

## ***Kurzbericht***

---

# ***Überprüfung der Anwendbarkeit, Praktikabilität und Modalitäten der Implementierung des Assessments CarenapD für den deutschen ambulanten Sektor bei Demenz***

---

GEFÖRDERT DURCH DAS  
BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN,  
FRAUEN UND JUGEND  
UND DURCH DIE OTTO UND EDITH MÜHLSCHLEGEL STIFTUNG  
IN DER ROBERT BOSCH STIFTUNG

Freie Universität Witten/Herdecke gGmbH  
Institut für Pflegewissenschaft

Dr. Angelika Zegelin  
Prof. Wilfried Schnepf  
Christine Riesner BScN, MScN  
Katrin Herder BScN, MScN

Mai 2010

## Inhalt

1. Hintergrund .....	3
2. Das Assessment CarenapD .....	3
3. Laufzeit .....	5
4. Förderung .....	5
5. Projektziel .....	5
6. Projektdesign .....	5
7. Ergebnisse .....	6
7.1. Anwenderschulung .....	6
7.2. Zeitverbrauch der Assesmenterstellung .....	7
7.3. Interrater-Reliabilität (IRR) .....	7
7.4. Praktikabilität des Assessments CarenapD .....	8
7.5. Zusammenfassung der Anwendbarkeit und Praktikabilität des Assessments CarenapD .....	9
7.6. Hauptprobleme und Erwartungen an das Assessment .....	10
7.7. Erfassung der Bedarfslage .....	11
8. Zusammenfassung und Diskussion .....	12
<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>14</b>

## 1. Hintergrund

CarenapD ist ein Bedarfsassessment für das häusliche Wohnen von Menschen mit Demenz und ihrer pflegenden Angehörigen ((McWalter, Toner et al. 1998). Es wurde in Schottland entwickelt und ist daher für ein anderes Gesundheitssystem konzipiert worden. Der deutsche ambulante Versorgungssektor ist aktuell noch nicht auf die Begleitung und Stabilisierung des häuslichen Lebens älterer Menschen mit chronischen Krankheiten ausgerichtet. Insbesondere die Versorgung bei demenziellen Erkrankungen ist bisher nicht hinreichend strukturiert. Dies ist aufgrund der vielfältigen Bedarfslagen der betroffenen Menschen und ihrer Angehörigen jedoch besonders drängend ((Hasseler, Gorres et al. 2006).

Im Jahr 2004 wurde CarenapD am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke ins Deutsche übersetzt und einer Face Validity Prüfung durch unterschiedliche Experten unterzogen. Die Übersetzung und Face Validity Testung wurde durch die Robert Bosch Stiftung gefördert. Das Ergebnis dieser ersten Testung ergab Anpassungen der Fachtermini und Ergänzungen durch z.B. Aufnahme von Items der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI.

In dem hier dargestellten Projekt sollte CarenapD erstmals bei Klienten und ihren Angehörigen in Deutschland eingesetzt werden.

## 2. Das Assessment CarenapD

Das schottische Need Assessment „Care Needs Assessment Pack for Dementia“ wurde 1989 entwickelt. Seine Grundlage bilden verschiedene Assessments der Community Care Teams in Schottland, aus denen ein gemeinsam zu nutzendes (single shared) Assessment entwickelt wurde. Validität und Reliabilität werden als gut bis sehr gut eingeschätzt (McWalter 1998). CarenapD erfasst die Bedarfslage von Menschen mit Demenz und deren pflegender Angehöriger. Das Assessment schätzt die Bedarfslage unter Beteiligung der Familie ein, so kann gewährleistet werden, dass die Familie selbst Bedarfe als unerfüllt einschätzt und Hilfsangebote in Anspruch nimmt.

Dementsprechend enthält das Assessment verschiedene Anteile:

- ein Kurz-Screening Demenz,
- eine Übersicht der bisherigen Unterstützungsleistungen,
- eine Abfrage zur Einstellung zu den in Anspruch genommenen Diensten,
- eine qualitative Einschätzung zu den Hauptproblemen und Erwartungen an das Assessment aus den Perspektiven Person mit Demenz, Pflegender Angehöriger und professioneller Mitarbeiter,
- eine umfangreiche Bedarfserfassung der Person mit Demenz inklusive Hilfeplan,
- ein Risiko-Screening der Ernährungssituation,
- eine Erfassung möglicher Wohnraumanpassungen,
- ein Biografiebogen,
- ein dreiseitiges Bedarfsassessment des pflegenden Angehörigen.

Im Folgenden werden die Bedarfserfassung und der Hilfeplan der Person mit Demenz kurz beschrieben. Die Bedarfserfassung erfolgt mit insgesamt 57 Items in sieben Bedarfsdimensionen:

- Gesundheit und Mobilität (10 Items),
- Selbstpflege und Toilettengang (9 Items),
- Soziale Interaktion (7 Items),
- Denken und Gedächtnis (4 Items),
- Verhalten und Mentale Befindlichkeit (11 Items),
- Haushalt (7 Items),
- Leben in der Gemeinde (9 Items)

Der Bedarfsstatus ist in drei Stufen gegliedert: kein Bedarf / erfüllter Bedarf / nicht erfüllter Bedarf. „Kein Bedarf“ meint, dass keine Einschränkungen vorliegen. „Erfüllter Bedarf“ meint, dass Unterstützung nötig ist, diese ist aber bereits organisiert, bzw. sie wird aktuell schon geleistet. Aus der Logik des Assessments besteht hier kein Handlungsbedarf. Der Status „Nicht erfüllter Bedarf“ deckt einen nicht gedeckten Bedarf auf, die Bedarfserfüllung wird nun dem Hilfeplan (siehe Abb. 1) zugeleitet.

