



Aus dem Institut für Community Medicine
(geschäftsführender Direktor Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann, MPH)
der Universitätsmedizin der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald

**Thema: Ambulante Betreuungsmanager für Patienten
mit Demenz: Ermittlung des Anforderungsprofils, des
Qualifikationsbedarfes und der Qualifizierungsinhalte im
allgemeinmedizinischen Versorgungskontext in einer
Modellregion Mecklenburg-Vorpommerns**

Inaugural - Dissertation
zur
Erlangung des akademischen
Grades

Doktor der Wissenschaften in der Medizin
(Dr. rer. med.)

der
Universitätsmedizin
der
Ernst-Moritz-Arndt-Universität

Greifswald
2011

vorgelegt von: Adina, Dreier
geb. am: 22. August 1979
in: Neubrandenburg

Dekan: Prof. Dr. med. Heyo Kroemer

1. Gutachter: Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann, MPH

2. Gutachter: Prof. Dr. rer. pol. Sabine Bartholomeyczik

(3. Gutachter:)

Ort, Raum: Greifswald, Hörsaal Ellernholzstr. 1-2

Tag der Disputation: 19.04.2012

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	6
Tabellenverzeichnis.....	8
Abkürzungsverzeichnis	10
Zusammenfassung	11
Summary	15
1. Einleitung	18
2. Aufbau der Arbeit	20
3. Theoretischer Hintergrund und Projektbezogene Rahmenbedingungen..	21
3.1 Prävalenzen der Demenz	21
3.2 Demenzerkrankungen in der ambulanten medizinisch-pflegerischen Versorgung	23
3.3 Die Demenzprojekte: IDemUck und DelpHi-MV	27
3.3.1 Die IDemUck Studie	27
3.3.1.1 Ziele.....	27
3.3.1.2 Rahmenbedingungen.....	28
3.3.1.3 Durchführung und wesentliche Ergebnisse.....	28
3.3.2 Die DelpHi-MV Studie am CIDC im Kontext des DZNE.....	30
3.3.2.1 Ziele.....	31
3.3.2.2 Rahmenbedingungen.....	31
3.3.2.3 Design und Implementation der Studie.....	32
3.4 Die Qualifizierung zum Dementia Care Manager in der DelpHi-MV Studie	34
3.4.1 Pflegewissenschaftliches Wissen und pflegepraktische Kompetenzen als Grundlage für die Übernahme der Rolle des Dementia Care Managers	35
4. Fragestellung.....	41
5. Material und Methodik.....	42
5.1 Einverständnis und Votum der Ethikkommission.....	43
5.2 Die drei Ergebnisdimensionen	44
5.3 Das Untersuchungsdesign	47
5.3.1 Die Untersuchung im Feld	47

5.4 Instrumente	54
5.4.1 Pretest	58
5.5 Quantitative Feldstudie.....	59
5.5.1 Hausärzte	59
5.5.2 Pflegefachkräfte.....	59
5.5.3 Pflegende Angehörige	60
5.5.4 Rücklauf	61
5.5.5 Datenaufbereitung und -analyse.....	62
6. Ergebnisse	65
6.1 Beschreibung der Auswertepopulation	65
6.1.1 Pflegefachkräfte.....	65
6.1.2 Hausärzte	67
6.1.3 Pflegende Angehörige	68
6.2 Ergebnisdimension „Versorgungs- und Unterstützungssituation“	72
6.3 Ergebnisdimension „Aufgaben- und Tätigkeitsfeld des ambulanten Betreuungsmanagers“	80
6.4 Ergebnisdimension „Qualifizierung“	91
6.5 Empfehlungen für die Entwicklung einer Qualifizierung im Dementia Care Management	108
6.5.1 Gewichtung der Qualifizierungsinhalte.....	108
6.5.1.2 Bewertung Qualifizierungsinhalte: Pflegefachkräfte „sehr wichtig“ und Hausärzte „wichtig“	111
6.5.1.3 Bewertung Qualifizierungsinhalte: Pflegefachkräfte „wichtig“ und Hausärzte „wichtig“	115
6.5.1.4 Bewertung Qualifizierungsinhalte: Pflegefachkräfte „wichtig“ und Hausärzte „eher wichtig“	115
6.5.2 Zuordnung der Qualifizierungsinhalte zu Oberthemen.....	116
6.5.3 Spezifizierung der Qualifizierungsinhalte „Netzwerkbezogene Demenzversorgung“ sowie „Kommunikation und Beratung“	119
6.6 Aufbaustruktur des Curriculums im Dementia Care Management	121
7. Diskussion.....	122
7.1 Kritische Zusammenfassung der Ergebnisse.....	123
7.2 Stärken und Limitationen der Arbeit.....	131

7.3 Einordnung der Arbeit in den Stand der Forschung und innovative Bereiche	136
8. Ausblick und Empfehlungen	149
Literatur	157
Eigene Publikationen (Auswahl).....	178
Danksagung	181
Eidesstattliche Erklärung.....	182

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Das Pflegedreieck..... 25

Abbildung 2: Untersuchungsablauf..... 48

Abbildung 3: Häufigkeit des Sehens der demenziell Betroffenen durch die Pflegefachkräfte (N=140)..... 65

Abbildung 4: Träger der ambulanten Pflegedienste bzw. der Sozialstationen (N=136) 66

Abbildung 5: Anzahl der Mitarbeiter im ambulanten Pflegedienst bzw. der Sozialstation (N=142)..... 67

Abbildung 6: Praxisformen der Hausarztpraxen (N=30) 68

Abbildung 7: Familienstand der pflegenden Angehörigen (N=106)..... 68

Abbildung 8: Berufstätigkeit der pflegenden Angehörigen (N=102) 70

Abbildung 9: Häufigkeit des Sehens des Demenzkranken durch die pflegenden Angehörigen (N=104) 71

Abbildung 10: Bewertung der Versorgungssituation aus Sicht der Pflegefachkräfte (N=142), der Hausärzte (N=30) und der pflegenden Angehörigen (N=96)..... 72

Abbildung 11: Bewertung der Belastungssituation aus Sicht der Pflegefachkräfte (N=144), der Hausärzte (N=31) und der pflegenden Angehörigen (104)..... 73

Abbildung 12: Bewertung der Unterstützungssituation aus Sicht der Pflegefachkräfte (N=142), der Hausärzte (N=31) und der pflegenden Angehörigen (N=97) 74

Abbildung 13: Belastungsempfinden der pflegenden Angehörigen auf spezifische Stressoren in der Interaktion mit dem an Demenz erkrankten Patienten 76

Abbildung 14: Einschätzung der Wichtigkeit von spezifischen Unterstützungsoptionen aus Sicht der Pflegefachkräfte (PK) und der Hausärzte (HA)..... 78

Abbildung 15: Einschätzung der Wichtigkeit von Aufgaben und Tätigkeiten des Dementia Care Managers aus dem ersten übergeordneten Arbeitsfeld: „Versorgungsplan“ aus Sicht der Pflegefachkräfte (PK) und der Hausärzte (HA) 81

Abbildung 16: Einschätzung der Wichtigkeit von Aufgaben und Tätigkeiten Dementia Care Managers aus dem zweiten übergeordneten Arbeitsfeld: „Fallbesprechungen“ aus Sicht der Pflegefachkräfte (PK) und der Hausärzte (HA) 83

Abbildung 17: Einschätzung der Wichtigkeit von Aufgaben und Tätigkeiten des Dementia Care Managers aus dem dritten übergeordneten Arbeitsfeld: „Kommunikation zum einzelnen Patientenfall und deren Entwicklung im jeweiligen Stadium der Erkrankung“ aus Sicht der Pflegefachkräfte (PK) und der Hausärzte (HA).....	84
Abbildung 18: Einschätzung der Wichtigkeit von Aufgaben und Tätigkeiten des Dementia Care Managers aus dem vierten übergeordneten Arbeitsfeld: „Koordinations- und Schnittstellenfunktion“ aus Sicht der Pflegefachkräfte (PK) und der Hausärzte (HA)	86
Abbildung 19: Einschätzung der Wichtigkeit von Aufgaben und Tätigkeiten des Dementia Care Managers aus dem fünften übergeordneten Arbeitsfeld: „individuelle Beratung und Hilfestellung des Patienten mit Demenz und seiner pflegenden Angehörigen“ aus Sicht der Pflegefachkräfte (PK) und der Hausärzte (HA).....	87
Abbildung 20: Einschätzung der Wichtigkeit von Aufgaben und Tätigkeiten des Dementia Care Managers aus Sicht der pflegenden Angehörigen.....	89
Abbildung 21: Häufigkeitsverteilung der Hausarztantworten (N=30) zur Eignung von Pflegefachkräften, die Rolle des Dementia Care Managers zu übernehmen .	90
Abbildung 22: Einschätzung der Wichtigkeit von Qualifizierungsinhalten aus dem ersten Oberthema „Grundlagen der Versorgung von Patienten mit Demenz“ für den Dementia Care Manager aus Sicht der Pflegefachkräfte (PK) und der Hausärzte (HA).....	94
Abbildung 23: Einschätzung der Wichtigkeit von Qualifizierungsinhalten aus dem zweiten Oberthema „Medizinische Aspekte der Demenz“ für den Dementia Care Manager aus Sicht der Pflegefachkräfte (PK) und der Hausärzte (HA)	96
Abbildung 24: Einschätzung der Wichtigkeit von Qualifizierungsinhalten aus dem dritten Oberthema „Pflege bei Demenz“ für den Dementia Care Manager aus Sicht der Pflegefachkräfte (PK) und der Hausärzte (HA).....	97
Abbildung 25: Einschätzung der Wichtigkeit von Qualifizierungsinhalten aus dem vierten Oberthema „Kommunikation und Beratung“ für den Dementia Care Manager aus Sicht der Pflegefachkräfte (PK) und der Hausärzte (HA)	98
Abbildung 26: Einschätzung der Wichtigkeit von Qualifizierungsinhalten aus dem fünften Oberthema „Netzwerkbezogene Demenzversorgung“ für den Dementia Care Manager aus Sicht der Pflegefachkräfte(PK) und der Hausärzte (HA).....	99
Abbildung 27: Einschätzung der Wichtigkeit der Qualifizierungsoberthemen aus Sicht der pflegenden Angehörigen	107

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Fragebogenitems aus der Literatur und der IDemUck Studie sowie deren Herkunft.....	51
Tabelle 2: Ableitung von Interviewaussagen zu Fragebogenitems (Beispiele)	54
Tabelle 3: Übersicht der Fragebogenbereiche in den drei Erhebungsinstrumenten	55
Tabelle 4: Versendete und zurückerhaltene Fragebögen	61
Tabelle 5: Geschlechterverteilung von Pflegefachkräften, Hausärzten und pflegenden Angehörigen	62
Tabelle 6: Alter der Pflegefachkräfte, Hausärzte und pflegenden Angehörigen ..	62
Tabelle 7: Höchste allgemeinbildende Schulausbildung der pflegenden Angehörigen	69
Tabelle 8: Höchste berufliche Ausbildung der pflegenden Angehörigen	69
Tabelle 9: Verhältnis der pflegenden Angehörigen zum Patienten mit Demenz ..	70
Tabelle 10: Häufigkeitsverteilung der Antworten von Pflegefachkräften und Hausärzten über die Zusammenarbeit mit anderen Akteuren im Rahmen der Demenzversorgung.....	74
Tabelle 11: Häufigkeitsverteilung der Antworten von Pflegefachkräften und Hausärzten zur Zusammenarbeit mit anderen Akteuren bei allen zu versorgenden Patienten mit Demenz im Detail	75
Tabelle 12: Häufigkeitsverteilung der Antworten von Pflegefachkräften und Hausärzten zur Meinung bezüglich des Aufgabenschwerpunktes des Dementia Care Managers.....	90
Tabelle 13: Häufigkeitsverteilung der Antworten der Pflegefachkräfte, Hausärzte und pflegenden Angehörigen auf die Nachfrage, ob ihrer Meinung nach ein Qualifizierungsbedarf für Pflegefachkräfte besteht, um die Aufgaben des Dementia Care Managers zu übernehmen.....	93
Tabelle 14: Reliabilitätsanalyse Pflegefachkraft- Oberthema: Grundlagen der Versorgung von Demenzpatienten	101
Tabelle 15: Reliabilitätsanalyse Pflegefachkraft- Oberthema: Medizinische Aspekte der Demenz	101
Tabelle 16: Reliabilitätsanalyse Pflegefachkraft- Oberthema: Pflege bei Demenz	102

Tabelle 17: Reliabilitätsanalyse Pflegefachkraft- Oberthema: Kommunikation und Beratung	102
Tabelle 18: Reliabilitätsanalyse Pflegefachkraft- Oberthema: Netzwerkbezogene Demenzversorgung.....	103
Tabelle 19: Reliabilitätsanalyse Hausarzt- Oberthema: Grundlagen der Versorgung von Demenzpatienten	104
Tabelle 20: Reliabilitätsanalyse Hausarzt- Oberthema: Medizinische Aspekte der Demenz.....	104
Tabelle 21: Reliabilitätsanalyse Hausarzt- Oberthema: Pflege bei Demenz.....	105
Tabelle 22: Reliabilitätsanalyse Hausarzt- Oberthema: Kommunikation und Beratung	105
Tabelle 23: Reliabilitätsanalyse Hausarzt- Oberthema: Netzwerkbezogene Demenzversorgung.....	106
Tabelle 24: Wichtigkeitseinschätzung der Qualifizierungsthemen von Pflegefachkräften (PK) und Hausärzten (HA) sowie die daraus abgeleiteten Konsequenzen für das Dementia Care Management Curriculum	109
Tabelle 25: Ergebnisse der Reliabilitätsanalyse als Basis für die Zuordnung der Qualifizierungsinhalte zu den Oberthemen des Dementia Care Management Curriculum.....	116
Tabelle 26: Ergebnisse Reliabilitätsanalyse für die Zuordnung der Qualifizierungsthemen zu den Oberthemen	117
Tabelle 27: Metastruktur des Dementia Care Management Curriculums	121

Abkürzungsverzeichnis

ANP	Advanced Nursing Practice
AWO	Arbeiterwohlfahrt
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
bpa	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.
CIDC	Center for Integrated Dementia Care Research
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
DelpHi-MV	Demenz: lebenswelt- und patientenzentrierte Hilfen in Mecklenburg-Vorpommern
DGN	Deutsche Gesellschaft für Neurologie
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
DZNE	Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen
DQR	Deutscher Qualifikationsrahmen Ausgehend vom EQR berücksichtigt der DQR Besonderheiten der deutschen Bildungslandschaft. Darin verankert ist unter anderem das Ziel, bis 2012 alle neuen Qualifikationen mit einem Verweis auf die Niveaus des EQR zu versehen. Der DQR vereint analog dem EQR acht Niveaus und beschreibt jeweils Kompetenzen, die für die Erlangung eines Qualifikationsniveaus erforderlich sind. Für die Beschreibung der acht Niveaus besteht eine einheitliche Struktur und Zuordnungsregeln. [55]
EQR	Europäischer Qualifikationsrahmen Der EQR ist ein europäischer Referenzrahmen, der Qualifikationen in verschiedenen Ländern vergleichbar macht. Der EQR vereint acht Qualifikationsniveaus für die allgemeinbildende, berufliche und akademische Aus- und Weiterbildung. Er versteht sich damit als Instrument zur Förderung des lebenslangen Lernen und der Mobilität von Bürgern. [86,87,88,89]
IDemUck	Interdisziplinäres Betreuungs- und Behandlungsnetz für Demenzpatienten im Landkreis Uckermark
KMK	Kultusministerkonferenz
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
M-V	Mecklenburg-Vorpommern

Zusammenfassung

In Deutschland leben derzeitig mehr als eine Million Menschen mit demenziellen Erkrankungen. [12,15] In den nächsten Jahrzehnten ist aufgrund der Zunahme älterer, vor allem hochbetagter Menschen mit einem beträchtlichen Anstieg der Anzahl von Patienten¹ mit Demenz zu rechnen, von denen ein hoher Anteil dauernder Betreuung oder Pflege bedarf. [186] Bleibt ein Durchbruch in der Prävention und Therapie dieser Erkrankung weiterhin aus, wird basierend auf der zehnten Bevölkerungsschätzung des Statistischen Bundesamtes, die Anzahl demenziell Erkrankter in Deutschland bis zum Jahr 2020 1,4 Millionen Menschen betreffen. [186] Rund 60% dieser Patienten leben in Privathaushalten und werden dort überwiegend von Familienmitgliedern betreut.

Das Fortschreiten der Erkrankung geht mit einem steigenden Pflegebedarf einher, so dass der Pflege elementare Aufgaben innerhalb der Demenzversorgung zukommen. Im Rahmen der Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Altenpflege gewinnt die Thematik Demenz zunehmend an Bedeutung. Für eine qualitätsgesicherte und evidenzbasierte Koordination der Behandlung und Betreuung ist jedoch eine Weiterqualifizierung der Pflegefachkraft notwendig. Eine Analyse der bestehenden Fort- und Weiterbildungsoptionen zeigt dabei, dass bisher keine Qualifizierung auf das spezifische Handlungsfeld der ambulanten, netzwerkbezogenen Demenzversorgung fokussiert. Ein neuer Lösungsansatz ist die Qualifizierung und der Einsatz von Pflegefachkräften nach dem Konzept des Dementia Care Managements, wie es im Centre for Integrated Dementia Care Research (CIDC) in einer Kooperation zwischen den Universitäten Rostock und Greifswald und dem Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) aktuell entwickelt und evaluiert wird.

Dazu ist es zunächst erforderlich, das Aufgaben- und Tätigkeitsfeld einer Pflegefachkraft im Dementia Care Management zu identifizieren und darauf basierend einen Qualifizierungsbedarf abzuleiten. Unter Berücksichtigung der Primärausbildung Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Altenpflege sind in einem zweiten Schritt hieraus entsprechende Qualifizierungsinhalte zu entwickeln, was den Inhalt der vorliegenden Dissertationsarbeit darstellt. Diese leistet somit eine Vorar-

¹ Aus Gründen der Lesbarkeit wird in der vorliegenden Arbeit auf die getrennte Verwendung von weiblichen und männlichen Personenbezeichnungen verzichtet.

beit für die Entwicklung eines Curriculums für die zukünftigen Dementia Care Manager.

Die Bearbeitung der Fragestellung erfolgte in einem dreistufigen Forschungsprozess unter Anwendung einer Datentriangulation in Form eines Mixed Methodology Designs aus qualitativen und quantitativen Forschungsansätzen. [74] Datentriangulation meint die Einbeziehung von verschiedenen Datenquellen. [74] In der Erhebung stellten Pflegefachkräfte, Hausärzte und pflegende Angehörige die Datenquellen dar. Zu Beginn der Untersuchung erfolgten Interviews (qualitative Forschungsmethode), woran sich eine Fragebogenerhebung (quantitative Forschungsmethode) anschloss, so dass es sich um eine Datentriangulation im Sinne eines Mix Methodology Design handelt. [74]

Die Ergebnisse der durchgeführten Interviews mit zwei Hausärzten, zwei Pflegefachkräften und zwei pflegenden Angehörigen wurden anschließend im zweiten Schritt der Erhebung als Items in drei Erhebungsinstrumente für Pflegefachkräfte, Hausärzte und pflegende Angehörige überführt und einer Reliabilitätsanalyse unterzogen. Nach Adaptation der Instrumente erfolgte im dritten Schritt der Erhebung die quantitative Datenerhebung. Hierzu sind insgesamt 1818 Fragebögen an Hausärzte, Pflegefachkräfte und pflegende Angehörige versendet worden, wovon 282 verwertbare Antwortbögen in die Auswertung eingingen.

In Bezug auf das Arbeitsfeld eines Dementia Care Managers konnten insgesamt 27 Aufgaben und Tätigkeiten identifiziert und in folgende fünf Tätigkeitsfelder zusammengefasst werden: (1) Versorgungsplan, (2) Fallbesprechungen, (3) kontinuierliche und abgestimmte Kommunikation zum einzelnen Patientenfall und deren aktuelle Entwicklungen im jeweiligen Stadium der Erkrankung, (4) Koordinations- und Schnittstellenfunktion sowie (5) individuelle Beratung und Hilfestellung des Patienten mit Demenz und seiner pflegenden Angehörigen. Die Vorstellungen zum Aufgabenfeld des Dementia Care Managers stimmen in 18 der 27 Tätigkeiten zwischen Pflegefachkräften und Hausärzten überein. Von den neun Tätigkeiten, in denen sich die Wichtigkeitseinschätzung zwischen Pflegefachkräften und Hausärzten unterscheidet, stammen vier aus dem ersten Tätigkeitsbereich „Versorgungsplan“. Im zweiten Aufgabengebiet „Fallbesprechungen“ bestanden Unterschiede zwischen Pflegefachkräften und Hausärzten bezüglich aller drei Aufgaben. Für die beiden Aufgabenbereiche „Kommunikation zum einzelnen Patientenfall und deren aktuelle Entwicklungen im jeweiligen Stadium der Er-

krankung“ und „individuelle Beratung und Hilfestellung des Patienten mit Demenz und seiner pflegenden Angehörigen“ konnte jeweils eine Aufgabe identifiziert werden, in denen Unterschiede in der Wichtigkeitseinschätzung zwischen Hausärzten und Pflegefachkräften bestehen.

In Bezug auf sechs Aufgaben besteht ein Unterschied in der Vorstellung der Wichtigkeit, dass die Pflegefachkräfte der Ansicht sind, es handle sich um „sehr wichtige“ Tätigkeiten, während die Hausärzte die Meinung vertreten, dass die Aufgaben lediglich als „wichtig“ einzuordnen sind. Dies betrifft u. a. die „Erstellung eines individuellen Versorgungsplans in Kooperation mit den Akteuren des Netzwerkes“. Die drei verbleibenden Tätigkeiten, in denen Unterschiede zur Wichtigkeitseinschätzung zwischen Pflegefachkräften und Hausärzten bestehen, (a) Bewertung und Evaluation der Umsetzung des erstellten Versorgungsplans in Kooperation mit den Netzwerkpartnern, (b) Dokumentation von Fallbesprechungen und (c) Organisation von Fallbesprechungen, werden von den Pflegefachkräften durchgängig als „wichtig“ bewertet. Die Hausärzte ordnen diese Aufgaben (a) bis (c) mehrheitlich in die Kategorien „wichtig“ bis „eher wichtig“ ein.

Bezüglich der neun Tätigkeiten, in denen sich die Vorstellungen bei den Pflegefachkräften und Hausärzten deutlich unterscheiden, sollte im Rahmen des praktischen Einsatzes der Dementia Care Manager besonderes Augenmerk gelegt werden. In Bezug auf die Schwerpunktsetzung der Tätigkeit des Dementia Care Managers hin zum Management bzw. der Koordination des Patientenfalls und/oder der pflegerischen Tätigkeit mit und am Patienten sind sich beide befragte Zielgruppen (77,9% Pflegefachkräfte, 67,7% Hausärzte) darüber einig, dass die Pflegefachkraft sowohl den Patientenfall managen sollte als auch darüber hinaus pflegerische Aufgaben zum Arbeitsfeld des Dementia Care Managers gehören. Die Mehrheit der befragten Hausärzte (58,1%) hält die pflegerische Profession für „sehr geeignet“ bis „geeignet“, um eine zentrale Rolle im Dementia Care Management zu übernehmen.

Aus dem so entwickelten Aufgabenfeld des Dementia Care Managers lassen sich notwendige Kompetenzen ableiten, die eine Pflegefachkraft aufweisen sollte, um die Durchführung und Umsetzung der Tätigkeit als Dementia Care Manager in hoher Qualität zu gewährleisten. Die Thematik Demenz in der regulären Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Altenpflege wird in den verschiedenen Ausbildungseinrichtungen in einer unterschiedlichen Stundenanzahl ge-

lehrt. So beträgt der Stundenumfang an der beruflichen Schule am Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum in Neubrandenburg 20 Stunden in beiden Ausbildungsgängen. Diese Arbeit zeigt, dass zur Übernahme der Aufgaben im Dementia Care Management durch Pflegefachkräfte eine Weiterqualifizierung der pflegerischen Profession erforderlich ist. Auch die befragten Pflegefachkräfte (79,3%), Hausärzte (90,3%) und pflegende Angehörige (63,3%) sehen für die Pflegefachkraft, die als Dementia Care Manager tätig werden wollen, einen Qualifizierungsbedarf, der das gegenwärtige Qualifizierungsangebot erheblich übersteigt. Im Rahmen der Qualifizierung sollten vor allem Grundlagen der Demenzerkrankung, medizinische Inhalte, Pflege, Kommunikation und Beratung sowie Themen der netzwerkbezogenen Demenzversorgung vermittelt werden.

Die Analyse zur Einschätzung der Wichtigkeit einzelner Schulungsinhalte im Kontext der fünf Oberthemen ergaben Prioritäten für die medizinischen Aspekte der Versorgung sowie die Prävention und Gesundheitsförderung. Daneben wurde den Schulungsthemen Fallarbeit, Kommunikation und Beratung von den Akteuren eine hohe Bedeutung beigemessen.

Aus der Befragung zu Unterstützungsoptionen, die die Pflegefachkräfte, Hausärzte und pflegenden Angehörigen für wichtig erachten, lässt sich für das zu entwickelnde Curriculum ableiten, dass vor allem die Beratung hinsichtlich bestehender Hilfen, dem Umgang mit einer Demenzerkrankung als auch die Bearbeitung der kognitiven Beeinträchtigungen des demenziell Erkrankten von Bedeutung sind.

Limitationen dieser Arbeit betreffen unter anderem die geringe Grundgesamtheit der befragten Gruppen von Hausärzten (N=32), Pflegefachkräften (N=145) und pflegende Angehörige (N=108). Die getroffenen Aussagen der drei Zielgruppen sind damit beschränkt.

Die Resultate dieser Arbeit lassen wichtige Hinweise zum Aufgaben- und Tätigkeitsfeld eines Dementia Care Managers ableiten. Durch die Identifizierung wichtiger Qualifizierungsinhalte kann ein wertvoller Beitrag zur Konkretisierung des Dementia Care Management Konzeptes geleistet werden.

Summary

In Germany more than one million people are living with dementia. [12,15] The rising number of elderly and very old people in the next few decades will cause a significant increase of patients with dementia, of which a high percentage are in need of permanent care. The Federal Statistical Office predict in their tenth population estimate that the number of dementia patients will increase to 1.4 million people by 2020 if there is no breakthrough in dementia prevention and treatment methods [186] The majority of people with dementia, that is almost 60% of them, live in their own households and are supported by family members. [186]

The progression of the illness requires extended health care in which the nursing profession plays an important role. Vocational and academic nursing education and training already address dementia, but further qualification of nurses is still needed in order to achieve quality-assured and evidence-based treatment and support. An analysis of advanced training options shows that there is a lack of qualification focusing on the specific scope of duties in outpatient, network-related dementia care. Therefore the Centre for Integrated Dementia Care Research (CIDC) develops a concept for the qualification and employment of nurses as Dementia Care Managers.

Hence, it is necessary to identify the scope of duties for nurses who will work in dementia care management in order to derive training needs and contents based on the vocational nursing training. This is the focus of this doctoral dissertation which thus represents an essential preliminary work for the development of a curriculum for future Dementia Care Managers. The examination of the problem addressed in this doctoral thesis involved a three-stage research process using data triangulation in the form of a Mixed Methodology Design involving qualitative and quantitative research methods. [74] Data triangulation means the integration of different data sources. [74] In a survey nurses, general practitioners und family care givers represent the data sources. In addition, interviews (qualitative research method) were conducted and questionnaires distributed. The result of this procedure is a data triangulation in terms of a Mixed Methodology Design. Interviews with two general practitioners, two nurses and two family care givers constituted the beginning of the study. The results of these interviews were then, after a reliability test, converted into items for three survey instruments for nurses, general

practitioners and family care givers. The collection of quantitative data collection was the third step. A total of 1,818 questionnaires were sent to general practitioners, nurses and family care givers. The results of the 282 returned usable questionnaires entered into the analysis.

As to the Dementia Care Manager's field of work, a total of 27 tasks were identified and grouped into five fields of activity: (1) care planning, (2) case reviews, (3) continuous and coordinated communication about each case and about current developments throughout every stage of the disease, (4) function as an interface and coordinator as well as (5) individual counselling and support of the dementia patients and their family care givers. The ideas about the scope of duties for the dementia care manager are the same in 18 of the 27 tasks mentioned by the nurses and the general practitioners. From the 9 tasks to which the nurses and the practitioners allocate varied importance, 4 belong to the first field (care planning). In the second field (case reviews), there are differences between the nurses and the general practitioners concerning all three tasks, the same applies to communication about each patient's case at particular stages of the disease and individual advice and assistance to dementia patients and their family care givers.

With reference to the 6 tasks which got different ratings concerning importance, nurses evaluate these tasks as "very important" while general practitioners only consider them as "important". The remaining three tasks, which were also estimated differently by the nurses and the general practitioners, (a) evaluation of the implementation of the care plan in cooperation with the network partners, (b) documentation of case reviews and (c) organization of case conferences are considered as "important" by all nurses. The general practitioners judge the tasks (a), (b) and (c) as "important" or "rather important".

In the context of the 9 tasks that differ markedly in the nurses' and the general practitioners' estimation, one should pay special attention to the practical input of Dementia Care Management. In relation to the focus on the tasks of a Dementia Care Manager, like management and coordination of the patient case, and/or to nursing tasks both interviewed groups agree (77.9% nurses, 67.7% family physicians) that a nurse should manage the patient case and that nursing tasks also belong to the work field of a dementia care manager. In addition, 58.1% of the questioned GP's are of the opinion that nurses are "very eligible" or "eligible" for their role as Dementia Care Manager.

From the identified work field of a dementia care manager one can derive skills which are necessary for a nurse in order to ensure the performance and implementation of the Dementia Care Manager's tasks at a high qualitative level. The number of hours dedicated to dementia in the vocational nursing training at the vocational nursing of Neubrandenburg currently amounts to 20 hours. This study shows that a further qualification of nurses is needed if they are to take over the tasks in Dementia Care Management. The questioned nurses (79.3%), GP's (90.3%) and family care givers (63.3%) ask for further qualification and training needs for nurses concerning Dementia Care Management as well. Issues like dementia basics, medical aspects, nursing care aspects, communication and counselling as well as network-related dementia care should be a part of the qualification. As to the results that assess the importance of individual training contents in the context of the five modules, it can be summarized that particularly the medical aspects of care, prevention and health promotion as well as case work, communication and counselling are very important qualification contents.

The survey's results reveal that the nurses, the general practitioners and the family care givers consider different support options as important. Therefore, the curriculum that is to be developed should include counselling about dementia, existing support options and the treatment of the patients' cognitive impairment as essential curriculum contents in Dementia Care Management.

However, the results obtained in all three dimensions are to a certain extent of limited value. In particular, the low number of general practitioners, nurses and family care givers surveyed in this study must be mentioned. Therefore, the statements of the nurses, general practitioners and family carers are not entirely representative.

The results of the doctoral dissertation identify important qualification contents and thus provide an essential contribution to the ascertainment of the dementia care management concept.

1. Einleitung

Demenz ist eine der häufigsten chronisch progredienten Erkrankungen im höheren Alter. Neben den außergewöhnlichen Belastungen für die Betroffenen und Pflegenden stellt die Demenz hohe Anforderungen an die Versorgung und das Gesundheitssystem. Charakteristisch für die Demenz ist ein fortschreitender Verlust an Gedächtnisleistungen und kognitiven Funktionen, der zumeist nach mehrjährigem Verlauf in einen geistigen Verfall übergeht und schließlich zur völligen Pflegebedürftigkeit und zum Tode führt. [31,47,113,176,180] Darüber hinaus führt die Demenzerkrankung für die Patienten zu Komplikationen im Zusammenhang mit anderen Erkrankungen (Multimorbidität). [2,195] Bei der Alzheimer-Demenz beträgt die durchschnittliche Krankheitsdauer vom Beginn der Symptome bis zum Tod 4,7 bis 8,1 Jahre. [186]

Menschen, die an Demenz erkrankt sind, nehmen im Rahmen der häuslichen Versorgung eine besondere Rolle ein, da ihre Pflege im Vergleich zu Pflegebedürftigen ohne eine Demenzerkrankung zeitintensiver ist und demnach Belastungen für Pflegende im größeren Umfang resultieren können. [31,153] Diese Belastungen entstehen zumeist aus der Notwendigkeit, dass die Versorgung von Patienten mit Demenz einer besonderen Unterstützung und Begleitung unter gleichzeitiger Wahrnehmung der noch verbliebenen Kompetenzen der Kranken bedarf. [31]

Mit Blick auf die Tatsache, dass in Mecklenburg-Vorpommern (M-V) Menschen mit demenziellen Erkrankungen den größten Anteil der Pflegebedürftigen ausmachen [166] wird deutlich, dass insbesondere der häuslichen Pflege im Kontext der Demenzversorgung künftig eine bedeutsame Aufgabe zukommt und eine angemessene Betreuung der demenzkranken Menschen nur mit mehr Fachkenntnissen der professionell Pflegenden und einer verstärkten Einbeziehung von Angehörigen und Freiwilligen erreicht werden kann. [166]

Defizite bestehen derzeit nicht nur im Bereich der gezielten Prävention, frühzeitigen Diagnostik und ganzheitlichen, umfassenden Therapie sondern auch im Bereich der Pflege und Beratung der demenziell Betroffenen und ihrer pflegenden Angehörigen. [166] Zahlreiche Untersuchungen belegen, dass die Erfordernis einer Heimunterbringung deutlich hinausgezögert werden kann, wenn Demenzerkrankungen früh erkannt, moderne Antidementiva verordnet, flankierende psychotherapeutische, soziotherapeutische und rehabilitative Hilfsangebote in die

ärztliche Behandlung eingebunden werden und wenn sich pflegende Angehörige praktische Hilfen zur Entlastung erschließen können. [143] Hausärzte befürworten, dass Patienten, die an Demenz erkrankt sind, so lange wie möglich in der Häuslichkeit versorgt und dass die Familien dazu mit erforderlichen, adäquaten pflegerischen Angeboten unterstützt werden. [41]

Diese Ziele erfordern die Entwicklung neuer Konzepte in allen Bereichen der Demenzversorgung, vor allem aber auf der Qualifikationsebene. Besonders dringlich erscheint aus pflegewissenschaftlicher Sicht die Herausforderung, die seit langem beklagten Wissens- und Kompetenzdefizite im Bereich der gerontopsychiatrischen Versorgung anzugehen und zu einem bedarfs- und anforderungsgerechten Bildungskonzept in der Pflege zu kommen. [155]

2. Aufbau der Arbeit

Die Arbeit gliedert sich inhaltlich in zwei Hauptabschnitte. Der erste Hauptabschnitt beschreibt die aktuell bestehenden und künftig zu erwartenden Entwicklungen in Bezug auf die Häufigkeit von auftretenden Demenzen. Nach der Darstellung der medizinischen und pflegerischen Versorgungssituation bei Vorliegen einer Demenz, erfolgt die Beschreibung der beiden Studien DelpHi-MV (Demenz: lebenswelt- und patientenzentrierte Hilfen in Mecklenburg-Vorpommern) und IDemUck (Interdisziplinäres Betreuungs- und Behandlungsnetz für Demenzpatienten im Landkreis Uckermark), in die diese Arbeit eingebettet ist. Insbesondere wird dabei auf die Projektziele und die Rahmenbedingungen der Studien eingegangen. Darauf aufbauend erfolgt die Beschreibung des Konzeptes eines Dementia Care Managers für Patienten mit Demenz im Kontext der DelpHi-MV Studie. Mit der Definition der der Aufgabenstellung und Ziele der vorliegenden Arbeit schließt der erste inhaltliche Hauptabschnitt ab.

Der zweite Hauptabschnitt stellt zu Beginn das Votum der Ethikkommission für die vorliegende Untersuchung dar, woran sich die Erläuterung der Ergebnisdimensionen und des Untersuchungsdesigns sowie die Instrumentenentwicklung, Beschreibung der Datenarten und -quellen sowie die Datenaufbereitung und -analyse anschließen. Danach erfolgt die Ergebnisdarstellung bezogen auf die einzelnen Ergebnisdimensionen. Aus den Ergebnissen werden konkrete Empfehlungen für die Qualifizierungsinhalte des Curriculums zum Dementia Care Manager abgeleitet. Darüber hinaus wird ein Überblick zu Aspekten der Versorgungssituation der demenziell Erkrankten und dem Unterstützungsbedarf der pflegenden Angehörigen dargestellt, um die Qualifizierungsinhalte für die Beratung und Schulung der pflegenden Angehörigen spezifizieren zu können.

In der Diskussion erfolgen die kritische Reflexion der verwendeten Methodik in der Arbeit sowie die Betrachtung der Innovativität einer Qualifizierung für Pflegefachkräfte in der ambulanten Demenzversorgung im Kontext der nationalen und internationalen Forschung. Die sich daraus ableitenden Empfehlungen werden dargestellt und münden in einen abschließenden Ausblick.

3. Theoretischer Hintergrund und Projektbezogene Rahmenbedingungen

3.1 Prävalenzen der Demenz

Das Krankheitsbild Demenz ist derzeit in den entwickelten Ländern die vierthäufigste Todesursache nach Herz-Kreislaufkrankheiten, Neubildungen und zerebrovaskulären Krankheiten. Der hohe Pflegeaufwand macht die Demenzerkrankung zur vermutlich teuersten Krankheitsgruppe im höheren Lebensalter. [195] Das Bundesministerium für Bildung und Forschung rechnet bis zum Jahr 2020 mit einem Anstieg der Demenzen auf 6,9 Millionen Betroffene in Westeuropa, 5,1 Millionen Betroffene in Nordamerika und 11,7 Millionen Betroffene in China und weiteren asiatischen Ländern. [28]

Für die USA schätzten Bergmann und Cooper, dass sich der Bedarf an Alten- und Pflegeheimplätzen bereits verdoppeln würde, wenn lediglich 5% der derzeit pflegenden Angehörigen nicht bereit oder in der Lage wären, Versorgungsleistungen für ihre älteren hilfsbedürftigen Familienmitglieder zu erbringen. [86] In Amerika waren 2008 insgesamt 5,2 Millionen Menschen an Demenz erkrankt. [4] Durchschnittlich wurden dort 16,6 Stunden täglich für die pflegerische Arbeit durch pflegende Angehörige in den USA aufgewendet. [4] Nach einer Untersuchung aus den USA haben Patienten mit Demenz dabei im Durchschnitt 2,4 weitere Erkrankungen. [164] Die häufigsten Erkrankungen sind Hypertonie, Diabetes mellitus, Osteoarthritis und koronare Herzerkrankungen. [164]

Für die Schweiz prognostizieren Höpflinger und Hugentobler für das Jahr 2050 eine Anzahl von demenziell Betroffenen, die zwischen 142.000 und 186.000 liegt. Diese Zahlen beruhen auf der Annahme, dass in den kommenden 50 Jahren keine wirksamen präventiven und rehabilitativen Maßnahmen gegen Demenzerkrankungen vorliegen. [160]

In Deutschland sind mehr als eine Million Menschen und deren Familien von Demenz betroffen. [109,179,180] Die Wahrscheinlichkeit an einer Demenz zu erkranken steigt mit zunehmendem Alter an, so dass Demenzen folglich fast ausschließlich in der zweiten Lebenshälfte auftreten. [75,88,195] Prognosen zu Folge wird die Zahl der Demenzkranken bis zum Jahr 2050 auf bis zu 2,5 Millionen ansteigen, wobei jährlich mehr als 200.000 Neuerkrankungen auftreten werden. [41,47,180,186] Eine exemplarische Hochrechnung für Mecklenburg-Vorpommern hat ergeben, dass die Prävalenz ausgehend von etwa 17.200 De-

menzerkranken in 2002 auf etwa 29.000 im Jahr 2020 ansteigt und sich damit um 67% erhöhen wird. [72] Mit Blick auf die Auswirkungen des demographischen Wandels in Mecklenburg-Vorpommern, der sich durch eine ansteigende Lebenserwartung (68 Jahre in 1990/72,5 Jahre in 2000) [168] und der Abwanderung jüngerer Bevölkerungsanteile akzentuiert, können sich für die Bevölkerung in den strukturschwachen, ländlichen Regionen Versorgungshindernisse ergeben, die für viele ältere Menschen nur schwer zu überwinden sind. [152] Daraus resultieren im Rahmen der Demenzerkrankung hohe Anforderungen an das Versorgungssystem und die pflegenden Angehörigen, von denen viele über sechs bis zehn Stunden am Tag Betreuungsarbeit leisten. [88]

3.2 Demenzerkrankungen in der ambulanten medizinisch-pflegerischen Versorgung

In Deutschland werden momentan 82% der Patienten mit Demenz im häuslichen Umfeld versorgt und betreut, so dass die Angehörigen die Hauptlast der Versorgung tragen. [2] Damit ist die Gruppe der pflegenden Angehörigen als die wichtigste Ressource im Kontext der Versorgung von Patienten mit Demenz zu betrachten. [65,77] Gleichzeitig verwundert es nicht, dass sich 41% der so genannten Hauptpflegepersonen stark bis sehr stark belastet fühlen. [82,83,84,172] Viele Angehörige von demenziell Erkrankten möchten dennoch eine stationäre Heimunterbringung verhindern und empfinden eine innere Befriedigung in der Betreuung ihrer an Demenz erkrankten Familienmitglieder, wenn diese dadurch weiterhin zu Hause versorgt werden können. [45]

Die Leistungen für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im ambulanten Bereich wurden im Jahr 2008 verbessert. [33] Der Bundestag hat am 14. März 2008 das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz beschlossen [201] und die Pflegeversicherung zum 01. Juli 2008 reformiert. [39] In diesem Zusammenhang können demenziell erkrankte Menschen, die einen geringen Pflegebedarf aufweisen und damit noch nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen, jedoch einen Betreuungsbedarf haben, erstmals Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten (so genannte Pflegestufe „0“). [33] Diese umfassen einen Betreuungsbetrag, der monatlich mindestens 100€ beträgt. Der Betreuungsbetrag kann auf 200€ monatlich aufgestockt werden, sofern der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) dies nach Einzelfallprüfung empfiehlt. [39] Im Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung werden Patienten, die Anspruch auf den Betreuungsbetrag haben, wie folgt definiert: „Personen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht.“ [201] In diesem Zusammenhang wird die Personengruppe der demenziell Erkrankten ausdrücklich als Zielgruppe des Betreuungsgeldes im Gesetzestext erwähnt. Die Änderung im SGB XI (Pflegeversicherung) soll damit einen Beitrag leisten, den demenziell Betroffenen so lange wie möglich ein würdevolles Dasein in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen. [73] Dabei kann das Einbringen aller Kenntnisse über Demenzpflege das Wohlbefinden des Patienten und die Qualität der Pflege nachweislich verbessern. [98,115]

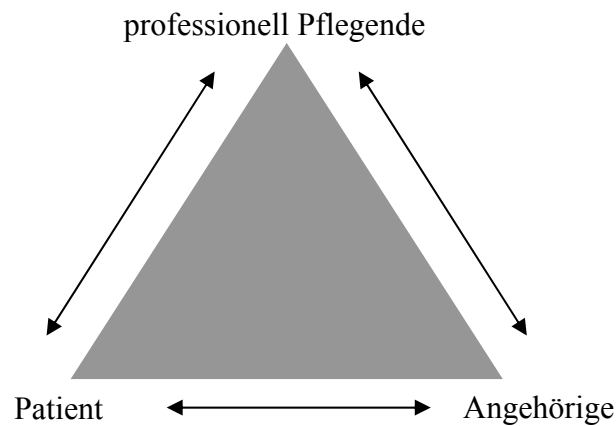
Vor diesem Hintergrund der derzeit absehbaren Entwicklungen bezüglich der steigenden Anzahl von Patienten mit Demenz sowie der damit einhergehenden zunehmenden Komplexität der Versorgung und Sicherstellung einer leitliniengerechten Therapie der Erkrankung, zeigen sich die Erfordernis ein multiprofessionelles Versorgungskonzept zu entwickeln. Das für die ambulante Demenzversorgung zu entwickelnde Konzept muss dabei auch die Belastung pflegender Angehöriger im Kontext der häuslichen Betreuung von Demenzerkrankten angemessen berücksichtigen, um in der Folge Entlastungsoptionen zu schaffen und die pflegenden Angehörigen als wichtigste laientätige Unterstützungsressource dauerhaft im Versorgungsprozess zu halten. [82] Mit Blick auf die medikamentösen, psychologischen und sozialen Therapiemöglichkeiten demenzieller Erkrankungen und dem Wissen, dass es bislang dennoch nicht möglich ist den progredienten Verlauf der Erkrankung aufzuhalten, wird eine professionell koordinierte Zusammenarbeit aller am Behandlungsprozess beteiligten Akteure in Zukunft eine elementare Rolle einnehmen. [197]

Hausärzte sind auf Grund der zumeist jahrelangen Betreuung der Patienten und dem damit einhergehenden gewachsenen Vertrauensverhältnis die primären Ansprechpartner und wichtigste ärztliche Bezugsperson für die nicht selten multimorbiden demenziell Erkrankten und deren Angehörigen. [129,174] Sie stellen somit eine feste Anlaufstelle für die Patienten und deren Angehörigen dar [140] und nehmen neben der kontinuierlichen Betreuungsfunktion eine Schlüsselrolle in den Bereichen Früherkennung, Aufklärung, Therapie und Vermittlung weiterer Hilfs- und Betreuungsangebote ein. [135] Damit stellen sie das zentrale Bindeglied zu den ärztlichen Spezialdisziplinen und anderen Gesundheitsberufen dar. [45]

Das Fortschreiten der Demenzerkrankung geht mit einem steigenden Pflegebedarf auf Seiten der Patienten sowie einer Zunahme des Unterstützungsbedarfes seitens der pflegenden Angehörigen einher. Daraus resultierend ist die Profession der Pflege als ein weiterer elementarer Akteur im Kontext der Behandlung und Betreuung von Demenzerkrankten und deren Angehörigen zu betrachten. Ambulant professionell Pflegende werden mit sehr unterschiedlichen Erwartungen, Wünschen und Ansprüchen von Patienten und deren Angehörigen empfangen. Durch die Übernahme von Pflegeaufgaben durch professionelle Pflegefachkräfte entsteht

ein so genanntes Pflegedreieck zwischen dem Patienten, den Angehörigen und den professionell Pflegenden als Beteiligte. [86]

Abbildung 1: Das Pflegedreieck



Quelle: [134]

Der Umgang mit Demenzkranken in der ambulanten medizinisch-pflegerischen Versorgung erfordert in der Regel eine besondere Qualifikation der Pflegefachkräfte. Neben den erworbenen Kenntnissen im Rahmen der Berufsausbildung bedarf es einer Vertiefung und Anpassung des Wissens der Pflegefachkräfte hinsichtlich der Versorgung demenziell Erkrankter im spezifischen Arbeitsfeld der ambulanten, netzwerkbezogenen Versorgung. Der kompetente Umgang mit demenziell Erkrankten erfordert eine zusätzliche Qualifizierung in folgenden Bereichen:

- Krankheitslehre
- Umgang mit Medikamenten
- Erkennen von unerwünschten Wirkungen und Nebenwirkungen von Psychopharmaka
- Kommunikation mit dem Betroffenen
- Umgang mit herausforderndem Verhalten
- Kriseninterventions- und Deeskalationstechniken [137]

Aus diesem Grunde konstatieren die Vertreter der pflegerischen Berufsverbände übereinstimmend den hohen Stellenwert von Aus-, Fort- und Weiterbildung für eine bessere Betreuung und Versorgung der Patienten mit Demenz als auch für eine abgestimmte Kooperation zwischen den einzelnen Akteuren der am Behand-

lungsprozess beteiligten Professionen. Sie erwähnen dabei die verschiedenen Bereiche, in denen die Teamarbeit verbessert werden kann und sollte:

- Früherkennung,
- Versorgung im Rahmen von neuen Versorgungskonzepten,
- Rehabilitation,
- besondere Aspekte der Versorgung in ländlichen Regionen und
- der Patientenberatung und -schulung [154]

Um eine qualitätsgesicherte und dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechende Behandlung und Betreuung zu gewährleisten, ist es demzufolge erforderlich, dass sich die Pflegefachkräfte auf Basis ihrer Primärqualifikation weiterqualifizieren, um so in Kooperation mit dem behandelnden Hausarzt eine bestmögliche Demenzversorgung zu leisten sowie den möglichst langen Verbleib der Patienten mit Demenz in ihrer Häuslichkeit zu sichern.

3.3 Die Demenzprojekte: IDemUck und DelpHi-MV

3.3.1 Die IDemUck Studie

Das Interdisziplinäre Betreuungs- und Behandlungsnetz für Demenzpatienten im Landkreis Uckermark (IDemUck) bilden die Fachabteilungen der regionalen Krankenhäuser, niedergelassene Haus- und Fachärzte, Pflegefachkräfte und Angehörige von Sozialberufen. Ziel des Netzwerkes ist die Früherkennung und optimierte Versorgung von Patienten mit Demenz. Die Aufgaben der Netzwerkpartner wurden durch abgestimmte Behandlungspfade von allen beteiligten Akteuren detailliert definiert. [100]

3.3.1.1 Ziele

Die ergebnisbasierte Evaluation der Netzwerkarbeit, insbesondere die Beurteilung der Wirksamkeit (Effektivität) und gesundheitsökonomischer Aspekte (Effizienz) des strukturierten Behandlungsprogramms einer frühzeitigen Diagnostik und Therapie der Demenzerkrankung ist das primäre Ziel des Projektes. Zudem soll die Evaluation dazu beitragen, das bestehende Netzwerk zu erweitern und auszubauen, um die Selbständigkeit der Patienten möglichst lange zu erhalten, ihre Teilnahme am sozialen und gesellschaftlichen Leben zu unterstützen bzw. den Betreuungs- und Pflegeaufwand zu optimieren. Als patientenbezogenes Outcome wurden die frühzeitige fachärztliche Diagnostik, die optimale medikamentöse Einstellung mit Antidementiva, die Vermeidung ungeplanter stationärer Aufenthalte und die Verzögerung des Eintritts eines Patienten in eine stationäre Pflegeeinrichtung gewählt. Eine frühzeitige Einbeziehung der Betroffenen und deren Angehörigen in den Bewältigungsprozess der Erkrankung sollten darüber hinaus innerfamiliäre Ressourcen stärken. Das Netzwerk fokussiert auf die patientenzentrierte Vernetzung von Ärzten, Pflegefachkräften und Angehörigen von Sozialberufen sowie den zielgerichteten Einsatz der jeweiligen berufsspezifischen Hilfeangebote als effektive und effiziente gegenseitige Ergänzung. [100]

In Anbetracht des demographischen Wandels und der steigenden Lebenserwartung werden diese Ziele nochmals akzentuiert. Aus Sicht der Patienten ermöglicht der Verbleib in der eigenen Häuslichkeit ein selbstbestimmtes Leben und eine umfassende Partizipation am gesellschaftlichen Leben. [100]

3.3.1.2 Rahmenbedingungen

Im Zeitraum von 1990 bis 2006 war die Bevölkerungsentwicklung in der Uckermark durch einen Rückgang der Einwohnerzahlen gekennzeichnet. Ursachen sind in der starken Verringerung der Geburtenzahlen bei gleichzeitigem Vorliegen eines hohen Wanderungsdefizits insbesondere in den jüngeren Altersgruppen der 15- bis 30-Jährigen zu sehen. In der Folge kommt es zu erheblich veränderten Anforderungen an das deutsche Gesundheitssystem. Diesen kann nicht allein mit einer quantitativen Erhöhung der gegenwärtigen Kapazitäten begegnet werden. Die demographischen und ökonomischen Rahmenbedingungen der kommenden drei Jahrzehnte erfordern vielmehr eine konzeptionelle und strukturelle Neuausrichtung großer Teile des Gesundheitssystems. [100]

Die Region Uckermark ist aufgrund der schnellen Zunahme der älteren Bevölkerung besonders geeignet, modellhaft neue Konzepte für die medizinische Versorgung älterer Personen zu implementieren, welche künftig bei positiver Evaluierung auf andere ländlich strukturierte Regionen übertragen werden können. Da viele Regionen in den alten Bundesländern zukünftig eine ähnliche Struktur aufweisen werden wie sie die Uckermark bereits heute zeigt, sind Daten und Ergebnisse der durchgeführten Evaluation von bundesweitem Interesse. [100]

3.3.1.3 Durchführung und wesentliche Ergebnisse

In die Evaluation des IDemUck Netzwerkes werden qualitative als auch quantitative Verfahren eingeschlossen. Im Rahmen der qualitativen Erhebungsschritte erfolgen mit Angehörigen der Patienten semistrukturierte Interviews zur Erfassung des subjektiven Erlebens der Erkrankung des Angehörigen. Zudem werden in diesem Zusammenhang Daten zu unternommenen Bewältigungsschritten einschließlich der Inanspruchnahme externer Hilfen erhoben. [100]

Die erzielten Ergebnisse der innerhalb des IDemUck Netzwerkes behandelten Patienten werden mit einer Kontrollgruppe verglichen, deren Diagnostik und Behandlung auf der Regelversorgung basiert.

Erfolgte die Rekrutierung dieser Probanden durch einen am Netzwerk beteiligten Arzt, sind diese Patienten der Interventionsgruppe zuzuordnen. Ist der Arzt hingegen ein so genannter assoziierter Partner des Netzwerks, der sich also nicht an der

Umsetzung der Netzwerkalgorithmen beteiligt, werden die bei ihm rekrutierten Probanden der Kontrollgruppe zugeordnet. [100]

Die Intervention in der Untersuchungsgruppe besteht in der Aufnahme des an Demenz erkrankten Patienten in die Behandlungspfade des Netzwerkes. Dies erfolgt nach positivem Screening anhand des DemTect Tests durch einen am Projekt beteiligten Hausarzt. [76] Mit der Aufnahme des Patienten in das Netzwerk schließt sich die Durchführung einer strukturierten Diagnostik und Diagnosesicherung sowie die Zuweisung zu einer leitliniengerechten Therapie einschließlich der Verlaufskontrolle an.

Die Kontrollgruppe bilden konsekutiv alle Patienten aus dem Landkreis Uckermark, die älter als 54 Jahre sind und die Einschlusskriterien für das Netzwerk erfüllen. [100] Aufgrund der natürlichen Alterung der Patienten sowie des progredienten Verlaufs der Demenzerkrankung definiert sich ein Interventionserfolg nicht nur durch die Verbesserung des Gesundheitszustandes des Patienten, sondern auch in der Vermeidung einer Verschlechterung oder einer Verzögerung des Fortschreitens der Erkrankung. Diese drei Endpunkte werden jeweils im Vergleich zur Usual Care Gruppe quantifiziert.

