

---

# **BACHELORARBEIT**

---

Frau  
**Bianka Hammer**

**Demenzversorgung im Ländlichen  
Raum: Bedarfslagen von  
pflegenden Angehörigen und  
Lösungsansätze zur Stärkung der  
Versorgungsstruktur in ländlich  
geprägten Sozialregionen im  
Landkreis Mittelsachsen**

**2022**

# **BACHELORARBEIT**

---

## **Demenzversorgung im Ländlichen Raum: Bedarfslagen von pflegenden Angehörigen und Lösungsansätze zur Stärkung der Versorgungsstruktur in ländlich geprägten Sozialregionen im Landkreis Mittelsachsen**

Autorin:  
**Frau Bianka Hammer**

Studiengang:  
**Soziale Arbeit**

Seminargruppe:  
**sw19s1-b**

Erstprüferin:  
**Dr. phil. Barbara Wedler**

Zweitprüferin:  
**Julia Winterlich, M.Sc.**

**BACHELOR THESIS**

---

**Dementia care in rural areas:  
Needs of care-giving relatives  
and solutions for  
strengthening the care  
structure in rural social  
regions in the district of  
Middle-Saxony**

author:

**Ms. Bianka Hammer**

course of studies:

**social work**

seminar group:

**sw19s1-b**

first examiner:

**Dr. phil. Barbara Wedler**

second examiner:

**Julia Winterlich, M.Sc.**

---

## **Bibliografische Angaben**

Nachname, Vorname: Hammer, Bianka

Thema der Bachelorarbeit: Demenzversorgung im Ländlichen Raum: Bedarfslagen von pflegenden Angehörigen und Lösungsansätze zur Stärkung der Versorgungsstruktur in ländlich geprägten Sozialregionen im Landkreis Mittelsachsen

Topic of thesis: Dementia care in rural areas: Needs of care-giving relatives and solutions for strengthening the care structure in rural social regions in the district of Middle-Saxony

40 Seiten, 28 Seiten Anhang, Hochschule Mittweida, University of Applied Sciences, Fakultät Soziale Arbeit

Bachelorarbeit, 2022

## **Abstract**

Die Zahl der Menschen mit Demenz wird in Deutschland, nicht zuletzt auf Grund der demographischen Entwicklung stark ansteigen. Schätzungen der Deutschen Alzheimer Gesellschaft (DAIzG) gehen davon aus, dass sich die Zahl von derzeit rund 1,7 Mio. Menschen mit Demenz bis 2050 auf 2,4 bis 2,8 Mio. Menschen mit Demenz erhöhen könnte. Aufgrund der Betroffenheit des Erkrankten selbst und den Belastungen dessen Angehörige bedarf es einem vielseitigen Versorgungsmix mit medizinischen, pflegerischen und sozialen Schwerpunkten – für beide Personengruppen. Im Rahmen dieser Arbeit wird am Beispiel des Demenznetzwerks für die Sozialregion 5 West/Mittweida im Landkreis Mittelsachsen untersucht, welche Indikatoren für eine gelingende Demenzversorgung relevant sind. Der theoretischen Fundierung zu demenziellen Erkrankungen, dem Stand der Versorgung im ländlichen Raum und Belastungsfaktoren pflegender Angehöriger folgt eine Gegenüberstellung der eruierten Bedarfe zu Facetten der Nationalen Demenzstrategie. Darauf aufbauend erfolgte eine empirische Untersuchung der demenzspezifischen Strukturen und Bedarfslagen in Sachsen, speziell im Landkreis Mittelsachsen sowie die Ableitung praktischer Implikationen für die „Lokale Allianz für Menschen mit Demenz in Mittweida“.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Inhaltsverzeichnis</b> .....	<b>II</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	<b>IV</b>
<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	<b>V</b>
<b>Vorwort</b> .....	<b>VI</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>1</b>
<b>2 Herausforderung Demenz</b> .....	<b>3</b>
2.1 Demenzformen .....	4
2.2 Erscheinungsbild.....	6
2.3 Schweregrad und Phasen einer Demenz .....	8
2.3.1 Bedrohtes Ich .....	9
2.3.2 Verirrtes Ich .....	9
2.3.3 Verborgenes Ich .....	9
2.3.4 Versunkenes Ich.....	10
2.4 Versorgung von Menschen mit Demenz, Schwerpunkt Ländlicher Raum. 10	
2.5 Die Angehörigenperspektive .....	13
2.5.1 Aufgaben in der Pflege von Menschen mit Demenz .....	13
2.5.2 Belastungsfaktoren von pflegenden Angehörigen.....	14
<b>3 Nationale Demenzstrategie</b> .....	<b>16</b>
3.1 Handlungsfelder.....	16
3.1.1 Stärkung der gesellschaftlichen Teilhabe von Menschen mit Demenz an ihrem Lebensort.....	17
3.1.2 Stärkung der Unterstützung von Menschen mit Demenz und deren Angehörige .....	17
3.1.3 Weiterentwicklung der medizinischen und pflegerischen Versorgung .....	18
3.1.4 Förderung exzellenter Forschung.....	19
3.2 Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz.....	19
3.2.1 Förderziele.....	21
3.2.2 Demenznetzwerke im ländlichen Raum .....	22
<b>4 Demenzversorgung</b> .....	<b>23</b>
4.1 Situationsbeschreibung.....	23
4.2 Landkreis Mittelsachsen: Sozialregion 5 – West (Mittweida).....	26
4.3 Empirische Analyse .....	29

---

4.3.1	Methodisches Vorgehen.....	29
4.3.2	Auswertung der Interviews .....	30
<b>5</b>	<b>Lokale Allianz für Menschen mit Demenz in Mittweida: Lösungsversuch ....</b>	<b>35</b>
<b>6</b>	<b>Fazit .....</b>	<b>39</b>
	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>XIV</b>
	<b>Anlage 1: Expertinneninterview .....</b>	<b>XX</b>
	<b>Anlage 2: Leitfadeninterview pflegende Angehörige.....</b>	<b>XXI</b>
	<b>Anlage 3: Transkript 1 - Expertinneninterview .....</b>	<b>XXII</b>
	<b>Anlage 4: Transkript 2 – Interview mit einer pflegenden Angehörigen.....</b>	<b>XIV</b>
	<b>Eigenständigkeitserklärung .....</b>	<b>XXVII</b>

## Abkürzungsverzeichnis

AG	Arbeitsgruppe
DAIzG	Deutsche Alzheimergesellschaft
BAGSO	Bundesarbeitsgemeinschaft für Seniorenorganisationen
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
bpb	Bundeszentrale für politische Bildung
bzw.	beziehungsweise
DGGPP	Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V.
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DZNE	Deutsches Zentrum für neurodegenerative Erkrankungen
ebd.	ebenda
FTD	Frontotemporale Demenz
GDP	Geronto-Demenz-Pflegenetz
ICD 10	Zehnte Version der Internationalen statistischen Klassifikat- ion der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
IEGUS	Institut für europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft GmbH
I1	Interview 1
I2	Interview 2
LeiKoP	Leipziger Kooperation Pflege
LID	Landesinitiative Demenz Sachsen e.V. – Alzheimer Gesellschaft
ÖPNV	Öffentlicher Personennahverkehr
BPSD	Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia
PSAG	Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft
SMS	Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt
u.a.	unter anderem

---

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Häufigkeit von Demenzerkrankungen (DAIzG 2020).....	3
Abbildung 2: Handlungsfelder der Nationalen Demenzstrategie.....	16
Abbildung 3: Demenzprävalenz in Sachsen (Thyrian 2020) .....	23
Abbildung 4: Bundesweite Demenzprävalenz (Thyrian 2020).....	24



## Vorwort

» *Da, schau, Papa, das ist dein Gartenmäuerchen, das du mit deinen eigenen Händen gemacht hast. «*

» *Stimmt. Das nehme ich mit. «*

» *Du kannst doch das Mäuerchen nicht mitnehmen! «*

» *Nichts leichter als das. «*

» *Das geht doch nicht, Papa! «*

» *Ich werde es dir schon zeigen. «*

» *Aber, Papa! Hallo! Hallo! Das geht nicht! Erklär mir lieber, wie du nach Hause gehen willst, wenn du schon zu Hause bist. «*

» *Ich verstehe nicht ganz. «*

» *Du bist zu Hause und willst nach Hause gehen. Man kann doch nicht nach Hause gehen, wenn man schon zu Hause ist.«*

»*Das ist sachlich richtig. «*

»*Und?«*

» *Das interessiert mich alles bei weitem nicht so sehr wie dich.«*

*Arno Geiger: Der König in seinem Exil, S.47*

# 1 Einleitung

In Deutschland leben mehr als 18 Millionen Menschen, die 65 Jahre und älter sind. Damit entspricht diese Bevölkerungsgruppe 22,1 Prozent der Gesamtbevölkerung (Statista 2022). Im Zuge des demografischen Wandels wird sich deren Anteil weiter erhöhen. Prognosen gehen davon aus, dass 2060 jede:r Dritte mindestens 65 Jahre und älter sein wird (bpb 2017). Damit steigt auch das Risiko, an einer Demenz zu erkranken. Schätzungen der Deutschen Alzheimer Gesellschaft (DAIzG) gehen davon aus, dass sich die Zahl von derzeit rund 1,7 Millionen bis 2050 auf 2,4 bis 2,8 Mio. Menschen mit Demenz erhöhen könnte (IEGUS 2021:8).

Die neurodegenerative Erkrankung ist in erster Linie durch den zunehmenden Verlust der Alltagskompetenz gekennzeichnet und beeinflusst sowohl das Leben des Erkrankten als auch das seines sozialen Umfelds maßgeblich. Der Anstieg der Neuerkrankungen wird auf 300.000 Menschen geschätzt. Studien gehen sogar davon aus, dass sich die Anzahl an Demenzerkrankungen europaweit bis 2050 verdreifachen wird (Nichols et al 2022). Diese Entwicklungen stellen einerseits die Politik vor enorme Herausforderungen. Die Versorgung und Pflege eines an Demenz erkrankten Menschen bedürfen monatlich im Durchschnitt 500 Euro höhere Leistungen der Pflegeversicherung und 300 Euro höhere Leistungen der Krankenkassen als bei einem Versicherten ohne eine demenzielle Erkrankung (Kruse 2017:318). Aber auch pflegende Angehörige, der „größte Pflegedienst der Nation“, stehen in der Versorgung von Menschen mit Demenz vor großen Belastungen (VdK 2021).

Mit einer Demenzerkrankung gehen große private Herausforderungen einher. Aufgrund der Betroffenheit des Erkrankten selbst und den Belastungen dessen Angehörige bedarf es einem vielseitigen Versorgungsmix mit medizinischen, pflegerischen und sozialen Schwerpunkten – für beide Personengruppen. Insbesondere im ländlichen Raum, der eine stärker ausgeprägte Alterung der Bevölkerung erlebt, sind aufgrund der geringeren Bevölkerungsdichte und geografisch weiter verstreuten Bevölkerung Zugänge zu einer umfassenden und bedarfsgerechten Infrastruktur schwierig (UNICE 2017:1).

Diese Arbeit greift diesen Umstand auf und geht den Fragen nach, welche Indikatoren es für eine gelingende Demenzversorgung braucht und ob regionale Netzwerke im ländlichen Raum die Bedarfe der Betroffenen abfedern können. Da es deutliche, regionale Unterschiede hinsichtlich der Demenzversorgung gibt (vgl. Thyrian 2020), wurde hier im Speziellen ein exemplarischer Lösungsversuch in Form eines Demenznetzwerks für die Sozialregion 5 West/Mittweida im Landkreis Mittelsachsen, Sachsen untersucht.

Dabei findet die Betrachtung vom „Großen ins Kleine“ statt. Einführend wird ein **Überblick über demenzielle Erkrankungen** gegeben, der neben den unterschiedlichen Demenzformen und Erscheinungsbildern auch auf den aktuellen **Stand der Versorgung im ländlichen Raum** und den **Belastungsfaktoren pflegender Angehöriger** eingeht.

Den dabei herausgearbeiteten Bedarfen versucht die Bundesregierung mit der **Nationalen Demenzstrategie** zu begegnen. Im dritten Kapitel werden deren Inhalte und Ziele beschrieben. Besonderen Fokus legt die Autorin auf die darin beschriebenen regionalen Netzwerke und das Bundesprogramm **„Lokale Allianz für Menschen mit Demenz“**.

Das vierte Kapitel beschäftigt sich mit den demenzspezifischen Strukturen und **Bedarflagen in Sachsen, speziell im Landkreis Mittelsachsen und der Sozialregion 5 West/Mittweida**. Mittels einer qualitativen Befragung wurden die Versorgungsstrukturen und Bedarfe empirisch untersucht und die positiven Auswirkungen eines regionalen Netzwerks beleuchtet.

Anschließend wird die **„Lokale Allianz für Menschen mit Demenz in Mittweida“** und deren Projektschwerpunkte vorgestellt und im Fazit mit der vorangegangenen Situations- und Bedarfsanalyse abgeglichen.

## 2 Herausforderung Demenz

Demenz ist die siebthäufigste Todesursache und der Hauptgrund für eine eintretende Pflegebedürftigkeit im Alter (Alzheimer Schweiz 2022). Aktuell leben mehr als 1,7 Millionen Menschen in Deutschland mit der Diagnose Demenz, hinter denen eine Vielzahl an An- und Zugehörigen steht, die gleichermaßen betroffen sind. Da nur 40 Prozent der Erkrankten tatsächlich formell eine Diagnose erhalten, ist davon auszugehen, dass die Dunkelziffer weitaus höher ausfällt (Michalowsky et al. 2019:981).

Die Wahrscheinlichkeit an einer Demenz zu erkranken erhöht sich mit zunehmendem Alter. Liegt die Prävalenz in der Altersgruppe der 65- bis 69- Jährigen bei nur 1,3 Prozent, steigt sie in der Altersgruppe der 90-Jährigen auf 40,9 Prozent an (DAIzG 2020:1). Insgesamt erkranken Frauen mit 70 Prozent häufiger als Männer mit 30 Prozent an einer Demenz. Dieser Umstand ist auf die höhere Lebenserwartung zurückzuführen (Kruse 2017:319).

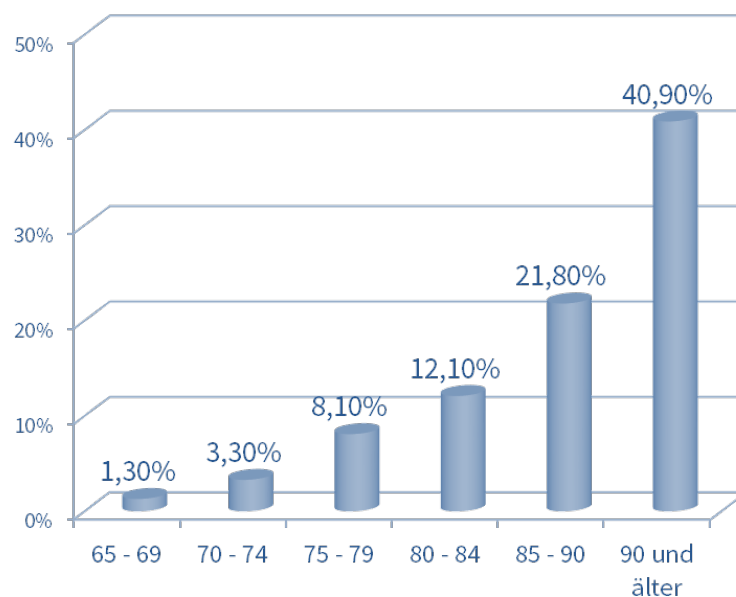


Abbildung 1: Häufigkeit von Demenzerkrankungen (DAIzG 2020)

Der aus dem Lateinischen abgeleitete Begriff umschreibt einen Zustand, der sich um die Denkfähigkeit dreht: „ohne Geist“ oder „weg vom Geist“ heißt die wörtliche Übersetzung (BMG 2021). Demenz ist ein damit Oberbegriff, der zahlreiche, zum Teil sehr unterschiedlich verlaufende Erkrankungen beschreibt.

Das Krankheitsbild verursacht vielfältige Beeinträchtigungen der kognitiven, psychischen und physischen Fähigkeiten und geht mit Veränderungen der Persönlichkeit und des Sozialverhaltens einher. Die im Laufe des Lebens erworbenen Fähigkeiten und Fertigkeiten des Betroffenen gehen im Verlauf der Erkrankung verloren. Die ICD-10 definiert wie folgt: *„Demenz ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache, Sprechen und Urteilsvermögen im Sinne der Fähigkeit zur Entscheidung. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Für die Diagnose einer Demenz müssen die Symptome über mindestens sechs Monate bestehen. Gewöhnlich begleiten Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation die kognitiven Beeinträchtigungen. Gelegentlich treten diese Symptome auch auf, bevor sich Einschränkungen der Kognition bemerkbar machen“* (DIMDI 2020).

## 2.1 Demenzformen

Im Wesentlichen lassen sich demenzielle Erkrankungen in zwei Formen einteilen, bei denen die Ursachen vielfältig und unterschiedlich sind. Es wird zwischen primären und sekundären Demenzen unterschieden. Insgesamt gibt es über 50 Unterformen.

**Primäre Demenzen** sind dadurch charakterisiert, dass das Gehirn als solches erkrankt ist, also eine hirnorganische Erkrankung vorliegt. Innerhalb dieser Gruppe gibt es neurodegenerative Demenzen und vaskuläre Demenzen (LID 2020:7). **Neurodegenerative Demenzen** entstehen durch Eiweißablagerungen und Einschlüssen im Gehirn, die zu einer fortschreitenden und anhaltenden Schädigung des Organs führen. Je nach Art der Eiweißablagerung als auch der betroffenen Hirnregion lassen sich nochmals verschiedene Demenzformen unterscheiden.

Die bekannteste, und mit 60 Prozent aller Demenzerkrankungen auch häufigste Form, ist die Demenz bei **Alzheimer-Krankheit**. Häufig entstehen bei dieser Demenzform schon zu Beginn der Erkrankung Störungen des Gedächtnisses, der Orientierung und der Sprache.

Die **Lewy-Body-Demenz** beeinträchtigt neben Gedächtnisstörungen stark die Aufmerksamkeit und führt zu geistiger und körperlicher Verlangsamung. Betroffene leiden unter optischen Halluzinationen, welche Indikator für diese Demenzform sind.

Außerdem sind Symptome wie Gang- und Gleichgewichtsstörungen, Bewegungssteifheit, Zittern und eine erhöhte Sturzneigung typisch.

Eine weitere besondere Demenzform ist die **Frontotemporale Demenz** (FTD). Tritt sie mit zirka 10 Prozent aller Demenzerkrankungen zwar selten auf, bringt sie die Besonderheit mit sich, dass Betroffene deutlich jünger sind. Die Erkrankung kann ab dem 20. Lebensjahr auftreten (DAIzG 2017:1). Bei FTD sind insbesondere der Frontorallappen und der Temporallappen, also die vorderen Bereiche des Gehirns, von den Abbauprozessen betroffen. Diese Regionen steuern das Sozialverhalten und die Sprachfähigkeit, sodass Betroffene besonders unter Persönlichkeits- und Wesensveränderungen leiden und sich deren Sozialverhalten massiv verändert (LID 2020:8).

Erfolgt die Schädigung des Gehirns nicht durch Eiweißablagerungen, sondern durch Störungen des Bluttransports über die Blutgefäße zum Gehirn, handelt es sich um eine **vaskuläre Demenz**, die zweithäufigste Demenzform. Häufig liegen hier andere Grunderkrankungen wie Diabetes, Bluthochdruck, Nieren-, Stoffwechsel-, oder Herzerkrankungen vor, die Gefäße im ganzen Körper – und somit auch im Gehirn – schädigen können. Häufig wird bei Menschen mit Demenz auch eine Mischform diagnostiziert, da sowohl Eiweißablagerungen im Gehirn, als auch Störungen in der Versorgung der Nervenzellen möglich sind.

Nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft sind primäre Demenzen nicht heilbar. Medikamentöse und nichtmedikamentöse Behandlungsformen können den Verlauf der Erkrankung jedoch positiv beeinflussen und insgesamt verlangsamen.

**Sekundäre Demenzen** zeichnen sich dadurch aus, dass nicht das Gehirn erkrankt ist, sondern eine andere körperliche Grunderkrankung Demenzsymptome verursacht. Vergiftungen durch Alkohol oder Medikamente, Stoffwechsel- und Tumorerkrankungen, oder Mangelerscheinungen wie Dehydration sind hier beispielhaft zu nennen. Auch Depressionen können demenziell ähnliche Veränderungen hervorrufen. Sekundäre Demenzen können bei der Behandlung der Grunderkrankung verbessert und mitunter auch rückgängig gemacht werden. Daher ist eine umfassende und frühzeitige Demenzdiagnostik wichtig (LID 2020:9).

## 2.2 Erscheinungsbild

Die typische Assoziation mit dem Krankheitsbild Demenz bezieht sich auf den Verlust der Gedächtnisleistung: die verlorene Brieftasche, der falsch angesprochene Enkelsohn, der entfallene Name der Haltestelle. **Kognitive Störungen** sind wesentliche Kennzeichen einer demenziellen Erkrankung. Abhängig von der jeweiligen Demenzform und den entsprechend geschädigten Hirnregionen treten neben den Veränderungen der Gedächtnisleistung auch Störungen in der Orientierung, der Aufmerksamkeit und Konzentration, des Urteilsvermögens und der Planungskompetenz auf.

Auch Störungen der Sprache (**Aphasie**), des Wiedererkennens (**Agnosie**) und der zweckgemäßen Benutzung von Gegenständen (**Apraxie**) sind kennzeichnend für das Krankheitsbild. Sprachveränderungen wie Wortfindungsstörungen, Veränderungen der Merkfähigkeit und der Gedächtnisleistung treten bereits zu Beginn der Erkrankung auf und gehören zu den Frühsymptomen. Orientierungsstörungen (räumlich, zeitlich, situativ, inter- und intrapersonell) entwickeln sich häufig erst im Verlauf. Auch wenn die Ausprägungen der Symptome je nach Demenztyp unterschiedlich ausfallen, ist ein wesentliches Merkmal aller Demenzerkrankungen die progrediente, also fortschreitende Verschlechterung der kognitiven Symptome (Kaster/Löblich 2018: 10ff). Abgrenzend von kognitiven Beeinträchtigungen gehören zum Erscheinungsbild einer demenziellen Erkrankung **psychische Störungen und Verhaltensänderungen**.

Da diese Veränderungen vor allem für die Versorgung, Betreuung, Therapie und Pflege bedeutsam sind, wurde dieser Komplex mit der Bezeichnung BPSD umschrieben. Die Bezeichnung steht für **Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia**. Im allgemeinen Sprachgebrauch und im pflegewissenschaftlichen Setting wird von herausforderndem Verhalten gesprochen. Mit zunehmendem Schweregrad der Demenz steigt die Häufigkeit von Verhaltensänderungen. Im Anfangsstadium treten häufig depressive Verstimmungen, Angstzustände und Suizidalität auf, während im Verlauf Hinlauf-Tendenzen, Schlafstörungen, wahnhaftes Verhalten und Halluzinationen, Apathie und verbale Aggressivität zu beobachten sind. Diese Veränderungen sind häufig Anlass für pflegende Angehörige, eine Veränderung im Pflegesetting vorzunehmen, da die häusliche Versorgung nicht mehr bewältigt werden kann.

