

Wollenberg, Luise

Die Rolle der Sozialen Arbeit in der stationären
Altenpflege am Beispiel von Pflegeheimen
im Bezug auf das Krankheitsbild Demenz.

eingereicht als

BACHELORARBEIT

an der

HOCHSCHULE MITTWEIDA

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Mittweida, 2019

Erstprüfer: Prof. Dr. phil. Barbara Wedler

Zweitprüfer: Fr. Melanie Kilger M.A.

Bibliografische Beschreibung:

Wollenberg, Luise:

Die Rolle der Sozialen Arbeit in der stationären Altenpflege am Beispiel von Pflegeheimen im Bezug auf das Krankheitsbild Demenz. S. 31

Mittweida, Hochschule Mittweida (FH), Fakultät Soziale Arbeit, Bachelorarbeit, 2019

Referat:

Die Bachelorarbeit befasst sich mit dem Thema der Sozialen Betreuung in der Unterbringungsform des Pflegeheimes, das Hauptaugenmerk ist auf das Krankheitsbild Demenz gerichtet. Durch eine intensive Literaturrecherche wurde das Krankheitsbild der Demenz beleuchtet, sowie die Bedeutung der Sozialen Betreuung beschrieben. Zudem wurde die öffentliche Wahrnehmung betrachtet.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	4
2	Demenz als Krankheitsbild	6
2.1	Definition	6
2.1.1	Demenz oder dementielles Syndrom	6
2.1.2	Alterungsbedingte Leistungsverminderung	9
2.1.3	Depression.....	9
2.1.4	Delir	10
2.2	Formen des dementiellen Syndroms	11
2.2.1	Primäre Demenz.....	12
2.2.2	Sekundäre Demenz	16
2.3	Krankheitsverlauf.....	17
2.4	Diagnose	20
3	Altenpflegeeinrichtung Pflegeheim	22
3.1	Übersicht Unterbringungsformen	22
3.2	Finanzierung und rechtliche Grundlage.....	23
4	Soziale Betreuung in Pflegeheimen	25
4.1	Definition	25
4.2	Anforderungen und Tätigkeitsbeschreibung	25
5	Öffentliche Wahrnehmung und Perspektiven	29
6	Fazit.....	33
7	Literatur.....	35

„Im Alter haben Erinnerungen denselben Stellenwert wie in der Jugend die Träume.“ – Erna Behrens-Giegl

1 Einleitung

Durch den derzeitigen demografischen Wandel wird die Gesellschaft immer älter. Zeitgleich mit dem Anstieg der älteren Gesellschaft nimmt auch die Verbreitung des Krankheitsbildes Demenz zu. Mit dieser Steigerung wird auch die Rolle der Sozialen Betreuung von immer größerer Bedeutung. Wenn man die steigende Zahl betrachtet entsteht in der Gesellschaft, verstärkt durch die Medien, ein Bild, dass es sich bei der Demenz um eine Epidemie oder Welle handelt. Allerdings ist dies nur das Empfinden, da die Zunahme an Erkrankungen lediglich mit dem genannten Altersanstieg einher geht. Darüber sollte die Gesellschaft sensibilisiert werden, um einem mit Angst behaftetes Bild entgegenzuwirken. Ein wertschätzender Umgang ist auch für die Menschen mit Demenz von großer Bedeutung. Dazu passend gibt es ein Zitat eines unbekanntes Verfassers:

„Im Kopf sind schwarze Wolken, das Denken fällt so schwer. Reden, machen, laufen kann ich bald nicht mehr. Bitte bleibe bei mir, reiche mir die Hand. Lass mich nicht alleine im unbekanntes Land. Singe mit mir Lieder, tu' was mir gefällt, denn ich bin noch immer Teil von dieser Welt“ (Unbekannt).

Dieses Zitat verdeutlicht die Intension dieser Arbeit, welche besonders auf die Tatsache aufmerksam machen möchte, dass es sich, trotz dieser Krankheit, immer noch in erster Linie um Menschen handelt. Es soll dem entgegenwirken, dass durch das Bezeichnen als Kranke das Person-Sein abgesprochen wird. So wird auch auf die Frage eingegangen, wie das Person-Sein definiert wird und werden sollte. Zudem ist die Bedeutung der Sozialen Betreuung natürlich ebenfalls von großer Wichtigkeit.

Im ersten Teil der Arbeit wird verstärkt auf das Krankheitsbild eingegangen. Es werden die wichtigsten Definitionen aufgeführt und ein Einblick in die verschiedenen Formen des dementiellen Syndroms gegeben. Dabei wird auch eine kurze Erläuterung zu dem Namensgeber der Alzheimer-Krankheit gegeben, da diese Form der Demenz am häufigsten auftritt. Auch wird das Verständnis, was Demenz im eigentlichen Sinne ist, erläutert. Da

der umgangssprachliche Umgang mit dem Wort zu Missverständnissen führen kann. Zum besseren Verständnis kann man den Begriff 'Demenz' als Oberbegriff ansehen (vgl. Bowlby Sifton 2011, S.116) Zu diesen Punkten wird im zweiten Kapitel ausführlicher eingegangen. Darauffolgend werden im Kapitel drei ein Teil der Unterbringungsformen umrissen, sowie die rechtlichen Grundlagen mit aufgeführt. Dies dient des Überblicks in die verschiedenen Betreuungssituation, die es alternativ zu den Pflegeheimen gibt. Dabei sind nicht alle Betreuungsformen mit aufgeführt, da dies den Umfang der Arbeit überschreiten würde, es nur einem groben Überblick dienen soll und das Hauptaugenmerk auf die Einrichtung des Pflegeheimes gerichtet wird. Im nächsten Kapitel werden nun die Begriffserklärung, rechtliche Handhabe und Tätigkeitsbeschreibung der Sozialen Betreuung aufgeführt. Dabei wurde besonders auf die Tätigkeitsbeschreibung eingegangen, da dies die Rolle der Sozialen Arbeit verdeutlicht. Auf die öffentliche Wahrnehmung und die verschiedenen Perspektiven wurde dann im fünften Kapitel beschrieben. Dabei sind vor allem Naomi Feil, Nicole Richards und Tom Kirkwood zu nennen. Diese haben im Wesentlichen den Blick auf das Krankheitsbild und auf die betroffenen Menschen verändert. Wichtig ist dabei auch das Bild, welches die Gesellschaft mit dem Krankheitsbild der Demenz verbindet. Abschließend wird ein Fazit aus der Arbeit und der Bedeutung der Sozialen Arbeit gezogen. Auch wird über mögliche Verbesserungen nachgedacht.

In dem darauffolgenden Kapitel wird nun auf das das Krankheitsbild eingegangen.

Aufgrund der besseren Lesbarkeit wurde nur die männliche Schreibweise gewählt. Weibliche und andere Geschlechteridentitäten werden dabei ausdrücklich miteingeschlossen.

2 Demenz als Krankheitsbild

Der Begriff 'Demenz' wurde bereits 25 v. Chr. geprägt und bedeutet aus dem lateinischen übersetzt so viel wie 'des Verstandes beraubt'. Dagegen ist die Krankheit Demenz schon seit ca. 1900 bekannt, die ersten wesentlichen Erkenntnisse wurden allerdings erst ab den 1970er Jahren entwickelt. Nach dem Zweiten Weltkrieg wurde die gesamte Forschung zunächst eingestellt. Erst seit circa 20 Jahren werden erste Hypothesen über die Krankheitsentwicklung angestellt und seit jüngster Zeit werden erste Erfolge in der Behandlung von Symptomen und des Verstehens der Ursachen erzielt (vgl. Kastner 2018, S. 1).

2.1 Definition

In diesem Abschnitt werden die wichtigen Definitionen beschrieben, welche für das Verständnis und für die Differenzialdiagnose von Bedeutung sind. Dabei ist wichtig anzumerken, dass das Alter ein brisantes Lebensalter ist, welches mit verschiedenen Veränderungen einher geht. Damit soll deutlich gemacht werden, dass in der Vergangenheit das Alter an sich häufig Krankheit angesehen wurde, was nicht der Fall ist. Die Demenz ist lediglich eine Erkrankung, die vor allem im Alter hinzukommt. (vgl. Schuster 2016, S.76)

2.1.1 Demenz oder dementielles Syndrom

Der Begriff Demenz ist gleichzusetzen mit dem Begriff des dementiellen Syndroms und bedeutet aus dem lateinischen übersetzt ‚de-weg und mens-Geist, Verstand‘. Damit wird die Demenz als solche treffend beschrieben, da es sich dabei hauptsächlich um den Verlust von geistigen Fähigkeiten handelt. (vgl. Falk 2009, S.40) Die Herausgeberin Juliane Falk beschreibt diese Krankheit zusätzlich wie folgt:

„[...] Demenz verändert den Menschen in seiner Intelligenz und Persönlichkeit“ (Falk 2009 S.40) Die aktuelle Definition des „International Classification of Diseases“ (ICD) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) setzt die Demenz hingegen auf folgende Weise fest:

„Demenz (F00-F03) ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden für gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf. Dieses Syndrom kommt bei der Alzheimer-Krankheit, bei zerebrovaskulären Störungen und bei anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn betreffen“ (Becker, Hawellek, Zwicker-Pelzer 2018, S. 13).

Somit ist der Begriff 'Demenz' eine allgemeine Beschreibung für eine Vielzahl von Krankheitsbildern denen unterschiedliche Ursachen zu Grunde liegen.

