

Demenz: Weiterentwicklung der Versorgungsangebote

KARIN WOLF-OSTERMANN

Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann ist Professorin für Pflegewissenschaftliche Versorgungsforschung an der Universität Bremen und Leiterin der gleichnamigen Abteilung am dortigen Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)

Angesichts steigender Anzahlen von Menschen mit Demenz steigen die finanziellen aber auch personellen Bedarfe für eine qualitativ hochwertige Versorgung. Seit Beginn der Pflegeversicherung im Jahr 1994 ist ein weiter Weg zurückgelegt worden, der für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen viele Verbesserungen gebracht hat. Eine der vordringlichsten Aufgaben der Gesundheits- und Pflegepolitik der nächsten Jahre wird neben der Schließung einer drohenden „Versorgungslücke“ sein müssen, eine bessere Vernetzung von Versorgungspraxis und -forschung zu forcieren, um eine adäquate Versorgung weiterhin zu gewährleisten und voranzutreiben.

1. Pflegebedürftigkeit und Demenz

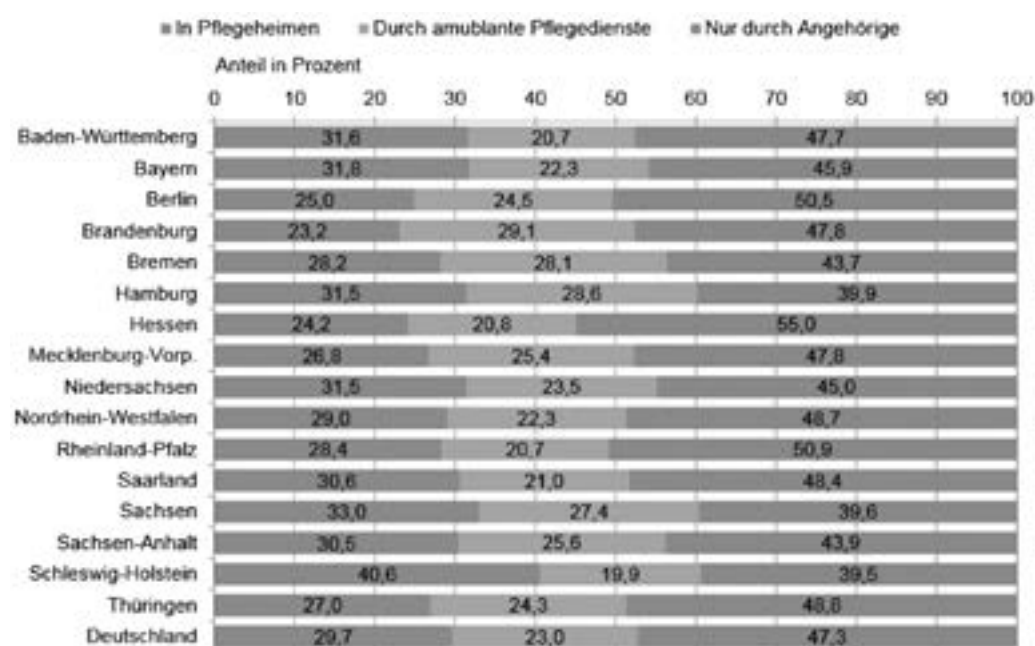
Wie viele westliche Gesellschaften wird auch die Bundesrepublik Deutschland durch den demografischen Wandel in den nächsten Jahren tiefgreifende Veränderungen erfahren. Bedingt durch eine zunehmende Alterung sowie eine abnehmende Geburtenrate wird sich die Zahl der über 80-Jährigen von 4,4 Millionen im Jahr 2013 auf ca. 10 Millionen im Jahr 2050 mehr als verdoppeln (Statistisches Bundesamt 2015a). Als Folge dieser Alterung der deutschen Bevölkerung werden wir uns auf eine größere Zahl von Personen mit bestimmten altersspezifischen Erkrankungen einstellen müssen und zudem auch auf einen größeren Anteil von Personen mit Mehrfacherkrankungen (Wurm & Tesch-Römer 2006).

Ende 2013 waren nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (Statistisches Bundesamt 2015b) in Deutschland 2,63 Millionen Menschen pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI). Hiervon wurden etwas mehr als zwei Drittel (71 % oder 1,86 Millionen) zu Hause versorgt – davon 1,18 Mio. allein durch Angehörige und 576.000 durch

Angehörige und/oder ambulante Pflegedienste. Vollstationär in Pflegeheimen wurden insgesamt 764 000 Pflegebedürftige (29 %) versorgt. Diese sind überwiegend weiblich (stationär 74% – ambulant 62%), hochaltrig (Pflegequote insgesamt 70-75 Jahre 5%, 90+ 58%, Pflegequote Heim 75+ Jahre 8%, 85+ 10%) und schwerstpflegebedürftig (Pflegestufe III: stationär 20% – ambulant 9%) und demenziell erkrankt (stationär 59 % – ambulant 25 %) (Statistisches Bundesamt 2015b). Regional zeigen sich dabei große Unterschiede in der ambulanten und stationären Versorgung (vgl. Abbildung 1).

Der Anteil pflegebedürftiger Personen wird in Zukunft aufgrund des demografischen Wandels deutlich steigen. Gleichzeitig steigen damit die Anforderungen, diesem Anstieg finanziell und im Hinblick auf eine qualitativ hochwertige pflegerische Versorgung zu begegnen. Besondere Herausforderungen stellt dabei die Versorgung von Menschen mit Demenz, da demenzielle Erkrankungen die häufigsten neuropsychiatrischen Erkrankungen im Alter darstellen (Bickel 2014). Nach den diagnostischen Leitlinien der International Classification of Disease 10 (ICD 10)

Abbildung 1: Versorgungsarten nach Bundesländern



Quelle: Rothgang et al. 2014 auf Basis Statistisches Bundesamt 2013

erkranken, steigt mit zunehmendem Alter an (vgl. Tabelle 1). Aufgrund der Altersverteilung zwischen den Geschlechtern sind fast 70% aller Erkrankten weiblich und nur ca. 30% männlich.

Regional unterscheiden sich auch hier die Anteile erkrankter Personen an der jeweiligen Gesamtbevölkerung und reichen von 1,6% in Berlin bis 2,3% in Sachsen. Allen Bundesländern gemeinsam ist jedoch, dass demenzielle Erkrankungen Auswirkungen auf eine erhöhte Pflegebedürftigkeit im Lebenslauf haben und damit auch eine größere Inanspruchnahme professionell erbrachter Pflegeleistungen (Rothgang et al. 2010: 13).

sind demenzielle Erkrankungen als chronische oder fortschreitende Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen charakterisiert und erfassen verschiedene Formen von Demenz wie etwa die Alzheimer Demenz als häufigster Form oder die vaskuläre Demenz. Als typische Begleiterscheinungen einer demenziellen Erkrankung sind Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens und der Motivation zu verzeichnen (DIMDI 2014). Im Frühstadium einer Demenz ist diese oft aufgrund der globalen Symptomatik nur schwer zu diagnostizieren, jedoch resultieren dar-

aus erhebliche Beeinträchtigungen des täglichen Lebens (Weyerer & Schäufele 2006). Eine kurative Therapie demenzieller Erkrankungen gibt es derzeit nicht, so dass diese Erkrankung insbesondere in den Fokus einer pflegerischen Versorgung rückt (Herholz & Zanzonico, 2009). Ist aufgrund von demenzbedingten Fähigkeitsstörungen (aber auch geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen) die Alltagskompetenz von Menschen auf Dauer erheblich eingeschränkt, wird dies im Rahmen der Pflegeversicherung nach § 45 SGB XI erfasst.