### Gesundheit und Mobilität

	Bedarfsstatus			Art der Hilfe								
	Keine Einschränkungen oder Selbstständigkeit	Einschränkungen, wird durch aktuelle Hilfe kompensiert	Braucht Unterstützung oder ergänzende Unterstützung	Soziale Anregung / Aktivität	Anleitung / Beaufsichtigung	Physische Pflegeübernahme oder Unterstützung	Hilfsmittel und Anpassungen	Assessment durch Spezialisten	Beratung der Person mit Demenz	Verhaltensmanagement	Information / Anleitung für die Pflegeperson	Weiß nicht; kann nicht entschieden werden
1. Physische Gesundheit	Nein	Erfüllt	Nicht erfüllt									
2. Diarrhö und/oder Obstipation												

Abbildung 1 Erfassung des Bedarfsstatus und Hilfeplanerstellung

Auszug aus dem CarenapD Assessment; Universität Witten/Herdecke, Institut für Pflegewissenschaft

Der Hilfeplan enthält 9 Arten der Hilfe, die eher Hilfebereiche benennen. Sie weisen nicht auf konkrete Angebote hin. Unter der Hilfeart „Soziale Anregung/Aktivität“ wird z.B. ein Besuchsdienst, ein Demenz-Cafe oder die Vermittlung zu einem speziellen Seniorensportangebot gefasst.

### 3. Laufzeit

Angelegt war das Projekt auf eine zwei jährige Laufzeit vom 01.08.2007 bis 31.07.2009. Durch bis dato nicht verwendete finanzielle Mittel konnte das Projekt bis 31.10.2009 verlängert werden

### 4. Förderung

Das Projekt wurde vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und von der Robert-Bosch-Stiftung gefördert.

### 5. Projektziel

Ziel des Projektes „Überprüfung der Anwendbarkeit, Praktikabilität und Modalitäten der Implementierung des Assessments CarenapD für den deutschen ambulanten Sektor bei Demenz“ war, das Assessment durch Anwender verschiedener Dienste in zwei nordrhein-westfälischen Regionen mit entwickelten Versorgungsstrukturen für Demenz zu testen. Dazu sollte CarenapD bei insgesamt 80 Klienten und deren pflegenden Angehörigen verteilt auf zwei Regionen zu zwei Erhebungszeitpunkten (T0 / T1) angewendet werden.

So sollten Erkenntnisse über die Voraussetzungen der Anwendbarkeit von CarenapD generiert werden. Ebenso sollten Strukturanpassungen und Schulungsbedarfe identifiziert werden.

Die Forschungsfragen lauteten daher:

- wie wird CarenapD in den unterschiedlichen Dienstformen: Medizinischer Dienst der Kassen (MDK), Kommunalen Dienst, Ambulanter Pflegedienst, Demenzberatung angenommen
- welche Anpassungen sollten im Assessment vorgenommen werden
- wie stellt sich das ambulante Versorgungsfeld bei Demenz im Rahmen der CarenapD Anwendung dar
- welche Anpassungen der ambulanten Versorgungsstruktur sollten anhand der CarenapD Anwendung angedacht werden.

Durch die differenzierten Erkenntnisse aus dem Projekt soll dazu beigetragen werden, dass eine assessmentgestützte Strukturentwicklung des ambulanten Sektors die frühe Heimaufnahme der Menschen mit Demenz vermindert und die Entlastung der pflegenden Angehörigen verstärkt.

### 6. Projektdesign

Das Assessment CarenapD wurde in zwei Regionen Nordrhein-Westfalens getestet. Diese unterteilten sich in eine städtische und eine ländliche Region. Beide Regionen sollten bereits augenscheinlich höher entwickelte Demenz-Versorgungsnetzwerke aufweisen. In jeder Region sollten vier Dienstformen mit CarenapD arbeiten (siehe Abb. 2). Die unterschiedlichen Dienstformen wurden gewählt, weil sie die wesentlichen Versorgungsaufträge im ambulanten Bereich übernehmen. CarenapD ist als interdisziplinäres Assessment konzipiert. Daher sichert die Einbeziehung verschie-

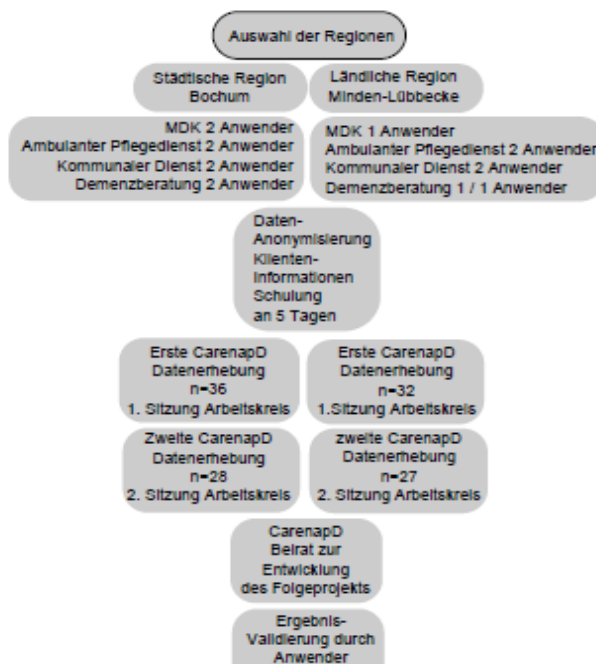


Abbildung 2 Projektdesign CarenapD Anwendung

dener Dienstformen, dass die Potentiale des Assessments genutzt werden können.

