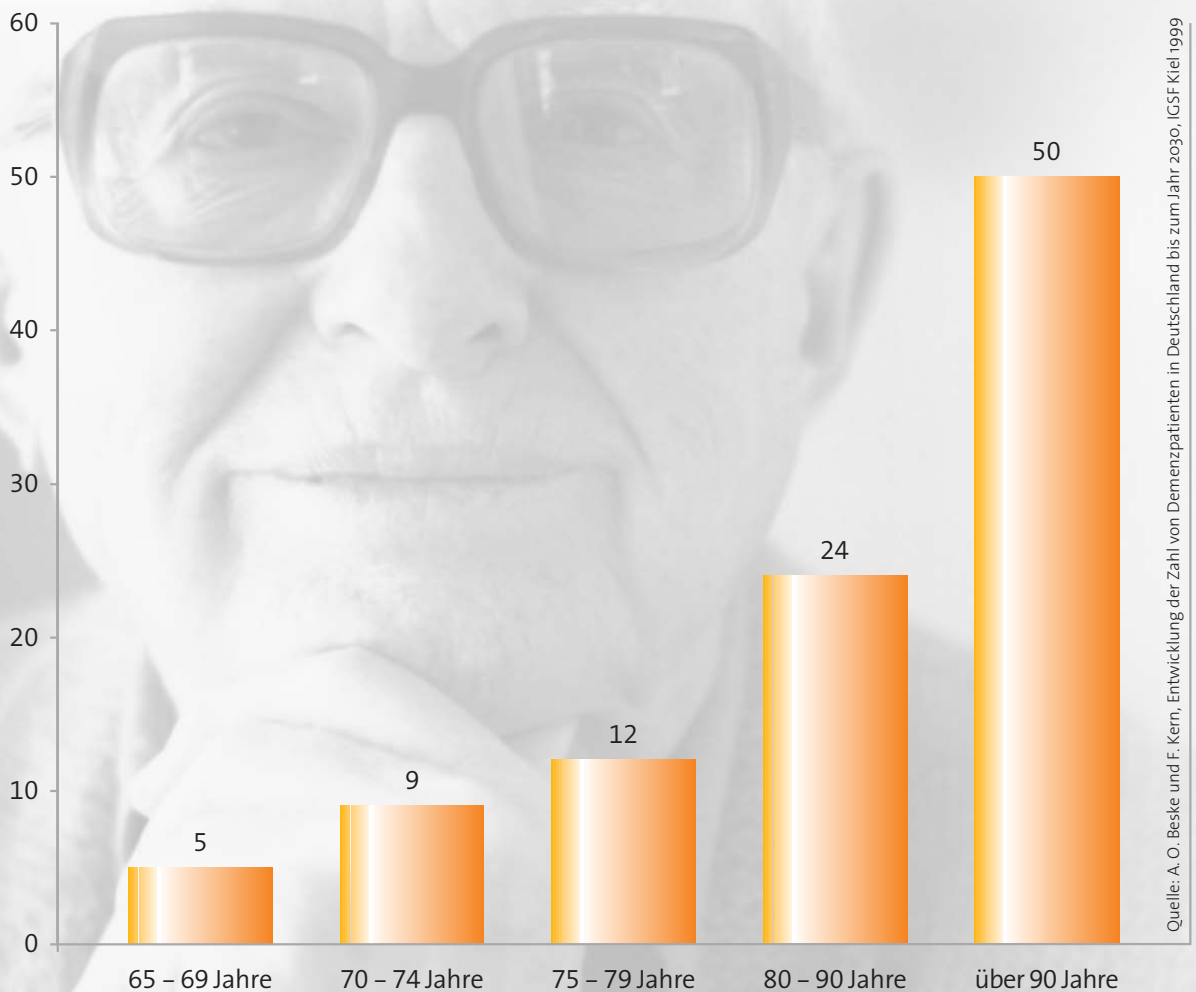


## BOTTROPER GESUNDHEITSBERICHTE 2004/2005

- Ich weiß nicht mehr ... /Hirnleistungsstörungen im Alter  
Schwerpunktthema

Altersabhängige Häufigkeit der Demenz (in % der Altersgruppe)



- Gesundheitsrisiko "Rauchen"

# Bottroper Gesundheitsberichte

*Band 4  
2004/2005*

*Schwerpunkt:*

**Hirnleistungsstörungen im Alter**

*Stadt Bottrop  
Der Oberbürgermeister  
Gesundheitsamt*

*Bottrop 2005*

***Herausgeber:***

Stadt Bottrop  
Der Oberbürgermeister  
Gesundheitsamt  
Postfach 10 15 54  
46215 Bottrop  
Tel.: 02041/70-3525  
E-Mail: amt\_53@bottrop.de

***Redaktion/Gestaltung:***

Sigurd Schlüter

***Autorenbeiträge:***

Dr. med. Joachim Bunse  
Dr. med. Astrid Danneberg  
Dr. med. Jan Haseke  
Norbert Hüsken  
Andrea Multmeier  
Jutta Pawellek  
Jutta Pfingsten  
Dr. med. Andreas Reingräber  
Uwe Rettkowski  
Dr. Andreas Trynogga

***Titelseite:***

Stephanie Klein

In Zusammenarbeit mit dem  
Fachbereich Bürger und Rat, Öffentlichkeitsarbeit

***Fotos (Veranstaltung):***

Wolfgang Brockmann

***Sonstige Bildquellen:***

www.Photocase.de, Corel Draw

***Druck:***

Druckerei Pomp GmbH  
1. Auflage/800  
Bottrop 2005

Download: [www.bottrop.de](http://www.bottrop.de)

Weitere Exemplare sind beim Herausgeber kostenlos zu beziehen.

## Vorwort

Der vorliegende Gesundheitsbericht befasst sich in seinem ersten Teil mit dem Tabakkonsum, dessen gesundheitliche Risiken gravierend und unbestritten sind. Neben Herz- und Kreislauferkrankungen stehen 90 % der Lungenkrebsfälle im Zusammenhang mit Rauchen. Chronisches Rauchen wird als Nikotinabhängigkeit verstanden und somit als Suchtverhalten definiert. Es ist wesentliche Ursache für frühzeitige Sterblichkeit. Nach einer Abhandlung über die gesundheitlichen Risiken und das Rauchverhalten werden aktuelle Zahlen des Krebsregisters in Münster ausführlich dargestellt und interpretiert. Wir danken besonders Herrn Dr. Lehnert vom Register für seine Unterstützung.

Wirksame präventive Maßnahmen können in diesem Zusammenhang nicht Aufgabe einzelner Institutionen sein, sondern sind auf die Bündelung des Potentials aller relevanten Akteure angewiesen. Die vor Ort verfügbare Kompetenz muss genutzt, aufeinander abgestimmt und konzentriert eingesetzt werden. Hier koordinierend zu wirken ist Aufgabe der Kommunalen Gesundheitskonferenz und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Die Ausarbeitung soll dazu anregen, sich dem Thema verstärkt zu widmen und die aktuelle Diskussion – beispielsweise um das geplante Rauchverbot in Schulen – zu unterstützen.

Das Schwerpunktthema beinhaltet Abhandlungen über Demenz, eine krankhafte Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit, welche in jedem Lebensabschnitt auftreten kann, jedoch überwiegend bei älteren Menschen vorkommt. Mit zunehmendem Alter erhöht sich das Risiko einer Demenzerkrankung deutlich. So wird im Zuge der demografischen Entwicklung die Zahl der Betroffenen in Bottrop steigen. Die Erkrankung gilt als eine der Hauptursachen für Pflegebedürftigkeit und die psychophysische Belastung, insbesondere der pflegenden Angehörigen, ist erheblich. Im fortgeschrittenen Krankheitsstadium wird häufig professionelle Hilfe durch stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen benötigt. Mit Hilfe moderner Medikamente ist es möglich, ein Fortschreiten der Demenz zu verzögern und durch die Krankheit hervorgerufene Verhaltensauffälligkeiten zu mildern. Um so wichtiger ist ein frühzeitiges Erkennen des Problems mit Einleitung der entsprechenden Therapie. Bereits durch einfache Testverfahren kann ein Demenzverdacht erhärtet oder auch widerlegt werden. Dies ist bei Ärzten und Therapeuten noch nicht hinreichend bekannt.

Der Bericht enthält Vorträge aus einer Informationsveranstaltung zum Thema, die zum besseren Verständnis der Erkrankung dienen und den Umgang mit demenzkranken Menschen erleichtern sollen. Die Thematik wird aus Sicht von Medizinern und Pflegenden beleuchtet. Zudem finden die Darstellung des Handlungsrahmens der Pflegeversicherung und rechtliche Aspekte Berücksichtigung. Zusammen mit weiterführenden Informationen ergibt sich ein umfassender Ratgeber, der sich sowohl an Fachleute als auch informationsuchende Bürgerinnen und Bürger wendet. Den beteiligten Autorinnen und Autoren sei herzlich für ihre Mitarbeit gedankt, ohne die der Bericht in dieser Form nicht entstanden wäre.

Wir wünschen uns eine gute Aufnahme und erwarten förderliche Anregungen.

Paul Ketzer  
Beigeordneter

Dr. Klaus Dieter Erkrath  
Leiter des Gesundheitsamtes



*Junge Leute wissen nicht,  
was Alter ist,  
und alte vergessen,  
was Jugend war.*

Marcus Tullius Cicero  
106 - 43 v. Chr.  
Römischer Redner und Staatsmann

## Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort</b>	<b>3</b>
<b>1 Einleitung</b>	<b>7</b>
<b>2 Indikatoren zum Gesundheitszustand der Bottroper Bevölkerung - Modul 4</b>	<b>9</b>
2.1 Gesundheitsrisiko „Rauchen“	9
2.2 Ausmaß des Tabakkonsums	12
2.3 Neuerkrankungen an Lungenkrebs in Bottrop	17
2.4 Sterblichkeit an Lungenkrebs in Bottrop	19
<b>3 Ich weiß nicht mehr ... Hirnleistungsstörungen im Alter</b>	<b>22</b>
3.1 Gedächtnisstörungen oder Alzheimer-Demenz? Eine Informationsveranstaltung in Bottrop	22
3.1.1 Begrüßungsansprache	24
3.1.2 Zur Entwicklung psychiatrischer Krankheitsbilder des höheren Lebensalters in Bottrop	26
3.1.3 Diagnose und Therapie der Demenz	31
3.1.4 Psychische Veränderungen im Rahmen der Demenz - Depression, Angst, Aggression -	38
3.1.5 Diagnose, Verlauf und Auswirkung der Erkrankung	41

●		
3.1.6	Das Problem der Pflege aus Sicht eines ambulanten Anbieters	44
3.1.7	Das Problem der Pflege im Rahmen einer stationären Einrichtung	47
3.1.8	Ambulante vor stationärer Pflege	50
3.1.9	Probleme pflegender Angehöriger	54
3.1.10	Handlungsrahmen der Krankenkassen und Pflegeversicherung unter Berücksichtigung des neuen Pflegeversicherungs- ergänzungsgesetzes	58
3.1.11	Demenzerkrankungen und Betreuungsrecht	62
3.1.12	Referentinnen und Referenten	65
3.2	Warnsymptome	66
3.3	Demenz verhüten oder verzögern?	69
3.4	Praktische Hilfsangebote und Informationen	72
<b>4</b>	<b>Verzeichnis der Abbildungen</b>	<b>76</b>

## 1 Einleitung

Die vorliegende Ausgabe der „Bottroper Gesundheitsberichte“ enthält das vierte und letzte Modul über die gesundheitliche Situation der hiesigen Bevölkerung. Somit ergibt sich - zusammen mit den vorherigen Ausgaben - ein ausführlicher Basisbericht mit Beleuchtung der wichtigsten Daten in diesem Bereich.