Nachdem die Probanden auf Grundlage ihrer Ergebnisse im DemTect Test in die Interventions- oder Kontrollgruppe eingeschlossen werden, führt das Studienteam mit ihnen ein ausführliches Interview sowohl in der Eingangs- als auch in einer follow-up Untersuchung nach einem Jahr mit kurzen validierten Fragebögen und standardisierten diagnostischen Tests durch. [100]

Die Auswertung der im Rahmen der Untersuchungen erhobenen gesundheitlich relevanten Daten erfolgt zunächst deskriptiv. Die Wirksamkeit der Interventionsmaßnahmen wird im zweiten Analyseschritt anhand des Vergleichs der Zielvariablen innerhalb der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe ermittelt. [100]

In die IDemUck-Studie wurden insgesamt 235 Demenzpatienten mit ihren pflegenden Angehörigen eingeschlossen. Bei rund 65% (N=103) der Probanden bestand zum Zeitpunkt der Studie eine diagnostizierte Demenz. Keine Diagnose wiesen 31,4% (N=48) der eingeschlossenen Patienten auf. Etwa 1% konnten keine Angaben über eine bestehende Diagnose machen. [104]

Die Ergebnisse der Evaluationsstudie zeigen, dass etwa doppelt so viele Probanden der Interventionsgruppe einen Kontakt zu einem Neurologen hatten als die

Patienten in der Kontrollgruppe. Gleichzeitig weisen die Patienten der Interventionsgruppe einen höheren Prozentsatz ärztlich gestellter Demenzdiagnosen auf. Ein statistisch signifikanter größerer Anteil der Patienten in der Interventionsgruppe erhielt Antidementiva. Parameter wie der kognitive Status, die Lebensqualität, Umzug ins Heim und die Angehörigenbelastung zeigten keine signifikanten Unterschiede. Die Rate der Patienten mit einer Pflegestufe sowie Einzelskalen der Lebensqualität zeigten in der deskriptiven Auswertung eine Tendenz hin zur Verbesserung der Interventionsgruppe gegenüber den Patienten in der Kontrollgruppe. [104] In Bezug auf die Institutionalisierung konnte nachgewiesen werden, dass im Studienzeitraum weniger als fünf Patienten aus der Interventionsgruppe vom häuslichen Umfeld in die stationäre Versorgung wechselten. Therapeutische Angebote (z.B. Ergotherapie) und pflegerische Leistungen (z.B. Tagespflege) haben die Probanden nur in einem geringen Maße genutzt. [104]

Auf Basis der Ergebnisse ließen sich Handlungsempfehlungen für die künftige Entwicklungen des Netzwerkes ableiten, die eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen den ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Akteuren einschließt, um so Entlastungsoptionen für das pflegende Umfeld zu schaffen und gemeinsam interdisziplinäre Behandlungspfade zur Abmilderung von etwaigen Schnittstellenproblematiken zu entwickeln. Die verstärkte Einbeziehung von pflegerischen Akteuren und Angehörigen von Sozialberufen zielt des Weiteren darauf ab, deren erforderliche Inanspruchnahme seitens der Patienten mit Demenz entsprechend ihren Bedarfen zu erhöhen. [104]

3.3.2 Die DelpHi-MV Studie am CIDC im Kontext des DZNE

Das Center for Integrated Dementia Care Research (CIDC) Rostock/Greifswald ist ein Partnerzentrum des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) in Mecklenburg Vorpommern. Das CIDC realisiert am Standort Greifswald die DelpHi-MV Studie. Im Rahmen dieser Studie wird in einer demographischen Problemregion des Landes Mecklenburg-Vorpommern der Bedarf an medizinischer, familiärer und institutionalisierter Versorgung von Patienten mit Demenz erfasst und darauf fußend ein subsidiäres Versorgungsmodell entwickelt, implementiert und in der Folge ergebnisbezogen evaluiert. [101] Die Nutzung dieser demographischen Problemregion zur Entwicklung eines tragfähigen Versorgungsmodells für die häusliche Versorgung von Patienten mit Demenz in Deutschland ist dabei als besonders

innovativ zu betrachten. Der subsidiäre Ansatz soll in diesem Zusammenhang nicht die vorhandene Versorgungsstruktur durch eine nach Außenkriterien definierte optimale Versorgungssituation ersetzen, sondern auf den vorhandenen Ressourcen aufbauen und durch eine Vernetzung und Qualifizierung aller am Versorgungsprozess beteiligten Akteure eine höhere Effektivität und Effizienz der Versorgungsanbieter erreichen. Zudem können im Weiteren Lücken identifiziert werden, die durch komplementäre Angebote gefüllt werden müssen. [101]

3.3.2.1 Ziele

Die Sicherstellung einer frühzeitigen und qualitativ hochwertigen Versorgung Demenzkranker unter den Bedingungen der sich verschärfenden demographischen Entwicklungen zu erforschen, stellt das Ziel des Partnerzentrums am Standort Rostock/Greifswald dar. [101] Dementia Care Manager analysieren die medizinische, pflegerische und soziale Versorgungs- und Betreuungssituation des Patienten und identifizieren gegebenenfalls bestehende Versorgungsdefizite. [61] Basierend auf ihrer spezifischen Fachkompetenz und der genauen Kenntnis über regional verfügbare Unterstützungsoptionen koordinieren die Dementia Care Manager ein individuell zugeschnittenes Betreuungsumfeld für den Patienten und seine Betreuungspersonen. [61] Dazu gehören unter anderem der Hausarzt, beteiligte Fachärzte, die Pflege, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Sozialarbeiter und Angehörigen- bzw. Selbsthilfegruppen. Diese Strukturen stellen Lösungsansätze für die demographischen Probleme im medizinischen Versorgungsbereich dar, die in den kommenden zwei bis drei Jahrzehnten auf weite Teile Deutschlands zukommen werden. [101]

3.3.2.2 Rahmenbedingungen

Der demographische Wandel ist einerseits durch eine abnehmende Zahl von Menschen im erwerbsfähigen Alter und andererseits durch eine wachsende Zahl älterer, nicht erwerbstätiger Personen charakterisiert. Gleichzeitig kommt es auf Grund der Abnahme familiärer Netzwerke zu einer steigenden Nachfrage nach ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen für ältere Menschen mit körperlichen oder geistigen Einschränkungen. [101]

Diese Entwicklungen sind insbesondere in den neuen Bundesländern evident. Nach der Wiedervereinigung kam es hier zu einer massiven Abwanderung von Menschen

im erwerbsfähigen Alter und zum Einbruch der Geburtenraten. Dies führte konsekutiv zu einer Schrumpfung der Bevölkerung in Gesamtdeutschland und die zuvor junge Altersstruktur der Bevölkerung in der ehemaligen DDR glich sich in kurzer Zeit der Altersstruktur in der BRD an. [101] Auch in den nächsten Jahrzehnten wird dieser Trend anhalten und demzufolge die Bevölkerung der neuen Bundesländer schneller altern als die in den alten Bundesländern. Darüber hinaus kommt es auf Grund der höheren Mobilität von jungen Frauen in den Abwanderungsgebieten zu einem ungleichen Geschlechterverhältnis mit überproportional mehr Männern als Frauen. Durch den Wegzug der jungen Generation und der hohen Mobilität der verbliebenen arbeitenden Bevölkerung aufgrund der eingeschränkten Arbeitsmöglichkeiten vor Ort, haben sich die familiären Versorgungsstrukturen nachhaltig verändert. [101] Mecklenburg-Vorpommern ist derzeit das Bundesland mit der niedrigsten Lebenserwartung und dem höchsten Prozentsatz Pflegebedürftiger in Deutschland. [153] Die Alterung und Schrumpfung der Bevölkerung in M-V hat zu einer Ausweitung regionaler Ungleichheiten geführt. Die Zunahme der regionalen Unterschiede in den Lebensverhältnissen ist jedoch nicht auf Ostdeutschland beschränkt, sondern trifft auch für Teile Westdeutschlands zu. So finden sich z.B. in der Eifel und dem Saarland vergleichbare Regionen, für die neue Konzepte in der medizinischen Versorgung der Bevölkerung notwendig sind. Aus epidemiologischer Sicht liegt der große Vorteil von M-V darin, dass hier demographische Bedingungen vorzufinden sind, die wesentliche Aspekte der Entwicklung in weiten Teilen Deutschlands vorwegnimmt. Somit besteht in M-V die Möglichkeit, frühzeitig innovative Versorgungskonzepte für die Demenzerkrankung zu entwickeln, modellhaft zu implementieren und ergebnisbezogen zu evaluieren. Die Übertragbarkeit auf andere Regionen wird durch die Verwendung eines umfassenden, standardisierten Bedarfserhebungs- und eines prospektiven, randomisierten Evaluationsdesigns sichergestellt. [101]

3.3.2.3 Design und Implementation der Studie

Das Forschungsprogramm des CIDC-Partnerzentrums Rostock/Greifswald besteht aus insgesamt zehn Abteilungen, davon vier am Standort Greifswald: 1. Analytische Epidemiologie und Versorgungsepidemiologie, 2. Bevölkerungsbezogene psychiatrische Versorgungsforschung, 3. Neuroepidemiologie und 4. Gesundheitsökonomie. Das Arbeitsprogramm der Abteilung Analytische Epidemiologie und Versorgungsepidemiologie umfasst die Feststellung des Bedarfs an medizini-

scher, sozialer und familiärer Unterstützung sowie des tatsächlich vorhandenen Ausmaßes bei kognitiven Störungen und damit assoziierten Beeinträchtigungen in der Stichprobe der Zielregion. Die *Bereitstellung von Versorgung* stellt den zweiten Schritt im Arbeitsprogramm dar, in dessen Kontext ein subsidiäres Versorgungsmodell zur Verbesserung der Versorgungssituation Demenzkranker in der Zielregion implementiert werden soll. Im Rahmen der *Evaluation* wird das Versorgungsmodell unter Maßgabe von Kriterien der Praktikabilität, Lebensqualität und Kosteneffizienz überprüft. [101]

Die Entwicklung einer Qualifizierung zum Dementia Care Manager und deren praktischer Einsatz im Feld der ambulanten, netzwerkbezogenen Demenzversorgung stellen zentrale Bestandteile des CIDC Projektes dar. [61] Speziell weitergebildete Pflegefachkräfte sollen Schlüsselfunktionen im subsidiären Versorgungsmodell übernehmen und sowohl die bedarfsgerechte Versorgung der Patienten mit Demenz in der Häuslichkeit sicherstellen als auch pflegende Angehörige individuell beraten, schulen und unterstützen. Dies erfolgt mit verschiedenen Akteuren, die über medizinische, pflegerische und soziale Kompetenzen verfügen. Im Versorgungsmodell nimmt der Hausarzt die Rolle des Hauptverantwortlichen über den gesamten Behandlungsprozess ein. Das bedeutet, dass er die Initialdiagnostik zur Demenzerkrankung wählt, die weitere Behandlung veranlasst und über die Notwendigkeit von pflegerischen Leistungen und Unterstützungen im sozialen Bereich entscheidet. [61] Aus der Komplexität der Behandlung und Therapie der Demenzerkrankung resultiert die Erfordernis der Entwicklung eines multiprofessionellen Versorgungskonzeptes. Mit Blick auf die medikamentösen, psychologischen und sozialen Therapiemöglichkeiten demenzieller Erkrankungen und dem Wissen, dass es bislang nicht möglich ist, den progredienten Verlauf der Erkrankung aufzuhalten, nimmt die koordinierte Zusammenarbeit aller am Behandlungsprozess beteiligten Akteure eine zentrale Rolle ein. Das Versorgungskonzept berücksichtigt gleichberechtigt die Belastung pflegender Angehöriger im Kontext der häuslichen Betreuung von Demenzerkrankten, um in der Folge Entlastung und Unterstützung zu schaffen. Ziel ist es, die pflegenden Angehörigen als wichtigste laientätige Unterstützungsressource im Versorgungsprozess zu stabilisieren. [61]

3.4 Die Qualifizierung zum Dementia Care Manager in der DelpHi-MV Studie

Das Institut für Community Medicine im Center for Integrated Dementia Care Research (CIDC) entwickelt und evaluiert derzeit den Einsatz und die Qualifizierung von Pflegefachkräften nach dem Konzept des Dementia Care Managers als ein Lösungsansatz für die künftigen Entwicklungen in der Demenzversorgung. [61] Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung sollen in das bevölkerungsbezogene Forschungsprojekt DelpHi-MV implementiert werden. Das in dieser Arbeit zu identifizierende Aufgaben- und Tätigkeitsfeld und die Qualifizierungsbedarfe sowie die Qualifizierungsinhalte werden in die DelpHi-MV Studie für Pflegefachkräfte, die in der ambulanten, netzwerkbezogenen Demenzversorgung tätig sind, einfließen.

Die bestehende Aus- und Weiterbildungssituation in Bezug auf Demenz zeigt, dass bereits im Rahmen der Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Altenpflege die Thematik Demenz zunehmend an Bedeutung gewinnt und auch durch die Vielzahl der bereits bestehenden Fort- und Weiterbildungsoptionen Teilaspekte der Versorgung von demenziell Betroffenen sowie der Unterstützung pflegender Angehöriger abgedeckt werden können. Jedoch fehlt es bislang an einer Qualifizierung, die auf das spezifische Aufgabenfeld der ambulanten, netzwerkbezogenen Demenzversorgung fokussiert und damit einerseits auf die Erweiterung der fachlichen Fähigkeiten von Pflegefachkräften im Hinblick auf die ambulante Demenzversorgung und Angehörigenentlastung abzielt und andererseits die transparente und abgestimmte Zusammenarbeit von allen am Netzwerk beteiligten Akteuren unterstützt. Daher entwickelt das CIDC am Standort Greifswald eine innovative Qualifizierung für Pflegefachkräfte in diesem Aufgabenfeld. [61] Damit kommt diese Arbeit der Aufforderung nach, dass Hausärzte, aber auch das Pflegepersonal und andere professionelle Helfer bezüglich demenzieller Erkrankungen ebenso dringlich zu qualifizieren sind wie die pflegenden Angehörigen von demenziell Betroffenen. [86]

3.4.1 Pflegewissenschaftliches Wissen und pflegepraktische Kompetenzen als Grundlage für die Übernahme der Rolle des Dementia Care Managers

Progrediente, irreversible Demenzprozesse und die oft gleichzeitig bestehende Multimorbidität der Betroffenen, stellen eine besondere Herausforderung für die Versorgung dar. Häufig müssen gleichzeitig unterschiedliche Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege in Anspruch genommen werden. [86] Für die ambulante Versorgung älterer Patienten mit Demenz zeigen sich positive Effekte durch eine integrierte Versorgung, die Elemente des Case Managements beinhaltet. [154] Case Management koordiniert die Zusammenarbeit eines multiprofessionellen Teams auf allen Ebenen der Versorgungsstruktur. Hierzu gehören insbesondere Ärzte und professionell Pflegende, aber auch Physiotherapeuten, Sozialarbeiter und Psychologen, die je nach Krankheitsstadium der Demenz und der Komorbidität vernetzt arbeiten sollen. [86] Dabei ist zu bedenken, dass die Behandlungs- und Betreuungsstrukturen je nach regionalen Gegebenheiten einen unterschiedlichen Vernetzungsgrad aufweisen. [86]

Die Pflege von Patienten mit Demenz stellt in allen Erkrankungsstadien eine besondere Herausforderung dar, die spezielle Kompetenzen auf Seiten der Pflegenden erfordern:

- Soziale Kompetenz zur Beziehungsgestaltung
- Selbstreflexive Kompetenz
- Klinische Beurteilungskompetenz
- Kompetenz zum ethischen Urteil
- Kenntnisse und Handlungskompetenz hinsichtlich pflegerischer Maßnahmen
- Managementkompetenz
- Personengebundene Kompetenz [86]

Die *soziale Kompetenz* bezieht sich auf das Einfühlungsvermögen, sich auf den Patienten einzustellen und sich in seine Lage versetzen zu können, seine Biographie sowie seine spezifischen Bedürfnisse und Vorlieben zu ermitteln. Die *Selbstreflexion* zielt darauf ab, den professionellen Abstand zum Patienten zu wahren, ohne dabei in eine Pflegeroutine zu verharren bzw. vom Gefühl der Überforderung überwältigt zu werden. [86] Die *klinische Beurteilungskompetenz* ist erforderlich, um den individuellen Bedürfnissen der Patienten gerecht werden zu können. Im Pflegealltag kommt es zu Konflikten zwischen den Autonomiebedürfnis-

sen der demenziell Betroffenen und den unter Umständen negativen Folgen bestimmter Verhaltensweisen. Hier müssen *ethische Überlegungen* pflegerisches Handeln leiten. [86] Ferner sollten die Konsequenzen pflegerischer Maßnahmen für die betroffenen Patienten abgeschätzt werden können, wozu eine hohe *Handlungskompetenz* nötig ist. *Managementkompetenz* ist erforderlich, um Arbeitsabläufe und Zeitabläufe effektiv zu gestalten. [86] Unter *personengebundenen Kompetenz* wird z.B. Motivation, Beziehungsfähigkeit, moralische Haltung, Flexibilität, Frustrations- und Chaostoleranz verstanden. [86] Zusätzlich zu den pflegerischen Aufgaben, den zeitlichen und finanziellen Beschränkungen sowie der Auseinandersetzung mit Verhaltensauffälligkeiten und kognitiven Einbußen bedeutet das Zusammenarbeiten mit einem demenziell Erkrankten ein langsames Abschiednehmen. [86]

Für die Schulung von Pflegefachkräften, die als Dementia Care Manager tätig werden, bedeutet dies, dass die Komplexität der Versorgung eines demenziell Erkrankten einen primären Qualifizierungsinhalt einnehmen sollte. Zudem gilt es, die professionell Pflegenden für jede Phase der Demenzerkrankung spezifische Kompetenzen zu vermitteln und darüber hinaus die koordinierte Zusammenarbeit mit weiteren Professionen und Akteuren zu berücksichtigen.

Nach Igl sollten zukünftig Pflegefachkräfte basierend auf der ärztlichen Diagnose die weitere Behandlung und Steuerung der Pflege übernehmen. [97] Auf Grundlage einer Pflegeanamnese, der Pflegediagnosen und der daraus resultierenden Pflegemaßnahmen können personenorientierte Versorgungsangebote entwickelt und deren Effekt durch Qualitätssicherung fortwährend überprüft werden. [97] Daraus ergeben sich höhere Anforderungen an die Organisation, ihrer Tätigkeit und an die Aus- und Weiterbildung von Pflegefachkräften. [97] Bei der Bewältigung von Schnittstellen sind insbesondere die Kommunikation zwischen den Berufsgruppen der Ärzte und der Pflege sowie die Implementation von Behandlungspfaden zu erwähnen. [97]

Die ambulante Versorgung von Patienten mit Demenz wird durch die Tätigkeit der niedergelassenen Vertragsärzte bestimmt. Der drohende bzw. manifeste Ärztemangel in zahlreichen ländlichen Regionen wird in diesem Zusammenhang künftig dazu führen, dass verstärkt ärztliche Leistungen an andere Berufsgruppen delegiert werden. [144] Derzeit legt der niedergelassene Arzt alle diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen in der Behandlung des Patienten fest. Dabei

obliegt dem Vertragsarzt primär die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen sowie die Einleitung und Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen. Auf Basis der Anordnung des Hausarztes wirken Pflegefachkräfte bei therapeutischen und diagnostischen Maßnahmen mit. Pflegefachkräfte bieten darüber hinaus Beratung in verschiedenen Bereichen an. [97]

Die klientenzentrierte Beratung stellt das Fundament einer wirksamen Hilfe für die Betroffenen dar. Durch ein Beratungskonzept, das nicht nur die Bedürfnisse der Hauptpflegeperson, sondern ebenso die des Erkrankten und des familiären Umfelds einbezieht, lässt sich die Pflegesituation nachhaltig verbessern. [83] Wirksame Beratung geht über die ausschließliche Informationsvermittlung hinaus und bezieht Beratungsreihen, Schulungsmaßnahmen zur Kompetenzsteigerung und Gruppenangebote ein. Daher kann die Beratung und Schulung des demenziell Erkrankten und seiner pflegenden Angehörigen als ein weiteres, primäres Aufgabenfeld der Pflege angesehen werden. Die Beratung zielt allgemein auf die Stärkung der Handlungskompetenz im Sinne einer Hilfe zur Selbsthilfe ab. Dazu müssen in die klientenzentrierte Angehörigenberatung sämtliche Bereiche, die von der Pflege berührt werden, in die Überlegungen der Berater einbezogen werden. [83] Derartige Ansätze der Beratung wirken entlastend auf die pflegenden Angehörigen. [137] Daher ist eine verstärkte Beratung und Aufklärung betreuender Angehöriger über den Umgang mit demenzbedingten Störungen als besonders wichtig zu betrachten, da emotionale und personelle Belastungen in der Folge verringert werden können. [81] Die Beratung und Unterstützung von Angehörigen demenzkranker Menschen sollte konsekutiv auf nachfolgende Schwerpunkte fokussieren: Klären, Informieren, Verständlich machen, unterstützen bei der Akzeptanz der Defizite und der begleitenden Trauer, unterstützende Auseinandersetzung mit Persönlichkeitsmerkmalen der beteiligten Menschen. [192]

Die Pflege demenzkranker Angehöriger geht mit hohen Belastungen einher. Die Anforderungen sind vielfältig und erfordern häufig einen intensiven Zeit- und Energieaufwand. Sie umfassen nicht nur praktische Hilfeleistungen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens, sondern erfordern unter Umständen eine konstante Beaufsichtigung des Patienten. Auch gehört die emotionale Unterstützung des Patienten mit Demenz zu den Aufgaben des Angehörigen. Aufgrund des gestörten

Tag-Nacht-Rhythmus vieler demenziell Erkrankter erstreckt sich die Betreuung ebenfalls auf die Nachtstunden. Vielfach gerät die Pflege mit Anforderungen und Zielen der pflegenden Angehörigen und deren Lebensbereichen in Konflikt. Im familiären und beruflichen Bereich kommt es regelmäßig zu Doppelbelastungen, die zu Erschöpfung und Überforderung führen können. Soziale Kontakte und Aktivitäten der laientätig Pflegenden werden häufig eingeschränkt. [156] Dennoch liegt derzeit in der ambulanten, medizinisch-pflegerischen Versorgung von Patienten mit Demenz in Deutschland die Hauptverantwortung mehrheitlich in der Familie. [77] Dabei ist die häusliche Versorgung durch lange bis sehr lange Betreuungsverläufe gekennzeichnet. [145] Zu Beginn möchten die pflegenden Angehörigen oft alles alleine schaffen und nehmen keine Hilfe und Unterstützung in Anspruch. Erst wenn sich die ersten Anzeichen einer Überbelastung abzeichnen, steigt die Bereitschaft, Hilfe von außen anzunehmen. [79] Es erfordert Zeit und Reflexion auf Seiten der pflegenden Angehörigen, die demenzielle Erkrankung bei einem nahen Angehörigen zu akzeptieren. Wissen um die Krankheit und den Krankheitsverlauf kann diesen Prozess unterstützen. Als zusätzlicher Beeinflussungsfaktor ist die Motivation zu nennen, denn die persönlichen Beweggründe, die Pflege für einen Angehörigen zu übernehmen, haben Auswirkungen auf die subjektive Belastbarkeit der Laienpfleger. [89] Als außerordentlich schmerzhaft erleben Angehörige den Verlust eines nahe stehenden Menschen, der sich durch die Demenzerkrankung so stark verändert, dass entscheidende Merkmale der Beziehung verloren gehen. [190]

Hier setzt das Aufgaben- und Tätigkeitsfeld eines ambulanten Dementia Care Managers an. Pflegende Angehörige erhoffen sich von Pflegefachkräften neben der direkten Unterstützung in der häuslichen Pflege Informationen über medizinische und soziale Unterstützung ebenso wie weitergehende Informationen über mögliche, nachfolgende Pflegeeinrichtungen. Pflegende Angehörige fragen insbesondere die Unterstützung der Pflegefachkräfte hinsichtlich der Möglichkeiten medizinischer und sozialer Unterstützung nach. Im Kontext der Familienpflege muss eine bessere und rechtzeitig einsetzende Kooperation zwischen professionell Pflegenden und pflegenden Angehörigen gesucht werden. Langfristig, speziell auch aufgrund der demographischen Entwicklung, muss die Kooperation in den gemeindenahen Bereichen ausgebaut werden, da bereits heute und auch künftig weniger Frauen bereit sein werden, ihre Erwerbsarbeit aufzugeben, um einen de-

menziell Erkrankten zu betreuen und zu pflegen. Eine Konsequenz wäre, dass immer mehr Patienten ohne ein familiäres Unterstützungssystem auskommen müssten. [89] Dennoch ist eine möglichst lange Versorgung in der gewohnten häuslichen Umgebung vor allem bei leicht demenziell Erkrankten anzustreben, insbesondere da diese sich kompensierend und stabilisierend auf das Krankheitsbild auswirkt. Aufgabe aller ambulanten Versorgungsbausteine ist es daher, ein bedarfsgerechtes Angebot an diagnostischen, medizinisch-pflegerischen, hauswirtschaftlichen und betreuenden Diensten mit dem Ziel zu entwickeln, die humane Versorgung des Patienten mit Demenz zu gewährleisten und die Pflegefähigkeit und Motivation der pflegenden Angehörigen zu erhalten. [84]

Eine essentielle Aufgabe der Pflegefachkraft in der pflegerischen Versorgung und Betreuung von Patienten mit Demenz ist es, die verbliebenen Fertigkeiten und Ressourcen der Erkrankten zu erschließen und zu unterstützen, damit diese in den Lebensalltag eingebunden bleiben. [165,47] Ebenso hat die Pflegepraxis selbst, in Anbetracht der Zunahme von chronischen Erkrankungen und Multimorbidität, die erforderlichen Elemente einer angemessenen und personenbezogenen sowie individuellen und gesundheitsförderlichen Pflege entwickelt und in geeigneten Konzepten der Pflege integriert. Alle Konzepte fokussieren in diesem Zusammenhang darauf, dass sie den Menschen in seiner Lebens- und Gesundheitssituation sowie seinen Fähigkeiten in den Mittelpunkt stellen und unter Berücksichtigung seiner Möglichkeiten zu einer Erleichterung bzw. Förderung der Unterstützung bei gesundheitlichen Problemen beitragen. Gerade in der Versorgung von dementen älteren Menschen haben sich derartige Konzepte bewährt. [137] Dazu ist es erforderlich, einen neuen Pflegebegriff zu definieren, der Pflege nicht auf körperliche Pflege reduziert, sondern Betreuung, Beschäftigung und Beaufsichtigung von Demenzkranken mit einschließt. [159]

In einer umfassenden Betrachtungsweise ergeben sich für die Pflegeberufe daraus resultierend in erster Linie neue und sehr spezifische Anforderungen an die Aus- und Weiterbildung. Die Formulierung dieser Anforderungen verläuft bislang nur sehr langsam. [97] In Bezug auf den formellen Ausbildungsstand erweist sich als problematisch, dass es für die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Altenpflege trotz einer bundesweit geregelten Ausbildung keine bundes- oder landeseinheitlichen Standards gibt. Die Lehrpläne sind für die Ausbildungen in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich gestaltet. [97] Das heißt,

dass die Ausbildungen zwar jeweils auf einem Bundesgesetz und den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen beruhen, aber in den konkreten Inhalten nicht identisch geregelt sind. Hinzu kommen landesspezifische Lehrpläne und Ausbildungsrichtlinien und die Verschiedenheit im Lern -und Lehrangebot der Krankenhäuser sowie der praktischen Ausbildungsträger in der Altenpflege. Dies hat zur Folge, dass es derzeit bezüglich der Demenz kein einheitliches Ausbildungsniveau für die Berufe der Alten- bzw. Gesundheits- und Krankenpflege gibt. [97]

Für die in der DelpHi-MV Studie zu entwickelnde Qualifizierung für Pflegefachkräfte bedeutet dies, dass die Weiterbildung zunächst auf Grundlage der gesetzlichen Vorgaben der bundeseinheitlichen Altenpflegeausbildung mit Spezifika im Land Mecklenburg-Vorpommern und zur Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege des Bundeslands Mecklenburg-Vorpommern entwickelt wird. Für eine mögliche Implementierung in andere Bundesländer sind gegebenenfalls Anpassungen der Qualifizierungsinhalte auf Basis der jeweiligen Ausbildungsordnungen erforderlich.

4. Fragestellung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Fragestellung, welches Anforderungs- und Tätigkeitsprofils sich für Pflegefachkräfte ergibt, die als Dementia Care Manager in der ambulanten Demenzversorgung partizipieren sollen und welche Schulungsinhalte sich daraus ableiten lassen.

Dazu werden das Aufgaben- und Tätigkeitsfeld sowie der Qualifizierungsbedarf und die Qualifizierungsinhalte von Pflegefachkräften im Kontext der Versorgung von demenziell Erkrankten und der Unterstützung pflegender Angehöriger analysiert. Zudem ist es Ziel der Dissertationsarbeit einen Überblick zu spezifischen Aspekten der Versorgungssituation von Patienten mit Demenz aufzuzeigen und Unterstützungsoptionen von pflegenden Angehörigen zu ermitteln, um daraus resultierend weitere Ansatzpunkte für die Entwicklung einer Qualifizierung zum Dementia Care Management ableiten zu können.

Diese Erhebung erfolgt in Anbindung an die IDemUck Studie des Instituts für Community Medicine (Förderer: Bundesministerium für Gesundheit: Leuchtturmprojekt Demenz- Themenfeld 2: Evaluation von Versorgungsstrukturen) und der DelpHi-MV Studie (eine Kooperation zwischen den Universitäten Rostock und Greifswald mit dem DZNE, Gründung: 01. Januar 2010).

Das IDemUck Projekt dient dabei als Ausgangsbasis für die hier beschriebene Untersuchung, indem Items aus der Analyse im IDemUck Projektrahmen für die Dissertationsarbeit nutzbar gemacht werden. Durch die Erhebung in der Dissertationsarbeit erfolgt in Bezug auf die DelpHi-MV Studie und die dort zu entwickelnde Qualifizierung eine Vorarbeit zur Ermittlung des Aufgaben- und Tätigkeitsfeldes sowie zum Qualifizierungsbedarf und den Qualifizierungsinhalten, um für Pflegefachkräfte basierend auf ihrer Primärqualifikation einen Lehrplan zu entwickeln, der sie spezifisch für das Aufgaben- und Tätigkeitsfeld in der ambulanten, netzwerkbezogenen Demenzversorgung weiterqualifiziert. Durch Berücksichtigung der Aufgabenverteilung der einzelnen Akteure im Gesundheitssystem soll ein positiver Beitrag zur Verbesserung der Zusammenarbeit der Berufe im Gesundheitswesen erreicht werden. [154]

5. Material und Methodik

Aufbauend auf dem ersten inhaltlichen Hauptabschnitt, der unter anderem die Fragestellung dieser Arbeit beinhaltet, soll nun im zweiten Hauptabschnitt die multidimensionale Erhebung und Analyse des Aufgaben- und Tätigkeitsfeldes sowie des Qualifizierungsbedarfes und der Qualifizierungsinhalte für Dementia Care Manager von Patienten mit Demenz dargestellt werden. In diesem Rahmen erfolgen zunächst die Beschreibung der Einverständniserklärung der befragten Probanden sowie das Votum der Ethikkommission woran sich die Darstellung der Ergebnisdimensionen, des Untersuchungsdesigns und der Datenerhebung anschließt. Danach werden die Resultate bezogen auf die einzelnen Ergebnisdimensionen vorgestellt. Darauf aufbauend erfolgt die Formulierung von Empfehlungen für die zu entwickelnde Qualifizierung der Pflegefachkräfte als Dementia Care Manager.

5.1 Einverständnis und Votum der Ethikkommission

In Vorbereitung für die durchzuführenden Interviews erhielten die zu befragenden Pflegefachkräfte, Hausärzte und pflegenden Angehörigen mit einer telefonischen Vorabinformation sowie der Übersendung einer schriftlichen Kurzbeschreibung des Untersuchungsvorhabens und der Einverständniserklärung alle wesentlichen Informationen zur Untersuchung. Für die quantitative Befragung erfolgte zunächst neben einer schriftlichen Einverständniserklärung der Hausärzte, die mündliche Einverständniserklärung der Pflegefachkräfte über Telefonate bzw. die Leitungen der ambulanten Einrichtungen. Die pflegenden Angehörigen, welche von den Hausärzten und Pflegefachkräften über das Untersuchungsvorhaben informiert wurden, gaben ihr Einverständnis ebenfalls mündlich. Daran schloss sich die schriftliche Versendung einer Projektinformation sowie eines Anschreibens an alle beteiligten Hausärzte, Pflegefachkräfte und pflegende Angehörige an. Diese beiden Dokumente enthielten alle Informationen zur Untersuchung und über den Datenfluss zum Zwecke der wissenschaftlichen Auswertung durch das Institut für Community Medicine der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald. Sowohl in der schriftlichen Einverständniserklärung für die Interviews als auch in der Projektinformation im Kontext der quantitativen Befragung wurde ausdrücklich auf die vertrauliche und anonyme Behandlung der erfassten Daten hingewiesen.

Die Studienbeschreibung, die Einverständniserklärung zu den Interviews sowie die Einverständniserklärung der Hausärzte zur quantitativen Befragung, das Anschreiben, die Projektinformationen und die Fragebögen für die Hausärzte, Pflegefachkräfte und pflegenden Angehörigen wurden an die Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald zur Prüfung vorgelegt. Die vorliegende Arbeit enthält nach Beschluss der Ethikkommission (Reg.-Nr. BB08/10) keine ethischen oder rechtlichen Bedenken, so dass diese das Vorhaben befürwortete.

5.2 Die drei Ergebnisdimensionen

Die multidimensionale Erhebung und Analyse zielt auf drei Ergebnisdimensionen

- ab:
- a) die Versorgungs- und Unterstützungssituation
 - b) das Aufgaben- und Tätigkeitsfeld sowie
 - c) die Qualifizierung der Dementia Care Manager.

Die dazu durchgeführte Erhebung schließt qualitative und quantitative Forschungsmethoden ein. Der Fokus der qualitativen Forschungsmethodik zielt darauf ab, das Aufgaben- und Tätigkeitsfeld eines Dementia Care Managers einschließlich entsprechender Qualifizierungsinhalte sowie spezifische Versorgungs- und Unterstützungsaspekte zu identifizieren, um daraus resultierend drei Erhebungsinstrumente für die Befragung von Pflegefachkräften, Hausärzten und pflegenden Angehörigen zu entwickeln. Die quantitative Methodik dient dazu, eine Einschätzung der Wichtigkeit zu den möglichen Aufgaben, Qualifizierungsinhalten und Unterstützungsoptionen aus Sicht der Pflegefachkräfte, der Hausärzte und der pflegenden Angehörigen vorzunehmen. Analog sollen ausgewählte Aspekte der Zusammenarbeit von Akteuren in der Demenzversorgung aus den beiden Blickwinkeln Pflegefachkraft und Hausarzt hinsichtlich der Wichtigkeit bewertet werden. Auf Basis der erhobenen Daten bezüglich des Aufgaben- und Tätigkeitsfeldes, dem Qualifizierungsbedarf sowie entsprechender Qualifizierungsinhalte erfolgen dann Empfehlungen für das zu entwickelnde Curriculum zur Qualifizierung von Pflegefachkräften, die als Dementia Care Manager in der netzwerkbezogenen Demenzversorgung tätig werden sollen.

Die erste Ergebnisdimension: „*Versorgungs- und Unterstützungssituation*“ untersucht ausgewählte Aspekte der Versorgungssituation des Patienten mit Demenz und spezifische Belastungen und Unterstützungsoptionen der pflegenden Angehörigen. In der Erhebung werden Parameter der Zusammenarbeit von Akteuren und die Wichtigkeit spezifischer Unterstützungsoptionen von pflegenden Angehörigen erfasst. Daraus resultierend können weitere Inhalte für die zu entwickelnde Qualifizierung und die Thematik „Unterstützung der pflegenden Angehörigen“ abgeleitet werden. Dies wird durch folgende Fragen bearbeitet: Wie würden Pflegefachkräfte, Hausärzte und pflegende Angehörige die derzeitige Versorgungssituation, Belastung pflegender Angehöriger und die Unterstützungssituation des pflegenden Umfeldes einschätzen? Mit welchen Akteuren arbeiten die Pflegefachkräfte und die Hausärzte im Kontext der Demenzversorgung zusammen? Wie belastet

fühlen sich pflegende Angehörige durch spezifische Beschwerden ihres Demenzkranken? Wie wichtig erscheinen spezifische Unterstützungsoptionen aus Sicht der Pflegefachkräfte und der Hausärzte? Existieren unterschiedliche Bewertungen in Bezug auf die Einschätzung der Wichtigkeit? Die Aussagen zu diesen Fragen beziehen sich auf die Versorgungs- und Unterstützungssituation zum Zeitpunkt der Erhebung.

Die zweite Ergebnisdimension: „*Aufgaben- und Tätigkeitsfeld* des ambulanten Betreuungsmanagers“ erhebt das Arbeitsspektrum im Kontext der häuslichen, netzwerkbezogenen Versorgung von Patienten mit Demenz. Dies erfolgt mittels Interviews und einer Fragebogenerhebung bei Hausärzten, Pflegefachkräften und pflegenden Angehörigen. Dabei sollen die Aufgaben und das Tätigkeitsfeld der Pflegefachkraft als Dementia Care Manager identifiziert werden. Die Fragebogenerhebung untersucht die Einschätzung der Wichtigkeit der einzelnen durchzuführenden Aufgaben aus Sicht der Hausärzte und Pflegefachkräfte und analysiert diese auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede. Dabei stehen die beiden folgenden Fragen im Mittelpunkt: Welche Aufgaben übernehmen Pflegefachkräfte als Dementia Care Manager in der ambulanten, netzwerkbezogenen Demenzversorgung? Sind die Vorstellungen der Pflegefachkräfte und der Hausärzte bezüglich der Wichtigkeit einzelner Aufgaben gleich? Mit Hilfe der Resultate lässt sich eine erste Version des Arbeitsfeldes des Dementia Care Managers identifizieren. Zudem stellen sie die Grundlage für die Analyse des Bildungsbedarfes von Pflegefachkräften dar, die die Aufgaben des Dementia Care Managers übernehmen und haben damit einen wichtigen Stellenwert mit Blick auf die zu entwickelnde Qualifizierung.

Die dritte Ergebnisdimension: „*Qualifizierung*“ untersucht den Qualifizierungsbedarf und spezifische Qualifizierungsinhalte. Ausgehend von dem Aufgaben- und Tätigkeitsfeld der Pflegefachkraft als Dementia Care Manager im Kontext der Versorgung von demenziell Erkrankten in der Häuslichkeit und den sich daraus ableitenden notwendigen Kompetenzen soll hier ein Abgleich mit den Lehrinhalten im Rahmen der Primärqualifikation zur Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Altenpflege erfolgen. Im Anschluss daran ergibt sich somit ein Schulungsbedarf, um die Tätigkeiten und Aufgaben im Praxisfeld auf Basis einer entsprechenden Qualifizierung durchführen zu können. Die Untersuchung der Qualifizierungsinhalte soll aufzeigen, welche speziellen Themen für die Versorgung von Patienten

mit Demenz und deren pflegenden Angehörigen für die Pflegefachkraft notwendig sind, um diese qualitätsgesichert im Praxisfeld anwenden zu können. Zudem soll die Untersuchung dazu dienen, die Zuordnung der Curriculumsinhalte zu den Oberthemen zu überprüfen. Im Fokus dieser Ergebnisdimension stehen folgende Fragen: Besteht ein Qualifizierungsbedarf für Pflegefachkräfte, die Aufgaben des Dementia Care Managers wahrnehmen? Welche Qualifizierungsinhalte lassen sich identifizieren? Unterscheiden sich die Vorstellungen zur Wichtigkeit der Schulungsinhalte zwischen Pflegefachkraft und Hausarzt? Ist die Zuordnung der Qualifizierungsinhalte zu den Oberthemen nach Auffassung der Pflegefachkräfte und der Hausärzte passend?

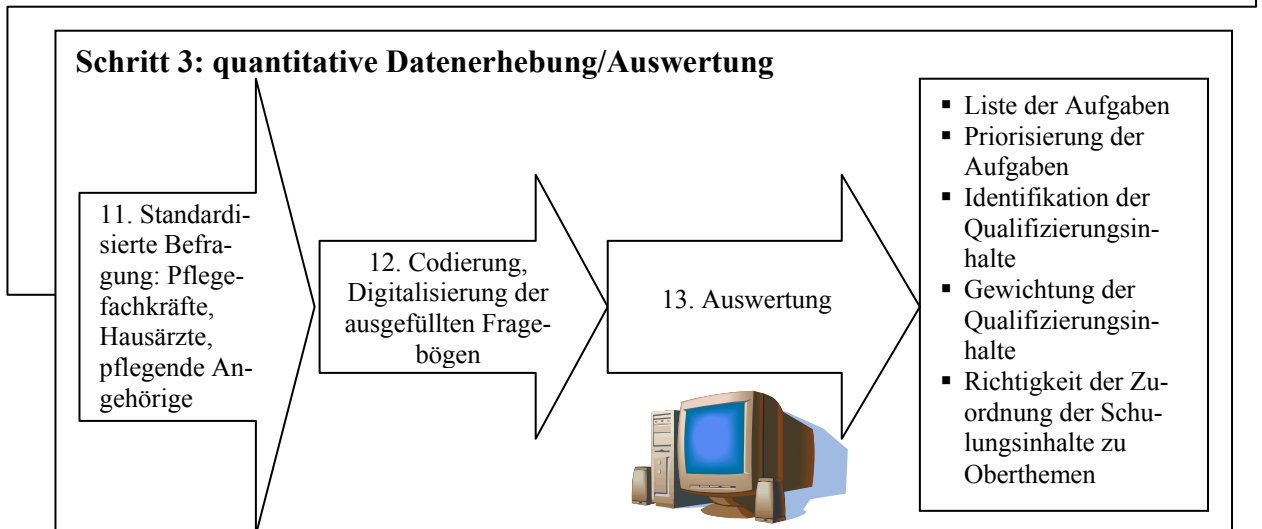
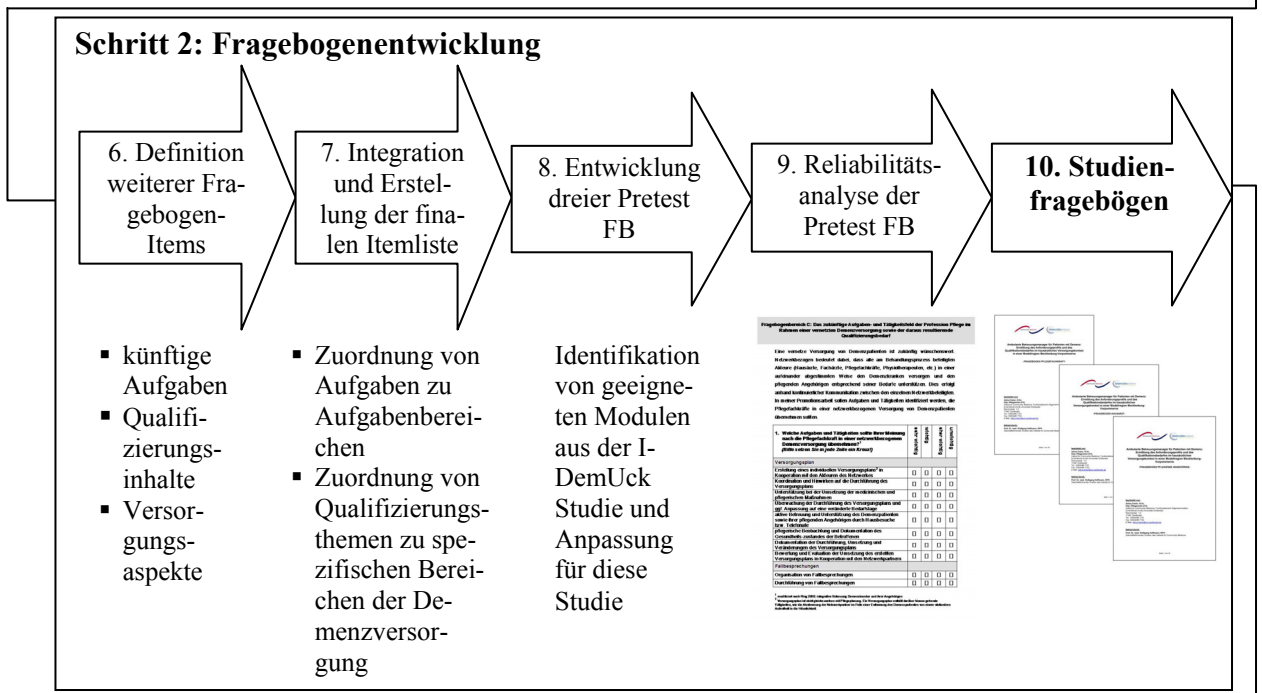
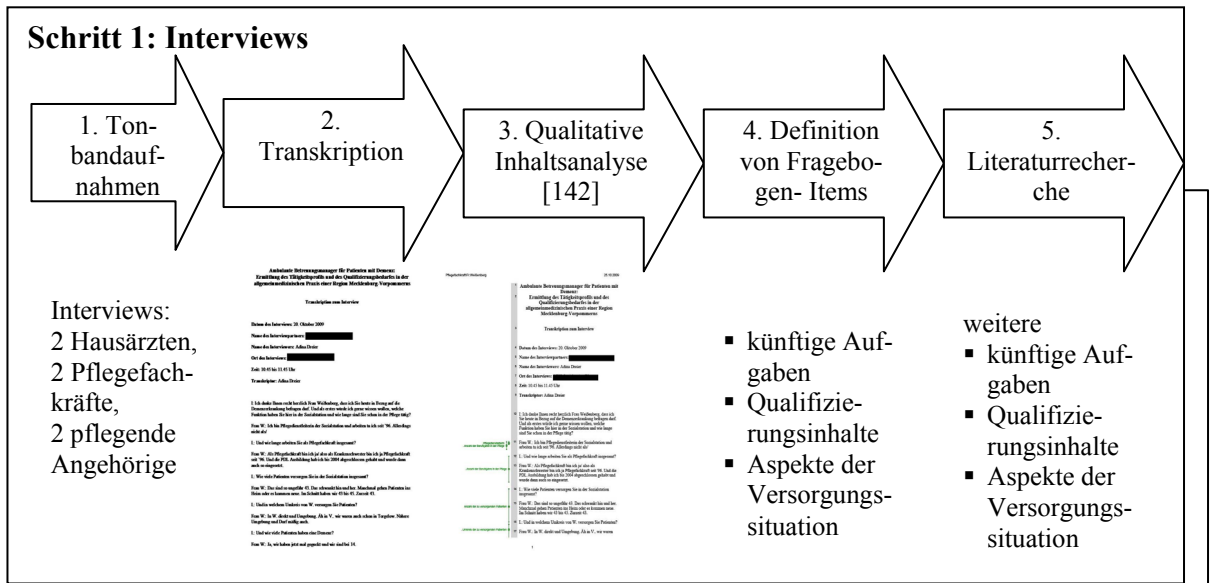
5.3 Das Untersuchungsdesign

5.3.1 Die Untersuchung im Feld

In der Dissertationsarbeit wurde über eine Felderkundung erhoben, welche Aufgaben Pflegefachkräfte als Dementia Care Manager in der ambulanten, netzwerkbezogenen Demenzversorgung übernehmen und welcher Qualifikationsbedarf sowie welche Qualifizierungsinhalte sich daraus ergeben. Zudem erfolgte eine Identifizierung der derzeit existierenden Kooperationen der Professionen in der Demenzversorgung sowie der Möglichkeiten zur Unterstützung der Patienten mit Demenz und ihrer pflegenden Angehörigen. Auf dieser Basis wurden so Schulungsinhalte für Pflegefachkräfte in Bezug auf die Versorgung und Unterstützung für demenziell Erkrankte einschließlich ihrer Angehörigen beispielhaft für Mecklenburg-Vorpommern entwickelt.

Zur Erhebung in dieser Region erfolgte die Anwendung einer sogenannten Datentriangulation in Form eines Mixed Methodology Designs aus qualitativer und quantitativer Forschung. [74] Als Datentriangulation bezeichnet man die Einbeziehung von verschiedenen Datenquellen. [74] In der Erhebung dienen die Aussagen von Pflegefachkräften, Hausärzten und pflegenden Angehörigen als Datenquellen. Zu Beginn erfolgte zur Bearbeitung der Fragestellung die Durchführung von Interviews (qualitative Forschungsmethode) und eine Literaturrecherche woran sich eine Fragebogenerhebung (quantitative Forschungsmethode) anschloss, so dass es sich hier um eine Datentriangulation im Sinne eines Mixed Methodology Design handelt (Abbildung 2). [74]

Abbildung 2: Untersuchungsablauf



Im ersten Schritt erfolgte die qualitative Untersuchung in Gestalt von Interviews mit insgesamt zwei Hausärzten, zwei Pflegefachkräften und zwei pflegenden Angehörigen. Für die Kontaktaufnahme zu den Hausärzten wurde eine bereits langjährig bestehende Kooperation zwischen den akademischen Lehrärzten der Universitätsmedizin der Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald und dem Institut für Community Medicine genutzt. Im Rahmen einer Lehrarztveranstaltung erfolgte die Information der betreffenden Hausärzte über die geplante Erhebung und es gelang zur Mitarbeit und Unterstützung des Vorhabens zu motivieren. Der Zugang zu den Pflegefachkräften erfolgte für die Interviews ebenfalls über einen bereits bestehenden Kontakt zur Arbeiterwohlfahrt (AWO) im Müritzkreis. Die Pflegefachkräfte wurden durch die Leitung der Einrichtungen über das Forschungsvorhaben informiert und gaben ihr Einverständnis zum Interview. Anschließend erfolgte eine Terminvereinbarung für die Interviews in den beiden ambulanten Pflegeeinrichtungen und den beiden Hausarztpraxen, die den Ort der Gespräche darstellten.

Die ersten beiden Interviews, die mit einem teilnehmenden Hausarzt und einer in der pflegerischen Versorgung und Betreuung von demenziell Erkrankten erfahrenen Pflegefachkraft durchgeführt wurden, waren als offene, narrative Interviews gestaltet, wobei mit Hilfe einer einleitenden Fragestellung die Erzählgeneration der zu befragenden Person initiiert wurde. [16] Offene Befragungen werden bisweilen auch als Forschungs- und Feldgespräche bezeichnet, da sie keine Frage-Antwortmuster im typischen Interviewsinne enthalten. Offene Befragungen lassen Raum für Antworten und Interaktionen. Darüber hinaus können Eindrücke und Deutungen des Interviewers als weitere Informationsquellen genutzt werden. Gerade diese Form der Befragung ist folglich für die spätere Fragebogenentwicklung sinnvoll und wichtig. [74] Die audiotekhnisch erfassten und anschließend transkribierten Gespräche wurden mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Phillip Mayring ausgewertet. [142] Die Methode ergibt ein Kategorienschema, das Anhaltspunkte für weitere Fragestellungen in den zwei darauffolgenden Interviews mit jeweils einem Hausarzt und einer Pflegefachkraft liefert. Diese beiden Interviews wurden als halbstrukturierte Leitfadeninterviews durchgeführt und wiederum als Tonbandaufnahmen erfasst, transkribiert und nach der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. (Anhang 1) Nach Abschluss der Evaluation zum vierten

Interview erfolgte die Durchführung zweier Interviews mit pflegenden Angehörigen unter Anwesenheit des an Demenz erkrankten Patienten. (Anhang 1)

Die bestehende Beziehung der Hausärzte zu den demenziell Erkrankten und ihrem Umfeld erwies sich für das Projektvorhaben als wertvoll, um einen Zugang zu den Demenzerkrankten und deren Angehörigen zu gewinnen. Das Krankheitsstadium der beiden ausgewählten Patienten mit Demenz war bereits fortgeschritten. Um das subjektive Wohlbefinden nicht zu gefährden, beschränkten sich die zu führenden Interviews auf die pflegenden Betreuungspersonen. Die Kontaktaufnahme zu den Angehörigen als Ausgangspunkt der Interviews erfolgte über einen akademischen Lehrarzt der Universitätsmedizin der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald. In dieser Erhebung fungierte der Hausarzt durch seine professionelle Rolle im interpersonalen Geflecht der Versorgungsstruktur als elementarer Akteur. Der beteiligte Hausarzt ermittelte aus seinem Patientenstamm anhand eines standardisierten Testverfahrens (DemTect-Test) diejenigen Patienten mit Demenz, die für die geplanten Interviews geeignet erschienen. Anschließend stellte der niedergelassene Hausarzt einen Kontakt zum Patienten her und informierte sowohl den Patienten als auch dessen Angehörige über das Interviewvorhaben. Nachdem die betroffenen Personen ihr generelles Einverständnis zum Gespräch erklärt hatten, schloss sich die Vorbereitungsphase zu den Interviews an, in der die einzelnen Personen weitere Informationen zur Studie erhielten. Anschließend erfolgte die Terminvereinbarung in der Häuslichkeit des Patienten und seines Angehörigen. Die gewohnte Umgebung der eigenen Häuslichkeit der demenziell Betroffenen als Ort der Interviews erschien sinnvoll, um die zu Befragenden einfacher erreichen zu können. [17]

Auf Basis der Ergebnisse aus den qualitativen Befragungen erfolgte im Anschluss eine Literaturrecherche zu bereits vorgeschlagenen Items und die Überprüfung der Nutzbarkeit von Items aus der IDemUck Studie für Fragestellungen der vorliegenden Arbeit und den drei Ergebnisdimensionen. Dies erfolgte hinsichtlich der zukünftigen Aufgaben des Dementia Care Managers, den Qualifizierungsinhalten und ausgewählten Aspekten der Versorgungs- und Unterstützungssituation. Neben den Items aus den Interviews resultierte so die Aufnahme von insgesamt 11 weiteren Fragebogenitems, von denen sich vier aus der Literaturrecherche identifizierten und sieben weitere von der IDemUck Studie übernommen wurden. Die ver-

wendeten Fragen einschließlich ihrer Originalerhebungsinstrumente sind nachfolgend in Tabelle 1 aufgeführt.

Tabelle 1: Fragebogenitems aus der Literatur und der IDemUck Studie sowie deren Herkunft

Frage	Erhebungsinstrument (Fragenummer)	Originalinstrument	Anmerkungen
<p>Welche der nachfolgend aufgeführten Beeinträchtigungen traten zu diesem Zeitpunkt konkret auf?</p> <p><input type="checkbox"/> Patient klagte über Schwächen in der geistigen Leistungsfähigkeit</p> <p><input type="checkbox"/> Patient hatte Schwierigkeiten sich an neuen Orten zu orientieren</p> <p><input type="checkbox"/> Patient hatte an neuen Orten eine verminderte Leistungsfähigkeit, etc.</p>	<p><i>Angehörigenfragebogen</i> (Frage 2)</p>	<p>Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg: Befragung zur Lebensqualität von Demenzkranken und deren Angehörigen [3]</p>	<p>modifiziert</p>
<p>Wie würden Sie die Versorgungssituation von Demenzpatienten insgesamt einschätzen</p> <p><input type="checkbox"/> sehr gut</p> <p><input type="checkbox"/> gut</p> <p><input type="checkbox"/> eher schlecht</p> <p><input type="checkbox"/> sehr schlecht</p>	<p><i>Angehörigenfragebogen</i> (Frage 6)</p> <p><i>Fragebogen Pflegefachkraft</i> (Frage 19)</p> <p><i>Hausarztfragebogen</i> (Frage 21)</p>	<p>IDemUck Studie: Kurzfragebogen für Studienärzte [103]</p>	<p>modifiziert</p>
<p>Wie belasten Sie persönlich die nachfolgend aufgeführten Beschwerden Ihres Angehörigen? (gar nicht, gering, mäßig, stark, weist Patient/in nicht auf)</p> <p><input type="checkbox"/> Die Schwächen der geistigen Leistungsfähigkeit des Patienten (Gedächtnisstörung, Orientierungsstörung, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Die Schwierigkeiten des Patienten bei Alltagsaktivitäten (Anziehen, Toilettengang, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Depressive Symptome des Patienten (gedrückte Stimmung, Antriebslosigkeit, Hoffnungslosigkeit, etc.), etc.</p>	<p><i>Angehörigenfragebogen</i> (Frage 9)</p>	<p>Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung-Demenz (BIZAD) und Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg: Befragung zur Lebensqualität von Demenzkranken und deren Angehörigen [191,3]</p>	<p>modifiziert</p> <p>Anwendung in der IDemUck-Studie</p>
<p>Wie würden Sie Ihren eigenen Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?</p> <p><input type="checkbox"/> sehr gut</p> <p><input type="checkbox"/> gut</p> <p><input type="checkbox"/> weniger gut</p> <p><input type="checkbox"/> schlecht</p>	<p><i>Angehörigenfragebogen</i> (Frage 13)</p>	<p>SF36 Fragebogen zum Allgemeinen Gesundheitszustand [27]</p>	<p>Anwendung in der IDemUck Studie</p>

Fortsetzung Tabelle 1 auf der folgende Seite

Frage	Erhebungsinstrument (Frageummer)	Originalinstrument	Anmerkungen
<p>Wie oft waren Sie in den vergangenen Wochen? (immer, häufig, manchmal, selten, nie) <input type="checkbox"/> voller Schwung <input type="checkbox"/> sehr nervös <input type="checkbox"/> so niedergeschlagen, das Sie nichts aufheitern konnte, etc.</p>	<p><i>Angehörigenfragebogen</i> (Frage 14)</p>	<p>SF36 Fragebogen zum Allgemeinen Gesundheitszustand [27]</p>	<p>Anwendung in der I-DemUck Studie</p>
<p>Sind Sie selbst zurzeit in eine Pflegestufe eingruppiert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar: <input type="checkbox"/> Pflegestufe 1 <input type="checkbox"/> Pflegestufe 2 <input type="checkbox"/> Pflegestufe 3 ohne Härtefallregelung <input type="checkbox"/> Pflegestufe 3 mit Härtefallregelung <input type="checkbox"/> weiß nicht</p>	<p><i>Angehörigenfragebogen</i> (Frage 15)</p>	<p>IDemUck Studie: Patientenfragebogen [100]</p>	<p>modifiziert</p>
<p>Ist Ihr Angehöriger zurzeit in eine der folgenden Pflegestufen eingruppiert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar: <input type="checkbox"/> Pflegestufe 1 <input type="checkbox"/> Pflegestufe 2 <input type="checkbox"/> Pflegestufe 3 ohne Härtefallregelung <input type="checkbox"/> Pflegestufe 3 mit Härtefallregelung <input type="checkbox"/> weiß nicht</p>	<p><i>Angehörigenfragebogen</i> (Frage 16)</p>	<p>IDemUck Studie: Patientenfragebogen [100]</p>	<p>modifiziert</p>
<p>Falls Ihr Angehöriger derzeit keine Pflegestufe hat, wurde ein Antrag auf Zuweisung einer Pflegestufe gestellt? <input type="checkbox"/> Ja gestellt, aber der Antrag wurde noch nicht entschieden <input type="checkbox"/> Ja gestellt, aber der Antrag wurde abgelehnt <input type="checkbox"/> Nein, nicht erforderlich <input type="checkbox"/> Nein, ich habe nicht gewusst, dass ein Antrag gestellt werden kann <input type="checkbox"/> weiß nicht</p>	<p><i>Angehörigenfragebogen</i> (Frage 17)</p>	<p>IDemUck Studie: Patientenfragebogen [100]</p>	<p>Anwendung in der I-DemUck Studie</p>

Fortsetzung Tabelle 1 auf der folgende Seite

Frage	Erhebungsinstrument (Frageummer)	Originalinstrument	Anmerkungen
<p>Welche Aufgaben und Tätigkeiten sollte Ihrer Meinung nach die Pflegefachkraft in einer netzwerkbezogenen Demenzversorgung übernehmen? (sehr wichtig, wichtig, eher wichtig, unwichtig)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Erstellung eines individuellen Versorgungsplans in Kooperation mit den Akteuren des Netzwerkes <input type="checkbox"/> Koordination und Hinwirken auf die Durchführung des Versorgungsplans <input type="checkbox"/> Unterstützung bei der Umsetzung der medizinischen und pflegerischen Maßnahmen <input type="checkbox"/> Etc. 	<p><i>Angehörigenfragebogen</i> (Frage 24)</p> <p><i>Fragebogen Pflegefachkraft</i> (Frage 6)</p> <p><i>Hausarztfragebogen</i> (Frage 6)</p>	<p>Ring et al: integrative Betreuung Demenzkranker und ihrer Angehörigen [151]</p>	<p>modifiziert</p>
<p>Für wie wichtig erachten Sie folgende Formen der Unterstützungsformen für pflegende Angehörige? (sehr wichtig, wichtig, nicht wichtig)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Information zur Demenzerkrankung <input type="checkbox"/> Information und Beratung über verfügbare Hilfen und Unterstützung sowie man darauf zugreift <input type="checkbox"/> Schulung pflegender Angehöriger zur Betreuung und Pflege des Demenzkranken, etc. 	<p><i>Fragebogen Pflegefachkraft</i> (Frage 22)</p> <p><i>Hausarztfragebogen</i> (Frage 24)</p>	<p>EUROFAMCARE-Fragebogen für Anbieter sozialer Dienste [65]</p>	<p>modifiziert</p>
<p>Von den Eigenschaften, die Sie in Frage 22 als sehr wichtig bezeichnet haben, welche würden Sie als die für den pflegenden Angehörigen</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> am wichtigste beurteilen? <input type="checkbox"/> zweitwichtigste? <input type="checkbox"/> drittwichtigste? 	<p><i>Fragebogen Pflegefachkraft</i> (Frage 23)</p> <p><i>Hausarztfragebogen</i> (Frage 25)</p>	<p>EUROFAMCARE-Fragebogen für Anbieter sozialer Dienste [65]</p>	<p>Originalverwendung</p>

5.4 Instrumente

Für die drei Ergebnisdimensionen wurde jeweils ein Fragebogen für Pflegefachkräfte, Hausärzte und pflegende Angehörige entwickelt. Wie in Kapitel 5.3.1 beschrieben, erfolgte die Ableitung der Items für die Fragebögen einerseits aus den Ergebnissen der qualitativen Interviews von Pflegefachkräften, Hausärzten und pflegenden Angehörigen und andererseits aus den in der Literatur veröffentlichten und wissenschaftlich validen Instrumenten sowie den in der IDemUck Studie verwendeten Items zur Versorgungs- und Unterstützungssituation. Den Prozess der Generierung von Fragebogenitems aus den Interviewaussagen zum Aufgabenfeld, der Qualifizierung sowie der Versorgungs- und Unterstützungssituation zeigt beispielhaft Tabelle 2.

