

1. EINLEITUNG

In Deutschland hat es in den letzten 100 Jahren eine Veränderung in der demografischen Entwicklung gegeben. Die Menschen werden heutzutage älter. So ist der Anteil der 80-, 90- und 100 jährigen im Gegensatz zu den Jüngern gestiegen. Dies war jedoch nicht der einzigste Wandel den es gegeben hat, sondern auch die Krankheiten haben sich mit der Zeit verändert. Traten früher vermehrt nur körperbedingte Krankheiten bei den älteren Menschen auf, so sind in den letzten Jahren auch immer mehr geistige Erkrankungen dazu gekommen. Dabei nehmen die Demenz- oder Alzheimererkrankungen besonders zu.

In Deutschland sind zurzeit in der Altersgruppe 65 und älter ungefähr 1 Mio. Menschen an einer Demenz erkrankt. Jährlich kommen ungefähr 200.000 Menschen dazu. Bei den über 90 jährigen liegt der Anteil bei 30%. Erwähnenswert ist auch, dass über 2/3 der Demenzerkrankten Frauen sind. Auch bei den Pflegebedürftigen, die zu Hause gepflegt werden, beträgt der Anteil der Demenzerkrankten 50%, mit steigender Tendenz bei zunehmender Pflegestufe. Aber nicht nur in privaten Haushalten ist die Anzahl an Demenzen gestiegen, sondern sie ist auch einer der wichtigsten Gründe für eine Heimaufnahme. Hier hat sich die Anzahl in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich gesteigert. So beträgt heutzutage der Anteil der Demenzerkrankten Bewohner 60%. Prognosen zu Folge sind in Gesamtdeutschland 400.000 ältere Menschen in Alten- bzw. Pflegeheimen untergebracht, die an einer Demenz leiden.

In meiner Diplomarbeit will ich mich jetzt mit dem Thema der Altersdemenz näher auseinander setzen. Dabei möchte ich auf den demografischen Wandel eingehen und ihn näher untersuchen und darstellen. Hier will ich skizzieren, wie er sich entwickelt hat. Außerdem möchte ich auf die Problematik der Hochaltrigkeit eingehen und auch sie näher erörtern. Weiter soll es in der Diplomarbeit um die Demenz im Allgemeinen gehen. Hier will ich u.a. herausarbeiten was man darunter versteht, wie sie erkannt wird, was es für Signale gibt und wie sie sich in Deutschland verteilt hat und wo sie überall auftritt. Im weiteren Verlauf gehe ich dann auf verschiedenen Demenzformen ein. In einem weiteren Punkt will ich die Entwicklung der Altersdemenz in Privathaushalten und Alten- und Pflegeheimen näher erkunden. Dabei möchte ich auch die Verteilung und andere Aspekte darstellen. Ein weiterer

wichtiger Punkt soll der Umgang mit den Demenzerkrankten sein. Hier will ich herausarbeiten und darstellen, was es für gesellschaftliche sowie sozialpädagogische Hilfsangebote gibt. In einem weiteren Punkt soll es um die Angehörigenarbeit gehen. Hier will ich herausarbeiten, was es für Angebote und Hilfen für die Angehörigen gibt. In einem weiteren Punkt soll es darum gehen, wie die soziale Arbeit sich mit dem Thema der Altersdemenz aus einander setzt. Zum Abschluss meiner Diplomarbeit möchte ich in einem Extrapunkt eine Zusammenfassung des geschilderten machen.

2. DEMOGRAPHISCHE ALTERUNG UND HOCHALTRIGKEIT

In Deutschland ist seit einiger Zeit ein demographischer Wandel zu erkennen, der sich in den westeuropäischen Staaten bereits seit dem 20. Jahrhundert vollzogen hat. Er wird häufig als ein gesellschaftliches Krisenphänomen beschrieben und behandelt. Demnach gelten der Bevölkerungsrückgang, d.h. eine Geburtenziffer, die unter dem „Bestandserhaltungsniveau“ (BIB 2004, S.21 zit. n. Bauer 2008, S.219) liegt und die „Überalterung“ der Gesellschaft, die durch Zunahme der Lebenserwartung entsteht, spätestens seit der Bundestag die entwickelte Enquete-Kommission (Deutscher Bundestag 2002 zit. n. Bauer 2008, S.219) entwickelt hat, als soziales Problem. Somit wandelt sich der Altersaufbau von einer Pyramide hin zu einem Pilz. Auch der Umschichtungsprozess im Altersaufbau moderner Gesellschaften ist ein kaum noch unumkehrbarer Prozess (vgl. UNESCO 1998 Kade 2007, S.19). Deutschland zählt in diesem Zusammenhang zu den Ländern Europas mit dem höchsten Anteil von älteren Menschen über 60 Jahren (vgl. Kade 2007, S.19).

Dies zeigt auch die Entwicklung von jüngeren und älteren Menschen im Laufe der Zeit. Waren Mitte des 20. Jahrhunderts noch die Jüngeren im Gegensatz zu den Älteren in der Überzahl (es gab fast doppelt so viel jüngere unter 20, als ältere über 60 Jahre), so hat sich das Verhältnis bis zum Jahr 2000 erheblich gewandelt. Jetzt kommen auf einen Jüngeren unter 20 genauso viel Ältere Menschen über 60 Jahre. Diese Entwicklung hat jetzt auch auf das erwerbsfähige Alter einen Einfluss. Stellten im Jahr 2000 noch zwei Menschen im Alter von 20-59 Jahren die Versorgung eines Älteren sicher, so wird in Zukunft diese Entwicklung sich ungünstiger gestalten, wie auch die Anlage 1 zeigt (vgl. Kade 2007, S.19f.). Dies sind jedoch nicht die einzigsten Erkenntnisse, die der demografische Wandel mit sich brachte. So lässt sich auch ein Anstieg in der Altersgruppe der 65jährigen und älteren Menschen erkennen. Betrug dieser 2005 noch 16 Mio. Menschen, so wird er 2050 auf 23 Mio. ansteigen. In der Altersgruppe der so genannten jüngeren Senioren von 65 bis unter 80 Jahren sieht die Entwicklung ein wenig anders aus. Hier nehmen die Zahlen bis 2020 rasch zu, da die starken Jahrgänge der 1950er und 1960er Jahre, in diese Zeit kommen und nehmen dann allerdings nach dem Jahr 2030 wieder erheblich ab. Demnach betrug 2005 die Anzahl der 65-unter

80jährigen gut 12 Millionen Menschen und stieg bis 2030 auf 16 Millionen an, um bis 2050 auf 13 Millionen zurück zu gehen. Diese Entwicklung zeigt auch die Abbildung in der Anlage 2 (vgl. Statistisches Bundesamt 2006, S.22f.).

2.1 HOCHALTRIGKEIT

Dadurch, dass der Anteil der älteren Menschen an der Gesamtbevölkerung zunimmt, ist auch ein Anstieg des Anteiles der Hochaltrigen zu erkennen. Zu dem ist kaum bekannt, dass der Anteil der Hochaltrigen sogar überproportional zunimmt. Deswegen wird sich die Gesellschaft darauf einstellen müssen, dass es in Zukunft die Regel und nicht mehr nur die Annahme ist, dass die Menschen älter als 80 Jahre werden (vgl. BMFSJ 2002, S.18f.). Mit dieser Entwicklung ändert sich auch das Bild des höheren Alters. Demnach muss ein 80jähriger oder älterer nicht gleichwohl krank, abhängig von anderen, isoliert sein und ein Leben im Alten- und Pflegeheim führen (vgl. Backes 2008,S.104). Der Begriff Hochaltrigkeit setzt sich demnach auch aus verschiedenen Blickwinkeln zusammen. So kann man ihn in „junge Alte“, „alte Alte“ oder in ein „drittes“ und „viertes Lebensalter“ unterteilen. Dabei liegt die Altersgrenze beim vierten Lebensabschnitt laut empirischen Untersuchungen bei 80 Jahren, in einigen Untersuchungen werden auch höhere Grenzen angegeben (bis zu 90 Jahren) (Wahl/Rott 2002 zit. n. Backes2008, S.104f.).

Die steigende Bedeutung der Hochaltrigkeit zeigt sich auch, wenn man sich die Entwicklung über einen längeren Zeitraum anschaut. Demnach gibt es in der Altersgruppe der 80jährigen und ältern 2006 einen Anteil von 3,7 Mio. Menschen. Diese Anzahl wird sich bis zum Jahr 2050 erheblich verändern. So steigt in einer ersten Etappe bis 2020 die Anzahl auf fast 6 Mio. Menschen an. Nach dem Jahr 2030 nimmt sie sogar noch stärker zu und erreicht demnach 2050 eine Anzahl von 10 Mio. Menschen. Dann ist die Anzahl Hochaltriger 3x so hoch wie heute. Aber auch der Anteil der Hochaltrigen an den 65jährigen und ältern beträgt im Jahr 2050 nicht mehr nur knapp 25%, sondern er wird dann knapp 40% betragen. Diese Entwicklung bedeutet aber auch, dass die Zahl der Pflegebedürftigen 80jährigen und älteren steigen werden (vgl. Statistisches Bundesamt 2006, S.23). Wie genau sich die Hochaltrigkeit jedoch entwickelt hat soll die Anlage 3 zeigen.

2.2 FEMINISIERUNG UND SINGULARISIERUNG DES ALTERS

Eine weitere Erkenntnis, die man aus dem demografischen Wandel im Laufe der Zeit erkennen kann, ist die ‚Feminisierung des Alters‘ (vgl. Tews 1993 in Kade 2007, S.27). War der Frauenüberschuss nach dem 2. Weltkrieg zunächst ein Ausdruck der schweren Kriegsverluste unter der männlichen Bevölkerung, so hielt er in der weiteren Entwicklung der Zeit an. Man sprach von einem Frauenüberschuss von 7 Mio. Frauen im heiratsfähigen Alter in der Nachkriegszeit. Diese historisch verursachte Ungleichverteilung der Geschlechter wird sich zwar bis zum Jahr 2030 wieder ausgeglichen haben, trotzdem gibt es weiterhin einen größeren Frauenanteil, speziell in den höheren Altersgruppen (vgl. Kade 2007, S.27). Die Gründe dafür liegen in der unterschiedlichen Lebenserwartung und an der geografischen Lage. Demnach liegt die Lebenserwartung in den neuen Bundesländern (außer Sachsen bei den Frauen) unter dem Durchschnitt. In Bayern, Baden-Württemberg, Hessen, Hamburg und Schleswig-Holstein liegt die Lebenserwartung dagegen über dem Durchschnitt (vgl. Backes 2008, S.109). Erklären lassen diese erheblichen Unterschiede zwischen Männer und Frauen allerdings nicht. Man kann nur spekulieren, dass es etwas mit dem (früheren) Gesellschaftssystem zu tun hat (vgl. Buttler 2003, S.90 in Backes 2008, S.109). Dies wird auch durch die Beobachtung unterstützt, dass sich seit der Wiedervereinigung Deutschlands im Jahr 1990 die Werte für die Lebenserwartung in West und Ost bis heute enorm angenähert haben (vgl. Backes 2008, S.109).

Diese Entwicklung zeigen auch die Zahlen in den einzelnen Altersgruppen. So lag der Anteil der Frauen in der Gruppe der 60-70jährigen bei rund 54%, bei den 70-80jährigen bei fast $\frac{2}{3}$ und bei den 80jährigen und älteren betrug er fast $\frac{3}{4}$. Demnach ist festzuhalten, dass das Alter weiblich ist (vgl. Schölkopf 2003, S.54 in Kade 2007, S.27).

Die Singularisierung des Alters ist oft strukturell mit der Feminisierung verbunden. Dabei ist das Alleinleben in einem Haushalt eine sich ausbreitende Lebensform, die besonders im Alter vermehrt auftritt. Demnach nahm zwischen 1991 und 2001 in Deutschland, die Gesamtzahl der Haushalte der über 60jährigen von 1,63 Mio. auf 2,02 Mio. Menschen zu (vgl. Kade 2007, S.28). Aber auch hier besteht zwischen Frauen und Männern ein Unterschied. So sind der überwiegende Teil der

Männer ab 60 Jahren verheiratet, wobei die Frauen verwitwet sind. Erst jenseits des 80. Lebensjahres nimmt der Anteil der verwitweten Männer zu. Der Anteil geschiedener und lediger Frauen gegenüber Männern überwiegt ebenso (vgl. Backes 2008, S.44). Wie genau sich die Singularisierung bei Frauen und Männern darstellt, zeigt die Abbildung in der Anlage 4. Nur bei den nichtehelichen Lebensgemeinschaften nehmen die Zahlen bei Frauen und Männern im Alter gleichermaßen zu. Der Grund liegt darin begründet, dass man so Rentenansprüche aus der 1. Ehe nach einer Verwitwung nicht gefährdet. Statistisch sind sie allerdings noch nicht erfasst, werden in Zukunft aber zu nehmen (vgl. Kade 2007, S.28).

2.3 ZUSAMMENFASSUNG

Gesellschaftliche Auswirkungen des Alterns der Bevölkerung werden in Verbindung mit dem demografischen Wandel diskutiert (vgl. Backes 2008, S.107). Die Bundesregierung der Bundesrepublik Deutschland legt dabei ihr Augenmerk darauf, dass man einer direkten oder indirekten Benachteiligung und Ausgrenzung Hochaltriger entschieden entgegenwirkt. Dies muss man besonders älteren Menschen zu kommen lassen, die aufgrund physischer und psychischer Einschränkungen nicht mehr in der Lage sind, ihre eigenen Interessen zu vertreten. Möglichkeiten dafür wären, eine Integration alter und sehr alter Menschen in einen generationsübergreifenden Diskurs, sowie durch eine bewusste Strukturierung und Gestaltung des jeweils individuellen Lebensentwurfes bereits schon im mittleren Alter (vgl. BMFSJ 2002, S.19).

Man kann den demografischen Wandel aber auch aus verschiedenen Blickwinkeln sehen. Betrachtet man ihn aus einem ökonomisch-fiskalischen Winkel heraus, so wird nach Kosten und Nutzen hochaltriger Menschen unterschieden, wobei die Problemeinsicht überwiegt. Bei der Diskussion negativer Aspekte stehen die Auswirkungen des demografischen Wandel, in Form der steigenden Zahl alter und hochbetagter Menschen auf die Systeme sozialer Sicherung, auf Renten-, Kranken-, sowie Pflegeversicherung im Mittelpunkt. Betrachtet man den demografischen Wandel aus positiver Sicht, so werden die alten und hochaltrigen Menschen zum Teil noch als leistungs- und lernfähige Menschen gesehen, aber nur noch als Konsumenten und Abnehmer spezifischer Dienstleistungen. Diese Gruppe alter Menschen wird allerdings als bedeutender Wirtschaftsfaktor für die Zukunft gese-

hen. Dadurch das in den letzten Jahrzehnten ihre Kaufkraft gestiegen ist und sie steigende Bedürfnisse haben, wie es z.B. seit der Einführung der Pflegeversicherung der Fall ist, kommt es zur Ausweitung altersspezifischer Sach- und Dienstleistungsangeboten, sowie zur Entwicklung einzelner Branchen (z.B. ambulanter Pflege) und Beschäftigungsfelder (vgl. Backes 2008, S.107).

3. ALTERSDEMENZ ALS KRANKHEITSBEGRIFF

Die Demenz beschreibt keine spezielle Krankheit, sie ist vielmehr ein Oberbegriff für verschiedene Krankheitsbilder, die mit dem Verlust der geistigen Fähigkeiten, wie Denken, Erinnern, Orientieren und Verknüpfen von Denkinhalten einhergehen. Im weiteren Verlauf nehmen diese Symptome zu und es kommt zum Ausbleiben der Sprache, alltägliche Aufgaben und Handlungsrouinen können nicht mehr alleine durchgeführt werden. Am Ende führen diese Entwicklungen der Symptome zur Pflegebedürftigkeit und schließlich zum Tode (vgl. Eberhardt; Saup 2006, S.11).

3.1 HISTORISCHE ENTWICKLUNG

Bereits in der Antike wurde schon phänomenologisch, die ‚geistige Verwirrtheit‘, als Demenz beschrieben. Junius Juvenalis mit seiner ‚Satuare‘ und Marc Aurel mit seinen Selbstbetrachtungen, beschrieben schon damals die Symptomatik der Demenz wie sie heute noch bekannt ist. Richtig auseinander gesetzt mit dieser Thematik hat man sich aber erst im 18. und 19. Jahrhundert. Jetzt gab’s auch erste genauere Definitionen. Sie wurden von Arnulfe d’ Aumont 1754 und Pinel 1801 abgeliefert (vgl. Hampel; Padberg; Möller 2003, S.19). Danach wurde jedoch lange Zeit in der deutschen Psychiatrie nur das Endstadium des intellektuellen Abbaus als Demenz bezeichnet. Durch die zwei Weltkriege (1914-1918 und 1939-1945) befasste man sich zunächst nicht weiter mit dem Demenzbegriff, was sogar dazu führte, dass er in Vergessenheit geriet (vgl. ebd., S.25).

Erst durch Tomlinson et al. 1979 wurde die Demenzbegriff-Diskussion wieder angefacht. Ab 1980 entwickelte sich dann langsam die klinisch-wissenschaftliche Akzeptanz des Begriffes der Altersdemenz als häufigste primär degenerative Demenzursache, mit differenzierten Anforderungen zum Stufenweisen diagnostischen Vorgehen mit den neuesten Klassifikationssystemen wie ICD-10 und DSM-IV. (vgl. Hampel; Padberg; Möller 2003, S S.25). Im weiteren Verlauf entwickelte sich jetzt der Demenzbegriff in seiner Definitionsbreite. So versteht man jetzt unter einer Demenz nicht mehr nur die schweren Fälle geistiger Störungen, sondern ein erworbenes umfassendes Störungsmuster psychischer Funktionen. Diese können reversibel oder irreversibel sein. Zu dem müssen sie das Gedächtnis betreffen und

dürfen nicht nur mit einer Bewusstseinsstörung einhergehen. Weiterhin muss die Bewältigung des Alltages beeinträchtigt sein (vgl. <http://de.wikipedia.org/wiki/Altersdemenz>) (Anlage 5).

3.2 ALLGEMEINE AUSSAGEN ZUR DEMENZ

Unter einer Demenz versteht man den kontinuierlichen Rückgang der geistigen und einst da gewesenen intellektuellen Fähigkeiten durch eine Hirnschädigung. Beeinträchtigt sind in der Regel die Bereiche Gedächtnis, Merkfähigkeit, Auffassung, Denk-, Lernfähigkeit, Konzentration und Aufmerksamkeit. Dazu kommen noch Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhalten oder der Motivation. Dies alles führt zu einer Beeinträchtigung der sozialen Funktion. Das Bewusstsein ist jedoch bei einer Demenz nicht betroffen (vgl. Schnabel 2005, S.35).

Eine Demenz kann aber verschiedene Ursachen haben. Heutzutage gibt es fast 100 verschiedene Erkrankungen, die in jedem Alter zu einer Demenz führen können (vgl. ebd., S.35). Deswegen wurden operationalisierte Diagnose-Kriterien eingeführt. Sie beschreiben explizit, was eine Demenz ist und welche Symptome dafür erkennbar sein müssen. Die bekanntesten Demenz-Klassifikationssysteme, die sich herauskristallisiert haben, sind die ICD-10, DSM-IV und die Konsensus-Kriterien. Die ersten beiden Systeme bieten allgemeine diagnostische Leitlinien für eine Definition der Demenz auf Syndrom-Ebene. Laut der ICD-10 Richtlinien muss für eine Demenz eine Verminderung der Urteilsfähigkeit, des Denkvermögens und der Informationsverarbeitung vorliegen. Weiterhin sagt sie, dass diese Symptome länger als 6 Monate andauern müssen. Nach der DSM-IV müssen jedoch für eine Demenz-Diagnose auch noch neuropsychologische Defizite vorliegen: Aphasie (Störung der Sprache); Apraxie (beeinträchtigte Fähigkeit, motorische Aktivitäten auszuführen); Agnosie (Unfähigkeit, Gegenstände zu identifizieren bzw. wieder zu erkennen) und Störung der Exekutivfunktionen, d.h. Planen, Organisieren, Einhalten einer Reihenfolge. Laut DSM-IV muss für eine Demenz-Diagnose auch nur eines der vier Symptome vorliegen. Zu dem nennt sie eine Zeitspanne, in der die Symptome auftreten müssen, nicht (vgl. Wallesch; Förstl 2005, S.60).

Die Konsensus-Kriterien schließen nur auf einzelne Diagnosen bzw. Demenzformen und sind mehr aus (vor allem neurologischen) Fachgesellschaften oder extra

für diesen Zweck gegründete Arbeitsgruppen entstanden (vgl. Wallesch; Förstl 2005, S. 59).

Zusammenfassend kann man sagen, dass die Symptome, die für eine Demenz sprechen, bei jedem Menschen unterschiedlich stark auftreten und deswegen sich auch ein individuelles Symptombild bei jedem ergibt. „Die Symptome lassen jedoch keinen Rückschluss auf die Ursache der Demenz zu“ (Füsgen 2000a, S.413 zit. n. Schnabel 2005, S.36).

3.3 URSACHEN EINER ALTERSDEMENZ

Die am meisten auftretende Demenz an der die älteren Menschen leiden, ist die Alzheimer-Krankheit. An ihr sind mehr als 50% der Demenzerkrankten älteren Menschen erkrankt. Mit ca. 20 % sind gefäßbedingte und hier besonders die Vasculären Demenzen, die zweithäufigste Ursache für die Entstehung einer Altersdemenz (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2006, S.9). Der größte Ursachenfaktor für die Entstehung einer Altersdemenz ist jedoch das Alter selbst. Hier ist das Risiko, dass das Gehirn eine Schädigung hat, am größten. (vgl. Furtmayr-Schuh 2000). Es gibt aber auch noch andere Ursachen die zu einer Demenz führen können (Anlage 6).

Es gibt jedoch auch noch andere Faktoren, die zu einer Demenz führen können. Die Ursachen können sein: Lewy-Body-Körperchen-Erkrankung (Lewy-Body-Körperchen-Demenz); Lobäratrophy (frontotemporale Demenz oder Morbus Pick) und Parkinson-Syndrome (hier handelt es sich vor allem um eine Form der Lewy-Body-Körperchen-Demenz, wobei die demenziellen Erscheinungen auch auf die jahrelange Parkinson- Medikation zurückzuführen sind (vgl. ebd.).

Weitere Ursachen können sein: Infektionskrankheiten, wie z.B. HIV oder Syphilis; Creutzfeldt-Jakob-Krankheit; Stoffwechselstörungen, wie z.B. Vitamin B12-Mangel und seltenere neurodegenerative Erkrankungen, wie z.B. die Chorea Huntington (vgl. ebd.).

Diese Ursachen führen jedoch nur selten zu einer Demenzerkrankung und werden deswegen als sekundäre Demenzformen bezeichnet. Neuropathologische Untersuchungen haben zu dem ergeben, dass Ursachen, woraus sich später eine De-

menz bilden kann, auch schon im jungen Erwachsenenalter auftreten können. Diese nehmen dann mit zunehmendem Lebensalter zu. Zu einer Demenz kommt es aber erst, wenn ein großer Teil der Gehirnzellen zerstört ist (vgl. Furtmayr-Schuh 2000).

3.4 SYMPTOME DER DEMENZ

Laien sehen als markantes Anzeichen für eine Demenz die Gedächtnisstörung. Diese reicht jedoch alleine für die Diagnose nicht aus. Dafür bedarf es auch Störungen im Bereich der Orientierung, Psyche, des Verhaltens oder der körperlichen Funktionen. Um eine genaue Diagnose stellen zu können, muss man jedoch die Symptome genau untersuchen und in einem richtigen zeitlichen Zusammenhang sehen. Dann bekommt man auch einen Hinweis darauf, welche Symptome zu einer Demenz führen (vgl. Kastner 2007, S.10).

Sucht man nach Ursachen für die Demenzsymptome, reichen allerdings organische Veränderungen als Erklärung alleine nicht aus. Hier spielen auch biografische, psychische, genetische, soziale und individuelle Faktoren eine enorme Bedeutung. Deswegen ist es auch schwer, wenn nicht sogar unmöglich, im Einzelfall einzelne Symptome einer einzigsten Ursache zuzuordnen. Dies wird erst bei der Planung von Pflegemaßnahmen oder Therapien relevant. Denn nur eine Kombination aus verschiedenen sozialen, pflegerischen und therapeutischen Ansätzen bringt für den Betroffenen eine Verbesserung (vgl. Kastner 2007, S.10).

3.4.1 Kognitive Symptome

Ein wesentliches Merkmal demenzieller Erkrankungen sind allgemeine Störungen der Denkprozesse. Dabei herrschen allerdings je nach Schädigung des Hirnbereiches noch zusätzlich unterschiedliche Einzelsymptome vor. Zu dem kommt es häufig zu Orientierungsstörungen, zuerst in fremder und später auch in gewohnter Umgebung, zu Veränderungen der Gedächtnisleistung, der Merkfähigkeit und zu Wortfindungsstörungen. Weiterhin sind Aufmerksamkeit und Konzentration vermehrt gestört und es kommt zu Veränderungen der Urteilsbildung (vgl. Kastner 2007, S.11).

Diese Symptome treten bei den meisten Demenzformen schon im Frühstadium auf. Bei bestimmten, wie z.B. bei der Parkinson-Demenz oder der vaskulären Demenz, treten sie allerdings erst mit zeitlicher Verzögerung auf. Was alle Demenzformen jedoch gemeinsam haben, ist, dass die Symptome nicht alle gleichzeitig nebeneinander auftreten, sondern sie entwickeln sich, je nach Demenzform, zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Frühstadium. Eine weitere Gemeinsamkeit ist, dass im weiteren Verlauf der Erkrankung die Symptome allesamt verstärkt zu nehmen (vgl. Kastner 2007, S.11).

Zusammenfassend lassen sich folgende kognitiven Symptome für eine Demenz-Erkrankung erkennen: Störung des Gedächtnis; Einschränkung von Urteilsvermögen und Problemlösung; Orientierungsstörungen; Aufmerksamkeitsstörungen; Einschränkung der visiokonstruktiven und praktischen Fähigkeiten; Einschränkung der Exekutiven Funktionen; Aphasie (Sprachstörungen); Apraxie (Werkzeugstörung) und Agnosie (Störung des Wiedererkennens).

3.4.2 Psychische Symptome

Psychische Symptome treten bei demenziellen Erkrankungen sehr häufig auf. Im Vergleich zu den kognitiven Symptomen nehmen sie allerdings nicht unmittelbar mit Fortschreiten der Erkrankung zu, sondern entwickeln sich über längere Phasen und können im weiteren Verlauf der Erkrankung sich sogar wieder zurückbilden oder verändern. Die Schwierigkeit bei den psychischen Symptomen ist, sie von anderen abzugrenzen. Dies gelingt nur, wenn man sie genau beobachtet, die Dauer, den Verlauf und die Auslösesituation dokumentiert, sowie die Biografie des Demenzerkrankten berücksichtigt (vgl. Kastner 2007, S. 13f.).

Psychische Symptome sind zu dem vielfältig und können auch Formen zeigen, die bei anderen psychischen Erkrankungen zu erkennen sind. Die häufigsten psychischen Symptome sind Stimmungsschwankungen, depressive Verstimmungen, ungerichtete Ängste, Frustration, sowie Wahrnehmungsstörungen in Form von illusionären Verkennungen bis hin zu Halluzinationen. Psychische Symptome können aber auch entscheidend für eine bestimmte Diagnose sein. So sind z.B. optische szenische Halluzinationen Anzeichen für die Diagnose einer Lewy-Körperchen-Demenz (vgl. Kastner 2007, S.14).

Zusammenfassend lassen sich folgende psychische Symptome bei Demenzerkrankungen erkennen: Angst, Misstrauen, Furcht; Depressivität; Verkennungen und Halluzinationen und Frustrationen.

3.4.3 Somatische Symptome

Alle Demenzerkrankten leiden an irgendwelchen körperlichen Symptomen, die vor allem im fortgeschrittenen Stadium entstehen. Bei bestimmten Demenzformen treten sie allerdings schon im Früh- oder erst im Spätstadium auf. Dies bedeutet bei den meisten Demenzformen, dass damit die schwere Phase der Krankheit eintritt und jetzt mehr und mehr pflegerische Maßnahmen ergriffen werden müssen (vgl. Kastner 2007, S.19).

Im weiteren Verlauf will ich jetzt auf einige körperliche Symptome, die bei einer Demenz auftreten, eingehen. Da wären als erstes z.B. die Schlafstörungen zu nennen. Sie treten allerdings bei den Demenzerkrankten sehr unterschiedlich auf. Bei einigen kommt es zu Unterbrechungen und reduzierten Schlaf, den sie dann am Tag teilweise nachholen. Bei anderen kommt es vermehrt dazu, dass sie ein Schlafbedürfnis haben, was mit einer generalisierten Antriebsstörung und einem Initiativverlust einhergeht. Die Ursachen dafür sind zum einen biologisch bedingt. Durch die degenerativen Veränderungen des Gehirns können sie die Schlaf-Wach-Phasen nicht mehr selber steuern. Durch diese kognitive Störung werden externe Zeitgeber nicht mehr richtig wahrgenommen. Weiterhin kommt es durch Inaktivität oder durch fehlende Reize zu Tagschlafphasen, was bedeutet, dass sie in der Nacht wach sind. Weitere Schlafstörungen sind: Ein- und Durchschlafstörung; vorzeitiges Erwachen; Schlafwandeln und Alpträume.

