

UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung

Hans-Helmut König

Partnerschaftliche Pflege und deren Auswirkung auf Partnerschaftsmerkmale – eine longitudinale Analyse von partnerschaftlicher Pflege und Pflegeerhalt in Deutschland

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

vorgelegt von:

Fiona Happich
aus Würzburg

Hamburg 2023

**Angenommen von der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 10.08.2023**

**Veröffentlicht mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.**

**Prüfungsausschuss, der Vorsitzende:
Prof. Dr. Albert Nienhaus**

**Prüfungsausschuss, zweiter Gutachter:
Prof. Dr. André Hajek**

Inhaltsverzeichnis

1. Publikation	4-14
2. Darstellung der Publikation	15-27
2.1. Einleitung	15-18
2.1.1. Kontextuelle Einordnung	
2.1.2. Einordnung in bestehende Literatur	
2.1.3. Aufbau der Studie	
2.1.4. Ziel der Studie	
2.1.5. Arbeitshypothese und Fragestellung	
2.2. Material und Methoden	18-19
2.2.1. Datenquelle und Studienpopulation	
2.2.2. Messmethoden	
2.3. Ergebnisse	19-20
2.3.1. Merkmale der Stichprobe	
2.3.2. Multiple Regressionsanalysen	
2.5. Diskussion	20-27
2.4.1. Zentrale Ergebnisse	
2.4.2. Zusammenhang zwischen häuslicher Pflege und Partnerschaftsmerkmalen	
2.4.3. Potenziell moderierende Faktoren für den Zusammenhang zwischen häuslicher Pflege und Partnerschaftsmerkmalen	
2.4.4. Stärken und Grenzen	
2.4.5. Fazit und Ausblick	
3. Zusammenfassung	28-29
4. Literaturverzeichnis	30-33
5. Erklärung des Eigenanteils	34
6. Danksagung	35
7. Lebenslauf	36
8. Eidesstattliche Erklärung	37

2. Darstellung der Publikation

Die vorliegende Dissertation basiert auf der Publikation „Spousal care and its effect on partnership characteristics - a longitudinal analysis of spousal caregiving and care receipt in Germany“, welche in einem international anerkannten peer-reviewed Journal („*Scandinavian Journal of Caring Sciences*“, Impactfactor: 1.953 (2021)) publiziert wurde. Der Schwerpunkt des Journals liegt auf Forschung im Bereich Pflege, die den Patienten, die Familie und die Gemeinschaft in den Mittelpunkt stellt und einen interdisziplinären Teamansatz fördert.

2.1. Einleitung

2.1.1. Kontextuelle Einordnung

Der demografische Wandel ist in letzter Zeit zu einem viel diskutierten und wichtigen Thema geworden, nicht nur im Hinblick auf seine politischen Auswirkungen, sondern auch bezüglich der individuellen Folgen für die alternden Menschen selbst. Seit 1970 nimmt die Lebenserwartung auch bei älteren Menschen deutlich zu und wird in den kommenden Jahrzehnten weiter steigen (1). Auch wenn es eine positive Entwicklung ist, dass Menschen immer älter werden und dies oft viele Vorteile für den Einzelnen mit sich bringt, ergeben sich durch eine alternde Bevölkerung auch einige Probleme und private sowie gesellschaftliche Herausforderungen. Viele Menschen sind im Alter auf Hilfe angewiesen und aufgrund ihrer wachsenden Zahl wird der Bedarf an (Langzeit-)Pflege in den nächsten Jahrzehnten voraussichtlich steigen (2). Dem muss sich unsere Gesellschaft stellen, indem sie Systeme einführt, die die Last der Pflege tragen können. Viele Industrieländer ziehen es vor, informelle Pflege einzurichten und zu unterstützen, wo immer dies möglich ist, da diese Option aus Sicht der Gesundheitsversorgung weniger Ressourcen erfordert als die öffentliche Pflege (3, 4). Informelle Pflege wird häufig von einem Familienmitglied geleistet, um dem Pflegebedürftigen die Pflege in seiner vertrauten Umgebung zu ermöglichen. So leben in Deutschland etwa 76% der pflegebedürftigen älteren Menschen zu Hause, während der andere Teil in Heimen versorgt wird (5). In der häuslichen Pflegesituation werden vor allem Kinder oder Partner Teil des Pflegeteams, manchmal unterstützt durch einen Pflegedienst. Inwieweit diese dem wachsenden Bedarf der nächsten Jahre entsprechen können, bleibt offen. Umso wichtiger ist laut SPRINT-Report* die Einrichtung von Strukturen, die diese Form der Pflege unterstützen beziehungsweise eine Vernetzung von informeller und formeller Pflege ermöglichen, sodass einerseits die Versorgung der alternden Bevölkerung sichergestellt und andererseits den Pflegenden der Erhalt ihrer mentalen und körperlichen Gesundheit sowie gegebenenfalls weiterhin eine Partizipation am Arbeitsmarkt gewährt werden kann.

** europaweiter Report über die sozialen und ökonomischen Auswirkungen von formeller und informeller Pflege*

2.1.2. Einordnung in bestehende Literatur

Zwar wurden bereits mehrere Studien durchgeführt, um die Folgen der informellen Pflege zu untersuchen, die meisten von ihnen konzentrieren sich jedoch auf die Folgen für die Pflegenden, wie beispielsweise die aus der Pflege resultierende mentale Belastung der Pflegenden und ihren schlechteren Gesundheitszustand (6, 7). Auch bei der Betrachtung von partnerschaftlichen Pflegesituationen fokussieren die Studien hauptsächlich auf die pflegende Person und die Veränderungen, mit denen sie konfrontiert ist, während nur wenige Untersuchungen die Pflegeempfänger in den Blick nehmen (siehe Braun et al. (2009)). Darüber hinaus gibt es bisher nur wenige Studien, die sich mit der Partnerschaft in der häuslichen Pflege befassen (siehe Ascher et al. (2010) und Jo et al. (2007)). Da die häusliche Pflegesituation sich jedoch auch auf die Partnerschaft auswirken und die Beteiligten zusätzlich belasten kann, versucht diese Studie, ein besseres Verständnis der Situation zu schaffen, indem sie mögliche Veränderungen von ausgewählten Partnerschaftsmerkmalen vor und nach Beginn von partnerschaftlicher Pflege untersucht. Dies könnte eine Grundlage für weitere Forschungen in diesem Bereich sein, welche vermehrt auf die Unterschiede zwischen verschiedenen Pflegesituationen fokussieren und zudem die Interventionsmöglichkeiten zur Verbesserung dieser besonderen häuslichen Pflegesituation in den Blick nehmen sollten.

2.1.3. Aufbau der Studie

Die Analyse wurde durchgeführt, indem die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in unabhängige Gruppen eingeteilt wurden (entweder als Pflegenden oder als Pflegeempfänger) und anschließend die Veränderung der verschiedenen Partnerschaftsmerkmale im Laufe der Zeit für jede der Gruppen analysiert wurde. Auf diese Weise war es möglich, nicht nur den aktuellen Zustand der Partnerschaft zu untersuchen, sondern auch die Veränderungen zu erkennen, die durch neue Rollenzuweisungen nach dem Beginn der partnerschaftlichen Pflege verursacht wurden. Dadurch unterscheidet sich die Studie von anderen, die meist Querschnittsdaten verwendet haben oder eine recht geringe Teilnehmeranzahl hatten (siehe Vatter et al. (2018) und Hiyoshi et al. (2009)). Darüber hinaus basiert die vorliegende Studie auf einer landesweit repräsentativen Stichprobe, die verschiedene partnerschaftliche Pflegesituationen umfasst, im Gegensatz zu anderen, die häufig spezifische Pflegesituationen berücksichtigen (z. B. die Demenzpflege durch den Partner).