Tabelle 2: Ableitung von Interviewaussagen zu Fragebogenitems (Beispiele)

Interviewaussage	Item im Fragebogen
<p>Interviewer: „Und wann ist dann der Fall, dass Sie den Patienten auch noch einmal zum Facharzt schicken?“</p> <p>Herr Dr. K.: „Wenn die genannten Punkte nicht eintreten. Wenn sie mich nicht als kompetent akzeptieren und/oder wenn meine Therapie nicht anzuschlagen scheint. Oder wenn ich das Gefühl habe, dass das ein Fall ist, der besonders speziell ist und für mich auch von meiner Kompetenz her überfordert.“</p>	<p>In welcher Situation überweisen Sie an einen fachärztlichen Kollegen?</p> <ul style="list-style-type: none"> - wenn die Diagnosestellung/-sicherung weitere Tests und bildgebende Verfahren erfordert - wenn der Demenzfall sehr speziell ist - wenn die eingeleitete Therapie nicht zu wirken scheint - wenn der Patient mich als Behandelnder nicht für kompetent hält
<p>Interviewer: „Und wenn Sie den Verdacht haben, äußern Sie den dann auch schon? Dem Angehörigen gegenüber oder wie verfahren Sie da?“</p> <p>Frau S.: ((prustet)) „... Ja, es geht ja/ also erst mal reden wir mit nem Arzt. Das ist eigentlich so das erste, sag' ich mal. Weil. äh. uns fällt es dann ja auf, wenn sie Schwierigkeiten haben ihre Medikamente einzunehmen und ne. Also brauchen wir die Diagnose schon auf dem Verordnungsschein, damit wir die Medikamente reichen können. Also müssen wir als erstes erst mal mit dem Arzt reden. Damit denn da als Diagnose auch Demenz steht.“</p>	<p>Wenn ein Patient in der Häuslichkeit Symptome einer Demenz aufzeigt, wen benachrichtigen Sie als erstes?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ihren Vorgesetzte/n (Pflegedienstleitung) - Hausarzt - Facharzt - pflegende Angehörige - andere:

Tabelle 3 gibt einen Überblick über den Aufbau der drei Fragebögen. Die vollständigen Erhebungsinstrumente sind in Anhang 2 zu finden.

Tabelle 3: Übersicht der Fragebogenbereiche in den drei Erhebungsinstrumenten

	Fragebogenbereich
Pflegefachkraft	
	A: Derzeitiges Aufgaben- und Tätigkeitsfeld
	B: Qualifizierungsbedarf und Qualifizierungsinhalte der Pflegefachkräfte
	C: Das zukünftige Aufgaben- und Tätigkeitsfeld der Pflegeprofession im Rahmen einer vernetzten Demenzversorgung sowie der daraus resultierende Qualifizierungsbedarf*
	D: Versorgungs- und Unterstützungssituation*
	E: Soziodemographische Angaben*
Hausarzt	
	A: Derzeitiges Aufgaben- und Tätigkeitsfeld von Pflegefachkräften
	B: Qualifizierungsbedarf und Qualifizierungsinhalte der Pflegefachkräfte
	C: Das zukünftige Aufgaben- und Tätigkeitsfeld der Pflegeprofession im Rahmen einer vernetzten Demenzversorgung sowie der daraus resultierende Qualifizierungsbedarf*
	D: Versorgungs- und Unterstützungssituation*
	E: Soziodemographische Angaben*
Pflegende Angehörige	
	A: Versorgungs- und Unterstützungssituation*
	B: Derzeitiges Aufgaben- und Tätigkeitsfeld von Pflegefachkräften
	C: Qualifizierungsbedarf und Qualifizierungsinhalte der Pflegefachkräfte
	D: Das zukünftige Aufgaben- und Tätigkeitsfeld der Pflege im Rahmen einer vernetzten Demenzversorgung sowie der daraus resultierende Qualifizierungsbedarf*
	E: Soziodemographische Angaben*

* ... Fragebogenbereiche, die in die Auswertung eingehen

Für die im Rahmen dieser Dissertationsarbeit zu bearbeitenden Fragestellung sind die mit einem Stern gekennzeichneten Fragebogenbereiche (Tabelle 3) der drei Akteursgruppen Pflegefachkräfte, Hausärzte und pflegende Angehörige von elementarer Bedeutung und werden im Kontext der Datenauswertung analysiert: Für die Pflegefachkräfte und Hausärzte sind es die Fragebogenbereiche C, D und E. Bei den pflegenden Angehörigen die Bereiche A, D und E.

Die *Fragebogenbereiche A und B der Fragebögen Pflegefachkräfte und Hausärzte* erheben Daten zu den derzeitigen Aufgaben und Qualifizierungsinhalten basierend auf dem jetzigen Aufgabenfeld der Pflegefachkräfte in der Demenzversorgung. Dies gilt ebenfalls für den Fragebogenbereich B und C der pflegenden Angehörigen. Diese Daten wurden zusätzlich erhoben, um ein Gesamtbild über die derzeitige Versorgungssituation von Patienten mit Demenz und der Unterstützung der pflegenden Angehörigen zu erhalten. Die detaillierte Analyse dieser Daten erfolgt jedoch nicht im Kontext dieser Dissertationsarbeit, sondern in einer künftigen separaten Auswertung.

Der *Fragebogenbereich C des Fragebogens der Pflegefachkräfte* „zukünftige Aufgaben- und Tätigkeitsfeld der Pflegeprofession im Rahmen einer vernetzten Demenzversorgung sowie der daraus resultierende Qualifizierungsbedarf“ enthält Fragen der professionell Pflegenden zu den Vorstellungen zum Aufgaben- und Tätigkeitsfeldes eines Dementia Care Managers. Das Modul enthält vorwiegend geschlossene Fragen. Antwortmöglichkeiten sind in Anlehnung an das Likert-Skalenschema als ein vierstufiges Antwortschema gestaltet (Anhang 2). In weiteren Modulen wird die Pflegefachkraft um ihre Meinung gebeten, ob der Dementia Care Manager ausschließlich den Patientenfall managen sollte oder ob auch pflegerische Tätigkeiten am Patienten zum Arbeitsfeld des Dementia Care Managers gehören sollten. In diesem Kontext soll überprüft werden, ob die Aussagen der Pflegefachkräfte mit den Aussagen der Hausärzte und der pflegenden Angehörigen kongruent sind oder ob bezüglich des Managements und der pflegerischen Tätigkeit die Meinungen zwischen den drei Personengruppen divergieren. Im weiteren Verlauf dieses Fragebogenbereiches erfolgt die Abfrage, ob Pflegefachkräfte einen Qualifizierungsbedarf für die Übernahme der Aufgaben des Dementia Care Managers sehen. Bei positiver Beantwortung dieser Frage erfolgt die Befragung zur Einschätzung der Wichtigkeit einzelner Qualifizierungsthemen. Für die Fragestellung ist ebenfalls ein vierstufiges Antwortschema vorgegeben (Anhang 2).

Der *Fragebogenbereich D „Versorgungs- und Unterstützungssituation“* erfragt zunächst allgemeine Informationen zur derzeitigen Versorgung von Patienten mit Demenz. So wird die Gesamtzahl der zu versorgenden Patienten durch die ambulante Einrichtung erhoben, in der die Pflegefachkraft tätig ist und wie groß der Anteil der Patienten ist, die eine Demenz aufweisen. Im Weiteren soll in diesem

Fragebogenbereich überprüft werden, mit welchen Akteuren die Pflegeprofession im Rahmen der Demenzversorgung zusammenarbeitet und wie sich diese Zusammenarbeit im Detail gestaltet. Anschließend erfolgt eine Meinungsabfrage und Einschätzung zur jetzigen Versorgungs- und Unterstützungssituation von Patienten mit Demenz und deren pflegenden Angehörigen. Im Fokus stehen hier spezifische Formen der Unterstützung, die in einem dreistufigen Antwortschema abgefragt werden. Der Erhebung von „soziodemographischen Angaben“ aus dem Fragebogenbereich E schließt die Datenerhebung der Pflegefachkräfte ab.

Die Fragebogenbereiche C, D und E des Fragebogens für die Hausärzte sind analog dem Fragebogen der Pflegefachkräfte konstruiert. Im Fragebogenbereich C „Das zukünftige Aufgaben- und Tätigkeitsfeld der Pflegeprofession im Rahmen einer vernetzten Demenzversorgung sowie der daraus resultierende Qualifizierungsbedarf“ wird lediglich in einer zusätzlichen Fragestellung die Meinung der niedergelassenen Hausärzte erfragt, ob sie eine Pflegefachkraft grundsätzlich für geeignet halten, die Aufgaben des Dementia Care Managers zu übernehmen. Mit der Abfrage von „soziodemographischen Angaben“ im Fragebogenbereich E schließt die Datenerhebung zur Sicht der Hausärzte ab.

Die Einschätzung der Versorgungssituation und Angehörigenunterstützung aus Sicht der pflegenden Angehörigen sowie die Angehörigenbelastung und vorhandene Unterstützungsoptionen im Kontext der Demenzversorgung stehen im Vordergrund des Fragebogenbereiches A „Versorgungs- und Unterstützungssituation der pflegenden Angehörigen“. Der Fragebogenbereich D „Das zukünftige Aufgaben- und Tätigkeitsfeld der Pflege im Rahmen einer vernetzten Demenzversorgung sowie der daraus resultierende Qualifizierungsbedarf“ fragt analog dem Fragebogen der Pflegefachkraft und des Hausarztes nach den Vorstellungen der pflegenden Angehörigen zum Aufgabenfeld eines Dementia Care Managers. Die vier Antwortoptionen sind analog der beiden anderen Fragebögen nach dem Likert-Skalenschema gestaltet. Die Aufgaben sind jedoch im Vergleich zum Fragebogen für die Pflegefachkräfte und die Hausärzte lediglich in Oberkategorien zusammengefasst. Auf eine detaillierte Abfrage wie in den beiden Fragebögen Pflegefachkraft und Hausarzt wurde verzichtet, da davon auszugehen ist, dass die pflegenden Angehörigen eine Differenzierung in den einzelnen Oberkategorien

auf Grund fehlender, spezifischer Fachkenntnisse nur begrenzt einschätzen können. Auch der *Fragebogen für die pflegenden Angehörigen* endet mit der Erhebung von „soziodemographischen Angaben“ im Bereich E.

5.4.1 Pretest

Für die drei entwickelten Erhebungsinstrumente erfolgte eine Überprüfung auf ihre Anwendbarkeit und Funktionalität mittels eines Pretests im Vorfeld der Erhebung. Bestehende Kontakte zu Hausärzten, Pflegefachkräften und pflegenden Angehörigen wurden genutzt und darauf geachtet, dass diese Personen später nicht an der Befragung teilnahmen. Die acht Teilnehmer des Pretests füllten die jeweiligen Fragebögen aus und vermerkten Verbesserungsvorschläge, Hinweise und Anmerkungen auf den Dokumenten. Des Weiteren dokumentierten sie die benötigte Zeit zum Ausfüllen des Fragebogens und gaben Hinweise, ob die zeitliche Beanspruchung für die Beantwortung der Fragen aus ihrer Sicht zumutbar und realistisch ist. Aus dem Pretest resultierten verwertbare Anmerkungen und Änderungsvorschläge. Auf Basis dieser Veränderungsvorschläge erfolgte eine Revision der drei Fragebögen. Im Rahmen der quantitativen Datenerhebung kamen ausschließlich die revidierten Fragebögen zum Einsatz.

5.5 Quantitative Feldstudie

5.5.1 Hausärzte

Zu dem befragten Personenkreis gehören drei Personengruppen, wobei Hausärzte bzw. die bereits erwähnten akademischen Lehrärzte die erste Zielgruppe darstellen. Zum Zeitpunkt der Erhebung waren 55 Hausärzte als akademische Lehrärzte für das Institut für Community Medicine und die Ausbildung von Medizinstudenten im Fach Allgemeinmedizin tätig. Davon haben sich 49 Lehrärzte zur Teilnahme an der Studie bereit erklärt. Eine detaillierte Beschreibung des Zugangs zu den betreffenden Lehrärzten erfolgte bereits in Kapitel 5.3.1.

5.5.2 Pflegefachkräfte

Pflegefachkräfte bilden die zweite Zielgruppe. Die Befragung der Pflegefachkräfte fokussierte sich auf ambulant tätige Schwestern, deren berufliche Erfahrungen im ambulanten Versorgungssektor für die Ermittlung des Anforderungsprofils von Pflegefachkräften als Dementia Care Manager besonders geeignet schienen. Demzufolge erfolgte vornehmlich der Einschluss von Pflegefachkräften, die im ambulanten Pflegedienst bzw. einer Sozialstation tätig sind. Zwei Zugänge wurden gewählt.

Für die Pflegefachkräfte, die in einem Pflegedienst bzw. einer Sozialstation in freigeinnütziger Trägerschaft tätig sind (bspw. Diakonie oder Arbeiterwohlfahrt) wurde ein bestehender Kontakt genutzt. Diese Pflegedienste und Sozialstationen sind auf kommunaler Ebene in sog. Kreisverbänden der jeweiligen Trägerschaft organisiert. Im Weiteren vertritt ein übergeordneter Landesverband die Interessen der Kreisverbände auf Landesebene. Die Vorstandsmitglieder der Kreisverbände und des Landesverbandes treffen sich im regelmäßigen Turnus. Im Rahmen eines dieser Treffen erfolgten die Vorstellung der Untersuchung und die Bitte um aktive Teilnahme. Die Kreisverbände leiteten das Untersuchungsvorhaben in ihren Arbeitstreffen mit einzelnen Pflegediensten und Sozialstationen weiter. Daraufhin erfolgte die Einladung zu jeweils einem Arbeitstreffen des Diakonie Kreisverbandes Mecklenburg und des AWO Müritz Kreisverbandes. Auf den beiden Arbeitstreffen bei der Diakonie und der AWO wurde das Forschungsvorhaben nochmalig präsentiert, woraus die Teilnahme an der Befragung von insgesamt zehn Pflegediensten und einer Sozialstation von beiden Trägern resultierte.

Die Fragebogenübersendung erfolgte an den jeweiligen Kreisverband, welcher die Fragebögen an die einzelnen ambulanten Einrichtungen weiterleitete. Die Rücksendung erfolgte direkt von den Pflegediensten und den Sozialstationen an das Institut für Community Medicine.

Die Pflegedienste der privaten Anbieter verfügen im Gegensatz zu den Einrichtungen in frei-gemeinnütziger Trägerschaft nicht über ein derartig strukturiertes Informationsnetzwerk. Sie werden durch den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa) vertreten. Als Zusammenschluss stellt dieser die Interessenvertretung für private Alten- und Pflegeheime, Tages- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen, Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen, ambulante Dienste, Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe und private Sozialdienstleistungsbetriebe dar. [35] Regelmäßige Treffen auf Landesebene wie bei den ambulanten Einrichtungen in frei-gemeinnütziger Trägerschaft finden jedoch nicht statt. Daher erfolgte der Zugang zu den privaten Pflegediensten über einen telefonischen Erstkontakt, in dem das Forschungsvorhaben vorgestellt und die Teilnahmebereitschaft erfragt wurde. Die AOK M-V und der Landesverband der Pflegekassen veröffentlichen monatlich die aktuell tätigen Pflegedienste im Land M-V mit entsprechenden Kontaktdaten in Form einer Preisvergleichsliste. Für das Forschungsvorhaben erfolgte die Nutzung der Daten aus den ambulanten Einrichtungen in privater Trägerschaft zum Stichtag vom 01.03.2010. Nach telefonischer Zusage zur Teilnahme an der Befragung wurden die Fragebögen an die Pflegedienste versendet. Diese sendeten ihre Antwortbögen ans Institut für Community Medicine zurück.

5.5.3 Pflegende Angehörige

Die pflegenden Angehörigen stellen die dritte Zielgruppe im Rahmen der quantitativen Datenerhebung dar. Sie wurden zum einen über die Hausärzte und zum anderen über die Pflegefachkräfte zur Teilnahme an der Befragung erreicht. Dazu informierten die Hausärzte und Pflegefachkräfte die pflegenden Angehörigen von Patienten mit Demenz über die Untersuchung und motivierten diese zur Teilnahme an der Befragung. Nach einer Einverständniserklärung erfolgte die Übersendung der Fragebögen an die Hausärzte und Pflegefachkräfte, welche diese an die pflegenden Angehörigen weiterleiteten. Die Rücksendung erfolgte anschließend wiederum direkt an das Institut für Community Medicine.

Alle drei Zielgruppen erhielten dazu mit der Übersendung des Fragebogens einen adressierten und bereits frankierten Rückumschlag.

Zur Identifizierung des Aufgaben- und Tätigkeitsfeldes sowie des Qualifizierungsbedarfes, der Qualifizierungsinhalte und der Wichtigkeitseinschätzung von ausgewählten Unterstützungsoptionen der pflegenden Angehörigen stellen die befragten Pflegefachkräfte und die Hausärzte die primären Datenquellen dar. Die pflegenden Angehörigen sind als eine weitere, ergänzende Datenquellen für die oben genannte Wichtigkeitseinschätzung der Aufgaben und Qualifizierungsinhalte zum Dementia Care Management und zur Beschreibung von spezifischen Versorgungs- und Unterstützungssituationsaspekten zu betrachten.

5.5.4 Rücklauf

Insgesamt wurden 1818 Fragebögen an Hausärzte, Pflegefachkräfte und pflegende Angehörige versendet, wovon 284 an das Institut für Community Medicine zurückgesendet worden sind. In die Auswertung gingen 282 verwertbare Antwortbögen ein (Tabelle 4).

Tabelle 4: Versendete und zurückerhaltene Fragebögen

	versendete Fragebögen	zurückerhaltene Fragebögen (Response)
Pflegefachkräfte	857	145 (16,9%)
frei-gemeinnützig	67	11 (16,4%)
privat	790	134 (16,9%)
Hausärzte	49	31 (63,2%)
pflegende Angehörige	912	106 (11,6%)
Kontakt über Hausarzt	72	23 (31,9%)
Kontakt über frei-gemeinnützige PD* und Sozialstationen	51	6 (11,7%)
Kontakt über private Pflegedienste	789	77 (9,8%)
Gesamt	1818	282 (15,6%)

*... PD= Pflegedienst

Der weit überwiegende Anteil der befragten Pflegefachkräfte ist weiblich (95,5%) (Tabelle 5) und das Durchschnittsalter beträgt 39,4 Jahre. Die jüngste Pflegefachkraft war 20, die älteste 63 Jahre alt (Tabelle 6). Die Geschlechterverteilung der teilnehmenden Hausärzte ist im Gegensatz zu den Pflegefachkräften nahezu ausgeglichen, 45,2% sind Hausärztinnen und 51,6% Hausärzte (Tabelle 5). Der Mit-

telwert des Alters der Hausärzte beträgt 49,5 Jahre bei einer Standardabweichung von 6,9 Jahren (Tabelle 6)

Tabelle 5: Geschlechterverteilung von Pflegefachkräften, Hausärzten und pflegenden Angehörigen

	Geschlecht		
	männlich	weiblich	fehlend
Pflegefachkräfte	2,1% (N=3)	95,9% (N=139)	2,1% (N=3)
Hausärzte	51,6% (N=16)	45,2% (=14)	3,2% (N=1)
pflegende Angehörige	29,6% (N=32)	70,4% (N=76)	N=0

Wie aus Tabelle 5 ersichtlich, zeigt sich bei den pflegenden Angehörigen in Bezug auf die Geschlechterverteilung ein Bild analog den Pflegefachkräften. Mit 70,4% ist der mehrheitliche Anteil der pflegenden Angehörigen weiblich und das Durchschnittsalter beträgt in dieser befragten Kohorte 61,6 Jahre, wobei die jüngste Angehörige 23 Jahre alt ist und die älteste ein Alter von 89 Jahren aufweist (Tabelle 6).

Tabelle 6: Alter der Pflegefachkräfte, Hausärzte und pflegenden Angehörigen

	Alter				
	Mittelwert	Standardabweichung	jüngste/r	älteste/r	fehlend
Pflegefachkräfte	39,35	11,04	20	63	N=7 (4,8%)
Hausärzte	49,47	6,93	38	65	N=1 (3,2%)
pflegende Angehörige	61,58	14,00	23	89	N=3 (2,8%)

5.5.5 Datenaufbereitung und -analyse

Die Fragebögen wurden über das Teleform-System (V10.2, Electric Paper, Lüneburg) programmiert und nach Rücksendung interaktiv gescannt. Nach einer Verifizierung der eingegangenen Fragebogenantworten erfolgte der Export der Daten in die Statistiksoftware SPSS 18.0 (SPSS Inc. IBM Company, Chicago).

Die Auswertung der Daten zur Versorgungs- und Unterstützungssituation erfolgte deskriptiv. Die drei Zielgruppen gaben aus ihrer jeweiligen Sicht eine Einschätzung zur derzeitigen Versorgung von demenziell Betroffenen sowie zur Belastungs- und Unterstützungssituation der pflegenden Angehörigen. Die Analyse der Antworten zur Zusammenarbeit der Pflegefachkräfte und Hausärzte mit weiteren

Akteuren im Rahmen der Demenzversorgung schließt sich daran an. Im Weiteren erfolgte eine Einschätzung des Belastungsempfindens der pflegenden Angehörigen auf Grund von spezifischen Beschwerden der demenziell Erkrankten (z.B. Unruhe, kognitive Beeinträchtigung, etc.) und der Wichtigkeit von Unterstützungsoptionen für die pflegenden Angehörigen aus Sicht der Pflegefachkräfte und der Hausärzte. Möglicherweise bestehende Unterschiede in der Wichtigkeitseinschätzung zu spezifischen Unterstützungsoptionen zwischen den Pflegefachkräften und den Hausärzten wurden mit Chi-Quadrat-Tests überprüft.

Die Datenanalyse für die zweite Ergebnisdimension „Aufgaben- und Tätigkeitsfeld des ambulanten Betreuungsmanagers“ erfolgte zunächst deskriptiv durch die Häufigkeitsanalyse der Antworten der Pflegefachkräfte und Hausärzte in Bezug auf die Einschätzung der Wichtigkeit der Übernahme einzelner Aufgaben. Die Befragung der pflegenden Angehörigen zu den Tätigkeiten beschränkte sich lediglich auf die Ebene der Aufgabenbereiche. Damit lässt sich die Einschätzung der Wichtigkeit der Umsetzung und Durchführung der potentiellen Aufgaben der Dementia Care Manager aus Sicht der drei Personengruppen abbilden. Im nächsten Schritt erfolgte mit Chi-Quadrat-Tests die Überprüfung, ob die Vorstellungen der Zielgruppen Hausarzt und Pflegefachkraft hinsichtlich der Einschätzung der Wichtigkeit der potentiellen Aufgaben des Dementia Care Managers übereinstimmen. Mit der Beschreibung der Antworten aus den drei Zielgruppen bezüglich der Vorstellung, ob ein Dementia Care Manager ausschließlich den Patientenfall managen oder darüber hinaus pflegerische Tätigkeiten übernehmen sollte, schließt die Analyse dieser Ergebnisdimension ab.

Die Datenauswertung zum Qualifizierungsbedarf und zu den Qualifizierungsinhalten Dementia Care Managers im Rahmen der Ergebnisdimension „Qualifizierung“ erfolgte wiederum deskriptiv. Zum einen wurde untersucht, inwieweit die drei Personengruppen der Meinung sind, dass für Pflegefachkräfte ein Qualifizierungsbedarf besteht, bevor diese die Aufgaben und Tätigkeiten des Dementia Care Managers übernehmen können. Aus dem Vergleich der Qualifizierungsanforderungen mit der Primärqualifikation Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Altenpflege wurde der zusätzliche Qualifizierungsbedarf abgeleitet. Die Angaben der drei Zielgruppen zur Wichtigkeit spezifischer Qualifizierungsthemen wurden auf systematische Unterschiede mit Chi-Quadrat-Tests untersucht. Die Analyse der richtigen Zuordnung einzelner Qualifizierungsinhalte zu den fünf Schulungsob-

themen erfolgte durch eine Reliabilitätsanalyse und stellt den Abschluss der Datenanalyse in der dritten Ergebnisdimension Qualifizierung dar.

Die teilnehmenden Pflegefachkräfte, Hausärzte und pflegenden Angehörigen konnten sowohl zu einzelnen Fragen als auch summarisch zum Abschluss der Fragebögen Bemerkungen, Hinweise und Kommentare zur Befragung bzw. zum Dissertationsthema geben. Die Anmerkungen bezogen sich nahezu ausschließlich auf individuelle Versorgungsaspekte und strukturelle Rahmenbedingungen in der pflegerischen Versorgung der demenziell Erkrankten. Da diese keine primären Rückschlüsse auf das Anforderungsprofil des Dementia Care Managers sowie die Qualifizierung zulassen, erfolgte im Rahmen der Dissertationsarbeit keine detaillierte Analyse dieser gewonnenen Daten.

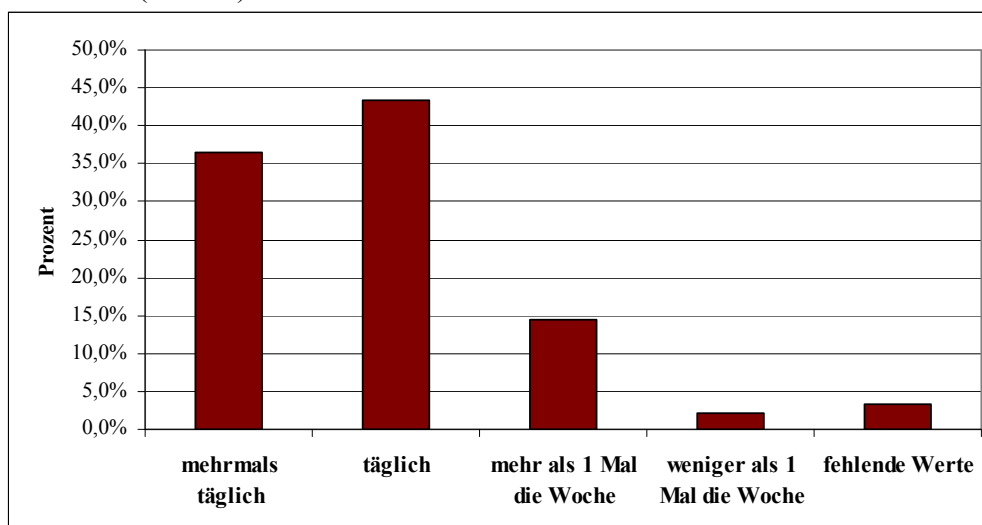
6. Ergebnisse

6.1 Beschreibung der Auswertepopulation

6.1.1 Pflegefachkräfte

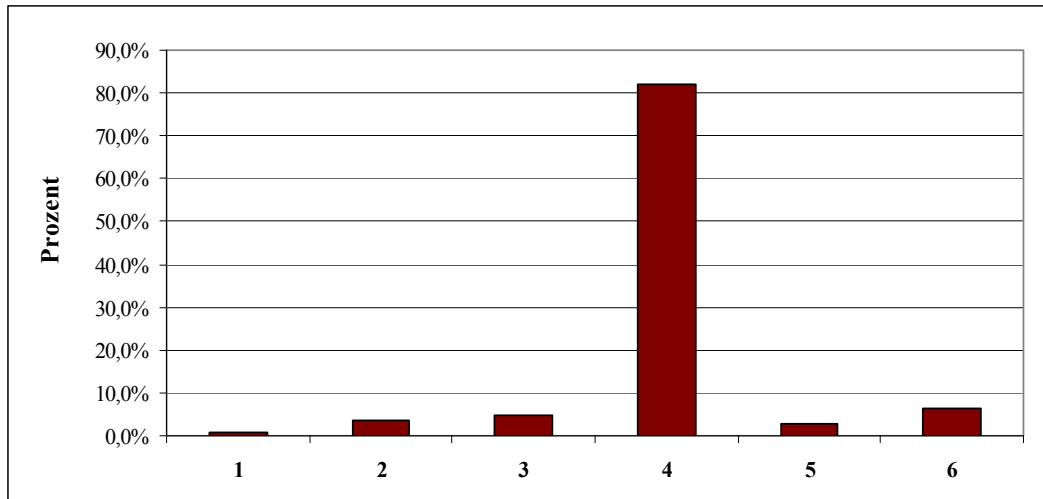
Nach Aussage der Pflegefachkräfte versorgen die befragten ambulanten Pflegedienste bzw. Sozialstationen derzeit eine durchschnittliche Patientenanzahl von 60,6 bei einer Standardabweichung von 40,57 Patienten. Der Range liegt dabei zwischen 5 und 230 zu versorgende Patienten pro ambulanter Einrichtung. Von dieser Gesamtpatientenanzahl sind durchschnittlich 15,4 Patienten (Standardabweichung: 16,25 Patienten) dement. Der Range liegt hier zwischen 0 und 90 Patienten pro ambulantem Pflegedienst bzw. Sozialstation. Jede Pflegefachkraft betreut laut Befragung durchschnittlich 6,2 Patienten mit Demenz bei einer Standardabweichung von 6,39 Patienten. Die geringste Anzahl von dementen Patienten, die in den ambulanten Pflegediensten und Sozialstationen versorgt werden liegt bei 0 Patienten, die höchste bei 35 Patienten. Die hier befragten Pflegefachkräfte weisen eine Berufserfahrung bezüglich der Versorgung demenziell Erkrankter von durchschnittlich 8,8 Jahren (Standardabweichung: 7,59 Jahre) auf. Die erfahrenste Pflegefachkraft arbeitet dabei bereits seit 41 Jahren mit dementen Patienten und deren pflegenden Angehörigen zusammen. Die geringste Berufserfahrung einer Pflegefachkraft in diesem Arbeitsfeld betrug ein Jahr. Abbildung 3 zeigt, dass 80,0% der Pflegefachkräfte die durch sie versorgten demenziell Erkrankten „mehrmals täglich“ bzw. „täglich“ sehen, während lediglich 2,1% der Pflegefachkräfte die Betroffenen „weniger als 1 Mal“ in der Woche sehen.

Abbildung 3: Häufigkeit des Sehens der demenziell Betroffenen durch die Pflegefachkräfte (N=140)



Die in dieser Studie befragten Pflegefachkräfte sind mit 82,1% zum überwiegenden Anteil bei privaten Trägern tätig, gefolgt von den freigemeinnützigen Trägerschaften mit 4,8% und der kirchlichen Trägerschaften mit 3,4% (Abbildung 4).

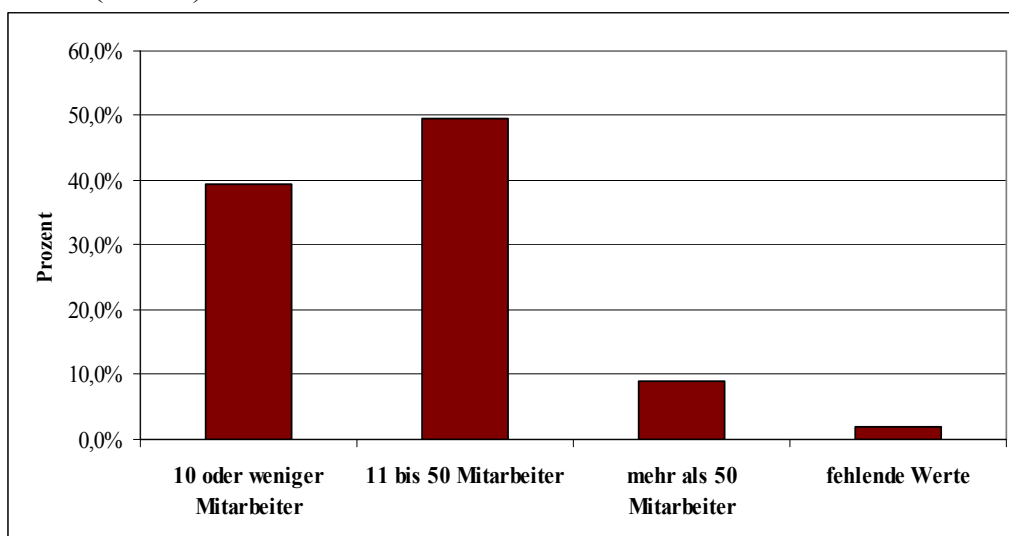
Abbildung 4: Träger der ambulanten Pflegedienste bzw. der Sozialstationen (N=136)



- 1... kommunale Trägerschaft im Gesundheitswesen
- 2... religiöse Trägerschaft
- 3... frei-gemeinnützige Trägerschaft
- 4... privat
- 5... andere
- 6... fehlende Werte

Abbildung 5 zeigt die Anzahl der beschäftigten Mitarbeiter in den hier befragten ambulanten Pflegediensten und Sozialstationen. Nahezu die Hälfte der Pflegefachkräfte (49,7%) arbeitet in einem mittelgroßen Unternehmen mit einer Mitarbeiterzahl, die zwischen 11 und 50 Personen liegt. Mehr als ein Drittel (39,3%) ist in einem Kleinunternehmen tätig, d.h. die Mitarbeiteranzahl beträgt 10 oder weniger Personen. Mit 9,0% arbeitet ein geringer Anteil von Pflegefachkräften in einem größeren Unternehmen mit mehr als 50 Mitarbeitern.

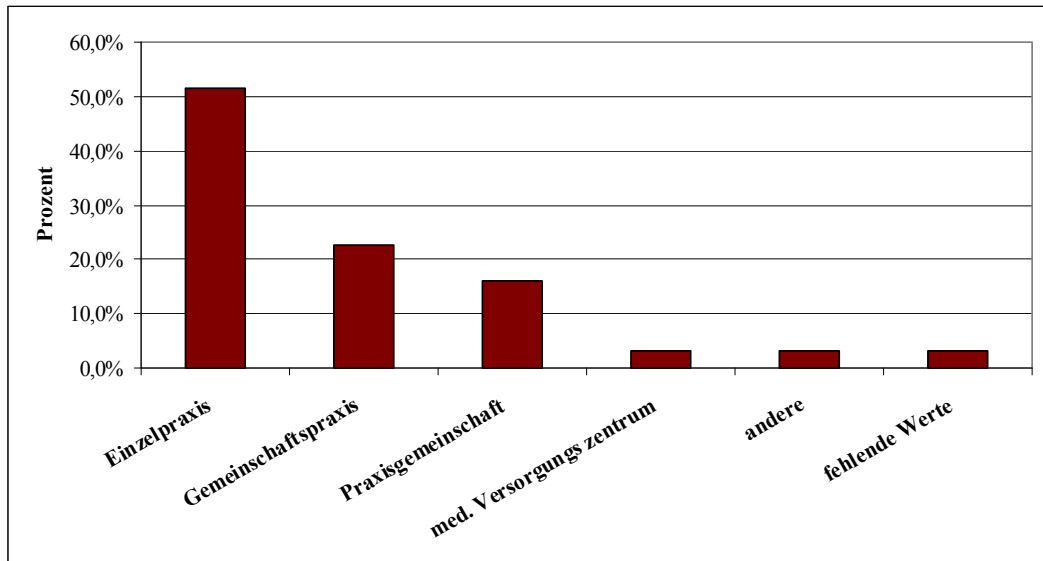
Abbildung 5: Anzahl der Mitarbeiter im ambulanten Pflegedienst bzw. der Sozialstation (N=142)



6.1.2 Hausärzte

Die Hausärzte wurden im Rahmen der Befragung zunächst gebeten, die durchschnittliche Patientenzahl, die sie pro Quartal behandeln, anzugeben. Diese umfasst 1178,2 Patienten bei einer Standardabweichung von 345,55 Patienten (Range 550 bis 2200 Patienten). Dabei beträgt die durchschnittliche Anzahl der ambulant versorgten Patienten mit Demenz bezogen auf die Gesamtpatientenzahl 30,7 Patienten (Standardabweichung: 27,94 Patienten). Die geringste demenziell erkrankte Patientenzahl, welche ambulant durch den Hausarzt behandelt wird, beträgt 2 Patienten, die höchste 105 Patienten. Die ambulant tätigen Hausärzte versorgen im Durchschnitt seit 14,7 Jahren Patienten, die eine Demenz aufweisen. Die Standardabweichung beträgt hier 6,75 Jahre (Range 2 bis 30 Jahre Berufserfahrung). Im letzten Quartal wurden die Hausärzte durchschnittlich 3,9 Mal in der Praxis von jedem Patienten mit Demenz aufgesucht (Standardabweichung: 4,95), die Häufigkeit variierte zwischen 0 und 20 Mal. Insgesamt ist die befragte Gruppe der Hausärzte durchschnittlich 13,9 Jahre (Standardabweichung: 6,48 Jahre) als Hausarzt tätig. Der geringste zeitliche Umfang der Hausarztstätigkeit beträgt 2 Jahre, der längste 25 Jahre. Dabei arbeitet mehr als die Hälfte der Hausärzte (51,6%) in einer Einzelpraxis, gefolgt von den Praxisformen Gemeinschaftspraxis mit 22,6% und Praxismgemeinschaft mit 16,6%. Lediglich 3,2% der Hausärzte arbeitet derzeit in einem medizinischen Versorgungszentrum (Abbildung 6).

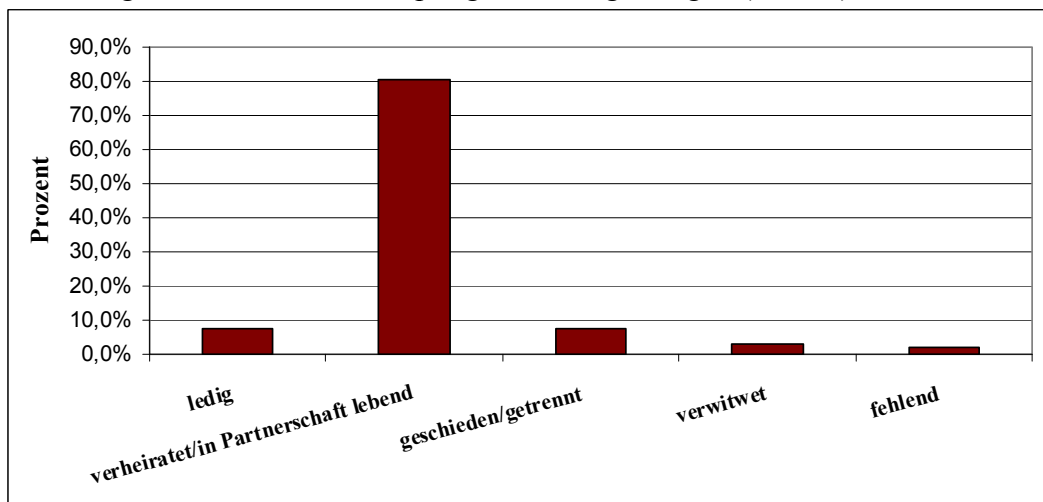
Abbildung 6: Praxisformen der Hausarztpraxen (N=30)



6.1.3 Pflegende Angehörige

Die Zielgruppe der pflegenden Angehörigen, welche die Hauptverantwortung für die Betreuung ihres demenziell Erkrankten tragen, sind zu 80,6% und damit zum überwiegenden Anteil verheiratet bzw. leben in einer Partnerschaft. Der geringe Anteil von jeweils 7,4% ist geschieden, getrennt lebend oder ledig (Abbildung 7).

Abbildung 7: Familienstand der pflegenden Angehörigen (N=106)



Durchschnittlich leben 2,3 Personen (Standardabweichung: 0,79) im Haushalt des Patienten mit Demenz und seinen pflegenden Angehörigen (Range 1 bis 5 Personen). Annähernd ein Drittel der pflegenden Angehörigen besitzt einen Schulabschluss von 10 Jahren, gefolgt von den Angehörigen mit einem Hauptabschluss (26,9%) und denjenigen mit Abitur (16,7%) (Tabelle 7).

Tabelle 7: Höchste allgemeinbildende Schulausbildung der pflegenden Angehörigen

Schulabschluss	Häufigkeit in %
Schulabgang ohne Abschluss	1,9% (N=2)
Volks- oder Hauptschule (8 oder 9 Jahre)	26,9% (N=29)
mittlere Reife, Realschulabschluss, Fachschulreife (10 Jahre)	14,8% (N=18)
Abschluss Polytechnische Oberschule (10 Jahre)	28,7% (N=31)
Fachhochschulreife, fachgebundene Hochschulreife, Fachoberschule, Facharbeiter mit Abitur	11,1% (N=12)
Abitur, allgemeine Hochschulreife, EOS mit Facharbeiterabschluss	16,7% (N=18)
anderer Abschluss	4,6% (N=5)
Gesamt:	104,7% (N=115)²

In Bezug auf die Berufsausbildung zeigt Tabelle 8, dass über die Hälfte der befragten pflegenden Angehörigen (51,9%) eine Lehre abschlossen hat und 15,7% die Fachhochschule, Ingenieurschule bzw. das Polytechnikum beendet haben. Mit 14,8% und 11,1% folgen die Berufsabschlüsse Fach- oder Berufsfachschulabschluss sowie der Berufsabschluss an einer Universität. Nur ein geringer Anteil der hier befragten Angehörigen hat keine abgeschlossene Ausbildung bzw. eine beruflich-betriebliche Anlernzeit jedoch keine Lehre oder einen Teilfacharbeiterabschluss absolviert.

Tabelle 8: Höchste berufliche Ausbildung der pflegenden Angehörigen

Berufsausbildung	Häufigkeit in %
kein Ausbildungsabschluss	5,6% (N=6)
beruflich-betriebliche Anlernzeit, aber keine Lehre, Teilfacharbeiterabschluss	4,6% (N=5)
Lehre mit Abschlussprüfung, beruflich-betriebliche Ausbildung	51,9% (N=56)
Fach- oder Berufsfachschulabschluss (z.B. Handelsschule, Fachakademie)	14,8% (N=16)
Abschluss Fachhochschule, Ingenieurschule, Polytechnikum	15,7% (N=17)
Hochschulabschluss	11,1% (N=12)
anderer beruflicher Abschluss	7,4% (N=8)
Gesamt:	111,1% (N=120)³

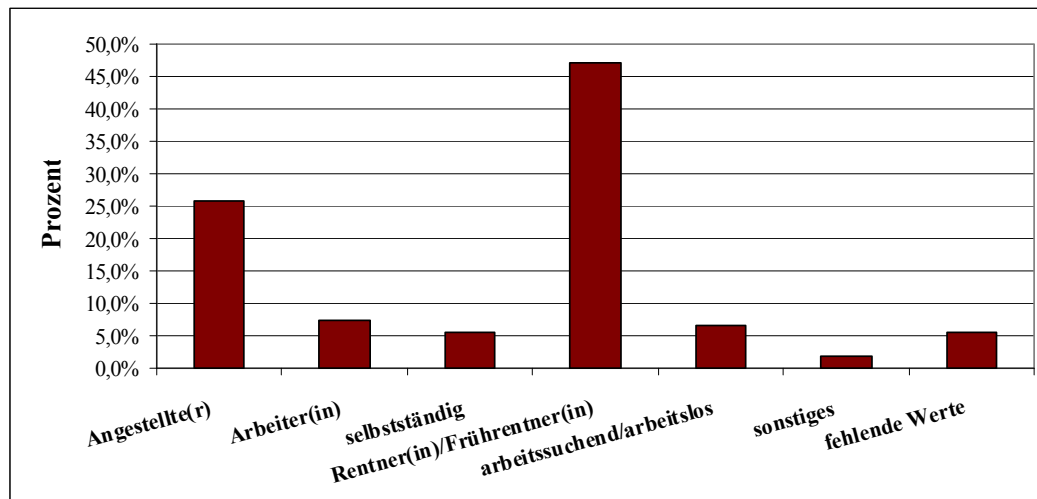
In der untersuchten Studienpopulation ist derzeit annähernd die Hälfte der Personen, die die Betreuung und Pflege des demenziell Betroffenen übernehmen,

² Die Anzahl von mehr als 100,0% ergibt sich aus der Tatsache, dass die befragten pflegenden Angehörigen Mehrfachantworten abgeben konnten.

³ Die Anzahl von mehr als 100,0% ergibt sich aus der Tatsache, dass die befragten pflegenden Angehörigen Mehrfachantworten abgeben konnten.

Rentner bzw. Frührentner (47,2%) (Abbildung 8). Insgesamt 38,9% der Angehörigen ist berufstätig und arbeitet als Angestellte(r), Arbeiter(in) oder Selbständige(r). Ein geringer Anteil von 6,5% ist momentan arbeitssuchend.

Abbildung 8: Berufstätigkeit der pflegenden Angehörigen (N=102)



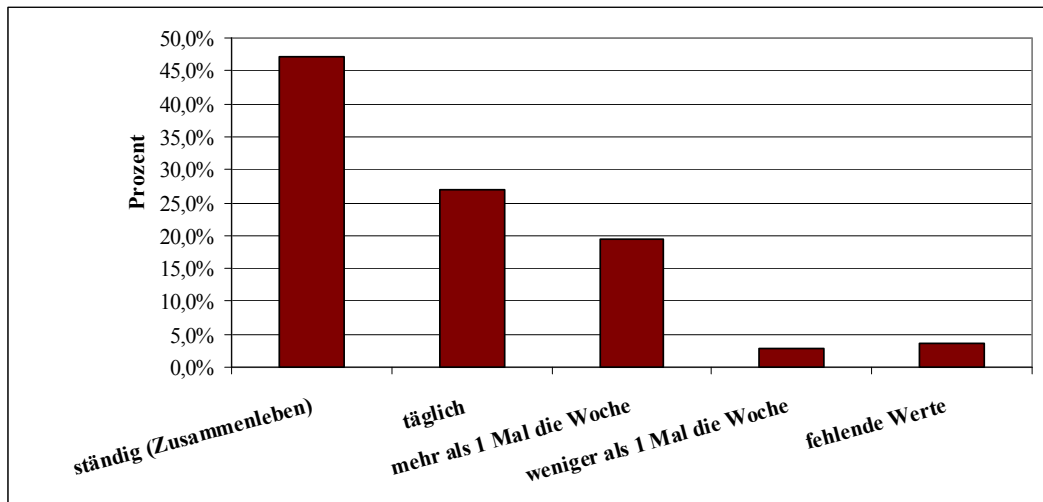
Aus Tabelle 9 wird ersichtlich, dass über ein Drittel der Angehörigen einen Ehepartner bzw. Lebenspartner pflegen, der an Demenz erkrankt ist, gefolgt von der erkrankten Mutter (36,1%) und dem betroffenen Vater (10,2%).

Tabelle 9: Verhältnis der pflegenden Angehörigen zum Patienten mit Demenz

Der Demenzkranke ist mein(e):	Häufigkeit in %
Ehepartner(-in)/Lebenspartner(-in)	37,0% (N=40)
Mutter	36,1% (N=39)
Vater	10,2% (N=11)
Schwiegersohn/-tochter	0,9% (N=1)
sonstige Verwandte	3,7% (N=4)
Freund/-in	1,9% (N=2)
Bekannte/r	0,9% (N=1)
andere	5,6% (N=6)
fehlend	3,7% (N=4)
Gesamt:	100,0% (N=108)

Der größte prozentuale Anteil der pflegenden Angehörigen sieht den Demenzkranken „ständig“ (47,2%) bzw. „täglich“ (26,9%) (Abbildung 9) und circa 20,0% haben „mehr als 1 Mal die Woche“ Kontakt zum demenzkranken Angehörigen. Nur 2,8% der pflegenden Angehörigen berichten eine Kontakthäufigkeit von „weniger als 1 Mal die Woche“.

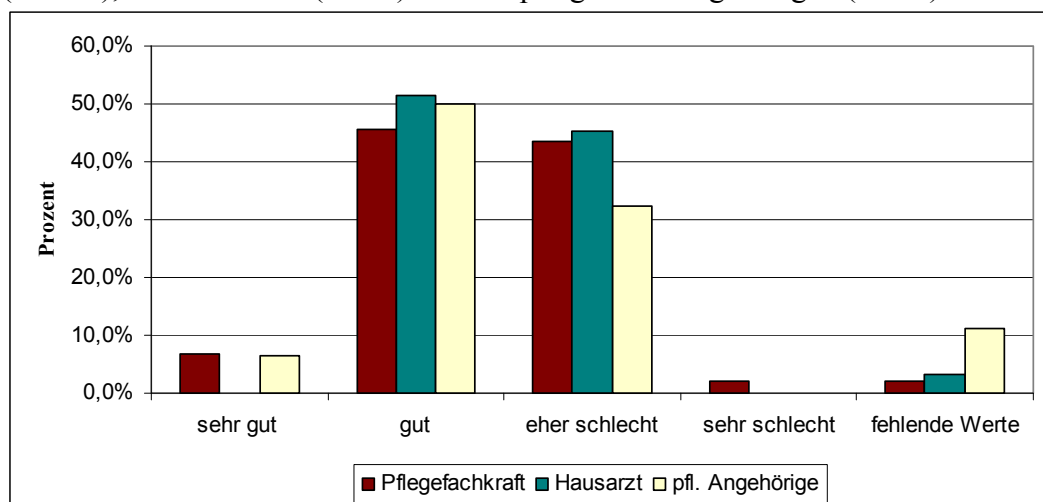
Abbildung 9: Häufigkeit des Sehens des Demenzkranken durch die pflegenden Angehörigen (N=104)



6.2 Ergebnisdimension „Versorgungs- und Unterstützungssituation“

In der Ergebnisdimension „Versorgungs- und Unterstützungssituation“ sollen Qualifizierungsinhalte für Pflegefachkräfte in Bezug auf die Beratung und Anleitung des Patienten mit Demenz und seiner pflegenden Angehörigen identifiziert und Rückschlüsse auf Schulungsinhalte für die netzwerkbezogene Demenzversorgung gezogen werden. Zunächst erfolgte dazu die Bitte an die drei befragten Zielgruppen Pflegefachkräfte, Hausärzte und pflegende Angehörige, eine Einschätzung bezüglich der derzeitigen Versorgungssituation der demenziell Erkrankten, der Belastungssituation und der Unterstützungssituation der pflegenden Angehörigen vorzunehmen. Die Antworten sind in der Abbildung 10 bis 12 graphisch dargestellt. Jeweils nahezu die Hälfte der drei befragten Akteursgruppen schätzt die Versorgungssituation der demenziell Erkrankten zum jetzigen Zeitpunkt als „gut“ ein. Über vierzig Prozent der Pflegefachkräfte und der Hausärzte sowie über 30 Prozent der pflegenden Angehörigen bezeichnen die Versorgungssituation der Patienten mit Demenz als „eher schlecht“. Weitere 2,1% der Pflegefachkräfte sind sogar der Meinung, dass die Versorgungssituation „sehr schlecht“ ist. Im Gegensatz dazu sind jeweils 6,5% der Pflegefachkräfte und der pflegenden Angehörigen der Meinung, dass die Versorgungssituation von Demenzkranken als „sehr gut“ bewertet werden kann.

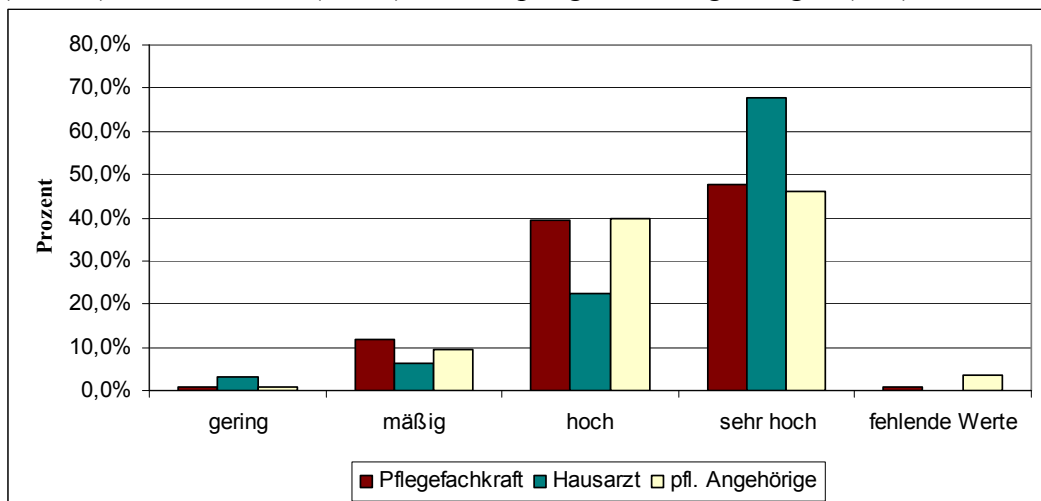
Abbildung 10: Bewertung der Versorgungssituation aus Sicht der Pflegefachkräfte (N=142), der Hausärzte (N=30) und der pflegenden Angehörigen (N=96)



Die Belastungssituation der pflegenden Angehörigen wird mit jeweils 50,0% von Pflegefachkräften und von den pflegenden Angehörigen als „sehr hoch“ eingeschätzt (Abbildung 11). Die Hausärzte geben zu 67,7% an, dass die häusliche Be-

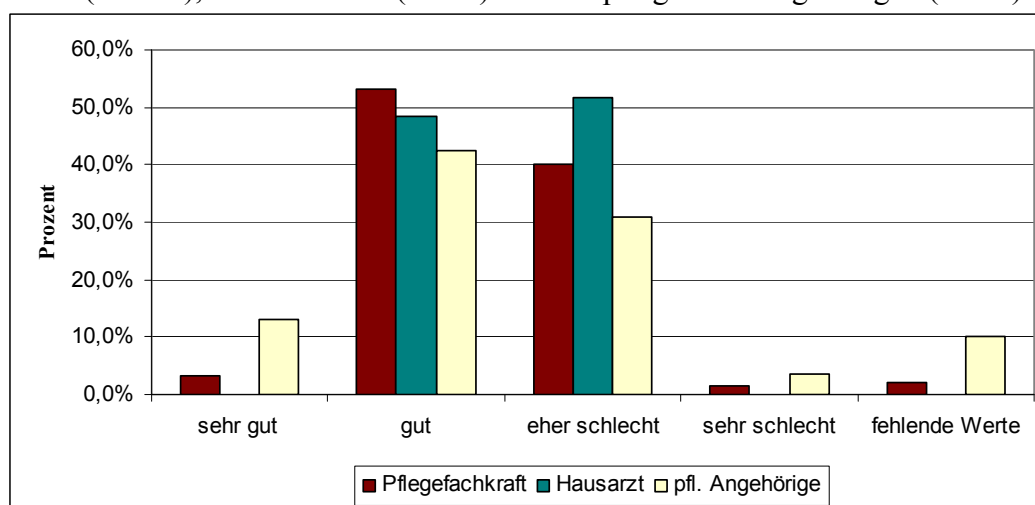
lastungssituation „sehr hoch“ sei. Ein weiteres Drittel der Pflegefachkräfte und der pflegenden Angehörigen schätzen die Belastungssituation der laientätig Pflegenden zumindest als „hoch“ ein und 39,8% der Hausärzte stimmen mit dieser Bewertung überein. Die Meinung, die Belastung im Kontext der Pflege eines Patienten mit Demenz durch den pflegenden Angehörigen sei „mäßig“, schwankt in den drei Personengruppen zwischen 6,5% bei den Hausärzten und 11,7% bei den Pflegefachkräften. Nur eine Minderheit der Befragten (Pflegefachkräfte: 0,7%, Hausärzte: 3,2%, pflegende Angehörige: 0,9%) in den drei Gruppen sieht die Belastungssituation der pflegenden Angehörigen als „gering“ an.

