

# Pflegende Angehörige und ihre Belastungen in Hausarztpraxen identifizieren – Hindernisse und Empfehlungen

## *Identifying Informal Carers and Their Burden in Family Practices – Barriers and Recommendations*

Claudia Höppner<sup>1</sup>, Marianne Schneemilch<sup>2</sup>, Thomas Lichte<sup>1</sup>

**Zusammenfassung:** Pflegende Angehörige übernehmen in hohem Umfang die Betreuung und Versorgung von ihnen nahestehenden pflege- bzw. hilfsbedürftigen Menschen. Das Pflegeengagement kann mit persönlichen und gesundheitlichen Gewinnen einhergehen. Gleichzeitig ist gut belegt, dass pflegende Angehörige einem erhöhten Risiko für gesundheitliche Beschwerden und Belastungen ausgesetzt sind und ihr soziales und berufliches Leben oftmals in hohem Maß einschränken müssen. Das hausärztliche Team kann eine Schlüsselrolle bei der Unterstützung pflegender Angehöriger spielen. Um pflegende Angehörige in Hausarztpraxen optimal zu betreuen, müssen Pflegepersonen als solche identifiziert sowie ihre Bedürfnisse und Belastungen wahrgenommen werden. Quantitative und qualitative Studien aus dem englischsprachigen Raum zeigen, dass dem diverse Hindernisse entgegenstehen können. Empfehlungen zur Überwindung dieser Barrieren wurden u.a. vom „Royal College of General Practitioners“ (UK) in Zusammenarbeit mit dem „Princess Royal Trust for Carers“ formuliert. Diese Empfehlungen lassen sich größtenteils auf die Versorgungssituation in Deutschland übertragen. Im vorliegenden Artikel werden diese Hindernisse und Empfehlungen dargestellt, um hausärztlichen Teams hierzulande Hinweise zu geben, wie sie die Identifizierung pflegender Angehöriger und die Wahrnehmung ihrer Belastungen verbessern könnten.

*Schlüsselwörter:* Hausarztpraxis; pflegende Angehörige; Identifizierung; Belastungen; Empfehlungen

**Summary:** Informal carers are enormously involved in giving care to their disabled or needy relatives or acquaintances. To care can go along with positive private and health effects. Nevertheless it is proven that informal carers are under a greater risk to suffer from health problems, social isolation and restrictions in professional life. The primary care team can take on a key role by providing support to informal carers. To identify those carers and their burden is essential. Quantitative and qualitative studies carried out in English-language countries reveal that there are different barriers to do so. Recommendations to overcome those barriers were given, among others, by the “Royal College of General Practitioners” (UK) together with “The Princess Trust for Carers”. These recommendations are mostly transferable to the health care setting in Germany. Barriers and recommendations are specified in this article in order to help to improve the identification of informal carers and the awareness of their burden in family practices.

*Keywords:* Family Practice; Informal Carers; Identification; Burden; Recommendations

<sup>1</sup> Institut für Allgemeinmedizin, Otto-von-Guericke-Universität, Magdeburg

<sup>2</sup> Fachärztin für Allgemeinmedizin, Doktorandin am Institut für Allgemeinmedizin, Otto-von-Guericke-Universität, Magdeburg

**Peer reviewed article** eingereicht: 14.04.2015, akzeptiert: 03.06.2015

DOI 10.3238/zfa.2015.0310-0314

Angehörige und in geringerem Umfang auch weitere Personen wie Freunde, Bekannte und Nachbarn (im Folgenden zusammengefasst unter den Begriffen pflegende Angehörige bzw. informelle Pflegepersonen) übernehmen einen Großteil der längerfristigen unbezahlten Pflege alter, chronisch kranker oder anderweitig eingeschränkter Menschen. Von den 2,6 Mio. Pflegebedürftigen, die 2013 Leistungen der Pflegeversicherung erhielten, wurden 1,86 Mio. (71 %) zuhause versorgt; davon die Mehrheit (1,25 Mio.) nur durch Angehörige. Bei weiteren 616.000 Pflegebedürftigen erfolgte die häusliche Versorgung zusammen mit bzw. durch ambulante Pflegedienste [1]. Über die Gesamtzahl der Pflege- und Hilfsbedürftigen liegen keine zuverlässigen Daten vor. Schätzungen gehen von knapp drei Mio. weiteren hilfsbedürftigen Menschen aus, die weder Pflegegeld noch Sachleistungen beziehen [2] und vermutlich zum großen Teil auch von Angehörigen betreut werden. Die Zahlen zeigen, dass Angehörigenpflege kein randständiges Phänomen ist. Dementsprechend kann davon ausgegangen werden, dass pflegende Angehörige im Patientenstamm nahezu jeder Hausarztpraxis zu finden sind.

