Dipl.-Psych. Tobias Luck
Dr. rer. med. Melanie Luppa
Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller, M.P.H

Institutionalisierung bei Demenz - Häufigkeit, Zeit und Einflussfaktoren

Abstract

Altern in gewohnter Umgebung ist den meisten Menschen ein großes Bedürfnis. Der Übergang in eine Heimeinrichtung wird hingegen oftmals als sehr belastend erlebt und ist mit erheblichen finanziellen Kosten für Betroffene, Angehörige und soziale Sicherungssysteme verbunden. Erkranken Menschen an einer Demenz, so siedelt jeder Zweite innerhalb der ersten drei Jahre nach Erkrankungsbeginn dauerhaft in eine Heimeinrichtung über. Ob und wann ein Umzug in eine Heimeinrichtung im Einzelnen realisiert wird, ist von zahlreichen Charakteristika der Betroffenen, Angehörigen und äußeren Bedingungen abhängig. Für eine deutsche Stichprobe älterer Menschen mit inzidenter Demenz konnte insbesondere das Fehlen eines Ehepartners als ein starker Risikofaktor für eine kürzere Zeit bis zu einem Umzug in eine Heimeinrichtung identifiziert werden. Ziel zukünftiger Forschungsbemühungen sollte neben der Identifikation weiterer - möglicherweise modifizierbarer - Einflussfaktoren auf Institutionalisierungsraten und -zeiten von Demenzkranken, entsprechend auch die Entwicklung zielgruppenspezifischer Interventionen für bestimmte Risikogruppen darstellen, um - wenn sinnvoll - eine längere Versorgung von Dementen im häuslichen Umfeld gewährleisten bzw. einen optimalen Zeitpunkt für einen Umzug in eine Heimeinrichtung ermöglichen zu können.

Schlüsselbegriffe

Demenz, Inzidenz, Institutionalisierung, Heimübergang, Zeit, Einflussfaktoren, Prädiktoren, Risikofaktoren

Demenz ist eine der häufigsten und schwerwiegendsten Erkrankungen im höheren Lebensalter. Weltweit leiden derzeit etwa 24,3 Millionen Menschen an einer demenziellen Erkrankung; Schätzungen für das Jahr 2040 gehen von einem Anstieg auf über 80 Millionen Erkrankte aus (Ferri et al. 2005). Für Deutschland wird aufgrund der zunehmenden Lebenserwartung der Bevölkerung ein Anstieg von aktuell ca. einer Million auf 2,3 Millionen Erkrankte bis zum Jahr 2050 erwartet (Wancata et al. 2003). Aktuelle Behandlungsmethoden insbesondere für die Demenz vom Alzheimertyp ermöglichen zwar keine Heilung, umfassen jedoch ein weites Spektrum von Maßnahmen, um das Wohlbefinden der Patienten zu verbessern oder den kognitiven Abbau zu verzögern (Kurz/Jendroska 2002).

>> Fortschreitender kognitiver Abbau, zunehmende Beeinträchtigungen in Aktivitäten des täglichen Lebens wie auch mögliche Persönlichkeitsveränderungen stellen eine große Belastung für Betroffene und Angehörige dar. Darüber hinaus ist durch die für die meisten Länder Europas wie auch für Deutschland charakteristische Kombination aus niedriger Geburtenrate und gleichzeitig höherer Lebenserwartung von einer dramatischen Verschlechterung des Verhältnisses der arbeitsfähigen Personen zu den an Demenz erkrankten Menschen auszugehen (Wancata et al. 2003). Neben den persönlichen Auswirkungen werden daher zukünftig vermehrt auch sozialpolitische und volkswirtschaftliche Aspekte demenzieller Erkrankungen in den Vordergrund rücken. Bereits heute stellen kognitive Beeinträchtigungen und Demenzen den Hauptgrund für einen Heimübergang älterer Menschen dar (Agüero-Torres et al. 2001). Hochrechnungen von Weyerer et al. (2005) zufolge, sind in Deutschland nahezu zwei Drittel der Heimbewohner von einer mittelschweren bis schweren Demenz betroffen.