Abbildung 11: Bewertung der Belastungssituation aus Sicht der Pflegefachkräfte (N=144), der Hausärzte (N=31) und der pflegenden Angehörigen (104)



In Bezug auf die Einschätzung der Unterstützungssituation von pflegenden Angehörigen sind der überwiegenden Anteil der Antworten in den Kategorien „gut“ bis „eher schlecht“ zu finden (Abbildung 12). Über die Hälfte der Pflegefachkräfte (53,1%) sind analog den Hausärzten (48,4%) und den pflegenden Angehörigen (42,5%) der Ansicht, dass die Unterstützungssituation als „gut“ bewertet werden kann. Gleichmaßen finden 40,0% der Pflegefachkräfte, 51,6% der Hausärzte und 30,8% der pflegenden Angehörigen, dass die pflegenden Angehörigen „eher schlecht“ bei der Versorgung des Patienten mit Demenz unterstützt werden. Im Gegensatz dazu sagen 13,0% der pflegenden Angehörigen, dass sie die Unterstützungssituation im Kontext der Versorgung von demenziell Erkrankten als „sehr gut“ bewerten.

Abbildung 12: Bewertung der Unterstützungssituation aus Sicht der Pflegefachkräfte (N=142), der Hausärzte (N=31) und der pflegenden Angehörigen (N=97)



Zusammenarbeit der Akteure im Rahmen der Demenzversorgung

Tabelle 10 zeigt, dass Pflegefachkräfte im Rahmen der Demenzversorgung neben den Hausärzten (97,5%), vor allem mit Krankenkassen/Pflegekassen (73,8%), Apotheken (73,1%) und Fachärzten für Neurologie (61,4%) zusammenarbeiten. Die Hausärzte kooperieren neben der Pflege (93,5%) am häufigsten mit dem Facharzt für Psychiatrie (87,1%) und dem Facharzt für Neurologie (83,9%) sowie den Ergotherapeuten (64,5%).

Tabelle 10: Häufigkeitsverteilung der Antworten von Pflegefachkräften und Hausärzten über die Zusammenarbeit mit anderen Akteuren im Rahmen der Demenzversorgung

Akteure	Kooperation mit...	
	Pflegefachkraft	Hausarzt
Hausarzt	97,5% (N=141)	
Facharzt für Neurologie	61,4% (N=89)	83,9% (N=26)
Facharzt für Psychiatrie	25,5% (N=37)	87,1% (N=27)
Pflege		93,5% (N=29)
Physiotherapie	49,0% (N=71)	58,1% (N=18)
Ergotherapie	31,0% (N=45)	64,5% (N=20)
Sozialpsychiatrischer Dienst	13,8% (N=20)	32,3% (N=10)
Krankenkasse/Pflegekasse	73,8% (N=107)	38,7% (N=12)
Apotheke	73,1% (N=106)	35,5% (N=11)
Selbsthilfegruppen	4,1% (N=6)	9,7% (N=3)
weitere	10,3% (N=15)	23,9% (N=4)

Aus Sicht der Pflegefachkräfte und der Hausärzte sind neben den in Tabelle 10 aufgeführten Gesundheitsberufen gesetzliche Betreuer, Logopäden, Sanitätshäuser und Notärzte weitere Akteure im Prozess der Demenzversorgung und der Unterstützung der pflegenden Angehörigen.

Wie sich die Zusammenarbeit der Pflegefachkräfte und den Hausärzten mit den anderen Akteuren im Detail gestaltet, ist aus Tabelle 11 ersichtlich. So erfolgt bei den Pflegefachkräften gewissermaßen zu jedem Patienten (93,8%) ein Informationsaustausch in der Hausarztpraxis oder der ambulanten Pflegeeinrichtung, gefolgt von Telefonaten (91,7%) und gemeinsamen Fallbesprechungen (60,7%). Ein analoges Bild ist aus den Antworten der befragten Hausärzte erkennbar. Sie führen sogar zu 100,0% einen Informationsaustausch zum Patienten in der Hausarztpraxis bzw. der ambulanten Pflegeeinrichtung durch, gefolgt von Telefonaten zu 96,8% und Fallbesprechungen in 41,9% der Fälle.

Tabelle 11: Häufigkeitsverteilung der Antworten von Pflegefachkräften und Hausärzten zur Zusammenarbeit mit anderen Akteuren bei allen zu versorgenden Patienten mit Demenz im Detail

Spezifische Formen der Zusammenarbeit	Pflegefachkraft	Hausarzt
Informationsaustausch zum Patienten in der Hausarztpraxis, Pflegeeinrichtung etc. ⁴	93,8% (N=136)	100,0% (N=31)
Telefonate	91,7% (N=133)	96,8% (N=30)
gemeinsame Patientenakte	25,5% (N=37)	12,9% (N=4)
Fallbesprechung	60,7% (N=88)	41,9% (N=13)
weitere	4,1% (N=6)	16,1% (N=5)

Als weitere gemeinsame Aktivitäten im Rahmen der Zusammenarbeit werden sowohl von einer Pflegefachkraft (0,7%) als auch von einem Hausarzt (3,2%) „gemeinsame Hausbesuche“ angeben.

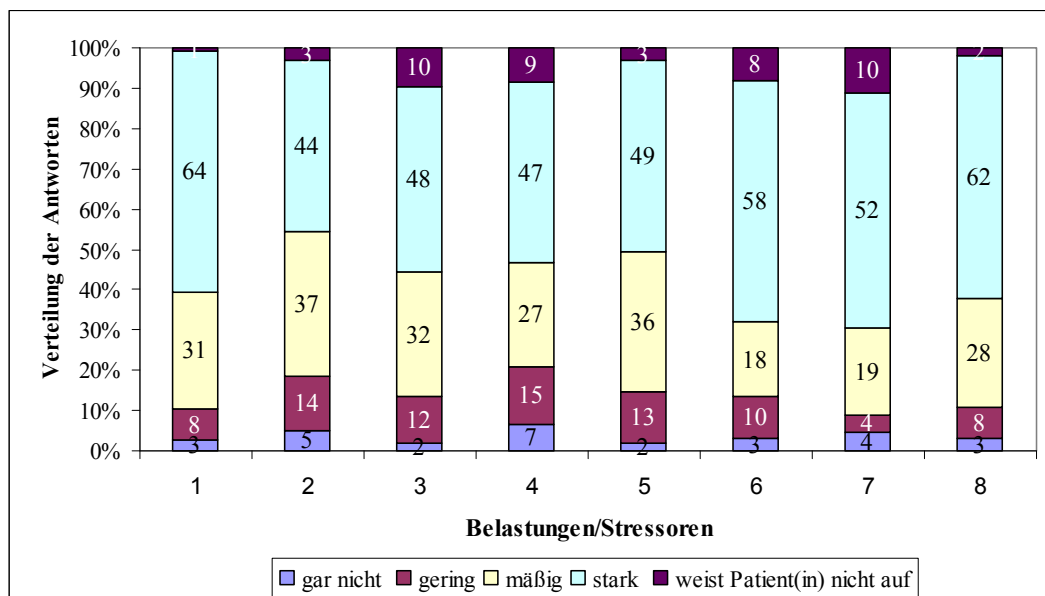
Belastungsempfinden der pflegenden Angehörigen

Die Einschätzung des Belastungsempfindens pflegender Angehöriger bezüglich spezifischer Beschwerden des demenziell Betroffenen zeigt Abbildung 13. Die Antwortskala umfasste für jedes Item folgende Möglichkeiten: 1=gar nicht, 2=gering, 3=mäßig, 4=stark, 5=weist Patient nicht auf.

⁴ Die Pflegefachkräfte und Hausärzte erhielten die Möglichkeit, Mehrfachantworten zu tätigen. Daraus resultieren die Prozentsätze in den einzelnen Zeilen.

Die „Schwächen der geistigen Leistungsfähigkeit“ und die „Schwierigkeiten des Patienten bei Alltagsaktivitäten“ belasten viele der im Rahmen dieser Studie befragten Personen „stark“ (59,3%; 40,7%). Auch die depressiven Symptome des Patienten mit Demenz sowie Verhaltensstörungen stellen für die pflegenden Angehörigen eine „starke“ Belastung dar. Die „Pflegebedürftigkeit“ und „keinen Gesprächspartner mehr zu haben“ empfinden ebenfalls 45,4% bzw. 53,7% der pflegenden Angehörigen als „starke“ Belastung. Den Partner in gewisser Weise bereits jetzt verloren zu haben, beschreiben 48,1% als „starke“ Belastung und 17,6% der pflegenden Angehörigen als „mäßige“ Belastung. Mehr als die Hälfte der befragten Angehörigen (57,4%) geben an, dass der weniger mögliche Austausch mit den demenziell Betroffenen sie „stark“ belastet und mehr als ein Viertel der familiär Pflegenden (25,9%) empfinden dies als „mäßige“ Belastung.

Abbildung 13: Belastungsempfinden der pflegenden Angehörigen auf spezifische Stressoren in der Interaktion mit dem an Demenz erkrankten Patienten



- 1 Schwächen der geistigen Leistungsfähigkeit des Patienten (Gedächtnisstörung, Orientierungsstörung, etc.)
- 2 Schwierigkeiten des Patienten bei Alltagsaktivitäten (Anziehen, Toilettengang, etc.)
- 3 Depressive Symptome des Patienten (gedrückte Stimmung, Antriebslosigkeit, Hoffnungslosigkeit, etc.)
- 4 Verhaltensstörungen des Patienten (Unruhe, Reizbarkeit, Wahnvorstellungen, etc.)
- 5 Pflegebedürftigkeit des Patienten
- 6 Keinen Gesprächspartner mehr zu haben
- 7 Dass ich meinen Partner gewisser Weise verloren habe
- 8 Dass weniger Austausch mit ihm/ihr möglich ist

Unterstützungsoptionen für pflegende Angehörige

Die Pflegefachkräfte als auch die Hausärzte wurden gebeten, ihre Meinung bezüglich der Wichtigkeit verschiedener Unterstützungsmöglichkeiten im Rahmen der Versorgung eines an Demenz erkrankten Patienten einzuschätzen (Abbildung 14).

Die Antwortoptionen sind: 1=sehr wichtig, 2=wichtig, 3=nicht wichtig.

Die „Information zur Demenzerkrankung“ erscheint beiden Personengruppen als „sehr wichtig“ (85,5% der Pflegefachkräfte, 71,0% der Hausärzte).

Gleiches gilt für die „Information und Beratung über verfügbare Hilfen und Unterstützung sowie man darauf zugreift“ (74,5% der Pflegefachkräfte, 93,5% der Hausärzte).

Die „Schulung pflegender Angehöriger zur Betreuung und Pflege des Demenzkranken“ ist aus Sicht beider Personengruppen eine „sehr wichtige“ Unterstützungsoption.

Die „Hilfe bei der Planung für die zukünftige Pflege/Betreuung“ wird von den Hausärzten mit 58,1% als „wichtige“ Unterstützungsmöglichkeit angesehen.

Nach Meinung von 65,5% der Pflegefachkräfte ist es „sehr wichtig“, pflegende Angehörige bei der Planung für die zukünftige Pflege und Betreuung zu unterstützen.

„Gelegenheit, über die Probleme als pflegender Angehöriger reden zu können“ sehen beide Professionen als „sehr wichtig“ im Rahmen der Versorgung eines demenziell Erkrankten an.

Die Wichtigkeit der „Möglichkeit, eine Angehörigengruppe zu besuchen“, schätzen nahezu die Hälfte der Pflegefachkräfte (49,0%) und etwas über die Hälfte der Hausärzte (54,8%) als „wichtige“ Option ein. Jedoch finden 22,6% der befragten Hausärzte, das die Möglichkeit eine Angehörigengruppe zu besuchen eine „unwichtige“ Unterstützungsoption darstellt.

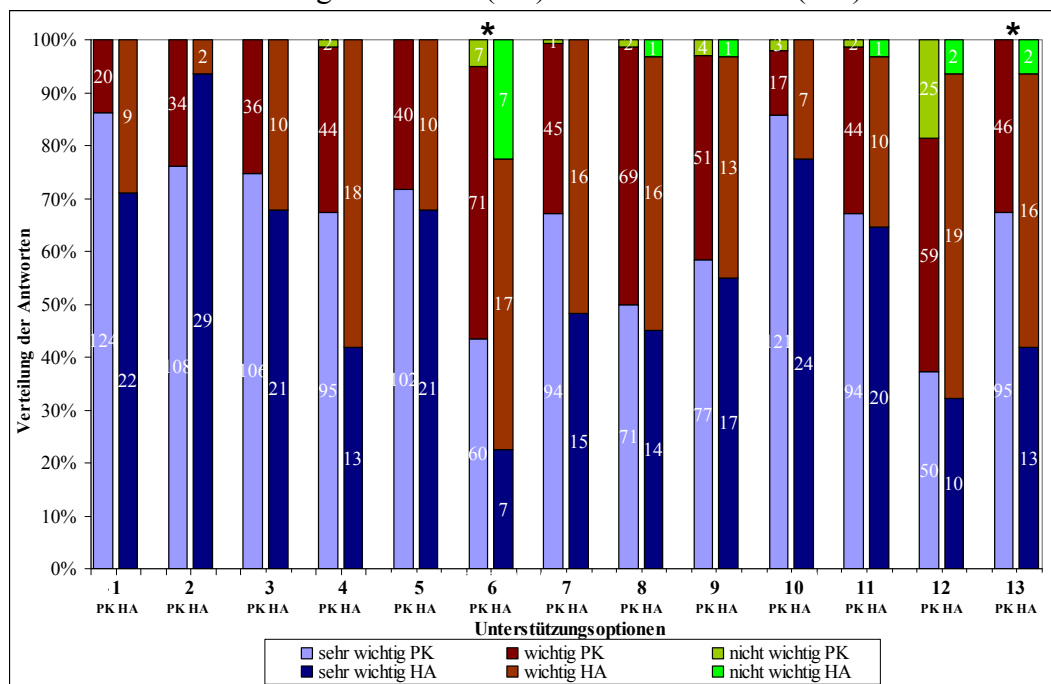
Möglichkeiten für pflegende Angehörige zu schaffen, außerhalb der Pflege und Betreuung Aktivitäten zu genießen, ist für die Pflegefachkräfte (64,8%) eine „sehr wichtige“ Unterstützungsoption und auch die Hausärzte (51,6%) sehen diese Unterstützungssform als „wichtig“ an.

„Hilfen bei der Wohnraumanpassung“ an die Pflege- und Betreuungssituation werden von beiden Personengruppen als „sehr wichtig“ (Pflegefachkraft 49,0%, Hausarzt 45,2%) bis „wichtig“ (Pflegefachkraft 47,6%, Hausarzt 51,6%) bewertet. Die Möglichkeit, die Pflege/Betreuung mit einem bezahlten Arbeitsverhältnis zu

vereinbaren und die Unterstützungsform Urlaub zu machen oder eine Auszeit von der Pflege/Betreuung zu nehmen, bewerten Pflegefachkräfte und Hausärzte mehrheitlich als „sehr wichtige“ (Pflegefachkräfte 53,1%, Hausärzte 54,8%) Unterstützungsform für die pflegenden Angehörigen.

Zeit mit der Familie zu verbringen trotz oder gerade wegen der Versorgung eines Demenzkranken sehen die Pflegefachkräfte zu 64,8% und die Hausärzte zu 64,5% als „sehr wichtig“ an. Und auch die Hilfen im Umgang mit Familienstreitigkeiten erscheinen für beide Akteursgruppen als „wichtig“ (Pflegefachkraft 40,7%, Hausarzt 61,3%). Möglichkeiten zu schaffen, Aktivitäten mit dem demenziell Betroffenen zu unternehmen sind aus Sicht der Pflegefachkräfte „sehr wichtig“ (65,5%) und auch die Hausärzte bewerten diese Unterstützungsform als „wichtig“ (51,6%).

Abbildung 14: Einschätzung der Wichtigkeit von spezifischen Unterstützungsoptionen aus Sicht der Pflegefachkräfte (PK) und der Hausärzte (HA)



*(6)... p= 0,002 (Chi Quadrat Test) N=169, fehlende Werte 7; Chi-Quadrat nach Pearson/ Wert: 12,211a, df: 2

*(13)... p= 0,001 (Chi Quadrat Test) N=172, fehlende Werte 4; Chi-Quadrat nach Pearson/ Wert: 12,211^a, df: 2

- 1 Information zur Demenzerkrankung
- 2 Information und Beratung über verfügbare Hilfen und Unterstützung sowie man darauf zugreift
- 3 Schulung pflegender Angehöriger zur Betreuung und Pflege des Demenzkranken
- 4 Hilfe bei der Planung für die zukünftige Pflege/Betreuung
- 5 Gelegenheit, über die Probleme als pflegende/r Angehörige/r zu reden
- 6 Möglichkeit, eine Angehörigengruppe zu besuchen
- 7 Möglichkeit, außerhalb der Pflege und Betreuung Aktivitäten zu genießen
- 8 Hilfe, bei der Wohnraumanpassung an die Pflege- und Betreuungssituation
- 9 Möglichkeit, die Pflege/Betreuung mit einem bezahlten Arbeitsverhältnis zu vereinbaren

- 10 Möglichkeit, Urlaub zu machen oder eine Auszeit von der Pflege/Betreuung zu nehmen
- 11 Möglichkeit, mehr Zeit mit der Familie zu verbringen
- 12 Hilfe im Umgang mit Familienstreitigkeiten
- 13 Möglichkeit, Aktivitäten mit dem demenziell Betroffenen zu unternehmen, die er genießt

Zur Überprüfung von möglicherweise bestehenden Unterschieden in der Einschätzung der Wichtigkeit der 13 beschriebenen Unterstützungsoptionen für das pflegende Umfeld aus Sicht der Pflegefachkräfte und der Hausärzte erfolgten in einem weiteren Analyseschritt Chi-Quadrat-Tests. Für elf der 13 möglichen Formen der Unterstützung bestehen zwischen beiden befragten Zielgruppen keine statistisch signifikanten Unterschiede in der Einschätzung der Wichtigkeit (Chi Quadrat Tests Anhang 3). Die Möglichkeit (1) eine Angehörigengruppe zu besuchen und (2) Aktivitäten mit dem demenziell Erkrankten zu unternehmen, die er genießt, werden zwischen den befragten Akteursgruppen signifikant unterschiedlich wichtig eingeschätzt (Abbildung 14). 41,1% (N=60) bzw. 49,0% (N=71) der Pflegefachkräfte sind der Ansicht, dass die Möglichkeit, eine Angehörigengruppe zu besuchen, eine „sehr wichtige“ bzw. „wichtige“ Unterstützungsoption darstellt. Die Hausärzte stimmen mit 22,6% (N=7) bzw. 54,8% (N=17) mehrheitlich zu, dass es sich dabei um eine „sehr wichtige“ bzw. „wichtige“ Unterstützungsmöglichkeit für pflegende Angehörige handelt. Jedoch sagen sieben Hausärzte (22,6%), dass sie den Besuch einer Angehörigengruppe als „unwichtig“ bewerten würden. Aus diesen Angaben resultiert ein statistisch signifikanter Unterschied in der Wichtigkeitseinschätzung zwischen Pflegefachkräften und Hausärzten.

Aktivitäten mit dem demenziell Betroffenen zu unternehmen, die ihnen gut tun, schätzen die Pflegefachkräfte mit 65,5% (N=95) als eine „sehr wichtige“ Form der Unterstützung ein. Im Gegensatz dazu sind 54,8% der Hausärzte (N=17) der Auffassung, dass es sich dabei um eine „wichtige“ Form der Unterstützung handelt. Zwei weitere Hausärzte (6,5%) sind der Ansicht, dass es sich hierbei um eine „unwichtige“ Unterstützungsmöglichkeit handelt. Diese Divergenzen in der Einschätzung der Wichtigkeit dieser Form der Unterstützung zwischen beiden Zielgruppen Pflegefachkräfte und Hausärzte sind statistisch signifikant ($p=0,001$).

6.3 Ergebnisdimension „Aufgaben- und Tätigkeitsfeld des ambulanten Betreuungsmanagers“

Die Resultate der Ergebnisdimension „Aufgaben- und Tätigkeitsfeld des ambulanten Betreuungsmanagers“ basieren primär auf den Antworten der Pflegefachkräfte und Hausärzte zu der Fragestellung: Welche Aufgaben und Tätigkeiten sollte Ihrer Meinung nach die Pflegefachkraft in einer netzwerkbezogenen Demenzversorgung übernehmen? Die möglichen Aufgaben des Dementia Care Managers sind dabei fünf übergeordneten Tätigkeitsfeldern zugeordnet:

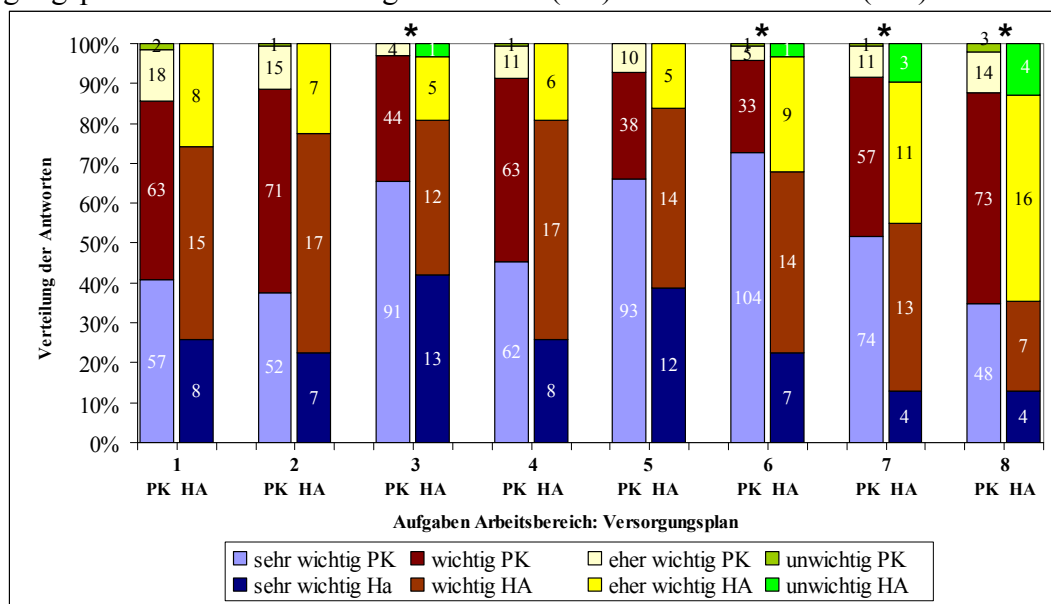
1. Versorgungsplan
2. Fallbesprechungen
3. kontinuierliche und abgestimmte Kommunikation zum einzelnen Patientenfall und deren aktuellen Entwicklungen im jeweiligen Stadium der Erkrankung
4. Koordinations- und Schnittstellenfunktion
5. individuelle Beratung und Hilfestellung des Demenzpatienten und seiner pflegenden Angehörigen

Die Abbildungen 15 bis 19 stellen die Antwortverteilungen der beiden Akteursgruppen Pflegefachkräfte und Hausärzte in einer vierstufigen Antwortskala 1= sehr wichtig, 2= wichtig, 3= eher wichtig und 4= unwichtig dar. Die vollständige prozentuale und Häufigkeitsverteilung der Antworten zur Wichtigkeit einzelner Tätigkeiten aus Sicht der Pflegefachkräfte und Hausärzte befindet sich in Anhang 4. Unterschiedliche Einschätzungen der Wichtigkeit einzelner Tätigkeiten des Dementia Care Managers aus Sicht der Pflegefachkräfte und der Hausärzte sind für die Entwicklung des Curriculums wichtig. Diese Überprüfung erfolgte durch Chi-Quadrat-Tests. Signifikante Unterschiede in der Wichtigkeitseinschätzung zwischen Pflegefachkräften und Hausärzten zu den Aufgaben sind in den Abbildung 15 bis 19 mit einem Stern (*) gekennzeichnet.

Das erste übergeordnete Tätigkeitsfeld „Versorgungsplan“ (Abbildung 15) und die acht darunter gefassten Tätigkeiten zeigen, dass die Pflegefachkräfte mehrheitlich die Aufgaben 3, 5, 6 und 7 (Abbildung 15) als „sehr wichtig“ betrachten. Die verbleibenden vier Tätigkeiten 1, 2, 4 und 8 erachten die Pflegefachkräfte mit den höchsten Prozentsätzen als „wichtig“. Die Hausärzte bewerten sieben der acht Aufgaben aus dem ersten Tätigkeitsfeld „Versorgungsplan“ als „wichtig“ und

schätzen lediglich die Tätigkeit „Bewertung und Evaluation der Umsetzung des erstellten Versorgungsplan in Kooperation mit den Netzwerkpartnern“ mit 51,6% als „eher wichtig“ für das Arbeitsfeld des Dementia Care Managers ein. Damit schätzen die Pflegefachkräfte das erste Arbeitsfeld „Versorgungsplan“ mit seinen acht Tätigkeiten überwiegend als „sehr wichtig“ bis „wichtig“ ein, während die Hausärzte der Ansicht sind, dass die acht Aufgaben als „wichtig“ zu betrachten sind.

Abbildung 15: Einschätzung der Wichtigkeit von Aufgaben und Tätigkeiten des Dementia Care Managers aus dem ersten übergeordneten Arbeitsfeld: „Versorgungsplan“ aus Sicht der Pflegefachkräfte (PK) und der Hausärzte (HA)



* (3)... p= 0,001 (Chi Quadrat Test) N=170, fehlende Werte 6; Chi-Quadrat nach Pearson/ Wert: 15,568a, df: 3

* (6)... p= 0,001 (Chi Quadrat Test) N=174, fehlende Werte 2; Chi-Quadrat nach Pearson/ Wert: 36,705a, df: 3

* (7)... p= 0,001 (Chi Quadrat Test) N=174, fehlende Werte 2; Chi-Quadrat nach Pearson/ Wert: 33,100a, df: 3

* (8)... p= 0,001 (Chi Quadrat Test) N=169, fehlende Werte 7; Chi-Quadrat nach Pearson/ Wert: 40,410a, df: 3

- 1 Erstellung eines individuellen Versorgungsplans in Kooperation mit den Akteuren des Netzwerkes
- 2 Koordination und Hinwirken auf die Durchführung des Versorgungsplans
- 3 Unterstützung bei der Umsetzung der medizinischen und pflegerischen Maßnahmen
- 4 Überwachung der Durchführung des Versorgungsplans und ggf. Anpassung auf eine veränderte Bedarfslage
- 5 aktive Betreuung und Unterstützung des Demenzpatienten sowie seiner pflegenden Angehörigen durch Hausbesuche bzw. Telefonate
- 6 pflegerische Beobachtung und Dokumentation des Gesundheitszustandes der Betroffenen
- 7 Dokumentation der Durchführung, Umsetzung und Veränderungen des Versorgungsplans
- 8 Bewertung und Evaluation der Umsetzung des erstellten Versorgungsplans in Kooperation mit den Netzwerkpartnern

Die durchgeführten Chi-Quadrat-Tests ergeben für das erste übergeordnete Tätigkeitsfeld „Versorgungsplan“ signifikante Bewertungsunterschiede zwischen den beiden befragten Akteursgruppen in Bezug auf folgende vier Aufgaben: (3) Unterstützung bei der Umsetzung der medizinischen und pflegerischen Maßnahmen, (6) pflegerische Beobachtung und Dokumentation des Gesundheitszustandes der Betroffenen, (7) Dokumentation der Durchführung, Umsetzung und Veränderungen des Versorgungsplans und (8) Bewertung und Evaluation der Umsetzung des erstellten Versorgungsplans in Kooperation mit den Netzwerkpartnern sind vorzufinden.

Die Aufgabe „Unterstützung bei der Umsetzung der medizinischen und pflegerischen Maßnahmen“ wird sowohl von den Pflegefachkräften (62,8%) als auch von den Hausärzten als „sehr wichtig“ betrachtet. (Abbildung 15) Gleichzeitig sind zwölf Hausärzte (38,7%) der Auffassung, dass die Unterstützung bei der Umsetzung der medizinischen und pflegerischen Maßnahmen eine „wichtige“ Aufgabe für den Dementia Care Manager darstellt. Diese Meinung teilen 30,3% (N=44) der Pflegefachkräfte (Abbildung 15).

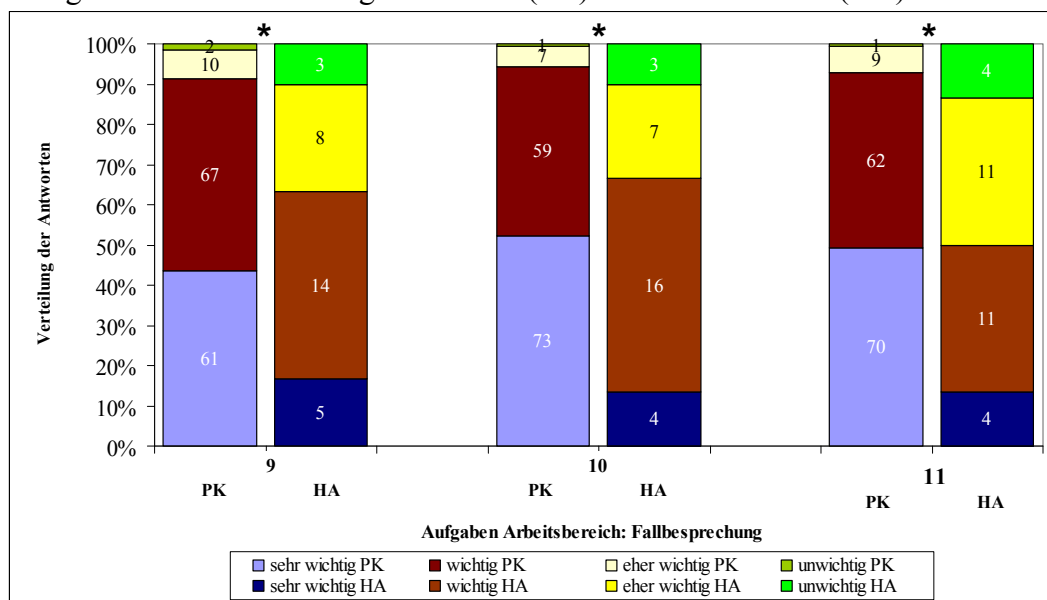
Die „pflegerische Beobachtung und Dokumentation des Gesundheitszustandes der Betroffenen“ schätzen 71,7% der Pflegefachkräfte als „sehr wichtig“ ein, während lediglich 22,6% der Hausärzte derselben Auffassung sind (Abbildung 15). Neun Hausärzte sind gleichsam der Meinung, dass die pflegerische Beobachtung und Dokumentation des Gesundheitszustandes der Betroffenen eine „eher wichtige“ Aufgabe des Dementia Care Managers darstellt (Abbildung 15). Daraus resultiert ein signifikanter Unterschied in der Wichtigkeitseinschätzung dieser Tätigkeit.

Die „Dokumentation der Durchführung, Umsetzung und Veränderungen des Versorgungsplans“ erachtet über die Hälfte der Pflegefachkräfte (51,0%) als „sehr wichtig“ (Tabelle 17). Die Hausärzte bewerten diese mehrheitlich als „wichtig“ (41,9%) bis „eher wichtig“ (35,5%) (Abbildung 15).

Mit 50,3% sind die Pflegefachkräfte überwiegend der Ansicht, dass die Bewertung und Evaluation der Umsetzung des erstellten Versorgungsplans in Kooperation mit den Netzwerkpartnern eine „wichtige“ Aufgabe des Dementia Care Managers darstellt (Abbildung 15). Die Mehrheit der Hausärzte (N=16 bzw. 51,6%) sehen die Bewertung und Evaluation der Umsetzung des erstellten Versorgungsplans in Kooperation mit den Netzwerkpartnern als lediglich „eher wichtig“ (Abbildung 15).

Die Wichtigkeitseinschätzungen zum zweiten übergeordnete Tätigkeitsfeld „Fallbesprechung“ aus Sicht der Pflegefachkräfte und der Hausärzte sind in Abbildung 16 ersichtlich. Das zweite Arbeitsfeld umfasst insgesamt drei Aufgaben: die (9) Organisation von Fallbesprechungen, die (10) Durchführung von Fallbesprechungen und die (11) Dokumentation von Fallbesprechungen (Abbildung 16). Von beiden Akteursgruppen wird die „Organisation von Fallbesprechungen“ bei den Pflegefachkräften (46,2%) und den Hausärzten (45,2%) als „wichtige“ Aufgabe bewertet (Abbildung 16). Die Durchführung und Dokumentation von Fallbesprechungen sehen die Pflegefachkräfte als „sehr wichtig“ für das Aufgabenprofil einer Pflegefachkraft als Dementia Care Manager an, während die Hausärzte mehrheitlich der Auffassung sind, dass es sich hierbei um „wichtige“ Aufgaben im zweiten Arbeitsfeld „Fallbesprechungen“ handelt. Gleichzeitig geben 35,5% der Hausärzte an, dass sie die „Dokumentation von Fallbesprechungen“ mit einem „eher wichtig“ bewerten. Folglich schätzen die Pflegefachkräfte Fallbesprechungen im Rahmen des Dementia Care Managements als „sehr wichtig“ ein, während die Hausärzte der Ansicht sind, dass die damit verbundenen Tätigkeiten in die Kategorie „wichtig“ und „eher wichtig“ einzuordnen sind.

Abbildung 16: Einschätzung der Wichtigkeit von Aufgaben und Tätigkeiten Dementia Care Managers aus dem zweiten übergeordneten Arbeitsfeld: „Fallbesprechungen“ aus Sicht der Pflegefachkräfte (PK) und der Hausärzte (HA)



* (9)... p= 0,001 (Chi Quadrat Test) N=170, fehlende Werte 6; Chi-Quadrat nach Pearson/ Wert: 19,679a, df: 3

* (10)... p= 0,001 (Chi Quadrat Test) N=170, fehlende Werte 6; Chi-Quadrat nach Pearson/ Wert: 28,054a, df: 3

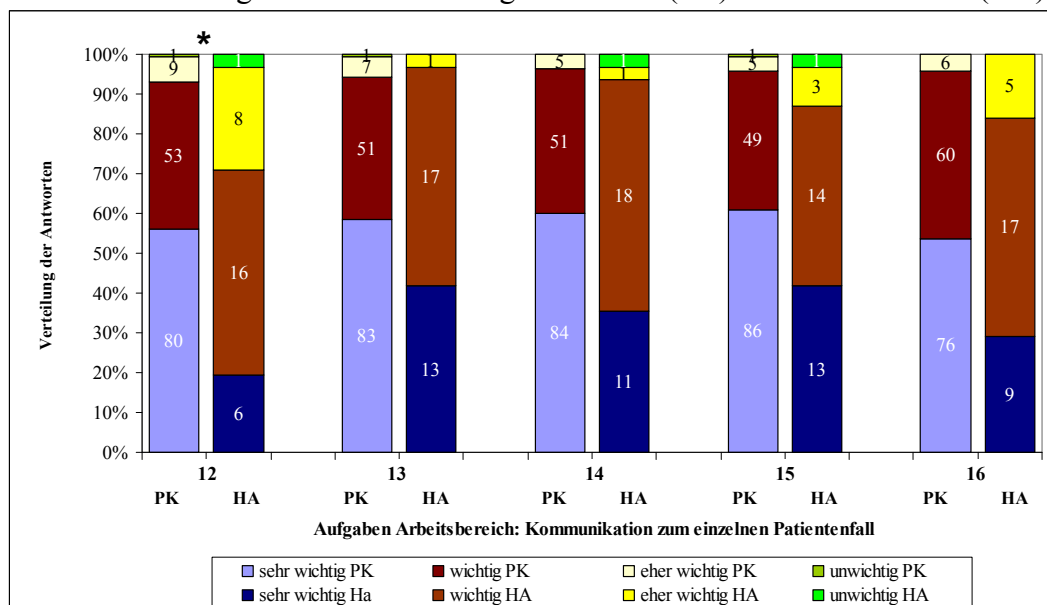
* (11)... p= 0,001 (Chi Quadrat Test) N=172, fehlende Werte 4; Chi-Quadrat nach Pearson/ Wert: 40,912a, df: 3

- 9 Organisation von Fallbesprechungen
- 10 Durchführung von Fallbesprechungen
- 11 Dokumentation von Fallbesprechungen

Für alle drei Aufgaben besteht nach den Chi-Quadrat-Analysen ein signifikanter Unterschied in den Vorstellungen zwischen den Pflegefachkräften und den Hausärzten.

Das dritte übergeordnete Tätigkeitsfeld „Kommunikation zum einzelnen Patientenfall und deren Entwicklung im jeweiligen Stadium der Erkrankung“ beinhaltet im einzelnen folgende Aufgaben: (12) Informationsaustausch über Medikamente, Nebenwirkungen, Einnahmeverhalten, (13) Informationsaustausch über häusliche Situation und Versorgungsalltag, (14) Informationsaustausch über Ressourcen und Belastungssituation von pflegenden Angehörigen, (15) Informationsaustausch über Warnsymptome, Komplikationen und Interventionsbedarf, (16) Anregung adäquater Hilfs- und Pflegemittelversorgung (Abbildung 17). Alle Aufgaben in dem übergeordneten Tätigkeitsfeld sind aus Sicht der Pflegefachkräfte als „sehr wichtig“ zu bewerten, während die höchsten Prozentsätze der Hausärzte für die fünf Tätigkeiten in der Antwortkategorie „wichtig“ zu finden sind (Abbildung 17).

Abbildung 17: Einschätzung der Wichtigkeit von Aufgaben und Tätigkeiten des Dementia Care Managers aus dem dritten übergeordneten Arbeitsfeld: „Kommunikation zum einzelnen Patientenfall und deren Entwicklung im jeweiligen Stadium der Erkrankung“ aus Sicht der Pflegefachkräfte (PK) und der Hausärzte (HA)



* (12)... $p=0,001$ (Chi Quadrat Test) $N=174$, fehlende Werte 2; Chi-Quadrat nach Pearson/
Wert: 19,604a, df: 3

12 Informationsaustausch über Medikamente, Nebenwirkungen, Einnahmeverhalten

13 Informationsaustausch über häusliche Situation und Versorgungsalltag

14 Informationsaustausch über Ressourcen und Belastungssituation von pflegenden Angehörigen

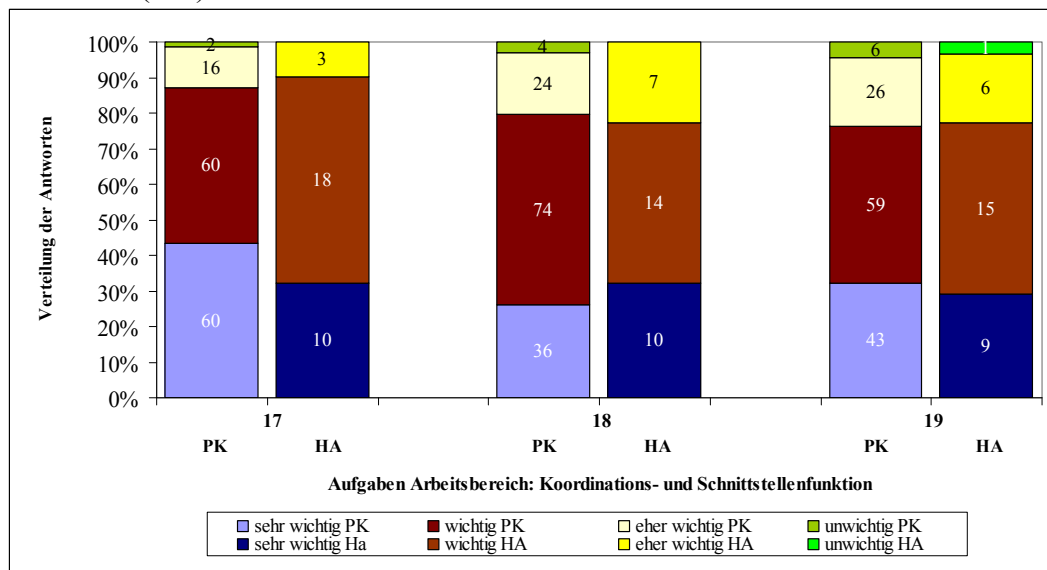
15 Informationsaustausch über Warnsymptome, Komplikationen und Interventionsbedarf

16 Anregung adäquater Hilfs- und Pflegemittelversorgung

Die Chi-Quadrat-Tests zum dritten übergeordneten Tätigkeitsfeld zeigen für vier Aufgaben keine signifikanten Unterschiede (Abbildung 17). Einzig die Tätigkeit „Informationsaustausch über Medikamente, Nebenwirkungen, Einnahmeverhalten“ weist signifikant unterschiedliche Vorstellungen auf. Die Hausärzte schätzen diese Aufgaben mit 51,6% und 25,8% als „wichtig“ bis „eher wichtig“ ein und die Pflegefachkräfte bewerten diese Tätigkeit als „sehr wichtig“ (55,2%) bis „wichtig“ (36,6%) (Abbildung 17).

Die drei darauffolgenden Aufgaben 17 bis 19 sind dem vierten übergeordneten Tätigkeitsfeld „Koordinations- und Schnittstellenfunktion“ zuzuordnen (Abbildung 18). Die Hausärzte bewerten die drei Aufgaben mit den höchsten Prozentsätzen in der Kategorie „wichtig“. Dem stimmen die Pflegefachkräfte für die Aufgaben 18 und 19 zu. Die Tätigkeit „kontinuierliche Abstimmung zum individuellen Patientenfall“ sehen die Pflegefachkräfte zu jeweils 41,4% als „sehr wichtig“ und „wichtig“ an. So sind beide Akteursgruppen für das Arbeitsfeld „Koordinations- und Schnittstellenfunktion“ der Auffassung, dass es sich bei den darunter gefassten Tätigkeiten überwiegend um „wichtige“ Aufgaben handelt.

Abbildung 18: Einschätzung der Wichtigkeit von Aufgaben und Tätigkeiten des Dementia Care Managers aus dem vierten übergeordneten Arbeitsfeld: „Koordinations- und Schnittstellenfunktion“ aus Sicht der Pflegefachkräfte (PK) und der Hausärzte (HA)



17 kontinuierliche Abstimmung zum individuellen Patientenfall

18 Schnittstelle zu allen am Netzwerk beteiligten Professionen und Partnern

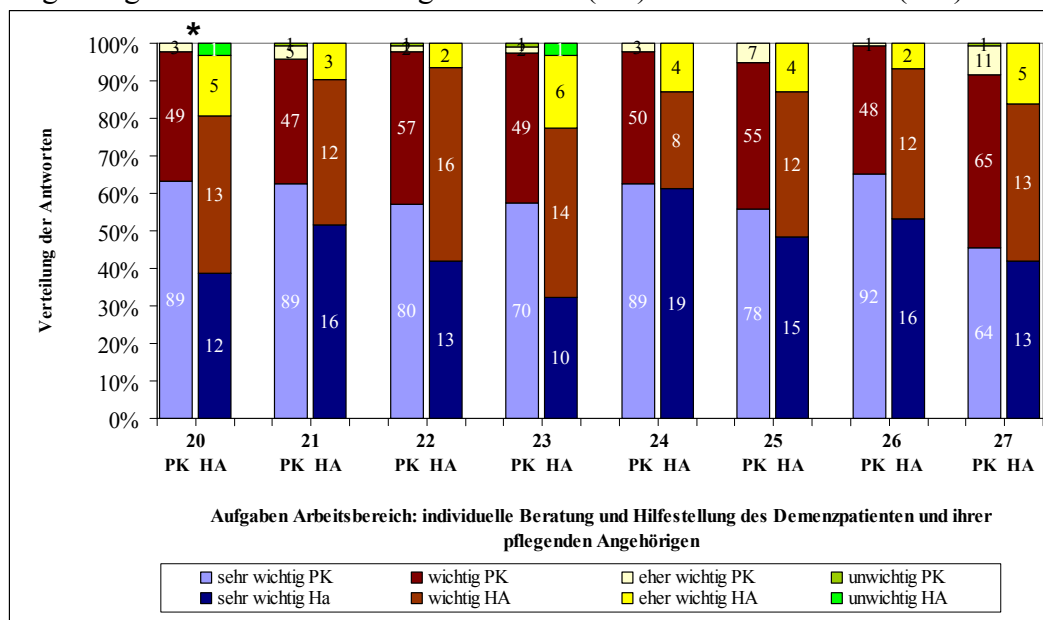
19 Krisenprävention und Warnfunktion an alle Netzwerkpartner

Für das vierte übergeordnete Tätigkeitsfeld „Koordinations- und Schnittstellenfunktion“ bestehen keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die Vorstellung der Wichtigkeit dieser Tätigkeiten des Dementia Care Managers (Abbildung 18).

Der fünfte und letzte übergeordnete Tätigkeitsbereich „individuelle Beratung und Hilfestellung des Demenzpatienten und seiner pflegenden Angehörigen“ beinhaltet insgesamt acht Einzelaufgaben (Abbildung 19). Sieben der acht Aufgaben (Aufgaben 20 bis 26) bewerten die Pflegefachkräfte mehrheitlich als „sehr wichtig“. Die „Kontaktvermittlung zu unterstützenden Einrichtungen und Institutionen“ betrachten die Pflegefachkräfte mit 44,8% als „wichtig“ im Rahmen einer Dementia Care Management Tätigkeit. Die Hausärzte stimmen dem mit 41,9% zu und geben zum gleichen Prozentsatz an, dass sie diese Aufgabe mit „sehr wichtig“ bewerten würden. Für weitere fünf Aufgaben (Aufgaben 21, 24 bis 27) sind die Hausärzte der Auffassung, dass es sich hierbei um „sehr wichtige“ Aufgaben im praktischen Arbeitsfeld des Dementia Care Managers handelt. Die Aufgaben 20, 22 und 23 sind nach Auffassung der Hausärzte „wichtig“. Schlussfolgernd würden die Pflegefachkräfte das fünfte Arbeitsfeld mehrheitlich als „sehr wichtig“ betrachten, während die Hausärzte tendenziell alle darunter gefassten Aufgaben so-

wohl in die Kategorie „sehr wichtig“ als auch in die Antwortoption „wichtig“ einordnen.

Abbildung 19: Einschätzung der Wichtigkeit von Aufgaben und Tätigkeiten des Dementia Care Managers aus dem fünften übergeordneten Arbeitsfeld: „individuelle Beratung und Hilfestellung des Patienten mit Demenz und seiner pflegenden Angehörigen“ aus Sicht der Pflegefachkräfte (PK) und der Hausärzte (HA)



* (20)... p=0,001 (Chi Quadrat Test) N=172, fehlende Werte 4; Chi-Quadrat nach Pearson/ Wert: 18,202a, df: 3

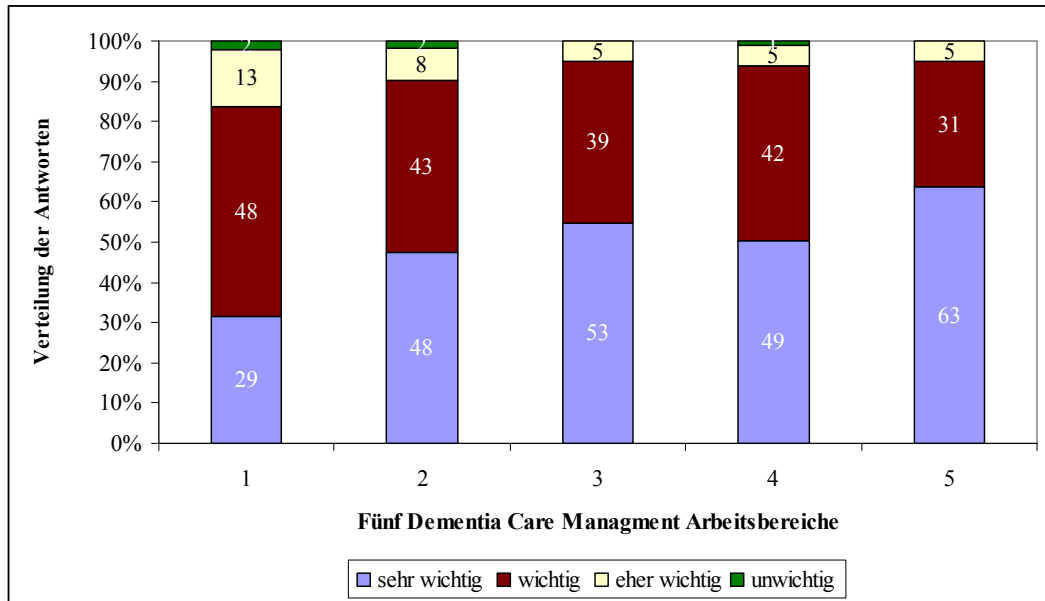
- 20 Beratung zur Demenzerkrankung
- 21 Beratung zur Beantragung von Pflegestufen und ähnlichem
- 22 Vermittlung weiterer Behandlungs- und Versorgungsangebote
- 23 Beratung zu nichtmedikamentösen Behandlungsmethoden
- 24 Beratung und Anleitung des pflegenden Angehörigen zu pflegerischen Maßnahmen des Demenzpatienten
- 25 Beratung zu Betreuungsangeboten
- 26 Beratung zum Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten
- 27 Kontaktvermittlung zu unterstützenden Einrichtungen und Institutionen

Die Betrachtung der Chi-Quadrat-Analysen zum fünften übergeordneten Tätigkeitsfeldes zeigen, dass lediglich für die Aufgabe „Beratung zur Demenzerkrankung“ unterschiedliche Vorstellungen in den beiden Akteursgruppen Pflegefachkräfte und Hausärzte bestehen (Abbildung 19). In Bezug auf die Antworten der Wichtigkeit dieser Aufgabe sind die Hausärzte der Auffassung, dass die Tätigkeit für einen Dementia Care Manager „wichtig“ (41,9%) ist. Gleichzeitig sind 16,1% der Hausärzte der Auffassung, dass diese Tätigkeit in die Kategorie „eher wichtig“ einzuordnen sei. Die Pflegefachkräfte sehen diese Tätigkeit überwiegend als „sehr wichtig“ für die Tätigkeit als Dementia Care Manager (61,4%) an. (Abbildung 19)

Aufgaben eines Dementia Care Managers und deren Wichtigkeit aus Sicht der pflegenden Angehörigen

Auch die pflegenden Angehörigen wurden zu ihren Vorstellungen bezüglich des Aufgabenfeldes des Dementia Care Managers befragt. Jedoch beschränkte sich die Abfrage auf die zuvor beschriebenen fünf übergeordneten Tätigkeitsfelder. Die Antworten sind in Abbildung 20 dargestellt. Die vollständige Häufigkeitsverteilung der Antworten aus Sicht der pflegenden Angehörigen befindet sich in Anhang 6. Die vier Tätigkeitsfelder „Fallbesprechungen“, „Kommunikation zwischen den einzelnen Berufsgruppen, die den Demenzpatienten versorgen“, „kontinuierliche Abstimmung zum individuellen Patientenfall“ und „individuelle Beratung und Hilfestellung des Demenzpatienten und seiner pflegenden Angehörigen“ werden als „sehr wichtige“ Aufgaben angesehen, wobei der höchste Prozentsatz der „sehr wichtig“- Nennungen (58,3%) für die Aufgabe „individuelle Beratung und Hilfestellung des Demenzpatienten und ihrer pflegenden Angehörigen“ durch die laientätig Pflegenden vergeben wird. Die Erstellung und Umsetzung eines Versorgungsplans für den Demenzpatienten ist aus der Perspektive des pflegenden Umfeldes als „wichtige“ Aufgabe des Betreuungsmanagers zu betrachten (Abbildung 20).

Abbildung 20: Einschätzung der Wichtigkeit von Aufgaben und Tätigkeiten des Dementia Care Managers aus Sicht der pflegenden Angehörigen



- 1 Erstellung und Umsetzung eines Versorgungsplans für den Demenzpatienten
- 2 Fallbesprechungen zum Patienten (d.h. bspw. Arzt, Pflegefachkraft und Physiotherapeut besprechen weitere, gemeinsame Aktivitäten)
- 3 Kommunikation zwischen den einzelnen Berufsgruppen, die den Demenzpatienten versorgen
- 4 kontinuierliche Abstimmung zum individuellen Patientenfall
- 5 individuelle Beratung und Hilfestellung des Demenzpatienten und ihrer pflegenden Angehörigen

Im Rahmen der Befragung hatten die drei befragten Personengruppen die Möglichkeit, in Klartexteinträgen weitere Aufgaben zu benennen, die aus ihrer Sicht wichtig für das Aufgabenfeld des Dementia Care Managers sind. In diesem Kontext nannten die Pflegefachkräfte z.B. die Tätigkeit „Qualitätszirkel in regelmäßigen Abständen“ mit den jeweiligen Akteuren, die am individuellen Versorgungsprozess beteiligt sind, durchzuführen. Aus der Gruppe der Hausärzte kam die Anmerkung, dass der Dementia Care Manager „permanent für den Demenzpatienten und seine Angehörigen erreichbar“ sein sollte. Aus Sicht der pflegenden Angehörigen muss die „Entwicklung und Schaffung von Selbsthilfegruppen für pflegende Angehörige“ ebenfalls ein Aspekt des Tätigkeitsfeldes vom Dementia Care Manager sein.

Aufgabenschwerpunkt des Dementia Care Managers

Bei der Betrachtung der Meinung von Pflegefachkräften und Hausärzten, ob der Betreuungsmanager lediglich den Patientenfall managen sollte oder darüber hinaus pflegerische Tätigkeiten am Patienten übernimmt, sind beide Gruppen übereinstimmend und mehrheitlich mit 77,9% bzw. 67,7% der Auffassung, dass der

Dementia Care Manager den Patientenfall managen und pflegerische Aufgaben übernehmen sollte (Tabelle 12). 11,7% der Pflegefachkräfte sind sogar der Ansicht, dass der Dementia Care Manager ausschließlich pflegerische Aufgaben wahrnehmen sollte und 22,6% der Hausärzte sehen in dem Aufgabenfeld des Dementia Care Managers ausschließlich das Management des Patientenfalls.

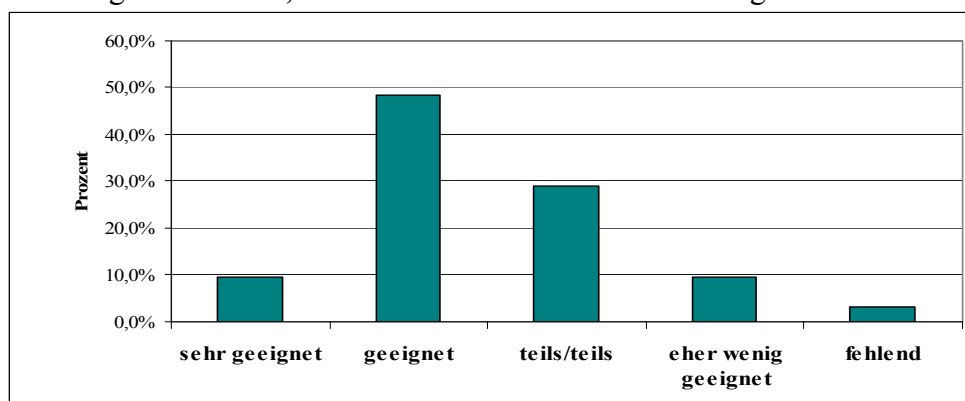
Tabelle 12: Häufigkeitsverteilung der Antworten von Pflegefachkräften und Hausärzten zur Meinung bezüglich des Aufgabenschwerpunktes des Dementia Care Managers

Die Pflegefachkraft sollte:	Pflegefachkraft	Hausarzt
ausschließlich den Patientenfall managen	4,8% (N=7)	22,6% (N=7)
ausschließlich pflegerische Aufgaben übernehmen	11,7% (N=17)	6,5% (N=2)
den Patientenfall managen und pflegerische Aufgaben übernehmen	77,9% (N=117)	67,7% (N=21)

Eignung von Pflegefachkräfte für die Dementia Care Management Rolle aus Sicht der Hausärzte

Die Ergebnisdimension „Aufgaben- und Tätigkeitsfeld des ambulanten Betreuungsmanagers“ schließt mit der Meinungsabfrage, ob Hausärzte Pflegefachkräfte für geeignet halten, die Rolle des Dementia Care Managers zu übernehmen. Mehr als die Hälfte der Hausärzte (58,5%) halten Pflegefachkräfte für „sehr geeignet“ bzw. „geeignet“. (Abbildung 21) Dennoch ist auch der nicht unerhebliche Anteil von 29,0% der Auffassung, das die Pflegefachkräfte lediglich „teils/teils“ für die Übernahme der Aufgaben des Betreuungsmanagers geeignet sind. Nur 9,7% der Hausärzte halten Pflegefachkräfte für „eher wenig“ geeignet (Abbildung 21).

