

Kompetenz – Intelligenz - Demenz

*Prof. Dr. Dr. h.c. Ursula Lehr
Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg*

I. Zur Frage der Kompetenz

„**Kompetenz**“ (von lat. **competere**= **zusammenfügen**) stammt ursprünglich aus der Biologie und beschreibt die Bereitschaft von embryonalen Zellen, auf einen Reiz zu reagieren. Im weiteren – auch psychologischen – Sinne bezeichnet er zunächst „**Fähigkeiten**“ und ist juristisch gleichbedeutend mit der „**Zuständigkeit** eines Menschen, bestimmte Aufgaben verantwortungsvoll durchzuführen“. („er überschreitet seine Kompetenzen“, d.h. er tut etwas, was ihm aufgrund bestimmter Rahmenbedingungen **nicht** zusteht). – Zunehmend rücken doch bestimmte Qualitäten in den Vordergrund: „Auf dem Gebiet ist er sehr kompetent“. Hier werden bereichsspezifische Fähigkeiten hervorgehoben; so spricht man heute von „Fachkompetenz“, „Sachkompetenz“, von „sozialer Kompetenz“ oder auch von „kommunikativer Kompetenz“ - ein Begriff, den HABERMAS in den 80 Jahren etablierte. Früher sprach man von „besonderen Qualifikationen“, heute von „besonderen Kompetenzen“.

„Kompetenz“ ist ein Begriff, der vor 30,40 Jahren im deutschen Sprachraum relativ selten gebraucht wurde und der heute geradezu modern geworden ist und in den verschiedensten Zusammenhängen Anwendung findet – vom „Kompetenzzentrum für Nanotechnologie“, „Kompetenzzentrum für Solartechnik“, „Kompetenzzentrum für ultradünne funktionale Schichten“, vom „Kompetenzzentrum für Hochbegabtenförderung“ bis hin zum „Kompetenzzentrum für dementielle Erkrankungen“ in Nürnberg oder Köln.(insgesamt über 340.000 Eintragungen unter „Kompetenzzentrum“ im Internet!).

In dem gerade veröffentlichten **Handbuch für Gerontologie** (OSWALD, LEHR u.a. 2006) lesen Sie: „**Kompetenz beschreibt die Fähigkeiten und Fertigkeiten des Menschen zur Aufrechterhaltung oder Wiedererlangung eines selbständigen, aufgabenbezogenen und sinnerfüllten Lebens in einer gegebenen räumlichen, sozialen und infrastrukturellen Umwelt**“ (KRUSE 2006, S.32).

Man unterscheidet hier die sog. „**basale Kompetenz** (BALTES et al., 1989) und „erweiterte Kompetenz“. Basale Kompetenz erfasst die für eine selbständige Lebensführung notwendigen Grundfertigkeiten (Hygiene, Körperpflege, Einkaufen, Nahrungszubereitung, Benutzung von Verkehrsmitteln etc); **erweiterte Kompetenz** erfasst eine Vielzahl von Freizeitaktivitäten, sozialen Aktivitäten, instrumentellen Aktivitäten, die nicht für ein selbständiges Leben im Alter notwendig sind, aber zur Lebensquali-

tät erheblich beitragen können. Sicher wird man berufliche Qualifikationen hier auch dazurechnen.

Die basale Kompetenz ist weitgehend durch biologische Faktoren bestimmt, während der Bereich der erweiterten Kompetenz „im Wesentlichen durch individuelle Präferenzen, Motivationen und Ziele gekennzeichnet (ist), die biografisch verankert und daher stark von psychosozialen und kulturellen Faktoren abhängig sind“ (BALTES et al. 1989, S. 193), aber auch von beruflichen Anforderungen.

Nun, da es bei dieser Fachtagung um „**zukunftsweisende Strategien zur Qualitätssicherung in der spezialisierten Dementenbetreuung**“ geht, haben wir es einmal mit der „**basalen Kompetenz**“ der uns Anvertrauten und zum anderen mit der **speziellen Fachkompetenz (oder „erweiterten Kompetenz“)** der Pflegenden und Betreuenden zu tun.

Ein Blick ins Programm verspricht geradezu eine Zunahme der Betreuungskompetenz bei Ihnen - die dann auch zu einer Zunahme der basalen Kompetenz der Dementen führen kann.

II. Zur Frage von Intelligenz und Gedächtnis

Das zweite mir vorgegebene Stichwort war „**Intelligenz**“, das ich jedoch um den in unserem Zusammenhang nahe liegenden Begriff des „**Gedächtnisses**“ erweitern möchte. Der Begriff der „**kognitiven Fähigkeiten**“ schließt beides ein.

Vorweg: Es gibt Hochintelligente mit geringer Kompetenz (der Prof., der seiner Frau für die Nahrungsmittel für seine 5köpfige Familie ein Wocheneinkaufsgeld von 20.- DM gibt: ein Zeichen geringer Alltagskompetenz!) – und es gibt Menschen mit niedriger Intelligenz, die jedoch eine hohe Alltagskompetenz haben und auch in bestimmten Bereichen hochkompetent sind.

Menschliche Intelligenz ist zu verstehen im Sinne eines **Systems** „**von mehr oder minder zusammenhängenden Fähigkeiten oder Prozessen, deren Zusammenwirken sich in Leistungen wie der Lösung unterschiedlichster Erkennungs-, Gedächtnis-, Denk- und Wissensaufgaben manifestiert**“ (SMITH und BALTES, 1996, KRUSE 2006).

Das sogenannte „**Defizit-Modell des Alterns**“, das von einem naturbedingten Abbau intellektueller Leistungen sogar schon von der Mitte des 3. Lebensjahrzehnts ausging, wurde inzwischen widerlegt (s. LEHR: Psychologie des Alterns, 1972). Altern muss nicht Abbau von Fähigkeiten und Fertigkeiten bedeuten, kann – ein gewisses Training vorausgesetzt – sogar Gewinn, Zunahme kognitiver Fähigkeiten bedeuten. Man unterscheidet zwischen sog. „**kristalliner**“ und „**flüssiger**“ (oder „**fluid**“) Intelligenz, wobei die **kristalline Intelligenz**, die Allgemeinwissen, Erfahrungswissen, Wortschatz und Sprachverständnis sowie Problemlösefähigkeiten umfasst, eher konstant bleibt oder Zunahmen zeigt. Die **flüssige Intelligenz** hingegen, also Umstellungsfähigkeit, Wendigkeit, Kombinationsfähigkeit, Orientierung in neuen Situationen und dergl. kann mit zunehmendem Alter Einbußen erleiden, kann allerdings durch Training gesteigert werden.

