

Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung an der Hochschule
Neubrandenburg

**„Wie gestaltet sich das Hilfesystem für Angehörige an
Alzheimerdemenz erkrankter Menschen in Theorie und Praxis?
Ein exemplarischer Vergleich der Hilfsangebote und Netzwerke der
Bundesländer Nordrhein-Westfalen und Mecklenburg-Vorpommern.“**

Diplomarbeit

vorgelegt von
Katrín Behrens

Studiengang Soziale Arbeit
Im Wintersemester 2010/2011

Erstprüfer: Prof. Dr. Roland Haenselt
Zweitprüfer: Prof. Dr. Peter Schwab

urn:nbn:de:gbv:519-thesis2010-0554-0

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	2
1. Alois Alzheimer.....	5
2. Epidemiologie Alzheimer-Demenz.....	6
2.1 Prävalenz.....	6
2.2 Inzidenz.....	7
3. Äthiologie.....	8
4. Diagnostik.....	9
4.1 Klassifikation.....	10
4.2 ärztliche Untersuchung.....	10
4.3 neuropsychologische Untersuchung.....	11
4.4 psychiatrische Untersuchung.....	12
4.5 Einschätzung der Leistungsfähigkeit.....	12
4.6 soziale Anamnese.....	13
5. Krankheitsverlauf.....	13
5.1 Das Vorstadium.....	14
5.2 Die begleitungsbedürftige Phase.....	15
5.3 Die versorgungsbedürftige Phase.....	18
5.4 Die pflegebedürftige Phase.....	20
6. Therapeutischer Umgang.....	21
6.1 medikamentöse Behandlung.....	21
6.2 therapeutische Behandlung.....	23
6.2.1 Patientenzentrierte Maßnahmen.....	23
6.2.1.1 somatische Therapie.....	23
6.2.1.2 Beschäftigungstherapie.....	24
6.2.1.3 Realitätsorientierungstraining (ROT).....	25
6.2.1.4 Reminiszenz-Therapie.....	25
6.2.1.5 Validation.....	26
6.2.2 Umweltzentrierte Maßnahmen.....	27
6.2.2.1 Soziotherapie.....	27
6.2.3 Patienten-Umweltverschränkte Maßnahmen.....	28
6.2.3.1 Milieuthherapie.....	28
7. Auswirkungen der Alzheimererkrankung auf nahe Angehörige.....	28

7.1 psychische Auswirkungen	28
7.1.1 Die Entdeckung.....	29
7.1.2 Zorn und Streit	30
7.1.3 Angst und Ohnmacht	31
7.1.4 Die Schuldgefühle	32
7.1.5 Die Rollenverschiebung	33
7.1.6 Einsamkeit und Vereinsamung	35
7.1.7 Trauer	36
7.2. finanzielle Auswirkungen.....	37
7.2.1 Pflegestufen	38
7.2.2 Pflegesachleistungen und Pflegegeld	39
7.2.3 zusätzliche Betreuungsleistungen.....	41
8. soziale Unterstützung durch professionelle Helfer.....	41
8.1 ambulante Hilfsangebote.....	42
8.1.1. Pflegedienste	42
8.1.2 Ärzte.....	42
8.1.3 Betreuungsgruppen	43
8.1.4 Selbsthilfegruppen	43
8.1.5 ehrenamtliche Helfer/Innen	44
8.1.6 Sozialpsychiatrischer Dienst	44
8.2 teilstationäre Hilfen.....	44
8.3 stationäre Hilfen	45
8.3.1 Kurzzeitpflege	45
8.3.2 gerontopsychiatrische Klinik.....	46
8.3.3 Pflegeheim	46
9. die Rolle der sozialen Arbeit.....	47
10. Vergleich der Hilfsangebote und Netzwerke der Bundesländer Nordrhein- Westfalen und Mecklenburg-Vorpommern.....	48
10.1 Nordrhein-Westfalen	48
10.2 Mecklenburg-Vorpommern.....	51
11. Fazit.....	53
12. Zusammenfassung	55
13. Quellenverzeichnis	57
Eidesstattliche Erklärung.....	64

Einleitung

„Nachträglich lässt es sich nicht mehr festlegen, wann es eigentlich begann. Sehr leise, sehr langsam auf jeden Fall. So unauffällig mehrten sich die kleinen Vergesslichkeiten, «die jeder in dem Alter hat», so diskret wurden sie auffälliger, dass es niemand bemerkte – oder bemerken wollte?“

So beginnt Edda Klessmann ihr Buch „Wenn Eltern Kinder werden und doch die Eltern bleiben“, in dem sie eindrucksvoll persönliche Eindrücke aus dem Verlauf einer Alzheimer-Demenz beschreibt.

Die Alzheimer-Demenz ist eine irreversible Krankheit, in deren Verlauf die kognitiven und physischen Fähigkeiten eines Menschen abnehmen. Präventive Maßnahmen können diese Krankheit positiv beeinflussen aber nicht verhindern.

Der Titel dieser Arbeit lautet: „Wie gestaltet sich das Hilfesystem für Angehörige an Alzheimerdemenz erkrankter Menschen in Theorie und Praxis? Ein exemplarischer Vergleich der Hilfsangebote und Netzwerke der Bundesländer Nordrhein-Westfalen und Mecklenburg-Vorpommern.“

Der erste Teil dieser Arbeit beschäftigt sich mit dem Menschen Alois Alzheimer und dessen „Entdeckung“ der Krankheit. Im zweiten Teil wird auf die Epidemiologie, also die Prävalenz und die Inzidenz eingegangen.

Der dritte Teil beschäftigt sich mit der Ätiologie. Die Ursachenforschung konnte bisher noch nicht abschließend klären, welche Faktoren zu einer Erkrankung führen. Lediglich Risikofaktoren wurden untersucht und auf ihren Einfluss auf die Entstehung der Alzheimerdemenz bewertet.

Der vierte Teil setzt sich mit der Diagnostik der Krankheit auseinander, welche ein sehr aufwendiges Verfahren ist. Die Alzheimerdemenz wird im Ausschlussverfahren diagnostiziert. Somit müssen erst alle Krankheitsbilder mit gleichen oder ähnlichen Symptomen untersucht werden. Abschließend diagnostiziert werden kann die Krankheit jedoch nur durch eine Biopsie oder Autopsie. Speziell werden die ärztliche Untersuchung, die neuropsychologische Untersuchung, die Einschätzung der Leistungsfähigkeit und die soziale Anamnese beschrieben.

Nachdem im fünften Teil auf den Krankheitsverlauf in vier Phasen eingegangen wurde, werden im sechsten Teil die medikamentösen und therapeutischen Behandlungsansätze vorgestellt, welche die Krankheit nicht heilen aber zur Linderung der Symptome und Verlangsamung des Krankheitsverlaufs beitragen können.

Der siebente und der achte Teil setzen sich mit den Auswirkungen der Alzheimererkrankung auf die Angehörigen auseinander und definieren mögliche soziale Unterstützungen durch professionelle Helfer.

Im neunten Teil dieser Arbeit wird auf die Rolle der sozialen Arbeit im Zusammenhang mit der Alzheimer-Demenz eingegangen. Soziale Arbeit ist in diesem Zusammenhang oft zu finden und dennoch schwer zu definieren. Meist ist sie Bindeglied zwischen den einzelnen Hilfen.

Der zehnte Teil vergleicht die Hilfsangebote und Netzwerke der Bundesländer Nordrhein-Westfalen und Mecklenburg-Vorpommern, in dem die verschiedenen Strukturen der Hilfen und der Organisation dieser Hilfen beschrieben wird.

1. Alois Alzheimer

Alois Alzheimer wurde am 14. Juni 1864 in Marktbreit geboren. Nach dem bestandenen Abitur 1883 entschied er sich für das Medizinstudium in Berlin. Später wechselte er nach Würzburg, wo er 1888 sein Studium beendete.

Zusammen mit Emil Sioli, Leiter der Anstalt für Irre und Epileptiker, und Franz Nissl, Oberarzt in der Anstalt, entwickelte Alois Alzheimer das Non-Restraint-Prinzip und sie stellten den Klinikalltag auf dieses Prinzip um. Die wesentliche Veränderung durch das Non-Restraint-Prinzip war das Vermeiden von Zwangshandlungen und die Einführung von Behandlungen.

Nach dem Tod seiner Frau im Sommer 1901 stürzte Alzheimer sich in seine Arbeit und begegnete im November seiner berühmtesten Patientin, Auguste D. Ausführliche Untersuchungen und die Obduktion ihres Gehirns wurden wichtiger Bestandteil seiner Forschung. Den Fall der Auguste D. beschrieb Alzheimer in einem Fachartikel „Eine eigenartige Krankheit der Hirnrinde“, auf welchen die Bezeichnung „Alzheimerkrankheit“ zurückgeführt wird.

Am 19. Dezember 1915 verstarb Alois Alzheimer in Breslau. Die Geschichte der bekannten Krankheit beginnt durch die Verwendung des Begriffs „Alzheimersche Krankheit“ in dem Lehrbuch des angesehenen Psychiaters Emil Kraepelin.¹

¹ Maurer 1998, S.34 ff

2. Epidemiologie Alzheimer-Demenz

2.1 Prävalenz

Unter Prävalenz wird die Anzahl von Erkrankungsfällen verstanden, die zu einem bestimmten Zeitpunkt einer bestimmten Krankheit zugeordnet wird. In der Literatur gibt es verschiedene Prävalenzraten für die Alzheimer-Demenz. Diese unterschiedlichen Ergebnisse lassen sich auf die verschiedenen Messtechniken und Untersuchungsansätze zurückführen.

U. Ziegler und G. Doblhammer führten eine Studie zur Prävalenz und Inzidenz von Demenz in Deutschland durch. U. Ziegler und G. Doblhammer haben einen Lehrstuhl für empirische Sozialforschung und Demografie an der Universität Rostock und sind Mitarbeiter des Rostocker Zentrums zur Erforschung des Demografischen Wandels in Rostock. Die Studie basierte auf Daten der gesetzlichen Krankenversicherungen aus dem Jahr 2002. Nach Ziegler und Doblhammer ist die Demenz in den entwickelten Ländern die vierthäufigste Todesursache. Etwa drei Viertel aller Demenzformen ist die Demenz vom Alzheimer-Typ.²

Laut dem Zentrum Demenz in Schwerin liegt die Prävalenz der Demenz zur Zeit bei 1,5 % der 65 bis 69jährigen. Bei einem Alter zwischen 70 bis 74 steigt die Prävalenzrate auf 3,5 %, im Alter von 75 bis 79 auf 6,8 %, im Alter von 80 bis 84 auf 13,6 %, von 85 bis 89 auf 22 %, von 90 bis 94 auf 32 % und im Alter von 95 bis 99 auf 40 %.³

² Ziegler/Doblhammer 2009, S. 281 (Internetquelle)

³ Zentrum Demenz 2008

Diese Zahlen decken sich mit dem Ergebnis der Studie von Ziegler und Doblhammer, nach denen die Demenzrate in der Bevölkerung von weniger als 1 % in einem Alter von 60 bis 64 Jahren auf 42 % bei den über 100jährigen steigt. Zusätzlich zu der Unterteilung in die verschiedenen Altersgruppen gliederten Ziegler und Doblhammer die Ergebnisse ihrer Studie in ost- und westdeutsche Frauen und Männer. Dabei zeigte sich eine etwas höhere Prävalenzrate für Ostdeutschland ab einem Alter von 85 Jahren. Ihre Studie zusammenfassend kamen Ziegler und Doblhammer zu einer Prävalenz der Demenz im Jahr 2002 von ca. 580.000 Frauen in Westdeutschland, ca. 270.000 Männern in Westdeutschland, ca. 164.000 Frauen in Ostdeutschland und 65.000 Männern in Ostdeutschland.⁴

2.2 Inzidenz

Die Inzidenz beschreibt die Anzahl von Neuerkrankungen einer bestimmten Krankheit in einem bestimmten Zeitraum.

Die Studie von Ziegler und Doblhammer zeigt auf, dass die Anzahl der Inzidenzen im Alter von 65 bis 69 von 0,3 Fällen pro 100 gelebten Personenjahren bei Frauen und Männern auf 10,9 Fälle bei Frauen und 9,9 Fälle bei Männern pro 100 gelebten Personenjahren bei den über 95jährigen steigt.⁵

In den Ergebnissen der Studie zur Inzidenz von Demenzerkrankungen spiegeln sich die Ergebnisse zur Prävalenz von Demenzerkrankungen wieder. Auch die Inzidenzrate ist bei Frauen, mit ca. 128.000 neu erkrankten Frauen in Westdeutschland und 38.000 neu erkrankten Frauen in Ostdeutschland, höher als bei den Männern, mit ca. 63.000 Neuerkrankungen bei westdeutschen und 15.000 Neuerkrankungen bei ostdeutschen Männern.

⁴ Ziegler/Doblhammer 2009, S. 284 (Internetquelle)

⁵ Ziegler/Doblhammer 2009, S. 285 (Internetquelle)

3. Ätiologie

Bei der Alzheimererkrankung nimmt die Gehirnmasse durch das Absterben von Hirnzellen im Verlauf der Erkrankung ab. Diesem Absterben gehen verschiedene histologische Veränderungen voraus. Die auffälligste Veränderung im Gehirn besteht nach Günter Krämer, Arzt für Neurologie und Medizinischer Direktor des Schweizerischen Epilepsie-Zentrums in Zürich, „in der unkontrollierten Ablagerung von sogenanntem Beta-Protein-Amyloid oder A4-Protein-Amyloid“.⁶ Das ist eine schlecht lösliche faserförmige Eiweißsubstanz. Beta- oder A4-Protein ist ein Abbauprodukt eines viel größeren Vorläuferproteins, welches ein normaler Bestandteil der Nervenzellwand ist. Normalerweise werden derartige Eiweißablagerungen von Nerven- und Stützzellen sowie so genannten Makophagen (speziellen Aufräumzellen), durch vollständige Zerlegung des Vorläuferproteins und Weiterverwendung der entstehenden Bruchstücke, verhindert. Bei der Alzheimer-Demenz werden die Abbauprodukte nicht vollständig zerlegt und weiterverwendet. Die Amyloid-Fibrillen lagern sich außerhalb der Nervenzellen ab. Diese Eiweißablagerungen stören die Erregungs- und Informationsübertragung durch die Botenstoffe Glutamat und Acetylcholin. Die Übertragungsstörungen vermehren sich im Verlauf der Erkrankung.⁷ „Die ererbte Information für die Herstellung des Beta- oder A4-Proteins liegt auf dem Chromosom 21. Wie und warum es zu einer Anhäufung von Abbauprodukten beziehungsweise Bruchstücken davon im Gehirn kommt, ist zur Zeit noch unklar. Möglicherweise ist das Vorläuferprotein für Amyloid an zellulären Reparaturvorgängen beteiligt, die bei der Alzheimerkrankheit aus einem noch unbekanntem Grund in ihr Gegenteil umschlagen und zu einer übermäßigen Herstellung oder einem vermehrten Herauslösen des Vorläuferproteins aus der Zellwand führen. Bei der anschließenden Spaltung des Vorläuferproteins wird Amyloid gebildet, das sich innerhalb und außerhalb der Nervenzellen sowie in Blutgefäßen des Gehirns abgelagert.“⁸

⁶ Krämer 1993, S. 44

⁷ Maier u. a. 2010, S. 72 ff

⁸ Krämer 1993, S. 44

Eine ursächliche Demenzdiagnose ist zur Zeit noch nicht möglich. In verschiedenen Studien wurden Zusammenhänge zwischen bestimmten Risikofaktoren und der Alzheimer-Demenz untersucht.

