

Die Situation pflegebedürftiger Menschen in der Bundesrepublik Deutschland am Beispiel Demenz

Andreas Kruse, Heidelberg¹ ²

Einleitung

An einer Demenz zu erkranken, in deren Folge unselbstständig zu werden und die Fähigkeit zur Kommunikation zu verlieren, ist das wahrscheinlich am meisten gefürchtete Risiko des Alters. Die bei fortgeschrittener Demenz auftretenden kognitiven Einbußen werden von den meisten Menschen als Bedrohung der Person in ihrer Ganzheit betrachtet. Auf diesem Hintergrund erscheint verständlich, dass die Konfrontation mit Demenzkranken nicht nur Unsicherheit, sondern auch massive Ängste auslösen kann. Die Begegnung mit Demenzkranken macht in besonderer Weise deutlich, dass Altern – zumindest solange man Kriterien wie Aktivität, soziale Teilhabe oder Produktivität zu Grunde legt – nicht immer gelingen muss, auch dann nicht, wenn man sich lebenslang um eine selbstverantwortliche Lebensführung bemüht hat. Mitarbeiter in Pflegeeinrichtungen haben ebenso wie pflegende Angehörige häufig erhebliche Schwierigkeiten, sich mit diesen Grenzen der menschlichen Existenz auseinanderzusetzen. Ein Zugang zur Individualität des Patienten wird häufig schon deswegen nicht gefunden, weil eine intensivere Auseinandersetzung mit den möglichen Begrenzungen des eigenen Lebens die subjektive Überzeugung in Frage zu stellen vermag, Entwicklungsprozesse bis in das höchste Alter kontrollieren zu können. Die Konfrontation mit dem Krankheitsbild der Demenz erinnert den Menschen an eine Dimension, die in seinem Streben nach Selbstständigkeit und Selbstbestimmung in Vergessenheit gerät: Die bereits angesprochene Dimension der bewusst angenommenen Abhängigkeit. Das Erkennen der grundlegenden Angewiesenheit auf die Solidarität und Hilfe anderer Menschen und die Bejahung dieser Angewiesenheit durch den Demenzkranken selbst wie auch durch Angehörige, Ärzte und Pflegefachkräfte stellt eine bedeutende Grundlage für den möglichst vorurteilsfreien Kontakt mit dem Erkrankten dar.

Die Begegnung mit einem demenzkranken Menschen stellt die Kontaktperson vor eine bedeutende psychologische Aufgabe – nämlich vor die Aufgabe der Auseinandersetzung mit sich selbst, mit den möglichen Begrenzungen des eigenen Lebens. In dem Maße, in dem es gelingt, diese Auseinandersetzung in einer persönlich konstruktiven Weise zu leisten, wird auch die Grundlage für wirkliche Begegnung geschaffen, die eine Voraussetzung für eine fachlich wie ethisch anspruchsvolle Therapie und Pflege bildet.

¹ Prof. Dr. Andreas Kruse, Ordinarius, Direktor des Instituts für Gerontologie der Universität Heidelberg, Dekan der Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften, Vorsitzender der Altenberichtscommission der Bundesregierung, Vorsitzender der Kommission „Alter“ der EKD – Evangelische Kirche Deutschlands.

² Langfassung des Vortrags vor dem 111. Deutschen Ärztetag

Gerade bei Demenzkranken besteht vielfach die Gefahr, dass noch vorhandene Kompetenzen übersehen werden. Offenkundige kognitive Defizite können dazu verleiten, anzunehmen, dass der Demenzkranke gar nichts mehr versteht, dass er zu einer normalen Interaktion gänzlich unfähig ist. Dagegen zeigen neuere Forschungsarbeiten, dass Demenzkranke auch im fortgeschrittenen Stadium durchaus in der Lage sind, differenziert auf soziale Situationen zu reagieren³. Auch Demenzkranke erleben Emotionen und drücken diese aus. Auch bei fortgeschrittener Demenz kann durch eine Herstellung oder Vermeidung spezifischer sozialer Situationen zu einer höheren Lebensqualität beigetragen werden. Indem Demenzkranke in der Lage sind, ihre Emotionen zumindest nonverbal auszudrücken, ist es Ärzten und Pflegefachkräften auch prinzipiell möglich, einen Zugang zu Demenzkranken zu finden und aufrechtzuerhalten. Einen solchen Zugang vorausgesetzt, ist die Pflege Demenzkranker nicht lediglich Last, sondern auch zwischenmenschliche Begegnung, in der Hilfeleistung mit Dankbarkeit zusammentrifft und damit Helfen auch als befriedigend erlebt werden kann. Demenz bedeutet keinesfalls den Verlust von Individualität.

Der Vortrag wendet sich zunächst der Entwicklung der durchschnittlichen Lebenserwartung zu, da Pflegebedürftigkeit und Demenz vor allem im sehr hohen Lebensalter (80 Jahre und älter) auftreten. In einem weiteren Schritt soll deutlich gemacht werden, dass die aufeinander folgenden Kohorten älterer Menschen eine – im Durchschnitt – bessere Gesundheit zeigen; eine Entwicklung, die in der Medizinischen Soziologie mit dem Begriff der „Kompression der Morbidität“ umschrieben wird und die auch für gesundheitsökonomische Szenarien von großer Bedeutung ist. In zwei weiteren Abschnitten stehen Pflegebedürftigkeit und Demenz im Vordergrund, wobei auch die Frage nach den Therapie- und Rehabilitationspotenzialen bei Demenz aufgeworfen wird.

1. Zur Entwicklung der durchschnittlichen Lebenserwartung: Ein deutlicher Anstieg der „weiteren Lebenserwartung“ älterer Menschen

Der Biologe und Bevölkerungsmathematiker Shripad Tuljapurkar von der Universität Stanford hat auf einer Tagung der American Association for the Advancement of Science am 17. Februar 2006 für den Zeitraum von 2010 bis 2030 tief greifende Veränderungen der weltweiten Bevölkerungsstruktur vorausgesagt⁴. Die durchschnittliche Lebensspanne der Menschen kann seiner Meinung nach in den kommenden 20 Jahren um 25 Jahre ansteigen. Zudem, so Tuljapurkar, sei es nicht unrealistisch, anzunehmen, dass die Lebenserwartung in den Industrienationen langfristig auf 100 Jahre ansteigen wird.

Tuljapurkars Szenarien beruhen auf der Annahme, dass der medizinische Fortschritt in naher Zukunft ein deutlich längeres und gesünderes Leben ermöglicht und somit die genetischen Grundlagen für ein langes Leben in wachsendem Maße ausschöpft. Die entsprechen-

³ Ausführlich in: Becker, S., Kruse, A., Schröder, J., Seidl, U. (2005). Heidelberger Instrument zur Erfassung von Lebensqualität bei demenzkranken Menschen. *Zeitschrift für Gerontologie & Geriatrie*, 38, 108-121. – Kruse, A. (2005). Lebensqualität demenzkranker Menschen. *Zeitschrift für Medizinische Ethik*, 51, 41-58. – Becker, S., Kaspar, R., Kruse, A. (2006). Die Bedeutung unterschiedlicher Referenzgruppen für die Beurteilung der Lebensqualität demenzkranker Menschen. *Zeitschrift für Gerontologie & Geriatrie*, 39, 350-357.

⁴ Siehe: BBC News, 17 February 2006.

den medizinischen Kenntnisse und Behandlungsmethoden seien bereits heute zum größten Teil vorhanden. Dabei müsse aber auch die Gefahr gesehen werden, dass eine neue Form von sozialer Ungleichheit entsteht – nämlich zwischen jenen Menschen, die dem Stand der Medizin entsprechende Therapien bezahlen können, und jenen, die dazu nicht in der Lage sind.

Die Frage, ob Menschen in Zukunft noch deutlich länger leben können als heute, ist höchst aktuell. In Deutschland liegt die durchschnittliche Lebenserwartung der im Jahre 2005 geborenen Mädchen nach Berechnungen des Statistischen Bundesamtes bei 81.3 Jahren, die Lebenserwartung der gleichaltrigen Jungen bei 75.6 Jahren. Eine heute 60-jährige Frau wird im Durchschnitt noch 23.8 Jahre, ein gleichaltriger Mann noch 19.7 Jahre leben. Mit diesen auf der Grundlage der Sterbetafel 2001/2003 ermittelten Zahlen setzt sich der langfristige Trend einer steigenden Lebenserwartung fort, der seit der Veröffentlichung der ersten allgemeinen Sterbetafel von 1871/1881 nachzuweisen ist. Zu diesem Zeitpunkt hatte im Deutschen Reich ein neugeborenes Mädchen eine Lebenserwartung von durchschnittlich 38.5 Jahren, ein neugeborener Junge von 35.6 Jahren.

Die Lebenserwartung hat sich in den letzten 100 Jahren mehr als verdoppelt. Die Angaben des Statistischen Bundesamtes beruhen auf der Annahme, dass sich die für den Zeitraum zwischen 2001 und 2003 in den einzelnen Lebensaltern ermittelten Sterbe- bzw. Überlebenswahrscheinlichkeiten nicht ändern. Wenn man nun aber davon ausgeht, dass sich für die einzelnen Altersgruppen beobachtbare Veränderungen der Sterbewahrscheinlichkeit auch in Zukunft fortsetzen werden, gelangt man zu Werten, die erheblich über jenen des Statistischen Bundesamtes liegen. Aktuellen Berechnungen des Seminars für Wirtschafts- und Sozialstatistik der Universität Köln zufolge, haben heute geborene Mädchen eine durchschnittliche Lebenserwartung von 86.5 Jahren, heute geborene Jungen eine Lebenserwartung von fast 80 Jahren. Diesen Berechnungen zufolge hat eine heute 60-jährige Frau im Durchschnitt noch 24.7 Jahre zu leben, kann also damit rechnen, fast 85 Jahre alt zu werden, während ein gleichaltriger Mann noch eine durchschnittliche Lebenserwartung von 19.9 Jahren hat. Daraus ergibt sich für den Zeitraum der letzten 50 Jahre ein Anstieg in der durchschnittlichen Lebenserwartung der 60-jährigen Frauen um 7.2 Jahre; bei 60-jährigen Männern ist die durchschnittliche Lebenserwartung um 3.7 Jahre angestiegen. Der Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung geht bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts zum größten Teil auf die Abnahme der Säuglings- und Kindersterblichkeit zurück. In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts spiegeln sich Zugewinne in der Lebenserwartung bei der Geburt in stärkerem Maße auch in der ferneren Lebenserwartung wider. Biologen, Mediziner und Bevölkerungswissenschaftler gehen davon aus, dass sich der Anstieg der ferneren durchschnittlichen Lebenserwartung in Zukunft in gleichem Maße fortsetzen wird – das von Tuljapurkar entwickelte Szenario ist ein Beispiel für diesen Optimismus.

