

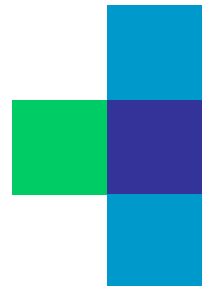
# Versorgungsforschung bei Demenzen: Diagnose, Therapie, Situation der Angehörigen

**Prof. Dr. Elmar Gräbel<sup>1</sup> u. Prof. Dr. Peter Kolominsky-Rabas<sup>2</sup>**

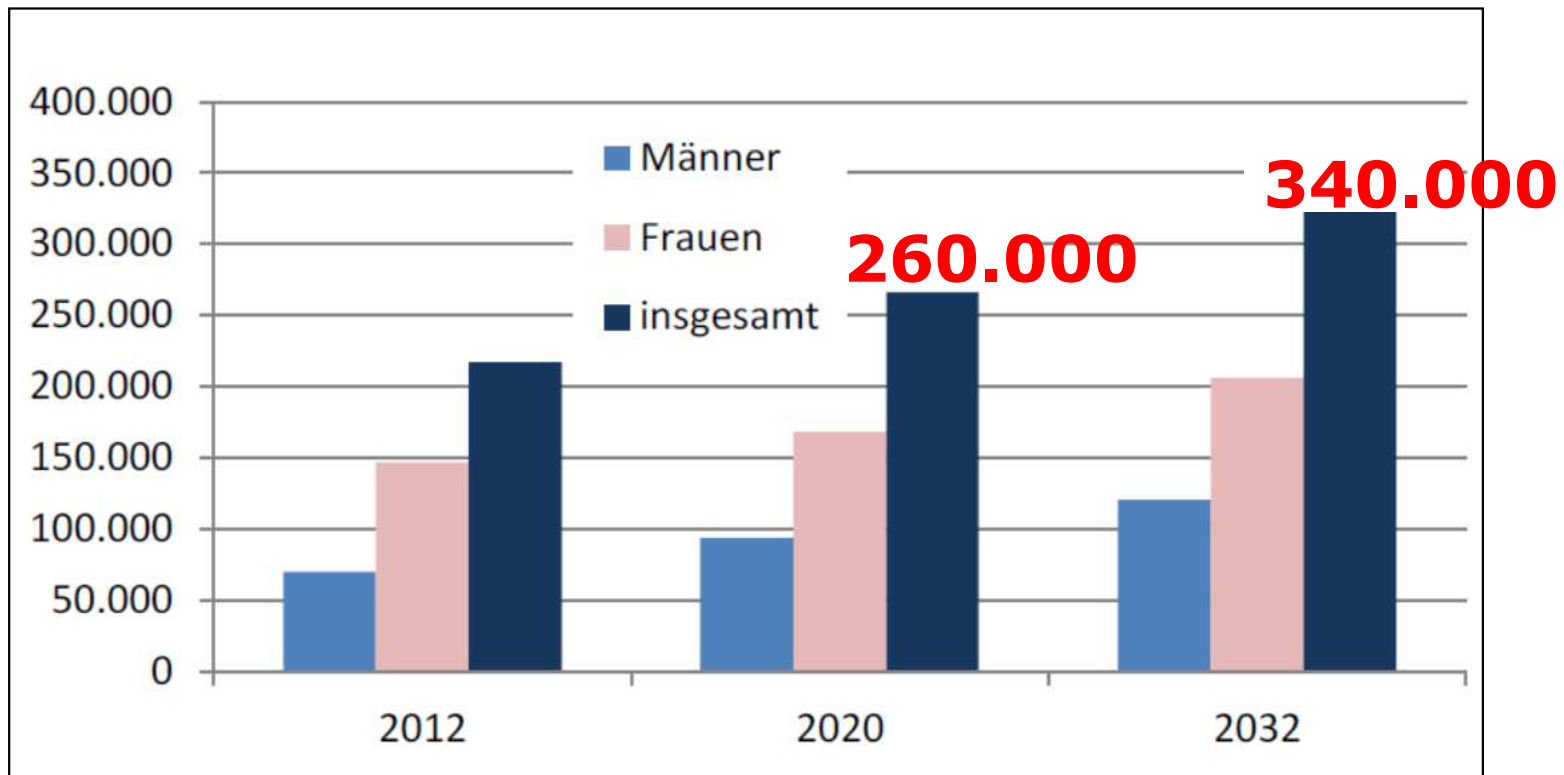
<sup>1</sup>) Zentrum für Medizinische Versorgungsforschung der Psychiatrischen  
Universitätsklinik Erlangen

<sup>2</sup>) Interdisziplinäres Zentrum für Public Health der Friedrich-Alexander-Universität  
Erlangen-Nürnberg

Fachtag der Deutschen Alzheimer Gesellschaft,  
Landesverband Bayern e.V.  
Nürnberg, 12. Juli 2018

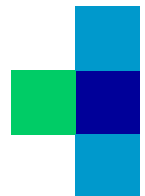


# Demenzerkrankte in Bayern



(Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, 2014)

Universitätsklinikum  
Erlangen



# Themen

1. Diagnose der Demenzen
2. Therapie der Demenzen
  - A) Arzneimittel
  - B) psychosoziale („nicht-medikamentöse“) Interventionen
3. Situation der pflegenden Angehörigen



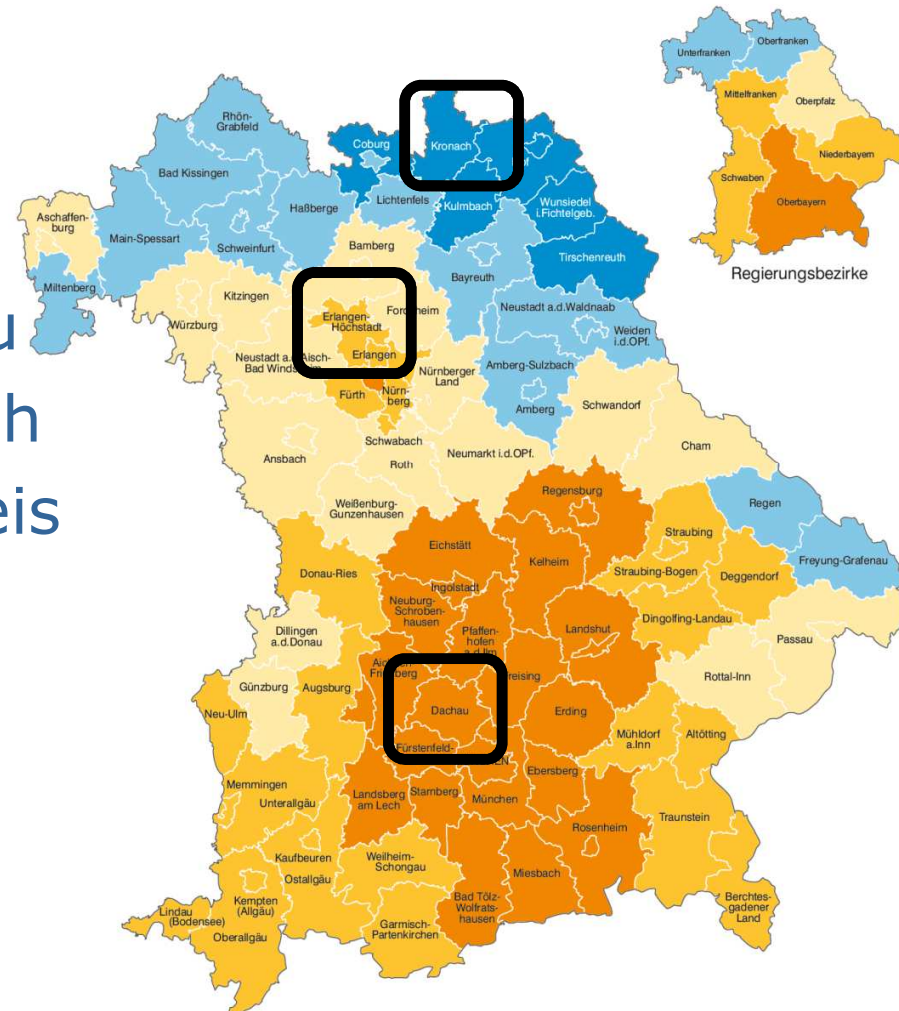
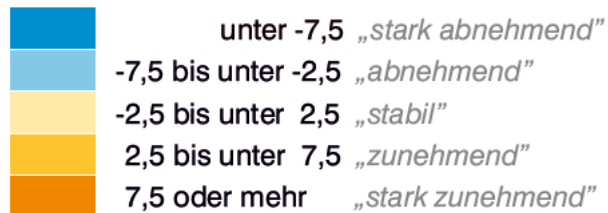
# Bayerischer Demenz Survey: Längsschnittstudie (2015 – 2017)

