

BACHELORARBEIT

***„POTENZIALE PFLEGERISCHER ANGEBOTE IN
BEREICHEN DES DESTINATIONSMANAGEMENTS FÜR
MENSCHEN MIT DEMENZ UND IHRE ANGEHÖRIGEN“***

Vorgelegt am 24. August 2017

von Marc Rosenberger

██████████

██████████

1. Prüfer: Frau Prof. Dr. Behrens-Potratz
2. Prüfer: Frau Prof. Dr. Susanne Busch

HOCHSCHULE FÜR ANGEWANDTE
WISSENSCHAFTEN HAMBURG
Department Pflege und Management
Alexanderstraße 1
20099 Hamburg

Kurzfassung

Zukünftig werden in der Gesellschaft vermehrt ältere Menschen mit unterschiedlichen Einschränkungen anzutreffen sein. Insbesondere die Anzahl von Menschen mit Demenz wird aufgrund der Alterung in den kommenden Jahren stark ansteigen. Hierfür bedarf es zunehmend neuer Konzepte in der Versorgung, um den Betroffenen sowie den Angehörigen eine selbstbestimmte Lebensführung zu gewähren. Ein wichtiger Aspekt für ältere Menschen stellt hier das Reisen dar. Trotz zunehmender Einschränkungen im fortschreitenden Alter verreisen immer mehr Senioren. Doch wie gestaltet sich konkret die Situation für Menschen mit einer Demenz und ihre Angehörigen im Hinblick auf das Verreisen? Kann der Tourismusmarkt von dieser Zielgruppe profitieren? Und was bewirken die Reisen bei den Betroffenen und ihren Angehörigen?

In der vorliegenden Arbeit wird untersucht, wie sich die gegenwärtig vorherrschenden Rahmenbedingungen und Entwicklungen der pflegerischen Versorgung und des Tourismus gestalten und kritisch betrachtet, welche Destinationen derzeit existieren. Auf Grundlage der generierten Informationen wird nachfolgend abgeleitet, welche Chancen und Risiken sich bei einer Implementierung für die Zielgruppe sowie für den Tourismusmarkt ergeben. Abschließend werden Möglichkeiten aufgezeigt, welche Strukturen für die erfolgreiche Weiterentwicklung des Tourismusmarktes für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen implementiert werden können.

Vorwort

Das Thema Pflege und Pflegebedürftigkeit ist in der Gesellschaft noch immer ein Thema, mit dem wir uns nicht gerne auseinandersetzen. Da wir jedoch in einer Zeit leben, in der immer mehr Menschen von Pflegebedürftigkeit und einem direkten Kontakt zu pflegerischen Angeboten betroffen sind, ist es an der Zeit, dass das Thema verstärkt in die Mitte der Gesellschaft rückt und die Frage nach der Lebensqualität trotz zunehmender Einschränkungen verstärkt zum Gegenstand der Forschung wird. Diese Arbeit soll einen kleinen Schritt dazu beitragen sich mit neuen Konzepten in der pflegerischen Versorgung auseinanderzusetzen und ein Pflegeverständnis zu vermitteln, dass auf Selbstbestimmtheit und Inklusion beruht.

In der vorliegenden Arbeit sind sämtliche personenbezogenen Bezeichnungen als geschlechtsneutral zu verstehen. Grundsätzlich wurde vorwiegend die geschlechtsneutrale Bezeichnung der Begriffe gewählt. Sofern im Einzelfall eine feminine bzw. maskuline Bezeichnung verwendet wird, ist hierbei jede andere Form des Geschlechts gleichermaßen mit einzubeziehen.

Im Rahmen der empirischen Erhebung in Form von qualitativen Interviews wurden aus Datenschutzgründen keine Unternehmensbezeichnungen oder Rückschlüsse auf handelnde Personen zugelassen. Aus diesem Grund sind in der vorliegenden Arbeit sämtliche Bezeichnungen und Dokumente, die Rückschlüsse auf Personen oder Unternehmen zulassen anonymisiert worden und liegen ausschließlich dem Verfasser dieser Arbeit vor.

Außerdem möchte mich an dieser Stelle bei allen Personen, die mich beim Erstellen dieser Arbeit fachlich wie privat unterstützt haben ganz herzlich bedanken.

Inhaltsverzeichnis

Kurzfassung	I
Vorwort	II
Abkürzungsverzeichnis.....	V
Abbildungsverzeichnis	V
1 Einleitung.....	1
1.1 Motivation und Hintergrund	1
1.2 Aufbau und Zielsetzung der Arbeit.....	2
2 Theoretisch konzeptionelle Grundlagen der Analyse und Bewertung	3
2.1 Methodisches Vorgehen	3
2.2 Vorbemerkung zum Krankheitsbild Demenz.....	5
2.3 Vorbemerkung zur begrifflichen Einordnung pflegerischer Angebote und Leistungen	6
3 Rahmenbedingungen und Entwicklungen der Pflege und des pflegebezogenen Tourismusmarktes.....	6
3.1 Die zukünftige Bedarfssituation und Inanspruchnahme pflegerischer Leistungen	6
3.2 Entwicklungstendenzen in der pflegerischen Versorgung.....	9
3.3 Handlungsoptionen zur Stärkung innovativer Pflegearrangements.....	11
3.4 Der Senioren- und gesundheitsorientierte Tourismusmarkt	12
4 Analyse des pflege- und gesundheitsbezogenen Tourismusmarktes	15
4.1 Eingrenzung des Marktes	15
4.2 Das Reiseverhalten von MmD und ihren Angehörigen.....	18
4.3 Die Marktgröße und Marktentwicklungen.....	20
4.4 Bedürfnisse von MmD und ich ihren Angehörigen	22
5 Interviews mit Anbietern zur Marktsituation.....	23
5.1 Hintergrund, Fragestellung und Ziel der Befragung.....	23

5.2	Methodik	24
5.2.1	Stichprobenauswahl	24
5.2.2	Interviewmethode und Leitfaden	24
5.2.3	Erfassung, Aufbereitung und Auswertung der Daten	25
5.2.4	Limitationen der Befragungen	26
5.3	Ergebnisse der Interviews	26
5.3.1	Das Angebotsspektrum	26
5.3.2	Bedürfnisse der Zielgruppe aus Anbietersicht	28
5.3.3	Die Nachfragesituation von Angeboten für MmD und ihre Angehörigen	30
5.3.4	Qualitätsaspekte der Angebote	32
5.3.5	Kommunikations- und Vertriebswege der Angebote.....	33
5.4	Diskussion der Ergebnisse	34
6.	Bewertung der analysierten Ergebnisse	36
6.1	Chancen einer Implementierung pflegerischer Angebote auf dem Tourismusmarkt	36
6.1.1	Chancen für den Tourismusmarkt	36
6.1.2	Chancen für MmD und ihre Angehörigen	37
6.2	Risiken einer Implementierung pflegerischer Angebote auf dem Tourismusmarkt.....	38
6.2.1	Risiken für den Tourismusmarkt	39
6.2.2	Risiken für die Zielgruppe MmD und andere touristische Zielgruppen	40
6.3	Möglichkeiten der pflegerischen Leistungserbringung im Rahmen des Destinationsmanagements	40
7.	Fazit.....	43
	Literatur- und Quellenverzeichnis.....	45
	Eidesstattliche Erklärung	53
	Verzeichnis der Anhänge	54

Abkürzungsverzeichnis

BAGSO	Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen
BGG	Behindertengleichstellungsgesetz
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMWi	Bundesministerium für Wirtschaft und Energie
DGN	Deutsche Gesellschaft für Neurologie
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatik und Nervenheilkunde
DIW	Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung
DZNE	Deutsches Zentrum für neurodegenerative Erkrankungen
EU	Europäische Union
ICN	International Council of Nurses
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
MmD	Menschen mit Demenz
SGB	Sozialgesetzbuch

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Entwicklung der Anzahl an Demenzkranken in Deutschland bis 2040..... **Seite 7**

Abbildung 2: Die Pyramide der Barrierefreiheit..... **Seite 15**

1 Einleitung

1.1 Motivation und Hintergrund

In den kommenden Jahren wird sich zeigen, dass es weit mehr alte Menschen in der Bevölkerung geben wird als heute. Damit verbunden wird ein Anstieg altersbedingter Krankheiten und Einschränkungen bis hin zur Pflegebedürftigkeit sein.¹ Ein Großteil der betroffenen Menschen lässt sich ambulant - überwiegend durch Angehörige versorgen.²

Die Betreuung stellt für die Angehörigen in der Regel eine hohe Belastung in vielerlei Hinsicht dar. Um informelle Pflegepotenziale bestmöglich erhalten zu können bedarf es auch für die Angehörigen unterschiedlicher Angebote zur Unterstützung und Entlastung.³

Vor dem Hintergrund der Entwicklungen stellt sich die Frage nach innovativen Versorgungsmöglichkeiten, um trotz eines bevorstehenden Anstiegs pflegebedürftiger Menschen auch zukünftig eine qualitativ hochwertige und ökonomisch wirksame Versorgung zu gewährleisten. Mittlerweile werden Konzepte mit stärkerem Einbezug zivilgesellschaftlicher Arrangements von Experten als unausweichlich angesehen.⁴ Daher wird verstärkt eine integrierte Versorgung unter Einbeziehung interdisziplinärer formeller, sowie informeller Arrangements angestrebt.⁵

Im Hinblick auf den Anstieg alterstypischer Krankheiten weist die Demenz Prognosen zufolge die drittstärkste Prävalenzrate auf.⁶ Die Erkrankung ist mit teils dramatischen Auswirkungen auf das Leben der Betroffenen sowie das Leben des gesamten sozialen Umfeldes verbunden. Daher wird von Experten zunehmend empfohlen neue Versorgungsangebote wie alternative Wohnmöglichkeiten sowie anderweitige Betreuungsleistungen zu fördern.⁷

Bei der Betrachtung des Tourismusmarktes ist festzustellen, dass die Reiseintensität von Senioren sowie eingeschränkten Menschen jüngerer Altersgruppen in den vergangenen Jahren stetig gestiegen ist.⁸ Daher wurden in den vergangenen Jahren die touristischen Potenziale dieser Zielgruppen ermittelt.⁹

¹ Vgl. Rothgang, H. (2012), S. 13.

² Vgl. Statistisches Bundesamt (2017), S. 5.

³ Vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (BAGSO) (2012), S. 39.

⁴ Vgl. Rothgang, H. (2012), S. 79.

⁵ Vgl. Schaeffer, D./ Ewers, M. (2001), S.14-19.

⁶ Vgl. Berlin Institut (2011), S. 18.

⁷ Vgl. Schneekloth, U. (2005), S. 243.

⁸ Vgl. Huber, D. (2007), S. 22.

⁹ Vgl. Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit (2003) S. 1-2

Bei der Betrachtung der Prognosen zum Anstieg an demenziell erkrankten Menschen sowie den Entwicklungen des Tourismusmarktes stellt sich die Frage inwiefern Destinationen verstärkt auf MmD ausgelegt werden können, um den Betroffenen die Möglichkeit zu geben trotz Erkrankung reisen zu können.

1.2 Aufbau und Zielsetzung der Arbeit

In Kapitel 2 wird zunächst das Vorgehen der Arbeit dargestellt und für das Konzept notwendige inhaltliche Voraussetzungen zum Krankheitsbild Demenz und zur begrifflichen Einordnung pflegerischer Angebote dargestellt.

In Kapitel 3 werden dann die allgemeinen gesellschaftlichen sowie politischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen und Entwicklungen der pflegerischen Versorgung und des pflegenahen Tourismusmarktes analysiert, um anschließend in Kapitel 4 auf Grundlage der dargestellten Rahmenbedingungen und Entwicklungen den Tourismusmarkt für MmD und ihre Angehörigen einordnen zu können und zu analysieren. Dann wird untersucht, wie sich die Situation der Unternehmen in der Praxis gegenwärtig gestaltet. Hierfür wurden qualitative Interviews mit Anbietern von Destinationen für MmD und ihre Angehörigen durchgeführt. Das methodische Vorgehen sowie die Ergebnisse der durchgeführten Interviews werden in Kapitel 5 dargestellt. Im Anschluss erfolgt in Kapitel 6 die Bewertung der Analysen und der getätigten Befragung, um die Fragestellung nach möglichen Potenzialen pflegerischer Angebote für MmD und ihre Angehörigen im Tourismusbereich beantworten zu können.

Das zentrale Ziel der Arbeit ist es herauszufinden, ob es aus der Perspektive des Tourismusmarktes als auch aus Perspektive von demenziell erkrankten Menschen und ihren Angehörigen sinnvoll ist, pflegebezogene Leistungen und Angebote auf dem Tourismusmarkt zu platzieren und welche Möglichkeiten der Implementierung im Tourismusbereich bestehen. Hierbei besteht der Fokus auf der Ermittlung von Handlungssegmenten für die Pflege und auf der Ermittlung von Chancen und Risiken bei der Positionierung von Leistungen und Angeboten im Tourismusbereich.

Im Fokus der Analysen und der anschließenden Bewertung stehen zunächst folgende Teilziele:

1. Analyse der gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen in der pflegerischen Versorgung sowie im Tourismus für die genannte Zielgruppe und die Analyse möglicher Entwicklungstendenzen auf dem pflegenahen Tourismusmarkt

2. Analyse der Bedürfnisse und des Reiseverhaltens der Zielgruppe;
3. Identifikation, Analyse und Bewertung der bereits bestehenden Strukturen und Angebote für die Zielgruppe vor dem Hintergrund der Entwicklungen;
4. Ableiten von Chancen und Risiken für den Tourismusmarkt und die Zielgruppe der MmD sowie ihre Angehörigen;
4. Identifikation weiterer Möglichkeiten der Implementierung pflegerischer Angebote für MmD und ihre Angehörigen.

2 Theoretisch konzeptionelle Grundlagen der Analyse und Bewertung

2.1 Methodisches Vorgehen

Im Folgenden wird das methodische Vorgehen dieser Arbeit erläutert um eine Nachvollziehbarkeit des Aufbaus und der Analyse sowie der anschließenden Bewertung zu gewährleisten.

Im ersten Schritt wurde eine Analyse der allgemeinen Rahmenbedingungen im Tourismusbereich und im Bereich der pflegerischen Versorgung vorgenommen. Hierfür wurden politische, wirtschaftliche, demographische und rechtliche Einflussfaktoren auf die behandelte Thematik analysiert.¹⁰ Zudem wurde untersucht, inwiefern sich die Situation auf globaler Ebene entwickeln wird.

Im Fokus der Recherche lag zunächst eine Ist- Analyse d.h. die Fragestellung, inwiefern pflegerische Angebote im Tourismusbereich bzw. in nicht direkt sektorenbezogenen Dienstleistungsbereichen bereits implementiert sind, welche Möglichkeiten bestehen und wie sie derzeit umgesetzt werden. Im weiteren Verlauf wurde recherchiert, inwiefern die Entwicklungen und Trends vor dem Hintergrund einer pflegeökonomischen Perspektive für oder gegen eine Integration von pflegerischen Leistungen im Tourismusbereich sprechen.

Im nächsten Schritt wurde der gesundheits- und pflegeassoziierte Markt betrachtet. Da der Markt bislang noch sehr klein ist und gegenwärtig nur wenige Wettbewerber identifiziert werden konnten, standen im Rahmen der Marktanalyse zunächst die Bedürfnisse der Zielgruppe sowie die allgemeinen Marktcharakteristika im Vordergrund.¹¹

¹⁰ In Anlehnung an Homburg (2012), S. 464- 470.

¹¹ In Anlehnung an ebd., S. 473- 477.

Im Rahmen der Marktanalyse erfolgten zunächst eine Analyse der Marktsituation im Tourismusbereich sowie eine Eingrenzung des Marktes auf für die Thematik relevante Marktbereiche. Hierfür wurde vor dem Hintergrund der allgemeinen Rahmenbedingungen sowie der Entwicklungen analysiert, in welchem Bereich des Tourismus´ Destinationen für MmD platziert werden können. Um zu untersuchen, wie der Markt derzeit aussieht wurde eine systematische Recherche unterschiedlicher pflegebezogener Tourismusanbieter durchgeführt. Ziel der Recherche war es herauszufinden, welche Angebote bereits bestehen und welche Bereiche des Tourismusmarktes für MmD bislang noch nicht bedient werden. Im weiteren Verlauf wurde eruoert, wie sich die Kundenbedürfnisse und die Verhaltensweisen der Zielgruppe gestalten. Auf der Grundlage der Analysen wurden Tendenzen abgebildet, wie sich die Marktgröße und die Entwicklungen gestalten und möglicherweise entwickeln werden.¹²

Zudem wurden im Rahmen einer Primärforschung qualitative Interviews mit Anbietern touristischer Destinationen für MmD durchgeführt. Der Fokus der Befragung lag auf der Gestaltung der Nachfragesituation und der marktbezogenen Positionierung der Anbieter.¹³

Literaturrecherche

Die Analyse der Rahmenbedingungen sowie des pflege- und gesundheitsorientierten Marktes erfolgte mithilfe einer systematischen Literaturrecherche. Im Zuge einer strukturierten Recherche mit ausgewählten Schlagworten zu den einzelnen Themenbereichen im Internet und in den Datenbanken Google Scholar, dem Beluga Katalog und dem GVK Katalog sowie der Springer Verlagsdatenbank konnte nur bedingt relevante Literatur identifiziert werden. Daher wurde auf Grundlage einzelner Publikationen eine Recherche im Schneeballsystem fortgesetzt. Ergänzt wurde die systematische Recherche im Anschluss mit einer Handrecherche. Die Analyse des Tourismusmarktes für MmD und ihre Angehörigen erfolgte überwiegend mithilfe von Sekundärliteratur. Einbezogen wurden in die Literaturrecherche sämtliche deutsch- und englischsprachigen Publikationen, die für den deutschen Tourismusmarkt bzw. die pflegerische Versorgung in Deutschland für relevant erachtet wurden. Teilweise konnte Literatur aufgrund mangelnder Zugänglichkeit nicht miteinbezogen werden.

¹² In Anlehnung an ebd., S. 470- 473.

