

Angehörige psychiatrischer Patienten haben bekanntermaßen vielfältige und zum Teil schwere Belastungen durch die Erkrankung ihres Familienmitgliedes [1–3]. Diese bedingen eine Reihe von Erwartungen an die professionellen Helfer gerade in akuten Krankheitsphasen und während der stationären Behandlung [4]: Die wichtigsten Erwartungen beziehen sich – entgegen den Erfahrungen aus vielen Angehörigengesprächen – aber fast ausschließlich auf die Behandlung des Patienten. Nur der Wunsch der Angehörigen nach offener und verständlicher Aufklärung über die Erkrankung hat einen vergleichbar hohen Stellenwert. Erwartungen mit primären Bezug auf die Angehörigen selbst, wie Information über Therapie und Verlauf sowie Wiedereingliederungsmöglichkeiten, Unterstützung im Umgang mit dem Patienten oder viel Zeit der Ärzte für Gespräche, nennen Angehörige erst in zweiter Linie [4]. Sind Angehörigen diese Aspekte wirklich weniger wichtig oder trauen sie sich nicht, ihre eigenen – und aufgrund ihrer Belastungen berechtigten – Bedürfnisse im gleichen Atemzug anzusprechen?

### **(Un-)Zufriedenheit von Angehörigen**

Die Betrachtung der Zufriedenheit der Angehörigen mit der psychiatrischen Behandlung bringt etwas Licht ins Dunkel der nicht oder wenig ausgesprochenen Bedürfnisse der Angehörigen [4,5]. Die Zufriedenheit von Angehörigen ist ein mehrdimensionales Konstrukt aus Aspekten der Beziehung zwischen Angehörigen und Patient einerseits sowie aus Aspekten der Behandlung (Unterstützung des Patienten in der Klinik, Behandlungsmaßnah-

men, Aufnahme in der Klinik sowie Erreichbarkeit der Klinik) andererseits. Es zeigt sich, dass Angehörige eher mit Aspekten der Beziehung zwischen Angehörigen und Patient als mit Aspekten der Klinikbehandlung unzufrieden sind und dass somit weniger patientenbezogene als vielmehr angehörigenbezogene Aspekte zur (Un-)Zufriedenheit der Angehörigen beitragen. Unzufriedene und zufriedene Angehörige unterscheiden sich besonders in der Beurteilung der Aspekte

- Unterstützung der Angehörigen im offenen Umgang mit der Erkrankung,
- Unterstützung der Angehörigen im Umgang mit dem Patienten,
- individuelles Eingehen auf Probleme der Angehörigen,
- viel Zeit der Ärzte für Gespräche mit den Angehörigen.

Die größte Unzufriedenheit findet sich – absolut gesehen – bei den Aspekten

- Einbeziehung der Angehörigen in Therapieentscheidungen,
- Information der Angehörigen ohne eigene Nachfrage,
- Unterstützung der Angehörigen im Umgang mit dem Patienten,
- Information der Angehörigen über Therapien, Medikamente, Nebenwirkungen und Behandlungsverlauf,
- rechtliche und finanzielle Beratung der Angehörigen,
- Zeit des Pflegepersonals für regelmäßige Gespräche mit den Angehörigen,
- Information der Angehörigen über Wiedereingliederungsmöglichkeiten.

### **Institutsangaben**

<sup>1</sup> Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Universität am Bezirksklinikum Regensburg

<sup>2</sup> Klinikum der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt am Main, Zentrum der Psychiatrie und Psychotherapie

### **Korrespondenzadresse**

Priv.-Doz. Dr. med. Hermann Spießl · Bezirksklinikum Regensburg · 93042 Regensburg  
E-mail: hermann.spiessl@medbo.de

### **Bibliografie**

Psychiat Prax 2005; 32: 215–217 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York  
DOI 10.1055/s-2004-834777  
ISSN 0303-4259