Bevölkerungsentwicklung in den kreisfreien Städten und Landkreisen Bayerns  
Veränderung 2034 gegenüber 2014 in Prozent

Förderer: Bayerisches Staatsministerium  
für Gesundheit und Pflege

Standorte:

- Stadt & Landkreis Dachau
- Stadt & Landkreis Kronach
- Stadt Erlangen & Landkreis Erlangen-Höchstadt



(Daten zur Bevölkerungsentwicklung: Bayerisches Landesamt  
für Statistik und Datenverarbeitung, 2016)

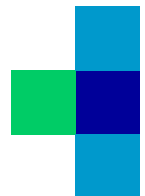
Universitätsklinikum  
Erlangen



# Nutzen der frühzeitigen Diagnose

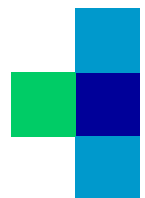
- Früher Einsatz medikamentöser und nicht-medikamentöser Verfahren (z.B. MAKS® in Tages„gestaltenden“ Einrichtungen, Pflegeheimen, etc.)
- Besserer Umgang mit Krankheitssymptomen/ Entlastung der Pflegenden
- Verbesserung der Patientensicherheit (Weglauftendenz)
- Planung und Koordinierung der Pflegemaßnahmen
- Verzögerung der stationären Pflege (Heimeinweisung)
- Senkung der Versorgungskosten

(Dubois et al., 2015)



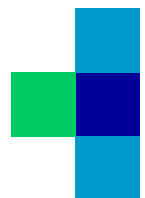
# Handlungsempfehlung

Die Möglichkeit, frühzeitig eine qualifizierte (!) Diagnose zu erhalten, muss verbessert werden.



# Themen

1. Diagnose der Demenzen
2. Therapie der Demenzen
  - A) Arzneimittel
  - B) psychosoziale („nicht-medikamentöse“) Interventionen
3. Situation der pflegenden Angehörigen

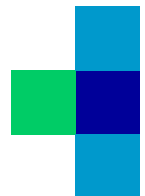


# Therapie der Alzheimer Demenz

**Achtung:** Es handelt sich um eine symptomatische Therapie – es gibt keine kausale Therapie!

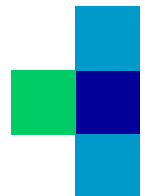
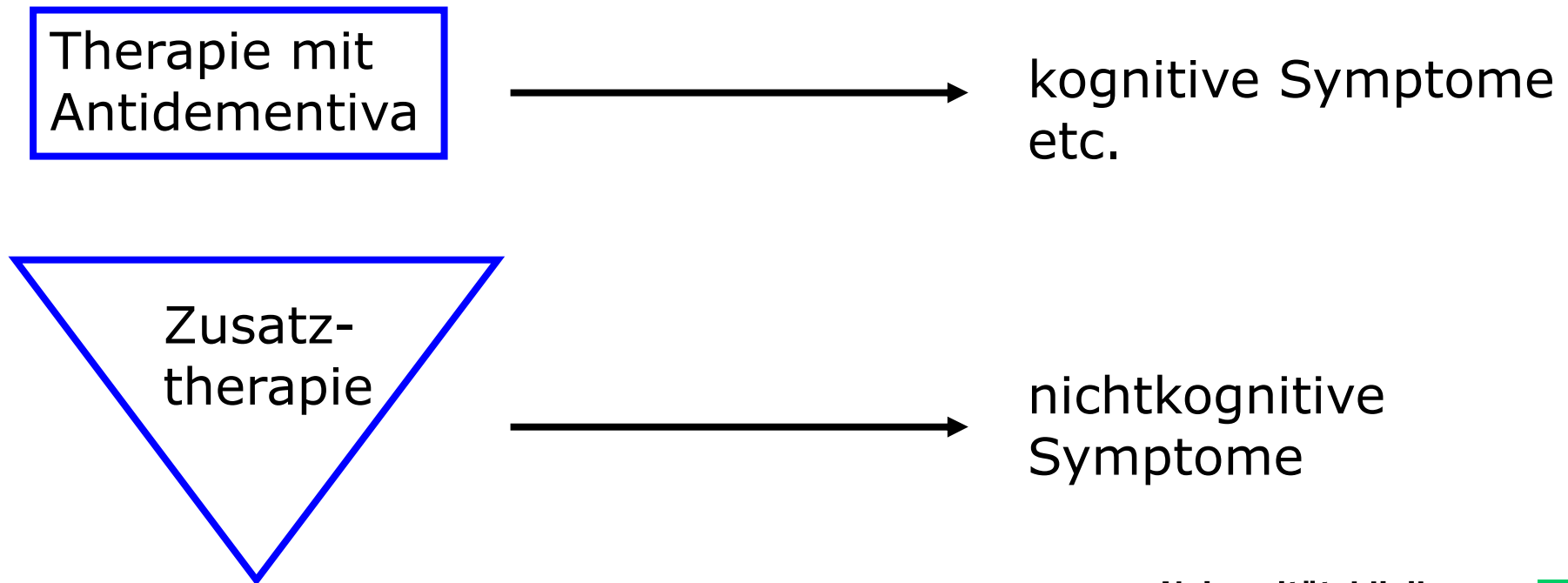
Grundsatz (S3 Leitlinie Demenzen, S. 48):

„... umfasst die **pharmakologische** Behandlung [A] und die **psychosozialen** Interventionen [B] für Betroffene und Angehörige ...“





# A) Medikamentöse Therapie der Alzheimer-Demenz



# Antidementiva bei Alzheimer-Demenz

## 1. Zentral wirksame, reversible

### Acetylcholinesterase-Hemmer:

- Donepezil (Aricept®),
- Galantamin (Reminyl®), Rivastigmin (Exelon®)
- Generika

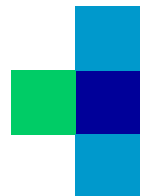
➔ Therapie der leichten und mittelschweren AD

## 2. Niederaffiner NMDA-Rezeptor-Antagonist:

- Memantine (Axura®, Ebixa®)

➔ Therapie der moderaten und schweren AD

## 3. Unspezifische Antidementiva



# Antidementiva bei Alzheimer-Demenz

1. Zentral wirksame, reversible Acetylcholinesterase-Hemmer:
  - Donepezil (Aricept®)
  - Galantamin (Reminyl®), Rivastigmin (Exelon®)
  - Generika

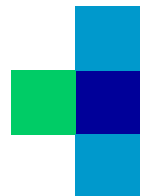
 **Therapie der leichten und mittelschweren AD**

## **2. Niederaffiner NMDA-Rezeptor-Antagonist:**

- Memantine (Axura®, Ebixa®)

 **Therapie der moderaten und schweren AD**

3. Unspezifische Antidementiva



# Nutzenbewertung des IQWiG\*

## Achetylcholinesterase-Hemmer:

Vorteil gegenüber Placebo ist nur „für 6 Monate verlässlich nachgewiesen“.