Alle Anwender haben vor Beginn der Anwendung eine fünftägige Schulung besucht.

Die erste CarenapD Anwendung (T0) wurde bei 68 Klienten durchgeführt. Die zweite Erhebung (T1) etwa 6 Monate später konnte noch bei 55 Klienten durchgeführt werden. Der Klientenverlust entstand durch Versterben, Heimeinzug und Verweigerung. Die Geschlechts- und Altersverteilung, die Pflegestufe und die Demenzdiagnose entsprechen dem

erwartbaren Durchschnitt. Sieben Klienten lebten allein und ohne Unterstützung durch Angehörige. Nach der T0 und der T1 Erhebung fanden in jeder Region je ein Arbeitskreis statt.

Die Interrater-Reliabilität wurde mit Hilfe einer Fall-Vignette bei allen CarenapD Anwendern geprüft. Die Einrichtung eines Beirats erfolgte in der zweiten Projekthälfte.

## 7. Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt zuerst bezogen auf die Anwendbarkeit und Praktikabilität des Assessments CarenapD.

### 7.1. Anwenderschulung

Die fünftägige Anwenderschulung zeigte, dass die Inhalte und Arbeitsweisen des Assessments mit der jeweiligen eigenen professionellen Rolle reflektiert werden konnte. Die Anwender stellten fest, dass die CarenapD Anwendung besondere kommunikative Fähigkeiten erfordert, denn die Bedarfe werden nicht objektiv-distanziert erhoben, sondern mit der Familie abgestimmt. So wurde festgestellt, dass CarenapD einen eher fragenden Begutachtungsansatz braucht (Was brauchen Sie?)

und weniger einen beratenden Ansatz (Hier brauchen Sie...!). Die Anwender in diesem Projekt entstammen unterschiedlichen Professionen und haben unterschiedliche Rollen im Versorgungssystem. Die Diskussionen während der Schulung profitierten deutlich von dieser Interdisziplinarität, so stellten die Anwender fest.

## 7.2. Zeitverbrauch der Assessmenterstellung

Das Assessment CarenapD wurde zu zwei Messzeitpunkten angewendet, daher stehen insgesamt 112 Zeitangaben zur Verfügung. Die verbrauchte Zeit unterscheidet sich regional. Durchschnittlich wurden in Bochum 136 Minuten für ein Assessment gebraucht, in Minden benötigten die Anwender nur 96 Minuten (siehe Tab. 1). Dieser Unterschied ist signifikant (Mann-Whitney-Test  $U=831,5$ ;  $p=0,000$ ). Die benötigte Zeit für das erste Assessment ist signifikant länger als für das zweite Assessment (Mann-Whitney-Test  $U=1150,5,5$ ;  $p=0,022$ ).

Tab. 1: Zeitverbrauch für ein CarenapD Assessment						
Zeitverbrauch für ein CarenapD Assessment in Minuten inklusive Standardabweichung (SD)				Spannweite des Zeitverbrauchs (min – max)		
	Gesamt	T0	T1	gesamt	T0	T1
gesamt	116 (48)	126 (52)	102 (37)	40-315	45-315	40-195
Bochum	136 (54)	148 (59)	118 (38)	45-315	45-315	45-195
Minden	96 (30)	102 (28)	90 (33)	40-165	60-150	40-165

Demnach kann von regionalen Unterschieden in der Arbeitsweise mit dem Assessment ausgegangen werden, aber auch mit einer allgemeinen Gewöhnung durch häufigere Anwendung.

## 7.3. Interrater-Reliabilität (IRR)

Zur Überprüfung der IRR in der CarenapD Anwendung wurde der Bedarfsstatus für die Person mit Demenz mittels Fall-Vignette getestet, die per Video aufgezeichnet wurde. Mitarbeiter des Instituts für Pflegewissenschaft erstellten einen Bewertungsmaster und ließen diesen prüfen. Alle fünfzehn CarenapD-Anwender standen für den IRR-Test zur Verfügung. Die Aufgabenstellung bestand darin, die in der Fall-Vignette enthaltenen Informationen zum Bedarfstatus in das Assessment einzutragen. Da die Fall-Vignette nur einen Interviewausschnitt darstellte, sollte nicht zu allen Items eine Aussage gemacht werden. Von den insgesamt sieben Bedarfsebenen waren vier Ebenen beteiligt: Soziale Interaktion, Denken und Gedächtnis, Verhalten und Mentale Befindlichkeit und Leben in der Gemeinde. Das Ergebnis zeigt eine deutlich heterogene Bedarfseinschätzung.

Der Kappa-Koeffizient der IRR, welcher zufällige Übereinstimmungen berücksichtigt, zeigt folgende Ergebnisse (siehe Tabelle 2): die geringste Übereinstimmung ist in der Dimension „Denken und Gedächtnis“ mit 0,18 vorhanden. „Leben in der Gemeinde“

zeigt einen befriedigenden Wert von 0,65. Dies stellt das beste Ergebnis dar. Insgesamt zeigt der IRR-Test einen hohen Verbesserungsbedarf.

Leben in der Gemeinde	befriedigend	0,65
Verhalten und mentale Befindlichkeit	ausreichend	0,51
Soziale Interaktion	ungenügend	0,27
Denken und Gedächtnis	ungenügend	0,18

Die Ergebnisse der IRR liefern wesentliche Hinweise zu den Entscheidungen zur Bedarfslage der unterschiedlichen Dienstformen. Professionelle Entscheidungen unterliegen nicht nur dem fachlichen Wissen, sondern sind auch von der üblichen Routine und der professionellen Sozialisation durch eine Dienstform bzw. in einem Team abhängig.