Einfluss auf die Intelligenzentwicklung haben neben **genetischen Faktoren** (Studien an eineiigen Zwillingen in gleicher und unterschiedlicher Umgebung aufgewachsen) vor allem **Schulbildung** und **sozialer Status, berufliches Training, Gesund-**

heitszustand (objektiver und subjektiver, Seh- und Hörbehinderung, depressive Erkrankungen, u.a.m.).

In diesem Zusammenhang wäre auch auf das Konstrukt „**Gedächtnis**“ einzugehen (vgl. OSWALD, 2006, S.178ff), das sich auf **Informationsaufnahme, Informationsspeicherung, und –Wiedergabe** bezieht. Altersspezifische Unterschiede in der Gedächtnisleistung lassen sich auf verschiedene Mängel im Prozess des Lernens und Erinnerns zurückführen: Schwierigkeiten bei der Wahrnehmung (Hören, Sehen), bei der Konzentration beim Aufnahmeprozess, reduzierte Wahrnehmungs- und Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit, auf Probleme bei der Integration neuer Informationen in den vorhandenen Wissensbestand. – oder: 1. Wahrnehmungsprobleme, 2. Probleme bei der Kurzzeitspeicherung, 3. Bildung einer dauerhaften Spur, 4. Erhaltung der Spur, 5. im Erkennen einer neuen Situation, die zur Verwertung des aufgenommenen Materials auffordert, 6. in der Abruffähigkeit, der Aktualisierung des Materials aus dem Gedächtnis, 7. in der Auslösung der Reaktion („ich weiß es, aber ich wag es nicht zu sagen; es könnte ja falsch sein“), was bei negativem Selbstbild häufig vorkommt.

Gedächtnisleistungen, „Lerndefizite“, werden nicht primär durch die Anzahl der Lebensjahre, also durch den Alterungsprozess bestimmt, sondern durch eine Reihe von somatischen, sozialen, psychischen, pädagogischen und biografischen Faktoren. Erinnerungsstrategien spielen eine Rolle („Codierungsschwäche“), aber auch genetische Faktoren haben Einfluss auf Gedächtniskapazität und Gedächtnisart, auf das „visuelle“ oder „auditive“ Gedächtnis (SUGAR und MCDOWD, 1992). Lebensumstände, Anforderungen der Umgebung, aber auch Emotionen und Motivation wirken sich auf die Gedächtnisleistung aus. HÜPPE (1998, S.144f) stellte, dass bei positiver emotionaler Befindlichkeit Gedächtnisleistungen besser sind als unter neutralen Bedingungen oder negativer Befindlichkeit.

Versuche der Verbesserung der Gedächtnisleistung durch psychische Hilfen und Ratschläge gehören zu den frühesten Ansätzen einer psychologischen Intervention, deren Ursprünge man bis in die Antike zurückverfolgen kann (MICHELFELDER 1998). Erinnerung sei an die Gedächtnisspiele der Wiener Ärztin Franziska STENGEL (1976), die „Hirnleistungen“, Konzentration, Wortfindung, Merkfähigkeit, Reproduktionsfähigkeit trainieren. Auch das **Gehirn-Jogging** von LEHRL und FISCHER (1986), das eine Aktivierung zentralnervöser Aktivität, eine Anregung des Hirnstoffwechsels und der zerebralen Durchblutung bringen soll und so die geistige Leistungsfähigkeit im Allgemeinen und jene des Gedächtnisses besonders fördert. Auch BALTES (1987) und seine Schule haben die Mnemotechniken fortentwickelt und die „**Plastizität“ geistiger Leistungsfähigkeit** auch im hohen Alter nachgewiesen.

Die Bedeutung des **Gedächtnistrainings als Interventionsmaßnahme** (OSWALD, 1998, 2006, KAISER 2006, WAHL 2006) ist heute allgemein anerkannt. Wichtige Trainingsbereiche sind – nach den Ergebnissen der SIMA- Studie – Aufmerksamkeit, Konzentration, Bearbeitungstempo und Intensität im Kurzzeitspeicher, Informationsverarbeitung, Abrufprozesse und Mnemostrategien, die besonders erfolgreich sind und langfristige Effekte zeigen, wenn sie **mit einem Psychomotoriktraining kombiniert** werden. OSWALD (2006, S.335f) verweist auf „neuere neurophysiologische Forschungsergebnisse, die zeigen, dass zwischen einer geistigen und körperlichen Aktivität und der Funktionsfähigkeit der Hirnzellen („Use-it-or-lose-it“ - Konzept) ein positiver Zusammenhang besteht (SWAAB 1991). Verschiedene Literaturbefunde legen nahe, dass geistig-körperliche Aktivitäten die synaptischen Verbindungen zwi-

schen den Hirnzellen und die neurale Plastizität (BENNETT et al. 1996, SPATZ 1996), also den Aufbau zusätzlicher Verbindungen zwischen den Hirnzellen, und möglicherweise sogar die Bildung neuer Hirnzellen (ERIKSEN et al., 1998) fördern.“ Durch das Psychomotoriktraining werde die Hirnstoffwechsellage verbessert. Dies kann aber nur genutzt werden, wenn ein entsprechender Bedarf vorhanden ist, wie es z.B. beim Gedächtnistraining, das das Gehirn und die einzelnen Zellen fordert, ausgelöst wird. Dieses kombinierte Training kann bis zu einem gewissen Grad dem Hirnalterungsprozess entgegenwirken und „sich in der Verbesserung der kognitiven Leistungen und der Verzögerung in der Entwicklung einer dementiellen Frühsymptomatik niederschlagen“ (OSWALD, 2006, S.336).

Und damit kommen wir zum Thema Demenz, der demenziellen Erkrankungen.

III. Demenz - als Herausforderung in Zeiten zunehmender Langlebigkeit

Beginnen wir wieder mit der Definition:

„Ein demenzielles Syndrom liegt dann vor, wenn **gravierende Gedächtnisstörungen** und **intellektuelle Einbußen** zu einer erheblichen **Beeinträchtigung der sozialen Kompetenz** geführt haben, wenn ein **progredienter Verlauf** zu beschreiben ist, und wenn Defizite in mindestens zwei verschiedenen Bereichen von Gedächtnis, Merkfähigkeit und anderen Bereichen der Kognition (Sprache, Erkennen, Handeln oder exekutive Funktionen) zu quantifizieren sind“ (HOCK, 2000, S.303).

Demenziellen Erkrankungen wurde in den letzten Jahren (mit Recht!) zunehmend mehr Aufmerksamkeit geschenkt – bedingt durch eine Zunahme der Diagnosen und einer Distanzierung von der früher üblichen Auffassung „eine Verwirrtheit gehört nun einmal zum normalen Alter dazu“, - aber auch bedingt durch die Zunahme der Langlebigkeit, die Zunahme Hochbetagter.

