

Diplomarbeit

**Die Wahrnehmung anderen zur Last zu fallen
(perceived burdensomeness) unter älteren
Pflegergeldempfänger*innen (50+) in
österreichischen Privathaushalten:
Einfluss von Geschlecht, ADL-Einschränkung,
depressiver Symptomatik, Unterstützungsform und
eigener informeller Pflegeerfahrung**

eingereicht von

Philipp Pratter

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor der gesamten Heilkunde

(Dr. med. univ.)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt am

Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie

unter der Anleitung von

Research Prof. Priv.-Doz. Dr. phil. Erwin Stolz, MA

Univ.-Prof. Dr. phil. Wolfgang Freidl

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Des Weiteren erkläre ich hiermit, dass, sofern bei der Erstellung dieser Arbeit Künstliche Intelligenz (KI) Werkzeuge zur Generierung und/oder Korrektur bestimmter Textpassagen verwendet wurden, dieser Einsatz unter Einhaltung ethischer Grundsätze, akademischer Integrität und den Vorgaben meiner Universität erfolgte, sowie in Folge dies transparent gemacht und in angemessener Weise gekennzeichnet wurde.

Graz, am 4.1.2026

Philipp Pratter eh.

Zusammenfassung

Hintergrund

Das Erleben, für andere eine Belastung zu sein („perceived burdensomeness“; PB), wird international vor allem als Risikofaktor im Kontext suizidbezogener Forschung untersucht. Einflussfaktoren auf PB in der wachsenden Bevölkerungsgruppe älterer Pflegegeldempfänger*innen sind bislang kaum empirisch beschrieben. Ziel dieser Arbeit war es daher, Prädiktoren von PB in diesem Kollektiv zu analysieren.

Methodik

Grundlage der theorie- und hypothesengeleiteten Sekundäranalyse war eine österreichweite Querschnittserhebung aus dem Jahr 2016 mit 493 Pflegegeldempfänger*innen in Privathaushalten. PB, gemessen mit dem INQ-10, wurde in Beziehung zu soziodemografischen Merkmalen, funktionellen Einschränkungen (ADLs), depressiven Symptomen (CES-D) sowie pflegebezogenen Variablen mittels deskriptiver Statistik, univariater linearer Regressionen und hierarchischer multipler Regression (n = 457) untersucht.

Resultate

PB war insgesamt gering ausgeprägt (M = 2,66; Skala 1–7). Höhere PB-Werte fanden sich bei Männern sowie bei Personen mit stärkeren funktionellen Einschränkungen und ausgeprägterer depressiver Symptomatik. Im finalen Regressionsmodell erklärten depressive Symptomatik ($\beta = 0,34$) und funktionelle Einschränkungen ($\beta = 0,23$) als stärkste Prädiktoren, gemeinsam mit Geschlecht und einem inversen Alterseffekt, rund ein Viertel der PB-Varianz ($R^2 = 0,249$).

Conclusio

Der deutliche Zusammenhang mit depressiver Symptomatik und funktionellen Einschränkungen unterstreicht die interprofessionelle und biopsychosoziale Bedeutung von PB, insbesondere in Zeiten multipler Krisen und alternder Bevölkerung. Diese Arbeit leistet einen wichtigen Beitrag zur Beschreibung von PB-Prädiktoren im Spektrum der Pflegebedürftigkeit und bildet dabei einen Referenzpunkt für künftige, idealerweise longitudinale Studien in diesem Bereich.

Abstract

Background

The experience of being a burden on others (“perceived burdensomeness”; PB) has primarily been investigated internationally as a risk factor within suicide-related research. However, determinants of PB among the growing population of older care allowance recipients remain largely unexplored empirically. The aim of this study was therefore to identify predictors of PB in this population.

Methods

This theory- and hypothesis-driven secondary analysis was based on a nationwide Austrian cross-sectional survey conducted in 2016 that included 493 older care allowance recipients (50+) in private households. PB, measured with the INQ-10, was examined in relation to sociodemographic characteristics, functional impairment (ADLs), depressive symptoms (CES-D), and care-related variables using descriptive statistics, univariate linear regression analyses, and hierarchical multiple regression ($n = 457$).

Results

Overall levels of PB were low ($M = 2.66$; scale 1–7). Higher PB scores were associated with being male, greater functional impairment, and more pronounced depressive symptoms. In the final regression model, depressive symptoms ($\beta = 0.34$) and functional impairment ($\beta = 0.23$) emerged as the strongest predictors and, together with gender and an inverse age effect, accounted for approximately one-quarter of the variance in PB ($R^2 = 0.249$).

Conclusion

The strong association of PB with depressive symptoms and functional impairment highlights the interprofessional and biopsychosocial relevance of PB, particularly in the context of an ageing population and contemporary societal crises. This study contributes to the characterization of PB predictors across the spectrum of care dependency and provides a reference point for future, ideally longitudinal, research in this field.

Inhaltsverzeichnis

Eidesstattliche Erklärung.....	II
Zusammenfassung.....	III
Abstract.....	IV
Abkürzungen und deren Erklärung.....	1
Abbildungsverzeichnis.....	2
Tabellenverzeichnis.....	3
1 Einleitung.....	4
1.1 Pflegelandschaft in Österreich.....	6
1.2 Perceived Burdensomeness.....	8
1.3 Self-Perceived Burden.....	9
1.4 Zusammenhang der Konzepte.....	10
2 Aktueller Stand der Literatur.....	12
2.1 Einflussfaktoren auf Perceived Burdensomeness.....	12
2.2 Einflussfaktoren auf Self-Perceived Burden.....	18
2.3 Fragestellung und Hypothesen anhand der aktuellen Literatur.....	21
3 Material und Methoden.....	22
3.1 Datenerhebung.....	22
3.2 Variablen und Messinstrumente.....	23
3.3 Umgang mit fehlenden Werten und Skalenbildung.....	25
3.4 Statistische Analyse.....	26
4 Ergebnisse der Datenanalyse.....	27
4.1 Soziodemografische Merkmale der Gesamtstichprobe.....	28
4.2 Fehlende Angaben in der Stichprobe.....	28
4.3 Deskriptive Statistik.....	30
4.4 Univariate lineare Regression.....	35
4.5 Multiple hierarchische Regression.....	36
5 Diskussion.....	39
6 Stärken und Limitation.....	48
7 Schlussfolgerungen und Ausblick.....	50
8 Literaturverzeichnis.....	52
Anhang – Fragebogen.....	61

Abkürzungen und deren Erklärung

ADLs	Activities of Daily Living (Aktivitäten des täglichen Lebens)
ANOVA	Analysis of Variance (Varianzanalyse)
CAPI	Computer-Assisted Personal Interview (computerunterstützte persönliche Interviews)
CES-D	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale
DSI-SS	Depressive Symptom Inventory – Suicidality Subscale
IADLs	Instrumental Activities of Daily Living (instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens)
INQ	Interpersonal Needs Questionnaire
KI	Konfidenzintervall
MAR	missing at random
MCAR	missing completely at random
PB	perceived burdensomeness
PBQ	Perceived Burdensomeness Questionnaire
PHQ	Patient Health Questionnaire
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
SD	standard deviation (Standardabweichung)
SE	standard error (Standardfehler)
SHARE	Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe
SPB	self-perceived burden
SPBS	Self-Perceived Burden Scale
TB	thwarted belongingness
VIF	variance inflation factor (Varianzinflationsfaktor)
WIFO	Wirtschaftsforschungsinstitut

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Art der Unterstützung nach Geschlecht und Alter.....	7
Abbildung 2: PB nach Geschlecht (n = 466).....	31
Abbildung 3: Zusammenhang von ADL-Einschränkungen und PB (n = 465).....	32
Abbildung 4: Zusammenhang von depressiven Symptomen und PB (n = 466)....	33
Abbildung 5: PB nach Unterstützungsform (n = 461).....	34
Abbildung 6: PB nach informeller Pflegeerfahrung (n = 462).....	35

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ergebnisse der univariaten linearen Regressionsanalysen.....	36
Tabelle 2: Ergebnisse der hierarchischen multiplen Regression (n = 457).....	38

1 Einleitung

Demografische Prognosen der österreichischen Raumordnungskonferenz zeigen bis 2040 einen Anstieg um 43,8 % in der Altersgruppe der 65-Jährigen und Älteren. Bis 2050 ergibt sich ein Zuwachs um 54 % und damit um mehr als die Hälfte im Vergleich zum Jahr 2021. In der hochbetagten Gruppe der 85-Jährigen und Älteren fällt der Anstieg mit 71,4 % bis 2040 und 159,5 % bis 2050 noch deutlicher aus (1). Diese Verschiebung geht nach Prognosen des Wirtschaftsforschungsinstituts (WIFO) ceteris paribus mit einem deutlichen Anstieg der Ausgaben im Pflegesystem einher: von 1,4 % des Bruttoinlandsprodukts im Jahr 2022 auf 3,1 % im Jahr 2060 (2). Konsekutiv ergibt sich eine Steigerung des Bedarfs an Pflege- und Betreuungskräften, um das derzeitige Versorgungsniveau aufrechterhalten zu können. Bis zum Jahr 2030 werden zusätzlich 51 100 Pflege- und Betreuungskräfte benötigt; bis 2040 erhöht sich dieser Bedarf auf 119 900 und bis 2050 auf insgesamt 196 400 Personen (3).

Das Forschungsnetzwerk für Gesundheit, Alterung und Ruhestand in Europa (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe; SHARE) versteht Pflegebedürftigkeit als anhaltende Unfähigkeit, eine oder mehrere grundlegende Aktivitäten des täglichen Lebens (Activities of Daily Living; ADLs) selbstständig zu bewältigen. Davon abzugrenzen ist die Hilfsbedürftigkeit, die sich auf Schwierigkeiten bei der Ausführung instrumenteller Aktivitäten des täglichen Lebens (Instrumental Activities of Daily Living; IADLs) bezieht, jedoch keinen dauerhaften Betreuungsbedarf voraussetzt (4). Auf gesetzlicher Ebene werden in der Einstufungsverordnung zum Bundespflegegeldgesetz § 1 Abs. 2 sogenannte „Verrichtungen“ definiert, die näherungsweise den Aktivitäten des täglichen Lebens entsprechen. In § 1 Abs. 3–4 der Einstufungsverordnung wird der zeitliche Betreuungsaufwand für die jeweiligen Verrichtungen festgelegt und bildet damit die Grundlage für die Zuordnung zu einer der sieben Pflegestufen sowie den entsprechenden Pflegegeldanspruch.

Der Begriff „Pflegegeld“ wird folgendermaßen definiert:

„Das Pflegegeld hat den Zweck, in Form eines Beitrages pflegebedingte Mehraufwendungen pauschaliert abzugelten, um pflegebedürftigen Personen soweit wie möglich die notwendige Betreuung und Hilfe zu sichern, sowie die Möglichkeit zu verbessern, ein selbstbestimmtes, bedürfnisorientiertes Leben zu führen.“ (§ 1 Satz 1 BPGG)

Daten zum Pflegegeld werden von den Sozialversicherungsträgern erhoben und im Pflegegeldinformationssystem des Dachverbands der Sozialversicherungsträger zusammengeführt. Auf dieser Basis stellen Dachverband und Statistik Austria aggregierte Statistiken zur Verfügung, die häufig Grundlage wissenschaftlicher Berechnungen und Sekundäranalysen bilden. Im letzten Jahr gab es 490 024 Pflegegeldbezieher*innen (Anstieg von 6,68 % zu 2018) mit einer Belastung für das Gesamtbudget von 3,43 Milliarden Euro. Der überwiegende Teil an pflegegeldbeziehenden Personen war weiblich (61,53 %). Mit zunehmender Pflegestufe sank der Anteil der Leistungsbeziehenden kontinuierlich: 2024 entfielen 139 726 Personen auf die erste Pflegestufe, während in der siebten und höchsten Pflegestufe 8 586 Personen Pflegegeld bezogen (5).

In dieser Arbeit wird zunächst ein Überblick über die österreichische Pflegelandschaft gegeben, gefolgt von einer theoretischen Annäherung an die Konzepte „perceived burdensomeness“ und „self-perceived burden“. Die folgende ausführliche Literaturrecherche soll bisher bekannte Determinanten in der Entstehung dieser Belastungsgefühle aufzeigen und näher beschreiben. Im empirischen Teil der Arbeit erfolgt die statistische Auswertung einer österreichweiten Befragung von pflegegeldbeziehenden Personen ab 50 Jahren. Ziel ist es, den Einfluss von soziodemografischen Merkmalen, dem Grad der Pflegebedürftigkeit, dem psychischen Wohlbefindens, der Art der Pflege bzw. Unterstützung und der eigenen Erfahrung als informell pflegende Person auf die erlebte Belastung hypothesengeleitet zu analysieren und die Ergebnisse im Kontext des aktuellen Forschungsstandes zu diskutieren.

Das Empfinden, für andere eine Belastung zu sein, stellt als perceived burdensomeness mehr dar als ein individuelles Unwohlsein: Es ist in zahlreichen Studien mit depressiver Symptomatik (6), Hoffnungslosigkeit (7), Gebrechlichkeit (8) sowie suizidalen Gedanken und Handlungen (9) verknüpft.

Vor dem Hintergrund des bereits beschriebenen demografischen Wandels, der Zunahme pflegebedürftiger älterer Menschen und der zentralen Rolle informeller Pflege gewinnt dieses subjektive Belastungserleben, das bislang nur wenig untersucht wurde (10), an erheblicher gesundheitlicher, gesellschaftlicher und ökonomischer Relevanz. Das im Pflegekontext eng verwandte Konstrukt self-perceived burden weist darüber hinaus bei funktionell stark einschränkenden Erkrankungen Prävalenzraten von bis zu 90 % auf (11). Vor diesem epidemiologischen Hintergrund erscheint es plausibel, das Erleben, für andere eine Belastung zu sein, auch bei älteren pflegebedürftigen Personen nicht bloß als Randphänomen zu betrachten, sondern ihm eine klinische und auf allen Ebenen versorgungsrelevante Bedeutung beizumessen.

1.1 Pflegelandschaft in Österreich

In der repräsentativen österreichischen Gesundheitsbefragung 2019 von Statistik Austria gaben 8,2 % der Frauen und 9,2 % der Männer im Alter von 55 bis 75 Jahren an, in ihren Aktivitäten des täglichen Lebens eingeschränkt zu sein (12). Dabei zeigte sich ein geschlechtsspezifisches Ungleichgewicht in der erhaltenen Unterstützung: 42,2 % der betroffenen Frauen erhielten regelmäßig Hilfe bei der Bewältigung dieser Tätigkeiten, bei Männern waren es 56,1 %. Gleichzeitig äußerten Frauen häufiger einen zusätzlichen Unterstützungsbedarf (22,1 % gegenüber 16,1 %). In der Altersgruppe der über 75-Jährigen nahmen die Einschränkungen deutlich zu: 40,1 % der Frauen und 27,4 % der Männer berichteten über Einschränkungen in den ADLs. Von diesen erhielten 82 % der Frauen und 73,9 % der Männer regelmäßig Hilfe. Ein zusätzlicher Hilfebedarf wurde von 33,1 % der Frauen beziehungsweise 20,3 % der Männer angegeben. Die Unterstützungserbringer für die jeweiligen Altersgruppen sind in Abbildung 1 dargestellt.

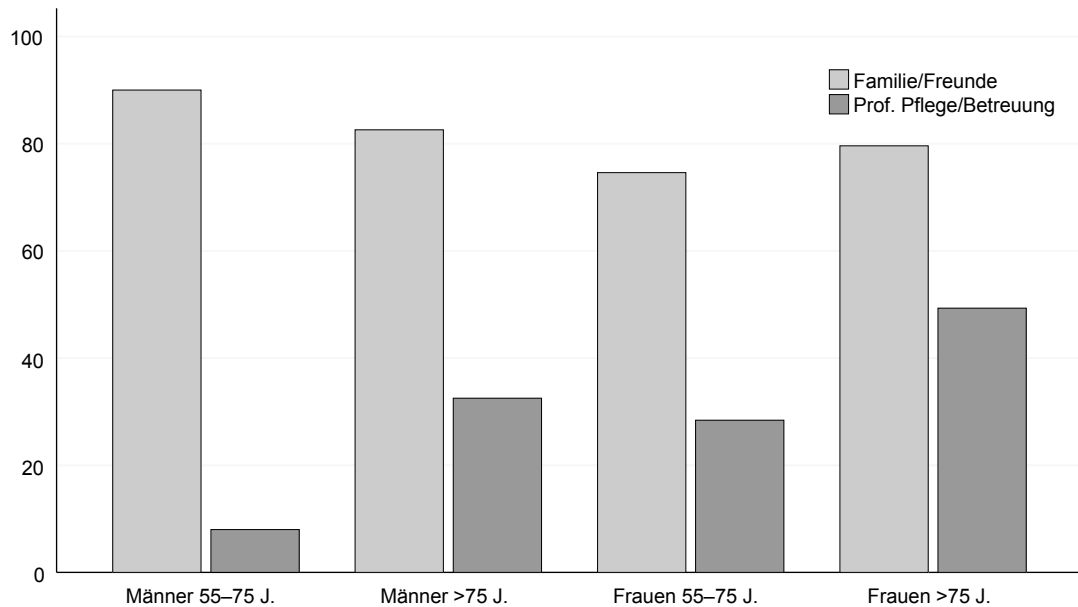


Abbildung 1: Art der Unterstützung nach Geschlecht und Alter

Eigene Darstellung nach Tabelle 29 im Annex der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2019 (12).

Im Rahmen der österreichischen Hochaltrigenstudie (80+) von 2019 bis 2022 gaben 47,1 % der Teilnehmer*innen an, im Alltag Hilfe zu benötigen, 32,9 % waren auf Betreuung beziehungsweise Begleitung angewiesen und 25,0 % galten als pflegebedürftig und waren somit aufgrund eines Verlusts der Selbsthilfefähigkeit bei alltäglichen Verrichtungen auf umfangreichere Hilfe angewiesen. Die Erhebung basierte auf einem integrativen qualitativen Forschungsansatz mittels face-to-face-Interviews (N = 571). Wie bei der Gesundheitsbefragung waren auch hier Frauen häufiger pflegebedürftig als Männer (55,9 % vs. 35,1 %), wobei die Diskrepanz durch den höheren Frauenanteil in Pflegeheimen erklärt wird. In Privathaushalten zeigte sich ein männlicher Überhang (18,1 % vs. 14,4 %) (13), der darauf zurückgeführt wird, dass Männer mit höherer Wahrscheinlichkeit durch jüngere Partnerinnen oder Angehörige, insbesondere Töchter oder Schwiegertöchter, informell gepflegt werden (14). Generell entfielen zwei Drittel der in Privathaushalten erbrachten Pflege- und Hilfsleistungen auf den informellen Bereich. Am häufigsten wurden Töchter (28,7 %), Söhne (26,9 %), Partnerinnen (27,2 %), Enkelkinder (17,6 %), und Partner (11,3 %) als erbringende Personen genannt. Unter den formellen Unterstützungsleistungen in Privathaushalten

überwog die Inanspruchnahme von Heimhilfen (7,1 %) sowie von Essen auf Rädern (6,5 %). Pflege- und Betreuungsleistungen durch die Hauskrankenpflege beziehungsweise 24-Stunden-Betreuung wurden jeweils von rund 3 % in Anspruch genommen (13).

1.2 Perceived Burdensomeness

Der Begriff „perceived burdensomeness“ (PB), sinngemäß als „wahrgenommene Belastung“ übersetzt, wird definiert als Ansicht, die eigene Existenz sei eine Belastung für Freunde, Familienmitglieder und/oder die Gesellschaft, verbunden mit stark selbstabwertenden Gedanken bis hin zu Selbsthass sowie Schuldgefühlen für die eigene Existenz. Letzteres wird häufig als Gefühl beschrieben, dass der eigene Tod für das Umfeld sinnvoller wäre als das Leben der betroffenen Person (15).

Als Teil der psychologischen Interpersonal Theory of Suicide stellt perceived burdensomeness neben der thwarted belongingness (TB) als unerfülltes Bedürfnis nach sozialer Verbundenheit, den zweiten proximal kausalen Risikofaktor für suizidale Handlungen dar. Beide Begriffe stehen dabei im engen Zusammenhang, können Suizidgedanken auslösen und in Kombination mit der Überwindung des Lebenserhaltungstriebes zum Suizid führen. Das Erleben der wahrgenommenen Belastung wird als dynamischer kognitiver Affektzustand beschrieben, der unter anderem von körperlichen Erkrankungen und psychischen Komorbiditäten moduliert wird (9).