Die Krankheit Demenz zählt außerdem zu den Schwellenerkrankungen, welche sich dadurch charakterisiert, dass die in der ersten Phase auftretenden Symptome nur minimal sind und keine erheblichen Einschränkungen bei der Alltagsbewältigung darstellen (vgl. Philipp-Metzen 2015, S. 23).

Um als Demenzsyndrom definiert zu werden müssen die entsprechenden Symptome mindestens ein halbes Jahr bestehen. Außerdem ist es bei den meisten Demenzerkrankungen eine schleichende Entwicklung der Symptome, ebenso deren Fortschreiten und somit wird eine Diagnose erschwert. Allerdings führten eine höhere Aufmerksamkeit und eine bessere Diagnostik dazu, dass eine Früherkennung leichter bewerkstelligt werden kann. Dies wird im Abschnitt zum Thema der Diagnose näher erläutert. Unabhängig um welche Form von Demenz es sich handelt ist das verbindende Merkmal die Neurodegenerativität, was den „Untergang von Nervenzellgewebe“ beschreibt (vgl. Becker, Hawellek, Zwicker-Pelzer 2018 S. 17). Übergeordnet unterscheidet man in primäre und sekundäre Demenzformen. Bei den primären Formen handelt es sich um das

Absterben von Nervenzellen und man kann zum Großteil keine Ursache feststellen, durch eine Behandlung sind die primären Formen nur eingeschränkt in ihrem Verlauf beeinflussbar. Zudem schreiten die Symptome stetig fort. Anders bei den sekundären Demenzformen, sind diese meistens Folgen oder Spätstadien von anderen Krankheiten und sind partiell heilbar. Dazu wird nochmals vertiefter im Abschnitt 2.2 Formen des dementiellen Syndroms eingegangen. Die jährlichen Neuerkrankungen liegen bei 200.000 Menschen, zudem steigt die Häufigkeit an Demenz zu erkranken mit zunehmendem Alter. Für eine Heimunterbringung ist Demenz der häufigste Grund. Derzeit wird davon ausgegangen, dass etwa 400.000 Menschen mit Demenz in Pflegeheimen oder Altenheimen in Deutschland untergebracht sind (vgl. Wißmann 2010, S.340). Aus dem Demenz Report des Berlin Institut, welcher 2011 veröffentlicht wurde, geht außerdem hervor, dass erheblich mehr Frauen als Männer an Demenz erkranken. Dies ist darauf zurückzuführen, dass Frauen eine im Durchschnitt eine höhere Lebenserwartung haben als Männer. Es wird davon ausgegangen, dass 70% der Menschen mit Demenz Frauen sind. Der Anstieg der Häufigkeit einer Erkrankung lässt sich an der Altersgruppe der 90-94-jährigen verdeutlichen. Diese liegt bei den Männern bei 32,10% und bei Frauen bei 32,25%. Im Vergleich dazu sind es bei den 70-74-jährigen 4,61% bei Männern und bei 3,86% bei Frauen. Zudem wird sich ein Anstieg der Erkrankungen verzeichnen lassen, da durch die steigende Lebenserwartung der Personenkreis der älteren Menschen ansteigt. Im Jahre 2008 lag die Zahl der Personen mit Demenz bei etwa 1.500 pro 100.000 Einwohner in Deutschland. Wenn man die Prognose betrachtet steigt diese Zahl im Jahr 2038 auf etwa 3000 Menschen pro 100.000 Einwohner. Es gibt allerdings keine eindeutigen Belege, dass das Risiko an Demenz zu erkranken steigt, sondern dass diese Prognose lediglich auf die steigende Lebenserwartung zurückzuführen ist (vgl. Sütterlin, Hoßmann, Klingholz 2011, S.20).

2.1.2 Alterungsbedingte Leistungsverminderung

Bevor die Diagnose der Demenz gestellt werden kann, wird die Möglichkeit überprüft, ob die aufgetretenen Symptome auf eine alterungsbedingte Leistungsverminderung zurückzuführen sind. Wenn es im Alter zu Einschränkungen in der Informationsbearbeitung, in der Vitalität oder beim Lernen unter Zeitdruck kommt, sind diese meistens auf den Alterungsprozess zurückzuführen und haben nichts mit einer Krankheit zu tun. So bleiben im normal verlaufenden Alterungsprozess, dass im Leben zusammengetragene Wissen bestehen und kann weiter ausgebaut werden. Außerdem bleibt zum Beispiel auch die Fähigkeit zur Problemlösung bestehen. Anders als bei den Demenzerkrankungen (vgl. Falk 2009, S.35) Damit einhergehend fällt der Begriff des Frailty-Syndroms. Dieses Syndrom beschreibt die „chronische, altersbedingt herabgesetzte Belastbarkeit bei vermindertem Kraftzustand und zunehmender Gebrechlichkeit. Aufgrund des sehr hohen biologischen Alters ist die Leistungsfähigkeit der Organsysteme stark herabgesetzt“ (vgl. Becker, Hawellek, Zwicker-Pelzer 2018, S. 52).

2.1.3 Depression

Symptome, die bei den verschiedenen Demenzformen auftreten, können auch bei der Depression im Alter auftreten. So zum Beispiel Konzentrations- und Gedächtnisstörungen. Die Differenzialdiagnose bei Demenz ist dabei von großer Bedeutung, da Depression als solches ein eigenes Krankheitsbild darstellt. Allerdings ist eine genaue Abgrenzung schwierig, da sich die Symptome der beiden Krankheiten ähneln können. Auch kommt es vor, dass beide Krankheiten zusammen auftreten. Wenn sich die Krankheitszeichen ähneln und es sich um eine Depression handelt spricht man von einer Depression mit einer kognitiven Störung. Die Krankheitsbilder Demenz und Depression können beispielsweise darin unterschieden werden, dass der teilweise Gedächtnisverlust bei der Demenz bestehen bleibt, wenn eine Therapie mit Antidepressiva durchgeführt wird. Im Gegensatz dazu, verbessert sich diese Symptomatik

bei einer Depression, wenn die Therapie mit der Gabe des Medikaments durchgeführt wird. Mögliche Schlafstörungen sind bei dem Demenzsyndrom auf Unruhe oder Verwirrtheit zurückzuführen, wobei Verwirrheitszustände, die nachts auftreten bei Depressionen eher selten vorkommen (vgl. Falk 2009, S. 37).

Ulrich Kastner führt dabei auch weiterhin aus, dass die Betroffenen einer Depression, welche die Symptome eines dementiellen Syndroms zeigen, neben diesen auch an den anderen typisch depressiven Symptomen leiden. Dazu zählen unter anderem innere Unruhe, Schlafstörungen oder Grübeln. (vgl. Kastner 2018, S. 47)

2.1.4 Delir

Im erhöhten Alter steigt zeitgleich das Risiko in einem Zustand zu geraten, der sich durch akute Verwirrtheit kennzeichnet. Ein solcher wird als Delir bezeichnet und wird vor allem durch Medikamente, Infektionen oder Flüssigkeitsmangel und durch eine Kreislaufbelastung nach einer Operation verursacht. Für die Differentialdiagnose ist beim Delir, anders als bei dem Demenzsyndrom, der akute Beginn maßgeblich der mit einer Störung der Aufmerksamkeit einhergeht. Ein Symptom können optische Halluzinationen sein. Zudem kann es zu Störungen des Kurzzeitgedächtnisses, Orientierungs,- oder Antriebsstörungen kommen, die eine eindeutige Diagnose unmöglich macht, da es auch Symptome bei einer Demenzerkrankung sein können. Ein Delir kann mit einer Therapie behoben werden, deren Ziel es ist, den auslösenden Faktor zu beseitigen. Das heißt, wenn ein Flüssigkeitsmangel vorliegt und somit das Delir auslöst, wird diesem entgegengewirkt und ausgeglichen. (vgl. Kastner 2018, S.47) Nach Juliane Falk (vgl. Falk 2009, S.37) kennzeichnet sich ein Delir dadurch, dass es vorübergehend ist und die Intensität wechselt. Zu dem kann es eine bestehende Demenz überlagern oder sich gegebenenfalls sogar zu einer entwickeln. Dadurch, dass es sich bei dem Delir um eine akute psychische Störung handelt und die Ursache organischen Erkrankungen zugrunde liegt, ist sie damit behandelbar, wie mit der Behandlung des auslösenden Faktors beschrieben. Häufige Ursachen sind Kreislaufkrankungen, wie Herzinfarkte oder Blutdruckschwankungen. Außerdem Infektionen wie

Pneumonie oder chronische Atemwegserkrankungen. Da das Delir bei einer Demenz auch unabhängig davon auftreten kann ist eine Abgrenzung schwierig, allerdings lassen sich dennoch einige Unterscheidungen finden. So tritt das Delir oft innerhalb weniger Tage und auch des Öfteren nachts erstmals auf, im Gegensatz zu dem schleichenden Beginn bei der Demenz. Außerdem ist es immer mit einer akuten körperlichen Erkrankung verbunden, was bei einer Demenzerkrankung gewöhnlich nicht der Fall ist. Genauso kommt es bei Demenzerkrankungen eher selten zu Wahrnehmungsstörungen, bei dem Delir hingegen kann es zu Halluzinationen und Fehlwahrnehmungen kommen (vgl. Falk 2009, S.37). Um die Unterschiede, ausgenommen die altersbedingte Leistungsverminderung, zusammenzufassen:

Bei der Demenz ist der Beginn schleichend, bei Depressionen plötzlich und bei dem Delir akut. Die Orientierung ist bei der Demenz je nach Stadium zunehmend gestört, bei dem Krankheitsbild der Depression nicht eingeschränkt und beim Delir hingegen stark gestört. Bei der Demenz wird die Krankheit nicht wahrgenommen, bei der Depression kommt es zu Klagen über das Vergessen und ist beim Delir nicht eindeutig erklärbar. In der Praxis ist eine eindeutige Abgrenzung von den einzelnen Krankheitsbildern nicht immer eindeutig möglich. (vgl. Kastner 2018, S.48)

2.2 Formen des dementiellen Syndroms

Es gibt eine Vielzahl von Formen eines dementiellen Syndroms. Aufgrund der begrenzten Seitenzahl wird in dieser Arbeit nur auf die Häufigsten eingegangen werden. Die Oberbegriffe 'Primäre Demenzen' und 'sekundäre Demenzen' sind in allen zur Rate gezogenen Büchern beschrieben, daher wurden sie hier auch als solche gewählt. Zudem kommt es in der Praxis vor, dass man die unterschiedlichen Formen nicht klar voneinander abgrenzen kann, da es zum Teil eine gleiche Symptomatik gibt. Außerdem kann es vorkommen, dass es Mischformen aus den verschiedenen Arten gibt. Laut dem Demenz Report aus dem Jahr 2011 wird deutlich, dass die Alzheimer-Demenz, mit 65% aller Demenzerkrankungen die häufigste ist. Die Vaskuläre Demenz liegt bei 15%

aller verzeichneten Demenzen. Die Angaben können schwanken, aufgrund der Schwierigkeit der eindeutigen Diagnose und da sich nicht immer zweifelsfrei eine klare Abgrenzung zu anderen Formen vornehmen kann. (vgl. Sütterlin, Hoßmann, Klingholz 2011, S.20).

2.2.1 Primäre Demenz

Als primäre Demenzformen werden jene bezeichnet, die durch eine direkte Schädigung im Gehirn hervorgerufen werden (vgl. Falk 2009, S. 46). Zusätzlich dazu wird von dem Autor Ulrich Kastner (vgl. Kastner 2018, S.35) bei den primären Demenzerkrankungen noch die Unterteilung der degenerativen (fortschreitende) Demenzen und der nichtdegenerativen (nicht fortschreitende) Demenzen, vorgenommen. Beispielhaft für die degenerativen Demenzformen werden die Alzheimer-Krankheit, die vaskuläre Demenzen oder die Lewy-Körperchen-Demenz genannt. Auf diese wird im Folgenden näher eingegangen. Für die nichtdegenerativen Demenzerkrankungen sind hierbei beispielsweise Ursachen wie Hirntumore, Schädel-Hirn-Traumas oder Gefäßentzündungen zu nennen. Diese Demenzen können bei frühzeitiger Erkennung heilbar sein. Wenn nicht, dann können sie meistens verbessert, beziehungsweise ihr Fortschreiten verhindert werden. Aufgrund des begrenzten Umfangs dieser Arbeit wird sich bei den nichtdegenerativen Formen auf diese kurze Erläuterung beschränkt und nun auf die degenerativen Formen eingegangen (edp. S. 35).

2.2.1.1 Alzheimer-Demenz

Namensgeber ist der Neurologe und Psychiater Alois Alzheimer. Er wurde am 14. Juni 1864 geboren und verstarb am 19. Dezember 1915. In dem Handbuch der Demenz beschrieben kam im Jahre 1901 die Patientin Auguste Deter, gebracht durch ihren Ehemann, zu Alzheimer. Bei ihr ließen sich Auffälligkeiten feststellen, beispielsweise versteckte sie Dinge im Haus und war eingeschränkt in der Erledigung von einfachen

Aufgaben. Nach ihrem Tod untersuchte Alzheimer ihr Gehirn und konnte dabei Eiweißablagerungen und abgestorbene Nervenzellen feststellen (vgl. Kastner 2018 S.2). Juliane Falk hingegen beschreibt die von Alzheimer untersuchten rundlichen Gebilde als sogenannte Plaques. Aufbauend darauf beschrieb er in seiner 1906 veröffentlichten Fallbeschreibung als Erster die Symptome einer Demenz (vgl. Falk 2009, S. 57).

Bei der Alzheimer-Demenz ist besonders ihr schleichender Beginn charakteristisch. Außerdem schreitet die Verschlechterung allmählich fort (vgl. Kastner 2018, S.39).

Schätzungsweise beträgt die durchschnittliche Dauer vom Auftreten der ersten Krankheitssymptome bis zum Tode 7 Jahre. Diese Angabe schwankt allerdings von Betroffenen zu Betroffenen und ist keine feste Angabe. Über die Ursache von dieser Krankheit herrscht unter den Wissenschaftlern noch große Unklarheit, trotz intensiver Forschung in diesem Bereich. Die häufigste Hypothese zum Auslöser dieser Form wird eine organische Ursache genannt. Ein paar wenige Untersuchungen berücksichtigen bei ihrer Forschung auch psychosoziale Belastungsfaktoren. Weiterhin werden auch biologische Ursachen genannt. Einigkeit herrscht unter den Wissenschaftlern außerdem, dass es ein Zusammenspiel vieler Faktoren gibt, die an der Alzheimer-Krankheit beteiligt sind. Die einzige genaue Beschreibung ist die Ursache der frühen Form von Alzheimer, die ab den 40. Lebensjahr auftreten kann. Diese ist eindeutig genetisch bedingt, verantwortlich dafür ist vor allem eine Anomalie im Chromosom 14. Zusammenfassend kann man sagen, dass die Ursachen vielfältig sind und somit viele auslösende Gründe bestehen, welche die Krankheit verursachen können. Allerdings gibt es dazu eine Vielzahl von Meinungen, welche Ursachen am wahrscheinlichsten sind. Damit einher geht, dass weiterhin Bedarf besteht in diesem Bereich zu forschen (vgl. Falk 2009, S.51). Laut H. Elisabeth Philipp-Metzen (vgl. Philipp-Metzen 2015, S.24) werden die Symptome der

Alzheimer-Krankheit durch Störungen in zwei chemischen Signalübertragungssystemen hervorgerufen. So wird angemerkt, dass durch den Untergang von Nervenzellen im Stirnhirn ein Mangel an Acetylcholin entsteht. Außerdem werden durch den Verfall von

Nervenzellen in der Hirnrinde die Transmitter Glutamat übermäßig ausgeschüttet. Beide Veränderungen können medikamentös ausgeglichen werden. Ob die Medikamente Wirkung zeigen und in welcher Art und Weise sie Anwendung finden, muss individuell geprüft werden, welche weiteren medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten es gibt wird aus Platzgründen und Schwerpunktsetzung nicht weiter ausgeführt. Allerdings zielen alle Behandlungen auf die Verbesserung oder Verzögerung der Krankheit ab. (vgl. Philipp-Metzen 2015, S.24).

2.2.1.2 Vaskuläre Demenz

Hervorgerufen werden die vaskulären Demenzerkrankungen durch eine Mikrozirkulationsstörung in der Hirnrinde, beziehungsweise in dem Marklager. Es kann vorkommen, dass es sowohl in der Hirnrinde als auch im Marklager zu dieser Störung kommt. Sie werden dahingehend auch als gefäßbedingte Demenzen beschrieben und sind nach der Alzheimer-Demenz die zweithäufigste Form der Demenz. Ein Beispiel ist die Multi-Infarkt-Demenz, bei der es zu mehreren Hirnblutungen kommt, diese schädigen dauerhaft die umliegenden Gehirnzellen. Im Gegensatz zur Alzheimer-Demenz sind die vaskulären Demenzen nicht schleichend, sondern treten plötzlich nach einer Durchblutungsstörung im Gehirn auf, außerdem verschlechtern sie sich schritt- bzw. stufenweise und nicht stetig. Menschen, die an einer vaskulären Demenz leiden, haben zudem auch ein erhöhtes Risiko zusätzlich an einer Alzheimer-Demenz zu erkranken (vgl. Falk 2009, S. 53). Die aus den Durchblutungsstörungen entstehenden Symptome variieren stark. Diese Störungen können auch als minimale Hirninfarkte bezeichnet werden. Die auftretenden Symptome sind abhängig von der Häufigkeit der Infarkte und deren Lokalisation (vgl. Becker, Hawellek, Zwicker-Pelzer 2018, S. 26).

Die Kennzeichnung, dass diese Form sich stufenweise verschlechtert, geht damit einher, dass es immer wieder zu Hirninfarkten kommt, die eine weitere Schädigung bewirken. Das bedeutet durch die Unterbrechung des Blutflusses im Gehirn verstärken sich auch die Demenzsymptome.

Charakteristisch ist auch eine phasenweise Stabilisierung, manchmal sogar eine Verbesserung, auch ohne eine Behandlung. Genauso kann sich der Zustand allerdings auch plötzlich wieder verschlechtern. Psychisch kann man die vaskuläre Demenz von der Alzheimer-Demenz in den meisten Fällen nicht unterscheiden. Allerdings sind bei dem vaskulären Demenzsyndrom die Symptome von auftretenden Gangstörungen und Inkontinenz häufiger und treten früher auf. Für die Diagnose ist vor allem ein CT, also eine Bildgebung von dem Gehirn nötig, bei der ein Infarkt deutlich wird. Außerdem muss eine Anamnese durchgeführt werden, bei dieser wird der plötzliche Beginn deutlich, welche zu Diagnose wichtig ist. Wenn diese Form weiter fortschreitet lässt sie sich dann allerdings nicht mehr sicher von der Alzheimer-Demenz abgrenzen und man spricht dann vielmehr von einer gemischten Demenzerkrankung (vgl. Kastner 2018, S.40).

