



Demenz Die Herausforderung für die Pflege im 21. Jahrhundert

**Demenz, die gesellschaftliche Herausforderung
im 21. Jahrhundert**

Vortrag im Rahmen des 3. Pfllegetages an der Akademie für
Pflege- und Sozialberufe in Marburg, 6. April 2011

Prof. Dr. Burkhard Werner
Studiengänge Pflege und Gesundheit
Kath. Hochschule Freiburg
werner@kh-freiburg.de

KATHOLISCHE
HOCHSCHULE FREIBURG
CATHOLIC UNIVERSITY
OF APPLIED SCIENCE FREIBURG



Gliederung:

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. Herausforderung für uns alle
7. Demenzfreundliche Kommunen
8. Alternative Wohn- und Lebensformen: 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....
- ...Mitunter Demenz als „Seuche“ des 20. Jh. bezeichnet,
 - so in etwa lautete es in der Einleitung einer Studien zur Demenz aus dem Jahr 1997
- Suggestion: Die Krankheit greife um sich, das Risiko, an Demenz zu erkranken, werde immer größer.
- Ja sogar: Auch jüngere Menschen sind zunehmend betroffen! (vgl. nächste Folie)

1. Einleitung: Gesellschaftliche Einstellung zur Demenz

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

1. Einleitung: Gesellschaftliche Einstellung zur Demenz

- Erkrankung greift im „erschreckenden Maße“ immer rascher um sich...
- Die Opfer der Alzheimer-Krankheit werden immer jünger...
- Erkrankung kann schon mit 40 Jahren auftreten...
- Letzteres stimmt, die sog. „präsenile Demenz“ findet sich schon bei Menschen ab 40 J., aber ganz selten.
- A. Alzheimers Patientin: mit 51 J. erkrankt, mit 56 J. gestorben.

- Der Autor der zuvor erwähnten Studie von 1997 bin übrigens ich gewesen, es handelte sich um meine Dissertation.

1. Einleitung: Gesellschaftliche Einstellung zur Demenz

- Ist die Haltung zur Demenz in Zwischenzeit anders geworden?
- Immer noch große Ängste davor, zunehmende Zahl Erkrankter hat Demenz noch stärker ins kollektive und individuelle Bewusstsein gerückt.
- Auch hier und heute sprechen wir von der „Demenz als Herausforderung“, nun im 21. Jh.
- Muss man auf Demenz mit Angst und, als Folge, kollektiver und individueller Abwehr reagieren?
- Ich habe mindestens zwei Antworten: Ja und Nein!

2. Epidemiologie der Demenz, 2.Hälfte 20. Jh.

- In meiner Dissertation 39 epidemiologische Feldstudien (Europa, USA, Asien) zu psychischen Erkrankungen im Alter bzw. speziell zu Demenz in einer Meta-Analyse untersucht.
- Davon 15 Studien Prävalenzraten für mittelschwere bis schwere Demenz, auch sonst methodisch vergleichbar
- Prävalenzrate heißt: Anzahl Demenzkranker pro 100 Menschen im Alter (z.B. von 60J.+ bzw. 65J.+), in %
- Die Altersgruppen waren 60jähr. u.ä. bzw. 65jähr. u.ä. bzw. nur 70jährige

2. Epidemiologie der Demenz, 2.Hälfte 20. Jh., 15 Studien: mittelschwere bis schwere Demenz

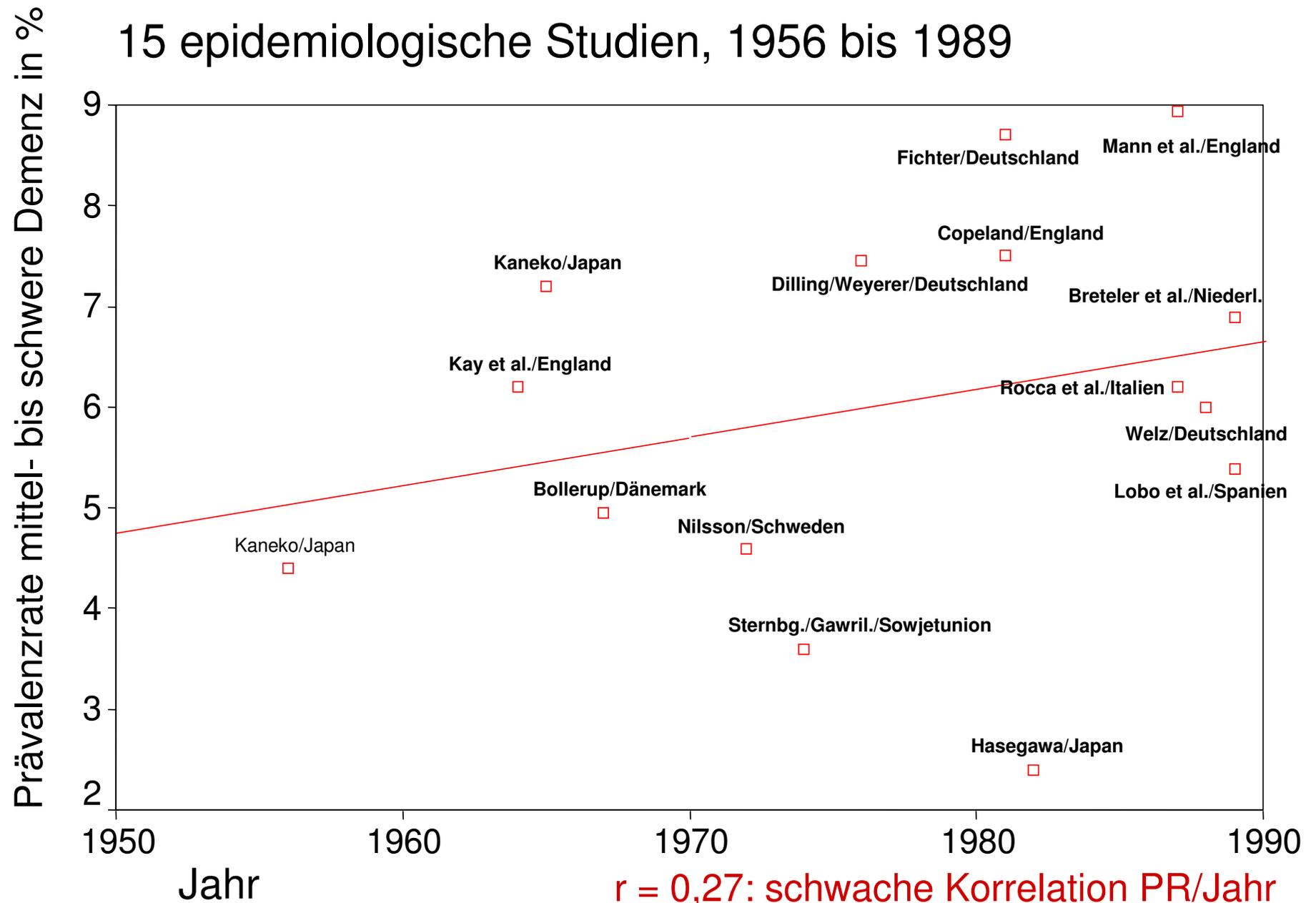
AutorInnen der Studie und Land	Forschungsjahr	Prävalenzrate mittel-schwere/schwere Demenz	Durchschnittsalter untersuchte Population
Kaneko/Japan	1956	4,4	68,9
Kay et al./England	1964	6,2	73,7
Kaneko/Japan	1965	7,2	74,5
Bollerup/Dänemark	1967	5,0	70,0
Nilsson/Schweden	1972	4,6	70,0
Sternberg/Gawrilowa/Sowjetun.	1974	3,6	68,8
Dilling/Weyerer/Deutschland	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

