

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen,
Abteilung Aachen.

Modellprojekt: DemenzNetz StädteRegion Aachen

**Case-Management
für Menschen mit Demenz und ihre versorgenden Angehörigen**

Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitevaluation

Projektleitung:	Prof. Dr. phil. Liane Schirra-Weirich
Wissenschaftliche Mitarbeit:	Dipl. Soz. Arb. Christine Schmitt Henrik Wiegemann M.A.
Studentische Mitarbeit:	Rebecca Sohn
Projektlaufzeit:	Oktober 2010 bis September 2013

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	5
Tabellenverzeichnis.....	7
1 Wissenschaftliche Begleitevaluation des DemenzNetz StädteRegion Aachen	9
2 Basisdaten (n=369).....	9
2.1 Soziodemografische Beschreibung der Stichprobe	10
2.2 Regionale Verteilung nach Wohnsitz bei Einschreibung	11
2.3 Primäre Krankenversicherungsarten.....	14
2.4 Schwere der demenziellen Veränderung bei Einschreibung ins Netzwerk	15
2.5 Netzwerkzugang	15
3 Verlaufsdokumentation „Case Management“(n=100)	17
3.1 Case Management – Eine kurze Einführung.....	17
3.2 Case Management bei Demenz – Perspektiven der Forschung.....	18
3.3 Sozialrechtliche Rahmenbedingungen des Case Managements.....	19
3.4 Das Case Management im Demenznetz StädteRegion Aachen	19
3.4.1 6-Phasenmodel CM.....	19
3.4.2 Aufgabenbeschreibung des CM im Demenznetz StädteRegion Aachen	22
3.5 Methodische Vorbemerkung bzgl. der Analyse der Verlaufsdokumentationen.....	23
3.6 Die Datenerhebung – Instrument, Aufbau und Inhalte, Vorgehensweise	24
3.7 Darstellung der CM-Leistungen bezogen auf die Erhebungszeiträume t_0, t_1 und t_2.....	25
3.7.1 CM-Leistungen - Persönliche Kontakte	25
3.7.1.1 Hausbesuche	26
3.7.1.2 Entlastungsgespräche	26
3.7.1.3 Begleitungen	26
3.7.2 CM-Leistungen - Die Versorgungsbereiche	27
3.7.2.1 Sozialrechtliche Vorsorge	27
Sozialrechtliche Vorsorge bei Einschreibung	28
Sozialrechtliche Vorsorge im Verlauf - Teilaspekte	29
Sozialrechtliche Vorsorge - Typisierung der CM-Interventionen	31
3.7.2.2 Pflegerische Versorgung.....	33
Pflegerische Versorgung - Beschreibung der Teilaspekte.....	33
Pflegerische Versorgung bei Einschreibung.....	34
Pflegerische Versorgung im Verlauf - Teilaspekte	36
Pflegerische Versorgung - Typisierung der CM-Interventionen.....	36
3.7.2.3 Zusätzliche Alltagsversorgung	41
Zusätzliche Alltagsversorgung - Beschreibung der Teilaspekte	41
Zusätzliche Alltagsversorgung bei Einschreibung	42
Zusätzliche Alltagsversorgung - Teilaspekte im Verlauf.....	43

Zusätzliche Alltagsversorgung - Typisierung der CM-Interventionen	44
3.7.2.4 Sonstige Versorgungsaspekte	46
Sonstige Versorgungsaspekte - Teilaspekte im Verlauf	48
Sonstige Versorgungsaspekte - Typisierung der CM-Interventionen	49
3.8 CM Leistungen – Ergebnisse im Überblick	52
3.8.1 Rangfolge der Versorgungsbereiche zu den drei Messzeitpunkten	52
3.8.2 CM Leistungen - Art der Intervention	53
3.8.3 CM – Versorgungsbereiche im Verlauf.....	54
4 Befragung der vA (n=67).....	56
4.1 Methodisches Vorgehen.....	56
4.2 Soziodemografische Beschreibung der Stichprobe zum Zeitpunkt t₀	57
4.2.1.1 Familiäre informell-häusliche Versorgung	59
4.3 Subjektives Belastungsempfinden auf der Basis der Häuslichen Pflege-Skala (HPS) nach Gräbel	61
4.4 Längsschnittvergleich nach Themenbereichen auf Basis der Häuslichen Pflege-Skala	63
4.4.1 HPS-Items zur Hauptkategorie Gesundheit der vA	63
4.4.2 HPS-Items zur Hauptkategorie Leben und Alltag der vA	65
4.4.3 HPS-Items: Hauptkategorie Pflege und Anerkennung der vA	67
4.5 Das Berliner Inventar – Finanzielle Belastungen und Zukunftssorgen	68
4.6 Entlastungsempfinden durch Case-Management-Leistungen.....	72
4.6.1 Die subjektiv empfundene Entlastung	73
5 Tandem-Studie (n=40).....	75
5.1 Beschreibung der identifizierten Cluster	75
5.2 Empfehlungen für passgenaue Angebote des CM.....	77
5.2.1 Cluster 1 ‚Junge, chancenreiche Gruppe mit traditionalistischem Versorgungskonzept‘	78
5.2.1.1 Cluster 1: Sozialrechtliche Dokumente	78
5.2.1.2 Cluster 1: Pflegerische Versorgungsleistungen	79
5.2.1.3 Cluster 1: Zusätzliche Alltagsversorgung	79
5.2.1.4 Cluster 1: Sonstige Versorgungsaspekte	80
5.2.1.5 Cluster 1: CM-Leistungen	81
5.2.1.6 Cluster 1: Veränderung der Angehörigenbelastung.....	81
5.2.2 Cluster 2 ‚Sandwich-Versorgende mit familialistischem Versorgungskonzept‘	83
5.2.2.1 Cluster 2: Sozialrechtliche Dokumente	83
5.2.2.2 Cluster 2: Pflegerische Versorgungsleistungen	83
5.2.2.3 Cluster 2: Zusätzliche Alltagsversorgung.....	84
5.2.2.4 Cluster 2: Sonstige Versorgungsaspekte	85
5.2.2.5 Cluster 2: CM-Leistungen	86
5.2.2.6 Cluster 2: Veränderung der Angehörigenbelastung.....	86
5.2.3 Cluster 3 ‚Riskant versorgende Gleichaltrige‘	88
5.2.3.1 Cluster 3: Sozialrechtliche Dokumente	88
5.2.3.2 Cluster 3: Pflegerische Versorgungsleistungen	88
5.2.3.3 Cluster 3: Zusätzliche Alltagsversorgung.....	89
5.2.3.4 Cluster 3: Sonstige Versorgungsaspekte	90
5.2.3.5 Cluster 3: CM-Leistungen	91
5.2.3.6 Cluster 3: Veränderung der Angehörigenbelastung.....	91

5.2.4 Zusammenfassende Betrachtung.....	92
6 Delphi- Studie „Herausforderungen der Demenzversorgung in ländlichen Räumen“	94
6.1 Methodische Vorbemerkung	97
6.1.1 Studiendesign und methodische Durchführung.....	97
6.1.1.1 Die Stichprobe - Auswahl der ExpertInnen	98
6.1.2 Der Delphi-Befragungsablauf	99
6.1.2.1 1. Welle: Vorabbefragung und Konkretisierung der Fragestellung	99
6.1.2.2 Entwicklung des Fragebogens und 2. Welle	99
6.1.2.3 Aufbereitung der 2.Welle und Wiederholungsbefragung (3. Welle)	100
6.2 Ergebnisse	101
6.2.1 Erste Welle: Vorabbefragung	101
6.2.1.1 Das Konzept ‚ländliche Räume‘	101
6.2.1.2 Ebenen einer zukunftsfähigen ländliche Demenzversorgung	103
6.2.1.3 Das Konzept Wohnquartier ⁴	106
6.2.1.4 Die Demenzversorgung als Multi-Level-Ansatz: Makro-,Meso-, Mikrolevel - Akteure, Entwicklungschancen, Bedarfe	108
6.2.2 Zweite Welle: Erste schriftliche Delphi-Befragungsrunde.....	111
6.2.2.1 Attraktivierungspotenziale ländlicher Räume	111
6.2.2.2 Kriterien gesundheitspolitischer Entscheidungsprozesse	112
6.2.2.3 Versorgungsverantwortung	113
6.2.2.4 Versorgungskonzepte	113
6.2.2.5 Versorgungsnetzwerke	113
6.2.2.6 Netzwerkthemen	114
6.2.2.7 Akteure der Versorgung – Begegnung von Versorgungsempässen.....	114
6.2.3 3. Welle: Abschlussbefragung	117
6.2.3.1 Elemente öffentlicher psycho-sozialer Infrastruktur für MmD	117
6.2.3.2 Elemente öffentlicher psycho-sozialer Infrastruktur für vA von MmD	119
6.2.3.3 Aufgaben von Akteuren des Gesundheitswesens in der psycho-sozialen Versorgung	120
6.2.3.4 Innovationsfelder in der ländlichen Demenzversorgung	122
6.2.3.5 Zukunftsszenarien für ländliche Räume	124
6.3 Abschließende Bemerkungen zur Delphi-Befragung	125
Literaturverzeichnis	126
Anlagen	132

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 StädteRegion Aachen	12
Abbildung 2 6-Phasenmodel CM im Demenznetz StädteRegion Aachen	20
Abbildung 3 CM-Regelkreis.....	22
Abbildung 4 Darstellung der Erfassung der CM-Leistungen im Jahresverlauf.....	23
Abbildung 5 Sozialrechtliche Vorsorge bei Einschreibung in das Netzwerk.....	28
Abbildung 6 Sozialrechtliche Vorsorge - CM-Interventionen im Verlauf (n=74)	29
Abbildung 7 Sozialrechtliche Vorsorge - CM-Leistungen im ersten Halbjahr	30
Abbildung 8 Sozialrechtliche Vorsorge - CM-Leistungen im zweiten Halbjahr.....	31
Abbildung 9 Sozialrechtliche Vorsorge - CM-Interventionen (t ₁ und t ₂).....	32
Abbildung 10 Pflegerische Versorgung bei Einschreibung in das Netzwerk (in %).....	35
Abbildung 11 Pflegerische Versorgung - CM-Interventionen im Verlauf	35
Abbildung 12 CM-Interventionen zu Pflegestufen (t ₁ und t ₂).....	37
Abbildung 13 CM-Interventionen zu Zusätzlichen Betreuungsleistungen (t ₁ und t ₂).....	38
Abbildung 14 CM-Interventionen zu Pflegedienst (t ₁ und t ₂)	38
Abbildung 15 CM-Interventionen zu Tagespflege (t ₁ und t ₂).....	39
Abbildung 16 CM-Interventionen zu Kurzzeitpflege (t ₁ und t ₂)	40
Abbildung 17 CM-Interventionen zu Verhinderungspflege (t ₁ und t ₂)	40
Abbildung 18 Zusätzliche Alltagsversorgung bei Einschreibung in das Netzwerk	42
Abbildung 19 Zusätzliche Alltagsversorgung - CM-Interventionen im Verlauf.....	43
Abbildung 20 Ehrenamtliche Unterstützung - CM-Leistungen	44
Abbildung 21 Haushaltsnahe Dienstleistungen - CM-Leistungen.....	45
Abbildung 22 CM-Leistungen zum Versorgungsaspekt „Niedrigschwellige Betreuung“	45
Abbildung 23 Sonstige Versorgungsaspekte bei Einschreibung in das Netzwerk (n=32).....	47
Abbildung 24 Sonstige Versorgungsaspekte - CM-Interventionen im Verlauf (n=91)	48
Abbildung 25 Wohnraumanpassungen - CM-Interventionen	49
Abbildung 26 Kognitive Trainings - CM-Interventionen	50
Abbildung 27 Therapeutische Angebote - CM-Interventionen	51
Abbildung 28 Selbsthilfegruppen für vA - CM-Interventionen	51
Abbildung 29 Angehörigenschulungen – CM- Interventionen	52
Abbildung 30 Rangfolge der Versorgungsbereiche nach Anzahl an CM-Interventionen	52
Abbildung 31 Rangfolge der CM-Interventionstypen (Häufigkeit der Erfassung, t ₁ + t ₂)	53
Abbildung 32 CM-Leistungen – Versorgungsbereiche im Verlauf.....	54
Abbildung 33 vA nach Geschlecht.....	58
Abbildung 34 Akteure außerfamiliärer informell-häuslicher Versorgungsarrangements.....	60
Abbildung 35 Vergleich Belastung der vA in t ₀ und t ₁	62
Abbildung 36 Belastungsangaben – Kategorie GESUNDHEIT – t ₀ und t ₁ im Vergleich.....	64
Abbildung 37 Belastungsangaben – Kategorie LEBEN UND ALLTAG – t ₀ -und t ₁ im Vergleich.....	65

Abbildung 38 Belastungsangaben – Kategorie PFLEGE UND ANERKENNUNG – t_0 und t_1 im Vergleich	67
Abbildung 39 Belastungsempfinden im Vergleich: „wegen der Pflege/Erkrankung weniger leisten können“	69
Abbildung 40 Belastungsempfinden im Vergleich: „finanzielle Mittel reichen in Zukunft vielleicht nicht aus“	70
Abbildung 41 Belastungsempfinden im Vergleich: „nicht genügend Geld für befriedigende Pflege“	70
Abbildung 42 Belastungsempfinden im Vergleich: „wegen Pflege weniger arbeiten“	71
Abbildung 43 Dimensionen ländlicher Räume.....	103
Abbildung 44 Zukünftige Demenzversorgung in ländlichen Räumen - Argumentationsebenen	106
Abbildung 46 Demenzversorgung als politisches 3-Ebenensystem.....	110
Abbildung 47 Akteure und Versorgungsbereiche im Netzwerk	115
Abbildung 48 Elemente öffentlicher psycho-sozialer Infrastruktur für MmD und vA - Relevanzzuschreibung.....	118
Abbildung 49 Akteursbezogene Relevanz - Verteilung der Nennungen insgesamt in % (n=445)	121
Abbildung 50 Innovationsfelder in der ländlichen Demenzversorgung – Relevanz	123

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Altersverteilung der MmD (n=369)	10
Tabelle 2 Geschlechtsbezogene Verteilung der MmD über die Altersgruppen (n=369).....	10
Tabelle 3 Unter 80 Jahre/über 80 Jahre – Geschlechtsbezogene Verteilung (n=369)	11
Tabelle 4 Wohnsitz MmD nach Region	12
Tabelle 5 Verteilung der MmD bei Einschreibung nach PLZ.....	13
Tabelle 6 MmD nach Krankenversicherungen	14
Tabelle 7 Indizes zur demenziellen Veränderung der MmD bei Einschreibung	15
Tabelle 8 Systematisierung der Versorgungsbereiche	25
Tabelle 9 Übersicht Teilaspekte sozialrechtlicher Vorsorge im Verlauf (in %)	29
Tabelle 10 Pflegerische Versorgung im Verlauf – Übersicht Teilaspekte (Anteile in %).....	36
Tabelle 11 Pflegerischer Versorgung - Möglichkeiten der Leistungserfassung nach Teilbereichen ..	37
Tabelle 12 Zusätzliche Alltagsversorgung im Verlauf - Übersicht Teilaspekte (in %)	43
Tabelle 13 Sonstige Versorgungsaspekte - Übersicht Teilaspekte im Verlauf (in %).....	48
Tabelle 14 Sonstige Versorgungsaspekte - Möglichkeiten der Dokumentation von CM Interventionen	49
Tabelle 15 Alter (gruppiert) der vA.....	57
Tabelle 16 Alter der vA - Mittel und Spannweite	58
Tabelle 17 Primäre familiäre Akteure informell-häuslicher Versorgungsarrangements.....	59
Tabelle 18 Wohnsitz der vA	60
Tabelle 19 Übersicht subjektive Einschätzung der CM Leistungen (in %)	73
Tabelle 20 Cluster 1 - Die Indikatoren	75
Tabelle 21 Cluster 2 - Die Indikatoren	76
Tabelle 22 Cluster 3 - Die Indikatoren	77
Tabelle 23 Cluster 1 - Sozialrechtliche Dokumente (Angaben in %).....	78
Tabelle 24 Cluster 1 - Pflegerische Versorgungsleistungen (Angaben in %).....	79
Tabelle 25 Cluster 1 - Zusätzliche Versorgungsleistungen (Angaben in %)	79
Tabelle 26 Cluster 1 - Sonstige Versorgungsaspekte (Angaben in %).....	80
Tabelle 27 Cluster 1 – CM-Leistungen	81
Tabelle 28 Cluster 2 - Sozialrechtliche Dokumente (Angaben in %).....	83
Tabelle 29 Cluster 2 - Pflegerische Versorgungsleistungen	83
Tabelle 30 Cluster 2 - Zusätzliche Alltagsversorgung.....	84
Tabelle 31 Cluster 2 - Sonstige Versorgungsaspekte	85
Tabelle 32 Cluster 2 – CM-Leistungen	86
Tabelle 33 Cluster 3 - Sozialrechtliche Dokumente (Angaben in %).....	88
Tabelle 34 Cluster 3 - Pflegerische Versorgungsleistungen (Angaben in %).....	88
Tabelle 35 Cluster 3 - Zusätzliche Alltagsversorgung (Angaben in %)	89
Tabelle 36 Cluster 3 - Sonstige Versorgungsaspekte	90

Tabelle 37 Cluster 3 – CM-Leistungen 91

1 Wissenschaftliche Begleitevaluation des DemenzNetz StädteRegion Aachen

Das Modellprojekt „DemenzNetz Aachen“ ist ein multiprofessionelles, sektorenübergreifendes Versorgungsnetzwerk, welches sowohl steuernde Einzelfallhilfe für Menschen mit Demenz (MmD) und versorgende Angehörige (vA), als auch die Organisation eines regionalen Verbundmanagements bereitstellt. Im September 2010 hat das DemenzNetz Aachen nach § 45c SGB XI seine Arbeit mit sechs festen Kooperationspartnern aufgenommen.¹ Auf den bereits existierenden Strukturen aus dem Bundesmodellprojekt „Leuchtturmprojekt Demenz“ des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) konnte aufgebaut werden (vgl. DemenzNetz Aachen 2014, 4ff.). Mittlerweile zählt der im Mai 2013 gegründete gemeinnützige Verein DemenzNetz Aachen e.V. insgesamt 52 regionale Kooperationspartner aus verschiedenen Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens (Stand Mai 2015). Alle Partner haben eine verbindliche Kooperationsvereinbarung unterzeichnet. Mit Gründung des e.V. öffnet sich das Netzwerk auch interessierten BürgerInnen. Das Projekt unterhält ein öffentlich zugängliches Informations- und Koordinationsbüro in der Aachener Innenstadt (vgl. DemenzNetz Aachen 2014).

Das Erkenntnisinteresse der wissenschaftlichen Begleitevaluation richtet sich auf die Identifikation der Case Management-Leistungen² und der im Laufe der Einschreibung von MmD und ihren vA identifizierbaren Veränderungen u.a. hinsichtlich des Belastungserlebens. Des Weiteren werden Aussagen zur passgenauen Weiterentwicklung der CM-Leistungen für spezifische MmD-vA-Tandems getroffen. Eine Delphi-Studie zur Identifikation von Herausforderungen der Demenzversorgung in ländlichen Räumen rundet die Evaluation ab. Folgende Teilerhebungen werden demnach durchgeführt:

- Basisdaten,
- Verlaufsdokumentation,
- Angehörigenbefragung,
- Tandem-Studie,
- Delphi-Studie.

2 Basisdaten (n=369)

Einleitend erfolgt eine Beschreibung der Gesamtstichprobe auf der Grundlage der Basisdaten. Die sogenannten Basisdaten umfassen für jeden ins Netzwerk eingeschriebenen MmD unter anderem Angaben zu Alter, Geschlecht, Postleitzahl des Wohnsitzes, Krankenversicherung sowie den Zugang zum Netzwerk, d.h. ob die

¹ Zu den ersten Kooperationspartnern zählen: Die Arbeitsgemeinschaft Aachener Hausärzte, die Arbeitsgemeinschaft der Aachener Nervenärzte, die Städteregion Aachen, das Kuratorium Deutsche Altershilfe, Alzheimergesellschaft Städteregion Aachen und das Demenz Service Zentrum Region Aachen/Eifel.

² In der Folge wird Case Management-Leistungen abgekürzt mit: CM-Leistungen oder CM-Interventionen. Case Management wird in der Folge mit CM abgekürzt.

Einschreibung über den Haus- oder Facharzt erfolgt ist. Diese Daten liegen für insgesamt 369 Personen vor. Der Erhebungszeitraum erstreckt sich von der ersten erfolgten Einschreibung (Projektbeginn) im September 2010 bis zum 31. März 2013 (30 Monate).

2.1 Soziodemografische Beschreibung der Stichprobe

Es befinden sich in der Gesamtstichprobe 56,1% weibliche und 43,9% männliche Personen mit demenziellen Veränderungen.

Tabelle 1 Altersverteilung der MmD (n=369)

Altersgruppe	Prozentuale Anteile
Unter 64 Jahre	3,6
65 bis 69 Jahre	7
70 bis 74 Jahre	14,9
75 bis 79 Jahre	26,6
80 bis 84 Jahre	27,6
85 bis 89 Jahre	15,7
90 Jahre & älter	4,6

Auf die beiden Altersgruppen (75-79 Jahre, 80-84 Jahre) entfallen über die Hälfte der MmD (54,2%). Des Weiteren zeigt die Verteilung der vorliegenden Stichprobe, dass jede zehnte Neueinschreibung ins Netzwerk (10,6%) in die Gruppe der sog. jüngeren Alten (unter 70 Jahre) fällt.

Zum Vergleich: Jeder zweite neu eingeschriebene MmD ist 80 Jahre oder älter (47,9%). Insgesamt bestätigen die vorliegenden Zahlen allgemeine Statistische Erhebungen insofern, dass der große Teil der Demenzen im höheren und hohen Alter diagnostiziert wird (vgl. Deutsche Alzheimer 2012, 2).

Tabelle 2 Geschlechtsbezogene Verteilung der MmD über die Altersgruppen (n=369)

Altersgruppe	Frauen (%)	Männer (%)
	n=207	n=162
Unter 64 Jahre	1,9	5,6
65 bis 69 Jahre	6,3	8,0
70 bis 74 Jahre	12,6	17,9
75 bis 79 Jahre	24,2	29,6
80 bis 84 Jahre	30,4	24,1
85 bis 89 Jahre	18,8	11,7
90 Jahre & älter	5,8	3,1

Eine geschlechterbezogene Betrachtung der Altersgruppen zeigt, dass Frauen mit einer demenziellen Veränderung tendenziell in einem höheren Alter ins Netzwerk aufgenommen werden als Männer. Während die jüngeren Altersgruppen überwiegend männlich besetzt sind, verlagert sich diese Verteilung mit zunehmendem Alter numerisch zugunsten der weiblichen MmD. Die Spannweite der Einschreibungen reicht dabei vom 51. bis zum 96. Lebensjahr.

Tabelle 3 Unter 80 Jahre/über 80 Jahre – Geschlechtsbezogene Verteilung (n=369)

Altersgruppen	Geschlecht Patient/in (in%)	
	Weiblich	Männlich
Unter 80 Jahre	44,9	61,1
80 Jahre & älter	55,1	38,9

Tabelle 3 zeigt, dass über die Hälfte der weiblichen MmD bei Einschreibung in das Netzwerk bereits älter als 80 Jahre sind (55,1%). In der Gruppe der Männer liegt dieser Anteil mit 38,9% erheblich niedriger.

2.2 Regionale Verteilung nach Wohnsitz bei Einschreibung

Die StädteRegion Aachen ist ein Gemeindeverband, bestehend aus den Städten Aachen, Alsdorf, Baesweiler, Eschweiler, Herzogenrath, Monschau, Stolberg und Würselen sowie den Gemeinden Simmerath und Roetgen. In der StädteRegion Aachen leben rund 540.000 Menschen auf ca. 700 km².³ Davon leben in der kreisfreien Stadt Aachen circa 239.000 Menschen (entspricht einem Anteil von 44% an der Gesamtbevölkerung der StädteRegion Aachen). Die StädteRegion Aachen lässt sich grob in vier Regionen gliedern:

- Nordkreis Aachen (nördlich)
- Stadt Aachen (westlich)
- Raum Eschweiler-Stolberg (östlich-Mitte)
- Südkreis Aachen (südlich)

Die Unterteilung der StädteRegion Aachen geht auf die kommunale Neugliederung 1972 und wirtschaftshistorische Entwicklungen zurück.⁴ Nach dieser regionalen Differenzierung ergibt sich die in Tabelle 4 abgebildete

³ Bevölkerungsdichte 803,3 Einwohner je km².

⁴ Im Jahre 1972 entstanden im Zuge der räumlichen Neuordnung der BRD sowohl der Nordkreis Aachen als auch der Südkreis Aachen. Eine Fusion der Städte Stolberg und Eschweiler war angedacht, wurde aber nicht realisiert. Eine gewisse Eigenständigkeit des Raums „Eschweiler-Stolberg“ erklärt sich aus wirtschaftshistorischen Entwicklungen.

Verteilung der in das Netzwerk eingeschriebenen MmD innerhalb der StädteRegion Aachen nach ihrem Wohnsitz bei Einschreibung.

Tabelle 4 Wohnsitz MmD nach Region

Region	Anzahl	Anteile in Prozent
West	247	66,9
Nord	61	16,5
Ost/Mitte	51	13,8
Süd	10	2,8
Gesamt	369	100

Zwei Drittel der eingeschriebenen MmD leben in der Region West, der kreisfreien Stadt Aachen, bestehend aus den Postleitzahlenbereichen 52062 bis 52080. Rund jeder sechste MmD (16,5%) hat ihren/seinen Wohnsitz im Norden der StädteRegion, bestehend aus den Postleitzahlengebieten 52134 Herzogenrath, 52146 Würselen, 52457 Aldenhoven⁵, 52477 Alsdorf und 52499 Baesweiler. Im Raum Eschweiler- Stolberg (PLZ Bereich 52249 und 52222-52224) – hier die Region Ost/Mitte – sind 13,8%, der MmD wohnhaft.

Der geringste Anteil an Einschreibungen entfällt mit 2,8% auf den Süden der StädteRegion. Diese Region umfasst 52152 Simmerath, 52156 Monschau, 52159 Roetgen.⁶

Abbildung 1 StädteRegion Aachen



Unter Heranziehung aktueller Indikatoren der Raumordnung (Zentrierbarkeit, Bevölkerungsdichte) können sowohl die nördliche Region als auch die kreisfreie Stadt Aachen als Zentralräume bezeichnet werden. Ebenso weist der Raum Eschweiler-Stolberg Eigenschaften eines zentralen Raumes auf. Die Nordeifelgemeinden im Süden hingegen unterscheiden sich von den anderen drei Regionen der StädteRegion Aachen. So weisen Simmerath und Monschau eine Bevölkerungsdichte von 140,3 bzw. 132,9 EinwohnerInnen/km² auf. Roetgen kommt auf 209,3 EinwohnerInnen/km². Zum Vergleich: Die nächstdichter besiedelte Gemeinde ist Stolberg mit 586 EinwohnerInnen/km². Die Stadt Aachen kommt auf 1604 EinwohnerInnen/km². Aufgrund der

⁵ Aldenhoven ist aufgrund seiner räumlichen Nähe an dieser Stelle als Teil der Region aufgeführt, auch wenn Aldenhoven nicht Teil der StädteRegion Aachen ist, sondern zum Kreis Düren gehört.

⁶ Quelle der Original-Karte: http://de.wikipedia.org/wiki/Datei:Municipalities_in_AC_%282009%29.svg
Nutzungsrecht nach GNU-Lizenz für freie Dokumentation, eigene Anpassungen vorgenommen.

Siedlungsstruktur, der geographischen Lage sowie hinsichtlich der Zukunftsfähigkeit von Aspekten der Daseinsvorsorge, können die Nordeifelgemeinden Simmerath, Monschau und Roetgen als ländlich strukturierte Räume in der StädteRegion Aachen bezeichnet werden (vgl. Bayer et al. 2013, 6).

Das Projekt DemenzNetz StädteRegion Aachen ist ein Beispiel für regional angepasste integrierte Versorgungsnetzwerke für MmD und ihre vA. Regionalität kann mittlerweile als Leitfigur der Neuausrichtung von Versorgungsstrukturen bezeichnet werden (vgl. Hämel et al. 2013, 325). Jedoch finden sich auch innerhalb einer Region kleinräumige Heterogenitäten, seien es Unterschiede zwischen ländlich strukturierten und urbanen Gebieten oder aber das Nebeneinander von über- bzw. unterversorgten Quartieren in Agglomerationen und Städten. Daher, so die mittlerweile weitverbreitete Meinung, gilt es diesen regionalen und sozialräumlichen Unterschieden vermehrt Aufmerksamkeit zu schenken (vgl. Hämel et al. 2013). Eine Betrachtung der hier vorliegenden Gesamtstichprobe auf Basis der Postleitzahlgebiete (Tabelle 5) veranschaulicht grundlegende quantitative Ungleichgewichte bezogen auf den Wohnsitz der MmD bei Netzwerkeinschreibung.

Tabelle 5 Verteilung der MmD bei Einschreibung nach PLZ

PLZ Gebiet	Häufigkeit	Prozent
52062 – Stadt Aachen	11	3,0
52064 – Stadt Aachen	19	5,1
52066 – Stadt Aachen	42	11,4
52068 – Stadt Aachen	23	6,2
52070 – Stadt Aachen	19	5,1
52072 – Stadt Aachen	18	4,9
52074 – Stadt Aachen	30	8,1
52076 – Stadt Aachen	20	5,4
52078 – Stadt Aachen	21	5,7
52080 – Stadt Aachen	44	11,9
52134 – Herzogenrath	41	11,1
52146 – Würselen	14	3,8
52152 – Simmerath	5	1,4
52156 – Monschau	2	0,5
52159 – Roetgen	3	0,8
52222 – Stolberg	7	1,9
52223 – Stolberg	15	4,1
52224 – Stolberg	12	3,3
52249 – Eschweiler	17	4,6
52477 – Alsdorf	4	1,1
52499 – Baesweiler	2	0,5

Insgesamt	369	100,0
-----------	-----	-------

Zwei Drittel der MmD geben bei Einschreibung in das Netzwerk an, ihren Wohnsitz im Stadtgebiet Aachen zu haben (66,9%). Im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerungsverteilung innerhalb der StädteRegion, ist die Stadt Aachen (Anteil an Gesamtbevölkerung: 44,1%, Anteil an Einschreibungen ins Netzwerk: 66,9%) somit überproportional vertreten. Auffällig ist weiterhin, dass sich die Städte Alsdorf und Herzogenrath hinsichtlich ihrer Einwohnerzahl und Pflegebedürftigkeitsstatistik kaum unterscheiden, jedoch sehr unterschiedliche Anteile an Einschreibungen in das Netzwerk (1,1% zu 11,1%) vorweisen. Ähnliches gilt für die Städte Eschweiler und Stolberg. Während die Einschreibungen aus Eschweiler 4,6% der Gesamteinschreibungen ausmachen, entfallen auf Stolberg mit 9,3% fast doppelt so viele Einschreibungen obwohl der Anteil allgemein pflegebedürftiger Menschen an der Gesamtbevölkerung in Eschweiler mit 4,9% höher liegt als in Stolberg (4,0%) (vgl. Rüter 2013, 10). Die Stadt Baesweiler zeigt vor dem Hintergrund allgemeiner pflegeplanerischer Daten eine geringe Beteiligung am Netzwerk.

2.3 Primäre Krankenversicherungsarten

Tabelle 6 MmD nach Krankenversicherungen

Krankenversicherung	Anzahl (n)	Anteile in Prozent
Allgemeine Ortskrankenkassen (AOK)	134	36,3
Barmer GEK (BEK)	69	18,7
DAK Gesundheit	35	9,5
Knappschaft-Bahn-See (KBS)	33	8,9
Techniker Krankenkasse (TK)	32	8,7
Betriebskrankenkassen (BKK)	30	8,1
Private Krankenversicherungen (PKV)	15	4,1
Innungskrankenkassen (IKK)	11	3,0
Sonstige	10	2,7
Gesamt	369	100,0

Mehr als ein Drittel (36,3%) der eingeschriebenen MmD sind bei der AOK und weitere 18,7% bei der Barmer GEK versichert. Ein weiteres gutes Drittel ist Mitglied in der DAK (9,5%), der Knappschaft (8,9%), der TK (8,7%) bzw. einer Betriebskrankenkasse (8,1%). Private Krankenversicherungen (4,1%), Innungskrankenkassen (3,0%) und Sonstige Versicherungen (2,7%) versichern rd. 10% der eingeschriebenen MmD.

Die in Tabelle 6 abgebildeten Akteure des Krankenversicherungssystems lassen sich grundsätzlich in Primär-, Ersatzkassen und Private Krankenversicherungen aufteilen.⁷ Dieser Typisierung folgend ergibt sich folgende Struktur:

- Primärkassen (AOK, BKK, IKK, KBS): 56,4%,
- Ersatzkassen: (Barmer, DAK, TK): 36,9 %,
- Private Krankenversicherung: 4,1%,
- Sonstige: 2,7%.

Somit lässt sich festhalten, dass ein sehr großer Anteil der MmD Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung (Primär- und Ersatzkassen) ist (92,3%). Lediglich 4,1% der MmD nehmen Leistungen privater Krankensicherer in Anspruch.

2.4 Schwere der demenziellen Veränderung bei Einschreibung ins Netzwerk

Tabelle 7 Indizes zur demenziellen Veränderung der MmD bei Einschreibung

Indizes	MMST	CGI	GAF	Barthel-Index
Grundgesamtheit	n=338	n=341	n=342	n=351
Mittelwert	17,3	5,4	49,5	76
Varianz	0-30	0-8	1-95	0-100

Die MmD werden von den jeweiligen Haus- oder FachärztInnen zum Zeitpunkt der Einschreibung auf demenzielle Veränderungen untersucht. Die Schwere der demenziellen Veränderung wird anhand von Indizes beschrieben. Die gemessenen Werte verweisen für die vorliegende Stichprobe auf Veränderungen im mittleren bzw. fortgeschrittenen Stadium. Die bestehenden Alltagsfunktionen sind mit einem durchschnittlichen Barthel-Wert von 76 Punkten vergleichsweise gut.

2.5 Netzwerkzugang

Die individuelle Einschreibung in das Netzwerk erfolgt nach Beratung über eine/n der teilnehmenden Haus- oder Facharzt/-ärztin. Nach Ablauf des Erhebungszeitraums sind 373 Angaben zu ÄrztInnenwechseln registriert. Diese Angaben setzen sich aus 369 Einschreibungen und vier ÄrztInnenwechseln zusammen. Von den im Netzwerk gelisteten 66 ÄrztInnen werden 30,3% als FachärztInnen und 69,7% als HausärztInnen erfasst (Stand: 31.03.2013). Die Verteilung der Einschreibungen über die beiden Gruppen zeigt sich nahezu ausgewogen. Von den Einschreibungen in das Netzwerk entfallen 53,9% auf die Gruppe der HausärztInnen; FachärztInnen zeichnen für 46,1% der Einschreibungen verantwortlich.

⁷ Die Unterscheidung zwischen Primärkassen und Ersatzkassen hat heute aus Sicht der Versicherten keine praktische Bedeutung mehr, denn für Versicherte gibt es nach § 175 SGB V ein weitgehendes Kassenwahlrecht.

3 Verlaufsdocumentation „Case Management“(n=100)

Im Projektschritt Verlaufsdocumentation erfolgt die Erfassung der im Netzwerk erbrachten CM-Leistungen⁸. Ziel ist eine detaillierte Beschreibung und Systematisierung von CM-Leistungen über einen Zeitraum von 12 Monaten.

3.1 Case Management – Eine kurze Einführung

Case Management (CM) wird von der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management als ein Verfahren beschrieben, das individuell abgestimmt und an den Bedarfen orientiert, Unterstützung, Behandlung, Begleitung, Förderung und Versorgung von Menschen organisiert. Dabei ist es sowohl ein Handlungsansatz als auch ein Programm, „nach dem Leistungsprozesse in einem System der Versorgung und in einzelnen Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens effektiv und effizient gesteuert werden können“ (www.dgcc.de 2014). Ewers beschreibt, Rubin (1987) folgend, CM als eine komplexe Handlungs- und Problemlösungsstrategie (...), die als gezielte, methodisch kontrollierte und reflektierte Versorgungskoordination beschrieben wird, die entlang des gesamten Krankheitsverlaufs des Patienten und quer zur aktuellen Versorgungsstruktur agiert (vgl. Ewers 1996, 37).

Charakteristikum des CM ist die Reziprozität dreier Ebenen, der Einzelfall-, Organisations- und der institutionellen Netzwerkebene. Der grundlegende konzeptionelle Blickwechsel ist, dass „alle Angebote im regionalen Versorgungsgefüge sowie die Case Management-tragende Organisation (...) adressanten/klientenorientiert ausgerichtet“ werden (Mennemann et al. 2014, 4).

Ningel (vgl. 2011) folgend sind zentrale Aspekte als Grundideen des CMs zu nennen:

- Einbezug aller zur Verfügung stehender Ressourcen und geeignete Netzwerkkomponenten in den Hilfeprozess,
- Sicherstellung eines strukturierten, verbindlichen und nachvollziehbaren Prozessablaufs, prozedurale Fairness und Transparenz,
- Organisation von Abläufen und Koordination der Zuständigkeiten,
- Organisation des Hilfeprozesses, Erfassung von Widerständen, Entwicklung von Lösungsstrategien, aktive Beteiligung der KlientInnen,
- Vernetzung des Klienten- und des Hilfesystems, so dass Ressourcen erkannt, angefordert und angenommen werden.

Ziel von CM-Interventionen sind der Aufbau bzw. die Nutzung und Weiterentwicklung von Selbstorganisation und sozialer Netzwerke. Dabei orientiert sich CM gesellschafts- und sozialpolitisch am Prinzip des „Welfare-Mix“ und agiert quer zu den bestehenden versäulten und als segmentär zu bezeichnenden Strukturen des Kosten- und Leistungswesen im Sozial- und Gesundheitswesen (Mennemann et al. 2014, 4). Auch hierdurch hat

⁸ In der Folge finden die Abkürzungen CM-Leistungen, CM-Interventionen, CM-Aktivitäten synonym für Case Management-Leistungen Verwendung.

CM den Anspruch flexibler, bedarfsorientierter und lebensweltorientierter zu agieren. CM folgt einem verbindlichen Ablaufschema, welches auf der partizipativen Ermittlung von Bedürfnissen und Unterstützungsquellen beruht. Essentiell ist die verbindliche Einfeldorderung der Mitarbeit des Klienten (oder: Angehörigen, rechtliche Betreuung etc.), die intensive Kommunikation, gemeinsame Ablaufplanung, Zielorientierung und Zieldefinition (vgl. Ningel 2011).

3.2 Case Management bei Demenz – Perspektiven der Forschung

Die Bewertung von CM aus der Perspektive der Forschung bleibt uneindeutig. Zum Beispiel führen Schmid/Schu (2011) aus, dass sich „trotz vieler Studien und Projekte (...) ein komplexes und in Teilen auch widersprüchliches Bild“ zur Wirksamkeit von CM ergibt. Sie verweisen aber auch auf Studien aus dem englischsprachigen Raum, die in vergleichender Perspektive zu anderen Handlungsansätzen dem CM „eine höhere Effektivität und Effizienz“ nachweisen (vgl. Schmid/Schu 2011, 263ff.). Das unklare Bild, so Schmid/Schu, ergibt sich Deutschland betreffend u.a. aus der Heterogenität der vielzähligen realisierten CM-Ansätze, fehlenden Ergebnissen aus kontrollierten Studien, großer Diversität bzgl. Forschungsdesign und Forschungsfragen sowie „wenig forschungsfreundlichen Settings“ (Schmid/Schu 2011, 270).

Im wissenschaftlichen Diskurs wird weiterhin betont, dass in der Implementation von CM in häuslichen Versorgungsarrangements von MmD nicht unwesentliche Potenziale zur Verbesserung der Lebenssituation bestehen (vgl. Kuhlmann 2005). Vielstimmig hervorgehoben wird, dass CM seine besondere Bedeutung vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung und der ökonomischen Rahmenbedingungen im Sozial- und Gesundheitswesen gewinnt. In dieser Erzählweise birgt CM das Potenzial begrenzt zur Verfügung stehende Ressourcen optimiert und effizient einzusetzen so dass keine Leistungsausweitung und neue Angebote geschaffen werden müssen (vgl. Löcherbach 2013 et al., 15). Gleichzeitig wird jedoch darauf hingewiesen, dass mit einer einseitigen Fokussierung auf „Kosten-Nutzen“-Aspekte die Gefahr einer Instrumentalisierung einhergeht und es daher wichtig sei, das Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität durch entsprechende Standards sicherzustellen (vgl. Löcherbach et al. 2013).

Kuhlmann (vgl. 2005) sieht die Potenziale des CM-Ansatzes insbesondere darin:

- einen Beitrag zur umfassenden Inanspruchnahme sozialrechtlicher Versorgungsaspekte zu leisten,
- durch die Erstellung eines Hilfeplans eine koordinierte Langzeitversorgung für MmD in der eigenen Häuslichkeit gewährleisten zu können,
- durch die partizipativ erarbeitete Hilfeplanung die Bedürfnisse der MmD und ihrer vA angemessen zu berücksichtigen und entlastende Dienste in die Versorgung miteinzubeziehen,
- durch die Einbindung von vA in die Erarbeitung des Hilfeplans die Stabilisierung des Versorgungsarrangements zu ermöglichen, da die Belastbarkeit des familiären Unterstützungsnetzwerkes über die Aufrechterhaltung des häuslichen Versorgungsarrangements entscheidet und

- durch eine sinnvolle Dokumentation und regelmäßige Helferkonferenzen die verbindliche Zusammenarbeit der Mitarbeitenden verschiedener Dienste zu verbessern.

3.3 Sozialrechtliche Rahmenbedingungen des Case Managements

Mit der Pflegereform 2008 (Einrichtung von Pflegestützpunkten, § 92c SGB XI) und dem seit 1. Januar 2009 gesetzlich verankerten Anspruch auf individuelle Pflegeberatung (§ 7a SGB XI) wurden gesetzliche Rahmenbedingungen für eine professionelle individuelle und wohnortnahe Unterstützung verbessert. U.a. waren Ziele dieser gesetzlichen Initiativen, die effizientere Organisation von Beratung und Unterstützung, die Vernetzung regionaler Angebotsstrukturen sowie die stärkere Integration von Leistungen (vgl. Falk, 252f.). Allgemeine Ansprüche auf ein handlungsfeldübergreifendes CM für z.B. MmD und/oder ihre vA sind jedoch nicht geltend zu machen (vgl. Mennemann et al. 2014, 3). In einer Reihe von Handlungsfeldern sind allerdings gesetzliche Ansprüche formuliert. So legt z.B. der § 140 SGB V die Grundlagen für den Aufbau integrierter Versorgungsstrukturen und in § 73 des SGB V werden Anforderungen an eine koordinierte am Einzelfall orientierte Beratung formuliert (Menneman et al. 2014).

3.4 Das Case Management im Demenznetz StädteRegion Aachen

Der Schwerpunkt des CM im Demenznetz StädteRegion Aachen liegt auf der Einzelfallebene und bezieht sich damit im Kern auf „den einzelnen Menschen und seine individuelle Problemlage“ (Falk 2015, 255). Darüber hinaus steht die fallorientierte Unterstützung, auch der vA, die in den meisten Versorgungsarrangements von MmD eine zentrale Rolle übernehmen, im Mittelpunkt der direkten Projektarbeit. Da das Demenznetz StädteRegion Aachen bereits vor der Modellphase funktionierende Arbeitsstrukturen etabliert hat, können die Case ManagerInnen in ihrer Arbeit auf bestehende Netzwerke zurückgreifen und diese nutzen.

3.4.1 6-Phasenmodel CM

Grundlegend für die praktische Umsetzung des CM im Demenznetz StädteRegion Aachen ist ein 6 Phasen-Modell (Ewers 2010, 81ff.) dass sich eng an den DGCC „Rahmenempfehlungen zum Handlungskonzept Case Management“ orientiert (Abb. 2 nächste Seite).

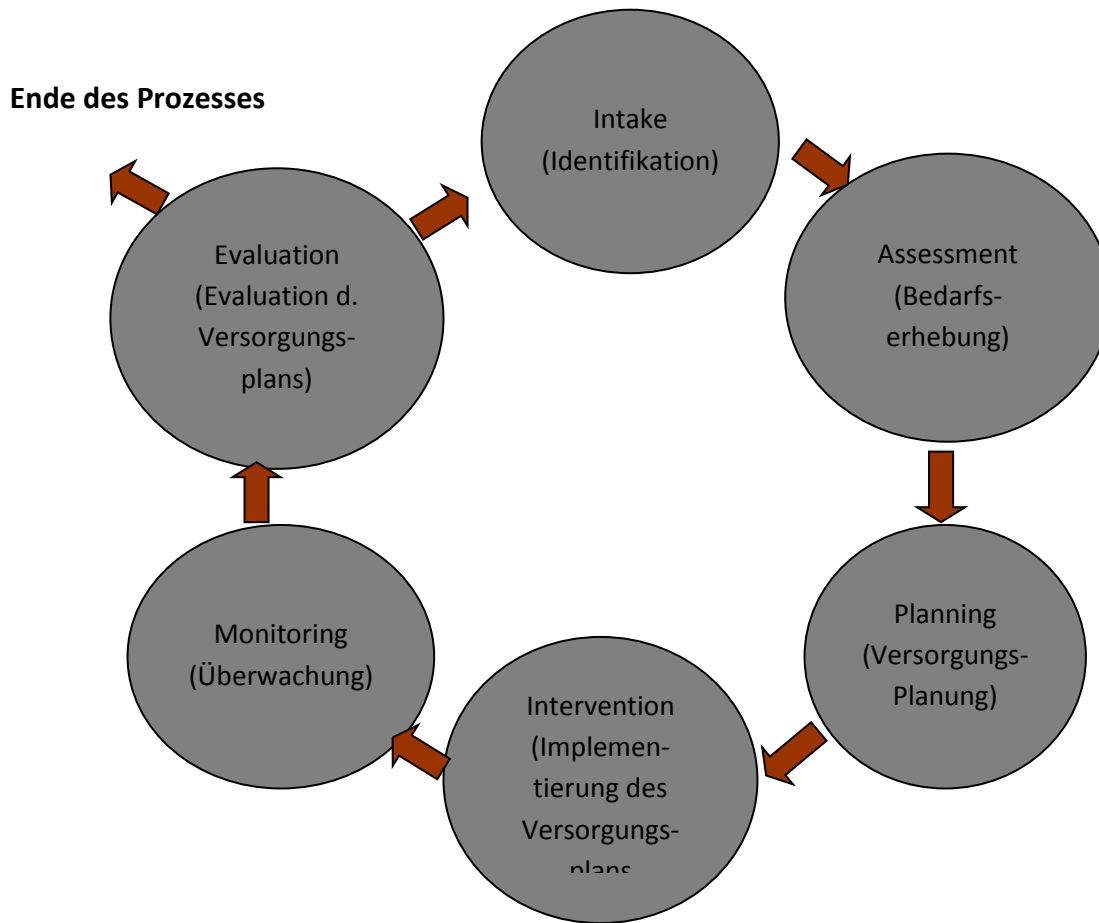
Abbildung 2 6-Phasenmodel CM im Demenznetz StädteRegion Aachen

INTAKE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Klärung der Zuständigkeiten ➤ Erste Kontaktaufnahme 	<ul style="list-style-type: none"> • Einschreibung • Rückruf Hausarzt • Überprüfung der Komplexitätskriterien (CM Kriterien: Nachweis einer Demenzerkrankung, Medizinische Komplexsituation, Pflegerische Komplexsituation, Psychosoziale Komplexsituation) • Zuordnung eines Ansprechpartners • Telefonat, erster Hausbesuch (erstes Kennenlernen, Erläuterung der Arbeit des Demenznetz StädteRegion Aachen)
ASSESSMENT	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Einschätzung und Erfassung der Situation ➤ Zweiter Hausbesuch ➤ Beziehungsaufbau 	<ul style="list-style-type: none"> • Versorgungsanalyse (Medizinische Anamnese, Pflegerische Anamnese, Psychosoziale Anamnese, Rechtliche Aspekte, Versorgungsdefizite, Ressourcen der Familie, Belastungsaspekte) • Anamnese • Befragung der Person, des sozialen Umfeldes, der bereits professionell Handelnden • Welche Hilfen sind bereits implementiert, sind bereits Gelder beantragt? • Wie wird der eigene Bedarf gesehen? • Biographische Ereignisse • Schaffung einer vertrauensvollen Atmosphäre als Grundlage der Zusammenarbeit (Nutzung unseres multiprofessionellen Teams)
PLANNING	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gemeinsame Erstellung eines Hilfeplanes mit und für das Familiensystem (basierend auf den Ergebnissen des Assessments) 	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Probleme herrschen vor? • Gibt es Ressourcen im System, die genutzt werden können? • Erarbeitung und Dokumentation von Nah- und Fernzielen • Welche Maßnahmen braucht es, um diese Ziele zu erreichen?

INTERVENTION	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Umsetzung der einzelnen Hilfen in den Alltag ➤ Case Manager/in fungiert als Bindeglied zwischen Klient/in, sozialem Umfeld und professionell Handelnden 	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilisierung von z.B. informellen Hilfen wie Verwandtschaft, Freund/innen, Nachbarschaft • Vermittlung von professionell Handelnden (Pflegerstation, haushaltsnahe Dienstleistungen, Tagespflegehäuser, Kurzzeitpflege, stationäre Pflege, FachärztInnen, Kur, Schulungsangebote, etc.) • Beratung/Intensivberatung • Vernetzung/Koordination der Angebote
MONITORING	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Kontrollfunktion/Überwachung, ob das Zusammenwirken des Unterstützungssystems funktioniert 	<ul style="list-style-type: none"> • Regelmäßiger Kontakt zu allen Beteiligten (Netzwerkpflege) • Überprüfung der formulierten Ziele (Vermeidung von Versorgungsdefiziten)
EVALUATION	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Welche Ziele wurden erreicht? ➤ Welche Hilfen scheinen sinnvoll/nicht sinnvoll (Welche sollten weitergeführt werden, welche nicht, braucht es noch andere Hilfen?) ➤ Gibt es Bedarf nach weiterem CM? 	<ul style="list-style-type: none"> • Abschluss oder Neueinschätzung des Case Managementprozesses (Wiederholung des Regelkreises ab Assessment)

In der Praxis kommen die Phasen einem sog. Case-Management-Regelkreis gleich, der sich graphisch wie folgt darstellen lässt (Abbildung 3 nächste Seite). Die einzelnen Arbeitsschritte bauen aufeinander auf und stehen in einem reziproken Verhältnis zueinander.

Abbildung 3 CM-Regelkreis



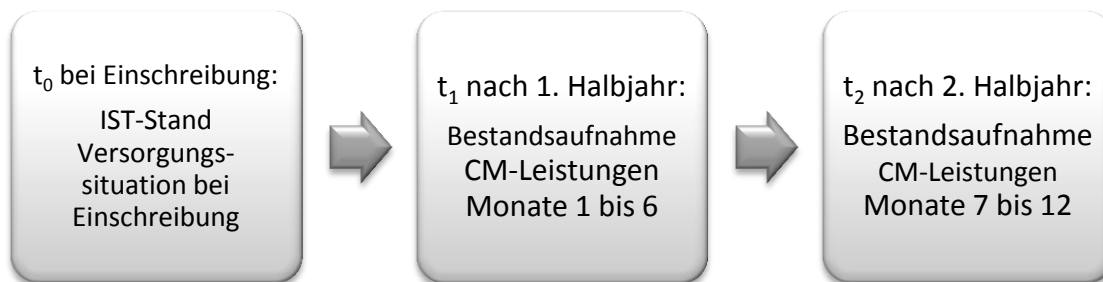
3.4.2 Aufgabenbeschreibung des CM im Demenznetz StädteRegion Aachen

1. Die Kooperation mit allen an der Versorgung beteiligten MitarbeiterInnen der Gesundheits-, Sozial-, Verwaltungs- und Managementprofessionen sowie langfristige Entwicklung einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit zur Sicherstellung zuvor festgelegter klinischer und ökonomischer Ergebnisse.
2. Die Durchführung des CM Regelkreises; in diesem Zusammenhang ist die Organisation und Durchführung von Fallbesprechungen mit den an der Versorgung beteiligten MitarbeiterInnen notwendig, um die Versorgung der Familie zu organisieren/strukturieren.
3. Entwicklung und Erprobung von Assessment-/Dokumentationssystemen.
4. Erhebung, Analyse und Weitergabe fallbezogener Daten mit dem Ziel der Versorgungsoptimierung.
5. Anleitung, Supervision und Beratung professioneller Helfer in Bezug auf klinische, ökonomische und systemische Auswirkungen ihres Handelns auf das Fall-/Versorgungsmanagement.
6. Weiterentwicklung eines Rollenmodells für die professionelle Praxis, Erweiterung der Wissensbasis durch Forschung und wissenschaftliches Arbeiten

3.5 Methodische Vorbemerkung bzgl. der Analyse der Verlaufsdocumentationen

Die durch das CM erbrachten Leistungen wurden fortlaufend systematisch erfasst und zu drei Messzeitpunkten betrachtet:

Abbildung 4 Darstellung der Erfassung der CM-Leistungen im Jahresverlauf



t₀: IST-Stand Versorgungssituation bei Einschreibung:

Zeitnah zur Einschreibung der MmD ins Netzwerk findet durch die Case-ManagerInnen eine ausführliche Ersterfassung der bestehenden Versorgungssituation statt. Dies beinhaltet die Information, ob bezüglich der einzelnen Versorgungsthemen bereits im Vorfeld des Erhebungszeitraums Versorgungsleistungen in Anspruch genommen werden.

t₁ nach 1. Halbjahr: Bestandsaufnahme der erfolgten CM-Leistungen der Monate 1 bis 6:

Die durch das CM innerhalb des ersten Halbjahresintervalls (t₀ bis t₁) erfolgten Leistungen werden fortlaufend dokumentiert. Nach Ablauf des ersten Halbjahres werden die Daten im Rahmen der wissenschaftlichen Evaluation zusammengestellt und aufbereitet.

t₂ nach 2. Halbjahr: Bestandsaufnahme der erfolgten CM-Leistungen der Monate 7 bis 12:

Die durch das CM erfolgten Interventionen innerhalb des zweiten Halbjahresintervalls (t₁ bis t₂) werden, analog zum ersten Halbjahr, fortlaufend dokumentiert und zum Abschluss des zweiten Halbjahres im Rahmen der wissenschaftlichen Evaluation zusammengestellt und aufbereitet.

Der Erhebungszeitraum für die Verlaufsdocumentation erstreckt sich über den Zeitraum vom 01.01.2012 bis zum 31.03.2012. In der Stichprobe berücksichtigt werden diejenigen MmD, für die zu den Zeitpunkten t₀, t₁ und t₂ Angaben zu CM-Leistungen vorliegen. Es ergibt sich eine Stichprobengröße von n=100.

3.6 Die Datenerhebung – Instrument, Aufbau und Inhalte, Vorgehensweise

Auf der Grundlage bereits bestehender Assessmentinstrumente und im Vorgängerprojekt „Demenznetz Aachen“⁹ erhobener Informationen wird ein Erhebungsinstrument entwickelt, das Aussagen über die Versorgungssituation der MmD zulässt und Informationen zu folgenden Aspekten enthält:

- Wohnsituation und Wohnform der MmD,
- Vorhandensein vA und anderer Bezugspersonen und die Stellung zum MmD,
- Vorhandensein einer gesetzlichen Betreuung,
- Versorgungsstatus und Interventionen im Bereich sozialrechtlicher, pflegerischer Versorgung sowie zusätzlicher Alltagsversorgung und sonstiger Versorgungsthemen,
- Hausbesuche, Fallkonferenzen, Familienratssitzungen und Begleitungen der MmD zu Terminen
- Aufenthalte im Krankenhaus und/oder Psychiatrie.

