

Demenz – Ende der Selbstbestimmung?

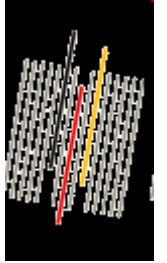
Demenzielle Erkrankungen- Herausforderungen in einer alternden Welt

Es kommt nicht nur drauf an,
wie alt wir werden,
sondern wie wir alt werden;

es gilt,

nicht nur dem Leben Jahre zu geben,
sondern den Jahren Leben zu geben!

**Ein Leitspruch, der auch für Menschen mit
demenziellen Erkrankungen gelten sollte.**



- 1. Der demografische Wandel: der Bedarf an Pflege steigt**
2. Veränderte Familien- und Haushaltsstrukturen
3. Demenzielle Erkrankungen
4. Mögliche Beeinflussbarkeit: durch Prävention Krankheitsprozess verzögern?
Selbstständigkeit länger erhalten?
5. Versorgung und Pflege gewährleisten:
Verbesserung der Lebensqualität Dementer



Herausforderungen einer immer älter werdenden Gesellschaft :

- **möglichst gesund und kompetent alt zu werden**
- **Selbstständigkeit und Unabhängigkeit möglichst lange zu erhalten**
- **eine Lebensqualität auch in der letzten Lebensphase zu sichern**
- **ein würdevolles Alter zu gestalten.**

**Wir leben in einer Zeit
des demografischen Wandels, in einer alternden Welt:**

- immer mehr Menschen erreichen ein immer höheres Lebensalter (+)
- immer weniger Kinder werden geboren (-)
- wir haben große Veränderungen der Haushaltsstrukturen
- einen beachtlichen Bevölkerungsrückgang

Deutschland wird „älter“ • „weniger“ • „bunter“

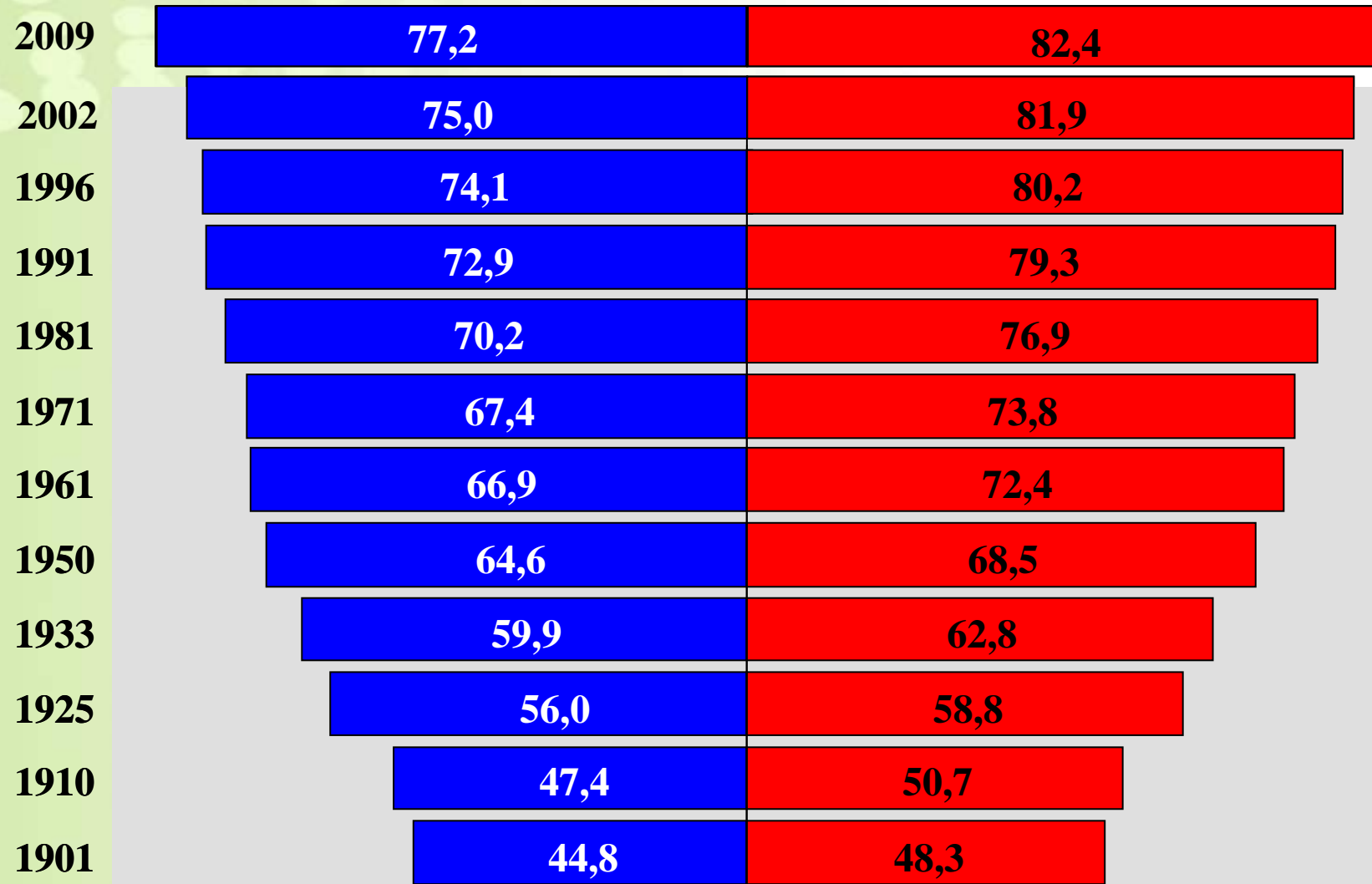
Der Bevölkerungsrückgang führt zur „Rückentwicklung“ ganzer Regionen

- junge Menschen wandern in wirtschaftlich begünstigte Gegenden;
- **Alte bleiben zurück , sind auf sich alleine angewiesen; müssen alles selbst erledigen, keine Hilfe, müssen möglichst gesund und „fit“ bleiben**
- Poststellen, Sparkassen, Supermärkte schließen
- **Arztpraxen werden aufgegeben (Altersgrenze) und Apotheken schließen**
- Ältere müssen weitere Wege zurücklegen
- der öffentliche Nahverkehr ist eingeschränkt (da keine Schüler, keine Erwerbstätigen mehr)

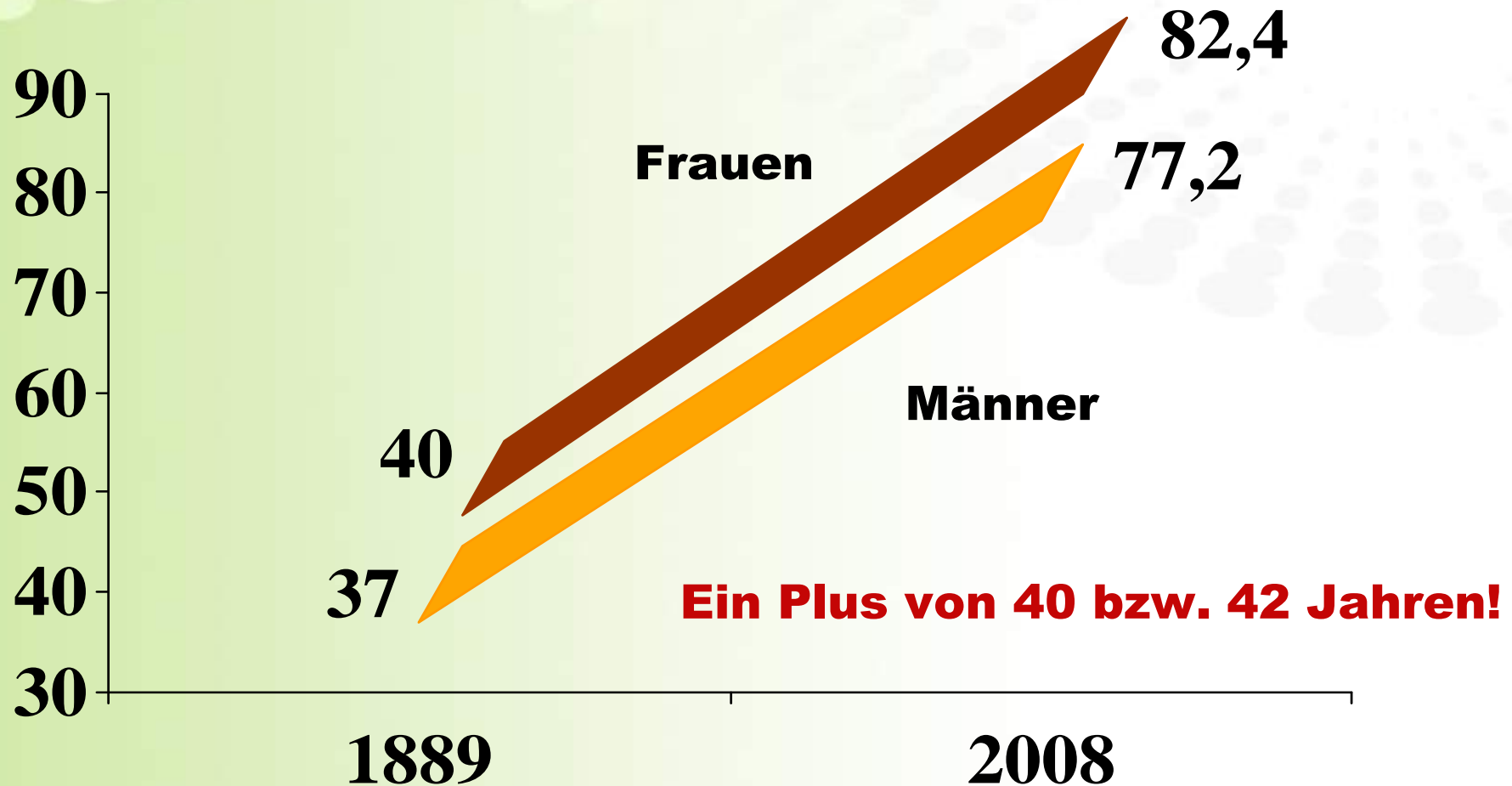
**Prozentuale Veränderung der Bevölkerung
in den 16 Bundesländern (2006-2025)**

Baden- Württemberg	+ 1,9 %
Bayern	+ 2,5 %
Berlin	+ 0,9 %
Brandenburg	- 5,5 %
Bremen	+ 0,7 %
Hamburg	+ 3,9 %
Hessen	- 2,0 %
Mecklenburg-Vorpommern	- 11,8 %
Niedersachsen	- 1,4 %
NRW	- 2,4 %
Rheinland-Pfalz	- 0,8 %
Saarland	- 9,3 %
Sachsen-Anhalt	- 17,1 %
Sachsen	- 10,1%
Schleswig Holstein	+ 0,8 %
Thüringen	- 14,2 %

Vaupel: von den 2009 Geborenen wird jedes 2. Mädchen 100 Jahre alt werden



Lebenserwartung zwischen 1889 und 2008 in **Deutschland**

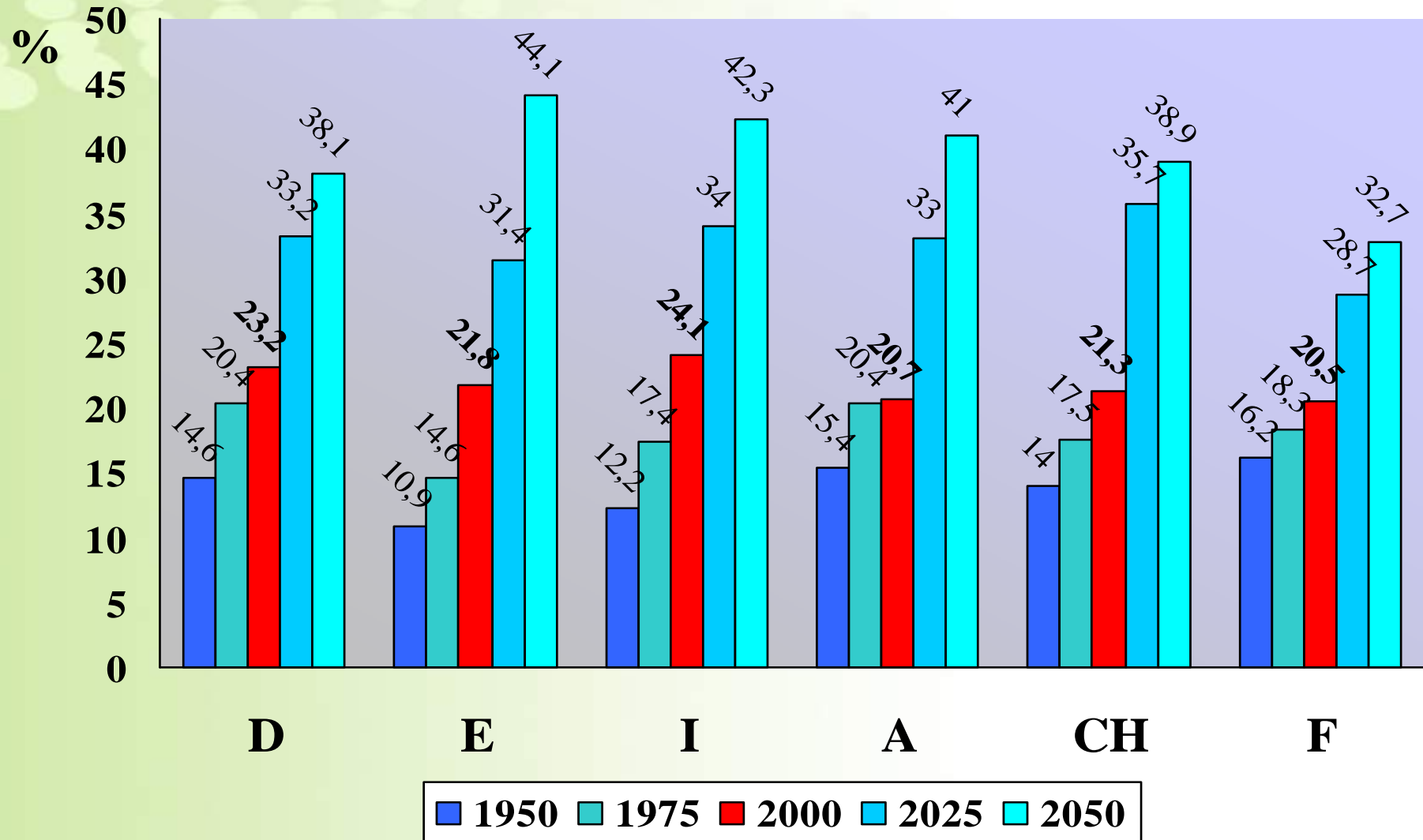


Quelle: Statistisches Bundesamt (2009). Sterbetafel 2006/2008; www.destatis.de

**Der Anteil der „gesunden“ Lebensjahre,
(„disability free life expectancy“)
die man in Unabhängigkeit und
Selbstständigkeit verbringt,
ist in den letzten Jahrzehnten stark
angestiegen.**