- ## 2. Epidemiologie der Demenz, 2.Hälfte 20. Jh., 15 Studien: mittelschwere bis schwere Demenz
- In der Tat: ein Trend zunehmender Prävalenzraten für Demenz im Zeitverlauf.
 - Aber auch schon hohe Prävalenzraten in ganz frühen Studien! (Kay et al. 1964 in England: 6,2%, Kaneko 1965 in Japan: 7,2).
 - Und: Auch die Studien-TeilnehmerInnen waren tendenziell immer älter (siehe Durchschnittsalter).
 - Schauen wir uns zunächst den Zeitverlauf an.

Prävalenzraten für mittelschwere bis schwere Demenz

15 epidemiologische Studien, 1956 bis 1989



2. Epidemiologie der Demenz, 2.Hälfte 20. Jh.,
15 Studien: mittelschwere bis schwere Demenz
- schwache Korrelation ($r = 0,27$) der Prävalenzraten mit Studienjahr
 - Je jünger die Studien, desto höher die Prävalenzraten (mit Ausnahmen): → Zunehmende Ängste berechtigt?
 - Nun zum Zusammenhang zwischen Prävalenzraten und jeweiligem Durchschnittsalter der Studienpopulationen:

Prävalenzraten mittelschwere bis schwere Demenz nach Durchschnittsalter der Studienpopulation

15 epidemiologische Studien 1956-1989



Durchschnittsalter Studienpopulation

$r = 0,57$: starke Korrelation PR/
Durchschnittsalter Std.-Pop.

2. Epidemiologie der Demenz, 2.Hälfte 20. Jh., 15 Studien: mittelschwere bis schwere Demenz

- Prävalenzraten der Studien korrelieren stark ($r= 0,57$) mit Durchschnittsalter der Studienpopulationen.
- Je höher das Durchschnittsalter, desto höher die Prävalenzraten (eine Ausnahme; Hasegawa 1982 in Japan). →
- Altersstruktur der Studienpopulation scheint also entscheidender Faktor für Höhe der PR zu sein.
- Entsprechend konsistent fällt dann auch ein Ergebnis der Demenzepidemiologie aus:
 - Demenz-Prävalenz steigt nicht linear mit dem Alter, sondern kurvilinear, exponentiell: Verdoppelung der PR je 5-Jahre höhere Altersgruppe (Weyerer/Bickel 2006: 65)

2. Epidemiologie der Demenz, 2.Hälfte 20. Jh., 15 Studien: mittelschwere bis schwere Demenz

- Wenn Effekt der unterschiedlichen Alterszusammensetzung auf Prävalenzraten herausgerechnet wird (statistisch: konstant halten), dann sogar schwache negative Korrelation der Prävalenzraten im Zeitverlauf ($r = - 0,12$), m.a.w.
- Hätten alle 15 Studien mit gleicher Alterszusammensetzung gearbeitet (hier gemessen am Durchschnittsalter)
 - im Schnitt leicht sinkende Prävalenzraten im Zeitverlauf
 -
- Anstieg der Demenzprävalenz ausschließlich auf die Zunahme der Lebenserwartung im 20 Jh. zurückzuführen!

