

Demenz – Die gesellschaftliche Herausforderung im 21. Jh.
Vortrag im Rahmen des 3. Pflorgetages an der Akademie für Pflege- und Sozialberufe in Marburg, 6. April 2011

Sehr geehrte Damen und Herren, Liebe MarburgerInnen, Sehr geehrter Herr Dr. Müller, herzlichen Dank für die Einladung und die Möglichkeit, auf ihrer Tagung einen Hauptvortrag halten zu können. Ich möchte Ihnen kurz die Abfolge meines Vortrages vorstellen:

1. Einleitung: Gesellschaftliche Einstellung zur Demenz
2. Epidemiologie der Demenz in der 2. Hälfte des 20. Jh.
3. Derzeitiger Stand und Prognose zur Prävalenz der Demenz bis 2050 in Deutschland
4. Epidemiologie und Prognose der Pflegebedürftigkeit
5. Herausforderung für die Pflege! – nur für die Pflege?
6. Beispiele für eine kooperative Pflege
7. Demenzfreundliche Kommunen
8. Alternativen zur Institutionalisierung
9. Fazit

1. Einleitung: Gesellschaftliche Einstellung zur Demenz

„Die Demenz ist eine Volkskrankheit geworden, so jedenfalls scheint der allgemeine Tenor in der Öffentlichkeit zu sein. Manchmal wird die Demenz sogar als Seuche des 20. Jh. bezeichnet.“ In etwa so lautete es in der Einleitung einer Studie zur Demenz aus dem Jahr 1997.

In der öffentlichen und auch wissenschaftlichen Diskussion zum Thema wurde oft mit Suggestionen gearbeitet: ‚Die Krankheit greife immer weiter um sich‘, ‚das Risiko, daran zu erkranken, steige unaufhörlich‘, ‚auch jüngere Menschen seien zunehmend davon betroffen‘. Als Beispiel dafür möchte ich Ihnen einen 18 Jahre alten Zeitungsbericht über eine Veranstaltung der Deutschen Alzheimer Gesellschaft in Münster, also im Grunde eine Tagung wie die heutige, zeigen:

Erkrankung kann schon mit 40 Jahren auftreten

Die Alzheimer-Opfer werden immer jünger

Münster (dpa). Die Opfer der Alzheimer-Krankheit werden immer jünger. Darauf haben Experten in Münster bei der Jahrestagung der Deutschen Alzheimer-Gesellschaft hingewiesen.

Die heimtückische „Alterskrankheit“, deren Ursachen niemand genau kennt, greife „in erschreckendem Maße“ immer rascher um sich, sagte Prof. Christian Witting. Dabei sei gegen die Erkrankung, die schon ab 40 Jahre auftreten könne, „nach wie vor kein Kraut gewachsen“. Nach Angaben des Wissenschaftlers leiden zwischen 600 000 und 800 000 Menschen in Deutschland an dem Alzheimer-Syndrom. Es äußert sich zunächst in Gedächtnis- und Orientierungsstörungen, hebt später die gesamte gei-

stige Leistungsfähigkeit auf und führt schließlich nach sechs bis zehn Jahren bei nahezu völliger Hilflosigkeit zum Tode. „Im Jahr 2 000 werden es nach vorsichtigen Schätzungen eine Million Deutsche sein“, sagte der Pathologe. Die Alzheimer-Krankheit sei in Deutschland bereits die vierthäufigste Todesursache.

Man wisse jedoch so wenig über dieses Leiden, daß praktisch nur Wahrscheinlichkeitsdiagnosen gestellt werden könnten, berichtete Dr. Witting weiter. Die Behandlungsmöglichkeiten seien entsprechend gering. Immerhin könne eine moderne psychosoziale Betreuung die starke Belastung für Patient, Familie und Umgebung lindern.

(Quelle: Neue Westfälische Zeitung, Bielefeld, 9.10.1993)

Die Aussagen in dem Bericht sind einschlägig und wirken alarmierend, wie das ja auch die Aufgabe der Presse ist. Sie sind jedoch auch einseitig, von der Tendenz her negativ, Angst auslösend (Betroffene werden immer jünger!). Dass die Alzheimer-Demenz auch eine sehr seltene präsenile Form hat, also schon Menschen weit vor dem Rentenalter betreffen kann, ist richtig, ist aber schon seit Alois Alzheimers Forschungen im Jahr 1898 bekannt. Er hatte eine Frau, die seit ihrem 51. Lebensjahr an demenziellen Symptomen litt und mit 56 Jahren verstarb, neuropathologisch untersucht und die nach ihm benannten typischen Hirnveränderungen als erster entdeckt (Bauer 1994).

Die große gesellschaftliche Aufmerksamkeit, die die Demenz Ende des 20. Jh. erhielt, war Ausgangspunkt der eben erwähnten Studie, deren Autor im Übrigen ich war. Es handelte sich um meine Dissertation zur Epidemiologie der Demenz an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld (Werner 1997)

Hat sich der gesellschaftliche und individuelle Umgang mit dem Thema Demenz, die Haltung dazu, seither verändert? Auch heute, auf dieser Tagung, sprechen wir von der Demenz als Herausforderung, sogar als der Herausforderung des 21. Jh. Herausforderungen können positive Kräfte mobilisieren, aber auch Angst machen. Es scheint so zu sein, dass nach wie vor Ängste im Zusammenhang mit der Demenz eine große Rolle spielen, die wegen der zunehmenden Zahl Erkrankter auch verständlich sind.

Ängste lösen auch Abwehrreaktionen aus, wie Verdrängung, Verleugnung, aber auch das Suchen und Finden vorschneller „Lösungen“, z.B. die Verbannung Betroffener aus dem öffentlichen und privaten Raum. Müssen wir auch heute oder heute umso mehr mit Angst und individueller und kollektiver Abwehr auf die Demenz reagieren? Ich habe mindesten zwei Antworten auf die Frage: Ja und Nein, und fange mal bei meinem „Nein“ vom Ende des 20. Jh. an.

2. Epidemiologie der Demenz in der 2. Hälfte des 20. Jahrhunderts

Ich habe insgesamt 39 epidemiologische Studien zur Demenz bzw. psychischen Erkrankungen bei älteren Menschen nach dem II. Weltkrieg in einer sog. Meta-Analyse untersucht. Davon haben 15 Studien Prävalenzraten für mittelschwere bis schwere Demenz ermittelt, und waren auch sonst methodisch vergleichbar vorgegangen. Prävalenzrate heißt: Anzahl Demenzkranker pro 100 Menschen im Alter (z.B. von 60J.+ bzw. 65J.+). Sie wird in Prozent angegeben. Die in Frage kommenden Altersgruppen der Untersuchungspopulationen in diesen Studien waren 60jähr. u.ä. bzw. 65jähr. u.ä. bzw. nur 70jährige.

In der Tat finden wir im Laufe der 2. Hälfte des 20. Jh. tendenziell immer höhere Prävalenzraten, allerdings auch einige Ausnahmen vom Trend, also frühe Studien mit hohen Prävalenzraten (Kay et al. in England, 1964: 6,2 %; Kaneko in Japan 1965: 7,2%). Insgesamt ist aber auch das Durchschnittsalter der Studienpopulationen tendenziell jeweils höher ausgefallen, die Teilnehmergruppen waren zunehmend mit älteren Probanden besetzt (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: 15 Studien: mittelschwere bis schwere Demenz