¹³ Vgl. Kapitel 5

2.2 Vorbemerkung zum Krankheitsbild Demenz

Um mögliche Potenziale in der Versorgung von MmD ermitteln zu können, bedarf es eines umfassenden Verständnisses des Krankheitsbildes Demenz.

Die „Demenz (ICD-10-Code: F00-F03) ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Erkrankung 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. [...] Die Sinne (Sinnesorgane, Wahrnehmung) funktionieren im für die Person üblichen Rahmen. Gewöhnlich begleiten Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation die kognitiven Beeinträchtigungen [...]“¹⁴. Der Krankheitsverlauf ist in der Regel progressiv. So kommt es im Verlauf der Erkrankung zu Einschränkungen in der örtlichen und zeitlichen Orientierung sowie der Kommunikationsfähigkeit und der Identität.¹⁵

In der Folge benötigen Betroffene im Verlauf ihrer Erkrankung zunehmend eine umfassende Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens.¹⁶ Es gibt verschiedene Demenzformen, die zu unterschiedlichen Ausprägungen der Symptomatik führen können. Man unterscheidet zwischen der Alzheimer-Demenz (häufigste Form), der Lewy-Body-Demenz sowie der vaskulären Demenz und der frontotemporalen Demenz (seltenste Form). Insbesondere letzter genannte Form der Demenz beginnt häufig bereits im mittleren Lebensalter und ist gekennzeichnet durch eine oftmals langsam fortschreitende Veränderung der Persönlichkeit.¹⁷

Zudem kann man den Krankheitsverlauf einer Demenz in unterschiedliche Stadien einteilen. Hierzu gehört das leichte Stadium, in dem die Einschränkungen zunächst noch relativ gering sind. So benötigen hiervon betroffene Menschen lediglich bei anspruchsvollen Tätigkeiten Unterstützung.¹⁸ Im mittelschweren Stadium bezieht sich der Unterstützungsbedarf bereits auf einfache Dinge (wie z.B. alltägliche Aktivitäten) und die Menschen können sich oft nicht mehr eigenständig versorgen.¹⁹ Das schwere Stadium der Demenz ist schließlich von einem umfassenden Unterstützungs- und Pflegebedarf geprägt.²⁰ Die Menschen sind oft vollständig hilflos und abhängig von ihrer Umwelt.²¹

¹⁴ Deutsches Zentrum für neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) (2015), S. 10.

¹⁵ Vgl. Ebd., S. 10.

¹⁶ Vgl. Theodor-Fliegener-Stiftung (o. J.), S. 2.

¹⁷ Vgl. DZNE (2015), S. 18.

¹⁸ Vgl. Kurz, A. et al. (2016), S. 19.

¹⁹ Vgl. Ebd.

²⁰ Vgl. Ebd.

²¹ Vgl. DZNE (2015), S. 10.

Das Muster der Symptome ist von den betroffenen Bereichen des Gehirns sowie der vorherigen Lebensführung abhängig²², daher erfolgt der Krankheitsverlauf unabhängig von der Demenzform und dem Stadium der Erkrankung sehr individuell.

2.3 Vorbemerkung zur begrifflichen Einordnung pflegerischer Angebote und Leistungen

Gemäß der Definition des Ethikkodex vom *International Council of Nurses (ICN)* für Pflegende beschreibt der Begriff *Pflege* „die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften, sowie von Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen (Settings). Pflege schließt die Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen ein. Weitere Schlüsselaufgaben der Pflege sind die Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse (Advocacy), Förderung einer sicheren Umgebung, Forschung, Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie im Management des Gesundheitswesens und in der Bildung“²³.

Entsprechend dieser Definition sind bei der zugrundeliegenden Analyse neben der Durchführung direkt pflegebezogener Tätigkeiten - wie der herkömmlichen Grund- und Behandlungspflege - auch alternative Handlungsfelder inbegriffen. Hierzu gehört die Steuerung sämtlicher niedrighschwelliger, wie auch die Durchführung professioneller Arrangements, die zur Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten bei Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen beitragen und in Bereichen des Tourismusmarktes Anwendung finden können.

3 Rahmenbedingungen und Entwicklungen der Pflege und des pflegebezogenen Tourismusmarktes

3.1 Die zukünftige Bedarfssituation und Inanspruchnahme pflegerischer Leistungen

Im folgenden Kapitel wird die Bedarfsentwicklung pflegerischer Leistungen dargestellt und eine Analyse der gesellschaftlichen Inanspruchnahme durchgeführt. Hierbei wird sich verstärkt auf die geburtenstarke Generation der „Babyboomer“ bezogen, da die Generation in den kommenden Jahren

²² Vgl. Kurz, A. et al., S. 19.

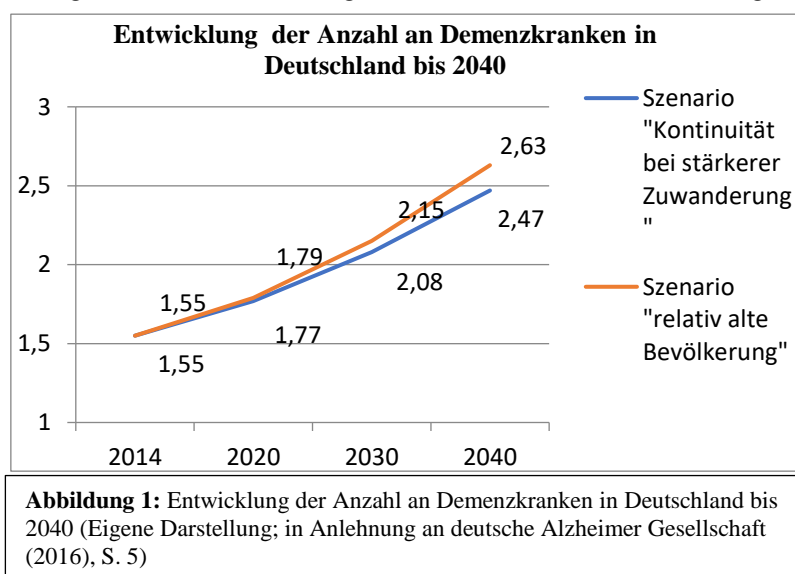
²³ Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) (o. J.).

das Rentenalter erreichen wird und im Zuge der Alterung dieser Generation mit maßgeblichen Veränderungen der gesellschaftlichen Situation zu rechnen ist.

Bereits heute ist Deutschland mit 20,5% der Bevölkerung im Alter von 65 Jahren und mehr eine der ältesten Gesellschaften Europas.²⁴ Im Zuge der Alterung eines Menschen steigt auch das Risiko, an Demenz zu erkranken. Statistischen Untersuchungen zufolge besteht in Industrienationen ab einem Alter von 65 Jahren ein Prävalenzrisiko von rund einem Prozent und es verdoppelt sich ab diesem Alter alle fünf Jahre.²⁵ Im Alter von 90 Jahren liegt die Wahrscheinlichkeit an Demenz zu erkranken bereits bei rund 40 Prozent.²⁶

So werden im Zuge der Alterung zukünftig immer mehr Menschen mit einer Demenzerkrankung in der Gesellschaft anzutreffen sein. Gemäß der Prognosen der deutschen Alzheimer Gesellschaft wird es pro Jahr rund 40.000 Neuerkrankungen geben, sofern die alters- und geschlechtsspezifischen Prävalenzraten sich nicht verändern. Prognostisch können zwei Szenarien in Betracht gezogen werden. So besteht einerseits die Möglichkeit, dass die Geburtenrate bei 1,4 Kindern je Frau konstant bleibt, ein moderater Anstieg der Lebenserwartung besteht und eine Zuwanderung aus

anderen Ländern von ca. 230.000 Personen pro Jahr besteht²⁷. Andererseits besteht die Möglichkeit, dass bei gleichbleibender Geburtenrate ein stärkerer Anstieg der Lebenserwartung besteht und gleichzeitig eine geringere Zuwanderung von ca. 130.000 Personen pro Jahr besteht^{28, 29}.



In jedem Fall wird die Anzahl an Demenzkranken in den nächsten Jahren kontinuierlich steigen. Es gilt abzuwarten, wie sich die Zuwanderungsquoten sowie die Lebenserwartung entwickeln werden. Zudem sind derzeit keine Durchbrüche in Bezug auf Prävention oder

²⁴ Vgl. Berlin Institut (2011), S. 15.

²⁵ Ebd., S. 13.

²⁶ Deutsche Alzheimer Gesellschaft (2016), S. 1.

²⁷ Vgl. Abb. 1 Szenario „Kontinuität bei stärkerer Zuwanderung“.

²⁸ Vgl. Abb. 1 Szenario „relativ alte Bevölkerung“.

²⁹ Vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft (2016), S. 5.

Therapie einer Demenzerkrankung absehbar.³⁰ Daher liegt das Krankheitsbild Prognosen zufolge an dritter Stelle bei den alterstypischen Erkrankungen, die am stärksten ansteigen werden.³¹

Experten gehen davon aus, dass aufgrund der sich verändernden gesellschaftlichen Struktur die Notwendigkeit bestehen wird, u.a. Wohnviertel und Infrastruktur auf die alternde Gesellschaft auszurichten. Zunehmend wird es eines stärkeren Verständnisses und einer steigenden Rücksichtnahme des sozialen Umfeldes bezüglich der Altersproblematik bedürfen.³²

Befragungen haben ergeben, dass es oftmals erst im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung zu einer Diagnose kommt. Häufig liegt dann bereits eine erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz vor.³³ Diese Tatsache deutet darauf hin, dass viele Menschen in der Gesellschaft mit einer Demenzsymptomatik leben, welche weder diagnostiziert noch differentialdiagnostisch untersucht ist.

Aus diesem Grund ist es von großer Bedeutung, die Erkrankung und den Umgang mit Betroffenen in der gesamten Gesellschaft verstärkt zu thematisieren und die gesellschaftliche Inklusion von MmD insgesamt weiter zu verbessern.³⁴

Im Hinblick auf die Bedürfnisse in der Gesellschaft wird es zukünftig maßgebliche Veränderungen geben. Während das Wohnen im Familienverbund im Alter voraussichtlich abnimmt, wird die Anzahl an Haushalten mit ein oder zwei Personen zunehmen.³⁵ Die größte Gruppe der Ein- und Zweipersonenhaushalte wird dabei die Generation 60+ abbilden.³⁶

Zudem verändert sich das Wohlstandsgefälle bereits seit einigen Jahren. Im Rahmen einer Repräsentativbefragung gab die deutsche Bevölkerung an, dass auf die Gesellschaft mehr Armut als Wohlstand zukommen werde. Vorwiegend nicht erwerbstätige Menschen wie Rentner seien nach Einschätzung der Bevölkerung besonders gefährdet.³⁷ Hier stellt sich für die Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status die Frage, wie sich die Versorgung bei Erkrankungen und dem daraus resultierendem Pflege- und Unterstützungsbedarf auch zukünftig gestalten wird.

Wenn man nun die wirtschaftliche Situation der Generation der Babyboomer betrachtet, ist festzustellen, dass diese Generation wirtschaftlich insgesamt schlechter abgesichert ist als die heutigen Senioren.³⁸

³⁰ Vgl. Freter (2016), <https://www.deutsche-alzheimer.de/ueber-uns/aktuelles/...>, abgerufen am 23.07.2017.

³¹ Vgl. Berlin Institut (2011), S. 18.

³² Vgl. Ebd., S. 22.

³³ Vgl. Schelte, Freter (o.J.), S. 54.

³⁴ Vgl. Deutscher Ethikrat (2012), S. 94.

³⁵ Vgl. Statistisches Bundesamt (2011), S. 7.

³⁶ Vgl. Ebd.

³⁷ Vgl. Opaschowsky, H.-W. (2013), S. 61.

³⁸ Vgl. Berlin Institut (2011), S. 17.

Das Institut für Wirtschaftsforschung prognostiziert, dass bereits ab dem Jahr 2020 die Renten vieler Menschen - insbesondere für niedrig Qualifizierte - unter die Grundsicherungsgrenze fallen werden.³⁹ Hinzu kommt, dass im Jahr 2012 ein Großteil der unter 60- Jährigen im Vergleich zu den über 60-Jährigen in der Bevölkerung über ein geringes Nettvermögen verfügt.⁴⁰ Daraus lässt sich schließen, dass es zukünftig schwerer wird auf privates Vermögen zurückgreifen zu können.

Dennoch legen die Babyboomer großen Wert darauf, ihre Entscheidungen unabhängig von traditionellen Wertvorstellungen zu treffen.⁴¹ Die traditionellen Vorstellungen von Partnerschaft und Zusammenleben wandeln sich insgesamt, und die Ehe verliert an Bedeutung. Die Babyboomer arrangieren sich in Problemsituationen zunehmend aus eigener Kraft.⁴²

Zudem werden gesundheitsfördernde Maßnahmen im Vergleich zu den letzten Generationen deutlich bekannter und tendenziell auch stärker umgesetzt,⁴³ was dafür spricht, dass zukünftig verstärkt innovative Versorgungskonzepte in Anspruch genommen werden.

3.2 Entwicklungstendenzen in der pflegerischen Versorgung

Das Thema Pflege nimmt im Zuge der gesellschaftlichen Veränderungen in den vergangenen Jahren auch politisch eine wachsende Rolle ein. So gab es in den vergangenen Jahren zahlreiche Reformen, die zu Veränderungen in der Versorgung von Pflege- und Hilfsbedürftigen Menschen geführt haben. Übergeordnete Ziele der Reformen der letzten Jahre stellen die in SGB XI normierten Grundsätze „ambulant vor stationär“⁴⁴ und "Reha vor Pflege"⁴⁵ dar.

Im Jahr 2008 wurde das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz eingeführt. Ziel der Reform ist es, das Leistungsangebot der Pflegeversicherung stärker an die Bedürfnisse der betroffenen Menschen anzupassen und insbesondere die häusliche Versorgung bzw. wohnortnahe Versorgungsstrukturen zu fördern.⁴⁶ Hierfür stand neben der Versorgung der Pflegebedürftigen auch die Unterstützung der pflegenden Angehörigen, z.B. durch die gesetzliche Einführung der Pflegezeit, im Fokus.⁴⁷

Die Reform beinhaltet eine Erhöhung der Leistungen sowohl in Bezug auf Sachleistungsbeträge, als auch durch Pflegegelder. Des Weiteren wurden der Betreuungsbetrag für Menschen mit

³⁹ Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) (2010): https://www.diw.de/de/diw_01... abgerufen am 16.08.2017.

⁴⁰ Vgl. DIW (2014), S. 160.

⁴¹ Vgl. Berlin Institut (2011), S. 17.

⁴² Vgl. Ebd., S. 18.

⁴³ Vgl. Berlin Institut (2011), S. 18.

⁴⁴ Gem. Sozialgesetzbuch (SGB) XI § 3, https://dejure.org/gesetze/SGB_XI/3.html, abgerufen am 19.08.2017

⁴⁵ Gem. Sozialgesetzbuch (SGB) XI §31 Abs. 1, https://dejure.org/gesetze/SGB_XI/31.html, abgerufen am 19.08.2017

⁴⁶ Vgl. TNS Infratest Sozialforschung (2011), S. 9/ BMG (2011), S. 13-19.

⁴⁷ Vgl. Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 20 (2008), S. 877.

eingeschränkter Alltagskompetenz und die Betreuungsleistungen für MmD erhöht.⁴⁸ Zusätzlich wurde die häusliche Pflege - insbesondere die durch Angehörige geleistete - gestärkt, indem die notwendige Vorpflegetzeit zur Beantragung einer Verhinderungs- bzw. Urlaubspflege von 12 Monaten auf 6 Monate verkürzt wurde.⁴⁹

Die Auswirkungen der Reform werden kontrovers diskutiert. Im Auftrag der Bundesregierung hat das Marktforschungsinstitut *TNS infratest* im Rahmen umfangreicher Studien zur Wirksamkeit des Pflege- Weiterentwicklungsgesetzes festgestellt, dass die Versorgung tendenziell verbessert wurde, jedoch weiterhin nur rund 22 Prozent der Pflegebedürftigen niedrighschwellige Angebote⁵⁰ in Anspruch nehmen⁵¹, und auch in Bezug auf den Informationsstand zu Ansprüchen in der pflegerischen Versorgung trotz erstmaligem Rechtsanspruch auf eine Pflegeberatung eine äußerst zurückhaltende Inanspruchnahme erfolgte.⁵²

Die Tatsache, dass sich eine große Mehrheit von 80 Prozent der Pflegehaushalte einen Ausbau bzw. eine Förderung und Ausweitung neuer Lebensformen und Versorgungskonzepte wie niedrighschwelliger Angebote im Alter wünscht, spricht im Vergleich zur niedrigen Inanspruchnahme solcher Angebote ebenfalls dafür, dass die Leistungen für Pflegebedürftige nicht hinreichend individuell ausgestaltet werden.⁵³

In der vergangenen Legislaturperiode wurde die pflegerische Versorgung erneut Ziel von Reformen. So wurden insgesamt drei Pflegestärkungsgesetze (PSG) eingeführt. Im Rahmen der PSG wurden die Leistungsbeträge der Pflegeversicherung weiter ausgebaut. Hierbei wurden insbesondere die Kurzzeit- und Verhinderungspflege finanziell gestärkt, der Zugang zu niedrighschwelligen Betreuungsleistungen sollte für Leistungsempfänger verbessert werden und MmD fanden eine stärkere Berücksichtigung im Leistungsbezug, indem Betroffene erstmals die Möglichkeit bekamen, auch teilstationäre Leistungen der Tages- und Nachtpflege sowie Leistungen der Kurzzeitpflege in Anspruch zu nehmen.⁵⁴ Insgesamt stiegen in Folge der Reform des PSG I die Leistungen für die Verhinderungspflege zunächst auf bis zu 1.612 Euro jährlich pro Person.

Angehörige können seitdem nun sechs statt vier Wochen eine pflegerische Vertretung in Anspruch nehmen. Zudem können im Falle einer Angehörigenpflege 50 Prozent der Leistungen einer

⁴⁸ Vgl. Ebd., S. 879-883.