Der Interpersonal Needs Questionnaire (INQ) gilt als validiertes zweidimensionales Messinstrument für PB und TB. In den gängigen Varianten werden diese Konstrukte über thematisch verwandte Selbstaussagen erfasst: PB-Items spiegeln die Überzeugung wider, für andere eine Belastung zu sein, während TB-Items das Erleben (fehlender) Zugehörigkeit beziehungsweise sozialer Verbundenheit abbilden (16). Die ursprüngliche Version des INQ-Selbstbeurteilungsfragebogen umfasste 25 Items (17). In weiterer Folge entstanden Versionen mit 10, 12, 15 oder 18 Items, sowie länderspezifische Varianten. Seit 2013 steht eine deutsche Version mit 15 Items zur Verfügung (18), für deren PB-Subskala 2016 in einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe eine ausgezeichnete interne Konsistenz

(Cronbachs $\alpha = 0,94$) berichtet wurde (19). Der INQ-15 umfasst dabei sechs PB-Items mit einer Ausprägung von 1 („trifft überhaupt nicht auf mich zu“) bis 7 („trifft sehr auf mich zu“). 2023 konnten dem INQ-15 verlässliche Grenzwerte für das Vorliegen von Suizidgedanken bei psychiatrisch erkrankten Personen zugeordnet werden, die einen Nutzen für Behandlungsstudien und die klinische Praxis bieten. Der entsprechende Cut-off für die PB-Subskala liegt bei ≥ 12 für stationäre und ambulante Patient*innen (20). Aus der deutschen Version des INQ-15 stammt die folgende Übersetzung zweier PB-Items, die in allen gängigen Versionen enthalten sind: „Zurzeit wären die Menschen in meinem Leben glücklicher ohne mich.“ und „Zurzeit denke ich, dass ich die Dinge für die Menschen in meinem Leben schlimmer mache.“ (21). In einer Netzwerkanalyse der deutschen INQ-15-Version zeigte sich, dass insbesondere dieses zuletzt genannte Item gemeinsam mit „Zurzeit denke ich, dass ich eine Belastung für die Gesellschaft bin.“ unter den PB-Items die stärksten positiven Zusammenhänge mit dem Vorliegen von Suizidgedanken aufwies (22). Die Primärstudie verwendete den INQ-10, basierend auf Befunden der Faktorenanalyse von (21). In dieser Analyse wurden fünf Versionen des INQ hinsichtlich Reliabilität, Faktorenstruktur und prädiktiver Validität untersucht, wobei die 10- und die 15-Item-Variante die besten Modellfits zeigten. Nur der INQ-10 identifizierte jedoch in allen Stichproben PB und TB als unabhängige Prädiktoren von Suizidgedanken. Der INQ-10 umfasst je fünf PB- und TB-Items und ermöglicht aufgrund seiner Kürze eine vergleichsweise ökonomische Erfassung beider Dimensionen.

1.3 Self-Perceived Burden

Der Begriff „self-perceived burden“ (SPB), sinngemäß als „selbst wahrgenommene Belastung“ übersetzt, bezeichnet das subjektive Empfinden von Pflegeempfänger*innen, durch ihre Abhängigkeit eine Last für andere, insbesondere für die handelnden Pflegepersonen, darzustellen. Dieses Gefühl ist häufig mit Frustration und Sorge verbunden und kann zu Schuldgefühlen führen, da die Betroffenen sich für die Belastung und Not der pflegenden Personen verantwortlich fühlen (23). In einem Literaturreview, welches 22 Studien aus China (19), Malaysia (1), den USA (1) und Kanada (1) mit einer Gesamtstichprobe

von N = 3999 im Kollektiv krebserkrankter Personen umfasste, wurde eine Prävalenz von SPB zwischen 73 und 100 % berichtet (24).

Im Unterschied zum zweidimensionalen Konzept der perceived burdensomeness beschreibt das mehrdimensionale Konstrukt der self-perceived burden ein spezifisch auf die Pflegesituation bezogenes Belastungsempfinden, das keinen unmittelbaren Bezug zu suizidalen Gedanken aufweist (7).

Als Messinstrument wurde die Self-Perceived Burden Scale (SPBS) 2003 ursprünglich mit 25 Items für ein Kollektiv an chronisch kranken Personen konzipiert (23). In der Folge etablierten sich Kurzformen (10 Items) mit sehr guter interner Konsistenz sowie in der onkologischen Validierung eine Reduktion auf 9 Items aufgrund niedriger Faktorladung von Item 7 (25). Eine eigenständige deutschsprachige Validierung der SPBS, analog zur verfügbaren deutschsprachigen Version des INQ, konnte im Rahmen der Literaturrecherche nicht identifiziert werden. Die nachfolgend genannten Beispielitems werden daher im englischen Originalwortlaut nach (23) wiedergegeben; die deutsche Fassung im Text stellt eine eigene sinngemäße Übersetzung dar: „I feel that I am a burden to my caregiver“ (Ich habe das Gefühl, eine Belastung für meine Pflegeperson zu sein) sowie „I feel guilty about the demands I make on my caregiver“ (Ich habe Schuldgefühle wegen der Anforderungen, die ich an meine Pflegeperson stelle). Für die 10-Item-SPBS wird ein klinisch relevanter Cut-off von ≥ 20 Punkten berichtet, der auf Vergleichen mit qualitativen Interviews in einer Palliativpopulation beruht (26). Nachfolgende Studien im Schmerzkontext haben diesen Grenzwert übernommen und gestützt (7, 27).

1.4 Zusammenhang der Konzepte

Die Beziehung zwischen perceived burdensomeness und self-perceived burden wurde 2017 in einer kanadischen Studie an ambulant behandelten chronischen Schmerzpatient*innen (N = 260; Männer 31,5 %; Frauen 68,5 %; Caucasian/White 85,6 %) mit einem Durchschnittsalter von 48,2 Jahren (Standardabweichung SD = 11,4; Altersspanne = 19–84) untersucht (7). Die Messung von PB erfolgte mit 6-PB-Items des INQ ($\alpha = 0,90$). SPB wurde zunächst mit der 10-Item-SPBS erfasst,

wegen schwacher Psychometrie des invertierten Items 7 nutzten die Autor*innen für die Analysen die 9-Item-Variante ($\alpha = 0,94$; 10-Item-Version: $\alpha = 0,93$).

Inhaltlich erwiesen sich SPB und PB als verwandt, aber nicht identisch. Die Korrelation zwischen den Konstrukten lag bei $r = 0,50$ ($p < 0,001$). Beide standen jeweils signifikant mit suizidaler Ideation in Zusammenhang, PB jedoch durchgängig stärker (mit Beck Scale for Suicide Ideation: SPB $r = 0,29$ vs. PB $r = 0,55$; mit Patient Health Questionnaire (PHQ)-Item-9: SPB $r = 0,35$ vs. PB $r = 0,62$; alle $p < 0,001$). In hierarchischen Regressionen sagte PB zusätzliche Varianz suizidaler Ideation vorher, nachdem SPB berücksichtigt war, umgekehrt trug SPB keine zusätzliche Varianz bei, wenn PB bereits im Modell war. Dies wurde einerseits durch eine stärkere Verknüpfung von Hoffnungslosigkeit und PB erklärt (PB $r = 0,62$ vs. SPB $r = 0,47$; $p = 0,002$). Andererseits beschreibt PB ein breites Spektrum zwischenmenschlicher Selbstabwertung bis hin zur Vorstellung, andere wären „besser dran ohne mich“, womit das Konstrukt in die Nähe suizidbezogener Kognitionen rückt. SPB ist mit Schuld/Scham gegenüber der Zumutung für Pflegende stärker im Pflege-/Krankheitskontext verankert und korreliert entsprechend deutlicher mit funktionellen Einschränkungen im Alltag als PB (SPB $r = 0,46$ vs. PB $r = 0,30$; $p = 0,004$).

Als Limitation nennen die Autor*innen den alleinigen Fokus auf das Outcome Suizidgedanken sowie die eingeschränkte Generalisierbarkeit aufgrund der spezifischen Stichprobe von Personen mit chronischen muskuloskelettalen Schmerzen. Das Alterspektrum lag überwiegend im mittelalten, größtenteils noch erwerbsfähigen Bereich, weshalb einige Teilnehmer*innen die SPBS mangels subjektiven Erlebens von Pflegebedürftigkeit als nicht anwendbar einschätzten. Die SPBS wurde zudem überdurchschnittlich häufig von älteren Personen mit längerer Schmerzdauer nicht bearbeitet, obwohl diese funktionell durch Schmerzen eingeschränkt waren, sodass rund zwei Drittel aller Ausschlüsse (36 von 52; insgesamt 16,6 % der Ausgangsstichprobe) auf fehlende SPBS-Daten zurückzuführen waren (7).

2 Aktueller Stand der Literatur

In wissenschaftlichen Datenbanken findet sich eine Vielzahl an Publikationen zum Thema „caregiver burden“ als Belastung pflegender Angehöriger im Kontext informeller Pflege. Deutlich weniger Aufmerksamkeit wurde hingegen der Perspektive der pflegebedürftigen Personen selbst gewidmet, insbesondere ihrer Wahrnehmung, eine Belastung für andere zu sein (10).

Im Rahmen der Literaturrecherche zeigte sich, dass ein Großteil der vorhandenen Studien perceived burdensomeness als Bestandteil der Interpersonal Theory of Suicide betrachtet und deren Einfluss auf suizidale Gedanken und Handlungen sowie das Zusammenspiel mit thwarted belongingness untersucht. So beschäftigte sich eine Metaanalyse (28) mit dieser Thematik. Auslöser für die PB wurden nur selten beschrieben und nicht in umfangreichen Studien oder Metanalysen betrachtet. Effekte durch Geschlechterzugehörigkeit, Männlichkeitsnormen, Ethnie, finanzielle Situation, die Art der sozialen Beziehung (Partner*in und Kinder), chronischer Schmerz, Depression, Hoffnungslosigkeit, thwarted belongingness, problematischer Alkoholkonsum, die Covid-19 Pandemie sowie die protektiven Faktoren Generativität und positive Emotionen werden in den unten angeführten Studien detailliert beschrieben.

Durch die Spannweite des Begriffs PB ergab sich darüber hinaus ein beträchtlicher Teil an Studien in der Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen, welche in dieser Literaturrecherche nicht berücksichtigt wurden.

2.1 Einflussfaktoren auf Perceived Burdensomeness

In der ursprünglichen Interpersonal Theory of Suicide werden familiäre Konflikte, Arbeitslosigkeit und körperliche Erkrankungen als potenzielle Auslöser für perceived burdensomeness beschrieben (9). Diese Annahmen gehen größtenteils auf frühe konzeptionelle Überlegungen zurück, die in der Mitte des 20. Jahrhunderts angestellt wurden (29).

Geschlechtsspezifische Unterschiede im Erleben von PB und TB wurden im Rahmen einer australischen Querschnittsanalyse aus der Längsschnitt-Kohortenstudie PATH Through Life im Wahlkreis Canberra/Queanbeyan untersucht

(N = 1191; Männer 42,5 %; Frauen 57,5 %; Altersspanne = 32–38 Jahre). Die verwendeten Daten stammten dabei aus der vierten Erhebungswelle (2011–2012). Als Messinstrumente kamen der INQ für PB sowie die Acquired Capability for Suicide Scale (ACSS) für die erworbene Suizidfähigkeit zum Einsatz. Die deskriptive Analyse mittels Analysis of Variance (ANOVA) ($F = 2,70$; $p = 0,101$) und Chi-Quadrat-Tests präsentierten keinen signifikanten geschlechtsspezifischen Unterschied in der Ausprägung von PB. In einem linearen Regressionsmodell mit Interaktionseffekt zeigte sich, dass höheres TB bei Frauen stärker mit PB assoziiert war als bei Männern (Interaktion Geschlecht \times TB: $t = 3,70$; $p < 0,001$) (30).

Zur **Analyse geschlechtsspezifischer Unterschiede vor und während der COVID-19-Pandemie** wurde zwischen 2019 und 2020 eine fragebogenbasierte Erhebung von PB und TB (INQ-15) sowie weiterer Variablen unter älteren Australier*innen durchgeführt (N = 208; Männer 46,6 %; Frauen 53,4 %; Durchschnittsalter = 71,5 Jahre; Altersspanne = 60–97 Jahre). Es kamen 2 \times 2 Varianzanalysen (ANOVAs) zum Einsatz, bei denen die Faktoren Geschlecht (Männer vs. Frauen) und Erhebungszeitpunkt (präpandemisch vs. peripandemisch) berücksichtigt wurden. Männer berichteten insgesamt signifikant höhere PB-Werte als Frauen (M (SD): 0,68 (1,00) vs. 0,34 (0,72); $F = 6,95$; $p = 0,010$). In der peripandemischen Phase waren die PB-Werte geschlechterübergreifend höher als in der präpandemischen Phase (M (SD): 0,70 (1,12) vs. 0,29 (0,44); $F = 12,44$; $p < 0,001$) (31).

In einer 2025 publizierten US-Studie wurde untersucht, inwieweit **zentrale Männlichkeitsnormen und PB**, TB sowie suizidale Gedanken zusammenhängen (32). Die Männlichkeitsnormen umfassten dabei „self-reliance“ (Selbstständigkeit/Unabhängigkeit) und „emotional control“ (Gefühlsunterdrückung). Die Stichprobe (N = 269; Durchschnittsalter = 36,1 Jahre; SD = 11,6) wurde über Prolific in verschiedenen US-Regionen rekrutiert und bestand ausschließlich aus cisgender Männern. Die Erhebung erfolgte zu drei Messzeitpunkten im Monatsabstand (T1, T2, T3). Die Konformität zu Männlichkeitsnormen (self-reliance und emotional control) wurde mit dem Conformity to Masculine Norms Inventory (CMNI-46-Subskalen) erfasst, PB und TB

jeweils mit dem Interpersonal Needs Questionnaire (INQ-15) und suizidale Ideation mit der Suicidality Subscale des Depressive Symptom Inventory (DSI-SS). Alle Skalen zeigten eine sehr gute interne Konsistenz (INQ-PB $\alpha = 0,94-0,95$; INQ-TB $\alpha = 0,92-0,93$). Analytisch kamen in Mplus dreiwellige autoregressive Mediationsmodelle mit getrennten Pfaden für self-reliance und emotional control zum Einsatz. Querschnittlich (T1) korrelierten beide Männlichkeitsnormen mit PB: self-reliance ($r = 0,29$) und emotional control ($r = 0,23$). Longitudinal zeigte sich jedoch nur für self-reliance ein Effekt auf PB: Höhere self-reliance zu T1 sagte, bei Kontrolle von PB zu T1, erhöhte PB-Werte zu T2 voraus ($b = 0,893$; 95 %-Konfidenzintervall (KI) $[0,110; 1,675]$). Für emotional control fanden sich keine belastbaren longitudinalen Effekte auf PB. Als Limitation nannten die Autor*innen die eingeschränkte Repräsentativität einer überwiegend weißen, heterosexuellen Online-Stichprobe (32).

Im Jahr 2013 wurde das **Gefühl der PB gegenüber Ehepartner*in beziehungsweise Kindern** anhand einer kleinen Stichprobe im südzentralen Teil der USA ($N = 70$; Männer 44 %; Frauen 56 %; verheiratet 69 %) mit einem Durchschnittsalter von 72,8 Jahren ($SD = 6,6$; Altersspanne = 65–93) untersucht (33). Die Kategorie „Kinder“ umfasste sowohl leibliche Kinder als auch Stief- und Schwiegerkinder. Zur Messung von PB in verschiedenen zwischenmenschlichen Beziehungen wurden der INQ und der Perceived Burdensomeness Questionnaire (PBQ) eingesetzt. Die Auswertung erfolgte mittels logistischer Regressionsmodelle, in denen die Einschätzung, sich als Belastung für Ehepartner*innen beziehungsweise Kinder zu empfinden (PBQ), als Prädiktor und das dichotomisierte INQ-Item „Die Menschen in meinem Leben wären besser dran, wenn ich nicht mehr da wäre“ als Ergebnisvariable diente. Deskriptiv gaben 67,1 % der Teilnehmenden an, sich als Belastung für ihre*n Ehepartner*in, 64,3 % für ihre Kinder und 44,3 % für beide zu empfinden. Das konkrete Gefühl, den anderen würde es ohne die Person besser gehen, war signifikant gegenüber dem/der Ehepartner*in ausgeprägt (Wald-Statistik = 6,56; Odds Ratio = 5,73; $p = 0,01$), jedoch nicht gegenüber den Kindern. Eine Limitation der Studie stellt die geringe Stichprobengröße sowie das Querschnittsdesign dar.

Ein **Unterschied nach Ethnie im Erleben der wahrgenommenen Belastung gegenüber pflegenden/unterstützenden Angehörigen** (Partner*in oder erwachsene Kinder) wurde 2009 in einer US-amerikanischen Studie (N = 50; Männer 38 %; Frauen 62 %; weiße Personen 56 %; schwarze Personen 44 %) festgestellt (34). Das Durchschnittsalter lag bei 77,9 Jahren (SD = 6,0; Altersspanne = 69–90). Die Datenerhebung erfolgte mittels halbstrukturierter Interviews, welche anschließend mithilfe der Methode des ständigen Vergleichs in einem multidisziplinären Team ausgewertet wurden. Auf diese Weise konnten die Begriffe „Belastung“, „Mühe“ und „Sorge“ in der zwischenmenschlichen Beziehung auf Zusammenhänge mit den Merkmalen in der Stichprobe überprüft werden. Verglichen wurden Personen, die spontan das Gefühl einer „Belastung“ äußerten, mit solchen ohne entsprechende Äußerungen. Unter den 23 Befragten, die Belastung thematisierten, waren 65 % weiß und 35 % schwarz. Das Belastungserleben stand in Zusammenhang mit Schuldgefühlen aufgrund gesundheitlicher Probleme, dem Empfinden, das Leben der Angehörigen unnötig zu verkomplizieren, und der Befürchtung, dass die Kinder sich übermäßig um die Pflege sorgen würden (34). In dieser Studie werden allgemein Begriffe wie „burden“ oder „to burden them“ verwendet, sodass eine spezifische Zuordnung zu perceived burdensomeness oder self-perceived burden nur bedingt möglich ist.

In einer 2023 veröffentlichten ebenfalls US-amerikanischen Studie wurde der **Zusammenhang zwischen chronischer Schmerzbelastung und PB** sowie suizidalen Gedanken untersucht (35). Die Stichprobe umfasste 207 aktive (64,5 %) oder pensionierte Militäranghörige sowie deren Familienmitglieder (Männer 56,1 %; Frauen 39,5 %; unbekanntes Geschlecht 4,4 %). Mittels standardisierter Fragebögen wurden Schmerzintensität, Schmerzakzeptanz, PB (INQ-PB) und Suizidgedanken erhoben. Das getestete Mediationsmodell zeigte, dass Schmerzintensität einen signifikant positiven prädiktiven Effekt für das Auftreten von Suizidgedanken hatte ($b = 3,41$; $t(205) = 5,30$; $p < 0,001$), wobei knapp 90 % dieses Effekts durch PB vermittelt wurde. Darüber hinaus war der indirekte Effekt von Schmerzintensität auf Suizidgedanken über PB bei niedriger ($b = 2,50$; $p = 0,004$) und mittlerer ($b = 0,99$; $p = 0,01$), nicht jedoch bei hoher ($b = 0,08$; $p = 0,68$) Schmerzakzeptanz signifikant. Eine Limitation der Studie stellt das

Querschnittsdesign sowie die überwiegend männliche Stichprobe mit militärischem Hintergrund dar.

Der **Einfluss problematischen Alkoholkonsums auf PB**, TB und Suizidgedanken wurde in einer Studie von 2018 bei aktiven und pensionierten US-Feuerwehrangehörigen (N = 944; Männer 91,4 %; Frauen 8,6 %) mit einem Durchschnittsalter von 38,9 Jahren (SD = 11,6; Altersspanne = 18–82) untersucht (36). Erfasst wurden Alkoholkonsum mit dem Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption (AUDIT-C), PB und TB mittels INQ-15, sowie Suizidgedanken mittels DSI-SS. Die deskriptive Analyse ergab eine signifikante positive Korrelation zwischen problematischem Alkoholkonsum und PB ($r = 0,19$; $p < 0,001$). Ein analytisches Strukturgleichungsmodell zeigte, dass Alkoholkonsum einen indirekten Effekt auf Suizidgedanken vermittelte. Dies war signifikant über PB ($\beta = 0,05$; Standardfehler (SE) = 0,02; 95 %-KI [0,02; 0,08]), nicht jedoch über TB ($\beta = 0,01$; SE = 0,01; 95 %-KI [0,00; 0,02]) nachweisbar. In einer Folgestudie mit Feuerwehrfrauen (N = 241; Durchschnittsalter: 37,6 Jahre; SD = 9,5; Altersspanne = 19–58 Jahre) zeigte sich hingegen ein signifikanter indirekter Effekt problematischen Alkoholkonsums auf Suizidgedanken über PB ($\beta = 0,07$; SE = 0,04; 95 %-KI [0,02; 0,19]) sowie über TB ($\beta = 0,09$; SE = 0,04; 95 %-KI [0,03; 0,17]). Die geschlechtsspezifischen Unterschiede deuten auf eine differenzielle Rolle von PB und TB in Bezug auf Alkoholkonsum und suizidale Gedanken hin. Limitiert wird die Aussagekraft dieser Studie durch die feuerwehrspezifische Stichprobe (36).

In Anbetracht der Tatsache, dass laut dem österreichischen Epidemiologiebericht Sucht 2024 rund 15 % der Gesamtbevölkerung, darunter 18,5 % der Männer und 10,5 % der Frauen, einen problematischen Alkoholkonsum aufweisen, erscheint die Untersuchung potenzieller Auswirkungen auf die wahrgenommene Belastung von besonderer Relevanz (37).