In Deutschland leben derzeit nach Schätzungen etwa 1,5 Millionen Menschen mit Demenz (Bickel 2014). Die Wahrscheinlichkeit an einer Demenz zu

2. Welche Versorgungsangebote gibt es für Menschen mit Demenz?

Für Menschen mit Demenz gilt zunächst wie für alle Leistungsempfänger nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI), dass diese zum einen in ihrer eigenen Häuslichkeit Versorgung und Unterstützung erfahren – mit und ohne Unterstützung durch professionell Pflegende. Daneben existieren Versorgungsangebote mit unterschiedlichen Versorgungs- und Unterstützungsangeboten – sogenannte alternative Wohn- und Versorgungsformen – bis hin zu einer vollstationären Versorgung.

Versorgungsbedarfe und -strukturen unterscheiden sich dabei regional. Dies liegt neben den variierenden Altersstrukturen und Anteilen an Menschen mit einem Pflegebedarf auch an der Zugänglichkeit zu pflegerisch-versorgenden aber auch medizinischen Angeboten. Diese Zugänglichkeit wird durch vielfältige Faktoren gesteuert. So spielen Entfernungen und Verkehrsanbindungen zu Angeboten ebenso eine Rolle, wie die Angebotsdichte selbst, die oft auch von verfügbaren finanziellen Mitteln in der Region bzw. Trägern in einer Region abhängig sind (Lamura et al. 2008). So unterscheidet sich

Tabelle 1: Prävalenzraten und Erkrankungszahlen nach Alter für die Bundesrepublik Deutschland.

Altersgruppe	Mittlere Prävalenzrate nach EuroCoDe (%)			Geschätzte Krankenzahl in Deutschland Ende des Jahres 2012		
	Männer	Frauen	Insgesamt	Männer	Frauen	Insgesamt
65-69	1,79	1,43	1,60	33.700	29.200	62.900
70-74	3,23	3,74	3,50	72.300	97.000	169.300
75-79	6,89	7,63	7,31	109.100	156.600	264.700
80-84	14,35	16,39	15,60	129.900	233.000	362.900
85-89	20,85	28,35	26,11	85.000	271.800	356.800
90 und älter	29,18	44,17	40,96	39.300	217.200	256.500
65 und älter	6,56	10,51	8,82	469.200	1.003.900	1.473.100

Quelle: Bickel 2014

bspw. die Versorgung von Menschen mit Demenz durch Fachärzte zwischen städtischem und ländlichem Raum (Koller et al. 2010), Kontakte zu Fachärzten im ländlichen Raum sind geringer als im städtischen Raum. Hinzu kommt, dass die Bereitschaft, formelle Hilfen in Anspruch zu nehmen oftmals bei Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen gering ist oder wenig Kenntnisse über Unterstützungsangebote vorliegen (Brodaty et al. 2005, Gallagher 2012).

Kostenschätzungen für Westeuropa (Wimo & Prince 2010) gehen davon aus, dass die Versorgung eines Menschen mit Demenz jährlich durchschnittlich ca. 30.122 US-Dollar kostet. Von dieser Summe entfallen lediglich 14,4 % auf die medizinische Versorgung (Versorgung in Krankenhäusern, Arztbesuche, Medikamente). Den größten Anteil stellen mit 44,2% direkte pflegerische Kosten (ambulante und/oder stationäre Pflege) und indirekte Kosten mit 41,4 % durch informelle Pflege. Schwarzkopf et al. (2011) schätzen die Kosten für einen Menschen mit einer mittelschweren Demenz in Deutschland auf rund 63.000 EUR pro Jahr. Hier liegt der Anteil für eine informelle Pflege durch Angehörige noch wesentlich höher und wird auf 52.000 EUR beziffert. Rothgang et al (2010: 14) schätzen den durchschnittlichen monatlichen sozialversicherungspflichtigen Versorgungsaufwand (ohne häusliche Krankenpflege) für Menschen mit Demenz auf ca. 1.150 Euro und damit ca. 800 Euro höher als für Menschen ohne Demenz.

Angesichts steigender Zahlen von älteren Menschen mit Pflegebedarf und damit auch einer steigenden Anzahl von Menschen mit Demenz und damit steigenden Bedarfen an finanziellen aber auch personellen Bedarfen für eine qualitativ hochwertige Versorgung ist also zukünftig über eine Allokation vorhandener Ressourcen zu diskutieren.

Ambulante Versorgung von Menschen mit Demenz

Menschen mit einem Leistungsanspruch nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) werden derzeit überwiegend ambulant und in der Mehrzahl von Angehörigen versorgt (Statistisches Bundesamt 2015b). Für Menschen mit demenziellen Erkrankungen gilt dies analog, nach

Schätzungen werden derzeit etwas mehr als die Hälfte von ihnen in der eigenen Häuslichkeit versorgt (Wimo & Prince 2010). Nach bisherigen Erkenntnissen werden sich jedoch Potentiale einer häuslichen Versorgung – insbesondere durch Angehörige – deutlich verändern. Faktoren sind hierfür neben dem demografischen Wandel und der damit verbundenen Abnahme des Anteils jüngerer Menschen in Deutschland auch veränderte Erwerbsstrukturen und eine größere räumliche Mobilität, so dass Zukunftsszenarien von einer zu erwartenden Versorgungslücke ausgehen (Rothgang et al 2012).

Die ambulante Versorgung von Menschen mit Demenz umfasst ein breites Spektrum, was die Art und auch die Qualität der Versorgung angeht. So kommen Schneekloth & Wahl (2006) in ihrer Studie zu Möglichkeiten und Grenzen der selbständigen Lebensführung in Privathaushalten zu der Schlussfolgerung, dass die Situation der Pflege von Menschen mit Demenz in Privathaushalten „prekär“ ist, da sich die Versorgungsbedarfe nicht ausschließlich auf funktionale Unterstützung beschränken, sondern der kognitive Leis-

Ein typisches Beispiel für die Entwicklung alternativer Versorgungsformen sind ambulant betreute Wohngemeinschaften.

tungsabbau und neuropsychiatrische Symptomatiken im Fokus stehen. Den größten Anteil der Pflege und Unterstützung im häuslichen Bereich leisten dabei Angehörige (World Health Organization & Alzheimer's Disease International, 2012), die entsprechende Belastungssituationen erfahren (Wilz et al. 1997, Halsig 1998). Studien zeigen jedoch auch, dass es im Belastungsempfinden von Angehörigen große individuelle Unterschiede und damit auch physische und psychische Belastungsmuster gibt (Wilz et al. 1999). Typischerweise steht zu Beginn einer demenziellen Erkrankung die überwiegende Versorgung und Betreuung durch An- und Zugehörige (von Kutzleben et al. 2015), mit zunehmender Demenzschwere kommen dann auch professionelle Versorgungsangebote hinzu (Bakker et al., 2013). Demenzielle Erkrankungen gelten daher längerfristig als ein wichtiger Grund für den Übertritt

in eine vollstationäre Versorgung (Heinen et al. 2015; Luppá et al. 2010).