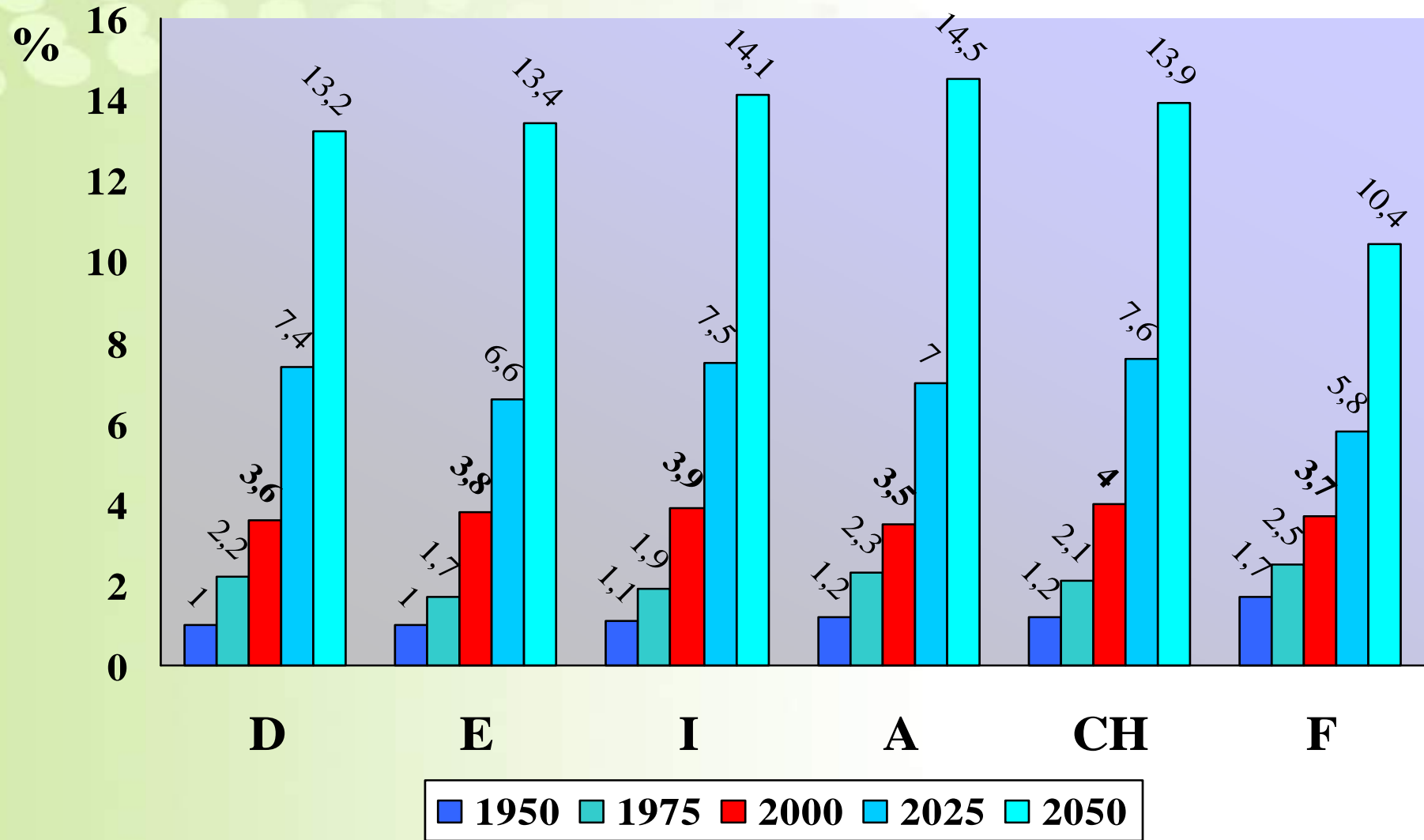
„Compression of morbidity“ (FRIES, 2005)

Anteil der über 60jährigen in ausgewählten europäischen Ländern



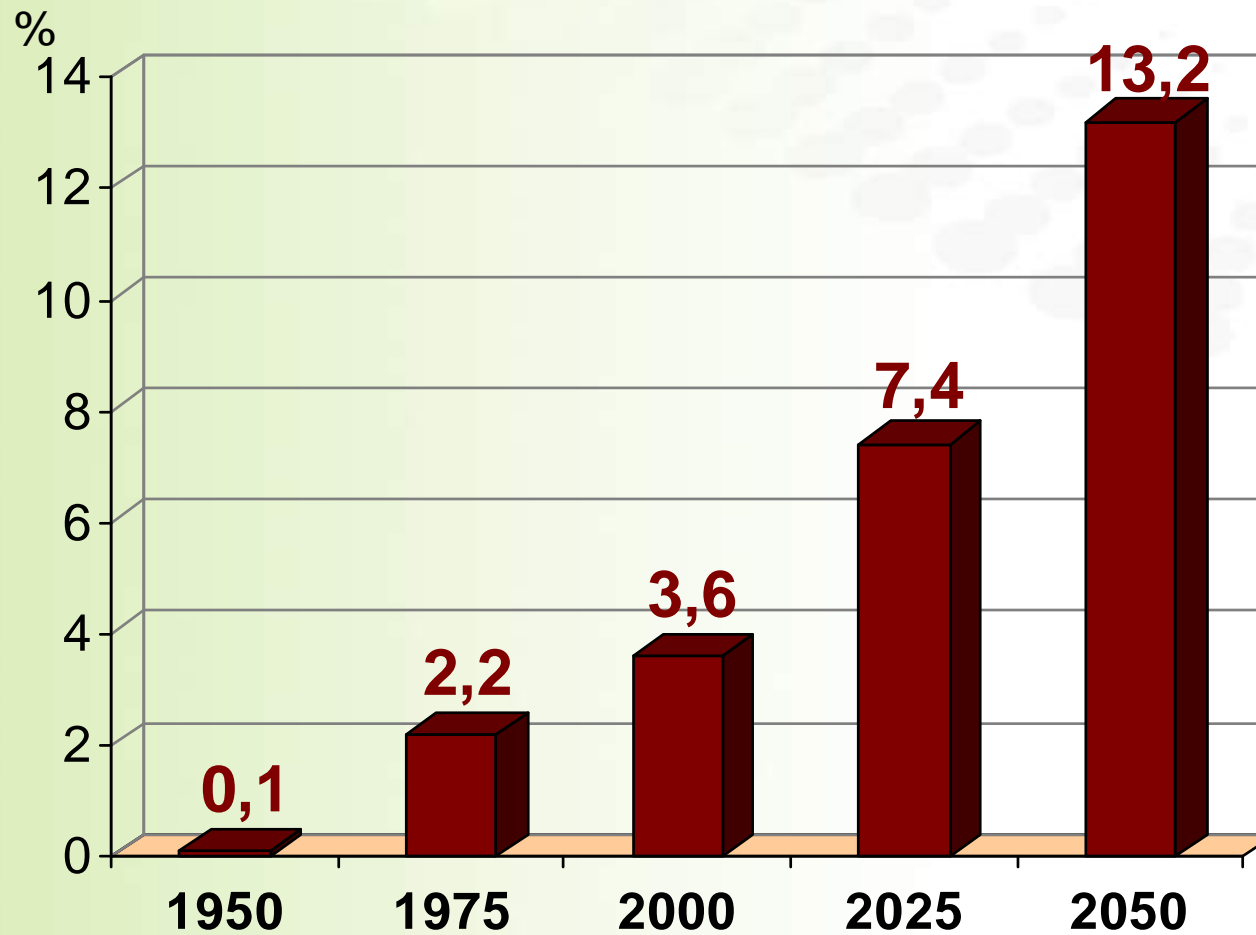
Quelle: UN (2002), World Population Ageing 1950-2050

Anteil der über 80jährigen in ausgewählten europäischen Ländern



Quelle: UN (2002), *World Population Ageing 1950-2050*

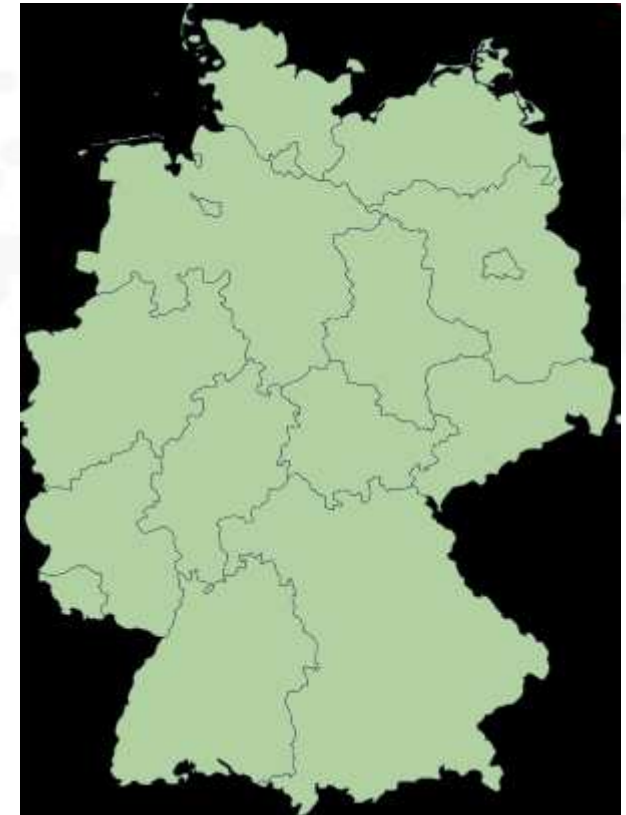
Der Anteil der über 80jährigen



Demenzielle Erkrankungen – Herausforderungen einer alternden Welt

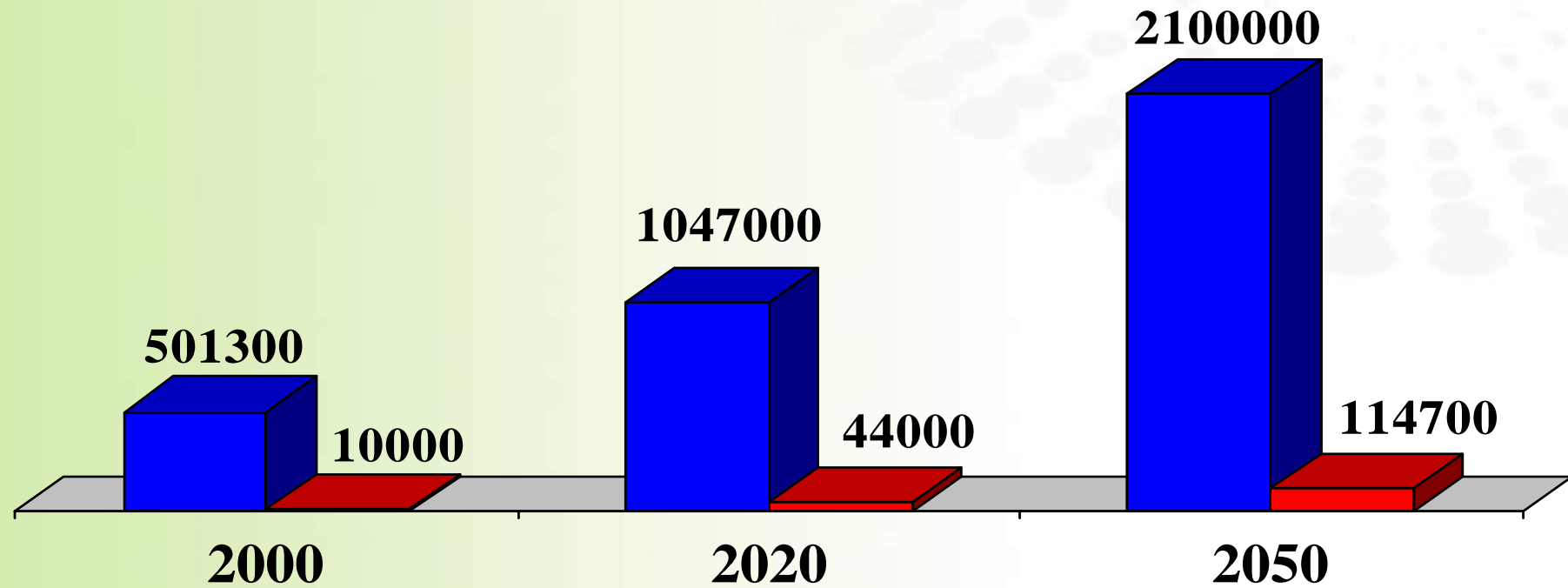
Baden- Württemberg	+ 75,8 %
Bayern	+ 67,5 %
Berlin	+ 94,7 %
Brandenburg	+122,4%
Bremen	+ 42,4 %
Hamburg	+ 43,6 %
Hessen	+ 61,9 %
Mecklenburg-Vorpommern	+114,4%
Niedersachsen	+ 65,0 %
NRW	+ 60,6 %
Rheinland-Pfalz	+ 55,9 %
Saarland	+ 47,8 %
Sachsen-Anhalt	+ 66,3 %
Sachsen	+ 75,0 %
Schleswig Holstein	+ 84,0 %
Thüringen	+ 76,2 %

Veränderung des Anteils der über 80jährigen in den 16 Bundesländern 2006 -2025



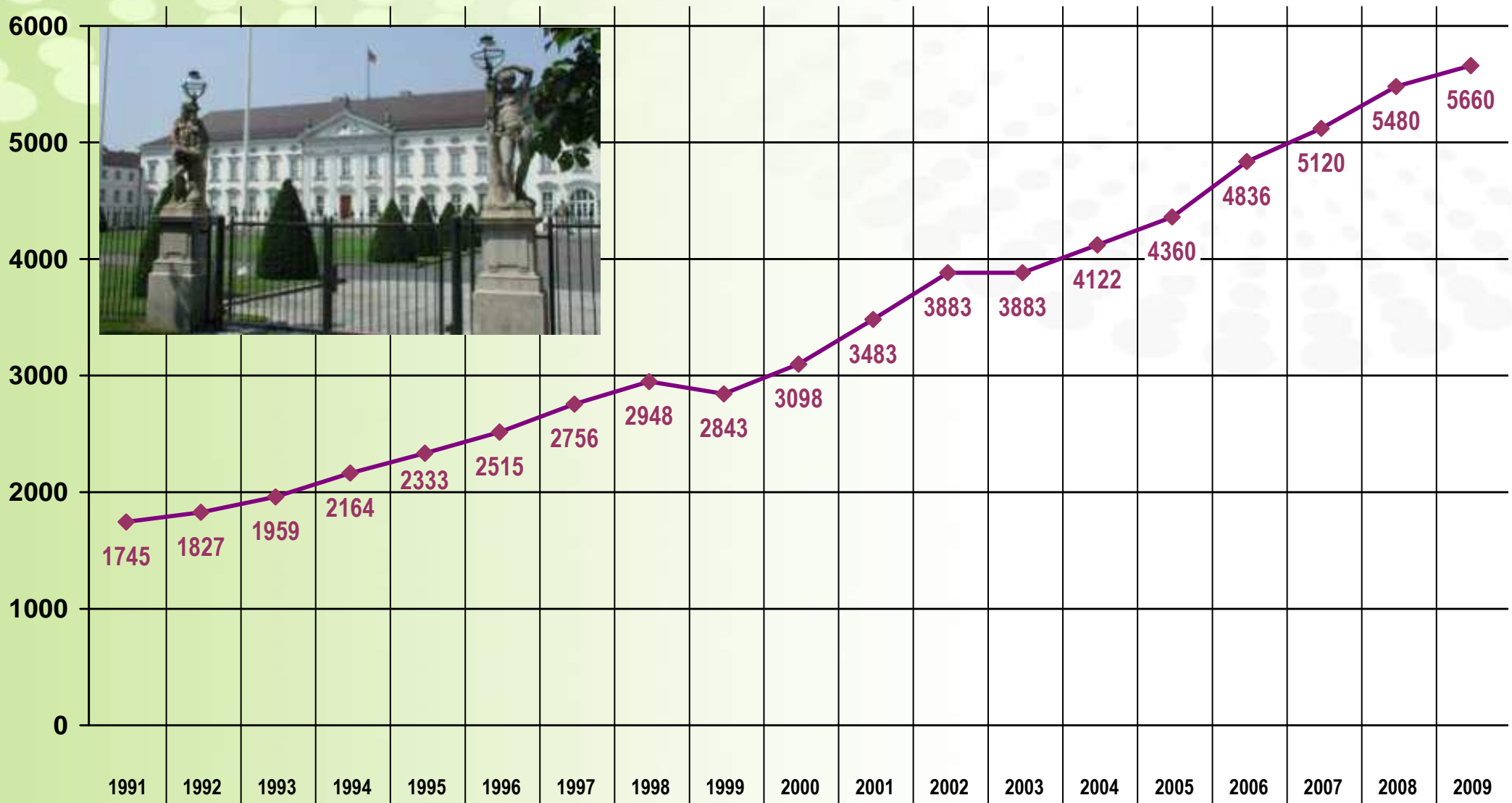
Anteil der über 90jährigen und über 100jährigen in Deutschland