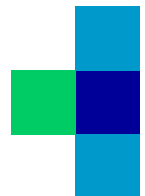
(IQWiG, 2007)

## Memantin:

Fragliche Relevanz der Effekte auf Kognition und Alltagspraxis

(IQWiG, 2009)

\* IQWiG: Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen



# Individualisierte Medizin

Definition (BMBF, 2016):

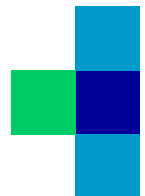
[...] „Die Entstehung, die Ausprägung und der Verlauf von Krankheiten und auch die Wirkung von Therapien sind von vielen individuellen Faktoren abhängig. Hierzu zählen etwa die *genetische Veranlagung, das Geschlecht, das Alter des Menschen, aber auch der Lebensstil, soziale Faktoren und Umwelteinflüsse*. Eine individualisierte Medizin erfasst genau diese Faktoren und eröffnet so die Möglichkeit, für den Einzelnen maßgeschneiderte Präventions- und Therapieverfahren zu entwickeln, die Nebenwirkungen von Arzneien zu minimieren und einen deutlich besseren Therapieerfolg zu erzielen. [...]“



## **S3 Leitlinie Demenzen (S. 48): Individualisierte Therapie bei Demenzen**

### Grundsatz:

„Die Therapie von Demenzerkrankungen [...] ist aufgrund variabler System- und Problemkonstellationen individualisiert zu gestalten [...].“



# Individualisierte Therapie

Grundsätze:

1. Cholinesterase-Hemmer nur bei cholinergem Defizit
2. Besondere Relevanz unerwünschter Wirkungen, z.B.:
  - anticholinerge NW bei cholinergem Defizit (ACB)
  - je größer die psychomotorische Dämpfung, desto größer ist das Sturzrisiko mit Verletzungsfolge
3. Demenzspezifische Kontraindikationen, z.B.:
  - Antipsychotika bei Lewy-Körper-Demenz
4. Individuelle Verträglichkeit:  
insbes. bei Polypharmazie: Magen/Darm; Leber- und Nierenfunktion; pharmakogenetische Besonderheiten beachten



# Antipsychotika-Behandlung bei Menschen mit Demenz

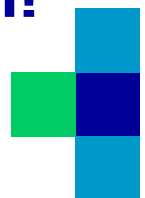
Behandlungshäufigkeit in Deutschland:

- insgesamt: **34 %** (Bohlken et al. 2017)
- im Pflegeheim: **51 %** (Huber et al. 2012)

Zusammenfassung relevanter unerwünschte Wirkungen der Antipsychotika-Therapie bei Menschen mit Demenz:

- a) motorische NW (Parkinson-ähnlich)
- b) erhöhte Sturzgefahr (vgl. a und wegen der zentralen Dämpfung)
- c) evtl. Verschlechterung der kognitiven Fähigkeiten (anticholinerge NW bei cholinergem Defizit)
- d) erhöhte Mortalität
- e) Kontraindikation bei Lewy-Körper-Demenz

**➡ Deshalb wird in den Therapie-Leitlinien zuerst ein nicht-pharmakologischer Behandlungsversuch empfohlen!**



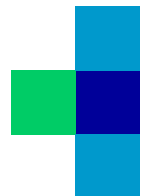


## S3 Leitlinie Demenzen (S. 68): Behandlung von Verhaltenssymptomen

### Empfehlung 54:

„Vor dem Einsatz von Psychopharmaka bei Verhaltenssymptomen soll ein psychopathologischer Befund erhoben werden. Die medizinischen, personen- und umgebungsbezogenen Bedingungsfaktoren müssen identifiziert und soweit möglich behandelt bzw. modifiziert werden.

*Darüber hinaus besteht eine Indikation für eine pharmakologische Intervention, wenn **psychosoziale Interventionen** nicht effektiv, nicht ausreichend oder nicht verfügbar sind. ...“*



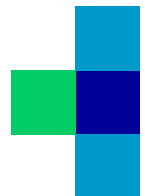
## **S3 Leitlinie Demenzen (S. 72): Antipsychotika: Mortalitätsrisiko**

### Empfehlung 55:

„Die Gabe von **Antipsychotika** bei Patienten mit Demenz ist wahrscheinlich\* mit einem **erhöhten Risiko für Mortalität** und für zerebrovaskuläre Ereignisse assoziiert. ...“

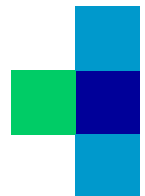
\* Anmerkung: Das Wort „wahrscheinlich“ war in der ersten Version der Leitlinie von 2010 nicht enthalten. Es wurde im Zuge der Überarbeitung der Leitlinie im Jahr 2016 ergänzt, obwohl sich der Sachverhalt nicht geändert hat. Dies zeigt sich darin, dass auch in der Version von 2016 folgende Erläuterung steht:

„Der Einsatz von Antipsychotika bei Demenzerkrankten ist mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko assoziiert. Schneider et al. (2006) beschrieben eine signifikante Erhöhung des Mortalitätsrisikos um den Faktor 1,54 in einer Metaanalyse ...“



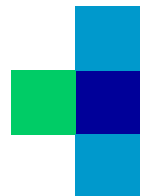
# Handlungsempfehlung

Die Behandlung mit Cholinesterase-Hemmern ist **bei cholinergem Defizit** eine sinnvolle und wahrscheinlich wirksame Therapie, die erfolgen sollte (Wirksamkeit und Verträglichkeit sind regelmäßig zu überprüfen).



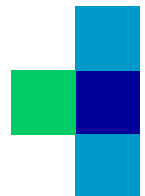
# Handlungsempfehlung

Der Einsatz von Antipsychotika zur Therapie von Verhaltenssymptomen bei Demenz ist die „letzte Option“. Sie sollte **nur dann** erfolgen, **wenn alle (!) anderen Maßnahmen nicht wirksam waren.**



# Themen

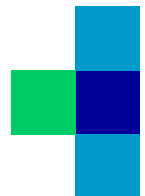
1. Diagnose der Demenzen
2. Therapie der Demenzen
  - a) Arzneimittel
  - b) psychosoziale („nicht-medikamentöse“) Interventionen
3. Situation der pflegenden Angehörigen



## **B) Psychosoziale Interventionen**

Kapitel 3.4 der S3-Leitlinie Demenzen:

- **Kognitive Verfahren**
- **Ergotherapie**
- **Körperliche Aktivität**
- **Künstlerische Therapien**
- **Sensorische Verfahren**
- **Angehörigenbasierte Verfahren**

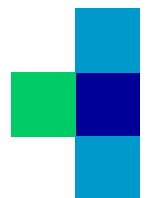


# Steigerung der Breite des Wirkprofils durch Mehrkomponenten-Intervention



# Die Mehrkomponenten-Therapie **MAKS**?

- **MAKS** ist eine aus vier Modulen bestehende psychosoziale Intervention
  - für Menschen mit leichter kognitiver Beeinträchtigung, oder leichter Demenz oder mittelschwerer Demenz,
  - die in Gruppen von 10 bis 12 Betroffenen
  - an mindestens 1-2 Tagen pro Woche durchgeführt wird.
- Die vier Module: **M**otorische, **A**lltagspraktische und **K**ognitive Aktivierung sowie eine Einstimmung, die die **S**ozialen (evtl. „**S**pirituellen“) Bedürfnisse des Menschen anspricht.

