem gut sichtbaren Ort, wurden dadurch regelmässig an die Besucher erinnert und freuten sich dabei schon auf den nächsten Besuch. Es ist anzunehmen, dass positive Besuchseffekte dadurch länger anhalten und somit einen grösseren Einfluss auf das Wohlbefinden und die Lebensqualität der Betagten ausüben. Ausserdem dienten die Besucherkarten dazu, die betreuenden Spitex-Pflegerinnen und die Angehörigen der Betagten über die Besuche auf dem Laufenden zu halten. Viele Besucher benutzten die Karte auch, um darauf nebst ihrer eigenen Nummer weitere für sie wichtige Notfallnummern zu notieren.

Für die Aus- und Weiterbildung empfehlen sich folgende Vorgehensweisen:

- *Fundierte Ausbildung*  
Bereichsspezifische Vorbereitung der Freiwilligen: Dazu gehören das Vorbereiten auf die Besuche und mögliche Schwierigkeiten, Vermitteln von Grundlagenwissen, Organisatorisches zum Freiwilligeneinsatz, das Vermitteln von Werten und Strukturen der Organisation sowie Informationen zur Helpline oder zu anderen Möglichkeiten, wie man sich bei akuten Problemen schnell und flexibel Hilfe holt. Die Ausbildung sollte möglichst von einem interdisziplinären Referententeam durchgeführt werden.
- *Gezielte Erweiterung von Wissen und Fertigkeiten durch Workshops und Fachvorträge*  
Die Weiterbildungsmöglichkeiten sind möglichst abwechslungsreich und bedürfnisorientiert zu gestalten und sollten überdies breit angelegt sein. Bewährt haben sich eine Kombination themenbezogener Fachvorträge (z.B. zur aktuellen Demenzforschung), Empfehlungen für die praktische Anwendung (z.B. Rollstuhltraining, Ideen für gemeinsame Aktivitäten) und weiterführenden Themen zur Kompetenzerweiterung (z.B. Kommunikationstrainings). Auch Rückmeldungen von indirekten Beteiligten (Erfahrungsberichte von Angehörigen und Spitex-Mitarbeiterinnen) fanden grossen Anklang. Ferner ist es wichtig, das Weiterbildungsangebot laufend zu evaluieren und regelmässig an die Interessen und Bedürfnisse der Freiwilligen anzupassen (vgl. auch Burmeister, 2000).
- *Förderung einfacher Kommunikations- und Kontaktformen durch Erfahrungsaustausch*  
Der Erfahrungsaustausch sollte von einer Fachperson moderiert werden und in einer entspannten Umgebung stattfinden. Bewährt haben sich Diskussionen oder Übungen in Gross- und Kleingruppen. Wichtig ist dabei, dass die Gruppe nicht allzu gross ist. Im Projekt „more...“ wurde die Anzahl von 15-20 Personen als obere Grenze für einen sinnvollen Erfahrungsaustausch empfunden.

#### 9.2.4 Fazit

Eine Freiwilligenorganisation, welche Weiterbildung, Ressourcennutzung und soziale Netzwerke fördert, verfügt über entscheidende Vorteile bei der Rekrutierung Freiwilliger, bietet sie doch Möglichkeiten, die sich ‚moderne‘ Freiwillige wünschen. Somit kann sie selbstbewusster auftreten und die unattraktive Rolle des Bittstellers ablegen.

### 9.3 Corporate Volunteering zur Personalentwicklung

Je mehr Unternehmen Corporate Volunteering als einen Vorteil, respektive als wichtigen Beitrag zur Förderung des Humankapitals betrachten, desto eher kann sich diese Idee in der Gesellschaft etablieren und zu einem integralen Bestandteil der Rekrutierung, des Bonussystems, der Karriereplanung und der Personalentwicklung werden.

Eine Möglichkeit, einen Anreiz für öffentliche und private Unternehmungen zu schaffen, Corporate Volunteering vermehrt zu fördern, besteht in einer Evaluation von Freiwilligeneinsätzen hinsichtlich der Entwicklung sozialer Kompetenzen (Elstad, 2002; Keupp, 2002). Dieses Ansinnen bildete die Grundlage der Diskussion zur Förderung der sozialen Kompetenz in der vorliegenden Untersuchung, obschon dabei noch viele Fragen offen gelassen werden mussten.

Im Folgenden sollen Empfehlungen für die erfolgreiche Nutzung von Corporate Volunteering zu Personalentwicklungszwecken generiert werden. Die Möglichkeiten in diesem Bereich reichen von der Weiter- und Führungsausbildung bis hin zur Vorbereitung auf den Ruhestand. Im Projekt „more...“ bildeten sich folgende vier grundlegenden Voraussetzungen für ein erfolgreiches Corporate Volunteering heraus:

- Spürbare Unterstützung und Anerkennung der Freiwilligkeit von Mitarbeitern durch die Unternehmung sowie gemeinnützige Einstellung des Unternehmens
- Flexible Einsatzmöglichkeiten bei der Freiwilligkeit
- Transfermöglichkeiten der durch die Freiwilligkeit erworbenen Kompetenzen in die private oder berufliche Welt des Freiwilligen
- Gezielter Einsatz von Freiwilligenprojekten je nach Qualifizierungsbedarf

Die oben stehenden Voraussetzungen für ein erfolgreiches Corporate Volunteering werden in den nachfolgenden Kapiteln eingehender diskutiert.

#### 9.3.1 Unterstützung und Anerkennung der Freiwilligkeit von Mitarbeitern

Die Diskussion zur Identifikation mit dem Unternehmen hat gezeigt, dass ein Unternehmen, welches von der Freiwilligkeit seiner Mitarbeiter profitieren will, klar und öffentlich hinter deren Engagement sowie hinter den unterstützten Projekten stehen muss. Es reicht also nicht aus, Freiwilligenorganisationen die Möglichkeit zu bieten, im eigenen Unternehmen respektive Mitarbeiterstamm Helfer zu rekrutieren. Das Unternehmen muss das Engagement sichtbar anerkennen und fördern und selbst öffentlich eine gemeinnützige Einstellung vertreten. Anderenfalls besteht die Gefahr, dass das Engagement des Unternehmens unglaubwürdig erscheint oder als reine Marketingkampagne wahrgenommen wird; was Effekte wie Abwertung und Ärger gegenüber dem Arbeitgeber hervorrufen und sich demzufolge kontraproduktiv auf die Arbeitszufriedenheit und die Einstellung zum Arbeitgeber auswirken kann.

Janning & Bartjes (2000) empfehlen, das gemeinnützige Engagement eines Unternehmens in einer Corporate Citizenship-Strategie zu bündeln. Daraus ergeben sich folgende Vorteile:

- Gegenüber den Mitarbeitern und der Aussenwelt wird eine einheitliche Einstellung und ein einheitliches Vorgehen vertreten, was die Mitarbeiter in ihrem Engagement motiviert und unterstützt.
- Das Image des Unternehmens lässt sich besser gestalten, indem eine bestimmte Ausrichtung verfolgt wird. Dies kommt nicht zuletzt auch kommerziellen Zielen zugute und führt zu einer höheren Wirksamkeit der geplanten Massnahmen.
- Die Interessen der Mitarbeiter lassen sich besser vertreten und leichter bündeln. Gruppen und Einzelpersonen werden damit stärker an das Unternehmen gebunden.

- Aktionen werden koordiniert, was Zeit und Kosten einspart. Zudem ist eine Abgleichung mit Personalentwicklungszielen möglich.
- Schlecht organisierte Formen des gesellschaftlichen Engagements sind unter Umständen rechtlich anfechtbar (vgl. auch Janning & Bartjes, 2000).

### 9.3.2 Flexible Einsatzmöglichkeiten

Das Projekt „more...“ bot nur eine Einsatzmöglichkeit, nämlich den Besuch bei kognitiv beeinträchtigten Betagten. Die Angst, sich mit den Themen Demenz und Alter auseinander setzen zu müssen und die Scheu, dabei womöglich in die Privatsphäre einer Person einzudringen, waren für einige Mitarbeiter ein Hinderungsgrund, am Projekt „more...“ teilzunehmen. So zeigten denn auch Gespräche in den beteiligten Unternehmen und mit Projektteilnehmern, dass eine vielfältige Angebotspalette für Freiwilligeneinsätze als Vorteil gewertet wird. Mit unterschiedlichen Einsatzmöglichkeiten (z.B. Sozialprojekte, handwerkliche und körperliche Einsätze, Managementbegleitung) liesse sich mit Gewissheit eine breitere Gruppe von Mitarbeitern zur Freiwilligentätigkeit bewegen.

