Karin Hahn

Wohngruppen für demente ältere Menschen

Praxisbeispiele besonderer Betreuungskonzepte

Diplomica Verlag

Karin Hahn
Wohngruppen für demente ältere Menschen
Praxisbeispiele besonderer Betreuungskonzepte

ISBN: 978-3-8366-4185-2
Herstellung: Diplomica® Verlag GmbH, Hamburg, 2010

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtes.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Die Informationen in diesem Werk wurden mit Sorgfalt erarbeitet. Dennoch können Fehler nicht vollständig ausgeschlossen werden und der Verlag, die Autoren oder Übersetzer übernehmen keine juristische Verantwortung oder irgendeine Haftung für evtl. verbliebene fehlerhafte Angaben und deren Folgen.

© Diplomica Verlag GmbH
http://www.diplomica-verlag.de, Hamburg 2010

INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitung 07

2. Was ist Demenz? 10

2.1 Epidemiologie der Demenz 11
2.1.1 Prävalenz von Demenzen 12
2.1.2 Inzidenz der Demenz 15
2.1.3 Demenzrisiko 16
2.2. Übersicht der verschiedenen Erscheinungsformen der Demenz 17
2.3 Verlauf von Demenzen 19
2.4 Demenz vom Alzheimer-Typ 21
2.4.1 Prävalenz der Alzheimer-Demenz 23
2.4.2 Risikofaktoren der Alzheimer-Demenz 23
2.4.3 Laborbefunde der Alzheimer-Demenz 24
2.5 Vaskuläre Demenz 24
2.5.1 Prävalenz der vaskulären Demenz 25
2.5.2 Risikofaktoren der vaskulären Demenz 25
2.5.3 Laborbefunde der vaskulären Demenz 25
2.6 Diagnostik 26
2.7 Therapie 28
2.7.1 Nicht-pharmakologische Interventionen 28
2.7.2 Medikamentöse Therapie 32

3. Wohngruppen für demente ältere Menschen 36
3.1. Prinzipien von Wohngruppen 38
3.2. Typen von Wohngruppen 40
3.3 Segregation versus Integration 45
3.4 Tagesstruktur und Arbeitsabläufe in der Wohngruppe 50
3.5 Personaleinsatz in der Pflege und Betreuung dementer Menschen 52
3.6 Die Wohnstruktur von Wohngruppen 55

3.7 Demenzgerechte Architektur 60
3.8. Rechtliche Rahmenbedingungen von Wohngruppen
für demente ältere Menschen 64
3.8.1.Recht und Demenz 64
3.8.2 Wohngruppen und Heimrecht 70
3.8.3 Wohngruppen und Sozialrecht 73
3.9 Finanzierungsoptionen für ein Wohngruppenprojekt 78

4. Betreuungskonzepte 82
4.1. Realitätsorientierungstraining 82
4.2. Validation 84
4.3. Milieutherapie 88
4.4. Umgang mit dementen Menschen 94
4.4.1 Erleben aus Sicht der Betroffenen 96
4.4.2 Erleben aus Sicht der Angehörigen 101
4.4.3 Erleben aus Sicht der professionellen Pflegekräfte 108

5. Praxisbeispiele für betreute Wohngruppen 113
5.1 Stationär betreute Wohngruppe am Beispiel des Gradmann Haus 113
5.1.1 Leitgedanken 113
5.1.2 Rahmenbedingungen 114
5.1.3 Ausstattung 117
5.1.4 Zielsetzung 121
5.1.5 Leben und Aktivitäten in der Gemeinschaft 125
5.1.6 Personalkonzept 127
5.1.7 Angebote im Gradmann Haus 129
5.1.8 Angehörige in der Einrichtung 131
5.1.9 Kosten und Finanzierung 134
5.1.10 Aufnahmekriterien 135
5.2 Ambulant betreute Wohngruppe am Beispiel Berlin- Tiergarten 139
5.2.1 Leitgedanken 139

5.2.2 Rahmenbedingungen 139
5.2.3 Ausstattung 141
5.2.4 Zielsetzung 142
5.2.5 Leben und Aktivitäten in der Gemeinschaft 143
5.2.6 Angehörige in der Wohngruppe 144
5.2.7 Personalkonzept 144
5.2.8 Kosten und Finanzierung 146
5.2.9 Planung der Wohngruppe 149

6. Diskussion 151

7. Schlussbemerkungen 153

8. Anhang Demographische Entwicklung 154

9. Literaturverzeichnis 161

1. Einleitung

Demenz ist eine der häufigsten und folgenreichsten psychiatrischen Erkrankungen im höheren Alter, die neben den außergewöhnlichen Belastungen für Betroffene und Pflegende mit hohen gesellschaftlichen Kosten sowie vermindertem sozialen Status für die Betroffenen verbunden ist. Demenzielle Erkrankungen und ihre Folgen für Betroffene, Angehörige und das professionelle Hilfesystem sind in den letzten Jahren daher verstärkt in das öffentliche Bewusstsein gerückt. Angesichts der Problematik der Betreuung von Demenzerkrankten, die derzeit etwa 900.000 beträgt und ihrer Verdoppelung bis schätzungsweise 2040, ist das öffentliche Interesse verständlich.