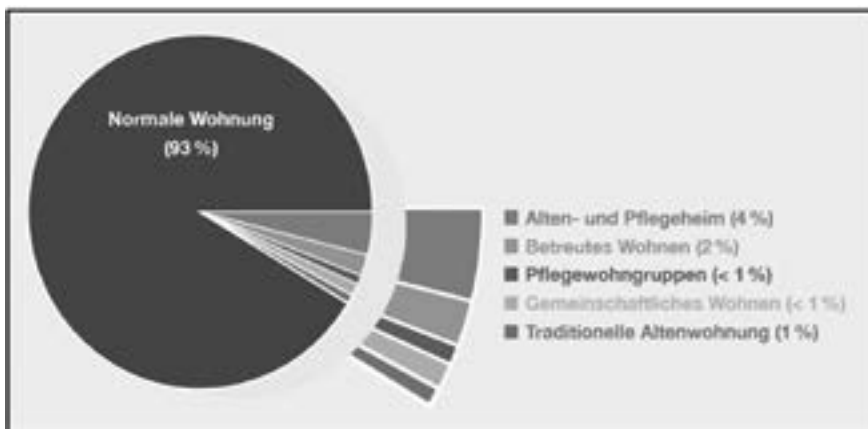
Andere Beispiele zeigen jedoch auch, dass eine ambulante Versorgung bei einem entsprechend abgestimmten Versorgungsnetz durchaus gut funktionieren kann. So wiesen verschiedene Studien nach, dass gezielte Unterstützungsangebote wie Fallmanagement, Tagespflegeangebote, Selbsthilfegruppen und Schulungsangebote förderlich für die an Demenz erkrankten Menschen aber auch ihre informell Pflegenden sind (Banerjee et al., 2007; Brodaty, Green, & Koschera, 2003; Gaugler et al., 2003). Im Rahmen der DemNet-D-Studie wurden für Nutzer/innen regionaler Demenznetzwerke eine gute soziale Teilhabe und ein hoher Verbleib in der eigenen Häuslichkeit auch für schwerer an Demenz erkrankte Personen ermittelt (Wolf-Ostermann et al. 2015).

Alternative Versorgungsangebote für Menschen mit Demenz

Während auf der einen Seite die Anzahl an Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf aufgrund von demenziellen Erkrankungen massiv steigt, verändern sich auf der anderen Seite auch zunehmend die Erwartungen an altersgerechte Wohn- und Versorgungsformen. Unabhängig vom Alter, regionaler Herkunft, Ausbildung und Gesundheitszustand haben ältere Menschen Wohn- und Versorgungspräferenzen, die auf ein selbstbestimmtes Leben, ausreichende Versorgungs- und medizinische Infrastrukturen sowie bezahlbaren Wohnraum zielen. (Stachen 2013). Auch bei Pflegebedürftigkeit wird primär an eine ambulante Versorgung durch Angehörige und ambulante Pflegedienste gedacht und stationäre Konzepte finden eher weniger Anklang. Bundesweit bisher etablierte alternative Wohnformen sind das betreute Wohnen oder Service-Wohnen, integriertes Wohnen (auch Mehrgenerationenwohnen), Wohn- und Hausgemeinschaften sowie Wohnstifte. Je nach Konzept und erbrachten Leistungen unterliegen diese Wohn- und Betreuungsformen heimrechtlichen Bestimmungen oder bleiben aufsichtsfrei. Insgesamt gesehen ist der Anteil an alternativen Wohn- und Versorgungsangeboten jedoch weiterhin klein (vgl. Abbildung 2).

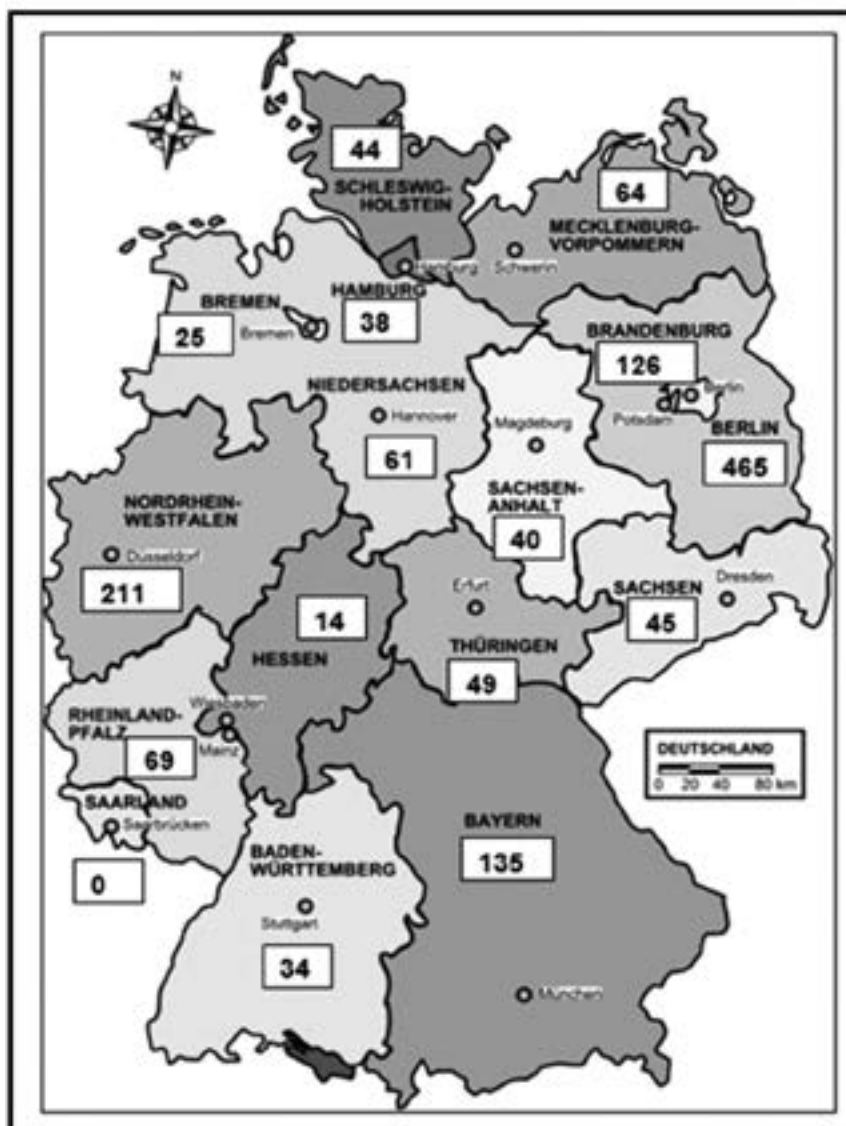
Ein typisches Beispiel für die Entwicklung alternativer Versorgungsformen sind **ambulant betreute Wohngemeinschaften**, die in fast allen Bundesländern als privates Wohnen gewertet werden und sich in den