Ein weiteres körperliches Symptom sind Mobilitätseinschränkungen. Sie muss man aber vom Parkinson-Syndrom unterscheiden, da sie ihre Ursache in vaskulären Veränderungen des Gehirns oder Ausdruck der primären Substanz Veränderung des Gehirns haben. Mobilitätseinschränkungen bei Demenzerkrankungen beginnen beim Gehen, Unsicherheit beim Drehen oder bei Hindernissen. Mit zunehmender Erkrankung benötigen die Demenz-Patienten Hilfe in Form eines Rollators oder sind auf Rollstühle angewiesen. Weiterhin bereitet ihnen das Sitzen

Stuhl zunehmend Probleme und es kommt zum Seitwärtsfallen oder Abkippen bzw. Abrutschen nach vorne. Die Folge ist, dass sie bettlägerig werden (vgl. Kastner 2007, S.19ff.).

3.5 DIAGNOSTIK VON DEMENZERKRANKUNGEN

Es gibt verschiedene Diagnose-Instrumente, um eine Demenz zu diagnostizieren. In den nachfolgenden Ausführungen will ich zeigen, welche dafür zur Verfügung stehen.

3.5.1 Anamnese

Sie ist für eine Demenz-Diagnose wichtig und liefert zu dem die Grundlage für alle weiteren Maßnahmen. Zuerst muss jedoch geklärt werden, ob die intellektuellen Leistungen sich wirklich verschlechtern haben, oder ob nur eine Minderbegabung bzw. ein niedriges Bildungsniveau vorliegt. Außerdem müssen die Umstände des ersten Auftretens, die potenziellen Auslöser und die Art der ersten Symptome mit herausgearbeitet werden (vgl. Förstl 2003, S.324).

Bei der Anamnese sollten auch biografische Eckdaten, wie Schulabschluss, berufliche Ausbildung und Tätigkeiten usw. mitberücksichtigt werden. Weiterhin ist eine genaue Medikamentenanamnese wichtig, denn manchmal werden Vorerkrankungen, die später zu einer Demenz führen können, nicht erwähnt und man erkennt sie erst aus der Medikamentenliste (vgl. Hampel; Padberg; Möller 2003, S. 121). Wichtig ist weiterhin, dass man sich auch die Verlaufsdynamik der Symptome anschaut. Sie kann Hinweise auf die Intensität und die Folgen der Beschwerden geben. So spricht z.B. ein akutes Auftreten der Symptome eher für einen Infarkt, Infekt, medikamentöse oder psychogene Ursachen. Ein fluktuierender Verlauf spricht dagegen mehr für einen Verwirrtheitszustand oder für eine Lewy-Body-Körperchen-Demenz. Gibt es eine stufenweise Verschlechterung, so spricht das für eine Multiinfarktdemenz (vgl. Förstl 2003, S.324).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Anamnese ein sehr wichtiges Instrument für die Demenz-Diagnose ist. Sie liefert Informationen über die Krankengeschichte des jeweiligen Patienten, woraus sich schließen lässt, welche Symptome zu einer Demenz führen. Um eine endgültige Sicherheit für eine Demenz-

Diagnose zu haben, sollte man aber auch eine Fremdanamnese machen. Hier sollten Aussagen von behandelnden Ärzten, Angehörigen und Kontaktpersonen mit einbezogen werden, um so sagen zu können, in wie weit das Auftreten der Symptome auf eine Demenz schließen lässt.

3.5.2 Psychopathologischer Befund

Er ist sowohl für die aktuelle Demenz-Diagnose sowie für die Planung des weiteren Verlaufes einer Demenz von enormer Bedeutung, weil er die geistigen Leistungen bei der Demenz-Diagnose in den Mittelpunkt stellt (vgl. Hampel; Padberg; Möller 2003, S. 124). An Hand eines kognitiven Leistungstestes kann man die Schwere der Demenz und die kognitiven Beeinträchtigungen erkennen. Außerdem lässt sich so eine Verlaufskontrolle entwickeln. Dieser Test reicht jedoch für eine Demenz-Diagnose nicht aus. Dafür muss man auch andere Faktoren mit einbeziehen, wie z.B. die Orientierung zur Zeit, Ort, Situation und Person. Somit bekommt man auch weitere Anzeichen für geistige Defizite mit.

Bei einigen Demenz-Diagnosen ist es aus pragmatischer Sicht her jedoch erforderlich, eine genauere Testung zu unternehmen, z.B. bei der Begründung von Kostenübernahmen eines Hirnleistungstrainings oder wenn im Verlauf über die Weiterführung einer antidementiven Therapie entschieden werden muss (vgl. Förstl 2003, S.326). „Eine differenzierte neurophysiologische Untersuchung ist ferner angebracht bei grenzwertigen Befunden, vor allem bei hochgebildeten Personen, bei Rechtsfragen in frühen Demenzstadien (Testierfähigkeit, Schuldfähigkeit), bei der Differenzialdiagnose von Depressionen und Demenz, bei einer Aphasie, die eine Demenz vortäuschen könnte (z.B. Gyrus-angularis-Syndrom), und bei (multi)fokalen Läsionen“ (AAN 1994 zit. n. Förstl 2003, S.326).

3.5.3 Bildgebende Verfahren

Darunter versteht man Methoden, mit denen es möglich ist, die Struktur bzw. die Funktionsweise des Gehirns bildlich darzustellen. Dazu stehen zwei Verfahren zur Verfügung, die strukturell und die funktionell Bildgebenden Verfahren. Die strukturellen Bildgebenden Verfahren, wie z.B. CT und MRT, sind die wichtigsten Verfahren in der Demenz-Diagnose. Hier reicht eine einmalige Untersuchung aus, um

eine Demenz zu diagnostizieren. Handelt es sich jedoch um eine leichte und diagnostisch unklare Demenz, so ist eine Verlaufsuntersuchung ratsam. Dieses Verfahren eignet sich, um spezifische Demenzursachen mit charakteristischen morphologischen Veränderungen nachzuweisen (vgl. Förstl 2003, S.326). Es gibt aber einen Nachteil bei diesem Verfahren, denn es eignet sich nicht für eine Demenz-Diagnose im frühen Stadium und zur Differenzialdiagnostik. Der Grund dafür ist, dass bestimmte Abbauprozesse nicht immer der klinischen Symptomatik vorausgehen, sondern erst in späteren Stadien häufiger auftreten und globale Hirn-Änderungen nicht so einfach als demenzformspezifisch angesehen werden können. Die strukturellen Bildgebenden Verfahren sind aber für den Ausschluss anderer hirnologischen Ursachen (z.B. Tumore) für die geistigen Symptome enorm wichtig. Mit den funktionellen Bildgebenden Verfahren kann man Stoffwechselpathologien, die schon zu Beginn einer Demenz auftreten, erkennen. In den letzten Jahrzehnten haben sie in der Forschung zum Thema Demenz erheblich an Bedeutung gewonnen (vgl. Martin, Schelling 2005, S. 31).

An Hand verschiedener Instrumente kann man unterschiedliche Vorgänge im Gehirn sichtbar machen. Deswegen eignen sich die funktionellen Bildgebenden Verfahren besonders bei der Frühdiagnostik einer Demenz. Außerdem kann man durch sie Stoffwechsel-Erscheinungen feststellen, die auf eine Demenz schließen lassen (vgl. ebd.).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass beide Verfahren einen sehr wichtigen Stellenwert in der Demenz-Diagnostik einnehmen. Die strukturellen Verfahren machen es möglich, den Aufbau des Gehirns durch verschiedene Techniken sehr gut darzustellen. Mit den funktionellen Verfahren bekommt man durch verschiedene Parameter Aufschlüsse über die Hirnaktivitäten.

3.6 VERLAUF VON DEMENZERKRANKUNGEN

3.6 1 Warnzeichen im normalen Alterungsprozess

Angehörige von Demenzerkrankten berichteten, dass sie lange bevor die Demenz diagnostiziert wurde, schon Veränderungen in der Kognition und dem Verhalten des Betroffenen erkannt haben. Diesen hatte man jedoch wenig Beachtung geschenkt. Bei einer möglichen Demenz-Erkrankung sollte man jedoch die ersten

Anzeichen einer Veränderung ernst nehmen und einen Arzt aufsuchen. Mit Hilfe von Screening-Tests kann man dann erste Hinweise auf eine etwaige kognitive Störung bekommen. Die nachfolgenden Punkte sollen zeigen, woran man eine Demenz genau erkennen kann: Sozialer Rückzug (die Betroffenen nehmen immer weniger am sozialen Leben teil oder sagen Treffen mit Angehörigen, Verwandten und Bekannten ab); Alltagsprobleme; Verlust des Zeitgefühls; Angst vor Dunkelheit; kein Orientierungssinn; Verlieren und verlegen von Gegenständen, die erst durch die Verwandten an den unmöglichsten Orten wieder gefunden werden; beim Einkaufen werden Dinge vergessen, andere doppelt oder mehrfach gekauft und in Gesprächen werden gleiche Inhalte wiederholt, es treten Wortfindungsprobleme auf, die dann durch andere Worte ausgeglichen werden (vgl. Kastner 2007, S. 24).

3.6.2 Schweregrade demenzieller Erkrankungen

Die Symptome, die ich unter dem Punkt 3.4 beschrieben habe, treten je nach Krankheitsbild zu verschiedenen Zeitpunkten und unterschiedlich stark auf. Jedoch zeigt sich innerhalb der einzelnen Krankheitsbilder immer mehr eine regelmäßige Abfolge der Symptome, was die Möglichkeit eröffnet, durch genaues Beobachten des Betroffenen über einen längeren Zeitraum eine genaue Diagnose zu stellen. Erst gegen Ende der Demenzerkrankung verwischen die einzelnen Krankheitsbilder wieder. Jetzt lassen sich die Symptome auch nicht mehr so einfach einem konkreten Krankheitsbild zuordnen (vgl. Kastner 2007, S.24).

3.7 EPIDEMIOLOGIE DEMENZIELLER ERKRANKUNGEN

Am Ende des 20. Jahrhunderts betrug die Zahl der über 65jährigen in Deutschland ungefähr 13 Millionen. Laut konservativen Schätzungen wird diese Zahl bis Mitte des nächsten Jahrtausends bei anhaltendem Wachstum der Altenbevölkerung um mindestens weitere 4 Mio. Menschen ansteigen. Dieser demographische Wandel hat für die Zukunft Folgen. So wird es nicht nur zu medizinischen, sozialen und ökonomischen Problemen kommen, sondern mit der ansteigenden Zahl der älteren Menschen, nehmen auch die Krankheiten und speziell im höheren Alter die Demenzerkrankungen zu (vgl. Förstl; Bickel; Kurz 1999, S.9).

3.7.1 Prävalenz demenzieller Erkrankungen

Die Prävalenz ist ein Häufigkeitsmaß und zeigt den Krankheitsbestand zu einem bestimmten Zeitpunkt. Außerdem ist sie für die Versorgungsplanung wichtig.

Um die Häufigkeit von Demenzen darzustellen, muss man sich an Querschnittstudien, die auf Bevölkerungsstichproben basieren, orientieren. Weltweit wurden zahlreiche Studien zur Prävalenz demenzieller Erkrankungen durchgeführt. Jedoch lassen sich die Resultate aus methodischen Gründen nur in gewisser Weise miteinander vergleichen. Der Grund dafür liegt darin, dass einige Studien eine unzureichende Repräsentativität und einen zu geringen Untersuchungsumfang haben, weiterhin über eine ungenügende Ausschöpfung der Stichproben (vgl. Ganguli et al. 1998 in Förstl; Bickel; Kurz 1999, S.9) und verschiedene Forschungsdesigns besitzen und sich an unterschiedliche diagnostische Kriterien orientieren. (vgl. Erkinjuntti et al., 1997 in Förstl; Bickel; Kurz 1999, S.9).

Fast man die weltweit und die jüngste europäische Studie von 2000 zur Häufigkeit der Demenzen zusammen und überträgt diese auf die deutsche Altenbevölkerung seit 2000, so lässt sich sagen, dass unter den 60-64jährigen ungefähr weniger als 1% an einer Demenz leiden. Bei den 65-69jährigen beträgt der Anteil Demenzkranker 1,2%. In der Altersgruppe der 70-74jährigen beträgt der Anteil 2,8%. In den weiteren Altersgruppen steigt die Anzahl der Demenzen fast um das Doppelte. So leiden bei den 75-79jährigen schon 6% und bei den 80-84jährigen sogar schon 13,3% an einer Demenz. Bei den 85-89jährigen liegt die Prävalenz bei 23,9%. Den höchsten Anteil haben die über 90jährigen. Hier liegt er bei 34,6%. Überträgt man diese Prävalenzraten auf den zahlenmäßigen Anteil der Altenbevölkerung seit 2000, so kann man sagen, dass bei den über 65jährigen durchschnittlich 1 Mio. Menschen an einer Demenz leiden. Mit zunehmendem Alter steigt der zahlenmäßige Anteil an, so dass er in der Altersgruppe der 80-84jährigen bei 1,47 Mio. Menschen liegt. Bei den über 85jährigen steigt er dagegen nicht weiter an, sondern geht sogar leicht zurück. So leiden ab dieser Altersgruppe 1,09 Mio. Menschen an einer Demenz und bei den über 90jährigen sind es sogar nur noch 511.000 Menschen. Trotzdem ist der Anteil an Demenzen in der Altersgruppe ab 85 Jahren am größten, auch wenn die Zahlen zurückgehen (Anlage 7).

3.7.2 Inzidenz demenzieller Erkrankungen

Die Inzidenzrate beschreibt wie hoch die Zahl an Neuerkrankungen innerhalb eines bestimmten Zeitraumes ist. Im Vergleich zur Prävalenz ist sie nicht von der Krankheitsdauer abhängig und kann so ein von Variationen in der verbleibenden Überlebenszeit nach Beginn der Krankheit unverfälschtes Bild der Häufigkeiten des Erkrankungsrisikos geben. Die Schätzungen zur Inzidenz basieren aber auf teure und zeitaufwendige Längsschnittstudien und wurden deswegen wesentlich weniger durchgeführt als bei der Prävalenz. Außerdem kommt bei den Längsschnittstudien an älteren Menschen noch das Problem der hohen Ausfallraten durch Mortalität dazu. Weiterhin kommt es bei der Inzidenz, dadurch das man sie über einen längeren Zeitraum erheben muss um eine gesicherte Aussage treffen zu können, zu erheblichen Unterschieden, die davon abhängen, ob man nur die Überlebenden oder auch die vor dem Tod aufgetretenen Neuerkrankungen unter Berücksichtigung der zwischenzeitlich Verstorbenen berücksichtigt. (vgl. Bickel u. Cooper, 1994 in Förstl; Bickel; Kurz 1999, S.13f.).

Schaut man sich jetzt die einzelnen Studien zu Inzidenz einmal zusammen an, so zeigt sich eine starke Variation, was ich im Abschnitt zuvor schon angesprochen hatte. Man kann jedoch sagen, dass die Gesamtinzidenzrate für die Altenbevölkerung zwischen 1,4 und 2,4% liegt (Anlage 8) (vgl. Bickel 2002 in Wallesch; Förstl 2005, S.5).

Durch die bereits angesprochenen Variationen ist es schwer genau zu sagen, wie viel jährliche Neuerkrankungen es gibt. Die Zahlen schwanken von Studie zu Studie und liegen in einer Bandbreite von 140.000-230.000 Menschen und wenn man die leichten Demenzen mit berücksichtigt sind es sogar bis zu 300.000 Menschen. Dazu kommen noch ungefähr 6.000 Neuerkrankungen im Bereich der präsenilen Demenz (Auftreten der Demenz bei Menschen die jünger als 65 Jahre sind). In der Altersgruppe der über 80jährigen liegt der Anteil der Neuerkrankungen bei 60%. Davon sind 70% Frauen (vgl. Bickel 2000, S.215).

3.8 ENTWICKLUNG DER KRANKENZAHLEN IN DER ZUKUNFT

Durch den demographischen Wandel wird die Zahl der älteren Menschen in Deutschland in den nächsten Jahren und Jahrzehnten erheblich ansteigen. Damit steigt auch der Anteil der an altersbedingten Erkrankungen erkrankten älteren Menschen an (vgl. Wallesch; Förstl 2005, S.12f.).

Die Prognosen zur Demenzentwicklung hängen jedoch sehr stark von der Gültigkeit der Annahmen ab, worauf sie sich stützen und gehen deswegen mit sehr häufigen Unwägbarkeiten einher. Dadurch, dass man nicht genau sagen kann, ob die Präventions- und Behandlungsprogramme, die bis heute entwickelt wurden, auch Erfolg haben werden, ist anzunehmen, dass die altersspezifischen Prävalenzraten der Demenz konstant bleiben werden. Somit bestimmt nur die demographische Entwicklung die zu erwartenden Krankenzahlen im Bereich der Demenzerkrankung (vgl. ebd.).

Auf Grundlage konservativer Annahmen, die nur eine geringe Verbesserung der Lebenserwartung beziffern, jedoch früher häufig unzutreffend waren und die Zahl der älteren Menschen unterschätzten, bezifferten Häfner u. Löffler 1991 in Wallesch; Förstl 2005, S.12 für die alten Bundesländer von 1989 an einen Anstieg der Demenzen bis 2040 um ungefähr 50%. Legt man die Zahl der Altenbevölkerung 1996 von 950.000 Menschen zu Grunde, so ist mit einem Anstieg von 400.000-500.000 Menschen auf 1,4 Mio. zu rechnen. Nimmt man jedoch einen dauernden Rückgang der Mortalität an, kommt man zu noch höheren Raten. So nimmt laut Dinkel 1996 in Wallesch; Förstl 2005, S.12 der in seinen Prognosen zwei Möglichkeiten des Mortalitätsrückganges zu Grunde legt, vom Jahr 1992 ausgehend, die Zahl der Demenzen bis 2010, bei einem leichten Mortalitätsrückgang um 40%, bis zum Jahr 2020 um 70%, bis zum Jahr 2030 um 90% und bis zum Jahr 2040 sogar um fast 120% zu. Übertragend auf die Altenbevölkerung seit 2000 würde das für die nächsten 4 Jahrzehnte bedeuten, dass der Anteil von älteren Menschen, die an einer Demenz erkrankt sind, auf 2 Mio. steigen würde. Bei der zweiten Variante, mit einem stärkeren Mortalitätsrückgang, würde sich die Zahl der Demenzerkrankungen bis zum Jahr 2040 um bis zu 150% erhöhen. Diese Entwicklung zeigt auch in der Altersstufe der unter 65jährigen. Ihr Anteil von 1% im Jahr 2002 wird in wenigen Jahrzehnten, wenn es keine nachhaltigen Erfolge in der Bekämpfung von

Demenzen in der Zukunft gibt, auf 2% steigen, trotzdem die Bevölkerungsanzahl in dieser Altersgruppe durch rückläufige Geburtenraten abnimmt (Anlage 9) (vgl. Wallesch; Förstl 2005, S.12f.).

4. FORMEN DEMENZIELLER ERKRANKUNGEN

Bei Demenzerkrankungen unterscheidet man zwei Formen, primäre (hirnorganische) und sekundäre (nicht-hirnorganische) Demenzen (vgl. Eberhardt; Saup 2006, S.11). Primäre Demenzen entstehen eigenständig im Gehirn (vgl. http://www.probiodrug.de/fileadmin/user_upload/media/news-and-events/Alzheimer_QC.pdf). Zu dem liegen neurodegenerative oder vaskuläre Veränderungen vor, d.h. die Nervenzellen sterben ab, der Umfang des Gehirns nimmt ab, oder die Nervenzellen erleiden durch Durchblutungsstörungen und kleinen Schlaganfällen große Schäden. Primäre Formen sind die meisten diagnostizierten Demenzerkrankungen (vgl. Eberhardt; Saup 2006, S.11).

Bei der zweiten Form, den sekundären Demenzen, liegen die Ursachen für die Erkrankung außerhalb des Gehirns oder sind Resultate von Erkrankungen oder Entzündungen des Gehirns. Ursachen dafür können Herz- und Kreislauferkrankungen, Erkrankungen von Niere, Leber (z.B. durch jahrelangen Alkoholmissbrauch), Bauchspeicheldrüse, Schilddrüse, Fehlernährung, Drogen und vieles mehr sein (vgl. http://www.probiodrug.de/fileadmin/user_upload/media/news-and-events/Alzheimer_QC.pdf). Bei den sekundären Demenzformen besteht jedoch die Möglichkeit, wenn die Grunderkrankung geheilt wird, dass die Gedächtnisstörungen sich zurückbilden. Sind die Nervenzellen jedoch zu stark geschädigt und sterben ab, so wird daraus dann eine primäre Form (vgl. Eberhardt; Saup 2006, S.11).

Bei primären und sekundären Demenzformen ist jedoch wichtig, dass man sie von anderen physischen Beeinträchtigungen, die ebenfalls als Ursache eine kognitive Leistungseinschränkung haben, abgrenzt. Die trifft besonders auf die Depressionen zu, weil sie fast den gleichen Verlauf hat wie eine Demenz (vgl. Eberhardt; Saup 2006, S.12).

Die nachfolgende Abbildung zeigt, weitere primäre Formen und was es für sekundäre Formen gibt. Auf die wichtigsten gehe ich im weiteren Verlauf meiner Diplomarbeit ein.

4.1 DIE ALZHEIMER-DEMENZ

Die Alzheimer-Demenz (AD) ist eine degenerative Krankheit des Gehirns. Sie ist mit 50%-60% die am meisten vorkommende irreversible Demenzform (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2006 S. 9).

4.1.1 Definition

Die Alzheimer-Demenz ist eine Erkrankung des Gehirns, die durch den zunehmenden Verlust des Gedächtnisses gekennzeichnet ist. Im Verlauf der Erkrankung werden die Nervenzellen irreversibel zerstört. Sie verlieren zu dem noch andere geistige Fähigkeiten, wie z.B. ihren Orientierungssinn oder das Sprachverständnis. Außerdem kommt es dazu, dass die Erkrankten immer hilfloser werden und zunehmend auf pflegerische Hilfe angewiesen sind. Im fortgeschrittenen Stadium kommen dann noch Störungen der körperlichen Funktionendazu, was eine Pflegebedürftigkeit nach sich zieht (vgl. <http://www.lifeline.de/cda/impressum.html>).

Dadurch, dass die AD die häufigste Demenzform ist, kann man an ihr auch die Diagnose und Therapie von geistigen Leistungsstörungen festmachen. Zu dem tritt sie in jeder Bevölkerungsschicht auf.

4.1.2 Historische Entwicklung

Die Alzheimer Krankheit wurde zum ersten Mal 1906 durch den Arzt Dr. Alois Alzheimer (1864-1915) beschrieben. Alzheimer beobachtete die 51jährige Patientin Auguste Deter, die am 25.November 1901 in die Nervenheilanstalt Frankfurt a.M. eingewiesen wurde. Er sah, dass sie eine markante Gedächtnisschwäche mit Desorientierung und Halluzinationen hatte. Außerdem konnte er erkennen, dass sie keine Orientierung über Zeit und Aufenthalt hatte und sich an sehr wenige Einzelheiten aus ihrem Leben erinnern konnte. Zu dem kam es bei ihr zu Stimmungsschwankungen. Sie gab Antworten, die in keinem Bezug zu gestellten Fragen standen und konnte sich nur noch an ihren Vornamen erinnern. Dieses Beschwerdebild beschrieb Alzheimer als abnormale Nervenzellen (vgl. www.probiodrug.de/fileadmin/user_upload/media/news-anevents/Alzheimer_QC.pdf).

Im Alter von 55 Jahren starb Auguste Deter, viereinhalb Jahre nach Krankheitsausbruch, an einer durch Wundliegen hervorgerufenen Blutvergiftung. Bei der Obduktion ihres Gehirnes zeigten sich einige Abnormalitäten. Ihre Hirnrinde war dünner als normal und in ihrem Gehirn wurden Eiweißablagerungen und im Inneren verdrehte Faserbänder entdeckt (vgl. www.probiodrug.de/fileadmin/user_upload/media/news-anevents/Alzheimer_QC.pdf).

Auguste Deter machte Alois Alzheimer außerdem berühmt, denn ihre Symptome an denen sie litt, gab man später den Namen Alzheimer-Krankheit bzw. Alzheimer-Demenz. Leider wurde dies Alois Alzheimer nicht mehr zu teil, da er 1915 im Alter von 51 Jahren an Nierenversagen starb (vgl. www.probiodrug.de/fileadmin/user_upload/media/news-anevents/Alzheimer_QC.pdf).

4.1.3 Diagnostik

Zurzeit gibt es keine biologischen und apparativen Erkenntnisse, die zweifelsfrei eine Diagnose der AD zulassen und Hirnbiopsien werden heutzutage nicht mehr durchgeführt (vgl. Wallesch; Förstl 2005, S.165). Deswegen kann man erst nach dem Tod des jeweiligen Betroffenen durch die Untersuchung des Hirngewebes die AD sicher nachweisen. Um zu Lebzeiten des Betroffenen eine AD diagnostizieren zu können, muss man genaue Untersuchungen anstellen, um andere Demenzen als Krankheitsursache ausschließen zu können (vgl. www.probiodrug.de/fileadmin/user_upload/media/news-anevents/Alzheimer_QC.pdf). Außerdem ist es wichtig, dass man auf Vor- und Frühsymptome achtet. Solche können sein: sozialer Rückzug (z.B. Schweigsamkeit in größeren Runden); Antriebslosigkeit; Aufgeben von Hobbys; Depressivität und häufiges Verlegen und Suchen von Dingen (vgl. Förstl 2003, S.331).

Diese Symptome sind allerdings vielschichtig und schwer erkennbar und deswegen kann man schlecht den Beginn der Erkrankung erkennen. Deswegen ist es ratsam, zusätzlich eine Anamnese zu machen. Die Eigenanamnese ist dabei häufig unergiebig, weil die Patienten ihre Defizite vergessen oder verdrängen. Deswegen sollte man auch eine Fremdanamnese durchführen, wo man genau herausfindet, was für kognitive Defizite erkennbar sind. Solche können sein: Defizite des episodischen Gedächtnisses; Defizite in der Wortfindung; Defizite des räumli-

chen Denkens; des Urteils- und Auffassungsvermögens und Defizite bei Alltagsaktivitäten. Bei der Fremdanamnese sollte man jedoch auch folgende Symptome mit beachten: psychiatrische Symptome (z.B. Antriebs- und Aktivitätsstörungen u.a.); Veränderungen der Persönlichkeit; neurologische Symptome (z.B. Gang- und Bewegungsstörungen u.a.); Familienanamnese; Medikamenten-Einnahme und Allgemeinsymptome (vgl. Wallesch; Förstl 2005, S.166)

Weiterhin sollte man auch neuropsychologische Testuntersuchungen durchführen. Durch sie kann man eine AD-Diagnose verschärfen oder in Frage stellen. Dabei werden AD typische Profile (z.B. Gedächtnisstörung, u.a.) auf ihr Vorliegen untersucht. Mit Hilfe von klinischen Tests (MRT und CT) lassen sich andere Demenzarten (z.B. sekundäre Formen) ausschließen (vgl. www.probiodrug.de/fileadmin/user_upload/media/news-anevents/Alzheimer_QC.pdf).

4.1.4 Symptome und Verlauf

Es gibt eine Reihe von Symptomen, die auf eine AD schließen lassen. Welche das sind, will ich in den nachfolgenden Ausführungen darstellen.

Die meisten Anfangszeichen einer AD sind die Abnahme von kognitiven Leistungen, wie Gedächtnisstörungen, der Sprache, Orientierungsstörungen. Diese Symptome können sich zu Beginn der Krankheit noch verhalten zeigen und werden deswegen nicht wirklich wahrgenommen. Mit zunehmender Erkrankung nehmen sie dann allerdings zu und weiten sich aus. Bei Orientierungsstörungen ist der Verlust des Zeitgefühls zu beobachten. Die Betroffenen sind deswegen in ihrem Realitätsbezug und in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkt. Diese Symptome breiten sich im fortgeschrittenen Stadium zu Störungen in der situativen Orientierung sowie zu Sprachstörungen aus. Zu Beginn zeigen sie sich in Form von Wortfindungsstörungen und –umschreibungen. Im weiteren Verlauf kommt es zu grammatikalischen und unvollständigen Satzbau (vgl. Hampel; Padberg; Möller 2003, S.74ff). „Im Spätstadium imponiert eine deutliche Reduktion der Spontansprache bis hin zum Mutismus (Berg und Morris 1994 zit. n. Hampel; Padberg; Möller 2003, S.76)“.

Aber nicht nur eine Abnahme der kognitiven Leistungen spricht für eine AD, sondern es zeigen sich auch Beeinträchtigungen in der Alltagsbewältigung. Die Fähigkeit, ein selbständiges Leben zu führen, nimmt mit zunehmendem Erkrankungsstadium immer mehr ab. Im weiteren Verlauf wird immer weniger auf die körperliche Hygiene geachtet. In diesem Stadium rückt die Hilfe durch Angehörige oder professionellen Kräften in den Vordergrund (vgl. Hampel; Padberg; Möller 2003, S.76f.).