Ein Faktor für das erhöhte Risiko an der Alzheimer-Demenz zu erkranken, ist möglicherweise eine familiäre und damit genetische Vererbung. Als weitere Risikofaktoren wurden in verschiedenen Studien eine geringe Schulbildung in den unteren Sozialschichten und eine geringe Qualifikation im Beruf untersucht. Auch Alkoholmissbrauch, Rauchen, vorausgegangene Schädel-Hirn-Traumen, fettreiche Ernährung und vaskuläre Risikofaktoren, wie Hypertonie oder Diabetes mellitus, wurden in Studien als Risikofaktoren für die Erkrankung an einer Alzheimer-Demenz untersucht.⁹

4. Diagnostik

Eine Demenz vom Alzheimer-Typ zu diagnostizieren ist sehr schwierig, da die Diagnose im Ausschlussverfahren gestellt werden muss. Daher ist die Diagnose Alzheimer-Demenz nur durch die zusammenfassende Auswertung sehr aufwendiger Einzeltest möglich und auch dann kann keine hundertprozentige Diagnose gestellt werden. Kriterien für eine klinische Diagnose der Alzheimer-Demenz sind die Erfüllung der allgemeinen Demenzkriterien nach ICD 10 oder DSM-IV. Des Weiteren dürfen Anamnese und Untersuchungen keine Hinweise auf andere Demenzursachen wie Hirnerkrankungen, systemische Erkrankungen oder Alkohol- und Drogenmissbrauch ergeben.¹⁰ Einzig die Biopsie von Hirngewebe oder die neuropathologische Untersuchung des Gehirns kann eine Demenz vom Alzheimer-Typ sicher feststellen.

⁹ Bickel 2003, S. 19 f

¹⁰ Förstl u. a. 2009, S. 45

4.1 Klassifikation

Zur Zeit werden zwei Klassifikationssysteme für die Diagnostik der Alzheimer-Demenz gebraucht. Zum Einen das System DSM-IV von der American Psychiatric Association und zum Anderen das System der ICD 10 der Weltgesundheitsorganisation.

Im System der ICD 10 wird die Demenz in vier Hauptgruppen unterteilt: F 0, organische, einschließlich symptomatischer, psychischer Störungen; F 01, die vaskuläre Demenz; F 02, Demenz bei sonstigen, andernorts klassifizierten Krankheiten; F 03, nicht näher bezeichnete Demenz. Die Demenz vom Alzheimer-Typ ist in die Gruppe F 0 einzuordnen.¹¹

4.2 ärztliche Untersuchung

Bei der ärztlichen Untersuchung werden Erkrankungen des zentralen Nervensystems ausgeschlossen, die behandelbar sind. Dies geschieht durch eine sorgfältige körperliche Untersuchung und Labortests. Wenn feststeht, dass andere körperliche oder psychische Ursachen ausgeschlossen werden können, kann mit der Diagnostik einer Demenz begonnen werden. Die Kriterien für die Diagnose Alzheimersche Krankheit sind nach Huub Buijssen, Klinischer Psychologe und Psychogerontologe: „Klares Bewusstsein, Anwesenheit zentraler Symptome (Gedächtnisstörungen), Schleichender Beginn, Allmähliches Fortschreiten der Erkrankung, Ausschließen anderer körperlicher und/oder psychischer Ursachen“.¹² Mit der Durchführung von Tests, zum Beispiel dem Mini Mental Test, können kognitive Defizite kurzfristig erkannt werden. Wenn das Krankheitsbild des Patienten die genannten Diagnosekriterien erfüllt, werden weitere Untersuchungen notwendig. Vor allem eine neuropsychologische und eine psychiatrische Untersuchung sollten durchgeführt werden. Auch die Einschätzung der Leistungsfähigkeit und eine soziale Anamnese sind für die endgültige Diagnose einer Demenz vom Alzheimer-Typ unabdingbar.

¹¹ Weissenberger-Leduc 2009, S. 11

¹² Buijssen 1994 S. 27

4.3 neuropsychologische Untersuchung

Durch die neuropsychologische Untersuchung können einzelne Hirnregionen differenziert auf ihre kognitiven Fähigkeiten überprüft werden. So können diagnostisch relevante Teilleistungen strukturell voneinander abgegrenzt und untersucht werden. Vor allem in den Bereichen Bewusstseinslage, Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Kognitives Leistungstempo, Konzentrationsfähigkeit, Verbales Denken, Numerisches Denken, Visuell-räumliche Fähigkeiten, Handlungsabläufe und Sprachfunktion sollen Beeinträchtigungen oder erhaltene Fähigkeiten erfasst werden.¹³

Da die Gedächtnisstörungen das Kernsymptom der Demenz sind, ist ihnen eine besondere Bedeutung in der Diagnostik zuzuschreiben. Daher werden in der neuropsychologischen Untersuchung das Ultrakurzzeitgedächtnis, das Arbeitsgedächtnis, das Kurzzeit- und das Langzeitgedächtnis differenziert überprüft. Das Vorhandensein von kognitive Störungen wie Aphasie (Sprachstörungen), Apraxie (Beeinträchtigungen motorische Aktivitäten auszuführen), Agnosie (Gegenstände oder Personen werden nicht wiedererkannt) oder Störung der Exekutivfunktionen (Beeinträchtigung beim Planen und Organisieren von Handlungen, Einhalten von Reihenfolgen wie Zählen oder Alphabet aufsagen) ist ein weiterer wichtiger Bestandteil der Untersuchungen, um die Diagnose Alzheimer-Demenz stellen zu können.¹⁴ Zusätzliche Merkmale und Symptome, die den Verdacht der Alzheimer-Demenz bestätigen können, sind enthemmtes Verhalten, Persönlichkeitsveränderungen, vermehrte Reizbarkeit, motorische Gangstörungen, Angst- und Schlafstörungen, Affektive Störungen, Wahn oder Halluzinationen.¹⁵

¹³ Weber / Lehrner 1997, S 889

¹⁴ Weber / Lehrner 1997, S. 890ff

¹⁵ Haupt 1997, S. 911ff

4.4 psychiatrische Untersuchung

Um eine Demenz von einer psychischen Krankheit, wie zum Beispiel einer Depression, abgrenzen zu können, ist eine psychiatrische Untersuchung sehr wichtig. Jitka M. Zgola, Beschäftigungstherapeutin aus Ottawa, weist in ihrem Buch „Etwas tun!“ auf die Wichtigkeit einer psychiatrischen Untersuchung von Patienten mit dem Verdacht einer Alzheimer-Demenz hin. „Die Demenz sollte von psychiatrischer Seite bestätigt werden, weil gerade bei älteren Menschen eine Depression mit gestörten kognitiven Funktionen wie eine Demenz erscheinen kann.“¹⁶

4.5 Einschätzung der Leistungsfähigkeit

Qualität und Schwere von Demenzsyndromen wie der Alzheimer-Demenz werden klinisch mit testbaren Beeinträchtigungen in definierten Teilleistungsbereichen beschrieben.¹⁷

Bei der Einschätzung der Leistungsfähigkeit wird beurteilt, ob und in welchem Maß der Patient in der Lage ist, seinen Alltag zu organisieren. Dabei werden verschiedene Bereiche begutachtet, wie basale Sinneswahrnehmung (Behinderung von Wahrnehmung, Muskelkraft, Gelenkbeweglichkeit, Gleichgewichtssinn), Mobilität (Gehfähigkeit, kleinere Ortsveränderungen, Gebrauch von Hilfsmitteln, Fähigkeit Hindernisse zu überwinden), Möglichkeiten der Selbstversorgung (Ankleiden, Essen, persönliche Hygiene), Unabhängigkeit (Benutzung von Transportmitteln, Umgang mit Geld, Einkaufen, Versorgung des Haushalts, Vorbereitung der Mahlzeiten, Gebrauch öffentlicher und sozialer Einrichtungen), Verhalten und zwischenmenschliche Beziehungen (Kommunikationsfähigkeit, affektiver und emotionaler Zustand, Umfang und Art sozialer Kontakte, familiäre Bindungen) sowie kognitive Funktionen (Gedächtnis, Orientierung, motorische Beantwortung von Reizen).¹⁸

¹⁶ Zgola 1999, S. 22

¹⁷ Bauer 2002, S. 95

¹⁸ Zgola 1999, S. 23

4.6 soziale Anamnese

Bei der sozialen Anamnese soll ein ganzheitliches Bild des Patienten entstehen. Durch Gespräche mit dem Patienten, mit Angehörigen und Freunden können die frühere Persönlichkeit kennen gelernt und die krankheitsbedingten Veränderungen festgestellt werden.¹⁹ Auch Wünsche, Einstellungen, moralische Maßstäbe und sozialer Status nehmen Einfluss auf die weitere Vorgehensweise.

Die Ergebnisse der Einschätzung der Leistungsfähigkeit in der vertrauten Umgebung des Patienten werden mit den Ergebnissen der klinischen Tests verglichen. Sie können stark voneinander abweichen, da in der Häuslichkeit wahrscheinlich bereits Strategien zur Bewältigung des täglichen Lebens entwickelt wurden.

5. Krankheitsverlauf

Der Verlauf der Alzheimer-Demenz wird in der Literatur in verschiedene Phasen unterteilt. Während Dietrich Borchardt, Beisitzer im Vorstand der Alzheimer-Gesellschaft Baden-Württemberg und Leiter der Dienste für seelische Gesundheit des Cariatsverbandes Freiburg, und Michael Schecker, Professor an den Universitätskliniken Freiburg, den Verlauf der Krankheit in drei Hauptphasen und insgesamt sieben Unterphasen unterscheiden,²⁰ beschreiben Martina Gümmer, Diplom-Pflegepädagogin und Diplom-Psychologin, und Joachim Döring, Journalist, in ihrem Buch „Im Labyrinth des Vergessens“ sechs Stadien des Krankheitsverlaufs.²¹

¹⁹ Zgola 1999, S. 24

²⁰ Borchardt/Schecker 2000, S. 106f

²¹ Gümmer/Döring 2002, S. 22ff

Im Folgenden wird der Verlauf der Alzheimer-Demenz nach Huub Buijssen vorgestellt, welcher den Verlauf der Alzheimer-Demenz in vier Phasen gliedert, wie auch Hans Förstl, Alexander Kurz und Tobias Hartmann²² es tun.

Es werden von Huub Buijssen das Vorstadium, die begleitungsbedürftige Phase, die versorgungsbedürftige Phase und die pflegebedürftige Phase unterschieden.

5.1 Das Vorstadium

In diesem ersten von vier Stadien der Demenz, die von Huub Buijssen unterschieden werden, bemerkt meist zuerst der Patient, dass etwas anders ist als zuvor. Dinge, die ihm früher leicht gefallen sind und die ihm schnell von der Hand gingen, werden schwerer zu bewältigen und nehmen mehr Zeit in Anspruch als gewohnt. Vorwiegend lassen sich Beeinträchtigungen in dem Bereich des Kurzzeitgedächtnis, des Lernens, der räumlichen und zeitlichen Orientierungsfähigkeit, dem planvollen Handeln, der Informationsverarbeitung und teilweise auch der Sprache feststellen.²³ Das Nachlassen dieser Fähigkeiten beginnt schleichend. Oft kommen zu den beginnenden geistigen Schwierigkeiten auch körperliche Symptome, wie etwa Müdigkeit, hinzu.

Diese körperlichen Symptome werden, nach Albert Wettstein, Chefarzt des Stadtärztlichen Dienstes in Zürich, dann gebraucht, um die Probleme vor anderen aber auch vor sich selbst zu erklären. Dennoch bemerkt der Patient, dass geistige Anforderungen ihm mehr Mühe bereiten, er sich öfter im Datum irrt oder ihm die Namen von ihm bekannten Menschen nicht mehr einfallen. Auch kann er sich nur noch mit größter Anstrengung an kürzlich vorgefallene Ereignisse erinnern.²⁴

²² Förstl u. a. 2009, S. 47ff

²³ Schwarz 2009 (Internetquelle)

²⁴ Wettstein 1991, S. 36

Aufgrund dieser Geschehnisse wird der Patient zunehmend unsicher. Vor neuen Erfahrungen schreckt der Patient zurück. Er bemerkt die eigenen Unzulänglichkeiten und dass er nicht mehr so kann wie er es eigentlich gewohnt ist.

In diesem Stadium werden die Symptome nur von dem Patienten bemerkt. Er ist irritiert und ängstlich. Aus Angst vor dem senilen Verfall und einer Demenzerkrankung werden die Symptome mit dem Alter oder anderen äußerlichen Einflüssen für sich erklärt. In diesem Stadium werden Gedächtnisstützen und Strategien entwickelt, um die Schwierigkeiten auszugleichen. Dies macht eine frühe Diagnose bzw. das Bemerkten der Schwierigkeiten durch andere nahezu unmöglich.²⁵

Die Dauer dieses Stadiums beträgt laut Günther Krämer zwei bis drei Jahre.²⁶ In dieser Phase ist ein Leben in der gewohnten Umgebung möglich.

Die sehr geringen und geringen Störungen, in die Martina Gümmer und Joachim Döring dieses Vorstadium noch unterteilen,²⁷ erlauben die Integration in das normale, vom Patienten gewohnte Leben.

5.2 Die begleitungsbedürftige Phase

Nachdem die vom Patienten im Vorstadium bereits bemerkten Symptome sich nicht wieder bessern, wird die Angst des Patienten größer. Der ungewisse Grund für die Ausfälle und der Gedanke an eine eventuell drohende Demenz führen zu massiveren Rechtfertigungen und Erklärungen. Die Ausfallerscheinungen werden immer mehr mit dem Alter oder mit anderem körperlichen Versagen, wie zum Beispiel dem schlechten Gehör, erklärt. Auch werden die Gründe häufig bei den anderen Personen gefunden. Die eigenen Unfähigkeiten werden mit Notlügen verschleiert.

²⁵ Förstl u. a. 2009, S. 47

²⁶ Krämer 1993, S. 87

²⁷ Gümmer/Döring 2002, S. 22

Je weiter diese Phase voranschreitet, desto weniger können die Ausfälle verborgen werden. Bevor die geistigen Einschränkungen von Außenstehenden bemerkt werden, fallen Veränderungen im Verhalten des Demenzen auf. Er wird sich in der Regel aus dem gesellschaftlichen Leben zurückziehen, auch wenn er früher ein sehr geselliger Mensch war. Die unbewusste Angst vor überfordernden und daher unangenehmen Situationen wirkt abschreckend. Diese Situationen werden instinktiv gemieden.

Die Feststellung, dass Handlungen, die früher einfach durchzuführen waren, nun große Anstrengungen und ein vielfaches an Konzentration erfordern, kann eine erhöhte Aggressivität und Reizbarkeit zur Folge haben. Die erlebten Mängel der eigenen Fähigkeiten, und daraus resultierende Rückschläge und Einschränkungen, haben bei einer Vielzahl von Demenzen eine depressive Verstimmung zur Folge.²⁸

Nach Buijssen verschwimmen die Konturen der eigenen Lebensgeschichte, die Geschehnisse der nahen Vergangenheit werden nebulös.²⁹ Das Gefühl, dass das eigene Leben aus den Fingern gleitet macht dem Patienten Angst.