Mit Blick auf die Leistungen des CM wurden folgende Tätigkeiten erfasst:

- Aufsetzen von Dokumenten und deren in Kraft treten,
- Beantragung von Leistungen,
- Einleitung, Wechsel/Änderung oder Beendigung von Hilfeleistungen,
- Beratungen, differenziert nach Beratung und Intensivberatung¹⁰ und
- Vermittlung zu anderen Instanzen oder Institutionen.

Diese Tätigkeiten umfassen im Wesentlichen folgende Handlungsansätze, die mit unterschiedlichem Zeit- und Organisationsaufwand verbunden sind:

1. Die persönliche Intervention und Durchführung von Leistungen.
2. Die Vermittlung an und die Erbringung von Leistungen durch andere Akteure.
3. Die Beratung von MmD sowie deren vA mit dem Ziel, dass diese in der Folge möglichst selbstständig tätig werden können.

Die nachfolgende Übersicht (Tabelle 8 nächste Seite) zeigt eine Zusammenfassung der fortlaufend im Erhebungszeitraum erfassten und in der weiteren Analyse betrachteten Versorgungsaspekte.

⁹ Im Zeitraum 2008-2010 wurde das Demenznetz Aachen als eines von 29 Projekten bundesweit im Rahmen des „Leuchtturmprojekt Demenz“ des Bundesministeriums für Gesundheit gefördert.

¹⁰ Beratungen und Intensivberatungen werden per Telefon oder im Projektbüro durchgeführt. Beratungsleistungen im Rahmen der Hausbesuche sind in der Erfassung von Hausbesuchen dokumentiert.

Tabelle 8 Systematisierung der Versorgungsbereiche

1. Sozialrechtliche Vorsorge	→ Betreuungsverfügungen
	→ Patientenverfügungen
	→ Vorsorgevollmachten
2. Pflegerische Versorgung	→ Pflegestufen
	→ Zusätzliche Betreuungsleistungen
	→ Pflegedienste
	→ Tagespflege
	→ Kurzzeitpflege
	→ Verhinderungspflege
3. Zusätzliche Alltagsversorgung	→ Ehrenamtliche Unterstützung
	→ Haushaltsnahe Dienstleistungen
	→ Niedrigschwellige Betreuung
4. Sonstige Versorgungsthemen	→ Wohnraumanpassungen
	→ Therapeutischen Maßnahmen
	→ Kognitive Trainings
	→ Selbsthilfegruppen für vA
	→ Schulungen für vA

Die Systematisierung der CM-Leistungen (rechte Spalte) lässt vier übergeordnete Versorgungsbereiche erscheinen (linke Spalte): Sozialrechtliche Vorsorge, Pflegerische Vorsorge, Zusätzliche Alltagsversorgung sowie Sonstige Versorgungsthemen.

3.7 Darstellung der CM-Leistungen bezogen auf die Erhebungszeiträume t_0 , t_1 und t_2

Eine Darstellung der erbrachten CM-Interventionen erfolgt entlang der Systematik ‚Persönliche Kontakte‘ und ‚Versorgungsbereiche‘ und zeichnet damit ein Bild über das Leistungsspektrum der von den Case ManagerInnen erbrachten Unterstützungs-, Koordinierungs- und Versorgungsleistungen.

3.7.1 CM-Leistungen - Persönliche Kontakte

Neben dem ersten, einleitenden Hausbesuch nach Einschreibung ins Netzwerk, finden mögliche Kontakte zwischen MmD bzw. ihren vA und Case-ManagerInnen als persönliche Kontakte in Form von Beratungen im Projektbüro, telefonischen Gesprächen, weiteren Hausbesuchen, Terminbegleitungen und ggf. Fallkonferenzen oder Familien-Rat-Sitzungen¹¹ statt. Eine weitere Gesprächsform sind sog. Entlastungsgespräche, die vorrangig der persönlichen Entlastung der Anrufenden dienen.

¹¹ Aufgrund der geringen Fallzahl an Familien-Rat-Sitzungen und auch an Fallkonferenzen, werden diese nicht näher betrachtet. Insgesamt erfolgen bei der gesamten Stichprobe drei Familien-Rat-Sitzungen bei zwei der MmD und zwei Fallkonferenzen.

3.7.1.1 Hausbesuche

Zeitnah nach Einschreibung ins Netzwerk erfolgen obligatorische erste Hausbesuche der Case-ManagerInnen bei den MmD. Im Rahmen dieser einleitenden Treffen findet die Ersterfassung der Versorgungssituation statt. Im späteren Verlauf besuchen die Case-ManagerInnen die MmD und ihre vA ggf. erneut, sofern der Bedarf dafür besteht.

Insgesamt sind 270 Hausbesuche bei 100 MmD laut der Verlaufsdocumentationstichprobe erfolgt. Das macht durchschnittlich 2,7 Hausbesuche pro MmD und 67,5 Hausbesuche je Case-ManagerIn. Knapp mehr als die Hälfte (51%) der MmD der Stichprobe erhalten zwei Hausbesuche oder mehr.

3.7.1.2 Entlastungsgespräche

Unter der Kategorie Entlastungsgespräche werden Telefongespräche, bei denen MmD oder vA ohne gezielten Informationsaustausch vor allem emotionale Entlastung suchen, subsummiert.

Alles in allem sind 215 Entlastungsgespräche dokumentiert. Diese entfallen auf 74 der insgesamt 100 beobachteten Fälle. Circa ein Viertel der Fälle nimmt demnach kein Entlastungsgespräch in Anspruch. Im Durchschnitt finden über den Jahresverlauf etwas mehr als zwei (2,2) Entlastungsgespräche pro MmD statt. Bezogen auf die Case ManagerInnen ergibt sich damit ein Durchschnittswert von circa 54 (53,8) Entlastungsgesprächen pro Case-ManagerIn.

3.7.1.3 Begleitungen

Unter Begleitungen fallen Termine der MmD, die von den Case-ManagerInnen begleitet werden. Nicht immer ist der MmD diejenige Person, die begleitet wird, es handelt sich z.T. auch um vA ohne Beisein des MmD. Die Themen solcher Begleitungen reichen von Demenz-Diagnostik im Gerontopsychiatrischen Zentrum, über Besuche von Tagesstätten bis zu Begleitungen zu Erstterminen bei der Ergotherapie oder bei Selbsthilfegruppen. Die Themen gestalten sich, unterschiedlich sowohl in ihrer inhaltlichen Ausrichtung als auch bzgl. des jeweiligen zeitlichen Aufwandes. Da die Dauer der jeweiligen Termine nicht dokumentiert ist, wird an dieser Stelle die Anzahl der Begleitungen festgehalten. Zudem ist die Anzahl beteiligter Personen je Termin im Rahmen der Verlaufsdocumentationen erfasst.

Im Ganzen werden 20 Begleitungen dokumentiert. Im Durchschnitt sind das fünf Begleitungen pro Case-ManagerIn. In zwei Dritteln der Fälle (65%) finden einmalige Begleitungen statt, auf zwei oder mehr Begleitungen pro MmD entfallen somit 35% der erfassten Begleitungen.

In ungefähr einem Drittel der Fälle (35%) begleitet die/der Case-ManagerIn eine einzelne Person zu einem Termin. In der Hälfte der Fälle (50%) sind neben dem/der Case ManagerIn zusätzlich zwei Personen anwesend. Drei oder mehr Personen sind in 15% der Fälle anwesend.

3.7.2 CM-Leistungen - Die Versorgungsbereiche

Die Darstellung der CM-Leistungen nach Versorgungsbereichen wird unterteilt nach kurzer inhaltlicher Charakterisierung der jeweiligen Bereiche und der Darstellung des quantitativen Umfangs der erbrachten Aktivitäten über den beobachteten Zeitraum von zwölf Monaten.

3.7.2.1 Sozialrechtliche Vorsorge

Es liegen Daten zum Vorhandensein von Betreuungsverfügungen, Patientenverfügungen sowie zu Vorsorgevollmachten der MmD vor. Die Beratung zu und Bearbeitung dieser Themen ist Bestandteil der Case-Management-Leistungen und kann unter der Bezeichnung **Sozialrechtliche Vorsorge** zusammengefasst werden.

Beschreibung von Aspekten sozialrechtlicher Vorsorge

Betreuungsverfügung:

Ist eine Möglichkeit der persönlichen und selbstbestimmten Vorsorge für den Fall, dass man selbst nicht mehr in der Lage ist, seine eigenen Angelegenheiten zu erledigen. Ein Betreuer darf nur für Aufgabenkreise bestellt werden, in denen die Betreuung erforderlich ist.¹²

Patientenverfügung:

Ist eine schriftliche Vorausverfügung einer Person für den Fall, dass sie ihren Willen nicht mehr (wirksam) erklären kann. Sie bezieht sich auf medizinische Maßnahmen.¹³

Vorsorgevollmacht:

Ist eine Bevollmächtigung mit der eine Person einer anderen Person, im Falle einer Notsituation alle oder bestimmte Aufgaben überträgt. Mit der Vorsorgevollmacht wird der Bevollmächtigte zum Vertreter im Willen, d. h. er entscheidet an Stelle des nicht mehr entscheidungsfähigen Vollmachtgebers.¹⁴

Eine Absicherung dieser Art durch eines oder mehrere Dokumente dient der Sicherstellung, dass zukünftig beim Verlust der eigenen Entscheidungsfähigkeit eine Person stellvertretend Entscheidungen treffen kann. Die drei Vorsorgeformen fokussieren unterschiedlich stark stellvertretende Entscheidungsbefugnisse über einzelne Lebensbereiche von Personen, deren Entscheidungsfähigkeit eingeschränkt ist.

Der Beschluss über Art und Umfang der Absicherung ist stets der subjektiven Lebens- und Krankheitssituation der Person anzupassen. Die MmD und ihre vA erhalten im Netzwerk frühzeitig Informationen, um sie in die

¹²Vgl. http://www.gesetze-im-internet.de/bgb/__1896.html.

¹³ Vgl. http://www.gesetze-im-internet.de/bgb/__1901a.html.

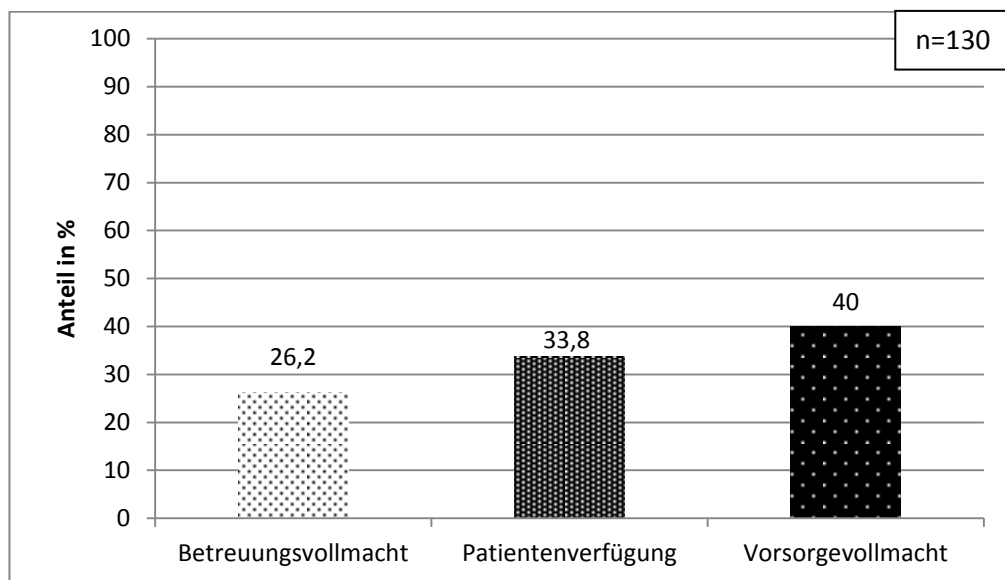
¹⁴ Vgl. http://www.gesetze-im-internet.de/bgb/__164.html.

Lage zu versetzen, das Für und Wider abzuwägen und eine nach ihrer Einschätzung angemessene sozialrechtliche Versorgungslage zu schaffen.

Sozialrechtliche Vorsorge bei Einschreibung

Bei Einschreibung in das Netzwerk liegen 130 Dokumente der sozialrechtlichen Vorsorge vor.

Abbildung 5 Sozialrechtliche Vorsorge bei Einschreibung in das Netzwerk



Bei etwas mehr als ein Viertel der Dokumente handelt es sich um Betreuungsvollmachten (26,2%), bei einem weiteren Drittel um Patientenverfügungen (33,8%), 40% sind Vorsorgevollmachten. Da bereits zum Projektbeginn vorliegend, werden diese Erfassungen werden folgend nicht als CM-Leistungen im Jahresintervall gewertet.

Sozialrechtliche Vorsorge im Verlauf

Abbildung 6 Sozialrechtliche Vorsorge - CM-Interventionen im Verlauf (n=74)



Annähernd 90% der während des Beobachtungszeitraums erfassten CM-Leistungen im Bereich der sozialrechtlichen Vorsorge werden im ersten Halbjahr erbracht (89,2%). Auf das zweite Halbjahr entfallen weitere 10,8% der Interventionen.

Sozialrechtliche Vorsorge im Verlauf - Teilaspekte

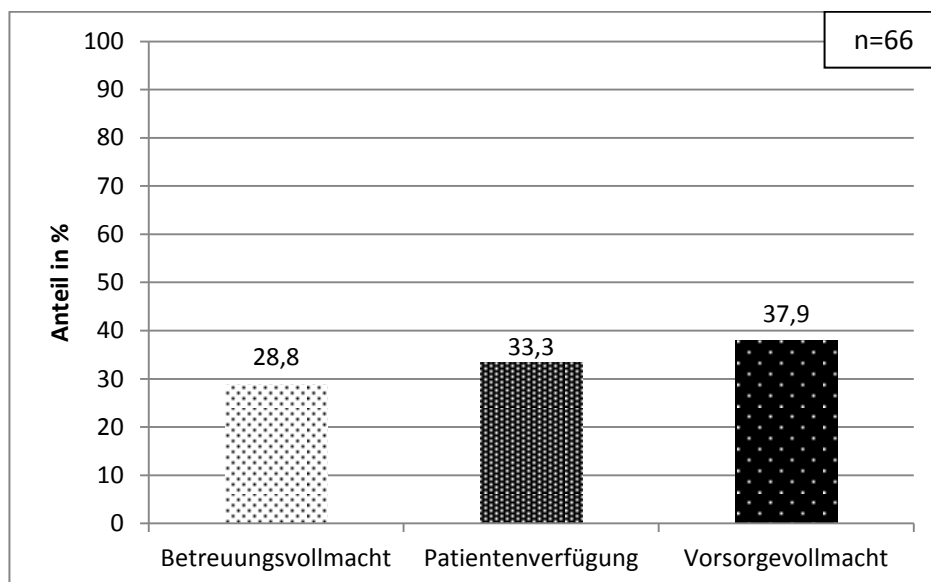
Tabelle 9 Übersicht Teilaspekte sozialrechtlicher Vorsorge im Verlauf (in %)

Teilaspekt	Anteil an Gesamtinterventionen (t ₁ und t ₂)	1. Halbjahr (t ₁)	2. Halbjahr (t ₂)
Betreuungsvollmacht (n=22)	29,7	86,4	13,6
Patientenverfügung (n=24)	32,4	91,7	8,3
Vorsorgevollmacht (n=28)	37,9	89,3	10,7
GESAMT (n=74)	100		

Die Tabelle 9 zeigt in einem ersten Überblick (Spalte 2) die prozentuale Verteilung der CM-Interventionen im Bereich der sozialrechtlichen Vorsorge über den gesamten Beobachtungszeitraum von 12 Monaten nach der Einschreibung in das Netzwerk. Es handelt sich dabei um eine weitgehend ausgeglichene Verteilung. Am häufigsten werden CM-Interventionen zum Teilaspekt Vorsorgevollmachten erbracht (37,9%), gefolgt durch Patientenverfügungen (32,4%) und Betreuungsvollmachten (29,7%).

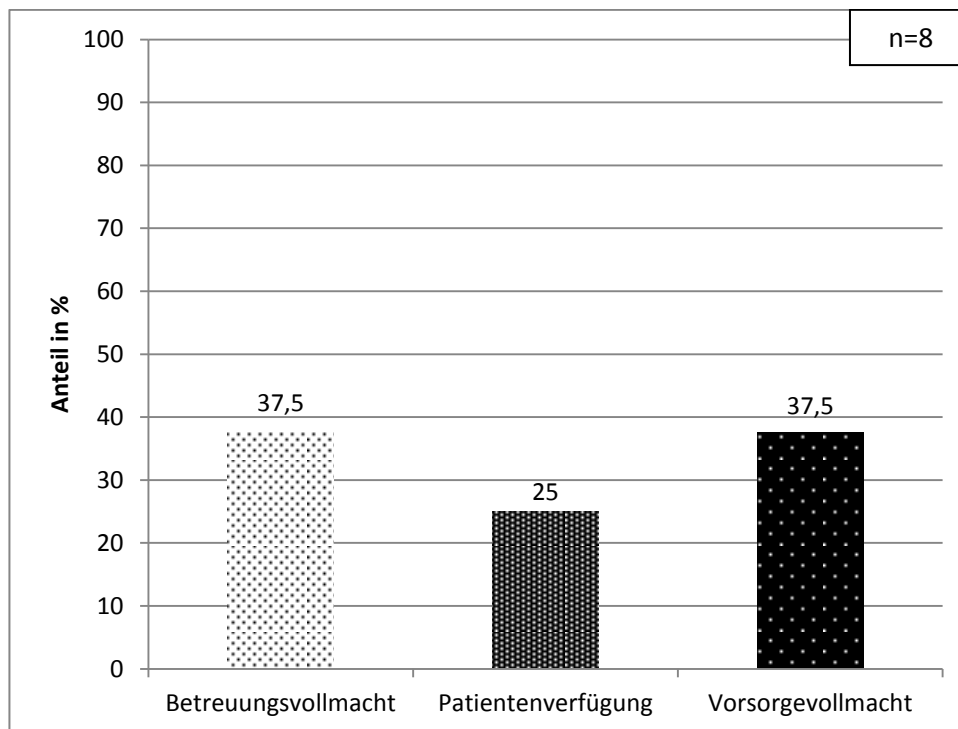
Die weiteren Spalten (3 + 4) veranschaulichen die Teilaspekte im Halbjahresvergleich. Diesbezüglich ergibt sich ein klares Bild, weitaus mehr CM Leistungen werden im ersten Halbjahr der Verlaufsdocumentation erfasst (Werte zwischen 86,4% und 91,7%). Circa 9 von 10 CM-Leistungen fallen somit in die erste Jahreshälfte der Dokumentation.

Abbildung 7 Sozialrechtliche Vorsorge - CM-Leistungen im ersten Halbjahr



Im Verlauf des ersten Halbjahres können für den sozialrechtlichen Bereich 66 CM-Leistungen konstatiert werden. In diesem Zeitraum entfallen fast vier von zehn Interventionen auf den Bereich der Vorsorgevollmachten (37,9%), und ein Drittel auf Patientenverfügungen (33,3%). CM-Leistungen zu Betreuungsvollmachten machen etwas mehr als ein Viertel aller sozialrechtbezogenen Interventionen während der ersten sechs Monate aus (28,8%).

Abbildung 8 Sozialrechtliche Vorsorge - CM-Leistungen im zweiten Halbjahr



Während des zweiten Halbjahres werden acht CM-Leistungen im Bereich Sozialrechtliche Vorsorge erfasst. Diese entfallen zu gleichen Anteilen auf die Aspekte Betreuungs- und Vorsorgevollmacht (je 37,5%). Ein Viertel der CM-Leistungen während der zweiten sechs Monate wird als Patientenverfügung erfasst (25%).

Sozialrechtliche Vorsorge - Typisierung der CM-Interventionen

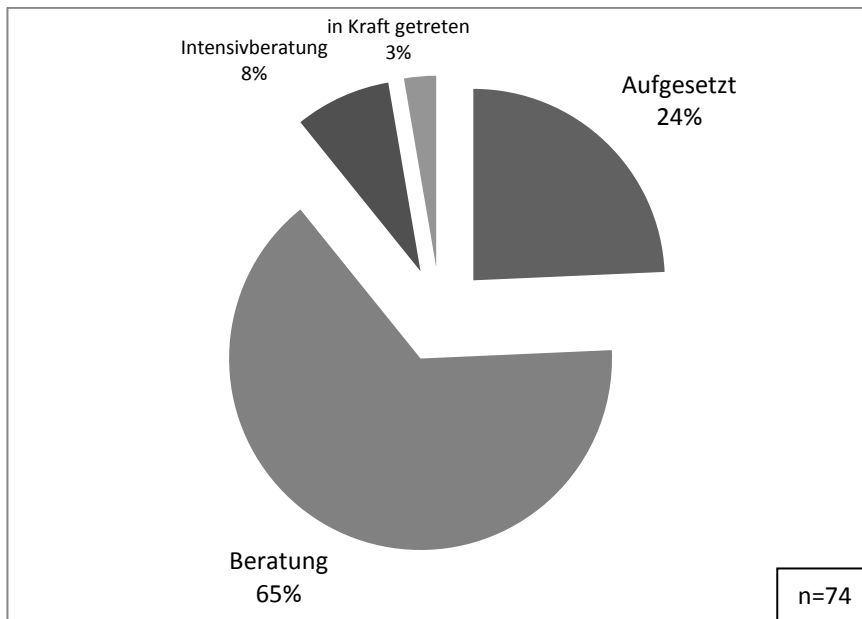
Im Bereich der sozialrechtlichen Vorsorge werden von Seiten der Case ManagerInnen verschiedene Leistungen erbracht. Diese lassen sich wie folgt gliedern:

- **Beratungen** zu sozialrechtlicher Vorsorge,
- **Intensivberatungen** zu sozialrechtlicher Vorsorge,
- **Aufsetzen** eines Dokuments der sozialrechtlichen Vorsorge,
- **Vermittlung** an andere Institutionen,
- **In Kraft treten** der sozialrechtlichen Vorsorge.

Die Betrachtung der Interventionstypen erfolgt auf Basis der Daten von t_1 und t_2 .¹⁵ Die bei Einschreibung erfassten CM relevanten Leistungen liegen bereits zu Erhebungsbeginn vor, stellen somit keine neu eingeleiteten Aktivitäten der Case ManagerInnen während der Verlaufsdokumentation dar.

¹⁵ Auch die Typisierungen der CM-Leistungen in anderen Versorgungsbereichen (Pflegerische Versorgung, Zusätzliche Alltagsversorgung, Sonstige Versorgungsthemen) werden auf Basis der jeweiligen Daten von t_1 und t_2 vorgenommen.

Abbildung 9 Sozialrechtliche Vorsorge - CM-Interventionen (t₁ und t₂)



Von insgesamt 74 im Jahresverlauf erfassten CM-Leistungen wird die Beratung mit einem Anteil von fast zwei Dritteln (65%) am häufigsten durchgeführt. Dazu kommen weitere 8% Intensivberatungen, so dass im Ganzen fast drei Viertel aller Interventionen beratender Art (73%) sind. Dem Aufsetzen von Dokumenten kommen 24% zu, bei 3% der Leistungen tritt ein Dokument der sozialrechtlichen Vorsorge in Kraft.

3.7.2.2 Pflegerische Versorgung

Ein weiterer wichtiger Bereich im Rahmen der Versorgung von MmD ist die Pflegerische Versorgung. In der vorliegenden Studie wird sie in sechs Teilbereiche untergliedert.

Pflegerische Versorgung - Beschreibung der Teilaspekte

Pflegestufen:

In Deutschland sind Leistungen der Pflegeversicherungen gesetzlich verankert. Die Höhe der Geld- oder Sachleistungen bemisst sich an den individuellen Bedarfen der Einzelperson. Dazu erfolgt eine Einstufung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK). Die Leistungen reichen je nach Höhe der Pflegestufe und Art der Leistungen von monatlich 235,- bis 1.918,- Euro.

Zusätzliche Betreuungsleistungen (ZBL):

Für MmD gibt es bei eingeschränkter Alltagskompetenz die Möglichkeit nach § 45b SGB XI sog. zusätzliche Betreuungsleistungen in Anspruch zu nehmen. Die Feststellung eingeschränkter Alltagskompetenz ist Voraussetzung und erfolgt ebenfalls durch den MDK. Zusätzliche Betreuungsleistungen können monatlich je nach Bedarf in Höhe von 100,- oder 200,- Euro in Anspruch genommen werden. Eine Inanspruchnahme erfolgt unabhängig von der Pflegestufe der betreffenden Person. Vereinzelt wird bei Inanspruchnahme von ZBL ohne das Vorhandensein einer offiziellen Pflegestufe von der sog. Pflegestufe 0 gesprochen.

Ambulante Pflegedienste:

Ein Pflegedienst ist ein Unternehmen, das die häusliche und/oder stationäre Versorgung von pflegebedürftigen Personen durchführt. Im Rahmen der vorliegenden Betrachtungen wird die Inanspruchnahme ambulanter Pflegedienste betrachtet, da die Personen der Stichprobe in der eigenen Häuslichkeit leben. Ambulante Pflegedienste werden den sog. sonstigen Leistungserbringern im Gesundheitswesen zugeordnet. Es handelt sich um Einrichtungen, welche die Pflege von Pflegebedürftigen in ihrer Wohnung durch qualifizierte Pflegefachkräfte sicherstellen.

Tagespflege:

Die Tagespflege ist ein (teilstationäres) Betreuungsangebot für ältere Menschen, die in ihrem Alltag Hilfe und Pflege benötigen und zu Hause wohnen bleiben möchten. Tagespflege ergänzt die Versorgung durch Angehörige und ambulante Dienste. Ziel ist die stundenweise Entlastung vA und die Vermeidung frühzeitiger Heimunterbringung. Eine Tagespflegestätte kann täglich oder nur an einzelnen Wochentagen besucht werden. Im Rahmen von Tagespflege werden u.a. soziale Aktivitäten, Mahlzeiten und pflegerische Hilfen angeboten.

Kurzzeitpflege:

Unter Kurzzeitpflege versteht man die Pflege und Betreuung einer pflegebedürftigen Person in einer vollstationären Einrichtung. Die Kurzzeitpflege ermöglicht vA eine zeitlich begrenzte Entlastung oder bereitet einen pflegebedürftigen Menschen nach dem Klinikaufenthalt auf die Rückkehr in den eigenen Haushalt vor. Die Pflegeversicherung finanziert Kurzzeitpflege für höchstens 28 Tage und bis zu einem Wert von 1.550 Euro je Kalenderjahr. Die Kurzzeitpflege umfasst Grundpflege, medizinische Behandlungspflege und soziale Betreuung. Die Unterkunfts- und Verpflegungskosten sind in der Kurzzeitpflege nicht inbegriffen. Die Kurzzeitpflege wird in unterschiedlichen Einrichtungen angeboten zum Beispiel in speziellen Kurzzeitpflegeeinrichtungen mit Hotelcharakter, in Krankenwohnungen oder Gästebetten in Altenpflegeheimen¹⁶.

Verhinderungspflege:

Die Verhinderungspflege kann sowohl als ambulante oder als teilstationäre Leistung in Anspruch genommen werden. Sie kann nötig sein, wenn die Pflegeperson wegen Urlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen ausfällt. Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen verhindert, die Versorgung zu übernehmen, erstattet die Pflegekasse die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens vier Wochen und bis max. 1.550 Euro je Kalenderjahr. Voraussetzung ist, dass der vA den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung versorgt hat.¹⁷ Sowohl Kurzzeit- als auch Verhinderungspflege sind pflegerische Versorgungsleistungen, bei denen es sich um jährlich einmalige Leistungen handelt.

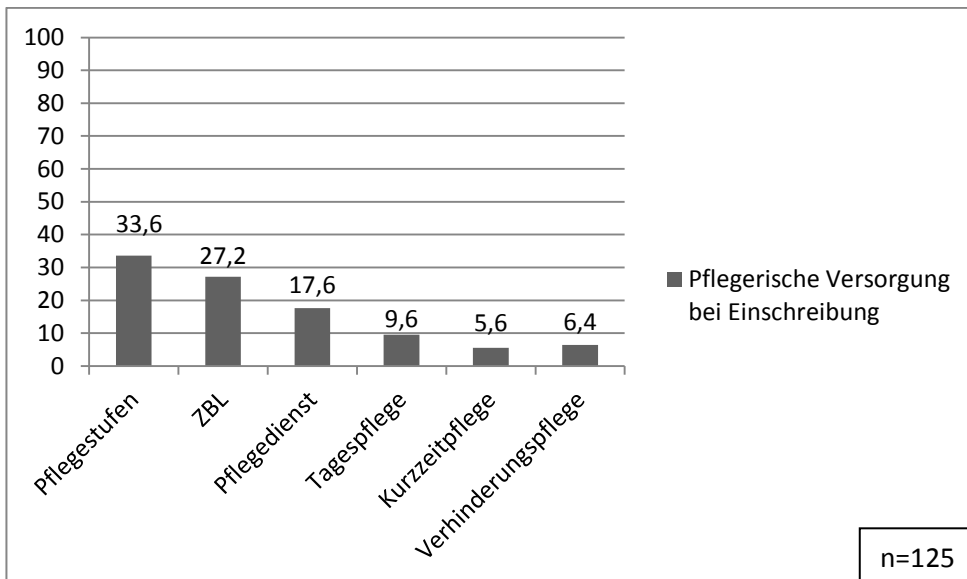
Pflegerische Versorgung bei Einschreibung

Zusammengenommen werden 413 CM-Leistungen im Bereich der pflegerischen Versorgung erfasst. Davon werden 125 (30,3%) der Leistungen bereits bei Einschreibung in das Netzwerk registriert (siehe Abb. 10 nächste Seite).

¹⁶ Vgl. <http://www.meine-pflegeversicherung.de/lexikon.php?q=kurzzeitpflege>

¹⁷ Vgl. <http://www.pflegestufe.com/gesetzliche-definition/78-verhinderungspflege-gesetzliche-definition>

Abbildung 10 Pflegerische Versorgung bei Einschreibung in das Netzwerk (in %)



Ein großer Teil der bei Einschreibung vorliegenden Leistungen pflegerischer Versorgung fällt in den Bereich der häuslichen Pflege. Hierunter fallen sowohl Pflegestufen (33,6%) als auch die Zusätzlichen Betreuungsleistungen (ZBL, 27,2%)¹⁸. Darüber hinaus kommt Leistungen des Pflegedienstes (17,6%) und der Tagespflege (9,6%) eine Bedeutung zu. Angebote der Kurzzeitpflege (5,6%) und der Verhinderungspflege (6,4%) werden vor Einschreibung in das Netzwerk nur bedingt in Anspruch genommen.

Pflegerische Versorgung im Verlauf

Abbildung 11 Pflegerische Versorgung - CM-Interventionen im Verlauf



¹⁸ Von allen erfassten Pflegestufen entfallen auf Pflegestufe 1 (59,5%), Pflegestufe 2 (33,3%) und Pflegestufe 3 (7,1%). Bei den ZBL entfallen 41,2% auf 100€ und 58,8% auf 200€.

Im weiteren Erhebungszeitraum finden 288 Interventionen statt. Zwei Drittel der CM-Leistungen (75,7%) im pflegerischen Versorgungsbereich finden im ersten Halbjahr der Dokumentation statt. 24,3% aller CM-Interventionen pflegerischer Art fallen in die zweiten sechs Monate.

Pflegerische Versorgung im Verlauf - Teilaspekte

Wie bereits dargestellt setzt sich die Pflegerische Versorgung aus mehreren Teilaspekten zusammen (Siehe Pflegerische Versorgung - Beschreibung von Teilaspekten).

Tabelle 10 Pflegerische Versorgung im Verlauf – Übersicht Teilaspekte (Anteile in %)

Teilaspekt	Anteil an Gesamtinterventionen in % (t ₁ und t ₂)	1. Halbjahr (t ₁)	2. Halbjahr (t ₂)
Pflegestufen (n=69)	24	79,7	20,3
Zusätzliche Betreuungsleistungen (n=83)	28,8	73,5	26,5
Pflegedienst (n=43)	14,9	72,1	27,9
Tagespflege (n=37)	12,8	78,4	21,6
Kurzzeitpflege (n=31)	10,8	80,6	19,4
Verhinderungspflege (n=25)	8,7	68	32
GESAMT (n=288)	100		

Die Tabelle 10 zeigt in einem ersten Überblick (Spalte 2) die prozentuale Verteilung der CM-Interventionen im Bereich der pflegerischen Versorgung über den gesamten Beobachtungszeitraum von 12 Monaten nach der Einschreibung in das Netzwerk. Hier wird deutlich sich, dass insbesondere CM-Leistungen in Bezug auf Pflegestufen (24%) und zusätzliche Betreuungsleistungen (28,8%) erbracht werden. Die weiteren Leistungen dieses Bereich entfallen relativ gleichmäßig (8,7% bis 14,9%) auf die verschiedenen Unterstützungsmöglichkeiten der pflegerischen Alltagsunterstützung (Pflegedienst, Tagespflege, Kurzzeitpflege, Verhinderungspflege).

Die weiteren Spalten (3 + 4) veranschaulichen die Teilaspekte im Halbjahresvergleich. Hier zeigt sich, dass weitaus mehr Interventionen im ersten Halbjahr der Verlaufsdokumentation durchgeführt werden. Im Durchschnitt liegen drei Viertel der erfassten CM-Interventionen im ersten Halbjahr. Dementsprechend entfallen auf das zweite Halbjahr noch 25% der Interventionen.

Pflegerische Versorgung - Typisierung der CM-Interventionen

Im Bereich der pflegerischen Leistungen kommen verschiedene Interventionsarten zur Anwendung. Den Case ManagerInnen stehen folgende Möglichkeiten der Leistungserfassung laut Erhebungsbogen zur Verfügung:

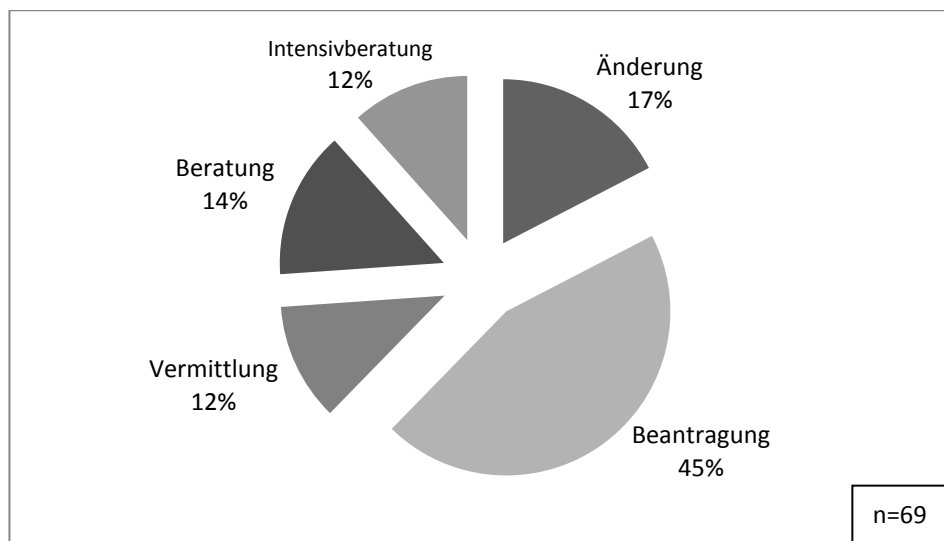
Tabelle 11 Pflegerischer Versorgung - Möglichkeiten der Leistungserfassung nach Teilbereichen

Pflegestufen und Zusätzliche Betreuungsleistungen	Pflegedienst und Tagespflege	Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege
Geändert	Beantragt	Beantragt
Beantragt	Gewechselt	Vermittelt
Vermittelt	Beendet	Beraten
Beraten	Vermittelt	Intensivberatung
Intensivberatung	Beraten	
	Intensivberatung	

Dieser Systematik entsprechend werden die Leistungen der pflegerischen Versorgung in einem Dreischritt dargestellt.

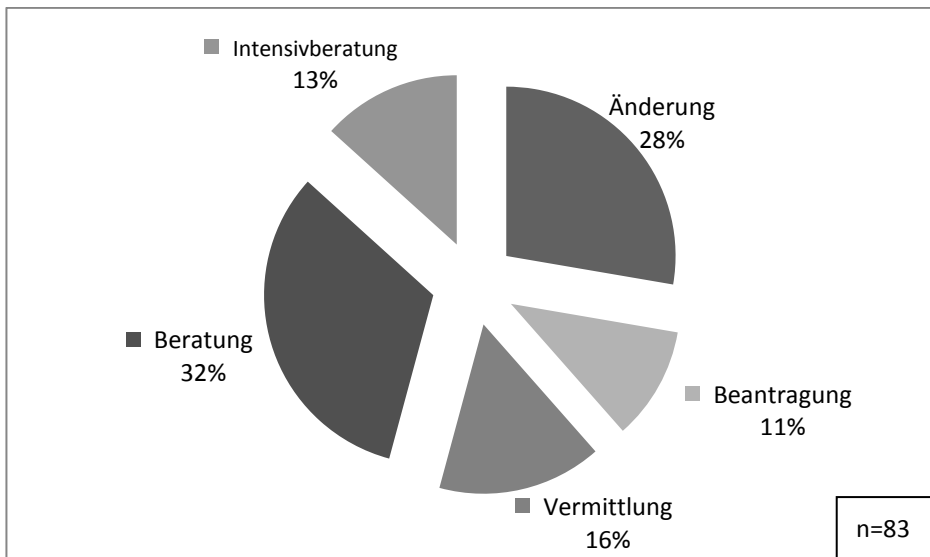
Pflegestufen und Zusätzliche Betreuungsleistungen

Abbildung 12 CM-Interventionen zu Pflegestufen (t₁ und t₂)



Fast die Hälfte (45%) der Interventionen dieses Bereichs beziehen sich auf die konkrete Beantragung einer Pflegestufe. Etwas weniger als ein Fünftel der CM-Leistungen entfällt auf die Beantragung der Änderung der Pflegestufe (17%). Zu 14% bzw. 12% werden beratende Leistungen in unterschiedlicher Intensität erbracht, womit insgesamt knapp mehr als ein Viertel (26%) der Gesamtleistungen, Beratungsgespräche zum Pflegebedarf sind. Bei weiteren 12% der CM-Aktivitäten werden die MmD bzw. die vA zur weiterführenden Bearbeitung an andere Institutionen vermittelt.

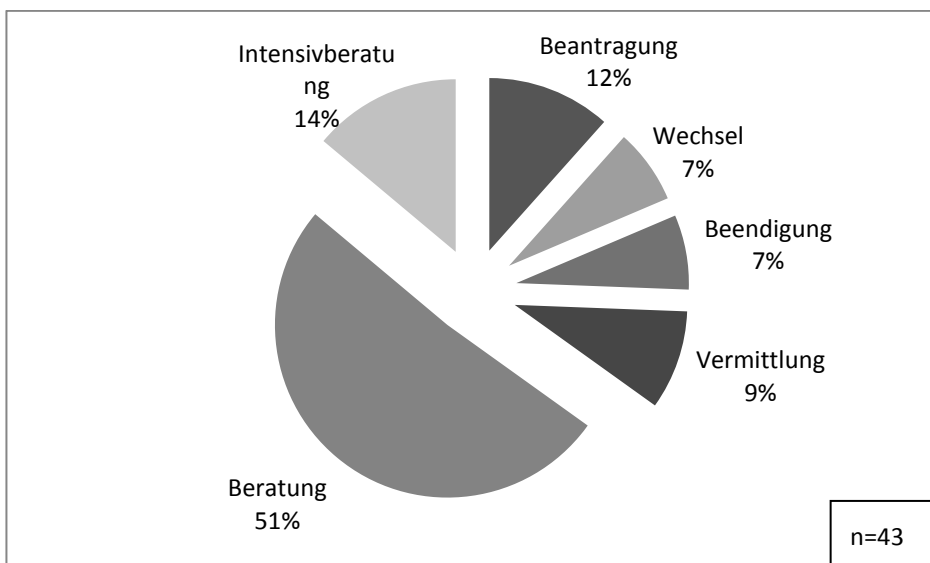
Abbildung 13 CM-Interventionen zu Zusätzlichen Betreuungsleistungen (t₁ und t₂)



Hinsichtlich zusätzlicher Betreuungsleistungen stellt sich die Verteilung von CM-Leistungen anders dar. Hier entfallen auf Leistungen beratender Art beinahe fünf von zehn (45%) der in den Verlaufsdocumentationen erfassten CM-Aktivitäten. Zudem lassen sich 28% der Nennungen Änderungen an bestehenden zusätzlichen Betreuungsleistungen zuordnen. In rund jedem siebten Fall (16%) vermitteln die Case ManagerInnen zur weiteren Bearbeitung an andere Institutionen. Zu einer Beantragung von zusätzlichen Betreuungsleistungen kommt es in 11% der dokumentierten Interventionen.

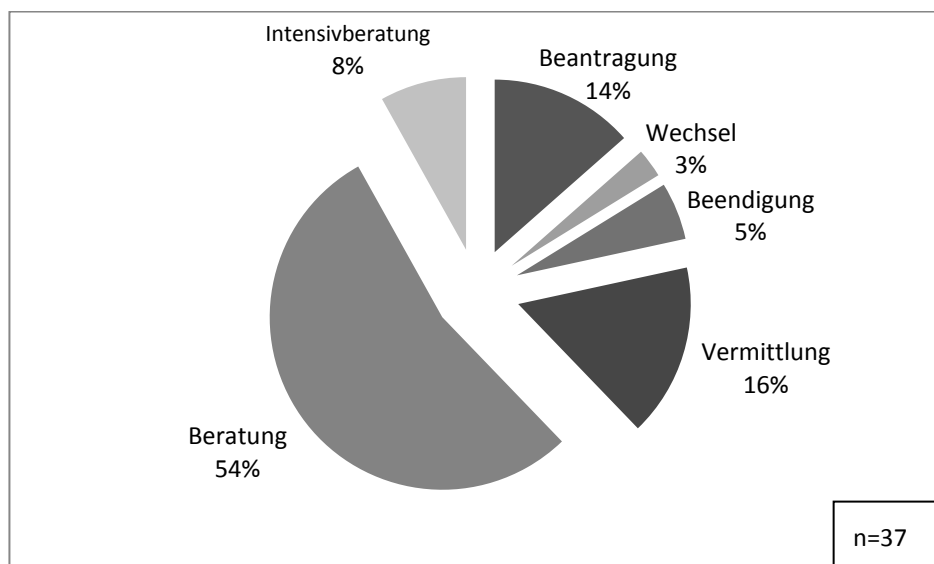
Pflegedienst und Tagespflege

Abbildung 14 CM-Interventionen zu Pflegedienst (t₁ und t₂)



Auch im Teilbereich Pflegedienst kommt den beratenden Tätigkeiten des CM die größte Bedeutung zu, jede zweite Leistung (51%) wird als Beratung erfasst. Dazu kommen noch weitere 14% intensive Beratungen, so dass fast zwei Drittel (65%) der Interventionen zu Pflegediensten, beratende Aktivitäten der Case ManagerInnen sind. Ferner zeigen sich die weiteren Leistungen relativ ausgeglichen, mit leicht schwankenden prozentualen Anteilen zwischen 7% und 12%.

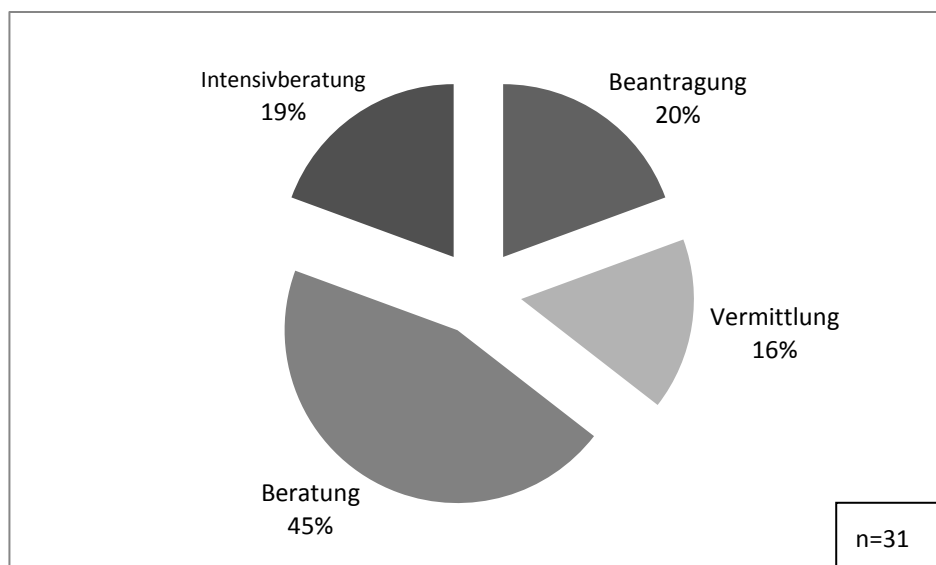
Abbildung 15 CM-Interventionen zu Tagespflege (t₁ und t₂)



Die Verteilung der tagespflegebezogenen Leistungen zeigt ein ähnliches Bild. Mehr als sechs von zehn (62%) Interventionen lassen sich beratenden Aktivitäten zuordnen, wovon der größte Teil (54%) als Beratungen erfasst wird, 8% entfallen auf intensive Beratungen. Darüber hinaus unterscheiden sich die anderen Leistungsarten in ihrer Häufigkeit deutlicher. Während auf die Vermittlung an andere Institutionen zur Weiterbearbeitung 16% und die Beantragung von tagespflegerischen Angeboten 14% der Nennungen entfallen, vereinen sich auf den Wechsel (3%) und die Beendigung (5%) von Angeboten lediglich gesamt 8%.

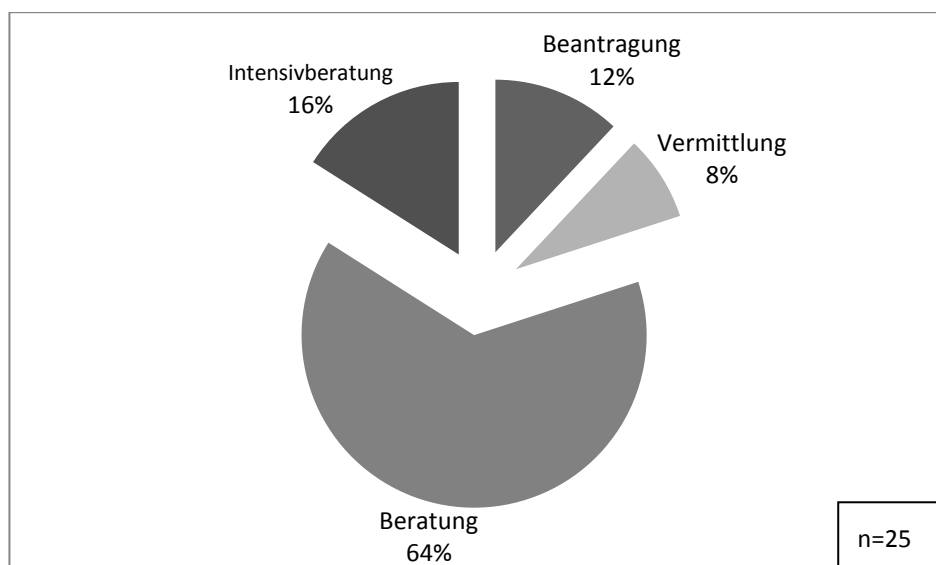
Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege

Abbildung 16 CM-Interventionen zu Kurzzeitpflege (t₁ und t₂)



Für den Bereich Kurzzeitpflege werden im Verlauf des Jahresintervalls mehrheitlich (45%) Beratungen erfasst. Dazu kommen mit 19% Intensivberatungen. Zusammengenommen entsprechen damit auch hier rund zwei Drittel (64%) aller registrierten Interventionen Formen der Beratung. In einem Fünftel der Interventionsfälle werden Angebote der Kurzzeitpflege beantragt (20%). Rund jede siebte Intervention (16%) entspricht einer Vermittlung an andere Institutionen zur weiteren Bearbeitung.

Abbildung 17 CM-Interventionen zu Verhinderungspflege (t₁ und t₂)



Von allen Teilaspekten pflegerischer Versorgung verzeichnet der Aspekt Verhinderungspflege den größten Anteil an Beratungsleistungen. Hier entfallen fast zwei Drittel (64%) aller im Erhebungszeitraum registrierten CM-Interventionen auf Beratungen, des Weiteren 16% auf Intensivberatungen. Zudem können (12%) der Leistungen der Beantragung von Verhinderungspflege zugeordnet werden, bei 8% der Interventionen kommt es zu Vermittlungen an andere Institutionen zur weiteren Bearbeitung.

3.7.2.3 Zusätzliche Alltagsversorgung

Die Kategorie Zusätzliche Alltagsversorgung subsummiert die Themen, Ehrenamtliche Unterstützungsleistungen, Haushaltsnahe Dienstleistungen sowie Betreuung in Form niedrigschwelliger Betreuungsangebote.

Diese Bereiche ergänzen bzw. erweitern ein bestehendes pflegebezogenes Versorgungsarrangement dahingehend, dass hier auch Facetten des Sozialraums bzw. der Lebenswelt des MmD miteinbezogen werden wie z.B. der Besuch eines Demenz-Cafés, der Aufbau eines Netzwerkes an ehrenamtlichen Unterstützungen oder Nachbarschaftshilfen.

Zusätzliche Alltagsversorgung - Beschreibung der Teilaspekte

Ehrenamtliche Unterstützungsleistungen:

Zu Ehrenamtlichen Unterstützungsleistungen gehören u.a. Besuchsdienste. Der klassische Aufgabenbereich für die Freiwilligen im Besuchsdienst umfasst z.B. Tätigkeiten wie Gespräche führen, Vorlesen und Erzählen, Begleitung und Hilfe außer Haus sowie Hilfe bei Einkäufen.

Haushaltsnahe Dienstleistungen:

Haushaltsnahe Dienstleistungen bezeichnen vorrangig hauswirtschaftliche Unterstützungsleistungen wie fahrbarer Mittagstisch, Haushalts- oder Einkaufshilfen. Die jeweiligen Leistungen können dabei wie pflegerische Hilfen abgerechnet werden oder über das sog. Pflegegeld. Dabei wird unterschieden nach pflegerischen Hilfen bzw. über Pflegesachleistungen abrechenbare Leistungen, die durch anerkannte Pflegedienste erbracht werden und nach Hilfen, die durch andere Dienste wie etwa kirchliche Nachbarschaftshilfen geleistet werden. Diese sind nicht an die Pflegekassen als Leistungsträger gebunden.

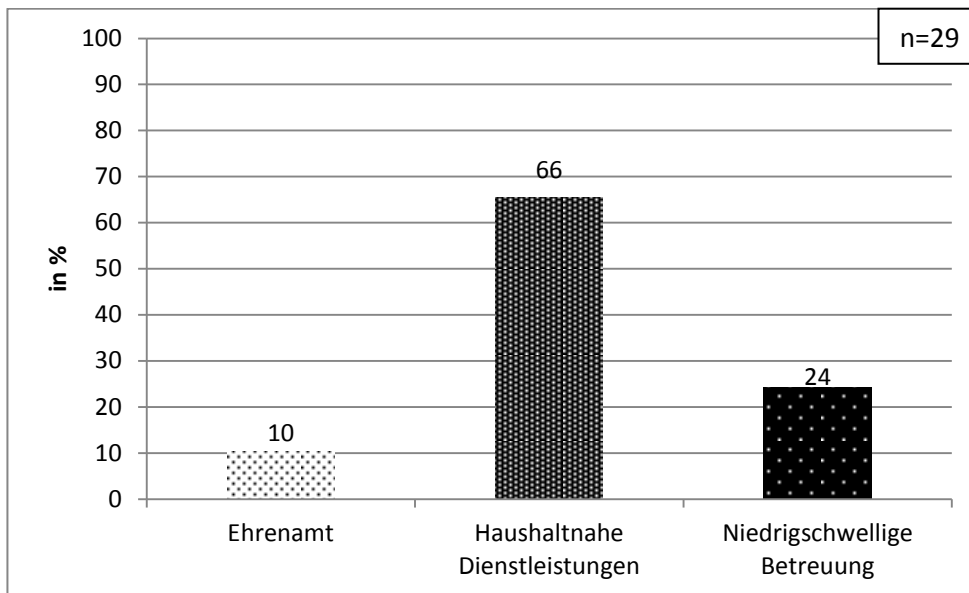
Niedrigschwellige Betreuungsangebote:

Hierzu zählen demenzspezifische Betreuungsangebote wie z.B. Demenz-Cafés oder Betreuungsgruppen. Diese Angebote sind vielfach für MmD konzipiert, die mobil sind. Betreuungsgruppen finden i.d.R. einmal wöchentlich statt, dauern zwei bis vier Stunden und werden überwiegend durch Kirchengemeinden und Seniorenbegegnungsstätten organisiert. Die Finanzierung kann über Zusätzliche Betreuungsleistungen erfolgen.

Zusätzliche Alltagsversorgung bei Einschreibung

Insgesamt liegen für den Bereich der zusätzlichen Alltagsversorgung 117 CM-Leistungen vor. Davon werden ein Viertel (24,8%) der Leistungen bereits bei Einschreibung in das Netzwerk durch die Case ManagerInnen erfasst.

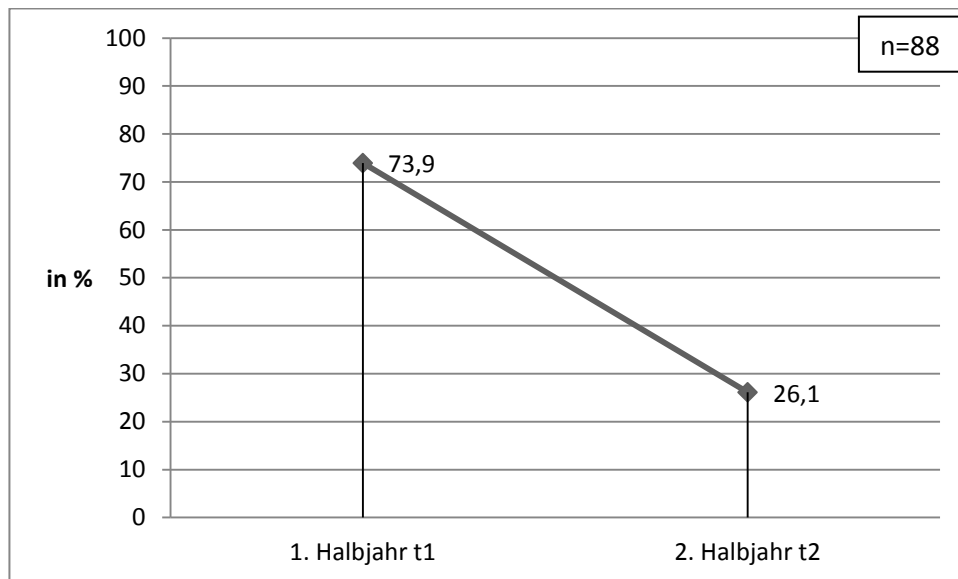
Abbildung 18 Zusätzliche Alltagsversorgung bei Einschreibung in das Netzwerk



Der weitaus überwiegende Anteil (66%) der bei Einschreibung erfassten Versorgungsaspekte fällt in den Bereich der haushaltsnahen Dienstleistungen. Ein Viertel (24%) der Vorab-Interventionen lässt sich niedrigschwelligen Betreuungsformen zuordnen. Jede zehnte Leistung (10%) bezieht sich auf die Beanspruchung ehrenamtlicher Unterstützung.

