



**Malteser**

*...weil Nähe zählt.*

# Leben mit Demenz

**Eine Dokumentation**  
*zur aktuellen Situation  
in Deutschland*

# DEMENZ

Demenz ist ein Thema – in der Öffentlichkeit, den Medien, in der Politik und vor allem in den Familien. Zum einen, weil die Zahl der Erkrankten weltweit zunimmt, zum anderen, weil die Tatsache, dass noch keine Heilung möglich ist, bei vielen Menschen Ängste und Sorgen auslöst. Die Angst vor Demenz ist derzeit größer als vor Krebs.

## Angst vor Demenz

Im Laufe der Erkrankung sind Menschen mit einer Demenz immer stärker auf Unterstützung und Hilfe angewiesen. Gedächtnisverlust, Sprach- und Orientierungsstörungen, Persönlichkeitsveränderungen und erhebliche körperliche Einschränkungen in der fortgeschrittenen Demenz bestimmen das Krankheitsbild. Oft können die Menschen ihre Bedürfnisse, Wünsche, Sorgen, Ängste, Schmerzen nicht (mehr) klar ausdrücken. Das stellt die sie Begleitenden vor hohe Ansprüche. Ihre Kompetenz in der Begegnung und Unterstützung der demenziell veränderten Menschen ist die Gewähr für Lebensqualität, Selbstbestimmung und Perspektive bis zum Ende.

## Lebensqualität und Perspektiven

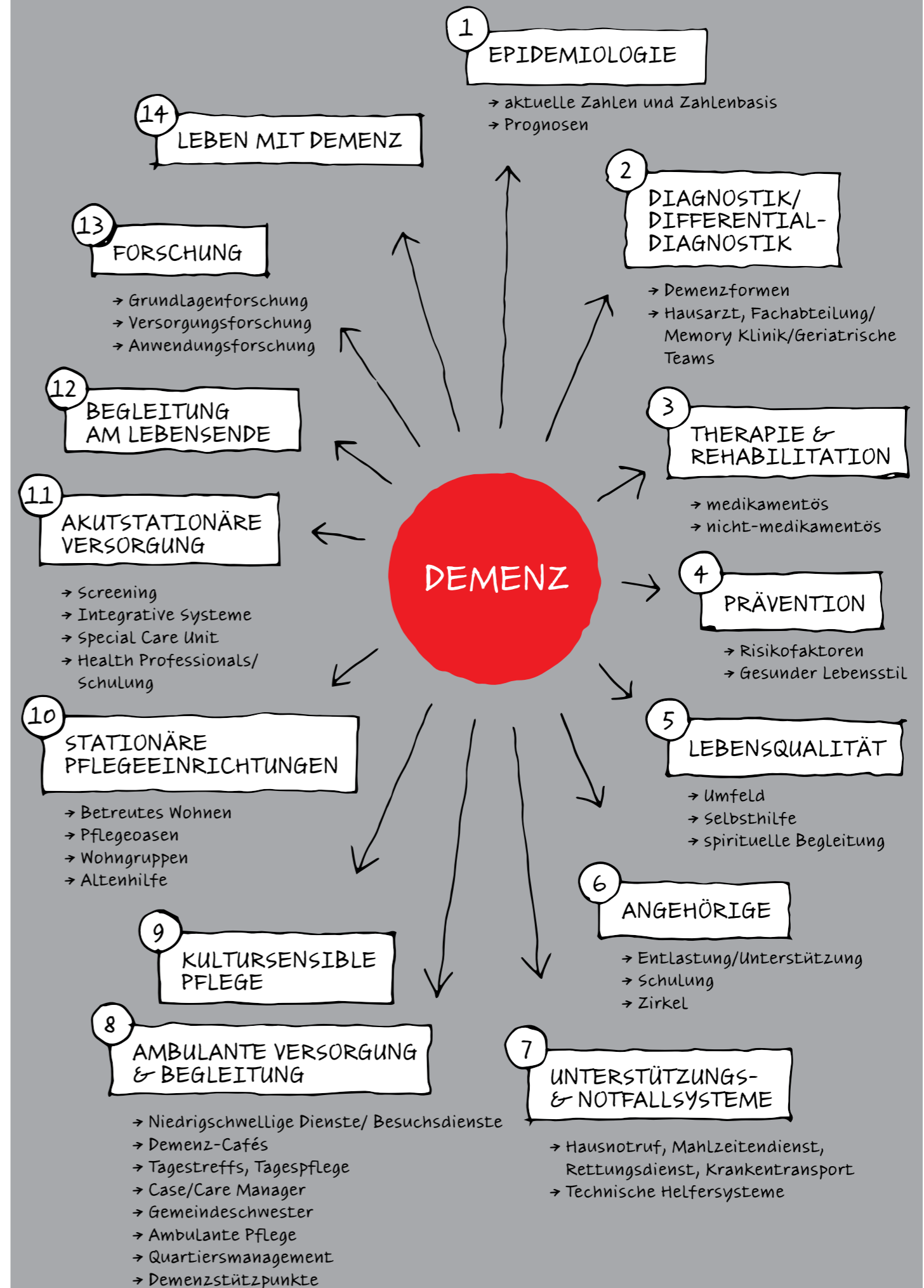
Menschen mit einer Demenzerkrankung sind aber trotz ihrer Erkrankung Menschen wie alle anderen, mit ihren ganz unterschiedlichen Bedürfnissen und ihrem je eigenen Weg durch die Krankheit. Das gilt es sich immer wieder bewusst zu machen.

## Teilhabe und Selbstbestimmung

Wie es gelingen kann, sie im Alltag mit ihren Bedürfnissen nach Teilhabe und Selbstbestimmung zu integrieren, ist eine Herausforderung, die nur gemeinsam bewältigt werden kann. Verschiedene Länder, u.a. England, Irland, Kanada, Schottland, Schweden und die Schweiz, haben mittlerweile eine nationale Demenzstrategie verabschiedet. Deutschland hat zwar bisher keine eigene Strategie, hat aber mit der 2014 verabschiedeten „Allianz für Menschen mit Demenz“ den Weg vorbereitet.

Die Stolpersteine auf diesem Weg sind nicht zu unterschätzen und die nicht nur in Fachkreisen sondern auch in den öffentlichen Medien zu findende Diktion „dement“ oder der „Demente“ stehen für ein Verständnis, das mit dem Anspruch an Wertschätzung und Menschenwürde nur schwer zu vereinbaren ist.

Es geht immer um die individuelle Person, die an einer bestimmten Form und Ausprägung einer Demenz erkrankt ist und darunter leidet. Sie zu würdigen und ihr die notwendige Unterstützung angeeignet zu lassen, ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.





Demenzielle Erkrankungen treffen Menschen aller Altersgruppe und Schichten, allerdings sind Alter und soziale Vereinsamung das größte Risiko für die Entwicklung einer Demenz.

Für die Situation in Deutschland werden aktuell Zahlen zwischen 1,2 und 1,6 Mio. Erkrankte angegeben. Jährlich kommen ca. 300.000 Neuerkrankungen hinzu, wobei sich die Erkrankten in Abhängigkeit von der Bevölkerungsstruktur unterschiedlich auf die Bundesländer verteilen.

Insgesamt sind mehr Frauen (70%) als Männer (30%) betroffen. Zum einen, weil Frauen eine höhere Lebenserwartung als Männer haben, zum anderen, weil sie anscheinend mit der Erkrankung länger leben. Neuere Untersuchungen lassen vermuten, dass neben dem Alter und der sozialen Vereinsamung auch der Grad der Gebrechlichkeit (frailty), die in der Regel mit dem Alter zunimmt, bei der Entwicklung einer Demenz eine Rolle spielen.

Die publizierten Zahlen zu Prävalenz (Erkrankungshäufigkeit) und Inzidenz (Neuerkrankungen) sind allerdings sekundär gewonnene Zahlen auf Grund der Daten von Kostenträgern etc., da es für den deutschsprachigen Raum kein Demenzregister gibt. So berechnet u.a. das Statistische Bundesamt Zahlen auf Grund der 2011 durchgeführten Volkszählung (Zensusdaten) und der Erkrankungswahrscheinlichkeit in bestimmten Altersgruppen.