Altern in gewohnter Umgebung im familiären Umfeld ist den meisten Menschen allerdings ein großes Bedürfnis (Goldsmith 1996) und dürfte in vielen Fällen neben den Vorteilen eines Verbleibs im bestehenden sozialen Netzwerk und der Verfügbarkeit bestehender Orientierungspunkte entsprechend auch eine höhere Lebensqualität für die Betroffenen bieten. Zudem ist ein Umzug in eine Heim- und/oder Pflegeeinrichtung oftmals mit erheblichen finanziellen Folgen für Betroffene, Angehörige und soziale Sicherungssysteme verbunden (Hallauer et al. 2000). Andererseits stellen familiäre Betreuung und Pflege von Angehörigen mit Demenz eine anstrengende und stark fordernde Tätigkeit dar, die häufig mit Beeinträchtigungen von physischem und psychischem Wohlbefinden und Gesundheit der Pflegenden einhergehen (Sörensen et al. 2006), und so wiederum eine kontinuierliche Versorgung der von Demenz Betroffenen gefährden. Entsprechend kann ein Umzug in eine Heimeinrichtung bei Demenz insbesondere in einem fortgeschrittenen Krankheitsstadium neben der Entlastung der familiär Pflegenden oftmals auch eine verbesserte Versorgung des Betroffenen gewährleisten.

Ein Familienmitglied mit Demenz in eine Heimeinrichtung zu geben, ist daher ohne Frage eine der schwierigsten Entscheidungen für Angehörige (Caron et al. 2006). Ob und wann ein Umzug in eine Heimeinrichtung realisiert wird, ist jedoch von zahlreichen Charakteristika der Betroffenen und Angehörigen wie auch von den äußeren Bedingungen abhängig (Luppa et al. 2008). Im Folgenden wird ein Überblick über Ergebnisse zur Häufigkeit von Heimübergängen von Demenzkranken und zu den Zeiträumen von der Demenzentwicklung bis zu einem Übergang in eine Heimeinrichtung sowie zu entsprechenden Einflussfaktoren gegeben.

Institutionalisierungsraten und -zeiten von Demenzkranken

Institutionalisierungsraten von Demenzkranken werden in einer Vielzahl von internationalen Studien angegeben. Die berichteten Raten bewegen sich hierbei mehrheitlich zwischen 20 und 25 % für einen Beobachtungszeitraum von einem Jahr und zwischen 28 und 48 % für einen Beobachtungszeitraum von zwei Jahren (Luppa et al. 2008). Für längere Beobachtungszeiträume steigen die ermittelten Raten von

Dementen auf bis zu 90 % (Smith et al. 2000; acht Jahre Beobachtungszeitraum) an.

Für die Zeit bis zur Institutionalisierung wird in den meisten internationalen Studien der Median - der Zeitpunkt zu dem die Hälfte der Demenzkranken in eine Heimeinrichtung übergesiedelt sind - angegeben. Smith et al. (2001) und Serverson et al. (1994) haben hier Mediane von 5,3 und 5,6 Jahren berichtet. In der überwiegenden Mehrzahl der Studien waren die Hälfte der Demenzkranken jedoch bereits nach etwa drei Jahren dauerhaft in eine Heimeinrichtung übergesiedelt (Smith et al. 2000; Heyman et al. 1997; Gilley et al. 2004; Miller et al. 1998; Hébert et al. 2001).