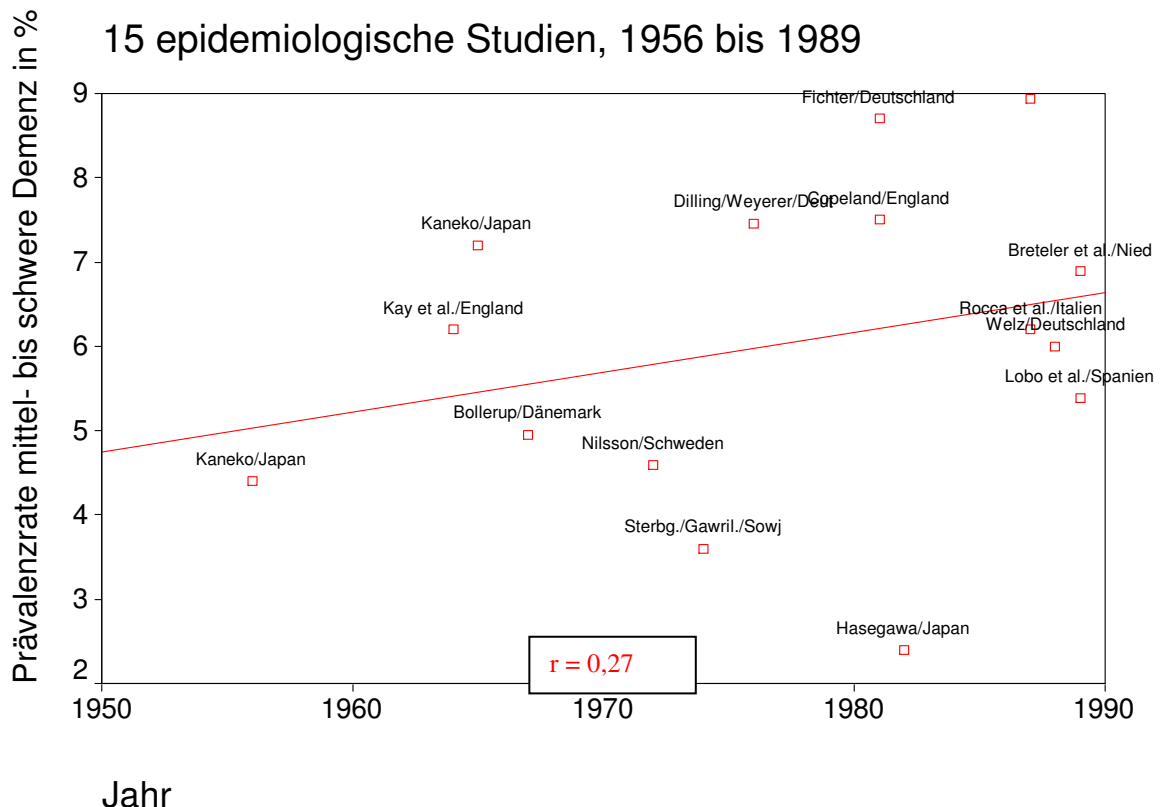
AutorInnen der Studie und Land	Forschungsjahr	Prävalenzrate mittel-schwere/schwere Demenz	Durchschnittsalter untersuchte Population
Kaneko/Japan	1956	4.4	68.9
Kay et al./England	1964	6.2	73.7
Kaneko/Japan	1965	7.2	74.5
Bollerup/Dänemark	1967	5.0	70.0
Nilsson/Schweden	1972	4.6	70.0
Sternberg/Gawrilowa/SU	1974	3.6	68.8
Dilling/Weverer/Deutschl.	1976	7.5	71.9
Copeland/England	1981	7.5	74.2
Fichter/Deutschland	1981	8.7	73.9
Hasegawa/Japan	1982	2.4	73.2
Rocca et al./Italien	1987	6.2	71.4
Mann et al./England	1987	8.9	75.5
Welz/Deutschland	1988	6.0	75.1
Lobo et al., Spanien	1989	5.4	75.1
Breteler et al., Niederlande	1989	6.9	76.6

Quelle: Werner 1997: 66

Im nächsten Streudiagramm wird zunächst der Trend der Prävalenzraten für Demenz im Zeitverlauf zwischen 1956 und 1989 dargestellt:

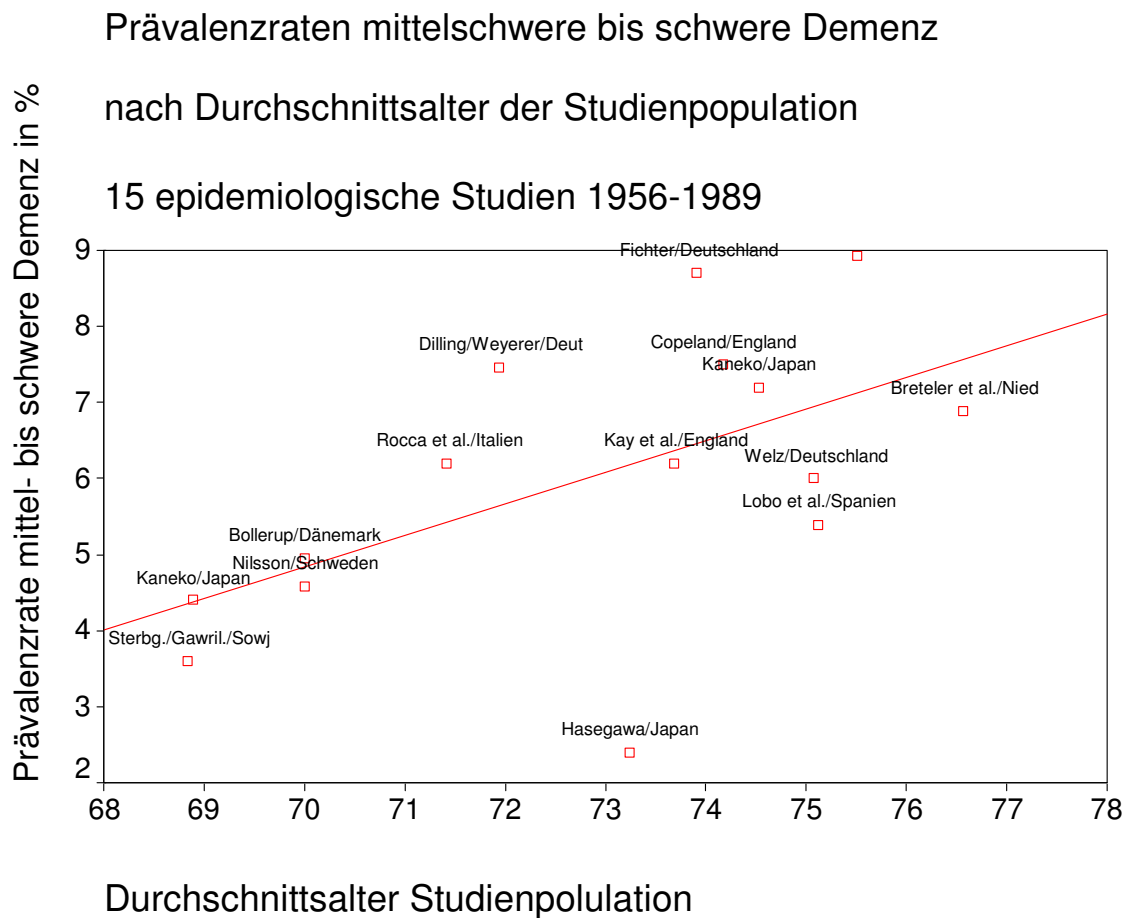
Abbildung 1:

Prävalenzraten mittelschwere bis schwere Demenz



Wir finden eine schwache Korrelation ($r = 0,27$) der Prävalenzraten mit dem Studienjahr. Je jünger die Studien, desto höher die Prävalenzraten, allerdings mit Ausnahmen. Heißt das, dass zunehmende Ängste berechtigt waren und sind? Tendenziell schon, allerdings finden sich vergleichsweise junge Studien (Sternberg et al. 1974, Sowjetunion; Hasegawa 1982, Japan) mit sehr niedrigen Prävalenzraten. Die anderen passen ganz gut in das Bild einer ansteigenden Prävalenzrate im Zeitverlauf. Schauen wir uns nun den Zusammenhang zwischen Prävalenzraten und dem jeweiligen Durchschnittsalter der Studienpopulationen an:

Abbildung 2



Dieser Zusammenhang fällt wesentlich eindeutiger aus. Die Prävalenzraten der Studien korrelieren deutlich ($r = 0,57$) mit dem Durchschnittsalter der Studienpopulationen. Je höher das Durchschnittsalter, desto höher die Prävalenzraten (eine Ausnahme; Hasegawa 1982 in Japan). Das bedeutet: Die Altersstruktur der Studienpopulation scheint ein, wenn nicht sogar der entscheidende Faktor für die Höhe der Prävalenzraten sein. Im Verlauf der zweiten Hälfte des 20. Jh. sind die Bevölkerung in den hier betrachteten Ländern und damit auch die Studienpopulationen deutlich gealtert.