Die Verringerungen des Selbstwertgefühls und das Gefühl des Kompetenzverlustes führen dazu, Fehler und Missgeschicke aus der Erinnerung auszublenken und andere Verantwortliche zu „erfinden“. Meist passen die begangenen Fehler nicht zum Selbstbild und können daher nicht sein. Es müssen Andere verantwortlich für den Fehler sein. Der Demente wird nicht zwangsläufig absichtlich eine andere Wahrheit erfinden, um sich selbst zu schützen. Vielmehr kann auch das tatsächliche Geschehen bereits vergessen sein. Das eigene Selbstbild und das Missgeschick verschmelzen zu einer neuen Wahrheit, so dass sich eine stimmige Geschichte ergibt.³⁰

²⁸ Schwarz 2009 (Internetquelle)

²⁹ Buijssen 1994, S. 38

³⁰ Schwarz 2009 (Internetquelle)

Anders als im Vorstadium und der frühen begleitungsbedürftigen Phase reagieren die Patienten nun immer häufiger mit starken Gefühlsausbrüchen auf die Umwelt. Dies geschieht nicht vorsätzlich um eigenes Unvermögen zu überdecken, sondern wird als angemessen und gerechtfertigt empfunden. Durch zeitliche und örtliche Orientierungsprobleme ist das Urteilsvermögen reduziert und Situationen können nicht mehr im Zusammenhang nachempfunden werden.³¹

Häufige heftige Gefühlsausbrüche entstehen durch das wachsende Unvermögen des Patienten sich an Situationen anzupassen oder sich in Andere hineinzusetzen. Die starke Vergesslichkeit bewirkt dabei, dass Zorn oder Kummer den Patienten schon im nächsten Moment nicht mehr beschäftigt. Dies stellt sich für die Menschen in der Umgebung des Patienten als große Herausforderung dar, denn sie haben die Ausbrüche nicht so schnell verarbeitet bzw. vergessen.

Charakteristisch für die begleitungsbedürftige Phase ist auch das Verlangen nach Sicherheit und Geborgenheit. Dies drückt sich durch das starke Klammern an wichtige Bezugspersonen, wie zum Beispiel den Ehepartner, aus. Da immer mehr aus der Umwelt dem Patienten unbekannt wird, sowohl die Umgebung wie auch die Menschen, kann das kurze Fehlen der Bezugsperson zu panischer Angst führen.

Nach Buijssen kennzeichnet die begleitungsbedürftige Phase vor allem der allmähliche Zerfall des Lebens des Patienten in zwei unterschiedliche Wirklichkeiten. Auf der einen Seite lebt er noch in der „wirklichen“ Welt. Sie ist ihm teilweise vertraut und dort möchte er auch leben. Doch immer häufiger ist er aus dieser Welt ausgeschlossen und befindet sich in einer anderen, ihm unbekanntem „Dämmerwelt zwischen Wirklichkeit und Fantasie“.³² Es fehlen Erinnerungen aus der fernen und nahen Vergangenheit. Auch die Fähigkeit eine Zukunft zu konstruieren ist nicht mehr vorhanden.

³¹ Weissenberger-Leduc 2009, S. 16

³² Buijssen 1994, S. 41

In der späteren Phase dieses Stadiums kommen zu den kognitiven Symptomen Verhaltensänderungen und emotionale Störungen hinzu. Diese können als Antwort auf die existenzielle Bedrohung des Selbst verstanden werden.³³ Der Patient lebt mehr und mehr in einer Welt, die aus kurzen spontanen Episoden besteht. Darauf kann er nur noch emotional reagieren. Diese Episoden werden dann jedoch wieder vergessen. Wenn der Abbau der kognitiven und emotionalen Fähigkeiten so weit fortgeschritten ist, ist eine Begleitung des Demenzen im Alltag keine ausreichende Hilfe mehr.

5.3 Die versorgungsbedürftige Phase

Die versorgungsbedürftige Phase entwickelt sich ca. drei Jahre nachdem die Diagnose Alzheimer-Demenz gestellt wurde.³⁴ In ihr ist der demente Patient nicht mehr in der Lage die Anforderungen des täglichen Lebens eigenständig zu bewältigen. Die in der begleitungsbedürftigen Phase aufgetretenen Gedächtnislücken, die Gegenwart bzw. junge Vergangenheit betreffend, sind nun nicht mehr nur kurzfristig vorhanden.

Die immer größer werdenden Gedächtnislücken, die die Vergangenheit betreffen, bewirken, dass die Geschehnisse der Gegenwart vermehrt nicht begriffen und eingeordnet werden können.

Um Ereignisse der Gegenwart beurteilen zu können, werden sie mit in der Vergangenheit erlebten Ereignissen verglichen. Dadurch ist es möglich die Situation zu bewerten und in ein bereits erlebtes Muster einzuordnen. Durch die wachsenden Gedächtnislücken kann auf diese individuellen Erfahrungen nicht mehr zurückgegriffen werden. Dadurch sind die Erlebnisse der Gegenwart jedes Mal neu zu bewerten. Nichts ist vertraut, nichts ist selbstverständlich. Die Trennung zwischen Gegenwart und Vergangenheit kann nicht mehr vollzogen werden. Die Vergangenheit ist jedoch keinesfalls ausgelöscht. Sie wird als Wirklichkeit erlebt. Aber der Demente lebt nicht in der Vergangenheit. Es ist vielmehr so, dass der Demente mit seinen Erinnerungen der Ver-

³³ Weissenberger-Leduc 2009, S. 17

³⁴ Förstl u. a. 2009, S. 48

gangenheit in der Gegenwart lebt.³⁵ So kann es sein, dass der Demente sich plötzlich als junger Offizier erlebt, der zurück muss an die Front. Es kann dann passieren, dass die Bezugsperson oder andere Anwesende ihn behutsam überzeugen müssen, jetzt nicht mit dem bereits gepackten Bündel loszuziehen. Dabei sollte nicht versucht werden, dem Dementen zu zeigen, wie unsinnig dieses Vorhaben ist. Ihm sollte nicht vorgehalten werden, dass er schon alt ist und der Krieg bereits seit Jahren vorbei. Vielmehr sollte, nach der Validationstechnik von Naomi Feil, auf die Situation eingegangen und „mitgespielt“ werden. Denn dies ist in dem Moment für den Dementen die erlebte Wirklichkeit. Dabei scheint der Demente nicht grundsätzlich unglücklich zu sein. Die fehlenden Erinnerungen und die damit verbundene tägliche Neuentdeckung seiner Umgebung und Mitmenschen befreit ihn von Sorgen und Zwängen. Wie in der frühesten Kindheit wird das eigene Ich und der eigene Körper zum Mittelpunkt der eigenen Welt.

Das fehlende Vermögen, Situationen zu beurteilen, wirkt sich auch auf das empathische Empfinden des Dementen aus. Er kann sich in Andere nicht mehr hineinversetzen und deren Handlungsgründe bzw. die Gründe für deren Empfindungen nicht nachvollziehen. Dennoch ist der Demente in dieser Phase sehr wohl im Stande, die Gefühle und Stimmungen seines Gegenübers zu bemerken und nachzuempfinden. Das bewusste Verstehen und Hineinversetzen in die Situation des Anderen wurde ersetzt durch intuitives Einfühlungsvermögen in den Anderen. Das Verhalten des Gegenübers, dessen Mimik, Gestik und Körpersprache vermittelt unbewusst die Stimmung in der er sich befindet. Der Demente übernimmt intuitiv diese Stimmung. Wenn der Betreuer oder die Bezugsperson nervös oder traurig ist, dann überträgt sich dieses Gefühl auf den Dementen. Da der Demente nun noch fast ausschließlich auf dieser Ebene kommuniziert, kann die Nervosität der Bezugsperson durch den Dementen mit seinem eigenen Verhalten gespiegelt werden, bevor sich die Bezugsperson selbst über ihre Nervosität bewusst wird.³⁶

³⁵ Buijssen 1994, S. 41

³⁶ Schwarz 2009 (Internetquelle)

5.4 Die pflegebedürftige Phase

In dieser letzten Phase, welche im Durchschnitt sechs Jahre nach Diagnosestellung eintritt, wird dem dementen Patient bei nahezu allen Verrichtungen des täglichen Lebens geholfen. Nicht nur die Erinnerungen an die Vergangenheit fehlen. Die Beschädigung des Gehirns ist nun soweit fortgeschritten, dass auch der Körper nicht mehr gesteuert werden kann. Dinge, die seit der frühesten Kindheit automatisch abliefen und nie ein bewusstes Nachdenken erforderten, sind nicht mehr möglich. Der eigene Körper wird als fremd erfahren, einzelne Gliedmaßen wie Gegenstände betrachtet.³⁷

Konnte der Demente in der versorgungsbedürftigen Phase empathisch die Stimmungen und Gefühle seines Gegenübers noch erfassen, ist auch diese letzte Fähigkeit mit der Außenwelt zu kommunizieren fast vollständig verloren gegangen. Der Kontakt mit anderen Menschen wird durch den Verlust der Sprache, des zusammenhängenden Denkens und der Empathie sehr schwer bis unmöglich. Der Demente lebt nun fast vollständig nur noch in seiner eigenen Welt. Einzelne Gedanken oder Erinnerungen fliegen zusammenhanglos durch seinen Kopf. Die eigenen Gefühle haben an Facettenreichtum verloren.

Der körperliche Zustand des Dementen wird schwächer und instabil. Die abnehmende Bewegungsfähigkeit kann zu fast dauerhaftem Sitzen oder sogar Liegen führen. Die Bettlägerigkeit kann zu Muskelsteifheit und Infektionen führen.³⁸ Am Ende dieser Phase steht unvermeidbar der Tod.

Nach Susanne Mousa, Autorin, und Dr. Beatrice Wagner, Medizinjaurnalistin und Chefredakteurin des Online-Magazins Wissen-Gesundheit.de, tritt der Tod bei Dementen meist durch Unterernährung, Infektionen oder eine Herzkrankheit ein.³⁹ Die Alzheimer-Demenz führt meist innerhalb von sieben bis acht Jahren, vom Auftreten der ersten Symptome an, zum Tod.⁴⁰

³⁷ Förstl u. a. 2009, S. 49f

³⁸ Förstl u. a. 2009, S. 50

³⁹ Mousa/Wagner 2009 (Internetquelle)

⁴⁰ Sifton 2008, S. 130

6. Therapeutischer Umgang

Eine Heilung der Demenz vom Alzheimer-Typ ist zur Zeit noch nicht möglich. Jedoch ist es wichtig, die Krankheit so früh wie möglich zu erkennen. Durch die Ergebnisse der neurologischen Tests können die betroffenen Hirnregionen gezielt medikamentös und therapeutisch behandelt werden und so eine Verlangsamung oder sogar ein zeitweiser Stillstand im Abbau der kognitiven Fähigkeiten erreicht werden.

6.1 medikamentöse Behandlung

Eine medikamentöse Therapie der Demenz vom Alzheimer-Typ besteht überwiegend in der Verwendung von Nootropika. Hans-Jürgen Möller definiert im Handbuch Morbus Alzheimer von Serge Weis, Neuropathologe an der Nervenlinik Wagner-Jauregg in Linz, und Germain Weber, Dekan der Fakultät für Psychologie in Wien, Nootropika als „Substanzen mit typischen vigilanzsteigernden Effekten im EEG ...“.⁴¹ Durch die Gabe von Nootropika soll die Verbesserung der Produktion und Übertragung des Botenstoffs Acetylcholin erreicht werden. Dies bedingt dann die Steigerung von Aufmerksamkeit und Gedächtnisfähigkeiten. Zusätzliche Wirkweisen von Nootropika sind die Verbesserung der Fließeigenschaften des Blutes und des Energiestoffwechsels.⁴²

Zwei Arzneimittelgruppen beeinflussen die bei einer Alzheimer-Demenz gestörten Botenstoffe Glutamat und Acetylcholin. Dies sind Memantine und Acetylcholinesterase-Hemmer. Durch Memantine werden die schädlichen Auswirkungen des Botenstoffes Glutamat an den Rezeptoren verändert. Sie sollen, nach Dr. Damerau-Dambrowski, Facharzt für Allgemeine Medizin und Psychotherapie in Stade „die Funktion der Nervenzellen fördern und sie vor Zerstörung schützen.“⁴³ Der Botenstoff Glutamat ist in der richtigen Menge

⁴¹ Möller 1997, S. 1049

⁴² Möller 1997, S. 1051f

⁴³ Damerau-Dambrowski 2010 (Internetquelle)

für Lernprozesse und Gedächtnisbildung im Gehirn zuständig. Ein zuviel an Glutamat führt zu einer Überreizung der Nervenzellen und letztlich zu deren Absterben. Memantine schützen die Nervenzellen vor der dauerhaften Überflutung mit dem Botenstoff Glutamat.⁴⁴

Eine weitere Arzneimittelgruppe sind die Acetylcholinesterase-Hemmer. Acetylcholin ist der Botenstoff (Transmitter), der für den Transport der Informationen von Nervenzelle zu Nervenzelle verantwortlich ist. Nach dem Transport der Information wird der Botenstoff Acetylcholin von der Acetylcholinesterase abgebaut. Bei der Alzheimer-Demenz wird zuwenig Acetylcholin hergestellt, es existiert zuviel Acetylcholinesterase. Dieses führt zu einer zu geringen Verfügbarkeit an Acetylcholin und somit zu weniger Informationsübertragung. Acetylcholinesterase-Hemmer verlangsamen den Abbau von Acetylcholin, verbessern die Informationsübertragung und damit erhöht sich die Gedächtnisleistung und die Alltagsfähigkeit.⁴⁵

Neben der Behandlung mit Nootropika werden auch andere Medikamente eingesetzt, die die begleitenden Symptome, wie Depressionen, Angst, Wahn, Aggressivität, Antriebsstörungen oder Schlafstörungen lindern sollen. Dabei ist es nach Jan Wojnar wichtig, dass alle betreuenden Personen gemeinsam Informationen über die Symptome sammeln, da der Patient möglicherweise nicht mehr in der Lage ist, selbstständig Informationen zu geben.⁴⁶ Medikamentöse Therapien haben zum Ziel, kognitive und nicht-kognitive Symptome zu lindern und den Fortschritt der Erkrankung zu verzögern bzw. für einen gewissen Zeitraum zum Stillstand zu bringen.⁴⁷

⁴⁴ Maier u. a. 2010, S. 95

⁴⁵ Maier u. a. 2010, S. 93

⁴⁶ Wojnar 2000, S. 105f

⁴⁷ Wetzstein 2005, S. 87

6.2 therapeutische Behandlung

Neben der medikamentösen Therapie ist die therapeutische Behandlung eines Alzheimerkranken von großer Bedeutung. Da die Krankheit nicht geheilt werden kann, ist es wichtig, durch unterstützende Maßnahmen eine Verbesserung der Lebensqualität zu erzielen, um dem Patienten so lange wie möglich eine eigenständige Lebensführung ermöglichen zu können. Es gibt verschiedene Ansätze für Therapien. Zum Einen können die Maßnahmen direkt am Patienten ansetzen. Andere Maßnahmen sollen Veränderungen der Umwelt bewirken, was sich dann auf den Umgang der Umwelt mit dem Patienten auswirkt. Einige Therapien verbinden beide Ansätze. Im Folgenden werden einige dieser möglichen Therapieansätze vorgestellt.