Die heute über 65-Jährigen leben relativ zufrieden und werden immer älter. Was geschieht, wenn sie an Demenz erkranken? Werden sie dann von ihren Kindern, von denen sie meist getrennt leben, versorgt und gepflegt? Können Wohngruppen für demente ältere Menschen eine adäquate Versorgungsmöglichkeit für die Betroffenen bieten? Sind solche Angebote vorhanden und wie erfolgt die Umsetzung?

Für die betroffenen Angehörigen, gleichfalls für ambulante Pflegedienste, gesetzliche Betreuer und Selbsthilfeorganisationen ist dies der Anlass, nach neuen Wegen der Versorgung für demenziell erkrankte Menschen zu suchen. Denn pflegende Angehörige geraten bei Fortführung der Versorgung ihres erkrankten Familienmitglieds häufig an die Grenzen ihrer physischen und psychischen Leistungsfähigkeit. Selbst professionelle ambulante Dienste können einen mittelschwer Demenzkranken auf Dauer nicht verantwortlich in seiner eigenen Wohnung versorgen. Verhaltensauffälligkeiten und Verwahrlosung zwingen über kurz oder lang die bisherigen Pflegepersonen über eine Alternative nachzudenken.

Mein Interesse für dieses Thema wurde geweckt durch die Betreuung einer dementen 87-jährigen Frau. Frau M. wohnt seit drei Jahren alleine in einer modernen 3-Zimmerwohnung. Frau M. ist seit 11 Jahren verwitwet. Ihr Sohn bat Frau M. um den Umzug, der mit einem Wechsel des Ortteils einherging, um sie in seiner Nähe zu haben. Der berufstätige, 60-jährige Sohn und seine Familie wohnen drei Häuser weiter. Die Schwiegertochter ist Hausfrau, die 20-jährige Enkeltochter ist in der Ausbildung und lebt ebenfalls zu Hause.

Die Schwiegertochter hat ihre eigene Mutter fünf Jahre bei sich zuhause gepflegt. Sie sagt, sie wolle jetzt auch mal Zeit für sich haben, außerdem könne sie ihre Schwiegermutter nicht bei sich ertragen, da diese „keine Ruhe gibt“. Durch die räumliche Nähe - vom Fenster aus kann man das Haus des Sohnes sehen - erfolgen fast täglich Besuche. Die alte Dame versteht aber nicht, warum sie alleine leben muss und besonders ihr Sohn nicht mehr Zeit mit ihr verbringt.

Frau M. kann mit Hilfe eines Gehwagen in ihrer Wohnung laufen und räumt gerne in ihrem Kleiderschrank herum. Unter Anleitung kann Frau M. Geschirr abspülen und Wäsche zusammenlegen. Sie kann selbstständig zur Toilette gehen. Frau M. braucht Hilfe bei der zeitlichen und örtlichen Orientierung, beim An- und Ausziehen, beim Waschen und zu Bett gehen. Einkauf und Kochen wird übernommen durch Pflege- und Betreuungspersonen, wobei Frau M. die Einkaufsliste mitbestimmt und beim Kochen gerne Anweisungen gibt. Alle vier Wochen macht der Hausarzt einen Hausbesuch. Frau M. wird körperlich adäquat versorgt, ist aber subjektiv nicht zufrieden. Sie oft traurig und fühlt sich allein gelassen. Ihren vor elf Jahren verstorbenen Mann vermisst sie sehr. Ungefähr alle zwei Monate entwickeln sich bei Frau M. psychosomatische Störungen. Sie hat undifferenzierte Schmerzen in den Beinen; sagt, sie könne nicht laufen. Frau M. sieht in diesen Phasen oft Dinge, die nicht da sind. Ihre latent vorhandene Angst kommt durch Schreien zum Ausdruck. Sie ruft während diesen Perioden ca. 20 bis 40 mal am Tag ihre Familie oder die Pflegepersonen an.
Obwohl ihr Sohn und seine Frau nicht mit ihr zusammen leben möchten, wollen sie die alte Dame nicht in ein Pflegeheim geben. Die Familie hat ein schlechtes Gewissen, da sie nicht dem Wunsch der alten Dame nachgeben und sie zu sich in ihr Haus nehmen. Die bestehende Situation ist für beide Seiten unbefriedigend.