2. Kompression der Morbidität: Eine deutliche Zunahme des Anteils an Jahren in Gesundheit

In den vergangenen 15 Jahren ist die durchschnittliche Lebenserwartung der 60-Jährigen um 1.2 Jahre, jene der 80-Jährigen um 0.7 Jahre gestiegen; dieser Anstieg der Lebenserwartung wird sich in Zukunft weiter fortsetzen. Dabei ist eine *Kompression der Morbidität* nachweisbar, das heißt, die zunehmende Verschiebung von chronischen Erkrankungen und Fähigkeitseinbußen auf die letzten Jahre vor dem Tod.⁵ Aus Berechnungen geht hervor, dass die Fähigkeitseinbußen in der über 65-jährigen Bevölkerung von 1982 bis 1999 von 26.2 Prozent auf 19.7 Prozent zurückgegangen sind; dies entspricht einer Abnahme um 2 Prozent im Jahr.⁶ Dabei ist diese Abnahme deutlich größer als der Rückgang der Mortalität in dieser Periode mit 1 Prozent im Jahr. Der Rückgang der Fähigkeitseinbußen ließ sich sowohl in den basalen wie auch in den komplexeren instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens nachweisen. Die Gründe für den Rückgang in den Fähigkeitseinbußen sind vielfältig. Genannt werden folgende Gründe: Die Abnahme des Zigarettenkonsums, der medizinische Fortschritt, hier vor allem die verbesserte Behandlung des Bluthochdrucks, des Diabetes und der koronaren Herzerkrankung, sowie die Entwicklung und Umsetzung präventiver Maßnahmen. Schließlich wird als möglicher Grund die Überzeugung der Selbstwirksamkeit angeführt:

*„It might be that rising expectations for healthier aging became self-fulfilling, perhaps through a mechanism of perceived self-efficacy. The association between level of education and health is strong, and self-efficacy might at least partly explain this association; education levels in the elderly rose substantially over the past two decades.“*⁷

3. Pflegebedürftigkeit im Alter

In der Bundesrepublik Deutschland waren Ende des Jahres 2004 2.08 Millionen Menschen pflegebedürftig nach Maßgabe des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI). 31 Prozent aller pflegebedürftigen Menschen (640.000) wurden in Heimen versorgt. Während bei den zu Hause Versorgten der Frauenanteil bei 64 Prozent lag, fand sich in der Heimbewohnerschaft ein mit 78 Prozent deutlich höherer Frauenanteil. 45 Prozent der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner mit Pflegebedürftigkeit waren 85 Jahre und älter (in Privathaushalten belief sich der entsprechende Anteil nur auf 26 Prozent). Der Anteil pflegebedürftiger Frauen und Männer mit der höchsten Pflegestufe betrug in den Heimen 21 Prozent, bei den zu Hause Versorgten 10 Prozent. Ungefähr 400.000 Heimbewohnerinnen und Heimbewohner leiden an einer Demenz⁸. Heute gibt es in der Bundesrepublik Deutschland ca. 8.800 stationäre,

⁵ Fries, J.F. (2005). The compression of morbidity. *The Milbank Quarterly*, 83 (4), 801-823.

⁶ Manton, K.G., Gu, X. (2001). Changes in the prevalence of chronic disability in the United States black and nonblack population above age 65 from 1982 to 1999. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA*, 98, 66354-6359.

⁷ Fries, J.F. (2003). Measuring and monitoring success in compressing morbidity. *Annals of Internal Medicine*, 139, 455-459.

⁸ Weyerer, S. (2007). Was ist Pflegebedürftigkeit? In G. Igl, G. Naegele, S. Hamdorf (Hrsg.), *Reform der Pflegeversicherung – Auswirkungen auf die Pflegebedürftigen und die Pflegepersonen* (S. 48-61). Münster: LIT.

von den Pflegekassen anerkannte Alten- und Pflegeheime. Die Gesamtzahl der Heimplätze beläuft sich dabei auf ca. 615.000.

Die Prävalenz der Pflegebedürftigkeit hat sich bei älteren Menschen in Privathaushalten von 1991 bis 2002 kaum verändert: Im Jahre 1991 waren von den 75-84-Jährigen 8.9 Prozent, von den 85-Jährigen und Älteren 31.4 Prozent regelmäßig pflegebedürftig, im Jahre 2002 von den Ersteren 8.2 Prozent, von den Letzteren 30.4 Prozent.⁹ Es kam hingegen zu einer deutlichen Zunahme schwerpflegebedürftiger Menschen in den Heimen. Einer Untersuchung zufolge¹⁰, die auf drei Erhebungen im Zeitraum von 1995 bis 2003 mit einem identischen Erhebungsinstrument gründet, ist in diesem Zeitraum der Anteil von Heimbewohnerinnen und -bewohnern mit mittelschwerer oder schwerer Demenz von 54.7 auf 65.3 Prozent, jener mit starken Einschränkungen in den Alltagsfertigkeiten von 56.3 auf 62.9 Prozent, jener mit Einschränkungen der Gehfähigkeit (diese konnten keine 50 Meter mehr alleine oder mit Hilfe gehen) von 37.5 auf 43.5 Prozent, jener mit Bettlägerigkeit von 17.9 auf 22.1 Prozent gestiegen.

„Kein europäisches Land (hat) ein so umfassendes – umfassend hinsichtlich des geschützten Personenkreises, hinsichtlich des Leistungsspektrums und hinsichtlich der Behandlung informeller Pflegepersonen – System zum Schutz bei Langzeitpflege (...), wie es in Deutschland der Fall ist“ .¹¹

Es wird angenommen, dass durch die demographische Entwicklung und den dadurch bedingten Anstieg des Pflegebedarfs sowie durch den Rückgang an familialen Hilfpotenzialen die Zahl der Pflegeplätze bis zum Jahre 2050 um 600.000 bis 800.000 erhöht werden muss.¹²

In einer Studie wurden über einen Zeitraum von zwölf Monaten alle Sterbefälle in der Altenbevölkerung der Stadt Mannheim berücksichtigt.¹³ Per Zufallsverfahren wurde eine 40 Prozent-Stichprobe gezogen, für die detaillierte Auskünfte über das letzte Lebensjahr eingeholt wurden. Die Daten wurden in Form eines standardisierten Informanteninterviews mit den engsten Angehörigen und Hinterbliebenen erhoben. Diese Studie gibt einen umfassenden Überblick über die Lebenssituation älterer Menschen im letzten Lebensjahr und soll aus die-

⁹ Schneekloth, U., Wahl, H.W. (Hrsg.) (2006). *Selbstständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten. Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote*. Stuttgart: Kohlhammer.

¹⁰ Schäufele, M., Hendlmeier, I., Teufel, S., Köhler, L., Weyerer, S. (2007). *Demenzranke in der stationären Altenhilfe: Aktuelle Inanspruchnahme, Versorgungskonzepte und Trends am Beispiel Baden-Württembergs*. Stuttgart: Kohlhammer.

¹¹ Igl, G. (2007). Internationale und nationale Dimensionen der Langzeitpflege. In G. Igl, G. Naegele, S. Hamdorf (Hrsg.), *Reform der Pflegeversicherung – Auswirkungen auf die Pflegebedürftigen und die Pflegepersonen* (S. 70-84). Münster: LIT.

¹² Bertelsmann Stiftung (2005). *Perspektiven für das Wohnen im Alter. Handlungsempfehlungen des Beirats „Leben und Wohnen im Alter“*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

¹³ Bickel, H. (1998). Das letzte Lebensjahr: Eine Repräsentativstudie an Verstorbenen. Wohnsituation, Sterbeort und Nutzung von Versorgungsangeboten. *Zeitschrift für Gerontologie & Geriatrie*, 31, 193-204.

sem Grunde ausführlicher dargestellt werden. Die Ergebnisse lassen sich dabei wie folgt zusammenfassen:

Das durchschnittliche Sterbealter in der Grundgesamtheit der Verstorbenen lag bei 80.2 Jahren und reichte von 65 bis zu 108 Jahren. Die Frauen waren um knapp vier Jahre älter als die Männer (Mittel 81.8 Jahre zu 77.9 Jahren). *Insgesamt waren 28.6 Prozent der Verstorbenen zur Zeit ihres Todes Bewohner eines Heimes.* Bei den Männern nahm der Heimbewohneranteil von 4.5 Prozent in der Altersgruppe 65-69 Jahre auf 50 Prozent in der Altersgruppe 95+ zu, bei den Frauen von 8.5 Prozent auf 55.4 Prozent. 41 Prozent der Heimbewohner verbrachten nur einen Teil des letzten Lebensjahres in stationärer Betreuung, das heißt, sie starben noch innerhalb von 12 Monaten nach dem Heimeintritt. Auf Männer traf dies in 51.7 Prozent, auf Frauen in 37.6 Prozent der Fälle zu. Das gesamte letzte Lebensjahr über befanden sich 16.9 Prozent der Verstorbenen in einem Heim – 8.2 Prozent der Männer und 22.9 Prozent der Frauen. 23.5 Prozent der in Privathaushalten lebenden Männer und 61.9 Prozent der in Privathaushalten lebenden Frauen lebten in einem Ein-Personen-Haushalt. 35.7 Prozent der in Privathaushalten lebenden Männer und 40.6 Prozent der in Privathaushalten lebenden Frauen nahmen ambulante Hilfsdienste in Anspruch.

Menschen sterben heute überwiegend in Kliniken, Heimen und ähnlichen Institutionen. Der Studie von Bickel zufolge ereigneten sich 70.9 Prozent der Sterbefälle innerhalb und 29.1 Prozent außerhalb von Institutionen. Ein höheres Sterbealter verringerte die Wahrscheinlichkeit eines Todes im Krankenhaus hochsignifikant, gleichzeitig war die Wahrscheinlichkeit eines Todes in einem Heim hochsignifikant erhöht.

Unter den in Privathaushalten lebenden Menschen wurden 85.5 Prozent der Männer und 82 Prozent der Frauen im letzten Jahr im Krankenhaus behandelt. Unter den Heimbewohnern lag der Anteil der Männer, die im letzten Jahr im Krankenhaus behandelt wurden, bei 76.4 Prozent, der Anteil der Frauen bei 71.2 Prozent.

Die durchschnittliche Zahl von Krankenhausespisoden lag in den Privathaushalten bei 1.61 (Frauen) bzw. 1.69 (Männer), in den Heimen bei 1.30 (Frauen) bzw. 1.62 (Männer). Die Gesamtdauer der Krankenhausaufenthalte lag bei den in Privathaushalten lebenden Personen bei 4.78 Wochen (Frauen) bzw. 5.25 Wochen (Männer), bei den in Heimen lebenden Personen bei 4.20 Wochen (Frauen) bzw. 6.04 Wochen (Männer).

Die Wahrscheinlichkeit eines Klinikaufenthalts nahm mit steigendem Alter des Patienten ab¹⁴:

„Obwohl eine stationäre Behandlung im letzten Lebensjahr eher die Regel als die Ausnahme war, ergaben sich in Abhängigkeit von demografischen Variablen, von der Wohnform und vom Grad der Pflegebedürftigkeit deutliche Inanspruchnahmeunterschiede. So wurden die

¹⁴ Kruse, A. (2007). *Das letzte Lebensjahr. Die körperliche, psychische und soziale Situation des alten Menschen am Ende seines Lebens.* Stuttgart: Kohlhammer.

Hochbetagten seltener als die jungen Alten in Kliniken eingewiesen, die Frauen seltener als die Männer, die Verwitweten und Geschiedenen seltener als die Verheirateten, die Pflegebedürftigen seltener als die Nichtpflegebedürftigen und die Bewohner von Heimen und Mehrpersonenhaushalten seltener als die Bewohner von Ein- oder Zweipersonenhaushalten. Bei wechselseitiger Kontrolle der Faktoren traten diese Zusammenhänge mit Einzelmerkmalen indessen zurück. In der multivariaten Analyse wirkte sich lediglich das Alter auf die Wahrscheinlichkeit einer stationären Aufnahme aus und zwar in dem Sinne, dass sich mit steigendem Alter die Inanspruchnahme verringerte“.¹⁵

4. Demenzerkrankungen: Eine der zentralen Herausforderungen der Medizin und Pflege älterer Menschen

Mit einer Auftretenshäufigkeit von etwa 1 Prozent bei den über 70-Jährigen, 5 Prozent bei den über 75-Jährigen, aber bereits über 10 Prozent bei den über 80-Jährigen und ca. 35 Prozent bei den über 90-Jährigen, gehören Demenzen zu den häufigsten Erkrankungen im hohen Alter.