Demnach scheinen sich die Routinen der verschiedenen Dienstformen bezogen auf die Interpretation geäußerter Bedarfe sehr zu unterscheiden. Dabei zeigt auch die dienstspezifische IRR Auswertung kein befriedigendes Ergebnis. Hier liegt die Demenzberatung mit 38,9 % Übereinstimmung an erster Stelle. Die geringste Übereinstimmung erzielte der kommunale Dienst mit 22,2 %.

Trickey et al (2000 S.14) sprechen in der Evaluation von Entscheidungen in Primary Care Teams von „willkürlichen Entscheidungen im Umgang mit frühen Symptomen einer Demenz“. Das hier erzielte IRR Ergebnis zeigt eine gewisse dienstspezifische Abhängigkeit, generell wird der geäußerte Bedarf des Klienten jedoch eher nicht erkannt.

Bei der Interpretation dieses Ergebnisses ist zu berücksichtigen, dass die hier durchgeführte IRR-Testung besonders anspruchsvoll ist. Eine Begutachtung mit zwei Ratern im Klientenkontakt bietet mehr Abstimmungsmöglichkeiten, da reale Kommunikation stattfindet.

#### 7.4. Praktikabilität des Assessments CarenapD

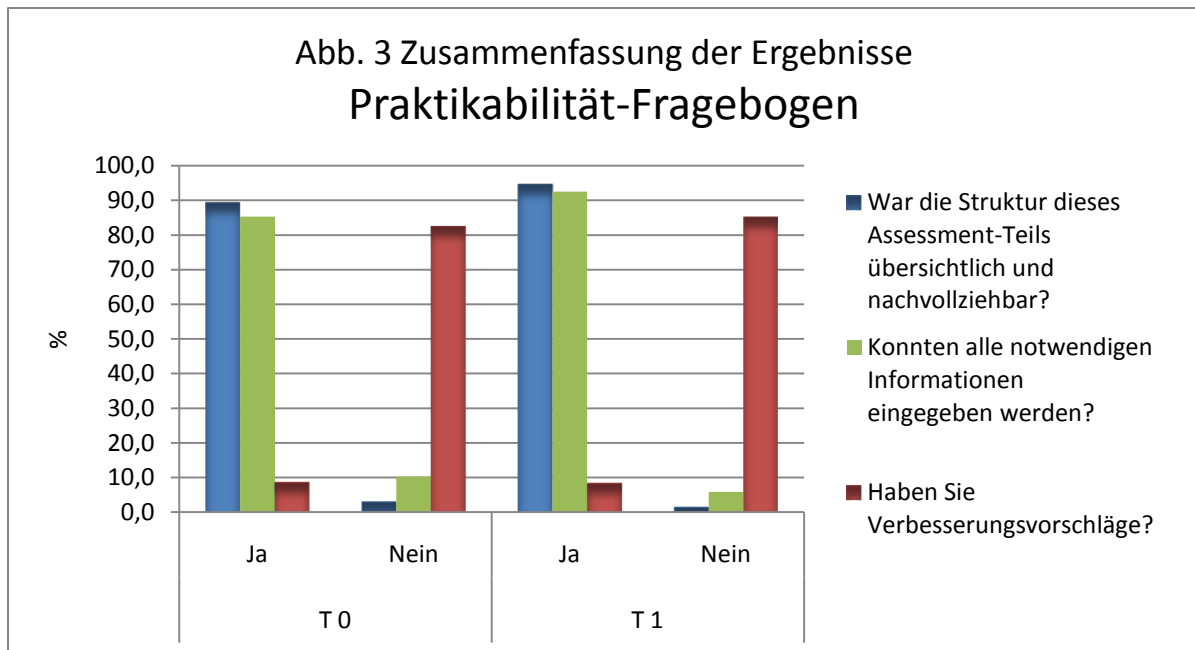
Zu jedem bearbeiteten Assessment wurde durch die Anwender ein Fragebogen bearbeitet, in dem die Praktikabilität erfasst wurde. Dabei wurde das Assessment in sechs Teile gegliedert. Zu jedem Teil wurden drei Fragen gestellt:

- Konnten alle notwendigen Informationen eingegeben werden?
- War die Struktur dieses Assessment-Teils übersichtlich und nachvollziehbar?
- Haben Sie Verbesserungsvorschläge?

Die Fragen hatten eine Ja/Nein Antwortvorgabe. Zusätzlich war Raum für freie Kommentare zu jeder Frage und als letzter Teil des Fragebogens gegeben.

Die Auswertung der Antwortvorgaben ergab eine sehr hohe Akzeptanz des Assessments. Eine leichte Steigerung ist von T0 zu T1 zu erkennen (siehe Abb. 3).





Die Auswertung der qualitativen Daten ergab, dass ein Teil der Kommentare darauf gerichtet war, die Nützlichkeit des Assessments für die eigene Arbeit zu beschreiben. Die häufigsten Kommentare zu Assessment-Teilen fanden sich im Assessment-Teil 5 „Biografie“. Hier wurde in zwölf Kommentaren angegeben, dass notwendige Informationen nicht eingegeben werden konnten, weil der Klient keine Angaben machen kann und die Angehörigen kein spezifisches Wissen besitzen. Fünf weitere Kodierungen halten das Ausfüllen für zu zeitintensiv, acht Kommentare stellen den Sinn der Biografie generell in Frage.

Ein weiterer Problembereich bestand für die Anwender im Umgang mit dem Klienten und seinem pflegenden Angehörigen. Bei unterschiedlichen Wünschen und Bedarfen konnten die Anwender schlecht entscheiden, was sie eintragen sollten.

