



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Hochschule Neubrandenburg

Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung

Studiengang Soziale Arbeit

Versorgungsformen für dementiell erkrankte Menschen und die
Anforderung an die Soziale Arbeit

Bachelorarbeit
zur
Erlangung des akademischen Grades

„Bachelor of Arts“ (B. A.)

Vorgelegt von: Silke Gallmeister

Erstprüfer: Frau Ass. jur. Britta Tammen

Zweitprüfer: Herr Prof. Dr. Roland Haenselt

Tag der Einreichung: 12.06.2012

urn:nbn:de:gbv:519-thesis2012-0380-2

Zusammenfassung

Dementielle Erkrankungen bedeuten eine große Belastung für den Patienten und seine Angehörigen. Pflegekräfte, Ärzte, Sozialpädagogen, Psychologen sowie die pflegenden Angehörigen benötigen fundierte Grundlageninformationen über dieses Krankheitsbild. Diese Arbeit stellt das Krankheitsbild Demenz vor, um zu veranschaulichen, welche Belastungen für die Betroffenen und Angehörigen mit der Krankheit einhergehen. Anschließend werden Versorgungsformen und Unterstützungsmöglichkeiten vorgestellt, die von den Patienten und ihren Familien in Anspruch genommen werden können. Besonders fokussiert werden hier neben den ambulanten, stationären und teilstationären Versorgungsformen, die Handlungskompetenzen der Sozialen Arbeit. Diese hat hier eine unterstützende, begleitende und vermittelnde Funktion bei pflegerischen, psychologischen, finanziellen und rechtlichen Fragen. Um diese Funktion zu erfüllen bedient sie sich bestimmter Ansätzen und Methoden. Doch trotz vielfältiger Unterstützungsmöglichkeiten für die Betroffenen und ihre Angehörigen, werden diese nur selten in Anspruch genommen. Warum das so ist und wie dem entgegengewirkt werden kann bildet den Schwerpunkt dieser Arbeit.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	V
Abkürzungsverzeichnis.....	VI
1 Einleitung.....	1
2 Die Epidemiologie und der demographischer Wandel in Deutschland	2
2. 1 Definition von Demenz.....	5
2. 2 Klassifikation der Demenz nach ICD-10.....	5
2. 3 Formen der Demenz.....	6
2.3. 1 Primäre Demenzformen.....	6
2.3. 2 Demenz vom Alzheimer-Typ	7
2.3. 3 Vaskuläre Demenz.....	8
2.3. 4 Sekundäre Formen	9
2. 4 Diagnose	9
2. 5 Behandlung.....	10
2.5. 1 Medikamentöse Behandlung	10
2.5. 2 Nicht-medikamentöse Behandlung.....	11
2.5. 3 Vorbeugung	12
3 Der Umgang mit dementen Menschen.....	12
3. 1 Pflegende Angehörige	16
3. 2 Pflegende Angehörige, ein Trauerprozess.....	17
4 Versorgungsformen für dementiell erkrankte Menschen	18
4. 1 Ambulante Hilfe.....	18
4. 2 Die Tagespflege	19
4. 3 Das Heim.....	19
4. 4 Die Kurzzeitpflege.....	20
5 Die Herausforderung an die Soziale Arbeit mit dementen Menschen	20
5. 1 Die Handlungskompetenzen der sozialen Arbeit	21
5. 2 Betreuung.....	22
5. 3 Vollmachten.....	24
5.3. 1 Vorsorgevollmacht	25
5.3. 2 Patientenverfügung.....	26
5.3. 3 Betreuungsverfügung	26
5. 4 Finanzielle Unterstützung.....	27
6 Weitere Handlungsfelder und Methoden der Sozialen Arbeit.....	28
6. 1 Die Personenzentrierte Gesprächsführung.....	28

6. 2 Dementia Care mapping.....	32
6. 3 Biographiearbeit.....	33
7 Problemfeld – Nicht-Inanspruchnahme von Hilfen.....	34
8 Diskussion und Handlungsempfehlungen zur Erhöhung der Inanspruchnahme von Unterstützungs – und Versorgungsangeboten	36
9 Schlusswort.....	41
Literaturverzeichnis.....	43
Internetquellen.....	46

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Häufigkeitsverteilung von Demenzerkrankungen	4
Abbildung 2 Entwicklung der Pflegebedürftigkeit, wie sich der demographische Wandel auswirkt	4
Abbildung 3 Uhrentest	10

Abkürzungsverzeichnis

BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
DCM	Dementia Care mapping
ggf.	gegebenenfalls
SGB XI	Elftes Sozialgesetzbuch
vgl.	Vergleich
z.B.	zum Beispiel

1 Einleitung

Mit der steigenden Lebenserwartung, dem damit verbunden erhöhten Risikofaktor an einer Demenz zu erkranken und einem immer größer werdenden Anteil der älteren Menschen in unserer Gesellschaft, gerät das Thema Demenz unweigerlich in den Fokus gesundheitspolitischer Diskussionen. Die zugrunde liegende Erkrankung und die damit einhergehenden Probleme gehören nicht allein in den Fachbereich der Psychiatrie, sondern beschäftigen auch Allgemeinmediziner, Internisten, Neurologen, quasi alle Ärzte, die mit älteren Patienten zu tun haben. Die meisten praktischen Aufgaben sind nur in enger Kooperation mit Sozialeinrichtungen, professionellen Pflegekräften sowie im besonderen Maße mit den pflegenden Angehörigen zu bewältigen. Besonders das Berufsfeld Soziale Arbeit steht im Umgang mit Altersdemenz vor enormen Herausforderungen. Menschen mit Demenz leben nämlich in ihrer eigenen Welt und dabei entbehrt ihr Verhalten neben zahlreichen Defiziten auch einer gewissen Rationalität. Somit müssen sich Sozialarbeiter zunächst ein über Grundlagen deutlich hinausgehendes Wissen über Diagnostik, Therapie und Zukunftsperspektiven betreffend der Erkrankung Demenz aneignen. Neben ihren beratenden Aufgaben, haben sie eine begleitende Funktion. Sie unterstützen Menschen mit Demenz, als auch die Pflegeperson. An dieser Stelle geht es neben der Alltagsgestaltung und Lebensbewältigung, auch um die Aufklärung hinsichtlich Hilfen bei der Versorgung, behördlichen Angelegenheiten, finanziellen Möglichkeiten sowie um das Anbieten und vermitteln von unterstützenden Maßnahmen und weiteren Ansprechpartnern. Die Soziale Arbeit ist ein Instrument, das durch institutionsübergreifendes Wissen, Wege verkürzen kann und den Prozess von Hilfe und Unterstützung so beschleunigt. Bisher gibt es jedoch kaum Kenntnisse, wie die Krankheit verhindert werden kann und auch keine Heilungsmöglichkeiten. Durch gezielte Maßnahmen kann jedoch das Fortschreiten der Krankheit in einem begrenzten Umfang aufgehalten und die Situation der Betroffenen verbessert werden.

Aufgrund der Aktualität und der Herausforderung an das Berufsfeld der Sozialen Arbeit, welche die Krankheit Demenz stellt, möchte ich mich mit diesem Thema auseinandersetzen. Schwerpunkt dieser Arbeit bildet dabei einerseits das Krankheitsbild Demenz, um zu veranschaulichen welche Belastungen für die Betroffenen und Angehörigen mit der Krankheit einhergehen, um dann andererseits

die Unterstützungsmöglichkeiten für die Betroffenen durch die Mitarbeiter der Sozialen Arbeit bei sozialen, pflegerischen, psychologischen und rechtlichen Fragen herauszuarbeiten. Desweiteren werden wesentliche Ansätze und Methoden in der sozialen Arbeit mit dem Krankheitsbild Demenz vorgestellt. Außerdem soll möglichen Problemen bei der Versorgung und Unterstützung der Demenzpatienten auf den Grund gegangen und diskutiert werden. Dazu möchte ich als erstes die Epidemiologie und den demographischen Wandel im Zusammenhang mit Demenz darstellen. Außerdem werde ich den Begriff Demenz definieren und eine Möglichkeit, die der ICD-10 zur Bestimmung einer Demenz vorstellen. Im weiteren Verlauf folgt eine Charakterisierung des Krankheitsbildes mit seinen verschiedenen Formen, wie einer Demenz vorgebeugt werden kann sowie verschiedene Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten. Im 3. Kapitel möchte Aufschluss über den Umgang mit dementen Menschen geben, da diese besonders in der Anfangsphase schnell vor großen Hürden, komplexen Fragen und Unsicherheiten, vor einer ungewissen und betrübenden Zukunft stehen. Nicht zu vergessen sind dabei die Pflegenden Angehörigen, die sich mit großen Belastungen konfrontiert sehen und sich letztlich sogar von einer ihnen nahestehenden Person verabschieden müssen. Anschließend werden verschiedene Versorgungsformen und Unterstützungsmöglichkeiten vorgestellt, die von den Betroffenen in Anspruch genommen werden können sowie Methoden und Ansätze der Sozialen Arbeit im Umgang mit dementen Menschen veranschaulicht. Im Hauptteil gilt es nun festzustellen, warum diese Unterstützungsmöglichkeiten so wenig in Anspruch genommen werden und welche Veränderungsbedarfe sich daraus ergeben. Im Kapitel 8 folgt dann ein Schlusswort zu den Recherchen dieser Arbeit.

2 Die Epidemiologie und der demographischer Wandel in Deutschland

Die Angaben über die schnelle Ausbreitung der Demenzen machen die Bedeutsamkeit der Auseinandersetzung mit diesem Krankheitsbild deutlich. Denn die Wahrscheinlichkeit an einer Demenz zu erkranken steigt mit zunehmendem Alter an. Dieser Verlauf ist vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung zu betrachten, die der erheblichen Zunahme hochbetagter Menschen, einen seit 30 Jahren anhaltenden Geburtenrückgang entgegenstellt. Auch für das Gesundheitssystem wird die zunehmende Belastung sichtbar und so ist die sozialpolitische Bedeutung gegenwertiger denn je (vgl. Neumann/Schäfer 2004, S. 8

- 9). Die Menschen in Deutschland leben heute über 30 Jahre länger als dies noch vor 100 Jahren war. Der Anteil der Älteren und Hochbetagten nimmt somit stetig zu. Bei einer sinkenden Gesamtbevölkerungszahl wird dann bis zum Jahr 2030 bereits jeder dritte Bundesbürger älter als 60 Jahre sein und diese Entwicklung setzt sich fort. Die Demenz vom Alzheimer-Typ gilt als die häufigste Krankheitsform, aber faktisch sind Mischformen mit neurodegenerativen und vaskulären Veränderungen wesentlich zahlreicher vorhanden. Auch sind mehr Frauen als Männer von einer Demenzerkrankung betroffen. Dies ist auf die höhere Lebenserwartung gegenüber Männern zurückzuführen. Daraus ergibt sich auch die drastische Zunahme des Anteils an Frauen im höheren Alter die von diesem Krankheitsbild betroffen sind. In einem Alter von 90 Jahren sind nahezu die Hälfte aller Menschen von einer Demenz betroffen, mit 95 Jahren etwa 70%. Hypothetisch könnten es ab dem hundertsten Lebensjahr 90 % sein. In Deutschland gibt es nunmehr 1 Million Demenzkranke. Im Verlauf dieser Erkrankung treten schwere Behinderungen und Pflegebedürftigkeit auf. Etwa 1,5 Millionen Menschen sind derzeit nach den Kriterien des Pflegeversicherungsgesetzes pflegebedürftig. Bei ca. 40% aller Pflegebedürftigen ist eine Demenzerkrankung die Hauptursache dafür. Auch im Altenheim können ein Großteil der Bewohner diesem Krankheitsbild zugeordnet werden. Sie sind der häufigste Grund für eine Heimaufnahme, die aktuell auf 60% geschätzt wird. Von den etwa 1 Million Demenzkranken, die in Deutschland leben befinden sich etwa 930000 im mittelschweren oder schweren Krankheitsstadium. Über die Hälfte dieser Fälle werden der Demenz des Alzheimer Typus zugeordnet. Bei der aktuellen Entwicklung kann bis zum Jahre 2050 mit einer Verdoppelung der Demenz, allein vom Alzheimer Typus gerechnet werden (vgl. Mahlberg/Gutzmann 2009, S. 3 - 5). Insgesamt gehen Schätzungen davon aus, dass im Jahr 2050 bereits 2,5 Millionen Menschen an einer Demenzerkrankung leiden werden (vgl. Neumann/Schäfer 2004, S. 10). Auch wenn sich die Prognosen nicht zu hundert Prozent erfüllen und etwas günstiger ausfallen sollten, ist der Trend doch eindeutig. Doch was soll werden, wenn wir in Deutschland 2,5 Millionen Demenzkranke haben? Die Basis derer, die die Demenzkranken betreuen, also Kinder oder andere nahe Angehörige, werden bei der derzeitigen Bevölkerungsentwicklung immer schmaler. Darüberhinaus müssen diese Angehörigen schließlich auch noch das Bruttosozialprodukt stemmen. Da wird kaum Zeit bleiben um ihre Demenzkranken Angehörigen zu pflegen. Deshalb sollte es Ziel

sein, nach Möglichkeit effektivere Behandlungsmethoden gegen Demenz zu erfinden und vor allem in der Prävention tätig zu werden.

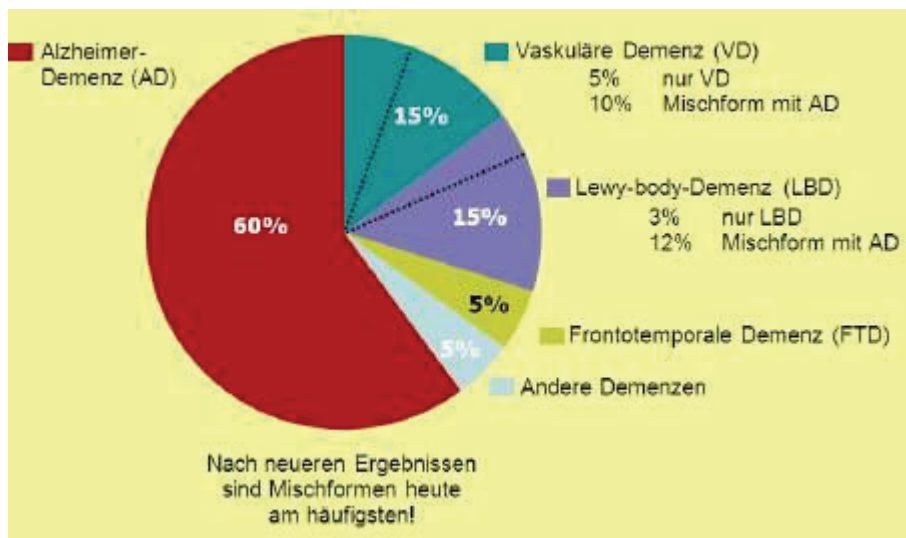


Abbildung 1 Häufigkeitsverteilung von Demenzerkrankungen

(Mahlberg/Gutzmann 2009, S. 3)