■ über 90 Jahre ■ über 100 Jahre

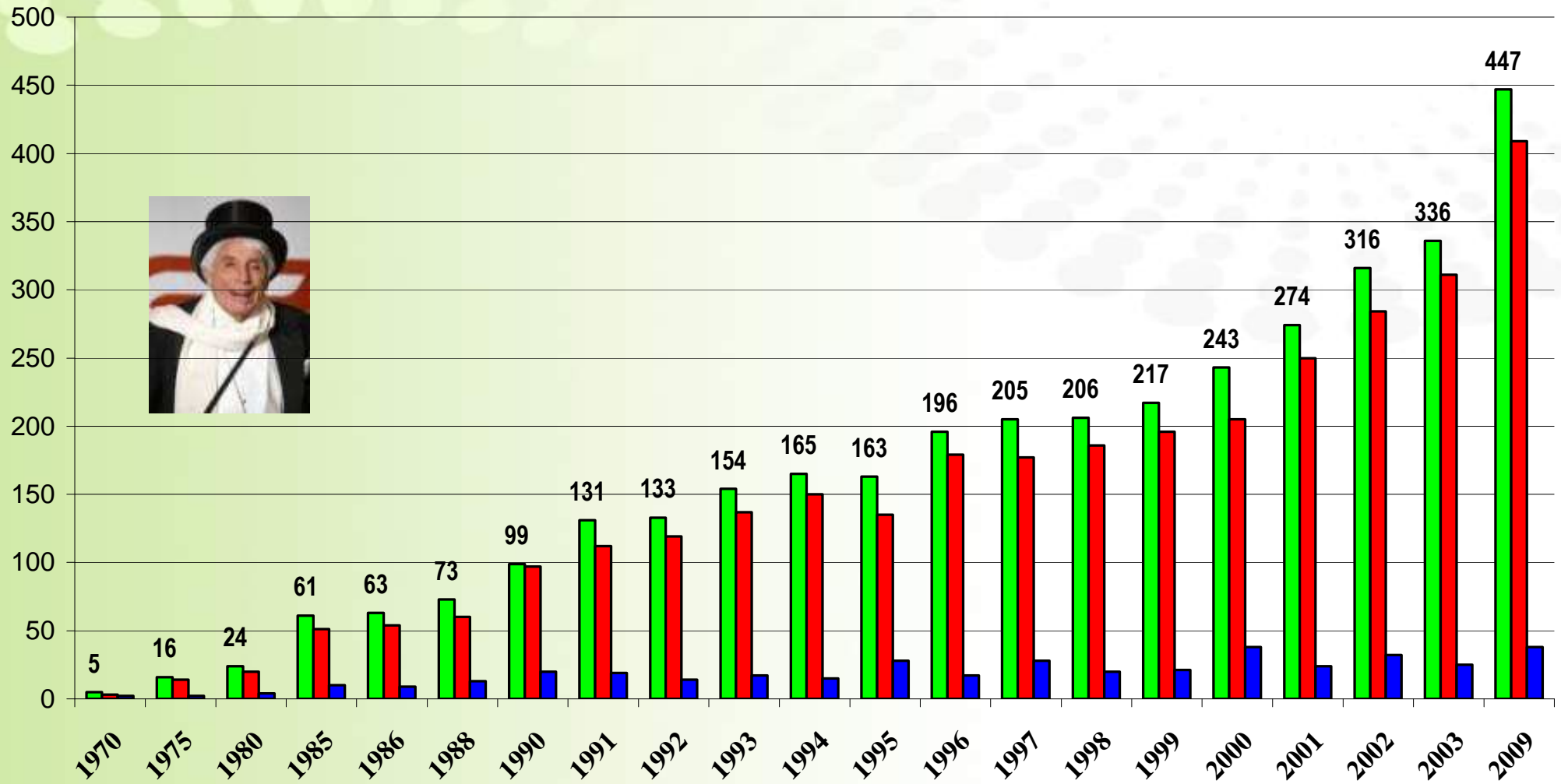


Quelle: UN (2002), *World Population Ageing 1950-2050*

Anzahl der Bundesbürger, die ihren 100. Geburtstag feierten



105jährige und ältere Mitbürger in Deutschland

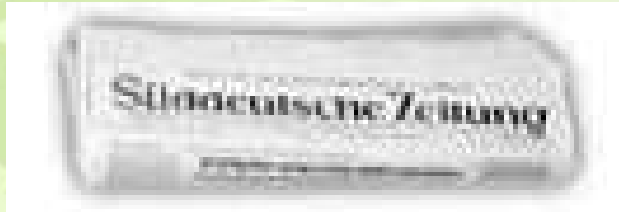


Je älter wir werden, um so weniger sagt die Anzahl der Jahre etwas aus über *Fähigkeiten, Fertigkeiten, Verhaltens- und Erlebnisweisen.*

Altern ist stets das Ergebnis eines lebenslangen Prozesses mit ureigensten Erfahrungen.

Schulische Bildung, berufliches Training, Lebensstil und Art der Auseinandersetzung mit Belastungen haben Einfluss.

Ein generelles Defizit-Modell des Alterns ist infrage zu stellen.



100-Jährige verlässt Seniorenheim "Für den Laden war ich noch nicht reif"

**Man muss sich nicht alles bieten lassen,
findet Maria Milz.**

**Weil sie sich schlecht behandelt fühlte,
zog die 100-Jährige nach knapp zwei
Monaten wieder aus dem Altenheim aus.
Nun wohnt sie wieder im eigenen Haus.**



Frau Milz war noch nicht reif für das
Altenheim: "Da hab ich meine
Tochter angerufen und gesagt:
'Komm sofort, sag ich, 'hier bleib ich
keine Stunde mehr!',"

Quelle: Süddeutsche Zeitung • 12. 01. 2007

Foto: Laif

Das Alter hat viele Gesichter

Da ist der kompetente, weise ältere Mensch, der noch im hohen Alter alleine seinen Alltag meistert



Das Alter hat viele Gesichter

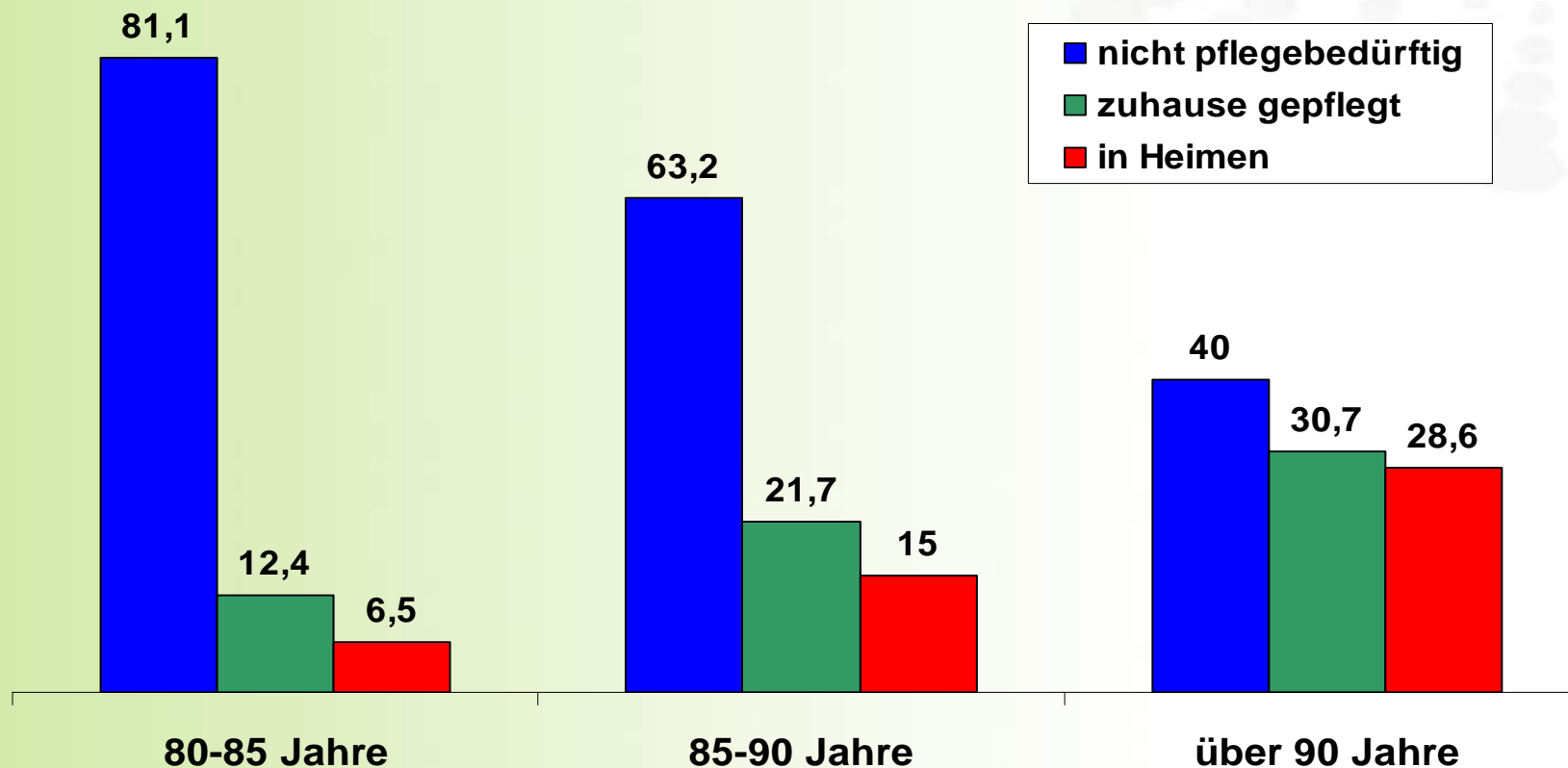
Und da ist der kranke, hilfällige ältere Mensch,
der auf Hilfe und Unterstützung angewiesen ist



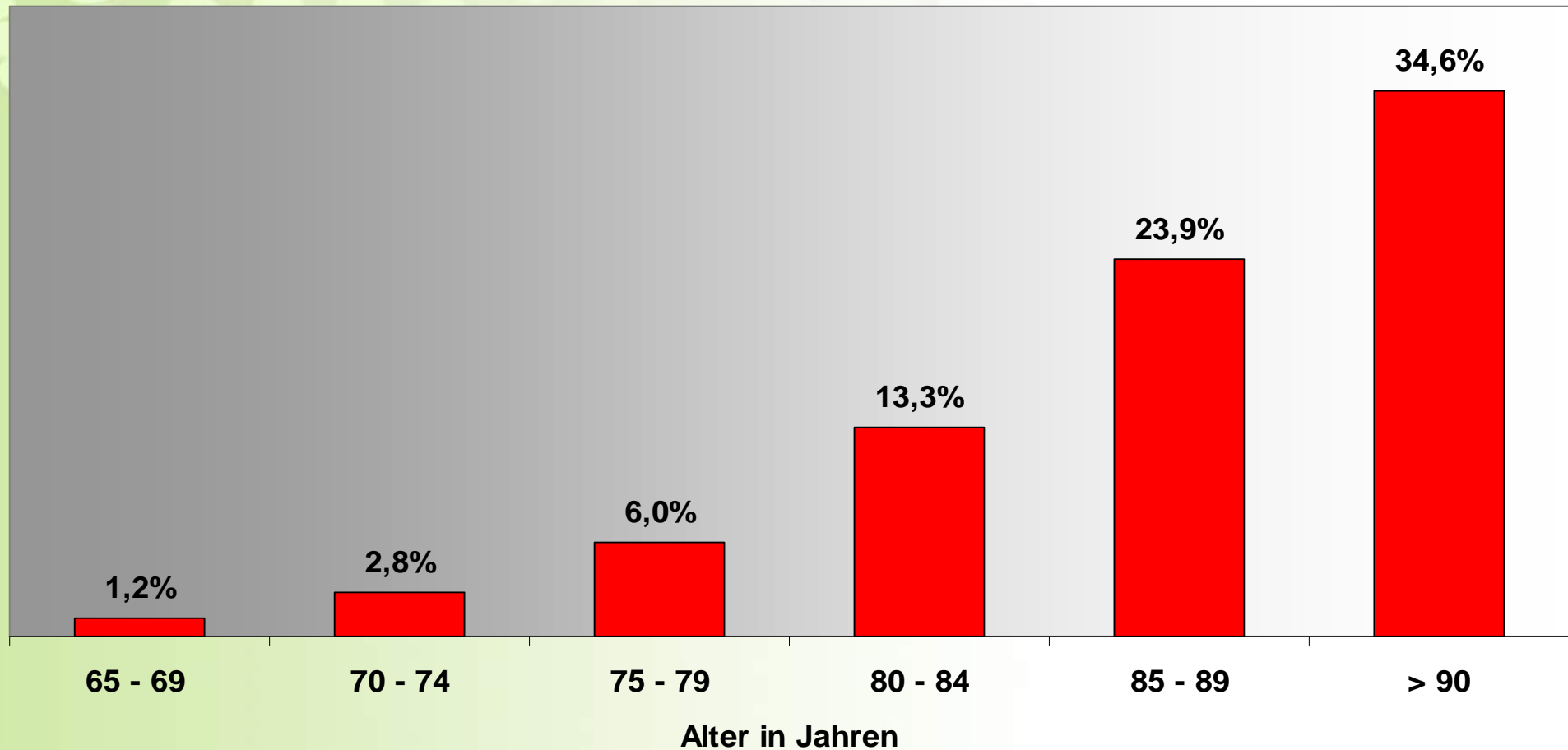
Pflegebedürftigkeit bei der Gesamtbevölkerung **über 80 Jahre**

- 2007 -

2008: 81,4; 12,6; 6,0 65,7; 20,6; 13,7; 41,0; 29,7; 29,2;



Anteil der demenziell Erkrankten



**Die Gesamtzahl der demenziell erkrankten Menschen liegt bei 1,2 bis 1,5 Millionen (geschätzt).
Etwa 50% der Demenzen werden dem Typ Alzheimer zugeordnet.**

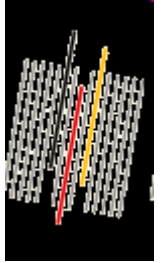
Altern muß nicht Pflegebedürftigkeit bedeuten

Eine Studie der **DUKE-University** stellt fest: „Senioren bleiben **länger gesund**“. In den USA liegt die Zahl der pflegebedürftigen Senioren 1997 bereits um nahezu **zwei Millionen unter der, die man 1982 prognostiziert hatte**.