Hinweise zu fehlenden Angabefeldern fanden sich bei der Auswertung der Informationen zu den behandelnden Ärzten wie auch zu mehr Informationen zur rechtlichen Betreuungssituation. Damit spiegeln die Kommentare praktische Problemstellungen, die über CarenapD hinaus Bestand haben.

### 7.5. Zusammenfassung der Anwendbarkeit und Praktikabilität des Assessments CarenapD

Grundsätzlich belegen die Schulungsergebnisse und die Praktikabilitätsbefragung, dass das Assessment CarenapD praktikabel und anwendbar ist. Die Ergebnisse zum Zeitverbrauch der Anwendung des Assessments zeigen erwartbare Werte, die durch geübte Nutzung etwas verringert werden können.

Die Ergebnisse der Interrater-Reliabilität zeigen jedoch, dass die Bedarfserfassung sehr heterogen erfolgt. Eine Anpassung der Assessment-Struktur kann hier nicht sinnvoll sein. Die drei Stausebenen des Bedarfs sind zur Erfassung notwendig (Schölzel-Dorenbos et al. 2010). Das Referenz-Instrument Cane (Camberwell As-

essment of need for the elderly) enthält die gleichen Bedarf-Ebenen, es beinhaltet zusätzlich das Item „not known need“ (Bedarf nicht bekannt). Die Anzahl der Bedarfs-Items zu kürzen, um die IRR zu erhöhen, kann bei der komplexen Bedarfslage bei Demenz nicht erwogen werden. Die notwendige Entwicklung liegt demnach in der Sensibilisierung und im Training der Anwender. Dieses Ergebnis kann auf verschiedene Felder des Gesundheitswesens übertragen werden, es stellt möglicherweise ein Grundproblem für das deutsche Versorgungssystem dar. Die „Fragmentierung“ des Gesundheitssystems wird u.a. im Gutachten des Sachverständigenrats (Wille et al 2009) als eine Ursache für Versorgungsbrüche angesehen. Fragmentierung bedeutet auch dienst- oder rollenspezifische Bewertung einer Situation. Dieser Effekt zeigt sich auch in der Interrater-Reliabilität bei CarenapD.

Nun werden die wesentlichen Ergebnisse dargestellt, die sich auf das ambulante Versorgungsfeld beziehen, soweit es durch die CarenapD Assessments dargestellt werden kann.

## 7.6. Hauptprobleme und Erwartungen an das Assessment

Zum relativen Beginn des CarenapD Assessments werden die drei Akteure: Person mit Demenz, pflegender Angehöriger und CarenapD Anwender nach den Hauptproblemen und Erwartungen an das Assessment gefragt. Die Antworten erfolgen durch den Anwender im Freitext. Wesentliches Ergebnis war, dass mehr als die Hälfte der Personen mit Demenz sich nicht zu ihrer Situation äußerten- bzw. nicht befragt wurden. Dieses Ergebnis lässt sich nicht allein auf die kognitiven Verluste der Demenz zurückführen, Personen mit Demenz wurden auch weniger angesprochen als pflegende Angehörige. Die inhaltlichen Äußerungen von Menschen mit Demenz zeigten, dass eine Anspannung und Sorgehaltung besteht. Angehörige äußerten sich hingegen in den erwartbaren Dimensionen von Fürsorge und Entlastungswunsch. Anwender selbst beschrieben die Situation in der Regel lösungsorientiert und nannten mögliche Angebote zur Entlastung des Angehörigen. Zum relativen Ende des Projekts wurden diese Ergebnisse durch die Anwender validiert. Auf der Veranstaltung wurde die Vorstellung, Personen mit Demenz könnten sich allgemein zu ihrer Situation nicht mehr äußern teilweise bestätigt. Diese Sicht ist dem stigmatisierenden Defizitmodell der Demenz zuzurechnen. Es wurde aber auch beschrieben, dass der Gesprächswunsch des Angehörigen so groß ist, dass dieser den Kontakt bestimmt. Angehörige selbst würden weiter die Klienten nicht zu Wort kommen lassen und auch konkret an diese gerichtete Fragen selbst beantworten. Diese Einschätzungen werden allerdings im Assessment selbst nicht angesprochen.

## 7.7. Erfassung der Bedarfslage

Die hier gezeigten Ergebnisse beziehen sich auf 55 Klienten, für die zwei Assessments angefertigt wurden. Abbildung 4 stellt den Verlauf der Bedarfserfassung dar. Demnach bildet „nicht erfüllter Bedarf“ die geringste Bedarfsgröße und bleibt über die Distanz von ca. 6 Monaten stabil. „Kein Bedarf“ nimmt hingegen ab, diese Bedarfe fließen eher dem Status „erfüllter Bedarf“ zu. Die Bedarfserhebung in den einzelnen Dimensionen verläuft in der Regel analog zum Gesamtergebnis. Die Dimension „Verhalten und mentale Befindlichkeit“ zeigt jedoch eine gegenläufige Datenlage. Hier wurden zu 72% (T0) und 67% (T1) „kein Bedarf“ angegeben (siehe Tab.3). Dementsprechend wird „erfüllter Bedarf“ zu 14/21 % angegeben und „nicht erfüllter Bedarf“ zu 12/10 %. Dieses Teilergebnis wird so interpretiert, dass in der Zusammenarbeit mit den pflegenden Angehörigen gerade dieses Thema nicht offen behandelt werden konnte und Personen mit Demenz selbst dazu nicht befragt werden konnten.