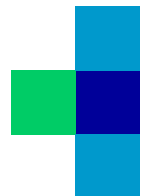




# MAKS- und DeTaMAKS-Interventionsstudien

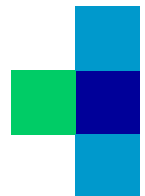
## Randomisiert-kontrollierte Studien zu MAKS:

- „MAKS“ (2008 – 2010) in Pflegeheimen (Mittelfranken)  
Förderer: Bundesministerium für Gesundheit
- DeTaMAKS (2014 – 2017) in Tages“gestaltenden“-Einrichtungen  
(bundesweit)  
Förderer: GKV-Spitzenverband &  
Bayer. Staatsministerium für Gesundheit und Pflege

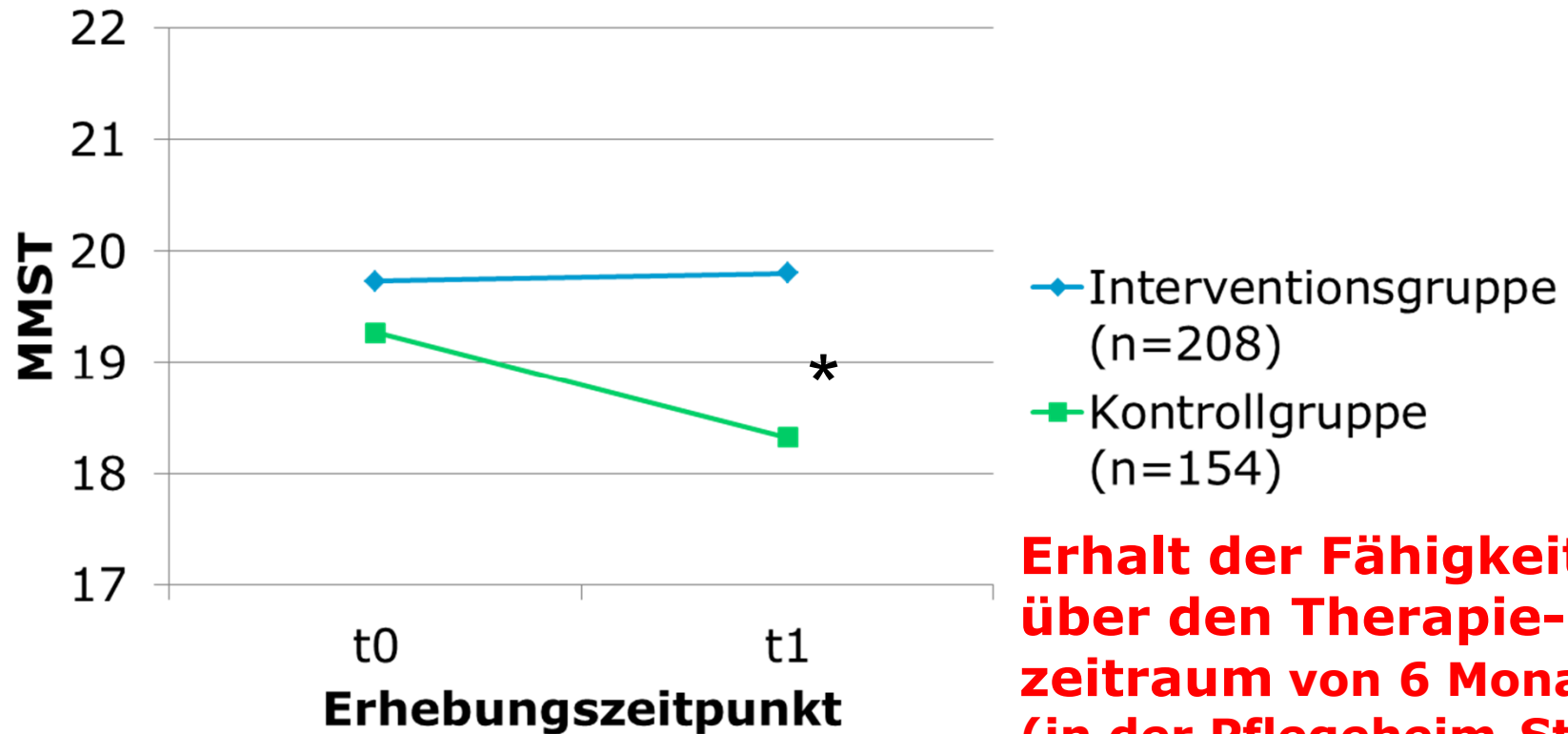


# Wirksamkeit der **MAKS**-Therapie®: kognitive und alltagspraktische Fähigkeiten

1. Die **kognitiven** und **alltagspraktischen Fähigkeiten** werden **stabilisiert**, d.h. während der Anwendung von **MAKS** lassen diese Fähigkeiten im Durchschnitt nicht weiter nach (nachgewiesen für 6 bzw. 12 Monate Therapiedauer).



# Wirkung auf die kognitiven Fähigkeiten

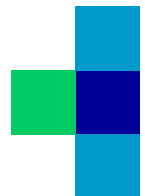


**Erhalt der Fähigkeiten über den Therapiezeitraum von 6 Monaten (in der Pflegeheim-Studie für 12 Mo. nachgewiesen)**

**Abbildung:** Verlauf der MMST-Werte zu t0 und t1 im Vergleich Kontroll- vs. Interventionsgruppe.  
Anmerkung: Der mit \* markierte Unterschied ist signifikant ( $T=-2,28$ ,  $df=360$ ,  $p=0,024$ ).

(Straubmeier et al. 2017)

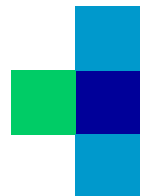
Universitätsklinikum  
Erlangen



# Wirksamkeit der **MAKS**-Therapie®: Verhaltenssymptome

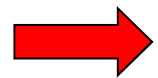
2. **Verhaltenssymptome** bei Demenz (z.B. Unruhe, Aggressivität, Schlafstörungen etc.) **verbessern** sich im Vergleich zu einer „Kontrollgruppe“ ohne MAKS.

(Straubmeier et al. 2017)

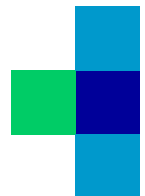


# Handlungsempfehlung

Die Verbreitung von wirksamen psychosozialen Interventionen und deren „Verschreibungsmöglichkeit“ muss dringend verbessert werden.