Dieser Befund, dass die Prävalenzrate eng mit der jeweiligen Altersgruppe der Altenbevölkerung korreliert, hat sich praktisch in allen Studien bestätigt und wurde praktisch zu einem weitgehend gesicherten Befund, der folgendermaßen aussieht:

Die Demenz-Prävalenz steigt mit dem Alter, und zwar nicht linear, sondern sogar kurvilinear bzw. exponentiell: Die Prävalenzraten verdoppeln sich in jeder um 5 Jahre höher liegenden Altersgruppe (Weyerer/Bickel 2006: 65, vgl. Tab.).

Gehen wir noch einmal zurück zu meiner Abbildung 2: Wenn der Effekt der unterschiedlichen, de facto steigenden, Alterszusammensetzung auf die Prävalenzraten herausgerechnet wird (statistisch heißt das: konstant halten), dann zeigt sich sogar eine schwache negative Korrelation der Prävalenzraten im Zeitverlauf ($r = -0,12$), mit anderen Worten:

Hätten alle 15 Studien mit der gleichen Alterszusammensetzung gearbeitet (hier gemessen am Durchschnittsalter), hätten sich im Schnitt leicht sinkende Prävalenzraten im Zeitverlauf ergeben. Der Anstieg der Demenzprävalenz im 20. Jh. ist also praktisch ausschließlich auf die Zunahme der Lebenserwartung in diesem Zeitraum zurückzuführen, und wäre ohne diese Zunahme leicht rückläufig gewesen.

Meine erste Antwort auf die Frage, ob wir mit mehr Angst vor Demenz als einer sich ausbreitenden Epidemie und mit Abwehr, auch zu Beginn des 21. Jh., reagieren müssen, ist also eher ein „Nein“, zumal in der Demenzepidemiologie weder in Deutschland noch in Europa viele neue Ergebnisse hinzugekommen sind:

Das individuelle Risiko, und auch das jeweils altersgruppen-spezifische Risiko, eine Demenz zu erwerben, hat sich in der 2. Hälfte des 20. Jh. nicht erhöht, sondern statistisch gesehen eher verringert.

Das passt gut in andere Ergebnisse der Epidemiologie, und geht auch gut zusammen mit der:

- sog. Kompressionstheorie: Diese geht davon aus, dass schwere, chronische Erkrankungen sich in den letzten Jahrzehnten in immer höheren Altersgruppen, zum Lebensende hin, konzentrieren, im Zusammenhang mit einem zunächst gesünderen Altern (in Industrienationen) (vgl. Fries, 1980: „Compression of morbidity“).
- und mit Ergebnissen aus der Epidemiologie z.B. der HK-Erkrankungen, die eine zunehmende Verlagerung von Herzinfarkt und Schlaganfall in höhere Altersgruppen und eine Reduktion der entsprechenden Mortalitätsraten zeigen. So sank z.B. die Mortalität durch ischämische Herzerkrankungen bei Männern in der BRD (alt) zwischen 1979 und 1992 von 212 auf 138 pro 100.000, die durch zerebrovaskuläre Erkrankungen bei Männern von 63 auf 35 pro 100.000 (Forschungsverbund DHP 1998: 265).
- und mit dem Fortschritt und der Leistungsausweitung in Medizin und Pflege.

Können wir uns deshalb beruhigt zurücklehnen und abwarten, dass wir immer gesünder altern?

Wir haben ein weiteres, viel folgenreicheres Risiko entwickelt, das „Risiko“ der steigenden Lebenserwartung und der Hochaltrigkeit.

Das Risiko, dement zu werden, über die gesamte Lebenszeit - v.a. aber Alterszeit - hinweg, ist mit unserer gewachsenen Lebenserwartung stark angestiegen. Meine zweite Antwort auf die Frage nach einer berechtigten Angst vor Demenz ist also ein „Ja“: Dies wird besonders deutlich an den Prognosen zur Entwicklung der Zahl Demenzkranker im Zusammenhang mit der Zunahme der Lebenserwartung und Hochaltrigkeit bis 2050.

3. Derzeitiger Stand und Prognose zur Prävalenz der Demenz bis 2050 in Deutschland

Tabelle 2: Altersgruppenspezifische Demenzprävalenz in Deutschland und Hochrechnung auf absolute Zahlen

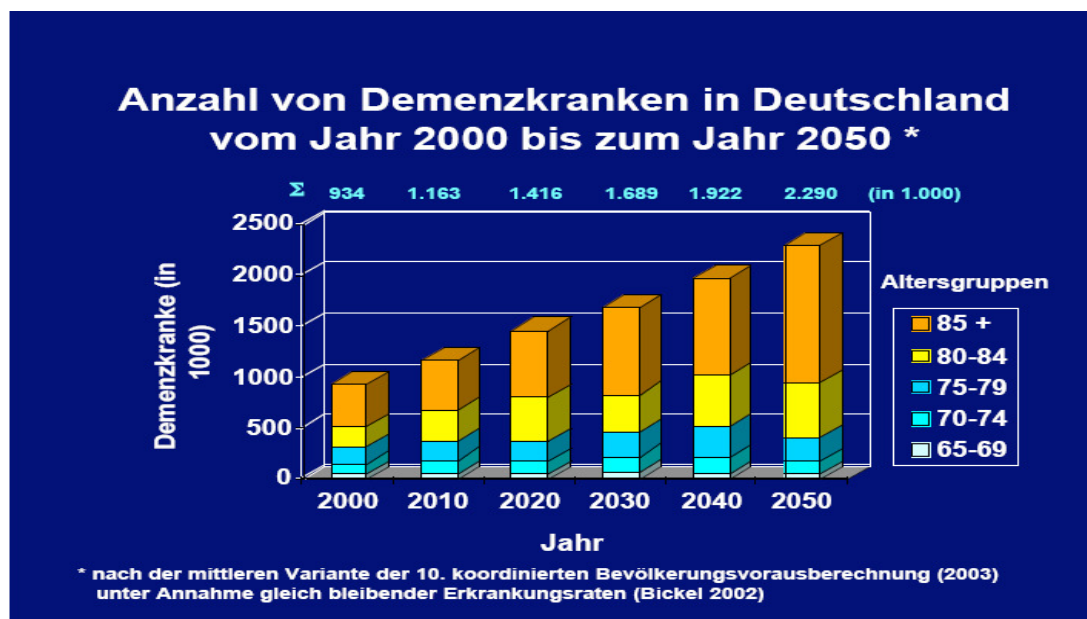
Tabelle 5.5: Mittlere Prävalenzrate und geschätzte Zahl der Demenzkranken in Deutschland zum Ende des Jahres 2002 (Quelle: Bickel, 2002)

Altersgruppe	Mittlere Prävalenzrate (%)	Geschätzte Krankenzahl in Deutschland
65–69	1,2	55.700
70–74	2,8	100.200
75–79	5,8	165.700
80–84	13,3	254.300
85–89	22,6	197.300
90 +	33,5	193.800
65 und älter	7,1	967.000

Quelle: Weyerer/Bickel 2006: 67

Kombiniert man diese Altersgruppen spezifischen PR mit der absoluten Anzahl älterer Menschen je Altersgruppe, erhält man folgende Verteilung und Prognose.

Abbildung 3: Anzahl und Prognose der Anzahl Demenzkranker in Deutschland aufgrund der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung



Quelle: Bickel 2006

Mit den Daten der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (Statistisches Bundesamt 2003) und den altersgruppenspezifischen Prävalenzraten ließen sich

- für 2010 etwa 1,16 Mill. Demenzkranke
- für 2050 doppelt so viele, etwa 2,3 Mill. Demenzkranke hochrechnen.