Zusätzlich zur Hauptanalyse wurde ein zweiter Schwerpunkt auf geschlechtsspezifische Unterschiede gelegt, da einige Studien auf unterschiedliche Bedingungen und Ergebnisse für Männer und Frauen in der partnerschaftlichen Pflege hinweisen. Laut einer Literaturübersicht von Li et al. (2013a) berichteten weibliche pflegende Angehörige über eine stärkere Abnahme der Beziehungszufriedenheit als männliche pflegende Angehörige und hatten insgesamt negativere Pflegeerfahrungen. Auch eine koreanische Studie von Choi et al. (2018) ergab einen Rückgang der Ehezufriedenheit bei weiblichen Pflegenden, während Männer in der gleichen Situation einen Anstieg der Beziehungszufriedenheit wahrnahmen. Die Ergebnisse der gepflegten Personen waren nicht eindeutig.

Darüber wurden einige andere Faktoren einbezogen, die den untersuchten Zusammenhang beeinflussen könnten, z. B. die sozialen Ressourcen, über die die Teilnehmer verfügen, ihr Bildungsstand oder die Art der gesundheitlichen Beeinträchtigung.

2.1.4. Ziel der Studie

Im Allgemeinen kann es verschiedene Gründe für eine unterschiedliche Qualität der Partnerschaft geben. Eine einschneidende Situation wie die partnerschaftliche Pflege stellt jedoch eine bedeutende Veränderung im Leben dar, die die Partnerschaft beeinträchtigen kann. Die Untersuchung der Auswirkungen der partnerschaftlichen Pflege auf ausgewählte Partnerschaftsmerkmale könnte dazu beitragen, Unterstützungsangebote zu schaffen, die es Paaren ermöglichen, die Herausforderung der häuslichen Pflege zu bewältigen. Angesichts der alternden Bevölkerung wäre dies sowohl für das Sozialsystem von Vorteil als auch für die einzelnen Betroffenen, welche oft so lange wie möglich zu Hause bei ihren Angehörigen bleiben möchten (14).

2.1.5. Arbeitshypothese und Fragestellung

Vor der Analyse wurde die Hypothese aufgestellt, dass alle drei Partnerschaftsmerkmale sich bei Beginn der partnerschaftlichen Pflege auf beiden Seiten der Pflegedyade verschlechtern. Dies beruhte auf den Erkenntnissen, dass die neue Situation für beide Seiten eine Belastung darstellen kann (15, 16). Während sie für die pflegende Person eine größere körperliche und geistige Anstrengung bedeutet, ist der Pflegeempfänger mit einem Verlust an Unabhängigkeit und Autonomie konfrontiert, was mit Frustration und Unzufriedenheit einhergehen kann. Beide Bedingungen könnten mögliche Gründe für eine geringere Zufriedenheit mit der Partnerschaft, mehr Konflikte und eine schwächere Bindung innerhalb der Beziehung sein. Bezüglich der geschlechtsspezifischen Unterschiede wurde, in Anbetracht von Ergebnissen früherer Studien (13, 17), von einer stärkeren Verschlechterung der Partnerschaftsmerkmale bei weiblichen Pflegenden ausgegangen.

Bezüglich der Pflegeempfänger wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen erwartet.

In Bezug auf die Moderatorvariable der sozialen Ressourcen ergab sich basierend auf zwei Studien zur Bedeutung von sozialen Ressourcen (18, 19), die Hypothese, dass geringe soziale Ressourcen einen negativen Einfluss auf den Zusammenhang zwischen dem Beginn der partnerschaftlichen Pflege und den Veränderungen der Partnerschaftsmerkmale haben könnten. Weiterhin wurde von stärkeren Veränderungen der Partnerschaftsmerkmale bei niedrigem Bildungshintergrund ausgegangen, da eine positive Korrelation zwischen Bewältigungsstrategien und einem höheren Bildungsstand gezeigt werden konnte (20). Bei der letzten Moderatorvariable - die Art der gesundheitlichen Beeinträchtigung - wurde die Vermutung aufgestellt, dass psychische im Vergleich zu körperlichen Beeinträchtigungen einen stärkeren negativen Einfluss auf den untersuchten Zusammenhang haben könnten, da sie sich möglicherweise vermehrt auf die Kommunikationsebene der Partner auswirken. Passend dazu zeigte sich ein systematischer Review von Chiao et al. (2015), dass Verhaltensstörungen und psychologische Symptome von Demenzerkrankten die primären Faktoren waren, welche zu einer Belastung der pflegenden Angehörigen beitrugen.

2.2. Material und Methoden

2.2.1. Datenquelle und Studienpopulation

Für die Analyse wurden Daten aus dem Deutschen Alterssurvey (DEAS) aus den Jahren 2014 und 2017 verwendet. Diese beziehen sich auf in Privathaushalten lebende Deutsche im Alter von 40 Jahren und älter und die Stichprobe umfasst über 10.000 Personen. Die Selektivität der Stichprobe ist gering und die demografische Struktur ähnelt den Daten des Mikrozensus. Eine detailliertere Beschreibung der Studienpopulation sowie Informationen bezüglich der Datenerhebung finden sich in der Publikation. Auch finden sich dort Details zur statistischen Analyse (insb. zu den verwendeten fixed effects (FE) -Regressionen mit cluster-robusten Standardfehlern).

2.2.2. Messmethoden

Abhängige Variablen

Die drei wichtigsten abhängigen Variablen der Studie waren 1) die Partnerschaftszufriedenheit, 2) die Konflikthäufigkeit und 3) die partnerschaftliche Bindung, die durch die folgenden Fragen erfasst wurden: 1) "Wie würden Sie Ihre derzeitige Beziehung insgesamt bewerten?" (von 1 = sehr schlecht bis 5 = sehr gut), 2) "Wie oft sind Sie und er/sie übereinander verärgert oder wütend?" (von 1 = nie bis 5 = immer) und 3)

"Wie nahe fühlen Sie sich Ihrem Partner?" (1 = überhaupt nicht nahe bis 5 = sehr nahe). Weitere Informationen bezogen auf die Erstellung der genannten Fragen sowie zur Messung von Beziehungszufriedenheit im Allgemeinen sind in der Publikation aufgeführt.

Unabhängige Variablen

Der Pflegebedarf war die wichtigste unabhängige Variable, die durch die folgenden Fragen gemessen wurde. Um festzustellen, ob eine Person pflegebedürftig ist, wurde die Frage gestellt: "Ist Ihr Gesundheitszustand so stark beeinträchtigt, dass Sie regelmäßige Hilfe, Pflege oder sonstige Unterstützung benötigen?". Um festzustellen, ob eine Person Pflegeleistungen erbringt, wurde gefragt: "Gibt es Personen, die Sie aufgrund ihres schlechten Gesundheitszustands regelmäßig betreuen oder pflegen, entweder auf privater oder ehrenamtlicher Basis?". Um sicherzustellen, dass es sich bei dem Partner um den Pflegeempfänger bzw. die Pflegeperson handelt, wurden zusätzliche Fragen gestellt: "Welche Person(en) unterstützen Sie?" / "Wen unterstützen Sie auf diese Weise?". Wurde der Partner als erste oder zweite Person genannt, die die Pflege leistet oder erhält, wurde die betreffende Person in die Analyse einbezogen.

