Die meisten Menschen mit Demenz leben zu Hause und werden von ihren Angehörigen betreut und versorgt. Pflegende Angehörige sind damit eine der entscheidenden Gruppen, die pflegerische Aufgaben erfüllen. Aber die Sorge um Menschen mit Demenz führt auch zu hohen Belastungen, sodass die Unterstützung der Familien ein entscheidendes Ziel im deutschen Gesundheitswesen ist.

Unterstützungsangebote für Familien mit Demenz gibt es zwar, aber die Situation ist nicht einheitlich und schwer zu durchschauen. Familien brauchen hier fachgerechte Begleitung, wobei der erste Schritt der Begleitung in der Bestimmung des spezifischen Bedarfs einer Familie besteht.

Nötig ist ein Assessmentinstrument, mit dem der Bedarf der Familie und auch die Belastung des pflegenden Angehörigen erkennbar und erfassbar gemacht werden. CarenapD tut genau dies – als bislang einziges Assessment für diese konkreten Situationen.

Dieses Buch präsentiert erste Erkenntnisse zur Anwendung von CarenapD in Deutschland. Es ist ein Meilenstein in der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz und ihren Familien.

Die Herausgeber
Die »Wittener Schriften« verbinden eine Reihe von Publikationen aus den Arbeitsschwerpunkten des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Witten/Herdecke.

ISBN 978-3-89993-262-1

Christine Riesner

Menschen mit Demenz und ihre Familien

Das personzentrierte Bedarfsassessment CarenapD: Hintergründe, Erfahrungen, Anwendungen

Menschen mit Demenz und ihre Familien – Riesner – S

Wittener Schriften

universität Witten/Herdecke

pflege S schlütersche

262-1_Umschlag.indd 1 12.08.2010 13:55:40 Uhr

Christine Riesner

Menschen mit Demenz und ihre Familien

Christine Riesner

Menschen mit Demenz und ihre Familien

Das personzentrierte Bedarfsassessment CarenapD: Hintergründe, Erfahrungen, Anwendungen

schlütersche

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.ddb.de abrufbar.

ISBN 978-3-89993-262-1

Dieser Bericht entstand im Rahmen eines Projektes mit dem Titel »Überprüfung der Anwendbarkeit, Praktikabilität und Modalitäten der Implementierung des Assessments CarenapD für den deutschen ambulanten Sektor bei Demenz. Gefördert wurde das Projekt durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und durch die Robert Bosch Stiftung. Die Laufzeit betrug insgesamt 2 Jahre und sechs Monate. Es wurde unter der Projektleitung Dr. Angelika Zegelin am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke am Lehrstuhl von Prof. Wilfried Schnepp durchgeführt. Weitere Projektmitarbeiterinnen waren Christine Riesner BScN, MScN und Katrin Herder BScN, MScN.

Zu den »Wittener Schriften«:
Die »Wittener Schriften« verbinden eine Reihe von Publikationen aus den Arbeitsschwerpunkten des Institutes für Pflegewissenschaft an der Universität Witten/Herdecke.
Es handelt sich um Tagungsdokumentationen, Forschungsberichte oder um thematisch gebündelte Qualifikationsarbeiten der Studierenden. Diese Abschlussarbeiten werden ausgewählt und eingeleitet, sodass sie interessant für ein Pflegefeld in Praxis und Theorie sind. HerausgeberInnen und AutorInnen wechseln je nach Thema. Für die gesamte Reihe ist die Arbeitsgruppe »Publikationen« des Instituts verantwortlich.

Mehr wissen – besser pflegen!
pflegen-online.de
Besuchen Sie unser Pflegeportal im Internet.

© 2010 Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG,
Hans-Böckler-Allee 7, 30173 Hannover

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der gesetzlich geregelten Fälle muss vom Verlag schriftlich genehmigt werden. Die im Folgenden verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen stehen immer gleichwertig für beide Geschlechter, auch wenn sie nur in einer Form benannt sind. Ein Markenzeichen kann warenrechtlich geschützt sein, ohne dass dieses besonders gekennzeichnet wurde.