Zusätzliche Alltagsversorgung im Verlauf

Abbildung 19 Zusätzliche Alltagsversorgung - CM-Interventionen im Verlauf



Allgemein lässt sich auch im Bereich der zusätzlichen Alltagsversorgung eine Abnahme der CM-Aktivitäten im zweiten Halbjahr konstatieren. So entfallen circa drei Viertel (73,9%) aller im Erhebungszeitraum erfassten CM-Leistungen in das erste Halbjahr der Verlaufsdocumentation. Im zweiten Halbjahr werden etwas mehr als ein Viertel (26,1%) aller Interventionen registriert.

Zusätzliche Alltagsversorgung - Teilaspekte im Verlauf

Wie bereits weiter oben erwähnt setzt sich der Versorgungsbereich Zusätzliche Alltagsversorgung aus den Teilaspekten Ehrenamtliche Unterstützungsleistungen, Haushaltsnahe Dienstleistungen sowie Betreuung in Form niedrigschwelliger Betreuungsangebote zusammen.

Tabelle 12 Zusätzliche Alltagsversorgung im Verlauf - Übersicht Teilaspekte (in %)

Teilaspekt	Anteil an Gesamtinterventionen (t ₁ und t ₂)	1. Halbjahr (t ₁)	2. Halbjahr (t ₂)
Ehrenamt (n=15)	17	73,3%	26,7%
Haushaltsnahe Dienstleistungen (n=19)	21,6	84,2%	15,8%
Niedrigschwellige Betreuung (n=54)	61,4	70,4%	29,6%
GESAMT (n=88)	100		

Über das gesamte Jahresintervall (Spalte 2) betrachtet, kommt den Interventionen bezüglich niedrigschwelliger Betreuungsformen quantitativ die größte Bedeutung zu (61,4%). Darüber hinaus bezieht sich circa jede

fünfte CM-Intervention auf haushaltsnahe Dienstleistungen. Ein weiteres Sechstel fokussiert Aspekte ehrenamtlicher Unterstützung (17%). Im Vergleich der Halbjahre (Spalten 3 + 4) ist abzulesen, dass ein großer Teil der CM-Leistungen bereits im ersten Halbjahr des Erhebungszeitraums erfolgt ist. Im Durchschnitt der drei Teilaspekte ergibt sich ein Anteil von ungefähr 76%. Demnach entfällt auf das zweite Halbjahr durchschnittlich ein Anteil von circa 24%.

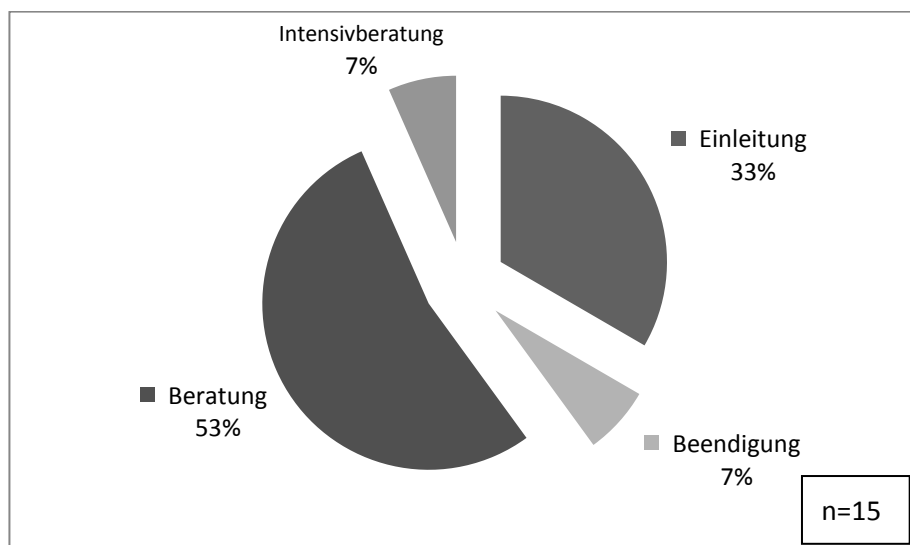
Zusätzliche Alltagsversorgung - Typisierung der CM-Interventionen

Zur Leistungserfassung stehen den Case ManagerInnen folgende Möglichkeiten zur Verfügung:

- **Einleitung** einer Maßnahme,
- **Beendigung** einer Maßnahme,
- **Vermittlung** an andere Institutionen zur weiteren Bearbeitung,
- **Beratungen** zu Versorgungsaspekten,
- **Intensivberatungen** zu Versorgungsaspekten.

Ehrenamtliche Unterstützung - CM-Interventionen

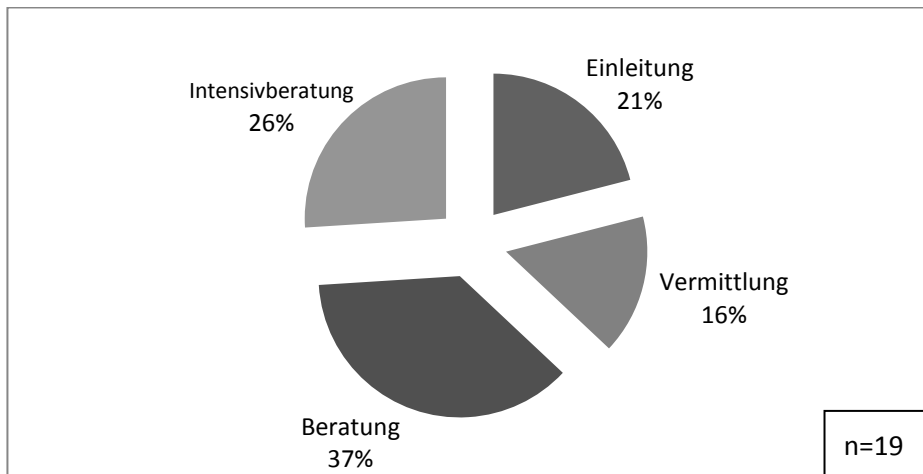
Abbildung 20 Ehrenamtliche Unterstützung - CM-Leistungen



Ehrenamtsbezogene CM-Interventionen finden größtenteils beratend statt (53% und 7%). Bei einem Drittel der Leistungen werden konkrete Unterstützungsmaßnahmen eingeleitet (33%). Die Beendigung einer ehrenamtlichen Unterstützung hat vor dem Hintergrund geringer Fallzahlen hier kaum Bedeutung (7%).

Haushaltsnahe Dienstleistungen – CM-Interventionen

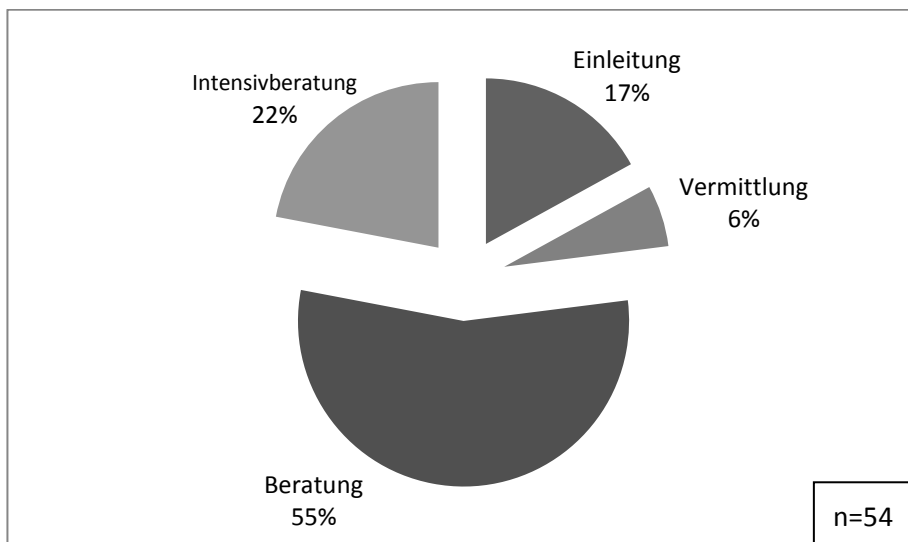
Abbildung 21 Haushaltsnahe Dienstleistungen - CM-Leistungen



Die Verteilung der erfassten CM-Aktivitäten im Bereich haushaltsnaher Dienstleistungen zeigt sich relativ ausgeglichen, wobei auch hier beratenden Maßnahmen die wichtigste Rolle zukommt (Summiert 63%). Die konkrete Initiierung einer haushaltsnahen Unterstützung findet bei jeder fünften Intervention (21%) statt. Der Vermittlung an eine andere Institution zur Weiterbearbeitung entspricht jede siebte (16%) CM-Leistung.

Niedrigschwellige Betreuung – CM Interventionen

Abbildung 22 CM-Leistungen zum Versorgungsaspekt „Niedrigschwellige Betreuung“



Im Bereich der niedrigschwelligen Betreuung findet eine Vielzahl von Interventionen statt. Stärker noch als in den meisten anderen Teilbereichen entfällt der hauptsächliche Anteil auf Beratungen verschiedener Art (Hier insgesamt 77%). Ein Sechstel (17%) der CM-Leistungen fokussiert die Einleitung einer Betreuung niedrigschwelliger Art. 6% entfallen auf vermittelnde Aktivitäten.

3.7.2.4 Sonstige Versorgungsaspekte

Häusliche Wohnraumanpassungen:

Im Rahmen der Pflegeversicherungsleistungen können neben Leistungen für technische Hilfsmittel auch finanzielle Leistungen bis 2.557 Euro jährlich zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes beantragt werden. Darunter fallen beispielsweise verbreiterte Türrahmen, ebenerdige Duschwannen oder Haltegriffe. Ziel ist dabei stets die Versorgungssituation zu erleichtern und einen längeren Verbleib in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen. Da Wohnraumanpassungen nur einmal jährlich in Anspruch genommen werden können und i.d.R. nicht in einem regelmäßigen, jährlichen Turnus zur Anwendung kommen, fallen sie hier nicht unter Themen der Alltagsversorgung. Aus diesem Grund erfolgt an dieser Stelle eine gesonderte Betrachtung.

Therapien und Trainings:

Im Rahmen der Verlaufsdocumentationen werden Therapien und Kognitive Trainings gesondert voneinander abgefragt. Da es sich jedoch in beiden Fällen um Maßnahmen handelt, die der Verbesserung bzw. dem Erhalt psychischer und physischer Fähigkeiten dienen, werden diese beiden Themen zusammengefasst dargestellt. Therapien und Trainings für MmD können beispielsweise Maßnahmen in den Bereichen Musik- und Kunsttherapie, Ergotherapie, Krankengymnastik, Physiotherapie, Logopädie, Gedächtnistraining oder Psychotherapie sein.

Diese Angebote sind kostenpflichtig und werden zum Teil per Rezept anteilig oder vollständig von den Kassen übernommen. Dies gilt allerdings nicht für alle Therapieformen, da z.B. musiktherapeutische Maßnahmen von den Kassen nicht als Therapien anerkannt werden und dem entsprechend nicht in den Leistungskatalogen enthalten sind.

Selbsthilfegruppen für vA von MmD:

Selbsthilfegruppen und Gesprächskreise haben ebenfalls den Charakter der Informationsweitergabe, der Fokus liegt dabei auf der emotionalen Entlastung durch Sozialkontakte mit Menschen in ähnlichen Situationen.

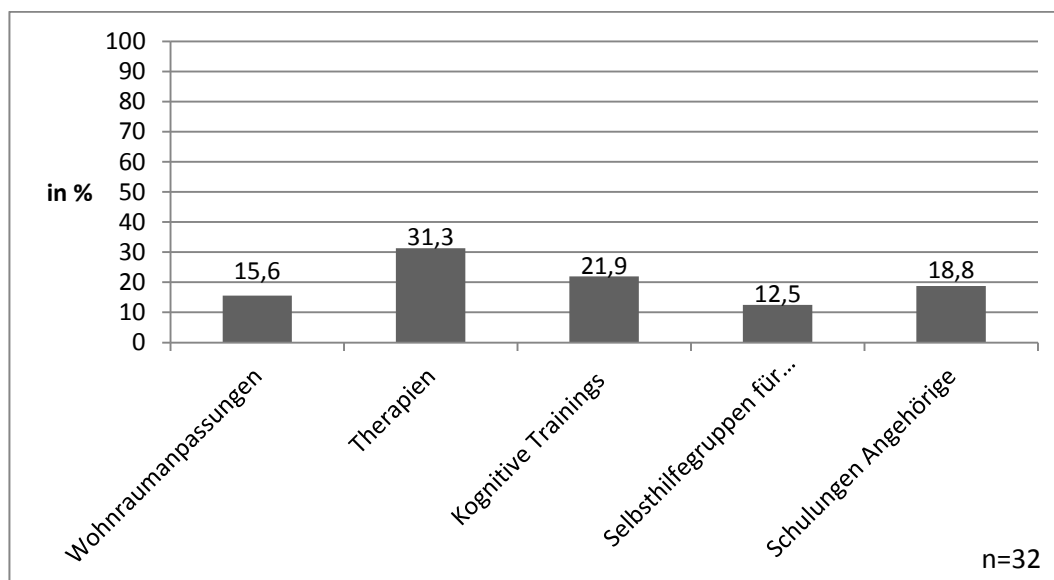
Schulungsmaßnahmen für vA von MmD:

Schulungsmaßnahmen behandeln i.d.R. Themen rund um das Thema Demenz, die Pflege oder den Umgang mit der Versorgungssituation. Dabei steht die Wissensvermittlung im Vordergrund. Während Gesprächskreise und Selbsthilfegruppen kostenlos sind, sind Schulungsmaßnahmen ggf. mit Kosten verbunden.

Sonstige Versorgungsaspekte bei Einschreibung

Über das gesamte Jahresintervall werden 125 CM-Leistungen im Bereich ‚Sonstiger Versorgungsaspekte‘ erfasst. Davon entfallen ein Viertel der Nennungen (25,6%) auf die Erfassung bei Einschreibung. Damit können für das erste und das zweite Halbjahr zusammengenommen noch 91 Leistungen (74%) registriert und als konkrete CM-Aktivitäten im Netzwerk gewertet werden.

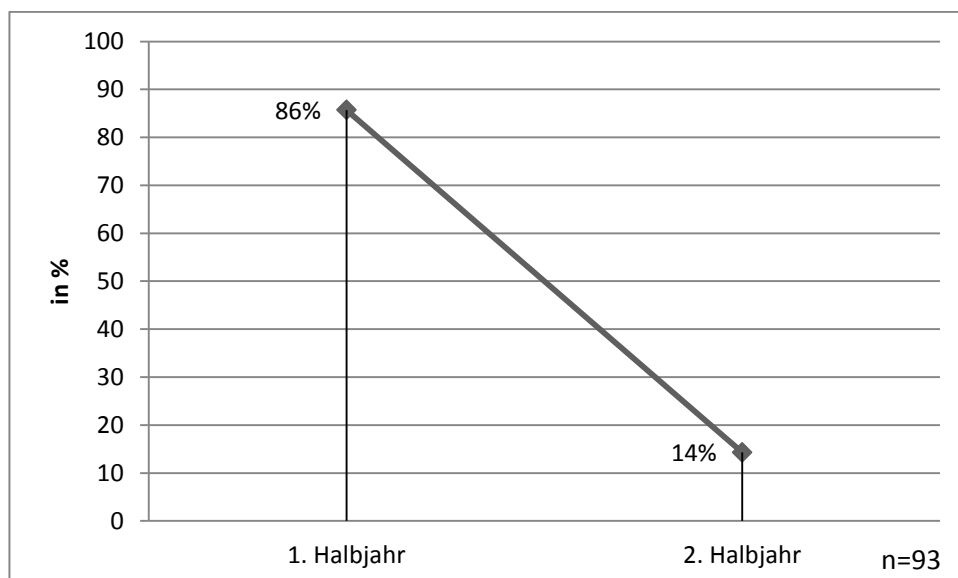
Abbildung 23 Sonstige Versorgungsaspekte bei Einschreibung in das Netzwerk (n=32)



Fast ein Drittel (31,3%) der bei Einschreibung erfassten und damit bereits in Anspruch genommenen CM-Leistungen sind therapeutische Angebote. Jede fünfte unterstützende Maßnahme (21,9%) wird als kognitives Training eingeordnet. CM relevante Leistungen zur vA – Selbsthilfegruppen und Schulungen - machen zusammengenommen mehr als 30% aus. Die restlichen Nennungen entfallen auf die Anpassung des Wohnraums (15,6%).

Sonstige Versorgungsaspekte im Verlauf

Abbildung 24 Sonstige Versorgungsaspekte - CM-Interventionen im Verlauf (n=91)



Von allen im vorliegenden Betrachtungszeitraum erfassten Interventionen des CM entfallen mit 86%, die weit- aus meisten in die erste Jahreshälfte. Lediglich jede siebte (14%) CM-Leistung wird im Verlauf des zweiten Halbjahres dokumentiert.

Sonstige Versorgungsaspekte - Teilaspekte im Verlauf

Tabelle 13 Sonstige Versorgungsaspekte - Übersicht Teilaspekte im Verlauf (in %)

Teilaspekt	Anteil an Gesamtinter- ventionen (t1undt2)	1. Halbjahr (t1)	2. Halbjahr (t2)
Wohnraumanpassungen (n=17)	18,3	88,2	11,8
Therapien (n=7)	7,5	42,9	57,1
Kognitive Training (n=7)	7,5	100	0
Selbsthilfegruppe für vA (n=28)	30,1	89,3	10,7
Schulungen für vA (n=34)	36,6	88,2	11,8
GESAMT (n=93)	100		

In Anbetracht des gesamten 12 monatigen Erhebungszeitraums (Spalte 2) zeigt sich im Bereich Sonstiger Ver- sorgungsaspekte, dass Leistungen des CM insbesondere auf die Teilaspekte Selbsthilfegruppen für vA (30,1%) und Schulungen für vA (36,6%) zum Thema Demenz abzielen. Als Angebote, die direkt auf die Information, Aufklärung und Entlastung der vA von MmD abzielen, nehmen sie eine besondere Stellung ein.

Eine weitaus geringe Anzahl an Interventionen können für den Bereich der alters- bzw. demenzgerechten An- passung des Wohnraums (18,3%) verzeichnet werden. CM-Interventionen in den Teilbereichen Therapien und Kognitive Trainings liegen gleichauf mit je 7,5%.

Der Halbjahresvergleich (Spalten 3 + 4) bestätigt bis auf zwei Ausnahmen die Relationen in den vorangehend dargestellten Versorgungsbereichen, da der Großteil an Interventionen in der ersten Jahreshälfte durchgeführt wird (88,2%, 89,3% und 88,2%). Hervorzuheben ist, obwohl die relativ geringe Anzahl an Interventionen insgesamt bedacht werden muss, zum einen der Teilaspekt Kognitive Trainings: Hier liegen alle Interventionen in der ersten Jahreshälfte. Zum anderen entgegen dem Trend aller anderen CM Leistungen, der Teilaspekt Therapien, der im zweiten Halbjahr häufiger registriert wird als im ersten Halbjahr.

Sonstige Versorgungsaspekte - Typisierung der CM-Interventionen

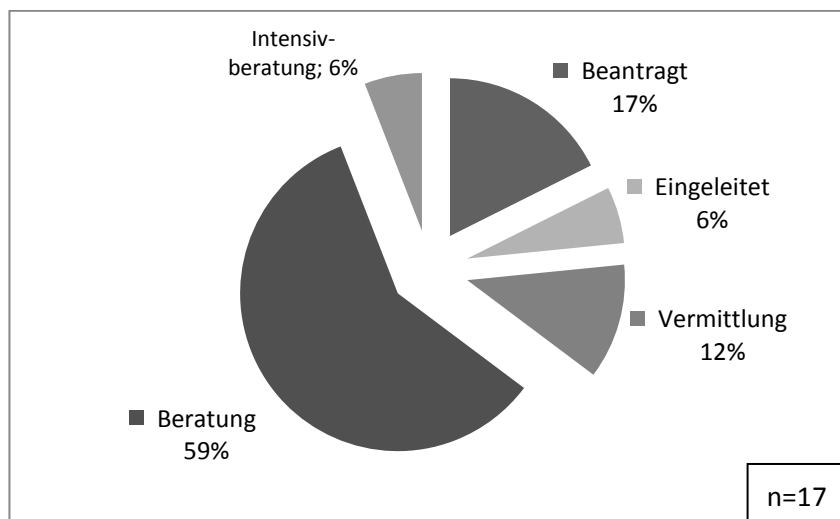
Für diesen Bereich stehen den Case Managerinnen laut Erhebungsbogen folgende Möglichkeiten der Dokumentation von erbrachten Leistungen zur Verfügung:

Tabelle 14 Sonstige Versorgungsaspekte - Möglichkeiten der Dokumentation von CM Interventionen

Wohnraum- anpassungen	Kognitives Training und Therapie	Selbsthilfegruppen und Schulungen für vA
Beantragt	Eingeleitet	Beantragt
Eingeleitet	Beendet	Vermittelt
Vermittelt	Vermittelt	Beraten
Beraten	Beraten	Intensivberatung
Intensivberatung	Intensivberatung	

Wohnraumanpassungen - CM-Interventionen

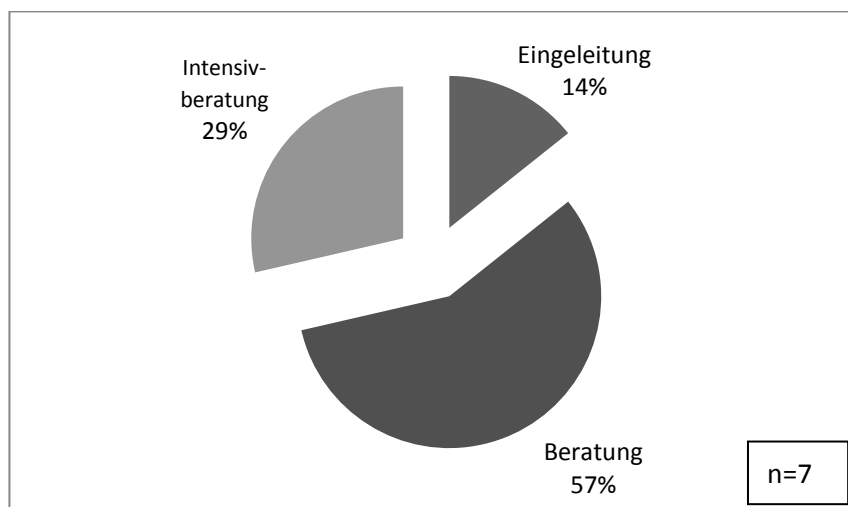
Abbildung 25 Wohnraumanpassungen - CM-Interventionen



Im Versorgungsbereich Wohnraumanpassungen verzeichnen die Beratungstätigkeiten der Case ManagerInnen den größten Anteil an den insgesamt erbrachten Leistungen. Nahezu zwei Drittel (65%) aller im Erhebungszeitraum erfassten Interventionen sind beratender Art (59% Beratungen + 6% Intensivberatungen). Weitere 17% sind konkrete Beantragungen wohnraumanpassender Dienstleistungen. In 12% der Fälle vermitteln die Case ManagerInnen an andere Organisationen/Institutionen zur weiteren Bearbeitung. Die Einleitung von Anpassungen des Wohnraums spielt mit 6% eine nachgeordnete Rolle.

Kognitiven Trainings - CM-Interventionen

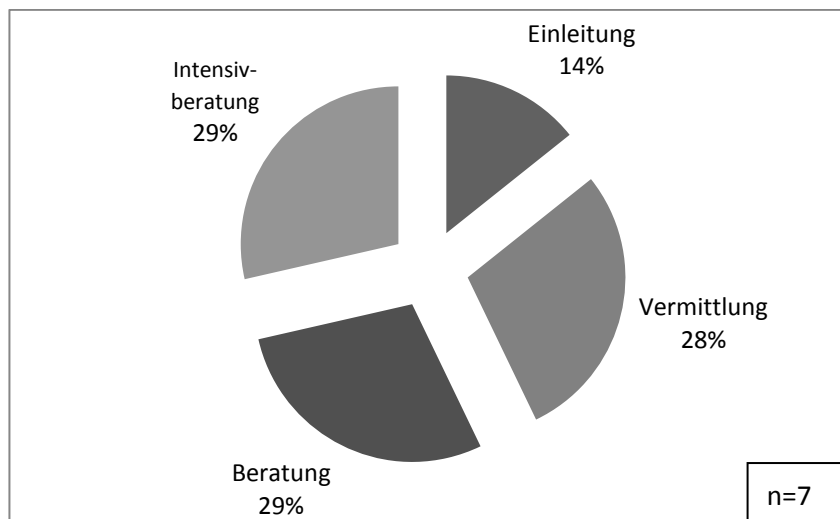
Abbildung 26 Kognitive Trainings - CM-Interventionen



Die wenigen Interventionen im Bereich der kognitiven Trainings beschränken sich auf drei verschiedene CM-Leistungen: Beratung, Intensivberatung und Einleitung. Auch hier ist die beratende Funktion des CM mit 86% am stärksten ausgeprägt. Als weitere Leistung entfallen 14% in den Bereich der Einleitung von Maßnahmen.

Therapeutische Angebote - CM-Interventionen

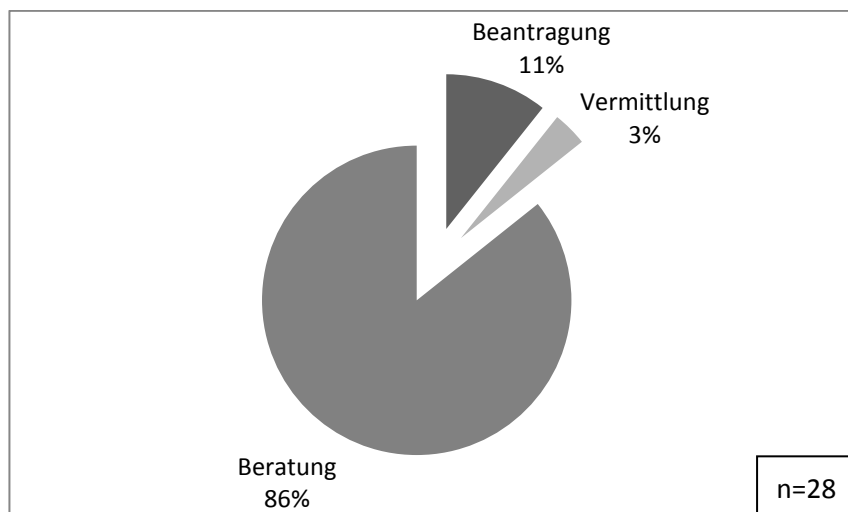
Abbildung 27 Therapeutische Angebote - CM-Interventionen



Im Bereich therapeutischer Angebote wurden im Beobachtungszeitraum lediglich sieben CM-Interventionen erfasst. Davon entfällt der Großteil auf Beratungen und Intensivberatungen. Zusammen machen diese Leistungen fast 60% der in diesem Bereich dokumentierten Tätigkeiten aus. Daneben können als weitere CM-Leistungen die Einleitung therapeutischer Angebote (14%) sowie die Vermittlung an Organisationen/Institutionen (28%) zur Weiterbearbeitung des jeweiligen Falls verzeichnet werden.

Selbsthilfegruppen für vA - CM-Interventionen

Abbildung 28 Selbsthilfegruppen für vA - CM-Interventionen

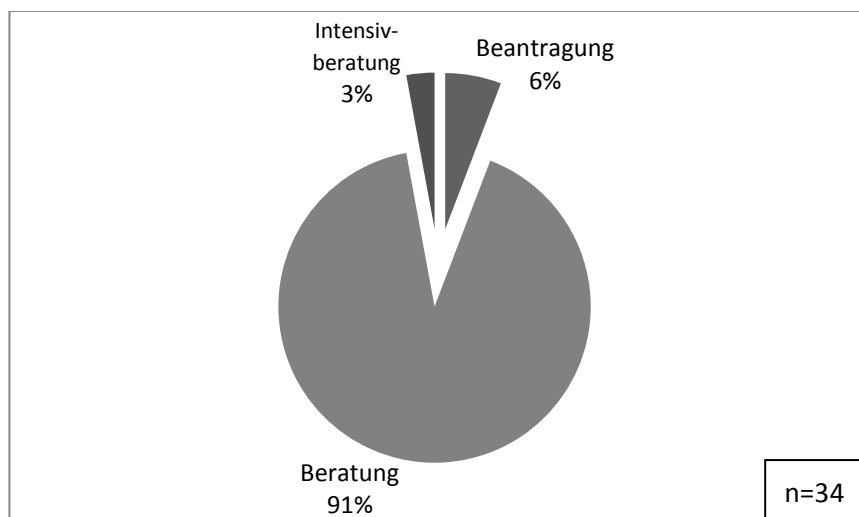


Relativ viele CM-Interventionen können im Bereich der „Selbsthilfegruppen für vA“ nachgewiesen werden. Wie zu den meisten anderen Versorgungsaspekten steht auch hier die beratende Funktion des CM klar im Vordergrund: Mehr als 8 von 10 der Leistungen entfallen auf diese Tätigkeit. Weitere 11% sind der Beantra-

gungen und 3% der Vermittlung an andere Organisationen/Institutionen zur Weiterbearbeitung des Falls zuzuordnen.

Schulungen für vA - CM-Interventionen

Abbildung 29 Angehörigenschulungen – CM- Interventionen



Auf die Schulung von vA abzielende CM-Interventionen finden fast ausschließlich beratend statt (91% Beratung, 3% Intensivberatung). Lediglich 6% entfallen damit auf einen weiteren Tätigkeitsbereich, die Beantragung von Angehörigenschulungen.

3.8 CM Leistungen – Ergebnisse im Überblick

Die verschiedenen Häufigkeiten der erbrachten CM-Leistungen spiegeln deren Relevanz im Versorgungsnetzwerk. Die nachfolgende Darstellung (Abbildung 30 auf der nächsten Seite) ordnet die einzelnen Versorgungsbereiche nach ihrer numerischen Relevanz. Die drei quantitativ wichtigsten Versorgungsbereiche sind für jeden Messzeitpunkt hervorgehoben.

3.8.1 Rangfolge der Versorgungsbereiche zu den drei Messzeitpunkten

Abbildung 30 Rangfolge der Versorgungsbereiche nach Anzahl an CM-Interventionen¹⁹

Versorgungsbereich	Anzahl t ₀	Rang t ₀	Anzahl t ₁	Rang t ₁	Anzahl t ₂	Rang t ₂
Betreuungsvollmacht	34	4.	34	6.	3	11.
Patientenverfügung	44	<u>2.</u>	44	4.	2	15.
Vorsorgevollmacht	52	<u>1.</u>	52	<u>3.</u>	3	11.

¹⁹ Erläuterung zur Tabelle: t₀: Rang ergibt sich aus der Anzahl der bei Einschreibung in das Netzwerk durch die Case Manager und Case Managerinnen erfassten CM-Interventionen; t₁: Rang ergibt sich aus der Anzahl der im 1. Halbjahr durch die Case Manager und Case Managerinnen erfassten CM-Interventionen; t₂: Rang ergibt sich aus der Anzahl der im 2. Halbjahr durch die Case Manager und Case Managerinnen erfassten CM-Interventionen.

Pflegestufen	42	<u>3.</u>	55	<u>2.</u>	14	<u>3.</u>
ZBL	34	4.	61	<u>1.</u>	22	<u>1.</u>
Pflegedienst	22	6.	31	7.	12	4.
Tagespflege	12	8.	29	9.	8	5.
Kurzzeitpflege	7	11.	25	10.	6	7.
Verhinderungspflege	8	10.	17	12.	8	5.
Ehrenamt	3	17.	11	15.	4	8.
Haushaltnahe Dienstleistungen	19	7.	16	13.	3	11.
Niedrigschwellige Betreuung	7	11.	38	5.	16	<u>2.</u>
Wohnraumanpassungen	5	15.	13	14.	2	15.
Therapien	10	9.	3	17.	4	8.
Kognitive Trainings	7	11.	7	16.	0	17.
Selbsthilfegruppen für vA	4	16.	25	10.	3	11.
Schulungen vA	6	14.	30	8.	4	8.

Zu allen drei Messzeitpunkten zeigt sich, dass insbesondere Aspekte der sozialrechtlichen und der pflegerischen Versorgung von großer, psycho-soziale Versorgungsbereiche - bezogen auf die Häufigkeit der erfassten CM-Interventionen – von nachrangiger Relevanz sind. Die psycho-sozialen Versorgungsbereiche sind nicht nur von nachrangiger Bedeutung, sondern greifen auch zeitlich gesehen erst im fortgeschrittenen Zeitrahmen (t_2). Trotz des bio-psycho-sozialen Paradigmas in der Versorgung von MmD und ihren vA liegt der Fokus der CM-Leistungen im Bereich der funktionalen (sozialrechtlichen und pflegerischen) Versorgung. Auf Basis der vorgenommenen Dokumentation und Systematisierung kann jedoch auch festgehalten werden - dies verweist auf die weiter oben beschriebenen Potenziale des CM (Kuhlmann 2005) – dass das CM im Demenznetz Aachen einen relevanten Beitrag zur umfassenden Inanspruchnahme sozialrechtlicher Versorgungsaspekte leistet.

3.8.2 CM Leistungen - Art der Intervention

Abbildung 31 Rangfolge der CM-Interventionstypen (Häufigkeit der Erfassung, $t_1 + t_2$)²⁰

Interventionsart	Anzahl	Interventionsart	Anzahl
1. Beratung	273	2. Intensivberatung	65

²⁰ Zur Einordnung der durchgeführten Interventionen stehen den Case Managerinnen und Case Managern verschiedene Kategorien zur Verfügung. Hier ist zu beachten, dass aufgrund der verschiedenen Erfassungsmöglichkeiten je nach Versorgungsbereich, unterschiedliche Grundgesamtheiten bestehen und die Tätigkeitsbereiche damit nicht die gleichen Häufigkeiten erzielen können.

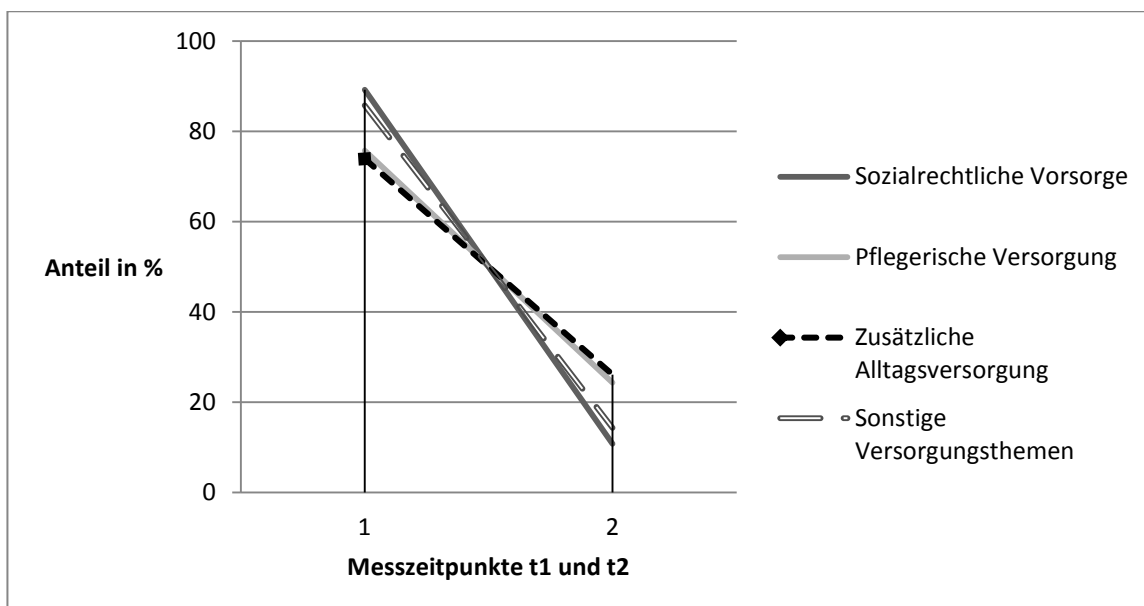
3. Beantragung	59	4. Vermittlung	46
5. Änderung	35	6. Einleitung	21
7. Aufsetzen	18	8. Beendigung	6
9. Wechsel	4	10. In Kraft treten	2
			n=535

Die Beratung stellt sich über den Jahresverlauf als quantitativ bedeutendste Intervention der Case ManagerInnen dar. Mit insgesamt 273 erfassten Aktivitäten entfällt die Hälfte (51%) aller CM-Leistungen auf diesen Bereich. Werden die geleisteten Intensivberatungen dazu genommen, steigt der Anteil auf nahezu zwei Drittel (63%) aller CM- Leistungen.

Kritisch ist an dieser Stelle anzumerken, dass die vorrangige Beratung der MmD sowie ihrer vA (auch in Verbindung mit dem Angebot der Hausbesuche und Entlastungsgespräche) ein angemessenes Informations- und Kommunikationssetting schafft. Allerdings besteht das Risiko, dass diese CM-Leistungen nicht wirksam zu einer operativen Entlastung MmD und ihren vA führen.

3.8.3 CM – Versorgungsbereiche im Verlauf

Abbildung 32 CM-Leistungen – Versorgungsbereiche im Verlauf



Die Abbildung 5 veranschaulicht die Häufigkeiten von CM-Leistungen in den vier übergeordneten Versorgungsbereichen (siehe auch Tabelle 7) zu den Messzeitpunkten t_1 und t_2 . Die Verläufe zeigen sich über die Bereiche hinweg nahezu Deckungsgleichheit. Insgesamt findet ein Großteil der CM-Leistungen im ersten Halbjahr des Beobachtungszeitraums statt. Auf die zweiten sechs Monate entfallen je nach Bereich zwischen circa 10 bis 25%. Eine Entwicklung, die aufgrund der Betrachtung einer Stichprobe zu verschiedenen Zeitpunkten nicht erstaunt.

4 Befragung der vA (n=67)

Die vA von MmD können als Alltags-ExpertInnen in Sachen der Betroffenen bezeichnet werden. Eine Vielzahl von Untersuchungen belegt die immense Bedeutung von vA in der tagtäglichen Organisation, Koordination und Durchführung vielfältiger Ausgaben der Versorgung. Ihre oftmals räumliche und emotionale Nähe sowie persönliche Involviertheit wird als Ressource aber auch potentielle Belastung beschrieben (u.a. Zank et al. 2007). Aufgrund des progredienten Verlaufs einer Demenz nimmt der Unterstützungsumfang der MmD im Allgemeinen sukzessive zu. Es kann daher von einem Versorgungstandem, bestehend aus dem MmD und dem vA gesprochen werden (MmD-vA-Tandem), bei dem der vA schrittweise Aufgaben des täglichen Lebens stellvertretend für die Betroffenen übernehmen oder die entsprechenden notwendigen Hilfen organisieren.

VA übernehmen nicht nur den größten Teil der Aktivitäten in den Versorgungsbereichen, sondern übernehmen vielfältige organisatorische Funktionen. Vor diesem Hintergrund kann es „als gesichertes Wissen gelten, dass pflegende Angehörige allgemein und in der Demenzpflege in spezieller Weise einer hohen Belastung ausgesetzt sind“ (Emme von der Ahe et al. 2010, 9). Aus Überforderungslagen können körperliche, geistige, soziale und/oder seelische Beeinträchtigungen bei vA entstehen (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin 2005, 6).

Im DemenzNetz StädteRegion Aachen sind die vA als zentrale Akteure in das Versorgungsnetzwerk eingebunden und gelten auch als Zielgruppe für CM-Leistungen. Das Case-Management auf Einzelfallebene, das im DemenzNetz StädteRegion Aachen geleistet wird, hat das Ziel die vA direkt und indirekt physisch und psychisch zu entlasten und damit das häusliche Versorgungsarrangement nachhaltig zu stabilisieren.

Die im Rahmen der Evaluation stattfindende Befragung der vA zielt darauf, neben der Erfassung der Hilfs- und Unterstützungsleistungen für MmD – die i.d.R. mit zeitlichen und finanziellen Entlastungen der vA einhergehen – das subjektive Belastungsempfinden der vA zu erfassen. In diesem Zusammenhang wird gezielt von versorgenden Angehörigen (vA) und nicht von pflegenden Angehörigen (pA) gesprochen, da der Hauptaufgabenbereich der vA in der Sicherstellung einer weiter zu fassenden Alltagsversorgung liegt und nicht allein in der pflegerischen Versorgung, die vielfach über professionelle Dienste erbracht wird.

4.1 Methodisches Vorgehen

Die Befragung erfolgt in Form eines standardisierten Fragebogens unter Rückgriff auf bestehende Erhebungsinstrumente. Es sind 37 Items im Fragebogen enthalten. 28 Items sind der Häuslichen Pflegeskala (HPS) nach Gräßel (1993) und vier Items dem Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung bei Demenz, kurz BIZA-D, (vgl. Zank et al. 2006) entnommen. Zudem werden fünf Items zur Einschätzung der Case-Management-Leistungen erhoben.

Für die Teilnahme an der Befragung sind drei Faktoren Voraussetzung:

1. Es ist mindestens eine Person vorhanden, die als vA eingebunden ist.
2. Die Einschreibung ins Netzwerk ist nach 2010 erfolgt.
3. Die vA sind zur Kooperation bereit und in der Lage.

Es handelt sich um eine Längsschnittstudie mit zwei Messzeitpunkten im Abstand von sechs Monaten. Die Erstbefragung erfolgt zeitnah zum Eingangsgespräch bei Einschreibung in das Netzwerk (t_0), das der Ersterfassung der Versorgungssituation der MmD dient. Die Zweitbefragung (t_1) wird entsprechend sechs Monate später durchgeführt.

Die Grundgesamtheit der vA wird von 177 Personen gebildet. D. h. eine Gruppe von $n=177$ erfüllt die Teilnahmekriterien und wird in einer ersten Erhebungswelle per Anschreiben um die Teilnahme an der Befragung gebeten. Wie bei Längsschnittstudien zu erwarten, reduziert sich je Erhebungszeitraum die Stichprobengröße einerseits durch Nicht-Teilnahme an weiteren Erhebungswellen und andererseits im vorliegenden Fall durch Ausscheiden aus dem Netzwerk:

- Welle 1: $n=177$, Rücklauf $n=112$ (Rücklaufquote: 63,3%)
- Welle 2: $n=83$, Rücklauf $n=67$ (Rücklaufquote: 80,7%)

Die Stichprobe n_{AB} umfasst 67 Personen, die zu beiden Erhebungszeitpunkten an der Befragung teilgenommen haben. Über den gesamten Erhebungszeitraum hinweg liegt die Rücklaufquote bei 37,8% ($n_{AB}=67$ von $n_{AB_Gesamt}=177$).

4.2 Soziodemografische Beschreibung der Stichprobe zum Zeitpunkt t_0

Zur Charakterisierung der diesem Kapitel zugrunde liegenden Stichprobe (n_{AB}) zum Zeitpunkt t_0 werden einige soziodemografische Daten dargestellt.

Tabelle 15 Alter (gruppiert) der vA²¹

Alter der vA	n	Anteile in Prozent
30 bis 39 Jahre	2	3,0
40 bis 49 Jahre	4	6,0
50 bis 59 Jahre	18	26,9
60 bis 69 Jahre	16	23,9
70 bis 79 Jahre	18	26,9
80 bis 89 Jahre	9	13,4

²¹ Gesamtwert summiert sich rundungsbedingt nicht auf 100.

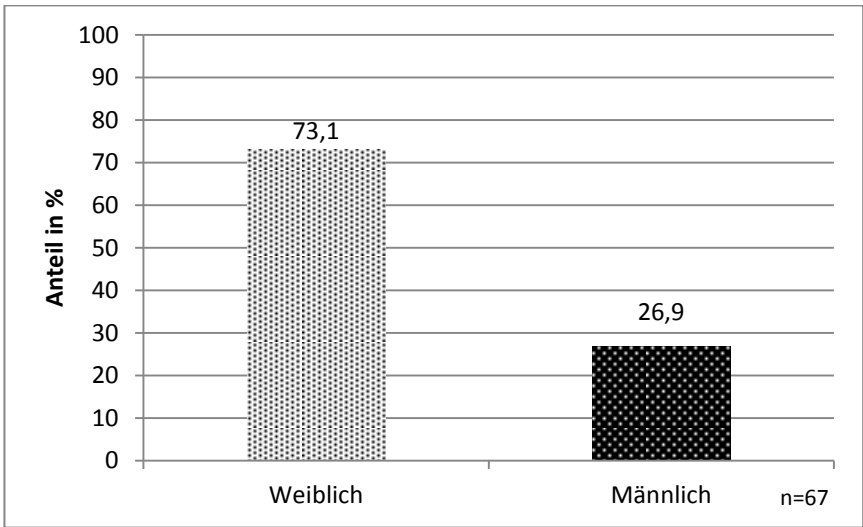
Gesamt	67	100,0
--------	----	-------

Tabelle 16 Alter der vA - Mittel und Spannweite

Mittel in Jahren	Range in Jahren (Min.-Max.)
65,4	33 bis 87

Der weitaus größte Teil (81%) der befragten vA ist 50 Jahre und älter. Die am stärksten besetzten Altersgruppen sind die Klassen zwischen 50 und 79 Jahren. In den drei Klassen (50 bis 59 Jahre, 60 bis 69 Jahre und 70 bis 79 Jahre) sind die Anteile relativ gleich (18%, 16%, 18%). Im hohen Alter von über 80 Jahren befinden sich 13% der vA. Die beiden Altersgruppen unter 50 Jahren repräsentieren die vA mittleren Alters. Jede/r zehnte (9%) primär vA entfällt auf diese Altersklassen. Insgesamt reicht die Altersspanne der vA von 33 Jahren (jüngste/r vA) bis 87 Jahre (älteste/r vA).

Abbildung 33 vA nach Geschlecht



Eine geschlechtsbezogene Betrachtung der vorliegenden Stichprobe bestätigt andere Studien dahingehend, dass nahezu drei Viertel (73,1%) der Hauptversorgenden in informell-häuslichen Versorgungssettings Frauen sind. Diese Zahl korrespondiert mit anderen Erhebungen und veranschaulicht, dass häusliche Versorgung auch von MmD überwiegend weiblich konnotiert ist (vgl. Backes et al. 2008). Allgemein wird ein Anstieg des Anteils an Männern als hauptversorgende Personen konstatiert (Backes et al. 2008, 37), in den vorliegenden Daten

finden sich in jedem vierten (26,9%) Versorgungsarrangement Männer als hauptversorgende Angehörige wieder²².

4.2.1.1 Familiäre informell-häusliche Versorgung

Tabelle 17 Primäre familiäre Akteure informell-häuslicher Versorgungsarrangements

	n	Anteile in Prozent
EhepartnerIn	38	56,7
Tochter/Sohn	24	35,8
LebensgefährtIn	3	4,5
Enkeltochter/Enkelsohn	1	1,5
Schwiegertochter/Schwiegersohn	1	1,5
GESAMT	67	100

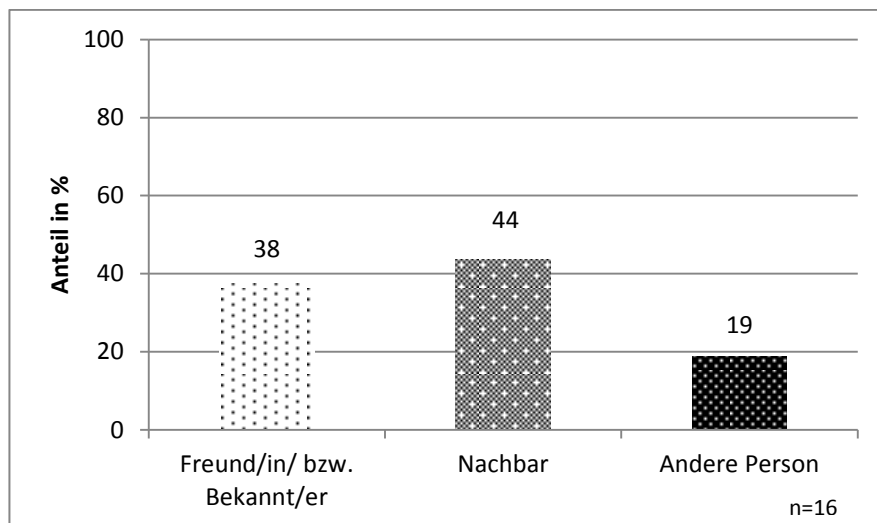
„Die Familie stellt nach wie vor die zentrale Institution für die Bereitstellung instrumenteller und emotionaler Unterstützung älterer Menschen in Deutschland dar und häusliche Pflege wird oft noch als Privatangelegenheit verstanden, die durch die nächsten Familienangehörigen zu erbringen ist“ (Meyer 2006, 11). Die vorliegenden Daten bestätigen die von Martha Meyer getroffene Aussage bezüglich der Bedeutung der sog. Kernfamilie in der informell-häuslichen Versorgung von MmD: Mehr als 90% der Befragten geben an, dass entweder EhepartnerInnen (56,7%) oder die Tochter bzw. der Sohn (35,8%) die hauptversorgenden Personen sind. LebensgefährtInnen werden zu 4,5% als primär versorgende Angehörige genannt. Darüber hinaus entfallen je eine Nennung auf Enkelkinder (1,5%) und Schwiegertochter/Schwiegersohn (1,5%).

Weiterhin zeigt sich, dass die Versorgung überwiegend generationenintern gewährleistet wird, was hauptsächlich auf die bedeutende Rolle von EhepartnerInnen zurückzuführen ist. In etwas mehr als sechs von zehn Fällen (61,2%) leisten sie oder die Gruppe der LebensgefährtInnen primär die Versorgungsaufgaben. Dementsprechend können 38,8% der häuslich-familiären Versorgungsarrangements als generationenübergreifend bezeichnet werden.

Neben der Bedeutung von in der Versorgung tätigen familiären Angehörigen bestehen Strukturen eines sekundären bzw. erweiterten Versorgungsarrangements, das über den Bereich der Familie hinausweist. Diese Personen/Personengruppen können als Akteure eines außerfamiliären informell-häuslichen Versorgungsarrangements bezeichnet werden.

²² Backes et al. (vgl. 2008, S. 37) führen an, dass männliche Hauptversorgende eher in die Rolle des „Pflegermanagements“ schlüpfen („indirekte Pflege“), vor allem in stark professionell strukturierten häuslichen Versorgungsarrangements. „Direkte Pflege“ bleibt in diesen Arrangements den professionellen Diensten überlassen.

Abbildung 34 Akteure außerfamiliärer informell-häuslicher Versorgungsarrangements



Jeder zehnte Befragte (10,4%) gibt an, dass Personen Teil des informell-häuslichen Versorgungsarrangements sind, die nicht der Familie des MmD. Mit einem Anteil von 44% kommt fast die Hälfte dieser Personen aus der Nachbarschaft des MmD, was die Bedeutung bzw. das Potenzial nachbarschaftlicher Strukturen in der Versorgung von MmD andeutet. Des Weiteren entfallen mehr als ein Drittel der Nennungen auf den FreundInnen bzw. Bekantschaftskreis (38%) und fast ein Fünftel (19%) auf andere Personen, wobei Bezugspersonen aus dem Bereich kultureller bzw. sportlich-freizeitlicher Aktivitäten genannt werden.

Tabelle 18 Wohnsitz der vA

Region	Anzahl	Anteile in Prozent
West	45	69,2
Nord	12	18,5
Süd	3	4,6
Ost/Mitte	4	6,2
Außerhalb der StädteRegion	1	1,5
GESAMT²³	65	100

Mehr als zwei Drittel (69,2%) der vA sind im Westen der StädteRegion wohnhaft, der kreisfreien Stadt Aachen. In der nördlichen Region, bestehend aus den Orten Herzogenrath, Würselen, Aldenhoven²⁴, Alsdorf und Baes-

²³ Zwei Befragte geben eine unbekannte PLZ an. Die singuläre Angabe einer PLZ außerhalb der StädteRegion betrifft den Bereich der Stadt Düsseldorf.

²⁴ Aldenhoven ist aufgrund seiner räumlichen Nähe an dieser Stelle als Teil der Region aufgeführt, auch wenn es administrativ dem Kreis Düren angehört.

weiler leben 18,5% der vA. Im Raum Eschweiler- Stolberg – hier die Region Ost/Mitte – sind 6,2% niedergelassen. Auf die Region Süd (Simmerath, Monschau, Roetgen) entfallen weniger als fünf Prozent aller Angaben.

4.3 Subjektives Belastungsempfinden auf der Basis der Häuslichen Pflege-Skala (HPS) nach Gräßel

Die Häusliche Pflege-Skala (HPS) dient dazu, Rückschlüsse auf die empfundene Belastung der vA zu ziehen. Den zugrundeliegenden Items sind vierstufig likertskalierte Antwortkategorien zugeordnet (stimmt genau; stimmt überwiegend; stimmt ein wenig; stimmt nicht).

Der Anteil nicht beantworteter Items liegt für die Angehörigenbefragung bei unter zwei Prozent (1,8%) und fällt damit sehr gering aus, die Befragten zeigen eine hohe Antwortbereitschaft.

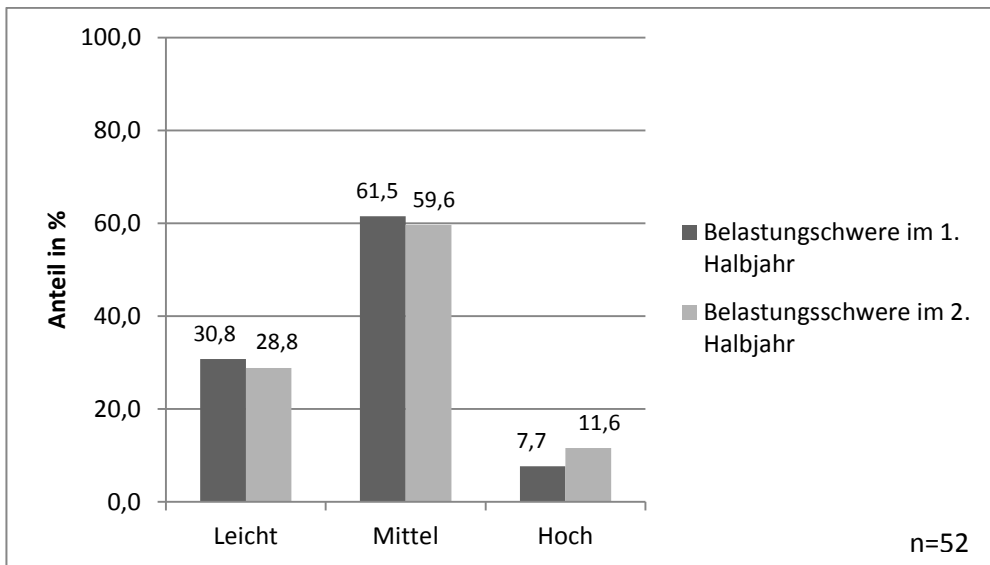
Die Items der HPS sind unterschiedlich konnotiert, u.a. um systematische Verzerrungen im Antwortverhalten der Befragten zu vermeiden. Daher sind 11 der 28 Items positiv und 17 negativ formuliert. Dies soll einerseits eine durchweg negative Sicht auf die Versorgungssituation verhindern und andererseits die Antwortenden zu genauerem Lesen der Items und der dazugehörigen Antwortkategorien anregen.

Nach Gräßel werden den jeweiligen Antworten Punktwerte von Null bis Drei zugeordnet. Aus diesen Punktwerten wird ein Summenwert gebildet und anhand dieses Summenwertes das Ausmaß der Belastung beschrieben.

