

Belastung von pflegenden Angehörigen

Wann droht eine Aufnahme ins Pflegeheim?

Empfinden Angehörige von Demenzkranken die Pflege als sehr belastend und stimmen Ärzte dem zu, lässt sich eine Heimeinweisung kaum noch vermeiden. Haben Ärzte und Angehörige jedoch unterschiedliche Auffassungen zur Belastung, können Aufklärung und externe Hilfen die Heimaufnahme oft noch verzögern. Das bestätigt eine Befragung pflegender Angehöriger in einer Schwerpunktpraxis für Demenzen.

JENS BOHLKEN, UWE KONERDING, THOMAS KOHLMANN



Irgendwann ist auch den Angehörigen die Pflege von Demenzkranken zu viel. Dieser Zeitpunkt lässt sich aber durch ärztliche Unterstützung hinauszögern.

- 42 **Belastung von pflegenden Angehörigen**
Wann droht die Heimaufnahme?
- 46 **PSYCHIATRISCHE KASUISTIK**
Schizophrenie und zugleich Neuroborreliose?
- 52 **CME Sexuelle Funktionsstörungen**
Wenn Psychopharmaka das Liebesleben lähmen
- 61 **CME Fragebogen**

Die Verzögerung der Heimeinweisung gilt als zentraler Endpunkt der ambulanten Behandlung von Demenzkranken. Ganz unterschiedliche Faktoren bedingen dieses Ereignis. Hierzu zählen die Wohnsituation, die krankheitsbedingten Beeinträchtigungen durch kognitive und nicht-kognitive Störungen, die Verfügbarkeit von ärztlicher Versorgung, Pflegediensten und Tagesstätten und nicht zuletzt die Widerstandskraft der pflegenden Angehörigen [5, 6]. In den Leitlinien wird die Einbeziehung der Angehörigen in das Behandlungskonzept deshalb durch hohe Empfehlungsgrade berücksichtigt [www.degam.de; www.dgppn.de].

Objektive Einschätzung der Belastung

Derzeit werden Angehörige sowohl bei Gruppenmaßnahmen als auch individuell in die Behandlung integriert [2, 3, 4, 7]. Bei beiden Behandlungsformen ist es wichtig, die Belastung der Pflegenden und deren Belastbarkeit klinisch einzuschätzen. Dabei lässt sich die Perspektive der pflegenden Angehörigen von der der behandelnden Ärzte unterscheiden. Im Gegensatz zur Perspektive der Angehörigen enthält die ärztliche Perspektive immer auch Aspekte der objektiven Belastung, die sich aus den klinischen, psychopathologischen und testpsychologischen Befunden ergeben.

Pflegende Angehörige bewerten Belastung anders als Ärzte

Die Erfahrungen im klinischen Alltag einer Schwerpunktpraxis [1, 2] deuten daraufhin, dass die Belastung aus Sicht des pflegenden Angehörigen sich sehr von der Belastung aus Sicht des Arztes unterscheiden kann. Es gibt durchaus pflegende Angehörige, die aus ärztlicher Sicht eine gewaltige Bürde zu tragen haben, die dies aus ihrer Sicht aber gar nicht so empfinden. Andererseits gibt es Angehörige, die eine Situation als überaus belastend empfinden, die vom Arzt als nicht belastend eingeschätzt wird. Damit lassen sich vier verschiedene Typen von Belastungskonstellationen definieren:

Typ A, geringe Belastung: Angehörige mit geringer subjektiver und geringer objektiver Belastung.

Typ B, Hilflosigkeit: Angehörige mit hoher subjektiver aber geringer objektiver Belastung.

Typ C, hohe Resilienz: Angehörige mit geringer subjektiver aber hoher objektiver Belastung.

Typ D, Überlastung: Angehörige mit hoher subjektiver und hoher objektiver Belastung.

Beim Typ A ist in der Regel mit einem geringen Heimeinweisungsrisiko zu rechnen. Die Typen B und C bedürfen besonderer Achtsamkeit. Durch gezielte ärztliche und ergotherapeutische Interventionen kann ein höheres

Heimeinweisungsrisiko vermieden werden. Bei dem Typ D ist trotz therapeutischer Gegenmaßnahmen mit einer höheren Heimeinweisungsrate zu rechnen. Im Folgenden wird eine Untersuchung zur Prüfung dieser Hypothesen vorgestellt.