Satz: PER Medien+Marketing GmbH, Braunschweig
Druck: Druck Thiebes GmbH, Hagen

Inhalt

Vorwort 8

Danksagung 10

Zusammenfassung 11

1 Einleitung 13

2 Demenzversorgung in der Kommune 14

3 Pflegende Angehörige 17

3.1 Definition und Rolle des pflegenden Angehörigen 17
3.2 Demografische Zusammenhänge pflegender Angehöriger in Deutschland 18
3.3 Demografische Zusammenhänge zu pflegender Personen in Deutschland 18
3.4 Belastungserleben und Entlastung für pflegende Angehörige 19
3.5 Subjektstatus von Personen mit Demenz 21

4 Bedarfsbestimmung 23

5 Methodik 29

5.1 Projektdesign 29
5.1.1 Projektziele 31
5.1.2 Projektvorbereitung 31
5.1.3 Projektdurchführung 34
5.1.4 Projektabschluss 35
5.1.5 Öffentlichkeitsarbeit 37

6 Merkmale der Regionen und der CarenapD-Anwender 38

6.1 Die Regionen Minden und Bochum 38
6.1.1 Prävalenz und Inzidenz von Demenz in den Regionen 39
6.1.2 Merkmale der CarenapD-Anwender 42

7 Entwicklung und Struktur des Assessments CarenapD 43

7.1 Die Struktur 45
7.1.1 Das Basis-Assessment 45

7.1.2 Bedarfsassessment – Person 45
7.1.3 Biografische Informationen 49
7.1.4 Pflegender Angehöriger 50

8 Praktikabilität und Anwendbarkeit von CarenapD 52

8.1 Die CarenapD-Schulung 52
8.1.1 Ziele der Schulung 52
8.1.2 Methodik der Schulung 53
8.1.3 Thematische Schwerpunkte der Anwenderdiskussionen 55
8.1.4 Zusammenfassung und Interpretation der Diskussionen 57
8.1.5 Schulungsevaluation 58
8.2 Interrater-Reliabilität CarenapD 61
8.2.1 Ergebnisse des Interrater-Reliabilitätstests 62
8.2.2 Diskussion der Ergebnisse der Interrater-Reliabilität 67
8.3 Beanspruchte Zeit zur Assessment-Erstellung 69
8.4 Ergebnis der Praktikabilitätsbefragung der Anwender 72

9 Darstellung von Klientenmerkmalen 78

9.1 Personen mit Demenz 78
9.1.1 Die Demenz-Diagnostik 79
9.1.2 Einstufung in die Pflegeversicherung 81
9.1.3 Allein lebende Personen mit Demenz 82
9.2 Pflegende Angehörige 84

10 Darstellung der CarenapD–Assessment–Ergebnisse 88

10.1 Hauptprobleme und Erwartungen an das Assessment 88
10.1.1 Hauptprobleme und Erwartungen der Person mit Demenz 88
10.1.2 Hauptprobleme und Erwartungen pflegender Angehöriger 91
10.1.3 Hauptprobleme und Erwartungen der CarenapD-Anwender 94
10.1.4 Zusammenfassung und Interpretation der Hauptprobleme und Erwartungen an das Assessment 96
10.2 Ergebnisse der Bedarfserhebung 99
10.2.1 Bedarfsdimension Verhalten und mentale Befindlichkeit 102
10.2.2 Bedarfsdimension Denken und Gedächtnis 105
10.2.3 Bedarfsdimension Soziale Interaktion 106
10.2.4 Bedarfsdimensionen Gesundheit und Mobilität und Selbstpflege und Toilettengang 107
10.3 Zusammenfassung der Bedarfslage der Personen mit Demenz 112
10.4 Hilfeplan 114
10.4.1 Verlaufsanalyse des Hilfeplans in der Bedarfsdimension Soziale Interaktion 117
10.5 Belastung pflegender Angehöriger 119