Die aktuell ausgewählten Indikatoren zum Thema „Rauchen“ stellen recht eindrucksvoll eine Fülle gesundheitlicher Risiken dar, welche durch persönliche Verhaltensänderung nachhaltig beeinflussbar sind. Daraus wird im Bereich der vorbeugenden Maßnahmen eine Handlungsmöglichkeit abgeleitet, die nur im Zusammenspiel mit allen Beteiligten erfolgreich umgesetzt werden kann.

Nach Abschluss des Basisberichtes soll in Zukunft eine bestimmte Auswahl von Gesundheitsindikatoren zu allen bisher bearbeiteten Themenbereichen kontinuierlich fortgeschrieben werden.



# **BOTTROPER GESUNDHEITSBERICHTE**

Schwerpunktmäßig beschäftigt sich die Berichterstattung diesmal mit den krankhaften Hirnleistungsstörungen im Alter, welche aufgrund der stetig steigenden Lebenserwartung zunehmend auftreten und infolge einer Demenz bei fortgeschrittenem Krankheitsprozess ein spezielles Hilfesystem erfordern.

Im Jahre 2003 fand eine Informationsveranstaltung zum Thema in Bottrop statt, die von zahlreichen Referenten aus unterschiedlichen Blick-

*Basisbericht*

*Risikofaktor „Rauchen“*

*Demenz*



  
Grundlegende  
InformationenOrientierende  
Stichwörter

1, 2, 3, 4

winkeln gestaltet wurde. Neben ausführlichen medizinischen Beiträgen informierte man auch aus Sicht der Betreuer, Pflegenden und Krankenkassen. Rechtliche Aspekte rundeten das facettenreiche Bild der Veranstaltung ab.

Um diese für Bottrop ungewöhnliche Veranstaltung für alle interessierten Bürgerinnen und Bürger dauerhaft verfügbar zu machen, wurden die Referenten gebeten, der Gesundheitsberichterstattung eine Kurzfassung ihrer Beiträge zu überlassen. Somit entstand eine themenreiche Grundlageninformation für alle direkt oder indirekt Betroffenen, die sicherlich zahlreiche Fragen beantworten kann und praktische Hilfestellung bietet. Weiterhin soll die vorliegende Ausarbeitung als Basis für weitergehende Erörterungen in der kommunalen Gesundheitskonferenz dienen.

**Hinweise zum Text**

und breiter Rand sollen den Leser durch den Text führen und Platz für eigene Notizen schaffen.

Auf grauem Hintergrund werden wichtige Ergebnisse zusammengefasst.

Hier ergibt sich eine Handlungsmöglichkeit als Impuls für weiterführende Überlegungen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation.

Hochgestellte Zahlen im Text weisen auf die jeweilige Literatur- oder Datenquelle am Ende des Kapitels hin. Mitunter sind an dieser Stelle auch Bezugsadressen für Broschüren vermerkt.

*Bitte teilen Sie uns Kritikpunkte mit, die Ihnen besonders aufgefallen sind. Natürlich freuen wir uns auch über Anregungen oder eine positive Bewertung aus der Leserschaft.*

## 2 Indikatoren zum Gesundheitszustand der Bottroper Bevölkerung - Modul 4

Das vorangegangene Modul der fortzusetzenden Reihe über Gesundheitsindikatoren hatte die Statistik der Tuberkulose und Straßenverkehrsunfälle zum Inhalt. Dabei wurde eindrucksvoll dargestellt, dass insbesondere der Straßenverkehr ein erhebliches gesundheitliches Risiko darstellt, welches durch viele direkt und indirekt Beteiligte beeinflusst werden kann. In diesem Sinne beleuchtet das Modul 4 der Reihe eine weitere Gefährdung erheblichen Ausmaßes: Rauchen. Hier wird besonders deutlich, wie der Wille zur Tabakabstinenz mit dem Sieg über die Sucht und zahlreiche Verdrängungsmechanismen die eigene Lebenserwartung und -qualität entscheidend beeinflussen. Darüber hinaus bietet sich ein weites Feld für realisierbare präventive Handlungsansätze oder praktische „Ausstiegshilfen“.

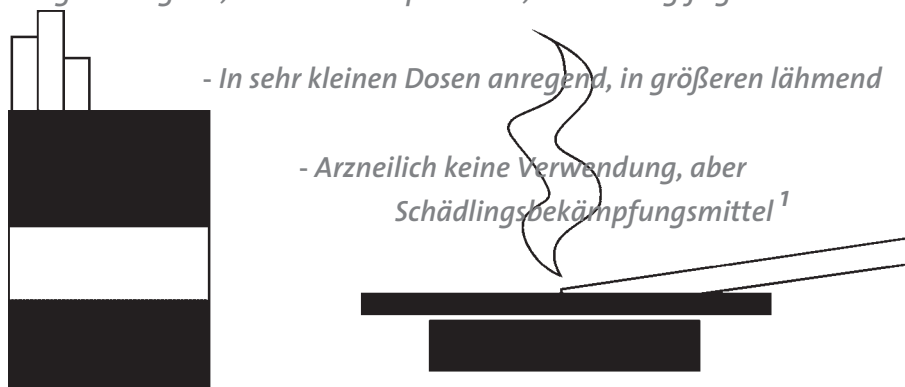
Beeinflussbare Risiken

Prävention

### 2.1 Gesundheitsrisiko „Rauchen“

-Hauptalkaloid der Pflanze *Nicotiana tabacum*

-Ölige Flüssigkeit, wasser- und lipidlöslich, sehr stark giftig



Nach diesen Ausführungen, welche einem Wörterbuch der Medizin entnommen sind, würde zunächst niemand auf die Idee kommen, mit der beschriebenen Substanz näher in Kontakt zu treten oder sie gar zu konsumieren. Dennoch praktizieren dies täglich Millionen von Menschen auf der Welt ganz legal in Form des Tabakkonsums. Gemeint ist natürlich

3000 Giftstoffe

der Sucht erzeugende Hauptwirkstoff der Tabakpflanze, das Nikotin, welches nach dem französischen Diplomaten und Gelehrten Jean Nicot benannt wurde, der den Tabak im 16. Jahrhundert in Europa eingeführt haben soll. Neben dem Nikotin finden sich noch über 3000 weitere Giftstoffe im Tabakrauch, von denen in der Grafik eine kleine Auswahl dargestellt ist.

Substanz	Vorkommen/Anwendungsbereiche
Aceton, Toluol	Lösungsmittel
Ammoniak, Methanol, <b>Benzol</b>	Reinigungsmittel
<b>Arsen</b> , Blausäure	Rattengift
<b>Butan</b>	Camping-, Feuerzeuggas
Blei, <b>Cadmium</b> , Nickel, Zink	Batterien, Metallindustrie
Formaldehyd	Desinfektionsmittel, Möbelindustrie
Kohlenmonoxid	Auspuffgase
Naphtalin	Mottengift
<b>Nitrosamine</b>	hochgiftige Stickoxidgemische
Phenole	Schädlingsbekämpfungsmittel
<b>Radon</b>	radioaktive Substanz
Schwefelsäure	Ausgangsstoff chemischer Produkte
Stickoxide	Oxidationsmittel
<b>Teer</b>	Straßenbelag

Quelle: BzgA <sup>6</sup>  
Bild: Photocase

Abb. 2.1.1: Gesundheitsschädigende Stoffe im Tabakrauch

Alle genannten Substanzen sind giftig, die rot gekennzeichneten nachweislich Krebs erregend.

Heute gehört Rauchen zu den bedeutendsten Gesundheitsrisiken der Industrieländer und stellt die führende Ursache für frühzeitige Sterblichkeit in einem historisch beispiellosen Ausmaß dar. Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sterben weltweit jährlich 4 Millionen Menschen vorzeitig an den Folgen des Rauchens von Zigaretten. Dies entspricht einem Todesfall alle neun Sekunden. Übrigens macht die Zigarette 90% aller konsumierten Tabakwaren aus.

Frühzeitige Sterblichkeit

In Deutschland sterben pro Jahr schätzungsweise 110.000 bis 140.000 Menschen an Krankheiten, welche durch Rauchen ausgelöst wurden. Auf den unteren Wert bezogen entspricht dies 1,5 Millionen verlorener Lebensjahre. Der Tabakkonsum verursacht jährlich mehr Todesfälle als AIDS, Alkohol, illegale Drogen, Verkehrsunfälle, Morde und Suizide zusammen.<sup>2</sup> Hier ist insbesondere der Lungenkrebs zu nennen, welcher zu den wenigen Krebslokalisationen gehört, bei denen der Hauptrisikofaktor bekannt ist: 90% der Lungenkrebserkrankungen bei Männern und bis zu 60% bei Frauen werden durch Tabakrauchen verursacht. Gegenüber Nichtrauchern ist das relative Risiko am Lungenkarzinom zu erkranken um das Zehn- bis Zwanzigfache erhöht. Da es gegenwärtig keine effektiven Früherkennungsmaßnahmen gibt, wird der Krebs oft erst spät entdeckt, so dass die 5-Jahres-Überlebensrate bei Männern weniger als 9 % und bei Frauen 17 % beträgt.<sup>5</sup>

Neben dem Lungenkrebs ist weiterhin ein ursächlicher Zusammenhang bei einer Reihe weiterer Krebserkrankungen bekannt. Dies betrifft die Krebsentstehung im Mund-, Nasen- und Rachenraum. Weiterhin betroffen sein können Kehlkopf, Speiseröhre, Magen, Bauchspeicheldrüse, Leber, Niere, Harnblase und Gebärmutterhals. Bestimmte Formen der Leukämie werden ebenfalls in diesem Zusammenhang genannt.<sup>2</sup>

Zudem gilt Tabakkonsum als der bedeutsamste einzelne Risikofaktor für eine Reihe von schwerwiegenden Krankheiten wie Herzinfarkt, Schlaganfall oder chronische Bronchitis.<sup>2</sup>