Befragung bei 62 Angehörigen von Demenzpatienten

Im Zeitraum vom 18. Februar bis 2. April 2008 wurden konsekutiv 62 Angehörige von Demenzpatienten befragt. Einschlusskriterien waren eine Demenzdiagnose nach ICD 10, eine seit drei Monaten bestehende Antidepressivtherapie, eine ergotherapeutische Mitbehandlung, sowie die schriftliche Einverständniserklärung des Patienten und des Angehörigen.

Das Belastungserleben der Angehörigen wurde mit der Frage 22 („Wie belastet fühlen Sie sich insgesamt durch die Betreuung Ihres Angehörigen?“) des Zarit Burden Interviews (ZBI) erfasst [8]. Für die Auswertung wurde die fünfstufige Kategorienskala in die Kategorien geringe und hohe Belastung dichotomisiert. Wir kontrollierten die Antworten durch die gleichzeitige Befragung mittels des gesamten ZBI. Die ärztliche Einschätzung der Belastungssituation des Angehörigen wurde mit einer vierstufigen Kategorienskala erfasst: „Wie schätzen Sie aus ärztlicher Sicht die Belastung des An-

gehörigen durch die Demenzerkrankung des Patienten insgesamt ein?“

Die vierstufigen Antwortmöglichkeiten wurden ebenfalls dichotomisiert in geringe und hohe Belastung. Die gleiche Frage wurde auch der mitbetreuenden Ergotherapeutin gestellt, der die Arzteinschätzung nicht bekannt war. Zusätzlich erfolgte die Auswertung der in der Praxis verwendeten Standarddokumentation. Sie enthält etwa den Mini-Mental-State-Test (MMST), die Skala zu Instrumental Activities of Daily Life (IADL) und Hinweise auf behandlungsbedürftige Verhaltensstörungen. Zwölf Monate später, im März 2009, wurde die Heimeinweisungsrate erfasst.

49 Angehörigen-Patienten-Paare dokumentiert

Kein Patient oder Angehöriger lehnte die Studienteilnahme ab. Im Verlauf von zwölf Monaten gab es 13 Abbrü-

che. Fünf Patienten verstarben und vier wechselten den Arzt. Bei vier Angehörigen-Patienten-Paaren konnte der Verlauf über zwölf Monate dokumentiert werden. Von den dazugehörigen Patienten wiesen 88 Prozent nach ICD 10 eine Alzheimerdemenz auf. Bei 12 Prozent der Patienten handelt es sich um eine gemischte Demenz. 24 Patienten waren Männer und 25 Frauen. Das Durchschnittsalter betrug 76,5 Jahre bei einer Spanne von 57 bis 88 Jahren. Die MMST-Werte lagen im Durchschnitt bei 17,5 mit einer Spanne von 0 bis 28 Punkten. Bei den 49 Angehörigen überwogen die Frauen mit 67 Prozent (33 von 49). 71 Prozent wohnten im gleichen Haushalt. 8 Prozent wohnten mehr als eine Stunde Fahrzeit entfernt von der Wohnung der Patienten. Bei 67 Prozent handelt es sich um die Ehepartner. 31 Prozent sind Kinder oder Schwiegerkinder.

Jeder dritte Pflegende ist aus Arztsicht stark belastet

Die Rangkorrelation zwischen den Belastungseinschätzungen des behandelnden Arztes und der behandelnden Ergotherapeutin beträgt 0,60. Die Rangkorrelation der Frage 22 des ZBI mit dem gesamten ZBI 0,66. Alle Korrelationen sind auf dem 1-Prozent-Niveau statistisch signifikant. Aus Sicht des Arztes sind 32 der 49 Angehörigen gering belastet, aus Sicht der Angehörigen sogar 37. Die Urteile von Arzt und Angehörigen weichen aber häufig von einander ab. So gibt es sechs Angehörige, die ihre Belastung als hoch erleben, während diese vom Arzt als gering eingestuft wird. Andererseits gibt es elf Angehörige, die aus Sicht des Arztes hoch belastet sind, die dies aber selber nicht so erleben (Tab. 1). Der Phi-Koeffizient, der den Zusammenhang zwischen dem Arzt- und dem Angehörigenurteil widerspiegelt, beträgt lediglich 0,18.

Die vier Typen unterscheiden sich kaum beim MMST-Wert. Bei den Belastungskonstellationen B, C, D wurden jeweils mehr als die Hälfte der Patienten auch wegen nicht-kognitiver Störungen behandelt. Die Betreuungszeit war beim Typ B mit 27 Stunden am geringsten beim Typ D mit 75 Stunden pro Woche am höchsten. Bei der Nachuntersuchung waren elf Patienten in einem Pflegeheim untergebracht. 38 Patienten wohnten noch zu Hause. Bei den Belastungstypen A, B und C war die Einweisungsrate unter 20 Prozent. Bei dem Belastungstyp D liegt die Einweisungsrate bei über 80 Prozent (Tab. 2). Dieser Unterschied ist trotz der kleinen Stichprobe statistisch signifikant.

