



Hochschule Neubrandenburg  
University of Applied Sciences

Hochschule Neubrandenburg  
Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management  
Studiengang Pflegewissenschaft/Pflegemanagement

**WISSENSCHAFTLICHE EVALUATION EINES  
MODELLPROJEKTES ZUR BERATUNG,  
ENTLASTUNG UND UNTERSTÜTZUNG  
PFLEGENDER ANGEHÖRIGER IM RAUM  
SCHWERIN**

**M a s t e r - A r b e i t**

zur

**Erlangung des akademischen Grades**

**Master of Science (M.Sc.)**

Vorgelegt von: Maik Luplow

Betreuer: Prof. Dr. Bedriská Bethke  
Dr. Michael Wessels

Tag der Einreichung: 23.11.2011

1	Einleitung .....	6
1.1	Einführung.....	6
1.2	Zusammenfassung .....	6
2	Die Evaluation .....	8
2.1	Was ist Evaluation? .....	8
2.2	Formen der Evaluation.....	9
2.3	Evaluationsforschung vs. Grundlagenforschung.....	13
2.4	Die wissenschaftliche Evaluation .....	13
2.5	Standards der Evaluationsforschung .....	16
2.6	Der Evaluator und andere Akteure .....	17
2.7	Evaluationsmethoden .....	19
2.7.1	Die Kontrolltechnik als Ideallösung.....	19
2.7.2	Die Explorative Untersuchung .....	20
3	Gesundheitspolitische Bedeutung: Demenzielle Erkrankungen als wachsende Herausforderung für die Gesundheitspolitik und den Pflegesektor.....	22
3.1	Prävalenz und Inzidenz demenzieller Erkrankungen .....	22
3.2	Demenzielle Erkrankungen und familiäre Pflegestrukturen.....	23
3.3	Thesen zur Morbiditätsentwicklung im höheren Lebensalter.....	27
3.4	Risikofaktoren demenzieller Erkrankungen.....	29
3.5	Entwicklung der Bevölkerung und Pflegebedürftigen als Indikator für die Entwicklung demenzieller Erkrankungen .....	31
3.5.1	Das aktuelle Bild.....	31
3.5.2	Vorausschauende Betrachtung.....	34
3.6	Belastungen Pflegender Angehöriger .....	35
3.7	Krankheitskosten durch Demenz.....	40
3.8	Zwischenfazit- Gesundheitspolitische Bedeutung demenzieller Erkrankungen.....	45
4	Rechtliche Grundlagen zur Entlastung pflegender Angehöriger und die Betreuung von Menschen mit Demenz in niedrigschwelligen Betreuungsangeboten .....	47
4.1	Das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz .....	47
4.2	Das Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflegeweiterentwicklungsgesetz) .....	56

4.3	Zwischenfazit gesetzliche Grundlagen .....	61
5	Niedrigschwellige Betreuungs- und Beratungsangebote .....	62
5.1	Definition der Niedrigschwelligkeit.....	62
5.2	Bürgerschaftliches Engagement in niedrigschwelligen Betreuungsangeboten.....	64
5.3	Freiwillige Helfer, Ehrenamtliche und bürgerschaftlich Engagierte .....	68
5.4	Bürgerschaftliches Engagement und die Zahlung von Aufwandsentschädigungen ...	69
5.5	Zwischenfazit niedrigschwellige Leistungen .....	73
6	Zentrum Demenz- ein Modellprojekt nach §45c SGB XI.....	73
6.1	Beschreibung des Zentrum Demenz und seiner Leistungen .....	73
6.2	Information, Beratung und Case Management Die Leistungen des Zentrum Demenz .....	76
6.2.1	Information: .....	76
6.2.2	Beratung:.....	77
6.2.3	Case Management für Demente und Ihre Angehörigen: .....	77
6.2.4	Die Inanspruchnahme von Information und Beratung:.....	78
6.2.5	Infoabende und Fortbildungen zum Thema Demenz: .....	79
6.2.6	Schulungen für Angehörige.....	79
6.3	Betreuungsleistungen: .....	80
6.3.1	Welche Betreuungsleistungen gibt es?.....	80
6.3.2	Betreuungsgruppe für Demenzkranke.....	81
6.3.3	Betreuung der Demenzerkrankten parallel zur Angehörigen-Gruppe .....	82
6.3.4	Stundenweise Betreuung in der Häuslichkeit.....	82
6.4	Vernetzung:.....	83
6.5	Die Arbeit mit Ehrenamtlichen durch das ‚Zentrum Demenz‘.....	84
6.5.1	Förderung ehrenamtlicher Arbeit:.....	84
6.5.2	Schulungen für Ehrenamtliche.....	84
6.6	Personal .....	86
7	Darstellung der Wissenschaftlichen Begleitforschung der Hochschule Neubrandenburg.	86
7.1	Die Begleitforschung.....	86

7.2	Entlastung pflegender Angehöriger demenziell Erkrankter – Entwicklung von Fachstellen im Freistaat Bayern (Jansen 2007).....	89
7.3	Eine Ist-Analyse der Hilfs-, Unterstützungs- und Entlastungsangebote für demenziell erkrankte Menschen und deren Angehörige in Schwerin (Kirschner und Kirschner 2007) ...	91
7.4	Bedarfsanalyse von Unterstützungs- und Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige demenzkranker Menschen (Breede und Kuhlmeier 2007).....	92
7.5	Empfehlung für die Weiterentwicklung der Informations- und Kontaktstelle ‚Zentrum Demenz‘ (Kirschner und Kirschner 2009) .....	94
7.6	Zufriedenheit und Motivation ehrenamtlich Tätiger im ‚Zentrum Demenz‘ (Jansen 2009) .....	97
7.7	Die Entwicklung der Selbsthilfe für demenziell erkrankte Menschen und deren Angehörige in Mecklenburg-Vorpommern (Kirschner und Kirschner 2009).....	99
7.8	Case Management für demente alte Menschen und ihre Angehörigen, Erarbeitung eines Konzeptes unter Einsatz einer qualitativen Erhebung zu Umsetzungsverfahren in Deutschland (Jansen 2010) .....	101
7.9	Pflegende Angehörige demenziell Erkrankter – subjektives Effektivitätsempfinden von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten (Scholz und Reske 2010) .....	102
7.10	Hilfe zur Selbsthilfe für Angehörige von Demenzerkrankten in Mecklenburg-Vorpommern, „Wirkung von Gesprächs- bzw. Angehörigengruppen von Demenzerkrankten aus Sicht der Angehörigen“ (Kulbe 2011) .....	104
7.11	Evaluation der Arbeit mit Ehrenamtlichen im ‚Zentrum Demenz‘ (Scholz und Reske 2011) .....	104
7.12	Zwischenfazit zur wissenschaftlichen Begleitung .....	105
8	Befragung einer Klientenstichprobe des ‚Zentrum Demenz‘.....	106
8.1	Methodisches Vorgehen .....	106
8.1.1	Untersuchungsfragen.....	106
8.1.2	Statistische Datenanalyse .....	107
8.1.3	Das Erhebungsinstrument.....	109
8.1.4	Die Stichprobe und Vergleichsdaten.....	111
8.2	Ermittlung des Einflusses der Entlastenden Maßnahmen auf die Lebensqualität mittels einer Regressionsanalyse.....	112
8.2.1	Grundannahmen .....	112
8.2.2	Analyse der Daten und Darstellung der Ergebnisse.....	113
8.2.2.1	Deskriptive Analyse der Daten.....	113

8.2.2.2	Ermittlung des Einflusses der Entlastenden Maßnahmen auf die Lebensqualität mittels einer Regressionsanalyse .....	123
8.2.2.3	Bildung von Skalen zur Darstellung von Wohlbefinden, Gesundheit und Belastungsempfinden .....	123
8.2.2.4	Skalen zur Darstellung des Gesundheitszustandes.....	125
8.2.2.5	Skalen zur Darstellung des Wohlbefindens .....	126
8.2.2.6	Skalen zur Darstellung der Lebenszufriedenheit .....	127
8.2.2.7	Skalen zur Darstellung von Belastungen und Belastungsempfinden.....	128
8.2.2.8	Bewertung der Leistungen des ‚Zentrum Demenz‘ durch die Stichprobe....	131
8.2.2.9	Regressionsanalyse .....	140
8.2.2.10	Durchführung der Regressionsanalyse .....	141
8.2.2.11	Diskussion der Ergebnisse in Bezug auf die Arbeit des ‚Zentrum Demenz‘ .....	143
9	Bewertung der Umsetzung der Ziele des ‚Zentrum Demenz‘ Identifikation der Ziele .....	149
9.1	Ziele des zu evaluierenden Modellprojektes und Untersuchungsfragen .....	149
9.2	Die Effektgrößen zur Beantwortung der Untersuchungsfragen.....	151
9.3	Erreichung der Ziele des Modellprojektes .....	152
9.3.1	Trägerunabhängige Stärkung und Vernetzung der Betreuungs- und Versorgungsstrukturen für pflegebedürftige Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen .....	152
9.3.2	Die Entwicklung niedrigschwelliger und neuer Betreuungsangebote in denen unter Einbeziehung von Professionellen, Ehrenamtlichen, Bürgern und Angehörigen vorhandene Dienstleistungsangebote regional ergänzt und die häuslich-familiären Pflegepotenziale mit den vorhandenen regionalen Netzwerken verbunden werden sollen. ....	154
9.3.3	Vernetzung der Hilfen, um mittels vielfältiger regionaler Angebote wirksam auf die individuelle Situation jedes einzelnen Pflegebedürftigen und seiner Angehörigen zu reagieren. ....	156
9.3.4	Entlastung der pflegenden Angehörigen zur langfristigen Stabilisierung der häuslichen Pflege. ....	157
10	Möglichkeiten der pflegeökonomischen Evaluation .....	160
10.1	Warum dieses Kapitel? .....	160
10.2	Ökonomie und Pflege.....	161
10.3	Ökonomische Bewertung im Bereich der Pflege .....	165

10.3.1	Kosten, Nutzen und Pflege?.....	165
10.3.2	Perspektiven.....	166
10.3.3	Kostenarten.....	170
10.3.4	Nutzen.....	173
10.3.5	Darstellung des Nutzens .....	177
10.3.6	Erfassung von Kosten und Nutzen .....	179
10.4	Gesundheitsökonomische Evaluationsverfahren .....	181
10.4.1	Einleitung .....	181
10.4.2	Studien ohne vergleichenden Charakter bzw. reine Kostenstudien.....	182
10.4.3	Studien mit vergleichendem Charakter .....	183
11	Abschließende Betrachtungen.....	189
11.1	Empfehlungen zur Weiterentwicklung des ‚Zentrum Demenz‘ .....	189
11.2	Rückblick zur Erstellung der Arbeit .....	191
	Anhangsverzeichnis.....	194
	Literaturverzeichnis.....	195

# **1 Einleitung**

## **1.1 Einführung**

Die vorliegende Arbeit stellt die Grundlage zur Anfertigung des Abschlussberichtes nach Beendigung der Modellphase des Modellprojektes nach § 45c SGB XI ‚Zentrum Demenz‘ dar.

„Modellprogramme sind [...] Erprobungsvorhaben, die innovative Anstöße für Fachpraxis und Fachpolitik vermitteln sollen und auf Erkenntnisgewinn ausgerichtet sind. [Ein als Modellprogramm angelegtes Vorhaben] [...] muss sich an der Frage messen lassen, inwieweit es eine neue Konzeption vertritt oder eine bestehende Konzeption weiter entwickelt, die geeignet ist, die Qualitätsentwicklung in einem Praxis- bzw. Problemfeld voranzutreiben bzw. innovative Anstöße zur Weiterentwicklung des Feldes zu geben.“<sup>1</sup>

Ausgehend von dieser Definition soll in dieser Arbeit unter Berücksichtigung und Anführung der methodischen, juristischen und theoretischen Grundlagen das Modellprojekt ‚Zentrum Demenz‘ dahin gehend untersucht werden, welche innovativen Anstöße zur Weiterentwicklung der Entlastung pflegender Angehöriger von Menschen mit demenziellen Erkrankungen ausgehen und wie sich das Modellprojekt weiter entwickeln kann.

## **1.2 Zusammenfassung**

In Folge der Einleitung soll in zehn weiteren Gliederungspunkten das Thema der Evaluation des Modellprojektes umfassend beleuchtet werden.

Zu Beginn wird dargelegt, was wissenschaftliche Evaluation ist, worin die Besonderheiten der wissenschaftlichen Evaluation liegen und wie sie von der Grundlagenforschung abzugrenzen ist.

Im nachfolgenden Abschnitt wird die gesundheitspolitische Bedeutung von demenziellen Erkrankungen erläutert. Dazu werden Inzidenz und Prävalenz demenzieller Erkrankungen, die Bedeutung der familiären Pflege im Kontext

---

<sup>1</sup> Frank/Seifert (1998) S.167

demenzieller Erkrankungen und des demografischen Wandels, Thesen zur Morbiditätsentwicklung im Kontext demenzieller Erkrankungen, die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit als Indikator für demenzielle Erkrankungen, die Belastungen pflegender Angehöriger sowie die durch demenzielle Erkrankungen verursachten Krankheitskosten betrachtet.

Der darauf folgende Abschnitt erläutert mit der Entwicklung des § 45c SGB XI sowie der mit diesem Paragraphen verknüpften Paragraphen die rechtlichen Grundlagen niedrigschwelliger Betreuungsangebote.

Ein weiterer Themenkomplex wird mittels der Betrachtung des Begriffes niedrigschwelliger Sozialleistungen sowie des Einsatzes ehrenamtlicher Mitarbeiter in sozialen Dienstleistungen gebildet. Zentrale Elemente dieses Komplexes sind neben der Niedrigschwelligkeit Erläuterungen zum Wesen ehrenamtlicher Tätigkeit sowie die Zahlung von Aufwandsentschädigungen für geleistete ehrenamtliche Tätigkeiten.

Einen der zentralen Themenschwerpunkte bildet die Beschreibung des Modellprojektes nach § 45c SGB XI ‚Zentrum Demenz‘. Die Beschreibung beinhaltet neben der Erläuterung der Leistungen auch die Darlegung von Zahlen zur Entwicklung der Inanspruchnahme von Leistungen durch die Klienten.

Die Vorstellung der wissenschaftlichen Begleitung beinhaltet neben der Herausstellung der Aktionsforschung als Methode der Begleitforschung eine Aufzählung und Darstellung der im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung durchgeführten Untersuchungen und konzeptionellen Arbeiten.

Der darauffolgende Abschnitt stellt die Wirkung der Leistungen des Modellprojektes ‚Zentrum Demenz‘ auf die Lebensqualität pflegender Angehöriger demenziell erkrankter Menschen mittels deskriptiver und explorativer Methoden der statistischen Datenanalyse dar.



In einem engen Zusammenhang mit dem vorhergehenden Themenabschnitt steht die Darlegung und Analyse der Erreichung der konzeptionellen Ziele des Modellprojektes ‚Zentrum Demenz‘.

Als weiterer Themenkomplex wird auch vor dem Hintergrund gesundheitspolitischer Herausforderungen mit Blick auf das Modellprojekt ‚Zentrum Demenz‘ die Möglichkeit einer gesundheits- bzw. pflegeökonomischen Evaluation betrachtet.

Den Abschluss bilden eine zusammenfassende abschließende Betrachtung zum Modellprojekt sowie die Darlegung von Möglichkeiten zur Weiterentwicklung des Modellprojektes nach der Modellphase.

## **2 Die Evaluation**

### **2.1 Was ist Evaluation?**

In der Literatur findet sich keine einheitliche Definition des Wortkonstrukts der Evaluation.<sup>2</sup> Kromrey (2001) legt dar, dass man dem Begriff der Evaluation in verschiedenen Kontexten begegnet, sich in den verschiedenen Kontexten jedoch unterschiedliche Konzepte verbergen.<sup>3</sup> Allgemein beschreibt das Lexikon des Sozial- und Gesundheitswesens die Evaluation ganz allgemein als Verfahren zur Bewertung von Maßnahmen.<sup>4</sup> Gemäß dieser sehr abstrakten Definition ist die Evaluation so alt wie die Menschheitsgeschichte selbst. Schließlich ist die Evaluation ein „[...] wichtiges Instrument zur Generierung von Erfahrungswissen [...]. [Evaluationen] [...] werden durchgeführt, indem Informationen gesammelt und anschließend bewertet werden, um letztlich Entscheidungen zu treffen. Die dabei verwendeten Bewertungskriterien können sehr verschieden sein, orientieren sich jedoch sehr oft am Nutzen eines Gegenstandes, Sachverhaltes oder Entwicklungsprozesses für bestimmte Personen oder Gruppen. Je nach Kriterienauswahl kann die Nutzenbewertung

---

<sup>2</sup> vgl. Wottawa/Thierau (2003) S.13

<sup>3</sup> vgl. Kromrey (2001) S.106

<sup>4</sup> vgl. Bauer (1992) S.566

durch einzelne Personen [...] unterschiedlich ausfallen.“<sup>5</sup> Evaluation soll und wird nicht nur als Ritual vollzogen und soll nicht lediglich Informationen zu einem Sachverhalt liefern, sondern der Gestaltung bzw. dem Management oder der Steuerung von etwas dienen.<sup>6</sup>

## 2.2 Formen der Evaluation

Im Folgenden soll erörtert werden welche Form der Evaluation im vorliegenden Bericht die Vorherrschende ist. Zur inhaltlichen und methodischen Abgrenzung sollen die relevanten Formen der Programm- / Projektevaluation im Folgenden dargestellt werden.

Im alltäglichen Sprachgebrauch beschreibt Evaluation lediglich die Bewertung von Irgendetwas oder irgendjemanden nach irgendwelchen Kriterien. Eine spezifische, aber dennoch vielfältige Ausgestaltung des Evaluationsbegriffs ist in der Politik festzustellen. In diesem Zusammenhang steht Evaluation sowohl für Effizienzmessung in ökonomischen Zusammenhängen als auch für die durch Sachverständige vorgenommene Analyse der Funktionsfähigkeit von Organisationen. Zudem wird der Begriff der Evaluation im politischen Kontext auch für eine moderierende und beratende Funktion im Prozess der Optimierung von Programmen verwendet. Im Kontext empirischer Methoden meint Evaluation einen spezifischen Typ von Sozialforschung mit einem bestimmten Design. In diesem Kontext geht es um die systematische Informationsbeschaffung über den Verlauf und die Resultate eines Programms mit explizit formulierten Zielen der Evaluation. Ziele einer Evaluation in diesem Kontext können sein: wissenschaftliche Begleitung der Programm-Implementation, die Erfolgskontrolle, Wirkungsanalyse.<sup>7</sup> Ausgehend von dieser Betrachtung ist die vorliegende Arbeit im Kontext empirischer Methoden und damit als Evaluationsforschung anzusehen. Die Begleitforschung während der Modellphase diente der Begleitung der Implementation, der vorliegende Bericht hingegen hat zum Hauptziel mittels der vorhandenen Daten eine Erfolgskontrolle und Wirkungsanalyse durchzuführen.

---

<sup>5</sup> Stockmann (2004) S.13

<sup>6</sup> Vgl. Loidl-Keil (2006) S.18

<sup>7</sup> vgl. Kromrey (2001) S.106f

Eine weitere Ausprägungsform der Evaluation ist an Hand der Perspektive bezüglich der Phasen des politischen Prozesses des zu bewertenden Programms festzumachen. So fasst Stockmann (2004) drei Analyse Perspektiven, die der Evaluationsforscher einnehmen kann zusammen:

### 1. „*ex-ante*“-Perspektive

Diese Perspektive wird zumeist im Rahmen der Programmentwicklung und/oder -konzeptualisierung eingenommen. Also im Wesentlichen noch bevor das Programm oder die Maßnahme gestartet wird. Der Evaluationsforscher hat die Aufgabe Daten auf personeller, materieller, institutioneller, finanzieller Ebene sowie bezüglich des theoretischen Rahmens zu untersuchen. Im Rahmen der *ex-ante*-Evaluation sollen möglichst frühzeitig die negativen Effekte des Programms als auch Einflussfaktoren auf das Programm abgeschätzt werden. Auf diese Weise soll zur Programmentwicklung beigetragen werden.

### 2. „*on-going*“-Perspektive

Diese Perspektive wird vorwiegend in der Implementationsphase eines Programms eingenommen. Dabei steht vor allem die Kontroll- und Beratungsfunktion im Mittelpunkt der Evaluation. Es werden Informationen / Daten bezüglich des Programmverlaufes und der Programmergebnisse gesammelt und bewertet. Auf diese Weise werden Entscheidungshilfen für die Steuerung und Durchführung des Programms gegeben. Auf Grundlage der Perspektive sind frühzeitige Korrekturen und Eingriffe in das Programm möglich. Evaluationsprogramme zur Überwachung, Umsetzung und Ausführung des Programms werden auch Begleitforschung genannt. Ist die Evaluation lediglich auf die Implementierungsphase beschränkt, spricht man auch von Implementierungsforschung. (Implementationsforschung kann allerdings auch reinen Informationszwecken dienen und ist in dem Falle nicht der Evaluation zuzuordnen.)<sup>8</sup>

### 3. „*ex-post*“-Perspektive

In dieser Perspektive kommt dem Evaluationsforscher die Aufgabe zu, nach Abschluss des Programms die durch das Programm verursachten Effekte

---

<sup>8</sup> vgl. Stockmann (2004) S.16f

möglichst umfassend zu erfassen und zu bewerten und auf diese Weise Zusammenhänge aufdecken.

Eine weitere Unterscheidung kann anhand der Zielstellung / dem Erkenntnisinteresse der Evaluation gemacht werden. Ebenen der Unterscheidung sind die „formative“ und die „summative“ Evaluation.

In allen drei Perspektiven der Evaluationsforschung kann die Evaluation „formative“ Elemente enthalten. „Formativ“ meint in dem Falle aktiv gestaltend, prozessorientiert, konstruktiv und kommunikationsfördernd.<sup>9</sup> Formative Evaluationen sind in der Regel erkundend (explorativ) angelegt und liefern Zwischenergebnisse.<sup>10</sup>

Eine „summative“ Ausrichtung der Evaluation hingegen ist in der Planungs- und Designphase eines Programms nicht möglich, da die „summative“ Evaluation zusammenfassend, bilanzierend und ergebnisorientiert ist und in diesen Phasen Daten, die dies ermöglichen, noch nicht vorhanden sind. Allerdings sei angemerkt, dass die zuvor genannten Zielstellungen und Perspektiven nicht immer trennscharf voneinander abgegrenzt werden können.<sup>11</sup>

So ist die vorliegende Arbeit in der Hauptsache summativ konzipiert, da es sich um einen (Modell-)Projekt abschließenden Bericht handelt. Dennoch enthält er gleichsam formative Elemente, da das Projekt nach Abschluss der Modellphase weitergeführt werden wird. Somit ist es auch nicht möglich, die Evaluation als allein „on going“ bzw. „ex-post“ zu bestimmen. Zwar ist die Modellphase abgeschlossen, doch wird das Projekt noch weiter fortgeführt und auch weiterentwickelt.

Wottawa und Thierau (2003) machen die Unterscheidung der Evaluationsarten am Zeitpunkt der Evaluation, was der Unterscheidung anhand des politischen Prozesses von Stockmann (2004) ähnelt, fest. Nach ihrer Unterscheidung steht an zeitlich erster Stelle die strategische Evaluation. Ähnlich der ex-ante Evaluation ist es das Ziel innerhalb der Maßnahmenplanung vorab „[...] zu beurteilen, ob die Ursachen des in Frage stehenden Problems richtig erkannt

---

<sup>9</sup> vgl. Stockmann (2004) S.17f

<sup>10</sup> vgl. Bortz/Döring (2006) S.110

<sup>11</sup> vgl. Stockmann (2004) S.17f

und die vorgesehenen Problemlösungen bzw. Maßnahmen voraussichtlich angemessen sind.“<sup>12</sup> Das Mittel ist die prospektive bzw. antizipatorische Evaluation. In diesen Fällen geht es vor Realisierung der Maßnahme darum, mit Hilfe geeigneter Sozialtechniken die Maßnahme zu bewerten (z.B. vor dem Bau eines medizinischen Versorgungszentrums das Festlegen des besten Standortes). Als Gegenpol führen sie die prognostische Evaluation an, in der Erkenntnisse / Prognosen Empirie gestützt gewonnen werden (z.B. neue Programme der Gesundheitsförderung werden in einem relativ kleinen Gebiet durchgeführt um die Effekte in einem größeren Gebiet vorher sagen zu können).<sup>13</sup>

Wenn die Maßnahme bereits begonnen hat (on-going), kann eine Input-Evaluation durchgeführt werden, in der die für die Maßnahme eingesetzten Ressourcen hinsichtlich der Zielerreichung bewertet werden. Ressourcen können materieller Natur sein (technische Ausstattung, Lage und Aufbau einer Einrichtung, Rohstoffe), sich aber auch auf die beteiligten Personen beziehen (Motivation der Mitarbeiter, Motivation der Programmteilnehmer / Zielgruppen). Es soll festgestellt werden, ob die Ressourcen quantitativ und/oder qualitativ hinreichend für die Zielerreichung sind. Diese Form der Evaluation ist vor allem bei längerfristigen Programmen und Maßnahmen zu empfehlen, da so auch auf Veränderungen in den Rahmenbedingungen reagiert werden kann. Nach Abschluss der Maßnahme (ex-post) ist es in der Hauptsache nur noch möglich das Ergebnis zu bewerten. Man spricht von einer Output- oder Produkt-Evaluation.<sup>14</sup> „Der Schwerpunkt kann hierbei auf einer statistisch bzw. vergangenheitsorientierten Bewertung der gefundenen Ergebnisse oder auf einer eher veränderungsorientierten, die Durchführung neuer und verbesserter Maßnahmen anregenden Interpretation liegen.“<sup>15</sup> Auch hier können keine klaren Grenzen zwischen den zeitlichen Perspektiven und dem Betrachtungsgegenstand gezogen werden. Darüber hinaus sind in der Hauptsache nur quantitative Daten bezüglich der Inanspruchnahme von

---

<sup>12</sup> Wottawa/Thierau (2003) S.33

<sup>13</sup> vgl. Wottawa/Thierau (2003) S.33f

<sup>14</sup> vgl. Wottawa/Thierau (2003) S.34

<sup>15</sup> Wottawa (2003) S.34

Leistungen vorhanden. Dennoch soll versucht werden, den Output mittels einer Klientenbefragung darstellbar und bewertbar zu machen.

### **2.3 Evaluationsforschung vs. Grundlagenforschung**

Des Weiteren wird in der Literatur die Evaluation auch als „Prozess der Beurteilung des Wertes eines Produktes, Prozesses oder eines Programms, was nicht notwendigerweise systematische Verfahren oder datengestützte Beweise zur Untermauerung einer Beurteilung erfordert [...], [von der Evaluationsforschung, welche durch die] explizite Verwendung wissenschaftlicher Forschungsmethoden und –techniken für den Zweck der Durchführung einer Bewertung [abgegrenzt].“<sup>16</sup> Damit ist die Evaluationsforschung ein Teilbereich der empirischen Forschung.<sup>17</sup> Doch ist die Evaluationsforschung zudem explizit von der Grundlagenforschung zu unterscheiden. Schließlich zielt die Grundlagenforschung relativ zweckfrei auf einen Erkenntnisgewinn, wogegen die Evaluationsforschung in der Regel einen Auftraggeber hat, der bestimmte Ziele verfolgt. Ein weiterer fundamentaler Unterschied äußert sich darin, dass Evaluation immer mit Bewertung verbunden ist. Die zur Beurteilung nötigen Kriterien werden in der Regel aus dem zu beurteilenden Gegenstand selbst abgeleitet. D.h. die Implementierung bzw. Wirkung eines Programmes wird anhand seiner eigenen Ziele bewertet. Diese Bewertung im Rahmen einer wissenschaftlichen Evaluation darf, wie bereits dargelegt, keine subjektive Werteinschätzung, sondern muss eine auf wissenschaftlicher Handwerkskunst basierte intersubjektiv nachvollziehbare und nachprüfbar Bewertung sein.<sup>18</sup>

### **2.4 Die wissenschaftliche Evaluation**

Wie vorangegangen beschrieben umfasst Evaluationsforschung alle forschenden Aktivitäten, „[...]bei denen es um die Bewertung des Erfolges von gezielt eingesetzten Maßnahmen, Auswirkungen von Wandel in Natur, Kultur

---

<sup>16</sup> Wottawa/Thierau (2003) S.13

<sup>17</sup> vgl. Bortz/ Döring (2006) S.96

<sup>18</sup> Beachtung Gütekriterien quantitativer Forschungsmethoden

und Gesellschaft oder um die Analyse bestehender Institutionen oder Strukturen geht.“<sup>19</sup>

Der Evaluationsforscher geht in der Regel so vor, dass er empirisch die Zustände der Untersuchungsgegenstände in den Zielbereichen des Programms vor und nach dem Einfluss der Maßnahme feststellt, dokumentiert und untersucht, welche Veränderungen auf welche Einflussfaktoren zurückzuführen sind. Dabei sei angemerkt, dass es hinsichtlich der Auswahl des Untersuchungsgegenstandes und der Datenerhebungs- und Analyseverfahren zur Identifizierung von Kausalitäten keinen Unterschied zur Grundlagenforschung gibt.<sup>20</sup>

Am Beispiel der Evaluation von Handlungsoptimierungsprogrammen im Bereich der Psychologie beschreiben Wottwa und Tierau (2003) einen kritischen Bereich in der Evaluationsforschung. Sie erörtern, dass zielgerichtetes menschliches Handeln in realen Situationen nicht allein mittels eines Handlungsmodells, in dem ein bestimmtes Ziel erreicht werden soll und die Handlungsalternativen auf das eine Ziel ausgerichtet analysiert und hinsichtlich des Erfolges der optimalen Zielerreichung bewertet werden, und eine Handlungsalternative ausgewählt wird. Vielmehr sind Ziele im menschlichen Handeln in eine Zielhierarchie eingebettet. Zudem ist die Zielerreichung in ein System (die Umgebung, soziale Beziehungen, u.A.) eingebettet, welches wiederum das System der Zielhierarchien beeinflusst. Damit ist die Erreichung eines (Teil-)Ziels nur im Komplex der Einbettung in das gesamte Ursache-Wirkungssystem zu betrachten. Somit kann die Maßnahmenbewertung auch nur innerhalb des Gesamtsystems betrachtet werden.<sup>21</sup> Ausgehend von diesen Ausführungen ist der Appell an den Evaluationsforscher zu richten, das Gesamtsystem und damit auch Einflussfaktoren die außerhalb des zu bewertenden Programms liegen, bei der Beurteilung zu berücksichtigen. Fußend auf die Komplexität eines Gesamtsystems, welches durch den Evaluator in seiner Gesamtheit nur schwer überblickt werden kann, auf Grund dessen Wirkungszusammenhänge in ihrer Gänze nicht erfasst werden können,

---

<sup>19</sup> Bortz/Döring (2006) S.97

<sup>20</sup> vgl. Stockmann (2004) S.14f

<sup>21</sup> vgl. Wottawa/Thierau (2003) S.19f

sollte die Evaluation mit Hilfe der Bewertung der Erreichung von Teilzielen erfolgen, da in diesen Fällen auch nur Teilbereiche des Gesamtsystems betrachtet werden und der Einfluss von (Stör-)Größen außerhalb des Programms besser überblickt werden kann.<sup>22</sup> Analog zu diesen Aussagen legt Loidl-Keil (2006) die Kritik an Evaluationen dar, welche lediglich einzelne Indikatoren beobachten und diese zur Steuerung komplexer Systeme heranziehen.<sup>23</sup> Zudem muss festgehalten werden, dass sich die Bewertung nicht allein mit wissenschaftlichen Methoden anstellen lässt. Zwar bilden Theorie- und Methodenkompetenz des Evaluationswissenschaftlers die Grundlage des fachlichen und damit prädiktiven Vorsprungs gegenüber dem Laien. Dennoch sind bei der Bewertung von Kausalketten bewertende Elemente erforderlich.<sup>24</sup> Analog proklamiert Loidl-Keil (2006), dass es besser wäre „[...] zu beobachten, wie Kennzahlen, Interpretationen und Kontext korrespondieren.“<sup>25</sup> Somit liegt es in der Verantwortung des Evaluationswissenschaftlers, die Bewertungskriterien und die Bewertungsverfahren intersubjektiv nachvollziehbar darzulegen. Diese intersubjektive Nachvollziehbarkeit anhand von wissenschaftlichen Arbeitstechniken soll helfen, den Wissenschaftler vor kognitions- und sozialpsychologisch begründeten Verzerrungen der Wahrnehmung zu schützen. Damit sind die Gütekriterien der quantitativen als auch der qualitativen Forschungsmethoden von Bedeutung.<sup>26</sup> Allerdings gilt die Berücksichtigung qualitativer Forschungsmethoden gemäß Stockmann (2004)<sup>27</sup> noch nicht all zu lange als legitimes Mittel zur Evaluation von Maßnahmen und Programmen. So wurde in der Anfangszeit der Evaluationsforschung experimentellen Designs der Vorzug gegeben. Dies sollte geschehen, um die Kausalitäten in den Programmen sichtbar werden zu lassen. So sollten Entscheidungen über Programme und Maßnahmen nicht auf falschen Behauptungen bezüglich ihrer Leistungen beruhen. Von diesem Anspruch

---

<sup>22</sup> vgl. Wottawa/Thierau (2003) S. 20

<sup>23</sup> vgl. Loidl-Keil (2006) S.19

<sup>24</sup> vgl. Wottawa/Thierau (2003) S. 20

<sup>25</sup> Loidl-Keil (2006) S.19

<sup>26</sup> vgl. Siegrist (2002) S.43

<sup>27</sup> vgl. Stockmann (2004) S.20f



ausgehend war die externe Validität das wichtigste Gütekriterium in der Evaluationsforschung. Damit wird Evaluation nach Stockmann (2004) eher als politischer Prozess denn als wissenschaftlicher Akt gesehen. Aus ethischen Gründen, die experimentelle Designs in vielen Programmen nicht zulassen „[...] und wegen der politischen Nützlichkeit sollten Evaluationen vor allem dem Interesse der Betroffenen dienen.“<sup>28</sup> Ausgehend von dieser Sichtweise kommt der Evaluation nicht nur die Funktion der Bewertung und Kontrolle der Qualität eines Programms oder einer Maßnahme zu. Vielmehr soll Evaluation auch die Konstruktion, Optimierung und Legitimation eines Programms beinhalten. Durch das konstruktivistische Paradigma wird das Vorhandensein einer einzigen wahren Realität in Frage gestellt. „Statt dessen wird angenommen, dass Realität aus verschiedenen Perspektiven sozial konstruiert ist, die in Konflikt zueinander stehen können. Deshalb fordern die Anhänger dieses Ansatzes ein ‚qualitatives‘ Denken, um die die verschiedenen Sichtweisen und Interpretationen der ‚Realität‘ erfassen zu können.“<sup>29</sup> So existieren heute beide Sichtweisen auf die Evaluation und sorgen auch noch für Meinungsverschiedenheiten zwischen Vertretern der beiden Lager, doch herrscht ein weitestgehender Konsens „[...] dass Evaluationen die Perspektiven und Bedürfnisse der Stakeholder zu berücksichtigen haben, und dass quantitative und qualitative Methoden oft gut miteinander kombiniert werden können (Multimethodenansatz).“<sup>30</sup>

## 2.5 Standards der Evaluationsforschung

Im Jahr 2001 verabschiedete die Deutsche Gesellschaft für Evaluation (DeGEval) Standards für Evaluation. Dies geschah in der Hoffnung der Verbreitung methodischen und professionellen Wissens über Evaluation. Desweiteren wollte man den Dialog über den Nutzen und die Qualität von Evaluation verstetigen. Darüber hinaus liefern die Standards konkrete Hinweise für die Planung und Durchführung von Evaluationsprojekten.<sup>31</sup> Diese Standards

---

<sup>28</sup> Stockmann (2004) S.20

<sup>29</sup> Stockmann (2004) S.21

<sup>30</sup> Stockmann (2004) S.21

<sup>31</sup> vgl. Deutsche Gesellschaft für Evaluation e.V. (2002) S.6

sind in die vier Oberkategorien Nützlichkeit, Durchführbarkeit, Fairness und Genauigkeit unterteilt.

*Nützlichkeit:*

„Die Nützlichkeitsstandards sollen sicherstellen, dass sich die Evaluation an den geklärten Evaluationszwecken sowie am Informationsbedarf der vorgesehenen Nutzer und Nutzerinnen ausrichtet.“<sup>32</sup>

*Durchführbarkeit:*

„Die Durchführbarkeitsstandards sollen sicherstellen, dass eine Evaluation realistisch, gut durchdacht, diplomatisch und kostenbewusst geplant ist.“<sup>33</sup>

*Fairness:*

Bortz und Döring (2006) bezeichnen diesen Standard auch als „Korrektheit“.<sup>34</sup>  
„Die Fairnessstandards sollen sicherstellen, dass in einer Evaluation respektvoll und fair mit den betroffenen Personen und Gruppen umgegangen wird.“<sup>35</sup>

*Genauigkeit:*

„Die Genauigkeitsstandards sollen sicherstellen, dass eine Evaluation gültige Informationen und Ergebnisse zu dem jeweiligen Evaluationsgegenstand und den Evaluationsfragestellungen hervorbringt und vermittelt.“<sup>36</sup>

Die zuvor vorgestellten Gütekriterien wissenschaftlicher Evaluation finden sowohl in der Planung des Berichtes als auch in der Durchführung der darin eingebetteten Evaluation Berücksichtigung.

## **2.6 Der Evaluator und andere Akteure**

Analog zu den Zielen einer wissenschaftlichen Evaluation im Vergleich zur Grundlagenforschung ergeben sich für den Evaluator spezielle Rahmenbedingungen in der Durchführung seiner Tätigkeit. So bewegt sich der Evaluator in einem wissenschaftsexternen Normensystem, welches

---

<sup>32</sup> Deutsche Gesellschaft für Evaluation e.V. (2002) S.8

<sup>33</sup> Deutsche Gesellschaft für Evaluation e.V. (2002) S.9

<sup>34</sup> vgl. Bortz/Döring (2006) S.105

<sup>35</sup> Deutsche Gesellschaft für Evaluation e.V. (2002) S.9

<sup>36</sup> Deutsche Gesellschaft für Evaluation e.V. (2002) S.10

auftragsabhängig geprägt ist. In der Regel ist eine Evaluation weniger frei als die Grundlagenforschung, vielmehr ist die Evaluation interessengebunden und weniger folgenlos.<sup>37</sup> Der Evaluator „[...] sucht nicht Wahrheiten, sondern hilft mit, die Gesellschaft innerhalb der jeweils möglichen Grenzen ein klein wenig besser zu gestalten, als sie ohne seine Tätigkeit beschaffen wäre [...]“<sup>38</sup> Auftraggeber, Projektmitarbeiter und Evaluator stehen in einer eigenen Beziehung zum Projekt. Diese Beziehung ist von jeweils eigenen Interessen geprägt. So ist die Beziehung der Projektmitarbeiter oftmals durch praxisgebundene Gesichtspunkte geprägt, so dass Kooperationen mit dem Evaluator als lästig, zusätzlicher Aufwand oder gar als Kontrolle (auch ihrer Tätigkeit) empfunden werden können.<sup>39</sup>

Schließlich ist auch die Gruppe der Personen, die von der Maßnahme betroffen sind bzw. ihr profitieren, von Interesse.

Damit wird vom Evaluator neben der wissenschaftlichen Qualifikation gleichsam eine soziale Kompetenz mit der entsprechenden Feinfühligkeit im Vorgehen erwartet.<sup>40</sup>

Neben der sozialen Kompetenz hat der Evaluator zudem über fachliche Kompetenz in zweierlei Hinsicht zu verfügen. Zum Einen muss die Kompetenz bezüglich der Anwendung wissenschaftlicher Methoden und der Einhaltung der Gütekriterien wissenschaftlicher Evaluation vorhanden sein. Zum Anderen findet Evaluation von Programmen und Maßnahmen innerhalb eines fachlichen Settings statt. Nicht in jedem Fall muss der Evaluator das jeweilige Feld fachwissenschaftlich beherrschen, doch muss er in der Lage sein, interdisziplinär mit Experten des Fachgebietes zusammen zu arbeiten und in der Lage sein, Zusammenhänge nachzuvollziehen.<sup>41</sup> So ist es auch legitim,

---

<sup>37</sup> vgl. Wottawa/Thierau (2003) S.37f

<sup>38</sup> Wottawa/Thierau (2003) S.38

<sup>39</sup> vgl. Frank/Seifert (1998) S.168

<sup>40</sup> vgl. Bortz/Döring (2006) S.103

<sup>41</sup> vgl. Bortz/Döring (2006) S.103f

wenn der Auftraggeber oder andere Kooperationspartner (fachliches) Hintergrundwissen zur Verfügung stellen.<sup>42</sup>

## 2.7 Evaluationsmethoden

### 2.7.1 Die Kontrolltechnik als Ideallösung

Wie bereits zuvor in Abschnitt 2.1 dargelegt ist ein wesentliches Anliegen von Evaluation die Überprüfung und Bewertung der Zielerreichung (Wirksamkeit) einer Maßnahme / eines Programms. Dies soll im vorliegenden Bericht auf Grundlage einer vorrangig summativen Evaluation geschehen. Somit ist die Hypothese zu Prüfen, [...] dass die Maßnahme wirksam ist bzw. genauso wirkt, wie man es theoretisch erwartet hat.<sup>43</sup> Dazu gehört der Nachweis, dass das gewünschte Ziel auf die Maßnahme zurück zuführen ist. Dies hat mittels eines adäquaten Untersuchungsdesigns und einer sorgfältigen Datenerhebung und Datenauswertung zu geschehen. Allerdings ist es häufig in der Evaluationsforschung aus zeitlichen, finanziellen, organisatorischen und ethischen Gründen nicht möglich, die Untersuchung mittels einer Kontrollgruppe zu realisieren. Vor allem ethische Überlegungen, einer Gruppe die Maßnahme nicht zuteil werden zu lassen, sowie das Problem der internen Validität, sprich durch das Schaffen von Laborbedingungen, durch die die Maßnahmen nicht mehr in ihrem eigentlichen Setting zur Anwendung kommt, sind ausschlaggebend für das Kontrollproblem.<sup>44</sup> Desweiteren hat der Evaluator Selektionsprozesse zu beachten, die zur Gruppenbildung beigetragen haben. Diese so genannten Confounder können das Ergebnis der Maßnahme mit beeinflussen. Als Beispiel kann persönliches Interesse der Teilnehmer genannt werden. Personen, welche sich aus persönlichem Interesse z.B. an ihrer Gesundheit für ein Programm anmelden, sind häufig kooperativer bei der Maßnahmendurchführung als Personen, die zufällig an der Maßnahme teilnehmen. Da es aus zuvor genannten Gründen häufig nicht möglich ist, Gruppen für eine Evaluation zu randomisieren, dominieren quasiexperimentelle

---

<sup>42</sup> vgl. Bortz/Döring (2006) S.109

<sup>43</sup> Bortz/Döring (2006) S.113

<sup>44</sup> vgl. Bortz/Döring (2006) S.112f

Studiendesigns, in denen natürliche Gruppen miteinander verglichen werden. Diese natürlichen Gruppen haben sich unabhängig vom zu evaluierenden Programm gebildet, z.B. Bewohner zweier verschiedener Städte. Eine wichtige Aufgabe in einer Evaluation ist die Bestimmung der Effektgrößen, mit denen die Wirksamkeit der Maßnahme bewertet werden kann. Ausgehend von den Effektgrößen können Wirkhypothesen aufgestellt werden. Bei eindeutig operationalisierbaren Wirkzusammenhängen spricht man von einfachen Wirkhypothesen. Werden durch die Maßnahme mehrere Wirkkriterien angesprochen, also hat die Maßnahme einen Effekt auf verschiedene Sachverhalte, sind multivariate Wirkhypothesen zu prüfen. In diesem Fall sind die verschiedenen Effekte zu erfassen. In beiden Fällen sind Kenntnisse über theoretische Wirkzusammenhänge von Maßnahme und Effekt unerlässlich.<sup>45</sup>

### **2.7.2 Die Explorative Untersuchung**

Wie bereits in Abschnitt 2.2 dargelegt ist Begleitforschung, welche zur (Weiter-)Entwicklung eines Programms oder einer Maßnahmen dient, in der Regel explorativer Natur. Die Frage, welche Untersuchungsmethode zur Anwendung kommt, kann nicht immer allein an formalen Kriterien fest gemacht werden. Viel mehr ist die Untersuchungsart auch abhängig vom wissenschaftlichen Kenntnisstand bezüglich des Untersuchungsgegenstandes sowie der Verfügbarkeit von (vergleichenden) Daten. Der zweitgenannte Fall kann beispielsweise durch begrenzte finanzielle oder zeitliche Ressourcen zum Tragen kommen. So ist im Falle einer explorativen Untersuchung nicht die Hypothesenprüfung sondern die Erkundung von Hypothesen, sprich die Erkundung von möglichen Wirkzusammenhängen, im Zentrum des Interesses. Allerdings müssen sich Evaluationsforscher und Auftraggeber darüber im Klaren sein, dass Ergebnisse einer vorwiegend explorativ angelegten Evaluation nur eine geringe externe Validität aufweisen und kaum verallgemeinerbar sind. Häufig angewendete methodische Ansätze einer explorativen Evaluation sind nach Bortz/Döring (2006):

---

<sup>45</sup> vgl. Bortz/Döring (2006) S.114f

- Offene Befragung
- Feldbeobachtung
- Aktionsforschung
- Qualitative Inhaltsanalyse
- u.A.

Diese qualitativen Verfahren der Datenerhebung werden auch als wenig standardisiert bezeichnet und sollen durch Verdichtung zur Bildung neuer Hypothesen beitragen. Diese Methoden erfordern von den untersuchenden Personen auch Phantasie, Einfallsreichtum und zugleich Transparenz.<sup>46</sup> Auf Grund des Fehlens einer wirklichen Kontrollgruppe und eingeschränkten zeitlichen und finanziellen Ressourcen ist der vorliegende Bericht in der Hauptsache explorativ angelegt und zu verstehen.

---

<sup>46</sup> vgl. Bortz/Döring (2006) S.49ff

### **3 Gesundheitspolitische Bedeutung: Demenzielle Erkrankungen als wachsende Herausforderung für die Gesundheitspolitik und den Pflegesektor**

#### **3.1 Prävalenz und Inzidenz demenzieller Erkrankungen**

„Demenzen gehören zu den häufigsten und folgenreichsten psychiatrischen Erkrankungen im höheren Alter“<sup>47</sup>. So gibt Weyer (2005) im Themenheft „Altersdemenz“ des Robert-Koch-Instituts an, dass fast die Hälfte der Pflegebedürftigen in Privathaushalten an Demenz erkrankt sei. Wobei der Anteil mit zunehmender Pflegestufe stark anwachsen würde.<sup>48</sup> Die Krankheitsdauer ist wegen des schleichenden kaum merklichen Beginns der Symptome nur schwer abzuschätzen. Zudem weist die Krankheitsdauer eine hohe Streuung auf und kann in Einzelfällen mehr als 20 Jahre betragen. Weiterhin sind die Angaben nicht einheitlich, weil sie sich auf nicht repräsentative Patientengruppen und unterschiedlich definierte Zeitpunkte des Krankheitsbeginns beziehen. In mehreren großen Studien wird die Dauer einer Alzheimer Demenz auf sechs Jahre beziffert. Wobei Weyer und Bickel (2007) davon ausgehen, dass es sich bei dieser Angabe um Überschätzungen handelt, da längere Krankheitsverläufe in Studien eher erfasst werden als kürzere. In einer methodisch bereinigten Studie gelangte man zu einem repräsentativen Wert von 3,3 Jahren.<sup>49</sup> In westlichen Industrieländern wird eine durchschnittliche Prävalenz von Demenz bei den über 65 Jährigen zwischen 5 und 8% angegeben. Legt man nur mittelschwere und schwere Formen, die eine selbstständige Lebensführung nicht mehr zulassen, zu Grunde, liegt der Mittelwert bei 6%. So stellen Weyer et al. (2007)<sup>50</sup> fest, dass in Studien, in denen die leichten Formen einbezogen werden, sich die Werte auf Zahlen zwischen 6 und 9% belaufen. Allgemein kann man davon ausgehen, dass das Verhältnis der leichten Demenzen zu den mittelschweren und schweren Formen etwa ein bis zwei Dritteln entspricht. In allen Prävalenzstudien zeigt sich ein „steiler Altersgang der Demenzprävalenz“. So stellte man eine regelhafte „[...] Erhöhung der Prävalenz mit dem Alter, die

---

<sup>47</sup>Weyerer (2005) S.7

<sup>48</sup>vgl. Weyerer (2005) S.7

<sup>49</sup>Weyer/Bickel (2007) S.77f

<sup>50</sup>vgl. Weyerer et al. (2007) S.63f

einer Verdoppelung nach konstanten Altersintervallen von jeweils etwa fünf Jahren entsprach“<sup>51</sup> fest. Allerdings hat diese Faustformel oberhalb von 90 Jahren keine Gültigkeit mehr, da andernfalls bereits vor 100 Jahren eine Prävalenz von 100% erreicht wäre. Vielmehr flacht der Prävalenzanstieg ab und mündet wohlmöglich in ein Plateau. Auf Grund der höheren Lebenserwartung und einer größeren Überlebensrate ist die Prävalenz, an Demenz zu erkranken, für Frauen höher. Von Metaanalysen ausgehend nehmen Weyer et al. (2007) für das Jahr 2002 in Deutschland einen durchschnittlichen Krankenstand von knapp einer Million Dementen im Alter über 65 Jahre an.<sup>52</sup>

Die anhand von Metaanalysen für das Jahr 2002 auf Deutschland übertragene Inzidenzrate demenzieller Erkrankungen beläuft sich nach Weyer et al. (2007) auf annähernd 1,9%, was einer Neuerkrankungsrate der über 65-Jährigen von annähernd 250.000 Fällen entspricht. Die Mehrzahl der Neuerkrankungen beginnt im Alter von mehr als 80 Jahren.<sup>53</sup>

Nach Schätzungen des statistischen Bundesamtes könnte sich die Zahl der an Demenz Erkrankenden bis zum Jahr 2020 auf ca. 1,4 Mio. und bis zum Jahr 2050 auf ca. 2,3 Mio. erhöhen.<sup>54</sup>

Allerdings soll noch einmal herausgestellt werden, dass eine Vielzahl an Demenzkranken auf Grund der unspezifischen Symptomatik und des schleichenden Verlaufes durch Hausärzte nicht erkannt bzw. nicht zutreffend diagnostiziert wird.<sup>55</sup>

### **3.2 Demenzielle Erkrankungen und familiäre Pflegestrukturen**

Obwohl bereits leichte Formen der Demenz die selbstständige Lebensführung der Betroffenen auf Grund der damit verbundenen kognitiven Einschränkungen erschweren, sind die Betroffenen noch nicht vollständig von der Hilfe Dritter abhängig. Erst im mittleren bis schweren Krankheitsstadium sind die kognitiven Fähigkeitseinbußen als so stark anzusehen, dass ein umfassender Pflege- und

---

<sup>51</sup>Weyerer et al. (2007) S.65

<sup>52</sup> vgl. Weyerer et al. (2007) S.65ff

<sup>53</sup> vgl. Weyerer et al. (2007) S.69ff

<sup>54</sup> Robert Koch-Institut (2006) S.33

<sup>55</sup> vgl. BTDS 14/8800



Betreuungsbedarf rund um die Uhr besteht. Neben den kognitiven Einschränkungen sind auch nicht kognitive Systeme wie z.B. Wahrnehmung, Affektivität oder Persönlichkeit durch die Demenz beeinträchtigt. Auf Grund dessen kommt es häufig zu psychischen Auffälligkeiten wie Depressionen, Schlafstörungen, Unruhe, Angst, Wahnwahrnehmungen, Halluzinationen und Aggressionen. Diese nicht kognitiven Symptome der Demenz führen zu einer Verschlechterung der Lebensqualität des Betroffenen und führen so auch zu steigenden Belastungen der pflegenden Personen, welche in der Regel Familienangehörige sind. Dabei sind diese Symptome nicht nur Folge organischer Abbauprozesse des Gehirns sondern spiegeln das enge Wechselspiel der psychosozialen Einflüsse, der Persönlichkeit und den (noch) vorhandenen Konfliktbewältigungsstrategien wieder.<sup>56</sup> So erklärte Hallauer (2000) im Zusammenhang mit der Ermittlung von Krankheitskosten: „Etwa die Hälfte der pflegenden Angehörigen entwickelt psychopathologische Auffälligkeiten. Die Prävalenz einer depressiven Erkrankung beträgt bei pflegenden Angehörigen 36%, die der entsprechenden Kontrollgruppe 9,6%.“<sup>57</sup> Im Jahr 2009 waren ca. 2,34 Mio. Menschen in Deutschland pflegebedürftig im Sinne des SGB XI, von diesen 2,34 Mio. Menschen wurden ca. 1,65 Mio. Menschen Zuhause<sup>58</sup> versorgt. Von diesen 1,65 Mio. Menschen erhielten 1,07 Mio. Menschen ausschließlich Pflegegeld, woraus sich schließen lässt, dass diese in der Regel allein durch Angehörige gepflegt werden. In den übrigen Fällen der Zuhause Gepflegten wird die Pflege ganz oder teilweise durch ambulante oder teilstationäre Dienste übernommen.<sup>59</sup>

Demenz ist eine der häufigsten Ursachen für Pflegebedürftigkeit. So gehen in der Gruppe der über 80Jährigen mehr als 35% der Pflegebedürftigkeitsfälle auf Demenzerkrankungen zurück.<sup>60</sup>

Somit wird deutlich, dass Familienangehörige die wichtigsten Pflege- bzw. Bezugspersonen Demenzkranker sind. Wie in der allgemeinen häuslichen Pflege auch, sind es vor allem Töchter und (Ehe-)Partnerinnen, die die

---

<sup>56</sup> vgl. Weyerer (2005) S.7

<sup>57</sup> Hallauer (2000) S.74

<sup>58</sup> Zuhause schließt ambulante Pflege, teilstationäre Pflege und Pflegegeldempfänger ein.

<sup>59</sup> vgl. Statistisches Bundesamt 2011

<sup>60</sup> Robert Koch-Institut (2006) S.65

Versorgung eines Demenzkranken übernehmen. Wie bereits erläutert, können die voranschreitenden Beeinträchtigungen in der Alltagsbewältigung und im Verhalten der an Demenz erkrankten Pflegebedürftigen zu steigenden Belastungen der pflegenden Familienangehörigen führen. Diese Belastungen sind häufig ursächlich für eine Übersiedelung des Demenzkranken in eine (voll-)stationäre Pflegeeinrichtung.<sup>61</sup> Die Enquête-Kommission-„Demografischer Wandel“ (2002) gibt an, dass jährlich bis zu einem Viertel der zuvor in Privathaushalten lebenden Demenzkranken in ein Heim einziehen, wodurch die Demenz zur wichtigsten Einzelursache für die Institutionalisierung Pflegebedürftiger geworden ist.<sup>62</sup>

Da ein erhebliches Pflegepotenzial im familiären Kontext eingebettet ist, soll nun der Einfluss des demografischen Wandels in Deutschland auf die familiäre Pflegesituation beleuchtet werden<sup>63</sup>. Im Zuge des demografischen Wandels zeichnen sich maßgeblich drei Trends in der Veränderung familiärer Strukturen ab. 1) Durch die Zunahme von Kinderlosigkeit, Singlehaushalten und neuen Formen des Zusammenlebens hat die Gelegenheit zur intergenerationalen Begegnung und Hilfe abgenommen. 2) Durch die zunehmende Lebensdauer steigt die Wahrscheinlichkeit des gleichzeitigen Erlebens von mehr als zwei Generationen. 3) Durch die Pluralisierung von Lebensformen können sich intergenerationelle Beziehungen auch über die traditionellen familiären Beziehungen hinaus entwickeln. Zwar verändern diese Trends die traditionellen familiären Kontaktchancen und Interaktion, doch führen sie nicht zum Zerfall des familiären Zusammenhangs. Auf Grund der längeren Lebenszeit haben „Großeltern“ die Chance, eine längere Zeit mit ihren Enkeln zu verbringen und ein intensiveres Verhältnis zu ihnen und ihren eigenen Kindern zu entwickeln. Weiterhin führt die Ausdehnung der gemeinsamen Lebenszeit zu einer Intensivierung des Solidaritätsgefühls zwischen den Generationen. So führen die erhöhte räumliche Mobilität und der Trend zu Singlehaushalten zumindest

---

<sup>61</sup>vgl. Weyer (2005) S.16f

<sup>62</sup>vgl. BTDS 14/8800 S.234

<sup>63</sup> Dies geschieht vornehmlich auf Grundlage des Schlussberichtes der Enquête-Kommission „Demografischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“ BT-DS 14/8800 (2002)

nicht zu einer Verringerung der Kontaktchancen der Generationen.<sup>64</sup> Auf dieser Basis werden innerhalb der Familie verschiedene soziale Dienste geleistet, die sich von der Kinderbetreuung durch die Großeltern (ältere Generation) bis hin zur Pflege der älteren Generation durch die mittlere Generation erstrecken<sup>65</sup>. Allerdings werden Pflegeleistungen auch durch die ältere Generation selbst geleistet (z.B. durch Ehepartner). Diese informell erbrachten interfamiliären Dienste auf der Mikroebene können durch formell erbrachte, gesellschaftlich organisierte Dienstleistungen auf der Makroebene ergänzt oder ersetzt werden (z.B. ambulante oder teil-/ stationäre Pflege). Die Erbringung und Inanspruchnahme dieser professionellen Dienstleistung ist abhängig von der Wechselbeziehung der Generationen.<sup>66</sup>

Man geht davon aus, dass bis zum Jahr 2030 zwar mit einem Rückgang der durchschnittlichen Kinderzahl aber nicht mit einem Anstieg der Kinderlosigkeit zu rechnen ist.<sup>67</sup> Doch ist durch die Verringerung der durchschnittlichen Kinderzahl das Pflegepotential in der Familie geschmälert. Einen entscheidenden Einfluss auf die Wechselbeziehungen in den Familien haben auch Entwicklungen in anderen gesellschaftlichen Bereichen, wie z.B. die erhöhte räumliche Mobilität oder andere Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt, die Frauenerwerbstätigkeit weiter befördern und somit die Vereinbarkeit von Familie und Erwerbstätigkeit beeinflussen. Damit wird die Vereinbarkeit von familiärer Betreuung und Pflege zu einer Herausforderung für Politik und Wirtschaft. Eine Möglichkeit den veränderten familiären Generationenbeziehungen Rechnung zu tragen, stellt die Förderung von freiwilligem, bürgerschaftlichem Engagement dar.<sup>68</sup> Zudem legt Von Winter (2003) dar, dass der Anstieg der Pflegebedürftigen und damit die erhöhte Nachfrage nach Pflegepersonen zum Teil durch den demografischen Wandel selbst aufgefangen werden kann. Zu einem großen Teil wird Pflege bereits heute durch Personen geleistet, die selbst zur älteren Generation gehören.

---

<sup>64</sup> vgl. BT-DS 14/8800 S.38f

<sup>65</sup> Kindergeneration – in Bildungs- und Ausbildungsphase; mittlere Generation – teilweise in Erwerbs und/oder Familienphase; ältere Generation – aus Erwerbsleben ausgeschieden

<sup>66</sup> vgl. BT-DS 14/8800 S.45

<sup>67</sup> vgl. BT-DS 14/8800 S.39

<sup>68</sup> vgl. BT-DS 14/8800 S.46

Schiebt sich die Phase der funktionalen und kognitiven Beeinträchtigung, wie es die Kompressionsthese oder auch das „bi-modale Modell“ proklamieren, hinaus, erhöht sich das Potential an Pflegepersonen (zumeist im Familienkreis), die nicht durch Erwerbstätigkeit gebunden sind.<sup>69</sup> Doch nicht nur im familiären Kontext wird dieser Gruppe der älteren Generation zunehmend Beachtung geschenkt. So sprechen eine Reihe von Autoren von Potentialen der ‚rüstigen Alten‘, die es im Rahmen von bürgerschaftlichem Engagement auch im Bereich der Pflege zu nutzen gilt. So kann bürgerschaftliches Engagement im Alter zu beidseitigem Nutzen stattfinden. Schließlich kann bürgerschaftliches Engagement in verschiedenen Dimensionen dem Erhalt oder dem Neuerwerb von Kompetenzen dienen. Somit wären präventive Effekte als auch soziale Integration und im weiteren Sinne auch ökonomische Effekte als positives Ergebnis hervor zu heben.<sup>70</sup>

Neben der Qualität und Quantität familiärer Beziehungen hat auch die steigende Lebenserwartung, welche einen Anstieg chronischer Erkrankungen (z.B. Demenz) und Multimorbidität mit sich bringt, Einfluss auf den Pflegebedarf der älteren Generation.<sup>71</sup> Daher sollen im Folgenden kurz Thesen zur Morbiditätsentwicklung dargestellt werden.

### **3.3 Thesen zur Morbiditätsentwicklung im höheren Lebensalter**

Zur Entwicklung chronischer Krankheiten und damit auch der Pflegebedürftigkeit gibt es in der Literatur die Thesen der Morbiditätskompression bzw. der Morbiditätsexpansion. Beide Thesen beleuchten den Effekt der steigenden Lebenserwartung auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung.<sup>72</sup>

Die These der Morbiditätskompression stellt die „optimistische“ der beiden Thesen dar.<sup>73</sup> In der absoluten Morbiditätskompression geht man davon aus, „[...]dass sich durch eine verbesserte Verhaltens- und Verhältnisprävention [z.B.

---

<sup>69</sup> vgl. von Winter (2003) S.15

<sup>70</sup> vgl. Klie (2010) S.575 / Eichner (2003) S.19f

<sup>71</sup> vgl. BT-DS 14/8800 S.233

<sup>72</sup> vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009) S.108

<sup>73</sup> vgl. BT-DS 14/8800 S.184

verbesserte Hygiene, verbesserte Ernährung, verbesserter Arbeitsschutz, medizinisch- technischer Fortschritt] der Eintritt chronischer Erkrankungen hinausschiebt und mit steigender Lebenserwartung die Länge der in Krankheit verbrachten Lebenszeit abnimmt.<sup>74</sup>

Die These der Morbiditätsexpansion wird auch als Medikamentalisierungsthese bezeichnet und stellt die „pessimistischere“ der beiden Thesen dar. Man geht davon aus, „[...] dass sowohl die Gesamtmorbidität im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung als auch die altersspezifische Morbidität auf Grund des medizinisch technischen Fortschritts (frühzeitige Erkennung und Behandlung von Krankheiten bei einer Verlängerung der Überlebenszeiten und Chronifizierung der Krankheiten) sowie individuellen gesundheitlichen Fehlverhaltens ansteigt.“<sup>75</sup> Auf Grund der früheren Erkennung lebensbedrohlicher Erkrankungen können diese auch verhindert oder geheilt werden, so dass immer mehr Menschen in ein Alter gelangen, in dem Krankheiten mit langer Latenzzeit und chronischem Verlauf (Herz-Kreislauf-, Tumor-Erkrankungen, Diabetes, Demenzen) zunehmen. Demnach sind die letzten Lebensjahre von Multimorbidität und Funktionseinschränkungen geprägt und verursachen neben erhöhten Kosten für Kuration auch einen erhöhten Bedarf an Pflege.

Die Enquête Kommission (2002) nennt eine Synthese aus beiden Modellen das bi-modale Konzept, nach welchem sich der Gesundheitszustand der Bevölkerung sich langfristig verbessert, gleichzeitig aber auch der Anteil behinderter und gesundheitlich beeinträchtigter und pflegebedürftiger Lebensjahre älterer Menschen zunimmt.<sup>76</sup> Demnach entspricht diese Synthese dem Modell der relativen Morbiditätskompression, wie sie der Sachverständigenrat zur Begutachtung im Gesundheitswesen (2009) erläutert. „Nach der These der relativen Morbiditätskompression nimmt lediglich der Anteil der Lebenszeit mit einer chronischen Erkrankung an der Gesamtzahl der

---

<sup>74</sup> Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009) S.108f

<sup>75</sup> vgl. BT-DS 14/8800 S.184

<sup>76</sup> vgl. BT-DS 14/8800 S.184

Lebensjahre ab.“<sup>77</sup> So überwiegen gemäß dem Sachverständigenrat in allen diese Thesen untersuchenden Studien Hinweise auf die Existenz der Kompressionstheorie.<sup>78</sup> Allerdings postuliert die Enquête Kommission (2002), dass sozialepidemiologischen Untersuchungen folgend sowohl die Medikamentalisierung- als auch die Kompressionsthese für sich genommen nachweisbar sind. Diese treffen allerdings für unterschiedliche soziale Schichten zu. Dabei zeichnet sich ab, dass die Kompressionstheorie vor allem in den Oberschichten nachzuweisen ist.<sup>79</sup>

### **3.4 Risikofaktoren demenzieller Erkrankungen**

Wie anhand der Inzidenzraten zu erkennen ist, ist das Alter der bedeutendste Risikofaktor an einer Demenz zu erkranken. Zudem wird in Studien häufig ein Zusammenhang mit dem Niveau der Schulbildung /Beruf und dem Risiko an Demenz zu erkranken festgestellt. So ist in einer Querschnittstudie das Risiko der Personen mit dem niedrigsten Bildungsniveau um das Vierfache erhöht im Vergleich zu Menschen mit dem höchsten Bildungsniveau. In Längsschnittstudien ist dieser Effekt lediglich bei Frauen in geringem Maße nachweisbar. Der Zusammenhang zwischen Berufstätigkeit und dem Risiko an Demenz zu erkranken ist noch weitgehend ungeklärt. Allerdings ist eine höhere Prävalenz bei Personen mit einfachen Tätigkeiten wie Landarbeitern, Hausangestellten und Arbeitern zu verzeichnen. Im Falle von Alkoholkonsum ist ein J- bzw. U-förmiger Zusammenhang zwischen Trinkmenge und Krankheitsrisiko festzustellen. Demnach ist das Krankheitsrisiko bei Abstinenz leicht erhöht und bei mäßigem Alkoholkonsum signifikant verringert. Bei steigendem Alkoholkonsum steigt auch das Krankheitsrisiko an. Strittig ist jedoch, ob diese Beziehung für alle alkoholischen Getränke oder nur für Wein gilt. Beim Rauchen wurde in aktuellen Studien lediglich ein Zusammenhang zwischen aktuellen Rauchern und einem erhöhtem Krankheitsrisiko festgestellt. So hatten ältere Menschen, die das Rauchen aufgegeben haben, kein nennenswert höheres Krankheitsrisiko. Ernährungsbedingte Risikofaktoren für

---

<sup>77</sup> Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009) S.108f

<sup>78</sup> Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009) S.111

<sup>79</sup> vgl. BT-DS 14/8800 S.184f

ein erhöhtes Krankheitsrisiko liegen Anhaltspunkten zufolge vorwiegend in erhöhtem Fettverzehr und erhöhter Kalorienaufnahme und daraus resultierendem Übergewicht. Die Aufnahme von ungesättigten Fettsäuren z.B. über Fisch verringert das Risiko. Zudem stellte man einen Zusammenhang zwischen Kardiovaskulären Risikofaktoren und dem Auftreten von Demenzen fest. So zeichnet sich ab, dass durch Hypotonien im mittleren Lebensalter, sofern diese unbehandelt bleiben, das Risiko zur Entstehung von Demenzen ansteigt. Weitere Zusammenhänge wurden auch für Diabetes-Mellitus festgestellt, die nicht nur zu erhöhten Raten vaskulärer Demenzen, sondern auch von Alzheimer-Demenz führten. Darüber hinaus ist aus mehreren Längsschnittstudien ein allgemeiner Zusammenhang zwischen vermehrter geistiger, körperlicher und sozialer Aktivität und verminderter Demenzzinzidenz zu erkennen. So wird „Geistiger Aktivität [...] im Sinne eines ‚use-it-or-lose-it‘ eine Schutzfunktion vor dem Nachlassen kognitiver Leistungen im Alter zugesprochen.“<sup>80</sup> Überwiegend zeigt sich in Studien eine Dosis-Wirkungs-Beziehung, die besagt, dass von großer Aktivität auch ein großer Schutz ausgeht.

Ausgehend von der Betrachtung der Risikofaktoren lässt sich annehmen, dass für die chronische Krankheit Demenz in ihrer Inzidenzentwicklung der relativen Kompressionstheorie entspricht und zugleich die soziale Schicht als beeinflussender Faktor mit angenommen werden kann.

Gerade in einem Land wie Mecklenburg –Vorpommern, welches zu den Ländern mit hohem Durchschnittsalter und einer hohen Abwanderungsrate jüngerer Bevölkerungsteile gehört sowie im Bundesvergleich eine relativ hohe Arbeitslosenquote aufweist, ist zu befürchten, dass gerade hier demenzielle Erkrankungen stärker zunehmen als in anderen Gebieten. Aus dieser Überlegung heraus scheint es angeraten, gerade hier neue Versorgungsformen zu ergründen, erproben und weiter zu entwickeln.