Demenzen haben keine einheitliche Ursache, sondern können durch eine Vielzahl das Gehirn unmittelbar bzw. mittelbar betreffende Krankheitsprozesse verursacht werden. Mit einem Anteil von etwa zwei Dritteln ist die Alzheimer-Demenz die häufigste Form. 15 Prozent aller Demenzen sind gefäßbedingt (vaskuläre Demenzen), bei weiteren 15 Prozent liegen sowohl die für die Alzheimer-Demenz als auch die für die vaskuläre Demenz typischen Veränderungen vor. Inwieweit die letztgenannten Mischformen eine eigenständige Erkrankung oder lediglich das zufällige Zusammentreffen von Alzheimer-Demenz und gefäßbedingter (vaskulärer) Demenz darstellen, ist gegenwärtig noch ungeklärt.

4.1. Alzheimer Demenz

1906 veröffentlichte Alois Alzheimer den Fachartikel „Über einen eigenartigen schweren Erkrankungsprozess der Hirnrinde“.¹⁶ Er beschreibt darin eine 51-jährige Frau, die im Jahre 1901 in das psychiatrische Krankenhaus aufgenommen worden und nach viereinhalb Jahren verstorben war. Diese Frau zeigte Alzheimer zufolge die Symptome: Krankhafte Eifersucht, Paranoia, Gedächtnisausfälle, Verlust der Urteilsfähigkeit und des begrifflichen Denkens, Stupor. Ein Drittel bis ein Viertel der Nervenzellen auf der Großhirnrinde war verschwunden oder enthielt Neurofibrillen.

Die genauen Ursachen der Alzheimer Krankheit sind nicht bekannt. Die Vererbung spielt eine Rolle, doch tritt der deutlich größere Teil der Krankheitsfälle ohne erbliche Belastung auf. Bei 30 Prozent der an Alzheimer Demenz erkrankten Patienten ist mindestens ein weiterer Krankheitsfall in der Familie nachweisbar, bei fünf Prozent der Betroffenen besteht eine klare familiäre Häufung (das heißt, dass auch Geschwister oder Kinder bzw. Verwandte ersten Grades erkrankt sind). Bei eineiigen Zwillingen erkranken nur ca. fünfzig Prozent der

¹⁵ Bickel, H. (1998). Das letzte Lebensjahr: Eine Repräsentativstudie an Verstorbenen. Wohnsituation, Sterbeort und Nutzung von Versorgungsangeboten. *Zeitschrift für Gerontologie & Geriatrie*, 31, 193-204.

¹⁶ Alzheimer, A. (1906). Über einen eigenartigen schweren Erkrankungsprozess der Hirnrinde. *Neurologisches Centralblatt* 23, 1134.

Geschwister. Dies heißt: Genetische Faktoren alleine sind nicht für das Auftreten der Krankheit verantwortlich. Ob die Krankheit bei ererbter Anlage auch tatsächlich auftritt oder nicht, hängt mit weiteren Einflüssen und vor allem mit dem erreichten Lebensalter zusammen. Im hohen Alter nimmt die Auftretenswahrscheinlichkeit der Demenz deutlich zu. Unter den Einflussfaktoren sind vor allem zu nennen (a) Geistige Aktivität: Regelmäßige geistige Aktivität stellt einen gewissen Schutz vor Alzheimer Demenz dar, bei Menschen mit niedriger geistiger Aktivität ist die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Alzheimer Demenz erhöht, (b) Depressionen in der Anamnese: Bei Menschen mit schweren Depressionen in der Krankengeschichte ist die Auftretenswahrscheinlichkeit der Demenz im Alter erhöht.

Bei den biochemischen Veränderungen der Alzheimer Demenz handelt es sich vor allem um Defizite bei der Produktion der Überträgersubstanzen Azetylcholin und Serotonin: Durch dieses Defizit können innerhalb der Nervenzellverbände Informationen – zunächst nicht mehr präzise, nach und nach überhaupt nicht mehr – weitergegeben werden. Damit verbunden ist der zunehmende Verlust von Gedächtnisinhalten – zunächst von Inhalten des Kurzzeitgedächtnisses, später des Langzeitgedächtnisses. Das heutige Forschungsinteresse ist auch darauf gerichtet, pharmakologische Substanzen zu entwickeln, die den Abbau von Überträgersubstanzen zu vermeiden helfen. Es gibt einzelne Präparate (zu nennen sind hier vor allem Azetylcholinesterasehemmer), die diese Zielsetzung in Teilen zu erfüllen scheinen und deren Einnahme sich positiv auf den Verlauf der Demenz auszuwirken scheint: Auch wenn die Alzheimer Demenz eine chronisch fortschreitende, schließlich zum Tode führende Erkrankung darstellt, so kann doch deren Verlauf, wie auch der Verlauf der Symptome, erkennbar beeinflusst werden.

Anfangsstadium der Alzheimer Demenz

Schon in ihren Anfangsstadien ist die Alzheimer Demenz durch Störungen des deklarativen Gedächtnisses charakterisiert. „Deklaratives Gedächtnis“ bedeutet: Wir können uns an vorgegebene konkrete Inhalte, so zum Beispiel an Wörter auf einer Liste, nach einer längeren Zeitspanne erinnern. Dieses Erinnern konkreter Inhalte gelingt dem demenzkranken Menschen schon in den Anfangsstadien nicht mehr so gut und er bemerkt auch diese Leistungseinbußen. Die unmittelbare Merkfähigkeit, also die Erinnerung unmittelbar nach Vorgabe der Inhalte, ist hingegen weniger stark beeinträchtigt. Weitere Defizite des Denkens betreffen Wortfindung und Wortflüssigkeit sowie die Fähigkeit, Figuren zu erkennen, diese zusammenzufügen oder zu zeichnen; hier wird auch von einer „konstruktiven Apraxie“ gesprochen. Das Altgedächtnis bleibt zunächst weitgehend intakt. Dagegen sind bei einer ausführlichen Testung Störungen der Denkabläufe, insbesondere bei der Bewältigung komplexer Aufgaben, nachweisbar. Im weiteren Verlauf der Erkrankung sind neu erworbene Inhalte vor den Altgedächtnisinhalten betroffen. Diese Reihenfolge gilt auch für Störungen des Denkens, indem sich in den zu späteren Zeitpunkten des Lebenslaufs erworbenen Leistungen eher Defizite zeigen als in den zu früheren Zeitpunkten des Lebenslaufs ausgebildeten Fähigkeiten.

Mittelschwere Alzheimer Demenz

Charakteristisch für mittelschwere Demenzen ist eine hochgradige Vergesslichkeit, die nicht nur auf neue Gedächtnisinhalte beschränkt ist, sondern auch mehr und mehr auf das Altge-

dächtnis übergreift. Das analytische Denken, so zum Beispiel das Erkennen von Zusammenhängen und das Planen von Handlungsabläufen, ist erheblich eingeschränkt und zunehmend aufgehoben, die sprachlichen Äußerungen verarmen auf ein floskelhaftes Niveau und werden vor allem durch falsche Wortbildungen sowie durch ständiges Wiederholen von Wörtern oder Satzteilen beeinträchtigt. Andererseits versuchen demenzkranke Menschen häufig, Gedächtnislücken auszufüllen und geraten dabei ins Fabulieren. Bewegungsabläufe und Handlungsfolgen werden auch bei alltäglichen Verrichtungen, etwa dem Ankleiden oder dem Gebrauch von Geräten, nicht mehr vollständig beherrscht oder können gar nicht mehr ausgeführt werden. Störungen der Lese- bzw. Rechenfähigkeit bilden weitere, häufige Störungen.

Besondere Bedeutung haben in diesem Stadium Wahn und Halluzinationen. Bei etwa einem Drittel der Betroffenen kommt es zu Wahnbildungen und Wahrnehmungsstörungen, die, verbunden mit Auffälligkeiten des Antriebs, das Zustandsbild des Kranken prägen. Häufig ist eine zur Gewissheit gesteigerte Furcht, bedroht, missbraucht oder bestohlen zu werden. Wahrnehmungsstörungen betreffen oft das Sehen, den Geruch und die Berührung. Bei zahlreichen Patienten treten szenisch anmutende Halluzinationen fremder oder bekannter Personen auf, die zum Beispiel nachts am eigenen Bett stehen, oder aber die Betroffenen als imaginärer Gast in ihrer Wohnung aufsuchen und begleiten. Noch bei ausgeprägten Demenzen sind depressive Symptome häufig, wobei deren Auftretenshäufigkeit gegenüber den Anfangsstadien abnimmt. Ob diese vorwiegend reaktiv, als Antwort auf den erlebten Kompetenzverlust, entstehen, oder vielmehr Ausdruck der fortschreitenden Schädigung der Hirnzellen, ist ungeklärt.

Spätstadium der Alzheimer Demenz

Im Spätstadium sind schließlich alle höheren emotionalen Funktionen und Denkfunktionen bis zu ihrem Erlöschen beeinträchtigt. Selbst die Orientierung zur eigenen Person oder die Erinnerung biografischer Schlüsselerlebnisse sind oft völlig verschüttet, sprachliche Äußerungen beschränken sich auf einzelne Worte oder einfache Sätze mit fehlerhaftem Satzbau. Das Sprachverständnis ist erheblich eingeschränkt oder vollständig aufgehoben. Häufig erscheinen die in der kindlichen Entwicklung auftretenden Reaktionsmuster erneut: Beispiele hierfür sind das Spiegelzeichen oder das TV-Phänomen, bei dem Personen im Fernsehen nicht als fiktiv erlebt, sondern als real anwesend verkannt werden. In der Endphase der Erkrankung sind die Betroffenen meist bettlägerig und durch die hiermit verbundenen typischen Komplikationen gefährdet. Dennoch bleiben die Patienten auch in den weit fortgeschrittenen Stadien für nonverbale Kommunikation empfänglich und können – etwa anlässlich besonderer Fehlleistungen oder Konflikte – ihre Defizite wahrnehmen und darunter leiden.

4.2. Vaskuläre Demenzen

Vaskuläre Demenzen lassen sich auf Schädigungen der Hirngefäße zurückführen, die ihrerseits durch Arteriosklerose bedingt sind. Bei der Arteriosklerose sind die Gefäße durch eine Kalkablagerung an der Innenwand verengt. Durch die so eingeschränkte Durchblutung ist die Versorgung der Nervenzellen mit Substanzen, die für die Hirnaktivität unerlässlich sind (zum

Beispiel Glukose), nicht mehr völlig gesichert. Die Konsequenz besteht in einer deutlich reduzierten Hirnleistungskapazität, die langfristig in eine (gefäßbedingte) Demenz münden kann. Für die gefäßbedingten Demenzen sind alle Risikofaktoren verantwortlich, die auch für die Arteriosklerose nachgewiesen wurden, so zum Beispiel: Tabak, übermäßiger Alkoholkonsum, fettreiche Ernährung, geringe Bewegungsaktivität. Die gefäßbedingten Demenzen könnten durch Prävention weitgehend vermieden werden. - Bei über 50% aller Patienten mit vaskulärer Demenz war ein Schlaganfall alleinige Ursache der Beeinträchtigungen. Während die Alzheimer Krankheit eher schleichend, mit langsamen Verschlechterungen intellektueller Fähigkeiten verläuft, beginnt die vaskuläre Demenz häufiger abrupt und verläuft stufenweise. Man spricht typischerweise von schubförmigen Attacken, die Beeinträchtigungen können jedoch auch vom Patienten relativ unbemerkt zunehmen.