2. Epidemiologie der Demenz, 2.Hälfte 20. Jh., 15 Studien: mittelschwere bis schwere Demenz

- Also: meine erste Antwort auf Frage nach der Angst und Abwehr vor und von Demenz ist „Nein“:
- Individuelles Risiko, jeweils auf bestimmte Altersgruppe bezogen, eine Demenz zu erwerben, hat sich in 2. Hälfte des 20. Jh. nicht erhöht, eher verringert.
- Passt gut zu anderen Ergebnisse der Epidemiologie, geht gut zusammen mit der
 - sog. Kompressionstheorie: → Verschiebung schwerer Erkrankungen in höhere Altersgruppen, im Zusammenhang mit einem insgesamt gesünderen Altern (vgl. auch Fries, 1980: „Compression of morbidity“)
 - und Ergebnissen aus der Epidemiologie z.B. der HK-Erkrankungen (Rückgang Herzinfarkt- und Schlaganfall-Mortalität)
 - mit dem Fortschritt und der Leistungsausweitung in Medizin und Pflege

2. Epidemiologie der Demenz, 2.Hälfte 20. Jh., 15 Studien: mittelschwere bis schwere Demenz

- Aber: Wir haben ein weiteres, folgenreicheres Risiko entwickelt, „Risiko“ der steigenden Lebenserwartung und Hochaltrigkeit
- „Risiko“, dement zu werden, über gesamte Lebenszeit – v.a. aber Alterszeit – hinweg, ist mit unserer gewachsenen Lebenserwartung stark angestiegen.
- Also: meine zweite Antwort auf die Frage nach berechtigter Angst und Abwehr vor und von Demenz ist ein „Ja“:
- Das wird sich bis 2050 für Deutschland in etwa so darstellen: →

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

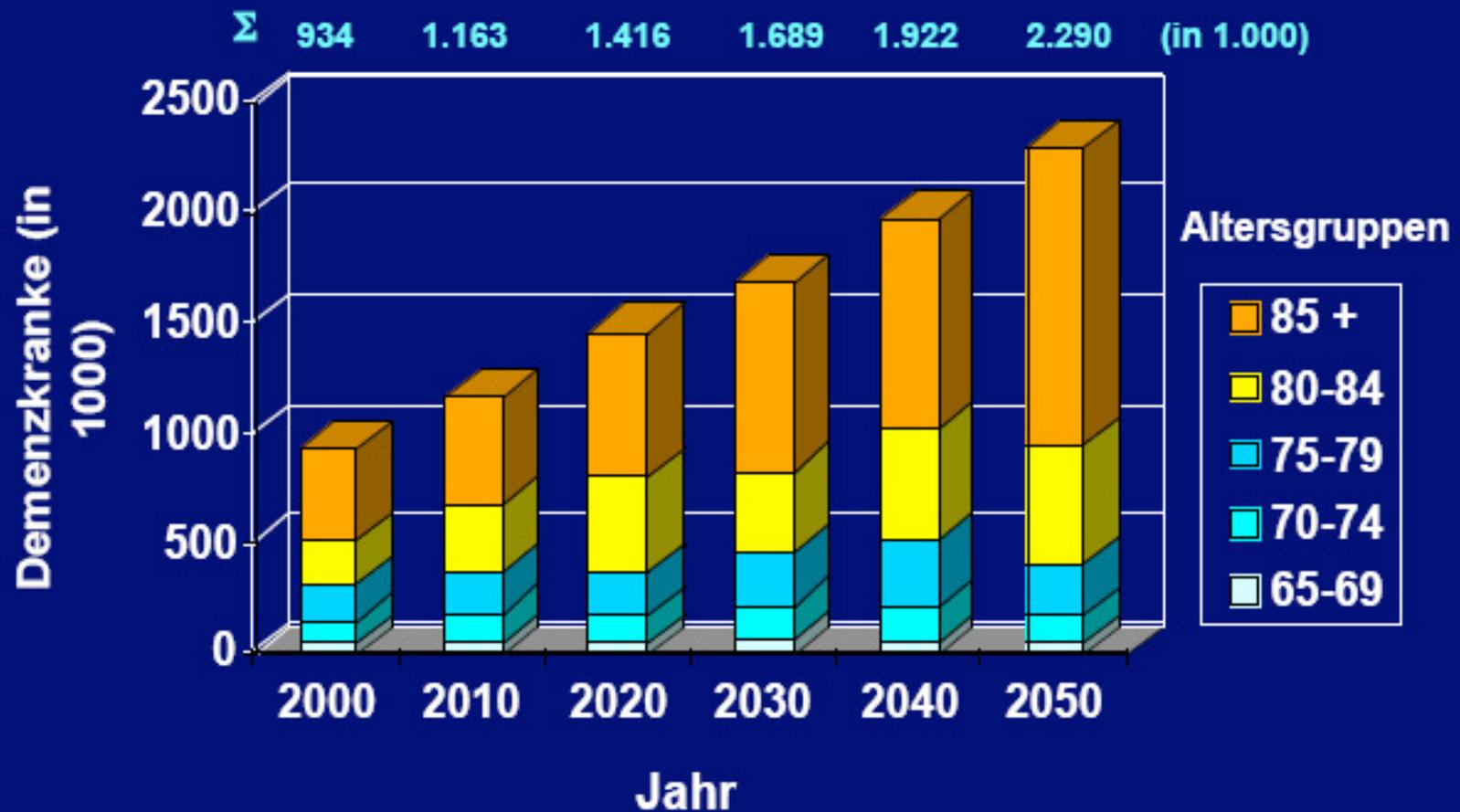
Tabelle 5.5: Mittlere Prävalenzrate und geschätzte Zahl der Demenzkranken in Deutschland zum Ende des Jahres 2002 (Quelle: Bickel, 2002)

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.

Anzahl von Demenzkranken in Deutschland vom Jahr 2000 bis zum Jahr 2050 *



* nach der mittleren Variante der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (2003)
unter Annahme gleich bleibender Erkrankungsraten (Bickel 2002)

Quelle: Bickel 2006

3. Derzeitiger Stand und Prognose zur Prävalenz der Demenz bis 2050 in Deutschland
- Mit den Daten der 10. koordin. Bevölkerungsvorausberechnung (2003) und den altersgruppen-spezifischen PR erhielt man
 - für 2010 etwa 1,16 Mill. Demenzkranke
 - für 2050 hochgerechnet doppelt so viele, etwa 2,3 Mill. Demenzkranke

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

- Mit Daten der 11. koordin. Bevölkerungsvorausberechnung (2006) und den AG-spezifischen PR erhält man aufgrund des wieder gewachsenen Anteils Hochaltriger in Deutschland
 - für 2010 etwa 1,21 Mill. Demenzkranke,
 - für 2050 hochgerechnet mehr als doppelt so viele, ca. 2,6 Mill.