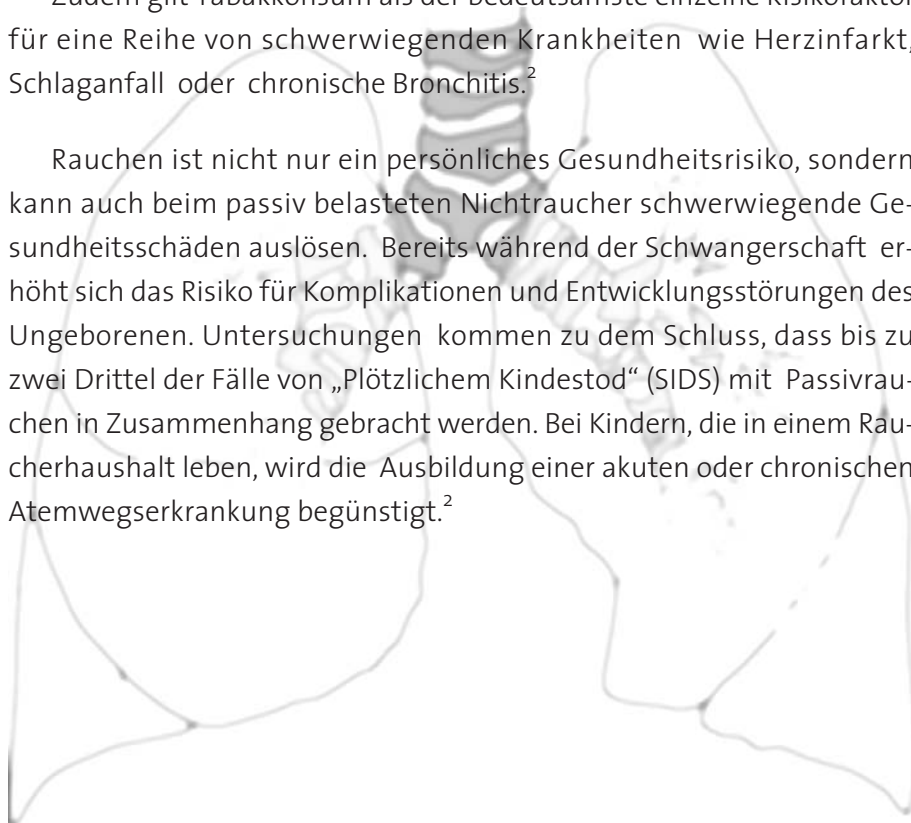
Rauchen ist nicht nur ein persönliches Gesundheitsrisiko, sondern kann auch beim passiv belasteten Nichtraucher schwerwiegende Gesundheitsschäden auslösen. Bereits während der Schwangerschaft erhöht sich das Risiko für Komplikationen und Entwicklungsstörungen des Ungeborenen. Untersuchungen kommen zu dem Schluss, dass bis zu zwei Drittel der Fälle von „Plötzlichem Kindestod“ (SIDS) mit Passivrauchen in Zusammenhang gebracht werden. Bei Kindern, die in einem Raucherhaushalt leben, wird die Ausbildung einer akuten oder chronischen Atemwegserkrankung begünstigt.<sup>2</sup>

Verlorene  
Lebensjahre

Lungenkrebs

Herzinfarkt  
Schlaganfall

Passivrauchen



Repräsentative  
Untersuchungen**2.2 Ausmaß des Tabakkonsums**

Da spezielle Erhebungen zu Rauchgewohnheiten in Bottrop fehlen, bezieht sich die Berichterstattung auf Untersuchungen in Deutschland, welche repräsentativ sind und somit auch die Bottroper Verhältnisse widerspiegeln. Mehrere Institutionen erheben in verschiedenen Zeitabständen und für unterschiedliche Altersgruppen Daten zum Zigarettenkonsum. So wurden im Rahmen des Bundesgesundheits surveys zuletzt im Jahre 1998 insgesamt 7124 Personen innerhalb einer repräsentativen Stichprobe der 18- bis 79-jährigen Wohnbevölkerung befragt.<sup>3</sup>

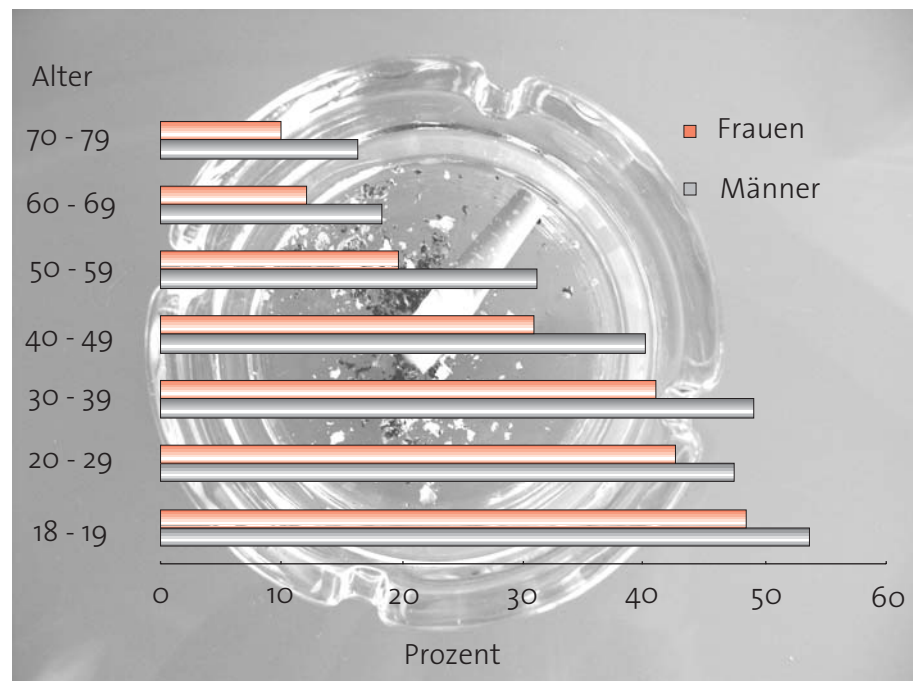


Abb. 2.2.1: Raucher-Anteil nach Altersgruppen

Quelle: Junge, B., Nagel, M.<sup>3</sup>  
Bild: Photocase

## Hoher Raucheranteil

37% der Männer und 28% der Frauen im Alter von 18 bis 79 Jahren rauchen. Dabei sind gerade bei den jüngeren Menschen erschreckend hohe Prozentzahlen zu verzeichnen, während mit fortschreitendem Lebensalter der Raucheranteil sinkt. Im Alter von 18 - 19 Jahren rauchen 53,7 % der Männer und 48,4 % der Frauen. Erweitert man die niedrigste Altersgruppe auf 18 - 24 Jahre, ergeben sich alarmierend hohe Anteile von 49% für die männliche und 44% für die weibliche Bevölkerung.

Tabak wird heute überwiegend in Form von Zigaretten geraucht. Nur rund 4 % der Männer und 0,4% der Frauen greifen zu Zigarren, Zigarillos oder Pfeifen.

Nicht alle Raucher rauchen gern. Die Raucherkarriere ist meist durch mehrfache Abstinenzversuche gekennzeichnet. 35% der rauchenden Männer und 33% der rauchenden Frauen haben während der letzten 12 Monate mindestens einmal versucht aufzuhören.

Mehrfache  
Abstinenzversuche

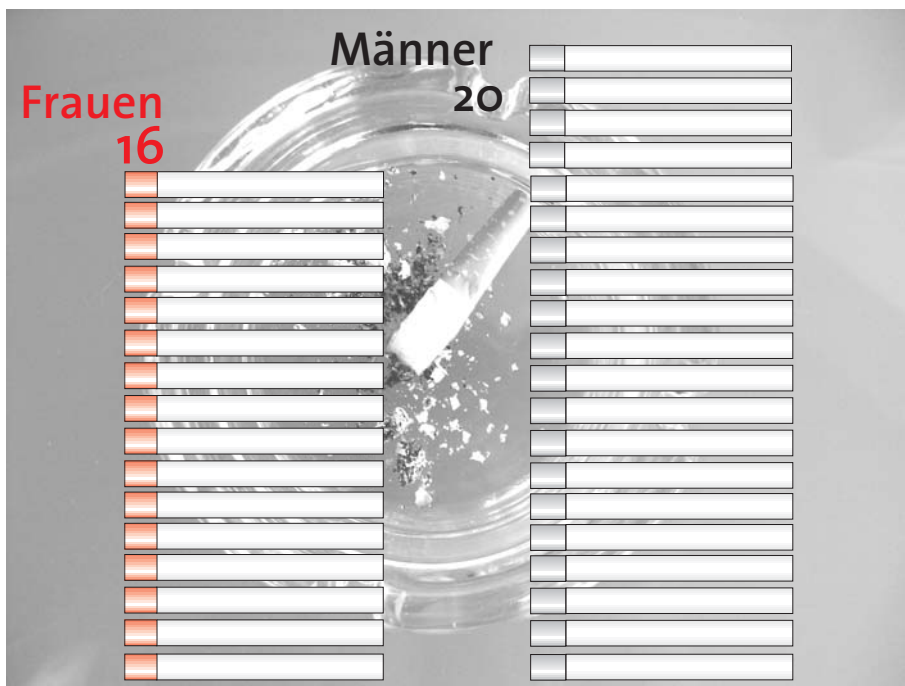


Abb. 2.2.2: Mittlere Anzahl gerauchter Zigaretten pro Tag

Quelle: Junge, B., Nagel, M.<sup>3</sup>  
Bild: Photocase

Um die gesundheitliche Belastung zu beurteilen, ist neben dem Raucheranteil auch die Anzahl der täglich konsumierten Zigaretten entscheidend. Männer rauchen durchschnittlich 20, Frauen 16 Zigaretten am Tag.

Die deutliche Mehrheit der Raucher hat bereits in einem Alter unter zwanzig Jahren zur ersten Zigarette gegriffen. Bei den männlichen Rauchern sind es 86 % und bei weiblichen Konsumenten 80%.