---

<sup>80</sup> Weyer/Bickel (2007) S.88

### **3.5 Entwicklung der Bevölkerung und Pflegebedürftigen als Indikator für die Entwicklung demenzieller Erkrankungen**

#### **3.5.1 Das aktuelle Bild**

Der Demografische Wandel führt zu gravierenden Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur und beeinflusst somit auch die familiären Pflegestrukturen und Potentiale. „Der Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland hat sich weiter in Richtung der älteren Generation verschoben.“<sup>81</sup> In den vergangenen Jahren hat die Zahl der über 60-Jährigen in der Bevölkerung stark zugenommen. Im Jahr 2009 machte der Anteil der über 60-Jährigen einen Anteil von 26% an der Gesamtbevölkerung aus. Wogegen 1990 die über 60-Jährigen einen Anteil von 20% ausmachten. Dem gegenüber machte im Jahr 2009 die Gruppe der 20-59-Jährigen einen Anteil von 55% an der Gesamtbevölkerung aus. Der Anteil dieser Altersgruppe machte im Jahr 1990 noch 58% aus. Der Trend der Altersverschiebung ist auch durch die Betrachtung der Veränderung des Durchschnittsalters zu erkennen. Im Jahr 1990 betrug das Durchschnittsalter 39 Jahre und 3,5 Monate. Bis zum Jahr 2009 war es bereits auf 43 Jahre und 5,5 Monate angestiegen.<sup>82</sup> Setzt man die mittlere Generation mit der älteren Generation in ein Verhältnis, erhält man den Altenquotienten. Dieser Altenquotient stellt einen Indikator für die Belastung der mittleren Bevölkerung durch die ältere Bevölkerung dar.<sup>83</sup> Des Weiteren kann er als Indikator für das Pflegepotential, welches von der mittleren Generation ausgeht, angesehen werden. Je höher der Altenquotient ist, desto geringer ist der Anteil der mittleren Generation im Verhältnis zur älteren Generation. Zur Verdeutlichung der mit dem demografischen Wandel verbundenen Problematik der abnehmenden familiären Pflegepotentiale sollen im Folgenden für die Jahre 2005, 2007 und 2009 die Zahlen zu Pflegebedürftigen im Verhältnis zum Altenquotienten<sup>84</sup> betrachtet werden.

---

<sup>81</sup>Krack-Rohberg/Grobecker (2011) S.429

<sup>82</sup> vgl. Krack-Rohberg/Grobecker (2011) S.429f

<sup>83</sup> vgl. Grobecker et al. (2009) S.63 / Krack-Rohberg/Grobecker (2011) S.430

<sup>84</sup> Die Zahl der 60-Jährigen und Älter je 100 Personen im Alter von 20- unter 60 Jahren



**Tabelle 1 Pflegebedürftige nach Art der Leistung und Pflegestufe**

<b>Jahr</b>	<b>2005</b>			<b>2007</b>			
<b>Altenquotient</b>	45,2			45,6			
<b>Pflegebedürftige</b>	2.128.550			2.246.829			2
Nach Pflegestufen	<b>I</b>	<b>II</b>	<b>III</b>	<b>I</b>	<b>II</b>	<b>III</b>	<b>I</b>
	1.068.943	768.093	280.693	1.156.779	787.465	291.752	1.247.564
<b>Pflegegeld</b>	980.425			1.033.286			1
Nach Pflegestufen	<b>I</b>	<b>II</b>	<b>III</b>	<b>I</b>	<b>II</b>	<b>III</b>	<b>I</b>
	597.751	301.605	81.069	638.846	308.997	85.443	680.671
<b>ambulante Pflege</b>	471.543			504.232			
Nach Pflegestufen	<b>I</b>	<b>II</b>	<b>III</b>	<b>I</b>	<b>II</b>	<b>III</b>	<b>I</b>
	240.086	172.937	58.520	264.527	178.532	61.173	302.728
<b>teilstationäre Pflege</b>	19.066			23.229			
Nach Pflegestufen	<b>I</b>	<b>II</b>	<b>III</b>	<b>I</b>	<b>II</b>	<b>III</b>	<b>I</b>
	7.971	8.477	2.054	10.083	9.959	2.456	13.832
<b>vollstationäre Pflege</b>	657.516			686.082			
Nach Pflegestufen	<b>I</b>	<b>II</b>	<b>III</b>	<b>I</b>	<b>II</b>	<b>III</b>	<b>I</b>
	223.135	285.074	139.050	243.323	289.977	142.680	264.165

Quelle: Eigene Darstellung nach Statistisches Bundesamt (2010) und Krack-Rohberg/Grobecker (2011) S.429

Anhand der in der voran gestellten Tabelle Tab. 01 abgebildeten Daten für die Jahre 2005, 2007 und 2009 ist der Einfluss des demografischen Wandels auf familiäre Pflegepotentiale zu erkennen. Der Altenquotient steigt in der abgebildeten Periode von 45,2 im Jahr 2005 auf 46,9 im Jahr 2009. Im Jahr 1990 betrug der Altenquotient noch 35,2.<sup>85</sup> Anhand der steigenden Altenquotienten ist der Trend zu erkennen, dass sich das Verhältnis der älteren zur mittleren Generation stetig in Richtung der älteren Generation verschiebt. Da familiäre Pflegepotentiale zu einem großen Teil in der mittleren Generation zu verorten sind, ist abzuleiten, dass allein bedingt durch die Verschiebung der Alterspyramide familiäre Pflegepotentiale verringert werden. Zwar legt die Enquête-Kommission „Demografischer Wandel“ (2002) dar, dass soziale Beziehungen in den Familien, auf denen aufbauend informelle soziale Dienste, also Pflegearrangements geleistet werden, weiterhin Bestand haben. Dennoch ist eine sinkende Kinderzahl zu verzeichnen, so dass die ‚Last‘ der familiären Pflege auf weniger Schultern ruhen kann. Diese Annahme wird durch die Tatsache untermauert, dass die absoluten Zahlen der Pflegebedürftigen in Deutschland in den Jahren 2005 bis 2009 stetig anstiegen. Mit dieser steigenden Anzahl an Pflegebedürftigen geht ein Anstieg der Pflegegeldempfänger<sup>86</sup> in der Periode von 2005 bis 2007 einher. Dabei ist zu beobachten, dass die Zahl der ausschließlichen Pflegegeldempfänger der Pflegestufe I sich in der gesamten Periode von 2005 bis 2009 erhöht. Allerdings fand eine Verringerung der Anzahl der ausschließlichen Pflegegeldempfänger in der Periode 2007 bis 2009 in den Pflegestufen II und III statt. So ist davon auszugehen, dass formell (professionell) geleistete soziale Dienstleistungen hinzugezogen wurden. In der Darstellung der Pflegegeldempfänger werden lediglich reine Pflegegeldempfänger abgebildet, d.h. Empfänger von Kombileistungen (Kombination von Sachleistung(en) und Pflegegeld), welche mit Inkrafttreten des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes ab dem Jahr 2008 möglich waren, können als Erklärung für den Rückgang ausschließlicher Pflegegeldempfänger in den Pflegestufen II und III dienen. So lässt sich der

---

<sup>85</sup> vgl. Krack-Rohberg/Grobecker (2011) S.429

<sup>86</sup> Personen die hauptsächlich durch Familienangehörige, ohne Kombileistungen in Anspruch zu nehmen gepflegt werden

Rückschluss ziehen, dass pflegende Angehörige Entlastungsangebote auf Basis von Kombileistungen in Anspruch nehmen und der gesetzgeberischen Intention von Pflege in häuslicher Umgebung entsprochen wird. Auf dieser Basis ist davon auszugehen, dass es wahrscheinlich ist, dass auch weitere Entlastungsangebote, sofern sie ermöglicht und angeboten werden, von pflegenden Angehörigen in Anspruch genommen werden.

### 3.5.2 Vorausschauende Betrachtung

Im Jahr 2008 als Basisjahr für die Bevölkerungsprognose des Statistischen Bundesamtes bestand die Bevölkerung zu 19% aus Kindern und Jugendlichen unter 20 Jahre, zu 61% aus 20 bis unter 65 Jährigen und zu 20% aus 65-Jährigen und Ältere. So wird bis zum Jahr 2060 mindestens jeder Dritte das 65.Lebensjahr durchlebt haben. Weiterhin schlägt sich die Alterung insbesondere in den Zahlen der Hochbetagten nieder, ihre Zahl wird kontinuierlich steigen bis sie ca. im Jahr 2050 ihren höchsten Wert erreicht haben wird. Da das Alter der bedeutendste Risikofaktor für das Auftreten einer Demenz angesehen werden kann, ist im Zuge dieser Entwicklung auch mit einem absoluten Anstieg der Demenzerkrankungen zu rechnen. Dem gegenüber steht, dass die Bevölkerung im erwerbstätigen Alter (20-65 Jahre) deutlich schrumpfen und altern wird. So wird bereits zwischen 2017 und 2024 das Erwerbspotential zu jeweils 40% aus 30 – unter 50-Jährigen und 50 – unter 65-Jährigen bestehen. Im Jahr 2008 bestand diese Gruppe noch zu 49% aus 30 – unter 50-Jährigen und zu 31% aus 50 – unter 65-Jährigen.<sup>87</sup> Der Altenquotient<sup>88</sup> betrug im Jahr 2008 für gesamt Deutschland 34. Im Jahr 2015 und 2020 wird der Altenquotient gemäß den Prognosen des Statistischen Bundesamtes bereits 36 bzw. 39 betragen.<sup>89</sup> Somit steht, gemessen an der Bevölkerungsentwicklung, einem Anstieg von Pflegebedürftigkeit (und dementiellen Erkrankungen) eine Verringerung der familiären Pflegepotentiale gegenüber.

---

<sup>87</sup> vgl. Statistisches Bundesamt (2009) S.5f

<sup>88</sup> Die Zahl der 65 Jährigen und Älter je 100 Personen im Alter von 20- unter 65 Jahren

<sup>89</sup> vgl. Statistisches Bundesamt 2010C

### 3.6 Belastungen Pflegender Angehöriger

Pflegende Angehörige stellen mittels ihrer informellen, innerfamiliären oder auch nachbarschaftlichen Dienstleistung neben den professionellen sowie ehrenamtlichen formell geleisteten Dienstleistungen die größte Säule der Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen dar. So postuliert Klie (2010): „Die relative finanzielle Stabilität der Pflegeversicherung basiert einzig und allein auf der unerwartet hohen Familienpflegebereitschaft, das heißt auf der Leistungsfähigkeit des informellen Sektors.“<sup>90</sup> Darüber hinaus können im Zusammenhang mit der Pflege auftretende Belastungen indirekte Krankheitskosten verursachen. Diese indirekten Krankheitskosten entstehen, wenn pflegende Angehörige infolge der durch sie geleisteten Pflege und Betreuung an physischen oder psychischen Krankheiten leiden und so ihrerseits Krankheitskosten verursachen. Daher sollen im Folgenden die Belastungen pflegender Angehöriger näher betrachtet werden.

Auch wenn die Pflege eines Angehörigen als gewinnbringende und sinnstiftende Tätigkeit gesehen werden kann, steht den positiven Aspekten eine Reihe von belastenden Veränderungen gegenüber.<sup>91</sup> „Die Übernahme der Pflege wird häufig ohne vorhergehenden bewussten Entscheidungsprozess und als nicht zu hinterfragende ‚Selbstverständlichkeit‘ betrachtet.“<sup>92</sup> So ist „die Pflege von Demenzkranken [...] eine Aufgabe, auf die Familienangehörige nicht vorbereitet sind, die sie sich nicht ‚ausgesucht‘ haben, von der sie nicht wissen, wie lange sie andauern wird und welche Probleme im Einzelnen sie mit sich bringt.“<sup>93</sup> Häufig werden die kognitiven Einbußen, Verhaltensdefizite und Verhaltensauffälligkeiten sowie die Persönlichkeitsveränderungen des an Demenz erkrankten Menschen als unverständlich und unkontrollierbar erlebt. Die Schwierigkeit für pflegende Angehörige besteht darin, die Veränderungen an einer ihnen nahestehenden, in der Vergangenheit leistungsfähigen und selbständig handelnden und in der Persönlichkeit, dem Denken und Handeln ihnen vertrauten Person wahrzunehmen. Häufig haben pflegende Angehörige

---

<sup>90</sup> Klie (2010) S.573

<sup>91</sup> vgl. Gräßel (2009) S.42

<sup>92</sup> Gunzelmann / Wilz (2005) S.302

<sup>93</sup> Matter (2009) S.223

kein ausreichendes Vorwissen und keine Strategien, um mit der neuen Situation umzugehen. Pflegende Angehörige müssen sich daher nicht nur pflegerisch- betreuerische Kenntnisse aneignen, die Pflege und Betreuung organisieren und gestalten, sondern vielmehr noch müssen sie eine psychische Anpassungsleistung vollbringen, die es ihnen ermöglicht, die nicht unerheblichen Veränderungen der nahestehenden Person im Verlauf des demenziellen Krankheitsprozesses realistisch wahrzunehmen, zu akzeptieren, in die Beziehung zu integrieren und damit umzugehen lernen.<sup>94</sup>

Bei der Pflege von Menschen mit demenzieller Erkrankung sehen sich die Angehörigen nach Gunzelmann und Wilz (2005) mit folgenden Anforderungen konfrontiert:<sup>95</sup>

- Die Unterstützung des demenzkranken Familienmitgliedes bei alltäglichen Aufgaben. In der Anfangsphase erstreckt sich die Unterstützung vorwiegend auf komplexe Alltagshandlungen, w. z.B. das Einkaufen oder die Erledigung finanzieller Angelegenheiten, doch mit fortschreitendem Krankheitsverlauf erstreckt sich die Hilfe zunehmend auch auf einfache Alltagsaktivitäten, wie Körperpflege, Waschen oder die Zubereitung und Einnahme von Mahlzeiten.
- Bei fortgeschrittenem Krankheitsstadium erfolgt die Übernahme der Körperpflege und Hilfeleistungen bei der Mobilität.
- Die Beaufsichtigung des Erkrankten, wenn die zeitliche, örtliche und persönliche Desorientierung zunimmt.
- Der Umgang mit den demenziell bedingten kognitiven Einbußen, neuropsychologischen Symptomen, Gangstörungen, Inkontinenz und anderen Folgen der Demenz.
- Der Umgang mit den demenziell bedingten nicht kognitiven Einbußen (Unruhe, Angst, Depressivität, Aggressivität, sozialer Rückzug, wahnhafte Symptome).
- Die Stabilisierung noch vorhandener Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie der psychischen Stimmung durch sinnvolle Aktivierung und

---

<sup>94</sup> vgl. Gunzelmann / Wilz (2005) S.303

<sup>95</sup> vgl. Gunzelmann / Wilz (2005) S.302f

Einbeziehung des erkrankten Familienmitgliedes in Aktivitäten des Alltags.

- Die psychische Bewältigung des Krankheitsgeschehens und der eigenen emotionalen Belastung.

In Familien sind häufig folgende Aspekte mitbestimmend für die schwierige psychische Situation der pflegenden Angehörigen:

- Die mit der Demenz verbundenen kognitiven Veränderungen und die Veränderung der Persönlichkeit werden wie ein Verlust des Verwandten wahrgenommen, worin sich eine hohe emotionale Belastung gründet.
- Die Übernahme der Pflege erfolgt häufig aus emotionaler Verbundenheit, Verpflichtungs- oder Dankbarkeitsgefühlen, vermuteter Erwartungen der erkrankten Person oder des sozialen Umfeldes. Zu Konflikten und Belastungen kommt es, wenn der pflegende Familienangehörige nicht die erwartete Dankbarkeit erfährt bzw. wahrnimmt und es trotz der Bemühungen zu Konflikten und einem Fortschreiten der Symptomatik kommt.
- Durch Schwankungen in der Symptomatik kann es schwierig für den pflegenden Angehörigen sein, sich konsequent auf das erkrankte Familienmitglied mit seinen Einschränkungen einzustellen und die Beziehung zu gestalten. Es entstehen Zweifel am eigenen Verhalten und der Beziehung zum erkrankten Menschen.
- Phantasien der Loslösung vom Erkrankten und fremd gewordenen Menschen oder der Wunsch nach dessen Tod zur Beendigung der belastenden Erfahrung lösen Schuldgefühle aus.
- Der pflegende Angehörige muss häufig neue Aufgaben übernehmen, die auf Dauer eine Überforderung darstellen. Damit verbunden müssen auch häufig Lebensperspektiven oder -modelle aufgegeben bzw. überdacht werden.

- Durch die starke Abhängigkeit des an Demenz erkrankten Menschen kann es zu einer Umkehr früherer Machtverhältnisse kommen, was erhebliches Konfliktpotential in sich birgt.<sup>96</sup>

In Auswertung verschiedener Studien fasst Matter (2009) als die häufigsten Belastungen zusammen:<sup>97</sup>

- die Notwendigkeit, ständig verfügbar sein zu müssen,
- das Gefühl, allein zu sein und keine Gesprächsmöglichkeit zu haben,
- es verlernt zu haben, abzuschalten,
- der Gedanke, dass es keine Veränderung zum Besseren gibt,
- das erlebte Leiden der Angehörigen und die Angst, sie bald zu verlieren,
- Schwierigkeiten, Urlaub nehmen zu können,
- die eigene körperliche und seelische Befindlichkeit,
- die gestörte Nachtruhe,
- der Mangel an Kontakten zu Freunden und Bekannten,
- die soziale Isolierung,
- die fehlende Anerkennung,
- Beziehungsprobleme zwischen Pflegenden und Gepflegten und
- finanzielle Probleme

In Folge der Belastungen fasste Gräßel (2009) die vier bedeutsamsten Auswirkungen der Belastungen auf den Angehörigen selbst, den Pflegebedürftigen sowie die gesamte Pflegesituation zusammen:

#### 1. Beschleunigung des Heimübertritts

Das Belastungsniveau des Angehörigen kann als der bedeutendste Prädiktor für eine Institutionalisierung des zu pflegenden Angehörigen angesehen werden. Daraus ergibt sich, dass je größer das Belastungsniveau der Pflegeperson ist, umso früher wird das häusliche Pflegearrangement aufgegeben.

---

<sup>96</sup> vgl. Gunzelmann / Wilz (2005) S.303

<sup>97</sup> Matter (2009) S.223f

## 2. Art des Umgangs mit dem Demenzkranken

In Folge von Belastungen können problematische Verhaltensweisen in Form von verbaler Aggression bis hin zu physischer Gewalt auftreten. Dies ist gehäuft bei Angehörigen, die depressiv sind oder sich stärker belastet fühlen. Das heißt, je größer das Belastungsempfinden des Angehörigen ist, umso größer ist die Gefahr zu negativen Verhaltensweisen dem demenzkranken Familienmitglied gegenüber zu neigen.

## 3. Psychische und körperliche Gesundheit

Körperliche Beschwerden kommen bei pflegenden Angehörigen eines Demenzkranken signifikant häufiger und stärker vor als bei pflegenden Angehörigen eines nicht Demenzkranken. Insbesondere die Schmerzsymptome sind als Zeichen körperlicher Erschöpfung zu sehen. Des Weiteren ist Depressivität bei pflegenden Angehörigen eines Demenzkranken stärker ausgeprägt als bei Personen ohne Betreuungsaufgaben. D.h. je größer das Belastungsempfinden eines pflegenden Angehörigen, umso größer ist die Wahrscheinlichkeit, depressive oder physische Symptome zu entwickeln.

## 4. Sterblichkeitsrate bei betreuenden Angehörigen

Ehepartner, welche die Pflegesituation als belastend empfinden, haben ein um 63% signifikant höheres Risiko, innerhalb von 4,5 Jahren zu sterben, als pflegende Ehepartner, für die häusliche Pflege keine Belastung darstellt.<sup>98</sup>

Die Auswirkungen subjektiven Belastungsempfindens sind nach Gräßel (2009) „[...] mit hoher wissenschaftlicher Sicherheit nachgewiesen und begründen die Notwendigkeit, alles zu versuchen, um betreuende Angehörige wirksam und anhaltend zu entlasten.“<sup>99</sup>

---

<sup>98</sup> vgl. Gräßel (2009) S.44ff

<sup>99</sup>Gräßel (2009) S.46



### 3.7 Krankheitskosten durch Demenz

#### *Krankheitsrechnung für Demenz F00-F03*

#### *Methodische Grundlagen der Krankheitskostenrechnung des statistischen Bundesamtes*

In der Krankheitskostenrechnung des statistischen Bundesamtes werden verfügbare Daten des Gesundheitssystems zur Ermittlung der Kosten einer Krankheit zusammengeführt. Zur Berechnung der Krankheitskosten werden ausschließlich die direkten Kosten herangezogen und einzelnen Krankheiten zugerechnet. Die direkten Kosten beschreiben den unmittelbaren Ressourcenverbrauch einer medizinischen Heilbehandlung, Präventions-, Rehabilitations- oder Pflegemaßnahme. Zu den direkten Kosten zählen auch Verwaltungskosten der Leistungserbringer sowie öffentlicher und privater Einrichtungen, die Gesundheitsleistungen finanzieren. Nicht medizinische Kosten, wie Fahrten zu den Maßnahmen oder unentgeltliche Pflege durch Angehörige, werden in der Krankheitskostenrechnung des Bundes nicht berücksichtigt. Die Abgrenzung der Krankheiten bzw. Diagnosen erfolgt anhand der ICD10. Die Berechnung erfolgt top-down. So werden die Gesundheitsausgaben in einem mehrstufigen Verfahren mittels geeigneter Schlüssel einzelnen Krankheitskapiteln, -gruppen, -kapiteln oder -kategorien zugewiesen. So folgt man dem Prävalenzansatz. Schwierigkeiten der Kostenzurechnung ergeben sich im Falle von vorliegenden Multimorbiditäten. Angaben zu Haupt- und Nebendiagnosen liegen in der Regel nur für den stationären Sektor vor, da im ambulanten Sektor Diagnosen häufig ohne hierarchische Ordnung dokumentiert werden.<sup>100</sup>

---

<sup>100</sup> vgl. Forster (2005) S.1433 / Statistisches Bundesamt (2010) S.2f

**Tabelle 2 Krankheitskosten für Deutschland in Mio.€ Demenz F00-F03**

Jahr	Krankheiten insgesamt	Demenz insgesamt	Unter 65	65-85	Über 85	ambulante Pflege	stationäre Pflege
2002	218768	7143	159	3095	3888	1017	4784
2004	224970	7843	153	3702	3985	1122	5376
2006	236524	8611	138	4028	4445	1239	5919
2008	254280	9364	136	4258	4971	1440	6354

Quelle: eigene Darstellung nach Statistisches Bundesamt 2010B

Anhand der Darstellung Tab. 02 ist zu erkennen, dass in der abgebildeten Periode von 2002 bis 2008 ein steter Anstieg der absoluten Krankheitskosten, welche auf Demenz zurückzuführen sind, zu verzeichnen ist. Diese Entwicklung ist vermutlich in der Hauptsache auf die absolute Zunahme an Menschen der älteren Generation (über 65-Jahre) zurückzuführen (das Alter als größter Risikofaktor, an Demenz zu erkranken). Weitere Einflüsse auf den zu verzeichnenden Kostenanstieg sind in der Verbesserung der diagnostischen Möglichkeiten (früheres Erkennen und eine höhere Anzahl an Fällen) sowie der verbesserten medizinischen Versorgung zu vermuten. Weiterhin steigen die Krankheitskosten mit den Altersgruppen an. Was auch darauf zurück zu führen ist, das die höheren Altersgruppen eine höhere Prävalenz und Inzidenz an Demenzerkrankungen aufweisen. Der größere Anteil der demenzbedingten Krankheitskosten liegt in allen Zeiträumen im stationären Bereich. Betrachtet man die Zahlen der Pflegebedürftigen im ambulanten sowie stationären Bereich (Tab. 01) ist zu erkennen, dass im Bereich professioneller Pflege (keine Pflegegeldempfänger) allein im vollstationären Bereich in der gesamten abgebildeten Periode größere Fallzahlen als im ambulanten Bereich versorgt werden. Was den höheren Kostenanteil der auf Demenz zurück zuführenden Krankheitskosten im stationären Bereich erklären kann.

Im Gegensatz zur Krankheitskostenrechnung des Bundes, welche nur die direkten Kosten erfasst, führten Hallauer et al. (2000) im Jahr 1998 eine retrospektive Datenerhebung mittels fragebogengestützter, standardisierter Interviews zum Ressourcenverbrauch auf den unterschiedlichen Versorgungsebenen (Klinik, niedergelassene Ärzte, ambulante und stationäre

Pflegeeinrichtungen sowie Familienangehörige) durch und erfassten auch indirekte Kosten (mittels des zeitlichen und pflegerischen Einsatzes von Familienangehörigen). Den verbrauchten Ressourcen wurden die entsprechenden Preise zugeordnet. Zur Bewertung der indirekten Kosten durch familiäre Pflege wurde ein Stundenlohn von 25 DM (12,78 €<sup>101</sup>) für die pflegerische Tätigkeit zugrunde gelegt, so dass ein fiktiver Geldbetrag für die Pflegeleistung der Angehörigen angegeben werden kann. Kosten durch Verdienstauffälle oder zusätzlich entstandene Kosten wie z.B. Behandlungsauf Grund von gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Folge der pflegerischen Tätigkeit wurden nicht erfasst und berücksichtigt. Bei der Erhebung wurden der Schweregrad der Demenz durch Mediziner anhand der Mini-Mental-State-Examination (MMSE) Skala in vier Schweregrade (21-26; 15-20; 10-14; <10<sup>102</sup>) eingestuft. Die Bewertung der Kosten erfolgte aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV); gesetzlichen Pflegeversicherung (GPV) sowie der Familie/Pflegende.<sup>103</sup>

Die jährlichen Gesamtkosten aus Perspektive der GKV betragen zu Krankheitsbeginn (MMSE 21-26) 2.281 DM (1.166,25 €) und stiegen kontinuierlich bei einem MMSE 10-14 auf 2.407 DM (1.230,68 €) an. In der Späten Erkrankungsphase waren die Kosten aus Sicht der GKV'en mit 1504 DM (768,98 €) am geringsten. Der größte Teil der Kosten entfiel bei einem Anteil von 43-58% auf ärztliche Konsultationen, gefolgt von Medikamentenkosten mit einem Anteil von 38-47%. Stationäre Behandlungen machten lediglich einen Anteil von 4-13% aus.<sup>104</sup> Nicht erfasst wurden indirekte Kosten für die gesetzliche Krankenversicherung, welche sich aus gesundheitlichen Störungen der Pflegenden Familienangehörigen ergeben. Obgleich zu vermuten ist, dass bei einer Prävalenzrate von 36% für informell Pflegende, an psychischen Erkrankungen zu erkranken, gleichfalls nicht

---

<sup>101</sup> 1€ → 1,95583DM

<sup>102</sup> Die Gruppe 21-16 stellt die leichteste Stufe und die Gruppe <10 die schwerwiegendste Ausprägung der Demenz dar.

<sup>103</sup> vgl. Hallauer et al. (2000) S.74f

<sup>104</sup> vgl. Hallauer et al. (2000) S.76

unerhebliche Kosten in Folge demenzieller Erkrankungen für die GKV'en anfallen.

Mit dem Fortschreiten der demenziellen Erkrankung stiegen die jährlichen Gesamtkosten aus Sicht der GPV kontinuierlich von 5.000 DM (2.556,46 €) auf 45.000 DM (23.008,13 €) an. In der frühe Krankheitsphase (MMSE 21-26) fielen lediglich Kosten für ambulante Pflegeleistungen, an. Ab einem MMSE von 15-20 Kosten für stationäre Pflegeleistungen die bis zum MMSE von <10 kontinuierlich anstiegen. In der Gruppe MMSE 21-26 fielen für die Gesetzliche Pflegekasse jährlich je Pflegebedürftigem Kosten in Höhe von 5801 DM (2.966 €) an. Die Gruppe der MMSE 15-20 verursachte je Patient jährliche Durchschnittskosten im ambulanten Bereich in Höhe von 3.600 DM (1.840,65 €) und im stationären Bereich jährliche Durchschnittskosten in Höhe von 18.024 DM (9.215,52 €). Die Gruppe der MMSE 10-14 verursachte je Patient jährliche Durchschnittskosten in Höhe von 14.940 DM (7.638,70 €) für ambulante Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung und 19.538 DM (9.989,62 €) für stationäre Pflegeleistungen.

Die Gruppe der MMSE <10 verursachte im ambulanten Bereich jährliche Durchschnittskosten je Patient in Höhe von 15.975 DM (8.167,89 €) und im stationären Bereich jährliche Durchschnittskosten je Patient in Höhe von 31.494 DM (16.102,63 €)<sup>105</sup>

Zwar stammen die Daten zu Kosten der gesetzlichen Pflegeversicherung aus dem Jahr 1998, es wird dennoch deutlich, dass im stationären Sektor der Gesetzlichen Pflegeversicherung je Patient höhere Kosten entstehen. Auch an dieser Stelle wird deutlich dass die gesetzliche Pflegekasse als Leistungsträger durch die Förderung ambulanter Strukturen den Ressourceneinsatz im Sinne einer Rationalisierung weiter optimieren kann. Die Überprüfung, ob dieser Intention des Gesetzgebers durch das Pflegeleistungsergänzungsgesetz (2002) und dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz (2008) entsprochen werden konnte, steht noch aus.

---

<sup>105</sup> vgl. Hallauer et al. (2000) S.76

Neben den zur Pflege und Betreuung aufgewendeten Stunden fielen den Familie Kosten in Form von Zuzahlungen zu Medikamenten, Therapien und professionellen Pflegeleistungen usw. an.

Für die Gruppe MMSE 21-26 entstanden der Familie noch keine Kosten.

Für die Gruppe der MMSE 15-20 wurden je Pflegebedürftigem durchschnittlich 2,75 h Pflege bzw. Betreuungsleistungen je Tag durch die Familie erbracht sowie 60 DM (30,68 €) monatlicher Zuzahlungen geleistet. Woraus sich für diese Gruppe der Demenzkranken jährliche Krankheitskosten von in Höhe von 25.400 DM (12.986,81 €) je Patient ergaben.

Für die Gruppe der MMSE 10-14 wurden je Pflegebedürftigem durchschnittlich 9,85 h Pflege- bzw. Betreuungsleistungen je Tag erbracht sowie 308 DM (157,48 €) monatlicher Zuzahlungen geleistet. Woraus sich jährliche Krankheitskosten in Höhe von 92.100 DM (47.089,98 €) je Patient ergaben.

Für die Gruppe der MMSE <10 wurden je Pflegebedürftigem durchschnittlich 13,94 h Pflege- bzw. Betreuungsleistungen je Tag erbracht sowie Zuzahlungen in Höhe von 90 DM (46,02 €) für Medikamente, 470 DM für (240,31 €) Pflege und 410 DM (209,63 €) für Tagesstätten geleistet. Dara ergaben sich für diese Gruppe jährliche gesamtkosten in Höhe von 137.000 DM (70.046,99 €) je Patient.

Betrachtet man das Verhältnis der durch die Familie geleisteten und monetär bewerteten Pflege- und Betreuungsleistungen und den Zuzahlungen, dominierten die Pflege- und Betreuungsleistungen in einem Verhältnis von 90% zu 10%.<sup>106</sup>

In Folge des Pflegeleistungsergänzungsgesetz (2002) und dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz (2008) ist davon auszugehen, dass sich ein Teil der direkten Kosten aus den Zuzahlungen durch die Möglichkeit, zusätzlich Betreuungsleistungen nach §45b SGB XI in Anspruch nehmen zu können, von der Familie zur Pflegeversicherung verschoben haben. Weiterhin ist anzunehmen, dass auch der Anteil, der durch die Familie erbrachten Pflege-

---

<sup>106</sup> vgl. Hallauer et al. (2000) S.76f

und Betreuungsstunden zumindest etwas zurück gegangen ist. Eine Überprüfung dieser Annahmen steht noch aus.

### **3.8 Zwischenfazit- Gesundheitspolitische Bedeutung demenzieller Erkrankungen**

„Das Verhältnis von familiärer, informeller und professioneller, häuslicher und stationärer Pflege wird vor allem bestimmt von der Reichweite und Stabilität informeller Unterstützungsnetzwerke, d.h. von der objektiven Verfügbarkeit und der subjektiven Pflegebereitschaft von Verwandten und anderen Personen im sozialen Umfeld des Pflegebedürftigen.“<sup>107</sup> „Inwieweit sich der insgesamt zunehmende und vielfältiger werdende Pflegebedarf auch in einer steigenden Nachfrage nach professionellen Pflegeleistungen niederschlagen wird, hängt jedoch davon ab, auf welche Weise der demografische Wandel mit sozialstrukturellen Entwicklungen interagiert.“<sup>108</sup>

Schlussfolgernd aus den bis zu diesem Zeitpunkt angeführten Sachverhalten ist eine Verringerung der Pflegebereitschaft in den Generationen nicht zu verzeichnen. Dennoch ist der Sockel, welcher die familiäre Pflege zu tragen hat, kleiner geworden und so ist, bildlich gesprochen, durch den Einsatz neuer entlastender Bauelemente dafür zu sorgen, dass das Fundament der familiären Pflege auch weiterhin tragfähig bleibt.<sup>109</sup> Krankheitskosten für Demenz sind stetig gestiegen. Die Kosten steigen mit dem Alter der Pflegebedürftigen stets an. Zudem liegt der größte Teil der Krankheitskosten bedingt durch die größere Menge an vorzuhaltenden Leistungspotentialen im stationären Bereich. Gelänge es, familiäre Pflegepotentiale zu stärken und besser abzustützen, ist zu vermuten, dass informell geleistete Pflege sowie ambulante Pflege aber auch der teilstationäre Bereich stärker in Anspruch genommen werden und Krankheitskosten im voll stationären Bereich sinken würden, was eine Verringerung der Gesamtkrankheitskosten mit sich bringen würde. Weitestgehend unberücksichtigt bleiben in allen Krankheitskosten Erhebungen, die indirekte Kosten, welche der Gesellschaft auf Grund der Belastungen der

---

<sup>107</sup> von Winter (2003) S.16

<sup>108</sup> von Winter (2003) S.21

<sup>109</sup> vgl. Weyer/Bickel (2007) S.82ff

pflegenden Angehörigen entstehen bgerücksichtigen, obwohl ein Zusammenhang zwischen dem Belastungsempfinden und dem Gesundheitszustand pflegender Angehöriger bereits nachgewiesen wurde. An dieser Stelle offenbart sich ein weiterer nicht unerheblicher Forschungsgegenstand. So wäre eine Kosten-Nutzen-Analyse von Gesundheitsförderungsprogrammen für Pflegende Angehörige für zukünftige Forschungsarbeiten denkbar.

Schaut man sich die Zahlen der durch die Familie täglich geleisteten Stunden an Pflege- und Betreuungsleistungen an, wird deutlich, dass mit voranschreitendem Schweregrad der demenziellen Erkrankung die Menge der geleisteten Stunden stark anstieg. Es ist anzunehmen, dass diese ‚Faustformel‘ nach wie vor anwendbar ist. Der Grund für diese Entwicklung ist in der Verschlechterung der kognitiven und nicht-kognitiven Symptome der demenziellen Erkrankung zu sehen. Somit ist davon auszugehen, dass nicht nur die reine Zeit an Pflege- und Betreuungsleistungen ansteigt, sondern mit dem Anstieg der Pflege und Betreuungsleistungen zusätzlich das Belastungsniveau der pflegenden Angehörigen, zum einen durch den reinen zeitlichen Mehraufwand und zum anderen durch die steigenden Belastungen aus dem sich verschlechternden Krankheitsbild, ansteigt. Mit dem Wissen, dass der häufigste Grund des Übergangs eines Pflegebedürftigen in eine stationäre Pflegeeinrichtung das Belastungsempfinden des pflegenden Angehörigen ist, wird die Bedeutung der Regelungen der §§ 45a-d des SGB XI deutlich. Durch die Entlastung der pflegenden Angehörigen ist es einerseits möglich, den Übergang in eine stationäre Pflegeeinrichtung hinauszuzögern und zum anderen bergen die Regelungen Potenziale zum Schutze der Gesundheit der pflegenden Familienangehörigen. Eine Senkung der Prävalenzrate pflegender Angehöriger an depressiven Erkrankungen zu leiden, würde gleichsam indirekte Krankheitskosten der Demenz auf Seiten der GKV senken. Ausgehend von dieser Überlegung erscheint es nur logisch, Gesundheitsförderliche Maßnahmen für pflegende Angehörige in den Regelungen des dritten Abschnitts „Leistungen zur Verhütung von Krankheiten, betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren,

Förderung der Selbsthilfe“ des SGB V gleichfalls zu berücksichtigen und das Leistungs- bzw. Entlastungsangebot für pflegende Angehörige auch hier weiter auszubauen.

## **4 Rechtliche Grundlagen zur Entlastung pflegender Angehöriger und die Betreuung von Menschen mit Demenz in niedrigschwelligen Betreuungsangeboten**

### **4.1 Das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz**

„Der Gesetzgeber hat 1994 mit der Verabschiedung des Pflegeversicherungsgesetzes einen neuen Zweig im sozialen Sicherungssystem geschaffen, der das Risiko der Pflegebedürftigkeit eigenständig absichert. Das Pflegeversicherungsgesetz soll eine über die Leistungen der Sozialhilfe hinausgehende einkommensunabhängige Grundversorgung zur Abdeckung pflegebedingter Aufwendungen sicherstellen.“<sup>110</sup> Dabei verfolgt das Pflegeversicherungsgesetz drei allgemeine Ziele:

1. Der festgeschriebene Vorrang der häuslichen / familiären vor der stationären Pflege, um den Pflegebedürftigen zu helfen, möglichst lange in der häuslichen Umgebung zu verbleiben.
2. Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen das Risiko einer pflegebedingten Sozialhilfeabhängigkeit verringern und die Sozialhilfeträger entlasten.
3. Sicherstellung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen Pflegeinfrastruktur. Um so die Hilfen sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor auf einem gesicherten Qualitätsniveau bereitzustellen.

Dabei sind die Leistungen nominal festgeschrieben. Denn die Pflegeversicherung ist als eine ‚Teilkaskoversicherung‘ mit pauschalieren und nicht kostendeckenden Geldleistungen im häuslichen Bereich sowie pauschalieren Geldleistungen im ambulanten und stationären Bereich konzipiert. Reichen die Leistungen der Pflegeversicherung nicht aus, um den

---

<sup>110</sup> BTDS 14/8800 S.229



Bedarf an pflegerischen Leistungen zu decken, muss die Differenz aus eigenen Mitteln finanziert werden oder durch ergänzende Leistungen der Sozialhilfe getragen werden.<sup>111</sup>

Dennoch hat die Enquête-Kommission-„Demografischer Wandel“ (2002) festgehalten, dass unter anderem den Bedarfen von Demenzkranken in zunehmendem Maße Rechnung getragen werden muss. Denn auf Grund der Veränderung familiärer Strukturen<sup>112</sup>, von denen die informellen Pflegepotentiale abhängen, stellt(e) sich die Frage, ob das hohe Niveau der familiären Pflegearrangements weiter aufrecht erhalten werden kann und inwieweit der durch die Entwicklungen des demografischen Wandels bedingten Abnahme des familiären Pflegepotentials durch die Verbesserung familiärer Pflegepotentiale entgegen gewirkt werden kann.<sup>113</sup>

Zudem weist die Enquête-Kommission-„Demografischer Wandel“ (2002) auf objektive Versorgungsdefizite hin, indem sie ausführt, dass es sich bei einer Demenz um eine gerontopsychiatrische Erkrankung handelt, die einen sich oftmals über 24 h erstreckenden Hilfebedarf bedingt. In Kombination mit dem stufenförmigen, progressiven Verlauf der Krankheit würde es häufig zu einer Überforderung der Pflegepersonen kommen, die eine Entlastung dringend notwendig macht. Weiterhin stellte man fest, dass fast zwei Fünftel der Demenzkranken die ihnen zustehenden Leistungsansprüche aus der Pflegeversicherung nicht oder nur unzureichend wahrnehmen. Der Grund wurde in der Unkenntnis der antragstellenden Angehörigen vermutet. Woraus sich ein erheblicher Beratungsbedarf der Betroffenen und ihrer Familien ergibt. Daraus folgernd fordert die Enquête-Kommission Strategien zur Verbesserung der häuslichen Versorgungssituation von Demenzkranken. Besonders geeignet seien dazu niedrigschwellige Angebote, welche den Angehörigen die probeweise Inanspruchnahme zeitlich begrenzter Dienstleistungen ermöglichen. Insgesamt ist zur Sicherstellung einer fachgerechten Versorgung

---

<sup>111</sup> vgl. BTDS 14/8800 S.229f

<sup>112</sup> Zunahme räumlicher Mobilität, Individualisierungs- und Pluralisierungstendenzen

<sup>113</sup> vgl. BTDS 14/8800 S.233

Demenzkranker die Vernetzung, Koordination und Kommunikation der verschiedenen Berufsgruppen und Institutionen anzuraten.<sup>114</sup>

Nach der Konzeption des SGB XI ist zur Gewährung von Leistungen gemäß diesem Buch eine Feststellung der Pflegebedürftigkeit<sup>115</sup> und Einstufung in Pflegestufen<sup>116</sup> erforderlich. Die Bestimmung der Pflegestufen erfolgt gemäß der in § 14 Abs.4 SGB XI aufgelisteten regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens. Die Bereiche der Verrichtungen des täglichen Lebens sind: 1. Körperpflege, 2. Ernährung, 3. Mobilität und 4. Hauswirtschaftliche Versorgung. Bei der Begutachtung werden die Hilfeleistungen, Beaufsichtigung und Anleitung mit einbezogen, sofern sie im Zusammenhang mit den Verrichtungen des täglichen Lebens stehen. Nicht berücksichtigt bleibt dabei der Hilfebedarf in Form von allgemeiner Betreuung und Beaufsichtigung, obwohl gerade dies bei gerontopsychiatrisch-erkrankten Menschen analog zu geistig behinderten und psychisch kranken Menschen einen nicht unerheblichen Teil des Versorgungs- und Betreuungsaufwandes ausmacht. Hieraus ergibt sich für die Angehörigen, welche durch die Krankheit erheblichen Belastungen ausgesetzt sind<sup>117</sup>, eine unzulängliche Pflegesituation.<sup>118</sup>

Unter der Prämisse einer Verbesserung der Versorgungssituation, insbesondere von demenzkranken Menschen erreichen zu wollen, verabschiedete die Bundesregierung im Jahr 2001 das „Gesetz zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf“ (Pflegeleistungsergänzungsgesetz PflEG). Damit erweiterte der Gesetzgeber ab dem Jahr 2002 seine leistungsrechtlichen Vorschriften durch die neuen Paragraphen 45a-45c SGB XI.<sup>119</sup>

---

<sup>114</sup> vgl. BTDS 14/8800 S.244

<sup>115</sup> §14 SGB XI Begriff der Pflegebedürftigkeit

<sup>116</sup> §15 SGB XI Stufen der Pflegebedürftigkeit

<sup>117</sup> siehe Gliederungspunkt 3.6

<sup>118</sup> vgl. BTDS 14/7154 S.1

<sup>119</sup> vgl. Igl (2003) S.1087

*Diese Gesetzesänderung sollte folgende Ziele verfolgen:*

Der Gesetzgeber (2001) stellte fest, dass im häuslichen Bereich der Handlungsbedarf am Größten ist. Eine Lösung der Problematik wird in Maßnahmen zur Förderung und Stärkung der häuslichen Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gesehen. So sollen für pflegende Angehörige zusätzliche Maßnahmen zur Entlastung geschaffen werden. Um dies zu erreichen, wurden für die Pflegebedürftigen aktivierende und qualitätssichernde Betreuungsangebote bereitgestellt. Diese Betreuungsangebote dienen zugleich der Entlastung der pflegenden Angehörigen.

Im Einzelnen sollten mittels des Pflegeleistungsergänzungsgesetzes vom 14.12.2001 folgende Maßnahmen umgesetzt werden.

1. Es wird ein zusätzlicher Leistungsanspruch für Pflegebedürftige mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch eingeführt. Demnach kann dieser Personenkreis im Rahmen häuslicher Pflege zusätzlich finanzielle Hilfen im Wert von max. 460 €/Kalenderjahr für qualitätssichernde Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen.
2. Es werden neue Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf mittels zweier ineinander greifender Komponenten gefördert.
  - a. Förderung niedrighschwelliger Betreuungsangebote ergänzt oder kombiniert mit
  - b. der Förderung von Modellprojekten.
3. Bestehende Beratungsangebote für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf werden verbessert und ausgebaut.<sup>120</sup>

Damit soll unter anderem ein flexibles Leistungsangebot mit entsprechenden Wahlmöglichkeiten geschaffen werden, das häusliche Pflegearrangements begünstigt. Des Weiteren sollen die strukturpolitischen Weichen so gestellt

---

<sup>120</sup> vgl. BTDS 14/7154 S.2

werden, dass entsprechende Versorgungsstrukturen geschaffen und gefördert werden.<sup>121</sup>

Zum berechtigten Personenkreis zählen Menschen, die neben einem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und in der hauswirtschaftlichen Versorgung einen zusätzlichen erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf aufweisen. Somit handelt es sich um Pflegebedürftige der Pflegestufen I – III, bei denen auf Grund von demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistiger Behinderung oder psychischer Krankheit Einschränkungen in der Alltagskompetenz festgestellt wurden.<sup>122</sup>

Die zusätzlichen 460 €/Kalenderjahr sind zweckgebunden für die Inanspruchnahme qualitätssichernder Betreuungsangebote einzusetzen, die gleichzeitig Infrastruktur prägende Wirkung haben. Daher werden nur Aufwendungen erstattet, die den Pflegebedürftigen tatsächlich entstehen und dies im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Tages- oder Nachtpflege oder Kurzzeitpflege, sowie Leistungen die nach § 45c förderfähig sind, also niedrighschwellige Betreuungsangebote oder besondere Leistungen zugelassener Pflegedienste im Bereich der allgemeinen Betreuung oder Anleitung. Zudem erhofft sich der Gesetzgeber einen strukturfördernden Effekt durch die zu erwartende erhöhte Nachfrage auf Grund der finanziellen Entlastung bei Inanspruchnahme der entlastenden Leistungen.<sup>123</sup>

#### *Der neue fünfte Abschnitt des SGB XI (§§45a-c)*

Mit dem PflEG erhält das SGB XI mit den §§45a-c einen neuen fünften Abschnitt. Neben der Neuregelung von Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf in der Häuslichkeit enthält dieser Abschnitt Bestimmungen zur Abgrenzung des berechtigten Personenkreises.

#### **§ 45a**

Dieser Paragraph beschreibt den Personenkreis, für den das Gesetz eine Verbesserung der Leistungen zur Stärkung der häuslichen Pflege vorsieht. So

---

<sup>121</sup> Vgl. BTDS 14/7154 S.12

<sup>122</sup> vgl. Igl (2003) S.1087 / BTDS 14/7154 S.13

<sup>123</sup> vgl. BTDS 14/7154 S.13

enthält der Paragraph auch konkrete Vorgaben zur Begutachtung und Abgrenzung des Personenkreises der Pflegebedürftigen<sup>124</sup>, welche Leistungen nach §45b in Anspruch nehmen können. Die Begutachungskriterien sind in Abs2 geregelt.

Für die Begutachtung, ob eine Einschränkung der Alltagskompetenz auf Dauer vorliegt, erfolgt anhand des Vorliegens folgender Schädigungen und Fähigkeitsstörungen:

1. unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauftendenzen);
2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen;
3. unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potentiell gefährdenden Substanzen;
4. tötlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation;
5. im situativen Kontext inadäquates Verhalten;
6. Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen;
7. Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung;
8. Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigung des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben;
9. Störungen des Tag-/Nacht-Rhythmus;
10. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren;
11. Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen;
12. ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten;
13. zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit auf Grund einer therapieresistenten Depression.

---

<sup>124</sup>nach §§14 und 15 SGBXI

Weiterhin legt der Gesetzgeber fest, dass die Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt ist, wenn der Gutachter in wenigstens zwei Bereichen, davon mindestens einer aus den Bereichen 1-9 dauerhafte und regelmäßige Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen feststellt.

Im Gegensatz zur Begutachtung der Stufen der Pflegebedürftigkeit ist bei der Begutachtung des Bedarfes an allgemeiner Betreuung und Beaufsichtigung nicht der zeitliche Umfang der benötigten Betreuung und Beaufsichtigung entscheidend. Vielmehr wird nach dem Vorliegen mehrerer Defizite in der Alltagskompetenz geschaut, um so Rückschlüsse auf den Bedarf an Beaufsichtigung und Betreuung ziehen zu können.

#### § 45b

Dieser Paragraph räumt den Pflegebedürftigen einen zusätzlichen Betreuungsbetrag in Höhe von 460 €/Kalenderjahr ein, wenn sie einen über den Hilfebedarf gemäß § 14 SGB XI hinaus gehenden allgemeinen Betreuungs- und Beaufsichtungsbedarf gemäß § 45a SGB XI aufweisen. Diese zusätzlichen Mittel dürfen nur zweckgebunden für die im Gesetz aufgelisteten Sachleistungsangebote zur Entlastung pflegender Angehörigen, die gleichzeitig Infrastruktur prägenden Charakter haben, eingesetzt werden.

Die Verwendung der zusätzlichen Mittel für zusätzliche Pflegesachleistungen gemäß § 36 SGB XI wird ausgeschlossen. Dies geschieht um zu verhindern, dass ambulante Pflegedienste die zusätzlichen Mittel für die Pflege von Menschen mit erheblichem Betreuungs- und Beaufsichtungsbedarf innerhalb der Erbringung „normaler“ Sachleistung als eine Art Erschwerniszulage aufzehren. Allerdings ist es ambulanten Pflegediensten freigestellt, ebenfalls spezielle Hilfen für Menschen mit erheblichem Betreuungs- und Begleitungsbedarf anzubieten.

Die zusätzlichen Mittel sind unter Nachweis über die entstandenen Aufwendungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme einer derartigen Leistung bei der zuständigen Pflegeversicherung zu beantragen.

Um die Qualität der Leistungen zu sichern ist eine Anerkennung der Betreuungsinitiative notwendig. Die Anerkennung soll sich im Einzelfall nach Landesrecht richten.

## § 45c

Dieser Paragraph regelt die Vorschriften zur Förderung und Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf. Damit wird in der Pflegeversicherung erstmals die Möglichkeit zur Durchführung von Modellvorhaben geschaffen. Die Förderung durch die Pflegekassen soll ein Volumen von insgesamt 10 Mio. €/Kalenderjahr haben. Die Zuschüsse zu Modellvorhaben sollen durch Mittel des Landes und der Kommune in gleicher Höhe ergänzt werden, so dass ein Gesamtfördervolumen von 20 Mio. €/Kalenderjahr entsteht.

Es erfolgt zum einen eine Förderung von Maßnahmen zur Betreuung von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf, insbesondere für demente Pflegebedürftige. Dies geschieht nach Begründung des Gesetzgebers (2001), da Demenzkranke und ihre pflegenden Angehörigen ein Netz von abgestuften bedürfnisorientierten gemeindenahen Hilfen benötigen. Weiterhin gibt der Gesetzgeber (2001) an, dass sich in der Praxis gezeigt hätte, dass vor allem ein hoher Bedarf an unbürokratischen niedrighwelligen Angeboten zur Betreuung der dementen Pflegebedürftigen und zur Entlastung der pflegenden Angehörigen bestehen würde. Schließlich würden gerade diese niedrigen Hürden bzw. Schwellen den ersten Schritt, Hilfen von außen anzunehmen, erleichtern.

Weiterhin sollen Mittel aus der gesetzlichen und privaten Pflegeversicherung dazu genutzt werden, Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur zu fördern. Der Mitteleinsatz soll flexibel gestaltet werden, um den Projekten vor Ort genügend Raum zur Entwicklung zu geben. Allerdings sind die Fördermittel nicht allein für neu zu schaffende Strukturen einzusetzen. Es besteht auch die Möglichkeit der Förderung von Maßnahmen, die bisher ausschließlich durch das Land oder die Kommune getragen wurden, anteilig durch Mittel der privaten oder gesetzlichen Pflegeversicherung zu finanzieren. Des Weiteren besteht die Möglichkeit, Projekte zu fördern, die bisher nicht oder nur teilweise in Teilbereichen der niedrighwelligen Betreuungsangebote für Pflegebedürftige mit erheblichem Betreuungsaufwand

und ihren pflegenden Angehörigen tätig waren, wenn sie ihr Leistungsangebot dahin gehend ausweiten.

Der Gesetzgeber (2001) nimmt in der Gesetzesbegründung zudem explizit Bezug auf ehrenamtliche Betreuungsgruppen, insbesondere für demente Menschen.

„Bei den Betreuungsgruppen handelt es sich um ein niedrighschwelliges und kostengünstiges Angebot, das zwischen häuslicher Versorgung und professioneller Tagespflege steht.“<sup>125</sup>

Das Ziel dieser Betreuungsgruppen soll es sein, in der Entlastungsphase des pflegenden Angehörigen dem Pflegebedürftigen eine Betreuung anzubieten, die ihm helfen soll, vorhandene Fähigkeiten zu erhalten bzw. verloren gegangene Fähigkeiten wieder zu erlangen. Die Betreuung findet in einem familiären Rahmen, der den Bedürfnissen des Pflegebedürftigen entspricht, statt und versucht Alltagsnormalität herzustellen. Mit diesen Betreuungsangeboten ist auch häufig eine wertvolle Kontakt- und Austauschmöglichkeit für pflegende Angehörige verbunden.

Als förderfähig werden auch Maßnahmen für Menschen mit erheblichem Betreuungsbedarf angesehen, die das Haus nicht verlassen können, bei denen Ehrenamtliche unter pflegerischer Anleitung stundenweise in der Häuslichkeit die Betreuung übernehmen.

Als weitere förderfähige Modelle gibt der Gesetzgeber (2001) Agenturen an, die Betreuungsleistungen vermitteln, die beispielsweise insbesondere in dünnbesiedelten Gebieten eine Tagesbetreuung in Kleingruppen vermitteln. Man spricht in diesem Zusammenhang vom „Tagesmuttermodell“.

Allerdings stellt der Gesetzgeber (2001) heraus, dass nicht nur Betreuungsgruppen gefördert werden sollen, sondern auch andere Angebote, die der Entlastung pflegender Angehöriger von Menschen mit erheblichem Betreuungsaufwand dienen.<sup>126</sup>

---

<sup>125</sup> BTDS 14/7154 S.20

<sup>126</sup> vgl. BTDS 14/7154 S.18ff



## 4.2 Das Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflegeteilerweiterungs-Gesetz)

Der Gesetzgeber (2007) führt an, dass die Pflegeversicherung in den vergangenen Jahren zunehmend an Akzeptanz gewonnen hat. Und den Pflegebedürftigen ihrem Wunsch entsprechend die Möglichkeit gegeben wird Zuhause versorgt zu werden. Dennoch besteht unter anderem auf Grund des demografischen Wandels und der sich verändernden familiären Strukturen ein fortlaufender Weiterentwicklungsbedarf der Pflegeversicherung. So stellt sich beispielsweise die Frage, wie dem allgemeinen Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarf von Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, mit geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen zukünftig noch besser Berücksichtigung finden kann. Dazu möchte man mit dem Pflegeteilerweiterungs-Gesetz „[...] die Pflegeversicherung noch besser auf die Bedürfnisse und Wünsche der Pflegebedürftigen sowie ihrer Angehörigen [...]“<sup>127</sup> ausrichten. So gilt es weitere strukturelle Änderungen vorzunehmen, die dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ in einem stärkeren Maße als bisher Rechnung tragen. So sind verschiedene Maßnahmen mittels des Pflegeteilerweiterungs-Gesetzes in Gang gesetzt worden, um den Auf- und Ausbau wohnortnaher Versorgungsstrukturen, die eine quartiersbezogene und an den Bedürfnissen der hilfebedürftigen Menschen ausgerichtete Versorgung und Betreuung ermöglichen sollen, zu fördern. Zu diesen Maßnahmen zählen unter anderem:

- schrittweise Anhebung der ambulanten und stationären Leistungen
- Ausweitung der Leistungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz und Einbeziehung von Menschen der so genannten Pflegestufe 0
- Verbesserung der Leistungen zur Tages- und Nachtpflege
- Stärkung von Prävention und Rehabilitation in der Pflege
- Unterstützung des generationenübergreifenden bürgerschaftlichen Engagements<sup>128</sup>

---

<sup>127</sup> BTDS 16/7439 S.1

<sup>128</sup> vgl. BTDS 16/7439 S.1f

So trat das Pflegeweiterentwicklungsgesetz im Juli 2008 in Kraft.

In der Gesetzesbegründung ist weiterhin zur Umsetzung der angedachten Maßnahmen zu lesen:

Der Einsatz Ehrenamtlicher und Sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement zählenden Gruppen gewinnt zunehmend im ambulanten als auch im stationären Sektor an Bedeutung. Das bürgerschaftliche Engagement wird neben der Familie und professionellen Hilfearrangements als eine wesentliche Stütze der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung angesehen. So gilt es dies über die bereits verankerten Maßnahmen hinaus zu stärken und zu fördern.

So vertritt der Gesetzgeber (2007) die Auffassung, dass ehrenamtliche Tätigkeiten im Kern unentgeltlich sind. Dennoch können den engagierten Helfern, begleitenden oder koordinierenden Einrichtungen durch planende, vorbereitende und/oder koordinierende Tätigkeiten Kosten entstehen. Derartige Aufwendungen sind in Pflegevergütungen angemessen zu berücksichtigen. Somit wird insbesondere dem bürgerschaftlichen Engagement und der Selbsthilfe eine Fördermittelausweitung zuteil werden.<sup>129</sup> „Nach Auffassung aller, die in der Pflege Verantwortung tragen [...] [ist] eine Verbesserung der Versorgungssituation insbesondere von demenzkranken Mitbürgern [...] [auch noch nach Inkrafttreten des Pflegeleistungsergänzungs-Gesetz] dringend erforderlich.“<sup>130</sup> Nach wie vor bemängelt der Gesetzgeber in der Gesetzesbegründung die Nichtberücksichtigung von nicht verrichtungsbezogenen allgemeinem Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarf, obwohl dies gerade bei gerontopsychiatrisch veränderten Menschen, ebenso wie geistig behinderten und psychisch kranken Menschen oft einen erheblichen Teil des Versorgungs- und Betreuungsaufwandes ausmachen würde. Gleichsam wird die damit verbundene psychische Belastung der Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen herausgehoben. Als besonders dringlich wird, mit Blick auf die pflegenden Angehörigen, der Handlungsbedarf noch immer im ambulanten Bereich empfunden. Indem ein neuer Leistungsanspruch geschaffen wurde, wurde mit dem Pflegeleistungs-

---

<sup>129</sup> vgl. BTDS 16/7439 S.42

<sup>130</sup> BTDS 16/7439 S.62

Ergänzungsgesetz im Jahr 2001 bereits die Grundlage für die (Weiter-)Entwicklung und den Ausbau von Betreuungsangeboten für Menschen mit erheblichem Betreuungsbedarf und deren pflegenden Angehörige gelegt. Zwar strebt der Gesetzgeber, nach eigener Aussage, mittelfristig eine Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes an, der die Berücksichtigung von allgemeinem Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarf bei der Zuordnung zu einer Pflegestufe an, doch soll, bis dies umgesetzt ist, der durch das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz 2001 eingeschlagene Weg, weiter fortgeführt werden, indem:

- abhängig vom Betreuungsbedarf abgestufte Leistungen vorgesehen werden,
- der für Pflegebedürftige der Stufe I-III vorgesehene Betreuungsbetrag in Höhe von max. 460 €/Kalenderjahr wird auf max. 200 €/Monat (2400 €/Jahr) angehoben,
- Versicherte, die die Voraussetzungen für eine Pflegestufe (noch) nicht erfüllen, jedoch in Ihrer Alltagskompetenz eingeschränkt sind, haben nach Begutachtung gemäß § 45a SGB XI durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung ebenfalls einen monatlichen Leistungsanspruch auf bis zu 200 €
- des Weiteren werden die Mittel zum Auf- und Ausbau von niedrighschwelligen Betreuungsangeboten sowie Modellmaßnahmen zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und –strukturen nach § 45c SGB XI erhöht.<sup>131</sup>

So kam es durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz zu einer Änderung der §§ 45a-c und einer Neuregelung durch § 45d des SGB XI.

#### § 45a

Die Änderung des § 45a erweitert den Personenkreis, welcher Leistungen nach § 45b in Anspruch nehmen kann. Dabei handelt es sich vor allem um Personen, die zwar einen Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung haben, aber der Bedarf insbesondere im Bereich der Grundpflege nicht ausreicht, um mindestens die Pflegestufe I zu erhalten.

---

<sup>131</sup>vgl. BTDS 16/7439 S.62f

## § 45b

Mit der Änderung des §45 b wird der Maximalbetrag für zusätzliche Betreuungsleistungen von max. 460 €/Kalenderjahr auf max. 200 €/Monat (2400 €/Jahr) angehoben. Die Höhe des Anspruches wird weiterhin infolge einer Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen von der zuständigen Pflegekasse festgelegt. Der Gesetzgeber (2007) legt in der Gesetzesbegründung fest: Die Höhe des Anspruches richtet sich nicht nach dem Bedarf an Betreuung, sondern nach der persönlichen Situation und den festgestellten dauerhaften und regelmäßigen Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen. Insbesondere die Bereiche 1-9 ermöglichen die Beurteilung des individuellen Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarf.<sup>132</sup> Gemäß Klie (2009) stellt diese Leistung der Pflegeversicherung durch das untypische Kostenerstattungsverfahren keine klassische Sachleistung dar.<sup>133</sup>

Wie bereits in der Gesetzesbegründung zum Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (2001) erhofft sich der Gesetzgeber sowohl durch die Ausweitung der Leistungen als auch des berechtigten Personenkreises eine Steigerung der Nachfrage nach entlastenden Betreuungsangeboten und damit verbunden eine Steigerung von Leistungsangeboten sowie strukturfördernde Impulse, insbesondere für die Zielgruppe der demenziell erkrankten Menschen und ihrer Familien. Der Gedanke des Gesetzgebers (2007) zum Schutze der familiären Pflegepotentiale bzw. informeller Pflegearrangements wird auch daran deutlich, dass der zusätzliche Betreuungsbetrag auch für die Betreuung durch Einzelpersonen z.B. im so genannten Tagesmuttermodell eingesetzt werden darf. Voraussetzung ist allerdings, dass die Pflege nicht allein auf Grundlage von freundschaftlichen oder verwandtschaftlichen Beziehungen zum Leistungsberechtigten erfolgt. Da die zusätzlichen Leistungen nicht als Erhöhung des Pflegegeldes dienen sollen, sondern die Entlastung der Familienangehörigen bezweckt.<sup>134</sup>

---

<sup>132</sup> vgl. BTDS 16/7439 S.63

<sup>133</sup> vgl. Klie (2009) S.577

<sup>134</sup> vgl. BTDS 16/7439 S.64

### § 45c

Die Änderung des § 45c bewirkt eine Erhöhung des Fördervolumens zur Entwicklung von Versorgungsstrukturen für Menschen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf von jährlich 10 Mio. € durch die Pflegekassen auf 15 Mio. €, wodurch in Kombination mit den Zuschüssen durch die Länder und die Kommunen ein gesamtes Fördervolumen in Höhe von 30 Mio. €/Kalenderjahr erreicht wird. Ziel dieser Erhöhung soll es sein, die mit dem Pflegeleistungsergänzungsgesetz bewirkten Impulse der Strukturentwicklung und des Auf- und Ausbaus von niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangeboten nachhaltig zu verstärken.<sup>135</sup> Allerdings führt Klie (2009) an, dass die Förderpolitik in der Praxis bisher eher einer Förderung von Institutionen als der Kommunalentwicklung bzw. Strukturentwicklung entspricht.<sup>136</sup>

### § 45d

Die Neuregelungen des § 45d schaffen die Möglichkeit, der Förderung nach § 45c des SGB XI von ehrenamtlichen Strukturen und Selbsthilfe. § 45d regelt, dass die in § 45c vorgesehenen Mittel auch für die Förderung und Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und von Versorgungskonzepten insbesondere für demenziell erkrankten Menschen eingesetzt werden können. Weiterhin sind nach diesem Paragraphen folgende Maßnahmen explizit förderfähig und werden in den Kreis der nach § 45c förderfähigen Strukturen aufgenommen:

1. Gruppen von ehrenamtlich Tätigen und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen, die die allgemeine Betreuung und Entlastung von Pflegebedürftigen mit erheblichen allgemeinem Betreuungsbedarf und deren Angehörigen zum Ziel haben.
2. Selbsthilfegruppen bzw. –organisationen und –kontaktstellen, die die Unterstützung von Pflegebedürftigen, Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zum Ziel haben.

---

<sup>135</sup> vgl. BTDS 16/7439 S.64f

<sup>136</sup> vgl. Klie (2009) S. 585

In der Gesetzesbegründung führt der Gesetzgeber (2007) an, dass auf Grund der demografischen Entwicklung die familiären Pflegepotentiale sinken werden. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit rechtzeitig, ausreichend und bedarfsgerecht neue bedarfsorientierte Hilfsangebote zu schaffen. Dies soll geschehen, um die Lebensqualität der Pflegebedürftigen zu verbessern und familiäre Pflegearrangements zu unterstützen und zu ergänzen. Dabei werden Ehrenamtliche und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen sowie Selbsthilfe durch den Gesetzgeber (2007) als wichtige ergänzende Elemente in der Versorgung von Pflegebedürftigen, Menschen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf und deren Familien angesehen. Die durch Ehrenamtliche oder sonstige bürgerschaftlich engagierte Personen geleistete Tätigkeit sowie die Selbsthilfe sind ihrem Kern nach unentgeltliche Tätigkeiten. Dennoch machen sie zum einen z.B. durch Organisation und Koordination zusätzliche Aufwendungen nötig, doch helfen sie zum anderen die Qualität der Pflege wirksam zu erhöhen und ermöglichen z.B. den Verbleib der Pflegebedürftigen in der eigenen Häuslichkeit.

Weiterhin führt der Gesetzgeber (2007) an, dass eine über den § 45c/d hinausgehende Förderung ehrenamtlicher Strukturen sowie der Selbsthilfe nicht nur durch den § 20c SGB V („Förderung der Selbsthilfe“), sondern auch eine Förderung nach § 31 Abs.1 Satz1 Nr.5 SGB VI („Sonstige Leistungen: 5. Zuwendungen für Einrichtungen, die auf dem Gebiet der Rehabilitation forschen oder die Rehabilitation fördern“), denkbar ist. Voraussetzung ist, dass sich die Gruppen bzw. Initiativen neben anderen Aufgaben die Unterstützung von Pflegebedürftigen und Menschen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf und deren Familien zum Ziel gesetzt haben.<sup>137</sup>

### **4.3 Zwischenfazit gesetzliche Grundlagen**

Mit den Regelungen des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes sowie des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes stellt der Gesetzgeber die für ihn herausragende Stellung familiärer bzw. informeller Pflegearrangements unter Beweis. Auf diese Weise wird auch dem Grundsatz „ambulant vor stationär“,

---

<sup>137</sup>vgl. BTDS 16/7439 S.65f

wie ihn der § 3 SGB XI fordert, Rechnung getragen. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und den damit verbundenen Ressourcenverknappungen im Gesundheits- bzw. Pflegewesen gilt es gerade die familiären bzw. informellen Pflegepotenziale zu stärken und zu stützen. Zwar ist die Pflegeversicherung als eine Teilkaskoversicherung konzipiert, die nicht das komplette Risiko der Pflegebedürftigkeit auffängt, doch kommt es durch die §§ 45a-d zu einer Leistungsausweitung im Bereich der häuslichen Pflege. Damit setzt der Gesetzgeber klare Akzente, die noch einmal den Willen des Gesetzgebers zur Stützung und zum Schutz des Bereiches der häuslichen Pflege unterstreichen. Dies wird auch daran deutlich, dass der Schutz und die Entlastung der pflegenden Angehörigen stets im Focus der neu gefassten Regelungen stehen. Auch die Anhebung der maximal möglichen Leistungssätze des § 45b, sowie die Anhebung der Fördersummen des § 45c sind Indiz für die Wichtigkeit, die der Gesetzgeber dem Bereich der informellen bzw. im familiären Kontext erbrachten Pflege zurechnet. Die Einführung und Ausweitung der Leistungen nach § 45a-d ist im Sinne der Handlungsempfehlungen der Enquête-Kommission „Demografischer Wandel“ (2002)<sup>138</sup> zu sehen.

## **5 Niedrigschwellige Betreuungs- und Beratungsangebote**

### **5.1 Definition der Niedrigschwelligkeit**

„Erst seit Einführung des Pflegeleistungen-Ergänzungsgesetzes im Jahr 2002 entstand im Umfeld der Pflege ein neuer Angebotstypus, die sogenannten niedrigschwelligen Betreuungsleistungen“<sup>139</sup> Doch was verbirgt sich hinter diesem Wortkonstrukt der niedrigschwelligen Betreuungsleistungen?

Im Folgenden soll kurz beleuchtet werden, was niedrigschwellige Betreuungs- und Beratungsangebote im Sinne des § 45c SGB XI ausmacht.