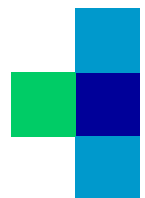


**Erst dann wird eine leitliniengerechte Behandlung möglich!**



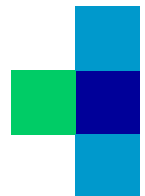
# Themen

1. Diagnose der Demenzen
2. Therapie der Demenzen
  - a) Arzneimittel
  - b) psychosoziale („nicht-medikamentöse“) Interventionen
3. Situation der pflegenden Angehörigen



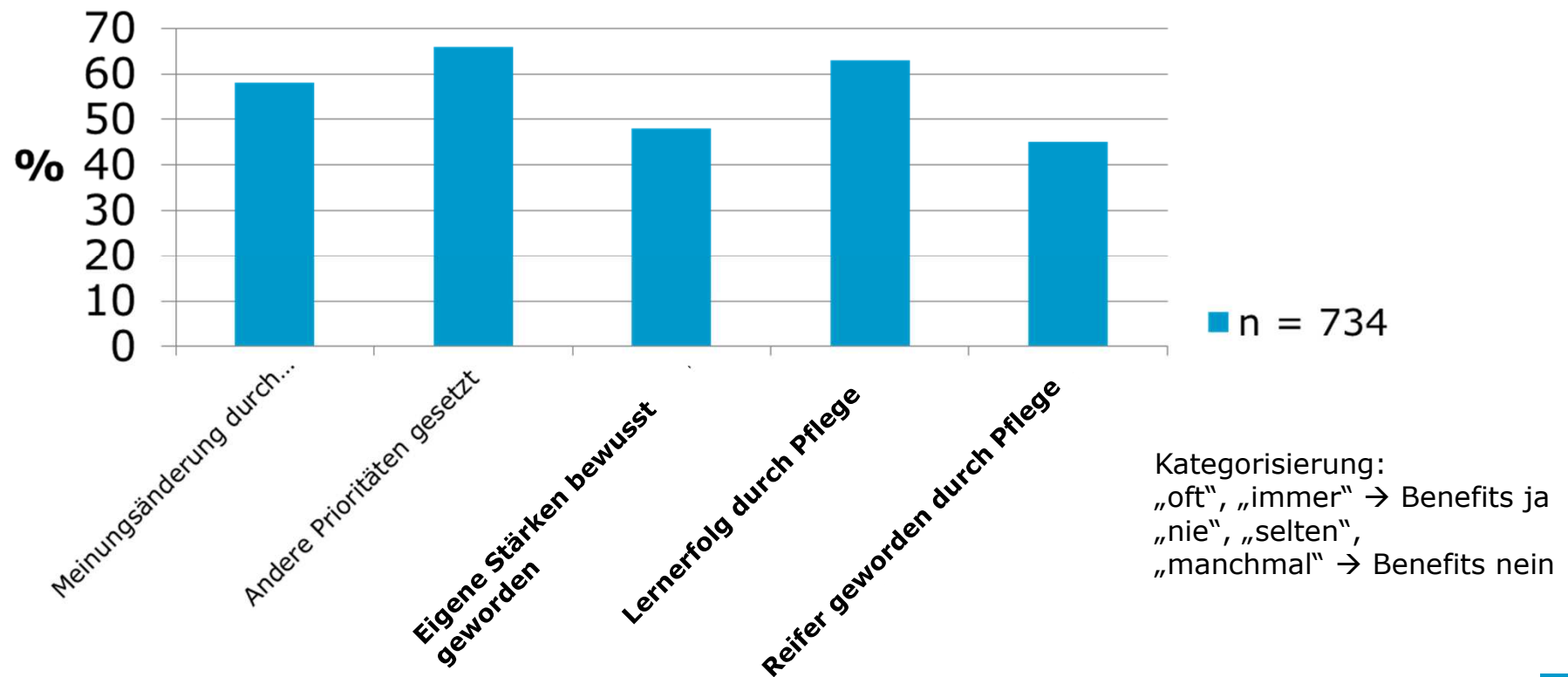
# Querschnittstudie zur Situation pflegender Angehöriger

- „ABef“ (2015) Befragung pflegender Angehöriger bei Antrag auf Begutachtung zum SGB XI (Bayern)



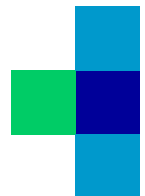
# Positive Seiten der häuslichen Pflege: „Benefits“

## Benefits in der häuslichen Pflege - Häufigkeit -



(Pendergrass et al., zur Veröffentlichung angenommen)

Universitätsklinikum  
Erlangen

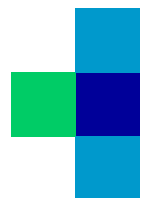




# Resümee

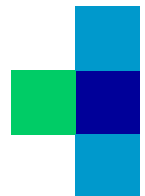
Häusliche Pflege ist häufig mit positiven Erfahrungen verknüpft: Etwa die Hälfte aller pflegenden Angehörigen erleben (oft oder immer) „Eigene Stärken“, „Lernerfolg“, „Reife“

Diese positiven Erfahrungen sind unabhängig vom Belastungserleben!



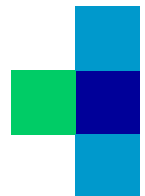
# Was begünstigt das Erleben von Benefits?

- Unterstützung durch den (Ehe-)Partner  
(Silverberg-Koerner et al. 2009)
- Teilnahme an Angehörigengruppen
- „problemorientierter“ Umgang mit der Situation  
(Liew et al. 2010)