Früher Einstieg

## Raucherverhalten

Um eine Aussage zu Veränderungen im Raucherverhalten zu machen, hat man die Ergebnisse der Studien mit der Survey-Erhebung von 1990/92 verglichen. Dazu wurden die neueren Angaben zu Raucheranteilen und mittlerem Zigarettenkonsum auf die Altersgruppen der 25 bis 69-Jährigen beschränkt und durch spezielle Gewichtung an die damalige Stichprobe angepasst. Insofern können die Angaben zu Raucheranteilen im Vergleich um etwa einen Prozentpunkt abweichen. Während der Anteil der rauchenden Männer um rund 3% zurückgegangen ist, stieg der Wert bei den Frauen um 2,3% an. Besonders beteiligt ist bei dieser Berechnung der hohe Steigerungswert bei den Raucherinnen in den neuen Bundesländern von 8%.<sup>3</sup>

## Verbrauchszahlen

Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass die Verbrauchszahlen von Zigaretten aufgrund der Verbrauchssteuerstatistik bei langfristiger Betrachtung deutlicher ansteigen, als dies entsprechend der Befragungsdaten der Fall sein dürfte. Diese Diskrepanz erklärt sich wahrscheinlich aus unterschiedlichen Datenquellen. So muss bei Befragungen zum Gebrauch von Tabakwaren mit einer Unterschätzung des realen Verbrauchs gerechnet werden.<sup>2</sup> Ein deutlicher Rückgang der Zahlen nach Preiserhöhung im Jahr 2003 spiegelt vermutlich auch ein Umgehen der deutschen Tabaksteuer wider und ist somit nicht nur auf eine Änderung des Konsumverhaltens zurückzuführen.

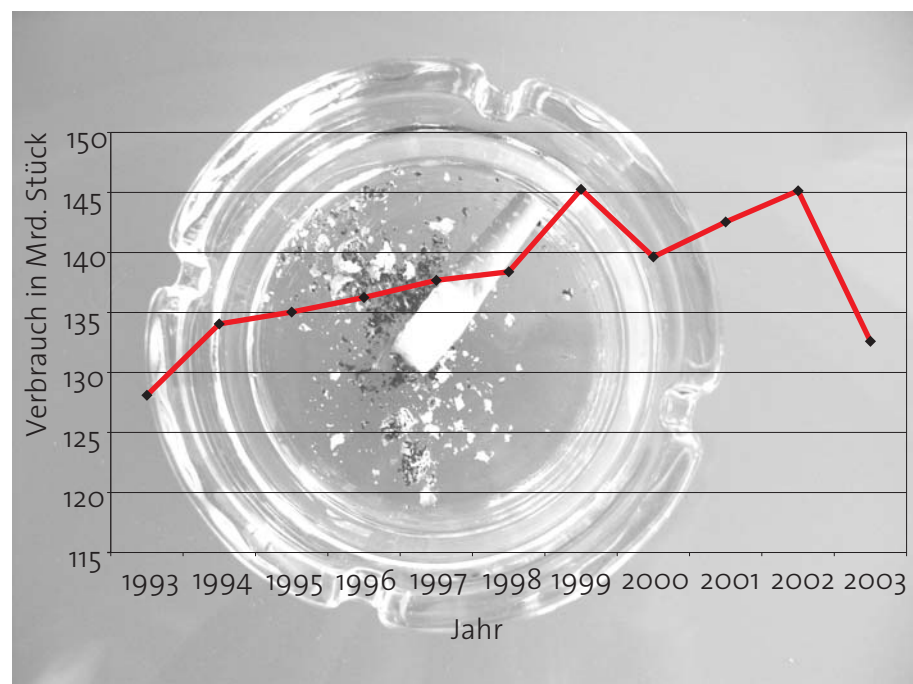


Abb. 2.2.3: Zigarettenverbrauch in Deutschland von 1993 bis 2003 in Milliarden Stück

Quelle: Statistisches Bundesamt 2003  
Bild: Photocase



Eine besondere gesundheitspolitische Herausforderung ist die Beobachtung, dass rund ein Drittel der jungen Leute zwischen 12 und 25 Jahren rauchen. Nach aktuellen, bundesweiten Befragungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung rauchten im Jahr 2004 35 % dieser Altersgruppe, während es im Jahr 2001 noch 37% waren. Ein deutlicherer Rückgang ist in der

Altersgruppe der 12- bis 17-Jährigen zu verzeichnen: Hier sank die Raucherquote von 28 auf 23 %. Ebenfalls deutlich rückläufig ist der Anteil starker Raucher, die 20 oder mehr Zigaretten am Tag konsumieren. Betrug der Anteil im Jahr 2001 noch 19 %, sind aktuell 12% festzustellen. Die Kombination aus gesetzgeberischen Maßnahmen (Erhöhung der Tabaksteuer) und Aufklärungsangeboten hat sich bewährt. Es bleibt zu hoffen, dass der Rückgang im Rauchverhalten bei Jugendlichen ein erstes Anzeichen eines langfristigen Trends darstellt.<sup>9</sup>

Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist für die Zukunft jeder Gesellschaft von elementarer Bedeutung. Früh erworbene, gewohnheitsmäßige Verhaltensweisen wie Rauchen beeinflussen den physischen und psychischen Gesundheitszustand im Erwachsenenalter massiv. Deshalb sind präventive Maßnahmen zur Verhinderung des frühen Einstiegs in den Tabakkonsum oder zumindest zur Verzögerung des Einstiegsalters besonders wichtig, denn Frührauchern fällt eine spätere Abstinenz schwerer.<sup>10</sup>

*Erfreulicher Trend*



*Handlungsmöglichkeit*



## Raucherentwöhnungskurs

### „Eine Chance für Raucher - rauchfrei in 10 Schritten“

*Immer mehr Raucher wünschen sich, der Zigarette widerstehen zu können. Das Gesundheitsamt bietet regelmäßig Raucherentwöhnungskurse an. Hier versuchen die Teilnehmer gemeinsam, das Rauchen schrittweise zu verlernen. Verschiedene Krankenkassen finanzieren ihren Versicherten den Kurs bis zu 80 %.*

#### Organisation und Rückfragen:

Raffaella Wenk  
Dipl. Sozialarbeiterin  
Suchttherapeutin

Gesundheitsamt Bottrop  
Gladbecker Str. 66  
46236 Bottrop

Tel.: 02041/70-3608



### 2.3 Neuerkrankungen an Lungenkrebs in Bottrop

Zur Beurteilung der Lage in der Stadt können neben den amtlichen Daten zur Sterblichkeit auch Angaben zu Neuerkrankungen (Inzidenzen) genutzt werden, welche das Epidemiologische Krebsregister in Münster zur Verfügung gestellt hat. Das Register basiert auf Meldungen von onkologisch tätigen Krankenhäusern und Befunden von Pathologen, analysiert Todesbescheinigungen und erfasst das Krankheitsgeschehen von Lungenkrebs nahezu vollständig. Somit dient das Datenmaterial nicht nur der Beschreibung von Krebserkrankungen in der Bevölkerung, sondern wird auch für wissenschaftliche Ursachen- oder Versorgungsforschung genutzt. Daneben lässt sich beispielsweise die Effektivität von Präventions- oder Früherkennungsprogrammen bewerten.

Da die Zahlen starken jährlichen Schwankungen unterliegen, konzentriert sich die vergleichende Darstellung der Entwicklung in Bottrop auf den Durchschnitt von zwei 5-Jahreszeiträumen: 1993 bis 1997 und 1998 bis 2002.

*Epidemiologisches  
Krebsregister in  
Münster*

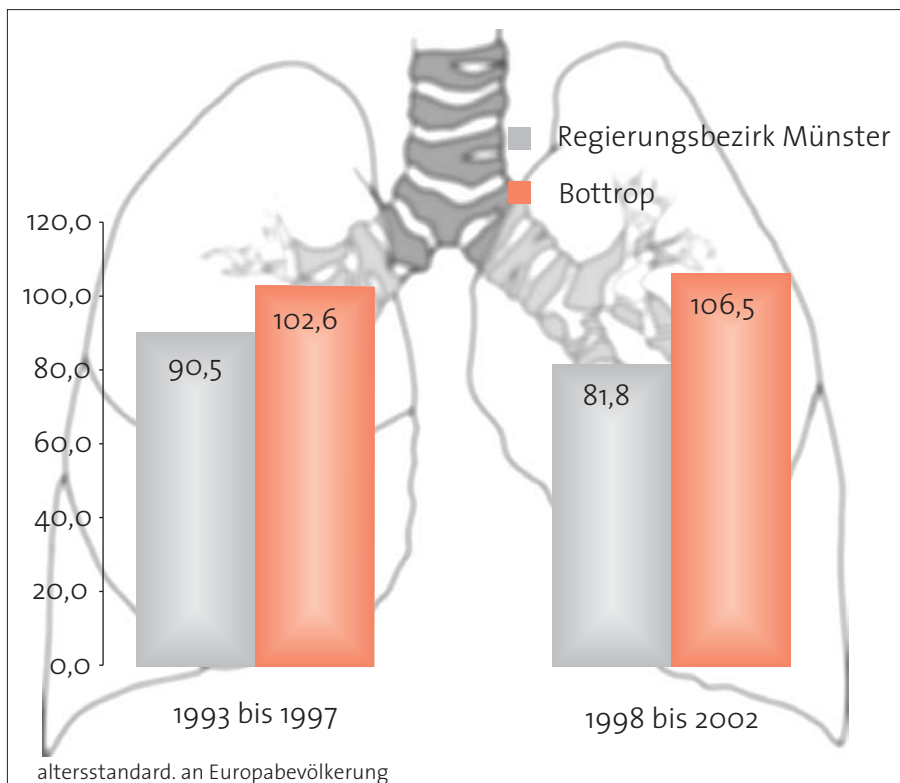


Abb. 2.3.1: Neuerkrankungen an Krebs der Lunge, Bronchien und Luft-röhre bei Männern in Bottrop und im RB Münster pro 100.000 Einwohner

Quelle: Epidemiologisches Krebsregister Münster, 2004<sup>7</sup>

Hohe Erkrankungsraten

Bei den Männern sieht man auf der Ebene des Regierungsbezirks einen deutlichen Rückgang bei der altersstandardisierten Rate von 90,5 auf 81,8. Diese Entwicklung ist in Bottrop nicht zu beobachten. Hier ist ein geringfügiger Anstieg zu erkennen, der allerdings im statistischen Sinne nicht bedeutsam ist. Insgesamt liegen die Erkrankungsraten deutlich oberhalb derjenigen des Regierungsbezirks. Das Erkrankungsalter betrug im Diagnosezeitraum 1998 bis 2002 sowohl für den Regierungsbezirk als auch für Bottrop 69 Jahre (Median).<sup>7</sup>