2.2.1.3 Lewy-Körperchen Demenz

Die Bezeichnung dieser Krankheit kommt von den Lewy-Körperchen, die in betroffenen Gehirnzellen zu finden sind und sind Proteinen, die sich zusammengeballt haben und für den Untergang der Zellen verantwortlich sind. Der größte Unterschied in der Symptomatik, die sich im Gegensatz zu anderen Formen zeigt, sind die parkinsonähnlichen Einschränkungen im Bewegungsablauf. Diese Demenz ist dennoch von der Parkinson-Krankheit, auch Schüttellähmung genannt, abzugrenzen. Außerdem ist ein weiteres Symptom, welches anders ist als bei anderen Demenzformen, auftretende Halluzinationen, oder auch Wahnsymptome. Hinzu kommen noch häufige Stürze. Die Symptomatik ist dabei abhängig vom Tagesverlauf und variiert über längere Zeiträume betrachtet stark. Bei dieser Form von dem Demenzsyndrom gibt es, trotz Forschung, noch keine Therapie, die zur Heilung dieser Krankheit führt. Allerdings gibt es Ansätze, wie zum Beispiel die medikamentöse Behandlung, wie sie auch bei der Alzheimer-Krankheit Anwendung findet. Diese können die Krankheit hemmen, oder zeitweise sogar stoppen. Im Vordergrund steht dabei, dass die Lebensqualität verbessert wird und viele Fähigkeiten so lange wie möglich zu erhalten (vgl.

Becker, Hawellek, Zwicker-Pelzer, S33). Der Autor Ulrich Kastner (Kastner 2018, S.43) führt zudem auf, dass der Verlauf der Krankheit stark fluktuiert. Wenn die Krankheit noch nicht eindeutig diagnostiziert wurde, wird auf die Symptomatik der möglicherweise auftretenden Halluzination mit einem Antipsychotikum reagiert. Dabei kommt es allerdings schon bei niedriger Dosis zu wesentlich übersteigerten Nebenwirkungen, besonders bei der Parkinson-Symptomatik. Daher ist eine Diagnose von großer Bedeutung, um die Symptome nicht noch zu verschlechtern. Da derzeit das Hauptaugenmerk allerdings der Alzheimer-Demenz zufällt, da diese einen größeren Betroffenenkreis aufweist, liegen bei den Therapiemöglichkeiten nur wenige Erkenntnisse vor. Es gibt aber einige Hinweise, dass Antidementiva, ein Medikament zur Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten, die Halluzinationen und die Symptome des Demenzsyndrom einzudämmen vermag. Darüber gibt es derzeit aber noch keine wissenschaftlichen Belege (vgl. Kastner 2018, S.43)

2.2.2 Sekundäre Demenz

Sekundäre Demenzen können als Folge anderer Krankheiten, aufgrund von Vergiftungen oder durch Mangelzustände auftreten. Diese sind reversibel, das heißt, die Beschwerden könne zurückgebildet werden. Daher werden diese Arten auch als rückbildungsfähige Demenzerkrankungen bezeichnet (vgl. Falk 2009, S.46).

Die häufigsten Risikofaktoren, die den sekundären Demenzerkrankungen zugrunde liegen, sind Medikamente, Alkohol oder Stoffwechselerkrankungen. Dadurch, dass viele dieser Ursachen behandelbar sind, können auch die daraus entstandenen sekundären Demenzen behandelbar sein. Hierbei spielt wieder die Früherkennung die Hauptrolle und davon ist auch die erfolgreiche Behandlung abhängig. Beispielhaft wird für die Verdeutlichung auf die medikamentös bedingten Demenzen und auf die Alkoholdemenz eingegangen. Bei den Demenzen, die medikamentös hervorgerufen werden, bleibt zu sagen, dass es abhängig von dem Präparat, der Dosis und etwaigen Kombinationen ist. Die Veränderungen, welche bei den betroffenen

Menschen auftreten, die das Ausmaß einer Demenz erreichen können, sind durch eine Dosisveränderung oder das Absetzen des Medikamentes wieder aufhebbar. Allerdings besteht die Problematik, dass manche Medikamente aufgrund von bestimmten Krankheitsbildern nicht absetzbar sind, auch wenn der Verdacht besteht, dass sie Symptome auslösen, die dem dementiellen Syndrom zuzuordnen sind. Zielführend dabei ist es dennoch, die Medikamentengabe nicht unnötig langfristig zu verabreichen und es soll die Polypharmazie verhindert werden, das heißt, es sollen nicht mehr als vier Präparate verschrieben werden. Die Präparate Benzodiazepine werden, neben Schmerzmedikamenten, am häufigsten eingesetzt. Sie werden vor allem bei Schlafmitteln eingesetzt, neben der bekannten hochgradigen Abhängigkeit werden auch kognitive Störungen als Nebenwirkungen von diesen Präparaten aufgeführt. So treten Konzentrationsstörungen auf und das Gedächtnis, beziehungsweise die Merkfähigkeit ist beeinträchtigt. Das Absetzen muss schrittweise und über einen längeren Zeitraum erfolgen, da sonst mit Entzugssymptomen gerechnet werden muss.

Die Alkoholdemenz tritt im Rahmen einer Abhängigkeit von Alkohol auf, da es aufgrund von dem Konsum und der toxischen Wirkung dessen zu kognitiven Störungen kommen kann. Aufgrund von der Ausprägung dieser Störung beschreibt man diese als alkoholbedingtes amnestisches Syndrom oder als Alkoholdemenz. Die genaue Abgrenzung zu den primären Demenzformen ist in der Praxis nicht immer klar durchführbar. Häufigste Symptome bei dieser Form sind Störungen in der Handlungsführung und in der Planung, zudem findet man in der Anamnese eine Suchtvorgeschichte. (vgl. Kastner 2018, S.45)

2.3 Krankheitsverlauf

Da die Alzheimer-Demenz als dementielles Syndrom am häufigsten vorkommt, wird anhand von diesem exemplarisch der Krankheitsverlauf aufgezeigt. Dieser Verlauf kann nicht unmittelbar auf die anderen Formen des dementiellen Syndroms übertragen werden. Die Unterteilung der Phasen ist in verschiedenen Fachbüchern unterschiedlich. Allerdings ist die

meist genutzte Form in drei Phasen unterteilt, andere Unterteilungen lehnen sich an diese Phasenunterteilung an. Es wird in die leichte, mittlere/mittelschwere und schwere Demenz unterschieden (vgl. Kastner 2018, S.25). Die ersten Symptome, die von der Clinical Dementia Rating (CDR) die Bezeichnung CDR 0,5 erhält und dort als mögliche Demenz beschrieben wird, äußern sich durch erste Gedächtniseinbußen und Störungen in der Orientierung (vgl. Philipp-Metzen 2015, S. 24).

Diese Symptome werden oftmals nicht von den Betroffenen selbst wahrgenommen, sondern von den Personen im nahen Umfeld. Zudem kommt hinzu, dass diese anfängliche Symptomatik den normalen Alterungsprozess zugeschrieben wird. Wenn die betroffene Person dann doch Defizite feststellt, werden diese verdrängt beziehungsweise Angehörigen gegenüber geleugnet. Das fehlende Erkennen der Krankheit und deren Symptome nennt man Anosognosie und wird zum eigenständigen Symptom der Alzheimer-Demenz.

Nun folgt die Symptomatik der leichten Demenz. Diese zeichnet sich durch verminderte Merkfähigkeit, das Vergessen von Verabredungen und Wortfindungsstörungen aus. Bei dieser Phase stehen außerdem der Rückzug und das meiden der Gesellschaft im Vordergrund. Diese frühen Symptome können noch gut vor dem Umfeld verborgen werden. Bei manchen Gesprächen kommt es zu Schwierigkeiten, diesen zu folgen. Auch die Namen von bekannten Personen können vergessen werden. Wenn der Verlauf weiter fortschreitet, fällt nahen Angehörigen auf, dass manche Geräte nicht mehr von den dementiell veränderten Menschen bedient werden können und Haushaltstätigkeiten eine überfordernde Wirkung auf die betroffenen Personen haben. Es wird viel aus der Vergangenheit erzählt, daran wird sich, im Gegensatz zu kurz zurückliegenden Geschehen, auch ohne Probleme erinnert. Inhalte werden dabei immer wiederholt, oder mehrmals den gleichen Kontext erfragt. Dann geht es über in die zweite Phase, der mittleren oder auch mittelschweren Demenz. Diese zeichnet sich zunehmend durch psychische Symptome, wie Angst oder wahnhaften Erleben aus. Die Körperpflege wird vernachlässigt und bei alltäglichen Handlungen wird Hilfe notwendig. Es kommt zu sprachlichen Auffälligkeiten und fälschlicher Wortwahl. Am Anfang dieser