4.1.5 Epidemiologie

Die AD ist in den letzten 20 Jahren immer mehr in den Mittelpunkt gerückt, weil ihre Prävalenz im Laufe der Zeit immer weiter angestiegen ist. Weitere Gründe sind, die steigende Lebenserwartung in den westlichen Gesellschaften, bessere Erkenntnisse in der Diagnostik und die Entwicklung spezieller Medikamente. Diese Tatsache wird noch durch die Entwicklung der Prävalenzraten der AD im Verlaufe der Zeit unterstützt (vgl. Wallesch; Förstl 2005, S.152).

So waren laut Studien bis zum Jahr 2000 4- 6% der älteren Menschen in Deutschland an einer AD im leichten bis schweren Stadium erkrankt. Durchschnittlich litten ungefähr 5% an einer AD (vgl. Bickel 2000, S.214). In der Anlage 10 sind die Prävalenzraten in den einzelnen Altersstufen aufgeführt.

In Zahlen ausgedrückt bedeutet es, dass bis zum Jahr 2000 zwischen 500.000 und 750.000 ältere Menschen an einer AD erkrankt sind Dabei sind die Hälfte der Erkrankten älter als 85 Jahre und 10% haben das 75. Lebensjahr noch nicht erreicht. Bei diesen Zahlen wurde auch die Anzahl der präsenilen AD (Vorkommen bei Menschen, die jünger als 65 Jahre waren) mit beachtet. In Deutschland lässt sich diese Zahl auf Grund der wenigen Daten, die in anderen Ländern erhoben wurden, nur auf weniger als 10.000.Menschen schätzen (vgl. Bickel 2000, S.214). In der Anlage 10.1 sind die zahlenmäßigen Anteile der an Alzheimer-Demenz erkrankten älteren Menschen in Deutschland dargestellt.

Diese Zahlen nehmen weiter zu, da die Lebenserwartung der Menschen immer mehr ansteigt und sie älter werden. So wird durchschnittlich jährlich mit 100.000 bis 145.000 Neuerkrankungen gerechnet. Davon treten 2/3 in der Altersgruppe

über 80 Jahre auf. Bei der präsenilen AD liegt die Zahl bei 1.500 bis 3.000 Neuerkrankungen (vgl. Bickel 2000, S.215). In der Anlage 10.2 sind die jährlichen Neuerkrankungen in den einzelnen Altersstufen tabellarisch dargestellt.

Auf Grundlage dieser Berechnungen sind bis 2007 ungefähr 1 Mio. Menschen an einer AD erkrankt. Weltweit sind es sogar weit mehr als 12 Mio. Menschen. Teilt man dies auf die einzelnen Altergruppen auf, so lässt sich bei den 65jährigen eine Prävalenz von 1,4% ausmachen. In der Altergruppe der über 80jährigen steigt sie sogar auf 11% an. Den größten Anstieg bilden jedoch mit über 90% die so genannten sporadischen Fälle (vgl. www.probiodrug.de/fileadmin/user_upload/media/news-and-events/Alzheimer_QC.pdf). Prognosen zu Folge wird die Anzahl der AD-Erkrankten in den nächsten Jahren und Jahrzehnten noch weiter zunehmen.

4.2 VASKULÄRE DEMENZ

Vaskuläre Demenzen (VD) sind mit ungefähr 20% nach der AD die zweithäufigste Demenzform (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2006, S.9).

4.2.1 Definition

Unter einer vaskulären Demenz versteht man eine Reihe von demenziellen Krankheitsbildern, deren Ursache eine durch pathologische Änderung der Blutversorgung bedingte Hirnschädigung ist (vgl. Martin; Schelling 2005, S.39). In der Fachliteratur gibt es allerdings verschiedene Definitionen zur vaskulären Demenz. Die Unterscheidung zwischen verschiedenen Ansätzen zur Definitionsentwicklung ist zum Teil eher willkürlich (vgl. Beyreuther 2002, S.212).

Um genau sagen zu können, dass es sich um eine vaskuläre Demenz handelt, müssen folgende NINDSAIREN-Kriterien vorliegen: durch die ICD-10 Kriterien muss ein demenzielles Syndrom nachgewiesen werden; anamnestischer, klinischer, oder radiologischer Nachweis einer zerebrovaskulären Erkrankung und zeitlicher Zusammenhang zwischen beiden (vgl. Wallesch; Förstl 2005, S..221).

4.2.2 Historische Entwicklung

Erst seit 1985 wird zur Beschreibung von demenziellen Entwicklungen auf vaskulärer Grundlage der Begriff Vaskuläre Demenz verwendet (vgl. Loeb 1985; Loeb u. Meyer 1996 in Beyreuther 2002, S.213). Bis dahin existierten nur Umschreibungen dieser Krankheitsart. Binswanger z.B. beschrieb 1894, 8 Autopsiefälle, die er über 11 Jahre lang beobachtete. Diese grenzte er zur damaligen existierenden progressiven Paralyse mit dem Begriff „Encephalitis subcorticalis chronica progressiva (Binswanger 1894 zit. n. Beyreuther 2002, S.212)“ ab. 7 Jahre später prägte Alzheimer diesen Begriff weiter und beschrieb zudem mikroskopisch ersichtliche Demyelinisierungen der weißen Substanz mit erhaltenen U-Fasern und unauffälligem Kortex (vgl. Beyreuther 2002, S.212).

Eine genauere Beschreibung gab erstmals Alvarez 1946 ab, woraus sich später der Begriff der Multiinfarktdemenz entwickelte. Den Durchbruch zum heutigen Verständnis der vaskulären Demenz brachte jedoch erst die Beschreibung der so genannten Multiinfarktdemenz 1974 durch Hachinski et al., denn sein damaliges entwickeltes Konzept bildet heute noch die Grundlage für aktuelle Aspekte. Richtig durchgesetzt hat sich der Begriff aber erst, wie eingangs beschrieben, im Jahre 1985 (vgl. Beyreuther 2002, S.212f.). 9 Jahre später entwickelte Hachinski zwar noch den Begriff „vascular cognitive impairment (Hachinski 1994 zit. n. Beyreuther 2002, S.213)“, in der Fachwelt durchgesetzt hat er sich jedoch nicht wirklich. Er beinhaltet jedoch etliche Erkenntnisse, wie z.B. die Erfassung auch therapeutisch, relevanter Frühformen von kognitiven Beeinträchtigungen auf vaskulären Boden, wo der Begriff der Demenz noch nicht richtig angebracht ist (vgl. Beyreuther 2002, S.213).

4.2.3 Diagnostik

Dadurch, dass eine Variabilität in den unterschiedlichen pathogenetischen Mechanismen besteht, ist die Diagnose von vaskulären Demenzsyndromen sehr schwer, zumal, wenn es um Erstsymptome oder um die Abgrenzung zu Frühformen anderer dementativer Erkrankungen geht (vgl. Förstl 1997, S.320f.). „Für die Diagnosestellung einer VD ist die Verknüpfung von Symptomen einer Demenz mit Hinweisen für zerebrovaskuläre Störungen richtungweisend (Amar u. Wilcock

1996; Kloß et al. 1994 in Beyreuther 2002, S.216)“. „Das Nebeneinander bestehen beider Symptomenkomplexe allein reicht jedoch noch nicht aus, man muss eine kausale oder zeitliche Verknüpfung nachweisen können (Amar u. Wilcock 1996; Loeb u. Meyer 1996; Tatemichi 1995 in Beyreuther 2002, S.216)“. „Eine endgültige Diagnosestellung sollte grundsätzlich nur gemeinsam mit der Anamnese, klinischem, neuropsychologischem und technischem Befund erfolgen (Hennerici 1995 zit. n. Beyreuther 2002, S.217).“

Bei vaskulären Demenzen herrscht in der Regel eine positive Anamnese für frühere zerebrovaskuläre Ereignisse. Dabei kommt es zu einem kognitiven Abbau. „Dies wäre die klassische Anamnese für Patienten mit einem Multiinfarktsyndrom“ (Beyreuther 2002, S.217). Jedoch treten bei einigen Betroffenen auch nur typische, vaskuläre Risikofaktoren wie z.B. Hypertonie, Rauchen, Diabetes mellitus oder Herzerkrankungen in Verbindung mit einer demenziellen Entwicklung auf (vgl. Beyreuther 2002, S.217).

Außerdem werden schon sehr früh im Verlauf einer Multiinfarktdemenz Stürze, Gangstörungen und Inkontinenz beobachtet. Von den Angehörigen und dem Betroffenen selber, werden diese Symptome allerdings nicht immer mit einer Demenz in Verbindung gebracht und deswegen ist es schwer aus der Anamnese auf eine Vaskuläre Demenz zu schließen (vgl. Beyreuther 2002, S.217).

Auch aus neurologischer Sicht stellt sich die Vaskuläre Demenz als sehr heterogen dar, denn je nach Hirnschädigung können einzelne kognitive Defizite und globale neuropsychologische Funktionseinbußen die Hauptursachen bilden. Nicht selten sind auch Aphasien zu beobachten, besonders bei Patienten mit strategischem Infarkt. Dabei können je nach Einteilung der Aphasie bei vaskulären Erkrankungen und in Verbindung mit der Läsionslokalisation Störungen des Sprachverständnisses oder der Sprachproduktion auftreten. Auch hier kann sich eine amnestische, Leitungs- oder globale Aphasie herausbilden. Sie alle weisen auf eine VD hin (vgl. Martin; Schelling 2005, S.39).

Dadurch, dass es schwer ist, eine VD zu erkennen, bedarf es auch der bildgebenden Diagnostik. Dabei spielt das CT und MRT eine wichtige Rolle. Mit Hilfe von ihnen kann man einen Infarkt erkennen und bekommt Informationen über seine

Verteilung. Außerdem liefern sie Informationen darüber, in wie weit dies zu einer vaskulären Demenz führt (vgl. Förstl 2003, S.354). An Hand des CT und MRT kann man jedoch auch andere Hirnerkrankungen, die sich klinisch als vaskuläre Demenz zeigen, auszuschließen. Außerdem soll so eine Zuordnung zu den verschiedenen Unterformen der Vaskulären Demenz möglich (Wallesch; Förstl 2005, S.226).

4.2.4 Epidemiologie

Es liegen unterschiedliche Studien mit zum Teil widersprüchliche Aussagen vor. So ergab z.B. die Famingham-Studie, dass von 2180 Probanden, 1,48% an einer VD und an einer gemischten Demenz (Kombination AD+VD) erkrankt waren (vgl. Herbert u. Brayne 1995 in Beyreuther 2002, S.232). Die Untersuchung von Skoog et al 1993 sagt, dass die Prävalenz sich mit dem Alter verändert. Demnach sind bei den über 85jährigen 14% an einer VD erkrankt. Laut Herbert u. Brayne 1995, die 10 gut durchgeführte Studien zusammengefasst haben, liegt die Prävalenz der VD bei den über 65jährigen bei 1-4% und bei über 75jährigen bei 2-8%. Die Prävalenz steigt zwar mit zunehmendem Alter an, im Gegensatz zur AD ist dieser jedoch nicht so rasant.

Auch bei der Inzidenz der VD gibt es verschiedene Studien, mit zum Teil widersprüchliche Aussagen. So werden Inzidenzraten von 6,4%-28% pro 1.000 Einwohner angegeben (vgl. Herbert u. Brayne 1995 in Beyreuther 2002, S.232). Auch hier wird eine Zunahme im höheren Alter festgestellt. Zu dem ist das Risiko an einer VD zu erkranken, mit 50% bei den Männern doppelt so hoch wie bei den Frauen. (vgl. Ott et al. 1998 in Beyreuther 2002, S.232).

4.3 FRONTOTEMPORALE DEMENZ

Die FTD gehören zu der Gruppe der Erkrankungen des Zentralnervensystems, die keine gemeinsame genetische Grundlage und einen unterschiedlichen morphologischen sowie klinischen Phänotyp haben (vgl. Beyreuther 2002, S.246).

4.3.1 Definition

Unter einer FTD versteht man eine Demenz, die durch Veränderungen des Vorderhirnbereiches geprägt ist. Der Grund dafür kann verschieden sein. Sie kann z.B. durch Durchblutungsstörungen, Hirntumore oder Entzündungen hervorgerufen werden. Außerdem treten hier psychische Veränderungen schon zu Beginn der Krankheit auf. Deswegen ist es schwer eine FTD zu diagnostizieren (vgl. Kastner 2007, S.36).

4.3.2 Historische Entwicklung

Das klinische Bild einer Demenz steht eng im Zusammenhang mit der Lokalisation des neurodegenerativen Prozesses. Arnold Pick war der erste, der sich 1892 mit der FTD befasste. Er stellte auf Grundlage mehrerer Kasuistiken eine Verbindung zwischen frontaler oder linkstemporaler Großhirnatrophie, Frontalhirnsymptomen oder Aphasie her. Onari und Spatz erklärten 1926 lobär betonte Hirnatrophien und entwickelten den Begriff „Picksche Krankheit“ (Onari und Spatz 1926 zit. n. Förstl 2003, S.360). 1927 stellte Carl Schneider den Verlauf von frontalen Hirnatrophien in drei Stadien dar: Stadium 1: triebloser Hemmungslosigkeit; Stadium 2: zusätzliche Beeinträchtigung der Urteilsfähigkeit und Stadium 3: entsprach einer schweren globalen Demenz mit Mutismus (vgl. Förstl 2003, S.360).

Eine weitere erhebliche Beobachtung zur damaligen Zeit war, dass FTD bei einer Menge von Familien aufgetreten sind (vgl. Gans 1925 in Beyreuther 2002, S.247). Es wurden einige konkordante Geschwisterpaare und zwischen 1940 und 1960 auch etliche Stammbäume beschrieben. Für die Ursachenforschung war jedoch eine irische Familie Jahrzehnte später in den Fokus gerückt. Bei ihr trat eine FTD in Zusammenhang mit Anzeichen der Vorderhirnkrankheit auf (vgl. Beyreuther 2002, S.247).

In den nächsten Jahrzehnten beschrieben verschiedene Forschergruppen, von Patienten mit frontotemporal betonter Hirnatrophie, aber ohne ballonisierte Nervenzellen und argentophile Kugeln. So entwickelte sich die FTD zu einer der besten erforschten degenerativen Demenz, neben der AD (vgl. Förstl 2003, S. 360).

4.3.3 Diagnostik

Es ist nicht einfach eine FTD zu diagnostizieren, da die klinischen Symptome sehr verschieden sind und eine enge Beziehung zu nichtorganischen psychischen Störungen aufzeigen, besonders im Frühstadium (vgl. Pasquier et al. 1999 in Beyreuther 2002, S.259). Deswegen entwickelten Arbeitsgruppen aus Manchester und Lund Diagnosekriterien für die Diagnose der FTD (vgl. Beyreuther 2002, S.259).

Um eine FTD diagnostizieren zu können, bedarf es einer klinischen Untersuchung. Sie basiert auf die typischen Symptomentwicklungen, die sich in anfänglichen Persönlichkeitsveränderungen, Sozialverhalten und Abnahme der Sprache äußert. Der körperliche Befund zeigt normalerweise keine Auffälligkeiten, es kann jedoch auch schon früh zu Primitivreflexen (z.B. Schnauz- und Greifreflexe) und zu Inkontinenz kommen (Kaye 1998 in Beyreuther 2002, S.259). Durch neuropsychologische Tests kann man Störungen der Frontallappenfunktionen nachweisen (vgl. Beyreuther 2002, S. 260). Die Anamnese und speziell die Fremdanamnese sind ein wichtiges Diagnose-Instrument in der FTD-Diagnostik, weil die Betroffenen meist die Krankheit nicht wahrnehmen wollen (vgl. Wallesch; Förstl 2005, S.186). Weitere Diagnose-Mittel sind bildgebende Verfahren. Diese können jedoch, wie z.B. das CT und MRT, erst einmal ein ganz normales Bild abgeben. Deswegen steht zur Diagnose einer FTD auch noch die funktionelle Bildgebung zur Verfügung. An Hand von ihr kann man typischerweise ein bifrontales und bitemporales Defizit von Durchblutung oder Stoffwechsel bei fehlender oder nur geringer Beteiligung der posterioren, temporalen und parietalen Areale erkennen (vgl. Beyreuther 2002, S. 260).

4.3.4 Epidemiologie

Wie oft FTD in der Bevölkerung auftreten kann man nur schwer ermitteln, da sie ein sehr seltenes Krankheitsbild ist, für die bis vor kurzer Zeit noch keine einheitlichen Diagnose Kriterien existierten. Sie wurde außerdem in ihren früheren klinischen Stadien zumeist nicht als organische Hirnerkrankung anerkannt, sondern mit funktionellen Störungen, wie z.B. Depression, Manie usw., verwechselt. Zu

dem war im fortgeschrittenen Stadium eine Abgrenzung zu anderen Demenzformen, speziell zur AD, nicht mehr möglich (vgl. Beyreuther 2002, S.254).

In epidemiologischen Studien wurde die FTD deswegen auch nicht als gesonderte Kategorie ausgewiesen. Demnach lässt sich eine Prävalenz zwischen 0,1 und 0,2 % für die Altersgruppe der 40-64 Jährigen aus Ergebnissen aus den USA und Europa festhalten (vgl. Bickel 2000 in Beyreuther 2002, S.254). Laut Autopsiestudien ist die FTD jedoch mit 10-20% die dritthäufigste Demenzursache, nach der AD und der Lewy-Body-Körperchen Demenz (Brun et al. 1994; Jellinger 1995,1999 in Beyreuther 2002, S.254). Bei einer fortlaufenden Wiener Autopsiestudie (700 Demenzerkrankte) betrug der Anteil der FTD 2,7%, wobei 0,7% auf die Pick-Krankheit entfielen (vgl. Jellinger 2001 in Beyreuther 2002, S.254). Selbst in großen Memory-Kliniken gibt es nur sehr wenige Patienten, bei denen eine FTD diagnostiziert wurde. So sind z.B. in Lille 5% aller ambulant untersuchten Fälle, an einer schwedischen Einrichtung 3,2% und am Massachusetts General Hospital 3,2% an einer FTD erkrankt (vgl. Pasquier; Andreason et al. 1999; Binetti et al. 2000 in Beyreuther 2002, S.254). In Deutschland liegt der Anteil bei unter 1% bzw. im Krankengut der Memory-Klinik an der TU München bei 2,3%. Der Anteil der AD lag zum Vergleich bei 60-70% (vgl. Beyreuther 2002, S.254; Stoppe 2007, S. 15). Die FTD tritt laut diesen Untersuchungen auch nicht bei einem Geschlecht bevorzugt auf. Das durchschnittliche Alter, wo die Krankheit beginnt, liegt bei 56 Jahren (vgl. Kertesz 1998 in Beyreuther 2002, S.254).

4.4 DEMENZ MIT LEWY-BODY-KÖRPERCHEN

Diese Demenzform wird erst seit einigen Jahren erforscht. Deswegen existieren auch kaum Diagnosekriterien und die die schon vorhanden sind, wie z.B. die McKeith-Kriterien, sind umstritten. Doch im Laufe der Zeit wurde sie immer mehr bei älteren Menschen diagnostiziert. Heute macht sie einen Anteil von 30% an allen Demenzformen aus (vgl. Zaudig 1997 in Martin; Schelling 2005, S.41).

4.4.1 Definition

„Lewy-Körperchen sind intrazytoplasmatische, sphärische, eosinophile neuronale Einschlußkörperchen, die ursprünglich von Friedrich Lewy als pathologisches

Kennzeichen der Parkinson-Krankheit in subkortikalen Gehirnregionen beschrieben worden sind und mit konventionellen Färbemethoden (Hämatoxylin-Eosin-Färbung) nachgewiesen werden können.“ (Lewy 1913 zit. n. Beyreuther 2002,S. 277). Lewy-Körperchen kommen aber auch akzidentuell bei einer Menge anderen neurodegenerativen Erkrankungen vor (vgl. Ince et al. 1998 in Beyreuther 2002,S. 277). Dies hat zu differierenden Normenklaturen und Einschätzungen geführt, wie z.B. die Lewy-Body-Körperchen-Variante der AD und die AD mit Parkinson-Veränderungen (vgl. Hansen et al. 1990; Ditter 1987 in Beyreuther 2002,S. 277). 1995 hat die Konsensuskonferenz den Begriff Demenz mit Lewy-Körperchen eingeführt, damit die Sprachverwirrungen gemindert werden (vgl. McKeith 1996 in Beyreuther 2002,S. 277). Sie haben jedoch in den neuen Klassifikationsschematas von ICD-10 und DSM IV noch keinen Einklang gefunden. Deswegen wurden auf dieser Konferenz Kriterien entwickelt (vgl. McKeith 1996), die die senile Demenz vom Lewy-Body-Körperchen-Typ als eigenständige Demenzform deklariert. Grundlage bildet die Berücksichtigung von Lewy-Körperchen ohne Wertung ob es noch mehr neurodegenerative bzw. milde vaskuläre Prozesse gibt (vgl. Beyreuther 2002,S. 277).

4.4.2 Diagnostik

„Die klinische Diagnose stützt sich auf Konsensus-Kriterien“ (McKeith et al. 1996 zit. n. Wallesch; Förstl 2005, S. 177). Demnach sind zunehmende alltagsrelevante geistige Defizite und ihre klinische Dokumentation das erste zuverlässige Anzeichen für eine Lewy-Körperchen-Demenz. Diese führen zu einer globalen Demenz, die zwar nur wenige Monate andauert, aber allgemein auch über einen Verlauf von mehreren Jahren gehen kann. Wie sich die geistigen Defizite jedoch genau zeigen, ist bei jeden Betroffenen unterschiedlich. So treten bei einigen zu Beginn der Erkrankung Störungen im Gedächtniszugriff auf, wie sie auch bei Alzheimer-Patienten vorkommen, bei denen häufig eine Störung beim Erlernen neuer Gedächtnisinhalte und deren Umsetzung vorliegen. Ein weiteres geistiges Defizit sind Störungen in der Aufmerksamkeit (vgl. Beyreuther 2002, S.278).

Für die Diagnose einer Lewy-Body-Körperchen-Demenz ist neben dem Zunehmen der demenziellen Entwicklung aber auch noch das Vorliegen eines der drei folgenden Kernkriterien wichtig (vgl. Beyreuther 2002, S.278).

Das 1. Kernkriterium ist die Fluktuation der Hirnleistung. Sie ist bei einer Lewy-Körperchen-Demenz häufig zu erkennen. Dabei ist besonders die Aufmerksamkeit und Wachheit fluktuierend und es kommt zu Tagesschläfrigkeit. Hierbei ist hervorzuheben, dass das Auftreten daran zu erkennen ist, da demenzielle Patienten ohnehin eine gewisse Fluktuation aufweisen. Zu dem müssen andere Ursachen ausgeschlossen werden. Eine Fluktuation ist meistens nicht tageszeitlich bedingt und die Zeitspanne ihres Auftretens reicht von Stunden bis Monaten. Außerdem kann es schwierig sein, Fluktuationen klinisch überhaupt zu erkennen. Das 2. Kernkriterium sind visuelle Halluzinationen. Sie sind bei der Lewy-Körperchen-Demenz typischerweise rezidivierend, detailtreu und plastisch und dienen als differenzialdiagnostisches Kriterium für Patienten mit AD und VD. Es gibt aber auch visuelle Halluzinationen mit anderen Modalitäten, wie z.B. auditorisch, sie treten jedoch nur sehr selten auf. Visuelle Halluzinationen zeigen sich jedoch fast genauso wie bei deliranten Syndromen, die durch systemische Beeinträchtigungen hervorgerufen werden. Bei visuellen Halluzinationen ist nicht eindeutig zu sagen ob die Medikation gegen Parkinson der Auslöser dafür ist. Das 3. Kernkriterium sind motorische Symptome. Sie zeigen sich in einer nach vorn übergebeugten Haltung und in einem klein schnittigen Gang. Die Abfolge der motorischen und kognitiven Defizite kann unterschiedlich, aber auch gleichzeitig sein (vgl. Beyreuther 2002, S.278).

Es gibt aber auch noch andere Kriterien, die für eine Lewy-Körperchen-Demenz sprechen. So gelten z.B. seit 1999 Depressionen und Schlaf-Verhaltensstörungen auch als Kriterium. Weiterhin spricht auch eine Harninkontinenz, die zu Beginn oder im leicht fortgeschrittenen Stadium auftritt, für eine Lewy-Körperchen-Demenz (vgl. Förstl 2003, S.374).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass eine demenzielle Entwicklung, die sich eher als 12 Monate nach Beginn von extrapyramidalen Symptomen zeigt, für eine Lewy-Körperchen-Demenz spricht und Anlass gibt, um weitere Diagnose-Kriterien zu entwickeln (vgl. Beyreuther 2002, S.279).

4.4.3 Epidemiologie

Die Lewy-Body-Körperchen-Demenz ist die zweithäufigste degenerative Demenz (vgl. Förstl 2003, S.372). Laut klinischen Studien, die als Grundlage sich an der Bevölkerung orientierten, liegt die Prävalenz bei Personen, die älter als 65 Jahre sind, bei 1%. Das bedeutet, die Lewy-Körperchen-Demenz macht 10% aller Demenzformen in dieser Altersgruppe aus (vgl. McKeith et al. 2004 in Stoppe 2007, S.14). Mit zunehmendem Alter steigt auch ihre relative Häufigkeit an. So liegt laut einer finnischen Untersuchung, die Prävalenz bei den über 85jährigen bei ungefähr 5 %. Dabei sind 3,3% wahrscheinliche und 1,7% mögliche Lewy-Body-Körperchen-Demenzen. Ihr Anteil an allen Demenzen beträgt 22% (vgl. Rahkonen et al. 2003 in Stoppe 2007, S.15).

Durch das klinische Bild wird allerdings die Häufigkeit der Lewy-Körperchen-Demenz in verschiedenen klinischen Settings variieren, da neurologische, psychiatrische oder auch autonome Dysfunktionen im Mittelpunkt stehen. Zu dem wird immer mehr das Zeitkriterium (Beginn der Demenz innerhalb eines Jahres nach der Diagnose des Parkinson-Syndroms vergleichbar mit der Lewy-Körperchen-Demenz nach einem Jahr Parkinson-Erkrankung) in Frage gestellt, da die klinischen Zeichen bei der Demenz bei Parkinson-Krankheit immer mehr denen der Lewy-Körperchen-Demenz entsprechen (vgl. Stoppe 2007, S.15).

4.5 MEDIKAMENTÖS BEDINGTE DEMENZEN

Kognitive Veränderungen können aber auch durch die Einnahme von Medikamenten und durch eine Kombination aus ihnen entstehen, deren Folgen dann zu einer Demenz führen. Im Unterschied zu den schon beschriebenen kognitiven Veränderungen besteht hier allerdings die Möglichkeit, dass, wenn man die Medikamenten-Einnahme verändert oder bestimmte Medikamente sogar absetzt, können sich die kognitiven Veränderungen wieder zurückbilden oder gar ganz auflösen. Dadurch, dass es im Alter jedoch verschiedene Krankheitsbilder gibt, ist es nicht immer möglich, Medikamente, die als Folge zu einer Demenz führen, so ohne weiteres abzusetzen. Deswegen besteht eben, wie eingangs beschrieben, die Gefahr, dass die Einnahme bestimmter Medikamente zu einer Demenz führt (vgl. Kastner 2007, S.39).

4.6 ALKOHOLDEMENTZEN

Hier können kognitive Störungen durch die toxische Wirkung des Alkohols hervorgerufen werden. „Je nach Ausprägung der Störung spricht man von alkoholbedingtem anamnestischen Syndrom oder Alkoholdemenz“ (Kastner 2007, S.41). Eine Abgrenzung zu anderen primären Demenzformen oder dem Korsakow-Syndrom ist in der Praxis nicht immer einfach.

Bemerkbar macht sich eine Alkoholdemenz dadurch, dass es immer mehr zu Störungen in der Handlungsausführung und Planung (Exekutivfunktionen) kommt. Die Anamnese verweist auf eine typische Suchtvorgeschichte. Die Symptome können durch eine so genannte Alkoholkarenz aber vereinzelt abgemildert werden (vgl. Kastner 2007, S.41).

4.7 WERNICKE-KORSAKOW-SYNDROM

Dieses Syndrom ist die schwerwiegendste neuropsychiatrische Erkrankung, die auf Grund des kontinuierlichen Alkoholkonsums entsteht und ist die häufigste Ursache für eine sekundäre Demenz. Der Alkoholkonsum, verbunden mit einem Mangel an Vitamin B1 (Thiamin), führt zu verschiedenen Syndromen. So ist die Wernicke-Enzephalopathie eine Form, die sich in Augenmuskellähmungen, Desorientiertheit, Bewusstseinstörungen, Ataxie (Gangstörungen), sowie in Sprech- oder Schluckstörungen äußert. Das Korsakow-Syndrom, seit 1880 durch den russischen Neurologen Korsakow beschrieben, zeigt sich in anterograder oder retrograder Amnesie oder Desorientiertheit. Diese Symptome sind Ausdruck dafür, dass gewisse Kerngebiete des Zwischenhirns und Hirnstamms befallen sind. Ihre Intensität hängt jedoch davon ab, wie die Ausprägung und das Befallmuster aussehen. Haben die Betroffenen jedoch langfristig Alkohol konsumiert oder ist eine Therapie mangelhaft verlaufen, so können die Symptome auch chronisch werden. Dann kann es auch zu kognitiven Defiziten kommen, die das Arbeitsgedächtnis und höhere Frontalhirnleistungen, wie Urteilsvermögen, Kreativität, Abstraktionsvermögen und Krankheitseinsicht beeinflussen (vgl. Kastner 2007, S.41).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass, wenn man das Wernicke-Korsakow-Syndrom diagnostizieren will, muss man es erst einmal gegenüber anderen alkoholassozierten oder unabhängigen Erkrankungen abgrenzen.