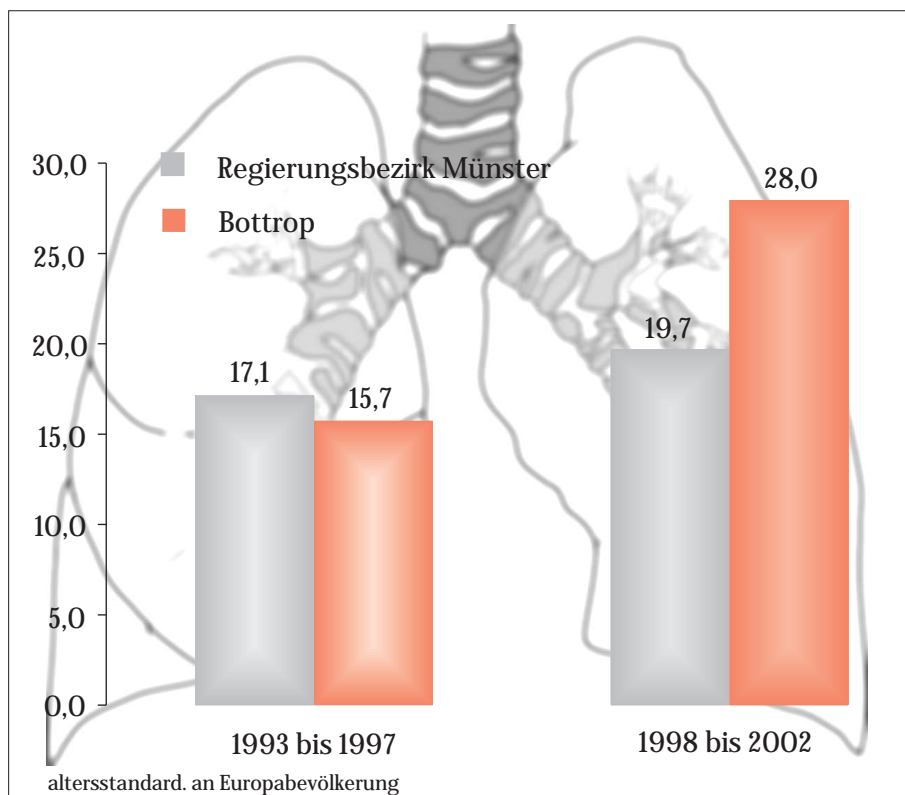


Abb. 2.3.2: Neuerkrankungen an Krebs der Lunge, Bronchien und Luft- röhre bei Frauen in Bottrop und im RB Münster pro 100.000 Einwohner

Quelle: Epidemiologisches Krebsregister Münster, 2004<sup>7</sup>

Bei den Frauen ist sowohl in Bottrop als auch auf Regierungsbezirksebene ein deutlicher Anstieg der gemeldeten Erkrankungen und der daraus resultierenden Raten zu erkennen. Während die Bottroper Zahlen für den Zeitraum 1993 bis 1997 knapp unterhalb der Werte des Regierungsbezirkes lagen, befanden sie sich im Folgezeitraum deutlich darüber. Das Erkrankungsalter lag für die Jahre 1998 bis 2002 in beiden Regionen bei 69 Jahren (Median).<sup>7</sup>

## 2.4 Sterblichkeit an Lungenkrebs in Bottrop

Im Folgenden dargestellt sind Sterbefälle der Bottroper Männer und Frauen als Zeitreihe nach Zahlen der amtlichen Statistik, welche auf der internationalen Klassifikation der Todesursachen (ICD) basieren. Diese wurde zuletzt im Jahre 1998 revidiert (ICD 10). Somit beschränkt sich die Berichterstattung auf eine Auswertung ab dem Jahr der Einführung dieser nunmehr verbindlichen neuen Kodierung. Um eine Vergleichbarkeit zu gewährleisten, werden die Zahlen auf 100.000 Einwohner der jeweiligen Bevölkerungsgruppe bezogen und altersstandardisiert. Durch diesen Bezug auf eine „künstliche“ Referenzbevölkerung, die sogenannte Europabevölkerung, entstehen um regional unterschiedliche Altersstrukturen bereinigte Werte, die auf einer einheitlichen Basis stehen.

Wie bereits in den Bottroper Gesundheitsberichten 2001 ausführlich beschrieben, war im vergangenen Jahrzehnt eine erhöhte allgemeine Sterblichkeit der Bottroper Männer auffällig, welche durch die besonders hohe Lungenkrebsrate erklärt werden konnte.

Altersstandardisierte  
Sterblichkeitsraten

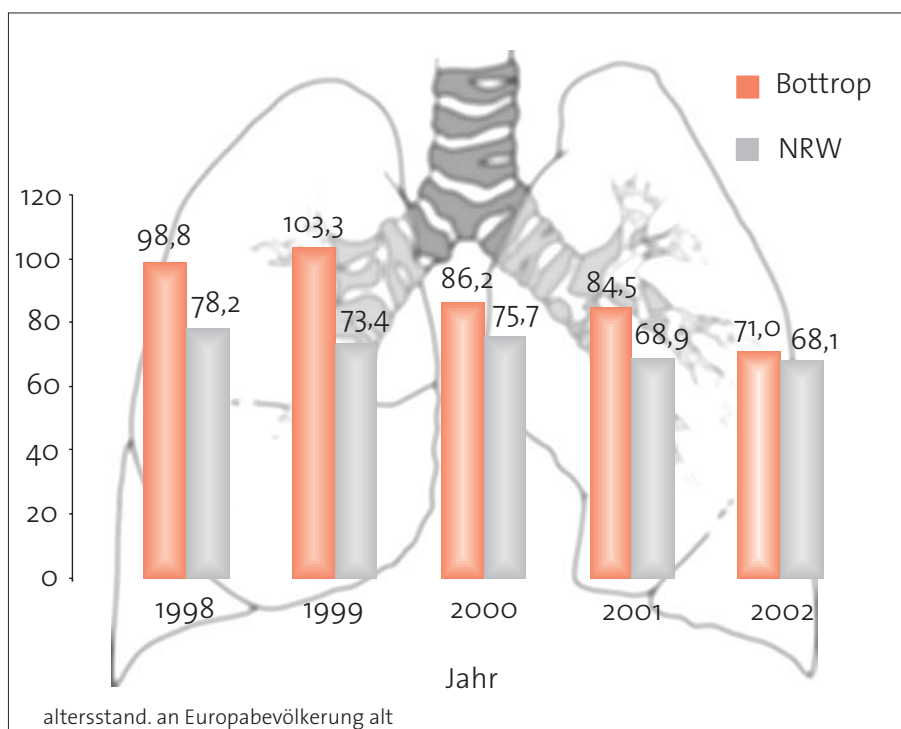


Abb. 2.4.1: Sterbefälle der Männer in Bottrop und NRW wegen Krebs der Luftröhre, Bronchien und Lunge (ICD10, C33-34) pro 100.000 Einwohner

Quelle: Iögd, GBE-Stat, 2004<sup>8</sup>

### Rückläufige Rate bei Männern

Bei Betrachtung der Sterblichkeitsrate der Männer in Bottrop fällt ab 2000 ein Rückgang der Zahlen auf, welcher jedoch nicht direkt den steigenden Zahlen bei den Neuerkrankungen widerspricht, sondern dem landesweiten Abwärtstrend folgt. Die jährlichen großen Schwankungen erschweren hier eine Interpretation.<sup>7</sup>

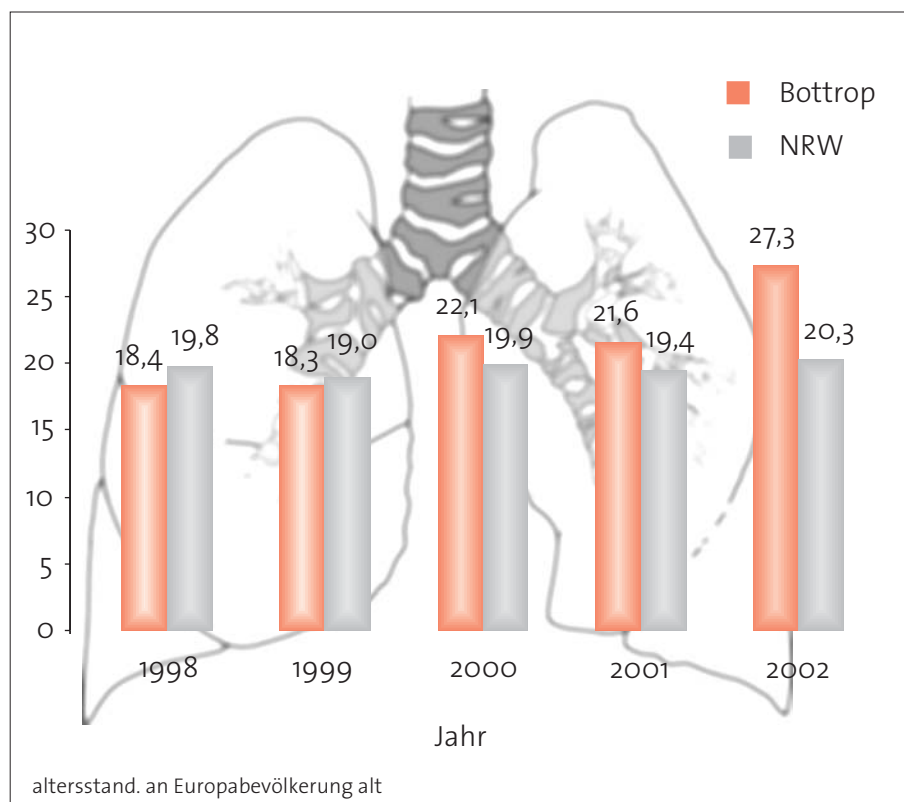


Abb. 2.4.2: Sterbefälle der Frauen in Bottrop und NRW wegen Krebs der Luftröhre, Bronchien und Lunge (ICD10, C33-34) pro 100.000 Einwohner

Quelle: lögd, GBE-Stat, 2004<sup>8</sup>

Die Werte der Frauen zeigen eine Parallelität bei der Entwicklung von Neuerkrankungen und Sterblichkeit. Der dramatische Anstieg beim Krankheitsgeschehen schlägt sich auch in der steigenden Mortalitätsrate nieder.<sup>7</sup>

Nach zusammenfassender Einschätzung des Epidemiologischen Krebsregisters in Münster war der Gipfel des Erkrankungsgeschehens an Lungenkrebs bei den Männern in Bottrop etwa zur Jahrtausendwende erreicht. Dieser Prozess hat im gesamten Regierungsbezirk bereits fünf Jahre früher stattgefunden.<sup>7</sup>

Seit längerer Zeit wird beobachtet, dass der Anteil rauchender Frauen in der Bevölkerung wächst. Deutlich steigende Zahlen bei Neuerkrankungen und Todesfällen durch Lungenkrebs werden allgemein damit begründet.<sup>4</sup>

Dramatisch ist der Anstieg der Erkrankungen bei den Bottroper Frauen. Hier ist ein Ende des Trends nicht abzusehen.<sup>7</sup>

Die Durchführung spezieller Präventionskampagnen gegen das Rauchen - insbesondere auch für die Zielgruppe der Frauen - erscheint dringend angeraten.