**Verteilung der Demenzerkrankungen auf Altersgruppen:**

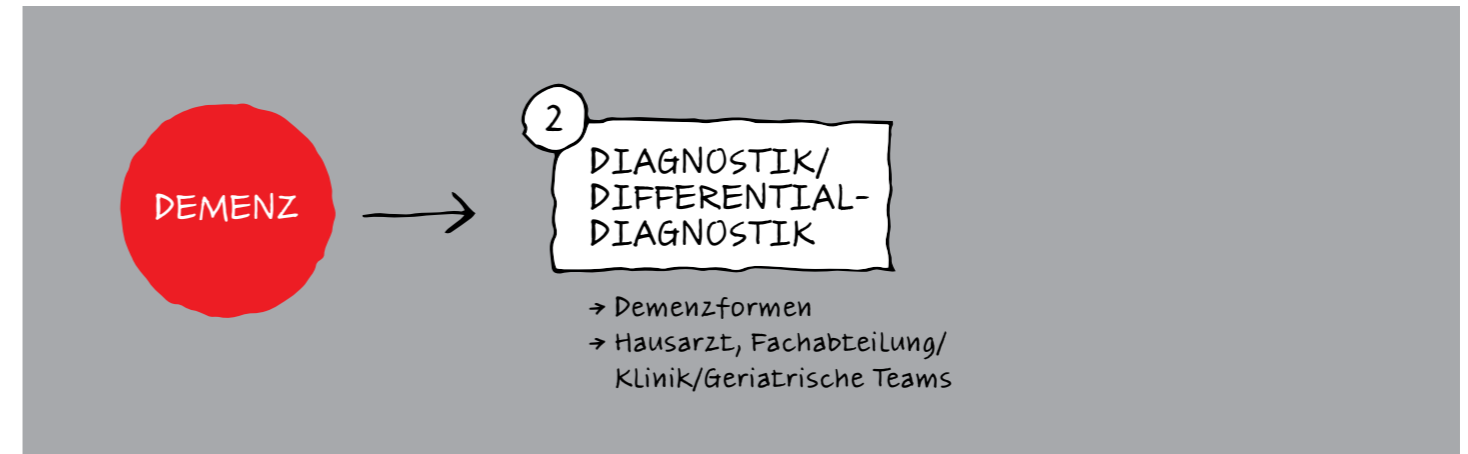
- 60-65-jährige unter 1%
- 65-70-jährige ca. 1%
- 70-75-jährige ca. 3%
- 75-80-jährige ca. 6%
- 80-85-jährige ca. 20%
- > 90-jährige ca. 30%

(Für die Gruppe der Erkrankten unter 60 Jahren ist keine Zahl bekannt.)

Das Robert-Koch-Institut sieht in seinen Prognosen für die kommenden Jahre die stärkste Zunahme in der Gruppe der hochaltrigen Menschen, die in der Regel ein breites Spektrum an weiteren Erkrankungen aufweist.

**Zwischen 1,2 und 1,6 Mio. Erkrankte**

**Sekundär gewonnene Zahlen**



Die Demenzerkrankungen haben verschiedene Ursachen. Man unterscheidet zwischen primärer, sekundärer und gefäßbedingter Demenz. Die häufigste Form ist die Alzheimer Demenz – eine primäre Form –, gefolgt von den gefäßbedingten Erkrankungen.

Setzt das Krankheitsbild der Alzheimer Demenz vor dem 65. Lebensjahr ein, handelt es sich in der Regel um die genetisch bedingte Form, die 2% der Alzheimer Erkrankungen ausmacht. Bei den hochaltrigen Menschen findet sich häufig eine Kombination von Alzheimer und gefäßbedingter Demenz.

Die funktionalen Verschlechterungen und begleitenden depressiven Symptome setzen schon Jahre vor dem Beginn der Demenzsymptome ein. Während die primären Demenzen kontinuierlich verlaufen, wird bei den gefäßbedingten ein eher treppenförmiger Verlauf beobachtet.

In manchen Publikationen wird MCI (Mild Cognitive Impairment), eine Form der Leistungsverschlechterung bei erhaltener Alltagskompetenz, bei den demenziellen Erkrankungsformen mit aufgeführt. Bei diesem Störungsbild liegt zwar ein höheres Risiko für den Übergang in eine Demenz vor (je nach Studie 10% /Jahr), bei einem Teil der Menschen ist die Störung jedoch reversibel.

**Ursachen**

**MCI (Mild Cognitive Impairment)**

**Tabelle: Demenzformen**

Primäre Formen	Gefäßbedingte Formen	Sekundäre Formen
Alzheimerdemenz	nach Schlaganfällen	nach Verletzungen des Gehirns
Parkinsondemenz	bei Erkrankungen der kleinen Blutgefäßen	nach Infektionen inkl. HIV
Lewy-body Demenz*	Blutgefäße	durch zentrale Tumore/ Metastasen
Frontallappendemenz*		bei Stoffwechselerkrankungen (z.B. Schilddrüsenfunktionsstörungen, Vit B12-Mangel, etc.)
weitere eher seltene Formen wie Chorea Huntington		bei Drogenmissbrauch (inkl. Alkohol, Tabak, etc.)

(\* Sowohl die Lewy-body Demenz als auch die Frontallappendemenz werden bereits bei jüngeren Menschen beobachtet. Die Experten gehen davon aus, dass diese beiden Formen aktuell eher noch unterdiagnostiziert sind.)

Anders als bei den primären und gefäßbedingten Formen gibt es bei den sekundären Demenzen je nach Ursache die Chance einer Heilung. Deshalb ist es unbedingt notwendig, frühzeitig eine Diagnose zu stellen. Darüber hinaus gibt es mittlerweile die Möglichkeit, den Verlauf der Demenzerkrankungen medikamentös und nicht-medikamentös positiv zu beeinflussen. Ein weiteres Argument für eine rechtzeitige diagnostische Abklärung.

## Diagnose

Die für eine Diagnose notwendigen Untersuchungen (ausführliche Anamnese, Labor, Bildgebende Verfahren, Untersuchung der Alltagskompetenz, Ausschluss anderer Krankheitsbilder) sind u.a. in einem ärztlichen, international anerkannten Diagnosemanual (ICD 10) und in der ärztlichen S3-Leitlinie geregelt. Nicht nur, wie und was untersucht werden muss, sondern auch, dass die Angehörigen einzu-beziehen sind und wer die Untersuchungen leitet. Laut Leitlinien muss der untersuchende Arzt nicht zwingend ein Psychiater sein, aber ein in der Diagnostik erfahrener Arzt. Spezielle Formen wie die jugendliche (erbliche) Form der Alzheimer Demenz sollten aber in spezialisierten Zentren betreut werden.

Da vor allem Menschen im fortgeschrittenen Alter betroffen sind, ist in der Regel der Hausarzt der erste Ansprechpartner bei der Abklärung einer Demenz. Er kennt seine Patienten, deren Krankheitsbilder und Angehörige und weiß um die Lebensumstände. Hinzu kommt, dass über die Jahre ein Vertrauensverhältnis entstanden ist, das hilft, die mit der vermuteten Diagnose zusammenhängende Scham und Angst zu überwinden.

Außerdem liegt seine Praxis meistens im Nahbereich, so dass die Betroffenen seine Räumlichkeiten ohne großen Aufwand erreichen können. Das ist gerade in Situationen hilfreich, in denen mobil eingeschränkte Menschen mit Orientierungsstörungen – wie das bei Demenzpatienten in der Regel der Fall ist – und deren Angehörige auf öffentliche Verkehrssysteme angewiesen sind. Wie sich das in Zukunft im ländlichen Raum entwickeln wird, bleibt abzuwarten.

## Erstdiagnostik

Die Erstdiagnostik führt entweder der Hausarzt selbst durch oder leitet an einen Facharzt (Geriatr, Gerontopsychiater, Neurologe), an ein entsprechendes Zentrum oder an eine Memory-Klinik weiter. Zurzeit zeichnet sich ein „Verteilungsstreit“ um diese Patienten zwischen den einzelnen Facharztgruppen um Erstdiagnostik und Versorgung ab.