Geschätzte Zunahme der Krankenzahl von 2000 bis 2050

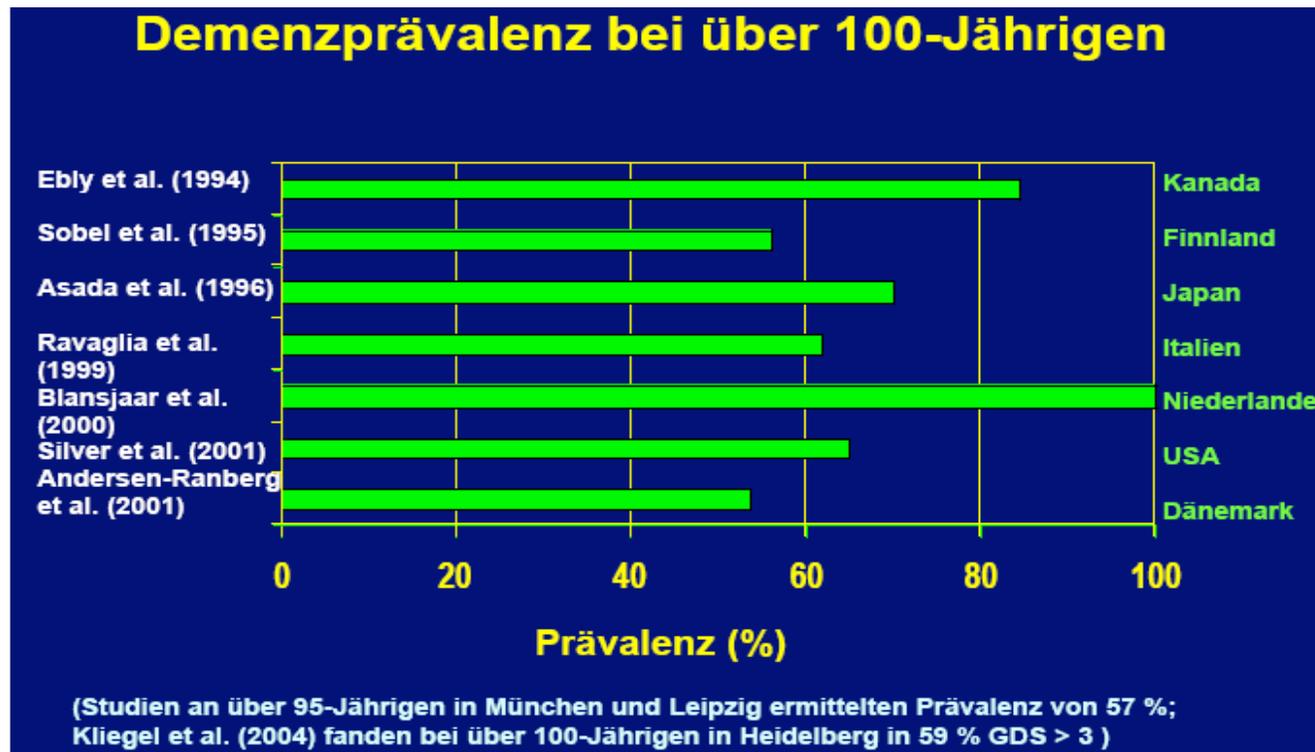
Jahr	Geschätzte Anzahl von über 65-Jährigen in Millionen	Geschätzte Krankenzahl
2000	13,7	935.000
2010	16,8	1.210.000
2020	18,6	1.545.000
2030	22,2	1.824.000
2040	23,8	2.197.000
2050	23,5	2.620.000

Quelle: Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2010: 2

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

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

- Wir können (müssen) 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 PR vermutlich nicht mehr. Sie bleibt bei etwa 50-70% stehen, nach allem, was wir wissen.



- Methodische Probleme und z.T. niedrige Fallzahlen bei diesen Studien

Quellen: Bickel 2006
Weyerer/Bickel 2006:66

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

- Wenn wir nicht unsere Lebenserwartung (wieder) reduzieren wollen, bleibt uns also nur Folgendes übrig:
- das ist meine 3. Antwort, nicht irgendwo zwischen Ja und Nein, sondern auf einer anderen Ebene:
 - Akzeptanz der Demenz als etwas zum Menschen gehöriges
 - ein eher normaler Aspekt des alt Werdens als ein unnormaler
 - keine Krankheit, sondern eine „normale“ Existenzweise
 - da nach den Regeln der medizinischen Diagnostik und Nosologie Krankheit immer als Abweichung von der Norm, also der Mehrheit ist.

4. Epidemiologie und Prognose der Pflegebedürftigkeit

- In Deutschland einigermaßen gesicherte Daten zur Häufigkeit von Pflegebedürftigkeit, die Studien von TNS Infratest Sozialforschung (Schneekloth/ Potthoff 1993, Schneekloth/Müller 1997, Schneekloth/Wahl 2006).
- Diese Studien sind methodisch vergleichbar.
- Im Folgenden die Ergebnisse der Studien zur Häufigkeit von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in privaten Haushalten nach Altersgruppen und im Vergleich zwischen 1991 und 2002.