-sch-



**Handlungsmöglichkeit**

#### Literatur:

- 1 Wörterbuch der Medizin, dtv 1997
- 2 Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.): *Gesundheit fördern – Tabakkonsum verringern: Handlungsempfehlungen für eine wirksame Tabakkontrollpolitik in Deutschland*, Heidelberg 2002
- 3 Junge, B., Nagel, M.: *Das Rauchverhalten in Deutschland*, in: *Gesundheitswesen* 61 (1999), Sonderheft 2, Georg Thieme Verlag, Stuttgart
- 4 Pressemitteilung des Robert-Koch-Instituts vom 05.10.2001: *Frauen und Rauchen*
- 5 *Epidemiologisches Krebsregister für den Regierungsbezirk Münster (Hrsg.): Krebserkrankungen im Regierungsbezirk Münster, Band 2, Münster 2002*
- 6 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): *Let's talk about smoking!*, Köln 2003
- 7 Dr. Martin Lehnert, *Epidemiologisches Krebsregister für den Regierungsbezirk Münster, Mitteilung 2004*
- 8 Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (lögD): *GBE-Stat 2000, Daten für die Gesundheitsberichterstattung in NRW, Bielefeld 2004*
- 9 Pressemitteilung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Köln) vom 21.12.2004
- 10 Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (Hrsg.): *Themenspezifische Planungshilfen: Nichtrauchen*, Bielefeld 2003

Erkrankung  
des höheren  
Lebensalters

Demenz

Netzwerk der Hilfen

Fachleute referierten

### 3 Ich weiß nicht mehr ... Hirnleistungsstörungen im Alter

In unserer Gesellschaft nimmt die Lebenserwartung ständig zu. Diese erfreuliche Entwicklung wird jedoch zu einer steigenden Zahl von Menschen führen, die an Demenz - verursacht durch eine krankhafte Einschränkung der Gehirnfunktionen - leiden. Die Erkrankung tritt vorwiegend im höheren Lebensalter auf und kann zur Zeit nicht geheilt werden. Ein frühzeitiges Erkennen mit entsprechend abgestimmter Therapie wird jedoch den Verlauf positiv beeinflussen. Umso wichtiger erscheint das Bemühen, die Beteiligten zu sensibilisieren, um beispielsweise eine fachgerechte Diagnostik als Basis für wirksame Hilfen einzuleiten. Aus dem Lateinischen übersetzt bedeutet der Begriff „Demenz“ so viel wie „der Geist ist weg.“ Dabei werden die Hauptmerkmale der Erkrankung umschrieben: ein schleichender Verlust der geistigen Fähigkeiten, welcher auf altersbedingten Veränderungen des Gehirns beruht. Das Krankheitsbild führt in der Regel zu enormen Belastungen, nicht nur bei den Betroffenen selbst, sondern auch bei denjenigen, die mit ihnen zusammenleben oder Betreuung und Pflege leisten.

Zuletzt im Jahr 2001 haben sich die Kommunale Gesundheitskonferenz und die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG) schwerpunktmäßig mit den psychiatrischen Krankheitsbildern des Alters – dazu gehören auch dementielle Erkrankungen - auseinandergesetzt und die Notwendigkeit eines lokalen Netzwerkes verschiedenster Hilfen aufgezeigt. Diese wichtige Arbeit konnte in der Vergangenheit aus unterschiedlichen Gründen nicht weiter vorangetrieben werden, wird aktuell jedoch fortgesetzt.

#### 3.1 Gedächtnisstörungen oder Alzheimer-Demenz? Eine Informationsveranstaltung in Bottrop

Im Rahmen der Informationsveranstaltung „Gedächtnisstörungen im Alter oder Alzheimer-Demenz?“ referierten 2003 zahlreiche Fachleute aus Sicht von Therapeuten und Pflegenden zum Thema. Darüber hinaus wurden rechtliche und finanzielle Aspekte aufgezeigt. Insgesamt entstand ein vielschichtiges und informatives Bild, welches die Kommunale Gesundheitsberichterstattung nunmehr allen Interessierten in gedruckter Form zur Verfügung stellen möchte. Den Referentinnen und Refe-

renten sei herzlich für die Bereitstellung der schriftlichen Ausarbeitungen gedankt, die sich meist in Form einer Kurzfassung der jeweils gehaltenen Vorträge präsentieren. Kompetente, oft lokalbezogene Grundlageninformationen aus unterschiedlichsten Blickwinkeln sollen einen Beitrag zur Bewältigung des Problems „Demenz“ leisten.

Angesprochen sind in erster Linie informationsuchende Bürgerinnen und Bürger der Stadt. Auch mit der Problematik Vertraute werden sicherlich den einen oder anderen Aspekt für sich als „neu“ empfinden. Zudem soll ein Impuls zur weiteren Beschäftigung mit dem Thema gesetzt werden in der Hoffnung auf konkrete, handlungsorientierte Angebote. Positive Ansätze in der Vergangenheit – wie die Einführung einer „Gedächtnissprechstunde“ im Gesundheitsamt (vergl. Band 3, S. 76) – wurden nicht weitergeführt, da Personalengpässe einer dauerhaften Etablierung entgegenstanden. Ebenso muss die Berichterstattung auf eine im vorangegangenen Gesundheitsbericht angekündigte repräsentative Studie des Sozialpsychiatrischen Dienstes zur Anzahl Betroffener in Bottrop mit Befragungen der Bevölkerung zu Wünschen und Informationsstand verzichten.

Lokalbezogene  
Informationen

Impuls

Samstag, 12. Juli 2003 · Informationsveranstaltung

**bottrop**

**GEDÄCHTNISSTÖRUNGEN IM  
ALTER**  
oder **ALZHEIMER - DEMENZ**

Schirmherrschaft: Oberbürgermeister Ernst Löchelt

Grafik: Stephanie Klein



**Danksagung****3.1.1 Begrüßungsansprache***Stadtkämmerer Peter Noetzel*

Sehr geehrte Damen und Herren, verehrte Gäste, zu dieser für unsere Stadt ungewöhnlichen Veranstaltung begrüße ich Sie herzlich und freue mich, dass Sie sich dem Thema Gedächtnisstörung im Alter in Beziehung zur Demenz widmen wollen.

Ich überbringe Ihnen die Grüße des Herrn Oberbürgermeisters, des Rates und der Bezirksvertretungen sowie der Verwaltung der Stadt Bottrop. Ein besonderer Gruß geht an die Damen und Herren Referenten, die zum Teil bereits anwesend sind, die heute in kurzen Fachvorträgen unentgeltlich die notwendigen Informationen vermitteln werden, damit Sie sich auf Diskussion und Gespräch vorbereiten können. Ein besonderer Dank geht auch an Herrn Hans Peter Hender von der Firma Eisai aus Frankfurt, die diese Veranstaltung wesentlich unterstützt sowie an die Vertreter der lokalen Zeitungen und des Rundfunks.



**Peter Noetzel**  
**- heutiger Oberbürgermeister -**

**Unterschiedliche Zielgruppen**

Meine Damen und Herren, Störungen der Gedächtnisleistung sind häufig und weit verbreitet. Meist werden sie den älteren und alten Menschen zugeordnet. Dennoch richtet sich das Thema der heutigen Informationsveranstaltung nicht nur an ältere Bürgerinnen und Bürger, die selbst betroffen sind, oder deren pflegende Angehörige, sondern auch an Fachleute aus Medizin, Pflegeberufen, Pflegeeinrichtungen und alle Interessierten.

Wenn das Gedächtnis nachlässt, stellt sich ein schleichender Prozess dar, der früher oder später zu der subjektiven Feststellung führt, das Gedächtnis habe gelitten und die Erinnerung lasse nach. Insbesondere das Kurzzeitgedächtnis ist betroffen. Das subjektive Moment im Umgang mit dieser Feststellung wird gern tabuisiert und durch allerlei, mitunter skurrile Hilfsmechanismen zu kompensieren versucht. Wir haben dies alle bereits im Privatleben und am Arbeitsplatz erlebt. Heute geht es darum aufzuzeigen, ob die frühe Gedächtnisstörung ein Symptom für die Altersdemenz oder die Alzheimerdemenz sein kann, wie der diagnostische Weg aussieht, wie unter Fachleuten damit umgegangen wird und wie die Lebenssituation der betroffenen Menschen gebessert werden kann. Dabei gilt der Blick in Sonderheit dem sozialen Umfeld, den Angehörigen und Pflegenden. Hierüber werden Sie gleich hören.

Ich bin dem Gesundheitsamt und Ihnen, Frau Dr. Danneberg, sehr dankbar, dass Sie sich im Verbund mit unseren Partnern im Gesundheitswesen und der freien Wohlfahrt diesem Thema widmen und diese Veranstaltung durchführen. Ihnen allen wünsche ich einen informativen und für Ihre Fragen hilfreichen Vormittag sowie der Veranstaltung insgesamt einen guten Verlauf.



*Tabuisierung*

*Verbesserung der  
Lebenssituation*

### 3.1.2 Zur Entwicklung psychiatrischer Krankheitsbilder des höheren Lebensalters in Bottrop

Von Dr. Astrid Danneberg

Anhand von vier Grafiken sollen zunächst stadtbezogene Daten zur Thematik veranschaulicht werden.