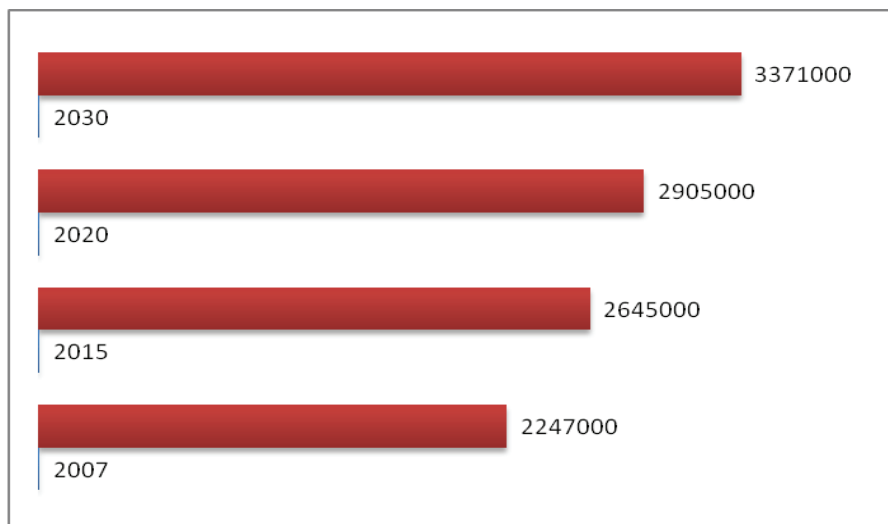


Abbildung 2 Entwicklung der Pflegebedürftigkeit, wie sich der demographische Wandel auswirkt

(vgl. geropert.de)

2. 1 Definition von Demenz

„Weg vom Geist“ bzw. „ohne Geist“ sind Bezeichnungen die verdeutlichen, was dem erkrankten Menschen widerfährt. Er verliert die Kontrolle über sein Denken und damit über sich selbst (vgl. von Scheidt/Eikelbeck 1995, S. 109). Das Leitsymptom einer Demenz ist eine Gedächtnisstörung, bei der weitere Hirnfunktionen betroffen sind, wie z.B. Erinnerung, Sprache, Wahrnehmung, Planung, Urteilsvermögen und Orientierung (vgl. Schmidt/Döbele 2010, S. 2). Der Verlauf der Erkrankung vollzieht sich in einer Gesamtdauer von vermutlich 20 bis 30 Jahren. Dabei handelt es sich um einen fortschreitenden neurodegenerativen Prozess des Gehirns, bei dem wichtige Nervenzellen und Schaltstellen im Gehirn immer schlechter funktionieren (vgl. Kastner/Löbach 2007, S. 9 - 11). Demenz ist eine Erkrankung die mit dem schleichenden Verlust der geistigen Fähigkeiten eines Menschen, angehend mit kaum auffälliger Vergesslichkeit über Schwierigkeiten bei der Wortfindung sowie Probleme das aktuelle Datum zu nennen, bis hin zu der Unfähigkeit, vom Supermarkt nach Hause zu finden und die nächsten Angehörigen zu erkennen einhergeht. Mit Fortschreiten der Krankheit können die Betroffenen schließlich gar nichts mehr, das auch nur der geringsten geistigen Kapazität bedürfe. Selbst der Gang zur Toilette wird zur einer Unmöglichkeit, ein Kamm was ist das? Demenzkranke befinden sich praktisch auf dem Weg ins Nichts, in eine Welt des Augenblicks ohne jeden Bezug zu einem Davor oder Danach (vgl. Neumann/Schäfer 2004, S. 7).

2. 2 Klassifikation der Demenz nach ICD-10

Grundlage zur Diagnose von Demenz bietet die Weltgesundheitsorganisation mit einem Werkzeug ICD-10, der sogenannten internationalen statistischen Klassifikation von Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. Nach ICD-10 müssen für die Diagnose Demenz vom Alzheimer-Typ neben den allgemeinen Kriterien für eine Demenz, also eine neuropsychologisch gesicherte Beeinträchtigung von mindestens zwei kognitiven Funktionen über einen Zeitraum von 6 Monaten und Einschränkungen in der Alltagskompetenz, das Vorhandensein eines schleichenden Beginns mit langsamer Verschlechterung nachweisbar sein (vgl. Mahlberg/Gutzmann 2009, S. 13 - 14). Als Einschränkung in der Alltagskompetenz können z. B. Waschen, Ankleiden, persönliche Hygiene, Körperausscheidungen oder Stuhlgang genannt werden. Das ICD-10 zeichnet sich im Besonderen durch die Einbeziehung des

Zeitfaktors und einer daraus resultierenden Schweregradbestimmung aus. Zur Diagnose einer Demenz gibt das ICD-10 nun folgende Kriterien vor.

Vorliegen einer Demenz:

- Störung des Gedächtnisses und des Lernens (Fremdanamnese und neuropsychologische Testverfahren)
- Abnahme weiterer kognitiver Fähigkeiten
- Fehlen einer Bewusstseinstrübung
- Verminderung der Affektkontrolle und des Antriebes oder Veränderung des Sozialverhaltens
- Dauer von mindestens 6 Monaten (vgl. Mahlberg/Gutzmann 2009, S. 14).

2.3 Formen der Demenz

Demenzerkrankungen können bis zu 100 unterschiedliche Ursachen haben. Grundsätzlich wird jedoch zwischen primären Formen und sekundären Formen der Demenz unterschieden. Bei Primären Demenzen beginnt der Krankheitsprozess direkt im Gehirn. Sie sind nach heutigen Erkenntnissen irreversibel. Sekundäre Demenzen können Ursachen von Folgeerscheinungen anderer außerhalb des Gehirns liegender Krankheiten darstellen, wie z.B. Vitaminmangel, Stoffwechselprobleme oder der Missbrauch von Alkohol und Medikamenten. Diese Grunderkrankungen sind zu mindestens zum Teil therapierbar und manchmal sogar reversibel. Für eine Rückbildung oder Linderung dementieller Beschwerden ist jedoch eine vorzeitige Diagnose grundlegend. Derzeit machen jedoch sekundäre Demenzen nur 10 % aller Fälle aus (vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft).

2.3.1 Primäre Demenzformen

Die Demenz vom Alzheimer-Typ ist mit einem Anteil von 60% die häufigste Form, es gibt jedoch noch mehr Formen die der primären Demenz zuzuordnen sind. Dazu zählt an zweiter Stelle die vaskuläre Demenz, an dritter Stelle die Lewy-Körperchen-Demenz und die vierte, die frontotemporale Demenz (vgl. Mahlberg/Gutzmann 2009, S. 15 - 17).

Im Nachfolgenden möchte ich jedoch ausschließlich auf die beiden häufigsten Formen eingehen, diese näher erläutern und dann mit den sekundären Demenzformen abschließen.

2.3. 2 Demenz vom Alzheimer-Typ

Noch vor wenigen Jahrzehnten verstand man unter der Alzheimer-Krankheit eine Demenzform die im Alter von 65 Jahren auftritt und einen schnellen Verlauf von 5-7 Jahren aufweist. Nach heutigem Wissensstand hat sich jedoch die Erkenntnis durchgesetzt, dass die Alzheimer-Krankheit in einem Typ mit frühem Beginn, das heißt im Alter von weniger als 65 Jahren und einen Typ mit spätem Beginn, im Alter von mehr als 65 Jahren unterteilt werden muss. Weiter muss auch festgehalten werden, dass sich mit dem Anstieg des durchschnittlichen Lebensalters der Anteil der Neuerkrankten im höheren Lebensalter deutlich erhöht. Häufig verläuft die Erkrankung bei den älteren Betroffenen dabei weit weniger rasant als in jungen Jahren. Bei Menschen die an der Alzheimer-Erkrankung leiden, werden die Ausläufer der Nervenzellen zerstört und die für die Kommunikation zwischen den Zellen notwendigen chemischen Prozesse beeinträchtigt. Buijssen schreibt, dass die genaue Ursache dieses Vorganges noch immer nicht eindeutig bekannt ist. Als einziger Risikofaktor ist bisher nur das Alter wissenschaftlich belegt worden, da die Anzahl der Erkrankungen mit dem Alter exponentiell zunimmt und somit die Wahrscheinlichkeit an einer Alzheimerdemenz zu erkranken mit dem Alter steigt. Unbestritten ist jedoch, dass die Krankheit mit einer außergewöhnlich hohen Anzahl von Eiweißablagerungen im Gehirn einhergeht (vgl. Buijssen 2008, S. 23 - 24). Die sogenannten amyloiden Plaques führen zu einem Funktionsverlust mit nachfolgendem Absterben der Gehirnzellen. Dabei breiten sich die amyloiden Plaques langsam aus, beginnend im limbischen System, Hippokampusregion und anschließend im Temporallappen des Gehirns. Im weiteren Verlauf breitet sich die Erkrankung langsam über das gesamte Gehirn aus. Dabei stellen die neurofibrillären Bündel eine weitere Veränderung dar. Diese sind aller Wahrscheinlichkeit nach die eigentliche pathologische Veränderung der Alzheimer-Krankheit und führen zum Funktionsverlust der Nervenzellen in den oben beschriebenen Regionen. Das Auftreten der Erkrankung ist in der Regel spontan, jedoch sind auch familiäre Häufungen bekannt. Nach heutigem Wissensstand liegen die spontanen Krankheitsfälle bei 90%. Seit Jahren wird nun schon über die Risikofaktoren für die Entstehung der Alzheimer-Erkrankung diskutiert und es häufen sich die Hinweise, dass zwischen der Alzheimer-Erkrankung und mikropathischen Veränderungen ein Zusammenhang besteht. Dennoch konnte aber bis auf die allgemeine Prophylaxe keine Therapie entwickelt werden, die das Auftreten der Erkrankung im Vorfeld

verhindern könnte (vgl. Kastner/Löbach 2007, S.30 - 32). Die neurodegenerativen Veränderungen der Alzheimer Erkrankung treten mit hoher Wahrscheinlichkeit schon 20-30 Jahre vor der Diagnose auf. Symptome in Form von leichten kognitiven Beeinträchtigungen und Abnahme der Lernfähigkeit sind bereits 5-7 Jahre vor der Diagnose zu verzeichnen. Der Beginn der Erkrankung ist vor allem durch eine Verminderung der Fähigkeit, neue Inhalte zu erlernen, sowie durch Defizite in der Aufmerksamkeit und Störungen in den Kontrollfunktionen gekennzeichnet. Mit Fortschreiten der Krankheit lassen die sprachlichen und motorischen Fähigkeiten nach. Weiterhin kommt es zu Einschränkungen in der Alltagskompetenz sowie zu Störungen des visuell-räumlichen Teilsystems des Gedächtnisses, das sich häufig in Orientierungsschwierigkeiten in neuen Umgebungen manifestiert (vgl. Mahlberg/Gutzmann 2009, S. 15). Im weiteren Verlauf kommt es zu Inkontinenz, Bewegungsstörungen und letztlich ist auch die Nahrungsaufnahme beeinträchtigt. Die Alzheimer-Demenz ist eine fortschreitende Erkrankung, gekennzeichnet von einem zunehmend schweren Verlauf, mit tödlichem Ende. Die Betroffenen versterben zumeist an Sekundärerkrankungen, wie Infektionen oder auch an den Folgen der geringen Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme.

2.3. 3 Vaskuläre Demenz

Die vaskuläre Demenz ist gekennzeichnet durch einen plötzlichen Beginn und einen Stufenhaften Verlauf. Darüberhinaus bestehen zeitliche Zusammenhänge mit einem Schlaganfall (vgl. Buijssen 2008, S. 24 - 25). Etwa 15 % der Demenz-Patienten sind von dieser Form der Krankheit betroffen. Nach Lützenkirchen liegt der Anteil der vaskulären Demenzfälle sogar bei 20% (vgl. Lützenkirchen 2005, S. 80). Bei der vaskulären Demenz kommt es durch die Durchblutungsstörungen zum Absterben von Nervengewebe. Mehr als 30 % der Alzheimer-Kranken weisen auch vaskuläre Veränderungen auf. Die Ursache der Durchblutungsstörungen ist häufig eine Arteriosklerose, bei der die gehirnversorgenden Arterien durch Kalkablagerungen eingeeengt oder gar verschlossen werden. Als Folge stellt sich ein Sauerstoffmangel im Hirn ein, der sich in einem Schlaganfall äußert. Oft wird die Erkrankung erst dann bemerkt, wenn bereits mehr als sechzig Prozent des Gehirns geschädigt sind, da gesunde Teile des Gehirns die Aufgaben geschädigter Teile in bestimmten Maßen übernehmen können. Fallen eine heftige Verschlimmerung der Orientierung und der Aufmerksamkeit mit einer Halbseitenlähmung zeitlich zusammen, so handelt es sich

in erster Linie um eine vaskuläre Demenz. Diese ist weiterhin gekennzeichnet durch ihren häufig fluktuierenden und äußerst individuellen Verlauf. Der Verlauf manifestiert sich grundsätzlich anders, je nachdem, welches Hirnareal im Versorgungsgebiet der hirnzuführenden Gefäße betroffen ist. So kann es beispielsweise schon früh zu Gangstörungen mit kleinschrittigem oder schlurfendem Gangbild mit gehäuften Stürzen kommen. Deutliche Stimmungsschwankungen bei depressiver Grundstimmung treten vermehrt auf, wenn sich der Betroffene zurückzieht, teilnahmslos und gleichgültig ist (vgl. Förstl/Kleinschmidt 2011, S. 107 - 109). Auch bei dieser Demenzart treten verschiedene Formen auf. Wobei die Multi-Infarkt-Demenz (MID), als die Bedeutendste gilt. Dabei handelt es sich um kleine leise Infarkte oder größere Hirnschläge, die das Hirngewebe an verschiedenen Stellen absterben lassen (vgl. Buijssen 2008, S. 24 - 25). Primäre Risikofaktoren zur Entstehung einer Multi-Infarkt-Demenz (MID) sind Bluthochdruck, Diabetes, hohe Blutfettwerte, Rauchen sowie Alkoholmissbrauch (vgl. Falk 2004, S. 30).

2.3. 4 Sekundäre Formen

Wenn es infolge von chronischen Vergiftungen wie z.B. Alkohol, Medikamente, Drogen, Gifte oder anderen Krankheiten wie Herz-Kreislaufkrankheiten, Schilddrüsenerkrankungen, Vitamin B-Mangel oder Hirnverletzungen zu funktionellen Störungen des Gehirns kommt, spricht man von einer nicht Hirn-organischen oder sekundären Demenz. Es gibt ungefähr 55 Krankheiten, die eine Demenz oder demenzähnliche Symptome hervorrufen können. Wichtig ist, solche Demenzen frühzeitig zu erkennen. Denn wenn die Grunderkrankungen erfolgreich behandelt werden kann, normalisieren sich bei sekundären Demenzen zumeist die Gedächtnisleistungen (vgl. Lützenkirchen 2005, S. 80).

2. 4 Diagnose

Um eine Demenz von anderen Krankheitsbildern zu unterscheiden ist eine genaue Diagnostik mittels bildgebender Verfahren und verschiedener Testverfahren notwendig. Zur Erstellung der Diagnose wird ein klinisches Bild erhoben, bei dem die kognitiven Beeinträchtigungen untersucht werden. Durch Bildgebende Verfahren, wie die Computertomographie und die Kernspintomographie, werden genauere Ursachenuntersuchungen ermöglicht (vgl. Schröder/Pantel 2011, S. 92 - 94). Als wichtig erachtete Testverfahren, die auch Aussagen über das Fortschreiten der

Krankheit ermöglichen, können der Uhren- und der Mini Mental State Test MMST genannt werden. Diese Tests können zur jeder Zeit mit minimalen Zeitaufwand durchgeführt werden. So wird z.B. beim Uhrentest nach Shulmann der Betroffene aufgefordert eine Uhr mit einer bestimmten Uhrzeit zu zeichnen. Zur Ergebniserhebung werden Punkte nach festgelegten Kriterien vergeben. Werden bei dem Test nur 6 oder weniger Punkte erreicht, so liegt der Verdacht auf Demenz vor, und es sollten weitere Test bzw. neurologische Untersuchungen vorgenommen werden (vgl. Schmidt/Döbele 2010, S. 10).