Grundsätzlich ist ein Vergleich der in den internationalen Studien ermittelten Institutionalisierungsraten und -zeiten sowie deren Übertragbarkeit auf Deutschland nur eingeschränkt möglich, da die Ergebnisse stark von den Spezifika der zugrunde liegenden Herkunftsländer (z. B. Gesundheits- und Pflegesystem, Verfügbarkeit ambulanter und stationärer Pflege, kulturell bedingte Einstellungen zu familiärer und institutioneller Pflege), den Stichproben (z. B. klinische vs. bevölkerungsbasierte Stichproben, Unterschiede in Alter, Geschlecht, Bildung, Ethnizität, Familienstatus, Demenzschweregrad, Komorbidität) und den Erhebungsmethoden (z. B. Demenzdiagnose, Definition eines Heimübergangs) abhängen. Beispielsweise konnten Miller et al. (1999) für die USA einen starken Einfluss der Ethnizität auf die Institutionalisierung von Demenzkranken nachweisen. So betrug die ermittelte Institutionalisierungsrate von Afroamerikanern mit Alzheimerdemenz innerhalb von 3,4 Jahren lediglich 25 %, während in einem vergleichbaren Zeitraum weiße Amerikaner i. d. R. eine doppelt so hohe Rate verzeichnen (Gilley et al. 2004, Miller et al. 1998).

Zu den genannten Unterschieden in den Spezifika der internationalen Studien, die eine Übertragbarkeit der Ergebnisse auf Deutschland erschweren, kommt hinzu, dass die ermittelten Institutionalisierungsraten und -zeiten v. a. auf prävalenten Demenzfällen basieren. Diese haben den Nachteil, dass Betroffene mit unterschiedlichem Demenzschweregrad und Erkrankungsbeginn in die selbe Stichprobe eingeschlossen und gemeinsam untersucht werden. Entsprechend kann die Zeit zwischen dem tatsächlichen Erkrankungsbeginn und dem Zeitpunkt der Demenzdiagnose nur retrospektiv geschätzt werden, was zu starken Ungenauigkeiten in den Ergebnissen führen kann. Die Bedeutung des Ausgangszeitpunktes für die Berechnung der Zeit bis zur Institutionalisierung von prävalenten Demenzkranken verdeutlichen beispielsweise Ergebnisse von Severson et al. (1994). Wurde die Zeit bis zum Heimübergang ausgehend vom Zeitpunkt der Demenzdiagnose innerhalb der Studie berechnet, so betrug der Median der Zeit 2,5 Jahre. Wurde die Zeit bis zum Heimübergang jedoch ausgehend von einem retrospektiv geschätzten tatsächlichen Erkrankungsbeginn der Demenz berechnet, so betrug der Median der Zeit 5,6 Jahre.

Eine exaktere Möglichkeit der Bestimmung der Zeit bis zu einer Institutionalisierung von Demenzkranken bieten daher Studien, die auf inzidenten Fällen basieren, da diese Informationen über die Betroffenen ab dem Erkrankungsbeginn und somit auch genauere, prospektive Angaben über den Erkrankungsverlauf liefern. Entsprechende Institutionalisierungsraten und -zeiten von inzidenten Demenzfällen konnten erstmalig in einer Arbeit von Luck et al. (2008) bestimmt werden. Die Ergebnisse entstammen hierbei der Leipziger Langzeitstudie in der Altenbevölkerung (LEILA 75+; Riedel-Heller et al.) - einer bevölkerungsrepräsentativen Langschnittstudie mit initial rekrutierten 1.692 Leipziger Senioren ab 75 Jahren, die in sechs Erhebungswellen zwischen Januar 1997 und April 2005 im Abstand von je etwa 1,4 Jahren untersucht wurden.

Insgesamt konnten hier 109 Personen ermittelt werden, die zum Zeitpunkt der Demenzdiagnose noch im Privathaushalt lebten. Von diesen siedelten 52 (47,7 %) bis zum Ende der Studie in eine Heimeinrichtung über. Innerhalb des Beobachtungszeitraumes sank der Anteil der von Demenz betroffenen Personen, die noch im Privathaushalt lebten, von 84 % nach sechs Monaten auf 19 % sechs Jahre nach inzidenter Demenzdiagnose (Tab. 1).