Kovariablen

Bei den Ergebnissen sowohl des Pflegeempfängers als auch der Pflegeperson wurde für einige Kovariablen kontrolliert, die einen Einfluss auf die Partnerschaftszufriedenheit haben könnten, wie das Alter und der sowohl subjektive als auch objektive mentale und physische Gesundheitszustand (22).

Moderierende Variablen

Um ihr Potenzial als Moderatorvariablen zu testen, die einen Einfluss auf den Zusammenhang zwischen partnerschaftlicher Pflege und den drei Partnerschaftsmerkmalen haben könnten, wurden Fragen zu die sozialen Ressourcen (Größe des sozialen Netzwerks, Zufriedenheit mit den Familienbeziehungen) sowie der Bildungshintergrund und verschiedene Arten von Gesundheitsbeeinträchtigungen (körperlich versus kognitiv). Für genauere Hintergründe bezüglich der genannten Variablen wird auf die Publikation verwiesen.

2.3. Ergebnisse

2.3.1. Merkmale der Stichprobe

Die deskriptiven Merkmale der in der linearen FE-Regressionsanalyse verwendeten Beobachtungen (n = 4573, Jahr 2014 und 2017) sind in Tabelle 1 der Publikation beschrieben. In der verwendeten Stichprobe waren in beiden Jahren 2545 Männer (55,6

%) und 2028 Frauen (44,3 %) enthalten. Das Durchschnittsalter der Stichprobenpopulation betrug 62,85 (SD (\pm) 10,61) Jahre im Jahr 2014 und 65,85 (SD (\pm) 10,61) Jahre im Jahr 2017.

Die Analysestichprobe umfasste 615 Personen (382 Pflegende und 233 Pflegeempfänger). Sie beinhaltete die Teilnehmer, die im Zeitraum zwischen 2014 und 2017 entweder mit der Pflege ihres Partners oder mit dem Pflegeerhalt durch den Partner begonnen hatten. Die entsprechenden Koeffizienten in den FE-Regressionen basieren rein auf diesen Übergängen.

2.3.2. Multiple Regressionsanalysen

Die Ergebnisse der FE-Regressionsanalysen sind in Tabelle 2 der Publikation dargestellt. Die Anwendung von FE-Regressionen ermöglichte die Messung intra-individueller Veränderungen von "nicht für den Partner sorgen/keine Pflege vom Partner erhalten" zu "für den Partner sorgen/von ihm Pflege erhalten". Unter Berücksichtigung des Alters, des Vorliegens chronischer Krankheiten, der körperlichen Funktionsfähigkeit und der psychischen sowie der selbst eingeschätzten Gesundheit zeigten die FE-Regressionen, dass die Pflege des Partners mit einer Abnahme der Bewertung aller drei Partnerschaftsvariablen verbunden war: Partnerschaftszufriedenheit ($\beta = -0,12$, SE = 0,04, $p = 0,007$), Partnerschaftskonflikte ($\beta = -0,11$, SE = 0,05, $p = 0,039$) und die partnerschaftliche Bindung ($\beta = -0,09$, SE = 0,04, $p = 0,037$). Es ist wichtig zu beachten, dass eine Abnahme der Konflikthäufigkeitsvariable einen Rückgang der Konflikthäufigkeit bedeutet. FE-Regressionen ergaben, dass der Erhalt von Pflege durch den Partner mit einem Anstieg der Partnerschaftszufriedenheit verbunden war ($\beta = +0,13$, SE = 0,05, $p = 0,016$). Das Ergebnis der Konflikthäufigkeitsvariable sowie der partnerschaftlichen Bindung war hier nicht signifikant.

Für weitere Analysen (geschlechtsspezifisch bzw. moderierende Faktoren) sei auf die Publikation verwiesen.

2.4. Diskussion

Ziel der Studie war es, zu untersuchen, ob der Beginn der häuslichen partnerschaftlichen Pflege mit einer Veränderung verschiedener Partnerschaftsmerkmale bei den Pflegenden und den Pflegeempfängern einhergeht.

2.4.1. Zentrale Ergebnisse

Unsere Studie zeigte, dass die Zufriedenheit der Pflegenden mit der Partnerschaft eher abnahm, während die Zufriedenheit der Pflegeempfänger mit der Partnerschaft eher zunahm, wenn eine häusliche partnerschaftliche Pflege begonnen wurde. Bei den

Pflegenden konnte zudem eine geringere partnerschaftliche Bindung und eine geringere Konflikthäufigkeit festgestellt werden, während sich diese beiden Variablen bei den Pflegeempfängern nicht signifikant veränderten. Die Unterschiede zwischen Männern und Frauen waren nicht signifikant.

Die Ergebnisse der Analyse werden im Hinblick auf ihre Übereinstimmung mit anderen Studien, die sich mit dem Thema Partnerschaftliche Pflege und deren Auswirkungen auf die Partner beschäftigen, diskutiert. Wir vergleichen die Ergebnisse mit anderen wissenschaftlichen Arbeiten und versuchen, mögliche Erklärungen für diese zu geben.

2.4.2. Zusammenhang zwischen häuslicher Pflege und Partnerschaftsmerkmalen

Die Analyse wurde unter der Annahme durchgeführt, dass häusliche partnerschaftliche Pflege mit einer Veränderung verschiedener Partnerschaftsmerkmale verbunden ist. Die Ergebnisse bestätigen diesen Gedanken, auch wenn diese bei der Pflegeperson und dem Pflegeempfänger unterschiedlich ausfielen.

Die Auswirkungen der Pflege durch den Partner auf verschiedene Lebensbereiche wurden bereits in einigen Studien untersucht, die sich auf bestimmte Krankheits- oder Pflegesituationen konzentrierten (23-25). So wurde bei pflegenden Partnern, die mit einer Parkinson-Demenz ihres Partners konfrontiert sind, ein Rückgang der Partnerschaftszufriedenheit, der Intimität und der Kommunikation festgestellt (11). In einer Studie von Davis et al. wurden Themen wie Verlust und Spannungen in der Beziehung identifiziert, welche bei mit Alzheimer oder Parkinson konfrontierten Paaren zu einer Verschlechterung der Beziehungsqualität führten. Im Gegensatz dazu berichteten die Partner in einer Studie über häusliche Palliativpflege sowie in einer Übersichtsarbeit über die positiven Aspekte der Pflege von Krebspatienten durch den Partner (10, 27) von einer gestärkten Beziehung. Unterschiedliche Ergebnisse wurden in einer Studie von Ascher et al. (2010) und Gallagher et al. (2019) beobachtet. Diese Referenzen deuten auf ein breites Spektrum von Ergebnissen in Bezug auf die Partnerschaftszufriedenheit bei der Pflege von Partnern hin und legen nahe, dass diese von verschiedenen Faktoren abhängt, wie beispielsweise die pflegeverursachende Erkrankung oder der gewählte statistische Ansatz in der Analyse. Auch die unterschiedlichen sozialen Versorgungssysteme - in Deutschland können Angehörige für ihre Pflegearbeit Geldleistungen erhalten - könnten die unterschiedlichen Ergebnisse zwischen den Ländern erklären.

Ergebnisse der Pflegepersonen

Obwohl der Einfluss der partnerschaftlichen Pflege auf die Partnerschaft im Einzelfall oder in bestimmten Situationen variieren kann, ist die von den Pflegepersonen in unserer Studie

wahrgenommene Tendenz einer Verschlechterung der Beziehung bemerkenswert und sollte ernst genommen werden.