Im Gegensatz zu den kognitiven Veränderungen, die sich im Verlauf stetig verschlechtern, kann die Ausprägung der psychischen Veränderungen während der

Krankheitsphasen variieren, und verlaufen phasenweise – unabhängig von möglicher Medikation. Hierin besteht die Gefahr, dass andere psychische Erkrankungen schwer von Demenzercheinungen abgegrenzt werden können, und demnach nicht oder nicht adäquat behandelt werden. Für einige Demenzformen sind psychische Symptome wegweisend für die Diagnosestellung. Bei der Lewy-Body-Demenz (siehe Kapitel 2.1.) sind visuelle Störungen und optische szenische Halluzinationen Voraussetzung für die Diagnosestellung (Kaster/Löbach 2018: 14).

**Verhaltensänderungen** treten häufig erst im Verlauf der Demenzerkrankung auf. Eine Ausnahme bildet die Frontotemporale Demenz (FTD), bei der das Frontalhirn erkrankt ist, das Sozialverhalten und Empathiefähigkeit steuert. Liegen andere Demenzformen zugrunde, ist das Auftreten physischer und/oder psychischer Aggressivität oftmals erklärbar. Daher ist es im Pflegekontext wichtig, möglichst viel biografisches Wissen über den Menschen mit Demenz zu sammeln und in die Überlegung der dahinter liegenden Bedürfnisse einzubeziehen. Neben aggressivem Verhalten zählen zu häufigen Verhaltensänderungen auch das Umherlaufen („Wandering“ und Hinlauf-Tendenz), Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus, Rufen und Schreien, beständiges Aus- und Anziehen, sexuelle Enthemmungen oder das Sammeln und Verstecken von Gegenständen und Essen. Agitiertheit (Unruhezustände) kann von viele Ursachen hervorrufen werden - von einer schmerzenden Zahnprothese bis zu unbearbeiteten Konflikten aus der Vergangenheit. Daher erfordert der Umgang und die Kommunikation mit Menschen mit Demenz ein hohes Maß an Einfühlungsvermögen, Zuwendung, Geduld und Wachsamkeit.

Im fortgeschrittenen Stadium treten bei allen Betroffenen **körperliche Symptome** auf, die mit einer erhöhten pflegerischen Versorgung einhergehen und für pflegende Angehörige oftmals Anlass sind, den an demenzerkrankten Menschen in einer stationären Pflegeeinrichtung versorgen zu lassen. Gangunsicherheiten und eine damit verbundene erhöhte Sturzgefahr, reduzierte Nahrungsaufnahme durch ein vermindertes Durst- und Hungergefühl sowie Harn- und Stuhlinkontinenz zählen zu den herausforderndsten körperlichen Veränderungen.

**Schlafstörungen** sind ebenfalls typisch für den fortschreitenden Verlauf einer demenziellen Erkrankung. Sie werden zum einen von biologischen Faktoren beeinflusst, die dazu führen, dass die degenerativen Veränderungen im Gehirn eine Störung des Zeitgefühls hervorrufen. Kognitive Störungen führen dazu, dass Menschen mit Demenz



nicht mehr in der Lage sind, Uhrzeiten zu erkennen und Ziffernblätter oder digitale Uhren zu lesen. Darüber hinaus kommt es durch fehlende soziale Interaktion und fehlende äußere Reize vermehrt dazu, dass Menschen mit Demenz tagsüber schlafen, was den Schlafbedarf in der Nacht maßgeblich beeinflusst.

Im Verlauf einer Demenzerkrankung treten auch **Mobilitätseinschränkungen** ein. Zu Beginn sind sie durch eine Gangunsicherheit gekennzeichnet, später können erkrankte Personen nicht mehr aufrecht sitzen und kippen immer wieder seitlich weg. Schließlich folgt die Bettlägerigkeit.

Ein weiteres körperliches Symptom, das in der Versorgung von Menschen mit Demenz zu Schwierigkeiten führt, ist eine **veränderte Schmerzwahrnehmung** und damit einhergehende Sensibilitätsstörungen. Betroffenen fällt es zunehmend schwer, Schmerzen zu lokalisieren oder zu benennen, sodass die Häufigkeit von unentdeckten Frakturen, Magendurchbrüchen, sich entwickelnden Dekubitusgeschwüren oder stummen Herzinfarkte steigt (Kaster/Löbach 2018: 18 ff).

## 2.3 Schweregrad und Phasen einer Demenz

*„Was ist mit meinem Kopf los?“ Er klopfte sich gegen die Stirn:  
„Da stimmt doch etwas nicht. Kannst Du mir sagen, wie wir das  
reparieren können?“ (Geiger 2011:129)*

Auch wenn sich jede Demenz unterschiedlich entwickelt, lässt sich der Verlauf einer demenziellen Erkrankung idealtypisch in **drei Schweregrade** aufteilen: In eine leichte Demenz, eine mittlere/mittelschwere Demenz und eine schwere Demenz (Kruse 2017:326-329). In der Beschreibung der Erscheinungsformen und Symptomatik einer Demenzerkrankung wurde bereits Bezug darauf genommen. Im pflegewissenschaftlichen Setting wird mit Modellen der Demenzphasen gearbeitet, von denen die meisten vier Phasen benennen. Alle Modelle orientieren sich an der „umgekehrten Entwicklungslogik“ der kognitiven Entwicklung, wie sie von Piaget für die kindliche Entwicklung beschrieben wurde (Thomsen 2019:56). In der Literatur findet sich hierfür auch der Begriff „Retrogenese“. Gemeint ist, dass wie bei einem Kind die Entwicklung der Alltagsfähigkeit Stück für Stück zunimmt, sich diese erworbenen Kompetenzen bei einem Menschen mit Demenz wieder abbauen. Das **Phasenmodell von Cora Van der Kooij** beschreibt durch treffende Adjektive sehr anschaulich, welche

Symptome in der jeweiligen Phase vordergründig sind und welche Verhaltensweisen beobachtet werden können.

### 2.3.1 Bedrohtes Ich

Das Modell beschreibt die erste Phase als **Bedrohtes Ich**. In dieser Phase bemerken die Erkrankten bewusst, dass ihre Merkfähigkeit nachlässt und die Orientierung zunehmend schwerer fällt. Die Kompensation dieser Einbußen nehmen die Betroffenen als sehr belastend und anstrengend wahr. Trotz dieser Anstrengung um Konzentration und Aufmerksamkeit, unterlaufen ihnen Fehler, sie vergessen Dinge oder verstehen Sachverhalte nicht mehr. Gegenüber ihren Angehörigen versuchen sie so lang wie möglich „das Gesicht zu wahren“ und Fehler zu kaschieren. Gelingt ihnen das nicht, reagieren Betroffene häufig mit Trauer und Wut. Typisch für diese Phase sind Bewältigungsstrategien wie Leugnen, Bagatellisieren, Erklärungen erfinden und andere zu beschuldigen. Planmäßiges und zielgerichtetes Handeln ist eingeschränkt noch möglich.

### 2.3.2 Verirrtes Ich

In der zweiten Phase verstärken sich Orientierungseinbußen und Defizite des Kurzzeitgedächtnisses deutlich. Das Verkennen und Verwechseln von vertrauten Personen tritt häufiger auf. Die Betroffenen nehmen die Funktionseinbußen immer weniger bewusst wahr und sind von ihrem sozialen Umfeld nun besser über ihr Langzeitgedächtnis erreichbar. Der Mensch wechselt von dem „Hier und Jetzt“ immer häufiger in seine innere Welt. Er wiederholt Gesagtes, nutzt kurze Sätze und äußert sich spontan. Gefühle können unmittelbarer und ungefilterter ausgedrückt werden, „da der Kopf zunehmend auf die Regieführung verzichtet“ (Thomsen 2019:61).

### 2.3.3 Verborgenes Ich

Menschen mit Demenz, die sich in dieser Phase und somit auch in im schweren Demenzstadium befinden, sind häufig in sich gekehrt, zurückgezogen und beinahe gänzlich „in ihre Welt versunken“. Die kognitiven Fähigkeiten entsprechen dem eines 1- bis 2-jährigen Kindes. Eine verbale Kommunikation ist nur noch eingeschränkt möglich. In dieser Phase benutzen die Erkrankten häufig Einwortsätze, der Wortschatz wird immer kleiner und Wortneubildungen machen das Verstehen der ausgesandten

Mitteilung für die Pflegepersonen schwer. Über die Mimik sind Gefühle jedoch gut ablesbar. Bewegungen werden immer wieder wiederholt. Naomi Feil, Begründerin der Validation bei Menschen mit Demenz, nennt diese Phase auch „Phase der sich wiederholenden Bewegungen“ (ebd.). Zielgerichtetes Handeln ist nicht mehr möglich und der Mensch mit Demenz ist abhängig von der Energie anderer. Ihnen fehlt zunehmend das Gefühl für den eigenen Körper und eine Mobilisierung wird für Pflegepersonen immer aufwändiger. In der Folge werden die Erkrankten vielfach bettlägerig.

### 2.3.4 Versunkenes Ich

Die letzte Phase in diesem Modell beschreibt den Menschen mit Demenz als ein in sich versunkener und in der inneren Welt lebenden Menschen. Kommunikation findet nicht mehr statt und Gefühle können nicht mehr geäußert werden, weder verbal noch über Mimik und Gestik. Die interpersonelle Orientierung ist derart gestört, dass ein Erkennen des eigenen Spiegelbildes nicht mehr möglich ist (Thomsen 2019:59-65).

## 2.4 Versorgung von Menschen mit Demenz, Schwerpunkt Ländlicher Raum

Diese Veränderungen im Verlauf der Erkrankung stellen besonders pflegende Angehörige vor Herausforderungen. Nicht zuletzt wegen des Pflegestärkungsgesetzes, das den Leitsatz „ambulant vor stationär“ in den Vordergrund rückt, werden in Deutschland 80 Prozent der pflegebedürftigen Personen in der Häuslichkeit betreut. Von diesem Personenkreis werden 56 Prozent ausschließlich durch ihre Angehörigen betreut. (Destatis 2022). 75 Prozent der pflegebedürftigen Personen, die im häuslichen Umfeld gepflegt werden, leiden an einer demenziellen Erkrankung (Eichler, Hoffmann, Hertel et al. 2016:619).

Die Herausforderung in der Versorgung von Menschen mit Demenz liegt vor allem in der Verzahnung adäquater medizinischer, pflegerischer, psychosozialer, medikamentöser und nichtmedikamentöser Leistungen sowie soziale Betreuungs- und Entlastungsangebote. Dieser **Versorgungsmix** ist wichtig, um den Auswirkungen der Erkrankung gut begegnen zu können, den Verlauf zu verlangsamen und den Menschen mit Demenz möglichst lang eine Versorgung bei hoher Lebensqualität und sozialer **Teilhabe** in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen (Michalowsky 2019: 981).

Teilhabe sollte dabei mehr als soziale Integration bedeuten, sondern die Möglichkeit bieten, die soziale Umwelt aktiv mitzugestalten, im durch Sprache und Handlungen im Austausch mit anderen Menschen zu stehen und Mitverantwortung zu übernehmen (Kruse 2017:343).

Die Studie „D80+ - Hohes Alter in Deutschland“ zeigt auf, dass 70 Prozent der hochaltrigen, an Demenz erkrankten Menschen in Privathaushalten leben. Das Leben in den eigenen vier Wänden erhöht im Schnitt die Lebenszufriedenheit und senkt das Depressionsrisiko im Vergleich zu in stationären Einrichtungen lebenden Menschen mit Demenz. Beinahe 40 Prozent der Menschen mit Demenz in Privathaushalten nehmen keine Unterstützung durch eine Pflegeperson wahr – sei es durch Angehörige oder Personen aus dem sozialen Umfeld, weder durch ambulante oder teilstationäre Angebote der Pflegedienste (BMFSFJ 2022). Hier wird deutlich, dass insbesondere das soziale Umfeld sensibilisiert und informiert sein sollte, um ein eigenständiges und sicheres Wohnen in der Häuslichkeit zu ermöglichen.

Eine Besonderheit in der Versorgungsstruktur ergibt sich vor allem in der **Verteilung der Menschen mit Demenz im Bundesgebiet**. Aufgrund der unterschiedlichen Altersstruktur im Osten des Landes ist der Anteil der Menschen mit Demenz an der Gesamtbevölkerung überproportional hoch. Der Anteil von Menschen mit Demenz variiert zwischen 1,4 und 3 Prozent – in manchen Regionen leben also doppelt so viele Menschen mit einer Demenz als in anderen. Durch diese ungleiche Verteilung besteht auch ein anderer Versorgungsbedarf. *„In dünn besiedelten Gebieten ist der Weg zur nächsten ärztlichen Praxis oder Tagespflege in der Regel weit. Das macht die spezialisierte, wohnortnahe Versorgung schwierig. In Kreisen wie beispielsweise Salzwedel in Sachsen-Anhalt und dem brandenburgischen Ostprignitz-Ruppin gibt es zwar einen hohen Anteil von Menschen mit Demenz, diese verteilen sich aber über ein großes Gebiet. Dort steht man sicherlich vor anderen Herausforderungen als in dichter besiedelten Regionen“*, so Thyrian über die Studie des Deutschen Zentrums für neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) (Thyrian 2020:1058-1061).

Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Studienlage zum Thema „Altern im ländlichen Raum“ eher gering ausfällt, obwohl gerade in ländlichen Räumen ein großer Bevölkerungsteil betagt oder hochbetagt ist. Mit Blick auf die demografischen Entwicklungen werden ländliche Räume weiterhin geprägt sein von Abwanderung der Jungen und Alterung der Bürger:innen vor Ort (Wahl 2015:17f).

Besonders stark betroffen sind laut einer Studie der Bertelsmann Stiftung aus 2017 ländliche Regionen im ostdeutschen Raum. Daraus folgend ergibt sich besonders im ländlichen Raum ein (medizinischer) Fachkräftemangel und eine unzureichende ärztliche Versorgung - dabei ist die Sicherstellung der medizinischen und pflegerischen Versorgung der Bürger:innen ein wesentlicher Bestandteil der Daseinsvorsorge (van den Berg et al. 2021). Die Gesundheitsversorgung und damit einhergehend die Lebenserwartung und gesundheitliche Lebensqualität sollte unabhängig vom gewählten Wohnort gleichwertig sein.

In **ländlichen Regionen** konzentrieren sich Arztpraxen eher in größeren Städten, in Ober- oder Mittelzentren. Große Landflächen werden dadurch nur durch wenige Ärzt:innen versorgt und Einwohner:innen außerhalb dieser Zentren müssen weite Wege zurücklegen. Analog dazu müssen ambulante Versorgungsdienste wie Pflegedienste, Therapiepraxen oder Apotheken ebenfalls weite Wege fahren, um die Versorgung von hilfebedürftigen Menschen im häuslichen Setting sicherzustellen. Die Konsequenz dabei ist nicht nur, dass die geringe Anzahl an Leistungserbringer:innen in ruralen Regionen einen eingeschränkten Zugang zur Versorgung der Leistungsempfänger:innen gewährleisten, sondern auch, dass Leistungsempfänger:innen kaum eine Wahlfreiheit haben. Vor allem spezialisierte Bereiche der Versorgung wie Palliativversorgung sind hiervon betroffen – aber auch Bereiche der kinderärztlichen Versorgung. Vor allem hier beginnt der Kreislauf von Neuem: Wenn junge Familien die Versorgung ihrer Kinder nicht sichergestellt wissen, lockt der ländliche Raum nur wenig, um zu bleiben oder ansässig zu werden. Das Dorf wird immer älter.

Der Versorgungsmangel führt auch zu einer zunehmenden Herausforderung der adäquaten **Versorgung von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen**. Hierüber gibt es bislang zwar nur eine geringe Studienlage, aber aufgrund des steigenden Durchschnittalters in ländlichen Regionen und der erhöhten Prävalenz von Demenzerkrankungen im Alter ist damit zu rechnen, dass der Versorgungsbedarf von Menschen mit Demenz im ländlichen Raum zukünftig steigen wird. Auch pflegende Angehörige dürfen hier nicht vernachlässigt werden, denn auch deren Anbindung an bestehende Hilfe- und Unterstützungsangebote im ländlichen Raum sind kaum ausreichend (vgl. Kricheldorf et al. 2015).

## 2.5 Die Angehörigenperspektive

Zwei Drittel aller an Demenz Erkrankten werden von ihren Angehörigen, Freunden oder Nachbarn betreut und gepflegt. Die Versorgung durch einen Familienangehörigen nimmt mit 92% aller Erkrankten den höchsten Rang ein. Dreiviertel davon sind Ehefrauen ab 55 Jahre, die ihre erkrankten Männer pflegen (Seidel 2020:8). Oftmals sind Angehörige nicht auf die Aufgaben der Pflege vorbereitet und werden mit Diagnosestellung ohne vorherige Planung hauptverantwortliche Pflegeperson. Mit Fortschreiten der Erkrankung werden die körperlichen und seelischen Anforderungen an die Pflegepersonen umfassender und anstrengender (DAIzG 2020:42). Die Versorgung dauert oft viele Jahre an, ist zeitintensiv und herausfordernd für den Körper und die Psyche. Rund drei Viertel des Tagesablaufs sind der Pflege des Angehörigen gewidmet. Im Endstadium der Erkrankung bleibt der Pflegeperson eine durchschnittliche Freizeit von zwei Stunden pro Woche (Seidel 2020:8). Durch den intensiven Versorgungsbedarf, den die Krankheit mit sich bringt, sind Angehörige, die regelmäßig einen Menschen mit Demenz pflegen seltener erwerbstätig als Angehörige, die sich um Pflegebedürftige ohne Demenz kümmern (Mindermann 2017:9).

### 2.5.1 Aufgaben in der Pflege von Menschen mit Demenz

Pflegende Angehörige übernehmen insbesondere im gerontopsychiatrischen Bereich ein großes Spektrum an Fürsorge-, Betreuungs-, Organisations-, Beaufsichtigungs- und Beziehungsarbeit. Sie unterstützen im Bereich der Haushaltsführung, z.B. bei der Zubereitung der Mahlzeiten, der Erledigung von Einkäufen und Reinigung der Wohnumgebung oder bei der Körperpflege (z.B. Waschen, Zahnpflege, Rasieren, Hilfeleistungen bei Toilettengängen und bei der Verwendung von Inkontinenzvorlagen). Auch Basisverrichtungen des Alltags wie die Hilfe bei der Nahrungsaufnahme und Hilfe beim An- und Auskleiden sind wichtige Aufgaben in der Pflege demenzkranker Menschen. Außerdem übernehmen Pflegende häufig die Verantwortung für die Medikamentengaben. Vor allem durch altersbedingte Komorbiditäten ist diese Aufgabe sehr anspruchsvoll.

Zum weiteren Aufgabenspektrum zählen diverse organisatorische und administrative Aufgaben wie Behördengänge, Bankgeschäfte, Antragstellungen bei Kranken- und Pflegekassen sowie die Planung und Wahrnehmung der ärztlichen und pflegerischen Versorgung des Menschen mit Demenz (Seidel 2021:9).

## 2.5.2 Belastungsfaktoren von pflegenden Angehörigen

Mit Fortschreiten der Erkrankung fühlen sich viele pflegende Angehörige mit der Pflegesituation belastet und überfordert. Hier finden sich auch deutliche Unterschiede zwischen Pflegenden, die Demenzerkrankte pflegen, und Pflegepersonen, die Pflegebedürftige mit anderen Grunderkrankungen versorgen. Pflegende von Demenzerkrankten sind laut einer von der Techniker Krankenkasse beauftragten Befragung zur Situation von pflegenden Angehörigen signifikant stärker belastet (Bestmann et al. 2014: 16). Da der Großteil der Pflegepersonen selbst im fortgeschrittenen Alter ist, kommen alterstypische Beeinträchtigungen der Pflegeperson erschwerend hinzu (Seidel 2021: 9).

Die **Belastungsfaktoren**, die bei der Versorgung und Betreuung von Menschen mit Demenz auftreten, sind unterschiedlich und hängen sowohl von der Art und Ausprägung der Erkrankung ab, als auch von persönlichen, sozialen und finanziellen Faktoren der Betroffenen und deren Angehörigen. Mit steigendem Pflegegrad steigt ebenfalls das Belastungsempfinden. Vor allem die Verhaltensveränderungen und die damit einhergehende Unselbstständigkeit im Laufe der Erkrankung belasten pflegende Angehörige schwer. Laut Pflege-Report 2020 schildern 36,6 Prozent der befragten Personen, die einen Menschen mit Demenz versorgen, eine hohe seelische und körperliche Belastung. Laut der Studie sind besonders Pflegepersonen belastet, die Menschen mit sogenanntem „herausfordernden Verhalten“ betreuen: Hier steigt der Anteil der Pflegenden mit hoher Belastung auf beinahe 41 Prozent (AOK Bundesverband 2020).

Eine weitere Schwierigkeit für pflegende Angehörige ist es, in Austausch zu kommen. Das Thema Demenz ist gesellschaftlich noch immer tabuisiert (Seidel 2021:38).

Die **dauerhafte Be- und Überlastung** wirken sich auf die körperliche Gesundheit der pflegenden Angehörigen aus. Typisch sind chronische Schmerzsyndrome, Gliederschmerzen, Herz- und Magenbeschwerden, Schlafstörungen sowie Appetitverlust. Außerdem schwächt die Dauerbelastung das Immunsystem und das Risiko, eine kardiovaskuläre Erkrankung zu erleiden, steigt. Ständiger zeitlicher Druck führt bei Pflegepersonen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung zu einem schlechteren Gesundheitsverhalten: Pflegende Angehörige nehmen weniger Präventionsangebote wahr und kommen seltener ihren Bedürfnissen hinsichtlich des eigenen Wohlbefindens

nach (ebd.). Letztlich haben Pflegende insgesamt ein 63% höheres Mortalitätsrisiko verglichen mit Nicht-Pflegende (Engel 2008:203).

Die häusliche Pflege kann auch negative Auswirkungen auf das **psychische Wohlbefinden der Pflegepersonen** haben. Pflegende Angehörige haben eine signifikant höhere Depressionsrate als Nicht-Pflegende. Außerdem unterliegen sie einem stärkeren Stresserleben, einer reduzierten Selbstwirksamkeitserwartung und einem höheren Burnout-Risiko. Pflegende Angehörige stehen vor der Herausforderung, mit den kognitiven Defiziten und Verhaltensänderungen des Menschen mit Demenz umzugehen. Schritt für Schritt erleben sie, wie Eigenschaften und Fähigkeiten verloren gehen und sich der Erkrankte in seine innere Welt zurückzieht. Diese lange Form der Trauer ist psychisch stark belastend für Angehörige und nahestehende Personen (Seidel 2021:10). Auch Schuldgefühle spielen eine große Rolle: zum einen wegen der Machtlosigkeit gegenüber dem Fortschreiten der Erkrankung und zum anderen wegen der Unvereinbarkeit der Pflege mit den eigenen Bedürfnissen nach Autonomie, Unabhängigkeit und Freiräumen.