Einen Einblick in das Leben und Wohnen in einem „normalen“ Pflegeheim konnte ich aus pflegerischer Sicht in einer einjährigen Arbeitszeit als Pflegeperson erhalten. Heime, die ohne spezifische Konzeption für die Betreuung Demenzkranker ihre Arbeit verrichten, können diesen meistens nicht gerecht werden. Viele Angehörige Demenzkranker möchten ihre Verwandten nicht in einem Pflegeheim versorgen lassen, weil sie dort noch häufig ein Angebot erleben, das ihren Ansprüchen an eine liebevolle, annehmende und fördernde pflegerische Betreuung bei weitem nicht genügt.

In konventionellen Arrangements besteht zudem folgende Diskrepanz: Während bei der ambulanten häuslichen Versorgung die Hauptpflegeperson umfassende Verantwortung trägt und ambulant zugeschaltete Dienstleistungen nur punktuell in Anspruch genommen werden, dominiert im Fall der stationären konventionellen Versorgung die Dienstleistung. Angehörige und Familie, oft mit schlechtem Gewissen, bleiben außen vor.

In diesem Zwischenraum präsentieren sich nun mehr speziell auf demenziell erkrankte Menschen zugeschnittene Wohngruppen. Angehörige brauchen nicht mehr alleine die Belastung der Versorgung zu tragen. Gleichzeitig wird ihnen die Option gegeben, am Gemeinschaftsleben der Wohngruppe teil zu nehmen und den erkrankten Angehörigen weiter zu begleiten.

Fraglich ist, ob Angehörige in den Alltag der Wohngruppen eingebunden werden können. Ist ein spezieller Umgang mit dementen älteren Menschen notwendig? Kann der besondere Umgang in einer Wohngruppe umgesetzt werden? Ist hierfür eine demenzgerechte Architektur vorteilhaft? Können spezielle Wohngruppen für demente ältere Menschen eine Alternative und gute Wahl sein für die letzte Häuslichkeit?

Im ersten Kapitel des Buches werden erste Grundlagen der Demenz erläutert. Dies beinhaltet Epidemiologie, eine Übersicht der verschiedenen Erscheinungsformen und den Verlauf von Demenzen. Die Demenz vom Alzheimer-Typ und die vaskuläre Demenz werden explizit behandelt. Abschluss des Kapitels sind Diagnostik und Therapie.

Im darauffolgenden Kapitel werden Wohngruppen für demente ältere Menschen mit Prinzipien und unterschiedlichen Typen vorgestellt. Segregation versus Integration wird dargelegt. Weiterhin werden die Tagesstruktur und Arbeitsabläufe in der Wohngruppe sowie Personaleinsatz in der Pflege und Betreuung dementer Menschen gezeigt. Wohnstruktur und Architektur sowie rechtliche Rahmenbedingungen sind ebenso dargestellt. Das Recht hinsichtlich Demenz, Heimrecht und Sozialrecht wird ausführlich erläutert. Am Ende des Kapitels werden unterschiedliche Finanzierungsoptionen geschildert.

Im Kapitel Betreuungskonzepte werden drei unterschiedliche Ansätze vorgestellt. Im weiteren wird der Umgang mit Dementen behandelt, um in Unterkapiteln das jeweilige Erleben aus Sicht der Betroffenen, der Angehörigen und der professionellen Pflegekräfte zu erläutern.

Als Abschluss stelle ich zwei unterschiedliche Beispiele realisierter Konzepte für Wohngruppen dar. Der Anhang behandelt die demographische Entwicklung Deutschlands um die Dringlichkeit dieses Themas zu verdeutlichen.

2. Was ist Demenz?

Bereits in der Antike wurde der Begriff Demenz (lateinisch: de mens = ohne Verstand) für das Phänomen der geistigen Verwirrtheit von Marc Aurel in seinen „Selbstbetrachtungen“ verwendet (Kötter und Hampel, 2003).
Erste erklärende Definitionen der Neuzeit wurden von dem französischen Psychiater Pinel (1745-1826) bestimmt. Sein Schüler Esquirol (1772-1840) definierte die Demenz als zerebrale Erkrankung, die durch eine Herabsetzung der Vernunft, des Verstandes und des Willens gekennzeichnet ist. Die Differenzierung der am häufigsten vorkommenden primären Demenzformen in vaskulär bzw. hirndegenerativ bedingte Formen wurde von Binswanger (1894) und Alzheimer (1898) erkannt (Werner, 1997; Heuft et al., 2000).