In verschiedenen Studien wurde untersucht, wie sich die Übernahme der Pflegerolle auf den Gesundheitszustand der Pflegeperson auswirkt, und es wurde festgestellt, dass die häusliche Pflege häufig mit einer Beeinträchtigung der körperlichen oder psychischen Gesundheit einhergeht (29-31). Insbesondere pflegende Partner sind mit einem höheren Risiko der Gebrechlichkeit konfrontiert und erleben eine höhere subjektive Belastung und mehr depressive Symptome als pflegende Erwachsene und Kinder (32-34). Darüber hinaus wurde in einer Studie mit Schlaganfallpatienten und ihren Partnern festgestellt, dass die Pflegenden indirekt vom Stress des Partners betroffen sind, was die Belastung ebenfalls erhöht (35). Die subjektive Belastung des pflegenden Partners könnte eine Erklärung für die Abnahme der Partnerschaftszufriedenheit und der partnerschaftlichen Bindung sein, da nur gesundheitliche Faktoren als Kovariablen berücksichtigt und somit kontrolliert wurden. Die geringere Konfliktrate könnte auf eine Vermeidung von Streitigkeiten zurückzuführen sein, die zu einer schlechten Atmosphäre und Ärger beiträgt. So stellte eine Studie von Wingham et al. (2017) fest, dass Pflegende viele unerfüllte Bedürfnisse haben und dazu neigen, ihren emotionalen Stress und ihre Wut zu verbergen, was darauf hindeutet, dass ungelöste Konflikte zu Unzufriedenheit auf Seiten der Pflegenden führen könnten.

Ergebnisse der Pflegeempfänger

Wie bereits erwähnt, zeigten die Regressionsanalysen unterschiedliche Zusammenhänge zwischen Pflegenden und Pflegeempfängern in Bezug auf die Zufriedenheit mit der Partnerschaft. Im Gegensatz zu den Pflegenden stieg die Zufriedenheit nach dem Beginn einer partnerschaftlichen Pflege bei den Pflegeempfängern.

Es ist nachvollziehbar, dass die neue Pflegesituation für den Pflegeempfänger eine Herausforderung darstellt, weil sie neben den ursächlichen Beschwerden auch Abhängigkeit und Hilflosigkeit bedeutet. Diese kritische Lebensveränderung geht nachweislich mit einer Abnahme der Lebenszufriedenheit einher (37). Möglicherweise ist der Partner in dieser Zeit eine wichtige Quelle der Unterstützung bei der Bewältigung der Aufgaben des täglichen Lebens sowie die Aufrechterhaltung von Hoffnung und Zuversicht, was dazu führen könnte, dass der Pflegeempfänger für die Beziehung zu seinem Partner dankbar ist. Wenn die Selbstwirksamkeit reduziert ist und körperliche oder geistige Beeinträchtigungen die Autonomie einschränken, kann der Partner zu einem Anker in der Unsicherheit des Lebens des Pflegeempfängers werden. Diese Gefühle könnten zu einer erhöhten Partnerschaftszufriedenheit beitragen.

Geschlechtsspezifische Unterschiede

Hinsichtlich der geschlechtsspezifischen Unterschiede nach Beginn einer partnerschaftlichen häuslichen Pflege waren die Ergebnisse der Regressionsanalyse nicht signifikant. Einige andere Studien, die die partnerschaftliche Zufriedenheit von pflegenden oder betreuten Partnern untersuchten, ergaben jedoch unterschiedliche Auswirkungen für Männer und Frauen (13, 17). Während die Häufigkeit der partnerschaftlichen häuslichen Pflege bei Männern und Frauen ähnlich ist und sich die geschlechtsspezifische Diskrepanz bei der Pflege von Partnern mit zunehmendem Alter verringert (38), kann die Art und Weise, wie die beiden Geschlechter mit den Veränderungen umgehen und sie bewältigen, unterschiedlich sein. Aufgrund der abweichenden Ergebnisse und der wenigen Studien in diesem Bereich sind weitere Untersuchungen indiziert.

2.4.3. Potenziell moderierende Faktoren für den Zusammenhang zwischen häuslicher Pflege und Partnerschaftsmerkmalen

Ein weiterer Ansatz der Studie bestand darin, den Einfluss verschiedener moderierender Faktoren auf den Zusammenhang zwischen der partnerschaftlichen Pflege und den verschiedenen Partnerschaftsmerkmalen zu messen. Keiner der untersuchten Faktoren zeigte eine signifikante Auswirkung auf die grundlegende Analyse.

Die sozialen Ressourcen waren der erste Untersuchungsgegenstand und umfassten mehrere Variablen, die sich auf die Größe des sozialen Netzwerks und die Häufigkeit von Kontakten sowie die Zufriedenheit mit den familiären Beziehungen bezogen. Ein Grund für die nicht sichtbare Auswirkung der sozialen Ressourcen auf die grundlegende Analyse könnte die Unabhängigkeit der partnerschaftlichen Beziehung von den sozialen Ressourcen des Paares oder eine stärkere Auswirkung der letzteren auf andere Variablen sein. Viele Studien, die den Zusammenhang zwischen dem sozialen Netzwerk oder der sozialen Unterstützung und der Belastung der Pflegeperson untersuchten, fanden signifikante Korrelationen, wobei sich herausstellte, dass soziale Bindungen die Belastung der Pflegeperson verringerten und die Lebenszufriedenheit erhöhten (39-41). Darüber hinaus beobachteten Cannuscio et al. (2004) einen Anstieg der depressiven Symptome, wenn nur wenige soziale Bindungen vorhanden waren. Es ist also möglich, dass das soziale Netzwerk einen indirekten Einfluss auf die Partnerschaft hat, indem es die Belastung der Pflegeperson reduziert, es sind jedoch weitere Untersuchungen erforderlich, um diese Zusammenhänge nachzuweisen.

Bezüglich des Einflusses des Bildungshintergrunds lässt sich die Vermutung anstellen, dass die Reaktion auf den sich abzeichnenden Pflegebedarf unabhängig vom Bildungsniveau der Partner ist und eher von anderen Faktoren wie Charaktereigenschaften und Belastbarkeit abhängt. Zur Klärung dieser Annahmen wären jedoch weitere Untersuchungen empfehlenswert.

Mit dem dritten Interaktionsterm wurde versucht, Unterschiede in den Auswirkungen kognitiver und körperlicher Beeinträchtigungen auf die grundlegende Analyse zu ermitteln. Die hier fehlende Signifikanz könnte darauf zurückzuführen sein, dass jede Form der Beeinträchtigung mit unterschiedlichen Schwierigkeiten im täglichen Leben einhergeht. Es ist davon auszugehen, dass trotz der Unterschiede beide Beeinträchtigungen die Partnerschaftszufriedenheit, die Konflikthäufigkeit oder die partnerschaftliche Bindung verändern können.