Prozentualer Anteil der inzidenten Demenzkranken, die nach der Diagnose weiterhin im Privathaushalt lebten (n = 109[1])			
Zeitintervall nach inzidenter Demenz-diagnose	**Institutionalisierte Probanden (kumuliert) n von 109**	**zensierte Probanden[2] (kumuliert) n von 109**	**Anteil der 109 inzidenten Demenzkranken, die nach der Demenzdiagnose weiterhin im Privathaushalt lebten % (± Standard-abweichung)[3]**
6 Monate	17	5	84,2 ± 3,5
1 Jahr	30	19	70,5 ± 4,6
2 Jahre	40	31	57,8 ± 5,2
3 Jahre	45	43	47,5 ± 6,0
4 Jahre	49	51	37,7 ± 6,5
5 Jahre	51	55	28,3 ± 7,6
6 Jahre	52	57	18,9 ± 9,2
[1]im Studienverlauf diagnostizierte inzidente Demenzfälle; [2]Zensiert wurden die Probanden, die verstarben, die ein weitere Teilnahme an der Studie verweigerten, die nicht mehr lokalisiert werden konnten oder bis zum Studienende im Privathaushalt lebten; letztere bilden die 18,9 % der im Privathaushalt verbliebenen Probanden nach 6 Jahren; [3]ermittelt mittels Kaplan-Meier Überlebenszeitanalyse			

Tab. 1: Prozentualer Anteil der inzidenten Demenzkranken, die nach der Diagnose weiterhin im Privathaushalt lebten (n = 109)

Die durchschnittliche Zeit bis zum Umzug der inzidenten Demenzkranken in eine Heimeinrichtung betrug hierbei 2,9 Jahre (95 % KI = 2,4-3,4), und der Median der Zeit 2,8 Jahre (95 % KI = 2,3-3,3).

Einflussfaktoren auf die Institutionalisierung von Demenzkranken

Einen ausführlichen Überblick über Einflussfaktoren auf die Institutionalisierung von Demenzkranken geben Luppa et al. (2008). Einem konzeptionellen Rahmen - basierend auf Arbeiten von Pearlin et al. (1990), Pruchno et al. (1990) und Andersen (1968, 1995) - folgend, unterscheiden Luppa et al. Predisposing, Need und Enabling variables, die das Risiko und den Zeitpunkt für einen Übergang in eine Heimeinrichtung beeinflussen. Unter Predisposing variables werden hierbei sozio-demographische Merkmale der Demenzkranken und pflegenden Angehörigen sowie Merkmale der Beziehung zwischen diesen subsumiert. Need variables beinhalten primäre und sekundäre

Stressoren (Pearlin et al. 1990; Pruchno et al. 1990), die mit einer Demenzerkrankung assoziiert sein können. Primäre Stressoren umfassen Verhaltens-, kognitive und psychische Symptome der Demenzerkrankung sowie objektive Merkmale der Pflegesituation. Sekundäre Stressoren beinhalten hingegen die vom pflegenden Angehörigen wahrgenommene Belastung bzw. den wahrgenommenen Stress durch die Pflegesituation und die entsprechenden Rollenanforderungen. Enabling variables beinhalten die Verfügbarkeit formeller und informeller Versorgungs- und Unterstützungssysteme (Verfügbarkeit von Heimeinrichtungen, ambulanter Pfleger, familiärer und sozialer Unterstützung) für den pflegenden Angehörigen, wie auch individuelle Ressourcen des pflegenden Angehörigen zum Umgang mit der Pflegesituation (z. B. Copingstrategien). Einen Überblick über von Luppa et al. (2008) in der Literatur identifizierte relevante Predisposing, Need und Enabling variables, die mit einem erhöhten Institutionalisierungsrisiko bzw. einer verkürzten Zeit bis zu einem Umzug in eine Heimeinrichtung assoziiert sind, gibt Tabelle 2.

