

---

Einrichtung

---

Name des Mitarbeiters

---

Name des Angehörigen

---

Datum

## **Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung (BIZA-D-PV/PURFAM)**

Mit dem Fragebogen BIZA-D-PV/PURFAM kann die Belastung des pflegenden Angehörigen ermittelt werden. BIZA-D-PV/PURFAM kann von Angehörigen allein oder zusammen mit dem Mitarbeiter des Pflegedienstes ausgefüllt werden.

Das Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung bei Demenz – Praxisversion PURFAM (BIZA-D-PV/PURFAM) für die Beratung pflegender Angehöriger besteht aus folgenden Subskalen:

**A Persönliche Einschränkungen**

**B Mangelnde Soziale Unterstützung**

**C Akzeptieren der Situation**

**D Belastung durch kognitive Einbußen**

**E Belastung durch Aggressivität und Verwirrtheit**

Die Subskalen A, B und C können in jeder Pflegesituation ausgefüllt werden. Die Skalen D und E beziehen sich auf Symptome demenzieller Erkrankungen beim Pflegebedürftigen und sind daher nur für Pflegesituationen geeignet, in denen beim Pflegebedürftigen eine demenzielle Erkrankung diagnostiziert ist oder in denen Verdacht auf eine demenzielle Erkrankung besteht.

## A Persönliche Einschränkungen

Im Folgenden sind Gedanken und Gefühle aufgeführt, die Pflegende in Bezug auf die Pflege und die damit verbundenen Aufgaben und Einschränkungen haben können. Bitte geben Sie an, wie oft Sie selbst solche Gedanken oder Gefühle haben. Die Skala, auf der Sie Ihre Belastung einschätzen können, reicht von 0 = „nie“ bis 4 = „immer“.

### Haben Sie das Gefühl, ...

<b>1. dass Sie zu wenig Rückzugsmöglichkeiten haben?</b>				
<i>nie</i>	<i>selten</i>	<i>manchmal</i>	<i>oft</i>	<i>immer</i>
(0)-----	(1)-----	(2)-----	(3)-----	(4)
<b>2. dass Sie zu wenig Zeit für Hobbies/Interessen haben?</b>				
<i>nie</i>	<i>selten</i>	<i>manchmal</i>	<i>oft</i>	<i>immer</i>
(0)-----	(1)-----	(2)-----	(3)-----	(4)
<b>3. dass Sie sich zu wenig um Ihre Gesundheit kümmern können?</b>				
<i>nie</i>	<i>selten</i>	<i>manchmal</i>	<i>oft</i>	<i>immer</i>
(0)-----	(1)-----	(2)-----	(3)-----	(4)
<b>4. dass Sie zu wenig Zeit für Aktivitäten mit anderen haben?</b>				
<i>nie</i>	<i>selten</i>	<i>manchmal</i>	<i>oft</i>	<i>immer</i>
(0)-----	(1)-----	(2)-----	(3)-----	(4)
<b>5. dass Sie zu wenige Dinge für sich selbst erledigen können?</b>				
<i>nie</i>	<i>selten</i>	<i>manchmal</i>	<i>oft</i>	<i>immer</i>
(0)-----	(1)-----	(2)-----	(3)-----	(4)
<b>A Summe Persönliche Einschränkungen:</b>				
				_____

## B Mangelnde soziale Unterstützung

Haben Sie das Gefühl, ...

<b>1. dass andere das Krankheitsbild zu wenig verstehen?</b>				
<i>nie</i>	<i>selten</i>	<i>manchmal</i>	<i>oft</i>	<i>immer</i>
(0)-----	(1)-----	(2)-----	(3)-----	(4)
<b>2. dass andere Menschen zu wenig Verständnis für Ihre Situation aufbringen?</b>				
<i>nie</i>	<i>selten</i>	<i>manchmal</i>	<i>oft</i>	<i>immer</i>
(0)-----	(1)-----	(2)-----	(3)-----	(4)
<b>3. dass Sie zu wenig Anerkennung von anderen erfahren?</b>				
<i>nie</i>	<i>selten</i>	<i>manchmal</i>	<i>oft</i>	<i>immer</i>
(0)-----	(1)-----	(2)-----	(3)-----	(4)
<b>4. dass Sie mit Behörden und Institutionen zu kämpfen haben?</b>				
<i>nie</i>	<i>selten</i>	<i>manchmal</i>	<i>oft</i>	<i>immer</i>
(0)-----	(1)-----	(2)-----	(3)-----	(4)
<b>5. dass es Ihnen schwer gemacht wird, Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten in der Pflege zu bekommen?</b>				
<i>nie</i>	<i>selten</i>	<i>manchmal</i>	<i>oft</i>	<i>immer</i>
(0)-----	(1)-----	(2)-----	(3)-----	(4)
<b>6. dass Sie in Ihren Bemühungen um professionelle Unterstützung und Hilfe allein gelassen werden?</b>				
<i>nie</i>	<i>selten</i>	<i>manchmal</i>	<i>oft</i>	<i>immer</i>
(0)-----	(1)-----	(2)-----	(3)-----	(4)
<b>B</b> Summe Mangelnde soziale Unterstützung: _____				

## C Akzeptieren der Situation

Im Folgenden sind Sichtweisen aufgeführt, die Angehörigen vielleicht helfen, mit der Pflegesituation zurechtzukommen. Wir möchten Ihre Sicht der Situation erfahren.

Wenn Sie an die Pflegesituation denken, ...