5. VERSORGUNGSSITUATION IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND

In der Versorgung von Menschen mit einer Demenz in Deutschland spielen die Einrichtungen der stationären Altenhilfe eine sehr wichtige Rolle. Die Wahrscheinlichkeit, dass Menschen mit einer Demenz institutionell betreut werden müssen, ist im Gegensatz zu der Annahme, dass sie bis zu ihrem Tode von ihren Angehörigen gepflegt werden, sehr hoch. Dies belegen auch zahlreiche Studien. So werden laut neueren Ergebnissen bis zu 80% von ihnen im Verlauf der Erkrankung in ein Pflegeheim eingewiesen, weil eine Versorgung zu Hause nicht mehr möglich ist (vgl. Bickel 2001 in Dürrmann 2005, S.264). Die Anzahl derjenigen, die von Beginn bis zum Ende der Erkrankung zu Hause gepflegt werden, liegt bei ungefähr 33% aller Demenzerkrankten (vgl. Dürrmann 2005, S.264).

5.1 VOLKSWIRTSCHAFTLICHE AUFWENDUNGEN FÜR DIE VERSORGUNG

Laut der neueren Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes im Jahre 2004 machten psychische Veränderungen und Verhaltensänderungen 10% aller Krankheitskosten im Jahr 2002 aus. Das sind 22,4 Mrd. €. Schlüsselte man diesen Betrag auf einzelne Diagnosegruppen auf, so lässt sich sagen, dass die Demenzen mit 5,6 Mrd. € den größten Anteil ausmachen, Depressionen folgen mit 4 Mrd. €, neurotische Belastungsstörungen mit 2,8 Mrd. und Kosten für stationäre und teilstationäre Versorgung mit 3,6 Mrd. € (vgl. Weyerer 2006, S.14).

Bei der weiteren Entwicklung der Krankheitskosten werden in Zukunft auch die psychischen Veränderungen und Verhaltensänderungen die meisten Kosten verursachen. So betragen sie 2004 schon 24,8 Mrd. €. und 2 Jahre später sogar schon 26,7Mrd. €. Die Kosten der Demenz stiegen von 8 Mrd. € auf 8,6 Mrd. € an (vgl. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, 2008). Diese Kostenentwicklung macht ein Mal mehr deutlich, wie hoch die Versorgungskosten bei einer Demenzerkrankung sind. Unterstützt wird es noch dadurch, dass mit zunehmenden Krankheits-

stadium auch die Kosten weiter ansteigen (vgl. Bickel 2001 in Weyerer, 2006, S.15).

In Folge dieser Entwicklung haben sich zahlreiche Studien damit beschäftigt, was dies für Auswirkungen auf die Gesellschaft hat. Dafür ermittelten sie direkten und indirekten Kosten einer Demenz. Demnach belaufen sich die indirekten Kosten (unbezahlter Betreuungsaufwand der Angehörigen von ungefähr 6-10 Stunden/Tag) auf 2/3 der Gesamtkosten. Bei den direkten Kosten (Zahlungen für professionelle, medizinische und pflegerische Hilfe) haben die stationären Langzeitbetreuungen in Pflegeheimen mit 50-75% den höchsten Anteil an den Gesamtkosten. Die Diagnostik und medikamentöse Behandlungen machen im Gegensatz mit 2-3% den geringsten Anteil der Gesamtkosten aus (vgl. Weyerer, 2006, S.15).

Hallauer hat für Deutschland die direkten und indirekten Kosten für eine Demenzgruppe, der AD, errechnet. Nach seinen Berechnungen betragen die jährlichen Kosten 43.767,00 €. Davon entfielen 2,5% auf die gesetzliche Krankenversicherung (für Medikamente, ärztliche Besprechungen und Klinikaufenthalte), 29,6% auf die gesetzliche Pflegeversicherung und 67,9% auf die Angehörigen. Die Kosten der AD sind jedoch vom Schweregrad abhängig. So betragen sie im Anfangsstadium 5.100,00 € pro Patient und steigen mit zunehmendem Erkrankungsstadium auf 92.000,00 € im Endstadium an (vgl. Hallauer 2000, S.73-79).

Die Kostenermittlung macht deutlich, dass die pflegenden Angehörigen den größten Anteil zu tragen haben. Aber auch in anderen Bereichen, so z.B. in der professionellen Versorgung verursacht die Demenz sehr hohe Aufwendungen. Diese Entwicklung bringt für die Zukunft Folgen mit sich.

5.2 ALTEN- UND PFLEGEHEIME IN DER DEMOGRAFISCHEN ENTWICKLUNG

Die Situation in den Alten- und Pflegeheimen in Deutschland hat sich in den letzten 20 Jahren enorm gewandelt. Früher spielten Altenheimplätze quantitativ eine große Rolle in der Versorgung der älteren Menschen, heute rücken, durch den demographischen Wandel (die Menschen werden immer älter und dadurch pflegebedürftiger) immer mehr die Pflegeheime in den Vordergrund. Dies zeigt auch die Anzahl von Pflegeheimen in Deutschland. So gab es am 15.12.2001 9.165

Pflegeheime in denen 604.365 Personen betreut worden, Tendenz steigend (vgl. Weyerer 2005, S.21).

Im Laufe der Zeit hat sich jedoch nicht nur die Anzahl der Pflegeheime erhöht, sondern es hat auch einen Wandel in der institutionellen Versorgung gegeben. So werden heute immer mehr Menschen betreut, die an irgendwelchen Defiziten leiden. Dabei ist die Demenz eines der häufigsten Defizite. Das belegen auch verschiedene Studien, die weltweit und in Deutschland durchgeführt wurden. Demnach werden mindestens 40% (vgl. Fratiglioni et al. 1994; O'Connor et al. 1989 in Weyerer 2006, S.19) und maximal bis zu 75% demenziell erkrankte Menschen institutionell versorgt. (vgl. Juva et al. 1993). Das belegen auch Studien in Skandinavien, Großbritannien und Nordamerika, die seit den 1980er Jahren durchgeführt worden(vgl. Bickel 1997 in Weyerer 2006, S19). Aber nicht nur weltweite, sondern auch deutsche Studien belegen diesen Trend. So sind laut Bickel 1995 43,7% der in Pflegeheimen betreuten Menschen an einer Demenz erkrankt, mit steigender Tendenz. Laut einer bundesweiten durchgeführten Studie von Infratest 1998 sind mehr als die Hälfte der in Pflgeheimen betreuten älteren Menschen an einer Demenz erkrankt (vgl. BMSFJ 1998 in Weyerer 2006, S.20). Die Studien belegen weiterhin dass in Zukunft die Anzahl der Menschen mit einer Demenz in den Alten- und Pflegeheimen zunehmen werden.

Bickel untersuchte außerdem, ob die Demenz überhaupt der Hauptgrund für eine Heimeinweisung ist. Sein Ergebnis, die Demenz ist eine der wichtigsten Gründe für eine Heimeinweisung. Demnach sind mehr als 50% der Heimeinweisungen auf eine Demenzerkrankung zurückzuführen. Bei den Altenheimeinweisungen liegt der Anteil bei 18% (vgl. Bickel 1995 in Weyerer 2006, S.20). Dies wird auch durch eine neuere repräsentative Studie, die in Mannheimer Alten- und Pflegeheimen durchgeführt wurde, belegt. Hier wurden die aufgenommenen Bewohner mit denen verglichen, die schon 4 Jahre im Heim lebten. Das Ergebnis war, dass bei beiden Gruppen mehr als 50% an einer mittelschweren oder schweren Demenz litten (Weyerer et al. 2000 in Weyerer 2006, S.20).

5.3 ENTWICKLUNG DER DEMENZ IN ALTEN- UND PFLEGEHEIMEN

Durch den schon beschriebenen demographischen Wandel ist damit zu rechnen, dass die Pflegebedürftigkeit in Deutschland im Laufe der Zeit ansteigen wird. Diese Entwicklung trifft auch auf die Demenz zu. Deswegen rückt die professionelle Betreuung immer mehr in den Vordergrund.

Diese Entwicklung zeigt sich auch in den Zahlen der Menschen mit einer Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen am Beispiel von Baden-Württemberg. Sie nahmen in einer Zeitspanne von 7 Jahren kontinuierlich zu. Waren 1995/1996, bevor die Pflegeversicherung eingeführt wurde, noch 54,7% der Bewohner an einer Demenz erkrankt, so waren es 2 Jahre später, nach Einführung der Pflegeversicherung schon 60% und im Jahre 2002/2003 waren es 65,3%. Erwähnenswert ist auch die Entwicklung der Demenz nach Geschlecht und Alter. So waren über den gesamten Zeitraum von 7 Jahren 75% der Bewohner mit einer Demenz Frauen. Das Alter lag durchschnittlich bei 81 Jahren, beim Heimeinzug durchschnittlich bei 77 Jahren. (vgl. Schäufele 2008, S.93). Dies waren jedoch nicht die einzigen Beobachtungen. So waren ganzheitlich gesehen die Bewohner mit einer Demenz im Gegensatz zu den nicht erkrankten erheblich älter (81,4 Jahre vs. 78 Jahren). Die Aufenthaltsdauer ist bei den Bewohnern mit einer Demenz allerdings kürzer, 3,8 Jahre vs. 4,6 Jahre (vgl. Schäufele 2008, S.93)

Das sind aber nicht die einzigen Entwicklungen im Laufe der Zeit. Dabei ist auch die Entwicklung zwischen Demenzerkrankung und Einstufung nach SGB XI interessant. Viele Angehörige von Demenzerkrankten und die Einrichtungsleitungen bemängelten nämlich die Einstufung (Anlage 11). So waren 2002/2003 z.B. noch 3,8% der Bewohner mit einer Demenz in der Pflegestufe 0 eingestuft, wobei die Hälfte von Ihnen schon in der Pflegestufe 2 eingestuft waren. In der Pflegestufe 3 betrug der Anteil dagegen nur 15% (vgl. Schäufele 2008, S.93).

Weiter ist interessant, wieweit die Demenzerkrankung die Bewohner im Laufe der Zeit beeinträchtigt. Am Beispiel von Baden-Württemberg lässt sich sagen, die Demenz führt im zeitlichen Verlauf bei den Bewohnern immer mehr zur Bettlägerigkeit. Im Zeitraum 1995/1996 waren es noch 22,8%, 7 Jahre später waren es schon 28,9%. Auch in der Mobilität führt die Demenz bei den Bewohnern im Laufe

der Zeit zu Einschränkungen. So konnten 2002/2003 nur noch 49% von ihnen 50m ohne fremde Hilfe gehen. Schaut man sich im Gegensatz die Entwicklung bei den nicht demenzerkrankten an, so lässt sich festhalten, dass bei ihnen bedeutend weniger Bettlägerig sind (5,2%) und sie auch erheblich mobiler sind. So waren 75% von ihnen in der Lage, 50m alleine zu gehen. 15,7% von ihnen wiesen sogar keine Einschränkungen in der Mobilität auf. In der Einstufung nach SGB XI waren sie auch besser gestellt. So waren 21,7% in der Pflegestufe 0, 50% in der Pflegestufe 1, 25,7% in der Pflegestufe 2 und 2,8% in der Pflegestufe 3 (vgl. Schäufele 2008, S.93f.). Zusammengefasst zeigt sich, dass die Bewohner mit einer Demenz im Laufe der Zeit mehr eingeschränkt waren. Was dies für Auswirkungen hat, will ich zu einem späteren Zeitpunkt erörtern und darstellen

Im Laufe der Zeit hat sich aber nicht nur die Versorgungssituation in den Alten- und Pflegeheimen in Deutschland verändert, sondern es haben sich auch andere Faktoren verändert. So nahmen z.B. die behandelnden Ärzte, die sich mit der Demenz-Diagnose auseinandersetzen, im Laufe der Zeit zu. Auch die psychiatrische Versorgung nahm zu. So waren 2002/2003 22% in fachärztlicher Behandlung. Weiterhin gab es einen Anstieg von psychischen Symptomen, die man auch als nichtkognitive Störungen (Depression, aggressives Verhalten usw.) bezeichnen kann (Anlage 11.1). Demgegenüber nahmen jedoch Krankenhausaufenthalte der Demenzerkrankten immer mehr ab. Mussten 1995/1996, in einem Zeitraum von 4 Wochen, noch 9,1% in einem Krankenhaus fachärztlich versorgt werden, so waren es 2002/2003, im gleichen Zeitraum nur noch 4,7% (vgl. Schäufele 2008, S.94).

Bei der Entwicklung der Versorgungssituation der älteren Menschen ist es jedoch auch interessant, in wieweit z.B. geltende Kriterien für eine Aufnahme in eine besondere Versorgung von Demenzerkrankten beachtet und verarbeitet werden. Am Beispiel von Baden-Württemberg wurde das an den seit 01.01.2004 geltenden Kriterien untersucht. Das Ergebnis war, dass im Rahmenvertrag geforderten Instrumentarium konnte bei dieser Untersuchung nicht eingesetzt werden. Deswegen wurde mit Hilfe des Pflegepersonals versucht, eine repräsentative Aussage zu entwickeln. Demnach erfüllten nur 55% der demenzerkrankten Bewohner, die in den Mannheimer Alten- und Pflegeheimen lebten, das Kriterium der Demenz-

schwere (festgelegter Wert im PVA-Demenzscreening, der einem Punktebereich von weniger als 13 Pkt. im MMST entspricht.) „14,7% wiesen auffällige Verhaltensweisen im Sinne der Baden-Württemberg-Kriterien in der modifizierten Coehen-Mansfield-Skala (Mcmai) auf“ (Schäufele 2008, S.96). 11,1% der Bewohner mit einer Demenz erfüllten zu der Demenzschwere auch die Kriterien im Bezug auf Verhaltensauffälligkeiten. 7,4% waren im Laufe der Zeit nicht ständig bettlägerig (Anlage 11.2) (vgl. Schäufele 2008, S.94).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass im Durchschnitt 4.9% der Bewohner für eine Aufnahme in die besondere Versorgung in Frage kämen, d.h. sie sind schwer demenzerkrankt, verhaltensauffällig und nicht bettlägerig. Das umfasst eine Gruppe von 55 Bewohnern in den 13 Mannheimer Pflegeheimen, die in 4 oder 5 speziellen Demenzwohngruppen mit einem Umfang von 12 Personen je Gruppe zusammenleben könnten (vgl. ebd.).

Nachdem ich am Beispiel von Baden-Württemberg beschrieben habe, wie sich die Situation der demenzerkrankten Menschen in den Alten- und Pflegeheimen im Laufe der Zeit entwickelt hat, gehe ich jetzt darauf ein, wie sich die gesellschaftliche Situation der Bewohner mit einer Demenz im Laufe der Zeit entwickelt hat.

Als erstes wäre da zu nennen, dass die sozialen Kontakte der Bewohner mit einer Demenz im Laufe der Zeit abnahmen (Anlage 11.3). Ferner lässt sich festhalten, dass zwar fast die Hälfte aller Demenzerkrankten 1x pro Woche Besuch bekamen, aber selber kaum versuchten Kontakt, zu anderen herzustellen. Nur 36,7% suchten Kontakt zum Personal und 25,4% zu anderen Mitbewohnern. Im Gegensatz konnten die nicht Erkrankten erheblich mehr Kontakte aufbauen. Bei ihnen suchten 71,4% Kontakt zum Personal und 64% zu Mitbewohnern. Beim Anteil der Besuche gab es jedoch keinen Unterschied, auch sie bekamen 1x pro Woche Besuch. Das waren jedoch nicht die einzigsten gesellschaftlichen Entwicklungen im Laufe der Zeit. So waren auch erhebliche Veränderungen bei der Teilnahme an Aktivitäten zu erkennen. Demnach stiegen zwischen 1997/1998 und 2002/2003 die Beteiligung der Bewohner mit einer Demenz an Aktivitäten an und 20-25% nahmen zusätzlich 1x wöchentlich an biographieorientierten Angeboten, wie Singen, Erzählen, Basteln, Selbständigkeitstraining und Gedächtnisspielen teil. Bei den nicht Erkrankten lag der Anteil hierbei zwischen 33-50%, 75% nahmen an

Heimveranstaltungen teil. Bei den Bewohnern mit einer Demenz lag dieser Anteil bei 55%. Eine weitere Beobachtung war, dass die Zahl der nicht Erkrankten, die an Maßnahmen zur Förderung der Selbständigkeit teilnahmen, im Laufe der Zeit im Gegensatz zu den Bewohnern mit einer Demenz erheblich abnahm (vgl. Schäufele 2008, S.97f.).

5.4 ZUKÜNFTIGE ENTWICKLUNGEN DER VERSORGUNGSSITUATION

In Baden-Württemberg wurden kleine, gemeindenahe und homogen belegte Versorgungseinheiten eingeführt, die auf die Bedürfnisse der Demenzerkrankten abgestimmt sind. Weiterhin wurden spezifische Umgangs- und Kommunikationsweisen, wie z.B. die Validation nach Naomi Feil, entwickelt. Außerdem wurden spezielle organisatorische Maßnahmen für die stationäre Langzeitversorgung der Demenzerkrankten entwickelt. Zu dem wurde begonnen, besondere stationäre Betreuungsansätze zu entwickeln. Dies waren teilintegrative Konzepte, wo für die Bewohner mit einer Demenz ein besonderes Versorgungsprogramm für eine bestimmte Zeitspanne am Tag erstellt wurde. Außerdem wurden separate Wohnbereiche für die Bewohner mit einer Demenz eingerichtet. Es wurde aber auch ein ganz besonders Konzept entwickelt. So gab es eine Spezialeinrichtung, d.h. hier wurden ausschließlich nur Menschen mit einer demenziellen Erkrankung betreut. Es wurden aber auch Alternativen zur Versorgung in Alten- und Pflegeheimen, wie z.B. Hausgemeinschaften für Menschen mit einer Demenz, entwickelt. Sie zeichnen sich durch Normalität, Alltagsnähe und ein familiäres Milieu aus (vgl. z.B. Winter und Gennrich 2001 in Weyerer 2006, S.23). Vorbilder für diese Betreuungsform liefern Konzepte aus den Niederlanden, Frankreich, Großbritannien oder spezielle Pflegebereiche für Menschen mit einer Demenz aus Kanada und den USA (vgl. Schäufele 2005 in Weyerer 2006, S.23).

In Deutschland ist die Stadt Hamburg Vorbild für solche spezielle stationäre Betreuungsformen für Menschen mit einer Demenz. Hier wurden schon 1991 im Rahmen des Hamburger Modells in 30 Pflegeeinrichtungen 750 Plätze zur besonderen stationären Versorgung von Menschen mit einer Demenz eingeführt. Nach diesem Modell wurden auch 2003 in Baden-Württemberg entsprechende Richtlinien für die besondere stationäre Versorgung von Menschen mit einer Demenz

entwickelt (vgl. Sozialministerium Baden-Württemberg 2002 in Schäufele 2008, S.143).

Von politischer Seite wurden diese Ansätze unterstützt, in dem die modellhaften Einrichtungen oder Projekte finanziert wurden. Zu dem wurden die neueren Ansätze im Rahmen des im Jahr 2003 entwickelten Modellprogramms „Altenhilfestrukturen der Zukunft“ des BMFSFJ in die Praxis umgesetzt und daraus wichtige Erkenntnisse im Bezug auf ihren Nutzen und ihrer Verstetigung gewonnen. Weiterhin wurde im Laufe des Jahres 2004 eine vom BMFSFJ unterstützte umfangreiche Evaluation des Hamburger Modells gemacht, die von der Arbeitsgruppe Psychogeriatric durchgeführt wurde (vgl. Weyerer 2006, S.27).

Trotz dieser Aufmerksamkeit, Förderung dieser Modelle und speziellen Einrichtungen, ist die Thematik der langzeitigen Pflege von Menschen mit einer Demenz in Deutschland und in den einzelnen Bundesländern eher noch unbekannt. Außerdem ist nicht ganz erforscht, welche Charakteristika Menschen mit einer Demenz in der stationären Pflege spielen und wie das Verhältnis zwischen Konzepte der Demenzkrankenbetreuung und den aktuellen Lebenssituationen derjenigen aussehen. Diese Probleme herrschen allerdings nicht nur in Deutschland vor. Ein weiteres Problem ist, dass die Diskussionen bezüglich der richtigen Konzepte, Wohnformen und Baulichkeit für die Betreuung von Menschen mit einer Demzenerkrankung mehr von ideologischen Meinungen und kommerziellen Interessen geprägt ist als von gesicherten Erkenntnissen. Zu dem ist es in Deutschland nicht unüblich, dass private Anbieter und Institute ihre eigenen Konzepte und Produkte evaluieren. Dabei verwenden sie allerdings ein sehr fragwürdiges Forschungsdesign, was noch nicht ein Mal wissenschaftlichen Mindestanforderungen entspricht. In Anbetracht dieser Entwicklung wurde in den letzten Jahren immer mehr auf baulich-räumliche Bedingungen für die Befindlichkeit von Menschen mit einer Demenz Wert gelegt. Außerdem wurde dies in entsprechende Baumaßnahmen aufgenommen. Allerdings gibt es für ihre Wirksamkeit keine ausreichenden empirischen Belege (vgl. Day et al. 2000).

6. BETREUUNG DURCH ANGEHÖRIGE

Viele demenzerkrankte Menschen werden von ihren Angehörigen zu Hause gepflegt. (vgl. Hampel, Padberg, Möller 2003, S.414). Laut Angaben der Deutschen Alzheimer Gesellschaft leben ungefähr 30% von ihnen in einer eigenen Wohnung, 70% bei Angehörigen, ca. 60% mit der betreuenden Person zusammen, 23% im selben Haus, 5% in einem Nachbarhaus und 12% lebten zwar im eigenen Haushalt, hatten aber keinen direkten Kontakt zu Angehörigen. Ihre Pflege nimmt allerdings sehr viel Zeit in Anspruch und führt bei den Angehörigen zu enormen Belastungen und verlangt deswegen eine spezifische Qualität von Ihnen (vgl. BMFSJ 2002, S.201).

6.1 LEBEN UND ERLEBEN DER BETROFFENEN

Zu Beginn der Erkrankung nehmen die Betroffenen die beginnende Vergesslichkeit, Konzentrationsschwierigkeiten und Fehlbeurteilungen von Situationen bewusst wahr. Ihnen ist es jedoch nicht möglich, die Schwere der Beeinträchtigungen und ihre Auswirkungen richtig zu deuten. Weiterhin entwickeln sie auf diese Beeinträchtigungen als Reaktion depressive Symptome und Angstgefühle. Zu dem versuchen sie ihre Defizite gegenüber ihrer Umwelt geheim zu halten und entwickeln dafür Kompensationsmechanismen. Außerdem bemühen sie sich ihre Defizite auszugleichen, in dem sie ihren Bewegungsspielraum auf die vertraute Umgebung begrenzen und die sozialen Kontakte minimieren. In dieser Situation haben die Angehörigen das Problem, die demenzielle Erkrankung zu erkennen. Erschwerend kommt hinzu, dass man den Beginn der Erkrankung nicht immer genau festlegen kann. Zu dem entwickeln die Angehörigen, zum eigenen Schutz Abwehrmechanismen, wie Verleugnung oder Bagatellisierung (vgl. Weyerer 2005, S.16).

Im weiteren Verlauf der Erkrankung nehmen die Betroffenen ihre Defizite dann immer weniger wahr oder leugnen sie. Im mittleren Stadium der Demenz kommt es dann dazu, dass den Betroffenen es immer schwerer fällt, ihren Alltag zu meistern. Selbst einfache Dinge werden zum Problem. "Im letzten Krankheitsstadium nehmen vor allem die verbalen Kommunikationsmöglichkeiten stark ab" (Weyerer 2005, S.16). Trotzdem besitzen die Betroffenen noch Fähigkeiten, vor allem im

emotionalen Bereich. Hirsch meint, dass trotzdem die kognitiven Fähigkeiten fast erloschen sind, die Betroffenen bis zum Ende ihres Lebens eine hohe Bereitschaft besitzen auf Außenreize zu reagieren (vgl. Hirsch 1994 in Weyerer 2005, S.16). Zu dem bleibt auch die emotionale Kontaktfähigkeit bis zum Lebensende erhalten, trotzdem die Demenzerkrankten sich nicht mehr richtig äußern können und von ihrer Umwelt entweder falsch verstanden werden oder sie es falsch interpretieren (vgl. Weyerer 2005, S.16)

In diesem Moment rücken die Angehörigen und auch die Soziale Arbeit in den Mittelpunkt. Sie ermöglichen den Demenzerkrankten durch ihre professionelle Hilfe und Versorgung, dass er trotz seiner Krankheit ein erfülltes Leben in seiner gewohnten Umgebung mit einem geregelten Tagesablauf weiter führen kann. Dies bedeutet für die pflegenden Angehörigen aber auch eine starke Belastung, besonders im persönlichen Bereich

6.2 DIE SITUATION DER ANGEHÖRIGEN

Die Arbeit der Angehörigen in der Versorgung und Betreuung Demenzerkrankter ist schon seit längerer Zeit ein wichtiges und viel besprochenes Thema, weil sie für den Demenzerkrankten eine gewisse Bezugsperson darstellen. Laut gesundheitsökonomischen Berechnungen übernehmen demzufolge die Angehörigen „derzeit knapp 70% der gewichteten Gesamtkosten für eine/n Demenzpatientin/en“ (Hallauer et al. 2000 zit. n. Stoppe, Gabriela 2007, S.136). Die Krankenversicherer übernehmen dabei 3% und die restlichen Lasten werden von den Pflegeversicherten getragen (vgl. Hallauer et al. 2000).

Die Pflege der Demenzerkrankten wird überwiegend von Frauen übernommen. So betreuen ungefähr 50% von ihnen ein Elternteil und 2/3 der Ehemänner pflegen die Ehepartnerin. Schwiegereltern werden fast ausnahmslos, fernere Verwandte und Nachbarn werden wieder überwiegend von Frauen gepflegt. Das Alter dabei ist je nach dem Verwandtschaftsgrad unterschiedlich. So sind pflegende Angehörige der Kindergeneration im mittleren Erwachsenenalter, wobei pflegende Partnerinnen oder Partner unter Umständen schon selbst ein hohes Alter erreicht haben können (vgl. BMFSJ 2002, S.201).

Verschiedene Untersuchungen haben ergeben, dass bei der Pflege von Demenzerkrankten durch Angehörige, eine signifikante höhere Belastung zu erkennen war, als bei welchen, die einen Nichtdemenzerkrankten pflegten (vgl. Adler, C. et al. 1996; Gräbel 1998b; Kruse 1994 in BMFSJ 2002, S.201). Außerdem erleben die pflegenden Angehörigen nicht nur persönliche Einschränkungen, sondern auch emotionale und physische Belastungen, die durch die Persönlichkeitsveränderung des Betroffenen kommt. Zeigen tun sich diese, in dem die Angehörigen Schuldgefühle haben, weil sie Unternehmungen jetzt ohne den Demenzerkrankten machen, sie denken, sie müssten sich jetzt nur noch um den Demenzerkrankten kümmern, dass sie ihr Wohlbefinden an denen des Erkrankten festmachen und dass sie keine eigenen Perspektiven außerhalb der Pflege und Betreuung sehen (vgl. BMFSJ 2002, S.201). Weiterhin werden eigene Wünsche und Bedürfnisse im Sinne des Demenzerkrankten von den Angehörigen zurückgestellt (vgl. Jones & Jones, 1994 in Martin Schelling 2005, S.203). Bei der Pflege und Betreuung Demenzerkrankter durch Angehörige kommt es aber nicht nur zur emotionalen Abhängigkeit der Angehörigen, sondern auch auf physischer und psychischer Ebene kommt es zu Einschränkungen (vgl. BMFSJ 2002, S.202). Damit besteht bei ihnen ein erhöhtes Risiko selbst zu erkranken. Dies wird noch dadurch unterstützt, dass die meisten Angehörigen, wie ich schon beschrieben habe, selbst schon im höheren Alter oder Rentenalter sind, wo sie eine Pflege übernehmen. Deswegen leiden sie selber schon häufig an gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Diese können sein: depressive Störungen und Nervosität, die bei den Frauen zu 40% medizinisch behandelt werden müssen. Bei $\frac{1}{4}$ der pflegenden Angehörigen treten dagegen körperliche Symptome auf, wie z.B. chronische Erschöpfung und Erkrankungen des Bewegungsapparates. Außerdem kommt es laut einer Untersuchung von 510 Angehörigen häufig zur Einnahme von Psychopharmaka (vgl. Morris et al. 1988; Clipp und George 1990; Gräbel 1998 in Hampel, Padberg, Möller 2003, S.416). Das geschieht allerdings sehr häufig ohne Absprache mit dem behandelnden Arzt, was eine Überdosierung, eine unzufriedene Wirkung oder dass Auftreten unerwünschter Nebenwirkungen zur Folge hat (vgl. Hampel, Padberg, Möller 2003, S.416).