Der Gesetzgeber formuliert in § 45c Abs.3 Satz1 SGB XI „Niedrigschwellige Betreuungsangebote im Sinne des Abs.1 Satz1 sind Betreuungsangebote, in denen Helfer und Helferinnen unter pflegfachlicher Anleitung die Betreuung

---

<sup>138</sup> BTDS 14/8800 S.266ff

<sup>139</sup> Fringer et al. (2010) S.173

von Pflegebedürftigen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen sowie pflegende Angehörige entlasten und beratend unterstützen.“ Somit werden im Sinne des SGB XI niedrighschwellige Betreuungsangebote durch freiwillige Helfer wie z.B. Ehrenamtliche oder im Rahmen von bürgerschaftlichem Engagement geleistet. Zu beachten ist weiterhin der Zusatz, dass die Betreuung unter pflegfachlicher Anleitung erfolgt. Somit ist davon auszugehen, dass auch die auf Freiwilligkeit basierenden Dienstleistungen innerhalb eines professionellen Settings angeboten und durchgeführt werden sollen. Allerdings wird anhand des Gesetzestextes noch immer nicht ersichtlich, was sich hinter dem Wort der „Niedrighschwelligkeit“ verbirgt. In Anlehnung an Schürmann (2004) kann Niedrighschwelligkeit im Kontext der Hilfe und Entlastung für pflegende Angehörige wie folgt beschrieben werden:

„Niedrighschwelligkeit soll potentiellen Nutzern den Zugang zu einer Einrichtung erleichtern.“<sup>140</sup> ‚Basisleistungen‘ wie z.B. Beratungen oder Gesprächskreise werden kostenlos angeboten (oder durch Kranken bzw. Pflegekassen getragen), andere Leistungen wie z.B. Betreuungsleistungen werden kostengünstig angeboten. Niedrighschwellige Angebote sind leicht erreichbar (z.B. über das Telefon) und durch Mobilität gekennzeichnet (komm- als auch geh-Strukturen). Eine Anbindung an möglicherweise stigmatisierend empfundene Einrichtungen wie z.B. eine stationäre Pflegeeinrichtung ist zumindest nicht auf den ersten Blick für Jedermann ersichtlich. Darüber hinaus hat der Nutzer das weitestgehende Definitionsrecht über seinen Hilfebedarf. Auch das Nicht-Schließen von Verträgen hält die formale Schwelle, Hilfen in Anspruch zu nehmen, niedrig. Multiprofessionelles Verständnis von Problemlagen der Nutzer als auch Laintätigkeit (z.B. in der Betreuung) sind kennzeichnend für Niedrighschwelligkeit. Dabei werden Laien in der Regel als Helfer angesehen, die nicht pathologisieren und von den Nutzern mehr als

---

<sup>140</sup> vgl. Schürmann (2004) S.526



Ihresgleichen angesehen werden. Durch die geringe soziale Distanz<sup>141</sup> können Barrieren leichter überwunden werden.<sup>142</sup>

## **5.2 Bürgerschaftliches Engagement in niedrigschwelligen Betreuungsangeboten**

Der Gesetzgeber formuliert in § 45d Abs.1 Nr.1 des SGB XI, dass Gruppen von ehrenamtlich tätigen sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen in der Anwendung des § 45c SGB XI förderfähig sind. Zudem wird in der Literatur sowie den Gesetzesbegründungen zum fünften Abschnitt des SGB XI die Bedeutung von Ehrenamt und bürgerschaftlichem Engagement herausgehoben. Aus diesem Grund sollen Ehrenamt und bürgerschaftliches Engagement im Kontext sozialer und vor allem niedrigschwelliger Betreuungsleistungen bzw. sozialer Dienstleistungen betrachtet werden.

Der demografische Wandel stellt für die Sozialpolitik als auch für die Pflege eine Herausforderung dar, der es zu begegnen gilt. „Heute schon stellen Betreuung und Pflege älterer Menschen Aufgaben dar, die trotz der finanziellen Absicherung durch die Pflegeversicherung, trotz des massiven Ausbaus ambulanter Dienste und trotz der Entwicklung neuer, alter(n)sgerechter Wohnformen und neuer Konzepte der Seniorenarbeit und Seniorenpolitik vielerlei Defizite offenlassen, insbesondere bei der psychosozialen Betreuung pflegebedürftiger Menschen oder bei der Betreuung Demenzkranker. [...] Die Pflegediskussion verdeckt allerdings, dass die stärksten Wachstumsbedarfe gar nicht einmal in der „harten“ Pflege liegen[...], sondern bei den „weichen“, vorpflegerischen Unterstützungs- und Betreuungsleistungen.“<sup>143</sup> Bis zum Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz bzw. dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz blieb allerdings die Frage offen, wie die Betreuungsleistungen für ältere Menschen finanziert werden sollen. Die Entwicklung niedrigschwelliger Betreuungsangebote stellt eine neue Form der Begegnung des Problems der sinkenden finanziellen Ressourcen und des steigenden Bedarfs an

---

<sup>141</sup> Geringe soziale Distanz darf in diesem Kontext nicht als distanzloses Verhalten angesehen werden. Vielmehr ist damit eine Beziehung auf „Augenhöhe“ gemeint.

<sup>142</sup> vgl. Schürmann (2004) S.526f

<sup>143</sup> Eichner (2003) S.17

(Betreuungs-) Leistungen dar. Durch die Förderung von Selbsthilfe und Bürgerschaftlichem Engagement verändert sich das Bild des Sozialstaates. Somit erschöpft sich die Leistung des Sozialstaates nicht mehr allein in monetären Transfers, vielmehr ist er Initiator bürgerschaftlichen Engagements, das nicht nur den Staat entlasten, sondern auch eine neue Qualität in soziale Leistungen bringen soll.<sup>144</sup> Durch die Förderung von Modellprogrammen und der Aufnahme niedrigschwelliger Betreuungsangebote in den Leistungskatalog des § 45b SGB XI werden diese zu einem meritorischen Gut. Der Sozialstaat hofft auf diese Weise die Inanspruchnahme weicher und auch kostengünstiger Pflege-Leistungen zu befördern.

Vor dem Hintergrund, dass bürgerschaftliches Engagement und Selbsthilfe als reines Mittel verstanden werden, die wohlfahrtlichen Errungenschaften des Sozialstaates bei reduzierter Leistungsfähigkeit aufrecht erhalten zu können, beschreibt Klie (2010) den politikwissenschaftlichen Ansatz des Wohlfahrtspluralismus, in den das bürgerschaftliche Engagement eingebettet ist, und so nicht allein als Mittel der Wahl zur Senkung von Kosten in der Pflege und Betreuung, sondern als Bestandteil der sozialpolitischen Ideologie zu sehen ist. Im Wohlfahrtspluralismus geht man davon aus, dass Wohlfahrt immer in einem „Welfare Mix“ produziert wird. Dabei hängt das Gelingen der Wohlfahrt in einem Staat immer vom Gelingen des Zusammenspiels bzw. dem Mix von Staat, Markt, drittem Sektor<sup>145</sup> (gerade in diesem Sektor findet die Einbindung bürgerschaftlichem Engagements statt) und dem informellen Sektor. Die Herausforderung besteht darin, diesen Mix in der Gesellschaft des demografischen Wandels bei begrenzter Leistungsfähigkeit des Sozialstaates und der sich verändernden Solidarität in Familien und sozialen Netzwerken anzupassen. Das Problem der strategischen Ausrichtung des Mixes besteht darin, dass die Akteure sowie Adressaten sich in unterschiedlichen Interessenlagen, Lebenslagen, Bedarfssituationen befinden und über

---

<sup>144</sup> vgl. Eichner (2003) S.19f

<sup>145</sup> Der dritte Sektor wird gebildet durch Nonprofitorganisationen (z.B. Verbände der freien Wohlfahrt), deren primäres Ziel eher die Erfüllung des Unternehmensziels (z.B. die Leistung von sozialen Diensten) denn die Erzielung von Gewinn ist. Es gibt Non Profit Organisationen die vollständig staatlich finanziert werden und solche die sich mittels Ihrer Leistungserbringung finanzieren. Weiterhin gibt es zumeist keine Marktpreise. (vgl. Finis Siegler (2009) S.47ff)

unterschiedliche Mentalitäten sowie Ressourcen verfügen. Als Beispiel seien Pflegedienste angeführt, die möglichst viele Leistungen verkaufen möchten, welche staatlich oder privat finanziert werden und der Gewinnerwirtschaftung dienen. Dieser Akteur ist in der Regel nicht an der unentgeltlichen Erbringung oder Koordination von Leistungen interessiert. Als anderes Beispiel können Familien (z.B. mit Migrationshintergrund) aufgeführt werden, deren Mentalität es nicht zulässt, Hilfe von außen anzunehmen, da Pflegebedürftigkeit als Bewältigungsproblem der familiären Solidarität angesehen wird. Zur Unterstützung der Durchsetzung bzw. Ausweitung des Wohlfahrtspluralismus lassen sich im Bereich der Pflege und Betreuung vier Megatrends ausmachen. Zum Ersten wird dem informellen Sektor eine neue Bedeutung zugesprochen. Allerdings wurde in den vergangenen Jahrzehnten der Leistungsfähigkeit von Familie, Nachbarschaft und anderen informellen Netzwerken politisch nicht die nötige Aufmerksamkeit geschenkt, so dass diese sich vor dem Hintergrund des mit dem demografischen Wandel bedingten Rückgangs des familiären Pflegepotentials nicht weiter entfalten kann. Zum Zweiten ist ein Mentalitätswechsel in der Bevölkerung bezüglich der Pflegebereitschaft zu verzeichnen. Bisher wurde die Finanzierung der gesetzlichen Pflegeversicherung durch eben diese Pflegebereitschaft relativ stabil gehalten. Will man weiterhin auf informell geleistete Dienste bauen, gilt es diese durch die Schaffung entsprechender Rahmenbedingungen weiter zu stützen und zu fördern. Zum Dritten ist zu verzeichnen, dass der Staat nicht länger in einer gewährenden Funktion, sondern eher gewährleistend und gestaltend auftritt. Beispielhaft hierfür ist die soziale Pflegeversicherung, welche nicht mehr auf eine Vollversorgung ausgerichtet ist. Vielmehr enthält sie appellative Elemente, die auf die neue Kultur des Helfens ausgerichtet sind. Zum Vierten ist das bürgerschaftliche Engagement strategisch und operativ zu einem festen Bestandteil des Welfare Mix geworden. Auch wenn es gesamtpolitisch noch kein konsistentes Konzept gibt, ist es im Bereich der Pflegeversicherung anhand der Förderung von bürgerschaftlichem Engagement bereits zu erkennen.<sup>146</sup>

---

<sup>146</sup> Vgl. Klie (2010) S.571ff

In der Vergangenheit herrschte die Sichtweise, dass professionell geleistete Arbeit mit guter Qualität und ehrenamtlich bzw. unprofessionell geleistete Arbeit mit schlechter Qualität einhergeht. Doch im Zuge der Selbsthilfebewegung wurde der Blick sozialer Organisationen dahingehend geöffnet, dass auch nicht professionell geleistete Dienste eine nicht unerhebliche positive Wirkung erzielen können. Woraufhin soziale Organisationen den Anteil ehrenamtlicher Arbeit haben größer werden lassen. In diesem Zusammenhang kam es zu Debatten und Unsicherheiten in Bezug auf die Wirkung ehrenamtlicher Tätigkeiten auf hauptamtliche / professionelle Arbeitsplätze. Betrachtet man den Einsatz ehrenamtlich Tätiger allein aus Sichtweise der Organisationen, ist der Einsatz Ehrenamtlicher bei einseitiger Sichtweise auf ein reines Kostenmoment zu reduzieren.<sup>147</sup> Damit wird das freiwillige Engagement zum „Zauberwort zu Kostensenkung“. Dazu kommt die Befürchtung, dass gerade bei der Pflege und Betreuung Demenzkranker freiwillige Laienhelfer mehr schaden als nutzen könnten. Da sie nicht die nötigen Qualifikationen aufweisen, sind sie den Herausforderungen nicht gewachsen und liefern so nicht die erforderliche Qualität und können das nötige Gleichgewicht zwischen Distanz und Nähe zur Lebenssituation des Erkrankten nicht finden.<sup>148</sup> Doch aus der Perspektive der betroffenen hilfebedürftigen Personen stellt sich gemäß Wagner und Häring (2010) ein anderes Bild dar. „Sie nehmen Hauptamtliche als diejenigen wahr, die auf der einen Seite fachliche, rechtliche und organisatorische Sicherheit herstellen, aber auch als diejenigen, die für Geld arbeiten, also ihre Hilfe bringen, solange sie Geld verdienen. Nimmt man ihnen das Geld, den Lohn weg, bleibt die Hilfeleistung aus. Die Dienstleistung wird von den so Beglückten in ihrer Wirkung durchaus geschätzt, aber die menschliche Wärme, die bei vielen dieser Dienstleistungen ein wesentliches Moment der Hilfe ist, bleibt doch begrenzt.“<sup>149</sup> Damit ist neben Fachlichkeit und Professionalität durch hauptamtlich Tätige ein weites unverzichtbares Qualitätskriterium, welches man zwar managen aber nicht erwerben bzw. bezahlen kann, offenbar. Doch vermag es Ehrenamtlichkeit allein nicht, Kontinuität und bestimmte

---

<sup>147</sup> vgl. Wagner / Häring (2010) S.171f

<sup>148</sup> vgl. Fischbach / Veer (2008) S.236

<sup>149</sup> Wagner / Häring (2010) S.172

Qualitätsniveaus herzustellen. Somit ergibt sich aus der Kombination von Hauptamtlichkeit und Ehrenamtlichkeit eine wesentliche Basis zur Leistung sozialer Dienstleistungen in einer lebenswerten und sozialen Wirklichkeit.<sup>150</sup> Damit wird die Übernahme von Pflege und Betreuungsleistungen durch bürgerschaftlich Engagierte neben familiärer Pflege und professioneller Pflege (ambulant und stationär) zur dritten Säule der pflegerischen Versorgung.<sup>151</sup> Auch Einrichtungen, die besonders in Ehrenamtlichenarbeit „investieren“, weisen einen beachtlichen Gewinn an Humankapital<sup>152</sup> auf. Dieses Humankapital entsteht in erster Linie im Miteinander in der Organisation zwischen den Ehrenamtlichen, Hauptamtlichen und Adressaten der Hilfeleistungen. Doch können die Einrichtungen durch den gezielten Einsatz von Schulungsmaßnahmen mit direktem Bezug auf das Krankheitsbild die Entwicklung des Humankapitals beeinflussen.<sup>153</sup>

### **5.3 Freiwillige Helfer, Ehrenamtliche und bürgerschaftlich Engagierte**

Nach Stelling (2003) wurden Engagierte früher zumeist als „freiwillige Helfer“ bezeichnet. Doch setzte sich bereits vor Jahrzehnten bei der Diakonie Düsseldorf der Begriff der „Ehrenamtlichen Mitarbeiter“ durch. In diesem Terminus wird deutlich, dass die freiwilligen Helfer nicht allein als Zuträger, sondern als Mitarbeitende angesehen und anerkannt werden. So erarbeitete die Diakonie Düsseldorf bereits in den 80er Jahren des vergangenen Jahrhunderts ein Schulungs- und Weiterbildungskonzept für ehrenamtlich Tätige. Auch kontinuierliche Fortbildungen und Gratifikationen (z.B. in Form von Feiern) gehörten zu diesem Konzept und sollten den Wert und die mit der Tätigkeit verbundene Verantwortung deutlich machen.<sup>154</sup>

Weiterhin ist gemäß Fringer et al. (2010) sowie Stelling (2003) ein Wandel in der Motivation, ehrenamtliche Tätigkeiten zu übernehmen zu verzeichnen. In der Vergangenheit war die Übernahme sozialer Ehrenämter in der Regel religiös

---

<sup>150</sup> vgl. Wagner / Häring (2010) S.172f

<sup>151</sup> vgl. Fischbach / Veer (2008) S.235

<sup>152</sup> Humankapital als Wissen, Fähigkeiten, Kompetenzen und sonstige Eigenschaften von Individuen die für das soziale und wirtschaftliche Wohlergehen von Bedeutung sind.

<sup>153</sup> vgl. Fischbach / Veer (2008) S.242

<sup>154</sup> vgl. Stelling (2003) S. 36

motiviert, wogegen heute eine Reziprozität zu verzeichnen ist, in der der engagierte Bürger hofft, etwas von der Gesellschaft zurück zu bekommen.<sup>155</sup> Ehrenamtliche kommen nun häufig mit klaren Vorstellungen, zu Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege und haben klare Vorstellungen, was sie tun oder nicht tun möchten. Sie legen Wert auf ein bestimmtes Aufgabengebiet.<sup>156</sup> „Es geht also nicht mehr darum, dass für bestehende Aufgaben von den Wohlfahrtsverbänden helfende Hände gesucht werden, sondern die Interessierten treten an die Verbände heran mit dem Anliegen, für ihre speziellen Wünsche und Vorstellungen ein Betätigungsfeld zu finden.“<sup>157</sup> Damit hängen Motive, ein Ehrenamt zu übernehmen, auch von der Lebenslage der Engagierten ab.<sup>158</sup> Motive können also beispielsweise für ältere Engagierte sein, bald auch auf derartige Leistungen / Hilfestellungen angewiesen zu sein und zu hoffen, dass die Gesellschaft den Dienst in gleicher Weise vergütet, andere Personengruppen erhoffen sich eine sinnvolle Tätigkeit, die dem eigenen Lebensmodell z.B. als Kompensation einer früheren weggefallenen Tätigkeit entspricht oder aber bei jungen Engagierten, die durch die Aufwandsentschädigung ein von den Eltern unabhängiges Taschengeld erreichen wollen.

#### **5.4 Bürgerschaftliches Engagement und die Zahlung von Aufwandsentschädigungen**

Wie bereits angesprochen, gibt es im Bereich sozialer Dienstleistungen Befürchtungen der Deprofessionalisierung und der Schaffung von Minilohn-Arbeitsverhältnissen zur Kostensenkung, was eine Verdrängung professioneller (Pflege-) Kräfte zur Folge hätte. Zwar wurde bereits dargelegt, dass der Mix aus Professionellen und ehrenamtlich bzw. bürgerschaftlich Engagierten eine Optimierung des Wesens der (Sozial-)Leistung darstellt,<sup>159</sup> doch wurde die Funktion der finanziellen Vergütung noch nicht diskutiert. Schließlich kann sie neben dem Zugewinn an Ansehen in der Gesellschaft als eines der Motive für

---

<sup>155</sup> vgl. Fringer et al. (2010) S.174

<sup>156</sup> vgl. Stelling (2003) S.37

<sup>157</sup> Stelling (2003) S.37

<sup>158</sup> vgl. Klie / Stemmer (2011) S.36

<sup>159</sup> vgl. Wagner / Häring (2010) S.171f

bürgerschaftliches Engagement gesehen werden. So stellten Fringer et al. (2010) in ihrer Studie zum Profil und Motiv ehrenamtlich Engagierter heraus, dass die Aufwandsentschädigung neben anderen Motiven durchaus als Beweggrund, sich bürgerschaftlich zu engagieren, gesehen werden kann.<sup>160</sup> So stellen Klie und Stemmer (2011) die Funktion von Geldzahlungen aus Sicht der Engagierten, der institutionellen Akteure als auch der Adressaten heraus.

*Aus Sicht der Engagierten* identifizieren sie sechs Funktionen:

- Die finanzielle Ermöglichung des Engagements:

Durch das Entstehen von Kosten und deren Ausgleich werden die Hürden sich zu engagieren für bestimmte Zielgruppen gesenkt. Damit ist das Engagement unabhängig von der finanziellen Lage und die Geldleistung ist als pauschaler Auslagenersatz zu betrachten.

- Ausdruck der Anerkennung:

Die Geldleistung kann unabhängig von der finanziellen Situation als Ausdruck der Wertschätzung gesehen werden.

- frei verfügbares Budget im Familieneinkommen (Taschengeld):

Der Engagierte ‚erarbeitet‘ sich einen Bonus oder Zuverdienst, über den er frei verfügen kann.

- Beitrag zur Existenzsicherung:

In prekären Lebenslagen kann der Zuverdienst einen Beitrag zur Lebenssicherung leisten. Dies kann auch als Übergangslösung genutzt werden, da die Engagierten auf dem ersten Arbeitsmarkt nur wenige Chancen sehen.

- Aufwertung des sozialen Status:

Die Zahlung eines Betrages kann inhaltlich bzw. ideell über die persönliche Anerkennung der Leistung des Engagierten hinaus gehen. So kann die monetäre Anerkennung und auch im näheren sozialen Umfeld eine bessere Wertschätzung der Leistung bewirken.

---

<sup>160</sup> vgl. Fringer et al. (2010) S.177f

- Annäherung an eine Erwerbsbiografie:

Über die ehrenamtliche Tätigkeit eröffnet sich die Möglichkeit, sich (wieder) in Richtung einer Erwerbstätigkeit zu entwickeln, eine Tätigkeit, die über die Familie hinausgeht, auszuüben bzw. etwas, das dem eigenen Lebensmodell entspricht (weiterhin) auszuüben.

Aus Sicht der institutionellen Akteure identifizierten sie sieben Funktionen.

- Pauschale Geldzahlung als unbürokratischer Auslagenersatz:

Durch die Pauschalisierung des Auslagenersatzes kann bürokratischer Aufwand eingespart werden, da z.B. keine Quittungen gesammelt und abgerechnet werden müssen.

- Geld als „Türöffner“ für freiwilliges Engagement:

Geld als Anreiz, sich für soziales Engagement zu entscheiden. Nach Auswertung von Expertenbefragungen wurde festgestellt, dass im Laufe des Engagements das Geld als Motivator in den Hintergrund treten kann und andere Motive in den Vordergrund treten.

- Anreiz bei der Gewinnung von Engagierten für spezielle Aufgaben:

In dieser Funktion geht es nicht darum, mehr Freiwillige zu gewinnen, vielmehr geht es darum Engagierte für zum Teil schwer zu besetzende „Stellen“ zu gewinnen. Häufig werden auch finanzielle Anreize gesetzt, wenn bestimmte Qualifikationen an die Stelle gebunden sind.

- Zugang zu einer kostengünstigen Personalressource:

Mittels nebenberuflichen Arbeitsmodellen, welche nicht einkommenssteuerpflichtig sind, haben Institutionen die Möglichkeit, für den Adressaten kostengünstige Leistungen anzubieten und so auf dem Markt konkurrenzfähig zu bleiben.

- Ansprüche an die Engagierten lassen sich monetär legitimieren.

Über die Zahlung von Geldbeträgen wird durch die Institution eine Verbindlichkeit dem Engagierten gegenüber aufgebaut bei der Übernahme bestimmter regelmäßiger Tätigkeiten.



- Bessere Planbarkeit und Integration freiwilligen Engagements in betriebliche Abläufe :

Die Gründe für die bessere Planbarkeit liegen in der oben genannten Funktion. Auf dieser Basis ist es möglich, die Ressource der Ehrenamtlichen anhand von Stundensätzen zu erfassen und zu berechnen.

- Geld als arbeitsökonomisch effiziente Form der Anerkennung:

Geld als effiziente Form der Anerkennung, um fehlende Zuwendung der Institution zu den Engagierten zu kompensieren.

Für die Adressaten der Hilfeleistungen stellte bezahltes Engagement zunächst eine kostengünstige Form der Hilfeleistung dar. Desweiteren stellt die Zahlung einer Gegenleistung die Möglichkeit dar, sich moralisch zu verpflichten. Dies besonders in Arrangements, in denen der Adressat auf Grund seiner Lebenslage nicht mehr in der Lage ist, eine andere Gegenleistung zu erbringen.

Über die individuelle und institutionelle Perspektive hinaus kann die Geldleistung auch gesamtgesellschaftliche Funktionen / Effekte haben. So kann im Zuge geringer werdender finanzieller Mittel das bürgerschaftliche Engagement eine Möglichkeit darstellen, gemeinwohlorientierte Dienstleistungen aufrecht zu erhalten. Desweiteren können einige Personengruppen auf diesem Wege Teilhabe am Arbeitsleben erlangen. So erfahren Menschen nicht nur Selbstwertgefühl und Wertschätzung durch Dritte, es können sich vielmehr auch Kontakte zum ersten Arbeitsmarkt erschließen, die wohlmöglich in eine Anstellung auf dem ersten Arbeitsmarkt münden.<sup>161</sup>

Wichtig und unterstreichenswert im Kontext der Aufwandsentschädigung für bürgerschaftlich Engagierte und der Verwässerung bzw. des Abbaus professioneller sozialer Dienstleistungen ist, dass ehrenamtliche Tätigkeit „[...] nicht verkauft wird, d.h. kein Tausch Zeit gegen Geld im Sinne einer Vergütungslogik stattfindet.“ Es muss transparent ersichtlich sein, welchen Zweck die Zahlung erfüllt, ob sie der Anerkennung der Leistung dient, eine Auslagenersatz darstellt oder eine tatsächliche Vergütung der Leistung darstellt.

---

<sup>161</sup> vgl. Klie / Stemmer (2011) S.36ff

Schließlich ist die Motivation von bürgerschaftlichem Engagement in ihrem Kern nicht primär auf den Gelderwerb ausgerichtet.<sup>162</sup>

## **5.5 Zwischenfazit niedrigschwellige Leistungen**

Niedrigschwellige Leistungen stellen eine wichtige Zwischenstufe zwischen der Familienpflege und ausschließlich professionell geleisteter Pflege dar. Auf Grund der Niedrigschwelligkeit besteht die Chance durch Pflege belastete Personen und ihre demenziell erkrankten Angehörigen zu erreichen, bevor auf Grund des Leidensdrucks ausschließlich professionell geleistete Pflegearrangements in Frage kommen. Dies wird dadurch erreicht, dass Betroffene leichten Zugang zu Leistungen haben und nicht das Gefühl haben, sich fest zu binden.

Das ‚Zentrum Demenz‘ beschäftigt zur Umsetzung der niedrigschwelligen Betreuungsangebote ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Auf diese Weise ist man in der Lage kostengünstig die niedrigschwelligen Leistungen anzubieten. Schließlich soll auch der Preis der Leistung nicht zu einer Hürde werden, die die Inanspruchnahme von Leistungen verringert. Darüber hinaus hat die Zahlung von Aufwandsentschädigungen an die Ehrenamtlichen verschiedene Effekte, wie z.B. die Aufwertung der nicht professionell geleisteten Dienstleistung im Sinne einer Anerkennung durch die Familien sowie einen Zuwachs am Status der Tätigkeit, wodurch die Ehrenamtlichen mit höherer Verbindlichkeit und Verantwortungsbewusstsein ihre Tätigkeit ausüben.

## **6 Zentrum Demenz- ein Modellprojekt nach §45c SGB XI**

### **6.1 Beschreibung des Zentrum Demenz und seiner Leistungen**

Die Kontakt- und Informationsstelle ‚Zentrum Demenz‘ wurde durch das Land Mecklenburg – Vorpommern und die Pflegekassen zum 01.10.2006 bewilligt. Die Bewilligung erfolgte auf Grundlage des 2002 in Kraft getretenen Pflegeleistungsergänzungsgesetzes als Modellprojekt nach § 45c SGB XI.<sup>163</sup> Das Modellvorhaben ‚Zentrum Demenz‘ befindet sich in der Trägerschaft des

---

<sup>162</sup> vgl. Klie / Stemmer (2011) S.82

<sup>163</sup> vgl. Greve (2007A) S.1

Augustinen Stifts, welcher auf über 150 Jährige Erfahrungen in der Betreuung und Pflege alter und pflegebedürftiger Menschen zurückgreifen kann.

Indem man sich zur Aufgabe gemacht hat, über Demenzerkrankungen und regionale Hilfs- und Betreuungsangebote zu informieren, Betroffene und ihre Angehörigen zu beraten und mittels der Koordination von Hilfs- und Entlastungsangeboten die Versorgung zu steuern<sup>164</sup>, trägt das Modellvorhaben trägerunabhängig zur regionalen Stärkung und Vernetzung der Betreuungs- und Versorgungsstrukturen für pflegebedürftige Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen im Gebiet der Landeshauptstadt Schwerin sowie angrenzenden Gemeinden bei.<sup>165</sup> Dies geschieht durch Information, klientenzentrierte Beratung, Case Management, frühestmöglicher Kontaktaufnahme zu Erkrankten und ihren Angehörigen sowie der Erweiterung der Angebotsstruktur. Auf diese Weise soll eine Stabilisierung der häuslichen informellen Pflegearrangements erreicht werden.<sup>166</sup>

„Die Kontakt- und Informationsstelle hat sich etabliert. In Schwerin gibt es keinen vergleichbaren Anlaufpunkt für Belange in Bezug auf die Demenz.“<sup>167</sup> Das Projekt schließt eine nicht unerhebliche Versorgungslücke, für die es vor dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz von 2002 keine Finanzierung gab, indem es Informationen und Aufklärung zur Krankheit sowie Hilfen anbietet. Die Kontakt- und Informationsstelle arbeitet im niedrigschwelligen Bereich.<sup>168</sup> In seiner Arbeit erkennt das ‚Zentrum Demenz‘ die Betroffenen und ihre Angehörigen als Experten ihrer eigenen Situation an und so nehmen sich die Mitarbeiter des ‚Zentrum Demenz‘ gemeinsam mit den Betroffenen ihrer Fragen, Anliegen sowie Probleme an und arbeiten gemeinsam an deren Bewältigung und Lösung. Im Problemlösungsprozess werden Erkrankter und Angehörige als Gesamtsystem gesehen, in dem sich Erkrankter und Angehörige als Subsysteme in einer Wechselwirkung gegenseitig beeinflussen. Die Betrachtung des Systems erfolgt ganzheitlich in allen Lebenslagen und Lebensbereichen, d.h. es werden alle relevanten seelischen emotionalen,

---

<sup>164</sup> vgl. Jansen (2010) Konzept S.4

<sup>165</sup> vgl. Greve (2007B) S.1

<sup>166</sup> vgl. Jansen (2010) Konzept S.4

<sup>167</sup> Greve (2011 nicht veröffentlicht) S.1

<sup>168</sup> vgl. Greve (2011 nicht veröffentlicht) S.1

kulturellen, kognitiven physischen, sozialen, organisationsbezogenen und örtlichen Merkmale berücksichtigt. Alle Hilfen werden an der Gesamtheit der vorhandenen Fähigkeiten und Fertigkeiten des gesamten Klientensystems sowie den verfügbaren personellen und materiellen Ressourcen ausgerichtet. Zur Erreichung der Ziele wird auf interprofessionelle Zusammenarbeit und Empowerment des Klientensystems gesetzt. Auf diese Weise wird eine individuelle und bedarfsgerechte Hilfevermittlung gewährleistet.<sup>169</sup>

Die allgemeinen Ziele des Projektes sind:

- eine möglichst frühe Kontaktaufnahme zu den Betroffenen und den Angehörigen, um eine Herausögerung des Krankheitsverlaufes in einem frühen Stadium zu erreichen,
- das Initiieren von Angeboten, um Angehörige zu entlasten und einen möglichst langen Verbleib in der Häuslichkeit zu erreichen,
- die Arbeit mit Ehrenamtlichen in der Betreuung von Demenzerkrankten und
- die Sensibilisierung der Öffentlichkeit.<sup>170</sup>

Um diese Ziele zu erreichen bietet das ‚Zentrum Demenz‘ für Demenzkranke und ihre Angehörigen folgende Leistungen:<sup>171</sup>

- Information
- Beratung
- Case Management für Demente und ihre Angehörigen
- Betreuungsleistungen
- Vernetzung
- Förderung ehrenamtlicher Arbeit
- Infoabende und Fortbildungen zum Thema Demenz

Durch eine wirksame Vernetzung von Informations- und Hilfe-Diensten sowie der Kombination aus ehrenamtlicher und professioneller Hilfe soll der

---

<sup>169</sup> vgl. Jansen (2010) Konzept S.4f

<sup>170</sup> Zentrum Demenz (2011A)

<sup>171</sup> vgl. Jansen (2010) Konzept S.16ff

individuellen Situation eines jeden Betroffenen und seiner Angehörigen mittels der sich so eröffnenden vielfältigen Möglichkeiten entsprochen werden.<sup>172</sup>

## **6.2 Information, Beratung und Case Management Die Leistungen des Zentrum Demenz**

### **6.2.1 Information:**

Die Informationsvermittlung richtet sich an Betroffene und ihre Angehörige, welche keine Fallklärung bzw. keine Vermittlung weiterer Dienste und Leistungen wünschen. Dabei geht es häufig um konkrete Fragestellungen, ohne dabei detailliert auf die konkrete und individuelle Problemlage und Lebenssituation des der Hilfe- bzw. Informationssuchenden einzugehen. Mittels detaillierter Informationen über Pflegedienste, Kurzzeit- und Tagespflegeangebote, Entlastungsmöglichkeiten der Angehörigen und vielem Mehr soll der Hilfesuchende in die Lage versetzt werden, anschließend selbstständig tätig zu werden.<sup>173</sup>

Ein elementarer Bestandteil der Informations- und Öffentlichkeitsarbeit des ‚Zentrum Demenz‘ ist der gemeinsam im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung<sup>174</sup> in Kooperation mit dem Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management entwickelte „Demenz-Wegweiser für Schwerin und Umland“. Mittels des „Wegweisers“ haben Betroffene und Angehörige die Möglichkeit, schnell an notwendige Informationen zu gelangen. Zur Erstellung des Wegweisers wurden alle bis zum Zeitpunkt der Erstellung bekannten Anbieter von Leistungen für Dememenz-erkrankte sowie deren Angehörige in Schwerin und dem Umland zu ihren Leistungen befragt, die Informationen zusammengetragen und systematisch geordnet. Auf diese Weise werden

---

<sup>172</sup> vgl. Greve (2007B) S.1

<sup>173</sup> vgl. Jansen (2010) Konzept S.16

<sup>174</sup> Auf Grundlage:

„Eine Ist-Analyse der Hilfs-, Unterstützungs- und Entlastungsangebote für demenziell erkrankte Menschen und deren Angehörige in Schwerin“ Bachelorarbeit: Anne Kirschner; Stefanie Kirschner: (2007) UND „Empfehlung für die Weiterentwicklung der Informations- und Kontaktstelle ‚Zentrum Demenz‘“ Forschungsbericht: Anne Kirschner; Stefanie Kirschner (2009)

Informationen vereint, welche bisher mühsam von jedem einzelnen selbst zusammengetragen werden mussten.<sup>175</sup>

Darüber hinaus betreibt das Zentrum Demenz eine breite Öffentlichkeitsarbeit, um auf die Problematiken demenzieller Erkrankungen und die eigene Tätigkeit aufmerksam zu machen. Zur Öffentlichkeitsarbeit nutzt man das Internet mit dem eigenen Web-Auftritt ([www.Zentrum-Demenz.de](http://www.Zentrum-Demenz.de)), öffentliche Veranstaltungen, wie beispielsweise gemeinsame Aktionen innerhalb des ‚Netzwerk Demenz‘, oder auch Ehrenamtstreffen sowie die Medien Zeitung und Radio.

### **6.2.2 Beratung:**

Klientenzentrierte Beratung richtet sich an Hilfesuchende, bei denen eine Fallklärung durch die Mitarbeiter des ‚Zentrum Demenz‘ erforderlich ist, aber die Hilfesuchenden die Inanspruchnahme von Hilfeleistungen selbst steuern können. Ziel einer Beratung ist es, Wissenslücken zu füllen und Entscheidungshilfen zu geben, um den Klienten zu befähigen die erforderlichen Schritte zur Integration in das Hilfesystem und die Realisierung gesetzlicher Ansprüche selbst vorzunehmen. Bei Bedarf wird der Hilfesuchende dabei unterstützt.<sup>176</sup>

### **6.2.3 Case Management für Demente und Ihre Angehörigen:**

Das Case Management richtet sich an Hilfesuchende, bei denen Information und Beratung zur Problemlösung nicht ausreichen, bei denen die Koordination der Hilfeleistungen notwendig ist und/oder familiäre Problemlösungsstrategien zu kurz greifen und ergänzt werden müssen.

Der Case Management – Prozess wird im ‚Zentrum Demenz‘ vollständig umgesetzt, d.h. er umfasst Planung, Organisation, Monitoring und Evaluation der fallbezogenen Hilfeleistungen.<sup>177</sup> Das Case Management basiert auf einem im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung durch die Hochschule Neubrandenburg erarbeiteten Konzept und wird seit 2011 durch die

---

<sup>175</sup> Zentrum Demenz (2009A)

<sup>176</sup> vgl. Jansen (2010) Konzept S.16

<sup>177</sup> vgl. Jansen (2010) Konzept S.17

Mitarbeiterinnen der Kontakt- und Informationsstelle ‚Zentrum Demenz‘ angewendet und umgesetzt. Da die Einführung des Case Management Konzeptes erst zu Beginn des Jahres 2011 stattgefunden hat, ist eine Evaluation des Case Managements zu diesem Zeitpunkt noch nicht möglich. Dennoch sollte im Rahmen einer weiteren wissenschaftlichen Begleitung das Case Management zur Verbesserung der Leistungspotentiale einer formativen Evaluation unterzogen werden.

#### **6.2.4 Die Inanspruchnahme von Information und Beratung:**

Eine Sichtung von Gesprächs- bzw. Beratungsprotokollen ergab bei einem Stand vom 07.07.2011, dass insgesamt zu 334 Fällen demenzerkrankter Menschen Informationsgespräche geführt wurden bzw. beraten wurde. Es ergibt sich ein durchschnittlicher Wert von 3,64 Kontakten für Information und Beratung je Fall. Die minimale Anzahl an Kontakten zu einem Klienten beträgt 1 und die maximale Anzahl an Kontakten für Information und Beratung beträgt 58 Kontakte.<sup>178</sup>

Mit 167 Fällen macht der Anteil der Klienten mit einem Beratungs- bzw. Informationskontakt einen Anteil von 50% aus. Somit hat die andere Hälfte der Hilfesuchenden mindestens ein zweites Mal Kontakt für ein Beratungs- bzw. Informationsgespräch aufgenommen. Mit einer Häufigkeit von 56 Fällen macht der Anteil der Klienten mit zwei Beratungs- bzw. Informationskontakten einen Anteil von 16,8% aus und stellt die zweit-häufigste Anzahl an Kontakten dar.<sup>179</sup>

Seit dem Jahr 2005, in dem sich die Kontakt- und Informationsstelle ‚Zentrum Demenz‘ (noch in anderer Trägerschaft) gründete, ist über die Jahre eine Steigende Anzahl an Erstkontakten für Beratungs- bzw. Informationsleistungen zu verzeichnen. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels ist ein weiterer Anstieg des Beratungs- und Informationsbedarfs zu erwarten.

---

<sup>178</sup> vgl. Anhang Tabelle1

<sup>179</sup> vgl. Anhang Tabelle2

**Tabelle 3 Erstkontakte für Beratung / Information nach Jahren**

Jahr	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Erstkontakte	4	19	48	74	66	76	47

Quelle: Eigene Darstellung

Stand: 07. Juli 2011

### **6.2.5 Infoabende und Fortbildungen zum Thema Demenz:**

Zur Enttabuisierung des Themas Demenz veranstaltet das ‚Zentrum Demenz‘ monatliche Infoabende und verschiedene Veranstaltungen zum Thema ‚Demenz‘. Desweiteren werden Fortbildungen für Angehörige, Ehrenamtliche und professionell Pflegende sowie verschiedene Berufsgruppen an.

So werden monatlich an Infoabenden öffentliche Vorträge mit anschließender Diskussion rund um das Thema Demenz durchgeführt. Die Auswahl der Themen erfolgt in Folge einer Evaluation der vorjährigen Veranstaltungen sowie nach thematischer Relevanz für die Öffentlichkeit bzw. Besucher. Die steigenden Besucherzahlen können als Beleg für das Interesse der Öffentlichkeit und die Relevanz des Themas angesehen werden.<sup>180</sup>

**Tabelle 4 Teilnehmer an Infoabenden nach Jahren**

Jahr	2007	2008	2009	2010
Teilnehmer	103	194	103	153

Quelle: Eigene Darstellung

Stand: 07. Juli 2011

### **6.2.6 Schulungen für Angehörige**

Das ‚Zentrum Demenz‘ bietet an elf Vormittagen für pflegende Angehörige von Demenzkranken eine Schulungsreihe an. Ziel ist es, den Angehörigen Informationen aus einer Hand zu liefern, die sie sonst nur bruchstückhaft auf Nachfrage bei verschiedenen Institutionen erhalten würden. Neben Informationen über die Krankheit Demenz werden Möglichkeiten des Umgangs mit dem Krankheitsbild der Demenz, Möglichkeiten der Hilfen für die Erkrankten und Angehörigen sowie Möglichkeiten der Vorsorge besprochen. Die Schulungseinheiten sind über einen Zeitraum von jeweils zwei Stunden angelegt. Eine Anmeldung zum Kurs ist erforderlich und kann nur für den

<sup>180</sup> vgl. Greve (2011 nicht veröffentlicht) S.2



gesamten Kurs erfolgen. Während der Schulungen ist die Möglichkeit der Betreuung des erkrankten Angehörigen gegeben. So sind bei Pflegekursen für pflegende Angehörige nach § 45 folgende Teilnehmerzahlen zu verzeichnen.

**Tabelle 5 Teilnehmer an Pflegekursen für pflegende Angehörige nach § 45 SGB XI**

Jahr	2008	2009	2010	2011
Teilnehmer	9	14	12	8

Quelle: Eigene Darstellung

Stand: 07. Juli 2011

### **6.3 Betreuungsleistungen:**

#### **6.3.1 Welche Betreuungsleistungen gibt es?**

Das ‚Zentrum Demenz‘ bietet neben Information und Beratung und Case Management selbst Betreuungs- und Entlastungsangebote zur Erweiterung der Angebotsstruktur in Schwerin und Umgebung an.

Betreuungsleistungen sind:

- Monatliche Treffen von Angehörigen Demenzkranker zum gegenseitigen Erfahrungsaustausch.
- Parallele Betreuung der Demenzkranken während der Angehörigen-gruppe nach Absprache.
- Eine wöchentliche Betreuungsgruppe für Demenzkranke
- Tanzkaffee
- Einzelbetreuung des Demenzkranken in der Häuslichkeit.

Darüber hinaus ist das Zentrum Demenz bestrebt stetig neue, regionale (fehlende) Betreuungs- und Entlastungsangebote zu entwickeln und zu etablieren.<sup>181</sup>

Die Betreuungsleistungen des ‚Zentrum Demenz‘ sind gemäß § 45b SGB XI anerkannt.

---

<sup>181</sup> vgl. Jansen (2010) Konzept S.19

### 6.3.2 Betreuungsgruppe für Demenzkranke

Die Betreuungsgruppe für Demenzkranke wird wöchentlich angeboten. In einem zeitlichen Rahmen von drei Stunden werden gemeinsame Aktionen für maximal acht demenziell erkrankte Menschen angeboten. Es besteht ein inhaltlicher Anspruch auf eine 1:1- bzw. 1:2-Betreuung der an Demenz erkrankten Klienten. Da die Gruppe der Betroffenen in den unterschiedlichen Krankheitsstadien kein homogenes Krankheitsbild aufweist und die Konzentration auf ein Gruppengeschehen nur kurzzeitig möglich ist, ist eine intensive und individuelle Betreuung notwendig die sich zum Teil nur in einer Einzelbetreuung realisieren lässt.

Wie im Falle der Beratungs- und Informationsdienstleistung ist eine steigende Inanspruchnahme der Betreuungsgruppe sowohl in Bezug auf die Fälle als auch in den absoluten Zahlen der Besuche zu verzeichnen. Darüber hinaus ist gleichsam ein Anstieg der durchschnittlichen Besuche der Betreuungsgruppe je Klient zu verzeichnen, was als Indiz für einen Anstieg der Akzeptanz des entlastenden Angebotes ‚Betreuungsgruppe‘ angesehen werden kann.

**Tabelle 6 Inanspruchnahme der Betreuungsgruppe nach Jahren**

Jahr	2007	2008	2009	2010	2011
Klienten in Betreuungsgruppe	8	19	27	19	15
Gesamtbesuche	107	238	390	430	271
Durchschnitt Besuche je Klient	13,4	12,5	14,4	22,6	18,1

Quelle: Eigene Darstellung

Stand: 07. Juli 2011

Eine besondere Form der Betreuung ist das regelmäßig stattfindende Tanzkaffee, an dem auch Angehörige teilnehmen.

Neben den Hauptamtlichen Mitarbeitern des ‚Zentrum Demenz‘ werden für die Betreuung in allen Betreuungsangeboten des ‚Zentrum Demenz‘ auch bürgerschaftlich engagierte Helfer und Helferinnen eingesetzt. Auf Grund des niedrighschwelligen Charakters des Angebotes ist die Anzahl der Teilnehmenden schwankend.

### **6.3.3 Betreuung der Demenzerkrankten parallel zur Angehörigen-Gruppe**

Einmal im Monat treffen sich Angehörige von demenziell Erkrankten in einer angeleiteten Selbsthilfegruppe. In der Gruppe tauschen sich die Angehörigen über das Thema ‚Demenz‘ aus. Es wird ein Austausch unter den pflegenden Angehörigen bezüglich eigener Erfahrungen, Schwierigkeiten und Coping-Strategien im Zusammenhang mit dem Krankheitsbild der Demenz angeregt. Um den Angehörigen die Teilnahme an den Gruppentreffen zu ermöglichen, wird durch das ‚Zentrum Demenz‘ die Betreuung des erkrankten Angehörigen angeboten. Die Betreuung wird durch eine Fachkraft und Ehrenamtliche realisiert.

### **6.3.4 Stundenweise Betreuung in der Häuslichkeit**

Häufig erfordert häusliche Pflege und Betreuung eines demenziell Erkrankten ‚rund um die Uhr‘ Aufmerksamkeit des pflegenden Angehörigen. Um den pflegenden Angehörigen punktuelle Termine zu ermöglichen, übernehmen ehrenamtliche Helfer und Helferinnen die stundenweise Betreuung des Erkrankten in der Häuslichkeit. Auf diese Weise haben pflegende Angehörige die Möglichkeit, Zeit unabhängig vom Pflege- bzw. Betreuungsbedürftigen zu nutzen. Diese Zeiträume können der Entspannung, dem Pflegen anderer Kontakte, der eigenen Gesundheitsvorsorge und vielem mehr dienen.

Anhand der nachfolgenden Tabelle ist wie auch im Falle der Inanspruchnahme der Leistung der Betreuungsgruppe ein klarer Trend zu erkennen, dass nicht nur die Anzahl der Demenzkranken in der Betreuung zunimmt, sondern auch die durchschnittliche Anzahl der durch die jeweiligen Klienten in Anspruch genommenen Betreuungsstunden. Gründe für die steigenden Zahlen können sowohl im steigenden Bedarf als auch in der wachsenden Akzeptanz der Betreuungsleistungen vermutet werden.

**Tabelle 7 Inanspruchnahmen stundenweiser Einzelbetreuung in der Häuslichkeit**

Jahr	2007	2008	2009	2010	2011
Klienten in Einzelbetreuung	4	19	27	33	24
Durch Ehrenamtliche geleistete Stunden	200	765	2403	3830	1944,5
Durchschnittliche Stunden je Klient	50	40,3	89	116,1	81

Quelle: Eigene Darstellung

Stand: 07. Juli 2011

Die Kombination aus Information, Beratung und niedrighschwelligen Hilfe- und Entlastungsangeboten hat sich zum Erreichen der Ziele des ‚Zentrum Demenz‘ als nützlich erwiesen.<sup>182</sup>

Durch die niedrighschwelligen Angebote werden Demenzkranke frühzeitig vor einer möglichen Isolation und Vereinsamung bewahrt oder aber auch aus einer bestehenden Isolation oder Vereinsamung geholt. Darüber hinaus werden mit den Angeboten pflegende Angehörige entlastet.<sup>183</sup>

#### **6.4 Vernetzung:**

Vernetzung umfasst die Initiierung, den Aufbau und die Pflege von Kooperations- und Koordinationsstrukturen im regionalen, sozialen Versorgungsnetz. Dies geschieht mit Blick auf formelle als auch informelle Dienste und Hilfen. Mittels der Bündelung von Kompetenzen im Netzwerk soll für Hilfesuchende ein effizientes, effektives und regelhaftes Hilfenetz aufgebaut werden. Die Vernetzung umfasst somit die Überprüfung von Abstimmungsprozessen und Regelabläufen bei der Versorgung von demenziell erkrankten Menschen und ihren Angehörigen sowie die Identifizierung von Schwachstellen und Defiziten im Netzwerk der Versorgung und Hilfeleistungen sowie die Verbesserung der Versorgungsstruktur und –qualität, durch die Anpassung der Hilfeleistungen an die Bedarfe und Bedürfnisse der Klienten.<sup>184</sup>

<sup>182</sup> vgl. Greve (2011 nicht veröffentlicht) S.1

<sup>183</sup> Zentrum Demenz (2011A)

<sup>184</sup> vgl. Jansen (2010) Konzept S.20

## **6.5 Die Arbeit mit Ehrenamtlichen durch das ‚Zentrum Demenz‘**

### **6.5.1 Förderung ehrenamtlicher Arbeit:**

Ehrenamtliche Arbeit ist eine der Säulen, die es dem ‚Zentrum Demenz‘ ermöglichen, niedrigschwellige Betreuungsangebote für Betroffene und ihre Angehörigen anzubieten und so zur Verbesserung der Lebenssituation, zur Partizipation der Betroffenen und ihrer Angehörigen am gesellschaftlichen Leben sowie zur Ergänzung professioneller Hilfeleistungen beizutragen. Um dies zu erreichen fördert das ‚Zentrum Demenz‘ bürgerschaftliches Engagement. Die Förderung beinhaltet Motivierung, Unterstützung und Einbeziehung von Menschen, die sich freiwillig für die Bedarfe und Bedürfnisse demenziell erkrankter Menschen einsetzen (wollen).<sup>185</sup>

Die ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer haben vor ihrem Einsatz bis Ende 2010 an einer mindestens 40-stündigen, ab dem 1.01.2011 20-stündigen Schulung teilgenommen. Weiterhin finden regelmäßige Treffen der Ehrenamtlichen statt, in denen die Mitarbeiterinnen des „Zentrum Demenz“ die Helferinnen und Helfer begleiten.<sup>186</sup>

### **6.5.2 Schulungen für Ehrenamtliche**

Das ‚Zentrum Demenz‘ bietet Schulungen für ehrenamtliche Helfer an. Die Schulung umfasste bis zum 31.12.2010 40-Stunden. Ab dem 01.01.2011 beträgt der Schulungsumfang gemäß § 2 Nr.5 der Betreuungsangebotsverordnung – M-V wenigstens 20 Stunden. Nach erfolgreichem Absolvieren der 40 bzw. 20 Stunden erhalten die ehrenamtlichen Helfer ein durch das ‚Zentrum Demenz‘ ausgestelltes Zertifikat.

Die Erarbeitung der Schulungsinhalte erfolgte in Anlehnung an das Handbuch „Helferinnenkreis“ der Angehörigenberatung e.V. Nürnberg (2006).

Analog zu den Betreuungsangeboten ist die Zahl der im ‚Zentrum Demenz‘ ehrenamtlich Tätigen kontinuierlich ansteigend. Die Anzahl der neu ausgebildeten Ehrenamtlichen hingegen ist lediglich in geringem Maße

---

<sup>185</sup> vgl. Jansen (2010) Konzept S.20

<sup>186</sup> Zentrum Demenz (2011A)

ansteigend. Dennoch sind die Zahlen als Beleg für die erfolgreiche Förderung ehrenamtlicher Tätigkeit zu sehen. Weiterhin ist ein Zusammenhang des Anstiegs der aktiven Ehrenamtlichen mit dem Anstieg der Inanspruchnahme der entlastenden Betreuungsleistungen zu vermuten. Schließlich stellen die Ehrenamtlichen einen Potentialfaktor dar, der vorhanden sein muss, um die Leistung anbieten zu können.

**Tabelle 8 Ehrenamtliche im ‚Zentrum Demenz‘ nach Jahren**

Jahr	2007	2008	2009	2010	2011
Aktive Ehrenamtliche	10	14	24	30	41
Absolventen der Ehrenamtlichen-schulung	*	10	12	13	12

Quelle: Eigene Darstellung

Stand: 07. Juli 2011

Die ‚Absolventen‘ der Ehrenamtlichen-Schulung, welche beim ‚Zentrum Demenz‘ eine Tätigkeit aufnehmen, werden in die ‚Fallgruppe‘ integriert. In der Fallgruppe haben die ehrenamtlich Tätigen unter fachlicher Anleitung die Möglichkeit, über Ihre Tätigkeit und Erlebnisse mit den demenziell Erkrankten und ihren Familien zu sprechen und diese gemeinsam zu reflektieren, um auf diese Weise mit eventuell auftretenden Problemen besser zu Recht zu kommen.

Um den Kontakt zu den Ehrenamtlichen zu intensivieren bzw. sie zu steter Fort- und Weiterbildung zu animieren, sind die Ehrenamtlichen Helfer angehalten, ab dem zweiten Jahr ehrenamtlicher Tätigkeit einen Fortbildungsnachweis zu führen. Ziel für die aktiven Ehrenamtlichen soll es sein, pro Jahr mindestens zwanzig Punkte zu erlangen. Eine Stunde Fortbildungsmaßnahme hat dabei einen Gegenwert von einem Punkt. Fortbildungsmaßnahmen können im ‚Zentrum Demenz‘ oder in anderen Einrichtungen in Anspruch genommen werden. Auch der Besuch der ‚Fallgruppe‘ kann als Fortbildungszeit angerechnet werden.

## **6.6 Personal**

Personell ist die Kontakt- und Informationsstelle ‚Zentrum Demenz‘ mit einer Diplom-Sozialarbeiterin / Sozialpädagogin (35h / Woche) und einer Bachelor-Sozialarbeiterin (30h / Woche) ausgestattet. Beide Mitarbeiterinnen verfügen über weit gezeigte berufliche Erfahrungen im Bereich der Pflege. Darüber hinaus sind gleichsam berufliche Erfahrungen in der Arbeit mit Ehrenamtlichen sowie der Begleitung und Beratung von Familien vorhanden. Auf Grundlage ihrer Ausbildung und beruflichen Erfahrungen verfügen die Hauptamtlichen Mitarbeiterinnen des ‚Zentrum Demenz‘ über die nötigen Fähigkeiten, Kenntnisse und Erfahrungen zur Bewältigung der Anforderungen der Arbeit mit Angehörigen, demenziell Erkrankten und Ehrenamtlichen.

Neben den Hauptamtlichen Mitarbeiterinnen sind in der Betreuung und Begleitung von Demenzkranken und ihren Angehörigen ehrenamtliche Mitarbeiter tätig. Die ehrenamtlichen Mitarbeiter verfügen über eine 40h- bzw. 20h- Schulung, die sie auf die Arbeit mit an Demenz Erkrankten und deren Angehörigen vorbereitet. Darüber hinaus werden die Ehrenamtlichen bei regelmäßigen Treffen durch die Hauptamtlichen Mitarbeiterinnen begleitet.

## **7 Darstellung der Wissenschaftlichen Begleitforschung der Hochschule Neubrandenburg**

### **7.1 Die Begleitforschung**

Die wissenschaftliche Begleitforschung wird in Form von Aktionsforschung unter fachlicher Leitung von Frau Prof. Bethke des Fachbereiches Gesundheit, Pflege, Management der Hochschule Neubrandenburg durchgeführt. Die Bearbeitung der Themen und Forschungsfragen erfolgt durch Studenten eben dieses Fachbereiches im Rahmen von Forschungs-, Projekt-, und Graduierungsarbeiten<sup>187</sup>. Das ‚Zentrum Demenz‘ bzw. seine Arbeit stellt den ‚Untersuchungsgegenstand‘ dar.

---

<sup>187</sup> Bachelor bzw. Master

Bezeichnend für die Methode der Aktionsforschung sind drei Grundsätze:<sup>188</sup>

1. *Forscher und Beforschte sind gleichberechtigt:*

Dies bedeutet, dass Forscher und Untersuchungsteilnehmer gleichberechtigt zusammenarbeiten. Somit entscheiden die Untersuchungsteilnehmer mit, welche Themen und Untersuchungsfragen beforscht werden und welche Methoden dazu eingesetzt werden sollen. Auch in die Interpretation der Ergebnisse werden die Untersuchungsteilnehmer einbezogen.

2. *Untersuchungsthemen sind praxisbezogen und emanzipatorisch:*

Die Untersuchungsfragen besitzen eine praktische Relevanz und sind nicht allein in theoretischen Überlegungen bzw. ausschließlichem Forschungsinteresse begründet. In der Aktionsforschung geht man davon aus, dass Sozialwissenschaften als Bestandteil der Gesellschaft die Verpflichtung haben, an der Lösung von gesellschaftlichen und politischen Problemen mitwirken.

3. *Der Forschungsprozess ist ein Lern- und Veränderungsprozess:*

Erkenntnisgewinn und Veränderung sowie Forschung und Praxis gehen Hand in Hand einher und laufen nicht wie in klassischen Forschungsmethoden nacheinander ab. Durch die unmittelbare Vermittlung neuer Erkenntnisse an die Untersuchungsteilnehmer ergibt sich ein gleichzeitiger Lern- und Veränderungsprozess für alle Beteiligten.

Auf Grund der Einbeziehung der Untersuchungsteilnehmer in das Untersuchungsgeschehen ist die Aktionsforschung als praxisnahe Methode die die spezielle Situation von benachteiligten, gesellschaftlichen Gruppen transparent macht bzw. versucht diese zu verbessern, nicht in jedem Kontext anwendbar. Um die gleichberechtigte Partizipation gewährleisten zu können ist Aktionsforschung eher mit gut gebildeten Teilnehmern, deren Wert- und Moralvorstellungen denen des Forschers entsprechen bzw. zumindest durch den Forscher akzeptiert werden, anzuwenden. Andernfalls kann es zu Ideologischen Konflikten bzw. einer Beteiligung, die nicht im Sinne der Aktionsforschung ist, kommen. So enthält auch die formative Evaluation Elemente der Aktionsforschung, ist aber auf Grund des höheren Niveaus an vorgeplanten Elementen nicht mit dieser gleichzusetzen.<sup>189</sup>

---

<sup>188</sup> vgl. Bortz / Döring (2006) S.342

<sup>189</sup> vgl. Bortz / Döring (2006) S.342f



So erfolgte die Themen- sowie Methodenauswahl der wissenschaftlichen Begleitforschung in Kooperation der Studenten und Frau Prof. Bethke der Hochschule Neubrandenburg mit den Mitarbeiterinnen des ‚Zentrum Demenz‘. Auf Grundlage der beforschten Themenfelder erfolgte der Auf- und Ausbau der Organisation und Leistungen des ‚Zentrum Demenz‘, beginnend bei der Konzeptentwicklung bis hin zur bedarfsgerechten Weiterentwicklung der Angebote und Leistungen.

So wurden in chronologischer Auflistung folgende Forschungsarbeiten angefertigt:

1. „Entlastung pflegender Angehöriger demenziell Erkrankter – Entwicklung von Fachstellen im Freistaat Bayern“  
Bachelorarbeit: Anne Jansen; (2007)
2. „Eine Ist-Analyse der Hilfs-, Unterstützungs- und Entlastungsangebote für demenziell erkrankte Menschen und deren Angehörige in Schwerin“  
Bachelorarbeit: Anne Kirschner; Stefanie Kirschner: (2007)
3. „Bedarfsanalyse von Unterstützungs- und Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige demenzkranker Menschen“  
Master-Thesis: Christin Breede; Anika Kuhlmeiy; (2007)
4. „Empfehlung für die Weiterentwicklung der Informations- und Kontaktstelle ‚Zentrum Demenz‘ “  
Forschungsbericht: Anne Kirschner; Stefanie Kirschner (2009)
5. „Zufriedenheit und Motivation ehrenamtlich Tätiger im ‚Zentrum Demenz‘ “  
Forschungsbericht: Anne Jansen;(2009)
6. „Die Entwicklung der Selbsthilfe für demenziell erkrankte Menschen und deren Angehörige in Mecklenburg-Vorpommern“  
Master-Thesis: Anne Kirschner; Stefanie Kirschner; (2009)
7. „Case Management für demente alte Menschen und ihre Angehörigen, Erarbeitung eines Konzeptes unter Einsatz einer qualitativen Erhebung zu Umsetzungsverfahren in Deutschland“  
Master-Thesis: Anne Jansen; (2010)

8. „Pflegerische Angehörige demenziell Erkrankter – subjektives Effektivitätsempfinden von niedrighschwelligem Betreuungsangeboten“  
Praktikumsbericht: Christin Scholz; Caroline Reske; (2010)
9. „Hilfe zur Selbsthilfe für Angehörige von Demenzerkrankten in Mecklenburg-Vorpommern, ‚Wirkung von Gesprächs- bzw. Angehörigengruppen von Demenzerkrankten aus Sicht der Angehörigen‘ “  
Forschungsbericht: Inga Kulbe; (2011)
10. „Evaluation der Arbeit mit Ehrenamtlichen im ‚Zentrum Demenz‘ “  
Bachelorarbeit: Christin Scholz; Charoline Reske; (2011)

Die zuvor aufgeführten Arbeiten trugen zur inhaltlichen und strukturellen Entwicklung der Arbeit des ‚Zentrum Demenz‘ bei.

## **7.2 Entlastung pflegender Angehöriger demenziell Erkrankter – Entwicklung von Fachstellen im Freistaat Bayern (Jansen 2007)**

Ziel dieser Arbeit war es herauszustellen, wie sich die Fachstellen in Bayern entwickelt haben. Die Fachstellen in Bayern stellen auf Grund ihrer beratenden Funktion und koordinierenden Tätigkeit im Rahmen niedrighschelliger Betreuungsangebote zur Entlastung pflegender Angehöriger, um auf diese Weise die Angehörigenpflege zu sichern, ein Äquivalent zur Kontakt und Informationsstelle ‚Zentrum Demenz‘ dar. Das ‚Zentrum Demenz‘ stellte im Jahr 2006 die erste Kontakt- und Informationsstelle in Mecklenburg-Vorpommern dar. Um den vierjährigen Entwicklungsrückstand aufholen zu können und von den Erfahrungen Anderer profitieren zu können, damit pflegenden Angehörigen und an Demenz Erkrankten die bestmöglichen Rahmenbedingungen zur Aktivierung und Entlastung bereit gestellt werden können, wurde die Entwicklung der Fachstellen im Freistaat Bayern mittels einer Fragebogengestützten Expertenbefragung (die Experten waren meist Leiter der Fachstellen) untersucht.

Dabei standen folgende Fragestellungen im Mittelpunkt der Fragebogengestützten Expertenbefragung.

- Inwieweit beeinflussen die Rahmenbedingungen die Inanspruchnahme der Fachstellen seitens Demenzkranker und deren pflegender Angehörige?
- Wie beeinflusst die Größe des Gebietes die Zuständigkeit von Fachstellen?

- Wie gestaltet sich die Zusammensetzung und Qualifizierung der Fachstellenmitarbeiter?
- Welche Tipps / Ratschläge und Verbesserungsvorschläge können von Seiten der Fachstellen im Freistaat Bayern hinsichtlich Aufbau und Arbeit gegeben werden?

Die Untersuchung zeigte auf, dass im Jahr 2006 die Zahl der Fachstellen im Freistaat Bayern zugenommen hat. Dies führt man auf die durch den demografischen Wandel bedingte steigende Inanspruchnahme der Fachstellen zurück. Die steigende Inanspruchnahme der Fachstellen wird auf den demografischen Wandel und den durch Öffentlichkeitsarbeit herbeigeführten Bedeutungsgewinn von Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige zurück geführt. Weiterhin wurde aufgezeigt, dass sich Fachstellen rechtzeitig vor dem Auslaufen von Modellfinanzierungen um weitere Finanzierungsmöglichkeiten kümmern müssen um den eigenen Fortbestand zu sichern. Darüber hinaus zeigte sich, dass Öffentlichkeitsarbeit sowie Netzwerkarbeit zu den häufigsten Tätigkeiten der Fachstellen gehört.

Die Untersuchung zeigt auf, dass die Kontaktstellen im Freistaat Bayern für relativ große Gebiete und Einwohnerzahlen zuständig sind. Auf Grund der geringeren Bevölkerungsdichte des Landes Mecklenburg-Vorpommern ist erst noch zu untersuchen, ob auf Grund der großen Distanzen eine Leistungserbringung im Rahmen der Einwohnerzahlen nach Bayrischen Maßstäben überhaupt möglich wäre.

Auf Grund der Tätigkeit in den Fachstellen sind hauptamtliche Positionen in den Fachstellen zumeist mit Diplom-SozialpädagogInnen besetzt. Eine Akademische Ausbildung wird auch für Hauptamtliche Mitarbeiter in Mecklenburg - Vorpommern empfohlen. Allerdings wird, um den fachlichen Anforderungen im Bereich demenzieller Erkrankungen besser gerecht zu werden, ein vermehrter Einsatz von Pflegewissenschaftlern bzw. Pflegemanagern empfohlen.

Ratschläge wurden sowohl hinsichtlich organisatorischer Problemlagen als auch der Notwendigkeit steter Öffentlichkeitsarbeit gegeben. Darüber hinaus wurden Anregungen zur Erweiterung des zukünftigen Aufgabenfeldes geben.

### **7.3 Eine Ist-Analyse der Hilfs-, Unterstützungs- und Entlastungsangebote für demenziell erkrankte Menschen und deren Angehörige in Schwerin (Kirschner und Kirschner 2007)**

Ziel dieser Arbeit war es, Daten bezüglich der zu diesem Zeitpunkt verfügbaren Hilfs-, Unterstützungs- und Entlastungsangebote für Menschen mit Demenz und deren Angehörige in Schwerin zu erfassen und zu systematisieren.

Dabei standen folgende Fragen im Zentrum des Interesses:

- Welche Hilfs-, Unterstützungs- und Entlastungsangebote stehen dem demenziell erkrankten Menschen und seinen Angehörigen in Schwerin zur Verfügung?
- Wie beurteilen die Experten die Inanspruchnahme der Angebote durch den demenziell erkrankten Menschen und seiner Angehörigen in Schwerin?
- Wie schätzen die Experten die Kooperation in Schwerin untereinander ein?
- Wie beurteilen die Experten den Zusammenhang zwischen der finanziellen Eigenbeteiligung durch den demenziell erkrankten Menschen bzw. seiner Angehörigen und der Inanspruchnahme der Angebote?
- Welche Angebote sind für den demenziell erkrankten Menschen und seine Angehörigen kostenpflichtig und welche kostenfrei?
- Welchen Handlungsbedarf sehen die befragten Experten im Hinblick auf Betreuung, Unterstützung und Entlastung von Menschen mit einer Demenz und seiner Angehörigen?

Die Erfassung der Daten erfolgte mittels eines teil-standardisierten Fragebogens im ambulanten Bereich und bei Selbsthilfekontaktstellen. Die so gesammelten Daten sollten zur Erstellung einer Informationsbroschüre herangezogen werden. Zudem wurde erfasst, wie die vorhandenen ambulanten Angebote durch Menschen mit einer Demenz und ihre Angehörigen genutzt und angenommen werden, um auf diese Weise eine Versorgung erstellen und anbieten zu können (Case-Management). Weiterhin stand im Fokus die Frage, wie Anbieter die Kooperation untereinander wahrnehmen und wie die Kooperation verbessert werden kann.

In Auswertung der Befragung wurde deutlich, dass zum Zeitpunkt der Befragung im Raum Schwerin bereits Angebote für Demenzerkrankte angeboten wurden. Allerdings gingen nur wenige Anbieter gezielt auf die Bedürfnisse der Zielgruppe der Demenzkranken ein. Auch Angebote im Bereich der Angehörigen, Selbsthilfe sowie Betreuungsgruppen war nur unzureichend ausgebildet.

Die Auswertung der Daten in Bezug auf die Inanspruchnahme der Leistungen aus Sicht der Anbieter von Leistungen beinhaltetete gleichsam die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Inanspruchnahme der Leistungen und einer Eigenbeteiligung. Als Ergebnis der Befragung kann gesagt werden, dass Leistungen, die durch Pflegekassen, Sozialämter und andere Träger bezuschusst werden, eher in Anspruch genommen werden. Weiterhin wurde ein Mittelwert der Eigenbeteiligung von 25 € ermittelt, ab dem die Inanspruchnahme der Leistungen nach Ansicht der Befragten zurückgehen könnte.

Keiner der befragten Anbieter schätzt die Kooperation als ‚sehr gut‘ ein. Der Großteil der Anbieter schätzte die Kooperation untereinander als ‚eher weniger vorhanden‘ ein. Schlussfolgernd wurde festgestellt, dass die Kooperation und Vernetzung der Anbieter von Leistungen unzureichend war und ausgebaut werden musste.

Von einer Vielzahl an Anbietern wurde vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und einem zu dem Zeitpunkt bereits vorhandenen ungedeckten Bedarfen, Betreuung, Versorgung, Entlastung und Unterstützung gefordert.

Im Ergebnis der IST-Analyse wurde aus den gesammelten Daten eine Broschüre „Demenz-Wegweiser für Schwerin und Umland“ erstellt, die alle Hilfs-, Unterstützungs- und Entlastungsangebote für demenziell erkrankte Menschen und deren Angehörigen enthält. Diese wurde am 24.07.2008 in der ersten Auflage veröffentlicht. Eine zweite aktualisierte Auflage mit allen bis dahin neu entstandenen Angeboten wurde im Frühjahr 2011 veröffentlicht.

#### **7.4 Bedarfsanalyse von Unterstützungs- und Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige demenzkranker Menschen (Breede und Kuhlmeier 2007)**

Ziel der Arbeit war es, den Bedarf an Unterstützungs- und Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige herauszustellen. Dazu wurde die Forschungsfrage wie folgt formuliert:

„Wie beeinflusst die Inanspruchnahme von Entlastungs- und Unterstützungsmaßnahmen die Lebensqualität von pflegenden Angehörigen?“

Die Beantwortung dieser Frage erfolgte mittels computergestützter Methoden der induktiven Statistik.