Abbildung 21: Häufigkeitsverteilung der Hausarztantworten (N=30) zur Eignung von Pflegefachkräften, die Rolle des Dementia Care Managers zu übernehmen



6.4 Ergebnisdimension „Qualifizierung“

Bei einer Bildungsbedarfsanalyse ist zunächst zwischen dem Bildungsbedarf und dem Bildungsbedürfnis zu unterscheiden. Während der Bildungsbedarf die objektive Abweichung zwischen Ist und Soll darstellt, ist das Bildungsbedürfnis die subjektiv empfundene Diskrepanz zwischen Ist und Soll. [133] Bei einer Bildungsbedarfsanalyse sind folgende Arbeitsschritte zu beachten: Zunächst gilt es, das Aufgabengebiet der Zielgruppe der Bildungsbedarfsanalyse zu identifizieren. In einem zweiten Schritt lassen sich darauf basierend notwendige Kenntnisse und Fertigkeiten für die qualitätsgesicherte Umsetzung der Aufgaben ableiten. Daran anschließend erfolgt im dritten Schritt der Abgleich mit bereits vorhandenen Qualifikationen, um daraus resultierend den zusätzlichen Bildungsbedarf ableiten zu können. [184]

Die Grundlage für die Bildungsbedarfsanalyse der Pflegefachkräfte, die als Dementia Care Manager tätig werden sollen, bildet das Anforderungsprofil, welches in dieser Erhebung und der Ergebnisdimension „Aufgaben- und Tätigkeitsfeld des ambulanten Betreuungsmanagers“ identifiziert wurde. Aus den Antworten der Probanden lässt sich ableiten, dass für die Übernahme der dort beschriebenen Tätigkeiten folgendes Wissen und folgende Fertigkeiten erforderlich sind:

- Demenzerkrankung
- Pflege bei Demenz
- Demenz unter dem Aspekt der netzwerkbezogenen Versorgung
- Pharmakologie der Demenz
- rechtliche Aspekte der Versorgung von demenziell Erkrankten
- Kommunikation mit dem Demenzkranken und seinem pflegenden Umfeld
- Angehörigenberatung und -schulung

Die hier aufgeführten erforderlichen Kompetenzen der Pflegefachkräfte Dementia Care Manager sind dabei als übergeordnete Kompetenzen zu verstehen, die weiter in einzelne Fertigkeiten und Fähigkeiten unterteilt werden müssen. Für die Analyse des Bildungsbedarfes werden diese übergeordneten Kompetenzen einer Pflegefachkraft für die Tätigkeit im Dementia Care Management verwendet.

Der dritte Arbeitsschritt im Rahmen einer Bildungsbedarfsanalyse beinhaltet den Abgleich der bereits bestehenden Qualifikation. Dazu werden die beiden Primärausbildungen Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Altenpflege zu Grunde gelegt. Die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege umfasst insgesamt

4600 Stunden, wobei 2100 Stunden auf die theoretische Schulung entfallen. [202] Der Stundenumfang in der Altenpflege beträgt ebenfalls insgesamt 4600 Stunden und der theoretische Unterricht umfasst analog der Gesundheits- und Krankenpflege 2100 Stunden. [203] Die beiden Ausbildungen sind inhaltlich vergleichbar und jüngst begann im bildungspolitischen Diskurs die Debatte, jene Ausbildungen gemeinsam mit der Kindergesundheits- und Krankenpflege als generalistisches Ausbildungsmodell mit den drei Spezialisierungen im letzten Ausbildungsjahr zu konzipieren. [59,171,173] Daher werden in der Planung der DelpHi-MV Studie beide Primärqualifikationen für die Aufgaben des Dementia Care Managers zugelassen. Die Problematik in diesem Zusammenhang besteht darin, dass in Deutschland keine einheitlichen Ausbildungsstrukturen bestehen und jedes Bundesland in der Konsequenz inhaltlich verschiedene Curricula für die Ausbildung der Absolventen in diesem Arbeitsfeld zu Grunde legen. Dies gilt ebenfalls für den Bereich der Altenpflege, obwohl bereits seit 2003 eine bundeseinheitliche Ausbildungsordnung besteht. Die detaillierte Ausgestaltung der Unterrichtsinhalte lässt Raum für individuelle Schwerpunktsetzungen. Konsekutiv wird für die Ermittlung des Bildungsbedarfes der Pflegefachkräfte beispielhaft jeweils ein Curriculum der Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Altenpflege verwendet. Die berufliche Schule am Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum in Neubrandenburg hat dazu Einsicht in die beiden Ausbildungscurricula gewährt. Laut Stoffverteilungsplänen erhalten die Absolventen in beiden Pflegeausbildungen jeweils 20 Stunden theoretischen Unterricht zur Thematik Demenz. Dabei entfallen zehn Stunden auf das Krankheitsbild Demenz (Symptome, Einteilung und Verlauf, Formen, Folgen einer Demenz) und zehn Stunden auf die Validation. [13,14]

Auf Basis der in der Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Altenpflege gelehrteten Unterrichtsinhalte im Rahmen der Primärausbildung lässt sich ableiten, dass für Pflegefachkräfte, die als Dementia Care Manager tätig werden, ein Bildungsbedarf in folgenden Bereichen besteht:

- Pflege bei Demenz
- Demenz unter dem Aspekt der netzwerkbezogenen Versorgung
- Pharmakologie der Demenz
- rechtliche Aspekte der Versorgung von demenziell Erkrankten
- Kommunikation mit dem Demenzkranken und seinem pflegenden Umfeld
- Angehörigenberatung und -schulung

Da lediglich zehn Stunden auf das Krankheitsbild Demenz in der Ausbildung entfallen, ist davon auszugehen, dass diese Thematik in der Qualifizierung zum Dementia Care Manager im Sinne einer Auffrischung erneut geschult werden sollte. Zur Untermauerung der Erkenntnisse aus der Bildungsbedarfsanalyse wurden die drei Personengruppen Pflegefachkraft, Hausarzt und pflegende Angehörige im Kontext der Fragebogenerhebung gebeten, ihre Meinung zu einem möglicherweise bestehenden Fort- und Weiterbildungsbedarf von Pflegefachkräften zu äußern, bevor diese die Rolle des Dementia Care Managers übernehmen können. Wie aus Tabelle 13 ersichtlich, sind alle drei Zielgruppen zu jeweils hohen Prozentsätzen (Pflegefachkraft 79,3%, Hausarzt 90,3%, 63,9% pflegende Angehörige) der Auffassung, dass Pflegefachkräfte für die Tätigkeit im Dementia Care Management weiter zu qualifizieren sind. Demzufolge stimmen professionell tätige Akteure als auch laientätig Pflegende darin überein, dass eine Fort- bzw. Weiterbildung von Pflegefachkräften erforderlich ist, um diese für die Aufgaben des Dementia Care Managers leitliniengerecht zu qualifizieren.

Tabelle 13: Häufigkeitsverteilung der Antworten der Pflegefachkräfte, Hausärzte und pflegenden Angehörigen auf die Nachfrage, ob ihrer Meinung nach ein Qualifizierungsbedarf für Pflegefachkräfte besteht, um die Aufgaben des Dementia Care Managers zu übernehmen

	Pflegefachkraft	Hausarzt	pflegende Angehörige
ja	79,3% (N=115)	90,3% (N=28)	63,9% (N=69)
nein	8,3% (N=12)	N=0	4,6% (N=5)
weiß nicht	9,0% (N=13)	6,5% (N=2)	24,1% (N=26)
fehlende Werte	3,4% (N=5)	3,2% (N=1)	7,4% (N=8)

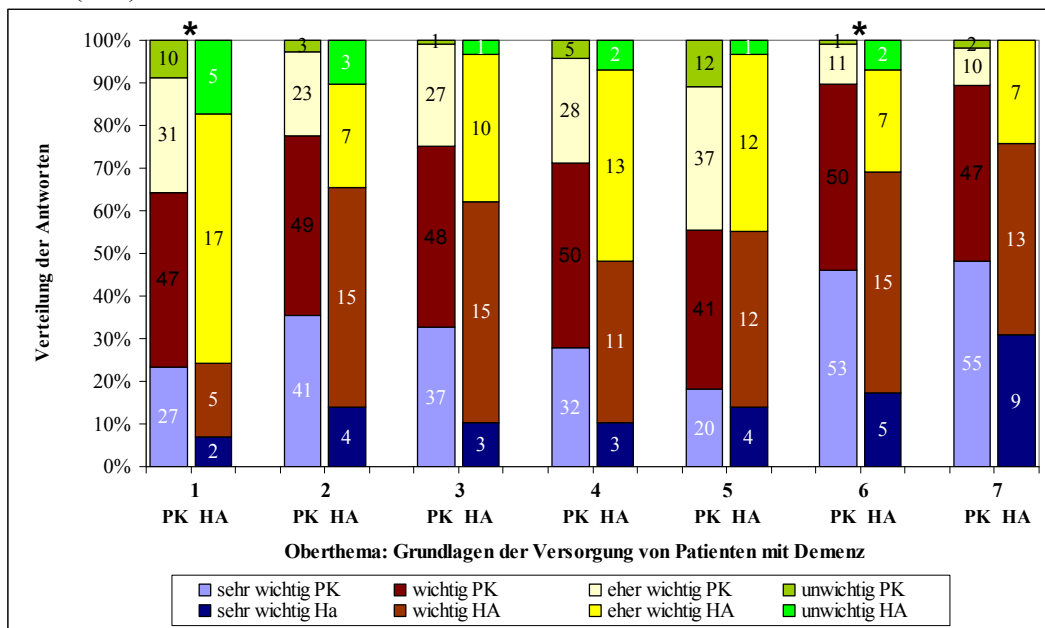
Wichtigkeitseinschätzung von Qualifizierungsinhalten aus Sicht der Pflegefachkräfte und der Hausärzte

In einem nächsten Auswertungsschritt erfolgte die Einschätzung der Wichtigkeit von spezifischen Weiterbildungsinhalten für die Tätigkeit als Dementia Care Manager aus Sicht der Pflegefachkräfte und der Hausärzte. Analog den Aufgaben und Tätigkeiten des Dementia Care Managers konnten die Pflegefachkräfte und Hausärzte die Curriculumsinhalte wie folgt bewerten: 1=sehr wichtig, 2=wichtig, 3=eher wichtig und 4=unwichtig. Die einzelnen Qualifizierungsinhalte sind dabei unter fünf Oberthemen zusammengefasst und in Abbildungen 22 bis 26 darge-

stellt. Die vollständige Verteilung der Häufigkeiten der Antworten von Pflegefachkräften und Hausärzten ist in Anhang 7 ersichtlich. Zur Überprüfung von möglicherweise bestehenden Unterschieden in der Wichtigkeitseinschätzung einzelner Qualifizierungsthemen zwischen Pflegefachkräften und Hausärzten erfolgten wiederum Chi-Quadrat-Analysen. Die betroffenen Inhalte sind mit einem Stern (*) versehen.

Das erste Oberthema „Grundlagen der Versorgung von Demenzpatienten“ umfasst insgesamt sieben Schulungsinhalte (Abbildung 22). Mit Ausnahme der Qualifizierungsinhalte „Gesundheitsförderung und Prävention“ sowie „Recht“, welche die Pflegefachkräfte als „sehr wichtig“ bewerten, sind die professionell Pflegenden der Ansicht, dass das erste Oberthema „wichtige“ Schulungsinhalte enthält. So z.B. „Das deutsche Gesundheitssystem“ oder „Die Säulen der Versorgung“. Die Hausärzte stimmen dem für fünf Qualifizierungsinhalte zu (Schulungsthemen 2, 3, 5, 6, 7) und bewerten diese ebenfalls als „wichtig“. Die Schulung zum deutschen Gesundheitssystem und das „Management im Gesundheitswesen“ halten sie jedoch lediglich für „eher wichtig“.

Abbildung 22: Einschätzung der Wichtigkeit von Qualifizierungsinhalten aus dem ersten Oberthema „Grundlagen der Versorgung von Patienten mit Demenz“ für den Dementia Care Manager aus Sicht der Pflegefachkräfte (PK) und der Hausärzte (HA)



* (1)... p=0,001 (Chi Quadrat Test) N=144, fehlende Werte 32; Chi-Quadrat nach Pearson/ Wert: 17,610a, df: 3

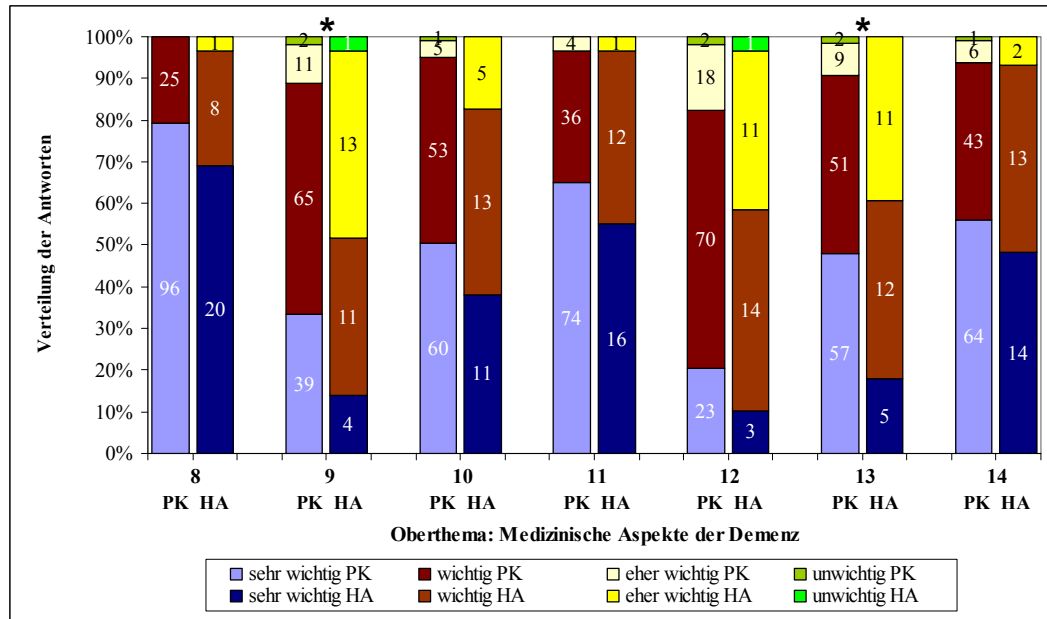
* (6)... p=0,004 (Chi Quadrat Test) N=144, fehlende Werte 32; Chi-Quadrat nach Pearson/ Wert: 13,106a, df: 3

- 1 Das deutsche Gesundheitssystem
- 2 Die Säulen der Versorgung
- 3 Demenzbezogene Epidemiologie
- 4 Management im Gesundheitswesen
- 5 Betriebswirtschaftslehre (BWL) und Abrechnung im ambulanten Versorgungssektor
- 6 Gesundheitsförderung und Prävention
- 7 Recht

Die Chi-Quadrat-Analysen zeigen lediglich für zwei Qualifizierungsinhalte „Das deutsche Gesundheitssystem“ und „Prävention Gesundheitsförderung“ aus dem ersten Oberthema signifikant unterschiedliche Vorstellungen zur Wichtigkeitseinschätzung zwischen den beiden Akteursgruppen Pflegefachkräfte und Hausärzte (Abbildung 22). Nach Auffassung der Pflegefachkräfte ist „Das deutsche Gesundheitssystem“ mit 32,4% ein „wichtiges“ Schulungsthema. Zehn Pflegefachkräfte sind gleichzeitig der Ansicht, dass es sich hierbei um eine „unwichtige“ Thematik handelt. Die Hausärzte bewerten das Qualifizierungsthema überwiegend (54,8%) als „eher wichtig“. Für die Thematik „Prävention Gesundheitsförderung“ geben 53 (36,6%) Pflegefachkräfte an, dass sie den Schulungsinhalt als „sehr wichtig“ bewerten (Abbildung 22). 15 (48,4%) Hausärzte und weitere sieben (22,6%) vertreten die Meinung, dass die Schulung von „Prävention und Gesundheitsförderung“ ein „wichtiges“ bzw. „eher wichtiges“ Thema darstellt (Abbildung 22).

Das zweite Oberthema „Medizinische Aspekte der Demenz“ vereint sieben Qualifizierungsinhalte (Abbildung 23). Die Schulungsthemen 8, 11 und 14 betrachten beide Akteursgruppen als „sehr wichtig“. Darüber hinaus sehen die Pflegefachkräfte die „Gerontologie“ und die „Neurologie“ als weitere „sehr wichtige“ Schulungsthemen an. Die Hausärzte bewerten die verbleibenden vier Curriculumsinhalte als „wichtig“, so z.B. die „Pharmakologie“ und die „Innere Medizin“. Insgesamt beurteilen die Pflegefachkräfte die Schulungsinhalte des zweiten Oberthemas „Medizinische Aspekte der Demenz“ als mehrheitlich „sehr wichtig“ und die Hausärzte geben zum überwiegenden Teil an, dass es sich um „wichtige“ Qualifizierungsinhalte handelt.

Abbildung 23: Einschätzung der Wichtigkeit von Qualifizierungsinhalten aus dem zweiten Oberthema „Medizinische Aspekte der Demenz“ für den Dementia Care Manager aus Sicht der Pflegefachkräfte (PK) und der Hausärzte (HA)



* (9)... p=0,001 (Chi Quadrat Test) N=146, fehlende Werte 30; Chi-Quadrat nach Pearson/ Wert: 22,484a, df: 3

* (13)... p=0,001 (Chi Quadrat Test) N=147, fehlende Werte 29; Chi-Quadrat nach Pearson/ Wert: 22,086a, df: 3

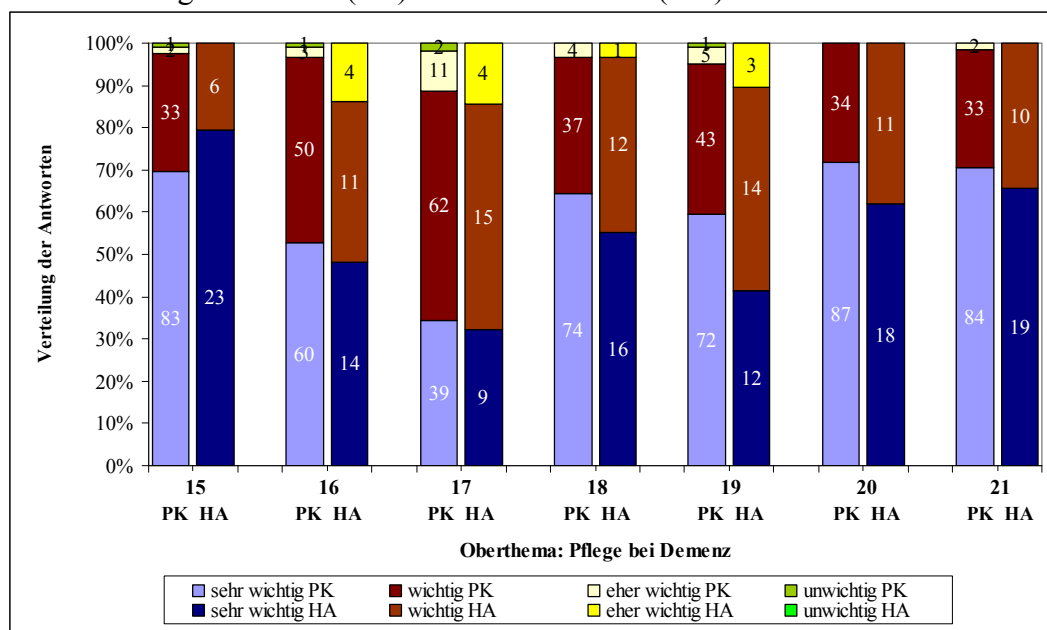
- 8 Demenzerkrankung
- 9 Pharmakologie
- 10 Gerontologie
- 11 Gerontopsychiatrie
- 12 Innere Medizin
- 13 Neurologie
- 14 Palliativmedizin/Palliative Pflege

Auf Grund der Angaben von Pflegefachkräften und Hausärzten resultieren signifikante Unterschiede in der Wichtigkeitseinschätzung für zwei Qualifizierungsthemen aus dem zweiten Oberthema „Medizinische Aspekte der Demenz“. Die Schulung von „medikamentösen Therapieansätzen“ für eine Demenz sehen 44,8% der Pflegefachkräfte als „wichtig“ an. Die Mehrzahl der Hausärzte (41,9%) ist der Auffassung, dass die Pharmakologie einen „eher wichtigen“ Schulungsinhalt darstellt (Abbildung 23). Im Weiteren bewerten die Pflegefachkräfte den Schulungsinhalt „Neurologie“ zu 39,3% als „wichtig“. Im Gegensatz sind 38,7% (N=12) und 35,5% (N=11) der Hausärzte der Meinung, dass das Thema „Neurologie“ einen „wichtigen bis „eher wichtigen“ Schulungsinhalt im Dementia Care Management Curriculum darstellt.

Die sieben darauf folgenden Qualifizierungsinhalte sind dem dritten Oberthema „Pflege bei Demenz“ zugehörig (Abbildung 24). Sechs der sieben Schulungsin-

halte bewerten die Pflegefachkräfte als „sehr wichtig“. So unter anderem die „Pflege in Familie und Häuslichkeit“. Lediglich die „Überleitungspflege“ betrachten die professionell Pflegenden als „wichtig“. Dem stimmen die Hausärzte ebenfalls zu. Für weitere fünf Inhalte (15, 16, 18, 20, 21) geben auch sie an, dass sie die Schulungsthemen für „sehr wichtig“ erachten. Damit wird von beiden befragten Zielgruppen mehrheitlich das Oberthema „Pflege bei Demenz“ als „sehr wichtig“ eingeschätzt und es bestehen keine statistisch signifikanten Unterschiede.

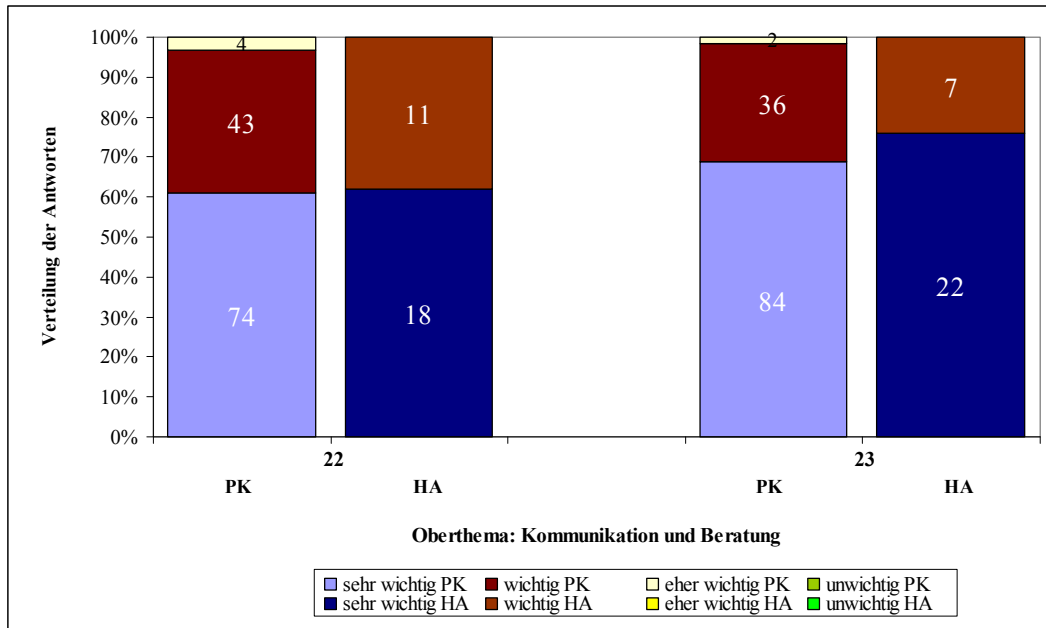
Abbildung 24: Einschätzung der Wichtigkeit von Qualifizierungsinhalten aus dem dritten Oberthema „Pflege bei Demenz“ für den Dementia Care Manager aus Sicht der Pflegefachkräfte (PK) und der Hausärzte (HA)



- 15 Pflege in Familie und Häuslichkeit
- 16 Fallarbeit
- 17 Überleitungspflege
- 18 Entlastungsangebote für Patienten und pflegende Angehörige
- 19 Ernährung bei Demenz
- 20 Aktivierende Pflege bei Demenz
- 21 Verhalten in Notfall- und Krisensituationen

Die Qualifizierungsinhalte „Patienten- und Angehörigeninformation“ sowie die „Beratung und Anleitung von Demenzpatienten und deren pflegenden Angehörigen“ bilden das vierte Oberthema „Kommunikation und Beratung“ (Abbildung 25). Bei beiden Modulen sind Pflegefachkräfte und Hausärzte übereinstimmend der Auffassung, dass es sich hierbei um „sehr wichtige“ Schulungsinhalte für die Tätigkeit im Kontext der ambulanten, netzwerkbezogenen Demenzversorgung handelt.

Abbildung 25: Einschätzung der Wichtigkeit von Qualifizierungsinhalten aus dem vierten Oberthema „Kommunikation und Beratung“ für den Dementia Care Manager aus Sicht der Pflegefachkräfte (PK) und der Hausärzte (HA)

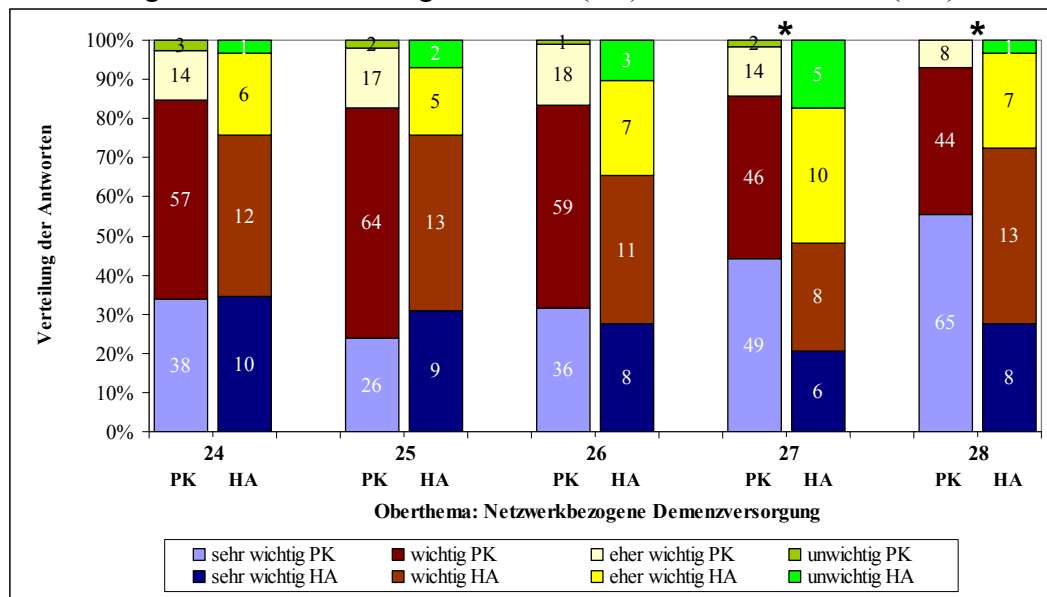


22 Patienten- und Angehörigeninformation

23 Beratung und Anleitung von Demenzpatienten und ihren pflegenden Angehörigen

Das fünfte und letzte Oberthema „Netzwerkbezogene Demenzversorgung“ beinhaltet insgesamt fünf Schulungsinhalte (Abbildung 26). Diese werden von den Hausärzten durchgängig als „wichtig“ für das Dementia Care Management Handlungsfeld eingeschätzt. Diese Angaben treffen für drei Schulungsinhalte (24, 25, 26) auch aus Sicht der Pflegefachkräfte zu. Die Qualifizierungsthemen „Assessment- und Dokumentationssysteme“ sowie „Fallbesprechungen“ sind nach Auffassung der Pflegefachkräfte als „sehr wichtig“ zu betrachten.

Abbildung 26: Einschätzung der Wichtigkeit von Qualifizierungsinhalten aus dem fünften Oberthema „Netzwerkbezogene Demenzversorgung“ für den Dementia Care Manager aus Sicht der Pflegefachkräfte(PK) und der Hausärzte (HA)



* (27)... p= 0,000 (Chi Quadrat Test) N=140, fehlende Werte 36; Chi-Quadrat nach Pearson/ Wert: 21,741a, df: 3

* (28)... p= 0,002 (Chi Quadrat Test) N=146, fehlende Werte 30; Chi-Quadrat nach Pearson/ Wert: 14,751a, df: 3

24 Möglichkeiten der Zusammenarbeit von Professionen im Gesundheitssystem

25 Netzwerk und Netzwerkarbeit

26 Erhebung, Analyse und Weiterleitung von patientenbezogenen Informationen

27 Assessments - und Dokumentationssysteme

28 Fallbesprechungen

Die Chi-Quadrat-Analysen zum letzten Oberthema „Netzwerkbezogene Demenzversorgung“ zeigen signifikante Unterschiede in der Vorstellung zur Wichtigkeit der beiden Schulungsinhalte „Assessment- und Dokumentationssysteme“ sowie „Fallbesprechung“. In Bezug auf das Qualifizierungsthema „Assessment- und Dokumentationssysteme“ sind 33,8% bzw. 31,7% der Pflegefachkräfte der Ansicht, dass dies einen „sehr wichtigen“ bzw. „wichtigen“ Schulungsinhalt darstellt (Abbildung 26). Die Hausärzte bewerten diese Thematik mit dem höchsten Prozentsatz von 32,3% als „eher wichtig“. Fallbesprechungen sind aus Sicht der Pflegefachkräfte (44,8%) ein sehr wichtiges Qualifizierungsthema, während die Hausärzte mit 41,9% der Auffassung sind, dass dieser Schulungsinhalt in die Kategorie „wichtig“ einzuordnen ist.

Reliabilitätsanalysen zur Überprüfung der richtigen Zuordnung der Qualifizierungsinhalte zu den Oberthemen

Für den später zu entwickelnden Lehrplan ist es sinnvoll zu überprüfen, ob die Qualifizierungsinhalte passend zu den Oberthemen zugeordnet sind. Dies erfolgte mit Hilfe einer Reliabilitätsanalyse.

Die Ergebnisse der Reliabilitätsanalyse mit den Aussagen der Pflegefachkräfte sind in den Tabellen 14 bis 18 dargestellt. Nach Bühl et al. beschäftigt sich die Reliabilitätsanalyse und der SPSS-Statistiksoftware mit der Zusammenstellung von einzelnen Items (hier Qualifizierungsinhalte) zu einem Test. [26] Im Detail prüft das Verfahren der Reliabilitätsanalyse auf Basis verschiedener Kriterien, welche einzelnen Qualifizierungsinhalte sich für den Gesamttest (d.h. für die jeweiligen Oberthemen) als brauchbar bzw. nicht brauchbar erweisen. [26] Die Testung der Items nach Cronbachs Alpha ist dabei das am häufigsten verwendete Modell der Reliabilitätsanalyse und untersucht die durchschnittliche Korrelation zwischen den Items. [40,87]

Reliabilitätsanalysen Pflegefachkräfte

Das erste Oberthema „Grundlagen der Versorgung von Demenzpatienten“ wird mit einem Cronbachs Alpha Wert von 0,853 gut durch die Qualifizierungsinhalte dargestellt: (1) Das deutsche Gesundheitssystem, (2) Die Säulen der Versorgung, (3) Demenzbezogene Epidemiologie, (4) Management im Gesundheitswesen, (5) Betriebswirtschaftslehre und Abrechnung im ambulanten Versorgungssektor, (6) Gesundheitsförderung und Prävention, (7) Recht. Aus der Tabelle 14 ist zudem erkennbar, dass alle Qualifizierungsthemen für das Oberthema beibehalten werden sollten, da sich der Cronbachs Alpha Wert lediglich bei der Löschung des Qualifizierungsinhaltes „Demenzbezogene Epidemiologie“ minimal erhöhen würde.

Tabelle 14: Reliabilitätsanalyse Pflegefachkraft- Oberthema: Grundlagen der Versorgung von Demenzpatienten

Reliabilitätsstatistiken Cronbachs Alpha: 0,853 Anzahl der Items: 7	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
Das deutsche Gesundheitssystem	0,685	0,822
Die Säulen der Versorgung	0,698	0,820
Demenzbezogene Epidemiologie	0,428	0,858
Management im Gesundheitswesen	0,683	0,822
Betriebswirtschaftslehre und Abrechnung im ambulanten Versorgungssektor	0,665	0,825
Gesundheitsförderung und Prävention	0,628	0,832
Recht	0,528	0,844

Skala-Statistiken Mittelwert: 13,87, Varianz: 17,386, Standardabweichung: 4,170

In Bezug auf das Oberthema „Medizinische Aspekte der Demenz“ lässt sich feststellen, dass auch die darunter gefassten Schulungsinhalte den zweiten Qualifizierungsabschnitt sehr gut repräsentieren. Der Cronbachs Alpha Wert beträgt 0,814 (Tabelle 15). Es ist zu überlegen den Schulungsinhalt Demenzerkrankung mit einem Trennschärfekoeffizient von 0,218 aus dem Oberthema „Medizinische Aspekte der Demenz“ zu entfernen, da er einerseits nur wenig über den mindest geforderten Wert von 0,2 liegt und zum anderen der Reliabilitätskoeffizient bei entsprechender Entfernung nochmals um 0,019 steigt. [26]

Tabelle 15: Reliabilitätsanalyse Pflegefachkraft- Oberthema: Medizinische Aspekte der Demenz

Reliabilitätsstatistiken Cronbachs Alpha: 0,814 Anzahl der Items: 7	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
Demenzerkrankung	0,218	0,832
Pharmakologie	0,581	0,785
Gerontologie	0,691	0,765
Gerontopsychiatrie	0,598	0,783
Innere Medizin	0,645	0,772
Neurologie	0,692	0,763
Palliativmedizin/Palliative Pflege	0,421	0,813

Skala-Statistiken Mittelwert: 11,25, Varianz: 9,044, Standardabweichung: 3,007

Die Inhalte (1) Pflege in Familie und Häuslichkeit, (2) Fallarbeit, (3) Überleitungspflege, (4) Entlastungsangebote für Patienten und pflegende Angehörige, (5) Ernährung bei Demenz, (6) aktivierende Pflege bei Demenz und (7) Verhalten in

Notfall- und Krisensituationen bilden die Oberthematik „Pflege bei Demenz“ mit einem Cronbachs Alpha Wert von 0,746 gut ab. Auch in diesem Oberthema sollten auf Basis der Einschätzung der Wichtigkeit der Schulungsinhalte aus Sicht der Pflegefachkräfte alle darunter gefassten Inhalte beibehalten werden (Tabelle 16).

Tabelle 16: Reliabilitätsanalyse Pflegefachkraft- Oberthema: Pflege bei Demenz

Reliabilitätsstatistiken Cronbachs Alpha: 0,746 Anzahl der Items: 7	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weglassen
Pflege in Familie und Häuslichkeit	0,418	0,725
Fallarbeit	0,523	0,701
Überleitungspflege	0,459	0,718
Entlastungsangebote für Patienten und pflegende Angehörige	0,494	0,708
Ernährung bei Demenz	0,484	0,710
aktivierende Pflege bei Demenz	0,445	0,721
Verhalten in Notfall- und Krisensituationen	0,422	0,724

Skala-Statistiken Mittelwert: 10,10, Varianz: 6,332, Standardabweichung: 2,516

„Kommunikation und Beratung“ als viertes Oberthema mit lediglich zwei Qualifizierungsinhalten nimmt einen Cronbachs Alpha Wert von 0,848 ein und wird demnach sehr gut durch die beiden Schulungsinhalte (1) Patienten- und Angehörigeninformation und (2) Beratung und Anleitung von Demenzpatienten und ihren pflegenden Angehörigen repräsentiert. Die Angabe der Veränderung des Cronbachs Alpha Wertes bei Löschung eines Inhaltes ist in diesem Zusammenhang nicht möglich, da mindestens zwei Inhalte vorliegen müssen, um den Cronbachs Alpha zu bestimmen (Tabelle 17).

Tabelle 17: Reliabilitätsanalyse Pflegefachkraft- Oberthema: Kommunikation und Beratung

Reliabilitätsstatistiken Cronbachs Alpha: 0,848 Anzahl der Items: 2	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weglassen
Patienten- und Angehörigeninformation	0,740	. ^a
Beratung und Anleitung von Demenzpatienten und ihren pflegenden Angehörigen	0,740	. ^a

Skala-Statistiken Mittelwert: 2,75, Varianz: 0,988, Standardabweichung: 0,994

a... Die Löschung eines Inhaltes ist in diesem Zusammenhang nicht möglich, da mindestens zwei Inhalte vorliegen müssen, um den Cronbachs Alpha zu bestimmen

Die „Netzwerkbezogene Demenzversorgung“ als fünftes Oberthema vereint insgesamt fünf Schulungsinhalte und nimmt einen Cronbachs Alpha Wert von 0,891

ein. (Tabelle 18) Folglich stellen die Qualifizierungsinhalte (1) Möglichkeiten der Zusammenarbeit von Professionen im Gesundheitssystem, (2) Netzwerk und Netzwerkarbeit, (3) Erhebung, Analyse und Weiterleitung von patientenbezogenen Informationen, (4) Assessments und Dokumentationssysteme und (5) Fallbesprechungen dieses Oberthema sehr gut dar. Die Löschung einer der Schulungsinhalte hätte zur Folge, dass sich der Reliabilitätskoeffizient verringert (Tabelle 18).

Tabelle 18: Reliabilitätsanalyse Pflegefachkraft- Oberthema: Netzwerkbezogene Demenzversorgung

Reliabilitätsstatistiken Cronbachs Alpha: 0,891 Anzahl der Items: 5	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weg gelassen
Möglichkeiten der Zusammenarbeit von Professionen im Gesundheitssystem	0,698	0,876
Netzwerk und Netzwerkarbeit	0,808	0,851
Erhebung, Analyse und Weiterleitung von patientenbezogenen Informationen	0,789	0,855
Assessments und Dokumentationssysteme	0,728	0,870
Fallbesprechungen	0,660	0,884

Skala-Statistiken Mittelwert: 9,06, Varianz: 8,722, Standardabweichung: 2,953

Reliabilitätsanalysen Hausärzte

Auf Grundlage der Aussagen der befragten Hausärzte und der Reliabilitätsanalyse zum ersten Oberthema „Grundlagen der Versorgung von Demenzpatienten“ ergibt sich ein Cronbachs Alpha Wert von 0,448, der im Gegensatz zu den Aussagen der Pflegefachkräfte niedrig ausfällt (Tabelle 19). Der Reliabilitätskoeffizient sollte nach Bühl et al. mindest einen Wert von 0,7 einnehmen. [26] Damit repräsentieren die sieben Qualifizierungsinhalte aus Sicht der Hausärzte das Oberthema „Grundlagen der Versorgung von Demenzpatienten“ nur unzureichend. Im Einzelnen sollten nach Meinung der Hausärzte folgende Qualifizierungsinhalte entfernt werden: (1) Management im Gesundheitswesen, (2) Betriebswirtschaftslehre und Abrechnung im ambulanten Versorgungssektor, (3) Gesundheitsförderung und Prävention und (4) Recht (Tabelle 19).

Tabelle 19: Reliabilitätsanalyse Hausarzt- Oberthema: Grundlagen der Versorgung von Demenzpatienten

Reliabilitätsstatistiken Cronbachs Alpha: 0,448 Anzahl der Items: 7	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
Das deutsche Gesundheitssystem	0,440	0,286
Die Säulen der Versorgung	0,293	0,363
Demenzbezogene Epidemiologie	0,573	0,232
Management im Gesundheitswesen	0,141	0,441
Betriebswirtschaftslehre und Abrechnung im ambulanten Versorgungssektor	0,094	0,462
Gesundheitsförderung und Prävention	-0,059	0,535
Recht	0,077	0,468

Skala-Statistiken Mittelwert: 16,45, Varianz: 6,970, Standardabweichung: 2,640

Die sieben Qualifizierungsinhalte, welche zum Oberthema „Medizinische Aspekte der Demenz“ zugehörig sind, werden mit einem Reliabilitätskoeffizient von 0,822 gut beschrieben. Die Löschung einzelner Schulungsinhalte würde zu einer Verminderung des Cronbachs Alpha Wertes führen. Bezüglich des zweiten Oberthemas stimmen damit sowohl die Hausärzte als auch die Pflegefachkräfte darin überein, dass die unter dieses Oberthema vereinten Qualifizierungsinhalte gut zusammenpassen (Tabelle 20).

Tabelle 20: Reliabilitätsanalyse Hausarzt- Oberthema: Medizinische Aspekte der Demenz

Reliabilitätsstatistiken Cronbachs Alpha: 0,822 Anzahl der Items: 7	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
Demenerkrankung	0,456	0,814
Pharmakologie	0,483	0,815
Gerontologie	0,716	0,771
Gerontopsychiatrie	0,670	0,784
Innere Medizin	0,674	0,778
Neurologie	0,568	0,798
Palliativmedizin/Palliative Pflege	0,418	0,820

Skala-Statistiken Mittelwert: 13,07, Varianz: 10,810, Standardabweichung: 3,288

Auch beim dritten Oberthema „Pflege bei Demenz“ ist der Cronbachs Alpha Wert mit 0,793 hoch und die Schulungsinhalte (1) Pflege in Familie und Häuslichkeit,

(2) Fallarbeit, (3) Überleitungspflege, (4) Entlastungsangebote für Patienten und pflegende Angehörige, (5) Ernährung bei Demenz, (6) aktivierende Pflege bei Demenz und (7) Verhalten in Notfall- und Krisensituationen bilden das Oberthema nach Auffassung der Hausärzte gut ab. Einzig die Entfernung des Qualifizierungsinhaltes „Ernährung bei Demenz“ könnte den Reliabilitätskoeffizient nochmals minimal erhöhen. Von der Löschung des Qualifizierungsinhaltes aus dem Oberthema „Pflege bei Demenz“ ist demgemäß eher abzuraten (Tabelle 21).

Tabelle 21: Reliabilitätsanalyse Hausarzt- Oberthema: Pflege bei Demenz

Reliabilitätsstatistiken Cronbachs Alpha: 0,793 Anzahl der Items: 7	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
Pflege in Familie und Häuslichkeit	0,743	0,741
Fallarbeit	0,621	0,746
Überleitungspflege	0,450	0,783
Entlastungsangebote für Patienten und pflegende Angehörige	0,616	0,748
Ernährung bei Demenz	0,364	0,800
aktivierende Pflege bei Demenz	0,651	0,747
Verhalten in Notfall- und Krisensituationen	0,354	0,793

Skala-Statistiken Mittelwert: 10,68, Varianz: 7,485, Standardabweichung: 2,736

Die beiden Inhalte „Patienten- und Angehörigeninformation“ sowie die „Beratung und Anleitung von Demenzpatienten und deren pflegenden Angehörigen“, die gemeinsam das vierte Oberthema „Kommunikation und Beratung“ abbilden, passen nach der Reliabilitätsanalyse der Hausärzteaussagen gut unter dieses Qualifizierungsoberthema. Der Cronbachs Alpha Wert beträgt 0,711 (Tabelle 22).

Tabelle 22: Reliabilitätsanalyse Hausarzt- Oberthema: Kommunikation und Beratung

Reliabilitätsstatistiken Cronbachs Alpha: 0,711 Anzahl der Items: 2	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
Patienten- und Angehörigeninformation	0,555	^a .
Beratung und Anleitung von Demenzpatienten und ihren pflegenden Angehörigen	0,555	^a .

Skala-Statistiken Mittelwert: 2,62, Varianz: 0,672, Standardabweichung: 0,820

a... Die Löschung eines Inhaltes ist in diesem Zusammenhang nicht möglich, da mindestens zwei Inhalte vorliegen müssen, um den Cronbachs Alpha zu bestimmen

Die fünf Qualifizierungsinhalte des letzten Oberthemas „Netzwerkbezogene Demenzversorgung“ repräsentieren nach Auffassung der Hausärzte dieses Oberthema mit einem Reliabilitätskoeffizient von 0,914 sehr gut. Die Löschung einzelner Qualifizierungsinhalte führt zu einer Verminderung der Cronbachs Alpha Wertes und ist demzufolge zu vermeiden (Tabelle 23).

Tabelle 23: Reliabilitätsanalyse Hausarzt- Oberthema: Netzwerkbezogene Demenzversorgung

Reliabilitätsstatistiken Cronbachs Alpha: 0,914 Anzahl der Items: 5	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weglassen
Möglichkeiten der Zusammenarbeit von Professionen im Gesundheitssystem	0,669	0,917
Netzwerk und Netzwerkarbeit	0,859	0,880
Erhebung, Analyse und Weiterleitung von patientenbezogenen Informationen	0,835	0,884
Assessments und Dokumentationssysteme	0,827	0,886
Fallbesprechungen	0,731	0,905

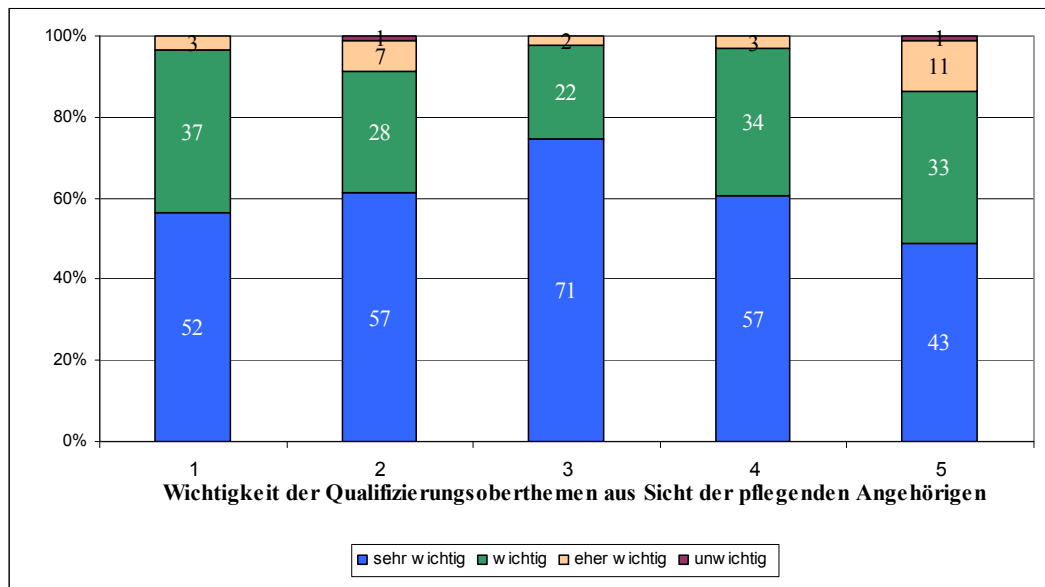
Skala-Statistiken Mittelwert: 10,62, Varianz: 15,458, Standardabweichung: 3,932

Qualifizierungsthemen und deren Wichtigkeit aus Sicht der pflegenden Angehörigen

Die Meinungsabfrage zu Qualifizierungsthemen für Pflegefachkräfte, die als Dementia Care Manager arbeiten, erfolgte ebenfalls bei den pflegenden Angehörigen, wobei sich darauf beschränkt wurde, die bereits beschriebenen Oberthemen und deren Wichtigkeit zu erfragen. Die Abbildung 27 zeigt die Verteilung der Antworten. Die vollständigen Häufigkeitsverteilungen befinden sich im Anhang 9.

Die „Grundlagen der Versorgung von Demenzpatienten“, „Medizin der Demenz“, „Pflege bei Demenz“ und die „Kommunikation und Beratung“ sehen die pflegenden Angehörigen als „sehr wichtiges“ Schulungsthema an. Die „Netzwerkbezogene Demenzversorgung“ ist aus Sicht des pflegenden Umfeldes ein „wichtiger“ Inhalt in einer Fort- und/oder Weiterbildung für Pflegefachkräfte, um diese adäquat für das Aufgabenfeld der ambulanten, netzwerkbezogenen Demenzversorgung vorzubereiten.

Abbildung 27: Einschätzung der Wichtigkeit der Qualifizierungsoberthemen aus Sicht der pflegenden Angehörigen



- 1 Grundlagen der Versorgung von Demenzpatienten
- 2 Medizinische Aspekte der Demenz
- 3 Pflege bei Demenz
- 4 Kommunikation und Beratung
- 5 Netzwerkbezogene Demenzversorgung

Die drei befragten Personenkreise erhielten im Rahmen von Freitextfeldern die Option, weitere aus ihrer Sicht sinnvolle und notwendige Themen für die Qualifizierung zum Dementia Care Manager zu nennen. Die Thematik „Salutogenese“ könnte in diesem Zusammenhang aus dem Blickwinkel eines Hausarztes (3,2%) einen zusätzlichen Schulungsinhalt darstellen. Die Pflegefachkräfte als auch die pflegenden Angehörigen gaben keine weiteren Thematiken an, die sie für das Dementia Care Management Curriculum als notwendig erachten.

6.5 Empfehlungen für die Entwicklung einer Qualifizierung im Dementia Care Management

Aus den Ergebnissen in den beiden Ergebnisdimensionen „Versorgungs- und Unterstützungssituation“ sowie „Qualifizierung“ lassen sich Empfehlungen für den zu entwickelnden Lehrplan im Rahmen des Dementia Care Managements ableiten. Diese Empfehlungen können für die spätere Curriculumsentwicklung im Sinne eines praxisnahen Entstehungsprozesses nutzbar gemacht werden.

Einzelne Qualifizierungsinhalte aus der Ergebnisdimension „Qualifizierung“ sind als bedeutsam zu betrachten, wenn alle drei Akteursgruppen in der Befragung angeben, dass sie die Schulungsthemen als „wichtig“ bewerten. Da die pflegenden Angehörigen lediglich zu den Schulungsoberthemen befragt wurden, liegt das Hauptaugenmerk im Kontext der Ableitung von Empfehlungen bei den beiden Akteursgruppen Pflegefachkräfte und Hausärzte.

Die Resultate zur Reliabilitätsanalyse sind als primäre Quelle für die richtige Zuordnung der Schulungsthemen zu den Oberthemen zu betrachten. Sie bilden die Ausgangsbasis, um einen Ablaufplan der Schulungsthemen innerhalb der jeweiligen Oberthemen entwickeln zu können.

Die Ergebnisdimension „Versorgungs- und Unterstützungssituation“ hatte primär zum Ziel, einzelne Schulungsinhalte für die beiden Oberthemen „Kommunikation und Beratung“ sowie „Netzwerkbezogene Demenzversorgung“ zu spezifizieren.

6.5.1 Gewichtung der Qualifizierungsinhalte

Folgende Annahmen liegen für die Empfehlungen der Qualifizierungsthemen im Dementia Care Management Curriculum basierend auf den Ergebnissen der befragten Pflegefachkräfte und Hausärzte zu Grunde:

Tabelle 24: Wichtigkeitseinschätzung der Qualifizierungsthemen von Pflegefachkräften (PK) und Hausärzten (HA) sowie die daraus abgeleiteten Konsequenzen für das Dementia Care Management Curriculum

Bewertung Qualifizierungsinhalte durch PK und HA	Konsequenzen für das Curriculum	Qualifizierungsinhalte				
a) „sehr wichtig“ (Pflegefachkräfte) „sehr wichtig“ (Hausärzte)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aufnahme des Schulungsinhaltes in das Dementia Care Management Curriculum ▪ Höhere Stundenanzahl gegenüber den Qualifizierungsinhalten unter b),c) und d) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Demenzerkrankung ▪ Gerontopsychiatrie ▪ Palliativmedizin/Palliative Pflege ▪ Pflege in Familie und Häuslichkeit ▪ Fallarbeit ▪ Entlastungsangebote für Patienten und pflegende Angehörige ▪ Aktivierende Pflege bei Demenz ▪ Verhalten in Notfall- und Krisensituationen ▪ Patienten- und Angehörigeninformation ▪ Beratung und Anleitung von Demenzpatienten und ihren pflegenden Angehörigen 				
b) „sehr wichtig“ (Pflegefachkräfte) „wichtig“ (Hausärzte)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" data-bbox="726 1113 1120 1205"> Aufnahme des Schulungsinhaltes in das Dementia Care Management Curriculum </td> </tr> <tr> <td data-bbox="726 1209 922 1688" style="width: 50%;"> Qualifizierungsinhalt für einen Aufgabenbereich, welcher im Dementia Care Management den Pflegefachkräften zu zuordnen ist →dann Stundenanzahl analog den Qualifizierungsinhalten unter a) </td> <td data-bbox="925 1209 1120 1688" style="width: 50%;"> Qualifizierungsinhalt für einen Aufgabenbereich, welcher im Dementia Care Management den Hausärzten zu zuordnen ist →dann geringere Stundenanzahl als den Qualifizierungsinhalten unter a) </td> </tr> </table>	Aufnahme des Schulungsinhaltes in das Dementia Care Management Curriculum		Qualifizierungsinhalt für einen Aufgabenbereich, welcher im Dementia Care Management den Pflegefachkräften zu zuordnen ist →dann Stundenanzahl analog den Qualifizierungsinhalten unter a)	Qualifizierungsinhalt für einen Aufgabenbereich, welcher im Dementia Care Management den Hausärzten zu zuordnen ist →dann geringere Stundenanzahl als den Qualifizierungsinhalten unter a)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesundheitsförderung und Prävention ▪ Recht ▪ Gerontologie ▪ Neurologie ▪ Ernährung bei Demenz ▪ Assessments - und Dokumentationssysteme ▪ Fallbesprechungen
Aufnahme des Schulungsinhaltes in das Dementia Care Management Curriculum						
Qualifizierungsinhalt für einen Aufgabenbereich, welcher im Dementia Care Management den Pflegefachkräften zu zuordnen ist →dann Stundenanzahl analog den Qualifizierungsinhalten unter a)	Qualifizierungsinhalt für einen Aufgabenbereich, welcher im Dementia Care Management den Hausärzten zu zuordnen ist →dann geringere Stundenanzahl als den Qualifizierungsinhalten unter a)					

Fortsetzung von Tabelle 24 auf der folgende Seite

Bewertung Qualifizierungsinhalte durch PK und HA	Konsequenzen für das Curriculum		Qualifizierungsinhalte
c) „wichtig“ (Pflegefachkräfte) „wichtig“ (Hausärzte)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aufnahme des Schulungsinhaltes in das Dementia Care Management Curriculum ▪ Niedrigere Stundenanzahl als für die Qualifizierungsinhalte unter a) und b) 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Säulen der Versorgung ▪ Demenzbezogene Epidemiologie ▪ Betriebswirtschaftslehre (BWL) und Abrechnung im ambulanten Versorgungssektor ▪ Pharmakologie ▪ Innere Medizin ▪ Überleitungspflege ▪ Möglichkeiten der Zusammenarbeit von Professionen im Gesundheitssystem ▪ Netzwerk und Netzwerkarbeit ▪ Erhebung, Analyse und Weiterleitung von patientenbezogenen Informationen
d) „wichtig“ (Pflegefachkräfte) „eher wichtig“ (Hausärzte)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aufnahme des Schulungsinhaltes in das Dementia Care Management Curriculum <p>Qualifizierungsinhalt für einen Aufgabenbereich, welcher im Dementia Care Management den Pflegefachkräften zu zuordnen ist → dann Stundenanzahl analog den Qualifizierungsinhalten unter c)</p>	<p>Qualifizierungsinhalt für einen Aufgabenbereich, welcher im Dementia Care Management den Hausärzten zu zuordnen ist → dann geringere Stundenanzahl als den Qualifizierungsinhalten unter c)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Das deutsche Gesundheitssystem ▪ Management im Gesundheitswesen

6.5.1.1 Bewertung Qualifizierungsinhalte: Pflegefachkräfte „sehr wichtig“ und Hausärzte „sehr wichtig“

Die in Tabelle 24 unter a) aufgeführten Qualifizierungsthemen sollten auf Grund der Bewertung von „sehr wichtig“ bei beiden Akteursgruppen Pflegefachkräfte und Hausärzte in das Dementia Care Management Curriculum aufgenommen werden und eine höhere Stundenanzahl im Rahmen der Schulung aufweisen, als die Themen, die unter b) bis d) aufgeführt sind.

6.5.1.2 Bewertung Qualifizierungsinhalte: Pflegefachkräfte „sehr wichtig“ und Hausärzte „wichtig“

Alle Schulungsthemen, die unter b) in Tabelle 24 gefasst sind, sollten in die Qualifizierung zum Dementia Care Manager aufgenommen werden. In Bezug auf die zu unterrichtende Stundenanzahl gilt es, die Schulungsinhalte entsprechend der Annahme, wie eingangs beschrieben (Tabelle 24), den Aufgabenbereichen der Pflegefachkräfte bzw. der Hausärzte zuzuordnen, um so Rückschlüsse auf die zu schulende Stundenanzahl ziehen zu können.

Für den Qualifizierungsinhalt „Gesundheitsförderung und Prävention“ lässt sich feststellen, dass nach dem Krankenpflegegesetz (KrPflG) und dem Altenpflegegesetz (AltPflG) die Gesundheitsvorsorge bzw. Prävention zum grundsätzlichen Aufgabenfeld einer Pflegefachkraft gehört. [199,200] Somit ist die Gesundheitsförderung und Prävention anerkannter Teil der professionellen Tätigkeit einer Pflegefachkraft. [196] Im Mittelpunkt stehen dabei die Information und Motivierung zu gesundheitsprotektiven Maßnahmen sowie die Unterstützung bei deren Einhaltung. [78] Präventive Maßnahmen zur Vermeidung von Gesundheitsschäden und die Förderung verbliebener Fähigkeiten stellen konsekutiv einen wesentlichen Bestandteil der Pflege dar. [8,93,128] Das Arbeitsfeld Prävention und Gesundheitsberatung geht ebenfalls aus der Approbationsordnung für Ärzte hervor. [198] Präventive Maßnahmen in der hausärztlichen Versorgung sind jedoch primär kurativ ausgerichtet und können nach Dunkelberg nicht hinreichend erbracht werden. [62] In Bezug auf die Versorgung eines an Demenz erkrankten Menschen ist herauszustellen, dass der Hausarzt in seiner Rolle als erste Anlaufstelle vorrangig die Diagnostik zur Erkrankung vornimmt und den Patienten über die Erkrankungen einschließlich möglicher Komplikationen aufklärt. [91,110,143] Der pflegerischen Profession kommen hingegen konkrete Aufgaben im präventiven Sinne zu. So ist sie unter anderem für die Umsetzung von präventiven Konzepten zu Verhaltensauffälligkeiten verantwortlich. [157,187] Der Erfolg ist dabei von der Kooperation zwischen dem Patienten und der Pflegefachkraft abhängig. [78,196] Demnach können Aufgaben im präventiven Bereich und der Versorgung von Patienten mit Demenz eher der pflegerischen Profession zugeordnet werden. Die Stundenanzahl für dieses Schulungsthema sollte entsprechend der Annahme aus Tabelle 24 einen Umfang analog den Qualifizierungsinhalten unter a) einnehmen.