4.3. Nicht-kognitive Symptome der Demenz

An Demenz erkrankte Menschen zeigen häufig nicht nur kognitive Symptome wie Störungen der Informationsverarbeitung, des Denkens und des Gedächtnisses. Im Verlauf der Erkrankung treten vielmehr charakteristische Veränderungen der Persönlichkeit und des Verhaltens auf. Zu diesen nicht-kognitiven Symptomen der Demenz zählen vor allem:

- *Depression:* Die betroffenen Menschen sind niedergedrückt und resigniert, sie zeigen nur ein sehr geringes Maß an Eigeninitiative.
- *Apathie:* Von diesen Menschen geht keine Eigeninitiative aus; sie reagieren kaum oder gar nicht auf Anregungen durch ihre Umwelt.
- *Erregung:* Diese Menschen befanden sich in einem hoch angespannten und gereizten Zustand, den sie selbst nicht kontrollieren konnten.
- *Reizbarkeit:* Diese Menschen reagieren vor allem auf Ansprache durch andere Menschen impulsiv; sie können aber auch spontan starke Impulse zeigen.

Diese nicht-kognitiven Symptome belegen, dass bei demenzkranken Menschen von einer deutlich erhöhten psychischen Verletzlichkeit, und dies heißt auch: von einer deutlich reduzierten Widerstandsfähigkeit auszugehen ist.

4.4. Deutlich erhöhte psychische Verletzlichkeit bei Demenz

Die deutlich erhöhte Verletzlichkeit trägt dazu bei, dass sich der demenzkranke Mensch nicht mehr so gut vor Umwelteindrücken schützen kann. Leben demenzkranke Menschen in einer lauten, lärmenden Umgebung, so ist damit zu rechnen, dass bei ihnen die Reizbarkeit schon nach kurzer Zeit zunimmt und sich rasch steigert. Erregungszustände, Zustände deutlich erhöhter Reizbarkeit sowie Zustände erhöhter Depression erklären sich zwar zum Teil aus dem spezifischen Krankheitsbild, sie sind aber auch Resultat der gegebenen räumlichen, sozialen und institutionellen Umweltbedingungen. Spricht man zum Beispiel einen demenzkranken Menschen von hinten an, so kann dies – da er die Reizquelle nicht zu erkennen vermag – dazu führen, dass er über viele Stunden in hohem Maße erregt ist. Dieses nicht kognitive Symptom ist zwar auf der einen Seite durch die Krankheit bedingt, aber auf der anderen Seite auch Ergebnis des Verhaltens anderer Personen gegenüber dem Patienten – dies insofern, als diese die erhöhte Verletzlichkeit des Demenzkranken nicht ausreichend berücksich-

tigen. Wenn man den Patienten ausschließlich in der Kategorie des Symptoms fasst, ohne die Frage zu stellen, inwiefern das Verhalten der Ärzte und Pflegefachkräfte sowie anderer Betreuungspersonen Symptome verstärkt, handelt man fachlich – aber auch ethisch! – hoch problematisch.

Auch im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung sind demenzkranke Menschen noch in der Lage, differenzierte Emotionen zu erleben und auszudrücken. Auf der Grundlage detaillierter Analysen mimischer Ausdrucksmuster konnte gezeigt werden, *dass bei allen Patienten in unterschiedlichen Situationen sehr verschiedenartige Emotionen auftreten*. In der emotionalen Befindlichkeit zeigt sich mithin selbst bei weit fortgeschrittener Demenz eine hohe Vielfalt auch bei ein und derselben Person. *Freude* tritt bei demenzkranken Menschen vor allem in jenen Situationen auf, in denen Zuwendung gegeben wird, in denen sie ungestört ihren individuellen Interessen und Aktivitäten nachgehen können und in denen sie Aktivitäten gemeinsam mit anderen Menschen ausführen können. *Ärger* ist vor allem in jenen Situationen erkennbar, in denen die demenzkranken Menschen zu etwas gedrängt werden, was sie aktuell nicht tun möchten, oder in denen sie Handlungsimpulse nicht umsetzen können. Darüber hinaus sind Ärgerreaktionen auch dann zu erwarten, wenn demenzkranke Menschen negative Empfindungen (Hunger, Durst, Schmerz) verspüren und diese nicht ausdrücken können. *Traurigkeit* beobachten wir in Situationen, die eine Trennung von nahe stehenden Menschen notwendig machen, oder die mit dem Erleben von Heimweh oder Wehmut verbunden sind.

4.5. Therapie der Demenz

Eine heilende Behandlung steht für die Alzheimer Demenz ebenso wenig wie für die anderen, häufigen Demenzformen zur Verfügung.¹⁷ Allerdings hat sich eine Reihe therapeutischer Maßnahmen bewährt. Im Einzelnen sind allgemeinmedizinische Maßnahmen, psychosoziale Angebote sowie die Pharmakotherapie kognitiver und nicht-kognitiver Symptome zu unterscheiden.

Allgemeinmedizinische Maßnahmen

Die wichtigste allgemeinmedizinische Maßnahme bildet die frühzeitige Klärung der Diagnose. Vordergründig ist hieran vor allem die rasche Einleitung einer Pharmakotherapie gebunden, die in der Lage ist, die Symptomatik zu lindern. Darüber hinaus erhalten die Betroffenen mit ihren Angehörigen Zeit, sich auf die mit der Diagnose einer Demenz radikal veränderte Lebensperspektive einzustellen. Man mag einwenden, dass Demenzerkrankungen trotz mancher Fortschritte ein unabänderliches Schicksal darstellen und eine frühzeitige Diagnose nur zu einem verlängerten Erleben von Belastungen beiträgt. Dem ist entgegen zu halten, dass die Betroffenen erste Demenzsymptome häufig bereits selbst bemerken, die frühzeitige Diagnose es also den Betroffenen vor allem ermöglicht, sich besser auf die Erkrankung einzustellen. Von erheblicher Bedeutung ist die Früherkennung bzw. Sekundärprophylaxe interkurrenter (dazukommender) somatischer Erkrankungen bzw. die besondere Beachtung möglicher Nebenwirkungen der verordneten medikamentösen Therapie. Dies gilt

¹⁷ Ausführlich in: Förstl, H., Pantel, J., Schröder, J. (2004). Demenzielle Erkrankungen – Ein Überblick. In: Kruse, A., Martin, M. (Hrsg.), *Enzyklopädie der Gerontologie*. Bern u.a.: Hans Huber.

in besonderem Maße für Zustandsverschlechterungen bei ausgeprägten oder schweren Demenzen, die nicht notwendig durch ein Fortschreiten des Grundleidens begründet werden, sondern auch im Gefolge interkurrenter somatischer Erkrankungen möglich sind. Diese Situation macht auch nach Etablierung der Diagnose wiederholte Untersuchungen und eine sorgfältige allgemeinmedizinische Betreuung der Patienten unabdingbar. *Psychosoziale Angebote*: Allgemein haben sich hier physisch und psychisch aktivierende Verfahren in unterschiedlichen Formen bewährt. Hierzu zählen die Realitätsorientierung, mehr oder weniger standardisierte Gedächtnistrainingsprogramme bzw. kognitives Training, die Validation sowie die Erinnerungs- und Selbst-Erhaltungs-Therapie. Entscheidend ist, dass die Patienten nicht überfordert oder gar bloßgestellt werden. Aus diesem Grunde ist bei psychosozialen Angeboten eine ständige Anpassung an die tatsächlichen Erfordernisse und das Leistungsniveau der Patienten erforderlich. Die Bedeutung der Angehörigenarbeit in der Demenzbehandlung erklärt sich schon daraus, dass die überwiegende Mehrzahl der Erkrankten über weite Strecken in häuslicher Obhut bleibt. Nahe liegend ist deshalb die Forderung nach einer Entlastung der Pflegenden durch einschlägig ausgebildete Helfer, Betreuungsgruppen, aber auch Angehörigengruppen für die Pflegenden selbst. Nur so können wichtige Maßnahmen zur Umgebungsgestaltung mit einem gleich bleibenden, durch feste Routinen gegliederten Tagesablauf, Vermeidung von Reizüberflutung und sinnvollem Einsatz externer Erinnerungshilfen umgesetzt werden. Der Nutzen dieser Maßnahmen im Hinblick auf einen längeren Verbleib der Betroffenen in der häuslichen Umgebung bzw. einer geringeren Ausprägung nicht-kognitiver Symptome wurde wiederholt dokumentiert.

Pharmakotherapie kognitiver Defizite

Mit den Azetylcholinesterasehemmern stehen Medikamente zur symptomatischen Behandlung der kognitiven Defizite mit zweifelsfrei belegter Wirksamkeit und Verträglichkeit zur Verfügung. Azetylcholinesterasehemmer stabilisieren nicht nur das kognitive Leistungsniveau, sondern beeinflussen auch Alltagskompetenz und nicht-kognitive Symptomatik günstig. Allgemein wird deshalb eine frühzeitige Einstellung mit dem Ziel einer kontinuierlichen Behandlung empfohlen. Unterbrechungen der Behandlung sollten auf ein Minimum beschränkt bleiben. Während die Azetylcholinesterasehemmer ursprünglich zur Behandlung der Alzheimer Demenz eingeführt wurden, konnten jüngere Studien eine entsprechende Wirksamkeit auch bei Patienten mit anderen Demenzformen (insbesondere gefäßbedingte Demenz) nachweisen.

4.6. Erfolge der kognitiven Intervention bei beginnender Demenz

Rapp, Brenes und Marsh¹⁸ berichten Ergebnisse einer Studie zu der Frage, inwieweit Menschen mit leichter kognitiver Beeinträchtigung von der Teilnahme an einem zur Verbesserung von Gedächtnisleistungen und gedächtnisbezogenen Überzeugungen profitieren. Bestandteil der Intervention bildeten Informationsveranstaltungen und Diskussionen über Einbußen des Gedächtnisses und deren Einflussfaktoren (Ermüdung, Angst, Motivation etc.), ein Entspannungstraining sowie die Vermittlung und Einübung von Gedächtnisstrategien.

¹⁸ Rapp, S., Brenes, G., Marsh, A.P. (2002). Memory enhancement training for older adults with mild cognitive impairment: a preliminary study. *Aging & Mental Health*, 6, 5-11.

Das Training umfasste sechs zweistündige Gruppensitzungen, die einmal pro Woche stattfanden und von zwei klinischen Gerontopsychologen geleitet wurden. Des Weiteren wurden Informations- und Übungsmaterialien unter den Teilnehmern verteilt. Sowohl nach dem Ende des Trainingsprogramms als auch in einer sechs Monate später durchgeführten Nachuntersuchung zeigte sich in der Interventionsgruppe, nicht aber in der Kontrollgruppe, eine bedeutsam verbesserte Bewertung der eigenen Gedächtnisleistung. Jene neun Personen, die am Trainingsprogramm teilgenommen hatten, schätzten ihre Gedächtnisfähigkeiten nicht nur als besser ein, sie erwarteten für die Zukunft auch mehr Verbesserungen und weniger Verschlechterungen als die zehn Mitglieder der Kontrollgruppe. In Analysen von Small, La Rue, Komo, Kaplan und Mandelkern¹⁹ erwies sich die Häufigkeit der Anwendung von Gedächtnisstrategien als bedeutsamer Prädiktor des Frontallappen-Glukosstoffwechsels und später eintretender kognitiver Einbußen.