⁴⁹ Vgl. Kistorz et al. (o.J.), S. 6.

⁵⁰ Hierunter sind Angebote zu verstehen, die nicht die unmittelbare pflegerische Versorgung umfassen (z.B. Betreuungsleistungen sowie Leistungen zur Entlastung der Angehörigen)

⁵¹ Vgl. Kistorz et al. (o.J.), S. 68.

⁵² Vgl. Ebd., S. 66.

⁵³ Vgl. Ebd., S. 46.

⁵⁴ Vgl. BMG (2016), S. 13-14.

Kurzzeitpflege als Verhinderungspflege genutzt werden, was dazu führt, dass pro Kalenderjahr bis zu 2.418 Euro für die Verhinderungspflege genutzt werden können.⁵⁵

Zusätzlich erfolgte die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der insbesondere Menschen mit geistigen und/oder psychischen Beeinträchtigungen mithilfe eines neuen Begutachtungsassessments bedarfsgerechter erfassen soll.⁵⁶ Diese Umstellung führte nach aktuellem Stand zu einer deutlichen Leistungsausweitung. Insgesamt verzeichnet der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) im ersten Quartal seit Umsetzung der Reformen eine Auftragssteigerung von 31 Prozent bei unveränderter Empfehlungsquote zur Einstufung in die Pflegebedürftigkeit.⁵⁷ Diese Tatsache spricht dafür, dass insgesamt mehr Menschen von einem Leistungsbezug profitieren, sodass die Nachfrage nach pflegerischen Leistungen infolge der Reformen zusätzlich steigen wird.

Im Rahmen des Themenreports Pflege 2030 haben Experten unterschiedliche Szenarien zur Entwicklung der pflegerischen Versorgungsarten dargestellt. In einem der möglichen Szenarien wurde davon ausgegangen, dass sich die Zahl der Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege bis 2030 nicht weiter erhöht und ausschließlich die Zahl der Pflegebedürftigen in der häuslichen Pflege ansteigen werde.

Hierauf bezogen wird prognostiziert, dass die wachsende Versorgungslücke an Fachkräften deutlich abgedämpft werden kann. Nach Einschätzungen der Experten besteht dann ein Fachkräftemangel von lediglich 260.000 Vollzeitäquivalenten gegenüber einer Lücke von rund 430.000 bzw. 490.000 Vollzeitäquivalenten in den anderen Szenarien.⁵⁸

Daher ist davon auszugehen, dass in der pflegerischen Versorgung auch zukünftig ambulante und rehabilitative Leistungen Vorrang vor stationären und pflegerischen Leistungen haben sollten. Dennoch wird es zukünftig zu neuen Herausforderungen in der pflegerischen Versorgung kommen, die nur durch neue Konzepte abgedeckt werden können.

3.3 Handlungsoptionen zur Stärkung innovativer Pflegearrangements

Vor dem Hintergrund der Entwicklungen bedarf es einer konsequenten Verbesserung der ambulanten Versorgungsstrukturen. Hierfür wurde im Themenreport 2030 empfohlen, neue Konzepte zur Versorgung zu entwickeln und hierfür verstärkt die Kommunen mit einzubeziehen.

⁵⁵ Vgl. BMG (2016), S. 20-21.

⁵⁶ Vgl. Ebd., S. 14-15.

⁵⁷ Vgl. Medizinischer Dienst der Sozialversicherung (MDS) (2017), S. 1-3.

⁵⁸ Vgl. Rothgang (2012), S. 24-28, S. 53.

Des Weiteren bedarf es leistungsfähiger Rehabilitationsstrukturen in der geriatrischen Versorgung, mehr Möglichkeiten, sowohl häusliche, als auch professionelle Pflegeleistungen in Anspruch zu nehmen.⁵⁹ Derartige Konzepte tragen nach Ansicht der Experten dazu bei, dass die Grundsätze „Reha vor Pflege“ und „ambulant vor stationär“ besser in die Praxis getragen werden können.⁶⁰ Zukünftig wird es notwendig sein, die Selbstbestimmung der Betroffenen und der Angehörigen in der Versorgung weiter zu stärken. Hierfür bedarf es einer verstärkten Umsetzung der Grundsätze durch neue Strukturen und Konzepte, die sich auch positiv auf die Lebensqualität Betroffener und ihrer Angehörigen auswirken.⁶¹

Die Betreuung und zwischenmenschliche Kontakte werden zukünftig verstärkt auf anderen Wegen als durch Angehörige und/oder professionell Pflegende erbracht werden müssen. Daher gewinnen integrierte Versorgungskonzepte, die eine Vernetzung informeller und formeller Arrangements mit interdisziplinären Unterstützungsmöglichkeiten anstreben zunehmend an Bedeutung. Hierbei wird das Ziel verfolgt Potenziale in der Versorgung effektiver und effizienter zu nutzen, um die Qualität in der Versorgung bei Pflegebedürftigkeit bzw. chronischer Krankheit trotz der Entwicklungen sicherzustellen.⁶²

Im Zuge der Entwicklungen ist davon auszugehen, dass sich zunehmend neue Möglichkeiten für Pflegekräfte auf tun. Bereits seit einigen Jahren wächst die Nachfrage für Angebote zur gesundheitlichen Prävention und Rehabilitation.⁶³ Hierbei stellen insbesondere gesundheitlich eingeschränkte und ältere Menschen im Zuge des demographischen Wandels und der sich ändernden Bedürfnisse eine wachsende Zielgruppe für Gesundheits- und Erholungsangebote dar.⁶⁴

3.4 Der Senioren- und gesundheitsorientierte Tourismusmarkt

Bereits vor rund 20 Jahren wurde festgestellt, dass der Tourismusmarkt für Senioren ein nicht zu unterschätzendes Potenzial darstellt, welches in Deutschland über lange Zeit nicht vollständig ausgeschöpft wurde.⁶⁵ Aufgrund der steigenden Lebenserwartung und dem besseren Zugang zu unterschiedlichen Freizeit- und Reiseangeboten haben Senioren viel Zeit und verstärkt das Bedürfnis nach der Erfüllung ausstehender Wünsche oder anderweitiger Pläne.⁶⁶

⁵⁹ Vgl. Ebd., S. 8-12.

⁶⁰ Vgl. Ebd., S. 63-64.

⁶¹ Vgl. Ebd., S. 8.

⁶² Vgl. Schaeffer, D./ Ewers, M. (2001), S.14-19.

⁶³ Vgl. Meier, C. (2011), S. 18.

⁶⁴ Vgl. Barkholdt et al. (1999), S. 491.

⁶⁵ Vgl. Barkholdt et al. (1999), S. 494.

⁶⁶ Vgl. Barkholdt, C. et al. (1999), S. 491.

Grundsätzlich wächst das Interesse an gesundheitsorientierten Urlaubsreisen in der deutschen Bevölkerung. Laut einer Umfrage für den ADAC-Reisemonitor aus dem Jahr 2011 interessieren sich knapp die Hälfte aller Deutschland-Reisenden für Fitness- und Wellnessangebote, rund 35 Prozent für rehabilitative Urlaubsangebote und 16 Prozent für Reisen mit ärztlicher Begleitung.⁶⁷ Insgesamt zieht sich das Spektrum der Interessenten durch alle Altersgruppen, wobei die Generation 60+ etwas mehr Interesse an den genannten Reisen zeigt.⁶⁸ Über die Frage inwiefern anderweitige nicht ärztliche therapeutische sowie pflegerische Berufsgruppen ein Kriterium für die Reiseauswahl bei den Nachfragern darstellen können, liegen derzeit keine Daten vor.

Bei den genannten Angeboten stehen für die Senioren unterhaltsam orientierte Fitnessaktivitäten, die Förderung und Entspannung der kognitiven Leistungsfähigkeit, spezielle Übungsprogramme bei altersspezifischen Veränderungen, Risiken und Erkrankungen sowie der Einbezug von Beratungsangeboten zur Gesundheit im Vordergrund⁶⁹. Daher werden in den letzten Jahren im Tourismus zunehmend Angebote und Strukturen für Senioren und gesundheitlich eingeschränkte Menschen entwickelt. So verfolgt beispielsweise die Tourismusstrategie 2015 vom Ministerium für Wirtschaft und Wissenschaft des Saarlandes in einem Masterprojekt die Entwicklung integrierter Angebote. Hierbei werden Medical-Wellness-Zentren mit Beherbergungsangeboten unter Einbeziehung medizinischer und touristischer Kompetenz zusammengeführt.⁷⁰

In den vergangenen Jahren gab das Bundesministerium für Wirtschaft (BMWi) unterschiedliche Studien und Projekte in Auftrag, um den barrierefreien Tourismus zu stärken. Hintergrund der Förderungen war im Wesentlichen das Behindertengleichstellungsgesetz des Bundes, welches vorsieht „die Benachteiligung von Menschen mit Behinderungen zu beseitigen und zu verhindern sowie ihre gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu gewährleisten und ihnen eine selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen“⁷¹. Ziel der Projekte war es zunächst die ökonomischen Potenziale dieser Zielgruppe zu ermitteln und davon ausgehend Strukturen zu errichten, die zu einer besseren Abstimmung von Angebot und Nachfrage führen können.⁷²

Unter anderem wurden auf Grundlage der Schwerbehindertenstatistik⁷³ zunächst eine umfangreiche Analyse der Zielgruppe eingeschränkter Menschen durchgeführt und auf deren Grundlage Marktpotenziale bestimmt. Insgesamt deuten die Ergebnisse der Befragungen auf ein erhebliches

⁶⁷ Vgl. Krause, C. (2011).

⁶⁸ Vgl. Ebd.

⁶⁹ Barkholdt, C. et al. (1999), S. 493.

⁷⁰ Vgl. Kobernuß, J.-F. et al. (o.J.), S. 68.

⁷¹ Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz (2002), S. 2.

⁷² Vgl. BMWi (2003) S. 1-2

⁷³ Zahlen über das gesamte Volumen von mobilitäts- oder aktivitätseingeschränkten Menschen, wurden bislang nicht erhoben. Die Untersuchungen des BMWi erfolgten daher anhand der Schwerbehindertenstatistik (vgl. Neumann, P. Reuber, P. (2004), S. 25- 26).

Nachfragepotenzial hin, welches nur bedingt befriedigt wird.⁷⁴ Im Hinblick auf die Entwicklungen ist davon auszugehen, dass Reisen von Menschen mit Anforderungen an die Barrierefreiheit auch künftig zunehmend nachgefragt werden. Hierbei gehört vor dem Hintergrund des starken Anstiegs an MmD in der Gesellschaft und dem steigenden Bedarf an informellen Pflegepotenzialen auch die Gruppe der kognitiv eingeschränkten Menschen sowie der betreuenden bzw. pflegenden Angehörigen.

Im Zuge der Untersuchungen haben sich einige Hemmnisse herausgestellt, die zu einem Missverhältnis zwischen Angebot und Nachfrage bei Destinationen für eingeschränkte Menschen führen und somit Marktasymmetrien zur Folge haben.⁷⁵ So bestehen einerseits Informationsdefizite seitens des Marktpotenzials und der Marktanforderungen bei unterschiedlichen Anbietern sowie Kommunikationsdefizite auf Seiten der Nachfrager. Darüber hinaus bestehen oft nur unzureichende Koordinations- und Steuerungsinstanzen in Tourismusregionen.

So könnte durch eine offene Kommunikation und Informationserhebung sowie eine Vernetzung und zentrale Koordination unterschiedlicher Angebote eine verstärkt an der Zielgruppe ausgerichtete Angebotsgestaltung entstehen. Hierbei würden sich erhebliche, bislang kaum genutzte Synergien für einzelne Anbieter und für die Kunden ergeben.⁷⁶

Um diese Asymmetrien zwischen Angebot und Nachfrage zu minimieren, wurden auf Grundlage der getätigten Analysen Strukturen mit dem Ziel entwickelt Angebot und Nachfrage besser aufeinander abzustimmen. So wurden in den letzten Jahren ein verbessertes Zusammenspiel aller relevanten örtlichen und regionalen Interessen- und Betroffenengruppen angestrebt und bauliche Barrieren zunehmend minimiert.⁷⁷

Zudem bestehen einheitliche Qualitätsnormen, nach denen sich ein Unternehmen prüfen lassen kann und bei entsprechender Barrierefreiheit ein Zertifikat erhält und über eigens eingerichtete Koordinationsstellen im Tourismusverband für eingeschränkt Reisende vermittelt werden kann.⁷⁸

Mittlerweile richten sich Anbieter verstärkt an dieser Zielgruppe aus und versuchen zunehmend Angebote für gesundheitlich eingeschränkte Menschen zu entwickeln.⁷⁹ Die Angebotsentwicklung ist immer mit einem gewissen Grad an Investitionskosten verbunden. Um die Bandbreite des Steigerungspotenzials darstellen zu können, hat das Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit

⁷⁴ Vgl. Neumann, P., Reuber, P. (2004), S.52-61.

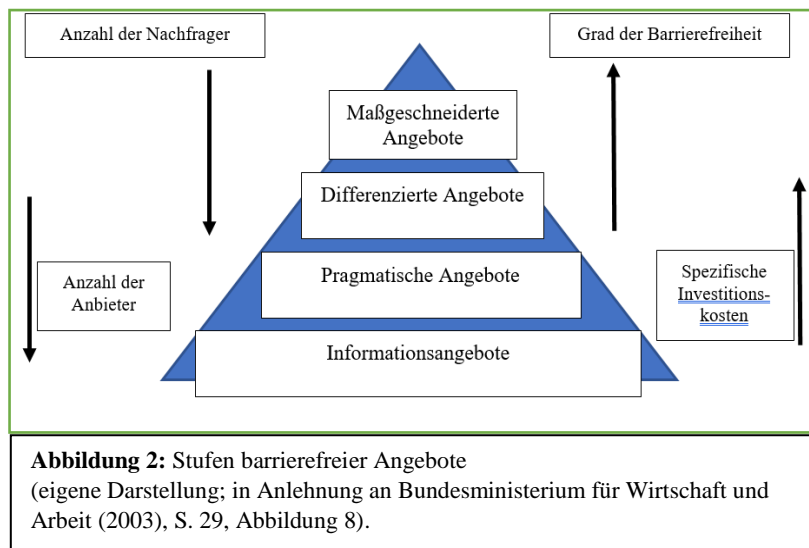
⁷⁵ Vgl. Ebd., S. 68-69.

⁷⁶ Vgl. Ebd., S. 69-74.

⁷⁷ Vgl. Ebd., S. 89-92.

⁷⁸ O.V. (2017), http://www.reisen-fuer-alle.de/kennzeichnungssystem_309.html, abgerufen am 23.07.2017.

⁷⁹ Telefonische Anfrage beim NatKo-Tourismus für Alle Deutschland e.V. und beim Reisen für alle e.V. am 19. Juli 2017.



im Rahmen der getätigten Analysen einen Modellansatz entwickelt, der die Zusammenhänge zwischen Investitionsvolumen, Ausmaß des potenziellen Angebots für die Zielgruppe sowie Anbieter und Nachfrager darstellt. Hierbei ist festzustellen, dass einzelne Anbieter tendenziell eher

maßgeschneiderte Angebote für gesundheitlich eingeschränkte Menschen entwickeln, dabei große Investitionen tätigen und einen Großteil der jeweiligen Zielgruppe als Nachfrager erreichen.⁸⁰

Im Zuge der Anfragen bei den entsprechenden Tourismusverbänden konnten keine spezifischen Angebote für Menschen mit kognitiven Einschränkungen ermittelt werden und so ist unklar, inwiefern bei den einzelnen Tourismusanbietern derzeit auf die Einschränkungen und spezifischen Bedürfnisse von MmD eingegangen werden kann.

Zudem ist die Zielgruppe der MmD in den Analysen durch das BMWi thematisch kaum aufgegriffen worden. Weitere Recherchen konnten ebenfalls keine bislang getätigten Untersuchungen zu kognitiv eingeschränkten Menschen im Tourismus identifizieren. Daher ist davon auszugehen, dass in diesem Bereich bislang umfassende Informationsdefizite bestehen, die im Umkehrschluss vergleichbar mit dem barrierefreien Tourismus große Hemmnisse aufweisen. Es bedarf also weiterer Analysen, um Aussagen über die Potenziale eines demenzfreundlichen Tourismus treffen zu können.

4 Analyse des pflege- und gesundheitsbezogenen Tourismusmarktes

4.1 Eingrenzung des Marktes

Zunächst ist festzuhalten, dass Destinationen, die explizit auf MmD ausgerichtet sind, bislang nur vereinzelt existieren. Sowohl professionelle Pflegeurlaube als auch niedrighschwellige Betreuungs- und Unterstützungsangebote sowie eine medizinische Betreuung beinhalten bislang nur wenige Angebote. Angehörige werden bei diesen Reiseangeboten überwiegend berücksichtigt, indem durch eine qualifizierte Betreuung oder ein separates Programm für die Angehörigen für Entlastung

⁸⁰ Vgl. Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit (2003), S. 28- 29.

gesorgt wird. Daher wird im folgenden Kapitel zunächst untersucht, welche Marktbereiche als relevant zu erachten sind und in welchen Bereichen sich der Tourismus für MmD und ihre Angehörigen positionieren kann.

Ein Großteil der existierenden Angebote auf dem deutschen Markt wird von Hilfsorganisationen sowie Spezialreiseveranstaltern bereitgestellt. Den größten Bereich von Urlaubsangeboten bilden hier die Demenzinitiativen, die vorrangig das Motiv der Unterstützung bei den Reiseangeboten haben. Die Organisationen kooperieren mit einzelnen Anbietern von Hilfsorganisationen und vereinzelt auch mit Pflegediensten. Die inhaltliche Ausrichtung obliegt hierbei in der Regel den Initiativen, die eigenes Personal zur Betreuung stellen und die Freizeitangebote planen. Die Deutsche Alzheimergesellschaft bündelt die bestehenden Angebote der lokalen Initiativen.⁸¹

Vereinzelt konzipieren mittlerweile auch Seniorenreiseanbieter derartige Angebote, was dafür spricht, dass durchaus auch aus touristischer Sicht einzelner Anbieter ökonomische Potenziale im Hinblick auf die Zielgruppe bestehen.