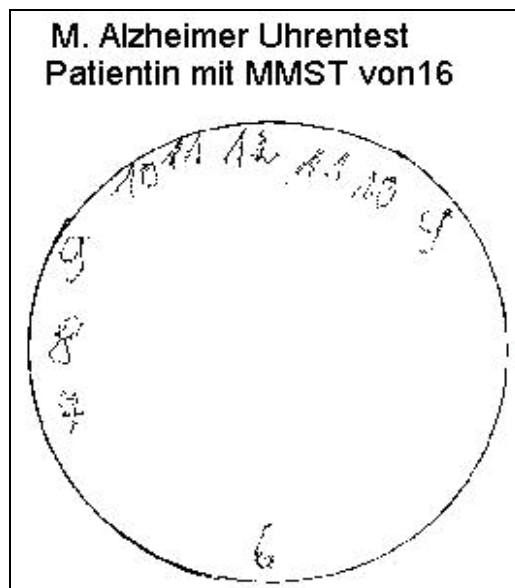


Abbildung 3 Uhrentest

(Schmidt/Döbele 2010, S. 10)

2. 5 Behandlung

Für die Behandlung von dementiell erkrankten Menschen kommen Medikamente, psychologische und psychosoziale sowie verhaltenstherapeutische orientierte Interventionen zum Einsatz.

2.5. 1 Medikamentöse Behandlung

Mit einer medikamentösen Behandlung soll der Krankheitsverlauf gehemmt und bei einer leichten bis mittelschweren Demenz eingesetzt werden. Das Fortschreiten der Krankheit kann so um 3 bis 6 Monate verzögert und die Gehirnfunktion stabilisiert werden. Diese Medikamente haben jedoch vor allem zu Beginn der Behandlung eine Vielzahl an Nebenwirkungen wie Übelkeit, Schwindel, Erbrechen, Bluthochdruck,

Unruhe und Schlafstörungen und eine Beurteilung der Wirkung kann erst nach 2-wöchiger Einnahme erfolgen. Die symptomatische Behandlung bei Unruhe, Ängsten, Erregungszuständen und wahnhaften Krankheitszeichen besteht in der Verabreichung von Medikamenten, die eine ruhig stellende Wirkung haben. In der Regel werden dazu Neuroleptika eingesetzt, die bei älteren Menschen jedoch aufgrund von gravierenden Nebenwirkungen vorsichtig dosiert werden müssen. Da im Alter die Stoffwechselfunktion nachlässt, kann es zu einem erhöhten Anstieg im Blut kommen, einer sogenannten Kumulation. Es kann davon ausgegangen werden, dass ältere Menschen infolge der nachlassenden Leber- oder Nierenfunktion ca. die Hälfte der Dosis benötigen (vgl. Schmidt/Döbele 2010, S. 11).

2.5. 2 Nicht-medikamentöse Behandlung

Aufgrund etlicher Forschungsergebnisse die in den letzten Jahrzehnten erarbeitet wurden, gibt es nun darauf basierend mehrere therapeutische Interventionen, die ich an dieser Stelle nur aufzähle. Eine genauere Beschreibung einzelner ausgewählter Interventionen erfolgt dazu im Kapitel 6 Weitere Handlungsfelder der Sozialen Arbeit.

- Bewertung der Verhaltensstörung (Assessment)
- Aktivierung und Beschäftigung
- Biographiearbeit, Erinnerungsalbum
- Tagesstrukturierung
- Milieutheraeutische Interventionen
- Personenzentrierte Intervention
- Gedächtnistraining
- Alltagstraining
- Einsatz von Tieren
- Musiktherapie
- Aromatherapie
- Validation
- Snoezelen
- Dementia Care Mapping DCM

2.5. 3 Vorbeugung

Derzeit ist nur die Vorbeugung der vaskulären Demenz gesichert, die in der Vermeidung der Risikofaktoren besteht. Bei der Demenz vom Alzheimer-Typ werden durch die Medien häufig Strategien zur Vorbeugung aufgegriffen, deren Wirksamkeit für den einzelnen jedoch nicht überprüfbar ist. Generell ist eine gesunde Lebensführung mit ausgewogener Ernährung, regelmäßigen Sport und geistiger Aktivität eine sinnvolle Prävention (vgl. Schmidt/Döbele 2010, S. 11 - 13).

3 Der Umgang mit dementen Menschen

Der Umgang mit dementen Menschen und die daraus resultierenden Situationen sind für die pflegenden Angehörigen eine große Herausforderung. Zum einen nimmt die Selbstständigkeit der Demenzpatienten immer mehr ab, zum anderen wollen sie Hilfen oft nicht annehmen, ignorieren Ratschläge und halten sich nicht an Vereinbarungen. Häufiges vorwurfsvolles und aggressives Verhalten wechselt sich unvorhersehbar mit Antriebslosigkeit und völliger Passivität ab, Gespräche erscheinen oft sinnlos. Was in einem Dementen vorgeht kann niemand mit letzter Gewissheit sagen und da die Krankheit nicht heilbar ist, ist es wichtig den kranken Menschen so anzunehmen, wie er ist. In der Regel kennen die Angehörigen den Dementen besonders gut und sind so in der Lage, genauere Rückschlüsse auf sein Verhalten zuziehen oder ggf. einem Therapeuten dabei behilflich zu sein. Das Menschen im Alter zunehmend vergessen ist durchaus normal. Bei der Altersdemenz handelt es sich jedoch um eine Erkrankung des Gehirns und ein Mensch mit Demenz vergisst auch, dass er etwas vergessen hat. Auch wenn viele Betroffene schon Jahre vor den ersten sichtbaren Symptomen, kognitive Probleme haben, können sie dies erst einmal mit ihrem Langzeitgedächtnisses kompensieren und so einen geistig klaren Eindruck erwecken. Im fortschreitenden Verlauf der Erkrankung beginnen die Betroffene langsam zu vergessen, was gestern war, was vor einer Woche und schließlich das letzte Jahr. Ihr Gedächtnis kann nichts mehr aufnehmen, denn ihr Kurzzeitgedächtnis nimmt immer stärker ab. Der Demenzkranke schöpft nun aus dem Gedankenschatz alter Zeiten. Dabei geht Jahr für Jahr an Erinnerungen verloren bis hin in das Kindesalter. Nun befindet sich der Betroffene in der Realität seiner Kindheit, weshalb sich Menschen mit Demenz auch oft wie Kinder benehmen. In vielen Fällen vollzieht sich dieser Prozess über 20 Jahre hinweg. Deshalb ist es sinnvoll bereits frühzeitig über Fragen in Bezug auf die Selbstständigkeit und der

persönlichen Freiheit des Menschen mit Demenz nachzudenken. Fragen wie z. B. das Verlassen des Hauses, das Autofahren, das Rauchen, der Alkoholkonsum, bis hin zu finanziellen Entscheidungen, beanspruchen viel Zeit. Es ist ratsam sich schon im frühen Stadium mit dem Dementen über die grundlegenden Themen auseinanderzusetzen, da er zu diesem Zeitpunkt noch in der Lage ist bei Entscheidungen mitzuwirken. Es wird hier schon frühzeitig bei dem Wunsch zu Schwierigkeiten kommen, dem Erkrankten möglichst viele Freiräume zu lassen durch das Anliegen andererseits ihn vor Gefahren zu schützen. Die Fähigkeit zum Autofahren wird mit fortschreitender Krankheit abnehmen. Der Versuch sich mit dem Patienten über Nachteile aber auch Vorteile des Verzichts auf des Autofahrens auseinander zu setzen kann kompliziert sein. Doch die Nutzung von anderen Verkehrsmitteln ist zum eigenen Schutz unvermeidlich. Im fortgeschrittenen Demenzstadium ist jedoch von dieser Alternative auch abzuraten, da der Patient mit der Zeit vergessen wird, dass er eine Fahrkarte benötigt oder sogar das Ziel seiner Reise. Dies wäre ihm peinlich und belastend (vgl. Förstl 2011, S. 513). Wenn der Betroffene das Haus ohne Begleitung verlassen möchte, sollte man ihn sehr taktvoll und mit einem gewissen Abstand begleiten, um ihm das Eingreifen in seine Autonomie zu erhalten und dennoch ausreichend Sicherheit zu bieten. Rauchen sollte nur noch unter Aufsicht stattfinden, da der Betroffene auch vergessen kann, dass er eine Zigarette in der Hand hält. Häufig wird diese Gewohnheit auch durch einfaches Vergessen der Gewohnheit abgelegt. Solange der Alkohol in Maßen konsumiert wird, ist dem nichts entgegenzubringen. Allerdings sollte darauf geachtet werden, dass der Alkohol nicht frei zugänglich ist. Bereits im frühen Stadium der Demenz, beginnt der Patient den realen Bezug zu Geld zu verlieren. Es ist aber dennoch wichtig, ihm stets etwas zuzugestehen. Auch nur ein wenig Geld gibt ihm das Gefühl von Sicherheit, stärkt das Selbstvertrauen und steigert darüberhinaus das Wohlbefinden. Bereits im frühen Stadium verlieren Demenzkranke die Fähigkeit, sich eigenständig zu beschäftigen. Die Ursache dafür liegt in ihrer Unfähigkeit eine Tätigkeit zu beginnen, was in der Regel durch Störungen in ihrer Motivation und geistigen Defiziten begründet ist. Diese Krankheitszeichen sind typische Auslöser von depressiven Störungen und bedürfen deshalb äußerst viel Aufmerksamkeit. Dabei sollte auf die richtige Dosierung der Aktivierung des Demenzpatienten geachtet werden, um ihn nicht zu verunsichern und zu überfordern. Mit dem richtigen Maß empfindet der Demenzpatient die Aktivitäten als Spaß, Entspannung sowie

etwas Sinnvolles gemacht zu haben (vgl. Zukunftsforum Demenz A). Für Menschen mit Demenz sind wechselhafte Situationen belastend, da ihr Kurzzeitgedächtnis nicht mehr in der Lage ist die neuen Informationen zu verarbeiten. Plötzliche Umgestaltung des Tagesablaufes stellt für den Betroffenen keine Abwechslung da sondern löst Angst und Verunsicherung aus. Änderungen bei den gewohnten alltäglichen Abläufen wie z.B. baden, ankleiden oder die Mahlzeit einnehmen kann zur kompletten Verweigerung führen. Deshalb ist es wichtig, dass verschiedene Tätigkeiten und Aktivitäten jeden Tag zur gleichen Zeit stattfinden. Das gibt dem Betroffenen Sicherheit und die Alltagsfertigkeiten bleiben länger erhalten. Ist die Umgebung des Dementen ihm vertraut oder wird sie so gestaltet, kann das Identitätsgefühl, welches für die Betroffenen von grundlegender Bedeutung ist erhalten bleiben. Dennoch darf nicht vergessen werden, dass auf notwendige anstehende Änderungen nicht verzichtet werden sollte. Diese Änderungen sollten jedoch vorsichtig umgesetzt werden, damit sich der Angehörige langsam daran gewöhnen kann. Häufig sind die Betroffenen sehenschwach und können dunkle Ecken als bedrohlich empfinden, deshalb muss für eine ausreichend helle Beleuchtung in allen Räumen gesorgt werden. Genauso können andererseits spezielle Nachtlichter im Schlafzimmer zur Schlafenszeit, ein Gefühl der Sicherheit und Geborgenheit vermitteln. Alles sollte seinen festen Platz haben und auch Stolperfallen entfernt werden. Gefahrenquellen wie Gas- und Elektroherd, Treppen, Badewannen sowie in höheren Etagen auch Fenster und Balkone gesichert werden. Auch bei der täglichen Körperhygiene werden die Betroffenen irgendwann einmal auf fremde Hilfe angewiesen sein, was von der Zahnpflege über Waschen, Baden bis hin zum Toilettengang reichen kann. Um das Selbstwertgefühl zu erhalten und sich nicht in ihrem Schamgefühl verletzt zu fühlen, sollte dies solange es geht der Betroffene natürlich selbst durchführen. Nach Möglichkeit sollte mit dem Betroffenen besprochen werden, welche Tätigkeiten er noch alleine verrichten kann und wobei er Hilfe benötigt. Bei unüberwindlichen Problemen hat sich die Inanspruchnahme von fremden Pflegekräften als durchaus hilfreich erwiesen. Besonders was Scham behaftete Tätigkeiten angeht, können die Betroffenen diese Art der Hilfe dann besser annehmen. Auch die Zahnpflege sollte nach jeder Mahlzeit durchgeführt werden damit es nicht zu Entzündungen und Schmerzen im Mundbereich und dadurch bedingt zur Nahrungsverweigerung kommt. Deshalb sollte die Zahnpflege überwacht und notfalls vom Angehörigen durchgeführt werden. Dabei kann es allerdings zu

Problemen kommen denn mitunter wollen die Betroffenen ihren Mund nicht öffnen. In solch einer Situation muss in Zusammenarbeit mit einem Zahnarzt nach Lösungsmöglichkeiten gesucht werden (vgl. Neumann/Schäfer 2004, S. 125 - 127). Durch eine positive Haltung wird eine Atmosphäre geschaffen in der sich der Demenzkranke entspannt und sicher fühlt. Weiterhin ist auf eine hinreichende Flüssigkeitsversorgung, gesunde Ernährung, regelmäßige Verdauung, ausreichende Versorgung mit Sauerstoff und Bewegung zu achten. Im Umgang mit Dementen hat die nonverbale Kommunikation eine grundlegende Funktion. Sie beinhaltet die Mimik und die Gestik, wie auch Berührungen. Gerade bei Menschen mit eingeschränkter kognitiver Funktion ist die Mimik das Spiegelbild des inneren Seelenlebens. Besonders bei der mittelschweren Demenz beginnt der Betroffene in seiner eigenen nach außen abgeschlossenen Welt zu leben. Jedoch sendet er unbewusst Signale, die seiner Umwelt, die erlebten Gefühle zeigt. Mit fortschreitender Krankheit werden die Betroffenen mimisch starr, so dass an ihrem Gesichtsausdruck keine Gefühle mehr ablesbar sind. Dies gilt auch für die Veränderungen der Gestik und Körperhaltung. Zu Beginn können die Verluste der Sprachfunktion noch durch Gesten und Körperhaltung kompensiert werden, jedoch geht diese Fähigkeit im Verlauf der Erkrankung verloren. Dennoch ist es wichtig die Gestik weiterhin zu beobachten, da die Betroffenen noch über lange Zeit Gefühle, wie z.B. Schmerz durch ihre Körperhaltung ausdrücken können. Berührungen sind ein weiteres wichtiges Element im Umgang mit dementen Menschen. Diese dürfen jedoch nicht unangekündigte sein, da einige Demenzkranke darauf sonst abwehrend oder aggressiv reagieren. Die meisten Betroffenen empfinden erwünschte Berührungen dennoch als angenehm, beruhigend und tröstend. Im Zusammenhang mit der verbalen Kommunikation treten eine Vielzahl von möglichen Besonderheiten auf. Da die Betroffenen durch die Erkrankung unter einer im Krankheitsverlauf steigenden Wortfindungsstörung leiden und diese auch wahrnehmen, empfinden sie dies als unnormal und leiden darunter. Die Wortfindungsstörungen können den Inhalt einer Botschaft so verzerren, dass sie nicht mehr verständlich ist. Die meisten Kommunikationspartner neigen dazu, dem Betroffenen helfen zu wollen und das fehlende Wort für ihn zu ergänzen. Dies kann hilfreich sein, wie auch zu Aggressionen führen. Die richtige Reaktion auf eine Wortfindungsstörung muss individuell ausprobiert werden und kann sich im Verlauf der Erkrankung verändern. Auf eine Wortfindungsstörung sollte immer mit sehr viel Feingefühl reagiert werden

und gelingt um so besser man den Betroffenen kennt. Für die Interpretation der Kommunikation gilt das Gleiche. Manchmal sind die Sätze der Demenzkranken inhaltlich nicht nachvollziehbar und erscheinen deshalb wirr. Auch bei der Interpretation des Gesagten sind genaue Kenntnisse der Person, ihres Charakters, ihrer Mankos und ihrer Biographie hilfreich. Für den Demenzkranken ist es immer kränkend auf seine Defizite und Verhaltensauffälligkeiten hingewiesen zu werden, deshalb ist es wichtig dem Betroffenen geduldig, empathisch und wertschätzend zu begegnen. Eine geeignete Strategie um auf die Verständigungsprobleme zu reagieren, ist das aktive Zuhören. Der Zuhörer signalisiert damit, dass er dem Sprecher zuhört und das Gesagte aufgenommen hat. Durch das aktive Zuhören bekommt auch der Sprechende die Möglichkeit, das Gesagte zu überdenken (vgl. Schmidt/Döbele 2010, S. 26 - 28).