Die Diagnose Demenz führt allerdings nicht nur zu Beeinträchtigungen bei dem Betroffenen und seinen Angehörigen, sondern sie verändert auch die Rollenverteilung

lung. Das Familienleben muss jetzt so gestaltet werden, dass die Familie als Ganzes an der neuen Situation nicht zerbricht (vgl. Görres 1993 in BMSFJ 2002, S.200). Das bedeutet, es muss geregelt sein, wer die Pflege des Demenzerkrankten übernimmt. In dieser Situation spielen auch eventuelle Kinder, auch wenn sie schon Erwachsene sind, eine besondere Rolle.

Die neue Rollenverteilung führt jedoch auch dazu, dass die Angehörigen sehr oft ihre eigenen, wahren Gefühle nicht wahrnehmen oder wahrnehmen wollen. Die Folge davon ist, dass sie diese nicht verarbeiten, was wiederum zu Unmut führt und zusammengenommen als ein Auslöser für die schon beschriebenen psychischen, physischen und körperlichen Beeinträchtigungen gelten. Außerdem kann es zu Problemen in der Ehe, Beziehungen und gegenüber Freunden kommen, was dazu führt, dass die Angehörigen eine neue Beziehungsgestaltung entwickeln müssen. Hier müssen sie eine neue Art der Begegnung entwickeln und sich gegebenenfalls von alten Ritualen verabschieden. Das erfordert eine Menge an neuen Aufgaben, Belastungen und Herausforderungen, die unabhängig von einander erledigt werden müssen. Für die Angehörigen sind diese Entscheidungen oft keine einfachen und deswegen gestaltet sich ihr Alltag auch als sehr schwierig.

In dieser Situation entwickeln sie oft das Bedürfnis nach professioneller Hilfe. Im weiteren Verlauf meiner Diplomarbeit will jetzt darstellen, wie diese aussieht. Zurzeit gibt es allerdings nur sehr wenige Interventionsstudien dazu. Die existierenden belegen jedoch, dass die Entlastungsangebote für die Angehörigen sehr wirksam sind. An Hand von ihnen lässt sich belegen, dass das Risiko für eine Heimaufnahme bei den Interventionsgruppen auf 2/3 des Risikos bei den Kontrollgruppen zu minimieren ist. Zu dem zeigen verschiedene Interventionen, dass der Stress der Angehörigen reduziert werden kann, wenn man ihnen schon für wenige Stunden eine Entlastung bietet. Auf diesem Vorgehen basieren auch die erfolgreichen Bemühungen der so genannten Laieninterventionen, die z.B. in Nürnberg unter dem Titel „Für ein paar Stunden Urlaub“ (Stoppe/Geilfuß 2004 zit. n. Stoppe, Gabriela 2007, S. 139) praktiziert werden. Durch diese Interventionen wird die Situation der Angehörigen verbessert (vgl. Stoppe 2007, S.139)

Im Laufe der Zeit haben sich aber auch immer mehr strukturelle Angebote, die sowohl für die Angehörigen als auch in Kombination mit dem Demenzerkrankten

konzipiert wurden, entwickelt (vgl. Stoppe 2007, S.139). So gibt es z.B. Angehörigengruppen, in der sich Angehörige von Demenzerkrankten mit anderen Betroffenen austauschen, Erfahrungen, Informationen sammeln können und gemeinsam nach Lösungen suchen. Weitere Ziele können sein: Informationsvermittlung; Hilfestellung; Anregung von Lernprozessen; Verhaltensänderung gegenüber dem Kranken und Prävention von Belastungsauslösern. Die Angehörigengruppen führten aber auch bei den Demenzerkrankten zu einer erkennbaren Verbesserung der gedächtnisassoziierten Alltagsleistungen und zu einer signifikanten Verbesserung der Unruhezustände und Ängste (vgl. Hampel; Padberg; Möller 2003, S.421f.).

Dies sind jedoch nicht die einzigsten strukturellen Angebote, die für Angehörige entwickelt wurden. So gibt es z.B. auch Selbsthilfegruppen, die noch über die Angehörigengruppen hinausgehen. Hier kommen Menschen zusammen, die über einen sehr großen Schatz an Erfahrungen verfügen. Außerdem werden Tipps und Ratschläge zur Bewältigung kritischer Situation gegeben und man tauscht sich Fachleute (Mediziner, Therapeuten) vor Ort aus. Damit haben diese Gruppen einen sehr hohen Stellenwert und können unter Umständen mehr dienen als Bücher oder Fachgespräche. Im Laufe der Zeit hat sich aber auch immer mehr der Urlaub für Demenzerkrankte und Angehörige durchgesetzt. Dieser sieht so aus, dass man den Demenzerkrankten am Urlaubsort in eine Kurzzeitpflege gibt, wobei die Angehörigen entweder im Hotel oder gegebenenfalls sogar mit in der Kurzzeitpflege leben. Dabei wird der Demenzerkrankte professionell versorgt und die Angehörigen können selber entscheiden, wie oft sie den Betroffenen besuchen. Bei dieser Variante sind jedoch auch noch andere Konstellationen denkbar. So kann z.B. Betreuungspersonal mitreisen, die sich dann um den Betroffenen kümmern. Einige Urlaubskonzepte bieten sogar Therapien für den Demenzerkrankten und Entspannungstechniken für die Angehörigen an. Eine weitere Möglichkeit, die sich in den letzten Jahren immer mehr etabliert hat, sind Tagespflegen und Kurzzeitpflegeeinrichtungen. Dabei spielt zweitens, in der zeitlichen und erstens in der körperlichen Entlastung eine wichtige Rolle (vgl. Niklewski 2006, S.200ff.).

Betrachtet man die geschilderten Aussagen zusammengefasst, so lässt sich daraus schließen, dass die Angehörigen in der Versorgung und Betreuung der Demenzerkrankten in Deutschland die Hauptlast tragen. Im Gegensatz zu Ange-

hörigen von nur körperlich Pflegebedürftigen verspüren sie die Versorgungs- und Betreuungssituation als schwieriger. Sie bedürfen auch laut Untersuchungen einer längeren Zeit, um Hilfsangebote anzunehmen. Dies wird auch durch Zahlen der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten durch pflegende Angehörige von Demenzerkrankten belegt. Demnach nutzen nur rund $\frac{1}{4}$ von ihnen, die einen demenzerkrankten Angehörigen pflegen, zur Entlastung ihrer Situation Beratungsangebote. In der gleichen Größenordnung bewegt sich auch die Inanspruchnahme von Pflegestunden ambulanter Dienste. Eine Betreuung des Demenzerkrankten ohne den Angehörigen, wie z.B. in einer Tages- oder Kurzzeitpflege, nahmen sogar nur weniger als $\frac{1}{10}$ an. Das einzigste was Pflegende uneingeschränkt annahmen, waren finanzielle Leistungen aus der Pflegeversicherung (vgl. Vetter et al. 1997 in BMFSJ 2002, S.203). Als Resümee dieser Entwicklungen lässt sich festhalten, dass in Zukunft adäquate Versorgungsangebote geschaffen werden müssen es muss eine entsprechende Qualifizierung der in diesem Bereich professionell tätigen geschehen.

6.3 DIE SITUATION DER PFLEGENDEN (ANGEHÖRIGE UND PROFESSIONELLE)

Es ist ausreichend bekannt, dass die Versorgung und Betreuung Demenzerkrankter eine besondere Herausforderung darstellt. Anders, als in anderen Bereichen, gibt es bei einer Demenzerkrankung keine Patentlösung. Egal, welches Pflege- oder Betreuungskonzept man anwendet, unterm Strich fällt die Belastung immer wieder auf den Pflegenden zurück und deswegen nimmt er eine besondere Rolle in diesem Konstrukt ein. Im Laufe der Zeit wurden zwar verschiedene Interventionskonzepte entwickelt und erprobt, trotzdem erreichen Pflegende und Pflege-teams immer wieder ihre Grenzen. Zu dem nehmen letztere z.B. im System Heim eine weitere wichtige Rolle ein. Sie sind nicht selten Schnittstelle zwischen dem Spannungsfeld Ärztin/Arzt und dem Demenzerkrankten selber. So bekommen sie unvermittelt die Nöte, Schwierigkeiten und Gebrechen der Erkrankten mit und müssen fähig sein oder es erlernen, ihnen zu begegnen oder sie auszuhalten. So sind sie zugleich unmittelbare Ansprechpartnerin und –partner für alle anderen Dienstbereiche, sowie für die Angehörigen, die häufig Unterstützung in ganz speziellen Fragen wollen. Dabei wird von ihnen auch verlangt, dass sie Antworten

finden und Begleitung anbieten. Dies alles stellt eine außergewöhnliche Belastung für die Pflegenden dar. Zu dem kommt die Angst vor dem Krankheitsbild und dem Betroffenen sein im eigenen Familienkreis dazu.

Ganzheitlich betrachtet lässt sich sagen, dass die Pflegenden egal ob im privaten oder im professionellen Bereich eine besondere Rolle einnehmen. Sie sind diejenigen, die sich mit dem Demenzerkrankten auseinandersetzen und entscheiden, welche Interventionen für ihn am besten sind.

6.4 ANGEHÖRIGENARBEIT

Die Angehörigenarbeit ist in der Versorgung der Menschen mit einer Demenz schon seit längerer Zeit ein wichtiges und viel besprochenes Thema. Es hat sich gezeigt, dass viele Familien oder Angehörige ihren alten und pflegebedürftigen Verwandten nicht so ohne weiteres in ein Pflegeheim geben, sondern versuchen so lange wie möglich zu Hause zu betreuen. Die Angehörigenarbeit ist aber auch noch in anderer Hinsicht ein wichtiger Bestandteil in der Versorgung. Sie waren diejenigen die den Betroffenen vor dem Eintritt der Demenzerkrankung Orientierung und einen entscheidenden Halt im zunehmenden Vergessenprozess gegeben haben. Die Angehörigen geben dem Betroffenen aber auch emotionale Sicherheit, weil er sich aufgehoben fühlt. Zu dem stellen sie eine Verbindung zu seinem früheren Leben und zeigen ihm so, dass es ein Leben vor der Demenz gab. Somit wird das Selbstwertgefühl des Betroffenen erhalten und gefördert. Dies erlangt dann an Bedeutung, wenn die Sprache des Betroffenen nach und nach verloren geht, weil der Betroffene in dieser Situation weiß, wie die Angehörigen denken und fühlen. Die Bedeutung der Angehörigenarbeit zeigt sich auch darin, dass sie als so genannter Türöffner in die Welt des Betroffenen gesehen werden (vgl. (Martin; Schelling 2005, S.201f.).

Damit Angehörigenarbeit jedoch wirksam stattfinden kann, brauchen Angehörige aber auch Unterstützung und Hilfe. Diese sollen diverse Angehörigengruppen und –schulungen, die speziell für Menschen mit einer Demenz entwickelt wurden, bieten. Diese werden von den Angehörigen als positiv beurteilt. Zu dem benötigen sie allerdings auch den Austausch mit anderen, die sich in einer ähnlichen Situation befinden, Information über die Krankheit und das Kennen lernen neuer Lösungs-

wege. Sie brauchen aber auch Unterstützung bei der Anpassungsleistung der Veränderung der Beziehung und in der Fürsorge für den von der Demenz betroffenen (Kellet 2000 in Martin; Schelling 2005, S.210).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass bei der Angehörigenarbeit nicht einzelne Maßnahmen wichtig sind, sondern es muss eine Kombination stattfinden, die so ausgerichtet ist, dass sie den Betroffenen und den Angehörigen hilft. Dabei sollten psycho-edukative und psycho-soziale Maßnahmen und Interventionen eine Rolle spielen.

7. DIE ROLLE DER SOZIALEN ARBEIT

Die Sozialpädagogik richtet ihren Blick bei der Entwicklung ihrer Konzepte hauptsächlich nur auf die Herausforderungen des Aufwachsens junger Menschen, ihrer Integration ins und das Bestehen im Erwachsenenalter. Der Lebensphase Alter bemisst sie jedoch nur eine untergeordnete Rolle. Stellt sie jedoch einen Bezug zum Alter her, dann vorwiegend im konzeptionellen Kontext von bisher getroffenen Aussagen. Erst durch die Erweiterung der Sozialpädagogik des Kinder- und Jugendalters um das Erwachsenenalter und Alter zusammengefasst zur „Sozialpädagogik der Lebensalter“ (Böhnisch 1997 zit. n. Schweppe 2005, S.132) gab es, auf Grundlage des Konzeptes der Lebensbewältigung, einen systematischen Entwurf zur Einbindung der Lebensphase ‚Alter‘. Dieser beschäftigt sich jetzt mit der Lebensphase und seinen Problemen und Thematiken (u.a. mit der Demenzerkrankung) (vgl. Schweppe 2005, S.131f.).

7.1 GANZHEITLICHE BETRACHTUNGEN

Durch den demographischen Wandel rückt die Lebensphase ‚Alter‘ immer mehr in den Mittelpunkt der Gesellschaft und damit auch in den Blick- und Wirkungskreis der Sozialen Arbeit. Dabei kommen jedoch einige Fragen auf: Wie sieht eine sinnvolle Gestaltung des Lebensabschnittes Alter aus? Was gibt es für Wohnformen? Wie sehen die Generationsbeziehungen aus (wer pflegt wen?) und Was gibt es für soziale Angebote und wie sieht die Versorgungsstruktur in der Lebensphase Alter im Allgemeinen überhaupt aus (vgl. Dech 2007, S.91)? Diese Fragen zeigen, dass die Lebensphase Alter nicht nur eine individuelle Entwicklungsaufgabe ist, sondern auch eine soziale und gesellschaftliche Herausforderung darstellt.

Außerdem muss soziale Arbeit Entwicklungsaufgaben der ältern Menschen unterstützen, damit sie ihre Selbständigkeit weitgehend behalten und so auch weiter am sozialen Leben teilnehmen können. Weiterhin muss sie sich effektiv an der Bearbeitung und Bewältigung von alterstypischen Problemen (z.B. Demenzerkrankung) beteiligen. Soziale Arbeit mit älteren Menschen lässt sich auch nicht so einfach durch irgendein bestimmtes Arbeitsfeld, einer Zielgruppe oder durch ein Verfahren definieren, sondern sie setzt sich vielmehr aus allen und erfordert deswegen praxisbezogene Kenntnisse. Weiterhin muss sie aus der Vielfalt der ihr zur

Verfügung stehenden Methoden die richtigen für die Lebensphase Alter aussuchen und anpassen (vgl. Dech 2007, S.91)

Dies sind jedoch nicht die einzigen Dinge, die Soziale Arbeit in Bezug auf ältere Menschen entwickeln muss. So richtet die Soziale Arbeit ihren Blick auch auf die Sichtweisen der Betroffenen, auf ihre Möglichkeiten und bezieht die Bedeutung, wie die älteren Menschen ihre Situation sehen, in ihren Aktionsradius mit ein. Im Alter lassen sich, bezogen auf die Antriebskräfte der älteren Menschen, zwei Typen erkennen, die Lebenskämpferinnen/Lebenskämpfer und die Sicherheitsbedürftigen. Die erste Personengruppe sucht zwar Rat und Hilfe bei professionellen, zusammengenommen wollen sie aber alleine zu Recht kommen, ihren Alltag meistern und sich so nicht unterkriegen lassen. Sie sind zu dem sehr optimistisch und gestalten ihr Leben noch selber. Im Gegensatz dazu, sucht die zweite Personengruppe, zwar auch Rat und Hilfe bei Professionellen, sie ist jedoch der Auffassung, dass sie ohne fremde Hilfe ihre Alltagsangelegenheiten nicht mehr bewerkstelligen können. Zu dem sind sie ängstlich, zurückhaltend und Veränderungen gegenüber verschlossen. Außerdem entwickeln sie vereinzelt Panik oder Depressionen. In dieser Situation fühlen sie sich eigenen Angaben zu Folge, in einer Lage, mit der sie überhaupt nicht zu Recht kommen, die sie belastet und hilflos macht (vgl. Woog 2006)

Solche belastenden Situationen werden von den beiden Alterstypen unterschiedlich wahrgenommen. Für den ersten Typ stellen sie eine Herausforderung dar. Im Gegensatz dazu stellt es für die zweite Personengruppe eine Belastung dar. In diesen Situationen haben sie ein Gefühl der Angst, des Bedroht seins der eigenen Identität und der Ohnmacht. In diesem Moment ist die Sozialpädagogik gefragt, die mit ihren Methoden versuchen muss, zu den Betroffenen ein Vertrauensverhältnis aufzubauen, um so ihre Ängste zu minimieren, sie zum Selbst tun zu animieren, um dass sie so neuen Lebensmut entwickeln können. Durch diese Interventionsmethoden sollen ihre Eigenkräfte gestärkt werden und so sollen sie die Möglichkeit haben zu sich selbst wieder zu finden. Dies lässt sich allerdings nicht bei jeden erreichen, wie z.B. bei Demenzerkrankten. Bei ihnen bedarf es andere wirksame Methoden, auf die ich später noch genauer eingehen werde. Die Soziale Arbeit muss versuchen, dass die älteren Menschen durch ihre Maßnahmen sich

wieder ein soziales Leben aufbauen können, um so wieder eine gewisse Lebensqualität zu erlangen. Das wichtigste Ziel sozialer Arbeit mit älteren Menschen ist jedoch die Herauszögerung der Heimeinweisung (vgl. Woog 2006).

7.2 BIO-PSYCHO-SOZIALE MODELL

Das Bio-psycho-soziale Modell setzt sich aus zwei Betrachtungsweisen zusammen. Die erste Betrachtungsweise besteht aus einem Dreieck Bio (dem Körper), der Psyche und dem sozialen. Dabei wird das Alter als ein biologischer und medizinischer Prozess gesehen. In Bezug auf Demenzerkrankungen bedeutet die, dass sie den Körper angreift. Durch die Erkrankung nehmen die körperlichen Aktivitäten mit der Zeit immer mehr ab. Was anfangs noch möglich war, wird mit zunehmender Erkrankung immer unmöglicher. Somit ist das Alter ein dynamischer Prozess zwischen Verlust und Gewinn. Das hat auch Auswirkungen auf die Psyche. Durch den kontinuierlichen Rückgang der körperlichen Funktion entwickeln die Betroffenen Depressionen, Unruhezustände, Unzufriedenheit, Unausgeglichenheit und sind nicht motiviert. In diesen Situationen haben es auch Angehörige schwer einen Zugang zum Betroffenen zu finden. Außerdem gestaltet sich in dieser Situation der Pflegeprozess als kompliziert, weil die Betroffenen eine angegriffene Psyche haben und deswegen schneller unruhig und ungeduldiger werden. In diesem Moment kommt die dritte Komponente ins Spiel, das Altern als sozial bestimmter Prozess. Das soziale Umfeld kann jetzt positiv auf die Psyche und den Körper wirken. Durch gezielte Maßnahmen kann der Betroffene in seinen körperlichen Beeinträchtigungen unterstützt werden. Zu dem muss das soziale Umfeld versuchen durch Kommunikation eine Verbindung zwischen dem Betroffenen und seiner Umwelt herzustellen. Gelingt dies, so wirkt sich das auch auf die Psyche positiv aus. Bemerkt der Betroffene das es ein soziales Umfeld gibt, wo er aufgehoben und nicht alleine ist, so entwickelt er Wohlempfinden, eine gewisse Ruhe und Ausgeglichenheit. Zu dem können durch ein soziales Umfeld die Bereiche Bio (Körper) und die Psyche positiv beeinflusst werden. Auch die Vielschichtigkeit des sozialen Umfeldes wirkt sich positiv auf die Bereiche Bio (Körper) und Psyche aus.

Die zweite Betrachtungsweise des Bio-psycho-sozialen Modells ist ein Viereck. In der Grundstruktur setzt sich die Betrachtungsweise genauso zusammen wie die

erste, also aus Bio (dem Körper), der Psyche und dem sozialen, hier kommt nur noch die Spiritualität dazu. Sie sieht das Alter als multidimensionaler Prozess. Das bedeutet, dass Alter setzt sich aus verschiedenen Bausteinen zusammen. Außerdem sieht sie das Alter als differentiellen und geschlechterspezifischen Prozess. Für Menschen mit einer Demenz bedeutet dies, dass sich ihre Situation vielschichtig darstellt. So gibt es Betroffene die unter den körperlichen Beeinträchtigungen leiden und deswegen auch psychische Probleme haben. Es gibt aber auch Betroffene die sich mit ihrer Situation arrangieren und zu Recht kommen wollen. Auch im Bereich Psyche gibt es Unterschiede. So gibt es Betroffene deren Psyche sich mit zunehmender Erkrankung verschlechtert, die man nur schwer motivieren kann und bei denen der Hilfeprozess sich als schwierig zeigt. Es gibt aber auch Betroffene, die über eine starke Psyche verfügen und sich nicht so einfach mit der Erkrankung zu fernen geben. Sie versuchen so lange wie es geht selbständig zu sein. Aber auch das soziale zeigt sich vielschichtig. So gibt es sehr viele unterschiedliche Maßnahmen, die die Psyche und den Körper positiv beeinflussen. Die soziale Seite richtet sich aber auch an die Angehörigen und verhilft ihnen durch geeignete Maßnahmen und Interventionen zu einem besseren Umgang mit der neuen Situation.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass bio-psycho-soziale Modell stellt eine Verbindung zwischen Bio (dem Körper), der Psyche und dem Sozialen her und richtet durch die Spiritualität den Behandlungseffekt speziell auf die Situation der Menschen mit einer Demenz und seinen Angehörigen aus. So soll ein optimales Ergebnis erreicht werden, was dem Betroffenen und seinen Angehörigen im Umgang mit der Erkrankung hilft und weiterbringt.

7.3 AUFGABENFELDER DER SOZIALEN ARBEIT IN DER BETREUUNG DEMENZERKRANKTER MENSCHEN

In den nachfolgenden Ausführungen will ich einige Aufgabenfelder der Sozialen Arbeit in der Versorgung der älteren, speziell der demenzerkrankten, Menschen vorstellen.

7.3.1 Ein Leben im Nebel – die Lebenswelt Demenz

Die Demenz beschreibt einen unumkehrbaren Prozess, bei dem die geistigen Fähigkeiten immer mehr beeinträchtigt werden. Die Auswirkungen dabei sind jedoch sehr unterschiedlich. Für die Betroffenen gilt allerdings, sie merken, dass sie ihren Alltag nicht mehr alleine bewerkstelligen können. Diese Feststellung ist jedoch keine Folge der körperlichen Behinderungen, sondern der geistigen (vgl. Bruder 1999 in Schweppe 2005, S.133).

In diesem Moment kommt den Interaktionspartnerinnen und -partner eine besondere Rolle zu. Dabei trifft es Ehepartnerinnen/Ehepartner und Angehörige besonders schmerzlich und unmittelbar, da sie sich in der immer kleiner werdenden Welt des Erkrankten mit gefangen fühlen. In dieser Situation entwickeln die Ehepartnerinnen/Ehepartner und Angehörige das Bedürfnis nach professioneller Hilfe, weil sie selber nicht wissen wie sie mit dieser neuen Situation umgehen sollen. Die Aufgabe der Sozialen Arbeit ist es jetzt, durch geeignete Maßnahmen und Angebote die Ehepartnerinnen/Ehepartner und Angehörige hilfreich zu unterstützen (vgl. Franke 2000 in Schweppe 2005. S.133).

7.3.2 unterstützende Maßnahmen und Hilfsangebote

Um pflegende Angehörige zu unterstützen, verfügt die Soziale Arbeit über umfangreiche Maßnahmen und Hilfsangebote. So sind Unterstützungsinterventionen eine davon. Dazu zählen Gesprächs- und Selbsthilfegruppen, die vorwiegend an Kliniken oder Tageskliniken angeschlossen sind, oder durch Betroffenen-Organisationen (z.B. den Alzheimer-Gesellschaften) initiiert werden. Die Anzahl der Treffen ist meistens im Voraus festgelegt, nur bei den Selbsthilfegruppen ist sie nicht festgelegt, weil sie sehr oft über mehrere Jahre stattfinden (vgl. Gutmann 2005, S.163).

An Hand von diesen Maßnahmen sollen die Ehepartnerinnen/Ehepartner und Angehörige eine emotionale Unterstützung sowie einen Informations- bzw. Erfahrungsaustausch bezüglich des Umganges mit der Pflegesituation bekommen. Dabei spielen positiv soziale Vergleichsprozesse eine wichtige Rolle, denn der Kontakt mit anderen Pflegenden soll ihnen zeigen, dass sie sich nicht nur alleine in so

einer Situation befinden, sondern auch noch andere und die vielleicht sogar noch schwerer. Weiterhin ist die Überlegung von Bedeutung, dass die so eben beschriebenen Maßnahmen, die Selbstverantwortung und das Selbstbewusstsein der Ehepartnerinnen/Ehepartner und Angehörige stärker fördert als die Aneignung von Fachwissen durch professionelle (vgl. Gutmann 2005, S.163).

7.3.3 Psychoedukative Interventionen

Sie haben fast die gleiche Einbindung wie die Unterstützungsinterventionen und finden auch meistens in Gruppen statt. Hierbei stehen allerdings die von professionellen Experten geleisteten Wissens- und Informationsvermittlungen im Vordergrund. Themen sind z.B. Erscheinungsbild, Ursachen und Verlauf geriatrischer und gerontopsychiatrischer Erkrankungen (z.B. Demenzerkrankungen) sowie die Vermittlung von Pflegetechniken bei Demenzkranken. Auf der anderen Seite wird den Pflegenden hier auch ein Überblick über rechtliche und finanzielle Interventionsmöglichkeiten, sowie über existierende Versorgungseinrichtungen gegeben. Somit sollen die Kontextbeziehungen (Hilfe bei der Bereuung) verbessert werden. Weiterhin werden hier Fertigkeiten vermittelt, die sich an die Gesundheitsförderung der Pflegenden orientieren. Damit sollen die primären und sekundären Stressoren der Pflegenden gemindert werden. Eine zeitliche Entlastung, die durch diese Hilfsangebote erreicht werden soll, kann speziell auf die sekundären Stressoren Einfluss nehmen (vgl. Gutmann 2005, S.163f.).

7.3.4 Erholungsinterventionen

Sie setzen sich aus unterschiedlichen Angeboten zusammen, die den Angehörigen zeitlich bzw. aufgabenspezifisch entlasten. Solche Interventionen sind Kurzzeitpflegen, die meistens in Alten- und Pflegeheimen durchgeführt werden und Betreuung durch professionelle Helfer in der eigenen Wohnung des Betroffenen, durch ambulante Pflegedienste. Für Demenzerkrankte wird die zweite Form in Deutschland allerdings nur vereinzelt von privaten Anbietern oder gemeinnützigen Vereinen angeboten (vgl. Gutmann 2005, S.166).

Durch die verschiedenen Erholungsinterventionen, soll eine Unterbrechung oder eine zeitliche Reduktion der Pflege für den Angehörigen erreicht werden und so

versucht werden an verschiedenen Stellen des Pflegeprozesses eine gezielte Entlastung zu bieten. Werden diese Dienste genutzt, so verändern sich auch die Kontextbedingungen. Diese Dienste bieten aber auch Entlastung bei den objektiven primären Stressoren in dem sie Hilfestellungen bei den praktischen Aufgaben geben. Längerfristige Erholungsinterventionen führen dazu, dass die Verschlechterung des Wohlbefindens oder der Gesundheit des Pflegenden verhindert wird bzw. bereits vorhandene Beeinträchtigungen gemildert werden (vgl. Gutmann 2005, S.167).

7.3.5 Biografiearbeit

Neuere Ansätze der Sozialen Arbeit belegen die Wichtigkeit der Grundprämissen der Biografieforschung für den beruflichen Alltag der Sozialen Arbeit (vgl. z.B. Nittel 1994; Nittel/Völzke 1993; Schumann 1994 in Schweppe 2005, S.254). Trotzdem es nicht ausreichend belegt ist, wie ein aus der Forschungslogik stammendes Vorgehen auf professionelles Handeln übertragen werden kann, geben erste Überlegungen bezüglich eines biografieorientierten professionellen Handelns fruchtbare Gedankenanstöße zur Weiterentwicklung der Sozialen Arbeit mit älteren Menschen. Biographieorientierung bedeutet für sie Sinnstrukturen und Deutungsmuster verstehen zu lernen, Fremdheit zu überwinden, einen Zugang zu einer fremden Welt zu bekommen (vgl. Baacke 1993 in Schweppe 2005, S.255), sich von „pseudokonkreten“ Gewissheiten (Thiersch) (zu) lösen und Momente der Selbsttäuschung auf(zu)spüren“ (Döbler 1993, S.80 zit. n. Schweppe 2005, S. 255). Ganzheitlich betrachtet, bedeutet Biographieforschung ältere Menschen authentisch zu Wort kommen zu lassen (vgl. Schumann 1994 in Schweppe 2005, S.255).

Biografiearbeit verfolgt zu dem über verschiedene Ansätze, Blickrichtungen, Interessen und Arbeitsfelder. Sie stellen den einzelnen Mensch in den Mittelpunkt. Außerdem werden seine Erfahrungen, Erlebnisse, Urteile und Bilanzen für einen kürzeren oder längeren Moment, aus und vor allen anderen sozialen Zusammenhängen, herausgehoben (vgl. Ruhe 2009, S.10).