Bezogen auf inzidente Demenzfälle einer deutschen Alterskohorte (Luck et al. 2008; s. o.) konnte insbesondere der Familienstand als ein starker Einflussfaktor auf die Zeit bis zu einem Heimübergang identifiziert werden. So betrug die durchschnittliche Zeit bis zum Umzug in eine Heimeinrichtung von verwitweten und geschiedenen inzidenten

Literatur

Agüero-Torres, H./von Strauss, E./Viitanen, M./Winblad, B./Fratiglioni L. (2001): Institutionalization in the elderly: the role of chronic diseases and dementia. Cross-sectional and longitudinal data from a population-based study. Journal of Clinical Epidemiology 2001, 54: 795-801

Andersen, R.M. (1968): Behavioral Model of Families' Use of Health Services. Research Series No. 25. Chicago, IL: Center for Health Administration Studies, University of Chicago

Andersen, R.M. (1995): Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? Journal of Health and Social Behavior 1995, 36, 1: 1-10

Bharucha, A.J./Pandav, R./Shen, C./Dodge, H.H./Ganguli, M. (2004): Predictors of nursing facility admission: a 12-year epidemiological study in the United States. Journal of the American Geriatrics Society 2004, 52, 3: 434-439

Caron, C.D./Ducharme, F./Griffith, J. (2006): Deciding on institutionalization for a relative with dementia: the most difficult decision for caregivers. Canadian Journal on Aging 2006, 25, 2: 193-205

Eaker, E.D./Vierkant, R.A./Mickel, S.F. (2002): Predictors of nursing home admission and/or death in incident Alzheimer's disease and other dementia cases compared to controls: a population-based study. Journal of Clinical Epidemiology 2002, 55, 5: 462-468

Ferri, C.P./Prince, M./Brayne, C./Brodaty, H./Fratiglioni, L./Ganguli, M./Hall, K./Hasegawa, K./Hendrie, H./Huang, Y./Jorm, A./Mathers, C./Menezes, P.R./Rimmer, E./Scazufca, M.; Alzheimer's Disease International (2005): Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. Lancet 2005, 366, 9503: 2112-2117

Gaugler, J.E./Kane, R.L./Kane, R.A./Newcomer, R. (2005): Early community-based service utilization and its effects on institutionalization in dementia caregiving. Gerontologist 2005, 45, 2: 177-185

Gaugler, J.E./Kane, R.L./Kane, R.A./Newcomer, R. (2006): Predictors of institutionalization in Latinos with dementia. Journal of Cross-Cultural Gerontology 2006, 21 (3-4): 139-155

Gilley, D.W./Bienias, J.L./Wilson, R.S./Bennett, D.A./Beck, T.L./Evans, D.A. (2004): Influence of behavioral symptoms on rates of institutionalization for persons with Alzheimer's disease. Psychological Medicine 2004, 34, 6: 1129-1135

Goldsmith, M. (1996): Hearing the Voice of People with Dementia. Opportunities and obstacles. London: Jessica Kingsley

Hallauer, J./Schons, M./Smala, A./Berger, K. (2000): Untersuchungen von Krankheitskosten bei Patienten mit Alzheimer-Erkrankung in Deutschland. Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement 2000, 5: 73-79

Hébert,R./Dubois, M.F./Wolfson, C./Chambers, L./Cohen, C. (2001): Factors associated with long-term institutionalization of older people with dementia: data from the Canadian Study of Health and Aging. The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences 2001, 56, 11: M693-M699

Heyman, A./Peterson, B./Fillenbaum, G./Pieper, C. (1997): Predictors of time to institutionalization of patients with Alzheimer's disease: the CERAD experience, part XVII. Neurology 1997, 48, 5: 1304-1309

Kurz, A./Jendroska, K. (2002): Therapie und Prävention. In: Beyreuther, K./Einhäupl, K.M./Förstl H./ Kurz A. (Hrsg.) (2002): Demenz. Grundlagen und Klinik (187-207). Stuttgart: Thieme

Luck, T./Luppa, M./Weber, S./Matschinger, H./Glaesmer, H./Koenig, H.H./Angermeyer, M.C./Riedel-Heller, S.G. (2008): Time until Institutionalization in Incident Dementia Cases - Results of the Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA75+). In: Neuroepidemiology 2007, 31, 2: 100-108

Luppa, M./Luck, T./Brähler, E./König, H.H./Riedel-Heller, S.G. (2008): Prediction of Institutionalisation in dementia: A systematic review. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders 2008, 26, 1: 65-78

Miller, S.C./Prohaska, T.R./Furner, S.E. (1999): Nursing home admission for African Americans with Alzheimer's disease. The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences 1999, 54, 7: M365-M369