## Weitere Alterserkrankungen

Von der Komplexität des Krankheitsbildes in Kombination mit weiteren Alterserkrankungen, die die meisten Demenzpatienten vorweisen, spricht alles für den klassischen Hausarzt oder Geriater mit neurologisch/psychiatrischen Zusatzkenntnissen. Ihm obliegt es, in regelmäßigen Abständen den Krankheitsverlauf zu erfassen. Gleichzeitig muss er sich aber auch um die allgemeine Gesundheit dieser Patienten sorgen, die mit Fortschreiten der Erkrankung immer weniger Eigenverantwortung für ihre Gesundheit übernehmen können. Sei es die regelmäßige Blutdruckkontrolle oder die Einnahme von notwendigen Medikamenten bis hin zu neu auftretenden Krankheiten, deren Alarmzeichen sie übersehen. (Im internationalen Kontext wird deshalb auch von einer Versorgung im Primary Health Care System gesprochen.)

## Primary Health Care

Da viele der Hausärzte nicht ausreichend über eine adäquate Diagnostik und die sich anschließende Begleitung und Betreuung informiert sind bzw. wissen, haben verschiedene Ärztekammern – unter anderem Nordrhein und Westfalen-Lippe – damit begonnen, ihre Mitglieder im Rahmen von freiwilligen Weiterbildungsmaßnahmen zu qualifizieren.

## Weiterbildungsmaßnahmen

Die große Herausforderung für den Hausarzt ist die Frage der Vernetzung mit anderen Disziplinen, wie Ergotherapeuten, Anbietern von ambulanten Dienstleistungen, etc. im Sinne einer integrierten Versorgung. Gerade Menschen mit einer Demenz und deren Angehörige, die selbst oft auch auf Unterstützung angewiesen sind, benötigen aufsuchende Hilfen und Unterstützung. Das kann der Hausarzt im klassischen Setting nur sehr begrenzt leisten.

## Integrierte Versorgung

In anderen europäischen Ländern wie Schweden und Frankreich gibt es mittlerweile (gesetzlich geregelt und regelfinanziert) aufsuchende Dienste (Gemeindegemeinschaften/dementia nurse, geriatrische Teams, Ergotherapeuten, etc.), die in Zusammenarbeit mit dem Hausarzt Diagnose, Therapie und weitere Begleitung durch Fachteams sicherstellen.

## Aufsuchende Dienste

In Deutschland gibt es seit einigen Jahren Modellprojekte, die Kommunen, aber auch Länder wie Mecklenburg-Vorpommern auf den Weg gebracht haben. Eine regelhafte Umsetzung dieser aufsuchenden Arbeit ist aber noch nicht in Sicht.

In den nächsten Jahren wird deshalb die integrierte Versorgung in den Regionen deutlich an Bedeutung gewinnen. Dabei kommt der Versorgung aus dem Blickwinkel der Betroffenen, aber auch der Angehörigen eine besondere Bedeutung zu. Themen wie Schmerzerkennung und Therapie, Prävention von Überforderung und Gewalt in der Pflege, Polymedikation und Palliative Care am Lebensende sollten sich dann im Leistungskatalog der Kostenträger wiederfinden



**Grundlagenforschung**

Die Demenzerkrankungen – einige sekundäre ausgenommen – sind bis heute nicht heilbar. Aktuell ist allen Berichten zum Trotz auch kein Durchbruch in der Grundlagenforschung zu verzeichnen, der die therapeutischen Bemühungen unterstützen könnte. Dies ist aber zur Begleitung der aktuell von einer Demenz betroffenen Menschen auch nicht notwendig.

**Psychosoziale Interventionen**

Entscheidend für die Bewältigung der mit der Erkrankung verbundenen Herausforderungen sind die gesellschaftlichen Umfeldbedingungen. Notwendig sind nicht-medikamentöse Therapieangebote und psychosoziale Interventionen mit Angehörigen – vor allem im häuslichen Milieu -, die in der Evidenz gleich stark sind wie die Therapie mit sogenannten Antidementiva.

**Antidementiva**

Die auf dem Markt befindlichen Antidementiva greifen zentral an den Transmittersubstanzen an und stabilisieren dadurch die Informationsübertragung von Zelle zu Zelle, was sich positiv auf die Alltagsfähigkeiten des Erkrankten auswirkt. Es gibt zwei Gruppen, die Acetylcholinesterasehemmer und die Memantine. Erstere wird vor allem bei der milden bis mittelschweren Form der Demenz eingesetzt, die zweite bei der mittelschweren Form.

**Nicht-medikamentöse Verfahren**

Zu den den nicht-medikamentösen Verfahren gehören u.a. Ergotherapie, Tagesstrukturierende Angebote, Biographiearbeit, Reminiszenz, Milieutherapie, Musiktherapie, kognitive Stimulation, etc. (Die Validation, die oft noch unter Therapieverfahren zitiert wird, ist eine Form der Kommunikation, für die es im therapeutischen Setting an Evidenz fehlt.)

Diese Verfahren sind in ihrer „Darreichungsform“ aufwändiger und primär auch teurer als die Rezeptierung eines Medikaments. Sie ermöglichen aber dem Erkrankten, sich in seinem Umfeld zu stabilisieren und in seinem angestammten Milieu zu bleiben, was sich auf die Dauer nicht nur positiv auf den Verlauf der Demenz, sondern auch auf die Sozialkassen auswirkt.

Bei der kognitiven Stimulation ist übrigens nicht das Gedächtnistraining gemeint, sondern die Förderung der Alltagskompetenz.

Im Laufe der Demenz kommt es auf Grund des fortschreitenden Krankheitsbildes zu Kommunikationsproblemen, die die Pflege und das Wohlbefinden der Erkrankten entscheidend beeinflussen. Wenn es gelingt, die Kommunikation an die Bedarfe und Möglichkeiten des erkrankten Menschen im Sinne einer personenzentrierten Versorgung anzugleichen, wird die medizinische Versorgung deutlich weniger in Anspruch genommen, speziell bei der Arzneimittelverordnung.

**Medizinische Versorgung**

Auffallend ist, dass Patienten mit der Zusatzdiagnose Demenz sowohl über- als auch untermediziert sind. So werden sehr oft, trotz bekannter schwerer Nebenwirkungen, Neuroleptika bei herausforderndem Verhalten verordnet, anstatt im Sinne der Symptomkontrolle auf die Ursachen des „störenden“ Verhaltens adäquat zu reagieren oder auch präventiv tätig zu werden.

Auch Sedativa spielen in der (über-)medikamentösen Versorgung eine nicht zu unterschätzende Rolle. Hier gilt das Gleiche wie beim Einsatz von Neuroleptika. Eine klare Strukturierung der Tagesabläufe und Aktivitäten, die sich an der Alltagsroutine orientieren, sind die beste Prävention gegen Schlafstörungen, Agitation, etc. Zudem senken diese Maßnahmen sekundäre Effekte wie u.a. das Sturzrisiko, was gerade in dieser Altersgruppe eine hohe Bedeutung hat.

Schmerzmittel/ Analgetika werden deutlich zu selten verabreicht. Das heißt, dass Schmerzzustände überzufällig häufig übersehen werden, was zu entsprechenden Reaktionsmustern und Effekten wie Aggressivität, mangelnde Compliance etc. führt, die die Pflegelast deutlich steigern. Zur Fragestellung „adäquate Schmerzversorgung von Demenzpatienten“ laufen derzeit eine Reihe von Forschungsvorhaben, die die Health Professionals für das Thema sensibilisieren und ihnen notwendiges Handwerkzeug an die Hand geben sollen.

Die gesetzlichen Vorgaben für Rehabilitation vor Pflege gelten auch für demenziell Erkrankte. Allerdings fehlt es vielfach noch an geeigneten, wohnortnahen Angeboten, denn gerade diese Patientengruppe benötigt Angebote, die sie in Anspruch nehmen können, ohne dass sich durch die räumliche Veränderung ihre Demenz verschlimmert. Ziel der Rehabilitation ist auf jeden Fall der Erhalt bzw. die Verbesserung der Alltagskompetenzen.

**Über- wie untermediziert**

**Schmerzzustände**

**Rehabilitation vor Pflege**



**Prävention**

Unter dem Eindruck der Schwere der Erkrankung und der Angst vor einer erblichen Vorbelastung fragen viele Menschen nach einer effektiven Prävention.