<b>1. bemerken Sie, dass Sie gelernt haben, mit der Situation zu leben.</b>				
<i>nie</i>	<i>selten</i>	<i>manchmal</i>	<i>oft</i>	<i>immer</i>
(0)-----	(1)-----	(2)-----	(3)-----	(4)
<b>2. akzeptieren Sie, dass die Situation nun mal so ist und dass man es nicht ändern kann.</b>				
<i>nie</i>	<i>selten</i>	<i>manchmal</i>	<i>oft</i>	<i>immer</i>
(0)-----	(1)-----	(2)-----	(3)-----	(4)
<b>3. bemerken Sie, dass Sie sich an den Gedanken gewöhnt haben, dass es so gekommen ist.</b>				
<i>nie</i>	<i>selten</i>	<i>manchmal</i>	<i>oft</i>	<i>immer</i>
(0)-----	(1)-----	(2)-----	(3)-----	(4)
<b>4. können Sie die Situation, so wie sie jetzt ist, als Realität akzeptieren.</b>				
<i>nie</i>	<i>selten</i>	<i>manchmal</i>	<i>oft</i>	<i>immer</i>
(0)-----	(1)-----	(2)-----	(3)-----	(4)
<b>C</b>	Summe Akzeptanz _____			

## D Verhaltensänderungen des demenzkranken Angehörigen

Jetzt möchte ich erfahren, ob bestimmte, durch die Demenz bedingte Denk- und Verhaltensstörungen, zurzeit bei Ihrem Angehörigen auftreten, und wie stark Sie sich dadurch belastet fühlen. Die Skala, auf der Sie Ihre Belastungsstärke einschätzen können, reicht von 0 = „gar nicht belastet“ bis 4 = „stark belastet“.

Legen Sie bitte bei der Beantwortung der Fragen die letzten beiden Wochen zugrunde.

### D Der/die Angehörige ...

<b>1. wiederholt sich oft (z. B. stellt dieselben Fragen, erzählt dieselben Dinge).</b>
<input type="checkbox"/> Nein → weiter bei 2 <input type="checkbox"/> Falls ja: Wie sehr belastet Sie das? <i>gar nicht      ein wenig      mäßig      deutlich      stark</i> (0)------(1)------(2)------(3)------(4)
<b>2. ist logischen Argumenten nicht mehr zugänglich.</b>
<input type="checkbox"/> Nein → weiter bei 3 <input type="checkbox"/> Falls ja: Wie sehr belastet Sie das? <i>gar nicht      ein wenig      mäßig      deutlich      stark</i> (0)------(1)------(2)------(3)------(4)
<b>3. begreift schwierige Sachverhalte nicht mehr.</b>
<input type="checkbox"/> Nein → weiter bei 4 <input type="checkbox"/> Falls ja: Wie sehr belastet Sie das? <i>gar nicht      ein wenig      mäßig      deutlich      stark</i> (0)------(1)------(2)------(3)------(4)
<b>4. kann sich nichts merken.</b>
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Falls ja: Wie sehr belastet Sie das? <i>gar nicht      ein wenig      mäßig      deutlich      stark</i> (0)------(1)------(2)------(3)------(4)
<b>D</b> Summe Belastung durch kognitive Einbußen: _____

## E Der/die Angehörige ...

<b>1. tut Dinge, die Ihnen verrückt erscheinen.</b>
<input type="checkbox"/> Nein → weiter bei 2 <input type="checkbox"/> Falls ja: Wie sehr belastet Sie das? <i>gar nicht      ein wenig      mäßig      deutlich      stark</i> ((0)------(1)------(2)------(3)------(4))
<b>2. ist unruhig.</b>
<input type="checkbox"/> Nein → weiter bei 3 <input type="checkbox"/> Falls ja: Wie sehr belastet Sie das? <i>gar nicht      ein wenig      mäßig      deutlich      stark</i> (0)------(1)------(2)------(3)------(4)
<b>3. beschimpft Sie.</b>
<input type="checkbox"/> Nein → weiter bei 4 <input type="checkbox"/> Falls ja: Wie sehr belastet Sie das? <i>gar nicht      ein wenig      mäßig      deutlich      stark</i> (0)------(1)------(2)------(3)------(4)
<b>4. widersetzt sich bei bestimmten Pflegeaufgaben.</b>
<input type="checkbox"/> Nein → weiter bei 5 <input type="checkbox"/> Falls ja: Wie sehr belastet Sie das? <i>gar nicht      ein wenig      mäßig      deutlich      stark</i> (0)------(1)------(2)------(3)------(4)
<b>5. zeigt Verhaltensweisen, die ihn/sie selbst gefährden.</b>
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Falls ja: Wie sehr belastet Sie das? <i>gar nicht      ein wenig      mäßig      deutlich      stark</i> (0)------(1)------(2)------(3)------(4)
<b>E</b> Summe Belastung durch Aggressivität und Verwirrtheit: _____

## Einverständniserklärung

\_\_\_\_\_  
(Name des Pflegedienstes)

arbeitet kontinuierlich an der Sicherung und Verbesserung der Qualität seiner Angebote. Zu guter Pflege gehört auch die Unterstützung der Angehörigen und anderer an der Pflege beteiligten Personen.

Ich bin damit einverstanden, dass die zur bedarfsgerechten Beratung und Unterstützung der pflegenden Angehörigen notwendigen Daten erhoben und für die Beratungsarbeit ausschließlich innerhalb des Pflegedienstes genutzt werden können.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des pflegenden Angehörigen