Demenz ist eine chronisch progrediente Erkrankung, die mit Gedächtnisstörungen beginnt und mit einem vollständigem Verlust von Kompetenzen und Persönlichkeit sowie absoluter Pflegebedürftigkeit endet. Die durchschnittliche Krankheitsdauer bis zum Todesfall wird mit etwa 7 bis 8 Jahren für die Alzheimer-Demenz und etwa ein Jahr weniger für vaskuläre Demenzen angegeben. Lebensalter und Auftreten anderer Erkrankungen ergeben Unterschiede und Abweichungen (Bickel, 2003).
Auftretende psychische, nichtkognitive Auffälligkeiten wie Depressionen, Schlafstörungen, Unruhe, Angst, paranoid-halluzinatorische Syndrome und Aggressionen führen zu einer Verschlechterung der Lebensqualität des Kranken und zu erheblichen Belastungen für die Betreuenden. Auch psychosoziale Einflüsse, die individuelle Persönlichkeit und noch vorhandene Konfliktbewältigungsstrategien spielen eine Rolle (Hock, 2000).

Der Oberbegriff Demenz umfasst eine Reihe von Krankheitsbildern mit unterschiedlichen Ursachen. Die beiden wichtigsten Erkrankungen sind die Alzheimerkrankheit mit 72 % und die vaskuläre Demenz mit 16 %. Deshalb werde ich diese beiden in 2.4 und 2.5 näher erläutern. Die Feldstudie, die unter Verwendung neuerer Diagnosekriterien in Rotterdam bei über 65-Jährigen, durchgeführt wurde, ermittelte weitergehend folgende Häufigkeiten: auf Parkinson-Demenzen 6 % und auf sonstige Demenzformen 5 % der Fälle (Ott et al., 1995).

Die Klassifizierung differenziert in leichte, mittelschwere und schwere Demenzen.

Leichte Demenzen entsprechen kognitiven Störungen. Schwierigere Anforderungen können nicht mehr, oder nur teilweise bewältigt werden. In dieser Phase ist also der Versorgungsbedarf noch gering.

Im mittelschwerem Stadium kommen demente Menschen nicht mehr ohne fremde Hilfe zurecht. Einige Fähigkeiten können noch erhalten sein, der Patient ist jedoch auf ständige Beaufsichtigung und Anleitung angewiesen.

Schwere Demenzen umfassen Krankheitsstadien, in denen der Patient keine Kompetenzen mehr zur Bewältigung der einfachsten alltäglichen Anforderungen besitzt, sondern permanente pflegerische Versorgung benötigt. Menschen mit mittelschweren und schweren Demenzen haben einen hohen Hilfs- und Versorgungsbedarf.
Eine Demenz kann nach DSM-IV-Definition progredient verlaufen, auf einem bestimmten Niveau stehen bleiben oder sich wieder zurückbilden. Eine Reversibilität ist abhängig von Zugänglichkeit der Erkrankung und der rechtzeitigen Behandlung. Das Ausmaß der Beeinträchtigung im Alltag wird zudem nicht nur vom Schweregrad der kognitiven Einbußen beeinflusst, sondern auch von der Verfügbarkeit sozialer Unterstützung (Lauter und Zaudig, 2003).

2.1 Epidemiologie der Demenz

Bei Verwendung unterschiedlicher Erhebungsmethoden und Diagnosekriterien kommen europäische Feldstudien zu dem gemeinsamen Ergebnis, dass etwa ¼ der über 65-Jährigen an einer psychischen Störung leidet. Ungefähr die Hälfte dieser Störun-

gen ist psychoreaktiv (Bickel, 2003; Radebold, 2002). Diese Störungen sind behandlungsbedürftig, wobei der Bedarf an psychotherapeutischer Hilfestellung auf 8 – 10 % der Erkrankten geschätzt wird (Heuft et al., 2000 ; Soeder, 2002).

Auf der Grundlage neuerer Meta-Analysen hat Bickel (2000) eine Schätzung der Zahl der Demenzkranken in Deutschland vorgenommen. Bezogen auf die 65-Jährigen und Älteren sind in Deutschland bei einer mittleren Prävalenzrate von 7,2 % etwa 900.000 Menschen von einer Demenz betroffen. Davon leiden ca. 650.000 an der Alzheimer Krankheit.