Der im vorliegenden Projekt verlangte Einsatzmodus von einer Stunde Aufwand pro Woche hatte den Vorteil, dass der Einsatz kontinuierlich geleistet werden konnte, was die Entwicklung einer intensiveren, länger andauernden Beziehung zur betreuten Person erleichterte. Doch auch hier zeigten sich verschiedene Bedürfnisse. Zeitmangel war ein weiterer wichtiger Grund, warum man nicht am Projekt „more...“ teilnehmen wollte. Unterschiedliche Einsatzmodi (Blocks, beweglicher zeitlicher Rahmen etc.) dürften flexiblere Möglichkeiten bieten, wodurch sich Mitarbeiter wohl vermehrt ansprechen liessen.

Die Zusammenarbeit mit verschiedenen Unternehmen und Berufsgruppen hat sich im vorliegenden Projekt bewährt. Es entstanden anregende Kontakte und durch den gegenseitigen Austausch konnten Synergien genutzt werden. Für pensionierte Mitarbeiter bot sich zudem die Möglichkeit, den Kontakt zum Unternehmen und zu dessen Mitarbeitern weiterhin zu pflegen.

Um flexible Corporate Volunteering-Möglichkeiten anzubieten, empfiehlt sich die Zusammenarbeit mit einer Vermittlungsorganisation.

### 9.3.3 Transfer erworbener Ressourcen

Für jede einzelne Person, insbesondere aber, wenn bestimmte Interessen eines Unternehmens mit im Spiel sind, ist es wichtig, dass erworbene Fähigkeiten in den Alltag und die Arbeitstätigkeit transferiert werden können. Personalentwicklungstrainings für Manager und High Potentials sind überaus kostspielig und haben dennoch oft einen zweifelhaftem TransfERNutzen (Noe & Ford, 1992). Der Einsatz von Corporate Volunteering zur Förderung der Personalkompetenzen ist erwiesenermassen erfolgsversprechend und oft kostengünstiger (Dorando & Schöffmann, 2000; Elstad, 2002). Jedoch fehlt es auch hier bislang an Untersuchungen, die einen derartigen Transfer und dessen Auswirkungen belegen.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie deuten darauf hin, dass der Transfer der erworbenen Ressourcen abhängig ist von bereits vorhandenen Kompetenzen, den Motiven und dem beruflichen und privaten Umfeld des betreffenden Freiwilligen.

Folgende Kriterien können die Transferierbarkeit unterstützen (Dorando & Schöffmann, 2000; Nadai, 1995):

- Ein klares, gezielt ausgewähltes und abgegrenztes Aufgabenspektrum
- Ein anspruchsvolles Tätigkeitsfeld mit breitem Anforderungsspektrum
- Gezielte Kompetenzförderung durch Aus- und Weiterbildungen sowie durch aktiven Miteinbezug der Freiwilligen
- Qualitätsstandards und -kontrolle
- Nähe zum aktuellen Berufsfeld

Eine weitere Möglichkeit bietet der Einsatz eines Transferworkshops im betreffenden Unternehmen. In jedem Fall ist es auf Unternehmerseite wichtig, zu evaluieren, inwieweit die erworbenen Fähigkeiten auch umgesetzt werden. Dazu ist eine Fremdbeurteilung durch den Arbeitgeber und durch das persönliche Umfeld des Freiwilligen erforderlich.

### 9.3.4 Gezielter Einsatz in Freiwilligenprojekten

Die verschiedenen Arten von Freiwilligeneinsätzen fördern unterschiedliche Personalkompetenzen. Für eine optimale Effektnutzung und zielgerichtete Personalentwicklung wäre ein systematischer Einsatz von Projekten je nach Qualifizierungsbedarf notwendig (Dorando & Schöffmann, 2000). Bisher existieren allerdings noch keine systematischen Untersuchungen darüber, welche Aspekte der Sozialkompetenz durch welche Art von Freiwilligentätigkeit gefördert werden könnte.

In diesem Rahmen können daher nur Empfehlungen für ein Vorgehen zur Auswahl der Projekte und zur Koordination der Einsätze formuliert werden (in Anlehnung an Dorando & Schöffmann, 2000):

- Klare Eingrenzung und Bestimmung des Qualifizierungsbedarfs unter Gesichtspunkten der Personalentwicklung. Ausarbeitung der Anforderungen an einen Projekteinsatz
- Vereinbarung der Corporate Volunteering-Strategie mit praktizierten Werten und dem Unternehmensleitbild
- Erkunden des aktuellen bürgerschaftlichen Engagements der Mitarbeiter und deren Motive und Wertevorstellungen für einen Projekteinsatz => Nutzung von bereits vorhandenem Erfahrungspotential
- Auswahl passender gemeinnütziger Einsatzorganisationen, die adäquate Aufgabenfelder anbieten. Die Akzeptanz der Beteiligten ist dabei abhängig von den gemeinsamen Schnittmengen der Interessen. => In einigen Fällen empfiehlt sich eine Zusammenarbeit mit einer Koordinationsstelle für Freiwilligentätigkeit
- Sorgfältige Vor- und Nachbereitung sowie Evaluation der Projekteinsätze. Gezielte Unterstützung des Transfers des Erfahrenen und Gelernten in den Unternehmensalltag
- Sorgfältige Kommunikation der Projekteinsätze. Abstimmung zwischen Hierarchie-Ebenen. Breite und sorgfältige Öffentlichkeitsarbeit; (es darf bei den Mitarbeitern nicht der Eindruck entstehen, sie würden für PR-Zwecke missbraucht)
- Absicherung der Unterstützung bzw. Mitbeteiligung der höchsten Hierarchiestufen des Unternehmens
- Freiwilligen-Plattform

Corporate Citizenship setzt ein sehr kooperatives Vorgehen voraus. Nebst der Zusammenarbeit innerhalb des Unternehmens ist eine Kooperation mit gemeinnützigen Organisationen, der Aussenwelt sowie mit eventuellen weiteren Partnern und Hilfeempfängern notwendig (Westebbe & Logan, 1995). Die Zusammenarbeit mit einer Freiwilligenkoordinationsstelle oder -plattform könnte diesbezüglich Vorteile bringen und ein breiteres Spektrum an Projekten für gezielte Freiwilligeneinsätze ermöglichen. Bisher existieren in der Schweiz jedoch erst wenige solcher Koordinationsstellen (Mieg & Wehner, 2002).

Das Projekt „more...“ hatte sich u.a. zum Ziel gesetzt abzuklären, ob sich aus dem Engagement der Freiwilligen und deren Arbeitgeber eine selbsttragende Plattform herausbilden könnte. Im Erfolgsfall war die Begründung einer solchen selbsttragende Plattform geplant; diese sollte zusammenarbeiten mit lokalen sozialen Institutionen, die Freiwilligendienste benötigen.

Die Bildung einer fortdauernden Plattform im Anschluss an das Projekt „more...“ liess sich aufgrund fehlender Zeit- und Personalressourcen vorerst nicht realisieren. Zwar wurde Mitarbeit zur Errichtung einer solchen Plattform gerne offeriert, die volle Verantwortung dafür wollten jedoch weder Einzelne noch die Organisatorengruppe als Ganzes übernehmen. Es wurden allerdings Ideen zur Etablierung und Funktion einer solchen Plattform entwickelt:

- Eine gezielte Zusammenarbeit mit Unternehmen, welche Freiwilligentätigkeit im Rahmen ihrer Corporate Citizenship-Strategie einsetzen wollen, wäre viel versprechend. Das Ziel einer solchen Plattform wäre die Rekrutierung, Beratung und Begleitung von Freiwilligen, Unternehmen, Organisationen und Projekten. Die Plattform würde als Vermittlungsstruktur zwischen diesen vier Interessengruppen amtieren und könnte zudem professionelle Projektbegleitung wie auch Aus- und Weiterbildung anbieten. Die Finanzierung würde über die beteiligten Unternehmen erfolgen, wobei die Plattform als gewöhnlicher Dienstleistungsanbieter auftreten würde.
- Die Koordinationsstelle müsste – je nach Aufwand – von mindestens einem bezahlten Mitarbeiter geleitet werden, der die Aktualisierung, Qualitätssicherung und das langfristige Bestehen der Plattform sicherstellen würde.
- In Form eines Internetauftritts könnte die Plattform eine Art ‚Freiwilligen-Kiosk‘ führen. Mitglieder der Plattform könnten sich dort über aktuelle offene Freiwilligenaufgaben informieren und bei passenden Einsätzen ihren Dienst anbieten, den Freiwilligenauftrag ‚buchen‘ und anschliessend ausführen.