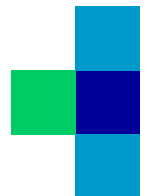


# Handlungsempfehlung

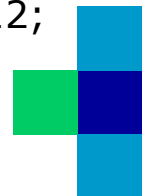
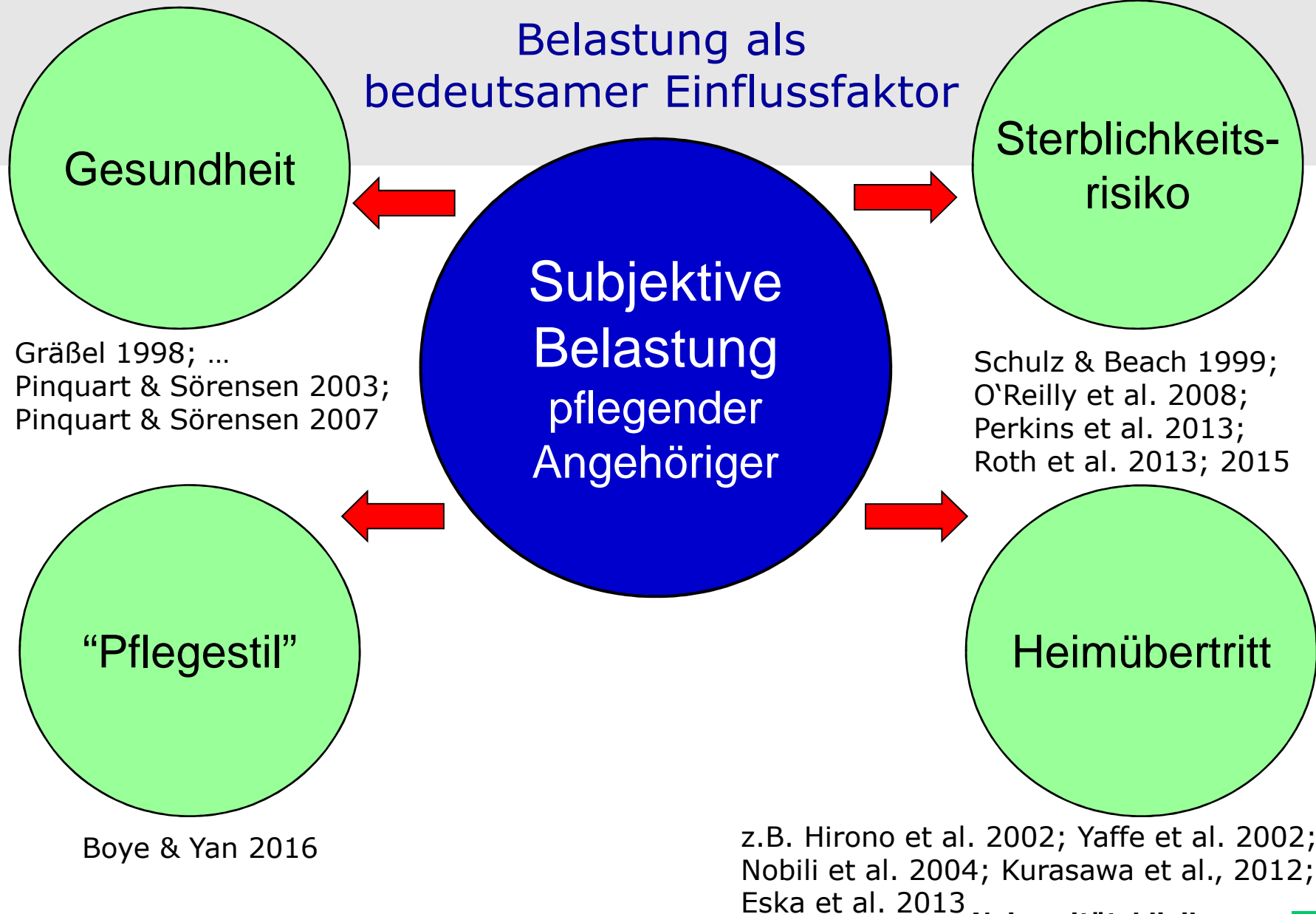
In der Beratung pflegender Angehöriger ist es hilfreich, auf eine Stärkung des Erlebens von „Benefits“ hinzuwirken.



# **Negative Seiten der häuslichen Pflege: „Erlebte Belastung“ und seine Folgen**



Belastung als  
bedeutsamer Einflussfaktor



# „Selbsttest“ für subjektive Belastung → Sensibilisierung für „Selbstpflege“

## Kurz-Test: Belastung pflegender Angehöriger

Häusliche-Pflege-Skala HPS-k, für pflegende Angehörige nach Prof. Dr. Elmar Gräbel

Die folgenden Aussagen stehen im Zusammenhang mit Ihrer gegenwärtigen Situation. Mit gegenwärtiger Situation sind die Veränderungen bzw. ist die Erkrankung Ihres Angehörigen (evtl. Bekannten) gemeint. Die nachfolgenden Aussagen beziehen sich oft auf die Art der Hilfeleistung, die Sie geben. Es kann sich dabei sowohl um Unterstützung, Betreuung oder Pflege handeln.

Kreuzen Sie zu jeder Aussage die Spalte an die für Sie am ehesten zutrifft. Beantworten Sie bitte jede Frage!

1.								
	stimmt genau	stimmt überwiegend	stimmt wenig	stimmt nicht				
Durch die Unterstützung/durch die Pflege hat die Zufriedenheit mit meinem Leben gelitten.								
Ich fühle mich körperlich erschöpft.								
Ich habe hin und wieder den Wunsch, aus meiner Situation „auszubrechen“.								
Ich empfinde mich manchmal nicht mehr richtig als „Ich selbst“.								
Mein Lebensstandard hat sich durch die Unterstützung /durch die Pflege verringert.								
Durch die Unterstützung/durch die Pflege wird meine Gesundheit angegriffen.								
Die Unterstützung/die Pflege kostet viel von meiner eigenen Kraft.								
Ich fühle mich „hin und her gerissen“ zwischen den Anforderungen meiner Umgebung (meiner Familie) und den Anforderungen durch die Unterstützung/durch die Pflege.								
Ich Sorge mich aufgrund der Unterstützung, die ich leiste /aufgrund der Pflege um meine Zukunft.								
Wegen der Unterstützung/wegen der Pflege leidet meine Beziehung zu Familienangehörigen, Verwandten, Freunden und Bekannten.								
<b>Vielen Dank!</b>	Anzahl Ihrer Kreuze	<b>x3</b>	Anzahl Ihrer Kreuze	<b>x2</b>	Anzahl Ihrer Kreuze	<b>x1</b>	Anzahl Ihrer Kreuze	<b>x0</b>
<b>Ergebnis</b>								

## Auswertung

2.

erreichte Punkte:  
(Summe)

Summe  
Ihrer Punkte

**Punkte** : So hoch ist Ihre Belastung durch die Pflege

**0 - 4** : **niedrig**

Das bedeutet:  
• Sie haben kein erhöhtes Risiko für körperliche Beschwerden, die über dem üblichen Ausmaß an Beschwerden in Ihrer Altersgruppe liegen.

**5 - 14** : **mittel**

Das bedeutet:  
• Sie haben ein erhöhtes Risiko für körperliche Beschwerden, die über dem üblichen Ausmaß an Beschwerden in Ihrer Altersgruppe liegen.

Empfehlung:  
• Versuchen Sie sich mehr zu entlasten und mehr Erholung zu bekommen.

**15 - 30** : **hoch**

Das bedeutet:  
• Sie haben ein stark erhöhtes Risiko für körperliche Beschwerden, die über dem üblichen Ausmaß an Beschwerden in Ihrer Altersgruppe liegen.

Empfehlung:  
• Ergreifen Sie Maßnahmen, um das Ausmaß Ihrer körperlichen Beschwerden zu senken. Eventuell hilft eine deutliche Entlastung durch verschiedene Unterstützungsangebote.



# Erkennen von „Risiko-Angehörigen“ mit Hilfe der HPS-k (Pendergrass et al. 2018)

<b>Punkte:</b> HPS-k-Summenwert	<b>Häufigkeit</b> in der Eichstichprobe n (%)	<b>Interpretation:</b> Die (subjektive) Belastung des pflegenden Angehörigen ist ...	<b>Bedeutung:</b> Das Risiko für eine eingeschränkte subjektive Gesundheit des pflegenden Angehörigen ist ...	<b>Handlungsempfehlung:</b>
0 – 4	<p>Demenz: 12 (<b>8%</b>)</p> <p>Nicht-Demenz: 26 (<b>11%</b>)</p>	<b>sehr gering bis gering</b>	<p><b>sehr gering</b></p> <p>d.h. in diesem Bereich hat die überwiegende Mehrheit (Demenz: 83% Nicht-Demenz: 88%) ein Ausmaß an körperlichen Beschwerden, der <u>durchschnittlich</u> ist <u>oder unter dem Durchschnitt</u> liegt</p>	<p><b>Den pflegenden Angehörigen dahingehend unterstützen, dass es ihr/ihm weiterhin gut geht</b></p>

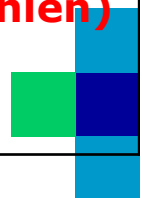
# Erkennen von „Risiko-Angehörigen“ mit Hilfe der HPS-k (Pendergrass et al. 2018)