Die Erkrankung hat auch **Auswirkungen auf das soziale Umfeld der Betroffenen** und Angehörigen. Scham, Angst vor Stigmatisierung, und fehlende Anerkennung gegenüber der Krankheit und der Pflegeleistung führen häufig zum gesellschaftlichen Rückzug und starken Einbußen der inner- und außerfamiliären Beziehungen. Engel beschreibt das Gefühl der sozialen Isolation mit einer Sequenz aus einem von ihr geführtem Interview: Und es macht mich so fertig, dass ich überhaupt keinen Ansprechpartner habe“ (Engel 2008:203).



### 3 Nationale Demenzstrategie

Mit der Nationalen Demenzstrategie (NDS) hat die Bundesregierung ein Vorhaben initiiert, das sich diesen Herausforderungen annimmt und das Leben von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen verbessern soll. Der Demenzplan verfolgt die Ziele, Menschen mit Demenz mehr gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen, Angehörige stärker zu unterstützen, die medizinische und pflegerische Versorgung weiterzuentwickeln und Demenzforschung mehr zu fördern.

*„Ziel der Nationalen Demenzstrategie ist es, die Situation von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen in Deutschland in allen Lebensbereichen nachhaltig zu verbessern. Dazu soll der Blick insbesondere auf die Maßnahmen gerichtet werden, die für die Alltagsgestaltung und die gesundheitliche und pflegerische Versorgung von Menschen mit Demenz vor Ort von Bedeutung sind.“ (BMFSFJ 2020:10)*

Unter der Federführung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), unter dem Co-Vorsitz der DAIZG und unter Beteiligung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF), der Länder, Verbände des Gesundheitswesens und der Pflege, der Wissenschaft und Bürger:innen wurde die Strategie gemeinsam erarbeitet und **27 Ziele mit 162 konkreten Einzelmaßnahmen** formuliert. Zum Erreichen dieser Ziele ist die Strategie bundesweit ausgerichtet, verbindlich und langfristig angelegt. Im Rahmen der Zuständigkeiten und der nach geltendem Haushalts- und Finanzplan zur Verfügung stehenden Mitteln sollen sich die Akteure verbindlich einbringen.

#### 3.1 Handlungsfelder

Die Nationale Demenzstrategie (NDS) stellt vier Handlungsfelder in den Mittelpunkt:

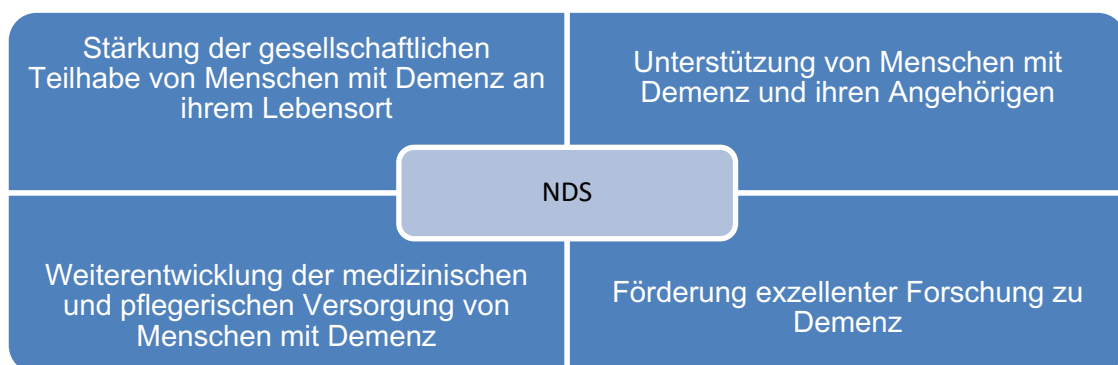


Abbildung 2: Handlungsfelder der Nationalen Demenzstrategie

### **3.1.1 Stärkung der gesellschaftlichen Teilhabe von Menschen mit Demenz an ihrem Lebensort**

Grundsätzlich stehen die Kommunen in der Verantwortung gute Rahmenbedingungen für ältere Menschen mit und ohne Pflegebedarf zu schaffen. Die NDS fordert, die Belange von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen auch in den Quartiers- und Dorfentwicklungskonzepten aufzugreifen. Kommunen und Gemeinden sollen demenzfreundlich werden. Das gelingt, indem öffentliche Treffpunkte geschaffen werden, die es ermöglichen Menschen mit Demenz möglichst lang ihren Alltag aufrechtzuerhalten und gesellschaftliche Teilhabe zu erfahren. Der Plan sieht vor, hier auch eine stärkere Öffnung von Kultur-, Sport-, und Bildungseinrichtungen vorzunehmen. Um zu gewährleisten, dass Menschen mit Demenz sich sicher und möglichst lang im öffentlichen Raum aufhalten und auch mobil sein können, sollen unter anderem für Mitarbeiter:innen des ÖPNV Demenz Partner-Schulungen angeboten werden. Demenz Partner-Schulungen sind niedrigschwellige und kostenfreie Kurse, die für jeden offen sind und das Ziel verfolgen, über das Krankheitsbild Demenz und den Umgang mit Betroffenen zu informieren. Dadurch soll eine breite Sensibilisierung der Öffentlichkeit, eine Enttabuisierung des Krankheitsbildes und mehr Unterstützungsmöglichkeiten für Betroffene geschaffen werden (Demenz Partner 2022). Darüber hinaus werden Demenznetzwerke (siehe Kapitel 3.2.) gefordert, die eine gute Begleitung, Unterstützung und Versorgung der Menschen mit Demenz und deren Angehörigen gewährleisten. Um ein gutes Leben in der eigenen Häuslichkeit bei Demenz zu ermöglichen, sollen Wohnraumanpassungen und digitale Hilfsmittel mit nachgewiesenem Nutzen gefördert werden (BMFSFJ 2020:12).

### **3.1.2 Stärkung der Unterstützung von Menschen mit Demenz und deren Angehörige**

Ziele des zweiten Handlungsfeldes der NDS sind, Menschen mit der Diagnose Demenz, speziell Alleinlebende, niedrigschwellig zu begleiten. Möglich soll das durch eine ehrenamtliche Erstbegleitung werden. Neuerkrankte sollen eine professionelle Demenzbegleitung zur Seite gestellt bekommen.

Bei einer so einschneidenden Diagnose wie Demenz sind Informationen zum Krankheitsbild, zum Verlauf und zu Anlaufstellen wesentlich. Es müssen Beratungen angeboten werden, sei es durch Pflegeberatungsstellen, direkt in den Kommunen, an

öffentlichen Orten, virtuell oder in der eigenen Häuslichkeit als aufsuchendes Angebot. Die Akteure, die diese Angebote vorhalten, müssen miteinander vernetzt sein und im Austausch stehen, um sich zielgruppenspezifisch adäquat ausrichten zu können. Auch Randgruppen sollen hierbei Beachtung finden. Erkrankte im Erwerbsalter, Migrant:innen oder entfernt lebende Angehörige sollen ebenso bedacht werden, wie Menschen im hohen Alter, die statistisch wahrscheinlicher an einer Demenzerkrankung leiden.

Ein weiterer Schwerpunkt des Handlungsfeldes soll sein, die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf zu verbessern. Die Familienpflegezeit soll weiterentwickelt und Arbeitgeber:innen sensibilisiert werden, um Betroffene mit bedarfsgerechten Lösungen zu unterstützen. Da die Pflege eines Familienangehörigen enorme Belastungen mit sich bringt, soll der Gesundheitsschutz dieser Zielgruppe mehr in den Fokus rücken. Präventionskurse zur Gesundheitsförderung und Rehabilitation sollen ausgeweitet und bekannt gemacht werden. Außerdem soll es Maßnahmen geben, die niedrigschwellige und kurzfristige Unterstützung bieten: Telefonseelsorge und psychosoziale Beratungen in familiären Krisensituationen sollen etabliert werden.

Darüber hinaus gehört zu der letzten Phase einer demenziellen Erkrankung die Vorbereitung auf das Sterben mit Demenz. Hier gilt es, die Information zur hospizlichen und palliativen Versorgung zu verbessern und entsprechende Strukturen auf- und auszubauen. Dabei soll das Ehrenamt als tragende Säule gestärkt werden (BMFSFJ 2020:53).

### **3.1.3 Weiterentwicklung der medizinischen und pflegerischen Versorgung**

Eine bedarfsgerechte Personalausstattung mit entsprechend qualifiziertem Personal ist wichtig, um Menschen mit Demenz ihren Bedürfnissen entsprechend zu pflegen und zu betreuen. Daher braucht es in der ambulanten, teilstationären und stationären Versorgung demenzspezifische Weiter- und Fortbildung für Pflegefachkräfte in den verschiedenen Versorgungssettings.

Darüber hinaus ist das Übergangsmanagement ein Bereich, der große Lücken im demenzfreundlichen Umgang aufweist. Besonders Akutkrankenhäuser sollen demenzsensibel gestaltet werden, sowohl hinsichtlich der baulichen Voraussetzungen als auch in Bezug auf die Strukturen des im Arbeitsprozess beteiligten Personals. Auch

hier soll eine Vernetzung der Akteure angestrebt werden, um eine optimale Versorgung und ein passgenaues Schnittstellenmanagement für Menschen mit Demenz zu gewährleisten (BMFSFJ 2020:83f).

### **3.1.4 Förderung exzellenter Forschung**

Da sowohl die Entstehung als auch Behandlung demenzieller Erkrankungen noch nicht wissenschaftlich nachvollzogen werden kann, ist dieses Handlungsfeld besonders wichtig. Es ist mehr Forschung erforderlich, um die Erkrankung besser zu verstehen als auch die Behandlung zielgerichtet zu verbessern. Hier bedarf es guter und vernetzter Forschungsstrukturen im nationalen und internationalen Bereich. Ebenso sollen präventive Zusammenhänge beachtet werden, sodass Demenzforschung auch in Bereichen wie Ernährungswissenschaften tätig werden soll. Außerdem sollen Risikofaktoren besser erforscht werden und in bestehende langfristige Gesundheitsstudien mit aufgenommen werden. Auch seltene und Demenzformen sollen hier Berücksichtigung finden, um zu erforschen, inwieweit der Verlauf positiv beeinflusst werden kann. Perspektivisch sollen mehr Konzepte zur innovativen Diagnostik, Behandlung und Versorgung von Menschen mit Demenz gefördert werden. Neben der besseren Unterstützung bei Medikamentenzulassungsverfahren, nimmt das Handlungsfeld abschließend den Wissenstransfer in die Praxis in den Blick. Es soll ermittelt werden, wie wissenschaftlich fundierte Ergebnisse besser in die Praxis übertragen werden und in evidenzbasierte Präventions- und Versorgungskonzepte überführt werden können (BMFSFJ 2020:111f).

## **3.2 Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz**

Wesentliche Vorbereitungsschritte zur Entwicklung der Nationalen Demenzstrategie wurden bereits mit dem seit 2012 laufenden bundesweiten Modellprogramm „**Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz**“ gemacht. Das Programm fördert den Aufbau und die Weiterentwicklung lokaler Demenznetzwerke (BMFSFJ 2016:16) und wird vom BMFSFJ finanziert. In fünf Förderphasen konnten so bis zum Jahr 2018 in allen 16 Bundesländern insgesamt 500 Lokale Allianzen gefördert werden. Mit der fünften Förderphase endete die Förderung vorerst.

Übergeordnetes Ziel der Netzwerkförderung war es, den Alltag von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen zu verbessern. Durch die Vernetzung von Akteur:innen sollte es gelingen, Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen passende und individuelle Hilfen zugänglich zu machen, die Gesellschaft für Demenz zu sensibilisieren und die Teilhabe bzw. Partizipation von Menschen mit Demenz zu verbessern. Die Lokalen Allianzen wurden über zwei Jahre lang mit jeweils 10.000 EUR gefördert. Zusätzlich wurde 2018 die Netzwerkstelle „Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz“ gefördert, die durch die BAGSO geleitet wird. Aufgabe der Netzwerkstelle ist es, die Nachhaltigkeit der Netzwerke zu sichern und neue Netzwerke vor Ort aufzubauen. Außerdem bietet sie Workshops, Seminare und Fachkonferenzen an, sodass eine bundesweite Vernetzung und ein Erfahrungsaustausch der Akteur:innen stattfindet.

Von 2018 bis 2021 wurde eine Wirkungsanalyse des Bundesprogramms durchgeführt. Die Ergebnisse flossen in die Entwicklung der Nationalen Demenzstrategie ein (BMFSFJ 2019:8) und führten dazu, dass der Auf- und Ausbau von Lokalen Allianzen verankert wurde: Ab 2020 werden in fünf weiteren Förderperioden Netzwerke auf Landkreisebene sukzessive und bedarfsgerecht gefördert. Mit den neuen Förderbekanntmachungen werden Netzwerke nun drei Jahre lang mit jeweils maximal 10.000 EUR gefördert. Bis Ende 2026 wird die fünfte Förderung und somit das Bundesprogramm abgeschlossen sein (BMFSFJ 2020:37).

Für eine Förderung bedarf es eine:n Antragsteller:in sowie fünf weitere Netzwerkpartner:innen. Mögliche Partner:innen können zum Beispiel Mehrgenerationenhäuser, Seniorenbüros, Volkshochschulen und Hochschulen, Wohlfahrtsverbände, Vereine und ehrenamtliche Initiativen, Kultureinrichtungen, Akteur:innen des Pflege- und Gesundheitswesens oder Unternehmen sein. Eine Mitwirkung der Kommune als aktiver Netzwerkpartner ist Bedingung für die positive Bescheidung des Fördermittelantrags.

### 3.2.1 Förderziele

Die konkreten Förderziele der aktuellen und somit vierten Förderphase (Beginn der Förderung am 1.1.2023) des im Jahr 2020 neu aufgesetzten Bundesprogramms sind folgende:

1. Aufbau Lokaler Allianzen in den Regionen, in denen es noch an Unterstützungsnetzen für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen fehlt;
2. Entwicklung und Umsetzung von innovativen Lösungen, die sich in der besonderen Situation der Corona-Pandemie an die besonders gefährdete Gruppe der Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen richten;
3. Aufbau und/oder Ausweitung der Netzwerkarbeit und der Angebote in den folgenden Förderschwerpunkten:
  - a. Förderung der Teilhabe von Menschen mit Demenz, zum Beispiel über Sport-, Kultur-, Bildungs- und Urlaubsangebote; generationenübergreifende Angebote; Angebote, die sich an Menschen mit Demenz mit Migrationshintergrund und ihre Angehörigen oder an Geflüchtete richten; inklusive Angebote für Menschen mit und ohne Demenz zum Abbau von Stigmatisierung, gegen Rückzug und Ausgrenzung – etwa durch Öffnung der Vereine und Kultureinrichtungen, gemeinsame Cafés, Mittagstische, virtuelle Treffen;
  - b. Unterstützung von Menschen mit Demenz nach Erhalt der Diagnose und in einem frühen Stadium der Erkrankung, insbesondere durch ehrenamtliche Erstbegleitung;
  - c. Unterstützung im Alltag, zum Beispiel durch Auf- und Ausbau von Nachbarschaftshilfe, Selbsthilfegruppen, Helferkreisen und ehrenamtlichen Besuchsdiensten in Einrichtungen;
  - d. Unterstützung pflegender Angehöriger, zum Beispiel durch Präventions- und Entlastungsangebote, Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege und Beruf, auch in Kooperation mit Unternehmen und teilstationären Einrichtungen;
4. Nachhaltige Etablierung der Netzwerke auch über den Förderzeitraum hinaus, unter anderem durch Begleitung und Unterstützung durch die Netzwerkstelle der BAGSO und aktive kommunale Beteiligung (BMSFSJ 2022:2f.).

### 3.2.2 Demenznetzwerke im ländlichen Raum

Ambulante Versorgungssysteme sind im ländlichen Raum nur unzureichend auf die komplexen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen eingestellt. Regionale Demenznetzwerke können diesen Engpass kompensieren, sowohl mit verschiedenen Gesundheitsprofessionen als auch mit Unterstützungsangeboten für Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen (Schäfer-Walkmann; Traub; Peitz 2017:47). Vor diesem Hintergrund war im Jahr 2015 der ländliche Raum explizit als Förderschwerpunkt des Bundesprogramms „Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz“ ausgewiesen.

Im 7. Altenbericht der Bundesregierung, der unter dem Thema „Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften“ steht und 2016 veröffentlicht wurde, werden hinsichtlich der Lokalen Allianzen besonders die Anpassung des Sozialraums im Quartier an die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz thematisiert, damit diese Menschen und deren Angehörigen möglichst lang in ihren sozialen Bezügen aktiv bleiben können (BMFSFJ 2016:21).

Diese Anpassung ist vor allem in ländlichen Räumen notwendig, worauf auch die hohe Förderquote der im ländlichen Raum aktiven Netzwerke zurückzuführen ist. Mehr als zwei Drittel der Netzwerke sind im ländlichen Raum aktiv. Aufgeschlüsselt heißt das, 46 Prozent der Lokalen Allianzen für Menschen mit Demenz agieren ausschließlich in einer ländlich geprägten Region und 21 Prozent bedienen sowohl städtisch als auch ländlich geprägte Regionen (BMFSJ 2019:14).

## 4 Demenzversorgung

### 4.1 Situationsbeschreibung

Im Bundesvergleich sind die Einwohner:innen im Bundesland Sachsen überdurchschnittlich alt. Das Durchschnittsalter der in Sachsen lebenden Menschen liegt bei 47 Jahren, während das Alter der Bewohner:innen vieler Bundesländer zwischen 42 und 45 Jahren liegt. Damit hatte Sachsen im Jahr 2020 im Bundesländer-Vergleich den zweithöchsten Anteil an über 65-jährigen Einwohner:innen (Rudnicka 2020). Zum Stichtag am 31.12.2020 lebten 4,05 Millionen Menschen in Sachsen, davon 103.000 Menschen im Alter über 65 Jahren mit einer gesicherten Demenzdiagnose. (Statistisches Landesamt Sachsen 2021; LID 2020: 3). Aufgrund der mangelnden Datenlage sind Menschen unter dem 65. Lebensjahr nicht erfasst. Laut Deutscher Alzheimergesellschaft tritt in Industrieländern eine Demenzerkrankung im Alter zwischen 45 und 64 Jahren bei 5 bis 25 von 100.000 Personen ein. Demnach erhöht sich die tatsächliche Anzahl von Menschen mit Demenz im Freistaat. (DAIzG 2020:5). Werden die Menschen ohne sichere Diagnose ebenfalls berücksichtigt, fällt die Zahl der Menschen mit Demenz in Sachsen noch höher aus.

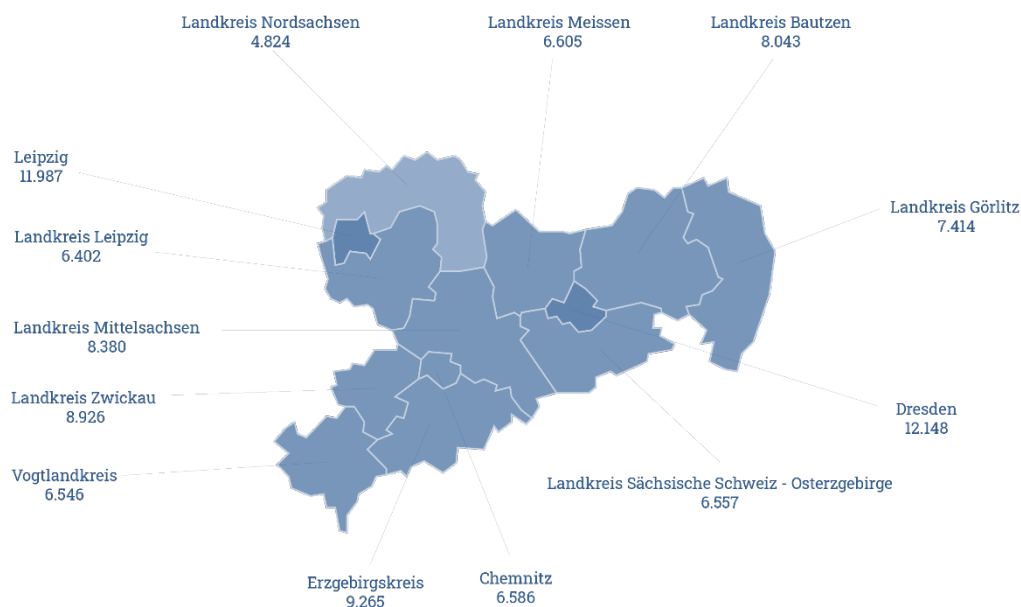


Abbildung 3: Demenzprävalenz in Sachsen (Thyrian 2020)



Nach Thyrian (vgl. Abbildung 3) hat Dresden mit 12.148 betroffenen Menschen in Sachsen die höchste Demenzrate, was sich durch die hohe Bevölkerungsdichte in der Landeshauptstadt erklären lässt. Leipzig folgt mit 11.987 Menschen mit Demenz, danach folgt der Erzgebirgskreis mit 9.265 erkrankten Personen. Die Versorgungsstrukturen für Menschen mit Demenz und deren Angehörigen sind in den zehn Landkreisen und drei kreisfreien Städten unterschiedlich ausgebaut. Die bundesweite Demenzprävalenz-Analyse auf Kreisebene des DZNE aus 2020 zeigt eine deutlich höhere Prävalenzrate als im Bundesdurchschnitt (vgl. Abbildung 4).

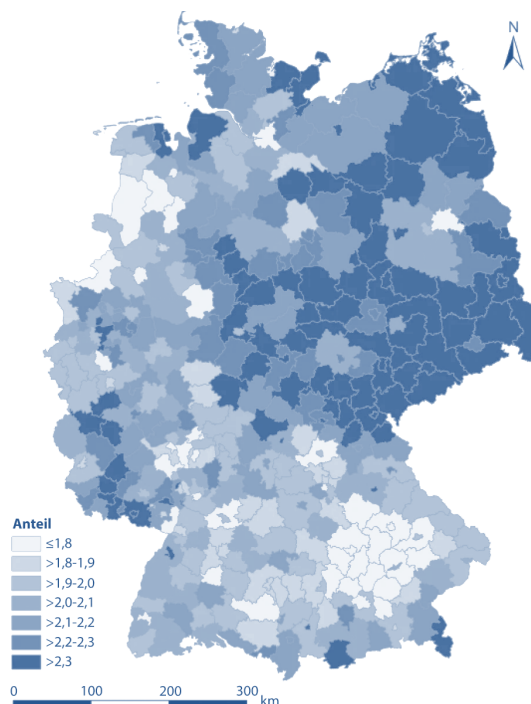


Abbildung 4: Bundesweite Demenzprävalenz (Thyrian 2020)

Übergeordnete Demenzfachstelle des Bundeslandes ist die Landesinitiative Demenz Sachsen e.V. Alzheimer Gesellschaft. Als Landesverband für Selbsthilfegruppen, regionale Alzheimer Gesellschaften, Vereine, Initiativen und engagierte Privatpersonen bündelt sie demenzspezifische Informationen, unterstützt bei Veranstaltungen und platziert das Thema Demenz in der Öffentlichkeit. Außerdem vertritt sie zum einen die Interessen der Menschen mit Demenz und trägt deren Bedarfe in politischen Gremien vor, zum anderen unterstützt sie Wissenschaft und Forschung durch die Mitwirkung als Kooperations- und Netzwerkpartner an bundesweiten Projekten (LID 2022). Zum 1.1.2022 existierten sachsenweit sieben geförderte regionale Demenznetzwerke (BMFSFJ 2022a).