Aufgrund der wachsenden Strukturen im barrierefreien Tourismusbereich und dem bereits stärker ausgeprägten einheitlichen Informationsstrukturen⁸² für Betroffene ist denkbar, dass derartige Reisen auch von Angehörigen und MmD nachgefragt werden. Zudem werden bei den Angeboten im barrierefreien Tourismus indirekt auch MmD angesprochen, da die für die Zielgruppe förderlichen Strukturen, beispielsweise Barrierefreiheit, durchaus vorhanden sind.

Die Anbieter, die für ein barrierefreies Reisen werben, richten ihre Angebote laut Tourismusverband u.a. auch auf kognitiv beeinträchtigte Menschen aus.⁸³ Auf Anfrage des *Tourismus für Alle in Deutschland e.V.* wurde jedoch angegeben, dass Destinationen für MmD in dem Bereich nicht vertreten sind. Bei der Anfrage wurde ebenfalls auf unterschiedliche Hilfsorganisationen verwiesen.⁸⁴ Daher ist unklar, wie viele MmD bzw. deren begleitende Angehörige derartige Angebote in Anspruch nehmen.

Laut dem *Reisen für alle e.V.* besteht die Möglichkeit als Reiseanbieter das Kennzeichen „Barrierefreiheit geprüft“ zu erhalten. Zusätzlich gibt es unterschiedliche Piktogramme, u.a. die Kennzeichnung „Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen“. Dennoch konnten auf telefonische Anfrage beim Verein „Reisen für Alle“ ausgenommen von einzelnen speziellen Angeboten für

⁸¹ Vgl. Deutsche Alzheimergesellschaft (2017), S.1- 20.

⁸² Vgl. Kapitel 3.4.

⁸³ Vgl. Deutscher Tourismusverband (o.J.) <https://www.deutschtourismusverband.de/qualitaet/...>, abgerufen am 10.08. 2017

⁸⁴ Vgl. Anhang VIII: Telefonische Anfrage, schriftliche Rückmeldung NatKo Tourismus für Alle e.V. Anfrage vom 25. Juli 2017.

Menschen mit geistiger Behinderung keine Anbieter ermittelt werden, die mit diesem Piktogramm zertifiziert sind.⁸⁵

Ein weiterer Tourismusbereich, in dem sich die vorhandenen Angebote für MmD und ihre Angehörigen positionieren können, ist der gesundheitstouristische Bereich. Eingeschränkte Menschen sowie Senioren legen einen großen Wert auf gesundheitsfördernde Elemente bei einer Reise.⁸⁶ Daher ist davon auszugehen, dass pflegende Angehörige sowohl für ihre betroffenen Angehörigen als auch für sich selbst Wert auf die genannten Angebote legen. Vereinzelt gibt es derartige Angebote bereits. Daher ist davon auszugehen, dass der Gesundheits- und Wellnessbereich ebenfalls ein Bereich des Tourismusmarktes ist, der bei Reisen für MmD und für pflegende Angehörige eine Rolle spielen kann.

Der bediente Markt konzentriert sich bislang überwiegend auf einzelne Reiseangebote, in denen ausschließlich der jeweilige Anbieter für die spezifischen Bedürfnisse der Betroffenen verantwortlich ist.

Der Tourismusbereich stellt jedoch eine Querschnittsbranche dar.⁸⁷ Das bedeutet, dass Touristen durchaus auch andere Bereiche, die nicht direkt im Urlaubsangebot enthalten sind in Anspruch nehmen. Hierzu gehören beispielsweise Angebote der Infrastruktur (Busse, Bahnen, Taxen) sowie kulinarische und kulturelle Angebote. Bei derartigen Angeboten tragen Touristen einen Teil zur Wertschöpfung bei.⁸⁸ Daher ist davon auszugehen, dass diese Branchen von einem höheren touristischen Aufkommen profitieren können und somit Anreize vorhanden sind bestehende Angebote zielgruppenorientiert auszubauen.

Die Bereiche des barrierefreien- und des Senientourismus sowie der gesundheitstouristische Bereich können als übergeordnete Marktbereiche für den demenzfreundlichen Tourismus eingestuft werden. Insgesamt ist jedoch noch unklar, ob und wie sich Anbieter für MmD auf dem klassischen Tourismusmarkt positionieren können, welche Abhängigkeit zu den Hilfsorganisationen notwendig ist und inwiefern in den tourismusnahen Bereichen Strukturen für MmD und ihre Angehörigen Anwendung finden können.

⁸⁵ Telefonische Anfrage „Reisen für Alle e.V.“ Anfrage vom 19. Juli 2017.

⁸⁶ Vgl. Neumann, P., Reuber, P. (2004), S. 27.

⁸⁷ Vgl. Ebd., S. 52-53.

⁸⁸ Vgl. Ebd.

4.2 Das Reiseverhalten von MmD und ihren Angehörigen

Da bislang keine aussagekräftigen Daten über das Reiseverhalten von MmD und ihren Angehörigen vorliegen wurde in der vorliegenden Arbeit zunächst das Reiseverhalten von Senioren und gesundheitlich eingeschränkten Menschen betrachtet, da davon auszugehen ist, dass diese Zielgruppen die größten Ähnlichkeiten zur Zielgruppe der MmD aufweisen. Im Hinblick auf die Reiseintensität ist festzustellen, dass ältere Menschen, insbesondere alleinlebende Senioren insgesamt wenig reisen. Dies hängt vermutlich damit zusammen, dass die mit dem Altern verbundenen Prozesse hemmende Faktoren zum Verreisen darstellen.⁸⁹ Dennoch ist bei der Betrachtung des Reiseverhaltens aller Senioren in den letzten Jahren eine stetig zunehmende Reiseintensität zu beobachten. Insbesondere die Senioren im Alter von 65-75 Jahren weisen mit 1,5 Reisen pro Jahr sogar eine im Vergleich zu anderen Altersgruppen überdurchschnittlich hohe Reiseintensität auf, die im Verlauf der weiteren Alterung jedoch wieder abnimmt.⁹⁰

Das Erreichen des Reiseortes und eine umfassende logistische Infrastruktur spielen für Senioren eine große Rolle.⁹¹ So werden überwiegend inländische Reiseziele nachgefragt, zunehmend stehen jedoch inzwischen auch Fernreiseziele im Fokus bei der Reiseauswahl.⁹²

Die Reisedauer bei älteren Menschen ist insgesamt länger als bei jüngeren.⁹³ Außerdem wird häufiger auch außerhalb der Haupturlaubssaison gereist.⁹⁴

Betrachtet man die Reisemotive, so ist zu beobachten, dass gesundheitsfördernde Elemente bei einer Reise eine große Rolle spielen. So werden von Senioren wie auch jüngeren gesundheitlich eingeschränkten Menschen überwiegend Reisen nachgefragt, bei denen gesundheitsbezogene Angebote enthalten sind.^{95 96}

Insbesondere die Generation 70+ hat in den vergangenen Jahren verstärkt Gesundheitsurlaube nachgefragt. Hier ist der Anteil der Nachfrager von 30 Prozent (2002) auf 39 Prozent (2013) gestiegen.⁹⁷

Daraus lässt sich schließen, dass insbesondere bei der Reiseauswahl von Senioren verstärkt ein Gesundheitsbezug im Fokus steht.

⁸⁹ Vgl. Barkholdt et al. (1999), S. 492.

⁹⁰ Vgl. Huber, D. (2007), S. 22.

⁹¹ Vgl. Barkholdt et al. (1999), S.492.

⁹² Vgl. Huber, D. (2007), S. 24.

⁹³ Vgl. BAGSO (2000) <http://www.bagso.de/publikationen/...,abgerufen am 03.08.2017>

⁹⁴ Vgl. Huber, D. (2007), S. 24-25.

⁹⁵ Vgl. Ebd., S. 25-26.

⁹⁶ Vgl. Allemeyer, W. et al. (2004), S. 27.

⁹⁷ Vgl. Lohmann M./ Schmücker, D. (2015), S. 12-13.

Bei der Betrachtung der Gruppe der eingeschränkten Menschen decken sich die genannten Elemente zum Teil mit dem Reiseverhalten der Senioren. Insgesamt wurde in der Gruppe der gesundheitlich eingeschränkten Menschen eine Reiseintensität von 54 Prozent ermittelt. Im Durchschnitt unternimmt jeder Reisende aus dieser Zielgruppe 1,3 Urlaubsreisen pro Jahr. Die Reisen erfolgen in rund 41 Prozent der Fälle im Inland. Im Durchschnitt gibt jeder Reisende dieser Gruppe rund 65 Euro pro Tag für touristische Angebote aus.⁹⁸

Des Weiteren gaben in der Gruppe der eingeschränkten Menschen 37 Prozent der Befragten an, bereits aufgrund vorhandener Barrieren auf eine Reise verzichtet zu haben. Knapp 50 Prozent der Befragten würden insgesamt auch häufiger reisen, wenn es vermehrt entsprechende barrierefreie Angebote für sie geben würde.⁹⁹ Zudem nutzen eingeschränkte Menschen und Senioren bislang deutlich weniger das Internet und somit Online-Informationsangebote und haben einen anderweitigen Informationsbedarf.¹⁰⁰

Die Ergebnisse der Befragungen unter eingeschränkten Menschen deuten darauf hin, dass touristische Angebote zunehmend auf eine Barrierefreiheit und die entsprechenden Bedürfnisse der Zielgruppe ausgerichtet werden sollten, da davon auszugehen ist, dass sich die Reiseintensität bei entsprechender Angebotsausrichtung erhöhen wird.¹⁰¹

Bei der Betrachtung des Reiseverhaltens von MmD sind ähnliche Verhaltensweisen beim Reisen zu erwarten, da diese Gruppe als Bestandteil der beiden dargestellten Kundengruppen angesehen werden kann. Dennoch ist aufgrund der unklaren wirtschaftlichen Situation der Betroffenen und dem individuellen Krankheitsverlauf davon auszugehen, dass es zu Unterschieden im Reiseverhalten kommt. Um fundierte Aussagen über das Reiseverhalten demenziell erkrankter Menschen und ihrer Angehörigen treffen zu können, bedarf es jedoch weiterer Untersuchungen. Hierbei sollten insbesondere Reiseanreize und Hemmnisse sowie die Zahlungsfähigkeit von MmD und ihren Angehörigen betrachtet und untersucht werden.

⁹⁸ Vgl. Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit (2003), S. 25- 26.

⁹⁹ Vgl. Ebd.

¹⁰⁰ Vgl. Schrader, R. (2016), S. 7.

¹⁰¹ Vgl. Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit (2003), S. 29.

4.3 Die Marktgröße und Marktentwicklungen

Über das Marktvolumen von touristischen Angeboten für MmD sowie den betreuenden Angehörigen liegen bislang keine verlässlichen Daten vor, weshalb ausschließlich mithilfe von Sekundärdaten Einschätzungen über die Marktgröße und die Entwicklungen des Marktes getroffen werden können.

Wenn man jedoch den barrierefreien und gesundheitsorientierten Tourismusmarkt betrachtet ist festzuhalten, dass insgesamt rund 140 Millionen Menschen in der EU leben, die auf barrierefreie Angebote angewiesen sind. Bei rund 64 Prozent davon handelt es sich um ältere Menschen ab 65 Jahren. Wie bereits in Kapitel 4.2. erwähnt, reisen rund 54 Prozent der eingeschränkten Menschen in regelmäßigem Abstand. Im Jahr 2012 haben eingeschränkte und ältere Menschen rund 783 Millionen Reisen innerhalb der EU unternommen. Bis 2020 wird ein stetiger Anstieg von etwa 1,2 Prozent pro Jahr prognostiziert. Bei entsprechender Gestaltung barrierefreier Angebote würden laut Befragungen rund 80 Prozent erneut darauf zurückgreifen, was für eine hohe Destinationstreue der Zielgruppe spricht. Um entsprechend das volle Potenzial auszuschöpfen, bedarf es jedoch weitreichender Informations- und Kommunikationsstrategien.¹⁰²

Wenn man nun die Marktgröße für touristische Angebote von MmD und ihren Angehörigen betrachtet, ist festzuhalten, dass in Deutschland derzeit knapp 1,6 Millionen Menschen mit einer Demenz leben.¹⁰³ Rund 73 Prozent der Pflegebedürftigen werden in der eigenen Häuslichkeit unterstützend durch professionelle Pflegeanbieter oder durch einen Angehörigen versorgt.¹⁰⁴ Daher kommen grundsätzlich knapp 1,1 Millionen potenzielle MmD für derartige Angebote in Frage. Hinzu kommen dann noch die betreuenden Angehörigen.

Es ist davon auszugehen, dass der Anteil der MmD, die in der Häuslichkeit versorgt werden vergleichbar mit dem Anteil der Pflegebedürftigen oder tendenziell höher ist, da insbesondere im Frühstadium einer Demenz nicht unmittelbar eine Einschränkung der Alltagskompetenz oder gar Pflegebedürftigkeit vorliegt, die eine andere Versorgungs- und/ oder Betreuungsform erfordert.

Geht man bei MmD von einer ähnlichen Reiseintensität wie bei anderweitig gesundheitlich eingeschränkten Menschen aus (von durchschnittlich 54 Prozent¹⁰⁵), so reisen im Jahr in etwa 600.000 MmD in Deutschland. Hinzu kommt jeweils mindestens ein Angehöriger, da davon auszugehen ist, dass MmD nur selten allein verreisen.

Geht man nun davon aus, dass bei einer entsprechenden Ausrichtung der Angebote an der Zielgruppe eine hohe Destinationstreue besteht und in vielen Fällen mehrere Reisen getätigt werden

¹⁰² Vgl. Kapitel 4.2.

¹⁰³ Statista (2017): <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/...>, abgerufen am 03.08.2017.

¹⁰⁴ Vgl. Statistisches Bundesamt (2017) S. 5

¹⁰⁵ Vgl. Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit (2003), S. 25- 26.

(bei eingeschränkten Menschen sind es im Durchschnitt etwa 1,3 Reisen pro Jahr¹⁰⁶, bei Senioren 1,5 Reisen pro Jahr¹⁰⁷), ist davon auszugehen, dass aufgrund der wenigen Angebote durchaus mehr Nachfrager bei einer entsprechenden Ausrichtung der Destinationen generiert werden können.

Wenn man die Prognosen bis 2030 betrachtet, wird es rund 2 Millionen MmD geben.¹⁰⁸ Sofern das Szenario einer Stärkung der ambulanten Versorgung bei gleichbleibender stationärer Betreuung eintritt, werden bis dahin ca. 1,4 Millionen MmD in Deutschland unterstützend oder ausschließlich durch Angehörige betreut werden, sofern der jeweilige Anteil an den unterschiedlichen Versorgungsarten gleich bleibt. So kann man für das Jahr 2030 von etwa 756.000 potenziellen Nachfragern ausgehen. Dies würde einen Anstieg der Nachfrager um rund 26 Prozent in den nächsten 13 Jahren bedeuten. Bei linearem Anstieg der Erkrankungen sowie gleichbleibender Reiseintensität und Versorgung durch Angehörige würde dies einen Reiseanstieg von MmD um etwa 2 Prozent pro Jahr bedeuten.

Hierbei ist festzustellen, dass dieses Szenario relativ pessimistisch ist, da aufgrund der zukünftig steigenden Anzahl von MmD sowie vor dem Hintergrund der sich verändernden Bedürfnisse in der Gesellschaft auszugehen ist, dass ältere Menschen - auch MmD und ihre Angehörigen - zukünftig verstärkt rehabilitative und präventive Aspekte bei einer Reise nachfragen werden. Hinzu kommt, dass nach Berechnungen von Experten zukünftig ein höherer Anteil von Pflegebedürftigen ambulant versorgt werden muss.

Dennoch ist unklar, wie sich die wirtschaftliche Situation der Betroffenen sowie die Leistungen der Pflegeversicherung entwickeln werden. Zudem wurde immer wieder festgestellt, dass aufgrund fehlender Individualität der bestehenden pflegerischen Angebote die Nachfrage trotz Existenz von Hilfs- und Unterstützungsangeboten deutlich niedriger war als erwartet.¹⁰⁹ Zudem ist der Krankheitsverlauf einer Demenz als hemmender Faktor zu betrachten.¹¹⁰ Daher ist der berechnete Anstieg insgesamt nur bedingt aussagekräftig, es ist jedoch davon auszugehen, dass die Nachfrage insbesondere vor dem Hintergrund eines quantitativen Anstiegs an Erkrankungen in der Gesellschaft in jedem Fall ansteigen wird.

¹⁰⁶ Vgl. Ebd.

¹⁰⁷ Vgl. Huber, D. (2007), S. 22.

¹⁰⁸ Vgl. Demenz Report (2011), S. 5.

¹⁰⁹ Vgl. TNS Infratest Sozialforschung (2011), S. 66.

¹¹⁰ Vgl. Kapitel 4.2.

4.4 Bedürfnisse von MmD und ich ihren Angehörigen

Wie bereits in Kapitel 2.2 dargestellt, kann der Krankheitsverlauf unabhängig von Demenzform und Stadium der Erkrankung sehr individuell ausfallen. Aus diesem Grund sind auch die Bedürfnisse der Betroffenen sehr unterschiedlich und im allgemeingültigen Umgang mit Betroffenen können lediglich grundlegende Tendenzen vermittelt werden.