Biografiearbeit lässt sich verschiedenartig durchführen. Die erste Art ist die des Sinnes. Das Thema hier ist fast immer die Sinngebung, Sinnsuche und Sinnklä-

rung. Die Sinnfragen richten sich hauptsächlich an den noch vorhandenen Lebensmöglichkeiten der älteren Menschen. Das Hauptaugenmerk legt die Biografiearbeit jedoch auf die Zukunft. Sie stellt allerdings auch eine Verbindung zur Vergangenheit her und bezieht die Gegenwart mit ein. Somit arbeitet sie mit den Lebensspuren der Menschen, in denen Entwicklungen verstanden werden müssen. Biografiearbeit ermöglicht den älteren Menschen aber auch, dass sie sich eine ertragbare Wirklichkeit schaffen können (vgl. Ruhe 2009, S.11).

Außerdem beinhaltet sie, Arbeit mit Veränderungen. Somit ermöglicht sie eine Selbstvergewisserung und einen Perspektivwechsel. Biografiearbeit mit älteren Menschen kann aber auch zu Konflikten führen. In dieser Situation hat der Zuhörende und Handelnde die Aufgabe, durch einen Perspektivwechsel neue Verhaltensmuster zu schaffen. Mit diesem Vorgehen soll z.B. ein scheinbares Versagen als Lebenslogik begriffen und akzeptiert werden (vgl. Ruhe 2009, S.11).

Biografiearbeit setzt sich aus 3 Dimensionen zusammen. Die erste ist, die individuelle Dimension. Sie orientiert sich an der Lebensgeschichte, die die so genannten ‚harten Daten‘ der älteren Menschen beinhaltet. Zu dem ist sie Ansatzpunkt dafür, um zu den dahinter liegenden Erfahrungen, Begebenheiten und Erlebnissen zu kommen. Die zweite, die gesellschaftliche Dimension, schließt den Menschen in ihren Radius mit ein, verdeutlicht Lebenschancen und macht ersichtlich, wie gesellschaftliche Ereignisse die Biografie bestimmen. Mit dieser Problematik eng verbunden, ist die dritte, die tiefenpsychologische Dimension. „Die seelischen Beschädigungen und Heilungen ereignen sich auf dem Hintergrund der harten Lebensfakten, der eignen Leiblichkeit und der Gesellschaft“ (Ruhe 2009, S.11). Zusammenfassend lässt sich sagen, Biografiearbeit hat ihren Ausgangspunkt in einer Dimension und greift dann in die anderen über. Demnach muss man sie ganzheitlich verstehen (vgl. Ruhe 2009, S.10).

In den letzten Jahren hat die Biografiearbeit enorm an Bedeutung in der Arbeit mit älteren Menschen gewonnen. Dies zeigt auf der anderen Seite aber auch, dass Defizit und Symptom für die sich immer stärker werdende ausdifferenzierende Gesellschaft, in der Spezialisten- und Expertentum auf allen Ebenen, bis zur menschlichen Kommunikation, gefordert und gefördert werden. Biografiearbeit spezialisiert sich auch weiter. Zu dem muss und will sie auch darauf aufmerksam machen,

dass das Leben und das Schicksal des Einzelnen einen Wert haben. Biografiearbeit tritt auch für verloren gegangene Wertschätzung ein, die die Gesellschaft hätte leisten sollen und räumt Plätze der Erfahrungsintegration ein. Somit macht sie etwas, was sie eigentlich bekämpft, die Teilung unseres Lebens in Zeitabschnitte und Erfahrungswelten. Trotz alledem integriert sie aber auch. Diesen Unterschiedlichkeiten kann man allerdings nicht ausweichen und muss sie als Realität der Handelnden wahrnehmen (vgl. Ruhe 2009, S.10).

7.3.6 Zusammenfassung

Die Aufgabenfelder der Sozialen Arbeit in der Versorgung der Demenzerkrankten führen zu signifikanten Effekten, die jedoch schwächer sind als bei Angehörigen anderer Erkrankungen. Die Pflegenden von Demenzerkrankten profitieren mehr von Erholungsinterventionen, tendenziell sogar mehr als andere Pflegende. Dagegen wirken sich psychoedukative Gruppen und multimodale Interventionen weniger aus. Unterstützungsangebote zeigen laut Studien kaum einen Unterschied in der Wirkung zu Pflegenden Nicht-Demenzerkrankter (vgl. Pinquart & Sörensen 2002, in Gutmann 2005, S.171). Daraus lässt sich schließen, dass die Interventionen mit Angehörigen von Demenzerkrankten die subjektive Belastung und Depressivität reduzieren, das subjektive Wohlbefinden erhöhen, das Wissen und die Pflegekompetenzen verbessern und sie reduzieren die Symptome der Gepflegten. Diese Effekte sind zwar signifikant, allerdings nicht ausgeprägt. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Erholungsinterventionen aufgrund ihrer hohen Wirksamkeit vermehrt eingesetzt werden sollte (vgl. Gutmann 2005, S.171).

7.4 FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG IM RAHMEN DER SOZIALEN ARBEIT

Die Diagnose einer Demenz, Medikamente zur Bekämpfung, Hilfsmittel, der Umbau der Wohnung, Betreuung und Pflege, für all diese Bereiche braucht man finanzielle Mittel. Einen Teil davon müssen Demenzerkrankte und ihre Angehörigen zwar selber tragen, den Großteil der Aufwendungen übernehmen jedoch die Kostenträger im sozialen Sicherungssystem. Dazu zählen u.a. Leistungen vom Sozialamt, wenn Betroffen über kein Vermögen oder ein geringes Einkommen verfügen, bei einem bestimmten Grad an Hilfebedürftigkeit und bei Schwerbehinderten, damit sie am öffentlichen Leben teilnehmen können. An Hand dieser finanziellen

Mittel sollen die Betroffenen und ihre Angehörigen die Möglichkeit haben, ihr Schicksal leichter meistern zu können (vgl. Niklewski 2006, S.238).

7.4.1 Sozialhilfebedürftigkeit

Die finanzielle Hilfe der älteren Menschen richtet sich in erster Linie an den ihn zur Verfügung stehenden Mittel. Das sind vorwiegend ihre Renten und ihr Vermögen. In Deutschland herrscht trotzdem die Sozialbedürftigkeit zurückgedrängt wurde, immer noch Alterarmut. Deswegen wurde am 1. Januar 2003 das Gesetz der Grundsicherung entwickelt. Laut diesem neuen Gesetz bekommen Menschen, die über 65 Jahre sind eine Grundsicherung, wenn sie nicht in der Lage sind ihren Lebensunterhalt alleine sicher zustellen. So soll eine existentielle Grundlage geschaffen werden, was den älteren Menschen eine würdige Lebensführung ermöglichen und sichern soll. Bekommen tut man die Grundsicherung allerdings nur, wenn man einen Antrag gestellt hat (vgl. Woog 2006, S.57).

Die Grundsicherung bekommen die älteren Menschen zunächst unabhängig vom Einkommen ihrer Kinder, es sei denn es erreicht oder übersteigt 100.000,00€ jährlich. Für die älteren Menschen bedeutet diese Regelung, dass die Einkommensverhältnisse ihrer Kinder jetzt kaum noch eine Rolle spielen. Somit brauchen sie auch nicht mehr die Befürchtung haben, dass sie ihre Kinder belasten müssten. Die Grundsicherung bekommen die älteren Menschen auch, wenn sie stationär untergebracht werden müssen. Sind dabei die Unterbringungs- und Pflegekosten höher als die Grundsicherungsleistung, so wird die Differenz von der Sozialhilfe übernommen, die in diesem Fall unter bestimmten Umständen auf die Kinder und Eltern zurückgreifen kann (vgl. Woog 2006, S.58).

Zusammenfassend lässt sich sagen, um Grundsicherungsleistungen zu bekommen, müssen die älteren Menschen nicht in der Lage sein, ihren Unterhalt aus eigenen Einkommen und Vermögen finanzieren zu können. Das bedeutet, sie müssen erst ihr Vermögen aufbrauchen, um Anspruch auf diese Leistungen zubekommen. Dabei stellen sich allerdings zwei Fragen: Was wird zum Leben benötigt und wie hoch muss eigentlich das Einkommen oder der Besitz sein? Die Antwort auf diese beiden Fragen ist, die Differenz zwischen beiden wird als Grundsicherung ausbezahlt. Für die Demenzthematik hat diese Entwicklung die Bedeutung,

dass die älteren Menschen immer über finanzielle Mittel verfügen, um sich so Medikamente zur Demenzbehandlung kaufen zu können oder wenn eine Heimeinweisung notwendig ist, diese auch finanzieren zu können.

7.4.2 Die Pflegebedürftigkeit

Die Qualität der Pflege- und Betreuungsleistungen in Deutschland reicht zurzeit nicht aus und muss deswegen in Zukunft noch verbessert werden. Im Moment herrscht nur Erfahrungswissen über die professionelle Pflege der älteren Menschen vor. Deswegen muss ein Umdenken in diesem Bereich stattfinden, was zum Teil auch von der Sozialen Arbeit mit getragen werden muss. Das Ziel sollte sein, bis zum Jahr 2020 zukunftsorientierte Veränderungen im Ausbildungsgeschehen im Bereich der Pflege von älteren Menschen zu erlangen. Außerdem sollte es eine genaue Definition geben, was man unter Pflegebedürftigkeit versteht. Demnach versteht man unter Pflegebedürftigkeit älterer Menschen, die in Folge von körperlichen, geistigen oder seelischen Erkrankungen oder Behinderungen nicht mehr in der Lage sind, ihre täglichen Verrichtungen, wie z.B. Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung, alleine zu voll richten und deswegen auf Hilfe angewiesen sind. Dabei muss man allerdings unterscheiden, dass nicht jeder auf Dauer pflegebedürftig ist, sondern manche auch bloß krank oder beeinträchtigt sind (vgl. Woog 2006, S.59).

Im April 1995 wurde für den ambulanten Bereich und 1996 für den stationären eine Pflegeversicherung eingeführt, mit der jetzt eine langfristige Finanzierung der Pflege möglich sein sollte (vgl. Woog 2006, S.59; Niklewski 2006, S.243). Der Nachteil daran war jedoch, dass sie von Anfang an nur darauf ausgerichtet war, einen bestimmten Teil der notwendigen Hilfe zu übernehmen. Außerdem müssen hohe Voraussetzungen erfüllt sein, damit man überhaupt solche Leistungen erhalten kann und sie sind auf eine bestimmte Summe begrenzt. Bei Demenzerkrankten kommt allerdings erschwerend hinzu, dass bei in Kraft treten der Pflegeversicherung 1995 nur körperliche Einschränkungen im Mittelpunkt standen. Deswegen gab es 2002 einige Nachbesserungen, die Schwierigkeiten für Demenzerkrankte Hilfeleistungen zu bekommen, die ihrem Hilfebedarf entsprachen, blieben allerdings weiter bestehen. Deswegen war man sich einig, bei der kommenden Reform

der Pflegeversicherung (SGB X), müsste es eine Verbesserung der Leistungen für Demenzerkrankte geben (vgl. Niklewski 2006, S.243). Demnach bekommen sie seit 2002 zu ihren Leistungen für ergänzende Betreuungsleistungen noch 460,00€ jährlich dazu, wenn sie durch eine dauerhafte Einschränkung ihrer Alltagskompetenz, einen erhöhten Betreuungsbedarf benötigen, was bei Demenzerkrankten hauptsächlich gegeben ist (vgl. Niklewski 2006, S.249; Woog 2006, S.61).

Voraussetzung, um diese Leistungen zu bekommen, ist, dass man erkennt, dass die Pflege mehr als 6 Monate umfasst und dass der Hilfebedarf regelmäßig anfällt. Das bedeutet, dass mindestens zwei Verrichtungen aus den Bereichen Körperpflege, Ernährung und Mobilität täglich nötig sind. Weiterhin zählen nur die Hilfeleistungen, die sich wenigstens 1x pro Woche ergeben. Die Höhe der Leistungen orientiert sich an den Pflegestufen. Für jede Pflegestufe gibt es einen täglichen Mindesthilfebedarf in Minuten. Dabei ist nicht nur der Gesamtbedarf, sondern speziell auch der Hilfebedarf bei der Grundpflege ausschlaggebend. Der tägliche Hilfebedarf errechnet sich, indem man den Zeitaufwand für eine Woche ermittelt und diesen dann durch 7 Tage teilt (Anlage 11). Weiterhin ist es von Bedeutung, dass der Pflegebedürftige jeden Tag und bei Pflegestufe III sogar in der Nacht, Hilfe braucht. Benötigt der Pflegebedürftige einen besonderen Pflegeaufwand, so können welche die in der Stufe III sind, als Härtefall anerkannt werden. Somit bekommen sie mehr Geld von der Pflegekasse. Dafür müssen jedoch bei der nächtlichen Pflege mehrere Personen notwendig sein oder die Grundpflege muss durchschnittlich wenigstens 6 Stunden täglich, davon 3x nachts, umfassen. Dies gilt auch bei einer schweren Demenz (vgl. Niklewski 2006, S.246).

Das Pflegeversicherungsgesetz regelt auch, welche Hilfeleistungen überhaupt Beachtung finden. Sie werden als so genannte Katalog-Verrichtungen deklariert: Körperpflege; Hilfe bei der Ernährung; Mobilität; Hauswirtschaftliche Versorgung. Bei dieser Deklaration ist jedoch der überwiegende Hilfebedarf, die Demenzerkrankte ältere Menschen benötigen, nicht mit berücksichtigt. Somit ist es wichtig, dass die Unterstützung und Begleitung demenzerkrankter bei den so genannten Katalog-Verrichtungen sowie beim Besuch von Gutachtern, angemessen dargestellt wird. Für die Gewährung und Höhe dieser Leistungen orientieren sich die Pflegekassen an Gutachten, welche vom Medizinischen Dienst erstellt werden.

Sie stellen allerdings nur den Hilfe- und Pflegebedarf fest. Das Verfahren zur Begutachtung basiert auf einem standardisierten Verfahren. Trotzdem hängt bei der Begutachtung einiges von den Gutachtern, den Ärzten oder Pflegefachkräften, die dafür geschult wurden, ab. Bei Demenzerkrankungen kommt erschwerend hinzu, dass sich der tatsächliche Hilfebedarf nicht immer einfach ermittelt lässt. Angehörige sagten, dass Demenzerkrankte beim Besuch von Gutachtern klar bei Verstand sind und nicht erkennen lassen, dass sie Hilfe benötigen, obwohl sie sonst ohne Hilfe ihr Leben nicht mehr meistern könnten. So kann es passieren, dass der Gutachter, auf Grund, dass er nur eine Momentaufnahme hat, zu einem falschen Ergebnis kommt. Deswegen ist es wichtig, dass in einem kurzen Gespräch die Angehörigen oder Pflegekräfte ihre Sicht der Lage schildern. Um den tatsächlichen Hilfebedarf genauer ermitteln zu können, sollte ein Pfl egetagebuch geführt werden. Dabei wird über eine oder mehrere Wochen notiert, welche Unterstützung geleistet wurde. Diese werden dann von den Gutachtern zusätzlich zu den ärztlichen Unterlagen herangezogen, um so zu einem richtigen Ergebnis zu kommen (vgl. Niklewski 2006, S.247 f.).

Bei der Ermittlung des Hilfebedarfes haben die Gutachter allerdings auch für die einzelnen Tätigkeiten Zeitkorridore vorgegeben. Diese werden herangezogen, wenn die Tätigkeit vollständig von einer Pflegeperson erledigt wird. Bei teilweiser Hilfe werden Abschläge gemacht. Dagegen kann es aber auch Zeitaufschläge geben, wenn der Erkrankte eine Anleitung braucht, um die Tätigkeiten selber zu verrichten und somit seine Selbständigkeit erhält. Bei Menschen mit einer Demenz kommt dies häufiger vor, speziell beim An- und Ausziehen. Dies wird allerdings im Gutachten nicht immer berücksichtigt und deswegen müssen die Angehörigen diesem hartnäckig nachgehen (vgl. Niklewski 2006, S.248).

Die Gutachter bestimmen jedoch nicht nur den aktuellen Hilfe- und Pflegebedarf, sondern sie müssen auch die Versorgungslage bewerten. Hierzu zählen z.B. Angaben zum Bedarf an Hilfsmitteln, Maßnahmen zur Wohnungsanpassung, zu benötigten Reha-Maßnahmen, oder, ob eine Versorgung in einem Pflegeheim notwendig ist. Werden im Gutachten diese Angaben nicht gemacht, so kann es im weiteren Verlauf zu Problemen bei der Kostenerstattung dieser Leistungen kommen. In Hinsicht der Leistungen für die Pflegeperson kommt es auch darauf an,

dass im Gutachten Angaben zum Zeitaufwand bei der Pflege des Kranken gemacht werden (vgl. Nikleweski 2006, S.248).

Angehörige sollten darauf achten, dass die so eben beschriebenen Punkte auch beim Gutachtergespräch angesprochen werden. Zu dem sollten sie sich nicht darauf einlassen, die Begutachtungsergebnisse zu unterschreiben, da es im Falle eines Widerspruches nachteilig sein kann. Sie sollten nur das Gutachten bestätigen (vgl. Nikleweski 2006, S.248f.).

7.5 DEMENZ ALS BESONDERE HERAUSFORDERUNG DER SOZIALEN ARBEIT

Bei dieser Thematik stellt sich die Frage, ob die bisher existierenden Theorien der Sozialen Arbeit die Lebensphase Alter und ihre Problemfelder, wie z.B. Demenzerkrankungen, mit einschließen und inwieweit die sozialpädagogischen Konzepte ihren Blick auf diese Problemfelder, also auch auf die Demenzerkrankung, ausgerichtet haben. Die Demenzthematik umfasst nicht nur den engen Kreis der Betroffenen, sondern geht darüber hinaus. Zu dem ist sie zwar den Menschen ein Begriff, wahrgenommen wird sie allerdings, auch von der Sozialen Arbeit, nur sporadisch. Das zeigt sich, in dem sie Einklang in den Jugendjargon (Du hast ja Alzheimer) gefunden hat und als ironisches Mittel in zwischenmenschlichen und politischen Beziehungen genutzt wird (Bildung von politischen Gruppen mit dem Namen Alzheimer) (vgl. Schweppe 2005, S.131).

Diese Verallgemeinerung in den sozialen Bezügen widerspricht allerdings dem Bild von einem selbst bestimmten, reflektierten Alter. Auch die immer zunehmende Anzahl Demenzerkrankungen und die steigende Lebenserwartung spiegelt ein anderes Bild wieder. Deswegen muss die Soziale Arbeit sowie die Gesellschaft im Allgemeinen die Demenzerkrankung und die Lebensphase Alter mehr in ihren Blickwinkel mit einbeziehen (vgl. ebd.)

7.5.1 Lebenswelt Demenz

Die Demenz beschreibt einen unumkehrbaren Prozess, bei dem die geistigen Fähigkeiten immer mehr beeinträchtigt werden. Die Auswirkungen dabei sind jedoch sehr unterschiedlich. Für die Betroffenen gilt allerdings, sie merken, dass sie ihren

Alltag nicht mehr alleine bewerkstelligen können. Diese Feststellung ist jedoch keine Folge der körperlichen Behinderungen, sondern der geistigen (vgl. Bruder 1999 in Schweppe 2005, S.133).

In diesem Moment kommt den Interaktionspartnerinnen und -partner eine besondere Rolle zu. Dabei trifft es Ehepartnerinnen/Ehepartner und Angehörige besonders schmerzlich und unmittelbar, da sie sich in der immer kleiner werdenden Welt des Erkrankten mit gefangen fühlen. In dieser Situation entwickeln die Ehepartnerinnen/Ehepartner und Angehörige das Bedürfnis nach professioneller Hilfe, weil sie selber nicht wissen wie sie mit dieser neuen Situation umgehen sollen. Die Aufgabe der Sozialen Arbeit ist es jetzt, durch geeignete Maßnahmen und Angebote die Ehepartnerinnen/Ehepartner und Angehörige hilfreich zu unterstützen (vgl. Franke 2000 in Schweppe 2005. S.133).

7.5.2 Dimension der Zeit und Raum im Bezug auf Demenzerkrankung

Die Charakteristik relevanter Dimensionen, wie z.B. Zeit und Raum, wie sie für die lebensweltorientierte Sozialpädagogik z.B. für Heranwachsende entwickelt wurde, muss für die Demenzthematik neu konzipiert werden. Bei dieser Erkrankung nehmen die Betroffenen ihre Umwelt nur noch verzerrt wahr. So werden z.B. technologische Veränderungen der äußeren Realität von den Betroffenen nicht mehr verstanden und deswegen wissen sie auch nicht, wie sie mit ihnen umgehen sollen. Außerdem kommt es dazu, dass sich die Betroffenen, in der eigens für sie entwickelten Umgebung, nicht zu Recht finden. Die Folge dieser Erscheinungen ist, dass es zu sozialen und sensorischen Überforderungssituationen kommt, was noch durch den fortschreitenden Verlauf der Erkrankung, der eine immer größer werdende Bewegungsunfähigkeit zur Folge hat, unterstützt wird. Als Reaktionen darauf entwickeln die Menschen mit Demenz Angst, Agiertheit und panisches Verhalten. Dies bringt auch für die Interaktionspartnerinnen und -partner (z.B. für Angehörige) Folgen mit sich (vgl. Schweppe 2005, S.135).

Die Aufgabe der Sozialen Arbeit ist es jetzt, die Situation aller Beteiligten zu erörtern und mit geeigneten Maßnahmen ihnen hilfreich zur Seite zu stehen und sie so zu unterstützen. Dafür muss sie zusätzlich eine soziale Definition des Begriffes der Verwirrtheit entwickeln (vgl. Wilhelm 1998, S.122 in Schweppe 2005, S.135)

7.5.3 Ordnungsversuche

Demenzkerkrankte investieren einen enormen Energieaufwand um Sicherheit zu bekommen und auftretende innere Panik zurückzudrängen. So sortieren sie z.B. irgendwelche Dinge, stapeln und zählen Wäschestücke oder räumen Schubladen ein und aus. Dies alles stellen Handlungen dar, um das Bewusstsein von innerer und äußerer Unordnung entgegenzuwirken. Bekannte Strukturen und ein überschaubares Umfeld sind nämlich für Demenzkerkrankte sehr hilfreich. Für den Umgang mit Demenzkerkrankten trifft auch das zu, was Thiersch (2002) lebenslagen- und altersübergreifend beschreibt und wobei Soziale Arbeit mit ihren Konzepten versucht Unterstützung zu geben, in der Überschaubarkeit und Ordnung von Zeit und Raum. Das verfolgen nämlich Demenzkerkrankte verstärkt um so für sie in Unordnung geratene Dinge wieder in Ordnung zu bringen.

8. PSYCHOSOZIALE INTERVENTIONEN BEI DEMENZERKRANKUNGEN

Die Behandlung demenzieller Erkrankungen ist sehr umfangreich. Sie setzt sich aus medikamentösen und psychosozialen Maßnahmen zusammen (vgl. Hampel, Padberg, Möller 2003, S.377). Auf letztere will ich im weiteren Verlauf besonders eingehen. Bei den Interventionen sollte man aber auch die nicht-kognitiven Störungen mit berücksichtigen, sie richtig erfassen und durch eine gezielte Therapie beeinflussen (vgl. Bancher et al. 1998; APA 1997; IPA1996; Yeager et al. 1995 in Hampel, Padberg, Möller 2003, S.377). Sie stellen nicht nur eine zunehmende Alltagsbeeinträchtigung und einen Verlust an Lebensqualität für die Menschen mit einer Demenz dar, sondern sie führen in der Versorgung auch zu einer enormen Belastung der pflegenden Bezugspersonen und sind zu dem die Hauptursache für eine Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung (vgl. Haupt 1999 in Hampel, Padberg, Möller 2003, S.377).

In den letzten 15 Jahren haben sich nicht-medikamentöse Behandlungs- und Versorgungsmaßnahmen immer mehr im Gesamtbehandlungsplan bei Demenzerkrankungen manifestiert. Gab es vor 10-20 Jahren noch vermehrt unsystematische, kaum validierte und im weitesten Sinne supportive Maßnahmen für den Betroffenen und seine Bezugspersonen, so haben sich im Laufe der Zeit bis heute gut strukturierte, validierte und mit unter spezifische psychotherapeutische und soziale Strategien entwickelt (vgl. Haupt 2004, S.475).

8.1. UNTERSTÜTZUNG BEI DEMENZERKRANKUNGEN

Einige Familien die einen demenzerkrankten Menschen pflegen tendieren dazu, sich deswegen aus dem gesellschaftlichen Umfeld zurückzuziehen. Die Gründe dafür sind verschieden, auf der einen Seite haben sie Angst vor einem unpassenden Verhalten und auf der anderen Seite haben sie Sorge vor einer Überforderung. Dies bedeutet allerdings auch, dass die Angehörigen sich und dem Demenzerkrankten die Möglichkeit nach einer gewissen Abwechslung im Alltag nehmen. Um dies zu verhindern, müssen sie jetzt ihre Gewohnheiten ändern und auch die Gesellschaft muss sich darauf einstellen (vgl. Niklewski 2006 S.180).

8.1.1 Wer unterstützt die Betroffenen?

Die Unterstützung der pflegenden Angehörigen durch die Gesellschaft kann in vielfacher Hinsicht geschehen. So könnten sie z. B. professionelle Hilfe bei der körperbezogenen Pflege bekommen. Weiterhin könnte es eine Wissensvermittlung für pflegende Angehörige oder eine Beratung über weitere Hilfsmöglichkeiten, wie z.B. soziale oder medizinische Dienste, geben. Tatsächlich beschränkt sich die professionelle Hilfe allerdings nur auf die folgenden Bereiche: Körper waschen; Baden; Zubereitung der Mahlzeiten und An- und Ausziehen (vgl. Pöhlmann und Hofer 1997 in BMFSJ 2002, S.203). Zu dem werden sie mehr in den medizinisch-pflegerischen Bereich, wie z.B. Verbandswechsel usw., genutzt (vgl. BMFSJ 2002, S.203).

Ganzheitlich betrachtet, lässt sich sagen, dass die professionellen Hilfen nur 13% an den Gesamthilfen betragen, die Pflegende in Anspruch nehmen. Dabei erbringen die professionell Pflegenden selber 10% und 3% werden von anderen beruflichen Hilfen, wie z.B. hauswirtschaftliche Hilfen, erbracht (vgl. Blinkert & Klie 1999 in BMFSJ 2002, S.2004). Dies wird auch durch andere Studien belegt. So leisten laut Fuchs 1999 in BMFSJ 2002, S.2004 $\frac{1}{4}$ der Hauptpflegepersonen die Pflege alleine, rund 50% erhalten Hilfe von nichtprofessionellen Kräften und weitere $\frac{1}{4}$ nehmen professionelle Hilfe in Anspruch. Pöhlmann und Hofer 1997 BMFSJ 2002, S.2004 sagen, dass 31% weder private noch professionelle Unterstützung annehmen, 41% wenigstens von anderen private Hilfe annehmen, 11% professionelle Hilfe und lediglich 16% private und professionelle Hilfe annehmen. Betrachtet man diese Ergebnisse zusammengenommen, so lässt sich sagen, dass es zwar professionelle Hilfe und damit eine gesellschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema Demenzerkrankung in vielfältiger Hinsicht gibt, sie jedoch von den Angehörigen nur sporadisch in Anspruch genommen wird und wenn, dann bezieht sie sich mehr auf den medizinisch-pflegerischen Bereich und als Informationsquelle.

8.1.2 Soziale Kontakte

Die häufigsten Familien, die einen Demenzerkrankten pflegen, haben regelmäßigen Kontakt zu Verwandten, Freunden, Arbeitskollegen und Nachbarn. Dies hat für die Angehörigen und für den Betroffenen selber eine sehr wichtige Bedeutung.

So bekommen sie Abwechslung, Entspannung und pflegende Angehörige eine zeitliche Entlastung. Zu dem werden bisherige Gewohnheiten, wie z.B. es kommt Besuch beibehalten. Je weiter die Erkrankung allerdings voranschreitet, umso mehr verkennen die Betroffenen die Situation. In diesem Stadium kommt es häufig zu unangepassten Verhalten. Zu dem fallen den Betroffenen bestimmte Namen nicht mehr ein und es kommt häufig dazu, dass sie ihre Meinung, ohne Rücksicht auf Personen und Verwandtschaftsgrade, äußern oder sie behaupten Dinge, die von anderen nicht nachvollziehbar sind. In dieser Situation ist es hilfreich, wenn man Menschen, mit denen der Betroffene häufig zusammenkommt, im Voraus über die Erkrankung informiert. Dabei können kleine Broschüren oder Informationsblätter, die über die Demenzerkrankung aufklären, hilfreich sein. Diese werden von Ärzten oder den Alzheimer-Gesellschaften kostenlos zur Verfügung gestellt. (vgl. Niklewski 2006, S.181).