4. Epidemiologie und Prognose der Pflegebedürftigkeit

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

4. Epidemiologie und Prognose der Pflegebedürftigkeit

- Im Vergleich zwischen 1991 und 2002: → keine starken Veränderungen der Pflegebedürftigkeitsraten
- sogar geringe Reduktionen bei einigen Altersgruppen
- Interpretationen:
 - Kompressionshypothese, insgesamt gesünderes Altern, oder
 - Zunahme der Übersiedlung in stationäre Pflege im höheren Alter und bei höher Pflegebedürftigkeit (vgl. Schneekloth/Wahl 2006: 66).
- Insgesamt kein Hinweis auf Zunahme des individuellen „Risikos“ für Pflegebedürftigkeit, eher Konstanz (ähnlicher Befund wie bei der Demenzprävalenz).
- Lebenszeit-Risiko der Pflegebedürftigkeit wird deshalb größer, weil wir immer älter werden.

4. Epidemiologie und Prognose der Pflegebedürftigkeit

- Das „Risiko“ der Pflegebedürftigkeit steigt, ähnlich wie bei der Demenz, nicht linear, sondern kurvilinear, exponentiell mit dem Alter.
 - Ab Altersgruppe 65 Jahre u.ä.: von einem insgesamt höheren Ausgangsniveau als bei der Demenz, eine Verdoppelung der Pflegebedürftigkeitsrate in jeder um 5 Jahre höheren Altersgruppe.
 - In jeder Altersgruppe ist der Anteil der Pflegebedürftigen jedoch höher als der der Demenzkranken, was auch plausibel ist.
 - Demenzkranke sind in jeder Altersgruppe (ab 65J.+) der Pflegebedürftigen weitgehend komplett enthalten.
 - Ähnlich wie bei der Demenzprävalenz, kann auch mit den altersgruppenspezifischen Raten eine Prognose erstellt werden. →

4. Epidemiologie und Prognose der Pflegebedürftigkeit

Tabelle: Verschiedene Prognosen der Pflegebedürftigkeit (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: Kuhlmeier 2010

4. Epidemiologie und Prognose der Pflegebedürftigkeit

- Die abs. 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.
- Demenzkranke sind darin 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 es mindestens 2 von 3 (vgl. Schneekloth/Wahl, Hrsg., 2006: 103)

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

- Für 2009, dem Jahr mit den aktuellsten hier verfügbaren Daten, berichtet das Statistische Jahrbuch 2010 der BRD von
 - 792.000 Gesundheits- und (Kinder-)KrankenpflegerInnen,
 - 414.000 AltenpflegerInnen.
 - 258.000 KrankenpflegehelferInnen
 - ca. 20.000 AltenpflegehelferInnen (geschätzt aus früheren Angaben)
- zusammen fast 1,5 Millionen beschäftigte Pflegekräften
- darunter gut 1,2 Millionen 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.
- Die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege ist zurückgegangen, besonders stark in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege

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

- Prognose für quantitative Entwicklung d. Pflegeberufe schwierig:
 - einerseits Rückgang der Besetzung jüngerer Altersgruppen, also Rückgang der SchülerInnenzahlen und der Beschäftigtenzahlen möglich
 - andererseits ist die Pflegeberufsgruppe auch in der jüngeren Zeit kontinuierlich gewachsen.
- Ich wage eine vorsichtige Prognose:
 - Wenn Beruf attraktiver wird (bessere Arbeitsbedingungen, besseres Berufsimago, Teil-Akademisierung) und
 - wenn Verbleibsdauer im Beruf anwächst,
ist zumindest ein Konstanz der Beschäftigtenzahlen denkbar.
- Insgesamt zeigt Wandel in der Spätmoderne von der Industrie- zur Dienstleistungsgesellschaft eine Zunahme personenbezogener Dienstleistungen und entsprechend Berufstätiger:
 - Selbst im Krisenjahr 2009 hat in D. die Zahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen um 100.000, von 4,6 auf 4,7 Mill. zugenommen (ebd.)

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

- Derzeit 1,2 Mill. Demenzkranke, insg. 2,4 Mill. Pflegebedürftige (SGB XI)
- und die Prognose ihrer Verdoppelung
- bleiben die große Herausforderung für die Pflege,
- die sich bis 2050 zahlenmäßig wohl nicht verdoppeln wird.

- Eine rein quantitatives Wachstum der Berufsgruppe der Pflege wird nicht ausreichend sein, sondern wir brauchen qualitative Veränderungen 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/-quartier, Dorf)
 - und den Kirchen und Kirchengemeinden

- Gegenwart/Zukunft der Versorgung und Integration Demenzkranker und Pflegebedürftiger in die Gesellschaft ist/wird also Herausforderung für alle.

6. Beispiele für eine kooperative Pflege!

- **Das Bundesmodellprojekt „Pflegebegleiter“ in vier Regionen Deutschlands ist**

ein Beispiel für eine gelungene Kooperation professioneller Pflege mit Angehörigen und bürgerschaftlich Engagierten

- Zugehende Beratung, Begleitung, Stärkung von pflegenden Angehörigen
- Vernetzung und Kooperation mit der pflegerischen Infrastruktur vor Ort
- Von der Fürsorge zum Empowerment
- Aufbau eines bundesweiten Netzes von Freiwilligen
(Bubolz-Lutz, Kricheldorff 2008; www.pflegebegleiter.de)