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass sich die Bedürfnisse von MmD im Wesentlichen mit den Wünschen und Bedürfnissen anderer Menschen der entsprechenden Altersgruppe decken.¹¹¹

Grundsätzlich ist es von großer Bedeutung konsequent auf die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen einzugehen. Hierzu gehört unter anderem, die Selbstbestimmung und die Selbstständigkeit der Betroffenen zu erhalten, die Möglichkeit vorhandene Fähigkeiten weiterhin zu nutzen und die gewohnten alltäglichen Dinge fortzuführen. Des Weiteren ist MmD wichtig, weiterhin am gewohnten Leben teilzuhaben und einen Sinn darin zu erleben. Um die Bedürfnisse der Betroffenen bestmöglich abdecken zu können, bedarf es eines großen Verständnisses in der Öffentlichkeit.¹¹²

Hinzu kommt, dass MmD aufgrund ihres hohen Alters oder der Folgen der Demenz auch von weiteren Einschränkungen in der Mobilität oder anderen Bereichen des täglichen Lebens sowie von Begleiterkrankungen betroffen sind.¹¹³

Damit besteht die Gefahr, dass im Zuge einer Reise aufgrund der Einschränkungen weitere Probleme entstehen können, die seitens der Anbieter möglichst minimiert werden sollten. Hierfür bedarf es umfassender Logistikkonzepte bei Reisen für MmD¹¹⁴. So sollte der Transport der Menschen in die Tourismusregion möglichst unkompliziert gestaltet werden. Zudem können medizinisch-pflegerische Fachdisziplinen in die Reise mit einbezogen werden, sodass die Versorgung am Reiseort gesichert ist. Bei hinreichender Vernetzung besteht dann die Möglichkeit, dass die Fachkräfte vor Ort mithilfe von Patienteninformationen wie zum Beispiel einer Pflegedokumentation, sowie ärztlicher Katamnesen eine weiterhin qualitativ hochwertige Versorgung in der Tourismusregion sicherstellen können.¹¹⁵

Wege und Räumlichkeiten sollten aufgrund der kognitiven Einschränkungen infolge der Demenz übersichtlich gestaltet sein. Zudem sollten sämtliche Kontaktpersonen einen offenen und an den Bedürfnissen der Betroffenen orientierten Umgang aufweisen. Dies ist möglich, indem die

¹¹¹ Vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft (2011), S. 48.

¹¹² Vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft (2011), S. 48- 52.

¹¹³ Statista (2017): <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/318221/umfrage/...>, abgerufen am 10.08.2017.

¹¹⁴ Barkholdt, C. et al. (1999), S. 492.

¹¹⁵ Vgl. Ebd.

unterschiedlichen Akteure vor Ort ein Verständnis für das demenzlogische Verhalten besitzen und Problemsituationen identifizieren und situativ adäquat reagieren können.

Die Gruppe der Angehörigen ist bei der Betreuung von MmD zahlreichen Belastungen ausgesetzt. So tragen die Angehörigen häufig eine große Verantwortung für zahlreiche Bereiche des Lebens der Betroffenen und haben zugleich die Aufgabe, Autonomie und Würde der Betroffenen zu wahren. Zudem stehen Angehörige in einer emotionalen Nähe zu den Betroffenen und müssen nun mit dem kognitiven Abbau ihrer zu pflegenden Angehörigen umgehen.¹¹⁶ Hinzu kommen Ängste vor Fehlern, die Trauer aufgrund des Identitätsverlustes der nahestehenden Person und in der Folge in vielen Fällen zur sozialen Isolation. All dies bedeutet Stress, bis hin zu körperlichen Beschwerden.¹¹⁷ Für Angehörige von MmD ist es daher von großer Bedeutung „aus dem Alltag herauszukommen“, und Möglichkeiten der Entlastung sowie Angebote zur Selbstpflege in Anspruch zu nehmen. Die analysierten Bedürfnisse von MmD und ihren Angehörigen können teilweise auch mithilfe niedriger Investitionsvolumen getätigt werden, indem Angebote niedrighwelliger Strukturen geschaffen werden, die einen Teil der Betroffenen ansprechen. Insbesondere im Frühstadium einer Demenz ist dies in vielen Fällen möglich, da die Einschränkungen oftmals noch nicht sehr stark ausgeprägt sind.

5 Interviews mit Anbietern zur Marktsituation

5.1 Hintergrund, Fragestellung und Ziel der Befragung

Um zu untersuchen, wie sich die Situation der Anbieter von Destinationen für MmD und ihre Angehörigen in den unterschiedlichen Bereichen gestaltet, wurden qualitative Interviews mit verschiedenen Anbietern durchgeführt. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass bislang keine Evaluationen oder anderweitigen Untersuchungen zu den Angeboten identifiziert werden konnten, sollte zunächst mit explorativem Charakter ermittelt werden, wie sich die Marktsituation der Anbieter in der Praxis gestaltet. Hinzu kommt, dass der Tourismusmarkt für MmD bislang nur vereinzelt mit Angeboten vertreten ist.

Im Fokus der Analyse stand daher, den Status Quo der Angebote darzustellen und daraus abzuleiten, welche Möglichkeiten von Destinationen für MmD und ihre Angehörigen derzeit umgesetzt werden und wie sich die Vermarktung der Angebote gestaltet. Zudem wurde zur Bewertung der Destinationen analysiert, welche Eindrücke die Anbieter von der Wirksamkeit ihrer Reisen haben

¹¹⁶ Vgl. BAGSO (2012), S. 7.

¹¹⁷ Vgl. Ebd., S. 15-27.

und wie die Qualität der Angebote nach Schilderungen der Anbieter aus pflegfachlicher Sicht einzuschätzen ist.

Untergeordnete Fragestellungen zur Analyse der Angebote und späteren Bewertung der Marktsituation waren hierbei:

1. Welches Angebotspektrum existiert bislang auf dem Tourismusmarkt für MmD und ihre Angehörigen und wie sind die Destinationen konkret gestaltet?
2. Wie gestaltet sich die Nachfrage in der Praxis?
3. Welche Kommunikations- und Distributionswege verfolgen die Anbieter um Angebot und Nachfrage zusammenzubringen?

5.2 Methodik

5.2.1 Stichprobenauswahl

Auf Grundlage der Marktanalyse konnten einzelne Anbieter von Destinationen für MmD und ihre Angehörigen ermittelt werden. Diese sind in ganz Deutschland verteilt, weshalb die Interviews telefonisch erfolgten. Da sich im Zuge der Recherchen herausgestellt hat, dass die Anbieter von Destinationen in ganz unterschiedlichen Marktbereichen vertreten sind, wurde versucht, Einblicke in die unterschiedlichen Bereiche zu erhalten. Nach einer ersten telefonischen Kontaktaufnahme mit den Anbietern erfolgte die Auswahl eines Anbieters aus dem Pflgetouristischen Bereich, aus dem Bereich der Hilfsorganisationen sowie aus dem Bereich des Seniorentourismus¹. Insgesamt erfolgten drei Interviews (n=3).

Bei der Stichprobenauswahl wurde darauf geachtet, dass die Interviewpartner in der Funktion eines Entscheidungsträgers für die Angebote standen und die Zuständigkeiten in Organisation, Koordination und Weiterentwicklung diesen Personen obliegen. Der Interviewpartner des Seniorenreiseanbieters konnte im Vorgespräch noch keine Destinationen vorweisen, die explizit auf MmD und ihre Angehörigen ausgelegt waren, konnte jedoch umfassende Erfahrungsberichte mit MmD auf nicht speziell für diese Zielgruppe ausgelegten Reisen schildern. Er gab an, sich in der Phase der Konzeptentwicklung von Angeboten für MmD und ihre Angehörigen zu befinden.

5.2.2 Interviewmethode und Leitfaden

Die Interviews wurden telefonisch durchgeführt. Als zeitlicher Rahmen wurden pro Interview 20 bis 30 Minuten angesetzt.

Die Interviews erfolgten leitfadengestützt. Der Interviewleitfaden beinhaltete die Themenkomplexe "allgemeine Informationen über die Anbieter und die Destinationen", "Kundenbedürfnisse und qualitative Anforderungen an die Angebote" sowie den Themenkomplex "Marketing".¹¹⁸ Im jeweiligen Themenbereich erfolgte ein Vermerk über die für die Anbieteranalyse relevanten Informationen sowie über die sich daraus ergebenden Fragestellungen. Die Befragung erfolgte mit halboffenen sowie offenen Fragen. Als Grundlage für die Erstellung des Interviewleitfadens dienten die Leitfragen zur Marktanalyse und zur Situation des Unternehmens¹¹⁹ sowie die relevanten Informationen zur Ermittlung der Marktattraktivität sowie möglicher Markteintrittsbarrieren aus Sicht der Anbieter. Allen Anbietern wurde zur Vorbereitung einige Tage vorab der Leitfaden zugesendet.¹²⁰

5.2.3 Erfassung, Aufbereitung und Auswertung der Daten

In den Befragungen wurde aufgrund der vorab getätigten Analysen sowohl induktiv als auch deduktiv vorgegangen. Zudem wurde aufgrund der unterschiedlichen Positionierung auf dem Markt sowie dem unterschiedlichen Erfahrungsschatz der einzelnen Anbieter über Angebote für MmD und ihre Angehörigen in der Befragung situativ vom Leitfaden abgewichen. Ferner wurden zu den in den vorherigen Interviews generierten Erkenntnissen weitergehende Fragen gestellt, um eine Vergleichbarkeit der sehr unterschiedlichen Anbieter herstellen zu können.

Die Interviews wurden mithilfe eines Tonbandgerätes aufgenommen und im Anschluss transkribiert. Die Auswertung erfolgte in Anlehnung an die Inhaltsanalyse nach Mayring.¹²¹ Hierfür wurden im Anschluss an die Transkription aus den bereits im Leitfaden vordefinierten Analyseeinheiten Kategorien gebildet und in ein Categoriesystem zusammengeführt. Im Anschluss wurden die Textelemente anhand der inhaltlich stärksten Ausprägungen der Aussagen den Kategorien zugeordnet und die Kategorien überarbeitet, sodass in allen Interviews ein einheitliches Categoriesystem vorhanden war. Hierfür wurden die Kernaussagen der zu den Kategorien zugeordneten Textstellen extrahiert und in die jeweilige Kategorie zusammengeführt. Im Anschluss wurden die Ergebnisse durch Paraphrasen und Ankerbeispiele aufbereitet.¹²²

¹¹⁸ Vgl. Anhang I.

¹¹⁹ Vgl. Homburg (2012), S. 480- 484; S. 494- 496.

¹²⁰ *Die Einsicht des Leitfadens vorab war für einige Anbieter eine Voraussetzung für die Teilnahme.*

¹²¹ Vgl. Mayring (2010), S. 92- 94.

¹²² Vgl. Kapitel 5.3.

5.2.4 Limitationen der Befragungen

Da die Befragung ausschließlich mit Anbietern durchgeführt wurde, die bereits Angebote für MmD und ihre Angehörigen vertreiben oder derzeit dabei sind Konzepte zu entwickeln, ist davon auszugehen, dass alle befragten Anbieter die Zielgruppe von MmD und ihren Angehörigen aus ökonomischen, fachlichen oder anderweitigen Gründen als attraktive Zielgruppe für derartige Angebote betrachten. Dies bedeutet, dass mithilfe der getätigten Befragung keine Aussagen über Gründe gegen diese Zielgruppe identifiziert werden können. Des Weiteren äußerte ein Anbieter bereits vor der Befragung große Sorge im Hinblick auf die Verwertung des Interviewmaterials und wollte eine schriftliche Bestätigung haben, dass die Befragung ausschließlich im Rahmen einer Abschlussarbeit stattfindet und nicht vor dem Hintergrund, um Informationen für andere Wettbewerber zu generieren.

Des Weiteren ist zu betonen, dass auf Grundlage der kleinen Stichprobe (n=3) sowie der sehr vielfältigen Tätigkeit der Anbieter in ganz unterschiedlichen touristischen Bereichen nur bedingt eine Vergleichbarkeit zwischen den unterschiedlichen Interviews hergestellt werden kann. Zudem können auf Grundlage der Ergebnisse nur die subjektiven Eindrücke der Anbieter aus der Praxis dargestellt werden.

5.3 Ergebnisse der Interviews

5.3.1 Das Angebotsspektrum

Die Angebote sehen ein barrierefreies Programm und eine umfassende Betreuung vor.

Zwei der befragten Anbieter gaben an, dass MmD regelmäßig auch an Reisen für anderweitig eingeschränkte Menschen teilnehmen. Dies sei nach Aussage der Anbieter zwar möglich, jedoch sei die Betreuung auf den nicht speziell auf MmD ausgerichteten Reisen nicht umfassend genug, sodass hier die Angehörigen aktiv werden müssten.

„Also, es ist natürlich schon so, dass auf der einen Seite mehr MmD sind und auf der anderen weniger aber dass das so komplett getrennt ist, in der Realität oft nicht. [...] ist ein Ehepartner vor Ort der dann aufpasst dann nehmen wir auch schonmal Demenzkranke mit auf andere Reisen.“¹²³

„[...] bis zu einem gewissen Grad können das auch unsere Reisebetreuer Händeln, aber wenn es dann losgeht, dass die Gäste nachts ihr Zimmer verlassen oder einfach die Orientierung verlieren,

¹²³ Interview 1, S. 5, Z. 27- 29, Z. 32- 37.

bei Spaziergängen plötzlich nicht mehr zurück finden und so, dann kommen wir halt an einen Punkt, wo wir das so mit unserem bisherigen Konzept nicht mehr sicherstellen können. ¹²⁴

Die speziell für MmD ausgerichteten Reisen beinhalten nach Aussage der Anbieter insgesamt eine umfassendere Betreuung. Alle befragten Anbieter gaben an, ausschließlich Gruppenreisen in unterschiedlich großen Gruppen anzubieten.

Als Gründe für die Entwicklung der Angebote gaben alle Anbieter einen wachsenden Bedarf in der Gesellschaft an. Insbesondere Angehörige von MmD wünschten sich zunehmend Entlastungsmöglichkeiten beim Reisen und sogar alleinstehende MmD fragten nach Aussage eines Anbieters mittlerweile Reisen nach. Die bereits bestehenden Angebote seien zudem aufgrund sehr unterschiedlicher Bedürfnisse der Betroffenen und der Angehörigen in den unterschiedlichen Stadien umstrukturiert worden, sodass es Reisen für Menschen im frühen, im fortgeschrittenen und im Endstadium der Krankheit gebe. Für Betroffene im fortgeschrittenen bzw. Endstadium der Erkrankung erfolge eine verstärkte Zusammenarbeit mit Pflegediensten vor Ort.

„So ist das jetzt seit geraumer Zeit, dass die früh Erkrankten nach [Ort anonymisiert] fahren, da steht auch ganz klar im Fokus Hilfe zur Selbsthilfe; und ab dem mittleren Stadium bis eben zum Schluss fahren die Herrschaften nach [Ort anonymisiert], da ist vor Ort auch ein Pflegedienst, der also Einschränkungen, die on top dazukommen sehr gut händeln kann.“ ¹²⁵

Die Betreuung sowie die inhaltliche Ausgestaltung des Urlaubsprogramms für die Betroffenen erfolgt in der Regel durch die Anbieter und reicht von Ausflügen und einem gemeinsamen Beisammensein bis hin zu gesundheitsförderlichen Elementen wie einem Gedächtnistraining bei einigen Anbietern.

In der Regel wird seitens der Anbieter ein Fahrdienst gestellt bzw. durch andere Unternehmen vom Anbieter organisiert, der die MmD aus der Häuslichkeit bis zum Urlaubsort bringt.

Angehörige werden ebenfalls aktiv in die Angebote eingebunden bzw. dies ist von dem Anbieter, der gerade ein Reisekonzept entwickelt, geplant. Die Art und Weise des Einbezugs ist zwischen den Anbietern jedoch sehr unterschiedlich. So gab ein Anbieter an, dass der Schwerpunkt in der Entlastung durch eine qualifizierte Rundum- Betreuung liege, sodass die Angehörigen freie Zeit für sich selbst hätten. Einer der Befragten gab an, auch die Angehörigen aktiv in ein separates Reiseprogramm einzubinden, in dem Pflegekurse, Schulungen oder anderweitige Informationsveranstaltungen sowie Einzelgespräche vorgesehen seien, das bis zur Erstellung eines

¹²⁴ Interview 3, S. 2, Z. 52- 57.

¹²⁵ Interview 2, S. 1, Z. 19- 24.

komplett separaten Urlaubsprogramms für die begleitenden Angehörigen gehe, welches neben einer räumlichen Trennung (auf Wunsch) zusätzlich ein umfassendes aktives gesundheitsförderndes Programm für die Angehörigen vorsehe.

„Wir haben in diesem Jahr erstmals [...] noch eine extra Kraft, also noch eine dritte zusätzliche Kraft zu der 1:1 Betreuung mitgenommen, die sich speziell um die pflegenden Angehörigen gekümmert hat. Also das fing morgens schon an mit einem Angebot an Sport, Gymnastik, Frühspport, autogenes Training war da, Pflegeberatung und Pflegekurs, also, dass wir wirklich richtig mit Programm daran gearbeitet haben, dass die Angehörigen unabhängig von den Erkrankten was machen.“¹²⁶

Des Weiteren gab ein Teil der befragten Anbieter an, dass bereits vorab Informationstreffen stattfänden. Die Treffen dienten nach Aussage der Anbieter dazu, Sorgen vor der Reise zu nehmen und die Erwartungen der Kunden zu klären, sodass die Angehörigen genau wissen, was auf sie zukomme. Außerdem möchten sich die Anbieter individuell auf die Reisenden einstellen. Hierfür würden vorab die Wünsche sowie die Unterstützungsbedarfe der Erkrankten sowie der Angehörigen erhoben.

„Also wir haben einen ziemlich umfangreichen Fragebogen, wo es um die Urlaubswünsche desjenigen geht und den Pflegebedarf. Und da werden dann auch sehr gezielt Interessen abgefragt, [...]“¹²⁷

„[...] gute vier Wochen vorab geben wir [...] ein Informationstreffen [...] dann wird der Urlaub nochmal ganz konkret besprochen [...] was dort wie funktioniert und was im Vorwege erledigt werden muss.“¹²⁸

5.3.2 Bedürfnisse der Zielgruppe aus Anbietersicht

Bei der Betrachtung der Bedürfnisse gaben die Anbieter an, dass die Angehörigen oftmals Sorgen vor neu entstehenden Problemen aufgrund der bevorstehenden Reise hätten. Diese könnten nach Aussage der Interviewpartner oftmals durch eine umfassende Betreuung und adäquate Planung während der Reise und vorab minimiert werden. Zudem trage die Tatsache einer Reise in einer

¹²⁶ Interview 1, S. 2, Z. 67- 74.