Phase kommt es zu einer verstärkten Unruhe, die mit einem rastlosen Umherwandern verbunden ist. Zudem kommt allerdings auch eine gesteigerte Störung in der Orientierung. Betroffene begeben sich daraufhin vermehrt zu in ihrer Erinnerung existierenden Orten. Wenn sie dabei durch außenstehende Personen korrigiert oder aufgehalten werden, kann es zu Konflikten kommen. Allgemein sind sie reizbar und Angehörige mit der Situation überlastet, wodurch es zu Auseinandersetzungen kommen kann, verbal oder auch körperlich. Schlafgewohnheiten ändern sich, da es besonders nachts zu Unruhe kommt. Außerdem kommt es durch die Orientierungsschwierigkeiten und den Einschränkungen in der Alltagsbewältigung zur kognitiven Harninkontinenz, damit finden Betroffene nicht rechtzeitig eine Toilette, oder benutzen Stühle oder Mülleimer, irrtümlicherweise. Dann kommt es zur letzten Phase, der schweren Demenz, welche sich unter anderen durch Verhaltensänderungen, Sprachverlust und Gangstörungen, die bis zur Bettlägerigkeit gehen können, auszeichnet. Bei dieser dritten Phase kommt es primär zu körperlich-neurologischen Symptomen. Als erstes treten Störungen im Gangbild auf, die im weiteren Verlauf in häufigen Stürzen beziehungsweise in Gangunfähigkeit enden. Betroffene Personen müssen begleitet werden. Darauffolgend kommt es zu Koordinationsstörungen und der Lagesinn ist beeinträchtigt, weshalb das freie Sitzen Schwierigkeiten bereitet. Im Fortschreiten der Krankheit kommt es zu der bereits angesprochenen Bettlägerigkeit. Erschwerend kommen die Probleme bei der Nahrungsaufnahme und die Geschmacks- und Geruchsstörungen hinzu, die bis zu schweren Schluckstörungen reichen können. In dieser Phase ist es den betroffenen Personen nur noch möglich, sich durch Einwortsätze, oder in Bruchstücken aus diesen, zu verständigen. Diese werden in einer Vielzahl aus Wiederholungen geäußert, was die Bedürfnismitteilung erheblich einschränkt. Die wichtigsten Kommunikationsmöglichkeiten werden nun die emotionale Bindung und der Körperkontakt. So lassen sich die Phasen zusammenfassen in die erste Phase, bei der es primär zu kognitiven Störungen kommt. Dann zu der zweiten Phase, die sich durch Verhaltensänderungen kennzeichnet und zuletzt die dritte Phase, bei der es vor allem zu körperlichen Störungen kommt. Zudem muss darauf hingewiesen werden, dass die Symptome und

Phasen nicht bei jedem Einzelfall genau in der Reihenfolge und in unterschiedlicher Ausprägung vorkommen, sowie die Symptome nicht alle bei jedem Betroffenen vorkommen müssen. Um auch auf den Sterbeverlauf noch kurz einzugehen, können Betroffene in jeder der genannten Phasen versterben. Häufig allerdings mit dem Eintritt der Bettlägerigkeit. Anzeichen für das baldige Versterben der betroffenen Person können unter anderem ein vermehrtes Ruhebedürfnis, ein fehlendes Hungergefühl, Blässe und Schnappatmung sein, die schließlich zum Herzstillstand und dem Tod führen. Oft gehen dem Sterbeprozess auch Fieber, Ödeme oder Schmerzen voraus (vgl. Kastner 2018, S.24).

2.4 Diagnose

Demenz ist eine Krankheit, bei der es nicht leicht ist, eine eindeutige und vor allem eine frühe Diagnose zu stellen. Dies ist hauptsächlich darauf zurückzuführen, dass die anfänglichen Symptome meistens erst schleichend auftreten und sie sich von anderen Krankheiten beziehungsweise von den klassischen Alterserscheinungen schlecht unterscheiden lassen. Um auf den Krankheitsverlauf einwirken zu können ist es dennoch von größter Bedeutung, dass die Krankheit früh diagnostiziert wird. Hierbei ist außerdem die Differentialdiagnose ebenso wichtig. Wenn die Demenz frühzeitig und eindeutig diagnostiziert wird, kann man mit einer medikamentösen und therapeutischen Einstellung die Krankheit in den meisten Fällen zwar nicht heilen. Allerdings kann man eventuell den Verlauf bremsen und die Lebensqualität und Fähigkeiten so lange wie möglich erhalten. Dadurch kann der Betroffene selbst für seine Zukunft vorsorgen. So ist es dann möglich ein Testament oder eine Vorsorgevollmacht aufzusetzen, bei der alles weitere geklärt und schriftlich festgehalten wurde. Diese werden in Kraft treten, wenn die Betroffenen nicht mehr selbst über sich bestimmen können. So nötig die Früherkennung für den weiteren Krankheitsverlauf ist, so schwierig gestaltet diese sich, da viele auch erst spät einen Arzt aufsuchen. Auch ist der Verlust von Fähigkeiten mit Scham oder Angst verbunden und manche Betroffene versuche diese solange wie möglich vor ihrem Umfeld zu verbergen. Mit der

Differenzialdiagnose wird eine Abgrenzung auf Basis der bereits durchgeführten Untersuchungen und Tests vorgenommen. Die Diagnose unterteilt sich in zwei Schritte. Der erste Schritt beschreibt die Frage ob es sich bei den Beschwerden des Betroffenen um Symptome der Demenz handelt. Dabei wird neben der Möglichkeit der Demenz auch noch die Möglichkeiten betrachtet, ob es sich bei den Symptomen nicht auch um eine altersbedingte Leistungsverminderung handeln kann, beziehungsweise um eine Depression oder einem Delir. Wenn dabei dann die Diagnose eines demenziellen Syndroms gestellt wird folgt der zweite Schritt. Bei diesem wird die Frage behandelt, um welche Form es sich bei der Demenz handelt. Dabei wird zunächst eine sekundäre Demenz ausgeschlossen. Dann wird zwischen einer Alzheimer-Demenz und einer vaskulären Demenz unterschieden. Zusammenfassen lässt sich die Diagnose am Beispiel der Alzheimer-Demenz. Es muss das demenzielle Syndrom vorliegen und alle anderen Ursachen für eine andersartige Demenz müssen ausgeschlossen sein. Erst dann kann eine eindeutige Diagnose vorgenommen werden (vgl. Falk 2009, S.22). Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaft (AWMF) hat eine genaue Abfolge von den nötigen Bestandteilen herausgegeben, um eine umfangreiche Diagnostik durchzuführen. Diese beinhalten ein Gespräch für die Erfassung der genauen Krankheitsgeschichte, sowohl aus der Sicht des Betroffenen als auch aus der Sicht der Angehörigen. Dabei werden beispielsweise die Beeinträchtigungen im Alltag, oder bemerkte Defizite erfragt. Dann wird eine internistische und neurologische Untersuchung durchgeführt, anschließend kommt es zu kognitiven Tests und es wird die neuropsychologische Diagnostik gestellt. Abschließend werden Labortests, eine Liquordiagnostik durchgeführt. Zusätzlich wird ein MRT oder eine vergleichbare bildgebende Untersuchung durchgeführt. Auch wenn die Diagnostik sehr detailliert ist, kommt es in der Praxis immer wieder zu Schwierigkeiten. So muss darüber nachgedacht werden, ob diese in der jeweiligen individuellen Lebenssituation erforderlich ist und dazu beiträgt, einen guten Umgang mit der Krankheit zu finden (vgl. Becker, Hawellek, Zwicker-Pelzer 2018, S.40).

3 Altenpflegeeinrichtung Pflegeheim

Über die Pflichten der Pflegeeinrichtungen, unabhängig welcher Art, wird im §11 Abs.1 SGB XI geschrieben:

„Die Pflegeeinrichtungen pflegen, versorgen und betreuen die Pflegebedürftigen, die ihre Leistungen in Anspruch nehmen, entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse. Inhalt und Organisation der Leistungen haben eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde zu gewährleisten“ (§11 Abs.1 SGB XI)

3.1 Übersicht Unterbringungsformen

Unter der **ambulanten Pflege** versteht das SGB XI selbständig wirtschaftende Einrichtungen, welche der ständigen Verantwortung einer Pflegefachkraft untersteht. Sie suchen die Pflegebedürftigen in ihrer Wohnung auf und sind demnach eine häusliche Pflegehilfe. Dies wird im §71 Abs.1 SGB XI festgehalten (vgl. §71 Abs.1 SGB XI).

Als **teilstationäre Unterbringungsform** ist vor allem die Tagespflege zu nennen. Zur häuslichen Pflege bietet diese somit eine Ergänzung für pflegende Angehörige. Es besteht die Möglichkeit, dieses Angebot täglich oder nur ein paar Tage die Woche zu nutzen und kann dafür sorgen, dass Menschen mit Demenz noch in ihrem häuslichen Umfeld verbleiben können. Eine weitere teilstationäre Form wäre eine Tagesklinik. Deren Unterbringung schließt sich meistens an einem stationären Aufenthalt in der mit angeschlossener Klinik an. Dabei handelt es sich um eine therapeutische Einrichtung, welche ärztlich geleitet wird. Der Verbleib ist zeitlich auf circa vier bis sechs Wochen beschränkt und wird von der Krankenkasse finanziert. Ziel der Tagesklinik ist die Wiedererlangung, beziehungsweise die Aufrechterhaltung von Alltagskompetenzen (vgl. Kastner 2018, S.197). Bei den Unterbringungsformen von **stationären**

Einrichtungen sind die Kurzzeitpflege, ambulant betreute Wohngemeinschaften und die Pflegeheime zu nennen.

Für die **Kurzzeitpflege** gilt im Gesetzestext folgende Anforderungen, um die Kurzzeitpflege finanziert zu bekommen:

„Dies gilt:

1. für eine Übergangszeit im Anschluß an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen oder
2. in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist“ (§42 Abs.1 SGB XI).