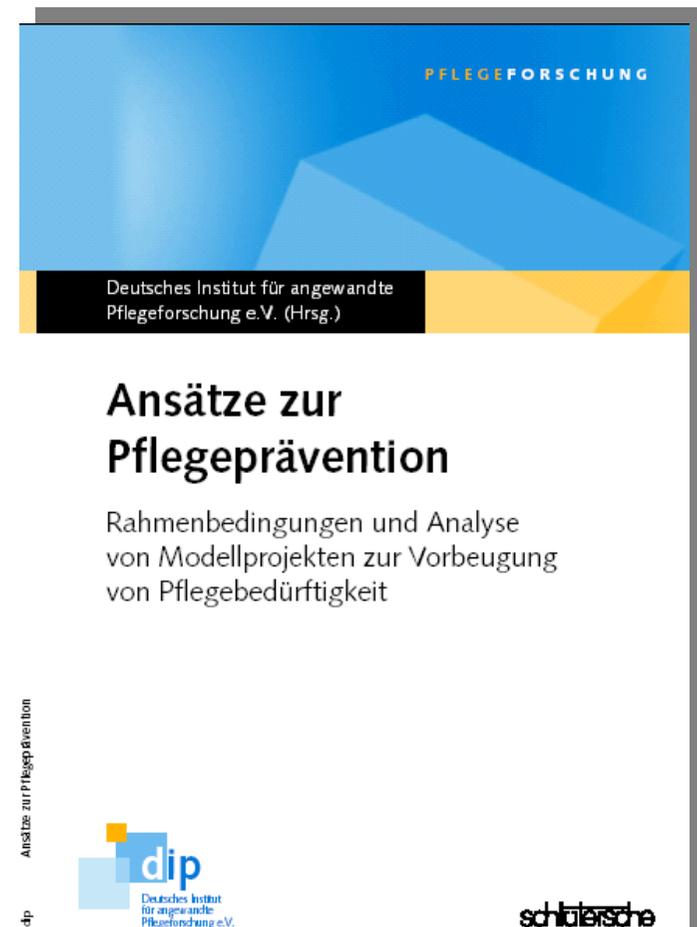
6. Beispiele für eine kooperative Pflege!

- Weiteres Beispiel für gelungene Kooperation professioneller Pflege mit Angehörigen:

Der präventive Hausbesuch im Rahmen der Pflegeprävention

Erfolgsfaktoren Präventiver Hausbesuche

- Beziehungsarbeit und fachliche Beratung
- systemischer Ansatz (multidimensional und multidisziplinär)
- eigens qualifiziertes Personal
- assessmentgestützter Prozess
- Beratungszyklus über mindestens 2 Jahre
- Aktive Unterstützung schon der Hilfebedürftigen
- Zielgruppenorientierung (dip e.V. 2008)



7. Demenzfreundliche Kommunen

- Die Initiative der Robert-Bosch-Stiftung Aktion Demenz e.V. –
Gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz

geht nun den Weg in die kommunale Öffentlichkeit, spricht also alle Bürgerinnen und Bürger der Kommunen an.

„Demenzkrankungen gehören zu den häufigsten Erkrankungen des fortgeschrittenen Lebensalters. Sie stellen unsere alternde Gesellschaft vor große Herausforderungen.

Von Demenz betroffene Menschen sind angewiesen auf die Hilfe ihrer Familie und Freunde, aber auch auf ein soziales Umfeld, das sie auffängt und eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglicht, die von Wertschätzung und Respekt getragen ist.

In der Gestaltung des sozialen Umfelds kommt dem Engagement von Kommunen und der Aktivierung zivilgesellschaftlicher Kräfte eine hohe Bedeutung zu.“

(Quelle: <http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/html/20834.asp>)

7. Demenzfreundliche Kommunen

- Die Idee der demenzfreundlichen Kommune dürfte hier in der Nähe von Gießen sicher bekannt sein, ebenfalls Reimer Gronemeyer, der den Begriff geprägt hat.
- Aber zunächst zu seinen Grundaussagen:
 - Zweifel daran, dass Demenz eine Krankheit im üblichen Sinne ist
 - Demenz ist genaues Gegenteil dessen, was spätmoderne Gesellschaft sein will: Autonomie, Leistungsfähigkeit, Konkurrenz, Konsum auf individueller Ebene
 - Menschen mit Demenz sind unsere heimlichen Zwillinge: weil sie all das an sich haben, was heute als das schlimmste Übel gilt: Abhängigkeit, Hilfebedürftigkeit...
 - Menschen mit Demenz machen uns deutlich, dass wir in einer „zertrümmerten Gesellschaft“ leben.
 - Deswegen sind sie uns vielleicht eine Hilfe, weil sie uns deutlich machen, dass wir unseren Alltag, unsere Kommunen (bis in die Architektur und Stadtplanung) umgestalten müssen.

(Gronemeyer 2008: 2)

7. Demenzfreundliche Kommunen

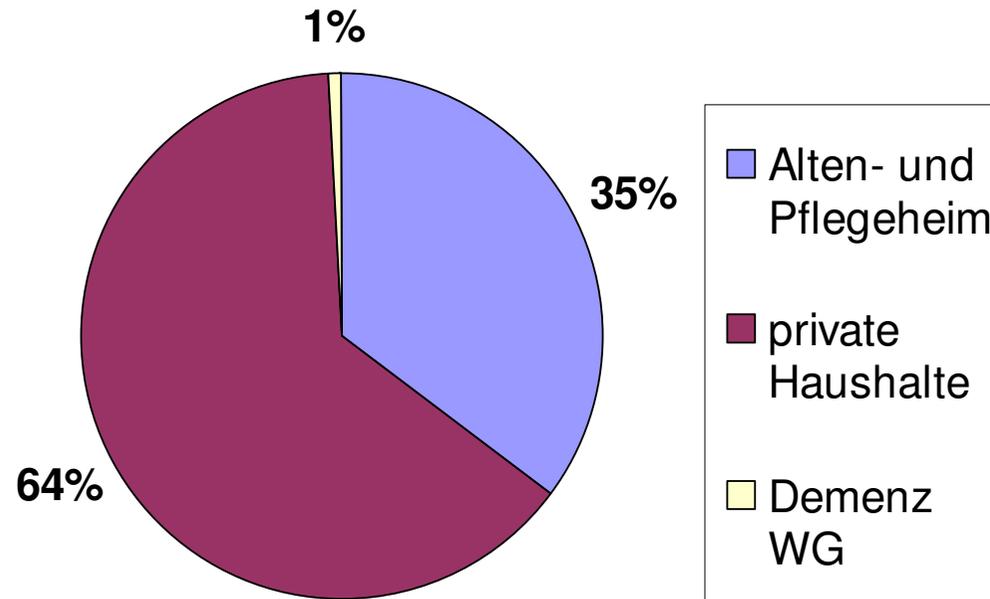
- Aus diesen Grundaussagen → Vorgehensweise für die demenz-freundliche Kommune, die jede Kommune auch selbst gestalten muss:
 - In Gießen begann das mit der Durchführung von drei Workshops:
 1. mit Profis, also Ärzten, Pflegekräften, Apothekern etc.
 2. mit Berufsgruppen und Organisationen, die mit Demenz zu tun haben, ohne es zu wissen: Polizei, Feuerwehr, Einzelhandel, ÖPNV
 3. mit Betroffenen und Angehörigen
 - Danach: Ergebnisse der Workshops in einer großen Bürgerversammlung gemeinsam diskutiert, mit der Fragestellung, wie Gießen in 10-15 Jahren eine demenzfreundliche Kommune wird.
 - Viele einfache bis komplexe Vorschläge und Ideen, die hier im einzelnen nicht dargestellt werden können (Einkaufen, Öffentlichkeit, Wohnen, bis zur Farbgestaltung) →
(<http://www.aktion-demenz.de/home/143-demenzfreundliche-kommune-html>)