Die Thematik „Recht“ wird laut den Stoffverteilungsplänen der beruflichen Schule am Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum Neubrandenburg im Rahmen der Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie Altenpflege in den Themenbereichen „Berufliches Selbstverständnis entwickeln und lernen berufliche Anforderungen zu bewältigen“ sowie „Pflegehandeln an Qualitätsrisiken, rechtlichen Rahmenbedingungen sowie wissenschaftlichen und ökologischen Prinzipien ausrichten“ gelehrt. [13,14] Speziell werden hier unter anderem Inhalte wie Strafrecht, Zivilrecht, Haftungsrecht, Arbeitsrecht und Sorgfaltspflicht unterrichtet. [13,14] Der Hausarzt verfügt in Bezug auf die Thematik „Recht“ vor allem über Wissen, welches das eigene Handeln im hausärztlichen Arbeitsfeld betrifft. Dies meint beispielsweise Wissen über die vertragsärztliche Versorgungspflicht, Schweigepflicht oder Dokumentationspflicht. [80,177] Im Kontext der Versorgung eines Patienten mit Demenz und rechtlichen Fragestellungen liegt der Aufgabenschwerpunkt des Hausarztes in der Aufklärung des Patienten zu Möglichkeiten der Versorgung im Falle von nicht mehr vorhandener Willenserklärung des Patienten. [16] Dies schließt unter anderem die Aufklärung über die Erstellung einer Patientenverfügung ein. [16] Nach Hirsch stellt die Beratung des demenziell Erkrankten und seiner pflegenden Angehörigen zu rechtlichen Aspekten der Demenzversorgung ein Aufgabenfeld der Pflege dar. [91] Hierunter ist beispielsweise die Beratung pflegender Angehöriger in Bezug auf eine Pflegestufenbeantragung oder Schwerbehinderung zu fassen. [91] Daher ist die Kenntnis von rechtlichen Rahmenbedingungen auf Seiten der Pflege erforderlich, um adäquate Entscheidungen vornehmen zu können. [60] Grundsätzlich ist dabei zu beachten, dass der an Demenz erkrankte Patient rechtsfähig ist, jedoch mangelt es den Betroffenen mit progredientem Verlauf, diese Rechte und Pflichten auszuüben. Die Aufgabe der Pflege besteht darin, den Patienten im Verlauf seiner Erkrankung zu beobachten und bei Feststellung des Bedarfes einer Betreuung das Vormundschaftsgericht zu informieren und damit eine Überprüfung der Betreuung zu initiieren. [60]. Schlussfolgernd kann die Aufgabe „Recht“ im Rahmen des Dementia Care Managements eher der pflegerischen Profession zugeordnet werden und sollte demnach eine Stundenzahl in der Qualifizierung umfassen, die analog den Inhalten unter a) in Tabelle 24 entspricht.

Die „Gerontologie“ und „Neurologie“ sind Bezugsdisziplinen der Medizin bzw. der ärztlichen Fachgebiete. [141,188] Im Rahmen der Demenzversorgung erfolgt

eine enge Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Fachärzten für Neurologie unter anderem bei der Diagnostik einer Demenz. [91,110,143] Der Hausarzt überweist beispielsweise zur Bestätigung der Verdachtsdiagnose Demenz oder zur vertiefenden Diagnostik an den Neurologen und weist den demenziell Betroffenen damit gezielt einem Spezialisten zu. [78] Folglich sind beide Themen eher dem hausärztlichen Aufgabengebiet zuzuschreiben. Es gilt diese Qualifizierungsinhalte entsprechend im Stundenumfang geringer zu schulen, als die Inhalte unter a) aus Tabelle 24.

Im Schulungsinhalt „Ernährung bei Demenz“ ist die Umsetzung von Maßnahmen zur Sicherstellung einer ausreichenden und adäquaten Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme eines demenziell Erkrankten der pflegerischen Profession zugehörig. Erleichternde Maßnahmen stehen dabei im Vordergrund. [11,112,121] Entscheidend für die Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme von demenziell Erkrankten ist der Beziehungsaspekt, d.h. welche Pflegefachkraft den Patienten unterstützt, wie sie ihn unterstützt und welche Atmosphäre dabei gestaltet wird. [121,175] Sofern eine Pflegefachkraft über einen längeren Zeitraum den demenzkranken Patienten bei der Nahrungsaufnahme unterstützt, kann diese die verbalen und nonverbalen Signale des Patienten besser deuten. In der Folge fühlen sich die Demenz Erkrankten häufiger verstanden und in Kombination mit einer adäquaten Raumgestaltung kann eine Verbesserung in der Nahrungsaufnahme erzielt und die Ernährung über PEG-Sonden verhindert werden. [121] Damit sollte der Schulungsinhalt „Ernährung bei Demenz“ in Bezug auf die Stundenanzahl einen Umfang analog den Qualifizierungsinhalte unter a) aus Tabelle 24 einnehmen.

Das pflegerische Assessment, die darauf basierende Durchführung von pflegerischen Maßnahmen sowie eine entsprechende Dokumentation ist eine Kernaufgabe der Pflege und kann demzufolge im Rahmen der häuslichen Versorgung von demenziell Erkrankten der pflegerischen Profession zugeschrieben werden. [112,117,137,157,187,199,200] Das Assessment stellt dabei den Ausgangspunkt für die weitere Planung der pflegerischen Intervention dar und es werden in dessen Kontext nicht nur Informationen gesammelt, sondern auch bewertet, die wiederum die Handlungsleitung für das weitere Vorgehen darstellen. [9,91] Um die Ergebnisse der Pflegeanamnese korrekt beurteilen zu können, müssen die Pflegefachkräfte auf ein entsprechendes theoretisches Wissen, praktische Erfahrungen und auf pflegerische als auch medizinische Standards zurückgreifen können. [147]

Auch die Hausärzte verfügen über anamnestische Kompetenzen. Ein Unterschied zum pflegerischen Assessment besteht darin, dass die Anamneseerhebung beim Hausarzt und dem Erstkontakt zum Patienten auf ein notwendiges Minimum reduziert wird. [80] Im Verlauf der Behandlung erfolgt bei weiteren Kontakten die Ergänzung von familien- und sozialbezogenen Aspekten. Damit erhält der Hausarzt die Option über Jahre hinweg biographische und medizinische Informationen zu erheben. Dies bezeichnet man auch als „erlebte Anamnese“. [37,80] Im Rahmen des Dementia Care Managements soll eine Anamnese analog dem pflegerischen Assessment erfolgen. D.h. die Pflegefachkräfte erheben bei ihrem ersten Besuch in der Häuslichkeit des Patienten die medizinischen, pflegerischen und sozialen Bedarfe. Darauf basierend erfolgt in enger Abstimmung mit dem Hausarzt die Entwicklung eines Versorgungsplanes. [61] Damit kann das Assessment und ihre Dokumentation im Dementia Care Management eher der Pflege zugeordnet werden. Für die Qualifizierung zum Dementia Care Manager bedeutet dies, dass die Thematik „Assessment- und Dokumentationssysteme“ im gleichen Stundenumfang gelehrt werden sollten, wie die unter a) in der Tabelle 24 dargestellten Inhalte.

(Pflegerische) Fallbesprechungen ermöglichen eine Einschätzung und Reflektion zum gesamten Versorgungsprozess durch alle beteiligten Akteure. [114] Zudem kann auf deren Basis eine Einigung und/oder Änderung von konkreten Zielen und Interventionen vorgenommen werden. [114] Nach Batholomeyczik et al. erfolgte in dem InDemA Projekt (Interdisziplinäre Implementierung von Qualitätsinstrumenten zur Versorgung von Menschen mit Demenz in Altenheimen) die Durchführung von Fallbesprechung als pflegerische Intervention. [10] Gleichzeitig vertritt sie die Auffassung, dass der gesamte pflegerische Versorgungsprozess im Rahmen der Demenz durch Fallbesprechungen und unter Einbezug der pflegenden Angehörigen erfolgen sollte. [32] Daraus resultierend und dem Wissen, dass die Pflegefachkräfte in DelpHi-MV ebenfalls Fallbesprechungen organisieren, durchführen und dokumentieren sollen, kann die Aufgabe „Fallbesprechung“ sowie der dazugehörige Schulungsinhalt im Dementia Care Management der Pflege zugeschrieben werden. Die Planung der Stundenanzahl zu diesem Schulungsinhalt sollte einen Umfang analog den Qualifizierungsinhalten unter a) aus Tabelle 24 ausmachen.

6.5.1.3 Bewertung Qualifizierungsinhalte: Pflegefachkräfte „wichtig“ und Hausärzte „wichtig“

Die zehn Schulungsthemen, die von beiden Akteursgruppen als „wichtig“ betrachtet werden (siehe c) in Tabelle 24), sollten in das Dementia Care Management einfließen, jedoch basierend auf den eingangs beschriebenen Empfehlungen eine geringere Stundenanzahl ausmachen, als die Schulungsthemen, die unter a) und b) in Tabelle 24 zu finden sind.

6.5.1.4 Bewertung Qualifizierungsinhalte: Pflegefachkräfte „wichtig“ und Hausärzte „eher wichtig“

Für die beiden Qualifizierungsinhalte, die unter d) in Tabelle 24 gefasst sind, lässt sich feststellen, dass die Thematik „Das deutsche Gesundheitssystem“ sowohl Bestandteil der Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege/Altenpflege als auch im Medizinstudium ist. [13,14,64] Für die Dementia Care Management Tätigkeit ist es primär von Bedeutung, dass die Pflegefachkräfte das vorhandene Wissen anwenden, um mit ihren Kenntnissen über regional verfügbare Versorgungs- und Unterstützungsoptionen entsprechende Empfehlungen für den Hausarzt für die weitere Versorgung vornehmen zu können. [61] Daraus schlussfolgernd ist Wissen zum deutschen Gesundheitssystem primär für das praktische Handeln der Pflegefachkräfte von Bedeutung und der Schulungsinhalt sollte im Umfang der Inhalte unter c) aus Tabelle 24 gelehrt werden.

Nach dem Gesundheitskatalog für die Allgemeinmedizin in Deutschland gehört das Praxismanagement, welches unter anderem die Betriebswirtschaftslehre und den reibungslosen Ablauf in der Praxis beinhaltet, zu den hausärztlichen Primärfunktionen eines niedergelassenen Allgemeinmediziners. [46,80] Im Weiteren übernimmt der Hausarzt unter anderem die so genannte Koordinations- und Integrationsfunktion im Versorgungsgeschehen, die dem Management zuzuordnen ist. [38,63,80] Konkret handelt es sich hierbei um die federführende Koordinierung von Behandlungs- und Therapiemaßnahmen zwischen den Versorgungsebenen. [38,63,80] Zudem ist anzumerken, dass sowohl im Routinealltag als auch im Dementia Care Management Kontext der Hausarzt die Hauptverantwortung über den Gesamtversorgungsprozess inne hat. [15,110] Derzeitig bestehen nach Kaduszkiewicz Probleme bei der Koordination der häuslichen Hilfen für Patienten mit Demenz. [110] Lediglich 15% der Hausärzte klären die demenziell Erkrankten

über die Prognose und das Management der Demenzerkrankung auf. [110] Dennoch lässt sich aus dem beschriebenen ableiten, dass das Management eher dem Aufgabenbereich der Hausärzte zuzuordnen ist. Die Stundenanzahl fällt jedoch entsprechend der Annahme aus Tabelle 24 geringer aus, als für die Inhalte im Bereich c) in Tabelle 24.

6.5.2 Zuordnung der Qualifizierungsinhalte zu Oberthemen

Aus den Ergebnissen der Reliabilitätsanalyse resultieren wichtige Hinweise für die Zuordnung der Schulungsthemen zu den fünf Oberthemen. Diese können die Ausgangsbasis für die Entwicklung eines Ablaufplans zur Qualifizierung und dem Curriculum im Dementia Care Management geben. Für die Ableitung von Empfehlungen werden folgende Annahmen zu Grunde gelegt :

Tabelle 25: Ergebnisse der Reliabilitätsanalyse als Basis für die Zuordnung der Qualifizierungsinhalte zu den Oberthemen des Dementia Care Management Curriculum

Ergebnisse Reliabilitätsanalyse	Konsequenzen für das Curriculum	
a) zugeordnete Qualifizierungsinhalte werden gut durch das Oberthema repräsentiert (Pflegefachkräfte) zugeordnete Qualifizierungsinhalte werden gut durch das Oberthema repräsentiert (Hausärzte)	- Qualifizierungsthemen bleiben den Oberthemen zugeordnet	
b) zugeordnete Qualifizierungsinhalte werden gut durch das Oberthema repräsentiert (Pflegefachkräfte) zugeordnete Qualifizierungsinhalte werden nicht gut durch das Oberthema repräsentiert (Hausärzte)	Qualifizierungsinhalt für einen Aufgabenbereich, welcher im Dementia Care Management den Pflegefachkräften zu zuordnen ist →dann verbleibt das Qualifizierungsthema in dem Oberthema	Qualifizierungsinhalt für einen Aufgabenbereich, welcher im Dementia Care Management den Hausärzten zu zuordnen ist →dann wird das Qualifizierungsthema aus dem Oberthema entfernt und ein neues Oberthema entwickelt

Die Ergebnisse der Reliabilitätsanalyse zu der Zuordnung von Qualifizierungsthemen zu den einzelnen Oberthemen aus Sicht der Pflegefachkräfte hat gezeigt,

dass die Pflegefachkräfte der Ansicht sind, dass alle Qualifizierungsinhalte zu den entwickelten Oberthemen passend sind (Tabelle 25). Die Hausärzte stimmen für vier der fünf Oberthemen ebenfalls zu. Lediglich in Bezug auf das erste Oberthema „Grundlagen der Versorgung von Demenzpatienten“ ergab die Reliabilitätsanalyse, dass die Hausärzte der Meinung sind, dass folgende Qualifizierungsinhalte nicht zweckmäßig im ersten Oberthema „Medizinische Aspekte der Demenzversorgung“ vereint sind: „Management im Gesundheitswesen“, „BWL und Abrechnung im ambulanten Versorgungssektor“, „Gesundheitsförderung und Prävention“ sowie „Recht“ (Tabelle 25). Die weiteren darunter gefassten Qualifizierungsthemen werden nach Auffassung der Hausärzte gut durch das erste Oberthema repräsentiert.

Tabelle 26: Ergebnisse Reliabilitätsanalyse für die Zuordnung der Qualifizierungsthemen zu den Oberthemen

Ergebnis Reliabilitätsanalyse	Oberthemen und Qualifizierungsinhalte
<p>a)</p> <p>Schulungsinhalte werden gut durch das Oberthema repräsentiert (Pflegefachkräfte)</p> <p>Schulungsinhalte werden gut durch das Oberthema repräsentiert (Hausärzte)</p>	<p>Medizinische Aspekte der Demenzversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Demenzerkrankung - Pharmakologie - Gerontologie - Gerontopsychiatrie - Innere Medizin - Neurologie - Palliativmedizin/Palliative Pflege <p>Pflege bei Demenz</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pflege in Familie und Häuslichkeit - Fallarbeit - Überleitungspflege - Entlastungsangebote für Patienten und pflegende Angehörige - Ernährung bei Demenz - Aktivierende Pflege bei Demenz - Verhalten in Notfall- und Krisensituationen <p>Kommunikation und Beratung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patienten- und Angehörigeninformation - Beratung und Anleitung von Demenzpatienten und ihren pflegenden Angehörigen <p>Netzwerkbezogene Demenz</p> <ul style="list-style-type: none"> - Möglichkeiten der Zusammenarbeit von Professionen im Gesundheitssystem - Netzwerk und Netzwerkarbeit - Erhebung, Analyse und Weiterleitung von patientenbezogenen Informationen - Assessments- und Dokumentationssysteme - Fallbesprechungen

Fortsetzung von Tabelle 26 auf der folgenden Seite

Ergebnis Reliabilitätsanalyse	Oberthemen und Qualifizierungsinhalte
b) Schulungsinhalte werden gut durch das Oberthema repräsentiert (Pflegefachkräfte) Schulungsinhalte werden nicht gut durch das Oberthema repräsentiert (Hausärzte)	Grundlagen der Versorgung von Demenzpatienten - Das deutsche Gesundheitssystem - Die Säulen der Versorgung - Demenzbezogene Epidemiologie - Management im Gesundheitswesen* - BWL und Abrechnung im ambulanten Versorgungssektor* - Gesundheitsförderung und Prävention* - Recht*

*... Qualifizierungsinhalte, die nach Meinung der Hausärzte nicht passend im ersten Oberthema „Grundlagen der Versorgung von Demenzpatienten“ sind.

Wie oben bereits beschrieben gehören Aufgaben im Bereich des Managements, welche die Betriebswirtschaftslehre und Abrechnung mit einschließen, zu den primären Aufgaben eines Hausarztes. [46] Für die Entwicklung des Lehrplans ist zu überlegen, ob es sinnvoll wäre, die beiden Inhalte „Management im Gesundheitswesen“ sowie „BWL und Abrechnung im ambulanten Versorgungssektor“ aus dem ersten Oberthema „Grundlagen der Versorgung von Demenzpatienten“ zu entfernen und ein weiteres Oberthema zu entwickeln, in dem diese beide Qualifizierungsthemen verortet werden. Diese Empfehlung resultiert aus der Tatsache, dass die beiden Themen in keine der vier anderen Oberthemen verschoben werden könnten. Das neu zu definierende Oberthema könnte „Verwaltungsrelevante Aspekte der Demenzversorgung“ lauten.

Die Mitwirkung von Pflegefachkräften bei der Verhütung, Erkennung und Behandlung von Erkrankungen durch die Anwendung adäquater präventiver Maßnahmen sowie die Beratung der Patienten und Angehörigen zu rechtlichen Aspekten stellt, wie ebenfalls bereits zuvor beschrieben, einen Tätigkeitsschwerpunkt der professionellen Pflege dar. [202] Demzufolge sind die Einschätzungen der Pflegefachkräfte in Bezug auf die „Prävention und Gesundheitsförderung“ sowie dem Qualifizierungsinhalt „Recht“ als primäre Quelle heranzuziehen. Entsprechend den zu Beginn beschriebenen Empfehlungen (Tabelle 26) sind die Qualifizierungsinhalte „Gesundheitsförderung und Prävention“ sowie „Recht“ aus Sicht der Pflegefachkräfte im ersten Oberthema gut angesiedelt und da die künftige Qualifizierung zum Dementia Care Manager im Weiteren auf die Berufsgruppe der Pflegefachkräfte abzielt, sollte demnach der Ansicht der Pflegefachkräfte für diese beiden Schulungsthemen Rechnung getragen werden, indem man diese im ersten Oberthema belässt.

6.5.3 Spezifizierung der Qualifizierungsinhalte „Netzwerkbezogene Demenzversorgung“ sowie „Kommunikation und Beratung“

Die Ergebnisdimension „Versorgungs- und Unterstützungssituation“ zielt primär darauf ab, weitere Schulungsthemen für das vierte und fünfte Oberthema „Kommunikation und Beratung“ sowie „Netzwerkbezogene Demenzversorgung“ zu spezifizieren.

Die Pflegefachkräfte und Hausärzte arbeiten im Rahmen der Versorgung von demenziell Betroffenen mit einer Reihe weiterer Akteure zusammen. Dies erfolgt bislang vor allem durch einen Informationsaustausch in der Arztpraxis bzw. der ambulanten Pflegeeinrichtung oder auch telefonisch. Für die netzwerkbezogene Demenzversorgung und dem Dementia Care Manager bedeutet dies, dass die Pflegefachkräfte in der Qualifizierung insbesondere in der gezielten Kommunikation mit anderen Netzwerkpartnern zu schulen sind. Zudem könnte die Qualifizierung genutzt werden, um weitere Möglichkeiten der Zusammenarbeit wie beispielsweise die gemeinsame Nutzung einer Patientenakte oder die interdisziplinäre Fallbesprechung mit allen am Behandlungsprozess beteiligten Akteuren zu verbessern.

In Bezug auf das Oberthema „Kommunikation und Beratung“ lässt sich auf Grund der derzeitigen Versorgungs- und Unterstützungssituation des pflegenden Umfeldes schlussfolgern, dass die Belastung der pflegenden Angehörigen einerseits „sehr hoch“ ist und andererseits die existenten Unterstützungsoptionen als „gut“ bis „eher schlecht“ bewertet werden können. Die „starken“ Belastungen der pflegenden Angehörigen umfassen sowohl die Schwächen der Leistungsfähigkeit ihres dementen Angehörigen als auch die mit der Erkrankungen einhergehenden Verhaltensstörungen, depressive Symptome und die Pflegebedürftigkeit des zu Pflegenden mit den damit verbundenen Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten. Für die Qualifizierung bedeutet dies, dass die Dementia Care Manager dazu in die Lage versetzt werden sollten, den pflegenden Angehörigen durch entsprechende Anleitung und Schulung praktische Hilfe zu unterbreiten und bei Bedarf einen Kontakt zu weiteren Berufsgruppen zu vermitteln. Dies spiegeln die Ergebnisse zur Einschätzung der Wichtigkeit von spezifischen Unterstützungsmöglichkeiten für die pflegenden Angehörigen von Seiten der Pflegefachkräfte und Hausärzte ebenfalls wieder. Nach den Ergebnissen dieser Erhebung sollte der ambulante Betreuungsmanager darin geschult werden, den pflegenden Angehörigen bei

der künftigen Pflege und Betreuung zu unterstützen. Er sollte ihnen Gelegenheit geben, bestehende Probleme anzusprechen und die Angehörigen hinsichtlich weiterer bestehender Hilfe zu informieren und zu beraten. Die Schulungsinhalte sollten in das Curriculum zum Dementia Care Management und die Schulungsinhalte „Patienten- und Angehörigeninformation“ bzw. „Beratung und Anleitung von Demenzpatienten und deren pflegenden Angehörigen“ aufgenommen werden.

6.6 Aufbaustruktur des Curriculums im Dementia Care Management

Aus den vorgenommenen Empfehlungen auf Basis der Ergebnisse in der vorliegenden Arbeit (siehe Kapitel 6.5) resultiert für das Dementia Care Management Curriculum eine Metastruktur einschließlich eines Vorschlags zur zeitlichen Gewichtung für die einzelnen Qualifizierungsinhalte.

Tabelle 27: Metastruktur des Dementia Care Management Curriculums

	Qualifizierungsinhalt	Relativer Stunden- umfang¹
Grundlagen der Versorgung von Patienten mit Demenz		
	Das deutsche Gesundheitssystem	c
	Die Säulen der Versorgung	c
	Demenzbezogene Epidemiologie	c
	Gesundheitsförderung und Prävention	a
	Recht	a
Verwaltungsrelevante Aspekte der Demenzversorgung		
	Management in Gesundheitswesen	d
	BWL und Abrechnung im ambulanten Versorgungssektor	c
Medizinische Aspekte der Demenz		
	Demnzerkrankung	a
	Pharmakologie	c
	Gerontologie	b
	Gerontopsychiatrie	a
	Innere Medizin	c
	Neurologie	b
	Palliativmedizin/Palliative Pflege	a
Pflege bei Demenz		
	Pflege in Familie und Häuslichkeit	a
	Fallarbeit	a
	Überleitungspflege	c
	Entlastungsangebote für Patienten und pflegende Angehörige	a
	Ernährung bei Demenz	a
	Aktivierende Pflege	a
	Verhalten in Notfall- und Krisensituationen	a
Kommunikation und Beratung		
	Patienten- und Angehörigeninformation	a
	Beratung und Anleitung des Demenzpatienten und ihren pflegenden Angehörigen	a
Netzwerkbezogene Demenzversorgung		
	Möglichkeiten der Zusammenarbeit von Professionen im Gesundheitssystem	c
	Netzwerk und Netzwerkarbeit	c
	Erhebung, Analyse und Weiterleitung von patientenbezogenen Informationen	c
	Assessment- und Dokumentationssysteme	a
	Fallbesprechungen	a

¹ a: höchste Stundenanzahl

b: niedrigere Stundenanzahl als a

c: niedrigere Stundenanzahl als a und b

d: geringste Stundenanzahl

7. Diskussion

Auf Basis der Fragestellung dieser Arbeit soll nun eine zusammenfassende Interpretation der Ergebnisse erfolgen. Weiterhin werden in diesem Kontext die verwendeten Methoden im Rahmen der Entwicklung der Erhebungsinstrumente und der drei Ergebnisdimensionen sowie deren Anwendung kritisch reflektiert und die Einordnung der Arbeit im Rahmen der aktuellen Forschungslage beschrieben. Abschließend erfolgt ein Ausblick für die weiteren Schritte der Entwicklung der Qualifizierung zum Dementia Care Manager und mögliche Perspektiven für die pflegerische Profession.

7.1 Kritische Zusammenfassung der Ergebnisse

Die im Rahmen dieser Dissertationsarbeit erzielten Resultate bieten eine wertvolle Grundlage und Informationsbasis für die konzeptionelle Gestaltung des Dementia Care Managements einschließlich der Entwicklung einer Qualifizierung. Sie können damit einen wichtigen Beitrag zur zukünftigen Demenzversorgung und Angehörigenunterstützung leisten.

Die zu Beginn durchgeführten qualitativen Interviews dienten der Identifikation von Aufgaben und Qualifizierungsinhalten einer Pflegefachkraft sowie ausgewählter Versorgungsaspekte, die für die Tätigkeit im Dementia Care Management von Bedeutung sind. Davon ausgehend erfolgte nach einer durchgeführten Literaturrecherche zu weiteren Aufgaben, Qualifizierungsinhalten und spezifischen Versorgungs- und Unterstützungsaspekten im zweiten Schritt die Entwicklung von drei Fragebögen. Die daran anschließend durchgeführte quantitative Befragung von Pflegefachkräften, Hausärzten und pflegenden Angehörigen zielte auf drei Ergebnisdimensionen ab.

Die gewonnenen Erkenntnisse aus der Dimension „Versorgungs- und Unterstützungssituation“ dienen vornehmlich dazu, wesentliche Schulungsinhalte für die Qualifizierung zum Dementia Care Manager in Bezug auf die Oberthemen „Kommunikation und Beratung“ sowie „Netzwerkbezogene Demenzversorgung“ zu gewinnen bzw. spezifizieren zu können.

Die Wichtigkeitseinschätzung von Aufgaben der Pflegefachkraft als Dementia Care Manager sowie möglicherweise bestehende Unterschiede stellten die zweite Ergebnisdimension „Aufgaben- und Tätigkeitsfeld des ambulanten Betreuungsmanagers“ dar. Mit den Ergebnissen konnte eine erste Version des Anforderungsprofils eines Dementia Care Managers erstellt werden. Dies stellte gleichzeitig die Ausgangsbasis für die Ableitung des Qualifizierungsbedarfes und der Qualifizierungsinhalte dar.

Die gewonnenen Erkenntnisse zur dritten Ergebnisdimension „Qualifizierung“ und der Wichtigkeitseinschätzung einzelner Schulungsthemen sowie die Überprüfung der richtigen Zuordnung der Inhalte zu den fünf Oberthemen gibt wichtige Hinweise für den später zu entwickelnden Lehrplan einschließlich der Ableitung eines Ablaufplans und der inhaltlichen Ausgestaltung im Dementia Care Management.

Die aktuelle Versorgungssituation der Patienten mit Demenz und der Ergebnisdimension „Versorgungs- und Unterstützungssituation“ wird von den drei befragten

Akteursgruppen überwiegend in den Kategorien „gut“ bis „eher schlecht“ bewertet. Die Belastung der pflegenden Angehörigen wird dagegen im „hohen“ bis „sehr hohen“ Bereich eingeschätzt. Die derzeitige Unterstützungssituation bewerten die drei Akteursgruppen als überwiegend „gut bis „eher schlecht“. Folglich sind Aspekte der Versorgung und Unterstützung der pflegenden Angehörigen als wichtige Schulungsinhalte in der Qualifizierung zum Dementia Care Manager zu betrachten und im Curriculum entsprechend zu berücksichtigen.

Die Befragung der Pflegefachkräfte und Hausärzte zu Unterstützungsoptionen, die sie für wichtig erachten und die Befragung der laientätig Pflegenden zu Beschwerden des Patienten mit Demenz, die sie besonders belasten ergab, dass vor allem die Information und Aufklärung zu folgenden Aspekten wichtig ist:

- Demenzerkrankung
- verfügbare Hilfen
- Problembewältigung
- Hilfe bei der Planung für die zukünftige Pflege/Betreuung
- Gelegenheit, über die Probleme als pflegende/r Angehörige/r zu reden
- Möglichkeit, außerhalb der Pflege und Betreuung Aktivitäten zu genießen
- Möglichkeit, Urlaub zu machen oder eine Auszeit von der Pflege/Betreuung zu nehmen

Gesichtspunkte, welche die pflegenden Angehörigen stark belasten, sind:

- die Schwächen der geistigen Leistungsfähigkeit
- keinen Gesprächspartner mehr zu haben
- dass weniger Austausch mit dem demenziell Erkrankten als früher möglich ist

Hieraus lässt sich für die Qualifizierungsinhalte ableiten, dass sowohl die Beratung hinsichtlich bestehender Hilfen und der Demenzerkrankung selbst, als auch die Bearbeitung der kognitiven Beeinträchtigungen des demenziell Erkrankten von Bedeutung sind. Aufgrund des klinischen Verlaufs einer Demenzerkrankung steht bei der Auseinandersetzung mit kognitiven Störungen das Vermeiden weiterer Verluste bzw. das längst mögliche Aufhalten der Krankheitsprogression im Vordergrund, während eine dauerhafte Verbesserung der bereits bestehenden Defizite im Regelfall nicht zu erreichen ist.

Durch das Konzept des Dementia Care Managements erhalten pflegende Angehörige einen Gesprächspartner, wodurch sich die Möglichkeit des Austausches mit anderen verbessert. Dadurch kann der von den pflegenden Angehörigen geäußerten starken Belastung entgegengewirkt werden.

In Bezug auf die Einschätzung der Wichtigkeit spezifischer Unterstützungsoptionen bestehen zwischen Pflegefachkräften und Hausärzten lediglich in zwei Bereichen divergierende Vorstellungen. Zum einen betrifft dies die Möglichkeit, Angehörigengruppen zu besuchen und zum anderen Aktivitäten zu unternehmen, die die demenziell Erkrankten genießen. Während über 77% der befragten Hausärzte den Besuch einer Angehörigengruppe für „sehr wichtig“ bzw. „wichtig“ halten, gaben 22,6% an, dass sie diese Unterstützungsoption für „nicht wichtig“ halten. Die pflegenden Angehörigen empfinden es jedoch als starke Belastung, sich in der Bewältigung von Alltagsaktivitäten nicht genügend mit anderen austauschen zu können. Der Besuch einer Angehörigengruppe stellt hier eine wertvolle Möglichkeit dar. Von den Pflegefachkräften bewerten 90,1% den Besuch einer Angehörigengruppe als „sehr wichtig“ bzw. „wichtig“.

Aktivitäten mit dem von Demenz betroffenen Patienten zu unternehmen kann einen Beitrag zum Wohlbefinden des Erkrankten leisten. Die befragten Pflegefachkräfte stimmen dem mit „sehr wichtig“ in 65,9% der Fälle zu und auch 41,9% der Hausärzte betrachten diese Form der Unterstützung als „sehr wichtig“. Demnach sollte dem Dementia Care Manager in der gleichnamigen Weiterbildung Wissen und Fertigkeiten vermittelt werden, die ihn dazu befähigen, den Angehörigen praktische Handlungsempfehlungen für gemeinsame Aktivitäten mit dem Patienten mit Demenz geben zu können. Für das zu entwickelnde Curriculum bedeutet dies, dass Schulungsinhalte mit Bezug auf die Kommunikation mit dem pflegenden Angehörigen sowie Kenntnisse zu weiteren existenten Unterstützungsmöglichkeiten einen wichtigen Lerninhalt darstellen.

In Bezug auf die Zusammenarbeit wurde deutlich, dass zum jetzigen Zeitpunkt die Pflegefachkräfte als auch die Hausärzte im Rahmen der Demenzversorgung mit einer Reihe von weiteren Akteuren zusammenarbeiten. Für das Arbeitsfeld des Dementia Care Managers und die Qualifizierung bedeutet dies, dass die Pflegefachkraft zur Zusammenarbeit und in der Kommunikation mit anderen Professionen sowie in Techniken der Netzwerkarbeit geschult werden sollte. Der Schwerpunkt liegt hier im Austausch zwischen den Akteuren sowie der gezielten und

koordinierten Weiterleitung von Daten und Informationen. Die Intensivierung der Zusammenarbeit in Bezug auf eine gemeinsame Patientenakte und Fallbesprechungen im interprofessionellen Sinne sollten einen weiteren inhaltlichen Schwerpunkt des Curriculums im Modul „netzwerkbezogene Demenzversorgung“ ausmachen.

In dieser Arbeit konnten in qualitativen Interviews und einer anschließenden Literaturrecherche insgesamt 27 Aufgaben und Tätigkeiten eines Dementia Care Managers identifiziert werden. Die systematische quantitative Erhebung zeigte, dass für 18 der 27 Aufgaben die Wichtigkeit zur Übernahme, Durchführung und Umsetzung aus Sicht der Pflegefachkräfte und von Seiten der Hausärzte übereinstimmend als „sehr wichtig“ bis „wichtig“ bewertet wurden.

Die Aufgaben, in denen sich die Wichtigkeitseinschätzung zwischen Pflegefachkräften und Hausärzten unterscheidet, umfassen insgesamt neun Tätigkeiten. Dabei stammen vier aus dem ersten Tätigkeitsbereich „Versorgungsplan“, alle drei Aufgaben des zweiten Aufgabengebietes „Fallbesprechungen“ und jeweils eine Aufgaben aus den beiden Aufgabenbereichen „Kommunikation zum einzelnen Patientenfall in Abhängigkeit vom jeweiligen Stadium der Erkrankung“ und „individuelle Beratung und Hilfestellung des Demenzpatienten und seiner pflegenden Angehörigen“. Die signifikanten Einschätzungsunterschiede in der Wichtigkeit der Aufgaben sind jedoch stets graduell und niemals im Sinne eines diametralen „sehr wichtig“ zu „unwichtig“.

Die pflegenden Angehörigen wurden zu den fünf übergeordneten Aufgabenbereichen befragt. Sie geben an, dass sie die (1) Erstellung und Umsetzung eines Versorgungsplans für den Demenzpatienten und die (2) Fallbesprechungen zum Patienten für „wichtig“ erachten und die (3) Kommunikation zwischen den einzelnen Berufsgruppen, die den Demenzpatienten versorgen, die (4) kontinuierliche Abstimmung zum individuellen Patientenfall und die (5) individuelle Beratung und Hilfestellung des Demenzpatienten und ihrer pflegenden Angehörigen als „sehr wichtige“ Tätigkeiten eines Dementia Care Managers einschätzen.

Daraus lässt sich schlussfolgern, dass die hier beschriebenen Aufgaben und Tätigkeiten eines Dementia Care Managers von allen befragten Akteursgruppen als wichtig und sinnvoll erachtet werden und dass das hier analysierte Aufgabenfeld somit in das Konzept zum Dementia Care Management aufgenommen werden kann.

Im Kontext der neun Tätigkeiten, in denen sich die Vorstellungen bei den Pflegefachkräften und Hausärzten unterscheiden, gilt es im Rahmen des praktischen Einsatzes der Dementia Care Manager zu überprüfen, inwieweit die Durchführung derartiger Aufgaben sinnvoll erscheint. In Bezug auf die Schwerpunktsetzung der Tätigkeit hin zum Management bzw. der Koordination des Patientenfalls versus einer pflegerischen Tätigkeit mit und am Patienten sind sich die beiden befragte Zielgruppen Pflegefachkräfte und Hausärzte zu über drei Viertel (77,9% Pflegefachkräfte) bzw. über zwei Drittel (67,7% Hausärzte) einig, dass die Pflegefachkraft sowohl den Patientenfall managen sollte, aber auch pflegerische Aufgaben zum Arbeitsfeld des Dementia Care Managers gehören sollen. Aus den mehrheitlichen Antworten ergeben sich Hinweise auf eine mögliche praktische Implementierung des Dementia Care Managers in die Regelversorgung. So könnte der Dementia Care Manager in einem ambulanten Pflegedienst tätig werden. Die Pflegefachkräfte könnten dann ihre Arbeit in der Häuslichkeit des Patienten mit den Besuchen als Dementia Care Manager in Personalunion verbinden.

Gleichzeitig würden 22,6% der Hausärzte die Aufgaben des Dementia Care Managers primär im Management des Patientenfalls sehen. Damit wird dem Dementia Care Management Ansatz insofern Rechnung getragen, dass die Tätigkeit über den rein pflegerischen Versorgungsansatz hinausgeht und die Koordination der weiteren Versorgung und Betreuung der Patienten mit Demenz sowie deren pflegender Angehörige in enger Abstimmung mit dem Hausarzt einschließt. [61] Insofern kann den 11,7% der Pflegefachkräfte, die der Meinung sind, ein Dementia Care Manager sollte ausschließlich pflegerische Tätigkeiten übernehmen, nicht entsprochen werden. Das Dementia Care Management Konzept zielt darauf ab, subsidiär bestehende Versorgungsstrukturen zu nutzen und keine Doppelstrukturen zu entwickeln, die aus einer rein pflegerischen Tätigkeit des Dementia Care Managers resultieren würden. [61]

Nahezu 60% der befragten Hausärzte geben an, dass sie die pflegerische Profession für geeignet halten, die Aufgaben im Dementia Care Management zu übernehmen. Gleichzeitig sagen 29,0% und 9,7% der Hausärzte, dass sie dem lediglich mit einem „teils/teils“ bzw. „eher weniger geeignet“ zustimmen. Welche Professionen aus Sicht dieser Hausärzte sinnvoller erscheinen, um die Aufgaben im Dementia Care Management zu übernehmen, bleibt unklar. Denkbar wäre einerseits die Berufsgruppe der Sozialarbeiter/-pädagoginnen, die bereits in der derzeiti-

gen Demenzversorgung Teilaufgaben in der sozialen Beratung und Betreuung übernehmen. Andererseits stellen die Medizinischen Fachangestellten (MFA) bzw. Arzthelferinnen auf Grund der organisatorischen Nähe zum niedergelassenen Hausarzt eine weitere mögliche Berufsgruppe für die Übernahme der Aufgaben des Dementia Care Managers dar.

Aus dem hier spezifizierten Aufgabenfeld des Dementia Care Managers ergeben sich notwendige Kompetenzen, die eine Pflegefachkraft aufweisen sollte, um eine qualitätsgesicherte Durchführung und Umsetzung dieser Tätigkeiten zu gewährleisten. Der Abgleich mit den Lerninhalten der Primärqualifikationen Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Altenpflege ergab einen Qualifizierungsbedarf auf Seiten der Pflegefachkraft. Die dazu beispielhaft analysierten Ausbildungsinhalte in den beiden Bereichen Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Altenpflege aus der beruflichen Schule am Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum Neubrandenburg zeigen, dass in der theoretischen Ausbildung die Thematik Demenz noch zu wenig gelehrt wird. Die unterrichtete Stundenanzahl beläuft sich auf 20 Stunden in beiden Ausbildungsgängen. Die vorliegende Studie zeigt, dass eine berufliche Weiterbildung der Pflegefachkräfte erforderlich ist. Weiterqualifizierung ist dabei als Fortsetzung oder Wiederaufnahme organisierten Lernens nach Abschluss einer verschiedenartig ausgedehnten ersten Bildungsphase definiert. [23,24,132] Berufliche Weiterbildungen werden primär in berufliche Fortbildungen (Anpassungs- und Aufstiegsfortbildung) und berufliche Umschulungen unterschieden. Während eine Anpassungsfortbildung dazu dient, eine berufliche Qualifikation zu erhalten, zu erweitern und der technischen Entwicklung anzupassen, zielt eine Aufstiegsfortbildung auf die Erweiterung der Qualifikation ab, die darüber hinaus eine mehrjährige Berufserfahrung voraussetzt und häufig durch Regelungen der einzelnen Bundesländer, des Bundes oder der Kammern festgelegt wird. [24] Für die Qualifizierung zum Dementia Care Manager ist es im Rahmen der DelpHi-MV Studie geplant, eine Weiterbildung in Form einer Aufstiegsfortbildung in die Regelversorgung zu etablieren.

Die befragten Pflegefachkräfte (79,3%), Hausärzte (90,3%) und pflegenden Angehörige (63,3%) sehen für die Pflegefachkraft, die als Dementia Care Manager tätig werden will, ebenfalls einen Qualifizierungsbedarf. Im Rahmen der Qualifizierung sollten vor allem Themen im Bereich Grundlagen, Medizin, Pflege,

Kommunikation und Beratung sowie der netzwerkbezogenen Demenzversorgung geschult werden.

Auf Basis der Ergebnisse zur Einschätzung der Wichtigkeit einzelner Schulungsinhalte im Kontext der fünf beschriebenen Oberthemen kann zusammenfassend dargestellt werden, dass insbesondere die medizinischen Aspekte der Versorgung, Prävention und Gesundheitsförderung, aber auch die Fallarbeit sowie die Kommunikation und Beratung als „sehr wichtige“ Schulungsthemen betrachtet werden, um letztlich einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungs- und Unterstützungssituation von Patienten mit Demenz und deren pflegenden Angehörigen zu erzielen. Für die Einschätzung der Wichtigkeit ergaben sich für 22 der insgesamt 28 Schulungsthemen keine signifikanten Unterschiede in der Bewertung zwischen Pflegefachkräften und Hausärzten. Die sechs Qualifizierungsthemen mit bestehenden Unterschieden betreffen zwei Themen aus dem Oberthema „Grundlagen der Versorgung von Demenzpatienten“ (das deutsche Gesundheitssystem, Prävention und Gesundheitsförderung) zwei Schulungsinhalte aus dem Oberthema „Medizinische Aspekte der Demenz“ (Pharmakologie und Neurologie) sowie die Qualifizierungsthemen „Assessment- und Dokumentationssysteme“ als auch „Fallbesprechungen“ aus dem Oberthema „Netzwerkbezogene Demenzversorgung“. Zwei Schulungsthemen (das deutsche Gesundheitssystem sowie Assessment- und Dokumentationssysteme) werden von den Pflegefachkräften als „wichtige“ Qualifizierungsinhalte eingeschätzt, während die Hausärzte diese Inhalte als „eher wichtig“ betrachten. Fallbesprechungen bewerten die Pflegefachkräfte als „sehr wichtig“, die Hausärzte als „wichtig“. Die verbleibenden drei Schulungsthemen (Prävention und Gesundheitsförderung, Pharmakologie und Neurologie) sehen beide befragten Zielgruppen als „wichtig“ an, jedoch resultieren signifikante Unterschiede aus der gleichzeitigen hohen Bewertung dieser Lerninhalte in der Antwortkategorie „eher wichtig“ durch die Hausärzte.

Die adäquate Zuordnung von Schulungsinhalten zu den fünf Oberthemen wird für die vier Oberthemen (1) Medizin der Demenz, (2) Pflege bei Demenz, (3) Kommunikation und Beratung und (4) Netzwerkbezogene Demenzversorgung nach Ansicht der Pflegefachkräfte und Hausärzte realisiert. Lediglich im Oberthema „Grundlagen der Demenzversorgung“ sind die Hausärzte im Gegensatz zu den professionell Pflegenden der Auffassung, dass die Qualifizierungsinhalte „Management im Gesundheitswesen“, „Betriebswirtschaftslehre und Abrechnung im

ambulanten Versorgungssektor“, „Gesundheitsförderung und Prävention“ sowie „Recht“ im Rahmen eines anderen Oberthemas gelehrt werden sollten. Für die Entwicklung des Lehrplanes zum Dementia Care Management sollte demzufolge bei der strukturellen Gestaltung der Qualifizierungsinhalte zu den Oberthemen berücksichtigt werden, die Inhalte „Management im Gesundheitswesen“, „Betriebswirtschaftslehre und Abrechnung im ambulanten Versorgungssektor“ in einem neuen Oberthema zu vereinen, während die Schulungsinhalte „Gesundheitsförderung und Prävention“ sowie „Recht“ dem Oberthema „Grundlagen der Demenzversorgung“ zuzuordnen wären.

Resümierend kann mit den Resultaten dieser Arbeit eine erste Version des Aufgaben- und Tätigkeitsfeldes eines Dementia Care Managers sowie darauf aufbauend die Qualifizierungsinhalte für die Weiterbildung im Dementia Care Management identifiziert werden.

7.2 Stärken und Limitationen der Arbeit

Zur Bearbeitung der Fragestellung erfolgte die Befragung von drei Zielgruppen: Pflegefachkräfte, Hausärzte und pflegende Angehörige. Die in die Analyse eingeschlossenen Pflegefachkräfte sind zum überwiegenden Anteil (82,1%) in ambulanten Pflegeeinrichtungen einer privaten Trägerschaft tätig. Laut der Pflegestatistik 2009, die im Februar 2011 erschienen ist, waren im Dezember 2009 62,0% der ambulanten Pflegeeinrichtungen in privater Trägerschaft, gefolgt von ambulanten Pflegeeinrichtungen in frei-gemeinnütziger Trägerschaft (37,0%) und denjenigen in öffentlicher Hand (2,0%). [170] Die in der Befragung unter der Kategorie religiöse Trägerschaft und frei-gemeinnützige Trägerschaft geführten ambulanten Pflegedienste werden dabei in der Pflegestatistik unter einer gemeinsamen Kategorie als „frei-gemeinnützig“ zusammengefasst. [170] Die Bezeichnung ambulante Einrichtung in öffentlicher Hand ist mit der Kategorie kommunale Trägerschaft in der vorliegenden Befragung gleichzusetzen. [170] Die ambulanten Einrichtungen in religiöser und frei-gemeinnütziger Trägerschaft machen in der Erhebung einen Anteil von insgesamt 8,1% aus und die der öffentlichen ambulanten Pflegeeinrichtungen 0,7%. Damit sind in der ambulanten Versorgung vornehmlich Pflegeeinrichtungen in privater Trägerschaft tätig. Dies spiegelt die vorliegende Arbeit ebenfalls wieder. Jedoch übersteigt innerhalb der befragten Personen der Anteil der Pflegefachkräfte, die in privater Trägerschaft arbeiten, den real existierenden Anteil von rund 20,0%. Um einen möglichen Selektions-Bias ausschließen zu können, erfolgte beispielhaft die Überprüfung der Wichtigkeitseinschätzung von Aufgaben des Dementia Care Managers zwischen Pflegefachkräften, die in privater Trägerschaft arbeiten und Pflegefachkräften, die in frei-gemeinnütziger Trägerschaft tätig sind. Die Ergebnisse zeigen keine Unterschiede im Median der Antworten zur Beurteilung der Wichtigkeit der ausgewählten Aufgaben im Sinne von „sehr wichtig“ zu „unwichtig“ (Anhang 10). Somit ist kein erheblicher Selektions Bias der Ergebnisse zu vermuten. [130]

In jüngerer Zeit sind Entwicklungen in der Forschungslandschaft zu beobachten, die eine traditionelle, strikte Trennung zwischen qualitativer und quantitativer Forschung überwinden. [17] Diese integrativen Ansätze (Mixed Methodology Ansätze) nutzen die Tatsache, dass qualitative und quantitative Methoden sich einander komplementär verhalten. [74] Die qualitativen Forschungsmethoden stehen dabei vor allem am Beginn von Forschungsfragen im Fokus, während

quantitative Methoden und statistische Analysen in späteren Phasen des Forschungsprojektes zur Klärung und Interpretation herangezogen werden. [74,142] Im Kontext dieser Dissertationsarbeit erfolgte die Anwendung von qualitativen und quantitativen Forschungsmethoden, um mit Hilfe der qualitativen Ergebnisse aus den Interviews und der Literaturrecherche das Aufgabenfeld, die Qualifizierungsinhalte und ausgewählte Aspekte der Versorgung im Dementia Care Management identifizieren zu können, während die quantitative Befragung darauf abzielte, eine Wichtigkeitseinschätzung für das Aufgabenfeld und die Qualifizierungsinhalte vorzunehmen. Die eingesetzte Methodik erwies sich als sinnvoll und praktikabel. In Bezug auf die drei Ergebnisdimensionen kam eine Datentriangulation zum Einsatz. Mit anderen Worten erfolgte die Bearbeitung der Fragestellung unter Einbeziehung unterschiedlicher Datenquellen, den Pflegefachkräften, Hausärzten und den pflegenden Angehörigen.

Ausgehend von den qualitativen Befragungen in den drei Zielgruppen und deren Auswertung mit der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring, konnten nach einer anschließenden Literaturrecherche zu bereits bestehenden Items insgesamt 27 mögliche Tätigkeiten des Dementia Care Managers und entsprechende Qualifizierungsinhalte für eine qualitätsgesicherte Durchführung identifiziert werden. Die geplante Identifikation der Aufgaben und Qualifizierungsinhalte konnte mittels der Interviews partiell realisiert werden. Zwar resultierten aus den Interviews einzelne Aufgaben und Qualifizierungsinhalte, jedoch konnten erst mit der durchgeführten Literaturrecherche die 27 Tätigkeiten und 28 Schulungsinhalte ermittelt werden. Bortz et al. befürworten im Rahmen einer Fragebogenkonstruktion die Literatur dahingehend zu überprüfen, ob bestehenden Fragebögen oder Items für die eigene Untersuchung geeignet sind. [17] In einem weiteren Arbeitsschritt erfolgte die Überführung der 27 möglichen Tätigkeiten sowie der identifizierten Items aus der Literaturrecherche in drei Erhebungsinstrumente. Nach Flick ist dieses Vorgehen eine von insgesamt vier existenten Varianten der Integration von qualitativen und quantitativen Erhebungsmethoden, indem subjektive Sichtweisen und Deutungsmuster aus Interviews anschließend als Items in eine standardisierte Befragung transformiert werden. [74]

Der gewählte Weg der Wichtigkeitseinschätzung des Aufgaben- und Tätigkeitsfeldes eines Dementia Care Managers erwies sich als praktikabel. Aus Sicht der Pflegefachkräfte, Hausärzte und pflegenden Angehörigen ist die große Mehrheit

der mittels qualitativer Methodik ermittelten Tätigkeiten als bedeutsam für das Arbeitsfeld des Dementia Care Managements zu betrachten. Unterschiedliche Vorstellungen zwischen Pflegefachkraft und Hausarzt bestehen, sind aber stets graduell und nirgends diametral. Die vorliegende Studie konnte jedoch wichtige weitere Fragen nicht zufriedenstellend klären. So blieb die erhoffte Identifizierung weiterer sinnvoller und notwendiger Aufgaben nach Auffassung der Zielgruppen weitgehend aus. Für die Implementierung des Dementia Care Management Konzeptes wäre die Identifikation von weiteren, möglichen Professionen zur Übernahme der Tätigkeiten im Dementia Care Management aus Sicht der Hausärzte hilfreich gewesen. Auch die Gründe zu erfassen, warum eine Untergruppe der Hausärzte Pflegefachkräfte nur für bedingt geeignet halten, die Rolle des Dementia Care Managers zu übernehmen, war nicht möglich.

In der Ergebnisdimension „Qualifizierung“ erfolgte zum einen die Identifizierung des Qualifizierungsbedarfes von Pflegefachkräften zur Übernahme von Aufgaben im Feld des Dementia Care Managements. Die Analyse erwies sich als partiell praktikabel. Der Ist- und Soll-Vergleich zwischen dem Anforderungsprofil des Dementia Care Managers und den bereits vorhandenen Kenntnissen und Fertigkeiten der Pflegefachkräfte ermöglicht die Identifikation des zusätzlichen Qualifizierungsbedarfes. Die Schwierigkeit besteht jedoch darin, den Umfang von grundlegendem Wissen wie bspw. das empathische Verhalten gegenüber einem Patienten und seinen Angehörigen, zu quantifizieren. Dieses stellt aber eine grundlegende Kompetenz für das pflegerische Handeln im Kontext des Dementia Care Managements dar. Unklar ist ferner, ob alle Lerninhalte, die Rahmen der Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Altenpflege vermittelt werden, tatsächlich aktiv verfügbar bei jeder Pflegefachkraft sind. Wo dies nicht der Fall ist, besteht ggf. ein weiterer Schulungsbedarf.

Die in der Befragung einzuschätzende Wichtigkeit einzelner Qualifizierungsinhalte erwies sich als sinnvoll. In diesem Zusammenhang ist jedoch zu bemerken, dass die Anzahl der fehlenden Werte bei den Pflegefachkräften mit 16% bis über 30% hoch war. Diese Situation ist auf die Tatsache zurück zu führen, dass die Fragebögen insgesamt jeweils fünf Dimensionen umfassen und folglich einige Pflegefachkräfte auf Grund von Ermüdung oder Erschöpfung diese Items nicht mehr beantwortet haben. Für einen Überblick waren jedoch alle aufgenommen Items

erforderlich, auch wenn für die Bearbeitung der Fragestellung im Kontext dieser Arbeit lediglich drei Dimensionen einbezogen wurden.

Die in der Ergebnisdimension „Versorgungs- und Unterstützungssituation“ eingesetzten Items führten zu verwertbaren Daten, auf deren Basis weitere Qualifizierungsinhalte identifiziert bzw. spezifiziert werden konnten. Dabei erwies sich die Beratung und Schulung des Patienten mit Demenz und seiner Angehörigen als besonders bedeutsam, genau wie die Kommunikation im Rahmen einer netzwerkbezogenen Demenzversorgung.

Insgesamt lässt sich für alle drei Ergebnisdimensionen feststellen, dass die Daten verschiedenen Limitationen unterliegen. Eine Limitation betrifft die geringe Grundgesamtheit der befragten Gruppe von Hausärzten, Pflegefachkräften und pflegenden Angehörigen. Die Rekrutierungsmethode für die Hausärzte in der vorliegenden Studie resultierte aus einer langjährig bestehenden Kooperation zwischen den niedergelassenen Hausärzten und der Universitätsmedizin Greifswald sowie dem Institut für Community Medicine. Insgesamt waren 55 Hausärzte zum Zeitpunkt der Erhebung als akademische Lehrärzte am Institut für Community Medicine tätig, wovon sich 49 für die Teilnahme an der Befragung bereit erklärten. Dies entspricht 4,5% der im Jahr 2009 insgesamt im Land Mecklenburg-Vorpommern niedergelassenen Hausärzte. [127] Schlussfolgernd konnte einerseits lediglich ein geringer Anteil der Hausärzte in Mecklenburg-Vorpommern für die Untersuchung erreicht werden. Andererseits war davon auszugehen, dass die Beteiligung der erreichten Hausärzte an der Befragung hoch ausfallen würde, was sich mit einer Response von 63,2% bestätigte.

Um eine Vielzahl der Pflegefachkräfte aus M-V für die Befragung zu gewinnen, erfolgte zum einen die Rekrutierung bei frei-gemeinnützigen Trägern auf Landesebene und zum anderen telefonisch bei ambulanten Einrichtungen in privater Trägerschaft (siehe Kapitel 5.5.2). Von den 857 Pflegefachkräften, die einer Teilnahme an der Befragung zustimmten, haben sich 145 aktiv an der Befragung beteiligt. Das macht einen Anteil von 2,3% der im Jahr 2009 insgesamt 4.610 in den ambulanten Einrichtungen tätigen Pflegekräfte aus. [169] Diese geringe Beteiligung ist auf die Tatsache zurückzuführen, dass Pflegefachkräfte einem hohen Arbeitspensum sowie damit verbundenen Belastungen ausgesetzt sind. Grundsätzlich sind Pflegefachkräfte an Forschungsvorhaben interessiert. Jedoch fehlen

ihnen die Zeit und die Motivation, um derartige Vorhaben aktiv mitzugestalten und zu begleiten.

Für den Einschluss von pflegenden Angehörigen als dritte Zielgruppe der Erhebung existierte lediglich der Rekrutierungsweg über die Hausärzte bzw. über beteiligte ambulante pflegerische Einrichtungen. Andere Zugangsoptionen bestanden unter anderem aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht.

Die gewählten Rekrutierungswege der drei Zielgruppen für die Studie lassen Selektionseffekte vermuten. Daher ist die Verallgemeinerbarkeit der getroffenen Aussagen beschränkt.

Bei den hier entwickelten Erhebungsinstrumenten handelte es sich um pregetestete und in der Praxis praktikable Instrumente. Zur Erreichung von ausgereiften Instrumenten wäre jedoch ein weiterer Praxiseinsatz sinnvoll gewesen, der im Rahmen dieser Erhebung zeitlich nicht möglich war. Auch die nochmalige qualitative Überprüfung der quantitativ erzielten Resultate könnte zur Sicherung der gewonnenen Erkenntnisse beitragen. Eine solche Analyse ist in der DelpHi-MV Studie geplant.

7.3 Einordnung der Arbeit in den Stand der Forschung und innovative Bereiche
Auf Grund der bestehenden Prävalenzen von Demenzerkrankungen und mit Blick auf die künftig zu erwartenden Entwicklungen einschließlich des steigenden Unterstützungsbedarfes von pflegenden Angehörigen gewinnt die Forschung zur Demenzversorgung zunehmend an Bedeutung. Forschungsschwerpunkte sind dabei unter anderem die Früherkennung der Erkrankung, die Verbesserung der Diagnostik und die Verbesserung der Versorgung durch die Entwicklung neuer, innovativer Versorgungskonzepte.