Miller, S.C./Prohaska, T.R./Furner, S.E./Freels, S./Brody, J.A./Levy, P.S. (1998): Time to nursing home admission for persons with Alzheimer's disease: the effect of health care system characteristics. The Journals of Gerontology. Series B, Psycholical Sciences and Social Sciences 1998, 53, 6: S341-S353

Pearlin, L.I./Mullan, J.T./Semple, S.J./Skaff, M.M. (1990): Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. Gerontologist 1990, 30, 5: 583-594

Pruchno, R.A./Michaels, J.E./Potashnik, S.L. (1990): Predictors of institutionalization among Alzheimer disease victims with caregiving spouses. Journal of Gerontology 1990, 45, 6: S259-S266

Riedel-Heller, S.G./ Busse, A./Aurich, C./Matschinger, H./Angermeyer, M.C. (2001): Prevalence of dementia according to DSM-III-R and ICD-10. British Journal of Psychiatry 2001, 179: 250-254

Scott, W.K./Edwards, K.B./Davis, D.R./Cornman, C.B./Macera, C.A. (1997): Risk of institutionalization among community long-term care clients with dementia. Gerontologist 1997, 37, 1: 46-51

Severson, M.A./Smith, G.E./Tangalos, E.G./Petersen, R.C./Kokmen, E./Ivnik, R.J./Atkinson, E.J./Kurland, L.T. (1994): Patterns and predictors of institutionalization in community-based dementia patients. Journal of the American Geriatric Society 1994, 42, 2: 181-185

Smith, G.E./O'Brien, P.C./Ivnik, R.J./Kokmen, E./Tangalos, E.G. (2001): Prospective analysis of risk factors for nursing home placement of dementia patients. Neurology 2001, 57, 8: 1467-1473

Smith, G.E./Kokmen, E./O'Brien, P.C. (2000): Risk factors for nursing home placement in a population-based dementia cohort. Journal of the American Geriatric Society 2000, 48, 5: 519-525

Sörensen, S./Duberstein, P./Gill, D./Pinquart, M. (2006): Dementia care: mental health effects, intervention strategies, and clinical implications. Lancet Neurology 2006, 5, 11: 961-973

Wancata, J./Musalek, M./Alexandrowicz, R./Krautgartner, M. (2003): Number of dementia sufferers in Europe between the years 2000 and 2050. European Psychiatry 2003, 18, 6: 306-313

Weyerer, S./Schäufele, M./Hendlmeier, I. (2005): Besondere und traditionelle stationäre Betreuung demenzkranker Menschen im Vergleich. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2005, 38: 85-94

Predisposing, Need und Enabling variables		
Predisposing variables	**Need variables**	**Enabling variables**
- Alter des Demenzkranken oder des pflegenden Angehörigen - männliches Geschlecht - niedrige Bildung - Familienstand: unverheiratet (ledig, geschieden oder verwitwet) - Lebenssituation: allein lebend (vs. mit Partner oder pflegendem Angehörigen lebend) - Berufstätigkeit, hohe Bildung und hohes Einkommen des pflegenden Angehörigen - Kind oder anderer Verwandter als Pflegender (vs. Partner) - geringe Qualität der Beziehung zwischen Demenzkrankem und pflegendem Angehörigen - Ethniziät (USA): Weiße Amerikaner (vs. Afroamerikaner oder Amerikaner hispanischer Abstammung oder Herkunft)	**Primäre Stressoren:** - hoher Demenzschweregrad - Alzheimerdemenz (vs. vaskuläre Demenz oder Demenz nicht näher bezeichnet) - starke kognitive Beeinträchtigungen - starke funktionale Beeinträchtigungen - Vorhandensein demenzbezogener Verhaltens- und psychischer Symptome (Aggression, Depression, Halluzinationen, Inkontinenz) - vom pflegenden Angehörigen berichtetes hohes Ausmaß an Beeinträchtigungen in Aktivitäten des täglichen Lebens des Demenzkranken, die nicht richtig versorgt werden - angegriffener Gesundheitszustand des pflegenden Angehörigen (mehr Gesundheitsprobleme, Depressivität, funktionale Beeinträchtigungen) **Sekundäre Stressoren:** - Dauer und Intensität der Pflege vom pflegenden Angehörigen - vom pflegenden Angehörigen wahrgenommene/r eigene/r: - hohe Belastung durch die Pflegesituation - hoher Distress im Bezug auf Verhaltens- und psychische Symptome beim Demenzkranken - niedrige Lebenszufriedenheit - niedrige gesundheitsbezogene Lebensqualität	- geringe soziale und familiäre Unterstützung - Copingstrategien des pflegenden Angehörigen wie Verlassen auf soziale Unterstützung oder Ablehnung der eigenen Verantwortlichkeit - Wunsch des pflegenden Angehörigen nach einem Heimübergang des Demenzkranken