10.5.1 Häufigkeit des Kontakts zur Person mit Demenz 120
10.5.2 Erwartungen zur Unterstützung 120
10.5.3 Belastungsscreening der pflegenden Angehörigen 122

11 Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse 127

11.1 Die Anwendung des CarenapD-Assessments in den Regionen 127
11.2 Die Anwendung des CarenapD-Assessments durch verschiedene Dienstformen 128
11.3 Die Rolle des CarenapD-Anwenders 129
11.4 Anpassungen des Assessment CarenapD 131
11.5 Das ambulante Versorgungsfeld bei Demenz 131
11.6 Zukünftige Anwendungen von CarenapD 133

12 Ausblick 135

Literaturverzeichnis 137

Anlage 141

Information über das Projekt CarenapD 141

Register 143

Vorwort

Das eindrücklichste Ergebnis dieser Studie war für mich die (bereits bekannte) Tatsache der völligen Zersplitterung unseres Pflege- und Sozialsystems. Sie scheint schier unüberwindbar. Die Einrichtung übergeordneter »Pflegestützpunkte« ist ein Schritt in die richtige Richtung, allerdings zeigen die länderspezifischen Besonderheiten und die Startprobleme, dass gewachsene Strukturen nicht ignoriert werden können.
Richtig ist, die Versicherer und Kommunen gemeinsam in Verantwortung zu nehmen, allerdings ist dies ein schwieriges Unterfangen angesichts der leeren öffentlichen Kassen. Große Teile des Pflege- und Sozialwesens werden in Deutschland durch unterschiedliche Anbieter abgedeckt, viele davon in Wohlfahrtsverbänden verortet. Für Hilfesuchende sind die Angebote segmentiert und kaum zu durchschauen. Es fehlen sinnvolle Absprachen und Koordinationen, ganz abgesehen von berufsspezifischen Grenzen und regionaler Unter- bzw. Überversorgung.
Das Postulat »ambulant vor stationär« wird dadurch unterlaufen. Demenzerkrankungen nehmen zu – familiäre Hilfesysteme geraten an die Grenzen ihrer Belastung. Unser Gemeinwesen müsste schleunigst Stützen bereitstellen und dies zu einem möglichst kostengünstigen Preis.
Pflegende Familien, die demente Menschen betreuen, sind als System zu betrachten. Grundsätzlich wird dabei versucht, sich untereinander zu regulieren, selbst zu steuern – unter Nutzung vorhandener Hilfen. Familiale Pflege bei Demenz kann nur in der Zusammenschau aller Einflussmomente beurteilt werden, die Aspekte bedingen sich gegenseitig: Wertschätzung und Wohnsituationen, Finanznot und fehlende Informationen, Entlastung und Belastung, gelingende Kommunikation mit den Kranken, Unterstützung durch den behandelnden Arzt, um nur wenige Einflüsse zu nennen.

Vor etwa zehn Jahren lag mir zum ersten Mal eine Fassung des Assessments Carenap D vor, seitdem bin ich überzeugt, dass diese umfassende Form der Einschätzung die richtige ist, um die häusliche Pflege durch die Familie zu begleiten. Es kann nicht sein, dass die verschiedenen aufsuchenden Dienste mit jeweils der begrenzten Perspektive ihrer Profession und ihres Leistungsangebotes in die Haushalte kommen. Vernünftig erschien daher der Anspruch eines interdisziplinären Vorgehens, bzw. einer Einschätzung, die durch verschiedene Berufsgruppen genutzt werden kann. In Schottland hat sich inzwischen das Verfahren bewährt, es wurde ausgeweitet auf andere chronische Krankheiten, die zur Pflegebedürftigkeit führen. Es scheinen aber Welten zwischen Schottland und Deutschland zu liegen. Wahrscheinlich geschuldet den unterschiedlichen Strukturen, dort eine nationale, gebündelte Gesundheitsversorgung, hier ein tertiärer Markt ohne Mitsprache der Pflege in der Primärversorgung.
Vernünftig finde ich auch die Bedarfsfeststellung in der Unterscheidung zwischen erfüllten und unerfüllten Bedarfen – so lange eine Familie ihre Unterstützung selbst regelt, haben Professionelle dort nichts zu suchen. In vielen Fällen reichen offenbar niederschwellige Interventionen wie Beratung, Information oder Vermittlung von Hilfsmitteln, manchmal ist die Hinzuziehung eines Experten für spezielle Probleme