Die **Ballungszentren** verfügen über gut ausgebaute Strukturen sowie regelmäßig stattfindende Demenz-Arbeitsgruppen (Dresden: AG Demenz, Leipzig: LeiKoP, Chemnitz: DemenzNetz\_C).

Erste **Anlaufstelle** bei einem Verdacht auf eine Demenzerkrankung ist in der Regel der:die Hausärzt:in (AOK 2021). Die ärztliche Versorgung erfolgt durch insgesamt 26.529 Ärzt:innen, davon 7.233 ambulant tätige Hausärzt:innen (SLÄK 2022). Von knapp 2.950 möglichen Stellen für niedergelassene Hausärzt:innen sind 370 Zulassungen unbesetzt. Besonders gefährdet ist die ärztliche Nahversorgung im ländlichen Raum (Jurczek/Kotte 2009:26). Laut einer aktuellen Studie der Robert-Bosch-Stiftung (Gesundheitszentren für Deutschland) wird bis 2035 besonders in den Landkreisen Mittelsachsen und Görlitz eine Unterversorgung zu verzeichnen sein (Robert-Bosch-Stiftung 2021:41).

**Demenzsprechstunden** beziehungsweise Gedächtnisambulanzen mit entsprechender Diagnostik gibt es in Dresden, Leipzig, Chemnitz, Aue (Erzgebirgslandkreis), Rodewisch (Vogtlandkreis), Schkeuditz (Nordsachsen) und Zwenkau (Landkreis Leipzig). Demenzsensible Krankenhäuser gibt es derzeit zwei, die Sana Klinik Zwenkau und das Maltester Krankenhaus St. Carolus in Görlitz.

Eine entsprechende **Demenzberatung** wird in allen Landkreisen angeboten, sowohl durch die Pflegekoordinator:innen der Sozialämter als auch durch professionelle Anbieter wie zum Beispiel der Diakonie Stadtmission Zwickau oder der Caritas für das Dekanat Meißen (DGGPP/eigene Recherche).

Es gibt insgesamt mehr als 50 **Selbsthilfegruppen mit Demenzbezug**. Für seltene Demenzformen existiert mit Stand 6/2022 eine Gruppe in Leipzig und eine in Dresden. Im Zuge der Coronapandemie fanden die Treffen teilweise auch online statt, wodurch sich eine landkreisübergreifende Online-Gruppe fand. So haben Menschen mit Demenz im frühen Stadium und Angehörige aus Regionen, in denen es keine Gesprächsangebote gibt, die Chance eines Austauschs (LID 2022).

Mit zunehmender Schwere der Erkrankung informieren sich die betroffenen Familien über passgenauere **Wohnformen**. Eine geeignete Möglichkeit ist das Wohnen in speziellen Demenz-WGs. Die Verteilung ist sachsenweit sehr unterschiedlich.

Im gesamten Landkreis Mittelsachsen gibt es beispielsweise drei Demenz-WGs, in Chemnitz sieben Wohngemeinschaften (Sozialamt Mittelsachsen; Stadt Chemnitz). Alternativ gibt es in Sachsen ein breites Spektrum an Kurzzeitpflegeeinrichtungen (110 Angebote, Stand 6/2022), teilstationäre Pflegeangebote wie Tagespflegeeinrichtungen (482 Angebote, Stand 6/2022) und stationären Wohneinrichtungen (707 Angebote, Stand 6/2022, die teilweise auch demenzfreundliche Angebote vorhalten und entsprechend bauliche Maßnahmen sowie Mitarbeiter:innen-Schulungen umgesetzt haben, z.B. der Alterswohnsitz Gut Förstel oder das Demenzzentrum Lichtenberg im Erzgebirgskreis (SMS 2022).

## **4.2 Landkreis Mittelsachsen: Sozialregion 5 – West (Mittweida)**

Der Landkreis Mittelsachsen mit 21 Städten und 32 Gemeinden ist größtenteils ländlich geprägt und wird in sieben Sozialregionen untergliedert: Sozialregion Freiberg (1), Sozialregion Südost/Sayda (2), Sozialregion Süd/Flöha (3), Sozialregion Südwest/Burgstädt (4), Sozialregion West/Mittweida (5), Sozialregion Nord/Döbeln (6), Sozialregion Nordost/Hainichen (7).

Thyrians Analyse zur Demenzprävalenz geht bei einer Einwohnerzahl von 306.185 in Mittelsachsen lebenden Menschen von 8.380 Personen mit einer Demenzerkrankung aus. Die Geschlechterverteilung liegt bei 5.590 Frauen und 2.744 Männern, die mit einer Demenzdiagnose leben.

Das im Sozialamt verortete Pflegenetz des Landkreises<sup>1</sup> erfasst kontinuierlich die bestehenden Angebote zum Thema „Rat und Hilfe für Menschen mit Demenz“. Dementsprechend sind die Leistungserbringer:innen, ihre Angebotsarten und die Möglichkeiten der ambulanten Versorgung für Menschen mit Demenz in den Sozialregionen des Landkreises bekannt und können bei Beratungsanliegen vermittelt werden. Im Bereich ambulanter Wohnformen für Menschen mit Demenz ist in den vergangenen Jahren ein Zuwachs zu verzeichnen, wobei sich diese noch nicht

---

<sup>1</sup> Das Pflegenetz Mittelsachsen ist ein Zusammenschluss aus Netzwerkpartnern im Landkreis, das Betroffene bei der Beratung und Versorgung in allen Bereichen rund um das Thema Pflege unterstützt.

gleichmäßig über alle Sozialregionen des Landkreises erstrecken. Dementsprechend stehen Hilfebedürftigen nicht in jedem Fall wohnortnahe Versorgungsangebote zur Verfügung. Eine positive Entwicklung verzeichnet seit einigen Jahren der Bereich der teilstationären Entlastungsangebote in Form verfügbarer Tagespflegeplätze.

Im Vergleich zu 2017, in dem es im Landkreis Mittelsachsen 28 Einrichtungen mit 434 Plätzen gegeben habe, böten mit Stand April 2021 bereits 44 Einrichtungen 655 Plätze an, so Pflegekoordinatorin Susanne Finck, im Rahmen der Bewerbung zur "Lokalen Allianz für Menschen mit Demenz in Mittweida".

Im Jahr 2017 bildete sich unter dem Dach des Pflegenetzes und der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) Mittelsachsen die Arbeitsgruppe „GerontoDemenzPflegenetz“ (GDP). Beteiligte sind Vertreter:innen aus dem gesamten Landkreis an, die den Bereichen medizinischer Versorgungszentren sowie Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen und weiteren Verbänden und Vereinen angehören. Ebenso beteiligt sich die Landesinitiative Demenz Sachsen e. V. Alzheimer Gesellschaft an den fachlichen Themen. Die Facharbeitsgruppe befasst sich insbesondere mit aktuellen Schnittstellenfragen bei der Versorgung von Menschen mit gerontopsychiatrischen Krankheitsbildern.

Das Pflegenetz Mittelsachsen habe in seiner Beratungsfunktion seit Etablierung der Stelle 2016 einen starken Zuwachs an Nachfragen pflegender Angehöriger von Menschen mit einer demenziellen Erkrankung verzeichnet. Diese bezögen sich sowohl auf die Suche nach geeigneten wohnortnahen Entlastungs- und Unterstützungsangeboten, als auch auf die Nachfrage nach Schulungs- und Austauschmöglichkeiten. Die Erfahrungen der Pflegekoordinatorin zeigen, dass seitens Betroffener ein hoher Beratungs- und Informationsbedarf bestehe, dem nur wenige spezifische und vor allem regional ungleich verteilte Anlauf- und Beratungsstellen aufgreifen könnten. Zudem sei festzustellen, dass insbesondere Selbsthilfeangebote im Landkreis sehr gering ausgeprägt wären, so die Pflegekoordinatorin weiter.

Für die genauere Betrachtung der Versorgungsstruktur wird exemplarisch die Sozialregion 5 - West (Mittweida) herangezogen. In der Sozialregion befinden sich neben Mittweida elf weitere Städte und Gemeinden: Altmittweida, Erlau, Geringswalde, Königsfeld, Königshain-Wiederau, Kriebstein, Rochlitz, Rossau, Seelitz, Wechselburg und Zettlitz.

Die lebenszyklische Bevölkerungspyramide der Sozialregion 5 ähnelt die des gesamten Landkreises. Mit 28,0 Prozent sind die meisten Einwohner:innen zwischen 40 und 59 Jahren alt. Perspektivisch wird demnach ein großer Bevölkerungsanteil in den nächsten Jahren in das Rentenalter eintreten. Mit einem Bevölkerungsanteil von 10,3 Prozent gibt es in der Sozialregion 5 im Landkreisvergleich am wenigsten Kinder (0-12 Jahre). Dem gegenüber stellt sich der Anteil der Jungen Älteren (60-75 Jahre) mit 21,9 Prozent als der höchste relative Anteil im Landkreis dar (Landkreis Mittelsachsen/ Hochschule Mittweida 2020: 66f, 75).

Die Versorgungsstruktur des Sozialregion 5 (West/Mittweida) weist nach Angaben des Sozialamtes zum Stand Mai 2021 folgende Angebote auf:

- 11 ambulante Pflegedienste und 6 Sozialstationen;
- 5 Tagespflegen mit einer Kapazität von 190 Plätzen;
- 3 Kurzzeitpflegeeinrichtungen mit 37 Plätzen;
- 9 stationäre Pflegeheime mit einer Kapazität von 543 Plätzen.

Spezifische Angebote für Menschen mit Demenz sind mit der Betreuungsgruppe des DRK Kreisverbandes Döbeln-Hainichen e. V., dem Hilfsdienst Demenz der Diakonie-Sozialdienst GmbH/Sozialstation Geringswalde sowie mit Beratungsangebote der AWO Südsachsen gGmbH, der Sozialservice Rochlitz gGmbH und der Kranken- und Altenpflege „Lichtblick“ Carina Büttner vorhanden.

2018 beleuchtete eine Gruppe Studierender der Hochschule Mittweida in enger Abstimmung und Zusammenarbeit mit dem Landratsamt Mittelsachsen (Abteilung Soziales und Abteilung Gesundheitsamt) die Situation pflegender Angehöriger von Demenzerkrankten in der Sozialregion 5 in Bezug auf deren Bedarfe sowie verfügbarer Unterstützungsmöglichkeiten (Landkreis Mittelsachsen/ Hochschule Mittweida 2018).

Die Ergebnisse dieser Untersuchung führten zu folgenden Handlungsempfehlungen:

- Ausbau von Beratungsangeboten für Menschen mit Demenz;
- Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit über die Krankheit und ihre Symptome, mit dem Ziel der Enttabuisierung und Sensibilisierung;
- Optimierung vorhandener Strukturen, Verbesserung der Vernetzung und Gewinnung neuer Partner für die Versorgung von Menschen mit Demenz;
- Verbesserung der Erreichbarkeit von Angeboten, u. a. durch Verbesserung der Orientierungsmöglichkeiten anhand gedruckter Wegweiser sowie interaktiver Karten;
- Erweiterung des Angebotes an Pflegekursen und Schulungen sowie Ausbau von Angehörigen- und Selbsthilfenetzwerken.

## **4.3 Empirische Analyse**

Um diese Handlungsempfehlungen und die bestehenden Strukturen und Bedarfe abzugleichen, wurde eine stichprobenartige Befragung von regionalen, im Themenbereich Demenz aktiven Akteurinnen vorgenommen. Damit sollen vorhandene Erkenntnisse evaluiert und neue gewonnen werden. Außerdem sollte ein Meinungsbild über die Chancen und Potenziale von regionalen Netzwerken zur Verbesserung der Unterstützungs- und Versorgungsstrukturen aus Sicht von professionellen und bürgerschaftlichen Akteurinnen erhoben werden.

### **4.3.1 Methodisches Vorgehen**

Als Methode der Datenerhebung wurde dafür das qualitative Leitfadeninterview gewählt. Das Leitfadeninterview als Befragungsform ist eine Basismethode im Rahmen der qualitativen empirischen Sozialforschung.

Ziel des Leitfadeninterviews ist es, einer natürlichen Gesprächssituation (Alltagskommunikation) nahe zu kommen, ohne die Themenkomplexe, aus denen sich die Leitfragen ergeben, aus den Augen zu verlieren. Gründe hierfür sind das Forschungsinteresse und die Vergleichbarkeit der Interviews (Kruse 2015, S. 213 f).

Formulierte Aufrechterhaltungsfragen dienen der Motivation des Weitererzählens, nicht der Gesprächssteuerung. Konkrete Nachfragen verfolgten die Absicht, spezifische Themenfelder der inhaltlichen Aspekte zu vertiefen, wenn diese noch nicht ausreichend ausgeführt wurden (ebd.).

Schwerpunkte für die Auswahl der entsprechenden Akteur:innen bildeten die Berücksichtigung der verschiedenen Zugänge zur Zielgruppe: Es wurde ein Interview mit der Pflegekoordinatorin des Landkreises und ein Interview mit einer pflegenden Angehörigen geführt.

Die geführten Interviews wurden mittels einfachem Transkriptionssystem verschriftlicht. Die die Transkriptionsregeln sind angelehnt an Kuckartz et. al. (2008), ergänzt von Dresing und Pehl. Gründe für die Auswahl sind, dass sich zum einem die einfachen Transkriptionsregeln in vielen qualitativen Forschungszusammenhängen durchgesetzt haben, zum anderen ermöglichen einfache Regeln die Fokussierung auf die Inhalte des Gesagtem und eine gute Lesbarkeit (Dresing/Pehl 2015:18).

### **4.3.2 Auswertung der Interviews**

Die Interviews umfassen neben der einleitenden Frage zu den persönlichen Bezugspunkten zum Themenbereich Demenz drei Schwerpunkte. Der erste Fragekomplex zielt auf die Versorgungsstruktur der Menschen mit Demenz und deren Angehörigen in der Region ab. Der zweite Fragekomplex thematisiert die bestehenden Bedarfe. Abschließend wird der Fokus im dritten Fragekomplex auf regionale Netzwerke gelegt und hinterfragt, ob diese Strukturen die voran genannten Bedarfe aufgreifen und abmindern können.

#### **4.3.2.1 Interviewpartner:innen**

Im Interview 1 (I1) wurde die Pflegekoordinatorin des Landkreises befragt. Seit 2016 in der Einrichtung tätig, liegen ihre Aufgaben in der Beratung, Information, Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Pflege, dem Aufbau von vernetzten Beratungsstrukturen und der Weiterentwicklung und Stärkung der pflegerischen Versorgungsstrukturen (I1:6-9). Diese Funktion schließt das Themenfeld Demenz mit ein, da es zum einen bereits jetzt schon eine große Bevölkerungsgruppe im Landkreis betrifft, zum anderen aufgrund des demografischen Wandels ein Anstieg zu erwarten sei (I1:10ff).

Für die fachliche Umsetzung dieser Themen sei eine Vernetzung mit den Akteur:innen (Pflegekassen, verschiedene Leistungserbringer) in den Sozialregionen wesentlicher Bestandteil.

Für das zweite Interview (I2) wurde eine pflegende Angehörige, Frau S., befragt. Als Ausstatterin für Seniorenpflegeeinrichtungen und bereits zum zweiten Mal mit dem Krankheitsbild innerhalb der Familie konfrontiert, hat sie einen differenzierten Blick auf die Herausforderungen, die die Krankheit mit sich bringt. Die Befragte begleitete sowohl die 2010 verstorbene Großmutter, bei der 2003 eine Demenz diagnostiziert wurde als auch ihre Mutter, deren Diagnose im Nachgang einer stationären Behandlung 2021 gestellt wurde (I2: 249ff, 67f). Die Mutter der Befragten lebt mit ihrem Ehemann in einem kleinen Haus, zirka 30 Fahrminuten entfernt. Frau S. beschreibt die ersten Symptome der Erkrankung, die zuerst von den Nachbarn bemerkt wurden. „Also der Mutti fällt manchmal einiges nicht mehr ein, aber wenn der Vati dabei ist, der springt dann immer ein“ (I2:29f). Nachdem diese Beobachtung geschildert wurde, stellte Frau S. fest, „dass meine Mutti irgendwie anders aussieht. Irgendwas war nicht so wie bisher“ (I2:34f).

#### **4.3.2.2 Versorgungsstrukturen**

Die Versorgungsstrukturen werden von beiden Interviewpartnerinnen als gut eingeschätzt. Laut Interviewpartnerin 1 schneide die Sozialregion 5 West/Mittweida im Vergleich zu den übrigen Sozialregionen des Landkreises gut ab. Es gäbe viele Partner, die das Thema Demenz „als grundlegend Wichtiges erkannt haben“ und zu demenzspezifischen Themen beraten (I1:67). „Also grundsätzlich ist eine gute Versorgungsstruktur gegeben, weil Menschen mit Demenz ja einfach auch pflegebedürftige Menschen sind, die nach der Pflegeversicherung einen Leistungsanspruch haben“, so die Pflegekoordinatorin (I1:81ff). Auf die Nachfrage, wie sich die Situation für pflegende Angehörige darstellt, wurde die sich im Aufbau befindliche Selbsthilfegruppe in Mittweida benannt. Durch einen großen Zuwachs an Tagespflegeplätzen würden auch pflegende Angehörige Entlastung erfahren (I1:125f). Dennoch ist der Besuch einer Tagespflege für einige Betroffenen mit Ängsten verbunden. So schilderte Frau S., dass deren Mutter „immer Angst [hat], dass sie irgendwie dort bleiben muss“, und sie deshalb auch nur einmal in der Woche die Tagespflege besuchen kann (I2:89f). „Ich würde gern, dass sie mehr geht, einfach um meinen Vati ein bisschen zu entlasten“ (I2:96f).

Ähnlich wie die Pflegekoordinatorin schätzte auch die Frau S. die Frage nach regionalen Versorgungsstrukturen ein. „Also ich finde es in der Region im Moment eigentlich schon recht gut“ (I2:190f). Die Befragte merkt an, dass ihre guten Beziehungen für eine schnelle Diagnosestellung und anschließender Behandlung zuträglich waren. Ebenso falle es ihr aufgrund des Arbeitsumfeldes in einem Pflegeheim leichter, über demenzspezifische Themen zu sprechen und Informationen zu sammeln. „Für jemanden, der das nicht hat, denke ich mal, ist es auch ein bisschen schwieriger“ (I2:201f).



Auffällig ist, dass beide Interviewpartnerinnen Versorgungsstrukturen mit „harten Versorgungsstrukturen“ wie medizinische und pflegerische Versorgung assoziieren: „Was jetzt Pflegedienste betrifft, denke ich mal, ist Mittweida recht gut versorgt. Auch über die Sozialstationen“ (I2:200ff). Erst auf Nachfrage werden die „weichen Strukturen“ wie Beratungs-, Betreuungs- und Entlastungsangebote benannt, bei denen ein Bedarf geschildert wurde.

#### 4.3.2.3 Bedarfe

Bedarfe sieht die Pflegekoordinatorin vor allem an **zentralen Anlaufstellen für demenzspezifische Beratung** (I1:71f). Alle Pflegeeinrichtungen in der Sozialregion 5 West/Mittweida beraten zu dem Thema, aber die betroffenen Familien wissen selten um diesen Umstand. Diesen Fakt spricht auch die zweite Interviewpartnerin an: „Das ist natürlich auch eine große Hürde oder auch eine Schwierigkeit, das Angebot erst mal zu finden, beziehungsweise über einen bestimmten Punkt zu gehen und zu sagen: „Jetzt versuche ich das auch. Jetzt wähle ich mal die Nummer und nutze das“ (I2:113 ff). Mit dieser Aussage spricht sie zwei weitere Bedarfslagen an, nämlich eine grundsätzliche Aufklärung über Hilfsangebote und die **Hemmschwelle** vieler pflegender Angehöriger, die eigenen Grenzen zu erkennen und Hilfe in Anspruch zu nehmen. „Die Pflegekoordinatorin untermauert diesen Bedarf: „Den Angehörigen ist manchmal gar nicht bewusst, was sie für Möglichkeiten nutzen könnten“ (I1:138f). Pflegende Angehörige bräuchten **Gesprächsangebote, Öffentlichkeitsarbeit und Informationen**, daran fehle es: „sei es eine Infoveranstaltung bei Begegnungsstätten, seien es Gesprächsrunden oder ja, ein Seniorentanz“ (I1:147ff). Dieser Bedarf könne aktuell nicht gedeckt werden (I1:180 ff). Außerdem brauche es hierfür mehrere in der Region verteilte Angebote: „Es reicht nicht, wenn es so ein Angebot einmal [...] gibt, bei den großen Flächen oder bei den langen Wegen, die hier zurückzulegen sind von den Betroffenen“ (I1:95 ff). Nicht **wohnortnahe Angebote** könnten von pflegenden Angehörigen eines Demenzbetroffenen nicht genutzt werden.

Wenn Angebote vorhanden sind, fällt einigen Betroffenen deren **Inanspruchnahme** dennoch schwer: „[...]die kommen zweimal im Monat zum Reinigen. Ich sag: „Vati, lass das wöchentlich machen.“ Will er aber nicht. Ich rede da schon Monate. Es geht kein Weg ran. Er will nichts abgeben“ (I2:122-127).

Im Interview mit Frau S. nahm die **Belastung**, die die Pflege eines an Demenz erkrankten Familienmitglieds mit sich bringt, viel Raum ein. Als Tochter schilderte sie zum einen ihre eigene Betroffenheit („bei jedem Anruf hat man Angst, dass irgendwas ist“) als auch die Sorge um ihren Vater, die die Mutter rund um die Uhr betreut: „Er hat sehr kaputte Knie und kann kaum Treppen steigen. Ich habe ihn seit zwei Jahren nicht

mehr darüber klagen hören. [...] Ich vermute, dass er irgendwann... Er wird immer dünner und kleiner. Dass er irgendwann einmal zusammenbricht (I2:172,134-139).

Als einen weiteren wesentlichen Baustein, der sowohl in der Sozialregion 5 West/Mittweida als auch im gesamten Landkreis ausgeweitet werden müsse, sei die **Sensibilisierung der Öffentlichkeit**, um Berührungspunkte im Umgang mit Demenz abzubauen (I1:197 ff).