Durch Mitgliedschaften, kurze Auftrags erledigungsberichte und regelmässige Teilnahme am Erfahrungsaustausch und an weiterbildenden Schulungen liesse sich die Qualität der Freiwilligentätigkeit sicherstellen.

**Für detailliertere Auskünfte zu den hier angewendeten Instrumenten, den Ergebnissen und der Projektorganisation kontaktieren Sie bitte:**

Universität Zürich  
Zentrum für Gerontologie  
Dr. Kerstin Albrecht / Dr. Sandra Oppikofer  
Schaffhauserstrasse 15  
8006 Zürich  
E-Mail: [sandra.oppikofer@zfg.unizh.ch](mailto:sandra.oppikofer@zfg.unizh.ch)



## 10 Literatur

- Albrecht, K. & Oppikofer, S. (2000). *Die Käferberg-Besucher-Studie. Wohlbefinden und soziale Unterstützung bei dementen Heimbewohnern und Heimbewohnerinnen*. Unveröff. Lizentiatsarbeit, Universität Zürich, Psychologisches Institut, Abt. Sozialpsychologie I.
- Affolter, Y., Schmid, R. & Zbinden, M. (2002). *Das Projekt more... Wohlbefinden und soziale Unterstützung bei kognitiv beeinträchtigten, zu Hause lebenden älteren Menschen. Ein Folgeprojekt zur Käferberg-Besucherstudie*. Unveröff. Lizentiatsarbeit, Universität Zürich, Psychologisches Institut, Abt. Sozialpsychologie I.
- Ahlsjö, B., Britton, M., Murray, V. & Theorell, T. (1984). *Disablement and quality of life after stroke*. o.O.: o.V.
- Ammann, H. (2001a). *Von Freiwilligkeit sei die Rede. Ein Vorschlag zur Klärung der Begriffe*. SGG Zürich.
- Ammann, H. (2001b). Schweizer Firmen nehmen Freiwilligkeit ernst. *Schweizer Arbeitsgeber*, 5, 184-187.
- Arnold, J. & Mackenzie Davey, K. (1999). Graduates' work experiences as predictors of organisational commitment, intention to leave and turnover: which experiences really matter? *Applied psychology: an international review*, 48 (2), 211-238.
- Asendorpf, J. B. (1996). *Psychologie der Persönlichkeit: Grundlagen*. Berlin: Springer.
- Ashford, B.E. & Mael, F. (1989). Social identity theory and the organisation. *Academy of management review*, 14, 20-39.
- Auhagen, A.E. (2000). On the psychology of meaning of life. *Swiss Journal of Psychology*, 59 (1), 34-48.
- Avé-Lallemant, U. (1996). *Baum-Tests*. Basel: Reinhardt.
- Avé-Lallemant, U. (2000). *Der Wartegg-Zeichentest in der Lebensberatung*. Basel: Reinhardt.
- Bachmann, R. & Bieri, O. (2000). *Neue Freiwillige finden*. Luzern: Caritas.
- Backes, G.M. (1993). Zur Bedeutung des sozialen Ehrenamtes für ältere und alte Frauen. *Zeitschrift für Gerontologie*, 26 (5), 349-354.
- Backhaus-Maul, H. (2001). Bürgerschaftliches Engagement in den USA. In D. Schöffmann (Hrsg.), *Wenn alle gewinnen. Bürgerschaftliches Engagement von Unternehmen* (S. 31-46). Hamburg: Körber-Stiftung.
- Badr, H., Acitelli, L.K., Duck, S. & Carl, W. (2001). Weaving social support and relationships together. In B.R. Sarrason & S. Duck (Eds.), *Personal relationships: Implications for clinical and community psychology* (S. 1-14). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Barnes, J.A. (1954). Class and Committees in a Norwegian island parish. *Human Relation*, 7, 39-58.
- Barofsky, I. (2001). Health-related quality of life is the ultimate outcome of health care. *Newsletter of the International Society for Quality of Life Research*, 6 (1).
- Bartel, C.A. (1998). *Strengthening the bond of organisational identification through volunteerism*. Ann Arbor: UMI.
- Bartjes, H., Janning, H. (2000). Förderung des Ehrenamtes durch Unternehmen. In U. Otto, S. Müller & C. Besenfeld (Hrsg.), *Bürgerschaftliches Engagement* (S. 79-92). Opladen: Leske + Budrich.
- Baumeister, R.F. (1991). *Meanings of Life*. New York: Guilford.
- Baumeister, R.F. (1995). Self and identity: an introduction. In A. Tesser (Ed.), *Advanced Social Psychology* (pp. 51-97). New York: McGraw-Hill.
- Bechter, H. (1999). *Gruppenarbeit mit älteren Menschen*. Freiburg i. B.: Lambertus.
- Becker, P. (1991). Wohlbefinden. Theoretische Grundlagen. In A. Abele & P. Becker (Hrsg.), *Wohlbefinden. Theorie – Empirie – Diagnostik*. Weinheim: Juventa.
- Beckmann, D., Brähler, E. & Richter, H.-E. (1991). *Der Giessen-Test: ein Test für Individual- und Gruppendiagnostik; Handbuch*. Bern: Huber.
- Behr, K., Liebig, R. & Rauschenbach, T. (2000). *Strukturwandel des Ehrenamts. Gemeinwohlorientierung im Modernisierungsprozess*. Juventa: Weinheim.
- Bergami, M. & Bagozzi, R. P. (1998). *Organisational identification: Construct validity of measurements and tests of hypotheses on correlates*. Paper submitted for publication.
- Bergener, M. (1998). Epidemiologie psychischer Störungen im höheren Lebensalter. In A. Kruse (Hrsg.), *Psychosoziale Gerontologie, Band 1: Grundlagen* (S. 87-105). Göttingen: Hogrefe.
- Bernhardt, T., Seidler, A. & Frölich, L. (2002). Der Einfluss von psychosozialen Faktoren auf das Demenzerkrankungsrisiko. *Fortschritte der Neurologie und Neuropsychiatrie*, 70 (6), 283-288.
- Bickel, H. (1997). Epidemiologie psychischer Erkrankungen im Alter. In H. Förstl (Hrsg.), *Lehrbuch der Gerontopsychiatrie* (S. 1-15). Stuttgart: Enke.
- Bielak, A. (1998). *Evaluation der Lebensqualität von betagten Langzeitpatienten im Quer- und Längsschnitt: Beobachtungen aus Zürcher Langzeitpflege-Institutionen*. Zürich: o.V.

