

FACETTEN

Das Magazin des ZfP Südwürttemberg



Psychisch krank im Alter



Ist das Alter eine Krankheit? —

Menschen mit Demenz
am Lebensende begleiten —

Bauen mit Bedacht —

Psychisch krank im Alter

- 4_ Umfrage: Ab wann ist man alt?
- 6_ Ist das Alter eine Krankheit?
- 12_ Zahlen, Daten, Fakten.
- 13_ Die eine Krankheit ist das Risiko der anderen
- 16_ Menschen mit Demenz am Lebensende begleiten
- 18_ Wie ein Krimi fürs Fernsehen
- 20_ Bauen mit Bedacht
- 23_ Ein Gewinn für beide Seiten
- 26_ Ein Baustein von vielen
- 29_ Sucht kennt kein Alter
- 30_ Ich lebe sehr zurückgezogen
- 32_ Wie wollen wir wohnen?
- 35_ Das Lebensglück wiederfinden
- 38_ Pflege mit Familienanschluss
- 40_ Literatur- und Filmempfehlungen
- 42_ Information, Beratung, Kontakt
- 43_ Rätsel, Impressum



6_ Ist das Alter eine Krankheit?
Das Altern als unaufhaltsamer Prozess

„Alles hängt von den Bedingungen ab. Wenn man Exzesse vermeidet und es in großem Luxus tut, ist es erträglich“, so spricht der kürzlich verstorbene Exzentriker Karl Lagerfeld über das Altern. Auch wenn er der Modewelt der ewigen Jugend und Schönheit angehörte, holten selbst ihn die Jahre ein. Doch was ist, wenn es nicht mehr erträglich ist? Wenn die Umstände so sind, dass sie krank machen?

Demenz, Sucht, Depression oder Wahn – Krankheitsbilder im Alter haben viele Facetten. Einige davon betrachten wir in dieser Ausgabe näher und zeigen auch, welche Versorgungsstrukturen das ZfP Südwestfalen dafür bereit hält. Die alternde Gesellschaft stellt uns vor Herausforderungen, die dringend gelöst werden müssen: Dabei spielen sowohl ausreichend Pflegekräfte, eine bedürfnisgerechte Architektur als auch genügend Wohnraum eine Rolle.

In diesem Heft haben wir Betroffene sowie Expertinnen und Experten befragt, die uns Aufschluss geben über diese letzte Lebensphase. Darf's mehr sein? – Unter der Rubrik „Facetten bewegt“ stellen wir Videos auf dem Youtube-Kanal des ZfP Südwestfalen zur Verfügung, die noch mehr Einblicke in das Thema gewähren.

Marlene Pellhammer

Marlene Pellhammer



Unter der neuen Rubrik „Facetten bewegt“ geben Videos auf dem YouTube-Kanal des ZfP Südwestfalen vertiefende Einblicke in ausgewählte Themen.



16_ Menschen mit Demenz am Lebensende begleiten
Im Gespräch mit dem Palliativmediziner Dr. Klaus Maria Perrar

20_ Bauen mit Bedacht
Architektur an die Lebenssituation älterer Menschen anpassen



Ab wann *ist man alt*?



„Wenn ich auf die Hilfe anderer angewiesen bin. Und wenn einem der Antrieb fehlt, solche Aktivitäten wie den heutigen Fahrradausflug zu unternehmen.“
Christine



„Wenn man sich selber alt fühlt. Ich kenne 30-Jährige, die fühlen sich wie 18.“
Armonda (19)



„Ich weiß, dass ich alt bin. Für mich ist das nur auf dem Papier, ich fühle mich aber noch nicht so.“
Ludwig (77)



„Man ist dann alt, wenn man sich alt fühlt.“
Sarah (links)

„Wenn man nicht mehr ganz so handeln kann, wie man es gern hätte. Wenn man in die Rente kommt.“
Lisa (rechts)



„Ab 60 ist man kraftlos.“
Salir (21)



„Ich bin alt. Ab 70 vielleicht. Da ist man nicht mehr so fit wie vorher.“
Klara



„Das ist bei jedem anders, also immer eine Definitionssache. Im Grunde, wenn man gebrechlich ist.“
Melanie (44)

„Ich bin seit kurzem in Rente. Als junger Kerl habe ich keine Grenzen gekannt. Wenn man älter wird, kommt man schneller an seine körperlichen Grenzen. Ich habe drei bis vier Jahre gebraucht, um mir das einzugestehen.“
Alfred



„Ab 65 ist man alt.“
Tarik (links)
„Frauen ab 45 Jahre und Männer ab 55 Jahre.“
Abdalaa (rechts)



„Wenn man alt ist, muss man schauen, dass man das Beste daraus macht.“
Günther (60)

Ist das Alter eine Krankheit?

Das Alter kommt selten allein: Mit den Jahren gehen oftmals Krankheiten, Schmerzen sowie der Verlust körperlicher Leistungsfähigkeit und sozialer Kontakte einher. Das ZfP Südwürttemberg hat sich mit seinen alterspsychiatrischen Therapieangeboten auf die Leiden von Menschen ab 65 Jahren spezialisiert.

_ Titelthema

Ein gesunder Körper und ein klarer Verstand bis ins hohe Alter – wer träumt nicht davon? Doch irgendwann macht es sich bemerkbar: Das Herz schlägt beim Gehen schneller, die Einkaufsliste wird sicherheitshalber aufgeschrieben, das Gesicht blickt einem faltig entgegen. Plötzliche Anzeichen des Alters? Tatsächlich beginnt der Körper ab spätestens 30 Jahren mit biologischen Alterungsprozessen: So nimmt beispielsweise die Muskelkraft ab und die Nierenfunktion lässt nach.

„Altern ist ein unaufhaltsamer Prozess, der sich weder umkehren noch aufhalten lässt. Er gehört zum Leben dazu“, erklärt Dr. Jochen Tenter, Chefarzt der Alterspsychiatrie des ZfP Südwürttemberg in Weissenau. Am Ende des Alterungsprozesses steht der Tod. „Es gibt kein Leben ohne Sterben“, gibt Tenter zu bedenken, „aber dadurch entwickelt sich auch etwas weiter, so funktioniert Evolution.“

» —————
Altern ist ein unaufhaltsamer Prozess,
der sich weder umkehren noch aufhalten lässt.
Er gehört zum Leben dazu.
————— «

Alter ist mehrdimensional

Älter werden wir von Tag zu Tag. Aber mit wie vielen Kerzen auf dem Geburtstagskuchen ist man eigentlich alt? Während der britisch-indische Langstreckenläufer Fauja Singh mit 100 Jahren noch Marathon lief, kämpfen manche 50-Jährige mit Gelenkverschleiß und Herzinfarkt. Menschen altern unterschiedlich schnell und nehmen ihr Alter unterschiedlich wahr. Wie oft hört man: „Alt? Das sind die anderen!“ Das Alter ist ein relatives Konstrukt und lässt sich schwer definieren.

Neben den biologischen gibt es auch noch biografische Faktoren für das Alter: Die Kinder sind aus dem Haus, man verabschiedet sich aus dem Arbeitsleben, Freunde oder Verwandte sterben.

Vertraute Gerüche wecken Erinnerungen an vergangene Zeiten, das macht man sich in der Therapie zunutze.





Titelthema



Im Alter treten dieselben psychischen Krankheiten auf wie in jungen Jahren. Am häufigsten sind Depressionen und Angststörungen.

Eine typische Krankheit des Alters ist Demenz. Die häufigste Form ist die Alzheimer-Krankheit, bei der durch Eiweißablagerungen Nervenzellen im Gehirn absterben.

„Dieser Wandel, den lebensverändernde Ereignisse bewirken, ist eng mit einem bestimmten Altersabschnitt verknüpft und für die Betroffenen nicht immer leicht zu verkraften“, weiß Christoph Vieten, Regionaldirektor Donau-Riss des ZfP Südwürttemberg. Gesellschaftlich und sozialpolitisch betrachtet ist das Alter an eine konkrete Zahl geknüpft: An den Renteneintritt mit 65 Jahren. Die Erhöhung auf 67 ist Folge drohender Finanzierungsprobleme aber auch mit der höheren Lebenserwartung begründet. Der Verlust einer sinnvollen Beschäftigung oder des Status kann negative Folgen haben. Ob das Alter zu psychischen Krankheiten führt, lässt sich pauschal nicht sagen: „Es kommt auf die Lebensverhältnisse an, die bisherige Lebensweise und vor allem die Widerstandsfähigkeit beziehungsweise Verletzlichkeit des Einzelnen“, so Vieten.



Dieser Wandel, den lebensverändernde Ereignisse bewirken, ist eng mit einem bestimmten Altersabschnitt verknüpft und für die Betroffenen nicht immer leicht zu verkraften.



Kaum anders als in jungen Jahren

Für die Behandlung psychischer Krankheiten des letzten Lebensabschnitts sind die alterspsychiatrischen Einrichtungen des ZfP Südwürttemberg zuständig. Hier finden Patientinnen und Patienten in stationären, tagesklinischen oder ambulanten Settings Hilfe. Die Krankheitsbilder sind dabei weitestgehend dieselben wie bei jüngeren Betroffenen: Depressionen und Angststörungen sind weit verbreitet: „Altersbedingte Verlustereignisse, körperliche Alterungsprozesse, der Verlust sozialer Kontakte und der Bedeutungsverlust führen dazu, dass 15 Prozent der über 65-Jährigen an Depressionen leiden“, verdeutlicht Vieten.

Behandelt werden auch ältere Patienten mit Psychosen oder wahnhaften Störungen: Manche leiden schon ihr ganzes Leben darunter, bei anderen treten sie erst im hohen Alter auf.

Bei letzteren handelt es sich laut Tenter besonders häufig um Frauen. „Diese sind meist schwerhörig, sehen schlecht und haben fast keine sozialen Kontakte mehr. In ihrer Einsamkeit fangen sie dann beispielsweise an, Geräusche als Gefahr zu interpretieren und sehr misstrauisch zu werden. Ihre Ängste hängen auch mit nachlassenden Kräften und damit einhergehender geringerer Wehrhaftigkeit zusammen.“

Bei den Suchterkrankungen im Alter ist bei Männern die Abhängigkeit von Alkohol, bei Frauen von Medikamenten vorherrschend – aber die Geschlechter gleichen sich an. Spiegeltrinker, deren Alkoholpegel im Blut konstant hoch ist, büßen ihren stetigen Konsum mit gesundheitlichen Folgen. Nach vielen Jahrzehnten ist der Körper nicht mehr in der Lage, den Alkohol abzubauen. Einige greifen aber auch erst im Alter zur Flasche. Gerade Frauen neigen eher zum Missbrauch von Pillen. Da die „mother’s little helper“, schon von den Rolling Stones besungen, meistens über einen sehr langen Zeitraum eingenommen wurden, oft über 20 Jahre hinweg, wird die Dosis mit dem Fortschreiten der Jahre angepasst. Die Folge: Sie brauchen immer mehr Tabletten. Unterschätzt wird die psychische Abhängigkeit von Schlaftabletten mit der „verordneten“ Dosis, wobei kein Arzt verordnet, ohne dazu ersucht zu werden.

Typische Krankheit des Alters

Vergesslich, desorientiert, zerstreut: 1,7 Millionen Männer und Frauen in Deutschland leiden an einer der Demenzformen – Tendenz steigend parallel zu mehr Hochbetagten. Die häufigste Form ist die Alzheimer-Krankheit, die 60 bis 70 Prozent der an Demenz Erkrankten betrifft. Eiweißablagerungen im Gehirn führen dazu, dass Nervenzellen absterben, was langfristig den Verlust der geistigen Leistungsfähigkeit zur Folge hat. Die zweithäufigste Ursache von dementiellen Erkrankungen sind Durchblutungsstörungen im Gehirn. Bisher ist es nicht möglich, Demenz zu heilen. Der Krankheitsverlauf lässt sich mit der richtigen Therapie aber hinauszögern. Je früher die Demenz erkannt wird, desto besser ist es für die Betroffenen.

In den Memory Clinics des ZfP Südwürttemberg in Weissenau und der PP.r.t in Reutlingen werden Gedächtnisprobleme und Verwirrtheitserkrankungen abgeklärt. Das Behandlungsteam arbeitet eng mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Einrichtungen der Altenhilfe zusammen.

Aus diesem Grund ist das ZFP Südwürttemberg darum bemüht, in somatischen Krankenhäusern Stationen für Demenz und Delir zu etablieren. In Reutlingen und Ravensburg wurden bereits Stationen umgesetzt, Ulm und Biberach sind in der Mache. Dabei profitieren sowohl die somatische als auch die psychiatrische Seite von der Expertise der Kolleginnen und Kollegen. Für Tenter ist die Kooperation ein Erfolgsmodell: „Schon allein, dass Psychiater zugegen sind, sensibilisiert die somatischen Ärzte für mögliche Demenzerkrankungen, wodurch sie eher erkannt werden.“

Mehr als stationär

An allen seinen Hauptstandorten Bad Schussenried, Weissenau und Zwiefalten sowie in Reutlingen und bald auch in Biberach und Ulm hält das ZFP stationäre Einrichtungen vor, die ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen in einem geschützten Rahmen medizinisch versorgen. In Weissenau und Bad Schussenried stehen auch Stationen für Nicht-Verwirrte zur Verfügung. Hier lautet die Indikation Angst, Depression, Gefahr der Selbsttötung oder Psychose. Ein besonderes Angebot bereits für Menschen ab 55 Jahren mit depressiven Erkrankungen ist der Bühlhof in Zwiefalten.

Ist keine stationäre Aufnahme nötig, ermöglichen Psychiatrische Institutsambulanzen die Behandlung im gewohnten Umfeld. In den Ambulanzen werden Patientinnen und Patienten meistens wegen einer Demenzerkrankung betreut. Eine ambulante Anlaufstelle für ältere Menschen mit Gedächtnisproblemen sind beispielsweise die Gedächtnissprechstunden in Weissenau und Reutlingen. Tagesklinische Angebote in Biberach, Riedlingen oder Weissenau betreuen ältere Menschen mit Depressionen oder Angsterkrankungen: „Hier können wir unterstützen, wenn das Altern nicht gelingen will“, erklärt Vieten.

Die Unterstützung umfasst ein breites Hilfeangebot: In der Therapie und Pflege steht die Beziehungsarbeit im Vordergrund, wodurch vor allem ein Gefühl von Sicherheit vermittelt werden soll. Betroffene werden dazu ermutigt, herauszufinden, was ihnen selbst guttut – sei dies durch Ergo- oder Bewegungstherapie, aktive Freizeitgestaltung oder Entspannungsübungen. In einem geschützten Rahmen können außerdem Verhaltensänderungen ausprobiert werden, was besonders bei Angsterkrankungen sehr wirkungsvoll ist. Der Austausch mit Angehörigen sowie die Vermittlung weiterer ambulanter oder stationärer Hilfen haben einen hohen Stellenwert, sodass die Betroffenen rundum gut versorgt sind. Das Ziel der Therapie ist es, das zu behandeln, was möglich ist. Nicht weniger wichtig ist die Akzeptanz von Veränderungen, die nicht rück-

gängig gemacht werden können: „Wir helfen dabei, sich mit dieser Situation auszusöhnen, was letztlich zu mehr Lebenszufriedenheit bei den Betroffenen und Angehörigen führt“, so Tenter.