2.1.1 Prävalenz von Demenzen

Unter Prävalenz ist die Anzahl der Krankheitsfälle in einer definierten Population wie z.B. der Altenbevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt oder während eines bestimmten Zeitintervalls zu verstehen (Bickel, 2003).

Subklinische kognitive Defizite, die nicht die Demenzkriterien erfüllen, treten bei älteren Menschen relativ häufig auf. Leichte kognitive Störungen werden als Mild Cognitive Impairment, MCI bezeichnet; d.h. es ist eine bedeutsam verminderte, aber noch nicht die Bewältigung von Alltagsanforderungen merklich einschränkende kognitive Leistungsfähigkeit bemerkt worden. MCI ist insofern von Bedeutung, da sich bei durchschnittlich 40 % der Älteren mit MCI nach Ablauf von drei Jahren eine Demenz einstellt (Bickel, 2003).

Demenzen können auch in jüngeren Jahren auftreten. Die Prävalenz präseniler Demenzen ist jedoch sehr niedrig und die Gesamtzahl der Erkrankten wird auf etwa 20.000 bis 30.000 geschätzt (Bickel, 2000).

Die Prävalenz leichter Demenzen liegt nach den deutschen Untersuchungen in ähnlicher Höhe wie die der schwereren Formen. Es fehlt noch an klaren Kriterien, anhand derer in Bevölkerungsstudien frühe Stadien von gutartigen kognitiven Alterseinbußen von lebenslang bestehender Leistungsminderung und von vorübergehenden Beeinträchtigungen abgegrenzt werden können.

Bickel (2003) gibt die Resultate der „Canadian Study of Health and Aging“, dargestellt von Graham et al. 1997, als einzige repräsentative nationale Studie an. Der Schweregrad der Erkrankung, der von großer Bedeutung für den Betreuungsbedarf ist, wird überdies differenziert dargestellt. Danach leiden 2,6 % der über 65-Jährigen an schweren, 3,1 % an mittelschweren und 2,3 % an leichten Demenzen.
Weitere 16,8 % sind von leichten kognitiven Störungen betroffen, während 75,2 % der über 65-Jährigen kognitiv nicht beeinträchtigt sind.

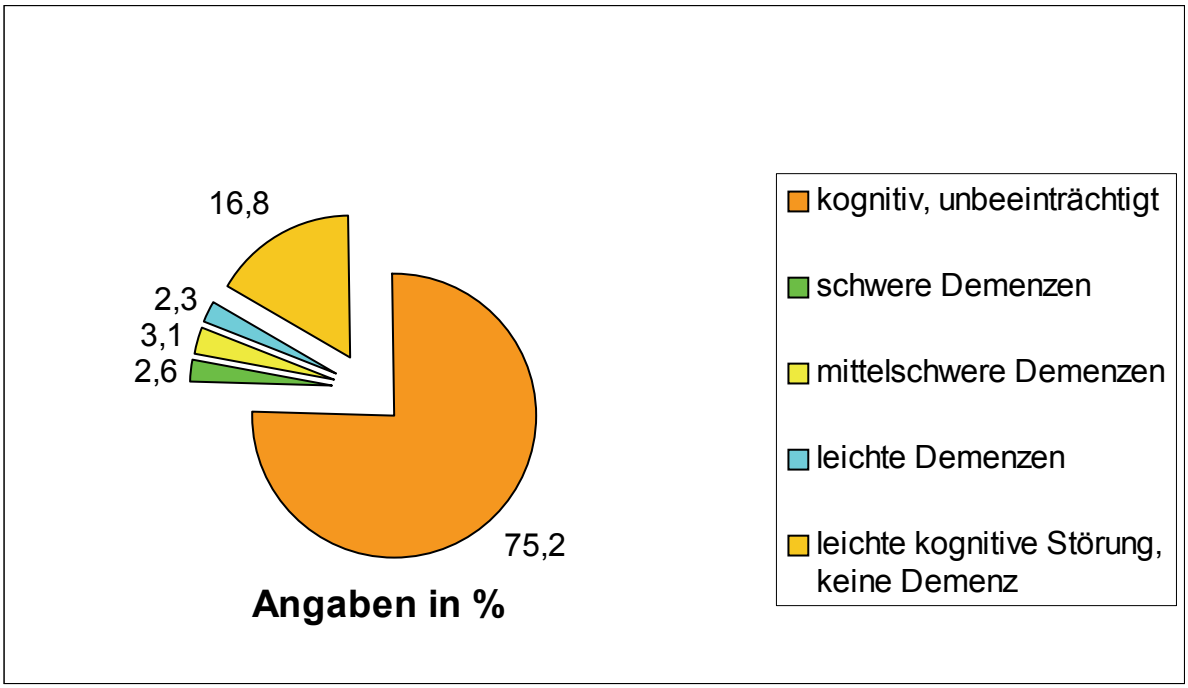

Abbildung 1 Prävalenz von kognitiven Beeinträchtigungen und Demenzen in der Altenbevölkerung nach Resultaten der „Canadian Study of Health and Aging“ (Graham et al., 1997, übernommen aus Bickel, 2003, S.16).