6.2.1 Patientenzentrierte Maßnahmen

6.2.1.1 somatische Therapie

Der schlechte körperliche Zustand beeinflusst die geistige Verfassung eines Alzheimerpatienten. Abweichungen vom Normbereich medizinischer Parameter stehen im Zusammenhang mit einer verminderten kognitiven Leistungsfähigkeit, die die Symptome einer Alzheimer-Demenz verstärken können. Zur Regulierung dieser Abweichungen und somit zur Stabilisierung des Allgemeinzustandes des Patienten, sind, nach Siegfried Lehrl, medikamentöse, diätetische und physikalische Behandlungsmaßnahmen unabdingbar.⁴⁸ Siegfried Lehrl ist Diplom-Psychologe und Akademischer Direktor an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Erlangen-Nürnberg.

Durch den Einsatz von Substanzen, die die Kognition stabilisieren und von Medikamenten, die psychologische und Verhaltensstörungen günstig beeinflussen, kann die Lebensqualität der Dementen und deren Betreuungspersonen verbessert werden.⁴⁹

⁴⁸ Lehrl 1992, S. 124

⁴⁹ Hofmann / Hock 2005, S. 157

6.2.1.2 Beschäftigungstherapie

Die Beschäftigungstherapie zielt darauf ab, dem Demenz-Patienten das Gefühl zu vermitteln, nicht nutzlos zu sein und sich sinnvoll zu beschäftigen. Ein weiteres Ziel der Beschäftigungstherapie ist, den Kontakt zu Anderen zu fördern und wenig Platz für Passivität und Langeweile zu lassen. Je nach dem Schweregrad der Demenz kann die Art der Beschäftigung erfolgen. So können leicht Demente zum Beispiel noch Dekorationen für Veranstaltungen basteln, einfache Hand- und Hausarbeiten erledigen oder Gesellschaftsspiele spielen. Stark demente Patienten in der versorgungsbedürftigen und pflegebedürftigen Phase können an diesen Beschäftigungen nur noch vermindert oder gar nicht mehr teilnehmen. Patienten in diesen Phasen können häufig nur noch durch Musik- oder Wahrnehmungstherapie angesprochen werden. Beide Methoden können den Dementen über Gehör oder bildlichen Ausdruck erreichen und so zur Erhaltung des Identitätsgefühls des Patienten beitragen.⁵⁰

Die Wahrnehmungstherapie, auch „Snoezeln“ genannt, wurde in der Arbeit mit geistig behinderten Menschen entwickelt. Der Grundgedanke dieser Therapie ist, dass die Patienten durch die Sinne, das heißt über Riechen, Sehen, Hören oder Fühlen, angeregt oder entspannt werden und dadurch Glück empfinden. Gerade wenn geistige Leistungsfähigkeit nachlässt und die Patienten sich nicht mehr ausdrücken können, sind diese Erfahrungen über die Gefühlswelt sehr wichtig. In einer angenehmen Atmosphäre werden Wahrnehmungen des eigenen Körpers vermittelt und Wohlgefühl ausgelöst.⁵¹

⁵⁰ Wetzstein 2005, S. 92

⁵¹ Schaade 2009, S. 9

6.2.1.3 Realitätsorientierungstraining (ROT)

Hans Gutzmann, ärztlicher Direktor des Krankenhauses Hedwigshöhe in Berlin, unterteilt das Realitätsorientierungstraining in zwei Modelle, in das „Classroom-ROT“ und die „24-Stunden-Orientierungstherapie“.⁵² Beim „Classroom-ROT“ werden in Gruppensitzungen täglich grundlegende Informationen zu Personen, Ort und Zeit wiederholt. Es werden Übungen durchgeführt, die zur Verbesserung von Wahrnehmung, Gedächtnis, Aufmerksamkeit und Konzentration dienen. In der „24-Stunden-Orientierungstherapie“ werden dem Patienten zu jeder Gelegenheit verbale, akustische oder visuelle Informationen gegeben, indem zum Beispiel durch die pflegenden Personen in Gesprächen konstant Informationen über den Tagesablauf gegeben werden oder eine Uhr und ein Kalender gut sichtbar aufgehängt sind. Da Demente nicht mehr fähig sind, sich an relevante Informationen zu erinnern, wird durch das Realitätsorientierungstraining der drohende Kontaktverlust zur Realität verhindert. „Realitätsorientierungstraining ... setzt es sich zum Ziel, den drohenden Bruch mit der Wirklichkeit zu vermeiden.“⁵³

6.2.1.4 Reminiszenz-Therapie

Während die Realitätsorientierungstherapie darauf zielt, den Dementen Hilfestellungen für ihr tägliches Leben zu geben, orientiert die Reminiszenz-Therapie sich an der Vergangenheit. Da das Gedächtnis besser Dinge aus zurückliegenden Zeiten rekonstruieren kann, kommt diese Therapie den Patienten sehr entgegen. Beim Erzählen über die Vergangenheit können die Dementen positive Erfahrungen rekonstruieren und negative Erfahrungen eventuell auch verarbeiten. Durch diese Therapieform können die Pflegenden den Patienten besser kennen lernen und das Wissen über den Dementen kann den alltäglichen Umgang mit ihm erleichtern. Auch wird das Gefühl von Identität und Selbstachtung unterstützt.⁵⁴

⁵² Gutzmann 1997, S. 52

⁵³ Buijssen 1994, S. 174

⁵⁴ Nocon et. al. 2010, S. 183

6.2.1.5 Validation

Die Technik der Validation wurde von Naomi Feil in den 1980er Jahren entwickelt. Sie ist geschäftsführende Direktorin des Validation Training Institute in Cleveland (USA) und Begründerin der Validationsmethode. Grundprinzip der Validation ist, auf Gefühle und Aussagen von Dementen zu reagieren, ohne ihre eventuelle Falschheit zu berichtigen, denn „Validations-Anwender handeln aus der Überzeugung heraus, dass die Zustände der Verwirrtheit sehr wohl ihren Sinn haben, wertvoll = „valid“ sind, ...“.⁵⁵ Die Realität des Dementen wird akzeptiert und nicht in Frage gestellt. Validation versucht, von der Erlebniswelt des Älteren auszugehen und die dabei durchschimmernden Gefühle zu entdecken. Empathie, aktives Zuhören und Kenntnisse der Lebensgeschichte des Patienten sind daher wesentliche Voraussetzungen bei der Anwendung dieser Technik.⁵⁶

Für den Umgang mit dem Dementen hat Naomie Feil acht Prinzipien benannt:

- „Schmerzliche Gefühle, die ausgedrückt, anerkannt und von einem vertrauten Zuhörer validiert werden, verringern sich.“
- „Schmerzliche Gefühle, die man ignoriert und unterdrückt, werden immer stärker und können „vergiftend“ wirken.“
- „Frühere, bewährte und emotionale Erinnerungen bleiben auf einer bestimmten Stufe im hohen Alter übrig.“
- „Wenn das Kurzzeitgedächtnis nachlässt, versuchen ältere Erwachsene, ihr Leben wieder in ein Gleichgewicht zu bringen, indem sie auf frühere Erinnerungen zurückgreifen.“
- „Wenn die Sehstärke nachlässt, sehen sie mit dem „inneren Auge“. Wenn das Gehör immer mehr nachlässt, hören sie Klänge aus der Vergangenheit.“
- „Menschen haben mehrere Bewußtseinsebenen.“

⁵⁵ Feil 1993, S. 13

⁵⁶ Schaade 2009, S. 7

- „Wenn die reale Gegenwart zu schmerzlich wird, helfen sich einige sehr alte Menschen selbst, indem sie sich in sich zurückziehen und Erinnerungen aus der Vergangenheit wiederbeleben.“
- „Gefühle aus der Gegenwart können ähnliche Gefühle aus der Vergangenheit hervorrufen.“⁵⁷

Naomi Feil geht davon aus, dass zu jedem Lebensabschnitt eine einzigartige Aufgabe gehört. Wird diese Aufgabe nicht gelöst, bleibt sie bestehen und kehrt im hohen Alter wieder zurück, um dann gelöst oder verarbeitet zu werden.⁵⁸ In ihrem Buch „Ausbruch in die Menschenwürde“ stellt sie die These auf, dass Menschen, die ihre Aufgaben in den jeweiligen Lebensabschnitten lösen, nicht von einer Demenz und dem damit verbundenen Verlust der kognitiven Fähigkeiten betroffen werden.

6.2.2 Umweltzentrierte Maßnahmen

6.2.2.1 Soziotherapie

Die Soziotherapie bezieht sich auf die Anpassung des Umfeldes an den Dementen. Dies beinhaltet, dass dem Patienten seine Umgebung vertraut oder bekannt vorkommen soll. Die Veränderung der Umwelt oder auch des Umgangs mit dem Dementen sollte vermieden werden. Ein fester Tagesablauf und konstante Bezugspersonen sind ebenfalls sehr wichtig. Soziotherapie bedeutet, „dem dementen Älteren eine so menschenwürdige und deswegen so gleichberechtigte Behandlung wie möglich zuteil werden zu lassen“ und seine „Fähigkeit zur Selbsthilfe zu fördern“.⁵⁹ Dabei ist es wichtig, die Anforderungen an das Leistungsniveau des Dementen anzupassen, um eine Überforderung und das damit einhergehende Erlebnis des Versagens, zu vermeiden.

⁵⁷ Feil 2007, S. 25

⁵⁸ Feil 1993, S. 37

⁵⁹ Buijssen 1994, S. 170

6.2.3 Patienten-Umweltverschränkte Maßnahmen

6.2.3.1 Milieuthherapie

Die Milieuthherapie ist ein Therapieansatz, der Patientenzentrierte und Umweltzentrierte Maßnahmen beinhaltet. Dieser ganzheitliche Ansatz vereint die Arbeit mit dem Betroffenen selbst (durch zum Beispiel Realitätsorientierungstraining), mit den betreuenden Personen und den Angehörigen (zum Beispiel durch Schulungen), mit dem Lebensumfeld (zum Beispiel durch Nutzung von Hilfsmitteln) und mit übergreifenden Hilfen (zum Beispiel die Entwicklung eines Tagesablaufplans unter Einbeziehung aller Betroffenen).⁶⁰

7. Auswirkungen der Alzheimererkrankung auf nahe Angehörige

7.1 psychische Auswirkungen

Wenn die Befürchtung, eine nahe stehende Person könne eventuell an einer Demenz erkrankt sein, nicht mehr verdrängt werden kann und die Diagnose gestellt wurde, kommt es zu einer Vielzahl von Empfindungen. Im Verlauf dieses Prozesses werden verschiedene Gefühle wie Wut, Trauer und Schuld durchlebt.⁶¹ Im Folgenden sollen einige dieser Empfindungen näher beschrieben werden. Die Art und die Intensität dieser Gefühle sind jedoch von Person zu Person verschieden. Auch der Umgang mit diesen Empfindungen ist unterschiedlich.

⁶⁰ Schaade 2009, S. 5

⁶¹ Schäfer / Rüter 2004, S. 67

7.1.1 Die Entdeckung

Genau wie die Betroffenen selbst, versuchen auch die Angehörigen Erklärungen für ungewöhnliches Verhalten in dem Alter der betroffenen Person zu finden. Da die Krankheit sehr langsam fortschreitet, können auch von den Angehörigen Mittel und Wege gefunden, die Ausfälle zu vertuschen oder kritische Situationen zu vermeiden. So kann die Auseinandersetzung mit der Wahrheit, dass ein geliebter Mensch an einer unheilbaren Krankheit leidet, durch die seine geistige Leistungsfähigkeit allmählich sinkt, über einen längeren Zeitraum umgangen werden. Diese Verdrängung kann teilweise einige Jahre gelingen. Wenn dann eindeutige Anzeichen ein Verdrängen nicht mehr möglich machen, wird der Angehörige mit der Tatsache konfrontiert, dass ein sehr geliebter Mensch unheilbar krank ist. Auch wenn genaue Details noch nicht bekannt sind, so wissen die Angehörigen doch im Großen und Ganzen über den allmählichen geistigen Verfall und die damit einhergehenden Alltagsprobleme Bescheid. Angehörige müssen auf einen Krankheitsprozess reagieren, der gerade zu Beginn der Erkrankung nicht zu erkennen ist.⁶²

Nach der Entdeckung der Krankheit werden die nahen Angehörigen eine Reihe von Empfindungen durchleben. Neben Trauer, Hilflosigkeit, Verzweiflung oder Mitleid werden auch negative Gefühle, wie Wut, Ungeduld, Abneigung oder sogar Scham gegenüber dem Kranken auftreten. Die Empfindungen variieren in Art und Intensität, da jeder Mensch anders mit seinen Gefühlen umgeht. Viele Menschen erschrecken auch über ihre negativen Gefühle dem Angehörigen gegenüber, vor allem mit dem Wissen, dass er nichts dafür kann und die Fehler nicht mit Absicht begeht.⁶³

⁶² Waack 2004, S. 15

⁶³ Buijssen 1994, S. 44f

7.1.2 Zorn und Streit

Der Zorn auf das Schicksal, welches gerade diesen einen geliebten Menschen an einer unheilbaren Krankheit erkranken lässt, ist eine Emotion, die zu dem Trauerprozess und zur Akzeptanz eines Schicksalsschlages dazu gehört. Der Verlust eines nahe stehenden Menschen bereitet Schmerz und der Pflegende wird täglich durch belastende Situationen mit der Sinn- und Schicksalsfrage konfrontiert.⁶⁴ Der Zorn kann sich gegen Ärzte, die die Krankheit zu spät diagnostizierten oder andere Helfer richten. Vielleicht kann die Pflegeschwester, bedingt durch ihre Ausbildung und den emotionalen Abstand zum Patienten, mit diesem sehr gut umgehen, während die Tochter oder der Sohn, der Mann oder die Frau zeitweise nicht mit dem Kranken in Kontakt treten kann. So kann sich auch das Gefühl von Eifersucht oder Misstrauen bei dem pflegenden Angehörigen einstellen, welches den Umgang mit dem Dementen zusätzlich erschwert.

Wut und Verzweiflung im Umfeld des Dementen können auch auftreten, wenn Außenstehende wenig oder kein Verständnis für den Pflegenden und deren Handlungen aufbringen. Ein Besucher kann die Reaktion des Pflegenden auf eine Handlung des Dementen als übertrieben und nicht angebracht einschätzen. Wenn dies dann auch geäußert wird oder in einem Streit für den Dementen Partei ergriffen wird, fühlt sich der pflegende Angehörige nicht verstanden. Er kennt die Situation und den Ernst der Krankheit. Er muss sich Tag für Tag mit dem Kranken auseinandersetzen. Für einen Außenstehenden ist dies sehr schwer nachzuvollziehen. Vor allem, da der Demente oft bis zu einem gewissen Grad den Schein wahren kann und Ausfälle zu überspielen weis.