Dabei ist die Kurzzeitpflege auf maximal acht Wochen pro Kalenderjahr begrenzt.

Die **ambulant betreuten Wohngemeinschaften** unterscheiden sich zu Pflegeheimen darin, dass der Pflegevertrag und der Mietvertrag unabhängig und vor allem getrennt voneinander abgeschlossen wird. Zudem muss ein Gremium bestehen, der sich aus den Angehörigen, den rechtlichen Betreuern oder Bevollmächtigten zusammensetzt. Dieses hat die Aufgabe, die Rechte der Bewohner zu vertreten, vorausgesetzt sie sind dazu selbst nicht mehr in der Lage. Außerdem ist der beteiligte Pflegedienst laut dem bestehenden Vertrag mit der Pflegekasse für die Qualitätssicherung zuständig (vgl. Jaeger 2011, S.342). Der Gesetzestext, welcher bei den **Pflegeheimen** zum Tragen kommt, ist der §71 Abs. 2 SGB XI. Dieser beinhaltet, dass diese stationäre Pflegeeinrichtung in der ständigen Verantwortung einer Pflegefachkraft liegt und die Pflegebedürftigen außerdem ganztägig untergebracht sind. Wichtig für die Arbeit in Pflegeheimen sind auch die Gesetze, welche im Heimgesetz (HeimG) festgehalten werden.

3.2 Finanzierung und rechtliche Grundlage

Die bei der teilstationären Pflege beschriebene Tagespflege wird von der Pflegekasse finanziert und ist in ihrem Umfang und Geltungsbereich im §41 SGB XI festgesetzt. Bei der stationären Pflege ist die Höhe der

Finanzierung der stationären Unterbringung im §43 Abs.2 SGB XI festgeschrieben, zusätzlich dazu ist die Kurzzeitpflege im §42 Abs.2 beschrieben und den §38a SGB XI für die ambulant betreuten Wohngemeinschaft. Zusätzlich kann ein Entlastungsbeitrag bezogen werden, welcher im §45b SGB XI rechtlich geregelt ist. Welche Unterbringung und welche Leistungen übernommen werden hängen von der Pflegebedürftigkeit ab und richten sich nach dem Pflegegrad. Der Begriff 'Pflegebedürftigkeit' wird im §14 SGB XI beschrieben und wie der Grad der Pflegestufe ermittelt wird, ist im §15 festgehalten, zusätzlich welches Begutachtungsinstrument vorgeschrieben ist. Gesetzlich betrachtet gilt immer 'Ambulant vor stationär' wie im §3 SGB XI festgehalten wurde. Dieser wird folgendermaßen beschrieben:

„[...] Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können. Leistungen der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege gehen den Leistungen der vollstationären Pflege vor.“ (§3 SGB XI)

Somit greifen immer Paragraphen im SGB XI oder im SGB V. Das Sozialgesetzbuch für die gesetzliche Krankenversicherung ist vor allem für Hilfsmittel, der häuslichen Krankenpflege und für Rehabilitationsmaßnahmen zuständig. Diese sind in den §33, §37 und §40 SGB V festgehalten.

4 Soziale Betreuung in Pflegeheimen

In diesem Kapitel soll es nun um die Soziale Betreuung gehen. Diese soll die durch Krankheit und Pflegebedürftigkeit in ihren selbstständigen Leben eingeschränkten Menschen befähigen, in dem jeweilig Rahmen der Möglichkeiten sein Leben wieder selbst zu gestalten und zu bestimmen (vgl. Hellmann 2015, S.18).

4.1 Definition

Die Gesetzliche Grundlage bildet der §43b SGB XI, welcher wie folgt lautet:

„Inhalt der Leitungen. Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen haben nach Maßgabe von §84 Absatz 8 und §85 Absatz 8 Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung, die über die Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgeht“ (§43b SGB XI).

In Kombination werden die Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben der zusätzlichen Betreuungskräfte durch den §53c SGB XI geregelt.

Außerdem werden durch die im §75 SGB XI festgelegten Rahmenverträge, welche personelle Ansprüche gesetzlich regelt. Die Angebote, die bei der sozialen Betreuung durchgeführt werden, haben die Zielsetzung, dazu beizutragen, die seelischen, geistigen, körperlichen und sozialen Bedürfnisse der Bewohner zu befriedigen (vgl. Falkenroth 2011, S. 348).

4.2 Anforderungen und Tätigkeitsbeschreibung

Die Beschäftigung von Sozialarbeitern ist in der Sozialen Betreuung nicht explizit gefordert, allerdings kann das in den oben genannten Rahmenverträgen vereinbart werden. Daraus einher gehen die

Anforderungen, dass bei der Sozialen Betreuung gemeinsam mit dem Bewohner Lebenskrisen bewältigt werden, ebenso wie die als selbstbestimmt und sinnvoll empfundene Gestaltung des Wohnens in der Einrichtung angestrebt wird (vgl. Falkenroth 2011, S.348). Soziale Betreuung beinhaltet, wenn man in die Tätigkeitsbeschreibungen von Jobangeboten schaut, im Allgemeinen die Gestaltung der Tagesstruktur der Bewohner, die Förderung der Integration durch Aktivitäten und zeitgleich deren Organisation, Planung, Konzeption und Umsetzung. Dazu gehört außerdem die Dokumentation (vgl. Korian, 2019) Im Speziellen bedeutet das, unter anderem, folgende Aufgabenbereiche: Das kreative gestalten, singen, Kochkurse, Spaziergänge, 10-Minuten Aktivierungen, Gymnastik, oder Erinnerungspflege. (vgl. Bokelmann 2019). Hinzu kommen noch einige Arbeitsfelder, die von der Sozialen Arbeit bedient werden können. Zum einen ist es eine Aufgabe, unterstützend bei der Heimaufnahme zu agieren. So kann das Erstgespräch von der Sozialen Betreuung geführt werden. Man kann eine Beratung für den Heimvertrag in Anspruch nehmen und mit dem Bewohner über die Biografie sprechen, beziehungsweise die Sozialanamnese durchführen. Des Weiteren ist eine Aufgabe die Bewohnerberatung und deren Begleitung, welche durch Einzelgespräche, oder auch durch Beratungsangebote über die Vorsorgevollmacht und die Informationsweitergabe zur stationären und ambulanten Rehabilitation durchgeführt werden kann. Außerdem ist die Soziale Betreuung für das Beschwerde- und Unterstützungsmanagement zuständig. Ein weiterer Baustein ist die Angehörigenarbeit. Dazu gehört die Einbeziehung dieser in die Freizeitgestaltung der Bewohner, der Organisation und Durchführung von Treffen, an denen die Angehörigen teilnehmen können, sowie Informationsveranstaltungen. Dazu zählt auch die Möglichkeit einer psychosozialen Beratung, gerade auch bei der Heimaufnahme. Wie weiter oben bereits erwähnt ist auch die Freizeitgestaltung Teil des Aufgabenbereichs der Sozialen Betreuung. So gehören auch die Organisation und Durchführung von individuellen Angeboten, oder auch in einer Gruppe gemeinschaftlich veranstalteten Aktivitäten, wie auch Feste, Einkaufsfahrten oder auch die Unterstützung bei der Ausführung schon bestehender Hobbies dazu. Genauso gehört auch

die Arbeit von Ehrenamtlichen zu den Aufgaben einer Sozialen Betreuung. Diese soll Gesprächsrunden organisieren und vor allem Ehrenamtliche für die Unterstützung der Bewohner im Alltag gewinnen und in ihren Tätigkeiten unterstützt werden. Unterstützend soll auch auf die Milieugestaltung eingegangen werden. So sollen Gemeinschaftsräume und die individuellen Zimmer möglichst von den Bewohnern gestaltet werden. Hinzu kommt die Ermöglichung von Bewohnerversammlungen, oder Besuche bei einem möglichen Krankenhausaufenthalt des Bewohners. Des Weiteren kann eine Organisation vom Haustierbesuchsdiensten beziehungsweise die eigene Haustierhaltung, wenn diese gewünscht wird, ins Gespräch gebracht werden.

Die weiteren Aufgaben betreffen weniger die Bewohner der Einrichtung direkt, als die umliegende Gemeinde. Das ist zum einen die Öffentlichkeitsarbeit, welche durch die Planung und Durchführung von Besichtigungen, Teilhabe an der Gremienarbeit und Präsenz im Internet und in Broschüren ausgezeichnet ist. Zum anderen die Gemeinwesenarbeit, welche Kontakte außerhalb von dem Heim fördern soll, wie die Angliederung an Kirchengemeinden oder das Engagement von Bürgern (vgl. Falkenroth 2011, S.348). Dabei kann auch das Case und Care Management von großem Nutzen sein. Bei diesem geht es vor allem um die Unterstützung und das Organisieren von Vorkehrungen, die im Falle völliger Abhängigkeit von einer Fremdversorgung greifen. Außerdem soll die Selbstständigkeit so lange wie möglich erhalten werden. Das Case Management ist für die Organisation eines Netzwerkes für Dienstleistungen und Hilfen zuständig. Das bedeutet, dass im Einzelfall eine passende Hilfeleistung oder eine andere geeignete Maßnahme gefunden werden kann. Damit soll die einzelfallbezogene Leistungserbringung effektiv und effizient gesteuert werden. Sprich, es wird mit der nötigen Sorgearbeit (care) und die anderen Dienstleistungen eine Versorgung geregelt. Entstanden ist dieses Management in den USA in den 1970er Jahren. Die Bedarfslage und die Möglichkeiten der Versorgung werden mit den betroffenen Menschen besprochen und die weitere Vorgehensweise gemeinsam besprochen. Anfangs handelte es sich um einen methodischen Ansatz der Sozialarbeit. Mittlerweile findet das Case und Care Management