Außerdem spricht die Pflegekordinatorin einen Bedarf im Bereich **alternativer Wohnformen für Menschen mit Demenz** an: „Wohnen kann ich zentral oder hier wohnortnah überhaupt nicht vermitteln (I1:176f). Auch für Interviewpartnerin 2 ist das Thema Wohnen aktuell. Das Haus der betroffenen Eheleute sei nicht altersgerecht gebaut und ein Umbau „haben sie nun aber verpasst. Das kriegen sie jetzt auch nicht mehr“ (I2:167f). Eine entsprechende Wohnberatung sollte also spätestens unmittelbar nach der Diagnosestellung und/ oder mit dem Eintritt in die Pflegebedürftigkeit stattfinden.

Interviewpartnerin 1 schildert außerdem einen „riesen Bedarf“ an **niedrigschwellig angesetzten Unterstützungsleistungen** wie Nachbarschaftshelfer:innen (I1:169ff): „Wir können teilweise nicht mehr vermitteln. Also es gibt zu wenige Nachbarschaftshelfer, zu viele Betroffene (I1:174ff).

„Es geht eigentlich im Moment mehr darum, dass wir immer da sind, wenn sie uns brauchen, und dass wir auch mit ihnen etwas machen, was schön ist und nicht immer nur das absolut Notwendige. [...] Dass sie auch mal bisschen schöne Erlebnisse haben. Das bleibt dann auch hängen“ (I2:231-244). Die Interviewpartnerin spricht hier den Themenbereich der sozialen und kulturellen Teilhabe an und wünscht sich **Tanzangebote** (I2:280) und **Freizeitangebote** wie Tagesausflüge für Menschen mit Demenz (I2:304).

#### 4.3.2.4 Regionale Netzwerke

Im vierten Fragekomplex ging es konkret um regionale Netzwerke und ob, wenn ja wie, deren Angebotsspektrum die vorhandenen Strukturen bündeln und benannte Bedarfe aufgreifen kann.

Beide Interviewpartnerinnen erwähnten in den vorangegangenen Fragekomplexen die Lokale Allianz für Menschen mit Demenz in Mittweida als einen Lösungsansatz: „und den Bedarf hat ja die Lokale Allianz für Menschen mit Demenz in Mittweida auch entdeckt und gesehen, und kriegt eine Bundesförderung. Und das heißt ja, **der Bedarf ist nachweislich gegeben** (I1:195f). Sie verbindet mit dem Netzwerkverbund eine akribische **Öffentlichkeitsarbeit**, um betroffene und nicht betroffene Menschen in der

Region zu sensibilisieren: „das heißt, die Sorgen und Nöte der Betroffenen kommen wieder in die Munde der Leute“ (I1:210). Außerdem erwähnt sie geplante Angebote, die von dem Netzwerk im Förderzeitraum umgesetzt werden: „Es werden Angebote geschaffen, **Informationsangebote, Schulungs- und Fachveranstaltungen**. Die Öffentlichkeit wird einfach mitgenommen [...] Das findet alles nicht mehr so im Verborgenen statt und das Thema Demenz wird einfach sichtbar gemacht, die Betroffenheit wird sichtbar gemacht“ (I1: 210-215).

Ebenso befürwortet sie die **Bedarfsanalyse**, die durch den Netzwerkverbund erhoben wird und betont die Chance der **Ressourcenvielfalt** innerhalb des Netzwerkes, „dass die einzelnen Netzwerkpartner, je nachdem wo sie ihre Handlungsfelder auch ausgerichtet haben, sagen können: Den Teilbereich Selbsthilfe übernehme ich, oder: Dem kann ich mich widmen“ (I1:226ff). Außerdem habe der Netzwerkverbund den großen Vorteil, „dass mehrere Partner im Boot natürlich auch deutlich mehr bewegen können, miteinander bewegen können als jeder Einzelne“ (I1:220ff).

Die zweite Interviewpartnerin erhofft sich durch ein Netzwerk **Begegnung, Austausch und Partizipation**. Sie denkt an die im November 2021 studentisch ausgerichtete Fachtagung „Kompetenz Demenz“ zurück: „Die Fachtagung Demenz. Da war doch der Herr aus Plauen da. Und mit dem haben wir uns dann mittags noch lange unterhalten. Meine Eltern mit. Und das hat mir einfach auch so gutgetan“ (I2:347ff). Nach den Erfahrungen mit ihrer Großmutter und nun in der Versorgung ihrer eigenen Mutter habe sie erkannt, „dass mit Demenz die Welt nicht gleich zu Ende ist“ (I2: 337f). Mit diesem Wissen möchte sie auch selbst bei dem Netzwerk mitwirken und etwas zur **Sensibilisierung der Öffentlichkeit** und der **Verbesserung der Lebenssituation von Menschen mit Demenz in der Region** beitragen. „Ja, das macht wirklich unheimlich viel aus. [...], dass man etwas tun kann (I2:364f).

## 5 Lokale Allianz für Menschen mit Demenz in Mittweida: Lösungsversuch

Der Aufruf der BAGSO Netzwerkstelle zur Bewerbung auf Förderbekanntmachungen im Rahmen der dritten Initiative der "Lokalen Allianzen für Menschen mit Demenz" wurde in der Sozialregion West/Mittweida genutzt, um die erhobenen Bedarfe aufzugreifen und entsprechende Lösungsansätze zu entwickeln. Mit insgesamt neun Partner:innen aus der Region fand am 3.6.2021 ein Findungs- und Gründungstreffen statt:

- Hochschule Mittweida, Fakultät Soziale Arbeit
- Landesinitiative Demenz Sachsen e.V. - Alzheimer Gesellschaft
- Stadtverwaltung Mittweida
- Landratsamt Mittelsachsen
- MVZ Mittweida GbR (neurologisch-psychiatrisches Versorgungszentrum)
- Altenpflegeheim Schweikershain gGmbH (Pflegezentrum mit ambulanter und stationärer Pflege im ländlichen Raum)
- AWO Südsachsen gGmbH
- Ratsapotheke
- Wohnungsbaugesellschaft Mittweida eG

Nach positiver Bescheidung wird das Netzwerk vom 1.1.2022 bis 31.12.2023 vom Bundesamt gefördert. Als Antragsstellerin fungierte die Hochschule Mittweida. Ziel des Netzwerkes soll es sein, durch die Bündelung und Weiterentwicklung der vorhandenen Ressourcen Schwerpunkte insbesondere in den Bereichen der gesellschaftlichen Teilhabe für Menschen mit Demenz und deren Zugehörige, der Enttabuisierung und Entstigmatisierung des Krankheitsbildes Demenz und damit einhergehend auch die Sensibilisierung und Information der Öffentlichkeit, sowie der Schaffung von demenzsensiblen Strukturen und bedarfsgerechter Unterstützung zu setzen.

Das Netzwerk soll Raum für multiprofessionellen und generationenübergreifenden Austausch bieten, Wissenschaft und Praxis vereinen, zivilgesellschaftliche Akteure, bürgerschaftliches Engagement und ehrenamtliche Strukturen stärken und Impulsgeber für innovative demenzsensible Konzepte sein. Neben der Stadt Mittweida soll der Wirkungskreis explizit auch den ländlichen Raum und somit die Sozialregion 5 abdecken.

Das Netzwerk hat sich insgesamt sechs Projektbausteine gesetzt, durch die die Lebenssituation von Menschen mit Demenz in der Sozialregion 5 verbessert werden soll:

## **1. Förderung der Teilhabe von Menschen mit Demenz**

Durch Begegnung und Gespräch soll eine bessere gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Demenz erreicht werden. Dafür sollen kulturelle Einrichtungen, Vereine und Wohlfahrtsträger angesprochen werden, um gemeinsam demenzfreundliche Angebote zu entwickeln und zu initiieren. Denkbar sind hier beispielsweise Sport-, Ernährungs-, und Begegnungsprojekte.

Das Netzwerk hat es sich zur Aufgabe gemacht, Menschen mit Demenz und deren Angehörige bei der Angebotsentwicklung partizipieren zu lassen und somit Angebote zu entwickeln, die auf den tatsächlich vorhandenen Bedarf abzielen. Gleichsam fungiert das Netzwerk dadurch als Interessenvertretung für diese Personengruppe.

## **2. Sensibilisierung der Öffentlichkeit**

Um Menschen mit Demenz ein möglichst selbstbestimmtes und selbstständiges Leben im öffentlichen Raum zu ermöglichen, ist es wichtig die Gesellschaft über das Themenfeld zu informieren und zu sensibilisieren. Durch Schulungsangebote und öffentlichkeitswirksame Maßnahmen sollen verschiedene Zielgruppen erreicht werden.

- Die Schulungsoffensive „Demenz zur Chefsache machen“ soll durch Schulungen zum Umgang mit Menschen mit Demenz im öffentlichen Raum u.a. den Einzelhandel, Behörden, Feuerwehren, Polizei und den ÖPNV erreichen.
- Grund- und Oberschulen sowie berufsbildende Schulen in und um Mittweida sollen mittels Workshops und Projektangeboten sensibilisiert werden.
- Um die Informationen in die Fläche zu tragen und auch den ländlichen Raum zu erreichen, ist es notwendig mit Multiplikatoren zu arbeiten. Hier bietet sich beispielsweise der Sächsische Landfrauenverband e.V. an, dessen Geschäftssitz sich im nah gelegenen Frankenberg befindet.
- Die breite Öffentlichkeit soll durch öffentlichkeitswirksame Veranstaltungen erreicht werden. Die Lokale Allianz für Menschen mit Demenz knüpft hier an die bundesweite Woche der Demenz an, die jährlich rund um den Welt-Alzheimerstag am 21. September stattfindet. Ziel ist es, auf das Thema Demenz aufmerksam zu machen und einen frühzeitigen und niedrighschweligen Zugang zu Unterstützungsmöglichkeiten für Betroffene/Zugehörige zu ermöglichen.
- Das Thema Demenz wird in das Lehrangebot der Hochschule Mittweida aufgenommen, um eine Sensibilisierung, Informationsförderung und Kompetenzentwicklung bei der Studierenden zu erreichen – perspektivisch mit dem Ziel des Wissenstransfers für spätere Arbeitsbereiche und -gebiete.

### **3. Schaffung demenzsensibler Strukturen**

Bei pflege- und speziell demenzbezogenen Themen sind viele Akteur:innen beteiligt, von pflegenden Angehörigen über den Hausarzt bis hin zum professionellen Pflegedienst. Daher braucht es eine gute Zusammenarbeit und Anbindung an kommunale Strukturen (Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg e.V. Selbsthilfe Demenz 2020: 15). Durch diese Anbindung wird die Nachhaltigkeit der Angebote begünstigt, die Angebotsvielfalt erhöht und Doppelstrukturen vermieden. Insbesondere die Zusammenarbeit mit der Stadt Mittweida, dem Landkreis in Form des PflegeNetz und dessen Pflegekoordinatorin, als auch das Mitwirken in den Arbeitsgruppen GDP und der PSAG sind wichtige Bestandteile zur Schaffung demenzsensibler Strukturen in der Region. Es resultieren folgende Empfehlungen zur Schaffung demenzsensibler Strukturen:

- Durch eine Kooperation mit der Landkreis Mittweida gGmbH werden erste Maßnahmen geplant, die für ein demenzsensibles Krankenhaus nötig sind (vgl. Bütner; Marquart 2019:60ff).
- Es sollen öffentliche Einrichtungen angesprochen und sensibilisiert werden, ihre Dienstleistungen und Angebote demenzfreundlich zu denken und für Menschen mit Demenz zu öffnen. Beispiele sind hier Demenz-Kisten in Bibliotheken, Museumsführungen für Menschen mit Demenz, die Ausrichtung demenzsensibler Gottesdienste, Wohnberatung der Wohnungsbaugenossenschaften und -gesellschaften.
- Es soll ein „Demenz-Dialog“ und Wissensaustausch der professionellen Pflegeanbieter stattfinden, bei denen die vorhandenen Strukturen mit den aktuellen Bedarfen abgeglichen und entsprechende Maßnahmen abgeleitet werden.
- Durch eine Zusammenarbeit mit dem Gewerbering Mittweida e. V. verspricht sich das Netzwerk möglichst viele Einzelhändler:innen zu erreichen, diese niedrigschwellig zu sensibilisieren und mit einem Label „demenzsensibel“ zu versehen. Durch dieses Label wissen Kund:innen, dass die Verkäufer:innen im Umgang mit Demenz geschult sind.

### **4. Unterstützung im Alltag und für pflegende Angehörige**

Beratung ist ein zentraler Bestandteil der Unterstützung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen und nimmt einen Schwerpunkt der Netzwerkarbeit ein.

- Die Netzwerkpartner:innen werden eine regelmäßige und mobile Demenzberatung in der Region anbieten. Mobil meint, dass die Beratung auch in den ländlichen Bereichen der Sozialregion stattfinden wird. Es entstehen keine Kosten für die Beratung.

- Das Netzwerk soll als Lotse fungieren und bei individuellen Bedarfslagen an die passenden Angebote vermitteln.
- Es soll an der Erstellung und Verbreitung eines Demenz-Wegweisers gearbeitet werden, durch dessen Hilfe sich Betroffene über passende Anlaufstellen informieren können.
- Um pflegende Angehörige zu entlasten, werden in Zusammenarbeit mit den Gesundheitskassen Workshops und Gruppenangebote zur Selbstfürsorge durchgeführt.
- Mithilfe der sozialen Verbände in der Region soll die Vermittlung zu bestehenden Entlastungsangeboten und ehrenamtlichen Besuchsdiensten in und um Mittweida erleichtert werden.
- Nachbarschaftliche und ehrenamtliche Strukturen sollen u.a. mit vorhandenen Landesprogrammen gestärkt werden. Die Lokale Allianz knüpft hier an das von Netzwerk Mittweida e.V. angebotene Alltagsbegleiter-Programm an. Darüber hinaus soll ein Schulungsanbieter für Nachbarschaftshelfer:innen<sup>2</sup> in der Region gefunden werden, damit sich deren Zahl erhöht.
- Der Auf- und Ausbau von Selbsthilfegruppen für Menschen mit Demenz im frühen Stadium und für pflegende Angehörige wird angeregt, unterstützt und begleitet.

## 5. Wissenschaftliche Begleitung, Wissenschafts-Praxis-Transfer

Die Fakultät Soziale Arbeit an der Hochschule Mittweida beschäftigt sich insbesondere an den Professuren „Altern und Inklusion“ und „klinische Sozialarbeit und Gesundheitswissenschaften“ mit Sozialer Altenhilfe. In diesem Rahmen werden unter anderem Praxisprojekte wie „Kompetenz Demenz“ oder „(kulturelle) Teilhabe älterer Menschen“ durchgeführt. Ziel ist es u.a. eine Sensibilisierung, Aufklärung, Information und Kompetenzentwicklung der „Generation“ der Studierenden zu erreichen, die später in verschiedenen Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit tätig sein werden. Darüber hinaus ist es der Hochschule Mittweida ein Anliegen, praxis- und bedarfsorientiert zu handeln, gesellschaftliche Verantwortung zu übernehmen. Weiterhin beabsichtigt die Hochschule Ansprechpartnerin, Regionalpartnerin und innovative Impulsgeberin vor Ort zu sein.

---

<sup>2</sup> Nachbarschaftshelfer:innen sind Personen, die aufgrund einer Schulung oder entsprechender Ausbildung pflegebedürftige Menschen betreuen und deren Angehörige entlasten. Durch eine offizielle Anerkennung bei den Pflegekassen ist eine Abrechnung über den Entlastungsbetrag des Pflegebedürftigen möglich (SMS 2022a).

## 6 Fazit

Die Aufgabenschwerpunkte der Lokalen Allianz für Menschen mit Demenz greifen die im Vorfeld herausgearbeiteten Bedarfe zu großen Teilen auf. Alle in Kapitel 4.2. benannten Handlungsempfehlungen, die im Zuge der ersten Sozialberichterstattung erarbeitet wurden, sollen im Projektzeitraum umgesetzt werden:

- ✓ Es wird eine regelmäßige und mobile Demenzberatung stattfinden und somit werden Beratungsangebote für Menschen mit Demenz ausgebaut.
- ✓ Durch breit angelegte öffentlichkeitswirksame Maßnahmen (Informationsveranstaltungen, Woche der Demenz, Aktionstage) werden eine Enttabuisierung des Krankheitsbildes und eine Sensibilisierung der Öffentlichkeit erreicht.
- ✓ Der Netzwerkverbund eint vielfältige Ressourcen der Netzwerkpartner:innen, baut perspektivisch die Versorgungsstrukturen für Menschen mit Demenz aus und beugt Doppelstrukturen vor.
- ✓ Zur besseren Orientierung für Betroffene soll ein Demenzwegweiser entstehen. Außerdem sind alle Netzwerkpartner:innen durch die regelmäßig stattfindenden Netzwerktreffen über den aktuellen Stand der Versorgungssituation in der Sozialregion 5 West/Mittweida informiert und auskunftsfähig.
- ✓ Durch ein breitgefächertes, auf verschiedene Zielgruppen ausgerichtetes niedrigschwelliges Schulungskonzept können Menschen mit Demenz sicher im Sozialraum agieren. Pflegende Angehörige lernen in Pflegekursen mit den hohen Anforderungen im Pflegealltag umzugehen.
- ✓ Die Etablierung einer neu gegründeten Selbsthilfegruppe in Mittweida unterstützt den Ausbau von Angehörigen- und Selbsthilfenetzwerken.
- ✓ Auch den geschilderten Bedarfen der Interviewpartnerinnen, die über die Handlungsempfehlungen der studentischen Gruppe hinausgehen, begegnet das Netzwerk mit seiner inhaltlichen Ausrichtung:
- ✓ Durch die Einbindung der Wohnungsbaugenossenschaft Mittweida eG kann das Thema „Wohnen“ bearbeitet und erarbeitete Ansätze erprobt werden.
- ✓ Kulturelle Angebote für Menschen mit Demenz sollen ausgebaut werden. Dafür werden verschiedene Vereine angesprochen, aber auch hochschuleigene Veranstaltungen geöffnet werden. So soll im September 2022 der Mittweidaer Seniorenball insbesondere Menschen mit Demenz ansprechen.
- ✓ Menschen mit Demenz im frühen Stadium und pflegende Angehörige sind ausdrücklich eingeladen, im Netzwerk mitzuwirken, Erfahrungen und Bedarfe zu



teilen, und zu partizipieren. Erklärtes Ziel des Netzwerkes ist es MIT den Menschen mit Demenz zu sprechen, nicht ÜBER sie.

- ✓ Die Angebote in den Regionen sollen bedarfsgerecht sein und bleiben. Durch die wissenschaftliche Begleitung der Hochschule Mittweida werden die Bedarfe regelmäßig neu erfasst und mit der Angebotslandschaft abgeglichen.

Der Anstieg der Demenzerkrankungen spricht eine deutliche Sprache: Demenz ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und deren Bewältigung bedarf einer Beteiligung vieler verschiedener Akteur:innen. Die steigenden Fallzahlen erfordern nicht nur einen Ausbau in den Sozialraum der Betroffenen eingebetteter medizinischer und pflegerischer Versorgungsstrukturen, sondern auch eine Arbeit an der Basis. Es gilt, das Krankheitsbild zu entstigmatisieren und die breite Öffentlichkeit über das Krankheitsbild und dessen Ausprägungen zu sensibilisieren. Außerdem brauchen pflegende Angehörige Auszeiten, Entlastung und Austausch.

Die vielseitigen Krankheitssymptome und der im Verlauf immer größer werdende Verlust der Alltagskompetenz führen dazu, dass pflegende Angehörige verlorene Fähigkeiten kompensieren und aufgrund der Pflegesituation hoch belastet sind. Besonders in ländlichen Regionen gibt es wenig Entlastungsmöglichkeiten, nicht immer adäquate Betreuungsangebote und gebündelte Informationsquellen über mögliche Angebote und deren Inanspruchnahme.

Mit der bundesweiten Entwicklung eines Demenzplanes wurden diese Bedarfe aufgegriffen. Die Umsetzung der Maßnahmen obliegt nun den Ländern und den Akteur:innen vor Ort. Besonders im Blick auf die Thyrians Prävalenzstudie ist diese Tatsache als Chance zu verstehen. Es liegt nahe, dass insbesondere die kleinräumige Betrachtung der Sozialregion 5 West/Mittweida und deren tatsächliche Versorgungsstruktur und vorhandenen Bedarfe zu einer passgenauen Konzeption und inhaltlichen Ausrichtung des regionalen Demenznetzes führte. Demnach stellt die Nationale Demenzstrategie eine Schablone dar, deren Ausgestaltung den jeweiligen Sozialräumen und Potenzialen der Netzwerkpartner:innen angepasst werden muss. Daran anknüpfend haben Demenznetzwerke durch die kleinteilige Betrachtung insbesondere in ländlichen Regionen eine positive Wirkung auf die Lebenssituation von Menschen mit Demenz und deren Angehörige.

## Literaturverzeichnis

**Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg e.V. Selbsthilfe Demenz (2020):**

Herausforderung Demenz – aktiv werden in der Kommune. Impulspapier und Planungshilfe mit wichtigen Bausteinen.

**Alzheimer Schweiz (2022):** Studie warnt vor Anstieg von Demenzfällen, [online]

<https://www.alzheimer-schweiz.ch/de/medien/beitrag/studie-warnt-vor-anstieg-von-demenzfaellen#:~:text=Weltweit%20ist%20Demenz%20aktuell%20die,fast%20auf%20das%20Dreifache%20ansteigen> [20.5.2022].

**AOK Bundesverband (2020):** Jeder vierte pflegende Angehörige laut WIdO-Studie

"hoch belastet", [online] [https://www.aok-bv.de/presse/pressemitteilungen/2020/index\\_23719.html](https://www.aok-bv.de/presse/pressemitteilungen/2020/index_23719.html) [15.6.2022].

**AOK Gesundheitsmagazin (2021):** Gegen das Vergessen: Wie können Ärzte

Demenzkranken helfen?, [online] <https://www.aok.de/pk/magazin/koerper-psyche/gehirn-nerven/hilfe-bei-demenz-so-weit-ist-die-medizin/> [15.6.2022].

**Bestmann, B. et al. (2014):** Pflegen: Belastung und sozialer Zusammenhalt. Eine

Befragung zur Situation von pflegenden Angehörigen, [online] <https://d-nb.info/1072434229/34> [26.5.2022].

**BMFSFJ (2016):** Siebter Altenbericht. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune –

Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften und Stellungnahme der Bundesregierung, [online] [https://www.siebter-altenbericht.de/fileadmin/altenbericht/pdf/Der\\_Siebte\\_Altenbericht.pdf](https://www.siebter-altenbericht.de/fileadmin/altenbericht/pdf/Der_Siebte_Altenbericht.pdf) [3.6.2022].

**BMFSFJ (2019):** Wirkung der Lokalen Allianzen für Menschen mit Demenz.

Ergebnisse aus Fallstudien und einer Online-Befragung, [online] <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/154874/95ac595e3ec65a61aa8355aca879673b/wirkungen-der-lokalen-allianzen-fuer-menschen-mit-demenz-data.pdf> [3.6.2022].