- Bierhoff, H.W., Burkart, T. & Wörsdörfer, C. (1995). Einstellungen und Motive ehrenamtlicher Helfer. *Gruppendynamik*, 26 (3), 373-386.
- Bohner, G. (2001). Einstellungen. In W. Stroebe, K. Jonas & M. Hewstone (Hrsg.), *Sozialpsychologie. Eine Einführung* (S. 265-316). Berlin: Springer.
- Bondevik, M. & Skogstad, A. (1998). The oldest old, ADL, social network and loneliness. *Western journal of nursing research*, 20 (3), 325-343.
- Borkenau, P. & Ostendorf, F. (1993). *Neo-Fünf-Faktoren Inventar (NEO-FFI). Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Bortz, J. & Dörig, N. (1995). *Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.
- Bortz & Lienert (1998). *Kurzgefasste Statistik für die klinische Forschung. Ein praktischer Leitfaden für die Analyse kleiner Stichproben*. Berlin: Springer.
- Bovay, C. & Tabin, J.P. (1998). *(Un)freiwillig effizient: Freiwilligenarbeit, Erwerbsarbeit und gesellschaftliche Solidarität, Studien und Berichte, Nr. 56*. Bern: ISE.
- Brähler, E. & Brähler, Ch. (1993). *Paardiagnostik mit dem Giessen-Test: Handbuch*. Bern: Huber.
- Brähler, E., Schumacher, J. & Brähler, Ch. (1999). Erste gesamtdeutsche Normierung und spezifische Validitätsaspekte des Giessen-Test. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 20 (3), 231-243.
- Broe, G.A., Henderson, A.S. & Creasy, H. (1990). A case-control study of Alzheimer's disease in Australia. *Neurology*, 40, 1698-1707.
- Brown, R. (2001). Beziehungen zwischen Gruppen. In W. Stroebe, K. Jonas & M. Hewstone (Hrsg.), *Sozialpsychologie. Eine Einführung* (S. 538-580). Berlin: Springer.
- Brühweiler, J. (1986). *Die Zürcher Variante des Mini Mental Status nach Folstein. Eine Validationsstudie an 1200 Krankenheimpatienten*. Inaugura Dissertation: Medizinische Fakultät Universität Zürich.
- Brugha, T.S. (Ed.). (1995). Social support and psychiatric disorder: overview of evidence. In *Social support and psychiatric disorder. Research findings and guidelines for clinical practice* (pp. 1-38). Cambridge: University.
- Brunstein, J.C. (1999). Persönliche Ziele und subjektives Wohlbefinden bei älteren Menschen. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 20 (1), 58-71.
- Buunk, B.P. (2001). Affiliation, zwischenmenschliche Anziehung und enge Beziehungen. In W. Stroebe, K. Jonas & M. Hewstone (Hrsg.) *Sozialpsychologie. Eine Einführung* (S. 415-447). Berlin: Springer.
- Buhrmester, D., Furman, W., Wittenberg, M.T. & Reiss, H.T. (1988). Five domains of interpersonal competence in peer-relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 991 – 1008.
- Bullinger, M. & Pöppel, E. (1988). Lebensqualität in der Medizin: Schlagwort oder Forschungsansatz. *Deutsches Ärzteblatt*, 85, 679-680.
- Bundesamt für Statistik (Hrsg.), (1998). Unbezahlte Arbeit. Männer arbeiten für Geld und Ehre - Frauen für den Haushalt. *Statistik Schweiz News*. Pressemitteilung Nr. 61: Bern.
- Burmeister, J. (2000). *Qualifizierung für Ehrenamt und Freiwilligkeit*. Stuttgart: Robert Bosch.
- Carstensen, L.L. (1992). Selectivity theory: Social activity in life-span context. In K.W. Schaie (Eds.) *Annual Review of Gerontology and Geriatrics* (pp. 195-217). New York: McGraw Hill.
- Cavanaugh, J.C. (1998). Friendships and social networks among older people. In I.H. Nordhus & G. Vandenbos (eds.), *Clinical gerontopsychology* (pp 137-140). Washington: American Psychological Association.
- Chappell, N. (1999). *Volunteering and Healthy Aging: what we know*. Report for Volunteer Canada. Manulife Financial and Health Canada.
- Chen, P., Ganguli, M. & Mulsant, B.H. (1999). The temporal relationship between depressive symptoms and dementia. *Archives of General Psychiatry*, 56, 261-266.
- Cheung, Ch-K. & Ngan, M-H. (2000). Contributions of volunteer networking to isolated seniors in Hong Kong. *Journal of Gerontological Social Work*, 33 (2), 79-100.
- Clark, M.S. & Mills, J. (1993). The differences between communal and exchange relationships: What it is and is not. *Personality and social Psychology Bulletin*, 12, 414-425.
- Clark, M.S. & Pataki, S.P. (1995). Interpersonal processes influencing attraction and relationships. In A. Tesser (Ed.), *Advanced Social Psychology* (S. 383-331). New York: McGraw-Hill.
- Clary, E.G., Snyder, M., Ridge, R.D., Copeland, J., Stukas, A.A., Haugen, J. & Miene, P. (1998). Understanding and assessing the motivations of volunteers: a functional approach. *Journal of Personality and social Psychology*, 74 (6), 1516-1530.
- Closs, C. & Kempe, P. (1986). Eine differenzierende Betrachtung und Validierung des Konstruktes Lebenszufriedenheit: Analyse bewährter Verfahren und Vorschläge für ein methodisch fundiertes Vorgehen bei der Messung der Dimensionen dieses Konstruktes. *Zeitschrift für Gerontologie*, 19, (47-55).
- Cooper, B., Jäger, J. & Bickel, H. (1989). Soziale Isolation, psychische Erkrankung und Altersverlauf. Eine epidemiologische Untersuchung. In M.C. Angermeyer & D. Klusmann (Hrsg.), *Soziales Netzwerk. Ein neues Konzept für die Psychiatrie* (S. 231-246). Berlin: Springer.

- Cummins, R.A. (2001). Living With Support in the Community: Predictors of Satisfaction With Life. *Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 7, 99-104.
- Cutrona, C.E., Schutte, K., Suhr J.A. & Russell, D. (1991). Social support and chronic mental illness among the elderly. In E. Light & B.D. Lebowitz (Eds.), *The elderly with chronic mental illness* (S.65-81). New York: Springer.
- Damm, D. & Lang, R. (2000). Corporate Citizenship in Deutschland. *Sozialextra*, Oktoberheft, 23-25.
- D'Ath, P. (1994). Geriatric Depression Scale (Short Version: GDS-4). *Family Practice*, 11, 260-266.
- De Vogler, K.L. & Ebersole, P. (1981). Adult's meaning of life. *Psychological Reports*, 49, 87-90.
- Debats, D.L., Drost, J. & Hansen, P. (1995). Experiences of meaning in life: A combined qualitative and quantitative approach. *British Journal of Psychology*, 86, 359-375.
- Dedi Rüegg, S. & Hitz, B. (2000). In D. Hanhart, L. Staehelin, S. Dedi Rüegg, B. Hitz, R. Schneider & U. Schwarzmann (Hrsg.), *Freiwilligenarbeit. Ein Handbuch*. Zürich: Jean Frey.
- Denzler, P., Markowitsch, H.J. & Kessler, J. (1989). Formen der Demenz. In P. Denzler, H.J. Markowitsch, J. Kessler & R. Fröhlich (Hrsg.), *Demenz im Alter: Pathologie, Diagnostik, Therapieansätze*. Weinheim: Beltz.
- Dollase, R. (2002). Psychologische Erklärungen des sozialen Engagements und Bildungsziele für die Zivilgesellschaft. *Zeitschrift für politische Psychologie* 10 (1), 41-52.
- Dorando, M. & Schöffmann, D. (2000). Business in the community: Lernen in fremden Welten. *Personalführung*, 11, 52-58.
- Dutton, J.E., Dukerich, J.M. & Harquail, C.V. (1994). Organisational images and member identification. *Administrative Science Quarterly*, 39, 239-263.
- Ebersole, P. & De Paola, S. (1987). Meaning in life categories of later life couples. *The Journal of Psychology*, 12, 185-191.
- Eckenrode, J. & Hamilton, S. (2000). One-to-One Support Interventions. In S. Cohen, L.G. Underwood & B.J. Gottlieb (Eds.), *social support measurement and intervention* (S. 246-277). New York: Oxford University Press.
- Elsbach, K.D & Glynn, M. (1996). Believing in your own 'PR': embedding identification in strategic reputation. In J.E. Dutton & J.A.C. Baum (Eds.), *Advances in Strategic Management*, Vol. 13 (pp. 65-90). Greenwich: JAI.
- Elstad, B. (1997). Volunteer Perception of Learning and Satisfaction in a Mega-Event: The Case of the XVII Olympic Winter Games in Lillehammer. *Festival Management and Event Tourism*, 4, 75-83.
- Elstad, B. (2000). *Generation of Interpersonal Skills. A Study of Learning among volunteers*. Bergen: NHH.
- Elstad, B. (2002). *Volunteer Work as an Arena of Competence Development*. Paper submitted to the EURAM conference, 8<sup>th</sup>-11<sup>th</sup> May 2002, Stockholm.
- Engel, F., Nestmann, F., Niepel, G. & Sickendiek, U. (1996). *Weiblich, ledig, kinderlos und alt. Soziale Netzwerke und Wohnbiographien alter alleinstehender Frauen*. Opladen: Leske + Budrich.
- Erikson, E.H. (1974). *Identität und Lebenszyklus*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Erikson, R. (1974). Welfare as a Planning Goal. *Acta Sociologica*, 17, (273-278).
- Erlemeier, N. (1995). Soziale Unterstützung bei der Auseinandersetzung älterer Menschen mit Belastungen. In A. Kruse & R. Schmitz-Scherzer (Hrsg.), *Psychologie der Lebensalter* (S. 243-261). Darmstadt: Steinkopff.
- Erlemeier, N. (1998). *Alternspsychologie. Grundlagen für Sozial- und Pflegeberufe*. Münster: Waxmann
- Esser, S.R. & Vitaliano, P. (1988). Depression, dementia and social supports. *International journal of aging and human development*, 26 (4), 289-301.
- Etzioni, A. (1995). *Die Entdeckung des Gemeinwesens. Ansprüche, Verantwortlichkeiten und das Programm des Kommunitarismus*. Stuttgart: Schäffer-Pöschel.
- Faix, W.G. & Laier, A. (1996). *Soziale Kompetenz: Wettbewerbsfaktor der Zukunft*. Wiesbaden: Gabler.
- Farran, C.J. & Kuhn, D.R. (1998). Finding Meaning Through Caring for Persons with Alzheimer's Disease: Assessment and Intervention. In P.T.P. Wong & P.S. Fry (Eds.), *The Human Quest for Meaning. A Handbook of Psychological Research and Clinical Applications* (pp. 335-358). London: Lawrence Erlbaum.
- Ferring, D. & Filipp, S.-H. (1995). Messung des Selbstwertgefühls: Befunde zu Reliabilität, Validität und Stabilität der Rosenberg-Skala (Measurement of self-esteem: Findings regarding reliability, validity, and stability of the Rosenberg Scale). *Diagnostica*, 42, 284-292.
- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations*, 7, 117-140.
- Filipp, S. H. (2001). *Gesundheitsbezogene Lebensqualität alter und hochbetagter Frauen und Männer*. Expertise im Auftrag der Sachverständigenkommission, Viertes Altenbericht der Bundesregierung, Trier.

