

Präventive Versorgungsstrukturen für versorgende Angehörige von Menschen mit Demenz – Ergebnisse des Projekts PfADe

Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann

*Institut für Public Health and Pflegeforschung (IPP)
Universität Bremen*

- **Hintergrund**
- **Fragestellung und Projektziele**
- **typische Versorgungsdyaden**
- **Schlussfolgerungen**

Projektteam PfADe:

Prof. Dr. Wolf-Ostermann, K.¹, Wiegemann, H.¹,
Prof. Dr. Schirra-Weirich, L.², Verhaert, L.²,
Prof. Dr. Brannath, W.³, Dr. Arzideh, F.³,

1 Health Sciences Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen

2 Institut für Teilhabeforschung, Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen

3 Kompetenzzentrum für Klinische Studien, Bremen

- **Risiko der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit steigt** (Döhner & Rothgang 2006)
 - 2,9 Mio. Menschen mit Pflegebedarf im Jahr 2014 (StBa 2017)
 - Anstieg auf 4,5 Mio. im Jahr 2050 (StBa 2013)
- Anstieg von **1,6 Mio. Menschen mit Demenz (MmD)** auf **3,0 Mio.** im Jahr 2050 (Bickel 2016)
- **Demenzen gehören zu den häufigsten neuropsychiatrischen Erkrankungen im Alter** (Weyerer 2005)
- **vielfältige Problemlagen bei der ärztlichen und pflegerischen Versorgung**



Regionale Häufigkeit von Demenz bei Menschen über 60 Jahren

Quelle: versorgungsatlas.de
Newsletter 1/2016

- **Demenzen derzeit nicht heilbar → „pflegerische Krankheit“**
- **70% der Pflegebedürftigen und 75% aller MmD werden zu Hause mit Unterstützung An-/Zugehöriger versorgt, 50-60 % ohne prof. Hilfen**

(StBa 2017, Grass-Kapanke et al. 2008, DZA 2016)

- **demenzielle Erkrankungen wichtiger Grund für den Übergang in die vollstationäre Heimversorgung**

(Luppa et al. 2011, Rothgang et al. 2008, Weyerer 2000)

- **Abnahme des Pflegepotenzials familialer Systeme**
- **Angehörige stoßen an Grenzen ihrer physischen und psychischen Leistungsfähigkeit** (Gräbel 1998)
- **Unterbringungsraten steigen mit zunehmender Krankheitsschwere an** (Bickel 2001)

- **primäre Bezugsperson** in Versorgungsarrangements (Dyaden) oft Familienmitglieder und **überwiegend Frauen**
- zahlreiche Studien belegen hohe & höhere **Belastungen: körperlich, psychisch, sozial, ökonomisch von versorgenden Angehörigen (vA)**
(Brodaty et al. 2003, Pinquard/Sörensen 2006, Mantovan et al. 2010, Gilhooly et al. 2016, Bestmann et al. 2015)
- **erhöhtes Risiko** eigener Erkrankungen
→ besondere Zielgruppe für Gesundheitsförderung und **Prävention** (Philipp-Metzen 2008, DAK 2015)
- 2015: Präventionsgesetz - PräVG, (SGB V, § 20)
Ziel 7: „gesund älter werden“,
Nationale Präventionskonferenz: Nennung von **pflegenden Angehörigen** explizit als Zielgruppe

➤ verschiedene **Dyadenkonstellationen von vA und MmD**

- **Alter** (Koyama et al. 2017)
- ♂ ♀-**Verhältnis** (Pöysti et al. 2012)
- **Beziehungsverhältnis** (Pinquard et al. 2011)
- **Wohnsituation** (Abrahams et al. 2018)
- **Berufstätigkeit** (Wang et al. 2011)

➔ **unterschiedliche Bedarfslagen z.B. hinsichtlich Gesundheit/Belastung vA**

➤ Relevanz der Beziehungskonstellation

➔ **Perspektivwechsel auf Dyade**

bzgl. der Gesundheitsförderung

(Braun et al. 2009, Van't Leven et al. 2013, Miller et al. 2019)

Fragestellung:

- Welche **typischen dyadischen Beziehungskonstellationen** gibt es, mittels welcher Merkmale lassen sie sich valide beschreiben und welche Relevanz haben sie?