Die Lage spitzt sich zu

Jeden Tag kommen zu unserer durchschnittlichen Lebenserwartung fünf Minuten dazu: Das macht auf zehn Jahre gerechnet zweieinhalb Jahre im Durchschnittsalter eines Menschen. Konkret heißt das: Ein Mädchen, das heute zur Welt kommt, wird statistisch gesehen 83 Jahre alt – eines, das in zehn Jahren geboren wird, schon deutlich über 85 Jahre. Somit werden wir immer älter, während entsprechende Versorgungsstrukturen fehlen. Schon jetzt sind in der Altenpflege deutschlandweit knapp 24.000 Pflegestellen nicht besetzt. Von ausreichend Plätzen in Pflegeheimen kann man im Moment nur träumen. Und die Lage spitzt sich weiter zu.

„Es müssen dringend neue Angebote geschaffen werden“, mahnt Vieten. Denn in der Demenzforschung sind kurzfristig keine Erfolge in der Ursachentherapie zu erwarten. Auch Nahrungsergänzungsmittel, die die Gedächtnisleistung verbessern sollen, sind wirkungslos. Medikamente sind ebenfalls keine

» —————
Hier können wir unterstützen,
wenn das Altern nicht gelingen will. «



Musik- und Bewegungstherapie helfen dabei, geistige und körperliche Fähigkeiten zu erhalten.



Wundermittel. „Sie bewirken lediglich, dass eine Verschlechterung der Demenz um circa ein Jahr verzögert wird.“ Neue Angebote zu schaffen ist also unabdingbar: Dafür müssen beispielsweise auch die Gemeinden und Landkreise in die Pflicht genommen werden, die entsprechenden Grundstücke und Bauplätze bei ihrer Raumplanung zu berücksichtigen.

Altern in Würde

„Die meisten haben kein Problem mit dem Alter, sondern mit den Krankheiten, die damit einhergehen können“, weiß Tenter. Denn das Alter hat auch positive Seiten: Viele werden milder, verzichten gern zugunsten ihrer Nachkommen auf ihren eigenen Wohlstand und entwickeln einen größeren Sinn für Gemeinschaft. Was sich alle wünschen, ist ein Altern in Würde – ohne Schmerzen, ohne Trauer, ohne Einsamkeit. Am schlimmsten empfinden viele den Verlust der Autonomie. Auch wenn die Menschen länger gesund bleiben, in der letzten Lebensphase wird es immer einen Abschnitt geben, der von Krankheit oder Pflegebedürftigkeit geprägt sein wird.

Um möglichst lange jung zu bleiben, kann man zwei Dinge tun: „Gesund leben und ein falsches Alter angeben“,

schmunzelt Tenter. Das Altern selbst kann man gar nicht und die möglichen gesundheitlichen Folgen nur eingeschränkt beeinflussen. Was sich jedoch positiv auswirkt, sind alle Dinge, die gesund für das Herz und gut für das Hirn sind: Kein Bluthochdruck, kein Übergewicht, das Gehirn durch neue Herausforderungen auf Trab halten, Bewegung und soziale Kontakte. **i**

Text: Marlene Pellhammer

Fotos: Ernst Fesseler

glossar

Was genau bedeutet eigentlich ...

Gerontopsychiatrie

Die Gerontopsychiatrie oder auch Alterspsychiatrie beschäftigt sich mit den psychischen Leiden älterer Menschen im höheren Lebensalter. Dazu zählen besonders typische Alterskrankheiten wie Demenz.

Geriatric

Geriatric beschreibt den körperlichen Aspekt der Altersmedizin. Dies schließt Teilbereiche wie Innere Medizin, Orthopädie oder Neurologie hinsichtlich der Gesundheit älterer Menschen ein.

Zahlen, Daten, Fakten.



Eine Demenz und ein Delir zu unterscheiden, ist selbst für Fachleute nicht immer einfach. Die Diagnostik ist schwierig und die beiden Krankheiten können sich gegenseitig beeinflussen.

„Nicht die Demenz selbst bringt den Patienten auf unsere Station, sondern es sind die oft damit verbundenen herausfordernden Verhaltensauffälligkeiten“, erklärt Holger Claus, Ärztlicher Leiter der alterspsychiatrischen Station des ZfP Südwürttemberg am St. Elisabethen-Klinikum in Ravensburg. Die Station ist spezialisiert auf Demenz- und Delirerkrankungen. „Die Zusammenarbeit mit der Geriatrie funktioniert gut. Wir kooperieren und können unser Wissen und Erfahrungen austauschen“, so der leitende Oberarzt. Mit der somatischen Nachbarstation als Akutgeriatrie wird immer wieder eng abgestimmt, welcher Patient wo am besten behandelt werden kann. Bei Demenz- und Delirerkrankungen spielen insbesondere auch die körperliche und geistige Aktivierung eine wichtige Rolle. Bei der Biografiearbeit schaffen die Behandelnden Anknüpfungspunkte an frühere, positive Erinnerungen der Demenzkranken. Wichtig sei es, die Vergangenheit der Betroffenen zu kennen. „Manche wissen nicht, welcher Tag heute ist. Aber ein früherer Landwirt kennt noch um die 50 verschiedene Apfelsorten“, zeigt Simone Prinzbach, Fachpflegerin für Gerontopsychiatrie, ein Beispiel auf. Wenn man nachfrage, fühlten sich die Kranken in ihrer Welt verstanden.

Die Diagnosestellung beziehungsweise Unterscheidung zwischen einer Demenzerkrankung und einem Delir erfolgt oftmals nicht oder erst spät, die Symptome ähneln sich in fortgeschrittenem Stadium auch zunehmend. Das Delir ist ein potentiell lebensbedrohliches Krankheitsbild, aber grundsätzlich behandelbar. Daher ist es wichtig, ein Delir zu erkennen, die Ursachen zu finden und zu therapieren. „Mit steigender Lebenserwartung der Bevölkerung nimmt auch die Zahl der Demenzerkrankten in den Krankenhäusern und das Auftreten von Delirien als Komplikation einer Krankenhausbehandlung zu. Wir müssen daher das Wissen und das Verständnis gegenüber den Krankheiten insbesondere auch in den Allgemeinkrankenhäusern fördern“, findet der Stationsoberarzt. An verschiedenen Kliniken gebe es bereits spezielle Demenz- und Delirberater.

● Beschreibung der Krankheit

Eine Demenz ist die Folge einer chronischen, voranschreitenden Erkrankung des Gehirns. Es kommt zum Abbau der geistigen Fähigkeiten.

Ein Delir ist eine „akute Fehlfunktion des Gehirns“, bedingt durch einen auslösenden Faktor. Kennzeichnend sind plötzlich eintretende und rasch wechselnde Symptome wie beispielsweise Bewusstseinsstörungen.

Die eine Krankheit ist das Risiko der anderen

● Ursache und Auslöser

Bei einer **Demenz** kommt es krankheitsbedingt zu einem Verlust von Nervenzellen, der zur Beeinträchtigung der Hirnfunktion führt. Häufigste Ursache einer **Demenz** ist die Alzheimer-Krankheit. Hier kommt es zu krankhaften Eiweißablagerungen im Gehirn und zum Absterben von Nervenzellen. Weitere Ursachen sind Durchblutungsstörungen oder andere Erkrankungen wie Parkinson. Auch Schädigungen etwa durch Alkohol oder ein Schädel-Hirn-Trauma können eine **Demenz** verursachen oder die Entwicklung begünstigen.

Die Ursachen für ein **Delir** sind vielfältig: Elektrolytungleichungen, Infektionen, Schmerzen, operative Eingriffe, Kreislaufstörungen, schwere körperliche Erkrankung, Nebenwirkungen von Medikamenten oder Stress durch einen Ortswechsel (zum Beispiel bedingt durch einen Krankenhausaufenthalt). Die Entwicklung eines **Delirs** wird durch ein vorgeschädigtes Gehirn wahrscheinlicher.

● Symptome

Eine **Demenz** entwickelt sich schleichend: In der Frühphase sind Merkfähigkeitsstörungen und depressive Verstimmungen typisch. Im weiteren Verlauf kommen Orientierungsstörungen, Schwierigkeiten beim Sprechen, Lesen, Schreiben, Rechnen und der Bewältigung des Alltags hinzu. Im fortgeschrittenen Stadium treten oft Verhaltensstörungen wie Unruhe, Wahn, Halluzinationen, Umkehr des Schlaf-Wach-Rhythmus oder auch aggressives Verhalten auf. Die Mobilität nimmt ab.

Kennzeichnend für ein **Delir** ist die plötzlich eintretende und wechselnde Verhaltensänderung. Typisch sind wechselhafte Bewusstseinsstörungen, Beeinträchtigungen des Denkens und Verhaltensstörungen wie bei einer Demenz. Teilweise sind die Betroffenen aber auch sehr ruhig und antriebsarm, weshalb ein **Delir** möglicherweise nicht erkannt wird.

● Diagnostik

Die Diagnose einer **Demenz** wird gestellt anhand der selbst oder von anderen beobachteten Veränderungen und Beeinträchtigungen. Kognitive Testungen sowie Zusatzbefunde wie eine Bildgebung des Gehirns, Blut- und Nervewasseruntersuchungen können die Diagnose unterstützen.

Ein **Delir** wird leicht übersehen oder mit einer Demenz verwechselt. Bei Verdacht werden verschiedene Untersuchungen durchgeführt, um die zugrunde liegende Ursache wie einen Infekt zu finden. Unterstützend können Tests oder Screening-Verfahren eingesetzt werden. Wichtig zur Beurteilung sind auch Angaben von Personen aus dem Umfeld der Betroffenen wie Angehörige oder das Pflegepersonal.

● Therapie und Behandlung

Eine **Demenz** ist bislang nicht heilbar, der Abbauprozess kann in bestimmten Fällen durch Medikamente verlangsamt werden. Emotionales Ansprechen, gesunde Ernährung sowie körperliche und geistige Aktivierung sind wichtige Elemente der begleitenden Behandlung.

Bei einem **Delir** ist es wichtig, den Auslöser zu beheben und zu behandeln: Verzichtbare Medikamente werden abgesetzt, Entzündungen oder Grunderkrankungen werden therapiert. Der Umgang mit vertrauten Personen oder die gewohnte Umgebung können zur Heilung beitragen ebenso wie eine klare Tagesstruktur. Bewegungs- und Gedächtnistherapie sind ebenfalls hilfreich. Gegen bestimmte Symptome helfen Medikamente.

Eine ruhige Atmosphäre, großzügig und hell gestaltete Räume sorgen bei den Erkrankten für eine leichtere Orientierung und ein höheres Wohlbefinden.



● Dauer der Erkrankung

Bei einer **Demenz** sind Krankheitsverläufe in Einzelfällen von bis zu 20 Jahren beschrieben. Die letzten zwei Jahre gehen meist mit einer schweren Pflegebedürftigkeit einher. Bei der Alzheimer-**Demenz** liegt die durchschnittliche Erkrankungsdauer bis zum Tod bei circa sieben Jahren.

Ein **Delir** kann sich im Idealfall vollständig zurückbilden. Manchmal bleiben kognitive Störungen zurück. Die Dauer beträgt wenige Tage bis hin zu mehrere Wochen bei schweren und komplexen Verläufen. Ein unbehandeltes **Delir** ist potenziell lebensbedrohlich.

● Häufigkeit und Risiken

Eine **Demenz** ist eine typische Alterskrankheit. Derzeit leben etwa 1,7 Millionen **Demenz** kranke in Deutschland, etwa 70 Prozent davon leiden an der Alzheimer-Krankheit. **Demenz** erkrankte, die ein **Delir** erleiden, weisen meist einen rascheren Krankheitsverlauf der **Demenz** auf.

Menschen, die an einem **Delir** erkrankt sind, haben ein erhöhtes Risiko, später eine Demenz zu entwickeln. **Delirien** sind häufig: Bis zu 35 Prozent der Krankenhauspatienten auf Allgemeinstationen und bis zu 80 Prozent auf Intensivstationen in Deutschland sind betroffen. Etwa 20 Prozent aller über 65-jährigen Patienten im Krankenhaus machen ein **Delir** durch, sogar 40 Prozent aller Patienten mit einer Demenz. Ein **Delir** kann in jedem Lebensalter auftreten. **I**

Text: Elke Cambré
Fotos: Ernst Fessler



Nachgefragt

Netzwerk und Stiftung Demenz

Peter Grundler, Regionalleiter der Caritas Biberach-Saulgau und Kurator der Stiftung „Gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz im Landkreis Biberach“, erklärt die Arbeitsweise des Netzwerks und der Stiftung.

FACETTEN: Welche Position nimmt das Netzwerk ein zwischen den Hilfsangeboten und Betroffenen und deren Angehörigen?

PETER GRUNDLER: Im Netzwerk sind ganz unterschiedliche Träger und Institutionen im Landkreis Biberach zusammengefasst. Die Träger wissen um die Angebote der anderen und sind untereinander vernetzt. Für Angehörige ergibt sich somit ein ganzes Portfolio, auf das sie zugreifen können. Gemeinsam planen und erarbeiten die Mitwirkenden neue Maßnahmen und ermitteln, wo noch Bedarf ist. Wir bringen das Thema Demenz gezielt in die Öffentlichkeit. Die Stiftung unterstützt Einrichtungen und Träger dabei, neue Projekte und Ideen umzusetzen, indem sie sie finanziell entlastet. Außerdem sind wir in der Öffentlichkeitsarbeit aktiv, beispielsweise auf Messen.

FACETTEN: Welche Angebote und Unterstützung gibt es speziell für Angehörige?

GRUNDLER: In Biberach findet jährlich ein „Fachtag Demenz“ statt, der über die bestehenden Versorgungsangebote informiert. Dabei wird auch für freiwilliges Engagement für dementiell Erkrankte und deren Angehörige geworben. Das Bildungsangebot „Biberacher Weg – Wissen für Zuhause“ bietet spezielle Kurse für Angehörige, wie sie sich auf die Versorgung eines Erkrankten vorbereiten können.

FACETTEN: Die Anzahl demenzkranker Menschen steigt stetig an. Wie muss sich die Arbeit des Netzwerks weiterentwickeln?

GRUNDLER: Bei der großen Herausforderung eines zunehmenden Pflegebedarfs ist eine positive Grundhaltung aller Akteure die Voraussetzung für eine gute, erfolgreiche Zusammenarbeit. Mit den Angehörigen und Betroffenen müssen wir weiter in engem Kontakt bleiben, um auf Entwicklungen reagieren zu können. Mit den politischen und Verwaltungsebenen wie Landkreisen und Krankenkassen arbeiten wir eng zusammen. Insgesamt laufen die Kooperationen innerhalb und außerhalb des Netzwerks jetzt schon ganz ordentlich. Da braucht es eben engagierte Menschen als Motor.