Mögliche gesundheitliche Auswirkungen der Pflege von Angehörigen sind nicht per se ausschließlich negativ. Beispielsweise fanden Reilly et al. [3] über vier Jahre ein insgesamt niedrigeres Mortalitätsrisiko bei pflegenden Angehörigen gegenüber nicht Pflegenden. Auch Sinnerleben, Zufriedenheit und ein Gefühl von Bereicherung kann mit der Pflgetätigkeit einhergehen [4, 5]. Gleichzeitig ist vielfältig belegt, dass informelle Pflegepersonen durch ihre oftmals umfassenden Pflege-, Unterstützungs- und Versorgungsleistungen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt sind. Insbesondere Subgruppen sind von Belastungen betroffen. So ist die Pflege von Menschen mit Demenz mit einem erhöhten Stresslevel verbunden und geht mit einem hohen Risiko für einen schlechteren Gesundheitsstatus einher [6]. Stärker noch als mit körperlichen Erkrankungen ist Angehörigenpflege signifikant mit psychischen Beschwerden, vorrangig mit depressiven Symptomen assoziiert [6]. Auch fühlen sich insgesamt 77 % der informellen Hauptpflegepersonen durch die Pflege eher

stark oder sehr stark subjektiv belastet [7]. Einschränkungen bei Freizeitaktivitäten und Freundschaften bis hin zur sozialen Isolation sind weitere mögliche Folgen der Pflgetätigkeit [8]. Erwerbstätige informelle Pflegepersonen stehen zusätzlich vor der Herausforderung, Angehörigenpflege und Beruf zu vereinbaren [8].

### Rolle der Hausärzte

Hausärzte können bei der Unterstützung pflegender Angehöriger eine wichtige Rolle spielen [9]. Das mögliche Handlungsspektrum umfasst nicht nur die frühzeitige Diagnostik und Therapie möglicher gesundheitlicher Beschwerden. Dem Hausarzt kommt auch bei Informationsvermittlung, Beratung und emotionaler Unterstützung eine Schlüsselfunktion zu [10]. Er kann u.U. Bedarfe und Bedürfnisse der informellen Pflegepersonen rechtzeitig erkennen und sie zur Nutzung von externen Hilfsangeboten motivieren, gegebenenfalls auch präventiv. Die gezielte Unterstützung pflegender Angehöriger durch Hausärzte setzt voraus, sie überhaupt als solche zu identifizieren und mögliche Beschwerden, Bedarfe und Bedürfnisse wahrzunehmen. Dem können allerdings in der Versorgungspraxis diverse Hindernisse entgegenstehen.

### Hindernisse bei der Identifizierung pflegender Angehöriger

Die Gruppe der pflegenden Angehörigen umfasst ein breites Spektrum: Männer und Frauen, junge und alte Menschen in unterschiedlichen Verhältnissen zu den Gepflegten (was auch pflegende Kinder einschließt) quer durch alle sozialen Schichten leisten Angehörigenpflege. Aufgrund ihrer Heterogenität besitzen informelle Pflegepersonen keine nach außen ersichtlichen Merkmale, die sie als solche kennzeichnen [11]. Nicht alle, die Pflegeleistungen erbringen, bezeichnen sich selber als pflegende Angehörige, sondern bevorzugen sich weiterhin vorrangig im Verhältnis zur gepflegten Person, als Ehepartner, Sohn oder Tochter etc. zu definieren [12]. Dies liegt auch daran, dass sich der Über-

gang in die Rolle einer informellen Pflegeperson oftmals fließend gestaltet. Kleinere Aufgaben kumulieren bis zu dem Punkt, an dem Pflegende sich bewusst werden, welche entscheidende Rolle sie bei der Unterstützung des Angehörigen spielen [12].