nützlich. Carenap D sieht also keine überflüssige »Luxusversorgung« vor, sondern stabilisiert durch regelmäßigen Besuch die eigenen Hilfssysteme.
Nach der Übersetzung des Assessments habe ich dann gern ab 2007 die wissenschaftliche Leitung einer ersten Prüfung des Verfahrens im Praxisfeld übernommen. Neben der unterschiedlichen Perspektive der Einschätzung durch die beteiligten Dienste in den beiden Modellstädten stellte sich auch die Reaktion auf die Bedarfe als schwierig dar. Das war zu erwarten!
Wer soll die erforderlichen Hilfen leisten – niemand ist in seinem begrenzten Feld zuständig, es gibt keine entsprechenden Leistungsziffern. Carenap D ist im Kontext der deutschen Situation wohl ein Instrument, das am Besten von den Pflegekassen zur Fallbegleitung genutzt werden kann – hier ist der Sinn unmittelbar einsichtig. Bei einem Ausbau der Pflegestützpunkte in den nächsten Jahren bietet sich das Verfahren hier als Case-Management-Grundlage an.
Für viele chronische Krankheiten sind inzwischen Begleitprogramme entwickelt worden, ganz überwiegend findet hier ein Monitoring körpernaher Aspekte statt. Es geht um die Überwachung des Blutdrucks, um die Titrierung der Medikamente bei Herzinsuffizienz, um das Wohlbefinden nach Transplantationen, um das Atemvolumen bei COPD und vieles andere mehr.
Zwar sind im Feld Demenz in den letzten zehn Jahren überaus viele Aktivitäten entstanden, ein Einschätzungsverfahren und ein Hilfekonzept für die familiale Pflege muss aber noch flächig auf den Weg gebracht werden.

Ich bin mir nicht sicher, ob eine telefonische Begleitung eines Call-Centers durch Carenap D den »Augenschein« ersetzen kann – sicher bin ich mir aber, dass für das Feld Demenz dringend stützende Elemente für familiale Pflege entwickelt werden müssen.

Mai 2010

Dr. Angelika Abt-Zegelin
Pflegewissenschaflerin
Projektleitung Carenap D
Universität Witten/Herdecke

Danksagung

An erster Stelle in der langen Reihe derjenigen, denen ein Dank gebührt, stehen die CarenapD Anwender. Durch ihren Einsatz, ihre Offenheit und ihr nachhaltiges Interesse konnte das CarenapD Projekt überhaupt umgesetzt werden. Dank muss auch allen Menschen mit Demenz und ihren Familien ausgesprochen werden, sie haben sich auf eine intensive Befragung teilweise sehr persönlicher Umstände eingelassen. Stellvertretend für alle, die im wissenschaftlichen Zusammenhang am Projekt beteiligt waren, die es gefördert haben und denen hier gedankt werden soll, stehen Susanna Hagenbrock und Sabine Möller. Ganz unabhängig von akuten Arbeitsbelastungen und der Anzahl der betreuten Projekte haben sie die finanzielle und organisatorische Seite des Projekts immer im Blick gehabt. Nicht zuletzt – sondern eher als »Fundament der Unterstützung« danke ich Hubert, Gabriel und Isabell für ihre Hilfe und auch dafür, dass sie von mir oft wenig Hilfe brauchten, so dass mehr Zeit für diese Arbeit blieb. Allen Menschen, die hier nicht besonders erwähnt sind, die aber unterstützend tätig waren, danke ich an dieser Stelle für ihre Hilfe.