Aufgezeichnet von Elke Cambré
Foto: Tanja Bosch

Menschen mit Demenz

am Lebensende begleiten

Etwa 30 Prozent der Menschen in Deutschland sterben in Heimen, darunter ist der Anteil an Demenzkranken hoch. In manchen Einrichtungen liegt er bei 70 Prozent oder höher. Palliativmediziner und Demenzexperte Dr. Klaus Maria Perrar erklärt, wie man Bedürfnisse der Betroffenen besser erkennen und angemessen reagieren kann.

FACETTEN: Sich mit dem Sterben auseinanderzusetzen kostet viele Menschen Überwindung. Sie raten dennoch dazu?

DR. KLAUS MARIA PERRAR: Unbedingt. Und zwar möglichst früh. Bei allem Respekt vor dem Menschsein – es ist sehr unwahrscheinlich, dass wir ein durch und durch glückliches, unbeschwertes Leben verbringen und schließlich in vollster geistiger und körperlicher Gesundheit versterben. Das müssen wir akzeptieren. Und dann stellt sich immer die Frage, inwieweit ich meine vorausbestimmten Wünsche respektiert wissen will. Zumindest mit diesem Thema sollte man sich rechtzeitig beschäftigen, zum Beispiel in Form einer konkret formulierten Patientenverfügung.

FACETTEN: Auch bei Menschen mit Demenz spielt das Thema Tod und Sterben eine Rolle. Findet die Palliativpflege Demenzkranker in der Fachwelt genügend Beachtung?

PERRAR: Als ich vor mehr als 25 Jahren begonnen habe, mich mit der Begleitung von Menschen mit schwerer Demenz zu beschäftigen, war ich einer von wenigen Interessierten auf diesem Gebiet. Heute ist die Thematik als Teil der Palliativversorgung durchgängig präsent. Demnächst wird die medizinische Leitlinie Demenz überarbeitet, hier wird der Aspekt der Versorgung am Lebensende sicher mit aufgenommen werden.

FACETTEN: Sterben Menschen mit Demenz denn anders?

PERRAR: Der Sterbeprozess an sich ist recht ähnlich, Menschen mit Demenz haben – wie viele Sterbende – Symptome wie Schmerzen, Atemnot und Unruhe. Mit einer schweren Demenz ist man jedoch nicht mehr in der Lage, sich adäquat verbal auszudrücken. So kann ein Demenzkranker nicht mehr klar mitteilen, ob er Schmerzen hat oder unter den Nebenwirkungen von Medikamenten leidet. Auch die Auseinandersetzung mit dem Lebensende verläuft völlig anders. Demenz bedeutet ein Leben im Augenblick, das konkrete Verarbeiten des Lebensendes oder ein Reflektieren sind kaum mehr möglich.

FACETTEN: Wie unterscheidet sich die Palliativarbeit bei Demenzkranken von der mit beispielsweise onkologischen Patienten?

PERRAR: Bei Menschen mit Demenz reden wir von ganz anderen Zeitverläufen. Bei onkologischen Patienten dauert der Sterbeprozess in der Regel fünf bis sieben Tage, er lässt sich meist relativ klar eingrenzen. Menschen mit Demenz begleiten wir unter Umständen am Lebensende monatelang. Es ist schwer, zwischen dem Beginn des Sterbeprozesses und dem Voranschreiten der Demenzerkrankung zu unterscheiden.

FACETTEN: Was bedeutet dies für die Pflegenden?

PERRAR: Hier ist sehr viel Sensibilität gefragt, man muss die Patienten genau beobachten und veränderte Phasen zu deuten wissen. Inzwischen ist bekannt, dass Schmerzerleben bei Demenz zu herausforderndem Verhalten führen kann. Wen man sich diese Tatsache bewusst macht, kann man reagieren.

FACETTEN: Wie profitieren Demenzkranke von einer auf sie zugeschnittenen Palliativpflege?

PERRAR: Sie profitieren von der zusätzlichen Expertise, die hinzukommt. In der Regel arbeiten in der Palliativversorgung Care-Teams, die sich aus Mitarbeitenden des Pflegedienstes, Hausärzten und Psychiatern zusammensetzen. Diese sind spezialisiert auf das Erkennen und Lindern leidvoller Symptome und setzen sich mit der Frage nach Lebensqualität am Lebensende auseinander. Und sie unterstützen Behandelnde wie auch Angehörige dabei, einen Sterbevorgang auch zuzulassen.

FACETTEN: Arbeiten Alterspsychiatrie und Palliativmedizin dabei Hand in Hand?

PERRAR: Nun, es ist sehr schwer, im Verlauf einer Demenzerkrankung festzustellen, wann das Leben begonnen hat zu enden. Wann achte ich nicht mehr so streng auf das tägliche Trinkprotokoll und wann akzeptiere ich das Erlöschen der Nahrungsaufnahme? Wann ist jemand an dem Punkt, an dem man den natürlichen Verlauf des Sterbens akzeptiert? Palliativmediziner sind zunächst nicht die Fachleute für Demenz, sie sind eher dafür da, Fragen zu stellen. Die Antworten darauf sollten immer multiprofessionell gefunden werden. Das lässt sich nicht mit einem Gespräch erledigen, sondern ist vielmehr ein langer Prozess.

FACETTEN: Ein Prozess, der mit viel Leid verbunden ist?

PERRAR: In gewisser Weise ist Demenz vielleicht auch die Gnade, sich des eigenen Sterbens nicht so bewusst sein zu müssen. Ich will das nicht verharmlosen, aber Menschen mit einer schweren Demenz, die gut begleitet werden, verlieren das Wissen um ihre Erkrankung. Das lindert in gewisser Weise das Leiden. Man könnte auch sagen, dass die Demenz sich quasi selbst palliativ lindert.

Aufgezeichnet von Heike Amann-Störk

Foto: Universitätsklinik Köln



„Demenz bedeutet ein Leben im Augenblick.“



Dr. Klaus Maria Perrar

ist Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie und Palliativmedizin sowie Oberarzt am Zentrum für Palliativmedizin an der Universitätsklinik Köln. In einem vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderten Projekt mit dem Thema „Bedürfnisse von Menschen mit schwerer Demenz in der letzten Lebensphase erkennen und ihnen begegnen“ hat er eine Arbeitshilfe für die Altenhilfe entwickelt.



Arbeitshilfe Demenz

Die Arbeitshilfe zum Umgang mit Demenzkranken am Lebensende steht unter palliativzentrum.uk-koeln.de/forschung/neuro-palliativ/implementierung-arbeitshilfe-bei-demenz kostenlos zum Download bereit.

fürs Fernsehen“

Wie ein Krimi

Einbrüche, Diebstähle, Miss-handlungen: Bei einem zwei-stündigen Gespräch mit Facetten berichtet die 89-jährige Frieda M.* über ihr Leben und die Straftaten, die sie seit einigen Jahren in ihrer Wohnung erfährt. Schließlich ist Frieda M. zu erschöpft, um weiterzuerzählen. Doch sie betont:

„Dies ist erst der Anfang, das Schlimmste habe ich noch gar nicht erzählt.“

Frieda M. wacht auf. Ihre Beine und Füße brennen. Panisch reißt sie die Bettdecke von sich. Sie trägt nichts außer einer weißen glänzenden Seidenstrumpfhose. Als sie die Strumpfhose herunterreißt, sieht sie es: Das bunte Salz. Jemand muss sie damit eingerieben haben. Am Bund der Strumpfhose entdeckt Frieda M. einen kleinen Beutel, auch dieser ist mit Salz gefüllt. Auf einem kleinen Zettel am Beutel steht: Achtung Gift, krebs-erregend!

Aufgebracht schildert die 89-Jährige dieses Erlebnis. Mit ihren filigranen Fingern fährt sie sich nervös durch ihr schulterlanges graues Haar. Frieda M. gibt an, momentan auf einer alterspsychiatrischen Station des ZfP Südwürttemberg in Weissenau zu wohnen. Aufgrund eines Wasserschadens kann sie nicht in ihre Wohnung und die Alternative zum ZfP – ein Hotel – könne sie sich nicht leisten. Die betagte, aber aufgeweckte Dame will ihre Geschichte erzählen: Seit 2012 wurde sie Opfer zahlreicher Übergriffe – und das in ihrer eigenen Wohnung. „Das ist wie ein Krimi fürs Fernsehen, was da passiert ist.“

Die Briefmarken der wertvollen Sammlung ihres verstorbenen Mannes liegen aneinandergereiht auf dem Wohnzimmermattisch. Frieda M. will sie zählen. Die Balkontür ist leicht geöffnet. Plötzlich bläst jemand auf dem Balkon ein paar Mal in eine Trompete. Frieda M. erschrickt. Der ausgelöste Luftzug weht die Briefmarken weg. Zeitgleich macht sich jemand mit einem Brecheisen an ihrer Wohnungstür zu schaffen. Sie hat Angst und ruft die Polizei. Als die Beamten nach langer Zeit eintreffen, sind die Unbekannten vom Balkon und der Tür längst verschwunden. Die Polizei glaubt Frieda M. nicht.

Ein schwerwiegender Verdacht

Seit dem Tod ihres Mannes 1990 wohnt Frieda M. allein in der Wohnung im 5. Stock eines Mehrfamilienhauses. In der Wohnung hat sie seither kaum etwas verändert. Frieda M. mag ihr Zuhause, gelegen zwischen Grünanlagen, mit wenig Durchgangsverkehr. Sie lebt zurückgezogen: „Ich lebe völlig distanziert. Ich will kein Geschwätz.“ Lediglich zweimal in der Woche kommt eine Betreuerin vorbei, um ihr bei Alltagserledigungen zu helfen. Doch 2012 zieht die Familie Weinstett* einen Stock tiefer ein. „Die waren mir von Anfang an nicht geheuer“, betont Frieda M.. 2012 ist auch das Jahr, in dem sie zum ersten Mal bestohlen wird.

Direkt nach dem Einzug habe Herr Weinstett Frieda M.s Wohnung besichtigen wollen. Sie zeigte ihm damals gern ihr Zuhause. „Er hat geschaut, als hätte er etwas Großartiges gesehen“, erinnert sich die 89-Jährige. Sie ist sich sicher: „Er hat zu viel gesehen.“ Der Sohn der Familie sei übrigens Schlossergeselle. Und Frau Weinstett Maschinenbauingenieurin. „Sie ist also Profi“, resümiert

Frieda M.. Auch Herr Weinstett sei ein „Profi“: „Er hat sich geholt, was ihm gefallen hat.“

Frieda M. öffnet den Kleiderschrank. Die immer adrett gekleidete Frau sucht ein bestimmtes Kleid. Doch es ist nicht im Schrank. Sie sucht erfolglos in der ganzen Wohnung. Es ist nicht das erste Kleid, das verschwindet. Manchmal ist ein Kleid tagelang weg und hängt dann wieder im Schrank. „Mir werden die Kleider geklaut und unterm Arm enger genäht“, berichtet Frieda M.. Die Nachbarin habe dieselbe Kleidergröße wie sie. Nach den vermehrten Diebstählen hat Frieda M. Angst. Sie geht oft spät ins Bett, um „Nachtwache“ zu halten. Dann harrt sie stundenlang aus und lauscht, ob jemand das Treppenhaus betritt. Die Wohnungstür hat sie mit mehr als zehn verschiedenen Schlössern gesichert. Doch diese sind immer schon nach wenigen Tagen kaputt.

Allein gegen die Angst?

Frieda M. war schon mehrmals im ZfP Südwürttemberg. Nach dem Vorfall mit der salzgefüllten Strumpfhose brachte ihre Betreuerin sie ins ZfP, weil die Polizeiwache an dem Tag geschlossen hatte und das Krankenhaus nur Frauen bis zum Alter von 50 behandelt. Das erste Mal wurde sie nach einem Wasserschaden in ihrer Wohnung von der Polizei ins ZfP gefahren. „Ich habe geheult wie ein Krokodil, ich wollte nicht zu den Idioten und dass man mich da einsperrt.“ Doch andernfalls hätte sie ein Hotel bezahlen müssen. Für ein halbes Jahr lebte sie daher in einer Wohngruppe. „Das erste Mal war eigentlich schön. Das freut mich heute noch“, erzählt Frieda M.. Hilfe habe sie aber eigentlich nicht gebraucht.

Die Vorfälle der letzten Jahre machen ihr Angst: „So etwas wie hier habe ich noch nicht erlebt.“ Frieda M. will nun lieber in eine kleinere Wohnung nach Konstanz ziehen. „Deshalb muss ich eine Beschwerde schreiben, die wollen mich nämlich ins Heim schicken.“ Der Gerichtsbeschluss liegt jedoch bereits vor: Frieda M. wird in ein Fachpflegeheim umziehen müssen. 

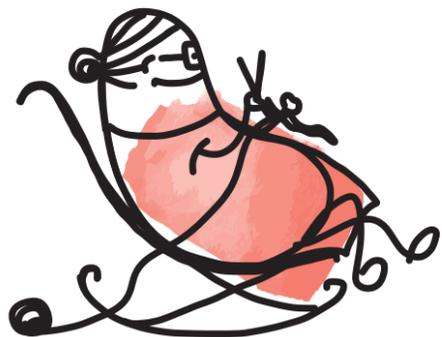
* Name von der Redaktion geändert.

Text: Rieke Mitrenga

Illustration: Zambrino

Wahn

Wahn bezeichnet die Falschbeurteilung der Wirklichkeit, an der Betroffene mit absoluter subjektiver Gewissheit festhalten. Objekte, Personen oder deren Verhalten werden fehlinterpretiert. Wahnhafte Störungen können in jedem Alter auftreten. Jedoch ist eine Erkrankung im höheren Alter, ab etwa 60 Jahren sowie bei alleinstehenden Frauen typisch. Eine Wahndynamik kann entstehen, wenn mit bestimmten Lebensereignissen nicht umgegangen werden kann, da die Widerstandsfähigkeit zu gering ist. Betroffene halten es oft nicht aus, dass sie selbst etwas falsch gemacht haben könnten. Sie suchen nach einer anderen Erklärung, warum es ihnen schlecht geht – dabei gilt: Lieber eine falsche Erklärung als gar keine. Ist ein Betroffener beispielsweise auf einmal ständig sehr müde, ohne eine Erklärung für dieses Erleben zu haben, macht er nicht die eigene Trägheit für die Müdigkeit verantwortlich, sondern den Nachbarn, der sicherlich heimlich Gas in die Wohnung leitet. Die Erklärung verschafft Betroffenen ein Gefühl der Erleichterung, sie steigern sich immer mehr hinein. Wahnhafte Störungen sind chronisch. Bei der Therapie wird nach sogenannten wahnfreien Inseln gesucht, also Themen, die nicht vom Wahn betroffen sind, zum Beispiel weit zurückliegende Berufstätigkeit oder Hobbies. Die Hilfeleistungen werden nicht mit der Wahnstörung begründet, die der Betroffene selbst nicht als diese wahrnimmt, sondern beispielsweise aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen.