Rapp, Brenes und Marsh²⁰ nehmen an, dass die Teilnehmer der Interventionsgruppe eher zu der Überzeugung gelangten, die Anwendung von Gedächtnisstrategien nicht nötig zu haben. Diese Interpretation wird durch eine neuere Studie von de Frias, Dixon und Bäckman²¹ gestützt, in der die wahrgenommene Selbstwirksamkeit im Bereich des Gedächtnisses über die drei Subskalen „Kapazität“ (Inwieweit traut sich die Person die Lösung von Aufgaben zu?), „Veränderung“ (Werden Gedächtnisfunktionen als relativ stabil oder von stärkerem Altersabbau betroffen wahrgenommen?) und „Kontrolle“ (Inwieweit glaubt die Person, Einfluss auf ihre Gedächtnisleistung zu haben?) des Metamemory in Adulthood Questionnaires erfasst wurde. Den Ergebnissen von de Frias, Dixon und Bäckman²² zufolge hat eine höher eingeschätzte Selbstwirksamkeit zur Folge, dass 1. in geringerem Maße externe Gedächtnisstützen (Notizen, Kalender, etc.) genutzt werden, 2. weniger Zeit in Gedächtnisaufgaben (langsames Lesen, andere Personen bitten, langsamer zu sprechen, etc.) investiert wird, 3. andere Personen weniger häufig gebeten werden, bei der Erinnerung zu unterstützen, 4. mehr Anstrengung für Gedächtnisaufgaben (z.B. stärkere Konzentration) aufgewendet wird. Des Weiteren zeigte sich, dass die wahrgenommene Selbstwirksamkeit umso höher ist, je weniger Veränderung für die letzten 5 bis 10 Jahre wahrgenommen wird. In der Studie von de Frias, Dixon und Bäckman trug die wahrgenommene Selbstwirksamkeit in schrittweisen Regressionsanalysen auch dann zur Vorhersage der genannten Variablen bei, wenn soziodemografische Variablen (Alter, Geschlecht, Bildungsstand), der objektive und subjektive Gesundheitszustand, Persönlichkeitsmerkmale und Wohlbefinden bereits berücksichtigt wurden. Trotz positiver Effekte auf gedächtnisbezogene Attributionsmuster und Erwartungen zeigten sich in der Studie von Rapp, Brenes und Marsh²³ in der tatsächlichen Gedächtnisleistung keine bedeutsamen Effekte.

¹⁹ Small, G.W., La Rue, A., Komo, S., Kaplan, A., Mandelkern, M.A. (1997). Mnemonics usage and cognitive decline in age-associated memory impairment. *International Psychogeriatrics*, 9, 47-56.

²⁰ a.a.O.

²¹ de Frias, C.M., Dixon, R.A., Bäckman, L. (2003). Use of memory compensation strategies is related to psychosocial and health indicators. *Journal of Gerontology*, 58, 12-22.

²² a.a.O.

²³ a.a.O.

Dieses Ergebnis steht im Widerspruch zu einer Metaanalyse von Verhaegen, Marcoen und Gossens²⁴, die für 31 Gedächtnistrainings eine durchschnittliche Verbesserung von 0,73 Standardabweichungen ausweist. Höhere Trainingsgewinne werden dieser Metaanalyse zufolge durch 1. jüngeres Alter, 2. die Möglichkeit, Strategien in einer Vorbereitungsphase vor dem eigentlichen Training zu erlernen, 3. eine Durchführung des Trainings in der Gruppe, 4. kürzere Einzelsitzungen begünstigt. Den Autoren zufolge geht die Tatsache, dass die Gedächtnisleistung der Interventionsgruppe nach dem Training nicht besser war als jene der Kontrollgruppe, kaum auf das gegenüber den von Verhaegen, Marcoen und Gossens²⁵ ausgewerteten Studien höhere Durchschnittsalter der Untersuchungsteilnehmer (75,1 Jahre gegenüber 69 Jahre) und die längere Dauer der Einzelsitzungen (2 Stunden gegenüber 1,49 Stunden) zurück. Es sei vielmehr so, dass hier eine kognitive Beeinträchtigung der Untersuchungsteilnehmer ausschlaggebend ist. Diese Beeinträchtigung habe zur Folge, dass die Teilnehmer zusätzliche Trainingssitzungen benötigten, in denen die Anwendung neuer Strategien geübt werden kann. Ganz ähnlich argumentieren West, Welch und Yassuda²⁶, die in einem Trainingsprogramm bei 40 älteren Frauen, deren kognitive Leistungsfähigkeit um mindestens eine Standardabweichung unter dem Mittelwert ihrer Altersgruppe lag, ebenfalls eine Verbesserung von gedächtnisbezogenen Attributionen und Erwartungen, aber keine gleichzeitige Verbesserung der objektiven Gedächtnisleistung zeigen konnten.

In einer Studie von Davis, Massman und Doody²⁷ wurde geprüft, inwieweit durch gezielte kognitive Stimulation der Verlauf einer Demenz vom Alzheimer-Typ positiv beeinflusst werden kann. Die insgesamt 37 Teilnehmer des Stimulationstrainings wurden über einen Zeitraum von fünf Wochen einmal wöchentlich für eine Stunde aufgesucht. Des Weiteren wurden sie gebeten, an sechs Tagen der Woche jeweils 30 Minuten lang gemeinsam mit ihrer Pflegeperson Aufgaben zu bearbeiten, die sie einmal pro Woche zugestellt bekamen (jeweils sechs Aufgaben, eine für jeden Tag). Bei der Konzeption des Trainings wurde davon ausgegangen, dass sich Aufmerksamkeitsleistungen durch fünf Attribute – Fokussierung, Dauer, Selektion, alternierende und geteilte Zuwendung – beschreiben lassen. Diese Attribute repräsentieren fünf hierarchisch geordnete Ebenen, die sukzessive stimuliert werden können. Zu den Übungsaufgaben gehörten etwa das Achten auf visuelle, auditive und olfaktorische Sinnesindrücke, Sortieraufgaben, Kartenspiele sowie verschiedene Aufgaben zum Kurzzeit- und Langzeitgedächtnis (Zeichnen einer Dollarnote, Beschreiben von Autos, die man früher besaß, oder Häusern, in denen man früher gelebt hat.) Während der fünf einstündigen Sitzungen lernten die Patienten zunächst, zuvor von der Pflegeperson erhobene persönliche Infor-

²⁴ Verhaegen, P., Marcoen, A., Gossens, L. (1992). Improving memory performance in the aged through mnemonic training: a meta-analytic study. *Psychology and Aging*, 7, 242-251.

²⁵ a.a.O.

²⁶ West, R.L., Welch, D.C., Yassuda, M.S. (2000). Innovative approaches to memory training for older adults. In R.D. Hill, L. Bäckman, A.S. Neely (Eds.), *Cognitive rehabilitation in old age* (pp. 81-105). New York: Oxford University Press.

²⁷ Davis, R.N., Massman, P.J., Doody, R.S. (2001). Cognitive intervention in Alzheimer Disease: A randomized placebo-controlled study. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 15, 1-9.

mationen (Name, Straße, Geburtstag, Telefonnummer etc.) zu erinnern. In einem weiteren Schritt wurde das gezielte Bilden von Assoziationen zur Verbesserung der Erinnerungsleistung geübt (zunächst als Zuordnung von Zahlen zu Worten, später als Mnemonik zum besseren Behalten von Namen). Der Vergleich mit einer Placebo-Bedingung spricht dafür, dass das Stimulierungstraining neben verbesserten Behaltensleistungen für persönliche Daten und Namen auch bessere Leistungen in einem Aufmerksamkeits- und Gedächtnistest bedingt, der Aufgaben wie Rückwärts-Zählen oder das alternierende Aufsagen von Zahlen und Alphabet beinhaltet. Dagegen hatte die Intervention keine Auswirkungen auf die Schwere der demenziellen Erkrankung, das Verbalgedächtnis, das visuelle Gedächtnis, die Wortflüssigkeit, die Reaktionsgeschwindigkeit in motorischen Aufgaben, sowie die durch die Pflegeperson eingeschätzte Lebensqualität. Entsprechend kommen die Autoren zu dem Schluss, dass kognitive Stimulation zwar geringfügige Verbesserungen der kognitiven Leistungsfähigkeit zur Folge haben mag, globalere Maße wie den allgemeinen neuropsychologischen Status oder die Lebensqualität aber nicht beeinflusst.

5. Versorgungssituation in Pflegeheimen

In einer Untersuchung zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen, an der bundesweit 782 Heime (dies sind knapp 9 Prozent aller Alten- und Pflegeheime) mit 64.588 Pflegeplätzen (von einer gesamten Heimkapazität mit ca. 615.000 Pflegeplätzen) teilgenommen haben, wurde zunächst die Frage nach der Mobilität der Heimbewohnerinnen und -bewohner – als bedeutende Voraussetzung des Zugangs zu ambulanten medizinischen Leistungen – gestellt²⁸. Bei 18.5 Prozent war die Mobilität voll erhalten und bei 10.7 Prozent leicht eingeschränkt (auf Gehstock angewiesen); 25.9 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner waren mittelgradig (auf Rollator angewiesen) und 31.4 Prozent stark eingeschränkt (auf Rollstuhl angewiesen); 13.5 Prozent waren völlig immobil. Weiterhin wurden bei 72 Prozent eine Harninkontinenz und bei 53 Prozent eine Demenz festgestellt. 81 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner haben keine Arztbesuche außerhalb des Heims unternommen, 16 Prozent unternahmen Arztbesuche außerhalb des Heims nur in Begleitung, 3 Prozent selbstständig. Die in der Untersuchung berichteten Befunde lassen sich wie folgt zusammenfassen: Die Arztbesuche werden in aller Regel durch das Pflegepersonal der Heime veranlasst. Die Versorgung durch Ärzte für Allgemeinmedizin erfolgt in hoher Dichte. Allerdings erschwert die hohe Zahl verschiedener im Heim tätiger Ärzte die Umsetzung medizinischer Behandlung durch die Pflegekräfte. Es wird ausdrücklich eine bessere Koordination der Ärzte untereinander sowie eine Einbeziehung medizinischer Diagnostik und Behandlung in das Fallmanagement der Pflegekräfte empfohlen. Die fachärztliche Versorgung weist erhebliche Lücken auf. Nur ein Drittel der Bewohnerinnen und Bewohner werden von Psychiatern und Neurologen erreicht, die Versorgung durch Frauenärzte, Augenärzte und HNO-Ärzte fehlt fast völlig. Auch die Betreuung durch Urologen und Orthopäden wird als unzureichend eingestuft. Während Herz-Kreislaufkrankheiten und Diabetes medikamentös entsprechend der Häufigkeiten dieser Krankheiten behandelt werden, unterbleibt weitgehend die Medikation bei Demenz und bei Harninkontinenz. Dafür wird vor allem die geringe oder fehlende Betreuung

²⁸ Hallauer, J., Bienstein, Ch., Lehr, U., Rönsch, H., Hallauer, N., Mayer, H., Lahmann, N., Teupen, S., Benner, H. (2005). *Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen*. Hannover: Vincentz.

der Bewohner durch die entsprechenden Facharzt-disziplinen verantwortlich gemacht. Schließlich wird der Weiterbildungsbedarf des *allgemeinen* Pflegepersonals auf den Gebieten der Demenz, der Depression, des Schmerzes und der Sturzprophylaxe als überdurchschnittlich groß gewertet. Die Ausbildungscurricula und Fortbildungsprogramme in der Altenpflege sollten diesem festgestellten Bedarf Rechnung tragen.