Die Bedarfsdimension „Soziale Interaktion“ zeigte den größten und stabilsten unerfüllten Bedarf von 20% über beide Messzeitpunkte hinweg (siehe Tab.3). Einem unerfüllten Bedarf wird begegnet, indem im Hilfeplan (siehe Abb. 1) angegeben wird, welche Art der Unterstützung notwendig ist. In dieser Dimension wurde nun geprüft, ob sich unerfüllte Bedarfe bezogen auf ein konkretes Item zum zweiten Messzeitpunkt veränderten oder stabil blieben. In „Soziale Interaktion“ wurde etwa zur Hälfte

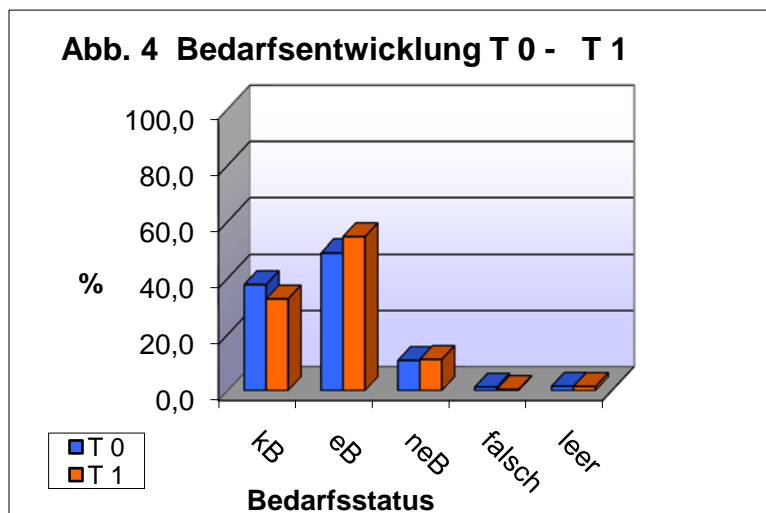


Abbildung 4 kB=kein Bedarf, eB= erfüllter Bedarf, neB= nicht erfüllter Bedarf

das erste Hilfeplanitem „Soziale Anregung/Aktivität“ gewählt, die zweite Hälfte der Auswahl wurde durch „mehrere Hilfearten“ gebildet. Dies bedeutet, dass die Anwender in einem Bedarfsitem eine Kombination von Hilfen gewählt haben. Die Prüfung der Stabilität der Hilfeplanauswahl ergab, dass bei 14 von insgesamt 55 Klienten der Zusammenhang „Nicht erfüllter Bedarf“ und Hilfeplanzuordnung stabil blieb.

Unterstützungsleistungen haben diese Klienten demnach nicht erreicht.

Zusammenfassend kann demnach die Situation so beschrieben werden: der „nicht erfüllte Bedarf“ bleibt relativ stabil. Die Bedarfsbestimmung hängt nicht nur vom Anwender ab, sondern auch von der Einstellung des Angehörigen und Klienten, die Bedarfe offenlegen oder verschleiern. Wird „unerfüllter Bedarf“ eingeschätzt, entscheidet sich der Anwender in der Regel für mehrere Hilfearten, dies wird als Hilflosigkeit

und mangelnde Praxiserfahrung im ambulanten Versorgungsfeld gewertet. Bei etwa jedem vierten Klienten bleibt der Zusammenhang „Unerfüllter Bedarf“ und Hilfeplanitem stabil.

Tab. 3: Bedarfsstatus in allen Bedarfsdimensionen in T0 und T1

n = 55	T0 Anzahl / %						T1 Anzahl / %						
	Items	kein Bedarf		erfüllter Bedarf		nicht erfüllter Bedarf		kein Bedarf		erfüllter Bedarf		nicht erfüllter Bedarf	
		Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%
Gesundheit und Mobilität	10	269	49	251	46	21	4	233	42	271	49	43	8
Selbstpflege und Toilettengang	9	119	24	297	60	69	14	85	17	347	70	62	13
Soziale Interaktion	7	145	38	159	41	76	20	111	29	195	51	76	20
Denken und Gedächtnis	4	38	17	152	69	30	14	28	13	159	72	32	15
Verhalten und mentale Befindlichkeit	11	436	72	86	14	70	12	406	67	125	21	63	10
Haushalt	7	42	11	295	77	31	8	39	10	308	80	24	6
Leben in der Gemeinde	9	133	27	293	59	38	8	120	24	305	62	47	9

## 8. Zusammenfassung und Diskussion

CarenapD konnte durch Anwender verschiedener Dienste und Professionen als praktikables und anwendbares Assessment anerkannt werden, um die Bedarfslagen von Menschen mit Demenz und ihrer pflegenden Angehörigen zu bestimmen. Die Zuordnung von Hilfearten wurde durch die Anwender nicht problematisiert, stellt aber eines der Probleme dar. Verschiedene Hinweise zeigen Versorgungslücken und fehlende Expertisen in der ambulanten Versorgung auf. So standen Menschen mit Demenz eher in der Gefahr der Ausgrenzung. Pflegende Angehörige hatten häufiger das Gefühl, für den Klienten antworten und handeln zu müssen und ihn schützen zu müssen. Die Anwender konnten dieses System nicht hinreichend durchbrechen, es fehlte ein familienorientierter Umgang. Weiter besteht auf der Seite der Anwender eine sehr heterogene Einschätzung zu einem geäußerten Bedarf.

CarenapD konnte Defizite aufzeigen, deren Vorhandensein aus der internationalen Literatur bekannt ist. Der ambulante Versorgungssektor benötigt gerade bei Demenz dringend einen Anschub, um Angebote vorzuhalten, welche die häuslichen Bedarfe erfüllen und damit die Situation stabilisieren.