**BMFSFJ (2020):** Nationale Demenzstrategie, 2. Auflage, Berlin, [online]

[https://www.nationale-demenzstrategie.de/fileadmin/nds/pdf/2020-07-01\\_Nationale\\_Demenzstrategie.pdf](https://www.nationale-demenzstrategie.de/fileadmin/nds/pdf/2020-07-01_Nationale_Demenzstrategie.pdf) [24.06.2022].

**BMFSFJ (2022):** Informationsblatt zur inhaltlichen Ausrichtung des Programms „Lokale

Allianzen für Menschen mit Demenz“, [online] <https://www.wegweiser-demenz.de/resource/blob/194502/4b2a3ae9c3559f69e5818a8238d7ff3a/informationsblatt-zur-inhaltlichen-ausrichtung-data.pdf> [4.6.2022].

**BMFSFJ (2022a):** Wegweiser Demenz. Projektlandkarte, [online]  
<https://www.wegweiser-demenz.de/www/aktiv-werden/lokale-allianzen/standorte>,  
[17.6.2022].

**BMG (2021):** Diagnose Demenz. Krankheitsbild und Verlauf, [online]  
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-demenz/krankheitsbild-und-verlauf.html> [15.5.2022].

**bpb (2017):** Dossier. Demografischer Wandel, [online]  
<https://www.bpb.de/themen/soziale-lage/demografischer-wandel/> [14.6.2022].

**Burden of Disease Study (2019):** [online] <https://ghdx.healthdata.org/gbd-2019>  
[24.6.2022].

**Bütner, K.; Marquardt, G. (2019):** Handbuch und Planungshilfe, Demenzsensible  
Krankenhausbauten. Berlin: DOM publishers.

**Destatis (2022):** Gesundheit. Pflege, [online]  
[https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/\\_inhalt.html](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/_inhalt.html) [22.5.2022].

**Deutsche Alzheimergesellschaft (2017):** Informationsblatt 11. Die Frontotemporale  
Demenz, [online] [https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/factsheets/infoblatt11\\_frontotemporale\\_demenz.pdf](https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/factsheets/infoblatt11_frontotemporale_demenz.pdf)  
[15.5.2022].

**Deutsche Alzheimergesellschaft 2020:** Informationsblatt 1. Die Häufigkeit von  
Demenzkrankungen, [online] [https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/factsheets/infoblatt1\\_haeufigkeit\\_demenzkrankungen\\_dalzq.pdf](https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzkrankungen_dalzq.pdf) [12.6.2022].

**DGGPP:** Gedächtnissprechstunden [online]  
<https://dggpp.de/gedaechtnissprechstunden.htm> [14.6.2022].

**Dresing, T.; Pehl, T. (2015):** Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitung  
und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 6. Auflage. Marburg: Eigenverlag.

**Ehrlich, U., Kelle, N. (2020):** Stille Helden bei der Pflege daheim in: AOK  
Bundesverband GbR (Hrsg): G+G Gesundheit und Gesellschaft digital 2/2021, [online]  
<https://www.gg-digital.de/2021/02/stille-helden-bei-der-pflege-daheim/index.html>  
[22.4.2022].

**Eichler T, Hoffmann W, Hertel J et al. (2016):** Living alone with dementia. Prevalence, correlates and the utilization of health and nursing care services. *JAlzheimersDis*52(2): S. 619-629.

**Engel, S. (2008):** Angehörigenberatung - Verbesserung der Situation pflegender Angehöriger als ein zentrales Arbeitsfeld der Gerontopsychologie. In: Oswald, W.D.; Gatter, G., Fleischmann U.M. (Hg)(2008): *Gerontopsychologie*, 11. Auflage. Wien: Springer Verlag, 2008.

**Geiger, A. (2011):** Der alte König in seinem Exil. Carl Hanser Verlag:München.  
<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1096075/umfrage/bevoelkerung-in-sachsen-nach-altersgruppen/> [12.06.2022]

**IEGUS (2021):** Literaturstudie zu innovativen Versorgungsansätzen für Menschen mit Demenz. Endbericht, [online]  
[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Praevention/abschlussbericht/Literaturstudie\\_Demenzversorgung\\_IEGUS\\_barrierefrei\\_bf.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/abschlussbericht/Literaturstudie_Demenzversorgung_IEGUS_barrierefrei_bf.pdf) [23.6.2022]

**Jacobs, K.; Kuhlmeier, A.; Greß, S.; Klauber, J.; Schwinger, A. (Hrsg.) 2020:** Pflege-Report 2020. Neuausrichtung von Versorgung und Finanzierung. SpringerOpen. Berlin.

**Jurczek, P.; Kotte, G. (2009):** Der ländliche Raum in Sachsen – ein Raum mit Zukunft? [online] <https://www.tu-chemnitz.de/phil/iesg/professuren/geographie/download/Krao20.pdf> [5.6.2022].

**Karrer, D. (2016):** Der Umgang mit dementen Angehörigen. Über den Einfluss sozialer Unterschiede. 2. Aufl. Springer VS. Wiesbaden.

**Kaster, U.; Löbach,R. (2018):** Handbuch Demenz. Fachwissen für Pflege und Betreuung. 4. Auflage. München: ELSEVIER.

**Kricheldorf, C., et al. (2015):** FABEL - Zugehende Familienbegleitung bei Demenz im ländlichen Raum. Eine randomisierte, kontrollierte Studie zur Überprüfung der Wirksamkeit eines psychosozialen Begleitangebotes für im ländlichen Raum lebende Familien mit einem an Demenz erkrankten Angehörigen (Zukunftswerkstatt Demenz, Projekte, Themenfeld "Unterstützung der pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz"). Freiburg: Katholische Hochschule Freiburg

**Kruse, A. (2017):** Lebensphase hohes Alter. Verletzlichkeit und Reife. Berlin: Springer.

**Kruse, J. (2015):** Qualitative Interviewforschung. Ein Integrativer Ansatz. 2. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

**Landkreis Mittelsachsen/ Hochschule Mittweida 2018:** 1. Sozialbericht Landkreis Mittelsachsen. Teil C. Wenn das ICH verwischt- Pflege von Demenzerkrankten. Mittweida.

**LID (2020):** Leben mit Demenz. Informationen und Handlungshilfen, Dresden.

**LID (2022):** Was wir tun, [online] <https://www.landesinitiative-demenz.de/landesinitiative/was-wir-tun> [10.6.2022].

**LID (2022a):** Selbsthilfe- und Angehörigengruppen, [online] <https://www.landesinitiative-demenz.de/unser-service/selbsthilfe-angehoerigengruppen> [17.6.2022].

**Michalowsky, B. et al. (2019):** Ökonomische und gesellschaftliche Herausforderungen der Demenz in Deutschland – Eine Metaanalyse, [online] <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00103-019-02985-z.pdf> [15.5.2022].

**Mindermann, N. (2017):** Unterstützungsmöglichkeiten bei Demenz im ländlichen Raum. Eine qualitative Analyse subjektiver Bedarfe aus der Perspektive der Angehörigen, [online] [https://reposit.haw-hamburg.de/bitstream/20.500.12738/8980/1/Mindermann\\_geschwaerzt.pdf](https://reposit.haw-hamburg.de/bitstream/20.500.12738/8980/1/Mindermann_geschwaerzt.pdf) [5.6.2022].

**Nichols, E. et al. (2022):** Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global.

**Pflegekräfte in Greifswald (2022):** Belastung bei der Pflege an Demenz erkrankter Menschen - Vergleichende Betrachtung pegender Angehöriger und professioneller Pflegekräfte in Greifswald [online] [https://epub.ub.uni-greifswald.de/frontdoor/deliver/index/docId/4118/file/dissertation\\_seidel.pdf](https://epub.ub.uni-greifswald.de/frontdoor/deliver/index/docId/4118/file/dissertation_seidel.pdf) [28.5.2022].

**Robert Bosch Stiftung (2021):** Studie Gesundheitszentren für Deutschland. Wie ein Neustart in der Primärversorgung gelingen kann, [online] [https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2021-05/Studie\\_Primaerversorgung\\_Gesundheitszentren-fuer-Deutschland.pdf](https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2021-05/Studie_Primaerversorgung_Gesundheitszentren-fuer-Deutschland.pdf) [15.6.2022].

**Rudnicka, J. (2020):** Bevölkerung in Sachsen nach Altersgruppen 2020, [online] <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1096075/umfrage/bevoelkerung-in-sachsen-nach-altersgruppen/> [24.06.2022].

**Schäfer-Walkmann, S; Traub, F; Peitz, A. (2017):** Die hohe Kunst der Steuerung von Demenznetzwerken in Deutschland – Ergebnisse der DemNet-D-Studie. In: Schäfer-Walkmann, S.; Traub, F. (Hg)(2017): Evolution durch Vernetzung. Beiträge zur interdisziplinären Versorgungsforschung. Wiesbaden: Springer.

**Seidel, D. (2020):** Belastung bei der Pflege an Demenz erkrankter Menschen.

**SLÄK (2022):** Ärzte in Sachsen. Statistik, [online]  
<https://www.slaek.de/de/05/statistik.php> [15.6.2022].

**SMS (2022):** PflegeNetz Sachsen, [online]  
<https://www.pflegenetz.sachsen.de/pflegedatenbank/angebote/vcvmhmfqtzba>  
[17.6.2022].

**SMS (2022a):** PflegeNetz Sachsen, Nachbarschaftshelfer, [online]  
<https://www.pflegenetz.sachsen.de/nachbarschaftshelfer-4685.html> [20.6.2022].

**Stadt Chemnitz (2018):** Angebote für Demenzerkrankte und Angehörige, [online]  
[https://www.chemnitz.de/chemnitz/media/leben-in-chemnitz/pflege/demenznetz/angebote\\_demenz.pdf](https://www.chemnitz.de/chemnitz/media/leben-in-chemnitz/pflege/demenznetz/angebote_demenz.pdf) [17.6.2022].

**Statista (2022):** Senioren in Deutschland – Statistiken und Daten, [online]  
<https://de.statista.com/themen/172/senioren/#dossierKeyfigures> [verfügbar am 14.6.2022].

**Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (2021):** Bevölkerungsstand, Einwohnerzahlen. Eckdaten für Sachsen, [online]  
<https://www.statistik.sachsen.de/html/bevoelkerungsstand-einwohner.html>  
[12.06.2022].

**Thomsen, M. (2019):** Fallgeschichten Demenz. Praxisnahe Beispiele einer erlebensorientierten Demenzpflege im Sinne des Expertenstandards. Bissendorf: Springer.

**Thyrian, R. (2020):** Die Prävalenz an Demenz erkrankter Menschen in Deutschland – eine bundesweite Analyse auf der Kreisebene. Der Nervenarzt. Ausgabe 91 S.1058-1061. Springer, [online] <https://link.springer.com/article/10.1007/s00115-020-00923-y> [15.6.2022]

**UNICE (2017):** Kurzdossier zum Thema Altern. Ältere Menschen in ländlichen und abgelegenen Gebieten, [online]

---

[https://unece.org/DAM/pau/age/Policy\\_briefs/German/ECE-WG1-25-DEU.pdf](https://unece.org/DAM/pau/age/Policy_briefs/German/ECE-WG1-25-DEU.pdf)  
[23.6.2022]

**Van den Berg, N. et al. (2021):** Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum, [online]  
<https://www.bpb.de/themen/stadt-land/laendliche-raeume/334219/gesundheitsversorgung-im-laendlichen-raum/> [23.5.2022]

**Wahl, H.-W. (2015):** Einführung: Beobachtungen und Überlegungen zur sozialgerontologischen Forschung in ländlichen Räumen. In: Fachinger, U; Künemund, H. (Hg.)(2015): Gerontologie und ländlicher Raum. Lebensbedingungen, Veränderungsprozesse und Gestaltungsmöglichkeiten. Wiesbaden: Springer.

**VdK (2021):** Startschuss für die VdK-Pflegestudie, [online]  
[https://www.vdk.de/deutschland/pages/themen/pflege/pflege/81778/startschuss\\_fuer\\_die\\_vdk-pflegestudie](https://www.vdk.de/deutschland/pages/themen/pflege/pflege/81778/startschuss_fuer_die_vdk-pflegestudie) [16.5.2022]

## Anlage 1: Expert:inneninterview

### 1. Fragekomplex: eigene Verortung

**Bitte erzählen Sie, inwieweit Sie in dem Themenfeld Demenz tätig sind.**

**Inhaltliche Aspekte:** Beschreibung des Arbeitsfeldes, der Aufgaben und Funktionen, Dauer der Tätigkeit, Grenzen

### 2. Fragekomplex: Versorgungssituation

**Bitte erzählen Sie, wie Sie die Versorgungssituation von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen hier in der Region einschätzen?**

**Inhaltliche Aspekte:** Art der bekannten Angebote, Bekanntheit der Angebote, Erreichbarkeit der Angebote, Passgenauigkeit der Angebote

### 3. Fragekomplex: Bedarfe

**Beschreiben Sie doch mal, wie nehmen Sie die Bedarfe von Menschen mit Demenz in der Region wahr?**

**Inhaltliche Aspekte:** professionelle, niedrigschwellige, familiäre Unterstützungsstrukturen, gesellschaftliche Aspekte

### 4. Fragekomplex: regionale Netzwerke

**Wie schätzen Sie die Funktion lokaler Netzwerke hinsichtlich der Versorgungssituation vor Ort ein?**

**Inhaltliche Aspekte:** Nutzen, Chancen, Wünsche



## Anlage 2: Leitfadeninterview pflegende Angehörige

### 1. Fragekomplex: eigene Verortung

**Bitte erzählen Sie, welche Berührungspunkte Sie mit dem Themenfeld Demenz haben?**

**Inhaltliche Aspekte:** Erste Krankheitssymptome und Umgang, Übernommene Aufgaben, Dauer der Tätigkeit, Belastungssituationen aus Sicht des MmD und aus Sicht der Pflegeperson

### 2. Fragekomplex: Versorgungssituation

**Bitte erzählen Sie, wie Sie die Versorgungssituation von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen hier in der Region einschätzen?**

**Inhaltliche Aspekte:** Art der bekannten Angebote, Bekanntheit der Angebote, Erreichbarkeit der Angebote, Passgenauigkeit der Angebote

### 3. Fragekomplex: Bedarfe

**Beschreiben Sie doch mal, wie nehmen Sie die Bedarfe von Menschen mit Demenz in der Region wahr?**

**Inhaltliche Aspekte:** professionelle, niedrigschwellige, familiäre Unterstützungsstrukturen, gesellschaftliche Aspekte

### 4. Fragekomplex: regionale Netzwerke

**Wie schätzen Sie die Funktion lokaler Netzwerke hinsichtlich der Versorgungssituation vor Ort ein?**

**Inhaltliche Aspekte:** Nutzen, Chancen, Wünsche, Intension des Mitwirkens

## Anlage 3: Transkript 1 - Expertinneninterview

1 I #00:00:00#: Frau Finck, bitte erzählen Sie mir doch mal, inwieweit Sie in dem  
2 Themenfeld Demenz tätig sind. Wie würden Sie Ihre Verortung beschreiben?

3 B #00:00:11#: Meine Verortung im Landkreis Mittelsachsen, also in meiner  
4 Funktion bin ich Pflegenetzkoordinatorin für den Landkreis Mittelsachsen  
5 zuständig für ein Flächenlandkreis mit 300.000 Einwohnern, ähm, zuständig für  
6 das Thema Beratung, Informationen, Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Pflege,  
7 Aufbau von vernetzten Beratungsstrukturen und grundlegend zuständig für die  
8 Weiterentwicklung und Stärkung der pflegerischen Versorgungsstrukturen im  
9 Landkreis Mittelsachsen. Und ja, und in dieser Funktionen bin ich natürlich mit  
10 dem Thema Demenz intensiv befasst, weil das Krankheitsbild Demenz natürlich  
11 genauso bei uns im Landkreis Mittelsachsen eine große Bevölkerungsgruppe  
12 betrifft und immer mehr Betroffene auch durch den demografischen Wandel  
13 perspektivisch zu erwarten sind und insofern bin ich fachlich inhaltlich in meiner  
14 Verantwortung da auch involviert.

15 I #00:01:18#: Wie lange machen Sie das schon?

16 B #00:01:21#: Als Pflegekoordinatorin bin ich seit 2016 im Amt. Das hat den  
17 Hintergrund, dass mit dem Pflege weiterentwicklungs- und  
18 Pflegestärkungsgesetzen 2015 der Freistaat Sachsen – nach nein halt. Das  
19 muss ich revidieren: 2009 war der Pflegeweiterentwicklungsgesetz und in dem  
20 Jahr, zum Jahr 2010, wurde in Sachsen nicht diese, auf wie in den anderen  
21 Bundesländern nachvollzogenen, Pflegestützpunkte gesetzt, sondern auf den  
22 Weg der vernetzten Pflegeberatung. Und dann wurde 2015 beschlossen, über  
23 die Richtlinie „Ältere Menschen“ eine Förderung den Landkreisen zugutekommen  
24 zu lassen, um die Personalstellen aufzubauen, also um die Pflegekoordinatoren  
25 einzusetzen. Und seitdem... ja, dann gab es die Ausschreibung und seit 2016 bin  
26 ich in der Funktion tätig und die Stellen gibt es im ganzen Bundesland Sachsen,  
27 in jedem Landkreis und in jeder kreisfreien Stadt. Ja.

28 I #00:02:30#: Sie sind sozusagen allein zuständig in dem Landkreis. Oder haben  
29 Sie noch eine Unterstützerin, einen Unterstützer an Ihrer Seite?

30 B #00:02:41#: Also... Begonnen habe ich in dem Jahr 2016 bereits. Also ich habe  
31 eine Vollzeittätigkeit, also 100 % Stelle inne. Es war auch für die Vorgabe vom  
32 Freistaat Sachsen für die Förderung, auch der Hochschulabschluss war im

33 Bereich Soziales oder Pflege ein Kriterium. Und ich habe seit dem Beginn,  
34 angefangen mit 20 Stunden noch zusätzlich, eine Mitarbeiterin an meiner Seite,  
35 die so die die schriftlichen Sachen, Post, ein paar...also so, die meine wichtige  
36 rechte Hand ist. Also, die habe ich von Anfang an, und die Stunden wurden dann  
37 noch mal ein Stück weit auf 30 Stunden die Woche erhöht. Ist aber keine  
38 fachliche Vertretung, ist eine ganz wichtige Person, die vor und nachbereitend  
39 tätig ist. Aber eben nicht in dieser Funktion, also keine fachliche Zweiteilung oder  
40 Vertretung – das ist bei mir nicht möglich. Insofern bin ich in der fachlichen  
41 Umsetzung alleine zuständig in Landkreis Mittelsachsen. Ja.

42 I #00:03:41#: Und dementsprechend im guten Kontakt, oder abhängig vom guten  
43 Kontakt, vom guten Austausch, mit den Akteuren vor Ort in den verschiedenen  
44 Regionen.

45 B #00:03:53#: Genau mit all den Akteuren, zu denen ja auch die Pflegekassen  
46 gehören, zu denen die verschiedenen Leistungserbringer zählen. Genau.

47 I #00:04:01#: Okay, vielen Dank! Dann würde ich gerne zu dem ersten  
48 Fragekomplex kommen, der sich um die Versorgungssituation von Menschen mit  
49 Demenz und deren pflegenden Angehörigen dreht. Erzählen Sie doch mal, wie  
50 schätzen Sie die Versorgungssituation von Menschen mit Demenz und deren  
51 Angehörigen hier in der Region, speziell in der Sozialregion fünf, in Mittweida und  
52 Umgebung, ein.

53 B #00:04:34#: [überlegt] Gut. Also meine Informationen, also wenn ich so eine  
54 Einschätzung vornehmen soll basieren meinen Informationen, sag ich mal auf  
55 den Austausch mit meinem Netzwerkpartnern, auf Rückmeldungen aus den  
56 Regionen, auf die Kontakte, die ich über die Zeit aufgebaut habe, ich selber habe  
57 ja auch eine Beratungsfunktion inne, und das heißt, bei mir laufen täglich  
58 Anfragen ein, wo gehäuft Personen auch nach Unterbringungsmöglichkeiten,  
59 Betreuungs- und Unterstützungsmöglichkeiten für Menschen mit Demenz  
60 suchen, und aus diesen Faktoren kann ich im Prinzip nur meine Feststellung  
61 ableiten, wie sich die Versorgungsstruktur meines Erachtens in der Region  
62 darlegt. Also, wir haben, also ich habe einen großen, also, wie soll ich denn das  
63 sagen? Ich kann ja vergleichen mit weiteren sechs anderen Sozialregionen. Also:  
64 der Landkreis Mittelsachsen ist in sieben, von der integrierten Sozialplanung in  
65 sieben Planungsräume untergliedert und was ich dadurch im Vergleich für die  
66 Sozial Region Mittweida feststellen kann, dass wir viele Partner haben, die das

67 Thema als grundlegend Wichtiges erkannt haben, die auch sagen „wir müssen  
68 den Bereich der Beratung ausbauen“. Allerdings, also alle Pflegeeinrichtungen,  
69 Pflegedienste und in der Versorgung in der Region hier können auch zu dem  
70 Thema beraten, werden aber nicht unmittelbar immer von den Angehörigen auch  
71 gefunden, oder von den Betroffenen. Das heißt, zentrale Anlaufstellen in puncto  
72 Beratung gibt es hier in der Region noch nicht ausreichend, würde ich so mal  
73 formulieren. Was mir auffällt, es gibt Pflegeeinrichtungen, die sich dem Thema  
74 spezialisiert haben, es gibt Sozialstationen, die also auch den ambulanten  
75 Bereich als Hilfe dient, zum Thema Demenz ausbauen und die Häuslichkeit  
76 gehen. Was wir zu wenig haben, ist eindeutig das Thema alternative Wohnform  
77 hier in Mittweida und in der Sozialregion Mittweida: Das heißt zum Beispiel  
78 Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz in so einer 24 Stunden  
79 Betreuung gibt es deutlich mehr in anderen Sozialregionen, aber hier in der  
80 Region fünf Mittweida ist mir noch nicht bekannt. Also das ist, also grundsätzlich,  
81 ist gute Versorgungssituation gegeben, weil Menschen mit Demenz ja einfach  
82 auch pflegebedürftige Menschen sind, die nach der Pflegeversicherung in  
83 Leistungsanspruch haben, die in die Tagespflege gehen können, die durch den  
84 ambulanten Dienst der Betreuung erhalten, aber in puncto Beratung und Wohnen  
85 haben wir noch, wie soll ich das denn sagen? Also in meiner Bedarfsanalyse  
86 Ausbaufähigkeiten, Bedarfe.

87 I #00:07:39#: Und wenn wir den Blick auf die pflegenden Angehörigen werfen,  
88 gibt es hier Angebote, die gesetzt werden für diese Personengruppe?