Dabei wird in drei Kategorien (vgl. Gräßel et al. 1993, 38) unterteilt:

- Hohe Belastung (56-84 Punkte),
- Mittlere Belastung (25-55 Punkte),
- Leichte Belastung (0 bis 24 Punkte).

Abbildung 35 Vergleich Belastung der vA in t_0 und t_1



Bei einer ersten Auswertung mittels des Summenwertes nach Gräßel sind die Fragebögen von 15 vA nicht auswertbar, da bei mindestens einem von zwei Fragebögen mehr als zwei Items unbeantwortet bleiben²⁵. Zum Zeitpunkt t_0 zeigen sich von den verbleibenden 52 auswertbaren Bögen 30,8% der vA leicht belastet, 61,5% geben mittlere Belastungen an und 7,7% erreichen Summenwerte von 56 und mehr Punkten und fallen damit in die Kategorie hoch belastet.

Im Rahmen der Zweitbefragung (t_1) zeigt sich tendenziell eine Verschiebung des Belastungsempfindens zu stärkerer Belastung. 28,8% bringen leichte Belastungen zum Ausdruck, 59,6% geben mittlere Belastungen an und mit 11,6% steigt der Anteil hoch belasteter vA zum zweiten Befragungszeitpunkt um 3,9%-Punkte.

²⁵ Nach Gräßel (vgl. 1993) sind Fragebögen nur dann auswertbar wenn maximal zwei Items unbeantwortet bleiben. Die vorliegende Stichprobe reduziert sich daher auf n=52 Befragte.

4.4 Längsschnittvergleich nach Themenbereichen auf Basis der Häuslichen Pflege-Skala

Im weiteren Verlauf greift eine veränderte Auswertungslogik auf der Basis der von Gräßel entwickelten Items. Die der HPS zugrundeliegenden Items werden in drei thematischen Hauptkategorien mit jeweils drei Unterkategorien zusammengefasst. Es ergeben sich folgende Hauptkategorien und die dazu gehörigen Unterkategorien:

- **Die Gesundheit der vA**
 - a. Physische Gesundheit,
 - b. Psychische Gesundheit,
 - c. Emotionale Gesundheit.

- **Leben und Alltag der vA**
 - a. Alltagsbewältigung,
 - b. Lebensstandard,
 - c. Doppelbelastungen und familiäre Spannungen.

- **Belastungen in der Pflegesituation**
 - a. Außenstehende und Anerkennung von außen,
 - b. Belastungen in der konkreten Pflegesituation,
 - c. Emotionalität im Pflegekontakt.

Da die Items zum Teil positiv und zum Teil negativ formuliert sind, ergeben sich unterschiedliche inhaltliche Aussagen je nach Formulierung der Items. Eine Zustimmung zu der Aussage *Ich fühle mich morgens ausgeschlafen* kann interpretiert werden in der Form, dass die befragte Person keine Schlafprobleme hat und sich nicht durch Schlafmangel belastet fühlt. Eine Zustimmung zu dem Item *Ich fühle mich körperlich erschöpft* drückt demgegenüber aus, dass eine Belastung durch körperliche Erschöpfung vorliegt. Zur Vereinfachung der Darstellung werden in den Tabellen positiv formulierte Items links der Antwortkategorien und negativ formulierte Items rechts der Antwortkategorien dargestellt. In den Tabellen fettgedruckte Werte heben Zustimmungswerte von über 50% hervor^{26 27}.

4.4.1 HPS-Items zur Hauptkategorie Gesundheit der vA

Die Hauptkategorie Gesundheit ist gebildet aus Items zu den Unterkategorien:

²⁶ Zur Erleichterung eines Längsschnittvergleichs werden ausschließlich diejenigen prozentualen Anteile, welche Zustimmung zur jeweiligen Aussage signalisieren (stimmt genau; stimmt überwiegend) einander tabellarisch gegenüber gestellt, die Werte summieren sich in den Tabellen daher nicht auf 100%.

²⁷ Aufgrund nicht vollständiger Beantwortung aller Items variiert der Stichprobenanteil je Item geringfügig von n=61 bis n=67. Die zugrundeliegende Grundgesamtheit je Item findet sich jeweils in der rechten Tabellenspalte.

- Physische Gesundheit,
- Psychische Gesundheit,
- Emotionale Gesundheit.

Unter physischer Gesundheit werden die Items *Ich fühle mich morgens ausgeschlafen*, *Ich fühle mich körperlich erschöpft* und *Durch die Pflege wird meine Gesundheit angegriffen* subsumiert. Deutlich wird eine tendenziell steigende Belastung – mit Ausnahme der angegriffenen eigenen Gesundheit - vom Erhebungszeitraum t_0 zu t_1 . Im Bereich der psychischen Gesundheit repräsentiert das Item *Die Pflege kostet viel von meiner eigenen Kraft* den höchsten Belastungsgrad. Diese Einschätzung korrespondiert mit dem Wunsch *Hin und wieder aus der Situation ausbrechen zu wollen*, der von 2 von 5 vA zum Zeitpunkt t_1 formuliert wird (t_0 : 37,3%).

Abbildung 36 Belastungsangaben – Kategorie GESUNDHEIT – t_0 und t_1 im Vergleich

Kategorien	Positiv formulierte Items	Zustimmung in %		Negativ formulierte Items	n je Erhebungszeitpunkt (t_0/t_1)	
		t_0	t_1			
GESUNDHEIT	PHYSISCHE GESUNDHEIT	Ich fühle mich morgens ausgeschlafen	52,2	49,3		67/67
			46,3	49,3	Ich fühle mich körperlich erschöpft	65/67
			34,3	34,3	Durch die Pflege wird meine Gesundheit angegriffen	67/61
	PSYCHISCHE GESUNDHEIT		37,3	41,8	Ich habe hin und wieder den Wunsch aus meiner Situation auszubrechen	67/65
			32,8	32,8	Ich empfinde mich manchmal nicht mehr richtig als ich selbst'	67/64
			65,7	67,2	Die Pflege kostet viel von meiner eigenen Kraft	61/65
	EMOTIONALE GESUNDHEIT	Ich kann mich noch von Herzen freuen	67,2	56,7		67/67
			44,8	44,8	Durch die Pflege hat die Zufriedenheit in meinem Leben gelitten	67/67
		Ich kann außerhalb der Pflegesituation abschalten	41,8	38,8		66/65

Im Themenfeld Emotionale Gesundheit zeigt sich im Längsschnitt ebenfalls eine Zunahme des Belastungsempfindens. Der sinkende Anteil derjenigen, die sich noch von Herzen freuen können (t_0 : 67,2%; t_1 : 56,7%) und derjenigen, die außerhalb der Pflegesituation abschalten können (t_0 : 41,8%; t_1 : 38,8%) verdeutlichen diese Entwicklung.

Die Gesamtbetrachtung aller Items zur Hauptkategorie Gesundheit zeigt bis auf wenige Ausnahmen einen Anstieg der Belastungssituation. Bei den positiv konnotierten Items sinkt der Anteil derjenigen, die der positiv

gedeuteten Situation zustimmen und bei den negativ konnotierten Items steigt der Anteil, derjenigen, die zustimmen.

Bei drei Items ist keine Verschiebung der Anteile zwischen t_0 und t_1 identifizierbar (*Durch die Pflege wird meine Gesundheit angegriffen, Ich empfinde mich manchmal nicht mehr richtig als ich selbst, Durch die Pflege hat die Zufriedenheit in meinem Leben gelitten*). Demgegenüber verweisen die Prozentangaben bei sechs von neun Items auf einen Belastungsanstieg.

4.4.2 HPS-Items zur Hauptkategorie Leben und Alltag der vA

Die Hauptkategorie umfasst folgende drei Unterkategorien:

- Alltagsbewältigung,
- Lebensstandard,
- Doppelbelastung.

Abbildung 37 Belastungsangaben – Kategorie LEBEN UND ALLTAG – t_0 - und t_1 im Vergleich

Kategorien		Positiv formulierte Items	Zustimmung in %		Negativ formulierte Items	n je Erhebungszeitpunkt (t_0/t_1)
			t_0	t_1		
LEBEN UND ALLTAG	ALLTAGS-BEWÄLTIGUNG	Mir bleibt genügend Zeit für meine eigenen Interessen und Bedürfnisse	34,3	28,4		67
		Neben d. Pflege kann ich meine sonstigen Aufgaben d. tägl. Lebens meinen Vorstellungen entsprechend erledigen	71,7	64,2		67/66
			56,7	50,7	Ich habe das Gefühl ich müsste mal wieder ausspannen	65/67
	LEBENS-STANDARD		35,8	41,8	Mein Lebensstandard hat sich durch die Pflege verringert	64/66
			35,8	29,9	Wegen der Pflege musste ich Pläne für meine Zukunft aufgeben	63/65
			41,8	40,3	Ich Sorge mich aufgrund der Pflege um meine Zukunft	66/66
	DOPPEL-BELASTUNGEN		9	13,4	Wegen der Pflege gibt es Probleme mit anderen Familienangehörigen	65/65
			29,9	38,8	Ich fühle mich ‚hin & her gerissen‘ zw. d. Anforderungen meiner Umgebung & den Anforderungen durch d. Pflege	65/64
			29,9	29,9	Wegen d. Pflege leidet meine Beziehung zu Familienangehörigen, Verwandten, Freunden & Bekannten	66/65

In der Unterkategorie Alltagsbewältigung verweisen die Daten auf ein hohes Belastungsempfinden, das über den Zeitverlauf hinweg zunimmt. Eine deutliche Belastung wird in Bezug auf die eigenen Bedürfnisse und Wünsche deutlich. Die Gruppe derjenigen, die genügend Zeit für ihre eigenen Wünsche und Bedürfnisse hat, schrumpft (t_0 : 34,3%; t_1 : 28,4%). Demgegenüber nimmt der Anteil, derjenigen ab, die das Gefühl haben, sie müssten mal wieder ausspannen, wobei zum Zeitpunkt t_1 jeder bzw. jede zweite vA hier Belastungen artikuliert. Hinsichtlich der Möglichkeit, die Aufgaben des täglichen Lebens entsprechend den eigenen Vorstellungen erledigen zu können, verkleinert sich die Gruppe über den Erhebungszeitraum (t_0 : 71,7%; t_1 : 64,2%).

Die Items zur Unterkategorie Lebensstandard verweisen in Relation auf ein geringer vorhandenes Belastungsempfinden. Während das Item *Mein Lebensstandard hat sich durch die Pflege verringert* von t_0 (35,8%) zu t_1 (41,8%) eine Steigerung aufweist, sinken bei den beiden verbleibenden Items die Anteile von t_0 zu t_1 . Das Gefühl *Zukunftspläne aufgegeben zu haben* und sich wegen der Pflege *Sorge um die Zukunft zu machen*, sind zum Zeitpunkt t_1 für kleinere Gruppen relevant als zum Zeitpunkt t_0 . Gleichwohl geben über beide Messzeitpunkte hinweg bis zu vier von zehn vA an, durch pflegerische Aufgaben Einbußen bzgl. ihres Lebensstandards bzw. persönliche Zukunftsängste zu haben. Im Bereich Doppelbelastungen liegen sowohl zum Zeitpunkt t_0 wie auch t_1 die niedrigsten Belastungsquoten vor. Bis auf das Item *Wegen der Pflege leidet meine Beziehung zu Familienangehörigen, Verwandten, Freunden und Bekannten*, das zu beiden Erhebungspunkten identische Prozentwerte aufweist, belegen die beiden weiteren Items ein zunehmendes Belastungsempfinden. In der Hauptkategorie Leben und Alltag zeigt sich eine Belastung im Bereich der personenzentrierten Themen – eigene Wünsche, Bedürfnisse, Zukunft, hin und her Gerissenheit –, während die Beziehungen zum sozialen Umfeld weniger problematisiert werden. Der vA als zentraler Akteur in der Versorgung entwickelt ein zunehmendes Belastungsempfinden.

4.4.3 HPS-Items: Hauptkategorie Pflege und Anerkennung der vA

Die Hauptkategorie Pflege und Anerkennung setzt sich ebenfalls aus drei Unterkategorien zusammen:

- Außenstehende und Anerkennung,
- Konkrete Pflegesituation,
- Emotionalität im Pflegekontakt.

Abbildung 38 Belastungsangaben – Kategorie PFLEGE UND ANERKENNUNG – t₀ und t₁ im Vergleich

Kategorien		Positiv formulierte Items	Zustimmung in %		Negativ formulierte Items	n je Erhebungszeit- punkt (t ₀ /t ₁)
			t ₀	t ₁		
PFLEGE UND ANERKENNUNG	AUßENSTEHENDE & ANERKENNUNG		25,4	23,9	Ich vermisse es mit anderen über die Pflege sprechen zu können	66/67
		Die von mir geleistete Pflege wird von anderen entsprechend aner- kannt	58,2	64,2		66/64
		Es macht mir nichts aus, wenn Außenstehende die Situation des/der Pflegebedürftigen mitbe- kommen	73,1	77,6		65/64
	KONKRETE PFLEGESITUATION	Ich habe das Gefühl, die Pflege „im Griff“ zu haben	71,6	71,6		61/64
		Es fällt mir leicht dem/der Pflegebe- dürftigen bei den notwendigen Dingen (z.B. beim Wasche &, Essen) zu helfen	74,6	61,2		64/65
			7,5	10,4	Ich habe das Gefühl, dass mir die Pflege aufgedrängt wurde	67/66
	EMOTIONALITÄT IM PFLEGEKONTAKT	Ich empfinde den Kontakt zu dem/der Pflegebedürftigen als gut	86,6	83,6		64/62
			19,4	23,9	Ich fühle mich von dem/der Pflegebedürftigen manch- mal ausgenutzt	67/67
		Die Wünsche des/der Pflegebedürf- tigen sind meiner Meinung nach angemessen	79,1	64,2		65/65
			79,1	80,6	Das Schicksal des/der Pflegebedürftigen macht mich traurig	66/66

In der Unterkategorie Außenstehende und Anerkennung ist eine tendenzielle Abnahme des Belastungsempfindens zwischen t_0 und t_1 identifizierbar. Im Vordergrund stehen hier Entlastungen, die durch Enttabuisierung und Anerkennung geschaffen werden können.

Die Unterkategorie Konkrete Pflegesituation verweist tendenziell auf eine Zunahme der Belastungssituation. Die Tendenz korrespondiert mit den Veränderungen zwischen t_0 und t_1 in der Unterkategorie Emotionalität im Pflegekontakt. Über alle Items der beiden Unterkategorien belegen – bis auf *Ich habe das Gefühl die Pflege im Griff zu haben* (t_0 : 71,6%; t_1 : 71,6%) – die Prozentsatzdifferenzen zwischen t_0 und t_1 einen Belastungsanstieg.

Die Entlastungen im Bereich der Unterkategorie Außenstehende und Anerkennung können mit CM-Leistungen zur Unterstützung der vA in Verbindung gebracht werden. Beratungen und Begleitungen der Case ManagerInnen schaffen Räume für vA ihre Probleme und Herausforderungen zu thematisieren.

Die Zunahme der Belastungswahrnehmung in den beiden weiteren Unterkategorien Konkrete Pflegesituation und Emotionalität im Pflegekontakt ist in Verbindung mit einem allgemeinen degenerativen Krankheitsverlauf zu sehen.

4.5 Das Berliner Inventar – Finanzielle Belastungen und Zukunftssorgen

2002 entfielen laut Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamtes zehn Prozent aller Krankheitskosten auf psychische Störungen sowie Verhaltensstörungen. Der Gesundheitsbericht des Bundes zur Altersdemenz beziffert die Kosten für Demenzen mit 5,6 Mrd. Euro, womit sie einen großen Anteil dieser Krankheitskosten verursachen. Zahlreichen Studien stimmen darin überein, dass Demenzen zu den kostspieligsten Krankheitsgruppen des höheren Alters gehören (vgl. Weyerer 2005, 22f.).

Laut Statistischem Bundesamt belegen Untersuchungen, dass indirekte Kosten – vor allem unbezahlter Betreuungsaufwand vA – den höchsten Anteil der Gesamtkosten ausmachen, obwohl die daraus entstehenden Folgekosten auf Seiten der vA durch psychische und körperliche Belastungen i.d.R. noch gar nicht eingerechnet sind. Demgegenüber machen bei den direkten Kosten wie medizinischen oder pflegerischen Leistungen die Kosten für die stationäre Langzeitbetreuung in Heimeinrichtungen den größten Anteil aus. Für die Alzheimer-Demenz werden jährliche durchschnittliche Gesamtkosten von 43.767 Euro pro Person angegeben, von denen über zwei Drittel von den zugehörigen Familien geleistet werden (vgl. Weyerer 2005, 22f.). Damit liegt die finanzielle Hauptlast bei den vA.

Die Hypothese, dass zukünftig Versorgung weniger über familiäre Netzwerke bzw. weniger über weibliche Angehörige erfolgt, wird mit gesellschaftlichen Wandlungsprozessen wie der demographischen Entwicklung, sich verändernden Familienbildern, erhöhten Mobilitätsanforderungen vor allem auf dem Arbeitsmarkt oder auch der steigenden Berufstätigkeit von Frauen begründet. Dies wird – so der Schluss – erhebliche zusätzliche finanzielle Belastungen für die Gesellschaft und das Gesundheitssystem nach sich ziehen (BMBF 2013).

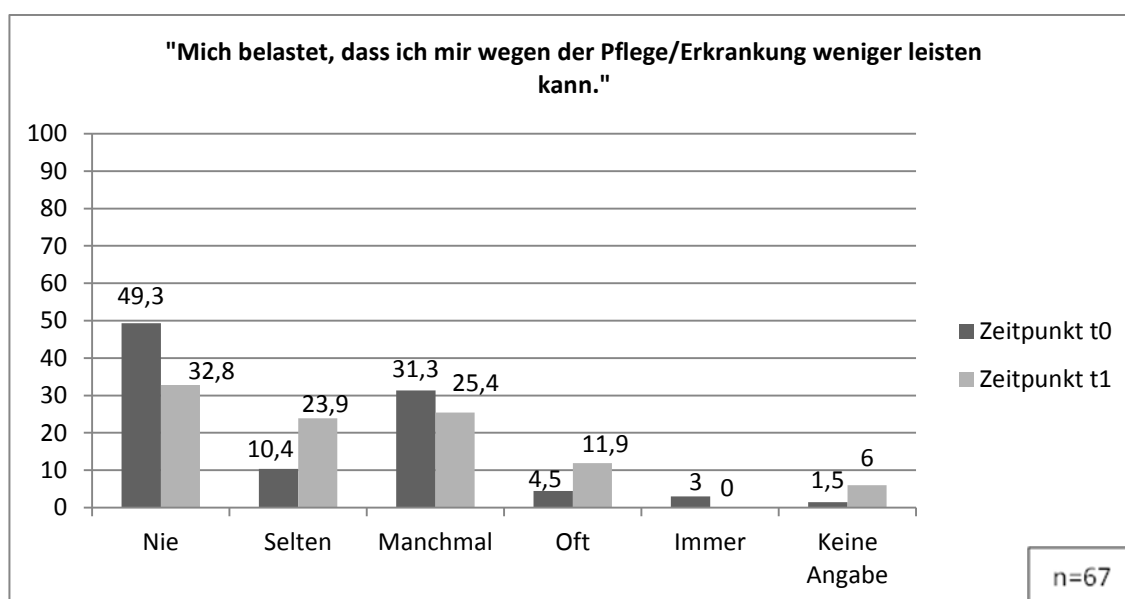
Um der finanziellen und beruflichen Situation von vA im Rahmen der Befragung Rechnung zu tragen, besteht ein weiterer Teil des Fragebogens aus einer Unterkategorie des Berliner Inventars zur Angehörigenbelastung

bei Demenz (BIZA-D). Dieser Teil dient vor allem der Vertiefung des Themenbereiches Finanzielle Belastungen und Zukunftssorgen. Es wird nur ein Fragenblock aus dem Gesamtinventar eingesetzt, weshalb eine Auswertung nach Vorgehen der Entwicklerinnen des BIZA-D nicht möglich ist.

Die Items des *BIZA-D* sind fünfstufig und bieten damit eine Mittelkategorie. Es handelt sich um eine Likert-Skala mit vier Aussagen und fünf Antwortkategorien (Nie, Selten, Manchmal, Oft und Immer). Die Aussagen lauten:

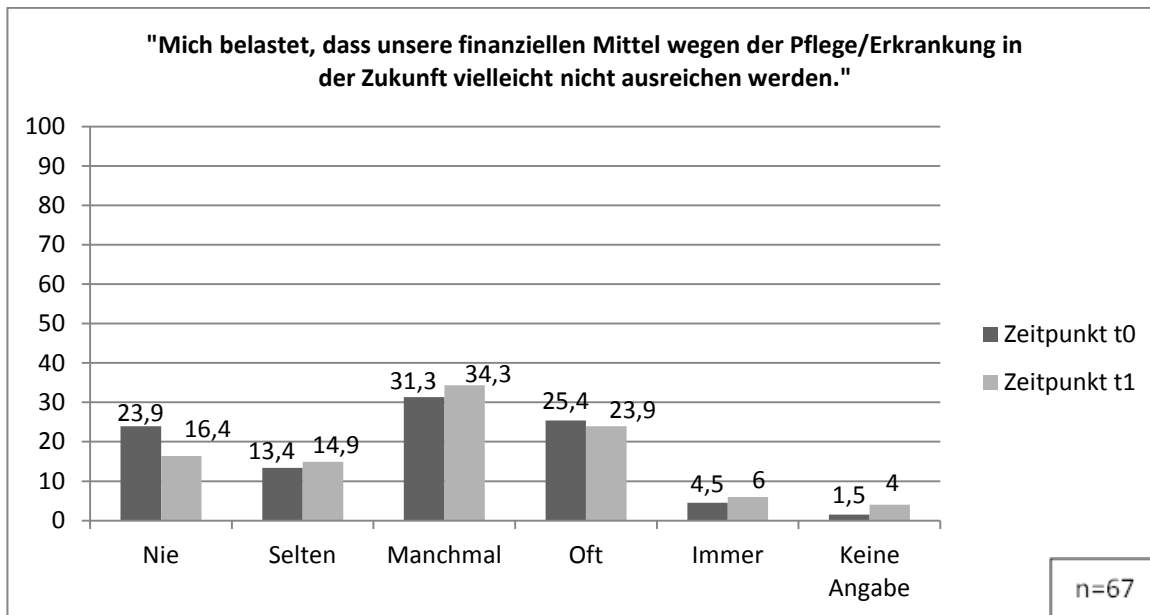
1. Mich belastet, dass ich mir wegen der Pflege/Erkrankung weniger leisten kann.
2. Mich belastet, dass unsere finanziellen Mittel wegen der Pflege/Erkrankung in der Zukunft vielleicht nicht ausreichen werden.
3. Mich belastet, dass uns/mir nicht genug Geld zur Verfügung steht, um die Pflege/Betreuung des Patienten befriedigend zu gestalten.
4. Mich belastet, dass ich wegen der Pflege mit einer geringeren Stundenzahl bzw. gar nicht mehr arbeite.

Abbildung 39 Belastungsempfinden im Vergleich: „wegen der Pflege/Erkrankung weniger leisten können“



Zu Item 1 *Mich belastet, dass ich mir wegen der Pflege/Erkrankung weniger leisten kann* findet zwischen den Erhebungszeitpunkten eine Verschiebung der Proportionen der einzelnen Antwortkategorien statt. Die Antwortkategorien Nie und Selten werden zu t_0 von 59,7% (Nie: 49,3%; Selten: 10,4%) und zum Zeitpunkt t_1 von 56,7% (Nie: 32,8%; Selten: 23,9%) genannt. Die Kategorie Manchmal verringert sich von t_0 zu t_1 von 31,3% zu 25,4%. Demgegenüber wächst der Anteil für Oft von 4,5% auf 11,9% (Immer: t_0 : 3,0%; t_1 : 0%). Zu t_1 gibt mehr als jeder 10. vA an, belastet zu sein, weil man sich wegen der Pflege/ Krankheit weniger leisten kann. Die Keine Angaben-Anteile steigen von 1,5% auf 6,0%.

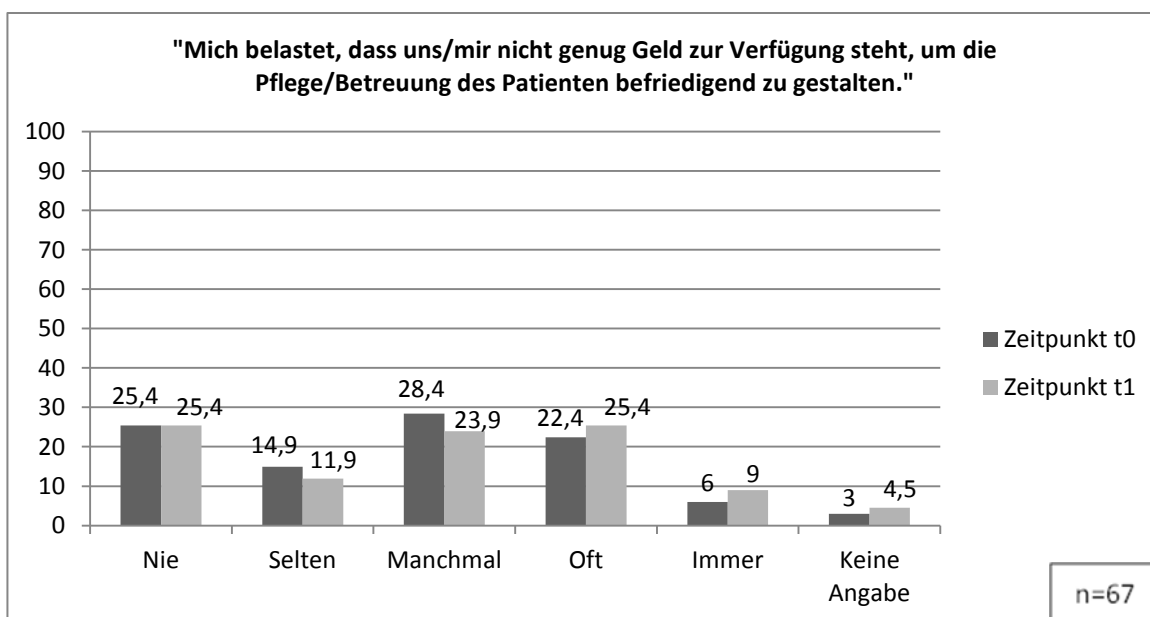
Abbildung 40 Belastungsempfinden im Vergleich: „finanzielle Mittel reichen in Zukunft vielleicht nicht aus“



Die Einschätzungen zu zukünftigen finanziellen Problemen verändern sich zu den Erhebungszeitpunkten. Der Anteil derjenigen, die sich Nie oder Selten hierdurch belastet fühlen, sinkt von 37,3% (t₀: Nie: 23,9%, Selten: 13,4%) auf 31,3% (t₁: Nie: 16,4%; Selten: 14,9%).

Die Gruppe mit der Einschätzung Manchmal wächst von t₀: 31,3% auf t₁: 34,3%. Die höchst belastete Gruppe Oft und Immer bleibt zu beiden Zeitpunkten identisch, wobei es eine interne Verschiebung zur stärkeren Ausprägung der Kategorie Immer gibt (t₀: 4,5%; t₁: 6,0%). Ebenfalls wächst der Anteil Keine Angaben um 3%-Punkte von t₀: 1,5% zu t₁: 4,5%.

Abbildung 41 Belastungsempfinden im Vergleich: „nicht genügend Geld für befriedigende Pflege“

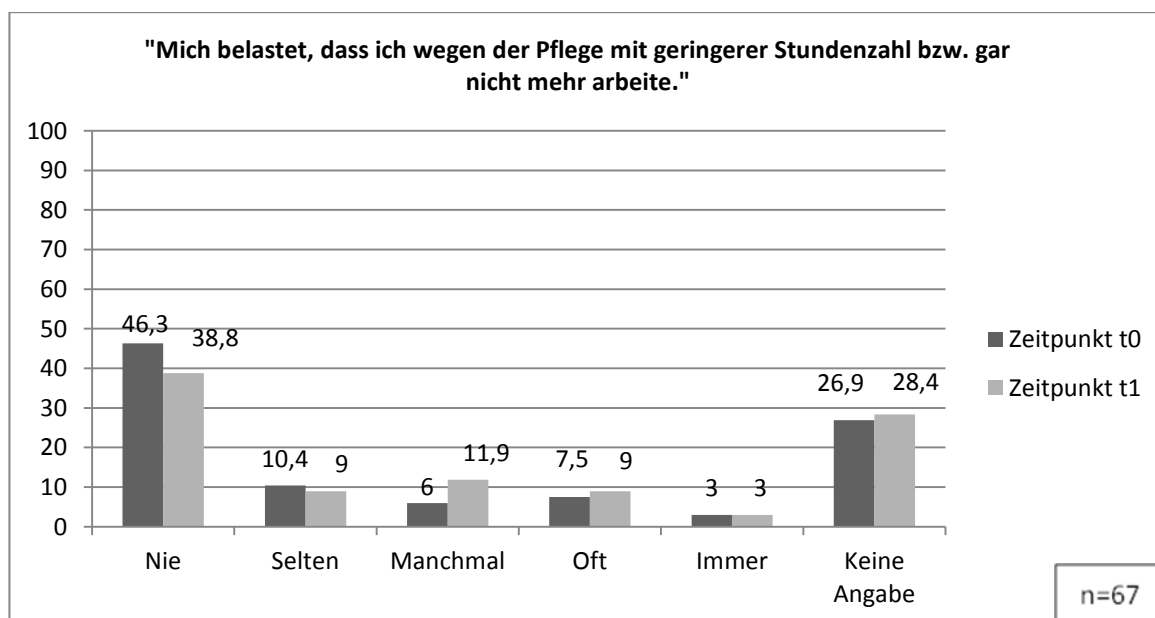


Das Item *Mich belastet, dass mir nicht genügend Geld zur Verfügung steht, um die Pflege/Betreuung des Patienten befriedigend zu gestalten* erreicht in der Bewertung der Belastungen die höchsten Einschätzungen. Die Anteile in den Kategorien Oft und Immer liegen zum Zeitpunkt t_0 bei 22,4% und 6,0% und steigen zum Zeitpunkt t_1 auf 25,4% bzw. 9,0%. Mangelnde finanzielle Mittel zur Gestaltung der Versorgung machen damit im Vergleich den höchsten Belastungsfaktor für vA aus.

Die mittlere Kategorie Manchmal wird im Rahmen der Erstbefragung von knapp 3 von 10 (28,4%) der Befragten gewählt. Der vergleichbare Anteil an vA zum Zeitpunkt t_1 sinkt um 4,5%-Punkte auf 23,9%. Die Antwortkategorie Nie bleibt konstant bei einem Viertel (25,4%). Der Anteil derjenigen vA, der sich Selten belastet fühlt, schrumpft von 14,9% (t_0) um 3,0%-Punkte auf 11,9% (t_1).

Es zeigt sich eine tendenziell steigende Belastung innerhalb des Halbjahresintervalls.

Abbildung 42 Belastungsempfinden im Vergleich: „wegen Pflege weniger arbeiten“



Bezüglich des Items *Mich belastet, dass ich wegen der Pflege mit geringerer Stundenzahl bzw. gar nicht mehr arbeite* zeigt sich zu beiden Erhebungszeitpunkten ein deutlicher Anteil an Keine Angaben (t_0 :26,9%, t_1 : 28,4%). Die Anteile derjenigen, die Nie oder Selten durch reduzierte Arbeitszeiten belastet sind, liegen zum Zeitpunkt t_0 bei 56,7% (Nie: 46,3%, Selten: 10,4%) und bei 47,8% zum Zeitpunkt t_1 (Nie: 38,8%; Selten: 9,0%). Belastet fühlen sich zu t_0 6,0% Manchmal, 7,5% Oft und 3,0% Immer. Die vergleichbare Gruppe zu t_1 steigt an und liegt für Manchmal bei 11,9%, Oft bei 9,0% und Immer bei 3,0%.

Die hohen Anteile an Keine Angaben und die deutlichen Anteile, die sich Nie oder Selten aufgrund der eingeschränkten Berufstätigkeit belastet fühlen, sind u. a. in Verbindung zu sehen mit der alters- und geschlechtsbezogenen Zusammensetzung der Angehörigengruppe. Sie sind daher nur bedingt aussagefähig hinsichtlich Belastungssituation der vA, da sie ein Merkmal abbilden, das für diese Stichproben nur bedingt von Relevanz ist.

4.6 Entlastungsempfinden durch Case-Management-Leistungen

Der Fragebogen umfasst fünf Items zum Thema Case-Management-Leistungen (CM-Leistungen). Ziel ist es, Einschätzungen zur Zufriedenheit mit der Unterstützung durch die Case-ManagerInnen im Modellprojekt Demenznetz StädteRegion Aachen zu erheben.

Es wird bei der Entwicklung der Items die Hypothese zugrunde gelegt, dass durch das CM Unterstützungs- und Entlastungssituationen für die vA geschaffen werden, die einer besseren Versorgung der MmD im häuslichen Umfeld dienen. Die Überprüfung der Hypothese erfolgt auf der Grundlage der nachfolgenden Indikatoren:

Ich habe das Gefühl, dass ein/e persönliche/r BeraterIn für mich hilfreich ist um ...

1. ... mehr professionelle Unterstützung zu erhalten.
2. ... die Pflegesituation für meinen Angehörigen zu verbessern.
3. ... mehr Sicherheit mit meinen Pflegeaufgaben zu entwickeln.
4. ... eine Überlastung meinerseits zu verhindern.
5. ... den längeren Verbleib meiner/s Angehörigen zuhause zu ermöglichen.

Die Items sind mit einer vierstufigen Antwortkategorisierung (sehr hilfreich, eher hilfreich, weniger hilfreich, gar nicht hilfreich) ausgestattet. Es werden die subjektiven Selbsteinschätzungen der Befragungsteilnehmenden dahingehend erfasst, ob die CM-Leistungen nach ihrer Einschätzung für sie zu Entlastungen in der Versorgungssituation führen (siehe Tabelle 19 nächste Seite).

4.6.1 Die subjektiv empfundene Entlastung

Tabelle 19 Übersicht subjektive Einschätzung der CM Leistungen (in %)

Bewertung Aussage	Gar nicht hilfreich		Weniger hilfreich		Eher hilfreich		Sehr hilfreich		Keine Angabe	
	t ₀	t ₁	t ₀	t ₁	t ₀	t ₁	t ₀	t ₁	t ₀	t ₁
Ich habe das Gefühl, dass ein/e persönliche/r Berater/in für mich hilfreich ist um (...)										
... mehr professionelle Hilfe erhalten	6,0	6,0	10,4	14,9	31,3	35,8	44,8	35,8	7,5	7,5
... die Pflegesituation für den Angehörigen verbessern	9,0	7,5	10,4	9,0	41,8	46,2	32,8	29,8	6,0	7,5
... Sicherheit mit den Pflegeaufgaben zu entwickeln	10,4	10,4	13,4	13,4	29,9	40,3	35,9	25,5	10,4	10,4
... eine Überlastung meinerseits zu verhindern	7,5	9,0	10,4	13,4	34,3	37,3	43,3	32,8	4,5	7,5
... den längeren Verbleib meines/r Angehörigen zuhause zu ermöglichen	7,5	6,0	10,4	11,9	34,3	34,3	43,3	38,8	4,5	9,0

Hinsichtlich der Beurteilung der CM-Leistungen können zwei Tendenzen beschrieben werden. Hinsichtlich der Antwortkategorie Eher Hilfreich erhöhen sich über alle Items – mit Ausnahme des Items *... den längeren Verbleib meines/r Angehörigen zuhause zu ermöglichen*, bei dem identische Werte vorliegen, die Anteile zum Zeitpunkt t₁ gegenüber t₀. Es handelt sich um Prozentsatzdifferenzen von 3% bis 10,4%.

In der Antwortkategorie Sehr hilfreich sinken demgegenüber die Anteile zwischen t₀ zu t₁ über alle Items hinweg. Hierbei handelt es sich ebenfalls um Prozentsatzdifferenzen von 3 bis zu 10,4 Prozentpunkten.

Sowohl zum Zeitpunkt t_0 wie auch zum Zeitpunkt t_1 schätzen zwischen drei Dritteln und drei Viertel die Leistungen des CM als entlastend ein.

Die CM-Leistungen werden als unterstützend für die Situation des MmD gesehen, wobei es sich um eine indirekte Verbesserung aufgrund der Unterstützung des vA handelt. Das Item ‚... eine Überlastung meinerseits zu verhindern‘ verliert von t_0 zu t_1 mit einer Prozentsatzdifferenz von 7,6%-Punkten am stärksten an Zustimmung.

5 Tandem-Studie (n=40)

Im Rahmen der Tandem-Studie werden die Daten der Verlaufsdokumentation und der Angehörigenbefragung zusammengeführt mit dem Ziel auf der Basis einer Clusteranalyse eine MmD-vA-Typologie zu entwickeln. Die MmD-vA-Typologie dient als Grundlage zur Entwicklung von passgenauen CM-Leistungen zur Unterstützung von MmD und ihren vA. Wissenschaftliche Studien zur Belastung von vA bestätigen die Notwendigkeit differenzierte Unterstützungsangebote bereitzustellen (vgl. Zank et al. 2006, 145).

Die Stichprobe der Tandem-Studie basiert auf den Fällen, zu denen sowohl die Angaben zur Verlaufsdokumentation (t_0 , t_1 und t_2) als auch die Fragebögen der Angehörigenbefragung (t_0 und t_1) vorliegen. Diese Kriterien sind in 40 Fällen erfüllt, somit liegt die Stichprobengröße der Tandem-Studie bei $n=40$.

Mit Hilfe von SPSS wird eine hierarchische Clusteranalyse gerechnet und es werden drei Cluster identifiziert.

Als Clusterbildende Indikatoren dienen:

- Alter des MmD,
 - o Unter 80 Jahre,
 - o 80 Jahre und älter,
- Struktur des Versorgungsarrangements,
 - o Intragenerational,
 - o Intergenerational,
- Alter des vA
 - o Unter 65 Jahre,
 - o 65 Jahre und älter.

5.1 Beschreibung der identifizierten Cluster

Cluster 1 kann als ‚**Junge, chancenreiche Gruppe mit traditionalistischem Versorgungskonzept**‘ gekennzeichnet werden. Die Gruppe der MmD ist nicht hochaltrig, d.h. alle MmD sind unter 80 Jahre. Die Versorgung erfolgt überwiegend intragenerational, wobei die vA alle jünger als 65 Jahre sind. In 3 von 5 Fällen findet die Versorgung durch den oder die EhepartnerIn statt. Diesem Cluster gehören 13 Fälle an.

Tabelle 20 Cluster 1 - Die Indikatoren

Indikatoren	Anteile in %
MmD über 80 Jahre	0
Versorgender (Ehe-)PartnerIn	61,5
vA unter 65 Jahre	100

Rund ein Viertel der Clustermitglieder ist alleinlebend, somit leben 3 von 4 nicht allein. Bei allen Personen dieses Clusters sind weitere Bezugspersonen wie z. B. Tochter, Schwiegertochter, Schwester, Bruder, Nachbarn, Freunde involviert. Der Anteil der weiblichen MmD liegt bei 46,2%; bei 84,6% des Clusters erfolgt die Versorgung durch eine weibliche Angehörige.

Es handelt sich somit um eine Gruppe, die in einem traditionalistisch-familiär orientierten Setting die Versorgung des MmD organisiert und somit ein klassisches familiales Versorgungsarrangement darstellt. Aufgrund der altersmäßigen Zusammensetzung des Clusters handelt es sich um eine eher jüngere Gruppe von MmD und vA, deren strukturelle Unterstützung und Begleitung im Versorgungsprozess zu einer nachhaltigen Stabilisierung der Situation beitragen kann. Weiterhin erfordert das bestehende Versorgungssetting eine Fokussierung des intragenerationalen Aspektes des Versorgungsarrangements. Im Fokus der CM- Leistungen stehen Leistungen für die Gruppe von mehr oder weniger gleichaltrigen MmD und ihren vA. Folglich handelt es sich vorrangig um Stabilisierungsanforderungen für ein partnerschafts-gestütztes Versorgungssetting.

Das Cluster 2 lässt sich semantisch mit dem Titel ‚**Sandwich-Versorgende mit familialistischem Versorgungskonzept**‘ charakterisieren. Die MmD sind alle hochaltrig. Das Versorgungsarrangement ist in allen Fällen intergenerational aufgebaut und die vA sind zum überwiegenden Teil jünger als 65 Jahre. Das Sandwich-Cluster wird aus 10 Fällen gebildet.

Tabelle 21 Cluster 2 - Die Indikatoren

Indikatoren	Anteile in %
MmD über 80 Jahre	100
Versorgender (Ehe-)PartnerIn	30
vA unter 65 Jahre	80

9 von 10 Personen des Clusters 2 sind nicht alleinlebend. Die Versorgung durch EhepartnerInnen erfolgt in 3 von 10 Fällen des Clusters und in 80% sind weitere Bezugspersonen in die Versorgung involviert. Der Anteil der weiblichen MmD liegt bei 80%; in 70% der Fälle erfolgt die Versorgung durch weibliche Angehörige. Hierbei nehmen die Töchter bzw. Schwiegertöchter eine zentrale Rolle ein.

Charakteristisch für dieses Cluster ist die altersmäßige Heterogenität der Beteiligten des Versorgungssettings. Während die MmD alle hochaltrig sind, gehört der überwiegende Teil der vA einer jüngeren Generation an. Für die vA ergibt sich ein multiples Anforderungsprofil hinsichtlich der zu erfüllenden Versorgungsleistungen. Einerseits sind Herausforderungen zur Bewältigung der Alltagsgestaltung und Strukturierung hinsichtlich der eigenen Lebenssituation zu bewältigen, während andererseits Versorgungsaufgaben gegenüber der älteren Generation zu übernehmen sind. Der Case Manager bzw. die Case Managerin steht somit einem Tandem aus MmD-vA gegenüber, das aufgrund der intergenerationalen Struktur spezifische Bedarfe und Unterstützungsleistungen artikuliert. Für die Gruppe der jüngeren Versorgungskohorte sind Hilfs- und Unterstützungsleistungen

gen erforderlich, die die Bewältigung der lebensphasenspezifischen Aufgaben ermöglichen. Hierzu gehören unter Umständen Aufgaben der Kindererziehung oder Enkelbetreuung bzw. die Ausübung einer Berufstätigkeit.

Das durch eine Sandwich-Situation gekennzeichnete Versorgungssetting erfordert ein generationenbezogenes und an den lebensphasen-ausgerichtetes Bedarfsorientiertes CM.

„**Risikant versorgende Gleichaltrige**“ ist als Titel zur Bezeichnung des Cluster 3 geeignet. Der Anteil der hochaltrigen MmD ist mit einem geringen Anteil höher als der Anteil der nicht Hochaltrigen. Das Versorgungssetting ist in allen Fällen intragenerational organisiert und die vA sind alle über 65 Jahre. Dieses Cluster ist mit 17 Fällen quantitativ die größte Gruppe.

Tabelle 22 Cluster 3 - Die Indikatoren

Indikatoren	Anteile in %
MmD über 80 Jahre	58,8
Versorgender (Ehe-)PartnerIn	100
vA unter 65 Jahre	0

Alle Personen des Clusters 3 leben in einer Partnerschaft. Der überwiegende Teil der MmD (94,1%) wird von EhepartnerInnen versorgt. In 4 von 5 Fällen sind weitere Bezugspersonen involviert und bei knapp zwei Drittel handelt es sich um weibliche vA. Das Cluster 3 wird zu rund zwei Dritteln von männlichen MmD gebildet.

Die Struktur des Clusters spiegelt eine klassische Versorgungssituation wieder, in der der hochaltrige männliche MmD von der gleichaltrigen, ebenfalls hochaltrigen Partnerin versorgt wird. Aufgrund des höheren Alters der versorgenden PartnerIn besteht ein erhöhtes Risiko für eigene Multimorbidität, die in Verbindung mit der zunehmenden Belastung bei fortschreitender Demenz zu weiteren gesundheitlichen Überlastungssituationen führen kann. Damit steigt das Risiko für dekomparatorische Situationen und für instabile Versorgungssettings.

Bedingt durch die spezifische Alters- und Belastungsstruktur des Clusters fokussieren die CM-Leistungen einerseits die Stabilisierung der Situation, andererseits zielen sie im Sinne präventiver Leistungen auf die Vermeidung der Verschlechterung der Situation.

5.2 Empfehlungen für passgenaue Angebote des CM

Auf der Basis der entwickelten Typologie können Empfehlungen für passgenaue Angebote des CM entwickelt werden. Ziel ist es hier auf der Grundlage der typologisch entwickelten Zuordnung der MmD und ihrer Angebote bedarfsgerechte Hilfs- und Unterstützungsleistungen, insbesondere für die vA als die zentralen Akteure im Versorgungsarrangement zu entwickeln.

Ausgehend von der Analyse der bestehenden Versorgungsleistungen zum Einschreibzeitpunkt sowie zu den erfolgten Interventionen bis Abschluss des Erhebungszeitpunktes t_2 wird eine Bestandsaufnahme der bestehenden und erbrachten Leistungen erstellt. Vor dem Hintergrund der Ist-Analyse werden die Empfehlungen auf den identifizierbaren positiven bzw. negativen Veränderungen der subjektiven Belastungseinschätzungen der vA im Rahmen der Angehörigenbefragung formuliert. Die Einschätzungen zur Verschlechterung bzw. Verbesserung der Belastungssituationen werden als Anhaltspunkte zur Definition von Bedarfen für CM-Leistungen genutzt.

5.2.1 Cluster 1 ‚Junge, chancenreiche Gruppe mit traditionalistischem Versorgungskonzept‘

Entlang der vorliegenden Daten zur Verlaufsdokumentation und der Angehörigenbefragung findet eine detailliertere Betrachtung des Clusters statt.

5.2.1.1 Cluster 1: Sozialrechtliche Dokumente

Einführend findet eine clusterspezifische Analyse zentraler Aspekte der Verlaufsdokumentation statt. Für das Cluster 1 wird auf der Basis der vorliegenden und im Behandlungsverlauf durchgeführten CM ein Bild bezüglich der bestehenden Versorgungssituation gezeichnet.

Tabelle 23 Cluster 1 - Sozialrechtliche Dokumente (Angaben in %)

Sozialrechtliche Dokumente	t_0	t_1	t_2
Betreuungsvollmacht	61,5	23,1	0
Patientenverfügung	46,2	15,4	0
Vorsorgevollmacht	76,9	23,1	0
Schwerbehindertenausweis	53,8	7,7	7,7

Zum Einschreibungszeitpunkt verfügen 3 von 5 Personen über eine Betreuungsvollmacht sowie 3 von 4 MmD über eine Vorsorgevollmacht. Zum Zeitpunkt t_1 werden bei knapp einem Viertel des Clusters CM-Leistungen hinsichtlich dieser sozialrechtlichen Versorgungsleistungen erbracht. Bis zum Zeitpunkt t_2 erfolgen hierzu keine weiteren Interventionen.

Über eine Patientenverfügung bzw. einen Schwerbehindertenausweis verfügen zu t_0 rd. jede zweite eingeschriebene Person (Patientenverfügung: 46,2%; Schwerbehindertenausweis: 53,8%). In beiden Bereichen finden bis zu t_1 bzw. hinsichtlich Schwerbehindertenausweis bis zu t_2 Interventionen statt, allerdings bezogen auf Einzelfälle.

Die Klärung der sozialrechtlichen Dokumentenlage konzentriert sich stärker auf die Absicherung der Aspekte Betreuung und Vorsorge als auf die Regelung von Entscheidungsbefugnissen im Bedarfsfall, wenn die eigenständige Entscheidungskompetenz nicht mehr vorliegt.

5.2.1.2 Cluster 1: Pflegerische Versorgungsleistungen

Das Versorgungsniveau hinsichtlich der pflegerischen Leistungen ist zum Zeitpunkt t_0 über alle Aspekte hinweg deutlich niedriger als im Vergleich zu den sozialrechtlichen Dokumenten.

Tabelle 24 Cluster 1 - Pflegerische Versorgungsleistungen (Angaben in %)

Pflegerische Versorgungsleistungen	t_0	t_1	t_2
Pflegestufe 1-3	23,1	38,5	15
Zusätzliche Betreuungsleistungen	23,1	53,8	15
Pflegedienst	15,4	30,8	7,7
Tagespflege	7,7	15,4	23
Kurzzeitpflege	0	23,1	0
Verhinderungspflege	7,7	23,1	7,7

Weniger als ein Viertel des Clusters verfügen zum Zeitpunkt t_0 über eine Pflegestufe (unabhängig von der Höhe) und über zusätzliche Betreuungsleistungen. In beiden Bereichen erfolgen bis zum Ende des Beobachtungszeitraums Interventionen. Die Interventionen zum Zeitpunkt t_1 und t_2 verweisen auf Information und Beratungen im Bereich eines möglichen Leistungsbezugs. Obwohl die Daten nicht eindeutig belegen, wie viele MmD zum Zeitpunkt t_2 über entsprechende Leistungen verfügen, kann auf einen entsprechenden Interventionsbedarf bei nahezu allen Personen des Clusters geschlossen werden.

Funktionale Unterstützungsleistungen im Sinne von Pflegedienst, Tagespflege, Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege existieren zum Einschreibzeitpunkt nur sehr eingeschränkt. In allen Bereichen werden zu den beiden Erhebungszeitpunkten Interventionen geleistet, wobei die Mehrzahl der Interventionen - mit Ausnahme der Tagespflege – bis zum Zeitpunkt t_1 erfolgen. Externe Hilfe- und Unterstützungsleistungen in Form von Pflegediensten und Tagespflege werden in das Versorgungssystem eingebunden und dienen der Entlastung der vA. In eine ähnliche Richtung tendieren die Interventionen im Bereich Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege, wobei hier CM-Leistungen in geringerem Umfang erbracht werden.

5.2.1.3 Cluster 1: Zusätzliche Alltagsversorgung

Die Versorgungsleistungen im Bereich zusätzlicher Alltagsversorgung beziehen sich vorrangig auf psychosoziale Angebote.

Tabelle 25 Cluster 1 - Zusätzliche Versorgungsleistungen (Angaben in %)

Zusätzliche Alltagsversorgung	t_0	t_1	t_2
Ehrenamt	7,7	15,4	0
Betreuung	0	53,8	31
Haushaltsnahe Dienstleistungen	15,4	0	0

Psychosoziale Entlastungsangebote werden zum Erhebungszeitpunkt t_0 nur in sehr eingeschränktem Maße in Anspruch genommen. Während zum Einschreibzeitpunkt keine Person Betreuung nutzt, finden während der beiden folgenden Erhebungszeitpunkte in größerem Umfang Interventionen statt. Die Einbindung ehrenamtlicher Unterstützung in die Alltagsversorgung wird durch Interventionen zum Zeitpunkt t_1 geringfügig befördert. Die Einbindung externer Hilfe in Form von Betreuung sowie Ehrenamt führt zu Entlastung der vA und trägt zu Stabilisierung des Setting bei.

5.2.1.4 Cluster 1: Sonstige Versorgungsaspekte

Die nachfolgend betrachteten Maßnahmen bieten indirekte Entlastungsmöglichkeiten, in dem sie Unterstützungen zur Bewältigung und zum Umgang mit der Demenz bieten.

Tabelle 26 Cluster 1 - Sonstige Versorgungsaspekte (Angaben in %)

Sonstige Versorgungsaspekte	t_0	t_1	t_2
Umbau	7,7	30,8	7,7
Kognitives Training	38,5	23,1	0
Selbsthilfegruppe	15,4	30,8	7,7
Schulung	15,4	38,5	7,7
Therapie	23,1	0	0

Hinsichtlich der funktionalen Unterstützung im Bereich einer Wohnraumanpassung finden zu den Zeitpunkten t_1 und t_2 Interventionen statt. Über Umbaumaßnahmen kann ein Beitrag für die Verbesserung der Versorgung im häuslichen Bereich geleistet werden und somit eine Stabilisierung der häuslichen Versorgungssituation erfolgen.

Die Versorgung mit therapeutisch orientierten Behandlungsangeboten ist zum Zeitpunkt t_0 bei gut einem Drittel (38,5%) im Bereich Kognitives Training und bei knapp einem Viertel im Bereich Therapie vorhanden. In diesem Bereich werden bei knapp einem Viertel des Clusters 1 bis zum 1. Erhebungszeitpunkt Interventionen im Kontext Kognitives Training durchgeführt; weitere Interventionen werden nicht dokumentiert.

Unterstützungsleistungen für die vA in Form von Selbsthilfegruppen und Schulungen sind zu den betrachteten Erhebungszeitpunkten relevant. Ausgehend von einer kleinen Gruppe, die bei Einschreibung entsprechende Angebote in Anspruch nimmt, werden zu t_1 und t_2 CM-Leistungen dokumentiert.

Die Interventionen zu Sonstigen Versorgungsaspekten liegen vorrangig im Kontext der Entlastung der vA.

5.2.1.5 Cluster 1: CM-Leistungen

Die CM-Leistungen, die im Rahmen von Bereitstellung von Entlastungsangeboten angeboten werden, beziehen sich vorrangig auf Beratung, Vermittlung und Gespräche.

Tabelle 27 Cluster 1 – CM-Leistungen

Leistungsart	Anteile in %
1-3 Dokumente aufgesetzt	30,8
1-4 Leistungen beantragt	61,5
1-2 Änderungen von Leistungen	38,5
Beendigung von Leistungen	7,7
1-4 Vermittlungen	38,5
5 und mehr Hausbesuche	7,7
5 und mehr Entlastungsgespräche	38,5
Beratung	74,9
Intensivberatung	30,8
5 und mehr Beratungen (max. 21 Beratungen)	38,5

Die Beratungsleistungen schlagen sich in dem Aufsetzen von Dokumenten nieder (30,8%), der Beantragung (61,5%) bzw. der Änderung von Leistungen (38,5%) sowie der Vermittlung. Die Beendigung von Leistungen ist von nachrangiger Bedeutung. Fünf und mehr Hausbesuche (7,7%) und 5 und mehr Entlastungsgespräche (38,5%) bieten den vA Unterstützungsleistungen in emotionaler und affektiver Hinsicht.

Für drei Viertel des Cluster 1 werden Beratungen dokumentiert. Knapp ein Drittel (30,8%) erhält Intensivberatungen (länger als 30 Minuten), mehr als ein Drittel (38,5%) nehmen 5 und mehr Beratungen in Anspruch.

Somit findet neben der funktionalen Versorgung – Aufsetzen von Dokumenten und Bereitstellung von Leistungen – für Teile des Clusters eine emotionale und affektive Entlastung über Hausbesuche, Entlastungsgespräche und Beratung statt. Insbesondere die Hausbesuche und Beratungen dienen der Vorbereitung und Etablierung von funktionalen Hilfe- und Unterstützungsleistungen und tragen damit einer Stabilisierung des Versorgungsarrangements bei.

5.2.1.6 Cluster 1: Veränderung der Angehörigenbelastung

Die Veränderungen der Angehörigenbelastungen zwischen den Zeitpunkten t_0 und t_1 verweisen auf ein cluster-typisches Muster. Für das Cluster 1 ‚**Junge, chancenreiche Gruppe mit traditionalistischem Versorgungskonzept**‘ spielt die Unterstützung in Form von mentaler, aber vor allem funktionaler Unterstützung eine zentrale Rolle. Die emotionale und affektive Stabilisierung der vA insbesondere durch Begleitung in Form von Entlas-

tungsgesprächen durch das CM sind für die Personen dieses Clusters von Relevanz. Darüber hinaus verweisen die Veränderungen im Belastungsempfinden auch auf die Notwendigkeit der funktionalen Entlastung der vA in ihrer alltäglichen Versorgungssituation. Es werden Belastungen thematisiert, denen über die Bereitstellung von Hilfs- und Unterstützungsdiensten in Form von Pflegediensten, Betreuung u. ä. entgegen gewirkt werden kann. Dabei schafft die Bereitstellung funktionaler Hilfe- und Unterstützungsleistungen für vA Freiräume eigene Bedürfnisse und Aufgaben des täglichen Lebens zu bewältigen und stabilisiert sie/ihn damit in ihrer emotionalen und affektiven Situation.