Der **Zusammenhang zwischen dem salutogenetischen Konstrukt der Generativität und PB** sowie TB wurde in einer 2024 publizierten Studie untersucht (6). Generativität wird als psychosoziales Konstrukt beschrieben, welches das Bedürfnis widerspiegelt, einen positiven Beitrag für nachfolgende

Generationen zu leisten und darüber das Wohlbefinden im mittleren Erwachsenenalter zu fördern (38). Die Untersuchung basierte auf einer MIDUS-Refresher-Biomarker-Substichprobe mittel- und älterer Erwachsener aus der US-Bevölkerung (N = 457; Männer 51,6 %; Frauen 48,4 %; weiße Personen 85,3 %) mit einem Durchschnittsalter von 57,2 Jahren (Alterspanne = 40–76) (6). Die Datenerhebung erfolgte mittels standardisierter Fragebögen zur Erfassung von PB, TB, Hoffnungslosigkeit und Generativität. PB wurde nicht mittels INQ gemessen, sondern anhand von acht Items ($\alpha = 0,77$) erhoben, die aus etablierten Messinstrumenten abgeleitet wurden (z.B. Mood and Anxiety Symptom Questionnaire, Selbstkontrollskala, Selbstwertfragebogen). Die Erhebung depressiver Symptome erfolgte durch zwei Items des Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) und neun Items aus dem Mood and Anxiety Symptom Questionnaire ($\alpha = 0,78$). Die Analyse wurde mittels hierarchisch gegliederter linearer Regressionsmodelle durchgeführt: Modell 1 zur Vorhersage von PB, Modell 2 zur Vorhersage von TB und Modell 3 zur Untersuchung der Interaktion zwischen PB und TB. In Modell 1 konnten Hoffnungslosigkeit ($\beta = 0,45$), depressive Symptome ($\beta = 0,25$) und die finanzielle Situation ($\beta = -0,12$) als signifikante Prädiktoren für PB identifiziert werden. Die erklärten Varianzanteile lagen dabei zwischen 48,5 % und 49,5 %. Durch die Hinzunahme der Generativität erhöhte sich die Varianzaufklärung um 0,8 % bis 0,9 % ($\Delta R^2 = 0,01$; $p = 0,004$), was auf einen signifikanten inversen Zusammenhang zwischen Generativität und PB hinweist. In Modell 3 zeigte sich, dass eine hohe Generativität mit einer geringeren Interaktion zwischen PB und TB assoziiert war ($\beta = -0,08$). Als zentrale Limitation wird das querschnittliche Studiendesign genannt, das keine Aussagen über kausale Zusammenhänge erlaubt.

Im Jahr 2024 untersuchte eine Studie in Xintai, China, die **Auswirkungen von Gebrechlichkeit (Frailty) sowie positiven Emotionen auf PB** und Suizidgedanken bei allein lebenden älteren Menschen (N = 893; Männer 51,3 %; Frauen 48,7 %; Durchschnittsalter = 75,0 Jahre; SD = 6,7; Altersspanne = 64–90) (8). Frailty wurde in einem moderierten Mediationsmodell als somatischer Stressor betrachtet, der über PB mit Suizidgedanken zusammenhängt, während positive Emotionen als Moderator Einzug fanden. Die Datenerhebung erfolgte mittels

Fragebögen, welche die Variablen: PB (INQ-15), Frailty (Edmonton Frail Scale; EFS), positive Emotionen (Positive and Negative Affect Schedule; PANAS), Suizidgedanken (Beck Suicidal Ideation Scale-Chinese Version; BSI-CV) sowie soziodemografische und biopsychosoziale Kovariablen erfassten. Die Rücklaufquote betrug 92,3 %. Die Pearson-Korrelationsanalyse zeigte eine negative Korrelation zwischen positiven Emotionen und PB ($r = -0,251$; $p < 0,01$) sowie eine positive Korrelation zwischen Frailty und PB ($r = 0,536$; $p < 0,01$). In der moderierten Mediationsanalyse konnte ein moderierender Effekt positiver Emotionen für den Zusammenhang zwischen PB und Suizidgedanken nachgewiesen werden (Interaktion PB \times positive Emotionen: $B = -0,152$; 95 %-KI $[-0,202; -0,102]$), wodurch ein höheres Maß an positiven Emotionen den Zusammenhang zwischen PB und Suizidgedanken abschwächte. Für die Beziehung zwischen Frailty und PB zeigte sich dagegen kein signifikanter Moderationseffekt positiver Emotionen ($B = -0,034$; 95 %-KI $[-0,082; 0,013]$). Die Studie hebt die Bedeutung von Präventionsansätzen hervor, die positive Emotionen fördern, und weist auf die Limitationen einer Stichprobe aus einer einzigen Stadt auf dem chinesischen Festland hin.

2.2 Einflussfaktoren auf Self-Perceived Burden

Die Auslöser von self-perceived burden zeigen sich insbesondere in Bezug auf somatische Erkrankungen besser erforscht als jene der perceived burdensomeness. Da die Abgrenzung der Begrifflichkeiten nicht immer eindeutig ist, werden im folgenden Abschnitt in kürzerer Form die Einflussfaktoren auf SPB dargestellt.

In einem 2024 publizierten Scoping-Review wurden mögliche Einflussfaktoren auf SPB bei erwachsenen Krebspatient*innen (≥ 18 Jahre) untersucht (39). Frühere Arbeiten in diesem Bereich waren vorwiegend als Fallstudien konzipiert. Von den ursprünglich 513 identifizierten Publikationen aus sechs Datenbanken wurden 33 Arbeiten (quantitativ: $n = 24$; qualitativ: $n = 8$; kombiniert: $n = 1$) in die Auswertung einbezogen und anschließend mit dem Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) qualitativ bewertet. Die Berichterstattung folgte der Preferred Reporting Items for

Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA-2020-Checkliste). Auf der physischen beziehungsweise krankheitsspezifischen Ebene identifizierten die Autor*innen hohe Symptomlast, lange Krankheitsdauer, Nebenwirkungen sowie chronische Komorbiditäten als Prädispositionen für SPB. Psychische Faktoren wie Schuldgefühle, Selbstvorwürfe, Selbststigmatisierung sowie Sorgen um die Zukunft und die Belastung pflegender Angehöriger stellten ebenfalls bedeutende Einflussfaktoren dar. Auf der sozialen Ebene ließen sich keine einheitlichen Aussagen treffen; mehrere Studien berichteten jedoch, dass zunehmende funktionelle Abhängigkeit und Pflegebedürftigkeit mit höherem SPB assoziiert waren. Zudem beeinflussten die Art der Pflege, das Geschlecht der Pflegeperson und die Pflegebeziehung das Erleben von SPB positiv oder negativ. Die Auswirkungen finanzieller Faktoren zeigten sich insbesondere in Studien aus asiatischen Entwicklungs- bzw. Schwellenländern. Knapp die Hälfte der insgesamt 33 eingeschlossenen Arbeiten stammte aus China (n = 16), gefolgt von den USA (n = 5), Kanada (n = 4), Japan und der Schweiz (n = 2); weitere Einzelstudien kamen aus Frankreich, Australien, Belgien und Malaysia. Diese Verteilung schränkt die Repräsentativität der Studie für Mitteleuropa ein, was als Limitation betrachtet werden muss. Des Weiteren werden die Einflussfaktoren überwiegend deskriptiv berichtet, sodass sich Stärke und relative Bedeutung einzelner Faktoren aus der vorhandenen Evidenz nur begrenzt ableiten lassen.

Bereits 2023 wurde im Rahmen eines qualitativen Literaturreviews untersucht, welche Einflussfaktoren zur Entstehung von SPB bei schweren, überwiegend fortgeschrittenen Erkrankungen mit Beeinträchtigung der Aktivitäten des täglichen Lebens beitragen (40). Die Recherche in fünf Datenbanken führte zu einer anfänglichen Anzahl von 3301 Arbeiten, von denen nach Anwendung von Einschlusskriterien letztlich nur 9 Studien mit insgesamt 219 Patient*innen in die Analyse aufgenommen wurden. Die transparente Dokumentation des Auswahlprozesses erfolgte unter Verwendung eines PRISMA-Flussdiagramms. Die Ergebnisse der Analyse zeigten, dass SPB vor allem durch ein Gefühl der Unsicherheit erklärt werden konnte. Diese Unsicherheit bezog sich auf die Zukunftsperspektive, den Krankheitsverlauf sowie auf die Frage, ob Pflegepersonen den Anforderungen gerecht werden konnten und wie stark diese selbst belastet

wurden. Die Einflussfaktoren galten insgesamt als höchst individuell und standen in engem Zusammenhang mit der dyadischen Interaktion zwischen betreuter Person und Pflegeperson über verschiedene zeitliche Dimensionen hinweg.

Aus den gesichteten Fallstudien wird exemplarisch jene zu chronischen Schmerzen genauer beschrieben. Die Prävalenz dieses Phänomens wird österreichweit mit 19,6 % angegeben und entspricht somit einer Anzahl von circa 1,7 Millionen Menschen (41).

In der untersuchten kanadischen Stichprobe (N = 238; Männer 41 %; Frauen 59 %) lag das Durchschnittsalter bei 47,1 Jahren (SD = 9,8; Altersspanne = 21–73) (27). Erhoben wurden neben der SPB (SPBS) die Schmerzintensität (Numeric Rating Scale; NRS), depressive Symptome (PHQ-9), funktionelle Einschränkungen und die Selbstwirksamkeit. Die Analyse erfolgte mittels SPSS. Deskriptiv zeigte sich bei 73 % der Teilnehmenden eine klinisch relevante SPB (SPBS \geq 20); der Medianwert lag bei 27,0. In der bivariaten Pearson-Korrelationsanalyse ergaben sich signifikante positive Zusammenhänge zwischen SPB und Schmerzintensität ($r = 0,21$; $p < 0,01$), funktionellen Einschränkungen ($r = 0,32$; $p < 0,001$) sowie depressiven Symptomen ($r = 0,41$; $p < 0,001$). Eine negative Korrelation bestand mit steigender Selbstwirksamkeit ($r = -0,38$; $p < 0,001$). Zur Prädiktion von SPB wurde ein dreistufiges hierarchisches Regressionsmodell berechnet. Im ersten Schritt erklärten demografische Variablen (Alter und Geschlecht) 5 % der Varianz ($p < 0,01$). Unter Hinzunahme von Schmerzintensität und funktionellen Einschränkungen erhöhte sich die erklärte Varianz auf 15 % ($p < 0,001$). Durch die ergänzende Integration depressiver Symptome, Selbstwirksamkeit und Bindungsvariablen im dritten Schritt konnte die Varianzaufklärung schließlich auf 29 % gesteigert werden ($p < 0,001$).

In weiteren Fallstudien zu funktionell beeinträchtigenden Erkrankungen wurden SPB-Prävalenzen zwischen 70 % (42) und 90 % (11) bei Schlaganfallüberlebenden sowie 67 % bei Personen mit amyotropher Lateralsklerose (43) berichtet.

2.3 Fragestellung und Hypothesen anhand der aktuellen Literatur

Die zentrale Fragestellung dieser Diplomarbeit lautet wie folgt:

Wie hängen soziodemografische Merkmale, der Grad der Pflegebedürftigkeit, das psychische Wohlbefinden, die Art der Pflege bzw. Unterstützung und die eigene Erfahrung als informell pflegende Person mit der Wahrnehmung pflegebedürftiger älterer Personen in Österreich zusammen, für andere eine Belastung (perceived burdensomeness) zu sein?

Auf Basis der gesichteten Literatur lassen sich unter Berücksichtigung einiger Limitationen, darunter eine insgesamt begrenzte Evidenzlage aus mitteleuropäischen Stichproben, die teilweise abweichende Zusammensetzung der untersuchten Kollektive (z. B. jüngere oder nicht pflegebedürftige Personen) sowie das Fehlen umfassender Übersichtsarbeiten, folgende Hypothesen formulieren:

- **H1:** Ältere Männer berichten ein höheres Ausmaß an perceived burdensomeness als ältere Frauen (31).
- **H2:** Ein höherer Grad an Pflegebedürftigkeit ist mit einem stärkeren Gefühl assoziiert, eine Belastung (PB) für andere zu sein.
Diese Hypothese beruht auf dem engen Zusammenhang zwischen Frailty und Pflegebedürftigkeit als funktionelle Einschränkung (44, 45) sowie der positiven Korrelation zwischen Frailty und PB (8). Zusätzlich wird diese Annahme durch Befunde gestützt, die eine Zunahme von SPB im Zusammenhang mit funktionellen Einschränkungen (27) sowie mit ausgeprägten somatischen Erkrankungen aufzeigen (11, 42, 43).
- **H3:** Stärkere Ausprägungen depressiver Symptome und Hoffnungslosigkeit stehen in positivem Zusammenhang mit perceived burdensomeness (6). Diese Annahme zum psychischen Wohlbefinden wird zusätzlich durch die negative Korrelation zwischen positiven Emotionen und PB gestützt (8).

- **H4:** Pflege bzw. Unterstützung durch die Partner*in ist mit einem stärkeren subjektiven Belastungserleben im Sinne von perceived burdensomeness verbunden als jene durch (Schwieger-)Kind(er) (33).
- **H5:** Ältere Personen mit autobiografisch informeller Pflegeerfahrung berichten bei eigener Pflege-/Unterstützungsbedürftigkeit ein höheres Ausmaß an perceived burdensomeness als Personen ohne eine solche Erfahrung.

Im Unterschied zu den direkt theoriegeleiteten Hypothesen H1–H4 ist H5 theoriegestützt-explorativ formuliert und lässt sich plausibel begründen durch die erhöhte Belastung informell pflegender Personen (46-48) und den von (34) beschriebenen Wunsch, Angehörige nicht zu belasten. Eigene Pflegeerfahrung könnte Betroffene für die Mühen informeller Pflege sensibilisieren und damit bei eigener Pflege-/Unterstützungsbedürftigkeit ein ausgeprägteres Lastbewusstsein begünstigen.

3 Material und Methoden

Diese Diplomarbeit basiert auf einer Sekundäranalyse von Daten, die im Rahmen einer Querschnittsstudie vom Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie im Jahr 2016 erhoben wurden (49). Die Studie umfasste Befragungen von älteren (50+) pflegebedürftigen Personen (Pflegestufen 1–7) in österreichischen Privathaushalten. Ziel war es, die Einstellung zur Euthanasie und Sterbehilfe in Abhängigkeit von Soziodemografie, Religiosität, körperlicher Erkrankung, psychischer Belastung und sozialer Isolation darzustellen.

3.1 Datenerhebung

Mit der Durchführung der Datenerhebung als Computer-Assisted Personal Interview (CAPI) wurde das Institut für empirische Sozialforschung GmbH (IFES), ein Mitglied der World Association of Opinion and Marketing Research Professionals (ESOMAR), beauftragt. Die Genehmigung der Primärstudie erfolgte durch die

Ethikkommission der Universität Graz (EK-Nr. 26–425 ex 13/14). Die Feldphase erstreckte sich von Juni bis September 2016.

Forschende und Umfrageinstitute hatten mit Stand 2016 in Österreich keinen Zugang zu Melderegistern und Verwaltungsdaten über Pflegebedürftigkeit und Pflegegeld. Der Einschluss erfolgte daher über die Screening-Frage: „Darf ich Sie fragen: Gibt es in Ihrem Haushalt jemanden, der in einer Pflegestufe ist?“ Aus einer mehrstufigen Zufallsstichprobe der Gesamtbevölkerung ($n = 8\,420$) wurden dadurch 588 pflegebedürftige Personen im Alter von über 50 Jahren identifiziert, von denen 501 (85,2 %) verbal einer Teilnahme zustimmten und 493 die Erhebung vollständig abschlossen. Der verwendete Fragebogen mit Originalwortlaut, Antwortkategorien und Filterführung ist im Anhang dokumentiert. Die für diese Sekundäranalyse verwendeten Items werden im folgenden Abschnitt 3.2 spezifiziert. Originalformulierungen der Frage- und Antworttexte werden unverändert wiedergegeben und sind daher teilweise nicht geschlechtergerecht formuliert.

3.2 Variablen und Messinstrumente

Die **Outcomevariable perceived burdensomeness** wurde mit der entsprechenden Subskala des Interpersonal Needs Questionnaire (INQ-10) gemessen. Diese umfasst fünf Items (z. B. „Zurzeit ginge es Menschen in meinem Leben besser, wenn ich nicht mehr da wäre“), die auf einer siebenstufigen Likert-Skala von 1 (trifft überhaupt nicht auf mich zu) bis 7 (trifft voll und ganz auf mich zu) bewertet wurden. Daraus ergab sich ein theoretischer Gesamtscore zwischen 5 und 35. In dieser Arbeit wurde, entsprechend einer vorab festgelegten Regel zur Handhabung partiell fehlender Angaben, ein Mittelwertscore berichtet (Spanne = 1–7), wobei höhere Werte eine stärkere empfundene Belastung anzeigen. Der Skalenwert wurde berechnet, wenn mindestens drei der fünf Items gültig beantwortet waren; Details zum Umgang mit fehlenden Werten finden sich in Abschnitt 3.3. Das stichprobenspezifische Cronbachs α betrug 0,88 und entspricht damit einer guten Reliabilität.

Aus den im Fragebogen erhobenen soziodemografischen Merkmalen wurde das **Geschlecht zur Beantwortung der ersten Hypothese (H1)** ausgewählt und als dichotome Variable dummy-kodiert (weiblich = 0 / männlich = 1). Zusätzlich gingen das Alter (metrisch; in Jahren) und die höchste abgeschlossene Schulbildung als **Kontrollvariablen** in das multiple Regressionsmodell ein. Letztere wurde dichotom dummy-kodiert und differenzierte zwischen Pflichtschul-, Lehr- oder Fachschulabschluss = 0 (Referenz) einerseits und Matura beziehungsweise Hochschul- oder Universitätsabschluss = 1 andererseits.

Der **Grad der Pflegebedürftigkeit (H2)** ergab sich aus der Einschätzung von Schwierigkeiten bei der Ausübung fünf grundlegender Aktivitäten des täglichen Lebens (ADLs). Erfasst wurden Schwierigkeiten beim Essen und Trinken, beim Aufstehen und Hinsetzen, beim An- und Ausziehen, bei der Toilettenbenutzung sowie beim Baden oder Duschen. Die Bewertung erfolgte auf einer vierstufigen Skala von 1 (keine Schwierigkeiten) bis 4 (nicht in der Lage), woraus sich ein theoretischer Gesamtscore von 5 bis 20 Punkten ergab. Höhere Werte wiesen dabei auf eine stärkere funktionale Beeinträchtigung hin. Die Skala zeigte eine gute interne Konsistenz (Cronbachs $\alpha = 0,82$).

Die Erhebung des **psychischen Wohlbefindens (H3)** erfolgte über das Ausmaß depressiver Symptome, konkret gemessen durch drei Items der Subskala „Depressive Affect“ der Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). Erfasst wurden Depressivität/Niedergeschlagenheit, Einsamkeit und Traurigkeit auf einer Skala von 1 (überhaupt nicht beziehungsweise kaum) bis 4 (meist beziehungsweise die ganze Zeit). Der daraus gebildete Gesamtscore reichte von 3 (niedriges Ausmaß) bis 12 (hohes Ausmaß) an psychischer/depressiver Belastung. Die interne Konsistenz im untersuchten Kollektiv lag mit einem Cronbachs α von 0,70 im grenzwertig akzeptablen Bereich.

Bei der **Unterstützungsform (H4)** wurde zunächst über eine Screening-Frage eruiert, ob die pflegebedürftige Person „normalerweise Hilfe von anderen“ bei der Ausübung der Aktivitäten des täglichen Lebens erhielt. Bei einem „Ja“ folgte eine Detailfrage mit Mehrfachauswahl, in der elf potenzielle Unterstützungsquellen zur

Auswahl standen. Für die Analyse der vierten Hypothese wurde daraus eine fünfstufige nominale Variable (U_Kombi5) gebildet: (1) nur (Schwieger-)Kind(er) als Referenz, (2) nur Partner*in, (3) Partner*in + (Schwieger-)Kind(er), (4) Andere und (5) keine Unterstützung. „Andere“ wurde nur vergeben, wenn keine Nennung von Partner*in oder (Schwieger-)Kind(er) vorlag und mindestens eine andere Quelle angegeben wurde (24-Stunden-Pflege, mobile Hauskrankenpflege, Enkelkinder, Nachbarn/Freunde/Bekannte, Andere oder keine Angabe in der Abfrageliste).

Die Erhebung eigener **Erfahrung als informell pflegende Person (H5)** erfolgte mithilfe der Frage „Haben Sie persönlich ältere Angehörige beziehungsweise einen Partner gepflegt?“, wobei die Antwortmöglichkeiten dichotom als „Ja“ oder „Nein“ vorgegeben waren und für die Datenanalyse als 0 = nein (Referenz) und 1 = ja dummy-kodiert wurden.

3.3 Umgang mit fehlenden Werten und Skalenbildung

Im regelgeleiteten Analyseplan wurden fehlende Angaben zunächst variablenweise identifiziert. Der Begriff „fehlende Angaben“ umfasst dabei sowohl absolut fehlende als auch analytisch als fehlend gesetzte Antworten, darunter Item-Nonresponse, inhaltlich nicht verwertbare Antworten („weiß nicht/kann ich nicht sagen“) sowie inkonsistente Angaben. Vorrangig sollten nur Fälle mit vollständig gültigen Antworten in die Auswertung einbezogen werden. Nach den Empfehlungen von (50, 51) wurde dabei kein starrer Cut-off für die Ausfallsquote definiert. Anstelle fester Prozentgrenzen standen der Anteil und das Muster fehlender Angaben im Vordergrund. Ab einer Häufigkeit von > 5 % erfolgte hierfür eine explorative Prüfung auf systematische Zusammenhänge mit soziodemografischen Merkmalen (Chi-Quadrat-Tests). Die Befunde werden im Ergebnisteil dargestellt.

Für die Skalenbildung war in erster Linie die Berechnung von Gesamtscores vorgesehen. Bei ausgeprägten fehlenden Itemantworten wurde alternativ ein Mittelwertscore der vorliegenden Antworten berechnet, sofern mindestens 50 % der Items gültig beantwortet waren (PB: ≥ 3 von 5); andernfalls blieb der Skalenwert fehlend. Dieses Vorgehen wird durch empirische Simulationen gestützt (52), die zeigen, dass bei einem geringen Anteil fehlender Werte auf Itemebene die

Mittelwertbildung auf Basis vorhandener Items zu vergleichbaren Ergebnissen wie komplexere Imputationsverfahren führt. Nach Anwendung der Skalenregel reduzierten sich die Fehlwerte bei PB auf ein akzeptables Maß, sodass auf eine Imputation verzichtet wurde.