<b>Punkte:</b> HPS-k-Summenwert	<b>Häufigkeit</b> in der Eichstichproben (%)	<b>Interpretation:</b> Die (subjektive) Belastung des pflegenden Angehörigen ist ...	<b>Bedeutung:</b> Das Risiko für eine eingeschränkte subjektive Gesundheit des pflegenden Angehörigen ist ...	<b>Handlungsempfehlung:</b>
5 – 14	<p>Demenz: 46 (<b>30%</b>)</p> <p>Nicht-Demenz: 80 (<b>34%</b>)</p>	<b>mittel</b>	<p><b>erhöht</b></p> <p>d.h. in diesem Bereich hat die Mehrheit (Demenz: 57% Nicht-Demenz: 66%) ein Ausmaß an körperlichen Beschwerden, der <u>über dem Durchschnitt</u> liegt</p>	<p><b>Die/der pflegende Angehörige hat bereits Entlastungsbedarf; dem pflegenden Angehörigen ggf. empfehlen, ihre/ seine körperliche Gesundheit abklären zu lassen</b></p>



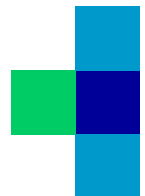
# Erkennen von „Risiko-Angehörigen“ mit Hilfe der HPS-k (Pendergrass et al. 2018)

<b>Punkte:</b> HPS-k-Summenwert	<b>Häufigkeit</b> in der Eichstichproben (%)	<b>Interpretation:</b> Die (subjektive) Belastung des pflegenden Angehörigen ist...	<b>Bedeutung:</b> Das Risiko für eine eingeschränkte subjektive Gesundheit des pflegenden Angehörigen ist ...	<b>Handlungsempfehlung:</b>
15 – 30	Demenz: 95 ( <b>62%</b> )  Nicht-Demenz: 127 ( <b>55%</b> )	<b>stark bis sehr stark</b>	<b>deutlich erhöht</b> d.h. in diesem Bereich haben 92% (Demenz) bzw. 90% (Nicht-Demenz) der pflegenden Angehörigen ein Ausmaß an körperlichen Beschwerden, der <u>über dem Durchschnitt</u> liegt	<b>Es besteht die <u>Notwendigkeit, der/ dem pflegenden Angehörigen Entlastung zu verschaffen; außerdem besteht ein hohes Risiko für starke körperliche Beschwerden (Gesundheitscheck ist dringend zu empfehlen)</u></b>  <b>Universitätsklinikum Erlangen</b>



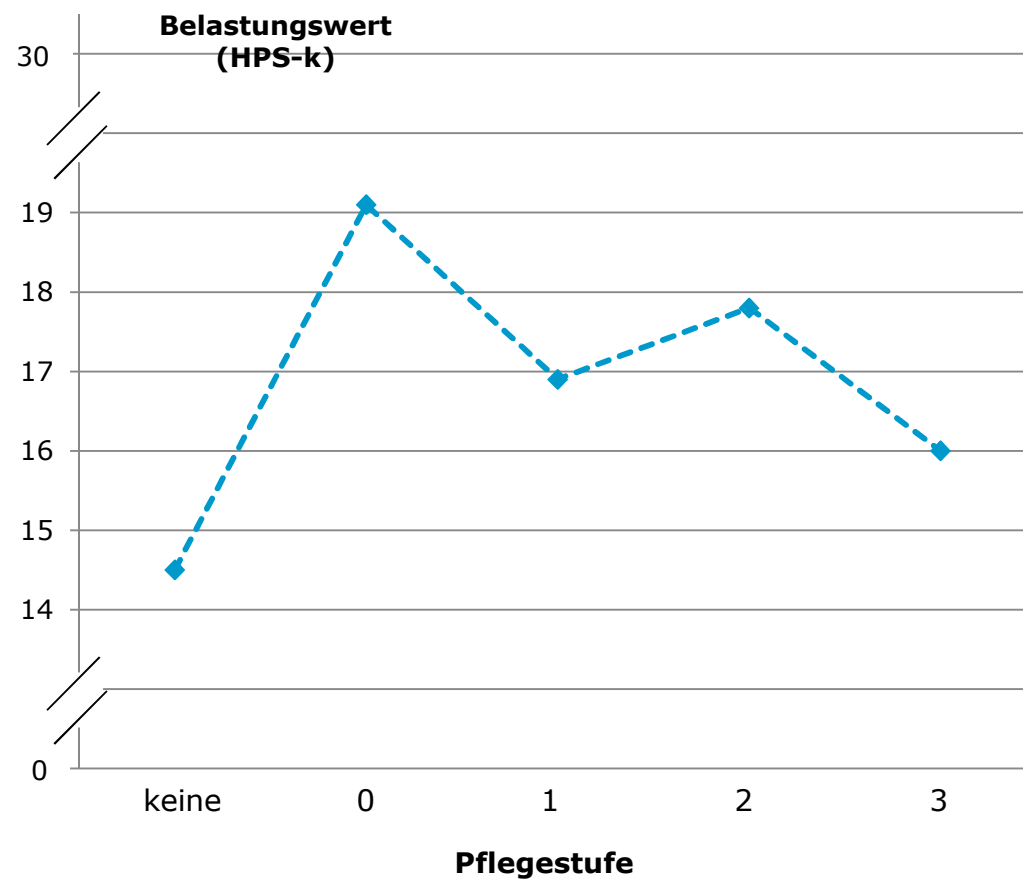
# Resümee

6 von 10 pflegenden Angehörige eines Menschen mit Demenz (MmD) sind subjektiv stark bis sehr stark belastet –  
bei anderen Ursachen für Pflegebedürftigkeit sind es immerhin auch 5 von 10



# Durchschnittliche Belastung der Angehörigen bei verschiedenen Pflegestufen

Angaben von 253 Angehörigen eines Menschen mit Demenz (unveröffentlichtes Ergebnis)



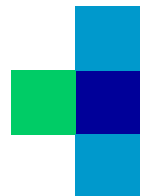
Universitätsklinikum  
Erlangen



# Resümee

Angehörige eines Erkrankten mit eingeschränkter Alltagskompetenz (also bei beginnender Pflegebedürftigkeit) erleben subjektiv (im Durchschnitt) eine hohe Belastung.

*„Es wird ernst mit der häuslichen Pflege.“*



# Handlungsempfehlung

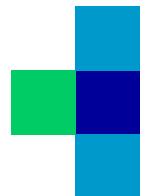
## **Für alle pflegenden Angehörigen:**

Denken Sie auch an sich und Ihr Wohlbefinden!

Nur ein psychisch und körperlich „fitter“ Angehöriger kann sich angemessen und längerfristig um seinen pflegebedürftigen Angehörigen kümmern.

Lassen Sie sich helfen!

Nicht Alles alleine machen zu wollen, ist ein Zeichen von Stärke und Kompetenz!



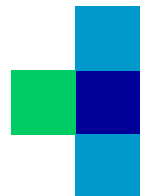
# Handlungsempfehlung

## **Für alle, die im beratenden Kontakt mit pflegenden Angehörigen stehen:**

Versuchen Sie, die Angehörigen je nach dem Ausmaß ihrer subjektiven Belastung gezielt zu beraten und zu unterstützen.

Versuchen Sie, stark belastete Angehörige frühzeitig zu identifizieren, um sie dann über die Folgen aufklären zu können und gemeinsam eine Strategie zur „Entlastung“ zu entwickeln!