Auch das **Interfakultäre Zentrum für Gerontologie in Genf** stellt fest: „**Markante Verbesserungen im Gesundheitszustand der 70jährigen**“

bedingt durch:

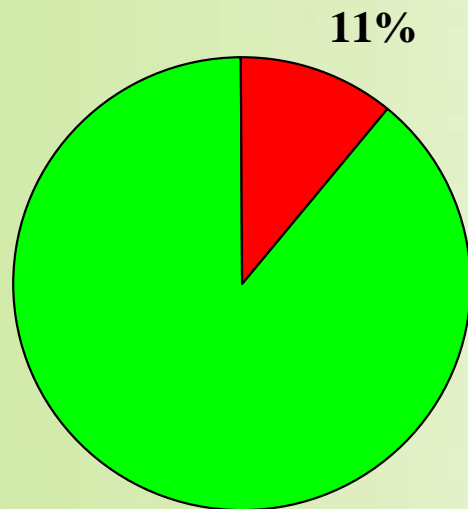
- **Prävention: gesundheitsbewussteren Lebensstil** (Hygiene, Vorsorgeuntersuchungen, Ernährung, körperliche Aktivität,)
- Fortschritte in der **medizinischen Diagnostik, Therapie und Rehabilitation**
- Erkenntnisse der **Pharmakologie**



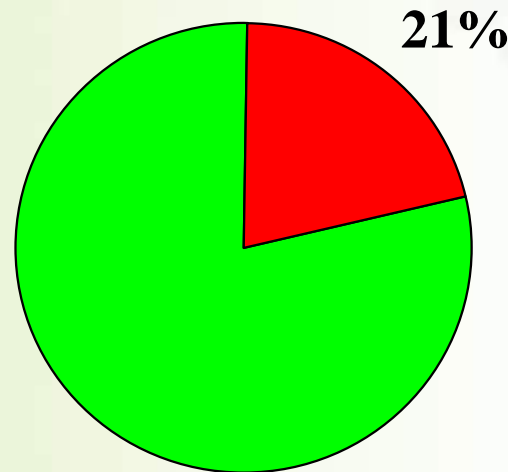
1. Der demografische Wandel: der Bedarf an Pflege steigt
2. **Veränderte Familien- und Haushaltsstrukturen**
3. Demenzielle Erkrankungen
4. Mögliche Beeinflussbarkeit: durch Prävention Krankheitsprozess verzögern?
Selbstständigkeit länger erhalten?
5. Versorgung und Pflege gewährleisten;
Verbesserung der Lebensqualität Dementer



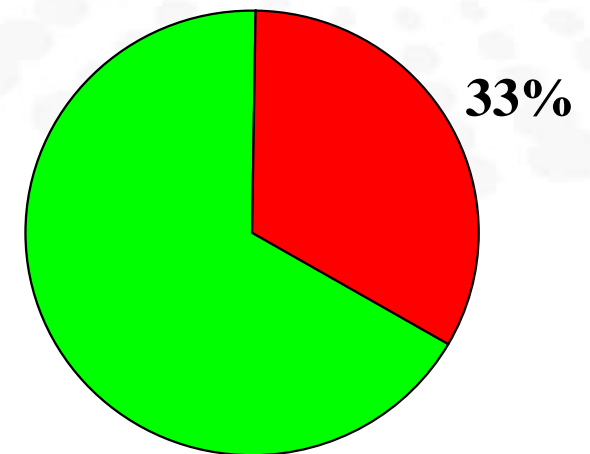
Immer mehr Frauen in Deutschland bleiben kinderlos



1950 Geborene



1960 Geborene



1965 Geborene
(Schätzung)

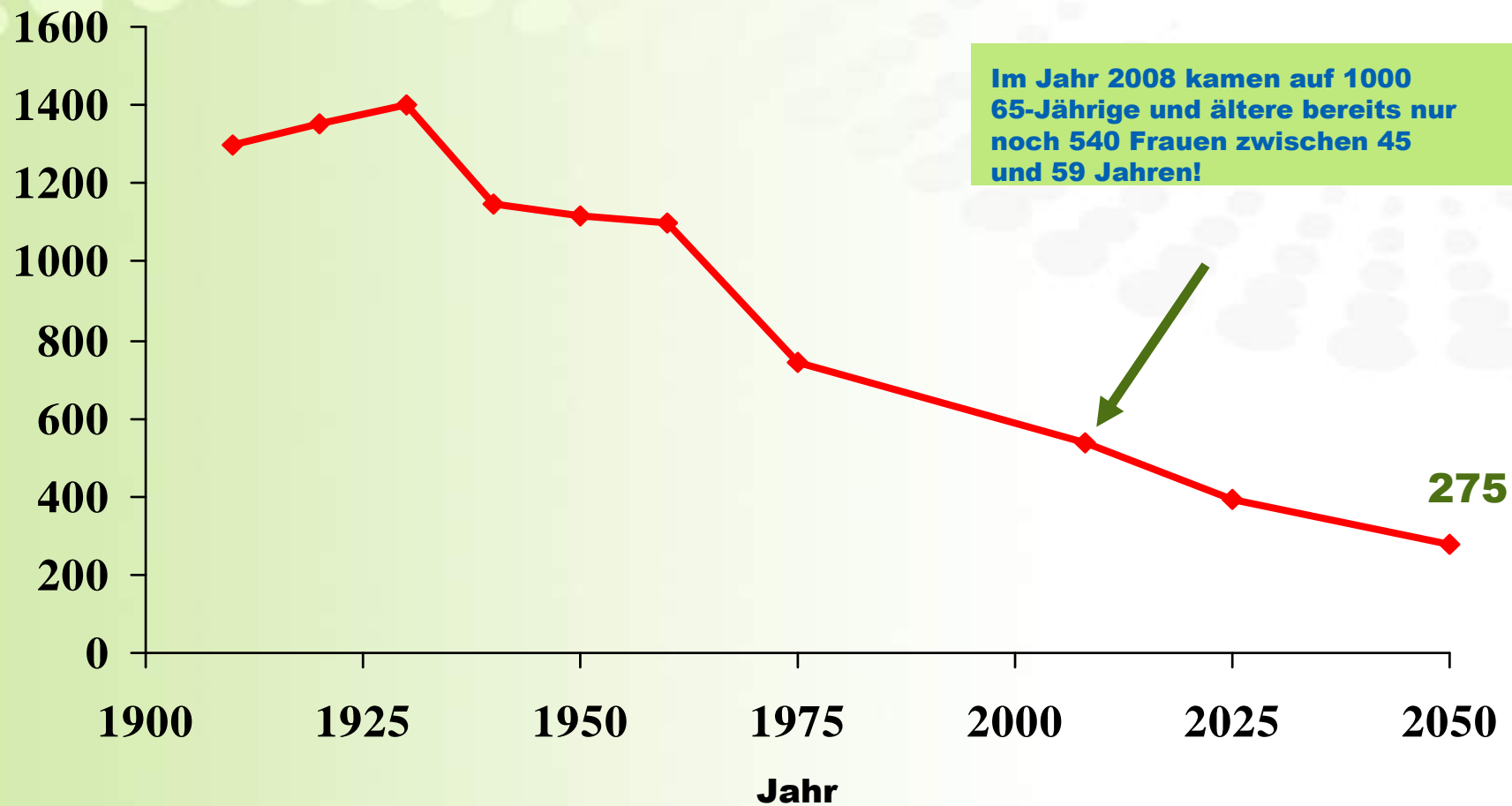
**Veränderung des Anteils der unter 2-jährigen
in den 16 Bundesländern 2006 -2025**

Baden- Württemberg	- 3,8 %
Bayern	- 2,5 %
Berlin	- 6,3 %
Brandenburg	- 28,3 %
Bremen	+ 3,6 %
Hamburg	+ 3,8 %
Hessen	- 7,6 %
Mecklenburg-Vorpommern	- 31,4 %
Niedersachsen	- 8,0 %
NRW	- 4,7 %
Rheinland-Pfalz	- 4,1 %
Saarland	- 12,1 %
Sachsen-Anhalt	- 34,5 %
Sachsen	- 26,9 %
Schleswig Holstein	- 7,4 %
Thüringen	- 33,6 %

Schrumpfendes "Töchter-Pflegepotential"

Frauen zwischen 45 und 59 Jahren

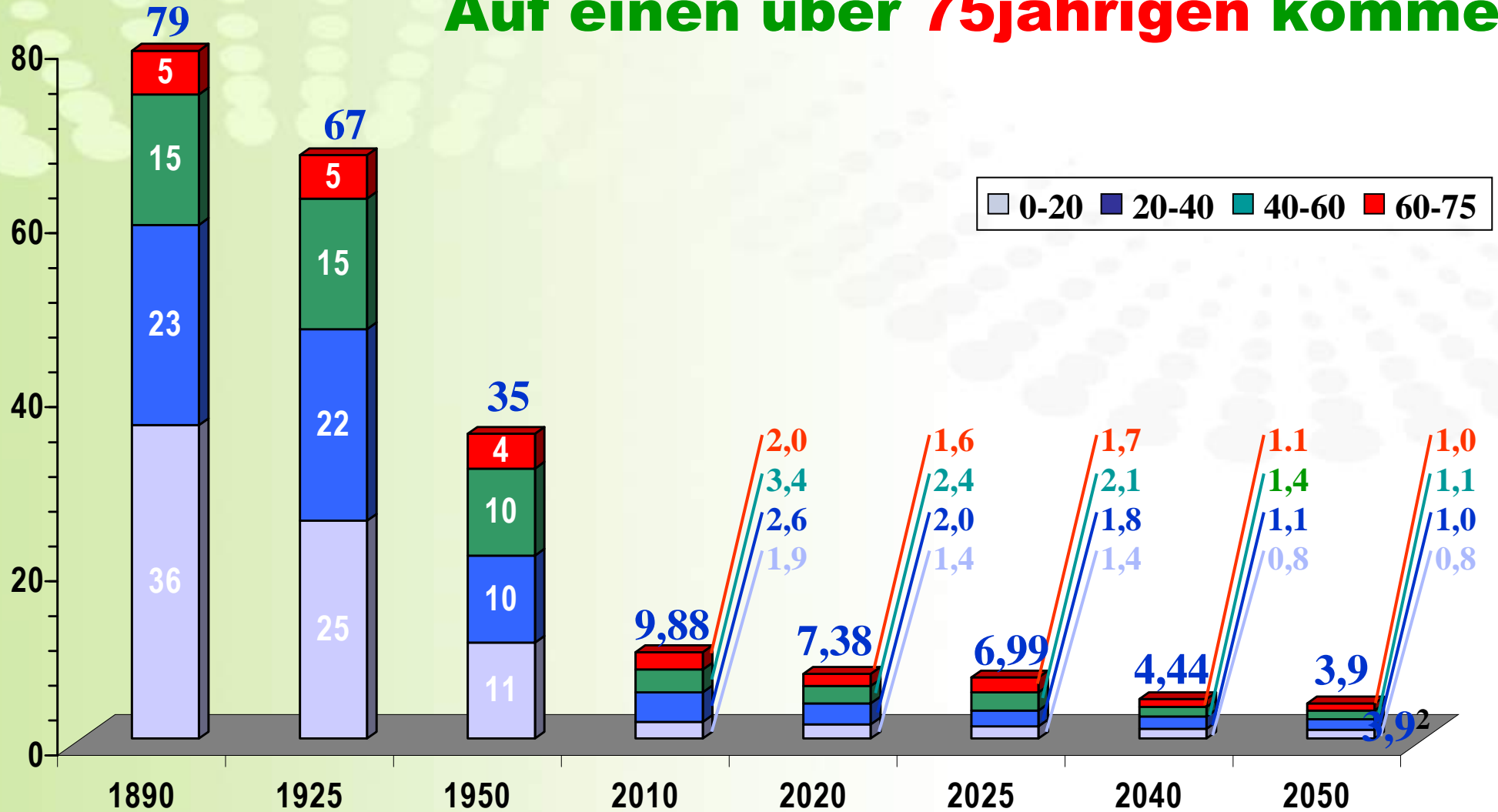
pro 1000 Einwohner von 65 Jahren und älter in Deutschland:



Quelle: Statistisches Bundesamt, 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung (Variante 1-W1); Grafik erstellt mod. nach KDA 1/1992

Demenzielle Erkrankungen – Herausforderungen einer alternden Welt

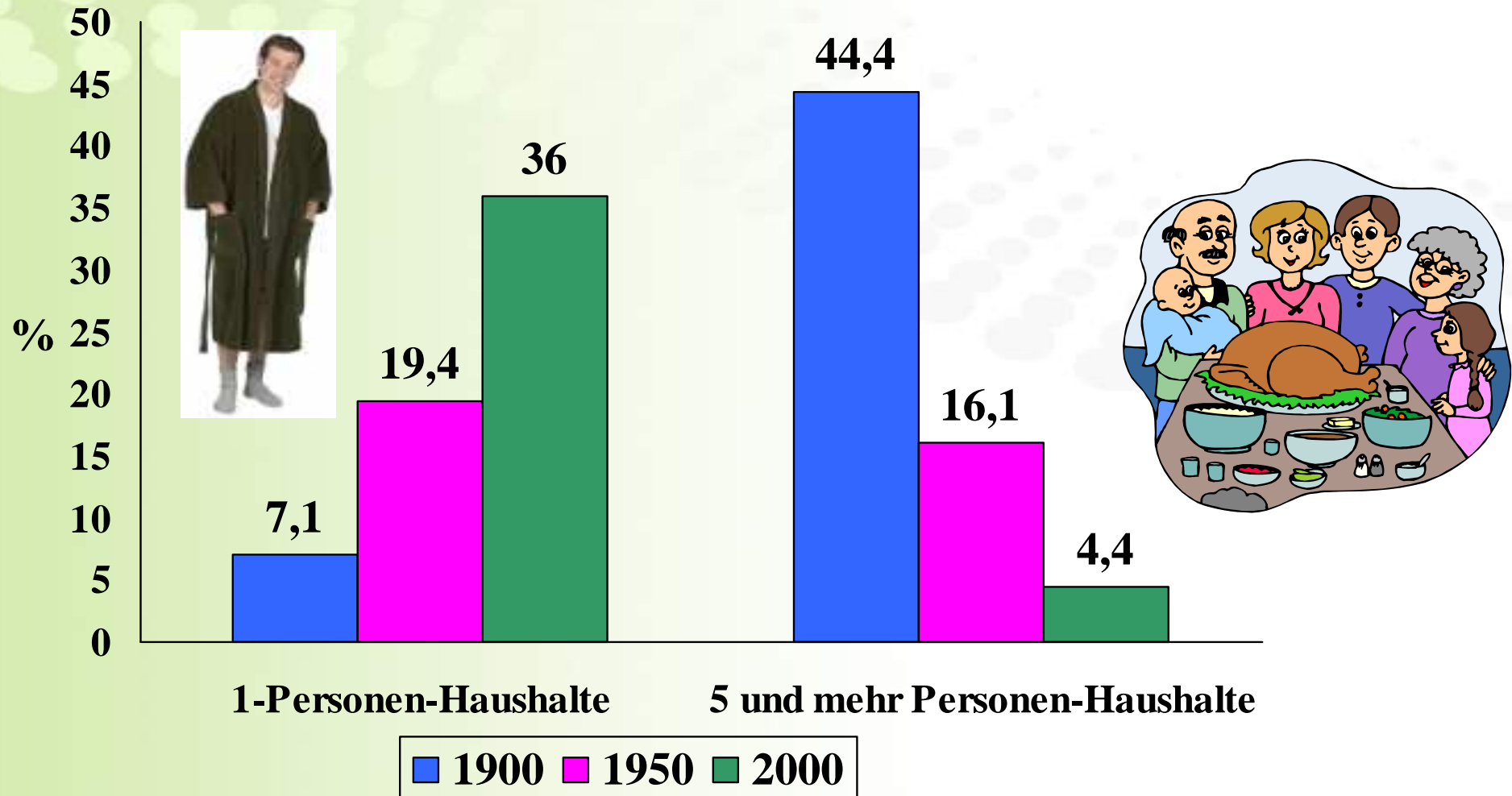
Auf einen über 75jährigen kommen



Quelle: Destatis 2009,
Schätzung aufgrund der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung

Demenzielle Erkrankungen – Herausforderungen einer alternden Welt

Haushaltsgrößen 1900, 1950, 2000 in Prozent der Haushalte



Quelle: Bundeszentrale für politische Bildung: Datenreport (2002), S.39

Familienbilder früher:

ein Großelternpaar
umgeben von einer Schar von Enkeln

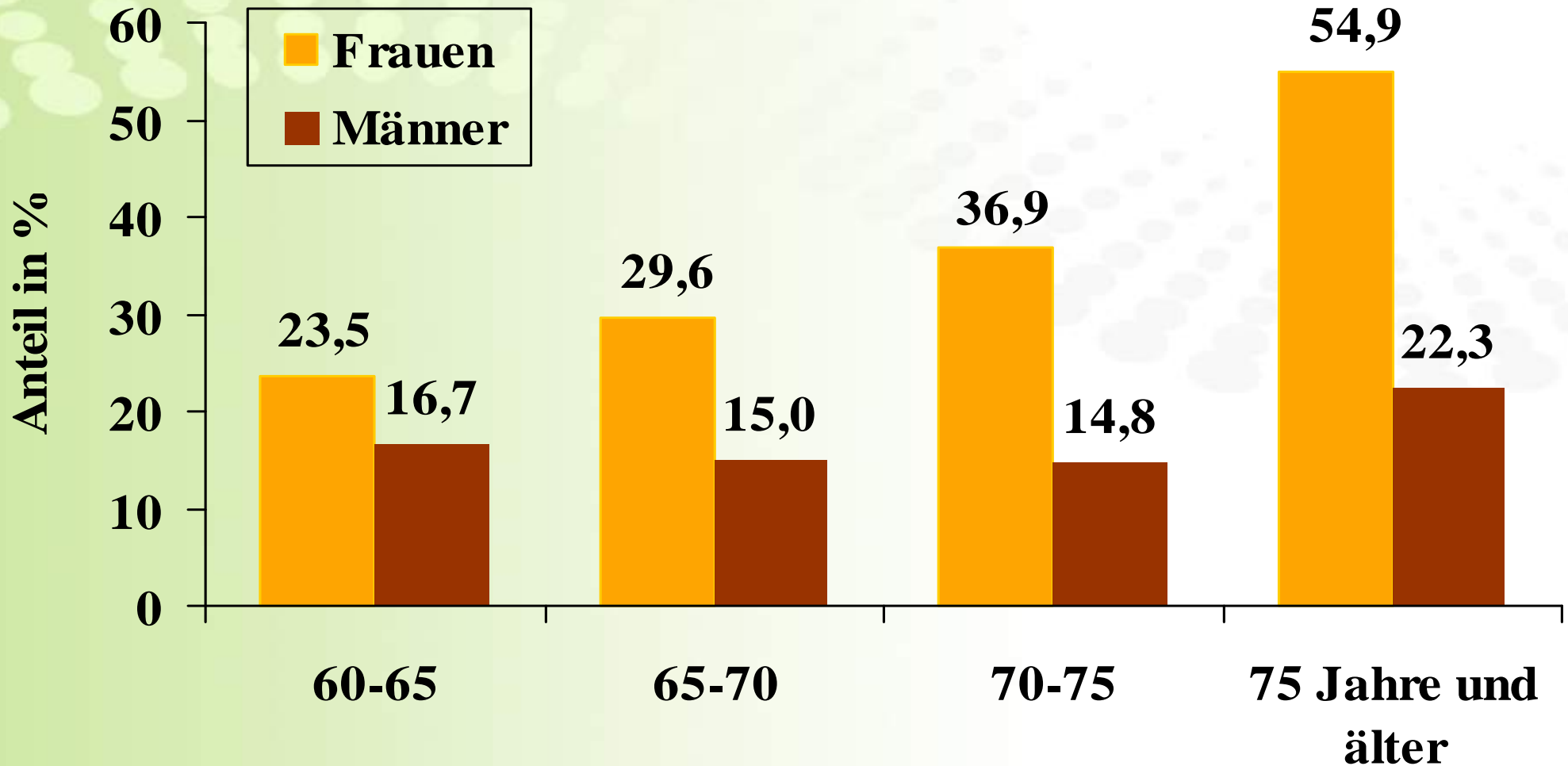
heute:

der Einzelnenkel umgeben von
4 Großeltern, 2 Urgroßeltern
(und manchmal noch von einigen
„Stiefgroßeltern“)



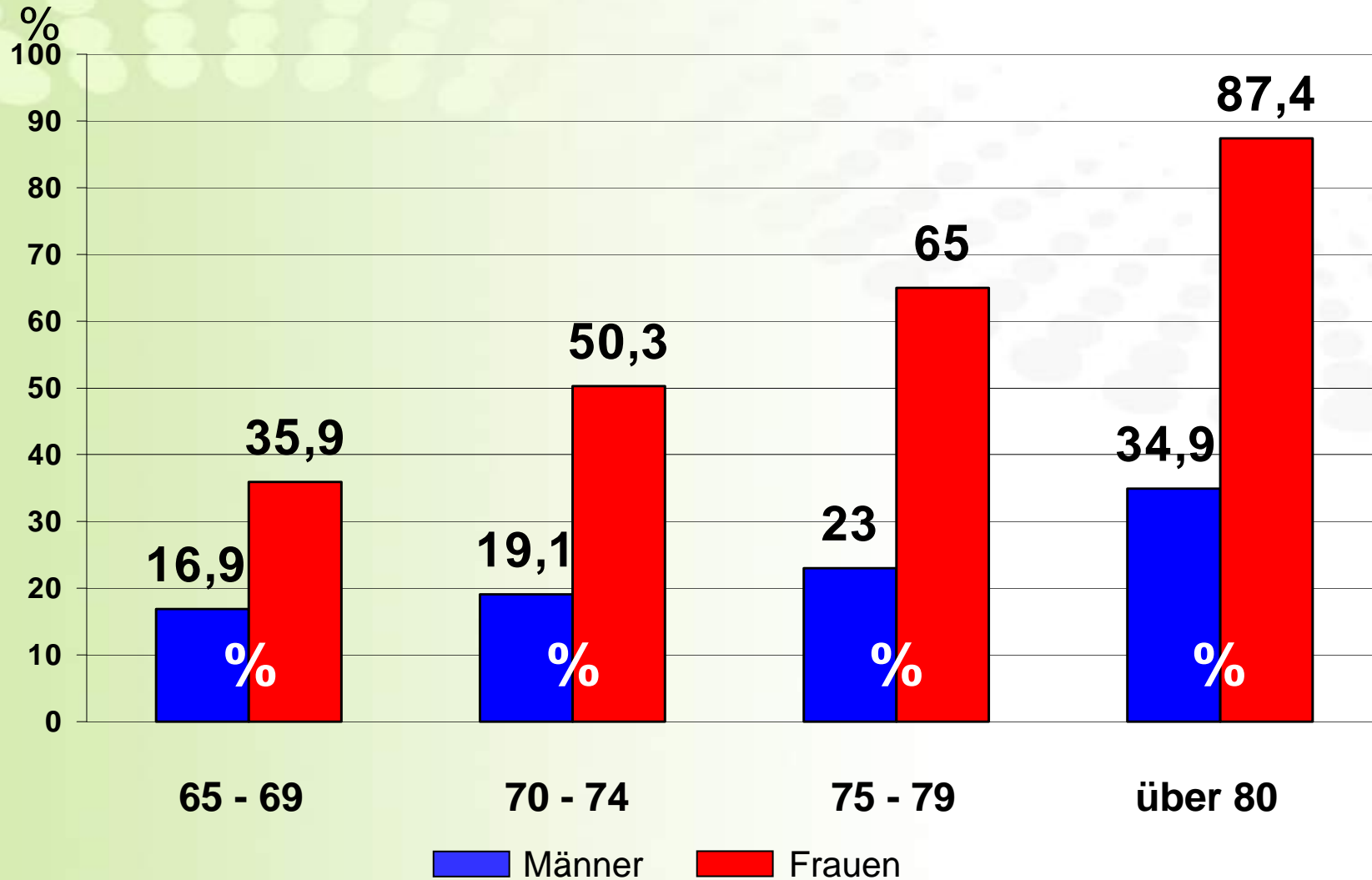
**Vom 3-Generationen-Haushalt
zum 1- Personen- Haushalt**

**Von 100 Personen in Deutschland lebten in
Einpersonenhaushalten**



Quelle: Statistisches Bundesamt: Bevölkerungsfortschreibung, GENESIS: Bevölkerung in Privathaushalten. Stand: 2008

Singles, Alleinstehende



Familienpflege hat ihre Grenzen:

- ❖ **angesichts der Tatsache, dass Pflegebedürftigkeit in einem immer höheren Alter auftritt (Multimorbidität),**
- ❖ **dass dementsprechend das Alter der potentiellen pflegenden Angehörigen höher ist,**
- ❖ **dass viele Ältere überhaupt keine Kinder haben,**
- ❖ **wenn Kinder da sind, ist die Zahl der Geschwister gering, so dass die Pflege nicht geteilt werden kann,**

Konsequenz:

**Wir brauchen in Zukunft mehr
professionelle Hilfe und einen Ausbau der
Pflege- und Versorgungsdienste.**



Familienpflege hat ihre Grenzen:

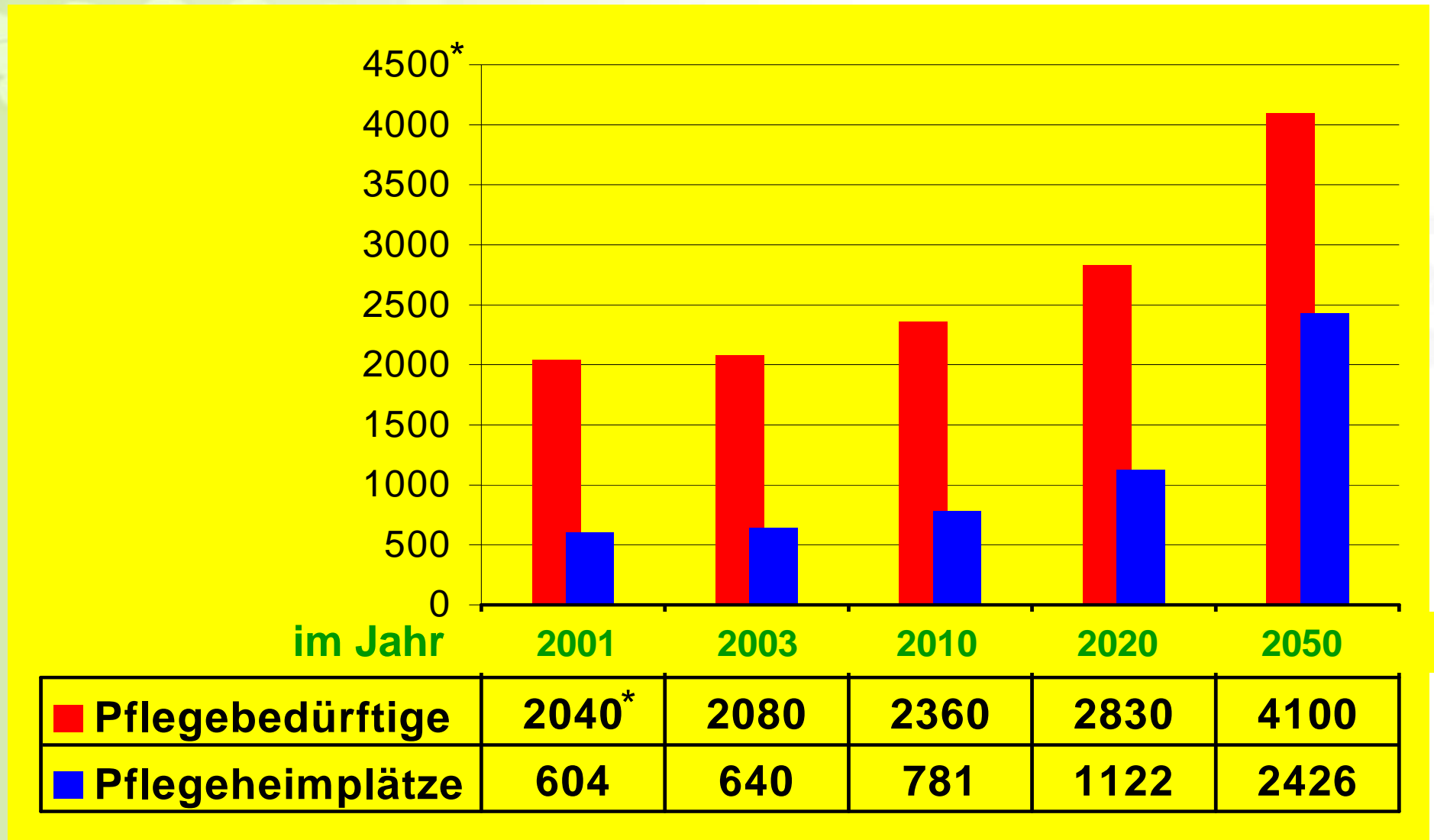
- ❖ **Kinder immer seltener in der Nähe des Wohnortes leben werden (eine Industriegesellschaft braucht Mobilität),**
- ❖ **die meisten Senioren ein Zusammenleben mit ihren Kindern ablehnen,**
- ❖ **zunehmend mehr Frauen berufstätig sind,**
- ❖ **eine steigende Scheidungsrate (ohne Wiederheirat) fest-zustellen ist (Wer pflegt schon die Ex-Schwiegermutter?).**

Konsequenz:

Wir brauchen in Zukunft mehr professionelle Hilfe und einen Ausbau der Pflege- und Versorgungsdienste.