BAUEN mit Bedacht

Damit auch Demenzkranke sich wohl fühlen

Die Liste an körperlichen wie geistigen Einschränkungen im Alter ist lang. Für die stationäre Pflege bedeutet dies bestimmte bauliche Anpassungen, um vor allem Demenzkranken ein bedürfnisgerechtes Wohnen zu ermöglichen.

Alte Menschen haben mit verschiedenen Komplikationen zu kämpfen: So sind viele eingeschränkt in ihrer Sehfähigkeit, sie sind hörgeschädigt oder finden sich in einer neuen Umgebung nur sehr schwer zurecht. Gerade bei Demenzkranken sind zudem kognitive Einschränkungen stark ausgeprägt, wodurch sie auch die Fähigkeit zur räumlichen Orientierung verlieren. Einrichtungen mit spezieller Architektur und Ausstattung wie die Demenzbauten im ZfP Südwürttemberg am Standort Bad Schussenried und Weissenau wurden daher auf die Bedürfnisse von Demenzkranken abgestimmt.

Der Demenzbau ist oval: So können Demenzkranke ihrem Bewegungsdrang nachgeben, ohne in Sackgassen zu geraten.



Einfache Wegführung vorbei an Glasfronten, die den Blick in den Garten frei geben.



Handläufe bieten Orientierung und Sicherheit beim Gehen.

Aber was sind die Bedürfnisse von Demenzkranken und was bedeutet demenzgerechtes Bauen? „Viele Demenzkranke haben eine Hinlaufftenndenz, sie suchen ihr Zuhause beziehungsweise einen Ort, mit dem sie das Gefühl von Sicherheit, Geborgenheit und Akzeptanz verbinden“, erklärt Martina Nunnenmacher, Leiterin des Geschäftsbereichs Wohnen Donau-Riss. Damit unterscheidet sich das Bedürfnis nach Sicherheit nicht zu dem von gesunden Menschen.

Die Demenzbauten des ZfP haben das Ziel, das Grundbedürfnis nach Sicherheit zu erfüllen. Der Grundriss ist oval und überschaubar: An den Außenseiten des Gebäudes befinden sich die Bewohnerzimmer mit jeweils eigenem Bad, in der Mitte sind die gläsernen Büros der Pflegekräfte, der sogenannte Pflegestützpunkt. Am hinteren Ende des Demenzbaus liegt der offene Gemeinschaftsraum mit Küche und Essbereich. Große Glasfronten ermöglichen einen Blick in den dazugehörigen Garten.

Bedürfnis nach Sicherheit

Demenzkranken weisen ein auffälliges Verhalten auf: „Sie sind oft motorisch unruhig und haben einen großen Bewegungsdrang, das können Symptome von Unsicherheit sein“, weiß Nunnenmacher. Damit sie dem Bewegungsdrang nachgeben können, sind im Flur auf beiden Seiten Handläufe angebracht. Sie dienen als Orientierungs- und Gleichgewichtshilfe. Durch die einfache

Gebäudestruktur und direkte Wegführung kommen die Bewohnerinnen und Bewohner nicht an verschlossene Türen und gelangen auch nicht in Sackgassen. Das beugt Frustration und daraus resultierender Aggression vor. Zudem kommen die Erkrankten bei ihren Rundgängen immer bei den Pflegekräften vorbei. In regelmäßigen Abständen sind Sitzgelegenheiten aufgestellt, um sich zwischendurch ausruhen zu können. „Das Sofa vor dem Dienstzimmer ist am beliebtesten. Da sieht man, was los ist“, erzählt die Heimleiterin schmunzelnd.

Verschlossene Türen erzeugen Frust

Ausgangstüren sind in derselben Farbe wie die Außenwand gehalten, um nicht aufzufallen. Während die Türen der Bewohnerzimmer in Holzoptik sind, sind die geschlossenen Außentüren weiß und wirken so in die Wand integriert. Funktionsräume sind abgeschlossen und in die Wand verblendet. „Eine Tür, die verschlossen ist, erzeugt Frust und Aggression. Da will ich dann erst recht raus“, beschreibt Nunnenmacher das Gefühl der Bewohner. Die Gänge sind mit hellen Oberlichtern gut ausgeleuchtet, da die Kranken in der räumlichen Wahrnehmung eingeschränkt sind. Kontrastwechsel auf dem Boden, zu bunte Farben und schwirrende Muster wirken verunsichernd. „Ein Wechsel von hellem zu dunklem Boden kann auf einen Demenzkranken wie ein Abgrund wirken“, erklärt die Expertin. Der Boden ist aus weicherem Kautschuk, was Stürze besser abfängt als beispielsweise Linoleum.





Eine Sensormatte schickt ein Signal an die Pflegekräfte, wenn ein Bewohner nachts aus dem Bett fällt oder aufsteht.



Einblick

Viele Sitzgelegenheiten laden zum Verweilen ein, besonders beliebt ist das Sofa vor dem Dienstzimmer.

– Klartext

Ein Gewinn für beide Seiten

Die Bewohnerzimmer sind funktional ausgestattet, da sich die Bewohner dort nur zum Schlafen aufhalten. Während andere psychisch Kranke ihr Zimmer oft als Rückzugsort nutzen, haben Demenzkranke nicht den Drang, sich zurückzuziehen. „Sie suchen die Gemeinschaft, da fühlen sie sich sicher“, erläutert Nunnenmacher. Im Gemeinschaftsbereich sei deshalb immer etwas los. Bestimmte Möbel, Bilder oder andere Erinnerungsgegenstände können für die Zimmer aber auch von zu Hause mitgebracht werden. An den Pflegebetten werden die Gitter nachts nicht hochgeklappt – das wäre eine freiheitsentziehende Maßnahme, was vermieden wird. Stattdessen liegen bei besonders unruhigen Bewohnerinnen und Bewohnern sogenannte Sensormatten vor dem Bett. Stürzt jemand nachts aus dem Bett oder will aufstehen, bekommt der Nachtdienst ein Signal in den Pflegestützpunkt und kann nachsehen, ob alles in Ordnung ist.

Erinnern und Orientieren

Bei manchen Bewohnern, die sich noch gut an früher erinnern, können speziell gekennzeichnete Zimmertüren – wie zum Beispiel ein Bild von Kühen beim Zimmer eines ehemaligen Landwirts – im Sinne der Erinnerungsarbeit ein gutes Gefühl auslösen. Viele Demenzkranke können jedoch keinen Bezug mehr zu Bildern herstellen und Schilder nicht mehr lesen. Je nach Krankheitsstadium sind Bilder und Piktogramme länger im Gedächtnis verfügbar. Nachts

brennen zur Orientierung Nachtlichter in den Fluren, bei einigen Bewohnern wird das Licht im Bad und somit bei der Toilette angelassen: „Man läuft automatisch zum Licht hin“, so Nunnenmacher.

Der Demenzbau in Bad Schussenried wurde 2004 bezogen und erfüllt mit der Gruppengröße von 15 Personen und den Einzelzimmern auch die aktuell geltende Landesheimbauverordnung. „Der Bau war damals up-to-date was die Forschungsergebnisse betraf und hat sich seitdem bewährt“, ist die Heimleiterin zufrieden. Demenzkranke wohnen weiterhin in normalen Pflegeheimen, jedoch haben diese meist einen eigenen Demenzbereich geschaffen. Früher wurden die speziellen Bedürfnisse der an Demenz erkrankten Menschen weder baulich noch inhaltlich berücksichtigt. Wenn die bauliche Ausstattung nicht an die Bedürfnisse angepasst ist, habe dies laut Nunnenmacher Konsequenzen wie beispielsweise eine erhöhte Medikamentengabe. „Das war für beide Seiten unbefriedigend: Die Demenzkranken waren unruhig und weglaufgefährdet, die anderen Bewohner verunsichert und das Pflegepersonal oft überfordert“, so Nunnenmacher. Reine Pflegeinstitutionen haben sich mittlerweile zu Einrichtungen mit einem wohnlichen und häuslichen Umfeld gewandelt.

Als wichtigen Punkt erachtet Nunnenmacher bei der Pflege von Demenzkranken neben den baulichen Voraussetzungen auch die Betreuung durch die Mitarbeitenden. Die milieutherapeutische Ausrichtung, das Wissen um eine demenzgerechte Kommunikation sowie die Strukturierung des Tagesablaufs schaffen ebenso Sicherheit, findet die Heimleiterin. Durch gut geschultes Personal, das die Gruppe mit Leben füllt, könne über bauliche Schwierigkeiten hinweggesehen werden und trotzdem eine gute Demenzversorgung geboten werden. ■

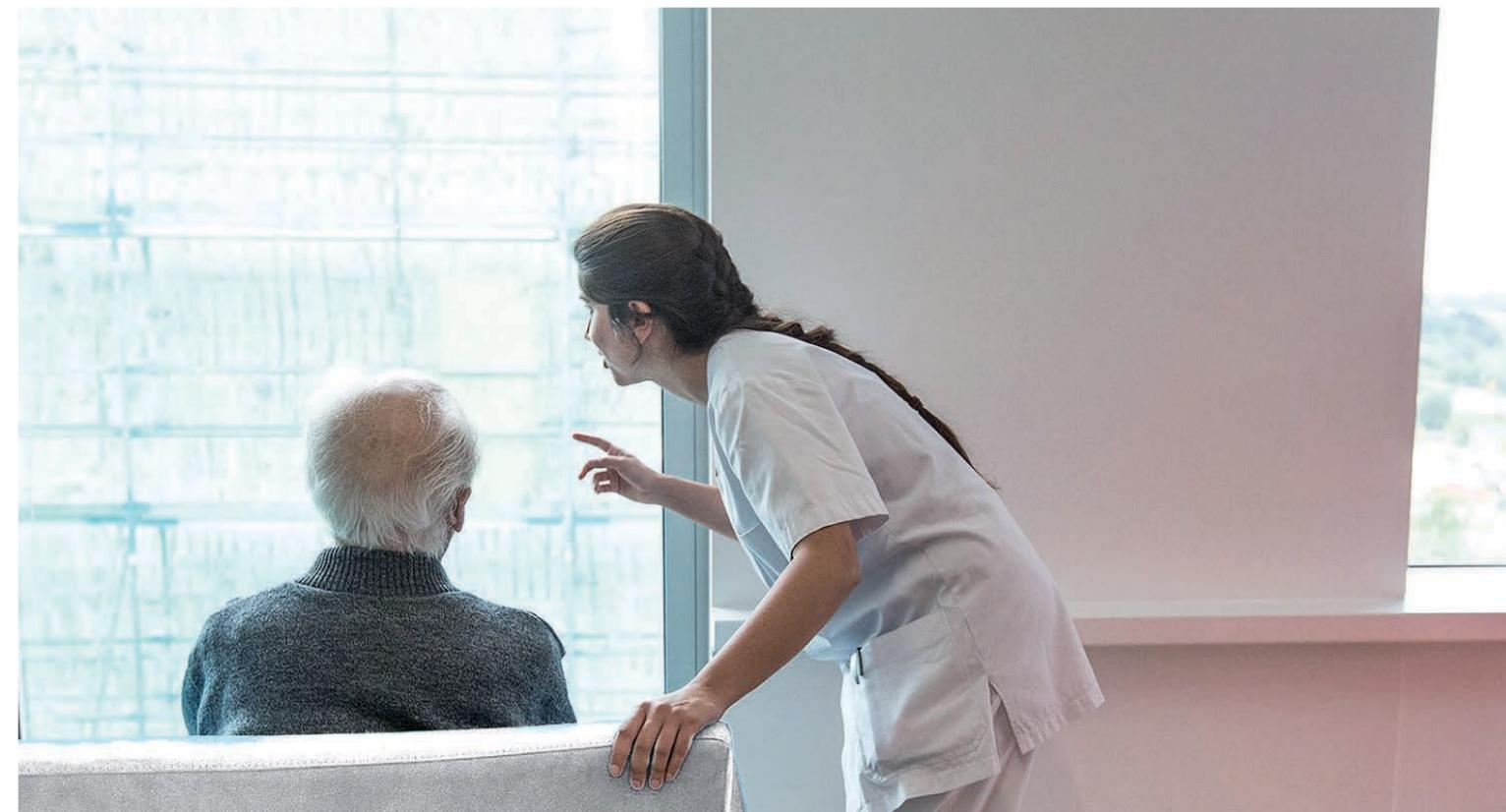
Text: Elke Cambré

Fotos: Ernst Fessler und Elke Cambré

Illustrationen: Zambrino



2017 wurde die Station mit Schwerpunkt Demenz und Delir am St. Elisabethen-Klinikum in Ravensburg eröffnet. Dr. Jochen Tenter erklärt, welche Vorteile die räumliche Nähe von Alterspsychiatrie und Geriatrie hat.



Alterspsychiatrische Stationen an verschiedenen Standorten

Um eine wohnortnahe und umfassende Versorgung psychisch Kranker zu gewährleisten, ist das ZfP bestrebt, an somatischen Krankenhäusern Stationen zu etablieren. Die Stationen in Ravensburg im St. Elisabethen-Klinikum und dem Klinikum am Steinberg in Reutlingen haben gezeigt, dass sowohl die Mitarbeitenden als auch die Betroffenen von der räumlichen Nähe der psychiatrischen und körpermedizinischen Fachdisziplin profitieren. Daher setzt das ZfP weitere Stationen nach diesem Vorbild in verschiedenen Landkreisen um.

FACETTEN: Warum wurde die alterspsychiatrische Station des ZfP in ein somatisches Krankenhaus verlegt?

DR. JOCHEN TENTER: Nach vier Jahrzehnten war ein neues Konzept für die alterspsychiatrische Versorgung notwendig. Auf der alten Station gab es beispielsweise noch Mehrbettzimmer und Gemeinschaftsbäder. Und so führte das ZfP Gespräche mit dem Landkreis Ravensburg und der Oberschwabenklinik über eine zeitgemäße stationäre Behandlung von Patientinnen und Patienten mit akuter Verwirrtheit und Demenz. Die Nähe zur Somatik ist in diesem Bereich ein wichtiges Kriterium.

FACETTEN: Was hat sich seither in der Versorgung für die Patienten verbessert?

TENTER: Ein wichtiger Punkt ist die Milieugestaltung: Wir haben sehr viel Platz und konnten dadurch zwei kleinere Pflegegruppen mit jeweils 12 Patientinnen und Patienten über zwei Stockwerke verteilen. Dadurch ist es ruhiger. Angehörige können besser einbezogen werden, da sie an gemeinsamen Essen teilnehmen können. Wir haben viel mehr Einzelzimmer, was besonders bei Patienten wichtig ist, die nachts unruhig sind.