Die Datengrundlage lieferte eine im Raum Schwerin durchgeführte Befragung mittels eines standardisierten Fragebogens (Querschnittstudie), welcher mit Unterstützung des ‚Zentrum Demenz‘, Hausärzten sowie der AOK-Pflegekasse an pflegende Angehörige eines an Demenz erkrankten Menschen ausgegeben wurde.

Die Untersuchung umfasste neben Fragen zur Nutzung von Entlastungsangeboten und dem Bedarf von Entlastungsangeboten auch eine Reihe Variablen, mit denen sich der Gesundheitszustand der Befragten ausführlich beschreiben lässt. Dazu gehören Fragen bezüglich der rückblickenden Wahrnehmung des eigenen Gesundheitszustandes sowie das Vorliegen von Erkrankungen. Anhand der Befragung wurde deutlich, dass die Pflegesituation negative Effekte auf den Gesundheitszustand des pflegenden Angehörigen hat.

Weiterhin wurde aufgezeigt, dass die Pflegesituation einen Einfluss auf das Wohlbefinden, die Lebenszufriedenheit, die Belastungen und die Lebensqualität pflegender Angehöriger hat. In diesem Zusammenhang sind anhand der Untersuchung Gesundheit förderliche als auch Gesundheit verschlechternde Mechanismen im Zusammenhang mit dem Wohlbefinden, der Lebenszufriedenheit, den Belastungen und der Lebensqualität auszumachen. Daraus schlussfolgernd gilt es Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit, Belastungen und Lebensqualität bzw. Gesundheit förderliche Aspekte wie z.B. sozialen Rückhalt, positive Effekte der Pflege wie z.B. Stolz und Selbstwertgefühl, freie Zeit als Ausgleich zu unterstützen und negative Effekt auf das Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit, Belastungen und die Lebensqualität bzw. die Gesundheit z.B. Zukunftsängste, Störungen der Beziehung zwischen Angehörigem und zu Pflegenden durch geeignete Maßnahmen zu verringern.

Neben der Analyse des Einflusses der Pflegesituation auf die Gesundheit von pflegenden Angehörigen demenziell erkrankter Menschen stand die Beurteilung der Zufriedenheit mit den Entlastungs- und Unterstützungsangeboten im Zentrum des Interesses. Im Ergebnis stellte sich heraus, dass vorwiegend Pflegehilfsmittel und bauliche Maßnahmen als Unterstützung genutzt werden. Unterstützungs-Interventionen, die sich auf die zeitlichen, körperlichen oder psychischen Aspekte der Pflegesituation beziehen, wurden nur zu einem geringen Anteil von den Befragten wahrgenommen. Gründe für die spärliche Nutzung wurden vorrangig in Informationsbarrieren und Barrieren im Zusammenhang mit der pflegebedürftigen Person identifiziert.

So stellte man fest, dass bei der Etablierung von Entlastungs- und Unterstützungsangeboten eine Angebotsstruktur zu wählen ist, die der Nachfrage der pflegenden Angehörigen entspricht. So wünschten sich pflegende Angehörige mehr Information und Beratung, auch in Bezug auf finanzielle Mittel, rechtliche Angelegenheiten, Hilfen zur Anpassung der häuslichen Pflegesituation, Pflegekurse für Angehörige sowohl in Bezug auf pflegerische Aspekte als auch professioneller Ausübung der Tätigkeiten zur Schonung der Gesundheit. Aber auch direkte Maßnahmen zur Gesundheitsförderung wurden genannt.

### **7.5 Empfehlung für die Weiterentwicklung der Informations- und Kontaktstelle ‚Zentrum Demenz‘ (Kirschner und Kirschner 2009)**

Ziel der Arbeit war es Empfehlungen, für die Weiterentwicklung der Kontakt- und Informationsstelle ‚Zentrum Demenz‘ zu geben. Dazu wurden folgende Themenschwerpunkte bearbeitet:

1. Auswertung der Daten zu bestehenden Hilfs-, Unterstützungs- und Entlastungsangeboten für Menschen mit Demenz und deren Angehörige in Schwerin
2. Zufriedenheitsanalyse der pflegenden Angehörigen mit der Beratungs- und Begleitungsleistung des ‚Zentrum Demenz‘, mit dem Ziel diese zu optimieren

Dazu wurden für Themenschwerpunkt 1 folgende Forschungsfragen aufgestellt:

- Welche Hilfs-, Unterstützungs- und Entlastungsangebote gibt es für demenziell erkrankte Menschen und deren Angehörige in Schwerin?
- Wie ist die Inanspruchnahme der Angebote aus Sicht der Experten?
- Wie ist die Inanspruchnahme aus Sicht der Angehörigen?
- Welches können Gründe für die Nichtinanspruchnahme der Angebote sein?
- Welche Wünsche wurden in Bezug auf Unterstützung und Entlastung von den Experten und deren Angehörigen geäußert?

Dies geschah, um der Kontakt- und Informationsstelle Daten zu bestehenden Hilfs-, Unterstützungs- und Entlastungsangeboten bezüglich ihrer Verfügbarkeit und der Nachfrage durch die pflegenden Angehörigen bereitzustellen. Denn: „Kennt das ‚Zentrum Demenz‘ die bestehenden Angebote und vor allem die gewünschten Angebote, sind sie besser in der Lage, Angebote an pflegende Angehörige zu

vermitteln und weiter auf die Bedürfnisse der Angehörigen ausgerichtete Angebote zu entwickeln.“<sup>190</sup>

Die Datengrundlage liefern die „Ist-Analyse der Hilfs-, Unterstützungs- und Entlastungsangebote für demenziell erkrankte Menschen und deren Angehörige in Schwerin“ von Kirschner und Kirschner (2007) sowie die „Bedarfsanalyse von Unterstützungs- und Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige demenzkranker Menschen“ von Breede und Kuhlmeiy (2007).

Die Bearbeitung des ersten Themenschwerpunktes geschah auf Grundlage der Arbeiten von Kirschner und Kirschner (2007) sowie Breede und Kuhlmeiy (2007), indem in einem ersten Schritt dargestellt wurde, welche Hilfs-, Unterstützungs- und Entlastungsangebote in Schwerin vorhanden sind. Die Erhebung der Daten erfolgte durch Kirschner und Kirschner (2007) mittels einer qualitativen teilstandardisierten Befragung, in der Experten (in der Rolle der Leistungsanbieter) auch bezüglich der Nutzung der Angebote durch pflegende Angehörige von Menschen mit einer Demenz befragt wurden. Die mittels der IST-Analyse gewonnenen Daten wurden mit ausgewählten Daten der Studie von Breede und Kuhlmeiy (2007) zum Entlastungsbedarf pflegender Angehöriger in Schwerin, in der pflegende Angehörige bezüglich ihres Bedarfes sowie der Nutzung und Nicht-Nutzung der bestehenden Hilfs-, Unterstützungs- und Entlastungsangebote befragt wurden, verglichen. Auf dieser Grundlage war es möglich Aussagen dahingehend zu treffen, welche Angebote in Schwerin zu diesem Zeitpunkt ausgebaut werden mussten und welche Angebote zu diesem Zeitpunkt in ausreichender Zahl vorhanden waren.

Zur Bearbeitung des Themenschwerpunktes 2 wurden folgende Forschungsfragen aufgestellt:

- Welche Erfahrungen haben die pflegenden Angehörigen mit der Pflege eines demenziell erkrankten Menschen in der Häuslichkeit gemacht?
- Wie zufrieden sind die pflegenden Angehörigen in Schwerin mit der Beratung durch die Mitarbeiter des ‚Zentrum Demenz‘?
- Wie und auf welche Weise konnte die Lebensqualität der pflegenden Angehörigen durch die Beratung optimiert werden?
- Welche Wünsche haben die Angehörigen in Bezug auf die Beratung und den Berater?

---

<sup>190</sup> Kirschner / Kirschner (2009) S.8



Zur Beantwortung dieser Forschungsfragen wurden sechs qualitative problemzentrierte Interviews mit pflegenden Angehörigen durchgeführt.

Nach Auswertung der Daten wurden für Themenschwerpunkt 1 folgende Vorschläge zur Weiterentwicklung gegeben.

- Da das ‚Zentrum Demenz‘ trägerunabhängig, fachlich und weiterbegleitend berät ist eine Pflegeberatung nach § 37 Abs.3 SGB XI denkbar.  
Aus den sich so entwickelnden Kontakten können auch pflegende Angehörige profitieren, da sie über die Kontakt- und Informationsstelle einen leichten Zugang zu Entlastungsangeboten erhalten.
- Kooperation mit einem Pflegestützpunkt bei der Beratung und Betreuung von Menschen mit demenzieller Erkrankung und deren Angehörigen. Dazu ist der Auf- und Ausbau eines Case Management-Konzeptes erforderlich.
- Ausbau der Telefonsprechzeiten mittels einer Kooperation mit weiteren Kontakt- und Informationsstellen zur Gewährleistung einer 24-stündigen Erreichbarkeit von Beratungsangeboten mit niedriger Zugangsschwelle.
- Beratungsleistungen sollten immer von Kontakt- und Informationsstellen erbracht werden. Da alle derartigen Einrichtungen im Schweriner Zentrum zu finden sind, sollten auch stundenweise besetzte ‚Außenstellen‘ eingerichtet werden, um auch für weniger mobile Klienten die Schwellen für den Zugang niedrig zu halten.
- Das ‚Zentrum Demenz‘ koordiniert den Wissensaustausch über vorhandene Beschäftigungs- und Förderangebote in Schwerin zwischen den Anbietern untereinander sowie zwischen Anbietern und Klienten.
- In Kooperation mit Anbietern führt das ‚Zentrum Demenz‘ Schulungen für pflegende Angehörige durch, in denen Wissen (Nutzen, Anwendung, Theoretische Grundlagen) bezüglich der Angebote zu Beschäftigung und Förderung von Menschen mit demenziellen Erkrankungen vermittelt wird.
- Das ‚Zentrum Demenz‘ führt Kennenlern- und vertrauensbildende Maßnahmen zwischen Ehrenamtlichen Helfern und pflegenden Angehörigen durch, um die Rate der Inanspruchnahme entlastender Angebote zu steigern.
- Einrichtung von Außenstellen für Angehörigen- und Selbsthilfegruppen um die Zugangsschwelle auf Grund der räumlichen Nähe möglichst niedrig zu halten.
- Ausbau des ‚Zentrum Demenz‘ zu einer neutralen Koordinationsstelle für die Vernetzung der vorhandenen Hilfs- und Entlastungsangeboten aller Anbieter zur Gewährleistung bedarfsgerechter Hilfeleistungen.

- Das Anbieten von „Brainwalking“ als neue Leistung des ‚Zentrum Demenz‘, in der körperliche und geistige Aktivitäten während eines Spaziergangs angeregt werden.

In Auswertung des Themenschwerpunktes 2 wurden folgende Empfehlungen gegeben:

- Beibehalten der Öffentlichkeitsarbeit mittels der Zeitung. Dabei sollte die Öffentlichkeitsarbeit über Informationen bezüglich der angebotenen Leistungen hinausgehen und auch mittels verschiedener Beiträge eine Sensibilisierung der Öffentlichkeit und einen damit verbundenen Abbau von Hemmungen, Hilfe zu suchen anstreben.
- Ausbau der Nutzung neuer Medien wie Internet und TV zur Vermittlung von Informationen und Basiswissen.
- Ausbau des Kontaktes zu Ärzten.
- Die Verringerung der Zugangsschwellen durch die Einbeziehung von Angehörigen in Informationsveranstaltungen, so dass ein Austausch zwischen den betroffenen Angehörigen stattfindet.
- Öffentlichkeitsarbeit in Seniorenclubs und ähnlichen Einrichtungen, um Zugang zur Zielgruppe zu erhalten.
- Das Anbieten einer Selbsthilfegruppe neben der Angehörigengruppe
- Beratung per Brief / Post für Betroffene / Angehörige, die einen direkten Kontakt sowie das Internet scheuen.

## **7.6 Zufriedenheit und Motivation ehrenamtlich Tätiger im ‚Zentrum Demenz‘ (Jansen 2009)**

Vor dem Hintergrund der Bedeutung ehrenamtlicher Tätigkeit in der Betreuung von Menschen mit demenziellen Erkrankungen und der Entlastung pflegender Angehöriger widmete sich diese Arbeit der Zufriedenheit und Motivation ehrenamtlich Tätiger im Modellprojekt nach § 45c SGB XI ‚Zentrum Demenz‘.

So wurde untersucht, wie zufrieden die freiwillig Engagierten mit ihrer Tätigkeit im ‚Zentrum Demenz‘ waren, welche Motive lagen der Freiwilligenarbeit zugrunde und wie spiegelten sich diese in der Tätigkeit beim ‚Zentrum Demenz‘ wider. Die Ergebnisse der Untersuchung sollten der Verbesserung der Partizipation der Ehrenamtlichen zur Verringerung der sozialen Distanz zwischen Freiwilligen und dem ‚Zentrum Demenz‘, zur Verbesserung der Kommunikation und des Betriebsklimas sowie zur Erhöhung der Arbeitszufriedenheit der Ehrenamtlichen beitragen. Dadurch erhoffte man sich indirekte

positive qualitätsbezogene Effekte in der Begleitung und Unterstützung pflegender Angehöriger demenziell erkrankter Menschen.

So wurden konkret folgende Forschungsfragen aufgestellt:

- Welche Motive liegen der Freiwilligenarbeit im Bereich der Entlastung pflegender Angehöriger dementer alter Menschen zu Grunde?
- Wie wurden die ehrenamtlich Tätigen auf ihr Aufgabenfeld vorbereitet?
- Welche Tätigkeiten üben Ehrenamtliche im ‚Zentrum Demenz‘ aus?
- Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit der Freiwilligen mit den Hauptamtlichen des ‚Zentrum Demenz‘?
- In welcher Form erfolgt die Begleitung, Unterstützung, Entlastung und Anerkennung der ehrenamtlichen Tätigkeit?
- Welche Mitgestaltungsmöglichkeit haben Ehrenamtliche?
- Wie zufrieden sind Ehrenamtliche mit ihrer Tätigkeit im ‚Zentrum Demenz‘?
- Welche Bedeutung und welchen Nutzen messen die Ehrenamtlichen ihrer Tätigkeit bei?
- Welche Möglichkeiten zur Verbesserung ihrer Tätigkeit sehen Ehrenamtliche des ‚Zentrum Demenz‘?

Zur Bearbeitung der Fragestellungen wurde die Methode der unternehmensorientierten Mitarbeiterbefragung genutzt. Die Mitarbeiterbefragung erfolgte mittels eines themenzentrierten teilstandardisierten Interviews.

Die Untersuchung ergab, dass die Ehrenamtlichen insgesamt mit ihrer Tätigkeit zufrieden sind. Auch mit ihrer Qualifizierung bzw. Vorbereitung auf ihre Tätigkeit (zu diesem Zeitpunkt noch 40h-Schulung) sowie der Begleitung durch die Hauptamtlichen Mitarbeiter waren die Ehrenamtlichen zum größten Teil zufrieden. Alle der Befragten sahen die Tätigkeit als für sie selbst Nutzenstiftend an. Weiterhin identifizierte der größte Teil der Befragten einen Nutzen für die Klienten als auch für das ‚Zentrum Demenz‘.

Weiterhin erhielt das ‚Zentrum Demenz‘ Vorschläge durch die Ehrenamtlichen Mitarbeiter welche, es zur Weiterentwicklung der Ehrenamtlichenarbeit nutzen kann.

Neben einem Ausbau der Untersuchung von Motivation und Zufriedenheit der ehrenamtlich Tätigen wird die Etablierung von Mitarbeitermanagement speziell für ehrenamtlich Tätige angeregt.

## **7.7 Die Entwicklung der Selbsthilfe für demenziell erkrankte Menschen und deren Angehörige in Mecklenburg-Vorpommern (Kirschner und Kirschner 2009)**

Mit der Anfertigung der Arbeit wurden zwei Themenschwerpunkte verfolgt.

1. Erfassung der Gemeinschaftlichen Selbsthilfeangebote für Menschen mit einer Demenz und deren Angehörige in Mecklenburg-Vorpommern und die Zurverfügungstellung der Daten für das ‚Zentrum Demenz‘ sowie
2. Erstellung einer Webseite für die ‚Deutsche Alzheimergesellschaft Landesverband Mecklenburg-Vorpommern‘, mit dem Schwerpunkt, die individuelle und gemeinschaftliche Selbsthilfe für demenziell Erkrankte und deren Angehörige im Internet zu fördern.

Ziel dieser Arbeit war die Erstellung einer Übersicht über gemeinschaftliche Selbsthilfeangebote, in der die bestehenden Selbsthilfestrukturen für Menschen mit einer Demenz und deren Angehörige in Mecklenburg-Vorpommern aufgelistet sind.

So wurden im Themenschwerpunkt 1, damit die Kontakt- und Informationsstelle ‚Zentrum Demenz‘ ihre Aufgaben adäquat wahrnehmen kann, alle Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen mit ihren gemeinschaftlichen Selbsthilfeangeboten für demenziell erkrankte Menschen und deren Angehörige einschließlich der Selbsthilfegruppen und Angehörigengesprächsgruppen in Mecklenburg-Vorpommern erfasst sowie die Möglichkeiten und Grenzen der gemeinschaftlichen Selbsthilfeangebote in Mecklenburg-Vorpommern diskutiert.

Zur Bearbeitung des Themas wurden folgende Forschungsfragen aufgestellt:

- Welche gemeinschaftlichen Selbsthilfeangebote bieten die bestehenden Selbsthilfekontaktstellen für Menschen mit einer Demenz und deren Angehörige in Mecklenburg-Vorpommern an?
- Wie viele Selbsthilfegruppen gibt es in Mecklenburg-Vorpommern für Menschen mit einer Demenz und deren Angehörige, die über die Selbsthilfeorganisationen und die Kontaktstellen hinaus angeboten werden (z.B. von ambulanten Pflegediensten)?
- Wie viele Angehörigengesprächsgruppen gibt es in Mecklenburg-Vorpommern für Angehörige demenziell erkrankter Menschen, die über die Selbsthilfeorganisationen und -kontaktstellen hinaus angeboten werden?

Zur Bearbeitung des zweiten Themenschwerpunktes, der Erstellung einer auf gemeinschaftliche Selbsthilfe ausgerichtete Internetseite zu erstellen, welche den

Wünschen der zukünftigen Nutzern sowie Experten entspricht, wurden folgende Forschungsfragen aufgestellt:

- Welche Rahmenbedingungen sind bei der Erstellung einer Internetseite zur Selbsthilfe für Menschen mit einer Demenz und deren Angehörige zu beachten?
- Wie soll aus Sicht der Angehörigen von demenziell erkrankten Menschen eine Internetseite zur Selbsthilfe aufgebaut sein?
- Wie soll aus der Sicht von ‚Demenz-Experten‘ eine Internetseite zur Selbsthilfe aufgebaut sein?
- Wie soll die Internetseite zur Selbsthilfe der „Deutschen Alzheimergesellschaft Landesverband Mecklenburg Vorpommern e.V.“ gestaltet werden?

Das Zusammentragen der Informationen bezüglich gemeinschaftlicher Selbsthilfeangebote erfolgte durch eine e-Mail gestützte Befragung der Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen sowie der sozialpsychiatrischen Dienste des Landes Mecklenburg-Vorpommern. Weiterhin wurde eine telefonische leitfadengestützte Befragung von Beratungsstellen, ambulanten Diensten, Hospizdiensten, stationären Alten- und Pflegeheimen, Krankenhäusern sowie teilstationären Einrichtungen in Mecklenburg-Vorpommern zu möglichen bestehenden Selbsthilfegruppen sowie Angehörigengesprächskreisen für Menschen mit einer Demenz und deren Angehörige durchgeführt.

Die so gewonnenen Daten wurden aufbereitet und analysiert und den Mitarbeitern des ‚Zentrum Demenz‘ und der ‚Deutschen Alzheimergesellschaft Landesverband Mecklenburg-Vorpommern e.V.‘ zur Verfügung gestellt.

Die Bearbeitung des zweiten Themenschwerpunktes erfolgte mittels einer Literaturrecherche zum Aufbau einer auf Selbsthilfe ausgerichteten Internetseite, qualitativer Gruppenbefragungen von pflegenden Angehörigen sowie qualitativer problemzentrierter Interviews mit ‚Demenz-Experten‘.

Im Ergebnis des ersten Themenschwerpunktes erstellte man eine umfassende Liste mit Selbsthilfegruppen und Angehörigengesprächskreisen für pflegende Angehörige in Mecklenburg-Vorpommern mit allen relevanten Kontaktinformationen. Man stellte fest, dass die Selbsthilfelandchaft für Angehörige demenziell Erkrankter in Mecklenburg-Vorpommern gut ausgeprägt ist und Mecklenburg-Vorpommern dem Bundesdurchschnitt entspricht, jedoch Angebote für den an Demenz erkrankten Menschen selbst kaum zu finden sind. Häufig herrscht auch Unsicherheit in der

Begriffsverwendung, so dass die Möglichkeit besteht, dass Anbieter Betreuungsgruppen zu Selbsthilfegruppen für die Erkrankten selbst zählten. Zudem wurden Möglichkeiten und Grenzen der Selbsthilfe in Mecklenburg-Vorpommern in Bezug auf die Inanspruchnahme, die Finanzierung sowie der Bürokratisierung diskutiert.

Die Bearbeitung des zweiten Themenschwerpunktes wird mit einer Diskussion zu Möglichkeiten der Selbsthilfe im Internet sowie der Klärung einiger wichtiger Fachbegriffe eingeleitet. Zur Ermittlung der Anforderungen zur bestmöglichen Nutzbarkeit einer selbsthilfeförderlichen Webseite wurden Gruppendiskussionen in Selbsthilfegruppen sowie qualitative Interviews mit ‚Demenz-Experten‘ durchgeführt. In deren Folge wurden die Bedürfnisse und Wünsche der Nutzer im Rahmen der Arbeit dargestellt. Aus den so gesammelten Daten und Informationen wurde durch die Autoren ein Konzept zum Aufbau der Webseite der ‚Deutschen Alzheimergesellschaft Landesverband Mecklenburg-Vorpommern e.V.‘ entwickelt.

### **7.8 Case Management für demente alte Menschen und ihre Angehörigen, Erarbeitung eines Konzeptes unter Einsatz einer qualitativen Erhebung zu Umsetzungsverfahren in Deutschland (Jansen 2010)**

Ziel der Arbeit war es, auf Grundlage einer Literaturanalyse und mittels einer bundesweiten qualitativen Untersuchung zu Umsetzungsverfahren eines Case Managements in Fachstellen, welche bereits Case Management für demenziell erkrankte Menschen und ihre Angehörigen anbieten, dem ‚Zentrum Demenz‘ ein Konzept für die Arbeitsmethode des Case Managements bereitzustellen.

So werden nach der Klärung allgemeiner Grundbegriffe wie ‚Demenz‘ sowie den ‚Belastungen Pflegender Angehöriger‘ die derzeitige Versorgungslandschaft im Hinblick auf das Pflegeweiterentwicklungsgesetz medizinisch- pflegerische Versorgungsangebote und Unterstützungs- und Entlastungsangebote für Erkrankte und ihre Angehörigen umrissen.

Im Folgenden wird das Konzept des Case Managements mit Definition und Abgrenzung, Entstehung und Verbreitung, Ansiedelung Finanzierungshintergrund, Zielgruppen mit Fokus auf die Besonderheiten bei demenziellen Erkrankungen, Grundsätzen, Zielen, Regelkreis und personellen Anforderungen erläutert. Da bei der Konzepterstellung neben theoretischen Sachverhalten auch auf die praktischen Erfahrungen von Fachstellen, welche bereits Case Management anwenden,

zurückgegriffen werden sollte, wurde eine bundesweite qualitative teilstandardisierte Kurzbefragung durchgeführt und deren Ergebnis dargestellt.

Aus der Synthese von Literaturrecherche und qualitativer Kurzbefragung erfolgte die Erstellung eines Case Management-Konzeptes für das ‚Zentrum Demenz‘.

Auf Grundlage dieses Case Management-Konzeptes wurde dem ‚Zentrum Demenz‘ ein Instrument zur Verfügung gestellt, welches es ermöglicht, die Versorgung von an Demenz erkrankten Menschen und ihren Angehörigen zu optimieren. Das Case Management-Konzept setzt an der Stelle an, an der Eigen- sowie informelle Hilfesysteme der Klienten nicht mehr ausreichend sind, um das häusliche Versorgungsarrangement aufrecht zu erhalten. So haben die Mitarbeiter des ‚Zentrum Demenz‘ die Möglichkeit, die informellen und familiären Hilfesystem zu unterstützen und zu stabilisieren, um die häusliche Versorgung an Demenz erkrankter Menschen länger sicherzustellen.

### **7.9 Pflegende Angehörige demenziell Erkrankter – subjektives Effektivitätsempfinden von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten (Scholz und Reske 2010)**

Ziel der Arbeit war es herauszufinden warum, niedrigschwellige Entlastungsangebote nicht in dem vom Staat beabsichtigten Maße genutzt werden. Da in diesem Themenkontext zum Zeitpunkt der Erstellung der Arbeit hauptsächlich quantitative Studien existierten, entschieden sich die Autoren für eine qualitative Annäherung an das Thema. Die Wahl, eine qualitative Erhebungsmethode zu nutzen, lag in der Offenheit und Flexibilität in der Datenerhebung und der Möglichkeit einer freien explorativen Themenbewältigung, indem ein differenzierter Informationsgehalt gewährleistet wird und individuelle Meinungen differenziert dargestellt werden können und so die individuelle Lebenssituation sowie die subjektive Sicht der interviewten Gesprächspartner abgebildet werden und mögliche Ursachen für die nicht-Inanspruchnahme vorhandener niedrigschwelliger Entlastungsangebote offengelegt werden können.

So wurden folgende Forschungsfragen aufgestellt:

- Wie stehen die Angehörigen zu den vorhandenen Angeboten?
- Haben die Angehörigen Kenntnisse über bestehende Angebote?
- Welche Gründe sprechen aus Sicht der Angebote gegen die Inanspruchnahme von niedrigschwelligen entlastenden Angeboten?

Die Datenerhebung erfolgte mittels halbstandardisierter narrativer Interview, an zwei Erhebungsorten im ländlichen sowie im städtischen Raum.

In Auswertung der Daten stellten die Autoren fest, dass es den pflegenden Angehörigen schwer fällt, Hilfe und Unterstützung von außen in Anspruch zu nehmen. Somit liegen die Gründe für die nicht-Inanspruchnahmen nicht in einem zu geringen Angebot von entlastenden Angeboten, vielmehr sind die Gründe im Umfeld der Betroffenen selbst zu verorten. In der Gruppe der Personen, die Entlastungsangebote nicht in Anspruch nahmen, kristallisierten sich individuelle Gründe, wie z.B. Versagungsängste, Offenlegen der Privatsphäre, zeitliche Faktoren, negative Erfahrungen und Sinnhaftigkeit, heraus. Aber auch die Kompensation von Defiziten durch die Familie (Ressource) kann als Grund für die nicht-Inanspruchnahme von Entlastungsangeboten angesehen werden.

Darüber hinaus gestaltet sich der Zugang zu den vorhanden niedrigschwelligen Entlastungsangeboten unterschiedlich.

So ist im städtischen Bereich leichter Zugang zu den Angeboten gewährleistet. Dieser leichtere Zugang liegt im Vergleich zum ländlichen Bereich darin begründet, dass im städtischen Bereich quantitativ eine größere Anzahl an Entlastungsmöglichkeiten vorhanden ist. Darüber hinaus ist in Auswertung der Daten festzustellen, dass im städtischen Bereich Öffentlichkeitsarbeit in einem größeren Umfang vollzogen wird, so dass die Betroffenen in der Stadt über mehr Kenntnisse und auch über ein größeres Angebot verfügen.

Zudem sind die Angebote im ländlichen Bereich der Erhebung an einen ambulanten Dienst gekoppelt, so dass an dieser Stelle nicht von Trägerunabhängigkeit gesprochen werden kann, was das Anbieten von individuellen ‚maßgeschneiderten‘ anbieterübergreifenden Angeboten deutlich erschwert.

Abschließend gelangen die Autoren zu dem Schluss, dass eine effektive Gestaltung nur durch eine tiefe Vernetzung bestehender Hilfesysteme und durch die Überwindung bestehender Schnittstellenproblematiken gewährleistet werden kann.



### **7.10 Hilfe zur Selbsthilfe für Angehörige von Demenzerkrankten in Mecklenburg-Vorpommern, „Wirkung von Gesprächs- bzw. Angehörigengruppen von Demenzerkrankten aus Sicht der Angehörigen“ (Kulbe 2011)**

Ziel der Arbeit war es, herauszustellen, welche Wirkung eine regelmäßige Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe auf pflegende Angehörige von Menschen mit demenzieller Erkrankung haben kann. Die Untersuchung des Themas erfolgte mittels qualitativer narrativer Interviews und der Forschungsmethode ‚Grounded Theory‘. So wurden folgende Forschungsfragen aufgestellt:

- Wie wirkt Selbsthilfe (Gesprächs- und Angehörigengruppen) bei den Betroffenen?
- Welche Erfahrungen haben Angehörige mit Selbsthilfe gemacht?
- Wie ist die Lage der Betroffenen, die keine Unterstützung in Anspruch nehmen?

Im Verlauf des heuristischen Forschungsstils der Groundet Theory entstand eine Gegenüberstellung von drei Interviews mit unterschiedlichem Selbsthelfehintergrund. Zwei dieser Interviews konnten für einen Minimal- und Maximalvergleich herangezogen werden.

So wird in den Interviews deutlich, dass die Pflege eines demenziell erkrankten Familienmitgliedes Hilflosigkeit und Betroffenheit auslöst. Ähnlichkeiten waren auch in Bezug auf die Gefühlswelt sowie die physischen und psychischen Belastungen der pflegenden Angehörigen zu erkennen.

Doch wurde im Vergleich festgestellt, dass der Besuch einer Angehörigengruppe bzw. Angehörigengesprächsgruppe einen positiven Effekt ausüben kann. Die Besuche von Angehörigengruppen bzw. Angehörigengesprächsgruppen können dazu beitragen, Bearbeitungs- bzw. Verarbeitungsmuster zu verändern oder in Gang zu setzen.

### **7.11 Evaluation der Arbeit mit Ehrenamtlichen im ‚Zentrum Demenz‘ (Scholz und Reske 2011)**

Ziel der Arbeit war es, herauszufinden welche ehrenamtsspezifischen Aspekte Arbeitszufriedenheit herbeiführen und so motivationsfördernd auf die Ehrenamtlichen Mitarbeiter des ‚Zentrum Demenz‘ einwirken. So wurden folgende Forschungsfragen aufgestellt:

- Aus welchen Beweggründen wurde das Ehrenamt aufgenommen?

- Welche Erwartungen hatten die Ehrenamtlichen vor Beginn des Ehrenamtes und haben sich diese während der Tätigkeit bestätigt?
- Welche Faktoren sind für die Ehrenamtlichen relevant, um weiterhin das Ehrenamt zu bekleiden?
- Welchen Einfluss hat die Arbeitszufriedenheit in diesem Zusammenhang?

Zur explorativen Themenbewältigung wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt. Das Sample der qualitativen Untersuchung bestand aus zehn Ehrenamtlichen des ‚Zentrum Demenz‘, welche demenziell erkrankte Menschen sowie deren Angehörige betreuen.

Als Ergebnis der qualitativen Untersuchung kann festgehalten werden, dass mit Blick auf die Motivation die Mehrzahl der Befragten angab ‚Etwas Gutes‘ tun zu wollen, aber auch der Wunsch nach einer sinnvollen Beschäftigung und einem Ausgleich zum Alltag als Motiv für die Tätigkeit angegeben wurde. In Auswertung der Motivation hat das ‚Zentrum Demenz‘ Anhaltspunkte erhalten um zukünftig Ehrenamtliche zu motivieren bzw. zielgruppenspezifische Rekrutierungsarbeit zu leisten.

Weiterhin wurde festgestellt, dass die befragten Ehrenamtlichen insgesamt zufrieden mit ihrer Tätigkeit waren. Darüber hinaus wurden einzelne Aspekte der Arbeitszufriedenheit erfragt und abgebildet, sodass auch an diesem Punkt mögliche Handlungsfelder für das Ehrenamtlichen-Personalmanagement offengelegt wurden.

Als kritische Größe in Bezug auf die Motivation und Arbeitszufriedenheit identifizierten die Autoren die Reduzierung der Schulungsstunden für Ehrenamtliche nach der Betreuungsangebotelandesverordnung (BetrAngLVO M-V), da sich eine der befragten Ehrenamtlichen nach der 20h-Schulung unzureichend auf die Tätigkeit vorbereitet fühlte.

### **7.12 Zwischenfazit zur wissenschaftlichen Begleitung**

Nach Betrachtung der bis zu diesem Zeitpunkt in Form von Aktionsforschung durchgeführten wissenschaftlichen Begleitung des ‚Zentrum Demenz‘ durch Studierende des Fachbereiches ‚Gesundheit Pflege Management‘ der Hochschule Neubrandenburg unter fachlicher Leitung von Frau Professor Bethke ist festzustellen, dass die wissenschaftliche Begleitung einen wichtigen Beitrag zum Auf- und Ausbau des Modellprojektes nach § 45c SGB XI geleistet hat. Die in Kooperation mit den Mitarbeiterinnen des ‚Zentrum Demenz‘ ausgewählten und bearbeiteten Forschungsfragen lieferten umfassende und für die Umsetzung der Ziele des ‚Zentrum

Demenz' wertvolle Informationen und Erkenntnisse. Von besonderer Bedeutung sind die Informationen zu bestehenden Hilfs-, Entlastungs- und Unterstützungsangeboten in Schwerin und Umgebung sowie die Erarbeitung eines Case Management-Konzeptes. Gerade diese Arbeiten bilden ein solides Fundament, von dem aus mit sicherem Stand die Aufgaben und Ziel des ‚Zentrum Demenz‘ verfolgt werden können. Die darüber hinaus im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung bearbeiteten Themen liefern gleichsam wichtige Informationen zum Ausbau und zur Optimierung der Tätigkeiten des ‚Zentrum Demenz‘.

Eine Aufrechterhaltung der Wissenschaftlichen Begleitung in Form von Aktionsforschung zwischen dem ‚Zentrum Demenz‘ und dem Fachbereich Gesundheit Pflege Management der Hochschule Neubrandenburg sollte zum gegenseitigen Vorteil aufrecht erhalten und weiter ausgebaut werden. Schließlich kann die Tätigkeit des ‚Zentrum Demenz‘ weiter ausgebaut und optimiert werden und es ist möglich, innerhalb des sich zukünftig weiter erschließenden Forschungsfeldes Erkenntnisse bezüglich der Optimierung pflegerischer Versorgung von Menschen mit neurodegenerativen Erkrankungen zu erlangen.

## **8 Befragung einer Klientenstichprobe des ‚Zentrum Demenz‘**

### **8.1 Methodisches Vorgehen**

#### **8.1.1 Untersuchungsfragen**

Zur Beurteilung der Arbeit des ‚Zentrum Demenz‘ sollen mittels statistischer Datenanalyse die Untersuchungsfragen:

- Wie bewerten die pflegenden Angehörigen die Arbeit des ‚Zentrum Demenz‘?
- Welche Auswirkungen hat die Arbeit des ‚Zentrum Demenz‘ auf die Lebensqualität der pflegenden Angehörigen?

beantwortet werden.

### 8.1.2 Statistische Datenanalyse

Zur Beantwortung der Untersuchungsfragen sollen Daten aus einer im Rahmen des Abschlussberichtes durchgeführten Befragung pflegender Angehöriger von Menschen mit demenziellen Erkrankungen, welche Leistungen des ‚Zentrum Demenz‘ in Anspruch nehmen, mit Daten der im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung durchgeführten Untersuchung von Bereede und Kuhlmay (2007) zur Bedarfsermittlung von Entlastungs- und Unterstützungsangeboten pflegender Angehöriger in Schwerin und Umgebung verglichen und statistisch analysiert werden. An dieser Stelle soll herausgestellt werden, dass der Zusammenhang von Belastungen auf Grund von familiärer Pflege eines an Demenz erkrankten Angehörigen und der Gesundheit pflegender Angehöriger bereits von Bereede und Kuhlmay (2007) aufgezeigt worden ist. Ziel ist es, die Maßnahmen der Kontakt- und Informationsstelle ‚Zentrum Demenz‘ zu begutachten.

Im vorliegenden Fall stellen pflegende Angehörige von Menschen mit demenziellen Erkrankungen, die Leistungen des ‚Zentrum Demenz‘ in Anspruch nehmen, die Grundgesamtheit, also die Menge aller statistischen Einheiten, über die Aussagen getroffen werden sollen, dar. Da es nicht möglich ist, die gesamte Grundgesamtheit zu untersuchen, wird nur ein Teil der Grundgesamtheit, die sogenannte Stichprobe, untersucht. Allerdings ist darauf zu achten, dass die Stichprobe ein möglichst genaues Abbild der Grundgesamtheit darstellt.<sup>191</sup>

In der statistischen Datenanalyse werden die deskriptive (beschreibende), explorative (suchende) und induktive (schließende) Statistik voneinander unterschieden.<sup>192</sup>

Die deskriptive Statistik wird zur Beschreibung der Stichprobe genutzt, indem durch statistische Kennzahlen Sachverhalte verdichtet beschrieben werden.<sup>193</sup>

Kennzahlen der deskriptiven Statistik können Spannweite, Minimum, Maximum,

---

<sup>191</sup> vgl. Fahrmeir et al. (2010) S.15

<sup>192</sup> vgl. Fahrmeir et al. (2010) S.11

<sup>193</sup> vgl. Zwerenz (2006) S.7

Mittelwert oder Modalwert sein.<sup>194</sup> Diese Kennzahlen werden häufig zur Präsentation umfangreichen Datenmaterials genutzt. Dies geschieht in der Regel durch die Anfertigung von Tabellen, Diagrammen oder Verlaufskurven.

Die explorative (suchende) Datenanalyse geht über die reine Beschreibung der Daten hinaus. Sie ist konzipiert, um nach Besonderheiten und Strukturen in den Daten zu suchen und führt so auch zu neuen Fragestellungen und Hypothesen. Durch explorative Analysen allein lassen sich keine durch Wahrscheinlichkeitsaussagen formalisierten Schlüsse von der Stichprobe auf die Grundgesamtheit ziehen, dennoch ergeben sich deutliche Hinweise für bestimmte Tatsachen oder Forschungshypothesen.<sup>195</sup>

Die induktive Statistik zielt darauf, mittels auf Wahrscheinlichkeitsrechnung basierenden Rechnungen Schlüsse (Schätzwerte und Testergebnisse) von der Stichprobe auf die Grundgesamtheit zu ziehen.<sup>196</sup> Durch die Methode der induktiven Statistik soll „[...] vom bekannten Teil<sup>197</sup> auf das unbekannte Ganze hochgerechnet [...]“<sup>198</sup> werden. Man zielt darauf, Ergebnisse der deskriptiven oder explorativen Datenanalyse auf die Grundgesamtheit zu beziehen.<sup>199</sup> Ein solches statistisches Datenanalyseverfahren stellt der Signifikanztest dar. Das Signifikanzniveau beschreibt eine Prüfgröße, nach der Resultate / Testergebnisse von der Stichprobe auf die Grundgesamtheit übertragen werden können, also „[...] ob das in der Stichprobe beobachtete Verhalten ein reines Zufallsprodukt ist oder den Schluss auf die Grundgesamtheit zulässt.“<sup>200</sup>

Da die induktive Statistik im vorliegenden Bericht auf Grund der geringen Stichprobengröße (24 Fälle) kaum signifikante Ergebnisse liefern kann, sollen die Effekte der Maßnahmen und Angebote des ‚Zentrum Demenz‘ vorrangig deskriptiv und explorativ dargestellt werden.

---

<sup>194</sup> vgl. Bühl (2008) S.126ff

<sup>195</sup> vgl. Fahrmeir et al. (2010) S.11f

<sup>196</sup> vgl. Zwerenz (2006) S.7

<sup>197</sup> Die Stichprobe als bekannter Teil der Grundgesamtheit und die Grundgesamtheit als unbekanntes Ganzes

<sup>198</sup> Kähler (1995) S.2

<sup>199</sup> vgl. Fahrmeir et al. (2010) S.13

<sup>200</sup> Fahrmeir et al. (2010) S.429

In der Statistischen Datenanalyse unterscheidet man die Variablen die beeinflusst werden (Zielgrößen) von denen, die die Zielgröße beeinflussen (Einflussgrößen). Im vorliegenden Fall stellen Gesundheit, Lebenszufriedenheit und Belastungsempfinden der pflegenden Angehörigen die Zielgrößen dar. Die Beeinflussenden Variablen stellen die Leistungen des ‚Zentrum Demenz‘ dar. Die Messung der Einflussgrößen erfolgt im vorliegenden Bericht über den Grad der Zufriedenheit und die subjektiv eingeschätzte Wirkung der entlastenden Angebote. Allerdings ist davon auszugehen, dass es in der Regel auch nichtmessbare, die Zielvariable beeinflussende, Größen gibt. Diese werden auch als Störgrößen bezeichnet und können im vorliegenden Fall soziale, ökonomische, politische Rahmenbedingungen oder andere die Gesundheit, Lebenszufriedenheit und das Belastungsempfinden der Befragten beeinflussende Faktoren sein.

### **8.1.3 Das Erhebungsinstrument**

Zur Beantwortung der Untersuchungsfragen sollen Daten der im Rahmen des Abschlussberichtes durchgeführten Befragung mit Daten einer früheren im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung durchgeführten Untersuchung „Bedarfsanalyse von Unterstützungs- und Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige demenzkranker Menschen“ in Schwerin und Umgebung von Breede und Kuhlmeier (2007) verglichen werden.

Die Erhebung der Daten geschah mittels einer schriftlichen, teil-standardisierten Befragung in Form eines Fragebogens. Die Erstellung des Fragebogens erfolgte auf Grundlage des Fragebogens von Breede und Kuhlmeier (2007), den sie zur Erhebung des Entlastungs- und Unterstützungsbedarfs pflegender Angehöriger von Menschen mit demenziellen Erkrankungen in Schwerin und Umgebung entwickelt haben. Fragen zu persönlichen Daten der pflegenden Angehörigen und den demenziell Erkrankten sowie zur Gesundheit, Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit und Belastungen der pflegenden Angehörigen wurden von Breede und Kuhlmeier (2007) übernommen, um einen Datenvergleich mit der aktuellen Befragung vornehmen zu können. Darüber hinaus wurde die Befragung durch Fragen zur Bewertung der Leistungen der

Kontakt- und Informationsstelle ‚Zentrum Demenz‘ ergänzt. Die Erstellung des Fragebogens erfolgte in Absprache mit Frau Prof. Bethke sowie in Kooperation mit den hauptamtlichen Mitarbeiterinnen des ‚Zentrum Demenz‘. So erhielten die Mitarbeiterinnen des ‚Zentrum Demenz‘ die Möglichkeit, weitere für ihre Arbeit relevante Informationen abzufragen. Aus zeitlichen Gründen wurde auf einen Pretest verzichtet. Allerdings ist davon auszugehen, dass der Fragebogen in der Lage ist, die entsprechenden Informationen abzubilden, da dieser auf dem von Breede und Kuhlmeier (2007) erarbeiteten und erprobten Fragebogen aufbaut. Desweiteren soll mittels des Stellens der gleichen Frageformulierungen eine möglichst hohe Vergleichbarkeit der Daten gewährleistet werden.

Dennoch muss an dieser Stelle ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass der Vergleich der Daten nur bedingt möglich ist. Gründe hierfür liegen in den unterschiedlichen Erhebungszeiträumen, was unterschiedliche gesellschaftliche, politische und ökonomische Rahmenbedingungen mit sich bringt und somit nicht davon ausgegangen werden kann, dass das die Kontakt- und Informationsstelle ‚Zentrum Demenz‘ den einzigen die Gesundheit, Lebenszufriedenheit und Belastungsempfinden von pflegenden Angehörigen beeinflussenden unterschiedlichen Faktor darstellt. Dennoch soll versucht werden, über den Vergleich der Daten einen Trend aufzuzeigen. Weiterhin bilden die durch die pflegenden Angehörigen beantworteten Fragen zu den Leistungen und Maßnahmen des ‚Zentrum Demenz‘ die subjektive Einschätzung der Befragten, nicht aber objektive Messungen ab.

Auf Grund der Niedrigschwelligkeit des Modellprojektes besteht lediglich ein lockerer unverbindlicher Kontakt der Mitarbeiterinnen des ‚Zentrum Demenz‘ zu den pflegenden Angehörigen. Wodurch das Erreichen einer gesamten Klientengruppe kaum möglich ist. Die Auswahl der Stichprobe zur Befragung der Klienten bzw. die Bereitstellung der Adressen zum Versenden der Fragebögen erfolgte durch die Mitarbeiterinnen des ‚Zentrum Demenz‘. Im Rahmen der Erstellung des Berichtes wurde an die Mitarbeiterinnen des ‚Zentrum Demenz‘ die Bitte herangetragen, eine möglichst umfangreiche

Adressenliste zum Versenden der Fragebögen zu erstellen. So wurde eine Liste mit 39 Adressen für die Befragung durch die Mitarbeiterinnen bereit gestellt.

#### **8.1.4 Die Stichprobe und Vergleichsdaten**

Die Grundgesamtheit der im Rahmen des Abschlussberichtes des Modellprojektes nach § 45c ‚Zentrum Demenz‘ setzt sich aus allen pflegenden Angehörigen die Leistungen des ‚Zentrum Demenz‘ in Anspruch nehmen zusammen. Da es nicht möglich ist, alle Klienten des ‚Zentrum Demenz‘ zu erreichen, wurde eine Stichprobe aus der Grundgesamtheit gezogen.

Es wurden 39 Fragebögen anhand der durch die Mitarbeiterinnen des ‚Zentrum Demenz‘ zur Verfügung gestellten Adressenliste an pflegende Angehörige welche Leistungen der Kontakt- und Informationsstelle ‚Zentrum Demenz‘ in Anspruch nehmen versendet. Ein Fragebogen wurde als ‚unzustellbar‘ zurück an den Absender geliefert. Weiterhin gingen drei Rückmeldungen Angehöriger per Telefon bzw. Email ein, dass die erhaltenen Fragebögen zu Belastungen pflegender Angehöriger nicht zutreffend seien, da die Adressaten nicht mit pflegerischen Tätigkeiten bei ihren Angehörigen betraut seien.

Es war ein Rücklauf von 24 Fragebögen zu verzeichnen, was einer Rücklaufquote von 63,16% bei 38 zugestellten Fragebögen entspricht.

Zum Vergleich der Daten der Befragung werden die Daten der Befragung von Breede und Kuhlmeier (2007) herangezogen. Die Grundgesamtheit der Befragung von Breede und Kuhlmeier (2007) setzt sich aus pflegenden Angehörigen von Menschen mit demenziellen Erkrankungen in Schwerin und Umgebung zusammen. Die Ziehung der Stichprobe erfolgte in Kooperation mit Schweriner Hausärzten und der AOK Pflegekasse. Bei einer Rücklaufquote von 17,8% standen Breede und Kuhlmeier (2007) 66 Fälle zur statistischen Auswertung als Stichprobe zur Verfügung.<sup>201</sup>

An dieser Stelle ist herauszustellen, dass auf Grund der Größe der Stichproben die Daten vor dem Hintergrund der verhältnismäßig sehr kleinen Stichproben betrachtet werden müssen. So macht in der Befragung pflegender Angehöriger,

---

<sup>201</sup> vgl. Breede / Kuhlmeier (2007) S.61ff



welche Leistungen des ‚Zentrum Demenz‘ in Anspruch nehmen, ein Fall / Befragter 4,2% der gesamten Stichprobe aus und kann somit die statistischen Kennzahlen wie z.B. Mittelwert sehr stark beeinflussen, so dass extreme Ausprägungen sehr stark ins Gewicht fallen. Auch im Falle der Befragung von Breede und Kuhlmeier (2007) stellt es sich ähnlich dar. Bei einer Stichprobengröße von 66 Fällen / Befragten macht ein Fall einen relativen Anteil von 1,5% aus, so dass auch hier bei der Betrachtung der statistischen Kennzahlen extreme Ausprägungen berücksichtigt werden müssen.

## **8.2 Ermittlung des Einflusses der Entlastenden Maßnahmen auf die Lebensqualität mittels einer Regressionsanalyse**

### **8.2.1 Grundannahmen**

Bereits Breede und Kuhlmeier (2007) gaben an dass, die Lebensqualität von den theoretischen Dimensionen des Wohlbefindens, der Lebenszufriedenheit und Belastungen beeinflusst wird.<sup>202</sup> Damit gilt es zu ermitteln, welchen Einfluss die Arbeit des ‚Zentrum Demenz‘ auf diese drei Dimensionen hat.

Im Folgenden werden Skalen zur Darstellung des Wohlbefindens, der Lebenszufriedenheit und des Belastungsempfindens erstellt.

Weiterhin werden Skalen erstellt, anhand derer sowohl die subjektive Bewertung als auch die durch die Befragten subjektiv wahrgenommene Wirkung der Maßnahmen dargestellt werden kann.

Ziel ist es, den Einfluss der Maßnahme mittels einer Regressionsanalyse sichtbar zu machen.

---

<sup>202</sup> vgl. Breede / Kuhlmeier (2007) S.172

## 8.2.2 Analyse der Daten und Darstellung der Ergebnisse

### 8.2.2.1 Deskriptive Analyse der Daten

*Im Folgenden geht es um die Beschreibung der Stichproben und die Vergleichbarkeit der Daten.*

#### *Alterszusammensetzung*

Das Durchschnittsalter der befragten Pflegepersonen, welche Leistungen des ‚Zentrum Demenz‘ in Anspruch nehmen beträgt, 64,54 Jahre. Die Altersspanne (Spannweite) der pflegenden Angehörigen beträgt 32 Jahre. Das Alter der jüngsten befragten Pflegeperson beträgt 48 Jahren und das Alter der ältesten befragten Pflegeperson beträgt 80 Jahren. Mit einer Häufigkeit von 3 stellt die Gruppe der 80-Jährigen die größte Altersgruppe dar. Mit einem Anteil von 11 Personen macht die Gruppe der über 65-Jährigen 45,83% der Stichprobe aus.<sup>203</sup>

Im Vergleich mit den Daten von Bereede und Kuhlmeier (2007) ist festzustellen, dass die Stichprobe eine vergleichbare Altersverteilung aufweist. Das Durchschnittsalter betrug bei der Befragung pflegender Angehöriger von Menschen mit demenziellen Erkrankungen im Jahr 2007 65,23 Jahre. Die Spannweite lag bei einer Verteilung von 37-85 Jahren bei 48 Jahren. Der Anteil der über 65- Jährigen liegt mit einem Wert von 37 Befragten bei 57,8%.<sup>204</sup>

#### *Geschlechterverteilung*

Der Anteil männlicher pflegender Angehöriger, welche Leistungen des ‚Zentrum Demenz in Anspruch nehmen, liegt mit 8 Personen bei 37,5%. Der Anteil weiblicher Pflegepersonen liegt in dieser Gruppe mit 14 Personen bei 62,5%.<sup>205</sup>

In der Befragung von Breede und Kuhlmeier machen der Anteil der männlichen pflegenden Angehörigen mit einer Anzahl von 22 einen Anteil von 33,3% und

---

<sup>203</sup> vgl. Anhang Tabelle5

<sup>204</sup> vgl. Anhang Tabelle6

<sup>205</sup> vgl. Anhang Tabelle7

der Anteil der weiblichen Befragten mit einer Anzahl von 43 einen Anteil von 65,2% aus.<sup>206</sup>

#### *Familienverhältnis demenziell erkrankte Person und pflegender Angehöriger*

In der Stichprobe pflegender Angehöriger, welche Leistungen des ‚Zentrum Demenz‘ in Anspruch nehmen, stellt die Gruppe der Töchter mit einer Anzahl von 8 Personen und einem relativen Anteil von 33,3% die größte Gruppe der pflegenden Angehörigen dar. Die nächste größere Gruppe machen Ehefrauen / Lebensgefährtinnen mit einer Anzahl von 6 Personen und einem relativen Anteil von 25% aus. An dritter Stelle folgen die pflegenden Ehemänner / Lebensgefährten mit einer Anzahl von 5 Personen und einem relativem Anteil von 20,8%.<sup>207</sup>

In der Vergleichsstichprobe von Breede und Kuhlmeiy (2007) stellt die Gruppe der pflegenden Ehefrauen / Lebensgefährtinnen mit einer Anzahl von 21 Personen und einem relativem Anteil von 32,31% die größte Gruppe dar. Mit 19 Personen und einem relativem Anteil von 29,23% stellen pflegende Töchter die nächst größere Gruppe dar. Auch in dieser Stichprobe stellen die pflegenden Ehemänner / Lebensgefährten mit einer Anzahl von 13 Personen und einer relativen Häufigkeit von 20% die dritte größte Gruppe dar.<sup>208</sup>

Die Maßzahlen der Alterszusammensetzung und auch der Geschlechterverteilung beider Stichproben liegen dicht genug beieinander, um davon ausgehen zu können, dass die beiden Stichproben pflegender Angehöriger von 2007 und 2011 in der Alters- und Geschlechterstruktur miteinander vergleichbar sind. Unterschiede hinsichtlich der relativen Häufigkeiten lassen sich mit den geringen Größen der Stichproben<sup>209</sup> erklären, da einzelne Werte und extreme Ausprägungen einen größeren Einfluss auf die relativen Häufigkeiten haben. In beiden Stichproben wird die Pflege zum größten Teil durch Frauen in Form von Ehepartnerinnen bzw. Lebensgefährtinnen und Töchter geleistet.

---

<sup>206</sup> vgl. Anhang Tabelle8

<sup>207</sup> vgl. Anhang Tabelle11

<sup>208</sup> vgl. Anhang Tabelle12

<sup>209</sup> 22 bzw. 66 Befragte

### *Betreuungs- und Pflegebedarf*

Da davon auszugehen ist, dass der Grad der Pflegebedürftigkeit und der Betreuungsbedarf der demenziell Erkrankten Einfluss auf das Belastungsempfinden der pflegenden Angehörigen haben, sollen auch diese Daten gegenüber gestellt werden, um den Grad der Vergleichbarkeit beider Untersuchungen besser abschätzen zu können.

In der Befragung pflegender Angehöriger, welche Leistungen des ‚Zentrum Demenz‘ in Anspruch nehmen, gaben 13 Personen an, dass ihr an Demenz erkrankter Angehöriger Pflegestufe 1 hätte. Mit einer relativen Häufigkeit von 54,2% stellt die Angabe der Pflegestufe 1 zugleich die am häufigsten genannte Pflegestufe dar. Vier Personen gaben an, dass ihr an Demenz erkrankter Angehöriger Pflegestufe 2 hätte. Lediglich zwei Personen gaben an, dass ihr an Demenz erkrankter Angehöriger Pflegestufe 3 hätte. Damit machen diese beiden Gruppen einen Anteil von 16,7% bzw. 8,3% aus. Einer der Befragten machte keine Angaben.<sup>210</sup> Auf die Frage, wie die pflegenden Angehörigen den täglichen betreuungsbedarf ihres demenziell erkrankten Angehörigen einschätzen würden, gaben fünf Personen an, dass ein 24-stündiger Betreuungsbedarf bestehen würde. Mit einem Anteil von 20,8% macht diese Gruppe den größten Teil der Befragten aus. Die Angaben hatten mit einem Minimalwert von 1h täglich bis zu einem Maximalwert von 24h täglich eine Spannweite von 23h. Der Mittelwert der Befragung liegt bei 10,67h.<sup>211</sup>

In der Vergleichsstichprobe von Breede und Kuhlmeier stellt sich das Bild wie folgt dar. Mit 28 Personen und einem relativen Anteil von 42,4% bilden die Personen, welche angaben ihr Angehöriger hätte Pflegestufe 1, die größte Gruppe. Am zweithäufigsten wurde mit 18 Nennungen und einem relativen Anteil von 27,3% die Pflegestufe 2 genannt. An dritter Stelle mit 15 Nennungen und einem relativen Anteil von 22,7% steht die Angabe, dass der demenziell erkrankte Angehörige keine Pflegestufe hat. Zieht man die Gruppen derer mit Pflegestufe 1 und ohne Pflegestufe zusammen, macht diese aufsummierte Gruppe mit einem relativen Anteil von 65,1% bereits deutlich mehr als die Hälfte

---

<sup>210</sup> vgl. Anhang Tabelle13

<sup>211</sup> vgl. Anhang Tabelle14 und Tabelle15

der Fälle aus.<sup>212</sup> Ähnlich der Befragung bei pflegenden Angehörigen, welche Leistungen des ‚Zentrum Demenz‘ in Anspruch nehmen, liegt die Spannweite der Angaben zum täglichen Betreuungs- und Pflegebedarf mit einem Minimum von 1h täglich und einem Maximum von 24h bei 23h täglichem Betreuungs- und Pflegebedarf. Der mittlere Betreuungs- und Pflegebedarf liegt bei 9,31h täglich.<sup>213</sup>

Somit wird in beiden Stichproben deutlich, dass sich der tägliche, durch die pflegenden Angehörigen eingeschätzte, Betreuungs- und Pflegeaufwand sich nicht in den Pflegestufen widerspiegelt. Auf Grundlage des Betreuungs- und Pflegeaufwandes herrscht in beiden Stichproben ein vergleichbares Belastungsniveau vor.

In der Frage, wie lange die pflegenden Angehörigen ihr demenziell erkranktes Familienmitglied betreuen würden, ergab sich für die pflegenden Angehörigen, welche Leistungen des ‚Zentrum Demenz‘ in Anspruch nehmen, folgendes Bild.

Bei einer Spannweite von 18,5 Jahren gaben die Befragten Werte zwischen 1,5 und 20 Jahren an. Der Mittelwert in der Dauer der Betreuung liegt bei 5,5 Jahren. Mit einer Anzahl von jeweils drei Nennungen stellen die Angaben von zwei bzw. drei Jahren die am häufigsten genannte Dauer da.<sup>214</sup> In der Befragung von Breede und Kuhlmeier ist auf Grundlage der Angaben der pflegenden Angehörigen bei einem Minimum von 0,3 Jahren und einem Maximum von 12 Jahren eine Spannweite von 11,7 Jahren zu verzeichnen. Der Mittelwert der Dauer der Betreuung liegt bei 4,19 Jahren. Mit einer Häufigkeit von 13 Nennungen stellt die Dauer von zwei Jahren den häufigsten Wert dar. An zweiter Stelle liegt mit einer Häufigkeit von 11 Jahren die drei jährige Betreuung eines an Demenz erkrankten Angehörigen.<sup>215</sup> Auch an dieser Stelle ist von einem vergleichbaren Belastungsniveau auf Grund der Dauer der Betreuung auszugehen. Zwar unterscheidet sich der Mittelwert in der Betreuungsdauer beider Stichproben um 1,31 Jahre, doch ist dieser Mittelwertunterschied anhand der Minimal- und Maximalwerte beider

---

<sup>212</sup> vgl. Anhang Tabelle16

<sup>213</sup> vgl. Anhang Tabelle17 und Tabelle18

<sup>214</sup> vgl. Anhang Tabelle19 und Tabelle20

<sup>215</sup> vgl. Anhang Tabelle21 und Tabelle22

Stichproben zu erklären. Darüber hinaus gibt es Parallelen in den häufigsten Nennungen von zwei bzw. drei Jahren.

### *Gesundheitszustand der Stichproben*

Die pflegenden Angehörigen welche Leistungen des ‚Zentrum Demenz‘ in Anspruch nehmen, gaben an, durchschnittlich an 2,13 Krankheiten zu leiden. Bei einer Spannweite von 5 lag das Minimum bei keiner angegebenen Krankheit und einem Maximum von 5 angegebenen Krankheiten. Die häufigste Anzahl waren zwei angegebene Krankheiten.<sup>216</sup>

Auf die Frage wie die pflegenden Angehörigen ihren Gesundheitszustand allgemein beschreiben würden, war die häufigste Antwort mit 11 Nennungen „weniger gut“ gefolgt von 10 Nennungen „gut“. Zwei der Befragten gaben an, ihren Gesundheitszustand allgemein als „schlecht“ einzuschätzen. Einer der Befragten machte keine Angaben. Woraus sich eine mittlere Einschätzung des Gesundheitszustandes von 2,65, also „weniger gut“, ergibt.<sup>217</sup>

Auf die Frage, wie die pflegenden Angehörigen ihren Gesundheitszustand vor der Pflege beschreiben würden, gaben 14 der Befragten „gut“ an. Damit stellt „gut“ die häufigste Antwort dar. Sechs der Befragten gaben sogar „sehr gut“ an und jeweils eine Person gab „weniger gut“ bzw. „schlecht“ an. Mit einem Mittelwert von 1,86 lässt sich der durchschnittliche Gesundheitszustand der Stichprobe vor der Pflege eines an Demenz erkrankten Angehörigen als „gut“ beschreiben.<sup>218</sup>

Die Frage, wie die pflegenden Angehörigen, welche Leistungen des ‚Zentrum Demenz‘ in Anspruch nehmen, ihren Gesundheitszustand nach einem Jahr Pflege beurteilen würden, wurde wie folgt beantwortet. Die häufigste Antwort betrug mit 13 Nennungen „gut“. Mit 5 Nennungen stellt „weniger gut“ die zweithäufigste Angabe dar. Drei der Befragten gaben an, ihren Gesundheitszustand zu diesem Zeitpunkt als „schlecht“ einzuschätzen. Lediglich eine Person gab an, ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“

---

<sup>216</sup> vgl. Anhang Tabelle 23 und Tabelle 24

<sup>217</sup> Vgl. Anhang Tabelle 27 und Tabelle 28

<sup>218</sup> Vgl. Anhang Tabelle 29 und Tabelle 30

einzuschätzen.<sup>219</sup> Mit einem Mittelwert von 2,45 lässt sich bei einem  $\Delta$  von 0,59 bereits eine Verschlechterung des durchschnittlich eingeschätzten Gesundheitszustandes erkennen (im Vergleich zu vor der Pflege). Dennoch kann der Gesamtgesundheitszustand noch als „gut“ bezeichnet werden.

Die Einschätzung zum aktuellen Stand der Gesundheit der pflegenden Angehörigen, welche Leistungen des ‚Zentrum Demenz‘ in Anspruch nehmen, stellt sich wie folgt dar. Der mit 13 Nennungen häufigste genannte Gesundheitszustand ist „weniger gut“. An zweiter Stelle steht mit 6 Nennungen „gut“. Drei weitere Nennungen fallen auf „schlecht“. Damit ergibt sich bei einem Mittelwert von 2,86 für die gesamte Stichprobe ein „weniger gut“(er) Gesundheitszustand. Auch hier ist ein  $\Delta$  von 0,41 in der durchschnittlichen Einschätzung des Gesundheitszustandes im Vergleich zum Zeitpunkt „ein Jahr nach der Pflege“ zu beobachten.<sup>220</sup>

In der Vergleichsstichprobe von Breede und Kuhlmeier (2007) ist folgendes Bild zu beschreiben. Die Befragten gaben 2007 an, durchschnittlich an 1,79 Krankheiten zu leiden. Bei einem Minimum von keiner Krankheit und einem Maximum von 6 Krankheiten beträgt die Spannweite 6 Krankheiten. Mit einer Häufigkeit von 22 Nennungen stellt eine Krankheit die häufigste Ausprägung dar. Mit 17 Nennungen wurden zwei Krankheiten am zweithäufigsten genannt. Keine Krankheit zu haben, gaben 10 der Befragten an.

Im Jahr 2007 schätzten die pflegenden Angehörigen ihren Gesundheitszustand bei einem Mittelwert von 2,52 allgemein als „weniger gut“ ein. Allerdings war mit 30 Nennungen die häufigste Antwort „gut“. Die zweithäufigste Antwort stellte mit 23 Nennungen „weniger gut“ dar.<sup>221</sup>

Zum Zeitpunkt vor der Pflege machte die Stichprobe des Jahres 2007 folgende Angaben. Mit 40 Nennungen schätzten die meisten der Befragten ihren Gesundheitszustand als „gut“ ein. Die zweithäufigste Angabe war mit 12 Nennungen „sehr gut“. Mit einem Mittelwert von 1,98 ist der

---

<sup>219</sup> Vgl. Anhang Tabelle31 und Tabelle32

<sup>220</sup> vgl. Anhang Tabelle32 und Tabelle33

<sup>221</sup> vgl. Anhang Tabelle34 und Tabelle35

Gesundheitszustand der Stichprobe vor der Pflege eines demenziell erkrankten Menschen als „gut“ zu bezeichnen.<sup>222</sup>

Für den Zeitpunkt „ein Jahr nach der Pflege“ schätzten die Befragten 2007 schätzten mit 35 Nennungen die meisten der Befragten ihren Gesundheitszustand als „gut“ ein. Mit 17 Nennungen war „weniger gut“ die zweithäufigste Nennung. Bei einem Mittelwert von 2,26 ist der Gesundheitszustand der Stichprobe als „gut“ zu bezeichnen. Das  $\Delta$  zwischen „vor der Pflege“ und „nach einem Jahr Pflege“ beträgt 0,28.<sup>223</sup>

Zum Zeitpunkt der Befragung (2007) schätzte die Stichprobe der pflegenden Angehörigen in Schwerin und Umgebung ihre Gesundheit durchschnittlich mit einem Wert von 2,59 als „weniger gut“ ein. Mit 28 Nennungen war „gut“ die häufigste genannte Einschätzung. Mit 24 Nennungen wurde „weniger gut“ am zweithäufigsten genannt. Damit ergibt sich ein  $\Delta$  in der Einschätzung des Gesundheitszustandes zu beiden Zeitpunkten von 0,33.

Damit stellt sich der Gesundheitszustand der beiden Stichproben im Vergleich wie folgt dar. Zum Zeitpunkt der Befragung litten die pflegenden Angehörigen, welche Leistungen des ‚Zentrum Demenz‘ in Anspruch nehmen, durchschnittlich an 0,34 Krankheiten mehr als die Stichprobe von Breede und Kuhlmei von 2007. Auch schätzten die Befragten von Breede und Kuhlmei (2007) ihre Gesundheit zu jedem Zeitpunkt der Befragung besser ein als die Stichprobe aus dem Jahr 2011. Auch die Raten der Verschlechterung der Einschätzung des Gesundheitszustandes fielen bei der Befragung von Breede und Kuhlmei (2007) geringer aus.

### *Berufsqualifizierender Abschluss*

Auffallend bei der Eingabe der Daten zu pflegenden Angehörigen, welche Leistungen des ‚Zentrum Demenz‘ in Anspruch nehmen, war, dass 87,5% der Befragten angaben, einen Fachhochschul- oder Universitätsabschluss zu besitzen. Lediglich 12,5% der Befragten gaben an, eine Lehre als

---

<sup>222</sup> vgl. Anhang Tabelle36 und Tabelle37

<sup>223</sup> vgl. Anhang Tabelle38 und Tabelle39



berufsqualifizierenden Abschluss zu haben.<sup>224</sup> Eine Nachfrage bei den Mitarbeiterinnen des ‚Zentrum Demenz‘ ergab, dass die Mitarbeiterinnen diese Verteilung als repräsentativ ansehen.

Im Vergleich dazu stellt sich in der Umfrage von Bereede und Kuhlmeier (2007) dar, dass 51% der Befragten angaben, eine Lehre als berufsqualifizierenden Abschluss zu besitzen. Der Anteil der Akademiker mit Fachhochschul- bzw. Universitätsabschluss hingegen betrug 31,9%.<sup>225</sup>

Damit wird an dieser Stelle ein beachtenswerter Unterschied zwischen beiden Stichproben ersichtlich. So stellte auch das Robert-Koch-Institut (2005) den Zusammenhang zwischen dem Bildungsniveau und der Gesundheit heraus. Generell besteht der Zusammenhang zwischen Bildung und Gesundheit dahingehend, dass je höher das Bildungsniveau ist umso besser ist die Gesundheit und umso geringer sind das Krankheits- und Sterberisiko. Weiterhin ist auffallend, dass Gesundheit nicht nur ungleich verteilt ist, sondern Gesundheitszustände je nach Bildungsniveau auch unterschiedlich wahrgenommen und bewertet werden. Allerdings ist das Bildungsparadigma im mittleren Lebensalter am stärksten ausgeprägt und tritt im höheren Lebensalter auf Grund von altersspezifischen Krankheiten schwächer zu Tage.<sup>226</sup>

Zur Überprüfung, wie stark sich dieser Effekt in der Stichprobe niederschlägt, wurden drei T-Tests<sup>227</sup> durchgeführt. Es wurde jeweils die durchschnittliche Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes, des Gesundheitszustandes vor der Pflege, des Gesundheitszustandes nach einem Jahr Pflege und zum Zeitpunkt der Befragung von Befragten ohne Berufsausbildung und Befragten mit Lehre mit der von Personen mit Fachhochschul- bzw. Universitätsabschluss verglichen. Im Ergebnis zeigte sich, dass die Gesundheit von Personen mit Akademischer Ausbildung allgemein sowie vor der Pflege um durchschnittlich ca. 0,3 besser bewertet wurde als von Personen ohne Berufsabschluss bzw. mit Lehre. Zum Zeitpunkt nach einem

---

<sup>224</sup> vgl. Anhang Tabelle9

<sup>225</sup> vgl. Anhang Tabelle10

<sup>226</sup> vgl. Lampert et al. 2005 S.52

<sup>227</sup> Mittels eines T-Testes werden die Mittelwertunterschiede einer Variable zweier Gruppen miteinander verglichen (vgl. Janssen / Laatz (2007) S.347)

Jahr Pflege wurde der Gesundheitszustand in der Stichprobe lediglich um durchschnittlich 0,05 und zum Zeitpunkt der Befragung um durchschnittlich 0,18 durch Personen mit akademischer Ausbildung besser bewertet. In allen Fällen war das Ergebnis nicht signifikant und lässt sich somit von der Stichprobe nicht auf die Grundgesamtheit übertragen.<sup>228</sup> Auf Grundlage der durchgeführten T-Tests wird dem Bildungsparadigma in der Auswertung keine weitere Beachtung geschenkt.