Die Rolle des CM fokussiert in diesem Zusammenhang stärker die Vernetzung von Diensten und Unterstützungsleistungen und weniger die unmittelbare Beratungsarbeit. Das CM wird somit vorrangig in der Koordinationsrolle relevant. Als Beratungs-flankierende Maßnahme des CM wird hier allerdings erforderlich sein, die Akzeptanz für die funktionalen Hilfs- und Unterstützungsleistungen seitens der vA in den Blick zu nehmen. Vor dem Hintergrund, dass es sich hierbei um eine Gruppe mit einem traditionalistischen Versorgungskonzept handelt, stehen die existierenden Rollenbilder hinsichtlich der Versorgung der Beteiligung professioneller, nicht familiärer Akteure gegebenenfalls entgegen. Das CM muss in seiner beratenden Funktion die Barrieren und Hindernisse gegenüber der Beteiligung externer Dienste in den Blick nehmen und die vA in ihrer Rolle als Hilfeeannahmende und –akzeptierende Person stärken.

Dem CM kommt somit in doppelter Hinsicht eine Vermittlerrolle zu. Einerseits hat es eine koordinative Rolle zu übernehmen, in dem es die Koordination und Vernetzung der erforderlichen Akteure in den Blick nimmt. Andererseits müssen Case ManagerInnen als MittlerInnen zwischen den traditionalistischen Vorstellungen der vA und der notwendigen Einbindung von professionellen Kräften in der Versorgung des MmD fungieren.

Als Kompetenzen des CM sind somit kommunikative, koordinierende, aber auch sozial-analytische Fähigkeiten erforderlich, die den passgenauen Umgang mit normativen Vorstellungen im Umgang mit familiären Versorgungsaufgaben ermöglichen. Vor dem Hintergrund, dass es sich um eine altersmäßig eher jüngere Gruppe handelt, ist dabei auch für den längeren Zeitraum der Sicherstellung eines funktionierenden Versorgungssettings zu sensibilisieren.

5.2.2 Cluster 2 ‚Sandwich-Versorgende mit familialistischem Versorgungskonzept‘

Die Daten zur Verlaufsdokumentation und der Angehörigenbefragung dienen als Grundlage für eine detailliertere Betrachtung des Clusters.

5.2.2.1 Cluster 2: Sozialrechtliche Dokumente

Einführend wird die Versorgungslage hinsichtlich der sozialrechtlichen Dokumente in den Blick genommen.

Tabelle 28 Cluster 2 - Sozialrechtliche Dokumente (Angaben in %)

Sozialrechtliche Dokumente	t₀	t₁	t₂
Betreuungsvollmacht	0	40	10
Patientenverfügung	0	70	10
Vorsorgevollmacht	0	70	20
Schwerbehindertenausweis	10	30	0

Zum Einschreibzeitpunkt liegen – mit einer Ausnahme bezüglich eines Schwerbehindertenausweises – keine sozialrechtlichen Dokumente vor. Über die beiden Erhebungszeitpunkte hinweg werden in den Bereichen Betreuungsvollmacht, Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht Interventionen dokumentiert. Damit werden die vA in die Lage versetzt, in Bedarfsfällen entsprechende Entscheidungen zu treffen. Aufgrund des intergenerationalen Versorgungssettings des Clusters ist davon auszugehen, dass die Interventionen hinsichtlich der Dokumente vorrangig Personen der jüngeren Alterskohorten fokussieren.

5.2.2.2 Cluster 2: Pflegerische Versorgungsleistungen

Die Versorgung mit pflegerischen Leistungen ist zum Zeitpunkt t₀ über alle Aspekte hinweg gegeben, allerdings auf sehr unterschiedlichem Niveau.

Tabelle 29 Cluster 2 - Pflegerische Versorgungsleistungen

Pflegerische Versorgungsleistungen	t₀	t₁	t₂
Pflegestufe 1-3	50	30	0
Zusätzliche Betreuungsleistungen	40	30	10
Pflegedienst	40	10	10
Tagespflege	10	10	10
Kurzzeitpflege	20	20	0
Verhinderungspflege	20	10	0

Die Versorgung mit pflegerischen Leistungen ist zum Einschreibzeitpunkt für einen Teil des Clusters 2 bereits umgesetzt. Der Versorgungsgrad im Bereich Pflegestufe, zusätzliche Betreuungsleistungen und Pflegedienst ist

am stärksten ausgeprägt und wird auch über die Erhebungszeitpunkte t_1 und t_2 weiter ausgebaut. Die Daten weisen darauf hin, dass nach Abschluss des Untersuchungsjahres 4 von 5 Personen eine Pflegestufe haben sowie zusätzliche Betreuungsleistungen beziehen bzw. entsprechende Interventionen in diesem Bereich durchgeführt worden sind. Hinsichtlich eines Pflegedienstes sind 3 von 5 Personen mit einem Pflegedienst versorgt bzw. es sind diesbezügliche Interventionen erfolgt.

Versorgungsleistungen im Bereich Tagespflege, Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege sind zum Einschreibzeitpunkt weniger vorhanden und es finden über den Untersuchungszeitpunkt hinweg in geringem Maße Interventionen statt. Bei jeweils 3 von 10 Personen des Clusters 2 werden die Themen Tagespflege und Verhinderungspflege sowie bei 2 von 5 Cluster-Mitgliedern das Thema Kurzzeitpflege als Leistungsbezug oder Intervention dokumentiert.

Die Versorgungsstruktur mit pflegerischen Leistungen verweist auf den Einbezug von externen Hilfs- und Unterstützungsleistungen, wobei die Versorgung vorrangig im familiären Kontext organisiert wird. Die Einbindung von Versorgungsakteuren aus dem außerhäuslichen Bereich in Form von Tages-, Kurzzeit- und Verhinderungspflege erfolgt nur in Ansätzen und verweist auf das bestehende Handlungskonzept der inner-familiär zu organisierten und gewährleisteten Versorgung des MmD.

5.2.2.3 Cluster 2: Zusätzliche Alltagsversorgung

Versorgungsleistungen im Bereich zusätzliche Alltagsversorgung beziehen sich vorrangig auf psychosoziale Angebote.

Tabelle 30 Cluster 2 - Zusätzliche Alltagsversorgung

Zusätzliche Alltagsversorgung	t_0	t_1	t_2
Ehrenamt	10	0	0
Betreuung	10	30	10
Haushaltsnahe Dienstleistungen	30	10	0

Der Einbezug externer Hilfen über Haushaltsnahe Dienstleistungen wird bis zum Ende des Untersuchungszeitraumes für 2 von 5 Personen dokumentiert. Die Beteiligung ehrenamtlicher Akteure ist in dem Cluster 2 von nachrangiger Bedeutung. Lediglich bei 1 von 10 Personen ist eine ehrenamtliche Unterstützung in die Versorgung eingebunden. Die Unterstützung der Versorgung durch Einbinden von weiteren Betreuungen ist zum Einschreibungszeitpunkt nur gering ausgeprägt, wird allerdings über die Erhebungszeitpunkte t_1 und t_2 über entsprechende CM-Interventionen stärker in den Fokus genommen.

Die Stabilisierung der häuslichen Situation erfolgt durch das – wenn auch eher rudimentäre - Involvieren externer Hilfs- und Unterstützungsakteure, womit das familialistisch orientierte Versorgungssetting in seiner Grundstruktur gestützt wird.

5.2.2.4 Cluster 2: Sonstige Versorgungsaspekte

Die nachfolgend betrachteten Maßnahmen bieten indirekte Entlastungsmöglichkeiten, in dem sie Unterstützungen zur Bewältigung und zum Umgang mit der Erkrankungssituation bieten.

Tabelle 31 Cluster 2 - Sonstige Versorgungsaspekte

Sonstige Versorgungsaspekte	t ₀	t ₁	t ₂
Umbau	0	0	0
Kognitives Training	0	0	0
Selbsthilfegruppe	0	0	10
Schulung	10	30	0
Therapie	10	0	0

Im Bereich der sonstigen Versorgungsaspekte liegt ein niedriges Versorgungsniveau vor. Zum Einschreibzeitpunkt wird für keinen Fall eine Umbaumaßnahme, die Teilnahme am kognitiven Training oder einer Selbsthilfegruppe dokumentiert. Bis auf einen Fall im Bereich Selbsthilfegruppe zum Zeitpunkt t₂ erfolgen über den Beobachtungszeitraum keine Leistungen oder Interventionen.

Über den gesamten Untersuchungszeitraum betrachtet werden in 2 von 5 Fällen des Clusters die Teilnahme bzw. Interventionen im Bereich Schulungen dokumentiert. Die Teilnahme des MmD an einer therapeutischen Maßnahme wird zum Einschreibzeitpunkt für eine Person dokumentiert, weitere Interventionen in diesem Bereich erfolgen nicht.

Der Versorgungsgrad im Kontext sonstiger Versorgungsaspekte ist sehr gering ausgeprägt. Externe Hilfen, die nicht unmittelbar der funktionalen Stabilisierung der häuslichen Versorgungssituation dienen, werden nicht bis kaum in Anspruch genommen.

5.2.2.5 Cluster 2: CM-Leistungen

Die CM-Leistungen, die im Rahmen von Bereitstellung von Entlastungsangeboten angeboten werden, beziehen sich vorrangig auf Beratung, Vermittlung und Gespräche.

Tabelle 32 Cluster 2 – CM-Leistungen

CM-Leistungsart	Anteile in %
1-3 Dokumente aufgesetzt	20
1-4 Leistungen beantragt	50
1-2 Änderungen von Leistungen	20
Beendigung von Leistungen	0
1-4 Vermittlungen	20
5 und mehr Hausbesuche	0
5 und mehr Entlastungsgespräche	20
Beratung	50
Intensivberatung	30
5 und mehr Beratungen (max. 21 Beratungen)	20

Die CM-Leistungen finden vorrangig im Bereich der Beantragung von Leistungen und der Beratung statt, die wiederum in unmittelbarem Zusammenhang gesehen werden können. Beratungen dienen u. a. der Beantragung von Leistungen bzw. der Vorbereitung des Aufsetzens von Dokumenten bzw. der Änderung von Leistungen.

Hausbesuche und Entlastungsgespräche sind von nachrangiger Bedeutung. Es finden in keinem Fall 5 und mehr Hausbesuche statt und in 20% der Fälle des Clusters 2 werden 5 und mehr Entlastungsgespräche durchgeführt. Das Ausmaß der Intensivberatung (30%) und der Anteil derjenigen, die 5 und mehr Beratungen in Anspruch nehmen (20%), sind eher gering ausgeprägt.

Die dokumentierten CM-Leistungen verweisen auf die Sicherstellung von funktionalen Hilfs- und Unterstützungsleistungen und der damit stattfindenden Stabilisierung der Versorgungssituation. Die emotionale und affektive Unterstützung über Begleitung und Betreuung in Form von Hausbesuchen, Entlastungsgesprächen, Intensivberatungen und einer Vielzahl von Beratungen ist von geringerer Bedeutung als die Sicherstellung eines funktionalen Versorgungssettings mittels entsprechender Leistungen.

5.2.2.6 Cluster 2: Veränderung der Angehörigenbelastung

Die Einschätzungen zu den Veränderungen des Belastungsempfindens im Cluster 2 ‚**Sandwich-Versorgende mit familialistischem Versorgungskonzept**‘ verweisen auf die Notwendigkeit der Stabilisierung der Versor-

gungssituation durch die Beteiligung weiterer Akteure. Eine Entlastung durch externe Unterstützung führt zu einer Verteilung von Verantwortung und entlässt die vA aus der Alleinverantwortlichkeit für die Versorgung des MmD. Aufgrund des intergenerationalen Versorgungsarrangements befindet sich die vA in der Notwendigkeit, die eigenen generationalen Erfordernisse und Aufgaben (z.B. Vereinbarkeit von Familie und Beruf) sowie die des MmD zu bedienen. Durch die Beteiligung externer Akteure bietet sich für die vA die Chance, Selbststeuerungsfähigkeiten für die Belange des eigenen Lebens zu stärken bzw. zu stabilisieren.

Die Aufgabe des CM besteht in einer koordinierenden und vernetzenden Aufgabe von Hilfs- und Unterstützungsdiensten. Der Fokus der vA besteht im Teilen von Verantwortlichkeit und der Beteiligung von weiteren Akteuren. Die Entwicklung eines erweiterten, mit professionellen Partnern ausgestatteten Netzwerkes kann für die vA aufgrund ihrer Sandwichposition und der damit verbundenen Mehrfachverantwortung der zu realisierenden Anforderungen beider Generationen als strukturell stabilisierend betrachtet werden.

Die Veränderungen im Belastungsempfinden der vA verweisen auf ein zunehmendes Ambivalenzempfinden hinsichtlich der vorherrschenden Rollenvorstellungen in der familiären Versorgung des MmD und dem damit selbst empfundenen Belastungserlebens. Die dokumentierten Versorgungsleistungen zum Einschreibzeitpunkt und die erbrachten CM-Leistungen verdeutlichen ein stark binnen-familiär strukturiertes Versorgungsarrangement. Das identifizierbare Versorgungssetting weist Züge eines weitgehend geschlossenen Systems auf, das die Versorgung als familiäre Aufgabe betrachtet, wobei Professionelle in die medizinisch, pflegerische Versorgung eingebunden werden können, aber eine Öffnung nach außen nicht erfolgt. Es findet eine Fokussierung der Sicherstellung einer funktionalen Versorgung statt, der Einbezug psychosozialer Komponenten bleibt begrenzt. Die identifizierbaren Settings transportieren das Tabu der Demenz und befördern somit die Gefahr der Dekompensation des intergenerationalen familiären Systems.

Die erforderlichen Beratungsleistungen des CM bedürfen weniger der Fokussierung der Akzeptanz der Beteiligung außerfamiliärer Akteure, sondern vielmehr der Organisation funktionaler Hilfs- und Unterstützungsleistungen. Somit ist das CM für die Mitglieder dieses Clusters vorrangig auf Vernetzung ausgerichtet. Neben der koordinierenden Rolle kommt dem CM darüber hinaus die Rolle der Sensibilisierung für die Gefahr der Instabilität des familiären Versorgungssettings zu. Aufgrund der intergenerationalen Struktur des Versorgungsarrangements sind neben der Sicherstellung der funktionalen Hilfen auch die lebensphasenspezifischen Bedarfe und Bedürfnisse der Beteiligten zu berücksichtigen. Die mögliche Unvereinbarkeit der Anforderungen aus beiden Anspruchsbereichen kann zu emotionalen und affektiven Be- und Überlastungssituationen mit der Folge der Dekompensation führen. Die Stabilität der Versorgung ist folglich gefährdet.

Während die Mitglieder dieses Clusters durch eine Akzeptanz gekennzeichnet sind, externe Hilfs- und Unterstützungssysteme in die Versorgung einzubinden, fehlt es an Bereitschaft der Öffnung nach außen. Das bedeutet, es werden stark familiär-individualistische Versorgungskonzepte gelebt und über die erbrachten CM-Leistungen tradiert. [Inwieweit normative Fragen hinsichtlich der Legitimität der Öffnung von familiären Prob-

lemlagen gegenüber nicht Familienmitgliedern hier eine Rolle spielen, ist offen.] [Frage: Wo setzen die Leistungen des CM an: An inhaltlichen Annahmen der eigenen Arbeit oder an der Akzeptanz der Zielgruppe?].

5.2.3 Cluster 3 ‚Riskant versorgende Gleichaltrige‘

Entlang der vorliegenden Daten zur Verlaufsdokumentation und der Angehörigenbefragung findet eine detailliertere Betrachtung des Clusters statt.

5.2.3.1 Cluster 3: Sozialrechtliche Dokumente

Einführend wird die Versorgungslage hinsichtlich der sozialrechtlichen Dokumente in den Blick genommen.

Tabelle 33 Cluster 3 - Sozialrechtliche Dokumente (Angaben in %)

Sozialrechtliche Dokumente	t₀	t₁	t₂
Betreuungsvollmacht	41,5	17,7	0
Patientenverfügung	41,2	23,5	0
Vorsorgevollmacht	58,8	29,6	0
Schwerbehindertenausweis	35,3	17,7	5,9

Zum Einschreibzeitpunkt besteht bei einem Teil der Mitglieder des Clusters eine Versorgung hinsichtlich der Dokumente. Bis zum Erhebungszeitpunkt t₁ erfolgen zu allen Dokumenten Interventionen, während bis zum Erhebungszeitpunkt t₂ ausschließlich im Bereich des Schwerbehindertenausweises CM-Leistungen dokumentiert sind.

Am umfassendsten werden in Bezug auf die Vorsorgevollmacht gefolgt von der Patientenverfügung Aktivitäten aufgelistet. Im Laufe des Beobachtungszeitraumes wird in Bezug auf Betreuungsvollmacht, Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht für einen Großteil der Mitglieder des Clusters CM-Leistungen erfasst. Damit ist bei einem größeren Anteil des Clusters die Thematik, bei Bedarf Entscheidungen für den MmD zu treffen, im Blick und wird im Kontext des CM behandelt.

5.2.3.2 Cluster 3: Pflegerische Versorgungsleistungen

Das Versorgungsniveau hinsichtlich der pflegerischen Leistungen ist zum Zeitpunkt t₀ über alle Aspekte hinweg deutlich niedriger als im Vergleich zu den sozialrechtlichen Dokumenten.

Tabelle 34 Cluster 3 - Pflegerische Versorgungsleistungen (Angaben in %)

Pflegerische Versorgungsleistungen	t₀	t₁	t₂
Pflegestufe 1-3	17,6	47,1	17,7
Zusätzliche Betreuungsleistungen	17,6	47,1	29,4
Pflegedienst	23,5	23,5	23,5

Tagespflege	17,6	17,6	11,8
Kurzzeitpflege	0	11,8	17,6
Verhinderungspflege	0	11,8	17,6

Der höchste Versorgungsgrad zum Erhebungszeitpunkt t_0 besteht hinsichtlich der Einbindung eines Pflegedienstes (23,5%). Die Versorgung mit einer Pflegestufe (17,6%), mit zusätzlichen Betreuungsleistungen (17,6%) und die Inanspruchnahme einer Tagespflege (17,6%) werden für einen geringen Teil des Clusters zum Einschreibzeitpunkt festgehalten. Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege sind bis zum Einschreibdatum nicht in Anspruch genommen worden.

In allen Bereichen der pflegerischen Versorgung werden bis zum Erhebungszeitraum t_1 und t_2 CM-Interventionen in den Verlaufsdokumentationen festgehalten. Über die CM-Leistungen bezüglich der Beantragung bzw. Änderung einer Pflegestufe (t_1 : 47,1%, t_2 : 17,7%) sowie von zusätzlichen Betreuungsleistungen (t_1 : 47,1%; t_2 : 29,4%) werden bis zum Ende des Untersuchungszeitraums annähernd alle Mitglieder des Clusters erfasst. Interventionen bezogen auf Pflegedienste bedingen, dass bis Ende des Erhebungszeitraumes t_2 mit mehr als zwei Drittel des Clusters diese Thematik behandelt wird.

Bemühungen entsprechende Unterstützungsleistungen über Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege zu etablieren, werden bis zum Zeitpunkt t_1 und t_2 – wenn auch für eine kleine Gruppe des Clusters - in den Verlaufsdokumentationen festgehalten.

Im Bereich der pflegerischen Versorgung sind die CM-Leistungen darauf gerichtet, für einen größeren Teil des Clusters Hilfe- und Unterstützungsleistungen zu etablieren. In das Etablieren von Hilfen im häuslichen Kontext fließen mehr CM-Ressourcen als in die Organisation von externen Unterstützungsleistungen. Die Versorgung im häuslichen Umfeld besitzt eine höhere Priorität als die Sicherstellung der Versorgung durch die Beteiligung externer Angebotsstrukturen.

5.2.3.3 Cluster 3: Zusätzliche Alltagsversorgung

Versorgungsleistungen im Bereich zusätzliche Alltagsversorgung beziehen sich vorrangig auf psychosoziale Angebote.

Tabelle 35 Cluster 3 - Zusätzliche Alltagsversorgung (Angaben in %)

Zusätzliche Alltagsversorgung	t_0	t_1	t_2
Ehrenamt	0	0	5,9
Betreuung	5,9	17,6	23,5
Haushaltsnahe Dienstleistungen	17,6	29,4	11,8

Die Angebote zusätzlicher Alltagsversorgung fokussieren vorrangig die funktionale Sicherstellung der Versorgung im häuslichen Rahmen. Die Haushaltsnahen Dienstleistungen sind zum Einschreibzeitpunkt vereinzelt

eingebunden, der Anteil der dokumentierten Interventionen in diesem Zusammenhang, steigt bis zum Ende des Untersuchungszeitraums.

Betreuungen und Ehrenamt sind zum Zeitpunkt t_0 gering bis gar nicht etabliert. Während das Ehrenamt bis zum Zeitpunkt t_2 lediglich für einen Fall dokumentiert wird, werden mehr Interventionen im Bereich Betreuung in den Verlaufsdocumentationen erfasst.

Die Dokumentationen hinsichtlich der zusätzlichen Alltagsversorgung verweisen auf die Sicherstellung einer funktionalen Versorgungslage unter Beteiligung von professionalisierten Akteuren in den Bereichen Betreuung und Haushaltsnahe Dienstleistungen. Der zusätzlichen Unterstützung über die Einbindung ehrenamtlich tätiger Personen kommt keine zentrale Rolle zu.

5.2.3.4 Cluster 3: Sonstige Versorgungsaspekte

Die nachfolgend betrachteten Maßnahmen bieten indirekte Entlastungsmöglichkeiten, in dem sie Unterstützungen zur Bewältigung und zum Umgang mit der diagnostizierten Demenz bieten.

Tabelle 36 Cluster 3 - Sonstige Versorgungsaspekte

Sonstige Versorgungsaspekte	t_0	t_1	t_2
Umbau	5,9	11,8	0
Kognitives Training	5,9	17,6	0
Selbsthilfegruppe	0	17,6	0
Schulung	11,8	23,5	5,9
Therapie	17,6	5,9	5,9

Im Bereich der Sonstigen Versorgungsaspekte liegt zum Erhebungszeitpunkt t_0 nur ein geringer Versorgungsgrad vor. Für eine eher kleine Gruppe werden bis zum Erhebungszeitpunkt t_1 entsprechende Interventionen durchgeführt und bis zum Zeitpunkt t_2 lediglich für vereinzelte Clustermitglieder.

Bezogen auf die vA richtet sich der größte Teil der Interventionen auf das Thema Schulung gefolgt von Selbsthilfegruppe. Deutlich wird, dass in diesem Bereich tendenziell wenige Interventionen erfolgen.

5.2.3.5 Cluster 3: CM-Leistungen

Die CM-Leistungen, die im Rahmen von Bereitstellung von Entlastungsangeboten angeboten werden, beziehen sich vorrangig auf Beratung, Vermittlung und Gespräche.

Tabelle 37 Cluster 3 – CM-Leistungen

CM-Leistungsart	Anteile in %
1-3 Dokumente aufgesetzt	47,1
1-4 Leistungen beantragt	64,7
1-2 Änderungen von Leistungen	11,8
Beendigung von Leistungen	0
1-4 Vermittlungen	47,1
5 und mehr Hausbesuche	52,9
5 und mehr Entlastungsgespräche	17,7
Beratung	70,6
Intensivberatung	58,8
5 und mehr Beratungen (max. 21 Beratungen)	35,4

Die Interventionen in Form von Beratung, Intensivberatung und Hausbesuchen erreichen mindestens jede zweite Person des Clusters. 7 von 10 Personen erhalten Beratungsangebote und bei knapp 3 von 5 Personen werden Intensivberatungen durchgeführt. Der Anteil des Clusters, bei dem 5 und mehr Hausbesuche durchgeführt werden, liegt mit 52,9% recht hoch.

Im Kontext der intensiven Beratungs- und Besuchsleistungen sind ebenfalls die hohen Clusteranteile zu sehen, für die Interventionen im Bereich Beantragung von Leistungen, Vermittlung und Aufsetzen von Dokumenten erbracht werden.

Die Hilfe und Unterstützung durch das CM erfolgt in vielfacher Hinsicht durch beratende Begleitung und der Etablierung von Leistungen, die in Form funktionaler Unterstützung genutzt werden kann.

5.2.3.6 Cluster 3: Veränderung der Angehörigenbelastung

Das Cluster 3 **Risikant versorgende Gleichaltrige** ist durch ein traditionelles Versorgungsarrangement gekennzeichnet, das auf einem intragenerational orientierten Versorgungskonzept mit älteren bzw. hochaltrigen vA aufbaut.

Die formulierten Belastungsempfindungen verweisen auf subjektiv wahrgenommene und steigende Belastungssituationen, die teilweise auch mit Instabilität in der Versorgungssituation assoziiert werden. Damit existieren Rahmenbedingungen, die bei fehlender externer Unterstützung in dekompensatorische Situationen

führen und eine Fehl-, Unter- bzw. Nichtversorgung des MmD sowie gesundheitliche Beeinträchtigungen des vA bedingen können.

Die Einschätzungen hinsichtlich der Veränderungen im Belastungsempfinden über die beiden Erhebungszeitpunkte hinweg verweisen auf Hilfs- und Unterstützungsleistungen auf zwei Ebenen. Einerseits kann über den Auf- und Ausbau eines funktionalen Netzwerkes über Pflegedienste, mobile Soziale Dienst eine Stabilisierung der Versorgungssituation erreicht werden. Damit fällt dem CM eine stärker koordinierende und organisierende Rolle zu; der/die Case ManagerIn übernimmt die Funktion des Netzwerkers/der Netzwerkerin.

Demgegenüber bedarf es in diesem Cluster auch einer emotional und affektiv unterstützenden Rolle des CM. Die vA sind aufgrund des traditionellen Versorgungsarrangements und des daran gekoppelten Rollenverständnisses in einer mental belasteten Situation, die durch Isolationserfahrungen und das Erleben von Rollenkonflikten gekennzeichnet werden kann. Der/die Case ManagerIn kann als AnsprechpartnerIn über Beratung und Begleitung eine Entlastung bieten und somit quasi eine Ventilfunktion übernehmen. Neben der funktionalen Stabilisierung der Versorgungssituation kann über die kommunikative Ebene ein Beitrag zur Sicherung des Versorgungsarrangements geleistet werden.

Ein Vergleich der drei Cluster verdeutlicht, dass passgenaue CM-Leistungen jeweils clusterspezifische Gewichtungen von koordinierenden Vernetzungsleistungen und begleitenden bzw. unterstützenden Beratungsleistungen erfordern.

5.2.4 Zusammenfassende Betrachtung

Das CM bedingt sowohl im Hinblick auf die MmD wie ihre vA identifizierbare Auswirkungen. Bezogen auf die MmD bewirkt das CM den Aufbau eines vernetzten Versorgungssettings. Dabei werden Sektoren übergreifende Kooperationen aufgebaut, die medizinische, pflegerische und psychosoziale Bedürfnisse der MmD berücksichtigen und entsprechende Akteure und Dienste einbinden. Zu den Akteuren gehören Haus- und FachärztInnen ebenso wie Hilfs- und Unterstützungsdienste wie z. B. Pflege- und Mobile Soziale Dienste. Bei fortschreitender MmD kann das etablierte Versorgungssetting bedarfsorientiert erweitert werden und ermöglicht somit eine dynamische Anpassung an die Bedürfnisse des MmD.

Durch die Beteiligung weiterer Akteure erfolgt eine Stabilisierung der Versorgungssituation des MmD, die mit einer höheren Versorgungssicherheit für den MmD einhergeht, da eine stärkere Unabhängigkeit von der Versorgungsleistung des vA ermöglicht wird.

Parallel dazu resultiert eine Entlastung der vA über die Beteiligung professioneller Partner. Die Übernahme medizinischer, pflegerischer und psychosozialer Aufgaben durch professionelle Akteure enthebt die vA ihrer alleinigen Verantwortlichkeit für die Versorgung. Gleichzeitig führt die Möglichkeit, Aufgaben abgeben zu können, zu einer Stabilisierung der vA, da der Überforderungssituation des vA entgegen gewirkt wird. Weiterhin wird damit der Funktion des vA als zentralem Akteur des häuslichen Versorgungsarrangements Rechnung ge-

tragen. Der Einbezug des vA in das CM durch Zurverfügungstellung von Entlastungs- und Unterstützungsangeboten trägt dem Paradigma Rechnung, dass es dem MmD dann gut geht, wenn es dem/der vA gut geht. Das CM als eine auf das MmD-vA-Tandem ausgerichtete Intervention bedingt eine bessere und stabilere Versorgung des MmD, da durch die Vernetzung von Versorgungspartnern einerseits ein optimaler Einsatz von Hilfs- und Unterstützungssystemen für den MmD gewährleistet werden kann und andererseits der/die vA durch die Beteiligung von professionellen und freiwilligen Diensten eine Unterstützung erfährt. Die dadurch mögliche Entlastung des/der vA führt idealerweise zu Vermeidung oder Verzögerung von physischen und/oder psychischen Erkrankung bzw. Erschöpfung. Die stärkere Unabhängigkeit des MmD von der Angehörigenversorgung über die Entlastung des vA durch professionelle Akteure, sichert eine nachhaltige Versorgung im häuslichen Umfeld. Gleichzeitig wird ein Beitrag für ein würdevolles Altern im häuslichen Umfeld für MmD und ihre vA geleistet, da die Heimeinweisung zeitlich verzögert oder vermieden werden kann.

Neben den generellen Konsequenzen des CM für die Versorgung von MmD und ihre vA sind die CM-Leistungen abhängig von der MmD-vA-Typologie passgenau anzupassen, um den Bedarfen des MmD und insbesondere der vA adäquat zu entsprechen.

Während bei den intragenerationalen Versorgungssettings das CM über einen stärkeren Fokus der mentalen Unterstützungsleistung der vA zu Entlastungen beiträgt, steht im intergenerationalen Setting die funktionale Unterstützung stärker im Vordergrund. Für die Cluster_1 ‚Junge, chancenreiche Gruppe mit traditionalistischem Versorgungskonzept‘ und Cluster_3 ‚Riskant versorgende Gleichaltrige‘ übernehmen die Akzeptanzschaffung für die Übernahme von Hilfe und Unterstützung sowie die emotionale und affektive Stabilisierung entlastende Funktionen. Damit werden die vA in die Lage versetzt, eigene Wünsche und Bedürfnisse zu realisieren bzw. Freiräume für soziale Kontakte zu erhalten.

Demgegenüber erfahren die vA des Clusters_2 ‚Sandwich-Versorgende mit familialistischem Versorgungskonzept‘ über die Möglichkeit, Verantwortung zu delegieren, Entlastung. Die Organisation funktionaler Hilfen und Unterstützungen für den MmD ermöglichen es, Aufgaben der eigenen Lebensgestaltung in den zentralen Lebensbereichen Familie und Beruf zu übernehmen.

Als Resultate des CM werden die optimale Versorgung des MmD und die Unterstützung und Entlastung des vA angestrebt. Hierzu gehören neben der Übernahme von funktionalen Hilfe- und Unterstützungsleistungen auch die Ermöglichung von Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und die Vermeidung von sozialer Isolation. Hierfür sind cluster-spezifische CM-Leistungen erforderlich, die den unterschiedlichen Rahmenbedingungen der jeweiligen MmD-vA-Tandem Rechnung tragen. Somit ist das CM passgenau anzulegen und setzt eine cluster-spezifische Analyse voraus.

6 Delphi- Studie „Herausforderungen der Demenzversorgung in ländlichen Räumen“

Innerhalb der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit ländlichen Räumen erscheinen diese nicht selten als rückständig, strukturschwach und wenig zukunftssträftig (vgl. Danneberg et al. 2010, 1). Häufig werden in Verbindung mit dem Begriffskonzept „ländliche Räume“ die demographische Alterung, Abwanderungsbewegungen, Arbeits- und Perspektivlosigkeit sowie die damit in Verbindung gebrachten Herausforderungen in Bezug auf die Aufrechterhaltung gleichwertiger Lebensverhältnisse behandelt (vgl. Danneberg et al. 2010, 1). Demgegenüber steht die Rede von besonderen Vorzügen ländlicher Räume hinsichtlich vielfältiger ökonomischer, ökologischer und gesellschaftlicher Ressourcen und Potentiale und einem stärker ausgeprägten sozialen Kapital in dörflichen Strukturen (vgl. Henkel 2012, 322ff.). Empirisch nicht von der Hand zu weisen ist, dass es bereits heute ländliche Räume gibt, die Lücken hinsichtlich einer wohnortnahen Gesundheitsversorgung aufzeigen. Dies erschwert im Besonderen älteren Menschen mit komplexen gesundheitlichen Problemlagen und deren vA, den Zugang zu medizinischen, pflegerischen und psycho-sozialen Hilfe- und Unterstützungsstrukturen. Gleichzeitig steigt jedoch die Nachfrage aufgrund erhöhter Bedarfe an (vgl. Statistisches Bundesamt 2010, 5; Robert Koch Institut 2012,3). Nach Berechnungen des Statistischen Bundesamtes wird der generelle Unterstützungsbedarf für ältere und alte Menschen bis 2030 erheblich anwachsen. Von 2,34 Mio. Pflegebedürftigen heute (Stand: 2009) auf 2,9 Mio. im Jahr 2020 und etwa 3,36 Mio. im Jahr 2030. Dies bedeutet einen Anstieg bis 2030 um 43,6 % (vgl. Statistisches Bundesamt 2010, 26). Dazu kommen circa 3 Millionen Menschen, die als hilfebedürftig gelten, allerdings Leistungen der Pflegeversicherung nicht in Anspruch nehmen können (vgl. Schneekloth et al. 2005, 61). Bundesweit werden mehr als zwei Drittel aller Pflegebedürftigen nach dem SGB XI häuslich versorgt. Davon werden wiederum zwei Drittel – von Angehörigen gepflegt, ohne jede Unterstützung durch professionelle Pflege nach SGB XI (Statistisches Bundesamt 2010, 21). Obwohl insgesamt eine „große Bereitschaft und Fähigkeit der privaten Netzwerke den überwiegenden Teil der Pflege in stabiler Weise über längere Zeiträume hinweg zu erbringen“ (Schneekloth et al. 2005, 244) festgestellt wird, geraten tradierte Formen sozialer Unterstützung älterer und versorgungsbedürftiger Menschen durch soziale Wandlungsprozesse an ihre Grenzen, da (vgl. Backes 2013):

- a) Der Bevölkerungsanteil hochbetagter Menschen rasch zunimmt,
- b) der Pflege- und Hilfebedarf mit steigendem Alter wächst und
- c) die Pflegekapazitäten des Familiensystems schrumpfen.

Aufgrund der verstärkten Abwanderungsbewegungen der erwerbstätigen Bevölkerung wird vermutet, dass vor allem strukturschwache ländliche Räume in eine „Abwärtsspirale“ geraten können und sich darüber hinaus Infrastrukturprobleme wechselseitig potenzieren (vgl. SVR Gesundheit 2014, 486). Konstatiert wird ein doppeltes Defizit: „Die Region verliert nicht nur Fachkräfte und damit professionelle Pflegeressourcen, zugleich sinkt das informelle Pflegepotenzial und die Möglichkeit, Pflegeverpflichtungen in Familien zu übernehmen“ (SVR Gesundheit 2014, 486). Die Kapazitäten familiärer und informeller Unterstützungsnetzwerke schrumpfen

demnach und Ausdünnungsprozess führen dazu, dass ländliche Räume schneller altern als urbane Zentren Deutschlands. Eine allgemeine infrastrukturelle Benachteiligung – aufgrund der geringeren Bevölkerungsdichte und der Siedlungsstruktur – kommt hinzu und führt dazu, dass größere Distanzen zur Angebotsnutzung überwunden werden müssen als in vielen urbanen Räumen.

In den vergangenen Jahren sind die Lebenssituationen von MmD und deren vA verstärkt in den Fokus gesellschaftspolitischer Debatten gerückt. Demenz wird als besondere Gefährdung der selbstständigen Lebensführung mit einem erhöhten Bedarf informeller und formeller Unterstützung gesehen wahrgenommen (vgl. Bakes 2013). Prognosen gehen davon aus, dass die aktuelle Zahl von 1,4 Millionen MmD Jahr für Jahr um durchschnittlich 40.000 ansteigt und sich bis 2050 verdoppelt hat (Deutsche Alzheimergesellschaft 2012, 4). Wissenschaftliche Publikationen zu Aspekten nichtpharmakologischer Demenzversorgung sind mittlerweile weit verbreitet: Arbeiten zu Bedürfnissen, Bedarfen und der Versorgung von MmD und deren vA, Studien zur Rolle formeller und informeller Versorgungsakteure, Konzepte und Wirkungsanalysen von Interventionen, Evaluationen und Konzepte von Versorgungsstrukturen und Studien zur Inanspruchnahme ambulanter und teilstationärer Angebote für MmD (vgl. Schöneman-Gieck 2012, 33). Ebenso besteht in Bezug auf die Koordinierung der ambulanten Versorgung, die Entwicklung von Netzwerkansätzen, deren Auswirkungen und anderen Fragen der Versorgungsstrukturen ein breiter Fundus wissenschaftlicher Arbeiten (vgl. Ehlers 2011, 11). Dennoch scheint es für ländliche Räume insbesondere für den deutschsprachigen Raum angebracht zu sein, von einer „(sub-)urban bias“ der politischen und wissenschaftlichen Aufmerksamkeit zu sprechen, da „neue Modelle (oft) im urbanen Raum entwickelt und erprobt (werden), während die spezifischen Probleme und Möglichkeiten in angrenzenden suburbanen oder ländlichen Regionen unberücksichtigt bleiben“ (Hämel et al. 2013, 326; vgl. auch Kofahl et al. 2003, 39). Ein Blick z.B. auf die nationale Förderpraxis unterstreicht dies: Von den 29 durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Rahmen seiner „Leuchtturmprojekt Demenz“-Initiative geförderten Projekte, immerhin mit einem Gesamtvolumen von 13 Millionen Euro, werden lediglich zwei in ländlich strukturierten Regionen durchgeführt. Damit wird übersehen, „dass durch das Zusammentreffen von Alterung, Schrumpfung der Bevölkerung und wirtschaftlicher Strukturschwäche oft die gesamte gesundheitliche und soziale Infrastruktur einer Region oder Kommune tangiert ist“ (Hämel et al. 2013, 326). Während also Regionalität und Vernetzung zu Leitkonzepten der Gesundheitsversorgung aufsteigen und die Vorteile einer „auf Dauer angelegten Kooperation“ (Kofahl et al. 2003, 14) von Anbietern im Gesundheitswesen verifiziert scheinen, bleiben gleichzeitig die Rahmenbedingungen für regional-vernetzte Versorgungsstrukturen in ländlichen Räumen innerhalb von Forschung und Politik ein randständiges Thema. Dies verwundert gerade deshalb, weil Forschungsergebnisse zeigen, dass der Einfluss regionaler Versorgungsinfrastruktur wie z. B. von Angeboten zur Entlastung von vA auf den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit größer ist als der des jeweiligen Krankheitsbildes (vgl. Hirsch 2008). Auch außerhalb Deutschlands wird das Stadt-Land-Gefälle thematisiert. So betonen US-amerikanische AutorInnen in einer Studie zur Nutzung von Serviceangeboten von vA von MmD im ländlichen

Raum, dass Professionelle der Sozialen Altenarbeit für ihr Handeln notwendigerweise die Unterschiedlichkeit von Versorgungserfahrungen in urbanen und ländlichen Räumen registrieren müssen (Sun et al. 2007, 29).

Diese Ausführungen sollen nicht darüber hinweggehen, dass (insbesondere im anglo-amerikanischen Raum) wissenschaftliche Erkenntnisse zu den Herausforderungen und Besonderheiten für Demenzversorgungsstrukturen in ländlichen Räumen existieren. Dort werden vor allem die infrastrukturelle Ausstattung und die Nutzung von Angeboten angesprochen (vgl. Backes 2013). Vor dem Hintergrund eines zunehmend ökonomisierten Versorgungsfeldes und der damit einhergehenden Rationierung von Leistungen werden Diskussionen über die ökonomische Sinnhaftigkeit („Auslastungsgrade“) von Versorgungsstrukturen in peripheren ländlichen Regionen geführt (vgl. Schwerdt 2004). Dies tangiert sowohl die akut stationäre Versorgung als auch den Bereich niedergelassener VertragsärztInnen. Darüber hinaus verweisen die wissenschaftlichen Erkenntnisse darauf, wonach Aspekte der demographischen Entwicklung dazu beitragen, dass dünn besiedelten und fernab urbaner Zentren liegenden Räumen generelle Unterversorgung droht (ARL 2008, 4). Hinsichtlich vorhandener Angebote werden die langen Anfahrtswege betont, welche die Inanspruchnahme mindestens erschweren, wenn nicht sogar verhindern. Gleichzeitig wird die Bedeutung zugehender und wohnortnaher Angebote angeführt (vgl. Ehlers 2011, 26f.). So sprechen sich Innes und KollegInnen für die Entwicklung neuer Versorgungsmodelle aus und plädieren dafür, dass Beförderungsmittel zur Verfügung stehen um NutzerInnen den Zugang zu Serviceangeboten zu ermöglichen (vgl. Innes et al. 2010). Krout und Bull hingegen sehen das Problem eher darin, dass bestehende Angebote nicht genutzt werden. Auch sie gehen davon aus, dass das Problem in der öffentlichen Beförderungsinfrastruktur liegt. Darüber hinaus, so die Autoren, gebe es weitere Hindernisse wie z. B. Wissenslücken über zur Verfügung stehende Dienste, finanzielle Barrieren und negative Einstellungsmuster gegenüber der Inanspruchnahme von öffentlichen Diensten (vgl. Krout et al. 2006). In ihrer Studie zum ländlichen Südosten der Vereinigten Staaten von Amerika geben Sun et al. zu bedenken, dass die Passgenauigkeit ländlicher Versorgungsstrukturen oftmals daran scheitert, dass die meisten bestehenden Programme für ländliche Räume lediglich verkleinerte Versionen urbaner Programme sind (Sun et al. 2007). Aufgrund unterschiedlicher sozialpolitischer Traditionen ist die Übertragbarkeit anglo-amerikanischer Forschungsergebnisse sicherlich nicht unmittelbar möglich, trägt aber nichtsdestotrotz zu einem Gesamtbild bei.

Wichtig scheint allgemein zu sein, dass regionale Netzwerkstrukturen in der Versorgung von MmD und ihren vA „den jeweiligen sozialräumlichen Voraussetzungen und Bedarfslagen“ entsprechen und „soziale und räumliche Faktoren bei der Planung (...) die ihnen gebührende Aufmerksamkeit erfahren“ (Hämel et al. 2013, 325).

Die vorliegende Delphi-Befragung leistet dahingehend einen Beitrag, etwas mehr über soziale und räumliche Faktoren ländlicher Räume zu erfahren und zielt darauf ab, mehr Licht ins Halbdunkle der Thematik „regional-ländliche Versorgungsstrukturen für MmD und ihren vA“ zu bringen. Es sind viele Fragen offen bzw. gilt es zuvörderst, Fragen zu entwickeln, um spezifisch regional-ländliche Herausforderungen erkennen zu können. Es ist nicht Ziel der vorliegenden Delphi-Befragung, abschließende Antworten zu geben. Vielmehr soll der noch

recht vage konturierte Sachverhalt „regional-ländliche Versorgungsstrukturen für MmD und deren vA“ explorativ bearbeitet und zur Expertendiskussion gestellt werden.

Ausgangspunkt ist die These, wonach ländliche Räume aufgrund demographischer Entwicklungen vor besonderen Herausforderungen hinsichtlich der nachhaltigen Sicherung einer qualitativ hochwertigen und bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung für MmD und ihren vA stehen. Somit ist eines der anvisierten Ziele der Delphi-Befragung im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung des DemenzNetz StädteRegion Aachen die Identifikation von Herausforderungen an regional-ländliche Versorgungsstrukturen für MmD und deren vA.

6.1 Methodische Vorbemerkung

Die im Rahmen der Analyse und Weiterentwicklung ländlicher Versorgungsstrukturen angewandte Delphi-Methode ist ein interdisziplinäres Prognoseverfahren, bei dem ExpertInnen verschiedener Fachrichtungen, bezogen auf eine bestimmte Frage- bzw. Problemstellung, anonymisierte Einzelmeinungen in Form von Einschätzungen und Bewertungen über mehrere Befragungsrunden schriftlich abgeben. Konstituierend für die Delphi-Methode ist die Annahme, dass ExpertInnenwissen zur Erklärung von unsicheren vor allem in der Zukunft liegenden Zuständen, Ereignissen oder Entwicklungen eingesetzt werden kann und diesbezüglich produktives Wissen hervor bringt (Lenk 2009, 4; Vorgrimler 2003, 763). Innerhalb der wissenschaftlichen Zukunftsforschung gelten Delphi-Ansätze als anerkannte empirische Verfahren, beispielsweise in der Folgenabschätzung von technischen Innovationen auf unterschiedlichen wissenschaftlichen Gebieten. Ein klassischer Anwendungsbereich der Delphi-Methode liegt im Feld der Vorhersage und Einschätzung zukünftiger Entwicklungen und Ereignisse (Trendforschung), typisches Beispiel sind hier Entwicklungsprognosen im Technologiebereich und bevölkerungspolitische, bildungspolitische oder volkswirtschaftlichen Themengebiete. Prognosegegenstand sind meist langfristige und komplex zu lösende Probleme, der Prognosezeitraum kann 10 oder mehr Jahre betragen. Die Delphi-Methode wird auch eingesetzt, um Bewertungskriterien und Standards zu definieren, mit deren Hilfe die Einschätzung künftiger Entwicklungen und Ereignisse möglich ist. Ein weiteres Anwendungsfeld besteht in der Ideenabfrage (Ideen-Delphi, Ideengenerierung, Ideenbewertung).

6.1.1 Studiendesign und methodische Durchführung

Die Delphi-Studie kann, Häders Typisierung folgend, als „Befragung zur Ermittlung von ExpertInnenansichten“ beschrieben werden. Dabei geht es darum, Meinungen von ExpertInnen über einen noch vage konturierten Sachverhalt, hier: Perspektiven der Demenzversorgung in regional-ländlichen Kontexten, zu generieren, um:

- a) auf absehbare Probleme reagieren zu können,
- b) Schlussfolgerungen über mögliche Interventionen zu gewinnen und
- c) gegenüber Fehlentwicklungen zu sensibilisieren. (vgl. Häder 2006, 353)

Die Prognose zukünftiger Entwicklungen im Bereich der Demenzversorgung in ländlichen Räumen ist ein wichtiger Bestandteil der vorliegenden Studie. Primäre Ziele sind jedoch nicht das Erreichen eines Konsenses innerhalb der ExpertInnengruppe und damit verbunden der Anspruch eine exakte Vorhersage tatsächlich eintretender Ereignisse zu liefern. Vielmehr geht es darum, über die Dokumentation und Interpretation der persönlichen Wahrnehmungen und Meinungen der beteiligten ExpertInnen eine fundierte Expertise zu bestimmten Entwicklungen, deren Überprüfung und Diskussion zu generieren. In diesem Sinne fungiert die Delphi-Methode als explorativer Ansatz mit der Funktion zu eruieren, „was heute [mit Blick in die Zukunft, Anm. d. Verf.], zu tun oder zu lassen ist“ (Blind et al. 2001, 59).

6.1.1.1 Die Stichprobe - Auswahl der ExpertInnen

Die Güte der Ergebnisse einer Delphi-Studie hängt im hohen Maße von der Auswahl geeigneter ExpertInnen ab. In Bezug auf die ideale Größe der ExpertInnengruppe gibt es sehr unterschiedliche Erfahrungen, allerdings wird im Allgemeinen davon ausgegangen, dass ein Experten-Delphi eher durch systematisch zusammengestellte Stichproben als durch große Samples, an Reliabilität gewinnt (vgl. Häder/Häder 1998). Vor diesem Hintergrund und um der Komplexität des Untersuchungsgegenstandes gerecht zu werden erfolgt die ExpertInnen-Auswahl in Anlehnung an das Konzept Wohnquartier⁴, einem innovativen Ansatz der altersgerechten Quartiersgestaltung.²⁸ Für die Zusammensetzung der Stichprobe wird die im Rahmen von Wohnquartier⁴ getroffene Auswahl relevanter Netzwerkakteure problemorientiert modifiziert. Dies betrifft u.a. den Versorgungsbereich „Gesundheit“, dem im Rahmen einer Demenzversorgung im ländlichen Raum eine besondere Stellung zukommt. Entsprechend wird dieser Bereich als eigenständige Kategorie hinzugefügt, während andere wie „Land“ und „Kommune“ unter dem Begriff „Politik“ subsummiert werden. Für die Auswahl der ExpertInnen werden Vorab-Informationen über die auszuwählenden Personen benutzt. Allgemein spricht man in diesem Fall von einer bewussten Auswahl beziehungsweise einer systematischen Stichprobe.

Auf der Grundlage dieser theoretischen Vorüberlegungen werden anschließend Akteure der folgenden Versorgungsbereiche ausgewählt:

- Soziales,
- Bürgerschaftliches Engagement,
- Wissenschaft,
- Kunst, Kultur und Bildung,
- Wirtschaft,
- Politik,
- Gesundheit.

²⁸ Mehr Informationen zum Konzept unter www.wohnquartier-4.de.

Die Heterogenität der Versorgungsbereiche ist Ausgangspunkt für die interdisziplinäre Zusammenstellung der ExpertInnengruppe. Diese ist von Bedeutung, da - so die These - die Teilnehmenden aufgrund ihrer originären Positionen im Feld der Gesundheitsversorgung für MmD mit unterschiedlichen Denk- und Handlungslogiken sowie einem jeweils speziellen beruflichen Selbstverständnis ausgestattet sind (vgl. Klaes et al. 2013: 49f.). Damit sind, je nach Verortung im Feld der Demenzversorgung, unterschiedliche Sichtweisen auf die gleichen zu bearbeitenden Fragestellungen zu erwarten. Auch in der späteren Interpretation sind solche situativen Diskrepanzen zu beachten. Für die Zusammenstellung der ExpertInnengruppe ist es daher wichtig, Fachleute aus unterschiedlichen Bereichen einzubeziehen, die aus ihrer individuellen Perspektive ein ExpertInnenurteil hinsichtlich der zu untersuchenden Fragestellung abgeben können (vgl. Dreer 2013, 110; Häder 2009, 5). Aus dieser Multiperspektivität heraus kann, so die Annahme, eine fundierte Expertise entstehen.

6.1.2 Der Delphi-Befragungsablauf

Übergeordnetes Ziel der vorliegenden empirischen Analyse ist es, eine wissenschaftlich fundierte Grundlage zur Diskussion über die Gestaltung und Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen für MmD im ländlichen Raum zu erarbeiten. Dazu wird die Untersuchung mehrstufig angelegt.

6.1.2.1 1. Welle: Vorabbefragung und Konkretisierung der Fragestellung

Die erste Phase hat zum Ziel, aus übergeordneten Begrifflichkeiten, zentrale Fragestellungen zu erarbeiten. Dazu müssen theoretische Konstrukte (Begriffe wie zum Beispiel ländliche Region, Zukunftsfähigkeit) präziser bestimmt werden. Um eine einseitige Ausrichtung der Fragestellungen zu vermeiden, wurden auf der ersten Stufe mit Hilfe explorativer qualitativer face-to-face-Interviews, ExpertInnenvorstellungen über die Zukunftsfähigkeit ländlicher Räume, der Ausgestaltung regional-ländlicher Demenzversorgungsstrukturen sowie zu Entwicklungschancen und -bedarfen bezüglich solcher Strukturen, auf unterschiedlichen politischen Ebenen, erhoben. Den ExpertInnen wird auf diese Weise ausreichend Raum zur Ausformulierung eigener Meinungen hinsichtlich zentraler Begrifflichkeiten gegeben. Eine leitfadengestützte qualitative Befragung eröffnet diesen Raum.

Ergänzend zu den Inhalten der ExpertInneninterviews werden auf der Basis von Literaturrecherchen weitere Dimensionen erarbeitet. Die auf diese Weise identifizierten Dimensionen beziehungsweise Indikatoren stellen Bezugspunkte für die Erarbeitung des ersten standardisierten Fragebogens dar.

6.1.2.2 Entwicklung des Fragebogens und 2. Welle

Im Mittelpunkt der zweiten Phase steht die Entwicklung eines standardisierten Fragebogens. Ziel ist die Erstellung eines Erhebungsinstruments, das systematisch die Einzelmeinungen der ExpertInnen bezüglich der zuvor

zusammengestellten zentralen Forschungsdimensionen erfasst. Dazu werden die Ergebnisse der ersten explorativen Phase inhaltsanalytisch ausgewertet und aufbereitet.

Die zweite Welle baut auf den Informationen und Erkenntnissen der mündlichen Vorabbefragung und Literaturrecherche auf und fokussiert ausgewählte Themengebiete. Die Vielzahl an Impulsen aus der ersten offenen Befragung verdichtet sich im Fragebogen auf fünf Themenbereiche mit insgesamt 26 Items auf acht Seiten. Neben prognostischen Items enthält der Fragebogen auch deskriptive Items die jeweils als Hybridfragen (geschlossene Fragen mit optionalen Ergänzungsfeldern) konzipiert werden. Die Bearbeitungsdauer ist mit 20 bis 30 Minuten angesetzt. Der Fragebogen wird den ExpertInnen als schriftlicher Selbstausfüller im PDF-Format per E-Mail zugeschickt.

6.1.2.3 Aufbereitung der 2.Welle und Wiederholungsbefragung (3. Welle)

Die Wiederholungsbefragung (3. Welle) bildet gleichzeitig auch den Abschluss der Untersuchung. Die Entscheidung keine weiteren Wiederholungen durchzuführen beruht zum einen auf forschungspragmatischen Entscheidungen und zum anderen auf den wissenschaftlich-empirischen Erkenntnissen, dass speziell Delphi-Studien ohne primäres Konsensziel bereits nach einer Wiederholungsbefragung zu akzeptablen Ergebnissen kommen und, dass generell in Delphi-Studien zwischen der ersten und der zweiten Befragungsrunde die größten Diskrepanzen in den Meinungen der ExpertInnen auftreten. Der zusätzliche Erkenntnisgewinn weiterer Befragungsrunden ist daher als gering einzuschätzen, da die Meinungen von ExpertInnen, so die Annahme, über weitere Wiederholungen hinaus eine erhebliche Konstanz aufweisen (vgl. Häder 2009, 120).

Ausgangspunkt der durchgeführten Wiederholungsbefragung sind die von den ExpertInnen geäußerten persönlichen Meinungen und Einschätzungen, auf deren Grundlage sich der Fragebogen inhaltlich auf drei Themenbereiche mit insgesamt 5 Fragen auf 7 Seiten verdichtet. Im Unterschied zur zweiten Welle ist der Abschlussfragebogen durch geschlossene Fragen charakterisiert. Kurze inhaltliche Zusammenfassungen leiten die jeweiligen Themenblöcke ein und geben Aufschluss über die folgende Thematik. Auch hier wird die Bearbeitungsdauer für den Fragebogen mit 20 bis 30 Minuten angegeben.

Die qualitativen Vorabinterviews und die darauffolgenden standardisierten Delphi-Befragungen richteten sich an die identische Gruppe von ExpertInnen.