FACETTEN: Inwiefern profitieren die Kolleginnen und Kollegen der verschiedenen Fachbereiche voneinander?

TENTER: Der erhoffte Nutzen ist eingetreten, vor allem durch die kurzen Wege zur körpermedizinischen Abteilung – der neu geschaffenen Akutgeriatrie im St. Elisabethen-Klinikum. Durch die gegenseitige Beratung (Konsile) konnte die Behandlung auf der psychiatrischen wie somatischen Seite verbessert werden.

FACETTEN: Funktionieren Psychiatrie und Somatik in unmittelbarer Nähe reibungslos oder gibt es auch Herausforderungen?

TENTER: Die Zusammenarbeit ist einwandfrei. Der Medizinische und Pflegerische Direktor der Oberschwabenklinik Dr. Jan-Ove Faust sprach in diesem Zusammenhang von einer „geräuschlosen Integration“, was als ein großes Lob zu verstehen ist. Problematisch ist eher die Distanz zum ZfP-Standort Weissenau, wenn es zum Beispiel um Vertretungen oder Fortbildungen geht.

FACETTEN: Muss man bei der psychiatrischen Versorgung älterer Patienten generell verstärkt körpermedizinische Aspekte berücksichtigen?

TENTER: Ein ganz klares Ja! Je älter man wird, desto mehr Krankheiten kommen hinzu. Ganz vorne mit dabei sind Bluthochdruck, Adipositas, Rückenschmerzen oder Diabetes. Das sind dieselben Krankheiten, wie sie auch vom Hausarzt bei Patienten ohne psychiatrische Erkrankung diagnostiziert werden. Schlimm sind aber vor allem die damit verbundenen Funktionseinbußen. Mit gut behandelten Krankheiten kann man jedoch immer noch ein zufriedenes Leben führen.

FACETTEN: Wie hängen Demenz und Delir zusammen? Und warum macht es Sinn, diese beiden Krankheitsbilder auf einer Station zu kombinieren?

TENTER: Demenz macht anfällig für Delir, da das Gehirn schon erkrankt ist. Somit ist es weniger widerstandsfähig gegen negative äußere Einflüsse wie beispielsweise eine Operation. Ebenso kann ein Delir eine Demenz verschlimmern. Diese Krankheiten gemeinsam zu behandeln macht deshalb Sinn, weil für die Therapie ein ähnliches Milieu auf den Stationen vorherrschen sollte.

FACETTEN: Welche Besonderheiten gibt es auf der Station?

TENTER: Die Größe der Station ist in Deutschland einmalig: Auf 2.000 Quadratmeter kommen 24 Patienten. Die Gänge sind so breit, dass problemlos zwei Rollstuhlfahrer aneinander vorbei kommen, ohne sich zu stören. Durch die riesigen Fensterfronten kann man sich beim Blick ins Schussental verlieren. Es gibt viele Sitzgelegenheiten und die Bauqualität ist Spitze. So herrscht insgesamt ein ausgewogenes Verhältnis von Distanz und Nähe, was den Patienten trotz ihres Aufenthalts auf einer Station viel innere Freiheit schenkt. Vermutlich konnten wir auch dadurch Fixierungen deutlich reduzieren. Diese Frage soll jetzt wissenschaftlich untersucht werden.

Aufgezeichnet von Marlene Pellhammer

Foto: Made Höld



Dr. Jochen Tenter im Interview

YouTube Stichworte: „Facetten bewegt, Alterspsychiatrie, Geriatrie“



„Mit gut behandelten Krankheiten kann man ein zufriedenes Leben führen.“



Dr. Jochen Tenter

ist Chefarzt der Abteilung für Alterspsychiatrie und Psychotherapie am ZfP-Standort Weissenau und stellvertretender Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I der Universität Ulm. Er war maßgeblich an der innenarchitektonischen Gestaltung der Station mit Schwerpunkt Demenz und Delir im St. Elisabethen-Klinikum beteiligt.

Ravensburg: Am St. Elisabethen-Klinikum gibt es die Station mit Schwerpunkt Demenz und Delir mit 24 Betten. Sie liegt in direkter Nähe zur Akutgeriatrie.

Reutlingen: Die psychiatrische Klinik im Klinikum am Steinberg mit 2 Stationen mit jeweils 18 Behandlungsplätzen ist ein Angebot der PP.rt – Fachklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Reutlingen. Diese ist zuständig für die allgemeinspsychiatrische und teilweise auch alterspsychiatrische Versorgung.

Biberach: In direkter räumlicher Nähe zum Sana Klinikum in Biberach entstehen neben einer allgemeinspsychiatrischen Station eine alterspsychiatrische Station sowie ein Tagesklinik-Ambulanz-Zentrum. Über einen Verbindungsgang ist die psychiatrische Klinik direkt mit der körpermedizinischen Abteilung verbunden.

Ulm: Mit dem Ziel, die psychiatrische Versorgung älterer Menschen in Ulm zu verbessern, wird sich das ZfP Südwürttemberg mit 20 Betten am altersmedizinischen Zentrum der Agaplesion Bethesda Klinik in Ulm beteiligen und dort eine alterspsychiatrische Station und eine Ambulanz betreiben. Mit dem Bezug wird im Herbst gerechnet.

EIN BAU STEIN

VON VIELEN

Neuropsychologische Tests
in der Demenzdiagnostik

Besteht der Verdacht, dass eine Demenzerkrankung vorliegt, sind umfassende Untersuchungen erforderlich. Dazu gehören neuropsychologische Tests: Sie prüfen die geistige Leistungsfähigkeit und können damit wichtige Hinweise geben.

Wiederholt wird der Schlüssel verlegt, der vertraute Weg vom Supermarkt nach Hause ist wie aus dem Gedächtnis gelöscht, wichtige Termine werden immer häufiger vergessen – erste Anzeichen einer Demenz? Um Gedächtnisprobleme abklären zu lassen, suchen Betroffene – oft auch auf Anraten der Angehörigen oder des Hausarztes – die Memory Clinic der Alterspsychiatrie des ZfP Südwürttemberg in Weissenau auf. Dort gilt es, anhand verschiedener Untersuchungen herauszufinden, ob tatsächlich eine demenzielle Erkrankung Ursache der Symptome ist oder aber eine neurologische Erkrankung oder beispielsweise Depressionen.

„Jede Untersuchung kann als diagnostischer Baustein gesehen werden“, erklärt Céline Rauleder, Psychologin in der Memory Clinic. „Für die Diagnose werden am Ende alle Bausteine, also die Befunde aller Untersuchungen, hinzugezogen.“ Bei Personen mit Demenzverdacht führt Rauleder sogenannte neuropsychologische Tests durch. Diese überprüfen kognitive Fähigkeiten wie Konzentrations- und Merkfähigkeit und zeigen, inwieweit die geistige Leistungsfähigkeit der Probandinnen und Probanden gegebenenfalls bereits beeinträchtigt ist.

Kurztest gibt erste Hinweise

Am Anfang der Diagnostik steht jedoch immer das Arztgespräch: Hier werden neben den subjektiv wahrgenommenen Veränderungen, Vorerkrankungen und eingenommene Medikamente des Patienten thematisiert. Zur Erhebung der Krankengeschichte sind außerdem Beobachtungen von Angehörigen wichtig – sie nehmen Gedächtnisprobleme oftmals anders wahr als die Betroffenen selbst. Schon während des Arztgesprächs wird meist ein kognitiver Kurztest – der bekannteste ist der sogenannte Mini-Mental-Status-Test (MMST) – durchgeführt. Dieser beinhaltet unter anderem Aufgaben zur Erinnerungs- und Konzentrationsfähigkeit und örtlichen und zeitlichen Orientierung. Die Ergebnisse dieses zehnmütigen Patienteninterviews lassen die Ärztin oder den Arzt

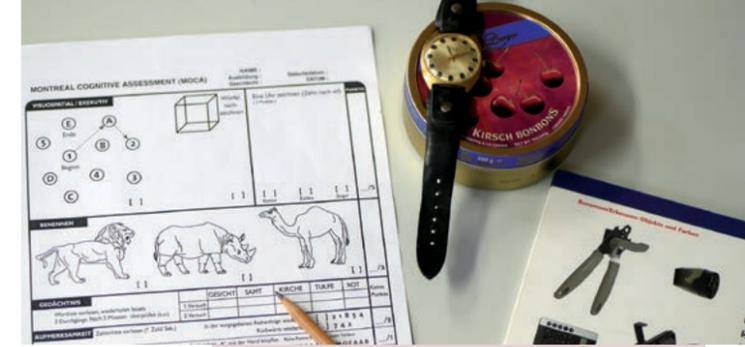
Hintergrund _

_ Hintergrund

abschätzen, ob eine Demenz vorliegt und wie sie in Hinblick auf den Schweregrad einzuordnen ist. In Kombination mit dem MMST wird meist der klassische Uhrentest angewandt. Dieser ist auch in den „Montreal Cognitive Assessment“ (MOCA), einen weiteren Kurztest, integriert. „Es wäre jedoch falsch, allein mit einem kognitiven Kurztest bereits eine Diagnose zu stellen“, betont Rauleder. „Trotz Beeinträchtigung kann ein Patient immer noch die volle Punktzahl erreichen.“ So berücksichtige der MMST Alter und Bildungsabschluss des Getesteten zum Beispiel nicht, zusätzlich sei dieser nicht sensitiv genug, um bereits eine leichte kognitive Störung – oftmals Vorbote einer Demenz – zu erkennen.

Auch Verhalten ist aufschlussreich

Auch deshalb wird als nächster vertiefender Schritt eine ausführliche neuropsychologische Testung empfohlen. Während manche Betroffene im Arztgespräch überzeugend und redigewandt auftreten und so von ihren demenziellen Symptomen eher ablenken, werden Defizite bei der Testung schneller offensichtlich. Die Untersuchung nimmt zwischen 45 und 60 Minuten in Anspruch und umfasst Aufgaben zur Aufmerksamkeit, Sprache oder auch Fähigkeit zur Erinnerung und Handlungsplanung. Die Untersuchung ermöglicht Céline Rauleder nicht nur, das kognitive Leistungsniveau der Probanden nach entsprechenden Standards einordnen zu können. Bereits währenddessen können Verhalten und Reaktionen der Testperson auf mögliche psychische Erkrankungen oder eine bestimmte Demenzform hinweisen. „Die Art und Weise, wie Patienten eine Aufgabe angehen und umsetzen und wie sie sich währenddessen verhalten sind ebenfalls wertvolle Informationen“, erklärt Rauleder. Zusätzlich werden bei der Auswertung Geschlecht, Alter und Ausbildungszeit der Patienten berücksichtigt. Schließlich ermittelt die Psychologin, ob und inwieweit das Gesamtergebnis auf eine Demenz hinweist: „Ich leite ein Ergebnis aus allen Tests ab, das wiederum einbezogen wird, wenn die Diagnose gestellt wird.“



Montreal Cognitive Assessment (MOCA)

Was wird getestet?

Getestet werden unterschiedliche Leistungsbereiche wie Orientierung, Erinnerung, Sprache und Aufmerksamkeit.

Was ist die Aufgabe?

Zu dem kognitiven Kurztest als Teil der Basisdiagnostik gehören Aufgaben wie Wörter merken und wiederholen, Fragen zur Orientierung beantworten, Kopfrechnen, Bilder benennen, Sätze nachsprechen und weitere.

Die Psychologin erklärt:

Vorteil des MOCA gegenüber dem sehr gängigen Mini-Mental-Status-Test ist, dass dieser mehr Leistungsbereiche abdeckt und außerdem leichte kognitive Störungen des Probanden erkennen kann. Zusätzlich wird das Bildungsniveau des Probanden für die Auswertung etwas berücksichtigt. Kognitive Kurztests werden manchmal bereits von Hausärzten durchgeführt, kommen aber auch in der Gedächtnissprechstunde nochmals zum Einsatz.

Neben neuropsychologischen Tests und dem ersten Arztgespräch sind Blut- und Laboruntersuchungen sowie Untersuchungen des Nervensystems weitere Bausteine der Demenzdiagnostik. Um auszuschließen, dass Medikamente oder behandelbare Ursachen die kognitive Leistung beeinträchtigen, gehört ein Blutbild zur Gesamtuntersuchung dazu. Bildgebende Verfahren wie das Magnetresonanztomogramm (MRT) und das Computertomogramm (CT) geben außerdem Aufschluss über Hirnerkrankungen und Tumore, die ebenfalls

demenzähnliche Symptome hervorrufen können. Sind alle Untersuchungen abgeschlossen, werden die Befunde zusammengeführt: Erst jetzt wird die endgültige Diagnose gestellt und es zeigt sich, ob die Gedächtnisprobleme des Betroffenen tatsächlich auf eine demenzielle Erkrankung zurückzuführen sind. **f**

Text: Nicola Netzer

Fotos: Made Höld

Block-Tapping-Test

Was wird getestet?

Getestet wird die räumlich-visuelle Merkfähigkeit.

Was ist die Aufgabe?

Verwendet wird ein Brett mit neun angeordneten Blöcken. Die oder der Testende tippt zu Beginn drei Blöcke (pro Sekunde ein Block) in einer bestimmten Reihenfolge an, die der Proband unmittelbar danach in derselben Folge nachtippen muss. Für jede Sequenzlänge werden drei Abfolgen vorgegeben. Um die Schwierigkeit zu steigern, wird die Anzahl der angetippten Blöcke auf vier, dann auf fünf und gegebenenfalls auf bis zu neun erhöht.

Die Psychologin erklärt:

Der Block-Tapping-Test gehört zu den Standards und wird so gut wie immer durchgeführt. Er ermöglicht, Rückschlüsse auf die kurzfristige räumlich-visuelle Merkspanne der Testperson zu ziehen. Darüber hinaus habe ich bei diesem und anderen Tests beispielsweise im Hinterkopf: Hat der Proband eventuell Probleme, sich überhaupt zu dieser Aufgabe zu motivieren? Das könnte gegebenenfalls auf eine Antriebsstörung hindeuten.

Turm von London-Test

Was wird getestet?

Getestet wird das konvergente problem-lösende Denken.

Was ist die Aufgabe?

Der Proband muss einen vorgegebenen Zielzustand mit einer bestimmten Anzahl von Zügen nachbilden. Dabei darf pro Zug nur eine Kugel versetzt und diese auch nicht abgelegt werden.

Die Psychologin erklärt:

Die Schwierigkeit dieses Tests liegt in der vorausschauenden Planung und Umsetzung: Die Testperson muss ihre Handlungsoptionen vorab durchgehen und eine Lösungsstrategie entwickeln. Zusätzlich gilt es, die vorgegebenen Regeln zu merken und einzuhalten. Mit dem Test kann der Verdacht auf eine frontotemporale Demenz – bei dieser Form sind Sozialbeziehungen und Steuerung des Verhaltens betroffen – erhärtet werden. Dann, wenn die Testperson mehrfach gegen die Regeln verstößt, nicht aus Fehlern lernt und Schwierigkeiten beim Entwickeln von Lösungen und Alternativplänen zeigt.