### *Inanspruchnahme entlastender Maßnahmen*

Zu den entlastenden Maßnahmen werden Maßnahmen gezählt, in denen der pflegende Angehörige nicht mit Betreuung und Pflege seines an Demenz erkrankten Angehörigen betraut ist. Dazu zählen die Sach- bzw. Kombileistungen der Pflegeversicherung sowie niedrighschwellige Betreuungsangebote, da die Pflege bzw. Betreuung des an Demenz erkrankten Angehörigen in den Zeiträumen der Inanspruchnahme nicht in der Verantwortung des pflegenden Angehörigen liegt.

In der Stichprobe pflegender Angehöriger welche Leistungen des ‚Zentrum Demenz‘ in Anspruch nehmen, erhalten 6 der Pflegebedürftigen ausschließlich Pflegegeld. Das heißt, 6 (25%) der 24 Fälle betreuen ihren Angehörigen ausschließlich Zuhause ohne die Inanspruchnahme professioneller Dienstleistungsangebote. Ausschließlich Sachleistungen zu beziehen gaben 4 (16,7%) der Befragten an. Kombileistungen zu beziehen gaben 10 (41,7%) der Befragten an. Weitere 4 Befragte machten keine Angaben.<sup>229</sup>

In der Vergleichsstichprobe pflegender Angehöriger in Schwerin und Umgebung von Breede und Kuhlmeier (2007) gaben 31 (47%) der 66 Befragten an, ausschließlich Pflegegeld zu erhalten. Kombileistungen zu erhalten gaben 16 (24,2%) der Befragten an. Keine Leistungen zu erhalten gaben 15 (22,7%) der Befragten an und 4 machten keine Angaben.<sup>230</sup>

---

<sup>228</sup> vgl. Anhang Tabelle 44, Tabelle 45, Tabelle46, Tabelle47, Tabelle48, Tabelle49, Tabelle50, Tabelle51

<sup>229</sup> vgl. Anhang Tabelle93

<sup>230</sup> vgl. Anhang Tabelle94

Zu den Niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsleistungen werden Stundenweise Betreuung durch Ehrenamtliche sowie Betreuungsgruppen gezählt. Darüber hinaus soll die Inanspruchnahme von Beratungsangeboten an dieser Stelle erfasst werden.

In der Stichprobe pflegender Angehöriger welche Leistungen des ‚Zentrum Demenz‘ in Anspruch nehmen, gaben 12 (50%) der Befragten an die Betreuungsgruppe in Anspruch zu nehmen. 14 (58,3%) der Befragten gaben an, Stundenweise Betreuung durch Ehrenamtliche in Anspruch zu nehmen, 5 (20,8%) der Befragten gaben an, an Pflegekursen teilzunehmen und 11 (45,8%) der Befragten gaben an, Beratungsleistungen in Anspruch zu nehmen.<sup>231</sup>

In der Vergleichsstichprobe pflegender Angehöriger in Schwerin und Umgebung nach Breede und Kuhlmeier (2007) gaben 2 (3,03%) an, Betreuungsgruppen, 5 (7,6%) Stundenweise Betreuung, 2 (3,03%) Pflegekurse und 9 (13,6%) Angehörigenberatung in Anspruch zu nehmen.<sup>232</sup>

Anhand der Daten wird deutlich, dass die pflegenden Angehörigen in Schwerin und Umgebung aus der Befragung von 2007 in einem deutlich geringerem Maße entlastende Maßnahmen in Form von Betreuungs- und Beratungsleistungen in Anspruch nehmen. Gründe hierfür können darin begründet sein, dass erheblicher Betreuungsbedarf nach dem Pflegeleistungsergänzungsgesetz von 2001 lediglich einen zusätzlichen (zweckgebundenen) Betreuungsbetrag in Höhe von 460€ pro Jahr (durchschnittlich 38€ / Monat) gewährt, was unter Umständen zu einer geringeren Beachtung der Möglichkeit von Betreuungs- und Entlastungsmöglichkeiten führen kann, im Vergleich zu dem Zeitpunkt ab dem Jahr 2008, in dem das Pflegeweiterentwicklungsgesetz die Möglichkeit der Inanspruchnahme von bis zu 200€ monatlich für Betreuungsleistungen ermöglicht. Allein durch die Möglichkeit der höheren Förderungsmöglichkeiten von Betreuungs- und Entlastungsmaßnahmen durch die Pflegekassen kann sich die Angebots- bzw. Nachfragestruktur verändern.

---

<sup>231</sup> vgl. Anhang Tabelle95

<sup>232</sup> vgl. Anhang Tabelle96

### **8.2.2.2 Ermittlung des Einflusses der Entlastenden Maßnahmen auf die Lebensqualität mittels einer Regressionsanalyse**

Bereits Breede und Kuhlmeier (2007) gaben an, dass die Lebensqualität von den theoretischen Dimensionen des Wohlbefindens, der Lebenszufriedenheit und Belastungen beeinflusst wird.<sup>233</sup> Damit gilt es zu ermitteln, welchen Einfluss hat die Arbeit des ‚Zentrum Demenz‘ auf diese drei Dimensionen.

Im Folgenden werden Skalen zur Darstellung des Wohlbefindens, der Lebenszufriedenheit und des Belastungsempfindens erstellt.

Weiterhin werden Skalen erstellt, anhand derer die subjektive Bewertung und auch die durch die Befragten subjektiv wahrgenommene Wirkung der Maßnahmen dargestellt werden können.

Ziel ist es, den Einfluss der Maßnahme mittels einer Regressionsanalyse auf die Skalen des Wohlbefindens, der Lebenszufriedenheit und Belastungen sichtbar zu machen.

### **8.2.2.3 Bildung von Skalen zur Darstellung von Wohlbefinden, Gesundheit und Belastungsempfinden**

Die Vielschichtigkeit von Gesundheit und Wohlbefinden wurde bereits von Breede und Kuhlmeier (2007) S. 22ff ausführlich behandelt. Daher soll an dieser Stelle nicht noch einmal gesondert darauf eingegangen werden. Allerdings soll im Folgenden auf die Bildung der entsprechenden Likert-Skalen (summativ ermittelte Skalen) eingegangen werden. In den vorliegenden Fragebögen wurden Frageblöcke zur Beurteilung des Wohlbefindens, der Lebenszufriedenheit sowie des Belastungsempfindens abgefragt. Diese Frageblöcke bestehen aus verschiedenen ordinal skalierten Items. Zur Ermittlung eines summativen Skalenwertes werden die einzelnen Aussagen der Frageblöcke zu einem einzelnen Skalenwert aufsummiert. Dabei gilt die Grundannahme, dass jedes Item (Aussagen der Frageblöcke) gleich schwer gewichtet ist. Zur Überprüfung, ob die Items der einzelnen Frageblöcke in der Lage sind, den angestrebten Sachverhalt konsistent darzustellen, soll mittels

---

<sup>233</sup> vgl. Breede / Kuhlmeier (2007) S.172

einer Reliabilitätsanalyse festgestellt werden, welche Items geeignet sind, den angestrebten Sachverhalt darzustellen und wie zuverlässig die Skala den angestrebten Sachverhalt darstellen kann.<sup>234</sup> Zu Beurteilung, ob die Items geeignet sind, den angestrebten Sachverhalt darzustellen, wird der Trennschärfekoeffizient herangezogen. Der Trennschärfekoeffizient stellt den Korrelationskoeffizient zwischen der Itemausprägung und dem Gesamtskalenwert dar. Die Items werden mittels des ermittelten Trennschärfekoeffizienten selektiert und unbrauchbare Items eliminiert. Der Reliabilitätskoeffizient stellt das Maß der Genauigkeit dar, mit der ein Merkmal durch den Test erfasst wird. Cronbachs Alpha als Reliabilitätskoeffizient liegt zwischen 0 und 1. Je dichter der Wert an 1 liegt umso genauer bildet das Item den Sachverhalt ab. Bei der Durchführung der Reliabilitätsanalyse der Skala ist darauf zu achten, dass mehrstufige Antworten gleich gepolt sind. Ist die Polung nicht gleich, müssen anders gepolte Items umkodiert werden um die Polung zu vereinheitlichen.<sup>235</sup> Analog zum Korrelationskoeffizienten<sup>236</sup> wird an dieser Stelle festgelegt, dass Cronbachs Alpha wie folgt zu interpretieren ist.

- bis 0,2 sehr geringe Eignung der Skala zur Abbildung eines Sachverhaltes
- bis 0,5 geringe Eignung der Skala zur Abbildung eines Sachverhaltes
- bis 0,7 mittlere Eignung der Skala zur Abbildung eines Sachverhaltes
- bis 0,9 hohe Eignung der Skala zur Abbildung eines Sachverhaltes
- über 0,9 sehr hohe Eignung der Skala zur Abbildung eines Sachverhaltes

Nach Erstellung der Skala aus dem Mittelwert der mehrstufigen Items der Frageblöcke zum Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit und Belastungsempfinden soll der Skalenwert in Form des Mittelwertes aller Items ausgegeben werden. Die Interpretation der Skalenwerte soll wie folgt geschehen:

---

<sup>234</sup> vgl. Janssen / Laatz (2007) S.595f

<sup>235</sup> vgl. Bühl (2008) S.499ff

<sup>236</sup> vgl. Bühl (2008) S.345f

- bis 1,5 = sehr gut
- bis 2,5 = gut
- bis 3,5 = weniger gut
- über 3,5 = schlecht.

#### 8.2.2.4 Skalen zur Darstellung des Gesundheitszustandes

Die Skala zur Darstellung des Gesundheitszustandes soll an dieser Stelle am Vorhandensein von Krankheiten fest gemacht werden. Im Fragebogen wurde die Frage gestellt: „**Welche Erkrankung(en) tritt (treten) bei Ihnen auf?** (*Mehrfachnennung möglich*)“ Die Skala wird mittels der Summierung der angegebenen Krankheiten gebildet.

Zur Überprüfung, ob die Aufsummierung der Krankheiten geeignet ist den Gesundheitszustand der Befragten aufzuzeigen, soll eine Reliabilitätsanalyse durchgeführt werden.

In der Stichprobe der pflegenden Angehörigen als Klienten des ‚Zentrum Demenz‘ ergab sich folgendes Bild: Die befragten pflegenden Angehörigen, welche Leistungen des Zentrum Demenz in Anspruch nehmen, leiden durchschnittlich an 2,13 Krankheiten.

Die Reliabilitätsanalyse ergab, dass der Cronbachs Alpha aller neun Items 0,34 beträgt. Das Streichen von Items aus der Skala hätte keinen nennenswerten Einfluss auf die Höhe des Reliabilitätskoeffizienten.<sup>237</sup> Auf Grundlage dieses Wertes kann gesagt werden, dass die ungewichtete Zusammenfassung der Krankheiten zu einer Skala nur in geringem Maße geeignet ist, die Gesundheit der Stichprobe konsistent als Skala darzustellen.

In der Vergleichsstichprobe von Breede und Kuhlmeier (2007) ist zu erkennen, dass die befragten pflegenden Angehörigen im Durchschnitt an 1,79 Krankheiten leiden. Eine Reliabilitätsanalyse ergab, dass der Chronbachs Alpha aller neun ungewichteten Items 0,38 beträgt. Das Streichen von Items hätte keine Verbesserung des Reliabilitätskoeffizienten zur Folge.<sup>238</sup> Somit ist die

---

<sup>237</sup> vgl. Anhang Tabelle 25 und Tabelle 26

<sup>238</sup> vgl. Anhang Tabelle 52 und Tabelle 53

Bildung einer ungewichteten Skala aus der Aufsummierung der angegebenen Krankheiten nur in geringem Maße geeignet, den Gesundheitszustand der Stichprobe konsistent darzustellen.

#### **8.2.2.5 Skalen zur Darstellung des Wohlbefindens**

Anhand des Fragenblockes III beider Fragebögen soll eine Skala zur Abbildung des Wohlbefindens gebildet werden. In dieser Skala ist es notwendig einzelne Items in der Polung anzupassen.

Für die 15 Items des Fragenblock III der Befragung pflegender Angehöriger, welche Leistungen des ‚Zentrum Demenz‘ in Anspruch nehmen, wurde eine Reliabilitätsanalyse durchgeführt. Der Reliabilitätskoeffizient beträgt 0,879. Allein durch das Weglassen des Items „Ich habe das Gefühl, dass ich mir durch die Pflege meiner Stärken bewusst geworden bin“ ließe sich der Reliabilitätskoeffizient geringfügig verbessern, da dies aber kein höheres Reliabilitätsniveau (Chronbachs Alpha über 0,9) zur Folge hätte, wird auf das Streichen von Items verzichtet. Auf Grund der Ergebnisse der Reliabilitätsanalyse werden alle Items des Fragenblocks III in die Skala einbezogen.<sup>239</sup>

Nach Erstellung der Skala ist festzustellen, dass bei einem Mittelwert von 2,44 das Wohlbefinden der Stichprobe pflegender Angehöriger, welche Leistungen des ‚Zentrum Demenz‘ in Anspruch nehmen, insgesamt als „gut“ angesehen werden kann. In Auswertung der Häufigkeiten ist festzustellen, dass „gutes Wohlbefinden“ die häufigste Ausprägung der Skala in allen Fällen darstellt. Bei einem Minimum von 1,67 und einem Maximum von 3,33 beträgt die Spannweite 1,66.

In der Vergleichsstichprobe von Breede und Kuhlmeier stellt sich das Wohlbefinden anhand der Skala aus den 16 Items des Fragenblocks III des Fragebogens von Breede und Kuhlmeier wie folgt dar.

Die Reliabilitätsanalyse ergab für die 16 Items einen Reliabilitätskoeffizienten in Höhe von 0,852. Anhand dieses Chronbachs Alpha Wertes wird deutlich, dass

---

<sup>239</sup> vgl. Anhang Tabelle54 und Tabelle55

die 16 Items des Fragenblocks III eine hohe Eignung aufweisen, das Wohlbefinden der Stichprobe abzubilden. Das Weglassen eines der Items hätte keine Verbesserung des Reliabilitätsniveaus zur Folge.<sup>240</sup>

Die Erstellung der Skala ergab, dass der Mittelwert des Wohlbefindens der Stichprobe von 2007 bei 2,34, also „gutem Wohlbefinden“, liegt. Bei einem Maximum von 3,38 und einem Minimum von 1,44 beträgt die Spannweite 1,94. Damit ist das Wohlbefinden der Stichprobe von Breede und Kuhlmeier (2007) allgemein als „gut“ anzusehen.

#### **8.2.2.6 Skalen zur Darstellung der Lebenszufriedenheit**

Die Erstellung der Skala zur Beurteilung der Lebenszufriedenheit der Stichprobe pflegender Angehöriger, welche Leistungen des ‚Zentrum Demenz‘ in Anspruch nehmen, soll anhand der Fragen mit abgestuften Antwortmöglichkeiten des Fragenblock IV erstellt werden. Welche Fragen einbezogen werden sollen, ist anhand der Tabelle 62 im Anhang ersichtlich.

Die Reliabilitätsanalyse der 15 Items ergibt einen Chronbachs Alpha von 0,703. Da ein Reliabilitätskoeffizient über 0,7 erreicht wurde, ist die Skala auf hohem Niveau geeignet die Lebensqualität konsistent abzubilden. Da das Streichen einzelner Items der Skala nicht bewirken würde, dass der Reliabilitätskoeffizient auf ein deutlich höheres Niveau ansteigen würde, wird auf das Streichen von Items zur Verbesserung der Reliabilität verzichtet.

Nach Erstellung der Skala ist ein mittlerer Skalenwert in Höhe von 2,22 zu verzeichnen. Damit kann die mittlere Lebenszufriedenheit der Stichprobe als „gut“ angesehen werden. Bei einem Maximum von 3,38 und einem Minimum von 1,44 ergibt sich eine Spannweite von 1,94 in der Mittleren Lebenszufriedenheit der Stichprobe pflegender Angehöriger, welche Leistungen des ‚Zentrum Demenz‘ in Anspruch nehmen.

In der Vergleichsstichprobe der Untersuchung von Breede und Kuhlmeier (2007) wird die Skala zur Abbildung der Lebenszufriedenheit aus den 16 abgestuften Items des Fragenblocks IV des Fragebogens von Breede und Kuhlmeier (2007)

---

<sup>240</sup> vgl. Anhang Tabelle 57 und Tabelle 58



gebildet. Welche Items genau in die Skala einfließen, ist der Tabelle 66 im Anhang zu entnehmen.

Der Reliabilitätskoeffizient der Skala zur Messung der Lebenszufriedenheit beträgt 0,807. Da ein Chronbachs Alpha von über 0,7 erreicht wurde, ist davon auszugehen, dass die Skala den Sachverhalt der Lebensqualität auf hohem Niveau konsistent darstellen kann. Durch die Streichung einzelner Items aus der Skala wäre keine Erhöhung des Reliabilitätskoeffizienten möglich. Daher wird auf das Streichen von Items zur Erhöhung der Reliabilität verzichtet.<sup>241</sup>

Anhand des Skalenwertes in Höhe von 2,15 zur Abbildung der Lebensqualität ist zu erkennen, dass die Stichprobe von Breede und Kuhlmeij (2007) im Durchschnitt über eine „gute“ Lebensqualität verfügt. Bei einem Maximum von 3,19 und einem Minimum von 1,13 ergibt sich eine Spannweite von 2,06 in der Lebenszufriedenheit der Befragten.<sup>242</sup>

#### **8.2.2.7 Skalen zur Darstellung von Belastungen und Belastungsempfinden**

Zur Darstellung von Belastungen sollen Skalen aus verschiedenen Fragekomplexen des Fragenblocks V gebildet werden.

Da die Anzahl der zu erbringenden Betreuungs- und Pflegeleistungen auch Einfluss auf das Belastungsempfinden hat, soll zu Beginn eine summative Skala anhand der Aufsummierung der im Rahmen der Betreuung und Pflege durchgeführten Tätigkeiten **„Welche Pflege- und Betreuungsleistungen erbringen Sie in der Regel? (Mehrfachnennung möglich)“** erstellt werden.

Die Reliabilitätsanalyse der Befragung pflegender Angehöriger, welche Leistungen des ‚Zentrum Demenz‘ in Anspruch nehmen, ergibt unter Einbeziehung der 11 Items ein Chronbachs Alpha in Höhe von 0,777. Damit eignet sich die Skala, auf hohem Niveau Belastungen anhand der Aufsummierung der Betreuungs- und Pflgetätigkeiten aufzuzeigen. Das

---

<sup>241</sup> vgl. Anhang Tabelle65 und Tabelle66

<sup>242</sup> vgl. Anhang Tabelle67 und Tabelle68

Streichen von Items aus der Skala hätte nur geringen Einfluss auf den Reliabilitätskoeffizienten und hätte kein höheres Reliabilitätsniveau zur Folge.<sup>243</sup>

Nach Erstellung der Skala zeigte sich, dass pflegende Angehörige, welche Leistungen des ‚Zentrum Demenz‘ in Anspruch nehmen, durchschnittlich 6,92 Betreuungs- und Pflegeaufgaben übernehmen. Die Spannweite der Anzahl der Betreuungs- und Pflegeaufgaben beträgt bei einem Minimum von keiner Nennung bis hin zur Nennung von 11 Betreuungs- und Pflegeaufgaben 11. Mit 6 (25%) Nennungen ist die Übernahme von sieben Betreuungs- und Pflegeaufgaben der häufigste Wert. Mit 3 (12,5%) bzw. 4 (16,7%) Nennungen liegen die Übernahme von 8 bzw. 9 Pflegeaufgaben auf den Rängen drei und zwei.

In der Vergleichsstichprobe von Breede und Kuhlmeier ergibt sich unter Einbeziehung von 13 im Datensatz vorhandenen Items ein Chronbachs Alpha in Höhe von 0,814. Damit ist die Skala auf hohem Niveau geeignet, Belastungen summativ darzustellen. Auf das Entfernen von Items aus der Skala wird verzichtet, da sich daraus kein höheres Niveau der Reliabilität ergeben würde.<sup>244</sup>

Die Erstellung einer summativen Skala zur Abbildung der Belastungen der Stichprobe von Breede und Kuhlmeier macht folgendes Bild deutlich. Die pflegenden Angehörigen der Stichprobe von Breede und Kuhlmeier verrichten durchschnittlich 7,77 Betreuungs- und Pflegeleistungen. Bei einem Minimum von keiner Nennung bis zu 13 Nennungen ergibt sich eine Spannweite von 13 Betreuungs- und Pflegeleistungen. Die mit 11 (16,7%) Nennungen am häufigsten genannte Anzahl an Betreuungs- und Pflegeleistungen waren 7 Betreuungs- und Pflegeleistungen. Mit 10 (15,2%) bzw. 7 (10,6%) Nennungen standen 9 bzw. 5 Betreuungs- und Pflegeleistungen an zweiter und dritter Stelle in der Häufigkeit.<sup>245</sup>

In einem weiteren Schritt soll das aus den Belastungen entstehende Belastungsempfinden der beiden Stichproben dargestellt werden.

---

<sup>243</sup> vgl. Anhang Tabelle69 und Tabelle70

<sup>244</sup> vgl. Anhang Tabelle73 und Tabelle74

<sup>245</sup> vgl. Anhang Tabelle75 und Tabelle76

Zur Erstellung der Skala sollen die Fragen mit abgestuften Antwortmöglichkeiten des Fragenblocks V genutzt werden.

Die Reliabilitätsanalyse ergab in der Stichprobe pflegender Angehöriger, welche Leistungen des ‚Zentrum Demenz‘ in Anspruch nehmen, für die 15 Items mit abgestuften Antwortmöglichkeiten ein Chronbachs Alpha in Höhe von 0,855. Damit ist die Skala auf hohem Niveau geeignet, das Belastungsempfinden der Stichprobe konsistent darzustellen. Auf das Streichen von Items wird verzichtet, da die Streichung von Items kein höheres Reliabilitätsniveau zur Folge hätte.<sup>246</sup>

Nach Erstellung der Skala ist ein mittlerer Skalenwert in Höhe von 2,78 und damit „weniger gut“ für die Stichprobe pflegender Angehöriger, welche Leistungen des ‚Zentrum Demenz‘ in Anspruch nehmen festzustellen. Das häufigste Belastungsempfinden-Niveau stellt mit einer Häufigkeit von 4 (16,7%) Fällen das mittlere Belastungsniveau in Höhe von 3 dar. Bei einem Minimum von 1,53 und einem Maximum von 3,8 ergibt sich eine Spannweite von 2,27 beim Belastungsempfinden.<sup>247</sup>

In der Vergleichsstichprobe der Befragung von Breede und Kuhlmeier ergibt die Reliabilitätsanalyse einen Reliabilitätskoeffizienten in Höhe von 0,896 für die Skala des Belastungsempfindens. Damit ist die Skala auf hohem Niveau geeignet, das Belastungsempfinden der Befragten darzustellen. Auf das Streichen von Items aus der Skala wird verzichtet, da dies nicht zu einer Verbesserung des Reliabilitätsniveaus führen würde.<sup>248</sup>

Nach Erstellung der Skala ergibt sich für die Stichprobe der Befragung von Breede und Kuhlmeier (2007) ein mittleres Belastungsempfinden in Höhe von 1,93 und damit auf „gutem“ Niveau. Bei einem Minimum von 1 und einem Maximum von 3,2 ergibt sich eine Spannweite in Höhe von 2,2. Mit einer Häufigkeit von 5 (7,6%) Fällen kommt das Belastungsempfinden in Höhe von 1,53 am häufigsten vor.<sup>249</sup>

---

<sup>246</sup> vgl. Anhang Tabelle 76 und Tabelle 77

<sup>247</sup> vgl. Anhang Tabelle 77 und Tabelle 78

<sup>248</sup> vgl. Anhang Tabelle 79 und Tabelle 80

<sup>249</sup> vgl. Anhang Tabelle 81 und Tabelle 82

### 8.2.2.8 Bewertung der Leistungen des ‚Zentrum Demenz‘ durch die Stichprobe

Im Folgenden soll geschaut werden, aus welchen Gründen die Befragten Leistungen des ‚Zentrum Demenz‘ in Anspruch nehmen bzw. dies nicht tun und wie die Befragten die Leistungen des ‚Zentrum Demenz‘ bewerten.

Auf die Frage: **“Warum nehmen Sie Leistungen des „Zentrum Demenz“ in Anspruch? (Mehrfachnennungen möglich)“** wählten die 24 Befragten in folgenden Häufigkeiten die aufgeführten Gründe aus.

**Tabelle 9 Gründe für Inanspruchnahme von Leistungen des ‚Zentrum Demenz‘**

<b>Grund</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Relative Häufigkeit</b>
Ich möchte mehr über das Krankheitsbild Demenz erfahren	15	62,5%
Ich möchte sicherer im Umgang mit meinem an Demenz erkrankten Angehörigen werden	17	70,8%
Ich möchte mich körperlich entlasten	6	25%
Ich möchte mich psychisch entlasten	11	45,8%
Ich möchte mehr Zeit für mich selbst	7	29,2%
Ich möchte mehr Zeit mit der Familie und/oder Freunden verbringen	5	20,8%
Ich möchte fachlich beraten werden	15	62,5%
Sonstige Gründe	6	25%

relative Häufigkeit ausgehend von 24 Fällen

Quelle: Eigene Darstellung nach Auswertung Befragung pflegender Angehöriger (2011)

An Hand der Auswahl der Befragten wird deutlich, dass Gründe, die im Zusammenhang mit Informationen zum Krankheitsbild und dem Umgang mit dem an Demenz erkrankten Angehörigen stehen vordergründig sind. Allerdings wird anhand der relativen Häufigkeit von 45% bei „Ich möchte mich psychisch entlasten“ auch das hohe psychische Belastungsniveau der pflegenden Angehörigen deutlich. Zumal davon auszugehen ist, dass auch ein besseres Verständnis für den demenziell erkrankten Angehörigen auf Grund von mehr

Informationen entlastende Effekte hat bzw. davon ausgegangen werden kann, dass sich die pflegenden Angehörigen davon Entlastung versprechen.

Weiterhin hatten die Befragten die Aufgabe zu bewerten, welchen Effekt die Leistungen des ‚Zentrum Demenz‘ auf sie haben.

**„Bitte kreuzen Sie die für Sie zutreffenden Aussagen an:** (Mehrfachnennungen möglich) Durch die Beratungs- und Unterstützungsangebote des **„Zentrum Demenz“** ...“

So ergab sich folgendes Bild zur Wirkung der Maßnahmen:

**... habe ich mehr Wissen über das Krankheitsbild meines Angehörigen.**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	trifft völlig zu	16	66,7	66,7
	trifft eher zu	6	25,0	25,0
	trifft eher nicht zu	2	8,3	8,3
	Gesamt	24	100,0	100,0

Durchschnittliche Bewertung des Items	1,42	<b>trifft völlig zu</b>
--	------	-------------------------

Quelle: Eigene Darstellung nach Befragung pflegende Angehörige 2011 erstellt unter Zuhilfenahme SPSS15

**...verstehe ich die Zusammenhänge zwischen der Krankheit und dem Verhalten meines Angehörigen.**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	trifft völlig zu	14	58,3	60,9
	trifft eher zu	6	25,0	26,1
	trifft eher nicht zu	2	8,3	8,7
	trifft gar nicht zu	1	4,2	4,3
	Gesamt	23	95,8	100,0
Fehlend	System	1	4,2	
Gesamt		24	100,0	

Durchschnittliche Bewertung des Items	1,57	<b>trifft eher zu</b>
--	------	-----------------------

Quelle: Eigene Darstellung nach Befragung pflegende Angehörige 2011 erstellt unter Zuhilfenahme SPSS15

**... bin ich sicherer im Umgang mit meinem Angehörigen.**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig trifft völlig zu	9	37,5	37,5
trifft eher zu	10	41,7	41,7
trifft eher nicht zu	5	20,8	20,8
Gesamt	24	100,0	100,0

<b>Durchschnittliche Bewertung des Items</b>	<b>1,83</b>	<b>trifft eher zu</b>
--	-------------	-----------------------

Quelle: Eigene Darstellung nach Befragung pflegende Angehörige 2011 erstellt unter Zuhilfenahme SPSS15

**... akzeptiere ich die Lebenswelt meines Angehörigen.**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig trifft völlig zu	6	25,0	25,0
trifft eher zu	14	58,3	58,3
trifft eher nicht zu	3	12,5	12,5
trifft gar nicht zu	1	4,2	4,2
Gesamt	24	100,0	100,0

<b>Durchschnittliche Bewertung des Items</b>	<b>1,96</b>	<b>trifft eher zu</b>
--	-------------	-----------------------

Quelle: Eigene Darstellung nach Befragung pflegende Angehörige 2011 erstellt unter Zuhilfenahme SPSS15

**... bin ich gelassener im Umgang mit meinem Angehörigen.**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig trifft völlig zu	6	25,0	25,0
trifft eher zu	12	50,0	50,0
trifft eher nicht zu	5	20,8	20,8
trifft gar nicht zu	1	4,2	4,2
Gesamt	24	100,0	100,0

<b>Durchschnittliche Bewertung des Items</b>	<b>2,04</b>	<b>trifft eher zu</b>
--	-------------	-----------------------

Quelle: Eigene Darstellung nach Befragung pflegende Angehörige 2011 erstellt unter Zuhilfenahme SPSS15

**... achte ich besser auf mein körperliches und geistiges Wohlbefinden.**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	trifft völlig zu	6	25,0	30,0
	trifft eher zu	9	37,5	45,0
	trifft eher nicht zu	4	16,7	20,0
	trifft gar nicht zu	1	4,2	5,0
	Gesamt	20	83,3	100,0
Fehlend	System	4	16,7	
Gesamt		24	100,0	

<b>Durchschnittliche Bewertung des Items</b>	<b>2,0</b>	<b>trifft eher zu</b>
--	------------	-----------------------

Quelle: Eigene Darstellung nach Befragung pflegende Angehörige 2011 erstellt unter Zuhilfenahme SPSS15

**... habe ich mehr Zeit für mich.**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	trifft völlig zu	1	4,2	4,8
	trifft eher zu	8	33,3	38,1
	trifft eher nicht zu	8	33,3	38,1
	trifft gar nicht zu	4	16,7	19,0
	Gesamt	21	87,5	100,0
Fehlend	System	3	12,5	
Gesamt		24	100,0	

<b>Durchschnittliche Bewertung des Items</b>	<b>2,71</b>	<b>trifft eher nicht zu</b>
--	-------------	---------------------------------

Quelle: Eigene Darstellung nach Befragung pflegende Angehörige 2011 erstellt unter Zuhilfenahme SPSS15

**... habe ich mehr Zeit für Familie und Freunde.**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	trifft völlig zu	1	4,2	5,0
	trifft eher zu	7	29,2	35,0
	trifft eher nicht zu	8	33,3	40,0
	trifft gar nicht zu	4	16,7	20,0
	Gesamt	20	83,3	100,0
Fehlend	System	4	16,7	
Gesamt		24	100,0	

<b>Durchschnittliche Bewertung des Items</b>	<b>2,75</b>	<b>trifft eher nicht zu</b>
--	-------------	-----------------------------

Quelle: Eigene Darstellung nach Befragung pflegende Angehörige 2011 erstellt unter Zuhilfenahme SPSS15

**... habe ich mehr Informationen über mögliche Leistungen der Kranken- bzw. Pflegeversicherung.**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	trifft völlig zu	13	54,2	54,2
	trifft eher zu	9	37,5	37,5
	trifft eher nicht zu	2	8,3	8,3
	Gesamt	24	100,0	100,0

Durchschnittliche Bewertung des Items	1,54	<b>trifft eher zu</b>
--	------	-----------------------

Quelle: Eigene Darstellung nach Befragung pflegende Angehörige 2011 erstellt unter Zuhilfenahme SPSS15

**... habe ich mehr Informationen bezüglich weiterer Dienstleistungs- bzw. Entlastungsangebote in meiner Umgebung.**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	trifft völlig zu	11	45,8	50,0
	trifft eher zu	8	33,3	36,4
	trifft eher nicht zu	3	12,5	13,6
	Gesamt	22	91,7	100,0
Fehlend	System	2	8,3	
Gesamt		24	100,0	

Durchschnittliche Bewertung des Items	1,64	<b>trifft eher zu</b>
--	------	-----------------------

Quelle: Eigene Darstellung nach Befragung pflegende Angehörige 2011 erstellt unter Zuhilfenahme SPSS15

**... habe ich mehr Wissen zu Diagnostik und Behandlungsmöglichkeiten von Demenz.**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	trifft völlig zu	10	41,7	41,7
	trifft eher zu	6	25,0	25,0
	trifft eher nicht zu	6	25,0	25,0
	trifft gar nicht zu	2	8,3	8,3
	Gesamt	24	100,0	100,0

Durchschnittliche Bewertung des Items	2,0	<b>trifft eher zu</b>
--	-----	-----------------------

Quelle: Eigene Darstellung nach Befragung pflegende Angehörige 2011 erstellt unter Zuhilfenahme SPSS15



**... habe ich mehr Wissen bezüglich Vorsorgevollmachten, gesetzlicher Betreuung und Schwerbehindertenausweis.**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	trifft völlig zu	11	45,8	47,8
	trifft eher zu	7	29,2	30,4
	trifft eher nicht zu	4	16,7	17,4
	trifft gar nicht zu	1	4,2	4,3
	Gesamt	23	95,8	100,0
Fehlend	System	1	4,2	
Gesamt		24	100,0	

Durchschnittliche Bewertung des Items	1,78	<b>trifft eher zu</b>
--	------	-----------------------

Quelle: Eigene Darstellung nach Befragung pflegende Angehörige 2011 erstellt unter Zuhilfenahme SPSS15

**Die Beratungs- und Unterstützungsangebote haben mir in der Pflegesituation weitergeholfen.**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	trifft völlig zu	12	50,0	54,5
	trifft eher zu	8	33,3	36,4
	trifft eher nicht zu	2	8,3	9,1
	Gesamt	22	91,7	100,0
Fehlend	System	2	8,3	
Gesamt		24	100,0	

Durchschnittliche Bewertung des Items	1,55	<b>trifft eher zu</b>
--	------	-----------------------

Quelle: Eigene Darstellung nach Befragung pflegende Angehörige 2011 erstellt unter Zuhilfenahme SPSS15

Weiterhin soll anhand der vorangestellten Items zur Bewertung des Effektes der Maßnahmen des ‚Zentrum Demenz‘ eine Skala zur Bewertung des Effektes gebildet werden.

Die Reliabilitätsanalyse ergibt, dass die 13 Items mit einem Reliabilitätskoeffizienten in Höhe von 0,922 auf sehr hohem Niveau geeignet sind den Effekt der Wirkung der Maßnahmen konsistent darzustellen. Da das Reliabilitätsniveau bereits sehr hoch ist, wird auf das Streichen von Items verzichtet, um die Reliabilität der Skala zu verbessern.<sup>250</sup>

<sup>250</sup> vgl. Anhang Tabelle83 und Tabelle84

Die Erstellung der Skala ergab einen mittleren Skalenwert in Höhe von 1,84 für die Wirkung der Maßnahmen in den aufgeführten Bereichen. Damit ist die Wirkung der Maßnahmen anhand des ermittelten Skalenwertes allgemein als „gut“ zu bezeichnen.

Mit 3 Fällen war der häufigste Skalenwert zur Beurteilung der Maßnahme 1,69. Mit einem Minimum von 1,23 und einem Maximum von 3,46 liegt die Spannweite der Skalenwerte zur Wirkung der Maßnahmen bei 1,77.<sup>251</sup>

Darüber hinaus wurden die befragten pflegenden Angehörigen, welche Leistungen des ‚Zentrum Demenz‘ in Anspruch nehmen, bezüglich ihrer Zufriedenheit mit den Leistungen des ‚Zentrum Demenz‘ befragt. Auf die Frage „Wie zufrieden sind Sie ...“ antworteten die Befragten wie folgt:

**... mit der Vielfalt der Unterstützungsangebote des Zentrum Demenz?**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	sehr zufrieden	13	54,2	56,5
	zufrieden	10	41,7	43,5
	Gesamt	23	95,8	100,0
Fehlend	System	1	4,2	
Gesamt		24	100,0	

Durchschnittliche Bewertung des Items	1,43	<b>sehr zufrieden</b>
--	------	-----------------------

Quelle: Eigene Darstellung nach Befragung pflegende Angehörige 2011 erstellt unter Zuhilfenahme SPSS15

**... mit der Qualität der Unterstützungsangebote des Zentrum Demenz?**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	sehr zufrieden	15	62,5	65,2
	zufrieden	7	29,2	30,4
	weniger zufrieden	1	4,2	4,3
	Gesamt	23	95,8	100,0
Fehlend	System	1	4,2	
Gesamt		24	100,0	

Durchschnittliche Bewertung des Items	1,39	<b>sehr zufrieden</b>
--	------	-----------------------

Quelle: Eigene Darstellung nach Befragung pflegende Angehörige 2011 erstellt unter Zuhilfenahme SPSS15

<sup>251</sup> vgl. Anhang Tabelle83 und Tabelle84

**... mit dem Preis-Leistungsverhältnis der Unterstützungsangebote des Zentrum Demenz?**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	sehr zufrieden	10	41,7	45,5
	zufrieden	12	50,0	54,5
	Gesamt	22	91,7	100,0
Fehlend	System	2	8,3	
Gesamt		24	100,0	

Durchschnittliche Bewertung des Items	1,55	<b>Zufrieden</b>
--	------	------------------

Quelle: Eigene Darstellung nach Befragung pflegende Angehörige 2011 erstellt unter Zuhilfenahme SPSS15

**... mit der Arbeit, die die Mitarbeiter der Unterstützungsangebote des Zentrum Demenz durchführen?**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	sehr zufrieden	19	79,2	82,6
	zufrieden	3	12,5	13,0
	nicht zufrieden	1	4,2	4,3
	Gesamt	23	95,8	100,0
Fehlend	System	1	4,2	
Gesamt		24	100,0	

Durchschnittliche Bewertung des Items	<b>1,26</b>	<b>sehr zufrieden</b>
--	-------------	-----------------------

Quelle: Eigene Darstellung nach Befragung pflegende Angehörige 2011 erstellt unter Zuhilfenahme SPSS15

**... mit der Information über Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige des Zentrum Demenz?**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	sehr zufrieden	17	70,8	70,8
	zufrieden	5	20,8	20,8
	weniger zufrieden	2	8,3	8,3
	Gesamt	24	100,0	100,0

Durchschnittliche Bewertung des Items	1,38	<b>sehr zufrieden</b>
--	------	-----------------------

Quelle: Eigene Darstellung nach Befragung pflegende Angehörige 2011 erstellt unter Zuhilfenahme SPSS15

**... mit Informationen durch das Zentrum Demenz über weitere Unterstützungsangebote (außerhalb des Zentrum Demenz) für pflegende Angehörige?**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	sehr zufrieden	14	58,3	63,6
	Zufrieden	6	25,0	27,3
	weniger zufrieden	2	8,3	9,1
	Gesamt	22	91,7	100,0
Fehlend	System	2	8,3	
Gesamt		24	100,0	

Durchschnittliche Bewertung des Items	1,45	<b>sehr zufrieden</b>
--	------	-----------------------

Quelle: Eigene Darstellung nach Befragung pflegende Angehörige 2011 erstellt unter Zuhilfenahme SPSS15

**... mit den Beratungsangeboten des Zentrum Demenz?**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	sehr zufrieden	16	66,7	66,7
	zufrieden	6	25,0	25,0
	weniger zufrieden	1	4,2	4,2
	nicht zufrieden	1	4,2	4,2
Gesamt		24	100,0	100,0

Durchschnittliche Bewertung des Items	1,46	<b>sehr zufrieden</b>
--	------	-----------------------

Quelle: Eigene Darstellung nach Befragung pflegende Angehörige 2011 erstellt unter Zuhilfenahme SPSS15

Als nachfolgender Schritt soll eine Skala zur Darstellung der Zufriedenheit mit den Leistungen des ‚Zentrum Demenz‘ erstellt werden.

Die Reliabilitätsanalyse ergibt für die Skala unter Einbeziehung der zuvor genannten 7 Items ein Chronbachs Alpha in Höhe von 0,848. Damit ist die Skala auf hohem Niveau geeignet, den Sachverhalt der Zufriedenheit mit den Leistungen konsistent darzustellen. Auf das Streichen von Items wird verzichtet, da kein höheres Reliabilitätsniveau erreicht werden würde.<sup>252</sup>

Nach Erstellung der Skala zur Darstellung der Zufriedenheit der Befragten mit den Leistungen des ‚Zentrum Demenz‘ ergibt sich ein mittlerer Skalenwert in Höhe von 1,39. Damit ist anzunehmen, dass die Befragten „sehr zufrieden“ mit

<sup>252</sup> vgl. Anhang Tabelle89 und Tabelle90

den Angeboten des ‚Zentrum Demenz‘ sind. Mit einer Häufigkeit von 7 ist der häufigste Skalenwert 1,43. Bei einem Minimum von 1 und einem Maximum von 2,57 ergibt sich eine Spannweite 1,14 in der mittleren Zufriedenheit mit den Angeboten des ‚Zentrum Demenz‘.<sup>253</sup>

Weiterhin waren die Befragten aufgerufen, die Arbeit des ‚Zentrum Demenz‘ mit einer Schulnote zwischen 1 und 6 (1 = sehr gut; 6 = ungenügend) zu bewerten. Die Auswertung dieser Frage ergab dass die Stichprobe die Arbeit des ‚Zentrum Demenz‘ durchschnittlich mit 1,5 und damit als „gut“ bewertet. Bei einem Minimum von 1 und einem Maximum von 4 hat die Bewertung eine Spannweite von 3. Mit einer Häufigkeit von 14 war die 1 die am meisten vergebene Note.<sup>254</sup> In dieser „guten“ Note spiegelt sich die Bewertung der Wirkung und die Zufriedenheit mit den Maßnahmen wieder.

#### 8.2.2.9 Regressionsanalyse

Die Regressionsanalyse dient dazu, die Art eines Zusammenhangs zwischen zwei Variablen aufzuzeigen.<sup>255</sup> Im Falle der im vorliegenden Bericht zur Anwendung kommenden linearen Regression besteht die wesentliche Aufgabe darin, „[...] eine lineare Funktion zu finden, die die Abhängigkeit einer Variablen – der abhängigen Variablen – von einer oder mehreren unabhängigen Variablen [zu] quantifizieren. [...] Die lineare Regression kann in einfachster Form als beschreibendes Analyse-Werkzeug genutzt werden.“<sup>256</sup> Es ist möglich, die Beziehung der Variablen in einer einfachen (nur eine unabhängige Variable) oder in einer multiplen (mehrere unabhängige Variablen) zu untersuchen.<sup>257</sup> Mittels der Regression ließe sich nach einem durch das  $R^2$  definierte Bestimmtheitsmaß<sup>258</sup> der Einfluss der unabhängigen Variablen auf die abhängige Variable bestimmen. Der Einfluss wird durch den Koeffizienten B

---

<sup>253</sup> vgl. Anhang Tabelle91 und Tabelle92

<sup>254</sup> vgl. Anhang Tabelle87 und Tabelle88

<sup>255</sup> vgl. Bühl (2008) S.357

<sup>256</sup> Janssen / Laatz (2007) S.415

<sup>257</sup> vgl. Janssen / Laatz (2007) S.415

<sup>258</sup> Ein Wert zwischen 0 und 1 wobei 1 = 100% Erklärbarkeit des Modells mit der Regression bedeutet und 0 würde keinen Zusammenhang zwischen den Variablen erkennen lassen.

der unabhängigen Variable bestimmt.<sup>259</sup> Die Gleichung der Geraden sähe wie folgt aus:

**abhängige Variable =**

**Konstante + Wirkung \* Koeffizient Wirkung + Bewertung \* Koeffizient Bewertung**

*(abhängige Variablen sind: Belastungsempfinden, Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit)*

Wenn also die unabhängigen Variablen bekannt sind, lässt sich die abhängige Variable mittels der Gleichung bestimmen. Wie zutreffend die Gleichung für die gesamte Stichprobe ist, wird durch das  $R^2$  dargestellt.

#### **8.2.2.10 Durchführung der Regressionsanalyse**

*Abhängige Variable Skala Belastungsempfinden und unabhängige Variablen Skala Bewertung der Arbeit und Skala Wirkung der Maßnahmen.*

Die multiple Regression der Skala Belastungsempfinden als abhängige Variable mit den Skalen Wirkung und Zufriedenheit als unabhängige Variable erzielt folgendes Ergebnis. Das Bestimmtheitsmaß  $R^2$  beträgt 0,287. Somit lassen sich in 28,7% der Fälle der Einfluss der subjektiv eingeschätzten Wirkung der Maßnahmen und der Zufriedenheit mit der Maßnahme auf das Belastungsempfinden erklären.

Konstante des Modells = 3,7

Koeffizient Wirkung = 0,044

Koeffizient Zufriedenheit = -0,83

Somit wird deutlich, dass mittels der Leistungen des ‚Zentrum Demenz‘ das Belastungsempfinden der pflegenden Angehörigen verringert werden kann. Den stärkeren Einfluss hat die Zufriedenheit mit den Maßnahmen.<sup>260</sup>

---

<sup>259</sup> vgl. Janssen / Laatz (2007) S.427

<sup>260</sup> vgl. Anhang Tabelle97 und Tabelle98

*Abhängige Variable Skala Wohlbefinden und unabhängige Variablen Skala Bewertung der Arbeit und Skala Wirkung der Maßnahmen.*

Die multiple Regression der Skala Wohlbefinden als abhängige Variable mit den Skalen Wirkung und Zufriedenheit als unabhängige Variable erzielt folgendes Ergebnis.

Das Bestimmtheitsmaß  $R^2$  beträgt 0,124. Somit lassen sich in 12,4% der Fälle der Einfluss der subjektiv eingeschätzten Wirkung der Maßnahmen und der Zufriedenheit mit der Maßnahme auf das Wohlbefinden erklären.

Konstante des Modells = 1,7

Koeffizient Wirkung = 0,14

Koeffizient Zufriedenheit = 0,32

Somit wird deutlich, dass das Wohlbefinden mittels der Leistungen des ‚Zentrum Demenz‘ erhöht werden kann.<sup>261</sup>

*Abhängige Variable Skala Lebenszufriedenheit und unabhängige Variablen Skala Bewertung der Arbeit und Skala Wirkung der Maßnahmen.*

Die multiple Regression der Skala Lebenszufriedenheit als abhängige Variable mit den Skalen Wirkung und Zufriedenheit als unabhängige Variable erzielt folgendes Ergebnis.

Das Bestimmtheitsmaß  $R^2$  beträgt 0,312. Somit lassen sich in 31,2% der Fälle der Einfluss der subjektiv eingeschätzten Wirkung der Maßnahmen und der Zufriedenheit mit der Maßnahme auf die Lebenszufriedenheit erklären.

Konstante des Modells = 1,82

Koeffizient Wirkung = -0,23

Koeffizient Zufriedenheit = 0,62

Somit wird deutlich, dass die Lebenszufriedenheit mittels der Leistungen des ‚Zentrum Demenz‘ erhöht werden kann.<sup>262</sup>

---

<sup>261</sup> vgl. Anhang Tabelle99 und Tabelle100

<sup>262</sup> vgl. Anhang Tabelle101 und Tabelle102

### 8.2.2.11 Diskussion der Ergebnisse in Bezug auf die Arbeit des ‚Zentrum Demenz‘

*Wie bewerten die pflegenden Angehörigen die Arbeit des ‚Zentrum Demenz‘?*

Die Bewertung der Arbeit soll auf zwei Ebenen erfolgen. Zum einen auf der Ebene der subjektiven Einschätzung der Wirkung der Maßnahmen und zum Anderen auf der Ebene der Zufriedenheit.

In Folge der Erstellung einer Skala zur Bewertung wurde ermittelt, dass die pflegenden Angehörigen die Wirkung der Maßnahme durchschnittlich mit einem Skalenwert in Höhe von 1,84 als „gut“ bewerten. Schaut man sich die Daten der einzelnen Items an fällt Folgendes auf:

Bei den Gründen, Leistungen des ‚Zentrum Demenz‘ in Anspruch zu nehmen, waren die Gründe „Ich möchte mehr über das Krankheitsbild Demenz erfahren“, „Ich möchte sicherer im Umgang mit meinem an Demenz erkrankten Angehörigen werden“ und „Ich möchte fachlich beraten werden“ die drei meist genannten. In diesen Gründen spiegelt sich primär der Wunsch nach Informationen und Wissensvermittlung wieder. Erst an vierter Stelle, aber noch immer mit einer Häufigkeit von 11 Nennungen und einem relativen Anteil von 45,8%, steht „Ich möchte mich psychisch entlasten“.<sup>263</sup> Weiterhin ist zu vermuten, dass sich die Klienten von einer Informationsvermittlung und einem daraus resultierenden Verständnis der Situation ihres Angehörigen und dem Umgang mit diesem gleichsam entlastende Effekte versprechen.

In den Antworten zur Wirkung der Leistungen des ‚Zentrum Demenz‘ spiegelt sich wieder, dass hauptsächlich Wirkungen, die sich auf sachliche Wissensvermittlung beziehen, am besten bewertet wurden. Die Items „... habe ich mehr Wissen über das Krankheitsbild meines Angehörigen.“ (Skalenwert 1,42), „... verstehe ich die Zusammenhänge zwischen der Krankheit und dem Verhalten meines Angehörigen“ (Skalenwert 1,57), „... habe ich mehr Informationen über mögliche Leistungen der Kranken- bzw. Pflegeversicherung“ (Skalenwert 1,54), schneiden in der Bewertung durch die pflegenden Angehörigen besonders gut ab.

---

<sup>263</sup> vgl. Tabelle 9 Gründe für Inanspruchnahme von Leistungen des ‚Zentrum Demenz‘



Allerdings ist auch festzustellen, dass gerade die Items, die das (belastende) Verhältnis zwischen dem pflegenden Angehörigen und dem an Demenz erkrankten Betreuungs- bzw. Pflegebedürftigen fokussieren, wie z.B. „... bin ich gelassener im Umgang mit meinem Angehörigen“ (Skalenwert 2,04) oder „... achte ich besser auf mein geistiges und körperliches Wohlergehen.“ (Skalenwert 2,0) durch die pflegenden Angehörigen im Durchschnitt etwas schlechter bewertet werden. Gründe für die etwas schlechtere Bewertung der Wirkung dieser Items sind darin zu vermuten, dass komplexere Wirkungszusammenhänge bestehen. Natürlich wird über die Vermittlung von Wissen über das Krankheitsbild ein Grundstock gelegt, doch können auch noch andere z.B. persönliche Faktoren, wie z.B. die frühere Beziehung oder auch andere Aufgaben und Rollen in der Familie, Einfluss haben. Darüber hinaus erfordert es von den Betroffenen Personen zusätzliche Leistungen, die sie unter Umständen auch ‚erlernen‘ müssen, um das auf vornehmlich sachlicher Ebene gewonnene Wissen in entlastende Effekte umzusetzen.

Die schlechtesten Bewertungen mit Skalenwerten von über 2,7 haben die Items „... habe ich mehr Zeit für mich“ und „...habe ich mehr Zeit für Familie und Freunde“ Auch hier ist ein eingeschränkter Einflussbereich der angebotenen niedrigschwelligen Maßnahmen zu erkennen. Schaut man sich den eingeschätzten zeitlichen Umfang des Betreuungs- und Pflegebedarfes an und stellt man diesem Betreuungs- und Pflegebedarf die Inanspruchnahme der Angebote der Betreuungsgruppe oder auch der möglichen Betreuung durch Ehrenamtliche in der Häuslichkeit gegenüber, ist es leicht verständlich, dass die Möglichkeiten der Zeit für sich bzw. die Familie und Freunde weiterhin nur eingeschränkt zur Verfügung stehen. Weiterhin gab einer der Fälle an, in der Zeit, in der die Betreuung mittels Leistungen des ‚Zentrum Demenz‘ übernommen wird, die gewonnene Zeit zur Verrichtung von Hausarbeit anstelle zur ‚Erholung‘ eingesetzt wird.<sup>264</sup> Andere Fälle gaben an, dass die Möglichkeit der Betreuung genutzt wird, während die Pflegeperson arbeitet.<sup>265</sup> Somit haben

---

<sup>264</sup> vgl. Fragebogen Nr.23

<sup>265</sup> vgl. Fragebogen Nr.6; Fragebogen Nr.21

die Betreuungsleistungen einen geringeren entlastenden Effekt. Auch soziale Kontakte können in dieser Zeit nicht gepflegt werden.

Damit offenbart sich an dieser Stelle eine weitere Möglichkeit des Ausbaus der Leistungen des ‚Zentrum Demenz‘. Im ersten Schritt wurde den pflegenden Angehörigen Wissen zum Krankheitsbild und zu Möglichkeiten der professionellen sowie auf Ehrenamtlichkeit basierender Entlastung vermittelt. In einem weiteren Schritt sollte es die Zielstellung sein, den pflegenden Angehörigen nicht nur Wissen zum Krankheitsbild und Entlastungsmöglichkeiten zu vermitteln. Zur Entlastung der pflegenden Angehörigen und Stabilisierung des häuslichen Pflegearrangements ist es empfehlenswert, den pflegenden Angehörigen Kurse in Stressmanagement zur Reduzierung des Belastungsniveaus anzubieten. Auf diese Weise würden pflegende Angehörige lernen, das erworbene Wissen zur Reduzierung des (vor allem psychischen) Belastungsniveaus zu verknüpfen. Denkbar ist es, die Leistungen im Rahmen des § 20 SGB V (Prävention und Selbsthilfe) anzubieten. Schließlich hätte eine wirkungsvolle Entlastung pflegender Angehöriger gleichsam Effekte auf die allgemeine Gesundheit der pflegenden Angehörigen und würde damit den Zielen des § 20 SGB V entsprechen.

Weiterhin ist festzuhalten, dass es sich bei demenziellen Erkrankungen um chronisch degenerative Krankheiten handelt, was in der Regel mit fortschreitender Krankheit zu steigendem Betretungs- und Pflegebedarf und damit zu einem signifikanten Anstieg der Belastungen führt. Gerade an dieser Stelle kann das ‚Zentrum Demenz‘ mittels des sich noch in der Einführung befindlichen Case Managements durch die Vermittlung weiterer Dienste wie Tagespflege oder andere Formen ambulanter Pflege die Belastungen pflegender Angehöriger senken.

Die andere Ebene zur Bewertung durch die pflegenden Angehörigen ist die Ebene der Zufriedenheit mit den Leistungen des ‚Zentrum Demenz‘. In der Zufriedenheit wurde ein mittlerer Skalenwert von 1,39, also „sehr zufrieden“, ermittelt. Das Item mit der besten durchschnittlichen Bewertung und einem Skalenwert in Höhe von 1,26 bezieht sich auf die Arbeit der Mitarbeiter der Unterstützungsangebote. Somit ist zu erkennen, dass die pflegenden

Angehörigen Haupt- als auch ehrenamtliche Mitarbeiter des ‚Zentrum Demenz‘ hoch schätzen. Aber auch der Skalenwert in Höhe von 1,45 bezüglich der Zufriedenheit mit Informationen zu Unterstützungsangeboten, die nicht beim ‚Zentrum Demenz‘ angesiedelt sind, ist ein Indiz für die gute Vernetzung des Modellprojektes.

Insgesamt ist die „sehr gute“ Bewertung der Zufriedenheit und die „gute“ Bewertung der Wirksamkeit der Leistungen des ‚Zentrum Demenz‘ als Zeichen für die erfolgreiche Pionierarbeit, die im ‚Zentrum Demenz‘ geleistet wird, anzusehen. Und sollte als Basis für eine Weiterentwicklung und den Ausbau der Leistungen dienen.

*Welche Auswirkungen hat die Arbeit des ‚Zentrum Demenz‘ auf die Lebensqualität der pflegenden Angehörigen?*

Bereits Breede und Kuhlmeij (2007) haben mittels ihrer Untersuchung den möglichen Einfluss von entlastenden Angeboten auf die Lebensqualität von pflegenden Angehörigen festgestellt. So konnte diese Annahme mittels der Durchführung von Regressionsanalysen bezogen auf das Belastungsempfinden, die Lebenszufriedenheit und das Wohlbefinden als Dimensionen der Lebensqualität der Stichprobe pflegender Angehöriger, welche Leistungen des ‚Zentrum Demenz‘ in Anspruch nehmen, weiter untermauert werden. So sind mittels der Regression deskriptiv bzw. explorativ Effekte auf die Dimensionen der Lebensqualität für die Stichprobe auszumachen. Auf den ersten Blick mögen die Bestimmtheitsmaße und Effekte gering erscheinen, doch ist an dieser Stelle festzuhalten, dass die Dimensionen Wohlbefinden, Lebensqualität und Belastungsempfinden derart komplex und vielschichtig einzustufen sind, dass die Ergebnisse der Regression durchaus als bemerkenswert eingestuft werden können. Allerdings kann anhand der Koeffizienten der unabhängigen Variablen kein Rückschluss auf die tatsächliche Aufteilung des Effektes der unabhängigen Variablen auf die abhängige Variable gezogen werden. So ist anhand der Regressionsgleichung

lediglich der Einfluss beider unabhängiger Variablen, in ihrem Zusammenwirken, auf die abhängige Variable zu erkennen.<sup>266</sup>

Doch ist im Vergleich der Allgemeinen Daten als auch der Skalen der Dimensionen der Lebensqualität beider Stichproben auffallend, dass die pflegenden Angehörigen, welche Leistungen des ‚Zentrum Demenz‘ in Anspruch nehmen, durchschnittlich mehr entlastende Maßnahmen aus dem Bereich des § 45b SGB XI in Anspruch nehmen.<sup>267</sup> Dennoch weisen diese in den Skalen des Wohlbefindens und der Lebenszufriedenheit geringfügig schlechtere Skalenwerte auf. Dennoch sind diese Niveaus des Wohlbefindens und der Lebenszufriedenheit beider Stichproben auf „gutem“ Niveau zu verorten.<sup>268</sup> Doch betrachtet man das Belastungsempfinden, ist festzustellen, dass pflegende Angehörige, welche Leistungen des ‚Zentrum Demenz‘ in Anspruch nehmen, bei einem durchschnittlichen Skalenwert in Höhe von 2,78 ein stärkeres Belastungsempfinden und damit auf „weniger gutem“ Niveau haben als die Vergleichsstichprobe von Breede und Kuhlmeij (2007), welche einen durchschnittlichen Skalenwert in Höhe von 1,93 und damit auf „gutem“ Niveau aufweist.<sup>269</sup> Dass das Belastungsempfinden nicht allein von der Anzahl der ‚belastenden‘ Pflege- und Betreuungsleistungen abhängig ist wird daran deutlich, dass die pflegenden Angehörigen, welche Leistungen des ‚Zentrum Demenz‘ in Anspruch nehmen, durchschnittlich rund eine Pflege- und Betreuungsleistung weniger erbringen und dennoch ihr Belastungsniveau höher einschätzen.<sup>270</sup> Somit wird auch an dieser Stelle die Vielschichtigkeit der Einflüsse auf das Belastungsempfinden deutlich.

Vor dem Hintergrund, dass die Belastungen der pflegenden Angehörigen als der häufigste Grund des Übertritts eines an Demenz erkrankten Menschen in eine stationäre Einrichtung gelten, kann vermutet werden, dass die Leistungen des ‚Zentrum Demenz‘ dazu beigetragen haben, die häuslichen Pflegearrangements der Stichprobe zu stabilisieren, da das familiäre

---

<sup>266</sup> vgl. Brosius (2007) S.263

<sup>267</sup> vgl. Anhang Tabelle 95 und Tabelle 96

<sup>268</sup> vgl. Anhang Tabelle 56, Tabelle 59, Tabelle 63 und Tabelle 67

<sup>269</sup> vgl. Anhang Tabelle 78 und Tabelle 81

<sup>270</sup> vgl. Anhang Tabelle 71 und Tabelle 75

Pflegearrangement Bestand hat. Eine weitere naheliegende Vermutung (auch mit Blick auf das Belastungsniveau und die Inanspruchnahme von entlastenden Leistungen der Vergleichsstichprobe von Breede und Kuhlmeier (2007)) kann sein, dass auf Grund des Belastungsempfindens erst ein gewisser Leidensdruck vorherrschen muss, um sich Hilfen von außerhalb der familiären Strukturen zu holen. Schließlich bedeutet das Annehmen von Hilfe neben der Aussicht auf Entlastung auch ‚fremde‘ Personen in den eigenen privaten Bereich der Familie hinein zu lassen. So war in der Befragung von Breede und Kuhlmeier (2007) mit 18 Nennungen (27,3%) der am häufigsten genannte Grund entlastende Pflege- und Betreuungsleistungen nicht in Anspruch zu nehmen „Mein betroffener Angehöriger möchte das nicht“. Zwar wurde „Ich habe bzw. meine Familie hat eine ablehnende Haltung“ lediglich von zwei Fällen genannt, doch sind diese Antworten ein eindeutiges Indiz für das Unwohlsein, welches mit dem Annehmen von ‚fremder‘ Hilfe verbunden sein kann.<sup>271</sup> So stellten unter anderen neben Plümpe (2004) S.20 auch Scholz und Reske (2010) S.40 die Verletzung der Privatsphäre als Grund für die Nicht-Inanspruchnahme von Entlastungsangeboten heraus. Damit wird die Vermutung, dass der höhere Leidens- bzw. Belastungsdruck die Inanspruchnahme entlastender Maßnahmen befördert, weiter untermauert. Schließlich weisen die Befragten von Breede und Kuhlmeier (2007) trotz der geringeren Inanspruchnahme entlastender Maßnahmen ein geringeres Belastungsniveau auf. Von diesen Ausführungen ausgehend sollte es zukünftig das Ziel sein, pflegende Angehörige frühzeitiger zur Inanspruchnahme entlastender Angebote zu animieren. Doch wie bereits an der vorangegangenen Formulierung ‚Pionierarbeit‘ im Bezug auf die Arbeit des ‚Zentrum Demenz‘ deutlich wird, ist im Moment lediglich ein Grundstein gelegt, auf dem es gilt in Zukunft aufzubauen.

---

<sup>271</sup> vgl. Anhang Tabelle103

## **9 Bewertung der Umsetzung der Ziele des ‚Zentrum Demenz‘ Identifikation der Ziele**

### **9.1 Ziele des zu evaluierenden Modellprojektes und Untersuchungsfragen**

Zur Bewertung des Erfolges einer Maßnahme sind zuerst die Kriterien zu ermitteln, an Hand derer sich das Programm messen lassen muss. Anhand der herausgestellten Ziele werden die Effektgrößen ermittelt / festgelegt, anhand derer die Bewertung vorgenommen werden kann. Im vorliegenden Modellprojekt nach § 45c SGB XI ‚Zentrum Demenz‘ können die Ziele der Konzeption des Projektes sowie der Projektbeschreibung entnommen werden.

So werden folgende Hauptziele des Modellprojektes identifiziert:<sup>272</sup>

- Trägerunabhängige Stärkung und Vernetzung der Betreuungs- und Versorgungsstrukturen für pflegebedürftige Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen.
- Die Entwicklung niedrighschwelliger und neuer Betreuungsangebote, in denen unter Einbeziehung von Professionellen, Ehrenamtlichen, Bürgern und Angehörigen vorhandene Dienstleistungsangebote regional ergänzt und die häuslich-familiären Pflegepotenziale mit den vorhandenen regionalen Netzwerken verbunden werden sollen.
- Vernetzung der Hilfen, um mittels vielfältiger regionaler Angebote wirksam auf die individuelle Situation jedes einzelnen Pflegebedürftigen und seinen Angehörigen zu reagieren.
- Entlastung der pflegenden Angehörigen zur langfristigen Stabilisierung der häuslichen Pflege.

So ergeben sich durch die Zielstellung der Bewertung anhand der zuvor herausgestellten Ziele folgende Untersuchungsfragen:

*Trägerunabhängige Stärkung und Vernetzung der Betreuungs- und Versorgungsstrukturen für pflegebedürftige Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen*

---

<sup>272</sup> Vgl. Greve (2007B) S.1

- Ist es gelungen, die trägerunabhängige Vernetzung der Betreuungs- und Versorgungsstrukturen für pflegebedürftige Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen zu stärken?

*Die Entwicklung niedrighschwelliger und neuer Betreuungsangebote, in denen unter Einbeziehung von Professionellen, Ehrenamtlichen, Bürgern und Angehörigen vorhandene Dienstleistungsangebote regional ergänzt und die häuslich-familiären Pflegepotenziale mit den vorhandenen regionalen Netzwerken verbunden werden sollen.*

- Ist es gelungen, niedrighschellige und neue Betreuungsangebote unter Einbeziehung von Professionellen, Ehrenamtlichen, Bürgern und Angehörigen zu entwickeln?
- Ergänzen diese neuen niedrighschwelligen Betreuungsangebote die regionalen und häuslichen Pflegepotentiale?

*Vernetzung der Hilfen, um mittels vielfältiger regionaler Angebote wirksam auf die individuelle Situation jedes einzelnen Pflegebedürftigen und seinen Angehörigen zu reagieren.*

- Ist es gelungen, die vielfältigen regionalen Angebote zu vernetzen, um auf die individuelle Situation jedes einzelnen Pflegebedürftigen und seinen Angehörigen reagieren zu können?

Entlastung der pflegenden Angehörigen zur langfristigen Stabilisierung der häuslichen Pflege.

- Ist es gelungen, pflegende Angehörige zu entlasten und auf diese Weise die häusliche Pflege langfristig zu stabilisieren?

## 9.2 Die Effektgrößen zur Beantwortung der Untersuchungsfragen

In einem weiteren Schritt erfolgt die Bestimmung der messbaren Größen, anhand derer die Erreichung der gesteckten Ziele bzw. der Nutzen bestimmt werden soll. Im günstigsten Fall können Daten zur Effektmessung Routinedaten (Daten, die im laufenden Betrieb des Modellprojektes routinemäßig erhoben werden) entnommen werden. Sind keine Daten zur Bestimmung der Zielerreichung vorhanden, ist es notwendig, Daten zu erheben.

Die Überprüfung der Zielerreichung der ersten drei Ziele des Modellprojektes ist anhand der Betrachtung der angebotenen Leistungen und Aktivitäten des ‚Zentrum Demenz‘ sowie ihrer Inanspruchnahme zu leisten. So werden die Angebote und Leistungen des Modellprojektes ‚Zentrum Demenz‘ sowie die Rate der Inanspruchnahme der Leistungen zur Messgröße. Die zur Betrachtung notwendigen Daten wurden zum größten Teil durch die Mitarbeiterinnen des Modellprojektes routinemäßig erhoben.

Die Evaluation des vierten Ziels stellt dabei eine größere Herausforderung dar, denn auf Grund der Niedrigschwelligkeit des Modellprojektes und der sich daraus ergebenden nur lockeren Klientenbindung ist es schwierig eine Messung bezüglich der Entlastung durchzuführen. Darüber hinaus existiert keine Kontrollgruppe, so dass der „Goldstandard“ der Evaluation nicht eingehalten werden kann. Damit ist die Beurteilung des Einflusses des Modellprojektes auf das Belastungsempfinden nicht frei von „Störgrößen“, die gleichfalls Einfluss auf das Belastungsempfinden haben können. Weiterhin ist es ex-post nur möglich eine Querschnitterhebung durchzuführen, so dass die objektive Messung der Veränderung des Belastungsempfindens nicht möglich ist. Im Falle einer Querschnitterhebung muss retrospektiv auf die subjektiv wahrgenommene Veränderung des Belastungsempfindens der pflegenden Angehörigen zurückgegriffen werden.

Messgrößen zur Bestimmung der Wirkung des Modellprojektes ‚Zentrum Demenz‘ auf das Belastungsempfinden von pflegenden Angehörigen von Menschen mit demenziellen Erkrankungen sind:



Auf Basis einer quantitativen Befragung pflegender Angehöriger, welche Leistungen des Modellprojektes ‚ZentrumDemenz‘ in Anspruch nehmen, können folgende Daten erhoben werden.

- Aussagen zur Gesundheit der Befragten
- Aussagen zur Lebenszufriedenheit der Befragten
- Aussagen zum Belastungsempfinden auf Grund der Pflege Tätigkeit der Befragten
- Aussagen zur Zufriedenheit mit den Entlastungsangeboten des ‚Zentrum Demenz‘
- Aussagen über die Wirkung von Angeboten des ‚Zentrum Demenz‘

Ein Teil der zur Beantwortung aller Untersuchungsfragen notwendigen Daten und Informationen wurde bereits in den vorangestellten Gliederungspunkten ausführlich dargestellt, so dass an dieser Stelle eine Diskussion der Daten im Zusammenhang mit den Untersuchungsfragen, nicht aber die Datenerhebung und Generierung, im Vordergrund stehen soll.