⁶⁴ Schäfer / Rüter 2004, S. 67

Häufig machen die Handlungen und das Verhalten des Dementen die nahen Angehörigen und vor allem die pflegenden Angehörigen wütend. Das Wissen über die Krankheit und deren Auswirkungen kann diese Wut nicht immer verhindern. Auch wenn der Angehörige weiß, dass der Demente nicht in böser Absicht handelt, sondern dies Folgen eines krankhaften Prozesses im Gehirn sind, können öffentliche Beschimpfungen oder dauernd sich wiederholende Fragen einen Wutausbruch zur Folge haben. Die physische und psychische Erschöpfung, die bei der Pflege eines Demenzkranken unweigerlich auftreten, lassen die Toleranzgrenze sinken.⁶⁵

7.1.3 Angst und Ohnmacht

Die Diagnose einer Alzheimer-Demenz weckt viele Ängste bei den nahen Angehörigen. Zum Einen ist da die Angst, selbst an der Alzheimer-Demenz zu erkranken und den geistigen Abbau, den sie jetzt miterleben, selbst durchleben zu müssen. Zum Anderen besteht die Gefahr, irgendwann aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr für den Patienten sorgen zu können. Da zumeist nahe Angehörige die Pflege des Dementen übernehmen, ist diese Gefahr durchaus realistisch. Sie sind in der Regel bereits im fortgeschrittenen Alter und können körperlich den immer höher werdenden Ansprüchen der Pflege eines Demenzkranken nicht mehr gerecht werden.

Diese Ängste und die Einsicht, nichts an der Situation ändern zu können, lassen häufig das Gefühl der Ohnmacht gegenüber diesem Schicksal entstehen. Da die geistigen Fähigkeiten des Dementen abbauen, kann die Angst nicht mit dem geliebten Menschen, mit dem man früher vielleicht immer alles gemeinsam getragen hat, besprochen werden. Die Einsicht in die Unabänderlichkeit der Situation trägt nicht dazu bei, die Angst und die Ohnmacht zu überwinden.⁶⁶

⁶⁵ Buijssen 1994, S. 45ff

⁶⁶ Buijssen 1994, S. 47f

7.1.4 Die Schuldgefühle

Nach dem die Diagnose einer Demenz gestellt wurde, werden die sonderbaren Handlungen der Vergangenheit für die Angehörigen erklärbar. Die Situationen erscheinen in einem anderen Licht und werden neu bewertet. Die eigenen Reaktionen auf das Verhalten des Dementen werden hinterfragt und die Falschheit dieser Reaktionen wird festgestellt. Daraufhin können starke Schuldgefühle gegenüber dem Dementen entstehen, da er ja nichts für sein Verhalten konnte und daher zu unrecht ausgeschimpft oder zu Recht gewiesen wurde. Es kann vorkommen, dass die Angehörigen sich selbst eine Mitschuld an der Entstehung oder dem Fortschreiten der Krankheit zuschreiben.

Pflegende Angehörige können gerade im Anfangsstadium unergiebigere Streitereien nicht unwidersprochen stehen lassen. Es ist schmerzhaft zu erleben, dass ein nahestehender Mensch, dessen Urteil und Einschätzung stets wichtig war, unsinnige Dinge behauptet oder Zusammenhänge nicht mehr erkennt. Doch die Gegenargumente lassen Widerstand und Ablehnung bei dem Dementen entstehen, denn er wird mit seinen Defiziten konfrontiert, die er nicht verstehen kann. Dies wiederum kann zu neuen Schuldgefühlen auf Seiten der pflegenden Angehörigen führen.⁶⁷

Das Gefühl der Schuld, jemandem ein Unrecht getan zu haben, ist sehr schwer zu besänftigen. Selbst Helfer, die beruflich mit Dementen zusammen sind, können oftmals im eigenen Familienkreis keine Professionalität zeigen. Buijssen zitiert eine Krankenschwester, deren Vater an einer Demenz erkrankte: „Ich kann mich richtig ärgern, wenn ich die Kaffeetasse zehn Mal anreichen muss. Während meiner Arbeit habe ich mehr Geduld. Von meinem Vater ist das demente Verhalten schwer zu akzeptieren. Ich will immer noch einen guten Vater. Er wird nie ein Patient. Er bleibt ein Vater.“⁶⁸

⁶⁷ Schäfer / Rüter 2004, S. 66

⁶⁸ Buijssen 1994, S. 49

Diese Einsicht in das „falsche“ Verhalten gegenüber dem Vater hilft dennoch nicht, die Schuldgefühle zu überwinden. Auch die umfassende Information über die Krankheit kann nicht das Gefühl der Schuld nehmen, etwas unterlassen zu haben oder Fehler begangen zu haben und noch immer zu begehen.⁶⁹

Ist die Krankheit so weit fortgeschritten, dass die Pflege des Demenzen zu Hause nicht mehr möglich ist, wird die Aufnahme in ein Pflegeheim unumgänglich. Diese Entscheidung der Angehörigen löst unweigerlich schwere Schuldgefühle gegenüber dem Patienten aus. Die Heimunterbringung wird als Verletzung der filialen Pflicht gegenüber dem Demenzen interpretiert.⁷⁰ Das Gefühl den geliebten Menschen „abzuschieben“ bzw. ihn im Stich zu lassen, lässt sich nicht durch Rationalität oder Vernunft abstellen. Es kommt vor, dass die Aufnahme in ein Pflegeheim hinausgezögert wird, um dem geliebten Menschen diesen Weg zu ersparen. Die bewusste oder unbewusste Hoffnung, der Tod würde diesen letzten Schritt unnötig machen, löst ihrerseits erneut Schuldgefühle aus.⁷¹

Auch der unbewusste Wunsch, der Demente möge bald sterben, um den psychologisch erlebten Verlust auch real betauern zu können, löst Schuldgefühle aus.⁷²

7.1.5 Die Rollenverschiebung

Die Verschiebung der fest gefügten Rollen, die über Jahre wuchsen, vollzieht sich sehr langsam und wird dadurch zumeist unbewusst geschehen. Da der Demente im Verlauf der Krankheit immer weniger in der Lage sein wird, „seine“ Aufgaben zu erfüllen oder sich selbst zu versorgen, werden diese Tätigkeiten nach und nach von den pflegenden Angehörigen übernommen. Anfangs werden alltägliche Aufgaben, wie zum Beispiel die Regelung der

⁶⁹ Buijssen 1994, S. 48f

⁷⁰ Held / Ugolini 2005, S. 204

⁷¹ Buijssen 1994, S. 51

⁷² Wilz / Adler / Gunzelmann 2001, S. 27

Finanzen, erledigt, bis dann auch die körperliche Versorgung, wie Waschen oder Ankleiden, zum Aufgabenbereich des Pflegenden gehören.

Innerhalb des Systems der Familie muss ein Rollenwechsel vorgenommen werden.⁷³ Das frühere Rollenverhältnis wird revidiert. Die Mutter nimmt langsam die Rolle eines Kindes ein, der Partner übernimmt alle ehemaligen Aufgaben des Dementen. Dabei kommt es immer wieder zu Unstimmigkeiten. Der Demente ist sich oftmals über die „Unrichtigkeit“ der Situation bewusst und will diese Verschiebung der Rollen nicht. Es erfordert daher oft große Überwindung den Platz und die Aufgaben des Dementen einzunehmen, auch gegen dessen Willen.⁷⁴

Die Einsicht, dass er nicht mehr adäquat Handeln kann so wie früher, ist für den Dementen nicht möglich und auch für den pflegenden Angehörigen ist die Rollenverschiebung schwer durchsetzbar. Die Verfassung des Dementen und damit seine Leistungsfähigkeit verändert sich täglich und ist daher täglich neu zu bewerten. Die früheren festen Familien- und Aufgabenstrukturen müssen an die Situation angepasst werden.

Edda Klessmann, Kinderärztin und frei praktizierende Psychotherapeutin, beschreibt in ihrem Buch „Wenn Eltern Kinder werden und doch die Eltern bleiben“ den Ablauf der Alzheimererkrankung. Sie beschreibt auch die Rollenverschiebung und die dabei entstehenden Schwierigkeiten der Neuverteilung der Aufgaben und Handlungsstrukturen. „Immer wieder durchbrechen und stören die alten Gewohnheitsmuster den Aufbau einer neuen Beziehungsordnung mit einer klaren Umverteilung von Verantwortung“⁷⁵ Eine der Ursachen für die schwer umsetzbaren Veränderungen sieht sie in der Unterschiedlichkeit von verbalen und nonverbalen Aussagen. Diese Doppelbotschaft bewertet sie als typische Alzheimer-Paradoxie, welche lautet: „Helft mir, ich verstehe die Welt nicht mehr – nein, nein, ich kann das alles noch allein!“⁷⁶

⁷³ Wilz / Adler / Gunzelmann 2001, S. 25

⁷⁴ Buijssen 1994, S. 51

⁷⁵ Klessmann 2001, S. 55

⁷⁶ Klessmann 2001, S. 54

7.1.6 Einsamkeit und Vereinsamung

Einsamkeit und Vereinsamung sind ein häufig auftretendes Problem von pflegenden Angehörigen. Ist die Kommunikation mit dem Demenzen nicht mehr möglich, fällt eine wichtige Bezugsperson im Leben der Angehörigen weg. Den geduldig zuhörenden Vater, die immer Rat wissende Mutter oder den besten Freund in schweren Zeiten gibt es nicht mehr. Der Angehörige ist rund um die Uhr für den Patienten da. Zeit für Freundschaften, Unternehmungen oder für sich selbst ist selten. Stets wird die volle Aufmerksamkeit auf den zu Pflegenden gerichtet. Das Leben des Betreuers dreht sich um die Pflege des Betreuten.⁷⁷

Neben dem Zeitmangel kann auch die Scham des Pflegenden oder die Scheu der Bekannten bzw. Verwandten zu Einsamkeit und Vereinsamung führen. Ist dem Pflegenden der Demenz und seine Handlungen oder sein Verhalten peinlich, so wird er versuchen solche Situationen zu vermeiden. Wenn die früheren Freunde oder die Familie nicht wissen, wie sie mit der Krankheit umgehen sollen, werden viele den Begegnungen mit dem Demenzen, und damit auch dem Pflegenden, ausweichen.⁷⁸ Das Einschlagen von Kontakten, sei es aus Zeitmangel seitens der Pflegenden oder aus Hilflosigkeit von Freunden, Nachbarn oder Verwandten, bedeutet neben der Vereinsamung auch den Wegfall von eventuellen Hilfen.⁷⁹

⁷⁷ Buijssen 1994, S. 51f

⁷⁸ Wilz / Adler / Gunzelmann 2001, S. 27

⁷⁹ Frenz 2007, S. 116

7.1.7 Trauer

Trauer ist eine natürliche Reaktion auf einen Verlust. Im Zusammenhang mit einer Demenzerkrankung steht der Verlust des Vertrauten. Der Erkrankte verändert sich. Beziehungsstrukturen, Alltag und Denkweisen müssen angepasst werden. Der Pflegende muss zusehen, wie der geliebte Mensch langsam kognitiv abbaut. Der Trauerprozess wird nach Buijssen in vier übergeordnete Phasen unterschieden, welche nicht zwingend in der genannten Reihenfolge ablaufen. Auch Dauer und Intensität variieren von Person zu Person.

In der ersten Phase wird die Erkrankung des geliebten Menschen verleugnet. Die Konsequenz der Erkrankung kann nicht verarbeitet werden und dem Wunsch, dass keine Veränderung geschehen soll, wird so nachgegeben. In dieser Phase wird vom Dementen gefordert, sich normal zu verhalten. In der Phase der Wut, die bereits unter Punkt 5.1.2 erwähnt wurde, wird die Veränderung und der damit verbundene Verlust, noch nicht völlig akzeptiert. Die Verlustangst kann zu Aggressionen gegen sich selbst aber auch gegen den Patienten führen. „Es ist ein stückchenweises Abschiednehmen von einem geliebten Menschen einerseits, aber auch ein Loslassen an gemeinsamer Zukunftsperspektive und Lebenszielen andererseits.“⁸⁰

In der dritten Phase, der Phase der Verzweiflung, werden die Sinnlosigkeit und die Ungerechtigkeit des Lebens hinterfragt, was zu körperlichen Erschöpfungszuständen führen kann. Wenn die Krankheit des Angehörigen akzeptiert wird und die pflegende Person sich in die Realität fügt, ist die letzte Phase des Trauerprozesses, die Phase der Akzeptanz, erreicht.⁸¹

⁸⁰ Schäfer / Rüter 2004, S. 67

⁸¹ Buijssen 1994, S. 55ff

Anders als bei der Trauer, die dem Tod folgt, können Freunde, Bekannte oder Nachbarn den beschriebenen Trauerprozess oftmals nicht nachvollziehen. Der Betrauerte lebt schließlich noch. Doch die Tatsache, dass der geliebte Mensch physisch noch da ist aber emotional nicht mehr, macht die Bewältigung der Trauer um vieles schwieriger.

Eine abschließende Trauerbewältigung kann daher, nach Nancy L. Mace und Peter V. Rabins, Autoren des Buches „Der 36 Stunden Tag“ erst nach dem Ableben der geliebten Person erfolgen.⁸²

7.2. finanzielle Auswirkungen

Die Pflege eines an Alzheimer-Demenz erkrankten Menschen hat, neben dem zeitlichen Aufwand, auch Auswirkungen auf die finanzielle Situation, sowohl des zu Pflegenden wie auch des pflegenden Angehörigen.

Wurde die Diagnose Alzheimer-Demenz gestellt und der Beschluss gefasst, den Dementen zu Hause zu pflegen, müssen beide Parteien sich neu orientieren. Sowohl die psychischen als auch die finanziellen Veränderungen können zu einer großen Belastung werden.

Die Angehörigen, die den Dementen bei sich aufnehmen, müssen unter Umständen renovieren oder sogar umbauen. Auch die Verbrauchskosten, wie Wasser, Strom oder Müllgebühren werden steigen. Diese Mehrkosten sind nicht unerheblich. Manche Angehörige geben ihre Arbeit auf, um den Dementen bedarfsgerecht pflegen zu können.

⁸² Mace/Rabins 1996, S. 194f

Eine Entlastung in der Pflege kann die Hilfe von professionellem Pflegepersonal und die Inanspruchnahme von Tagesbetreuung sein.⁸³ Diese Hilfen müssen jedoch auch finanziert werden. Bei einer Demenz in dem Stadium, in dem es nicht mehr zu verantworten ist, dass der Demente alleine lebt, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass eine Pflegebedürftigkeit festgestellt wird. Im Folgenden werden Möglichkeiten zur finanziellen Entlastung beschrieben.

7.2.1 Pflegestufen

Es gibt in der Sozialen Pflegeversicherung nach SGB XI drei Pflegestufen. Je nach Umfang des Bedarfs erfolgt die Einstufung.

Pflegestufe	Zeitbedarf in den Bereichen Körperpflege, Ernährung, Mobilität	Zeitbedarf insgesamt
I – erhebliche Pflegebedürftigkeit	Mindestens 45 Min.	90 Min.
II – Schwerpflegebedürftigkeit	Mindestens 2 Std.	3 Std., mindestens 3-mal tgl. zu verschiedenen Tageszeiten
III – Schwerstpflegebedürftigkeit	Mindestens 4 Std.	5 Std., auch nachts

84

⁸³ Frenz 2007, S. 119

⁸⁴ Gümmer / Döring 2007, S. 154

Das Verfahren zur Feststellung einer Pflegebedürftigkeit muss bei der Pflegekasse beantragt werden. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) wird prüfen, ob und in welchem Rahmen eine Pflegebedürftigkeit nach dem Sozialgesetzbuch, Elftes Buch, Soziale Pflegeversicherung, vorliegt. Nach § 14 Abs. 1 SGB XI sind Personen pflegebedürftig, „die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.“ Dabei wird auch ermittelt, ob die Alltagskompetenz des Erkrankten erheblich eingeschränkt ist.⁸⁵

7.2.2 Pflegesachleistungen und Pflegegeld

Nach Feststellung einer Pflegestufe werden Pflegesachleistungen und / oder Pflegegeld die finanzielle Situation entlasten. Die Pflegesachleistungen finanzieren externe Hilfe durch „geeignete Pflegekräfte ...“, die entweder von der Pflegekasse oder bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, mit denen die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, angestellt sind.“⁸⁶ Solche Hilfen können unter anderem der Besuch einer Tagesgruppe oder die Hilfe durch einen ambulanten Pflegedienst sein. Ab dem 01. Januar 2010 beträgt der Anspruch auf Pflegesachleistungen in der Pflegestufe I monatlich 440 Euro, in der Pflegestufe II monatlich 1.040 Euro und in der Pflegestufe III monatlich 1.510 Euro.