Diese Unternehmungen stoßen allerdings bei den Betroffenen auf Widerstand, weil sie ihre Erkrankung in der Öffentlichkeit lange überspielen können. So bemerken z.B. Menschen, die den Betroffenen nicht regelmäßig sehen, oft nicht, dass er seine Umwelt nur noch verzerrt wahrnimmt. Nur wer die Anzeichen einer Demenz kennt, wie die Angehörigen, reagiert in diesen Momenten angemessen. Deswegen fürchten sich die Angehörigen auch vor auffälligem Verhalten des Betroffenen in der Öffentlichkeit. Um diesen Situationen auszuweichen vermeiden sie schon in einem frühen Stadium der Erkrankung mit dem Betroffenen das Haus zu verlassen. Um dagegen zu wirken, haben einige Alzheimer-Gesellschaften, wie z.B. in Bochum, eine Visitenkarte entwickelt, in der erklärt wird, dass der Begleiter demenzkrank ist und sich deswegen ungewöhnlich verhalten kann. So kann in kritischen Situationen schnell und unkompliziert die Situation und Hintergründe dargestellt werden. Dies gibt den Angehörigen die Sicherheit in diesen Situationen gerüstet zu sein und soll sie ermutigen, den Betroffenen so lange wie möglich mit in die Öffentlichkeit zu nehmen (vgl. Niklewski 2006, S.181).

Ist die Demenz allerdings schon weiter fortgeschritten so ist es für die Betroffenen einfacher wenn der Besuch nach Hause kommt. Dabei sollte man jedoch auf die Anzahl achten, da sich Demenzerkrankte nur schwer auf mehrere unterschiedliche Gesprächspartner konzentrieren können. Zu dem sollte man vorher die Besucher

unterrichten, wie sie dem Demenzerkrankten angemessen entgegenzutreten können. Auf der anderen Seite sollten die Angehörigen jedoch solche Besuche auch nutzen, um selber ein Mal auszuspannen oder in Ruhe das Haus zu verlassen (vgl. Nikleweski 2006, S.182).

8.1.3 Kinder und demenzerkrankte Menschen

Angehörige und Eltern sehen die Konstellation Demenzerkrankte und Kinder mit gemischten Gefühlen. Erfahrungen haben allerdings gezeigt, dass Demenzerkrankte ein sehr gutes Verhältnis zu Kindern aufbauen können. Speziell Kleinkinder liegen dabei „auf einer Wellenlänge“ mit dem Betroffenen (Nikleweski 2006, S.182). Der Grund dafür könnte sein, dass die Kleinkinder oft nicht merken, dass die Betroffenen sich ungewöhnlich verhalten und deswegen können sie stundenlang miteinander spielen. Bei größeren und erwachsenen Kindern sieht die Situation allerdings etwas anders aus. Hier sollte man je nach Alter offen mit ihnen über die Erkrankung, ihre Auswirkungen und Folgen reden. „Auch Kinder können lernen, wie sie mit dem Kranken umgehen können“ (Nikleweski 2006, S.182). Dabei sollten die Angehörigen allerdings darauf achten, dass sie den Kindern trotzdem genug an Aufmerksamkeit entgegenbringen. Sie sollten sie auch in der Situation unterstützen, wenn die Kinder Freunde einladen wollen und der Demenzerkrankte ist zu gegen. Hier sollten sie die Kinder ermutigen, damit sie ihre Freunde über die Krankheit aufklären und so das seltsame Verhalten erklären können. In einigen Fällen thematisieren sogar Lehrer das Thema Demenz in der Schule, wenn man sie in Kenntnis setzt, dass in der Familie eines der Schüler eine Demenzerkrankung auftritt (vgl. Nikleweski 2006, S.182f.).

8.1.4 Tiere als sozialarbeiterische Therapeuten

Tiere haben eine sehr positive Wirkung auf demenzerkrankte Menschen. Sie können geduldig zu hören, reagieren auf Berührungen sehr oft mit Wohlbehagen und können dies häufig spiegeln. Somit gelingt es den Tieren einen Zugang in die Welt des Demenzerkrankten zu bekommen, denen gesunde Erwachsene vorbehalten bleibt. Tiere bringen aber auch noch andere Vorteile mit sich. So bieten sie eine sinnvolle Aufgabe und bringen Aktivität in das Leben des Betroffenen. Jetzt muss er sich um das Futter, um den Auslauf des Tieres kümmern und muss zu dem das

Klo, oder bei größeren Tieren, den Stall, sauber halten. Bei der Tierausswahl sollten die Angehörigen allerdings einige Sachen im Voraus beachten. So sollten sie klären, ob der Betroffene überhaupt Tiere mag, da sonst die Wirkung erheblich beeinträchtigt ist. Außerdem sollte geklärt werden, was für Tiere der Betroffene bevorzugt (vgl. Niklewski 2006, S.183).

Die Methode der Tierhaltung hat allerdings nicht nur positives. So bringt sie auch eine zusätzliche Verantwortung mit sich, denn das Tier darf nicht unter der Erkrankung des Betroffenen leiden. So müssen sich im fortgeschrittenen Stadium vermehrt dann andere um das Wohl des Tieres kümmern, weil der Demenzerkrankte dazu immer weniger in der Lage ist. In diesem Stadium ist auch darüber nachzudenken, ob man dem Betroffenen nur ein Plüschtier gibt, was dem echten Tier ähnelt und den Vorlieben des Betroffenen entspricht. Der Vorteil dabei ist, wenn der Betroffene in ein Pflegeheim einzieht, weil eine Pflege zu Hause nicht mehr möglich ist, kann er sein Plüschtier mitnehmen. Inzwischen arbeiten allerdings viele Einrichtungen schon bewusst mit Tieren (vgl. Niklewski 2006, S.183f.).

8.2 KOGNITIV-AKTIVIERENDE INTERVENTIONEN

Hier sind als erstes die kognitiven Verfahren zu nennen, die mit neuropsychologischen Behandlungsmethoden versuchen, eine direkte Verbesserung der kognitiven Leistungen und somit auch eine Verbesserung der Gesamtbefindlichkeit des Betroffenen zu erreichen. Dazu stehen verschiedene Instrumente zur Verfügung. So gibt es z.B. das kognitive Training, was vorwiegend bei leichtgradigen Demenzen auf Grund seines Anforderungsprofils und methodischen Zugangs Anwendung findet. So soll die Selbständigkeit im Alltag durch Förderung der Gedächtnis- und der Aufmerksamkeitsfunktionen in den ersten 3 Jahren der Erkrankung gefördert werden. Ein weiteres Instrument ist das Realitäts-Orientierungs-Training, was bei Alzheimerkranken mit einer mittelgradigen bis schwer ausgeprägten Demenz seine Anwendung findet. Die Selbst-Erhaltungs-Therapie versucht den Verlust der personalen Identität zu bekämpfen, der sich hauptsächlich auf den leichtgradigen Demenzen Personenkreis bezieht. An ihr orientiert sich die Validation nach Naomi Feil, die als Ausgangspunkt das Verstehen der Welt des Alzheimererkrankten hat (vgl. Haupt 2004, S.475).

8.2.1 Kognitives Training

Kognitive Trainingsprogramme sind ein wichtiger Baustein in der geriatrischen und gerontopsychiatrischen Interventionspraxis. Sie werden vermehrt unter kontrollierten Studienbedingungen durchgeführt und evaluiert. Die kognitiven Interventionen beziehen sich speziell auf Gedächtnisfunktionen. Es gibt aber auch noch andere kognitive Verfahren.

- Konzentrationsübungen

Bereits 1987 wurde schon ein kognitives Training, das aus Konzentrationsübungen und der Wiedergabe von Zahlen oder Details aus einer Geschichte bestand, auf seine Wirksamkeit bei Patienten mit AD geprüft (Beck et al. 1988 in Förstl 2003, S.189). Ursprünglich war dieses Training für Hirngeschädigte konzipiert, um somit ihre Wahrnehmung des Gedächtnisses und der Sprache zu verbessern. Die Ergebnisse waren jedoch enttäuschend. Man versprach sich von dem Verfahren, mit dem das Lernen neuer Informationen durch den systematischen Abruf aus zunehmender zeitlicher Entfernung erleichtert werden kann, mehr (vgl. Camp und Schaller 1989 in Hampel, Padberg, Möller 2003, S. 394). Aber auch dieses Verfahren brachte keine überzeugenden Ergebnisse, trotzdem einige Betroffene davon profitierten. Ein weiteres Verfahren ist die Verbindung der geübten Einspeicherung mit einer motorischen Haltung, was die Behaltensleistung unterstützen soll (vgl. Hampel, Padberg, Möller 2003, S. 394).

- Multimodales Training

Um die Leistungen von Alzheimer-Erkrankten zu verbessern, wurde in einer vor Jahren gemachten Studie (vgl. Ermini-Fünfschilling u. Meier 1995 in Hampel, Padberg, Möller 2003, S. 394) ein multimodales Training eingesetzt. Es setzte sich aus Übung im Gebrauch von externalen Gedächtnishilfen, Übungen im Kategorisieren, Assoziieren und Visualisieren, Erlernen der zeitlichen und örtlichen Orientierung, aus dem Training des Wortschatzes und des Allgemeinwissens zusammen. Außerdem wurden auch psychotherapeutische und psychoedukative Elemente in die Therapie einbezogen. Das Ergebnis dieses Trainings war, dass Alzheimer-Erkrankte im Gegensatz zu welchen, die kein Training hatten, weniger de-

pressiv waren. Zu dem kam es dazu, dass ein erwünschtes Sozialverhalten gehäuft aufgetreten ist, was vermutlich ein Effekt des sozialen Gruppeneffektes war (vgl. Hampel, Padberg, Möller 2003, S. 394).

- Gedächtnishilfen

Bei diesem Verfahren werden den Alzheimer-Erkrankten einfache Gedächtnishilfen mit auf den Weg gegeben. „In einer Untersuchung wurden Mappen mit Erinnerungsportfolios als externale Gedächtnisrepräsentationen für leichtgradig beeinträchtigte Demenzkranke entworfen, um ihnen jederzeit Zugriff zu wichtigen Informationen zu ihrer Biografie und zu ihrem persönlichen Umfeld zu ermöglichen“ (Bourgeois 1990 zit. n. Förstl 2003, S. 189). Die pflegenden Angehörigen sagten, dass durch diese Maßnahme die Kommunikation mit dem Betroffenen im Alltag verbessert wurde, was auch nach dem Therapierende anhielt. Greifenhagen versuchte über einen längeren Zeitraum bei Alzheimer-Erkrankten im frühen Stadium durch den Einsatz von externalen Gedächtnishilfen, Umgehungsstrategien beim Üben von wichtigen Aufgaben im Alltag, ihre Alltagskompetenz zu fördern. Das Ergebnis war, dass es zwar nicht unbedingt zu einer Verbesserung der Gedächtnisleistung kam, aber durch die systematische Benutzung eines Notizbuches, wo die Hauptsächlichen persönlichen Aufzeichnungen dokumentiert wurden, führte zu einer enormen verbesserten Bewältigung von alltäglichen Aufgaben. Dies berichteten auch die Angehörigen (vgl. Greifenhagen et al. 1994; Förstl 2003, S.189).

- Interaktives Computerprogramm

Bei diesem Verfahren üben neun zum Teil leichtgradig Alzheimer-Erkrankte mit gleichaltrigen gesunden Kontrollprobanden an einem alltagsbezogenen interaktiven Computerprogramm. Dabei wird virtuell eine realitätsnahe Welt für sie geschaffen, in der sie sich mit Hilfe eines berührungsempfindlichen Bildschirms fortbewegen können. Ihre Aufgabe ist es jetzt darauf einen vorgegebenen Weg zu verfolgen. Das Ergebnis war, dass bei den Alzheimer-Erkrankten eine signifikante Verbesserung erkennbar war. Dieser Effekt war sogar noch nach einer Unterbrechung von 3 Wochen vorhanden (vgl. Förstl 2003, S.190). Deswegen ist die Methode mit dem interaktiven Computerprogramm eine sehr Hilfreiche in der Therapie von Demenz-Patienten und speziell von Alzheimer-Erkrankten.

- Wirksamkeit des kognitiven Trainings

Betrachtet man das kognitive Training als Ganzes, so lässt sich sagen, die alltagsnahen und multimodalen Ansätze führen kurz- und mittelfristig dazu, dass der aktuelle Leistungsstand des Betroffenen gehalten wird und so ein fortschreitender Abbau hinausgezögert wird. Laut verschiedener Studien wurde auch eine Verbesserung der Alltagskompetenz und des subjektiven Wohlbefindens erkannt. Diese Erfolge beziehen sich allerdings nur auf Betroffene mit einer beginnenden bzw. leichten Demenz. Bei einer fortgeschrittenen Demenz bedarf es umfangreicherer Behandlungsmethoden, wo ihre emotionalen, sozialen Ressourcen und ihre kompensatorischen Funktionen der Umwelt vermehrt gefördert werden (vgl. Gutzmann; Zank 2005, S.128).

Die Annahme kognitive Demenzsymptome könnte man alleine durch isoliertes kognitives Training oder irgendeine andere bekannte Methode, wie z.B. Gehirnjogging, beeinflussen, ist empirisch nicht belegt. Vielmehr ist zu befürchten, dass die Betroffenen immer wieder mit ihren Defiziten schmerzlich konfrontiert werden (vgl. ebd.). Deswegen ist es wichtig, dass man die richtigen Instrumente des kognitiven Trainings einsetzt, damit sie den Betroffenen auch helfen.

8.2.2 Realitäts-Orientierungs-Training

Das Realitäts-Orientierungs-Training (ROT) ist eines der ersten therapeutischen Konzepte, was hauptsächlich in Heimen und gerontopsychiatrischen Institutionen angewendet wird, um so kontinuierlich die kognitive Leistungsfähigkeit der Menschen mit einer Demenz zu verbessern. Man kann es in 3 verschiedenen Varianten durchführen: direktes Üben von z.B. Namen; eine allgemeine kognitive Stimulation und die Einführung von externen Hilfen (vgl. Wallesch; Förstl 2005, S. 293). Zu dem orientiert sich das ROT an lerntheoretischen und milieutheoretischen Grundsätzen (vgl. Weitzel-Polzer 1987 in Gutzmann; Zank 2005, S.128). Dabei kommt dem Trainingsgedanken in Form von drill and practice kognitiver Funktionen (Orientierung und Gedächtnis) eine besondere Rolle zu (vgl. Gutzmann; Zank 2005, S.128).

- Informelles ROT (24 Stunden-ROT)

Das informelle ROT setzt sich aus einer systematischen Gestaltung der Umgebung des Betroffenen zusammen. Dabei wird das Ziel verfolgt, einen kontinuierlichen Fluss von orientierungsstiftenden Informationen und zu dem ein adäquates Anforderungsniveau der Umgebung für den Betroffenen zu gewährleisten. Um dies zu erreichen, stehen als Mittel z.B. leicht erkennbare räumliche und zeitliche Orientierungspunkte, Hinweistafeln oder aktiv strukturgebende Verhalten der Bezugspersonen zur Verfügung (vgl. Haupt 2004, S.476). Für die Kommunikation wurden folgende Prinzipien entwickelt: Kurze einfache Sätze verwenden; zu Antworten und Wiederholungen ermutigen; Erinnerungen aus der Vergangenheit als Brücke zur Gegenwart nutzen; Konversation an spezifischen Dingen orientieren; Humor einsetzen und Ergebnisse kommentieren (vgl. Gutzmann; Zank 2005, S. 128).

- Formelle ROT (Klassenzimmer- ROT)

Das formelle ROT ist ein 30-bis 60-minütiges Gruppenprogramm. Dabei werden die Funktionsbereiche Gedächtnis, Orientierung, Wahrnehmung und soziale Kompetenz trainiert. Es setzt sich aus Aufgabenstellungen, wie Märchen erzählen, Gegenstände einer Kategorie (z.B. Obst) zu ordnen usw., zusammen. In Deutschland wird die Version von Rasehorn, Weitzel-Polzer & Kimbel (1986) eingesetzt. Sie ist eine Zusammenstellung der Trainingseinheiten in einer Kartei, wobei die Karteikarten nach Bereichen (personelle, räumliche, zeitliche, situative Orientierung, Gedächtnis, geistige Fähigkeiten, Wahrnehmungen und soziale Kompetenz) und nach Schwierigkeitsgraden geordnet sind (vgl. Gutzmann; Zank 2005, S. 129).

- Die Wirksamkeit des ROT

Die Wirksamkeit des ROT ist in mehreren Studien untersucht wurden. Demnach nimmt speziell das Orientierungswissen der Erkrankten zu (vgl. Zanetti et al. 1995 in Hampel; Padberg; Möller 2003, S.395). Zu dem kommt es auch zu einer Verbesserung der sozialen Interaktionen und der Kommunikation. Außerdem stellt sich ein positiver Effekt ein, der jedoch aus der behandlungsbedingten vermehrten

Zuwendung der Bezugspersonen zum Betroffenen entsteht (vgl. Hampel; Padberg; Möller 2003, S.395).

Diese Effekte dauerten allerdings bei den Betroffenen mit einer fortgeschrittenen Demenz nicht sehr lange an. Auch bei den leichtgradig Erkrankten war ein längeres Anhalten dieser Effekte nicht zu erkennen. Der Grund dafür ist, dass das ROT in der Praxis im Allgemeinen mit anderen Therapieverfahren kombiniert wird, die sich auf die Stärkung und Konsolidierung des vorhandenen Alltagswissens und auf das psychische Wohlbefinden des Erkrankten richten. Dazu zählt man z.B. kontinuierliche stattfindende kognitive Aktivierungsübungen in Gruppen, bewegungstherapeutische Elemente oder auch psychotherapeutische Strategien zur Verbesserung von Selbstsicherheit, interindividueller Kommunikation oder sozialer Kompetenz (vgl. Förstl 2003, S.191).

8.2.3 Erinnerungstherapie

Die Erinnerungstherapie ist ein biographisch-orientierter Ansatz, der mehr eine Variante der emotional-kognitiven Aktivierung ist als ein konzeptionelles eigenständiges therapeutisches Verfahren. Es richtet seinen Blick auf das Erinnern an angenehme vergangene Lebensereignisse oder Gefühle (vgl. Woods 2002 in Gutzmann; Zank 2005, S.131). Zu dem ist es auf die Stärkung des Selbstvertrauens ausgerichtet. Dies wird durch das positive Sehen des eigenen Lebens und der Stützung des Identitätserlebens erreicht. So sollen positive Erlebnisse in Erinnerung gerufen werden und nicht wie beim Lebensrückblick positive und negative (vgl. Gutzmann; Zank 2005, S.131).

In der Demenztherapie besteht somit die Möglichkeit der Stimulation des Gedächtnisses, in dem man individuell bedeutsame biographische Ereignisse wiederbelebt. Dazu stehen nicht nur die verbale Ebene zur Verfügung, sondern auch andere Medien, wie Bilder, Fotos, Musik, körperliche Aktivitäten (u.a. Tanzen). Ob diese Therapie jedoch wirklich erfolgreich ist, lässt sich schwer sagen, da nur Evaluationsstudien zu den Effekten der Erinnerungstherapie vorliegen, die auf Grund methodischer Mängel wenig aussagen (vgl. ebd.) Eins lässt sich jedoch festhalten, die Erinnerungstherapie kann zu mindestens zu einer Aktivierung der kognitiven Fähigkeiten anregen und erhöht die Lebensqualität des Betroffenen.

8.2.4 Validation nach Naomi Feil

Sie hat als Ausgangspunkt den grundsätzlichen Gedanken, dass die übenden kognitiven und biografischen Verfahren vermehrt auf eine Verbesserung der Leistungsfähigkeit des Kranken ausgelegt sind und ihn so mit durch die Krankheit gesetzte Grenzen konfrontiert. Deswegen stellt sie die ‚Gültigkeit‘ der Welt des Betroffenen in den Mittelpunkt(vgl. Hampel;Padberg; Möller 2003, S.396).

Die Techniken dafür setzen sich zum einen aus der nonverbalen Kommunikation und zum anderen aus dem Einsatz von Musik und Lebenserinnerungen zusammen. Die Bezugspersonen müssen hierbei lernen, wie der Betroffene sein Erleben und Empfinden darstellt und wie er seine Bedürfnisse im Alltag mitteilt. Bestätigung und Sicherheit vermittelndes Verhalten sind zwei wichtige Bausteine der Validation nach Naomi Feil In der Demenztherapie wird sie speziell im fortgeschrittenen Stadium eingesetzt. Hier tritt die verbale Kommunikation in den Hintergrund und die nonverbale kommt zum Einsatz. Außerdem führt sie dazu, dass die Kommunikation und das Bedürfnis von sozialer Nähe zunehmen (vgl. Cheston 1998 in Haupt 2004, S.477). Inzwischen wird sie auch in Weiterbildungen professionell Pfleger vermittelt und in Pflegeinstitutionen eingesetzt (vgl. Haupt 2004, S.477).

Das hauptsächlichste Ziel, was die Validation nach Naomi Feil verfolgt, sind die Verhaltensstörungen, die bei der Konfrontation mit den eigenen Grenzen entstehen und die häufig bei einer fortgeschrittenen Demenz auftreten, durch ein angemessenes, speziell vermittelndes Verhalten der Bezugsperson zu mindern. Ob es erreicht wird und wie weit die Validation nach Naomi Feil überhaupt eine erfolgreiche Therapieform in der Behandlung der Demenz ist, lässt sich schwer sagen, da die bisherigen Ergebnisse diesbezüglich wenig an Aussagekraft bieten (vgl. ebd.)

8.2.5 Selbsterhaltungstherapie

Sie bietet eine weitere Möglichkeit, um individuelle Erinnerungen in die Therapie und Betreuung von Alzheimer-Erkrankten mit einzubringen, weil sie ihren Blick speziell auf die Alzheimer-Erkrankten richtet. Die SET sieht zu dem eine systematische, in den Alltag der Kranken eingebundene Beschäftigung mit noch vorhandenen und für den Betroffenen wichtigen Erinnerungen vor (vgl. Wallesch; Förstl

2005, S.294). Hauptsächlich verfolgt sie jedoch das Ziel, die persönliche Identität des Betroffenen zu erhalten (vgl. Gutzman; Zank 2005, S.132).

Erreicht werden diese Ziele durch Betreuungsprinzipien, Übungsprogramme zur Erhaltung des Selbstwissens, durch psychotherapeutische Interventionen, dadurch das sie sich speziell an die Ressourcen der Betroffenen orientiert und die räumliche, soziale Umwelt der Betroffenen mit in die therapeutischen Maßnahmen integriert (vgl. Gutzman; Zank 2005, S.132). Außerdem werden von Familien vorbereitete Gedächtnis stützende und reaktivierende Medien mit verwendet. Dieses Vorgehen wird von den Betroffenen und von den Familien positiv erfunden. Außerdem bezieht es sich auf einen relativ gut funktionierenden psychischen Funktionsbereich des Betroffenen und konfrontiert ihn so kaum mit seinen Leistungsgrenzen (vgl. Hampel; Padberg; Möller 2003, S.395f.).

Es gibt auch systematische Untersuchungen zur Wirksamkeit des SET auf die Befindlichkeit des Betroffenen und seiner Bezugspersonen (vgl. Romero und Wenz 2002 in Hampel; Padberg; Möller 2003, S.396),

8.2.6 Wirksamkeit kognitiver Verfahren

In allen bisher existierenden Studien von Menschen mit einer Demenz gibt es keinen Nachweis darüber, dass, wenn durch kognitive Verfahren eine Verbesserung in einzelnen kognitiven Bereichen erreicht wird, damit auch eine Verbesserung im Gesamtniveau des Betroffenen erreicht wird, d.h. das so auch andere kognitive Leistungen verbessert werden (vgl. Haupt 2004, S.476).

Somit eignet sich z.B. kognitives Training inzwischen auch für Personen mit anderen Krankheitsbildern, wie z.B. für Menschen mit leichten kognitiven Störungen. Bei ihnen stehen die Konsolidierung von wichtigen Alltagswissen und die verbesserte Fähigkeit, existierende Informationslücken auszufüllen, im Vordergrund, sowie Fertigkeiten schwer abrufbare Informationen durch erlernte Umgehungsstrategien freizusetzen. Erst wenn dies erreicht wird, kann es auch zu einer präventiven Wirkung bei nicht kognitiven Störungen kommen. Deswegen sollten sich zukünftige Untersuchungen zur Wirksamkeit von nicht-medikamentösen Verfahren bei Personen mit leichten kognitiven Störungen diesen Fragen zuwenden (vgl. Haupt

2004, S.476). Erst wenn dies realisiert wird, kann es auch zur präventiven Wirkung bei Personen mit fortgeschrittenen (Demenz) und schweren kognitiven Störungen kommen.

8.3 PSYCHOSOZIALE MASSNAHMEN

Die Psychosozialen Maßnahmen setzen sich aus verhaltenstherapeutischen und psychoedukativen Maßnahmen zusammen. Das Hauptaugenmerk wird allerdings auf die Beziehung zwischen Arzt und Patient bzw. seiner Familie gelegt. Zu jedem Zeitpunkt des Krankheitsverlaufes wird auf die enge Verbindung zwischen kognitiven und nicht kognitiven Symptomen und ihren sozialen Folgeerscheinungen geachtet (vgl. Haupt 2004, S.477).

So sind im Umgang mit Demenzerkrankten Hilfestellungen bei Wahrnehmungen der noch existierenden Fähigkeiten und nicht nur Hilfe bei der Bewältigung der beeinträchtigten Leistungen wichtig. So kann man zugleich auch Depressionen vorbeugen. Sind sie jedoch schon, auf Grund von Überforderungssituationen oder durch eine Konfrontation mit den eigenen Lebensgrenzen entstanden, so müssen psychosoziale Maßnahmen versuchen, dem Erkrankten wieder Mut zuzusprechen und Bestätigung vermitteln. Dabei müssen sie der Vermeidung von Tätigkeiten und dem sozialen Rückzug des Betroffenen entgegenwirken. Damit soll der Betroffene das Gefühl bekommen, dass er trotz seiner zum Teil schmerzlich bewussten kognitiven Störungen weiß, dass er bei seinen Bezugspersonen (z.B. Familie) aufgehoben ist und Unterstützung und Zuspruch bekommt. Diese Maßnahmen sind bei Depressionen, die länger anhalten oder schwer von der Ausprägung sind, besonders wichtig. Zu dem Sie benötigen zu dem einen strukturierten Einsatz durch professionelle Therapeuten (vgl.ebd.).

8.3.1 Verhaltenstherapie

Die Verhaltenstherapie ist ein bewältigungsorientiertes Verfahren, was zum Ziel hat, bei den Demenzerkrankten: eine Anpassung an Krankheitsfolgen; eine Mobilisierung vorhandener persönlicher Ressourcen (um so eine vorzeitige Deaktivierung zu verhindern) sowie eine Linderung von psychologischen und neuropsychiatrischen Symptomen zu erreichen (vgl. Erhardt u. Plattner 1999 in Wallesch;

Förstl 2005, S.298). Erreicht werden diese Ziele, in dem geeignete Beschäftigungen für den Demenzerkrankten aufgebaut werden und durch Einsatz von Gedächtnishilfen. Es gibt allerdings auch noch andere Techniken um diese Ziele zu erreichen. Zwei davon will ich im weiteren Verlauf vorstellen. Weitere Verfahren wurden systematisch und umfassend von Erhardt und Plattner (1999) und von Linden und Hautzinger (2000) beschrieben (vgl. Wallesch; Förstl 2005, S.298).

Die Verhaltenstherapie wird in zwei Schritten durchgeführt. Der erste, ist ein diagnostischer, der eine Verhaltens- und Problemanalyse darstellt. Auf ihn aufbauend, wird das Verhalten, was verändert werden soll, bestimmt und die einflussnehmenden Faktoren bewertet. Der zweite Schritt ist die Planung von Interventionsschritten (vgl. Wallesch; Förstl 2005, S.298).

- kognitive Verhaltenstherapie

Die kognitive Verhaltenstherapie verfolgt das Ziel, in dem man die Denkinhalte und das Verhalten des Erkrankten selbst verändert, so seine Stimmung positiv zu verändern (z.B. Angst oder Depression zu reduzieren). Dieses Vorgehen hat sich bei anderen Krankheitsbildern (z.B. bei Depressionen) schon bewährt und wird deswegen in den Interventionen mit Menschen mit einer Demenz im Rahmen einer individuellen Paar- oder Gruppenintervention durchgeführt (vgl. Wallesch; Förstl 2005, S.298). Hier zeigten sich bei einer Durchführung über einen Zeitraum von ungefähr 6 Monaten, dass es zu einer Konsolidierung des Funktionsniveaus des Betroffenen und zu einer Verbesserung seiner Kommunikation kam, sowie zu einer wichtigen Entlastung der pflegenden Angehörigen und zu einer Steigerung der Pflegemotivation durch die Angehörigen (vgl. Haupt 2000b in Haupt 2004, S.479). Dies belegen auch andere Untersuchungen.