8. Alternative Wohn- und Lebensformen: Alternativen zur Institutionalisierung

- 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 Schicksalsgefährten, 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.

8. Alternative Wohn- und Lebensformen: Alternativen zur Institutionalisierung

Wohn- und Lebensort Demenzkranker derzeit



Eigene Berechnungen nach folgenden Quellen:

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

8. Alternative Wohn- und Lebensformen: Alternativen zur Institutionalisierung

- Am Beispiel der Gruppe der allein Lebenden mit Demenz und Pflegebedürftigkeit → Alternativen zum Altenpflegeheim aufzeigen:
 - 5,45 Mill. 65j. u.ä. in Einpersonenhaushalten (2009)
 - Darunter geschätzte 390.000 Demenzkranke (7,1%)
- Ab bestimmtem Schweregrad der Demenz und eingeschränkten Möglichkeiten der familiären und nachbarschaftlichen Unterstützung von außen wird ein allein Leben immer weniger möglich u. akzeptabel.
- Im Rahmen des Großprojekts „demenzfreundliche Kommune“ alternat. Wohnformen für Pflegebedürftige u. Demenzkranke ausbauen, die
 - im angestammten Lebensraum lokalisiert sind (Dorf, Stadtteil, Quartier)
 - und Teilhabe und Teilgabe ermöglichen,
 - klein und überschaubar (einstellige Platzzahl) sind, und
 - Angehörige, Ehrenamtliche in die Betreuung integrieren, sowie die
 - professionelle ambulante Pflege einbinden, die zu „Besuch“ kommt.

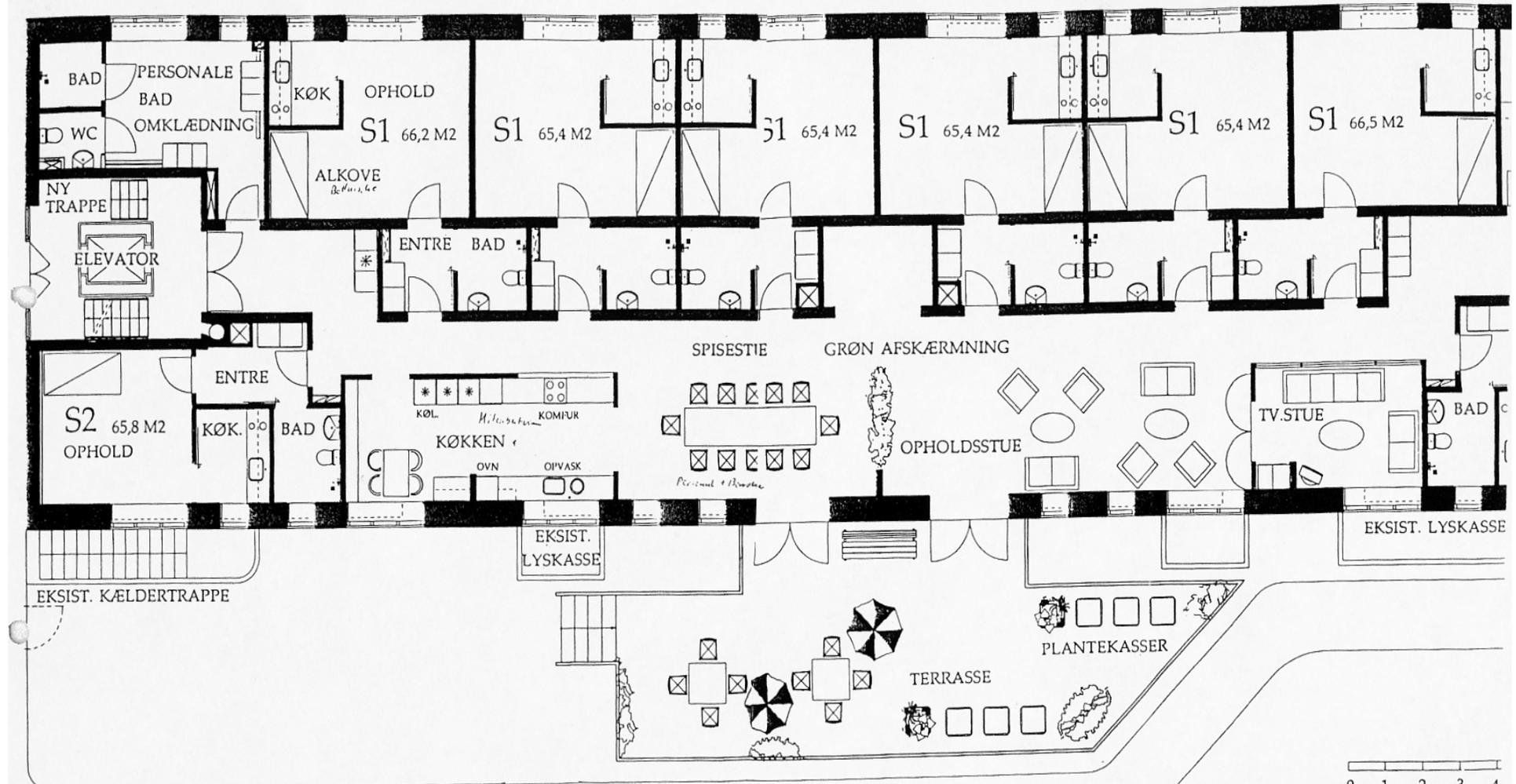
8. Alternative Wohn- und Lebensformen: Alternativen zur Institutionalisierung