Tabelle 3: Anzahl und Prognose der Anzahl Demenzkranker in Deutschland aufgrund der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung

Geschätzte Zunahme der Krankenzahl von 2000 bis 2050

Jahr	Geschätzte Anzahl von über 65-Jährigen in Millionen	Geschätzte Krankenzahl
2000	13,7	935.000
2010	16,8	1.210.000
2020	18,6	1.545.000
2030	22,2	1.824.000
2040	23,8	2.197.000
2050	23,5	2.620.000

Schätzungen auf der Basis der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (Variante 1 W2)

Quelle: Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2010: 2

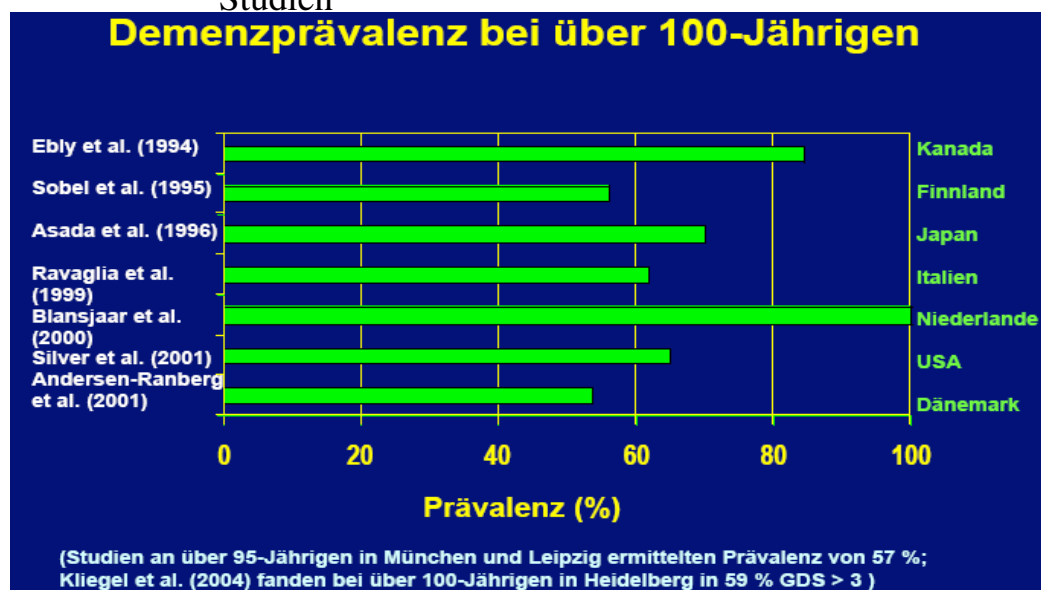
Mit den Daten der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (2006) und den altersgruppenspezifischen Prävalenzraten erhält man nur drei Jahre später, aufgrund der weiter gewachsenen Anzahl alter und hochaltriger Menschen in Deutschland

- für 2010 etwa 1,21 Mill.,
- für 2050 mehr als doppelt so viele, etwa 2,62 Mill. Demenzkranke

Wir können oder müssen sogar mit hoher Wahrscheinlichkeit damit rechnen, dement zu werden, wenn wir nur alt genug werden.

Die vielleicht gute Nachricht: Jenseits von 95 bis 100 Lebensjahren steigt die Prävalenzrate vermutlich nicht mehr. Ergebnisse verschiedener Studien variieren um die 50 bis 70%.

Abbildung 4: Prävalenzraten für Demenz bei über 100jährigen in verschiedenen Studien



Quellen: Bickel 2006, Weyerer/Bickel 2006:66

Zwei Studien ermittelten sehr hohe Prävalenzraten bei über 100jährigen, allerdings mit sehr kleinen Studienpopulationen (N = 13 bzw. N = 15). Methodische Probleme bei der Diagnostik der Demenz in dieser Hochaltrigen-Gruppe und die häufig kleinen Fallzahlen in den Studienpopulationen lassen aber derzeit keine zuverlässigen Aussagen zur Demenzprävalenz in dieser Altersgruppe zu.

Meine 3. Antwort, die nicht irgendwo zwischen Ja und Nein, sondern auf einer anderen Ebene angesiedelt ist lautet also: Wenn wir nicht unsere Lebenserwartung (wieder) reduzieren wollen, bleibt uns also nur Folgendes übrig:

- Akzeptieren, dass wir mit hoher Wahrscheinlichkeit einmal dement werden, wenn wir nur alt genug werden
- Akzeptanz der Demenz als etwas zum Menschen gehöriges, ein eher normaler Aspekt des alt Werdens als ein unnormaler, keine Krankheit, sondern eine „normale“ Existenzweise des Menschen, da nach den Regeln der medizinischen Diagnostik und Nosologie Krankheit als Abweichung von der Norm definiert ist.
(vgl.: Gronemeyer, 2008: 1-2)

4. Epidemiologie und Prognose der Pflegebedürftigkeit

Interessant ist, dass beim Thema Demenz fast unmittelbar und reflexartig ein Bezug zur Pflege hergestellt wird, neben der anderen relevanten Personengruppen, den Angehörigen. Man könnte ja auch erwarten, dass andere Berufsgruppen, etwa die Medizin und Psychiatrie bzw. Gerontopsychiatrie, oder auch die Psychologie und weitere Berufsgruppen wie Sozialarbeit ins Feld geführt wird. Dies ist aber nach meiner Wahrnehmung weit weniger der Fall als die unmittelbare Vereinnahmung der professionellen Pflege. Alternativ wird oft noch in Richtung Pharmakologie gedacht, aktuell ebenfalls eher in abnehmendem Maße, nachdem Anfangserfolge sich relativiert haben. Ich vermute, dass der enge Zusammenhang zwischen Demenz und Pflegebedürftigkeit ein sehr plausibler Grund für diesen Kurzschluss ist, der zwar nachvollziehbar, aber nicht allein in die richtige Richtung führt.

In Deutschland können wir auf einigermaßen gesicherte Daten zur Häufigkeit von Pflegebedürftigkeit zugreifen, die Studien von TNS Infratest Sozialforschung (Schneekloth/Potthoff 1993, Schneekloth/Müller 1997, Schneekloth/Wahl 2006), die methodisch vergleichbar durchgeführt wurden.

In der folgenden Tabelle werden die Ergebnisse der Studien zur Häufigkeit von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in privaten Haushalten nach Altersgruppen und im Vergleich zwischen 1991 und 2002 gegenübergestellt.

Tabelle 4: Altersgruppenspezifische Raten für Hilfe- und Pflegebedürftigkeit 1991 und 2002 im Vergleich

Tab. 2.4: Infratest-Pflegeintervallmodell Anteile Hilfe- und Pflegebedürftiger in verschiedenen Altersgruppen der Bevölkerung (Bevölkerung in Privathaushalten, Jahresende 1991/2002)

Angaben in %	1991 ¹⁾		2002		
	Vorrangig Hilfebedürftige ²⁾	Regelm. Pflegebedürftige ²⁾	Vorrangig Hilfebedürftige ²⁾	Regelm. Pflegebedürftige ²⁾	Pflegebedürftige (SGB XI) ³⁾
Altersgruppen					
Bis 39 Jahre	0,4	0,4	0,7	0,5	0,4
40–54 Jahre	0,8	0,4	1,4	0,6	0,5
55–64 Jahre	3,0	1,0	3,7	1,1	0,9
65–74 Jahre	7,8	2,7	8,6	2,9	2,8
75–84 Jahre	18,0	8,9	17,7	8,2	8,9
85 Jahre und älter	38,4	31,4	35,0	30,4	29,3
Hochgerechnete Absolutzahl (Tsd.)	2.150	1.120	2.940	1.450	1.400

¹⁾ Korrigierte Hochrechnung: Bevölkerung in Privathaushalten, Stand 1991

²⁾ Abgrenzung gemäß Infratest-Pflegeintervallmodell

³⁾ Referenz: Leistungsbezieher gemäß SGB XI

Quelle: Schneekloth/ Wahl 2006: 65

Im Vergleich zwischen 1991 und 2002 fällt auf, dass es keine starken Veränderungen der Pflegebedürftigkeitsraten (regelmäßig Pflegebedürftige) gegeben hat. Es finden sich sogar leichte Rückgänge bei einigen Altersgruppen (75-84 Jahre, 85 Jahre u.ä.). Man kann das auf verschiedene Art und Weise interpretieren:

- Die Kompressionshypothese betätigt sich, ein insgesamt gesünderes Altern und die Konzentration schwerer Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit in der Folge auf jeweils höhere Altersgruppen, oder wir müssen
- eine Zunahme der Übersiedlung in stationäre Pflege im höheren Alter und bei höher Pflegebedürftigkeit in diesem Zeitraum annehmen, wodurch in den Privathaushalten relativ gesehen jüngere und nicht pflegebedürftige Menschen zurückbleiben (vgl. Schneekloth/Wahl 2006: 66).