2.4.4. Stärken und Grenzen

Obwohl es viele Studien gibt, die die Auswirkungen der häuslichen Pflege insbesondere auf die pflegende Person untersuchen, gibt es nur wenige, die die Beziehung von Paaren in den Blick nehmen und gerade deren Veränderung bei Beginn von partnerschaftlicher Pflege wurde bisher kaum analysiert. Der Längsschnittansatz dieser Studie versucht diese Lücke zu schließen, indem er FE-Regressionen verwendet, die eine Analyse der intraindividuellen Veränderungen ermöglichen. Es sei darauf hingewiesen, dass auch andere Modellierungsstrategien angewandt werden könnten (z. B. der Fixed-Effect-Conditional-Logit-Schätzer, die von van Praag und Ferrer-i-Carbonell eingeführte "Probit-adaptierte OLS"-Technik oder der von Baetschmann et al. vorgeschlagene "Blow-up and cluster estimator" (42-44)). Monte-Carlo-Simulationen haben gezeigt, dass lineare FE-Modelle im Vergleich zu den oben genannten analytischen Ansätzen nahezu identische Schätzungen liefern und effizienter sind (45). Da wir auch an der relativen Größe der Parameter interessiert waren, zogen wir lineare FE-Modelle vor. Die Daten stammen aus einer national repräsentativen Stichprobe. Ein weiterer Vorteil ist die Tatsache, dass beide Perspektiven (Pfleger und Pflegeempfänger) in der Stichprobe eingeschlossen sind. Die Forschung zeigt, dass dieser Ansatz bedeutsam ist, um die Herausforderung der partnerschaftlichen Pflege zu verstehen und hilfreiche Interventionen zu entwickeln. Es bleibt jedoch zu beachten, dass die Untergruppen der Pfleger und der Pflegeempfänger separat und nicht innerhalb der Paarkonstellationen (d.h., dyadisch) analysiert wurden. Ein kleineres Problem der Studie könnte die niedrige Rücklaufquote sein, die in Europa und in Deutschland ein bekanntes Phänomen ist (46). Dennoch ähnelt die Rücklaufquote der Umfrage anderen deutschen Studien wie der Panel Analysis of Intimate Relationships and Family Dynamics (pairfam) Studie (47). Eine weitere Einschränkung der Studie besteht darin, dass die abhängigen Variablen auf Einzelitems beruhen. Für weitere Untersuchungen wäre es empfehlenswert, den Fragenkatalog zur Partnerschaft zu erweitern. Darüber hinaus kann die Wahrscheinlichkeit, dass schwer kranke Pflegebedürftige unterrepräsentiert sind, zu einer Antwortverzerrung führen. Aufgrund der möglichen höheren Antwortausfälle bei den Pflegeempfängern ist zu vermuten, dass die

Pflegenden tendenziell mit intensiveren und belastenderen Pflegesituationen konfrontiert sind, was den Vergleich mit den Pflegebedürftigen erschwert.

2.4.5. Fazit und Ausblick

Das Thema dieser Studie knüpft an ein aktuelles sozialpolitisches Thema in der Gesellschaft an, die informelle Pflege, von der in Deutschland viele Menschen betroffen sind. Die Zahl der Betroffenen wird in den nächsten Jahrzehnten voraussichtlich zunehmen. Durch die Analyse ihrer Situation und ihrer Bedürfnisse wird es möglich, geeignete Unterstützungsangebote zu entwickeln. Die Langzeitstudie trägt zu diesem Ziel bei und unterstreicht den Einfluss der Pflege durch den Partner auf die Partnerschaft. Um Paare in dieser schwierigen Situation zu unterstützen, wurden in den letzten Jahren mehrere paarbezogene Interventionsprogramme durchgeführt, um Bewältigungsstrategien zu entwickeln und dadurch die Pflege, die psychologische Adaption und die partnerschaftliche Beziehung zu verbessern. Obwohl wir in unserer Analyse die Pflegenden und die Pflegeempfänger getrennt betrachtet haben, zielen die Interventionsansätze häufig auf das Paar als Einheit ab, was sich im Hinblick auf die Bewältigungsstrategien als nützlich erwiesen hat. Eine der etablierten Interventionen ist das dyadische Coping, welches die Prozesse umfasst, die das Paar zur Bewältigung von Stressoren in bestimmten Situationen einsetzt, z.B. wenn die häusliche Pflege unumgänglich wird. Bei verschiedenen Krankheiten scheint das dyadische Coping erfolgreich zu sein (48, 49). Sowohl eine Längsschnittstudie von Bodenmann et al. (2006) als auch eine Metaanalyse von Falconier et al. (2015), die den Zusammenhang zwischen dyadischem Coping und Beziehungsveränderungen untersuchten, fanden einen signifikanten Zusammenhang zwischen Formen des dyadischen Copings und einer höheren Beziehungszufriedenheit. Eine Erklärung für die Wirksamkeit des dyadischen Copings könnte die verbesserte Kommunikation zwischen den Partnern sein, die zu einer höheren partnerschaftlichen Kongruenz führt und somit die Intimität der Partnerschaft erhöht (52).

Neben dem dyadischen Coping werden in Studien, die sich mit Partnerschaftszufriedenheit befassen, einige weitere Strategien genannt. Der Schwerpunkt liegt dabei auf Kompetenzen, die insbesondere die Partner der Patienten in schwierigen Situationen entwickeln. Diese umfassen beispielsweise die Einbindung und Wahrnehmung des Partners und die proaktive, konstruktive Konfliktklärung im Gegensatz zu abwehrendem und problemnegierendem Verhalten. Laut mehreren Studien haben diese Strategien gegensätzliche Auswirkungen auf die Beziehungszufriedenheit: während die ersten Punkte die partnerschaftliche Zufriedenheit tendenziell verbessern, führt die Verdrängung von Problemen eher zu einer Verschlechterung derselben (53-55). Diese Ergebnisse untermauern den Nutzen paarbezogener Interventionen in Situationen, in denen die Pflege

von Partnern eine Rolle spielt, und zeigen, warum letztere wichtig sind, wenn es darum geht, Paare bei der Bewältigung der Veränderungen zu unterstützen.

Doch wozu ist es gut, die Beziehungszufriedenheit von Paaren zu verbessern oder zumindest zu erhalten, und was sind weitere Gründe für die Durchführung von Interventionsprogrammen für Paare, die mit Krankheit und Pflegebedürftigkeit konfrontiert sind? Im Folgenden soll aufgezeigt werden, warum eine gute Partnerschaft in der häuslichen Pflegesituation wichtig sein kann und welche Implikationen aus den Ergebnissen der vorliegenden Studie gezogen werden können. Verschiedene Studien haben vor allem die Auswirkungen der partnerschaftlichen Zufriedenheit auf die pflegende Person untersucht. Dies passt in gewisser Weise zu den Ergebnissen dieser Studie, die lediglich einen Rückgang der Partnerschaftszufriedenheit und der partnerschaftlichen Bindung in Bezug auf die Pflegenden zeigte, während bei den Pflegeempfängern eher eine leichte Verbesserung der Variablen detektierbar war.

Es mag offensichtlich erscheinen, dass eine gute Beziehung in schwierigen Zeiten von Krankheit und gesundheitlichen Beeinträchtigungen eine Ressource sein kann. Da solche Situationen Belastungen und Sorgen mit sich bringen, kann es schwierig sein, mit ihnen umzugehen und sich an die manchmal plötzlich auftretenden Veränderungen anzupassen. Eine starke Bindung zwischen den Partnern kann eine gute Grundlage für den Umgang mit den auftretenden Problemen und Ängsten sein, so dass es möglich wird, der Hilflosigkeit und Traurigkeit über den Verlust etwas entgegenzusetzen und ein Stück Lebensqualität zu bewahren. Eine Studie über Pflegesituationen (nicht nur partnerschaftliche Pflege) aufgrund einer Demenz stützt diese These, indem sie einen Zusammenhang zwischen der subjektiven Bewertung der Beziehungsqualität und der Lebenszufriedenheit beziehungsweise dem Wohlbefinden des Einzelnen aufzeigt (56). Weitere Studien berichteten über eine Verringerung depressiver Symptome bei den pflegenden Personen, wenn eine hohe Beziehungsqualität und eine gute emotionale Bindung vorhanden waren (57, 58). Ein weiterer wichtiger Zusammenhang wurde in einer Querschnittsstudie festgestellt, die eine inverse Korrelation zwischen der Beziehungsqualität und der subjektiven Belastung der Pflegenden beschrieb. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Paarinterventionen eingerichtet werden könnten, um die Paarbeziehung zu verbessern und so die Belastung der Pflegenden zu verringern und ihre Zufriedenheit zu erhöhen (Tough, Brinkhof, Siegrist, & Fekete, 2017). Bemerkenswert ist in den Zusammenhang auch die systematische Übersichtsarbeit von Kayser et al. (2018), welche dyadische Studien berücksichtigte, die die Beziehungsqualität bei Paaren mit kolorektalem Krebs analysierten. Darin wurde festgestellt, dass die Beziehungsqualität sowohl die Anpassung der Patienten als auch der Partner an die neue Lebenssituation beeinflussen kann. Eine bessere