¹²⁷ Interview 1, S. 12, Z. 345- 351.

¹²⁸ Interview 2, S. 14, Z. 427- 429, Z. 430- 433.

Gruppe mit anderen Betroffenen positiv zum Sicherheitsempfinden der Angehörigen bei, da die Sorge vor Stigmatisierung minimiert sei.

„Und was denen auch sehr wichtig ist, ist, dass es sehr gewissenhaft vorbereitet ist. Also viele Rollstuhlfahrer haben wirklich Angst eben nach draußen zu gehen, [...] oder wenn jemand nicht mehr gut essen kann [...] und wenn die eben merken, es ist gut vorbereitet und es führt nicht zu Problemen, das ist für die auch ein ganz wichtiges Kriterium.“¹²⁹

Ein weiteres Bedürfnis von MmD und ihren Angehörigen ist nach Eindruck der Anbieter der Wunsch nach sozialer Integration auf der Reise. So spiele das regelmäßige Beisammensein für viele eine ganz zentrale Rolle, da sie im Alltag aufgrund der Erkrankung bzw. der Pflege und Unterstützung der Erkrankten isoliert seien und es genießen in Kontakt mit anderen Menschen zu treten.

„Also ganz, ganz viele finden es einfach schön mit anderen zusammen irgendwie fröhlich zu sein und sich zu unterhalten, [...] das ist noch wichtiger als das eigentliche Ausflugsprogramm [...].“¹³⁰

Insgesamt gaben die Interviewpartner an, dass bei den Angehörigen oftmals eine Überforderungs- insbesondere zu Beginn der Erkrankung- zu beobachten sei, da ihnen das Wissen über die Erkrankung und den Umgang damit fehle. Zudem wurde angegeben, dass sich die Angehörigen oft in einer extrem hohen Belastungssituation befänden und sich während des Programms oft nicht von ihren zu betreuenden Angehörigen trennen könnten.

„Also wir haben die Erfahrung gemacht, dass es gerade Angehörigen von MmD unglaublich schwer fällt sich rauszuziehen. [...] das ist für unsere Helfer echt Schwerstarbeit [...], dass dann die Partnerin oder der Partner wirklich mal sagt „ich zieh mich jetzt zurück, ich mach mein Ding und heut Abend sehen wir uns wieder“.“¹³¹

Nach Aussage eines Anbieters seien die Angehörigen teilweise in einer Belastungssituation, bei der eine kurzzeitige Reise zur Regeneration nicht mehr ausreiche. In solchen Fällen würden Rehas empfohlen. Insgesamt überwiegen die Vorteile der Reisen die Nachteile deutlich. So hätten viele Angehörige ein schlechtes Gewissen, ihre betroffenen Familienmitglieder in eine Kurzzeitpflege zu geben. Zudem verstärke sich dort nach Aussage des Anbieters die Situation in vielen Fällen. Auf

¹²⁹ Interview 1, S. 9, Z. 261- 268.

¹³⁰ Interview 1, S. 9, Z. 257- 261.

¹³¹ Interview 1, S. 3, Z. 62- 67.

den Reisen könne die Situation für alle in vielen Fällen aufgrund der weiterhin bestehenden Nähe zu den vertrauten Angehörigen und einem hohen Betreuungsschlüssel meist besser gehandelt werden. Dies beruhige insbesondere die Angehörigen.

"[...] viele Angehörige sagen uns, dass das eben für sie deutlich entspannter ist [...] mit dieser intensiven Betreuung."¹³²

Zudem gaben die Anbieter an, dass die Bedürfnisse sehr individuell seien, weshalb ausreichend Freiräume im Programm belassen würden, die dann mithilfe der Betreuer vor Ort situativ ausgestaltet werden könnten. Aufgrund der unterschiedlichen Bedürfnisse sowie der sehr unterschiedlichen Krankheitsverläufe könne es aber auch hin und wieder zu Streitigkeiten innerhalb der Gruppe kommen.

„[...] wenn da eine Zehnergruppe ist und dann haben Sie jemanden, der eine frontotemporale Demenz hat, der kann die Gruppe sprengen.“¹³³

5.3.3 Die Nachfragesituation von Angeboten für MmD und ihre Angehörigen

Grundsätzlich gaben alle Anbieter an, dass die Nachfrage durch MmD in den vergangenen Jahren zugenommen habe. Dies gelte sowohl für Angebote für eingeschränkte Menschen, die nicht speziell für MmD entwickelt wurden, als auch für die Angebote speziell für MmD. So hätten die Anbieter in den vergangenen Jahren vermehrt MmD sowie pflegende Angehörige als Reisende gehabt und aus diesem Grund auch neue Konzepte erstellt oder bereits vorhandene Angebote weiter ausdifferenziert.

„[...] da verspüren wir jetzt in den letzten Jahren eigentlich eine starke Zunahme [...] der Nachfrage [...] typischerweise das halt ein Ehepaar, der eine ist geistig fit und der andere demenziell eingeschränkt und die wollen zusammen Urlaub machen [...].“¹³⁴

Grundsätzlich gilt, dass vorwiegend die Angehörigen auf die Anbieter zukommen und Reiseangebote nachfragen. Daher ist die eigentliche Zielgruppe nicht regelhaft auch der Nachfrager.

¹³² Interview 1, S. 7, Z. 216- 218.

¹³³ Interview 2, S. 14, Z. 424- 426.

¹³⁴ Interview 3, S. 3, Z. 67- 73.

„Also in der Regel sind es [...] die Angehörigen, die Partner oder es sind auch Kinder, die für ihre Eltern anrufen. Weniger sind es Betreuer die anrufen oder eben Freunde [...].“¹³⁵

Bei der Kundenstruktur ist zu beobachten, dass verstärkt die Erkrankten im Alter von etwa 80 Jahren mitreisen, seltener junge MmD. Des Weiteren ist die Finanzierbarkeit im Vergleich zu herkömmlichen Reisen oft erschwert. Zwar können finanzielle Möglichkeiten im Rahmen der Verhinderungspflege oder Betreuungsleistungen in Anspruch genommen werden, eine Abrechnung über die Leistungen der Kurzzeitpflege beinhaltet jedoch Anforderungen die seitens der Anbieter in der Regel nicht erfüllt werden können.

„Das sind halt schwerfällige Gesetze. Für eine Kurzzeitpflege sind halt gewisse bauliche Voraussetzungen notwendig. Um als Kurzzeitpflegedienst anerkannt zu werden muss man 24 Stunden 365 Tage im Jahr das anbieten, [...] daher fallen wir aus diesem Raster raus.“¹³⁶

Die zusätzliche Betreuung sowie die barrierefreien Unterkünfte und Fahrdienste führen laut Anbietern zu Mehrkosten, die von der Zielgruppe selbst getragen werden müssten. Tendenziell seien die Reisen teurer als übliche Reisen. Daher kämen die Nachfrager nach Ansicht eines Großteils der Anbieter vorwiegend aus dem finanziell besser gestellten Teil der Bevölkerung.

„[...] also es sind doch eher - würde ich sagen - Besserverdiener. Es ist so, die Reisen sind relativ teuer, eben durch die 1:1 Betreuung [...] ich sag mal so als Faustformel zwei bis drei Mal so teuer wie eine vergleichbare Reise ohne Begleitung.“¹³⁷

[...]also natürlich ist es auch was für Wohlhabende aber ich sag mal die Masse ist Mittelstand.“¹³⁸

Für die nicht so finanzkräftigen Interessierten gaben zwei der befragten Anbieter an einen Förderverein zu haben, der bei Bedarf einen kleinen Teil der Reise bezuschusse.

Insgesamt wird die Reisetreue bei den finanziell gut Gestellten der Zielgruppe als sehr hoch angesehen. So würden viele Kunden gleich mehrere Reisen im Jahr buchen.

„Und so haben wir einige Gäste, die mehrere Reisen im Jahr buchen und die Mehrzahl der Reisenden, die fährt fast jährlich mit uns. Also sehr hohe Treue;“¹³⁹

¹³⁵ Interview 2, S. 11, Z. 327- 330.

¹³⁶ Interview 1, S. 7, Z. 196- 200.

¹³⁷ Interview 1, S. 5- 6, Z. 152- 157.

¹³⁸ Interview 2, S. 8, Z. 235- 237.

¹³⁹ Interview 3, S. 8, Z. 239- 241.

Ein Teil der Interviewpartner gab an, dass es schwer sei derartige Angebote kostendeckend zu gestalten.

„Da kann man kein Geld mit machen [Lachen]. Und wenn man damit Geld macht, dann würde [...] die Klientel, die sich diesen Urlaub leisten kann sprunghaft nach oben steigen. Dann sind wir nämlich nur noch bei den Betuchten.“¹⁴⁰

Insgesamt ist jedoch eine Öffnung der Angebote in den letzten Jahren zu verzeichnen. So gab der Anbieter aus den Reihen der Hilfsorganisation an, dass verstärkt Kunden, die noch keine Berührungspunkte mit der Organisation gehabt hätten verstärkt auf den Anbieter zukommen.

„Also als das Thema noch in den Kinderschuhen war, hat man das aus den eigenen Reihen besetzt. [...] mit der Zeit [...] ist es offener geworden, auch bundesweit offener geworden und das Internet hat auch ganz viel gemacht [...].“¹⁴¹

5.3.4 Qualitätsaspekte der Angebote

Die Qualität der Angebote ist sehr schwer einzuschätzen. Insgesamt äußerten die Anbieter, dass die Betreuer während der Reise stetig Feedbacks einholen und im Nachhinein gemeinsame Besprechungen mit der Reiseleitung und allen anderen Beteiligten stattfinden.

Vereinzelt würden seitens der Anbieter in regelmäßigen Abständen auch vor Ort Qualitätskontrollen durchgeführt. Zudem würden oft im Nachhinein Gespräche mit den Reisenden geführt und dabei Feedbacks eingeholt. Standardisierte Befragungen seien vereinzelt durchgeführt, jedoch nach kurzer Zeit wieder eingestellt worden, da die Rückmeldungen seitens der Kunden nach Einschätzung der Interviewpartner nur bedingt aussagekräftig seien.

„[...] also ich wäre sehr dankbar um so etwas, aber die sagen das gar nicht, weil sie einfach hoffen, dass sie das nächste Mal auch wieder mitfahren dürfen. [...] die gehen davon aus, sie fahren mehrfach mit uns. Und in aller Regel erfahre ich da leider nichts Negatives.“¹⁴²

Die Wirksamkeit der Reisen ist nach Einschätzung der Interviewpartner sehr hoch. Diese Einschätzung erfolgt jedoch auf Grundlage von subjektiven Einschätzungen bei der Betrachtung der

¹⁴⁰ Interview 2, S. 15, Z. 455- 459.

¹⁴¹ Interview 2, S. 5, Z.130- 131, Z. 133-136.

¹⁴² Interview 2, S. 13, Z. 373- 375, Z. 376- 379.

Kunden sowie den im Anschluss stattfindenden Feedbackrunden. Einheitliche Befragungen im Anschluss würden nicht immer durchgeführt bzw. seien aufgrund mangelnder Aussagekraft nach kurzer Zeit eingestellt worden.

„wir rufen immer die Gäste an, so ungefähr ein bis zwei Wochen nach der Reise. Und da kommt dann als Rückmeldung ja, sehr viel Zufriedenheit und was am meisten dazu beiträgt ist im Prinzip die Gesellschaft.“¹⁴³

Die Qualifikation der Betreuer sei sehr unterschiedlich. Überwiegend bestehe die Betreuung aus speziell geschulten ehrenamtlichen Helfern, die teilweise durch examinierte Pflegefachkräfte unterstützt würden. Der Betreuungsschlüssel reiche bis hin zu einer 1:1 Betreuung.

Die Reiseanbieter prüfen vorab Unterkünfte oder haben bereits feste Kooperationen mit einzelnen Unterkünften. Bei Bedarf werden Pflegedienste gestellt. Hier bestehen oftmals jedoch keine festen Kooperationen und die Dienste werden abhängig vom Reiseziel und den Bedarfen in der Gruppe situativ organisiert und seitens der Anbieter beauftragt. Dies führe häufig zu Organisationsproblemen.

„[...] wir spüren also ganz deutlich dieses Thema Pflegenotstand, weil einfach viele Pflegedienste sagen "nein wir können in der Zeit nicht noch jemanden zusätzlich übernehmen." Und das ist für uns sehr schwierig und wir haben bisher zwar deswegen niemals eine Reise absagen müssen aber manchmal stand es "knapp auf Spitz" [...].“¹⁴⁴

5.3.5 Kommunikations- und Vertriebswege der Angebote

Die Kommunikations- und Vertriebswege der einzelnen Anbieter sind sehr unterschiedlich. Neben dem Internet und herkömmlichen Kommunikationsplattformen über Veranstaltungen, Handzettel und Mund-zu-Mund Propaganda kommunizieren einzelne Anbieter die Reiseangebote über Hilfsorganisationen, Pflegedienste oder allgemeine Inhouse Veranstaltungen in (teil)stationären Einrichtungen wie Seniorenresidenzen.

Des Weiteren gab ein Anbieter an, die Destinationen über Reisebüros zu kommunizieren sowie zu vermarkten. Dieser Weg wurde vom Anbieter jedoch für sehr schwerfällig erachtet.

¹⁴³ Interview 1, S. 9, Z. 253- 256.

¹⁴⁴ Interview 3, S. 12, Z. 345- 352.

„ein Vertriebsweg, der sehr zäh ist, weil typischerweise Büroexperten mit diesem Thema wenig anfangen können, wenig Erfahrung haben, [...] zumal die Zielgruppe selbst ja auch gar nicht ins Reisebüro kommt, das sind da eher die Enkel oder die Kinder [...].“¹⁴⁵

Beim Vertrieb gaben zwei Anbieter an, ausschließlich über einen telefonischen oder persönlichen Austausch ihre Angebote zu vertreiben. Die Anbieter sprachen sich ganz klar gegen einen Vertrieb der Angebote über Buchungsplattformen oder anderweitige klassische touristische Vertriebswege wie Reisebüros aus.

„[auf die Frage der Vertriebswege über Buchungsplattformen, Internet und Telefon] [...] um wirklich einfach einen Eindruck von den Gästen zu bekommen und das Richtige anzubieten müssen wir mit denen Reden. [...] mindestens über Telefonate, und in der Regel [...] machen wir auch Hausbesuche. [...]. Dann weiß man wie es zuhause ist, welche Hilfsmittel die dahaben [...].“¹⁴⁶

Insgesamt schätzen die Anbieter es als äußerst schwierig ein, die Angebote an die Zielgruppe von MmD und ihre Angehörigen heranzutragen, da ein Großteil der Zielgruppe vorwiegend zuhause sitzt und die eigentlichen Nachfrager oftmals die Angehörigen sind.

„[...] generell muss man einfach sagen, es ist sehr sehr schwer an diese Zielgruppe heranzukommen. Eben einfach auch weil die meistens zuhause sind [...] also, es ist schwierig diese Zielgruppe zu erreichen. [...] so allgemein ist es, so glaube ich, keine einfache Klientel für das Marketing.“¹⁴⁷

5.4 Diskussion der Ergebnisse

Die Anbieter stellen insgesamt viele Informationsmöglichkeiten zur Reise für MmD und ihre Angehörigen bereit. Viele Angebote scheinen maßgeschneidert zu sein und kontinuierlich weiterentwickelt und ausdifferenziert zu werden. Die Urlaube finden überwiegend in segregativer Form statt, sodass die MmD und ihre Angehörigen unter sich sind. Dies hat unterschiedliche Wirkungen. So brauchen die Betroffenen und ihre Angehörigen in der Gruppe keine Sorgen vor Stigmatisierung haben, können sich untereinander austauschen und sind nicht- wie oft im Alltag- alleingestellt. Dennoch scheinen sich die demenzkranken Reisenden tendenziell von anderen Reisenden oder Reisegruppen zu distanzieren, indem sie sich bevorzugt in einer Betreuungsgruppe unter Ihresgleichen aufhalten und vorwiegend ein ruhiges Programm wahrnehmen. Dies kann in

¹⁴⁵ Interview 3, S. 13, Z. 385- 390.

¹⁴⁶ Interview 1, S. 11, Z. 318- 325.

¹⁴⁷ Interview 3, S. 13, Z. 392- 394, Z. 398- 403.

vielen Fällen hilfreich für die Betroffenen sein, jedoch zeigt die Befragung auch, dass weiterhin herkömmliche Reisen für Senioren oder Reisen für anderweitig eingeschränkte Menschen - insbesondere im Frühstadium der Erkrankung - nachgefragt werden.

Die demographischen und politischen Veränderungen sind in der Arbeitspraxis der Anbieter offenbar bereits heute spürbar. Dies spiegelt sich in der steigenden Nachfrage wieder. Die Reisen sind aufgrund der sehr starken Zielgruppenorientierung und damit verbundenen Investitionen für Unterkunft und Betreuung insgesamt sehr teuer. Zuschüsse können infolge der Reformen aus den letzten Jahren zunehmend in Anspruch genommen werden, jedoch gibt es bei der Inanspruchnahme der bestimmter Budgets in vielen Fällen immernoch Probleme.

Bislang gibt es keine klaren Qualitätsanforderungen an derartige Angebote. Daher ist davon auszugehen, dass die Qualität der Angebote sehr schwankend ist. Dies zeigt beispielsweise die unterschiedliche Personaldichte sowie Qualifikation der Betreuung bei den befragten Anbietern. Zudem ist eine Vernetzung mit anderen Dienstleistern nur vereinzelt vorhanden und häufig insbesondere im Hinblick auf Pflegedienste am Reiseort nur sehr schwer zu realisieren. Die Unterkünfte hingegen erfüllen in vielen Fällen gute Voraussetzungen zur Sicherung der Qualität, da im Hinblick auf die Barrierefreiheit bereits einheitliche Qualitätskriterien und Din Normen vorhanden sind¹⁴⁸.