Bei der Variable Unterstützungsform konnte es aufgrund der zweistufigen Erhebung zu inkonsistenten Angaben kommen (Einstiegsfrage „Ja“, in der nachfolgenden Mehrfachnennung jedoch keine ausgewählte Quelle). Solche Fälle wurden bei vernachlässigbarem Umfang analog zu den fehlenden Antworten ohne Imputation als fehlend gekennzeichnet und ausgeschlossen (53).

Die univariaten Analysen erfolgten mit jeweils allen gültigen Fällen (available case/pairwise deletion) (54). Die hierarchischen Regressionsmodelle basieren blockübergreifend auf einer identischen Fallbasis (listwise deletion), sodass wie in (55) erläutert ΔR^2 - und F-Änderungen unmittelbar vergleichbar sind. In SPSS wurde hierfür die Option „Exclude cases listwise“ verwendet (56). Die konkreten Verteilungen der Fehlquoten pro Variable sowie die listwise-Fallzahl im Modell werden im Ergebnisteil berichtet.

3.4 Statistische Analyse

Die statistische Datenanalyse sowie die Erstellung aller Abbildungen wurden mit der Software IBM SPSS Statistics, Version 30.0 durchgeführt. Im vorbereitenden Schritt erfolgten die Identifikation und Analyse der fehlenden Antworten, die notwendige Umkodierung einzelner Variablen sowie die Skalenbildung gemäß Abschnitt 3.3.

Alle für diese Arbeit relevanten Variablen sowie soziodemografische Merkmale in der Gesamtstichprobe wurden im Rahmen der deskriptiven Statistik mithilfe von Verteilungskennwerten (Mittelwert, Median, Standardabweichung, Minimum, Maximum und Spanne) beschrieben und in Bezug auf ihren Zusammenhang mit dem Mittelwertscore der wahrgenommenen Belastung durch Mittelwertvergleiche (t-Test, ANOVA und Post-hoc-Vergleich mit Bonferroni-Korrektur bei der Unterstützungsform) beziehungsweise Korrelationsanalysen (Pearson-Korrelationen; bei deutlichen Abweichungen von der Normalverteilung ergänzend Spearman- und Kendall-Tau-b-Korrelationen) untersucht. Bei grafisch identifizierten Ausreißern erfolgte weiters eine Sensitivitätsanalyse mit temporärem

Ausschluss dieser Fälle, um die Stabilität der zentralen Effektschätzungen zu prüfen.

Für die zentralen inferenzstatistischen Analysen (Gruppenvergleiche und Regressionsmodelle) wurden 95 %-Konfidenzintervalle berichtet und ein zweiseitiges Signifikanzniveau von $\alpha = 0,05$ verwendet. Bei Gruppenvergleichen kamen zusätzlich Effektstärken (Cohen's d , partielles η^2) zum Einsatz. Die notwendigen Voraussetzungen wurden geprüft: Normalverteilung und Homoskedastizität der Residuen (Histogramme, P-P-Plots, Residuen-Streudiagramme), Varianzhomogenität (Levene-Test) und Multikollinearität (Varianzinflationsfaktor; VIF).

Die explorative Auswertung begann mit einfachen linearen Regressionsanalysen nach dem Verfahren der kleinsten Quadrate (Ordinary Least Squares; OLS). Für die multiple Regression wurde eine hierarchische, blockweise Struktur gewählt, um Effekte nachvollziehbar und theoriegeleitet zu untersuchen. Dieses Vorgehen ermöglichte eine differenzierte Analyse des Einflusses verschiedener Variablengruppen: beginnend mit soziodemografischen Merkmalen, über physische/funktionelle und psychisch/affektive Beeinträchtigungen bis hin zu pflegespezifischen Gegebenheiten. In Block 1 wurden die Kontrollvariablen Alter und abgeschlossene Schulbildung berücksichtigt, um deren Einfluss vorab statistisch zu kontrollieren. Block 2 erweiterte das Modell um die Variable Geschlecht, sodass nun alle untersuchten soziodemografischen Merkmale betrachtet wurden. In Block 3 flossen zusätzlich Prädiktoren auf funktioneller (ADLs) und psychischer (CES-D) Ebene ein. Block 4 ergänzte das Gesamtmodell um die eigene informelle Pflegeerfahrung sowie die aktuelle Unterstützungsform.

4 Ergebnisse der Datenanalyse

Im Folgenden werden die empirischen Ergebnisse entsprechend dem in Kapitel 3 beschriebenen Analyseplan präsentiert. Zunächst erfolgt eine Darstellung der soziodemografischen Merkmale der Gesamtstichprobe, gefolgt von der Analyse fehlender Werte sowie der deskriptiven Beschreibung aller für diese Arbeit relevanten Variablen. Darauf aufbauend wird die explorative Datenauswertung berichtet, die zunächst hypothesengeleitete einfache lineare Regressionsanalysen

umfasst, um die isolierten Zusammenhänge der jeweiligen Prädiktorvariablen mit dem INQ-Score zu untersuchen. Diese Analysen dienen der ersten Orientierung und leiten über zur zentralen Methode der hierarchischen multiplen Regression, welche die erklärende Wirkung der untersuchten Prädiktoren in mehreren aufeinander aufbauenden Modellschritten darstellt.

4.1 Soziodemografische Merkmale der Gesamtstichprobe

Von den insgesamt 493 befragten Personen waren 58,2 % Frauen. Das mittlere Alter der Frauen lag bei 74,9 Jahren (SD = 11,2; Altersspanne = 50–98). Bei Männern betrug das Durchschnittsalter 73,2 Jahre (SD = 10,7; Altersspanne = 50–95). Ein erheblicher Teil der Stichprobe stammte aus Wien (44 %) und wohnte in einem Zweipersonenhaushalt (38,5 %). Gemeinden unterhalb der Stadtgrenze mit weniger als 10 000 Einwohner*innen wurden durch 30,4 % der Befragten repräsentiert. In Einpersonenhaushalten lebten 28,6 % der Gesamtstichprobe. Bezüglich des höchsten Schulabschlusses verfügten 54,2 % der Teilnehmenden über einen Abschluss auf dem Niveau einer Lehre oder einer Fachschule. Hochschul-/Universitätsabsolvent*innen waren mit 3,2 % unterrepräsentiert.

4.2 Fehlende Angaben in der Stichprobe

Die Prädiktorvariablen wiesen insgesamt nur geringe Anteile fehlender Werte auf. Am häufigsten betroffen waren die pflegespezifischen Variablen „Erfahrung als informelle Pflegeperson“ und „Unterstützungsform“, jeweils mit 5 Fällen ohne verwertbare Angabe. Bei der Unterstützungsform entfielen 4 dieser Fälle auf inkonsistente Antworten (Einstiegsfrage „Ja“, in der Detailfrage jedoch keine Auswahl). Für depressive Symptome (CES-D) wurden 4 Fälle mit inhaltlich fehlenden Angaben verzeichnet (zweimal je ein fehlendes Item, zweimal vollständiger Ausfall). Bei den funktionellen Einschränkungen (ADLs) waren in 2 Fällen sämtliche Items mit „weiß nicht/kann ich nicht sagen“ beantwortet, sodass für diese kein Summenscore gebildet werden konnte. Die soziodemografischen Merkmale Geschlecht, Alter und höchste abgeschlossene Schulbildung lagen vollständig vor.

Für die **Outcomevariable perceived burdensomeness** zeigte sich eine erhöhte Rate inhaltlich fehlender Angaben zu den abgefragten INQ-Items, definiert durch die Antwortoption „Weiß nicht / Kann ich nicht sagen“. Insgesamt betraf dies 78 Fälle (15,8 % der Gesamtstichprobe). Die Verteilung war dabei wie folgt: In 35 Fällen wurde eine Frage inhaltlich nicht beantwortet, in 16 Fällen zwei, in 12 Fällen drei, in 5 Fällen vier und in 10 Fällen wurden alle fünf Items mit „weiß nicht/kann ich nicht sagen“ angegeben, sodass für alle diese Fälle kein Gesamtscore berechnet werden konnte. Am häufigsten wurde dabei das Item „Zurzeit wären die Menschen in meinem Leben glücklicher ohne mich“ mit „weiß nicht“ beantwortet (n = 52). Am seltensten trat diese Antwortoption beim Item „Zurzeit denke ich, dass ich die Dinge für die Menschen in meinem Leben immer schlimmer mache“ auf (n = 24). Im Rahmen der Datenauswertung dieser Diplomarbeit wurden entsprechend dem Analyseplan alle Fälle mit mindestens drei gültigen Antworten berücksichtigt und für diese ein Mittelwertscore berechnet. Dadurch konnten 94,5 % der Stichprobe (n = 466) in die Analyse einbezogen werden. Zur Evaluierung systematischer Einflüsse auf inhaltlich fehlende Antworten bei PB-Items („Weiß nicht / Kann ich nicht sagen“) wurde der Zusammenhang mit soziodemografischen Merkmalen mittels Chi-Quadrat-Tests geprüft.

Der stärkste Effekt zeigte sich hierbei für das Merkmal der Gemeindegröße ($\chi^2(6, N = 493) = 35,83; p < 0,001$). Befragte aus kleineren Gemeinden (< 2 000 Einwohner*innen) wiesen mit 34,6 % die höchste Rate inhaltlich fehlender Antworten auf, während diese in Großstädten (> 300 000 Einwohner*innen, Wien) lediglich 6,9 % betrug. Auch der Test auf linearen Zusammenhang war signifikant ($\chi^2 = 29,98; p < 0,001$), was auf einen stetigen Rückgang fehlender Angaben mit zunehmender Gemeindegröße hindeutete.

Bezüglich des höchsten Bildungsabschlusses ergab sich ein signifikanter Zusammenhang ($\chi^2(3, N = 493) = 13,48; p = 0,004$), allerdings kein signifikanter linearer Trend ($p = 0,078$). Die höchste Rate fehlender Angaben fand sich bei Personen mit Pflichtschulabschluss (24,6 %), die niedrigste bei Absolvent*innen von Fachschule/Lehre (11,2 %). Die Aussagekraft dieser Ergebnisse wird durch die geringe Fallzahl an Hochschulabsolvent*innen (n = 16) eingeschränkt.

Das Merkmal Alter, unterteilt in vier Altersgruppen, zeigte ebenfalls eine signifikante Assoziation ($\chi^2(3, N = 493) = 9,54; p = 0,023$). Während in der Gruppe der 50-59-Jährigen 11,9 % inhaltlich fehlende Antworten auftraten, lag dieser Anteil bei den über 80-Jährigen bei 22,6 %. Auch hier war der lineare Zusammenhang signifikant ($\chi^2 = 5,99; p = 0,014$).

Für das Geschlecht konnte kein signifikanter Unterschied festgestellt werden ($\chi^2(1, N = 493) = 0,01; p = 0,919$).

Insgesamt sprechen die aufgezeigten Befunde gegen ein rein zufällig verteiltes Muster fehlender Angaben (missing completely at random; MCAR) und sind eher mit einem demografieabhängigen Muster von missing at random (MAR) vereinbar, wie es in der Darstellung der Missing-Data-Mechanismen beschrieben wird (50).

4.3 Deskriptive Statistik

Der durchschnittliche Mittelwertscore im Erleben, eine Belastung für andere (PB) darzustellen, betrug in der gesamten Stichprobe $M = 2,66$ ($n = 466; SD = 1,64$) bei einem maximalen Wertebereich von 1,00 bis 7,00. Konkordant wies auch der Median von 2,40 auf ein insgesamt geringes Belastungsempfinden der Stichprobe hin. Die Verteilung zeigte eine deutliche Linkssteilheit, wobei 22,3 % der befragten Personen den Minimalwert angaben. Somit konnte bei mehr als einem Fünftel aller Fälle von einem geringen Belastungserleben im Sinne einer PB ausgegangen werden.

Ein t-Test für unabhängige Stichproben zeigte einen signifikanten Geschlechterunterschied in der wahrgenommenen Belastung. Männer ($n = 199$) berichteten im Mittel ein höheres Ausmaß an PB ($M = 2,89; SD = 1,46$) als Frauen ($n = 267; M = 2,49; SD = 1,45$), $t(464) = 2,93; p = 0,004; \Delta M = 0,40; 95\% \text{-KI} [0,13; 0,67]$. Ein durchgeführter Levene-Test bestätigte die zugrunde gelegte Homogenität der Varianzen ($F = 0,042; p = 0,839$). Die berechnete Effektstärke nach Cohen betrug $d = 0,28$ und wies damit auf einen kleinen bis mittleren Effekt hin. Zur besseren Veranschaulichung der Unterschiede zeigt Abbildung 2 die PB-Werte (INQ-Mittelwertscore) getrennt für Männer und Frauen. Die Boxplot-Darstellung verdeutlicht den im t-Test gefundenen Unterschied im Belastungserleben zwischen den Geschlechtern.

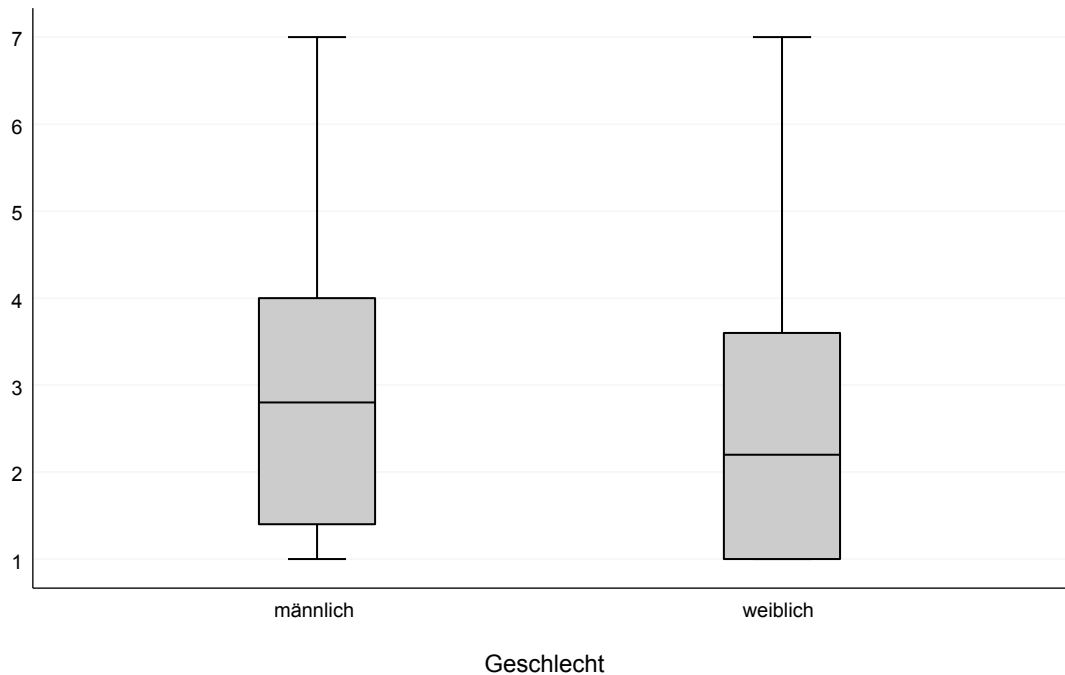


Abbildung 2: PB nach Geschlecht (n = 466)

Die Merkmale Einschränkung in den Aktivitäten des täglichen Lebens sowie psychisches Wohlbefinden, operationalisiert über depressive Symptomatik, wichen ebenso wie PB von der Normalverteilung ab. Am deutlichsten zeigte sich dies bei PB (Kolmogorov-Smirnov: $D = 0,129$; $p < 0,001$; Shapiro-Wilk: $W = 0,914$; $p < 0,001$). Entsprechend wurde standardmäßig neben der Pearson-Korrelation auch die nichtparametrische Korrelation nach Spearman berechnet.

Zwischen den ADLs ($n = 465$; $M = 9,23$; $SD = 2,95$; Spanne = 5–20) und PB zeigte sich ein signifikanter positiver Zusammenhang (Pearson: $r = 0,312$; Spearman: $\rho = 0,356$; Kendall-Tau-b: $\tau_b = 0,269$; jeweils $p < 0,001$). Ein höheres Maß an funktionellen Einschränkungen war demnach mit einem stärkeren Belastungserleben assoziiert. Der Zusammenhang zwischen den ADLs und PB wird in Abbildung 3 als Streudiagramm mit Regressionslinie visualisiert. In der Abbildung fallen einzelne Fälle mit sehr hohen ADL-Werten bei zugleich niedrigen PB-Werten auf, weshalb geprüft wurde, ob diese Randfälle den Zusammenhang verzerren. Die rangbasierten Koeffizienten Spearman und Kendall, die gegenüber Ausreißern weniger anfällig sind, fielen jedoch sehr ähnlich zur Pearson-Korrelation aus. In einer zusätzlichen Sensitivitätsanalyse, in der 2,9 % der Fälle mit ADL-Scores ≥ 16 ($n = 14$; mit gültigem INQ-Mittelwertscore $n = 10$) ausgeschlossen wurden,

zeigte sich ein etwas stärkerer Zusammenhang (Spearman: $\rho = 0,392$; $p < 0,001$). Die wenigen Extremfälle mit sehr hohen ADL-Werten schwächten den Zusammenhang somit eher leicht ab. Insgesamt legen die Analysen nahe, dass die positive Assoziation zwischen ADL-Einschränkungen und PB robust ist und nicht wesentlich durch diese Randfälle beeinflusst wird.

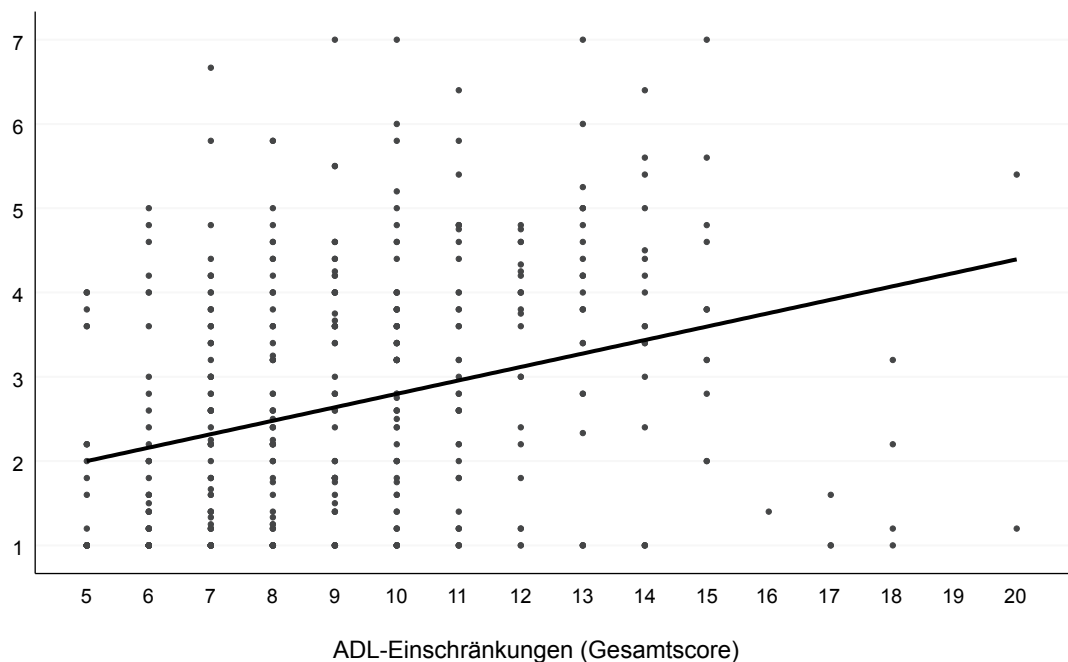


Abbildung 3: Zusammenhang von ADL-Einschränkungen und PB (n = 465)

Die Beeinträchtigung des psychischen Wohlbefindens im Sinne einer depressiven Symptomatik (CES-D: n = 466; M = 5,56; SD = 1,84; Spanne = 3–12) korrelierte ebenso signifikant positiv mit PB (Pearson: $r = 0,389$; Spearman: $\rho = 0,395$; jeweils $p < 0,001$). Da sich Pearson- und Spearman-Koeffizient hier nahezu entsprechen und im dazugehörigen Streudiagramm keine auffälligen Extremwerte erkennbar sind, ergeben sich keine Hinweise auf eine relevante Verzerrung durch Ausreißer. Je ausgeprägter die depressive Symptomatik, desto stärker berichteten die befragten Personen von dem Gefühl, eine Belastung für andere zu sein. Visuell wird der Zusammenhang in Abbildung 4 als Streudiagramm mit Regressionslinie veranschaulicht.