Zusammenfassung

Die größte Gruppe der erfassten pflegebedürftigen Menschen in Deutschland (ca. 1,37 Mio.) lebt zu Hause. Die pflegerische Versorgung wird hier hauptsächlich durch pflegende Angehörige erbracht (Döhner et al., 2007). Ein erheblicher Teil der pflegebedürftigen Menschen leidet an Gedächtniseinschränkungen oder Demenz, und gerade diese Einschränkungen der Alltagskompetenz sind für die pflegenden Angehörigen physisch und psychisch besonders belastend (Pinquart & Sörensen, 2003, Schneekloth & Wahl, 2003). Der Anteil älterer bis hochaltriger Bürger nimmt kontinuierlich zu. Die Pflegeleistungen der pflegenden Angehörigen sind damit zu einem wesentlichen Stabilitätsfaktor im Gesundheitswesen geworden. Ziel der Versorgung muss präventives Unterstützen in der eigenen Häuslichkeit sein, wobei der Begriff der Prävention auch bei bestehenden chronischen Erkrankungen Bestand haben muss. Die Begleitung muss kontinuierlich erfolgen und Integration der beteiligten Dienste gewährleisten. Sie bezieht sich insbesondere auch auf die pflegenden Angehörigen. Ohne Fall- und Versorgungsmanagement sind diese Aufgaben nicht zu bewältigen, auch weil Angebote bedarfsgerecht für die Familie vorgehalten werden müssen (Sachverständigenrat, 2009). Der mit diesen Konzepten einhergehende Selbstmanagementfokus beinhaltet eine Fülle von Informationsbausteinen, die für Familien und deren Begleitung entwickelt und erprobt werden müssen.

Diese Versorgungsnotwendigkeiten entwickeln sich international gleichförmig. Dementsprechend werden auch Lösungswege aus dem internationalen Kontext angepasst und adaptiert. Das schottische Bedarfsassessment CarenapD (Care Needs Assessment Pack for Dementia) wurde 1995 entwickelt, um die Bedarfe der demenzkranken Menschen und der pflegenden Angehörigen in der Häuslichkeit zu bestimmen. Bedarfe werden einem Hilfeplan zugeleitet (Cameron & O'Neill, 2005). Das Assessment stellt eine Einschätzungshilfe dar. Es hat eine personzentrierte Fundierung, daher wird bei der Bedarfseinschätzung die Sicht der demenzbetroffenen Person und des pflegenden Angehörigen einbezogen. CarenapD bezieht interdisziplinäre Perspektiven in die Bedarfseinschätzung ein.

Am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke wurde CarenapD im Jahr 2004 übersetzt und einer Face Validity Testung unterzogen. In einem zweijährigen Folgeprojekt wurde CarenapD dann von 2007 bis 2009 unter der Leitung von Frau Dr. Angelika Zegelin am Lehrstuhl für familienorientierte und gemeindenahe Pflege bei Prof. Wilfried Schnepp getestet. Gefördert wurde das Projekt vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und von der Robert-Bosch-Stiftung. CarenapD wurde in zwei Regionen bei insgesamt 55 Familien eingesetzt. 15 MitarbeiterInnen verschiedener professioneller Dienste wurden zuvor fünf Tage geschult, um danach mit CarenapD die Bedarfslage jeder beteiligten Familie im Abstand von ca. sechs Monaten zweimal zu erfassen.

Die Ergebnisse zeigen, dass CarenapD sehr gut geeignet ist, die Bedarfslage der Familien detailliert darzustellen und einen individuellen Versorgungsverlauf zu dokumentieren. Das Assessment eignet sich für Case-Management-Prozesse.

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse der Bedarfseinschätzung, dass von den vorhandenen 57 Items zum ersten Messzeitpunkt bei 38 % kein Bedarf festgestellt wurde. 49 % der Bedarfe waren erfüllt und lediglich 11 % nicht erfüllte Bedarfe lagen vor. Eine Verschiebung von 5 % ergab sich zum zweiten Messzeitpunkt von »kein Bedarf« in Richtung »erfüllter Bedarf«. In der Bedarfsdimension »Soziale Interaktion« entstand mit einem Anteil von 20 % der größte unerfüllte Bedarf. Das Assessment für die pflegenden Angehörigen ergab ein durchschnittliches Belastungsrisiko von 36 %. Fehlende Unterstützung nahm hier den größten Anteil des Belastungsrisikos ein.