Die Kommunikations- und Vertriebswege der einzelnen Anbieter sind insgesamt sehr unterschiedlich. Während einige Anbieter ihre Angebote ausschließlich über den persönlichen Kontakt vertreiben, vermarkten andere ihre Angebote sowohl über das Internet als auch über Reisebüros. Dennoch gestaltet sich dieser Weg als äußerst schwierig, was zeigt, dass für derartige Angebote keine klassischen Vermarktungs- und Kommunikationswege vielversprechend sind. Der persönliche Kontakt erscheint im Hinblick auf die Zielgruppe sehr zielführend zu sein, da durch persönliche Vorgespräche Vertrauen und damit ein höheres Sicherheitsgefühl bei den Kunden aufgebaut werden kann. Des Weiteren können Erwartungen sowie der Pflege- bzw. Betreuungsbedarf und die Belastungssituation vorab direkt eingeschätzt werden. Insgesamt sind die Anbieter jedoch eigenständig dafür verantwortlich, ihre Angebote konkret umzusetzen. Strukturen, die es Anbietern ermöglichen mehr Reisen - auch in einem integrativen Format - anzubieten, scheinen bislang nicht zu existieren.

¹⁴⁸ O.V. (2017): Kennzeichnungssystem http://www.reisen-fuer-alle.de/kennzeichnungssystem_309.html, abgerufen am 23.07.2017

6. Bewertung der analysierten Ergebnisse

6.1 Chancen einer Implementierung pflegerischer Angebote auf dem Tourismusmarkt

Auf Grundlage der Recherchen sowie der Befragung haben sich einige Chancen einer Implementierung ergeben. Da im Vordergrund der Analyse und der anschließenden Bewertung die Frage nach den Potenzialen für den Tourismusbereich, jedoch auch für die Zielgruppe MmD und ihre Angehörigen stand, werden im folgenden Kapitel einerseits die Marktchancen für den Tourismusbereich, andererseits die Chancen einer Implementierung aus pflegefachlicher Sicht für die Betroffenen und ihre Angehörigen beurteilt.

6.1.1 Chancen für den Tourismusmarkt

Vor dem Hintergrund der demographischen Alterung besteht zunächst eine große Chance, Destinationen verstärkt auf die Zielgruppe der älteren Bevölkerung auszurichten. Hierbei werden zukünftig mehr erkrankte Menschen und insbesondere MmD in der Gesellschaft leben, weshalb zielgruppenspezifische Destinationen für altersbedingte Einschränkungen durchaus das Potenzial aufweisen, verstärkt nachgefragt zu werden.

Aufgrund eines steigenden Bildungsgrades sowie verbesserter Informationszugänge zu Versorgungsmöglichkeiten im Alter steigt das Bedürfnis bis ins hohe Alter selbstbestimmt leben zu wollen. Daher ist davon auszugehen, dass auch erkrankte oder bereits eingeschränkte Menschen zukünftig seltener auf eine Reise verzichten möchten. Dies zeigen ebenfalls die Statistiken zum Reiseverhalten von eingeschränkten Menschen sowie Senioren. Hier nimmt die Reiseintensität in den letzten Jahren stetig zu. Die Analysen im barrierefreien Tourismus zeigen, dass bei einer entsprechenden Angebotsausrichtung der Zielgruppe auch die Reiseintensität weiter steigt und neue Nachfrager generiert werden können. Es ist anzunehmen, dass dies ebenfalls für MmD und ihre Angehörigen gilt, was die Befragungen der Anbieter von Destinationen für MmD und ihre Angehörigen bestätigen. So werden die bereits entwickelten Angebote für MmD und ihre Angehörigen nach Aussage der Anbieter seit einigen Jahren verstärkt nachgefragt.

Im vergangenen Jahr wurde ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt, der zu einem erhöhten Leistungsanspruch für pflegebedürftige Menschen, und einem Zuwachs an Leistungnehmern - insbesondere von Menschen mit kognitiven Einschränkungen - geführt hat.

Deshalb ist anzunehmen, dass seitens des Tourismusmarktes bislang ein weitgehend unentdecktes Nachfragepotenzial der Zielgruppe besteht, welches verstärkt in die Auswahl von Destinationen

einbezogen werden sollte. Zudem können aufgrund der pflegerischen Reformen der letzten Jahre und insbesondere der Einführung der Verhinderungs- bzw. Urlaubspflege sowie der flexibilisierten Anwendung der Kurzzeitpflegebudgets als Verhinderungspflege zunehmend pflegerische Leistungen insbesondere im Bereich der Betreuung von Pflegebedürftigen auch für entsprechend ausgerichtete Reisen beantragt werden. Dies führt zu einer finanziellen Entlastung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen bei einer Reise.

6.1.2 Chancen für MmD und ihre Angehörigen

Die Frage nach dem Reiseverhalten von MmD und ihren Angehörigen kann nicht abschließend beantwortet werden. Die Befragungen der Anbieter haben jedoch ergeben, dass insbesondere die Sorge vor einer Stigmatisierung der Betroffenen bei auf MmD zugeschnittenen Reisen minimiert wird. Die Reisen, die speziell auf MmD ausgerichtet sind, erfolgen oftmals in segregativer Form, und werden gerne in Anspruch genommen, ebenso wie Angebote für gesundheitlich eingeschränkte oder behinderte Menschen, wenn es den MmD und deren Angehörigen in erster Linie um konkrete Urlaubsinhalte oder Reiseziele geht. Dies zeigt, wie individuell die Bedürfnisse sind, sodass auch speziell ausgerichtete Angebote nicht zwangsläufig die Wünsche der Betroffenen oder der Angehörigen im Hinblick auf das Reisen decken. Aus diesen Gründen bedarf es eines breiten Ausbaus der touristischen Ausrichtung für MmD und ihre Angehörigen. Sofern sich die Hilfs- und Unterstützungsangebote nicht ausschließlich auf die einzelnen Angebote beschränken, werden verstärkt die Bedürfnisse sowie die krankheitsspezifischen Bedarfe gedeckt werden können. Zudem besteht durch einen breiten Ausbau von Strukturen für MmD und ihre Angehörigen in herkömmlichen touristischen Strukturen die Möglichkeit, dass mit dem Thema Demenz eine verstärkte Auseinandersetzung in der Gesellschaft stattfinden wird.

Urlaube sind eine Möglichkeit zum Erhalt bzw. zur Wiederherstellung von Lebensqualität. Um die Betroffenen hierbei zu unterstützen, bedarf es Hilfestellungen vieler Akteure. Insbesondere bei der Betreuung von MmD droht den Angehörigen die soziale Isolation. Hierfür haben sich nach Aussage der Anbieter Gruppenreisen, die das soziale Beisammensein und einen Austausch fördern, bewährt. Jedoch wird es sicher auch immer Betroffene geben, die Einzelreisen Gruppenreisen vorziehen. Hier gilt es, das Nachfragepotenzial zu ermitteln und zu untersuchen, wie diese Menschen verstärkt für Urlaube und hierbei insbesondere für Destinationen für MmD und ihre Angehörigen angesprochen werden können

Die Befragung der Anbieter spricht insgesamt dafür, dass die Reisen die familiären Pflegepotenziale fördern und verbessern und mithilfe eines individuellen und betreuten Programms für MmD

zugleich die Lebensqualität der Betroffenen positiv beeinflussen können. Daher sind die Reisen als durchaus wirksam einzustufen. Auf Grundlage der getätigten Analysen besteht insbesondere vor dem Hintergrund der Entwicklungen und des damit einhergehenden steigenden Bedarfs neuer Versorgungskonzepte eine Möglichkeit, die häusliche und familiäre Versorgung nachhaltig positiv zu beeinflussen. So können Angehörige neue Möglichkeiten zur Entlastung und Selbstpflege wahrnehmen und ihre zu pflegenden Angehörigen unter Umständen länger und besser in der Häuslichkeit betreuen.

Die Befragungen haben jedoch auch gezeigt, dass viele Menschen erst in einer extremen Belastungssituation auf die Anbieter zukommen. In diesem Stadium benötigen die Betroffenen oft bereits eine rehabilitative Behandlung. Daher ist es sehr wichtig, derartige Angebote bereits frühzeitig an die Betroffenen heranzutragen. Dies ist über den touristischen Weg vermutlich einfacher als über Hilfsorganisationen, da zu Hilfsorganisationen in der Regel erst Kontakt aufgenommen wird, wenn bereits große Probleme oder Belastungen vorhanden sind.

Die befragten Anbieter gaben an, dass die Nachfrager in den letzten Jahren verstärkt aus der gesamten Gesellschaft stammen und weniger aus den Menschen, die bereits Angebote unterschiedlicher Hilfsorganisationen in Anspruch nehmen. Diese Tatsachen sprechen dafür, dass die Angebote durchaus verstärkt auch in touristische Bereiche implementiert werden sollten, um für alle Betroffenen frühzeitig Hilfs- und Unterstützungsangebote bereitzustellen, auch wenn im Alltag noch keine Unterstützung durch Pflegedienstleister oder Hilfsorganisationen besteht. Dadurch können zeitlich befristet Möglichkeiten der Unterstützung aufgezeigt werden, die dazu dienen, eine Erholung der Angehörigen und der Betroffenen zu gewährleisten und für den Umgang mit der fortschreitenden Krankheit stark zu machen.

6.2 Risiken einer Implementierung pflegerischer Angebote auf dem Tourismusmarkt

Neben den Chancen konnten für die Implementierung pflegerischer Angebote für MmD und ihre Angehörigen auf dem Tourismusmarkt auch einige Risiken identifiziert werden, die im folgenden Kapitel dargestellt werden. Die Risiken beziehen sich einerseits auf den direkten Tourismusmarkt sowie auf die Risiken einer Implementierung für unterschiedliche Zielgruppen. Hierbei standen die Risiken für die untersuchte Zielgruppe der MmD und ihren Angehörigen sowie die Risiken einer Implementierung für andere nicht gesundheitlich eingeschränkte Zielgruppen im Fokus der Bewertung.

6.2.1 Risiken für den Tourismusmarkt

Für den Tourismusmarkt bestehen im Hinblick auf eine Implementierung jedoch auch einige Risiken. Eine Implementierung von Angeboten geht immer mit entsprechenden Investitionen einher. Da bislang nicht abschließend geklärt ist, wie sich das Reiseverhalten von MmD und ihren Angehörigen gestaltet und wie hemmend sich die Erkrankung auf das Reiseverhalten der Zielgruppe in der breiten Masse der Gesellschaft auswirkt, ist unklar, in welchem Umfang derartige Angebote tatsächlich in Anspruch genommen würden.

Die Kosten der bislang auf dem Markt existierenden speziell ausgerichteten Reisen sind aufgrund einer sehr umfassenden Betreuung und ständiger Mitreise durch vom Anbieter bereitgestellte Betreuer trotz teilweiser Übernahme durch die Pflegeversicherung mit überdurchschnittlich hohen Kosten für die Kunden verbunden. Vor dem Hintergrund der Entwicklung der wirtschaftlichen Situation in der Gesellschaft ist unklar, wie zahlungskräftig die Zielgruppe zukünftig sein wird. Insgesamt ist davon auszugehen, dass die Menschen im Alter zukünftig weniger Geld für Freizeit- und Reiseangebote zur Verfügung haben werden.

Zudem ist unklar, wie sich die Möglichkeiten der Kostenübernahme durch die Pflegeversicherung zukünftig gestalten werden. Trotz der Reformen, die mit einer Flexibilisierung der Pflegebudgets einhergingen, bestehen auch heute noch Schwierigkeiten, Budgets aus der Kurzzeitpflege für die Betroffenen auf eine betreute Reise zu übertragen. Daher kann man Pflegeleistungen formal nicht über die Kurzzeitpflege abrechnen, was dafür spricht, dass die Budgets trotz der Reformen noch nicht hinreichend flexibilisiert wurden, um eine an den individuellen Bedürfnissen der Betroffenen angemessene Inanspruchnahme zu sichern.

Des Weiteren ist unklar, wie die Kommunikations- und Vertriebswege für die Zielgruppe gestaltet werden können, um umfassend alle Betroffenen und ihre Angehörigen erreichen zu können. Bereits pflegerische Angebote werden von den Betroffenen trotz vorhandener Einstufung zur Pflegebedürftigkeit in vielen Fällen nur sehr geringfügig nachgefragt. Spezifische Freizeit- und Urlaubsangebote an die Zielgruppe heranzutragen dürfte vergleichbar schwer sein. Hierbei wird es neuer Marketingstrategien bedürfen, da die Zielgruppe über die klassischen touristischen Vermarktungswege wie Reisebüros oder das Internet in vielen Fällen sicherlich nicht angesprochen werden kann. Dies bestätigte auch die Befragung der Anbieter. Möglicherweise würde eine persönliche Ansprache der Betroffenen und ihrer Angehörigen ein höheres Maß an Erreichbarkeit herstellen. Dies wäre möglich, indem die Angebote unmittelbar über Pflegedienstleister oder Veranstaltungen für MmD und ihre Angehörigen kommuniziert werden. Dennoch ist fraglich, ob dabei die große Masse der Betroffenen erreicht werden kann.

6.2.2 Risiken für die Zielgruppe MmD und andere touristische Zielgruppen

Eine verstärkte Ausrichtung von Destinationen für MmD birgt zudem einige Risiken für die Betroffenen sowie für andere herkömmliche touristische Zielgruppen. So ist unklar, wie andere Zielgruppen mit einer Ausrichtung von Destinationen umgehen würden. Die zunehmende Konfrontation mit Betroffenen sowie die öffentliche Ansprache der Zielgruppe MmD kann dazu führen, dass die Reiselust für "gesunde" Zielgruppen im Senioren- oder barrierefreien Tourismus aus Sorge vor ständigem Kontakt mit kognitiv eingeschränkten Menschen gemindert wird. Hier muss im Rahmen der Formulierung der Marketingstrategie sehr fürsorglich gehandelt und geprüft werden, wie das Außenmarketing gestaltet werden kann, um anderweitige Nachfrager möglichst beizubehalten.

Für MmD sowie die pflegenden Angehörigen bestehen ebenfalls einige Risiken. So wurde im Rahmen der Analyse deutlich, dass zwischen den Angeboten und Nachfragern Informationsasymmetrien bestehen. Zudem weisen die Destinationen keine einheitlichen Qualitätsmaßstäbe vor und sind hierzu bislang auch nicht rechtlich verpflichtet. Daher ist anzunehmen, dass es insbesondere für MmD - jedoch auch für die betreuenden Angehörigen - schwierig ist, die Qualität der Angebote einschätzen und entsprechend das passende Angebot identifizieren zu können. Außerdem besteht aufgrund fehlender Qualitätsvorgaben die Möglichkeit, dass Anbieter lediglich ökonomisch motiviert handeln und Destinationen qualitativ nicht hinreichend auf die Zielgruppe ausgerichtet werden. Hierzu gehören beispielweise fehlende Qualifikationen der Betreuer. Insbesondere MmD stellen aufgrund ihrer kognitiven Einschränkungen eine äußerst vulnerable Zielgruppe dar. Die Betroffenen können bei einem schlechten Service oder einer fehlenden Versorgung nicht adäquat reagieren. Zukünftig ist aufgrund der Entwicklungen davon auszugehen, dass zunehmend auch MmD ohne familiäre Begleitung reisen werden. Hierbei besteht verstärkt das Risiko, dass die für die Versorgung von MmD notwendigen qualitativen Anforderungen nicht eingehalten werden.

6.3 Möglichkeiten der pflegerischen Leistungserbringung im Rahmen des Destinationsmanagements

Um sich im Rahmen einer Tourismusstrategie als demenzfreundliche Region vermarkten zu können, bedarf es Maßnahmen, von denen einige Möglichkeiten im folgenden Kapitel dargestellt werden.

Organisation, Koordination und Vernetzung

Um die Zielgruppe von MmD stärker einbeziehen zu können, bedarf es insbesondere im Frühstadium einer Demenz keiner allumfassenden pflegerischen Maßnahmen oder einer großflächigen räumlichen Barrierefreiheit, da die Betroffenen in vielen Fällen noch sehr mobil sind und lediglich in geringem Umfang Unterstützung benötigen. Um entsprechende Strukturen herstellen zu können, bedarf es einer hinreichenden Vernetzung unterschiedlicher Akteure. So können Unternehmen aus dem Tourismusbereich mit Unternehmen aus dem Gesundheits- und Pflegebereich verstärkt zusammenarbeiten. Wie es im gesundheitstouristischen Bereich bereits vereinzelt geschieht, bedarf es zunehmend auch eines Einbezugs von pflegerischen Anbietern. So könnten zukünftig Pflegedienste verstärkt das Angebot verfolgen und in Reiseorten mit vorwiegend älteren bzw. eingeschränkten Menschen als Ansprechpartner für die Reisenden fungieren. Hierfür sollten verstärkt Kooperationen zwischen Tourismusverbänden oder einzelnen Anbietern sowie den Pflegediensten hergestellt werden.

Möglich wäre auch, dass stationäre Wohnformen am Urlaubsort verstärkt mit dem Aspekt der Kurzzeitpflege werben und pflegenden Angehörigen deutlich die Möglichkeiten einer Reise mit ihren eingeschränkten Angehörigen aufzeigen.

Eine weitere Möglichkeit der Vernetzung könnten die vor Ort existierenden Hilfsorganisationen wie Demenzinitiativen oder ähnliche informelle Hilfsstrukturen abbilden. Hier könnten speziell Angebote für Touristen generiert oder bestehende Angebote ausgeweitet werden, z.B. durch Informationsabende oder Beratungsangebote sowie Schulungen für die begleitenden Angehörigen.

Auch könnten verstärkt bereits bestehende Strukturen genutzt werden. So könnten sich touristische Regionen, sofern entsprechende Angebote für MmD und ihre Angehörigen vorhanden sind, mit Verbänden wie dem Verein NatKo- Tourismus für Alle e.V. vernetzen und somit Plattformen, die bereits auf die Zielgruppe eingeschränkter Menschen ausgerichtet sind zur Kommunikation sowie zum Vertrieb nutzen.