- Flannery, R.B. (2002) Disrupted caring attachments: implications of long-term care. *American journal of Alzheimer's disease and other dementias*, 17 (4), 227-231.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E. & Mc Hugh, P.R. (1975). Mini mental state examination (MMS). In R.A. Kane & R.L. Kane (Eds.), *Assessing the elderly: A practical guide to measurement* (pp. 101-102). Lexington, Mass.: Lexington Books.
- Fombrun, C.J. (1997). Three pillars of corporate citizenship: ethics, social benefit and profitability. In N.M. Tichy, A.R. McGill & L. St.Clair (Eds.), *Corporate global citizenship: Doing business in the public eye* (pp. 27-42). San Francisco: New Lexington Press.
- Förstel, H., Bickel, H. & Kurz, A. (1999). *Alzheimer-Demenz: Grundlagen, Klinik und Therapie*. Berlin: Springer.
- Frank, R., Vaitl, D. & Walter, B. (1990). Zur Diagnostik körperlichen Wohlbefindens. *Diagnostica*, 36 (1), 33-37.
- Frankl, V.E. (1963). *Man's search for meaning*. New York: Washington Square.
- Frankl, V.E. (1967). *Psychotherapy and existentialism*. New York: Washington Square.
- Freud, S. (1973). *Gesammelte Werke*. 9. Bd. Totem und Tabu. 5. Auflage. Frankfurt: Fischer.
- Gamber, P. (1996). *Ideen finden, Probleme lösen. Methoden, Tipps und Übungen für einzelne und Gruppen*. Basel: Beltz.
- Gaskin, K., Smith, J.D., Paulwitz, I. (1996). *Ein neues bürgerschaftliches Europa. Eine Untersuchung zur Verbreitung und Rolle von Volunteering in zehn Ländern*. Freiburg i.B.: Lambertus.
- Gehrig, L. (2001). *Baumzeichnungen. Zeichen des Menschen*. Pro Mente Sana & Literaturvereinigung Winterthur (Hrsg.). Winterthur: Vogel.
- Gottlieb, B.H. (1988). Marshalling social support: The state of the art in research and practice. In B.H. Gottlieb (Ed.), *Marshalling social support* (pp. 11-52). Newbury Park: Sage.
- Graff, L. (1991). *Volunteer for the Health of it*. Ontario: Volunteer Ontario.
- Greif, S. (1987). Soziale Kompetenzen. In D. Frey & S. Greif (Hrsg.), *Sozialpsychologie. Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen* (312-320). München: Psychologie Verlags Union.
- Grob, A. (1995). Subjective Well-Being and significant Life-Events across the Life span. *Swiss journal of Psychology*, 54 (1), 3-18.
- Gropp, U. & Schwark, M. (1999). *Memorandum der Hamburger Freiwilligenagentur*. Hamburg: Arbeitskreis Bürgerprojekte.
- Hafner, M. & Meier, A. (1993). *Geriatrische Krankheitslehre. Teil I: Gerontopsychiatrische und neuropsychologische Syndrome*. Bern: Hans Huber.
- Hafner, M. & Meier, A. (1998). *Geriatrische Krankheitslehre. Teil I: Psychiatrische und neurologische Syndrome, 2. vollständig revidierte und erweiterte Auflage*. Bern: Hans Huber.
- Hafner, M. & Meier, A. (1998). *Geriatrische Krankheitslehre. Teil II: Allgemeine Krankheitslehre und somatogene Syndrome, 2. vollständig revidierte und erweiterte Auflage*. Bern: Huber.
- Hallahan, M. & Rosenthal, R. (1996). Statistical Power: Concepts, Procedures, and Applications. *Behaviour Research Therapy*, 34 (5/6), 489-499.
- Halley, D. (2000). Engagement von Unternehmen im Gemeinwesen. *Sozialextra*, Oktoberheft, 17-22.
- Hanhart, D. (2000). Freiwilligenarbeit im Überblick. In D. Hanhart, L. Staehelin, S. Dedi Rüegg, B. Hitz, R. Schneider & U. Schwarzmann (Hrsg.), *Freiwilligenarbeit. Ein Handbuch*. Zürich: Jean Frey.
- Hatfield, E., Utne, M.K. & Traupmann, J. (1979). Equity Theory and intimate relationships. In R.L. Burgess & T. L. Huston (Eds.), *Exchange Theory in Developing Relationships* (pp 99-133). New York: Academic Press.
- Hautzinger, M. & Bommer M. (1992). Die Auswirkung von Kontrolle und Vorhersagbarkeit auf das Befinden älterer Menschen – eine Replikation. *Schweizerische Zeitschrift für Psychologie*, 51 (3), 191-197.
- Havighurst, R.J. (1953/1961). *Human development and education*. New York: Longmans Green.
- Havighurst, R.J. & Albrecht, R. (1953). *Older people*. New York: Longmans Green.
- Heilmann, T. (2001). *Time Well Spent – Die Käferberg Besucherstudie [Dokumentarfilm]*. München: In Touch.
- Heinze, R.G. & Strünk, C. (2001). Freiwilliges soziales Engagement - Potentiale und Fördermöglichkeiten. In R.G. Heinze & T. Okl (Hrsg.), *Bürgerengagement in Deutschland. Bestandsaufnahmen und Perspektiven* (S. 233-253). Opladen: Leske + Budrich.
- Heller, K. & Rook, K.S. (1997). Theoretical functions of social ties and support interventions. In S. Duck (Ed.), *Handbook of personal relationships* (pp. 649-670). Chichester: John Wiley & Sons.
- Helmchen, H., Linden, M. & Wernicke, T. (1996). Psychiatrische Morbidität bei Hochbetagten. *Nervenarzt*, 67, 739-750.
- Hendrie, H.L. (1998). Epidemiology of dementia and Alzheimer's disease. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 6, 3-18.