### **9.3 Erreichung der Ziele des Modellprojektes**

#### **9.3.1 Trägerunabhängige Stärkung und Vernetzung der Betreuungs- und Versorgungsstrukturen für pflegebedürftige Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen**

*Untersuchungsfrage:*

*Ist es gelungen, die trägerunabhängige Vernetzung der Betreuungs- und Versorgungsstrukturen für pflegebedürftige Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen zu stärken?*

„Das ‚Zentrum Demenz‘ ist eine Kontakt- und Informationsstelle für Demenzerkrankte und ihre Angehörigen in Schwerin und Umgebung. Das Angebot ist trägerübergreifend, das heißt es werden alle bekannten Betreuungs- und Hilfsmöglichkeiten in der Stadt Schwerin und Umgebung vermittelt.“<sup>273</sup> Beleg für die Trägerunabhängigkeit ist der „Demenz-Wegweiser für Schwerin und Umland“. Der Wegweiser entstand innerhalb der

---

<sup>273</sup> vgl. Zentrum Demenz (2011A)

wissenschaftlichen Begleitforschung der Hochschule Neubrandenburg, indem die Anbieter aller bis zum Zeitpunkt der Erstellung bekannten Hilfs- und Unterstützungsangebote zum Thema Demenz in Schwerin und Umland befragt, die Informationen zusammengetragen und systematisch geordnet wurden.<sup>274</sup> Weiterhin wird im Jahr 2011 auf Grundlage der wissenschaftlichen Begleitung der Hochschule Neubrandenburg ein Case-Management-Konzept eingeführt und umgesetzt.<sup>275</sup> Das Case Management ermöglicht es dem ‚Zentrum Demenz‘, nicht nur als Informationsknotenpunkt im Netzwerk der Hilfe- und Unterstützungsleistungen zu fungieren. Vielmehr ist es durch die erfolgreiche Implementation des Case-Management-Konzeptes zukünftig dem ‚Zentrum Demenz‘ als Knotenpunkt im Netzwerk möglich, mittels eines Fall- und Systemmanagements die Versorgung der Klienten zu verbessern.<sup>276</sup>

Weiterhin engagiert sich das ‚Zentrum Demenz‘ in Öffentlichkeits- und Netzwerkarbeit. Dies äußert sich in dem Bestreben, einen intensiven Kontakt zu Haus- und Fachärzten der Umgebung aufzubauen und zu intensivieren. Auch die Arbeit innerhalb des „Netzwerk Demenz“ trägt dazu bei, die Verknüpfung der an der Betreuung und Versorgung von Menschen mit Demenz beteiligten Akteure zu intensivieren. Auch führten die Mitarbeiterinnen des ‚Zentrum Demenz‘ im Rahmen des Projektes „Demenzfreundliche Kommune“ eine Schulung bei der Handelsakademie für den Einzelhandel durch.<sup>277</sup>

Anhand der vorangestellten Ausführungen wird deutlich, dass dem Ziel der Stärkung und Vernetzung der der Betreuungs- und Versorgungsstrukturen entsprochen wird. Allerdings stellt dieses Ziel eine Aufgabe dar, die stets weiter verfolgt werden muss. Schließlich stellt ein Netzwerk ein dynamisches System dar, in dem Rahmenbedingungen und Akteure einem steten und unablässigen Wandel unterworfen sind. Würde man also aufhören dieses Ziel kontinuierlich zu verfolgen, käme es zu einem Zerfall der Netzwerkstrukturen. Auf diese Weise wird ein starker Verbund verschiedener trägerunabhängiger Akteure gewährleistet.

---

<sup>274</sup> vgl. Zentrum Demenz (2009A)

<sup>275</sup> vgl. Greve (2011 nicht veröffentlicht) S.4

<sup>276</sup> vgl. Jansen (2010 nicht veröffentlicht) S.113

<sup>277</sup> vgl. Greve (2011 nicht veröffentlicht) S.2ff

### **9.3.2 Die Entwicklung niedrigschwelliger und neuer Betreuungsangebote in denen unter Einbeziehung von Professionellen, Ehrenamtlichen, Bürgern und Angehörigen vorhandene Dienstleistungsangebote regional ergänzt und die häuslich-familiären Pflegepotenziale mit den vorhandenen regionalen Netzwerken verbunden werden sollen.**

- Ist es gelungen, niedrigschwellige und neue Betreuungsangebote unter Einbeziehung von Professionellen, Ehrenamtlichen, Bürgern und Angehörigen zu entwickeln?

Das Zentrum Demenz bietet neue niedrigschwellige Betreuungsangebote an. Diese sind:

- Der Angehörigengesprächskreis mit der Möglichkeit, den an Demenz erkrankten Menschen parallel betreuen zu lassen.
- Die Betreuungsgruppe, in der Menschen mit demenzieller Erkrankung wöchentlich betreut werden. Eine besondere Form der Betreuungsleistungen stellt der regelmäßig stattfindende Tanzkaffee, an dem auch Angehörige teilnehmen, dar.
- Die individuelle stundenweise Betreuung in der Häuslichkeit.

Zur Ermittlung der Bedarfe an Entlastungs- und Betreuungsleistungen wurde im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung eine Untersuchung in Schwerin und Umgebung durchgeführt, in der pflegende Angehörige bezüglich ihrer Belastungen und ihres Bedarfes an entlastenden Angeboten befragt wurden. Die angebotenen Betreuungsleistungen werden durch die Fachkräfte des ‚Zentrum Demenz‘ geleitet bzw. koordiniert und begleitet. Die angebotenen Betreuungs- und Entlastungsleistungen werden unter Einbeziehung von ehrenamtlichen Mitarbeitern und den Familien der an Demenz erkrankten Menschen durchgeführt, formativ evaluiert und den Bedarfen der Nutzer entsprechend weiter entwickelt.

- Ergänzen diese neuen niedrigschwelligen Betreuungsangebote die regionalen und häuslichen Pflegepotenziale?

Die angebotenen niedrigschwelligen Betreuungsleistungen ergänzen die vorhandenen „klassischen“, durch die Pflegeversicherung auf Basis der

Pflegestufen finanzierten und geleisteten Sachleistungsangebote. Allerdings ist das Angebot von Leistungen allein nicht als Kriterium anzusehen, ob die Leistungen ergänzend wirken. Vielmehr muss neben dem Angebot der Leistungen, auch die Inanspruchnahme der Leistungen betrachtet werden, denn Leistungen die nicht in Anspruch genommen werden, vermögen nichts zu ergänzen. Doch die in Gliederungspunkt 6. dargestellten Leistungen und Zahlen der Inanspruchnahme können als Beleg für die Inanspruchnahme und den ergänzenden Charakter angesehen werden.

Es hat sich gezeigt, dass die Koppelung von Information und Beratung an die niedrighschwelligen Betreuungsleistungen eine hilfreiche Kombination darstellt.<sup>278</sup>

Somit lässt sich sagen, dass dem Ziel der Entwicklung niedrighschwelliger und neuer Betreuungsangebote, in denen unter Einbeziehung von Professionellen, Ehrenamtlichen, Bürgern und Angehörigen vorhandene Dienstleistungsangebote regional ergänzt und die häuslich-familiären Pflegepotenziale mit den vorhandenen regionalen Netzwerken verbunden werden sollen, in der Entwicklung und Durchführung entsprochen wird. Allerdings kann nur von einer Ergänzung gesprochen werden, wenn die niedrighschwelligen Leistungen neben den ‚klassischen‘ Leistungen, wie z.B. ambulante oder teilstationäre Leistungen der Pflegeversicherung, in Anspruch genommen werden. In einigen Fällen entsprechen die an Demenz erkrankten Menschen nicht den ‚formalen Anforderungen‘ zur Erreichung einer Pflegestufe, so dass niedrighschwellig angebotenen Leistungen kein ergänzender Charakter zugesprochen werden kann, da sie die alleinige Form der Leistungen darstellen.

Dennoch bietet vor allem der Punkt der Stabilisierung der häuslichen Pflegepotenziale die Möglichkeit zur Verbesserung der Leistungen. Ziel sollte es sein neben der Wissensvermittlung dieses Wissen zur Reduzierung des Belastungsempfindens zu nutzen. Hierfür bietet es sich an, wie bereits in Gliederungspunkt 8.2.2.11 angesprochen, Maßnahmen der

---

<sup>278</sup> vgl. Greve (2011 nicht veröffentlicht) S.1

Gesundheitsförderung für pflegende Angehörige in die Leistungen des ‚Zentrum Demenz‘ zu integrieren.

Desweiteren sollten zur Stabilisierung der häuslichen Pflegepotentiale auch Bemühungen unternommen werden, pflegende Angehörige zu animieren die entlastenden Leistungen früh- und rechtzeitig in Anspruch zu nehmen, indem gerade das Thema der Belastungen durch die Pflege eines an Demenz erkrankten Angehörigen stärker in den Fokus der Öffentlichkeitsarbeit einbezogen wird. Die pflegenden Angehörigen sollen frühzeitig für das Thema der belastenden Pflegesituationen sensibilisiert werden und zu einer Kontaktaufnahme animiert werden bevor ein hohes Belastungsniveau erreicht ist. Da es in der Regel die pflegenden Angehörigen selbst sind, welche den Kontakt herstellen, gilt es also auch ihre Probleme und damit verbundene Lösungswege direkt anzusprechen und aufzuzeigen. Schließlich wirkt sich die Stabilisierung der Lebensqualität eines pflegenden Angehörigen direkt auf die Pflegesituation und damit auch auf den an Demenz erkrankten Menschen aus.

### **9.3.3 Vernetzung der Hilfen, um mittels vielfältiger regionaler Angebote wirksam auf die individuelle Situation jedes einzelnen Pflegebedürftigen und seiner Angehörigen zu reagieren.**

- Ist es gelungen, die vielfältigen regionalen Angebote zu vernetzen, um auf die individuelle Situation jedes einzelnen Pflegebedürftigen und seinen Angehöriger reagieren zu können?

Die Vernetzung ist eine der Aufgaben, der in der konzeptionellen und praktischen Arbeit des ‚Zentrum Demenz‘ sehr viel Aufmerksamkeit geschenkt wird. Beleg dafür sind die Entwicklung und Einführung eines Case-Management-Konzeptes, um für Klienten trägerübergreifend passgenaue und individuelle Hilfen organisieren und koordinieren zu können. Desweiteren sind die regen Aktivitäten im ‚Netzwerk Demenz‘ und das Bestreben, Kontakte zu Haus- und Fachärzten zu intensivieren, Beleg für die Intention, die Hilfe- und Angebotsstrukturen in Schwerin und Umgebung aktiv miteinander zu

vernetzen.<sup>279</sup> Mit der Einführung des Case Management im ‚Zentrum Demenz‘, um mittels eines Fall- und Systemmanagements die Versorgung der Klienten zu verbessern, wurde ein wichtiger Meilenstein in der Vernetzung der Angebote erreicht, um individuell und wirksam auf die Situation von Menschen mit demenziellen Erkrankungen und ihren pflegenden Angehörigen zu reagieren. Allerdings ist die Etablierung des Case Managements lediglich als ein Abschnitt auf dem langen Weg der regionalen Vernetzung und Bereitstellung von passgenauen Hilfen zu sehen. Von hier an gilt es, Handlungsweisen zu erproben und Evidenz basiert die Hilfevermittlung auszubauen.

Damit lässt sich feststellen, dass das Ziel der Vernetzung der Hilfen, um mittels vielfältiger regionaler Angebote wirksam auf die individuelle Situation jedes einzelnen Pflegebedürftigen und seinen Angehörigen zu reagieren, bereits erfolgreich angegangen worden ist, aber von einer vollständigen Zielerreichung noch nicht gesprochen werden kann.

Die Evaluation der Einführung des Case Managements sowie die Umsetzung der Ziele des Case Managements stellt eine Aufgabe dar, die es mit der Einführung des Case Managements gemeinsam mit der wissenschaftlichen Begleitung durch die Hochschule Neubrandenburg umzusetzen gilt.

#### **9.3.4 Entlastung der pflegenden Angehörigen zur langfristigen Stabilisierung der häuslichen Pflege.**

- Ist es gelungen, pflegende Angehörige zu entlasten und auf diese Weise die häusliche Pflege langfristig zu stabilisieren?

Die vorangestellte Frage soll anhand der Auswertung der gesammelten Daten der Befragung pflegender Angehöriger, welche Leistungen des ‚Zentrum Demenz‘ in Anspruch nehmen, sowie dem Vergleich mit den Daten der Untersuchung von Breede und Kuhlmeij (2007) beantwortet werden. Die Beantwortung dieser Frage bezieht sich auf Grund der deskriptiven bzw. explorativen Ausrichtung der Datenauswertung allein auf die erhobene Stichprobe. Da die Eigenschaften der Stichprobe im Kern sehr starke Parallelen

---

<sup>279</sup> vgl. Jansen (2010)

zur Stichprobe von Breede und Kuhlmei (2007) aufweisen, lassen die Daten durchaus Rückschlüsse auf Grundgesamtheit der Klienten des ‚Zentrum Demenz‘ zu, auch wenn die Signifikanzniveaus rechnerisch eine Übertragung nicht zulassen.

Nach Durchführung einer linearen Regressionsanalyse wurde ein Effekt der Zufriedenheit mit den Leistungen des ‚Zentrum Demenz‘ sowie der subjektiv eingeschätzten Wirkung der Leistungen / Maßnahmen des ‚Zentrum Demenz‘ auf die Dimensionen der Lebensqualität (Belastungsempfinden, Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit) ermittelt.<sup>280</sup>

Da gerade die Belastungen der pflegenden Angehörigen als Grund für den Eintritt eines an Demenz erkrankten Menschen in eine stationäre Einrichtung gelten<sup>281</sup>, soll an dieser Stelle der Einfluss der Leistungen des Zentrum Demenz auf das Belastungsempfinden der pflegenden Angehörigen, welche Leistungen des ‚Zentrum Demenz‘ in Anspruch nehmen, betrachtet werden.

Das Bestimmtheitsmaß  $R^2$ , der Regressionsanalyse in der der Einfluss der Zufriedenheit sowie der subjektiv eingeschätzten Wirkung der Leistungen auf das Belastungsempfinden der pflegenden Angehörigen untersucht wurde, beträgt 0,287. Damit lassen sich 28,7% der Fälle in der Stichprobe mittels der Regressionsgleichung erklären.

Die Konstante des Modells beträgt 3,7; der Koeffizient, welcher auf die subjektiv eingeschätzte Wirkung entfällt, beträgt 0,044 und der Koeffizient, welcher auf die Zufriedenheit mit den Leistungen des ‚Zentrum Demenz entfällt, beträgt -0,83.

Damit lautet die Gleichung mittels welcher sich 28,7% der Fälle schätzen bzw. vorhersagen lassen:

Belastungsempfinden =

$$3,7 + \text{Zufriedenheit} * 0,044 + \text{Bewertung der Leistung} * -0,83$$

Voraussetzung ist, dass die Werte der Zufriedenheit und der subjektiven Bewertung der Leistungen bekannt sind. Anhand des negativen Wertes des Koeffizienten der Zufriedenheit ist zu erkennen, dass eine Verringerung des

---

<sup>280</sup> vgl. Gliederungspunkt 8.2.2.10

<sup>281</sup> vgl. Weyer (2005) S.17

Belastungsempfindens stattfindet. Allerdings gibt die Regressionsgleichung keine Auskunft darüber, welche Variable tatsächlich welchen Einfluss auf das Belastungsempfinden hat, da auch von einer Korrelation der beiden unabhängigen Variablen ausgegangen werden muss.<sup>282</sup>

Betrachtet man die Regression des Belastungsempfinden als abhängige Variable mit der subjektiv eingeschätzten Wirkung als unabhängige Variable sind folgende Werte fest zustellen:<sup>283</sup>

Das Bestimmtheitsmaß  $R^2$  beträgt 0,092, damit ließen sich lediglich 0,9% der Fälle mittels dieser Regression erklären bzw. vorhersagen.

Die Konstante des Modells = 3,399

Der Koeffizient der Wirkung = -0,32

Somit ist zu erkennen, dass auch die subjektiv eingeschätzte Wirkung der Maßnahmen das Belastungsempfinden senken kann. Allerdings lassen sich deutlich weniger Fälle erklären und der Einfluss des Wertes der Wirkung auf das Ergebnis der Gleichung fiel deutlich geringer aus.

Die Regression der Zufriedenheit<sup>284</sup> mit den Leistungen des ‚Zentrum Demenz‘ ergibt ein Bestimmtheitsmaß  $R^2$  in Höhe von 0,185. Somit lassen sich 18,5% der Fälle mittels der Regressionsgleichung erklären bzw. vorhersagen.

Die Konstante des Modells = 3,55

Der Koeffizient der Wirkung = -0,601

Somit ist zu erkennen, dass die Zufriedenheit mit den Maßnahmen bzw. Leistungen des ‚Zentrum Demenz‘ das Belastungsempfinden verringern kann. Weiterhin ist ersichtlich, dass sich mittels des Einflusses der Zufriedenheit mit den Leistungen eine größere Anzahl an Fällen erklären kann und einen größeren Einfluss auf die abhängige Variable ausübt, als die subjektiv eingeschätzte Wirkung der Leistungen.

Dennoch ist ersichtlich, dass die Kombination beider unabhängiger Variablen eine größere Anzahl an Fällen erklären kann und einen stärkeren Einfluss auf die abhängige Variable ausüben.

---

<sup>282</sup> vgl. Brosius (2007) S.263

<sup>283</sup> vgl. Anhang Tabelle104 und Tabelle105

<sup>284</sup> vgl. Anhang Tabelle106 und Tabelle107



Ausgehend von der Fragestellung, ob die Leistungen des ‚Zentrum Demenz‘ pflegende Angehörige entlasten können, ist dies mittels der Ergebnisse der linearen Regressionsanalyse mit ‚Ja‘ zu beantworten. Innerhalb der Stichprobe lassen sich 28,7% mittels der Regressionsgleichung beider unabhängiger Variablen erklären. Vor dem Hintergrund der Vielschichtigkeit des Belastungsempfindens (z.B. das krankheitsbedingte Verhalten des an Demenz erkrankten Menschen) können diese Werte durchaus als Argument für eine erfolgreiche Maßnahme herangezogen werden.

Die Fragestellung, ob es gelungen ist, häusliche Pflege langfristig zu stabilisieren, kann anhand der vorhandenen Daten nicht direkt beantwortet werden. Die beiden Stichproben wiesen vergleichbare Werte in der Dauer der Betreuung des an Demenz erkrankten Angehörigen auf. Doch ist die Dauer der Betreuung gleichfalls von verschiedenen Faktoren, wie z.B. dem Krankheitsverlauf selbst oder anderen familiären, beruflichen usw. Einflüssen abhängig. Doch vor dem Hintergrund der Annahme, dass die Belastungen der pflegenden Angehörigen als die häufigste Ursache des Übertritts in ein Heim angesehen werden<sup>285</sup> und des nachgewiesenen Einflusses der Leistungen des ‚Zentrum Demenz‘ auf das Belastungsempfinden der pflegenden Angehörigen kann implizit angenommen werden, dass die Leistungen des ‚Zentrum Demenz‘ zur Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements beitragen.

## **10 Möglichkeiten der pflegeökonomischen Evaluation**

### **10.1 Warum dieses Kapitel?**

In diesem Kapitel sollen die Möglichkeiten der gesundheits- bzw. pflegeökonomischen Evaluation für das ‚Zentrum Demenz‘ erörtert werden. Neben den Grundlagen der ökonomischen Evaluation im Gesundheitssektor soll auch darauf eingegangen werden, wie der Effekt bzw. Nutzen der Maßnahme bestimmt bzw. gemessen werden kann. Im Zuge der Recherche zur Anfertigung des vorliegenden Berichtes stellte sich heraus, dass zum Thema der niedrighwelligen Betreuungsleistungen eine Vielzahl Publikationen

---

<sup>285</sup> vgl. Weyer (2005) S.17

existieren, in denen die Leistungen begründet oder Schwierigkeiten in der Durchführung beschrieben werden. Doch war es in verschiedenen Recherchen nicht möglich Publikationen zu finden, in denen der tatsächliche Effekt auf die Gesundheit von pflegenden Angehörigen oder an Demenz erkrankten Menschen bzw. der Nutzen der Maßnahmen dargestellt wurde. Daher soll dieses Kapitel zugleich als Anregung dienen, zukünftig nicht nur die theoretischen Möglichkeiten von Maßnahmen zu ergründen, sondern auch im Sinne einer Evidenz-Basierung den tatsächlichen Effekt einer Maßnahme wissenschaftlich und vergleichbar darzustellen. Somit ist davon auszugehen, dass im Falle des Ausbaus der wissenschaftlichen Begleitung des ‚Zentrum Demenz‘ im Sinne einer umfassenderen Messung der Effekte dem Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management der Hochschule Neubrandenburg auf diesem Gebiet eine Vorreiterrolle zukäme. Selbst die im Rahmen dieses Berichtes durchgeführten deskriptiven und explorativen statistischen Betrachtungen können lediglich als Einstieg in das Feld der Effektmessung derartiger Maßnahmen angesehen werden.

Darüber hinaus wird die Bedeutung von Effektivität und Effizienz von Leistungen und Maßnahmen vor dem Hintergrund der mit dem demografischen Wandel verbundenen Herausforderungen in Zukunft auch im pflegerischen Bereich ansteigen. Schließlich stehen dem gesamten Gesundheitssystem und damit auch dem Bereich der Pflege nicht unbegrenzt Mittel zur Verfügung. Doch ist zu hoffen, dass durch die Einbeziehung der Pflegewissenschaft in ökonomische Betrachtungen der Fokus auch von politischen Akteuren nicht mehr allein auf finanzielle Belange gelegt wird, sondern auch Konzepte der Lebensqualität zur Bewertung von Maßnahmen mehr Beachtung finden.

## **10.2 Ökonomie und Pflege**

Bis vor einigen Jahrzehnten schien lediglich der technische Fortschritt den Einzug neuer Behandlungsmöglichkeiten und Versorgungsformen in das Gesundheitssystem zu bestimmen. Doch im Zuge der Bewusstwerdung der damit verbundenen Kostensteigerung der Gesundheitsversorgung gewannen

auch ökonomische Aspekte und damit die Kosten-Nutzen Bewertung an Bedeutung.<sup>286</sup>

Zur Schaffung eines Bewusstseins für die Besonderheiten der gesundheits- bzw. pflegeökonomischen Evaluation soll an dieser Stelle herausgestellt werden, dass es in der Regel um die Bewertung von personenbezogenen Dienstleistungen geht. Auf Grund der Personenbezogenheit sind ‚Produktion‘ und ‚Konsum‘ unmittelbar räumlich und zeitlich miteinander verknüpft. „Zwischen Anbieter und Nachfrager entsteht in der Regel eine Face-to-face-Beziehung. [...] [Somit haben personenbezogene Dienstleistungen immer eine ökonomische und eine soziale Seite.] Sie sind weder auf eine rein zweckrationale Tauschbeziehung reduzierbar, noch verkörpern sie rein solidarische und kooperative Beziehungen.“<sup>287</sup> Diese (Hilfe-)Beziehungen sind in marktwirtschaftliche, staatliche oder intermediäre Kontexte eingebunden. Je nach Kontext gelten für die Gestaltung der Beziehung verschiedene Regeln. So kann im staatlichen Kontext die Leistungserstellung bürokratischen Regeln, im marktwirtschaftlichem Kontext Regeln der marktlichen Steuerung oder im intermediären Kontext einem Mix aus Wert- und Zweckorientierung unterworfen sein. Dies gilt auch für den Bereich der pflegerischen Dienstleistungen. So finden pflegerische Dienstleistungen häufig im Rahmen gesetzlicher Bestimmungen, interpersonaler Beziehungen und nicht zuletzt aus ökonomischen Gründen heraus statt.<sup>288</sup>

Während in gesundheitsökonomischen Betrachtungen die Maßnahmen zur Gesundheitsförderung oder neue Therapieformen bzw. Medikamente Berücksichtigung finden, bleibt die Pflege in der Literatur und Lehrbüchern zum Thema der Gesundheitsökonomie nicht selten unbeachtet. Gründe hierfür sind möglicherweise darin zu sehen, dass Pflege derzeit noch vor allem im familiären Kontext geleistet wird. Da aber in Zukunft mit einer Zunahme der Pflegebedürftigkeit zu rechnen ist, ist auch von einem Kostenanstieg im Bereich der Pflege auszugehen. Neben dem Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen ist gleichfalls auch mit einer Veränderung in den Versorgungsstrukturen von

---

<sup>286</sup> vgl. Lauterbach (2010) S.3

<sup>287</sup> Finis Siegler (2009) S.44

<sup>288</sup> vgl. Finis Siegler (2009) S.44

Pflegebedürftigen zu rechnen. Bedingt durch die niedrigen Geburtenraten der vergangenen Jahre und die steigende Frauenerwerbstätigkeit sowie die veränderten Familien- und Lebensformen auf Grund des Erfordernisses von beruflicher und räumlicher Mobilität kommt es zu einer Ausdünnung familiärer Pflegepotentiale, die eine bereits zu beobachtende stärker werdende Verschiebung der Pflege vom ambulanten in den Teil-Stationären und Stationären Sektor mit sich bringt.<sup>289</sup>

Ogleich die Pflege in der ökonomischen Betrachtung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung nur wenig Beachtung findet, formieren sich erste Bewegungen der Pflegeökonomik. Dabei versteht sich die Pflegeökonomik „[...] als Wissenschaftsdisziplin, welche die Methoden und Erkenntnisse vor allem der Wirtschaftswissenschaften auf die Dienstleistung Pflege und Pflegeversorgung der Menschen anwendet. [...] Markante Eckdaten gesellschaftlicher Entwicklung (Alterung der Gesellschaft, wachsender Pflegemarkt etc.) erweisen sich als treibender Motor für die Entwicklung einer pflegeökonomischen Disziplin bzw. pflegeökonomischer Problemstellungen. Hierbei ist zu beachten, dass die Zielstellung der Pflegeökonomie nicht darin liegt, ein wissenschaftlich begründbares Ausgabenminimum zu bestimmen. Pflegeökonomie beinhaltet vielmehr die Übertragung wissenschaftlicher Frage- und Problemstellungen und die Anwendung des wirtschaftswissenschaftlichen Instrumentariums im Pflegewesen.“<sup>290</sup>

Doch zur Erörterung der wissenschaftlichen Fragestellungen wird vor dem Hintergrund knapper werdender Ressourcen die Debatte der Rationalisierung und Rationierung auch im Bereich der Pflege sowie der Pflegeökonomik in Zukunft weiter an Bedeutung gewinnen. Grund für diese Debatte liegen in der Knappheit der Mittel und daraus resultierenden Budgetierung der Ausgaben, welche in allen Zweigen des Gesundheitswesens zu verzeichnen sind.

Rationierung bedeutet in dem Zusammenhang eine Leistungsverweigerung der durch das Gesundheitssystem finanzierten Leistungen. Rationierung ist gekennzeichnet durch den „ Ausschluss von riskanten Leistungen, die keiner

---

<sup>289</sup> vgl. Bäcker et al. (2008) S.196f

<sup>290</sup> vgl. Janßen (2006) S.6

solidarischen Absicherung bedürfen [sowie die] Konzentration auf medizinisch notwendige und wirtschaftliche Leistungen [. Rationalisierung hingegen ist gekennzeichnet durch:] Überprüfung der Versorgungswirklichkeit, Abbau von Überkapazitäten, Vernetzung von Versorgungsstrukturen, Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven, Transparenz [und] Wettbewerb“.<sup>291</sup> Da das Gesundheitssystem auf Grund von Überkapazitäten, Qualitätsdefiziten, fehlendem Gesundheitsmanagement und unzureichenden Steuerungsmöglichkeiten ein erhebliches ökonomisches Potential aufweist, ist die Rationierung von Leistungen als untergeordnetes Ziel zu betrachten.<sup>292</sup> Schließlich ist „eine unwirtschaftliche Erbringung [von] [...] Leistungen aus ethischen Gründen nicht gerechtfertigt und hilft weder den Patienten noch den Leistungserbringern.“<sup>293</sup> Dennoch scheint eine Rationierung, also das Vorenthalten von Leistungen mit geringem Nutzengewinn bei erheblichen Mehrkosten mittel- bis langfristig unausweichlich.<sup>294</sup> Damit wird die gesundheitsökonomische Evaluation auch im Bereich der Pflege in Zukunft weiter an Bedeutung gewinnen, um erstens Effizienzressourcen in pflegerischen Maßnahmen oder Konzepten zu identifizieren und zweitens den Nutzen einer Maßnahme oder eines Konzeptes im Verhältnis zu den entstehenden Kosten mit anderen Maßnahmen oder Konzepten vergleichen zu können. Somit umfasst eine gesundheitsökonomische Evaluation „[...] die Identifizierung, Messung und Bewertung von Investitionen (Kosten) sowie Ergebnissen (Nutzen) und fließt mit Blick auf die Mittelverteilung in den Entscheidungsprozess [über die Rationalisierung und Rationierung von Leistungen] ein.“<sup>295</sup> Aufgabe der Pflegewissenschaft sollte es in diesem Kontext sein, Kriterien zur Bewertung von Maßnahmen zu entwickeln und bereit zustellen.

---

<sup>291</sup> Specke (2005) S.491

<sup>292</sup> vgl. Specke (2005) S.491

<sup>293</sup> Lauterbach (2010) S.4

<sup>294</sup> vgl. Lauterbach (2010) S.4

<sup>295</sup> Hillger et al. (2010) S.192

## 10.3 Ökonomische Bewertung im Bereich der Pflege

### 10.3.1 Kosten, Nutzen und Pflege?

In der Literatur zur Gesundheitsökonomie sind die Begriffe des Nutzens und der Kosten allgegenwärtig. Daher soll im Folgenden ein Überblick darüber gegeben werden, was sich hinter den Worten Kosten und Nutzen verbirgt und in welchen Dimensionen sie betrachtet werden können.

Die Produktion von Dienstleistungen oder anderen Gütern geht immer mit dem Einsatz und/oder Verbrauch von Ressourcen einher. Dieser Ressourceneinsatz beschreibt bereits einen Teil der Kosten. Da die Ressourcen begrenzt sind, können Güter nur in einem bestimmten Maß gefertigt bzw. Dienstleistungen nur in einem bestimmten Maß angeboten bzw. Potentiale zur Erstellung der Dienstleistung vorgehalten werden (z.B. die Beschränkung der Menge der gleichzeitigen Leistungen durch die Anzahl der vorhandenen Pflegekräfte). Ist das Bedürfnis nach Gütern bzw. Dienstleistungen größer als mit den vorhandenen Ressourcen bereitgestellt werden können, spricht man von Knappheit. In unserer Industriegesellschaft spiegelt Knappheit allerdings weniger das Fehlen von materiellen Ressourcen wieder. Vielmehr resultiert Knappheit „[...] aus Kostenbewusstsein, dass die Befriedigung des einen Bedürfnisses nur auf Kosten der Nichtbefriedigung eines anderen Bedürfnisses möglich ist. [Damit] stellt sich angesichts des Knappheitsbestandes die grundlegende Frage, wie die knappen Mittel eingesetzt werden sollen.“<sup>296</sup> Man spricht in diesem Zusammenhang auch von Opportunitätskosten.

Pflegerische und andere soziale Dienstleistungen sind in ihrem Kern wirtschaftliche Tätigkeiten, in denen ökonomische Rationalitätskriterien berücksichtigt werden müssen. So werden in der (Dienst-)Leistungserstellung knappe Ressourcen zu einem Output transformiert. Allerdings ist es häufig so, dass sich dieser Output in bestimmten pflegerischen oder anderen sozialen Kontexten nur schwer quantifizieren lässt. Zwar lassen sich belegte Betten einer Pflegeeinrichtung durchaus gut quantifizieren, doch umfassen die pflegerische Dienstleistung und das berufliche Selbstverständnis professionell

---

<sup>296</sup> Finis Siegler (2009) S.92ff

Pflegender mehr als eine hohe Auslastung. Über die Auslastung oder Anzahl von Leistungskontakten lassen sich keine Aussagen über das tatsächliche Wesen und die Qualität pflegerischer oder andere sozialer Dienstleistungen treffen. Damit ist die Zielerreichung von pflegerischen Dienstleistungen häufig nicht direkt messbar. Das ökonomische Prinzip wird in vielen sozialen Bereichen nicht mit Gewinnerzielung gleichgesetzt, dennoch werden ökonomische Prinzipien<sup>297</sup> zur wirtschaftlichen Erbringung der Leistungen bzw. auf die pflegerischen Zielstellungen bzw. den sozialen Auftrag angewendet.<sup>298</sup>

299

### 10.3.2 Perspektiven

„Die Zurechnung von Kosten und Nutzen auf bestimmte Leistungen hängt von der Perspektive der [...] Untersuchung ab. Je nachdem, aus welcher Sicht Kosten und Nutzen ermittelt werden, kann das Ergebnis der Untersuchung sehr unterschiedlich ausfallen.“<sup>300</sup>

Im Bereich von pflegerischen und anderen sozialen Dienstleistungen ist es wichtig die Machtverhältnisse und Interessen der Akteure im Auge zu behalten. Gerade im Bereich von Gesundheit und/oder sozialer Arbeit sind auf Grund der sozialpolitischen Dreiecksbeziehung von Leistungsträger, Leistungserbringer und Versicherten bzw. Leistungsberechtigten die Ziele der Akteure und Maßstäbe für Effektivität bzw. Effizienz nicht immer offensichtlich. Daher ist es wichtig, die angestrebten Ziele und Maßnahmen der jeweiligen Akteure genau fest zuhalten. Von entscheidender Bedeutung ist dabei auch die Festlegung und Dokumentation der Kriterien, an denen eine erfolgreiche Umsetzung der Maßnahme festgemacht werden soll. Nur auf dieser Basis ist eine quantitative und qualitative Bewertung der Maßnahmen möglich. Gleiches gilt für die ökonomische Bewertung des Ergebnisses. Die Aussage, ob ein Ziel

---

<sup>297</sup> Minimalprinzip: mit möglichst wenig Ressourcen einen bestimmten Output / Nutzen erzielen.

Maximalprinzip: mit den vorhandenen Ressourcen den größten möglichen Output / Nutzen erzielen.

<sup>298</sup> vgl. Finis Siegler (2009) S.151ff

<sup>299</sup> Überlegungen zur Verteilung knapper Ressourcen, durch Rationierung und/oder Priorisierung mit Blick auf das Alter der Leistungsempfänger, im Gesundheitssystem stellt Gutzmann (2009) in Mahlberg / Gutzmann (2009) S. 199ff an

<sup>300</sup> Greiner (2008) S.51f

wirtschaftlich und effizient erbracht wurde, kann je nach angesetzten Kriterien unterschiedlich ausfallen. Dies kann auch der Fall sein, wenn zwischen allen beteiligten Personen Einigkeit hinsichtlich der Zielsetzung besteht.<sup>301</sup>

Wie bereits dargelegt, geht es bei einer Kosten-/ Nutzen-Bestimmung um den adäquaten Einsatz der knappen zur Verfügung stehenden Mittel. In der Ökonomie geht man davon aus, dass Individuen, wenn sie die Wahl haben, die Alternative bevorzugen, die ihnen am Meisten zusagt. Also die Alternative wählt, die den größten Nutzen mit sich bringt. Das Paradigma besagt, dass die handelnden Individuen in der Lage sind, ihre Wünsche und Bedürfnisse der Dringlichkeit nach zu ordnen. Anhand der individuellen Präferenzen trifft das Individuum Entscheidungen. So wählt es die Alternative, bei der der Nutzenzuwachs aus der Entscheidung am größten ist. Somit wird die Nutzenbewertung durch eine Rangordnung von Präferenzen (Hierarchie gewünschter Ergebnisse) bestimmt. Jede Entscheidung für eine Alternative ist mit dem Verzicht auf eine andere Handlungsalternative verbunden. Also wählen die Individuen ihre Handlungsalternativen anhand von Präferenzen und Randbedingungen aus. Präferenzen sind zumeist gesellschaftlich geformt und wissensbasiert. So spiegeln die Präferenzen nicht allein subjektive Dringlichkeiten von Bedürfnisbefriedigung wieder, sondern auch das Wissen über die Möglichkeiten und Grenzen der Befriedigungsmöglichkeiten, welche auch durch die ökonomischen, ökologischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen bestimmt sind.<sup>302</sup> Erweitert man im gesundheitsökonomischen Kontext den Begriff des Individuums zu dem Begriff eines ‚Akteurs auf dem Gesundheitsmarkt‘, welcher nun nicht nur natürliche Personen sein können, sondern auch Institutionen, wie z.B. Leistungserbringer, Leistungsträger oder der Gesetzgeber, wird deutlich, dass sich Präferenzen auf Grund unterschiedlicher individueller oder institutioneller Zielstellungen sowie gesetzlicher und anderer kultureller Rahmenbedingungen, welche die Präferenzen beeinflussen, stark unterscheiden können. Welche Perspektive eingenommen werden muss, ist abhängig vom Ziel der Evaluation.

---

<sup>301</sup> vgl. Finis Siegler (2009) S.153f

<sup>302</sup> vgl. Finis Siegler (2009) S.96ff



Beispielsweise beeinflusst der Gesetzgeber die Präferenzen von pflegenden Angehörigen in der Entscheidung, ihren Angehörigen mit allgemeinem Betreuungsbedarf in der Häuslichkeit zu betreuen oder ihn in eine Stationäre Einrichtung zu geben, durch die Möglichkeiten, Leistungen nach § 45b SGB XI in Anspruch nehmen zu können. So kann sich die Präferenz aus Wertvorstellungen familiären Zusammenhaltes und der Möglichkeit, zusätzliche Betreuungsleistungen in Anspruch zu nehmen, dahin verschieben, den Angehörigen zuhause zu behalten, anstelle selbst mehr Freiheiten zu haben, und den Angehörigen in eine stationäre Pflegeeinrichtung zu geben. Ähnliches gilt für die Investitionspräferenzen von Leistungserbringern durch die Ermöglichung und finanzielle Förderung von Modellprojekten nach § 45c SGB XI.

Mögliche Perspektiven bei der Erbringung einer pflegerischen Leistung können z.B. die des Leistungserbringers, also der Pflegeeinrichtung, die des Kostenträgers (z.B. Sozialversicherung), des Gesetzgebers, pflegender Angehöriger oder auch die der zu pflegenden Person sein. Für die Pflegeeinrichtung sind Aussagen darüber, welchen Einfluss die Erbringung einer Leistung auf die Rentabilität der Einrichtung hat, von Interesse. Für den Leistungsträger hingegen ist es von Interesse, welche Einsparungen in seinem Bereich des Gesundheitssystems durch die Erbringung der Leistung erreicht werden können. Für einen Pflegebedürftigen oder seine Familie hingegen ist der monetäre Eigenanteil oder auch der nicht monetäre Aufwand (z.B. zusätzliche körperliche oder psychische Belastungen) der für ihn mit der Leistungserbringung anfällt bzw. welche Verbesserung der Lebensqualität die Erbringung der Leistung bedeutet, von Interesse. An diesem Beispiel wird deutlich, dass neben den direkten Kosten und dem direkt damit verbundenen Nutzen einer Leistung auch die Ebenen der indirekten Kosten bzw. des indirekten Nutzens für ökonomische Evaluationen von Belang sein können.<sup>303</sup> „Wichtig für die Interpretation der Ergebnisse gesundheitsökonomischer Evaluationen ist die inhaltliche Trennung der Erhebung des Nutzens von der

---

<sup>303</sup> vgl. Greiner (2008) S.52

der Kosten [...].<sup>304</sup> Die Perspektive der (gesundheitsökonomischen) Evaluation abhängig von der Forschungs- bzw. Untersuchungsfrage.

Pflege- und andere Sozialleistungen stellen eine besondere Form von Dienstleistungen dar. Diese werden als Meritorische Güter bezeichnet und stellen eine Mischform zwischen privaten Gütern, die auf freien Märkten nach dem Prinzip von Angebot und Nachfrage gehandelt werden, und öffentlichen Gütern, die vom Staat z.B. durch Steuern finanziert<sup>305</sup> und bereitgestellt<sup>306</sup> werden, so dass jeder dieses Gut automatisch mit konsumiert bzw. in Anspruch nehmen kann. Für Meritorische Güter gilt das Konkurrenzprinzip eines Marktes, denn sie werden auf einem Markt gehandelt und individuell konsumiert bzw. in Anspruch genommen. Dennoch haben sie den Charakter von öffentlichen Gütern, d.h. jeder kann sie auf Grund der staatlich geregelten Finanzierung (z.B. durch die verpflichtenden Sozialversicherungen) in Anspruch nehmen, denn es stellt sich nicht nur ein individueller, sondern auch ein gesamtgesellschaftlicher Nutzen beim Konsum dieser Güter ein. Die Finanzierung dieser Güter erfolgt häufig durch Steuern, Subventionen und/oder Entgelte oder Gebühren.<sup>307</sup>

Durch die Einnahme einer Perspektive wird der Prozess der Kosten- und Nutzenbestimmung, die Identifikation der relevanten Ressourcen und die Bewertung der Ressourcen (z.B. mit Preisen) und des Nutzens festgelegt. Dabei stellt die gesellschaftliche Perspektive die umfassendste dar. In ihr sind alle anfallenden Kosten und jeglicher entstandener Nutzen, egal wer sie trägt, enthalten. Eine weitere Perspektive kann die aller, einiger oder eines Sozialversicherungsträgers sein. So werden aus der Perspektive von Sozialversicherungsträgern nur Kosten betrachtet, die dem Sozialversicherungsträger selbst entstehen, nicht aber solche Kosten, die der Versicherte zu tragen hat, oder indirekte Kosten, die jemand Anderes durch den

---

<sup>304</sup> Büscher/Gerber (2010) S.66

<sup>305</sup> Der Staat hat ein Interesse dass dieses Gut konsumiert wird aber kaum ein einzelnes Individuum möchte dafür zahlen da dieses Gut der Allgemeinheit zugute kommt, so möchte jedes Individuum davon profitieren aber nicht direkt und selbst dafür zahlen z.B. öffentliche Sicherheit oder Landesverteidigung

<sup>306</sup> Die Bereitstellung kann auch mittelbar durch privatrechtliche nonprofit Organisationen erfolgen indem die Verantwortung z.B. mittels einem versorgungsauftrag durch den Staat weitergegeben wird

<sup>307</sup> vgl. Finis Siegler (2009) S.38f

mit Krankheit oder Behinderung / Pflegebedürftigkeit verbundenen Produktivitätsausfall der betroffenen Person oder der mit der Pflege betrauten Familienangehörigen zutragen hat.<sup>308</sup> Es kann gleichsam auch die Perspektive des Leistungserbringers eingenommen werden, aus der je nach ideeller Ausrichtung des Leistungserbringers (z.B. Gewinnerzielung, Verbesserung der Versorgungsstruktur, ...) der Nutzen einer Maßnahme bewertet werden kann.

### **10.3.3 Kostenarten**

#### *Direkte Kosten*

Die direkten Kosten bilden den Ressourcenverbrauch ab, welcher in direkter Beziehung zur erbrachten Leistung bzw. der Maßnahme steht. Dies können medizinische / pflegerische Kosten (z.B. Medikamentenkosten, Kosten für medizinische Geräte, pflegerische Heil- und Hilfsmittel, Personalkosten) oder nicht medizinische / pflegerische Kosten (z.B. Kosten für Verwaltung, Gebäude, Transportkosten, Zeit, die pflegende Angehörige für die Pflege aufwenden müssen, u.v.m. sein.) Je nach Zeitfenster, auf das die Evaluation ausgerichtet ist, können auch zukünftige Kosten / Folgekosten einbezogen werden, wenn sie in einem direkten Zusammenhang mit der Maßnahme stehen, z.B. Kosten in Folge zu erwartender Nebenwirkungen oder Spätkomplikationen aber auch Präventions- oder Rehabilitationsmaßnahmen im Rahmen einer Therapie oder Maßnahme.<sup>309 310</sup> Je nach Perspektive kann die Ermittlung der direkten Kosten verschieden ausfallen. Aus Sicht eines Sozialversicherungsträgers können direkte Kosten über die mit den Leistungserbringern vereinbarten pauschalisierten Entgelte (z.B. Pflegesätze oder DRG's) ermittelt werden, wogegen Leistungserbringer sich häufig eines umfassenden Controllingsystems bedienen müssen.

---

<sup>308</sup> vgl. IQWiG (2009 B) S.1

<sup>309</sup> vgl. Büscher/Gerber (2010) S.66 / Foos et al. (2010) S.13 / IQWiG (2009 B) S.3

<sup>310</sup> Zur Frage ob auch zukünftige Kosten die nicht direkt im Zusammenhang mit der behandelten Krankheit stehen, da mit der Maßnahme eine höhere Lebenserwartung verbunden ist, äußern sich Büscher und Greber (2010) S.67.

### *Indirekte Kosten*

Die indirekten Kosten gehen nicht auf einen Ressourcenverbrauch zurück. Vielmehr bilden sie Kosten ab, die der Volkswirtschaft auf Grund von Krankheit oder Behinderung und den damit verbundenen Produktivitätsausfällen oder eingeschränkter Leistungsfähigkeit (z.B. Arbeits-, Erwerbsunfähigkeit, das Wegbleiben vom Arbeitsplatz wegen der Übernahme von Pflege im familiären Umfeld, vorzeitiger Tod) entstehen. Daher werden die indirekten Kosten in der Regel nur bei gesamtwirtschaftlichen Evaluationen berücksichtigt.<sup>311</sup>

### *Intangibele Kosten*

Die intangibelen Kosten beschreiben Kosten oder (negative) Effekte<sup>312</sup>, die nur schwer messbar und monetär nicht bewertet werden können, wie z.B. Schmerzen, psychische oder physische Einschränkungen oder der Verlust an Lebensqualität.<sup>313</sup> Allerdings geht das IQWiG (2009) davon aus, dass intangibele Kosten faktisch keine Kosten sind, weil sie eine alternative Nutzung von Ressourcen nicht ausschließen. Zudem seien die Kosten nicht streng intangibel, da Bewertungen mittels Lebensqualitätsmessinstrumenten oder Bestimmungen der Zahlungsbereitschaft möglich seien. Und so postuliert man, dass intangibele Kosten nur noch wenig Berücksichtigung finden.<sup>314</sup> Im Gegensatz zur Aussage des IQWiG wird in der Literatur den intangibelen Kosten auch eine steigende Bedeutung zugeschrieben, da vor allem im Bereich der chronischen Erkrankungen, in dem keine Heilung oder Vermeidung von Mortalität möglich ist, die Lebensqualität eine wichtige Effektgröße darstellt, um den Nutzen einer Maßnahme transparent und damit bewertbar zu machen.<sup>315</sup>

---

<sup>311</sup> vgl. Büscher/Gerber (2010) S.66f / Foos et al. (2010) S.14f / IQWiG (2009 B) S.3 / Greiner (2008) S.55

<sup>312</sup> Im Falle von positiven Effekten würde man von einem Nutzen sprechen

<sup>313</sup> vgl. Greiner (2008) S.59 / Foos et al. (2010) S.15

<sup>314</sup> vgl. IQWiG (2009 B) S.3

<sup>315</sup> vgl. Greiner (2008) S.59 / Foos et al. (2010) S.15

### *Grenzkosten und Durchschnittskosten*

Weitere wichtige Unterscheidungsformen der Kosten sind die Grenzkosten und die Durchschnittskosten. Die Entscheidung, welche der beiden Kostenarten in einer gesundheitsökonomischen Evaluation herangezogen wird, hängt von der spezifischen Untersuchungsfrage ab.

Die Kosten pro Ausbringungseinheit werden als Durchschnittskosten bezeichnet. Die Grenzkosten hingegen beschreiben die entstandenen Zusatzkosten für eine zusätzliche Ausbringungseinheit (z.B. ein weiterer Maßnahmeteilnehmer). So gehen fixe Kosten wie Gebäude in die Ermittlung der Durchschnittskosten ein, jedoch nicht in die Ermittlung der Grenzkosten. Da in der gesundheitsökonomischen Evaluation zumeist langfristige Kosten und Effekte von Interesse sind und die fixen Kosten langfristig in der Regel variabel sind, ist Gesundheitsökonomische Evaluation zumeist auf langfristige Grenzkosten ausgerichtet. So können auch Aussagen über Kosten bei Maßnahmenausweitungen oder bei Nachfragerückgang gemacht werden.<sup>316</sup>

### *Inkrementalkosten:*

Eine weitere Betrachtungsperspektive neben den Durchschnitts- und Grenzkosten ist die der Inkrementalkosten. Inkrementalkosten beschreiben die Kostendifferenz zwischen zwei Technologien bzw. Maßnahmen. Im Bereich der Gesundheitsökonomie geht es also um Interventionsalternativen. In dem Vergleich kann es sich um zwei sich ausschließende Maßnahmen, wie z.B. eine ambulante vs. eine (teil-) stationäre Betreuung von Menschen mit demenzieller Erkrankung, handeln. Darüber hinaus ist auch ein Vergleich von Maßnahmen verschiedener Intensitäten, z.B. eine Betreuung über drei Stunden vs. fünf Stunden täglich, möglich.<sup>317</sup>

---

<sup>316</sup> vgl. IQWiG (2009 B) S.4

<sup>317</sup> vgl. IQWiG (2009 B) S.7f

### *Opportunitätskosten*

Ein weiteres theoretisches Konstrukt der gesundheitsökonomischen Evaluation stellen die Opportunitätskosten dar. Dabei entsprechen die Opportunitätskosten dem entgangenen Nutzen der eingesetzten Ressourcen in seiner nächst besten Verwendungsalternative.<sup>318</sup> Die Verwendungsalternativen ergeben sich aus den Präferenzen des Nutzers.

#### **10.3.4 Nutzen**

Der Gutscharakter einer (z.B. pflegerischen) Dienstleistung kann, auf Grund der zumeist nicht vorhandenen Stofflichkeit des aus dem Ressourceneinsatz resultierenden Ergebnisses, nur durch die Nutzenstiftung hergestellt werden.<sup>319</sup> Nach Stock et al. (2008) beschreibt „Nutzen“ allgemein die positive Auswirkung eines Gutes. Dies auf die Ökonomie übertragen: „[...] ist der Nutzen eines Gutes die Fähigkeit, die Bedürfnisse eines Individuums zu befriedigen. Im Gesundheitswesen wird Nutzen häufig als positive Auswirkung medizinischer [oder pflegerischer] Maßnahmen [...] verstanden.“<sup>320</sup> In der Annahme der gesundheitsökonomischen Evaluation ist der Nutzen das Ergebnis einer Intervention, beschreibt positive als auch negative Auswirkungen und kann je nach Evaluationsmethode in unterschiedlichen Einheiten und aus unterschiedlichen Perspektiven gemessen werden. Dabei stehen dem Nutzen zwangsläufig die Kosten gegenüber.<sup>321</sup> Das IQWiG (2009) wird im Bezug auf gesundheitsökonomische Evaluation noch etwas konkreter in der Begriffsdeutung. Demnach wird der Begriff des Nutzens in der Literatur in einer weiten und in einer engen Auslegung gebraucht. Die enge Sichtweise ist stark an der Evidence based Medicine (EbM) angelehnt und spiegelt den reinen Nutzen bzw. Effekt aus einer Maßnahme zur Bewertung wieder. In der weiten Auslegung umfasst der Nutzenbegriff nicht nur den direkten Effekt einer Intervention sondern auch das, was als ‚Wert‘ des Effektes bezeichnet wird.<sup>322</sup>

---

<sup>318</sup> vgl. IQWiG (2009 B) S.7

<sup>319</sup> vgl. Finis Siegler (2009) S.31

<sup>320</sup> Stock et al. (2008) S.144

<sup>321</sup> vgl. Stock (2008) S.144

<sup>322</sup> vgl. IQWiG (2009 A) S.17

Somit stellt der Effekt (z.B. *Verbesserung des Zustandes der Haut oder die Verringerung von Belastungsempfinden*) das ‚Gut‘ dar, welches Bedürfnisse befriedigen soll. Da das gesamte Gesundheitssystem und damit auch der Bereich der Pflege als Dienstleistungssektor ein Sektor ist, dessen Güter vorwiegend immateriell sind, ist es häufig besonders schwierig, die Effekte und damit den Nutzen zu bemessen.

Doch steht man nicht nur im Sozial-, Gesundheits- oder Pflegebereich sondern in allen personenbezogenen Dienstleistungen vor dem Problem der Effektivitäts- und Effizienzbeurteilung. Die Schwierigkeit besteht darin, den relevanten Output zu bestimmen, zu messen und qualitativ zu bewerten. Ein Weg besteht darin, den Output in Kennzahlen, wie Bettenauslastung, beratene oder betreute Personen, zu erfassen. Doch sagen diese Kennzahlen nichts über das Wesen der Maßnahme aus. Wenn es schwierig ist, den Output einer Leistung quantitativ zu erfassen wird anstelle des Outputs häufig der Input erfasst, z.B. der Zeitaufwand für eine Beratung oder die geleisteten Betreuungsstunden. Doch auch über diese Zahlen lassen sich keine Aussagen über die tatsächliche Qualität bzw. den Nutzen einer Maßnahme treffen. An dieser Stelle tritt das Problem fehlender objektiver Kriterien für die qualitative Outputerfassung zu Tage. Da gerade im sozialen, gesundheitlichen bzw. pflegerischen Bereich der Nutzer der Dienstleistung / Klient „[...] oft wenig Informationen über die Qualität hat und er dem Experten vertrauen muss, dass das von ihm vorgehaltene Dienstleistungspotential qualitativ geeignet ist, eine dem Konsumenten nützliche Dienstleistung zu erstellen, sind auch den subjektiven Qualitätsbeurteilungen durch den Konsumenten Grenzen gesetzt.“<sup>323</sup> Das Ergebnis einer personenbezogenen Dienstleistung wird in Anlehnung an die Qualitätsdimensionen von Donabedian<sup>324</sup> durch das Dienstleistungspotential, den Dienstleistungsprozess und das Dienstleistungsergebnis bestimmt. Das Dienstleistungspotential beschreibt die vorgehaltene Dienstleistungsbereitschaft. Hierzu zählen unter anderem die Erreichbarkeit der Einrichtung / Maßnahme, das Personal, Ausbildung des

---

<sup>323</sup> Finis Siegler (2009) S.156

<sup>324</sup> Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

Personals oder auch die Ausstattung der Einrichtung. Das Dienstleistungspotential ist durch den Anbieter autonom bestimmbar. Im Verlauf des (Dienst-) Leistungserstellungsprozesses kommt es zum gezielten Ressourceneinsatz durch den Leistungserbringer z.B. in einer Beratungseinrichtung. Wobei bedingt durch den personenbezogenen Charakter der Dienstleistung der Klient in der Interaktion gleichfalls im Prozessverlauf Ressourcen (Informationen, Kooperationsbereitschaft) einsetzen muss. Damit entsteht die Dienstleistung nur in Kooperation von Berater und Klient, wodurch der Anbieter den Prozessverlauf nicht mehr autonom bestimmen kann. Die Bereitschaft des Klienten zur Kooperation ist unter Anderem abhängig von seinen Erwartungen zum Dienstleistungspotential und der eigenen Bedarfslage. Im Zuge der Beratung hat ein Prozess stattgefunden, dessen Ergebnis ein für den Klienten nützliches Resultat darstellt. Anders als beim Reparieren eines Autos oder einem Friseurbesuch liegt das Ergebnis vieler personenbezogener Dienstleistungen nicht in einem Selbstzweck, d.h. der Selbstzweck besteht nicht allein in der Tatsache, beraten worden zu sein. Vielmehr soll die Beratung einen Effekt (z.B. eine Entscheidungshilfe) erzielen. Die Frage nach dem Ergebnis und dem Nutzen einer solchen Dienstleistung stellt die Herausforderung für die Nutzenbestimmung, also die (gesundheits- bzw. pflegeökonomische) Evaluation, dar. Da das Ergebnis einer personenbezogenen Dienstleistung zu einem nicht unerheblichen Anteil von externen Faktoren abhängt, lassen sich kaum eindeutig kausale Beziehungen zwischen der Maßnahme und dem beabsichtigten Ergebnis herstellen. Gründe liegen möglicher Weise in den multifaktoriellen Prozessen, die auch über den Leistungsprozess hinausgehen können, oder darin, dass das gewünschte Ergebnis erst in einer fernen Zeitperiode zutage tritt.<sup>325</sup>

Wie bereits erläutert werden die produzierten Güter in der Ökonomie auch als Output bezeichnet. Damit steht der Nutzen in einem direkten Zusammenhang mit dem Output als Resultat (Effekt) eines Wertschöpfungsprozesses. Dieser Wertschöpfungsprozess findet unter einem Ressourceneinsatz (Input), welcher mit Kosten bewertet wird, statt. An dieser Betrachtung wird deutlich, dass die

---

<sup>325</sup> vgl. Finis Siegler (2009) S.155ff



gesundheitsökonomische Evaluation ihre Wurzeln in der allgemeinen ökonomischen Bewertung hat.<sup>326</sup> Um allerdings den Besonderheiten des Gesundheitssystems, welches sehr stark durch Dienstleistungen und damit immaterielle Outputs geprägt ist, gerecht zu werden, wird der Output, welcher die durch Input produzierte Menge beschreibt, in einigen Quellen durch den Begriff des ‚Outcome‘ erweitert. Ein Outcome hebt nach Büscher und Greber (2010) „[...] auf die subjektive Erfahrung von Menschen in Bezug auf die Änderung ihres Gesundheitszustandes [...]“<sup>327</sup> ab. Stock et al. (2008) deuten Outcomes in einem weiteren Sinn und benennen sie als Synonym zu Surrogatparametern oder ‚weichen Endpunkten‘. Weiche Endpunkte sind Messwerte, die das Ergebnis einer Intervention beschreiben und mit dem Auftreten eines ‚harten Endpunktes‘<sup>328</sup> korrelieren.<sup>329</sup> Zudem kann der Nutzen aus verschiedenen Perspektiven, z.B. der Patienten-, Diagnostischen- oder Therapeutischen Perspektive, betrachtet werden und im weiteren Sinne auf Grund der unterschiedlichen Wertbemessung auch unterschiedlich ausfallen.

*So ist im Beispiel einer Lagerung (Maßnahme) zur Vermeidung von Druckgeschwüren der Input das Lagerungshilfsmittel und die Arbeitskraft der Pflegekraft. Den harten Endpunkt stellt der Patient in der gelagerten Position dar. Der weiche Endpunkt ist der anhand einer Skala beurteilte Zustand der Haut. Der Effekt wäre die anhand der Beurteilung ermittelte Veränderung des Zustandes der Haut, woraus sich ein Nutzen ableiten / ermitteln lässt. Im engeren Sinne würde der Nutzen am  $\Delta$  zwischen Messpunkt1 und Messpunkt2 festgemacht werden. Im weiteren Nutzen-Sinne müsste dem  $\Delta$  ein ‚Wert‘ zugeschrieben werden.*

---

<sup>326</sup> vgl. Büscher/Gerber (2010) S.63

<sup>327</sup> Büscher/Gerber (2010) S.63

<sup>328</sup> harte Endpunkte beschreiben irreversible Zustände als Ergebnis einer Intervention wie z.B. Herzinfarkt, Tod oder Schlaganfall aber auch eine durchgeführte Beratung stellt einen harten Endpunkt dar.

<sup>329</sup> vgl. Stock et al. (2008) S.59

### 10.3.5 Darstellung des Nutzens

In der gesundheitsökonomischen Evaluation gibt es kein einheitliches Maß für den Nutzen. So erfolgt die Ermittlung des Nutzens mit Hilfe verschiedener Messinstrumente, mit deren Hilfe der Nutzen in verschiedenen Maßzahlen ermittelt wird. Die zur Darstellung des Nutzens angewendeten Maße müssen abhängig von der Perspektive, aus welcher der Nutzen bestimmt werden soll, im Vorfeld einer Evaluation festgelegt werden. Analog zu den Kosten kann ein Nutzen direkt, indirekt oder intangibel sein.

Der Nutzen kann wie folgt dargestellt werden:

#### 1. „in natürlichen Einheiten auf einer eindimensionalen Skala“<sup>330</sup>

Bei dieser Darstellungsform kommen ‚natürliche‘ Maße zum Einsatz. Dabei kann es sich a) um klinische Maße wie Mortalität, Morbidität aber auch um Surrogatparameter wie die Senkung des Blutdruckes oder die Verbesserung des Hautzustandes um Wert X handeln oder b) die Länge des Lebens handeln. Die Nutzung dieser Maße empfiehlt sich nur, wenn die zu vergleichenden alternativen (Maßnahmen) auf eine qualitativ vergleichbare Wirkung abziehen.<sup>331</sup>

#### 2. Aggregierte Maße<sup>332</sup> oder „Einheiten einer kardinalen Nutzenfunktion, mit der das mehrdimensionale Konzept der Gesundheit in einem skalaren Index abgebildet wird“<sup>333</sup>

In dieser Form der Darstellung wird der Mehrdimensionalität des Gesundheitsbegriffes Rechnung getragen, indem man versucht, alle Wirkungen einer Maßnahme mittels eines Gewichtungsschemas Rechnung zu tragen und bei der Bewertung zu berücksichtigen. Das wohl bekannteste und meist

---

<sup>330</sup> Breyer et al. (2005) S.21

<sup>331</sup> vgl. Breyer et al. (2005) S.21

<sup>332</sup> IQWiG (2009 A) S.19

<sup>333</sup> Breyer et al. (2005) S.21

verwendete aggregierte Maß sind die QALYs ‚qualitätsbereinigte Lebensjahre‘ (quality-adjusted life years). Aggregierte Maße werden durch die Aufsummierung aller Auswirkungen einer Maßnahme in einem Index gebildet. So können die Werte verschiedener Maßnahmen miteinander verglichen werden.<sup>334</sup> Häufig bilden die aggregierten Maße intangibelen Nutzen ab. Dieser Nutzen gewinnt vor allem im Bereich der Bewertung des Nutzens chronischer Krankheiten an Bedeutung, da das Erreichen harter Endpunkte wie Heilung der Krankheit oder die Vermeidung von Mortalität als Folge der Krankheit häufig nicht möglich ist.

*Beispielsweise kann eine demenzielle Erkrankung nicht geheilt werden und wird zwangsläufig früher oder später in den Tod des Patienten münden. Doch lässt sich mittels aggregierter Daten ein intangibler Nutzen / Effekt (Lebensqualität des Erkrankten und/oder seiner Angehörigen) der Maßnahme messen.*

Die Messung des intangibelen Nutzen bezieht sich zumeist auf den Patienten bzw. Klienten, kann aber auch für den Erbringer einer Leistung von Bedeutung sein, wenn er mit seinen beschränkten Ressourcen einen möglichst hohen Nutzen erzielen möchte.<sup>335</sup> Allerdings gestaltet sich die Messung intangibler Effekte als schwierig, da sie subjektive Bewertungen der Betroffenen beinhalten.<sup>336</sup>

### 3. Geldeinheiten

In dieser Form der Darstellung wird jeder Zustandsveränderung ein monetäres Äquivalent zugeordnet.<sup>337 338</sup>

---

<sup>334</sup> vgl. Breyer et al. (2005) S.21

<sup>335</sup> vgl. Greiner (2008) S.59

<sup>336</sup> vgl. Foos et al. (2010) S.16

<sup>337</sup> vgl. Breyer et al. (2005) S.24

<sup>338</sup> Der Ethischen Problematik menschlichem Leben einen Geld-Wert zuzuordnen widmen sich Breyer et al. (2005) S.39ff

#### 4. Respondermaße

Respondermaße bilden eine alternative Möglichkeit der Nutzenabschätzung. Sie stellen ein Maß für die Wahrscheinlichkeit dar, mit der ein Patient auf eine Therapie / Maßnahme anspricht, also mit welcher Wahrscheinlichkeit das Ziel der Intervention voraussichtlich erreicht wird.<sup>339</sup>

#### 10.3.6 Erfassung von Kosten und Nutzen

Die Betrachtung von Kosten und Nutzen einer Maßnahme kann von der Ebene des Patienten / Falles (Bottom up- aggregiert) oder von der Ebene der Leistungsträger (Top down aggregiert) aus stattfinden. Im ersten Augenblick scheint die Erfassung der Daten in der Bottom up Perspektive genauer und überlegen. Zwar würde die Bottom up Erfassung von Kosten unter Berücksichtigung methodischer Besonderheiten exakt abbilden, doch spiegeln die Marktpreise der Leistungen häufig nicht die tatsächlichen volkswirtschaftlichen Kosten einer Gesundheitsleistung wieder. So werden Marktpreise einer Gesundheitsleistung vielfach nicht marktwirtschaftlich ermittelt. Häufig gelten administrierte Preise oder Erlöse als Resultat von Verhandlungen von staatlichen oder halbstaatlichen Organisationen (z.B. Gebührenordnungen, DRGs, ...), Kalkulationsdaten, staatlich festgesetzte Höchstpreise und vieles mehr. Daraus kann sich für gesundheitsökonomische Beurteilungen eine Schwierigkeit entwickeln. Häufig werden Daten zu Kosten parallel zur Maßnahme erhoben. Wenn eine Studie zur Wirksamkeit einer Maßnahme aber in einem Land mit anderen Gebührenordnungen durchgeführt wird, müssen die Daten auf das eigene Land übertragen und angepasst werden. Um Kosten möglichst genau abschätzen zu können ist es wichtig, den Ressourceneinsatz und den Preis der Ressource möglichst genau zu dokumentieren, da Kosten ein Produkt aus Menge und Preis der Ressource darstellen. Welche Art der Preisermittlung angemessen ist hängt von der Perspektive der gesundheitsökonomischen Evaluation ab. Für das Gesundheitssystem bzw. den Leistungsträger sind die tatsächlichen Ausgaben von Belang und damit die nicht-marktlichen Preise. Erfolgt die Evaluation aus

---

<sup>339</sup> vgl. IQWiG (2009 A) S.19

Sicht eines Leistungserbringers sind die Gebührenordnungen zumeist nicht von Interesse und es sind die tatsächlichen Maßnahmekosten zu erfassen.<sup>340</sup>

Die Erfassung eines monetären Nutzens unterscheidet sich kaum von der Erfassung direkter und indirekter Kosten. Nicht monetär bewertbarer Nutzen kann über Outcome-Daten (z.B. Blutdruckmessungen, Bewertungsskalen bezüglich des Hautzustandes) oder aggregierte Maße (z.B. QALYs) erfolgen. Zur Beurteilung des nicht monetären Nutzens können beispielsweise Kosten-Nutzen oder Kosten-Nutzwert-Analysen durchgeführt werden.<sup>341</sup>

Das IQWiG (2009) empfiehlt zur Identifizierung von Kosten und Nutzen das Nutzen des Entscheidungsbaummodells. In dem Entscheidungsbaum werden die möglichen therapeutischen Alternativen (Investitionsalternativen) und Ergebnissen der Möglichkeiten abgebildet. Dieser Entscheidungsbaum enthält alle relevanten nachfolgenden Ereignisse. Dabei erfolgt die Visualisierung in Form eines Baumdiagramms. Zudem wird eine Gewichtung der Therapieergebnisse / Ereignisse anhand der Wahrscheinlichkeit ihres Eintretens vorgenommen.

Häufig unterscheiden sich verschiedene / neuartige Technologien oder Maßnahmen nicht nur hinsichtlich ihrer reinen Technologie- oder Maßnahmekosten von der Alternative. In vielen Fällen sind neue Technologien oder Maßnahmen sogar kostenintensiver als andere Gesundheitsleistungen. Doch können diese höheren Kosten eventuell durch Einsparungen bei anderen Gesundheitsleistungen kompensiert werden, z.B. durch vermiedene Nebenwirkungen oder Folgebehandlungen. Auf diese Weise werden die Konsequenzen einer Entscheidung sichtbar und komplexe Zusammenhänge nachvollziehbar.<sup>342</sup>

Daher ist es wichtig, in pflege- bzw. gesundheitsökonomischen Evaluationen einen ausreichend langen Zeithorizont zu berücksichtigen. Zur Ermittlung des Ressourcenverbrauches sollten alle Kenntnis zum Krankheitsverlauf sowie Auswirkungen von Behandlungen und Interaktion mit anderen

---

<sup>340</sup> vgl. Büscher/Gerber (2010) S.89 / Greiner (2008) S.59ff

<sup>341</sup> vgl. Greiner (2008) S.62

<sup>342</sup> vgl. IQWiG (2009 B) S.8f / Büscher/Gerber (2010) S.64f / Greiner (2008) S.60

Patientenpopulationen sowie dem weiteren Gesundheitssystem herangezogen werden.<sup>343 344</sup>

## **10.4 Gesundheitsökonomische Evaluationsverfahren**

### **10.4.1 Einleitung**

Nach Erörterung der Begriffe ‚Kosten‘ und ‚Nutzen‘ als zentrale Elemente der gesundheitsökonomischen Evaluation und Darlegung der Vielschichtigkeit dieser Begriffe ist auch nicht davon auszugehen, dass sich hinter dem Wortkonstrukt der ‚gesundheitsökonomischen Evaluation‘ ein einheitliches Konzept verbirgt. So werden die Komponenten Kosten und Nutzen in unterschiedlicher Weise berücksichtigt. Welchen Weg der Evaluationswissenschaftler einschlägt hängt vom Untersuchungsgegenstand und der Zielstellung der Evaluation ab. Es zeichnen sich zwei übergeordnete Kategorien ab. Zum einen Studien ohne vergleichenden Charakter, hierzu zählen einfache Kosten-Analysen und auch Krankheitskosten-Analysen und zum anderen Studien mit vergleichendem Charakter, wie beispielsweise Kosten-Minimierungs-Analyse, Kosten-Nutzen-Analyse und andere. Als problematisch bezeichnet Schöffski (2008) die Tatsache, dass die Begrifflichkeiten der Evaluationsmethoden in der Literatur nicht einheitlich verwendet werden.<sup>345</sup> So nehmen Büscher und Gerber (2010) eine Unterscheidung in „reine Kostenstudien“ und „Kosten-Nutzen-Analysen“ vor.<sup>346</sup>

Desweiteren soll die Zielstellung der folgenden Gliederungspunkte sein, zu schauen, ob und wie sich die angeführten gesundheits- bzw. pflegeökonomischen Evaluationsverfahren für das ‚Zentrum Demenz‘ anwenden lassen.