Abbildung 2: Wohnformen für ältere Menschen (>65 Jahre) in Deutschland



Quelle: Kremer-Preiß 2014:27 nach BMVBS 2011

Abbildung 3: Anzahlen ambulant betreuter WG in den Bundesländern zum Stichtag 09.08.2012



Quelle: Wolf-Ostermann et al.2012

letzten Jahren von einem Nischenangebot zu einem Angebot der Regelversorgung entwickelt haben. Das Konzept der ambulant betreuten Wohngemeinschaft (WG) wendet sich an Personen, deren Hilfebedarf sich in der angestammten Häuslichkeit nicht mehr angemessen befriedigen lässt und für die eine ambulante Versorgung durch eine koordinierte Inanspruchnahme von Diensten ermöglicht werden soll. Die Pflege und Betreuung dieser Personengruppe soll in möglichst „häuslicher“ Umgebung erfolgen, wobei in der Regel die ständige Präsenz von Betreuungspersonal erforderlich ist (Fischer et al. 2011). Ambulant betreute WG sind dabei durch ein multiprofessionelles Netzwerk an Akteuren gekennzeichnet und insbesondere auch für Menschen mit Demenz konzipiert.

Zum Stichtag 09.08.2012 waren nach Ergebnissen einer Studie von Wolf-Ostermann et al. (2012) bundesweit mindestens 1.420 ambulant betreute WG mit 10.590 Betreuungsplätzen vorhanden (vgl. Abbildung 3), für das Jahr 2013 ging eine Schätzung des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (Kremer-Preiß 2014) von ca. 1.600 ambulant betreuten WG bundesweit mit etwa 18.000 Plätzen aus. Die regionale Verteilung schwankt dabei stark zwischen den Bundesländern, Spitzenreiter ist das Land Berlin mit aktuell ca. 560 gemeldeten Wohngemeinschaften und etwa 4.500 Plätzen.

Kremer-Preiß (2014) schätzt die bundesweite Versorgungsquote für Pflegebedürftige auf 0,7 %, d.h. von 1.000 Pflegebedürftigen können ca. sieben Personen in einer ambulanten Wohngemeinschaft versorgt werden. Werden die Anzahlen aus Wolf-Ostermann et.al. 2012 zugrunde gelegt, so entfällt auf 80 vollstationäre Plätze (Heim) ein WG-Platz (1,3 %). Die vorhandenen Betreuungsplätze in ambulant betreuten WG im Jahr 2012 deckten damit gerade mal ein halbes Prozent aller Menschen mit Pflegebedarf ab. Um nur 10 % aller Menschen mit Pflegebedarf ein Angebot in ambulant betreuten WG zur Verfügung zu stellen, müssten allein 30.000 WG gegründet werden bzw. bundesweit zur Verfügung stehen (Wolf-Ostermann et al. 2014)

Im Vergleich etwa zu vollstationären Versorgungsformen werden ambulant betreute WG häufig mit besseren Versorgungsergebnissen für Menschen mit Demenzen und/oder Pflegebedarf in Verbindung gebracht. Hierzu gehö-

ren etwa Erwartungen wie eine höhere Lebensqualität der Bewohner/innen, der Erhalt motorischer und kognitiver Ressourcen, Vermeidung von Rückzug, Apathie und Depression, die Vermeidung nicht-angemessener Psychopharmakagaben, die Vermeidung von Burn-out-Symptomen beim eingesetzten Pflegepersonal und eine geringere Überforderung der pflegenden Angehörigen. Gräske et al. (2013) haben in einer systematischen Literaturrecherche belegbare Aussagen zu ambulant betreuten WG zusammengestellt. Der derzeitige Stand der Forschung lässt dabei nicht den Nachweis zu, dass ambulant betreute WG generell bessere Versorgungsergebnisse bei Menschen mit Demenz erzielen.

Stationäre Versorgung von Menschen mit Demenz

Der Anteil an Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen wird derzeit auf 48 % – 75 % geschätzt (Jakob et al. 2002; Weyerer et al. 2010). Bezogen auf die Angaben der Pflegestatistik 2013 (Statistisches Bundesamt 2015b), die von 764 000 vollstationären Pflegebedürftigen ausgeht, heißt dies, dass etwa 367.000 – 573.000 Menschen mit Demenz in Pflegeheimen betreut werden. Nach Angaben der Pflegestatistik 2013 (Statistisches Bundesamt 2015b) beläuft sich der Anteil von Pflegebedürftigen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im Heim auf 59 % (451.000 Personen) und ist damit deutlich höher als bei den zu Hause Versorgten mit einem Anteil von 25 %.

Im Bereich der vollstationären Versorgung können Menschen mit Demenz sowohl eine integrative wie auch eine segregative Versorgung erfahren. Bei integrativen Konzepten erfolgt ihre Betreuung und Versorgung zusammen mit anderen nicht-demenziell erkrankten Bewohner/innen, i.d.R. schwer pflegebedürftigen, multimorbiden Personen. Grundsätzlich sollte sich die Pflege und Versorgung am „Normalitätsprinzip“ orientieren und einen strukturierten Tagesablauf mit Möglichkeiten für Teilhabe und Aktivitäten aber auch Rückzugsmöglichkeiten bieten. Bei einer segregativen Versorgung werden (räumlich getrennt) nur Menschen mit Demenz betreut, dies soll dazu dienen, den Bedürfnissen der jeweiligen Bewohner/innen besser gerecht zu werden. Segregativ werden eher Menschen mit fortgeschrittenen Demenzerkrankungen

und insbesondere herausfordernden Verhaltensweisen betreut. Ein besondere Form der segregativen Betreuung sind Spezialwohnbereiche für Menschen mit Demenz, die auf Konzepte der sogenannten „Special Care Units“ (SCU), aus den 1960er Jahren in den USA zurückgehen. Spezialwohnbereiche für Menschen mit Demenz sind in der Regel räumlich getrennt von anderen Versorgungseinheiten, oftmals baulich besonders angepasst und verfügen insbesondere über spezielle für das Krankheitsbild ausgerichtete multiprofessionelle Teams (Weyerer et al. 2010). Eine Studie von Schneekloth & Törne (2009) geht davon aus, dass etwa 28 % aller Pflegeheime über Spezialwohnbereiche für Menschen mit Demenz verfügen und ca. 15 % über eine teilsegregierte Betreuung verfügen.