Die Typologie der Pflegenden ist sehr hilfreich für die Therapieplanung

Unsere Vermutung konnte bestätigt werden. Der Belastungstyp D unterscheidet sich bei der Heimeinweisungsrate nach zwölf Monaten von den Typen A, B und C. Die Heimeinweisung ist dann am ehesten zu erwarten, wenn sowohl Arzt als auch Pflegender die Belastung als hoch einschätzen. Besondere ärztliche Achtsamkeit ist dann gefordert, wenn die Fremdbeurteilung durch den Arzt und die Selbstbeurtei-



Tabelle 1

| | Geringes | Hohes | Gesamt |
|-------------------------------------|-------------------|-------------------|-----------|
| | Belastungserleben | Belastungserleben | |
| Geringe Belastung, Sicht des Arztes | 26 | 6 | 32 |
| Hohe Belastung, Sicht des Arztes | 11 | 6 | 17 |
| Gesamt | 37 | 12 | 49 |

Tabelle 2

| | Insgesamt | Typ A | Typ B | Typ C | Typ D |
|-----------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Heimeinweisung | 22 Prozent | 12 Prozent | 17 Prozent | 18 Prozent | 83 Prozent |

lung durch den Pflegenden weit voneinander abweichen. Das ist dann der Fall, wenn Pflegende sich trotz geringer „objektiver“ Belastung hoch belastet fühlen oder wenn Pflegende sich trotz hoher „objektiver“ Belastung gering belastet fühlen.

Die hier berichteten Ergebnisse sind nur begrenzt zu verallgemeinern, da lediglich das Urteil eines einzigen Arztes betrachtet worden war. Mögliche Fehleinschätzungen des Arztes wurden aber durch die Parallelbeurteilung der Ergotherapeutin kontrolliert. Auch die Patientenzahl ist gering. Trotz dieser Einschränkungen sprechen die berichteten Befunde für die Eigenschaften der Typologie. Diese Typologie ist plausibel und für die Therapieplanung sehr hilfreich. So implizieren die einzelnen Typen unterschiedliche therapeutische Vorgehensweisen: Beim Typ A geht es um die vorbereitende Wissensvermittlung

und individualisierte Kompetenzvermittlung; beim Typ B um Versachlichung, Entlastung, Unterstützung sowie Befähigung des pflegenden Angehörigen; beim Typ C um eine supervidierte Verleugnung, Aufrechterhaltung externer Hilfen und Entlastungen sowie eine Förderung der Bereitschaft zu Heimunterbringung, wenn die Dekompensation des Pflegenden droht, und schließlich beim Typ D um die Aktivierung externer Unterstützung und um eine Strategie, die Heimunterbringung zu fördern. □

LITERATUR

1. Bohlken J. Neurotransmitter 2005; 3: 62–66
2. Bohlken J et al. Neurotransmitter 2007; 10: 13–16
3. Gräßel E. Die Situation betreuender Angehöriger von Demenzkranken – Bedarf und Wirksamkeit von Entlastungsmaßnahmen. ZaeFQ 2007; 101: 61–62

4. Kurz A et al. Evaluation of a brief educational program for dementia carers: The AENEAS Study. Int J Geriatr Psych 2010; 25 (8): 861–69
5. Lippa M et al. Prediction of Institutionalisation in Dementia. A systematic Review. Dement Geriatr Cogn Disord 2008; 26: 65–78
6. Riedel-Heller S G et al. Institutionalisierung psychisch kranker alter Menschen Psychiat Prax 2010; 37: 53–55
7. Selwood A et al. A systematic review of the effect of psychological approaches to family caregivers of people with dementia. Journal of Affective Disorders 2007; 101 (1): 75–89
8. Zarit SH et al. Relatives of the impaired elderly. Correlates of Feelings of Burden. Gerontologist 1980; 20 (6): 649–55

Dr. med. Dipl. Soz. Jens Bohlken

BVDN Referat Demenz

E-Mail: Dr.J.Bohlken@gmx.net

PD Dr. Uwe Konerding

Trimberg Research Academy, Universität Bamberg

Prof. Dr. Th. Kohlmann

Institut für Community Medicine

Universität Greifswald