Allerdings zeigt die Analyse der Informationen in CarenapD auch Mängel im ambulanten Versorgungssystem auf. So wurden die betroffenen Menschen mit Demenz weitaus weniger in die Kommunikation und in Entscheidungen einbezogen als die pflegenden Angehörigen. Weiter zeigen die Ergebnisse, dass die professionellen Perspektiven der verschiedenen CarenapD-Anwender nicht deckungsgleich sind. Das professionelle Verständnis der Bedarfslage unterliegt dienstspezifischen Unterschieden. Ebenso werden Klienten bezogen auf ihre Milieuzugehörigkeit nicht von allen beteiligten Dienstformen gleichmäßig begleitet. Die Steuerung des Hilfeplans muss deutlich verbessert werden und die Strukturen zur Erfüllung erhobener Bedarfe sind noch nicht tragfähig. Zusammenfassend kann in den Projektergebnissen aufgezeigt werden, dass der ambulante Sektor noch nicht ausreichend für die Versorgung der familiären Bedarfe bei Demenz gerüstet ist.

Die exemplarische Anwendung des schottischen Bedarfsassessment CarenapD hat demnach gezeigt, dass es für die strukturierte Begleitung von Familien mit Demenz gut geeignet ist und auch präventiv eingesetzt werden kann. Gleichzeitig zeigt CarenapD notwendige Entwicklungen des deutschen ambulanten Sektors auf. CarenapD kann hier Entwicklungsprozesse entwickeln helfen, wenn es reflektierend und mit fachlicher Expertise eingesetzt wird.

1 Einleitung

In diesem Projekt »Überprüfung der Anwendbarkeit, Praktikabilität und Modalitäten der Implementierung des Assessments CarenapD für den deutschen ambulanten Sektor bei Demenz« wurde anhand einer kleinen Stichprobe getestet, ob das Bedarfsassessment CarenapD im deutschen Gesundheitssystem anwendbar ist. Weiter wurde gefragt, welche Modalitäten der Implementierung vorgenommen werden sollten, wenn CarenapD sich als praktikabel erweisen sollte.

Bereits anhand der Struktur des CarenapD-Assessments zeigte sich, dass die Problemlage und die Bedarfe der zu Hause lebende Menschen mit Demenz hier übersichtlich abgebildet wird und die Unterstützung gut organisiert werden kann. Die Praktikabilität des Assessments wird aufgrund der Anwendereinschätzungen und aufgrund der Detailfülle der Informationen als hoch eingeschätzt. Doch kann es auch im Praxisfeld gute Dienste leisten? Halten die professionellen Mitarbeiter CarenapD ebenso für ein brauchbares Instrument? Wenn dies so ist, welche Unterstützung brauchen wiederum die professionellen Mitarbeiter, um mit dem Assessment arbeiten zu können und welche Dienste eignen sich besonders für die Bedarfseinschätzung? Diese Fragen waren leitend für dieses Projekt.

Die Ergebnisse zeigen neben den Daten zu den Bedarfen und Hilfeplänen verschiedene Blickwinkel auf die häusliche Situation. So wird die Sorge der pflegenden Angehörigen mit all ihren Facetten sichtbar. Ebenso wird die relative Sprachlosigkeit der von Demenz betroffenen Menschen deutlich. Die Fragmentierung des Gesundheitswesens, die sich in den nur schwer zu organisierenden Serviceleistungen zeigt, spiegelt sich gleichzeitig in professionellen Rollen und Haltungen.

Dieser Bericht beginnt mit der Darstellung des ambulanten Versorgungsfelds und möglicher Handlungsfelder für Kommunen, denn hier entstehen die wesentlichen, zukünftigen Bedarfe einer älter werdenden Bevölkerung und hier ist das Einsatzgebiet für CarenapD verortet.