Der Einsatz des Assessments CarenapD sollte im Rahmen einer kommunalen Entwicklungsaufgabe bzw. durch einen Kostenträger erfolgen. Die Anwendung muss durch begleitende Maßnahmen gesichert werden. Um Fachwissen und Handlungsexpertise zu erhöhen und um von der interprofessionellen Nutzung zu profitieren, muss der Einsatz des Assessments durch moderierte Fallbesprechungen begleitet werden, die einer intensiven Schulung vor der Anwendung vorzuziehen sind. CarenapD kann in einem solchen Rahmen sowohl als Case-Management-Instrument die-

nen, als auch zur Prozessevaluation eingesetzt werden. Für langfristige Planungen erlaubt das Assessment, kommunale Angebote zu steuern und zu bewerten.

#### Kontakt

Dr. Angelika Zegelin  
Universität Witten/Herdecke  
Institut für Pflegewissenschaft  
Stockumer Str. 12  
58453 Witten

Christine Riesner MScN  
Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) in Kooperation mit der Universität Witten(Herdecke  
Stockumer Str. 10  
58453 Witten  
Tel. +49 2302 926175  
christine.riesner@dzne.de

#### Weiterführende Literatur

Riesner C.: Menschen mit Demenz und ihre Familien. Das personenzentrierte Bedarfs-Assessment CarenapD: Hintergründe, Erfahrungen, Anwendungen

Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co.Kg  
Pflegebibliothek – Wittener Schriften  
ISBN 978-3-89993-262-1

## Literaturverzeichnis

Adams, T., Clarke, C. (Hrsg), (1999): Dementia Care: Developing Partnerships in Practice, London, Baillière Tindall

Bartholomeyczik, S., Halek, M., Sowinski, C., Besselmann, K., Dürrmann, P., Haupt, M., Kuhn, C., Müller-Hergl, C., Perrar, K. M., Riesner, C., Rüsing, D., Schwerdt, R., van der Kooij, C., Zegelin, A. (2007): Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe, Berlin, Bundesministerium für Gesundheit

Bauer, U., Büscher A., (Hrsg), (2008): Soziale Ungleichheit und Pflege, Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften

Becker, P. (2006): Gesundheit durch Bedürfnisbefriedigung, Göttingen, Hogrefe.

Bickel, H. (2008): Deutsche Alzheimer Gesellschaft, Selbsthilfe Demenz. Das Wichtigste 1 Die Epidemiologie der Demenz: URL: <http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/FactSheet01.pdf> [Stand: 20.07.2009]

Beyrodt, M., Roling, G. (2007): Belastungen und Bedarf pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz. In: Sauer, P., Wißmann, P. /WIßMANN, P., (Hrsg.): Niedrigschwellige Hilfen für Familien mit Demenz: Erfahrungen, Beispiele, Perspektiven. Frankfurt am Main, Mabuse, S. 41-52

Brooker, D. (2006): Person Centred Dementia Care: Making Services Better, Bradford Dementia Group Good Practice Guides, Jessica Kingsley Publishers

BMFSFJ (2004): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger- unter besonderer Berücksichtigung dementieller Erkrankungen, Berlin, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

BMFSFJ (2006): Erster Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, URL: <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/Publikationen/heimbericht/01-Redaktion/PDF-Anlagen/gesamtdokument,property=pdf,bereich=heimbericht,sprache=de,rwb=true.pdf>

Burnard, P. (1991): A method of analysing interview transcripts in qualitative research, In: Nurse Education Today, Vol 11, S. 461-466

Cameron, K., O'Neill, K. (2005): Carenap (Care Needs Assessment Package) – a practical example of innovation in joint working and single shared assessment, In: Dementia, 4, 149-155. DOI: 10.1177/147130120500400111

Cameron, K., Chapman, A. (2000): CarenapD (Care Needs Assessment Pack for Dementia), A manual to inform care management practice, Dementia Service Development Centre, Stirling

Cantley, C. (Hrsg), (2001): A handbook of dementia care, Buckingham, Open University Press

Clare, J., Rowlands, J. M., Quin, R. (2008): Collective strength: The impact of developing a shared social identity in early-stage dementia, In: Dementia, Vol 7, S 9 - 30

Dollhammer, G., Westphal, C., Ziegler, U.(2006): Pflegende Angehörige brauchen mehr Unterstützung, Bedarfsprognosen zeigen Anstieg häuslichen Pflegepotenzials in Deutschland bis 2030, In: Demografische Forschung, Vol 4, S 2

Döhner, H., Kofahl, C., Lüdecke, D., Mnich, E. (2007) : Services for Supporting Family Carers of Elderly People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage, The National Survey Report for Germany,  
URL: [http://www.uke.de/extern/eurofamcare/documents/deliverables/nasure\\_de.pdf](http://www.uke.de/extern/eurofamcare/documents/deliverables/nasure_de.pdf)

Dörner, K. (2005): Schöne neue Pflegewelt - das Alter als Objekt der Professionalisierung, In: Nübel, G., Kuhlmann, H.-P., Remlein, K.-H. (Hrsg), Schöne neue Pflegewelt, Pflege und Gerontopsychiatrie, Frankfurt am Main, Mabuse

Foster, S. L., Mash, E. J. (1999): Assessing social validity in clinical treatment research: Issues and procedures, In: Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol 67 (3), S 308-319

Goldsmith, M. (1996): Hearing the Voice of People with Dementia, Opportunities and Obstacles, London, Jessica Kingsley

Grond, E. (2003) : Die Pflege verwirrter alter Menschen: Psychisch Alterskranke und ihre Helfer im menschlichen Miteinander, Freiburg im Breisgau, Lambertus  
Gust, J. (2004): Demenz-Atlas. Demenzerkrankungen von Aachen bis Zwickau, Nordestedt, Books on Demand GmbH

Gräßel, E. (1998a): Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter. Teil I: Inanspruchnahme professioneller Pflegehilfe. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 31(1), S. 52–56.