Sucht kennt kein

Alter

Alkohol-, Medikamenten- oder Tabaksucht betrifft bei weitem nicht nur junge Menschen. Dennoch werden Suchtprobleme im Alter oft nicht erkannt oder sogar ignoriert.



Schlaf-, Beruhigungs- und Schmerzmittel bergen ein hohes Suchtpotential. Doch nur wenige ältere Menschen gestehen sich oder der Familie ihre Abhängigkeit ein.

Schätzungen zufolge haben bundesweit rund 400.000 Menschen im Rentenalter ein Alkoholproblem. Und das hat Folgen. Denn es leidet nicht nur die Gesundheit, sondern auch die Lebensqualität, es kommt zum sozialen Rückzug. Treffen kann es jeden. Denn gerade das Alter bringt kritische Lebenssituationen mit sich, die eine Sucht begünstigen können. Beispielsweise die plötzliche Untätigkeit und fehlende Wertschätzung, wenn durch den Renteneintritt die tägliche Arbeit wegfällt. Oder die Einsamkeit nach dem Verlust des Partners. Der Versuch, dieses Leid zu kompensieren, endet nicht selten in der Abhängigkeit.

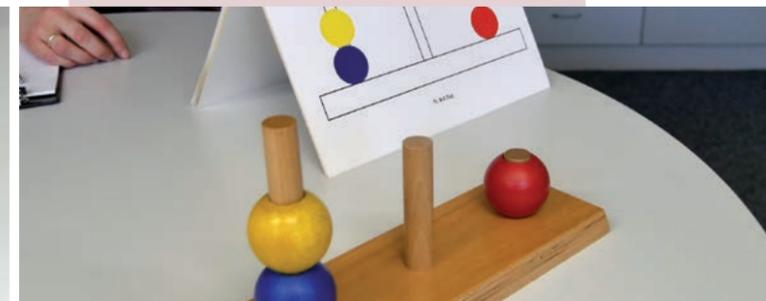
Auch Medikamente, die mit zunehmendem Alter immer häufiger verschrieben werden, sind ein Risiko. Viele Ältere nehmen nicht nur eines, sondern gleich mehrere Medikamente. Acht oder mehr Präparate sind keine Seltenheit, die Wechselwirkungen können drastisch sein. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) schätzt, dass etwa 8 bis 13 Prozent der über 60-Jährigen zu viele sogenannte psychoaktive Medikamente und Schmerzmittel einnehmen. Die Betroffenen betrachten sich nicht als süchtig. Sie nehmen die Medikamente schließlich ein, um gesund zu werden.

Gerade bei älteren suchtkranken Menschen ist die Hemmschwelle, sich Hilfe zu suchen, enorm hoch. Hinzu kommt das Schamgefühl, sich die Sucht einzugestehen. Und auch von Angehörigen und Pflegenden wird die Erkrankung häufig verharmlost. „Lass Oma noch ihren Verdauungsschnaps, das ist sie so gewohnt“ oder: „Alle Rentner nehmen doch Medikamente.“ Selbst von Hausärzten werden Suchterkrankungen im Alter spät oder gar nicht diagnostiziert. Das kommt daher, dass alte Menschen häufig zahlreiche andere Leiden haben, die für den Arzt offensichtlicher und leichter zu behandeln sind.

Lange Zeit wurden Ältere von fast allen psychotherapeutischen Schulrichtungen als nicht therapiefähig angesehen. Ein Irrtum. Denn neuere Forschungen haben ergeben, dass die Suchtbehandlung im Alter sinnvoll und erfolgreich ist. Häufig verläuft die Therapie sogar noch erfolgreicher als bei jüngeren Suchtkranken, da ältere Menschen meist disziplinierter sind und die Therapie seltener abbrechen. Doch erst einmal müssen sie den Weg ins Suchthilfesystem finden. Denn nur durch eine erfolgreiche Behandlung kann ihnen möglichst lange ein hohes Maß an Selbstbestimmung und Lebensqualität erhalten bleiben. **f**

Text: Heike Amann-Störk

Foto: Damian Zimmermann



Ich lebe sehr

zurückgezogen

Herbert W.* ist fast 80 Jahre alt und lebt allein. Seine Depression macht ihm zu schaffen. Im ZfP Südwürttemberg findet er Hilfe, besucht jeden Tag die Ergotherapie und unternimmt viele Tagesreisen.

„Eigentlich war es schon immer so“, erzählt Herbert W.. Bereits in der Schule fällt es ihm schwer, auf seine Mitschüler zuzugehen. Bei Unternehmungen in der Freizeit ist er nicht dabei, er fühlt sich ausgeschlossen. Die Schulnoten machen eine Achterbahnfahrt: In der Grund- und Hauptschule sind im Zeugnis nur gute bis sehr gute Abschlüsse, auf der weiterführenden Schule stürzt die Chemienote von einer Sehr gut ein halbes Jahr später in den Keller auf eine Ausreichend. Herbert W. und seine Lehrer können sich das nicht erklären, für seine zurückhaltende, traurige Art werden Wachstumsstörungen verantwortlich gemacht. „Ich wollte ja anders sein, aber ich konnte nicht.“

Seine Schullaufbahn beendet er mit dem Abitur und da ihm der Wehrdienst erspart bleibt, studiert er Philosophie und Theologie. Die Beziehung zu den Professoren ist sehr gut und er beginnt eine Promotion: „Allerdings um den Preis, dass ich mich nicht um soziale Kontakte gekümmert habe.“ Nebenher jobbt er als Reiseführer. Bei einer der Touristengruppen lernt er seine spätere Frau kennen. Er arbeitet noch einige

Mit Tagesreisen hält sich Herbert W. in Bewegung. Die Eindrücke verarbeitet er in Fotografien.



Jahre an der Universität, ehe die Lebensumstände durch die neugeborene Tochter ein regelmäßiges und höheres Einkommen von Herbert W. fordern: „Eigentlich wollte ich habilitieren, aber das war dadurch unmöglich geworden. Ich musste mich um meine Familie kümmern, das Haus abbezahlen.“

Er wechselt in den Außendienst einer Firma, hat viel Kundenkontakt, sammelt im Jahr 80.000 Fahrkilometer, arbeitet zeitweise in Italien und England. Mit den Kollegen und Vorgesetzten kommt er nicht gut zurecht, leidet unter seiner mangelnden Entscheidungskraft und hat Angst, für seine eigenen Ansichten und Ideen einzustehen. „Es war schwer. Während der langen Autofahrten habe ich viel darüber nachgedacht, warum ich so bin, warum ich mich nicht durchsetzen kann. Ich hätte viel erfolgreicher sein können.“ Sein passives Wesen macht er heute auch verantwortlich für seine Scheidung, er habe einfach alle Forderungen seiner Frau akzeptiert. Herbert W.s depressive Schübe werden häufiger und stärker. „Die Sache hatte auch ihr Gutes: Es hat mir den Weg geöffnet, mich Ärzten anzuvertrauen und meine psychischen Krankheiten anzunehmen.“

Trotzdem mobil und aktiv

2010 werden Herbert W.s Depressionen immer schlimmer. Er macht sich Schuldvorwürfe wegen seiner Vergangenheit, sorgt sich um die Zukunft, weil er nicht

weiß, ob er aufgrund seines Alters und der Krankheiten in seiner Wohnung bleiben kann, ob ihm die Rente zum Leben reicht: „Ich hatte sehr kritische Perioden mit Suizidgedanken.“ Daraufhin überweist ihn seine Hausärztin an die Psychiatrische Institutsambulanz des ZfP Südwürttemberg nach Riedlingen. Gemeinsam mit dem therapeutischen Team entwickelt er Strategien, um besser mit seinen Krankheiten umgehen zu können. Er beginnt Tagesausflüge zu unternehmen, reist an den Bodensee und ins Westallgäu, wird sogar Mitglied im Schwäbischen Albverein. Auf seinen Ausflügen macht er viele Bilder, die er nun in Fotobänden zusammenfasst. Das Fotografieren ist für ihn eine neue Form des Verstehens geworden, eine alternative Möglichkeit sich auszudrücken: „Früher habe ich viel gelesen und geschrieben. Das kann ich nicht mehr, weil mir dazu die Konzentration fehlt. Außerdem habe ich links nur noch zehn Prozent Sehkraft, das macht es noch schwerer.“ Im Sommer will er wieder mehr Ausflüge unternehmen, um in Bewegung zu bleiben und seinen Körper und sein Gehirn auf Trab zu halten.

Neben den Tagesausflügen hat Herbert W. die Ergotherapie für sich entdeckt: „Sie ist das Skelett meiner Tagesplanung.“ Jeden Morgen steht er um 6.30 Uhr auf, um 7 Uhr kommt ein Krankenpfleger und hilft ihm beim Waschen und der Medikamenteneinnahme, dann frühstückt er, macht seinen Haushalt und geht wenn nötig einkaufen. Um 13 Uhr fährt er zur Ergotherapie, bleibt dort bis 16 Uhr und tritt dann den Heimweg an. „Abends ist meine Informationszeit, ich lese kurze Artikel, schaue die Sport- und Wirtschaftsnachrichten und arbeite weiter an meinen Bildbänden“, erzählt er. Erst in der Ergotherapie hat er sein handwerkliches Geschick entdeckt und mittlerweile unter anderem ein Küchenboard und eine Garderobe gebaut. „Die Therapie gibt mir Struktur, ich habe eine enge Bindung zu den Therapeutinnen und den anderen Teilnehmern. Das tut gut, wir stützen uns gegenseitig.“ 

* Name von der Redaktion geändert.

Text: Marlene Pellhammer

Foto: Pixabay

Wie wollen **Wir** wohnen?

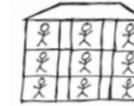
In Gemeinschaft mit anderen oder lieber allein? Möglichst intensive Betreuung oder eher ein hohes Maß an Selbstständigkeit? Neue Modelle und Betreuungskonzepte tragen dazu bei, die Lebenssituation älterer Menschen nachhaltig zu verbessern. Auch für psychisch kranke Menschen kommen im Alter verschiedenen Wohnformen in Frage. Sei es die eigene Wohnung, eine Wohn- oder Hausgemeinschaft oder der Platz im Fachpflegeheim. Dabei werden die Grenzen zwischen den verschiedenen Wohnformen immer fließender. Pflegeleistungen, die früher nur im Heim zum Einsatz kamen, sind heute auch in den eigenen vier Wänden möglich. Umgekehrt nähern sich die Betreuungskonzepte in den stationären Einrichtungen immer mehr an einen normalen Wohnalltag an.

Die häufigsten Wohnformen im Überblick



Zu Hause Wohnen

Viele Menschen leben auch im fortgeschrittenen Alter am liebsten in den eigenen vier Wänden. Mit einer psychischen Erkrankung ist diese Möglichkeit vorübergehend erschwert – so machen beispielsweise psychotische Störungen eine selbstständige Lebensführung zeitweise unmöglich. Für Menschen mit Demenz hingegen bietet die vertraute Umgebung Orientierung und Sicherheit. Allerdings bedarf es bei einer psychischen Erkrankung fast immer einer Betreuung, beispielsweise durch den Ambulanten Psychiatrischen Pflegedienst. Auch Angehörige können einen wichtigen Beitrag leisten – hier kann eine begleitende Beratung durch Ambulanzen oder Tagesstätten für psychisch kranke Menschen sinnvoll sein. Da im Alter die Mobilität abnimmt, wird empfohlen, die eigene Wohnung rechtzeitig barrierefrei zu gestalten, beispielsweise durch Treppenlifte oder ebenerdige Duschen. Hier können staatliche Fördergelder beantragt werden.



In Gemeinschaft Wohnen

Gerade für Menschen mit psychischen Problemen ist es sinnvoll, nicht ganz auf sich gestellt zu sein. Für das gemeinschaftliche Wohnen kommen unterschiedliche Konzepte in Frage. So gibt es spezielle Wohngemeinschaften, in denen mehrere Menschen zusammen leben. Jeder hat ein eigenes Zimmer – Bad, Wohn- und Esszimmer sowie die Küche werden meist gemeinschaftlich genutzt. Die Bewohner oder deren rechtliche Betreuer sind Mieter, das bedeutet, sie zahlen Miete für ihren persönlichen Wohnraum und anteilig für gemeinsam genutzte Räume. Somit haben sie auch das Hausrecht. Das Pflegepersonal ist zu Gast. Eine inzwischen recht bekannte Form des gemeinschaftlichen Wohnens sind Demenz-WGs. Hier können Menschen mit Demenz bis zu ihrem Lebensende wohnen, auch wenn der Pflegebedarf stark zunimmt.



Betreutes Wohnen in Familien

Im Betreuten Wohnen in Familien werden Menschen mit einer chronischen psychischen Erkrankung in Gastfamilien vermittelt und von Fachkräften betreut, die auch Ansprechpartner bei auftretenden Fragen und Problemen sind. Für die Versorgung und Betreuung erhält die Gastfamilie ein monatliches Entgelt. Auch Menschen mit einer alterspsychiatrischen Erkrankung, die sich nicht mehr selbstständig ausreichend versorgen können, werden an Gastfamilien vermittelt. Dabei stellt eine Pflegebedürftigkeit keinen Hinderungsgrund für eine Aufnahme dar. Pflegeleistungen können von externen Diensten oder von der Familie selbst erbracht werden. In der Regel ist damit eine stärkere Präsenz der Gastfamilie verbunden, die auch mit einem erhöhten Betreuungsentgelt honoriert wird. Angeboten wird das Betreute Wohnen in Familien beispielsweise von der Arkade in Ravensburg, dem Freundeskreis Bad Schussenried oder dem Verein für Sozialpsychiatrie Reutlingen.

Wohnen ist eng mit Lebensqualität verknüpft. Das gilt schon in jungen Jahren und wird im Alter, wenn Mobilität ab- und Hilfebedürftigkeit zunehmen, immer wichtiger. Das Angebot an Wohnformen scheint vielfältiger denn je.



Ambulant Betreutes Wohnen

Kennzeichnend für das Ambulante Betreute Wohnen (ABW) ist, dass die Hilfe am Wohnort des Betroffenen stattfindet. Dabei kann der Wohnort ganz unterschiedlich sein: die eigene Wohnung, eine Wohngemeinschaft oder auch ein Wohnheim. Die Betreuung ist dabei speziell auf die persönlichen Bedürfnisse zugeschnitten. Je nach Anforderungen erfolgen die Besuche mehrmals täglich oder in größeren Abständen. Zusätzlich werden die chronisch psychisch kranken Menschen bei der Freizeitgestaltung unterstützt. Voraussetzung ist ein gewisses Maß an Selbstständigkeit und Eigenverantwortung in der Alltagsbewältigung. Da diese Wohnform immer stärker nachgefragt wird, hat das ZfP Südwestfalen sein Angebot in den letzten Jahren zunehmend ausgebaut.