Dementsprechend kann die Identifikation von pflegenden Angehörigen eine Herausforderung für das hausärztliche Team darstellen. Nur 45 % der Hausärzte, die im Rahmen einer Weiterbildung zum Thema Versorgung von pflegenden Angehörigen befragt wurden, waren zuversichtlich, in ihrer Praxis informelle Pflegepersonen als solche erkennen zu können [9]. Gleichzeitig gilt die Identifikation als Schlüsselfaktor zur Optimierung ihrer Versorgung und Betreuung in der Hausarztpraxis [12].

Probleme mit der Identifikation von pflegenden Angehörigen ergeben sich v.a., wenn die gepflegte Person von einer anderen Hausarztpraxis versorgt wird [9]. In Deutschland leben 34 % der Hauptpflegepersonen nicht mit den Gepflegten in einem Haushalt [7], was die Wahrscheinlichkeit der Betreuung durch unterschiedliche Hausärzte erhöht.

Überlegungen zur verbesserten Identifizierung von pflegenden Angehörigen in Hausarztpraxen sind in Großbritannien weiter vorangeschritten als in Deutschland. Die nachfolgend aufgeführten Empfehlungen wurden vom „Royal College of General Practitioners“ (UK) in Zusammenarbeit mit dem „Princess Royal Trust for Carers“ als Teil eines Handlungsleitfadens zur Unterstützung pflegender Angehöriger in Hausarztpraxen entwickelt [11]. Sie gründen weder auf klinischen Studien noch auf dokumentiertem Expertenkonsens. Auch sind die Verfasser namentlich nicht benannt. Da es sich bei den herausgebenden Organisationen um anerkannte Fachgesellschaften handelt, lässt sich aber der den Empfehlungen zugrunde liegenden Evidenz das Level „Expertenmeinung“ zuordnen. Die Identifizierung und Unterstützung von informellen Pflegepersonen wird laut Handlungsleitfaden nicht allein als Aufgabe des Arztes gesehen, sondern eine teambasierte Herangehensweise wird als notwendig erachtet [11]. Die Empfehlungen gelten dementsprechend für das gesamte Praxis-

personal. Grundlegend für eine erfolgreiche Umsetzung ist, auch nichtärztliches Praxispersonal für eine Identifizierung pflegender Angehöriger zu sensibilisieren und das Praxispersonal teamübergreifend zur Thematik „Betreuung von pflegenden Angehörigen in Hausarztpraxen“ fortzubilden [11].

Empfehlungen zur Verbesserung der Fremd- und Selbstidentifizierung von pflegenden Angehörigen (basierend auf Expertenmeinung)

- Mögliche Pflegetätigkeiten bei Erstkontakt im Fragebogen für neue Patienten abfragen. Da sich nicht alle Menschen, die Pflegeleistungen erbringen, selber als pflegende Angehörige bezeichnen, zurückhaltend mit dem Begriff „pflegende Angehörige“ umgehen. Stattdessen mögliche Pflege-, Versorgungs- und Betreuungstätigkeiten anführen.
- Aushänge im Rezeptionsbereich und Wartezimmer machen bzw. Hinweise im Praxisflyer einfügen, die pflegende Angehörige einladen, sich selber als solche gegenüber dem Praxisteam zu identifizieren (gegebenenfalls mehrsprachig gestalten).
- Pflegebedürftige darauf ansprechen, wer ihre informellen Pflegepersonen sind. Auch bei neuen Diagnosen, die bekanntermaßen mit Pflegebedarf einhergehen, nach möglichen pflegenden Angehörigen fragen.
- Bei Hausbesuchen die Anwesenden einschließlich Kinder/Jugendliche und weitere Zugehörige als mögliche informelle Pflegepersonen identifizieren.
- In Erwägung ziehen, Patienten mit einer vermuteten Rolle als pflegende Angehörige angemessen darauf anzusprechen.

Voraussetzung für das weitere Vorgehen nach erfolgreicher Identifizierung der informellen Pflegepersonen ist die Abklärung, ob dem betreuenden Hausarzt überhaupt ein Behandlungsauftrag vorliegt. Ansonsten kann zunächst die Pflegesituation hinsichtlich der Auswirkungen auf den pflegenden Angehörigen nur beobachtet und gelegentlich der Behandlungsauftrag erneut hinterfragt werden. In Abstimmung mit dem pflegenden Angehörigen könnte eventuell eine Kontaktauf-

nahme mit dem behandelnden Hausarzt erfolgen [13].