3. 1 Pflegende Angehörige

Die Versorgung dementer Menschen stellt im Vergleich zur Pflege nicht-dementer Menschen eine besondere Herausforderung für die Angehörigen dar. Aus internationalen Studien geht dazu hervor, dass Angehörige, die einen dementen Menschen pflegen, gegenüber der gleichaltrigen Normalbevölkerung, einem erhöhten Risiko für körperliche Beschwerden, Erschöpfungszustände und Depressionen ausgeliefert sind (vgl. Marin/Kiegel 2010, S. 338). Mit Fortschreiten der Erkrankung steigt auch die Belastung der Pflege. Praktisch zwangsläufig geraten die Angehörigen in psychische Konfliktsituationen und müssen soziale und körperliche Belastungen aushalten, auf die sie in der Regel schlecht vorbereitet sind. Da sie sich dem Geschehen zeitweise hilflos ausgeliefert fühlen, können sie ihre Belastungen auch nur noch schwer überschauen. Sie fühlen sich für den Demenzkranken verantwortlich und isolieren sich vermehrt. Ihre Fürsorge steigert auch die Angst den Dementen alleine zu lassen. Pflegende Angehörige leiden zunehmend an Unruhe und schlechtem Schlaf. Ihre Hilflosigkeit wird begleitet von Angst, Wut und Verzweiflung bis hin zur gänzlichen Erschöpfung. Aus dieser Situation können sie sich schwer selbst befreien und brauchen Hilfe wie z. B. eine Psychotherapie. Bisherige Behandlungserfolge durch psychoedukative Gruppenarbeit mit Pflegenden Angehörigen, sind zudem empirische gut belegbar und sorgen für die nötige Entlastung. Wird die eigene Belastungsgrenze missachtet, schadet das nicht nur der pflegenden Person, sondern auch dem Kranken. Denn Folgen der Überlastung wie

Ungeduld oder Reizbarkeit sind häufig die Ursache für Konflikte in der Betreuung. Ein Verteilen der Pflege auf mehrere Personen, ist oft eine geeignete Alternative, um die häusliche Betreuung über viele Jahre hinweg aufrechterhalten zu erhalten. Da die Pflege dementer Menschen als primäre familiäre Aufgabe betrachtet wird, sollten sie auch von ihrem Recht auf Unterstützung, sowohl in praktischer Hinsicht durch z.B. den Pflegedienst bei der Grundpflege, als auch in finanzieller Hinsicht durch z. B. die Leistungen der Pflegeversicherung Gebrauch machen (vgl. Wächtler 2003, S. 84 - 86).

3. 2 Pflegende Angehörige, ein Trauerprozess

Wie oben beschrieben müssen die Pflegenden Angehörigen schweren Belastungen stand halten. Erschwerend hinzu kommt, dass sie mit ansehen müssen, wie langsam eine geliebte Person psychisch aus ihrem Leben verschwindet. Dies geschieht nicht ohne Probleme. Es bedarf Kraft, Mühe und Zeit. Nach Buijssen machen Familienangehörige von dementiell Erkrankten einen Trauerprozess durch, der aus verschiedenen Phasen, der der Verleugnung, der Wut, der Verzweiflung und der Akzeptanz besteht. In der Phase der Verleugnung dringt die Realität des Verlustes noch nicht durch. Der Schmerz, den der Verlust mit sich bringt, ist zu groß und könnte nicht auf einmal verarbeitet werden. Es wird versucht das Leben so fortzuführen, wie es bis zu diesem Zeitpunkt gewesen ist. Die Tatsachen werden aufgrund dieses Wunsches verleugnet. Von der dementen Person werden deshalb „gesundes“ oder „normales Verhalten gefordert.

In der Phase der Wut wird der Verlust immer noch nicht völlig akzeptiert. Sich emotional zu distanzieren ist noch nicht möglich. Oft entsteht in diesem Zusammenhang Aggressivität, um sich dem drohenden Verlust zu widersetzen. Diese Aggressivität kann sich sogar gegen sich selbst richten, wenn die Angehörigen sich selbst verantwortlich für die Krankheit und schuldig fühlen.

Niedergeschlagenheit und Kummer sind Kennzeichen in der Phase Verzweiflung. Das Leben erscheint sinnlos und liegt wie Blei auf den Schultern. Die Angehörigen können nichts genießen und fühlen sich völlig kraftlos.

Die Phase des Trauerprozesses beginnt, wenn eine Fügung in die Realität eintritt. In dieser Phase wird die Krankheit akzeptiert und nicht länger Widerstand geleistet. Der Kummer ist dann nicht mehr so groß als, dass das Dasein dadurch bestimmt wird. Vielen Menschen gelingt es jedoch nicht, den Zustand völlig hinzunehmen, die

meisten erreichen jedoch ein gewisses Maß an Akzeptanz. Die dafür benötigte Zeit, um diese Phase zu erreichen ist individuell. Einige akzeptieren den Verlust erst, wenn der Betroffene in ein Heim kommt, andere erst, wenn der Tod den Abschied endgültig macht (vgl. Buijssen 1994, S.55 - 57).

Es gibt auch Menschen, die es nie schaffen, den Trauerprozess zu vollenden. Dafür gibt es aber glücklicherweise Bereiche auch in der Sozialen Arbeit, die Menschen denen es nicht gelingt, aus eigener Kraft ihren Kummer zu verarbeiten, dabei helfen. So können diese Angehörigen, z.B. in psychosozialen Beratungsstellen oder durch die Alzheimer Gesellschaft in Gruppen- oder Einzelgesprächen, sowie auch in Selbsthilfegruppen Unterstützung erhalten.

4 Versorgungsformen für dementiell erkrankte Menschen

Um die Belastungen des oft langjährigen Krankheitsverlaufes bewältigen zu können, sollten die Pflegenden schon frühzeitig fremde Hilfe akzeptieren. Diese können sowohl in der häuslichen Umgebung als auch in sozialen Einrichtungen und Institutionen erfolgen. Als mögliche Versorgungsformen können u.a. die ambulante Hilfe, die Tagespflege, das Heim und die Kurzzeitpflege genutzt werden (vgl. Neumann/Schäfer 2004, S. 130 - 131). Diese entwickeln spezielle Pflegekonzepte für die Demenzkranken, wobei die jeweils angemessenen Pflegemaßnahmen der Schweregrad der Erkrankung und die auf das jeweilige Problem bezogenen Umgangsregeln von Bedeutung sind (vgl. Wächtler 1997, S. 60).

4. 1 Ambulante Hilfe

Damit die Hilfs- und Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrem häuslichen Umfeld bleiben können, werden sie durch verschiedene ambulante Dienste zu Hause betreut. Eine Heimaufnahme soll somit verzögert und der Grundsatz der Pflegeversicherung "ambulant vor stationär" umgesetzt werden. Hier besteht die Möglichkeit zwischen der Sachleistung in Form eines professionellen Pflegedienstes und der Geldleistung, d.h. der Pflege durch eine Pflegekraft, deren Aufwendungen oder Verdienstauffälle mit dem Pflegegeld abgegolten werden (vgl. Förstl 2011, S. 534 - 535). Der Zuständigkeitsbereich der ambulanten Dienste beinhaltet ein breites Spektrum an Leistungen, das von qualifizierter Pflege bis hin zu Hilfe bei alltäglichen Tätigkeiten reicht (vgl. Payk 2010, S. 58 - 60). Wer einen dementen Menschen pflegt, hat somit auch Anspruch auf die professionelle Unterstützung eines ambulanten

Pflegedienstes. Dieser kann zum Beispiel beim Waschen, beim Aufstehen und beim Gang zur Toilette helfen. Allerdings muss der Pflegedienst von der Pflegekasse anerkannt sein. Solange sich Menschen mit Demenz auf ihre Angehörigen verlassen können, spricht nichts gegen ein Leben in der eigenen Wohnung. Wichtig ist dabei allerdings, dass die „Hauptpflegeperson“ die Pflege wirklich übernehmen will, körperlich fit ist und sich rechtzeitig professionelle Unterstützung holt.

4. 2 Die Tagespflege

In Tagespflegeeinrichtungen werden ältere Menschen individuell betreut. Ein strukturierter Tagesablauf, bedarfsgerechte Pflege, Gruppen- und Einzelangebote sowie soziale Kontakte holen die älteren Menschen aus ihrer Isolation, wirken der Vereinsamung entgegen und fördern persönliche Fähigkeiten und Fertigkeiten. Eine Tagespflege kann als eigene Einrichtung bestehen, sie ist jedoch häufig an eine stationäre Einrichtung angegliedert. Bei dieser Betreuungsform wohnen die Personen weiterhin in ihrer eigenen Wohnung, sie kommen jedoch tagsüber ein- oder mehrmals pro Woche zu einer aktivierenden Betreuung in die Tagespflege. Allerdings wird der mit einhergehende Umgebungswechsel nicht von allen Kranken toleriert und nur wenige Tageseinrichtungen sind so ausgestattet, dass ein Weglaufen oder Verirren verhindert wäre (vgl. Neumann/Schäfer 2004, S. 131).

4. 3 Das Heim

Die meisten Demenzkranken werden bis zu ihrem Tode zu Hause durch ihre Angehörigen gepflegt und umsorgt. Dass das Schicksal eines kranken Angehörigen Vorrang nimmt gegenüber der Karriere, ist in Deutschland für zahlreiche Menschen Realität. Von den rund 2,4 Millionen Pflegebedürftigen unabhängig vom Krankheitsbild werden rund 1,6 Millionen zu Hause gepflegt. Die Versicherung bezuschusst die Pflege. Dennoch gehen immer mehr Angehörige neben der Betreuung einer Erwerbstätigkeit nach. Im Jahre 1997 waren demnach knapp 40 Prozent berufstätig, 2009 waren es schon mehr als 54 Prozent. 17,9 Prozent von ihnen arbeiten Vollzeit, 36 stundenweise oder halbtags. Aus Untersuchungen der AOK aus dem Jahr 2010 geht hervor, dass sogar insgesamt 68 Prozent die Pflege mit einer eigenen Berufstätigkeit in Einklang bringen (vgl. Lötsch 2012, S.1). Dennoch gibt es Fälle bei denen der Zeitpunkt kommt, an dem die Angehörigen die Pflege auch mit äußerer Unterstützung nicht mehr leisten können. Dann haben die

Angehörigen nur noch die Möglichkeit den Demenzkranken in einem Heim unterzubringen. Dieser Schritt ist für die pflegenden Angehörigen meist nicht einfach (vgl. Förstl 2011, S. 538 - 539). Deshalb ist es auch besonders wichtig, das Heim gründlich zu prüfen um die Gewissheit zu haben, dass es auch den Ansprüchen des Demenzpatienten und den der Angehörigen entspricht. Dazu können z.B. die Bewertungen und Benotungen durch die Medizinischen Dienste der Krankenkassen eingeholt werden. Die Prüfungen und die Ergebnisse sollen für mehr Transparenz bei der Pflegequalität sorgen und werden dazu im Internet veröffentlicht. Darüber hinaus kann bei der Auswahl auf die Atmosphäre, den Umgang zwischen Bewohner und Personal, der Eindruck der gesamten Anlage oder auch ob ärztliche Versorgung im Notfall vor Ort ist geachtet werden. Ist es ein gutes Heim können alle hiervon profitieren. Der Demenzkranke wird fachlich kompetent versorgt, es wird so viel Selbstständigkeit wie möglich erhalten und er wird geistig wach und körperlich fit gehalten. Der Angehörige wird so von der anstrengenden Pflegearbeit entlastet und kann bei regelmäßigen Besuchen wieder auf die Bedürfnisse und Neigungen des dementen Angehörigen eingehen (vgl. Neumann/Schäfer 2004, S. 132).

4. 4 Die Kurzzeitpflege

Unter Kurzzeitpflege wird eine vorübergehende, vollstationäre Pflege und Betreuung im Pflegeheim verstanden. Die Möglichkeit eine Kurzzeitpflege in Anspruch zu nehmen bietet dem pflegebedürftigen Menschen eine gleichwertige Betreuung in einer Einrichtung, wenn vorübergehend keine Möglichkeit besteht, die Pflege zu Hause fortzusetzen z.B. um die Hauptpflegeperson zu entlasten (Urlaub) oder bei Erkrankung des Pflegenden, akute Verschlechterung des Gesundheitszustandes des pflegebedürftigen Menschen, Krankenhausnachsorge oder kurzzeitige Überbrückung wegen Wohnungsumbau (vgl. Kastner/Löbach 2007, S.168). Zwar ist diese Möglichkeit eventuell eine kurzfristige Zusatzbelastung des Kranken, weil er sich in seine neue Umgebung einfügen muss, dennoch dürfen die pflegenden Angehörigen sich selbst nicht vergessen (vgl. Neumann/Schäfer 2004, S. 133).

5 Die Herausforderung an die Soziale Arbeit mit dementen Menschen

Bis zum heutigen Tage ist es unumstritten, dass es für die Soziale Arbeit von besonderer Bedeutung ist, sich im Gesundheitswesen zu positionieren, um auf die sich verändernden Bedingungen in der Gesellschaft adäquat reagieren zu können.

Das folgende Kapitel soll einen Einblick von sozialarbeiterischen Handlungskompetenzen der Sozialarbeit im Gesundheitswesen geben.

5. 1 Die Handlungskompetenzen der sozialen Arbeit

Patienten mit Demenz bringen eine Fülle von sozialen, pflegerischen, psychologischen, medizinischen sowie rechtlichen und finanziellen Problemen mit sich. Eine Behandlung der Krankheit Demenz beruht im Wesentlichen auf zwei Säulen. Einer nichtmedikamentösen Behandlung mit einhergehender Unterstützung geistiger und körperlicher Aktivität, verhaltenstherapeutischer und psychosozialer Unterstützungsleistungen, wie der Betreuung und Begleitung der Angehörigen einerseits. Sowie auch der medikamentösen Behandlung, durch Wirksubstanzen, die den Abbau von Acetylcholin verhindern sollen und Wirksubstanzen, die die Zerstörung der Nervenzellen durch den Botenstoff Glutamat verhindern sollen, andererseits (vgl. Lützenkirchen 2005, S.82). Beispielhaft sollen nun Kernbereiche der sozialarbeiterischen Praxis, also auf der nichtmedikamentösen Behandlungsebene, vorgestellt werden. Die rechtliche Betreuung, Vorsorgevollmachten, Patientenverfügung, Betreuungsverfügung wie auch die Pflegeversicherung sind sehr wesentliche Bereiche in denen die Soziale Arbeit mit Demenzkranken Unterstützungsmöglichkeiten bietet. Aufgrund der schwindenden kognitiven Fähigkeiten ist es von grundlegender Notwendigkeit, dass der Demenzkranke rechtzeitig rechtskräftige Dokumente aufsetzt, um späteren Problemen aus dem Weg zu gehen. Meist versäumen es die Familien jedoch im Vorfeld, Vorsorgen für schlechte Zeiten zu treffen. Die Angehörigen müssen sich im Pflegefall mit den verschiedensten Tätigkeiten befassen, da die Kranken immer weniger in der Lage sind, ihre persönlichen Angelegenheiten zu regeln. Neben der Eigentlichen Beratung bezüglich der Krankheit, geht es hier auch um Antragsverfahren, Institutionelle Zuständigkeiten, Pflegeleistungen oder finanzielle Hilfen. Mit dem fortschreitenden Krankheitsbild einer Demenz und somit einer Verschlechterung des Gesundheitszustand, werfen sich nach und nach auch rechtliche Fragen auf. Zu der schwindenden Geschäftsfähigkeit, sind Aufgaben durch Betreuer und Bevollmächtigte bzw. pflegende Angehörige weites Gehend zu regeln.