Altenpflege: Die **Nachfrage** steigt
Bedarf an **Pflegeheimplätzen**



* in Tausend

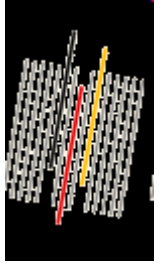
Gesetz zur Absicherung der Pflege:
(1995; 1.7.2008)

Grundsatz:

„ambulant vor stationär“

**führt dazu,
dass Menschen in einem immer höheren Alter
in ein Heim einziehen,
in einem sehr starken hilfsbedürftigen Zustand,
(65% - 80% der Heimbewohner zeigen
demenzielle Erkrankungen):
besondere Anforderungen an die
Pflegekräfte in Heimen!**





1. Der demografische Wandel: der Bedarf an Pflege steigt
2. Veränderte Familien- und Haushaltsstrukturen
3. **Demenzielle Erkrankungen**
4. Mögliche Beeinflussbarkeit: durch Prävention Krankheitsprozess verzögern?
Selbstständigkeit länger erhalten?
5. Versorgung und Pflege gewährleisten;
Verbesserung der Lebensqualität Dementer



Veränderungen kognitiver Fähigkeiten galten früher als „typischer, normaler seelischer Alternsprozess“:

Hans Gruhle: „Das seelische Altern“ 1938:

- Schwerfälligkeit der Umstellung,
- der Aneignung neuer Gedächtnisinhalte,
- Vergesslichkeit, Desorientierung,
- Eigensinn, zunehmende Gereiztheit
- Mangel an Affektivität, beginnende emotionale Stumpfheit

Das Altersbild vieler Ärzte:

„Geistiger Abbau gehört eben zum Alter dazu!“

Aber: demenzielle Prozesse begleiten nicht das „normale“ Altern, sondern sind Erkrankungen und sollten behandelt werden; Risikofaktoren sollten präventiv angegangen werden



Ca. 90 % sind primäre Demenzerkrankungen

- 50-60% degenerative Demenz vom Alzheimer Typ
- 30% vasculäre Demenz (Multiinfarktdemenz)
- 10 % Mischformen

Etwa 10% sind sekundäre Demenzerkrankungen

- **internistische Erkrankungen:** Vitamin-B-Mangel; Schilddrüsenerkrankung; Leber-Nierenversagen
- **neurologische Erkrankungen:** Hirntumore, Parkinson, Multiple Sklerose etc.



Prävention (vor allem der vasculären Demenz):

**Kontrolle der kardiovaskulären Risikofaktoren
(wie Hypertonie, hoher Homocysteinspiegel,
Adipositas und Diabetes mellitus)**

**gegen die man z.T. angehen kann durch
körperliche Aktivität, geistige Aktivität, Kontrolle
des Körpergewichts (Diät; Rauchen, Alkohol),**

Abgrenzung zur

„Pseudodemenz“, die behandelbar ist:

**Geringe Flüssigkeitszufuhr, Unverträglichkeit
verschiedener Medikamente, critical life events
bewirken ein Abschalten, Apathie; Depression**

**Depression: Ursache oder Folge einer
Demenz?**

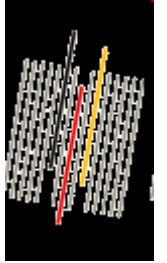


Unterschiede

zwischen Depression und Demenz

- Patient klagt über kognitive Leistungsverluste
- **Patient bagatellisiert Verluste, versucht zu kompensieren**
- eigene Schuldgefühle und Versagensangst
- **beschuldigt andere**
- Schlaflosigkeit ohne nächtliche Unruhe
- **Deutliche nächtliche Unruhe („Nachtcafé“)**
- keine Orientierungsstörungen
- **Desorientiertheit**
- Gequälte Stimmungslage, Selbstabwertung
- **Gleichgültigkeit, Selbstüberschätzung**





1. Der demografische Wandel: der Bedarf an Pflege steigt
2. Veränderte Familien- und Haushaltsstrukturen
3. Demenzielle Erkrankungen
4. **Mögliche Beeinflussbarkeit: durch Prävention Krankheitsprozess verzögern? Selbstständigkeit länger erhalten?**
5. Versorgung und Pflege gewährleisten;
Verbesserung der Lebensqualität Dementer





Was sind Risiko- und Schutzfaktoren:

Wie kann ich mein Risiko beeinflussen

- in **Bewegung bleiben**
- sich **gesund ernähren** und genießen
- Aktiv bis ins hohe Alter: Bildung und Gedächtnistraining, **geistige Aktivität**
- **soziale Kontakte** mit Freunden

Demenz vorbeugen – was kann ich tun?

Risikofaktoren:

**Prävention kann nicht erst im Alter beginnen;
Altern ist ein lebenslanger Prozess!**

Haupterkrankungen im Alter:

- **Cardiovasculäre Erkrankungen**
- **Stoffwechselerkrankungen (Diabetes II)**

sind zum Teil durch den Lebensstil beeinflussbar:

- **Bewegungsmangel.,**
- **Übergewicht**
- **Rauchen**
- **übermäßiger Alkoholkonsum**
- **Bluthochdruck**
- **Vitaminmangel (B-Vitamin)**
- **Störungen des Cholesterin- und Fettstoffwechsels**



Körperliche Aktivität,



geistige Aktivität und



soziale Aktivität



gesunde Ernährung

sind wesentliche
Voraussetzungen für ein

**gesundes
und kompetentes
Älterwerden;**



**Funktionen, die nicht
gebraucht werden, verkümmern.**



Was rastet, das rostet.



Selbstständigkeit im Alter:

Wolf D.OSWALD et al., Universität Erlangen-Nürnberg

**3 Trainingsprogramme: Gedächtnisprogramm / Psychomotorikprogramm/
Kompetenztraining; seit 1991, 75-93 jährige untersucht.**

**Erfolgreich: kombiniertes Psychomotorik / Gedächtnistraining; in
dieser Gruppe weniger demenzielle Erkrankungen**



Versuche der Verbesserung der Gedächtnisleistung gehören zu den frühesten Ansätzen einer psychologischen Intervention.

Gedächtnisspiele der Wiener Ärztin Franziska STENGEL, 1976
Gehirn-Jogging von LEHRL und FISCHER (1986),
Gedächtnistrainings als Interventionsmaßnahme (OSWALD, 1998, 2006, KAISER 2006).

Trainierbar sind Aufmerksamkeit, Konzentration, Bearbeitungstempo und Intensität im Kurzzeitspeicher, Informationsverarbeitung, Abrufprozesse und Mnemostrategien, besonders erfolgreich in Kombination mit einem Psychomotorik-Training.

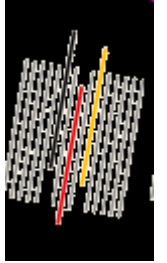
Früherkennung und frühe Behandlung:

„Man kann die Erkrankung zwar (noch) nicht heilen, aber den Verlauf abmildern, Abbauerscheinungen hinauszögern“

- durch entsprechenden Lebensstil (körperliches Training, Motorik, Rückerinnerung üben, Training alltagspraktischer Fähigkeiten;
- durch medikamentöse Behandlung, von der Hausärzte allerdings relativ selten Gebrauch machen („Altersbild“?)

Der Prozess einer Alzheimer-Erkrankung beginnt bereits im mittleren Lebensalter und schreitet dann über Jahrzehnte unmerklich fort bis die ersten Symptome auftreten.

Das Auftreten der Symptome lässt sich hinauszögern



1. Der demografische Wandel: der Bedarf an Pflege steigt
2. Veränderte Familien- und Haushaltsstrukturen
3. Dementielle Erkrankungen
4. Mögliche Beeinflussbarkeit: durch Prävention Krankheitsprozess verzögern?
Selbstständigkeit länger erhalten?
5. **Versorgung und Pflege gewährleisten;
Verbesserung der Lebensqualität
Dementer**

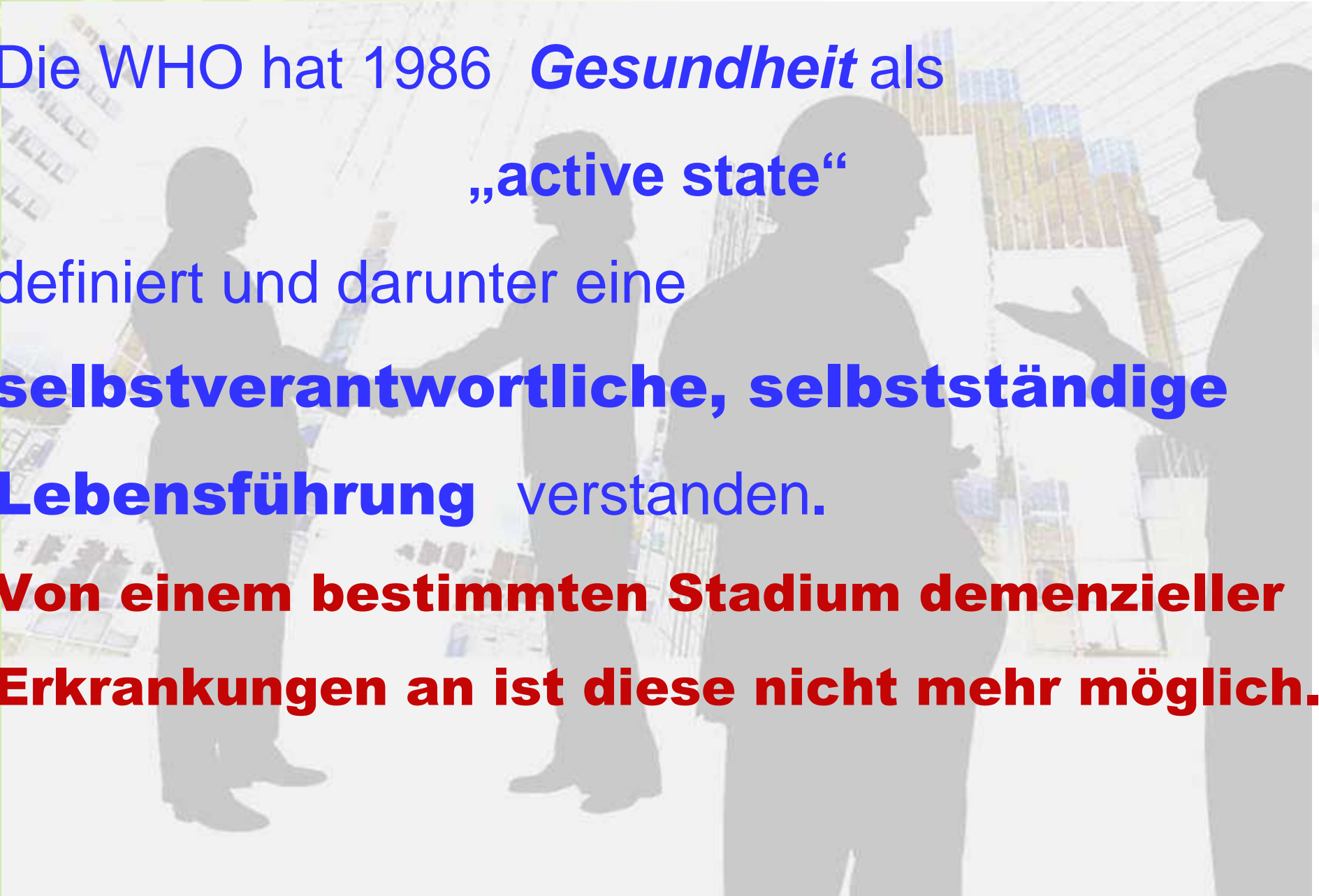


Die WHO hat 1986 *Gesundheit* als
„active state“

definiert und darunter eine

**selbstverantwortliche, selbstständige
Lebensführung** verstanden.

**Von einem bestimmten Stadium demenzieller
Erkrankungen an ist diese nicht mehr möglich.**



Jeder kleinste Schritt, der mehr Selbstständigkeit und Unabhängigkeit bringt, trägt zur Lebensqualität bei und erleichtert das Leben der Betroffenen und seiner Umgebung.

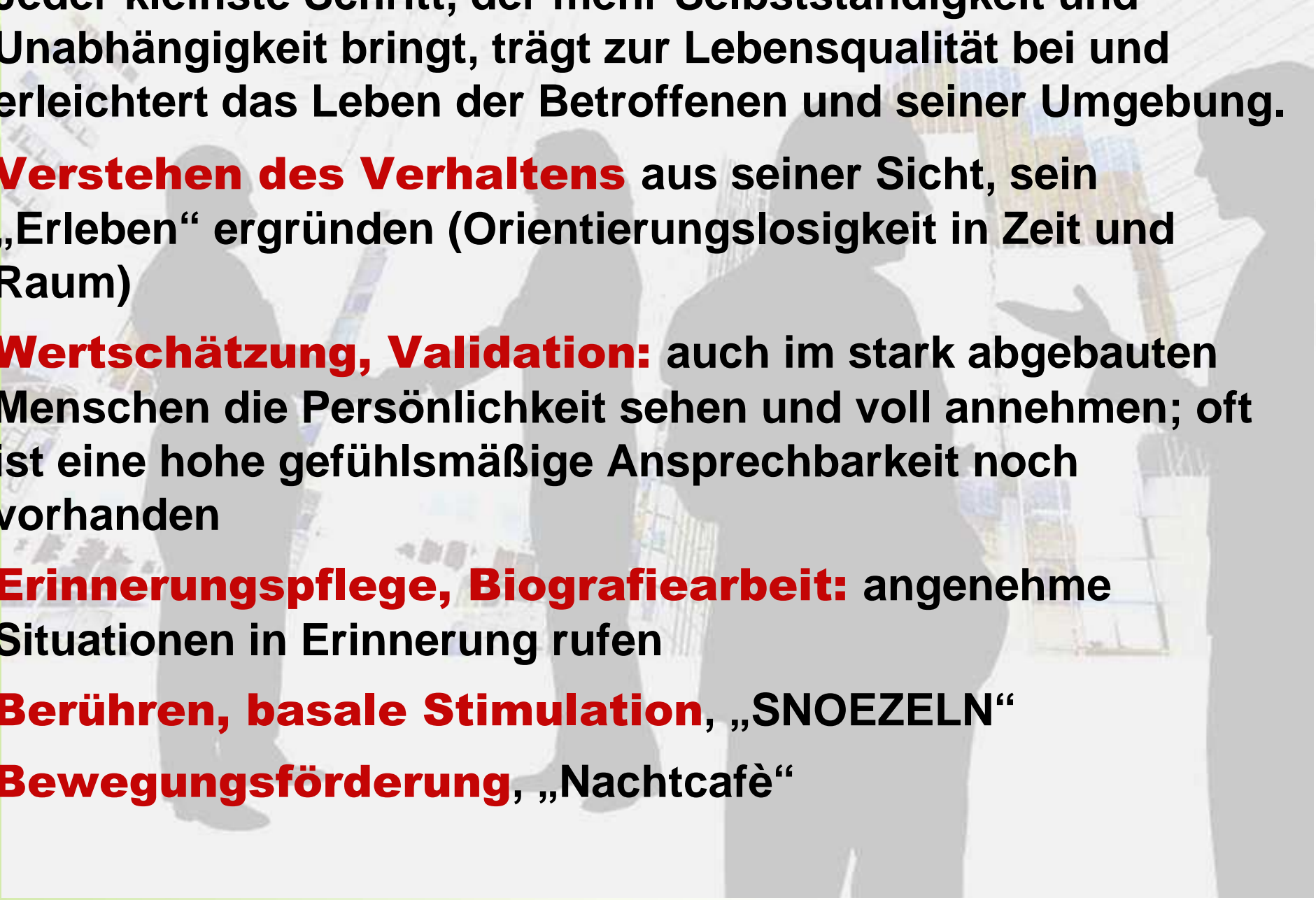
Verstehen des Verhaltens aus seiner Sicht, sein „Erleben“ ergründen (Orientierungslosigkeit in Zeit und Raum)