### **Hindernisse beim Erkennen von Belastungen, Bedarfen und Bedürfnissen pflegender Angehöriger**

Auch wenn pflegende Angehörige in der Hausarztpraxis als solche bekannt sind, werden möglicherweise ihre Belastungen, Bedarfe und Bedürfnisse nicht oder nur eingeschränkt wahrgenommen. Pflegende Angehörige werden dementsprechend auch als „versteckte Patienten“ bezeichnet. Mehrere, v.a. in Großbritannien und Australien durchgeführte, vorwiegend qualitative Studien benennen mögliche Hindernisse, die einem Erkennen von Belastungen der pflegenden Angehörigen durch das hausärztliche Team entgegenstehen [14–18]. Diese Barrieren werden im Folgenden ausgeführt.

Aus hausärztlicher Perspektive fungieren viele pflegende Angehörige, v.a. bei kognitiv eingeschränkten Pflegebedürftigen, als Unterstützer bei der Umsetzung von verordneten Maßnahmen sowie als Koordinatoren, Informationsgeber und Kommunikationshilfen [14]. Ein partnerschaftlicher Einbezug pflegender Angehöriger in die ärztliche Versorgung des Pflegebedürftigen kann sowohl die Zufriedenheit, das Vermögen und Zutrauen des Pflegenden als auch die Situation des Gepflegten verbessern [11]. Allerdings können Hausärzte in dieser triadischen Konstellation dazu tendieren, pflegende Angehörige vorrangig in Bezug auf die gepflegte Person wahrzunehmen [15, 16]. Manche Hausärzte ordnen die Pflege von Angehörigen primär als Ausübung einer praktischen Rolle ein und marginalisieren dabei die psychosozialen Auswirkungen [17]. Weiterhin können Konsultationsnormen, innerhalb derer Hausärzte davon ausgehen, dass Patienten, die keine Beschwerden äußern auch keine Beschwerden aufweisen, dazu führen, dass die Belastungen von pflegenden Angehörigen übersehen werden [15]. Auch wenn Hausärzten und dem Team die möglichen Herausforderungen einer Pflegetätigkeit bewusst sind, kann v.a. Zeitmangel sie davon abhalten, proaktiv auf pflegende Angehörige zuzugehen [16].

Von pflegenden Angehörigen werden Belastungen und Beschwerden möglicherweise nur in Bezug auf die Pflegebedürftigen geäußert bzw. gar nicht thematisiert [15, 17]. Dem können verschiedene Ursachen zugrunde liegen. Informelle Pflegepersonen bewerten im Vergleich zur Schwere der Erkrankung des gepflegten Angehörigen ihre Beschwerden als weniger bedeutsam bzw. belanglos und relativieren so ihre eigene Rolle als Patienten [15]. Bei einer Vielzahl der zu bewältigenden Aufgaben im Pflegealltag findet eine Priorisierung zuungunsten der Sorge um die eigene Gesundheit statt [15]. Vermuteter Zeitmangel des Arztes [15, 17, 18], angenommenes ärztliches Desinteresse [18] oder eine wahrgenommene Fokussierung des Hausarztes auf medizinische Fragen [18] kann ebenfalls zur Folge haben, dass nicht über eigene Belastungen berichtet wird. Ein Teil der pflegenden Angehörigen möchte den Arzt nicht mit eigenen Problemen belästigen und keine zusätzliche Bürde darstellen [16]. Manche pflegenden Angehörigen sind sich nicht sicher, was sie vom Arzt erwarten können. Sie sehen ihn ausschließlich für medizinische Belange und vorrangig für die Versorgung des Gepflegten zuständig [16].

Auch wenn pflegende Angehörige vom Hausarzt auf mögliche negative Auswirkungen der Pflegetätigkeit angesprochen werden, können sie eine abwehrende Haltung gegenüber eigenem Unterstützungsbedarf einnehmen. Dahinter steht möglicherweise – neben der oben aufgeführten Relativierung der eigenen Beschwerden – ein durch Stolz, Pflichtbewusstsein oder Schuld geprägtes Gefühl, alles alleine schaffen zu wollen/müssen [18]. Der widerstrebenden Haltung gegenüber einem Gespräch über die Pflegesituation kann bei pflegenden Angehörigen (von Krebskranken) der Wunsch zugrunde liegen, Gefühlen von Trauer auszuweichen [15].