---

<sup>343</sup> vgl. IQWiG (2009 B) S.9ff

<sup>344</sup> Die Einbeziehung Interventionsbedingter- und nicht interventionsbedingter Folgekosten durch das Erlangen einer Höheren Lebenserwartung diskutiert das IQWiG (2009 B).

<sup>345</sup> vgl. Schöffski (2008) S.65 / Foos et al. (2010) S.17

<sup>346</sup> Vgl. Büscher/Gerber (2010) S.68

## 10.4.2 Studien ohne vergleichenden Charakter bzw. reine Kostenstudien

### ***Kosten-Analyse***

Die Kosten-Analyse wird in der Literatur als die einfachste Form der ökonomischen Evaluation bezeichnet. In dieser Evaluationsform werden die Kosten (der Input) einer einzelnen Maßnahme erfasst. Je nach Studiendesign kann eine Beschränkung nur auf die direkten Kosten erfolgen. Wie umfassend die Kostenanalyse ist und welche zusätzlichen- oder Folge- Kosten mit einbezogen werden hängt vom Zeithorizont bzw. dem Studiendesign ab. Somit erfasst die Kostenanalyse mehr als nur den Marktpreis einer Maßnahme.<sup>347</sup>

Die Durchführung einer Kostenanalyse für das ‚Zentrum Demenz‘ könnte auf zwei Ebenen durchgeführt werden. Zum Einen als Kostenanalyse für das gesamte Projekt ‚Zentrum Demenz‘ und zum Anderen für die einzelnen Maßnahmen bzw. Leistungen, die das Zentrum Demenz anbietet (z.B. Beratung, Betreuungsgruppen, Informationsveranstaltungen usw.).

Eine Kostenanalyse des gesamten Modellprojektes würde die Ermittlung aller in der Projektdurchführung anfallenden Kosten beinhalten. Wogegen eine Kosten-Analyse auf der Ebene einzelner Maßnahmen die Erfassung der zur Durchführung der Maßnahme / Leistung anfallenden Kosten beinhalten würde. Bei der Kosten-Analyse ist die einzunehmende Perspektive zu berücksichtigen.

### ***Krankheitskosten-Analyse***

Die Krankheitskostenanalyse stellt einen Spezialfall der Kosten-Analyse dar. Sie hebt sich insofern ab, dass sie nicht die Kosten einer einzelnen Maßnahme oder eines Projektes analysiert, sondern die direkten und indirekten Kosten einer einzelnen Krankheit evaluiert. Dies geschieht, um die gesamtgesellschaftliche Bedeutung einer Krankheit bzw. Belastung des Sozialsystems durch eine Krankheit herauszustellen (siehe Kosten Demenz Gliederungspunkt 3.7). Die Ermittlung der Kosten erfolgt ohne Differenzierung

---

<sup>347</sup> vgl. Schöffski (2008) S.66 / Foos et al. (2010) S.17

der Behandlungsalternativen. Auf diese Weise ist es möglich die gesamtgesellschaftliche Bedeutung einer Krankheit zu ermitteln und diese Erkenntnisse in die Ressourcenverteilung (z.B. für Forschung oder Präventionsmaßnahmen) mit einzubeziehen.<sup>348</sup> Die Ermittlung von Krankheitskosten in der Top down oder der Bottom up Methode wird von Schöffski (2008) S. 66ff beschrieben.

Die Durchführung einer Krankheitskosten-Analyse erscheint im Falle des ‚Zentrum Demenz‘ lediglich zur Verdeutlichung der Wichtigkeit bzw. zur Legitimation seiner Arbeit erforderlich. Dazu können Krankheitskosten für Demenz oder auch die Kosten physischer oder psychischer Leiden in Folge von belastenden Pflegesituationen betrachtet werden.

### **10.4.3 Studien mit vergleichendem Charakter**

#### **Inkrementalkosten-Analyse**

Die Inkrementalkosten-Analyse wird auch als Kosten-Kosten-Analyse oder Kosten-Minimierungs-Analyse bezeichnet. Im Grunde handelt es sich dabei um die separaten Kosten-Analysen zweier oder mehrerer Maßnahmen. Das Ziel besteht in der Regel darin, die kostengünstigste Maßnahme zu ermitteln. Auch wenn dem ersten Anschein nach in dieser Analysemethode lediglich die Kosten betrachtet werden, ist diese Annahme dennoch nicht korrekt. Viel mehr geht man in einer Inkrementalkosten-Analyse von einem identischen Output bzw. Outcome aus. Nur unter dieser Voraussetzung ist es möglich, die Analyse auf die Kosten zu beschränken. Allerdings ist diese Annahme in der Praxis häufig objektiv nicht aufrecht zu erhalten, da sich Behandlungen / Maßnahmen oft in den Nebeneffekten unterscheiden und so gilt es eigentlich z.B. Nebenwirkungen in der Lebensqualität und damit im Nutzen zu berücksichtigen.<sup>349</sup> Auch aus den zuvor angeführten Gründen ist es wichtig, die Ergebnisse zweier unterschiedlicher Inkrementalkosten- Analysen miteinander

---

<sup>348</sup> vgl. Schöffski (2008) S.67 / Foos et al. (2010) S.8 / Büscher/Gerber (2010) S.67f

<sup>349</sup> vgl. Schöffski (2008) S.79 / Foos et al. (2010) S.18f / Büscher/Gerber (2010) S.69



zu vergleichen. Denn nur wenn die Schlüsse einer Analyse unter gleichen Voraussetzungen und Grundannahmen getroffen werden, sind sie miteinander vergleichbar. Ansonsten würde es zu Verzerrungen im Ergebnis führen.<sup>350</sup> Obwohl die Ergebnis- bzw. Nutzengleichheit in der Praxis selten anzutreffen ist, wird die Kosten-Kosten-Analyse auf Grund ihrer relativ leichten Durchführbarkeit häufig in Auftrag gegeben.<sup>351</sup>

Für die Leistungen und Maßnahmen des ‚Zentrum Demenz‘ würde eine Inkrementalkosten-Analyse zuallererst die Identifizierung von Alternativen bedeuten. In einem weiteren Schritt erfolgen die Ermittlung der Kosten beider Alternativen und der Vergleich beider Kosten-Analysen. Diese Analyse kann beispielsweise als Entscheidungshilfe dienen, wenn man sich zwischen zwei oder mehreren Betreuungsmaßnahmen entscheiden muss (Voraussetzung ist ein identisches Ergebnis).

### **Kosten-Nutzen-Analyse**

Häufig wird der Begriff der Kosten-Nutzen-Analyse als Synonym für alle ökonomischen Evaluationen verwendet.<sup>352</sup> So auch von Büscher und Gerber (2010).<sup>353</sup> Doch ist die Kosten-Nutzen-Analyse nach Schöffski (2008) sowie Foos et al. (2010) mit spezifischen Eigenschaften versehen, die sie zu einer eigenständigen gesundheitsökonomischen Evaluation machen. Das Hauptmerkmal der Kosten-Nutzen-Analyse ist, dass der gesamte Nutzen und sämtliche Kosten der zu bewertenden Maßnahmen monetär bewertet werden. Zur Durchführung einer Kosten-Nutzen-Analyse werden vom in Geldeinheiten bemessenen Nutzen der zu bewertenden Maßnahme die in Geldeinheiten bewerteten Kosten subtrahiert. Daraus ergibt sich durch ein positives oder negatives Saldo ein direkter Aufschluss darüber ob der Nutzen die Kosten überwiegt. Im Prinzip weist die Kosten-Nutzen-Analyse Parallelen zur Kostenminimierung-Analyse auf. So werden Durchführung und

---

<sup>350</sup> vgl. Schöffski (2008) S.79

<sup>351</sup> vgl. Schöffski (2008) S.80

<sup>352</sup> vgl. Schöffski (2008) S.81

<sup>353</sup> vgl. Büscher/Gerber (2010) S.69ff

Nichtdurchführung einer Maßnahme als Handlungsalternativen miteinander verglichen. Weiterhin ist es auch Möglich neben der Differenzbildung der Kosten der Handlungsalternativen eine Division der Kosten der Handlungsalternativen durchzuführen. Auf diese Weise lassen sich Aussagen darüber treffen um ein wie viel Faches sich die Handlungsalternativen in ihren Kosten unterscheiden (z.B. Handlungsalternative A ist 1,5-mal so teuer wie Handlungsalternative B). Allerdings erweist es sich in der Praxis aus ethischen Gründen als schwierig vor allem die Lebensqualität-bezogenen Nutzeinheiten monetär zu bewerten.<sup>354</sup>

Am Beispiel des ‚Zentrum Demenz‘ könnte es darum Gehen zu ermitteln welche Kosten für die Leistungsträger entstehen wenn die Leistungen des ‚Zentrum Demenz‘ nicht erbracht werden. Dabei ist die Festlegung eines angemessenen Zeithorizontes von entscheidender Bedeutung. Es ist davon auszugehen, dass die Leistungen des ‚Zentrum Demenz‘ die stationäre Unterbringung eines an Demenz erkrankten Menschen hinaus zögern. Allerdings fallen für den Leistungsträger (Pflegekasse) durch die Betreuungsleistungen bereits Kosten (die allerdings deutlich unter der einer stationären Betreuung liegen) im Vorfeld einer stationären Unterbringung an. Die Berücksichtigung von Lebensqualität der Erkrankten sowie ihrer Angehörigen außer acht gelassen würde die Maßnahme als erfolgreich gelten wenn innerhalb des angesetzten Zeithorizontes die Kosten für niedrigschwellige Betreuung + stationäre Betreuung die Kosten der nicht Inanspruchnahmen niedrigschwelliger Betreuungsleistungen + stationäre Betreuung (zu einem früheren Zeitpunkt in Anspruch genommen) unterschreiten würden.

### **Kosten-Wirksamkeitsanalyse / Kosten-Effektivitäts-Analyse**

In der Kosten-Wirksamkeitsanalyse ist es möglich die Effekte einer Maßnahme, welche monetär nur schwer bewertbar sind, in gesundheitsökonomischen Evaluationen zu berücksichtigen. In dieser Analyseform werden die Kosten monetär und der Nutzen in klinischen oder natürlichen Einheiten (z.B. Senkung

---

<sup>354</sup> vgl. Schöffski (2008) S.81f / Foos et al. (2010) S.27ff

des Blutdruckes, Lebensverlängerung in Jahren, erfolgreich behandelte Fälle, Senkung von Prävalenz oder Mortalität) gemessen. Die Wahl der Parameter, anhand derer der Erfolg bzw. Effekt einer Maßnahme gemessen wird ist von der Verfügbarkeit z.B. durch (klinische) Studien der erforderlichen Daten abhängig.<sup>355</sup> Allerdings kann die Wahl der Effektmaße zur Bestimmung des Nutzens auch aus strategischen Gründen erfolgen, um eine möglichst gute oder schlechte Bewertung zu erlangen. So kann beispielsweise ein Entscheidungsträger die Anzahl geretteter Menschenleben gegenüber gewonnener Lebensjahre präferieren. Dadurch kann es sein, dass das Ergebnis der Bewertung (Durchführung der Maßnahme ‚ja‘ oder ‚nein‘) mit dem Maßstab der Beurteilung differiert.<sup>356</sup>

Den messbaren Erfolgen einer Maßnahme werden die Kosten gegenüber gestellt. Durch die Division der Kosten durch das Effektmaß ist es möglich, eine Aussage darüber zu treffen, welche Kosten je Veränderung der klinischen Einheit auftreten. (z.B. jedes gewonnene Jahr an Lebenserwartung kostet XX-Geldeinheiten oder jeder Pflage-tag<sup>357</sup> kostet XX-Geldeinheiten). Auf diese Weise ist es möglich, zwei unterschiedlich wirksame Maßnahmen miteinander zu vergleichen. Es kann z.B. die Aussage getroffen werden: die Verlängerung der Lebenserwartung um ein Jahr kostet in Maßnahme A XX-Geldeinheiten und in Maßnahme B YY-Geldeinheiten.<sup>358</sup> Dividiert man die Differenz der Kosten von Maßnahme A und Maßnahme B durch die Differenz des Effektes von Maßnahme A und Maßnahme B, erhält man das inkrementelle Kosten-Effektivitäts-Verhältnis.<sup>359</sup>

Im Falle des ‚Zentrum Demenz‘ geht es zuerst darum messbare Einheiten zu ermitteln, anhand derer die Kosten-Wirksamkeitsanalyse durchgeführt werden kann. Eine Möglichkeit könnte die durchschnittliche Anzahl an Jahren sein, um die eine stationäre Betreuung durch die niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote hinausgezögert wird. Stellt man diesen Daten die Kosten

---

<sup>355</sup> vgl. Schöffski (2008) S.83 / Foos et al. (2010) S.20

<sup>356</sup> vgl. Büscher/Gerber (2010) S.70

<sup>357</sup> Mit jedem Pflage-tag ist ein ganz bestimmtes Nutzenniveau verbunden.

<sup>358</sup> vgl. Schöffski (2008) S.83f

<sup>359</sup> vgl. Foos et al. (2010) S.21f

gegenüber, die zur Erreichung dieses Effektes angefallen sind, lassen sich Aussagen darüber treffen, wie teuer jeder Monat Hinauszögerung einer stationären Betreuung ist. Auch in diesem Fall ist die Perspektive zu berücksichtigen, da in unterschiedlichen Perspektiven verschieden Kosten anfallen können.

Ein anderes Maß könnte die Zahl der Verringerung an psychischen Krankheiten in Folge von belastenden familiären Pflegearrangements sein. Hier gilt es also zu ermitteln, um welchen Grad die psychischen Krankheiten in Folge belastender familiärer Pflege minimiert werden können. Dem gegenüber werden die in der Zeitperiode angefallen Kosten gestellt. Somit lassen sich Aussagen darüber treffen, wie viel die Reduzierung einer psychischen Erkrankung auf Grund von belastender familiärer Pflege im Durchschnitt kostet.

### **Kosten-Nutzwert-Analyse**

In der Kosten-Nutzwert-Analyse wird der Schwäche der Kosten Wirksamkeits-Analyse begegnet, den Nutzen nur anhand von natürlichen bzw. klinischen Messgrößen zu bestimmen und das subjektive Empfinden des Nutzens für den Patienten nicht zu berücksichtigen. So erfolgt die Bewertung des Nutzens einer Maßnahme aus Patientensicht, d.h. es werden die Effekte auf die Lebensqualität und die Lebenserwartung des Patienten berücksichtigt.<sup>360</sup> Zudem wird der Nutzen in einer normierten Einheit zusammengefasst, d.h. das Maßnahme-Ergebnis wird in einem Index anstelle der eindimensionalen klinischen oder natürlichen Maße dargestellt. Durch die Verwendung eines Index können verschiedene Effekte zu einem einheitlichen Maß zusammengefasst werden.<sup>361</sup> Auf diese Weise werden auch verschiedenartige Maßnahmen miteinander vergleichbar. Der wohl bekannteste und am häufigsten verwendete Index ist das QALY-Konzept (Qualitätskorrigierte Lebensjahre). QALYs<sup>362</sup> „[...] können als Anzahl der Jahre verstanden

---

<sup>360</sup> vgl. Schöffski (2008) S.92 / Foos et al. (2010) S.26

<sup>361</sup> vgl. Büscher/Gerber (2010) S.70

<sup>362</sup> Das QALY-Konzept wird von Schöffski/Greiner (2008) In: Schöffski/Graf v.d. Schulenburg (2008) S.95ff ausführlich erläutert.

werden, die einem Patienten mit einer bestimmten Behandlung in Form seiner Lebenserwartung verbleiben, modifiziert um das physische, psychische und soziale Wohlbefinden.<sup>363</sup> So wird über den Index / Nutzwert erfasst, wie viel ein Individuum durch die Maßnahme an Nutzen gewinnt bzw. an Schaden verliert.<sup>364</sup> Die Ermittlung des Nutzwertes erfolgt in der Regel mittels Patientenbefragungen. „Diese Nutzwerte werden entsprechend der Behandlung und der Morbidität der Patienten anstelle der Lebensjahre aufsummiert und den Kosten gegenüber gestellt.“<sup>365</sup>

Für die Anwendung beim ‚Zentrum Demenz‘ wäre die Ermittlung des Nutzwertes für die demenziell Erkrankten sowie die pflegenden Angehörigen eine besondere Herausforderung. Schließlich sind natürliche bzw. klinische Maßzahlen kein Maß für die Lebensqualität bzw. die Bewertung der Ergebnisse der Maßnahmen, die die betroffenen Personen erleben. Zu Beginn einer Nutzwertanalyse stünden Überlegungen, wie sich der Nutzwert der Maßnahme ermitteln ließe. Gerade in der Ermittlung des Nutzwertes von Maßnahmen liegt ein hohes Maß an schlagkräftigen Argumenten auch für politische Diskussionen zur Durchführung und Finanzierung von Maßnahmen. Die Perspektive einer Nutzwertanalyse bezieht sich vor allem auf die Adressaten der Maßnahme. Darüber hinaus ist anzunehmen, dass Daten zum Nutzwert von Maßnahmen gleichsam von Interesse für die Pflegewissenschaft sind, um im Sinne einer Evidenz basierten Pflege Maßzahlen für den Vergleich verschiedener Maßnahmen und Interventionen bereit zu stellen.

---

<sup>363</sup> Foos et al. (2010) S.26

<sup>364</sup> Vgl. Büscher/ Gerber (2010) S.70

<sup>365</sup> Foos et al. (2010) S.26

## **11 Abschließende Betrachtungen**

### **11.1 Empfehlungen zur Weiterentwicklung des ‚Zentrum Demenz‘**

Das Zentrum Demenz leistet einen erheblichen Beitrag zur strukturellen Entwicklung der pflegerischen Versorgung von Menschen mit demenziellen Erkrankungen und ihren Angehörigen. Dem Ziel der trägerunabhängigen Vernetzung der Betreuungs- und Versorgungsstrukturen kommt man mittels des Anfang des Jahres 2011 eingeführten Case Management Konzeptes nach. Die Evaluation und Fortentwicklung steht allerdings noch aus und sollte im Sinne einer effizienten und qualitativ hochwertigen Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen dringend durchgeführt werden. Das ‚Zentrum Demenz‘ hat seit seiner Gründung im Jahr 2006 neue Betreuungs- und Versorgungsformen in Form von Betreuungsgruppen und individuellen Betreuungsleistungen sowie umfangreicher Informationsvermittlung unter Einbeziehung von Angehörigen und Ehrenamtlichen für Schwerin und Umland entwickelt und angeboten. Die im Rahmen der Berichtsanhfertigung durchgeführte Befragung von pflegenden Angehörigen ergab eine sehr hohe Zufriedenheit mit den angebotenen Leistungen sowie den Mitarbeitern des ‚Zentrum Demenz‘ und eine subjektiv gut eingeschätzte Wirkung der Maßnahmen bzw. Leistungen des ‚Zentrum Demenz‘. Zudem konnte mittels einer Regressionsanalyse im Rahmen einer explorativen statistischen Datenanalyse ein positiver Einfluss auf das Belastungsempfinden und die anderen Dimensionen der Lebensqualität der pflegenden Angehörigen nachgewiesen werden. Obgleich das Zusammenwirken der Zufriedenheit mit den Leistungen und die subjektiv eingeschätzte Wirkung der Maßnahmen den größten Effekt auf das Belastungsempfinden der Stichprobe hat konnte festgestellt werden, dass die Zufriedenheit mit den Maßnahmen bzw. Leistungen die Variable mit dem größeren Einfluss darstellt. D.h. die subjektiv eingeschätzte Wirkung der Leistungen bzw. Maßnahmen stellt ein Verbesserungspotential dar. Bei der Betrachtung der Gründe, Leistungen des ‚Zentrum Demenz‘ in Anspruch zu nehmen, und der Einschätzung der Wirksamkeit der Leistungen fällt ein Missverhältnis im Bereich der psychischen

Entlastungen auf. Somit sollte es Aufgabe sein, die Grundlage des sehr gut bewerteten Bereiches der Informationsvermittlung zu nutzen und den Bereich der psychischen Entlastungen auszubauen. Eine Möglichkeit stellt eine Leistungsausweitung im Bereich der Gesundheitsförderung dar. Vor dem Hintergrund, dass demenzielle Erkrankungen chronisch degenerative Erkrankungen sind und mit der Dauer der Pflege vor allem das psychische Belastungsniveau der pflegenden Angehörigen steigt, sollte die Leistungsausweitung im Bereich des Stressmanagements liegen. Durch eine Leistungsausweitung in diesen Bereich ist auch eine breitere Grundlage der Finanzierung des Projektes ‚Zentrum Demenz‘ denkbar, da derartige Leistungen auf Grundlage des § 20 SGB V (Prävention und Selbsthilfe) angeboten werden können. Gerade auch in diesem Bereich bietet es sich an, Potentiale des Fachbereiches Gesundheit Pflege Management zu nutzen und gemeinsam, zum gegenseitigem Vorteil die passenden Leistungen zu entwickeln und anzubieten. Mit Blick auf den chronisch degenerativen Charakter demenzieller Erkrankungen und die damit verbundenen steigenden Belastungen sollten die Bemühungen ausgeweitet werden, pflegende Angehörige von Menschen mit demenziellen Erkrankungen frühzeitig zur Inanspruchnahme von entlastenden Maßnahmen zu animieren. Dies zu erreichen sollte im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit ein verstärkter Fokus auf den Abbau von Scham, Ängsten und Unsicherheiten, Hilfen anzunehmen, bevor ein erhöhtes Belastungsniveau erreicht ist, liegen. Es ist zu erwarten, dass ein stärkerer Fokus auf die Gesundheitsförderung pflegender Angehöriger auch einen positiven Effekt auf die Pflegesituation selbst und damit auf den an Demenz erkrankten Menschen hat.

Weiterhin war in der Auswertung der Befragung festzustellen, dass es vorrangig Menschen mit höherem Bildungsniveau sind, die Leistungen des ‚Zentrum Demenz‘ in Anspruch nehmen<sup>366</sup>. Da allerdings davon auszugehen ist, dass nicht vorwiegend Menschen mit universitären Abschluss mit der Pflege von demenziell Erkrankten betraut sind, sind Anstrengungen zu unternehmen, mehr

---

<sup>366</sup> Lediglich 3 der 24 Befragten gaben an eine Lehre als höchsten Berufsqualifizierenden Abschluss zu haben.

Menschen mit nicht akademischem Hintergrund zur Inanspruchnahme von Leistungen des ‚Zentrum Demenz‘ zu animieren.

Vor dem Hintergrund der mit dem demografischen Wandel verbundenen Herausforderungen, welche auch mit einem Anstieg der Rate der Pflegebedürftigen und einem abnehmenden familiären Pflegepotenzial sowie Schwierigkeiten der Finanzierung von Pflegeleistungen, mit denen Rationalisierung und Rationierung verbunden sind, sollte die wissenschaftliche Begleitung auch auf den Bereich der ökonomischen Evaluation ausgeweitet werden. Gerade die Ermittlung von Nutzwerten wäre nicht nur aus ökonomischer Sicht im Sinne von Rationalisierung und Rationierung interessant für gesundheitspolitische Debatten, sondern kann auch vergleichbare Daten im Sinne einer Evidenz basierten Pflege liefern.

### **11.2 Rückblick zur Erstellung der Arbeit**

Die Erstellung der vorliegenden Arbeit stellte insofern, dass der Autor bis zu diesem Zeitpunkt derart umfangreiche Themen und Untersuchungen immer in Gruppenarbeit durchgeführt hatte, eine neue Herausforderung dar. Durch die vorhergehende Anfertigung wissenschaftlicher Arbeiten, Durchführung von Projekten und den Besuch verschiedener Lehrveranstaltungen im Rahmen des Studiums waren bereits umfangreiche Kenntnisse zum Themengebiet sowie dem methodischen Vorgehen vorhanden. Doch stellte die Tatsache, größere Arbeiten und Projekte bisher in Gruppenarbeit durchgeführt zu haben, eine neue Dimension dar. Die neue Herausforderung bestand vor allem darin, allen verantwortlich zu sein, so dass keine (Teil-)Ziele, die es einzuhalten galt, mit anderen vereinbart wurden, so dass ein größeres Maß an Disziplin gefordert war, da niemand aktiv die Fertigstellung von bestimmten Teilen der Arbeit erwartete bzw. niemand anderes darauf angewiesen war, um selbst weiter arbeiten zu können. Zusammenfassend kann das aufgetretene Problem als unzureichendes Zeitmanagement bezeichnet werden. Dies stellt nach Auffassung des Autors auch die größte Herausforderung und Schwierigkeit im Prozess der Erstellung der Arbeit dar. Um dieser Schwierigkeit in Zukunft besser begegnen zu können empfiehlt es sich, nicht nur eine Arbeitsgliederung



zu erstellen, sondern auch eine Art Projektplan, dem zu entnehmen ist wie viel Zeit für bestimmte Aufgaben und die Bearbeitung bestimmter thematischer Schwerpunkte eingeplant ist. Ein solcher Projektplan hätte neben einem höheren Maß an Verbindlichkeit auch eine aktive Planung der Arbeitsschritte zur Folge, um einschätzen zu können, wie viel Zeit für bestimmte Arbeitsschritte und Themenabschnitte erforderlich ist.

Desweiteren ist mit der Anfertigung einer wissenschaftlichen Arbeit in Gruppenarbeit etwas, was als ‚Gruppenintelligenz‘ bezeichnet werden kann, verbunden. In der Regel sind die Mitglieder einer Arbeitsgruppe mit den thematischen Grundlagen der Arbeit vertraut, so dass Probleme und Fragestellungen leichter und schneller diskutiert werden können. Im vorliegenden Fall bedurfte es häufig größerer Anstrengungen sich Anregungen, zu bestimmten Problemen und Problemlösungsprozessen von Anderen einzuholen.

Insgesamt kann die Zusammenarbeit mit den Mitarbeiterinnen des ‚Zentrum Demenz‘ als sehr gut bezeichnet werden. Nach der Vorstellung einer groben Gliederung, in der die Inhalte der vorliegenden Arbeit und des Berichtes besprochen wurden, konnte die Arbeit zügig aufgenommen werden. Informationen zu Sachverhalten und benötigte Daten wurden in der Regel zeitnah und umfassend zur Verfügung gestellt. Auch kurze Anfragen per eMail wurden schnell und zufriedenstellend beantwortet.

Lediglich die Änderung eines umfassenden und zentralen Themenschwerpunktes durch die Geschäftsführung des Augustenstiftes ließ die Bearbeitung der Arbeit ins Stocken geraten, da erst neue Untersuchungsfragen und Forschungsmethoden erarbeitet werden mussten.

In der Untersuchung der Wirksamkeit der Leistungen des ‚Zentrum Demenz‘ erwies es sich für den Autor anfangs als schwierig, einen positiven Effekt der Maßnahmen nachzuweisen. Hier tat sich zwischen der positiven Bewertung der Maßnahme durch die Klienten und dem Vergleich mit Daten einer Vergleichsstichprobe ein vorher nicht erwartetes Bild auf. Schließlich sollte hier wissenschaftlichen / methodischen Ansprüchen und den Interessen des Auftraggebers gleichermaßen Rechnung getragen werden. Doch auch diese

Schwierigkeiten konnten im Laufe einer Konsultation und Diskussion der Problemlage bei der betreuenden Professorin Frau Dr. Bethke überwunden werden.

Insgesamt ist zu sagen, dass die Bearbeitung des gesamten Themengebietes durch den Autor zu jedem Zeitpunkt mit großem Interesse vorgenommen wurde. Durch die Anfertigung der vorliegenden Arbeit konnte der Autor bereits erworbene Kenntnisse und Fähigkeiten einsetzen, ausbauen und festigen.

## **Anhangsverzeichnis**

### *Anhänge auf der CD*

- 01 Anhang Tabellen
- 02 Fragebogen Befragung Zentrum Demenz
- 03 Fragebogen Breede und Kuhlmeij
- 04 SPSS Daten Befragung 2011Belastung
- 05 SPSS Daten Beratung
- 06 SPSS Daten Breede und Kuhlmeij

## Literaturverzeichnis

Badura, Bernhard; Krämer, Alexander; Laaser, Ulrich (Hg.) (2002): Evaluation im Gesundheitswesen. Ansätze und Ergebnisse. 2. Aufl. Weinheim, München: Juventa Verlag.

Baron von Maydell, Bernd; Ruland, Franz (Hg.) (2003): Sozialrechtshandbuch. 3. Aufl. Bden-Baden: Nomos Verlag.

Bauer, Rudolph (Hg.) (1992): Lexikon des Sozial- und Gesundheitswesens. A-F. München: Oldenburg Verlag.

Blüher, Srefan (2004): "Liebesdienst und Pflegedienst" - theoretische Überlegungen und empirische Befunde zur Vergesellschaftung in häuslichen Pflegearrangements. In: Stefan Blüher und Manfred Stosberg (Hg.): Neue Vergesellschaftungsformen des Alter(n)s, Bd.9. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften (Alter(n) und Gesellschaft), S. 11–51.

Blüher, Stefan; Stosberg, Manfred (Hg.) (2004): Neue Vergesellschaftungsformen des Alter(n)s. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften (Alter(n) und Gesellschaft).

Bühl, Achim (2008): SPSS 16. Einführung in die moderne Datenanalyse. 11. Aufl. München: Pearson Studium.

Klie, Thomas; Kraher, Utz (2009): Sozialgesetzbuch XI. Soziale Pflegeversicherung ; Lehr- und Praxiskommentar. 3. Aufl. Begründet von Annett Böhm und Klie-Kraher. Baden-Baden: Nomos Verlag (NomosKommentar).

Bortz, Jürgen; Döring, Nicola (2006): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaften. 4. Aufl. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Breede, Christin; Kuhlmeier, Anika (2007): Bedarfsanalyse von Unterstützungs- und Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige demenzkranker Menschen. Masterthesis. Hochschule Neubrandenburg. Neubrandenburg.

Breyer, Friedrich; Zweifel, Peter; Kifmann, Mathias; Breyer-Zweifel-Kifmann (2005): Gesundheitsökonomik. 5. Auflage. Berlin: Springer.

Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) (Hg.) (2010): Bürgerschaftliches Engagement heute: Produktionsmittel zur Erstellung sozialer Dienstleistungen. Sozialwirtschaft - mehr als Wirtschaft? Steuerung - Finanzierung - Vernetzung; 6. Kongress der Sozialwirtschaft. Magdeburg, 14. - 15. 05. 2009. 1. Aufl. Bden-Baden: Nomos Verlag.

Busch, Klaus Henning (2000): Handbuch wissenschaftliche Begleitung von Modellversuchen und Projekten der beruflichen Aus- und Weiterbildung. Berlin: Trafo-Verl.

Büscher, Guido; Gerber, Andreas (2010): Gesundheitsökonomische Evaluation als Ansatz zur Steuerung der Ausgaben im Gesundheitswesen. In: Karl W. Lauterbach, Markus Lungen und Matthias Schrappe (Hg.): Gesundheitsökonomie, Management und Evidence-based Medicine. Handbuch für Praxis, Politik und Studium. 3. Aufl. Stuttgart: Schattauer, S. 63–78.

Deutsche Gesellschaft für Evaluation e.V. (Hg.) (2002): Standards für Evaluation. Köln: DeGEval.

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hg.) (2007): Fachlexikon der sozialen Arbeit. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. 7. Auflage. Bden-Baden: Nomos Verlag.

Eichner, Volker (2003): Mobilisierung sozialen Kapitals durch bürgerschaftliches Engagement. In: Veronika Fischer, Volker Eichner und Karin Nell (Hg.): Netzwerke - ein neuer Typ bürgerschaftlichen Engagements. zur Theorie und Praxis der sozialen Netzwerkarbeit mit Älteren. Schwabach: Wochenschau Verlag, S. 17–27.

Erlinghagen, Marcel; Hank, Karsten (Hg.) (2008): Produktives Altern und informelle Arbeit in modernen Gesellschaften. Theoretische Perspektiven und empirische Befunde. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Fahreir, Ludwig; Künstler, Rita; Pigeot, Iris; Tutz, Gerhard (2010): Statistik. Der Weg zur Datenanalyse. 7. Aufl. Heidelberg: Springer.

Finis Siegler, Beate (2009): Ökonomik sozialer Arbeit. 2. Aufl. Freiburg im Breisgau: Lambertusverlag.

Fischbach, Christian; Veer, Tobias (2008): Bürgerschaftliches Engagement in der Altenhilfe. Der Wert älterer Freiwilliger am Beispiel der Betreuung von Demenzkranken. In: Marcel Erlinghagen und Karsten Hank (Hg.): Produktives Altern und informelle Arbeit in modernen Gesellschaften. Theoretische Perspektiven und empirische Befunde. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 235–256.

Fischer, Veronika; Eichner, Volker; Nell, Karin (Hg.) (2003): Netzwerke - ein neuer Typ bürgerschaftlichen Engagements. zur Theorie und Praxis der sozialen Netzwerkarbeit mit Älteren. Schwabach: Wochenschau Verlag.

Foos, Volker; Repschläger, Uwe; Riedel, Rolf-Rainer (2010): Gutachten zu Kosten-Nutzen-Bewertungsverfahren (KNB) für Arzneimittel in Deutschland und im internationalen Vergleich. Köln: Inst. für Medizin-Ökonomie, zuletzt geprüft am 27.05.2011.

Forster, Thomas (2005): Krankheitskostenrechnung für Deutschland. Hg. v. Statistisches Bundesamt (Destatis). Statistisches Bundesamt (Destatis). Wiesbaden (Wirtschaft und Statistik).

Frank, Kerstin; Seifert, Brigitte (1998): Evaluation von Modellprogrammen. oder: der Spagat der Kröte. In: Manja Heiner (Hg.): Experimentierende Evaluation. Ansätze zur Entwicklung lernender Organisationen. Weinheim, München: Juventa Verlag, S. 167–194.

Fringer, André; Mayer, Herbert; Schnepf, Wilfried (2010): Das Ehrenamt bei der Unterstützung von Pflegebedürftigen und ihren Familien: Profil und Motive. In: *PflegeRecht* 23 (3), S. 173–180.

Gräßel, Elmar (2009): Subjektive Belastungen und deren Auswirkungen bei betreuenden Angehörigen eines Demenzkranken - Notwendigkeit zur

- Entlastung. In: Gabriela Stoppe, Gerthild Stiens und Elmar Gräßel (Hg.):  
Niedrigschwellige Betreuung von Demenzkranken. Grundlagen und  
Unterrichtsmaterialien. Stuttgart: Kohlhammer, S. 42–47.
- Greiner, W. (2008): Berechnung von Kosten und Nutzen. In: Oliver Schöffski  
und J.-Matthias Graf v. d. Schulenburg (Hg.): Gesundheitsökonomische  
Evaluationen. 3., vollst. überarb. Berlin: Springer, S. 49–64.
- Greve, Ute (2007A): Konzeption für niedrigschwellige Betreuungsangebote  
im Rahmen des Modellprojektes "Zentrum Demenz" nach SGB XI, §45c.  
Zentrum Demenz. Schwerin.
- Greve, Ute (2007B): Modellvorhaben zur Erprobung neuer  
versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen nach §45c SGB XI.  
Zentrum Demenz. Zentrum Demenz. Schwerin.
- Greve, Ute (2011 (nicht veröffentlicht)): Zwischenbericht. Sachstand:  
Modellprojekt SGB XI, §45c "Zentrum Demenz" SChwerin. Zentrum Demenz.  
Schwerin.
- Grobecker, Claire; Krack-Roberg, Elle; Sommer, Bettina (2009):  
Bevölkerungsentwicklung 2007. Hg. v. Statistisches Bundesamt (Destatis).  
Statistisches Bundesamt (Destatis). Wiesbaden (Wirtschaft und Statistik,  
1/2009), zuletzt geprüft am 21.06.2011.
- Gunzelmann, Th.; Wilz, G. (2005): Demenzen und Angehörige. In: Claus-  
Werner Wallesch und Hans Förstl (Hg.): Demenzen. 1. Auflage. Stuttgart:  
Thieme Verlag, S. 302–307.
- Gutzmann, H (2009): Exkurs1: Verteilung von Gesundheitsgütern - die  
gerontopsychiatrische Perspektive. In: R Mahlberg und H Gutzmann (Hg.):  
Demenzerkrankungen. erkennen, behandeln und versorgen. Köln: Deutscher  
Ärzte-Verlag, S. 199–203.
- Hallauer, Johannes; Schons, M; Smala, Antje; Berger, Karin (2000):  
Untersuchung von Krankheitskosten bei bei Patienten mit Alzheimer-

Erkrankung in Deutschland. In: *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 5 (3), S. 73–79.

Heiner, Manja (Hg.) (1998): Experimentierende Evaluation. Ansätze zur Entwicklung lernender Organisationen. Weinheim, München: Juventa Verlag.

Hellstern, Gerd-Michael; Wollmann, Hellmut (Hg.) (1984): Handbuch zur Evaluationsforschung. Zentralinstitut für sozialwissenschaftliche Forschung Berlin (West). Opladen: Westdeutscher Verlag (Schriften des Zentralinstituts für Sozialwissenschaftliche Forschung, 1).

Hillger, Christine; Schütte, Ursula; Kirch, Wilhelm (2010): Evaluation und Kosteneffektivität. In: Karl W. Lauterbach, Markus Lungen und Matthias Schrappe (Hg.): *Gesundheitsökonomie, Management und Evidence-based Medicine. Handbuch für Praxis, Politik und Studium*. 3. Aufl. Stuttgart: Schattauer, S. 187–197.

Igl, Gerhard (2003): Pflegeversicherung. In: Bernd Baron von Maydell und Franz Ruland (Hg.): *Sozialrechtshandbuch*. 3. Aufl. Baden-Baden: Nomos Verlag, S. 1061–1102.

IQWiG, Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2009 A): Allgemeine Methoden zur Bewertung von Verhältnissen zwischen Nutzen und Kosten. Köln, zuletzt geprüft am 01.06.2011.

IQWiG, Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2009 B): *Arbeitspapier\_Kostenbestimmung*. Köln, zuletzt geprüft am 31.05.2011.

Jansen, Anne (2007): Entlastung pflegender Angehöriger demenziell Erkrankter - Entwicklung von Fachstellen im Freistaat Bayern. Bachelorarbeit. Hochschule Neubrandenburg. Neubrandenburg.

Jansen, Anne (2009): Zufriedenheit und Motivation ehrenamtlich Tätiger im "Zentrum Demenz". Forschungsprojekt. Hochschule Neubrandenburg. Neubrandenburg.

Jansen, Anne (2010): Case Management für demente alte Menschen und ihre Angehörigen. Master Thesis. Hochschule Neubrandenburg. Neubrandenburg.



Janßen, Heinz J. (2006): Pflegeökonomik. Begründung, Determinanten, Eigenheiten. Internationaler Pflegekongress 06, Wien, 24. Oktober 2006. Hochschule Bremen. Bremen. Online verfügbar unter <http://www.hs-bremen.de/internet/forschung/einrichtungen/igp/publikationen/pflegeoekonomie.pdf>.

Janssen, Jürgen; Wilfried, Laatz (2007): Statistische Datenanalyse mit SPSS für Windows. 6. Aufl. Berlin Heidelberg: Springer.

Kähler, Wolf-Michael (1995): Einführung in die statistische Datenanalyse. Grundlagen Verfahren und deren EDV gestützter Einsatz. Braunschweig / Wiesbaden: Vieweg.

Kirschner, Anne; Kirschner, Stefanie (2007): Eine Ist-Analyse der Hilfs-, Unterstützungs- und Entlastungsangebote für demenziell erkrankte Menschen und deren Angehörige in Schwerin. Bachelorarbeit. Hochschule Neubrandenburg. Neubrandenburg.

Kirschner, Anne; Kirschner, Stefanie (2009): Die Entwicklung der Selbsthilfe für demenziell erkrankte Menschen und deren Angehörige in mecklenburg-Vorpommern. Master Thesis. Hochschule Neubrandenburg. Neubrandenburg.

Kirschner, Anne; Kirschner, Stefanie (2009): Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Informations- und Kontaktstelle "Zentrum Demenz". Forschungsbericht. Hochschule Neubrandenburg. Neubrandenburg.

Klie, Thomas (2009): §§45a-d. In: Thomas Klie und Utz Kraher: Sozialgesetzbuch XI. Soziale Pflegeversicherung ; Lehr- und Praxiskommentar. 3. Aufl. Baden-Baden: Nomos Verlag (NomosKommentar), S. 570–590.

Klie, Thomas (2009): 45c. In: Thomas Klie und Utz Kraher: Sozialgesetzbuch XI. Soziale Pflegeversicherung ; Lehr- und Praxiskommentar. 3. Aufl. Baden-Baden: Nomos Verlag (NomosKommentar), S. 580–586.

Klie, Thomas (2010): Bürgerschaftliches Engagement in der Pflege. In: Thomas Olk, Ansgar Klein und Birger Hartnuß (Hg.): Engagementpolitik. Die

Entwicklung der Zivilgesellschaft als politische Aufgabe. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 571–591.

Klie, Thomas (2010): Einführung zum Thema: Alter und Kommune. Gestaltung des demografischen Wandels auf kommunaler Ebene. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 43 (2), S. 75–76.

Klie, Thomas; Buhl, Anke; Entzian, Hildegard; Schmidt, Roland (Hg.) (2003): Entwicklungslinien im Gesundheits und Pflegewesen. Die Pflege älterer Menschen aus system- und sektorübergreifender Perspektive. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

Klie, Thomas; Stemmer, Philipp (2011): Freiwilliges Engagement zwischen Entgelt und Ehre. In: *Soziale Arbeit* 60 (1), S. 2–8.

Klie, Thomas; Stemmer, Philipp (2011): Freiwilligkeit im Spannungsfeld ökonomischer Kalküle. Teil1. In: *Nachrichtendienst NDV* 91 (1), S. 34–38.

Klie, Thomas; Stemmer, Philipp (2011): Freiwilligkeit im Spannungsfeld ökonomischer Kalküle. Teil2. In: *Nachrichtendienst NDV* 91 (2), S. 80–84.

Krack-Roberg, Elle; Grobecker, Claire (2011): Bevölkerungsentwicklung 2009. Hg. v. Statistisches Bundesamt (Destatis). Statistisches Bundesamt (Destatis). Wiesbaden (Wirtschaft und Statistik), zuletzt geprüft am 21.06.2011.

Kromrey, Helmut (2001): Evaluation - ein vielschichtiges Konzept Begriff und Methodik von Evaluierung und Evaluationsforschung. Empfehlungen für die Praxis. In: *Sozialwissenschaft und Berufspraxis (SUB)* 24 (2), S. 105–131.

Kulbe (2011): Hilfe zur Selbsthilfe für Angehörige von Demenzerkrankten in Mecklenburg Vorpommern. Wirkung von Gesprächs- bzw. Angehörigengruppen von Demenzkranken aus Sicht der Angehörigen. Forschungsprojekt. Hochschule Neubrandenburg. Neubrandenburg.

Lampert, Thomas; Saß, Anke-Christine; Häfelinger, Michael; Ziese, Thomas (2005): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2.Armutsbericht der Bundesregierung. Berlin: Robert Koch-Institut.

- Lauterbach, Karl W. (2010): Ethik - Utilitarismus und Kant. In: Karl W. Lauterbach, Markus Lungen und Matthias Schrappe (Hg.): Gesundheitsökonomie, Management und Evidence-based Medicine. Handbuch für Praxis, Politik und Studium. 3. Aufl. Stuttgart: Schattauer, S. 3–9.
- Lauterbach, Karl W.; Lungen, Markus; Schrappe, Matthias (Hg.) (2010): Gesundheitsökonomie, Management und Evidence-based Medicine. Handbuch für Praxis, Politik und Studium. 3. Aufl. Stuttgart: Schattauer.
- Loidl-Keil, Rainer (2006): Plädoyer für erweiterte Konzepte für Evaluation im Gesundheitswesen. Welche Rezepte für welche Diagnosen? - oder: wieder die "Knopfdruckhaltung". In: Rainer Loidl-Keil und Wolfgang Laskowski (Hg.): Evaluation im Gesundheitswesen. Konzepte, Beispiele, Erfahrungen. München, Mering: Rainer Hampp Verlag, S. 15–24.
- Loidl-Keil, Rainer; Laskowski, Wolfgang (Hg.) (2006): Evaluation im Gesundheitswesen. Konzepte, Beispiele, Erfahrungen. München, Mering: Rainer Hampp Verlag.
- Mahlberg, R; Gutzmann, H (Hg.) (2009): Demenzerkrankungen. erkennen, behandeln und versorgen. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Matter, Ch (2009): Angehörige von Demenzkranken. In: R Mahlberg und H Gutzmann (Hg.): Demenzerkrankungen. erkennen, behandeln und versorgen. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, S. 222–231.
- Nacken, Winfried (1984): Evaluierung als sozialer Interaktionsprozeß. Methodische Streitfragen und Probleme einer Evaluationsausbildung. In: Gerd-Michael Hellstern und Hellmut Wollmann (Hg.): Handbuch zur Evaluationsforschung. Opladen: Westdeutscher Verlag (Schriften des Zentralinstituts für Sozialwissenschaftliche Forschung, 1), S. 639–653.
- Nestmann, Frank; Engel, Frank; Sickendiek, Ursel (Hg.) (2004): Das Handbuch der Beratung // Disziplinen und Zugänge. 1. Aufl. Tübingen: dgvt-Verl (/ hrsg. von Frank Nestmann; Frank Engel & Ursel Sickendiek ; Bd. 1).

Olk, Thomas; Klein, Ansgar; Hartnuß, Birger (Hg.) (2010): Engagementpolitik. Die Entwicklung der Zivilgesellschaft als politische Aufgabe. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Plümpe, Johannes (2004): Bürgerschaftliches Engagement macht's möglich. In: *Forum Sozialstation* (129), S. 18–20.

Robert Koch-Institut (2006): Gesundheit in Deutschland. 2006. Hg. v. Robert Koch-Institut, zuletzt geprüft am 16.06.2011.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten, zuletzt geprüft am 27.05.2011.

Schöffski, Oliver (2008): Grundformen gesundheitsökonomischer Evaluationen. In: Oliver Schöffski und J.-Matthias Graf v. d. Schulenburg (Hg.): Gesundheitsökonomische Evaluationen. 3., vollst. überarb. Berlin: Springer, S. 65–94.

Schöffski, Oliver; Graf v. d. Schulenburg, J.-Matthias (Hg.) (2008): Gesundheitsökonomische Evaluationen. 3., vollst. überarb. Berlin: Springer.

Scholz, Christin; Reske, Charoline (2010): Pflegende Angehörige demenziell Erkrankter – subjektives Effektivitäts-empfinden von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten. Praktikumsbericht. Hochschule Neubrandenburg. Neubrandenburg.

Scholz, Christin; Reske, Charoline (2011): Evaluation der Arbeit mit ehrenamtlichen im "Zentrum Demenz". Bachelorarbeit. Hochschule Neubrandenburg. Neubrandenburg.

Schulz-Nieswqandt, Frank; Köstler, Ursula (2009): Bürgerschaftliches Engagement: Grundlagen und Perspektiven. In: Gabriela Stoppe, Gerhild Stiens und Elmar Gräßel (Hg.): Niedrigschwellige Betreuung von Demenzkranken. Grundlagen und Unterrichtsmaterialien. Stuttgart: Kohlhammer, S. 29–41.

Schürmann, Ingeborg (2004): Beratung in der Krisenintervention. In: Frank Nestmann, Frank Engel und Ursel Sickendiek (Hg.): Das Handbuch der Beratung // Disziplinen und Zugänge. 1. Aufl. Tübingen: dgvt-Verl (/ hrsg. von Frank Nestmann; Frank Engel & Ursel Sickendiek ; Bd. 1), S. 523–534.

Siegrist, Johannes (2002): Chancen und Grenzen sozialwissenschaftlicher Evaluationsforschung im Gesundheitswesen. In: Bernhard Badura, Alexander Krämer und Ulrich Laaser (Hg.): Evaluation im Gesundheitswesen. Ansätze und Ergebnisse. 2. Aufl. Weinheim, München: Juventa Verlag, S. 43–51.

Specke, Helmut K. (2005): Der Gesundheitsmarkt in Deutschland. Daten - Fakten - Akteure. 3. Aufl. Bern: Hans Huber Verlag.

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010A): Demografischer Wandel in Deutschland. Heft 2. Hg. v. Statistische Ämter des Bundes und der Länder. Statistische Ämter des Bundes und der Länder. Wiesbaden, zuletzt geprüft am 16.06.2011.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2010B): Krankheitskosten 2002, 2004, 2006 und 2008. Hg. v. Statistisches Bundesamt (Destatis) (Fachserie 12, Reihe 7.2), zuletzt geprüft am 16.06.2011.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2010C): 12. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Statistisches Bundesamt (Destatis). Wiesbaden. Online verfügbar unter [www.destatis.de/laenderpyramiden/](http://www.destatis.de/laenderpyramiden/), zuletzt geprüft am 21.06.2011.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2009): Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Hg. v. Statistisches Bundesamt (Destatis). Statistisches Bundesamt (Destatis). Berlin, zuletzt geprüft am 21.06.2011.

Stelling, Christa (2003): Der Wandel des Ehrenamtes. In: Veronika Fischer, Volker Eichner und Karin Nell (Hg.): Netzwerke - ein neuer Typ bürgerschaftlichen Engagements. zur Theorie und Praxis der sozialen Netzwerkarbeit mit Älteren. Schwabach: Wochenschau Verlag, S. 35–44.

Stock, Stephanie; Redaelli, Marcus; Lauterbach, Karl W. (2008): Wörterbuch Gesundheitsökonomie. Stuttgart: Kohlhammer.

Stockmann, Reinhard (2004): Evaluation in Deutschland. In: Reinhard Stockmann (Hg.): Evaluationsforschung. Grundlagen und ausgewählte Forschungsfelder. 2., überarbeitete und aktualisierte Auflage. 2. Aufl. Opladen: Leske + Budrich (Sozialwissenschaftliche Evaluationsforschung, ISSN 1861-244X, 1), S. 13–43.

Stockmann, Reinhard (Hg.) (2004): Evaluationsforschung. Grundlagen und ausgewählte Forschungsfelder. 2., überarbeitete und aktualisierte Auflage. 2. Aufl. Opladen: Leske + Budrich (Sozialwissenschaftliche Evaluationsforschung, ISSN 1861-244X, 1).

Stoppe, Gabriela; Stiens, Gerthild (Hg.) (2009): Niedrigschwellige Betreuung von Demenzkranken. Grundlagen und Unterrichtsmaterialien. Stuttgart: Kohlhammer.

Stoppe, Gabriela; Stiens, Gerthild; Gräbel, Elmar (Hg.) (2009): Niedrigschwellige Betreuung von Demenzkranken. Grundlagen und Unterrichtsmaterialien. Stuttgart: Kohlhammer. Online verfügbar unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-17-020405-8>.

Trilling, Angelika; Klie, Thomas (2003): Die Ermittlung von pflegekultureller Orientierung und Pflegebereitschaft als Instrument kommunaler Altenhilfeplanung. In: Thomas Klie, Anke Buhl, Hildegard Entzian und Roland Schmidt (Hg.): Entwicklungslinien im Gesundheits und Pflegewesen. Die Pflege älterer Menschen aus system- und sektorübergreifender Perspektive. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, S. 111–120.

von Winter, Thomas (2003): Demografischer Wandel und Pflegebedürftigkeit. In: Thomas Klie, Anke Buhl, Hildegard Entzian und Roland Schmidt (Hg.): Entwicklungslinien im Gesundheits und Pflegewesen. Die Pflege älterer Menschen aus system- und sektorübergreifender Perspektive. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, S. 7–26.

Wagner, Stefan F.; Häring, Beate (2010): Bürgerschaftliches Engagement heute: Produktionsmittel zur Erstellung sozialer Dienstleistungen. In: Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) (Hg.): Bürgerschaftliches Engagement heute: Produktionsmittel zur Erstellung sozialer Dienstleistungen. Sozialwirtschaft - mehr als Wirtschaft? Steuerung - Finanzierung - Vernetzung; 6. Kongress der Sozialwirtschaft. Magdeburg, 14. - 15. 05. 2009. 1. Aufl. Bden-Baden: Nomos Verlag, S. 171–173.

Wallesch, Claus-Werner; Förstl, Hans (Hg.) (2005): Demenzen. 1. Auflage. Stuttgart: Thieme Verlag.

Wendt, Sabine (2002): Neue Leistungen für die häusliche Pflege nach dem Pflegeleistungs- Ergänzungsgesetz. Umfang der zusätzlichen Betreuungsleistungen, leistungsberechtigter Personenkreis, Auszahlung der Leistung, Verrechnung mit Sozialhilfeleistungen. In: *PflegeRecht* 6 (9), S. 307–313.

Weyer, Siegfried; Schäufle, Martina (2009): Herausforderung durch die Demenzkrankheiten: Epidemiologische Versorgungssituation, psychosoziale und ökonomische Folgen. In: Gabriela Stoppe und Gerthild Stiens (Hg.): Niedrigschwellige Betreuung von Demenzkranken. Grundlagen und Unterrichtsmaterialien. Stuttgart: Kohlhammer, S. 15–28.

Weyerer, Siegfried (2005): Altersdemenz. Gesundheitsberichterstattung des Bundes - Heft 28. Hg. v. Robert Koch-Institut. Berlin, zuletzt geprüft am 16.06.2011.

Weyerer, Siegfried; Bickel, Horst; Tesch-Römer, Clemens (2007): Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer (Urban-Taschenbücher, 764). Online verfügbar unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-17-016835-0>.

Wottawa, Heinrich; Thierau, Heike (2003): Lehrbuch Evaluation. 3. korrigierte Auflage. Bern: Hans Huber Verlag.

Zentrum Demenz (2009A): Demenz-Wegweiser für Schwerin und Umland. Information, Hilfe, Unterstützung, Entlastung. 2. Aufl. Schwerin: Zentrum Demenz im Eigenverlag.

Zentrum Demenz (2009B): Schulung Ehrenamtlicher zur Betreuung und Begleitung von Demenzerkrankten. Übersicht über geplante Inhalte. 40 Stunden Zertifikat. Schwerin. Kopie.

Zentrum Demenz (2011A). Hg. v. Augustinenstift zu Schwerin. Evangelische Altenhilfe- und Pflegeeinrichtungen »Augustenstift zu Schwerin«. Online verfügbar unter <http://www.zentrum-demenz.de>.

Zentrum Demenz (2011B): Schulung für Angehörige von Demenzerkrankten. Hg. v. Augustinenstift zu Schwerin. Zentrum Demenz. Schwerin.

Zentrum Demenz (2011C): Schulung Ehrenamtlicher zur Betreuung und Begleitung von Demenzerkrankten. Unverbindliche Inhaltsplanung. 20 Stundenzertifikat. Schwerin. Kopie.

Zentrum Demenz (2007): Schulung für Ehrenamtliche. Hg. v. Augustinenstift zu Schwerin. Schwerin.

Zwerenz, Karlheinz (2006): Statistik. Datenanalyse mit EXEL und SPSS. 3. Aufl. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.



**Eidesstattliche Erklärung**

Ich erkläre an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken habe ich als solche kenntlich gemacht.

Neustrelitz, 23.11.2011

Unterschrift

Zentrum Demenz & Hochschule Neubrandenburg

# Fragebogen

Entlastungs- und Unterstützungsangebote für  
pflegende Angehörige



Hochschule Neubrandenburg  
University of Applied Sciences

Sehr geehrte pflegende Angehörige,

**vielen Dank**, dass Sie sich die Zeit nehmen und an der Untersuchung teilnehmen.

Vor dem Hintergrund einer immer älter werdenden Gesellschaft ist die Entwicklung neuer Versorgungskonzepte eine zentrale Aufgabe der Pflegewissenschaft. In einem besonderen Focus stehen dabei pflegende Angehörige, die es zu schützen und zu entlasten gilt. Mit Ihrer Teilnahme leisten Sie einen Beitrag, dieses Ziel zu erreichen.

Im Rahmen dieser Untersuchung soll herausgefunden werden, welchen Einfluss die bestehenden Unterstützungs- und Entlastungsangebote des Zentrum Demenz auf den Gesundheitszustand und das Wohlbefinden von pflegenden Angehörigen haben.

Dieser Fragebogen beinhaltet eine Reihe von Aussagen bezüglich Ihrer Gesundheit, Belastungen, Lebensqualität und Wünsche, die Sie bewerten sollen. Jede Frage enthält Kästchen zum ankreuzen. Kreuzen Sie bitte jeweils genau die Aussage an die Ihnen am ehesten entspricht. Sollten Sie aus verschiedenen Gründen nicht mehr mit der Pflege / Betreuung Ihres Angehörigen betraut sein, möchte ich Sie bitten, die Fragen rückblickend, als sie noch mit der Pflege / Betreuung Ihres Angehörigen betraut waren, zu beantworten. Bitte geben Sie **keine Namen** und/oder Adressen in dem Fragebogen an.

Die **Auswertung** der Fragebögen erfolgt **vollkommen anonym und vertraulich** an der Hochschule Neubrandenburg.

Bitte senden Sie den Fragebogen im beiliegenden, bereits frankierten Rückumschlag bis zum 19.08.2011 an die Hochschule Neubrandenburg.

Für eventuelle Fragen stehe Ich Ihnen gern zur Verfügung

Mit freundlichen Grüßen



---

**Wie viele Personen, Sie selbst mitgerechnet, leben insgesamt in Ihrem Haushalt?**

\_\_\_ Personen

**Wo lebt Ihr Angehöriger?**

- im selben Haushalt       im Betreuten Wohnen  
 im eigenen Zuhause       im Pflegeheim  
 Sonstige: \_\_\_\_\_

**Wie lange dauert es in der Regel, bis Sie Ihren Angehörigen erreichen?**

- sofort, da im selben Haus / Wohnung       bis zu 15 min  
 bis zu 30min       bis zu 1Stunde       länger als 1Stunde

---

**Angaben zur Pflegebedürftigen Person**

**Alter**      \_\_\_ Jahre

**Geschlecht**       weiblich       männlich

**In welchem familiären Verhältnis stehen Sie zu Ihrem Angehörigen?**

- Ehepartner / Lebensgefährtin  
 Tochter / Sohn  
 Schwester / Bruder  
 Schwiegertochter / Schwiegersohn  
 Tante / Onkel  
 Nichte / Neffe  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Wie lange leidet Ihr Angehöriger an der Demenzerkrankung?**

\_\_\_ Jahre

**Welche der folgenden Krankheitssymptome Ihres Angehörigen resultieren aus der Demenz? (Mehrfachnennungen möglich)**

- Gedächtnisstörungen  
 Sprachverlust  
 Inkontinenz  
 Verwirrtheit  
 Störungen des Tages- / Nachtrhythmus  
 Störungen der Orientierungsfähigkeit  
 Sonstige: \_\_\_\_\_

**Welche Verhaltensweisen stehen mit den gerade genannten Krankheitssymptomen in Verbindung?** (Mehrfachnennungen möglich)

- aggressives Verhalten
- Vergesslichkeit
- Ruhelosigkeit
- Gefühlsschwankungen
- Sonstige: \_\_\_\_\_

**Wie lange betreuen Sie bereits Ihren Angehörigen?**

\_\_\_ Jahre

**Wie hoch schätzen Sie den täglichen Betreuungs- und Pflegebedarf ein?**

\_\_\_ Stunden

**Welche Pflegestufe hat der zu Betreuende?**

- keine
- Pflegestufe I
- Pflegestufe II
- Pflegestufe III

**Besteht Erheblicher allgemeiner Betreuungsbedarf nach §45a SGB XI?**

(auch „Pflegestufe 0“)

- ja
- nein
- Grundbetrag (100€)
- Erhöhter Betrag (200€)

**Welches Motiv hatten Sie für die Übernahme der Pflege Ihres Angehörigen?**

- Pflege / Betreuung gibt mir ein gutes Gefühl
- emotionale Bindung (Liebe / Zuneigung)
- aus Dankbarkeit für frühere Jahre
- Es gab keine andere Möglichkeit (Ich musste)
- die Kosten für professionelle Pflege zu hoch
- eheliches / familiäres Versprechen
- Sonstige: \_\_\_\_\_

**II Der nun folgende Fragenblock beinhaltet Fragen zu Ihrer Gesundheit**

**Wie Wichtig ist Ihnen Ihre Gesundheit**

- |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| sehr wichtig             | wichtig                  | weniger wichtig          | unwichtig                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?**

- |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| sehr gut                 | gut                      | weniger gut              | schlecht                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Wie beurteilen Sie Ihren Gesundheitszustand:**

- |                                       |                          |                          |                          |                          |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ... vor der Pflege Ihres Angehörigen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... nach dem ersten Jahr der Pflege?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... heute?                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

<b>Ich ergreife Maßnahmen, um meinen Gesundheitszustand positiv zu beeinflussen</b> (ausgewogene Ernährung, Bewegung, Entspannungsübungen etc.)	trifft		trifft	trifft	
	völlig	trifft	eher	eher	gar
	zu	eher zu	nicht zu	nicht zu	nicht zu
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Welche Erkrankung(en) tritt (treten) bei Ihnen auf?** (Mehrfachnennungen möglich)

- Kreislaufbeschwerden
- Bluthochdruck
- Gicht / Rheuma
- Diabetes
- Sonstige Erkrankungen: \_\_\_\_\_
- Herzkrankheit / Herzinfarkt
- Krebsleiden
- Folgen eines Schlaganfalls
- seelische Erkrankungen

<b>Wie häufig waren Sie im letzten Jahr beim:</b>	wöchent-	monat-	halb-		
	lich	lich	jährlich	jährlich	nie
... Hausarzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Facharzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### III Der nun folgende Fragenblock enthält Fragen zur Beurteilung Ihres Wohlbefindens

	trifft	Trift	Trift	Trifft
	völlig	eher	eher	gar nicht
	zu	zu	nicht zu	zu
Ich fühle mich heute noch genauso glücklich und zufrieden wie vor der Pflege.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe das Gefühl, dass Ich mir durch die Pflege meiner Stärken bewusst geworden bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich akzeptiere meine persönliche Situation, die sich aus der Pflege ergeben hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Leben ist im Augenblick sehr glücklich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann außerhalb der Pflegesituation abschalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich meist unglücklich oder niedergeschlagen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich leide häufig an negativen Gefühlen wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst, oder Depression.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Schicksal der Pflegebedürftigen macht mich traurig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Aussichtslosigkeit der Erkrankung bedrückt mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe hin und wieder den Wunsch, aus meiner Situation auszubrechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	trifft völlig zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu
Mein Leben hat auf Grund der Pflege keinen Sinn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich betrachte mein Leben als sinnvoll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich schätze meine Zukunft optimistisch ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meiner Zukunft schaue ich getrost entgegen, da ich für alles vorgesorgt habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Angst wenn ich an die Zukunft denke, dass mich meine eigene Gesundheit im Stich lassen könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### IV Der nun folgende Fragenblock enthält Fragen zu Ihrer Lebenszufriedenheit

	trifft völlig zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu
Ich bin mit meinem Leben zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin mit mir selbst zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In den meisten Bereichen entspricht mein Leben meinen Idealvorstellungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch die Pflege hat die Zufriedenheit mit meinem Leben gelitten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bisher habe ich die wesentlichen Dinge erreicht, die ich mir für mein Leben wünsche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine finanzielle Situation belastet mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Lebensstandard hat sich durch die Pflege negativ verändert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe nicht genug Geld, um meine Bedürfnisse und die meiner Familie zu erfüllen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe aufgrund meiner räumlichen Situation keine Möglichkeit, mich zurückzuziehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit meiner Wohnsituation bin ich aufgrund der Pflege nicht zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufgrund der räumlichen Gegebenheiten fühle ich mich in meiner Privatsphäre eingeschränkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir bleibt genug Zeit für meine eigenen Interessen und Bedürfnisse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir steht nicht genügend Freizeit zur Verfügung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann keine Aktivitäten Auf Grund von unvorhersehbaren Zwischenfällen planen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir bleibt genügend Zeit, um meine sozialen Kontakte aufrechtzuerhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Sind für Sie in den folgenden Bereichen finanzielle Kosten aufgrund der Pflege entstanden?**  
(Mehrfachnennungen möglich)

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Anpassung der Häuslichkeit oder der Wohnungseinrichtung an die Betreuungssituation | <input type="checkbox"/> Fahrkosten  |
| <input type="checkbox"/> besondere Nahrungsmittel   | <input type="checkbox"/> Medikamente |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: _____  |                                      |

**V** Der nun folgende Fragenblock enthält Fragen zur Erfassung der Belastungen, die sich aus der Pflege Tätigkeit ergeben.

	trifft völlig zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu
Das Betreuen hat negative Auswirkungen auf meine Gesundheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufgrund der Pflegesituation fühle ich mich selbst geschwächt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich öfter erschöpft und Erschlagen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich körperlich abgeschlagen und würde gern mal wieder richtig ausspannen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich isoliert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Schuldgefühle wenn ich mich mit Freunden treffe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich von meiner Familie allein gelassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Freunde verstehen meine Lebenssituation nicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das krankheitsbedingte Verhalten meines Angehörigen ist mir peinlich und unangenehm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manchmal würde ich mir mehr Anerkennung von meiner Umwelt wünschen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wegen der Pflege leidet meine Beziehung zur Familie und Verwandten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Ehepartner bzw. meine Kinder fühlt / fühlen sich vernachlässigt und reagiert / reagieren eifersüchtig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufgrund der Pflegesituation sind wir in der Familie enger zusammengerückt (Zusammengehörigkeitsgefühl).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufgrund der Pflege kommt es immer wieder zu Unstimmigkeiten in der Familie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die unfreiwillige Alleinverantwortung durch nichterfüllte Hilfe, von Seiten anderer Familienangehöriger, belastet mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**Welche der Belastungen treten im Rahmen der Pflege bei Ihnen auf?**

(Mehrfachnennungen möglich)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> Verspannungen im Schulterbereich |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> gestörte Nachtruhe               |
| <input type="checkbox"/> Magenschmerzen  | <input type="checkbox"/> Herz- und Kreislaufprobleme      |
| <input type="checkbox"/> Keine           |   |

**Welche Pflege und Betreuungsleistungen erbringen Sie in der Regel?**

(Mehrfachnennungen möglich)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hilfe beim An- und Auskleiden   | <input type="checkbox"/> Hilfe bei der Körperpflege  |
| <input type="checkbox"/> Hilfe bei der Zubereitung von Mahlzeiten  | <input type="checkbox"/> Hilfe bei der Verrichtung von Notdurft / Inkontinenzversorgung              |
| <input type="checkbox"/> Hilfe bei der Medikamentengabe  | <input type="checkbox"/> Persönliche Mobilitätshilfe im Wohnbereich                                  |
| <input type="checkbox"/> Hilfe beim Einkauf von Nahrungsmitteln, Medikamenten und Bedarfsgütern des täglichen Lebens | <input type="checkbox"/> Hilfe bei der Reinigung der Wohnung bzw. der Wäsche                         |
| <input type="checkbox"/> Ständige Beaufsichtigung des Angehörigen  | <input type="checkbox"/> Einbindung des Angehörigen in alltägliche Aufgaben (Haus- und Gartenarbeit) |
| <input type="checkbox"/> Spaziergänge  |  |

**VI** Der folgende Fragenblock beinhaltet Fragen zu Entlastungs- und Unterstützungsangeboten die Sie möglicherweise in Anspruch nehmen

Wie zufrieden sind Sie ...	sehr zufrieden	zu- frieden	weniger zufrieden	nicht zufrieden
... mit der Vielfalt der Unterstützungsangebote des Zentrum Demenz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit der Qualität der Unterstützungsangebote des Zentrum Demenz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit dem Preis-Leistungsverhältnis der Unterstützungsangebote des Zentrum Demenz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit der Arbeit die die Mitarbeiter der Unterstützungsangebote des Zentrum Demenz durchführen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit der Information über Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige des Zentrum Demenz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit Informationen durch das Zentrum Demenz über weitere Unterstützungsangebote (außerhalb des Zentrum Demenz) für pflegende Angehörige?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit den Beratungsangeboten des Zentrum Demenz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**Warum nehmen Sie Leistungen des „Zentrum Demenz“ in Anspruch?**

(Mehrfachnennungen möglich)

- Ich möchte mehr über das Krankheitsbild der Demenz erfahren.
- Ich möchte sicherer im Umgang mit meinem an Demenz erkrankten Angehörigen werden.
- Ich möchte mich körperlich entlasten.
- Ich möchte mich psychisch entlasten.
- Ich möchte mehr Zeit für mich selbst.
- Ich möchte mehr Zeit mit der Familie und/oder Freunden verbringen.
- Ich möchte fachlich beraten werden.
- Sonstige: \_\_\_\_\_

**Wie sind Sie auf das „Zentrum Demenz“ aufmerksam geworden?**

- Zeitung
- Facharzt
- Krankenkasse / Pflegekasse
- Info-Abend
- Freunde, Verwandte, Bekannte, Kollegen
- Sonstige: \_\_\_\_\_
- Internet
- Hausarzt
- Krankenhaus / Klinik
- Broschüre