Internationalen Untersuchungen zufolge liegen die Verordnungsraten von Psychopharmaka bei Bewohnerinnen und Bewohnern von Altenheimen zwischen 34 und 75 Prozent²⁹. In einer differenzierten Studie zum Psychopharmakagebrauch in einem Altenpflegeheim mit 142 Bewohnerinnen und Bewohnern in fünf Wohnbereichen wurde gezeigt, dass trotz des hohen Qualitätsstandards der untersuchten Einrichtung Probleme im Hinblick auf die Verordnung von Psychopharmaka bestanden. Vor allem Aspekte der Dokumentation, der Indikation, der Auswahl der Medikation und der Dauer der Verordnungen erwiesen sich als medizinisch problematisch. Bei 46 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner fehlte die Dokumentation der Indikation und der Zielsymptomatik für die Gabe des Psychopharmakons am ersten Tag der Einnahme, bei 45 Prozent waren in der Heimdokumentation keine psychiatrische Diagnose oder schwerwiegende Verhaltensauffälligkeit als Indikation für die Verordnung genannt. 48 Prozent der Teilnehmerinnen und Teilnehmer litten unter einer mittelschweren bis schweren kognitiven Beeinträchtigung, doch nur 12 Prozent erhielten eine antidementive Therapie. 50 Prozent der Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden trotz der Tatsache, dass die Unterlagen in vielen Fällen auf keine klinischen, den Indikationsrichtlinien tatsächlich entsprechenden Auffälligkeiten hindeuteten, Neuroleptika verabreicht.³⁰

In einer vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung in Auftrag gegebenen Studie, an sich der 37 Heime beteiligt haben, wurden Art und Häufigkeit psychischer Störungen in Alten- und Pflegeheimen untersucht. In zehn Heimen (mit insgesamt 1.120 Bewohnerinnen und Bewohnern) konnten vollständige psychiatrische Untersuchungen vorgenommen werden. Deren Befunde lassen sich dabei wie folgt zusammenfassen: Von den Bewohnerinnen und Bewohnern wurden 65 Prozent als psychisch krank diagnostiziert. Von diesen litten 69,3 Prozent unter einer hirnrorganischen Störung (27 Prozent an einer Alzheimer-Demenz, 19 Prozent an einer vaskulären Demenz) und 20,7 Prozent an einer anderen psychischen Störung (vor allem Depressionen).³¹ Der in anderen Studien berichtete Befund, wonach fast 40 Prozent jener über 70-jährigen Frauen und Männer, die unter einer depressiven Störung leiden, und 30 Prozent, die an einer Demenz leiden, mehrfach erkrankt sind, wurde auch in dieser Studie bestätigt.

²⁹ Stelzner, G., Riedel-Heller, S.G., Sonntag, A., Matschinger, H., Jakob, A., Angermeyer, M.C. (2001). Determinanten des Psychopharmakagebrauchs in Alten- und Altenpflegeheimen. *Zeitschrift für Gerontologie & Geriatrie*, 34, 306-312.

³⁰ Müller, R., Diehm A., Bockenheimer-Lucius, G., Ebsen, I., Weber, B., Hustedt, P., Lang, E., Pantel, J. (2007). Psychopharmaka im Altenpflegeheim – eine interdisziplinäre Untersuchung. In M. Teising, L. M. Drach, H. Gutzmann, M. Haupt, R. Kortus, D.K. Wolter (Hrsg.), *Alt und psychisch krank* (S. 390-400). Stuttgart: Kohlhammer.

³¹ Hirsch, R. (2007). Die Situation psychisch kranker Bewohner in Alten-Pflegeheimen – Aspekte und Perspektiven. In G. Igl, G. Naegele, S. Hamdorf (Hrsg.), *Reform der Pflegeversicherung – Auswirkungen auf die Pflegebedürftigen und die Pflegepersonen* (S. 419-431). Münster: LIT.

6. Neue Anforderungen an die Altenhilfe

Ältere Menschen sind eine heterogene Gruppe: Diese *Heterogenität* gilt für die körperliche und seelisch-geistige Entwicklung ebenso wie für die soziale und ökonomische Situation im Alter. Auf diese Heterogenität – und dies heißt auch: auf die individuell sehr verschiedenartigen Bedarfe und Bedürfnisse – differenziert zu antworten, ist eine grundlegende Aufgabe der Altenhilfe. Sie muss auf der einen Seite die mögliche Verletzlichkeit des Menschen im hohen Alter berücksichtigen und ihre Konzepte auf diese ausrichten, sie muss auf der anderen Seite den Menschen in seinen möglichen Kompetenzen wahrnehmen und ansprechen. In der gesellschaftlichen Diskussion ist nicht selten eine Einseitigkeit in der Darstellung des Alters erkennbar, die entweder nur die Verletzlichkeit oder nur die Kompetenzen im Alter betont. Diese Einseitigkeit wird jedoch den Anforderungen, mit denen sich die Altenhilfe konfrontiert sieht, in keiner Weise gerecht – und sie behindert auch deren Weiterentwicklung. Neben der Heterogenität des Alters kommt eine weitere Besonderheit des Alters hinzu, die unmittelbare Folgen für die Altenhilfe besitzt: Das Alter selbst unterliegt Veränderungen, die ihrerseits durch den *sozialen Wandel* mitbedingt sind. Die älteren Menschen von heute weisen im Durchschnitt eine deutlich bessere Gesundheit auf als die älteren Menschen in der Vergangenheit; der Anteil der Lebensspanne, den ältere Menschen in Selbstständigkeit verbringen, ist in den vergangenen Jahrzehnten deutlich gestiegen; heutzutage verfügt ein so hoher Anteil älterer Menschen über ausreichende finanzielle Ressourcen, wie dies in der Vergangenheit nicht der Fall gewesen ist. Aus diesem Grunde wurde bereits zu Beginn der 1980er Jahre das Alter als eine Lebensphase der ‚späten Freiheit‘ charakterisiert.³² Heute wird angenommen, dass ältere Menschen durch ihre ideellen Ressourcen (Wissen und Erfahrungen) wie auch durch ihre finanziellen Ressourcen weiteren sozialen Wandel fördern.³³ Eine Aufgabe der Altenhilfe ist darin zu sehen, zur Entwicklung von Rahmenbedingungen beizutragen, die Ältere zum „mitverantwortlichen Leben“³⁴ motivieren und die Möglichkeiten eröffnen, sich für unsere Gesellschaft zu engagieren. Ein Beispiel für das mitverantwortliche Leben im Alter bildet das bürgerschaftliche Engagement, ein weiteres Beispiel die Selbstorganisation Älterer (vor allem im Bildungsbereich). Einfluss auf die Anforderungen an die Altenhilfe übt der medizinische Fortschritt aus, der auch älteren Menschen zugute kommt und für den Anstieg der Lebenserwartung *im Alter* mitverantwortlich ist.

Die hier genannten Beispiele aus den Präventionsstudien machen deutlich, dass Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention mit dem Ziel der Erhaltung von Gesundheit und Kompetenz bis in das hohe Alter nicht erst *im hohen Alter* einsetzen sollten, sondern schon *sehr viel früher* – idealerweise bereits im Schulalter. Bereits im Schulunterricht sollte ein Entwicklungsmodell vermittelt werden, welches differenziert die Entwicklungsaufgaben in allen Lebensaltern beschreibt und expliziert, auf welche Weise Menschen bereits in früheren

³² Rosenmayr, L. (1983). *Die späte Freiheit*. Berlin: Severin & Siedler.

³³ Bundesregierung (2006). *Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Fünfter Altenbericht der Bundesregierung*. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

³⁴ Kruse, A. (2007). *Alter*. Freiburg: Herder.

Lebensaltern dazu beitragen können, dass sie die in späteren Lebensaltern gestellten Entwicklungsaufgaben optimal bewältigen können. Ein derartiges, an der gesamten Lebensspanne orientiertes Entwicklungsmodell ist bis heute in den Curricula des Schulunterrichts auch nicht in Ansätzen erkennbar.

Darüber hinaus wird die Bedeutung der Gesundheit im jüngeren und mittleren Erwachsenenalter für die physische Leistungskapazität und Gesundheit im Alter immer noch unterschätzt, obwohl bereits seit vier Jahrzehnten arbeitsmedizinische Befunde vorliegen, die darauf hindeuten, dass die betriebliche Gesundheitsförderung positiven Einfluss auch auf die physische Leistungskapazität und Gesundheit im Alter ausübt. In gleicher Weise lassen sich positive Einflüsse der betrieblichen und überbetrieblichen Weiterbildung auf die kognitive Leistungskapazität im hohen Alter nachweisen.³⁵

Auch mit diesen Beispielen ist eine bedeutende Aufgaben der Entwicklungspsychologie benannt: Diese sollte sowohl an der Konzeption von schulischen Curricula und Schulbüchern wie auch an der Gestaltung von gesundheits- und lernförderlichen Arbeitsstrukturen beteiligt werden.

Schließlich weisen die genannten Beispiele aus den Präventions- und Interventionsstudien darauf hin, dass Prävention, Rehabilitation und Pflege nicht allein medizinisch-pflegerische und soziale Aufgabengebiete darstellen, sondern dass innerhalb dieser auch die Psychologie eine prominente Stellung einnimmt (bzw. einnehmen sollte). Denn diese Beispiele zeigen, dass die kognitive Leistungsfähigkeit sowie die Selbstständigkeit Bereiche bilden, die vor allem durch psychologisch konzipierte Präventions- und Interventionsmaßnahmen positiv beeinflusst werden. Zudem wurde deutlich, dass solche Maßnahmen in den meisten Fällen erst dann ihre Wirkung (voll) entfalten, wenn sich bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern eine entsprechende Motivlage ausgebildet hat, die die Empfänglichkeit für diese Maßnahmen erkennbar erhöht.

7. Besondere Anforderungen an die Pflege demenzkranker Menschen

Ärzte und Pflegefachkräfte geraten nicht selten in eine Situation, in der sie einzelne ethische Prinzipien nicht mehr zu einer zentralen Grundlage ihres Handelns machen können. Solche Situationen sind vor allem gegeben, wenn psychisch hoch anspruchsvolle Anforderungen bewältigt werden müssen, (a) ohne auf diese entsprechend vorbereitet zu sein, (b) ohne über ausreichende zeitliche Ressourcen zu verfügen, um differenziert auf die Bedürfnisse des Erkrankten antworten zu können, (c) ohne die Gelegenheit zur Reflexion dieser Erfahrungen in der Kommunikation mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu finden. Zu bedenken ist hier, dass Träger und Institutionen durch die gegebenen Arbeitsbedingungen dazu beitragen, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in solche fachlich wie ethisch hoch problematischen und subjektiv als belastend erlebten Situationen geraten. Wenn die eigene Integrität durch die erzwungene Ausblendung ethischer Prinzipien verletzt wird, dann entstehen Schuldgefühle, die schließlich mit tiefen Selbstzweifeln und der Tendenz, den Beruf aufzugeben, verbunden

³⁵ Kruse, A., Packebusch, L. (2006). Alter(n)sgerechte Arbeitsgestaltung. In B. Zimolong & U. Konradt (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie, Ingenieurpsychologie* (S. 425-459). Göttingen: Hogrefe.

sind. Aus diesem Grunde besteht die Intervention nicht alleine in der Vermittlung ethischer Prinzipien in der Ausbildung, sondern auch und vor allem in der Schaffung von Arbeitsbedingungen, unter denen eine „*moralisch handelnde Gemeinschaft*“ entstehen kann.