Möchte man die Zufriedenheit der Angehörigen mit der Klinikbehandlung fördern und durch Angehörigenarbeit auch Behandlungsergebnis, Compliance, Krankheitsverlauf, Integration und Lebensqualität des Patienten verbessern [6, 7], so ist die Schlussfolgerung klar: *Angehörige müssen über Krankheit und Behandlung besser informiert werden und sie brauchen mehr Unterstützung im Umgang mit der Erkrankung und dem Patienten sowie bei ihren eigenen Problemen!* Es geht also nicht nur um Information der Angehörigen über Krankheit und Therapiemöglichkeiten [8, 9], sondern auch um konkrete Unterstützung der Angehörigen im Umgang mit dem Patienten [10, 11] und um Unterstützung der Angehörigen bei ihren durch die Erkrankung des Familienangehörigen bedingten eigenen Problemen [12]. Konkret bedeutet der o. g. Befund, dass wir in der Klinik (und auch im ambulanten Bereich) in einem offenen Dialog [13] mehr auf die Belastungen der Angehörigen eingehen müssen. Belastungen für Angehörige ergeben sich aus vielen Gründen [3]: Zeitlicher Betreuungsaufwand, finanzielle Belastungen, berufliche Nachteile, gesundheitliche Belastungen, Einschränkungen der Freizeitgestaltung, negative Auswirkungen auf Beziehungen zu anderen, Erfahrungen von Diskriminierung und Ablehnung, Gefühl des Nicht-ernstgenommen-Werdens, Belastungen durch wohnortferne stationäre Behandlung und nicht zuletzt emotionale Belastungen (Schuldgefühle, Alleinverantwortung, Zukunftsängste etc.) [14]. Die Entlastungsmöglichkeiten der Angehörigen sind vielfältig und in der Literatur beschrieben [4, 8, 15], sie müssen nur (individuell) angewendet werden! Darin besteht aber die Crux.

### Angehörige und Ökonomie

In Deutschland sind gemäß Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) in der allgemeinpsychiatrischen Regelbehandlung (A1) nur zehn Minuten pro Patient und Woche für Angehörigengespräche vorgesehen, entsprechend 40 Minuten Angehörigengespräch(e) im Rahmen eines durchschnittlich 28-tägigen stationären Aufenthaltes. Der Angehörigenarbeit sind somit enge Grenzen gesetzt. In personell unterhalb der PsychPV-Vollbesetzung arbeitenden Kliniken – und das sind mittlerweile die meisten – ist eine adäquate Angehörigenarbeit kaum mehr möglich. Berücksichtigt man den in wissenschaftlichen Studien und Metaanalysen belegten Einfluss von Familientherapie und Psychoedukation der Angehörigen auf den Behandlungserfolg [16–20], so ist das unter den jetzigen Versorgungsbedingungen notwendige Unterbleiben einer angemessenen Angehörigenarbeit quasi ein Kunstfehler, von der Effektstärke vergleichbar etwa mit dem Unterlassen der Psychoedukation oder der Psychotherapie für den Patienten.

Die Einbeziehung der Angehörigen bringt nicht nur kurzfristig, sondern auch langfristig positive Effekte für die Patienten, die Angehörigen und die Gesellschaft in Form einer langzeitigen Reduktion der Rückfallraten und der stationären Wiederaufnahmen (und damit auch der Kosten). Nur die bifokale Gruppenarbeit gemeinsam mit den Angehörigen senkt die stationäre Wiederaufnahmerate signifikant gegenüber einer Kontrollgruppe auch noch über einen Zeitraum von fünf Jahren, während sich durch psychoedukatives Medikamententraining und/oder kog-

nitive Psychotherapie ohne Bezugspersonenberatung nur tendenziell geringere Rückfallraten im Vergleich zur Standardtherapie zeigen [21]. Durch eine mehrmonatige psychoedukative Familienintervention lässt sich eine ca. 20%ige Senkung der Rückfallrate noch nach acht Jahren nachweisen [22]. Es finden sich also jahrelang anhaltende Effekte, die in ihrem ganzen Ausmaß unter einer volkswirtschaftlichen Sichtweise evident sind, unter einem kurzfristigen betriebswirtschaftlichen Blickwinkel aber nicht gesehen werden. Gerade die Langzeitergebnisse sind aber für die Kosteneffektivität entscheidend [23]. Eine wissenschaftlich fundiertere Planung und Steuerung der psychiatrischen Versorgung wäre sicherlich wünschenswert [24].