- Wie können wir aus 1%-Anteil der WGs z.B. einen 10%-Anteil machen?
- Weiterentwicklung des Betreuten Altenwohnens, hin zum eigenständigen Wohnen mit Pflege bis zuletzt.
- Weiterer Ausbau der ambulant betreuten Pflege-WGs.
 - Jeder amb. Pflegedienst eine WG = 100.000 Wohnplätze
- Berücksichtigung Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008:
 - Poolen von Leistungen
- Weiterentwicklung des SGB XI in der Zukunft:
 - Neufassung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit
 - Gleiche Pflegestufe → gleiche Sätze, unabhängig von Pflegeform
 - Z.B. ein Sabbatjahr für Angehörige von schwer Pflegebedürftigen oder Sterbenden (nach Modell der Altersteilzeit, das Pflegezeitgesetz 2008 und der Entwurf zum Pflegeteilzeit-Gesetz greifen noch zu kurz)

8. Alternative Wohn- und Lebensformen: Alternativen zur Institutionalisierung

- Es gibt Beispiele einer geglückten De-Institutionalisierung in Europa, z.B. Dänemark:
 - Gesetzlicher Baustopp für Altenheime traditionellen Typs in den 70er Jahren
 - Grundsätzlich nur Pflegewohn-Apartments mit ambulanter Pflege durch den kommunalen Pflegedienst

8. Alternative Wohn- und Lebensformen: Alternativen zur Institutionalisierung



Grundriss eines Dänischen
Apartmentkomplexes für
Pflegerwohnungen, 1996

für zwei bewohnt

0 1 2 3 4
MÅLESTOK 1:100

Guldbergs
Have
Blok 5
Stueplan M

8. Alternative Wohn- und Lebensformen: Alternativen zur Institutionalisierung

• Das Beispiel Dänemark:

- Die einzelnen Apartments haben eine Größe von ca. 65qm.
- Eingangs-/Garderobenbereich, ein Bad/WC mit ebenerdiger Dusche, einen großen Wohn-/Schlafbereich und eine abgetrennte kleine Küche
- Außerhalb der Apartments → „Nachbarschaft“ mit großem Speiseraum, Gemeinschaftsküche, großem Aufenthalts- plus Fernsehraum
- Vom Speiseraum → große Gemeinschaftsterrasse
- 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 architektonischer Planungen, die gleichwohl nicht übermäßig komplex und teuer in der Umsetzung sind.

9. Fazit

- Diskussion über Demenz an vielen Orten der Gesellschaft: lauter, bunter, vielfältiger
- Neben pessimistischen, fatalistischen Perspektiven auch positive, akzeptierende, lösungsorientierte Diskurse
- Diskussion hat Medizin und Psychiatrie, wo sie begann, längst verlassen und ist bei der Pflege(-wissenschaft), Sozialen Arbeit, Sozial- und Kommunalpolitik, Stadt- und Raumplanung angekommen.
- Mit den Projekten der demenzfreundlichen Kommune, aber auch z.B. in der Altenpastorale, ist sie in den Kommunen und Kirchengemeinden angelangt, in der Verantwortungsgemeinschaft der BürgerInnen und Mitglieder.
- Jetzt: flexible und pluralistische Lösungen entwickeln, die gleichwohl einen gewissen Grad der Institutionalisierung haben, in Form anerkannter Hilfetypen wie:
 - Pflegebegleitung
 - Nachbarschaftshilfe
 - Pflegewohngemeinschaft
 - Seniorengenossenschaft
 -

9. Fazit

- Wir müssen uns verabschieden vom Entwurf der Moderne:
 - der Individualisierung und Pluralisierung der Lebensformen über gesamte Lebensspanne hinweg
- Wir müssen neue Formen der Vergemeinschaftung entwickeln jenseits der blutsverwandten Familie und des familialen Angehörigenkreises.
- Zum Schluss die individuelle Ebene:
Wir müssen uns verabschieden von der idyllischen Vorstellung eines lebenslang gesunden - körperlich, geistig sowie psychisch – Lebens, 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 schlummert:
 - ab 65-70J. mit einer Chance von 1 : 100
 - ab 70-75J. mit einer Chance von 1 : 33
 - ab 75-80J. mit einer Chance von 1 : 16
 - ab 80-85J. mit einer Chance von 1 : 8
 - ab 85-90J. mit einer Chance von 1 : 4
 - ab 90, spätestens ab 95J. können wir dann eine Münze werfen.

9. Fazit

Schlusswort, frei nach Heinz von Förster:

„Nichts hindert uns daran, auf eine Zukunft hinzuarbeiten, 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 Vallendar
- 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, 31.10.200
- 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

10. Literatur:

- 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/Kuhlmeier_GfR_ymp_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

Vortrag beim Autor, Vortragsmanuskript, ebenfalls, sicher auch auf der Homepage des MAPS.