fachgebietsübergreifend seinen Einsatz. Ziel ist es die bei dem betroffenen Menschen vorliegenden Probleme alltagsnah und pragmatisch zu bearbeiten. Charakteristisch ist auch, dass sie personenbezogen arbeitet. Es trägt zu der Vermittlung zwischen dem betroffenen Menschen und den Leistungsbringern bei und auch wohin sich eine Person wenden kann. Außerdem werden die Interessen von allen Beteiligten beachtet und diese möglichst für alle zufriedenstellend bearbeitet. Diese Methodik sorgt für die Optimierung von Versorgungsprozessen und für die Unterstützung von den betroffenen Menschen in ihrer Selbstständigkeit. Das Care Management soll die Versorgungsprozesse optimieren. Der Begriff entstand durch die Bedeutung im Bezug auf stationäre Behandlung, Fürsorge und Pflege. Mit diesem Begriff sollen die Aufgaben von dem Management summerisch erfasst werden. Gleichbedeutend gibt es dafür noch das Versorgungsmanagement. Es sollen Strukturen aufgebaut und Versorgungspfade erschlossen werden Dies kann gut Anwendung in der Sozialen Betreuung finden, um die Vorsorge und Versorgung zu steuern und das selbstständige Leben zu unterstützen. (vgl. Wendt (2010), S.220).

5 Öffentliche Wahrnehmung und Perspektiven

Aufgrund von den vorausgesagten steigenden Erkrankungszahlen ist das Bild in der Öffentlichkeit, gefördert durch die Medien, negativ behaftet. Durch die Prognose der steigenden Anzahl an Erkrankungen wird eher von einer Gefahr, Welle oder Bedrohung gesprochen. Die Medien bringen das Thema zumeist auch mit einer Form der Wiedergabe an, welche sich an Defizitbildern orientiert und die bereits bestehende Stigmatisierungen fördert. Die Wahrnehmung ist meist von Angst oder Verdrängung geprägt, welche eine soziale Abwertung des Themas und die Förderung einer Exklusion von den betroffenen Menschen zur Folge hat. Gesellschaftlich vorherrschend sind negativ besetzte Bilder von der Krankheit Demenz. Auch in der Medizin oder Politik wird von einer Bedrohung gesprochen, die es zu bekämpfen gilt, besonders durch die Medizin und durch die dabei entwickelten Medikamente. Die meisten wissenschaftlichen Bemühungen zielen auf die Erforschung der Entstehung, Prävention und vor allem der Therapie des dementiellen Syndroms ab. Allerdings gibt es einige Ansätze, die sich auf die sozialen Faktoren konzentrieren. So wird versucht, durch die Erforschung von sozialen, psychosozialen und umweltbedingten Aspekten zu Erkenntnissen zu kommen. Diese sollen Aufschluss über die Entstehung, Verstärkung oder Reduzierung von den dementiellen Symptomen geben. Durch diese Bemühungen wurden psychosozialer Stress oder Einsamkeit als Faktor herausgefunden, welche eine Demenz begünstigen können. Außerdem gibt es verschiedene Untersuchungen die belegen, dass ein dichtes soziales Netzwerk vor Demenzerkrankungen schützen kann. So wurde festgestellt, dass nicht nur neurologische-neuropathologische bei der Demenz ursächlich sein können, sondern auch die Beschaffenheit des Umfelds, die Kommunikation und die Interaktion mit dieser maßgeblich von Bedeutung sind (vgl. Wißmann 2010, S.341).

Wenn man die Perspektiven auf das Krankheitsbild und die betroffenen Menschen betrachtet, werden verschiedene Bilder deutlich. So zeichnet sich derzeit in der Gesellschaft ein Bild, das die Menschen, welche an Demenz erkrankt sind, eher als Demenzkranke sieht und weniger als

Person. Die Änderung dieser Perspektive wurde durch das Konzept der Validation von Naomi Feil, angeregt, welche später nochmal von Nicole Richard überarbeitet wurde und in Deutschland unter der integrativen Validation bekannt geworden ist. (vgl. Wißmann 2010, S.341). Diese beschreibt den Perspektivenwechsel, wie mit Personen mit Demenz umgegangen wird und wie das Verständnis für die betroffenen Menschen ist. Das Konzept der Validation ist geprägt von Achtsamkeit, Verständnis und Aufgeschlossenheit (vgl. Schilder, Philipp-Metzen 2018, S.90).

Sie beinhaltet verschiedene Kommunikationsmethoden. Dies bedeutet im Alltag der beteiligten Menschen, dass auf Äußerungen von den Bewohnern wertschätzend und ernst nehmend reagiert wird (vgl. Payk 2010, S.54). Für diesen Perspektivenwechsel sind aber auch die Konzepte zur Milieugestaltung und zur Biografiearbeit mitverantwortlich. Zu diesen Konzepten hinzu kam, dass in den 80er Jahren von den Sozialpsychologen Tom Kitwood und die Bradford Dementia Group dann die bestehenden Grundannahmen in Frage gestellt wurden. So wurde auch die Annahme widerlegt, dass allein die neurologische Veränderung ursächlich für die Demenzerkrankungen seien. Viel mehr spielen auch „die Persönlichkeit des Betroffenen, seine Biografie und auch sein allgemeiner Gesundheitsstatus“ (vgl. Wißman, 2010, S.342) eine tragende Rolle. Der zentrale Bestandteil dieses Modells ist allerdings der Begriff des Person-Sein. Dies wird allein im Namen des Modells deutlich, welches sich auf einen personenzentrierten Ansatz stützt. In anderen Konzepten, welche reduktionistisch sind, wird ein Mensch das Person-Sein aufgrund seiner kognitiven Fähigkeiten anerkannt. Dies bedeutet im Umkehrschluss, dass Menschen, die in diesen Fähigkeiten eingeschränkt sind, oder nicht den gesellschaftlich anerkannten Umfang dieser fähig sind, das Person-Sein aberkannt bekommen. In dem Kitwood'schen Modell wird genau das komplett neu definiert. Kitwood (vgl. Wißmann 2010, S.343) macht dabei die Umwelt des Betroffenen verantwortlich, ob sich dieser als Person erfahren kann oder nicht. Dabei zielt das Modell darauf ab, den an Demenz erkrankten Menschen in seiner Wahrnehmung und Ausübung des Person-Seins zu bestärken und diese zu erhalten. Dies sollte auch die Zielsetzung von allen Menschen im Umfeld der Person mit Demenz sein, um diese

Stärkung beziehungsweise Erhaltung auch zu ermöglichen. So ist dieses Modell vor allem für die Menschen in Umfeld gedacht, welche sich mit diesem Perspektivenwechsel aus der Rolle des hilflosen Beobachters von den Abbauprozessen von der ihm nahestehenden Person herausnehmen und hin zu einer Handlungsoption verändern kann. Bei dieser können sie aktiv einen Beitrag leisten, um den Menschen mit dementiellen Veränderungen Würde, Person-Sein und Wohlbefinden erfahren zu lassen. Auch der Umgang mit gegenseitiger Achtung und Begegnung kann dadurch nahegelegt werden. Den Impuls, das medizinische Konzept und das Kitwood'sche Modell mit dem Bürgerrechtsmodell zu erweitern stammt von der Leiterin des Dementia Development Services Center der Universität Stirling, Mary Marshall. Diese Anregung wurde in Deutschland bei der Debatte um die „zivilrechtliche Kontextualisierung der Demenzfrage“ (vgl. Wißmann 2010, S. 344) aufgenommen. Laut dieses Modells wird die Zivilgesellschaft als Leitbild verstanden, welche sich durch Verantwortungsübernahme, Partizipation und Demokratie auszeichnet. Ziel ist es, dass die Demenz zum Thema von der ganzen Gesellschaft gemacht und sich nicht nur in der Pflege und Medizin damit auseinandergesetzt wird. Somit wird der Begriff Teilnahme beschrieben. Die Personen mit Demenz sollen in erster Linie nicht als Kranke oder Pflegebedürftige wahrgenommen werden, sondern als gleichwertige Bürger in einer Gesellschaft. Mit diesem Konzept soll ein akzeptierendes Umfeld ermöglicht werden, bei dem die Demenz keinen Grund der Exklusion darstellt, sondern als ein Teil der „Gesellschaft der Verschiedenen“ gesehen wird. Im Vordergrund des zivilrechtlichen Konzepts stehen die Aufklärung der Bürger in einer Kommune, ebenso wie das Aufzeigen eines nicht-defizitorientierten Demenzbildes. Auch soll die soziale Teilhabe an der nahen Umwelt gefördert werden.

Bei dem sozialen und dem zivilgesellschaftlichen Konzept wird der Sozialen Arbeit eine tragende Rolle zuteil. Durch die bereits aufgeführten Schwerpunkte der Konzepte entstehen daraus weitere spezifische Aufgaben.

Zusätzlich zu den beschriebenen Aufgaben der Öffentlichkeitsarbeit, die bereits im Abschnitt der Tätigkeitsbeschreibung aufgegriffen wurde, kommt

dabei auch die Endstigmatisierung dazu, diese kann durch die Schaffung von Begegnungsmöglichkeiten und kulturellen Aktivitäten ermöglicht werden. Genauso sollen die Menschen mit Demenz in der Möglichkeit der sozialen Teilhabe unterstützt werden (vgl. Wißmann 2010, S.345).