**Gesunder Lebensstil**

Es ist zwar nicht möglich ist, eine Wenn-dann-Aussage zu treffen („Wenn das getan wird, wird sich eine Demenz nicht entwickeln.“), aber die allgemeinen Forschungsdaten weisen darauf hin, dass es darauf ankommt, durch einen gesunden Lebensstil – soziale Kontakte, Bewegung, Ernährung, Vermeiden von Nikotin, etc. – die Risikofaktoren wie Einsamkeit, Übergewicht, Bluthochdruck, Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes, etc. zu reduzieren.

**Risikofaktoren**

Das sind aber Faktoren, die auch bei der Entstehung weiterer Erkrankungen eine Rolle spielen und letztlich von Kindheit an angegangen werden müssen. Diese Aufgabe gehört klassisch in den Bereich der allgemeinen Volksgesundheit und Public Health mit allen Herausforderungen, die sehr unterschiedlichen Zielgruppen über entsprechende Programme nachhaltig zu erreichen.

**Allgemeine Volksgesundheit**

**„Einsamkeit“ im Alter**

Die Bekämpfung der „Einsamkeit“ im Alter ist darüber hinaus eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, der sich zunehmend Freiwilligenorganisationen wie u.a. die Malteser durch ihre aufsuchenden ehrenamtlichen Dienste stellen. Unterstützung erhalten diese Bemühungen zwischenzeitlich durch ein neues Verständnis in der Städte- und Wohnraumpolitik, die sich zunehmend die Aufgabe stellt, Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass Menschen im gewohnten Milieu mit den vertrauten sozialen Kontakten verbleiben können.

**Lebensstil-Veränderungen**

Bei den gefäßbedingten Demenzen, die sich z.B. nach mehreren Schlaganfällen entwickeln, geht es darum, durch entsprechende Medikation und Lebensstil-Veränderungen eine Verschlechterung der Gefäßsituation und weitere zerebrale Insulte zu vermeiden.



In der Begegnung mit demenziell erkrankten Menschen stellt sich schnell die Frage nach deren Lebensqualität, da sich in der Wahrnehmung der Umwelt diese Krankheit vor allem durch Verluste und Defizite auszeichnet. In vielen publizistischen Beiträgen wird sogar der Eindruck erzeugt, dass Menschen mit einer Demenz nur „fast bis in das schwere Krankheitsbild hinein“ ihre Umwelt wahrnehmen und sich von daher die Frage nach Lebensqualität und Sinnperspektive hier nicht mehr stellen kann.

In den letzten Jahren sind neben Interessensvertretungen, wie sie u.a. die Alzheimer Gesellschaft darstellt, Initiativen von Erkrankten entstanden, die sich nach dem Prinzip der Selbsthilfe organisieren und öffentlich äußern. Ihre Themen sind Lebensqualität, Teilhabe und Selbstbestimmung.

Interessanterweise zeigen die wenigen existierenden Untersuchungen zur Lebensqualität von Demenzpatienten, dass die Lebensqualität durch die Erkrankten selbst besser beurteilt wird als z.B. durch die begleitenden Angehörigen, die durch die Erkrankung oft physisch als auch psychisch belastet sind.

Es ist vor allem die Frage einer adäquaten Kommunikation und Begegnung mit den Erkrankten, die die Lebensqualität entscheidend prägt. Lebensqualität fördernde Angebote sind die nicht-medikamentösen therapeutischen Ansätze und die Möglichkeit, die noch vorhandenen Fähigkeiten im Sinne einer Ressourcenorientierung und aktivierenden Begleitung im Alltag nutzen zu können. Dabei kommt es auf ein Miteinander von Erkrankten und Helfenden auf Augenhöhe an.

Darüber hinaus spielen spirituelle Angebote eine ebenso bedeutende Rolle. In der Auseinandersetzung mit der Erkrankung und den damit verbundenen Einschränkungen und Folgeerscheinungen erlangen für viele Menschen existenzielle Fragen Bedeutung, die bearbeitet werden wollen. Gerade die Gruppe der derzeit erkrankten Menschen, die aus ihrer Biographie noch eine starke religiöse/spirituelle Bindung hat, profitiert von entsprechenden Angeboten. Die Crux ist vielfach die fehlende Qualifikation der Begleiter im Alltag, die zunehmend weniger religiös geprägt sind und sich durch solche Erwartungen überfordert fühlen.

Hier braucht es entsprechende Schulungs- und Unterstützungsangebote durch die Träger von Diensten und Einrichtungen, aber auch durch die verschiedenen Religionsgemeinschaften bis hin auf die Gemeindeebene. Es reicht nicht, eigene Gottesdienste für Menschen mit Demenz anzubieten. Abgesehen davon, dass dadurch der Inklusionsgedanke verloren geht, sind die üblichen Gottesdienste in ihrer gewohnten Form eine gute Gelegenheit für die erkrankten Menschen an ihrer Biographie anzudocken und durch Teilhabe an der Liturgie diese mitzugestalten.

**Lebensqualität und Sinnperspektive**

**Teilhabe und Selbstbestimmung**

**Kommunikation und Begegnung**

**Spirituelle Angebote**

**Schulungs- und Unterstützungsangebote**

**Religionsgemeinschaften**



**Auskunftsfähige Personen**

Das Thema Demenz lässt sich nicht bearbeiten, ohne gleichzeitig die Angehörigen/Familie mitzudenken. Sie sind der Schlüssel in der täglichen Begleitung der Erkrankten. In den ärztlichen Leitlinien werden sie zudem als auskunftsfähige Personen zur Anamnese und zum Krankheitsverlauf gesehen.

**Kleinunternehmer**

Aktuell sind die Angehörigen vergleichbar mit Kleinunternehmern, die die Pflegeleistung organisieren, kalkulieren und unter der Überschrift „Förderung eines selbstbestimmten Lebens im Alter“ abrechnen. Zu den notwendigen Kompetenzen gehören u.a. Zeitmanagement, Kenntnisse in der Sozialgesetzgebung (Rechtsanspruch auf Betreuung/Pflege) und ein flexibler Arbeitsplatz in Teil-/Vollzeit, der eine „zweite Tätigkeit“ ermöglicht.

**Hilfe und Unterstützung**

Eine große Herausforderung ist es aber, die Motivation und Gesundheit der Angehörigen zu erhalten. Auf Grund ihres teils fortgeschrittenen eigenen Alters sind viele Angehörigen selbst auf Hilfe und Unterstützung angewiesen. Die im Verlauf der Demenz auftretenden Herausforderungen und Belastungen führen häufig dazu, dass sie ihre Eigensorge vernachlässigen und selbst erkranken. Die Sorge, was aus ihrem demenzkranken Angehörigen wird, wenn sie nicht vor Ort sind und z.T. die Erfahrung, dass eine Kurzzeitpflege durch Wechsel von Milieu und Betreuung zur Verschlechterung der Kognition führen kann, lässt sie in ihrer Situation verharren bis „nichts mehr geht“.

**Eigensorge**

**Entlastungs- und Pflegeangebote**

Hier setzen die vielfältigen ehren- und hauptamtlichen Entlastungs- und Pflegeangebote der verschiedenen Träger an. Allerdings dauert es manchmal sehr lange bis sich die Angehörigen Hilfe holen, sei es aus Scham und Angst, dass die häusliche Situation offenbar wird, sei es, weil sie glauben, dass ihre finanziellen Ressourcen nicht reichen und sie über die Finanzierungsmöglichkeiten durch die Pflegegesetzgebung nicht informiert sind.

**Konflikte und Überforderungssituationen**

Neben allen Hilfe- und Unterstützungsangeboten benötigen Angehörige Wissen um und Verständnis für das Krankheitsbild. Viele Konflikte und Überforderungssituationen im häuslichen Milieu entstehen, weil scheinbar unverständliche Reaktionen persönlich genommen und als „Liebesentzug“ gedeutet werden. In dem Moment, in dem die Angehörigen die Reaktionen besser verstehen und deuten können und Handwerkszeug haben, um die Situation zu bewältigen, entschärfen sich viele Konflikte „wie von allein“. Hinzu kommt, dass sie durch entsprechende Schulungen wissen, wie sie im Vorfeld Eskalationen durch angemessenes Agieren vermeiden können.