Trotzdem gibt es zur Wirksamkeit und zu Wirkmechanismen, die bei Menschen mit einer Demenz spezifisch sein können, kaum Untersuchungen. So nimmt Kipping et al. (1999) in Wallesch; Förstl 2005, S.298 an, dass man bei Demenzerkrankten nicht einfach nur durch spezielle Verhaltens- und Gedächtnisstrategien, die innerhalb einer kognitiven Verhaltenstherapie praktiziert werden, kontraproduktive Denkinhalte und Überzeugungen vermitteln kann. Scott und Claire (2003) in Wallesch; Förstl 2005, S.298 bezweifeln, ob Menschen mit einer Demenz über-

hauptsächlich über die notwendigen kognitiven Voraussetzungen verfügen, um damit gezielt und dauerhaft Gedankeninhalte zu beeinflussen. Deswegen wäre es wichtiger, nicht über die Zielsetzung, sondern vielmehr über die Vorgehensweise der kognitiven Verhaltenstherapie zu diskutieren. Demnach empfehlen Erhardt und Plattner (1999): eine aktive Beteiligung des Kranken an einer Analyse seiner negativen Gedanken bei Misserfolgen; eine psychoedukative Motivation zur Veränderung der Reaktionen und eine gemeinsame Erarbeitung neuer, unterstützender Kognitionen. Dies fordert jedoch eine hohe Anforderung an die explizite Lernkompetenz des Betroffenen. Deswegen wäre es hilfreicher, wenn man die dysfunktionalen Kognitionen positiv beeinflusst. Dies wären: Erfolge im Alltag und ggf. in therapeutischen Situationen (vgl. Aufbau geeigneter Aktivitäten, Kunst- und Musiktherapie, Milieugestaltung); unterstützende soziale Rückmeldung im Alltag und ggf. in therapeutischen Situationen (vgl. Bestätigung, Wertschätzung) und positive soziale Identifikationsprozesse durch den Kontakt mit anderen Betroffenen (vgl. Wallesch; Förstl 2005, S.298).

- Modifikation von Verhaltensproblemen

Die Erkenntnisse dafür bekommt man aus verhaltenstherapeutischen und pflegerischen Erfahrungen. Dies wird bei den Problembereichen Schlafstörung, Unruhe und Aggressivität deutlich. So ist das Schlafverhalten z.B. durch Tageserfahrungen mit bedingt und Schlafstörungen können therapeutisch behandelt werden (vgl. Staedt 2000 in Wallesch; Förstl 2005, S.299). Als schlaffördernde Maßnahmen gelten: regelmäßige und ausreichende physische Aktivitäten während des Tages; weniger Zeit im Bett verbringen und geregelte Schlafzeiten. Zu dem kann man auch eine Lichttherapie anwenden. Laut einer Untersuchung von Lyketsos konnte durch den Einsatz einer so genannten Lichtexposition der nächtliche Schlaf bei Demenzerkrankten verlängert werden (vgl. Lyketsos et al. 1999 in Wallesch; Förstl 2005, S.299).

Trotz dieser so eben beschriebenen Möglichkeiten ist es nicht möglich, die Schlafstörungen bei Menschen mit einer Demenz vollständig zu beheben. Deswegen ist es wichtig, sich an den veränderten Schlafgewohnheiten des Betroffenen anzupassen, ihn so seinen Nachmittagsschlaf zu gewährleisten und ihn in der Nacht soziale Kontakte oder Bewegungsmöglichkeiten zu bieten. Das ist allerdings mehr

in Pflegeheimen möglich als durch pflegende Angehörige. Für sie fehlen in dieser Hinsicht vollständig Angebote, wie z.B. Nachtpflegestationen oder individuelle Hilfen (vgl. ebd.).

Im Zusammenhang mit Schlafstörungen kommt es auch häufig zu Unruhe und Angstzuständen. Um sie zu reduzieren, wurden unterschiedliche verhaltenstherapeutische Maßnahmen in Verbindung mit einer pharmakologischen Behandlung entwickelt. So wird versucht, dass Verhalten des Betroffenen speziell durch Vermittlung von entspannenden Erlebnissen und geeigneten Umgangsformen zu beeinflussen. Als Methoden eignen sich dafür: Musik; Tonbandaufnahmen, wo sich Angehörige an den Betroffenen wenden, die dann in Heimen oder Betreuungsgruppen eingesetzt werden und Handmassagen (vgl. ebd.).

8.3.2 Milieutherapeutische Interventionen

Milieutherapeutische Interventionen sind verhaltenstherapeutische Strategien. Sie sollen dem Betroffenen, egal in welchem Krankheitsstadium er sich befindet, ermöglichen, durch eine gezielte Anpassung der Lebensbedingungen eine optimierte Anpassung an seine Umgebung hin zubekommen. So soll sich der Grad der Ablesbarkeit für die Menschen mit einer Demenz erhöhen und ihn so eine lange Selbstständigkeit ermöglichen (vgl. Höhler 2000 in Haupt 2004, S.478).

Das bedeutet, dass die Umgebung für die Menschen mit einer Demenz so einfach wie möglich gestaltet sein sollte. In Pflegeeinrichtungen sollte sie die Möglichkeit haben, alle Räume zu betreten und alle darin befindlichen Dinge auch nutzen zu können. Weiterhin sollten die Menschen mit einer Demenz Anregungen von ihrer Umgebung bekommen. Zu dem sollte die Kontinuität zu ihren bisherigen Leben aufrechterhalten werden. Außerdem sollte die Umgebung so gestaltet sein, dass sich die Menschen mit einer Demenz wohl fühlen Dies trifft auch auf den häuslichen Bereich zu. Die pflegenden Angehörigen sollten versuchen, die wohnliche Umgebung so gut wie es geht auf die Bedürfnisse der Betroffenen auszurichten. Wissenschaftlich existieren zwar sehr viele Erfahrungsberichte dazu, jedoch wissenschaftlich fundierte Untersuchungen zu diesem Thema liegen kaum vor. Hier besteht Nachholbedarf (vgl. Gutzmann, Zank 2005, S.135).

8.3.3 Musiktherapeutische Interventionen

Darunter versteht man die Anwendung von Musik bzw. musikalischer Elemente (z.B. Melodie, Rhythmus usw.), die in Einzel- oder Gruppeninterventionen durchgeführt werden kann. Die Formen sind sehr unterschiedlich, sie reichen von der Auswahl von Musik, die (passiv) angehört wird, bis hin zum gemeinsamen musizieren bzw. Singen (vgl. Stoppe 2007, S.116).

Durch diesen Einsatz sollen die Auswirkungen der kognitiven Beeinträchtigungen auf das Erleben der Betroffenen und auf die Gestaltung der sozialen Kontakte positiv beeinflusst werden. Dabei muss man jedoch die mit den kognitiven Beeinträchtigungen verbundenen Besonderheiten in den Bereichen Wahrnehmung, der Phantasie, Gefühlswelt, Impulssteuerung, motorischen Entwicklung, des Antriebsverhaltens und Sprach-, Sozial- und Lernverhaltens beachten (vgl. Theunissen et al. 2007, S.234). Außerdem wird durch den Einsatz von Musik das Essverhalten verbessert, die Stimmung positiv beeinflusst und das Erinnern von Informationen aus dem Langzeitgedächtnis erleichtert (vgl. Gutzmann; Zank 2005, S.133).

Musiktherapeutische Interventionen bei Menschen mit einer Demenz werden in 3 Verfahren durchgeführt. Das erste Verfahren ist die musikalische Biografiearbeit. Hier wird nach positiv empfundenen Erinnerungen gesucht, die in Bezug zur Musik standen, da die älteren Menschen früher viel gesungen und musiziert haben. Durch diese Möglichkeiten lässt sich das Erinnern der Menschen mit einer Demenz fördern. Dies wirkt sich zugleich positiv auf andere Gedächtnisfunktionen aus und ist somit ein gutes Gedächtnistraining. Das zweite Verfahren ist die Atmosphärenarbeit. Hier wird durch Musik eine Atmosphäre geschaffen, wo sich die Menschen mit einer Demenz wohl und geborgen fühlen oder wo sie abgelenkt werden. Dabei kommt vor allem die Methode des Musikhörens vordergründig zum Einsatz. Das dritte Verfahren ist die Kompetenzarbeit. Sie umfasst alle augenblicklichen Fähigkeiten des Kranken. Zu dem besteht sie auf der einen Seite aus der Biografiearbeit und auf der anderen Seite wird auf das Musizieren sehr viel Wert gelegt. So soll bei den Menschen mit einer Demenz die Neigung zum Kreativen gefördert werden. Außerdem sollen sie sich durch das Hören der Musik in der Realität befindlich fühlen und im Augenblick seines eigenen hervorgeholten inneren Musikerlebens (vgl. Hamberger 2008, S.30).

Musiktherapeutische Interventionen lassen sich im leichten, mittelschweren und sogar schweren Stadium anwenden. Leider gibt es nicht ausreichend systematisch wissenschaftliche Studien, die die Wirksamkeit belegen. Wurden welche durchgeführt, dann meistens in kleinen Gruppen bei schwer Demenzerkrankten, die in Heimen lebten. Zu dem ist unklar, ob dabei Menschen mit einer Hörminderung mit berücksichtigt wurden (vgl. Vink et al. 2003 in Stoppe 2007, S.118).

8.3.4 Ergotherapie

Der Begriff der der Ergotherapie umfasst hauptsächlich Aufgabenbereiche der Arbeits- und Beschäftigungstherapie. Das Ziel was sie verfolgt, ist nicht nur eine motorisch-funktionelle Behandlung oder Funktionsbehandlung, wie es bei der Physiotherapie der Fall ist, sondern auch die Entwicklung eines Selbständigkeitstrainings, womit eine weitgehende Überwindung einer Abhängigkeit des Betroffenen von Hilfe der Angehörigen oder fremder Hilfe geschaffen werden soll, sowie das unterstützen von Handlungen, „die Wohlbefinden, Interesse, Kommunikation und damit zumindest psychische Aktivität auslösen sollen“ (Mayer 2003, S. 18 zit. n. Theunissen 2007, S.103). Um diese Ziele zu erreichen, verwendet die Ergotherapie unterschiedliche Arbeitsverfahren, die auf neuropsychologischer Grundlagen sowie auf spezialisierte Verfahren aus den Bereichen der Physiotherapie und Heilpädagogik basieren (vgl. Theunissen 2007, S.103).

Demnach sind ergotherapeutische Interventionen mit Menschen mit einer Demenz z.B. das gemeinsame Kochen, nachdem man gemeinsam die dafür benötigten Sachen eingekauft hat. Eine weitere Intervention sind auch gemeinsame Ausflüge. Das Ziel hierbei ist es, viele einzelne Fähigkeiten, die zur Bewältigung des Alltages gebraucht werden zu trainieren. So sollen die Betroffenen auch das Gefühl vermittelt bekommen, dass sie kein trockenes Trainingsprogramm absolvieren müssen, um die im Absatz zuvor beschriebenen Ziele zu erreichen (vgl. Niklewski 2006, S.90f.).

8.3.5 Kunsttherapie

Die Kunsttherapie ist ein nonverbales und emotionales Ausdrucksmedium mit dem es möglich ist zu Menschen mit einer Demenz, die nicht mehr kommunikationsfä-

hig sind, einen Zugang zu finden. So soll das Befinden von ihnen verbessert werden und ihn mehr Sicherheit und Orientierung geben (vgl. Füsgen 2005, S.19). Eine weitere Zielsetzung ist das Erarbeiten einer individuellen geeigneten Betätigung. Diese kann bei Menschen mit einer Demenz sehr unterschiedlich aussehen (vgl. Wallesch; Forstl 2005, S.297). Die Kunsttherapie verfolgt zu dem das Ziel, nicht nur irgendwelche Kunstwerke mit den Betroffenen zu kreieren, sondern durch einfache gestalterische Mittel die Fähigkeiten wie Raum- und Tiefenwahrnehmung, die Feinmotorik und den Geruchssinn positiv zu beeinflussen (vgl. Niklewski 2006, S.93).

Damit die Kunsttherapie in der Demenztherapie allerdings auch in Zukunft eingesetzt wird, müssen jedoch noch einige Problembereiche beseitigt werden. So müssen für Studien entsprechende Prüfkriterien für die Kunsttherapie als Zugangsebene im Gegensatz zur schulmedizinischen Therapieebene entwickelt werden. Weiter muss es entsprechende Untersuchungen geben, die den erfolgreichen Einsatz der Kunsttherapie auch objektiv nachvollziehbar darstellen. Nur wenn dies realisiert wird, ist es möglich die Kunsttherapie in ein ganzheitliches Behandlungskonzept der Demenz zu integrieren. (vgl. Füsgen 2005, S.19).

8.4 INTERVENTIONSMÖGLICHKEITEN BEI EINER DEMENZ IM FORTGESCHRITTENEN BZW. SCHWEREN STADIUM

Neuere Übersichtsarbeiten zeigen, dass Interventionsmöglichkeiten auch bei Demenzerkrankten im fortgeschrittenen bzw. schweren Stadium wirksam sein können. So kann bei schwerst beeinträchtigten Alzheimererkrankten durch basale Aktivitäten stimulierende, musik- oder bewegungstherapeutische Interventionen eine erkennbare Verbesserung im Bereich der Stimmung und des Verhaltens erreicht werden. Durch aktivierende, kontinuierliche durchgeführte Massagemaßnahmen und Akupressur mit hautverträglichen Ölen lassen sich z.B. erkennbare Wirkungen auf Unruhezustände, aggressives Verhalten, aber auch auf Aufmerksamkeitsleistungen des Erkrankten erreichen (vgl. Kilstoff 1998 in Haupt 2004, S.479). ‚Dies wird auch bei sensorischer Stimulation durch das so genannte‘ ‚Snnozelen‘ ‚beobachtet‘ (Cohen-Manfield 2001 zit. n. Haupt 2004, S.479).

8.4.1 Basale Stimulation

Damit wird versucht, in dem man die Wahrnehmungsorganisation anregt, elementare Körper-, Bewegungs- und Sozialerfahrungen vermittelt, neue Erfahrungswelten zu erschließen und so eine allgemeine Aktivierung zu erreichen (vgl. Fröhlich 2003 in Theunissen 2007, S.39). Die Grundlage dafür besteht darin, dass die schwerst Erkrankten auf Sinnesreize, wie Berührung, Musik und Gerüche reagieren. Wenn man diese Sinne jetzt durch eine kontinuierlich durchgeführte Stimulation therapeutisch behandelt, kann man so eine Deprivation durch Isolation und Reizlosigkeit vorbeugen (vgl. Stoppe 2007, S.118). Zu dem kann man positive Reizerfahrungen vermitteln, die sich die Erkrankten selber nicht vermitteln können (Theunissen 2007, S.39). Dabei muss man allerdings beachten, dass die Kontaktaufnahme behutsam, langsam und in kleinen Schritten erfolgt, damit man den Erkrankten nicht mit einer Reizüberflutung noch zusätzlich verwirrt (vgl. Stoppe 2007, S.118). Deswegen sollte man die Reize strukturiert, dem Entwicklungsstand oder Zustand des Erkrankten entsprechend, darbieten (vgl. Theunissen 2007, S.39). Dies können Stimulationen mit süßen, sauren oder salzigen Nahrungsmitteln, kräftige Gerüche und ähnlichem, sein (vgl. Stoppe 2007, S.118).

8.4.2 Snoezelen

Dafür werden spezielle Räume genutzt, wo Licht, Geräusche, Gerüche und berührbare Materialien dafür sorgen, dass eine angenehme und entspannte Atmosphäre entstehen. Dies kann man auch im privaten Haushalt einrichten, jedoch sollten hier die Angehörigen an der Erfahrungswelt des Betroffenen teilnehmen. So soll speziell die Kommunikation mit dem Demenzerkrankten erleichtert werden (vgl. Stoppe 2007, S.118). Außerdem hat diese Vorgehensweise auch eine positive stimulierende Wirkung auf die Psyche, löst Emotionen aus, z.B. Wohlbehagen, innere Ruhe, Zufriedenheit, Gelassenheit oder Freude und lässt den Betroffenen neue Kraft schöpfen (vgl. Theunissen 2007, S.311).

Zur Wirksamkeit dieser Methode gibt es zwar eine Reihe von Beobachtungsstudien mit kleineren Fallzahlen, allerdings mit kaum vergleichbarer Methodik (vgl. Chung et al. 2002 in Stoppe 2007, S.118). Trotz alldem arbeiten heute vor allem viele spezialisierte Heimeinrichtungen mit diesem Vorgehen und sind in ihrer tägli-

chen Arbeit von der Wirksamkeit dieser Methode überzeugt (vgl. Finnema et al. 2000 in Stoppe 2007, S.118).

8.5 INTERVENTIONSMÖGLICHKEITEN BEI PSYCHOTISCHEN BEGLEITERSCHINUNGEN

Treten Wahn und Halluzinationen sowie eine Verkennung der Umgebung und von Personen auf, lassen sich kaum vorbeugende Maßnahmen entwickeln. Deswegen sollte man es in dieser Situation mit Ablenkungsmaßnahmen versuchen. Weiterhin sind eine klare Strukturierung der Umgebung und ein überschaulich gestalteter Alltag wichtig.

Es gibt aber auch Möglichkeiten, die man schon im Voraus unternehmen kann, um Fehleinschätzungen, die Folge von Situationsverkennungen sind, zu vermeiden. So kann man z.B. einen Spiegel entfernen, wenn das Spiegelbild den Erkrankten aggressiv macht, oder den Fernseher ausschalten, wenn das Gesehene bei ihm Angstgefühle auslöst. Diese Maßnahmen werden vorwiegend in Pflegeeinrichtungen bei mittelgradig beeinträchtigten Menschen vorgenommen, da sie durch die räumlichen Störungen ihre Umgebungsstrukturen nur noch gestört wahrnehmen können (vgl. Hampel; Padberg; Möller 2003, S.397). Um das Wohlbefinden der Erkrankten zu fördern, sind bereits Empfehlungen entwickelt worden, wie Wohnungen oder Räume für Demenzerkrankte architektonisch gestaltet werden sollten. Sie sollten so eingerichtet werden, dass für den Erkrankten die Licht- und Raumverhältnisse erkennbar, eindeutig und überschaubar sind (vgl. Manser 1994 in Hampel; Padberg; Möller 2003, S.397).

8.6 WIRKSAMKEIT DER NICHT-MEDIKAMENTÖSEN INTERVENTIONSVERFAHREN

Neuere Übersichtsarbeiten zeigen, dass psychosoziale Interventionen in jedem Demenzstadium wirksam sind (vgl. Finnema et al. 2000 in Hampel; Padberg; Möller 2003, S.398). So kann man z.B. bei Alzheimererkrankten im fortgeschrittenen Stadium eine Verbesserung im Bereich der Stimmung und des Verhaltens erwirken. Weiterhin wurde in einer Untersuchung der Zusammenhang zwischen Musiktherapie und dem Melatoninspiegel untersucht (vgl. Kumar et.al. 1999 in Hampel;

Padberg; Möller 2003, S.398). Das Ergebnis war, dass in einem Zeitraum von 4 Wochen bei mittelgradig dementen Heimbewohnern ein erhöhter Melatoninspiegel beobachtet wurde. Diese hormonelle Veränderung führt möglicherweise zur Beruhigung und Entspannung der Betroffenen, die als Ergebnis der Musiktherapie bei agitierten und aggressiven Verhalten erkennbar waren (Gerdner 2000 in Hampel; Padberg; Möller 2003, S.398).

Trotz alledem gibt es zur Wirksamkeit von nicht-medikamentösen Interventionsverfahren kaum fundiert belegte Aussagen. Die Studien die vorliegen, entsprechen nicht den methodischen Anforderungen. Zu dem gibt es nur wenige, die adäquat kontrolliert und randomisiert sind. Außerdem gibt es Studien die zwar besser methodisch organisiert sind, allerdings zum Teil die persönliche Relevanz der Ergebnisse vermissen lassen (Wallesch; Förstl 2005, S.292).

9. SCHLUSSFOLGERUNGEN

Durch den demografischen Wandel, den ich auch schon ausführlich in meiner Diplomarbeit beschrieben habe, wird es in den nächsten Jahrzehnten durch die Zunahme der älteren, speziell der hochbetagten, Menschen, einen enormen Anstieg im Bereich der Demenzerkrankungen geben. Diese Entwicklung wird auch durch Studien belegt. So waren im Jahr 2000, laut Bickel zu Folge, ungefähr 900.000 ältere Menschen (im Alter von 65 und älter) an einer Demenz erkrankt (vgl. Bickel 2005, in Weyerer 2005, S.24). Bis zum Jahr 2020 wird die Anzahl der Menschen mit einer Demenz bis auf 1,4 Mio. ansteigen und bis zum Jahr 2050 auf 2,3 Mio. (vgl. Weyerer 2005, S.24).

Um dieser Entwicklung entgegen zu wirken, bedarf es für die Zukunft präventiver Konzepte in der Versorgung von Menschen mit einer Demenz. Dabei spielen die Hausärzte in der medizinischen Versorgung der Menschen mit einer Demenz eine ganz entscheidende Rolle. Sie verfügen über Wissen bezüglich der Diagnostik und der medizinischen Behandlung der Menschen mit einer Demenz (vgl. ebd.). Dies alleine reicht jedoch zu einer präventiven Wirkung gegen Demenzerkrankungen nicht aus. Es bedarf auch von Seiten der Gesellschaft an Unterstützung. In diesem Zusammenhang kommt der Soziale Arbeit eine große Bedeutung zu. Sie kann zwar die Demenzerkrankung nicht heilen, aber durch ihre Maßnahmen und Interventionen kann sie den Verlauf der Erkrankung hinauszögern. Außerdem kann sie durch ihre Komplexität sich einen Überblick über die privaten und öffentlichen sozialen Netze der Betroffenen machen. So kann sie soziale Präferenzen der älteren Menschen erkennen und gezielt fördern. Soziale Arbeit kann zu dem durch ihre Komplexität das bestehende soziale Netz der Menschen mit einer Demenz analysieren und sagen, ob es gut gestrickt ist, um eine gewisse präventive Wirkung zu erreichen. Es gibt allerdings aber auch eine Menge an psychosozialen Maßnahmen und Interventionen, mit der die Soziale Arbeit eine präventive Wirkung erreichen kann. So kann sie bei den Betroffenen selber zu einer Verbesserung bestimmter Verhaltensauffälligkeiten führen, ihn motivieren und eine geistige Unterstützung bieten. Die psychosozialen Maßnahmen führen aber nicht nur zu körperlichen Verbesserungen, sondern sie können auch zu einer Verbesserung der alltagsrelevanten Aufgaben (z.B. Essen, Wasche, Mobilität usw.) führen, kön-

nen den Zugriff auf biografische Informationen erleichtern, geben den Betroffenen das Gefühl, dass er nicht alleine ist und führt dazu dass er ausgeglichener ist. Aber auch für die pflegenden Angehörigen haben die psychosozialen Maßnahmen eine positive Wirkung. Dadurch, dass sie den Betroffenen unterstützen und hilfreich zur Seite stehen, kommt auch den Angehörigen in gewisser Weise die Unterstützung zu. Sie haben durch die Maßnahmen und Hilfe es einfacher in der Betreuung und im Umgang mit dem Betroffenen.

Abschließend lässt sich sagen, in der Behandlung der Demenz gibt es eine Menge an Möglichkeiten präventiv wirksam zu werden. Die vorrangige Aufgabe, besonders der Sozialen Arbeit, ist es jetzt, aus der Vielfalt der Möglichkeiten, die richtigen zusammenzustellen, damit es den Betroffenen und seinen Angehörigen in ihrer schwierigen Situation auch unterstützt und hilft.

INHALTSVERZEICHNIS

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	I
1. EINLEITUNG	1
2. DEMOGRAPHISCHE ALTERUNG UND HOCHALTRIGKEIT	3
2.1 HOCHALTRIGKEIT	4
2.2 FEMINISIERUNG UND SINGULARISIERUNG DES ALTERS.....	5
2.3 ZUSAMMENFASSUNG	6
3. ALTERSDEMENZ ALS KRANKHEITSBEGRIFF	8
3.1 HISTORISCHE ENTWICKLUNG	8
3.2 ALLGEMEINE AUSSAGEN ZUR DEMENZ	9
3.3 URSACHEN EINER ALTERSDEMENZ	10
3.4 SYMPTOME DER DEMENZ	11
3.4.1 Kognitive Symptome.....	11
3.4.2 Psychische Symptome	12
3.4.3 Somatische Symptome.....	13
3.5 DIAGNOSTIK VON DEMENZERKRANKUNGEN	14
3.5.1 Anamnese	14
3.5.2 Psychopathologischer Befund	15
3.5.3 Bildgebende Verfahren	15
3.6 VERLAUF VON DEMENZERKRANKUNGEN.....	16
3.6.1 Warnzeichen im normalen Alterungsprozess	16
3.6.2 Schweregrade demenzieller Erkrankungen	17
3.7 EPIDEMIOLOGIE DEMENZIELLER ERKRANKUNGEN.....	17
3.7.1 Prävalenz demenzieller Erkrankungen	18
3.7.2 Inzidenz demenzieller Erkrankungen.....	19
3.8 ENTWICKLUNG DER KRANKENZAHLEN IN DER ZUKUNFT	20
4. FORMEN DEMENZIELLER ERKRANKUNGEN	22
4.1 DIE ALZHEIMER-DEMENZ	23
4.1.1 Definition.....	23
4.1.2 Historische Entwicklung.....	23

4.1.3 Diagnostik.....	24
4.1.4 Symptome und Verlauf	25
4.1.5 Epidemiologie	26
4.2 VASKULÄRE DEMENZ	27
4.2.1 Definition.....	27
4.2.2 Historische Entwicklung.....	28
4.2.3 Diagnostik.....	28
4.2.4 Epidemiologie	30
4.3 FRONTOTEMPORALE DEMENZ.....	30
4.4 DEMENZ MIT LEWY-BODY-KÖRPERCHEN	33
4.5 MEDIKAMENTÖS BEDINGTE DEMENZEN.....	36
4.6 ALKOHOLDEMENZEN.....	37
4.7 WERNICKE-KORSAKOW-SYNDROM.....	37
5. VERSORGUNGSSITUATION IN DER BUNDESREPUBLIK	
DEUTSCHLAND.....	38
5.1 VOLKSWIRTSCHAFTLICHE AUFWENDUNGEN FÜR DIE VERSORGUNG	38
5.2 ALTEN- UND PFLEGEHEIME IN DER DEMOGRAFISCHEN ENTWICKLUNG.....	39
5.3 ENTWICKLUNG DER DEMENZ IN ALTEN- UND PFLEGEHEIMEN.....	41
5.4 ZUKÜNFTIGE ENTWICKLUNGEN DER VERSORGUNGSSITUATION ...	44
6. BETREUUNG DURCH ANGEHÖRIGE	46
6.1 LEBEN UND ERLEBEN DER BETROFFENEN	46
6.2 DIE SITUATION DER ANGEHÖRIGEN	47
6.3 DIE SITUATION DER PFLEGENDEN (ANGEHÖRIGE UND PROFESSIONELLE).....	51
6.4 ANGEHÖRIGENARBEIT	52
7. DIE ROLLE DER SOZIALEN ARBEIT	54
7.1 GANZHEITLICHE BETRACHTUNGEN	54
7.2 BIO-PSYCHO-SOZIALE MODELL.....	56

7.3 AUFGABENFELDER DER SOZIALEN ARBEIT IN DER BETREUUNG	
DEMENZERKRANKTER MENSCHEN	57
7.3.1 Ein Leben im Nebel – die Lebenswelt Demenz	58
7.3.2 unterstützende Maßnahmen und Hilfsangebote	58
7.3.3 Psychoedukative Interventionen	59
7.3.4 Erholungsinterventionen	59
7.3.5 Biografiearbeit.....	60
7.3.6 Zusammenfassung	62
7.4 FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG IM RAHMEN DER SOZIALEN	
ARBEIT	62
7.4.1 Sozialhilfebedürftigkeit.....	63
7.4.2 Die Pflegebedürftigkeit.....	64
7.5 DEMENZ ALS BESONDERE HERAUSFORDERUNG DER SOZIALEN	
ARBEIT	67
7.5.1 Lebenswelt Demenz	67
7.5.2 Dimension der Zeit und Raum im Bezug auf Demenzerkrankung ..	68
7.5.3 Ordnungsversuche	69
8. PSYCHOSOZIALE INTERVENTIONEN BEI DEMENZERKRANKUNGEN	70
8.1. UNTERSTÜTZUNG BEI DEMENZERKRANKUNGEN	70
8.1.1 Wer unterstützt die Betroffenen?	71
8.1.2 Soziale Kontakte.....	71
8.1.3 Kinder und demenzerkrankte Menschen	73
8.1.4 Tiere als sozialarbeiterische Therapeuten	73
8.2 KOGNITIV-AKTIVIERENDE INTERVENTIONEN	74
8.2.1 Kognitives Training	75
8.2.2 Realitäts-Orientierungs-Training	77
8.2.3 Erinnerungstherapie	79
8.2.4 Validation nach Naomi Feil	80
8.2.5 Selbsterhaltungstherapie	80
8.2.6 Wirksamkeit kognitiver Verfahren	81
8.3 PSYCHOSOZIALE MASSNAHMEN	82
8.3.1 Verhaltenstherapie.....	82
8.3.2 Milieutherapeutische Interventionen	85

8.3.3 Musiktherapeutische Interventionen	86
8.3.4 Ergotherapie	87
8.3.5 Kunsttherapie.....	87
8.4 INTERVENTIONSMÖGLICHKEITEN BEI EINER DEMENZ IM FORTGESCHRITTENEN BZW. SCHWEREN STADIUM	88
8.4.1 Basale Stimulation	89
8.4.2 Snoezelen.....	89
8.5 INTERVENTIONSMÖGLICHKEITEN BEI PSYCHOTISCHEN BEGLEITERSCHEINUNGEN.....	90
8.6 WIRKSAMKEIT DER NICHT-MEDIKAMENTÖSEN INTERVENTIONSVERFAHREN	90
9. SCHLUSSFOLGERUNGEN	92
ANLAGEN.....	.II
LITERATURVERZEICHNIS.....	XV
ERKLÄRUNG ZUR SELBSTÄNDIGEN ANFERTIGUNG.....	XXXV