Hierzu einige Fakten:

1. Die Erhöhung der durchschnittlichen Lebenserwartung.

Die durchschnittliche Lebenserwartung ist von 45 Jahren um 1900 in den letzten 100 Jahren auf 76 Jahre für neugeborene Jungen und 82 Jahre für neugeborene Mädchen angestiegen. Der 60jährige hat aber heute schon noch durchschnittlich 25 Jahre vor sich - mehr als ein Viertel seines Lebens!

Wir haben eine zunehmende Langlebigkeit – freuen wir uns darüber, - aber sehen wir gleichzeitig darin eine Herausforderung für jeden einzelnen und die Gesellschaft, möglichst gesund alt zu werden! Und verschließen wir unsere Augen nicht vor der Tatsache, **dass mit zunehmendem Lebensalter die Möglichkeit, krank zu werden, steigt, - auch speziell die Möglichkeit demenzieller Erkrankungen.**

Im 4. Altenbericht der Bundesregierung (2002), der Fragen der **Hochaltrigkeit** gewidmet war, heißt es (S.152f):“Die **Prävalenz der Demenz** steigt mit dem Alter stark an - von 0,8% bei 65-69jährigen auf 28,5% bei über 90jährigen,“ wobei Frauen stärker betroffen seien als Männer. - **Das KDA** nennt (2003) etwas höhere Zahlen und spricht von 1,2% der 65-69jährigen, 2,8% der 70-74jährigen, 6% der 75-79jährigen,

13,3% der 80-85jährigen, 23,9% der 85-89jährigen und 34,6% der über 90jährigen. Die Gesamtzahl der demenziell Erkrankten wird danach zwischen 800.000 und 1,2 Millionen geschätzt. Doch „wenn es keine nachhaltigen Erfolge in der Prävention und Therapie gibt, wird sich entsprechend der demografischen Entwicklung bis zum Jahre 2030 die Zahl der Menschen mit Demenz um weitere 500.000 erhöht haben, bis 2050 wird sie sich mehr als verdoppelt haben“ (KDA,2003, S.,62). Nach WEYERER & SCHÄUFELE (2004, S.41) rechnet man **2050 mit „über 2 Millionen Demenzkranken“**.

Auch wenn man in anderen Veröffentlichungen abweichende Zahlen findet - nach BERGENER, (1998) liegt die Prävalenz von „schwerer und mittelschwerer Demenz“ aufgrund der Analyse vorliegender Studien zwischen 3- und 7% der über 65jährigen Bevölkerung – steht fest: **wir sind angesichts der zunehmenden Langlebigkeit mit einer Entwicklung konfrontiert, die uns mehr denn je zuvor zur Auseinandersetzung mit der Problematik der Altersverwirrtheit zwingt.**

2. Nicht nur der Einzelne wird älter, wir leben in einer alternden Welt: „Unterjüngung“ als Problem

Zunehmende Langlebigkeit und Rückgang der Geburten stellen uns vor große Herausforderungen. Der Anteil der über 60jährigen in Deutschland betrug um 1900 rund 5%, heute sind es 25% und für das Jahr 2030 rechnet man mit ca. 35- 38% der Bevölkerung, die das 60. Lebensjahr erreicht bzw. überschritten hat.

Aber wir haben auch eine **Zunahme des Anteils der über 70-,80- 90 und Hundertjährigen**. Vor 35 Jahren lebten in Deutschland 265 Hundertjährige; 1994 waren es 4602 (598 Männer und 4004 Frauen). Heute sind es etwa 10.000. Heute schon leben bei uns über 500.000 Personen, die **über 90 Jahre alt** sind, 2025 werden es über eine Million sein und 2050 sogar über zwei Millionen – bei dann nur 68-70 Millionen Einwohnern in Deutschland. Weltweit steigt die Zahl der „**Centenarians**“, von denen allerdings etwa jeder/jede Dritte so kompetent ist, dass er/sie alleine ohne fremde Hilfe den Alltag meistern kann; ein 2. Drittel der über Hundertjährigen ist hilfs- und pflegebedürftig, kann aber noch aus dem Haus gehen und ein drittes Drittel ist schwerst pflegebedürftig. Der 2002 herausgegebene Bericht von der UN „**World Population Aging**“ (2002) rechnet damit, dass in Deutschland im Jahre 2025 über 44.000 Centenarians leben werden, im Jahre 2050 sogar über 114.000 !

Die Gruppe der Hochbetagten oder Langlebigen, die der über 80jährigen, ist weltweit die am stärksten wachsende Bevölkerungsgruppe in den nächsten Jahren. Darauf hat sich die Medizin einzustellen.

Zunehmende Langlebigkeit und rückgängige Geburtenzahlen verändern das **Verhältnis zwischen den Generationen:**

Kamen vor 100 Jahren auf einen über 75jährigen noch 79 jüngere Personen, so sind es heute nur noch 12,4. Und man hat berechnet, dass im Jahre 2040 einem über-75jährigen nur noch 6,2 Personen, 2050 sogar nur noch 5,5 Personen gegenüberstehen werden, die jünger als 75 Jahre sind (1,2 unter 20jährige, 1,6 20-40jährige, 2 40-60jährige, 1,4 60-75jährige).

Wer soll dann eine evtl. notwendige Pflege oder Betreuung übernehmen? Gera- ten angesichts dieser Entwicklung nicht alle Konzepte einer Angehörigenbera- tung (HAUPT 2004) ins Wanken?

Wenn wir diese Entwicklung vor Augen haben, dann ist auch die Gesellschaft, die Kommune, - aber auch die Wirtschaft und Industrie gefordert. Ein Umdenken im **Freizeitbereich**, aber auch im **Gesundheitsbereich** (Hausarztbesuche) wird erforder- lich. **Der Prävention ist weit mehr Bedeutung zuzumessen – auch im Hinblick auf eine mögliche Altersverwirrtheit.** Der in den Apotheken verteilte „Senioren- Ratgeber“ hat sich auf diese alternde Welt bereits eingestellt: „**Trainieren Sie Ihre grauen Zellen**“, „**unterstützen Sie Ihr Gehirn-Jogging mit körperlichem Train- ing**“, „**pflegen Sie soziale Kontakte**“, „**bauen Sie Risikofaktoren** (Bluthoch- druck, Übergewicht, Stress) ab“, „**ernähren Sie sich gesund**“ – **so beugen Sie einem Vergessen vor heißt es in der Oktober-Nummer 2003, die sich speziell mit De- menz beschäftigt.**

An die **Eigenverantwortung** im Hinblick auf einen möglichst gesunden Lebenswan- del ist zu appellieren und **der Arzt muss erklären und überzeugen**, wie wichtig **körperliche Bewegung und gesunde Ernährung, aber auch geistiges Training, für ein Altwerden bei Wohlbefinden sind.**

Aber auch die Kommune muss Möglichkeiten für diese Aktivitäten bereitstellen, sollte zu vielseitigen Aktivitäten motivieren. - Dann hat man z.B. Konzepte der **Stadt- entwicklung** zu überdenken - von der **Verkehrsführung** bis hin zu **Sportstätten und Freizeitmöglichkeiten** auch für Ältere; man muss sich weit mehr Gedanken über **die Erreichbarkeit von Einkaufsmöglichkeiten, . Arztpraxen**, von Volkshoch- schulen, Schwimmbädern und Sportstätten machen.