Ziele:

- Entwicklung und Beschreibung einer **Dyaden-Typologie**
- Analyse der **Bedeutung** anhand von Zielkriterien (z.B. Angehörigenbelastung, Gesundheit vA)
- **zielgruppenspezifische Angebote** zur Gesundheitsförderung für vA als Akteure in Dyaden

- **systematische Literaturreviews**
- **Sekundärdatenanalysen (LCA)**

Datensätze:

Tandem-Studie:

Evaluation Case Management

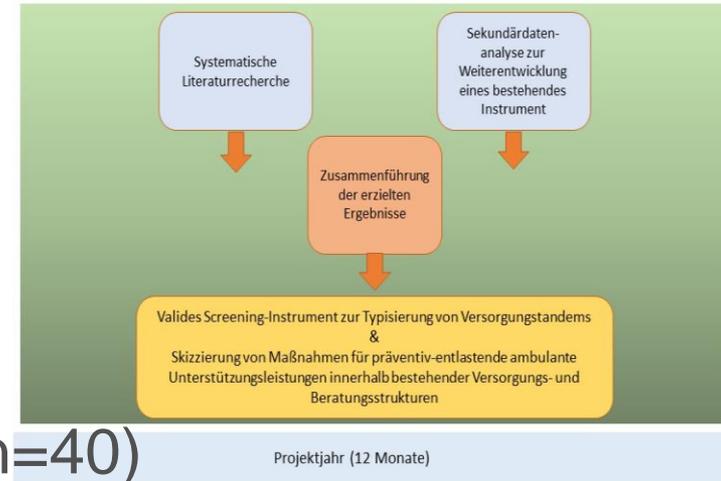
Demenznetz StädteRegion Aachen (n=40)

DemNet-D Studie:

multizentrische, interdisziplinäre Evaluationsstudie von
Demenznetzwerken in Deutschland (n=551)

DEAS - Deutscher Alterssurvey

Welle 2014 (n=1.194)



Quelle: eigene Darstellung

* Förderung durch den GVK-Spitzenverband als Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nach § 8 Abs. 3 SGB XI (2018-19)

LCA: 7 relevante Merkmale von vA und MmD

Indikator	p-Wert (Wald-Test)	R ²
Geschlecht MmD	<0.001	0.689
Geschlecht vA	0.012	0.534
Alter MmD	<0.001	0.333
Alter vA	<0.001	0.721
Beziehungsverhältnis vA-MmD	<0.001	0.874
Wohnsituation vA-MmD	<0.001	0.586
informelle Unterstützung	<0.001	0.109
Berufstätigkeit vA	<0.001	0.514
soziale Schicht	<0.001	0.144
Pflege- & Betreuungsaufwand	<0.001	0.111
Instrument. Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL)	<0.001	0.105
agitiertes Verhalten (CMAI)	0.001	0.045
Demenzschweregrad (FAST)	0.044	0.037
regionale Pflegequote ambulant	0.026	0.104
regionale Ärztequote	0.003	0.138

LCA: 6 identifizierte Versorgungscluster / Dyaden

→ Beziehungsverhältnis von vA und MmD:

Kind-Eltern Beziehung / Paar-Beziehung / Beziehung familienextern

→ Durchschnittsalter der vA:

jüngeres Alter (< 55 J.) / mittleres Alter (56-65 J.) / höheres Alter (> 65 J.)

- **Typ 1: Kind-Eltern Beziehung & vA jüngeren Alters** (22,9 %)
- **Typ 2: Kind-Eltern Beziehung & vA mittleren Alters** (17,1 %)
- **Typ 3: Beziehung familienextern & vA jüngeren Alters** (8,8 %)
- **Typ 4: Paarbeziehung & vers. Männer höheren Alters** (14 %)
- **Typ 5: Paarbeziehung & vers. Frauen höheren Alters** (31,4 %)
- **Typ 6: Paarbeziehung & vA jüngeren Alters** (5,8 %)

Typ 1: Kind-Eltern Beziehung & vA jüngeren Alters

- Clustergröße: 23 %
- nahezu vollständig intergenerationale **Kind-Eltern Beziehung** (95 %)
- Durchschnittsalter von **vA ca. 51 Jahre, MmD ca. 80 Jahre**
- hauptsächlich **Frauen als vA** (78 %)
- überwiegend **nicht zusammenlebend** (83 %)
- ausgeprägte **Berufstätigkeit** der vA (80 %)

Typ 2: Kind-Eltern Beziehung & vA mittleren Alters

- Clustergröße: 17,1 %
- intergenerational geprägte **Kind-Eltern Beziehung** (94 %)
- Altersgruppe vA „rund ums Rentenalter“, Durchschnittsalter **60,1 Jahre**
- annähernd neun von zehn vA sind **Frauen** (ca. 87 %)
- zwei Drittel der vA sind **nicht berufstätig** (67 %), Vollzeit 5 %
- überwiegend **zusammen- oder in Nähe lebend** (86,1 %)