5.2 Betreuung

Seit Einführung des neuen Betreuungsrechts ist die Anzahl betreuter Menschen in Deutschland kontinuierlich und erheblich gestiegen. Während es im Jahr 1991 noch 250 000 zu Betreuende waren, war im Jahr 2002 ein deutlicher Zuwachs auf 1 009 000 zu verzeichnen. Circa 60% der eingesetzten Betreuer kommen aus dem familiären Umfeld der Betreuten, etwa 10% sind andere ehrenamtliche Tätige, die restlichen 30% sind Berufsbetreuer vor allem Sozialarbeiter und Rechtsanwälte. Aus dem Forschungs- und Praxisprojektes des Bundesverbandes der Berufsbetreuer aus dem Jahre 2004, welches durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unterstützt wurde, geht hervor, dass 57% aller zu Betreuenden, eine Demenz aufweisen. Weiterhin hat diese Gruppe mit 82 Jahren das höchste Durchschnittsalter. Die durchschnittliche Betreuungsdauer beträgt 2,5 Jahre und nur 11% werden länger als fünf Jahre betreut (vgl. Mahlberg/Gutzmann 2009, S. 281). Entscheidende rechtliche Grundlagen für und während der Ausführung einer durch das Gericht bestellte Betreuung sind im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) unter §§ 1896 ff aufgeführt (vgl. BGB 2007, S. 386 - 392). Darüberhinaus sind in den §§ 271 ff. FamFG Vorschriften zum Verfahren in Betreuungssachen geregelt. Wenn der Demenzerkrankte Entscheidungen hinsichtlich seiner medizinischen Versorgung, seines Aufenthaltsortes oder seiner Vermögens- und Verwaltungsangelegenheiten nicht mehr alleine bewältigen kann, empfiehlt es sich, die Einrichtung einer Betreuung anzuregen. Zur Einrichtung einer Betreuung müssen nach § 1896 BGB drei obligatorische Voraussetzungen vorliegen. Danach muss der zu Betreuende ein Mindestalter von 18 Jahren haben und die Betreuung nicht gegen den freien Willen eingerichtet werden. Weiterhin kann der Betroffene aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung seine Angelegenheiten nicht oder nur teilweise erledigen (vgl. Mahlberg/Gutzmann 2009, S.281). Im Falle der Entscheidungsunfähigkeit des Patienten tritt, sofern nicht andere Verfügungen vorher getroffen wurden, das Betreuungsrecht in Kraft (vgl. Neumann/Schäfer 2004, S. 137). Seit dem 01. 01. 1992 können Personen, die ihre Angelegenheiten nicht mehr ganz oder teilweise regeln können unter Betreuung des Betreuungsgerichts gestellt werden. Dabei hat die Betreuung jedoch keine Auswirkung auf die Geschäftsfähigkeit des Patienten sofern er die Voraussetzungen nach § 104 Nr. 2 BGB erfüllt (vgl. Wächtler 2003, S. 125). Ausnahme bilden Betreute, die ihr Vermögen erheblich gefährden, so dass, das Betreuungsgericht einen

Einwilligungsvorbehalt nach § 1903 Abs. 1 BGB anordnen kann, der sie in der Ausübung von Rechtsgeschäften begrenzt. Die Betreuten können Geschäfte ab einen bestimmten Betrag dann nur noch mit Zustimmung des Betreuers ihre rechtswirksame Willenserklärung abgeben. Die Betreuung wird nur für bestimmte Aufgabenkreise eingerichtet. Das heißt, der Betroffene erhält Unterstützung in den Bereichen, die er selbst nicht mehr bewältigen kann. Diese Bereiche nennt man Aufgabenkreise. Ist der Betroffene z.B. nicht mehr fähig seine Rechnungen zu begleichen, Geld von der Bank abzuheben oder anzulegen, wird nur der Aufgabenkreis „Verwaltung des Vermögens“ eingerichtet, wenn er ansonsten alleine zurechtkommt. Eine rechtliche Betreuung orientiert sich demzufolge an den bereits existierenden Defiziten des Betroffenen und ist entsprechend das Gegenstück zur Vorsorgevollmacht, mit der man in guten Zeiten für schlechte Zeiten in rechtlicher Hinsicht Vorsorge trifft, indem man andere handlungsfähig macht, wenn man nicht mehr selbst für sich handeln kann. Mögliche Aufgabenkreise einer Betreuung können z.B. Fürsorge für ärztliche Heilbehandlung, Bestimmung des Aufenthalts, Organisation ambulanter Hilfen, Wohnungsangelegenheiten oder auch Abschluss eines Heimvertrages sein. Dabei kann die rechtliche Betreuung aber nur eingerichtet werden, wenn alle anderen Maßnahmen oder Hilfen wie z.B. Vollmachten und ambulante Hilfen nicht mehr ausreichen. Sobald andere Mittel zur Verfügung stehen, die ebenso gut wie ein Betreuer die Angelegenheiten regeln können, darf kein Betreuer eingerichtet werden. Der Aufgabenkreis kann auch die Geltendmachung von Rechten gegenüber Bevollmächtigten sein. Bei weglaufgefährdeten Patienten bei denen eine geschlossene Unterbringung im Heim erforderlich wird, muss bei Fehlen einer entsprechenden Vorsorgevollmacht jedoch eine Betreuung nach § 1906 BGB angeregt werden. Darüberhinaus muss bei einer geschlossenen Unterbringung in jedem Fall die Zustimmung des Betreuungsgerichtes eingeholt werden. Dies gilt auch bei gefährlichen Untersuchungen, Heilbehandlungen oder ärztlichen Eingriffen. Als Betreuer kommen in der Regel ein naher Angehöriger in Betracht, der die Angelegenheiten des Demenzkranken, unter Berücksichtigung der dem Kranken verbliebenen Fähigkeiten, erledigt. Das Wohl des Kranken ist dabei vorrangig, ansonsten hat der Betreuer die Wünsche des zu Betreuenden, bei der Durchführung der Angelegenheiten zu berücksichtigen (vgl. Förstl 2011, S. 504 - 506). Sind keine nahen Angehörigen vorhanden, werden Berufsbetreuer für diese Aufgabe eingesetzt, das können beispielsweise Sozialarbeiter sein. Allerdings kostet solch eine

Betreuung Geld und lässt sich nur vermeiden, wenn der Betroffene im Vorfeld einer anderen Person seiner Wahl eine Vollmacht ausgestellt hat (vgl. Neumann/Schäfer 2004, S.137). Wird ein Berufsbetreuer eingesetzt und hat der Betroffene ein Vermögen von 2600 Euro monatlich zur Verfügung, muss er die Kosten für den Berufsbetreuer selber tragen. Ist wiederum sein Vermögen geringer, werden die Kosten von der Staatskasse übernommen (vgl. Förstl 2011, S. 506). Zur Einrichtung einer Betreuung muss beim Betreuungsgericht des zuständigen Amtsgerichts am Wohnort ein Antrag erfolgen. Dieser kann auf Wunsch des Patienten, auf Mitteilung eines Angehörigen oder Arztes erfolgen. Dazu entscheidet der zuständige Richter anhand eines ärztlichen Gutachtens in dem die Eingangsvoraussetzungen nach § 1896 BGB erörtert wurden und einer persönlichen Anhörung, ob eine gesetzliche Betreuung für den Patienten erforderlich ist (vgl. Mahlberg/Gutzmann 2009, S. 282). Bei Bedarf kann bevor der Beschluss gefasst wurde ein Verfahrenspfleger hinzugezogen werden. Bei einem Besitz von mehr als 5000 Euro muss der Betroffene die Kosten des Verfahrens ganz oder teilweise übernehmen. Nach spätestens sieben Jahren wird eine erneute Prüfung des Gerichts zur Weiterführung oder Erweiterung der Aufgabenkreise erforderlich. Dazu wird dann ein neues Verfahren notwendig. (vgl. Förstl 2011, S. 505). Der rechtliche Betreuer unterliegt der Kontrolle des Betreuungsgerichtes und soweit es nicht anders verordnet wurde, muss er einmal jährlich Rechenschaft über die von ihm geführte Betreuung ablegen. Die Entlassung des Betreuers ist im § 1908 b BGB geregelt. Demnach kann der Betreute den Wunsch zur Entlassung des Betreuers äußern, was eine Überprüfung nach sich zieht. Die Entscheidung ist dann Ermessenssache. Weiterhin kann der Betreuer selbst den Wunsch äußern oder aber das Gericht bestellt ihm bei einem Verstoß ab (vgl. BGB 2007, S. 392).

5.3 Vollmachten

Menschen, die an einer Demenz im frühen Stadium leiden, sollten rechtzeitig durch Vollmachten oder Verfügungen Vorsorge für die Zukunft treffen. Zu Beginn einer Demenz sind die Betroffenen noch in der Lage, zu bestimmen, wer zukünftig ihre Behörden- und Vermögensangelegenheiten regeln soll oder wie im Falle der Pflegebedürftigkeit die medizinische Behandlung aussehen soll und wen sie sich ggf. als gesetzlichen Betreuer wünschen (vgl. Förstl 2011, S. 530). Mit einer Vollmacht können Aufgabenkreise auf eine oder mehrere Personen übertragen werden. Die

Erstellung einer Vollmacht setzt jedoch die Geschäftsfähigkeit voraus. Ihre Gültigkeit entsteht mit der Unterzeichnung der Vollmacht. In der Regel sind es vor allem Generalvollmachten, die dem Bevollmächtigten weitreichende Handlungsfähigkeit gewährleisten. Aufgaben die nicht explizit formuliert wurden, müssen bei Bedarf, durch die Einrichtung einer Betreuung geregelt werden (vgl. Kastner/Löbach 2007, S. 175). Durch eine Vollmacht wird jedoch meist die Einrichtung eines Betreuers überflüssig, denn diese darf nur nach § 1896 Abs. 2 BGB erfolgen, wenn nicht auch andere, weniger einschneidende Maßnahmen, die Angelegenheiten geregelt werden können (vgl. Mahlberg/Gutzmann 2009, S.283). Die genauen gesetzlichen Vorschriften für die Vollmacht sind im § 167 BGB geregelt. Für die Einrichtung von Willenserklärungen zur Vorsorge gibt es verschiedene Möglichkeiten. Die bedeutsamsten sind die Vorsorgevollmacht, die Patientenverfügung und die Betreuungsverfügung (vgl. Förstl 2011, S. 530).

5.3. 1 Vorsorgevollmacht

Das Einsetzen einer Vorsorgevollmacht setzt das Vorhandensein einer der vorher beschriebenen Krankheiten oder Behinderungen voraus, woraus für einen demenzkranken Menschen die Unfähigkeit entsteht, nun die eigenen Interessen zu vertreten. Bei Vorbehalt des gerade Erkrankten und der Sorge des Verlustes seiner Autonomie, kann die Vorsorgevollmacht aber eine geeignete Alternative sein. Mit der Erteilung einer Vorsorgevollmacht kann der Vollmachtgeber zu einer Zeit, in der er noch geschäftsfähig war, formlos und ohne gerichtliches Verfahren seinen gesetzlichen Vertreter bestimmen und den Umfang seiner Vertretungsmacht explizit festlegen. Sie macht zudem ein gerichtliches Betreuungsverfahren überflüssig, nach § 1896 Abs. 2 S. 2 ist die rechtliche Betreuung nachrangig sobald eine Vorsorgevollmacht vorliegt (vgl. Mahlberg/Gutzmann 2009, S.283). Voraussetzung hierfür ist aber auch gerade die Abdeckung der betroffenen Bereiche. Wenn aber doch bestimmte Anliegen nicht in einer Vorsorgevollmacht geregelt wurden, können dafür ergänzende Betreuungsverfahren erforderlich sein (vgl. Kastner/Löbach 2007, S. 175). Da die Vorsorgevollmacht nur als Original rechtsgültig ist, sollte sie um Missbrauch vorzubeugen an einen sicheren Ort aufbewahrt werden. Eine sichere Möglichkeit der Aufbewahrung bietet ein Notar. Natürlich sollte der Bevollmächtigte über den Aufbewahrungsort informiert sein, um später handeln zu können (vgl. Förstl 2011, S. 532). Eine Vorsorgevollmacht sollte im Wesentlichen Auskünfte zu den Wünschen

bezüglich der Gesundheitsfürsorge/Pflegebedürftigkeit, Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten, Behörden, Vermögenssorge, Post und Fernmeldeverkehr, Vertretung vor Gericht eventuell Untervollmachten und darüberhinaus über die Betreuungsverfügung geben.

5.3. 2 Patientenverfügung

Bei einer Patientenverfügung handelt es sich um eine vorsorgliche Willenserklärung, in der neben den Wertvorstellungen und Wünschen auch Bestimmungen zur Behandlungsmaßnahmen formuliert sind (vgl. Schmidt/Döbele 2010, S. 159). So kann der Betroffene z.B. Wünsche bezüglich der medikamentösen Behandlung, des Einsatzes von medizinischen Apparaten oder ob im finalen Stadium der Krankheit lebensverlängerte Maßnahmen erwünscht sind festlegen (vgl. Förstl 2011, S. 533).

Kann der Betroffene seine notwendige Zustimmung oder Ablehnung zu einer Behandlungsmaßnahme nicht mehr kund tun, tritt die Wirksamkeit der Patientenverfügung ein. Die Patientenverfügung muss nach § 167 BGB schriftlich verfasst sein und ist im § 1901 a BGB verankert (vgl. Wächtler 2003, S. 122 - 123). Im Gegensatz zur Vorsorgevollmacht unterscheidet sich die Patientenverfügung insofern, als das sie für das Lebensende gedacht ist. Es ist eine besonders individuelle Angelegenheit, zu entscheiden, wie sehr sich Ärzte um den Lebenserhalt bemühen sollen. Ob es der Wunsch des Patienten ist, alle nur erdenklichen Maßnahmen auszuschöpfen oder ob es eventuell schon ausreichend ist, jemanden nach Anwendung grundlegender medizinischer Maßnahmen sterben zu lassen. Der Betroffene trägt hier also schon im Vorfeld selbst dafür Verantwortung für die Folgen dessen, was Ärzte später durchführen und dies macht die Tragweite einer solchen Entscheidung spürbar. Weiterhin sollte eine Patientenverfügung in regelmäßigen Abständen auf ihre Aktualität hin überprüft werden, um sicherzustellen, dass sie stets den Wünschen und Vorstellungen für die eigene Zukunft entspricht. Wenn dies sicher gestellt ist, werden die Wünsche als verbindlich angesehen, vorausgesetzt, sie stehen mit der speziellen Behandlungssituation im Einklang.

5.3. 3 Betreuungsverfügung

Mit einer Betreuungsverfügung regelt der Betroffene, welche Person im Falle einer späteren Hilflosigkeit vom Betreuungsgericht als gesetzlicher Vertreter eingesetzt werden soll. Dies kann ergänzend zu einer Vollmacht schriftlich abgefasst werden. In

dieser Verfügung kann darüber hinaus festgehalten werden, wie das Vermögen verwaltet und das spätere Leben gestaltet werden soll (vgl. Förstl 2011, S. 532). Voraussetzung für die Verfassung einer Betreuungsverfügung ist jedoch die Geschäftsfähigkeit (vgl. Kastner/Löblich 2007, S. 175).