Wir haben aber auch über den entsprechenden Ausbau von **Beschäftigungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten nachzudenken (und hier Ältere in die Programm- gestaltung mit einzubeziehen).**- **Wohnungsplanung (Wohnungsausstattung) und Wohnumfeld** sollte auf die veränderte Bevölkerungsstruktur und deren Bedürf- nisse Rücksicht nehmen.

Ein Problem ist hier das „**Betreute Wohnen**“ oder „Wohnen mit Service“ – eine Wohn- und Versorgungsform, die **nicht für demenzkranke Senioren konzipiert** wurde, sondern für eine im Grunde genommene selbständige Wohn- und Lebens- weise. Von den bei Einzug in solche Wohnanlagen noch selbständigen Senioren sind nach einer Studie von SAUP (2004) sind nach geraumer Zeit 9,4% demenziell er- krankt. Bei Weglauftendenzen, Selbst- und Fremdgefährdung ist dann ein Verbleib in den Wohnanlagen nicht mehr möglich.

3. Vom 3- Generationenhaushalt zum Ein-Personen-Haushalt

Aber auch unter **qualitativen Aspekten** ist das Verhältnis zwischen den Generatio- nen zu diskutieren. Wir haben einen **Rückgang der 3- und 2-Generationen- Haushalte** und einen **Anstieg der Ein-Generationen bzw. Ein-Personen- Haushalte**. Nur 1,1% von allen rund 37 Millionen Haushalten in der Bundesrepublik sind heute 3-Generationen-Haushalte, aber über 37% aller Haushalte in Deutschland sind heute 1-Personen-Haushalte (im Jahr 1900 waren es nicht einmal 5%!) – Diese zunehmende Singularisierung und Individualisierung sollte zwar keineswegs mit Ein- samkeit gleichgesetzt werden, sie **hat aber Konsequenzen sowohl in Bezug auf die Kinderbetreuung als auch auf etwaige notwendig werdende Hilfs- und Pfl-**

geleistungen bei Krankheit und im Alter. Gedächtnisprobleme, die in einem Mehrpersonen-Haushalt zunächst gar nicht so deutlich werden, können in einem Einpersonen- Haushalt verheerende Folgen haben.

Ein Erhalt der Selbständigkeit bei der alltäglichen Lebensführung ist heute - in unserer alternden Gesellschaft - notwendiger als je zuvor. Von den über 75jährigen Frauen leben heute 2 von 3 in Ein-Personen-Haushalten. **Wie muss der Haushalt eingerichtet sein, um auch bei leichter Verwirrtheit eine Sicherheit zu garantieren** (Bügeleisen, Herdplatten, die sich ausschalten usw. – diskutiert unter dem Titel „Das intelligente Haus“).

Zum anderen aber haben wir gleichzeitig einen **Trend zur 4 (bzw. 5)-Generationen-Familie**, die allerdings nicht im gleichen Haushalt leben. Die Großeltern- Generation ist heute oft die „**sandwich-generation**“, die oft sowohl für Kinder- und Kindeskindern als auch noch für die alten Eltern sorgt. Die viel gepriesene Familienpflege sieht heute oft so aus, dass **die Großmutter die Urgroßmutter pflegt**. - Großeltern sind heutzutage weit öfter die „Gebenden“ als die „Nehmenden“.

– BENGTON spricht von der „**Bohnenstangen-Familie**“: es fehlen die Brüder und Schwestern, die Schwäger und Schwägerinnen, die Cousins und Cousinen. **Wenn man mit Menschen der gleichen Generation reden will, muss man sich außerfamiliäre Kontakte aufbauen!** Eine Herausforderung für Clubs, Vereine etc. – Sozialkontakte unterschiedlicher Form und Intensität gehören zu einer Lebensqualität im Alter (und nicht nur im Alter) dazu. So heißt es auch: „**Wer einsam und zurückgezogen lebt, hat als Rentner ein höheres Risiko, an Demenz zu erkranken.**“ (Seniorenratgeber, 2003). Sozialkontakte fordern heraus, regen an und trainieren so auch die grauen Zellen.

4. Altern muss nicht Hinfälligkeit und Pflegebedürftigkeit bedeuten.

Das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit alter Menschen wird oft überschätzt. Es fällt – wie die Infratest- Studie (1992) zeigte, die 26.000 Haushalte in ganz Deutschland erfasst hat, - eigentlich erst in der Gruppe der über 85jährigen ins Gewicht und betrifft dort rund 23% der Männer und 28% der Frauen. Das heißt aber, dass noch rund 70 von 100 Hochbetagten in der Lage sind, allein kompetent ihren Alltag zu meistern.

In dem **2001 im März vorgelegten Dritten Altenbericht der Bundesregierung finden sich folgende Angaben: Es gibt insgesamt 1.809.904 Leistungsempfänger**, 1,27 Mio. in Privathaushalten und 535.600 in Heimen lebend. Davon 81,5% älter als 60 Jahre. Davon zählen 831.000 zur Pflegestufe 1, weitere 710.800 zur Pflegestufe 2 und 267.000 zur Pflegestufe 3.). –

Mit zunehmendem Lebensalter steigt der Anteil der Pflegebedürftigen von 2,4% der 55-60jährigen auf 15,8% der 80-85 jährigen und 18,3% der 85-90jährigen.

Setzen wir den Anteil der Leistungsempfänger der Pflegeversicherung im Jahr 2000 mit 100% an, so hätten wir danach eine Steigerung im Jahre 2030 auf 156%, im Jahr 2040 auf 177% zu erwarten (im ambulanten Bereich auf 170%, im stationären Bereich auf 193%). Das KDA führt dazu aus: „**Falls es nicht durch eine verstärkte Prävention und Rehabilitation gelingt, die Pflegehäufigkeiten zu verringern, steigt die Zahl der Pflegebedürftigen mit Leistungsanspruch schon bis zum**

Jahr 2020 um über ein Drittel, im Jahr 2030 um über die Hälfte"(Willi RÜCKERT in : PRO ALTER, 2001. Heft 1, S.37-39).

Doch bei Hochschätzungen im Hinblick auf den Anteil der Pflegebedürftigen von morgen, wenn ja weit mehr über 85jährige in unserer Gesellschaft leben werden, sollte man vorsichtig sein: schon die Älteren von heute sind in einem höheren Alter viel gesünder und kompetenter als es unsere Eltern und Großeltern im gleichen Alter waren. – sofern sie dieses überhaupt erreicht hatten - und dieser Trend wird sich fortsetzen.