Anpassung wiederum könnte die Situation der Paare verbessern, indem sie Konflikte, negative Pflegeerfahrungen oder sogar gesundheitsgefährdendes Verhalten vonseiten der Pflegenden verhindert. Letzteres ist in partnerschaftlichen Pflegesituationen wahrscheinlicher, wie eine Untersuchung von Beach et al. aus dem Jahr 2005 zeigte und wird unter anderem verstärkt durch die physische und mentale Belastung der Pflegenden. Alle genannten Argumente verdeutlichen, wie wichtig die Beziehungsqualität in der häuslichen Pflegesituation ist und warum es unerlässlich ist, diese bei der Unterstützung von Paaren zu berücksichtigen. Kommunikation ist ein Schlüsselfaktor, wenn es um die Bewältigung der Pflegesituation geht und kann zur Einfeldung in die neue Rolle, der Entwicklung von Bewältigungsstrategien und der Adaption an die neue Lebenssituation beitragen. Da sich die Herausforderungen in den jeweiligen Situationen unterschiedlich äußern, sollten Angebote entwickelt werden, die individuelle Strategien für Paare unter Berücksichtigung ihrer Kommunikationsmuster und -präferenzen beinhalten und auch deren Ressourcen in den Blick nehmen. Dies würde dazu beitragen, die Wirkung paarbezogener Interventionen zu stärken und im besten Fall zu mehr Lebensqualität der Pflegenden und Pflegebedürftigen führen (60).

3. Zusammenfassung

Der demografische Wandel stellt unsere Gesellschaft schon jetzt vor Herausforderungen, was die Versorgung der älteren Bevölkerung angeht, und die Situation wird sich in den kommenden Jahrzehnten voraussichtlich zuspitzen. Aktuell wird ein Großteil der pflegebedürftigen Menschen zuhause versorgt, die informelle Pflege leistet somit einen wichtigen Beitrag und wird vor allem aufgrund von einem zunehmenden Personalmangel in der Pflege unersetzlich bleiben. Da es sich bei den Pflegenden oft um die Angehörigen, insbesondere Kinder und Partner handelt, ist es von großer Bedeutung die Umstände und Folgen dieser Pflegesituation zu untersuchen. Nur so können geeignete Unterstützungsmaßnahmen entwickelt werden, die zu einer guten Bewältigung der Herausforderungen beitragen.

Bisher wurden vor allem die Pflegenden und ihre Belastungen in den Blick genommen, die sich durch die neue Situation ergeben. Um ein ganzheitliches Bild der Pflegesituation zu bekommen und die Interaktion zwischen den Partnern genauer zu verstehen, lohnt es sich, sowohl die Pflegenden als auch die Pflegeempfänger in Studien einzubeziehen. Dazu will die vorliegende Arbeit einen Beitrag leisten, in dem sie die Veränderungen von einzelnen Beziehungsmerkmalen im zeitlichen Verlauf nach Beginn von partnerschaftlicher Pflege oder Pflegeerhalt untersucht. Dafür wurden Daten von 4.573 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus zwei Wellen (2014 und 2017) des Deutschen Alterssurvey (DEAS) des Deutschen Zentrums für Altersfragen mittels FE-Regressionen ausgewertet und die Analysen insbesondere bezüglich gesundheitlicher und sozioökonomischer Faktoren kontrolliert.

Die signifikanten Analyseergebnisse zeigten unterschiedliche Richtungen der Veränderungen auf. Während die Pflegenden eher eine Abnahme der partnerschaftlichen Zufriedenheit sowie auch der Konflikthäufigkeit und der partnerschaftlichen Verbundenheit angaben, war auf Seiten der Pflegeempfänger eine leichte Zunahme der Zufriedenheit mit der Partnerschaft zu detektieren. Diese Ergebnisse werden in den Kontext der bereits bestehenden Recherchen und Literatur betrachtet und mögliche Erklärungsansätze diskutiert.

Im Anschluss wird ein Ausblick auf mögliche Interventionsansätze gegeben und bereits erprobte Coping-Strategien vorgestellt. Zudem werden Gründe angeführt, weshalb diese von Bedeutung sind, wenn es um die Unterstützung der Pflegedyaden geht und in welcher Hinsicht die Partner und auch die Gesellschaft davon profitieren könnten. Damit erweitert die vorliegende Längsschnittstudie den Kenntnisstand bezogen auf partnerschaftliche Pflegesituationen und zeigt Perspektiven auf, wie den aktuellen und zukünftigen gesellschaftlichen Herausforderungen mithilfe von geeigneten Unterstützungsangeboten begegnet werden kann.

Summary

Demographic change is already posing challenges to our society in terms of care for the elderly population, and the situation is expected to worsen in the coming decades. Currently, the majority of people in need of care are cared for at home; informal care thus makes an important contribution and will remain irreplaceable, especially due to an increasing shortage of care personnel. Since the carers are often the relatives, especially children and partners, it is of great importance to examine the circumstances and consequences of this care situation. Only in this way can appropriate support measures be developed that contribute to coping well with the challenges.

So far, the focus has mainly been on the carers and their burdens resulting from the new situation. In order to get a holistic picture of the care situation and to understand the interaction between the partners more precisely, it is worthwhile to include both the caregivers and the care recipients in studies. The present study aims to contribute to this by examining the changes in individual relationship characteristics over time after the start of partnership care or care receipt. For this purpose, data from 4,573 participants from two waves (2014 and 2017) of the German Ageing Survey (DEAS) of the German Centre of Gerontology were analysed using FE regressions and the analyses were controlled for health and socioeconomic factors in particular.

The significant analysis results showed different directions of change. While the caregivers tended to indicate a decrease in partnership satisfaction as well as in the frequency of conflict and partnership connectedness, a slight increase in satisfaction with the partnership was detected on the part of the care recipients. These results are considered in the context of existing research and literature and possible explanatory approaches are discussed.

Subsequently, an outlook on possible intervention approaches is given and coping strategies that have already been tested are presented. In addition, reasons are given as to why these are important when it comes to supporting care dyads and in which respects the partners and also society could benefit from them. In this way, the present longitudinal study expands the state of knowledge with regard to partnership care situations and shows perspectives on how the current and future societal challenges can be met with the help of suitable support offers.