92 Prozent aller nach den Kriterien der Pflegeversicherung Pflegebedürftigen – also jener Menschen, die Leistungen der Pflegeversicherung beziehen – erhalten private Hilfen durch Angehörige oder andere Bezugspersonen. Etwa zwei Drittel dieser Menschen werden ausschließlich privat gepflegt, erhalten also ein Pflegegeld als Aufwandsentschädigung für privat organisierte Pflegeleistungen. Die im Jahre 2005 vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderte Repräsentativerhebung zu den Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung – in dieser wurden insgesamt 25.095 Haushalte erfasst, von denen in 3.622 hilfe- oder pflegebedürftige Menschen lebten – weist für private Pflegepersonen einen durchschnittlichen Zeitaufwand von 36,7 Stunden je Woche oder 5,2 Stunden für Pflege, hauswirtschaftliche Versorgung und (soziale) Betreuung je Tag aus. Die für private Pflegeleistungen aufgewendete Zeit variiert nicht nur mit der Pflegestufe, also dem Grad der Pflegebedürftigkeit, sondern auch mit der Art des Pflegebedarfs (Pflegebedarf infolge körperlicher Einschränkungen oder infolge psychischer Erkrankungen einschließlich Demenz), der Verfügbarkeit der Hauptpflegeperson (Wohnort, Erwerbstätigkeit), der Art der Beziehung (Pflege durch Partner, Kinder oder sonstige Bezugspersonen) sowie dem Bildungsstand der pflegenden Angehörigen.

Wenn man die nach §§ 36, SGB XI gewährte Höhe der Sachleistungen ansetzt, so ergibt sich für die Pflegestufe 1 ein Anspruch von € 12,60, für die Pflegestufe 2 ein Anspruch von € 30.- und für die Pflegestufe 3 ein Anspruch von € 47,10 je Pflegebedürftigen und Tag, was für die Pflegestufe 1 0,5, für die Pflegestufe 2 1,2 und für die Pflegestufe 3 1,8 Sachleistungsstunden pro Tag entspricht. Diese Zahlen verdeutlichen, dass die Pflegeversicherung lediglich als eine Ergänzung privater Betreuung und Versorgung aufzufassen ist, diese aber weder ersetzen soll noch ersetzen kann.

Über 60 Prozent der pflegenden Angehörigen sind 55 Jahre oder älter. Des Weiteren wird familiäre Pflege nach wie vor zum weit überwiegenden Teil von Frauen geleistet. Dabei ist aber auch festzustellen, dass der Anteil der pflegenden Männer in den letzten 15 Jahren erheblich – nämlich um über 50 Prozent – gestiegen ist. Während im Jahre 1991 der Anteil der männlichen Hauptpflegepersonen noch bei 17 Prozent lag, liegt er heute bei 27 Prozent. Gleichzeitig ist auch der Anteil der Partnerpflege in diesem Zeitraum stark rückläufig: 1991 waren 37 Prozent der Hauptpflegepersonen Ehepartner, 15 Jahre später nur noch 28 Prozent. Die zuletzt genannte Entwicklung ist dabei auch vor dem Hintergrund der Einführung der Pflegeversicherung zu interpretieren: Die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Geldleistungen habe zur Folge, dass auch andere Familienangehörige verstärkt die Rolle der Hauptpflegeperson übernehmen. Diese Entwicklung spricht auch dafür, dass häusliche Pflegearrangements auch vor dem Hintergrund des demografischen Wandels als durchaus anpassungsfähig erscheinen.

83 Prozent der Hauptpflegepersonen geben starke oder sehr starke Belastungen an, 12 Prozent bezeichneten sich als eher wenig und 5 Prozent als gar nicht belastet. Der Vergleich mit der Situation im Jahre 1991 zeigt, dass die Einführung der Pflegeversicherung den Grad der im Durchschnitt erlebten Belastung der Hauptpflegepersonen nur unwesentlich reduziert hat. Die Repräsentativerhebung spricht dafür, dass gegenwärtig etwa 14 Prozent der Pflegebedürftigen nicht genügend pflegerische Hilfen und 12 Prozent unzureichende hauswirtschaftliche Hilfen erhalten. Auf der Grundlage dieser Daten lässt sich schließen, dass sich die Qualität der Versorgung pflegebedürftiger Menschen in den letzten 15 Jahren nicht nur nicht verbessert, sondern sogar leicht verschlechtert hat. Auf der Grundlage von Stichproben des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) lässt sich der Anteil der pflegebedürftigen Menschen, bei denen ein unzureichender Pflegezustand festgestellt werden muss, auf 9 Prozent beziffern. Die vorliegenden Ergebnisse zeigen auch, dass eine unzureichende pflegerische Versorgung in jenen Fällen wahrscheinlicher ist, in denen kognitiv beeinträchtigte Menschen versorgt werden müssen und nächtlicher Hilfebedarf besteht. Des Weiteren sind Menschen mit geringerer Pflegestufe und geringem Einkommen eher von einer unzureichenden pflegerischen Versorgung betroffen.

Eher problematisch erscheint, dass nahezu jede zweite Hauptpflegeperson nicht auf professionelle Beratungs- und Unterstützungsangebote zurückgreift, lediglich 16 Prozent der privaten Hauptpflegepersonen geben an, dies regelmäßig zu tun, 37 Prozent greifen zumindest ab und an auf entsprechende Möglichkeiten zurück. Da offenbar für fast die Hälfte der privaten Pflegearrangements festgestellt werden muss, dass eine Einbindung der Hauptpflegeperson in die Strukturen der Altenhilfe nicht gegeben ist, kann auch angenommen werden, dass die Möglichkeiten einer auf den individuellen Fall optimal abgestimmten pflegerischen Versorgung bei weitem nicht ausgeschöpft werden. Daraus leitet sich die Forderung ab, vermehrt niedrigschwellige Angebote für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen zu schaffen. In diesem Zusammenhang wäre etwa an ehrenamtliche Hilfen in Form von freiwilligen Besuchsdiensten zu denken, die unentgeltlich genutzt werden können. Wenn es gelänge, Pflegebedürftige so in die Angebote der Altenhilfe einzubinden, könnte in einem weiteren Schritt notwendige professionelle Beratung vermittelt und zu einer stärkeren Inanspruchnahme benötigter Dienstleistungen beigetragen werden. Die in verschiedenen Projekten gewonnenen Erfahrungen sprechen dafür, dass niedrigschwellige Angebote durch eine Förderung von Selbsthilfepotenzialen zu einer Stabilisierung der häuslichen Pflege beitragen können.

8. Zur Notwendigkeit der öffentlich geführten Auseinandersetzung mit der Frage, was wir in eine gute Pflege zu investieren bereit sind

Dabei lässt sich die Fähigkeit und Bereitschaft unserer Gesellschaft zum verantwortlichen Umgang mit diesem Thema vor allem an drei Merkmalen ablesen: (a) Welche Reputation besitzt die Altenpflege, welche Bemühungen zur Verbesserung der Ausbildung, aber auch der beruflichen Rahmenbedingungen sind in unserer Gesellschaft erkennbar? Mit dieser Frage ist auch die Relation zwischen Medizin einerseits und Pflege andererseits angesprochen: Es ist immer noch die allgemeine Tendenz erkennbar, hauptsächlich mit der Medizin Aspekte wie Professionalität und Fortschritt in den Interventionskonzepten zu assoziieren; mit Blick auf die Pflege werden hingegen immer noch Charakterisierungen gewählt, die vorwiegend die

menschenfreundliche Haltung, hingegen weniger die Professionalität in das Zentrum stellen. Die Neubewertung der Pflege – vor allem mit Blick auf deren Professionalität – ist von ganz zentraler Bedeutung, wenn es langfristig gelingen soll, einen gesellschaftlich fruchtbaren Diskurs zur Frage, wie wir in der Grenzsituation schwerer chronischer Erkrankungen und des Pflegebedarfs leben wollen, anzustoßen. (b) Inwieweit wird in die Pflege investiert und inwieweit bestehen auf Seiten der politischen Entscheidungsträger Mut und Bereitschaft, in der Öffentlichkeit zu kommunizieren, dass das einzelne Individuum einen höheren Anteil seiner eigenen finanziellen Mittel in die Absicherung gegen das Pflegerisiko investieren muss? Die heute bestehenden Arbeitsbedingungen sowie – als zentrale Komponente dieser Bedingungen – das Entlohnungssystem sind nicht geeignet, das Berufsfeld „Altenpflege“ attraktiver zu machen. Von politischen Entscheidungsträgern ist hier Mut gefordert, zu einer neuen Standortbestimmung Pflege anzuregen und diese gezielt zu fördern. Dies heißt auch, dass auf Seiten politischer Entscheidungsträger eine fundierte Auseinandersetzung mit der Pflege – in ihren theoretisch-konzeptionellen Möglichkeiten wie auch in ihren praktischen Grenzen – geführt wird. Im Folgenden werden zwei spezifische Situationen thematisiert, die auf die möglichen Statusprobleme der Pflege und die in unserer Gesellschaft gering ausgeprägte Bereitschaft deuten, in die Pflege zu investieren: 1. Die Alternative „Geld- vs. Sachleistung“ ist aus fachlicher Perspektive höchst problematisch; mit dieser Alternative wird kommuniziert, dass Pflege auch von Laien in instrumentell ausreichender Weise geleistet werden kann. 2. Die Perpetuierung der Aussage: „Ambulant vor stationär“ ist ebenfalls problematisch, weil sie verdeckt, dass es vielfach Pflegesituationen gibt, die höchste instrumentelle (fachliche), sittliche und psychische Anforderungen an die pflegenden Personen stellen und die aus diesem Grunde nicht mehr im häuslichen Kontext bewältigt werden können. (c) Inwieweit besteht in unserer Gesellschaft Konsens, dass die fachlich und sittlich fundierte Versorgung und Betreuung alter Menschen mit Pflegebedarf als eine der Versorgung und Betreuung von jungen Menschen mit akuten oder chronischen Krankheiten *gleichwertige* Aufgabe zu betrachten ist? Es ist hier zu bedenken, dass sich in den vergangenen Jahren Stimmen mehren, die für den lebensalterbegründeten Ausschluss von bestimmten Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung plädieren. Angesichts der Tatsache, dass in Zukunft die Anzahl körperlich oder psychisch schwerstkranker Menschen erkennbar zunehmen wird, sind solche Argumentationen in hohem Maße bedenklich. Sie sind auch mit Blick auf die Menschenwürde nicht zu verantworten. Die Politik kann wichtige Beiträge zum reflektierten Umgang mit solchen ethisch relevanten Fragen beitragen. Zum einen ist die Stärkung der Eigenverantwortung – im Sinne einer intensiveren finanziellen Vorsorge – zu nennen, die öffentlich kommuniziert und politisch umgesetzt werden muss. Zum anderen ist die Förderung der Umsetzung jener Konzepte wichtig, die darauf zielen, durch ein sehr hohes Maß an Fachlichkeit einen substanziellen Beitrag zur Erhaltung von Lebensqualität in gesundheitlichen Grenzsituationen zu leisten – zu denken ist hier an die Förderung von Projekten zur Erfassung und Erhaltung von Lebensqualität bei Menschen mit Demenz. Zudem ist die politisch unterstützte Durchsetzung von Qualitätsstandards und von Qualitätsniveaus auf dem Gebiet der Pflege als eine bedeutsame Strategie anzusehen.