Den starken Anstieg der Prävalenz von Demenzen mit wachsendem Alter veranschaulicht Abbildung 2. Prävalenzraten verschiedener epidemiologischer Studien wachsen von 1,4 % bis 1,6 % in der Altersgruppe der 65 bis 69-Jährigen auf 10 – 17 % unter den 80 bis 84-Jährigen und erreichen über 30 % hinausgehende Werte unter den über 90-Jährigen (Lauter und Zaudig, 2003; Bickel, 2003).

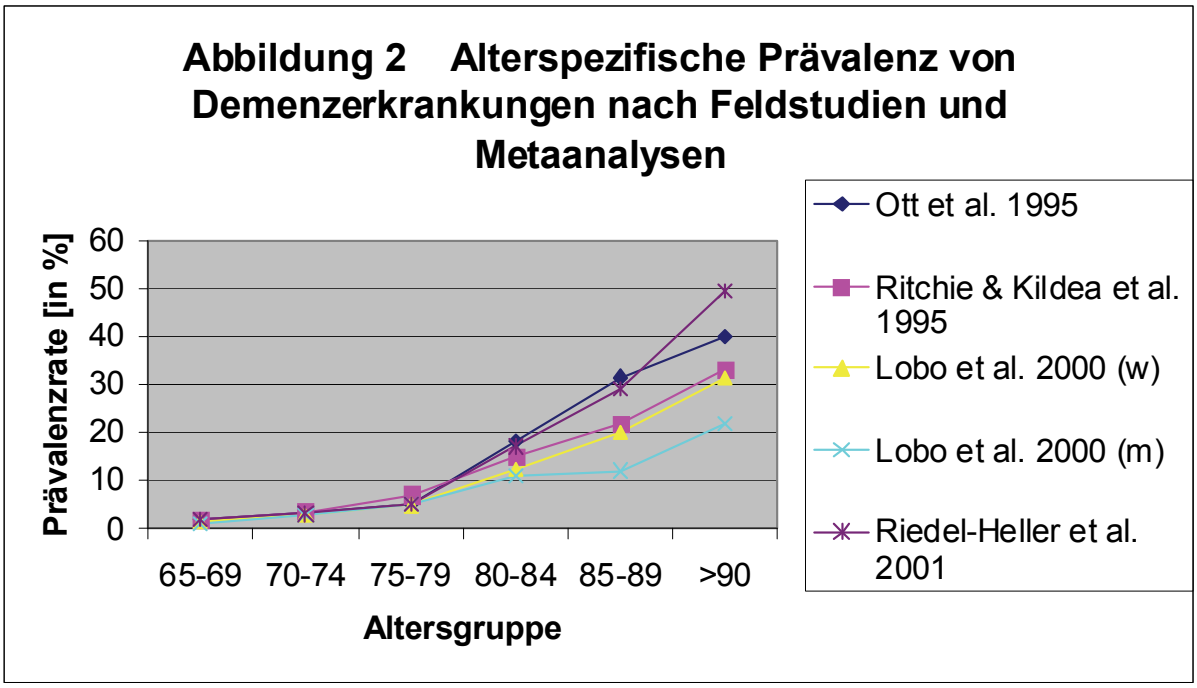

Abbildung 2 Altersspezifische Prävalenz (Bickel, 2003, S.17)

Die BASE-Studie stellte für die über 70-Jährigen eine Prävalenz von 13,9 % fest. Sie steigt bis zu 33 % bei den Männern und bis zu 47 % bei den Frauen an (Reischies et al., 1997). Frauen dieser Alterstufe gehören oft zu den niedriger Gebildeten. Demenz ist deutlich weniger bei höher Gebildeten zu finden.

Im Rahmen der Berliner Altersstudie berichten Helmchen et al. (1996) bei den 90 bis 94-Jährigen über eine Prävalenz von 32 %. Nach Bickel (2003) ist es jedoch strittig, wie sich die Raten unter den über 95-Jährigen oder den über 100-Jährigen fortsetzen.