- Henrich, G. & Herschbacher, P. (2000). Fragen zur Lebenszufriedenheit (FLZ). In U. Ravens-Sieberer & A. Cierza (Hrsg.), *Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin: Konzepte, Methoden, Anwendung* (S. 98-109). Landsberg: Ecomed.
- Hersen, M. & Bellack, A.S. (1984). *Behavioural assessment: A practical handbook*. New York: Pergamon.
- Hertel, H.-U. (1999). Mikrowellenherde schaden der Gesundheit. *The Journal of Natural Science*, 4, 56-59.
- Hock, C. (2000). Demenz. In T. Nikolaus (Hrsg.), *Klinische Geriatrie* (S. 303-316). Berlin: Springer.
- House, J.S., Landis, K.R. & Umberson, D. (1988). Social Relationships and Health. *Science*, 241, 540-545.
- Huber, M. (1994). *Möglichkeiten und Grenzen der Laienhilfe im Gesundheitswesen*. Frankfurt: Lang.
- Hunter, K.I. & Linn, M.W. (1981). Psychosocial Differences between Elderly Volunteers and Non-Volunteers. *International Journal of Aging and Human Development*, 12 (3), 205-213.
- IWD (2000). Corporate Volunteering. Freiwillige fürs Gemeinwohl. *Informationsdienst des Instituts der deutschen Wirtschaft Köln (IWD)*, 26 (37), 6-7.
- Janes, J. (2001). Philantropie und Engagement amerikanischer Unternehmen. In D. Schöffmann (Hrsg.), *Wenn alle gewinnen. Bürgerschaftliches Engagement von Unternehmen*. (S. 23-30). Hamburg: Körber-Stiftung.
- Janning, H. & Bartjes, H. (2000). *Ehrenamt und Wirtschaft. Internationale Beispiele bürgerschaftlichen Engagements der Wirtschaft*. Stuttgart: Robert Bosch.
- Jonker, C., Gerlings, M.I. & Schmand, B. (2000). Are memory complaints predictive for Dementia? A review of clinical and population-based studies. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 983-991.
- Jorm, A.F., Korten, A.E. & Henderson, A.S. (1987). Assessment of altered brain function in the aged. In M. Storandt, I.C. Siegler & M.F. Elias (Eds.), *The clinical psychology of aging*. New York: Plenum.
- Karkoschka, U. (1998). *Validität eignungsdiagnostischer Verfahren zur Messung sozialer Kompetenz*. Frankfurt: Lang.
- Kersting, H.J. (1992). *Kommunikationssystem Supervision. Unterwegs zu einer konstruktivistischen Beratung*. Aachen: ibs.
- Kessler, R. C. & McLeod, J. D. (1985). Social support and mental health in community samples. In S. Cohen & S.L. Syme (Eds.), *Social support and health* (S. 219-240). London: Academic Press.
- Keupp, H. (2002). Zwischen Egotrip und Ehrenamt: Neue Formen der Solidarität und des bürgerschaftlichen Engagements. *Zeitschrift für Politische Psychologie*, 10 (1-2), 87-98.
- Kondo, K., Niino, M. & Shido, K. (1994). A case-control study of Alzheimer's disease in Japan- significance of life-styles. *Dementia*, 5, 314-326.
- Kruse, A. & Schmitt, E. (1998). Die psychische Situation hilfsbedürftiger älterer Menschen – eine ressourcenorientierte Sicht. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 27 (2), 118-124.
- Laireiter, A. (Hrsg.), (1993). Begriffe und Methoden der Netzwerk- und Unterstützungs-Forschung. In *Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung. Konzepte, Methoden und Befunde* (S. 15-44). Bern: Huber.
- Lang, F.R. (2000). Endings and continuity of social relationships: Maximizing intrinsic benefits within personal networks when feeling near to death. *Journal of Social and Personal Relationships*, 17 (2), 155-182.
- Lang, F.R. & Carstensen, L.L. (2002). Time Counts: Future Perspective, Goals, and Social Relationships. *Psychology and aging*, 17 (1), 125-139.
- Lang, F.R., Rieckmann, N. & Schwarzer, R. (2000). Lebensqualität über die Lebensspanne: Die Rolle von Depressivität und Alter in der Alltagsgestaltung. In U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), *Lebensqualitätsforschung aus mediznpsychologischer und soziologischer Perspektive. Jahrbuch medizinische Psychologie. Band 18* (S. 337-353). Göttingen: Hogrefe.
- Lang, F.R., Rieckmann, N., & Baltes, M. M. (2002). Adapting to aging losses: Do resources facilitate strategies of selection, compensation, and optimization in everyday functioning? *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*.
- Lanska, D.J. & Schönberg, B.S. (1993). The epidemiology of dementia: methodologic issues and approaches. In P.J. Whitehouse (ed.), *Dementia* (pp. 3-33). Philadelphia: Davis.
- Lawton, M.P. (1997). Assessing Quality of Life in Alzheimer Disease Research. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 11 (6), 91-99.
- Letenneur, L., Commenges, R.D. & Dartigues, J.F. (1994). Incidence of dementia and Alzheimer's disease in elderly community residents of south-western France. *International Journal of Epidemiology*, 23, 1256-1261.
- Lichtensteiner, H. (1995). *Freiwilligenarbeit im Alter. Analyse und Massnahmen zur Förderung der Freiwilligenarbeit in Nonprofit-Organisationen*. Unveröff. Dissertation, Universität Freiburg, Wirtschafts- und sozialwissenschaftliche Fakultät.
- Linden, M., Mayer, H., Smith, S. & Staudinger, U. (1997). Psychische Widerstandsfähigkeit, Wohlbefinden und Depression im Alter – Ergebnisse aus der Berliner Altersstudie. In H. Radebold, R.D. Hirsch, J. Kipp, R. Kortus, G. Stoppe, B. Struwe & C. Wächter (Hrsg.), *Depressionen im Alter*. Darmstadt: Steinkopff.

- Littmann-Wernli, S. (2002). Was bedeutet Corporate Volunteering für die Privatwirtschaft? In R. Schubert, S. Littmann-Wernli & P. Tingler (Hrsg.), *Corporate Volunteering. Unternehmen entdecken die Freiwilligenarbeit* (S. 23-61). Haupt: Bern.
- Logan, D. & Tuffrey, M. (2000). *Companies in communities: valuing the contribution. Practical guidance on using the London Benchmarking Group model to evaluate corporate community involvement*. Kings Hill: Charities Aid Foundation.
- Long, K.M., Spears, R. & Manstead, A. (1994). The influence of personal and collective self esteem on strategies of social differentiation. *British journal of social psychology*, 33, 313-329.
- Luthanen, R. & Crocker, J. (1992). A collective self esteem scale: Self evaluation of one's social identity. *Personality an social psychology bulletin*, 18, 302-318.
- Maddi, S.R. (1998). Creating Meaning through making decisions. In P.T.P. Wong & P.S. Fry, (Eds.). *The human quest for meaning. A Handbook of Psychological Research and Clinical Applications* (pp. 193-212). London: Erlbaum.
- Majerovitz, S.D. (2001). Formal versus informal support: Stress buffering among dementia caregivers. *Journal of mental health and aging*, 7 (4), 413-423.
- Manstead, A. & Semin, G. (1992). Methoden der Sozialpsychologie: Von der Vorstellung zur Handlung. In W. Ströbe, M. Hewstone, J.P. Codol & G.M. Stephenson (Hrsg.), *Sozialpsychologie. Eine Einführung*, 2. Auflage (S. 61-85). Berlin: Springer.
- Manz, R. (1994). *Zur Bedeutung sozialer Unterstützung und sozialer Integration für psychische Erkrankungen. Konzeptionelle und methodische Probleme*. Regensburg: Roderer.
- Markowitz, F.E. (1998). The Effects of Stigma on the Psychological Well-Being and Life Satisfaction of Persons With Mental Illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 39, 335-348.
- Mayring, P. (1987). Subjektives Wohlbefinden im Alter. Stand der Forschung und theoretische Weiterentwicklung. *Zeitschrift für Gerontologie*, 20, 367-376.
- Mayring, P. (1991). *Psychologie des Glücks*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Mayring, P. (1995). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- McFall, R.M. (1982). A review and reformulation of the concept of social skills. *Behavioral Assessment*, 4, 1 - 33.
- McGraw, K.O. (1978). The Detrimental Effects of Reward on Performance. In M. . Lepper & D. Greene (Eds.), *The hidden costs of reward. New perspectives on the Psychology of human motivation*. New Jersey: Hillsdale.
- Meichenbaum, D., Butler, L. & Gruson, L. (1981). Toward a conceptual model of social competence. In J.D. Wine & M.D. Smye (Eds.), *Social competence* (pp. 36–60). New York: Guilford.
- Meier, D. (1995). *Lebensqualität im Alter. Eine Studie zur Erfassung der individuellen Lebensqualität von gesunden Älteren, von Patienten im Anfangsstadium einer Demenz und ihren Angehörigen*. Bern: Peter Lang.
- Meier, D. (1997). Assessment der Lebensqualität. *Therapeutische Umschau*, 54 (6), 321-325.
- Meier, D. (1999). Demenz und Lebensqualität. In F. Huber (Hrsg.), *Demnzerkrankungen im Alter* (S. 34-39). Basel: SGG.
- Mieg, H.A. & Wehner, T. (2002). Freiwillige Arbeit. Engagement, Organisation und Sinnbildung im Bereich freigeinnütziger Arbeit. In D. Frey, C.G. Hoyos & D. Stahlberg, *Angewandte Psychologie: Band II - Wirtschaft*. München: PVU.
- Moen, P., Dempster-McClain, D. & Williams, R.M. (1989). Social Integration and Longevity: An Event History Analysis of Women's Roles and Resilience. *American Sociological Review*, 54, (4), 635-647.
- Moen, P., Dempster-McClain, D. & Williams, R.M. (1992). Successful Aging: A Life-Course Perspective on Women's Multiple Roles and Health. *American Journal of Sociology*, 97 (6), 1612-1638.
- Moser, K. (1996). *Commitment in Organisationen*. Bern: Hans Huber.
- Nadai, E. (1996). *Gemeinsinn und Eigennutz. Freiwilliges Engagement im Sozialbereich*. Bern: Haupt.
- Nestmann, F. (2000). Netzwerkintervention und soziale Unterstützungsförderung - konzeptioneller Stand und Anforderungen an die Praxis. *Gruppendynamik*, 31 (3), 259-275.
- Nestmann, F. & Wehner, K. (1998). Soziale Netzwerk- und Unterstützungsbeziehungen von alten Menschen mit psychischen Störungen. In B. Röhrle, G. Sommer & F. Nestmann (Hrsg.), *Netzwerkintervention* (S. 169-199). Tübingen: dgvt.
- Netz, P. (1996). *Psychisch kranke alte Menschen und soziale Unterstützung: Vom Bürger zum Heimbewohner oder warum psychisch kranke alte Menschen in ein Heim übersiedeln*. Frankfurt a. M.: Mabuse.
- Netz, P., Steinkamp, G. & Burkhard, W. (1996). *Psychisch gestörte ältere Menschen und ihre sozialen Netzwerke. Eine empirische Analyse*. Opladen: Leske + Budrich.
- Noe, R.A. & Ford, J.K. (1992). Emerging Issues and New Directions for Training Research. *Research in Personnel and Human Resource Management*, 10, 345-384.
- Noll, H.-H. & Schöb, A. (2001). *Lebensqualität im Alter. Expertise im Auftrag der Sachverständigenkommission 'Vierter Altenbericht der Bundesregierung'*, Mannheim.