6 Fazit

In den ersten beiden Kapiteln wurde vor allem auf das Krankheitsbild Demenz eingegangen, dabei lag das Augenmerk bei dem Aufzeigen der verschiedenen Formen, welche aufgrund der begrenzten Umfang dieser Arbeit nur exemplarisch vorliegen. So gibt es circa 70 Störungen, die neben den benannten Formen eine Demenz auslösen können. Deren Häufigkeit ist aber sehr unterschiedlich, somit wurden die Arten, die am meisten auftreten zur Beschreibung gewählt. Auch handelt es sich bei dem Demenzsyndrom um einen Oberbegriff, bei der Alzheimer-Krankheit, den vaskulären und sekundären Demenzformen um Untergruppen und bei den spezifischen Krankheiten, wie die angesprochene Multi-Infarkt-Krankheit, um eine bestimmte Äußerung dieser Krankheit. Das Krankheitsbild Demenz ist somit sehr komplex, was auch durch die Diagnosestellung deutlich wird. In dem darauffolgenden Kapitel über die stationäre Einrichtung des Pflegeheimes, war es von Bedeutung auch einen Überblick über mögliche andere Unterbringungsformen zu geben. Dabei war das Ziel, ein möglichst ganzheitliches Bild zu beschreiben. Auch wenn die Einrichtungen nur beispielhaft genannt wurden und die Aufzählung der Unterbringungsformen nicht vollzählig ist, sollte aufgezeigt werden, dass es weitere Unterbringungsformen gibt und bei diesen auch noch andere Entwicklungen zu verzeichnen sind. Das Thema der verschiedenen Unterbringungsformen im Alter, die Tendenz, zu welcher es sich bevorzugt entwickelt und neu aufkommende Formen wäre allerdings vom Umfang der dazu existierenden Informationen eine eigenständige Bachelorarbeit wert. Deshalb wurde sich auf die exemplarische Darstellung beschränkt. Bei dem Abschnitt über die Soziale Betreuung, wurde besonders die Anforderungen und Aufgaben erfasst, da dies das Verständnis des Berufes zuträglich sein sollte. Wichtig waren auch die rechtlichen Grundlagen. Wobei allerdings verhältnismäßig wenige rechtliche Grundlagen herauszufinden waren, um eine klare gesetzliche Regelung zu bestimmen. Dabei gibt es unbedingt Handlungsbedarf. Auch wenn eine zusätzliche Betreuung rechtlich gefordert ist, so sind die Aufgaben, mit denen der Gesetzgeber eben diese

betrauen möchte, nicht ganz klar geworden. Das zeigt sich auch in der Literatur, bei denen wesentlich vielfältiger über die Aufgaben geschrieben wurde, im Gegensatz zu den Stellenausschreibungen. Wenn dabei klare, allgemeingültige Handlungsanweisungen beschrieben werden, könnte das der Sozialen Arbeit zuträglich sein. Nicht zuletzt kann es auch den Bewohnern helfen, ein menschenwürdiges und unterstütztes Leben in der stationären Altenpflege zu führen, indem eine fundierte Soziale Betreuung integriert wird. Bei dem Kapitel der öffentlichen Wahrnehmung und den verschiedenen Perspektiven ist besonders die Sichtweise auf die Menschen mit Demenz zu betonen. Diese sollte ebenfalls durch die Soziale Arbeit, welche sich mit dem Krankheitsbild konfrontiert sieht bedacht werden, um den betroffenen Personen das Gefühl der Wertschätzung und das Verständnis entgegenzubringen, was ein maßgeblicher Anspruch sein sollte. Abschließend kann man sagen, dass die Soziale Betreuung eine weitaus wichtigere Rolle zugeordnet werden sollte und es sollte sich in diesem Feld der Sozialen Arbeit mehr mit dem Thema auseinandergesetzt werden. Mit einer klareren Struktur bietet die Soziale Arbeit große Potenziale in der Erhaltung und Ermöglichung von Lebensqualität in der Altenpflege allgemein und speziell in der Einrichtung des Pflegeheimes. In Kombination mit der Auseinandersetzung der Perspektiven und dem daraus entstehenden Umgang mit den betroffenen Menschen, der Sozialen Betreuung und den Aufklären der Bevölkerung über diese könnte sich das Bild auf Demenz maßgeblich verbessern und sich auf das Befinden und Leben der betroffenen Personen positiv auswirken. Dies sollte sich die Soziale Arbeit verstärkt zur Aufgabe machen.

7 Literatur

Aner, Kirsten, Karl, Ute (2008): Lebensalter und Soziale Arbeit, Ältere und alte Menschen. Baltmannsweiler: Schneider Verlag.

Becker, Ursula, Hawellek, Christian, Zwicker-Pelzer, Renate (2018): Eindeutig uneindeutig, Demenz systemisch betrachtet. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht Verlage.

Bowlby Sifton, Carol (2011): Das Demenz-Buch, Ein „Wegbegleiter“ für Angehörige, Pflegende und Aktivierungstherapeuten. Bern: Verlag Hans Huber.

Falk, Juliane (2009): Basiswissen Demenz, Lern- und Arbeitsbuch für berufliche Kompetenz und Versorgungsqualität. München: Juventa Verlag.

Falkenroth, Anemone (2011): Soziale Arbeit in der stationären Pflegeeinrichtung – von der Versorgungseinrichtung zum Lebens- und Wohnort. In: Kraus, Sibylle, Zippel, Christian (Hrsg.): Soziale Arbeit und alte Menschen. 1. Auflage. Freiburg: Mabuse-Verlag.

Gesetze für die Soziale Arbeit Ausgabe 2015/16

Hellmann, Stefanie (2015): Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung, Transparenzkriterien erfolgreich umsetzen mehr Lebensqualität bieten. 2. Auflage. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.

Höwler, Elisabeth (2011) Biografie und Demenz, Grundlagen und Konsequenzen im Umgang mit herausfordernden Verhalten. 1. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.

Jaeger, Ulrike (2011): Soziale Arbeit und alte Menschen. Freiburg: Mabuse-Verlag.

Löblich, Rita, Kastner, Ulrich (2018): Handbuch Demenz, Fachwissen für Pflege und Betreuung. 4. Auflage. München: Elsevier Verlag.

Middelstädt, Jennifer (2016): Kognitionsbasierte Interventionen bei Patienten mit leicht kognitiven Störungen und stationär versorgten Menschen mit Demenz. Berlin.

Payk, Theo R. (2010): Demenz. München: Reinhardt Verlag.

Philipp-Metzen, H. Elisabeth (2015): Soziale Arbeit mit Menschen mit Demenz, Grundwissen und Handlungsorientierung für die Praxis. Stuttgart: Kohlhammer.

Philipp-Metzen, H. Elisabeth, Schilder, Michael (2018): Menschen mit Demenz, ein interdisziplinäres Praxisbuch: Pflege, Betreuung, Anleitung von Angehörigen. Stuttgart: Kohlhammer.

Schuster, Gerd (2016): Heim und Heimweh, Zur Sehnsucht alter Menschen an einem befremdlichen Ort. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

SGB XI (2017): Soziale Pflegeversicherung. 13. Auflage. München: dtv Verlag.

Wißmann, Peter (2010): Demenz- ein soziales und zivilrechtliches Phänomen. In: Aner, Kirsten, Karl, Ute (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit und Alter. 1.Auflage. Wiesbaden: Vs Verlag für Sozialwissenschaften.

Wendt, Rainer Wolf (2010): Care und Case Management. In: Aner, Kirsten, Karl Ute (Hrsg.): Handbuch der Sozialen Arbeit und Alter. 1. Auflage. Wiesbaden: Vs Verlag für Sozialwissenschaften

Woog, Astrid (2006): Einführung in die Soziale Altenarbeit, Theorie und Praxis. München: Juventa Verlag.

Internetquellenverzeichnis

Bokelmann, Susanne (2019): Soziale Betreuung. (https://www.praxis-soziale-betreuung.de/altenpflege/index-3.php?gclid=CjwKCAjwiZnnBRBQEiwAcWKfYtmqvY7ZnUxGYMLTCEo-aUfL--Horl8CA3IJJuLEF2vwnj1io4sDdBoCX34QAvD_BwE, verfügbar am 22.05.2019).

Sütterlin, Sabine, Hoßmann, Iris, Klingholz, Reiner (2011): Demenz-Report. S. 19-28 (https://www.berlin-institut.org/fileadmin/user_upload/Demenz/Demenz_online.pdf, verfügbar am 21.05.2019).

Stellenangebot (beispielhaft)

https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&ei=ulfmXKPVBZCQkwWRIZnABw&q=Fachkraft+Soziale+Betreuung+Koblenz&oq=Fachkraft+Soziale+Betreuung+Koblenz&gs_l=psy-ab.3...17166.23276..23757...2.0..0.280.1641.0j8j2.....0....1..gws-wiz.....35i39j0i0i22i30j33i21j33i160.KsYOpdm1N04&ibp=htl:jobs&sa=X&ved=2ahUKEwiRpZ_vybHiAhVF16QKHemfAM8Qp4wCMAB6BAgJEA0#fpstate=tldetail&htidocid=SBiq8gNOVbmMWkx0AAAAAA%3D%3D&htivrt=jobs (verfügbar am 23.05.2019).

Gedicht <http://debeste.de/60626/Demenz-Im-Kopf-sind-schwarze-Wolken> (verfügbar am 23.05.2019).