Psychiatrisches Fachpflegeheim

In psychiatrischen Fachpflegeheimen werden chronisch psychisch Kranke betreut, die nicht mehr in der Lage sind, in ihrer eigenen Wohnung zu leben. Ein Großteil der Bewohner ist im fortgeschrittenen Alter. Besonders verwirrte und weglaufgefährdete Menschen profitieren von der intensiven Betreuung – in einem Fachpflegeheim ist rund um die Uhr eine Betreuung anwesend. Zusätzlich zu den Pflegeleistungen gehören Ergotherapie und gemeinsame Aktivitäten wie Singen, Backen oder Sitzgymnastik zum Alltag. Eine Besonderheit im ZfP Südwestfalen sind Demenzwohnheime, die speziell auf die Bedürfnisse demenzkranker Menschen ausgerichtet sind. **I**

Text: Heike Amann-Störk

Illustration: Zambrino

Zeitgeschehen & Nachgefragt –

– Einblick



Das Lebensglück wiederfinden

Freudlos, niedergeschlagen, antriebslos: Die Depression gehört mit zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. Im Bühlhof ist die Behandlung auf die Umstände und Themen von älteren Menschen abgestimmt.

Weitläufige Koppeln, grünende Bäume, wuchernde Sträucher, Blumen in allerlei Farben und mittendrin: Der Bühlhof. Das Haus mit der grauen Holzfassade ist weder ein Ferienhof noch eine Unterkunft für Aussteiger – es ist eine psychiatrische Station des ZfP Südwestfalen für depressiv Erkrankte ab dem mittleren Lebensalter. Der Bühlhof bietet ein spezielles Behandlungsangebot in einer ungewöhnlichen Umgebung.

Vier Frauen und ein Mann sitzen auf den Gartenstühlen auf der Terrasse des Hofes und genießen die warmen Sonnenstrahlen. In wenigen Minuten beginnt die gemeinsame Musiktherapie. Die rote Stationskatze Peppi schmiegt sich an die Beine einer Frau, bis sie gestreichelt wird. Drei der Patientinnen sind um die 60 Jahre alt, nur eine Frau ist älter. Es ist eine typische Konstellation. Auf dem Bühlhof werden Depressive ab 55 Jahren behandelt. „Ungefähr in diesem Alter ändern sich die Lebensperspektiven“, weiß Dr. Matthias Köhler, Chefarzt der Abteilung Alterspsychiatrie des ZfP Südwestfalen in Zwielfalten.

Ein neuer Lebensabschnitt

Die Gründe dafür sind vielseitig: Sind die Kinder nicht mehr im Haus, müssen neue Anknüpfungspunkte in der Partnerschaft gefunden werden. Hat sich der Partner getrennt oder ist verstorben, stellt sich die Frage, wie das Leben allein gestaltet werden kann. Wer unter einer schweren Erkrankung leidet oder bei wem vermehrt körperliche Krankheiten auftreten, ist verunsichert, weil er sich nicht mehr auf seinen Körper verlassen kann. Auch die berufliche Karriere verliert im Alter an Wichtigkeit und die Suche nach anderen lebensbereichernden Tätigkeiten beginnt. Solche Erlebnisse können extrem verunsichern und eine Depression begünstigen. Auf dem Bühlhof sollen Betroffene lernen mit den Veränderungen im Alter umzugehen und ihren dritten Lebensabschnitt erfolgreich zu gestalten.

Der Bühlhof liegt abgelegen. Von der kleinen Gemeinde Zwielfalten fährt man weit den Hang hinauf bis zum Ende des Wohngebietes, weiter zwischen Feldern. Vom Hofgarten fällt der Blick hinunter auf das Tal und die zwei Türme des Zwielfalter Klosters. Die ruhige Lage passt zum therapeutischen Konzept der Station, erklärt Köhler: „Insbesondere ältere Depressive tun sich oft schwer, wenn zu viel Aktivität um sie herum ist. Zum Beispiel wenn sie auf einer Akutstation mit jüngeren zusammen sein müssen, die sehr unruhig sind. Hier sind sie in einer homogenen Gruppe.“

Nachgefragt Wohnangebote



Christoph Vieten, leitet den Zentralbereich Arbeit und Wohnen des ZfP Südwestfalen und ist Regionaldirektor für das Versorgungsgebiet Donau-Riss. Seit vielen Jahren setzt er sich für die Weiterentwicklung der Wohnangebote für psychisch kranke Menschen ein.

FACETTEN: Wie beurteilen Sie die aktuelle Wohnraumsituation für psychisch kranke ältere Menschen?

CHRISTOPH VIETEN: Diese ist regional sehr unterschiedlich. Geht es um die Frage nach bezahlbarem Wohnraum, dann ist es im städtischen Bereich deutlich schwieriger als im ländlichen. Das ZfP betreut im Landkreis Ravensburg und im Landkreis Biberach je 150 Menschen im Rahmen des Ambulant Betreuten Wohnens. Besonders in größeren Städten wie Ravensburg und Biberach ist es nicht leicht, geeigneten Wohnraum zu finden.

FACETTEN: Steigt denn der Bedarf künftig noch weiter an?

VIETEN: Gerade was das Ambulant Betreute Wohnen angeht, haben wir in den letzten zehn Jahren einen steigenden Bedarf festgestellt. Da wir alle immer älter werden, nimmt die Nachfrage durch ältere Menschen sicher noch zu. Die Hälfte aller Demenzkranken lebt im Familienverband und wird durch Angehörige unterstützt. Etwa 5 Prozent zeigen jedoch so starke Verhaltensauffälligkeiten, dass sie weder im Familienverband noch in Wohngemeinschaften betreut werden können.

FACETTEN: Welche Ansätze gibt es?

VIETEN: Ich gehöre einer Expertenkommission an, die das ZfP Südwestfalen mit ins Leben gerufen hat. Diese hat die Aufgabe, Wohnangebote für Demenzkranke mit schweren Verhaltensauffälligkeiten weiterzuentwickeln. Wir hoffen, dass wir uns dieser Verantwortung stellen können, indem wir regional entsprechende Wohnangebote einrichten. Auch das Ministerium für Soziales und Integration hat einige zukunftsweisende Ansätze entwickelt, die finanziell gefördert werden, beispielsweise generationsübergreifendes Wohnen im Quartier. Dies ist ein wichtiger Aspekt, um die Integration psychisch kranker Menschen einschließlich Demenzkranker auch in Zukunft gemeindenah zu ermöglichen.

Aufgezeichnet von Heike Amann-Störk und Marlene Pellhammer

Foto: Ernst Fessler

Darf's mehr sein?



Christoph Vieten im Interview

YouTube Stichworte: „Facetten bewegt, Wohnformen im Alter“



Breitgefächertes Therapieangebot

Aus dem kleinen weißen Holzhaus im Garten dringt der Geruch von frischgebackenem Brot. Drinnen steht ein Mann an einem Holztisch. Er trägt eine weiße Schürze. Konzentriert formt er mit seinen faltigen Händen den Brotteig. Eine Therapeutin steht neben ihm und erklärt, dass sich der Teig mit mehr Mehl leichter formen lässt. Der Mann legt das fertige Teigstück zu den anderen Stücken auf ein Holztablett. Dieses schiebt er in den großen schwarzen Ofen, der in der Mitte der Hütte steht. Der Bühlhof hat ein breitgefächertes Therapieangebot: Unter anderem Psychotherapie, Gesprächsgruppen, medikamentöse Behandlung, Musik-, Ergo- und Bewegungstherapie und tagesstrukturierende Maßnahmen, wie das Backen im Gartenhäuschen.

Welches Therapieangebot für wen sinnvoll ist, wird bei dem ausführlichen Diagnose-Gespräch vor der Aufnahme ausgelotet. Hauptsächlich werden depressive Menschen aufgenommen. Jedoch wird auch geprüft, ob jemand manische Phasen hat, also unter einer bipolaren Störung leidet oder ob eine psychotische Symptomatik vorliegt. Im Verlauf der Behandlung werden Patienten teilweise auch auf eine beginnende Demenz getestet. „Die Abgrenzung zu einer Depression kann schwierig sein, da die Symptome oft ähnlich sind“, sagt Köhler.

Auf der nahen Koppel grasen sieben Pferde. Ein weiteres Pferd ist in der Reithalle. Eine Patientin ist gerade aufgestiegen. Die Reittherapeutin führt das Pferd mit der Patientin im Kreis durch die Halle. „Die tiergestützte Therapie liefert wichtige Hinweise über die Patienten und ist somit eine sinnvolle Ergänzung für unser Behandlungsangebot“, kommentiert Köhler. Tiere ermöglichen dem Patienten einen leichteren Zugang zu sich und der eigenen Gefühlswelt, auch wenn derjenige tief in einer Depression steckt. „Zu Tieren kann man einen ganz anderen Kontakt aufbauen als zu Menschen.“

Für jeden die optimale Unterstützung

Zwei Handwerker werkeln im Bad eines Patientenzimmers. Sie entfernen die alte Duschwanne. Die neue wird einen niedrigeren Einstieg haben. Köhler erklärt: „Es ist wichtig, dass alles altersgerecht ist.“ Denn einige der älteren Patienten sind nicht mehr so mobil. Alle Bäder der zehn Zweitbettzimmer werden nun nach und nach renoviert. Die Therapieräume befinden sich im Untergeschoss des Bühlhofs, der Ausgang und die Gemeinschaftsräume im Erdgeschoss und die Patientenzimmer im oberen Stockwerk. Deshalb gibt es einen Treppenlift. Auch die Einrichtung der Zimmer ist altersgerecht. So gibt es beispielweise höhenverstellbare Krankenhausbetten im ansprechenden Design.

Vor dem Eingang des Bühlhofs steht ein Motorrad. Daneben eine Reisetasche. Es ist Freitag und eine Patientin wird gleich in ihre Heimatstadt fahren: Zur Belastungserprobung. Erst am Sonntagabend wird sie zum Bühlhof zurückkehren. Köhler erklärt: „Die Krankheitssymptome sollen sich nicht nur in einer fremden Umgebung bessern. Wir möchten prüfen, wie die erlernten Werkzeuge und Verhaltensweisen zu Hause umgesetzt werden können.“ Während die Umsetzung auf dem Bühlhof oft leicht fällt, sind Patienten zu Hause mit alltäglichen Hürden konfrontiert: Wie kann ich das Alleinsein ertragen? Wie schaffe ich es, mich in meiner Wohnung wohl zu fühlen, obwohl ich ständig an meinen verstorbenen Mann denken muss? Wie kann ich aktiv werden und mich zu sportlichen Aktivitäten und Verabredungen mit Freunden motivieren? Da Depressive oft einen hohen Anspruch an sich selbst haben, sind Rückschläge keine Seltenheit. „Deshalb ist die Arbeit daran wichtig“, betont Köhler. Um die Eigenständigkeit der Patienten zu fördern, wurden im Bühlhof zahlreiche Übungsfelder geschaffen. So müssen zum Beispiel die Fahrten nach Hause selbst organisiert werden. „Das ist Teil der Behandlung“, verdeutlicht Köhler. Sind die Patienten fähig, wieder Autofahren zu können, wird auch dies unterstützt. „Wir versuchen Normalität zu leben. Der Bühlhof ist keine Glocke.“ Deshalb wundert es hier niemanden, als sich die Patientin ihren Helm aufsetzt und den knatternden Motor ihrer Maschine ertönen lässt, um sich auf den Heimweg zu machen. **1**

Text: Rieke Mitrenga

Fotos: Ernst Fesseler



Der Verein Arkade Ravensburg vermittelt Menschen über 65 Jahre mit alterspsychiatrischen oder dementiellen Erkrankungen in Gastfamilien. Schwer Demenzkranke wie Erika W. profitieren dort von individueller Betreuung und Familienanschluss.

Mehrere Schuhpaare stehen im Hauseingang von Familie Schuster, ganz außen die Winterstiefel von Erika W.. Gleich die erste Tür rechts führt in ihr Zimmer mit Blick in den verschneiten Vorgarten. Seit fast zehn Jahren lebt die demente 71-Jährige bei Silvia Schuster, ihrem Mann und den 8- und 16-jährigen Töchtern in Hinzstobel bei Ravensburg. Hier ist sie zu Hause, isst gemeinsam mit der Familie und erlebt einen ganz normalen Familienalltag.

„Erika gehört zu unserer Familie halt einfach dazu“, sagt Silvia Schuster, „für die Kinder ist sie wie eine dritte Oma.“ Neben ihr am Esstisch sitzt Erika W.. Die Hände im Schoß gefaltet, nickt diese immer wieder zustimmend: „Ja, das stimmt, das ist richtig.“

Arkade-Mitarbeiter Klaus Fischer und Silvia Schuster (r.) tauschen sich regelmäßig aus. Bei den Gesprächen meistens dabei ist auch die demenzkranke Erika W..



Nachdem Erika W.s Lebenspartner gestorben war, wandte sich ihre rechtliche Betreuerin vor über zehn Jahren auf der Suche nach einer Gastfamilie für die damals bereits Demente an die Arkade. Als Alternative zu einem Pflegeheimplatz vermittelt der Ravensburger Verein psychisch und alterspsychiatrisch erkrankte Menschen in eine Gastfamilie, wo sie in den Alltag eingebunden und individuell betreut werden. Gegenüber von Silvia Schuster und Erika W. hat Klaus Fischer von der Arkade Platz genommen. Seit dem Einzug der damals 61-Jährigen begleitet er als fester Ansprechpartner die Gastfamilie. „Frau W. profitiert besonders von der familiären Situation und dem persönlichen Kontakt bei Schusters“, so der Sozialarbeiter. Schuster nickt: „Die Kinder, ihr ungezwungener Umgang und der Trubel im Haus tun Erika gut.“ Auch Erika W. nickt, mit leerem Blick schaut die schwer Demenzkranke zwischen Schuster und Fischer hin und her, wirft mehrmals ein bekräftigendes ‚Das ist richtig‘ in die Unterhaltung ein.

Fachliche Begleitung

Alle drei bis vier Wochen besucht Klaus Fischer die Gastfamilie, tauscht sich außerdem mit Silvia Schuster regelmäßig telefonisch aus. Besonders am Anfang war diese froh, sich bei Fragen jederzeit an den Mitarbeiter der Arkade wenden zu können: „Die ersten paar Monate waren für alle eine Umstellung, da musste man erstmal zusammenwachsen“, erinnert sich die ausgebildete Altenpflegerin. „Für Erika war es nicht leicht zu akzeptieren, dass sie zum Beispiel bei der täglichen Pflege Unterstützung benötigt.“

Musste Silvia Schuster der Demenzkranke anfangs noch wenig bei alltäglichen Routinen wie Waschen, Anziehen oder Zähneputzen helfen, so hat sich mit fortschreitender Erkrankung auch der Pflegegrad auf Stufe vier erhöht. „Es brauchte einfach Zeit, bis Vertrauen da war und Erika Hilfe annahm“, so Schuster rückblickend. Ein Reibungspunkt zu Beginn des Zusammenlebens war außerdem das eigenständige Rauchen von Erika W.: Zu gefährlich war das Hantieren mit Feuer je mehr die dementiellen Symptome zunahmen. Inzwischen verwahrt Silvia Schuster Feuerzeug und Zigaretten, händigt beides bei Bedarf an Erika W. aus.