Eine 1998 veröffentlichte **Studie der DUKE - Universität** stellte fest: die Krankheitsanfälligkeit von Menschen über 65 nimmt deutlich ab; allerdings wurde hier nicht direkt auf demenzielle Erkrankungen hingewiesen. „Senioren bleiben länger gesund“. Gerade die typischen Alterserkrankungen gingen in ihrer Häufigkeit rapide zurück. In den USA schlägt sich das Phänomen bereits in messbaren Werten nieder: Dort lag 1994 die Zahl der über 65jährigen Hilfs- und Pflegebedürftigen bereits um eine Million unter der, die man 1982 prognostiziert hatte (MANTON et al.: „The dynamics of dimensions of age-related disability 1982-1994: In: Journal of Gerontology, Biological Sciences, 53 A, Seite B59- B70). **Hierzu haben Fortschritte der Medizin in Diagnose und Therapie, der Medizintechnik, der Pharmakologie und auch der gesundheitsbewusstere Lebensstil beigetragen – und nicht zuletzt der Ausbau der Rehabilitation.**

Ähnliche Feststellungen machte das **Interfakultäre Zentrum für Gerontologie in Genf**: Im April 1997 erschien dort ein Forschungsbericht unter dem Titel „Die Gesundheit der älteren Bevölkerung 1979- 1994: Markante Verbesserungen“, Darin heißt es: Verglichen mit der Zeit vor 15 Jahren „hat sich die gesundheitliche Situation älterer Menschen klar verbessert“.

Aber, auch wenn wir den Anteil der Pflegebedürftigen von morgen und übermorgen nicht überschätzen sollten, müssen wir doch feststellen: **die Thematik der Pflegebedürftigkeit in einer alternden Gesellschaft wird weiterhin eine Herausforderung bleiben.** Werden heute noch etwa 70% der Pflegebedürftigen in der Familie gepflegt (leider nicht immer in einer optimalen Form), so müssen wir dennoch deutlich sagen: **Familienpflege hat ihre Grenzen.**

1. durch die Tatsache, dass eine Pflegebedürftigkeit in einem immer höheren Alter eintritt und dann durch die **Multimorbidität** (das Zusammentreffen mehrerer Erkrankungen) mehr Pflegeleistung verlangt.

- 2. sind die **pflegenden Angehörigen selbst dann auch in einem höheren Alter**, so dass die Pflege von ihnen vielfach nicht mehr geleistet werden kann;
- 3. werden immer **weniger Ältere von morgen Kinder** haben;
- 4. und wenn, dann höchstens **1-2 Kinder** und nicht mehrere, die sich die Sorge um die und Hilfe der alten Eltern teilen können;
- 5. Unsere Industriegesellschaft verlangt Mobilität, - d.h., die **Kinder werden immer seltener in der Nähe wohnen**;
- 6. Immer **mehr Frauen werden berufstätig sein** (und damit wird die Pflege durch die Töchter reduziert werden).
- 7. Weiterhin kommt dazu, dass die Älteren selbst vielfach gar nicht mit ihren Kindern zusammen wohnen möchten;
- 8. Schließlich muss man die **veränderten Familienstrukturen** in Betracht ziehen; **Scheidungen nehmen zu**, ohne Wiederverheiratung. Ob man den Partner auch ohne Trauschein pflegen wird, wissen wir nicht. Aber die Ex-Schwiegermutter wird man sicher nur in äußerst seltenen Fällen pflegen.

Bei all den gegebenen Einschränkungen wird man zu fragen haben, ob Pflege durch Angehörige in optimaler Form noch möglich ist - bzw. was zu tun ist, um diese Pflege zu optimieren, um dem älteren pflegebedürftigen Menschen – **sofern er es will** – ein Leben in der eigenen Wohnung zu ermöglichen - dem im Pflegegesetz verankerten Grundsatz „**ambulant vor stationär**“ entsprechend. Bei schweren Formen von **Verwirrtheit ist dies schon heute von den Angehörigen kaum zu schaffen**. Oft ist dies **der auslösende Grund für eine Übersiedlung in ein Alten- bzw. Pflegeheim**. **So braucht man sich auch nicht zu wundern, dass unter den Heimbewohnern der Anteil der Verwirrten mit etwa 80% angegeben wird.**

Der zweite, im Pflegegesetz verankerte Grundsatz „**Rehabilitation vor Pflege**“ - er **sollte eigentlich lauten: „Prävention vor Pflege“** - ist bisher leider nur in sehr engen Grenzen realisiert, was sicherlich mehrere Gründe hat. Einmal ist es sicher die **Zuständigkeit unterschiedlicher Kassen** bei der Finanzierung der Pflege und der Rehabilitation, zum anderen das **bei manchen Medizinern vorherrschende negative Altersbild**, das von Skepsis gegenüber Interventionsmöglichkeiten geprägt ist. Darüber hinaus findet man bei den betroffenen **Pflegebedürftigen manchmal eine gewisse Scheu vor anstrengenden Reha- Maßnahmen**, man hat sich mit seinem Schicksal abgefunden und möchte endlich „seine Ruhe“ haben. Und oft kann man **auch bei den pflegenden Angehörigen eine gewisse Skepsis oder Zurückhaltung** feststellen (vereinzelt manchmal auch, weil ein etwaiger Reha- Erfolg das Pflegegeld reduzieren würde).-

Doch **Rehabilitationsmaßnahmen können einen dementiellen Abbau nicht rückgängig machen, höchstens dessen Verlauf verzögern**, (sekundäre Prävention) und damit die Lebensqualität erhalten, vielleicht sogar noch ein bisschen steigern – und so **auch erhebliche Kosten sparen, wenn der „Schritt in die Unselbständigkeit“ möglichst lange hinausgezögert wird.**

IV. Interventionsmöglichkeiten

„Im fortgeschrittenen Lebensalter kommt es oft zu einer Zunahme von organisch bedingten Hirnleistungsdefiziten. Erreichen diese Defizite ein Ausmaß, welches einer unabhängigen Lebensführung im Wege steht, spricht man von einer Demenz. Demenzsyndrome sind durch einen **fortschreitenden Verlust** der geistigen Leistungsfähigkeit charakterisiert. ...Es kommt zu einer Hilfsbedürftigkeit selbst bei einfachen alltäglichen Verrichtungen.“ (CALABRESE, P., 2004, S.8). – Fazit: **was kann man tun, um einen geistigen Leistungsabbau zu verhindern?** CALABRESE stellt fest: „Durch die frühestmögliche Erkennung von erkrankten Individuen lassen sich sowohl verhaltenstherapeutische, milieuthérapeutische und pharmako-therapeutische Strategien gezielter planen als auch sozialökonomische Optimierungen erzielen“.