⁸⁵ Schäfer / Rüter 2004, S. 97f

⁸⁶ Gesetze für Sozialberufe § 36ff SGB XI

Ebenso wie die Pflegesachleistungen bemessen sich die Ansprüche auf Pflegegeld nach den Pflegestufen. Pflegegeld wird an den Pflegebedürftigen gezahlt, unter der Voraussetzung, „dass der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in geeigneter Weise selbst sicherstellt.“⁸⁷ Diese selbst beschaffte Pflegehilfe kann dann der Angehörige sein, der den Dementen pflegt. Das Pflegegeld beträgt ab dem 01. Januar 2010 in der Pflegestufe I monatlich 225 Euro, in der Pflegestufe II monatlich 430 Euro und in der Pflegestufe III monatlich 685 Euro. Es ist möglich Sach- und Geldleistungen zu kombinieren. Die Höhe der finanziellen Ansprüche bemessen sich nach dem Pflegebedarf.⁸⁸

Zusätzlich ist es möglich Pflegehilfsmittel und technische Hilfen, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden dienen, bei der Pflegekasse zu beantragen. Die maximalen monatlichen Leistungen werden vielleicht nicht die Gesamtkosten decken, stellen aber eine finanzielle Hilfe dar.

Weiterhin sind Unterstützungen für die Angehörigen wie häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§39 SGB XI), Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI), Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI), Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson (§ 44 SGB XI) oder Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen (§ 45 SGB XI) möglich.⁸⁹

⁸⁷ Gesetze für Sozialberufe § 37 SGB XI

⁸⁸ Gümmer / Döring 2007, S. 154f

⁸⁹ Gesetze für Sozialberufe, § 36ff SGB XI

7.2.3 zusätzliche Betreuungsleistungen

Sollte bei dem an Alzheimer-Demenz Erkrankten der Bedarf an Unterstützung nicht ausreichend zur Erlangung einer Pflegestufe sein, so hat der MDK, wie bereits erwähnt, bei der Begutachtung ebenfalls die Alltagskompetenz des Betroffenen ermittelt. Treffen die Voraussetzungen des § 45a SGB XI zu, so können nach § 45b SGB XI Betreuungsleistungen im Umfang von 100 Euro monatlich bzw. bei erhöhtem Bedarf von 200 Euro monatlich ersetzt werden. Die Höhe der Leistungen wird auf Empfehlung des MDK festgelegt.⁹⁰

Trotz der Hilfen aus der Pflegeversicherung und den Einkommen von Pflegebedürftigen und Pfleger, kann die finanzielle Belastung zu groß werden. In diesem Fall sind eventuelle Ansprüche nach Kapitel Vier oder Kapitel Sieben Sozialgesetzbuch, Zwölftes Buch, Sozialhilfe (SGB XII) zu prüfen.

8. soziale Unterstützung durch professionelle Helfer

Um die Pflege eines an Alzheimer-Demenz erkrankten Angehörigen selbst psychisch und physisch durchzustehen, ist die Unterstützung durch professionelle Helfer von großer Wichtigkeit. Ein Mensch allein kann nicht 24 Stunden am Tag die Aufgaben erfüllen, die so eine Pflege verlangen, ohne selbst an seine Grenzen zu gelangen. Daher ist es notwendig, ein großes soziales Netzwerk zu errichten, durch das der Pflegenden genau weiß, zu welchen Zeiten wer die Pflege übernimmt und er die Zeit für sich zum Kräftesammeln nutzen kann. Neben den Hilfen aus dem privaten Umfeld, wie Verwandte, Freunde und Nachbarn, gibt es ambulante, teilstationäre und stationäre Hilfsangebote, die im Folgenden näher erläutert werden.⁹¹

⁹⁰ Gesetze für Sozialberufe § 36ff SGB VI

⁹¹ Frenz 2007, S. 117 ff

8.1 ambulante Hilfsangebote

8.1.1. Pflegedienste

Die Pflegedienste bieten hauptsächlich Entlastung bei der körperlichen Pflege des Demenzen. Nach der Prüfung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen werden die Kosten, je nach Pflegestufe, anteilig bzw. vollständig von der Pflegekasse übernommen. Wie oft der Dienst der Pflegedienste in Anspruch genommen wird, kann individuell abgesprochen werden. Durch ihre Ausbildung sind die Mitarbeiter von Pflegediensten in der Lage, schwierige Aufgaben, wie zum Beispiel das Baden des Patienten, professionell und für den Demenzen angenehm und schmerzfrei durchzuführen. Streit und krisenhaften Situationen, die einige pflegende Maßnahmen bisher mit sich brachten, können nun vermieden werden und das Verhältnis zwischen pflegender und zu pflegender Person wird dadurch nicht belastet. Neben der körperlichen Pflege können die Pflegedienste auch bei der Versorgung des Patienten und des Haushaltes helfen bzw. diese Hilfen vermitteln. Diese Hilfen sind eventuell selbst zu finanzieren, in Abhängigkeit der Pflegestufe und des bereits verbrauchten Budgets der Pflegesachleistungen und / oder der selbst beschafften Pflegehilfen.⁹²

8.1.2 Ärzte

Der Hausarzt oder andere an der Betreuung des Demenzen beteiligten Ärzte können, neben der medizinischen Versorgung, helfen, in dem sie über die Erkrankung aufklären und Kontakte zu ambulanten und (teil-)stationären Hilfen vermitteln. Auch Hilfe bei der Beantragung der Pflegestufe oder das Verordnen von Hilfsmitteln, wie zum Beispiel ein Pflegebett, trägt sehr zur Entlastung des pflegenden Angehörigen bei.⁹³

⁹² Buijssen 1994, S. 153f

⁹³ Schäfer / Rüther 2004, S. 64

8.1.3 Betreuungsgruppen

Betreuungsgruppen bieten Entlastung der Angehörigen durch zeitweise Beschäftigung der Dementen. In den Betreuungsgruppen betreuen ausgebildete Fachkräfte und / oder speziell geschulte Helfer den Dementen für einige Stunden und fördern die Fähigkeiten der Patienten. In dieser Zeit kann der pflegende Angehörige Termine wahrnehmen oder Kraft schöpfen. Es ist für den Angehörigen auch möglich, an den Betreuungsgruppen teilzunehmen, um Erfahrungen im Umgang mit dem dementen Angehörigen zu erlangen.⁹⁴

8.1.4 Selbsthilfegruppen

In Selbsthilfegruppen finden sich Menschen mit ähnlichen Belastungen zusammen. Durch Gespräche können sie ihre Gefühle klarer strukturieren und somit Erleichterung erfahren. Erlebnisse, die bis dahin schrecklich und belastend waren, werden aufgearbeitet und verlieren ihren Schrecken. Eventuell kann der Angehörige mit dem gewonnenen Abstand über die erlebten Situationen lachen. Auch die Erfahrung mit dem Schicksal einer Alzheimer-Demenz und der dazugehörenden schweren Pflege des Dementen nicht allein zu sein, stellt eine große Hilfe für die Angehörigen dar. Die Gruppenmitglieder können Gefühle, wie Angst und Einsamkeit, nachvollziehen. Der Austausch darüber vermindert die angestauten Schuldgefühle und ermöglicht eine neue Blickweise. Das Gefühl, allein zu sein, verringert sich.⁹⁵

Der Erfahrungsaustausch über die psychischen, physischen und finanziellen Auswirkungen der Diagnose Alzheimer-Demenz beim zu Pflegenden ist eine wertvolle soziale Unterstützung, welche dem Pflegenden den nötigen Abstand zur häuslichen Situation und hilfreiche Tipps im Umgang mit dem Dementen und dem Hilfesystem bringt. So kann besprochen werden, welcher Pflegedienst gut und welcher nicht so gut ist, welche mobilen Essenlieferanten vorhanden sind und deren Preis-Leistungs-Verhältnis oder welche Einrichtung einen Hausnotruf-Dienst eingerichtet hat.⁹⁶

⁹⁴ Weidenfelder 2004, S. 128

⁹⁵ Gümmer / Döring 2007, S. 167

⁹⁶ Buijssen 1994, S. 138f

8.1.5 ehrenamtliche Helfer/Innen

Ehrenamtliche Helfer/Innen unterstützen bei der Versorgung des Alzheimer-Dementen. Sie übernehmen die zeitweise Betreuung des Dementen bei Verhinderung der Pflegeperson, in dem sie mit ihm zum Beispiel Spaziergänge unternehmen, Spiele spielen oder etwas vorlesen. Dies ist eine große Entlastung für die Pflegenden, denn sie wissen ihren Angehörigen in guten Händen. Ehrenamtliche Helfer/Innen werden durch Angehörigenberatungsstellen vermittelt. Geschulte Laienhelfer machen zur Entlastung der Angehörigen mindestens einmal pro Woche einen Hausbesuch. In dieser Zeit können die Angehörigen Erledigungen machen oder eigenen Interessen nachgehen.⁹⁷

8.1.6 Sozialpsychiatrischer Dienst

Der Sozialpsychiatrische Dienst soll als Anlaufstelle für pflegende Angehörige und für Alzheimer-Demente dienen und ist beim Gesundheitsamt des Landkreises angesiedelt. Die Mitarbeiter dort helfen durch Beratung, Vermittlung zu anderen Institutionen oder das initiieren einer Selbsthilfegruppe. Der Sozialpsychiatrische Dienst dient als Schnittstelle der ambulanten und (teil-)stationären Hilfen.⁹⁸

8.2 teilstationäre Hilfen

In Tagespflegeeinrichtungen werden die Alzheimer-Dementen, wie der Name schon sagt, während des Tages von professionellen Pflegern gepflegt. Die Patienten wohnen zu Hause und werden von der Einrichtung morgens abgeholt. Während des Tages werden die Dementen ihrer Leistungsfähigkeit entsprechend gefördert. So werden körperlich relativ agile und in der kognitiven Leistungsfähigkeit weniger eingeschränkte Demente bei Beschäftigungstherapien wie Malen, Basteln oder Ausflügen viel Spaß haben. In ihrer Denkfähigkeit bereits mehr eingeschränkte Demente werden ihren Tag vielleicht

⁹⁷ Maier u. a. 2010, S. 156

⁹⁸ Gümmer / Döring 2007, S. 141

durch Musik- oder Wahrnehmungstherapien gestalten.⁹⁹

Der Besuch einer Tagespflegeeinrichtung entlastet die pflegenden Angehörigen. Die Belastung durch die ständige Verantwortung für den Patienten wird gemildert und der Freiraum für eigene Aktivitäten, und damit die Vorbeugung von psychischen oder physischen Schäden der Pflegenden, wird geschaffen.¹⁰⁰

8.3 stationäre Hilfen

8.3.1 Kurzzeitpflege

Die Möglichkeit einer Kurzzeitpflege kann nach § 42 SGB XI in Anspruch genommen werden, wenn in der Übergangszeit nach einer stationären Behandlung oder in einer sonstigen Krisensituation die Pflege des Pflegebedürftigen durch häusliche oder teilstationäre Pflege nicht ausreichend ist. Eine Kurzzeitpflege kann maximal über einen Zeitraum von vier Wochen pro Kalenderjahr in Anspruch genommen werden. Die Pflegekasse übernimmt ab dem 01. Januar 2010 Betreuungskosten und Kosten für medizinische Behandlungspflege in Höhe von maximal 1.510 Euro im Kalenderjahr.¹⁰¹

Bei Verhinderung der Pflegeperson durch Erholungsurlaub, Krankheit oder andere, die Pflege verhindernde, Gründe, gelten nach § 39 SGB XI dieselben Zeit- und Kostengrenzen.¹⁰²

⁹⁹ Schäfer / Rüter 2004, S. 55f

¹⁰⁰ Gümmer / Döring 2007, S. 123

¹⁰¹ Gesetze für Sozialberufe § 42 SGB XI

¹⁰² Gümmer / Döring 2007, S. 143

8.3.2 gerontopsychiatrische Klinik

Nicht nur der Verlust von kognitiven Fähigkeiten prägen das Bild der demenziellen Erkrankung. Auch nicht-kognitive oder neuropsychiatrische Symptome bzw. Verhaltensstörungen sind Bestandteil der Alzheimer-Demenz.

Der Aufenthalt in einer gerontopsychiatrischen Klinik ist notwendig, wenn der Demente durch sein Verhalten die Pflege besonders erschwert. Ein gestörter Tag- und Nachtrhythmus kann durch ein- oder umstellen von Medikamenten und gezielte Therapien gebessert werden. Auch begleitende Krankheiten, wie Depressionen oder Halluzinationen, können in der Klinik behandelt werden. Dies entlastet sowohl den zu Pflegenden wie auch den pflegenden Angehörigen.¹⁰³

8.3.3 Pflegeheim

Der an Alzheimer-Demenz erkrankte Angehörige durchläuft, wie unter Punkt vier beschrieben, verschiedene Stadien. In Abhängigkeit von der Konstitution des pflegenden Angehörigen und des sozialen Netzwerkes, welches der Angehörige geschaffen hat, kommt es früher oder später zu dem Punkt, ab dem eine adäquate Betreuung des Dementen in der Häuslichkeit nicht mehr gewährleistet werden kann. Die Betreuung muss nun durch ein Pflegeheim übernommen werden. Versagens- und Schuldgefühle lasten auf den Schultern der Angehörigen und die Entscheidung für die weitere Pflege in einem Pflegeheim fällt in der Regel sehr zögerlich. Daher ist es wichtig, sehr sorgfältig nach einem geeigneten Pflegeheim zu suchen. Nach eingehenden Erkundigungen, Besichtigungen und der Entscheidung für ein Pflegeheim, wird der Demente seinen letzten Lebensabschnitt nicht in der gewohnten Umgebung und bei der eigenen Familie verleben. Der Pflegenden ist weiterhin ein wichtiger Bestandteil der Pflege. Durch regelmäßige Besuche wird der Demente sich nicht verlassen fühlen und sich besser in den neuen Tagesablauf einfügen können.¹⁰⁴

¹⁰³ Hofmann / Hock 2005, S. 165

¹⁰⁴ Gümmer / Döhring 2002, S. 126

Viele Pflegeeinrichtungen haben Konzepte für die Begleitung Demenzkranker entwickelt und sind spezialisiert auf den Umgang mit ihnen.¹⁰⁵

9. die Rolle der sozialen Arbeit

Die Arbeitsbereiche des Sozialarbeiters / Sozialpädagogen im Zusammenhang mit der Krankheit Alzheimer-Demenz sind sehr vielfältig. Nahezu in jeder medizinischen und sozialen Institution sind Sozialarbeiter tätig.