Wertschätzung, Validation: auch im stark abgebauten Menschen die Persönlichkeit sehen und voll annehmen; oft ist eine hohe gefühlsmäßige Ansprechbarkeit noch vorhanden

Erinnerungspflege, Biografiearbeit: angenehme Situationen in Erinnerung rufen

Berühren, basale Stimulation, „SNOEZELN“

Bewegungsförderung, „Nachtcafé“



Johannes Hallauer • Christel Bienstein
Ursula Lehr • Hannelore Rönsch

SÄVIP – Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen

SÄVIP- Studie: 2004

782 Heime erfasst (von ca. 8700) mit 65.000 Plätzen (von 650.000) in allen 16 Bundesländern; über 80jährige; Frauen mit 78% vertreten:

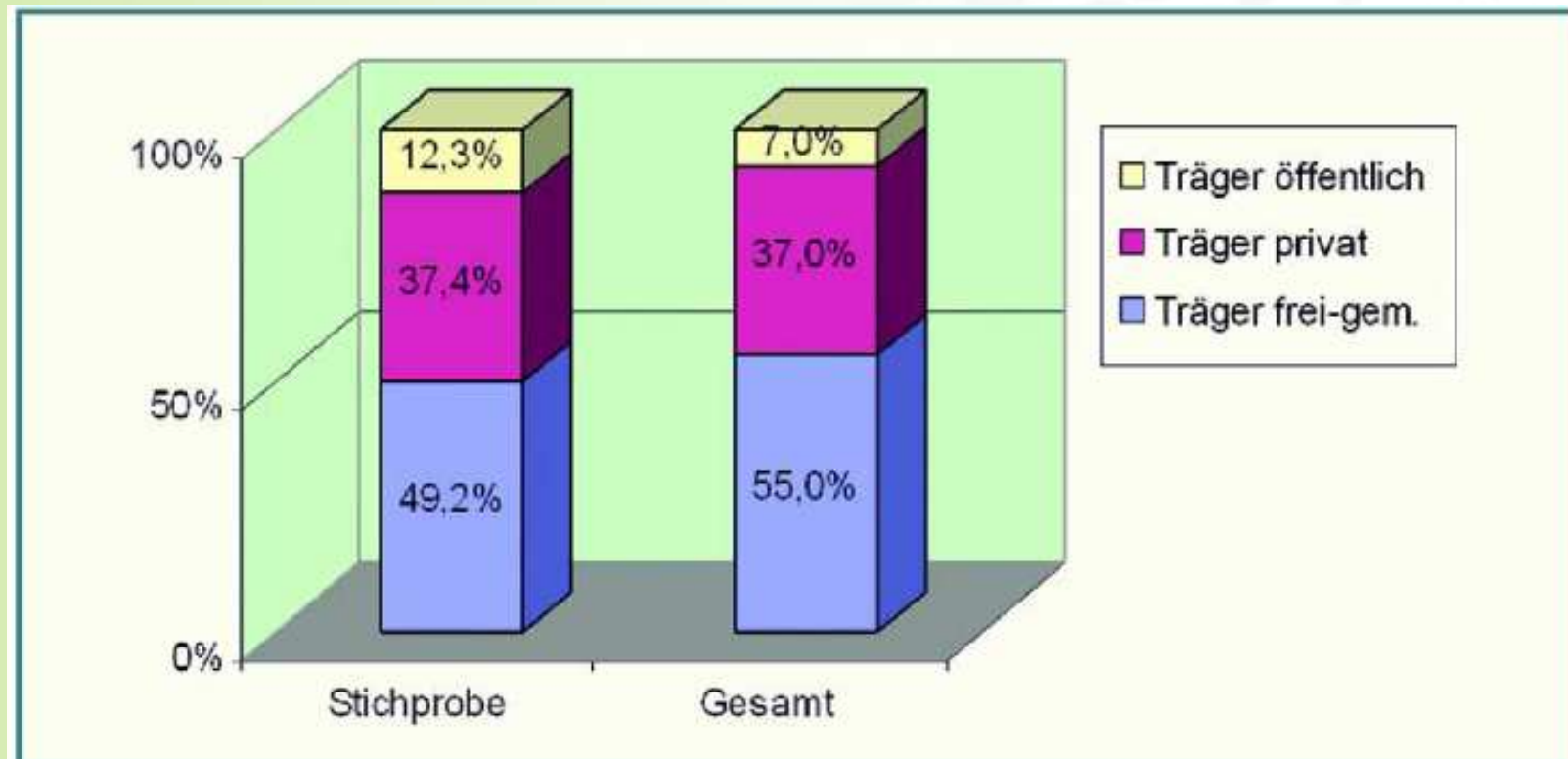


Abbildung 2: Beteiligung der Heime an der Studie nach Trägerschaft

Gesundheitliche Probleme bei Heimbewohnern

- **Mobilitätseinschränkungen**
- **Inkontinenzprobleme**
- **Einschränkungen der körperlichen Leistungsfähigkeit**
- **Depressionen**
- **demenzielle Erkrankungen**
- **Einschränkungen der Sensorik (Sehen, Hören)**
- **Zahnprobleme**

**Wo bleibt der Orthopäde, der Neurologe, der
Psychiater, der Augenarzt, der Hals-Nasen-Ohrenarzt,
der Zahnarzt im Pflegeheim?**

Mobilität der Bewohner: unfähig, den Facharzt in seiner Praxis aufzusuchen

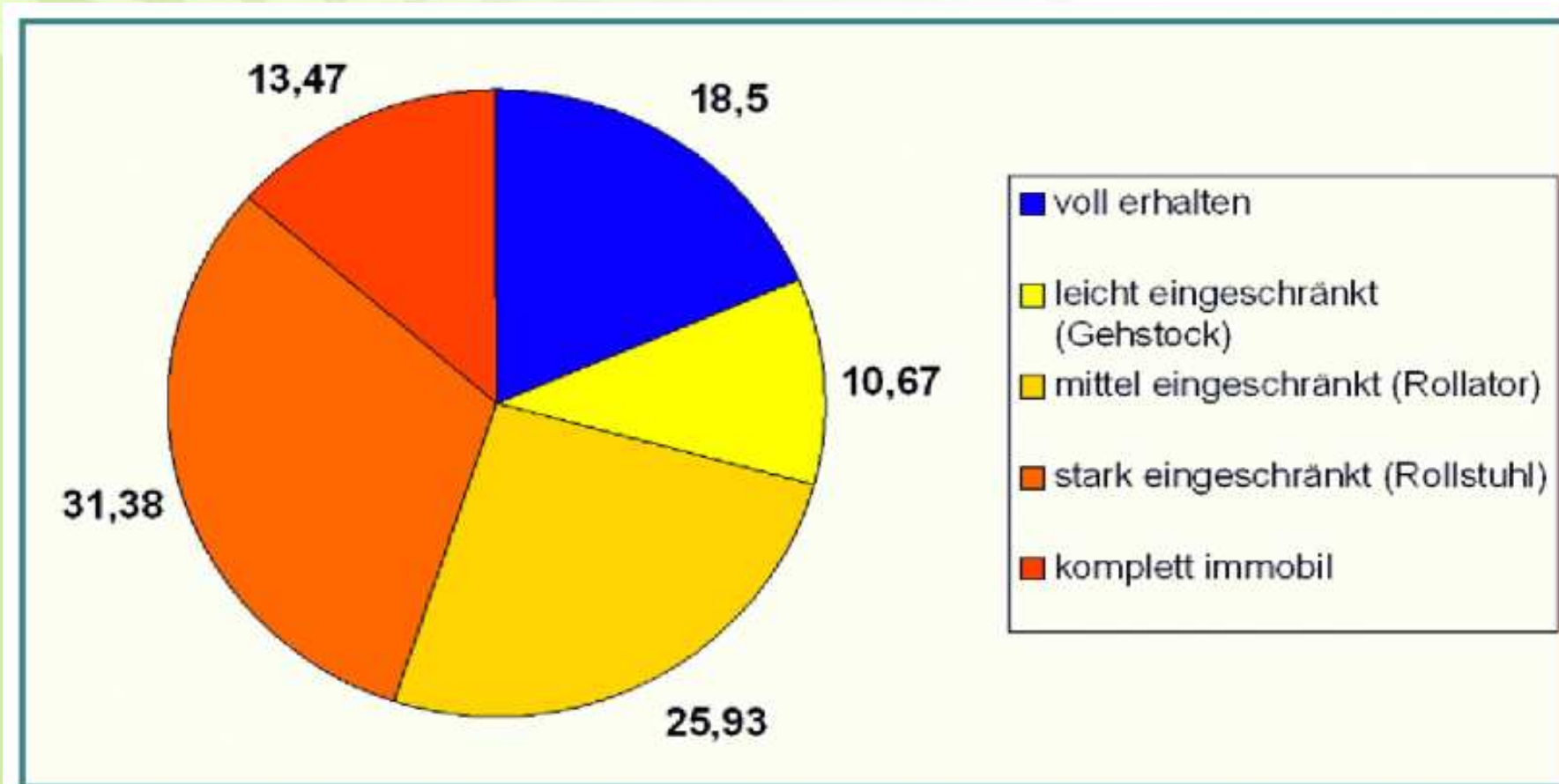


Abbildung 4: Mobilitätsgrade der Heimbewohner in % (n = 59.000)

Arztbesuche außerhalb des Heimes kaum möglich

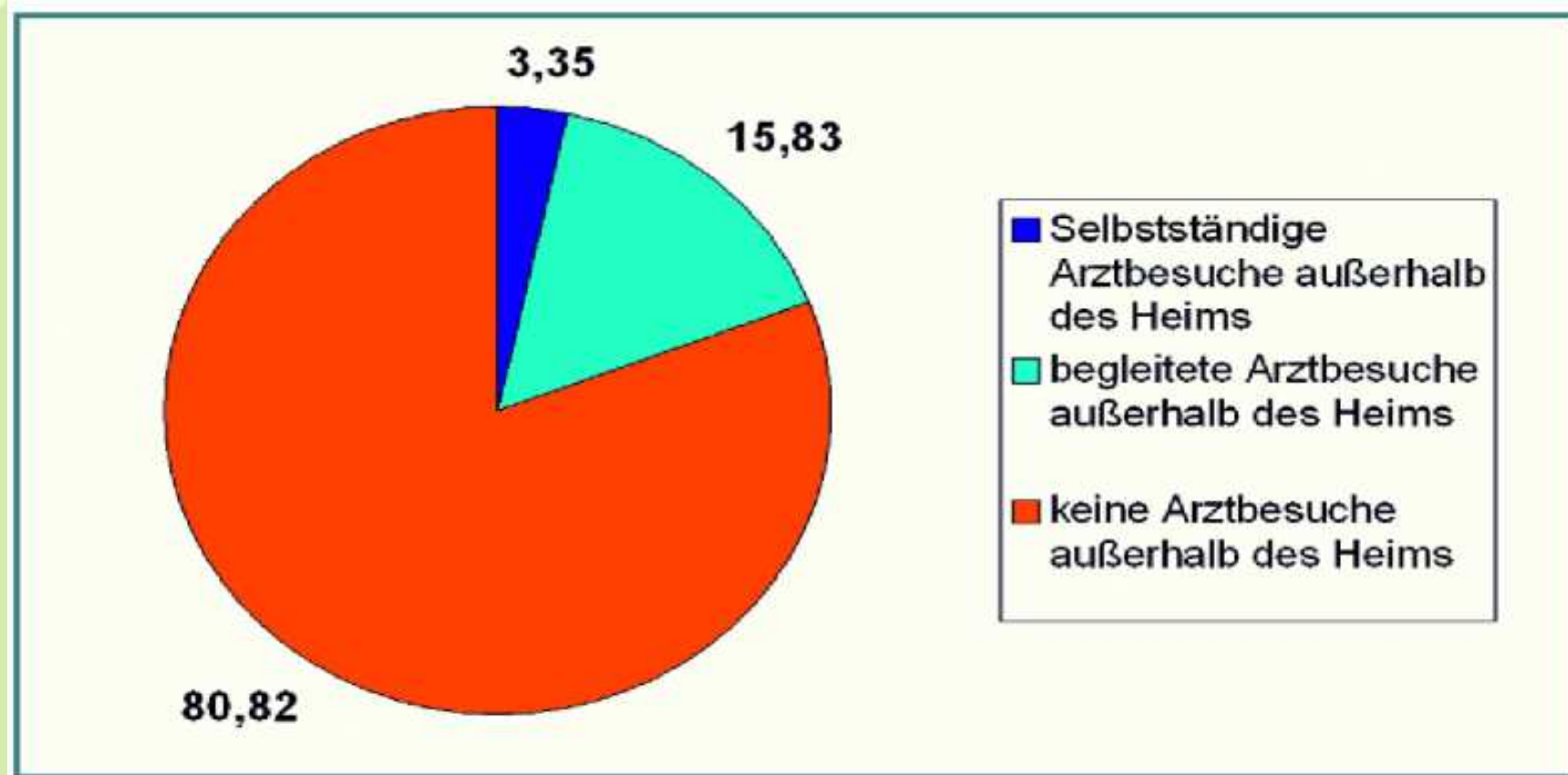
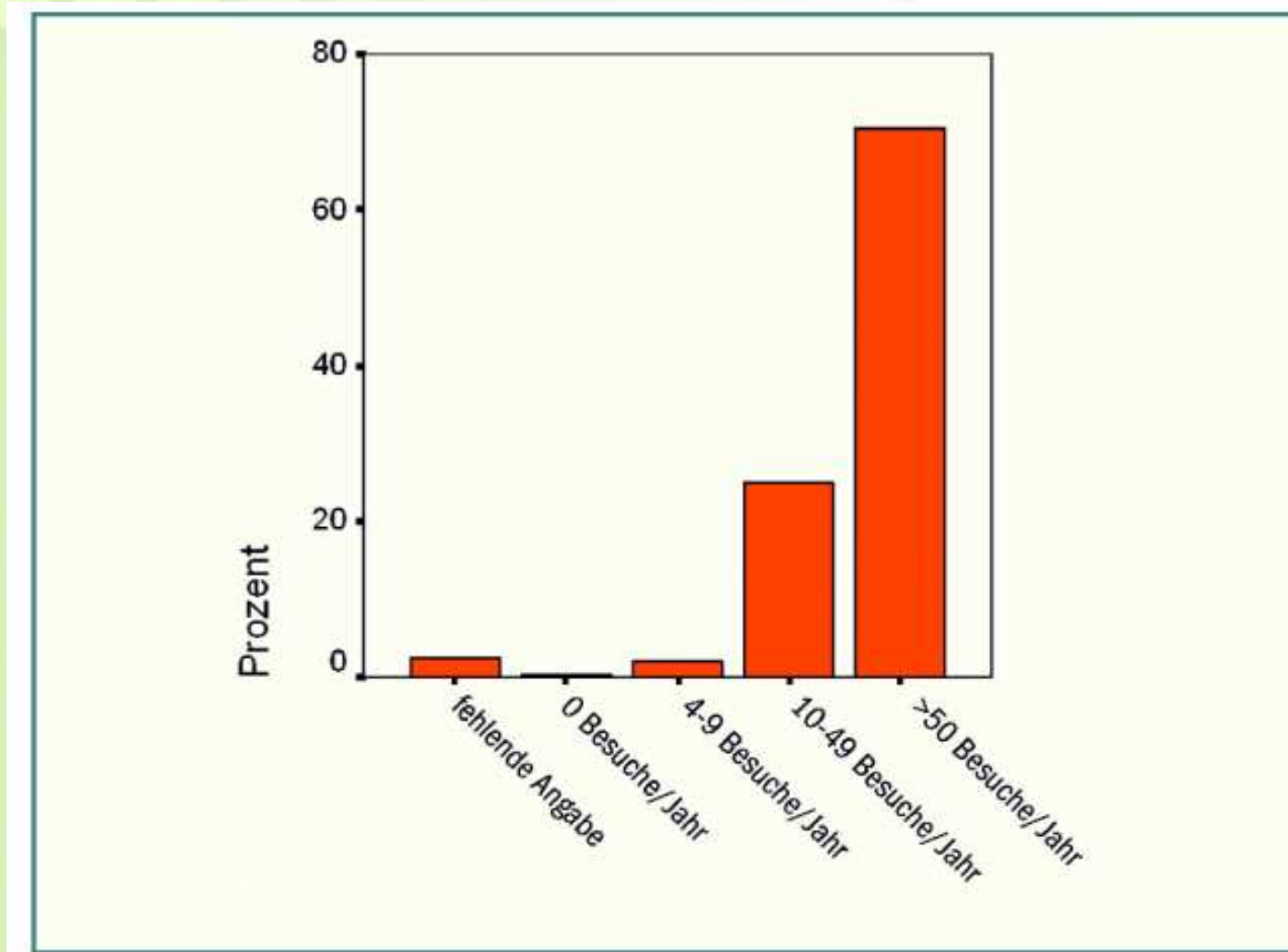