Beeinflussungsmöglichkeiten sind auch bei demenziellen Erkrankungen gegeben – und nur somit erscheint eine Frühdiagnose sinnvoll. Das hat kürzlich erst wieder OSWALD in seinem Beitrag „Kognitive und körperliche Aktivität – ein Präventionsmodell zur Erhaltung von Selbständigkeit und zur Verzögerung demenzieller Prozesse“ nachgewiesen. „Unter **primärer Demenzprävention** versteht man das Vermeiden oder Hinauszögern einer Demenz. **Sekundäre Prävention** hat zum Ziel,

frühzeitig in das Krankheitsgeschehen einzugreifen, **tertiäre Prävention** will die Pflegenden Angehörigen unterstützen“ (OSWALD und ENGEL, 2006, S. 149).

Während sich mehr und mehr Veröffentlichungen mit den **Versorgungsstrukturen Demenzkranker** (BRUDER, 2000; SAUP 2004) befassen und die **Forderung nach „mehr Lebensqualität für demenziell Erkrankte“** immer häufiger erhoben wird und wenigstens in Modellversuchen Wege aufgezeigt werden, dies zu erreichen, findet man relativ wenig **Veröffentlichungen zur Frage der Prävention, vor allem der Primärprävention.**

Da eine Heilung, eine Therapie vor allem der senilen Demenz vom Alzheimer Typ heute **noch unmöglich ist**, ist man sich über das **Hauptziel** von Behandlungen Dementer einig, nämlich **„deren Lebensqualität und die ihres Umfeldes zu verbessern**. Das geschieht neben pharmakologischen Interventionen auch durch **Optimierung der Selbständigkeit, der Kognition, der Stimmung und des Verhaltens“** (STÄHELIN, 1999). **Praxisbezogen** diskutiert werden heute u.a. das **„KDA- Türöffnungskonzept“** (vgl. MACIEJEWSKI, 2001, POWELL, 2002), das **psychobiografische Pflegemodell** nach BÖHM (2002), **die Validation nach FEIL** (2002) oder das **„Snoezelenprojekt“** (DALFERTH, 2003).

Bei leichter und mittelschwerer Demenz mögen **Gedächtnistraining** und **aktivierende Maßnahmen prozessverzögernd** wirken (STÄHELIN u. ERMINI-FÜNFSCHILLING, 1988), doch Demenz bedeutet **fortlaufende Verschlechterung, zunehmende Unfähigkeit**, den Alltag zu meistern – und viele Hilfsangebote beschränkten sich lange Zeit darauf, die **pflegenden Angehörigen auf diesen Prozess vorzubereiten** sie zu beraten und zu unterstützen (HAUPT, 2004).

Doch was nützen alle bestens ausgearbeiteten Konzepte der Angehörigenberatung, wenn in naher Zukunft in einer Zeit des demografischen Wandels keine Angehörigen mehr da sein werden, um Demente zu betreuen?

Doch zunächst einmal die Frage: Wie kann man demenzielle Erkrankungen verhindern, verzögern oder deren Beginn wenigstens in ein höheres Lebensalter hinauschieben?

Ausgangspunkt aller Präventionsmaßnahmen ist die Feststellung, dass ein aktiver, kognitiv fordernder Lebensstil den Erhalt der Hirnleistung fördern und alters- oder demenzbedingte Veränderungen verlangsamen kann. Gleiches gilt für körperliche Aktivitäten.

Zunächst einmal kommt es auf eine **Optimierung der Entwicklung an**: Schon in früher Kindheit und Jugend ist es wichtig, Potenziale zu entwickeln, zu optimieren. Das beginnt bei der richtigen Ernährung, bei der Entwicklung körperlicher Fähigkeiten, der Mobilität, der Entwicklung **sportlicher Fähigkeiten** und Interessen (schwimmen, Radfahren etc) **und nicht zuletzt bei der Entwicklung geistiger Fähigkeiten und geistiger Interessen. Eine gute Schulbildung trägt erheblich zur Verhinderung eines etwaigen Altersabbaus bei.**

Die vorliegenden **Risiko- Analysen in Bezug auf Demenz**, besonders vom Alzheimer Typ beziehen den Einfluss von Ausbildung und Beruf mit ein (HOCK u. MÜLLER-SPAHN, 1999, HOCK, 2000) und zeigen bei kürzerer Schulbildung ein erhöhtes Risiko

ko. Ein geringer Interessensradius, wenig Freizeitaktivitäten, reduzierte körperliche Aktivität erwiesen sich weiterhin als Risikofaktoren. Und KORNHUBER (2006,S.131) hebt hervor :In den vergangenen Jahren sind jedoch veränderbare Risikofaktoren der Alzheimerdemenz bekannt geworden, wie Hypercholesterinämie, arterielle Hypertonie, Adipositas, Hyperhomocysteinämie, und körperliche Inaktivität (BEHL & HOLSBOER, 1998, KESSLER et al.,2003). Diese veränderbaren Risikofaktoren entsprechen weitgehend den bekannten vaskulären Risikofaktoren. Der schon lange bekannte genetische Faktor ApoE4 bewirkt für sich allein keine Risikoerhöhung, sondern wird erst durch den Lifestyle, wie fettreiche Ernährung im mittleren Lebensalter, im Sinne einer Gen- Umwelt- Interaktion zum Risikofaktor (NOTKOLA et.al.,1998, PETOT et al.,2003). Tierexperimentell konnte gezeigt werden, dass körperliche Bewegung die Amyloidablagerung im Gehirn reduziert“.

Prävention ist ein Prozess, der sich durch das gesamte Leben hinzieht. Die Notwendigkeit einer umfassenden Prävention (die schon beim Schulsport beginnt!) sollte weit stärker als bisher erkannt werden und entsprechende Förderung erfahren. BICKEL & COOPER, (1994) unterstreichen, **dass ein aktives, geistige und körperliche Fähigkeiten herausforderndes Leben im Beruf und Alltag und im sozialen Bereich eine gewisse Prävention im Hinblick auf demenzielle Erkrankungen bedeuten.**

OSWALD (2004) hat kürzlich prospektive Studien analysiert, die dem präventiven Charakter kognitiver und körperlicher Aktivierung in bezug auf die Verzögerung oder Vermeidung demenzieller Prozesse nachgingen. FABRIGOULE et al. (1995) beobachteten 2040 über 65jährige über 3 Jahre hinweg hinsichtlich ihrer **sozialen und Freizeitaktivitäten**. Hier zeigte sich, dass Reisen, aber auch Gartenarbeit mit einem **geringeren Demenzrisiko** verbunden waren, nicht aber TV- Konsum. - Ähnliche Ergebnisse fanden SCARMEAS et al (2001) bei 1772 über 65jährigen in New York. 217 wurden während des Beobachtungszeitraums dement. Dieses Risiko war deutlich reduziert bei jenen, die **hohe Freizeitaktivitäten** aufwiesen. – Auch die Studien von WILSON et al. (2002) zeigten, dass „**dauerhafte kognitive Stimulation mit einer Reduktion des Alzheimer Risikos verbunden**“ waren. - VERGHESE et al (2003) beobachteten das Freizeitverhalten von über 75 jährigen teilweise 21 Jahre lang. Eine höhere **kognitive Aktivität** (Schachspielen, Backgammon, Spielen eines Musikinstrumentes) ging mit einem **reduzierten Demenzrisiko** einher OSWALD 2006, S.149f).