So zielt die „Leipziger Langzeitstudie in der Altenbevölkerung (LEILA 75+ Studie) darauf ab, Diagnosemöglichkeiten für frühe Stadien der Alzheimererkrankung zu verbessern. Im Zeitraum von Frühjahr 1997 bis Ende 2006 wurden dazu Senioren über 75 Jahre untersucht, um Informationen über die Verbreitung, den Verlauf sowie die Risikofaktoren von Demenzen zu erhalten. [30,42,139] Riedel-Heller et al. wiesen dabei nach, dass innerhalb von zweieinhalb Jahren 25 bis 50 Prozent der Personen, die leichte kognitive Defizite aufweisen, an einer Demenz erkranken. [29,138] Für die Qualifizierung zum Dementia Care Management bedeutet dies, dass in der Schulung die Abgrenzung einer Demenzerkrankung zu leichten kognitiven Einschränkungen (Mild Cognitive Impairment MCI), entsprechende Screeninginstrumente und der Übergang in eine Demenz thematisiert werden sollten.

Die Studie „Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in Privathaushalten“ (MUG III, 1991 bis 2002) liefert Erkenntnisse zu erforderlichen Rahmenbedingungen bezüglich der Aufrechterhaltung einer möglichst selbstständigen Lebensführung in Privathaushalten von älteren Menschen, die auf Hilfe angewiesen sind. Hauptziel der Untersuchung ist die Gewinnung eines repräsentativen Bildes zur Lebenssituation von demenziell Betroffenen und deren Pflegepersonen. [32] Man fand heraus, dass je belasteter eine Pflegeperson sich fühlt, desto instabiler ist das Pflegearrangement. Die Belastung von pflegenden Angehörigen wird dabei insbesondere durch das Vorliegen spezieller demenzieller Symptome verursacht, den so genannten nicht-kognitiven Symptomen wie z.B. Apathie oder Schlafstörungen. [32] Die wahrgenommene Unterstützung im Umfeld wirkt sich im Gegensatz dazu belastungsmindernd aus, genau wie eine positive Einstellung gegenüber der Pflege des an Demenz erkrankten Angehörigen. [65]

Die Langzeitstudie zur Belastung pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten (LEANDER, August 2001 bis Juli 2005) ist ein weiteres Beispiel für die Erforschung der Belastung pflegender Angehöriger im Kontext einer Demenzerkrankung und zielt auf die Verbesserung der Qualitätssicherung in der Altenhilfe ab. Dazu wurde in der ersten Projektphase ein Instrument zur Messung von Belastungen und der Wirksamkeit von Entlastungsangeboten entwickelt. [189,190,191,193] In der zweiten Phase erfolgte die Messung der Belastung von pflegenden Angehörigen demenziell Erkrankter über fünf Messzeitpunkte [190,193], während in der dritten Projektphase (LEANDER III) die Fragestellung nach Prädiktoren der Morbidität und Mortalität der Demenzkranken und der Angehörigen im Fokus stand. [194]

Die Belastung der pflegenden Angehörigen demenziell Erkrankter sowie die Wichtigkeit spezifischer Unterstützungsoptionen stellen ebenfalls einen wichtigen Bestandteil der vorliegenden Untersuchung dar. Da pflegende Angehörige die wichtigste laientätige Ressource in der Demenzversorgung sind, zielt das Dementia Care Management darauf ab, das pflegende Umfeld adäquat und bedarfsgerecht mit einer Pflegefachkraft als Dementia Care Manager zu unterstützen und zu entlasten. [61] Daher stellt die Schulung der Pflegefachkräfte für die Entlastung der pflegenden Angehörigen einen wichtigen Inhalt der Dementia Care Management Qualifizierung dar. Die vorliegenden Ergebnisse aus MUG III und LEANDER können somit Hinweise für die Spezifizierung der inhaltlichen Ausgestaltung im Dementia Care Management Curriculum liefern.

Im Rahmen des Projektes „Identifizierung bzw. Entwicklung von Instrumenten zur Erfassung von Lebensqualität gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen in stationären Einrichtungen der Altenhilfe“ (H.I.L.D.E, Juni 2003 bis Mai 2006) sollte ein Instrument zur Erfassung der Lebensqualität demenzkranker Heimbewohner entwickelt werden. [105] Das H.I.L.D.E Projekt ging bei seinen Aktivitäten von der Annahme aus, dass die differenzierte Erfassung der Ressourcen von Demenzkranken eine bedeutende Grundlage für Optionen gezielter Einflussnahme darstellt. Bei demenziell Erkrankten besteht die Gefahr, die noch vorhandenen Ressourcen zu unterschätzen. Dabei zeigt die Forschungsarbeit, dass demenziell Erkrankte in der Lage sind, auch im fortgeschrittenen Krankheitsstadium emotional differenziert auf Situationen zu reagieren. [32]

In der Schulung zum Dementia Care Manager ist es daher wichtig, die Pflegefachkräfte dazu zu befähigen, vorhandene Ressourcen des Patienten mit Demenz erkennen zu können bzw. Methodiken zu lehren, die es ermöglichen, die noch vorhandenen Ressourcen im Versorgungsprozess mit einzubeziehen. Dies ist unter dem Schulungsthema „aktivierende Pflege“ gefasst.

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) hat eine umfassende Literaturanalyse zur Thematik „Nichtmedikamentöse Behandlung der Alzheimer Demenz“ mit dem Ziel durchgeführt, den langfristigen Nutzen von nichtmedikamentösen Therapien bei Alzheimer Demenz im Vergleich zu einem Vorgehen ohne Behandlung, einer nichtmedikamentösen Scheinbehandlung, einer anderen nichtmedikamentösen Behandlung oder einer Behandlung mit einem in Deutschland zugelassenen und verfügbaren Arzneimittel nachzuweisen. [106,107] Nichtmedikamentöse Ansätze sind in der Regel auf die Verzögerung der Progression bzw. der primär symptomatischen Therapie ausgerichtet. In die Literaturrecherche wurden dabei ausschließlich randomisierte kontrollierte Studien in die Nutzenbewertung miteinbezogen, so dass daraus resultierend 33 Studien in die Auswertung einfließen. Für einzelne nichtmedikamentöse Behandlungsstrategien konnten so Hinweise für einen Nutzen festgestellt werden. [106,107] So scheint der Ansatz des Angehörigentrainings positive Auswirkungen in Relation zur Hinauszögerung der Institutionalisierung des Patienten mit Demenz zu haben.

Die Hinauszögerung einer Institutionalisierung ist ein primäres Ziel im Rahmen des Dementia Care Managements. Der wissenschaftliche Nachweis, dass Angehörigentrainings z.B. durch Schulung und Beratung des pflegenden Umfeldes die Institutionalisierung verhindern können, belegt die Wichtigkeit der vorgesehenen Schulung der Pflegefachkräfte zu diesem Qualifizierungsinhalt.

Im Rahmen der EDe Studie (Entlastungsprogramm bei Demenz, Mai 2006 bis April 2009) erfolgte eine Optimierung der Unterstützung von Demenzkranken und deren pflegenden Angehörigen, wobei pflegepräventive Ansätze besondere Berücksichtigung fanden. [182] Dazu wurden so genannte Gesundheitsberater zum Einsatz gebracht, die unter anderem die demenziell Erkrankten sowie deren pflegenden Angehörigen in der Häuslichkeit beraten und schulen. Die Aufgaben des Gesundheitsberaters wurden durch Pflegefachkräfte übernommen, die ausgehend von ihrer Primärqualifikation der Gesundheits- und Krankenpflege für die

spezifischen Tätigkeiten fortgebildet wurden. Die Fortbildung umfasst dabei insgesamt 366 Stunden. Das Fallmanagement ist als primäres Tätigkeitsfeld der Gesundheitsberater anzusehen, so dass daraus resultierend das Qualifizierungskonzept die Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Care and Case Management (DGCC) zur Weiterbildung im Bereich des Case Managements berücksichtigt. Das praktische Handlungsfeld der Gesundheitsberater lässt sich wie folgt in drei Bereiche zusammenfassen:

- Bedarfseinschätzung und Hilfeplanung
- Beratungsintervention und Schulung
- Vermittlung und Koordination von Hilfen. [182]

Die Thematik Fallarbeit stellt für das Dementia Care Management Curriculum ebenfalls einen wichtigen Schulungsinhalt dar. Die EDe Studie bestätigt die Ergebnisse zur Wichtigkeitseinschätzung im Rahmen der vorliegenden Erhebung. Unklar bleibt für die EDe Untersuchung warum die dort eingesetzten Pflegefachkräfte ausschließlich für das Case Management qualifiziert wurden. Ob eine Evaluation zur bedarfsgerechten Qualifizierung auf Basis der durchgeführten Aufgaben erfolgte, wird ebenfalls nicht erwähnt. Dies ist für das Dementia Care Management im Rahmen der DelpHi-MV Studie vorgesehen.

Das Projekt zur umfassenden Versorgung von Demenzkranken und deren pflegenden Angehörigen (PRO DEM, Januar 1999 bis Dezember 2001) zielt auf die Vernetzung der in der Region bereits existierenden sowie den Aufbau neuer Versorgungsangebote ab. [118] Zu Beginn des Projektes wurde eine Befragung zur Belastungssituation und dem Unterstützungsbedarf pflegender Angehöriger durchgeführt, um darauf basierend die Aktivitäten von PRO DEM auf die Bedürfnisse der Betroffenen abzustimmen.

Nach der ärztlichen Diagnostik zur Demenzerkrankung, die in der Hausarztpraxis erfolgte, wurden die Patienten und deren Pflegepersonen über das PRO DEM Projekt informiert und nach dem Interesse an einer Beteiligung gefragt. Bei einer positiven Rückmeldung nahmen die Projektkoordinatoren (insgesamt zwei: eine Pflegefachkraft und eine Diplomsozialarbeiterin) telefonischen Kontakt zu den pflegenden Angehörigen auf, um einen Termin für einen Hausbesuch zu vereinbaren. [118]

Im Rahmen des Erstgespräches erfolgte die Einschätzung der gesundheitlichen Situation des Patienten mit Demenz und seiner Pflegeperson als auch der Erhebung des individuellen Hilfebedarfes. Anschließend erfolgten eine individuelle Beratung und die Information über Hilfsangebote in der Region, sofern dies erforderlich war. Auch unterstützten die Projektkoordinatoren sowohl die Betroffenen selbst, als auch die pflegenden Angehörigen bei der Kontaktaufnahme zu Hilfsangeboten, insbesondere den Zugang zu Patienten- und Angehörigengruppen sowie zu ehrenamtlicher Betreuung. Auf Basis der Ergebnisse aus dem Erstkontakt wurden je nach Bedarf weitere Hausbesuche bzw. telefonische Kontakte vereinbart. Intensivere Kontakte zu den beiden Projektkoordinatorinnen entstanden vor allem in plötzlich auftretenden Krisensituationen. [118,120]

Die PRODEM Studie weist Parallelen zu DelpHi-MV auf. Die speziell weitergebildeten Pflegefachkräfte in DelpHi-MV sollen analog der PRODEM Studie nach einem ärztlichen Screening Test und dem Einverständnis des Patienten ebenfalls einen telefonischen Kontakt zum Patienten und zum pflegenden Angehörigen aufnehmen. Im ersten Hausbesuch erfolgt eine Einschätzung des Gesundheitszustandes des Patienten und des pflegenden Angehörigen einschließlich bestehender Ressourcen und Bedarfe. [61] Die Dementia Care Manager sollen durch die Qualifizierung soweit befähigt werden, auf Basis der Ergebnisse aus den Erhebungen im ersten Hausbesuch, Handlungsempfehlungen für den Hausarzt abzuleiten und in enger Kooperation mit diesem den weiteren Versorgungsprozess koordinieren und umsetzen. In diesem Vorgehen besteht ein Unterschied zum PRODEM Projekt. Zum einen wird nicht ersichtlich, ob die eingesetzten Pflegefachkräfte in diesem Projektrahmen eine Schulung erhalten haben. Des Weiteren führen die Pflegefachkräfte in PRODEM zwar Hausbesuche bzw. Telefonate durch, jedoch ist unklar, was im Detail durch die Pflegefachkraft an Intervention erfolgt, abgesehen von der Vermittlung zu weiteren Hilfsangeboten.

Die Initiative Demenzversorgung in der Allgemeinmedizin (IDA Studie, Juni 2005 bis Februar 2009) wurde mit dem Ziel durchgeführt, Patienten mit Demenz, die in der häuslichen Umgebung versorgt werden, mehr Lebensqualität zu bieten und die ambulante Versorgung so lange wie möglich aufrechtzuerhalten [43,94,95,96] Die wissenschaftliche Leitung der Studie übernahmen für den medizinischen Bereich die Psychiatrischen und Psychotherapeutischen Kliniken der Universität Erlangen und für den gesundheitsökonomische Bereich das Institut für

Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen am GSF Forschungszentrum Neuherberg. [85] In drei Studienarmen erfolgte in einer cluster-randomisierten Untersuchung ein Vergleich der Routineversorgung mit zwei unterschiedlich intensiven Unterstützungsangeboten. [134] Die Versorgung der Patienten mit Demenz in den drei Studienarmen gestaltete sich wie folgt: A: Betreuung durch den Hausarzt, B: Betreuung durch den Hausarzt, Vermittlung einer Angehörigengruppen und Vermittlung zur zugehenden Angehörigengruppen ab dem zweiten Studienjahr, C: Betreuung durch den Hausarzt, Vermittlung einer Angehörigengruppen und Vermittlung zur zugehenden Angehörigengruppen ab dem ersten Studienjahr. Im Rahmen der Studie wurde eine eigens entwickelte Schulung von Hausärzten erprobt sowie die Vermittlung zusätzlicher Entlastungsangebote unterstützt. Besonderheit des IDA-Konzeptes ist in der qualifiziert zugehenden Angehörigenberatung zu sehen, welche durch Pflegefachkräfte als IDA Berater erfolgt, die eng mit den Hausärzten und weiteren Anbietern von Unterstützungsangeboten zusammenarbeiten und daraus schlussfolgernd sowohl Case Management als auch Care Managementfunktionen übernimmt. [96,181] Das IDA-Projekt hat unter anderem gezeigt, dass die Nutzungsrate einer Angehörigenberatung durch die Vermittlung über den Hausarzt und den IDA-Berater bei pflegenden Angehörigen von Patienten mit leichter bis mittelschwerer Demenz gesteigert werden konnte und damit eine Steigerung in der Teilnahmerate für angeleitete Angehörigengruppen zu verzeichnen war. [96,181]

Aus diesen Ergebnissen der IDA-Studie können wichtige Hinweise für die inhaltliche Ausgestaltung des Dementia Care Management Curriculums und dem Schulungsthema „Beratung und Schulung der Demenzpatienten und derer pflegenden Angehörigen“ resultieren. Die Unterstützung und Entlastung der pflegenden Angehörigen stellen in DelpHi-MV einen wichtigen Aufgabenbereich des Dementia Care Managers dar. Dieser Aufgabenbereich zielt darauf ab, den pflegenden Angehörigen Handlungsempfehlungen für eine Erleichterung der Versorgung und Betreuung des demenziell Erkrankten z.B. durch Angehörigengruppen geben zu können.

Die Amerikaner Callahan und Boustani et al. haben im Zeitraum von Januar 2002 bis August 2004 in einer randomisierten kontrollierten Interventionsstudie die Effektivität einer interprofessionellen Versorgung von Patienten mit Demenz und deren pflegenden Angehörigen untersucht. [19,20, 21,22,36] Zur DelpHi-MV

Studie bestehen insofern Parallelen, dass die Patienten zunächst eine ärztliche Diagnostik erhalten und eine Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie vom demenziell Erkrankten und seinem Angehörigen eingeholt wird. Im weiteren Verlauf erfolgt in der Interventionsgruppe des amerikanischen Projektes die Versorgung in einem multiprofessionellen Team, wobei der Hausarzt und eine geriatrische Nurse Practitioner dieses Versorgungsteam leiten. Die Leitung des Versorgungsteams ist mit dem Hausarzt und dem Dementia Care Manager in DelpHi-MV vergleichbar. In einem Zeitraum von zwölf Monaten besucht in den USA die geriatrische Nurse Practitioner mindestens ein Mal im Monat, bei Bedarf auch häufiger, die Patienten mit Demenz und deren Angehörigen. [19,20,36] Im Rahmen dieser Besuche erfolgt die Überprüfung des Gesundheitszustandes des demenziell Betroffenen und der Unterstützungsbedarfe der pflegenden Angehörigen. [163] Bei bestehenden Problemen werden themenspezifische Handouts (sog. Protocols) an die pflegenden Angehörigen ausgegeben. Die Protokolle enthalten Hinweise zum Umgang mit dem Patienten mit Demenz sowie Entlastungshinweise für die pflegenden Angehörigen. Themen der Protokolle sind z.B. Schlafstörungen, Mobilität oder Halluzinationen. [36]

DelpHi-MV nutzt diese Protokolle im Rahmen der Intervention ebenfalls. Darüber hinaus erfolgt die Entwicklung von konkreten Handlungsempfehlungen und die Vermittlung von weiteren Versorgungs- und Betreuungsangeboten durch den Dementia Care Manager in enger Kooperation mit dem Hausarzt. Die spezielle Qualifizierung von Pflegefachkräften zum Dementia Care Manager stellt einen weiteren Unterschied zum US-amerikanischen Projekt dar. Jedoch können die Ergebnisse von Callahan und Boustani Ansatzpunkte für die Spezifizierung des Dementia Care Manager Aufgabenbereiches liefern.

Die durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderten Leuchtturmprojekte Demenz (2008 bis 2010) unterteilen sich in insgesamt vier Themenfelder: 1. Therapie- und Pflegemaßnahmen, 2. Evaluation von Versorgungsstrukturen, 3. Sicherung einer evidenzbasierten Versorgung, 4. Evaluation und Ausbau zielgruppengruppenspezifischer Qualifizierung. Im Rahmen des Themenfeldes vier wurden drei Projekte gefördert, unter anderem das Projekt „Qualifizierungsmaßnahmen zur Steigerung der Lebensqualität demenzkranker Menschen über eine Förderung der Kommunikation und Kooperation in der ambulanten Alten-

pflege (QUADEM) [34] Das QUADEM (2008-2010) Projekt zielt darauf ab, die Lebensqualität der Demenzkranken zu steigern und die pflegenden Angehörigen gleichzeitig zu entlasten. Dies soll einerseits durch Schulungen und individuelle Fallbesprechungen erreicht und andererseits durch den Ausbau von Strukturen der ehrenamtlichen Selbsthilfe unterstützt werden. [148] Das Projekt wurde im Raum Nordbaden und Südhessen durchgeführt. [148] Pflegefachkräfte fungieren in diesem Kontext als Bezugspfleger und leiten die individuellen Fallbesprechungen. Mit Blick auf eine nachhaltige Verstetigung dieses Versorgungsansatzes bietet das QUADEM Projekt die Schulung zum QUADEM Cotrainer an, die die Absolventen in die Lage versetzen sollen, Fallbesprechungen als Gruppenangebote auch nach Projektende selbstständig durchführen zu können. Der Schwerpunkt der QUADEM Cotrainer Schulung liegt dabei auf den beiden Themen „Kommunikation“ und „Koordination“. [149,150]

Fallbesprechungen mit dem Hausarzt, aber auch mit weiteren Professionen, stellt ebenfalls einen Aufgabenbereich des Dementia Care Managers in DelpHi-MV dar. Diese Thematik findet im Rahmen der Qualifizierung und dem Schulungsthema „netzwerkbezogene Demenzversorgung“ Berücksichtigung. Im Gegensatz zum QUADEM Cotrainer ist das Aufgabenfeld des Dementia Care Manager umfangreicher und auf die ganzheitliche Versorgung des Patienten sowie die Unterstützung der pflegenden Angehörigen ausgerichtet. Daher stellt die Schulung der Pflegefachkräfte zur Fallbesprechung lediglich einen Bestandteil der gesamten Qualifizierung dar.

Das Kompetenznetz Demenzen (Februar 2002 bis Januar 2007) ist ein bundesweiter Zusammenschluss von universitären Einrichtungen, um die Demenzerkrankung im Rahmen eines Forschungsverbundes zu untersuchen. Die Forschungsvorhaben des Kompetenznetzes gliedern sich dabei in drei Schwerpunkte: Früherkennung und Diagnostik (Modul E1), medikamentöse Therapiestudien und Früherkennung (Modul E2), genetische Präposition und hausärztliche Versorgung von Patienten mit leichten kognitiven Beeinträchtigungen und Demenzen (Modul E3). [122]

Ziel des Moduls Früherkennung und Diagnostik ist es, die Diagnostik früher Stadien von Demenzen zu verbessern. In der Folge sollen Voraussetzungen geschaffen werden, die eine möglichst frühzeitige Therapie ermöglichen, die idealerweise

bereits bei der Prävention beginnt. [123] Die Medikamentösen Therapiestudien haben einerseits die Identifikation von Risikoparametern zum Ziel und sollen andererseits die Entwicklung einer effizienten Pharmakotherapie inklusive der Anpassung an die verschiedenen Stadien von neurodegenerativen Erkrankungen unterstützen, um konsekutiv eine verlangsamte Progression der Erkrankungen zu erreichen. Zudem zielt dieser Forschungsschwerpunkt darauf ab, eine klinische Infrastruktur zur Durchführung von Forschungsprojekten zur Behandlung von Demenzerkrankungen zu etablieren. Die Prüfung der Vorhersagbarkeit verschiedener neuropsychologischer Testverfahren für das Auftreten einer Demenz ist das Ziel des dritten Forschungsschwerpunktes E3, wobei in dessen Rahmen Patienten aus Allgemeinpraxen untersucht werden. [124,125,126]

Die Ergebnisse aus dem Forschungsverbund Kompetenznetz Demenzen kann insbesondere für die Entwicklung spezifischer Schulungsinhalte im Dementia Care Management Curriculum und der Thematik „Demenzerkrankung“ nutzbar gemacht werden. So kann Wissen, basierend auf den neusten wissenschaftlichen Erkenntnissen in Bezug auf die Früherkennung, Diagnostik und Prävention im Rahmen der Dementia Care Management Qualifizierung, gelehrt werden.

Das Deutsche Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) wurde in 2009 gegründet und verfolgt einen integrierten Forschungsansatz, indem es Grundlagen- und klinische Forschung sowie Pflege- und Versorgungsforschung miteinander kombiniert. [48,49] Ziel des Zentrums ist die Erforschung der Ursachen und möglicher Präventionsansätze sowie Behandlungsoptionen von neurodegenerativen Erkrankungen. Entdeckungen, die in diesem Kontext erfolgen, sollen in die klinische Anwendung überführt werden und fortgeschrittene klinische Studien sowie Bevölkerungsstudien miteinander verbinden. [49,50] Das DNZE verfolgt folgende sieben Forschungsschwerpunkte:

1. Neue Krankheitsmechanismen aufklären und experimentelle Krankheitsmodelle entwickeln.
2. Das Gleichgewicht zwischen neuronalen Schäden und deren Reparatur erforschen.
3. Neue Risikofaktoren der Neurodegeneration identifizieren.
4. Die Rolle gemeinsamer Risikofaktoren wie Altern, Diabetes und Depression erforschen.

5. Klinisch relevante Biomarker identifizieren.
6. Die Gene für Prädispositionen in wichtige biochemische Stoffwechselwege einordnen.
7. Neue Strategien entwickeln, um die Pflege und Information von Familien und Pflegern zu verbessern. [50]

Diese Forschungsschwerpunkte werden an insgesamt acht Standorten im gesamten Bundesgebiet umgesetzt, wobei sich der Hauptstandort in Bonn befindet. Die weiteren Standorte sind: Dresden, Göttingen, Magdeburg, München, Rostock/Greifswald, Tübingen und Witten/Herdecke.

Am Standort Bonn und den dort angesiedelten Universitätskliniken für Neurologie und Psychiatrie erfolgt die Forschung auf dem Gebiet der Nervenverbindungen und der genetischen Medizin als auch der Epidemiologie neurodegenerativer Erkrankungen. In Köln wird das Forschungsgebiet durch die Erforschung der Parkinson Krankheit und die Entwicklung neuer Therapieformen ergänzt. [51] Erkenntnisse der Stammzell- und Plastizitätsforschung für die Prävention und Therapie neurogenerativer Erkrankungen nutzbar zu machen, ist das Ziel des Dresdener Standortes. Hier sollen biologisch fundierte Strategien zur Weckung körpereigener Potentiale für eine Kompensation und Regeneration entwickelt werden. [52] Der Standort Göttingen steht für die Expertise im Bereich der Neurowissenschaften. Dabei steht die Erforschung der Ursachen für psychiatrische und neurologische Erkrankungen (insbesondere Parkinson) im Fokus, um daraus schlussfolgernd neue Diagnose- und Therapieverfahren entwickeln zu können. Der DNZE Standort Magdeburg konzentriert sich auf die Erforschung von Systemperspektiven degenerativer Demenzen, während in München die größte Gedächtnissprechstunde in Deutschland existiert. Zudem werden in München Studien zur Epidemiologie und Risikofaktorenforschung über Diagnostik und Molekulargenetik bis hin zur Therapie durchgeführt. [53,54,55] Der Bereich der Grundlagenforschung in den Neurowissenschaften wird am Standort Tübingen umgesetzt und die Forschungen am Standort Witten fokussieren auf Fragen im Bereich der Gesundheitsversorgung. [57,58] Am achten Standort Rostock/Greifswald erfolgt, wie bereits im Kapitel 1.5.2 detailliert beschrieben, die Untersuchung der Auswirkungen des demographischen Wandels in Mecklenburg-Vorpommern als Modellregion und die Erfassung des demenzbedingten Bedarfes an medizinischer und pflege-

rischer Versorgung. [56] Darauf aufbauend werden neue Versorgungsnetzwerke entwickelt und umgesetzt sowie deren Wirksamkeit evaluiert. Ziel des Versorgungsnetzwerkes ist es, die Lebenssituation von Demenzkranken und deren Familien in Mecklenburg-Vorpommern zu verbessern und darüber hinaus Lösungsansätze für die demographisch bedingten Probleme auch für andere Regionen Deutschlands zu entwickeln. [56] Eine Option stellt die Qualifizierung und der Einsatz von Pflegefachkräften nach dem Konzept des Dementia Care Managements dar, welches am Teilstandort Greifswald entwickelt und evaluiert wird und damit der zentrale Bestandteil der Arbeit am Greifswalder Standort ist. Dieses Vorhaben resultiert aus der derzeitig bestehenden Aus- und Weiterbildungssituation, die sich in Deutschland in Bezug auf Demenz dadurch kennzeichnet, dass bereits im Rahmen der Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Altenpflege die Thematik Demenz zunehmend an Bedeutung gewinnt und auch durch die Vielzahl der bereits bestehenden Fort- und Weiterbildungsoptionen Teilaspekte der Versorgung von Patienten mit Demenz sowie der Unterstützung pflegender Angehöriger abgedeckt werden kann. Es fehlt jedoch bislang an einer Qualifizierung, die auf das spezifische Aufgabenfeld der ambulanten, netzwerkbezogenen Demenzversorgung fokussiert und damit einerseits auf die Erweiterung der fachlichen Fähigkeiten von Pflegefachkräften im Hinblick auf die ambulante Demenzversorgung und Angehörigenentlastung abzielt und andererseits die transparente und abgestimmte Zusammenarbeit von allen am Netzwerk beteiligten Akteuren berücksichtigt. [61] Daher wurde mit Hilfe der vorliegenden Dissertationsarbeit zunächst das Aufgaben- und Tätigkeitsfeld und Qualifizierungsinhalte eines Dementia Care Managers identifiziert und darauf basierend im Kontext der DelpHi-MV Studie ein Lehrplan entwickelt. Anschließend erfolgt der praktische Einsatz der Pflegefachkräfte als Dementia Care Manager in der ambulanten, netzwerkbezogenen Demenzversorgung, wobei der gesamte Prozess der theoretischen Qualifizierung und praktischen Tätigkeit im Arbeitsfeld des Betreuungsmanagement begleitend evaluiert wird. Basierend auf den Evaluationsergebnissen und den Erfahrungen im praktischen Einsatzfeld erfolgt daran anschließend eine Revision des Aufgabenfeldes und der Qualifizierung.

Der Einsatz von Pflegefachkräften im Kontext der Demenzversorgung erfolgt wie bereits beschrieben auch im Rahmen von anderen Studien wie dem PRO DEM Projekt oder der IDA Studie. Jedoch bleibt unklar, ob und in welchem Umfang die

Pflegefachkräfte für die Übernahme von Aufgaben im Bereich der Demenzversorgung und Angehörigenunterstützung fort- und/oder weitergebildet werden. Die Weiterbildung der Pflegefachkräfte im Rahmen der EDe Studie basierte auf dem Curriculum der Deutschen Gesellschaft für Care and Case Management und das QUADEM Projekt hat eigens eine Qualifizierung mit dem Fokus auf der Kommunikation und Koordination entwickelt. Aus den Aktivitäten beider Projekte ist jedoch nicht ersichtlich, inwiefern eine Evaluation der Schulung von Pflegefachkräften erfolgte und welche Rückschlüsse für die Qualifizierung zu ziehen sind. Damit ist das Vorgehen der DelpHi-MV Studie im Zusammenhang der Entwicklung einer Weiterbildung für Pflegefachkräfte im Arbeitsfeld des Dementia Care Managements als innovativ zu betrachten. Der geplante modulare Aufbau des Curriculums und die Einstufung der Schulungsinhalte in ein Kompetenzschema zur verbesserten Vergleichbarkeit mit anderen Fort- und Weiterbildungsoptionen sind in diesem Zusammenhang als eine weitere Besonderheit herauszustellen.

Der Einsatz von Pflegefachkräften nach dem Konzept des Dementia Care Managements umfasst ein erweitertes Betätigungsfeld für die pflegerische Profession und schließt unter anderem Hausbesuche nach dem Delegationsprinzip ein. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen beschreibt dazu in seinem Gutachten aus dem Jahr 2007 die Auswirkungen einer Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten auf spezialisierte Pflegekräfte in der Primärversorgung im Kontext eines systematischen Cochrane-Review. [154] Die einbezogenen Studien stammten in erster Linie aus Kanada, den USA und Großbritannien. Eine Vielzahl unterschiedlicher Outcomes wurden in den Studien bestimmt, so unter anderem Morbiditäts- und Mortalitätsraten, Patientenzufriedenheit, Compliance, Präferenz des Patienten für eine Versorgung durch die Pflege bzw. von Ärzten, Prozessqualität (z. B. Einhaltung der Leitlinien), Ressourcenverbrauch sowie direkte und indirekte Kosten. Es erfolgte dabei eine Gruppenunterteilung der einbezogenen Studien, je nachdem, welche Rolle durch die Pflegekraft übernommen wurde:

- Erster Patientenkontakt und Folgekontakte mit der gesamten Patientenpopulation,
- Erstkontakt mit Notfall-Patienten während oder außerhalb der Sprechstunde sowie

- Management von Patienten mit bestimmten chronischen Erkrankungen. [137]

Für jede der drei Gruppen wurde daran anschließend eine Meta-Analyse durchgeführt. In der Gruppe „Erstkontakt von Notfallpatienten“ zeigten sich Unterschiede in folgenden Outcomes: die Patientenzufriedenheit war in der durch Pflegefachkräfte versorgten Patientengruppe höher, Pflegefachkräfte zeigten längere Konsultationszeiten, versahen den Patienten mit mehr Information und bestellten die Patienten häufiger zu Folgekonsultationen ein. In den beiden anderen Gruppen zeigten sich im Gegensatz dazu wiederum keine nennenswerten Unterschiede in den Outcomes. Im Rahmen der Evaluation der Kostenentwicklung bei einer Tätigkeitssubstitution konnte lediglich in einer der insgesamt fünf Studien eine signifikante Kostenreduzierung durch Tätigkeitsübernahme nachgewiesen werden. Daraus resultierend scheint eine Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf entsprechend qualifizierte Pflegekräfte in der Primärversorgung und damit auch in Bezug auf die Demenzerkrankung ohne Einbußen der Versorgungsqualität möglich zu sein. Diese Aussage ist jedoch vor dem Hintergrund der limitierten Studienlage zu betrachten. [154] Ob eine Tätigkeitssubstitution die Arbeitsbelastung von Ärzten und die Kosten der Versorgung reduzieren kann, ist stark vom jeweiligen Kontext abhängig. Kosteneinsparungen korrelieren mit den jeweiligen Gehaltsdifferenzen zwischen Ärzten und Pflegekräften, der Produktivität beider Berufsgruppen, der Konsultationsdauer als auch mit den veranlassten Folgekonsultationen und Folgeleistungen. [154]

Dennoch zeigen die Ergebnisse der vorliegenden Studie, dass mit dem Konzept des Dementia Care Managements einerseits ein Beitrag zur verbesserten Versorgungssituation von Patienten mit Demenz und seiner pflegenden Angehörigen geleistet werden kann und andererseits das Konzept auf die Weiterentwicklung des Professionalisierungsprozesses der pflegerischen Profession abzielt.

8. Ausblick und Empfehlungen

Die Versorgung von Patienten mit Demenz und die Unterstützung der pflegenden Angehörigen sind mit hohen Anforderungen an die professionellen Pflegekräfte verbunden. Diese müssen einerseits ein Vertrauensverhältnis aufbauen und andererseits über pflege- und sozialdiagnostische Fähigkeiten verfügen, um eine Vielzahl verschiedener Versorgungs- und Betreuungsansätze zu integrieren und situationsadäquat anwenden zu können. [156] Permanente Weiterbildung ist deshalb eine verpflichtende Zielsetzung in einem professionellen Berufsverständnis. [44] Eine Weiterbildung bzw. Fachbildung zielt darauf ab, in einem dynamischen Prozess entsprechend der Grundbildung Qualifikationen zu entwickeln, um die mit dem Beruf einhergehenden Aufgaben stets bewältigen zu können. Weiterbildung versteht sich demnach als konstante Bildungsaktivität, die über den gesamten Lebenslauf andauert. [7] Die Identifizierung der beruflichen Arbeitsprozesse und -abläufe sowie das für die qualitativ hochwertige Umsetzung benötigte Wissen stellen die Grundlage einer evidenzbasierten Curriculumentwicklung dar. Entsprechende Untersuchungen zielen primär darauf ab, Ausbildungsneuerungen im Sinne neuer Tätigkeits- und Aufgabenfelder in den Aus- und Weiterbildungsinhalten der aktuellen Situation anzupassen und daraus innovative Aus- und Weiterbildungsstrukturen zu entwickeln. [146] Mit ausgewählten Forschungsmethoden kann frühzeitig ein Qualifikationsbedarf und daraus resultierend Aufschlüsse über zukunftsrelevante Qualifikationsanforderungen identifiziert werden. [167]

Die Entwicklung eines Curriculums beginnt mit der exakten Zielbestimmung der Fort- bzw. Weiterbildung. Eine nicht durchdachte Zielbestimmung kann zu Störungen des partnerschaftlichen Verhältnisses zwischen Referenten und Teilnehmern führen und die Kriterien der Leistungsermittlung und Leistungsbewertung erschweren. [183]

Viele Curricula haben einen Neuigkeitsanspruch und das Zusammenwirken von Wissenschaftlern und Berufspädagogen ist daraus schlussfolgernd im Rahmen der Entwicklung eines Curriculums eine unabdingbare Voraussetzung. [25] Des Weiteren erlauben modularisierte Weiterbildungen, Bildungswege zu flexibilisieren und zu verkürzen. Einzelne oder kombinierte Modulabschlüsse können mit Unterstützung eines Anrechnungsverfahrens in anderen Bildungsgängen anerkannt werden. [44]

Im Rahmen der Entwicklung einer Qualifizierung zum Dementia Care Manager sollten zudem die Inhalte des Curriculums auf Basis der Kompetenzeinstufung nach dem Deutschen Qualifizierungsrahmen (DQR) erfolgen, welcher auf dem Europäischen Qualifizierungsrahmen basiert. Der Europäische Qualifizierungsrahmen (EQR) stellt ein einheitliches Raster zur Einordnung und Wertigkeit von Kompetenzen dar. [69,116] Die Kernidee des EQR besteht darin, die tatsächlich vorhandenen Kompetenzen und Qualifikationen jedes Einzelnen in den Vordergrund zu stellen und nicht auf die formal erworbenen Bildungsabschlüsse zu fokussieren. [66,68,116] Somit steht die Frage im Vordergrund, welche Kompetenzen eine Person tatsächlich erworben hat und nicht, auf welchem Weg und durch welche Bildungsabschlüsse diese erreicht wurden. [69,116] Der EQR berücksichtigt folglich die Vielfalt nationaler Aus-, Fort- und Weiterbildungssysteme und erleichtert den Vergleich von Qualifikationen zwischen verschiedenen Ländern. [67,99] Ausgehend vom EQR berücksichtigt der DQR Besonderheiten der deutschen Bildungslandschaft, welcher 2006 in Kooperation zwischen dem Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und der Kultusministerkonferenz (KMK) entstand. [6] Darin verankert ist unter anderem das Ziel, bis 2012 alle neuen Qualifikationen mit einem Verweis auf die Niveaus des EQR zu versehen. [6] Der DQR vereint acht Niveaus und beschreibt jeweils Kompetenzen, die für die Erlangung eines Qualifikationsniveaus erforderlich sind. Für die Beschreibung der acht Niveaus besteht eine einheitliche Struktur und Zuordnungsregeln. [6] Die Zuordnung der Dementia Care Management Qualifikation zu einem der acht Niveaus ist für die DelpHi-MV Studie geplant und kann demzufolge als innovativ bezeichnet werden.

Im Weiteren beabsichtigt die DelpHi-MV Studie bei der Entwicklung der Qualifizierung zum Dementia Care Manager bestehende Fort- und Weiterbildungsoptionen in Bezug auf die Versorgung von Patienten mit Demenz und die Unterstützung pflegender Angehöriger bei der Entwicklung des Curriculums zu berücksichtigen. So können bspw. Elemente der Fachweiterbildung Gerontopsychiatrie oder des Basiskurses Palliative-Care nach dem Konzept der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin in das zu entwickelnde Curriculum einfließen.

Inhaltlich betrachtet sollten unter anderem Elemente des Fallmanagement Berücksichtigung finden. Im Detail ist dabei die Form des Case Managements durch Leistungserbringer gemeint, da das Aufgabenfeld des Dementia Care Managers in

der Versorgungssteuerung einzuordnen sein wird. [71] Ziel der Versorgungssteuerung ist die Vermeidung von Reibungsverlusten an den Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer, hausärztlicher und fachärztlicher sowie medizinischer und pflegerischer Versorgung und folglich zur Versorgungsintegration und -kontinuität beizutragen als auch die Qualität in der ambulanten medizinisch-pflegerischen Versorgung sicherzustellen. [70,71] Aspekte des präventiven Hausbesuches und der Familiengesundheitspflege sind als weitere wichtige Themen zu betrachten.

Die vorgesehene Evaluation der Weiterbildung zum Dementia Care Manager im Rahmen der DelpHi-MV Studie, die sowohl von den Teilnehmern als auch den Dozenten durchgeführt wird, kann wichtige Hinweise für eine unter Umständen erforderliche Revision geben, daher bezeichnet man die Evaluation auch als Monitoring. [185]

Die Versorgung einer zunehmenden Anzahl an Patienten mit Demenz und die Einbeziehung des pflegenden Umfeldes in den Versorgungs- und Unterstützungsprozess erfordert einen komplexen Organisations- und Abstimmungsprozess. Dabei ist zu beachten, dass die demenziell Erkrankten in der Regel ambulant und in ihrem gewohnten, häuslichen Umfeld medizinisch und pflegerisch betreut werden möchten. [131,162] Dem wird durch das Versorgungskonzept im Dementia Care Management mit dem Einsatz von qualifizierten Pflegefachkräften als Dementia Care Manager Rechnung getragen.

Auf Basis der Ergebnisse dieser Arbeit konnten das Arbeitsfeld eines Dementia Care Managers und die Qualifizierungsinhalte für das Dementia Care Management näher charakterisiert werden. Die derzeit bestehenden Versorgungsstrukturen, in denen ein interdisziplinäres Team derzeit fehlt, reichen nicht aus, um den biopsychosozialen Bedürfnissen der demenziell Erkrankten in ausreichendem Maße gerecht zu werden. [30]

Eine Zusammenarbeit aller Professionen im Kontext der Demenzversorgung führt zu einer signifikanten Verbesserung der verhaltens- und psychologischen Symptome als auch zu einer Steigerung der Versorgungsqualität. [36] Eine integrierte, gemeindenahere Versorgung der Patienten mit Demenz durch Hausärzte, Pflege, Apotheker und soziale Dienste in Form eines abgestimmten, ambulanten Teams bringt den betroffenen Patienten sowie deren pflegenden Angehörigen eine verbesserte Lebensqualität. [90] Hausärzte betonen im Rahmen von Hausbesuchen

die Bedeutung der sozialen Unterstützung und sehen diese Aufgabe als eine der wichtigsten im Kontext der Versorgung von Demenzkranken an. [111] Die strukturierte Kooperation zwischen den Akteuren, die mit der Versorgung von Patienten mit Demenz und deren pflegenden Umfeldes befasst sind, muss demzufolge verstärkt und ausgebaut werden. Gleichzeitig müssen neue Versorgungsangebote für eben diese Konstellationen entwickelt und implementiert werden, um die Pflegenden in der Bewältigung ihres Alltags als auch in akuten Krisensituationen zu unterstützen. [118] Der Kooperation und abgestimmten Zusammenarbeit aller am Behandlungs- und Unterstützungsprozess beteiligten Akteure wird im Dementia Care Management Konzept Rechnung getragen.

Das Aufgaben- und Tätigkeitsfeld der Pflegefachkräfte in Deutschland geht im Rahmen des Versorgungsprozesses über die kurative Pflege hinaus und umfasst die Bereiche Prävention, Rehabilitation und Palliative Care. Dabei bezieht sie sich zugleich auf Formen der Hilfe und Unterstützung als auch auf die Beratung und Anleitung zu pflegender Menschen und deren Bezugspersonen. Zusammenfassend gliedert sich der Aufgabenbereich der Dementia Care Manager somit in einen eigenverantwortlichen Teil und einen mitverantwortlichen interdisziplinären Teil. [5] Seit einigen Jahren dauert die Reformdiskussion der Pflegeausbildung bereits an, eine weitere Wandlung des Handlungs- und Aufgabenprofils der beruflichen Pflege von einer minder qualifizierten Dienstleistung zu einem modernen Dienstleistungsberuf ist zu erwarten. [173] Für das Dementia Care Management bedeutet dies, dass die pflegerische Profession auf Basis der Primärausbildung über Fähigkeiten und Fertigkeiten verfügt, die für den Einsatz der Dementia Care Manager im Rahmen der DelpHi-MV Studie von elementarer Bedeutung sind. Damit sind Pflegefachkräfte grundsätzlich geeignet, um im Arbeitsfeld des Dementia Care Managements bei entsprechender Weiterqualifizierung tätig zu werden und konsekutiv ein erweitertes Aufgabenfeld zu übernehmen.

Die Erweiterung des Aufgabenbereiches umfasst dabei das Assessment zum Gesundheitszustand des Patienten und den Unterstützungsbedarfen der Angehörigen. In enger Abstimmung mit dem Hausarzt erfolgt darauf basierend die Erstellung eines Versorgungsplans für den Betroffenen und die Vermittlung von Unterstützungsoptionen für das pflegende Umfeld. Im weiteren Verlauf ist die Pflegefachkraft als Dementia Care Manager dafür verantwortlich, die Versorgungssituation des demenziell Erkrankten und die Unterstützungsbedarfe der pflegenden Ange-

hörigen in regelmäßigen Abständen zu monitoren und ggf. entsprechende Änderungen im Versorgungsplan und den Unterstützungsangeboten in Kooperation mit dem Hausarzt vorzunehmen. Das Konzept Dementia Care Management kann deshalb als ein Modellprojekt für die Neuverteilung von Aufgaben im Gesundheitswesen angesehen werden. Voraussetzung für eine rationale Arbeitsteilung ist nach Bourgeault ein so genannter optimaler Qualifikationsmix. [18] Der Begriff Qualifikationsmix wird allgemein definiert als Kombination von Tätigkeiten und Fähigkeiten, die für eine Arbeit innerhalb einer Organisation erforderlich sind. Initiativen für dieses Vorhaben erfolgen entweder direkt durch (a) die Ausweitung von Aufgaben oder Qualifikationen, (b) die Delegation von Verantwortung oder (c) die Einführung neuer Berufe. Zusätzlich ist durch Veränderungen an den Schnittstellen zwischen Angeboten am Versorgungsort der indirekte Weg realisierbar. [18] Für die praktische Umsetzung der Optimierung des Qualifikationsmixes ist es erforderlich, die Veränderung oder Neueinführung beruflicher Aufgaben durch organisatorische oder regulatorische Maßnahmen zu unterstützen. Die neuen und/oder erweiterten Berufsbilder gilt es kollektiv zu finanzieren, die Ausbildungsgrundlagen sind zu sichern und die entsprechend existente Gesetzgebung für die Neuverteilung der Aufgaben gegebenenfalls zu modifizieren. [18] Der Qualifikationsmix umfasst beim Dementia Care Management Konzept sowohl die Ausweitung von Aufgaben oder Qualifikationen als auch die Delegation von Verantwortung.

Regionen mit prekären Versorgungssituationen sollten als Ausgangspunkt für die Entwicklung von neuen, innovativen Versorgungskonzepten genutzt werden. Im Erfolgsfall können diese auch auf andere Bundesländer mit ähnlichen strukturellen Problemen transferiert werden. Vor allem die ländlichen Kreise der östlichen Bundesländer erscheinen als Modellregionen für derartige Modellversuche geeignet, da sich gerade diese Regionen in Bezug auf die hausärztliche Versorgung durch einen bereits bestehenden bzw. künftig zu erwartenden Mangel an Hausärzten charakterisieren. [119] Bedingt durch den zunehmenden Ärztemangel und die gleichzeitige Abnahme des Pflegepotentials in Relation zum steigenden Pflegebedarf muss das Leistungsspektrum der medizinischen Heil- und Pflegeberufe zeitnah angepasst und an vielen Stellen neu definiert werden. [178] Dies schließt eine sinnvolle und sachgerechte Arbeitsteilung und -delegation mit ein und kann zu

einer wirkungsvollen Prozessoptimierung der täglichen Arbeit aller am Behandlungs- und Versorgungsprozess beteiligten Akteure erheblich beitragen. [178]

Nach Igl bieten sich weit verbreitete Krankheiten aus dem Bereich der Gerontopsychiatrie sogar für die erweiterte Pflege bzw. das Advanced Nursing Practice (ANP) an. [97] ANP ist ein in den USA geprägter Sammelbegriff für examinierte Pflegefachkräfte, die nach einer festgeschriebenen Pflegegrundausbildung und einer zusätzlichen Spezialisierung bzw. Fort-/Weiterbildung höhere Aufgaben und mehr Verantwortung übernehmen. [161] In mehreren unserer europäischen Nachbarländern ist die erweiterte Pflegepraxis bereits fest im Gesundheitssystem etabliert und in den Versorgungsprozess einbezogen. So übernehmen die spezialisierten Pflegefachkräfte selbstständig pflegerische Arbeiten und sind dabei in allen Bereichen der Patientenversorgung, stationär wie ambulant, tätig. [97] Insbesondere bei der Betreuung von chronisch Kranken, wozu auch die Demenz zu zählen ist, beziehen die Pflegefachkräfte das Umfeld der Patienten und ihre Lebensumstände in die Behandlung und Pflege ein. Die Tätigkeit der Nurse Practitioners (NPs) ist in der Regel an den Schnittstellen der Versorgung angesiedelt. Die NPs sind häufig erste Anlaufstelle für den Patienten und nach einer ersten Einschätzung steuern und organisieren sie die weitere Versorgung. So stellen sie Diagnosen, verordnen Hilfsmittel, Medikamente und Therapien und weisen Patienten ins Krankenhaus ein. [97] Somit kann das Dementia Care Management in der Delphi-MV Studie die Veränderung des Professionenmixes im Sinne einer größeren Eigenständigkeit von nichtärztlichen Heilberufen überprüfen und evaluieren. Bei positiven Ergebnissen kann darauf basierend eine Neuerung der Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen im Sinne einer erweiterten Pflegepraxis fernperspektivisch initiiert werden.

Für den ambulanten Versorgungsbereich im Kontext der Demenz könnte auf der Basis der erweiterten Pflegepraxis eine gemeindenahe Versorgung aufgebaut und im Rahmen eines integrierten Versorgungsmanagements in mehreren Aufgabefeldern Tätigkeiten des Hausarztes übernommen werden: Grundversorgung, Gesundheitserhaltung, Krankheitsprävention sowie Beratung und Patientenschulung. [97]

In Großbritannien sind Pflegefachkräfte mit einer entsprechenden Spezialisierung bereits heute unter anderem in Allgemeinarztpraxen tätig, um Patienten mit Demenz sowie chronisch Kranke zu versorgen. Damit konnte nicht nur ein positiver

Beitrag zur Versorgung und Betreuung chronisch kranker Patienten erzielt werden, sondern gleichzeitig auch dem in Großbritannien existierenden Ärztemangel wirksam entgegengewirkt werden. [161]

Mit dem Dementia Care Management im Kontext der erweiterten Pflegepraxis könnten künftig Verbesserungen auf zwei Ebenen erzielt werden. Zum einen ist dies die Versorgung und Unterstützung des Patienten mit Demenz und seines pflegenden Umfeldes und zum anderen der in einigen Regionen bereits bestehende und künftig zu erwartende Hausärztemangel mit damit einhergehenden Versorgungslücken.

Die Akteure im Gesundheitswesen müssen Gemeinsamkeiten und Abgrenzungen zwischen den einzelnen Professionen im Kontext des Versorgungsprozesses neu bestimmen. Das heißt, jedem Gesundheits- und Pflegeberuf können und müssen Kernkompetenzen zugeordnet werden, die dieser Berufszweig überwiegend oder ausschließlich bekleidet. Darüber hinaus existieren Aufgaben und Tätigkeiten, die von mehreren Berufsgruppen ausgeführt und demzufolge als Poolkompetenzen definiert werden können. [131] Veränderungen in der Kompetenzverteilung zwischen den einzelnen Heilberufen erfordern jedoch ein behutsames Vorgehen und eine längerfristige Perspektive. [131] Die wissenschaftliche Begleitung durch Projekte wie der DelpHi-MV Studie sowie Anpassungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen stellen elementare Voraussetzungen für diese Entwicklungen dar. [131] Die rechtliche Situation ist gegenwärtig jedoch unübersichtlich, da weder einheitliche noch klare rechtliche Regelungen bestehen. Zum jetzigen Zeitpunkt ist beispielsweise keine Definition von Vorbehaltsaufgaben für die Pflegeprofession existent. [178]

Ein erster rechtlicher Rahmen wurde im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz mit der Modellklausel im §63 (3) SGB V geschaffen. [92] Dieser ermöglicht in Modellprojekten neben dem Recht auf Verordnung von Pflegehilfs- und Verbandsmitteln auch die Möglichkeit der Ausübung von Teilen der Heilkunde durch Pflegefachkräfte. Für den Übergang derartiger Modellversuche in die Regelversorgung würde es einer umfassenden Änderung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere des Berufsgesetzes und mehrerer Sozialbücher bedürfen. [92] Zudem erfordern diese Veränderungen eine klare Definition von Aufgaben mit Übertragungs- und Übernahmekompetenzen des Arztes an die Pflege und von der Pflegefachkraft an pflegerische Assistenten. [92]

Deutschland ist in der Frage der Rollenzuweisungen von den internationalen Entwicklungen weitgehend abgekoppelt. Bis dato sind Pflegefachkräfte nach der aktuell geltenden Rechtslage in das Delegationsverfahren eingebunden. Demgegenüber zeigt die Versorgungsforschung, dass sich die Pflege zu einer eigenständigen Profession entwickelt und durch die Übernahme von größerer Verantwortung das ärztliche Handeln qualitativ ergänzt und in Teilen sogar ersetzt. [158] So zeichnet sich heute ab, dass entsprechend qualifizierte Pflegekräfte immer stärker Bereiche der Diagnostik und Therapie autonom wahrnehmen werden. [158] Für eine neue Rollenzuweisung müssen in wissenschaftlich begleiteten Modellprojekten die international gut erprobten Ansätze der erweiterten Pflegepraxis auf deutsche Verhältnisse erprobt und angepasst werden. Die Ergänzung oder Neuentwicklung von tragfähigen Curricula wird hier zum Schlüsselement. [1,158] Vor dem Hintergrund der demographischen und versorgungsepidemiologischen Entwicklungen kann die Einführung einer erweiterten Pflegepraxis ein wirkungsvoller Ansatz für die Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen, zu denen auch die Demenzerkrankung zu zählen ist, sein. [108] Die Entwicklung einer Qualifizierung zum Dementia Care Management, die auf Basis der Ergebnisse dieser Arbeit erfolgen wird, kann folglich eine erste mögliche Ausgangsbasis für ein solches Curriculum darstellen.

Literatur

- [1] Adler G, von dem Knesebeck J-H (2010). Auf akademischen Wegen. Die Akademisierung der Gesundheitsfachberufe schreitet voran, es mangelt jedoch in der Forschung an einem Zusammenwirken der medizinischen Berufe gerade im Hinblick auf integrative Versorgungskonzepte zum Nutzen der Patienten. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 107/Heft 9, 386-390.
- [2] Alzheimer Europe (2006). The Dementia Carer's Survey. Zugriff am 28.04.2008. Verfügbar unter <http://www.alzheimer-europe.org/upload/SPTUNFUYGGOM/downloads/BAF-644C16E7D.pdf>
- [3] Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg, Kompetenznetz Demenzen (2008). Befragung zur Lebensqualität von Demenzkranken und deren Angehörigen. Fragebogen. Zugriff am 24.08.2008. Verfügbar unter <http://www.alzheimer-bw.de/infoservice/weiterfuehrende-links/>
- [4] Alzheimer Gesellschaft (2009). Alzheimer's Disease- Facts and Figures. Zugriff am 11.05.2009. Verfügbar unter http://www.alz.org/national/documents/report_alzfactsfigures2009.pdf
- [5] Ammende R, Igel G, Keogh J, Reinharr M, Stöcker G und Deutscher Bildungsrat der Pflegeberufe (2010). Pflegebildung offensiv- Handlungsleitende Perspektiven zur Gestaltung der beruflichen Qualifizierung in der Pflege. Zugriff am 21.07.2011. Verfügbar unter http://www.bildungsrat-pflege.de/de/index.php?id_mnu=103
- [6] Arbeitskreis Deutscher Qualifikationsrahmen (2010). Vorschlag für einen Deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen. Verabschiedet vom Arbeitskreis Deutscher Qualifikationsrahmen am 10. November 2010. Zugriff am 12.04.2011. Verfügbar unter <http://www.deutscherqualifikationsrahmen.de/SITEFORUM?t=/contentManager/selectCatalog&e=UTF8&i=1215181395066&l=1&ParentID=1215772816698&active=no>
- [7] Arnold R, Pätzold H (2010). Weiterbildung und Beruf in: Tippelt R, von Hippel A (Hrsg.) (2010). Handbuch Erwachsenenbildung/Weiterbildung. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 653-664.
- [8] Bartholomeyczik S (2006). Prävention und Gesundheitsförderung als Konzepte der Pflege. Pflege und Gesellschaft, 11.Jg, Heft 3, 210-223.
- [9] Bartholomeyczik S, Halek M (2009). Assessmentinstrumente in der Pflege. Möglichkeiten und Grenzen. 2. vollständig überarbeitete Auflage. Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH und Co. KG, Hannover, 11-16.