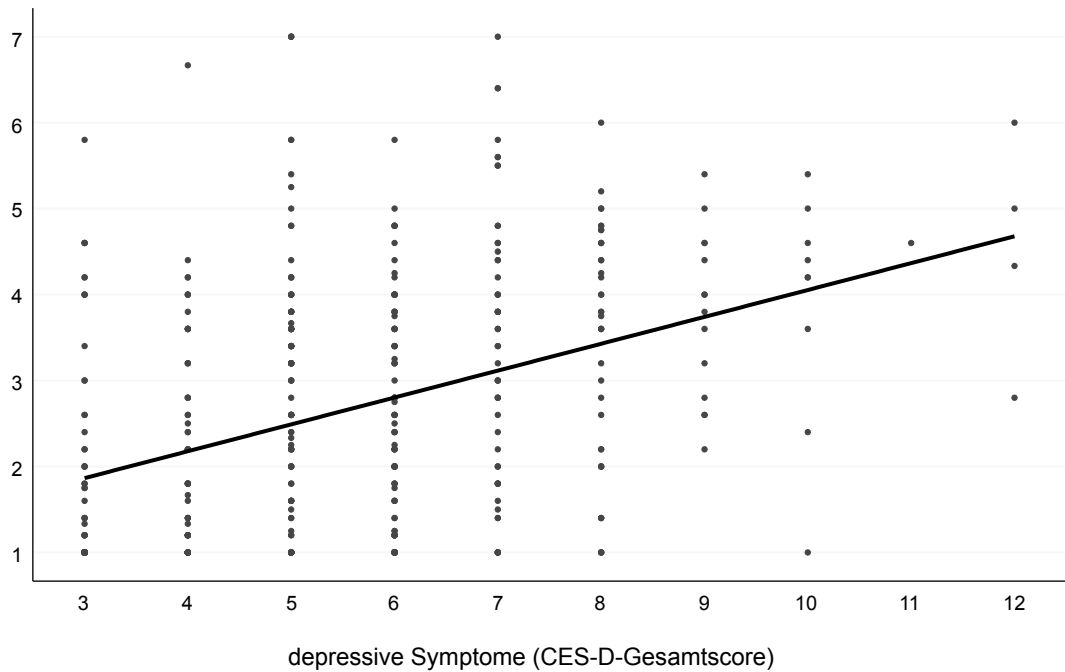


Abbildung 4: Zusammenhang von depressiven Symptomen und PB (n = 466)

Die deskriptive Analyse der Unterstützungsformen zeigte, dass sich das Belastungserleben zwischen den Gruppen nur geringfügig unterschied. Während Teilnehmende, die ausschließlich durch (Schwieger-)kind(er) (n = 140; M = 2,60; SD = 1,48) oder Partner*innen (n = 74; M = 2,61; SD = 1,45) unterstützt wurden, nahezu identische Werte berichteten, wiesen Befragte mit kombinierter Unterstützung (n = 165; M = 2,87; SD = 1,36) tendenziell höhere Mittelwertscores auf. Andere (ohne Partner*in/(Schwieger-)kind(er)) (n = 50; M = 2,33; SD = 1,66) sowie Personen ohne Unterstützung (n = 32; M = 2,42; SD = 1,61) lagen numerisch unter dem Gesamtmittelwert. Diese Differenzen waren in der ANOVA nicht signifikant, $F(4, 456) = 1,774$; $p = 0,133$, und der Effekt war klein ($\eta^2_p = 0,015$). Die Post-hoc-Vergleiche (Bonferroni) zeigten keine signifikanten Mittelwertunterschiede zwischen den fünf Kategorien. Ein Levene-Test bestätigte die Varianzhomogenität ($p = 0,129$). Abbildung 5 zeigt Lage und Streuung der PB-Werte (INQ-Mittelwertscore) in den fünf Unterstützungsgruppen.

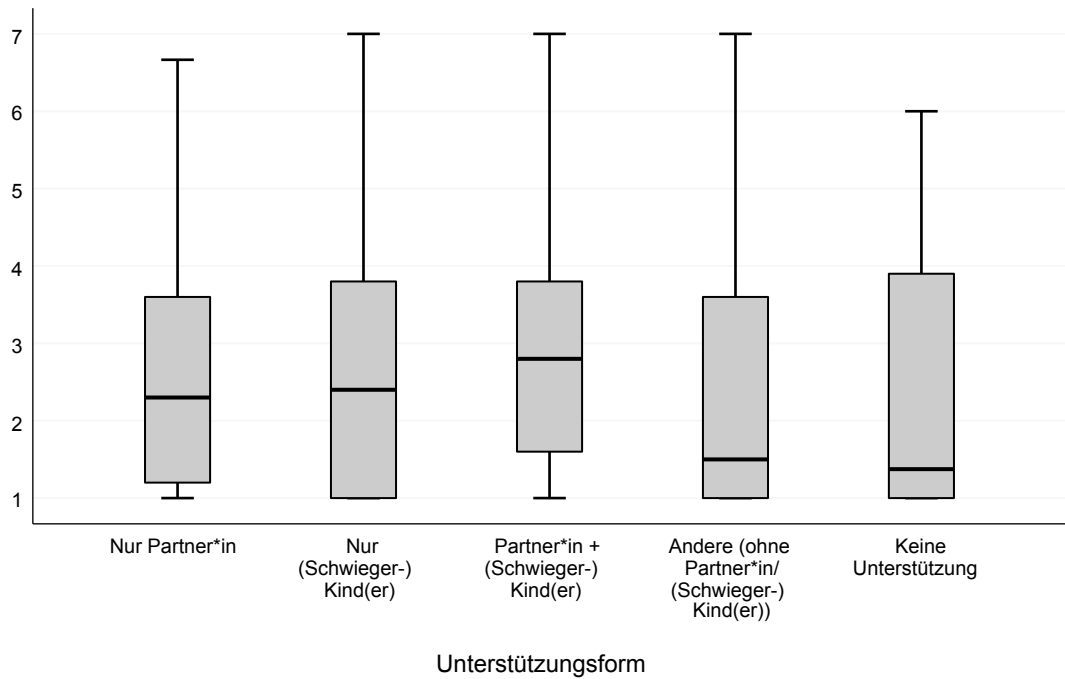


Abbildung 5: PB nach Unterstützungsform (n = 461)

In der Befragung zur informellen Pflegeerfahrung (n = 462) berichtete die größere Gruppe ohne eine solche (n = 318; M = 2,72; SD = 1,48), im Mittel höhere PB-Werte als die Gruppe mit Pflegeerfahrung (n = 144; M = 2,53; SD = 1,43). Ein t-Test für unabhängige Stichproben zeigte keinen signifikanten Unterschied, $t(460) = 1,32$; $p = 0,189$; $\Delta M = 0,19$; 95 %-KI [-0,10; 0,48]. Die Effektstärke nach Cohen war klein ($d = 0,13$; 95 %-KI [-0,07; 0,33]). Der Levene-Test sprach für die angenommene Varianzgleichheit: $F = 0,201$; $p = 0,654$. Zur Veranschaulichung präsentiert Abbildung 6 die Verteilung der PB-Werte (INQ-Mittelwertscore) getrennt nach informeller Pflegeerfahrung.

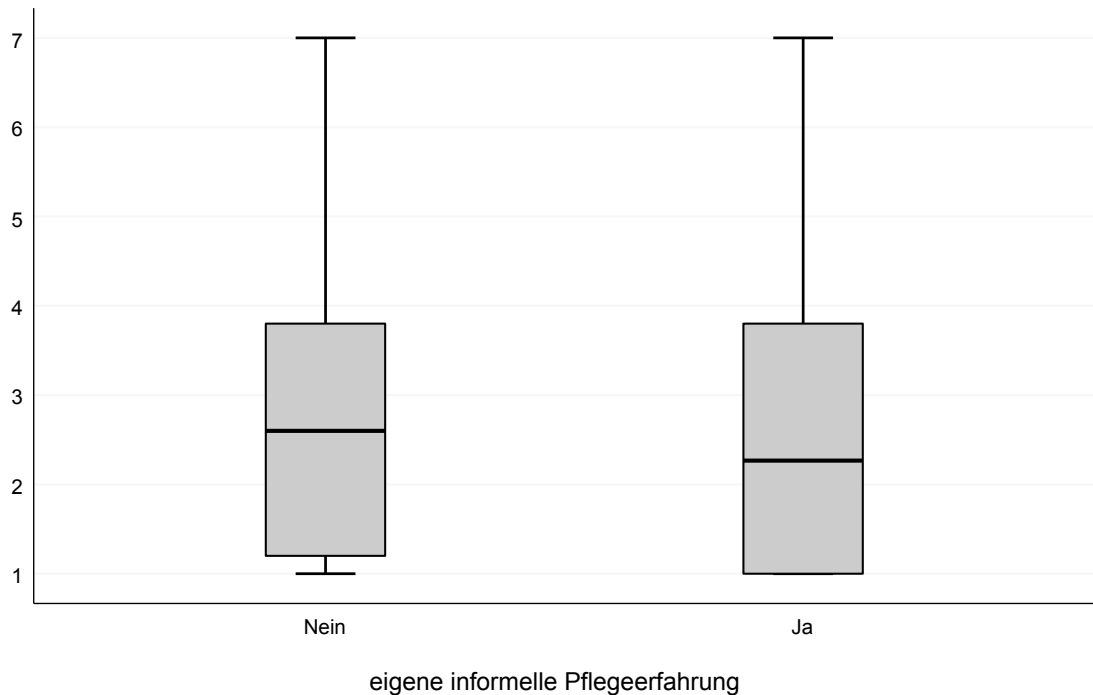


Abbildung 6: PB nach informeller Pflegeerfahrung (n = 462)

4.4 Univariate lineare Regression

Die größte Varianzaufklärung lieferte das psychische Wohlbefinden im Sinne einer depressiven Symptomatik (15,1 %), gefolgt von funktionellen Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens (9,8 %). In beiden Fällen war ein Anstieg des subjektiven Belastungserlebens mit zunehmender Beeinträchtigung zu beobachten. Das Geschlecht erklärte 1,8 % der Varianz, wobei Männer ein signifikant höheres Belastungserleben aufwiesen ($B = 0,399$). Hinsichtlich der informellen Pflegeerfahrung zeigte die univariate Regression bei sehr geringer Varianzaufklärung (0,4 %) keinen signifikanten Effekt auf PB ($p = 0,189$). Die Unterstützungsform (fünf Stufen, Referenz: nur (Schwieger-)kind(er)) erreichte ebenso kein signifikantes Ergebnis, $F(4, 457) = 1,774$; $p = 0,133$. Die erklärte Varianz war mit 1,5 % gering. Ein marginaler Trend zu höheren PB-Werten war für die kombinierte Unterstützung durch Partner*in und (Schwieger-)Kind(er) erkennbar ($B = 0,279$; $p = 0,097$). Die notwendigen Voraussetzungen, insbesondere die Normalverteilung und Homoskedastizität der Residuen, galten nach visueller Prüfung anhand von Histogrammen, P-P-Plots und Residuen-Streudiagrammen als erfüllt. Die univariaten Ergebnisse mit den jeweils gültigen Fällen finden sich in

Tabelle 1. In dieser Tabelle wird die Unterstützung durch (Schwieger-)Kind(er) aus Gründen der Übersichtlichkeit als „Kind(er)“ abgekürzt.

Tabelle 1:

Ergebnisse der univariaten linearen Regressionsanalysen

Prädiktor	Referenz	<i>n</i>	<i>B</i>	β	<i>R</i> ²	95 %-KI
Geschlecht	Frauen	466	0,399	0,135	0,018	[0,132; 0,666]
Funkt. Einschränkung (ADLs)	–	465	0,160	0,312	0,098	[0,115; 0,204]
Psych. Wohlbefinden (CES-D)	–	466	0,313	0,389	0,151	[0,245; 0,380]
Informelle Pflegerfahrung	nein	462	–0,193	–0,061	0,004	[–0,482; 0,095]
Unterstützungsform	–	–	–	–	0,015 ^b	–
Partner*in	Kind(er) ^a	461	0,018	0,005	–	[–0,395; 0,432]
Partner*in + Kind(er) ^a	Kind(er) ^a	461	0,279	0,091	–	[–0,051; 0,608]
Andere	Kind(er) ^a	461	–0,254	–0,054	–	[–0,727; 0,219]
Keine	Kind(er) ^a	461	–0,173	–0,030	–	[–0,736; 0,390]

Anmerkung. *n* = Fallzahl; *B* = Regressionskoeffizient; β = Beta-Koeffizient; *R*² = Varianzaufklärung; 95 %-KI = 95 %-Konfidenzintervall.

^a Kind(er) = (Schwieger-)Kind(er),

^b *R*² = 0,015 bezieht sich auf den Gesamteffekt der vierstufigen Unterstützungsform.

4.5 Multiple hierarchische Regression

Das hierarchische Regressionsmodell wurde mittels listwise deletion auf eine identische Fallbasis von 457 vollständigen Fällen geschätzt (92,7 %). Das entspricht einem Ausschluss von 36 Fällen (7,3 %). Alle Annahmen der linearen Regression waren für das Gesamtmodell erfüllt (annähernd normalverteilte Residuen, keine relevante Heteroskedastizität, VIF < 2). Die nachfolgende Darstellung folgt der Blockstruktur und berichtet die jeweils wesentlichen Befunde. Ergänzend werden in der Tabelle 2 die Detailergebnisse der multiplen Regression und die zugehörigen Referenzgruppen präsentiert.

Im **ersten Regressionsmodell** zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang mit PB, $F(2, 454) = 0,976$; $p = 0,378$. Die Varianzaufklärung betrug lediglich 0,4 %. Auch auf der Ebene der einzelnen Kontrollvariablen war weder das Alter ($p = 0,165$) noch der Bildungsabschluss ($p = 0,935$) signifikant.

Mit Aufnahme des Merkmals Geschlecht (Referenz: Frauen) in Block 2 präsentierte sich das **zweite Regressionsmodell** als statistisch signifikant, $\Delta F(1, 453) = 8,273$; $\Delta R^2 = 0,018$; $p = 0,004$. Die erklärte Varianz stieg dabei insgesamt auf 2,2 %. Bei der Analyse der einzelnen Prädiktoren war allein die neu hinzugekommene Variable Geschlecht signifikant ($p = 0,004$) wobei Männer analog zum univariaten linearen Regressionsmodell einen höheren INQ-Mittelwertscore berichteten ($B = 0,397$).

Das **dritte Regressionsmodell** erbrachte, wie es durch die Ergebnisse der univariaten Regressionen zu erwarten war, einen deutlichen Anstieg in der Varianzaufklärung, $\Delta F(2, 451) = 62,187$; $\Delta R^2 = 0,211$; $p < 0,001$. Zusätzlich zeigte nun auch das Alter einen signifikanten Effekt ($p < 0,001$) in negativer Richtung. Somit lässt sich unter Kontrolle der bisherigen Faktoren ein sinkendes Belastungserleben mit steigendem Alter ($B = -0,019$ pro Lebensjahr) ableiten.

Im **vierten Regressionsmodell** präsentierte die zusätzliche Aufnahme der Unterstützungsform (vier Dummy-Variablen; Referenz: nur (Schwieger-)Kind(er)) und der eigenen informellen Pflegeerfahrung nur einen kleinen, statistisch nicht gesicherten Zuwachs der Modellgüte, $\Delta F(5, 446) = 1,888$; $\Delta R^2 = 0,016$; $p = 0,095$. Das Gesamtmodell war dennoch hochsignifikant, $F(10, 446) = 14,819$; $p < 0,001$, und erklärte insgesamt 24,9 % der Varianz. Auf Prädiktorebene bestätigten sich die in Block 3 beobachteten Effekte: funktionelle Einschränkungen (ADLs: $B = 0,118$; $p < 0,001$) und depressive Symptomatik (CES-D: $B = 0,277$; $p < 0,001$) blieben die stärksten positiven Prädiktoren. Männer berichteten erneut höhere PB-Werte ($B = 0,320$; $p = 0,014$). Das Alter war weiterhin negativ assoziiert ($B = -0,019$ pro Jahr; $p = 0,002$). Von den Unterstützungsformen unterschied sich ausschließlich die Gruppe „Andere (ohne Partner*in/(Schwieger-)Kind(er))“ signifikant von der Referenz „nur (Schwieger-)Kind(er)“ ($p = 0,022$), wobei Andere eine geringere Belastung berichteten ($B = -0,498$). Die eigene Pflegeerfahrung im informellen Bereich erwies sich als nicht signifikant ($B = -0,125$; $p = 0,377$). Der Bildungsabschluss zeigte weiterhin keinen Effekt.

Tabelle 2:*Ergebnisse der hierarchischen multiplen Regression (n = 457)*

Prädiktor (Referenz)	Block 1 Kontrollblock	Block 2 Soziodemografie	Block 3 Funkt./Psych.	Block 4 Gesamtmodell
Konstante	$B = 3,314$ [2,376; 4,252]	$B = 3,088$ [2,145; 4,031]	$B = 1,326$ [0,434; 2,219]	$B = 1,450$ [0,484; 2,416]
Alter (Jahre)	$B = -0,009$ $\beta = -0,065$ [-0,021; 0,004]	$B = -0,008$ $\beta = -0,059$ [-0,020; 0,004]	$B = -0,019$ $\beta = -0,140$ [-0,030; -0,008]	$B = -0,019$ $\beta = -0,138$ [-0,030; -0,007]
Höchster Schulabschluss	$B = -0,015$ $\beta = -0,004$ [-0,364; 0,335]	$B = -0,038$ $\beta = -0,010$ [-0,385; 0,310]	$B = 0,034$ $\beta = 0,009$ [-0,275; 0,343]	$B = 0,002$ $\beta = 0,001$ [-0,308; 0,312]
Geschlecht (Frauen)	—	$B = 0,397$ $\beta = 0,134$ [0,126; 0,668]	$B = 0,329$ $\beta = 0,111$ [0,088; 0,571]	$B = 0,320$ $\beta = 0,108$ [0,066; 0,574]
Psych. Wohlbefinden (CES-D)	—	—	$B = 0,274$ $\beta = 0,340$ [0,205; 0,343]	$B = 0,277$ $\beta = 0,344$ [0,207; 0,347]
Funkt. Einschränkung (ADLs)	—	—	$B = 0,119$ $\beta = 0,231$ [0,074; 0,163]	$B = 0,118$ $\beta = 0,229$ [0,072; 0,163]
Informelle Pflegerfahrung (nein)	—	—	—	$B = -0,125$ $\beta = -0,040$ [-0,404; 0,153]
Unterstützungsform				
Nur Partner*in	—	—	—	$B = -0,248$ $\beta = -0,062$ [-0,646; 0,149]
Nur Partner*in + (Schwieger-) Kind(er)	—	—	—	$B = 0,025$ $\beta = 0,008$ [-0,297; 0,348]
Andere	—	—	—	$B = -0,498$ $\beta = -0,106$ [-0,924; -0,071]
Keine	—	—	—	$B = -0,318$ $\beta = -0,055$ [-0,821; 0,185]
R² gesamt	0,004	0,022	0,234	0,249
ΔR^2	—	0,018	0,211	0,016

n = Fallzahl; B = Regressionskoeffizient; β = Beta-Koeffizient; R^2 = Varianzaufklärung; [] = 95 %-Konfidenzintervall; ΔR^2 = Änderung des Bestimmtheitsmaßes gegenüber dem vorherigen Block.

Referenz/Codierung: Unterstützungsform – Referenz = Nur (Schwieger-)Kind(er); Dummy-

Variablen: 1 = Kategorie zutreffend, 0 = sonstig. Geschlecht: 0 = weiblich, 1 = männlich. Bildung:

0 = Pflicht-/Fachschule/Lehre, 1 = Matura/Hochschule. Informelle Pflegerfahrung: 0 = nein, 1 = ja

5 Diskussion

In der folgenden Diskussion werden die Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse im Kontext des verfügbaren Variablensets den theoretisch abgeleiteten Hypothesen gegenübergestellt. Die formulierte Forschungsfrage wird somit anhand ihrer einzelnen Prädiktoren analysiert. Dabei wird schrittweise geprüft, in welchem Ausmaß die beobachteten Zusammenhänge die Erwartungen stützen oder widerlegen. Für den stärksten Prädiktor, die depressive Symptomatik, erfolgt zusätzlich eine vertiefte Auseinandersetzung mit der möglichen kausalen Einordnung im Verhältnis zu PB. Ergänzend fließt das Alter als signifikante Kontrollvariable in die abschließende Interpretation ein.

Die **erste Hypothese (H1)**, wonach Männer in der älteren Zielpopulation ein höheres Ausmaß an perceived burdensomeness berichten als Frauen, wurde durch die Daten gestützt. Univariat zeigte sich ein signifikanter Mittelwertsunterschied (Männer: $M = 2,89$; Frauen: $M = 2,49$; Levene-Test: $p = 0,839$), der sich in der Dummy-Regression zur Soziodemografie von Block 2 in einen positiven Koeffizienten übersetzte ($B = 0,397$; $\beta = 0,134$; $t(453) = 2,876$; $p = 0,004$; $\Delta R^2 = 0,018$). Auch nach Kontrolle von Alter, Bildung, funktionellen Einschränkungen, depressiver Symptomatik, informeller Pflegeerfahrung und Unterstützungsform blieb der Effekt im hierarchischen Regressionsmodell erhalten, wenngleich abgeschwächt ($B = 0,320$; 95 %-KI [0,066; 0,574]; $\beta = 0,108$).

Dieses Befundmuster stimmt mit der theoretischen Grundlage von H1 überein, wonach ältere Australier*innen in einer prä-/peripandemischen Studie ebenso höhere PB-Werte bei Männern berichteten. Peripandemisch zeigte sich ein geschlechterunabhängiger Anstieg des Last-Erlebens (31). Gerade weil der Datensatz dieser Arbeit noch präpandemisch verortet ist, unterstreicht der Befund die Notwendigkeit aktueller Replikationen unter Bedingungen „multipler Krisen“, welche laut Sozialbericht 2024 insbesondere die Gesundheitskrise, Klimakrise und Teuerungskrise betreffen (57). Die jüngste Längsschnittevidenz zu Männlichkeitsnormen fügt sich schlüssig als plausibler Mechanismus für höhere PB-Werte bei Männern ein (32). In einem dreiwelligen Design sagte die Konformität mit self-reliance (Selbstständigkeit/Unabhängigkeit) einen späteren Anstieg von PB voraus. Dieser Pfad wird auf ähnliche Weise in einer aktuellen

geschlechterpsychologischen Arbeit theoretisch verortet (58). Das Annehmen von Hilfe wird demnach innerhalb hegemonialer Männlichkeitsnormen häufig als Autonomieverlust gerahmt und mit Scham beziehungsweise selbstabwertenden Kognitionen verknüpft.