Schwerdt und Tschainer (2002, S.189) verweisen auf eine „Schwellentheorie“ zur Demenz, die davon ausgeht, dass eine primäre Demenzerkrankung die Eskalation des physiologischen Alterungsprozesses sei, der dann pathologische Bedeutung erhält, wenn eine definierte Schwelle überschritten wird.

Diese Schwelle ist dadurch markiert, dass der betreffende Mensch einen Hilfs- oder Pflegebedarf entwickelt, weil seine Kompensationsmöglichkeiten erschöpft sind. Auf diese „Schwellentheorie“ könnten die Forschungsergebnisse der BASE-Studie hinweisen, in denen ein niedriger Bildungsgrad einen Risikofaktor darstellt. Interessant, aber auch noch ungeklärt ist, ob lebenslang ausgeübte umfassende geistige Aktivitäten tatsächlich den pathologischen Demenzprozess im Gehirn verhindern oder lediglich die Kompensationsmöglichkeiten der Betroffenen bezüglich der entstehenden Ausfälle verbessern können.

2.1.2 Inzidenz der Demenz

Die Inzidenz bezieht sich auf die Anzahl der Neuerkrankungen, die in einer Population unter den zuvor Gesunden während eines festgelegten Zeitraums - meistens ein Jahr - auftreten (Bickel, 2003).
Abbildung 3 stellt die altersspezifischen Inzidenzraten aus einigen umfangreicheren Studien und aus einer Metaanalyse dar. Von durchschnittlich 0,2 % - 0,4 % unter den 65 bis 69-Jährigen steigen die Inzidenzraten auf mehr als 3 % unter den 80 bis 84-Jährigen und auf mehr als 7 % -10 % unter den über 90-Jährigen an.

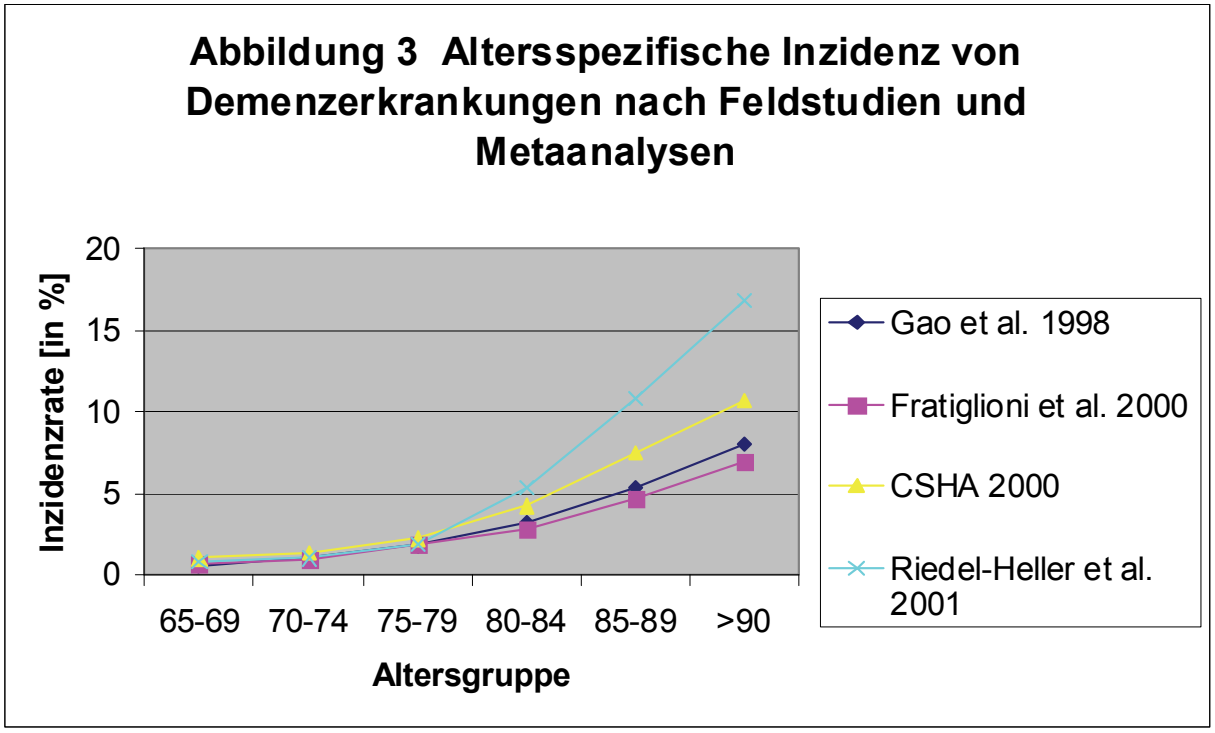

Abbildung 3 Alterspezifische Inzidenz (Bickel, 2003, S.18)