„Mir hilft es sehr, dass wir bei Alltagsproblemen zusammen mit Herrn Fischer Lösungen erarbeiten“, berichtet Silvia Schuster. Damit Erika W. beispielsweise weiterhin alleine spazieren gehen kann, trägt sie nun eine Warnweste und eine Uhr mit GPS-Ortung. „Individuell auf die Bedürfnisse der Erkrankten eingehen zu können, ist eine große Stärke des Betreuten Wohnens in Gastfamilien“, erzählt Fischer. Ebenso werde jedoch auch auf die Bedürfnisse der Gastfamilie eingegangen, um diese gegebenenfalls zu entlasten.

Option Tagespflege

An zwei Nachmittagen besucht Erika W. eine Betreuungsgruppe in Ravensburg – eine fixe Zeit, die Silvia Schuster beispielsweise für Arzttermine nutzt. Außerdem besteht für Schusters jederzeit die Option, für Erika W. eine Tagespflege außer Haus in Anspruch zu nehmen. So soll sowohl den Bewohnern als auch der Gastfamilie ermöglicht werden, das gemeinsame Wohnmodell möglichst lange weiterzuführen. Diesen Wunsch hat auch Silvia Schuster. Trotzdem ist sie froh, auf das Angebot der Tagespflege zurückgreifen zu können: „Für mich ist es beruhigend zu wissen, dass es diese Möglichkeit gibt – besonders dann, wenn sich die Demenz weiter verstärkt und die Pflegeanforderungen zunehmen.“ Wie lange erkrankte Menschen in einer Gastfamilie gepflegt werden können, hängt sowohl von ihrem Gesundheitszustand als auch von den Betreuungspersonen ab. Einige der Erkrankten versterben in der Familie, manche werden in Pflegeheime vermittelt – etwas, an das Silvia Schuster aber noch gar nicht denken mag: „Ich hoffe natürlich, dass wir Erika möglichst lange bei uns betreuen können – sie gehört halt einfach dazu.“ Erika W. blickt auf und nickt mehrmals: „Das stimmt, das ist richtig.“

Text und Foto: Nicola Netzer

Leben in Gastfamilien für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen

Die Vermittlung gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen über 65 Jahre in Gastfamilien gehört zum Angebot Betreutes Wohnen in Familien (BWF) der Arkade Ravensburg. Eine Fachkraft des Arkade-Teams tauscht sich regelmäßig mit der Gastfamilie aus und ist Ansprechpartner für auftretende Fragen.

Nähere Informationen für interessierte Gastfamilien: www.arkade-ev.de, Telefon 0751- 366 55 80 oder Mail: info@arkade-bwf.de.

Literatur- und Filmempfehlungen

Wir sind die Neuen

Regie: Ralf Westhoff
Deutschland, 2014

Revoluzzer vs. Spießer

Da sie knapp bei Kasse sind und sich gerne an die Studentenzeit zurückerinnern, rufen drei Münchner Rentner ihre damalige WG zurück ins Leben. Sie freuen sich auf nächtliche Diskussionen am Küchentisch, laute Musik und die eine oder andere Flasche Wein. Doch sie haben die Rechnung ohne die neuen Nachbarn gemacht. Die ehrgeizigen Studenten pochen auf Einhaltung der Nachtruhe, achten penibel auf die Kehrwoche und denken nur ans Lernen und ihre künftige Karriere. Da sind Konflikte vorprogrammiert. Der kurzweilige Film ist eine gelungene Mischung aus Nachdenklichkeit und Klamauk und punktet vor allem durch herrliche Dialoge mit viel Wortwitz.

Charmante Komödie über einen Generationskonflikt der anderen Art.
Heike Amann-Störk



Der Sommer der lachenden Kühe

Arto Paasilinna
ISBN: 978-3-404-17072-2

Skurriler Roadtrip

„Wo soll's hingehen?“ „Egal, einfach vorwärts.“ Kurzerhand nimmt Taxifahrer Seppo Sorjonen den verwirrten älteren Mann mit, der mitten auf der Straße steht. Tavetti Rytkönen ist ehemaliger Landvermessungsrat, der im 2. Weltkrieg gedient hat. An mehr kann er sich nicht erinnern. So beginnt eine gemeinsame Reise quer durch halb Finnland mit vielen Abenteuern. Immer wieder verschmelzen Rytkönen's Erinnerungen mit der Gegenwart.

Unterhaltsame, leichte Lektüre, gespickt mit herrlich trockenem Humor.
Rieke Mitrenga

Mutter, wann stirbst du endlich?

Martina Rosenberg
ISBN: 978-3-7645-0468-7

Wenn Kinder ihre Eltern pflegen

In dem Spiegel-Bestseller erzählt Martina Rosenberg ihre eigene Geschichte, wie sie ihre an Demenz erkrankte Mutter über Jahre pflegt. Authentisch und ungeschönt beschreibt die Autorin den Krankheitsverlauf mit allen Höhen und Tiefen. Verzweifelt versucht Rosenberg, ihrem eigenen Familienleben und ihren kranken Eltern gerecht zu werden. Nach neun Jahren tritt jedoch Resignation ein und der Wunsch nach Erlösung: Mutter, wann stirbst du endlich?

Ein ehrlicher Bericht, der betroffenen Angehörigen auch Mut macht, dass sie in ihrer Situation nicht alleine sind.
Elke Cambré



Redaktion

Heike Amann-Störk findet, dass man für Bücher wie die Raupe Nimmersatt und die Feldmaus Frederick nie zu alt ist.

Elke Cambré nutzt lieber die Kalender-Funktion auf dem Smartphone als einen altmodischen Taschenkalender.

Nicola Netzer zieht Filmklassiker in schwarz-weiß den heutigen Kinohits vor.

Marlene Pellhammer hat ein Herz für mehrere hundert Jahre alte Bücher, vor allem für deren Verbindung von Schrift und Malerei.

Rieke Mitrenga singt beim ehrenamtlichen Besuchsdienst gern mit den Patientinnen und Patienten alte Volkslieder.



NeuroNation

Erschienen 2011. Verfügbar für Android und iOS.

Das Fitnessstudio für den Kopf

NeuroNation wurde in Kooperation mit Psychologen der Freien Universität Berlin sowie der Technischen Universität Dortmund entwickelt. Die Übungen sollen die geistige Leistungsfähigkeit steigern und sind als App sowie als Webseite verfügbar. Nach Anmeldung erfolgt ein Test, anhand der Ergebnisse wird dann ein maßgeschneidertes Trainingsprogramm erstellt. Die Übungen sind unterhaltsam und abwechslungsreich, man kann recht schnell Fortschritte erkennen und sich mit anderen Nutzern vergleichen. Toll sind auch die kurzen Geschichten vor jedem Übungsblock, die anhand alltäglicher Szenen verdeutlichen, welche Fähigkeiten jeweils trainiert werden. Die Basisversion ist kostenlos, allerdings mit viel Werbung für die Kaufversion versehen. Die Gebühr für die kostenpflichtige Version wird von mehreren Krankenkassen erstattet.

Gehirnjogging, das nicht nur fit, sondern auch Spaß macht.
Heike Amann-Störk

Redaktionstipp ...

Mein Vater

Regie:
Andreas Kleinert,
Deutschland, 2003

Zerreißprobe

Jochen und Anja ziehen zusammen mit ihrem Sohn Oliver in das neu gebaute Haus. Weil bei Jochens Vater Richard Alzheimer diagnostiziert wird, nehmen sie ihn bei sich auf und wollen ihn pflegen. Sein Zustand verschlechtert sich jedoch zusehends und die Familie droht, daran auseinanderzubrechen. Anja fordert, ihren Schwiegervater in einem Heim unterzubringen, was Jochen nicht übers Herz bringt. Als Richard das Haus in Brand steckt, zieht Anja die Reißleine und geht. Jochen bleibt mit seinem Vater überfordert und allein zurück ...

Ein bewegendes und schonungsloses Drama über die Zerstörungskraft einer Krankheit, die sich auch auf die Angehörigen auswirkt.
Marlene Pellhammer



bemerkenswert

Bildband: 100 Jahre Lebensglück – Weisheit, Liebe, Lachen

Der Fotograf Karsten Thormaehlen porträtiert über 100-Jährige und will mit seinen Fotos die Lebensleistung von Hochbetagten würdigen.

Kolumne: **Die Oma-Kolumne** Dorothea Wagner beschreibt in der Süddeutschen Zeitung die großen und kleinen Momente des Lebens ihrer 79-jährigen Großmutter – von Tinder, Tod und Torten.

Podcast: **Demenz und Alzheimer** Der Schweizer Neuropsychologin Prof. Dr. Andreas Monsch spricht unter anderem über Forschungen zur ursächlichen Behandlung von Alzheimer und die Herausforderungen dabei.

Slam Poetry: **Geblißdingst** 23 Stars der Wortwettkämpfe liefern ehrliche, komische oder berührende Texte zum Thema Demenz.

Buch: **Altern – immer für eine Überraschung gut** Die Psychologin und Autorin Verena Kast ist selbst Anfang 70 und ermutigt dazu, flexibel auf die Herausforderungen des Alters zu reagieren.

Information, Beratung, Kontakt



Information und Anlaufstellen

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz

Friedrichstraße 236
10969 Berlin-Kreuzberg
E-Mail: info@deutsche-alzheimer.de
www.deutsche-alzheimer.de
www.alzheimer-bw.de

Alzheimer Telefon

Professionelle Beratung für Betroffene, Angehörige und Interessierte
Telefon: 030 259379514

Depression im Alter

Stiftung Deutsche Depressionshilfe
Info-Telefon: 0800 3344533
www.deutsche-depressionshilfe.de

Informationsportal zur Hospiz- und Palliativversorgung

Das Portal des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg stellt Kontaktdaten zu Ambulanten Pflegeheimen und Hospizen bereit und informiert rund um die Hospiz- und Palliativversorgung.
www.hospiz-palliativ-bw.de

Netzwerk Demenz

Das regionale Netzwerk bietet regelmäßige kostenfreie Fortbildungen und Informationsveranstaltungen im Landkreis Ravensburg für pflegende Angehörige, Nachbarschaftshelfer und ehrenamtlich Arbeitende.
www.zfp-web.de/unternehmen/netzwerk-demenz
Kontakt: Marion Müller, 0751 76012040

Gedächtnissprechstunden des ZfP Südwürttemberg

In den alterspsychiatrischen Ambulanzen des ZfP erfolgt eine differenzierte Diagnostik bei Demenz-Verdacht.
Bad Schussenried: 07583 33 1680
Weissenau: 0751 7601 2168



Für Angehörige

Regionale Angehörigengruppen Demenz

Zeit und Ort der Gruppentreffen auf Anfrage
Ravensburg und Friedrichshafen:
Gisela Herr, Telefon 07525 8272 oder Gabriele Schnell, Telefon 07551 906
Biberach: Claudia Bösch, Telefon 07351 5276 39 oder Petra Hybner, Telefon 07351 527613

Infoportal Demenz Baden-Württemberg

Informationen und Kontaktdaten zu regionalen Hilfsangeboten wie Schulungen für Angehörige, Betreuungsgruppen für Demenzerkrankte, Betreuungs- und Pflegedienste und weiteres.
www.alzheimer-bw.de/hilfe-vor-ort



Selbsthilfe

Onlinetest Demenz

Der kostenlose Schnelltest fragt sowohl Beobachtungen von Angehörigen als auch die Selbsteinschätzung der Betroffenen ab. Die Auswertung mit weiterführenden Informationen erfolgt im Anschluss. Der Test ersetzt keine fachliche Diagnostik, sondern ist vielmehr als Empfehlung zu sehen, sich gegebenenfalls qualifizierte Hilfe zu suchen.
www.memo-info.ch/de/demenz-test



Hilfreiche Links

Sucht im Alter

Informationsportal zu Suchtkonsum im Alter, Beratungs- und Selbsthilfestellen.
www.alter-sucht-pflege.de

Wohnen im Alter

Onlineportal rund um Pflege und Wohnen im Alter.
www.wohnen-im-alter.de

Demenz

Datenbank mit regionalen Hilfsangeboten zu Demenz sowie Ratgeberforen für Fachleute und Angehörige.
www.wegweiser-demenz.de

Rätsel

Mitmachen und gewinnen!

4						5	2
	9	2		5	7		8
8	3						9
	6	1	2				
3					9	6	7
			7	6	8	5	1
6				7			
	1				4	2	6
5						9	7

Um das Gehirn fit zu halten, kann es helfen, ab und zu ein Rätsel zu lösen. Werden Sie aktiv und testen Sie sich beim Sudoku. Senden Sie die richtige Zahlenkombination (markierte Felder von links nach rechts und von oben nach unten) per E-Mail an facetten@zfp-zentrum.de oder schicken Sie eine frankierte Postkarte an das ZfP Südwürttemberg, Abteilung Kommunikation, Pfarrer-Leube-Str. 29, 88427 Bad Schussenried



Unter allen richtigen Einsendungen verlosen wir einen Notizzsammler – damit Sie nichts mehr vergessen. Einsendeschuss ist der 15. Juli 2019. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

Haben Sie's gewusst? In der Dezember-Ausgabe haben wir das Lösungswort GESELLSCHAFT gesucht. Gewonnen hat Theo Kuppler.

Impressum

Facetten — Das Magazin des ZfP Südwürttemberg — Herausgeber ZfP Südwürttemberg, Pfarrer-Leube-Straße 29, 88427 Bad Schussenried, www.zfp-web.de — Redaktionelle Verantwortung für diese Ausgabe Marlene Pellhammer — Redaktion Dr. Jochen Tenter, Christoph Vieten, Heike Amann-Störk, Rieke Mitrenga, Marlene Pellhammer, Elke Cambré, Nicola Netzer — Konzept und Gestaltung Zambrino Unternehmersgesellschaft, Neu-Ulm — Druck Druckerei der Weissenauer Werkstätten — Auflage 4.800 Exemplare — Gedruckt auf Arctic Volume — Facetten erscheint drei Mal jährlich und kann kostenlos bei der Abteilung Kommunikation unter 07583 33-1588 oder per Mail an facetten@zfp-zentrum.de bestellt werden — Die nächste Ausgabe erscheint im August 2019.

„Um möglichst lange jung zu bleiben, kann man zwei Dinge tun:
Gesund leben und ein falsches Alter angeben.“

Dr. Jochen Tenter, Chefarzt der Alterspsychiatrie des ZfP Südwürttemberg in Weissenau.