Im Anschluss wird die Situation pflegender Angehöriger angesprochen, denn sie sind diejenigen, welche die Hauptaufgabe der Sorge um Menschen mit Demenz übernehmen. Danach werden die Personen mit Demenz thematisiert, denn die Betroffenenperspektive muss in allen Bereichen der Versorgung einbezogen werden. Menschen mit Demenz können sich lange Zeit gut zu ihrer Befindlichkeit äußern.

Nach der darauf folgenden Darstellung der Methodik und der regionalen Rahmenbedingungen des Projekts werden die Ergebnisse breit angesprochen.

2 Demenzversorgung in der Kommune

Die Zukunft pflegerischer Sorge und Begleitung wird zum großen Teil im ambulanten Feld stattfinden. Eine älter werdenden Bevölkerung und deren Wunsch, so lange wie möglich zu Hause zu bleiben, lässt den ambulanten Versorgungssektor kontinuierlich wachsen. Insgesamt hat die Zahl aller ambulanten Einrichtungen die stationären Einrichtungen im Gesundheitswesen überholt (Statistisches Bundesamt 2007, S. 233). Pflegedienste machen den größten Anteil der Beschäftigten im Gesundheitswesen aus, die ambulanten Pflegeanbieter lagen im Jahr 2003 bei zehntausend Diensten (RKI 2006, S. 144). Im Jahr 2006 waren bereits zwölftausend ambulante Pflegedienste zugelassen (MDS. 2007, S. 30). Dieser Trend setzt sich bei anderen Berufen des Gesundheitswesens fort. Diese Zunahme ambulanter Gesundheitsleistungen findet im kommunalen Umfeld statt und es ist die Kommune, welche den Auftrag der kommunalen Daseinsvorsorge inne hat. Allerdings ist diese Begrifflichkeit oft genutzt und birgt konfliktträchtige Auseinandersetzungen, wie auch das gesamte Feld politischer Zuständigkeit und Finanzierung in Bezug auf Gesundheitsleistungen in der Kommune kaum klare Rahmenbedingungen hat. Dennoch ist unbestritten, dass eine angemessene ambulante und gemeindenahe Versorgung hilfebedürftiger älterer Menschen nicht nur im kommunalen Raum stattfindet, sondern auch Aufgabe der Kommune ist. Diese Aufgabe besteht heute hauptsächlich in einer klaren Positionierung und Steuerung der Versorgungsprozesse: im zueinander führen verschiedener Dienstleister, Selbsthilfeorganisationen und Vertreter von Industrie, Handwerk und z. B. Wohnungsbau.

Im Versorgungsfeld der Demenz sind seit einigen Jahren viele Initiativen zu verzeichnen, welche ohne kommunale Beteiligung nicht möglich gewesen wären. Im hier dargestellten CarenapD-Projekt waren ebenfalls kommunale Pflegemitarbeiterinnen beteiligt.

Eine »demenzfreundliche Kommune« zu entwickeln (www.aktion-demenz.de) ist in drei große Entwicklungsfelder zu unterteilen.

Information und Endstigmatisierung der betroffenen Menschen und ihrer Familien wird durch breit angelegte Themenwochen, Zeitungsberichte, Pressearbeit und Informationsvermittlung in religiöse Gemeinden, Vereine und Verbände, Schulen ect. erreicht. Das Ziel besteht darin, Wissen und Akzeptanz zur demenziellen Behinderung in der Bevölkerung zu vermehren und dadurch auch passive und aktive Unterstützung zu fördern. Die Information breiter Teile der Bevölkerung soll auch bewirken, dass sich mehr betroffene Familien für Unterstützungsdienste entscheiden.

Netzwerke zwischen professionellen Anbietern von Leistungen im Versorgungsfeld Demenz und ehrenamtlichen Organisationen werden unter kommunaler Federführung entwickelt. Ziel dieser Netzwerke ist eine Verbesserung der Versorgung von Personen und Familien in Bezug auf die Quantität und Qualität der Angebote. Der