Gräßel, E. (1998b): Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter. Teil II: Gesundheit und Belastung der Pflegenden. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 31(1), S. 57–62.

Hallhauer, J., Bienstein, C., Lehr, U., Rönsch, H. (2005): SÄVIP- Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen, Hannover, Vincentz

Hasseler, M., S. Gorres, et al. (2006): A possible way out of poor healthcare resulting from demographic problems: need-orientated home-based-nursing-care and nursing-home-care, J Nurs Manag, VOL 14(6), S.455-461.

Keane, W. L. (1994): The patient's perspective: The Alzheimer's association, Alzheimer Disease and Associated Disorders, VOL 8 (Suppl. 3), 151-155

Kitwood, T. (1997): The person comes first, Buckingham, Open University Press

Kitwood, T. (2000): Demenz: Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen, Bern, Hans Huber

Kreft, D., Mielenz, I. (1988): Wörterbuch Soziale Arbeit: Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik, (3. Aufl.), Weinheim, Beltz

Meaney, A. M., Croke, M., Kirby, M. (2005): Needs assessment in dementia, In: International journal of geriatric psychiatry, Vol 20, S. 322-329.

Meyer, M. (2006): Pflegende Angehörige in Deutschland, Überblick über den derzeitigen Stand und zukünftige Entwicklungen, URL:  
[http://www.uke.de/extern/eurofamcare/documents/nabares/nabare\\_germany\\_de\\_final\\_a4.pdf](http://www.uke.de/extern/eurofamcare/documents/nabares/nabare_germany_de_final_a4.pdf)

Moniz-Cook, E., Manthorpe, J., Carr, I., Gibson, G., Vernooij-Dassen, M. (2006): Facing the future, A qualitative study of older people referred to a memory clinic prior to assessment and diagnosis, In: Dementia; Vol 5; No 3; 2006; S.375-395

McWalter, G., Toner, H., Corser, A. (1994): Needs and needs assessment: their components and definitions with reference to dementia, In: Health Social Care, Vol 2, S. 213-219.

McWalter, G., Toner, H., McWalter, A., Eastwood, J., Marshall, M., Turvey, T. (1998): A community needs assessment: the care needs assessment pack for dementia (CarenapD) – its development, reliability and validity, In: International journal of geriatric psychiatry, Vol 13, S. 16-22.

NICE- National Collaborating Centre for Mental Health: Dementia, A NICE-SCIE Guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care, Leicester, The British Psychological Society, URL:  
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG42Dementiafinal.pdf>

Orrell, M., Hancock, G. (2004): CANE: Camberwell Assessment of Need for the Elderly, London, Gaskell

Polit D.F., Hungler B.P. (1999): Nursing research, Principles and Methods, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia

Pinquart, M., Sörensen, S. (2003): Associations of Stressors and Uplifts of Caregiving With Caregiver Burden and Depressive Mood: A Meta-Analysis, In: Journal of Gerontology, Vol. 58 B (2), S112–128



Riesner, C. (2006): Barrieren zur Nutzung von Beratung und anderen Serviceleistungen für Familien mit Demenz: „...da sind wir dann nicht mehr hingegangen...“, URL: <http://wga.dmz.uni-wh.de/pflege/html/default/drxg-6sxxgmv.de.html>

Riesner, C. (2008): Herausforderungen in der pflegerischen Versorgung demenzerkrankter Menschen, Probleme und Wissensbedarfe bei der Überleitung und Entlassung von Menschen mit Demenz, URL: <http://medizin.uni-wh.de/inst-pflegewissenschaft/dialogzentrum-demenz-dzd/dialogzentrum-demenz-dzd/downloads/arbeitspapiere-des-dzd/?L=0>

Riesner, C. (2010): Zur Situation von Menschen mit Demenz im Krankenhaus, In: Lamp, I., Umsorgt sterben, Menschen mit Demenz in ihrer letzten Lebensphase begleiten, Stuttgart; Kohlhammer

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): Koordination und Integration- Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, URL: <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Uebersicht/GA2009-LF.pdf>

Schneekloth U., Wahl, H.W. (Hrsg.), (2005): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III), Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, URL: <http://www.bmfsfj.de/Publikationen/mug/01-Redaktion/PDF-Anlagen/gesamtdokument,property=pdf,bereich=mug,sprache=de,rwb=true.pdf>

Statistisches Bundesamt (2007): Statistisches Jahrbuch, URL: <http://www.bpb.de/files/5Z3DV3.pdf>

Triantafillou, J., Mestheneos, E. (2006): Eurofamcare; Services for Supporting Family Carers of of Elderly People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage Summary of Mail Findings from Eurofamcare, URL: [http://www.uke.de/extern/eurofamcare/documents/overview\\_teasure.pdf](http://www.uke.de/extern/eurofamcare/documents/overview_teasure.pdf)

Trickey H., Turton P., Harvey I., Wilcock G., Sharp D.: Dementia and the Over-75 Check: the role of the primary care nurse, In: health and social care in the community, VOL 8 (1), S.9-16

Weyerer, S. (2005): Altersdemenz, Vol 28, Berlin, Robert Koch Institut

Wingenfeld, K., Büscher, A., Schaeffer, D. (2007): Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten, URL: [http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/ipw\\_bericht\\_20070323.pdf](http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/ipw_bericht_20070323.pdf)