Für die Altenbevölkerung insgesamt beläuft sich die Inzidenzrate auf 1,5 – 2 %. Nach den Studien nimmt die Inzidenz noch in den höchsten Altersstufen zu, das heißt das Risiko einer Neuerkrankung endet nicht mit einer bestimmten Altersgrenze.
Hochgeschätzt auf die Altenbevölkerung Deutschlands heißt das, dass mit jährlich ca. 200.000 Neuerkrankungen an Altersdemenz und darunter etwa 120.000 Neuerkrankungen an Alzheimer Demenz zu rechnen ist.
Bei der gegebenen Geschlechts- und Alterszusammensetzung der Bevölkerung treten 60 % der Neuerkrankungen im Alter von über 80 Jahren auf. 70 % davon entfällt aufgrund der höheren Lebenserwartung auf Frauen (Bickel, 2000).

2.1.3 Demenzrisiko

Werner (1997) weist in seiner Dissertation mit einer Metaanalyse von etwa vierzig epidemiologischen Feldstudien zur Demenz nach, dass ein individuelles Risiko eine Demenz zu entwickeln nicht zugenommen hat. Das Anwachsen der Prävalenzraten spiegelt nur den demographischen Prozess und das höhere Risiko hochaltriger Menschen für eine dementielle Erkrankung wieder. Bickel vermutet ebenfalls nach Schätzungen aus Feldstudienresultaten, „dass nicht nur ein prädisponierter Teil der Bevölkerung unter dem Risiko einer Demenzerkrankung steht, sondern dass fast jeder Mensch eine Demenz entwickelt, wenn er ein sehr hohes Lebensalter erreicht“ (Bickel, 2003, S.18).

Dagegen konnte in einem Teilprojekt der Heidelberger Hundertjährigen-Studie die analysierte Stichprobe von Hundertjährigen in zwei anzunehmende Extremgruppen gegliedert werden. Eine Gruppe, die gar keine oder nur sehr geringe kognitive Leistungseinbußen zeigt und eine Gruppe, bei der ein sehr großes Defizit auffällt. Insgesamt deuten die Ergebnisse darauf hin, dass selbst im höchsten Alter die kognitive Entwicklung noch Spielräume für interindividuelle Unterschiede zulässt (Kliegel et al., 2001).

2.2. Übersicht der verschiedenen Erscheinungsformen der Demenz

Demenzen sind nach „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“ der Weltgesundheitsorganisation (WHO) eingeordnet in die Obergruppe der organischen Psychosen. Biologische Parameter teilen in primär oder sekundär wirkende organische Veränderungen ein. Die Internationale Klassifikation der Krankheiten stellt neuropathologische und neurochemische Merkmale bei der Demenz bei Alzheimer-Krankheit heraus. Die vaskuläre Demenz wird als eine Infarzierung des Gehirns als Folge einer vaskulären Krankheit bestimmt. Die sekundären Demenzformen werden ätiologisch als Folge anderer pathologischer Prozesse erklärt. Schwertd und Tschainer (2002) merken an, dass diese Erklärungen keine Verständnishilfen für das Verhalten demenzkranker Menschen geben können, da speziell psychische und soziale Aspekte die Erscheinung des Menschen im fortgeschrittenen Demenzprozess bestimmen. Es seien die psychischen und sozialen Phänomene, die ein Leben für und mit dem Kranken zunehmend schwierig machen: z.B. Ängstlichkeit, sozialer Rückzug, übertriebene Ordentlichkeit, Aggressivität, Depression, Wahn, Halluzinationen und Schlafstörungen.

Folgende Klassifikation ist erstellt nach ICD-10-Kodierung:

- F 00 Demenz bei Alzheimer-Krankheit
- F 00.0 Demenz bei Alzheimer-Krankheit mit frühem Beginn
- F 00.1 Demenz bei Alzheimer-Krankheit mit spätem Beginn
- F 00.2 Demenz bei Alzheimer-Krankheit, atypische oder gemischte Form
- F 00.9 nicht näher bezeichnete Demenz bei Alzheimer-Krankheit

- F 01. Vaskuläre Demenz
- F 01.0 Vaskuläre Demenz mit akutem Beginn
- F 01.1 Multiinfarktdemenz
- F 01.2 Subkortikale vaskuläre Demenz
- F 01.3 Gemischte kortikale und subkortikale vaskuläre Demenz
- F 01.8 Sonstige vaskuläre Demenz