Da allein schon die Organisation der Schulungstermine mit Betreuung des Erkrankten eine Herausforderung ist – manche Anbieter bieten gleichzeitig Betreuungsgruppen an –, stehen jetzt Überlegungen im Raum, Online-Schulungen für Angehörige im Internet anzubieten.

**(Online-)Schulungen**

Aktuell unterstützt die AOK auf freiwilliger Leistungsbasis und mit Abrechnungspauschalen in manchen Regionen „Kurse für pflegende Angehörige“ und Beratungen von Angehörigen im Bereich Demenz.

**Kurse für pflegende Angehörige**

Die Kranken- und Pflegekassen richten seit einigen Jahren auf Initiative des jeweiligen Bundeslandes Pflegestützpunkte ein, bieten Hilfesuchenden Beratung und Unterstützung an und halten alle wichtigen Informationen, Antragsformulare und konkrete Hilfestellungen inkl. Pflegeberatung vor.

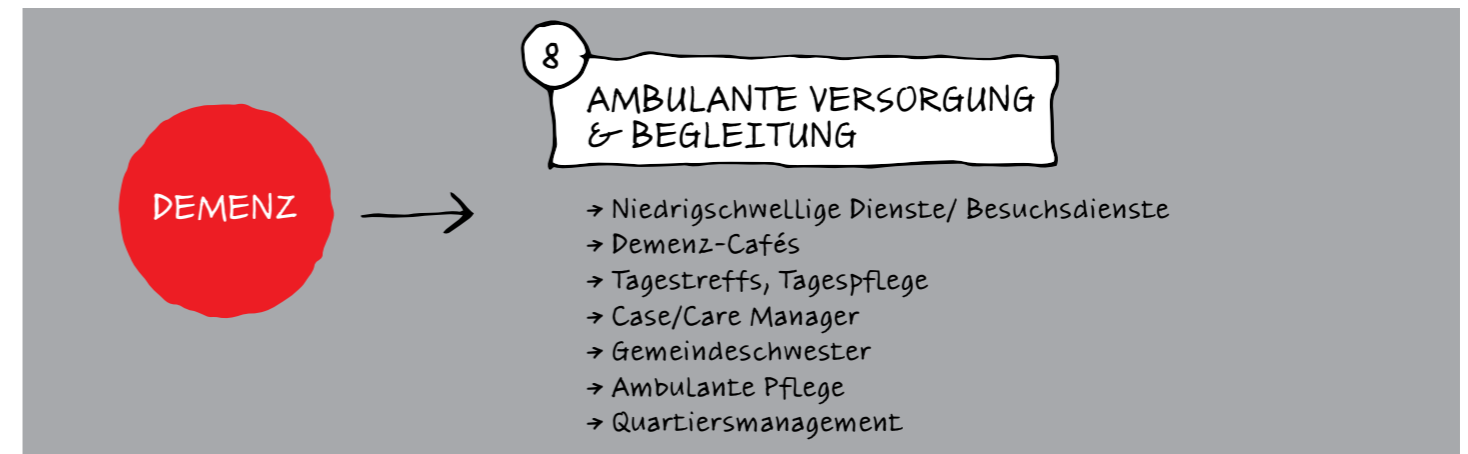
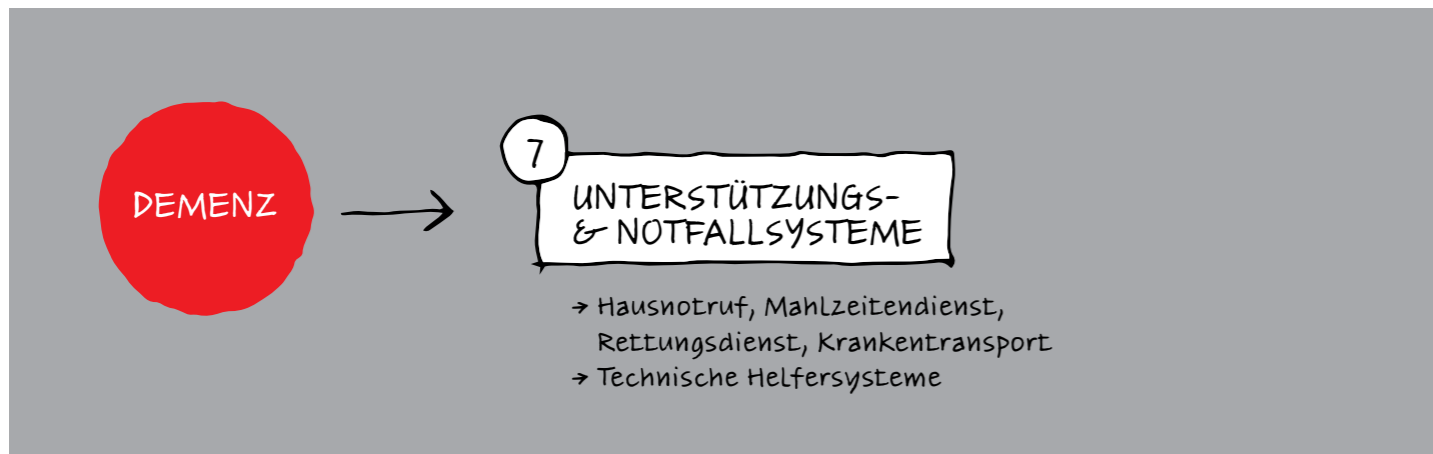
**Pflegestützpunkte**

Ein nicht zu unterschätzendes Handicap ist aber die vielfach eingeschränkte Mobilität der Angehörigen. Da sind die Angebote der Demenzstützpunkte oder Informationen via Internet, Broschüren und Flyer oft nicht ausreichend, wenn es keine aufsuchende Beratung und Begleitung gibt. Mittlerweile sind Kommunen, Länder und Leistungsanbieter wie z.B. Kostenträger, Pharmakonzerne und Malteser in diesem Segment unterwegs, um entsprechende Angebote ergänzend aufzubauen.

**Aufsuchende Beratung und Begleitung**

Bewährt haben sich Angehörigenzirkel und Selbsthilfegruppen, wie es sie bei anderen Krankheitsbildern auch gibt, die entweder von freien Trägern oder auch von Angehörigen selbst initiiert werden. Dort haben Angehörige den Raum, sich unter Gleichgesinnten auszutauschen und ihre Erfahrungen miteinander zu teilen.

**Angehörigenzirkel und Selbsthilfegruppen**



**Helfende Strukturen**

Das Verbleiben in den eigenen vier Wänden trotz fortschreitendem Krankheitsbild ist in der Regel nur möglich, wenn um den Haushalt herum helfende Strukturen und Angebote zur Verfügung stehen. Dazu gehören unter anderem die regelmäßige Versorgung mit Nahrungsmitteln und Mahlzeiten, Alarmierungssysteme wie Hausnotruf und Hilfen in Notfallsituationen, aber auch die Unterstützung bei notwendigen Besuchen von Optiker, Akustiker oder auch Hausarzt.

**Technische Unterstützungssysteme**

Mittlerweile unterstützen technische Entwicklungen diese Dienste. Das beginnt bei kleinen technischen Hilfen im Haushalt wie Temperaturbegrenzer für Warmwassersysteme, Bügeleisen und Herdplatten, geht über Sensormatten vor dem Bett, die Alarm geben, wenn die erkrankte Person nachts das Bett verlässt, und endet bei integrierten GPS-Systemen, die das Wiederauffinden von Personen erleichtern.

**Mitarbeiter schulen**

Trotz des gesamten technischen Equipments ist es notwendig, dass die Anbieter dieser Dienstleistungen ihre Mitarbeiter schulen und regelmäßige Reviews ihrer Dienstleistungen durchführen, um bei einer Verschlechterung der Situation das Angebot erweitern oder ggfs. auch beenden zu können. Das ist durchaus nicht unproblematisch, denn viele Angehörige erhoffen sich durch diese Systeme, dass die angebotenen Lösungsansätze für den gesamten Zeitraum der Erkrankung ausreichen.