4. Literaturverzeichnis

1. Bundesamt S. Bevölkerung im Wandel: Annahmen und Ergebnisse der 14. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden: Destatis 2019.
2. Wouterse B, Huisman M, Meijboom BR, Deeg DJ, Polder JJ. The effect of trends in health and longevity on health services use by older adults. *BMC Health Serv Res.* 2015;15:574.
3. König HH, Leicht H, Brettschneider C, Bachmann C, Bickel H, Fuchs A, et al. The costs of dementia from the societal perspective: is care provided in the community really cheaper than nursing home care? *J Am Med Dir Assoc.* 2014;15(2):117-26.
4. Yoo BK, Bhattacharya J, McDonald KM, Garber AM. Impacts of informal caregiver availability on long-term care expenditures in OECD countries. *Health Serv Res.* 2004;39(6 Pt 2):1971-92.
5. Bundesamt S. Pflegestatistik: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Destatis; 2018.
6. Kaschowitz J, Brandt M. Health effects of informal caregiving across Europe: A longitudinal approach. *Soc Sci Med.* 2017;173:72-80.
7. Fonareva I, Oken BS. Physiological and functional consequences of caregiving for relatives with dementia. *Int Psychogeriatr.* 2014;26(5):725-47.
8. Braun M, Scholz U, Bailey B, Perren S, Hornung R, Martin M. Dementia caregiving in spousal relationships: a dyadic perspective. *Aging & mental health.* 2009;13(3):426-36.
9. Ascher EA, Sturm VE, Seider BH, Holley SR, Miller BL, Levenson RW. Relationship satisfaction and emotional language in frontotemporal dementia and Alzheimer disease patients and spousal caregivers. *Alzheimer disease and associated disorders.* 2010;24(1):49-55.
10. Jo S, Brazil K, Lohfeld L, Willison K. Caregiving at the end of life: perspectives from spousal caregivers and care recipients. *Palliative & supportive care.* 2007;5(1):11-7.
11. Vatter S, McDonald KR, Stanmore E, Clare L, McCormick SA, Leroi I. A qualitative study of female caregiving spouses' experiences of intimate relationships as cognition declines in Parkinson's disease. *Age and ageing.* 2018;47(4):604-10.
12. Hiyoshi K, Becker C, Siwaku K, Kinoshita A. [Family caregivers' burden and marital satisfaction]. *Gan to kagaku ryoho Cancer & chemotherapy.* 2009;36 Suppl 1:30-2.
13. Choi H. Giving or receiving spouse care and marital satisfaction among older Korean individuals. *Soc Sci Med.* 2018.
14. Hajek A, Lehnert T, Wegener A, Riedel-Heller SG, König HH. Factors associated with preferences for long-term care settings in old age: evidence from a population-based survey in Germany. *BMC Health Serv Res.* 2017;17(1):156.
15. Adelman RD, Tmanova LL, Delgado D, Dion S, Lachs MS. Caregiver burden: a clinical review. *Jama.* 2014;311(10):1052-60.
16. Martire LM, Schulz R, Wrosch C, Newsom JT. Perceptions and implications of received spousal care: evidence from the Caregiver Health Effects Study. *Psychology and aging.* 2003;18(3):593-601.
17. Li QP, Mak YW, Loke AY. Spouses' experience of caregiving for cancer patients: a literature review. *International nursing review.* 2013c;60(2):178-87.
18. Lopez Hartmann M, De Almeida Mello J, Anthierens S, Declercq A, Van Durme T, Cès S, et al. Caring for a frail older person: the association between informal caregiver burden and being unsatisfied with support from family and friends. *Age and ageing.* 2019;48(5):658-64.

19. Cannuscio CC, Colditz GA, Rimm EB, Berkman LF, Jones CP, Kawachi I. Employment status, social ties, and caregivers' mental health. *Soc Sci Med*. 2004;58(7):1247-56.
20. Calderon C, Gomez D, Carmona-Bayonas A, Hernandez R, Ghanem I, Gil Raga M, et al. Social support, coping strategies and sociodemographic factors in women with breast cancer. *Clin Transl Oncol*. 2021;23(9):1955-60.
21. Chiao CY, Wu HS, Hsiao CY. Caregiver burden for informal caregivers of patients with dementia: A systematic review. *International nursing review*. 2015;62(3):340-50.
22. Monin JK, Levy B, Doyle M, Schulz R, Kershaw T. The impact of both spousal caregivers' and care recipients' health on relationship satisfaction in the Caregiver Health Effects Study. *Journal of health psychology*. 2017:1359105317699682.
23. Seeher K, Low LF, Reppermund S, Brodaty H. Predictors and outcomes for caregivers of people with mild cognitive impairment: a systematic literature review. *Alzheimer's & dementia : the journal of the Alzheimer's Association*. 2013;9(3):346-55.
24. Macdonald M, Martin-Misener R, Weeks L, Helwig M, Moody E, MacLean H. Experiences and perceptions of spousal/partner caregivers providing care for community-dwelling adults with dementia: a qualitative systematic review. *JB I database of systematic reviews and implementation reports*. 2019.
25. Rahmani F, Ebrahimi H, Seyedfatemi N, Namdar Areshtanab H, Ranjbar F, Whitehead B. Trapped like a butterfly in a spider's web: Experiences of female spousal caregivers in the care of husbands with severe mental illness. *Journal of clinical nursing*. 2018;27(7-8):1507-18.
26. Davis LL, Gilliss CL, Deshefy-Longhi T, Chestnutt DH, Molloy M. The nature and scope of stressful spousal caregiving relationships. *Journal of family nursing*. 2011;17(2):224-40.
27. Li Q, Loke AY. The positive aspects of caregiving for cancer patients: a critical review of the literature and directions for future research. *Psycho-oncology*. 2013;22(11):2399-407.
28. Gallagher E, Rickenbach EH. Perceptions of couplehood among community-dwelling spousal caregivers. *Aging & mental health*. 2019:1-8.
29. Pinquart M, Sorensen S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychology and aging*. 2003;18(2):250-67.
30. Berglund E, Lytsy P, Westerling R. Health and wellbeing in informal caregivers and non-caregivers: a comparative cross-sectional study of the Swedish general population. *Health and quality of life outcomes*. 2015;13:109.
31. Trivedi R, Beaver K, Bouldin ED, Eugenio E, Zeliadt SB, Nelson K, et al. Characteristics and well-being of informal caregivers: Results from a nationally-representative US survey. *Chronic illness*. 2014;10(3):167-79.
32. Liu H, Lou WQV. Continuity and changes in three types of caregiving and the risk of depression in later life: a 2-year prospective study. *Age and ageing*. 2017;46(5):827-32.
33. Oldenkamp M, Hagedoorn M, Slaets J, Stolk R, Wittek R, Smidt N. Subjective burden among spousal and adult-child informal caregivers of older adults: results from a longitudinal cohort study. *BMC geriatrics*. 2016;16(1):208.
34. Potier F, Degryse JM, Aubouy G, Henrard S, Bihin B, Debaq-Chainiaux F, et al. Spousal Caregiving Is Associated with an Increased Risk of Frailty: A Case-Control Study. *The Journal of frailty & aging*. 2018;7(3):170-5.
35. Godwin KM, Swank PR, Vaeth P, Ostwald SK. The longitudinal and dyadic effects of mutuality on perceived stress for stroke survivors and their spousal caregivers. *Aging & mental health*. 2013;17(4):423-31.