- Nordhaug, O. (1993). *Human Capital in Organizations. Competence, Training and Learning*. Oslo: Scandinavian University.
- Notz, G. (1999). *Die neuen Freiwilligen. Das Ehrenamt – eine Antwort auf die Krise*. Neu-Ulm: SPAK.
- Nübel, H.U. (2000). Der Kommunitarismus – Eine Ordnungsidee? In Beckmann, K., Mohrs, T. & Werding, M. (Hrsg.), *Individuum versus Kollektiv: Der Kommunitarismus als „Zauberformel“?* (S. 31). Frankfurt: Europäischer Verlag der Wissenschaften.
- Oman, D., Thoresen, C.E. & McMahon, K. (1999). Volunteerism and Mortality among the Community-Dwelling Elderly. *Journal of Health Psychology, 4*, 301-316.
- Oppikofer, S., Albrecht, K., Schelling, H.R. & Wettstein, A. (2002). Die Käferberg Besucherstudie. Die Auswirkungen sozialer Unterstützung auf das Wohlbefinden dementer Heimbewohnerinnen und Heimbewohner. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 35* (1), 39-48.
- Ostendorp, A., Ostendorp, C. & Wehner, T. (2001). *Was macht den Erfolg von Freiwilligeninitiativen aus?* Bericht, ETH Zürich, Institut für Arbeitspsychologie.
- Oswald, W.D., Hagen, B., Rupprecht, R. & Gunzelmann, T. & Steinwachs, K.C. (2002). Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbständigkeit im höheren Lebensalter (SIMA) – Teil XVII: Zusammenfassende Darstellung der langfristigen Trainingseffekte. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, 15*, 13-31.
- Paulhus, D.L. & Martin, C.L. (1987). The structure of personality capabilities. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*, 354-365.
- Paulhus, D.L. & Martin, C.L. (1988). Functional flexibility: A new approach to interpersonal flexibility. *Journal of Personality and Social Psychology, 55*, 88-101.
- Perrig-Chiello, P. (1997). *Wohlbefinden im Alter: körperliche, psychische und soziale Determinanten und Ressourcen*. Weinheim und München: Juventa.
- Petty, R.E. (1995). Attitude Change. In A. Tesser (Ed.), *Advanced Social Psychology* (S. 195-255). New York: McGraw-Hill.
- Pirolt, S. (1998). Quand les cadres travaillent gratis. *L'hebdo, 26. mars, 72-74*.
- Rainer, (2000). Früherkennung der Alzheimer Demenz. In K. Zapotoczky, A. Grausgruber & R. Mechtler (Hrsg.), *Gesundheit im Brennpunkt, 2*, (S. 551-559). (o.V).
- Reker, G.T. & Wong, P.T.P. (1988). Aging as an individual process: toward a theory of personal meaning. In J.E. Birren & V.L. Bengtson (Eds.), *Emergent theories of aging* (pp. 214-246). New York: Springer.
- Riemann, R. & Allgöwer, A. (1993). Eine deutschsprachige Fassung des „Interpersonal Competence Questionnaire“ (ICQ). *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 14*, 153 – 163.
- Rietschlin, J. (1998). Voluntary Association Membership and Psychological Distress. *Journal of Health and social Behaviour, 39*, 348-355.
- Rohan, M.J. & Zanna, M.P. (2001). Values and Ideologies. In A. Tesser & N. Schwarz (Eds.), *Blackwell handbook of social psychology: intraindividual processes*. Malden: Blackwell.
- Röhrle, B., Sommer, G. (1998). Zur Effektivität netzwerkorientierter Interventionen. In B. Röhrle, G. Sommer & F. Nestmann (Hrsg.), *Netzwerkintervention* (S. 15-47). Tübingen: dgvt.
- Rosenstiel, L. (2000). *Grundlagen der Organisationspsychologie*. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Rosenthal, R., Rosnow, R.L. & Rubin, D. B. (2000). *Contrasts and Effect Sizes in Behavioral Research. A Correlational Approach*. Cambridge: University Press.
- Rosow, I. (1974). *Socialization in old age*. Berkely.
- Rosser, R. & Kind, P. (1978). A scale of valuations of states of illness: Is there a social consensus? *International Journal of Epidemiology, 7*, 347-358.
- Rüth, S. (1998). Ehrenamt und Freiwilligenengagement in der Diskussion. In R.G. Strachwitz (Hrsg.), *Dritter Sektor - dritte Kraft. Versuch einer Standortbestimmung* (S. 315-346). Stuttgart: Raabe.
- Ryff, C.D. (1989). The eye of the beholder: View of psychological wellbeing among middle-aged and older adults. *Psychology and Aging, 4* (2), 195-210.
- Ryff, C.D. & Singer, B. (1998). The role of purpose in life and personal growth in positive human health. In T.P. Wong & P.S. Fry (Eds.), *The human quest for meaning. A Handbook of Psychological Research and Clinical Applications* (pp. 213-235). London: Erlbaum.
- Sarason, B.R., Pierce, G.R. & Sarason, I.G. (1990). Social support: The sense of acceptance and the role of relationships. In B.R. Sarason, I.G. Sarason & G.R. Pierce (Eds.), *Social Support: An interactional view* (pp.97-128). New York: Wiley.
- Sarason, B.R., Sarason, I.G. & Gurung, R.A. (2001). Close personal relationships and health outcomes: a key role to the social support. In B.R. Sarason & S. Duck (Eds.), *Personal relationships: Implications for clinical and community psychology* (S. 15-41). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Schalock, R.L., Brown, I., Brown, R., Cummins, R.A., Felce, D., Matikka, L., Keith, K.D. & Permenter, T. (2002). The Conceptualization, Measurement, and Application of Quality of Life: Results of an International Consensus Process. *Mental Retardation and Developmental Disabilities (in press)*.