Schulung, Beratung und Qualifikation unterschiedlicher Akteure

Für die Zielgruppe der MmD und ihre Angehörigen sind Informationsangebote von großer Bedeutung. Diese könnten im touristischen Bereich ausgebaut werden. Um die Reisenden stärker anzusprechen, sollten die Angebote durch individuelle Beratungsmöglichkeiten oder Vorgespräche vor dem Urlaub ausgeweitet und verstärkt auch auf den touristischen Kommunikationswegen präsent sein.

Touristische Anbieter sollten dahingehend geschult werden, dass sie qualifiziert umfassende Informationen zu möglichen Angeboten geben, Synergien zwischen der individuellen Bedürfnislage der jeweiligen Betroffenen und den bestehenden Strukturen identifizieren sowie auf weitergehende Hilfs- und Unterstützungsangebote gesundheits- und pflegebezogener Akteure vor Ort verweisen können.

So werden die entsprechend geschulten Mitarbeiter in den Tourismusverbänden oder direkten touristischen Unternehmen zentrale Ansprechpartner für Reisende und vermitteln auf direktem und persönlichem Weg passende Angebote für die entsprechenden Bedürfnisse.

Zudem können touristische Anbieter im Umgang mit demenziell erkrankten Menschen geschult werden. Da es sich beim Tourismus um eine Querschnittsbranche handelt, sollten sich die Schulungen nicht ausschließlich auf den direkt tourismusbezogenen Bereich beziehen, sondern auch auf Akteure, die indirekt im Tourismusbereich tätig sind, wie kulinarische Anbieter, Unternehmen von Kulturangeboten sowie infrastrukturelle Anbieter wie Busfahrer oder Taxifahrer, die regelmäßig mit MmD in Kontakt treten.

Hierfür gibt es bereits eine Vielzahl an vorhandenen Schulungsangeboten, die die notwendige Qualität aufweisen. So besteht beispielsweise die Demenzpartnerinitiative, bei der durch entsprechende Schulungen formale Qualifikationen erlangt werden und marketingstrategisch nach außen kommuniziert werden können.

Begleitung und Entlastung durch Pflege- und Betreuungsleistungen

Eine weitere Möglichkeit, MmD und ihre Angehörigen verstärkt in touristische Angebote einzubeziehen, besteht darin, Betreuungsangebote für die Betroffenen einzurichten. So können einzelne Angebote speziell für MmD ausgelegt werden, indem eine qualifizierte Betreuung der Betroffenen, beispielsweise durch eine Vernetzung wie Demenzinitiativen für bestimmte Zeiträume bereitgestellt wird. Zudem können gesundheitstouristische Anbieter sowie anderweitige Anbieter Konzepte für spezielle Gesundheits- und/ oder Freizeitangebote auf pflegende Angehörige oder die Betroffenen selbst im Rahmen von Präventions- bzw. Rehabilitationsangeboten ausrichten. Diese Angebote müssten inhaltlich- insbesondere wenn sie bereits auf Senioren ausgerichtet sind- nicht zwangsläufig komplett neu gestaltet werden, vielmehr könnte man die bestehenden Angebote durch eine direkte Ansprache der Zielgruppe ausweiten.

7. Fazit

Zusammenfassend gilt, dass ein stärkerer Einbezug von MmD und ihren Angehörigen in touristische Destinationen viele Chancen, aber auch Risiken birgt. Insbesondere vor dem Hintergrund der steigenden Zahl demenziell erkrankter Menschen, den verstärkt individuellen Bedürfnisse in der Gesellschaft, sowie der wachsenden Anzahl an alleinstehenden Menschen gibt es Anhaltspunkte dafür, dass zukünftig bislang noch nicht identifizierte Potenziale dafür bestehen, die Zielgruppe der MmD und ihre Angehörigen verstärkt in den Tourismus einzubeziehen.

Vor dem Hintergrund der unklaren Entwicklung der Zahlungsfähigkeit älterer Menschen mit und ohne Einschränkungen sowie der Tatsache, dass viele Menschen in der Gesellschaft mit einer nicht diagnostizierten Demenz leben und zukünftig vermutlich verstärkt reisen werden, ist zu empfehlen, zunächst Maßnahmen einzuleiten, die ein niedriges Investitionsvolumen beinhalten und die touristische Zielgruppe MmD nebst begleitender Angehöriger in möglichst viele Destinationen einzubeziehen. Hierfür sollten herkömmliche Marketingstrategien in keinem Fall aufgelöst werden. Vielmehr sollte geprüft werden, inwiefern zusätzliche Interventionen in den bisherigen Marketingstrategien dazu führen, dass neben den bereits bestehenden Zielgruppen auch verstärkt die Zielgruppe von MmD und ihren betreuenden Angehörigen angesprochen werden kann und es so zu einem Anstieg der Nachfrage kommt.

Die Unterstützungsmöglichkeiten sollten insgesamt darauf hinarbeiten, positiv auf die familiären Pflegepotenziale einzuwirken. Hierfür bedarf es zukünftig einer zunehmenden Flexibilisierung der Pflegebudgets sowie einer Ausweitung von Budgets auch auf niedrighschwellige Pflege- und Betreuungsleistungen bezogen, um Leistungen verstärkt an den alltäglichen Wünschen und Bedürfnissen der Erkrankten ausrichten zu können. So werden für die unterschiedlichen nicht direkt pflegebezogenen Akteure Anreize geschaffen, auch MmD und ihre Angehörigen verstärkt in Dienstleistungen einzubeziehen.

Ausblick

Auf Grundlage der analysierten Chancen und Risiken bestehen einige Möglichkeiten, den Tourismusbereich für MmD und ihre Angehörigen weiter auszubauen. Aufgrund der unzulänglichen Studienlage zur Inanspruchnahme von Reise- und Freizeitangeboten von MmD und pflegenden bzw. betreuenden Angehörigen sowie zu den hemmenden Faktoren des Krankheitsbildes Demenz kann jedoch nicht abschließend beantwortet werden, in welchem Maße die analysierten Chancen und Risiken eintreffen werden.

Daher sollten vorab umfangreiche Erkundigungen über die Bedürfnisse von Menschen mit kognitiven Einschränkungen und ihren betreuenden Angehörigen als touristische Zielgruppe durchgeführt werden. Das Reiseverhalten und die mit der familiären Pflege sowie den Einschränkungen verbundenen hemmenden Faktoren sollten hierbei im Fokus der Untersuchungen stehen. Insbesondere die Frage, wie sich infolge der Pflegebedürftigkeit die finanzielle Lage der Betroffenen gestaltet und welche Auswirkungen die Pflegesituation auf die Inanspruchnahme von Urlaubsreisen hat, sollte vorab geklärt werden.

Zudem bedarf es umfassender Untersuchungen darüber, wie derartige Angebote an die entsprechenden Zielgruppen kommuniziert werden können und welche Synergien sich infolge der Angebote auch für andere Zielgruppen ergeben.

Aufgrund der zukünftigen Entwicklungen sollten daher zunächst auf niedrigschwelligem Wege Strukturen aufgebaut werden. Dabei sollte stetig evaluiert werden, welche Wirkungen die neuen Strukturen auf die Nachfrager d.h. die herkömmlichen touristischen Zielgruppen sowie die Zielgruppe von MmD und ihre Angehörigen erzeugen.

Schlussbemerkung

Im Zuge der Entwicklungen werden zukünftig nur auf integriertem Wege unter Einbeziehung der Gesellschaft sowie der unterschiedlichen Akteure im Dienstleistungsbereich insbesondere im Frühstadium erkrankte MmD ein selbstbestimmtes Leben führen können. Daher kann der Einbezug dieser Zielgruppe in unterschiedliche Marketingstrategien sowohl für den Tourismusmarkt als auch für die Versorgung der Betroffenen sinnvoll sein. Durch ein stärkeres in die Verantwortung nehmen der Akteure wird sich zudem auch die Gesellschaft zunehmend mit dem Krankheitsbild auseinandersetzen.

All dies kann sich letztendlich nur positiv auf den generellen Umgang mit der Erkrankung Demenz in unserer Gesellschaft auswirken.

Literatur- und Quellenverzeichnis

Literatur

Allemeyer, W. et al. (2004):

Ökonomische Impulse eines barrierefreien Tourismus für Alle; Neumann, P./ Reuber, P. Universität Münster, Institut für Geographie (Hrsg.), Münster 2004

Barkholdt, C. et al. (1999):

Das Altern der Gesellschaft und neue Dienstleistungen für Ältere; in: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (MittAB), 32. Jg., 1999

Bickel, H. (2016):

Informationsblatt 1. Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen; Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. (Hrsg.), Berlin 2016

Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (BAGSO) (2012):

Entlastung für die Seele- Ein Ratgeber für pflegende Angehörige; BAGSO (Hrsg.), 2. Auflage Bonn 2012

Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 20 (2008):

Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz); Bonn 2008

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2011):

Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2016):

Die Pflegestärkungsgesetze. Das Wichtigste im Überblick; Berlin 2016

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2002):

Gesetz zur Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen
(Behindertengleichstellungsgesetz - BGG); §1 Abs. 1 BGG

Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit (2003):

Ökonomische Impulse eines barrierefreien Tourismus für alle; Bundesministerium für
Wirtschaft und Arbeit (Hrsg.), Münster und Berlin 2003

Deutsche Alzheimer Gesellschaft (2011):

Allein leben mit Demenz. Herausforderung für Kommunen; Deutsche Alzheimer
Gesellschaft (Hrsg.), 2. Auflage, Berlin 2011

Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) (2014):

Vermögensverteilung; Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg.), Berlin 2014

Deutscher Ethikrat (2012):

Demenz und Selbstbestimmung; Stellungnahme Deutscher Ethikrat (Hrsg.), Berlin 2012

Deutsches Zentrum für neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) (2015):

Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie- S3-Leitlinie Demenz; Deutsches
Zentrum für neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), Deutsche Gesellschaft für
Neurologie (DGN), Deutsche Gesellschaft für Psychosomatik und Nervenheilkunde
(DGPPN) (Hrsg.), Köln 2015

Homburg, C. (2017):

Marketingmanagement: Strategie – Instrumente – Umsetzung – Unternehmensführung; 6. Auflage, Wiesbaden 2017

Kobernuß, J.-F. et al. (o.J.):

Tourismusstrategie Saarland 2015. Gemeinsam vom Geheimtipp zum erfolgreichen Reiseziel; Ministerium für Wirtschaft und Wissenschaft Saarland (Hrsg.)

Kostorz, P. et al. (o. J.):

Das Pflegeweiterentwicklungsgesetz und seine praktische Umsetzung; Fachhochschule Münster (Hrsg.)

Kurz, A. et al. (2016):

Demenz. Das Wichtigste. Ratgeber für Angehörige und Profis; Deutsche Alzheimer Gesellschaft (Hrsg.), 2. Auflage, Berlin 2016

Lohmann, M./Schmücker, D. (2015):

Nachfrage nach gesundheitsorientierten Urlaubsformen in Deutschland. In: Zeitschrift für Tourismuswissenschaft 7. Jg., 2015, H. 1

Mayring, P. (2010):

Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken; Beltz Verlag (Hrsg.), 11. Auflage, Weinheim und Basel 2010

Meier, C. (2011):

Wachstumsmarkt Gesundheit & Wellness. Aussichtsreiche Chancen für Hotelbetriebe, Reha-Kliniken und Day Spa-Einrichtungen; in: Wirtschaft im Saarland (Hrsg.) o. O. 08/2011

Neumann, P. et al. (2008):

Barrierefreier Tourismus für Alle in Deutschland – Erfolgsfaktoren und Maßnahmen zur Qualitätssteigerung; Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (Hrsg.) Berlin 2008

Opaschowski, H. W. (2008):

Deutschland 2030: Wie wir in Zukunft leben; 2. Auflage, Gütersloh 2008

Rothgang, H./ Müller, R./ Unger R. (2012):

Themenreport „Pflege 2030“. Was ist zu erwarten – was ist zu tun?; Bertelsmann Stiftung (Hrsg.), Bielefeld 2012

Schaeffer, D./ Ewers, M. (2001):

Ambulantisierung – Konsequenzen für die Pflege; in: GGW 1/ 2001 1. Jg. Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) (Hrsg.), o.O. 2001

Schneekloth, U./ Wahl, H.-W. (2005):

Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung im in privaten Haushalten (MUGIII); integrierter Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, München 2005

Schneider-Schelte, H./ Freter, H.-J. (o. J.):

Herausforderung Demenz – Die Sicht einer Selbsthilfeorganisation; Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V., Berlin o. J.

Statistische Bundesamt (2011):

Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Entwicklung der Privathaushalte bis 2030. Ergebnisse der Haushaltsvorausberechnung; Statistisches Bundesamt (Hrsg.), Wiesbaden 2011

Statistisches Bundesamt (2017):

Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse; Statistisches Bundesamt (Hrsg.), Wiesbaden 2017

Sütterlin, S./ Hoßmann, I./ Klingholz, R. (2011):

Demenz-Report. Wie sich die Regionen in Deutschland, Österreich und der Schweiz auf die Alterung der Gesellschaft vorbereiten können; Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung (Hrsg.) 1. Auflage, Köln 2011

TNS Infratest Sozialforschung (2011):

Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes; Bericht zu den Repräsentativerhebungen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), München 2011

Sozialgesetzbuch (SGB) XI, Soziale Pflegeversicherung § 3:

Vorrang der häuslichen Pflege; zitiert nach https://dejure.org/gesetze/SGB_XI/3.html [abgerufen am 19.08.2017, 17:36 Uhr]

Sozialgesetzbuch (SGB) XI, Soziale Pflegeversicherung §31 Abs. 1:

Vorrang der Rehabilitation vor Pflege zitiert nach https://dejure.org/gesetze/SGB_XI/31.html [abgerufen am 19.08.2017, 17:40 Uhr]

Internetquellen

Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (BAGSO) (2000):

Motive, Verhalten und Interessen von Senioren beim Reisen
<http://www.bagso.de/publikationen/bagsonachrichten/archiv/042000/motive-verhalten-und-interessen-von-senioren-beim-reisen.html>

[abgerufen am 03.08.2017, 19:29 Uhr]

Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) (2010):

Renten im Osten rutschen unter die Grundsicherung; Pressemitteilung 17.03.2010 DIW
Berlin (Hrsg.)

https://www.diw.de/de/diw_01.c.353516.de/themen_nachrichten/renten_im_osten_rutschen_unter_die_grundsicherung.html abgerufen am [16.08.2017, 16:11 Uhr]

Deutscher Tourismusverband (o.J.):

Barrierefreies Reisen <https://www.deutschertourismusverband.de/qualitaet/barrierefreies-reisen.html> [abgerufen am 03.08.2017, 19:26 Uhr]

Freter (2016):

Neues Informationsblatt zur Häufigkeit von Demenzerkrankungen: Höhere
Lebenserwartung, mehr ältere Menschen, mehr Demenzkranke;

<https://www.deutsche-alzheimer.de/ueber-uns/aktuelles/artikelansicht/artikel/neues-informationsblatt-zur-haeufigkeit-von-demenzerkrankungen-hoehere-lebenserwartung-mehr-aelttere-m.html> [abgerufen am 23.07.2017, 15:11 Uhr]

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) (2017):

Neue Pflegebegutachtung: Medizinische Dienste ziehen erste positive Bilanz;
Pressemitteilung Berlin/ Essen 21.April 2017; <https://www.mds-ev.de/presse/pressemitteilungen/neueste-pressemitteilungen/2017-04-21.html> [abgerufen am 04.08.2017m 16:03 Uhr]

O.V. (2017): Kennzeichnungssystem

http://www.reisen-fuer-alle.de/kennzeichnungssystem_309.html [abgerufen am 23.07.2017, 15:15 Uhr]

Statista (2017):

Anzahl der Demenzkranken in Deutschland nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014

<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/246028/umfrage/anzahl-der-demenzkranken-in-deutschland-nach-alter-und-geschlecht/> [abgerufen am 03.08.2017, 18:09]

Statista (2017):

Häufigste Begleiterkrankungen von Demenzpatienten in den USA im Jahr 2013

<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/318221/umfrage/haeufigste-begleiterkrankungen-von-demenzpatienten-in-den-usa/> [abgerufen am 03.08.2017, 18:23]

Theodor Fliedner Stiftung (o.J.):

Einführung Demenz; Online:

http://www.demenz.fliedner.de/leben_mit_demenz/leben_mit_demenz_einfuehrung.php
[abgerufen am 03.08.2017, 18:40]

Sonstige Quellen

Deutsche Alzheimergesellschaft (2017):

Urlaubsreisen für MmD und ihre Angehörigen; Deutsche Alzheimergesellschaft e.V.
(Hrsg.), Berlin 2017

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) (o. J.):

Definition der Pflege – International Council of Nurses ICN

Krause, C. (2011):

ADAC Reise-Monitor 2011. Trendforschung im Reisemarkt 1995-2011; Präsentation ADAC Verlag (Hrsg.), Berlin 2011

NatKo Tourismus für Alle e.V. (2017):

Telefonische Anfrage zu vorhandenen Angeboten für Menschen mit Demenz am 25.07.2017; schriftliche Rückmeldung am 26.07.2016 (vgl. Anhang VIII)

Schrader, R. (2016):

“Reisen für Alle” – barrierefreie Angebote als Chance für den Oberpfälzer Wald; Präsentation Deutsches Seminar für Tourismus Berlin e.V.: 13. Tourismustag Oberpfälzer Wald

Reisen für Alle e.V. (2017):

Telefonische Anfrage zur Entwicklung barrierefreier Destinationen am 19.07.2017

Interviews

Interview 1:

anonymisiert; telefonisches Interview am 21. Juni 2017

Interview 2:

anonymisiert; telefonisches Interview am 19. Juli 2017

Interview 3:

anonymisiert; telefonisches Interview am 27. Juli 2017

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift

Verzeichnis der Anhänge

Anhang I	Interviewleitfaden
Anhang II	Tabelle 1: Inhaltsanalyse Interview 1
Anhang III	Tabelle 2: Inhaltsanalyse Interview 2
Anhang IV	Tabelle 3: Inhaltsanalyse Interview 3
Anhang V	Transkript Interview 1
Anhang VI	Transkript Interview 2
Anhang VII	Transkript Interview 3
Anhang VIII	schriftliche Auskunft <i>NatKo Tourismusverband für Alle e.V.</i>