Bei all diesen Studien, die ja sinnvoller Weise nur von Korrelationen sprechen, taucht natürlich die Frage auf, ob die Aktivität das Risiko demenzieller Erkrankungen vermindert, - oder ob bereits schon in der Jugend kognitiv Beeinträchtigte weniger aktiv sind und daher ein generell höheres Risiko haben (COYLE, 2003). **Funktionen, die nicht gebraucht werden, verkümmern; man spricht hier auch von „Inaktivitätsatrophie“ in der Medizin oder der „dis- use- Hypothese“ in der Psychologie.**

Warner SCHAIE (1996) und SCHAIE und WILLIS (2002) kommen bei ihrer bekannten 1956 begonnenen Seattle Longitudinal Study (6000Teilnehmer, 122-95 Jahre) zu dem Ergebnis, dass **geistig rege Personen**, ein hoher Lebensstandard, überdurchschnittliche Bildung, das Fehlen chronischer Krankheiten, **aktive Freizeitgestaltung** (Reisen, Vereinsarbeit), Bereitschaft zu Veränderungen sowie ein entsprechend aktiver Lebenspartner **wichtige Bedingungen für den längeren Erhalt kognitiver Fähigkeiten** darstellt.

Auf den **Wert körperlichen Trainings**, den Wert der Aktivierung körperlicher Kräfte und der Abforderung körperlicher Leistungen sowohl als Prävention bzw. Geroprophyaxe und als Therapeutikum haben Wissenschaftler immer wieder hingewiesen (vgl. LEHR, 2003; OSWALD, HAGEN & RUPPRECHT, et al. 1998, 2002, MEUSEL, 1996; OSWALD, 2006, und andere).

Ebenso wurde gezeigt, dass **körperliche Aktivität, Bewegung und Sport auch auf kognitive Fähigkeiten von Einfluss sind**. So haben in der SIMA-Studie („Selbständigkeit im Alter,“) der Universität Erlangen-Nürnberg (OSWALD, et al. 1998, 2002 jene Senioren und Seniorinnen ihre **intellektuellen Fähigkeiten**, vor allem **Gedächtnisleistungen**, am stärksten verbessert und über Jahre hinweg gehalten, die neben dem Gedächtnis-Trainingsprogramm gleichzeitig ein körperliches Aktivierungsprogramm durchgeführt haben.

In der **SIMA-Studie (Selbständigkeit im Alter)**, die 1991 in Erlangen-Nürnberg begonnen wurde (OSWALD et al., 2002, OSWALD 2006, S.151f) und 375 ursprünglich gesunde, selbständig lebende Personen über 75 Jahre erfasste, **überprüfte man die Auswirkungen spezifischer Aktivierungs- und Trainingsmaßnahmen**. Man bildete 3 Trainingsgruppen und eine Kontrollgruppe (Gedächtnistraining, Psychomotorik, kombiniertes Training). Bei 20,6% der Untersuchungsteilnehmer wurde im Verlauf von 11 Jahren demenzielle Erkrankungen nachgewiesen. Personen, die schon bei Beginn der Studie über Vergesslichkeit und Aufmerksamkeitsdefizite klagten und niedrigere IQ- Werte (bes. im Bereich der fluid intelligence) hatten, zeigten ein drei mal so hohes Demenzrisiko. **In der kombinierten Gedächtnistrainings – Psychomotorik – Gruppe traten am wenigsten Demenzen auf, hier hat sich der kognitive Status sogar über den Gesamtzeitraum bedeutsam und nachhaltig verbessert**, weit mehr als bei der „Nur- Gedächtnistrainingsgruppe“. Hiermit haben OSWALD et al. (2002) den Nachweis erbracht, „dass bei einem kombinierten Training des Gedächtnisses und der Psychomotorik diese Effekte nicht nur unmittelbar nach dem einjährigen Training beobachtet werden konnten, sondern in hochsignifikanter Stärke auch noch 4 Jahre später, **in Bezug auf die Demenz-Entwicklung sogar 10 Jahre später**...Die bedeutsamen langfristigen Transfereffekte des Gedächtnis- und Psychomotorik-Trainings auf nicht-kognitive Leistungsbereiche (Alltagskompetenz) lassen dieses auch als einen wirksamen, nichtmedikamentösen Interventionsansatz vermuten, auch um die Entwicklung einer demenziellen Erkrankung hinauszuzögern“.

Ein Bewegungstraining bewirkt eine Verbesserung der Hirnstoffwechsellage, - die aber offenbar nur dann genutzt werden kann, wenn von Seiten der Hirnzellen ein Bedarf besteht, d.h., wenn geistige Anforderungen gestellt werden, wenn die Zellen gefordert werden, wenn eine anregende Lernumwelt („Enriched Environment“) gegeben ist. „Auf dem Hintergrund der SimA- Ergebnisse scheint sich somit herauszukristallisieren, dass beide Elemente, das Kognitive und das Bewegungsorientierte, zusammenkommen müssen, um synergistisch langfristige protektive Effekte in bezug auf den Erhalt von Selbständigkeit und der Vermeidung oder Verzögerung dementieller Prozesse zu erzielen“ (OSWALD 2004).

Rehabilitation in der Geriatrie, die Wiedergewinnung der Fähigkeiten und der Kompetenz nach Krankheiten, nach Störungen, nach kritischen Lebensereignissen, welche zu einem Nachlassen, einem Abbau und Verlust an körperlichen aber auch an psychischen und sozialen Fähigkeiten und Fertigkeiten geführt haben, ist weit häufiger möglich als allgemein angenommen wird.

Wir müssen alles tun, um Abbauprozesse im Alter zu verhindern, einzuhalten oder umzukehren. Freilich, von einer „Umkehr“ können wir bei demenziellen Erkrankungen nicht sprechen, aber **jeder kleinste Schritt, der etwas mehr Selbständigkeit und Unabhängigkeit bringt, der zur Lebensqualität beiträgt, erleichtert das Leben des Betroffenen, aber auch das seiner Familie und seiner Umgebung.** – Die Verbesserung der Lebensqualität Dementer ist eine ganz große Herausforderung in unserer Zeit!