Von den betreuenden und pflegerischen Konzepten sind die Abgrenzungen zwischen vollstationärer Pflege und alternativen Wohnkonzepten inzwischen oft fließend. Heime der sogenannten „Vierten Generation“ orientieren sich an Leitbildern des gemeinschaftlichen und selbstbestimmten Lebens und Wohnens und insbesondere stationäre Hausgemeinschaften ähneln konzeptionell in vielen Bereichen ambulanten betreuten Wohngemeinschaften. Die Studienlage, welche Unterbringungsform für Menschen mit Demenz förderlicher ist, bleibt allerdings widersprüchlich. Während Studien wie von Marquardt & Schmiege (2009) oder von Boekhorst et al. (2009) für demenziell erkrankte Bewohner/innen positive Effekte eines kleinräumigen Versorgungsdesigns nachweisen, liefern Studien von Verbeek et al. (2010) oder Wolf-Ostermann et al. (2012) keinen Nachweis einer generell besseren Versorgung, bspw. im Hinblick auf die Lebensqualität der Bewohner/innen.

3. Wie ist die Versorgung von Menschen mit Demenz gesetzlich geregelt?

Mit Blick auf den prognostizierten Anstieg der Anzahl von Menschen mit Demenz in der Bundesrepublik Deutschland ist und bleibt also die Frage der Versorgungserfordernisse dieser Personengruppe zunehmend wichtig: Was zeichnet gute Versorgung aus? Welche Strukturen braucht es dafür? Wie können Notwendigkeiten personell und finanziell bewältigt werden?

Schaut man etwas mehr als 20 Jahre zurück, so war die Situation für Menschen mit einem Pflegebedarf allgemein – also nicht für Personen mit Einschränkungen in der Alltagskompetenz oder diagnostizierten demenziellen Erkrankungen – vor der Einführung der Pflegeversicherung 1994 deutlich von einem Mangel an strukturellen Ressourcen aber auch fehlender (finanzieller) Unterstützung des Einzelnen gekennzeichnet. Hier haben sich in den vergangenen Jahren deutliche positive Veränderungen ergeben – auch wenn sicher an vielen Stellen weiterhin Verbesserungs- und Veränderungsbedarf besteht. Eine der großen Problematiken für Menschen mit demenziellen Erkrankungen war zu Beginn der Pflegeversicherung, dass die Feststellung von Pflegebedürftigkeit auf funktionelle Defizite ausgerichtet war, also Hemmnisse bei der Verrichtung von Tätigkeiten des alltäglichen Lebens beurteilt und Hilfebedarfe, die auf einer eingeschränkten Alltagskompetenz beruhten, unberücksichtigt blieben.

Im „Gesetz zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz – PflEG)“ vom 14. Dezember 2001 wurden hier erstmals Verbesserungen eingeführt. Diese sahen einen Leistungsanspruch für Pflegebedürftige mit einem erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung in der häuslichen Pflege und Betreuung vor. Hierfür wurden zusätzliche finanzielle Hilfen der Pflegeversicherung im Werte von bis zu 460 Euro pro Kalenderjahr für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen gewährt (§45 SGB XI; BGBl I Jahrgang 2001 Nr. 70 vom 20.12.2001). Weiterhin wurden 20 Millionen Euro für die Entwicklung und Förderung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf, insbesondere für demenziell Erkrankte, d.h. für Modellprojekte und niedrigschwellige Betreuungsangebote bereitgestellt.

Das „Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)“ vom 28. Mai 2008 führte die sogenannte „Pflegestufe 0“ ein. Je nach Betreuungsbedarf erhielten Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz anstelle der bisher 460 Euro jährlich nun bis zu 1.200 Euro (Grundbetrag) bzw. 2.400 Euro (erhöhter Betrag) jährlich – sowohl in Pflegestufe „0“

als auch ergänzend zu Leistungen in den Pflegestufen I–III. Zudem wurden gesonderte Angebote für demenziell Erkrankte in Heimen ermöglicht. (BGBl I Jahrgang 2008 Nr. 20, vom 30. Mai 2008).

Das „Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungsgesetz–PNG) vom 23. Oktober 2012 erhöhte noch einmal deutlich Leistungen für demenziell Erkrankte in der ambulanten Versorgung. Neben den bisher bereits gewährten Betreuungsleistungen in Höhe von 100 bzw. 200 Euro monatlich, wurden ab 2013 ein Pflegegeld von 120 Euro (Pflegestufe 0 bzw. 70/85 Euro mehr in Pflegestufe I/II; §37 SGB XI) und 225 Euro Pflegesachleistungen (Pflegestufe 0 bzw. 215/150 Euro mehr in Pflegestufe I/II; §36 SGB XI) sowie in Pflegestufe 0 jährlich bis zu 1.550 Euro für Verhinderungspflegeleistung (§39 SGB XI), bis zu 2.557 Euro für Wohnanpassungen (§40 SGB XI) sowie die Gewährung von Pflegehilfsmitteln (§40 SGB XI) vereinbart (BGBl I Jahrgang 2012 Nr. 51, vom 29. Oktober 2012). Zudem wurden ambulant betreute Wohngemeinschaften/ Wohngruppen, in denen mindestens drei Pflegebedürftige wohnen, mit bis zu 2.500 €/Person und max. 10.000 €/WG Anschubfinanzierung bis zu einer Gesamtobergrenze von 30 Millionen Euro gefördert sowie eine Pauschale in Höhe von 200 €/Monat für Präsenz- bzw. Einzelpflegekräfte in diesen Versorgungsangeboten vereinbart.

Das „Erste Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Erstes Pflegestärkungsgesetz – PSG I)“ vom 17. Dezember 2014 passte diese Leistungen noch einmal an, indem die jeweiligen Sätze leicht erhöht wurden (bspw. für Betreuungsleistungen auf bis zu 104 oder 208 Euro/Monat anstelle von 100 oder 200 Euro wie bisher). Versicherte der Pflegestufe 0 konnten nun auch erstmals Leistungen der Tages- und Nachtpflege oder der Kurzzeitpflege erhalten. Zudem wurde der Zuschlag für Mitglieder ambulant betreuter Wohngemeinschaften/ Wohngruppen als Anschubfinanzierung bzw. für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen auf 4.000 €/Person, max. 16.000 €/WG erhöht und eine zusätzliche Pauschale (Wohngruppenzuschlag) in Höhe von 205 €/Monat als zusätzliche Leistung für alle Pflegestufen (0, I-III) vereinbart. (BGBl I Jahrgang 2014 Nr. 61 vom 23. Dezember 2014).