*Dr. Astrid Danneberg*

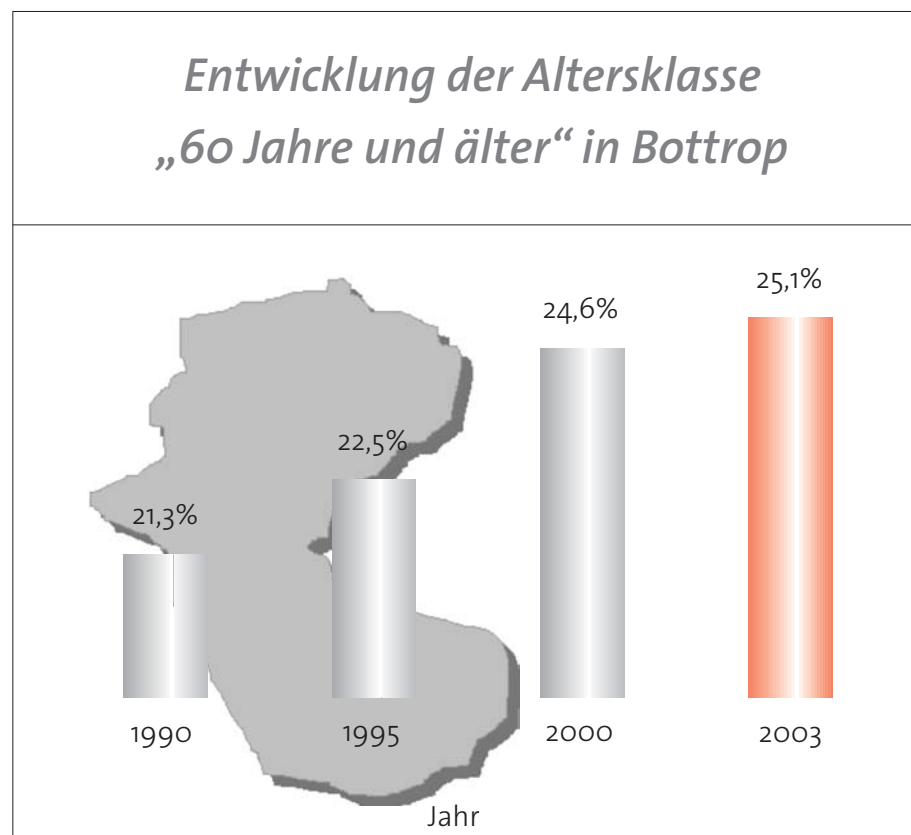
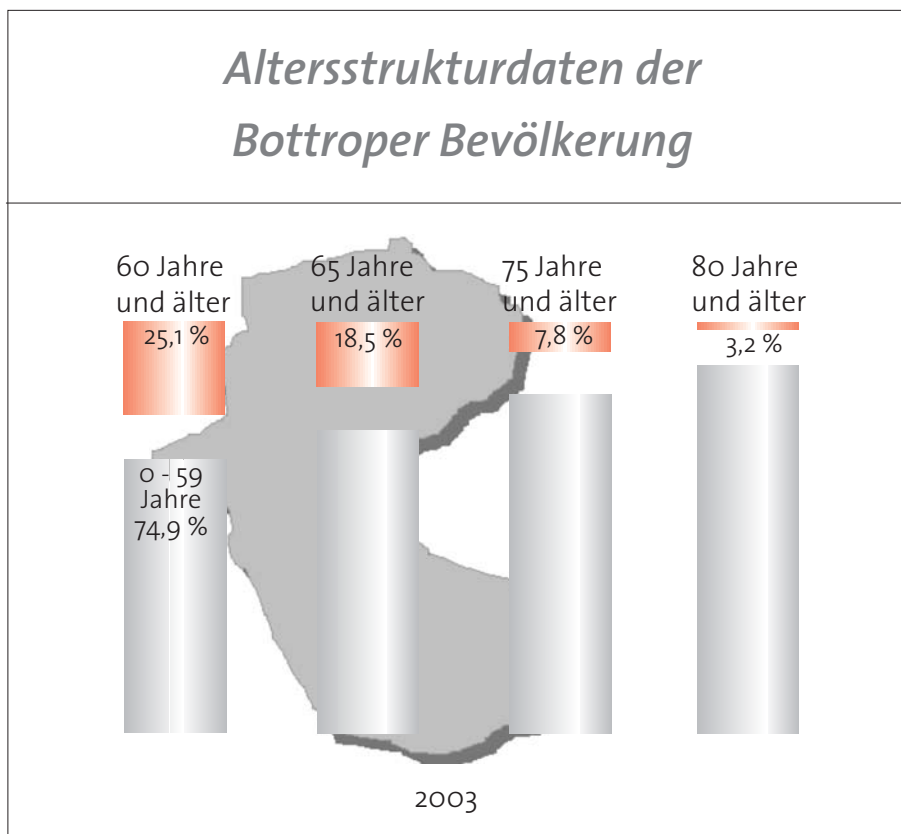


Abb. 3.1.2.1

Kommunale GBE  
Quelle: Stat. Jahrbuch/FB05, Stadt Bottrop

Die erste Abbildung zeigt die Entwicklung der Altersklasse 60 Jahre und älter über Zeitsprünge von fünf Jahren. Hier ist eine deutliche Zunahme in den fünf Jahren von 1995 auf 2000 zu sehen, von 22,5 Prozent auf 24,6 Prozent. Heute im Jahr 2003, das können wir an der letzten Säule erkennen, sind 25,1 Prozent, also ein Viertel der Einwohner Bottrops, 60 Jahre und älter.

Altersklassen in Bottrop



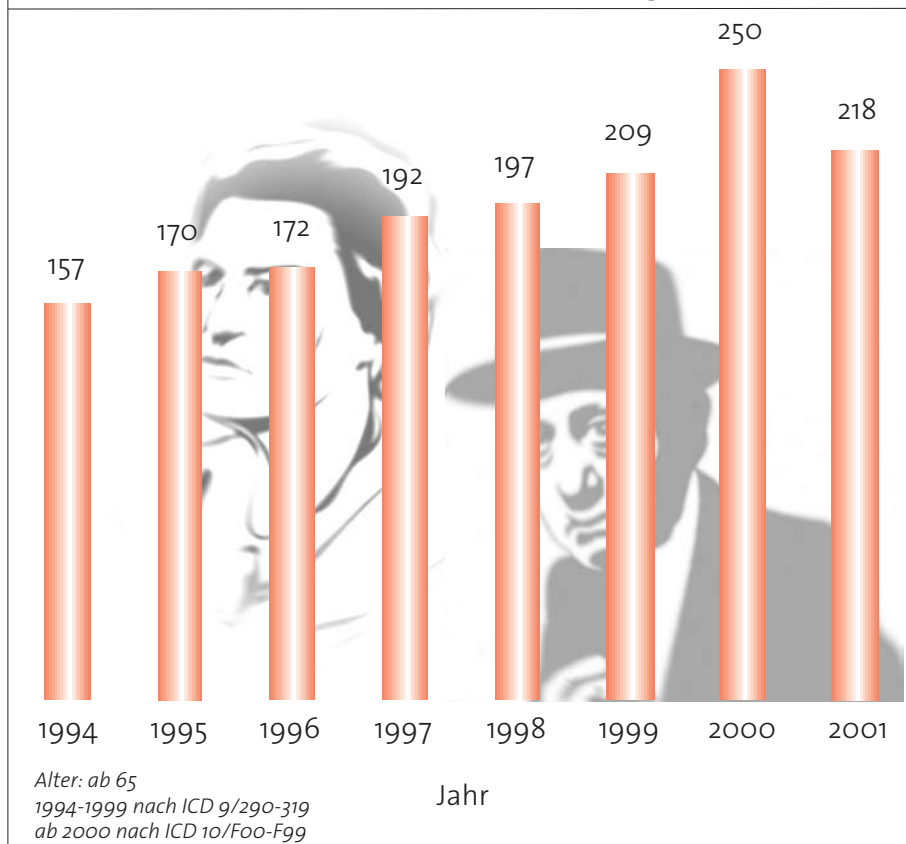
Kommunale GBE  
Quelle: Stat. Jahrbuch/FB 05  
Stadt Bottrop

Abb. 3.1.2.2

In der Grafik können wir diese 25,1 Prozent der über 60-Jährigen direkt in der ersten Säule wiederfinden. Zwei weitere Säulen veranschaulichen den Anteil der Bevölkerung, die über 65 Jahre und älter ist, von 18,5 Prozent, also ein Fünftel der Bevölkerung von Bottrop ausmacht. Menschen über 75 Jahre machen 7,8 Prozent aus und über 80 Jahre 3,2 Prozent. Insgesamt also ein erheblich großer Anteil von Menschen, die über 60 bzw. 65, aber auch über 75 Jahre alt sind, die in unserer Stadt wohnen und zu einem großen Teil der Unterstützung bedürfen.

Jetzt geht es heute und hier um diesen älteren Personenkreis und die mit diesem Alter verbundenen psychiatrischen Erkrankungen in Bottrop. Hierzu dient die nächste Abbildung, wo allgemein die Krankenhausbehandlungsfälle psychiatrischer Erkrankungen mit Hilfe eines Säulendiagramms dargestellt sind.

### *Krankenhausbehandlungen wegen psychiatrischer Erkrankungen bei älteren Menschen in Bottrop*



Kommunale GBE

Quelle: GBE-Stat 2004, lögd

Abb. 3.1.2.3

Wir sehen in der Zeitreihe einen weitestgehend stetigen Anstieg psychiatrischer Erkrankungen im Alter ab 65, was nicht zuletzt mit der höheren Lebenserwartung und der Entwicklung der Altersklassen, wie ich gerade dargestellt habe, zu tun hat. Das heißt, wir können davon ausgehen, dass mit Verbesserung der medizinischen Versorgung auch der Anteil an älteren Menschen in Relation ansteigt und damit ein Anstieg der psychiatrischen Erkrankungen zu erwarten ist.

*Anstieg der  
Behandlungsfälle*

Die nächste Darstellung basiert auf Schätzwerten nach Daten zur Häufigkeit gerontopsychiatrischer Krankheitsbilder in Deutschland. Was zeigt sie uns? Es geht um den prozentualen Anteil dieser Erkrankungen bezogen auf die Einwohnerzahl in Bottrop. Was heißt gerontopsychiatrisch? Das heißt, psychiatrische Erkrankungen in einem Alter ab 65 Jahre. Darunter fällt unter anderem die Demenz, eine fortschreitende Verschlechterung der Hirnleistung.