Die Psychiatrie läuft aber zunehmend Gefahr, unter den jetzigen ökonomischen Bedingungen die durch die Psychiatrieenquête und nicht zuletzt durch die Einführung der PsychPV gewonnenen Verbesserungen [25–27] wieder zu verlieren. Der Spagat zwischen höheren Patientenzahlen, zunehmenden Anforderungen an die Dokumentation („Kontrollbürokratie“) und höheren Patienten-(und Angehörigen-)Erwartungen auf der einen Seite und weniger Personal, Sachmittelkürzungen und immer kürzer werdenden Verweildauern auf der anderen Seite, ist kaum mehr zu schaffen. Eine Gesundheitsökonomie, die sich für Kostendämpfungsmaßnahmen instrumentalisieren lässt oder deren Erkenntnisse nicht in die Praxis umgesetzt werden, verfehlt ihr eigentliches Ziel [28]. Ehrlicherweise sollten die Politiker und Kassenvertreter den Patienten und Angehörigen auch sagen, dass wissenschaftlich evaluierte und klinisch notwendige therapeutische Leistungen nicht mehr im bisherigen Umfang erbracht werden können. Bisher haben aber wir „Leistungserbringer“ den schwarzen Peter und die unzufriedenen Angehörigen.

### Literatur

- 1 Fischer M, Kemmler G, Meise U. „Schön, dass sich auch einmal jemand für mich interessiert“. Eine Erhebung der Lebensqualität von Angehörigen langfristig an Schizophrenie Erkrankter. *Psychiatr Prax* 2004; 31: 60–67
- 2 Jungbauer J, Bischof J, Angermeyer MC. Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker. Entwicklungslinien, Konzepte und Ergebnisse der Forschung. *Psychiatr Prax* 2001; 28: 105–114
- 3 Schmid R, Spieß H, Vukovich A, Cording C. Belastungen von Angehörigen und ihre Erwartungen an psychiatrische Institutionen. Literaturübersicht und eigene Ergebnisse. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2003; 71: 118–128
- 4 Spieß H, Schmid R, Vukovich A, Cording C. Erwartungen und Zufriedenheit von Angehörigen psychiatrischer Patienten in stationärer Behandlung. *Nervenarzt* 2004; 75: 475–482
- 5 Spieß H. Die Bedeutung der Nutzerzufriedenheit für die psychiatrische Versorgung. *Habilitationsschrift*. Regensburg: Medizinische Fakultät der Universität Regensburg, 2004
- 6 Falloon IRH. Family interventions for mental disorders: efficacy and effectiveness. *World Psychiatry* 2003; 2: 20–28
- 7 Wiedemann G. Forschungsüberblick und kritische Forschungsfragen. In: Bäuml J, Pitschel-Walz G, Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“: *Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen*. Stuttgart: Schattauer Verlag, 2003: 243–251
- 8 Ascher-Svanum H, Lafuze LE, Barrickman PJ, Dusen C Van, Fompa-Loy J. Educational needs of families of mentally ill adults. *Psychiatr Serv* 1997; 48: 1072–1074
- 9 Gasque-Carter KO, Curlee MB. The educational need of families of mentally ill adults. The South Carolina Experience. *Psychiatr Serv* 1999; 50: 520–524
- 10 Becker H, Katzmann K-J. Missachtung durch die Institution. In: Dörner K, Egetmeyer A, Koenning K: *Freispruch der Familie. Wie Angehörige*