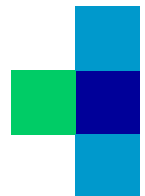
Es geht darum, so frühzeitig wie möglich die passenden und individuell akzeptierten Angebote zu vermitteln.



# Handlungsempfehlung

Je nachdem, wo Defizite bestehen:

Beratungs- und Entlastungsangebote **regional** ausbauen bzw. deren Bekanntheitsgrad und deren Erreichbarkeit verbessern.

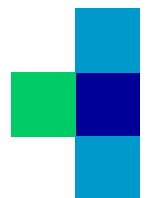


# Erwerbstätigkeit und häusliche Pflege

Erwerbstätige Angehörige zu Beginn der Übernahme von Hilfe-/Pflegetätigkeiten (Repräsentativerhebung 2002):

Tätigkeit aufgegeben	<b>21 %</b>
Tätigkeit eingeschränkt	<b>22 %</b>
Tätigkeit fortgesetzt	<b>53 %</b>
(keine Angabe)	( 4 %)

(Schneekloth & Wahl 2005)





# Handlungsempfehlung

## **An Politik und Wirtschaft gerichtet:**

Die Rahmenbedingungen die Erwerbstätigkeit sollten so weiterentwickelt werden,

- dass **Pflege- und Erwerbstätigkeit besser als bisher kompatibel** sind,

- insbes. dass für pflegende Angehörige, die vorübergehend den Umfang ihrer Erwerbstätigkeit einschränken oder zeitweise ganz aufgeben, **keine längerfristigen Nachteile** entstehen.

(Gräbel & Adabbo 2012)



# Ungleichverteilung in der Übernahme häuslicher Pflege Tätigkeit

Private Hauptpflegepersonen:

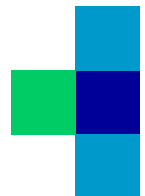
	2002	2015
<b>Frauen</b>	<b>73 %</b>	<b>76 %</b>
<b>Männer</b>	<b>27 %</b>	<b>24 %</b>
	Einschlusskriterium: alle Pflegebedürftige	Einschlusskriterium: Pflegebedürftige älter als 65 Jahre
	(Schneekloth & Wahl 2005)	(Pendergrass et al. 2018)



# Handlungsempfehlung

Die häuslichen Pflegeengagements sollten so gestaltet werden, dass sich **mehr Männer** angesprochen fühlen, häusliche Pflegetätigkeiten zu übernehmen.

(Gräbel & Adabbo 2012)



# Literatur

Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit.

(2014). *Gesundheitsreport Bayern. Demenzerkrankungen – Update 2014.*

[https://www.lgl.bayern.de/publikationen/doc/gesundheitsreport\\_2014\\_03.pdf](https://www.lgl.bayern.de/publikationen/doc/gesundheitsreport_2014_03.pdf)

Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung (2016).

*Bevölkerungsentwicklung in den kreisfreien Städten und Landkreisen Bayerns.*

[https://www.statistik.bayern.de/medien/statistik/demwa/karte\\_bvb\\_2014\\_2034\\_internet.pdf](https://www.statistik.bayern.de/medien/statistik/demwa/karte_bvb_2014_2034_internet.pdf)

Bohlken, J., Booker, A. & Kostev, K. (2017). High prevalence of antipsychotic medication use in dementia patients in German neuropsychiatric practices. *Fortschritte Neurologie Psychiatrie*, 85, 345-351.

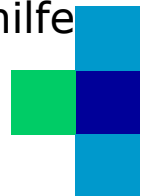
Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF). (2016).

Gesundheitsforschung: Was ist individualisierte Medizin?

<http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/4954.php>

Deutsche Alzheimer Gesellschaft (2016). *Informationsblatt 1. Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen.* Berlin: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. Selbsthilfe Demenz.

**Universitätsklinikum  
Erlangen**



# Literatur

DGN, & DGPPN. (Hrsg.). (2016). *S3-Leitlinie Demenzen*.

<http://www.dgn.org/leitlinien/3176-leitlinie-diagnose-und-therapie-von-demenzen-2016>

Dubois, B., Padovani, A., Scheltens, P., Rossi, A., & Dell'Agnello, G. (2015).

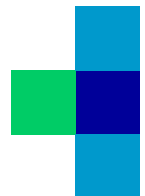
Timely diagnosis for Alzheimer's disease: A literature review on benefits and challenges. *Journal of Alzheimer's Disease*, 49, 617-631.

Gräbel, E., Adabbo, R. (2012). Belastung pflegender Angehöriger. In: Becker-

Stoll, F., Klös, H.-P., Rainer, H., Thüsing, G. (Hrsg.). Expertisen zum Achten Familienbericht „Zeit für Familie“. München: ifo Institut, S. 283-311.

Huber, M., Kölzsch, M., Rapp, M.A., Wulff, I., Kalinowski, S., Bolbrinker, J., Hofmann, W., Scholze, J., Dräger, D. & Kreutz, R. (2012). Antipsychotic drugs predominate in pharmacotherapy of nursing home residents with dementia. *Pharmacopsychiatry*, 45, 182-188.

IQWiG (2007): Cholinesterasehemmer bei Alzheimer Demenz, Abschlussbericht A05-19A. Köln: IQWiG.



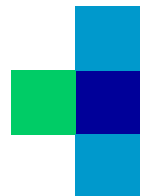
# Literatur

IQWiG (2009). Memantin bei Alzheimer Demenz, Abschlussbericht A05-19C.  
Köln: IQWiG.

Liew, T.M., Luo, N., Ng, W.Y., Chionh, H.L., Goh, J., Yap, P. (2010). Predicting gains in dementia caregiving. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 29, 115-122.

Neubauer, S., Holle, R., Menn, P., Großfeld-Schmitz, M., Graessel, E. (2008). Measurement of informal care time in a study of patients with dementia. *International Psychogeriatrics*, 20, 1160-1176.

Pendergrass, A., Mittelman, M., Graessel, E., Özbe, D., Karg, N. (2018). Predictors of the personal benefits and positive aspects of informal caregiving. *Aging and Mental Health*, zur Veröffentlichung angenommen.



# Literatur

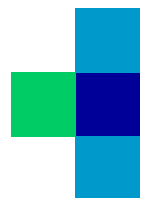
Pendergrass, A., Malnis, C., Graf, U., Engel, S., Graessel, E. (2018). Screening for caregivers at risk: Extended validation of the short version of the Burden Scale for Family Caregivers (BSFC-s) with a valid classification system for caregivers caring for an older person at home. *BMC Health Services Research*, 18, 229.

<https://doi.org/10.1186/s12913-018-3047-4>

Schneekloth, U., Wahl, H.W. (Hrsg.) (2005). Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III), Abschlussbericht. München: TNS Infratest Sozialforschung.

Schneider LS, Dagerman K, Insel PS (2006). Efficacy and adverse effects of atypical antipsychotics for dementia: meta-analysis of randomized, placebo-controlled trials. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 191-210.

Silverberg-Koerner, S., Kenyon, D., Shirai, Y. (2009). Caregiving for elder relatives: Which caregivers experience personal benefits/gains. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48, 238-245.



# Literatur

Straubmeier M, Behrndt E-M, Seidl H, Özbe D, Luttenberger K, Graessel E (2017). Non-pharmacological treatment in people with cognitive impairment – results from the randomized controlled German Day Care Study. *Deutsches Ärzteblatt International*, 114, 815-821.  
<https://www.aerzteblatt.de/int/archive/article/195559>