Gegenakzentuierend zu den Ergebnissen steht eine ebenfalls in Australien durchgeführte Querschnittsanalyse aus der Längsschnitt-Kohortenstudie PATH Through Life, die in einer jüngeren Allgemeinbevölkerung keine Geschlechtsunterschiede in der Ausprägung von PB feststellen konnte (30). Die Abweichung lässt sich jedoch konsistent durch Population und Kontext erklären: Die Ergebnisse dieser Diplomarbeit stammen aus einer älteren, pflegebedürftigen Stichprobe, in der alltagsnahe Faktoren (ADLs, depressive Symptomatik) das PB-Niveau stark prägen, während die australische Querschnittsanalyse auf ein jüngeres Kollektiv zwischen 32 und 38 Jahren beschränkt war.

Die Annahme der **zweiten Hypothese (H2)**, nach der ein höherer Grad an Pflegebedürftigkeit, gemessen über Einschränkungen in den ADLs mit einem stärkeren Erleben von perceived burdensomeness einhergeht, wurde durch die Analyse bestätigt. PB korrelierte dabei substantziell positiv mit Beeinträchtigungen in den ADLs (Spearman $\rho = 0,356$; $p < 0,001$). Auch univariat zeigte sich ein gleichgerichteter, hochsignifikanter Zusammenhang. Im hierarchischen Modell sorgte die Aufnahme der ADL-Einschränkung (gemeinsam mit CES-D) für einen deutlichen Sprung in der Varianzaufklärung ($\Delta R^2 = 0,211$; $\Delta F(2, 451) = 62,187$; $p < 0,001$). Der ADL-Score erwies sich als konsistenter Prädiktor: in Block 3: $B = 0,119$ (95 %-KI [0,074; 0,163]; $\beta = 0,231$) und im Endmodell nahezu identisch mit $B = 0,118$ (95 %-KI [0,072; 0,163]; $\beta = 0,229$). Bemerkenswert ist, dass dieser Anstieg bereits in einer Stichprobe mit insgesamt eher niedrigen ADL-Werten sichtbar war ($M = 9,23$; $SD = 2,95$; Spanne = 5–20). Pro zusätzlichem ADL-Punkt nahm der INQ-Mittelwert um rund 0,12 Skalenpunkte zu, sodass selbst kleine Zuwächse an funktioneller Einschränkung mit einem spürbaren Mehr an Belastungserleben einhergingen.

Diese Evidenz schließt an die theoretische Begründung der Hypothese an. Obwohl im Rahmen der Literaturrecherche kein direkter Zusammenhang zwischen ADL-Einschränkungen und PB identifiziert werden konnte, legt eine chinesische

Studie bei älteren Personen zumindest indirekt einen solchen nahe (8). Über die moderierende Wirkung von Gebrechlichkeit (Frailty) auf Suizidgedanken zeigte sich dabei eine Assoziation von Frailty mit PB ($r = 0,54$; $p < 0,01$). Der für H2 angenommene Zusammenhang zwischen Frailty und ADL/IADL-Einschränkungen gilt am Beispiel zweier Längsschnittstudien im europäischen Kontext als konsistent belegt (44, 45). Ergänzend wurden für diese Hypothese bewusst Arbeiten zu self-perceived burden herangezogen. Dies ist angesichts der engen Beziehung zwischen PB und SPB ($r = 0,50$; $p < 0,001$) plausibel, zudem korreliert SPB stärker mit funktionellen Einschränkungen als PB (SPB: $r = 0,46$ vs. PB: $r = 0,30$; $p = 0,004$) (7). So wurden bei stark beeinträchtigenden Erkrankungen SPB-Prävalenzen bis zu 90 % bei Schlaganfallüberlebenden (11, 42) und 67 % bei Personen mit amyotropher Lateralsklerose (43) berichtet. Explizit konnte der Zusammenhang zwischen funktionellen Einschränkungen als Prädiktor höherer SPB-Werte in einem kanadischen Kollektiv von Schmerzpatient*innen gezeigt werden (27): Die Korrelation betrug $r = 0,32$ ($p < 0,001$), im zweiten Schritt der hierarchischen Regression erklärten Schmerzintensität und funktionelle Einschränkungen zusammen mit Alter und Geschlecht 15 % der Varianz. Auch im finalen Modell blieben funktionelle Einschränkungen ein signifikanter Prädiktor höherer SPB-Werte ($\beta = 0,17$; $p < 0,05$). In eben diesem Kollektiv chronischer Schmerzpatient*innen beschreibt das Mediationsmodell von (35) eine zentrale Rolle von PB im Zusammenhang mit Schmerzintensität und Suizidgedanken und stützt damit die Annahme eines Naheverhältnisses zwischen PB und SPB. Die Schmerzintensität stand dabei signifikant mit dem Auftreten von Suizidgedanken in Verbindung ($b = 3,41$; $t(205) = 5,30$; $p < 0,001$), wobei dieser Effekt zu einem großen Teil (≈ 89 %) über PB vermittelt war.

Mit der **dritten Hypothese (H3)** wurde geprüft, ob ein höheres Ausmaß depressiver Symptome als Teilaspekt des psychischen Wohlbefindens mit stärkerem perceived burdensomeness einhergeht. Dieser Zusammenhang konnte durch die Daten eindeutig bestätigt werden. Eine entsprechend negativ-affektive Beeinträchtigung (CES-D; $M = 5,56$; $SD = 1,84$; Spanne = 3–12) korrelierte signifikant und substantiell positiv mit PB (Spearman $\rho = 0,395$; $p < 0,001$). Mit der univariaten Regression konnten 15,1 % der PB-Varianz aufgeklärt werden ($B = 0,313$;

95 %-KI [0,245; 0,380]; $\beta = 0,389$). Auch im hierarchischen Modell blieb der Effekt robust: Mit Aufnahme von CES-D und ADL-Einschränkungen stieg die erklärte Varianz deutlich ($\Delta R^2 = 0,211$; $\Delta F(2, 451) = 62,187$; $p < 0,001$). Depressive Symptomatik war der stärkste Prädiktor in Block 3: $B = 0,274$; 95 %-KI [0,205; 0,343]; $\beta = 0,340$ und auch im Endmodell $B = 0,277$; 95 %-KI [0,207; 0,347]; $\beta = 0,344$. Inhaltlich bedeutete dies eine Zunahme des mittleren INQ-PB-Itemwertes um 0,28 Skaleneinheiten pro zusätzlichen Punkt auf der CES-D-Skala.

Dieses Muster fügt sich in den theoretischen Rahmen von H3, wonach in einer US-amerikanischen bevölkerungsbasierten Untersuchung zur Rolle der Generativität im mittleren und höheren Erwachsenenalter, depressive Symptome ($\beta = 0,25$) und Hoffnungslosigkeit ($\beta = 0,45$) höhere PB-Werte vorhersagten (6). Im Vergleich der Konstrukte PB und SPB konnte für beide eine robuste Kopplung an Depressivität (PHQ-8: PB $r = 0,50$; SPB $r = 0,52$) sowie erneut ein enger Zusammenhang von Hoffnungslosigkeit mit PB gezeigt werden ($r = 0,62$; SPB $r = 0,47$) (7). Von dort lässt sich der Bogen zur SPB-Studie von (27) schlagen, in welcher depressive Symptome gemessen über PHQ-9 die SPB auch multivariat vorhersagten ($\beta = 0,20$; $p < 0,01$).

Ein separates Hoffnungslosigkeitsmaß lag in dem für diese Diplomarbeit verwendeten Datensatz nicht vor. Dennoch zeigten auch PB-unabhängige Arbeiten in der deutschen Allgemeinbevölkerung (59) (gemessen: Beck-Hoffnungslosigkeits-Skala und PHQ-2; $r = 0,53$) sowie ein Review (60) mit gemischten Stichproben (gemessen: Beck-Hoffnungslosigkeits-Skala und Beck-Depressions-Inventar I-II $r = 0,55$ – $0,69$) den Zusammenhang zwischen Depression und Hoffnungslosigkeit, sodass die ergänzende Begründung der Hypothese über Hoffnungslosigkeit als legitim erscheint.

In der Formulierung von H3 wurde bewusst auch der Stellenwert positiver Emotionen als affektive Ressource berücksichtigt, welche nach (8) invers mit PB korrelierten ($r = -0,251$; $p < 0,01$). Die Wirkung von positiven Emotionen auf Depression wiederum wird durch aktuelle Meta-Evidenz bestätigt (61). In 50 RCTs zu Multi-Component-PPIs (Positive Psychology Interventions) senkten Interventionen depressive Symptome um $g = 0,29$ (95 %-KI [0,22; 0,36]), mit anhaltenden kleinen Effekten im Follow-up ($g = 0,20$).

Erweitert man die Betrachtung von depressiven Symptomen zu PB auf jüngere Kollektive, zeigte eine Vielzahl von Studien, zusammengefasst im systematischen Review von (62), einen robusten, positiven Zusammenhang zwischen depressiver Symptomatik und PB.

Zusammengefasst zeigte die durchgeführte Sekundärdatenanalyse einen statistisch robusten Zusammenhang zwischen depressiver Symptomatik und PB, erlaubt aufgrund des querschnittlichen Designs jedoch keine Aussage zur Richtung des Effekts. Gleiches gilt für die ebenfalls querschnittlich konzipierte Grundlage von H3 (6). Dies spiegelt ein allgemeines Muster in der Forschung zur Interpersonal Theory of Suicide wider, die nach einer systematischen Review- und Metaanalyse (28) mit 92,3 % der 143 eingeschlossenen Arbeiten überwiegend querschnittlich geprägt ist. In den verfügbaren Längsschnittstudien, die vorwiegend junge Stichproben umfassen, werden PB/TB und depressive Symptomatik meist parallel als Risikofaktoren für suizidale Gedanken und Verhaltensweisen modelliert, ohne dass ihre wechselseitige Kausalrichtung ausdrücklich geprüft wird (63-65). Theoretisch verortet die Interpersonal Theory of Suicide PB gemeinsam mit TB als proximale Vorläufer des suizidalen Wunsches, während psychische Störungen wie Depression sowie körperliche Erkrankungen und funktionelle Einschränkungen als distale Risikofaktoren gelten, die über diese interpersonalen Zustände auf Suizidgedanken wirken (9).

Am Beispiel zweier Längsschnittstudien wird veranschaulicht, dass es bezüglich Kausalität gegensätzliche Annahmen gibt. In einem dreiwelligen Längsschnitt bei Jugendlichen wurde ein serielles Mediationsmodell getestet, in dem globale Angstsymptome über depressive Symptome (beide Baseline) zu erhöhtem PB nach zwei Wochen und in der Folge zu stärkerer suizidaler Ideation nach sechs Wochen führten. Depressivität ist hier also PB zeitlich und inhaltlich vorgelagert (66). Demgegenüber zeigt eine Drei-Wellen-Studie aus dem Jahr 2016 bei asiatisch-amerikanischen Studierenden, dass höhere Ausgangswerte von PB und TB über interpersonal shame mit einem Anstieg depressiver Symptome zu einem späteren Messzeitpunkt einhergehen, auch nach Kontrolle der Ausgangsdepressivität, sodass PB/TB dort als interpersonale Risikofaktoren für spätere depressive Symptomatik positioniert werden (67, 68). Insgesamt erscheint die Kausalkette

zwischen depressiver Symptomatik und PB nicht einheitlich geklärt, was die Annahme eines komplexen, möglicherweise bidirektionalen Zusammenhangs und einen weiteren Forschungsbedarf speziell im Kollektiv älterer, pflegebedürftiger Personen nahelegt.

Die **vierte Hypothese (H4)** folgte der Annahme, dass Pflege bzw. Unterstützung durch Partner*innen mit einem stärkeren subjektiven Belastungserleben im Sinne von perceived burdensomeness einhergeht als Unterstützung durch (Schwieger-)Kind(er). Diese fand in den vorliegenden Daten jedoch keine Bestätigung. Deskriptiv lagen beide Gruppen eng beieinander (nur (Schwieger-)Kind(er): $M = 2,60$; $SD = 1,48$ vs. nur Partner*in: $M = 2,61$; $SD = 1,45$). Die einfaktorielle ANOVA ergab keinen signifikanten Unterschied, $F(4, 457) = 1,774$; $p = 0,133$; $\eta^2p = 0,015$. Auch im hierarchischen Regressionsmodell blieb die Unterstützungsform insgesamt ohne belastbaren Zusatznutzen ($\Delta R^2 = 0,016$; $\Delta F(5, 446) = 1,888$; $p = 0,095$). Im Vergleich zur Referenz „nur (Schwieger-)Kind(er)“ unterschied sich lediglich die Sammelkategorie „Andere“ signifikant, mit einer geringeren Ausprägung von PB ($B = -0,498$; 95 %-KI $[-0,924; -0,071]$). Nur Partner*in ($B = -0,248$; $p = 0,220$), Partner*in + (Schwieger-)Kind(er) ($B = 0,025$; $p = 0,878$) und keine Unterstützung ($B = -0,318$; $p = 0,215$) blieben statistisch ohne Effekte.

Der Befund kontrastiert die theoretische Ausgangslage von H4, die auf einer Studie im Kollektiv älterer US-Amerikaner*innen gründet (33). Dort berichteten 67,1 %, sich gegenüber Ehepartner*in, 64,3 % gegenüber (Schwieger-)Kindern und 44,3 % gegenüber beiden als Belastung zu erleben. Die Aussage, der anderen Person ginge es „besser ohne mich“, war ausschließlich in der Partnerbeziehung signifikant häufiger (Wald = 6,56; Odds Ratio = 5,73; $p = 0,01$). Zwei Unterschiede können die Abweichung zur vorliegenden Datenlage plausibel erklären. Erstens kommen in der Referenzstudie zwei PB-bezogene Instrumente zum Einsatz: ein INQ-Einzelitem als Indikator ausgeprägter PB sowie der PBQ zur Erfassung beziehungsspezifischer PB, während im Datensatz dieser Sekundärdatenanalyse PB global (INQ-10) erhoben und die Unterstützungsform als Kontextvariable modelliert wurde. Zweitens unterscheidet sich der Versorgungskontext grundlegend. In der US-amerikanischen Studie wurde PB in Beziehungen ohne zwingende Erfordernis realer Abhängigkeit

oder Pflege-/Unterstützungsbedürftigkeit erfasst, während in der analysierten Stichprobe Pflegebedürftigkeit ein obligates Einschlusskriterium war.

Für künftige Untersuchungen empfiehlt sich daher, PB beziehungsspezifisch (pro Personengruppe) zu erheben und zugleich Abhängigkeiten mitzuerfassen, um kontext- und konstrukt-spezifische Effekte auseinanderzuhalten.

Mit der **fünften Hypothese (H5)** wurde geprüft, ob Personen mit autobiografisch informeller Pflegeerfahrung ein höheres Ausmaß an perceived burdensomeness berichten. Deskriptiv zeigte sich ein gegenteiliger, nicht signifikanter Trend ($t(460) = 1,315$; $p = 0,189$; Cohen's $d = -0,13$). In der größeren Gruppe ohne Pflegeerfahrung lag der INQ-Mittelwertscore bei $M = 2,72$ ($SD = 1,48$; $n = 318$), mit Pflegeerfahrung bei $M = 2,53$ ($SD = 1,43$; $n = 144$). Die univariate Regression zeigte keinen Effekt ($B = -0,193$; $p = 0,189$) und auch im hierarchischen Gesamtmodell blieb Pflegeerfahrung ein statistisch nicht bedeutsamer Prädiktor für PB ($B = -0,125$; $p = 0,377$).

Die vorliegenden Befunde stehen in ihrer Tendenz gegen die theoriegestützt-explorative Begründung von H5. Diese beruhte auf zwei Evidenzsträngen: Erstens berichteten hochrangige Synthesen und EU-Paneldaten eine mittlere Mehrbelastung informell Pflegenden: Das Umbrella-Review von (46) berichtete erhöhte Median-Prävalenzen von Depression (33,35 %), Angst (35,25 %) und Caregiver-Burden (49,26 %), das systematische Review über 13 Längsschnittstudien von (47) zeigte eine Verbindung zu erhöhtem psychischem Distress sowie schlechterem mentalen Wohlbefinden und SHARE-Analysen (48) fanden quer- und längsschnittlich, dass die Aufnahme oder Intensivierung informeller Pflege mit mehr depressiven Symptomen verbunden war. Zweitens berichtete qualitative Evidenz zu PB (34) den ausgeprägten Wunsch älterer Menschen, Angehörige nicht belasten zu wollen, was ein verstärktes Lastbewusstsein und Lastempfinden bei autobiografisch negativer Pflegeerfahrung plausibel erscheinen lässt.

Die Ergebnisse der Datenanalyse rücken Studien zu positiven Aspekten informeller Pflege in den Vordergrund. In österreichischen Erhebungen berichteten Angehörige etwa Beziehungsgewinn, Sinn und „sich gebraucht fühlen“ (69). International erfassten Skalen wie die Benefits of Being a Caregiver Scale (BBCS) diese Vorteile

als eigenständige Dimension, weitgehend unabhängig von der Belastung (70). Ergänzend zeigte ein systematisches Review zur Positive Aspects of Caregiving Scale (PACS) in 52 Studien, dass positive Aspekte (z. B. Selbstbestätigung, Sinn und Beziehungsnähe) verbreitet sind, konsistent positiv mit Wohlbefinden/Lebensqualität zusammenhängen und teils auch prädiktiv mit günstigen Outcomes in Verbindung standen (71).

Insgesamt überwiegen in der Literatur negative Effekte, zugleich legt das eben aufgezeigte heterogene Gesamtbild, verstärkt durch das Fehlen direkter Quellen zur Wirkung informeller Pflegeerfahrung auf PB/SPB und die fehlende Signifikanz der vorliegenden Auswertung, weiteren Forschungsbedarf nahe.

Das **Alter als Kontrollvariable** war nicht Teil der theoriegestützten Hypothesen und zeigte bivariat zunächst keinen signifikanten Effekt, erreichte jedoch unter Kontrolle von ADLs und CES-D in Block 3 einen signifikanten inversen Effekt ($B = -0,019$; 95 %-KI $[-0,030; -0,008]$; $\beta = -0,140$), der auch im Gesamtmodell stabil blieb ($B = -0,019$; 95 %-KI $[-0,030; -0,007]$; $\beta = -0,138$). Demnach ging jedes zusätzliche Lebensjahr mit einem Rückgang des mittleren INQ-PB-Itemwertes um etwa 0,02 Skalenpunkte einher, sodass bei vergleichbarem Ausmaß an funktionellen Einschränkungen und depressiver Symptomatik insbesondere die jüngeren Pflegegeldempfänger*innen ein etwas stärkeres Belastungserleben berichteten als die älteren.

Wird das Suchspektrum verglichen zur ursprünglichen Literaturrecherche auf überwiegend jüngere und häufig suizidal belastete Kollektive erweitert, ergibt sich ein heterogenes Bild zum Zusammenhang von Alter und PB, zumal Alter dort, ähnlich wie in der vorliegenden Arbeit, meist nur als demografische Kovariate berücksichtigt wurde. In einer ambulanten Outpatient-Stichprobe von 18- bis 62-Jährigen konnte 2006 ein kleiner, aber signifikanter positiver Zusammenhang zwischen Alter und PB mit einer Korrelation von $r = 0,12$ berichtet werden (72). In einer späteren Studie aus dem Jahr 2008 konnte dieselbe Forschungsgruppe im Kollektiv überwiegend junger Erwachsener keinen Zusammenhang zwischen Alter und PB aufzeigen ($r = 0,00$) (73). In neueren Studien mit jüngeren und mittelalten Stichproben fällt der Alterseffekt ebenfalls uneinheitlich aus: 2015 wurde in einer relativ jungen ambulanten Stichprobe ($M = 27,2$ Jahre; Spanne = 18–65) ein

kleiner, aber signifikanter positiver Zusammenhang zwischen Alter und PB gefunden ($r = 0,226$; $\beta = 0,192$) (74), während in einer australischen Community-Kohorte im mittleren Erwachsenenalter (32–38 Jahre) aus dem Jahr 2014 kein signifikanter Alterseffekt auf PB nachweisbar war ($p > 0,5$) (75). In einer bevölkerungsrepräsentativen deutschen Stichprobe von 14- bis 94-Jährigen zeigte sich 2016 für TB eine schwache positive Korrelation mit dem Alter ($\rho = 0,11$), für PB jedoch kein signifikanter Zusammenhang (19). Am ehesten repräsentativ für die in dieser Diplomarbeit analysierte Altersgruppe ist eine 2017 publizierte klinische Studie mit depressiven Erwachsenen ab 42 Jahren, die einen inversen Altersverlauf innerhalb der Subgruppe von Personen mit Suizidversuch zeigte (76). Die Vergleichbarkeit mit einer nicht klinisch rekrutierten Stichprobe von Pflegegeldempfänger*innen bleibt jedoch eingeschränkt.

Über PB hinaus weisen Studien darauf hin, dass früh einsetzende Pflegebedürftigkeit beziehungsweise Behinderung besonders belastend sein kann. In einer aktuellen polnischen Stichprobe von 240 Personen mit langfristiger häuslicher Pflege zeigten jüngere Befragte eine geringere Krankheitsakzeptanz und eine niedriger bewertete Lebensqualität als ältere, während bei über 65-Jährigen eine höhere Akzeptanz mit deutlich mehr Lebenszufriedenheit zusammenhing (77). Eine US-Längsschnittstudie aus dem Jahr 2020 fand zudem heraus, dass funktionelle Beeinträchtigungen durch Behinderung in allen Altersgruppen mit stärkerer psychischer Belastung einhergehen, wobei dieser Zusammenhang im mittleren Erwachsenenalter (40–64 Jahre) teilweise über diskriminierende Alltagserfahrungen vermittelt wurde. Die Autor*innen führen dies darauf zurück, dass funktionelle Einschränkungen in der Erwerbsphase stärker gegen Erwartungen an Gesundheit und Unabhängigkeit verstoßen, während Beeinträchtigungen im hohen Alter kulturell eher als normativ gelten (78). Vor diesem Hintergrund erscheint der in dieser Datenauswertung beobachtete inverse Altersverlauf von PB plausibel, bleibt aber explorativ.