Tab. 2: Predisposing, Need und Enabling variables, die mit einem erhöhten Institutionalisierungsrisiko bzw. einer verkürzten Zeit bis zu einem Umzug in eine Heimeinrichtung assoziiert sind

Demenzkranken 2,6 Jahre (95 % KI = 2,1-3,2), und war somit über ein Drittel kürzer als die Zeit von verheirateten inzidenten Demenzkranken (4,2 Jahre; 95 % KI = 3,2-5,1).

Diese Ergebnisse sind naheliegend, da der (Ehe-)Partner - vor Kindern oder anderen Angehörigen - i. d. R. den wichtigsten pflegenden Angehörigen darstellt (Gilley et al. 2004; Scott et al. 1997) und auch allgemein das Zusammenleben mit einem pflegenden Angehörigen das Institutionalisierungsrisiko vermindert (Gaugler et al. 2005, 2006). Eine starke Bedeutung des Familienstandes für das Institutionalisierungsrisiko könnte speziell bei einer (ost-)deutschen Kohorte auch dadurch bedingt sein, dass die Verfügbarkeit von pflegenden Angehörigen außer dem eigenen (Ehe-)Partner durch eine zunehmende beruflich bedingte Mobilität eingeschränkt ist oder sich Einstellungen zum Zusammenleben in multigenerationalen Haushalten, zur familiären Pflege und zur Versorgung von demenzkranken Angehörigen in Heimeinrichtungen wandeln.

Implikationen für Forschung und Versorgung

Zahlreiche internationale Studien liefern Ergebnisse zu Institutionalisierungsraten und -zeiten und deren Einflussfaktoren (Luck et al. 2008; Luppa et al. 2008). Wie in Abschnitt 2 dargestellt, ist eine Übertragbarkeit von Ergebnissen auf Deutschland erschwert. Hinzu kommt, dass die Mehrzahl der Ergebnisse nicht an großen bevölkerungsrepräsentativen Stichproben, sondern an kleinen Stichproben aus Gedächtniskliniken oder Demenzzentren ermittelt wurden, was nicht nur die statistische Power der multivariaten Analysen, sondern auch generell die Repräsentativität und Verallgemeinerbarkeit dieser Ergebnisse einschränkt. Zudem basieren die Ergebnisse v. a. auf prävalenten statt auf inzidenten Demenzfällen, obwohl letztere Informationen über die Betroffenen ab dem Erkrankungsbeginn liefern und somit genauere, prospektive Angaben über den Erkrankungsverlauf ermöglichen. Um zuverlässige Aussagen über Institutionalisierungsraten und -zeiten von

Demenzkranken in Deutschland zu treffen, sollten entsprechend weitere bevölkerungsrepräsentative Studien, die aufgrund Stichprobengröße und Erhebungszeitraum auch eine ausreichend großen Zahl an inzidenten Demenzfällen gewährleisten können, folgen.