- Schäufele, M., Bickel, H. & Weyerer, S. (1999). Predictors of mortality among demented elderly in primary care. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 14*, 946-956.
- Schöffmann, D. (Hrsg.). (2001). Corporate Volunteering. Gelebte Unternehmensverantwortung. *Wenn alle gewinnen. Bürgerschaftliches Engagement von Unternehmen* (S. 11-22). Hamburg: Körber-Stiftung.
- Schubert, R., Littmann-Wernli, S. & Tingler, P. (2002). *Corporate Volunteering. Unternehmen entdecken die Freiwilligenarbeit*. Haupt: Bern.
- Schuler, H. (1996). *Psychologische Personalauswahl*. Göttingen: Hogrefe.
- Schuler, H. & Barthelme, D. (1995). Soziale Kompetenz als berufliche Anforderung. In B. Seyfried (Hrsg.), „Stolperstein“ *Sozialkompetenz* (S. 77 - 116). Bielefeld: Bertelsmann.
- Schuler, H., Diemand, A. & Moser, K. (1993). Filmszenen. Entwicklung und Konstruktvalidierung eines neuen eignungsdiagnostischen Verfahrens. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 37*, 3-9.
- Schulz-Hardt, S. & Frey, D. (1997). Das Sinnprinzip: Ein Standbein des homo psychologicus. In M. Mandl (Hrsg.) *Bericht über den 40. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in München 1996* (S. 870-876). Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. & Leppin, A. (1989). *Sozialer Rückhalt und Gesundheit. Eine Metaanalyse*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. & Leppin, A. (1997). Sozialer Rückhalt und Gesundheitsverhalten. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 349-373). Göttingen: Hogrefe.
- Smith, J, Fleeson, W., Geiselman, B., Settersten, R. & Kunzmann, U. (1996). Wohlbefinden im hohen Alter: Vorhersagen aufgrund objektiver Lebensbedingungen und subjektiver Bewertung. In K.U. Mayer & P.B. Baltes, *Die Berliner Altersstudie* (S. 497-523). Berlin: Akademie Verlag.
- Sommer, G. & Fydrich, T. (1989). *Soziale Unterstützung: Diagnostik, Konzepte, F-Sozu*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Staudinger, U. & Dittmann-Kohli, F. (1992). Lebenserfahrung und Lebenssinn. In P.B. Baltes & J. Mittelstrass (Hrsg.) *Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung* (S. 408-436). Berlin: de Gruyter.
- Staudinger, U., Freund, A.M., Linden, M. & Maas, I. (1996). Selbst, Persönlichkeit und Lebensgestaltung im Alter: Psychologische Widerstandsfähigkeit und Vulnerabilität. In K.U. Mayer & P.B. Baltes (Hrsg.). *Die Berliner Altersstudie* (S. 321-350). Berlin: Akademie.
- Stebbins, S. (1988). *The influence of community service volunteer work on perceptions of job satisfaction and organisational commitment among Oregon employees of Pacific Northwest Bell*. Ann Arbor: UMI.
- Steinbüchel, N., Bullinger, M. & Kirchberger, I. (1999). Die Münchner Lebensqualitäts-Dimensionen Liste (MLDL): Entwicklung und Prüfung eines Verfahrens zur krankheitsübergreifenden Erfassung von Lebensqualität. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 3*, 99-112.
- Stroebe, W., Hewstone, M., Codol, J.-P. & Stephenson, G.M. (Hrsg.). (1992). *Sozialpsychologie: eine Einführung*. Berlin: Springer.
- Tajfel, H. (1978). *Differentiation between social groups: Studies in the social psychology of intergroup relations*. London: Academic Press.
- Tausch, R. (o.J.). *Sinn-Erfahrungen. Bedeutung für unser Leben und Möglichkeiten der Förderung*. Hamburg: Universität Hamburg.
- Tesser, A., Millar, M. & Moore, J. (1988). Some affective consequences of social comparison and reflection Process: The pain and pleasure of being close. *Journal of Personality and social psychology, 54* (1), 49-61.
- Thoits, P.A. & Hewitt, L.N. (2000). Volunteer Work and Well-Being. *Journal of Health and Social Behavior, 42*, 115-131.
- Tietz, W. & Bierhoff, H.W. (1996). Motive ehrenamtlicher Helfer: Wie entsteht soziales Engagement und wie wird es aufrechterhalten. In H. Mandl (Hrsg.), *Bericht über den 40. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in München 1996* (S. 470-477). Göttingen: Hogrefe.
- Tingler, P. (2002). Corporate Volunteering aus gesellschaftspolitischer Sicht. In R. Schubert, S. Littmann-Wernli & P. Tingler (Hrsg.), *Corporate Volunteering. Unternehmen entdecken die Freiwilligenarbeit* (S. 91-111). Haupt: Bern.
- Toepler, S. (1998). Modell USA? Der dritte Sektor im Umbruch. In R.G. Strachwitz, *Dritter Sektor - Dritte Kraft. Versuch einer Standortbestimmung* (S. 65-73). Raabe: Stuttgart.
- Ulrich, P. & Maak, T. (2000). *Die Wirtschaft in der Gesellschaft*. Bern: Haupt.
- Van Duijn, C.M. (1996). Epidemiology of the dementia: Recent developments and new approaches. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 60*, 478-488.
- Van Willigen, M. (1998). *Doing Good, Feeling Better: The Effect of Voluntary Association Membership on Individual Well-Being*. Paper presented at the annual meeting of the American Sociological Association, August, San Francisco, CA.
- Van Willigen, M. (2000). Differential Benefits of Volunteering Across the Life Course. *Psychological Sciences and Social Sciences, 55*, 308-318.
- Varga, A. (1999). Elektrosmog – Ein wissenschaftlich begründeter und biologisch wirksamer Umweltfaktor. *The Journal of Natural Science, 4*, 50-55.



- Verkuyten, M. (1997). Intergroup evaluation and self-esteem motivations: self enhancement and self-protection. *European Journal of Social Psychology*, 27, 115-119.
- Wagner, M., Schütze, Y. & Lang, F.R. (1996). Soziale Beziehungen alter Menschen. In K.U. Mayer & P.B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (S. 301-319). Berlin: Akademie-Verlag.
- Wehner, T. & Ostendorp, C. (2001). *Was (freiwillige) Arbeit auszeichnet*. Vortragsfolien, ETH Zürich, Institut für Arbeitspsychologie.
- Wehner, T., Ostendorp, C. & Ostendorp, A. (2002). Good practice? Auf der Suche nach Erfolgsfaktoren in gemeinwohlorientierten Freiwilligeninitiativen. *Arbeit 11* (1), 48-62.
- Westebbe, A. & Logan, D. (1995). *Corporate Citizenship: Unternehmen im gesellschaftlichen Dialog*. Wiesbaden: Gabler.
- Wettstein, A. (1991). *Senile Demenz. Ursache - Diagnose - Therapie -Volkswirtschaftliche Konsequenzen*. Bern: Huber.
- Wettstein, A., Bielak, A., Rüegg, J., Knecht, R., Christen, L. & Christen, S. (1998). *Lebensqualität in Langzeitinstitutionen. Das Zürcher Lebensqualitätsinventar (ZLQI)*. Unveröffentlichter Bericht, Universität Zürich, Medizinische Fakultät.
- Wettstein, A., Conzelmann, M. & Heiss, H.W. (2001). *Checkliste Geriatrie*. Stuttgart: Thieme.
- Wohlfarth, A. (1995). *Ehrenamtliches Engagement heute*. Echter: Würzburg.
- Wolf, B. (1997). *Geben ist genauso schön wie nehmen. Zur Freiwilligenarbeit am Beispiel des Besuchsdienstes Uster*. Diplomarbeit der HFS Aargau.
- Wong, P.T.P. (1998). Implicit Theories of Meaningful Life and the Development of the Personal Meaning Profile. In P.T.P. Wong & P.S. Fry (Eds.), *The Human Quest for Meaning. A Handbook of Psychological Research and Clinical Applications* (pp. 111-140). London: Erlbaum.
- Wong, P.T.P. & Fry, P.S. (Eds.). (1998). *The Human Quest for Meaning. A Handbook of Psychological Research and Clinical Applications*. London: Erlbaum.
- Xuereb, J.H. & Brayne, C. (2000). Neuropathological findings in the very old. Results from the first 101 brains of a population-based longitudinal study of dementing disorders. *Annals of New York Academy of Sciences*, 904, 490-496.
- Yoshitake, T., Kiyohara, Y. & Kato, I. (1995). Incidence and risk factors of vascular dementia and Alzheimer's disease in a defined elderly Japanese population. The Hisayama study. *Neurology*, 45, 1161-1168.
- Young, F.W. & Glasgow, N. (1998). Voluntary Social Participation and Health. *Research on Aging*, 20, 339-362.
- Zank, S. & Leipold, B. (2001). The relationship between severity of dementia and subject well-being. *Aging and mental health*, 5 (2), 191-196.
- Zaudig, M. (1995). *Demenz und „leichte kognitive Beeinträchtigung“ im Alter: Diagnostik, Früherkennung und Therapie*. Bern: Huber.
- Zimbardo, P.G. & Leippe, M.R. (1991). *The psychology of attitude change and social influence*. New York: McGraw Hill.
- Zimmer, A. & Nährlich, S. (2000). Zur Standortbestimmung bürgerschaftlichen Engagements. In A. Zimmer & S. Nährlich (Hrsg.), *Engagierte Bürgerschaft. Traditionen und Perspektiven* (S.9-22). Opladen: Leske + Budrich.