Zum 1. Januar 2016 ist nun aktuell das „Zweite Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II)“ in Kraft getreten (BGBl I Jahrgang 2015 Nr. 54 vom 28. Dezember 2015). Bedeutendste Änderung ist die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der eine Pflegebedürftigkeit sowohl anhand von körperlichen als psychischen Einschränkungen definiert und diese damit leistungsrechtlich gleichstellt. Die Umstellung auf die dann geltenden fünf Pflegegrade sowie die neuen Leistungsbeiträge soll bis zum 01.01.2017 erfolgen. Nach der Überleitungsregel 2016 zu 2017 gilt für Pflegebedürftige mit Anerkennung einer eingeschränkten Alltagskompetenz nach §45a (SGB XI), dass der Pflegegrad sich als Pflegestufe + 2 bestimmt. Ab 2017 erfolgt die Einstufung nach dem neuen Begutachtungsverfahren (NBA), das auch die Bereiche „kognitive und kommunikative Fähigkeiten“ sowie „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ bei der Begutachtung erfasst, so dass Menschen mit Demenz vermutlich mindestens in den Pflegegrad 2 kommen. Insgesamt ist hier also nochmals eine leistungsrechtliche Verbesserung zu erwarten. Neu ist auch, dass nun die Finanzierung regionaler Netzwerke zur Versorgung und Unterstützung von Menschen mit Demenz aus Mitteln der Pflegekassen ermöglicht wird und im Gesetz (SGB XI § 45c Abs. 9) verankert ist.

Was wurde in der Versorgung von Menschen mit Demenz erreicht?

Seit Beginn der Pflegeversicherung im Jahr 1994 ist ein weiter Weg zurückgelegt worden, an dessen derzeitigem Ende die leistungsrechtliche Gleichstellung von Personen mit funktionellen ebenso wie kognitiven Einschränkungen steht und eine Einstufung von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz in Pflegegrade erfolgt. Hierin unterscheidet sich das Zweite Pflegestärkungsgesetz grundsätzlich von vorangehenden Lösungen, bei denen Leistungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz/Demenz als ergänzende Regelungen geschaffen wurden, jedoch spezifische Bedürfnisse nach Begleitung und Betreuung dieser Personengruppe nicht so berücksichtigt wurden, wie es wünschenswert gewesen wäre. Die jetzt

geschaffenen gesetzlichen Regelungen sind daher ausdrücklich zu begrüßen.

Für Einzelpersonen mit eingeschränkter Alltagskompetenz/Demenz sind die leistungsrechtlichen Ansprüche im Verlauf der gesetzlichen Änderungen bereits deutlich angepasst worden, so dass sich hier der Schritt vom ersten zum zweiten Pflegestärkungsgesetz nicht so deutlich abzeichnen wird. Die Inanspruchnahme von Leistungen aufgrund einer eingeschränkten Alltagskompetenz erfolgt nach Rothgang et al. (2015: 14f) bei ca. 40% aller Pflegebedürftigen – überwiegend sind dies Personen, die bereits eine Pflegeeinstufung in die Stufen I – II haben. Lediglich 10% aller Leistungen in diesem Bereich entfallen im Jahr 2013 auf die Pflegestufe 0. Es erfolgt damit zwar eine Ausweitung der Anzahl von Leistungsberechtigten, i.W. aber wird für bereits Anspruchsberechtigte das Leistungsvolumen ausgeweitet. Insgesamt schätzen Rothgang et al. (2014: 31) die Summe der Leistungen, die explizit aufgrund eingeschränkter Alltagskompetenz geleistet werden, auf rund 600 Millionen Euro für das Jahr 2013.

Pflegebedürftige mit Leistungen in der Pflegestufe 0 werden überwiegend zuhause betreut. Auch vor dem Hintergrund, dass Menschen mit Demenz wie alle Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf so lange wie möglich in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung verbleiben möchten, ist es wichtig, Unterstützungsangebote auszubauen oder besser miteinander zu verzahnen. Hier ist positiv hervorzuheben, dass im Rahmen des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes eine Finanzierungsmöglichkeit für regionale Demenznetzwerke aufgenommen wurde, nachdem im Rahmen Zukunftswerkstatt Demenz des

Vordringliches Ziel der nächsten Jahre muss sein: Mehr Praxis in die Wissenschaft und mehr Wissenschaft in die Praxis!

Bundesministeriums für Gesundheit in der Studie DemNet-D (<https://demenznetzwerke.de>) positive Effekte solcher Netzwerke für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen aufgezeigt wurden. Selbst organisierte Demenznetzwerke können ab 2017 von den Pflegekassen mit bis zu 20.000 Euro je Kalenderjahr auf Ebene der

Kreise/kreisfreien Städte gefördert werden (§45c Absatz 9 SGB XI).

Auch wenn alternative Wohnformen wie ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz eine starke zahlenmäßige Ausweitung und finanzielle Förderung erhalten haben, erscheint hier das Konzept der finanziellen Förderung im Rahmen von Anschubfinanzierungen nur wenig in der Praxis angekommen zu sein. So wurden bis zum 20.06.2014 nur rund 312.000 Euro aus einem Gesamtbudget von 30 Millionen Euro abgerufen (Bündnis 90/DIE GRÜNEN 2014). Hier besteht weiterhin ein großer Bedarf zur Klärung sozial- und ordnungsrechtlicher und finanzieller Fragen. Insbesondere fehlt es aber hier weiterhin an verbindlichen settingspezifischen Qualitätskriterien, um im Spannungsfeld von privatem Wohnen/Selbstbestimmung und Verantwortung für den Schutz der Bewohner/innen verantwortungsvoll zu agieren – zumal auch eine Nutzerkontrolle bisher nicht strukturell verankert ist. Auch mit dem Wohngruppenzuschlag scheinen in der Praxis bundesweit unterschiedliche Erfahrungen vorzuliegen. Warnend ist auch darauf hinzuweisen, dass es neben vielen engagierten und qualitätsbewussten Akteuren auch Bestrebungen einzelner Anbieter gibt, Heime zwecks Gewinnsteigerung in entsprechende ambulante Verbundstrukturen mit geringeren ordnungsrechtlichen Regelungen umzuwandeln oder bei Neugründungen Wohnen und Pflege mit einer Tagespflege zu verzahnen und so das eigentliche Konzept einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft zu umgehen.

Nicht gelöst werden konnten durch bisherige gesetzliche Anstrengungen grundsätzliche Probleme, die in der Versorgung

von Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf zukünftig zu erwarten sind. Hierzu gehört etwa das Auseinanderdriften von steigenden Bedarfen an Pflege und Unterstützung und ein zu erwartender Rückgang von professionellen und informellem Pflegepotential (vgl. Rothgang et al. 2012) oder aber die Frage, wie gerade für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen die oftmals sehr belastenden Übergänge zwischen verschiedenen Versorgungsformen besser gestaltet werden können. Offen bleibt auch, wie derzeitige und künftige Versorgungsangebote es besser als bisher schaffen können, den Anteil an gerontopsychiatrisch geschulten Fachkräften in der Versorgung von Menschen mit Demenz zu erhöhen.