- [10] Bartholomeyczik S, Wilm S (2010). Projekt „Interdisziplinäre Implementierung von Qualitätsinstrumenten zur Versorgung von Menschen mit Demenz in Altenheimen“ (InDemA)-Sachbericht. Zugriff am 19.06.2011. Verfügbar unter http://www.uniwh.de/fileadmin/media/u/forschung/izvf/InDemA_Abschlussbericht_incl._Anhang_07.10.10.pdf
- [11] Bauer J, Sieber C (2004). Ernährung und Demenz. Zugriff am 14.07.2011. Verfügbar unter <https://www.thieme-connect.com/ejournals/pdf/psychoneuro/doi/10.1055/s-2004-835161.pdf>
- [12] Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung (2011). Grundlagen der Versorgung von Demenzpatienten. Zugriff am 12.09.2011. Verfügbar unter http://www.berlin-institut.org/fileadmin/user_upload/Demenz/Demenz_online.pdf
- [13] Berufliche Schule am Dietrich Bonhoeffer Klinikum Neubrandenburg (2010). Stoffverteilungsplan der Ausbildung Gesundheits- und Krankenpflege. Neubrandenburg. (unveröffentlichtes Exemplar)
- [14] Berufliche Schule am Dietrich Bonhoeffer Klinikum Neubrandenburg (2010). Stoffverteilungsplan der Ausbildung Altenpflege. Neubrandenburg. (unveröffentlichtes Exemplar)
- [15] Bickel H (2000). Demenzsyndrom und Alzheimer Krankheit: Eine Schätzung des Krankenbestandes und der jährlichen Neuerkrankungen in Deutschland. *Das Gesundheitswesen*, 62(4), 211-218.
- [16] Bilger S (2004). Medizinische Patientenadvokaten. In: Comberg HU, Klimm HD (2004). *Allgemeinmedizin*. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 69.
- [17] Bortz J, Döring N (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Springer Medizin Verlag, Heidelberg 2, 236-261.
- [18] Bourgeault IL, Kuhlmann E, Neitermann E, Wrede S und Europäische Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme und Politikanalyse (2008). Wie kann ein optimaler Qualifikationsmix effektiv verwirklicht werden- und warum?. Grundsatzpapier ISSN 1998-4219. Zugriff am 30.03.2010. Verfügbar unter http://www.euro.who.int/document/hsm/8_hsc08_gpb_11.pdf
- [19] Boustani M, Peterson B, Hanson L, Harris R, Lohr KN (2003). Screening for Dementia in Primary Care: A Summary of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Zugriff am 01.05.2009. Verfügbar unter <http://www.anals.org/cgi/reprint/138/11/927.pdf>

- [20] Boustani M, Watson L, Fultz B, Perkins AJ, Druckenbrod R (2003). Acceptance of dementia screening in continuous care retirement communities: a mailed survey. Zugriff am 01.05.2009. Verfügbar unter <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/104550304/PDFSTART>
- [21] Boustani M, Sachs G, Callahan CM (2007). Can Primary Care Meet the Biopsychosocial Needs of Older Adults with Dementia? *Journal of General Internal Medicine*, Volume 22/Number 11, 1625-1627.
- [22] Boustani M, Schubert C, Sennour Y (2007). The Challenge of supporting care for dementia in primary care. *Clinical Interventions in Aging*, 2(4), 631-636.
- [23] Bretschneider M (2007). Kompetenzentwicklung aus der Perspektive der Weiterbildung. Zugriff am 21.07.2011. Verfügbar unter <http://www.die-bonn.de/doks/bretschneider0601.pdf>
- [24] Bundesagentur für Arbeit (2008). Begriffsdefinitionen zur Weiterbildung. Zugriff am 21.07.2011. Verfügbar unter <http://www.europanozert.de/docs/azwv-fbw-definition.pdf>
- [25] Buggenhagen H-J, Schellenberg M (2003). Handreichung für die berufliche Aus- und Weiterbildung ift-tool-119 Curriculumentwicklung. Zugriff am 24.08.2008. Verfügbar unter http://www.ift-transfer.net/ift_toolbox.htm
- [26] Bühl A, Zöfel P (2005). SPSS 12-Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows. Pearson Education Deutschland GmbH, München, 455-464.
- [27] Bullinger M, Kirchberger I (1998). SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand- Handbuch. Zugriff am 23.06.2010. Verfügbar unter <http://www.unifr.ch/ztd/HTS/infest/WEB-Informationssystem/de/4de001/ee8e3ab0685e11d4ae5a0050043beb55/hb.htm>
- [28] Bundesministerium für Bildung und Forschung und Bundesministerium für Gesundheit (2007). Demenz: Neue Ansätze für Betreuung und in der Forschung. Zugriff am 08.05.2009. Verfügbar unter http://www.pflegeheim-dr-blitz.de/files/Broschuere_Demenz_neue_Ansaetze.pdf
- [29] Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (2003). Newsletter Nr.11/2003. Gesundheitsforschung: Forschung für den Menschen. Zugriff am 23.06.2010. Verfügbar unter <http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de>

- [30] Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (2010). Früherkennung von Alzheimer- Weltweit einzige Studie zu Demenz. Zugriff am 23.06.2010. Verfügbar unter <http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/776.php>
- [31] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002). Vierter Altenbericht-Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Zugriff am 18.08.2008. Verfügbar unter <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/PRM-21786-4.-Altenbericht-Teil-I,property=pdf,bereich=,sprache=de,rwb=true.pdf>
- [32] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2006). Aktuelle Forschung und Projekte zum Thema Demenz. Zugriff am 05.07.2010. Verfügbar unter <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Demenz-aktuelle-Foschung-und-Projekte,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>
- [33] Bundesministerium für Gesundheit (2008). Das ändert sich zum 1.Juli 2008. Zugriff am 11.07.2008. Verfügbar unter http://www.bmg.bund.de/cln_042/nn_1168278/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2..
- [34] Bundesministerium für Gesundheit (2010). Leuchtturmprojekte Demenz-Übersicht Projekte. Zugriff am 22.07.2010. Verfügbar unter http://www.bmg.bund.de/chttp://www.bmg.bund.de/cln_169/SharedDocs/Downloads/DE/Pflege/projektliste-leuchtturm,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/projektliste-leuchtturm.pdf,cln_169/SharedDocs/Downloads/DE/Pflege/projektliste-leuchtturm,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/projektliste-leuchtturm.pdf
- [35] Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa) (2011). Wer sind wir. Zugriff am 03.04.2011. Verfügbar unter <http://www.bpa.de/13.html?&id=001>
- [36] Callahan CM, Boustani MA, Unverzagt FW (2006). Effectiveness of Collaborative Care for Older Adults With Alzheimer Disease in Primary Care: A Randomized Controlled Trial. Zugriff am 01.05.2009. Verfügbar unter <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/295/18/2148>
- [37] Comberg HU (2004). Spezifische allgemeinmedizinische Vorgehensweisen. In: Comberg HU, Klimm HD (2004). Allgemeinmedizin. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 29-30.
- [38] Comberg HU (2004). Haus- und familienärztliche Funktion. In: Comberg HU, Klimm HD (2004). Allgemeinmedizin. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 4-6. (Koordinationsfunktion)

- [39] Debeka und BKK (2008). Die Pflegereform kommt zum 1. Juli 2008. Zugriff am 07.07.2008. Verfügbar unter http://www.debeka.de/unternehmen/portrait/pflegeversicherung_ab_010708.pdf
- [40] Der Internetdienst für Online-Umfragen (2011). Erste Schritte mit SPSS-eine Anleitung. Zugriff am 23.07.2011. Verfügbar unter http://www.2ask.de/media/1/10/2/9/5762b135bf310f8e/Anleitung_fuer_SPSS.pdf
- [41] Deutsche Alzheimer Gesellschaft (2002). Das Wichtigste- Die Epidemiologie der Demenz. Zugriff am 01.04.2008. Verfügbar unter http://www.deutsche-alzheimer.de/index.php?id=37&no_cache=1 &file=7&uid=224
- [42] Deutsches Ärzteblatt (2000). Leipziger Studie zur Pflegeversicherung: Demenzkranke werden benachteiligt. Zugriff am 23.06.2010. Verfügbar unter <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikeldruck.asp?id=21579>
- [43] Deutsche Ärztezeitung (2007). Ohne Hausärzte und pflegende Angehörige kann Versorgung nicht funktionieren. Projekt IDA in Mittelfranken/Ziel aller Bemühungen: Patienten sollen so lange wie möglich zu Hause leben können. Zugriff am 05.02.2008. Verfügbar unter <http://www.aerztezeitung.de/extras/druchansicht/?sid=464558&pid=469952>
- [44] Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (Hrsg.) (2006). Pflegebildung offensiv: Das Bildungskonzept des Deutschen Bildungsrates für Pflegeberufe 2006-Eckpunkte. Urban&Fischer, Berlin, 1-14.
- [45] Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM) (2008). Demenz. Leitlinie 12. Omikron Publishing, Düsseldorf, 7-10, 21-22, 51-52, 54.
- [46] Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM) (2009). Grundleistungskatalog für die Allgemeinmedizin in Deutschland. GLK-Fassung Juli 2009. Zugriff am 12.04.2011. Verfügbar unter http://www.degam.de/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&file=fileadmin/user_upload/degam/intern/dok_intern/GLK%20Fassung%202009.pdf&t=1302697395&hash=8cbaa0cb1e51c5ceb88350b1b178ca5e
- [47] Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) (2009). S3-Leitlinie „Demenzen“. Zugriff am 23.06.2010. Verfügbar unter <http://www.dggpp.de/documents/s3-leitlinie-demenz-kf.pdf>

- [48] Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) (2010). Geschichte & Finanzierung. Zugriff am 23.06.2010. Verfügbar unter <http://www.dzne.de/ueber-uns/geschichte-finanzierung.html>
- [49] Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) (2010). Leitbild. Zugriff am 23.06.2010. Verfügbar unter <http://www.dzne.de/ueber-uns/leitbild.html>
- [50] Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) (2010). Strategie. Zugriff am 23.06.2010. Verfügbar unter <http://www.dzne.de/ueber-uns/strategie.html>
- [51] Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) (2010). DZNE Standort Bonn-Köln-Jülich. Zugriff am 23.06.2010. Verfügbar unter <http://www.dzne.de/ueber-uns/bonn-koeln-juelich.html>
- [52] Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) (2010). DZNE Standort Dresden. Zugriff am 23.06.2010. Verfügbar unter <http://www.dzne.de/ueber-uns/dresden.html>
- [53] Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) (2010). DZNE Standort Göttingen. Zugriff am 23.06.2010. Verfügbar unter <http://www.dzne.de/ueber-uns/goettingen.html>
- [54] Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) (2010). DZNE Standort Magdeburg. Zugriff am 23.06.2010. Verfügbar unter <http://www.dzne.de/ueber-uns/magdeburg.html>
- [55] Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) (2010). DZNE Standort München. Zugriff am 23.06.2010. Verfügbar unter <http://www.dzne.de/ueber-uns/muenchen.html>
- [56] Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) (2010). DZNE Standort Rostock/Greifswald. Zugriff am 23.06.2010. Verfügbar unter <http://www.dzne.de/ueber-uns/rostock-greifswald.html>
- [57] Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) (2010). DZNE Standort Tübingen. Zugriff am 23.06.2010. Verfügbar unter <http://www.dzne.de/ueber-uns/tuebingen.html>
- [58] Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) (2010). DZNE Standort Witten. Zugriff am 23.06.2010. Verfügbar unter <http://www.dzne.de/ueber-uns/witten.html>

- [59] Deutscher Caritasverband, Diakonisches Werk der EKD, Deutscher Evangelischer Krankenhausverband (DEKV), Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege (DEVAP), Katholischer Krankenhausverband Deutschlands (KKVD), Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland (VKAD) (2011). Empfehlungen für eine zukunftsweisende Reform der Pflegeausbildungen in Deutschland. Zugriff am 11.06.2011. Verfügbar unter http://www.dekv.de/Empfehlungen_Pflegeausbildung_210411.pdf
- [60] Diekmann A (2002). Demenz und Recht. Zugriff am 23.07.2011. Verfügbar unter <http://www.ingoblank.de/PDF-Dateien/Demenz%20und%20Recht.PDF>
- [61] Dreier A, Thyrian JR, Hoffmann, W (2011). Dementia Care Manager in der ambulanten Demenzversorgung: Entwicklung einer innovativen Qualifizierung für Pflegefachkräfte. *Pflege und Gesellschaft*, 16.Jhg/Heft1, 53-64.
- [62] Dunkelberg S (2004). Gesundheitsfördernde und sozialmedizinische Funktion. In: Comberg HU, Klimm HD (2004). *Allgemeinmedizin*. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 6-10.
- [63] Erlinghagen M, Pihl C (2004). Der Hausarzt als Lotse im System der ambulanten Gesundheitsversorgung? Empirische Analysen zum Einfluss der individuellen Hausarztbindung auf die Zahl der Arztbesuche. Zugriff am 25.07.2011. Verfügbar unter <http://www.sowi.rub.de/mam/content/fakultaet/diskuss/dp04-4.pdf>
- [64] Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald (2007). Nichtamtliche Lesefassung der Studienordnung für den Studiengang Humanmedizin an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald. Zugriff am 25.07.2011. Verfügbar unter http://www.medizin.uni-greifswald.de/studmed/verlinkte_dateien/hinweisblaetter/studo_med_2007_lesefassung.pdf
- [65] Eurofamcare, Döhner H (2004). Eurofamcare- Unterstützung und Entlastung für pflegende Angehörige älterer Menschen. Eine europäische Vergleichsstudie. Zugriff am 08.05.2009. Verfügbar unter http://www.uke.de/extern/eurofamcare/documents/deliverables/summary_of_findings.pdf
- [66] Europäische Kommission (2008). Der Europäische Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (EQR). Zugriff am 09.06.2010. Verfügbar unter http://ec.europa.eu/education/pub/pdf/general/eqf/broch_de.pdf
- [67] Europäische Kommission (2008). Der Europäische Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen. Zugriff am 09.06.2010. Verfügbar unter http://ec.europa.eu/education/lifelong-learning-policy/doc/eqf_brochexp_de.pdf

- [68] Europäische Kommission (2008). Der Europäische Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen. Zugriff am 09.06.2010. Verfügbar unter http://ec.europa.eu/education/pub/pdf/general/eqf/leaflet_de.pdf
- [69] Europäisches Parlament (2008). Empfehlungen des Europäischen Parlaments zur Einrichtung des Europäischen Qualifizierungsrahmens für lebenslanges Lernen. Zugriff am 09.06.2010. Verfügbar unter <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2008:111:0001:0007:DE:PDF>
- [70] Ewers M (2005). Das angloamerikanische Case-Management: Konzeptionelle und methodische Grundlagen. In: Ewers M, Schaeffer D (Hrsg.) (2005). Case Management in Theorie und Praxis. Hans Huber Verlag, Bern, 53-90.
- [71] Ewers M, Schaeffer D (2005). Einleitung: Case Management als Innovation im bundesdeutschen Sozial- und Gesundheitswesen. In: Ewers M, Schaeffer D (Hrsg.) (2005). Case Management in Theorie und Praxis. Hans Huber Verlag, Bern, 7-28.
- [72] Fendrich K, Hoffmann W (2007). More than just aging societies: the demographic change has an impact on actual numbers of patients. *Journal of Public Health*, Volume 15/Number 5, 345-351.
- [73] Flemming D (2003). *Mutbuch für pflegende Angehörige und professionell Pflegende altersverwirrter Menschen*. Beltz Verlag, Weinheim, Basel, 43-48.
- [74] Flick U (2004). *Triangulation- Eine Einführung*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 11-26, 75-95.
- [75] Förstl H (2010). *Demenzen in Theorie und Praxis*. Springer Verlag, Berlin, 3-7.
- [76] Förstl H, Kleinschmidt C (2011). *Demenz- Diagnose und Therapie*. Schattauer Verlag, Stuttgart, 23-58.
- [77] Friedrich Ebert Stiftung (2008). *Gender in der Pflege. Herausforderung für die Politik*. bub Bonner Universitäts-Buchdruckerei, Bonn, 32-43.
- [78] Fichten W (1998). Gesundheitsförderung in der Krankenpflege. *Pflege und Gesellschaft*, 3.Jg/Nr.3, 15-21.
- [79] Gensluckner C, Holzer J (2005). *Pflege aus Sicht der pflegenden Angehörigen (Laienpflege)*. Zugriff am 08.05.2008. Verfügbar unter <http://www.oegkv.at/fileadmin/does/Fachbereichsarbeiten/FBAGensluckner-Holzer.pdf>
- [80] Gesenhues S, Ziesché R (2006). *Praxisleitfaden Allgemeinmedizin*. Elsevier GmbH, München, 3, 7-14, 34-38, 39-40.

- [81] Gesundheitsbericht für Deutschland (1998). Kapitel 5.13 Altersdemenz. Zugriff am 05.02.2008. Verfügbar unter http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_lo-gon?p_uid=gasts&p_aid=&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=916::Demenz
- [82] Gräbel E (2008). Situation pflegender Angehöriger: von der Belastung über die Entlastung zur Prävention. Zugriff am 03.03.2008. Verfügbar unter <http://www.psychiatrie.uk-erlangen.de/e1852/e866/e871/inhalt872/BinderGraess.pdf>
- [83] Gräbel E. (2006). Angehörigenberatung bei Demenz: Bedarf, Ausgestaltung, Auswirkungen. Zugriff am 04.05.2009. Verfügbar unter <http://www.tnp-online.com/media/md26263.pdf>
- [84] Grond E (2005). Pflege Demenzkranker. Brigitte Kunz Verlag & Schlüter-sche Verlagsgesellschaft mbH & Co KG, Hannover, 142-169.
- [85] Großfeld-Schmitz M, Gräbel E, Holle R, Gaudig M, Mehlig H, Lauterberg J (2006). Versorgungsforschung mit ergänzenden Angeboten- Initiative Demenzversorgung in der Allgemeinmedizin. Herz+Gefäße für die Hausarztpraxis, 3 (3), 58-63.
- [86] Gutzmann H, Zank S (2005). Demenzielle Erkrankungen – Medizinische und psychosoziale Interventionen. W. Kohlhammer Verlag, Stuttgart 2005, 149-173,174-187,189-202.
- [87] Hartig J, Jude N (2011). Reliabilitätsanalyse mit SPSS. Zugriff am 23.07.2011. Verfügbar unter <http://cgi.server.uni-frankfurt.de/fb05/instpsych/johartig/test/images/Handouts/Skalenanalyse.pdf>
- [88] Haupt M, Rosenfeld S, Stoppe G (2004). Die ambulante Versorgung vom Patienten mit Alzheimer- Demenz. Zugriff am 31.03.2008. Verfügbar unter <http://www.mmw.de/pdf/mmw/105564.pdf?jeessiomid=A0D87855B35D9BB297FC2487110113B9>
- [89] Henke U (2005). Zum Kohärenzgefühl pflegender Angehöriger. Zugriff am 05.05.2009. Verfügbar unter <http://www.efh-bochum.de/homepages/henke/pdf/Kohaerenzgefuehl.pdf>
- [90] Hesse E (2007). Generationenübergreifendes Miteinander bei der Versorgung Demenzkranker. Zugriff am 01.04.2008. Verfügbar unter http://www.apam.gesundheit.de/cms/dermensch38_praxis.0.html
- [91] Hirsch RD (2008). Im Spannungsfeld zwischen Medizin, Pflege und Politik: Menschen mit Demenz. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 41, 106-116.

- [92] Höfert R (2008). Politik für eine bessere Aufgabenverteilung zwischen Arzt- und Pflegeberufen. Public Health Forum, Jg. 16/Heft 61, 4.
- [93] Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J (2007). Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 2. überarbeitete Auflage. Hans Huber Verlag, Bern, 243-253.
- [94] IDA (2006). Demenz-gemeinsam für mehr Lebensqualität. Zugriff am 22.07.2010. Verfügbar unter http://www.projekt-ida.de/media/downloads/IDA_Projektbroschuere.pdf
- [95] IDA (2009). Familie bleibt der wichtigste Garant für die Unterstützung von Demenzkranken- Basisauswertung der Ausgangsdaten des IDA-Projekts. Zugriff am 13.06.2009. Verfügbar unter http://www.projekt-ida.de/media/downmloads/IDA_Basisauswertung_Handout.pdf
- [96] IDA (2010). IDA-Studie eröffnet Perspektiven für zukünftige Versorgungsforschung. Hauptergebnisse der Studie- zweite, aktualisierte Auflage. Zugriff am 22.07.2010. Verfügbar unter <http://www.projekt-ida.de/media/downloads/presse/03%20IDA%20Ergebnisfolder%202%20digital.pdf>
- [97] Igl G (2008). Weitere öffentlich-rechtliche Regulierung der Pflegeberufe und ihrer Tätigkeit. Voraussetzungen und Anforderungen. Urban & Vogel GmbH, München, 5-38, 91-99.
- [98] Innes A (2004). Die Dementia Care Mapping Methode (DCM). Anwendung und Erfahrungen mit Kitwoods personenzentrierten Ansatz. Hans Huber Verlag, Bern, 125-134.
- [99] Institut Arbeit und Gesundheit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (2010). Zuordnung der Kompetenzfelder des ENETOSH Standards zu den Niveaustufen des Europäischen Qualifizierungsrahmens (EQR). Zugriff am 09.06.2010. Verfügbar unter http://www.enetosh.net/files/135/ENETOSH_Standards_dt_08_11_10.pdf
- [100] Institut für Community Medicine (2008). Projektantrag zum IDEMUCK Projekt. Greifswald. (unveröffentlichtes Exemplar)
- [101] Institut für Community Medicine (2008). Projektantrag zum DZNE Projekt. Greifswald. (unveröffentlichtes Exemplar)
- [102] Institut für Community Medicine (2008). Patienten-Fragebogen IDemUck- Interdisziplinäres Betreuungs- und Behandlungsnetz für Demenzpatienten im Landkreis Uckermark. Greifswald. (unveröffentlichtes Exemplar)
- [103] Institut für Community Medicine (2008). Kurzfragebogen für Studienärzte der IDemUck-Studie. Greifswald. (unveröffentlichtes Exemplar)

- [104] Institut für Community Medicine (2010). „Leuchtturmprojekt Demenz“ Themenfeld 2: Evaluation von Versorgungsstrukturen. Interdisziplinäres Betreuungs- und Behandlungsnetz für Demenzpatienten im Landkreis Uckermark (IDemUck). 2. Sachbericht (Abschlussbericht). Greifswald. (unveröffentlichtes Exemplar)
- [105] Institut für Gerontologie und Sektion Gerontopsychiatrie an der psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg (2006). Projekt Identifizierung bzw. Entwicklung von Instrumenten zur Erfassung von Lebensqualität gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen in stationären Einrichtungen der Altenhilfe“ (H.I.L.D.E)- Abschlussbericht Juni 2006. Zugriff am 23.06.2010. Verfügbar unter <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/abschlussbericht-projektphase-hilde,property=pdf,bereich=,sprache= de,rwb=true.pdf>
- [106] Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (2009). Abschlussbericht A05-19D-Kurzfassung. Zugriff am 07.06.2010. Verfügbar unter http://www.iqwig.de/download/A05-19D_Kurzfassung_AB_Nichtmedikamentose_Behandlung_der_Alzheimer_Demenz.pdf
- [107] Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2009) Nichtmedikamentöse Behandlung der Alzheimer Demenz. IQWiG Berichte 2009, Nr.41. Zugriff am 01.05.2009. Verfügbar unter https://www.iqwig.de/download/A05-19D_Abschlussbericht_Nichtmedikamentose_Behandlung_der_Alzheimer_Demenz.pdf
- [108] International Council of Nurses (2010) Delivering Quality, Serving Communities: Nurses Leading Chronic Care. Zugriff am 21.07.2011. Verfügbar unter <http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/indkit2010.pdf>
- [109] Jessen F, Frölich L, Schmidtke K, Hüll M (2006). Integrierte Versorgung Demenz. Die Herausforderung wird nur im Netzwerk zu bewältigen sein. Zugriff am 01.04.2008. Verfügbar unter <http://www.info-neurologie-psychiatrie.de/2006/Sonderheft/30.php>
- [110] Kaduszkiewicz H (2003). Die hausärztliche Versorgung von Patienten mit kognitiven Störungen und Demenz. Psychoneuro, 29 (6), 275-281.
- [111] Kaduszkiewicz H, Wiese B, van den Bussche H (2007). Die Versorgung Demenzkranker aus Sicht der niedergelassenen Haus- und Gebietsärzte-Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 101,15-20.
- [112] Kämmer K (2002). Der Beitrag professioneller Pflege zur Lebensgestaltung von Menschen mit Demenz. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 15/Heft 3, 186-189.

- [113] Kastner U, Löbach R (2007). Handbuch Demenz. Elsevier Urban & Fischer Verlag, München, 4-7, 9-28, 29-44, 45-64, 65-85, 183-188.
- [114] Kastner U, Löbach R (2010). Handbuch Demenz. 2. Auflage Elsevier Urban & Fischer Verlag, München, 145.
- [115] Kitwood T (2000). Demenz. Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Hans Huber Verlag, Bern, 41-62.
- [116] Klein B, Kühnlein G (2007). Der Europäische Qualifizierungsrahmen (EQR). Zugriff am 09.06.2010. Verfügbar unter http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/Stichwort_EQR.pdf
- [117] Klie T, Schmidt R (2002). Begleitung von Menschen mit Demenz- Bestandsaufnahme und Formulierung demenzpolitischer Desiderate und Optionen. Zeitschrift Gerontologie und Geriatrie, 35, 199-209.
- [118] Klingenberg A, Hesse E, Habs M, Schaper G, Bolley J, Kreisch M, Szecsenyi J (2003). Das Projekt PRO DEM- Psychosoziale Unterstützung für Demenzkranke und ihre pflegenden Angehörigen. Zugriff am 12.01.2009. Verfügbar unter http://www.med.uni-heidelberg.de/fileadmin/medizinische_klinik/Abteilung_2/Sektion_Allgemeinmedizin/publikationen/Veroeffentlichungen/Neurotransmitter_PRO_DEM_Druckversion1.pdf
- [119] Klose J, Uhlemann T (2006). Fehlllokation in der vertragsärztlichen Versorgung. Abbau und Vermeidung von Über- und Unterversorgung. Zugriff am 19.08.2008. Verfügbar unter http://wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ggw/wido_ggw_aufs1_0706.pdf.
- [120] Knauf AF (2004). Demenz und pflegende Angehörige. Eine Intervention zur Steigerung der Lebensqualität von pflegenden Angehörigen. Zugriff am 05.05.2009. Verfügbar unter http://deposit.d-nb.de/cgi-bin/dokserv?idn=972835636&dok_var=d1&dok_ext=pdf&filename=972835636.pdf
- [121] Kolb C (2004). Künstliche Ernährung bei Demenzkranken. Ethische Aspekte aus Sicht der Pflege. Ethik in der Medizin, 3/2004, 265-274.
- [122] Kompetenznetz Demenzen (2010). Hauptseite. Zugriff am 05.07.2010. Verfügbar unter <http://www.kompetenznetz-demenzen.de/>
- [123] Kompetenznetz Demenzen (2010). Modul E1: Früherkennung und Diagnostik von Demenzen. Zugriff am 05.07.2010. Verfügbar unter <http://www.kompetenznetz-demenzen.de/ueber-das-netz/knd-projekte/modul-e1/>

- [124] Kompetenznetz Demenzen (2010). Modul E2: Medikamentöse Therapie studien. Zugriff am 05.07.2010. Verfügbar unter <http://www.kompetenznetz-demenzen.de/ueber-das-netz/knd-projekte/modul-e2/>
- [125] Kompetenznetz Demenzen (2010). Modul E3: Früherkennung, genetische Präposition und hausärztliche Versorgung. Zugriff am 05.07.2010. Verfügbar unter <http://www.kompetenznetz-demenzen.de/ueber-das-netz/knd-projekte/modul-e3/>
- [126] Kompetenznetz Demenzen(2010). Assoziiere Projekte. Zugriff am 05.07.2010. Verfügbar unter <http://www.kompetenznetz-demenzen.de/ueber-das-netz/assoziierte-projekte/>
- [127] Kopetsch T (2010). Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur- und Arztlzahlentwicklung. 5. aktualisierte und komplett überarbeitete Auflage. Zugriff am 18.06.2011. Verfügbar unter http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Arztzahlstudie_03092010.pdf
- [128] Korporal J, Dangel B (2001) Der Stellenwert von Prävention und Gesundheitsförderung in der Professionalisierung der Pflege und ihrer Berufe. Prävention, 24. Jg./3, 80-83.
- [129] Kossow KD (2007). Perspektiven in der ambulanten Demenzversorgung- Der Coach Hausarzt ist gefragt. Zugriff am 03.03.2008. Verfügbar unter http://www.zukunftsforum-demenz.de/pdf/doku_20_innen.pdf
- [130] Kreienbrock L, Schach S (2005). Epidemiologische Methoden. Elsevier Verlag, München, 145-190.
- [131] Kuhlmeier A (2008). Neue Rollen für nicht-ärztliche Heilberufe. Public Health Forum, Jg. 16/Heft 58, 21-24.
- [132] Kühnlein G (1997). „Vertrieblichung“ von Weiterbildung als Zukunftstrend? Anmerkungen zum Bedeutungswandel von beruflicher Weiterbildung und Konsequenzen für Bildungsforschung. Arbeit, 6. Jg/Heft 3, 267-281.
- [133] Kunzmann C (2010). Bildungsbedarfsanalyse. Zugriff am 25.02.2010. Verfügbar unter <http://www.christine-kunzmann.de/bildungsbedarf.shtml>
- [134] Lauterberg J, Großfeld-Schmitz M, Ruckdäschel S, Neubauer S, Mehlig H, Gaudig M, Hruschka D, Vollmar HC, Holle R, Gräbel E (2007). Projekt IDA- Konzept und Umsetzung einer cluster-randomisierten Studie zur Demenzversorgung im hausärztlichen Bereich. Zeitschrift ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZarFQ), 101, 21-26.

- [135] Lauterberg J, Großfeld- Schmitz M, Ruckäschel S, Neubauer S, Mehlig H, Gaudig M, Hruschka D, Vollmar HC, Gräßel E (2007) Projekt IDA- Konzept und Umsetzung einer cluster- randomisierten Studie zur Demenzversorgung im hausärztlichen Bereich. Zugriff am 03.03.2008. Verfügbar unter http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B8H18-4NNR9NW-6-3&_cdi=42516&_user=1634577&_pii=S1431762106002417&_origin=&_coverDate=03%2F13%2F2007&_sk=998989998&view=c&wchp=dGLbVlz-zSkWA&md5=659e9a00ba9cadd308132b5a17313575&ie=/sdarticle.pdf
- [136] Lebeda D (2005). Konflikte und Schwierigkeiten im Angehörigengespräch. Zugriff am 18.07.2011. Verfügbar unter [http://www.beratunginderpflege.de/pdf/berichte/symposium_april_2005/05_Referat_Dorothe_Lebeda.pps#265,9,2.Konflikte und Schwierigkeiten im Angehörigengespräch](http://www.beratunginderpflege.de/pdf/berichte/symposium_april_2005/05_Referat_Dorothe_Lebeda.pps#265,9,2.Konflikte%20und%20Schwierigkeiten%20im%20Angeh%C3%B6rigengespr%C3%A4ch).
- [137] Linck W (2002). Alltag mit Dementen. Pflegekräfte und ihre Klienten in der ambulanten Pflege. Schlütersche Verlag, Hannover, 26-30, 31-41.
- [138] Luck T, Luppä M, Weber S, Matschinger H, Glaesmer H, König HH, Angermeyer M, Riedel-Heller SG (2008). Time until institutionalization in incident dementia cases – results of the Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA 75+). *Neuroepidemiology*, 31 (2), 100-108.
- [139] Luppä M, Luck T, Matschinger H, König HH, Riedel-Heller SG (2010). Predictors of nursing home admission of individuals without a dementia diagnosis before admission – results from the Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA 75+). *BMC Health Services Research*, 29/10, 186-193.
- [140] Marstedt G (2008). Hausärztliche Versorgung: Die Bedeutung einer festen Anlaufstelle im Versorgungssystem. *Gesundheitsmonitor*. Zugriff am 05.05.2009. Verfügbar unter http://www.hpm.org/Downloads/Newsletter_HPNGemo/0108_Primaerversorgung.pdf
- [141] Martin M, Kliegel M (2008). *Psychologische Grundlagen der Gerontologie*. W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co KG, Stuttgart, 10-17.
- [142] Mayring P (2003). *Qualitative Inhaltsanalyse-Grundlagen und Techniken*, 8. Auflage, UTB/Beltz-Verlag, Weinheim und Basel, 19-20, 42-100.
- [143] Melchinger H, Machleidt W (2005). Hausärztliche Versorgung von Demenzkranken-Analyse der IST-Situation und Ansätze für Qualifizierungsmaßnahmen. Zugriff am 01.04.2008. Verfügbar unter [http://www.kompetenznetz-demenzen.de/media/dateien_allg/MelchingerH\(1\).pdf](http://www.kompetenznetz-demenzen.de/media/dateien_allg/MelchingerH(1).pdf)

- [144] Mißbeck A (2008). In der Hausarztwelt fallen die letzten Tabus. Der Mangel an Allgemeinmediziner in ländlichen Regionen spitzt sich zu- Erfolg versprechende Lösungsansätze werden immer dringender. Zugriff am 30.09.2008. Verfügbar unter <http://www.aerztezeitung.de/extras/druckansicht/?sid=513777&pid=519780>
- [145] Müller I (2008). Die häusliche Betreuung demenzkranker Menschen und ihre Auswirkungen auf pflegende Angehörige – eine Literaturübersicht. Zugriff am 05.05.2009. Verfügbar unter http://www.oegkv.at/fileadmin/docs/OEPZ_2008/maerz08/mueller.pdf
- [146] Pätzold G, Rauner F (2006). Die empirische Fundierung der Curriculumentwicklung- Annäherungen an einen vernachlässigten Forschungszusammenhang. In: Pätzold G, Rauner F (2006): Qualifikationsforschung und Curriculumentwicklung. Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik. Beiheft 19, Franz Steiner Verlag, Stuttgart, 7-28.
- [147] Potter PA, Weilitz PB (2005). Pflegeanamnese und Pflegediagnostik. Checklisten zur professionellen Einschätzung des Gesundheitszustandes eines Patienten. Urban&Fischer Verlag der Elsevier GmbH, München, 2-12.
- [148] QUADEM (2008). Was bedeutet QUADEM. Zugriff am 23.09.2008. Verfügbar unter <http://www.quadem.de/Was-bedeutet-Quadem.16.0.html>
- [149] QUADEM (2008) Wer kann an QUADEM teilnehmen? Zugriff am 23.09.2008. Verfügbar unter <http://www.quadem.de/Wer-kann-an-Quadem-teilnehmen.17.0.html>
- [150] QUADEM (2010). Ausbildung zum Quadem-Cotrainer: Trainingsangebote für Pflegekräfte. Zugriff am 22.07.2010. Verfügbar unter http://www.quadem.de/fileadmin/downloads/Anmeldeformular_Cotrainer_Pflegekr%C3%A4fte-Trainings.pdf
- [151] Ring J (2008). Integrative Betreuung Demenzkranker und ihrer Angehörigen. Zugriff am 03.02.2009. Verfügbar unter www.gv-west.de/de.gv-west/userfiles/Protokoll-12-11-08.doc
- [152] Rogalski H, Dreier A, Hoffmann W, Oppermann RF (2008). Community Medicine Nurse– Die Tele-Gesundheitsschwester. DieSchwesterDerPfleger, 47(1), 70-73.
- [153] Rothgang H, Iwansky S, Müller R, Sauer S, Unger R (2010). BarmerGEK Pflegereport 2010. Schwerpunktthema: Demenz und Pflege. Zugriff am 12.04.2011. Verfügbar unter <http://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Archiv/2010/101130-Pflegereport/PDF-Pflegereport-2010,property=Data.pdf>

- [154] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007). Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Gutachten 2007. Zugriff am 08.05.2008 Verfügbar unter <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht07/Kurzfassung%202007.pdf>
- [155] Schaaf I (2008). Qualitätssicherung in der Demenzversorgung bei Multimorbidität. Zugriff am 01.04.2008. Verfügbar unter <http://www.zukunftsforum-demenz.de/newsletter/index.html>
- [156] Schacke C, Zank S (1998). Zur familiären Pflege demenzkranker Menschen: Die differentielle Bedeutung spezifischer Belastungsdimensionen für das Wohlbefinden der Pflegenden und die Stabilität der häuslichen Pflegesituation. Zugriff am 08.05.2008. Verfügbar unter <http://www.springerlink.com/content/kxb81yljybcudkc/fulltext.pdf>
- [157] Schaeffer D, Wingenfeld K (2008). Qualität der Versorgung Demenzkranker: Strukturelle Probleme und Herausforderungen. Pflege und Gesellschaft 13. Jg./Heft 4, 293-305.
- [158] Schmacke N (2006). Ärztemangel: Viele Fragen werden noch nicht diskutiert. G+G Wissenschaft, 6. Jg/3, 18-25.
- [159] Schmidt R (2002). Wie sieht humane Pflege der Zukunft aus? Zugriff am 02.09.2008. Verfügbar unter <http://www.zukunftsforum-demenz.de/newsletter/index.html>
- [160] Schnyder S (2007). Pflegeinterventionen zur Verminderung der Belastung von pflegenden Angehörigen demenzkranker Menschen. Zugriff am 08.05.2008. Verfügbar unter http://doc.rero.ch/lm.php?url=1000,41,22,20070913103931-XU/Diplom_Allenbach.pdf
- [161] Schober M, Affara F (2008). Advanced Nursing Practice (ANP). Hans Huber Verlag, Bern, 35-56.
- [162] Schröder KT (2001). Die angemessene Versorgung Demenzkranker: Flexible Leistungsangebote und Impulse für neue Versorgungsstrukturen. Zugriff am 01.04.2008. Verfügbar unter http://www.med-ev.org/veranstaltungen/abstract_gesamt/Abstracts-11-2001.pdf
- [163] Schubert CC, Boustani M, Callahan CM, Perkins AJ, Hui S, Hendrie HC (2008). Acute care utilization by dementia caregivers within urban primary care practice. Journal of General Internal Medicine, Volume 23, Number 11, 1736-1740.

- [164] Schubert CC, Boustani M, Callahan CM, Perkins AJ, Carney CP, Fox C, Unverzagt F, Hui S, Hendrie HC (2006). Comorbidity Profile of Dementia Patients in Primary Care: Are They Sicker?. Zugriff am 01.05.2009. Verfügbar unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16420205?dopt=Citation>
- [165] Sifton C (2004). Das Demenzbuch-Ein „Wegbegleiter“ für Angehörige, Pflegende und Aktivierungstherapeuten. Hans Huber Verlag, Bern, 114-170.
- [166] Sozialministerium Mecklenburg-Vorpommern (2006). Landesprogramm „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern. Fortschreibung ab 2006. Zugriff am 05.07.2010. Verfügbar unter http://www.regierung-v.de/cms2/Regierungsportal_prod/Regierungsportal/de/sm/ThemenSoziales/Das_Landesprogramm_Aelter_werden_in_Mecklenburg-Vorpommern/index.jsp?&publikid=1190
- [167] Spöttl G, Windelband L (2006). Früherkennung von Qualifikationsbedarf - Die Reichweite des berufswissenschaftlichen Ansatzes. In: Pätzold G, Rauner F (2006). Qualifikationsforschung und Curriculumentwicklung. Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik. Beiheft 19, Franz Steiner Verlag, Stuttgart, 129-151.
- [168] Statistisches Amt Mecklenburg- Vorpommern (2005) Bevölkerung, Haushalte und Familien in Mecklenburg-Vorpommern (Mikrozensus). Teil 1 - Bevölkerung und Haushalte März 2005. Zugriff am 23.06.2008. Verfügbar unter http://service.mvnet.de/statmv/daten_stam_berichte/e-bibointerth01/bevoelkerung--haushalte--familien--flaeche/a-i__a153__/2005/daten/a153-2005-21.pdf
- [169] Statistisches Bundesamt (2011). Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung 3. Bericht: Ländervergleich – ambulante Pflegedienste. Zugriff am 19.06.2011. Verfügbar unter <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publicationen/Fachveroeffentlichungen/Sozialleistungen/Pflege/LaenderPflegebeduerftige5224002099004,property=file.pdf>
- [170] Statistisches Bundesamt (2011). Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung- Deutschlandergebnisse. Zugriff am 04.05.2011. Verfügbar unter <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publicationen/Fachveroeffentlichungen/Sozialleistungen/Pflege/LaenderAmbulantePflegedienste5224101099004,property=file.pdf>
- [171] Steffen P, Löffert S (2010). Ausbildungsmodelle in der Pflege. Forschungsgutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Zugriff am 11.06.2011. Verfügbar unter <http://www.dki.de/PDF/Endbericht%20Ausbildungsmodelle%20in%20der%20Pflege.pdf>

- [172] Stoppe G (2006). Demenz. Ernst Reinhardt Verlag GmbH & Co KG Verlag, München, 135-169.
- [173] Stöver M, Schmitt S, Bomball J, Schwanke A, Görres S (2008). Qualitätskriterien für Best Practice in der Pflegeausbildung- Synopse evaluierter Modellprojekte- abschließender Projektbericht. Zugriff am 25.05.2010. Verfügbar unter http://www.ipp.uni-bremen.de/downloads/abteilung3/abschlussbericht_best_practice.pdf
- [174] Stuhlmann W (2008). Die soziale Situation Demenzkranker. Zugriff am 17.09.2008. Verfügbar unter <http://www.ifap.de/bda-manuale/demenz/therapie/sozial.html>
- [175] Synofzik M: PEG-Ernährung bei fortgeschrittener Demenz. Eine evidenzgestützte Analyse. Nervenarzt 4/2007, 418-428.
- [176] Universität Witten/Herdecke (2007). Demenz-Evidenzbasierte Leitlinie zur Diagnose und Therapie und Therapie. Entwickelt durch das medizinische Netzwerk „evidence.de“ der Universität Witten/Herdecke. Version 05/2005 (Eine Aktualisierung dieser Leitlinie ist nicht geplant (Stand September 2007). Zugriff am 05.02.2008. Verfügbar unter http://www.evidence.de/Leitlinien/leitlinien-intern/Demenz_Start/demenz_start.html
- [177] van den Bussche H (2004). Rechtliche Bestimmungen. In: Comberg HU, Klimm HD (2004). Allgemeinmedizin. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 56-69.
- [178] Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätsklinik in Deutschland e.V. (2007). Übernahme ärztlicher Tätigkeiten- praktische und rechtliche Grenzen bei der Delegation ärztlicher Tätigkeiten. vpu-online, 2007, 9-33.
- [179] Vollmar HC, Koch MB, Schürer-Maly C, Löscher S, Koneczny N, Butzlaff M (2005). Leitlinie für Betroffene, Angehörige und Pflegenden Demenzkrankheit (Alzheimer und andere Formen) und Medizinisches Netzwerk evidence.de der Universität Witten/Herdecke. 4. Version 06/2005. Zugriff am 05.02.2008. Verfügbar unter http://www.patientenleitlinie.de/Demenz/body_demenz.html
- [180] Vollmar HC, Koch MB, Schürer-Maly C, Löscher S, Koneczny N, Butzlaff M (2005). Demenz Evidenzbasierte Leitlinie zu Diagnose und Therapie entwickelt durch das medizinische Netzwerk „evidence.de“ der Universität Witten/Herdecke- Version 05/2005. Witten/Herdecke Stand 2007. Zugriff am 03.06.2010. Verfügbar unter <http://www.patientenleitlinien.de/Patientenleitlinie-Demenz.pdf>

- [181] Vollmar HC, Gräbel E, Lauterberg J, Neubauer S, Großfeld-Schmitz M, Koneczny N, Schürer-Maly C-C, Koch M, Ehlert N, Holle R, Rieger MA, Butzlaff M (2007). Multimodale Schulung von Hausärzten-Evaluation und Wissenszuwachs im Rahmen der Initiative Demenzversorgung in der Allgemeinmedizin (IDA). *Zeitschrift ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZarFQ)*, 101, 27-34.
- [182] von der Ahe HE, Meyer SH, Weidner F, Laag U, Isfort M (2010). Abschlussbericht des Projektträgers und der wissenschaftlichen Begleitung EDe- Entlastungsprogramm bei Demenz. Optimierung der Unterstützung für Demenzerkrankte und ihre Angehörigen im Kreis Minden-Lübbecke mit besonderer Berücksichtigung pflegepräventiver Ansätze. Zugriff am 26.05.2010. Verfügbar unter http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/Endbericht_EDe_Entlastungsprogramm_bei_Demenz.pdf
- [183] von Rosenstiel L (2010). Weiterbildung von Führungskräften. In: Tippelt R, von Hippel A (Hrsg.) *Handbuch Erwachsenenbildung/Weiterbildung*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 955-970.
- [184] Weiterbildung in Baden-Württemberg (2010). Bildungsbedarfsanalyse. Zugriff am 25.02.2010. Verfügbar unter <http://www.fortbildung-bw.de/?id=359>
- [185] Wesseler M (2010). Evaluation und Evaluationsforschung In: Tippelt R, von Hippel A (Hrsg.) (2010). *Handbuch Erwachsenenbildung/Weiterbildung*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 1031-1048.
- [186] Weyerer S und Robert-Koch-Institut (2005). Heft 28- Altersdemenz aus der Reihe „Gesundheitsberichterstattung des Bundes“. Zugriff am 05.02.2008. Verfügbar unter http://www.Gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc_pruef_verweise?p_uid=gast&p_aid=97...
- [187] Wingenfeld K, Seidl N (2008). Verhaltensauffälligkeiten psychisch beeinträchtigter Heimbewohner als Herausforderung für die Pflege. In: Schaefer D, Behrens J, Görres S (Hrsg.) (2008). *Optimierung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns. Ergebnisse und Herausforderungen der Pflegeforschung*. Juventa, Weinheim, 56–79.
- [188] Wöhrle G (2004). Der alte Mensch im Spiegel der antiken Medizin. In: Hermann-Otto E, Wöhrle G, Hardt R (2004). *Die Kultur des Alterns- von der Antike bis zur Gegenwart*. Röhrig Universitätsverlag GmbH, St. Ingbert, 19-31.

- [189] Zank S, Schacke C (2004). Projekt Längsschnittergebnisse zur Belastung pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten (Leander)- Abschlussbericht Phase 1. Entwicklung eines standardisierten Messinstrumentes zur Erstellung von Belastungsprofilen für pflegende Angehörige demenzkranker Patienten. Zugriff am 11.05.2009. Verfügbar unter http://www.uni-siegen.de/fb2/zank/daten/leander_phase_ii_kurzbericht.pdf
- [190] Zank S, Schacke C (2004). Projekt Längsschnittsstudie zur Belastung pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten (LEANDER). Abschlussbericht Phase 1. Zugriff am 23.06.2010. Verfügbar unter http://www.ipg.psychologie.fu-berlin.de/projekte/Abschlu%DFbericht_LEANDER_Phase1.pdf
- [191] Zank S, Schacke C, Leipold B. (2006). Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung – Demenz (BIZA-D). Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie, 35 (4), 296-305.
- [192] Zank S, Schacke C (2006). Projekt Längsschnittergebnisse zur Belastung pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten (Leander)- Abschlussbericht Phase 2. Zugriff am 11.05.2009. Verfügbar unter http://www.ewi-psy.fu-berlin.de/einrichtungen/arbeitsbereiche/ipg/media/projekte/leander/abschlussbericht_leander_phase1.pdf
- [193] Zank S, Schacke C (2007). Projekt Längsschnittsstudie zur Belastung pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten (LEANDER). Abschlussbericht Phase 1. Zugriff am 22.07.2010. Verfügbar unter http://www.uni-siegen.de/fb2/zank/daten/leander_phase_ii_langbericht.pdf
- [194] Zank S (2007). Prädiktoren der Morbidität und Mortalität von Demenzpatienten und pflegenden Angehörigen (LEANDER III). Zugriff am 22.07.2010. Verfügbar unter http://www.uni-siegen.de/fb2/zank/forschung/praediktoren_morbiditaet_mortalitaet.html?lang=de
- [195] Ziegler H, Doblhammer G (2009). Prävalenz und Inzidenz von Demenz in Deutschland – Eine Studie auf Basis von Daten der gesetzlichen Krankenversicherungen von 2002. Das Gesundheitswesen, 71, 281-290.
- [196] Zielke-Nadkarni A (1998). Gesundheitsförderung im Rahmen der ambulanten Versorgung: eine Aufgabe der Pflege. Pflege und Gesellschaft, 3. Jg./Heft 3, 1-21.
- [197] Zukunftsforum Demenz (2008). Demenz- das schleichende Vergessen. Zugriff am 04.05.2009. Verfügbar unter <http://www.zukunftsforum-demenz.de/broschueren/index.html>

Gesetze

- [198] Approbationsordnung für Ärzte vom 27.Juni 2002. Zuletzt geändert durch Art. 10 G v. 24.Juli 2010
http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/_appro_2002/gesamt.pdf
Stand: 19.06.2011
- [199] Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz - AltPflG) vom 17.November 2000. Neugefasst durch Bekanntgabe vom 25.August 2003. Zuletzt geändert durch Art. 12b G v. 17.Juli 2009
<http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/altpflg/gesamt.pdf>
Stand: 19.06.2011
- [200] Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz - KrPflG) vom 16.Juli 2003. Zuletzt geändert durch Art. 7 G v. 24.Juli 2010
http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/krpflg_2004/gesamt.pdf
Stand: 19.06.2011
- [201] Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) vom 28.Mai 2008. Inkrafttreten zum 01. Juli 2008 Bundesgesetzblatt Jahrgang 2008 Teil 1 Nr. 20, ausgegeben am 30.Mai 2008 in Bonn
<http://www.bundesgesetzblatt.de>
Stand: 18.07.2009
- [202] Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) vom 10.11.2003, zuletzt geändert durch Art. 35 G v. 2.12.2007 I 2686
<http://www.juris.de>
Stand: 18.07.2009
- [203] Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers (Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung - AltPflAPrV) vom 26.11.2002, zuletzt geändert durch Art. 31 G v. 2.12.2007 I 2686
<http://www.juris.de>
Stand: 18.07.2009

Eigene Publikationen (Auswahl)

Thyrian JR, **Dreier A**, Fendrich K, Lueke S, Hoffmann W. Demenzerkrankungen: Wirksame Konzepte gesucht. Deutsches Ärzteblatt 2011; 108 (38): A 1954-6.

Dreier A, Thyrian JR, Hoffmann W. Dementia Care Manager in der ambulanten Demenzversorgung: Entwicklung einer innovativen Qualifizierung für Pflegefachkräfte. Pflege und Gesellschaft 2011, 16.Jhg Heft1, 53-64.

Hoffmann W, **Dreier A**, van den Berg N. Arztentlastende Delegationsmodelle: AGnES und Co. In: Günster C, Klose J, Schmacke N (Hrsg.). Versorgungs-Report 2011 Schwerpunkt: Chronische Erkrankungen. 1. Aufl., Stuttgart: Schattauer GmbH 2010, 227-237.

Fiss T, **Dreier A**, Meinke C, van den Berg N, Ritter C A, Hoffmann W. Frequency of inappropriate drugs in primary care: analysis of a sample of immobile patients who received periodic home visits. Age and Aging 2010, 40(1): 66-73.

Dreier A, Rogalski H, Oppermann RF, Terschüren C, van den Berg N, Hoffmann W. A curriculum for nurses in Germany undertaking medically-delegated tasks in primary care. Journal of Advanced Nursing 2010, 66(3): 635–644.

van den Berg N, **Dreier A**, Oppermann RF, Rogalski H, Hoffmann W: Das AGnES Curriculum. Evidenzbasierte Qualifizierungsinhalte und Praxiskompetenzen aus den AGnES Modellprojekten (2005-2008) für die Durchführung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten nach § 87 SGB V. Schriften Reihe G der Hochschule Neubrandenburg Band 7. ISBN 978-3-932227-93-6.

van den Berg N, Meinke C, Heymann R, Fiß T, Suckert E, Pöller C, **Dreier A**, Rogalski H, Karopka T, Oppermann R F, Hoffmann W. AGnES: Hausarztunterstützung durch qualifizierte Praxismitarbeiter (innen)- Evaluation der Modellprojekte: Qualität und Akzeptanz. Dtsch Arztebl Int 2009; 106(1-2): 3-9.

Oppermann RF, Rogalski H, Hoffmann W, van den Berg N, **Dreier A**. Qualifikation „Community Medicine Nursing“- Konzept Curriculum. Schriften Reihe G der Hochschule Neubrandenburg Band 6. ISBN 978-3-932227-88-2.

Dreier A, Rogalski H, Oppermann RF, Hoffmann W: „Community Medicine Nursing“ Qualifikationsprojekt in Mecklenburg- Vorpommern. PADUA 3.Jhg. 4/08, ISSN 1861-6186, ZKZ 71432, 62-65.

Rogalski H, **Dreier A**, Oppermann RF, Hoffmann W. Community Medicine Nursing- ein Schritt im Professionalisierung der Pflege. DieSchwesterDerPfleger 01/2008, 70-73.

Vorträge

Dreier A, Hoffmann W. Dementia Care Manager – eine neue innovative Qualifizierung für Pflegefachkräfte als Bestandteil der Demenzversorgung. Eingeladener Vortrag zum ersten interdisziplinären Demenztag am Dietrich-Bonhoeffer Klinikum Neubrandenburg, Neubrandenburg 28.09.2011.

Dreier A, Hoffmann W. Translating tasks and demands in routine care into qualification of Dementia Care Manager. Vortrag zum internationalen Workshop Dementia care research –scientific evidence, current issues and future perspectives. Organised and sponsored by the DZNE Rostock/ Greifswald in close cooperation with the DZNE Witten, Greifswald 05.09.2011.

Fendrich K, Thyrian R, **Dreier A**, Hoffmann W: Community Medicine: research for the „patient population“–improving dementia care in Germany. Eingeladener Vortrag Regenstrief Institute, Inc. of the University of Indianapolis, Indianapolis 30.11.2010.

Dreier A, Fendrich K, Thyrian JR, Fiß T, Hoffmann W. Dementia Care Manager in der ambulanten Demenzversorgung: Entwicklung einer innovativen Qualifizierung für Pflegefachkräfte. Vortrag auf dem 9. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung e.V., Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, Bonn 02.10.2010.

Dreier A, Hoffmann W. Demenz: lebenswelt- und patientenzentrierte Hilfen in Mecklenburg-Vorpommern (DelpHi-MV). Eingeladener Vortrag auf dem Arbeitskreis der Pflegedienstleiter der AWO Mecklenburg-Vorpommern, Güstrow 15.06.2010.

Dreier A, Hoffmann W. Dementia Care Manager im Center for Integrated Dementia Care Research (CIDC) am Institut für Community Medicine der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald. Eingeladener Vortrag auf dem Trägertreffen der Diakonie Mecklenburg, Schwerin 30.03.2010.

Dreier A, Hoffmann W. Demografische Entwicklung- Neuorientierung für die Profession Pflege. Eingeladener Vortrag zum Usedomer Pflorgetag, Seebad Kölpinsee 16.10.2009.

Hoffmann W, **Dreier A**. Der Funktionsbereich Allgemeinmedizin – die Verbindung zwischen Forschung und Lehre. Vortrag auf dem Lehrarzttag der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, Greifswald 19.04.2008.

Dreier A, Rogalski H, van den Berg N, Oppermann RF, Hoffmann W. Qualifikation „Community Medicine Nursing“ –Projekt zur Entwicklung eines praxisnahen, lernenden Curriculums. Eingeladener Vortrag auf dem 47. Deutsch- Polnischen Unternehmerforum „Aufbau und Ausbau grenzüberschreitender Netzwerke Gesundheitswirtschaft“ Visionen- Märkte- Produkte, Pasewalk 03.09.2007.

Poster

Thyrian JR, **Dreier A**, Fendrich K, Hoffmann W. Improving Health Care for People With Dementia in Germany: The DelpHi Study. Posterpräsentation auf der Alzheimer's Association International Conference (AAIC) 2011, Paris 16.-21.07.2011.

Thyrian JR, Fendrich K, **Dreier A**, Hoffmann W. Hausarztbasierte Versorgung an Demenz erkrankter Personen – das Modell der DelpHi-MV Studie. Posterpräsentation auf dem 9. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung e.V., Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, Bonn 30.09.-02.10.2010.

Abstract publiziert in Monitor Versorgungsforschung. Sonderausgabe Hauptprogramm / Abstractband DKVF/APS 2010, 3:110.

Thyrian JR, Fendrich K, **Dreier A**, Hoffmann W. Demenz: lebenswelt- und patientenzentrierte Hilfen in Mecklenburg-Vorpommern (DelpHi-MV). Posterpräsentation auf dem interdisziplinären Kongress „Das Altern – neurologische, psychiatrische und versorgungsepidemiologische Aspekte“. Hörsaal Nord Universitätsklinikum Greifswald, Greifswald 17.-19.06.2010.

Fiß T, **Dreier A**, van den Berg N, Ritter C. A., Hoffmann W. Home Medication Review durch Community Medicine Nurses – Evaluation von Weiterbildungsinhalten eines pharmazeutischen Curriculumsbestandteil. Posterpräsentation auf dem 7. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung, Köln 16.-18.10.2008.

Abstract publiziert in der Zeitschrift Prävention und Versorgungsforschung.

Dreier A, Czujewicz K, Kärst G, Thonack J, Hoffmann W. Das Fach Allgemeinmedizin am Institut für Community Medicine der Ernst- Moritz- Arndt- Universität Greifswald. Poster zur Begrüßung der Erstsemestler Medizin WS 2007/2008, Greifswald 12.10.2007.

Dreier A, Rogalski H, van den Berg N, Oppermann RF, Hoffmann W. Qualifikation „Community Medicine Nursing“ –Projekt zur Entwicklung eines praxisnahen, lernenden Curriculums. Posterpräsentation Fachtagung Community Medicine Nursing, Greifswald 27.03. 2007.

Danksagung

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann, MPH, der mich während meiner Promotion betreute und jederzeit mit wissenschaftlicher Beratung und unterstützenden Anregungen zur Verfügung stand.

Ferner danke ich allen Interviewpartnern sowie allen Hausärzten, Pflegefachkräften und pflegenden Angehörigen, die an der Studie teilgenommen haben und mit ihrem Engagement zum zügigen Voranschreiten der Arbeit beitrugen.

Darüber hinaus danke ich meinen KollegInnen des Instituts für Community Medicine der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, insbesondere Kerstin Weitmann, Ina Becker, Anne-Katrin Strohbach, Annekathrin Haase und Grit Aßmann.

Sabine Müller, M.Sc., Dr. Thomas Fiß und Dr. Hagen Rogalski danke ich für das abschließende Korrekturlesen der Arbeit und den damit verbundenen Verbesserungsvorschlägen.

Meiner Familie und meinen Freunden gilt der größte Dank für ihre Unterstützung und die Motivation während der gesamten Promotion.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Dissertation selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe.

Die Dissertation ist bisher keiner anderen Fakultät, keiner anderen wissenschaftlichen Einrichtung vorgelegt worden.

Ich erkläre, dass ich bisher kein Promotionsverfahren erfolglos beendet habe und dass eine Aberkennung eines bereits erworbenen Doktorgrades nicht vorliegt.

Datum

Unterschrift