Insgesamt finden wir keine Hinweise auf eine Zunahme des individuellen „Risiko“ für Pflegebedürftigkeit, wir müssen eher von einer Konstanz ausgehen, und kommen zu einem ähnlichen Befund wie bei der Demenzprävalenz: Das Lebenszeit-Risiko auch der Pflegebedürftigkeit wird nur deshalb größer, weil wir immer älter werden.

Und wir finden eine weitere Parallele zur Demenzepidemiologie: Das „Risiko“ der Pflegebedürftigkeit steigt, ähnlich wie bei der Demenz, nicht linear, sondern kurvilinear, also exponentiell mit dem Alter. Ab der Altersgruppe 65 Jahre u.ä. verdoppelt sich, von einem insgesamt höheren Ausgangsniveau als bei der Demenz, die Pflegebedürftigkeitsrate in jeder um 5 Jahre höheren Altersgruppe.

Allerdings ist der Anteil der Pflegebedürftigen in jeder Altersgruppe höher als der der Demenzkranken (vgl. Tab. 2), was auch plausibel ist, denn die Demenz

ist ja nicht die einzige Ursache für Pflegebedürftigkeit (im Alter). Die Demenzkranken sind in jeder Altersgruppe der Pflegebedürftigen (ab 65J.+) weitgehend komplett enthalten.

Ähnlich wie bei der Demenzprävalenz, kann auch mit den altersgruppenspezifischen Raten, in Kombination mit der Bevölkerungszahl je Altersgruppe, eine Prognose erstellt werden.

Tabelle 5: Verschiedene Prognosen zur quantitativen Entwicklung der Pflegebedürftigkeit in Deutschland (nach SGB XI, Angaben in Mill.)

		Basisjahr	2010	2020	2030	2040	2050
SVR 2009	SQ		2,38	2,86	3,28	3,77	4,35
SVR 2009	KH	(2007) 2,24	2,35	2,69	2,93	3,19	3,50
Häcker / Höfer / Raffelhüschen (2005)	SQ	(2005) 1,97	2,21	2,70	3,09	3,60	4,25
Blinkert/ Klie (2001)	SQ	(1998) 1,81	2,21	2,58	2,81	3,11	3,45

SQ= Status-Quo-Prognose; KH = unter Annahme der Kompressionshypothese

Quelle: Kuhlmei 2010

Die absolute Zahl der Pflegebedürftigen (nach SGB XI) wird sich je nach Prognose und Grundannahmen von derzeit etwa 2,2-2,4 Mill. bis 2050 fast verdoppeln, auf 4,4 Mill. oder auf das 1,5fache steigen, auf ca. 3,5 Mill.

Demenzranke sind in diesen Zahlen weitgehend enthalten, auf jeden Fall die mit einer mittelschweren bis schweren Demenz

Aus den Daten zur Demenzprävalenz und der Prävalenz der Pflegebedürftigkeit kann gefolgert werden:

- mindestens jeder zweite Pflegebedürftige in Privathaushalten ist demenzkrank
- in der stationären Pflege sind mindestens 2 von 3 Bewohnern demenzkrank (vgl. Schneekloth/Wahl, Hrsg., 2006: 103).

5. Herausforderung für die Pflege! – nur für die Pflege?

Alle Prognosen kommen zu dem selben Ergebnis, der Bedarf an Betreuung und Pflege für ältere Menschen mit Pflegebedürftigkeit bzw. Demenz wird weiter zunehmen. Wird das die professionelle Pflege bewältigen können, und wenn ja, in welchen Kooperationsformen, denn eins ist klar, alleine wird sie das nicht schaffen. Schon derzeit entfallen z.B. in der ambulanten Versorgung nach Ergebnissen verschiedener Studien nur zwischen 4 und 10% der Betreuungszeiten auf die professionelle Pflege (Werner 2004; Brandenburg 2010). Schauen wir uns den derzeitigen quantitativen Umfang der Pflegeberufe in Deutschland an:

Für 2009, dem Jahr mit den aktuellsten hier verfügbaren Daten, berichtet das Statistische Jahrbuch 2010 der BRD (Statistisches Bundesamt 2010) von

- 792.000 Gesundheits- und (Kinder-)KrankenpflegerInnen
- 414.000 AltenpflegerInnen.
- 258.000 KrankenpflegehelferInnen
- ca. 20.000 AltenpflegehelferInnen (geschätzt aus früheren Angaben)

zusammen also fast 1,5 Mill. beschäftigte Pflegekräften, darunter gut 1,2 Mill. Pflegefachkräfte mit einer dreijährigen Pflegeausbildung (Statistisches Bundesamt 2010). Die Zahl der 3-jährig ausgebildeten AltenpflegerInnen ist in der Vergangenheit stark gewachsen, u.a. wegen starker Zuwächse in der Ausbildung. Dagegen ist die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege zurückgegangen, besonders stark in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, ohne dass sich dieser Rückgang bisher in der Beschäftigungszahl abgebildet hätte. Derzeit ist allerdings eine starke Nachfrage nach qualifizierten Pflegefachkräften zu verzeichnen.

Eine Prognose für die zukünftige quantitative Entwicklung der Pflegeberufe ist aus folgenden Gründen schwierig:

Einerseits ist wegen des demographischen Wandels ein Rückgang der SchülerInnen- und der Beschäftigtenzahlen in der Pflege sehr wahrscheinlich, andererseits ist auch in jüngster Zeit, in der der Rückgang der Zahl junger Menschen, z.B. der SchulabgängerInnen, schon virulent ist, die Berufsgruppe der Pflege kontinuierlich gewachsen. Ich wage folgende vorsichtige Prognose:

- wenn der Beruf attraktiver wird (bessere Arbeitsbedingungen, besseres Berufsimago, Teil-Akademisierung) und
- wenn die Verbleibsdauer im Beruf anwächst, auch durch Maßnahmen wie altersgerechte Arbeitsplätze in der Pflege,

ist zumindest eine Konstanz der Beschäftigtenzahlen denkbar.

Insgesamt zeigt der Wandel in der Spätmoderne von der Industrie- zur Dienstleistungsgesellschaft eine Zunahme personenbezogener Dienstleistungen und entsprechend Berufstätiger: Selbst im Krisenjahr 2009 hat in Deutschland die Zahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen um 100.000, von 4,6 auf 4,7 Mill. zugenommen (ebd.).

Aber auch bei dieser etwas optimistischen Einschätzung bleiben die derzeit 1,2 Mill. Demenzkranke, und insgesamt 2,4 Mill. Pflegebedürftige (nach SGB XI) und die sehr wahrscheinliche Aussicht auf die Verdoppelung dieser Zahlen die große Herausforderung für die Pflege, die sich bis 2050 zahlenmäßig sicher nicht verdoppeln wird.

6. Beispiele für eine kooperative Pflege

Selbst wenn ein gewisses quantitatives Wachstum der Berufsgruppe der Pflege erfolgte, wäre das nicht ausreichend, sondern wir brauchen qualitative Verände-

runge im gesamten Feld der professionellen Pflege und in der Kooperation mit allen relevanten Akteuren:

- den Angehörigen
- dem bürgerschaftlichen Engagement
- den politischen Entscheidungsträgern, v.a. den Kommunen (Stadt/-teil, Quartier, selbst auf dem Dorf) und
- den Kirchen und Kirchengemeinden

Was meine ich mit qualitativen Veränderungen in der Berufsgruppe der Pflege? Viel stärker als bisher werden die Aufgaben der Berufsgruppe neben der direkten Pflege in der Beratung, Schulung, Anleitung von Betroffenen, von Angehörigen, Ehrenamtlichen und auch geringer qualifizierten Pflegekräften bestehen. Ein Teil der Berufsgruppe wird sich auf eine Multiplikatorenrolle einstellen müssen, um so ihre Expertise weiterzugeben.

Das Bundesmodellprojekt „Pflegebegleiter“, 2004 bis 2008 in vier Modellregionen Deutschlands durchgeführt, ist ein solches - wie ich meine gutes - Beispiel für eine gelungene Kooperation zwischen professionell Pflegenden, Angehörigen, Ehrenamtlichen und natürlich Betroffenen. Immerhin über 2100 TeilnehmerInnen aus der Laienpflege konnten in dem genannten Zeitraum für die Vorbereitungskurse gewonnen werden, gut 2000 haben diese auch tatsächlich abgeschlossen (Bubolz-Lutz, Kricheldorf 2008: 68f).