In jedem Stadium ist die Mitarbeit eines Sozialarbeiters / Sozialpädagogen zu finden. Angefangen bei der Diagnostik. Die hierfür notwendige Sozialanamnese kann der für die geriatrische bzw. gerontopsychiatrische Station zuständige Sozialarbeiter durchführen.

Wie unter Punkt 2.5 beschrieben, ist die Sozialanamnese ein wichtiger Bestandteil des Diagnoseverfahrens.¹⁰⁶ In den verschiedenen Beratungsstellen und Demenzzentren sind Sozialarbeiter für die Information über bestehende Hilfeinrichtungen und die Vermittlung der Hilfen verantwortlich. Auch über finanzielle Ansprüche wird informiert und bei deren Durchsetzung unterstützt.¹⁰⁷ Diese Beratung und Hilfe können Betroffene und deren Angehörige auch bei den Sozialpsychiatrischen Diensten und den Sozialämtern der zuständigen Landkreise erhalten.

Ein weiteres Arbeitsfeld für Sozialarbeiter / Sozialpädagogen ist die Durchführung von angeleiteten Selbsthilfegruppen, sowohl für die Betroffenen im Anfangsstadium sowie für die Angehörigen an Demenz erkrankter Menschen. Auch die Schulung von Angehörigen, die Aufklärung über die Krankheit und den Umgang mit der Krankheit und dem Dementen selbst, ist ein wichtiger Arbeitsbereich der Sozialen Arbeit¹⁰⁸.

¹⁰⁵ Weidenfelder 2004, S. 128

¹⁰⁶ Waller 2007, S. 139

¹⁰⁷ Demenz Servicezentren in Aktion, S. 13 (Internetquelle)

¹⁰⁸ Waller 2007, S. 142

Des Weiteren können Sozialarbeiter / Sozialpädagogen auch in Institutionen des alltäglichen Lebens, wie zum Beispiel der Wohnungsgesellschaften, mit der Krankheit Demenz und somit mit Dementen und deren Angehörigen in Berührung kommen und Hilfen vermitteln. Gerade in den Bereichen des Altersgerechten Wohnen oder des Betreuten Wohnen ist dies häufig der Fall.¹⁰⁹

Ein anderes Arbeitsfeld in der Sozialen Arbeit kann der Dementia Care Manager sein. Er berät Demente und Angehörige individuell unter Einbeziehung der persönlichen Verhältnisse, Einstellungen und Vorlieben. Dies wird durch Hausbesuche ermöglicht.¹¹⁰

10. Vergleich der Hilfsangebote und Netzwerke der Bundesländer Nordrhein-Westfalen und Mecklenburg-Vorpommern

10.1 Nordrhein-Westfalen

In Nordrhein-Westfalen wurde in den Jahren 2002 und 2003 die Landesinitiative „Demenz-Service NRW“ vom Kuratorium Deutsche Altershilfe – Wilhelmine-Lübke-Stiftung e. V. initiiert.

Angelehnt an das Konzept der „Dementia Services Development Centres“ in Schottland, wird seit dem Frühjahr 2004 der Aufbau von regionalen Demenz-Servicezentren durch das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und soziales des Landes Nordrhein-Westfalen und durch die Pflegekassen gefördert.

¹⁰⁹ Betreutes Wohnen (Internetquelle)

¹¹⁰ Pressemitteilung des DZNE und CIDC (Internetquelle)

Notwendig wurde der Demenz-Service NRW auf Grund der steigenden Zahl demenzerkrankter Menschen und der unzureichenden Hilfen für Angehörige und Betroffene in Nordrhein-Westfalen.

Die Koordinierungsstelle der Landesinitiative Demenz-Service NRW im Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) koordiniert die verschiedenen Aktivitäten in dem Bundesland. Des Weiteren trägt sie im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit dazu bei, viel Wissen über Krankheitsbilder, Krankheitsverläufe, Diagnosemöglichkeiten, Therapien und den Umgang mit Dementen der breiten Öffentlichkeit zur Verfügung zu stellen. Sie führt Veranstaltungen und Workshops durch und vermittelt Kontakte zu den einzelnen Servicezentren in Nordrhein-Westfalen.¹¹¹

Zur Zeit gibt es zwölf Demenz-Servicezentren in Nordrhein-Westfalen. Sie sind eigenständig, kooperieren aber immer mit bereits bestehenden Diensten, Einrichtungen und Initiativen und tragen so zu deren Vernetzung und Zusammenarbeit bei. Sie ergänzen die bestehenden Angebote, entwickeln neue Angebote und tragen zur Weiterentwicklung bereits vorhandener Angebote bei. Dies erleichtert den Zugang zu diesen Angeboten für die Dementen und deren Angehörige, da sie einen Ansprechpartner haben, der kompetent und individuell die Hilfe vermitteln kann.

Die Mitarbeiter der Demenz-Servicezentren treffen sich alle zwei Monate zum Austausch von Erfahrungen und Kenntnissen sowie Kooperationsab-sprachen. Auch Vertreter der Pflegekassen, der Bezirksregierung Düsseldorf und des Instituts für Sozial- und Kulturforschung Duisburg nehmen an diesen Treffen teil. Die durch diese Treffen hergestellte Transparenz der Arbeit der Demenz-Servicezentren stellt ein wichtiges Element der Qualitätssicherung dar. Die intensive Vernetzung der Zentren trägt entscheidend zu deren Erfolg bei.

¹¹¹ Demenz-Service NRW, S. 1 (Internetquelle)

Die Demenz-Servicezentren unterstützen durch Vermittlung von Kenntnissen und Erfahrungen durch Fachberatung für Demenzerkrankte und deren Angehörige. Sie unterstützen durch Beratung zu entlastenden und unterstützenden ehrenamtlichen oder professionellen Hilfen, medizinische und therapeutische Begleitung, Erschaffung eines wertschätzenden sozialen und gesellschaftlichen Umfeldes und Enttabuisierung der Krankheit durch breite Öffentlichkeitsarbeit.

Die Demenz-Servicezentren verfügen über kein einheitliches Profil. Die Arbeitsschwerpunkte werden individuell an die bereits vorhandenen Hilfen und den noch bestehenden Hilfebedarf angepasst.

Während in der Region Aachen/Eifel das Demenz-Servicezentrum mit den Arbeitsschwerpunkten: Individuelle Unterstützung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen bei der Suche nach passenden Hilfeangeboten; Initiierung, Unterstützung und Vernetzung von niedrigschwelligen Hilfeangeboten; Verbesserung der Vernetzung der örtlichen Hilfestrukturen unter besonderer Berücksichtigung der Hausärzte und Hausärztinnen; Nutzung von Erfahrungen der Nachbarländer in der EUREGIO zum Aufbau der Infrastrukturen arbeitet,¹¹² richten sich die Angebote des Demenz-Servicezentrum Dortmund vor allem an die Angehörigen und Fachkräfte. Die Arbeitsschwerpunkte sind hier: Angehörigen-Schulungen und Infos für Ärztinnen und Ärzte.¹¹³

¹¹² Demenz-Servicezentren in Aktion, S. 28 (Internetquelle)

¹¹³ Demenz-Servicezentren in Aktion, S. 36 (Internetquelle)

Trotz dieser flächendeckenden Versorgung ist das Land Nordrhein-Westfalen an einer stetigen Weiterentwicklung und Verbesserung interessiert. Im Rahmen eines Projektes, EVIDENT, wurde das Entlastungspotenzial von Versorgungsnetzwerken in Nordrhein-Westfalen durch schriftliche Befragung und leitfadengestützte Interviews ermittelt. Im Ergebnis zeigte sich, dass der leichte Zugang zu gebündelten Informationen von grundlegender Bedeutung ist. Hausärzte haben dadurch eine sehr wichtige Funktion, da sie in der Regel erste Anlaufstelle sind. Das Projekt wies weiterhin das hohe Entlastungspotenzial von wohnortnaher Versorgung mit Tagespflege und niedrigschwelligen Betreuungsmöglichkeiten nach.¹¹⁴

10.2 Mecklenburg-Vorpommern

Am 5. Mai 2010 startete eine landesweite Studie in Mecklenburg-Vorpommern. Die Lebenssituation von Demenzkranken und deren Angehörigen zu verbessern ist Ziel dieser Studie. Es werden der Bedarf an medizinischer und pflegerischer Versorgung von Demenzkranken erfasst, neue Versorgungskonzepte entwickelt und in der Praxis die Wirksamkeit der neuen Konzepte überprüft.

Die so genannte DelpHi-MV-Studie, lebenswelt- und patientenzentrierte Hilfen in Mecklenburg-Vorpommern, wird durchgeführt von Wissenschaftlern am Zentrum für Integrierte Demenzversorgungsforschung (CIDC), einer wissenschaftlichen Kooperation der Universitäten und Universitätskliniken in Greifswald und Rostock und dem Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE).

¹¹⁴ Ehlers / Reichert 2010, S. 20

Hausärzte befragen Patienten nach Gedächtnisproblemen. Bei Erfüllung bestimmter Kriterien können diese dann von „Dementia Care Managern“ zu Hause besucht werden, wo dann wichtige Daten zur Behandlung, Versorgung, Lebensqualität und Zufriedenheit der Patienten und deren Angehörigen erhoben werden. Die Fachkräfte geben dann Handlungsempfehlungen und Informationen zu in der Region vorhandenen demenzspezifischen medizinischen Versorgungseinrichtungen. Des Weiteren informieren sie über unterstützende Pflege-, Betreuungs- und Beratungsangebote. Die „Dementia Care Manager“ besuchen die Patienten regelmäßig und erheben so Daten zur Optimierung der Versorgungssituation.¹¹⁵

Diese Studie überprüft bestehende Versorgungsstrukturen und entwickelt neue Konzepte. Mecklenburg-Vorpommern wird als eine Modellregion für die Auswirkung des demografischen Wandels untersucht, der demenzbedingte Bedarf an medizinischer und pflegerischer Versorgung erfasst und neue Versorgungsnetzwerke entwickelt, umgesetzt und auf ihre Wirksamkeit hin überprüft. Ziel des Versorgungsnetzwerkes ist, die Lebenssituation der älteren Personen mit Demenz und ihrer Angehörigen zu verbessern und Lösungen für die Probleme, die der demografische Wandel verursacht, zu finden.¹¹⁶

In Mecklenburg-Vorpommern gibt es zwei, bei der Deutschen Alzheimer Gesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e. V. gelistete, Beratungsstellen für Demenz. Fünf Gedächtnissprechstunden / Memory Kliniken, eine Betreuungsgruppe für Demenzkranke und elf Selbsthilfegruppen für Angehörige können ebenfalls bei der Deutschen Alzheimer Gesellschaft M-V erfragt werden.¹¹⁷

¹¹⁵ Pressemitteilung des DZNE und CIDC (Internetquelle)

¹¹⁶ DZNE (Internetquelle)

¹¹⁷ Deutsche Alzheimer Gesellschaft (Internetquelle)

In Schwerin befindet sich das Zentrum Demenz. Es ist eine Einrichtung des Augustinenstift zu Schwerin. Das Zentrum Demenz ist eine Kontakt- und Informationsstelle für Demenzkranke und deren Angehörige in Schwerin und Umgebung.¹¹⁸ Es werden niedrigschwellige Angebote für Demenzkranke und deren Angehörige entwickelt. Es ist ein Modellprojekt, mit dem Ziel eine möglichst frühe Kontaktaufnahme zu den Betroffenen in einem frühen Stadium der Krankheit zu erreichen. Es werden Entlastungsangebote für Angehörige initiiert, um einen langen Verbleib in der Häuslichkeit zu erreichen. Auch die Arbeit mit Ehrenamtlichen Betreuern und die Sensibilisierung der Öffentlichkeit sind weitere Ziele des Projektes.¹¹⁹

11. Fazit

In Mecklenburg-Vorpommern sind die Hilfen für Demenzkranke und deren Angehörige rar und schwer zu finden. Nur gezielte Suchen nach spezieller Unterstützung ermöglichen Hilfen und Beratung. Eine zentrale Institution, die Auskunft über die vorhandenen Angebote in Mecklenburg-Vorpommern geben kann, gibt es nicht. Diese Unterversorgung kann zu einer vermehrten Anzahl von Dementen führen, die frühzeitig aus der häuslichen Versorgung durch Angehörige in die professionelle Betreuungsform der Pflegeheime untergebracht werden. Laut einer Studie von D. Lankers, S. Kissler, S. D. Hötte, H. J. Freyberger und S. G. Schröder sind 42 % der pflegenden Angehörigen von Dementen schwer, 41 % sehr schwer belastet im Vergleich zu pflegenden Angehörigen nicht an Demenz Leidender.¹²⁰ Nach Albert Wettstein sind die Verhaltensstörungen der Dementen eine stärkere Betreuungslast als die kognitiven Defizite und oft der Hauptgrund für eine Institutionalisierung.¹²¹

¹¹⁸ Zentrum Demenz / Unsere Arbeit (Internetquelle)

¹¹⁹ Zentrum Demenz / Wir über uns (Internetquelle)

¹²⁰ Lankers u. a. 2010, S. 257

¹²¹ Wettstein 2005, S. 122

Durch den Aufbau einer unterstützenden Infrastruktur, einer umfassenden Netzwerkarbeit und einer intensiven Öffentlichkeitsarbeit könnte nach dem Beispiel Nordrhein-Westfalens auch in Mecklenburg-Vorpommern eine bessere und intensivere Hilfe für die Dementen und deren Angehörige entstehen. Gerade in einem Flächenland wie Mecklenburg-Vorpommern, in dem die Wege lang sind und die Anbindung öffentlicher Verkehrsmittel oftmals sehr schlicht ist, ist eine flächendeckende Hilfe für Demenzerkrankte und deren pflegende Angehörige zu initiieren und zu koordinieren.

Dies ist in Nordrhein-Westfalen bereits gelungen. Das Projekt ist in seiner Größe und Professionalität beispielhaft und einzigartig in Deutschland.

12. Zusammenfassung

Die Alzheimer-Demenz ist eine schwer begreifbare Krankheit. Auch die Wissenschaft steht bisher vor einem Rätsel, was Ursachen und Behandlungen betrifft. Zwar kann bereits der Fortschritt verlangsamt und in einigen Fällen sogar zeitweise aufgehalten werden aber eine Genesung ist nicht möglich. Die Krankheit führt immer unweigerlich zum Tod. Diese Tatsachen sind für die Kranken selbst und deren ganze Familie sehr belastend. Umso wichtiger ist in dieser schweren Lebenslage die Hilfe von außen. Professionelle Helfer spielen eine entscheidende Rolle im Umgang mit der Krankheit und mit den täglichen Schwierigkeiten, die sie mit sich bringt. Das Verstehen der Krankheit und damit des Kranken selbst ist ein wichtiger Bestandteil der Betreuung des Dementen. Diagnosestellung, der Verlauf der Krankheit und mögliche Behandlungsansätze gehören zu den grundlegenden Dingen, welche pflegende Angehörige über die Alzheimerkrankheit wissen müssen. Dies erleichtert den Umgang mit der Krankheit und dem Kranken.