36. Wingham J, Frost J, Britten N. Behind the smile: qualitative study of caregivers' anguish and management responses while caring for someone living with heart failure. *BMJ open*. 2017;7(7):e014126.
37. Zwar L, Konig HH, Hajek A. Life satisfaction of informal care recipients: Findings from the German Ageing Survey. *British journal of health psychology*. 2019.
38. Glauber R. Gender Differences in Spousal Care Across the Later Life Course. *Res Aging*. 2017;39(8):934-59.
39. Del-Pino-Casado R, Frias-Osuna A, Palomino-Moral PA, Ruzafa-Martinez M, Ramos-Morcillo AJ. Social support and subjective burden in caregivers of adults and older adults: A meta-analysis. *PloS one*. 2018;13(1):e0189874.
40. Akosile CO, Banjo TO, Okoye EC, Ibikunle PO, Odole AC. Informal caregiving burden and perceived social support in an acute stroke care facility. *Health and quality of life outcomes*. 2018;16(1):57.
41. Khusaifan SJ, El Keshky ME. Social support as a mediator variable of the relationship between depression and life satisfaction in a sample of Saudi caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Int Psychogeriatr*. 2017;29(2):239-48.
42. Van Praag B, & Ferrer-i-Carbonell, A. . Happiness quantified: A satisfaction calculus approach. OUP Oxford. 2007.
43. Baetschmann G, Staub, K. E., Winkelmann, R. Consistent estimation of the fixed effects ordered logit model. *Journal of the Royal Statistical Society : Series A (Statistics in Society)*. 2015:685-703.
44. Baetschmann G, Ballantyne, A., Staub, K. E., & Winkelmann, R. feologit: A new command for fitting fixed-effects ordered logit models. *The Stata Journal*. 2020;20:253-75.
45. Riedl M, Geishecker, I. Keep it simple: estimation strategies for ordered response models with fixed effects. *Journal of Applied Statistics*. 2014;41:2358-74.
46. Stoop I, Billiet, J., Koch, A., Fitzgerald, R. Improving survey response: Lessons learned from the European Social Survey. Chicester: John Wiley & Sons; 2010. 340 p.
47. Klaus D, Engstler H. Daten und Methoden des Deutschen Alterssurveys In: K. M, J.K. W, J. S, C. T-R, editors. *Altern im Wandel: Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS)*. Wiesbaden: Springer; 2017. p. 29-45.
48. Regan TW, Lambert SD, Kelly B, McElduff P, Girgis A, Kayser K, et al. Cross-sectional relationships between dyadic coping and anxiety, depression, and relationship satisfaction for patients with prostate cancer and their spouses. *Patient education and counseling*. 2014;96(1):120-7.
49. Traa MJ, De Vries J, Bodenmann G, Den Oudsten BL. Dyadic coping and relationship functioning in couples coping with cancer: a systematic review. *British journal of health psychology*. 2015;20(1):85-114.
50. Bodenmann G, Pihet S, Kayser K. The relationship between dyadic coping and marital quality: a 2-year longitudinal study. *Journal of family psychology : JFP : journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*. 2006;20(3):485-93.
51. Falconier MK, Jackson JB, Hilpert P, Bodenmann G. Dyadic coping and relationship satisfaction: A meta-analysis. *Clinical psychology review*. 2015;42:28-46.
52. Li Q, Loke AY. A literature review on the mutual impact of the spousal caregiver-cancer patients dyads: 'communication', 'reciprocal influence', and 'caregiver-patient congruence'. *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society*. 2014;18(1):58-65.
53. Hinnen C, Hagedoorn M, Ranchor AV, Sanderman R. Relationship satisfaction in women: a longitudinal case-control study about the role of breast cancer, personal

- assertiveness, and partners' relationship-focused coping. *British journal of health psychology*. 2008;13(Pt 4):737-54.
54. Schokker MC, Stuive I, Bouma J, Keers JC, Links TP, Wolffenbuttel BH, et al. Support behavior and relationship satisfaction in couples dealing with diabetes: main and moderating effects. *Journal of family psychology : JFP : journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*. 2010;24(5):578-86.
55. Kriegewicz O. Problem-solving strategies and marital satisfaction. *Psychiatria polska*. 2006;40(2):245-59.
56. Rippon I, Quinn C, Martyr A, Morris R, Nelis SM, Jones IR, et al. The impact of relationship quality on life satisfaction and well-being in dementia caregiving dyads: findings from the IDEAL study. *Aging & mental health*. 2019:1-10.
57. Litwin H, Stoeckel KJ, Roll A. Relationship status and depressive symptoms among older co-resident caregivers. *Aging & mental health*. 2014;18(2):225-31.
58. Min J, Yorgason JB, Fast J, Chudyk A. The Impact of Spouse's Illness on Depressive Symptoms: The Roles of Spousal Caregiving and Marital Satisfaction. *The journals of gerontology Series B, Psychological sciences and social sciences*. 2019.
59. Beach SR, Schulz R, Williamson GM, Miller LS, Weiner MF, Lance CE. Risk factors for potentially harmful informal caregiver behavior. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2005;53(2):255-61.
60. Badr H. New frontiers in couple-based interventions in cancer care: refining the prescription for spousal communication. *Acta Oncol*. 2017;56(2):139-45.

5. Erklärung des Eigenanteils

Hiermit versichere ich, Fiona Happich, dass ich die folgenden Anteile für die Verfassung der Publikationspromotion „*Spousal care and its effect on partnership characteristics - a longitudinal analysis of spousal caregiving and care receipt in Germany*“ selbstständig erarbeitet habe:

Projektskizze, Literaturrecherche und -auswertung, Vertragsabschluss mit dem Deutschen Alterssurvey zur Nutzung der Daten, Datenaufbereitung und Datenauswertung der zur Verfügung gestellten Mikrodaten mittels Stata in Supervision von Prof. Dr. André Hajek, Erstentwurf des Manuskripts, Einreichen und Bearbeitung des Manuskripts nach Rücksprache mit meinem Betreuer und Prof. Dr. Hans-Helmut König, sowie Bearbeitung des Manuskriptes für die Revision beim „*Scandinavian Journal of Caring Sciences*“ unter Rücksprache mit meinem Betreuer und Prof. Dr. Hans-Helmut König.

Anmerkung:

Auch wenn im Text nahezu ausschließlich die männliche Form verwendet wird, sind selbstverständlich immer beide Geschlechter gemeint. Geht es spezifisch um weibliche oder männliche Personen ist dies durch das entsprechende Adjektiv kenntlich gemacht (beispielsweise bei den geschlechterspezifischen Analysen).

6. Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen bedanken, die mich bei der Anfertigung meiner Dissertation in den vergangenen Jahren unterstützt haben.

Mein besonderer Dank gilt Prof. Dr. André Hajek für die ausgezeichnete und zuverlässige Betreuung und die große Unterstützung bei der Verwirklichung dieser Arbeit. Die Ratschläge und Anregungen in jeder Phase waren viel wert und haben es mir ermöglicht, meine eigenen Ideen in einem wissenschaftlichen Rahmen umzusetzen. Auch möchte ich Prof. Dr. Hans-Helmut König meinen Dank aussprechen, der an der Ausarbeitung des Manuskriptes mitgewirkt und wertvolle Kommentar beigetragen hat.

Des Weiteren möchte ich dem Deutschen Zentrum für Altersfragen für die Bereitstellung der Daten und die unkomplizierte Kommunikation diesbezüglich danken. Durch die Daten der großen Stichprobe und die gleichzeitige Abdeckung von vielfältigen Themenbereichen wurde die Umsetzung meiner Arbeit überhaupt erst ermöglicht.

Meinen Großeltern danke ich für Ihren liebevollen gegenseitigen Umgang in der herausfordernden Pflegesituation, welcher mich zu meiner Arbeit inspiriert hat, und für Ihr Vertrauen in meinen Weg.

Meinen Eltern danke ich für die großzügige Unterstützung auf verschiedenen Ebenen während meines Studiums und ihr Interesse an meinem Tun.

7. Lebenslauf

Lebenslauf aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht enthalten.

8. Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Dissertation vom Dekanat der Medizinischen Fakultät mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Unterschrift: 