Auch den folgenden expertenmeinungsbasierten Empfehlungen liegt kein formaler Expertenkonsens zugrunde. Größtenteils wurden sie von den Fachgesellschaften „Royal College of General Practitioners“ und „The Princess Royal Trust for Carers“ ohne namentliche Nennung einzelner Experten entwickelt (s.o) [11]. Des Weiteren basieren die Empfehlungen auf den

**Dipl.-Soz. Claudia Höppner, MPH ...**

... ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Allgemeinmedizin der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg. Momentane Arbeitsschwerpunkte: Versorgung pflegender Angehöriger durch das hausärztliche Team und Leitlinienentwicklung

Schlussfolgerungen einer englischen Studie mit Mixed-Methods-Ansatz, in der u.a. Fokusgruppen mit pflegenden Angehörigen und verschiedenen in der Primärversorgung tätigen Professionen durchgeführt wurden [12] sowie aus zwei australischen qualitativen Befragungen u.a. von Hausärzten (family practitioners) [15, 17].

Empfehlungen zum Umgang mit Hindernissen beim Erkennen von Belastungen und Bedürfnissen von pflegenden Angehörigen (basierend auf Expertenmeinung)

- Pflegenden Angehörigen vermitteln, dass ihre Unterstützung auch in den Aufgabenbereich der Hausarztpraxis fällt.
- Nicht abwarten bis pflegende Angehörige Belastungen von sich aus thematisieren, sondern aktiv die Initiative ergreifen. Dafür auch Gesprächsanlässe wie Gesundheits-Check-ups oder Grippeimpfungen nutzen.
- Pflegende Angehörige empathisch ermutigen, ihre eigenen gesundheitlichen Anliegen anzusprechen.
- Gegebenenfalls Konsultationen unabhängig von dem gepflegten Angehörigen vereinbaren.
- Zeit zur Verfügung stellen, möglicherweise bei einem Hausbesuch [11, 12, 15, 17].

### Ausblick

Die dargestellten Forschungsbefunde über Barrieren bei der Identifizierung von pflegenden Angehörigen und ihrer Beschwerden sowie Empfehlungen zur Überwindung dieser Barrieren wurden im englischsprachigen Raum generiert. Es ist davon auszugehen, dass diese Empfehlungen relevante Hinweise auch für die Verbesserung der deutschen Versorgungssituation liefern.

Dementsprechend werden die Empfehlungen in das momentan von zwei Autoren dieses Artikels bearbeitete Update der 2005 veröffentlichten DEGAM Leitlinie Nr. 6 – Pflegende Angehörige – [13] einfließen. Es ist aber auch auf Unterschiede in den Versorgungssystemen hinzuweisen. So sind beispielsweise im englischen Primärarztssystem die Versicherten bei einem Hausarzt (family practitioner) eingeschrieben. Dieser ist als erster Ansprechpartner dem eventuellen Zugang zu einem Gebietsarzt oder der Nutzung stationärer Versorgung vorgeschaltet und koordiniert sämtliche Behandlungsschritte; vergleichbar mit dem Modell der deutschen hausarztzentrierten Versorgung.

In Deutschland wurden Überlegungen zur verbesserten Versorgung von pflegenden Angehörigen in Hausarztpraxen u.a. durch die DEGAM-Leitlinie Nr. 6 [13] initiiert. Forschungsaktivitäten auf dem Gebiet sind bislang allerdings wenig zu verzeichnen. Eine Ausnahme bildet beispielsweise die PalliPA-Studie zur Unterstützung pflegender Angehöriger von palliativ versorgten Menschen in Hausarztpraxen, die an der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg durchgeführt wurde. In der Pilotstudie wurden die Möglichkeiten der Hausarztpraxen, belastete Angehörige zu erkennen sowie deren Entlastung zu verbessern, untersucht [19]. Zurzeit wird im Rahmen einer Dissertation am Institut für Allgemeinmedizin der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg eine qualitative Untersuchung durchgeführt, in der das Verhältnis der Hausärzte zu pflegenden Angehörigen beleuchtet wird. Es sollen insbesondere die Prioritätensetzung des Hausarztes bei der Betreuung der pflegenden Angehörigen, Probleme in der Interaktion sowie mögliche Lösungsansätze herausgearbeitet werden.