Schon zu Beginn der geriatrischen Interventionsforschung, Ende der 60er, Anfang der 70er Jahre hat man die **„Realitätsorientierungstherapie“** als 24-Stundenprogramm gepriesen: die soziale Struktur einer institutionellen Umgebung ist so zu organisieren, dass die Bewohner ermuntert werden, sich in einer stärker orientierten Weise zu verhalten und ihren Verhaltensradius zu erweitern (TAULBEE & FOLSOM, 1966, FOLSOM 1968). Das Pflegepersonal sollte bei jeder Gelegenheit Zeit- und Rauminformation geben; große Kalender, Uhren, Spiegel, etc. – Strukturierete Gruppensitzungen von 4-8 Personen (10-15 Minuten über ein konkretes Thema) diene zunehmender Orientierung und Gewinn der Selbstsicherheit (vgl. LEHR, 1979)

Ergänzt wird diese Realitätsorientierungstherapie durch **Resensibilisierungs-Programme, die auf einer sensorischen Stimulation aufbauen** (leuchtende Farben, wechselnde Bilder, Mobiles, verschiedene Düfte, Geschmacksdifferenzierung, Anregung im taktilen Bereich, auditive Stimulation) (vgl. RICHMAN, 1969; BARNS et al. 1973). Sie zeigen die Bedeutung der Gestaltung der dinglichen Umwelt.

Auch über Ergebnisse von Studien zu **Remotivationstechniken**, (BARNS et al., 1973) die Patienten anregen, kleine Aufgaben (den Tisch zu decken, abräumen, etc) zu übernehmen, wird berichtet. Hier geht es darum, den Patienten zu motivieren, sich für seine Umwelt zu interessieren, kleinere Arbeiten und Aufgaben zu übernehmen, für sich und für andere (in einem sehr beschränkten Rahmen) tätig zu werden.

Auch Techniken zur **Resozialisierung, zur Verstärkung der sozialen Interaktion**, erwiesen sich als erfolgreich (MUELLER & ATLAS, 1972, LAZARUS 1976). Sie gehören ergänzt bzw. ermöglicht durch die Bereitstellung prothetischer Mittel (Sitzgelegenheit, Raumausstattung). Ganz entscheidend ist hier der biografische Ansatz. Sicher wären heutzutage in diesem Zusammenhang auch Formen der **„Animal therapy“** (BERGENER, 1988, 2000, OLBRICH, 2003) zu nennen, entsprechend ausgesuchte Haustiere, denen man emotionale Zuwendung entgegenbringt, die zu Gesprächen zwischen den Heimbewohnern anregen können und für die man eine gewisse Verantwortung übernehmen kann.

Revitalisierung durch Musiktherapie und Tanztherapie sind weitere schon in den siebziger Jahren erfolgreich angewandte Maßnahmen (SHAPIRO, 1969), denen ein Transfer-Effekt im Sinne einer generellen Aktivierung zugesprochen wurde. „Insofern wirkt die Musiktherapie reaktivierend, revitalisierend, remotivierend und resozialisierend, indem sie Kontakte stiftet und zu stärkerer Interaktion anregt“.

Mittlerweile hat man all diese Techniken differenziert, weiterentwickelt und hat neue Wege gefunden, demenziell Erkrankten zu helfen (MACIEJEWSKI, 2001; POWELL 2002; BÖHM 2002; FEIL, 2002; DALFERTH, 2003).

Es kommt darauf an, den erkrankten Bewohnern im Alltag größtmögliche Orientierung und Selbständigkeit zu geben, ihre noch vorhandenen Potenziale zu erkennen, ihre verschütteten Fähigkeiten vorsichtig hervorzuholen. Die Beurteilung dessen, was unwiderruflich verloren gegangen ist und was durch gezielte Beschäftigung und Anregung wieder gestärkt und geweckt werden kann, ist sicher sehr schwer, mühsam und zeitraubend.

„**Dem Vergessen vorbeugen**“ und „**Den Verlusten trotzen**“ sind Herausforderungen in unserer Zeit.

Die Beziehungen zwischen organischen psychischen Störungen und intellektuellen Fähigkeiten im Alter sind evident. Unterschiedlich ist jedoch die Einschätzung der Häufigkeit des Auftretens der mit einem Intelligenzabbau verbundenen psychischen Störungen. **Nicht jede Verwirrtheit ist gleich ein „Alzheimer“!** Neben falscher Ernährung, zu geringer Flüssigkeitszufuhr, Unverträglichkeit unterschiedlicher Medikamente mögen auch plötzlich eintretende Ereignisse wie unerwarteter Wohnungswechsel, plötzliche Einlieferung in ein Krankenhaus oder andere Schicksalsschläge zu depressiven und apathischen Reaktionen führen, zu einem „inneren Abschalten“, das manchmal als beginnende Demenz gedeutet wird. Durch entsprechende Reaktionen der Umwelt wird oft dann das „sonderbare Verhalten“ noch verstärkt. (So wird von einer Pflegestation berichtet, in der die Nachtschwester den Verwirrten als erste in den frühesten Morgenstunden das Frühstück brachte unter dem Motto „die merken es ja doch nicht“!). Hier kann man nur sagen „verwirrt nicht die Verwirrten“ (Erich BÖHM, 1998).

Wir alle werden älter von Tag zu Tag, von Woche zu Woche, von Monat zu Monat, von Jahr zu Jahr. **Dass** wir älter werden, daran lässt sich nichts ändern, - aber **wie** wir älter werden, das lässt sich schon beeinflussen. Und es kommt ja nicht nur darauf an, wie **alt** man wird, sondern auch, **wie** man alt wird. Es gilt, nicht nur dem Leben **Jahre** zu geben, sondern **den Jahren Leben zu geben** – ein Leitspruch, **der für alle Menschen gelten sollte, selbstverständlich auch für alle Verwirrten, für Menschen mit demenziellen Erkrankungen und Menschen mit Behinderungen.**

Eine der Herausforderungen einer alternden Welt ist,

- möglichst „gesund“ und kompetent alt zu werden,
- eine Selbständigkeit und Unabhängigkeit möglichst lange zu erhalten,
- eine Lebensqualität auch in der letzten Lebensphase zu sichern
- und das Altern in Würde zu gestalten.

Und wir haben auch speziell zu fragen :

- kann man einem Nachlassen kognitiver Fähigkeiten, einer demenziellen Erkrankung, vorbeugen
- und schließlich: was kann getan werden, um auch für demenziell erkrankte Menschen mehr Lebensqualität zu erreichen?

Mögen weitere Bemühungen in Forschung und Praxis dazu beitragen, die Situation demenziell Erkrankter und die ihrer Angehörigen bzw. Pflegenden oder Betreuenden zu verbessern.

Wie kann man das erreichen? Was muss jeder Einzelne tun? Was kann die Gesellschaft tun?

Auch für Demente gilt: 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!