6 Stärken und Limitation

Die vorliegende Diplomarbeit profitiert von einer gut dokumentierten Datengrundlage aus einer österreichweiten, ethisch bewilligten CAPI-Erhebung (2016) mit 493 pflegebedürftigen Personen in Privathaushalten. Durch den Fokus auf Privathaushalte bildet der Datensatz die unteren Pflegestufen, in denen sich der Großteil der Pflegegeldempfänger*innen befindet, vergleichsweise gut ab (5). Die zentralen Konstrukte wurden mit validierten Instrumenten erhoben, und der vollständige Fragebogen macht Wortlaut und Antwortkategorien transparent. Ursachen, Umfang und Umgang mit fehlenden Angaben sind offengelegt. Analytisch folgt die Arbeit einem klaren, literaturgestützten und hypothesengeleiteten Auswertungspfad. Dieser reicht von der Deskription über univariate Tests bis hin zu einer hierarchischen multiplen Regression mit soziodemografischen, funktionell/psychologischen und pflegespezifischen Prädiktoren.

Die zentrale Limitation dieser Arbeit liegt im Outcome: Erfasst wurde perceived burdensomeness mit dem INQ aus der Primärstudie zum Thema assistierter Suizid. PB beschreibt ein suizidnahes Last-Erleben („anderen ginge es ohne mich besser“) im Rahmen der Interpersonal Theory of Suicide. Für den Pflegekontext steht das Konstrukt des self-perceived burden als das Zur-Last-Fallen gegenüber konkreten Pflegepersonen zur Verfügung. PB und SPB korrelieren zwar moderat ($r = 0,50$), sind jedoch nicht deckungsgleich. PB prognostiziert suizidale Ideation über SPB hinaus, während SPB zum Pflegekontext passend enger mit funktionellen Einschränkungen verknüpft ist (7). Die Ergebnisse sind somit als Last-Erleben im Sinne der PB zu verstehen und nicht als direkte Messung der gegenüber Pflegenden empfundenen Last.

Eine weitere wichtige Einschränkung betrifft die zeitliche Übertragbarkeit der Befunde. Die Erhebung stammt aus dem Jahr 2016 und liegt damit vor der COVID-19-Pandemie, der Teuerung und weiteren Krisen. Studienergebnisse zu älteren Australier*innen zeigen, dass PB-Werte zwischen prä- und peripandemisch erhobenen Stichproben deutlich variieren (31), was auf eine hohe Kontextsensitivität dieses Konstrukts hinweist. Prävalenzen und Zusammenhänge könnten sich im heutigen Umfeld verschoben haben. Die Ergebnisse sind daher als

wichtiger präpandemischer Referenzpunkt zu interpretieren und sollten mit aktuellen Daten repliziert werden.

Die Generalisierbarkeit auf alle Pflegebedürftigen ist durch den auf Privathaushalte beschränkten Stichprobenrahmen begrenzt. Personen mit sehr hohem Pflegebedarf in institutionellen Settings sind dadurch nicht erfasst. Dies zeigt sich unter anderem in dem deutlich geringeren Anteil der Pflegestufen 4–7 im vorliegenden Datensatz (13,1 %) im Vergleich zu den Statistik-Austria-Daten 2024 (32,0 %) (5). Zudem waren städtische Regionen tendenziell überrepräsentiert. Mangels Registerzugangs erfolgte die Rekrutierung über eine Screening-Frage, was mit dem Risiko einer Unterabdeckung einhergeht (79). Aufgrund der gleichzeitigen Erhebung von Exposition und Outcome erlaubt das Querschnittsdesign keine kausalen Schlüsse. Die zeitliche Reihenfolge bleibt unklar, sodass Wirkungsrichtung und bidirektionale beziehungsweise reziproke Zusammenhänge nicht eindeutig bestimmbar sind (80).

Zur Erhebungssituation muss berücksichtigt werden, dass sensible Inhalte wie INQ-Items in Interviews sozial erwünscht beantwortet oder vermieden werden können (81). CAPI kann Missverständnisse reduzieren (82), zugleich aber auch den sozialen Druck erhöhen (83). Damit vereinbar zeigte PB die höchste Rate an fehlenden Angaben mit systematischen Unterschieden nach Gemeindegröße, Bildungsabschluss und Alter. Der Umgang mit fehlenden INQ-Items wurde transparent gehandhabt (Mittelwertbildung ab drei gültigen Items und listwise-Analyse in den hierarchischen Regressionsmodellen).

Im Unterschied zur Primärstudie (49), in der aufgrund deutlich höherer und breiter verteilter fehlender Angaben (z. B. Verfügbarkeit/Nutzungswille von Euthanasie jeweils $\approx 18\%$; Verfügbarkeit von assistiertem Suizid $\approx 16\%$) eine multiple Imputation (MICE) eingesetzt wurde, basieren die Regressionsmodelle hier auf vollständigen Fällen (listwise). Da die fehlenden INQ-Angaben demografisch variieren, ist MCAR unwahrscheinlich und MAR plausibel. Eine Complete-Case-Analyse birgt deshalb neben geringerer Teststärke auch ein Verzerrungsrisiko (50). Angesichts der moderaten listwise-Reduktion (7,3 %) wird dieses Risiko als begrenzt eingeschätzt.

Schließlich bestehen Mess- und Modellgrenzen: Die verwendete INQ-Kurzform (INQ-10) folgt damaligen Empfehlungen. Neuere Cut-offs beziehen sich häufiger

auf längere Versionen (z. B. INQ-15), was die Vergleichbarkeit mit aktueller Literatur einschränken kann (20). Die CES-D-Kurzskala (3 Items) bildet Depressivität eher ökonomisch als diagnostisch ab. Zusätzlich war die interne Konsistenz in diesem Datensatz grenzwertig (Cronbachs $\alpha = 0,70$). Das gesamte Spektrum psychischen Wohlbefindens kann über diese Skala nicht abgebildet werden, da lediglich ein Teilaspekt negativ-affektiver Symptome erfasst wird. Der ADL-Index erfasst Grundaktivitäten robust, berücksichtigt jedoch keine IADLs und unterschätzt damit unter Umständen alltagspraktische Belastungen. Bei der Unterstützungsform kann die heterogene Sammelkategorie „Andere“ (von 24-Stunden-Pflege bis Nachbar*innen) echte Unterschiede verzerren.

Trotz dieser Grenzen erklärt das kompakte Gesamtmodell rund ein Viertel der Varianz in PB und liefert damit einen soliden, großteils theoriekompatiblen Erklärungsbeitrag für eine komplexe, kontextsensitive Outcomevariable.

7 Schlussfolgerungen und Ausblick

In den Analysen zeigte sich, dass perceived burdensomeness vor allem mit funktionellen Einschränkungen und depressiver Symptomatik ansteigt. Beide Effekte blieben im Gesamtmodell bestehen, wobei die depressive Symptomatik den stärkeren Zusammenhang präsentierte ($\beta = 0,34$) als funktionelle Einschränkungen ($\beta = 0,23$). Die Aufnahme dieses Blocks erhöhte die erklärte Varianz um rund 21 %. Soziodemografisch berichteten Männer höhere PB-Werte, während das Alter unter Kontrolle der übrigen Variablen invers verlief. Der Bildungsabschluss lieferte keinen eigenständigen Beitrag. Pflegespezifische Merkmale erhöhten die Modellgüte nur geringfügig. Zwischen Unterstützung durch Partner*in und (Schwieger-)Kind(er) lagen kaum Unterschiede, lediglich die heterogene Kategorie „Andere“ war mit geringeren PB-Werten verbunden. Die eigene informelle Pflegeerfahrung zeigte keinen unabhängigen Effekt.

Inhaltlich ist zu beachten, dass PB ein suizidnahes Last-Erleben abbildet. Aussagen zur spezifischen Belastung gegenüber Pflegenden sind daher nur indirekt möglich.

Angesichts des rasch wachsenden Anteils hochaltriger Menschen (1), steigender Pflegeausgaben nach Prognosen des WIFO (2) und der bislang dünnen Evidenz zu PB und SPB (10) bleibt das Thema forschungs- und gesundheitspolitisch hoch

relevant. Künftige Studien sollten das Last-Erleben im Pflegesetting primär mit SPB-Skalen erfassen, und sofern der suizidologische Bezug relevant ist, PB und SPB parallel erheben. Gerade wenn Datensätze für eine spätere Sekundäranalyse gedacht sind, empfiehlt es sich, beide Konstrukte von Beginn an zu berücksichtigen. Inhaltlich ist eine aktualisierte Erhebung unter Post-COVID-Bedingungen wünschenswert, zumal (31) bereits gezeigt hat, dass die PB-Werte in der peripandemischen Phase deutlich über denen der präpandemischen Phase lagen. Idealerweise sollte eine solche Studie longitudinal angelegt sein, um die bislang kaum geklärten zeitlichen Verläufe und wechselseitigen Einflüsse zwischen Funktionalität, Stimmung und Last-Erleben sichtbar zu machen. Dies gilt umso mehr, als das Ausmaß depressiver Symptome in der vorliegenden Datenanalyse als stärkster Prädiktor für PB identifiziert wurde und zugleich in den letzten Jahren Hinweise auf eine Verschlechterung des psychischen Wohlbefindens in der österreichischen Allgemeinbevölkerung vorliegen (84).

Damit das Belastungsempfinden über das gesamte Versorgungskontinuum sichtbar wird, sollten künftige Studien den Stichprobenrahmen auf institutionell versorgte Personen ausweiten, den Variablenkatalog um IADLs (4) erweitern, sowie konzeptionell gut belegte Einflussfaktoren wie Frailty (8), das Erleben von Abhängigkeit (10) und Beziehungsbalance/ relationship equity (42) berücksichtigen. Auf Basis aktueller Evidenz verdienen auch salutogenetische Ressourcen mehr Aufmerksamkeit, sodass etwa positive Emotionen (8), Generativität (6) und Schmerzakzeptanz (35) einbezogen werden sollten.

Schließlich empfiehlt sich bei sensiblen Inhalten ein Erhebungsmodus mit selbstadministrierten Komponenten innerhalb persönlicher Interviews, um die Offenheit zu erhöhen und fehlende Angaben zu verringern (83, 85). Insgesamt würde eine solche Agenda die Aussagekraft für Österreich deutlich steigern und die Grundlage für zielgerichtete Versorgungsmaßnahmen verbreitern.

8 Literaturverzeichnis

1. ÖROK. ÖROK-Regionalprognosen 2021 bis 2050: Bevölkerung. Wien: Geschäftsstelle der Österreichischen Raumordnungskonferenz (ÖROK); 2022.
2. Famira-Mühlberger U, Trukeschitz B. Zur öffentlichen Finanzierung der Langzeitpflege in Österreich. Wien: Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung; 2023.
3. Juraszovich B, Rappold E, Gyimesi M. Pflegepersonalbedarfsprognose Update bis 2050. Wien: Gesundheit Österreich GmbH; 2023.
4. Schmidt M, Halmdienst N, Radhuber M. Hilfs- und Pflegesituation der Generation 65+ in Österreich. Linz: Johannes Kepler University Linz; 2018.
5. STATISTIK AUSTRIA. Pflegegeld. Wien: Bundesanstalt Statistik Austria; 2025.
6. Gager CT, Gunn JF, Goldstein SE, Martinez SM. Thwarted Belonging and Perceived Burdensomeness During Middle and Older Adulthood: The Role of Generativity. *Int J Aging Hum Dev.* 2024;99(1):25-46.
7. Wilson KG, Kowal J, Caird SM, Castillo D, McWilliams LA, Heenan A. Self-perceived burden, perceived burdensomeness, and suicidal ideation in patients with chronic pain. *Can J Pain.* 2017;1(1):127-36.
8. Yang Y, Zhang X, Zhang D, Su Y. Frailty and suicidal ideation among older adults living alone in the community: a moderated mediation model of perceived burdensomeness and positive emotions. *Front Public Health.* 2024;12:1392424.
9. Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, Joiner TE, Jr. The interpersonal theory of suicide. *Psychol Rev.* 2010;117(2):575-600.
10. McPherson CJ, Wilson KG, Murray MA. Feeling like a burden: Exploring the perspectives of patients at the end of life. *Social Science & Medicine.* 2007;64(2):417-27.
11. Wei Y, Ren X, Su X, Wang X, Hua Y, Chen Y, et al. Predictors and Changes of Self-Perceived Burden Among Stroke Survivors: A 3-Month Follow-Up Study. *Front Neurol.* 2020;11:742.
12. Klimont J. Österreichische Gesundheitsbefragung 2019. Annex. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) 2020.

13. ÖPIA. Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie. WELLE III 2019 – 2022. Die Herausforderungen des hohen Alters Wien: Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen (ÖPIA) 2022.
14. Heusinger J. Alltag im Pflegeheim: Eine gendersensible Rekonstruktion der Sicht älterer Bewohner_innen. In: Denninger T, Schütze L, editors. Alter(n) und Geschlecht Neuverhandlungen eines sozialen Zusammenhangs. Münster: Westfälisches Dampfboot; 2017. p. 171-88.
15. Joiner TE, Jr. Why people die by suicide. Cambridge, MA Harvard University Press; 2005.
16. Upegui-Arango LD, Forkmann T, Nielsen T, Hallensleben N, Glaesmer H, Spangenberg L, et al. Psychometric evaluation of the Interpersonal Needs Questionnaire (INQ) using item analysis according to the Rasch model. PLOS ONE. 2020;15(8):e0232030.
17. Van Orden KA. Construct validity of the interpersonal needs questionnaire. [Doctoral dissertation]. Tallahassee (FL): Florida State University; 2009.
18. Glaesmer H, Spangenberg L, Scherer A, Forkmann T. Die Erfassung von Suizidwünschen: Erste psychometrische Befunde zur deutschen Version des Interpersonal Needs Questionnaire (INQ). Psychiatrische Prax. 2014;41(5):250-6.
19. Hallensleben N, Spangenberg L, Kapusta ND, Forkmann T, Glaesmer H. The German version of the Interpersonal Needs Questionnaire (INQ) – Dimensionality, psychometric properties and population-based norms. Journal of Affective Disorders. 2016;195:191-8.
20. Silva C, Smith PN, Rogers M, Joiner TE, Foote B, Van Orden KA. Clinically Significant Scores for Thwarted Belonging and Perceived Burden from the Interpersonal Needs Questionnaire (INQ-15). Crisis. 2023;44(5):406-14.
21. Hill RM, Rey Y, Marin CE, Sharp C, Green KL, Pettit JW. Evaluating the Interpersonal Needs Questionnaire: Comparison of the Reliability, Factor Structure, and Predictive Validity across Five Versions. Suicide Life Threat Behav. 2015;45(3):302-14.
22. Conrad K, Forkmann T, Schreiber D, Teismann T, Glaesmer H, Spangenberg L, et al. Understanding suicidal ideation—a network analysis of the Interpersonal Needs Questionnaire. PLOS ONE. 2023;18(11):e0293026.

23. Cousineau N, McDowell I, Hotz S, Hebert P. Measuring chronic patients' feelings of being a burden to their caregivers: development and preliminary validation of a scale. *Med Care*. 2003;41(1):110-8.
24. Liu B, Lee K, Sun C, Wu D, Lim PY. Systematic review on factors associated with self-perceived burden among cancer patients. *Supportive Care in Cancer*. 2022;30(10):8417-28.
25. Simmons LA. Self-perceived burden in cancer patients: validation of the Self-perceived Burden Scale. *Cancer Nurs*. 2007;30(5):405-11.
26. McPherson CJ, Wilson KG, Lobchuk MM, Brajtman S. Self-perceived burden to others: patient and family caregiver correlates. *J Palliat Care*. 2007;23(3):135-42.
27. Kowal J, Wilson KG, McWilliams LA, Peloquin K, Duong D. Self-perceived burden in chronic pain: relevance, prevalence, and predictors. *Pain*. 2012;153(8):1735-41.
28. Chu C, Buchman-Schmitt JM, Stanley IH, Hom MA, Tucker RP, Hagan CR, et al. The interpersonal theory of suicide: A systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research. *Psychol Bull*. 2017;143(12):1313-45.
29. Sabbath JC. The suicidal adolescent--the expendable child. *J Am Acad Child Psychiatry*. 1969;8(2):272-89.
30. Donker T, Batterham PJ, Van Orden KA, Christensen H. Gender-differences in risk factors for suicidal behaviour identified by perceived burdensomeness, thwarted belongingness and acquired capability: cross-sectional analysis from a longitudinal cohort study. *BMC Psychol*. 2014;2(1):20.
31. Okan C, Bilson L, Zhong D, Weidemann G, Bailey PE. Validating the interpersonal theory of suicide among older adults pre- and peri-COVID-19 pandemic. *Aging Ment Health*. 2023;27(8):1552-8.
32. Gagliano E, Grunewald W, Smith AR. Longitudinal Tests of Conformity to Masculine Norms as a Risk Factor Within the Interpersonal Theory of Suicide. *Suicide Life Threat Behav*. 2025;55(3):e70019.
33. Jahn DR, Van Orden KA, Cukrowicz KC. Perceived Burdensomeness in Older Adults and Perceptions of Burden on Spouses and Children. *Clin Gerontol*. 2013;36(5):451-9.

34. Cahill E, Lewis LM, Barg FK, Bogner HR. "You don't want to burden them": older adults' views on family involvement in care. *J Fam Nurs*. 2009;15(3):295-317.
35. Hale W, Vacek S, Crabtree M, Grelle K, Bryan CJ, McGeary DD, et al. The benefits of making peace with pain: chronic pain acceptance moderates the indirect effect of perceived burdensomeness between pain severity and suicidal cognitions. *Pain Med*. 2023;24(8):993-1000.
36. Gallyer AJ, Dougherty SP, Gai AR, Stanley IH, Hom MA, Rogers ML, et al. Problematic alcohol use and suicidal ideation among firefighters: A multi-study investigation of the explanatory roles of perceived burdensomeness and thwarted belongingness. *Journal of Affective Disorders*. 2018;238:281-8.
37. Anzenberger J, Akartuna D, Busch M, Klein C, Schmutterer I, Schwarz T, et al. *Epidemiologiebericht Sucht 2024 Illegale Drogen, Alkohol und Tabak*. Wien: Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz; 2024.
38. Erikson EH. *Childhood and society*. New York, NY, US: W W Norton & Co; 1950. 397 p.
39. Chen X, Wang Z, Zhou J, Loke AY, Li Q. A scoping literature review of factors influencing cancer patients' self-perceived burden. *Eur J Oncol Nurs*. 2024;68:102462.
40. Saji A, Oishi A, Harding R. Self-perceived Burden for People With Life-threatening Illness: A Qualitative Systematic Review. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2023;65(3):e207-e17.
41. Hofmann F. Sozioökonomische Konsequenzen und gesundheitspolitische Herausforderungen. In: Wien S, editor. *Schmerzbericht Wien 2018*. Wien: MA 24 – Gesundheits- und Sozialplanung; 2018. p. 290-2.
42. McPherson CJ, Wilson KG, Chyurlia L, Leclerc C. The balance of give and take in caregiver-partner relationships: An examination of self-perceived burden, relationship equity, and quality of life from the perspective of care recipients following stroke. *Rehabil Psychol*. 2010;55(2):194-203.
43. Geng D, Ou R, Miao X, Zhao L, Wei Q, Chen X, et al. Patients' self-perceived burden, caregivers' burden and quality of life for amyotrophic lateral sclerosis patients: a cross-sectional study. *J Clin Nurs*. 2017;26(19-20):3188-99.

44. Woldemariam S, Oberndorfer M, Stein VK, Haider S, Dorner TE. Association between frailty and subsequent disability trajectories among older adults: a growth curve longitudinal analysis from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2004–19). *European Journal of Public Health*. 2024;34(6):1184-91.
45. Hoogendijk EO, Romero L, Sánchez-Jurado PM, Flores Ruano T, Viña J, Rodríguez-Mañas L, et al. A New Functional Classification Based on Frailty and Disability Stratifies the Risk for Mortality Among Older Adults: The FRADEA Study. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2019;20(9):1105-10.
46. Soh XC, Hartanto A, Ling N, Reyes M, Sim L, Majeed NM. Prevalence of depression, anxiety, burden, burnout, and stress in informal caregivers: An umbrella review of meta-analyses. *Archives of Gerontology and Geriatrics Plus*. 2025;2(3):100197.
47. Ervin J, Taouk Y, Fleitas Alfonzo L, Peasgood T, King T. Longitudinal association between informal unpaid caregiving and mental health amongst working age adults in high-income OECD countries: A systematic review. *eClinicalMedicine*. 2022;53.
48. Schaps V, McMunn A, Deindl C, Wahrendorf M. Carer mental health in Europe. Does it matter who you care for? Cross-sectional and longitudinal findings from SHARE. *Aging & Mental Health*. 2025:1-13.
49. Stolz E, Mayerl H, Gasser-Steiner P, Freidl W. Attitudes towards assisted suicide and euthanasia among care-dependent older adults (50+) in Austria: the role of socio-demographics, religiosity, physical illness, psychological distress, and social isolation. *BMC Med Ethics*. 2017;18(1):71.
50. Sterne JA, White IR, Carlin JB, Spratt M, Royston P, Kenward MG, et al. Multiple imputation for missing data in epidemiological and clinical research: potential and pitfalls. *BMJ*. 2009;338:b2393.
51. Dong Y, Peng CY. Principled missing data methods for researchers. *Springerplus*. 2013;2(1):222.
52. Parent MC. Handling Item-Level Missing Data: Simpler Is Just as Good. *The Counseling Psychologist*. 2013;41(4):568-600.
53. United Nations Department of Economic and Social Affairs Statistics Division. *Handbook on Population and Housing Census Editing: Revision 2*

Studies in Methods, Series F, No. 82/Rev.2. New York: United Nations; 2020.