Auch der präventive Hausbesuch bei hilfe- und pflegebedürftigen Menschen, ein Projekt des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung (DIP e.V.), das schon 2008 abgeschlossen wurde, zeigt die Wirksamkeit dieser eher beratenden, aufklärenden und schulenden Interventionen der Pflege vor allem in Bezug auf Betroffenen und pflegende Angehörige. Die Erfolgsfaktoren, die die wissenschaftliche Begleitung identifizieren konnte, waren:

- eine intensive Beziehungsarbeit und fachlich gute Beratung
- Einbeziehung der verschiedenen Aspekte der häuslichen Pflegesituation
- eine Vorab-Qualifizierung der professionellen PflegeberaterInnen
- eine gute Abschätzung des Hilfe- und Pflegebedarfs der Betroffenen
- eine ausreichende Beratungszeit in Zyklen über bis zu 2 Jahren
- eine Einbeziehung auch der noch „nur“ Hilfebedürftigen (vgl. dip e.V. 2008)

Mein nächster Gliederungspunkt geht aber weit über den Bezug zur professionellen Pflege hinaus.

7. Die demenzfreundliche Kommune

Ich hoffe, es ist für Sie keine Zumutung, in der Nachbarschaft von Gießen über die Idee der demenzfreundlichen Kommune zu reden, aber letztlich ist sie genau die Quintessenz von dem, was ich bisher gesagt habe. Weder Angehörige, das Ehrenamt, oder die professionelle Pflege allein werden diese Aufgabe stemmen können. Dazu bedarf es einer tatsächlich ganzheitlichen Betrachtung und Ein-

ordnung ins kommunale Geschehen. Nur am Lebens- u. Wohnort der Betroffenen kann eine wirkliche Integration der Demenz in die „Gesellschaft“ gelingen. Die Aktion Demenz e.V., mitinitiiert von der Robert-Bosch-Stiftung, geht seit einigen Jahren in die Öffentlichkeit, auf der kommunalen Ebene, ca. 15-20 Gemeinden hatten sich bis 2008 dieser Aktion schon angeschlossen (Gronemeyer 2008). In ihren Kernaussagen bezieht sie alle relevanten Gruppen ein, die Betroffenen, aber auch die Angehörigen und bürgerschaftlich Engagierten, sowie das gesamte soziale Umfeld, das die Teilhabe Demenzkranker am öffentlichen Leben gewährleisten soll, und zwar beginnend mit Wertschätzung von und Respekt vor ihnen. Und auch die Aktion Demenz betont die Bedeutung der Kommunen, die den gesamten Prozess mitgestalten und auch mitorganisieren muss.

Die Idee, die Vision, die Utopie (wer weiß das schon?) der demenzfreundlichen Kommune stammt von Theologen und Soziologen Reimer Gronemeyer von der Universität Gießen, der Ihnen allen sicherlich bekannt ist. Es lohnt sich vielleicht, seine Grundannahmen noch einmal zur Kenntnis zu nehmen, auch wenn sie mit einigen Aussagen von mir durchaus in Einklang stehen, jedoch noch deutlich darüber hinaus gehen:

- Vieles spricht dafür, dass die Verwendung der psychiatrischen Diagnose Demenz als Krankheitsbegriff nicht weiter führt, sondern dass es berechtigte Zweifel daran gibt, dass die Demenz eine Krankheit im üblichen Sinne ist.
- Gronemeyer arbeitet sehr treffend heraus, dass die Demenz praktisch das Gegenteil all dessen ist, was die spätmoderne Gesellschaft gern sein möchte: Autonomie, Leistungsfähigkeit, Konkurrenz, Konsum auf einer sehr individualisierten Ebene
- Demenzkranke sind daher unsere (wir jüngeren, „noch nicht“ Betroffenen) heimlichen Zwillinge, unsere abgespaltene, verdrängte, andere und gut mögliche bis höchstwahrscheinlich Seite
- Wie kaum eine andere Bevölkerungs- oder Betroffenenengruppe machen sie uns deutlich, dass wir in einer „zertrümmerten“ Gesellschaft leben (so drastisch sind seine Worte und Befunde).
- Aber sie können uns auch eine Hilfe sein, ein Bewusstsein darüber zu gewinnen, dass wir unseren Alltag radikal umgestalten müssen, in den Familien und Nachbarschaften, in der gesamten Kommune, bis in die Architektur und Stadtplanung bzw. -gestaltung hinein (Gronemeyer 2008: 2).

Aus diesen Grundpositionen Gronmeyers leitet sich das Vorgehen zur Entwicklung einer demenzfreundlichen Kommune ab, die jede Kommune auch selbst gestalten muss: In Gießen begann das mit der Durchführung von drei Workshops:

1. mit Profis, also Ärzten, Pflegekräften, Apothekern etc.
2. mit Berufsgruppen und Organisationen, die mit Demenz zu tun haben, ohne es zu wissen: Polizei, Feuerwehr, Einzelhandel, ÖPNV
3. mit Betroffenen und Angehörigen

Danach wurden die Ergebnisse der Workshops in einer großen Bürgerversammlung gemeinsam diskutiert, mit der Fragestellung, wie Gießen in 10-15 Jahren eine demenzfreundliche Kommune werden kann.

Viele einfache oder auch sehr komplexe Vorschläge und Ideen, die hier im einzelnen nicht dargestellt werden können, wurden angesprochen (Einkaufen, Öffentlichkeit, Wohnen, bis zur Farbwahrnehmung), z.B. indem Restaurants und Cafés darauf aufmerksam machen, dass sie demenzkranke Gäste willkommen heißen. Sie können sich die Aktionen und Maßnahmen im Internet angesehen (<http://www.aktion-demenz.de/home/143-demenzfreundliche-kommune-html>).

8. Alternativen zur Institutionalisierung Demenzkranker in Heimen

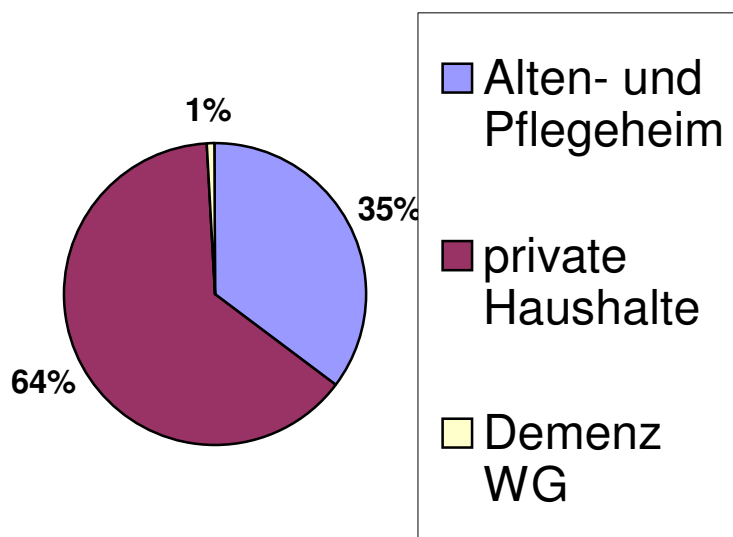
Die Kombination aus Demenz, Pflegebedürftigkeit und Haushaltsform „alleinlebend“ (EPHH) ist derzeit der wichtigste Risikofaktor für eine Heimübersiedlung bzw. - passiver ausgedrückt - für eine Heimverlegung.

Vieles spricht dafür, dass das „große“ Altenpflegeheim, ein Modell der Vergemeinschaftung mit historischen Wurzeln im Feudalismus, nicht mehr in die spätmoderne Gesellschaft passt. Eine erzwungene kollektive Wohn-/Lebensform

- mit einer großen Zahl von Schicksalgefährten,
 - die tagtäglich unter einem Dach leben,
 - unter einem Konzept, d.h.
 - alle Angebote des Wohnens, des Essens, der Beschäftigung, der Betreuung, der Pflege und Therapie aus einer Hand
- (die vier Kriterien einer „totalen Institution“ nach E. Goffman, 1973)
wird von Menschen einer individualisierten, pluralistischen Gesellschaft immer weniger akzeptiert.