Auch hinsichtlich der Potenziale von insbesondere weitergebildetem Praxispersonal (wie beispielsweise den sogenannten nichtärztlichen Praxisassistenten, NÄ-PAs, oder den Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis, VERAHs) bei der Identifizierung und Betreuung von pflegenden Angehörigen besteht Forschungsbedarf. Es kann vermutet werden, dass auch in Deutschland nichtärztliches Praxispersonal eine bedeutende Rolle bei der Versorgung von informellen Pflegepersonen spielt bzw. diese perspektivisch einnehmen kann. Dieser Thematik soll demnächst im Rahmen einer weiteren Qualifikationsarbeit am Institut für Allgemeinmedizin der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg nachgegangen werden.

Auf struktureller Ebene wurde 2014 in einer KBV-Werkstatt zur Fortentwicklung der Vergütung für die hausärztliche Versorgung pflegender Angehöriger ein Selektivvertrag entwickelt. Das Versorgungskonzept zielt darauf ab, gesundheitliche Risiken und Beschwerden pflegender Angehöriger zu minimieren bzw. ihnen vorzubeugen. Pflegende Angehörige sollen zu einem möglichst frühen Zeitpunkt Unterstützung erhalten – durch die Analyse ihrer Situation, Informationen sowie Beratungs- und Gesprächsangebote [20]. Es ist zu hoffen, dass der Vertragsentwurf durch Krankenkassen aufgegriffen und pflegenden Angehörigen in Hausarztpraxen auch durch eine verbesserte Vergütung mehr Zeit und Aufmerksamkeit gewidmet werden kann.

**Interessenkonflikte:** M.S. hat ein Honorar (200 Euro) vom Hausärzteverband Sachsen-Anhalt für den Vortrag „Minimodul Pflegende Angehörige“ beim Hausärztetag in Wernigerode erhalten; TL hat Honorare für Vorträge und Seminare beim IhF sowie für das „Minimodul Pflegende Angehörige“ (500 Euro) erhalten. C.H. hat keine Interessenkonflikte angegeben.

### Korrespondenzadresse

Claudia Höppner  
Medizinische Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg  
Institut für Allgemeinmedizin, Haus 40  
Leipziger Straße 44  
39120 Magdeburg  
Tel.: 0391 6721008  
claudia.hoepfner@med.ovgu.de