89 B #00:07:49#: Ja, also in den zurückliegenden Jahren hat sich da was verändert.  
90 Also es gibt, aktuell im Aufbau befindlich, eine Selbsthilfegruppe für pflegende  
91 Angehörige. Das Thema Selbsthilfe, also eine Anlaufstelle, wo man mit  
92 Gleichgesinnten in Kontakt und ins Gespräch gehen kann, das ist das, was  
93 Angehörige signalisieren, was ganz grundlegend wichtig und hilfreich ist. Das  
94 gab es wie gesagt bis zum Ende des letzten Jahres hier in der Region noch nicht,  
95 man muss auch sagen: Es reicht nicht, wenn es so ein Angebot einmal in  
96 Freiberg und einmal Döbeln gibt, bei den großen Flächen oder bei den langen  
97 Wegen, die hier zurückzulegen sind von dem Betroffenen, gerade in dieser  
98 Versorgungssituation, in deren pflegende Angehörige ist, der muss ja rund um  
99 die Uhr, je nachdem die Demenz ausgeprägt ist sich um die Pflege kümmern, da  
100 sind weite Wege, also: nicht wohnortnah vorhandene Angebote sind einfach

101 dann auch nicht nutzbar, und deswegen ist es ein großer, großer Schritt, dass  
102 wir jetzt in dieser Sozialregion fünf auch eine Selbsthilfegruppe für Angehörige  
103 haben. Es ist aber in der Fläche gesehen dahingehend noch nie diesen Bedarf  
104 und den versuchen, also versuche ich jetzt zum Beispiel in der  
105 Koordinierungsfunktionen zu lösen, indem wir einfach durch  
106 Fachveranstaltungen, Infoveranstaltungen mit Leistungserbringern auch in  
107 Kontakt kommen und darauf aufmerksam machen, dass Angehörige diese  
108 Bedarfssituation haben und keine Anlaufpunkte oder das entsprechende  
109 Anlaufpunkte, dass es an Anlaufpunkten fehlt. Ein Beispiel. Ja. Ansonsten kann  
110 man als überregionales Angebot das Pflegesorgentelefon des Landkreis  
111 Mittelsachsens benennen, wo auch pflegende Angehörige einfach bei Sorgen  
112 Gesprächspartner finden, sich Herz ausschütten könnten. Das ist natürlich auch  
113 eine große Hürde oder auch eine Schwierigkeit, das Angebot erst mal zu finden,  
114 beziehungsweise über einen bestimmten Punkt zu gehen und zu sagen: „jetzt  
115 versuche ich das auch. Jetzt wähle ich mal die Nummer und nutze das. Also das  
116 eine ist dieses bestehende Angebot, das andere ist die Inanspruchnahme und  
117 die wirklich, ja, ja, die den Mut, die Hürde abzubauen und zu sagen „Ich krieg  
118 das schon allein hin“, sondern „ich mach das und wende mich mal an die  
119 Kontaktadresse“, genau.

120 I #00:10:16#: Okay, wunderbar vielen Dank. Jetzt haben Sie schon...[wird  
121 unterbrochen]

122 B #00:10:19#: In dem Bezug noch eine Ergänzung, wenn ich das darf... In Bezug  
123 auf Entlastung der pflegenden Angehörigen spielt auch die Tagespflege eine  
124 große Rolle und da hat in den letzten Jahren auch hier in der Region Mittweida  
125 ... haben viele ... gibt es einen großen Zuwachs an Tagespflegeplätzen und das  
126 entlastet ja die Angehörigen auch ungemein in ihrer Rund-um-die-Uhr-Betreuung  
127 oder in der Begleitung der Betroffenen. Auch nicht zu unterschätzen, muss ich  
128 gut sagen, also da ist... das ist gut ausge... also da sind viele Anlaufstellen  
129 gegeben.

130 I #00:10:56#: Wenn wir von Versorgung sprechen, sprechen wir nicht nur von  
131 pflegerischer Versorgung oder medizinische Versorgung, sondern auch von ...  
132 sozialer Versorgung, will ich es mal nennen. Wie schätzen Sie denn die  
133 Teilhabemöglichkeiten von Menschen mit Demenz in der Region ein? Und von

134 deren Angehörigen? Sei es kulturelle Teilhabe, soziale Teilhabe. Gibt es da  
135 Angebote?

136 B #00:11:23#: Der Punkt ist oftmals, muss man vielleicht auch noch mal sagen:  
137 Die Angehörigen haben an bestimmten, also... haben oftmals gar nicht den  
138 direkten Zugang. Den Angehörigen ist manchmal gar nicht bewusst, was sie für  
139 Möglichkeiten nutzen könnten, also sowohl in der Versorgung als auch in Bezug  
140 auf kulturelle Teilhabe, weil ... wie ich das mit dem Pflegesorgentelefon benannt  
141 habe: Die Information, dass es etwas gibt, muss ja mal zu den Betroffenen und  
142 das oftmals gar nicht so leicht zu lösen. Die Frage nach der Teilhabe ...

143 Es gibt Angebote. Also es gibt in Mittweida zum Beispiel dieses kulturelle ...den  
144 Anlaufpunkt Müllerhof. Die machen Informationsveranstaltung, die setzen  
145 Veranstaltungen um.

146 Die Einschätzungen, wie das von Betroffenen angenommen wird, muss ich  
147 sagen, kann ich gar nicht richtig treffen. Ich denke, es fehlt noch an speziellen  
148 Angeboten. Also, sei es eine Infoveranstaltung bei Begegnungsstätten, sei es  
149 Gesprächsrunden oder ja, ein Seniorentanz oder irgendwie sowas... das ist nicht  
150 in aller Munde. Sag ich jetzt mal so, von daher denke ich, dass da noch ein  
151 Bedarf, ein großer Bedarf ist.

152 I #00:13:02#: Okay, dann haben Sie mir jetzt sozusagen schon direkt das  
153 Schlagwort des dritten Fragenkomplex genannt. Das ist nämlich überschrieben  
154 mit dem Oberbegriff „Bedarfe“. Beschreiben Sie doch mal, wie nehmen Sie die  
155 Bedarfe von Menschen mit Demenz in der Region wahr - vielleicht auch so ein  
156 bisschen gesplittet in Bezug auf professionelle Unterstützungsstrukturen, auf  
157 niedrigschwellige Unterstützungsleistungen, vielleicht auch so ein bisschen auf  
158 gesellschaftliche Aspekte

159 B #00:13:36#: Jetzt muss ich nochmal nachfragen: die Bedarfe von Menschen  
160 mit Demenz?

161 I #00:13:38#: Genau, und der [wird unterbrochen]

162 B #00:13:40#: Oder von Menschen, von pflegenden Angehörigen?

163 I #00:13:42#: Sowohl als auch, ja. Die Frage zielt darauf ab: Die  
164 Versorgungsstrukturen, die vor Ort da sind, decken die entsprechend die Bedarfe  
165 der der Menschen ab oder ist da noch Luft nach oben?

166 B #00:14:10#: Ja. (3) Gut. Das, was ich analysieren kann, resultiert ja  
167 vordergründig aus den Gesprächen. Also, wenn bei mir Anrufe eingehen, jemand

168 eine Situation schildert und wir gemeinsam überlegen, was es für Möglichkeiten  
169 gäbe... Daraus kann ich ableiten, dass beispielsweise Nachbarschaftshilfe und  
170 alle Varianten ...also Nachbarschaftshilfe als Beispiel der sehr niedrigschwellig  
171 angesetzten Unterstützungsleistung, dass da ein riesen Bedarf ist, weil da eine  
172 regelmäßige Kontaktperson für den Betroffenen die Häufigkeit geht und  
173 gemeinsam mit Menschen mit Demenz Unternehmungen macht, begleitet,  
174 anleitet, Spaziergänge macht, Wege erledigt, wie auch immer. Wir können  
175 teilweise nicht mehr vermitteln. Also es gibt zu wenige Nachbarschaftshelfer, zu  
176 viele Betroffene. Das ist ein so ein Beispiel. Ähnliches... ja, also das Thema  
177 Wohnen kann ich zentral oder hier wohnortnah überhaupt nicht vermitteln, oder  
178 wenig vermitteln. Da ist ein großer Bedarf. Tagespflege ist, glaube ich, im  
179 Moment der Bedarf gedeckelt. Aber Gesprächsangebote, einfach  
180 niedrigschwellige Gesprächsangebote, Anlaufstellen, wo man Informationen  
181 bekommt, das auch eine @Planstelle@ wo großer Bedarf ist, der nicht gedeckt  
182 werden kann. Also es besteht große Ausbauarbeit. Viel Öffentlichkeitsarbeit ist  
183 es notwendig, Informationen sind notwendig.

184 Ja. Ein großer Schritt, den wir noch gehen müssen, gemeinsam mit unseren  
185 Netzwerkpartnern, Angebote noch auszubauen und zu schaffen. Ja, der Bedarf  
186 es nicht eins zu eins gedeckt.

187 I #00:16:16#: Ja. Und wie.. Wie schätzen Sie den Bedarf bezüglich der  
188 Informationen oder Enttabuisierung des Krankheitsbildes ein? Ist das auch so ein  
189 Thema, das mit bearbeitet werden muss, damit Menschen mit Demenz aktiv  
190 weiterhin am Leben teilhaben können, vielleicht auch Angebote eher  
191 wahrnehmen?

192 B #00:16:46#: Ist ein großer Baustein, der nicht nur in der Sozialregion Mittweida,  
193 sondern im ganzen Landkreis ausgeweitet werden muss und den Bedarf hat ja  
194 die Lokale Allianz für Menschen mit Demenz in Mittweida auch entdeckt und  
195 gesehen und kriegt eine Bundesförderung. Und das heißt ja, der Bedarf ist  
196 nachweislich gegeben. Und da sind die einzelnen Bausteine in puncto  
197 Sensibilisierung und, ich sag mal so, also generationenübergreifende Projekte  
198 vielleicht zu initiieren, Informationen zu streuen, die Berührungängste in der  
199 Öffentlichkeit abzubauen. Das ist ein großer Schwerpunktbereich und ein riesen  
200 Bedarf.

201 I #00:17:33#: Da haben Sie mir sozusagen schon beinahe an meinen letzten  
202 Fragekomplex beantwortet, der sich um die regionalen Netzwerke dreht. Ich  
203 würde die Frage trotzdem mal stellen, vielleicht fällt Ihnen noch was ein.  
204 Ansonsten ist das aber auch schon sehr umfangreich, was sie jetzt gesagt haben.  
205 Was können lokale Netzwerke in der Region leisten? Was erhoffen Sie sich  
206 konkret von der Lokalen Allianz für Menschen mit Demenz Mittweida und was ist  
207 das Besondere daran?

208 B #00:18:07#: Ja, also (2) durch, ich denke mal, durch die Lokale Allianz wird ja  
209 eine sehr akribische Öffentlichkeitsarbeit betrieben, das heißt das Thema  
210 Demenz, die Sorgen und Nöte der Betroffenen kommen wieder in die Munde der  
211 Leute. Man schreibt, darüber man spricht darüber, es werden Angebote  
212 geschaffen, Informationsangebote, Schulungs- und Fachveranstaltungen. Die  
213 Öffentlichkeit wird einfach mitgenommen, sag ich jetzt mal. Das findet alles nicht  
214 mehr so im Verborgenen statt und das Thema Demenz wird einfach sichtbar  
215 gemacht, und die Betroffenheit wird sichtbar gemacht. Das ist glaube ich das A  
216 und O des Ganzen: Sensibilisierungsarbeit zu leisten. Und durch diesen  
217 Netzwerkverbund der verschiedenen Anbieter wird ja noch mal genau die  
218 Situation vor Ort unter die Lupe genommen. Also nochmal die  
219 Bestandserfassung und die Ableitung von Bedarf und auch von  
220 Handlungsmaßnahmen. Und die... also der Netzwerkverbund hat den großen  
221 Vorteil, dass mehrere Partner im Boot natürlich auch deutlich mehr bewegen  
222 können, miteinander bewegen können als jeder Einzelne. Und das verspreche  
223 ich mir von der Lokalen Allianz für Menschen mit Demenz in der Sozialregion  
224 Mittweida. Dass die Partner vor Ort gemeinsam nochmal die Situation  
225 analysieren. Nochmal Bedarfe formulieren können, also noch mal genau gucken  
226 was gibt es, was braucht ist und dass die einzelnen Netzwerkpartner, je nachdem  
227 wo sie ihre Handlungsfelder auch ausgerichtet haben, sagen können: Den  
228 Teilbereich Selbsthilfe übernehme ich, oder: Dem kann ich mich widmen.

229 I #00:20:37#: Wunderbar, herzlichen Dank!



## Anlage 4: Transkript 2 – Interview mit einer pflegenden Angehörigen

1 I #00:00:02#: Liebe Frau S., bitte erzählen Sie doch mal, welche  
2 Berührungspunkte Sie mit dem Themenfeld Demenz haben.

3 B #00:00:10#: Zum einen privat durch meine Eltern, durch meine Mutti, und zum  
4 anderen durch meine Arbeit als Ausstatter für Seniorenheime, da spielt das seit  
5 Jahren eine immer größere Rolle. Am Anfang wurde das nicht so sehr mit  
6 einbezogen, aber jetzt werden auch viele Sachen dann auch für Demenzkranke  
7 spezielle mit ausgestattet in den unterschiedlichsten Formen, weil jeder seine  
8 eigenen Erfahrungen dazu hat. Das spiegelt sich natürlich auch in den  
9 Ausstattungen der Heime wider.

10 I #00:00:46#: Mich interessiert jetzt ganz konkret, Sie als Rolle der pflegenden  
11 Angehörigen zu befragen. Weil es mich interessiert, wie Sie die Situation  
12 während der ersten Krankheitssymptome und dann auch im Verlauf...  
13 Diagnostik, Versorgungssituation, wie Sie das erlebt haben. Können Sie da so  
14 ein bisschen darüber erzählen, von den Anfängen, Ihrem Umgehen mit den  
15 Belastungssituationen, die sich da vielleicht auch ergeben haben?

16 B #00:01:19#: Ja, bei meiner Mutti war es so, sie hatte vor 15 Jahre schon mal  
17 eine ganz schwere Depression. Und das hat sehr, sehr lange gedauert, bis das  
18 wieder weggegangen ist. Bis also entweder das richtige Medikament gefunden  
19 oder aber die Dosierung dann endlich mal richtig war. Das lässt sich ja bei  
20 solchen Krankheiten immer ganz schlecht einschätzen. Und wir waren dann alle  
21 froh, dass das wieder weg war. Sie hat 15 Jahre ...zehn Jahre noch mal gut  
22 gelebt, war eigentlich regelrecht ein bisschen hyperaktiv, immer auf dem Sprung  
23 und hat meinen Vater mitgerissen, der damals gesundheitlich nicht so gut drauf  
24 war. Aber nicht mit Demenz, sondern mit einer Krebserkrankung. Sie war da ein  
25 guter Motor. 2020, als das mit Corona losging, hatten ja meine Eltern auch nur  
26 noch eingeschränkte Kontakte zu ihren Freunden und da hat man schon gemerkt,  
27 dass meine Mutter immer einsilbiger wurde

28 Eigentlich haben es auch mehr die Nachbarn gemerkt, die haben dann damals  
29 immer gesagt, also der Mutti fällt manchmal einiges nicht mehr ein, aber wenn  
30 der Vati dabei ist, dann springt er dann immer ein. Wir hatten das am Anfang  
31 auch gar nicht so gemerkt. Wir waren dann vier Wochen weg, in Norwegen. Und  
32 als wir wiederkamen, war eine große Familienfeier. Und da wir vier Wochen so  
33 in totaler Einsamkeit waren, habe ich mich dort ein bisschen zurückgezogen und  
34 habe mehr beobachtet. Und hatte einfach nur den Eindruck, dass meine Mutti  
35 irgendwie anders aussieht. Irgendwas war nicht so wie bisher.

36 Und am nächsten Tag ruft mich mein Vati an und sagt: „Du, das mit der  
37 Depression geht wieder los.“ Ganz schlimm, wirklich. Und dann hat sich das  
38 innerhalb von vier Wochen ganz drastisch verschlimmert, bis hin zu ganz  
39 extremen Wahnvorstellungen, die es richtig ausgetickt. Ja, mein Vater musste  
40 dann nachts die 112 anrufen und dann ist die Mutti abgeholt worden und war  
41 dann vier Wochen in der Nervenklinik auf der Dresdner Straße in Behandlung.  
42 Das war nun gerade die Zeit, in der dann auch die Coronazahlen richtig hoch  
43 gingen im Herbst, und sie war dort und ich hatte aber nicht den Eindruck, dass  
44 sich das irgendwie bessert. Die Wahnvorstellungen waren zwar weg, aber sie  
45 war total verschüchtert und ängstlich. Und dann rannten ja nun auch alle Ärzte  
46 und Schwestern mit Maske rum. Meine Mutti hat ja durch die Depression auch  
47 immer ganz schlimme Angst gehabt. Also das war eine ganz bescheidene Situation.  
48 Wir durften nicht rein, immer nur am angekippten Fenster mit ihr sprechen.  
49 Irgendwann nach sechs Wochen rief dann der Arzt an. Ich hatte aber auch den  
50 Eindruck nach sechs Wochen ist die Behandlungszeit um, jetzt muss sie raus.  
51 Der sagte, wir können nicht mehr für ihre Sicherheit garantieren. Sie ist mir einem  
52 Coronaerkrankten in Berührung gewesen und war dann innerhalb des  
53 Krankenhauses noch zehn Tage in Quarantäne. Das ist also wirklich katastrophal  
54 gewesen. Wir haben sie dann abgeholt und es war eigentlich genauso schlimm  
55 wie bevor sie ins Krankenhaus gekommen ist. Nur, dass sie eben etwas ruhiger  
56 war, durch die Medikamente einfach ruhig gestellt. Und dann sind wir hier zum  
57 Dr. X. Ich habe einen sehr guten Draht zu ihm. Wir kennen uns schon sehr lange.  
58 Und er hat dann auch meine Mutti als Patientin aufgenommen und ich bin auch  
59 immer mit dabei. Das ist schon eine sehr gute Betreuung, aber irgendwann nach  
60 ein paar Wochen ... also meine Mutti war, als sie aus dem Krankenhaus kam,

61 ganz vergesslich. Das wurde immer schlimmer und der Arzt hatte dann noch mal  
62 mit mir gesprochen, aus dem Krankenhaus, der hatte mich dann nochmal  
63 angerufen nach ein paar Tagen. Ich sage „Ist denn das normal, dass meine Mutti  
64 so sehr vergesslich ist?“. Da sagt er „Na ja, das hängt mit der Depression  
65 zusammen. Das ist eine Pseudodemenz. Das geht möglicherweise wieder weg.“  
66 Das wurde aber immer schlimmer und dann habe ich beim Dr. X mal gefragt, ob  
67 er das genauer untersuchen lassen könnte. Und dann hat er ein MRT machen  
68 lassen und dann war es dann sichtbar. Dann wurden die Medikamente ein  
69 bisschen anders darauf eingestellt. Aber dadurch dass sie eigentlich schon  
70 immer die Depressionen hatte und die Demenz dazu gekommen ist, habe ich so  
71 den Eindruck, dass das eine das andere noch anschubst. Ja, die Depression  
72 sorgt ja dafür, dass meine Mutti sich zurückzieht, immer viel liegen will, möglichst  
73 keine Leute sehen will, keine neuen Eindrücke. Sie fühlt sich nur in ihrem Bett  
74 sicher und ist eben auch sehr unsicher. Aber wenn man keine äußeren Eindrücke  
75 hat und sich nicht in der Öffentlichkeit bewegt, und wenig redet, dann geht  
76 natürlich das bisschen Geist noch schneller den Bach runter. Das ist jetzt so mein  
77 Eindruck. Und da kann auch der Dr. X nicht allzu viel machen. Es ist einfach nur  
78 eine Verzögerung und so, dass sie einigermaßen gut leben kann. Dass es für  
79 mein Vati vielleicht auch nicht so belastend ist.

80 Und dann haben wir Anfang 2021 Pflegestufe beantragt. Das ging dann auch  
81 relativ schnell mit der Pflegestufe 1, aber eben mit einer telefonischen  
82 Begutachtung. Es durfte ja niemand kommen. Und das war total in die Hose  
83 gegangen, weil meine Mutti hat sich an dem Tag natürlich gut gefühlt, war darauf  
84 vorbereitet und hat sich glänzend dargestellt. Aber die hat trotzdem die  
85 Pflegestufe 1 bekommen. Der Bearbeiter hat das schon irgendwo richtig  
86 eingeschätzt.

87 Sie hatte dann die Pflegestufe 2, weil sich das rapide verschlechtert hat. War  
88 dann schon im Herbst. Und sie ist dann im Juni vorigen Jahres in die Tagespflege  
89 gegangen. Immer nur einen Tag. Mehr will sie nicht. Und hat immer Angst, dass  
90 sie irgendwie dort bleiben muss. Wir haben ihr jetzt eingeredet...oder sie ist mal  
91 drauf gekommen, dass das ja wie Schule ist und dass sie eben den einen Tag  
92 zur Weiterbildung geht. Und das ist jetzt auch erstmal so eingerastet und das

93 funktioniert einigermaßen, aber sie hat jedes Mal am Tag vorher schlechte Laune  
94 und will nicht gehen. Das liegt aber daran, dass sie ja die ganze Zeit sonst fast  
95 nur im Bett liegt oder auf der Couch liegt. Und dann ist der Tag für sie richtiger  
96 Stress und richtig anstrengend. Ich würde gerne, dass sie mehr geht, einfach  
97 meinen Vati bisschen entlasten. Aber das schafft sie kräftemäßig nicht. Also so  
98 baut wirklich relativ schnell ab.

99 Und als der Herr X dann sagte, dass diese Behandlung mit dieser...diese  
100 Stoßwellentherapie gibt, hatte mein Vater eigentlich ganz große Hoffnung, dass  
101 es damit wieder besser wird. Aber, ich glaube, das wird eher nichts. Also, das ist  
102 jetzt zwei Monate her, es hat sich keine Verbesserung ergeben. Sie soll jetzt noch  
103 mal eine hinterher bekommen, eine Stoßwellentherapie, und dann soll das  
104 nochmal begutachtet werden. Aber ich denke mal, dann müssen wir es eher  
105 lassen. Es gibt ja auch keine Langzeitstudien darüber.

106 I #00:09:08#: Ja, das ist die Krux bei der Behandlung.

107 B #00:09:14#: Es wird geschätzt, dass 80 Prozent, oder bei 80 Prozent der  
108 Patienten eine Verbesserung eintritt. Aber eben auch nicht bei allen. Die  
109 restlichen 20 % sprechen eben nicht drauf an oder...was auch immer. Schon zu  
110 weit fortgeschritten. Das kann keiner so richtig sagen.

111 I #00:09:34#: Ja...Sie sagen, die Tagespflege zur Entlastung von Ihrem Vater.  
112 Können Sie so ein bisschen die Belastungssituation von ihm nennen, also welche  
113 Herausforderungen bringt denn der Alltag mit sich, mit Ihrer Mutter?