Typ 4: Paarbeziehung & vers. Männer höheren Alters

- Clustergröße: 14%
- ausschließlich **intragenerationale Paarbeziehungen** (100%)
- **vA** sind fast ohne Ausnahme **männlich** (99%)
- **vA sind >70 Jahre** (95%), Durchschnittsalter 78,4 Jahre
- wenige vA sind berufstätig (4% Teilzeit)
- in Gänze **zusammenlebende Dyaden** (100%)

Typ 5: Paarbeziehung & vers. Frauen höheren Alters

- Clustergröße: 31 %
- ausschließlich **intragenerationale Paarbeziehungen** (99,9 %)
- **vA** sind fast ohne Ausnahme **weiblich** (99 %)
- Durchschnittsalter der vA liegt bei ca. **74 Jahren**
- nur einige wenige vA sind berufstätig (4 %, Teilzeit)
- Dyaden dieses Typus **leben fast alle zusammen** (98,8 %)

Typ 3: Beziehung familienextern & vA jüngeren Alters

- Clustergröße: 8,8 %
- **familienexterne Beziehung** (53,7) oder **Kind-Eltern Verhältnis** (46,3 %)
- vA größtenteils jünger als 60 Jahre, **Durchschnittsalter 51,9 Jahre**
- hauptsächlich **weibliche vA** (80 %)
- überwiegend **berufstätig** (83 %)
- sechs von zehn Dyaden **leben nicht zusammen** / in der Nähe (57 %)

Typ 6: Paarbeziehung & vA jüngeren Alters

- Clustergröße: 5,8 %
- vA und MmD größtenteils in **Paarverhältnis** (93,1 %)
- **vA** durchschnittl. **58 Jahre** alt, **MmD** durchschnittl. **64 Jahre**
- **gemischtes Geschlechterverhältnis**, zwei Drittel vA weiblich (63,9 %)
- drei Viertel der vA sind in **Voll- oder Teilzeit berufstätig** (75,1 %)
- Dyaden fast ausschließlich **zusammenlebend** (93,1 %)

Versorgungsangebote

- **Inanspruchnahme ärztlicher und therapeutischer Versorgungsangebote** sowie von **Betreuungsangeboten** unterscheidet sich **nicht signifikant** zwischen den sechs Typen
- **Inanspruchnahme pflegerischer Angebote**: in Typen 4-6 (intragenerational, zusammenlebend, Paare) **geringer ausgeprägt**
- **Nutzung informeller Informationsquellen** (Familie / Freunde, Medien): in Typen 1-3 (Kind-Eltern Beziehung, familienextern) **ausgeprägter**
- **Nutzung des Internets** als Informationsquelle niedrig in Dyaden-Typen mit **älteren vA**

Lebensqualität

- **MmD: signifikant besser bei Typen 4-6 (intragenerational, zusammenlebend, Paare)**
(etwas jünger, geringere „Belastung“ nach IADL, CMAI agitiert, FAST)
- **vA: signifikant schlechter bei Typen 4-6 (intragenerational, zusammenlebend, Paare)**
(vA in Typ 4+5 älter, aber auch junge vA in Typ 6)

Belastung vA

- **allgemein moderat, Spitzen bei Typ 6 „junge Paare“ (soziale Unterstützung, pers. Einschränkungen) und Typ 2 „älteste MmD“ (kognitive Einbußen, Aggressivität & Verwirrtheit)**

- erstmals multifaktorielle Analysen von Dyadentypen, umfangreicher Datensatz, validiert mit zwei externen Datensätzen (u.a. DEAS) → **stabile Clustertypologie**
- Zuordnung zu **Clustertypen anhand weniger Merkmale** einfach möglich und **Übereinstimmung mit Literatur**
- für gesundheitliche Lage von vA auch Situation von MmD relevant → **dyadische Perspektive von Bedeutung**

Limitationen

- Querschnitt, keine Zufallsstichprobe, Selbsteinschätzungen, Differenziertheit der Daten (z.B. Beziehungsverhältnis) etc.

Fazit

- 1) es existieren verschiedene dyadische Versorgungskonstellationen
 - 2) Unterschiede bzgl. Versorgungsauscomes zwischen den Dyaden nachweisbar
- Erstellung typenspezifischer Risikoprofile mit Blick auf (gesundheitliche) Situation vA
- Zielgruppenorientierung von Gesundheitsförderung durch Entwicklung von Angeboten zu typenspezifischer Beratung/Unterstützung vA
- (z.B. div. Zugangs- und Beratungswege (Internetnutzung) oder gezielt Belastungssituation jüngere Dyaden berücksichtigen, etc.)

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann

Universität Bremen

wolf-ostermann@uni-bremen.de