6.2 Ergebnisse

Die Ergebnisdarstellung orientiert sich inhaltlich an der Struktur der Datenerhebung. Zum Abschluss der jeweiligen Befragungsrunden werden die zentralen Aspekte zusammengefasst dargestellt.

6.2.1 Erste Welle: Vorabbefragung

Die Dokumentation der Ergebnisse orientiert sich an der inhaltlichen Struktur des Interviewleitfadens, der die folgenden vier Themenblöcke umfasst:

Themen
<ul style="list-style-type: none">• Das Konzept ‚Ländliche Räume‘• Ebenen einer zukunftsfähigen ländlichen Demenzversorgung• Das Konzept Wohnquartier⁴• Die Demenzversorgung als Mehr-Level-Ansatz

Die vier Themenblöcke sind jeweils thematisch intern differenziert, woran die nachfolgende inhaltliche Aufbereitung der Ergebnisse ausgerichtet ist.

6.2.1.1 Das Konzept ‚ländliche Räume‘

Die BefragungsteilnehmerInnen konkretisieren den Begriff des „ländlichen Raums“ vorrangig aus einer relationalen Perspektive der Andersartigkeit, bei der eher Unterschiede zwischen urbanen und ländlichen Räumen oder aber Herausforderungen beziehungsweise Probleme ländlicher Räume (defizitäre Perspektive) stehen. Vereinzelt werden positive Aspekte genannt, z.B. wird das Landschaftsbild hervorgehoben (Bspw.: grüne Wiesen, Wälder) oder vom ländlichen Raum als Ruheraum gesprochen, mit dem ein langsameres Lebenstempo, mehr Zeit bzw. Freizeit verbunden ist. Hiermit wird der ländliche Raum als entschleunigter Naturraum konstruiert.

Auf Basis der ExpertInnenäußerungen lässt sich das Konzept ‚ländliche Räume‘ konzeptionell in vier Dimensionen untergliedern:

- Räumliche Dimension,
- Infrastrukturelle Dimension,
- Demographische Dimension,
- Sozio-kulturelle Dimension.

Die *räumliche Dimension* wird durch die Akzentuierung der Entfernung, der räumlichen Distanz, die Menschen zur Bedarfsbefriedigung unterschiedlicher Art im ländlichen Raum zurücklegen müssen, charakterisiert. Damit einher fallen Bezeichnungen wie ‚weite Wege‘, ‚flächig‘ oder aber es wird die Erreichbarkeit von Gütern prob-

lematisiert. Die räumliche Struktur des ländlichen Raums wird als Andersartig angesehen, weshalb, so die Meinungen, Lösungsansätze für die Versorgung von MmD an die Besonderheit ländlicher Strukturen angepasst werden müssen.

Die *infrastrukturelle Dimension* betont Aspekte der Ausstattung des ländlichen Raums mit Gütern und/oder Dienstleistungen, die für ein menschliches Dasein als notwendig erachtet werden, d.h. der öffentlichen Daseinsvorsorge. In diese Dimension fallen Nennungen, die strukturelle Anordnungen von Gütern und Dienstleistungen ansprechen, z.B. dass eine ‚andere Wirtschaftsstruktur‘ vorherrscht, die Infrastruktur ‚nicht optimal‘ bzw. ‚grundlegend vorhanden‘ ist.

Zusammengenommen verweisen die zwei Dimensionen *Raum* und *Infrastruktur* auf Merkmale ländlich-peripherer Räume, die „eine Lage fernab der Zentren, mit denen sie nur unzureichend verkehrlich verbunden und funktional verflochten sind“ aufweisen und „als sogenannte Problemgebiete [durch] eine defizitäre infrastrukturelle Ausstattung und wirtschaftliche Strukturschwäche sowie überproportional hohe Bevölkerungsverluste“ (Maier 2008, 16) geprägt sind. Das Thema „Mobilität“ spielt in diesem Zusammenhang für die ExpertInnen eine wichtige Rolle.

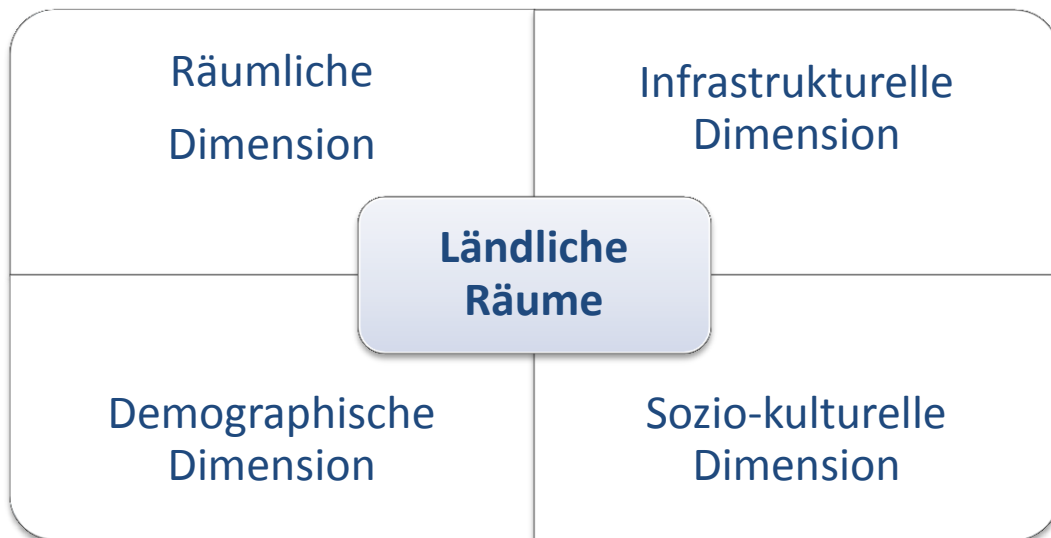
Kernthema der *demographischen Dimension* sind die hohen Bevölkerungsverluste von ländlichen Räumen. Die ExpertInnen beschreiben den ländlichen Raum als Raum mit einer ‚anderen Altersstruktur‘ und ‚geringer Siedlungsdichte‘, der vor dem Hintergrund des demographischen Wandels insbesondere durch ‚niedrige Geburtenzahlen‘ und/oder des quantitativen ‚Unterschiedes zwischen Einschulungs- und Abgangsjahrgängen‘ zu erkennen ist. Die von den befragten ExpertInnen konstatierte Überalterung ländlicher Räume, verschärft durch die Abwanderung vor allem der jüngeren Alterskohorten, lässt den ländlichen Raum als altersstrukturellen Pionierraum erscheinen, vorausgreifend und modellhaft für andere Teilräume der Bundesrepublik.

Einzelne ExpertInnen sehen aufgrund der geringen Siedlungsdichte und der fortschreitenden demographischen Entwicklung ländlicher Räume ökonomische Herausforderungen hinsichtlich des Um- bzw. Ausbaus der öffentlichen Infrastruktur, da Auslastungsgrade zu gering seien, um öffentliche Einrichtungen bzw. Dienstleistungen auf Basis ökonomischer Prinzipien zu betreiben. Die Machbarkeit orientiert sich in dieser Logik an den Prinzipien der Kosteneffektivität und einem betriebswirtschaftlichen Rentabilitätsdenken. Damit findet sich die Versorgung ländlicher in einem ökonomisch-ethischen Spannungsfeld wieder (vgl. Bauer 2008).

Die *sozio-kulturelle Dimension* zeichnet sich durch zwei Hauptthemenstränge aus. Zum einen wird das Potential, welches in der Besonderheit des ländlichen Miteinanders liegt, betont. Die ExpertInnen beschreiben einen intakten sozialen Nahraum und engmaschigere soziale Netze als Stärke ländlicher Räume, auch in Abgrenzung zu urbanen Zentren, in denen sowohl Dienste als auch Strukturen der Hilfe und Unterstützung stärker externalisiert, d.h. professionell organisiert sind. In Ländlichen Räumen hingegen werden vermehrt soziale Netze, vor allem die Familie, zur Problemlösung herangezogen und fungieren so als soziales Kapital. Zum anderen, in Verbindung stehend mit der demographischen Dimension, wird betont, dass das soziale Kapital unter dem Druck

u. a. der demographischen Entwicklung steht und dies ein Problem für intergenerationale familiäre Beziehungen darstellt (z. B. Multi-Lokalität, „Intimität auf Distanz“).

Abbildung 43 Dimensionen ländlicher Räume



6.2.1.2 Ebenen einer zukunftsfähigen ländliche Demenzversorgung

Hinsichtlich der Zukunftsfähigkeit ländlicher Demenzversorgung lassen sich anhand der ExpertInnenäußerungen verschiedene Argumentationsebenen unterscheiden. So werden z. B. Ideen formuliert, die struktureller Art sind und eher die systemische Ebene thematisieren. Ferner werden Gedanken geäußert, die das Individuum ins Zentrum rücken. Neben diesen zwei Ebenen besteht eine weitere, eher übergeordnete Metaebene, welche z. B. Fragen der Gerechtigkeit oder aber der gesellschaftlichen Anerkennung von Demenz behandeln.

6.2.1.2.1 Metaebene

Die auf der Metaebene zu verortenden Aussagen reflektieren vor allem allgemeine Werte, Haltungen oder Normen der Versorgung von MmD in ländlichen Räumen. Bezugnehmend auf eine zukunftsfähige Demenzversorgung in ländlichen Räumen treten vielerlei Ansichten auf. So wird unter anderem ein genereller Perspektivwechsel eingefordert, eine Abkehr vom linearen beziehungsweise vertikalen Denken, hinzu kreativen und lateralen Ansätzen, die versuchen konventionelle Denkmuster in Frage zu stellen oder aber Ausgangssituationen und Rahmenbedingungen nicht als unveränderbar hinzunehmen. Im Mittelpunkt jedweder Überlegungen sollte demnach immer der einzelne Mensch stehen, den es, im Sinne partizipativer Ansätze, gilt in Entscheidungsprozesse wirksam einzubeziehen.

Die Stärkung der Selbstbestimmung und Unabhängigkeit von MmD bedeutet auch, das Thema Demenz verstärkt in die Öffentlichkeit zu tragen, um Tabuisierungen und Stigmatisierungen durch entsprechende Kampagnen entschieden entgegenzuwirken.

Nach Meinung der ExpertInnen berührt eine zukunftsfähige Demenzversorgung auch grundlegende Fragen der gesellschaftlichen Solidarität. Gerade für die ländliche Bevölkerung sei die Gewährleistung des raumordnerischen (auf Solidarität und Konvergenz abzielenden) Leitbildes der Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse von grundlegender Bedeutung, um Benachteiligungen zu vermeiden (vgl. § 2 Abs. 2 Nr. 1 ROG.). Zukunftsfähigkeit heißt daher auch, bestehende Ressourcen solidarisch zu verteilen. Gleichzeitig wird die Möglichkeit der Angleichung urbaner und ländlicher Räume, aufgrund eines geringen Grades der Auslastung (Nutzung) eines passgenauen und damit vielfältigem Angebotsspektrums („Demenz ist nicht gleich Demenz“ – ein one-size-fits-all Ansatz reicht nicht aus) im ländlichen Raum, unter ökonomischen Gesichtspunkten kritisch gesehen, zumal Ökonomisierungs- und Rationalisierungsprozesse im Gesundheitswesen voranschreiten.

Hinsichtlich der Bereitstellung von Elementen der Gesundheitsversorgung zeigt sich in dieser Skizze ein zentraler (Ziel-)Konflikt des deutschen Gesundheitswesens. Ein Zielkonflikt liegt dann vor, wenn die Erreichung eines Zieles die Erreichung eines anderen Zieles beeinträchtigt. Vorliegend konfliktieren hier rechtsstaatlich zugesicherte Ansprüche auf die Gleichbehandlung von Teilräumen der Bundesrepublik Deutschland und einer zunehmenden Ökonomisierung des Gesundheitswesens. Die Lösung solcher Konflikte hängt von vielen Faktoren ab und berührt auch Fragen der allgemeinen Werthaltung, der Konfliktfähigkeit und der Durchsetzungsfähigkeit der im politisierten Feld des Gesundheitswesens agierenden Interessensgruppen.

Auch die Ressourcenallokation im Gesundheitssystem wird von den ExpertInnen angesprochen. Hier sehen sie eine zielgruppenbezogene Schieflage der Verteilung von Mitteln zu Ungunsten der Menschen mit Mobilitätseinschränkungen sowie eine leistungsbezogene Schieflage, die medizinische Leistungen gegenüber Beratungsleistungen bevorzugt. Des Weiteren wird die Delegation verschiedener Behandlungsleistungen an jeweilige ExpertInnenprofessionen befürwortet. Dies tangiert Fragen nach der Substitution ärztlicher Leistungen und dem Einsatz von qualifizierten nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen für die Erbringung medizinischer Leistungen. Hieran schließt sich eine Diskussion des Pflegebedürftigkeitsbegriffs an, dessen implizite Priorisierung von Leistungen (somatisch/verrichtungsbezogen) kritisch gesehen wird. Es wird thematisiert, ökonomische Anreize für die Ärzteschaft zu schaffen, das Vergütungssystem demenzspezifisch anzupassen, damit die ärztliche Behandlung von MmD auch aus ökonomischer Perspektive leistbar ist.

6.2.1.2.2 Systemebene

Unter die Systemebene fallen Einlassungen der ExpertInnen, die das Muster von Strukturelementen, also die Art und Weise der Ausgestaltung einer Versorgungsstruktur für MmD im ländlichen Raum ansprechen.

Die ExpertInnen stellen eine Abnahme des familialen Versorgungspotentials fest, die insbesondere mit der Flexibilisierung der Arbeitswelt und der größeren Vielfalt urbaner Ausbildungs- und Arbeitsmarktmöglichkeiten zusammenhänge. Diese, so die Meinung, bildet u.a. den Hintergrund der Land-Stadt Abwanderung und forciert die demographische Entwicklung in ländlichen Räumen.

Die weitverbreitete Erwartung, dass entstehende Versorgungsengpässe bzw. bereits bestehende Versorgungslücken (Stichwort: „Pflegenotstand“) durch ehrenamtliche Strukturen aufzufangen sind, wird kritisch beurteilt („Alle sagen Selbsthilfe, Nachbarschaftshilfe und so weiter, Ehrenamt. Aber das ist nicht realistisch!“). Vielmehr wird darauf hingewiesen, dass in Zukunft Pflegebedürftige vermehrt allein leben und professionelle ambulante Hilfen (Zugehende Angebote, aufsuchende Dienste, mobile Angebote) im ländlichen Raum notwendig sind.

Organisatorisch plädieren die ExpertInnen dafür wohnortnahe bzw. kleinräumige, dörfliche Versorgungsstrukturen zu etablieren. Aufgabe der Kommunen sei es, diese zu koordinieren und Unterstützungsstrukturen bereitzustellen.

Kleinräumig (Quartier als Sozialraum), so die Befragten, ist es von Bedeutung, Personen des täglichen Umgangs (ÖPNV Mitarbeiter, Nahversorgungsbetriebe, Bankangestellte, Postangestellte usw.) für den Kontakt zu MmD zu sensibilisieren (Bsp. Demenzfreundliche Kommunen, Lokale Allianz für MmD). Einen weiteren Aspekt, den die ExpertInnen anmerken, ist die Entwicklung innovativer Wohnformen und deren Möglichkeit individuelle Potenziale so zusammenzubringen, dass vorhandene Defizite in der Gruppe kompensiert werden können. Für den ländlichen Raum, so eine Meinung, können innovative Gemeinschaftswohnformen auch die sich entleerenden Dorfkernre revitalisieren und so die Teilhabe von MmD stärken.

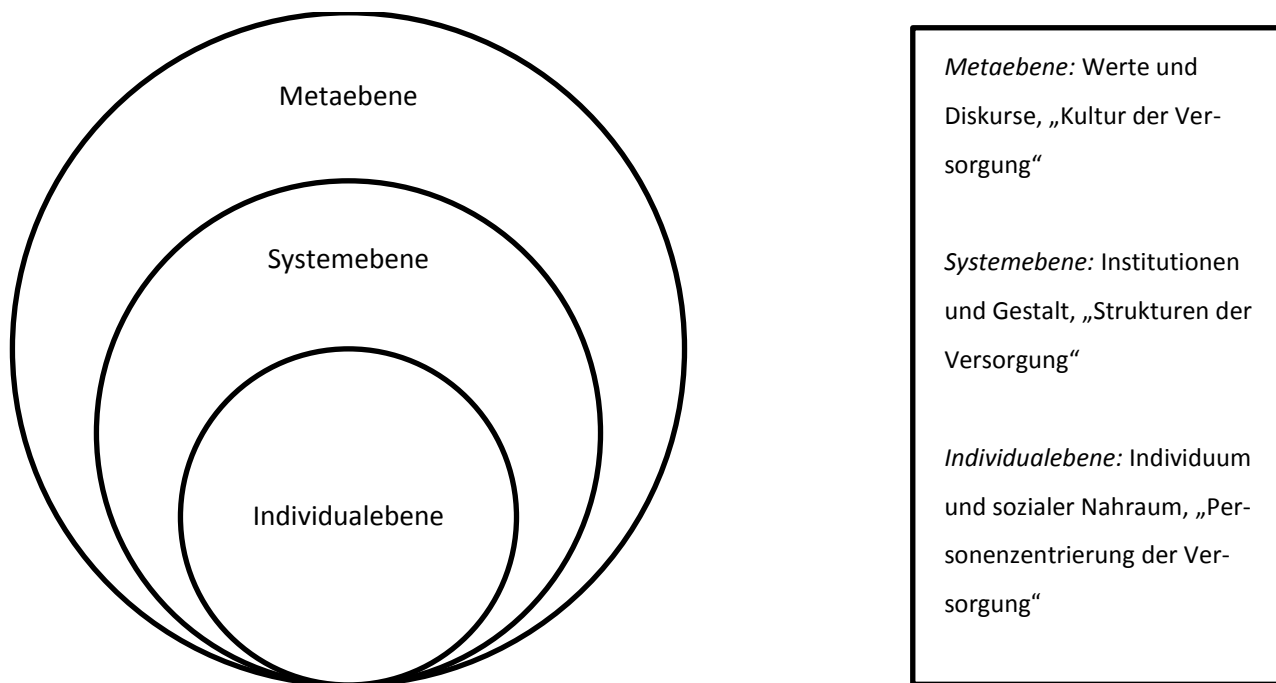
Neben wohnlichen Gegebenheiten kommt der Mobilität in ländlichen Räumen eine wichtige Funktion zu. Wie bereits beschrieben, existieren bereits Versorgungsengpässe in der Fläche. In diesen Räumen spielen Fragen der Erreichbarkeit bzw. des Zugangs zu Angeboten eine bedeutende Rolle, mit der Leistungsfähigkeit des öffentlichen Personennahverkehrs im Zentrum. Niedrigschwellige Mobilitätsangebote, so die ExpertInnen, können hier Abhilfe schaffen, um auch MmD und deren Angehörige zu entlasten. So sind Fahrdienste zur Mobilitätsermöglichung denkbar, genauso aber auch mobile und zugehende sozialpsychologische Angebote wie z. B. gerontologisch geschulte FamilienpflegerInnen, FamiliensozialarbeiterInnen oder andere Dienste.

6.2.1.2.3 Individualebene

Die Individualebene subsummiert individuumsbezogene Äußerungen der ExpertInnen. In diesem Bereich dominiert das Dispositiv der häuslichen Pflege, das als Wunsch und zentrales Bedürfnis einer Mehrheit der Pflegebedürftigen und deren vA angesehen wird. Gleichzeitig wird aber auch die Gefahr der Isolation betont und darauf hingewiesen, dass die Entscheidung über den persönlichen Umfang und die Qualität der gesellschaftlichen Teilhabe außerhalb der eigenen vier Wände zwar eine individuelle (Stichwort: „Eigenbrötler“) ist, trotzdem aber soziale und kulturelle Angebote zur Teilhabeermöglichung im Sozialraum zur Aktivierung vorhanden

sein sollen. Situationen bzw. Prozesse der Selbstexklusion stellen besondere Herausforderungen dar (vgl. Weiß 2007).

Abbildung 44 Zukünftige Demenzversorgung in ländlichen Räumen - Argumentationsebenen



6.2.1.3 Das Konzept Wohnquartier⁴

Im Anschluss an den Problemaufriss wird im zweiten Teil des teilstrukturierten Interviews ein in der integrierten Stadtentwicklung entwickeltes Konzept zur altersgerechten Quartiersgestaltung, Wohnquartier⁴, auf den Gegenstandsbereich angewendet und zur Informationsgewinnung genutzt. Die altersgerechte Quartiersgestaltung nach Wohnquartier⁴ basiert auf vier Faktoren, die im Rahmen des Gestaltungsprozesses kombiniert werden können:

- Wohnen & Wohnumfeld,
- Gesundheit & Service und Pflege,
- Partizipation & Kommunikation,
- Bildung & Kunst und Kultur.

Im Netzwerk realisiert und auf die jeweiligen Bedingungen vor Ort angepasst soll Wohnquartier⁴ Synergien schaffen und zugleich Ressourcen für eine altersgerechte Quartiersentwicklung mobilisieren (vgl. www.wohnquartier-4.de).

Von den ExpertInnen werden vor allem die Bereiche *Wohnen und Wohnumfeld* sowie *Gesundheit, Service und Pflege* priorisiert bzw. als grundlegend erachtet. Ersteres wird primär mit dem Verbleib in den eigenen vier Wänden gleichgesetzt und weniger mit der Unterbringung in einer stationären Einrichtung. Der eigene Wohnraum wird dabei als Lebensmittelpunkt im Alter thematisiert, als Ort der Heimat und der Verwurzelung. Neben der rein physischen Substanz, die eventuell baulichen Veränderungen unterzogen werden muss (z. B. Wohnraumanpassungen), wird wohnen auch als ein Gefühl beschrieben, die Wohnung als Ort der Vertrautheit und der Privatheit konstruiert.

Die häusliche Versorgung soll den Verbleib in den eigenen vier Wänden ermöglichen, weshalb die ExpertInnen den Bereich *Gesundheit, Service und Pflege* als elementar bewerten. In diesem Bereich kommt es darauf an, die Angebote aufeinander abzustimmen und konkurrierende Anbieter zur Zusammenarbeit aufzufordern, um Übergänge zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen weiter zu verbessern.

Die zwei weiteren Faktoren *Partizipation und Kommunikation* und *Bildung, Kunst und Kultur* werden von den ExpertInnen unter dem Begriff der Teilhabe, also des individuell bewerteten „Einbezogen sein in (verschiedene) Lebensbereiche“ zusammengefasst. Die Bewertungen der Bereiche offenbaren jedoch einen Dissens unter den Befragten. Auf der einen Seite werden sie gegenüber den Faktoren *Wohnen und Wohnumfeld* sowie *Gesundheit, Service und Pflege* als nachrangig bezeichnet und als freiwillige Leistungen angesehen oder als Bereiche benannt, die vor dem Hintergrund des zunehmenden Kostendruck als erstes zur Disposition stehen. Gleichzeitig gibt es ExpertInnen, die diesen Faktoren Vorrang einräumen bzw. alle Faktoren als gleichwertig ansehen.

Im Vergleich der Faktoren *Bildung, Kunst und Kultur* und *Partizipation & Kommunikation* fällt auf, dass Ersterer als individualisiert-selbstbestimmter Bereich heterogener Interessen wahrgenommen wird. Es handelt sich um eine relative Perspektive, in der Bildung, Kunst und Kultur sehr unterschiedlich verstanden und ausgeübt werden kann; so z.B. in Form von Opernbesuchen und/oder die Beteiligung am Schützenverein). Während der Bereich Partizipation & Kommunikation eher als übergeordnete, abhängige Ebene, als Ziel eines funktionierenden Zusammenspiels der anderen Faktoren und nicht als selbstständiges Feld besprochen wird. In diesem Sinne wird *Partizipation & Kommunikation* als das Ziel des Zusammenspiels aller Faktoren verstanden, wodurch Teilhabe ermöglicht wird.

6.2.1.4 Die Demenzversorgung als Multi-Level-Ansatz: Makro-, Meso-, Mikrolevel - Akteure, Entwicklungschancen, Bedarfe

Obwohl der Begriff Makro-Level politisch unterschiedlich gefüllt wird (es werden sowohl die Bundes- und die Landesebene als auch die Kreisebene assoziiert), werden generell ähnliche Anforderungen an ein Makro-Level herangetragen. Weitestgehend einig sind sich die ExpertInnen z.B. darin, dieses als Struktur gebendes Level zu klassifizieren. Akteuren auf dem Makro-Level obliegt es, aufkommende Herausforderungen generalistisch zu beantworten und über gesetzgeberische Initiativen Rahmenbedingungen für die niederen politischen Ebenen zu schaffen. Daneben sollen sie als unterstützende Ebene fungieren und Bedarfe der niedrigeren Ebenen eruieren und umsetzen.

Unter dem Begriff Meso-Level werden mehrheitlich die Kommunen subsummiert. Allgemein gehören dazu die politischen Gemeinden sowie übergeordnete Strukturen unterhalb der Landesebene, beispielsweise die Landkreise. Die Kommunen werden von den ExpertInnen als wichtige Schnittstelle für ländliche Räume bezeichnet. Hier, so die Meinungen, können sie als ausführende Ebene Impulsgeber und Unterstützer der Ortschaften sein. In ihrer Schnittstellenfunktion haben die Kommunen die Aufgabe, Bedarfe zu eruieren und ortsnahe Ansprechpartner zu sein. Als unterste Ebene innerhalb der föderalen Staatsorganisation haben sie zusätzlich die Aufgabe, durch Information und Beteiligung für die Durchdringung/Akzeptanz der Vorgaben höherer Ebenen bis hinunter zur Dorf- bzw. Ortsebene zu sorgen.

Der Mesoebene fällt nach Ansicht von einigen ExpertInnen aufgrund ihrer lokalen Expertise eine strukturgebende Funktion zu. Auf der kommunalen Ebene müssen Möglichkeitsstrukturen für z. B. Treffpunkte, Tagesbetreuung oder Wohnprojekte für MmD initiiert werden. Dabei obliegt es der Kommune, die Komplexität der Mittelvergabe und damit mögliche Verschiebungen in der Ressourcenallokation im Blick zu haben. Eine Priorisierung finanzieller Mittel für „Demenz- bzw. Seniorenpolitische“-Aufgaben kann Fragen der Generationengerechtigkeit berühren, wenn im Zuge der finanziellen Umstrukturierung beispielsweise Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe geschlossen werden.

Als Mikro-Level wird mehrheitlich als Dorf- bzw. Ortsebene verstanden. Hier gilt es, im Sinne von „bottom-up Prozessen“, Bedarfe zu definieren und darüber ins Gespräch zu kommen, was für die Bürger des Dorfes wichtig ist, was in Zukunft benötigt wird und wo das Dorf perspektivisch „hin will“. Dazu, so die ExpertInnenmeinungen, braucht es BürgerInnen, die sich auf Dorfebene organisieren und diese Fragen bearbeiten. Diese bürgerschaftliche Form der Aktivierung und Selbstreflexion dient dazu, aus der persönlichen Betroffenheit heraus ein engagiertes Bewusstsein für individuelle und gemeinschaftliche Bedarfe zu schaffen.

Generell betrachtet herrscht unter den ExpertInnen eine tendenziell abneigende Haltung gegenüber staatlicher „top-down“-Politik. Als negativ konnotierte Stichworte dienen hier der sogenannte „Pflege-Bahr“ oder auch die Reform oder Nicht-Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Darüber hinaus sind nach ExpertInnenschätzungen weitere mit der demographischen Alterung einhergehende gesellschaftliche Herausforderungen noch nicht bzw. unzureichend geregelt. Beispielhaft werden die Attraktivierung von Pflegeberufen oder eine Reform des Zuwanderungsgesetzes genannt. Mehrheitlich befürworten die ExpertInnen eine Stärkung dezentraler politischer Prozesse auf Basis von „bottom-up“ Ansätzen und damit eine stärkere Beteiligung der Kommunen und der BürgerInnen an Entscheidungen, die ihr direktes Lebens- und Wohnumfeld betreffen. Die Gründe für eine Übertragung von Verantwortung auf Kommunalebene liegen insbesondere in ihrer angenommenen lokalen Expertise aufgrund der „Nähe“ zu den Themen der BürgerInnen. Ebenso werden die BürgerInnen selbst als AlltagsexpertInnen skizziert, deren Bedarfe für höhere staatliche Ebenen handlungsleitend sein sollen.

Ideen zur konkreten Umsetzung lokaler Entscheidungsprozesse werden kaum entworfen. Lediglich wird darauf hingewiesen, dass bürokratische Verwaltungsabläufe flexibles Handeln hinderlich sein können und daher die Auslagerung einer kommunalen Demenzinitiative in Form einer Stabstelle mit direktem politischen Anschluss und ausreichenden Kompetenzen sinnvoll erscheint. Des Weiteren wird, unter Hinweis auf Quartiersbudgets, die Möglichkeit einer stärkeren finanziellen Dezentralisierung in Erwägung gezogen.²⁹ In der Politikwissenschaft werden Aspekte der Dezentralisierung als Schlüsselemente für eine lokale Selbstverwaltung und als eine Grundvoraussetzung zur eigenständigen Wahrnehmung von Verwaltungsaufgaben auf regionaler bzw. lokaler Ebene angesehen (vgl. Rondinelli 1999, 3).

²⁹ Eine finanzielle Dezentralisierung besteht meist aus zwei Elementen: Einerseits werden von der Zentralregierung finanzielle Ressourcen an die lokalen Verwaltungseinheiten/Regierungen transferiert. Andererseits kann den dezentralen Institutionen die fiskalische Kompetenz übertragen werden, eigenständig Ressourcen generieren zu können.

Abbildung 45 Demenzversorgung als politisches 3-Ebenensystem

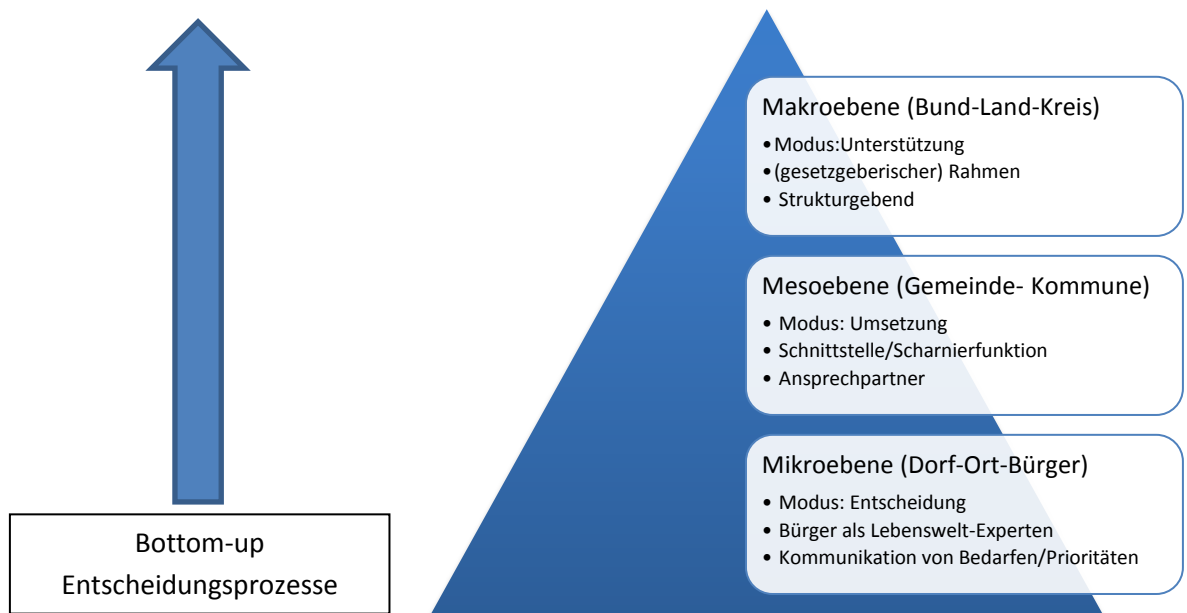


Abbildung 45 soll das Verständnis der ExpertInnen zur Rolle der verschiedenen politischen Ebenen veranschaulichen. Die ExpertInnenmeinungen lassen erkennen, dass politische Entscheidungsprozesse zukünftig verstärkt partizipativ unter der wirksamen Beteiligung der BürgerInnen vor Ort stattfinden sollen. Dem Verständnis der ExpertInnen nach verschieben sich somit auch die Modi der Beteiligung auf den verschiedenen Ebenen. Während die Makroebene, als strukturgebend bezeichnet, regionale/lokale Prozesse gesetzgeberisch unterstützt und damit Ermöglichungsräume eröffnet und damit (auch finanziell) absichert, übernimmt die Mesoebene eine Scharnierfunktion und fungiert als Mittler zwischen Makro und Mikroebene. Als Ansprechpartner steht sie beiden Ebenen zur Verfügung. Der auf der Mesoebene verortete Modus „Umsetzung“ verweist darauf, dass Versorgungsstrukturen regional/lokal im Sinne einer sozialräumlichen Planung erarbeitet und umgesetzt werden sollen. Die BürgerInnen, somit auch MmD und ihre vA, sind die entscheidenden Akteure. Sie werden als ExpertInnen ihrer Alltagswelt skizziert, die ihre Bedarfe bzw. Prioritäten diskursiv erheben und diese, mit der Kommune/Gemeinde als Ansprechpartner und Moderator, gegenüber der Makroebene kommunizieren. Ziel ist auf diese Weise die Passgenauigkeit von Lösungsansätzen zu optimieren.

6.2.2 Zweite Welle: Erste schriftliche Delphi-Befragungsrunde

Das teilstandardisierte Erhebungsinstrument der zweiten Welle ist entlang folgender thematischen Schwerpunkte inhaltlich strukturiert:

Themen

- Attraktivierungspotenziale ländlicher Räume
- Kriterien gesundheitspolitischer Entscheidungsprozesse
- Grundlegende Versorgungsverantwortlichkeiten
- Demenzversorgungskonzepte
- Netzwerkansatz in der Demenzversorgung
- Akteure ländlich-regionaler Demenzversorgungnetzwerke

Basierend auf den in der ersten Welle: Vorabbefragung gewonnenen Erkenntnissen sollen die ExpertInnen in der zweiten Welle darauf eingehen, welche Aspekte ländliche Räume strukturell stärken können. Darüber hinaus sollen Kriterien gesundheitspolitischer Entscheidungsprozesse bewertet werden, um Normen und Werte-haltungen aktueller und zukünftiger Entscheidungsfindung aufzuzeigen. Die Fragen nach Versorgungsverantwortung und Versorgungskonzepten zielen in die gleiche Richtung, hier manifestieren sich Versorgungsleitbilder.

Der zweite Teil setzt neue Akzente, schließt aber auch thematisch an die Ausführungen zum Konzept Wohnquartier⁴ an. Hier soll die Bedeutung von Netzwerkansätzen in der Demenzversorgung allgemein bewertet werden. Abschließend gilt es anhand von Versorgungsbereichen und Berufsgruppen Verantwortungsbereiche zu definieren.

6.2.2.1 Attraktivierungspotenziale ländlicher Räume

Die Abwanderung überwiegend jüngerer Bevölkerungsgruppen hat vielerlei Konsequenzen, auch für das Potenzial informeller Versorgungstätigkeiten für MmD in ländlichen Räumen. Abwanderungsgründe können allgemein in pull und push Faktoren eingeteilt werden. So genannte push-Faktoren (abstoßende Faktoren) haben die „unbefriedigend empfundene Situation in der Heimat“ als Grundlage (vgl. Heintel et al. 2005). Ein Ansatz diesen push-Faktoren entgegenzuwirken, jüngere Menschen auf dem Land zu halten und somit auch die Möglichkeit zur Übernahme informeller Versorgungstätigkeiten zu ermöglichen, ist die Attraktivierung ländlicher Räume. Diese zielt darauf ab, die Lebenssituation vor Ort zu verbessern, um Abwanderungsbewegungen entgegenzuwirken bzw. Zuwanderung attraktiver zu machen.

Die ExpertInnen werden daher gebeten, verschiedene Aspekte der Attraktivierung in ihrer zukünftigen Bedeutung zu bewerten. Zu den wichtigsten Elementen zählen die BefragungsteilnehmerInnen nahezu einstimmig arbeitsmarktbezogene Rahmenbedingungen wie die Verbesserung der Betreuungs-, Bildungs- und Freizeit-

möglichkeiten für Kinder, verbunden mit der Schaffung von Ausbildungsplätzen für jüngere Menschen. Daneben betonen sie die Bedeutung, gezielt Erwerbsmöglichkeiten im ländlichen Raum zu fördern. Mehrheitlich erachten die ExpertInnen auch die Stärkung grundlegender medizinisch-pflegerischer Angebotsstrukturen sowie die Ermöglichung von Mobilität, auch zur Erreichbarkeit nahegelegener urbaner Zentren, als sehr wichtig.

Bezüglich psycho-sozialer Hilfe- und Unterstützungsstrukturen vor Ort sowie der partizipativ angelegten lebensphasengerechten Gestaltung der Wohnorte besteht Uneinigkeit unter den Befragten. Die Schaffung von intergenerationalen Begegnungsräumen wird in Relation zu anderen Aspekten als nachrangig betrachtet. Kontrovers hinsichtlich der Attraktivierung ländlicher Räume werden Maßnahmen bewertet, die darauf zielen, kulturelle Angebote vor Ort zu schaffen. Einige ExpertInnen bewerten dies als eher unwichtig für die Zukunft.

6.2.2.2 Kriterien gesundheitspolitischer Entscheidungsprozesse

Auch für ländliche Räume gilt, dass aktuelle gesundheitspolitische Herausforderungen u.a. das Ergebnis politischer Entscheidungsprozesse und den ihnen zugrunde liegenden Bewertungskriterien sind. Aktuelle Verhältnisse können als Resultat politischer Prämissen und ihrer rechtlichen Setzung gesehen werden.³⁰ Die BefragungsteilnehmerInnen werden daher einerseits gebeten einzuschätzen, welche Kriterien sie zurzeit als maßgeblich für politische Entscheidungsprozesse halten. Andererseits werden sie aufgefordert, ein Szenario zukünftiger persönlich-idealer Handlungsmaximen politischer Entscheidungsfindung zu entwerfen.

Die heutige Situation wird nach Ansicht der ExpertInnen insbesondere durch die Kriterien der *kostengünstigen Finanzierung* und – damit zusammenhängend – der *infrastrukturellen Umsetzbarkeit* von gesundheitspolitischen Entscheidungen geprägt. Diese Aspekte sehen die Befragten auch zukünftig als leitgebend. Geringere Bedeutung, sowohl aktuelle als auch zukünftige Entscheidungsfindung betreffend, kommt einer *zeitnahen Realisierung* von gesundheitspolitischen Entscheidungen zu. Nach Meinung der ExpertInnen werden die Perspektiven von MmD in der Entscheidungsfindung zurzeit ungenügend repräsentiert, gleichzeitig werden diese aber als bedeutender Faktor zukünftiger Entscheidungen bewertet. Sehr ähnlich wird die Rolle der vA von MmD gesehen, auch hier sehen die ExpertInnen einen Bedeutungszuwachs in der Zukunft.

Die Einschätzungen der ExpertInnen zeigen, dass in aktuellen gesundheitspolitischen Entscheidungsprozessen, primär zweckrationales Handeln auf Basis von Wirtschaftlichkeitsprinzipien leitend ist. Als den eher wertrationalen Handlungsgrundsätzen untergeordnet erscheint die Orientierung an individuellen Bedürfnissen von MmD bzw. Interessen vA. Bezüglich zukünftiger Entscheidungsprozesse sehen die Befragten insbesondere eine stärkere Beteiligung der Perspektiven von MmD und deren vA als sinnvoll an, womit eine Bewertungsdiskrepanz zwischen bestehenden und zukünftig idealen Prämissen entsteht.

³⁰ Ein prominentes Beispiel für diesen Zusammenhang ist die Definition von Pflegebedürftigkeit. Der gesetzlich gültige Pflegebedürftigkeitsbegriff stellt körperbezogene Problematiken in den Vordergrund des Leistungsanspruchs. Leistungen zur Teilhabeförderung und/oder Betreuung sind randständig und werden demnach unzureichend gefördert.

6.2.2.3 Versorgungsverantwortung

Vor dem Hintergrund eines zunehmend ökonomisierten Gesundheitswesens stellt sich insbesondere für bereits heute mit Versorgungsengpässen herausgeforderte ländliche Räume, die Frage der zukünftigen Versorgungsverantwortung. Das Gesundheitswesen in Deutschland steht derzeit unter erhöhtem Einsparungsdruck. Es geht dabei auch darum, welche Aufgaben zukünftig weiterhin von staatlicher Seite getragen werden sollen (vgl. Bauer 2006).

Die BefragungsteilnehmerInnen sehen auch in Zukunft den Staat in der Hauptverantwortung für die Bereitstellung von Versorgungleistungen. Neben der staatlichen kommt nach Meinung der ExpertInnen der zivilgesellschaftlichen Sphäre verstärkt Bedeutung bezüglich der Verantwortung von Versorgungsaufgaben zu. Die BürgerInnen werden demnach nicht mehr als reine EmpfängerInnen von Versorgungsleistungen gesehen, sondern erscheinen als Wohlfahrts-Ko-Produzenten in einem Verhältnis geteilter Verantwortung zwischen Staat und Zivilgesellschaft.

6.2.2.4 Versorgungskonzepte

Während Attraktivierungsaspekte zur Vermeidung bzw. Abschwächung der Abwanderung jüngerer Menschen aus ländlichen Räumen als indirekte Maßnahmen zur Sicherung der Versorgung von MmD und ihren vA bezeichnet werden können, lassen sich Aspekte der konkreten Ausgestaltung von Versorgungskonzepten für den ländlichen Raum als direkte Maßnahmen bezeichnen.

Grundlegend zu unterscheiden sind Versorgungskonzepte für MmD danach, ob sie segregierender oder integrierender Art sind. Integrierende Konzepte haben das Ziel, Rahmenbedingungen für ein gemeinschaftliches Zusammenleben von Menschen mit und ohne Demenz im Sinne einer inklusiven Gesellschaft zu kreieren. Als Leitbild in der Entwicklung innovativer Versorgungsmodelle für MmD sehen die ExpertInnen auch zukünftig die integrierenden Konzepte. Die konkrete Planung solcher Konzepte sehen die Befragten insbesondere beeinflusst durch die Finanzierbarkeit und die infrastrukturelle Machbarkeit sowie die Akzeptanz durch MmD und ihre vA.

6.2.2.5 Versorgungsnetzwerke

In Deutschland lebt die überwiegende Mehrheit der MmD mit Hilfe-, und Pflegebedarf in der eigenen Häuslichkeit und wird zumeist in einem Mix von informell-familiärer und formell-professioneller Unterstützung versorgt. Diese ambulanten Versorgungsarrangements sind höchst unterschiedlich und Versorgungsstrukturen oftmals noch unzureichend implementiert und auf bestehende Bedarfe eingestellt (vgl. Wolf-Ostermann 2014, 4). Die Versorgung von MmD stellt hohe Anforderungen an die Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen sowie die Koordination und Kooperation zwischen den MmD, vA, nicht professionellen und professionellen Beteiligten. Angesichts demographischer Entwicklungen und andauernder Ökonomisierungstendenzen im

Gesundheitswesen gewinnt daher die Schaffung abgestimmter multiprofessioneller und interdisziplinärer Versorgungsnetzwerke in den vergangenen Jahren zunehmend an Bedeutung (vgl. Schultz 2009).

Die BefragungsteilnehmerInnen werden vor diesem Hintergrund gebeten, potentielle Effekte von Netzwerken einzuschätzen und zu bewerten. Die Ergebnisse zeigen, dass Netzwerke in der Versorgung von MmD in ländlichen Räumen als sehr hilfreich beurteilt werden. Nahezu einig sind sich die Befragten dahingehend, dass Netzwerke zur Entlastung vA beitragen und hinsichtlich der Lösung der Schnittstellenproblematik im Gesundheitswesen förderlich sind. Letzteres zeigt sich auch in der Einschätzung, dass Netzwerke den Informationsfluss verbessern. Des Weiteren werden Netzwerke als kostenminimierend und transparenzfördernd sowie als hilfreich bezüglich der Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung bewertet. Der Einfluss von Netzwerken auf eine verstärkte Partizipation von MmD und deren vA wird relativ gering eingeschätzt. Auch sehen die ExpertInnen keinen Automatismus bezüglich einer Qualitätssicherung in der Versorgung durch Netzwerke.

6.2.2.6 Netzwerkthemen

Hinsichtlich der übergreifenden Netzwerkthemenbereiche zeigt sich vor allem, dass Aspekte einer psychosozialen Versorgung integraler Bestandteil von Versorgungsnetzwerken sein sollen: Die BefragungsteilnehmerInnen sprechen sich einstimmig dafür aus, dass psycho-soziale Versorgung im Netzwerk sehr wichtig ist. In Relation fallen die Bereiche pflegerischer Versorgung und medizinischer Versorgung leicht ab, werden jedoch immer noch als wichtig erachtet.

6.2.2.7 Akteure der Versorgung – Begegnung von Versorgungsengpässen

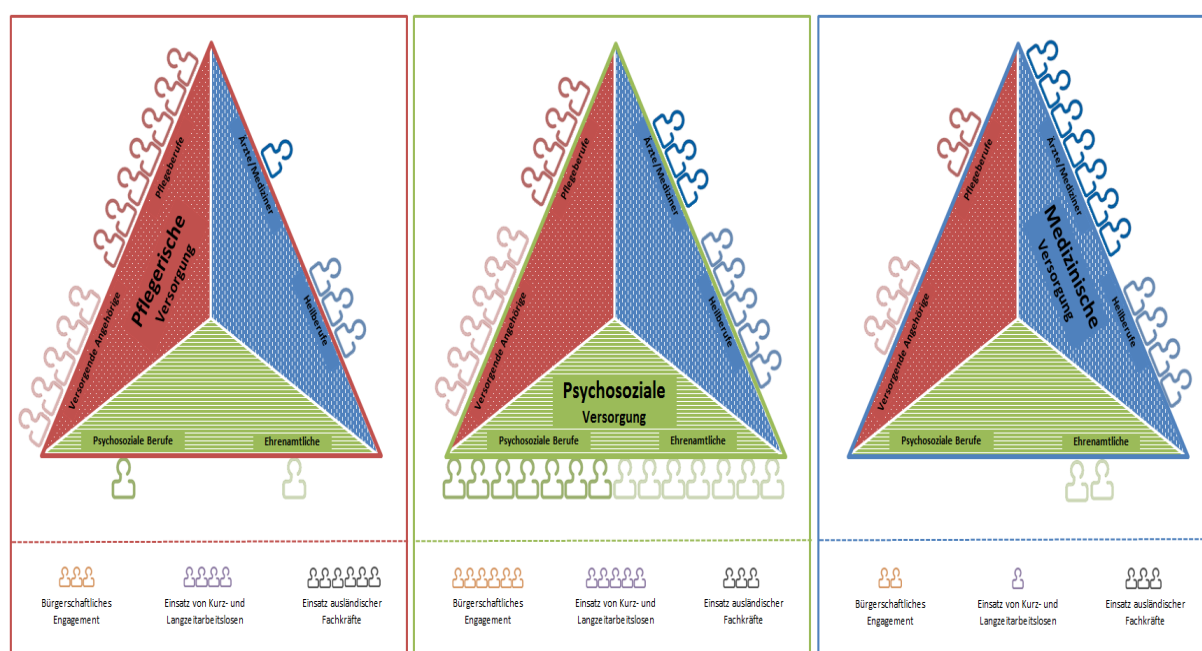
Ziel regionaler Demenzversorgungsnetzwerke ist die koordinierte Zusammenarbeit professioneller und informeller Akteure. Die BefragungsteilnehmerInnen sollen anhand der übergeordneten Netzwerkthemen eine Einschätzung abgeben, welche Berufs- bzw. Akteursgruppen in welchen Bereichen tätig sind, auch um Zuständigkeitsbereiche herauszuarbeiten und somit potentielle Orte professioneller Reibungsverluste sowie netzwerkinterner Schnittstellen offenzulegen. Darüber hinaus sollen, anschließend an Äußerungen in der ersten Delphi-Befragungsrunde, akteursbezogene Lösungsansätze für personelle Engpässe in der Versorgung thematisiert werden. Abbildung 47 auf der nächsten Seite veranschaulicht die drei übergreifenden Versorgungsbe-
reiche im Netzwerk und die zugeordneten Akteure.

Abbildung 46 Akteure und Versorgungsbereiche im Netzwerk³¹

Pflegerische Versorgung

Psychosoziale Versorgung

Medizinische Versorgung



Der psycho-soziale Versorgungsbereich zeigt sich auffallend heterogen besetzt. Sowohl ÄrztInnen, TherapeutInnen, Pflegeberufe, die psycho-sozialen Berufe wie z. B. die Soziale Arbeit und vA von MmD werden in diesem Sektor verortet. Als möglichen Lösungsansatz zur Bewältigung von personellen Engpässen im psychosozialen Bereich nennen fünf von sieben ExpertInnen den Einsatz von Menschen in Langzeitarbeitslosigkeit. Für den Einsatz ausländischer Fachkräfte votieren drei ExpertInnen.

Sowohl im medizinischen als auch im pflegerischen Bereich sind die jeweils professionell ausgebildeten Berufsgruppen (ÄrztInnen/Heilberufe – Pflegeberufe) beherrschend und werden eher rudimentär ergänzt durch andere Berufsgruppen, vorrangig wechselseitig: Medizinische Berufe in der Pflegerischen Versorgung und vice versa. Vor allem im pflegerischen Sektor werden Menschen in Langzeitarbeitslosigkeit als Ressource zur Behebung personeller Engpässe gesehen; dies gilt ebenso für den Einsatz ausländischer Fachkräfte. Für den medizinischen Bereich zeichnen die Befragten ein anderes Bild: Während auch hier noch drei der Befragten den Einsatz ausländischer Fachkräfte als Möglichkeit, Engpässen entgegenzuwirken, sehen, votiert lediglich ein/e ExpertIn dafür, in der medizinischen Versorgung auf Menschen in Langzeitarbeitslosigkeit zurückzugreifen.

Grundsätzlich einig sind sich die ExpertInnen darin, dass bürgerschaftliches Engagement in Zukunft notwendig sein wird, um Engpässe in der professionellen Versorgung abzufedern. Für die Mehrheit der Befragten ist das

³¹ Lesehilfe zur Abbildung: Dargestellt wird jeweils wie viele der ExpertInnen (n=7, Mehrfachnennung möglich) die Verantwortung für den jeweiligen Versorgungsbereich (Pflegerisch, Psychosozial, Medizinisch) verschiedenen Berufsgruppen zuordnen. Die Anzahl der Nennungen entspricht den Figuren am Rand und unterhalb der „Pyramide“. Bsp.: Im Bereich der pflegerischen Versorgung entfallen 7 Nennungen auf die Pflegeberufe, 5 auf die vA, 1 auf ÄrztInnen, 3 auf die Heilberufe, je 1 auf die psychosozialen Berufe und die Ehrenamtlichen. 3 Nennungen entfallen auf Bürgerschaftliches Engagement, 4 auf den Einsatz von Kurz- und Langzeitarbeitslosen sowie 6 auf den Einsatz ausländische Fachkräfte.

ehrenamtliche Engagement langfristig unverzichtbar. Hauptsächlich verorten sie die Engagierten im Bereich der psycho-sozialen Versorgung von MmD. Auch im pflegerischen Feld können sie nach Meinung der ExpertInnen Aufgaben übernehmen. Als verhältnismäßig nachrangig schätzen sie das Potenzial ehrenamtlich tätiger Menschen im medizinischen Bereich ein.

Auffällig ist die zentrale Funktion von Angehörigen, die von den Befragten in jedem der Versorgungsbereiche verortet werden.

Die Zuordnung von Akteursgruppen zu jeweiligen Versorgungsbereichen zeigt ein differenziertes ExpertInnenbild. Aufgrund der Möglichkeit von Mehrfachnennungen können die ExpertInnen Berufsgruppen verschiedenen Versorgungsbereichen zuordnen. Nachfolgend werden die beiden Berufsgruppen genannten die in den entsprechenden Versorgungsbereichen am häufigsten genannt werden.

1. Hauptakteure der medizinischen Versorgung: ÄrztInnen und Heilberufe,
2. Hauptakteure der pflegerischen Versorgung: Pflegeberufe (auch Fachkräfte aus dem Ausland) und Angehörige von MmD,
3. Hauptakteure der psycho-sozialen Versorgung: Psycho-soziale Berufe (z.B. Soziale Arbeit) und ehrenamtlich tätige Menschen.

Für generell notwendig erachten die ExpertInnen eine zentrale professionelle Koordinierung von Netzwerken. Bezüglich der Berufsgruppen, die für die Koordinierungstätigkeiten verantwortlich sind, herrscht bei den Befragten Uneinigkeit, so dass diverse Akteure favorisiert werden. Insgesamt werden Professionelle in der Koordination bevorzugt gesehen und unter diesen insbesondere solche der sozialen Berufe. Darauf verweisen auch die angegebenen freien Nennungen wie z. B. SozialarbeiterInnen, SozialpädagogInnen, Case ManagerInnen sowie MitarbeiterInnen der Pflegestützpunkte und Beratungsstellen. Ebenfalls bedeutend sind nach Meinung der Befragten Professionelle des pflegerischen Feldes. Als nachrangig für die Koordination von Versorgungsnetzwerken bewerten die ExpertInnen die medizinischen und anderen Heilberufe und Angehörige von MmD.

6.2.3 3. Welle: Abschlussbefragung

Das vollstandardisierte Erhebungsinstrument der 3. Welle umfasst folgende Themenfelder:

Themen

- Elemente öffentlicher psycho-sozialer Infrastruktur für Menschen mit Demenz
- Elemente öffentlicher psycho-sozialer Infrastruktur für Angehörige von Menschen mit Demenz
- Aufgaben von Akteuren des Gesundheitswesens in der psycho-sozialen Versorgung
- Innovationsfelder in der ländlichen Demenzversorgung
- Zukunftsszenarien für Ländliche Räume

Im Rahmen der vorangegangenen Befragungsrunden hat sich gezeigt, dass berufliche Zuständigkeiten und Elemente in den Bereichen der medizinischen sowie der pflegerischen Versorgung von MmD, von den Befragten klar benannt werden. Für den Bereich der psycho-sozialen Versorgung trifft dies nicht zu. In der dritten Befragungsrunde wird daher u.a. das Ziel verfolgt, einen Beitrag zur Konkretisierung des Berufsfeldes „psycho-soziale Versorgung“ zu leisten. Des Weiteren soll, ausgehend von Aussagen der ExpertInnen der vorhergehenden Runde, die die Bedeutung staatlicher Verantwortung für die zukünftige Versorgungssicherung betonen, detaillierter eingegrenzt werden, welche Versorgungselemente die BefragungsteilnehmerInnen im Verantwortungsbereich der öffentlichen Hand verorten. Sowohl in der ersten als auch in der zweiten Welle werden Herausforderungen und Hemmnisse für eine zukunftsfähige Versorgung von MmD in ländlichen Räumen beschrieben. Zudem werden erste Lösungsansätze skizziert, die sichtbar machen, dass auch neue Impulse zur Ausgestaltung von Versorgungsstrukturen von Nöten sind. Die Abschlussbefragung setzt dort an und fragt nach Innovationsbereichen für ländliche Demenz Versorgungsstrukturen. Zu guter Letzt werden die ExpertInnen zu einem Gedankenexperiment ermuntert, sich mit Zukunftsszenarien für ländliche Räume auseinanderzusetzen.