Abbildung 5: Besuche von Heimbewohnern in Arztpraxen außerhalb des Heims in % (n = 57.000)

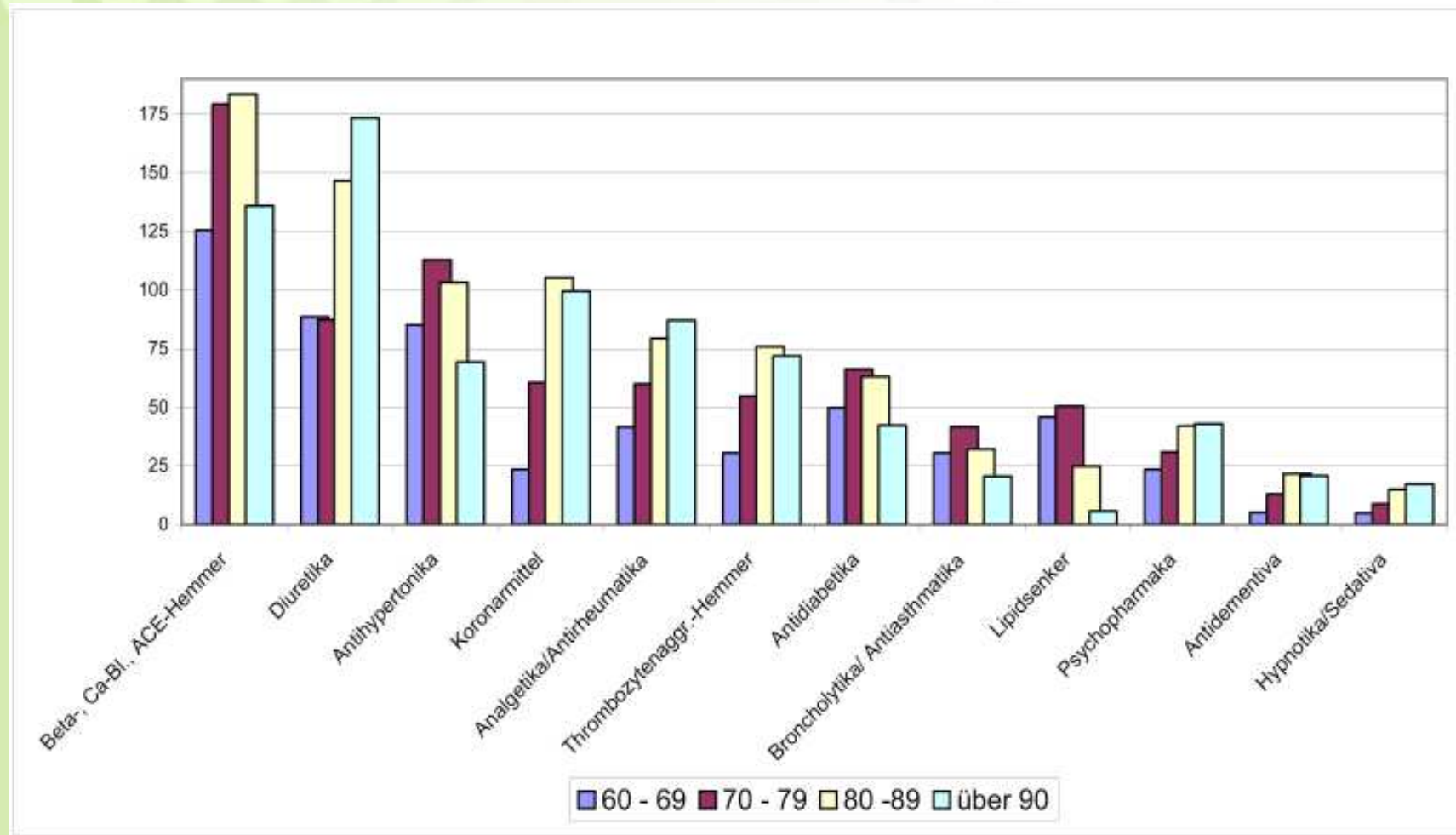
Heim-Besuchshäufigkeit: Allgemeinmediziner



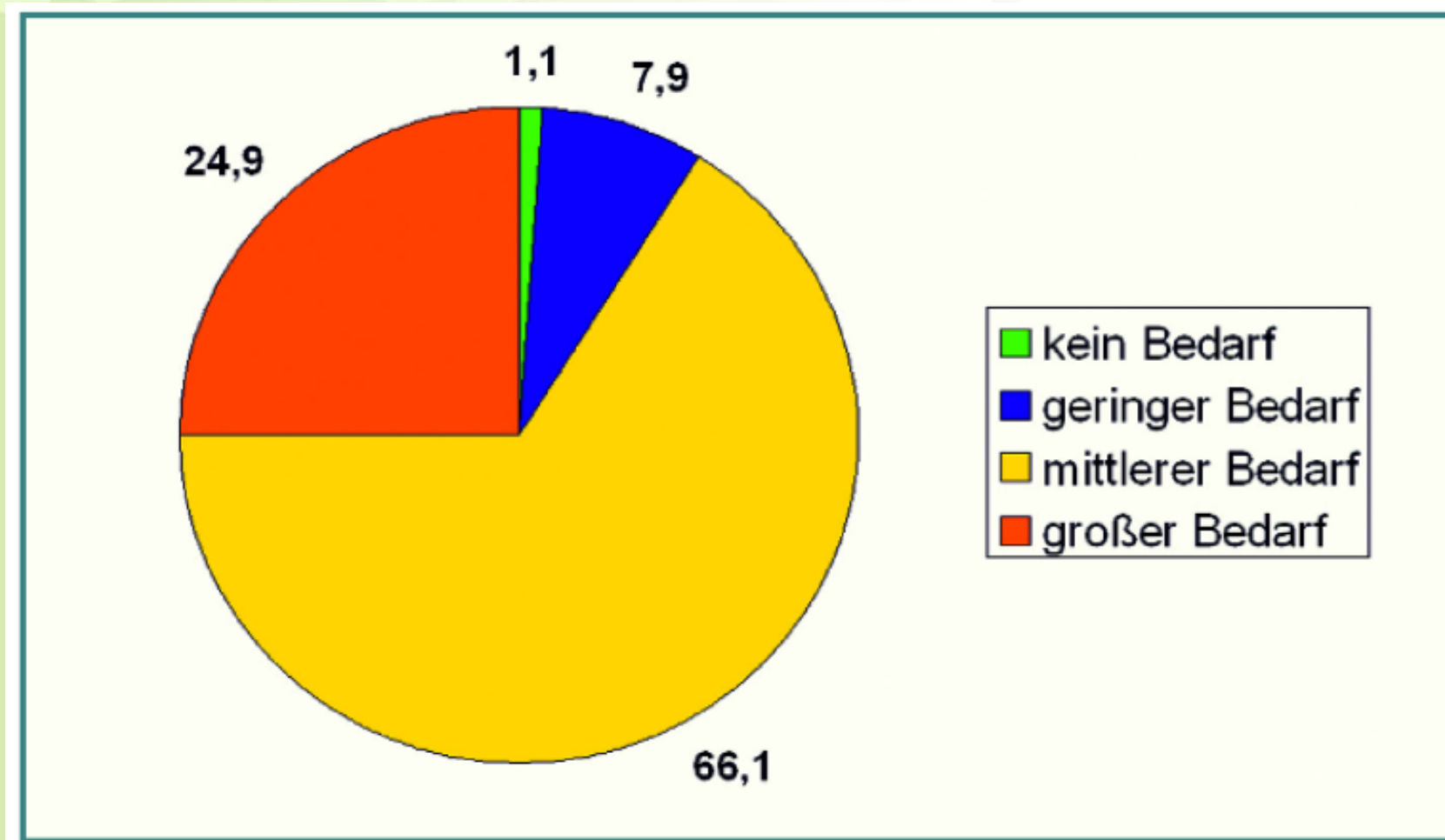
Hausärzte kommen häufig in die Heime, Fachärzte jedoch selten

Oft könnte eine Facharztbehandlung nicht nur zur Lebensqualität der Bewohner und zu deren größerer Selbstständigkeit beitragen, sondern auch zur Reduzierung des notwendigen Pflegeaufwandes

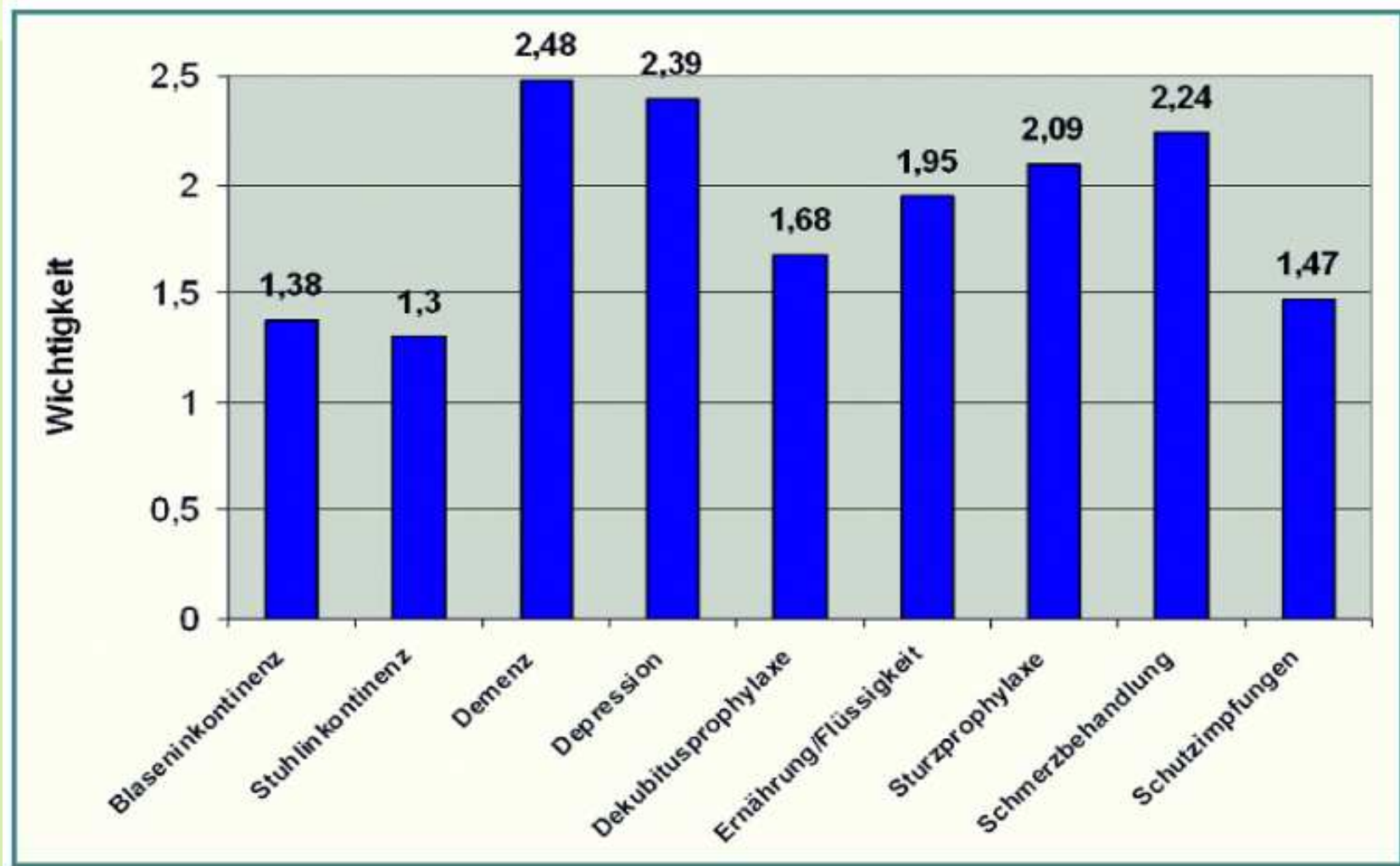
Nur etwa 15 % der Demenzpatienten erhalten Antidementiva, fast doppelt so viele Psychopharmaka



Allgem. Weiterbildungsbedarf des Heim-Pflegepersonals



Spez. Weiterbildungsbedarf des Heim-Pflegepersonals



Fazit und Empfehlungen

- > Die fachärztliche Versorgung weist erhebliche Lücken auf.**

So fehlt die Versorgung mit Frauenärzten, Augenärzten, HNO-Ärzten und Zahnärzten fast völlig. Die Betreuung durch Urologen und Orthopäden ist unzureichend.

Von Neurologen und Psychiatern werden nur ein Drittel der Bewohner mit entsprechendem Krankheitsbild erreicht.

Erforderliche Maßnahmen:

- **Korrektur des negativen Altenbildes bei Ärzten, Pflegepersonal und Angehörigen**
- **Facharztbesuche ermöglichen, anfordern**
- **Korrektur der Einstellung vieler Angehöriger, "das Heim sorgt für alles"**
- **an eigene Verantwortung erinnern**
- **Schulung der Betreuer**
- **Schulung im Umgang mit demenziell Erkrankten**

Demenzielle Erkrankungen werden heute nicht mehr totgeschwiegen, doch oft als schicksalshaft und völlig unbeeinflussbar hingenommen.

Suchen wir nach Wegen, diese Erkrankung zu verhindern oder wenigstens zu mildern!

„Fange nie an, aufzuhören

und

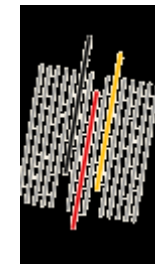
Höre nie auf, anzufangen!“

Es kommt nicht nur drauf an,
wie alt wir werden,
sondern wie wir alt werden;

es gilt,

nicht nur dem Leben Jahre zu geben,
sondern den Jahren Leben zu geben!

**Ein Leitspruch, der auch für Menschen mit
demenziellen Erkrankungen gelten sollte.**



*Danke
für Ihre
Aufmerksamkeit!*