5.4 Finanzielle Unterstützung

Bei der Versorgung von dementen Menschen können eine Reihe von finanziellen Ansprüchen geltend gemacht werden. Dazu zählen die Leistungen der Pflegeversicherung, bei Bedarf auch Leistungen der Sozialhilfe und der Rentenversicherung (vgl. Förstl 2011, S. 514). Die Pflegeversicherung ist im 11. Sozialgesetzbuch (SGB XI) verankert. An Demenz erkrankte Menschen, die für die Verrichtung des täglichen Lebens dauerhaft auf Hilfe und Betreuung für mindestens 90 Minuten täglich angewiesen sind, haben Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung. Die detaillierten Voraussetzungen für eine vorliegende Pflegebedürftigkeit sind im § 14 SGB XI definiert. Die Einteilung in eine der Pflegestufen übernimmt die Pflegekasse nach Antragstellung durch den Betroffenen oder seinen Rechtsvertreter. Der Medizinische Dienst beurteilt dann grundsätzlich vor Ort, ob und in welche Pflegestufe der Patient eingestuft werden kann. Hierbei wird die zu pflegende Person in eine von drei Pflegestufen eingruppiert und erhält auf Grundlage dieser Pflegestufe eine festgeschriebene Geld- und/oder Sachleistung (vgl. Wendt 2000, S. 6 - 8). In neuerer Zeit gibt es nun auch die Pflegestufe 0, nach der z.B. ein Patient mit Demenz, der in seiner Alltagskompetenz eingeschränkt ist und einen erhöhten Betreuungsbedarf aufweist, Unterstützung beantragen kann. Mit der Pflegestufe 0 sind dann die Patienten ohne Pflegestufe gemeint, deren Pflegebedarf noch unter 45 Minuten Grundversorgung am Tag liegt. Seit der Pflegereform können nun die Betroffenen aufgrund dieser Regelung bis zu 200 Euro im Monat erhalten. Diese Zahlung kann zusätzlich zur festgestellten Pflegestufe, oder auch wenn keine der drei Pflegestufen vorliegt erfolgen (vgl. Förstl 2011, S. 514). Die Voraussetzungen und Leistungen für Personen mit erheblicher Einschränkung in der Alltagskompetenz werden dazu im § 45a, b SGB XI definiert (vgl. Schmidt/Döble 2010, S. 155). Betroffene oder Angehörige, die mit der Einstufung in die vorgesehene Pflegestufe nicht einverstanden sind, können bei der Pflegekasse des Kranken gegen diese Entscheidung Widerspruch einlegen. Auch hier liegt für die Soziale Arbeit ein Tätigkeitsfeld vor indem sie unterstützt, berät und begleitet.

6 Weitere Handlungsfelder und Methoden der Sozialen Arbeit

Im vorherigen Kapitel wurde der Fokus auf die rechtlichen und finanziellen Handlungskompetenzen der Sozialen Arbeit gerichtet. In den nun folgenden Ausführungen, möchte ich auf weitere, als wichtig erachtete Methoden in der nicht medikamentösen Behandlung von dementiell erkrankten Menschen als Handlungsfelder der Sozialen Arbeit, die Personenzentrierte Gesprächsführung, das Dementia Care mapping und die Biographiearbeit eingehen.

6. 1 Die Personenzentrierte Gesprächsführung

In vielen Gesellschaften findet bei Menschen mit einer körperlichen oder seelischen Behinderung eine Depersonalisation statt, die mit dem Verlust bzw. der Veränderung des ursprünglichen, natürlichen Persönlichkeitsgefühls einhergeht. Diese Veränderung findet jedoch nicht nur bei der betroffenen Person statt, sondern vollzieht sich auch bei der Gesellschaft. Der Betroffene wird von der Gesellschaft dann nur noch nach vorgegebenen Mustern aus der Tradition und eingebetteten sozialen Praktiken, die nicht seine Person beachten behandelt. Somit ist in diesen Gesellschaften, auch in der unsrigen der erkrankte Mensch häufig keine Person mehr und dies spiegelt sich auch in der Sorgfalt der pflegerischen und sozialen Zuwendung wieder. Die Aufmerksamkeit, die diesen Menschen zuteil wird fällt eher gering aus. Die Betroffenen werden von der Gesellschaft rationalisiert, abgewertet und zu Menschen zweiter Klasse herab gesetzt. Verhalten sich die Betroffenen merkwürdig, so sind sie vom „Teufel besessen“ und „werden für die Sünden früherer Zeiten bestraft“. In diesen Kulturen werden die Betroffenen entmenschlicht und das Personsein weitgehend missachtet. Menschen die krank sind oder gesellschaftlich schlecht gestellt, haben in vielen Teilen der Welt wie z.B. im Islam den Ruf, sich diesen Zustand, durch Ihr Verhalten in vergangenen Zeiten, verdient zu haben (vgl. Kitwood 2008, S.32 - 33).

Tom Kitwood, ein britischer Psychologe entwickelte dem entgegengesetzt ein Konzept das den person-zentrierten Ansatz der Pflege darstellt und die Einzigartigkeit der Person in den Mittelpunkt stellt. Sein primäres Ziel in der Betreuung von dementiell Erkrankten ist der Erhalt und die Stärkung des Personseins. Aus diesem Konzept resultiert die Grundhaltung gegenüber Menschen mit Demenz und die positive Arbeit mit der Person bildet das Fundament. Kitwood

geht davon aus, dass eine person-zentrierte Pflege den Prozess einer Demenzerkrankung positiv beeinflussen kann. Durch zahlreiche Methoden wie z.B. Validation, Snoezelen, Basale Stimulation, Umgang mit Tieren, Humor und Feste soll die Person des Menschen mit Demenz zum „Klingen“ gebracht werden (vgl. Messer 2009, S.76 - 78). Außerdem ist eine bestimmte Grundhaltung im Umgang mit dem dementiell Erkrankten grundlegend. Die Wahrnehmung und das Bewusstsein, dass die Persönlichkeit eines Dementen bis zum Schluss vorhanden ist, müssen allgegenwärtig sein. Gleichzeitig muss dem Mensch mit Demenz, Akzeptanz und Verständnis in seiner subjektiven Realität entgegen gebracht werden. Hauptaugenmerk richtet sich dabei auf die noch vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten, die möglichst lange erhalten werden sollen. Ein bestimmter Umgang mit dementen Menschen hat verschiedene Auswirkungen auf die Handlungsspielräume der Pflegeperson, deren sie sich bewusst sein sollte. Entscheidend ist dabei ob diese ihn fördern oder den Krankheitsprozess nachteilig beeinflussen. Menschen mit Demenz sollte Pflege und Fürsorge zu gleichen Teilen zugutekommen. Hier ist es wichtig einerseits dem Betroffenen an Autonomie zu gewähren und andererseits das richtige Maß an Pflege zu kommen zu lassen. Dabei sollen grundsätzlich der Mensch und seine Persönlichkeit im Mittelpunkt stehen, auch wenn diese Persönlichkeit im alltäglichen Leben immer seltener sichtbar ist. Messer stellt den Erhalt des Personseins als das oberste Ziel einer qualitativ hochwertigen Demenzpflege dar. Die Befriedigung von Bedürfnissen ist dazu als Grundvoraussetzung in der Pflege von Demenzkranken anzusehen, da ein Mensch ohne Befriedigung seiner Bedürfnisse nicht einmal minimal als Person funktionieren kann. Menschen mit Demenz haben spezifische Bedürfnisse die sich nach Kitwood in eine Gruppe fassen lassen, die sich jedoch nicht eindeutig voneinander trennen lassen. Unter die demenzspezifischen Bedürfnisse fasst er eine Gruppe von Bedürfnissen nach Liebe, Trost, Bindung, Einbeziehung, Beschäftigung und Identität. Dieses Bedürfnismuster variiert entsprechend der Persönlichkeit und der Lebensgeschichte und steigt mit Fortschreiten der kognitiven Beeinträchtigung. Die Befriedigung der Bedürfnisse ermöglicht es dem dementen Menschen, sich als Person wahrzunehmen und positive Gefühle wie sich wertvoll und geschätzt zu fühlen zu erleben (vgl. Kitwood 2008, S.121 - 122). Die Pflegequalität in der Demenzbetreuung hängt insbesondere von der Qualität der Pflegebeziehung und der Interaktionsfähigkeit des

Pflegepersonals ab. Als „wahrhaft heilende Komponente der Pflege" sieht Messer die positive Interaktionen, die er folgendermaßen beschreibt:

Positive Interaktion	Beispiel
Erkennen und Anerkennen	Der Mensch mit Demenz wird als Person anerkannt, dies kann verbal z.B. jemanden grüßen oder nonverbal z.B. durch Blickkontakt zum Ausdruck gebracht werden. Die innere Haltung ist dabei besonders relevant denn auch sie wird von der Person mit Demenz wahrgenommen. Eine wertschätzende Haltung kann durch respektvolles Grüßen und Zuhören ausgedrückt werden.
Ver- und Aushandeln	Der Mensch mit Demenz wird direkt nach seinen Wünschen und Bedürfnissen gefragt und diese werden im Betreuungsalltag berücksichtigt. Ziel ist es dem Betroffenen Kontrolle über seine Situation zu ermöglichen.
Zusammenarbeit	Der Mensch mit Demenz erhält die Möglichkeit, sich aktiv an der Pflege und den Alltagsbeschäftigungen zu beteiligen wie z.B. Haushaltsarbeiten und Körperpflege.
Zwecklosigkeit und Spiel	Der Mensch mit Demenz hat die Möglichkeit, an nicht zielgerichteten Aktivitäten teilzunehmen, die die Spontanität und den Selbstaussdruck fördern.
Timalation (sensorische Stimulation)	Interaktionen mit Hilfe von Aktivitäten, welche die Sinne ansprechen z.B. Massage, Aromatherapie um die Person mit Demenz zu würdigen und zu erfreuen.
Feiern	Bei entspannter Atmosphäre soll ein Gefühl der Nähe und Gleichheit zwischen Pflegenden und Demenzkranken durch fröhliche Stimmung vermittelt werden.
Entspannen	Menschen mit Demenz können oft nur in Gesellschaft oder bei Körperkontakt entspannen.
Validation	Die subjektive Realität und die Gefühle einer Person

	werden wertgeschätzt und die Kommunikation findet auf der Gefühlsebene statt.
Holding	Das Schaffen einer Atmosphäre, die einer Person den Halt und die Sicherheit bietet, auch negative Emotionen auszudrücken.
Faciliation	Gemeint sind hiermit unterstützende Handlungen im aktivierenden Sinne (vgl. Messer 2009, S. 79 - 80).
Erleichtern	Unterstützende Handlungen im aktivierenden Sinne.
Schöpferisch sein	Die demente Person bietet dem sozialen Setting spontan etwas ihrer Fähigkeiten an Musizieren, Musikhören, Malen oder Tanzen und fordert andere auf mitzumachen.
Geben	Diese Interaktionsform nähert sich dem Ich-Du-Modus das heißt, die Person mit Demenz bringt Besorgnis, Zuneigung oder Dankbarkeit zum Ausdruck, bietet Hilfe an oder macht ein Geschenk (vgl. Kitwood 2008, S. 136).

Die Realisierung dieser positiven Interaktionsarten kann nur gelingen, wenn die Pflegepersonen eine grundlegende Einstellung und Haltung in sich tragen (vgl. Kastner/Löbach 2007, S. 140). Basis für eine person-zentrierte Pflege von Menschen mit Demenz sind innere Ruhe, Empathie, Stabilität, Flexibilität, Ungezwungenheit in der Kontaktaufnahme und Belastbarkeit. Die Betreuungsperson muss sich dazu selbst wohlfühlen, offen und flexibel sein und nicht als "kontrollierend kritisches Elternteil" gegenüber dem Menschen mit Demenz agieren (vgl. Kitwood 2005, S. 28 - 30). Die Fähigkeit zur Empathie bedeutet für Kitwood nicht die Fähigkeit, das zu fühlen, was eine andere Person fühlt, sondern meint ein Verständnis für das Erleben und Leben eines Menschen mit Demenz zu haben. Das Bewusstsein von eigenen demenzartigen Erfahrungen, wie z.B. das Gefühl des Verlassen seins oder der Machtlosigkeit, erleichtern es der Pflegekraft, die Gefühle der Betroffenen nachzuvollziehen (vgl. Brooker 2008, S. 27 - 28).

6. 2 Dementia Care mapping

Das Dementia Care mapping (DCM) wurde von Tom Kitwood an der Universität Bradford entwickelt und von Christian Müller-Hergl nach Deutschland gebracht. Bei dieser Methode handelt es sich um eine Evaluationsmöglichkeit der Lebensqualität von Demenzerkrankten, unabhängig von der Kompetenz eines Facharztes. Das DCM ist ein Beobachtungsverfahren, bei dem die Perspektive und das Wohlbefinden des Klienten den Mittelpunkt bilden. Grundlage dieser Methode bildet die personenzentrierte Pflege nach Tom Kitwood (vgl. Messer 2009, S. 28 - 30). Der Beobachter (Mapper) nimmt demnach auf der Grundlage von Personenzentriertheit am Leben des Dementen teil und begleitet ihn einen Tag lang. Die Perspektive und das Wohlbefinden des Klienten stehen dabei im Vordergrund. Das DCM soll zur der späteren Beurteilung von Auswirkungen verschiedener Maßnahmen in einer Einrichtung auf den Menschen mit Demenz genutzt werden. Wenn etwa ein therapeutisches Konzept oder Leitlinien in einer Einrichtung zum ersten Mal eingesetzt werden, können unmittelbare Auswirkungen dieser auf den Patienten eingeschätzt werden. Wenn z.B. in einer Einrichtung Musiktherapie oder Validation erprobt werden, können die Mitarbeiter anhand der DCM-Ergebnisse beurteilen, ob sich der Patient dabei wohl fühlt oder nicht. Zugleich kann das DCM auch eingesetzt werden, wenn sich ein Klient zurückzieht, abbaut oder sogar zur Aggressionen neigt. Anhand der Beobachtungsergebnisse können Schlussfolgerungen für das veränderte Verhalten erfolgen und die Förderung, Pflege und Begleitung für diesen Menschen verbessert werden. Dieses Verfahren legt besonderen Wert auf empathisches Einfühlungsvermögen und Selbstreflexion. Dabei werden verschiedene Körperhaltungen in bestimmten Situationen sowie Mimik oder der Klang der Stimme detailliert festgehalten. Das DCM ist dennoch eine Fremdwahrnehmung und bedient sich somit auch subjektiver Einschätzungen. Diese Methode ist wegen ihrer Fremdwahrnehmung, die sich nicht auf verlässliche Angaben durch den Dementen stützen kann, sehr stark von der Sensibilität, der Empathie und der Reflexionsfähigkeit des Mappers abhängig und sollte ausschließlich durch fachweitergebildete und gerontopsychiatrisch erfahrene Pflegekräfte erfolgen. Deshalb ist eine intensive Schulung des Mappers zwingend notwendig (vgl. Brooker 2008, S. 28 - 30). Die gewonnenen Erkenntnisse sollen in die Pflegeplanung und damit in den Prozess der Qualitätsverbesserung einfließen. Gutachter eines Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung können dann evaluieren, ob durch

den Einsatz von Dementia Care Mapping die Pflegequalität demenzkranker Personen verbessert werden kann.