54. Allison PD. Missing Data. In: Marsden PV, Wright JD, editors. Handbook of Survey Research. 2 ed. Bingley: Emerald Group Publishing Limited; 2010. p. 631-57.

55. Cohen J, Cohen P, West SG, Aiken LS. Applied Multiple Regression/Correlation Analysis for the Behavioral Sciences. 3 ed. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 2003.

56. Meyers LS, Gamst GC, Guarino AJ. Multiple Regression: Statistical Methods Using IBM SPSS. Applied Multivariate Research: Design and Interpretation. 2 ed. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications; 2013. p. 366-76.

57. Bundesministerium für Soziales Gesundheit Pflege und Konsumentenschutz. Sozialbericht 2024 – Band II: Sozialpolitische Analysen. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz; 2024. Report No.: 978-3-85010-695-5.

58. Gareth M. T, Thurnell-Read T. Later-life masculinities: (re)forming the gendered lives of older men. Men and Masculinities. 2024;Vol. 27(2) 190–209.

59. Kliem S, Lohmann A, Mößle T, Brähler E. Psychometric properties and measurement invariance of the Beck hopelessness scale (BHS): results from a German representative population sample. BMC Psychiatry. 2018;18(1):110.

60. Wang YP, Gorenstein C. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: a comprehensive review. Braz J Psychiatry. 2013;35(4):416-31.

61. Hendriks T, Schotanus-Dijkstra M, Hassankhan A, de Jong J, Bohlmeijer E. The Efficacy of Multi-component Positive Psychology Interventions: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. Journal of Happiness Studies. 2020;21(1):357-90.

62. Ma J, Batterham PJ, Calear AL, Han J. A systematic review of the predictions of the Interpersonal–Psychological Theory of Suicidal Behavior. Clinical Psychology Review. 2016;46:34-45.

63. Batterham PJ, Walker J, Leach LS, Ma J, Calear AL, Christensen H. A longitudinal test of the predictions of the interpersonal-psychological theory of suicidal behaviour for passive and active suicidal ideation in a large community-based cohort. J Affect Disord. 2018;227:97-102.

64. Lin CC, Linscott RJ. Longitudinal mediation by perceived burden of the pathway from thwarted belonging to suicidal ideation. *Suicide Life Threat Behav.* 2022;52(6):1193-204.
65. Thompson RJ, Whalen DJ, Gilbert K, Tillman R, Hennefield L, Donohue MR, et al. Preadolescent Suicidal Thoughts and Behaviors: An Intensive Longitudinal Study of Risk Factors. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2025;64(3):375-85.
66. Hill RM, Del Busto CT, Buitron V, Pettit JW. Depressive Symptoms and Perceived Burdensomeness Mediate the Association between Anxiety and Suicidal Ideation in Adolescents. *Arch Suicide Res.* 2017;22(4):555-68.
67. Carrera SG, Wei M. Thwarted belongingness, perceived burdensomeness, and depression among asian americans: A longitudinal study of interpersonal shame as a mediator and perfectionistic family discrepancy as a moderator. *J Couns Psychol.* 2017;64(3):280-91.
68. SG. C. Interpersonal risk factors, shame, and depression among Asian Americans: A longitudinal study of perfectionistic family discrepancy and self-compassion as moderators [Doctoral dissertation]. Austin, TX: The University of Texas at Austin; 2016.
69. Nagl-Cupal M, Kolland F, Zartler U, Mayer H, Bittner M, Koller M, et al. Angehörigenpflege in Österreich. Einsicht in die Situation pflegender Angehöriger und in die Entwicklung informeller Pflegenetzwerke. Wien: Universität Wien; 2018.
70. Pendergrass A, Weiß S, Rohleder N, Graessel E. Validation of the Benefits of Being a Caregiver Scale (BBCS) – further development of an independent characteristic of informal caregiving. *BMC Geriatrics.* 2023;23(1):26.
71. Lee Y, Li L. Evaluating the Positive Experience of Caregiving: A Systematic Review of the Positive Aspects of Caregiving Scale. *Gerontologist.* 2022;62(9):e493-e507.
72. Van Orden KA, Lynam ME, Hollar D, Joiner TE. Perceived Burdensomeness as an Indicator of Suicidal Symptoms. *Cognitive Therapy and Research.* 2006;30(4):457-67.
73. Van Orden KA, Witte TK, Gordon KH, Bender TW, Joiner TE, Jr. Suicidal desire and the capability for suicide: tests of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior among adults. *J Consult Clin Psychol.* 2008;76(1):72-83.

74. Silva C, Ribeiro JD, Joiner TE. Mental disorders and thwarted belongingness, perceived burdensomeness, and acquired capability for suicide. *Psychiatry Res.* 2015;226(1):316-27.
75. Christensen H, Batterham PJ, Mackinnon AJ, Donker T, Soubelet A. Predictors of the risk factors for suicide identified by the interpersonal-psychological theory of suicidal behaviour. *Psychiatry Res.* 2014;219(2):290-7.
76. Vanyukov PM, Szanto K, Hallquist M, Moitra M, Dombrovski AY. Perceived burdensomeness is associated with low-lethality suicide attempts, dysfunctional interpersonal style, and younger rather than older age. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2017;32(7):788-97.
77. Majchrowicz B, Kowalczyk K, Tomaszewska K. Acceptance of illness and quality of life of patients under long-term home nursing care. *Front Public Health.* 2025;13:1505164.
78. Namkung EH, Carr D. The Psychological Consequences of Disability over the Life Course: Assessing the Mediating Role of Perceived Interpersonal Discrimination. *J Health Soc Behav.* 2020;61(2):190-207.
79. Groves RM, Fowler FJ, Jr, Couper MP, Lepkowski JM, Singer E, Tourangeau R. *Survey Methodology.* 2nd ed. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.; 2009.
80. Shadish WR, Cook TD, Campbell DT. *Experimental and Quasi-Experimental Designs for Generalized Causal Inference.* 2 ed. Boston, MA: Houghton Mifflin; 2002.
81. Tourangeau R, Yan T. Sensitive questions in surveys. *Psychol Bull.* 2007;133(5):859-83.
82. de Leeuw ED. *The Effect of Computer-Assisted Interviewing on Data Quality: A Review of the Evidence.* Utrecht University, Department of Methodology & Statistics; 2008.
83. de Leeuw ED, Hox JJ. Internet Surveys as Part of a Mixed-Mode Design. In: Das M, Ester P, Kaczmirek L, editors. *Social and Behavioral Research and the Internet: Advances in Applied Methods and Research Strategies.* New York: Routledge; 2011. p. 49-72.
84. Reiter C, Brunner S, Juen I, Mühlböck M, Wittmann L, Binder M, et al. So geht's uns heute: die sozialen Krisenfolgen im Zeitverlauf – Längsschnittbericht.

Ergebnisse einer Statistik-Austria-Befragung. Wien: Bundesministerium für
Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz; Bundesanstalt Statistik
Österreich; Institut für Höhere Studien; 2023.

85. de Bruijne M, Kalwij A. Switching Survey Mode Between CAPI and CAWI: A
Report from the Field. SHARE-ERIC; 2024.

Anhang – Fragebogen

Fragebogen zur Pflege – Finale Version vom 6.6.16 (Projekt: 26.604.005)

NUR PERSONEN AB 50 JAHREN BEFRAGEN

0. Screening-Frage:

Darf ich Sie fragen: Gibt es in Ihrem Haushalt jemanden, der in einer Pflegestufe ist?

- ja, Befragte/r selbst1 *1
 ja, ein Haushaltsmitglied (Zielpersonenwechsel)2*PAPI machen/FB übergeben
 nein3*Ende dieses Teiles

1. In welcher Pflegestufe befinden Sie sich derzeit?

- Stufe 11
 Stufe 22
 Stufe 33
 Stufe 44
 Stufe 55
 Stufe 66
 Stufe 77

2. Wie viele Monate befinden Sie sich bereits in dieser Pflegestufe? [Anzahl der Monate]

--	--	--

3. Wie beurteilen Sie Ihren Gesundheitszustand? (Vorlesen)

- sehr gut1
 gut2
 mittelmäßig.....3
 schlecht4
 sehr schlecht5

4. Haben Sie normalerweise Schwierigkeiten eine der folgenden Tätigkeiten ohne Hilfe auszuführen? (Durchfragen)

	keine Schwierigkeiten	einige Schwierigkeiten	große Schwierigkeiten	bin nicht dazu in der Lage	weiß nicht, kann ich nicht sagen
Essen oder trinken	1	2	3	4	5
Sich von einem Bett oder Sessel erheben oder sich darauf niederzulassen	1	2	3	4	5
An- und ausziehen	1	2	3	4	5
Toilettenbenützung	1	2	3	4	5
Baden oder duschen	1	2	3	4	5

5. Erhalten Sie im Zusammenhang mit diesen Tätigkeiten normalerweise Hilfe von anderen?

- ja, in ausreichendem Maße1
 ja, aber nicht in ausreichendem Maße2
 nein3 *7

6. Wenn ja, von wem erhalten Sie regelmäßig Hilfe bei den genannten Tätigkeiten? (Durchfragen)

	ja	nein	trifft nicht zu, habe ich nicht
24-Stunden Pflege	1	2	3
mobile Hauskrankenpflege	1	2	3
Partner/Partnerin	1	2	3
Tochter	1	2	3
Schwiegertochter	1	2	3
Sohn	1	2	3
Schwiegersohn	1	2	3
Enkelkinder	1	2	3
Nachbarn/Freunde/Bekannte	1	2	3
andere	1	2	3

7. Ich lese Ihnen nun einige Aussagen vor. Sagen Sie bitte jeweils, wie sehr Sie dem zustimmen oder nicht zustimmen. (Durchfragen)

	stimme völlig zu	stimme eher schon zu	stimme eher nicht zu	stimme überhaupt nicht zu	weiß nicht, kann ich nicht sagen
Die meisten Menschen sind hilfsbereit.	1	2	3	4	5
Ich bin davon überzeugt, dass die meisten Menschen gute Absichten haben.	1	2	3	4	5
Heutzutage kann man sich auf niemanden mehr verlassen.	1	2	3	4	5
Im Allgemeinen kann man den Menschen vertrauen.	1	2	3	4	5
Die meisten Menschen versuchen andere auszunutzen.	1	2	3	4	5

8. Nun geht es um Gefühle: (Durchfragen)

	sehr selten oder nie	selten	manchmal	oft	sehr oft	weiß nicht, kann nicht sagen
Wie oft haben Sie das Gefühl, in einer ungewohnten Situation zu sein und nicht zu wissen, was Sie tun sollen?	1	2	3	4	5	6
Wie oft sind Ihre Gefühle und Gedanken ganz durcheinander?	1	2	3	4	5	6

9. Wenn Sie über Ihr Leben nachdenken – was davon trifft da am ehesten zu? (Vorlesen)

Sie spüren, wie schön es ist, zu leben				Sie fragen sich, wieso Sie überhaupt leben	weiß nicht, kann nicht sagen
1	2	3	4	5	6

10. Jetzt möchte ich Ihnen einige Sätze vorlesen, bei denen es um Ihr Befinden in letzter Zeit geht. Bitte sagen Sie jeweils, wie sehr das Folgende zutrif. (Durchfragen)

	überhaupt nicht bzw. kaum	manchmal	öfter	meistens bzw. die ganze Zeit	weiß nicht, kann ich nicht sagen
Ich war deprimiert/niedergeschlagen	1	2	3	4	5
Ich fühlte mich einsam	1	2	3	4	5
Ich war traurig	1	2	3	4	5

11. Nun geht es um ihre allgemeine Lebenszufriedenheit. Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig, alles in allem, mit ihrem Leben? 0 = überhaupt nicht zufrieden, 10 = völlig zufrieden

Überhaupt nicht											völlig	<i>kann ich nicht sagen</i>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	98	

12. Wie viel Freiraum haben Sie, um Ihre eigenen Entscheidungen zu treffen?

- überhaupt keinen.....1
- wenig2
- mittelmäßig.....3
- ziemlich viel.....4
- sehr viel.....5

13. Wie sehr trifft das Folgende auf Sie zu oder nicht zu? (Durchfragen)

	überhaupt nicht	ein wenig	mittelmäßig	ziemlich	sehr	<i>weiß nicht, kann nicht sagen</i>
Ich mache mir darüber Sorgen, wie ich einmal sterben werde	1	2	3	4	5	6
Ich fürchte mich davor, keinen Einfluss darauf zu haben, wie ich sterben werden	1	2	3	4	5	6
Ich habe Angst vor dem Sterben	1	2	3	4	5	6
Ich fürchte mich davor, dass mein Tod von Schmerzen begleitet sein könnte	1	2	3	4	5	6
Ich erfahre in meinem Leben ein Gefühl von Gemeinschaft	1	2	3	4	5	6

14. Im Folgenden geht es um Ihre Zufriedenheit: (Durchfragen)

	überhaupt nicht	ein wenig	mittelmäßig	ziemlich	sehr	<i>weiß nicht, kann nicht sagen</i>
Inwieweit sind Sie mit Ihren Möglichkeiten zufrieden, weiterhin im Leben etwas zu erreichen?	1	2	3	4	5	6
Wie zufrieden sind Sie mit der Art und Weise, wie Sie Ihre Zeit nutzen?	1	2	3	4	5	6

15. In welchem Umfang sind Sie in der Lage, die Dinge zu tun, die Sie gerne tun wollen?

- überhaupt nicht1
- eher nicht2
- halbwegs3
- überwiegend4
- völlig5
- kann ich nicht sagen*6

16. Wie beurteilen Sie Ihre Sinnesfunktionen, also Hören, Sehen, Schmecken, Riechen, Tasten?
(Bei der Einstufung im Zweifelsfall das jeweils schlechteste eintragen – z.B. schlecht sehen)

- sehr schlecht1
 eher schlecht2
 mittelmäßig3
 eher gut4
 sehr gut5
 kann ich nicht sagen6

17. Jetzt möchte ich Ihnen einige Fragen vorlesen, bei denen es um Ihr Befinden in den letzten sechs Monaten geht. Sagen Sie bitte jeweils, ob dies auf Ihr Befinden in den letzten sechs Monaten zutraf oder nicht zutraf. (Durchfragen)

	ja	nein	weiß nicht
Haben Sie das Gefühl gehabt, dass Ihr Leben nicht wert ist, gelebt zu werden?	1	2	3
Haben Sie sich gewünscht, tot zu sein, z.B. zu Bett zu gehen und nicht mehr aufzuwachen?	1	2	3
Haben Sie daran gedacht, sich das Leben zu nehmen?	1	2	3

18. Bei den folgenden Aussagen sollen Sie über sich und andere Menschen nachdenken. Bitte beantworten Sie jede Frage mit Ihren eigenen Einstellungen und Erfahrungen und NICHT mit dem, was generell oder für andere Menschen zutreffend sein könnte. Bitte denken Sie dabei daran, wie Sie sich in letzter Zeit gefühlt haben. (Durchfragen)

		trifft überhaupt nicht auf mich zu						trifft voll und ganz auf mich zu	kann ich nicht sagen
A	Zurzeit ginge es den Menschen in meinem Leben besser, wenn ich nicht mehr da wäre.	1	2	3	4	5	6	7	8
B	Zurzeit habe ich das Glück, viele fürsorgliche und unterstützende Freunde zu haben.	1	2	3	4	5	6	7	8
C	Zurzeit wären die Menschen in meinem Leben glücklicher ohne mich.	1	2	3	4	5	6	7	8
D	Zurzeit fühle ich mich, als würde ich dazugehören.	1	2	3	4	5	6	7	8
E	Zurzeit denke ich dass, dass mein Tod eine Erleichterung für die Menschen in meinem Leben wäre.	1	2	3	4	5	6	7	8
F	Zurzeit bin ich anderen Menschen nahe.	1	2	3	4	5	6	7	8
G	Zurzeit denke ich, dass die Menschen in meinem Leben wünschen, sie könnten mich los sein.	1	2	3	4	5	6	7	8
H	Zurzeit fühle ich mich abgeschnitten von anderen Menschen.	1	2	3	4	5	6	7	8
I	Zurzeit denke ich, dass ich die Dinge für die Menschen in meinem Leben schlimmer mache.	1	2	3	4	5	6	7	8
J	Zurzeit fühle ich mich bei sozialen Zusammenkünften oft wie ein Außenseiter.	1	2	3	4	5	6	7	8

19. Bei den folgenden Aussagen geht es um Ärzte und Ärztinnen im Allgemeinen. Bitte geben Sie an, wie Sie diese einschätzen. (Durchfragen)

	stimme voll und ganz zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme überhaupt nicht zu	weiß nicht, kann ich nicht sagen
Alles in allem: Ärzten kann man vertrauen	1	2	3	4	5
Ärzte besprechen alle Behandlungsmöglichkeiten mit ihren Patienten	1	2	3	4	5
Die medizinischen Fähigkeiten und Kenntnisse von Ärzten sind nicht so gut wie sie sein sollten	1	2	3	4	5
Ärzte interessieren sich mehr fürs Geldverdienen als für ihre Patienten	1	2	3	4	5
Ärzte würden es ihren Patienten sagen, wenn sie einen Behandlungsfehler gemacht hätten	1	2	3	4	5

20. Sagen Sie mir bitte, wie groß das Vertrauen ist, dass Sie dem österreichischen Gesundheitssystem entgegenbringen? (Vorlesen)

- überhaupt kein Vertrauen1
 wenig Vertrauen.....2
 etwas Vertrauen3
 großes Vertrauen4
 sehr großes Vertrauen5

21. Haben Sie persönlich ältere Angehörige bzw. einen Partner gepflegt?

- ja1
 nein2

22. Haben Sie persönlich eine oder mehrere sterbende Personen begleitet?

- ja1
 nein2

23. Stellen Sie sich folgende Situation vor: Eine betagte, ältere Person wohnt alleine und ist seit längerem pflegebedürftig, d.h. sie benötigt mehrmals täglich die Unterstützung anderer bei folgenden Tätigkeiten: Essen zu sich nehmen, auf die Toilette gehen, Körperpflege (Waschen/Duschen), Anziehen von Kleidung und aus dem Bett aufstehen. Falls diese ältere, pflegebedürftige Person nicht mehr weiterleben möchte, was davon würden Sie befürworten oder ablehnen? (Durchfragen)

	ja	nein	weiß nicht
Bei dieser Person sollte auf deren Wunsch auf mögliche lebensverlängernde medizinische Behandlungen verzichtet werden.	1	2	3
Es sollte dieser Person der Wunsch zum Sterben erfüllt werden, indem ihr ein Mittel zur Selbsttötung zur Verfügung gestellt wird.	1	2	3
Es sollte dieser Person der Wunsch zum Sterben erfüllt werden, indem ihr vom Arzt ein Mittel verabreicht wird, das ihren Tod herbeiführt.	1	2	3

24. Und was würden Sie, vorausgesetzt Sie würden nicht mehr weiterleben wollen, für sich selbst in Betracht ziehen? (Durchfragen)

	ja	nein	weiß nicht
Auf mögliche lebensverlängernde medizinische Behandlungen verzichten.	1	2	3
Ein zur Verfügung gestelltes Mittel zur Selbstötung einnehmen.	1	2	3
Vom Arzt ein Mittel verabreichen lassen, das den Tod herbeiführt.	1	2	3

25. Wie religiös würden Sie sich selbst bezeichnen? (Vorlesen)

- sehr religiös 1
- eher religiös 2
- eher nicht religiös 3
- gar nicht religiös 4

26. Welcher Religionsgemeinschaft gehören Sie an? (Zuordnen)

- der römisch-katholischen Kirche 1
- der evangelischen Kirche 2
- einer anderen christlichen Religionsgemeinschaft 3
- einer moslemischen Glaubensgemeinschaft 4
- einer anderen nicht-christlichen Religionsgemeinschaft ... 5
- keiner Religionsgemeinschaft 6

27. Wie würden Sie sich selbst einschätzen? (Vorlesen)

- sehr liberal 1
- eher liberal 2
- eher konservativ 3
- sehr konservativ 4

28. Wenn Sie an das gesamte Haushaltseinkommen im Monat denken – was würden Sie dann sagen, wie ihr Haushalt finanziell über die Runden kommt? (Vorlesen)

- mit großen Schwierigkeiten 1
- mit gewissen Schwierigkeiten 2
- einigermaßen problemlos 3
- völlig problemlos 4

Statistikfragen:

29. GESCHLECHT

- männlich.....1
weiblich.....2

30. ALTER IN JAHREN (Eintragen)

31. ABGESCHLOSSENE SCHULBILDUNG

- Pflichtschulabschluss1
Lehrabschluss/Fachschule2
Matura3
Universität, Hochschule4

32. Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt (samt Ihnen)?

- Eine Person (nur Befragte/r selbst)1
Zwei Personen.....2
Drei Personen3
Vier oder mehr Personen.....4

33. Wie hoch ca. ist das gesamte Netto-Haushaltseinkommen – ohne Pflegegeld

- Bis 1.000 Euro1
Bis 1.500 Euro2
Bis 2.000 Euro3
Bis 3.000 Euro4
Über 3.000 Euro5
Weiß nicht, keine Angabe6

34. Gemeindegröße

- bis 2.000 Einwohner
bis 5.000 Einwohner1
bis 10.000 Einwohner2
bis 20.000 Einwohner3
bis 50.000 Einwohner4
bis 300.000 Einwohner5
über 300.000 Einwohner (Wien).....6

35. BUNDESLAND

- Vorarlberg1
Tirol2
Salzburg3
Oberösterreich4
Kärnten5
Steiermark6
Burgenland7
Niederösterreich8
Wien9