114 B #00:09:56#: Na ja. Sie macht von sich aus gar nichts mehr. Weder kochen,  
115 noch waschen, noch sonst irgendwas. Nur, wenn sie wirklich mal aufgestanden  
116 ist, kann man sie mal überreden. Ich sag immer „Mutti, wenn Du Angst hast“, weil  
117 sie hat ganz große Ängste, „dann musst Du dich beschäftigen. Oder immer  
118 versuchen, was zu tun. Dann kommt die Angst gar nicht erst.“ Aber das geht gar  
119 nicht mehr. Sie steht auf, kommt zum Frühstück und sagt „Kann ich mich wieder  
120 hinlegen?“, „Mir ist gar nicht gut, kann ich mich wieder hinlegen?“. So, mein Vati  
121 hat am Anfang immer gesagt: „Komm, bleib unten.“ Er hat einfach auch nicht  
122 mehr die Kraft. Er muss ja den ganzen Haushalt schmeißen, alle Einkäufe, den

123 Garten, er fährt ja auch noch Auto, also alles erledigen. Er könnte sich natürlich  
124 Hilfe holen. Sie haben ja einen Dienst. Das ist jetzt kein Pflegedienst, sondern so  
125 ein Betreuungsdienst. Die kommen zweimal im Monat zum Reinigen. Ich sag:  
126 „Vati, lass das wöchentlich machen.“ Will er aber nicht. Ich rede da schon  
127 Monate. Es geht kein Weg ran. Er will nichts abgeben. Und wie gesagt, die zwei  
128 Mal, das ist mir ein bisschen wenig, weil er zwischendurch dann doch immer  
129 wieder geputzt und macht, also das hängt auch an ihm. Und bügeln, sämtliche  
130 Behördengänge, meine Mutti zum Arzt fahren, sämtliche Termine im Blick  
131 behalten. Also komplett alles, was zu tun ist.

132 I #00:11:25#: Zwei Leben managen, sozusagen. Und sein eigenes vermutlich ein  
133 Stück zurückstellen.

134 B #00:11:35#: Sein eigenes sehr zurückstellen. Er hat sehr kaputte Knie und  
135 kann kaum Treppen steigen. Ich habe ihn seit zwei Jahren nicht mehr darüber  
136 klagen hören. Er kommt gar nicht mehr dazu. Der ist nur unterwegs und nur auf  
137 Trab. Auf der einen Seite hält ihn das vielleicht ein Stück weit in  
138 Führungsstrichen jung und fit. Aber ich vermute, dass er irgendwann...Er wird  
139 immer dünner und kleiner. Dass irgendwann einmal zusammenbricht.

140 I #00:12:01#: Wie geht es Ihnen damit?

141 B #00:12:03#: Weil es ist ja auch ganz schwierig. Weil meine Mutti... wenn er  
142 sich wirklich mal hinsetzt und ein bisschen Zeitung lesen will, steht sie ja  
143 permanent neben ihm und fragt ihn irgendwas, was sie vor drei Minuten schon  
144 mal gefragt hatte. Und das in Endlosschleife. Es ist also auch eine ganz große  
145 nervliche Belastung.

146 I #00:12:18#:Ja, wie sehen denn die Nächte aus? Schläft sie?

147 B #00:12:23#: Ja, sie kann Gott sei Dank einigermaßen schlafen. Sie kommt  
148 abends immer noch x mal runter und holt sich irgendwas zu essen, irgendwas.  
149 Oder guckt, ob der Vati da ist. Und er kann nicht so gut schlafen oder sich  
150 irgendwann am Tag mal hinlegen. Das ist durch die Mutti dann, also das ist dann  
151 gerade immer der Punkt, wo die Mutti munter ist und wenn er sich dann wirklich  
152 mal hinlegt, findet er auch keine Ruhe.

153 Darum ist es für mich eben auch wichtig, dass er den einen Tag dann noch mal  
154 frei hat. Wo er sich mal in den Garten setzen kann, oder mal hinlegen kann, oder  
155 ein bisschen lesen kann. Mein Vati liest sehr viel. Das fehlt ihm. Oder einfach mal  
156 Fahrrad fahren kann. Das macht er ja alles noch.

157 I #00:13:14#: Wie ist die räumliche Situation? Also wohnen Sie in der Nähe Ihrer  
158 Eltern oder sind die Wege [wird unterbrochen].

159 B #00:13:23#: Nein, also meine Eltern wohnen in Chemnitz in Schönau, das ist  
160 eine kleine Siedlung in der Nähe vom Neefepark. Sie haben dort ein kleines  
161 Häuschen. Mit vielen Treppen, also Keller, Erdgeschoss, erster Stock,  
162 Dachboden. Die Dusche ist im Keller, eine Toilette haben sie im Erdgeschoss,  
163 im ersten Stock haben sie ein Zimmer, da ist eine Badewanne und ein  
164 Waschbecken. Das ist auch so eine Sache, wo ich seit vielen Jahren rede, sie  
165 sollen ein ungenutztes Zimmer umbauen lassen zu einem gescheiterten Bad. Was  
166 dann auch im Erdgeschoss ist. Das man nutzt für den Fall, wenn es mal gar nicht  
167 mehr in dem Treppensteigen geht. Also alles nach unten zu verlagern kann. Das  
168 haben sie nun aber verpasst. Das kriegen sie jetzt auch nicht mehr.

169 I #00:14:03#: Das heißt, die Wege sind dann auch nicht ganz so kurz. Wenn akut  
170 was ist, brauchen sie schon eine halbe Stunde bis sie da sind. Wie geht es Ihnen  
171 in der Situation?

172 B #00:14:20#: Na ja. Es ist...bei jedem Anruf hat man Angst, dass irgendwas ist.  
173 Wir telefonieren immer einmal am Tag. Abends so um sechs oder wenn der Vati  
174 zwischendurch was hat oder die Mutti mal Angst hat, kann sie mich immer  
175 anrufen. Das muss man einfach... solange sie das Telefon noch bedienen kann,  
176 soll sie das machen. Aber ich kann ihr ja auch nicht mehr sagen also „Mutti, wenn  
177 Du so sehr große Angst hast, büggle ein bisschen“ oder „geh ein bisschen raus in  
178 den Garten und mach was mit.“ Das ist wirklich das einzige, was hilft. Sich ein  
179 bisschen beschäftigen. Weil, sie kann nicht immer nur Tabletten in sich  
180 reinstopfen. Wir haben jetzt schon mal... Vati hat jetzt schon mal in der Apotheke  
181 gefragt, ob es Placebo dafür gibt, was ähnlich aussieht und was aber jetzt nur  
182 ein Vitaminpräparat oder irgendwas ist. Dass er ihr das mal gibt, um einfach mal

183 zu testen, ob das helfen würde gegen die Angst. Aber so richtig hat das noch  
184 nicht funktioniert. Das ist schon ganz schlimm.

185 I #00:15:27#: Eine belastende Situation, ja. Vielen Dank für die Schilderung. Und  
186 ich möchte über die Versorgungssituation hier in der Region sprechen. Sie haben  
187 ja gesagt, Sie waren mit ihren Eltern jetzt hiermit in Mittweida im MVZ bei Herrn  
188 Doktor X. Wie schätzen Sie denn die Versorgungssituation grundsätzlich von den  
189 Menschen mit Demenz, und auch deren Angehörigen hier in der Region ein?

190 B #00:16:02#: Also ich finde es in der Region im Moment eigentlich schon recht  
191 gut. Das Problem ist: Ich habe jetzt einen Zugang zu Arzt gehabt, einen relativ  
192 leichten. Wer das nicht hat und sich jetzt wirklich irgendwo anmelden muss und  
193 lange warten muss, das kann schon quälend sein. Weil man will ja dann  
194 irgendwann auch mal Gewissheit haben. Und die Untersuchung, das zieht sich  
195 alles furchtbar lange hin. In einer anderen Situation mit meinem Mann, der  
196 brauchte auch ein MRT wegen einer anderen Sache, aber das lässt sich ja aber  
197 auch auf die Demenz Geschichte übertragen. Man wartet Wochen, bis man den  
198 MRT-Termin bekommt. Wenn man dann endlich den Termin hat, kann man mit  
199 dem Arzt wieder einen Termin vereinbaren. Da gehen oftmals zwei Monate ins  
200 Land, in denen nichts passiert. Das ist schon ein bisschen schlimm. Was jetzt  
201 Pflegedienste betrifft, denke ich mal, ist Mittweida recht gut versorgt. Auch über  
202 die Sozialstationen. Da kann ich jetzt eigentlich nicht sagen, dass das schlecht  
203 wäre.

204 I #00:17:07#: Wie fühlen Sie sich als pflegende Angehörige aufgehoben?

205 B #00:17:14#: (2) Ich sag mal so, bis jetzt mussten wir nicht groß etwas in  
206 Anspruch nehmen. Aber wenn... ich meine, gut. Wir haben in Chemnitz die  
207 Diakonie, wo die Mutti in der Tagespflege ist. Die sind sehr rührig. Die kenne ich  
208 wiederum aber auch schon viele Jahre und auch weil ich dort in dem Heim  
209 arbeite, fällt es mir leichter, dort mit jemanden in Kontakt zu kommen. Und auch  
210 Hilfe zu bekommen. Aber für jemanden, der jetzt das nicht hat, denke ich mal, ist  
211 es auch ein bisschen schwieriger.

212 I #00:17:46#: Ja, ja, also sind tatsächlich die persönlichen Beziehungen auch  
213 wichtig, um eine gute Versorgung zu kommen?

214 B #00:17:54#: Ja, also bei mir ist es wirklich, dass meine Arbeit mir im Moment  
215 hilft. Weil ich einfach auch die Leute kenne. Ich kann mir vorstellen, dass  
216 jemand... Es ist ja auch eine Hemmschwelle zu sagen: „Ich melde mich jetzt im  
217 Heim an“ oder „ich mach jetzt dies oder jenes“. Das muss man ja auch erstmal  
218 überwinden. Ich habe lange mit meinen Eltern reden müssen, um überhaupt zu  
219 sagen „wir schreiben jetzt die Krankenkasse an und bitten mal um einen  
220 Begutachtungstermin, um eine Pflegestufe zu bekommen.“ Da haben die mich  
221 angeguckt wie das erste Auto: „Wozu brauchen wir denn eine Pflegestufe?“ Das  
222 ist ja bei vielen Leuten auch noch gar nicht ganz eingerastet, dass man sich Hilfe  
223 holen muss und dass es die Institutionen gibt, wo man Hilfe bekommt.

224 I #00:18:47#: Ja auch gerade wenn Sie erzählen, dass die Reinigung zweimal im  
225 Monat stattfindet und Ihr Vater gar nicht mehr zulassen möchte. Dieses  
226 Hilfeannehmen ist großes Thema.

227 B #00:19:00#: Die wollen auf Krampf ihre Selbstständigkeit erhalten. Es geht aber  
228 irgendwo dann nicht mehr. Bloß ich weigere mich auch hinzufahren und das Haus  
229 zu putzen, weil das geht nicht. Ich kann das nicht immer machen. Das funktioniert  
230 nicht. Wenn sie irgendwas haben, dann fahre ich rein und dann mache ich das.  
231 Es geht eigentlich im Moment mehr darum, dass wir immer da sind, wenn sie uns  
232 brauchen und dass wir auch mit ihnen etwas machen, was schön ist und nicht  
233 immer nur das absolut notwendige. Wir haben vor...voriges Jahr mal eingeführt,  
234 dass mindestens einmal im Monat zusammen irgendwo essen gehen und auch  
235 nicht immer in das Restaurant, wo meine Eltern immer hin gehen. Ich sage „Nein,  
236 wir gehen auch mal woanders hin, dass ihr auch mal etwas anderes seht, was  
237 anderes hört, mal andere Eindrücke habt.“ Also auch mal sowas zu machen.

238 I #00:19:57#: Ja, das ist eine schöne Idee.

239 B #00:20:01#: Mal ein bisschen rauskommen, wir haben nach und nach rund um  
240 Chemnitz mal verschiedene Restaurants besucht. Wir waren auch jetzt am  
241 Wochenende mal an der Talsperre, waren dort mal schön essen. Da war auch



242 das Urenkel mal da oder die beiden Urenkel. Dass sie auch mal bisschen schöne  
243 Erlebnisse haben. Das bleibt dann auch hängen.

244 I #00:20:22#: Ja, das Gefühl, das entsteht, das bleibt auf jeden Fall da und da ist  
245 der Tag schon mal wirklich qualitativ total aufgewertet.

246 B #00:20:32#: Ich habe das ja mit meiner Oma schon mal durch. Meine Oma ist  
247 2010 verstorben und war an den sieben Jahren davor an Demenz erkrankt und  
248 als sie schon ziemlich weit war und im betreuten Wohnen in Chemnitz gewohnt  
249 hat, da gab es mal... nicht einen Rummel, sondern, ich weiß nicht, ob Sie das  
250 kennen, das petit Paris in Chemnitz. Das kam immer einmal im Jahr. Da wurden  
251 auch immer so kleine Budchen aufgebaut, ein kleiner Eiffelturm und dann war  
252 französische Musik, französisches Essen und es war einfach richtig schön. Es  
253 war zwar nur eine Kulissenstadt, aber es war toll. Man konnte schön Wein trinken.  
254 Und meine Oma war eben auch immer ein bisschen depressiv und das war die  
255 Zeit, als auch meine Mutti so schlimm depressiv war, da waren wir den ganzen  
256 Nachmittag bei meinen Eltern und ich habe versucht, mit meiner Mutti ein  
257 bisschen klar zu kommen und die Oma lief völlig...also, ich hatte gar keine Zeit  
258 für die. Und als wir dann bei meinen Eltern weg sind, war sie total traurig. Ich  
259 sagte: „Weißt Du was? Wir fahren jetzt nach Paris!“. Da sagt die Oma zu mir: „Du  
260 spinnst“. Ich sag: „Nein, wir fahren jetzt nach Paris.“ Und dann bin ich bis zum  
261 Hartmannplatz gefahren. Da stand eben dieser kleine Eiffelturm am Eingang.  
262 Dann sind wir bis dahin. Ich sag: „So, jetzt sind wir da.“ Und dann haben wir uns  
263 einen tollen Abend dort gemacht. Da ist zwar auch einiges in die Hose gegangen,  
264 im wahrsten Sinne des Wortes, und ich habe sie dann irgendwann nach Hause  
265 bringen müssen. Sie hat wochenlang dann noch davon erzählt, dass sie mit mir  
266 in Paris war. Auch wenn es nur klein Paris in Chemnitz war. Aber einfach mal  
267 Schnecken essen, Froschschenkel essen. Das war einfach schön

268 I #00:22:14#: Schön. Sozusagen das Beste aus der Situation machen, genau.  
269 Jetzt muss ich leider doch den Blick wieder so ein bisschen auf das Negative  
270 werfen und den Finger in die Wunde legen. Beschreiben Sie doch mal die  
271 Bedarfe. Was nehmen Sie denn da wahr? Was fehlt denn hier in der Region?  
272 Was brauchen Menschen mit Demenz? Und was brauchen Angehörige, was  
273 würden sie sich wünschen?

274 B #00:22:40#: Eigentlich genau das, was wir jetzt gerade dabei sind  
275 anzuschubsen. Informationen, eine Anlaufstelle, wo man mal hingehen kann, und  
276 das es auch einfach rundum bekannt gemacht wird. Dass, was Frau Fink jetzt  
277 angefangen hat mit ihren Flyern, dass das alles viel mehr bekannt gemacht wird,  
278 man auch versucht die Leute einzuladen und zu informieren, dass man vielleicht  
279 auch sowas wie diesen ...na...was in der Torfgrube war...diesen...

280 I #00:23:13#: Seniorenball?

281 B #00:23:15#: dass man sowas einfach nutzt und einfach nur mal eine  
282 Viertelstunde einfach auf solche Sachen auch mal mit hinweist. Das muss ja kein  
283 stundenlanger Vortrag sein, aber einfach sagen „es gibt jetzt das und das, der  
284 und der“. Und das das einfach mal in kurzer Form auch mit angesprochen wird.  
285 Weil dort kommen ja auch jüngere Senioren hin. Weil wenn die Leute dann über  
286 achtzig sind, bewegen die sich auch nicht, dann ist es schwierig. Wenn die schon  
287 eher wissen, was es gibt und wo man sich Hilfe holen kann. Ich denke auch, die  
288 Generation ist anders, die jetzt so um die siebzig sind. Die bewegen sich anders,  
289 und haben auch einen anderen Zugang. Aber die, die jetzt schon so alt sind wie  
290 meine Eltern, denen fällt das alles furchtbar schwer. Und die wollen das auch  
291 oftmals nicht. Die wollen einfach in ihrem Stiefel weiter buddeln und wundern sich  
292 dann bloß, dass irgendwas nicht mehr geht

293 I #00:24:19#: Das Netzwerk fungiert sozusagen einmal als Information für  
294 diejenigen, bei denen das Thema Demenz schon akut ist, und dann macht die  
295 diese Information in der Gesellschaft auch noch mal was anderes, nämlich diese  
296 Möglichkeit zur Teilhabe an gesellschaftlichen Dingen.

297 B #00:24:43#: Genau! Ich meine, es gibt... in Rossau gibt es einen sehr aktiven  
298 Seniorenclub. Ich lese das nur immer im Rossauer Ortsblatt, was die alles  
299 anstellen und machen. Ich meine, sowas würde ich mir für Mittweida... ich mein,  
300 gibt es vielleicht sogar, ich weiß es nur nicht.

301 I #00:25:01#: Da sind wir wieder bei dem Thema Informationen bündeln und  
302 weiter tragen.

303 B #00:25:07#: Genau. Die alten Leute wollen vielleicht auch mal wegfahren,  
304 trauen sich aber nicht mehr mit dem Auto. Eine Woche ist zu lang, aber mal einen  
305 Tag irgendwo hin. Und die haben dann manchmal auch nicht mehr den Mut in  
306 ein Reisebüro zu gehen oder sowas zu buchen. Über einen Seniorenclub ist das  
307 dann immer einfacher. Da sind vielleicht auch Freunde und Nachbarn, wo sich  
308 das auch ein bisschen weiterspricht.

309 I #00:25:36#: Ja, das ist, glaube ich das große zentrale Thema. Demenz laut  
310 machen, darüber zu sprechen, dass man einfach mit der Krankheit auch als  
311 pflegender Angehöriger weiter ganz normal am Leben teilhaben kann. Natürlich  
312 hat man Einschränkungen durch die ganze Pflege, aber es gibt ganz viele  
313 Unterstützungsstrukturen und [wird unterbrochen].

314 B #00:26:04#: Da ist das heute auch alles schon ganz anders. Also mein Oma  
315 schon so dement war, das war glaub ich 2007 oder so, da war ich mal mit ihr  
316 einkaufen in Chemnitz in der Galerie Roter Turm. Und beim Bezahlen, nur in dem  
317 Moment, als ich mit Karte gezahlt habe, ich meine hinter ein Regal gegangen und  
318 ich hab dort so eine Panik gekriegt. Da wurde ich von den Leuten regelrecht  
319 angepöbelt. Ja, also das muss ich sagen, das erlebt man jetzt eigentlich nicht  
320 mehr. Oder weniger.

321 I #00:26:42#: Also sind wir sozusagen auf richtigen Weg, auch wenn wir noch  
322 viel vor uns haben

323 B #00:26:49#: Das ging bis dahin wie „Können Sie nicht die Alte aufpassen.“ Also  
324 das war schon extrem. Aber wie gesagt, da sind viele Jahre dazwischen und da  
325 hat sich schon einiges geändert.

326 I #00:27:08#: Gut. Okay, wunderbar. Frau S., ich habe jetzt noch einen vierten  
327 Fragekomplex. Da geht es um die regionalen Netzwerke und um die Lokale  
328 Allianz. Den haben Sie mir aber jetzt eigentlich schon damit beantwortet, indem  
329 Sie sagen, genau da ist der Bedarf und genau das, was so ein Netzwerk macht,  
330 fehlt hier in der Region noch. Jetzt habe ich nur eine kleine Frage: Sie engagieren  
331 sich ja selbst auch als Netzwerkpartnerin bei der Lokalen Allianz. Was ist denn

332 da so der Hintergrund beziehungsweise. Ihre Motivation? Das ist nicht  
333 selbstverständlich, dass man da mitwirkt.

334 B #00:27:45#: Weil ich auch einfach das zweite Mal davon betroffen bin und beim  
335 ersten Mal, bei meiner Oma, da war das wirklich noch schlimm. Jetzt sehe ich es  
336 auch bisschen aus einem anderen Blickwinkel, dass mit Demenz die Welt nicht  
337 gleich zu Ende ist. Dass es für den Betroffenen ganz schwer ist. Meine Mutti  
338 wehrt sich bis heute dagegen, dass sie Demenz hat. Sie will das nicht  
339 wahrhaben. Sie denkt immer, das wird alles wieder gut. Aber ... jetzt habe ich  
340 den Faden verloren, Entschuldigung.

341 I #00:28:23#: Ja, das wird vermutlich ein großes Zitat in meiner Arbeit, dass mit  
342 Demenz die Welt nicht vorbei ist. Das ist genau richtig. Ja, das wollen wir ja damit  
343 erreichen.

344 B #00:28:40#: Ich muss ganz ehrlich sagen, zu der...im November, wie hieß das?

345 I #00:28:42#: Die Fachtagung.

346 B #00:28:44#: Die Fachtagung Demenz. Da war doch der Herr aus Plauen da.  
347 Und mit dem haben wir uns dann mittags nach lange unterhalten. Meine Eltern  
348 mit. Und das hat mir einfach auch so gut getan. Auch die Selbsthilfegruppe jetzt.  
349 Man muss einfach versuchen sich da mit reinzuhängen und zu machen.

350 I #00:29:09#: Sind sie bei der Selbsthilfegruppe mit dabei?

351 B #00:29:10#: Ja.

352

353 I #00:29:10#: Ja, sehr schön! Wie läuft es denn da?

354 B #00:29:15#: Wirklich gut.

355 I #00:29:17#: Schön, das freut mich!

356 B #00:29:20#: Ich war jetzt das letzte Mal mit der Grit Schwarz alleine, da hatten  
357 alle anderen abgesagt, das kann ja mal passieren. Aber es waren tolle zwei

358 Stunden. Wir haben einfach auch mal ein bisschen anders reden können. Ich  
359 meine, wenn sieben, acht Leute um den Tisch herum sitzen, möchte ja jeder mal.  
360 Aber das ist eine sympathische Frau. Hat auch ein schlimmes Schicksal mit ihrem  
361 Mann, der ja Anfang 60 ist, oder jetzt Mitte 60. Und ja.

362 I #00:29:56#: Das tut schon gut, das zu teilen so ein bisschen.

363 B #00:30:02#: Ja, das macht wirklich unheimlich viel aus. Das ist eben genauso  
364 wie auch bei der Arbeit, dass man was tun kann. genauso bei der Arbeit

365 I #00:30:08#: Schön, das freut mich! Wenn Sie den Herrn Wudmaska mal wieder  
366 sehen möchten. Er ist am 17.9. in Chemnitz zum Weltalzheimertag im Metropol  
367 Kino und wird einen Vortrag halten. Das kann ich Ihnen noch mal schreiben.  
368 Okay, dann liebe Frau S., das wäre es von meiner Seite. Vielen Dank für ihre  
369 Offenheit und für das Interview, das hilft mir unglaublich weiter.

## **Eigenständigkeitserklärung**

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe. Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht. Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

---

Mittweida, 25.06.2022

Bianka Hammer