Durch ein flächendeckendes Hilfesystem, welches in der Öffentlichkeit präsent ist und niedrigschwellige Angebote vermittelt, ist es den Familien möglich, ihre erkrankten Angehörigen längstmöglich zu Hause zu pflegen. Die häusliche Umgebung ist für die Kranken wichtig und auch den Angehörigen bleibt das Gefühl, etwas Entscheidendes für das Wohlbefinden des Angehörigen in seinem letzten Lebensabschnitt getan zu haben. Dabei dürfen die Angehörigen nicht überfordert werden. Sie brauchen die bestmögliche Versorgung von außen. Für die Kranken selbst gibt es viele Therapien. Aber auch die Angehörigen befinden sich in einem prägenden Lebensabschnitt. Sie werden mit Aufgaben und Tatsachen konfrontiert, die schwer zu bewältigen sind. Sie müssen für eine geliebte Person sorgen, sei es mit Waschen, Essen oder Beschäftigung. Im Verlauf der Erkrankung kommt dann die psychische Belastung hinzu, dass der Mensch, für den man soviel tut, einen nicht mehr erkennt.

In allen Stadien der Krankheit benötigen die Kranken selbst aber auch die Angehörigen professionelle Hilfe. Nordrhein-Westfalen bietet durch die Demenz-Servicezentren flächendeckend Hilfen vor Ort. Dabei wird die Hilfe individuell auf die Situation abgestimmt. Auch in Mecklenburg-Vorpommern können die Dementen und Angehörigen Hilfe finden. Gerade im Bereich der Pflege, sei es die Tagespflege in einer Einrichtung oder die häusliche Pflege durch Pflegedienste, ist auch in Mecklenburg-Vorpommern ein vielfältiges Angebot vorhanden. Jedoch die direkte Hilfe für die Angehörigen ist mancherorts noch schwer zu finden, wenn sie denn überhaupt existiert. Durch den demografischen Wandel besteht gerade in Mecklenburg-Vorpommern in diesem Bereich noch großer Bedarf. Wie dieser Bedarf gedeckt werden könnte zeigt Nordrhein-Westfalen.

13. Quellenverzeichnis

Bauer, Joachim. Zur Psychodynamik des Morbus Alzheimer: Verlust der neuronalen Plastizität durch Rückzug aus der Wirklichkeitskonstruktion. In: Plassmann, Reinhard u. a. (Hrsg.): Integrierte Medizin: Neue Modelle für Psychosomatik und Psychiatrie. Gießen 2002, S. 95 – 112.

Betreutes Wohnen – zu Hause oder in einer altengerechten Wohnung

[URL:http://www.pflege-deutschland.de/pflege-ratgeber/betreutes-wohnen.html](http://www.pflege-deutschland.de/pflege-ratgeber/betreutes-wohnen.html) [Stand 07.08.2010]

Bickel, Horst: Epidemiologie psychischer Störungen im Alter. In: Förstl, Hans (Hrsg.): Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und –psychotherapie. Grundlagen – Klinik – Therapie. 2. aktualisierte und erweiterte Auflage. Stuttgart 2003, S. 11 – 26.

Borchardt, Dietrich / Schecker, Michael: Stadien und Verlauf der Alzheimer-Krankheit. In: Hock, Christoph / Hüll, Michael / Schecker, Michael (Hrsg.): Cognitio 9. Kognitions- und neurowissenschaftliche Beiträge zur natürlichen Sprachverarbeitung. Die Alzheimer-Krankheit. Tübingen 2000, S. 105 – 128.

Buijssen, Huub: Senile Demenz. Eine praktische Anleitung für den Umgang mit Alzheimer-Patienten. Weinheim 1994.

Damerau-Dambrowski, Volker: Alzheimer-Medikamente – Hilfe oder Last?

[URL:http://www3.ndr.de/sendungen/visite/archiv/gehirn/alzheimer122.html](http://www3.ndr.de/sendungen/visite/archiv/gehirn/alzheimer122.html) [Stand 21.04.2010]

Demenz-Service NRW

[URL:http://www.demenz-service-nrw.de/content/seite57.html](http://www.demenz-service-nrw.de/content/seite57.html) [Stand 29.07.2010]

Demenz-Servicezentren in Aktion

[URL:http://www.demenz-service-nrw.de/files/bilder/vereoffentlichungen/DSZ_9.pdf](http://www.demenz-service-nrw.de/files/bilder/vereoffentlichungen/DSZ_9.pdf) [Stand 03.08.2010]

Deutsche Alzheimer Gesellschaft

[URL:http://www.alzheimer-mv.de/de/hilfen](http://www.alzheimer-mv.de/de/hilfen) [Stand 03.08.2010]

DZNE

[URL:http://www.dzne.de/dzne-centers/rostock-greifswald.html](http://www.dzne.de/dzne-centers/rostock-greifswald.html) [Stand 03.08.2010]

Ehlers, A. / Reichert, M.: Entlastungspotenziale von Angeboten der Demenzversorgung: Die Perspektive der pflegenden Angehörigen. In: Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie, Band 43, Sonderheft 1, September 2010.

Feil, Naomi: Ausbruch in die Menschenwürde. Validation – einfache Techniken um Menschen mit Altersverwirrtheit / Demenz vom Typus Alzheimer – zu helfen. Wien 1993.

Feil, Naomi: Validation in Anwendung und Beispielen. Der Umgang mit verwirrten alten Menschen. München 2007.

Frenz, Birgit: Nicht allein dastehen – Hilfsangebote für pflegende Angehörige. In: Gümmer, Martina / Döring, Joachim (Hrsg.): Im Labyrinth des Vergessens. Hilfen für Angehörige von Demenzkranken. Bonn 2007.

Förstl, Hans u. a.: Alzheimer Demenz. In: Förstl, Hans (Hrsg.): Demenzen in Theorie und Praxis. 2., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Heidelberg 2009.

Gümmer, Martina / Döring, Joachim: Im Labyrinth des Vergessens. Hilfen für Altersverwirrte und Alzheimerkranke. Bonn 2002.

- Gutzmann, Hans: Therapeutische Ansätze bei Demenzen. In: Wächtler, Claus (Hrsg.): Demenzen. Frühzeitig erkennen, aktiv behandeln, Betroffene und Angehörige effektiv unterstützen. Stuttgart 1997, S. 40 – 59.
- Haupt, Martin: Nicht-kognitive Veränderungen. In: Weis, Serge / Weber, Germain (Hrsg.): Handbuch Morbus Alzheimer. Neurobiologie, Diagnose, Therapie. Weinheim 1997, S. 911 – 920.
- Held, Christoph / Ugolini, Bettina: Stationäre Versorgung demenzbetroffener Menschen – Unterstützung der Angehörigen und Pflegenden. In: Martin, Mike / Schelling, Hans Rudolf (Hrsg.): Demenz in Schlüsselbegriffen. Grundlagen und Praxis für Praktiker, Betroffene und deren Angehörige. Bern 2005, S. 181 – 222.
- Hofmann, Marc / Hock, Christoph: Pharmakologische Behandlung der Demenz. In: Martin, Mike / Schelling, Hans Rudolf (Hrsg.): Demenz in Schlüsselbegriffen. Grundlagen und Praxis für Praktiker, Betroffene und deren Angehörige. Bern 2005, S. 155 – 180.
- Klessmann, Edda: Wenn Eltern Kinder werden und doch die Eltern bleiben. Die Doppelbotschaft der Altersdemenz. 5., durchgesehene und ergänzte Auflage. Bern u. a. 2001.
- Krämer, Günter: Alzheimer Krankheit. Ursachen, Krankheitszeichen, Untersuchung, Behandlung. Für Angehörige, Betreuer, Selbsthilfegruppen und alle, die sich über das Krankheitsbild informieren wollen. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart 1993.
- Lankers, D. u. a.: Leben Demenzkranke zu Hause länger als im Heim? In: Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie, Band 43, Heft 4, August 2010, S. 254 – 258.

Lehrl, Siegfried: Nichtmedikamentöse Behandlung / Training. In: Gutzmann, Hans (Hrsg.): Der dementielle Patient. Das Alzheimer Problem. Diagnostik. Ursachenforschung. Therapie. Betreuung. Bern u. a. 1992, S. 121 – 142.

Mace, Nancy L. / Rabins, Peter V.: Der 36 Stunden Tag. Die Pflege des verwirrten älteren Menschen, speziell des Alzheimer-Kranken. 4. Auflage Bern u. a. 1996.

Maier, Wolfgang u. a.: Alzheimer & Demenzen verstehen. Diagnose, Behandlung, Alltag, Betreuung. Stuttgart 2010.

Maurer, Konrad und Ulrike: Alzheimer. Das Leben eines Arztes und die Karriere einer Krankheit. München 1998.

Merz Pharmaceuticals

URL:<http://www.alzheimerinfo.de/therapie/medikamentoes/> [Stand 06.07.2009]

Möller, Hans-Jürgen: Medikamentöse Therapie. In: Weis, Serge / Weber, Germain (Hrsg.): Handbuch Morbus Alzheimer. Neurobiologie, Diagnose, Therapie. Weinheim 1997, S. 1049 – 1071.

Mousa, Susanne / Wagner, Beatrice: Verlauf der Alzheimer Krankheit.

URL:[http:// www.wissen-gesundheit.de/content.asp?wdid=2501&sid=0](http://www.wissen-gesundheit.de/content.asp?wdid=2501&sid=0) [Stand 26.11.2009]

Nocon, M. et. al.: Pflegerische Betreuungskonzepte bei Patienten mit Demenz. In: Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie. Band 43, Heft 3, Juni 2010, S. 183 – 189.

Pressemitteilung des DZNE und CIDC

[URL:http://www.pflegen-online.de/nachrichten/pflegeforschung/versorgung-demenzkranker-verbessern-pflegende-angehoerige-unterstuetzen.htm](http://www.pflegen-online.de/nachrichten/pflegeforschung/versorgung-demenzkranker-verbessern-pflegende-angehoerige-unterstuetzen.htm) [Stand 03.08.2010]

Schaade, Gudrun: Demenz. Therapeutische Behandlungsansätze für alle Stadien der Erkrankung. Neurophysiologische Grundlagen. Sensorische Integration. Heidelberg 2009.

Schäfer, Ulrike / Rüter, Eckart: Demenz – Gemeinsam den Alltag bewältigen. Ein Ratgeber für Angehörige und Pflegende. Göttingen u. a. 2004.

Schwarz, Günther: AlzheimerForum. Wissenswertes über die Alzheimer Krankheit und Demenzerkrankungen
[URL:http://www.alzheimerforum.de/2/2/wdakude_k4.html](http://www.alzheimerforum.de/2/2/wdakude_k4.html) [Stand 26.11.2009]

Sifton, Carol Bowlby: Das Demenz-Buch. Ein «Wegbegleiter» für Angehörige, Pflegende und Aktivierungstherapeuten. Bern 2008.

Waack, K.: Belastungen pflegender Angehöriger von demenziell erkrankten Menschen. In: Danielszik, Dr. A. / Haenselt, Prof. Dr. R. / Waack, K. (Hrsg.): Handbuch für Leiter / Leiterinnen von Pflege- und Betreuungskursen für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz. Köln 2004, S. 14 – 24.

Waller, Heiko: Sozialmedizin. Grundlagen und Praxis. 6. überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart 2007.

Weber, Germain / Lehrner, Johann: Veränderungen der Kognition. In: Weis, Serge / Weber, Germain (Hrsg.): Handbuch Morbus Alzheimer. Neurobiologie, Diagnose, Therapie. Weinheim 1997, S. 889 – 909.

- Weidenfelder, Martin: Mit dem Vergessen leben. Demenz. Verwirrte alte Menschen verstehen und einfühlsam begleiten. Stuttgart 2004.
- Weissenberger-Leduc, Monique: Palliativpflege bei Demenz. Ein Handbuch für die Praxis. Wien 2009.
- Wettstein, Albert: Senile Demenz. Ursache – Diagnose – Therapie- Volkswirtschaftliche Konsequenzen. Bern u. a. 1991.
- Wettstein, Albert: Umgang mit Demenzkranken und Angehörigen. In: Martin, Mike / Schelling, Hans Rudolf (Hrsg.): Demenz in Schlüsselbegriffen. Grundlagen und Praxis für Praktiker, Betroffene und deren Angehörige. Bern 2005, S. 101 – 153.
- Wetzstein, Verena: Diagnose Alzheimer. Grundlagen einer Ethik der Demenz. Frankfurt / Main 2005.
- Wilz, Gabriele / Adler, Corinne / Gunzelmann, Thomas: Gruppenarbeit mit Angehörigen von Demenzkranken. Ein therapeutischer Leitfaden. Göttingen u. a. 2001.
- Wojnar, Jan: Zur medikamentösen Therapie Demenzkranker. In: Gutensohn, Stefan: Endstation Alzheimer? Ein überzeugendes Konzept zur stationären Betreuung. Frankfurt am Main 2000, S. 103 – 109.
- Zentrum Demenz: Demenz und Selbstbestimmung. Betreuertag. Güstrow 2008.
- Zentrum Demenz / Unsere Arbeit
[URL:http://www.zentrum-demenz.de/index.php?id=2](http://www.zentrum-demenz.de/index.php?id=2) [Stand 03.08.2010]

Zentrum Demenz / Wir über uns

[URL:http://www.zentrum-demenz.de/index.php?id=1](http://www.zentrum-demenz.de/index.php?id=1) [Stand
03.08.2010]

Ziegler, U. / Doblhammer, G.: Prävalenz und Inzidenz von Demenz in
Deutschland – Eine Studie auf Basis von Daten der gesetzlichen
Krankenversicherungen von 2002

[URL:http://www.thieme-connect.de/ejournals](http://www.thieme-connect.de/ejournals) [Stand Mai 2009]

Zgola, Jitka M.: Etwas tun! Die Arbeit mit Alzheimerkranken und anderen
chronisch Verwirrten. 2. Auflage Bern u. a. 1999.

Eidesstattlich Erklärung

Hiermit erkläre ich an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer, als angegebener Hilfsmittel, angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommen Gedanken sind als solche gekennzeichnet.

Katrin Behrens

Neubrandenburg, 15.10.2010

Kurzzusammenfassung

Professionelle Helfer spielen eine entscheidende Rolle im Umgang mit der Alzheimerkrankheit und mit den täglichen Schwierigkeiten, die sie mit sich bringt. Diagnosestellung, der Verlauf der Krankheit und mögliche Behandlungsansätze gehören zu den grundlegenden Dingen, welche pflegende Angehörige über die Alzheimerkrankheit wissen müssen.

Durch ein flächendeckendes Hilfesystem, welches in der Öffentlichkeit präsent ist und niedrighschwellige Angebote vermittelt, ist es den Familien möglich, ihre erkrankten Angehörigen längstmöglich zu Hause zu pflegen.

In allen Stadien der Krankheit benötigen die Kranken selbst aber auch die Angehörigen professionelle Hilfe. Nordrhein-Westfalen bietet durch die Demenz-Servicezentren flächendeckend Hilfen vor Ort. Auch in Mecklenburg-Vorpommern können die Dementen und Angehörigen Hilfe finden. Jedoch die direkte Hilfe für die Angehörigen ist mancherorts noch schwer zu finden, wenn sie denn überhaupt existiert.

Summary

Professional helpers play an important role in the work with people who have the Alzheimer disease and with the daily problems that are caused by this disease. The diagnosis, the course and the possible therapies belong to the basic things that the family members have to know about the Alzheimer disease.

With the forming of a widespread helping system, that is open to the public and gives all necessary information and help for the families, could be offered the possibility to care about the ill people at home for a longer time.

In all stadiums of the illness the ill people need professional help, but their families of course too.

In Nordrhein-Westfalen offers with the Demenz-Servicecentres help on the spot. In Mecklenburg-Vorpommern the sick people and their families can find help too. But the help is, if available, sometimes difficult to find.