**Notfallsysteme**

Eine für den demenziell erkrankten Menschen besondere Herausforderung stellt in diesem Kontext der akute Notfall und Transport mit dem Rettungswagen dar. Das Akutereignis in Kombination mit fremden Gesichtern, einer unbekanntem Geräuschkulisse und wechselnden Aufenthaltsräumen, wie das in der Notfallaufnahme an der Tagesordnung ist, kann so traumatisierend sein, dass bereits durch den Krankentransport und die Aufnahmesituation ein Delir provoziert wird mit allen damit verbundenen Risiken. Deshalb lassen Polizei, Feuerwehr und Hilfsorganisationen zunehmend ihre Helferteams schulen.

**Polizei, Feuerwehr**

„Ambulant vor stationär“ ist das gemeinsame Anliegen von Politik, Kostenträgern und Erkrankten. Das kann gelingen, wenn die baulichen Voraussetzungen im Wohn- und Lebensumfeld stimmen, die verschiedenen Berufsgruppen (inkl. Mitarbeiter im alltäglichen Dienstleistungsbereich) und Unterstützungssysteme ausreichend darauf vorbereitet sind und genügend ehren- und hauptamtliche Helfer zur Verfügung stehen.

Gerade die niedrigschwelligen Dienste wie Besuchs- und Begleitungsdienste und die vielen verschiedenen „Demenz-Cafés“ leben von den freiwilligen Mitarbeitern. Die große Herausforderung, aber auch Chance dieser Dienste liegt in der individualisierten Zuwendung zum erkrankten Menschen im Sinne einer ressourcen- und interessenorientierten „person centered care“. Das setzt Koordination voraus, die wie in anderen Bereichen von hauptamtlichen Kräften besetzt werden muss, um Kontinuität in der Begleitung und Unterstützung seitens der Helfer für die Erkrankten und Angehörige zu gewährleisten.

Wie alle anderen Health Professionals müssen auch die ehrenamtlichen Mitarbeiter auf ihren Dienst vorbereitet werden. Der Gesetzgeber ist in diesem Feld bereits mit Vorgaben für bestimmte Ausbildungsinhalte und die Dauer der Ausbildung gestaltend tätig geworden (z.B. Ausbildung nach § 87b), wobei in der Umsetzung die Inhalte zum Teil nicht zwingend dem aktuellen Kenntnisstand in Sachen Demenz entsprechen müssen.

Es dauert gewöhnlich relativ lange bis sich neue Erkenntnisse aus der Medizin und Verhaltensforschung in der Praxis niederschlagen. Das gilt auch für die Ausbildung im Bereich Demenz. Deshalb haben z.B. die Malteser eine Fachstelle geschaffen mit dem Auftrag, den Erkenntnisgewinn zügig in die Ausbildungscurricula einzubringen.

Angebote zur Tagespflege für demenziell erkrankte Menschen, die im Prinzip wie eine teilstationäre Einrichtung arbeiten, existieren schon relativ lange. In der Regel werden hier Tagesgäste unabhängig von der Krankheitsphase gemeinsam über den Tag versorgt und gepflegt. Einige Tagespflegen bieten darüber hinaus Nachtcafés, Nachtbetreuung, Wochenendpflege und weitere Dienste an.

**Besuchs-, Begleitungsdienste und „Demenz-Cafés“**

**Koordination und Kontinuität**

**Ausbildungsinhalte**

**Tagespflege**



### Angebote in der Frühphase der Demenz

Ein relativ neuer Trend sind Tagesangebote / Tagestreffs im niedrighschwelligem Bereich für Menschen in der Frühphase der Demenz nach schwedischem Vorbild. Sie sind offen für Menschen der Pflegestufe 0 bis 1 und setzen auf den Erhalt der vorhandenen Ressourcen und die individuelle fördernde Begleitung der demenziell erkrankten Menschen. Erste Evaluationen zeigen, dass dieses Angebot von Erkrankten wie Angehörigen gerne angenommen wird und sich stabilisierend im Alltag auswirkt.

### Leben im Quartier

Sowohl Tagespflegen als auch Tagestreffs sind noch nicht flächendeckend vorhanden, so dass manche Gäste längere Anfahrtszeiten in Kauf nehmen müssen. Optimal wäre es, wenn solche Angebote in den jeweiligen Stadtteilen / Quartieren als Regelangebot zur Verfügung stünden. Denn das würde vielen Erkrankten Gelegenheit geben, in ihrem gewohnten Umfeld zu bleiben und die Angehörigen entscheidend entlasten.

### Ambulante Pflege

Neben den aufgeführten entlastenden Diensten spielt die ambulante Pflege – z.T. bereits in der Frühphase der Demenz – eine bedeutende Rolle. Die Unterstützung durch Fachkräfte bei der Morgen- und Abendtoilette und der Gabe von Medikamenten sowie die Beratung der Angehörigen in Pflegefragen gehören in diesen Aufgabenbereich. Eine große Herausforderung stellt hier die Gewährleistung einer kontinuierlichen Versorgung des demenziell erkrankten Menschen durch vertraute Personen dar. Häufige Wechsel der Pflegepersonen lösen Irritationen aus und erschweren die Versorgung. Da stellt das Modell der Gemeindegeschwester oder der Care Managerin, die stetig die Versorgung begleitet und koordiniert, eine gute Brücke zwischen Erkrankten, Angehörigen und Versorgern dar.

### Care Managerin

In neuerer Zeit interessieren sich immer mehr große, aber auch mittelständische Unternehmen für ambulante Entlastungsangebote und Schulungen im Rahmen der Versorgung von Menschen mit Demenz. Neben allgemein humanistischen Gründen spielt hier vor allem das Bemühen um den Erhalt von qualifizierten Arbeitskräften im Arbeitsprozess eine Rolle.

### Unternehmen engagieren sich



In Deutschland leben aktuell 4 Mio. Menschen mit Migrationshintergrund. Ihre Vorstellungen davon, wer für wen wie im Alter zu sorgen hat, unterscheiden sich in manchen Bereichen gravierend von der deutschen Denkweise. So ist die Versorgung eines Angehörigen durch „Fremde“ für viele Familie unvorstellbar und im Zweifelsfall Ausdruck von Versagen. Gleiches gilt für die Überleitung in eine Altenhilfeeinrichtung.

### Migrationshintergrund

Hinzu kommt, dass manche Sprachgruppen den Begriff Demenz in ihrem Wortschatz gar nicht kennen und von daher medizinische Hilfe erst sehr spät, wenn überhaupt, in Anspruch nehmen.

Von daher sind hier besonders Menschen aus demselben Milieu und Sprachraum in der Begleitung gefragt. Sie kennen nicht nur die Sprache, sondern auch die kulturellen Gepflogenheiten, Tabus, Ernährungsgewohnheiten, Tischsitten und Rituale und können unterstützend und fördernd tätig werden. Da die Zahl der alten und hochaltrigen Menschen mit Migrationshintergrund in den kommenden Jahren deutlich zunehmen, und damit auch der Anteil demenziell erkrankter Menschen proportional steigen wird, sollten schon heute diese Themen reflektiert und Menschen entsprechend sensibilisiert und ausgebildet werden.

### Kulturelle Gepflogenheiten und Rituale



„Nur nicht ins Heim“, so der Tenor vieler Menschen, wenn es um eine angemessene Versorgung im Alter geht. Lieber unter schlechten Bedingungen selbstbestimmt, aber oftmals isoliert und vereinsamt zuhause leben als mit professioneller Unterstützung in stationären Einrichtungen der Altenhilfe. Für die – meist weiblichen – Pflegekräfte, die dort unter erschwerten Bedingungen und nicht immer gut bezahlt im Schichtdienst arbeiten, eine glatte Ohrfeige.

Für die stationäre Versorgung von demenziell erkrankten Menschen hat sich in den letzten Jahren ein breites Angebot entwickelt.

Als Übergangsform zwischen Leben in den eigenen vier Wänden und einer betreuten Wohngruppe oder Altenhilfeeinrichtung bietet sich heute an vielen Orten das Betreute Wohnen als eigene Wohnform an. Allerdings warten viele Menschen mit der Entscheidung des Wohnungswechsels so lang bis für sie diese noch relativ selbständige Lebensform nicht mehr in Betracht kommt.

Eine Alternative, die an Nachfrage deutlich zugelegt hat, sind die Wohngruppen und Pflegeoasen. Sie sind meist kostengünstiger als die Pflegeeinrichtungen und werden von manchen Angehörigen als Alternative bevorzugt. Sie argumentieren mit der hohen Personenzahl pro Wohnbereich in klassischen Pflegeeinrichtungen und einer eher familiären Atmosphäre in den Wohngruppen.