**Bitte kreuzen Sie die für Sie zutreffenden Aussagen an:** (Mehrfachnennungen möglich)

Durch die Beratungs- und Unterstützungsangebote des „Zentrum Demenz“ ...

	trifft völlig zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu
... habe ich mehr Wissen über das Krankheitsbild meines Angehörigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... verstehe ich die Zusammenhänge zwischen der Krankheit und dem Verhalten meines Angehörigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... bin ich sicherer im Umgang mit meinem Angehörigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... akzeptiere ich die Lebenswelt meines Angehörigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... bin ich gelassener im Umgang mit meinem Angehörigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... achte ich besser auf mein körperliches und geistiges Wohlbefinden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich mehr Zeit für mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich mehr Zeit für Familie und Freunde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich mehr Informationen über mögliche Leistungen der Kranken- bzw. Pflegeversicherung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich mehr Informationen bezüglich weiterer Dienstleistungs- bzw. Entlastungsangeboten in meiner Umgebung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich mehr Wissen zu Diagnostik und Behandlungsmöglichkeiten von Demenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## Anhang Tabellen:

Tabelle 1 Klientenkontakte Information / Beratung.....	5
Tabelle 2 Anzahl der Klientenkontakte / Information / Beratung.....	5
Tabelle 3 Jahr des Erstkontaktes Information / Beratung .....	5
Tabelle 4 Vermittler zum 'Zentrum Demenz' .....	6
Tabelle 5 Alter der pflegenden Angehörigen .....	7
Tabelle 6 Alter pflegender Angehöriger nach Breede und Kuhlmeij.....	8
Tabelle 7 Geschlecht pflegende Angehörige 'Zentrum Demenz' .....	9
Tabelle 8 Geschlecht pflegende Angehörige nach Breede und Kuhlmeij.....	10
Tabelle 9 Ausbildung pflegende Angehörige 'Zentrum Demenz' .....	10
Tabelle 10 Ausbildung pflegende Angehörige nach Breede und Kuhlmeij.....	10
Tabelle 11 Kreuztabelle Geschlecht der Pflegeperson / Familienverhältnis pflegende Angehörige ,Zentrum Demenz' .....	10
Tabelle 12 Kreuztabelle Geschlecht der Pflegeperson / Familienverhältnis pflegende Angehörige nach Breede und Kuhlmeij .....	11
Tabelle 13 Pflegestufe an Demenz erkrankter Angehöriger ,Zentrum Demenz.....	11
Tabelle 14 Täglicher Betreuungsbedarf in Stunden ,Zentrum Demenz' .....	11
Tabelle 15 Täglicher Betreuungsbedarf in Stunden ,Zentrum Demenz' .....	12
Tabelle 16 Pflegestufe demenziell Erkrankter nach Breede und Kuhlmeij.....	12
Tabelle 17 täglicher Betreuungs- und Pflegebedarf nach Breede und Kuhlmeij .....	12
Tabelle 18 täglicher Betreuungs- und Pflegebedarf nach Breede und Kuhlmeij .....	13
Tabelle 19 Wie lange betreuen Sie Ihren Angehörigen `Zentrum Demenz' .....	13
Tabelle 20 Wie lange betreuen Sie Ihren Angehörigen ,Zentrum Demenz' .....	14
Tabelle 21 Wie lange betreuen Sie Ihren Angehörigen nach Breede und Kuhlmeij (2007).....	14
Tabelle 22 Wie lange betreuen Sie Ihren Angehörigen nach Breede und Kuhlmeij (2007).....	15
Tabelle 23 Anzahl Krankheiten pflegende Angehörige ,Zentrum Demenz' .....	15
Tabelle 24 Anzahl Krankheiten pflegende Angehörige ,Zentrum Demenz' .....	15
Tabelle 25 Reliabilitätsstatistiken ,Zentrum Demenz' .....	16
Tabelle 26 Item-Skala-Statistiken ,Zentrum Demenz' .....	16
Tabelle 27 Gesundheitszustand allgemein ,Zentrum Demenz' .....	16
Tabelle 28 Gesundheitszustand allgemein ,Zentrum Demenz' .....	17
Tabelle 29 Gesundheitszustand vor der Pflege ,Zentrum Demenz' .....	17

Tabelle 30 Gesundheitszustand vor der Pflege ‚Zentrum Demenz‘ .....	17
Tabelle 31 Gesundheitszustand nach 1Jahr Pflege ‚Zentrum Demenz‘ .....	17
Tabelle 32 Gesundheitszustand nach 1Jahr Pflege ‚Zentrum Demenz‘ .....	18
Tabelle 33 Gesundheitszustand heute ‚Zentrum Demenz‘ .....	18
Tabelle 34 Gesundheitszustand Allgemein nach Breede und Kuhlmeiy (2007).....	18
Tabelle 35 Gesundheitszustand Allgemein nach Breede und Kuhlmeiy (2007).....	19
Tabelle 36 Gesundheitszustand vor der Pflege nach Breede und Kuhlmeiy (2007).....	19
Tabelle 37 Gesundheitszustand vor der Pflege nach Breede und Kuhlmeiy (2007).....	19
Tabelle 38 Gesundheitszustand nach dem ersten Jahr der Pflege nach Breede und Kuhlmeiy (2007) .....	19
Tabelle 39 Gesundheitszustand nach dem ersten Jahr der Pflege nach Breede und Kuhlmeiy (2007) .....	20
Tabelle 40 Gesundheitszustand heute nach Bereede und Kuhlmeiy (2007) .....	20
Tabelle 41 Gesundheitszustand heute nach Bereede und Kuhlmeiy (2007) .....	20
Tabelle 42 Krankheiten nach Bereede und Kuhlmeiy (2007) .....	20
Tabelle 43 Krankheiten nach Bereede und Kuhlmeiy (2007) .....	21
Tabelle 44 T-Test Gesundheitszustand allgemein .....	22
Tabelle 45 T-Test Gesundheitszustand allgemein .....	22
Tabelle 46 T-Test Gesundheitszustand vor der Pflege.....	23
Tabelle 47 T-Test Gesundheitszustand vor der Pflege.....	23
Tabelle 48 T-Test Gesundheitszustand nach einem Jahr Pflege .....	24
Tabelle 49 T-Test Gesundheitszustand nach einem Jahr Pflege .....	24
Tabelle 50 T-Test Gesundheit heute .....	25
Tabelle 51 T-Test Gesundheit heute .....	25
Tabelle 52 Reliabilitätsanalyse Krankheiten nach Breede und Kuhlmeiy (2007) .....	26
Tabelle 53 Reliabilitätsanalyse Krankheiten nach Breede und Kuhlmeiy (2007) .....	26
Tabelle 54Reliabilitätsanalyse Fragenblock III ‚Zentrum Demenz‘ .....	26
Tabelle 55 Reliabilitätsanalyse Fragenblock III ‚Zentrum Demenz‘ .....	27
Tabelle 56 Häufigkeiten Skala Wohlbefinden ‚Zentrum Demenz‘ .....	27
Tabelle 57 Häufigkeiten Skala Wohlbefinden ‚Zentrum Demenz‘ .....	28
Tabelle 58 Reliabilitätsanalyse Fragenblock III nach Breede und Kuhlmeiy (2007) .....	28
Tabelle 59 Häufigkeiten Skala Wohlbefinden nach Breede und Kuhlmeiy (2007).....	30

Tabelle 60 Häufigkeiten Skala Wohlbefinden nach Breede und Kuhlmeij (2007).....	30
Tabelle 61 Reliabilitätsanalyse Lebenszufriedenheit ‚Zentrum Demenz‘ .....	31
Tabelle 62 Reliabilitätsanalyse Lebenszufriedenheit ‚Zentrum Demenz‘ .....	31
Tabelle 63 Skala Lebenszufriedenheit ‚Zentrum Demenz‘ .....	32
Tabelle 64 Skala Lebenszufriedenheit ‚Zentrum Demenz‘ .....	32
Tabelle 65 Reliabilitätsanalyse Skala Lebenszufriedenheit nach Breede und Kuhlmeij (2007)....	32
Tabelle 66 Reliabilitätsanalyse Skala Lebenszufriedenheit nach Breede und Kuhlmeij (2007)....	33
Tabelle 67 Skala Lebenszufriedenheit nach Breede und Kuhlmeij (2007).....	34
Tabelle 68 Skala Lebenszufriedenheit nach Breede und Kuhlmeij (2007).....	34
Tabelle 69 Reliabilitätsanalyse ‚Zentrum Demenz‘ .....	35
Tabelle 70 Reliabilitätsanalyse ‚Zentrum Demenz‘ .....	35
Tabelle 71 Belastungen ‚Zentrum Demenz‘ .....	35
Tabelle 72 Belastungen ‚Zentrum Demenz‘ .....	36
Tabelle 73 Reliabilitätsanalyse nach Breede und Kuhlmeij.....	36
Tabelle 74 Reliabilitätsanalyse nach Breede und Kuhlmeij.....	36
Tabelle 75 Skala Belastungen auf Grund von Betreuung und Pflege nach Breede und Kuhlmeij (2007) .....	38
Tabelle 76 Reliabilitätsanalyse Belastungsempfinden ‚Zentrum Demenz‘ .....	39
Tabelle 77 Reliabilitätsanalyse Belastungsempfinden ‚Zentrum Demenz‘ .....	39
Tabelle 78 Skala Belastungsempfinden ‚Zentrum Demenz‘ .....	40
Tabelle 79 Reliabilitätsanalyse Belastungsempfinden nach Breede und Kuhlmeij (2007) .....	40
Tabelle 80 Reliabilitätsanalyse Belastungsempfinden nach Breede und Kuhlmeij (2007) .....	41
Tabelle 81 Skala Belastungsempfinden nach Breede und Kuhlmeij (2007).....	42
Tabelle 82 Skala Belastungsempfinden nach Breede und Kuhlmeij (2007).....	42
Tabelle 83 Reliabilitätsanalyse Wirkung der Maßnahmen des ‚Zentrum Demenz‘ .....	43
Tabelle 84 Reliabilitätsanalyse Wirkung der Maßnahmen des ‚Zentrum Demenz‘ .....	43
Tabelle 85 Skala Wirkung der Maßnahmen des ‚Zentrum Demenz‘ .....	44
Tabelle 86 Skala Wirkung der Maßnahmen des ‚Zentrum Demenz‘ .....	44
Tabelle 87 Schulnote Arbeit des ‚Zentrum Demenz‘ .....	44
Tabelle 88 Schulnote Arbeit des ‚Zentrum Demenz‘ .....	45
Tabelle 89 Reliabilitätsanalyse Zufriedenheit mit Leistungen.....	45
Tabelle 90 Reliabilitätsanalyse Zufriedenheit mit Leistungen.....	45

Tabelle 91 Skala Zufriedenheit Maßnahmen ‚Zentrum Demenz‘ .....	46
Tabelle 92 Skala Zufriedenheit Maßnahmen ‚Zentrum Demenz‘ .....	46
Tabelle 93 Leistungen der Pflegekasse .....	46
Tabelle 94 Leistungen der Pflegekasse .....	47
Tabelle 95 Entlastende Maßnahmen ‚Zentrum Demenz‘ .....	47
Tabelle 96 Entlastende Maßnahmen ‚nach Breede und Kuhlmei (2007).....	47
Tabelle 97 Regression Belastungsempfinden .....	48
Tabelle 98 Regression Belastungsempfinden .....	48
Tabelle 99 Regression Wohlbefinden .....	48
Tabelle 100 Regression Wohlbefinden .....	48
Tabelle 101 Regression Lebenszufriedenheit.....	49
Tabelle 102 Regression Lebenszufriedenheit.....	49
Tabelle 103 .....	50
Tabelle 104 Regression Belastungsempfinden mit Wirkung.....	51
Tabelle 105 Koeffizienten(a) Regression Belastungsempfinden mit Wirkung.....	51
Tabelle 106 Regression Belastungsempfinden mit Zufriedenheit .....	51
Tabelle 107 Koeffizienten(a) Regression Belastungsempfinden mit Zufriedenheit.....	51



**Tabelle 1 Klientenkontakte Information / Beratung**

N	Gültig	334
	Fehlend	0
Mittelwert		3,64
Modus		1
Minimum		1
Maximum		58

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung pflegender Angehöriger 2011

**Tabelle 2 Anzahl der Klientenkontakte / Information / Beratung**

Anzahl Kontakte	Häufigkeit	Prozent
Gültig 1	167	50,0
2	56	16,8
3	20	6,0
4	22	6,6
5	16	4,8
6	3	,9
7	7	2,1
8	4	1,2
9	4	1,2
10	6	1,8
11	5	1,5
12	8	2,4
13	2	,6
14	2	,6
15	2	,6
16	1	,3
17	1	,3
19	1	,3
21	1	,3
22	1	,3
25	2	,6
37	1	,3
39	1	,3
58	1	,3
Gesamt	334	100,0

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung pflegender Angehöriger 2011

**Tabelle 3 Jahr des Erstkontaktes Information / Beratung**

	Häufigkeit
--	------------

Gültig	2005	4	
	2006	19	
	2007	48	
	2008	74	
	2009	66	
	2010	76	
	Stand. 07.Juli	2011	47
	Gesamt	334	

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung pflegender Angehöriger 2011

**Tabelle 4 Vermittler zum 'Zentrum Demenz'**

	Häufigkeit	Prozent

Gültig	19	5,7
Alzheimergesellschaft	1	,3
Alzheimertelefon	1	,3
Augustinenstift	14	4,2
Beratungsstelle	1	,3
Betreutes Wohnen	6	1,8
Betreuungsverein	1	,3
Ehrenamtlicher	2	,6
Ergotherapie	4	1,2
Fobi	2	,6
Gericht	1	,3
Gesundheitsberuf	1	,3
Hausarzt	14	4,2
Hospiz	2	,6
Info-Abend	5	1,5
Infoabend	4	1,2
Internet	30	9,0
Internet	1	,3
Kirchgemeinde	1	,3
KISS	3	,9
Klinik	6	1,8
Krankenhaus	7	2,1
Krankenkasse	9	2,7
Kurzzeitpflege	21	6,3
Migrationsstelle	1	,3
Neurologe	14	4,2
Pflegedienst	4	1,2
Pflegekasse	2	,6
Privat	19	5,7
Schloßparkcenter	1	,3
Sonstige	1	,3
Sozialstation	2	,6
Stadthaus	1	,3
Stedelhaus	1	,3
Tagespflege	3	,9
Vortrag	1	,3
Wegweiser	7	2,1
Zeitung	121	36,2
Gesamt	334	100,0

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung pflegender Angehöriger 2011

**Tabelle 5 Alter der pflegenden Angehörigen**

	Häufigkeit	Prozent
--	------------	---------

Gültig	48	2	8,3
	50	1	4,2
	52	2	8,3
	55	1	4,2
	56	1	4,2
	57	1	4,2
	58	1	4,2
	61	1	4,2
	62	1	4,2
	64	1	4,2
	65	1	4,2
	66	1	4,2
	68	1	4,2
	70	2	8,3
	74	1	4,2
	75	1	4,2
	79	2	8,3
	80	3	12,5
Gesamt		24	100,0

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung pflegender Angehöriger 2011

**Tabelle 6 Alter pflegender Angehöriger nach Breede und Kuhlme**

	Häufigkeit	Prozent
--	------------	---------

Gültig	37	1	1,5
	38	1	1,5
	40	1	1,5
	41	1	1,5
	46	3	4,5
	48	1	1,5
	49	1	1,5
	50	1	1,5
	51	1	1,5
	52	1	1,5
	53	1	1,5
	54	1	1,5
	55	2	3,0
	57	3	4,5
	58	2	3,0
	59	1	1,5
	60	1	1,5
	61	1	1,5
	63	2	3,0
	64	1	1,5
	65	1	1,5
	66	1	1,5
	67	1	1,5
	68	2	3,0
	69	3	4,5
	70	3	4,5
	72	2	3,0
	73	4	6,1
	74	1	1,5
	75	1	1,5
	76	3	4,5
	77	5	7,6
	78	3	4,5
	79	1	1,5
	81	2	3,0
	82	2	3,0
	84	1	1,5
	85	1	1,5
	Gesamt	64	97,0
Fehlend	System	2	3,0
Gesamt		66	100,0

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung von Breede und Kuhlmeier 2007

**Tabelle 7 Geschlecht pflegende Angehörige 'Zentrum Demenz'**

	Häufigkeit	Prozent

Gültig	männlich	9	37,5
	weiblich	15	62,5
	Gesamt	24	100,0

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung pflegender Angehöriger 2011

**Tabelle 8 Geschlecht pflegende Angehörige nach Breede und Kuhlmei**

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	weiblich	43	65,2
	männlich	22	33,3
	Gesamt	65	98,5
Fehlend	System	1	1,5
Gesamt		66	100,0

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung von Breede und Kuhlmei 2007

**Tabelle 9 Ausbildung pflegende Angehörige 'Zentrum Demenz'**

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	Lehre	3	12,5
	Fachhochschule	8	33,3
	Hochschule / Uni	13	54,2
	Gesamt	24	100,0

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung pflegender Angehöriger 2011

**Tabelle 10 Ausbildung pflegende Angehörige nach Breede und Kuhlmei**

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	keine	3	4,5
	Lehre	34	51,5
	Fachhochschule	11	16,7
	Hochschule/ Uni	10	15,2
	Gesamt	58	87,9
Fehlend	System	8	12,1
Gesamt		66	100,0

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung von Breede und Kuhlmei 2007

**Tabelle 11 Kreuztabelle Geschlecht der Pflegeperson / Familienverhältnis pflegende Angehörige ,Zentrum Demenz'**

	Familienverhältnis	Gesamt
--	--------------------	--------

		Ehepartner / Lebensgefährte		Tochter / Sohn		Schwester / Bruder		Schwieger-tochter / Schwieger-sohn		
Geschlecht_Pflegeperson	männlich	5	20,8%	3	12,5%	1	4,16%	0		9
	weiblich	6	25%	8	33,3%	0		1	4,16%	15
Gesamt		11		11		1		1		24

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung pflegender Angehöriger 2011

**Tabelle 12 Kreuztabelle Geschlecht der Pflegeperson / Familienverhältnis pflegende Angehörige nach Breede und Kuhlmeiy**

		Familienverhältnis										
		Ehepartner/ Lebensgefährte		Tochter/ Sohn		Schwester/ Bruder		Schwieger-tochter/ Schwieger-sohn		sonstiges: Oma meines Mannes	Gesamt	
Geschlecht	weiblich	21	32,31%	19	29,23%	1	1,53%	1	1,53%	1	1,53%	43
	männlich	13	20%	9	13,84%	0		0		0		22
Gesamt		34		28		1		1		1		65

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung von Breede und Kuhlmeiy 2007

**Tabelle 13 Pflegestufe an Demenz erkrankter Angehöriger ,Zentrum Demenz**

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	keine	4	16,7
	Pflegestufe 1	13	54,2
	Pflegestufe 2	4	16,7
	Pflegestufe 3	2	8,3
	Gesamt	23	95,8
	Keine Angabe	1	4,2
Gesamt		24	100,0

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung pflegender Angehöriger 2011

**Tabelle 14 Täglicher Betreuungsbedarf in Stunden ,Zentrum Demenz'**

	Häufigkeit	Prozent

Gültig	1,000	2	8,3
	2,000	1	4,2
	3,000	2	8,3
	4,000	1	4,2
	5,000	1	4,2
	6,000	3	12,5
	9,000	1	4,2
	10,000	1	4,2
	16,000	1	4,2
	24,000	5	20,8
	Gesamt	18	75,0
Fehlend	System	6	25,0
Gesamt		24	100,0

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung pflegender Angehöriger 2011

**Tabelle 15 Täglicher Betreuungsbedarf in Stunden ‚Zentrum Demenz‘**

N	Gültig	18
	Fehlend	6
Mittelwert		10,66667
Modus		24,000
Minimum		1,000
Maximum		24,000

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung pflegender Angehöriger 2011

**Tabelle 16 Pflegestufe demenziell Erkrankter nach Breede und Kuhlmeij**

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	keine	15	22,7
	Pflegestufe 1	28	42,4
	Pflegestufe 2	18	27,3
	Pflegestufe 3	2	3,0
	Gesamt	63	95,5
	Keine Angabe	3	4,5
Gesamt		66	100,0

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung von Breede und Kuhlmeij 2007

**Tabelle 17 täglicher Betreuungs- und Pflegebedarf nach Breede und Kuhlmeij**

	Häufigkeit	Prozent



Gültig	1	3	4,5
	2	4	6,1
	3	1	1,5
	3	6	9,1
	4	7	10,6
	5	5	7,6
	6	4	6,1
	7	2	3,0
	8	6	9,1
	9	1	1,5
	10	3	4,5
	13	3	4,5
	18	1	1,5
	24	11	16,7
	Gesamt	57	86,4
Fehlend	System	9	13,6
Gesamt		66	100,0

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung von Breede und Kuhlmei 2007

**Tabelle 18 täglicher Betreuungs- und Pflegebedarf nach Breede und Kuhlmei**

N	Gültig	57
	Fehlend	9
Mittelwert		9,31
Modus		24
Minimum		1
Maximum		24

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung von Breede und Kuhlmei 2007

**Tabelle 19 Wie lange betreuen Sie Ihren Angehörigen 'Zentrum Demenz'**

	Häufigkeit	Prozent

Gültig	1,50	2	8,3
	2,00	4	16,7
	2,50	1	4,2
	3,00	4	16,7
	4,00	1	4,2
	5,00	3	12,5
	7,00	1	4,2
	8,00	1	4,2
	10,00	2	8,3
	16,00	1	4,2
	20,00	1	4,2
	Gesamt	21	87,5
	Keine Angabe	3	12,5
Gesamt		24	100,0

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung pflegender Angehöriger 2011

**Tabelle 20 Wie lange betreuen Sie Ihren Angehörigen ,Zentrum Demenz‘**

N	Gültig	21
	Fehlend	3
Mittelwert		5,5000
Modus		2,00(a)
Minimum		1,50
Maximum		20,00

a Mehrere Modi vorhanden. Der kleinste Wert wird angezeigt.

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung pflegender Angehöriger 2011

**Tabelle 21 Wie lange betreuen Sie Ihren Angehörigen nach Breede und Kuhlmeij (2007)**

	Häufigkeit	Prozent
--	------------	---------

Gültig	,3	1	1,5
	1,0	7	10,6
	1,5	3	4,5
	2,0	13	19,7
	3,0	11	16,7
	4,0	6	9,1
	5,0	4	6,1
	6,0	2	3,0
	7,0	5	7,6
	8,0	2	3,0
	10,0	7	10,6
	12,0	1	1,5
Gesamt		62	93,9
Fehlend	System	4	6,1
Gesamt		66	100,0

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung von Breede und Kuhlmeier 2007

**Tabelle 22 Wie lange betreuen Sie Ihren Angehörigen nach Breede und Kuhlmeier (2007)**

N	Gültig	62
	Fehlend	4
Mittelwert		4,190
Modus		2,0
Minimum		,3
Maximum		12,0

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung von Breede und Kuhlmeier 2007

**Tabelle 23 Anzahl Krankheiten pflegende Angehörige ‚Zentrum Demenz‘**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig 0	4	16,7	17,4	17,4
1	3	12,5	13,0	30,4
2	7	29,2	30,4	60,9
3	5	20,8	21,7	82,6
4	3	12,5	13,0	95,7
5	1	4,2	4,3	100,0
Gesamt	23	95,8	100,0	
Keine Angabe	1	4,2		
Gesamt	24	100,0		

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung pflegender Angehöriger 2011

**Tabelle 24 Anzahl Krankheiten pflegende Angehörige ‚Zentrum Demenz‘**

N	Gültig	23
	Fehlend	1

Mittelwert	2,1304
Modus	2,00
Spannweite	5,00
Minimum	,00
Maximum	5,00

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung pflegender Angehöriger 2011

**Tabelle 25 Reliabilitätsstatistiken ‚Zentrum Demenz‘**

**Welche Erkrankung(en) tritt (treten) bei Ihnen auf?**

Cronbachs Alpha	Anzahl der Items
,340	9

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung pflegender Angehöriger 2011

**Tabelle 26 Item-Skala-Statistiken ‚Zentrum Demenz‘**

**Welche Erkrankung(en) tritt (treten) bei Ihnen auf?**

	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Skalenvarianz, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
Kreislaufbeschwerden	1,74	1,474	,251	,239
Herzkrankheit / Herzinfarkt	2,00	1,909	,000	,367
Bluthochdruck	1,57	1,257	,452	,090
Krebsleiden	2,00	2,000	-,093	,402
Gicht / Rheuma	2,00	1,727	,201	,285
Folgen eines Schlaganfalls	2,13	2,028	,000	,345
Diabetes	2,00	1,727	,201	,285
Seelische Erkrankung	1,91	1,992	-,120	,433
Sonstige Erkrankung	1,70	1,494	,223	,257

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung pflegender Angehöriger 2011

**Tabelle 27 Gesundheitszustand allgemein ‚Zentrum Demenz‘**

	Häufigkeit	Prozent
--	------------	---------

Gültig	sehr gut	0	0
	gut	10	41,7
	weniger gut	11	45,8
	schlecht	2	8,3
	Gesamt	23	95,8
Fehlend	System	1	4,2
Gesamt		24	100,0

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung pflegender Angehöriger 2011

**Tabelle 28 Gesundheitszustand allgemein ,Zentrum Demenz‘**

N	Gültig	23
	Fehlend	1
Mittelwert		2,65
Modus		3

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung pflegender Angehöriger 2011

**Tabelle 29 Gesundheitszustand vor der Pflege ,Zentrum Demenz‘**

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	sehr gut	6	25,0
	gut	14	58,3
	weniger gut	1	4,2
	schlecht	1	4,2
	Gesamt	22	91,7
Fehlend	System	2	8,3
Gesamt		24	100,0

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung pflegender Angehöriger 2011

**Tabelle 30 Gesundheitszustand vor der Pflege ,Zentrum Demenz‘**

N	Gültig	22
	Fehlend	2
Mittelwert		1,86
Modus		2

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung pflegender Angehöriger 2011

**Tabelle 31 Gesundheitszustand nach 1Jahr Pflege ,Zentrum Demenz‘**

		Häufigkeit	Prozent
--	--	------------	---------

Gültig	sehr gut	1	4,2
	gut	13	54,2
	weniger gut	5	20,8
	schlecht	3	12,5
	Gesamt	22	91,7
Fehlend	System	2	8,3
Gesamt		24	100,0

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung pflegender Angehöriger 2011

**Tabelle 32 Gesundheitszustand nach 1Jahr Pflege ,Zentrum Demenz‘**

N	Gültig	22
	Fehlend	2
Mittelwert		2,45
Modus		2

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung pflegender Angehöriger 2011

**Tabelle 33 Gesundheitszustand heute ,Zentrum Demenz‘**

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	sehr gut	0	0
	gut	6	25,0
	weniger gut	13	54,2
	schlecht	3	12,5
	Gesamt	22	91,7
Fehlend	System	2	8,3
Gesamt		24	100,0

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung pflegender Angehöriger 2011

**Tabelle33 Gesundheitszustand heute ,Zentrum Demenz‘**

N	Gültig	22
	Fehlend	2
Mittelwert		2,86
Modus		3

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung pflegender Angehöriger 2011

**Tabelle 34 Gesundheitszustand Allgemein nach Breede und Kuhlmei (2007)**

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	sehr gut	2	3,0
	gut	30	44,8
	weniger gut	23	34,3
	schlecht	5	7,5
	Gesamt	60	89,6
Fehlend	System	7	10,4
Gesamt		67	100,0

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung von Breede und Kuhlmeier 2007

**Tabelle 35 Gesundheitszustand Allgemein nach Breede und Kuhlmeier (2007)**

N	Gültig	60
	Fehlend	7
Mittelwert		2,52
Modus		2

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung von Breede und Kuhlmeier 2007

**Tabelle 36 Gesundheitszustand vor der Pflege nach Breede und Kuhlmeier (2007)**

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	sehr gut	12	17,9
	gut	40	59,7
	weniger gut	7	10,4
	schlecht	2	3,0
	Gesamt	61	91,0
Fehlend	System	6	9,0
Gesamt		67	100,0

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung von Breede und Kuhlmeier 2007

**Tabelle 37 Gesundheitszustand vor der Pflege nach Breede und Kuhlmeier (2007)**

N	Gültig	61
	Fehlend	6
Mittelwert		1,98
Modus		2

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung von Breede und Kuhlmeier 2007

**Tabelle 38 Gesundheitszustand nach dem ersten Jahr der Pflege nach Breede und Kuhlmeier (2007)**

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	sehr gut	4	6,0
	gut	35	52,2
	weniger gut	17	25,4
	schlecht	1	1,5
	Gesamt	57	85,1
Fehlend	System	10	14,9
Gesamt		67	100,0

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung von Breede und Kuhlmei 2007

**Tabelle 39 Gesundheitszustand nach dem ersten Jahr der Pflege nach Breede und Kuhlmei (2007)**

N	Gültig	57
	Fehlend	10
Mittelwert		2,26
Modus		2

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung von Breede und Kuhlmei 2007

**Tabelle 40 Gesundheitszustand heute nach Breede und Kuhlmei (2007)**

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	sehr gut	1	1,5
	gut	28	41,8
	weniger gut	24	35,8
	schlecht	6	9,0
	Gesamt	59	88,1
Fehlend	System	8	11,9
Gesamt		67	100,0

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung von Breede und Kuhlmei 2007

**Tabelle 41 Gesundheitszustand heute nach Breede und Kuhlmei (2007)**

N	Gültig	59
	Fehlend	8
Mittelwert		2,59
Modus		2

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung von Breede und Kuhlmei 2007

**Tabelle 42 Krankheiten nach Breede und Kuhlmei (2007)**



		Häufigkeit	Prozent
Gültig	,00	10	14,9
	1,00	22	32,8
	2,00	17	25,4
	3,00	8	11,9
	4,00	8	11,9
	6,00	1	1,5
	Gesamt	66	98,5
Fehlend	System	1	1,5
Gesamt		67	100,0

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung von Breede und Kuhlmei 2007

**Tabelle 43 Krankheiten nach Breede und Kuhlmei (2007)**

N	Gültig	66
	Fehlend	1
Mittelwert		1,7879
Modus		1,00
Minimum		,00
Maximum		6,00

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung von Breede und Kuhlmei 2007

ein

	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
r	35	2,63	,690	,117
	18	2,33	,767	,181

ein

	Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit					95% Konfidenzintervall der Differenz	
	F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	Obere	Untere
gleich	,037	,849	1,421	51	,161	,295	,208	-,122	,712
nicht			1,373	31,366	,180	,295	,215	-,143	,734

r Pflege

	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
ker	33	2,15	,712	,124
	21	1,86	,573	,125

r Pflege

	Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit					95% Konfidenzintervall der Differenz	
	F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	Obere	Untere
d gleich	,305	,583	1,592	52	,117	,294	,185	-,077	,665
d nicht			1,671	49,034	,101	,294	,176	-,060	,648

inem Jahr Pflege

	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
ker	33	2,30	,529	,092
	20	2,25	,716	,160

inem Jahr Pflege

	Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit					95% Konfidenzintervall der Differenz	
	F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	Obere	Untere
d gleich	,834	,365	,309	51	,759	,053	,172	-,292	,398
d nicht			,287	31,606	,776	,053	,185	-,324	,430

	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
ker	34	2,68	,684	,117
	20	2,50	,761	,170

	Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit					95% Konfidenzintervall der Differenz	
	F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	Obere	Untere
d gleich	,314	,577	,878	52	,384	,176	,201	-,227	,580
d nicht			,854	36,598	,399	,176	,207	-,242	,595

**Tabelle 52 Reliabilitätsanalyse Krankheiten nach Breede und Kuhlmei (2007)**

**Welche Erkrankung(en) tritt (treten) bei Ihnen auf?**

Cronbachs Alpha	Cronbachs Alpha für standardisierte Items	Anzahl der Items
,326	,376	9

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung von Breede und Kuhlmei 2007

**Tabelle 53 Reliabilitätsanalyse Krankheiten nach Breede und Kuhlmei (2007)**

**Welche Erkrankung(en) tritt (treten) bei Ihnen auf?**

	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Skalenvarianz, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Quadrierte multiple Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
Welche Erkrankung(en) tritt (treten) bei Ihnen auf?	1,4697	1,238	,299	,369	,186
Welche Erkrankung(en) tritt (treten) bei Ihnen auf?	1,5909	1,538	,072	,259	,328
Welche Erkrankung(en) tritt (treten) bei Ihnen auf?	1,3485	1,492	,023	,044	,372
Welche Erkrankung(en) tritt (treten) bei Ihnen auf?	1,7273	1,617	,156	,105	,296
Welche Erkrankung(en) tritt (treten) bei Ihnen auf?	1,7424	1,610	,218	,187	,282
Welche Erkrankung(en) tritt (treten) bei Ihnen auf?	1,7727	1,717	,117	,220	,317
Welche Erkrankung(en) tritt (treten) bei Ihnen auf?	1,6818	1,543	,169	,095	,284
Welche Erkrankung(en) tritt (treten) bei Ihnen auf?	1,5758	1,356	,255	,288	,227
Sonstige Krankheiten	1,3939	1,535	-,006	,156	,388

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung von Breede und Kuhlmei 2007

**Tabelle 54 Reliabilitätsanalyse Fragenblock III ‚Zentrum Demenz‘**

Cronbachs Alpha	Anzahl der Items
,879	15

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung pflegender Angehöriger 2011

**Tabelle 55 Reliabilitätsanalyse Fragenblock III ‚Zentrum Demenz‘**

	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Skalenvarianz, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
Duch Pflege Stärken bewusst	34,12	59,735	-,147	,901
noch genauso Glücklich wie vor Pflege	33,88	50,485	,677	,865
Aktzeptire Situation die sich aus Pflege ergeben hat	34,88	57,235	,148	,883
Leben im Moment sehr Glücklich	33,59	48,757	,744	,861
außerhalb der Pflege abschalten können	33,94	48,684	,635	,866
meißt undglücklich und niedergeschlagen	34,47	46,515	,757	,859
negative Gefühle Traurigkeit verzweiflung Angst Deporession	34,53	47,265	,720	,862
SChicksal des Pflegebed. macht traurig	33,29	52,096	,464	,875
Aussichtslosigkeit der Krankheit bedrückt	33,35	50,118	,592	,869
wunsch aus Situation auszubrechen	33,71	52,721	,406	,877
Auf Grund der Pflege hat Leben keinen Sinn	35,06	53,184	,674	,870
betrachte Leben als Sinnvoll	34,88	54,235	,586	,873
schätze Zukunft optimistisch ein	34,35	50,993	,575	,870
schaue Zukunft getrost entgegen da vorgesorgt	34,29	50,971	,562	,870
Angst wenn an zukunfft denke, gesundheit im stich lässt	33,88	48,110	,749	,861

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung pflegender Angehöriger 2011

**Tabelle 56 Häufigkeiten Skala Wohlbefinden ‚Zentrum Demenz‘**

N	Gültig	17
	Fehlend	7
Mittelwert		2,4392
Modus		2,40
Minimum		1,67
Maximum		3,33

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung pflegender Angehöriger 2011

**Tabelle 57 Häufigkeiten Skala Wohlbefinden ‚Zentrum Demenz‘**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1,67	1	4,2	5,9	5,9
	1,80	1	4,2	5,9	11,8
	1,93	1	4,2	5,9	17,6
	2,00	2	8,3	11,8	29,4
	2,13	1	4,2	5,9	35,3
	2,20	1	4,2	5,9	41,2
	2,40	3	12,5	17,6	58,8
	2,47	1	4,2	5,9	64,7
	2,60	1	4,2	5,9	70,6
	2,87	2	8,3	11,8	82,4
	3,13	1	4,2	5,9	88,2
	3,27	1	4,2	5,9	94,1
	3,33	1	4,2	5,9	100,0
	Gesamt	17	70,8	100,0	
	Fehlend	System	7	29,2	
Gesamt		24	100,0		

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung pflegender Angehöriger 2011

**Tabelle 58 Reliabilitätsanalyse Fragenblock III nach Breede und Kuhlmei (2007)**

Cronbachs Alpha	Anzahl der Items
,852	16

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung von Breede und Kuhlmei 2007



**Tabelle 58 Reliabilitätsanalyse Fragenblock III nach Breede und Kuhlmeier (2007)**

	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Skalenvarianz, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
Ich habe das Gefühl, dass ich mir durch die Pflege meiner eigenen Stärken bewusst geworden bin.	35,373	59,198	,339	,851
Ich fühle mich heute noch genauso glücklich und zufrieden wie vor der Pflege.	35,157	55,975	,593	,838
Ich akzeptiere meine persönliche Situation, die sich aus der Pflege ergeben hat.	35,706	59,012	,468	,845
Mein Leben ist im Augenblick sehr glücklich.	35,039	55,038	,668	,834
Ich kann außerhalb der Pflegesituation abschalten.	34,980	56,540	,514	,842
Ich fühle mich meist unglücklich oder niedergeschlagen.	35,196	56,601	,552	,840
Ich leide häufig an negativen Gefühlen wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder Depression.	35,353	56,033	,503	,842
Das Schicksal des Pflegebedürftigen macht mich traurig.	34,176	60,468	,270	,853
Die Aussichtslosigkeit der Erkrankung bedrückt mich.	33,980	61,780	,211	,855
Ich habe hin und wieder den Wunsch, aus meiner Situation auszubrechen.	35,235	53,304	,639	,834
Ich kann mein Leben genießen.	34,608	56,723	,540	,840
Mein Leben hat aufgrund der Pflege keinen Sinn.	35,961	59,038	,481	,844
Ich betrachte mein Leben als sinnvoll.	35,529	59,774	,279	,854
Ich schätze meine Zukunft optimistisch ein.	35,216	55,333	,589	,837
Meine Zukunft schaue ich getrost entgegen, da ich für alles vorgesorgt habe.	35,333	57,987	,433	,846
Ich habe Angst, wenn ich an die Zukunft denke, dass mich meine eigene Gesundheit im Stich lassen könnte.	34,627	56,438	,485	,843

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
 Nach Befragung von Breede und Kuhlmeier 2007

**Tabelle 59 Häufigkeiten Skala Wohlbefinden nach Breede und Kuhlmeij (2007)**

N	Gültig	51
	Fehlend	16
Mittelwert		2,3395
Modus		2,00(a)
Minimum		1,44
Maximum		3,38

a Mehrere Modi vorhanden. Der kleinste Wert wird angezeigt.

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung von Breede und Kuhlmeij 2007

**Tabelle 60 Häufigkeiten Skala Wohlbefinden nach Breede und Kuhlmeij (2007)**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1,44	3	4,5	5,9	5,9
	1,50	1	1,5	2,0	7,8
	1,56	1	1,5	2,0	9,8
	1,63	1	1,5	2,0	11,8
	1,69	1	1,5	2,0	13,7
	1,81	1	1,5	2,0	15,7
	1,88	1	1,5	2,0	17,6
	1,94	2	3,0	3,9	21,6
	2,00	4	6,0	7,8	29,4
	2,06	2	3,0	3,9	33,3
	2,13	2	3,0	3,9	37,3
	2,19	4	6,0	7,8	45,1
	2,25	3	4,5	5,9	51,0
	2,31	1	1,5	2,0	52,9
	2,38	2	3,0	3,9	56,9
	2,44	1	1,5	2,0	58,8
	2,56	1	1,5	2,0	60,8
	2,63	3	4,5	5,9	66,7
	2,69	3	4,5	5,9	72,5
	2,75	3	4,5	5,9	78,4
2,81	4	6,0	7,8	86,3	
2,88	2	3,0	3,9	90,2	
3,00	1	1,5	2,0	92,2	
3,13	1	1,5	2,0	94,1	
3,19	1	1,5	2,0	96,1	
3,25	1	1,5	2,0	98,0	
3,38	1	1,5	2,0	100,0	
	Gesamt	51	76,1	100,0	
Fehlend	System	16	23,9		
Gesamt		67	100,0		

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung von Breede und Kuhlmeij 2007

**Tabelle 61 Reliabilitätsanalyse Lebenszufriedenheit ‚Zentrum Demenz‘**

Cronbachs Alpha	Anzahl der Items
,703	15

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung pflegender Angehöriger 2011

**Tabelle 62 Reliabilitätsanalyse Lebenszufriedenheit ‚Zentrum Demenz‘**

	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Skalenvarianz, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
Zufrieden mit dem Leben	31,05	20,248	,725	,645
zufrieden mit mir selbst	31,05	22,048	,388	,680
im wesentlichen entspricht Leben Idealvorstellungen	30,90	20,890	,552	,661
wegen Pflege hat zufriedenheit mit Leben gelitten	30,95	29,448	-,664	,785
bisher wesentliche Dinge im Leben erreicht	31,14	21,629	,517	,670
finanzielle Situation ist belastend	31,43	20,757	,592	,658
Lebensstandard hat sich durch Pflege Verändert	31,05	18,548	,765	,623
nicht genug Geld zur befriedigung von Bedürfnissen	31,43	20,457	,567	,657
wegen Rauml. Sit. keine möglichkeit zum zurückziehen	31,43	19,357	,565	,650
wegen Pflege mit Wohnsituation nicht zufrieden	31,62	23,448	,167	,701
Wegen Räumlicher Situation eingeschränkte Privatsphäre	31,57	24,357	-,022	,723
genug Zeit für Interessen und Bedürfnisse	30,57	22,957	,181	,702
genügend Freizeit	30,57	22,257	,152	,714
keine Aktivitäten planen unvorhersehbaren Zwischenfällen	30,62	23,748	,004	,733
genug Zeit für soziale Kontakte	30,62	19,648	,628	,645

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung pflegender Angehöriger 2011

**Tabelle 63 Skala Lebenszufriedenheit ‚Zentrum Demenz‘**

N	Gültig	21
	Fehlend	3
Mittelwert		2,2190
Modus		1,87(a)
Minimum		1,67
Maximum		2,73

a Mehrere Modi vorhanden. Der kleinste Wert wird angezeigt.

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung pflegender Angehöriger 2011

**Tabelle 64 Skala Lebenszufriedenheit ‚Zentrum Demenz‘**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente	
Gültig	1,67	1	4,2	4,8	4,8	
	1,80	1	4,2	4,8	9,5	
	1,87	2	8,3	9,5	19,0	
	1,93	2	8,3	9,5	28,6	
	2,00	2	8,3	9,5	38,1	
	2,07	2	8,3	9,5	47,6	
	2,20	2	8,3	9,5	57,1	
	2,33	1	4,2	4,8	61,9	
	2,40	1	4,2	4,8	66,7	
	2,47	1	4,2	4,8	71,4	
	2,53	1	4,2	4,8	76,2	
	2,60	2	8,3	9,5	85,7	
	2,67	2	8,3	9,5	95,2	
	2,73	1	4,2	4,8	100,0	
	Gesamt		21	87,5	100,0	
	Fehlend	System	3	12,5		
Gesamt		24	100,0			

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung pflegender Angehöriger 2011

**Tabelle 65 Reliabilitätsanalyse Skala Lebenszufriedenheit nach Breede und Kuhlmeij (2007)**

Cronbachs Alpha	Anzahl der Items
,807	16

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung von Breede und Kuhlmeij 2007

**Tabelle 66 Reliabilitätsanalyse Skala Lebenszufriedenheit nach Breede und Kuhlmeij (2007)**

	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Skalenvarianz, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
Aufgrund den räumlichen Gegebenheiten fühle ich mich in meiner Privatsphäre eingeschränkt.	32,85	47,201	,458	,794
Mir bleibt genügend Zeit für meine eigenen Interessen und Bedürfnisse.	31,95	45,793	,482	,792
Mir steht nicht genügend Freizeit zur Verfügung.	32,05	47,349	,306	,805
Ich kann keine Aktivitäten aufgrund von unvorhersehbaren Zwischenfällen planen.	31,58	46,100	,396	,798
Meine Freizeit ist mir sehr wichtig.	32,40	52,763	-,057	,826
Mir bleibt genügend Zeit, um meine sozialen Kontakte aufrechtzuerhalten.	31,87	46,187	,461	,793
Ich bin mit meinem Leben zufrieden.	32,24	45,332	,653	,783
Ich bin mit mir selbst zufrieden.	32,31	46,551	,503	,791
In den meisten Bereichen entspricht mein Leben meinen Idealvorstellungen.	31,69	46,847	,475	,793
Durch die Pflege hat die Zufriedenheit in meinem Leben gelitten.	31,80	44,126	,555	,786
Bisher habe ich die wesentlichen Dinge erreicht, die ich mir für mein Leben wünsche.	32,33	47,372	,486	,793
Meine finanzielle Situation belastet mich.	32,31	47,032	,358	,801
Mein Lebensstandard hat sich durch die Pflege negativ verändert.	32,16	45,102	,528	,788
Ich habe nicht genügend Geld, um meine Bedürfnisse und die meiner Familie zu erfüllen.	32,49	49,032	,228	,809
Ich habe aufgrund meiner räumlichen Situation keine Möglichkeit, mich zurückzuziehen.	32,80	46,830	,463	,794

Mit meiner Wohnsituation bin ich aufgrund der Pflege nicht zufrieden.	32,89	48,358	,347	,801
---	-------	--------	------	------

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung von Breede und Kuhlmei 2007

**Tabelle 67 Skala Lebenszufriedenheit nach Breede und Kuhlmei (2007)**

N	Gültig	55
	Fehlend	12
Mittelwert		2,1489
Modus		1,81(a)
Minimum		1,13
Maximum		3,19

a Mehrere Modi vorhanden. Der kleinste Wert wird angezeigt.

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung von Breede und Kuhlmei 2007

**Tabelle 68 Skala Lebenszufriedenheit nach Breede und Kuhlmei (2007)**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1,13	2	3,0	3,6	3,6
	1,38	1	1,5	1,8	5,5
	1,50	1	1,5	1,8	7,3
	1,56	1	1,5	1,8	9,1
	1,63	3	4,5	5,5	14,5
	1,75	2	3,0	3,6	18,2
	1,81	5	7,5	9,1	27,3
	1,88	2	3,0	3,6	30,9
	1,94	3	4,5	5,5	36,4
	2,00	2	3,0	3,6	40,0
	2,06	5	7,5	9,1	49,1
	2,13	1	1,5	1,8	50,9
	2,19	3	4,5	5,5	56,4
	2,25	3	4,5	5,5	61,8
	2,31	2	3,0	3,6	65,5
	2,38	2	3,0	3,6	69,1
	2,44	4	6,0	7,3	76,4
	2,50	2	3,0	3,6	80,0
	2,56	3	4,5	5,5	85,5
	2,69	1	1,5	1,8	87,3
	2,75	2	3,0	3,6	90,9
	2,81	2	3,0	3,6	94,5
	2,94	1	1,5	1,8	96,4
	3,00	1	1,5	1,8	98,2
	3,19	1	1,5	1,8	100,0
	Gesamt	55	82,1	100,0	
Fehlend	System	12	17,9		
Gesamt		67	100,0		

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung von Breede und Kuhlmei 2007

**Tabelle 69 Reliabilitätsanalyse ‚Zentrum Demenz‘**

**Welche Pflege- und Betreuungsleistungen erbringen Sie in der Regel?**

Cronbachs Alpha	Anzahl der Items
,777	11

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung pflegender Angehöriger 2011

**Tabelle 70 Reliabilitätsanalyse ‚Zentrum Demenz‘**

**Welche Pflege- und Betreuungsleistungen erbringen Sie in der Regel?**

	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Skalenvarianz, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
Hilfe beim An- / Auskleiden	13,71	6,129	,661	,730
Hilfe bei Körperpflege	13,63	6,679	,401	,764
Hilfe bei Zubereitung von Nahrung	13,88	6,201	,784	,721
Hilfe bei Verrichtung der Notdurft / Inkontinenzversorgung	13,38	6,679	,457	,756
Hilfe bei Medikamentengabe	13,79	6,955	,336	,770
persönliche Mobilitätshilfe im Wohnbereich	13,58	6,254	,579	,740
Hilfe beim Einkauf von Nahrung, Medikamente, Bedarfsgüter	13,96	6,824	,597	,747
Hilfe bei Reinigung der Wohnung	13,96	6,824	,597	,747
Ständige Beaufsichtigung	13,63	6,505	,473	,754
Einbindung des Angehörigen in alltägliche Aufgaben	13,58	7,558	,062	,804
Spaziergänge	13,75	7,674	,033	,805

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung pflegender Angehöriger 2011

**Tabelle 71 Belastungen ‚Zentrum Demenz‘**

N	Gültig	24
	Fehlend	0
Mittelwert		6,9167
Modus		7,00
Minimum		,00
Maximum		11,00

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung pflegender Angehöriger 2011

**Tabelle 72 Belastungen ‚Zentrum Demenz‘**

	Häufigkeit	Prozent
Gültig		
,00	1	4,2
2,00	2	8,3
4,00	2	8,3
5,00	1	4,2
6,00	1	4,2
7,00	6	25,0
8,00	3	12,5
9,00	4	16,7
10,00	3	12,5
11,00	1	4,2
Gesamt	24	100,0

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung pflegender Angehöriger 2011

**Tabelle 73 Reliabilitätsanalyse nach Breede und Kuhlmeiy**

**Welche Pflege- und Betreuungsleistungen erbringen Sie in der Regel?**

Cronbachs Alpha	Anzahl der Items
,814	13

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung von Breede und Kuhlmeiy 2007

**Tabelle 74 Reliabilitätsanalyse nach Breede und Kuhlmeiy**

**Welche Pflege- und Betreuungsleistungen erbringen Sie in der Regel?**

	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Skalenvarianz, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
Welche Pflege- und Betreuungsleistungen erbringen Sie in der Regel?	7,18	9,074	,525	,795
Welche Pflege- und Betreuungsleistungen erbringen Sie in der Regel?	7,08	9,086	,568	,792
Welche Pflege- und Betreuungsleistungen erbringen Sie in der Regel?	6,94	9,504	,536	,796
Welche Pflege- und Betreuungsleistungen erbringen Sie in der Regel?	7,41	9,138	,516	,796
Welche Pflege- und Betreuungsleistungen erbringen Sie in der Regel?	7,44	9,358	,448	,802



Welche Pflege- und Betreuungslleistungen erbringen Sie in der Regel?	7,06	9,350	,476	,799
Welche Pflege- und Betreuungslleistungen erbringen Sie in der Regel?	7,29	9,224	,461	,801
Welche Pflege- und Betreuungslleistungen erbringen Sie in der Regel?	7,14	9,043	,552	,793
Welche Pflege- und Betreuungslleistungen erbringen Sie in der Regel?	6,91	9,715	,488	,800
Welche Pflege- und Betreuungslleistungen erbringen Sie in der Regel?	6,92	9,363	,630	,791
Welche Pflege- und Betreuungslleistungen erbringen Sie in der Regel?	7,38	9,254	,464	,800
Welche Pflege- und Betreuungslleistungen erbringen Sie in der Regel?	7,42	10,125	,174	,824
Welche Pflege- und Betreuungslleistungen erbringen Sie in der Regel?	7,11	10,219	,145	,826

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung von Breede und Kuhlmev 2007

**Tabelle 75 Skala Belastungen auf Grund von Betreuung und Pflege nach Breede und Kuhlmeij (2007)**

N	Gültig	66
	Fehlend	0
Mittelwert		7,7727
Modus		7,00
Minimum		,00
Maximum		13,00

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung von Breede und Kuhlmeij 2007

**Tabelle75 Skala Belastungen auf Grund von Betreuung und Pflege nach Breede und Kuhlmeij (2007)**

	Häufigkeit	Prozent
Gültig ,00	2	3,0
1,00	2	3,0
2,00	2	3,0
3,00	2	3,0
4,00	1	1,5
5,00	7	10,6
6,00	3	4,5
7,00	11	16,7
8,00	5	7,6
9,00	10	15,2
10,00	6	9,1
11,00	7	10,6
12,00	4	6,1
13,00	4	6,1
Gesamt	66	100,0

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung von Breede und Kuhlmeij 2007

**Tabelle 76 Reliabilitätsanalyse Belastungsempfinden ‚Zentrum Demenz‘**

Cronbachs Alpha	Anzahl der Items
,885	15

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung pflegender Angehöriger 2011

**Tabelle 77 Reliabilitätsanalyse Belastungsempfinden ‚Zentrum Demenz‘**

	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Skalenvarianz, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
Betreuung wirkt sich negativ auf Gesundheit aus	39,50	59,105	,759	,869
Wegen Pflege geschwächt	39,25	58,408	,755	,868
häufig erschöpft und erschlagen	39,50	61,000	,666	,873
fühle mich erschlagen würde gern ausspannen	39,55	62,050	,603	,876
fühle mich isoliert	38,80	63,747	,498	,880
Schulgefühle bei treffen mit Freunden	39,00	63,895	,444	,882
fühle mich von Familie allein gelassen	38,30	62,011	,544	,878
Freunde verstehen Lebenssituation nicht	38,40	66,779	,306	,887
Krankheitsbedingtes Verhalten ist peinlich	38,65	65,608	,236	,894
wünsche mir Anerkennung von Umwelt	39,10	61,147	,559	,878
wegen Pflege leidet Beziehung zu Familie	38,70	61,379	,681	,873
Partner / Kinder fühlen sich vernachlässigt	38,25	63,987	,473	,881
Familie ist wegen Pflege näher zusammengerückt	39,10	60,621	,636	,874
Aufgrund der Pflege kommt es zu Unstimmigkeiten in Familie	38,50	61,526	,579	,877
Alleinverantwortung ist belastend	38,50	62,368	,518	,879

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung pflegender Angehöriger 2011

**Tabelle 78 Skala Belastungsempfinden ‚Zentrum Demenz‘**

N	Gültig	20
	Fehlend	4
Mittelwert		2,7767
Modus		3,00
Minimum		1,53
Maximum		3,80

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung pflegender Angehöriger 2011

**Tabelle78 Skala Belastungsempfinden ‚Zentrum Demenz‘**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1,53	1	4,2	5,0	5,0
	2,00	2	8,3	10,0	15,0
	2,20	1	4,2	5,0	20,0
	2,33	1	4,2	5,0	25,0
	2,53	2	8,3	10,0	35,0
	2,73	2	8,3	10,0	45,0
	2,87	1	4,2	5,0	50,0
	2,93	1	4,2	5,0	55,0
	3,00	4	16,7	20,0	75,0
	3,13	1	4,2	5,0	80,0
	3,33	1	4,2	5,0	85,0
	3,40	1	4,2	5,0	90,0
	3,47	1	4,2	5,0	95,0
	3,80	1	4,2	5,0	100,0
	Gesamt	20	83,3	100,0	
Fehlend	System	4	16,7		
Gesamt		24	100,0		

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung pflegender Angehöriger 2011

**Tabelle 79 Reliabilitätsanalyse Belastungsempfinden nach Breede und Kuhlmeij (2007)**

Cronbachs Alpha	Anzahl der Items
,896	15

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung von Breede und Kuhlmeij 2007

**Tabelle 80 Reliabilitätsanalyse Belastungsempfinden nach Breede und Kuhlmeij (2007)**

	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Skalenvarianz, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
Das Betreuen hat negative Auswirkungen auf meine körperliche Gesundheit.	26,56	62,487	,741	,882
Aufgrund der Pflegesituation fühle ich mich selbst geschwächt.	26,65	63,682	,708	,884
Ich fühle mich öfter erschöpft und erschlagen.	26,27	61,338	,699	,883
Ich fühle mich körperlich abgeschlagen und würde gern mal wieder richtig ausspannen.	26,23	62,299	,700	,883
Ich fühle mich isoliert.	27,27	64,828	,721	,884
Ich habe Schuldgefühle, wenn ich mich mit Freunden treffe.	27,27	64,906	,592	,888
Ich fühle mich von meiner Familie allein gelassen.	27,50	70,451	,310	,897
Meine Freunde verstehen meine Lebenssituation nicht.	27,50	68,569	,436	,894
Das krankheitsbedingte Verhalten meines Angehörigen ist mir peinlich und unangenehm.	27,42	68,327	,392	,896
Manchmal würde ich mir mehr Anerkennung von meiner Umwelt wünschen.	26,83	61,793	,764	,881
Wegen der Pflege leidet meine Beziehung zur Familie und Verwandten.	27,19	63,139	,738	,882
Mein Ehepartner bzw. meine Kinder fühlt/ fühlen sich vernachlässigt und reagiert/ reagieren eifersüchtig.	27,54	69,195	,446	,894
Aufgrund der Pflegesituation sind wir innerhalb der Familie enger zusammengerückt (Zusammengehörigkeitsgefühl).	26,62	70,320	,192	,905
Aufgrund der ständigen Pflege kommt es immer wieder zu Unstimmigkeiten in der Familie.	27,25	63,877	,670	,885

Die unfreiwillige Alleinverantwortung durch nicht erfüllte Hilfe, von Seiten anderer Familienangehöriger, belastet mich.	27,10	66,363	,455	,894
--	-------	--------	------	------

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung von Breede und Kuhlmeiy 2007

**Tabelle 81 Skala Belastungsempfinden nach Breede und Kuhlmeiy (2007)**

N	Gültig	52
	Fehlend	14
Mittelwert		1,9295
Modus		1,53
Minimum		1,00
Maximum		3,20

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung von Breede und Kuhlmeiy 2007

**Tabelle 82 Skala Belastungsempfinden nach Breede und Kuhlmeiy (2007)**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1,00	1	1,5	1,9	1,9
	1,07	1	1,5	1,9	3,8
	1,13	1	1,5	1,9	5,8
	1,20	2	3,0	3,8	9,6
	1,27	2	3,0	3,8	13,5
	1,33	2	3,0	3,8	17,3
	1,40	1	1,5	1,9	19,2
	1,47	4	6,1	7,7	26,9
	1,53	5	7,6	9,6	36,5
	1,60	2	3,0	3,8	40,4
	1,67	2	3,0	3,8	44,2
	1,73	2	3,0	3,8	48,1
	1,80	1	1,5	1,9	50,0
	1,87	1	1,5	1,9	51,9
	1,93	1	1,5	1,9	53,8
	2,00	2	3,0	3,8	57,7
	2,07	4	6,1	7,7	65,4
	2,20	1	1,5	1,9	67,3
	2,27	1	1,5	1,9	69,2
	2,33	3	4,5	5,8	75,0
	2,40	1	1,5	1,9	76,9
	2,47	4	6,1	7,7	84,6
	2,53	1	1,5	1,9	86,5
	2,60	1	1,5	1,9	88,5
	2,80	1	1,5	1,9	90,4
	2,93	2	3,0	3,8	94,2
	3,00	2	3,0	3,8	98,1
	3,20	1	1,5	1,9	100,0
	Gesamt	52	78,8	100,0	
Fehlend	System	14	21,2		

Gesamt	66	100,0		
--------	----	-------	--	--

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung von Breede und Kuhlmei 2007

**Tabelle 83 Reliabilitätsanalyse Wirkung der Maßnahmen des ‚Zentrum Demenz‘**

Cronbachs Alpha	Anzahl der Items
,922	13

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung pflegender Angehöriger 2011

**Tabelle 84 Reliabilitätsanalyse Wirkung der Maßnahmen des ‚Zentrum Demenz‘**

	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Skalenvarianz, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
Durch ZD habe mehr Wissen über Krankheitsbild	22,63	45,583	,884	,910
Durch ZD verstehe Zusammenhänge zwischen Krankheit und Verhalten verstehen	22,50	42,000	,894	,906
Durch ZD Sicherheit im Umgang mit Angehörigem	22,19	45,896	,731	,914
Durch ZD Akzeptiere ich Lebenswelt des Ngehörigen	21,94	43,663	,816	,910
Durch ZD gelassener im Umgang mit Angehörigem	21,88	43,850	,756	,912
Durch ZD achte ich aufkörperliches und geistiges Wohlbefinden	21,88	45,850	,510	,923
Durch ZD mehr zeit für mich	21,13	47,317	,509	,922
Durch ZD mehr zeit für Familie und Freunde	21,06	47,263	,541	,920
Durch ZD mehr infos zu Leistungen PK / KK	22,63	50,117	,411	,924
Durch ZD mehr Infos zu Dienstleist / Entlastungsangebote	22,50	49,867	,323	,927
Durch ZD mehr Infos zu Diagnose und Behandlungsmöglichkeiten	22,19	42,963	,762	,912
Durch ZD mehr Infos zu Scherbehind. und Vorsorgevollmachten	22,31	43,029	,731	,914
Betreuungs und Unterstützungsangebote haben weitergeholfem	22,44	44,929	,783	,912

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung pflegender Angehöriger 2011

**Tabelle 85 Skala Wirkung der Maßnahmen des ‚Zentrum Demenz‘**

N	Gültig	16
	Fehlend	8
Mittelwert		1,8413
Modus		1,69
Minimum		1,23
Maximum		3,46

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung pflegender Angehöriger 2011

**Tabelle 86 Skala Wirkung der Maßnahmen des ‚Zentrum Demenz‘**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1,23	2	8,3	12,5	12,5
	1,46	2	8,3	12,5	25,0
	1,54	2	8,3	12,5	37,5
	1,69	3	12,5	18,8	56,3
	1,77	1	4,2	6,3	62,5
	1,85	1	4,2	6,3	68,8
	1,92	1	4,2	6,3	75,0
	2,00	1	4,2	6,3	81,3
	2,46	2	8,3	12,5	93,8
	3,46	1	4,2	6,3	100,0
	Gesamt	16	66,7	100,0	
Fehlend	System	8	33,3		
Gesamt		24	100,0		

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung pflegender Angehöriger 2011

**Tabelle 87 Schulnote Arbeit des ‚Zentrum Demenz‘**

N	Gültig	22
	Fehlend	2
Mittelwert		1,50
Modus		1
Minimum		1
Maximum		4

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung pflegender Angehöriger 2011



**Tabelle 88 Schulnote Arbeit des ‚Zentrum Demenz‘**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	14	58,3	63,6	63,6
	2	6	25,0	27,3	90,9
	3	1	4,2	4,5	95,5
	4	1	4,2	4,5	100,0
	Gesamt	22	91,7	100,0	
Fehlend	System	2	8,3		
Gesamt		24	100,0		

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung pflegender Angehöriger 2011

**Tabelle 89 Reliabilitätsanalyse Zufriedenheit mit Leistungen**

Cronbachs Alpha	Anzahl der Items
,848	7

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung pflegender Angehöriger 2011

**Tabelle 90 Reliabilitätsanalyse Zufriedenheit mit Leistungen**

	Skalenmittel- wert, wenn Item weggelas- sen	Skalenvarianz, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala- Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelas- sen
Zufrieden mit Vielfalt der Unterstützungsangebote	8,33	7,833	,388	,855
zufrieden mit Qualität der Unterstützungsangebote	8,38	6,548	,761	,804
zufrieden mit Preis-/ Leis- tungsverhältnis	8,24	7,790	,398	,854
zufrieden mit den Mitarbei- tern der Unterstützungsangebote	8,48	5,962	,775	,798
Zufrieden mit Information zu Unterstützungsangebo- ten des ZD	8,43	7,757	,342	,863
Zufrieden mit Infos über weitere Angebote	8,29	6,014	,814	,791
Zufrieden mit Beratung des ZD	8,43	6,557	,778	,802

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung pflegender Angehöriger 2011

**Tabelle 91 Skala Zufriedenheit Maßnahmen ‚Zentrum Demenz‘**

N	Gültig	21
	Fehlend	3
Mittelwert		1,3946
Modus		1,43
Minimum		1,00
Maximum		2,57

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung pflegender Angehöriger 2011

**Tabelle 92 Skala Zufriedenheit Maßnahmen ‚Zentrum Demenz‘**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1,00	5	20,8	23,8	23,8
	1,14	5	20,8	23,8	47,6
	1,43	7	29,2	33,3	81,0
	1,71	1	4,2	4,8	85,7
	2,00	1	4,2	4,8	90,5
	2,29	1	4,2	4,8	95,2
	2,57	1	4,2	4,8	100,0
	Gesamt	21	87,5	100,0	
Fehlend	System	3	12,5		
Gesamt		24	100,0		

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung pflegender Angehöriger 2011

**Tabelle 93 Leistungen der Pflegekasse**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Pflegegeld	6	25,0	30,0	30,0
	Sachleistungen	4	16,7	20,0	50,0
	Kombileistungen	10	41,7	50,0	100,0
	Gesamt	20	83,3	100,0	
Fehlend	System	4	16,7		
Gesamt		24	100,0		

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung pflegender Angehöriger 2011

**Tabelle 94 Leistungen der Pflegekasse**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ausschließlich Pflegegeld	31	47,0	50,0	50,0
	Kombination aus Sach- und Geldleistungen	16	24,2	25,8	75,8
	keine	15	22,7	24,2	100,0
	Gesamt	62	93,9	100,0	
Fehlend	System	4	6,1		
Gesamt		66	100,0		

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung von Breede und Kuhlmei 2007

**Tabelle 95 Entlastende Maßnahmen ‚Zentrum Demenz‘**

		Betreuungs- gruppe	Stundenweise Betreuung	Pflegekurse pflegende Angehörige	Beratung
N	In Anspruch genommen	12	14	5	11
	Keine	12	10	19	13

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung pflegender Angehöriger 2011

**Tabelle 96 Entlastende Maßnahmen ‚nach Breede und Kuhlmei (2007)‘**

		Betreuungs- gruppe	stundenweise Betreuung	Pflegekurse	Beratung
N	in Anspruch genommen	2	5	2	9
	keine	64	61	64	57

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung von Breede und Kuhlmei 2007

**Tabelle 97 Regression Belastungsempfinden**

**Modellzusammenfassung**

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	,536(a)	,287	,157	,56124

a Einflußvariablen : (Konstante), Skala\_Zufriedenheit, Skala\_Wirkung

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung pflegender Angehöriger 2011

**Tabelle 98 Regression Belastungsempfinden**

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Signifikanz
		B	Standardfehler	Beta		
1	(Konstante)	3,738	,567		6,598	,000
	Skala_Wirkung	,044	,351	,041	,124	,903
	Skala_Zufriedenheit	-,829	,488	-,561	-1,698	,118

a Abhängige Variable: Skala\_Belastungsempfinden

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung pflegender Angehöriger 2011

**Tabelle 99 Regression Wohlbefinden**

**Modellzusammenfassung**

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	,353(a)	,124	-,070	,57887

a Einflußvariablen : (Konstante), Skala\_Wirkung, Skala\_Zufriedenheit

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung pflegender Angehöriger 2011

**Tabelle 100 Regression Wohlbefinden**

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Signifikanz
		B	Standardfehler	Beta		
1	(Konstante)	1,717	,643		2,670	,026
	Skala_Zufriedenheit	,315	,512	,243	,615	,554
	Skala_Wirkung	,140	,375	,148	,374	,717

a Abhängige Variable: Skala Wohlbefinden

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
Nach Befragung pflegender Angehöriger 2011

**Tabelle 101 Regression Lebenszufriedenheit**

**Modellzusammenfassung**

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	,558(a)	,312	,159	,33897

a Einflußvariablen : (Konstante), Skala\_Wirkung, Skala\_Zufriedenheit  
 Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
 Nach Befragung pflegender Angehöriger 2011

**Tabelle 102 Regression Lebenszufriedenheit**

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Signifikanz
		B	Standardfehler	Beta		
1	(Konstante)	1,815	,366		4,954	,001
	Skala_Zufriedenheit	,619	,319	,735	1,941	,084
	Skala_Wirkung	-,227	,246	-,348	-,920	,381

a Abhängige Variable: Skala Lebenszufriedenheit  
 Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15  
 Nach Befragung pflegender Angehöriger 2011

gs- und Entlastungsangebote in Anspruch nehmen, welche Gründe gibt es dafür? (Mehrfachnennung möglich)

	Angebote sind nicht finanzierbar	Ich habe bzw. meine Familie hat eine ablehnende Haltung	Angebote entsprechen nicht meinen Vorstellungen	Mein betroffener Angehöriger möchte das nicht	Es ist beschämend, diese Angebote in Anspruch zu nehmen.	Es gibt keine ausreichenden Informationen über Angebote
3	14	2	8	18	0	15
3	52	64	58	48	66	51

**Tabelle 104 Regression Belastungsempfinden mit Wirkung**

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	,303(a)	,092	,027	,58087

a Einflußvariablen : (Konstante), Skala\_Wirkung

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15

Nach Befragung pflegender Angehöriger 2011

**Tabelle 105 Koeffizienten(a) Regression Belastungsempfinden mit Wirkung**

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Signifikanz
		B	Standardfehler	Beta		
1	(Konstante)	3,399	,514		6,619	,000
	Skala_Wirkung	-,318	,267	-,303	-1,190	,254

a Abhängige Variable: Skala\_Belastungsempfinden

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15

Nach Befragung pflegender Angehöriger 2011

**Tabelle 106 Regression Belastungsempfinden mit Zufriedenheit**

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	,431(a)	,185	,134	,53355

a Einflußvariablen : (Konstante), Skala\_Zufriedenheit

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15

Nach Befragung pflegender Angehöriger 2011

**Tabelle 107 Koeffizienten(a) Regression Belastungsempfinden mit Zufriedenheit**

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Signifikanz
		B	Standardfehler	Beta		
1	(Konstante)	3,549	,446		7,963	,000
	Skala_Zufriedenheit	-,601	,315	-,431	-1,908	,075

a Abhängige Variable: Skala\_Belastungsempfinden

Quelle: eigene Darstellung erstellt mit SPSS 15

Nach Befragung pflegender Angehöriger 2011