6.2.3.1 Elemente öffentlicher psycho-sozialer Infrastruktur für MmD

Eine zentrale Aufgabe des Sozialstaates ist die Erbringung und Gewährleistung der Daseinsvorsorge für die Mitglieder seiner Gesellschaft. Damit ist der staatliche Auftrag verbunden die für ein menschliches Dasein als notwendig erachteten Güter und Leistungen zu erbringen. Umstritten ist dabei, welche Güter und Leistungen konkret im Rahmen staatlicher Daseinsvorsorge bereitgestellt werden müssen.

In Zukunft, so die überwiegende Meinung der ExpertInnen in der zweiten Befragungsrunde, stehen vor allem staatliche Institutionen in der Verantwortung die Versorgung von MmD auch in ländlichen Räumen zu gewährleisten. Die dritte und abschließende Befragungsrunde hat unter anderem das Ziel, die Aufgabenbereiche staatlicher Akteure genauer zu fassen. Hierzu werden den Befragungsteilnehmenden eine Vielzahl potentieller psycho-sozialer Angebote bzw. Versorgungsaspekte vorgelegt, welche sie hinsichtlich ihrer jeweiligen Relevanz als Aspekt öffentlicher Daseinsfürsorge bewerten sollen. Die Tabelle 1 zeigt die Relevanzzuschreibungen der ExpertInnen als summierte Gruppenmeinung.

Abbildung 47 Elemente öffentlicher psycho-sozialer Infrastruktur für MmD und vA - Relevanzzuschreibung

Hohe Relevanz (Fünf oder mehr ExpertInnen stimmen zu)
Angebote der Alltagsbegleitung
Zugang zu Alltagshilfsmitteln
Sicherstellung alltagsnaher Begegnungsorte
Spezialisierte Demenzberatungsstellen
Sicherstellung von Barrierefreiheit (städtebaulich)
Angebote haushaltsnaher Dienstleistungen
Beratungsangebote zu Wohnraumwechsel und/oder Heimplatzsuche
Entwicklung bedarfsgerechter Wohnkonzepte
Sicherstellung regionaler Versorgungsnetzwerke
Mittlere Relevanz (3 bis 4 ExpertInnen stimmen zu)
Koordinierungsstellen für AlltagsbegleiterInnen
Koordinierungsstellen für haushaltsnahe Dienstleistungen
Koordinierungsstellen für Tagesbetreuungen
Möglichkeiten der Bürgerbeteiligung
Beratung zu wohnraumverbessernden Maßnahmen
Case-Management
Geringe Relevanz (1 bis 2 ExpertInnen stimmen zu)
Angebote psycho-sozialer Beratung für MmD
Schaffung von Angeboten kultureller Teilhabe
Sicherstellung gesetzlicher Betreuung
Sicherstellung der interdisziplinären Zusammenarbeit der Versorgungsleistenden
Unterstützung bei Wohnraumwechsel oder Heimplatzsuche
Keine Relevanz (Keine Zustimmung durch ExpertInnen)
Infoveranstaltungen zum Thema Demenz
Organisation von Nachbarschaften
Sicherstellung von Selbsthilfegruppen für MmD
Tagesbetreuung

Die als besonders relevant (5 oder mehr Zustimmungen) bewerteten Elemente lassen sich hauptsächlich als Aspekte der Bewältigung funktionaler Problematiken beschreiben. Der Blick ist hier auf das Individuum gerichtet, welches der Versorgung bedarf. Demnach stehen personale Hilfen sowie, mit Einschränkungen, infrastrukturelle Rahmenbedingungen im Vordergrund. Im Bereich der mittleren Relevanz (3-4 Zustimmungen) finden sich Aspekte der professionellen Begleitung funktional-personaler Hilfen und infrastruktureller Rahmenbedingungen. Hier zeichnen sich Elemente einer am bio-psycho-sozialen Gesundheitsmodell orientierten Versorgung von MmD und ihren vA ab. Generell ist zu sagen, dass die Elemente, welche eine sozio-kulturelle Perspektive auf Demenz und deren Versorgung eröffnen als weniger relevant eingeschätzt werden. Demenz als gesellschaftliches Phänomen und soziale Herausforderung erscheint mit Blick auf die Relevanzzuschreibungen somit als nachrangig. Eine am bio-psycho-sozialen Modell der ICF orientierte Versorgung, die auch in den DEGAM Leitlinien Nr.12 Demenz anklingt, versteht Demenz auch als gesellschaftlich bedingte Herausforderung und stellt die Frage der gesellschaftlichen Teilhabe von MmD (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin 2005). Einer solchen inklusiven Perspektive folgend, ist Demenz als „Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit“ kein individuelles Merkmal, sondern vielmehr ein komplexes Produkt auch sozio-kultureller Bedingungen. Daher erfordert auch die Versorgung dieses Phänomens soziales Handeln, und es gehört zur gesamtgesellschaftlichen Verantwortung die Umwelt so zu gestalten, wie es für eine volle Teilhabe von MmD und deren vA an möglichst allen Bereichen des sozialen Lebens erforderlich ist (vgl. Schuntermann 2004). Eine solche ganzheitliche Betrachtungsweise lässt sich den Einordnungen der befragten ExpertInnen nicht bzw. nur bedingt entnehmen.

6.2.3.2 Elemente öffentlicher psycho-sozialer Infrastruktur für vA von MmD

Die Rolle von vA in der Versorgung von MmD ist ausführlich thematisiert und ihre zentrale Stellung innerhalb eines häuslichen Versorgungsarrangements belegt. Dies bedeutet, dass Hilfe- und Unterstützungsstrukturen für vA, bei der Entwicklung innovativer ambulanter Versorgungsmodelle besonders Rechnung zu tragen ist. Sie zu entlasten, in dem MmD und deren vA als Tandem gesehen und gezielt unterstützt werden, gilt für das Wohlbefinden und die Lebensqualität sowohl von MmD als auch vA als sehr wichtig. Darüber hinaus tragen entlastende und teilhabeorientierte Strukturen zur Stabilisierung des häuslichen Versorgungsarrangements bei und können einen frühzeitigen Umzug in stationäre Einrichtungen verhindern. In der vorherigen Befragungsrunde stellt sich heraus, dass Versorgungsnetzwerke zur Entlastung von vA beitragen. Zusammengenommen mit der von den ExpertInnen zugeschriebenen wichtigen Rolle staatlicher Institutionen stellt sich daher die Frage, welche Entlastungsangebote für vA staatlicherseits bereitgestellt werden sollen. Verschiedene Unterstützungselemente werden den Befragten vorgelegt.

Die Ergebnisse zeigen, dass insbesondere Beratungsangebote für vA von MmD von den ExpertInnen als Bestandteil der öffentlichen Infrastruktur betrachtet werden, in diesem Punkt sind sich die Befragten einig. Heterogen zeigen sich die Meinungen hinsichtlich der Gewährleistung des Zugangs zu speziellen Schulungen für vA, auch der Zugang zu Selbsthilfegruppen und die Bereitstellung von alltagsentlastenden Angeboten werden kontrovers bewertet. Eine Einzelfallbetreuung für vA, z. B. in Anlehnung an Strukturen der Kinder- und Jugendhilfe wie dem Erziehungsbeistand, Betreuungshelfern oder auch der sozialpädagogischen Familienhilfe, werden von keinem der Befragten als Element öffentlich bereitgestellter psycho-sozialer Unterstützung gesehen.

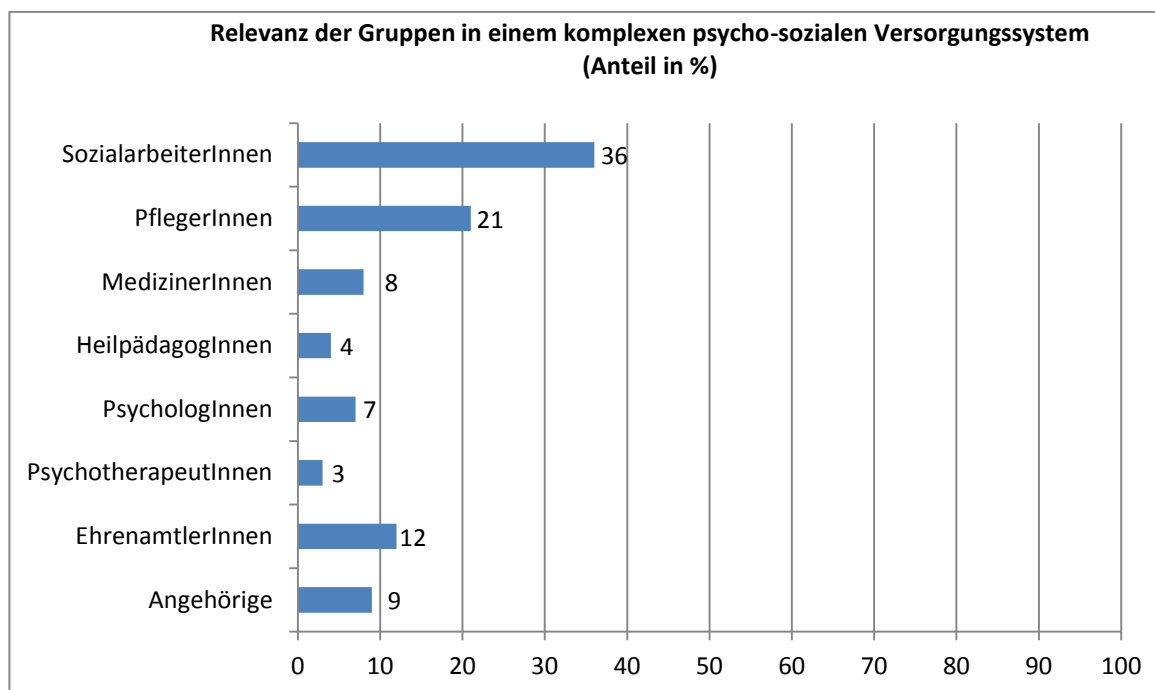
6.2.3.3 Aufgaben von Akteuren des Gesundheitswesens in der psycho-sozialen Versorgung

In der zweiten Befragungsrunde wird die Bedeutung der psycho-sozialen Unterstützung als Element eines Versorgungsnetzwerks für MmD hervorgehoben. Gleichzeitig stellt sich heraus, dass die ExpertInnen im Feld der psycho-sozialen Versorgung eine hohe Anzahl verschiedener Akteure verorten (heterogene Akteurs-Konstellation). Ziel der 3. Welle zu Akteuren der psycho-sozialen Versorgung ist zum einen eine detaillierte Zuschreibung spezifischer Aufgaben zu einzelnen Berufsgruppen zu erhalten, um aufzuklären, in welchen Aufgabenbereichen die ExpertInnen welche Berufsgruppen zuständig sehen. Zum anderen soll anhand der Bewertungen die Relevanz der Berufsgruppen in einem komplexen psycho-sozialen Versorgungsnetzwerk eruiert werden.³² Die Aufgabe der ExpertInnen ist, den vorausgewählten Tätigkeitsbereichen im Feld der psycho-sozialen Versorgung Berufsgruppen zuzuordnen. Bei insgesamt 27 verschiedenen Aufgaben innerhalb des Feldes der psycho-sozialen Versorgung kann jede der vor-ausgewählten Professionen durch Mehrfachnennung 182 Nennungen als Maximalwert erreichen. Die Befragten geben zusammengenommen 445 Nennungen ab. In der Abbildung 47 zeigt sich die prozentuale Verteilung der Angaben über die Berufsgruppen.³³

³² Das Konzept „komplexes psycho-soziales Versorgungssystem setzt sich aus den 27 Einzelementen zusammen.

³³ In der Folge werden die psycho-sozialen Tätigkeitsbereiche genannt, in denen die jeweiligen Akteurs-/Berufsgruppen vier oder mehr Nennungen auf sich vereinen.

Abbildung 48 Akteursbezogene Relevanz - Verteilung der Nennungen insgesamt in % (n=445)



Innerhalb des psycho-sozialen Versorgungsbereichs zeigt sich die Soziale Arbeit (36%) als Querschnittsprofession mit omnipräsenten Zuständigkeiten (5 oder mehr Nennungen je Bereich) in nahezu allen Tätigkeitsbereichen. Daraus lässt sich schließen, dass die Befragten eine professionelle Bearbeitung (erhöhtes Maß an Kenntnissen, Fertigkeiten, Fähigkeiten, besondere Problemlösungskompetenz, professionelle Distanz) psychosozialer Herausforderungen in der Demenzversorgung bevorzugen.

Darüber hinaus werden die Pflegeberufe (21%) in einer Vielzahl von Tätigkeitsbereichen der psycho-sozialen Versorgung genannt und damit auch über die Grenzen der klassisch-pflegerischen Aufgaben als wichtige Akteure gesehen. Die BefragungsteilnehmerInnen verorten sie z.B. in der Durchführung von Alltagsbegleitungen und deren Koordination, in der Beratung zu wohnraumverbessernden Maßnahmen, der Organisation von wohnraumnahen Begegnungsorten und der Organisation von Informationsveranstaltungen zum Thema Demenz. Einig sind sich die Befragten darin, dass die Pflegeberufe dazu geeignet sind Demenzberatungen durchführen. Ebenso besteht ein Konsens dahingehend, dass Professionelle der pflegerischen Berufe für die vA eine entlastende Funktion übernehmen sollen.

Neben der Sozialen Arbeit und den pflegerischen Berufen werden auch ehrenamtlich tätige BürgerInnen (12%) als bedeutende Akteure bewertet und sollen nach Auffassung der ExpertInnen vielfältige psycho-soziale Tätigkeiten ausüben. Die Alltagsbegleitung von pflegebedürftigen MmD wird von allen Befragten als Aufgabenbereich für EhrenamtlerInnen gesehen. Daneben sollen sie in der Organisation Hilfe- und Unterstützungsleistender Nachbarschaften agieren. Des Weiteren sprechen sich die ExpertInnen mehrheitlich dafür aus, freiwillig engagierte BürgerInnen in politische Entscheidungs- und Planungsprozesse (Bürgerbeteiligung) einzubinden sowie am Aufbau regionaler Versorgungsnetzwerke zu beteiligen. Auch der Bereich haushaltsnaher Dienstleis-

tungen sowie die Durchführung von Tagesbetreuungen von MmD sind laut den BefragungsteilnehmerInnen mögliche Betätigungsfelder ehrenamtlicher Arbeit.

In ähnlichen Tätigkeitsbereichen verorten die ExpertInnen die vA von MmD (9%). Von den Befragungsteilnehmenden werden sie dabei als Akteure in einer Vielzahl psycho-sozialer Aufgabenbereiche gesehen und sollen ihrer Meinung nach z. B. alltagsbegleitende Tätigkeiten übernehmen oder aber nachbarschaftliche Hilfen organisieren.

PsychologInnen (7%) sowie ÄrztInnen (8%) werden in ähnlichen Aufgabenbereichen verortet. Sie sollen vor allem beratend tätig werden und Bereiche besetzen wie die Schulung von vA, die Durchführung von Demenzberatungen und die Durchführung von Informationsveranstaltungen zum Thema Demenz. Im Unterschied zu den PsychologInnen sehen die ExpertInnen die MedizinerInnen zusätzlich als wichtige Akteure zur Initiierung von Fallkonferenzen, was vor allem mit der zentralen Stellung von HausärztInnen im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland und der damit verbundenen koordinativen Position zu begründen ist.

HeilpädagogInnen (4%) und PsychotherapeutInnen (3%) werden eher marginale Rollen innerhalb einer psychosozialen Versorgung zugesprochen. HeilpädagogInnen sehen die Befragten insbesondere dafür zuständig, für die Schaffung barrierefreier Räume zu arbeiten sowie Informationen und Kommunikation für MmD und deren vA besser zugänglich zu machen.

6.2.3.4 Innovationsfelder in der ländlichen Demenzversorgung

Um Herausforderungen des sozialen Wandels zu begegnen werden stetig Innovationen entwickelt. Eine Innovation kann, im ursprünglichen Sinn, als Neuerung bzw. Erneuerung, welche entweder als noch nie dagewesene Neuheit oder aber auch als Variation beziehungsweise als Veränderung einer Struktur, eines Prozesses oder eines Produktes auftritt, bezeichnet werden. Innovationen haben darüber hinaus den Anspruch, Probleme besser zu lösen als frühere Praktiken. In der Literatur werden verschiedene Innovationsfelder im Gesundheitswesen und somit auch für die Versorgung von MmD und ihren vA behandelt und diskutiert:

- **Technik und Design Innovationen** (z. B. Smart Home Technologies, GPS Ortungssysteme, Intelligente Sensorik, Universelles Design)
- **Service Innovationen** (z. B. präventive Hausbesuche, Demenz-Service Zentren)
- **Geschäftsmodell-Innovationen** (z. B. Demenzfreundliche Kur-/Wellnessangebote, demenzgerechte Urlaubsangebote)
- **Soziale Innovationen** (z. B. Netzwerke nachbarschaftlicher Hilfen/Demenzfreundliche Kommune, Mehrgenerationenprojekte, Demenz-Wohngemeinschaften)

ländliche Räume werden in der Öffentlichkeit als Brennpunkte des demographischen Wandels beschrieben, in denen sich Schrumpfungs- und Ausdünnungsprozesse gegenseitig verstärken. Zukünftig ist in diesen Regionen mit überdurchschnittlichen beziehungsweise hohen Tragfähigkeitsproblemen bei der Bereitstellung der Daseinsvorsorge zu rechnen (vgl. BMVI 2009). Ein Versorgungsmehrbedarf im Gesundheitsbereich zeichnet sich bereits heute ab. Hinzu kommen die veränderten Bedürfnisse der stetig steigenden Zahl älterer und hochbetagter Menschen. Bisher werden innovative Konzepte der vernetzten regionalen Demenzversorgung jedoch überwiegend für urbane Räume konzipiert, entwickelt und erprobt.

Die Befragten werden daher gebeten, die beschriebenen Innovationsfelder hinsichtlich ihrer zukünftigen Relevanz für eine nachhaltige Versorgung für MmD und deren vA auf einer Skala von 0 bis 10 einzuschätzen, wobei 10 die maximal mögliche Relevanz darstellt. Das so entstehende Relevanz-Ranking (Abbildung 49 nächste Seite) verdeutlicht, dass speziell den sozialen Innovationen großes Potenzial zugesprochen wird.

Abbildung 49 Innovationsfelder in der ländlichen Demenzversorgung – Relevanz

Innovationsformen	Relevanz (0=Min.; 10=Max.)										n=	Punkte	Rang	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9				10
Technik & Design Innovation			1		1		3		1		1	7	42	3
Service Innovationen								2	2		3	7	60	2
Geschäftsmodell-Innovationen				1		3	1	1			1	7	41	4
Soziale Innovationen					1				1		5	7	62	1

Fünf von sieben der befragten ExpertInnen bewerten die sozialen Innovationen mit der vollen Punktzahl von 10, ein weiterer mit 8 Punkten und lediglich ein/e TeilnehmerIn hält Innovationen im sozialen Bereich mit 4 Punkten für weniger wichtig. Das Feld der sozialen Innovationen erhält somit insgesamt 62 Punkte und belegt den ersten Rang. Als nahezu gleichwichtig bewerten die Befragten Innovationen im Service. Dieser Bereich erhält von allen ExpertInnen wenigstens sieben Punkte. Zwei Befragte vergeben 8 Punkte, drei sogar 10 Punkte womit sich die Gesamtpunktzahl auf 60 summiert. In ihrer Relevanz als deutlich weniger wichtig werden Innovationen im Bereich der Technik und des Designs (42 Punkte, Rang 3) sowie im Bereich der Geschäftsmodelle (41 Punkte, Rang 4) beurteilt. Hier liegen die Nennungen der ExpertInnen eher im mittleren Relevanzbereich.

Generell zeigt sich, dass von den ExpertInnen ein Innovations-Mix bevorzugt wird, wobei sozial-kommunikativen Innovationen der Vorrang vor technisch-ökonomischen Neuerungen eingeräumt wird.

6.2.3.5 Zukunftsszenarien für ländliche Räume

Die Frage nach der Zukunftsfähigkeit ländlicher Räume als Lebens- und Teilhaberäume kann mit unterschiedlichen raum- und strukturpolitischen Leitbildern beantwortet werden. Es werden vier Szenarien entwickelt, um denkbare Konsequenzen raum- und strukturpolitischer Entscheidungen darzustellen. Die an der Befragung teilnehmenden ExpertInnen sollen angeben, welches der Szenarien sie für das Wahrscheinlichste halten.

➤ **Szenario 1: Aktive Sanierung – Ausbau**

Durch staatliche Initiativen und Programme werden zusätzliche sozio-ökonomische Ressourcen mobilisiert. Es wird das Ziel verfolgt, die soziale und technische Infrastruktur auszubauen um somit die Lebensqualität in ländlichen Räumen zu erhöhen.

➤ **Szenario 2: Passive Sanierung – Abbau**

Staatliche Initiativen und Programme (z.B. Abwanderungs- und Stilllegungsprämien, Mobilitäts-erleichterungen oder Umsiedlungshilfen) fördern Entleerungs- und Ausdünnungsprozesse in ländlichen Räumen. Einzelne Dörfer werden entsiedelt.

➤ **Szenario 3: Anpassende Sanierung - Aufrechterhaltung**

Staatliche Initiativen und Programme nehmen keine aktiven strukturpolitischen Steuerungen in ländlichen Räumen vor. Der Staat reagiert auf demographische Entwicklungen durch eine passgenaue Daseinsvorsorge.

➤ **Szenario 4: Keine Sanierung - Rückzug**

Staatliche Initiativen und Programme werden eingestellt. Der Staat zieht sich aus der Fläche zurück. Die Verantwortung für zukünftige Entwicklungen liegt bei den Menschen vor Ort.

Die Meinungen zeigen sich sehr heterogen. So hält ein/e Befragte/r die aktive Entsiedelung ländlicher Räume, z.B. gesteuert über finanzielle Anreize von staatlicher Seite, für die wahrscheinlichste der skizzierten Varianten. Zwei der ExpertInnen sehen im Aufrechterhaltungs-Szenario die Zukunft und votieren für die Anpassung strukturpolitischer Steuerungselemente an demographische Entwicklungen als realistischsten Entwurf (reaktive Strategie). Drei und damit die meisten Experten-Nennungen entfallen auf die aktive Sanierung ländlicher Räume. Damit halten diese ExpertInnen eine pro-aktive staatliche Steuerung durch Initiativen und Programme (zusätzliche sozio-ökonomische Ressourcen) zum Ausbau der Infrastruktur und zur Verbesserung der Lebensqualität in ländlichen Räumen am Wahrscheinlichsten. Einen Rückzug des Staates aus der Fläche und damit die Verantwortungsübergabe für zukünftige Entwicklungen an die Menschen vor Ort halten die Befragten durchweg für unwahrscheinlich.

6.3 Abschließende Bemerkungen zur Delphi-Befragung

Ausgehend von der These, dass ländliche Räume auch aufgrund demographischer Entwicklungen vor besonderen Herausforderungen hinsichtlich der nachhaltigen Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung für MmD und ihren vA stehen, ist es vorrangiges Ziel der Delphi-Befragung, den noch recht vage konturierten Sachverhalt „Demenzversorgung in regional-ländlichen Kontexten“ explorativ zu bearbeiten und zur Expertendiskussion zu stellen. Das erarbeitete Material bietet eine Fülle interessanter Meinungen, selbstverständlich ohne alle relevanten Aspekte abschließend beleuchten zu können. Zum Abschluss sollen noch einige zentrale diskursive Aspekte hervorgehoben werden.

Zu resümieren ist eingangs, dass die hier befragten ExpertInnen wenig Impulse zur Differenzierung bestehender Denkmodell anbieten. Alles in allem bewegen sich die Aussagen innerhalb dominanter Diskursstrukturen im Sozial- und Gesundheitswesen. Die Versorgung von MmD und deren vA in ländlichen Räumen wird daher zuvörderst im Bild der ökonomischen Rationalität gedacht und die Bewältigung von Herausforderungen funktional dargelegt. Ansatzweise vermischen sich diese Denkstrukturen mit Forderungen bzw. Ausblicken, dass die Bedarfe, Sichtweisen, Lebenssituation von MmD und deren vA verstärkt in den Mittelpunkt rücken müssen. Das kurze Aufblitzen alternativer Denkmodelle verfängt jedoch relativ schnell wieder in den bestehenden Strukturen.

Hinsichtlich der zukünftigen Ausgestaltung regional-ländlicher Strukturen der Demenzversorgung, wird dem ehrenamtlichen Engagement eine besondere Bedeutung zugesprochen. Die hier befragten ExpertInnen stehen mit dieser Einschätzung nicht allein da. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Veränderungen im Gesundheitswesen positioniert sich ähnlich, wenn er feststellt, dass die „Förderung und Unterstützung informeller Hilfenetze (Nachbarschaften, ehrenamtliche Initiativen) und pflegender Angehöriger eine zusehends wichtige Aufgabe dar(stellt) – besonders in strukturschwachen ländlichen Regionen“ (SVR Gesundheit 2014, 502). Es darf zumindest gefragt werden, ob sich das Gesundheitswesen in Deutschland in einem Prozess der Reinformalisierung der Versorgung befindet. Die Inanspruchnahme bzw. Vereinnahmung bürgerschaftlichen Engagement zur Sicherstellung der Versorgung von z.B. MmD und ihren vA in ländlichen Räumen kann in diesem Punkt auch bzgl. des Leitbild der gleichwertigen Lebensverhältnisse in den Teilräumen der Bundesrepublik hinterfragt werden. Vereinfacht gefragt: Warum sollten sich Menschen in ländlichen Regionen vermehrt selbstständig privat-informell versorgen, wenn, parallel dazu, Menschen in urbanen Zentren auf eine „funktionierende“ öffentliche Sozial- und Gesundheitsinfrastruktur zurückgreifen können und dadurch zumindest strukturell entlastet werden? Es gilt vielmehr, bestehende Strukturen bedarfsgerecht weiterzuentwickeln. Inspirierend könnte dabei z.B. ein Blick nach Finnland und Kanada sein (vgl. Hämel et al. 2014).

Die soziale Frage wird bei diesen Überlegungen noch gar nicht gestellt, sollte aber unserer Meinung nach in der Sozialforschung zum Thema Gesundheit und in der Versorgungsforschung wieder verstärkt in den Mittelpunkt gerückt werden. Der Zusammenhang zwischen sozial bedingten Ungleichheiten und dem Zugang zu bzw.

der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens ist vielfach belegt (vgl. z.B. Bauer 2009). Die Dringlichkeit das Gesundheitswesen und die Versorgungslandschaft diesbezüglich weiter zu entwickeln bildet sich in Förder- und Forschungspraxis unzureichend ab.

Die hier befragten ExpertInnen sprechen der psycho-sozialen Versorgung im Allgemeinen, einzelnen Elementen im Besonderen, den dazugehörigen professionellen Akteuren und auch sozialen Innovationen im Versorgungssektor eine hohe Relevanz zu.³⁴ Parallel dazu – und dies kann als konstante Argumentationsfacette in allen Befragungsrunden festgestellt werden – betonen die BefragungsteilnehmerInnen wiederholt die zentrale Bedeutung ökonomischer Effizienzkriterien („finanzielle und infrastrukturelle Machbarkeit“) im Sozial- und Gesundheitswesen.

Hier scheint sich einer der grundlegenden Zielkonflikte im Gesundheitswesen zu manifestieren: Einerseits wird die Bedeutung des Leitbildes der ganzheitlichen bio-psycho-sozialen Sichtweise von Demenz und Versorgung betont. Andererseits wird zeitgleich und sich wiederholend darauf hingewiesen, dass aktuell geltende ökonomische Prinzipien die Entscheidungen im Gesundheitswesen determinieren und dies auch in Zukunft so sein wird.

Literaturverzeichnis

ARL - Akademie für Raumforschung und Landesplanung (2008): Politik für periphere, ländliche Räume. Für eine eigenständige und selbstverantwortliche Regionalentwicklung. Positionspapier Nr.77. URL: http://shop.arl-net.de/media/direct/pdf/pospaper_77.pdf.

Backes, Gertrud M.; Amrhein, Ludwig; Wolfinger, Martina (2008): Gender in der Pflege Herausforderungen für die Politik. WISO Diskurs – Expertisen und Dokumentationen zur Wirtschafts- und Sozialpolitik. Arbeitsbereich Frauen- und Geschlechterpolitik. Friedrich-Ebert-Stiftung (Hg.). Bonn. URL: <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/05587.pdf>.

³⁴ Hierzu im Widerspruch steht auch, dass psycho-soziale Leistungen selten regelfinanziert sind.

- Backes, Getrud; Clemens, Wolfgang (2013):** Lebensphase Alter: Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung. 4. Auflage. Beltz Juventa. Weinheim.
- Bayer, Michael; Frohn, Monika; Malis, Frank (2013):** Daseinsvorsorge im ländlichen Raum: Eine Zukunftsaufgabe. Industrie- und Handelskammer (Hg.). Aachen. URL: https://www.aachen.ihk.de/blob/acihk24/servicemarken/downloads/597604/d46baf3794f94f2bf229aafb2546c70/daseinsvorsorge_im_laendlichen_raum-data.pdf.
- Bauer, Ulrich (2007):** Gesundheit im ökonomisch-ethischen Spannungsfeld. In: Gerlinger, Thomas; Lenhardt, Uwe; Simon, Michael (Hg.): Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften 44 - Geld als Steuerungsmedium im Gesundheitswesen. Argument Verlag. Hamburg. S. 98-119.
- Bauer, Ulrich (2009):** Soziale Ungleichheiten in der gesundheitlichen Versorgung. In: Zeitschrift für Sozialreform, Jg. 55, 2009, Nr.4, S. 389-407. URL: http://www.z-sozialreform.de/ccm/cms-service/stream/asset/55_04_05%20Bauer.pdf?asset_id=1016032.
- Blind, Knut; Cuhls, Kerstin (2001):** Der Einfluss der Expertise auf das Antwortverhalten in Delphi-Studien: Ein Hypothesentest. In: ZUMA-Nachrichten. Nr. 49. Mannheim. S. 57-80.
- BMVI - Bundesministeriums für Verkehr und digitale Infrastruktur (2009):** Stellungnahme des Beirates für Raumordnung. Demographischer Wandel und Daseinsvorsorge in dünn besiedelten peripheren Räumen. URL: http://www.bmvi.de/SharedDocs/DE/Anlage/StadtUndLand/LaendlicherRaum/stellungnahme-demografischer-wandel-und-daseinsvorsorge-in-duenn-besiedelten-peripheren-raeumen.pdf?__blob=publicationFile
- BMBF – Bundesministerium für Bildung und Forschung (2013):** Demenz und ihre Kosten – Pflege erfolgt zunehmend in der Familie. Newsletter 63/August 2013. URL: <http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/5051.php>, zuletzt abgerufen am 19.03.2014.
- Dannenberg, Peter; Lang, Thilo; Kehlmann, Karsten (2010):** Einführung „Ländliche Räume“ in Deutschland: neuere Zugänge zu einer alten Kategorie. In: Europa Regional 18, 2010,2-3. Seite 55-59. URL: http://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/31480/ssoar-2012-2-3-dannenberg_et_al-einfuehrung_landliche_raume_in_deutschland.pdf?sequence=1
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2010):** Demografischer Wandel in Deutschland - Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige. Heft 2. Elektronische Publikation. Wiesbaden.
- Deutsche Alzheimergesellschaft (2012):** Informationsblatt Selbsthilfe Demenz: Das Wichtigste 1 – Die Epidemiologie der Demenz. Deutsche Alzheimergesellschaft. Berlin.
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (2005):** Pflegende Angehörige. DEGAM-Leitlinie Nr. 6. Omikron publishing. Düsseldorf.

- Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hg.) (2014):** informationsdienst altersfragen. Heft 06, November/Dezember 2014. 41. Jahrgang. URL: http://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/Heft_06_2014_November_Dezember_2014_gekuerzt_PW.pdf.
- Ehlers, Anja (2011):** Ausgewählte Handlungsfelder der vernetzten ambulanten Demenzversorgung – Ein Literaturüberblick. URL: http://www.mobidem.tu-dortmund.de/joomla/images/Evident/Berichte/EVIDENT_Literaturbericht.pdf.
- Emme von der Ahe, H.; Weidner, F.; Laag, U.; Isfort, M.; Meyer, S. H. (2010):** Entlastungsprogramm bei Demenz. Abschlussbericht zum Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nach § 8 Abs. 3 SGB XI. Minden/Köln.
- Ewers, Michael (1996):** Case Management: Anglo-amerikanische Konzepte und ihre Anwendbarkeit im Rahmen der bundesdeutschen Krankenversorgung. Discussion Paper P96_208. Berlin. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. URL: <http://bibliothek-wz-berlin.de/pdf/1996/p96-208.pdf>.
- Ewers, Michael (2010):** Einführung in das Case Management. 4. Studentext des Weiterbildenden Fernstudiums Angewandte Gesundheitswissenschaften. Universität Bielefeld, S. 9–118.
- Falk, Juliane (2015):** Basiswissen Demenz. Lern und Arbeitsbuch für berufliche Kompetenz und Versorgungsqualität. Juliane Falk (Hg.). 3. Überarbeitete Auflage. Beltz Juventa, Weinheim.
- Gräßel, Elmar; Leutbecher, Marlene (1993):** Häusliche Pflege-Skala HPS zur Erfassung der Belastung bei betreuenden oder pflegenden Personen. Vless-Verlag. Ebersberg.
- Häder, Michael; Häder, Sabine (1998):** Neure Entwicklungen bei der Delphi Methode, Literaturbericht II, ZUMA-Arbeitsbericht 98/05.
- Häder, Michael (2006):** Empirische Sozialforschung. Eine Einführung. Auflage 2006. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden.
- Häder, Michael (2009):** Delphi-Befragungen. Ein Arbeitsbuch. 2. Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden.
- Hämel, Kerstin; Ewers, Michael; Schaeffer, Doris (2013):** Versorgungsgestaltung angesichts regionaler Unterschiede. In: Gerontologie + Geriatrie. Ausgabe 46. S. 323-328. Springer Medizin. Heidelberg.
- Hämel, Kerstin; Schaeffer, Doris; Ewers, Michael (2014):** Versorgungsgestaltung in ländlichen Regionen. Welche Modelle bieten Finnland und Kanada? In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hg.) informationsdienst altersfragen. Heft 06, November/Dezember 2014. 41. Jahrgang. S. 13-18. URL: http://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/Heft_06_2014_November_Dezember_2014_gekuerzt_PW.pdf.
- Heintel, Martin; Husa, Karl; Spreitzhofer, Günter (2005):** Migration als globales Phänomen. In: Wagner, Helmut (Hrsg.): Segmente. Wirtschafts- und sozialgeographische Themenhefte: Migration – Integration. Wien 2005. S. 2–10.
- Henkel, Gerhard (2012):** Das Dorf. Landleben in Deutschland – gestern und heute. 1. Auflage. Verlag Theiss.

- Hirsch, Rolf (2008):** Im Spannungsfeld zwischen Medizin, Pflege und Politik, Menschen mit Demenz. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 41, 2: 106-116.
- Innes, Anthea; Morgan, Debra; Kosteniuk, Julie (2010):** Dementia care in rural and remote settings. A systematic review of formal or paid care. URL: http://www.cchsa-ccssma.usask.ca/ruraldementiacare/PublicationsPDF/Dementia_Care_Rural_Settings_FORMAL_care.pdf.
- Hülsmeier, Lotta; Theilig, Andreas; Schirra-Weirich, Liane; Schmitt, Christine; Wiegelmann, Henrik (2014):** Abschlussbericht des Projekts DemenzNetz Aachen für das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW.
- Klaes, Lothar; Köhler, Thorsten; Rommel, Alexander; Schüler, Gerhard; Schröder, Helmut (2013):** Public Private Health. Neue Qualifikationsanforderungen in der Gesundheitswirtschaft. In: Bullinger, Hans-Jörg (Hg.): Qualifikationen erkennen – Berufe gestalten. Bertelsmann Verlag. Bielefeld.
- Kofahl, Christopher; Dahl, Katharina; Döhner, Hanneli (2003):** Projekt: „Synopsis innovativer Ansätze zur vernetzten Versorgung älterer Menschen in Deutschland“, ProNetz. Hamburg. URL: https://www.uke.de/institute/medizin-soziologie/downloads/institut-medizin-soziologie/ProNETZ_BERICHT_030614.pdf.
- Krout, J.R.; Bull, C.N. (2006):** Service delivery to rural elders: Barriers and Challenges. In: Goins, R.T.; Krout, J.A. (2006): Service delivery to rural older adults. Research, policy and practice. New York. NY Springer Publishing. S. 21-34.
- Kruse, Andreas; Martin, Mike (2004):** Enzyklopädie der Gerontologie, Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht. 1. Auflage. Verlag Hans Huber. Bern.
- Kuhlmann, Andrea (2005):** Case Management für demenzkranke Menschen. Eine Betrachtung der gegenwärtigen praktischen Umsetzung. Dortmunder Beiträge zur Sozial- und Gesellschaftspolitik - Band 54. LIT-Verlag.
- Maier, Jörg (2008):** Der demographische Wandel und seine Auswirkungen auf wirtschaftliche und soziale Einrichtungen in Oberfranken. In: Maier, Jörg (Hg.). Akademie für Raumforschung und Landesplanung (Hg.): Ziele und Strategien einer aktuellen Politik für periphere ländliche Räume in Bayern. Hannover. Verl. D. ARL, 2008 (Arbeitsmaterial 343). URL: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-341154>.
- Löcherbach, Peter; Hermsen, Thomas; Arnold, Jens (2013):** Effektivität und Effizienz des Case Managements in der ambulanten, sektorübergreifenden Basisversorgung Demenkranker, Abschlussbericht, KH-Mainz, Eigendruck.
- Mennemann, Hugo; Kanth, Eva; Monzer, Michael; Podeswig, Andreas (2011):** Rahmenempfehlungen zum Handlungskonzept Case Management. Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e.V. (Hg.). 2. Auflage. medhochzwei Verlag. Heidelberg.

- Meyer, Martha (2006):** Pflegende Angehörige in Deutschland. Überblick über den derzeitigen Stand und zukünftige Entwicklungen. Eurofamcare – National Background Report for Germany. Saarbücken. URL: http://www.uke.de/extern/eurofamcare/documents/nabares/nabare_germany_de_final_a4.pdf.
- Ningel, Rainer (2011):** Methoden der Klinischen Sozialarbeit. Haupt Verlag UTB. Stuttgart.
- Robert Koch Institut (2012):** Demographische Alterung und Folgen für das Gesundheitswesen. GBE Kompakt. Zahlen und Trends aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes.
- Rubin, Allen (1987):** Case Management. In: Minahan, A. (Hg.). Encyclopedia of social work. Volume 1. National Association of Social Workers (NASW). Silver Spring USA 1987, 212-222.
- Rüter, Antje (2013):** Fortschreibung des Berichtes zur Kommunalen Pflegeplanung 2013. Teilbericht: Ergebnisse der Pflegestatistik 2011 für die StädteRegion Aachen. Kommentierter Tabellenband. StädteRegion Aachen (Hrsg.). Amt für Soziale Angelegenheiten. Aachen.
- Sachverständigenrat Gesundheit (2014):** Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014. URL: http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2014/SVR-Gutachten_2014_Langfassung.pdf.
- Schmid, Martin; Schu, Martina (2011):** Forschung zu Case Management: Stand und Perspektiven. In: Wendt, Rainer; Löcherbach, Peter (2011): Case Management in der Entwicklung. Stand und Perspektiven in der Praxis. 2. Überarbeitete Auflage. Medhochzwei Verlag. Heidelberg. S. 261-273.
- Schneekloth, Ulrich; Wahl, Hans-Werner (Hrsg.) (2005):** Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. Integrierter Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. URL: <http://www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/mug/01-Redaktion/PDF-Anlagen/gesamtdokument,property=pdf,bereich=mug,sprache=de,rwb=true.pdf>.
- Schöneman-Gieck, Petra (2012):** Vermittlung und Inanspruchnahme häuslicher Hilfe- und Unterstützungsangebote bei Menschen mit Demenz. Inauguraldissertation zur Erlangung des akademischen Doktorgrades (Dr. phil.) im Fach Gerontologie an der Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg. URL: http://archiv.ub.uni-heidelberg.de/volltextserver/14265/1/Dissertation_Endversion.pdf.
- Schultz, Carsten; Bogenstahl, Christoph (2009):** Integrierte Versorgung: Netzwerke auf dem Weg in die Zukunft, Dtsch. Ärzteblatt 2009; 106 (18): [14]. URL: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/64424/Integrierte-Versorgung-Netzwerke-auf-dem-Weg-in-die-Zukunft>.
- Schuntermann, Michael F. (2004):** Einführung in die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) unter besonderer Berücksichtigung der sozialmedizinischen Begutachtung und Rehabilitation. URL: <http://www.deutsche->

rentenversicher-

ung.de/cae/servlet/contentblob/206970/publicationFile/2307/icf_kurzeinfuehrung.pdf.

Schwerdt, Ruth (2004): Pflege auf dem Weg zur Profession: Rationalisierung eines Berufsfeldes und Rationierung von Leistungen. In: Kruse, Andreas; Martin, Mike (Hrsg.), Enzyklopädie der Gerontologie, Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht, 2004, Bern, S. 491-505.

Statistisches Bundesamt (2010): Demographischer Wandel in Deutschland. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlung und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Heft 2. URL: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/KrankenhausbehandlungPflegebeduerftige5871102109004.pdf?__blob=publicationFile

Sun, Fei; Kosberg, Jordan I.; Kaufman, Allan V.; Lepper, James D.; Burgin, Louis D. (2007): Formal services utilization by family caregivers of persons with dementia living in rural southeastern USA. In: Rural Social Work and Community Practice Volume 12 Issue 2, December 2007, 22-30, S. 29.

Wagner, Helmut (Hrsg.) (2005): Segmente. Wirtschafts- und sozialgeographische Themenhefte: Migration – Integration. Wien 2005.

Weiß, Johannes (2007): Über Selbstexklusion und Verständigungsverweigerung. URL: http://www.uni-kassel.de/~jweiss/Weiss_Exklusion.pdf.

Wendt, Rainer/Lauterbach, Peter (Hg.) (2011): Case Management in der Entwicklung. Stand und Perspektiven in der Praxis. 2. überarbeitete Auflage. medhochzwei Verlag. Heidelberg.

Weyerer, Siegfried (2005): Altersdemenz. In: Robert Koch Institut und Statistisches Bundesamt (Hg.): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 28. November 2005. URL: http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/ren4T3cctjHcA/PDF/22wKC7IPbmP4M_43.pdf

Wolf-Ostermann, Karin; Gräske, Johannes; Meyer, Saskia; Hoffmann, Wolfgang; Holle, Bernhard; Schäfer-Walkmann, Susanne; Thyrian, Jens (2014): Care for People with Dementia in the Community – The DemNet-D-Study. URL: <http://www.alz.co.uk/sites/default/files/conf2014/OC023.pdf>.

Zank, Susanne; Schacke, Claudia; Leipold, Bernhard (2006): Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung – Demenz (BIZA-D). In: Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie, 35 (4), 296-305.

Zank, Susanne; Schacke, Claudia (2007): Abschlussbericht der Phase 2 der Längsschnittstudie zur Angehörigenbelastung durch die Pflege demenziell Erkrankter (LEANDER). Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Weitere Online-Quellen:

http://de.wikipedia.org/wiki/Datei:Municipalities_in_AC_%282009%29.svg

<http://www.wohnquartier-4.de/files/wohnquartier4.pdf>

www.dgcc.de

Anlagen

Anlage 1: Verlaufsdocumentation – Case Management

<p>WOHNSITUATION - ALLEIN LEBEND bei Einschreibung?</p> <p>01 <input type="checkbox"/> JA, allein lebend 02 <input type="checkbox"/> NEIN, zusammenlebend mit:</p> <p>01 <input type="checkbox"/> Ehepartner/in 02 <input type="checkbox"/> Lebensgefährte/in 03 <input type="checkbox"/> Tochter/Sohn</p> <p>04 <input type="checkbox"/> Bruder/Schwester 05 <input type="checkbox"/> Schwiegertochter/-sohn 06 <input type="checkbox"/> Andere Personen & zwar</p>	<p>1. Änderung der WOHNSITUATION am</p> <p>01 <input type="checkbox"/> JA, allein lebend 02 <input type="checkbox"/> NEIN, zusammenlebend mit:</p> <p>01 <input type="checkbox"/> Ehepartner/in 02 <input type="checkbox"/> Lebensgefährte/in 03 <input type="checkbox"/> Tochter/Sohn</p> <p>04 <input type="checkbox"/> Bruder/Schwester 05 <input type="checkbox"/> Schwiegertochter/-sohn 06 <input type="checkbox"/> Andere Personen & zwar</p>
<p>WOHNFORM - bei Einschreibung?</p> <p>01 <input type="checkbox"/> Privatwohnung/-haus 02 <input type="checkbox"/> Stationär (Wohn-/Pflegeheim) 03 <input type="checkbox"/> Betreute Wohnform & zwar</p>	<p>1. Änderung der WOHNFORM am</p> <p>01 <input type="checkbox"/> Privatwohnung/-haus 02 <input type="checkbox"/> Stationär (Wohn-/Pflegeheim) 03 <input type="checkbox"/> Betreute Wohnform & zwar</p>
<p>VERSORGENDE/R ANGEHÖRIGE/R bei Einschreibung?</p> <p>01 <input type="checkbox"/> NEIN, kein/e versorgende/r Angehörige/r 02 <input type="checkbox"/> JA & zwar</p> <p>01 <input type="checkbox"/> Ehepartner/in 02 <input type="checkbox"/> Lebensgefährte/in 03 <input type="checkbox"/> Tochter/Sohn</p> <p>04 <input type="checkbox"/> Bruder/Schwester 05 <input type="checkbox"/> Schwiegertochter/-sohn 06 <input type="checkbox"/> Andere Personen & zwar</p>	<p>1. Änderung des/r VERSORGENDEN ANGEHÖRIGEN am</p> <p>01 <input type="checkbox"/> NEIN, kein/e versorgende/r Angehörige/r 02 <input type="checkbox"/> JA & zwar</p> <p>01 <input type="checkbox"/> Ehepartner/in 02 <input type="checkbox"/> Lebensgefährte/in 03 <input type="checkbox"/> Tochter/Sohn</p> <p>04 <input type="checkbox"/> Bruder/Schwester 05 <input type="checkbox"/> Schwiegertochter/-sohn 06 <input type="checkbox"/> Andere Personen & zwar</p>
<p>WEITERE BEZUGSPERSONEN bei Einschreibung?</p> <p>01 <input type="checkbox"/> NEIN, keine weitere Bezugsperson 02 <input type="checkbox"/> JA & zwar</p> <p>01 <input type="checkbox"/> Ehepartner/in 02 <input type="checkbox"/> Lebensgefährte/in 03 <input type="checkbox"/> Tochter/Sohn 04 <input type="checkbox"/> Bruder/Schwester</p> <p>05 <input type="checkbox"/> Schwiegertochter/-sohn 06 <input type="checkbox"/> Freund/in / Bekannte/r 07 <input type="checkbox"/> Nachbar/in 08 <input type="checkbox"/> Andere Personen & zwar</p>	<p>1. Änderung der WEITEREN BEZUGSPERSONEN am</p> <p>01 <input type="checkbox"/> NEIN, keine weitere Bezugsperson 02 <input type="checkbox"/> JA & zwar</p> <p>01 <input type="checkbox"/> Ehepartner/in 02 <input type="checkbox"/> Lebensgefährte/in 03 <input type="checkbox"/> Tochter/Sohn 04 <input type="checkbox"/> Bruder/Schwester</p> <p>05 <input type="checkbox"/> Schwiegertochter/-sohn 06 <input type="checkbox"/> Freund/in / Bekannte/r 07 <input type="checkbox"/> Nachbar/in 08 <input type="checkbox"/> Andere Personen & zwar</p>
<p>GESETZLICHE/R BETREUER/IN bei Einschreibung?</p> <p>01 <input type="checkbox"/> NEIN, kein/e gesetzliche/r Betreuer/in 02 <input type="checkbox"/> JA & zwar</p> <p>01 <input type="checkbox"/> versorg. Angehörige/r 02 <input type="checkbox"/> Andere/r Verwandte & zwar 03 <input type="checkbox"/> Berufsbetreuer/in 04 <input type="checkbox"/> Sonstige Person &</p>	<p>1. Änderung bei dem/der GESETZLICHEN BETREUER/IN am</p> <p>01 <input type="checkbox"/> NEIN, kein/e gesetzliche/r Betreuer/in 02 <input type="checkbox"/> JA & zwar</p> <p>01 <input type="checkbox"/> versorg. Angehörige/r 02 <input type="checkbox"/> Andere/r Verwandte & zwar 03 <input type="checkbox"/> Berufsbetreuer/in 04 <input type="checkbox"/> Sonstige Person &</p>

zwar

zwar

BETREUUNGS-VOLLMACHT bei Einschreibung 01 <input type="checkbox"/> Vorhanden 02 <input type="checkbox"/> Nicht vorhanden	INTERVENTION 1 erfolgt am	Intervention 2	am
	01 <input type="checkbox"/> Betreuungsvollmacht aufgesetzt	Intervention 3	am
	02 <input type="checkbox"/> Diesbzgl. an andere Instanz vermittelt	Intervention 4	am
	03 <input type="checkbox"/> Beratung durchgeführt (10-30 Min.)	Intervention 5	am
	04 <input type="checkbox"/> Intensivberatung durchgeführt (>30 Min.)	Intervention 6	am
	05 <input type="checkbox"/> In Kraft getreten	Intervention 7	am

PATIENTEN-VERFÜGUNG bei Einschreibung 01 <input type="checkbox"/> Vorhanden 02 <input type="checkbox"/> Nicht vorhanden	INTERVENTION 1 erfolgt am	Intervention 2	am
	01 <input type="checkbox"/> Patientenverfügung aufgesetzt	Intervention 3	am
	02 <input type="checkbox"/> Diesbzgl. an andere Instanz vermittelt	Intervention 4	am
	03 <input type="checkbox"/> Beratung durchgeführt (10-30 Min.)	Intervention 5	am
	04 <input type="checkbox"/> Intensivberatung durchgeführt (>30 Min.)	Intervention 6	am
	05 <input type="checkbox"/> In Kraft getreten	Intervention 7	am

VORSORGE-VOLLMACHT bei Einschreibung 01 <input type="checkbox"/> Vorhanden 02 <input type="checkbox"/> Nicht vorhanden	INTERVENTION 1 erfolgt am	Intervention 2	am
	01 <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht aufgesetzt	Intervention 3	am
	02 <input type="checkbox"/> Diesbzgl. an andere Instanz vermittelt	Intervention 4	am
	03 <input type="checkbox"/> Beratung durchgeführt (10-30 Min.)	Intervention 5	am
	04 <input type="checkbox"/> Intensivberatung durchgeführt (>30 Min.)	Intervention 6	am
	05 <input type="checkbox"/> In Kraft getreten	Intervention 7	am

SCHWERBEHINDERTEN-AUSWEIS bei Einschreibung 01 <input type="checkbox"/> Vorhanden 02 <input type="checkbox"/> Nicht vorhanden	INTERVENTION 1 erfolgt am	Intervention 2	am
	01 <input type="checkbox"/> Schwerbehindertenausweis beantragt	Intervention 3	am
	02 <input type="checkbox"/> Diesbzgl. an andere Instanz vermittelt	Intervention 4	am
	03 <input type="checkbox"/> Beratung durchgeführt (10-30 Min.)	Intervention 5	am
	04 <input type="checkbox"/> Intensivberatung durchgeführt (>30 Min.)	Intervention 6	am
	05 <input type="checkbox"/> Geändert	Intervention 7	am

PFLEGESTUFE bei Einschreibung 01 <input type="checkbox"/> Keine 02 <input type="checkbox"/> Pflegestufe 1 03 <input type="checkbox"/> Pflegestufe 2 04 <input type="checkbox"/> Pflegestufe 3 05 <input type="checkbox"/> Pflegestufe 3+	INTERVENTION 1 erfolgt am	Intervention 2	am
	01 <input type="checkbox"/> Pflegestufe geändert in	Pflegestufe von	in
	02 <input type="checkbox"/> Pflegestufe beantragt	Intervention 3	am
	03 <input type="checkbox"/> Diesbzgl. an andere Instanz vermittelt	Pflegestufe von	in
	04 <input type="checkbox"/> Beratung durchgeführt (10-30 Min.)	Intervention 4	am
	05 <input type="checkbox"/> Intensivberatung durchgeführt (>30 Min.)	Pflegestufe von	in

ZUSÄTZLICHE BETREUUNGS-LEISTUNGEN bei Einschreibung 01 <input type="checkbox"/> Keine 02 <input type="checkbox"/> 100 Euro 03 <input type="checkbox"/> 200 Euro	INTERVENTION 1 erfolgt am	Intervention 2	am	
	01 <input type="checkbox"/> Leistungsbezug beantragt	€	Änderung der Leistungen zu €	
	02 <input type="checkbox"/> Leistungsbezug geändert	€	Intervention 3	am
	03 <input type="checkbox"/> Diesbzgl. an andere Instanz vermittelt		Änderung der Leistungen zu	€
	04 <input type="checkbox"/> Beratung durchgeführt (10-30 Min.)		Intervention 4	am
	05 <input type="checkbox"/> Intensivberatung durchgeführt (>30 Min.)		Änderung der Leistungen zu	€

PFLEGEDIENST bei Einschreibung 01 <input type="checkbox"/> Wird genutzt	INTERVENTION 1 erfolgt am	Intervention 2	am
	01 <input type="checkbox"/> Pflegedienst beantragt	Intervention 3	am
	02 <input type="checkbox"/> Pflegedienst gewechselt	Intervention 4	am

02 <input type="checkbox"/> Nicht genutzt	03 <input type="checkbox"/> Nutzung Pflegedienst beendet	Intervention 5		am	
	04 <input type="checkbox"/> Diesbzgl. an andere Instanz vermittelt	Intervention 6		am	
	05 <input type="checkbox"/> Beratung durchgeführt (10-30 Min.)	Intervention 7		am	
	06 <input type="checkbox"/> Intensivberatung durchgeführt (>30 Min.)	Intervention 8		am	

TAGESPFLEGE bei Einschreibung 01 <input type="checkbox"/> Wird genutzt 02 <input type="checkbox"/> Nicht genutzt	INTERVENTION 1 erfolgt am	Intervention 2		am	
	01 <input type="checkbox"/> Tagespflege beantragt	Intervention 3		am	
	02 <input type="checkbox"/> Tagespflegehaus gewechselt	Intervention 4		am	
	03 <input type="checkbox"/> Nutzung von Tagespflege beendet	Intervention 5		am	
	04 <input type="checkbox"/> Diesbzgl. an andere Instanz vermittelt	Intervention 6		am	
	05 <input type="checkbox"/> Beratung durchgeführt (10-30 Min.)	Intervention 7		am	
	06 <input type="checkbox"/> Intensivberatung durchgeführt (>30 Min.)	Intervention 8		am	

KURZZEITPFLEGE bei Einschreibung 01 <input type="checkbox"/> Wird genutzt 02 <input type="checkbox"/> Nicht genutzt	INTERVENTION 1 erfolgt am	Intervention 2		am	
	01 <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege beantragt	Intervention 3		am	
	02 <input type="checkbox"/> Diesbzgl. an andere Instanz vermittelt	Intervention 4		am	
	03 <input type="checkbox"/> Beratung durchgeführt (10-30 Min.)	Intervention 5		am	
	04 <input type="checkbox"/> Intensivberatung durchgeführt (>30 Min.)	Intervention 6		am	
		Intervention 7		am	