In den Demenzwohngruppen, die nach dem Prinzip der Seniorenwohngemeinschaften arbeiten, leben mindestens acht Personen mit einer Demenz unterschiedlicher Ausprägung unter einem Dach. Je nach architektonischen Möglichkeiten sind die Demenzwohngemeinschaften 200 bis 330 m<sup>2</sup> groß und haben für die einzelnen Mieter separate, eigene Räume. In der Regel existiert eine große Wohnküche zum gemeinsamen Kochen, Speisen und zur Kommunikation sowie ein großes Gemeinschaftswohnzimmer. Ein Gäste-WC, ein Bad mit Badewanne und WC und ein Bad mit Dusche und WC sind ebenfalls mit integriert.

An Menschen mit einer fortgeschrittenen Demenz richtet sich das Angebot der Pflegeoasen. In der Oase leben meist sieben Bewohner gemeinsam auf 100 m<sup>2</sup> Wohnfläche und werden dort gepflegt.

Bemerkenswert ist, dass die gesetzlichen Auflagen und Vorgaben für die klassische Altenhilfeeinrichtungen, was die Bauvorgaben und Gestaltung der Pflege angeht, deutlich strenger gefasst sind als für Wohngruppen und Pflegeoasen.

Die klassischen Altenhilfeeinrichtungen ihrerseits bieten mittlerweile auch Wohngruppenmodelle innerhalb ihres Systems an. Sie haben allerdings das Problem, dass viele ihrer Bewohner diese Lebensform erst wählen „wenn nichts mehr geht“. Das führt u.a. dazu, dass ein Drittel der neu aufgenommenen Bewohner im ersten Jahr nach der stationären Aufnahme verstirbt.

Das holländische Demenzdorf in Hogewey, das immer wieder als Modelleinrichtung zitiert wird, unterscheidet sich da nicht von der klassischen Altenhilfe. Hier wie dort werden Menschen mit einer mittleren bis schweren Demenz versorgt und fordern sich, ihre Angehörige und Pflegekräfte heraus.

Wenn sich die stationären Versorgungsformen auch in ihren Angeboten deutlich unterscheiden, so haben sie doch ein Problem gemeinsam: die Sorge um eine angemessene und qualifizierte Personalausstattung. Hohe Krankenstände und ein leer gefegter Arbeitsmarkt kennzeichnen die Situation.

Was derzeit im Fluss ist, das ist die Diskussion um die – auf bestimmten Pflege-theorien aufsetzenden – angewandten Pflegemodelle, die sich im Pflegeprozess und in der Pflegedokumentation wiederfinden müssen und bei MDK-Prüfungen abgefragt werden.

Grundsätzlich wird zwischen Interaktionsmodellen, psychobiographischen Pflegemodellen (z.B. Böhm) und Pflegeergebnismodellen/Fähigkeitsfördernder Pflege (z.B. Juchli, Krohwinkel) unterschieden. Vor allem das letzte Modell fokussiert auf die Aktivitäten des täglichen Lebens und den Ressourcenerhalt in Orientierung an den Bedürfnissen des einzelnen Menschen.

Welches Pflegemodell gewählt wird, obliegt der einzelnen Einrichtung, die gehalten ist, ihr angewandtes Pflegemodell im Rahmen der täglichen Arbeit zu überprüfen. Was hier auf Dauer allerdings ansteht, ist eine vergleichende wissenschaftliche Evaluation der erwarteten Effekte der verschiedenen Modelle.

## Altenhilfeeinrichtungen

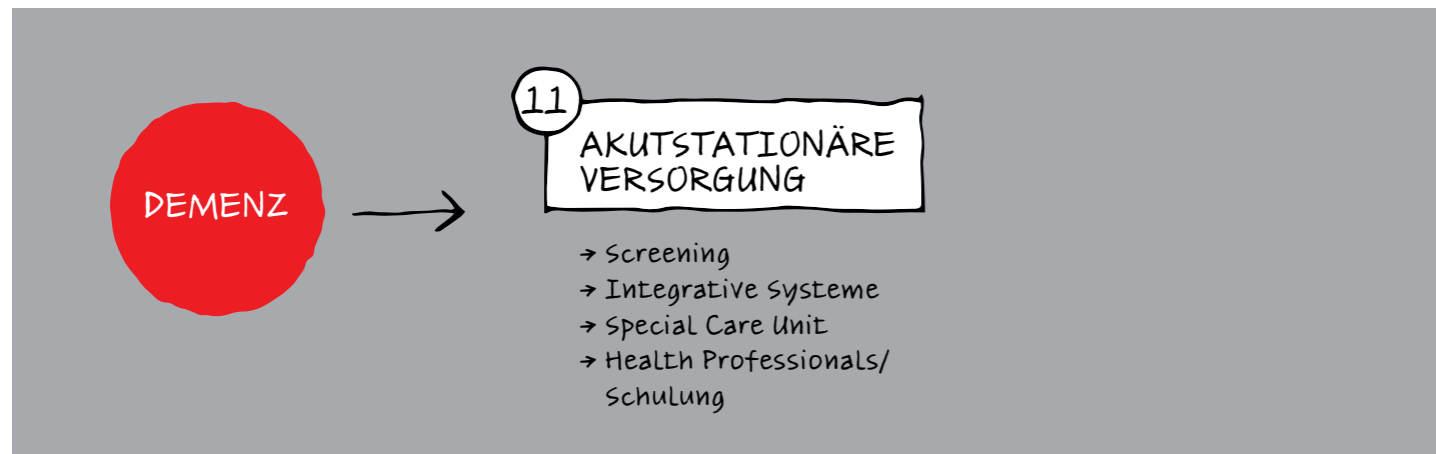
## Personalausstattung

## Pflegemodelle

## Betreutes Wohnen

## Pflegeoasen und Demenzwohngruppen

## Altenhilfeeinrichtungen



Die Mehrzahl der demenziell erkrankten Menschen weist neben der Demenz weitere Erkrankungen auf, die der ärztlichen, teilweise der akutstationären Versorgung bedürfen.

Die akutstationäre Versorgung von Demenzpatienten stellt für alle Beteiligten eine Herausforderung dar. Auf Grund der mit der Demenz verbundenen Störungsbilder haben diese Patienten Probleme, sich in den Stationsalltag zu integrieren.

Die unbekannte Umgebung, das Tempo, die vielen sich ständig verändernden Gesichter, der hohe Geräuschpegel und die notwendigen Untersuchungen und Therapien lösen große Irritationen aus und enden nicht selten in einer Verschlechterung der kognitiven und funktionellen Funktionen, in einem Delir mit allen gesundheitlichen Risiken und in einer erhöhten Mortalität. (25 bis 75% der Patienten mit einem Delir haben eine Demenz.)

Von daher gilt es, gerade für diese Patientengruppe durch eine bessere ambulante Versorgung Krankenhausaufenthalte möglichst zu vermeiden und, wenn stationäre Aufnahmen unumgänglich sind, durch ein vor- oder peri-stationäres Screening die Risikopatienten zu identifizieren und einer geeigneten stationären Versorgungsform zuzuführen, die bereits bei der stationären Aufnahme die Überleitung – ob ins häusliche Milieu oder in die Pflegeeinrichtung – im Blick hat.

Sowohl im internationalen wie auch deutschen Sprachraum sind in den letzten Jahren verschiedene Lösungsansätze entwickelt und diskutiert worden, wobei die wissenschaftliche Evaluation der verschiedenen Modelle noch weitgehend aussteht.

Aktuell werden zwei Modelle diskutiert. Die integrative Versorgung durch qualifizierte Mitarbeiter im Kontext der Normalstation und die Special Care Unit. Entscheidend für den Versorgungserfolg scheint – in beiden Fällen – die Auswahl der „richtigen“ Patienten und die (interdisziplinäre) Schulung der Mitarbeiter über alle Fachbereiche und Ebenen hinweg zu sein.

Erste Ergebnisse der Evaluation der Special Care Unit am Malteser Krankenhaus Köln bestätigen die beobachteten Effekte: keine Fixierungen/Zwangsmaßnahmen – normalerweise bei 20 bis 40% in dieser Patientengruppe –, weniger Psychopharmaka, signifikante Reduzierung der Sturzereignisse und herausfordernden Verhaltenweisen, Zufriedenheit bei Patienten und Mitarbeitern.