Als Einflussfaktoren auf Institutionalisierungsraten und -zeiten von Demenzkranken konnten in der Überblicksarbeit von Luppa et al. (2008) zahlreiche Faktoren identifiziert werden. Weiterer Forschungsbedarf wird hier v. a. zu bisher wenig überzeugenden Ergebnissen zum Einfluss von Religiosität und Bildung der Demenzkranken und pflegenden Angehörigen auf einen Heimübergang gesehen. Zudem fehlt in bisherigen Studien eine ausführlichere Berücksichtigung des Einflusses von Copingstrategien, sozialer Unterstützung und der Qualität der Beziehung zwischen Demenzkrankem und pflegendem Angehörigen auf die Institutionalisierungsraten und -zeiten sowie eine stärkere Betrachtung von Interaktionseffekten zwischen identifizierten Einflussfaktoren.

Auch generell erscheint eine weitere Forschung zu Einflussfaktoren auf Institutionalisierungsraten und -zeiten als sinnvoll, nicht nur um weitere - möglicherweise modifizierbare - Faktoren zu identifizieren, sondern auch um zielgruppenspezifische Interventionen zu entwickeln, die - wenn sinnvoll - eine längere Versorgung von Demenzkranken im häuslichen Umfeld gewährleisten bzw. einen optimalen individuellen Zeitpunkt für einen Umzug in eine Heimeinrichtung ermöglichen können. So wären beispielsweise für geschiedene oder verwitwete Demenzkranke, die eine identifizierte Risikogruppe für eine schnellere Institutionalisierung in Deutschland (Luck et al. 2008) darstellen, regelmäßige präventive Hausbesuche für eine frühzeitige Demenzdiagnose und eine entsprechende Planung der Unterstützung durch soziale Versorgungs- und Pflegeservices als eine zielgruppenspezifische Intervention denkbar. <<

Institutionalisation in dementia - frequency, time and influencing factors

Growing old in a familiar environment is highly desirable for most people. Transitions to nursing homes, however, are frequently experienced as very burdensome and are connected with substantial financial costs for the person effected, for family members and the social system as well. When persons become effected by dementia, the permanent transition to a nursing home usually comes within the first three years after the illness begins for every second dementia patient. If and when a transition into a nursing home takes place for a dementia patient is dependent on numerous characteristics of the patient, their family members, and accompanying circumstances. In a German sample of elderly persons with incident dementia, especially the absence of a spouse was found as a strong risk factor for a shorter time until institutionalisation. Besides the identification of further likely more modifiable influencing factors for transition rates and times into nursing homes for dementia patients, future research efforts should also present the development of group-specific interventions for certain risk groups. If this proved meaningful, such interventions would make possible the home care of dementia patients and also make it possible to determine the optimal point of time for transition into a nursing home for each individual patient.

Keywords

dementia, incidence, institutionalisation, nursing home admission, time, influencing factors, predictors, risk factors

Dr. rer. med. Melanie Luppa
Wissenschaftliche Mitarbeiterin / Jahrgang 1973
ist seit 2002 wissenschaftliche Mitarbeiterin, Public Mental Health Research Unit, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie der Universität Leipzig; Publikationen zu Krankheitskosten von Depressionen.
Kontakt: Melanie.Luppa@medizin.uni-leipzig.de



Dipl.-Psych. Tobias Luck
Wissenschaftlicher Mitarbeiter / Jahrgang 1981
ist seit 2006 wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung Public Health, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie der Universität Leipzig; Publikationen u. a. zur Zeit bis zum Heimübergang und den Prädiktoren für einen Heimübergang bei Demenzkranken sowie zur Epidemiologie leichter kognitiver Beeinträchtigungen.
Kontakt: Tobias.Luck@medizin.uni-leipzig.de



Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller, MPH
Professorin für Public Health / Jahrgang 1964
ist Professorin für Public Health an der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Forschungsschwerpunkte an der Schnittstelle zwischen Psychiatrie und Public Health: Epidemiologie psychischer Störungen, Prävention und Versorgungsforschung. Besondere Forschungsexpertise: Langzeitstudien. Hauptzielgruppe: ältere Menschen. Geschäftsführende Herausgeberin der Fachzeitschrift „Psychiatrische Praxis“ (Thieme-Verlag). Kontakt: Steffi.Riedel-Heller@medizin.uni-leipzig.de