Fazit

Eine der vordringlichsten Aufgaben der Gesundheits- und Pflegepolitik der nächsten Jahre in der Versorgung von Menschen mit Demenz wird es – analog zu Menschen mit einem Pflege- und Unterstützungsbedarf allgemein – sein müssen, einer drohenden „Versorgungslücke“ zwischen Bedarfen und Ressourcen zu begegnen. Es wird auch zukünftig unerlässlich sein, den Versorgungsalltag von Menschen mit Demenz, ihren versorgenden Angehörigen, aber auch von professionellen Gesundheitsdienstleistern zu evaluieren, neue Versorgungskonzepte und Interventionen unter Alltagsbedingungen zu erproben und zu bewerten. Eines der vordringlichen Ziele wird hierbei auch sein, eine bessere Vernetzung von Versorgungspraxis und Versorgungsforschung/Wissenschaft voranzutreiben, mit dem Ziel: Mehr Praxis in die Wissenschaft und mehr Wissenschaft in die Praxis!

Beispiele wie eine solche Verzahnung gelingen kann, zeigen bspw. die Ergebnisse der „Zukunftswerkstatt Demenz“ des Bundesministeriums für Gesundheit (<http://www.zukunftswerkstatt-demenz.de/>). So fanden die Ergebnisse des Projektes „DemNet-D“ bereits Niederschlag in der Neufassung des Paragraphen 45c (SGB XI). Auch positiv evaluierte Projekte zur Entlastung von Angehörigen von Menschen mit Demenz – wie etwa die Projekte „Tele.TAnDem“ bzw. „Tele.TAnDem.Transfer“ (<http://www.teletandem.uni-jena.de/>) – weisen sinnvolle Wege zur Einbeziehung von pflegenden Angehörigen auf und sollten zukünftig Berücksichtigung finden. Übergreifende Forschungsprojekte, wie etwa die EU-weiten Projekte „Right Time Place Care“ (<http://rtpc.progressima.eu/index.php?id=14215>) oder „Actifcare“ (<http://actifcare.eu/>) können dabei helfen, Zugänge zu professioneller Unterstützung und fördernde bzw. hemmende Faktoren für den Zugang zu evaluieren und besser zu gestalten, Übergänge von der häuslichen Versorgung in die stationäre Betreuung zu entwickeln sowie Auswirkungen auf Lebensqualität und Gesundheitskosten zu analysieren. Notwendig für den weiteren Ausbau und vor allem die Koordination in wohnortnahen, quartiersbezogenen Gesamtkonzepten zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und professionsübergreifenden Versorgung und Betreuung von Menschen mit Demenz werden dabei eindeutige leistungsrechtliche Festlegungen, fundierte Beratungsangebote, Qualitätssicherungskonzepte, und nicht zuletzt die Einbeziehung der Kommunen in Planung und Umsetzung sein. ■

Literatur

Bakker C, de Vugt ME, van Vliet D, Verhey FR, Pijnenburg YA, Vernooij-Dassen MJ, & Koopmans RT (2013): *The use of formal and informal care in early onset dementia: results from the NeedYD study.* American Journal of Geriatric Psychiatry, 21(1), 37-45.

Banerjee S, Willis R, Matthews D, Contell F, Chan J & Murray J (2007): *Improving the quality of care for mild to moderate dementia: an evaluation of the Croydon Memory Service Model.* International Journal of Geriatric Psychiatry, 22(8), 782-788.

Bickel H (2014): *Das Wichtigste – Die Epidemiologie der Demenz.* Zugriff am 27.01.2016 unter: http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt_haeufigkeit_demenzkrankungen_dalzg.pdf.

Brodaty H, Thomson C, Thompson C & Fine M (2005): *Why caregivers of people with dementia and memory loss don't use services.* International Journal of Geriatric Psychiatry, 20(6), 537-546.

Brodaty H, Green A & Koschera A (2003): *Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia.* Journal of the American Geriatrics Society, 51(5), 657-664.

Bündnis 90/DIE GRÜNEN (2014): *Kleine Anfrage der Fraktion Bündnis 90/DIE GRÜNEN betreffend „Stand und Wirkung der Anschubfinanzierung ambulant betreuter Wohngruppen und Förderung sozialraumorientierter Quartierskonzepte.“* BT-Drs 18/2357. Zugriff am 27.01.2016 unter:

http://www.gruene-bundestag.de/fileadmin/media/gruenebundestag_de/themen_az/pflege/2014-08-29_Antwort_KA_18-2357.pdf.

Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS) (Hrsg.) (2011): *Wohnen im Alter – Marktprozesse und wohnungspolitischer Handlungsbedarf.* Forschungen Heft 147. Berlin.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information – DIMDI (2014): *ICD-10-GM Version 2014 – Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99).* Zugriff am 27.01.2016 unter: <http://www.dimdi.de/static/de/klasi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2014/block-foo-fog.htm#Foo>.