## Literatur

1. Statistisches Bundesamt (Hrsg.). Pflegestatistik 2013. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, 2015. [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thema/fisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschland/ergebnisse5224001139004.pdf;jsessionid=DEE3A482D199E75BFC6FC77FCB13078B.cae2?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thema/fisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschland/ergebnisse5224001139004.pdf;jsessionid=DEE3A482D199E75BFC6FC77FCB13078B.cae2?__blob=publicationFile) (letzter Zugriff am 07.04.2015)
2. Wahl HW, Schneekloth U. Hintergrund und Positionierung des Projekts MuG III. In: Schneekloth U, Wahl HW (Hrsg.). Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Integrierter Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. München, 2005: 9–54. <http://www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/mug/01-Redaktion/PDF-Anlagen/gesamtdokument%2cproperty%3dpdf%2cbereich%3dmug%2csprache%3dde%2crwb%3dtrue.pdf> (letzter Zugriff am 08.04.2015)
3. O'Reilly D, Connolly S, Rosato M, Paterson C. Is caring associated with an increased risk of mortality? A longitudinal study. *Soc Sci Med* 2008; 67: 1282–1290
4. Döhner H, Kofahl C, Lüdecke D, Mnich E. Services for supporting family carers of older dependent people in Europe: characteristics, coverage and usage. The national survey report for Germany. Hamburg: Hamburg University Medical Centre of Hamburg Eppendorf, 2007. [http://www.uke.uni-hamburg.de/eurofamcare/documents/deliverables/nasure\\_de.pdf](http://www.uke.uni-hamburg.de/eurofamcare/documents/deliverables/nasure_de.pdf) (letzter Zugriff am 08.04.2015)
5. Bestmann B, Wüstholtz E, Verheyen F. Pflegen: Belastung und sozialer Zusammenhalt. Eine Befragung zur Situation von pflegenden Angehörigen. WINEG-Wissen 04. Hamburg: Techniker Krankenkasse, 2014
6. Pinquart M, Sörensen S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychol Aging* 2003; 18: 250–267
7. Schmidt M, Schneekloth U (Infratest Sozialforschung). Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit, 2011
8. Meyer M. Pflegende Angehörige in Deutschland. Ein Überblick über den derzeitigen Stand und zukünftige Entwicklungen. Berlin, Münster, Wien, Zürich, London: LIT Verlag, 2006
9. Greenwood N, Mackenzie A, Habibi R, Atkins C, Jones R. General practitioners and carers: a questionnaire survey of attitudes, awareness of issues, barriers and enablers to provision of services. *BMC Fam Pract* 2010; 11: 100
10. Lamura G, Mnich E, Wojszel B, et al. Erfahrungen von pflegenden Angehörigen älterer Menschen in Europa bei der Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen. Ausgewählte Ergebnisse des Projektes EUROFAMCARE. *Z Gerontol Geriat* 2006; 39: 429–442
11. The Princess Royal Trust for Carers and Royal College of General Practitioners. Supporting carers: an action guide for general practitioners and their teams. 2011. <http://www.rcgp.org.uk/clinical-and-research/clinical-resources/carers-support.aspx> (letzter Zugriff am 09.04.2015)
12. Carduff E, Finuance A, Kendall M, et al. Understanding the barriers to identifying carers of people with advanced illness in primary care: triangulating three data sources. *BMC Fam Pract* 2014; 15: 48
13. Lichte T, Beyer M, Mand P. Pflegende Angehörige – DEGAM-Leitlinie Nr.6. <http://www.degam.de/leitlinien-51.html> (letzter Zugriff am 8.6.2015)
14. Adams WL, McIlvain HE, Geske JA, Porter JL. Physicians' perspectives on caring for cognitively impaired elders. *Gerontologist* 2005; 45: 231–239
15. BurrIDGE LH, Mitchell GK, Moyez J, Giris A. Consultation etiquette in general practice: a qualitative study of what makes it different for lay cancer caregivers. *BMC Fam Pract* 2011; 12: 110
16. Greenwood N, Mackenzie A, Harris R, Fenton W, Cloud G. Perception of the role of general practice and practical support measures for carers of stroke survivors: a qualitative study. *BMC Fam Pract* 2011; 12: 57
17. Bulsara CE, Fynn N. An exploratory study of gp awareness of carer emotional needs in Western Australia. *BMC Fam Pract* 2006; 7: 33
18. Bruce DG, Glenys AP, Underwood PJ, Roberts D, Steed D. Communication problems between general practitioners: effect on access to community support services. *Med J Aust* 2002; 177: 186–188
19. Hermann K, Boelter R, Engeser P, Szecsenyi J, Campbell SM, Peters-Klimm F. PalliPA: How can general practices support caregivers of patients at their end of life in a home-care setting? A study protocol. *BMC Res Notes* 2012; 5: 233
20. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Vertrag über ein Versorgungsprogramm für pflegende Angehörige nach § 73c SGB V, 2014. [http://www.kbv.de/media/sp/KBV\\_Pflegende\\_Anggeh\\_rige\\_Vertrag\\_73c.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/KBV_Pflegende_Anggeh_rige_Vertrag_73c.pdf) (letzter Zugriff am 08.04.2015)



## DEGAM im Netz

[www.degam.de](http://www.degam.de)  
[www.degam-leitlinien.de](http://www.degam-leitlinien.de)  
[www.degam-patienteninfo.de](http://www.degam-patienteninfo.de)  
[www.tag-der-allgemeinmedizin.de](http://www.tag-der-allgemeinmedizin.de)  
[www.degam2015.de](http://www.degam2015.de)  
[www.online-zfa.de](http://www.online-zfa.de)  
[www.degam-famulaturboerse.de](http://www.degam-famulaturboerse.de)  
[www.facebook.com/degam.allgemeinmedizin](https://www.facebook.com/degam.allgemeinmedizin)