6.3 Biographiearbeit

Eines der wichtigsten Elemente im Umgang mit demenzen Menschen ist die Biographie. Je mehr Informationen der Sozialarbeiter über die Erfahrungen und Erlebnisse des Betroffenen hat, desto besser kann er sich mit ihm verständigen und auf prägnante Verhaltensweisen reagieren. Aus der Annahme heraus, dass Erinnerungen aus dem früheren Leben und der Kindheit besser erhalten geblieben sind, wird sich in der Biografiearbeit dem Altgedächtnis zugewandt. Biographiearbeit (auch Erinnerungstherapie) ist eine Methode zur Identitätswahrung. Die dementiell erkrankten Menschen beschäftigen sich mit ihren Erinnerungen, weil sie diese zur Identifizierung für sich selbst benötigen, da für sie andere Möglichkeiten der eigenen Identität wie Familie, soziales Umfeld, alte Sozialwelten nicht mehr existieren. Nach Kastner/Löbach ist das vorrangige Ziel der Biographiearbeit die emotionale Entlastung und nicht die Verbesserung der Kognition. Sie dient zum besseren Verstehen, zur Kommunikation, zur Stärkung der Identität oder zur geistigen Aktivierung (vgl. Kastner/Löbach 2007, S. 69). Dazu werden durch Bilder bzw. zeittypische Gegenstände, Gespräche über Zeiten der Vergangenheit geführt. Hier werden länger zurückliegende Erinnerungen bewusst genutzt, um den Patienten emotional einzubeziehen und Reize auszulösen. Die Erfassung und Einbeziehung individueller Lebensdaten soll neben der Steigerung des Selbstwertgefühls und das Bewusstsein für die eigene Identität, Grundlage für eine soziale Interaktion bieten. Wichtig ist hier in Erfahrung zu bringen, was in der Vergangenheit des dementiell Erkrankten, eine besondere Bedeutung hatte (vgl. Lützenkirchen 2005, S.84). Im Kern lassen sich schließlich folgende Zielsetzungen und Grundannahmen der Erinnerungstherapie festhalten. Das Verständnis für das Verhalten des Betroffenen wird verbessert, denn Biografiearbeit soll den Blick des Sozialarbeiters schärfen. Fehldeutungen von Verhaltensweisen werden vermindert, so dass mit kritischen Situationen besser umgegangen werden kann. Durch das Anknüpfen an angenehmen Erinnerungen, kann einer Verbesserung der Stimmungslage erreicht werden. Bei Patienten, deren Vergangenheit überwiegend von negativen Aspekten getragen wird, wirkt sich die Biographiearbeit eher negativ aus und ist deshalb nicht geeignet. Je mehr über die Biografie und den Gewohnheiten und Vorlieben eines

Patienten in Erfahrung gebracht wird, desto einfacher gestaltet sich die Bezugnahme auf die jeweilige Person. Situationen die von Unruhe, Desorientiertheit geprägt sind, können so vermindert, sowie Geborgenheit und Sicherheitsempfinden intensiviert werden. Die Erinnerungsarbeit zielt nicht auf die Ergebnisse ab sondern auf die Erlebnisse. Was der Betroffene über seine Erinnerung mitteilen möchte, bleibt ihm dabei selbst überlassen. Das erlangte Wissen bezüglich der Lebensdaten hilft Pflegekräften den Respekt vor dem Patienten zu bewahren. Auch die Angehörigen können bei dieser Therapieform, über das Leben des Betroffenen berichten und sich so in die Arbeit mit einbringen. Die Biographiearbeit fördert das Miteinander. Bei dieser Form von Therapie, ist die Zusammenarbeit mit den pflegenden Angehörigen von grundlegender Bedeutung. Sie können über besondere Gesichtspunkte in der Lebensgeschichte des Demenzen und seiner Interessen kundtun. Auch können sie eventuell, mehr Aufschluss über prägnante Verhaltensweisen des Demenzen geben und somit auch zur Vermeidung von überfordernden Situationen beitragen. Biografiearbeit ist weiterführend, das heißt, sie wird nicht abgeschlossen aber die Aufzeichnungen werden mit der Zeit immer umfassender. Von grundlegender Bedeutung ist hier, dass alle die mit dem demenziell Erkrankten in Kontakt stehenden Betreuer auch über den gleichen Wissensstand verfügen, um auch einheitlich zu handeln. Um eine Wertschätzende Haltung dem Betroffenen gegenüber zu erhalten, ist weiterhin der regelmäßige Informationsaustausch zwischen Mitarbeitern und Angehörigen erforderlich (vgl. Schmidt/Döbele 2010, S. 164).

7 Problemfeld – Nicht-Inanspruchnahme von Hilfen

Trotz einer Vielzahl möglicher Unterstützungsangebote, die im Verlauf der Arbeit angeführt wurden, werden diese häufig von dem Betroffenen und ihren Angehörigen nicht in Anspruch genommen. Warum das so ist wurde bereits vielfach thematisiert, jedoch nicht zum Gegenstand der Forschung gemacht. Dem hingegen ist aber nachweisbar, dass pflegende Angehörige oft ihre Belastungsfähigkeit überschätzen und sich keine Gedanken zu Auswegen aus der Belastung machen (vgl. Dörpinghaus / Laag 2006, S. 27). Das Resultat dieser Belastungen für die Angehörigen wurde bereits im Kapitel 3. 1 ausführlich dargestellt. Ein weiter Grund der offensichtlich und wissenschaftlich belegt ist, ist das Unwissen der Betroffenen, die Hilfsangebote sind einfach zu wenig bekannt. Viele der Betroffenen werden erst durch mühsame Recherchen und eigenen Engagement auf Hilfsangebote

aufmerksam, für die sie aufgrund der zeitaufwendigen Pflege in den meisten Fällen gar keine Zeit haben (vgl. Dörpinghaus / Laag 2006, S. 27). Auch scheinen für Menschen aus ländlichen Regionen viele Angebote, wie z.B. das der Tagespflege aufgrund der Entfernung nur schwer erreichbar zu sein. Die verschiedenen Zuständigkeitsbereiche und Antragsangelegenheiten für die Inanspruchnahme von Unterstützungsmöglichkeiten, stellen für viele Pflegende unüberwindbaren Schwierigkeiten dar. Besonders sozial benachteiligten Menschen kann das Ausfüllen von Anträgen schwer fallen. Ein weiterer Grund ist die Angst um die eigene Privatsphäre. Durch das professionelle Pflegepersonal besteht für die pflegenden Angehörigen die Gefahr in ihrer Pflegearbeit kritisiert zu werden oder das auch Gewalt in der Pflege durch diese aufgedeckt wird. Eine weitere mögliche Barriere warum pflegende Angehörige keine Hilfe in Anspruch nehmen ist, dass viele von ihnen aus Selbstbestätigung pflegen und Angst haben ihren Lebensinhalt zu verlieren. Bei Abgabe der Pflege an eine professionelle Fachkraft, könnte das Gefühl versagt zu haben entstehen. Die Charakteristika der Beziehungen von Pflegebedürftigem und Angehörigen und die Art ihrer Bindung hat eventuell auch Einfluss darauf, ob Hilfe in Anspruch genommen wird. Darüber hinaus gibt es Menschen besonders aus der älteren Generation, die es nicht gewohnt sind um Hilfe zu bitten. Für sie ist es selbstverständlich, dass die Pflege von Angehörigen eine Familienangelegenheit ist. Auch Scham und Mutlosigkeit kann nach Hedtke-Becker und Schmidt ein Grund dafür sein, dass Hilfe nicht eingefordert wird. Außerdem sind viele Angehörige der Meinung, dass sie selbst die Pflege am besten durchführen können und wissen müssten, was für ihr an Demenz erkranktes Familienmitglied gut oder schlecht ist. In vielen Fällen kommt es aber zu einer Verkennung der Situation und als Konsequenz folgt die Überforderung (vgl. Hedtke-Becker / Schmidt 1985, S. 25). Als einen weiteren Grund kann die Angst der pflegenden Angehörigen vor den Kosten, die durch die Unterstützungsangebote entstehen könnten genannt werden. Angenommen die Patienten und ihre Angehörigen bekommen durch den behandelnden Arzt die Diagnose Demenz gestellt und werden auf mögliche Unterstützungsangebote hingewiesen, können sie denen aber aus Sorge der damit einhergehenden verbundenen Kosten keine Beachtung schenken. Auch mangelnde Kooperation zwischen Arzt und weiterführenden Dienstleistern kann die Barrieren erhöhen. Mangelnde Kompetenz der Sozialarbeiter hinsichtlich der Beratung und Information für konkrete Hilfsangebote verschärfen die Situation. Weiterhin ist es

möglich, dass nach einem Krankenhausaufenthalt, wenn eine Pflegesituation eintritt und die Krankenhausmitarbeiter die Angehörigen an den Krankenhaussozialarbeiter verweisen, damit ihnen Hilfestellung und Unterstützungsangebote unterbreitet werden können, sie den Weg aus Angst vor damit auf sie zukommende verbundene Kosten scheuen. Ein weiteres Problem ist, dass sich die Betroffenen in einigen Fällen von den örtlichen Hilfsangeboten nicht ausreichend entlastet fühlen, da die strukturellen Gegebenheiten, wie z.B. Zeit- und Personalressourcen und mangelnde Flexibilität nicht zu ihren Wünschen und der individuellen Pflegesituation passen. So kann es z.B. sein, dass der ortsansässige Pflegedienst erst um 10 Uhr zur morgendlichen Grundpflege kommen kann oder für die Zeit in der Treffen der Angehörigengruppen stattfinden keine Betreuung für die Demenzerkrankten angeboten wird. Außerdem ist ein möglicher Grund, warum die Unterstützung nicht in Anspruch genommen wird, dass der demenzkranke Pflegebedürftige sich weigert, von fremden Personen betreut zu werden. Darüberhinaus gibt es auch Barrieren, die es den Betroffenen unmöglich machen bestimmte Unterstützungsmöglichkeiten in Anspruch zu nehmen. Durch die Pflegeversicherung hervorgerufen werden vielen Demenzerkrankten Sach- und Geldleistungen verwehrt, da diese insbesondere an körperliche Einschränkungen gebunden sind, die Demenzkranke jedoch im Anfangsstadium der Krankheit noch nicht aufweisen.

8 Diskussion und Handlungsempfehlungen zur Erhöhung der Inanspruchnahme von Unterstützungs – und Versorgungsangeboten

Die nun folgende Ausführung setzt sich mit Handlungsempfehlungen auseinander, die sich aus den Problemfeldern der mangelnden in Anspruch genommenen Unterstützungsmöglichkeiten ableiten lassen. Die Beratung und Information von pflegenden Angehörigen ist eine wichtige Maßnahme zu ihrer Unterstützung. Dennoch scheint der Bedarf nicht ausreichend gedeckt zu sein. Zwei wesentliche Gründe sind dazu ausschlaggebend. Zum einen sind besonders in ländlichen Regionen noch kein ausreichendes diesbezügliches Angebot vorhanden und zum anderem spielen mangelnder Bekanntheitsgrad oder Hemmnisse diese in Anspruch zu nehmen eine elementare Rolle. Daher sind besonders die Träger dieser Dienste dazu aufgerufen diese Versorgungslücke zu schließen, sich stärker in der Öffentlichkeit zu positionieren, ihren Bekanntheitsgrad somit zu erhöhen und zugehende Beratungsarbeit z.B. in Kooperation mit den Ärzten zu leisten. Damit die

Inanspruchnahme von Diensten wie auch von Einrichtungen z.B. in Tagespflegeeinrichtungen erhöht wird, müssen die pflegenden Angehörigen über das Leistungsangebot und darüber hinaus über die konzeptionellen Grundlagen nach denen die Einrichtung arbeitet gut informiert sein. Folglich können unrealistische Erwartungen vermieden und Entlastung erfahren werden. Auch der Ausbau von psychosozialen Angeboten kann den Betroffenen und ihren Angehörigen Stabilisierung bringen. Besonders entlastend wirkende Gespräche nach besonderen Techniken der Gesprächsführung wie z.B. die Personenzentrierte Gesprächsführung, die auch in dieser Arbeit vorgestellt wurde, ist von großen Wert, wird aber nach meinen Recherchen in sehr wenigen Fällen angeboten. Der Bedarf an Tagesstrukturierten Maßnahmen, die in Tagespflegeeinrichtungen angeboten werden ist besonders bei dementiell Erkrankten groß und stellt auch für die pflegenden Angehörigen eine Entlastung dar, da sie für ein paar Stunden die Verantwortung abgeben, sich um ihre Familie oder ihre Erwerbstätigkeit kümmern können. Deshalb ist ein flächendeckender Ausbau von Tagespflegeeinrichtungen möglichst Wohnortnah notwendig. Träger von Einrichtungen und Diensten sollten ihre Sozialarbeiter ganz speziell und in größerer Zahl ausbilden. So dass diese auf den Einzelfall bezogen alle Aktivitäten, die für die Betreuung und Versorgung notwendig sind koordinieren und organisieren können. Als kompetenter Ansprechpartner für die pflegenden Angehörigen können sie beraten und informieren aus erster Hand oder auch ein maßgeschneidertes Pflegearrangement anbieten. Eine effizientere Kooperation und Koordination zwischen an allen der Pflege Beteiligten ist dringend notwendig. Das Zuständigkeitsgerangel und der „Papierkrieg“ bei der Antragstellung von Unterstützung stehen der Inanspruchnahme gegenüber. Eine verbesserte Transparenz, wo z.B. deutlich wird wer ist für was zuständig sowie eine vereinfachte Zusammenarbeit zwischen Wohlfahrtsverbänden, Kommunen und Behörden oder anderen an der Pflege beteiligten Institutionen ist erforderlich und sollte auch staatlichen Nachdruck erhalten. Weiterhin sollten die verschiedenen Träger sich nicht als Konkurrenten sehen und zusammenarbeiten denn dies wirkt sich oft hinderlich aus. Als einem ganz wesentlichen Faktor der die Inanspruchnahme ungünstig beeinflusst sind die strukturellen Gegebenheiten der Einrichtungen, die sich in den Personalressourcen und der Flexibilität widerspiegelt zu nennen. Deshalb sollten für die professionellen Pflegekräfte auch bessere Rahmenbedingungen geschaffen werden, um der stark ausgeprägten

Mitarbeiterfluktuation entgegenzuwirken. Die Rahmenbedingungen, der in der Pflege Tätigen sind gekennzeichnet von schlechte Entlohnung, unregelmäßige Arbeitszeiten, zahlreiche Überstunden und fehlender Supervision. Als eine weitere Barriere wurde angeführt, dass die Betroffenen sich nicht von fremden Personen betreuen lassen. Hier stellt sich jedoch die Frage, ob das aber nicht eher an mangelnder Verfügbarkeit und Qualität von Betreuungslösungen liegt. Auch hier besteht Bedarf an wissenschaftlicher Klärung. Weiterhin sollte in Weiterbildungen von professionellen Helfern der Ausbau von geriatrischen und gerontopsychiatrischen Kenntnissen fokussiert werden, da hier der Bedarf aufgrund der steigenden Anzahl an Demenzerkrankten zunimmt. Als ein weiteres Hindernis wurde die Voraussetzung für die Berechtigung von Leistungen aus der Pflegeversicherung, geknüpft an körperliche Einschränkungen, die die Ausübung von Aktivitäten des täglichen Lebens erschweren genannt. So wird es vielen Demenzpatienten bzw. ihren Angehörigen unmöglich zu mindestens bei noch nicht so starker Ausprägung der Krankheit Geld- und/oder Sachleistungen zu erhalten, da diese nicht die Voraussetzungen für eine Einstufung der Pflegebedürftigkeit erfüllen. Um dies zu ändern bedarf es einer Änderung der Voraussetzungen für die Einstufung der Pflegebedürftigkeit. Dazu dürfen bei der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen nicht nur körperliche Beeinträchtigungen als Kriterium für die Einstufung der Pflegebedürftigkeit und damit für den Leistungsbezug zugrunde gelegt werden, sondern auch psychische Beeinträchtigungen. Ein weiterer Kritikpunkt ist im Pflegeergänzungsgesetz zu sehen, welches dem besonderen Hilfebedarf von dementen sowie psychisch kranken Menschen Rechnung tragen soll und insbesondere die pflegenden Angehörigen entlasten soll. Demnach können die Pflegebedürftigen zusätzlich 460,00 Euro im Jahr geltend machen, vorausgesetzt wird dabei jedoch die festgestellte Pflegebedürftigkeit gemäß §§ 14 und 15 SGB XI (vgl. Bruder 1998, S. 295 - 297). Für Pflegebedürftige, die nicht in diesem Sinne pflegebedürftig sind entfällt dies. Die Pflegebedürftigen der Pflegestufe 0 haben somit keinen Anspruch. Weiterhin wäre es von Vorteil das Antrags- und Prüfungsverfahren für die Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung verständlicher zu machen, um bei den Adressaten insbesondere sozial benachteiligter Gruppen nicht ein Gefühl der Überforderung auszulösen. Dazu können die Pflegekassen beispielsweise von sich aus Unterstützung anbieten sowohl bei der Antragstellung als auch bei der