Literatur

- Jakob A., Busse A., Riedel-Heller SG, Pavlicek M & Angermeyer MC (2002):** Prävalenz und Inzidenz von Demenzerkrankungen in Alten- und Altenpflegeheimen im Vergleich mit Privathaushalten. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 35(5): S. 474-481.
- Fischer T, Worch A, Nordheim J, Wulff I, Gräseke J, Meyer S & Wolf-Ostermann K (2011):** Ambulant betreute Wohngemeinschaften für alte, pflegebedürftige Menschen – Merkmale, Entwicklungen und Einflussfaktoren. Pflege, 23(2): S. 97-109.
- Gallagher-Thompson D, Tzuang YM, Au A, Brodaty H, Charlesworth G, Gupta R, Shyu YI (2012):** International perspectives on nonpharmacological best practices for dementia family caregivers: A review. Clinical Gerontologist, 35(4), 316-355.
- Gaugler JE, Jarrott SE, Zarit SH, Stephens MA, Townsend A & Greene R. (2003):** Respite for dementia caregivers: the effects of adult day service use on caregiving hours and care demands. International Psychogeriatrics, 15(1), 37-58.
- Gräseke J, Worch A, Meyer S & Wolf-Ostermann K (2013):** Ambulant betreute Wohngemeinschaften für pflegebedürftige Menschen in Deutschland – Eine Literaturübersicht zu Strukturen, Versorgungsergebnissen und Qualitätsmanagement. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 56(10), 1410-1417.
- Halsig N. (1998):** Die psychische und soziale Situation pflegender Angehöriger. Möglichkeiten der Intervention. In Kruse A (Hrsg.), Psychosoziale Gerontologie. Bd. 2: Intervention. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie 16 (S. 211-231). Göttingen: Hogrefe.
- Heinen I, van den Bussche H, Koller D, Wiese B, Hansen H, Schäfer I, Scherer M, Schön G & Kaduszkiewicz H (2015):** Morbiditätsunterschiede bei Pflegebedürftigen in Abhängigkeit von Pflegesektor und Pflegestufe. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 48(3), 237-245.
- Herholz K & Zanonico P (Hrsg.) (2009):** Alzheimer's Disease – A brief Review Berlin: ABW Wissenschaftsverlag.
- Luppa M, Luck T, Weyerer S, König HH, Brähler E & Riedel-Heller SG (2010):** Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. Age and Ageing, 39(1), 31-38.
- Koller D, Eisele M, Kaduszkiewicz H, Schon G, Steinmann S, Wiese B, Glaeske G. & van den Bussche, H (2010):** Ambulatory health services utilization in patients with dementia – Is there an urban-rural difference? International Journal of Health Geographics, 9(1), 59.
- Kremer-Preiß, U. (2014):** Wohnatlas – Rahmenbedingungen der Bundesländer bei Wohnen im Alter – Teil 1: Bestandsanalyse und Praxisbeispiele. Kuratorium Deutsche Altershilfe/Wüstenrot Stiftung (Hrsg.): Köln: o.V.
- Lamura G, Mnich E, Nolan M, Wojszel B, Krevers B, Mestheneos L, Döhner H & EUROFAMCARE Group (2008):** Family carers' experiences using support services in Europe: empirical evidence from the EUROFAMCARE study. Gerontologist, 48(6), 752-71.
- Marquardt G & Schmiege P (2009):** Dementia-friendly architecture: environments that facilitate way finding in nursing homes. American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias 24, 333-340.
- Rothgang H, Kalwitzki T, Runte R & Unger R (2015):** Barmer GEK Pflegereport – Schwerpunkt: Pflegen zu Hause. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 36, Siegburg: Asgard-Verlagsservice GmbH.
- Rothgang H, Müller R, Mundhenk R & Unger R (2014):** Barmer GEK Pflegereport – Schwerpunkt: Zahnärztliche Versorgung Pflegebedürftiger. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 29, Siegburg: Asgard-Verlagsservice GmbH.
- Rothgang H, Müller R & Unger R (2012):** Themenreport „Pflege 2030“ – Was ist zu erwarten – was ist zu tun? Stiftung, B. (Hrsg.). Bielefeld: Matthiesen Druck.
- Rothgang H., Iwansky S, Müller R, Sauer S & Unger R (2010):** BARMER GEK Pflegereport 2010. Schwerpunktthema: Demenz und Pflege. St. Augustin: Asgard-Verlagsservice GmbH.
- Schneekloth U & von Törne I (2009):** Entwicklungstrends in der stationären Versorgung – Ergebnisse der Infratest Repräsentativerhebung. In Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV). Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispielen für 'Good Practice'. In Schneekloth U & Wahl HW Hrsg). Stuttgart: Kohlhammer, 159-221.
- Schneekloth U & Wahl HW (2006):** Schlussfolgerungen, sozialpolitische Implikationen und Ausblick. In: Selbstständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten., Schneekloth U & Wahl HW (Hrsg.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schwarzkopf L, Menn P, Kunz S, Holle R, Lauterberg J, Marx P, Mehlig H, Wunder S, Leidl R, Donath C & Graessel E (2011):** Costs of Care for Dementia Patients in Community Setting: An Analysis for Mild and Moderate Disease Stage. Value in health : the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research, 14(6), 827-835.
- Stachen J (2013):** Wohnen im Alter – Anspruch und Realität in einer alternden Gesellschaft. LaSalle, J.L. (Hrsg.). Berlin: Deutsche Pflegeheim Fonds.
- Statistisches Bundesamt (2015a):** Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung (Hrsg.). Berlin: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2015b):** Pflegestatistik 2013 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2013):** Pflegestatistik 2011 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich – Pflegebedürftige. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- te Boekhorst S, Depla MFIA, de Lange J, Pot AM & Eefsting JA (2009):** The effects of group living homes on older people with dementia: a comparison with traditional nursing home care. International Journal of Geriatric Psychiatry 24, 970-978.
- Weyerer S & Schäufele M (2006):** Commentary: Medical care for nursing home residents: National perspectives in international context., in The Many Faces of Health, Competence and Well-being in Old Age., Wahl, H.-W., Brenner, H. und Rothenbacher, D., (Hrsg.). Dordrecht: Springer.
- Verbeek H, Zwakhalen SM, van Rossum E, Ambergen T, Kempen GI & Hamers JP (2010):** Dementia care redesigned: effects of small-scale living facilities on residents, their family caregivers, and staff. Journal of American Medical Directors Association 11, 662-670.
- von Kutzleben M, Reuther S, Dortmund O & Holle B (2015):** Care arrangements for community-dwelling people with dementia in Germany as perceived by informal carers – a cross-sectional pilot survey in a provincial-rural setting. Health & Social Care in the Community.
- Wilz G, Gunzelmann T, Adler C & Brähler E (1997):** Probleme, Belastungen und Beschwerden durch die Pflege dementer Angehöriger. Münch.med.Wschr. 139 Nr.2.
- Wilz G, Adler C, Gunzelmann T & Brähler E (1999):** Auswirkungen chronischer Belastungen auf die physische und psychische Befindlichkeit – Eine Prozeßanalyse bei pflegenden Angehörigen von Demenzkranken. Z Gerontol Geriat 32, 255-265.
- Wimo A & Prince M (Hrsg) (2010):** World Alzheimer Report 2010. The Global Economic Impact of Dementia. Alzheimer's Disease International.
- Weyerer S, Schäufele M & Hendlmeier I (2010):** Evaluation of special and traditional dementia care in nursing homes: results from a cross-sectional study in Germany. International Journal of Geriatric Psychiatry 25, 1159-1167.
- Wolf-Ostermann K, Meyer S, Schmidt A, Holle B, Thyrian JR, Schäfer-Walkmann S, Brannath W, Gräseke J (2016):** Regionale Demenznetzwerke in Deutschland und ihre Nutzer/innen – Erste Ergebnisse der DemNet-D-Studie. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie., 1-7.
- Wolf-Ostermann K, Gräseke J, Schmidt A, Holle B, Thyrian JR, Schäfer-Walkmann S, (2015):** Transitions of community-residing persons with dementia. The Gerontologist, Vols55, Suppl_2, 524
- Wolf-Ostermann K, Worch A, Meyer S & Gräseke J (2014):** Ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Pflegebedarf – Eine Studie zu gesetzlichen Rahmenbedingungen und Versorgungsangeboten in Deutschland. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 47(7), 583-589.
- Wolf-Ostermann K, Worch A, Meyer S & Gräseke J (2012):** Expertise zur Bewertung des Versorgungssettings ambulant betreuter Wohngemeinschaften unter besonderer Berücksichtigung von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz. Expertise im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes (Hrsg.). Berlin.
- Wolf-Ostermann K, Fischer T, Wulff I, Gräseke J (2012):** Health Outcomes and Quality of Life of Residents of Shared-Housing Arrangements. Results of the Berlin DeWeGE-study. Journal of Clinical Nursing. 21(21-22), 3047-60.
- World Health Organization, & Alzheimer's Disease International. (2012):** Dementia: a public health priority. Zugriff am 27.01.2016 unter: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/1/9789241564458_eng.pdf
- Wurm S & Tesch-Römer C, Gesundheit, Hilfebedarf und Versorgung, in Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte., Tesch-Römer, C., Engstler, H. und Wurm, S., (Hrsg.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 329-383.**