Ein Problem ist aber derzeit noch ungelöst: die Abbildung des Mehraufwands bei der akutstationären Versorgung in den DRGs (Fallpauschalen). Derzeit wird den Modellkrankenhäusern der Mehraufwand nicht vergütet, die Klinikbegleiter über den Stellenplan als zusätzliche Entlastungsmitarbeiter werden nicht angerechnet.



„Auch schwerkranke Demenzkranke haben komplexe Bedürfnisse und die unterscheiden sich nicht wesentlich von denen anderer Menschen“, das ist die Botschaft eines vom BMFSFJ 2012 in Auftrag gegebenen Forschungsauftrags.

Ziel des Projekts war es, die Bedürfnisse in der letzten Lebensphase zu erkennen und eine Arbeitshilfe für die Versorgungspraxis zu entwickeln. Im Ergebnis findet sich hier der Dreiklang „körperliche Bedürfnisse, psychosoziale Zuwendung, spirituelle Bedürfnisse“ wieder, der sich als Anspruch durch die gesamte Begleitung und Versorgung von Menschen mit Demenz zieht.

Zentral steht die Herausforderung, die einzelne Person hinter den kognitiven und kommunikativen Einschränkungen zu sehen und mit ihr in Kontakt zu treten. Dass – v.a. in der Altenhilfe – die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und gesetzlichen Vorgaben maßgeblich auf die Prozesse Einfluss nehmen, ist unbestritten. Doch die Begleitung von schwerstkranken demenziell veränderten Menschen am Lebensende ist eine Kulturfrage, der sich niemand, der Verantwortung hat, entziehen kann.

Hier kommen auch Fragen wie Altersbilder, Menschenbild und Würde besonders zum Tragen.

**Komplexe Bedürfnisse**

**In Kontakt treten**

**Kulturfrage**

**Delir**

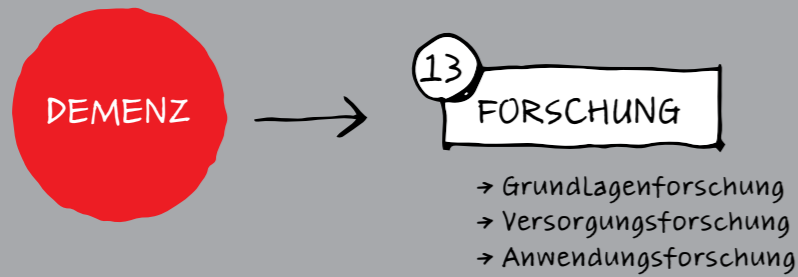
**Vor- oder peri-stationäres Screening**

**Wissenschaftliche Evaluation**

**Integrative Versorgung und Special Care Unit**

**Effekte**

**DRGs (Fallpauschalen)**



Die derzeit in Bearbeitung befindlichen Forschungsfragen umfassen ein weites Spektrum.

**Biomedizinische Grundlagenforschung**

Die biomedizinische Grundlagenforschung befasst sich v.a. mit den molekularen Mechanismen der Krankheitsentstehung.

**Klinische Forschung**

Die klinische Forschung greift Fragen der Diagnostik und Therapie mit dem Schwerpunkt Entwicklung neuer Therapieansätze und neuer Medikamente auf.

**Versorgungsforschung**

Die Versorgungsforschung evaluiert den Unterstützungs- und Hilfebedarf von Erkrankten und Angehörigen sowie den Nutzen therapeutischer Maßnahmen, Betreuungskonzepte, Wohn- und Lebensformen inkl. technischer Unterstützungssysteme.

**Sozial- und verhaltenswissenschaftliche Forschung**

Die sozial- und verhaltenswissenschaftliche Forschung geht Fragen der Lebensqualität im Alter nach und beschäftigt sich mit Häufigkeit, Verteilung und Anzahl an Neuerkrankungen der Demenz, während die Pflegeforschung Konzepte zur pflegerischen Versorgung und zu therapeutischen Ansätzen evaluiert.

**Pflegeforschung**

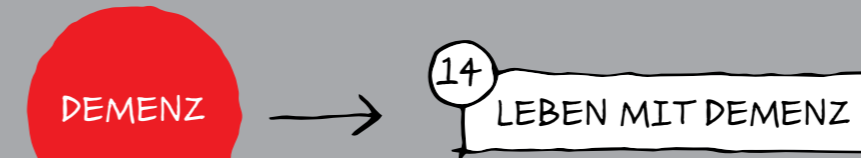
**DZNE**

Diese Forschungsansätze werden sehr unterschiedlich finanziert. Bund und Länder finanzieren das Dt. Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), das universitäre und außeruniversitäre Forschung an neun Standorten zusammenbringt. Ziel dieses Forschungsverbundes ist die Verbesserung der Frühdiagnose, Behandlung und Versorgung. Weitere große Gesellschaften, die im Bereich Demenz forschen, sind die Leibniz Gemeinschaft, die Max-Planck-Gesellschaft, die Helmholtz Gemeinschaft sowie die Dt. Forschungsgemeinschaft. Auch private und öffentliche Stiftungen fördern Forschungsthemen.

**Private und öffentliche Stiftungen**

Wie überall werden auch hier die verschiedenen Forschungsschwerpunkte verschieden gewichtet. Aus der Nutzerperspektive besteht ein großer Bedarf im Bereich der Versorgungsforschung, der sich im Rahmen von Public Health erst sehr zögerlich entwickelt.

**Public Health**



„Es kommt nicht darauf an, die Zukunft vorherzusagen, sondern auf die Zukunft vorbereitet zu sein.“ (Perikles, 493 – 429 v.Chr.)

Wer immer sich die aktuellen Entwicklungen und die daraus resultierenden Bedarfe anschaut, ist schon mit einem Fuß in der Zukunft angekommen. Denn unabhängig von der demographischen Entwicklung der nächsten Jahrzehnte sind die zu versorgenden Menschen mit einer Demenz schon geboren und haben die Altersgrenze erreicht.

**Für sie und ihre Angehörigen braucht es:**

- Mehr demenzbezogene Kompetenz im Gesundheitsbereich
- Qualifizierte Health Professionals (ambulant & stationär)
  
- Frühzeitige Diagnostik und adäquate Therapie- und Rehabilitationsangebote
- Hausbesuche und aufsuchende Beratung & Begleitung durch geschulte Teams (Vermeidung von „Reisetätigkeiten“ seitens der Erkrankten)
  
- Versorgungsnetze rund um die Hausarztpraxis unter Einbindung und Nutzung der Assistenzsysteme
- Haushaltsnahe Dienstleistungen/ Sensibilisierte und kompetente Anbieter von „alltäglichen“ Leistungen wie Friseur, Lebensmittelhändler, etc. inkl. wohnraumbezogene Versorgung bei Erkrankung/Urlaub der primären Versorger
- Niedrigschwellige Entlastungsangebote
- Schulungen und psychotherapeutische Unterstützung der Angehörigen
  
- Vielfalt in den stationären Pflegeangeboten
- Demenzsensible Krankenhäuser und Präventionsangebote
  
- Zivilgesellschaftliches/ ehrenamtliches Engagement im wohnortnahen Bereich
- Demenzgerechte öffentliche Verkehrsangebote
- Alterssensible Städte- und Wohnraumpolitik
  
- Einfache, überschaubare Finanzierungsmodelle (Regelfinanzierung)
- Informations- und Öffentlichkeitsarbeit

Damit das Realität werden kann, braucht es richtungsweisende Entscheidungen im politischen Raum. „Deregulierung“ zugunsten der zu versorgenden Menschen und einen größeren Spielraum für die Versorger. Hier sind noch viele Ideen und Gestaltungsvorschläge gefragt.

Impressum:

Malteser Deutschland gGmbH

Fachstelle Demenz

Dr. Ursula Sottong

Kalker Hauptstraße 22-24

51103 Köln

[www.malteser-demenzkompetenz.de](http://www.malteser-demenzkompetenz.de)

Layout/Satz: [www.mwk-koeln.de](http://www.mwk-koeln.de)

Erscheinungsjahr: 2015