Vorbereitung auf die Prüfung des Medizinischen Diensts. Weiterhin sollte das Bewusstsein der Menschen geschärft werden, sich professionell unterstützen zu lassen und das auch als ihr gutes Recht anzusehen. Ein weiteres Manko ist, dass das Pflegegeld zur Verbesserung der eigenen finanziellen Situation genommen werden könnten. Hier ist die Politik aufgefordert entsprechende flankierende Maßnahmen zu ergreifen. Mit der Übernahme der Pflege eines Angehörigen treten weitreichende Konsequenzen für das unterstützende Familienmitglied ein. Die Auswirkungen haben Einfluss auf die Ausübung der Berufstätigkeit und somit auch auf die finanzielle Situation. Viele Pflegenden können nicht mehr ihrer vollen Erwerbstätigkeit nachgehen und haben dementsprechend finanzielle Einbußen. Zwar bekommen sie durch die Pflegeversicherung Unterstützung, dennoch kann nicht übersehen werden, dass sich mit Beginn der familialen Pflegearbeit auch die finanziellen Belastungen der Betroffenen erhöhen. Weitere Zuschüsse von staatlicher Seite könnten hier für Entlastung sorgen. Auch, dass die pflegenden Angehörigen durch die fehlenden Jahre in ihrer Berufstätigkeit, nun deutliche Einschnitte in ihrer Rentenversorgung zu erwarten haben ist kritisch zu sehen. Demzufolge bedarf dieses Thema der intensiven Aufmerksamkeit in der sozialpolitischen Diskussion. Zur Qualitätssicherung der häuslichen Pflege könnten Case-Management-Institutionen ausgebaut werden und die stattfindenden Beratungen zu Hause erweitert werden. In Abhängigkeit von der Pflegestufe finden diese Hausbesuche viertel- oder halbjährig statt. Diese sollten jedoch nicht nur erweitert, sondern auch unangemeldet stattfinden können. Auch, wenn die Pflegenden verpflichtet werden ihre durchgeführten Pflegeaufgaben zu dokumentieren und diese beispielsweise einmal wöchentlich mit einer Pflegefachkraft auszuwerten, bekommen diese einen besseren Einblick in die Qualität der Pflege, in die Pflege-Beziehung sowie ein Gespür für Widersprüche. Oft führen Überforderung oder unbewusste psychische Konflikte der Eltern-Kind-Beziehung zu Vernachlässigung des pflegenden Angehörigen. Der Anspruch auf Pflegegeld ist somit nicht mehr gerechtfertigt. Familial Pflegenden, die ihre Angehörigen schädigen oder in Gefahr bringen, sollten verstärkt Präventionsansätze vor allem im Bereich der Information, Beratung und Schulung der Pflegenden sowie Entlastung durch ambulante Pflegedienste angeboten werden. Dazu könnte von Seiten des Staates eine Verpflichtung zur Teilnahme an Pflegekursen bei häuslicher Pflege durch die Angehörigen erlassen werden, um neben den Pflegeaufgaben auch das Bewusstsein

zu schärfen, das mit dem Erhalt des Pflegegeldes ein Aufgabe zu erfüllen ist, nämlich die Pflege des Angehörigen. Wenige der pflegenden Angehörigen wurden für diese Aufgaben jemals professionell geschult und damit auf die Pflegeaufgaben vorbereitet. Für die Anleitung, Einweisung und Schulung pflegender Angehöriger bietet die Pflegeversicherung gemäß § 45 SGB XI unentgeltliche Schulungskurse, in denen die Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermittelt werden und in diesen Kursen könnte auch eine Sensibilisierung dafür stattfinden, dass der Anspruch auf Pflegegeld an die Voraussetzung der tatsächlich stattfindenden Pflege gebunden ist. Auch wenn das Gesetz vorsieht, dass eine solche Schulung in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen stattfinden kann, sie also theoretisch auf die spezifischen Bedürfnisse des pflegenden Angehörigen zugeschnitten werden kann, findet dieses nur in unerheblichem Maße statt, deshalb ist auch eine gesetzliche Verpflichtung zur Teilnahme in Anbetracht zu ziehen. Die Gründe für die geringe Teilnahme pflegender Angehöriger an Schulungsmaßnahmen liegen vermutlich auch hier wieder in fehlender Information, in der Hochschwelligkeit des Angebotes. Weiterhin könnten regelmäßige Kontrollen in den Haushalten erfolgen, bei denen auch die zu Pflegenden befragt werden. Was jedoch kritisch betrachtet werden muss, da die Antworten der Betroffenen von ihrem aktuellen Gesundheitszustand und Gefühlen wie Dankbarkeit oder Verbitterung beeinflusst werden. Auch die Unternehmen, in denen die pflegenden Angehörigen tätig sind könnten unterstützen, indem sie sich an den Betreuungskosten des pflegenden Angehörigen ihres Mitarbeiters beteiligen. Darüber hinaus wird immer wieder deutlich, dass die Menschen generell kaum Kenntnisse hinsichtlich der Leistungen der Pflegeversicherung haben, was natürlich auch nachvollziehbar ist, denn eine Auseinandersetzung mit diesem Thema erfolgt in der Regel erst, wenn eine Konfrontation damit erfolgt. Daher scheint es auch wichtig zu sein, potenzielle Pflegepersonen über die ihnen und ihren pflegenden Angehörigen zustehenden Leistungen zu informieren. Schließlich kann so die familiäre Pflege gefördert und erhalten werden. Darüber hinaus ist es für beide Seiten, die des Pflegenden und die des Betroffenen von grundlegender Notwendigkeit ausreichend Informationen über die vorhandenen Unterstützungsmöglichkeiten zu haben, um die häusliche Pflege so optimal wie möglich zu gestalten. Deshalb sollten auch neben den Ärzten, Kranken- und Pflegeversicherungen von sich aus Beratung anbieten.

9 Schlusswort

Ziel dieser Arbeit war es, das vielfältige Krankheitsbild Demenz im Wesentlichen zu beschreiben, um verstehen zu können auf welche Art und Weise Belastungen und Probleme für die Betroffenen und deren Angehörigen durch die Erkrankung ausgelöst werden. Weiterhin sollten Handlungskompetenzen der Sozialen Arbeit die sich durch dieses Krankheitsbild ergeben abgeleitet werden und wesentliche Methoden der Sozialen Arbeit im Umgang im dementen Menschen vorgestellt werden. Im Hauptteil sollte geklärt werden, warum die diversen Unterstützungsmöglichkeiten der sozialen Einrichtungen von den pflegenden Angehörigen nur wenig in Anspruch genommen werden. Diese Problemfelder sollten dann Grundlage zur Diskussion bieten, um daraus Lösungsvorschläge abzuleiten. Schon vor meinen Recherchen zu dieser Arbeit war mir bewusst, dass die Anzahl der Pflegebedürftigen aufgrund der steigenden Lebenserwartung zunehmen wird und das sich dieser Trend nicht zuletzt aufgrund des medizinischen Fortschritts sowie des demographischen Wandels fortsetzen wird. Deshalb ist es auch von grundlegender Notwendigkeit, dass sich auch die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen positioniert, ihre Stellung an den sich stetig verändernden gesellschaftlichen Bedingungen orientiert und Entwicklungsbedarfe herausarbeitet. Die hier ausgewählten Handlungskompetenzen zeigen lediglich einzelne, wenngleich auch essentielle Beispiele, in denen sich die Soziale Arbeit als Versorger und Unterstützer etablieren kann. Es ist ein Zusammenwirken mit den beteiligten Professionen und Berufsgruppen erforderlich, um auf die Krankheit Demenz angemessen reagieren zu können. Sei es das optimale Zusammenarbeiten der Mitarbeiter von ambulanten, stationären und teilstationären Versorgungsformen für Demenzerkrankte bis hin zu den unterschiedlichen Therapeutengruppen oder Mitarbeitern die Aufklärung von rechtlichen und finanziellen Fragen leisten. Sie alle benötigen ein umfangreiches Wissen über die Krankheit Demenz und müssen dazu noch die Fähigkeit besitzen, dem Betroffenen ein würdiges Da(bei)sein zu ermöglichen. Dazu habe ich auch Ansätze und Methoden in der Sozialen Arbeit mit dem Krankheitsbild Demenz als mögliche Interventionsformen bzw. Methoden wie die Personenzentrierte Gesprächsführung, Dementia Care mapping oder Biographiearbeit charakterisiert, die ich auch als sehr wichtig und geeignet erachte. Auch sie werden bereits in einigen Einrichtungen genutzt und als Grundlage im Umgang mit dementen Menschen genutzt. Es bleibt jedoch festzuhalten, dass es noch viele andere

Methoden in der Sozialen Arbeit mit Demenzkranken gibt, die jedoch ein Umdenken hinsichtlich ihrer Ziele und Einsatzvarianten erfordern. Diese müssen auf das Krankheitsbild Demenz abgestimmt werden. Bei einigen Einrichtungen sind diesbezüglich bereits Entwicklungstendenzen sichtbar, diese haben für sich erkannt, dass ein Umdenken und Abstimmen auf das Krankheitsbild Demenz erforderlich und unumgänglich ist. Ebenso wichtig ist die Information und Beratung von Angehörigen durch Sozialarbeiter, die gut ausgebildet sein müssen, um die Aufgabenfelder kompetent auszuführen, um den vorhandenen Barrieren hinsichtlich der mangelnden in Anspruch genommenen Unterstützungsmöglichkeiten entgegenzuwirken. Es bleibt festzuhalten, dass eine Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen und Kompetenzen in der Pflege und Betreuung, von Demenzerkrankten von dringender Notwendigkeit ist. Diese sollten sich jedoch nicht in ihren Aufgaben beschneiden. Außerdem sollte das Thema Demenz bei der zunehmenden Alterung unserer Gesellschaft ein Thema sein, das alle beschäftigt. Die Fortschritte der modernen Medizin haben zwar hoffnungsvolle Ansätze gebracht jedoch fehlt bei vielen Demenzformen bis heute eine zufriedenstellende Behandlung oder gar eine vorbeugende Therapie.

Literaturverzeichnis

BGB. Bürgerliches Gesetzbuch. 59. Aufl. München 2007, S. 386 – 392.

Brooker, Dawn: Person-zentriert pflegen. Das VIPS-Modell zur Pflege und Betreuung von Menschen mit einer Demenz. Bern 2008, S. 27 – 30.

Bruder, Jens: Beratung und Unterstützung von pflegenden Angehörigen demenzerkrankter Menschen. In Andreas Kruse, Psychosoziale Gerontologie. Bd. 2 Intervention. Göttingen 1998, S. 275 – 297.

Buijssen, Huub: Demenz und Alzheimer verstehen. Erleben, Hilfe, Pflege: Ein praktischer Ratgeber. Weinheim und Basel 2008, S. 23 - 25.

Buijssen, Huub: Senile Demenz. Eine praktische Anleitung für den Umgang mit Alzheimer-Patienten. Weinheim - Beltz 1994, S.55 - 57.

Dörpinghaus Sabine/ Laag Ursula: Angehörige von Demenzkranken. Wirkungsvoll entlasten. Forum Sozialisation Nr. 143, Dezember 2006, S. 27.

Falk, Juliane: Basiswissen Demenz – Lern - und Arbeitsbuch für berufliche Kompetenz und Versorgungsqualität. Weinheim und München 2004, S. 30.

Förstl, Hans: Demenzen in Theorie und Praxis. 3. Aufl. Berlin – Heidelberg 2011, S. 513 - 539.

Förstl, Hans / Kleinschmidt, Carola: Demenz. Diagnose und Therapie. MCI, Alzheimer, Lewy-Körperchen, Frontotemporal, Vaskulär u.a.. Stuttgart 2011, S. 107 – 109.

Hedtke-Becker, Astrid / Schmidtke, Claudia: Frauen pflegen ihre Mütter. Eine Studie zu Bedingungen häuslicher Altenpflege. Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge. Frankfurt am Main, 1985.

Kastner, Ulrich / Löbach, Rita: Handbuch Demenz. München 2007, S. 9 – 175.

Kitwood, Tom: Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. 5. Aufl. 2008, S.32 – 136.

Kitwood Tom: Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. 4. Aufl. 2005, S. 28 – 30.

Lützenkirchen, Anne: Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. Zielgruppen-Praxisfelder-Institutionen. Stuttgart 2005, S. 80 - 82.

Mahlberg, Richard / Gutzmann, Hans: Demenzerkrankungen erkennen, behandeln und vorsorgen. Köln 2009, S. 3 – 283.

Martin, Mike / Kiegel, Matthias: Psychologische Grundlagen der Gerontologie. 3. Aufl. Stuttgart 2010, S. 338.

Messer, Barbara: Pflegeplanung für Menschen mit Demenz. Einfach, echt und individuell planen und schreiben. 2. Aufl. 2009, S. 28 – 78.

Neumann, Bernd / Dr. med. Schäfer: Ullrich: Gedächtnisstörungen, Demenz, Alzheimer. München 2004, S. 7 – 137.

Payk, Theo R.: Demenz. München 2010, S. 58 – 60.

Schmidt, Simone / Döbele, Martina: Demenzbegleiter. Leitfaden für zusätzliche Betreuungskräfte. Berlin / Heidelberg 2010, S. 2 - 164.

Schröder, Johannes / Pantel, Johannes: Die leichte kognitive Beeinträchtigung. Klinik, Diagnostik, Therapie und Prävention im Vorfeld der Alzheimer-Demenz. Stuttgart 2011, S. 92 – 94.

von Scheidt, Jörg / Eikelbeck, Mari-Luise: Geronopsychologie. Eine Einführung für die Pflege alter Menschen. Weinheim 1995, S. 109.

Wächtler, Claus: Demenzen. Frühzeitig erkennen, aktiv behandeln, Betroffene und Angehörige effektiv unterstützen. 2. Aufl. Stuttgart 2003, S. 84 - 125.

Wächtler, Claus: Demenzen. Frühzeitig erkennen, aktiv behandeln, Betroffene und Angehörige effektiv unterstützen. Stuttgart 1997, S. 60.

Wendt, Sabine: Pflegeversicherung im häuslichen Bereich. Informationen für Menschen mit geistiger Behinderung und ihre Angehörigen. 5. Aufl. Marburg 2000, S. 6 – 8.

Internetquellen

http://www.deutschealzheimer.de/index.php?id=37&no_cache=1&file=8&uid=224, 1999, (Stand 20. 04. 2012)

http://www.focus.de/gesundheit/arzt-klinik/reha-pflege/tid-15675/rueckzug-von-gesine-loetzsch-wenn-das-private-wichtiger-als-die-karriere-wird_aid_439923.html (Stand 06. 06. 2012)

<http://www.zukunftsforum-demenz.de> (Stand 25. 04. 2012)

<http://www.geropert.de/artikel/entwicklung-der-pflegebedurftigen> (Stand 10. 06. 2012)