Etwa ein Drittel der 1,2 Mill. Demenzkranken in Deutschland lebt heute schon im Heim, Tendenz steigend, und knapp zwei Drittel der Betroffenen leben (noch) in eigener Häuslichkeit, entweder zusammen mit dem Ehepartner oder den Kindern, in einem relevanten Ausmaß jedoch auch allein in einer EPHH.

Abbildung 5: Verteilung der Wohnformen von Demenzkranken in Deutschland



Eigene Berechnungen nach folgenden Quellen:

1. Gesundheitsbericht 2006:
2. Böhm, K., 2009 S. 49: ca 61% in privaten Haushalten
3. Pawletko, K. (Vorsitzender des Vereins „Freunde alter Menschen“):

In den letzten 20 Jahren ist eine alternative Wohnform für Demenzkranke entstanden, die zwar noch eine untergeordnete quantitative Rolle spielt, aber durchaus das Potential für eine größere Bedeutung hat.

Etwa 5,5 Mill. Menschen im Alter von 65 J. +, das ist etwa ein Drittel dieser Altersgruppe, leben in Deutschland allein in einem Ein-Personen-Haushalt (Statistisches Bundesamt 2010). Wenn wir mit der Prävalenzrate von 7,1% die Zahl der Demenzkranken unter ihnen schätzen, ergibt sich eine Zahl von etwa 390.000 Menschen, also etwa die Hälfte der Demenzkranken, die noch in eigener Häuslichkeit leben. Bis zu einem gewissen Grad der Demenz und Pflegebedürftigkeit ist das auch vertretbar, mit einem gut kombinierten Netzwerk aus professioneller Pflege, Angehörigen, Nachbarn und Ehrenamt, ab einem bestimmten Zeitpunkt wird das Allein leben aber prekär, schwierig und auch risikoreich für alle Betroffenen.

Wir brauchen also vor allem im Bereich Wohnen Alternativen, die auch mit den Aspekten der demenzfreundlichen Kommune:

- Gemeindeintegration und Quartiersbezug
- Teilhabe und Teilgabe
- geringer Grad der Institutionalisierung
- kleine, überschaubare Größe (einstellige Platzzahl)
- Normalitätsprinzip
- Möglichkeiten der Integration von Angehörigen und Ehrenamt

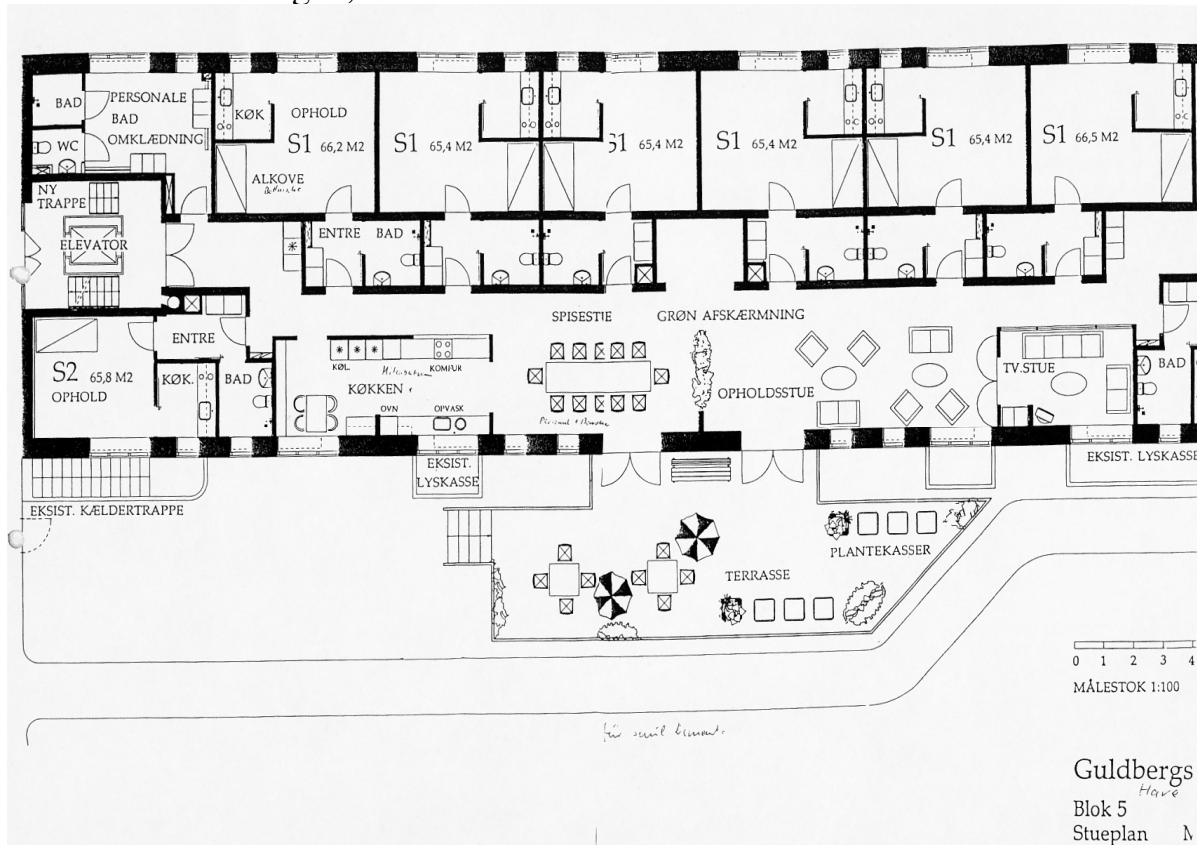
kompatibel sind.

Wie können wir aus einem Anteil von 1% der Wohnform Demenz- oder Pflege-WG an der Gesamtsituation z.B. einen von 10% machen?

- Weiterentwicklung des Betreuten Altenwohnens, hin zum eigenständigen Wohnen mit Pflege bis zuletzt.
- Weiterer Ausbau der ambulant betreuten Pflege-WGs
- Wenn jeder ambulante Pflegedienst in seinem Einzugsbereich eine WG hat → 100.000 Wohnplätze, insbesondere für allein lebende Demenzkranke bzw. Pflegebedürftige, für die kein Möglichkeit des Zusammenleben mit Angehörigen besteht.
- Berücksichtigung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes 2008:
 - Poolen von Leistungen (gleichzeitige Betreuung/Pflege für mehrere Pflegebedürftige mit einfacherer Abrechnung)
- Weiterentwicklung des SGB XI in der Zukunft:
 - Neufassung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit
 - Gleiche Pflegestufe → gleiche Sätze, unabhängig von gewählter Pflege
- Einführung eines Sabbatjahres für Angehörige von schwer Pflegebedürftigen oder Sterbenden (nach Modell der Altersteilzeit, das Pflegezeitgesetz 2008 und der Entwurf zum Pflegeteilzeit-Gesetz greifen noch zu kurz, v.a. wegen Freiwilligkeit der Arbeitgeber)

Es gibt Beispiele einer geglückten De-Institutionalisierung in Europa, z.B. Dänemark, das schon in den 70er Jahren mit einem gesetzlichen Baustopp für Altenheime traditionellen Typs neue Wege der Betreuung von älteren Menschen mit Pflegebedürftigkeit beschränkt hat. Statt dessen wurden grundsätzlich nur noch Pflegewohn-Apartments mit ambulanter Pflege durch den kommunalen Pflegedienst gebaut.

Abbildung 6: Grundriss eines Dänischen Apartmentkomplexes für Pflegewohnungen, 1996



Das Beispiel dieser Planung zeigt die wichtige Kombination von Individualität mit den Möglichkeiten, sich auch in einer größeren Gemeinschaft zu bewegen. So haben diese Apartmentkomplexe grundsätzlich für jeden Bewohner eine eigene abgeschlossene Wohnung:

- Die einzelnen Apartments haben eine Größe von ca. 65qm (!), mit
- Eingangs-/Garderobebereich, einem Bad/WC mit ebenerdiger Dusche, einem großen Wohn-/Schlafbereich und eine abgetrennte kleine Küche.
- Außerhalb der Apartments fängt die „Nachbarschaft“ an, mit großem Speiseraum, Gemeinschaftsküche, großem Aufenthalts- plus Fernsehraum.
- Vom Speiseraum geht es auf eine große Gemeinschaftsterrasse oder in einen Garten.
- Die professionelle Pflege kommt als ambulante zu „Besuch“ und findet sich oben links in einem Umkleideraum mit Bad und WC wieder.