9. Zur Notwendigkeit einer kritisch reflektierenden Auseinandersetzung mit der Relation von fachlichen und ethischen Standards

Was kann ich wissen? Was darf ich hoffen? Was soll ich tun? Mit diesen drei von Immanuel Kant gestellten Fragen – die er in einer vierten Frage: „Was ist der Mensch?“ zusammenführt – ist die Relation von fachlichen und ethischen Standards angesprochen. „*Was kann ich wissen?*“: Geriatriische Forschung und Pflegeforschung sind systematisch auszubauen, die Umsetzung der Erkenntnisse in die Aus-, Fort- und Weiterbildung ist zu gewährleisten. Dabei sollte sich die Forschung auch mit Themen befassen, die auf den ersten Blick relativ weit entfernt von den praktischen Kernaufgaben der Pflege zu liegen scheinen. Zu denken ist hier zum Beispiel an den Vergleich zwischen Effekten der Rehabilitation einerseits und der „rehabilitativen“ Pflege andererseits bei älteren Menschen mit spezifischen Erkrankungen und funktionellen Einbußen; Befunde eines solchen Vergleichs könnten durchaus eine Grundlage dafür bilden, dass sich die Versorgung pflegebedürftiger und demenzkranker Menschen theoretisch-konzeptionell und praktisch weiterentwickeln kann. „*Was darf ich hoffen?*“: Mit Blick auf die Gerontologie wird die Frage vor allem gestellt, wenn es um die Entwicklung der Gesundheit und Selbstständigkeit in den aufeinander folgenden Kohorten älterer Menschen geht: Angesprochen ist hier noch einmal die – für mittlere und höhere soziale Schichten nachgewiesene – Kompression der Morbidität wie auch die Zunahme an „aktiver“ Lebenserwartung. Doch sollte auch im Kontext von Medizin und Pflege der Mut zu Visionen bestehen, etwa derart, dass künftig Lebensqualität, Selbstverantwortung und Teilhabe auch im Falle schwerster Erkrankung in noch stärkerem Maße als heute als zentrale und realistische Zielsetzungen wahrgenommen werden. Es lässt sich beobachten, dass Therapie- und Pflegekonzepte, die sich gezielt mit der Lebensqualität von Menschen, die an Demenz erkrankt sind, befassen, eine Verbesserung der Lebensqualität und einen Rückgang problematischen Verhaltens bei diesen Bewohnerinnen und Bewohner erreichen. Zudem wird in Therapie- und Pflegekontexten, für die Fragen der Lebensqualität zentral sind, die Beobachtung gemacht, dass auch Menschen, die an einer Demenz leiden, Augenblicke des Glücks erleben – eine Beobachtung, die zum Beispiel für die öffentlich geführte Diskussion, inwieweit es sich „lohne“, in die Versorgung von Menschen mit Demenzerkrankung zu investieren, von größter Bedeutung ist: Denn nun kann nicht mehr leichtfertig argumentiert werden, diese Investition lohne nicht, da Menschen mit einer weit fortgeschrittenen Demenz nur noch Belastung, aber kein Glück, keine Freude erleben. „*Was soll ich tun?*“: Mit dieser Frage sind sittlich begründete Entscheidungen, dies heißt, Wertentscheidungen angesprochen. Damit solche Entscheidungen fundiert getroffen werden können, ist es notwendig, dass jene Personen, die eine Entscheidung zu treffen haben, über ausreichende fachliche Informationen verfügen (Ebene der instrumentellen Vernunft). Wenn solche Informationen zur Verfügung stehen und reflektiert wurden, dann ist – neben der Ebene der instrumentellen Vernunft – eine weitere Ebene angesprochen, die nun mehr und mehr in den Vordergrund rückt: Nämlich die Ebene der praktischen Vernunft, und mit dieser die für das Individuum *zentralen Werte*. Es ist hervorzuheben, dass es sehr wichtig ist, die instrumentelle und die praktische Vernunft klar voneinander zu differenzieren und dabei zu vermeiden, dass Werturteile durch angebliche fachliche Notwendigkeiten verdeckt werden. (Beispiel: Es wird unter Rückgriff auf *angeblich bestehende Befunde*, wonach bei schwerstpflegebedürftigen Menschen aktivierende Techniken keine wirkliche Verbesserung der körperlichen, der kognitiven und der emotionalen Situation bewirken, das Werturteil, dass verfügbare Mittel nicht in die Versorgung und Betreuung von Menschen mit schwerster Pflegebedürftigkeit investiert werden sollten, verdeckt.)

Eine bedeutende Aufgabe auch und insbesondere der Politik ist darin zu sehen, den ethischen Diskurs über die Verpflichtung der Gesellschaft gegenüber schwerstkranken und pflegebedürftigen Menschen anzustoßen und dabei auf Wahrhaftigkeit in der Argumentation zu drängen. Es kann vorhergesagt werden, dass in Zukunft dieser Diskurs mehr und mehr an Gewicht gewinnen wird. In diesen Diskurs Ergebnisse der medizinischen Forschung wie auch der Pflegeforschung einzubringen, die zeigen, wie sehr durch Aktivierung und (verbale wie nonverbale) Kommunikation auch schwerstpflegebedürftigen Menschen geholfen und zu deren Lebensqualität beigetragen werden kann, ist eine erste wichtige Aufgabe. Die zweite lässt sich wie folgt umschreiben: Der Mensch definiert nicht die Würde des anderen Menschen. Vielmehr ist es die Aufgabe einer humanen und offenen Gesellschaft, alles dafür zu tun, dass die Würde des Menschen nicht verletzt wird.

Bibliografie

- Alzheimer, A. (1906). Über einen eigenartigen schweren Erkrankungsprozess der Hirnrinde. *Neurologisches Centralblatt* 23 , 1134.
- Becker, S., Kaspar, R., Kruse, A. (2006). Die Bedeutung unterschiedlicher Referenzgruppen für die Beurteilung der Lebensqualität demenzkranker Menschen. *Zeitschrift für Gerontologie & Geriatrie*, 39, 350-357.
- Becker, S., Kruse, A, Schröder, J., Seidl, U. (2005). Heidelberger Instrument zur Erfassung von Lebensqualität bei demenzkranken Menschen. *Zeitschrift für Gerontologie & Geriatrie*, 38, 108-121.
- Bertelsmann Stiftung (2005). *Perspektiven für das Wohnen im Alter. Handlungsempfehlungen des Beirats „Leben und Wohnen im Alter“*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Bickel, H. (1998). Das letzte Lebensjahr: Eine Repräsentativstudie an Verstorbenen. Wohnsituation, Sterbeort und Nutzung von Versorgungsangeboten. *Zeitschrift für Gerontologie & Geriatrie*, 31, 193-204.
- Bundesregierung (2006). *Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Fünfter Altenbericht der Bundesregierung*. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Davis, R.N., Massman, P.J., Doody, R.S. (2001). Cognitive intervention in Alzheimer Disease: A randomized placebo-controlled study. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 15, 1-9.
- de Frias, C.M., Dixon, R.A., Bäckman, L. (2003). Use of memory compensation strategies is related to psychosocial and health indicators. *Journal of Gerontology*, 58, 12-22.
- Förstl, H., Pantel, J., Schröder, J. (2004). Demenzielle Erkrankungen – Ein Überblick. In: Kruse, A., Martin, M. (Hrsg.), *Enzyklopädie der Gerontologie*. Bern u.a.: Hans Huber.
- Fries, J.F. (2003). Measuring and monitoring success in compressing morbidity. *Annals of Internal Medicine*, 139, 455-459.
- Fries, J.F. (2005). The compression of morbidity. *The Milbank Quarterly*, 83 (4), 801-823.
- Hallauer, J., Bienstein, Ch., Lehr, U., Rönsch, H., Hallauer, N., Mayer, H., Lahmann, N., Teupen, S., Benner, H. (2005). *Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen*. Hannover: Vincentz.
- Hirsch, R. (2007). Die Situation psychisch kranker Bewohner in Alten-Pflegeheimen – Aspekte und Perspektiven. In G. Igl, G. Naegele, S. Hamdorf (Hrsg.), *Reform der Pflegeversicherung – Auswirkungen auf die Pflegebedürftigen und die Pflegepersonen* (S. 419-431). Münster: LIT.

- Igl, G. (2007). Internationale und nationale Dimensionen der Langzeitpflege. In G. Igl, G. Naegele, S. Hamdorf (Hrsg.), *Reform der Pflegeversicherung – Auswirkungen auf die Pflegebedürftigen und die Pflegepersonen* (S. 70-84). Münster: LIT.
- Kruse, A. (2005). Lebensqualität demenzkranker Menschen. *Zeitschrift für Medizinische Ethik*, 51, 41-58.
- Kruse, A. (2007). *Alter*. Freiburg: Herder.
- Kruse, A. (2007). *Das letzte Lebensjahr. Die körperliche, psychische und soziale Situation des alten Menschen am Ende seines Lebens*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kruse, A., Packebusch, L. (2006). Alter(n)sgerechte Arbeitsgestaltung. In B. Zimolong & U. Konradt (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie, Ingenieurpsychologie* (S. 425-459). Göttingen: Hogrefe.
- Manton, K.G., Gu, X. (2001). Changes in the prevalence of chronic disability in the United States black and nonblack population above age 65 from 1982 to 1999. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA*, 98, 66354-6359.
- Müller, R., Diehm A., Bockenheimer-Lucius, G., Ebsen, I., Weber, B., Hustedt, P., Lang, E., Pantel, J. (2007). Psychopharmaka im Altenpflegeheim – eine interdisziplinäre Untersuchung. In M. Teising, L. M. Drach, H. Gutzmann, M. Haupt, R. Kortus, D.K. Wolter (Hrsg.), *Alt und psychisch krank* (S. 390-400). Stuttgart: Kohlhammer.
- Rapp, S., Brenes, G., Marsh, A.P. (2002). Memory enhancement training for older adults with mild cognitive impairment: a preliminary study. *Aging & Mental Health*, 6, 5-11.
- Rosenmayr, L. (1983). *Die späte Freiheit*. Berlin: Severin & Siedler.
- Schäufele, M., Hendlmeier, I., Teufel, S., Köhler, L., Weyerer, S. (2007). *Demenzkranke in der stationären Altenhilfe: Aktuelle Inanspruchnahme, Versorgungskonzepte und Trends am Beispiel Baden-Württembergs*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schneekloth, U., Wahl, H.W. (Hrsg.) (2006). *Selbstständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten. Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Small, G.W., La Rue, A., Komo, S., Kaplan, A., Mandelkern, M.A. (1997). Mnemonics usage and cognitive decline in age-associated memory impairment. *International Psychogeriatrics*, 9, 47-56.
- Stelzner, G., Riedel-Heller, S.G., Sonntag, A., Matschinger, H., Jakob, A., Angermeyer, M.C. (2001). Determinanten des Psychopharmakagebrauchs in Alten- und Altenpflegeheimen. *Zeitschrift für Gerontologie & Geriatrie*, 34, 306-312.
- Verhaegen, P., Marcoen, A., Gossens, L. (1992). Improving memory performance in the aged through mnemonic training: a meta-analytic study. *Psychology and Aging*, 7, 242-251.
- West, R.L., Welch, D.C., Yassuda, M.S. (2000). Innovative approaches to memory training for older adults. In R.D. Hill, L. Bäckman, A.S. Neely (Eds.), *Cognitive rehabilitation in old age* (pp. 81-105). New York: Oxford University Press.
- Weyerer, S. (2007). Was ist Pflegebedürftigkeit? In G. Igl, G. Naegele, S. Hamdorf (Hrsg.), *Reform der Pflegeversicherung – Auswirkungen auf die Pflegebedürftigen und die Pflegepersonen* (S. 48-61). Münster: LIT.