VERHINDER-UNGSPFLEGE bei Einschreibung 01 <input type="checkbox"/> Wird genutzt 02 <input type="checkbox"/> Nicht genutzt	INTERVENTION 1 erfolgt am	Intervention 2		am	
	01 <input type="checkbox"/> Verhinderungspflege beantragt	Intervention 3		am	
	02 <input type="checkbox"/> Diesbzgl. an andere Instanz vermittelt	Intervention 4		am	
	03 <input type="checkbox"/> Beratung durchgeführt (10-30 Min.)	Intervention 5		am	
	04 <input type="checkbox"/> Intensivberatung durchgeführt (>30 Min.)	Intervention 6		am	
	Intervention 7		am		

HEIMPLATZ bei Einschreibung 01 <input type="checkbox"/> Vorhanden 02 <input type="checkbox"/> Nicht vorhanden	INTERVENTION 1 erfolgt am	Intervention 2		am	
	01 <input type="checkbox"/> Heimplatz beantragt	Intervention 3		am	
	02 <input type="checkbox"/> In Heim gezogen	Intervention 4		am	
	03 <input type="checkbox"/> Diesbzgl. an andere Instanz vermittelt	Intervention 5		am	
	04 <input type="checkbox"/> Beratung durchgeführt (10-30 Min.)	Intervention 6		am	
	05 <input type="checkbox"/> Intensivberatung durchgeführt (>30 Min.)	Intervention 7		am	

EHRENAMTLICHE UNTERSTÜTZUNG bei Einschreibung 01 <input type="checkbox"/> Wird genutzt 02 <input type="checkbox"/> Nicht genutzt	INTERVENTION 1 erfolgt am		Intervention 2		am	
	01 <input type="checkbox"/> Ehrenamt initiiert		Intervention 3		am	
	02 <input type="checkbox"/> Ehrenamt beendet		Intervention 4		am	
	03 <input type="checkbox"/> Diesbzgl. an andere Instanz vermittelt		Intervention 5		am	
	04 <input type="checkbox"/> Beratung durchgeführt (10-30 Min.)		Intervention 6		am	
	05 <input type="checkbox"/> Intensivberatung durchgeführt (>30 Min.)		Intervention 7		am	

HÄUSLICHE UMBAUMAßNAHMEN bei Einschreibung 01 <input type="checkbox"/> bereits genutzt 02 <input type="checkbox"/> bisher nicht gen.	INTERVENTION 1 erfolgt am		Intervention 2		am	
	01 <input type="checkbox"/> Umbaumaßnahmen beantragt		Intervention 3		am	
	02 <input type="checkbox"/> Umbaumaßnahmen eingeleitet		Intervention 4		am	
	03 <input type="checkbox"/> Diesbzgl. an andere Instanz vermittelt		Intervention 5		am	
	04 <input type="checkbox"/> Beratung durchgeführt (10-30 Min.)		Intervention 6		am	
	05 <input type="checkbox"/> Intensivberatung durchgeführt (>30 Min.)		Intervention 7		am	

KOGNITIVES TRAINING bei Einschreibung 01 <input type="checkbox"/> Wird genutzt 02 <input type="checkbox"/> Nicht genutzt	INTERVENTION 1 erfolgt am		Intervention 2		am	
	01 <input type="checkbox"/> Kognitives Training eingeleitet		Intervention 3		am	
	02 <input type="checkbox"/> Kognitives Training beendet		Intervention 4		am	
	03 <input type="checkbox"/> Diesbzgl. an andere Instanz vermittelt		Intervention 5		am	
	04 <input type="checkbox"/> Beratung durchgeführt (10-30 Min.)		Intervention 6		am	
	05 <input type="checkbox"/> Intensivberatung durchgeführt (>30 Min.)		Intervention 7		am	

ANDERES & zwar	INTERVENTION 1 erfolgt am	Intervention 2	am
	01 <input type="checkbox"/> eingeleitet	Intervention 3	am
bei Einschreibung	02 <input type="checkbox"/> beendet	Intervention 4	am
01 <input type="checkbox"/> Wird genutzt	03 <input type="checkbox"/> Diesbzgl. an andere Instanz vermittelt	Intervention 5	am

SELBSTHILFEGRUPPE	F.	INTERVENTION 1 erfolgt am	Intervention 2	am
VERS. ANGEHÖRIGE		01 <input type="checkbox"/> Besuch einer Selbsthilfegruppe eingeleitet	Intervention 3	am
bei Einschreibung		02 <input type="checkbox"/> Diesbzgl. an andere Instanz vermittelt	Intervention 4	am
01 <input type="checkbox"/> Wird genutzt		03 <input type="checkbox"/> Beratung durchgeführt (10-30 Min.)	Intervention 5	am
02 <input type="checkbox"/> Nicht genutzt		04 <input type="checkbox"/> Intensivberatung durchgeführt (>30 Min.)	Intervention 6	am
			Intervention 7	am

ANGEHÖRIGEN	SCHU-	INTERVENTION 1 erfolgt am	Intervention 2	am
LUNGEN		01 <input type="checkbox"/> Besuch einer Schulung eingeleitet	Intervention 3	am
bei Einschreibung		02 <input type="checkbox"/> Diesbzgl. an andere Instanz vermittelt	Intervention 4	am
01 <input type="checkbox"/> Wird genutzt		03 <input type="checkbox"/> Beratung durchgeführt (10-30 Min.)	Intervention 5	am
02 <input type="checkbox"/> Nicht genutzt		04 <input type="checkbox"/> Intensivberatung durchgeführt (>30 Min.)	Intervention 6	am
			Intervention 7	am

THERAPIE	INTERVENTION 1 erfolgt am	Intervention 2	am
	01 <input type="checkbox"/> Therapie eingeleitet	Intervention 3	am
bei Einschreibung	02 <input type="checkbox"/> Therapie beendet	Intervention 4	am
01 <input type="checkbox"/> Wird genutzt	03 <input type="checkbox"/> Diesbzgl. an andere Instanz vermittelt	Intervention 5	am
02 <input type="checkbox"/> Nicht genutzt	04 <input type="checkbox"/> Beratung durchgeführt (10-30 Min.)	Intervention 6	am
	05 <input type="checkbox"/> Intensivberatung durchgeführt (>30 Min.)	Intervention 7	am

BETREUUNG*	INTERVENTION 1 erfolgt am	Intervention 2	am
	01 <input type="checkbox"/> Betreuung eingeleitet	Intervention 3	am
bei Einschreibung	02 <input type="checkbox"/> Betreuung beendet	Intervention 4	am
01 <input type="checkbox"/> Wird genutzt	03 <input type="checkbox"/> Diesbzgl. an andere Instanz vermittelt	Intervention 5	am
02 <input type="checkbox"/> Nicht genutzt	04 <input type="checkbox"/> Beratung durchgeführt (10-30 Min.)	Intervention 6	am
	05 <input type="checkbox"/> Intensivberatung durchgeführt (>30 Min.)	Intervention 7	am

HAUSHALTSNAHE	INTERVENTION 1 erfolgt am	Intervention 2	am
DIENSTLEISTUNG*	01 <input type="checkbox"/> Haushaltsnahe Dienstleistung eingeleitet	Intervention 3	am
	02 <input type="checkbox"/> Haushaltsnahe Dienstleistung beendet	Intervention 4	am
bei Einschreibung	03 <input type="checkbox"/> Diesbzgl. an andere Instanz vermittelt	Intervention 5	am
01 <input type="checkbox"/> Wird genutzt	04 <input type="checkbox"/> Beratung durchgeführt (10-30 Min.)	Intervention 6	am
02 <input type="checkbox"/> Nicht genutzt	05 <input type="checkbox"/> Intensivberatung durchgeführt (>30 Min.)	Intervention 7	am

FREIZEITAKTIVITÄT*	INTERVENTION 1 erfolgt am	Intervention 2	am
	01 <input type="checkbox"/> Freizeitaktivität eingeleitet	Intervention 3	am
bei Einschreibung	02 <input type="checkbox"/> Freizeitaktivität beendet	Intervention 4	am
01 <input type="checkbox"/> Wird genutzt	03 <input type="checkbox"/> Diesbzgl. an andere Instanz vermittelt	Intervention 5	am
02 <input type="checkbox"/> Nicht genutzt	04 <input type="checkbox"/> Beratung durchgeführt (10-30 Min.)	Intervention 6	am
	05 <input type="checkbox"/> Intensivberatung durchgeführt (>30 Min.)	Intervention 7	am

02 <input type="checkbox"/> Nicht genutzt	04 <input type="checkbox"/> Beratung durchgeführt (10-30 Min.)	Intervention 6		am	
	05 <input type="checkbox"/> Intensivberatung durchgeführt (>30 Min.)	Intervention 7		am	

ERKLÄRUNGEN

- * Betreuung = Demenz spezifische Angebote wie Demenz-Cafés, Alltagsbegleiter/in, ...
- * Freizeit = Nicht Demenz spezifische Angebote wie z.B. Vereine, Chor, ...
- * Haushaltsnahe Dienstleistungen = Fahrbarer Mittagstisch, Haushaltshilfe, Einkaufshilfe, ...

HAUSBESUCHE (Casemanager/in sucht Patient/in zuhause auf)

	Datum	Anwesende (Kein Name nur Beziehungsgrad, z.B. Patient, Tochter, Nachbar)	Anlass
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
10			

ENTLASTUNGSGESPRÄCHE (= Gespräche die vorrangig der emotionalen Entlastung der Patient/innen oder Angehörigen dienen)

	Datum	Person (Kein Name nur Bezieh.)	Thema
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
10			

PATIENT/IN BEGLEITET (Casemanager/in begleitet Patient/in zu Terminen)

	Datum	Anwesende (Kein Name nur Profession oder Beziehungsgrad)	Anlass
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
10			

FAMILIENRAT-SITZUNGEN (Casemanager/in ruft die Familienmitglieder des/r Patienten/in zu einem Gespräch zusammen)

	Datum	Anwesende (Keine Name nur Beziehungsgrad)	Anlass
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
10			

FALLKONFERENZEN (Treffen mit einer oder mehreren, an der Versorgung beteiligten, Personen)

	Datum	Anwesende (Keine Namen nur Professionen und Beziehungsgrad, z.B. Hausarzt)	Anlass
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
10			

KRANKENHAUSAUFENTHALTE (KH) & PSYCHIATRIEAUFENTHALTE (PSY) des/r Patienten/in (Beispiel: 5 Tage PSY aufgrund von Depressionen)

Anzahl Tage	KH oder PSY	Stichworte zum Anlass für den Aufenthalt (Diagnose)	Erfassungsdatum
Tage	aufgrund von		
Tage	aufgrund von		
Tage	aufgrund von		
Tage	aufgrund von		
Tage	aufgrund von		

Anlage 2: Angehörigenbelastung – Fragebogen

Das heutige Datum:

Fragebogen Nummer

Zu Beginn benötigen wir bitte einige Angaben zu Ihrer Person

Ihr Geburtsjahr __ __ __ __ Ihr Verhältnis zum/r Patienten/in _____
 (z.B. Tochter, Bruder, Ehefrau)

Ihr Geschlecht weiblich männlich Die PLZ Ihres Wohnsitzes __ __ __ __ __

Zu den nachfolgenden Aussagen bitten wir Sie um einige Angaben, die in Zusammenhang mit Ihrer gegenwärtigen Situation stehen. In den Aussagen wird nicht zwischen Betreuung und Pflege unterschieden. Mit dem Wort „Pflege“ ist beides gemeint. Kreuzen Sie zu jeder Aussage die Spalte an (rechts daneben), die für Sie am ehesten zutrifft. Beantworten Sie bitte jede Frage! Vielen Dank.

		Stimmt genau	Stimmt überwiegend	Stimmt ein wenig	Stimmt nicht
1	Ich fühle mich morgens ausgeschlafen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Durch die Pflege hat die Zufriedenheit mit meinem Leben gelitten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Ich fühle mich körperlich erschöpft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Ich habe hin und wieder den Wunsch aus meiner Situation „auszubrechen“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Ich vermisse es, über die Pflege mit anderen sprechen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Mir bleibt genügend Zeit für meine eigenen Interessen und Bedürfnisse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Ich fühle mich von dem/der Pflegebedürftigen manchmal ausgenutzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Ich kann außerhalb der Pflegesituation abschalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Es fällt mir leicht, dem/der Pflegebedürftigen bei den notwendigen Dingen zu helfen (z.B. beim Waschen und Essen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Ich empfinde mich manchmal nicht mehr richtig als „ich selbst“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Die von mir geleistete Pflege wird von anderen entsprechend anerkannt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Mein Lebensstandard hat sich durch die Pflege verringert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Ich habe das Gefühl, dass mir die Pflege aufgedrängt wurde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Die Wünsche des/der Pflegebedürftigen sind meiner Meinung nach angemessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Ich habe das Gefühl, die Pflege „im Griff“ zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Durch die Pflege wird meine Gesundheit angegriffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Ich kann mich noch von Herzen freuen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Wegen der Pflege musste ich Pläne für meine Zukunft aufgeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19	Es macht mir nichts aus, wenn Außenstehende die Situation des/der Pflegebedürftigen mitbekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Die Pflege kostet viel von meiner eigenen Kraft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Ich fühle mich „hin und her gerissen“ zwischen den Anforderungen meiner Umgebung (z.B. Familie) und den Anforderungen durch die Pflege.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Stimmt genau	Stimmt überwiegend	Stimmt ein wenig	Stimmt nicht
22	Ich empfinde den Kontakt zu dem/der Pflegebedürftigen als gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Wegen der Pflege gibt es Probleme mit anderen Familienangehörigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Ich habe das Gefühl ich sollte mal wieder ausspannen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Ich Sorge mich aufgrund der Pflege um meine Zukunft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Wegen der Pflege leidet meine Beziehung zu Familienangehörigen, Verwandten, Freunden und Bekannten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Das Schicksal des/der Pflegebedürftigen macht mich traurig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Neben der Pflege kann ich meine sonstigen Aufgaben des täglichen Lebens meinen Vorstellungen entsprechend erledigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bedingt durch die Erkrankung Ihres Angehörigen können sich auch finanzielle Veränderungen ergeben. Uns interessiert, wie sehr Sie sich durch solche Veränderungen belastet fühlen. Legen Sie bitte, bei der Beantwortung der Fragen, die letzten 2 Wochen zugrunde!

	Mich belastet, ...	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Immer
29	dass ich mir wegen der Pflege/Erkrankung weniger leisten kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	dass unsere finanziellen Mittel wegen der Pflege/Erkrankung in der Zukunft vielleicht nicht ausreichen werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	dass uns/mir nicht genug Geld zur Verfügung steht, um die Pflege/Betreuung des Patienten befriedigend zu gestalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	dass ich wegen der Pflege mit einer geringeren Stundenzahl bzw. gar nicht mehr arbeite.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Im Folgenden geht es um Ihre Einschätzung, ob die Unterstützung durch eine/n persönlichen Berater/in für Sie hilfreich ist. Die Skala zur Einschätzung reicht von "0 = gar nicht" bis "4 = sehr hilfreich". Bitte legen Sie, zur Beantwortung der Fragen, die letzten 2 Wochen zugrunde!

Ich habe das Gefühl, dass ein/e persönliche/r Berater/in	Gar nicht hilfreich	Weniger hilfreich	Eher hilfreich	Sehr hilfreich
---	----------------------------	--------------------------	-----------------------	-----------------------

für mich hilfreich ist um...

33	mehr professionelle Unterstützung zu erhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	die Pflegesituation für meinen Angehörigen zu verbessern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	mehr Sicherheit mit meinen Pflegeaufgaben zu entwickeln.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	eine Überlastung meinerseits zu verhindern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	den längeren Verbleib meiner/s Angehörigen zuhause zu ermöglichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Interview-Leitfaden

Regionalplan Demenz – Ländlicher Raum

Befragte Person: _____

Interview-Datum: ____ . ____ . ____

INTERVIEWFRAGEN:

Da wir uns mit Fragen zur Demenzversorgung speziell in ländlichen Regionen befassen, möchte ich Sie bitten sich zu Beginn vor Augen zu führen was für Sie eine ländliche Region auszeichnet. Immer auch vor dem Hintergrund ländlicher Demenzversorgung.

1. Frage: Wie würden Sie ländliche Regionen definieren, was macht eine ländliche Region aus?

2. Frage: Was benötigt ländliche Demenzversorgung um zukunftsfähig zu sein?

Wie würden Sie den Begriff ‚zukunftsfähig‘ inhaltlich füllen? Was bedeutet dieser Begriff in Bezug auf einen Regionalplan Demenz im ländlichen Raum?

Regionale Planung umfasst verschiedene Entwicklungsbereiche. Legt man Konzepte der Quartiersgestaltung (Wohnquartier⁴) zugrunde werden unter anderem vier Faktoren genannt die im Rahmen von Entwicklungsplanungen berücksichtigt werden müssen:

- Wohnen und Wohnumfeld**
- Gesundheit & Service und Pflege**
- Partizipation und Kommunikation**
- Bildung & Kunst und Kultur**

3. Frage: Welche Relevanz haben Ihrer Meinung nach diese vier Faktoren für einen zukunftsfähigen ‚Regionalplan Demenz‘ im ländlichen Raum? Bitte füllen Sie die einzelnen Faktoren jeweils mit Inhalten die Ihrer Meinung nach wichtig sind im Rahmen eines ‚Regionalplan Demenz‘

→ Ordnen Sie die Faktoren bitte zudem nach ihrer Relevanz.

→ Gibt es noch einen anderen Faktor den wir nicht genannt haben?

Bei der Frage nach regionaler Planung sind unterschiedliche Akteure auf verschiedenen Ebenen beteiligt. Auch hier möchte ich auf Erfahrungen aus der Quartiersgestaltung zurückgreifen. Demnach lassen sich folgende Ebenen unterscheiden:

- Makro Ebene

- Meso Ebene
- Mikro Ebene

4. Frage: Welche Entwicklungschancen und -bedarfe sehen Sie auf diesen drei Entwicklungsebenen?

Auch hier geht es mir um die Frage wie Sie die jeweiligen Ebenen mit Inhalt füllen: Wer ist gemeint und was kann oder muss auf diesen Ebenen geschehen zur Entwicklung von Demenzversorgung? Schauen Sie dabei zum einen auf Bedarfe die Ihrer Meinung nach bestehen und zum anderen auf Chancen die Sie sehen.

Bei Regionalplanungen und auch in anderen Bereichen hört man immer wieder den Begriff der ‚mittelfristigen Planung‘. Dieser ist jedoch selten genau definiert.

5. Frage: Auf welchen konkreten Zeitraum würden Sie den Begriff ‚mittelfristig‘ in Bezug auf die Realisierung eines ‚Regionalplan Demenz‘ im ländlichen Raum festlegen und warum?

Nachdem wir uns bisher überlegt haben was notwendig und möglich wäre, an dieser Stelle nun eine Frage zur konkreteren Umsetzung:

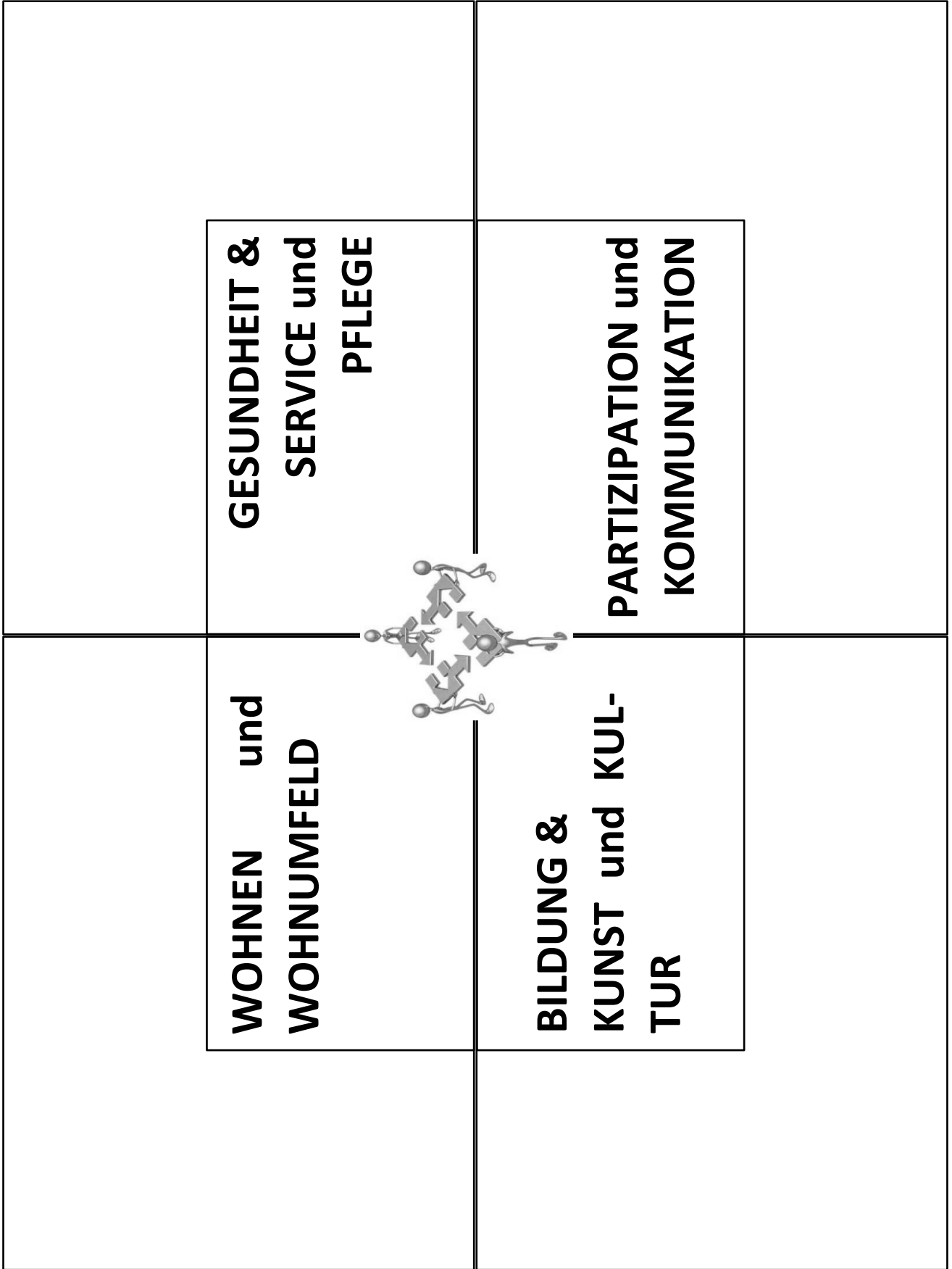
6. Frage: Was wären Ihrer Meinung nach die nächsten, konkreten Schritte um mittelfristig eine zukunftsfähige Demenzversorgung zu etablieren?

So, damit kommen wir bereits zum Ende der Befragung. Eine Rückfrage habe ich jedoch noch:

Abschlussfrage: Würden Sie die von Ihnen zu Beginn gemachte Eingrenzung des Begriffs ‚zukunftsfähig‘ nach diesen näheren Betrachtungen gerne ergänzen?

Haben Sie weitere Anmerkungen?

- Vielen Dank für die Teilnahme!
- Zeit eintragen wann das Interview endet.
- Hinweis auf weiteres Vorgehen im Rahmen der Befragung.
- Frage nach bevorzugter, zukünftiger Befragungsform (Fax, Mail oder Post).



Delphi-Befragung

Regionalplan Demenz im ländlichen Raum



- Zweitbefragung -

**Bereits an dieser Stelle ein erneutes
Dankeschön für Ihre Teilnahme!**

Bitte tragen Sie hier Ihren Namen ein, danke!

Vorbemerkungen

Die Erstbefragung im vergangenen Jahr brachte eine Vielzahl interessanter Impulse rund um das Thema Demenz-Versorgungsstrukturen. Die Ihnen nun vorliegende Folgebefragung baut auf den gesammelten Informationen und Anregungen auf und vertieft ausgewählte Themengebiete. Es folgen 5 Themenbereiche mit insgesamt 26 Fragen auf 8 Seiten, die geschätzte Bearbeitungsdauer beträgt 20-30 Minuten.

Alle Fragen sind fettgedruckt und laufend durchnummeriert. Es gibt 19 „Hauptfragen“ und 7 „Unterfragen“, diese sind optisch eingerückt. Unterfragen können ggf. übersprungen werden, Hinweise dazu finden sich an entsprechender Stelle. Alle ausfüllbaren Felder sind grau hinterlegt.

Aufgrund der geringen Anzahl an Teilnehmer/innen an dieser Befragung, ist es besonders wichtig, dass Sie bitte alle Fragen beantworten. Vielen Dank!

Begrifflichkeit

Reguläre Begrifflichkeiten wie *Demenzpatienten/innen* bzw. *Demenz Erkrankte* entstammen der Medizin. Eine Tatsache, die diese Begriffe zum einen in Ihrem Blickwinkel einschränkt und zum anderen eine krankheitsorientierte Sichtweise impliziert. Im Folgenden wird daher die Bezeichnung *Menschen mit Demenz* genutzt, die eine ganzheitliche Betrachtungsweise hervorheben soll, um damit die betroffenen Personen in den Mittelpunkt der Überlegungen zu stellen. Im Zuge dessen wird im Folgenden auch der Begriff der *Demenzversorgung* als *Versorgung von Menschen mit Demenz* benannt.

VERSORGUNGSVERANTWORTUNG

Zu Anfang möchten wir ein Meinungsbild erheben, ob die Verantwortlichkeiten im Kontext der Versorgung von Menschen mit Demenz eher im Bereich der individuellen oder der gesellschaftlichen/solidarischen Verantwortung gesehen werden. Wir beleuchten dabei die Aspekte Finanzierung, Information und Koordination.

Finanzierung

Bei der Versorgung von Menschen mit Demenz entstehen Kosten für medizinische Behandlung sowie für pflegerische und psychosoziale Versorgung. Diese können in unterschiedlicher Weise finanziert werden, zum einen privat, d.h. bei Bedarf durch die Betroffenen selbst. Eine weitere Möglichkeit ist die Finanzierung von Leistungen durch Versicherungen und damit durch Vorsorge nach dem Solidarprinzip. Zum anderen können Leistungen steuerfinanziert sein und damit in öffentlicher Hand liegen. In der Regel werden Mischformen praktiziert. Uns interessiert, auf welche Weise Ihrer Meinung nach die genannten Versorgungsbereiche vorrangig zu finanzieren sind.

Sollen Leistungen in den genannten Versorgungsbereichen Ihrer Meinung nach vorrangig privat-, versicherungs- oder steuerfinanziert sein?

	01 Privat- finanziert (Out of Pocket)	02 Versicherungs- finanziert (Solidarische Vorsorge)	03 Steuer- finanziert (Öffent- liche Hand)
Medizinische Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegerische Versorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychosoziale Versorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderes und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Information

Sind Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen individuell selbstverantwortlich für die Informationsbeschaffung oder liegt die Verantwortung eher bei der Gesellschaft, Informationen zu Themen rund um die Versorgung von Menschen mit Demenz zu den Betroffenen zu bringen?

- 01 Individuelle Selbstverantwortung der Informationsbeschaffung
- 02 Solidarische Verantwortung der zubringenden Informationsgabe

Koordination

Auch hier stellt sich die Frage, ist der Mensch mit Demenz und dessen versorgende/r Angehörige/r hauptverantwortlich, die Versorgungsleistungen und -anbieter zu organisieren und zu koordinieren oder liegt die Versorgungsorganisation und -koordination Ihrer Meinung nach eher in gesellschaftlicher Verantwortung im Sinne der Solidargemeinschaft?

- 01 Individuelle Verantwortung der Selbstkoordination von Versorgungsleistungen
02 Solidarische Verantwortung für die Koordinierung von Versorgungsleistungen

VERSORGUNGSSTRUKTUREN

Im Folgenden geht es um die Konzeptionierung und Schaffung von Versorgungsstrukturen. Wir beleuchten dabei die Aspekte Vorgehensweise, Versorgungsauftrag, konzeptionelle Ausrichtung und gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse.

Vorgehensweise

Entwicklungen können Top-Down oder Bottom-Up initiiert sein. Das heißt, dass zum einen Entscheidungen durch die Makroebene (z.B. Gesetzgebungen) angestoßen werden können, die Auswirkungen auf das Alltagsleben von Einzelpersonen haben (=Top-Down). Zum anderen können Handlungen von Einzelpersonen oder Gruppierungen initiiert werden, um Veränderungen auf Makroebene anzustoßen (=Bottom-Up).

Welche Vorgehensweise präferieren Sie tendenziell bei der Entwicklung gesundheitspolitischer Konzepte im Bereich der Versorgung von Menschen mit Demenz?

- 01 Top-Down-Strategie
02 Bottom-Up-Strategie

Versorgungsauftrag

Die Entwicklung von Versorgungsstrukturen erfolgt gegenwärtig sowohl in staatlicher als auch zivilgesellschaftlicher Verantwortung.

Bei wem sehen sie am ehesten den Auftrag zur Entwicklung von Versorgungsstrukturen?

- 01 Ausschließlich staatliche Versorgung
02 Hauptsächlich staatliche Versorgung mit zivilgesellschaftlicher Unterstützung
03 Hauptsächlich zivilgesellschaftliche Versorgung mit staatlicher Unterstützung
04 Ausschließlich zivilgesellschaftliche Versorgung

Konzeptionelle Ausrichtung

Modelle der Versorgung von Menschen mit Demenz können unter anderem unterschieden werden anhand ihrer gesellschaftlich integrierenden bzw. segregierenden Konzeption. Integrierende Konzepte schaffen Rahmenbedingungen für gemeinschaftliches Zusammenleben von Menschen mit und ohne Demenz. Segregierende Konzepte ermöglichen separierte Lebensräume für Menschen mit und Menschen ohne Demenz.

Welche konzeptionelle Ausrichtung bevorzugen Sie tendenziell bei der Versorgung von Menschen mit Demenz?

- 01 Integrierende Konzepte
- 02 Segregierende Konzepte

Bezogen auf Ihre soeben getroffene Entscheidung für eine Versorgungskonzeption, welche der folgenden Aspekte sind dabei für Sie **sehr wichtig, eher wichtig, eher unwichtig, sehr unwichtig**?

	01 Sehr wichtig	02 Eher wichtig	03 Eher unwichtig	04 Sehr unwichtig
Finanzierbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infrastrukturelle Umsetzbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeitnahe Realisierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akzeptanz durch Menschen mit Demenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akzeptanz durch versorgende Angehörige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesellschaftliche Akzeptanz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderes und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse

In einem ersten Schritt (Frage 8) möchten wir Sie bitten einzuschätzen, wie ausschlaggebend die folgenden Themen Ihrer Meinung nach für gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse sind. Die Antwortskala reicht dabei von *Voll und ganz ausschlaggebend* bis *Überhaupt nicht ausschlaggebend*.

Bitte geben Sie eine Einschätzung ab, wie ausschlaggebend die im Folgenden gelisteten Kriterien als Grundlage gesundheitspolitischer Entscheidungsprozesse sind.

	01 Voll und ganz ausschlag- gebend	02 Eher ausschlag- gebend	03 Eher nicht ausschlag- gebend	04 Überhaupt nicht ausschlag- gebend
Kostengünstige Finanzierbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infrastrukturelle Umsetzbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeitnahe Realisierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versorgungsbedarf von Menschen mit Demenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entlastungsbedarf von versorgenden Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesellschaftliche Relevanz des Themas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderes und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Geben Sie bitte in einem zweiten Schritt (Frage 9) für die gleichen Themen und mit der gleichen Antwortskala eine persönliche Einschätzung ab, wie ausschlaggebend die jeweiligen Themen Ihrer Ansicht nach für gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse sein sollten.

Unabhängig vom aktuellen gesundheitspolitischen Geschehen, wie ausschlaggebend sollten die genannten Kriterien Ihrer Meinung nach als Grundlage gesundheitspolitischer Entscheidungsprozesse sein?

	01 Voll und ganz ausschlag- gebend	02 Eher ausschlag- gebend	03 Eher nicht ausschlag- gebend	04 Überhaupt nicht ausschlag- gebend
Kostengünstige Finanzierbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infrastrukturelle Umsetzbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeitnahe Realisierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versorgungsbedarf von Menschen mit Demenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entlastungsbedarf von versorgenden Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesellschaftliche Relevanz des Themas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderes und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VERSORGUNGSNETZWERKE

Im Folgenden geht es um die Frage, inwiefern Versorgungsnetzwerke als sinnvolle Struktur für die Versorgung von Menschen mit Demenz gesehen werden. Wir beleuchten dabei die Aspekte Netzwerkelevanz, Netzwerkthemen, Netzwerkakteure und Netzwerkkoordination.

Netzwerkelevanz

Inwiefern tragen Ihrer Meinung nach Netzwerke zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Demenz bei? Bitte bewerten Sie dazu, inwiefern Netzwerke hilfreich sind in Bezug auf die im Folgenden gelisteten Aspekte.

	01 Sehr hilf- reich	02 Eher hilfreich	03 Eher nicht hilfreich	04 Gar nicht hilfreich
Entlastung versorgender Angehöriger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kostenminimierung für das Gesundheitssystem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lückenlose Übergänge zwischen Versorgungssystemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transparenz von Versorgungsprozessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualitätssicherung der Versorgung von Menschen mit Demenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensibilisierung bzgl. des Themas Demenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stabilisierung von Versorgungssituationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbesserte Informationstransfers zwischen Anbietern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermeidung von Über-, Unter- und anderer Fehlversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstärkte Partizipation von Betroffenen an Angeboten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderes und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Netzwerkthemen

Wie wichtig sind Ihrer Meinung nach die folgenden Themenkomplexe im Rahmen vernetzter Versorgung von Menschen mit Demenz?

	01 Sehr wichtig	02 Eher wichtig	03 Eher un- wichtig	04 Sehr un- wichtig
Medizinische Versorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegerische Versorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychosoziale Versorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderes und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Netzwerkakteure

Welche Versorgungsbereiche sind Ihrer Ansicht nach im Rahmen vernetzter Versorgung von Menschen mit Demenz welchen Akteuren zuzuordnen? *Mehrfachantworten möglich!*

	01 Medizinische Versorgung	02 Pflegerische Versorgung	03 Psychosoziale Versorgung
Haus-, Fach- und Klinikärzte/innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapeuten/innen und andere Heilberufe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alten-, Gesundheits- und Krankenpfleger/innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychosoziale Berufsgruppen (Sozialarbeit, Psychologie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ehrenamtliche/Freiwillige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angehörige von Menschen mit Demenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Netzwerkkoordination

Ausgehend von der vernetzten Versorgung von Menschen mit Demenz, braucht es dabei Ihrer Ansicht nach eine zentrale Koordination?

- 01 Nein (weiter bei Frage 15)
 02 Ja

→ Wenn Ja:

Wen sehen Sie in der zentralen Koordinierungsfunktion?

- 01 Angehörige von Menschen mit Demenz
 02 Akteure der medizinischen Versorgung
 03 Akteure der pflegerischen Versorgung
 04 Akteure der psychosozialen Versorgung

05 Andere und zwar:

VERSORGUNGSENGPÄSSE

Der demographische Wandel bedingt u.a. auch personellen Mangel in Bereichen der Versorgung von Menschen mit Demenz. Im Folgenden stellen wir Ihnen kurz einige ausgewählte Ideen vor, wie diesem Engpass begegnet werden kann. Bitte bewerten Sie diese anhand der vorgegebenen Kategorien.

Bürgerschaftliches Engagement

Erachten Sie einen verstärkten Einsatz bürgerschaftlichen Engagements als notwendig zur Sicherstellung der Versorgung von Menschen mit Demenz?

01 Nein (weiter bei Frage 18)

02 Ja

→ Wenn Ja:

Erachten Sie bürgerschaftliches Engagement als kurz-, mittel- oder langfristig notwendig?

01 Kurzfristig notwendig (für maximal 5 Jahre)

02 Mittelfristig notwendig (für mindestens 5 bis maximal 15 Jahre)

03 Langfristig notwendig (länger als 15 Jahre)

In welchen der folgenden Versorgungsbereiche kann Ihrer Meinung nach bürgerschaftliches Engagement Engpässe beseitigen helfen?

Mehrfachantworten sind hierbei möglich!

01 Medizinische Versorgung

02 Pflegerische Versorgung

03 Psychosoziale Versorgung

Kurz- und Langzeitarbeitslose

Erachten Sie den Einsatz von Kurz- und Langzeitarbeitslosen (z.B. als Alltagsbegleiter/innen) in der Versorgung von Menschen mit Demenz als notwendig zur Beseitigung von Engpässen?

01 Nein (weiter bei Frage 21)

02 Ja

→ Wenn Ja:

Erachten Sie den Einsatz von Arbeitslosen als kurz-, mittel- oder langfristig notwendig?

01 Kurzfristig notwendig (für maximal 5 Jahre)

02 Mittelfristig notwendig (für mindestens 5 bis maximal 15 Jahre)

03 Langfristig notwendig (länger als 15 Jahre)

In welchen der folgenden Versorgungsbereiche kann Ihrer Meinung nach der Einsatz von Arbeitslosen Engpässe beseitigen helfen?
Mehrfachantworten möglich!

- 01 Medizinische Versorgung
- 02 Pflegerische Versorgung
- 03 Psychosoziale Versorgung

Ausländische Fachkräfte

Erachten Sie den vermehrten Einsatz ausländischer Fachkräfte als notwendig zur Beseitigung von Engpässen in der Versorgung von Menschen mit Demenz?

- 01 Nein (*weiter bei Frage 24*)
- 02 Ja

→ Wenn Ja:

Erachten Sie den vermehrten Einsatz von ausländischen Fachkräften als kurz-, mittel- oder langfristig notwendig?

- 01 Kurzfristig notwendig (für maximal 5 Jahre)
- 02 Mittelfristig notwendig (für mindestens 5 bis maximal 15 Jahre)
- 03 Langfristig notwendig (länger als 15 Jahre)

In welchen der folgenden Versorgungsbereiche kann Ihrer Meinung nach der vermehrte Einsatz von ausländischen Fachkräften Engpässe beseitigen helfen?
Mehrfachantworten sind hierbei möglich!

- 01 Medizinische Versorgung
- 02 Pflegerische Versorgung
- 03 Psychosoziale Versorgung

LÄNDLICHER RAUM

Die Überalterung ländlicher Regionen hat vielschichtige Gründe. Ein vielfach angeführter Grund ist die vermehrte Abwanderung jüngerer Generationen aufgrund sinkender Gesamtattraktivität ländlicher Gebiete. Dies hat auch Folgen für Menschen mit Demenz, deren Versorgung häufig nicht mehr gewährleistet werden kann. Vor allem allein lebende Menschen mit Demenz stehen vor schwerwiegenden Versorgungsproblemen. Im Folgenden geht es um Möglichkeiten zur Attraktivitätssteigerung ländlicher Regionen als Lebensräume.

Dorfkernsanierung

Die Nutzung bestehender Strukturen in Form von Dorfkernsanierungen zur Neu-In-Wert-Setzung alter Bestände ist eine von mehreren Ideen zur Attraktivitätssteigerung ländlicher Lebensräume.

Wie schätzen Sie die Erfolgchancen einer solchen Neu-In-Wert-Setzung bestehender Strukturen zur Attraktivitätssteigerung ländlicher Regionen, auch für jüngere Generationen, ein?

- 01 Sehr hoch 02 Hoch 03 Eher hoch 04 Eher niedrig 05 Niedrig 06 Sehr niedrig

Attraktivitätskriterien

Im Folgenden finden Sie mögliche Ansatzpunkte zur Attraktivitätssteigerung ländlicher Regionen, um diese als Lebensräume tendenziell attraktiver werden zu lassen. Bitte bewerten Sie deren Relevanz als Ansatzpunkte zur Attraktivitätssteigerung ländlicher Regionen, machen Sie durch Ihre Bewertung deutlich, welche Punkte Ihrer Meinung nach besonderer Beachtung bedürfen.

Wie wichtig sind die folgenden Kriterien Ihrer Meinung nach ganz generell für die Attraktivität ländlicher Regionen als Lebensräume?

	01 Sehr wichtig	02 Eher wichtig	03 Eher unwichtig	04 Sehr unwichtig
Ausbildungsmöglichkeiten für junge Menschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betreuungs- und Bildungsmöglichkeiten für Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freizeitaktivitäten für Kinder und Jugendliche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zugang zu Erwerbsmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehende Infrastruktur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Günstiger Wohnraum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medizinische Versorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angebote pflegerischer Versorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychosoziale Angebote vor Ort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sicherstellung von Mobilität innerhalb des Quartiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erreichbarkeit nahegelegener Ballungsräume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebensphasengerechte Quartiersgestaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Begegnungsräume für Jung und Alt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitwirkungsmöglichkeiten bei der Quartiersgestaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kulturelle Angebote vor Ort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderes und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie zum Abschluss noch ergänzende, inhaltliche Anmerkungen?

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Delphi-Befragung

Regionalplan Demenz im ländlichen Raum



- Abschlussbefragung -

Bitte tragen Sie hier Ihren Namen ein. Danke!

VORBEMERKUNGEN

Diese dritte Befragungsrunde bildet den Abschluss der Delphi-Befragung. Auf Grundlage Ihrer Antworten und Hinweise im Rahmen der Zweitbefragung, möchten wir hiermit die drei Themenbereiche

- Psychosoziale Versorgung
- Versorgende Angehörige
- Ländliche Regionen als Lebensräume

einer näheren Betrachtung unterziehen. Es folgen 5 Fragen auf 7 Seiten, die Bearbeitungszeit beträgt ca. 20 bis 30 Minuten. Die Fragen sind fettgedruckt, blau hinterlegt und fortlaufend durchnummeriert. Alle ausfüllbaren Felder sind grau hinterlegt.

Wir möchten darauf hinweisen, dass in den Einleitungen zu den jeweiligen Fragen wichtige Hinweise zur Bearbeitung des Fragebogens enthalten sind.

Bereits an dieser Stelle einen herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

PSYCHOSOZIALE VERSORGUNG

Im Rahmen der vorangegangenen Befragungsrunden hat sich gezeigt, dass Zuständigkeiten und Elemente in den Bereichen medizinischer sowie pflegerischer Versorgung von Menschen mit Demenz klar abgrenzbar sind. Sowohl **Zuständigkeiten** als auch **Elemente** im Bereich der psychosozialen Versorgung hingegen erscheinen vergleichsweise wenig eindeutig. Ziel dieser dritten Befragung ist es, einen Beitrag zur Konkretisierung des Begriffs der psychosozialen Versorgung zu leisten.

Zuständigkeiten psychosozialer Versorgung von Menschen mit Demenz

Nachfolgend finden Sie eine Liste an Aufgaben, die im Rahmen der Versorgung von Menschen mit Demenz geleistet werden. Welche Akteure **sollen** Ihrer Meinung nach für die genannten Aufgaben zuständig sein?

Bei der Beantwortung sind Mehrfachantworten möglich.

Die Antwortmöglichkeiten lauten:

1 = SozialarbeiterInnen, 2 = HeilpädagogInnen, 3 = PsychologInnen, 4 = PsychotherapeutInnen, 5 = MedizinerInnen, 6 = PflegerInnen, 7 = EhrenamtlerInnen, 8 = versorgende Angehörige.

Der besseren Übersichtlichkeit halber finden Sie die Antwortkategorien wiederholt neben der Tabelle.

Tragen Sie bitte die entsprechenden Nummern in die Ziffernfelder ein. Aufgrund möglicher Mehrfachantworten stehen Ihnen je Versorgungsaufgabe bis zu 8 Ziffernfelder zu Verfügung.

1. Welche Akteure sollen Ihrer Meinung nach für die genannten Aufgaben zuständig sein?

Entwicklung bedarfsgerechter Wohnkonzepte	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 = SozialarbeiterInnen 2 = HeilpädagogInnen
Durchführung von Alltagsbegleitung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3 = PsychologInnen 4 = PsychotherapeutInnen
Koordination von Alltagsbegleitern/-innen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5 = MedizinerInnen 6 = PflegerInnen
Organisation von Alltags-Hilfsmitteln (z.B. Hausnotruf)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	7 = EhrenamtlerInnen 8 = Versorgende Angehörige
Sicherstellung alltagsnaher Begegnungsorte im Quartier	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Durchführung von Angehörigen-Schulungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 = SozialarbeiterInnen 2 = HeilpädagogInnen
Aufbau von Möglichkeiten der Bürgerbeteiligungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3 = PsychologInnen 4 = PsychotherapeutInnen
Beratung zu wohnraumverbessernden Maßnahmen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5 = MedizinerInnen 6 = PflegerInnen
Übernahme von Case-Management	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	7 = EhrenamtlerInnen 8 = Versorgende Angehörige
Durchführung von Demenzberatungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Einrichtung von Demenzberatungsstellen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 = SozialarbeiterInnen 2 = HeilpädagogInnen
Einflussnahme auf städtebauliche Maßnahmen (Barrierefreiheit)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3 = PsychologInnen 4 = PsychotherapeutInnen
Sicherstellung v. Entlastungsangeboten für versorgende Angehörige	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5 = MedizinerInnen 6 = PflegerInnen
Schaffung von Angeboten kultureller Teilhabe	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	7 = EhrenamtlerInnen 8 = Versorgende Angehörige
Übernahme Gesetzlicher Betreuungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Durchführung haushaltsnaher Dienstleistungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 = SozialarbeiterInnen 2 = HeilpädagogInnen
Koordination haushaltsnaher Dienstleister	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3 = PsychologInnen 4 = PsychotherapeutInnen
Informationsveranstaltungen zum Thema Demenz	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5 = MedizinerInnen 6 = PflegerInnen
Initiierung von Fallkonferenzen zwischen Versorgungsleistenden	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	7 = EhrenamtlerInnen 8 = Versorgende Angehörige
Organisation von Nachbarschaftshilfen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Initiierung von Selbsthilfegruppen für Menschen mit Demenz	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 = SozialarbeiterInnen 2 = HeilpädagogInnen
Initiierung von Selbsthilfegruppen für versorgende Angehörige	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3 = PsychologInnen 4 = PsychotherapeutInnen
Struktureller Aufbau regionaler Versorgungsnetzwerke	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5 = MedizinerInnen 6 = PflegerInnen
Durchführung von Tagesbetreuung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	7 = EhrenamtlerInnen 8 = Versorgende Angehörige
Koordination von Tagesbetreuungsangeboten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Unterstützung bei Wohnraumwechsel od. Heimplatzsuche	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 = SozialarbeiterInnen 2 = HeilpädagogInnen

Elemente psychosozialer Versorgung von Menschen mit Demenz

Ein Auftrag des Sozialstaates ist die Daseinsvorsorge für die Mitglieder seiner Gesellschaft. Damit ist der staatliche Auftrag verbunden die für ein menschliches Dasein als notwendig erachteten Güter und Leistungen zu erbringen. Umstritten ist dabei, welche Güter und Leistungen konkret im Rahmen staatlicher Daseinsvorsorge bereitgestellt werden müssen.

Wir möchten Sie an dieser Stelle um ein Gedanken-Experiment bitten: Stellen Sie sich vor, Sie haben die Entscheidungsmacht über Elemente der staatlichen Daseinsvorsorge im Bereich der psychosozialen Versorgung von Menschen mit Demenz.

2. Welche der folgenden Elemente müssen Ihrer Meinung nach im Rahmen staatlicher Daseinsvorsorge bereitgestellt werden?

Bitte kennzeichnen Sie durch ein Kreuz die Elemente, die Ihrer Meinung nach im Rahmen psychosozialer Versorgung von Menschen mit Demenz Teil staatlicher Daseinsvorsorge sind.

- Entwicklung bedarfsgerechter Wohnkonzepte

- Koordinierungsstellen für AlltagsbegleiterInnen

- Angebote der Alltagsbegleitung

- Zugang zu Alltags-Hilfsmitteln (z.B. Hausnotruf)

- Sicherstellung alltagsnaher Begegnungsorte im Quartier

- Möglichkeiten der Bürgerbeteiligungen

- Beratung zu wohnraumverbessernden Maßnahmen

- Case-Management

- Spezialisierte Demenzberatungsstellen

- Angebote psychosozialer Beratung für Menschen mit Demenz

- Sicherstellung von Barrierefreiheit (städtebaulich)

- Schaffung von Angeboten kultureller Teilhabe

- Sicherstellung Gesetzlicher Betreuungen

- Angebote haushaltsnaher Dienstleistungen

- Koordinierungsstellen für haushaltsnahe Dienstleister

- Informationsveranstaltungen zum Thema Demenz

(Fortsetzung der Tabelle zu Frage 2)

Bitte kennzeichnen Sie durch ein Kreuz die Elemente, die Ihrer Meinung nach im Rahmen psychosozialer Versorgung von Menschen mit Demenz Teil staatlicher Daseinsvorsorge sind.

Sicherstellung interdisziplinärer Zusammenarbeit der Versorgungsleistenden

Organisation von Nachbarschaftshilfen

Sicherstellung von Selbsthilfegruppen für Menschen mit Demenz

Sicherstellung regionaler Versorgungsnetzwerke

Tagesbetreuungsangebote

Koordinierungsstellen für Tagesbetreuungsangebote

Unterstützung bei Wohnraumwechsel od. Heimplatzsuche

Beratungsangebote zu Wohnraumwechsel und Heimplatzsuche

VERSORGENDE ANGEHÖRIGE

Angehörige übernehmen eine zentrale Rolle bei der Versorgung von Menschen mit Demenz. Sie sind wichtige Akteure der Versorgung und müssen daher ebenfalls näher in den Blick genommen werden.

Wir bitten Sie erneut um ein Gedankenexperiment: Stellen Sie sich vor, Sie haben die Entscheidungsmacht festzulegen, welche der folgenden Leistungen für versorgende Angehörige im Rahmen der Daseinsvorsorge vom Staat gewährleistet sein müssen.

3. Welche der folgenden Elemente müssen Ihrer Meinung nach im Rahmen staatlicher Daseinsvorsorge bereitgestellt werden?

Bitte kennzeichnen Sie durch ein Kreuz die Elemente, die Ihrer Meinung nach im Rahmen psychosozialer Versorgung von Menschen mit Demenz Teil staatlicher Daseinsvorsorge müssen.

Zugang zu Selbsthilfegruppen

Zugang zu Schulungen

Entlastungsangebote für den Alltag

Beratungsangebote

Einzelfallbetreuung



LÄNDLICHE REGIONEN ALS LEBENSÄÄUME

Ländliche Ääume werden in der Öffentlichkeit als Brennpunkte des demographischen Wandels beschrieben, in denen sich Schrumpfungs- und Ausdünnungsprozesse gegenseitig verstärken. Zukünftig sei in diesen Regionen mit überdurchschnittlichen beziehungsweise hohen Tragfähigkeitsproblemen bei der Bereitstellung der Daseinsvorsorge zu rechnen (vgl. Beirat für Raumordnung 2009). Hinzu kommen die veränderten Bedürfnisse der stetig steigenden Zahl älterer und hochbetagter Menschen. Ein Versorgungsmehrbedarf im Gesundheitsbereich zeichnet sich bereits heute ab. Diese und andere Aspekte werden auch durch Sie im Rahmen der Delphi-Erstbefragung in unterschiedlicher Form benannt. Dies impliziert Fragen nach der Zukunftsfähigkeit Ländlicher Regionen als Lebens- und Teilhaberräume für Menschen mit Demenz.

Innovationen

Um den Herausforderungen des demographischen Wandels zu begegnen werden stetig Innovationen entwickelt. Eine Innovation verstehen wir im ursprünglichen Sinn als „Neuerung“ bzw. „Erneuerung“, welche entweder als noch nie dagewesene Neuheit oder aber auch als Variation beziehungsweise als Veränderung einer Struktur, eines Prozesses oder eines Produktes auftritt. Innovationen haben darüber hinaus den Anspruch, Probleme besser zu lösen als frühere Praktiken. In der Literatur werden verschiedene Innovationsfelder vorgestellt und diskutiert.

Uns interessiert in einem ersten Schritt, welchem Innovationsfeld Sie die höchste Priorität zur Existenzsicherung von Ländlichen Ääumen als Lebensrääume zuschreiben. Kennzeichnen Sie bitte dasjenige Innovationsfeld dem Ihrer Meinung nach die höchste Priorität zukommt mit einem Kreuz. Dazu steht in der folgenden Tabelle vor jedem Szenario ein graues Kästchen zum Ankreuzen zur Verfügung. Es ist insgesamt nur ein Kreuz möglich!

Bewerten Sie bitte in einem nächsten Schritt einzeln die Relevanz aller vier Innovationsfelder anhand einer Skala von 1=überhaupt nicht relevant bis 10=voll und ganz relevant.

4. Welche der nachfolgend genannten Innovationfelder bedarf es Ihrer Meinung nach, um Ländliche Ääume in Zukunft als Lebensrääume zu erhalten?

<input type="checkbox"/> Technik und Design Innovationen (z.B. Ambient Assisted Living, Smart Home Technologien, GPS Ortungssysteme, Intelligente Sensorik)	1 = Überhaupt nicht relevant 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>	Voll und ganz relevant = 10
<input type="checkbox"/> Service-Innovationen (z.B. präventive Hausbesuche, Demenz-Service Zentren, Telemedizin, Telemonitoring)	1 = Überhaupt nicht relevant 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>	Voll und ganz relevant = 10
<input type="checkbox"/> Geschäftsmodell-Innovationen	1 = Überhaupt nicht relevant 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>	Voll und ganz relevant = 10

(z.B. Demenzfreundliche Kur-/Wellnessangebote, demenzgerechte Urlaubsangebote, Angebote der Prävention oder Früherkennung)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>
Soziale Innovationen <input type="checkbox"/> (z.B. Netzwerke nachbarschaftlicher Hilfen, Demenzfreundliche Kommune, Mehrgenerationenprojekte, Demenz-Wohngemeinschaften)	1 = Überhaupt nicht relevant Voll und ganz relevant = 10 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>

Zukunftsszenarien für Ländliche Räume

Hinsichtlich der Frage nach der Zukunftsfähigkeit Ländlicher Räume als Lebensräume sind unterschiedliche raum- und strukturpolitische Leitbilder denkbar. Nachfolgend finden Sie dazu vier ausgewählte Szenarien, die denkbare Konsequenzen staatlicher strukturpolitischer Entscheidungen darstellen. Im Anschluss an die Szenarien bitten wir Sie um Ihre Meinung: Welches politische Szenario wird am wahrscheinlichsten umgesetzt? Bitte entscheiden Sie sich für **eines** der vier Szenarien durch ankreuzen.

Szenario 1: Aktive Sanierung - Ausbau

Durch staatliche Initiativen und Programme werden zusätzliche sozio-ökonomische Ressourcen mobilisiert. Es wird das Ziel verfolgt, die soziale und technische Infrastruktur auszubauen um somit die Lebensqualität in Ländlichen Räumen zu erhöhen.

Szenario 2: Passive Sanierung - Abbau

Staatliche Initiativen und Programme (z.B. Abwanderungs- und Stilllegungsprämien, Mobilitäts-erleichterungen oder Umsiedlungshilfen) fördern Entleerungs- und Ausdünnungsprozesse in Ländlichen Räumen. Einzelne Dörfer werden entsiedelt.

Szenario 3: Anpassende Sanierung - Aufrechterhaltung

Staatliche Initiativen und Programme nehmen keine aktiven strukturpolitischen Steuerungen in Ländlichen Räumen vor. Der Staat reagiert auf demographische Entwicklungen durch eine passgenaue Daseinsvorsorge.

Szenario 4: Keine Sanierung - Rückzug

Staatliche Initiativen und Programme werden eingestellt. Der Staat zieht sich aus der Fläche zurück. Die Verantwortung für zukünftige Entwicklungen liegt bei den Menschen vor Ort.

5. Welches politische Szenario wird Ihrer Meinung nach am wahrscheinlichsten umgesetzt?

- Aktive Sanierung – Ausbau (Szenario 1)
- Passive Sanierung – Abbau (Szenario 2)
- Anpassende Sanierung – Aufrechterhaltung (Szenario 3)
- Keine Sanierung – Rückzug (Szenario 4)