Dieses Beispiel zeigt die Bedeutung konzeptioneller Ideen, die in die architektonische Planung einbezogen werden müssen, die gleichwohl nicht übermäßig komplex und teuer in der Umsetzung sein müssen.

9. Fazit

- Die Diskussion über Demenz ist an vielen Orten der Gesellschaft laut geworden und in ihren einzelnen Aspekten, Perspektiven und Schlussfolgerungen auch sehr bunt und vielfältig geworden.
- Neben pessimistischen und fatalistischen Perspektiven zeigen sich deutlich auch positive, akzeptierende und lösungsorientierte Diskurse.
- Die Diskussion hat die Medizin und Psychiatrie, wo sie begann, längst verlassen, hat Einzug in die Pflege(-wissenschaft), Soziale Arbeit, Sozial- und Kommunalpolitik sowie in die Stadtplanung und Sozialraumgestaltung gefunden und darüber hinaus in das bürgerschaftliche Engagement, also in die Bürgervertretungen auf regionaler und kommunaler Ebene.
- Mit den Projekten der demenzfreundlichen Kommunen und auch mit dem Einzug in Projekte der Altenpastorale, der Seelsorge in den Kirchengemeinden, ist sie dort angekommen, wo sie hingehört, in die lokale Verantwortungsgemeinschaft der BürgerInnen und Gemeindemitglieder.
- Jetzt gilt es, pluralistische, flexible Lösungen weiterzuentwickeln, und gleichwohl auch einen gewissen Grad an Institutionalisierung zuzulassen, in der Form von anerkannten Hilfetypen wie die Pflegebegleitung, Nachbarschaftshilfe, Pflegewohngemeinschaft, Seniorengenossenschaft u.v.a.m.
- Und wir müssen uns verabschieden von dem Entwurf der Moderne, der Individualisierung und Pluralisierung der Lebensformen über den ganzen Lebensverlauf. Wir werden neue Formen der Vergemeinschaftung entwickeln müssen, jenseits der traditionellen blutsverwandten Familie und des familialen Angehörigenkreises
- Zum Schluss die individuelle Ebene: Wir müssen uns verabschieden von der idyllischen Vorstellung eines lebenslang gesunden Lebens, körperlich und geistig sowie psychisch, von der Machbarkeit und Berechenbarkeit von Gesundheit in jedem Lebensalter. In Bezug auf Demenz heißt das, wir müssen akzeptieren, dass die Demenz potentiell in uns noch Jüngeren schlummert, und nun spreche ich von Chance statt Risiko, was wahrscheinlichkeits-theoretisch das selbe ist. Mit einer Wahrscheinlichkeit von 1 : 100 werden wir zwischen 65 bis 70 dement, mit einer von 1 : 33 zwischen 70 und 75 Jahren, mit einer von 1 : 16 zwischen 75 und 80 Jahren, mit einer von 1 : 8 zwischen 80 und 85, und einer von 1 : 4 zwischen 85 und 90 Jahren. Spätestens ab 95 Jahren können wir dann eine Münze werfen (vgl. Abbildung 4).

Schlusswort, frei nach Heinz von Förster: „Nichts hindert uns daran, auf eine Zukunft hinzuwirken, die wir uns selbst wünschen.“

10. Literatur

- Bauer, J., 1994, Die Alzheimer-Krankheit, Schattauer Verlag, Stuttgart
- Bickel, H., 2006, Herausforderung Demenz – Zünder an der demographischen Zeitbombe? Vortrag und PP-Präsentation auf der Tagung „Leben mit Demenz“ der Evang. Akademie Tutzing, 4.-5. 10. 2006
- Böhm, Karin; 2008, Datenreport 2008, Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland; Bundeszentrale für politische Bildung; Bonn

Brandenburg, H., 2010, Altern, Pflegebedürftigkeit und die Relevanz für die gerontologische Pflege, Vortrag am 6. 12. 1010 Fakultät für Pflegewissenschaft, PTHV (Philosophisch-Theologische Hochschule Valldar)

Bubolz-Lutz, E., Kricheldorf, C., 2008, pflegeBegleiter – ein Modellprojekt des Forschungsinstituts Geragogik mit institutionellen Partner 2004-2008, Forschungsinstitut Geragogik, wiss. Begleitforschung: KFH Freiburg, Institut für Angewandte Forschung, Entwicklung und Weiterbildung (IAF), unveröff. Projektbericht, Viersen und Freiburg, 31.10.2008

Deutsche Alzheimer Gesellschaft, 2010, Selbsthilfe Demenz, Infoblatt Das Wichtigste 1: Die Epidemiologie der Demenz, Quelle: www.deutsche-alzheimer.de

DIP e.V., Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (Hrsg.), 2008, Ansätze zur Pflegeprävention – Rahmenbedingungen und Analyse von Modellprojekten zur Vorbeugung von Pflegebedürftigkeit, Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover

Forschungsverbund DHP (Hrsg.), 1998, Die Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie, Verlag Hans Huber, Bern

Fries J. F., 1980, Aging, natural death, and the compression of morbidity. The New England Journal of Medicine, 1980, 303, S. 130-135.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Juli 2006, Berlin, Hrsg.: Robert Koch-Institut

Goffman, E., 1973, Asyl, Suhrkamp Verlag, Frankfurt/M.

Gronemeyer, R., 2008, „Demenzfreundliches Wohnen vor der Endstation Pflegeheim und demenzfreundliche Gestaltung des öffentlichen Raumes“, Vortrag auf dem 3. Altenhilfekongress Leipzig, 03.12.08 – Forum 2 - Referat II, 5 Seiten; Quelle: www.familie.sachsen.de/download/.../Forum_2_Gronemeyer.pdf Abruf am 21.3.2011

Gronemeyer, R., Wissmann, P., 2009, Was demenziell Erkrankte brauchen – Auf dem Weg zu einer demenzfreundlichen Kommune, in: Bertelsmann-Stiftung (Hrsg.), Initiieren – Planen – Umsetzen. Handbuch kommunale Seniorenpolitik, Verlag Bertelsmannstiftung, Gütersloh, S. 207-216

Kulmey, A., 2010, Krankheitsentwicklung und Rehabilitationspotentiale jenseits des 60. Lebensjahrs, Vortrag auf dem Rehabilitationswissenschaftlichen Symposium: Chronische Krankheiten und Rehabilitation in der Lebensspannenentwicklung, Charité Berlin-Universitätsmedizin, 12. 11. 2010, download 4.4.2011: http://www.bbs.charite.de/aktuell/termine/abstracts_symp2010/Kuhlme_y_GfR_Symp_Berlin12Nov10_Vortrag.pdf

Neue Westfälische Zeitung, Bielefeld, 9.10.1993

Schneekloth, U./Potthoff, P., 1993, Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten. Bericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt ‚Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung‘ im Auftrag des BMFuS (Band 20.2. –Schriftenreihe des BMFuS, W. Kohlhammer Verlag, Stuttgart

Schneekloth, U./Müller, U., 1997, Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen. Endbericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt ‚Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen‘ (Band 147.2 –Schriftenreihe des BMFSFJ, W. Kohlhammer Verlag, Stuttgart

Schneekloth, U./ Wahl, H.-W. (Hrsg.), 2006, Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten, W. Kohlhammer Verlag, Stuttgart

Statistisches Bundesamt 2010, Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland 2010, Wiesbaden

Werner, B., 1997, Demenz - Epidemiologie, Ursachen und Folgen einer psychischen Erkrankung im Alter. Aspekte einer psychischen Erkrankung im Alter aus einer gesundheitswissenschaftlich-interdisziplinären Blickrichtung, Juventa, Weinheim, 372 S.

Werner, B., 2004, Das pflegerelevante soziale Netzwerk demenzkranker alter Menschen, in: Zeitschrift Pflegewissenschaft, PrInternet, 7-8, 2004, hps-Verlag

Weyerer, S./Bickel, H., 2006, Epidemiologie psychischer Störungen im höheren Lebensalter, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart



BUNDESINITIATIVE Daheim statt Heim

c/o Silvia Schmidt, MdB, Platz der Republik 1, 11011 Berlin,

Tel.: 030 227 -73109 (Fax: - 76627)

www.bundesinitiative-daheim-statt-heim.de - info@bi-daheim.de