- psychiatrischer Patienten sich in Gruppen von Not und Einsamkeit, von Schuld und Last freisprechen. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 1997: 33–45
- <sup>11</sup> Keller F, Schuler B. Angehörigengruppen in der stationären Depressionsbehandlung. Ergebnisse und Erfahrungen mit einem personenzentrierten Ansatz. *Psychiatr Prax* 2002; 29: 130–135
  - <sup>12</sup> Samele C, Manning N. Level of caregiver burden among relatives of the mentally ill in South Verona. *Eur Psychiatry* 2000; 15: 196–204
  - <sup>13</sup> Rave-Schwank M. Was ich von den Angehörigen gelernt habe. Zur Überwindung der Kluft zwischen Angehörigen und Professionellen. *Psychiatr Prax* 2002; 29: 116–118
  - <sup>14</sup> Schmid R, Spießl H, Cording C. Zwischen Verantwortung und Abgrenzung: Emotionale Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker. *Psychiatr Prax*, 2005 (im Druck)
  - <sup>15</sup> Angermeyer MC, Matschinger H, Holzinger A. Die Belastung der Angehörigen chronisch psychisch Kranker. *Psychiatr Prax* 1997; 24: 215–220
  - <sup>16</sup> Barbato A, D'Avanzo B. Family interventions in schizophrenia and related disorders: a critical review of clinical trials. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102: 81–97
  - <sup>17</sup> Buchkremer G, Klingberg S, Holle R, Schulze-Monking H, Hornung WP. Psychoeducational psychotherapy for schizophrenic patients and their key relatives or care-givers: results of a 2-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 96: 483–491
  - <sup>18</sup> Pitschel-Walz G, Leucht S, Bäuml J, Kissling W, Engel RR. The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia – a meta-analysis. *Schizophr Bull* 2001; 27: 73–92
  - <sup>19</sup> Wiedemann G, Buchkremer G. Familientherapie und Angehörigenarbeit bei verschiedenen psychiatrischen Erkrankungen. *Nervenarzt* 1996; 67: 524–544
  - <sup>20</sup> Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, Garaty P, Geddes J, Orbach G, Morgan C. Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychol Med* 2002; 32: 763–782
  - <sup>21</sup> Hornung WP, Feldmann R, Klingberg S, Buchkremer G, Reker T. Long-term effects of a psychoeducational psychotherapeutic intervention for schizophrenic outpatients and their key-persons-results of five-year follow-up. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1999; 249: 162–167
  - <sup>22</sup> Tarrier N, Barrowclough C, Porceddu K, Fitzpatrick E. The Salford family intervention project: relapse rates of schizophrenia at five and eight years. *Br J Psychiatry* 1994; 165: 829–832
  - <sup>23</sup> Cording C. Plädoyer für ein neues Paradigma psychiatrischer Qualitätssicherung. *Psychiatr Prax* 2003; 30: 225–229
  - <sup>24</sup> Brieger P, Kirschenbauer H-J. Kann Planung und Steuerung der psychiatrischen Versorgung in Deutschland wissenschaftlich fundiert sein? *Psychiatr Prax* 2004; 31: 383–386
  - <sup>25</sup> Bauer M, Kunze H, Cranach M von, Fritze J, Becker T. Psychiatric reform in Germany. *Acta Psychiatrica Scand* 2001; 410: S27–S34
  - <sup>26</sup> Klein HE. Die späten Früchte der Enquete. *Krankenhauspsychiatrie* 2000; 11: 1–2
  - <sup>27</sup> Kunze H. Personenzentrierter Ansatz in der psychiatrischen Versorgung in Deutschland. *Psycho* 1999; 25: 728–735
  - <sup>28</sup> Roick C, Angermeyer MC. Ökonomie und Praxis. *Psychiatr Prax* 2004; 31: 115–117