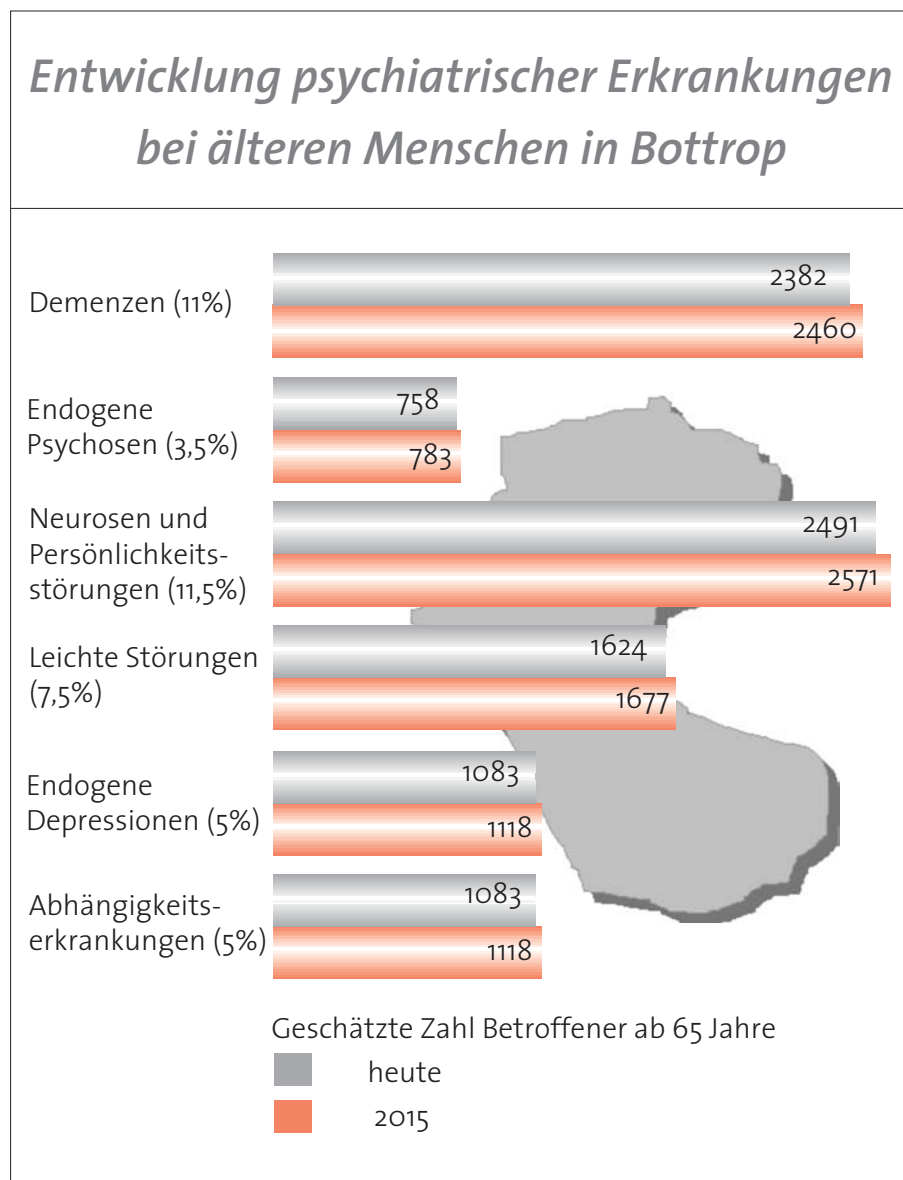


Abb. 3.1.2.4

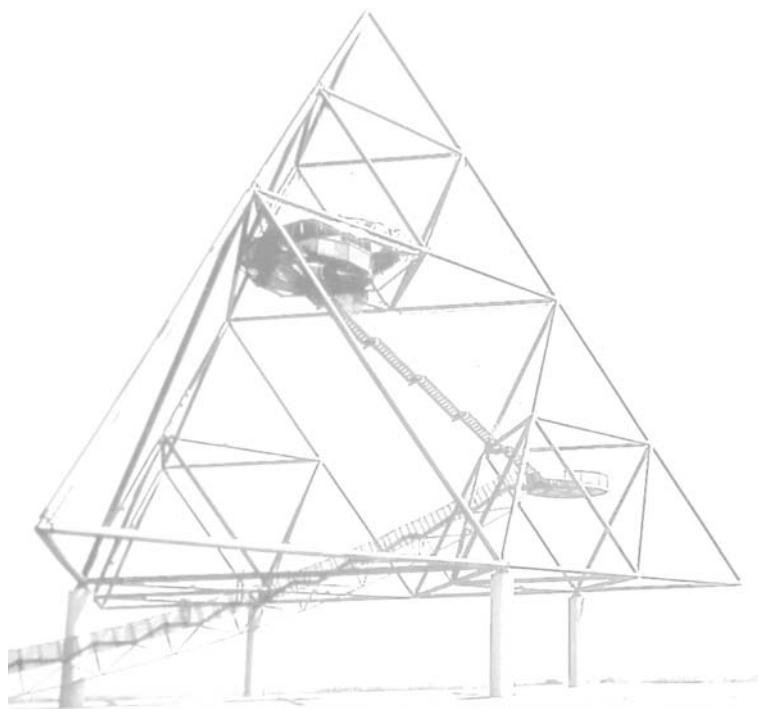
Kommunale GBE  
 Quellen: Indikator o2\_o2, lögd,  
 Prognosen der Bevölkerungsentwicklung 1996-2015; Planungshilfe Gerontopsychiatrie, IGES, lögd 1997

  
*Zukünftig mehr  
Demenzranke*

Nach der Untersuchung leiden 11 Prozent der älteren Bevölkerung an Demenzen. Bezogen auf die Stadt Bottrop sind demnach 2382 in einem Alter ab 65 Jahren betroffen. Im Jahr 2015 wird diese Zahl aufgrund der Bevölkerungsentwicklung in der Altersklasse weiter angestiegen sein. Auf die anderen hier aufgeführten Erkrankungen möchte ich nicht näher eingehen. Neben den 11 Prozent Demenzen sind es jedoch psychiatrische Erkrankungen, die neben der dementiellen Entwicklung einen entscheidenden behandlungsbedürftigen Anteil innerhalb dieser Bevölkerungsgruppe ergeben. Seien es Ängste, Aggressionen oder Depressionen, die der therapeutischen Hilfe bedürfen.

*Versorgungsprobleme*

Ich hoffe, Ihnen veranschaulicht zu haben, wie hoch der Anteil an älteren Bürgerinnen und Bürgern über 60 bzw. 65 Jahre in Bottrop ist, dass die demographische Entwicklung einen weiteren Anstieg zeigt und dass in diesem Zusammenhang mit den damit einhergehenden psychiatrischen Erkrankungen, unter anderem der Demenz, ein Versorgungsproblem für die Angehörigen, aber auch für die Institutionen und die Stadt zukommen könnte. Deshalb ist es so dringlich, dass wir uns frühzeitig darum bemühen, eine fachgerechte Diagnostik anzubieten. Hilfemöglichkeiten sollten frühzeitig genutzt werden. Dabei ist im ambulanten Bereich die Versorgung zuhause mit Unterstützung der Pflegedienste zu favorisieren. Hier ist sicherlich mit einer Finanzierung seitens der Stadt oder des Landes zu rechnen. Angesichts der Zahlen ist es aber notwendig, dass ein Teil der Aufgaben von den Angehörigen selbst oder den Betroffenen durch Vorsorge geleistet werden muss, um bei fortgeschrittener Erkrankung gut versorgt zu sein.



### 3.1.3 Diagnose und Therapie der Demenz

Von Dr. Jan Haseke

Vor dem Hintergrund der sich dramatisch veränderten Lebenserwartungen – Anfang des 19. Jahrhunderts lag die Lebenserwartung unter 60 Jahren und nähert sich nun dem 80. Lebensjahr – ist es auch zu einer erheblichen Zunahme der Demenzerkrankungen nicht nur in der Bundesrepublik Deutschland, sondern international gekommen. Die Tatsache, dass von den über 65-jährigen etwa 5 %, von den über 80-jährigen 30 bis 50 % an einer dementiellen Erkrankung leiden, mag abbilden, dass das hohe Lebensalter der wichtigste Risikofaktor für die Entwicklung eben dieser Erkrankungen ist.

„Risikofaktor“  
Lebensalter

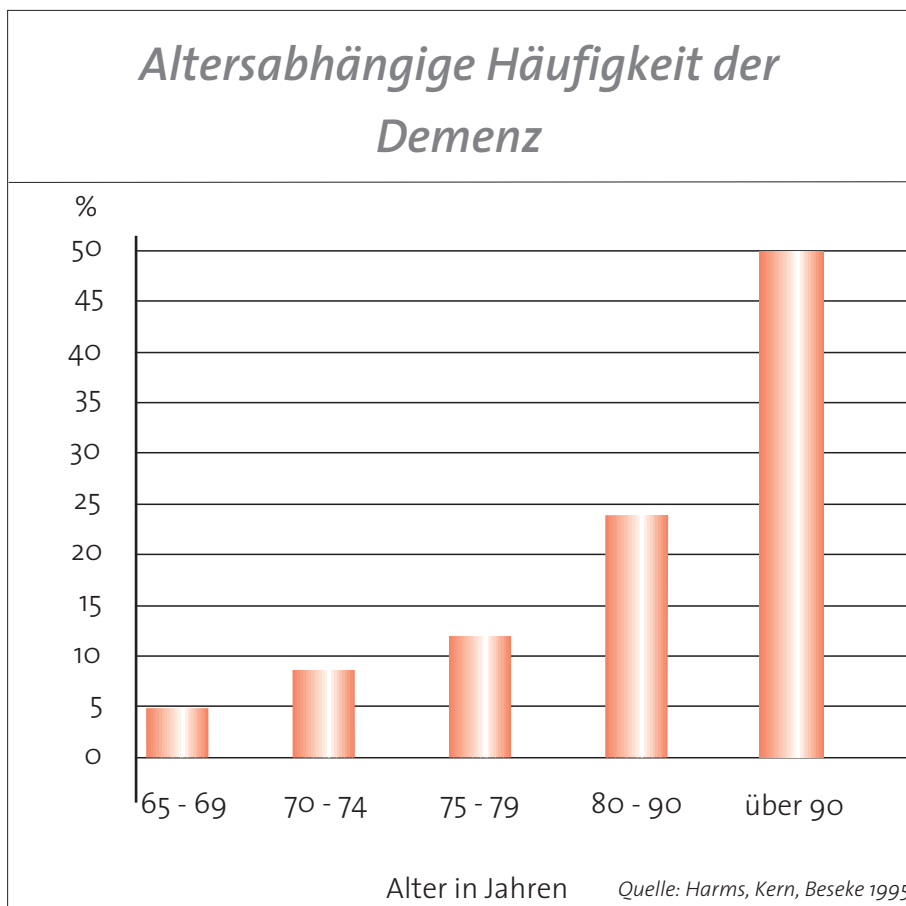


Abb. 3.1.3.1

Gleichwohl die Erkrankungen somit sehr häufig sind, bedingen einerseits Vorurteile wie „Gesundheitsstörungen im Alter sind normal und altersbedingt“ oder „jede Gedächtnisschwäche im Alter ist ein Vorbote der Alzheimer-Krankheit“ und andererseits die oft gut erhaltene Fassade der Betroffenen erhebliche diagnostische Probleme.

Erhaltene Fassade



  
*Symptome*

Nach internationalen diagnostischen Kriterien ist die Demenz durch folgende Symptom-Konstellation gekennzeichnet:

- Verlust von Gedächtnisleistungen
- Einbuße intellektueller Fähigkeiten
- Beeinträchtigung von emotionaler Kontrolle, Motivation, Sozialverhalten
- Fehlen einer Bewusstseinsstörung
- Mindestens 6-monatige Dauer

*Memory Clinic*

Vor dem Hintergrund der zunehmenden Häufigkeit der Erkrankung und der differentialdiagnostischen Problematik wurde die Memory Clinic Essen als Zweigstelle der geriatrischen Abteilung des Elisabeth-Krankenhauses Essen im Jahr 1991 gegründet. Dort erfolgt durch ein multiprofessionelles Team die diagnostische Einschätzung und es ergehen therapeutische Vorschläge an den zuweisenden Hausarzt.



*Dr. Jan Haseke*

*Untersuchungen*

Am Beginn des Untersuchungsganges steht die Erhebung eines psychosozialen Status mit Abgriff der verschiedenen Alltagskompetenzen (Pädagogik) in Form eines freien und auch strukturierten Interviews. Im zweiten Schritt werden verschiedene Testbatterien als Demenz-Screening-Instrumente (Psychologie) eingesetzt und in einem dritten Schritt erfolgt eine neurologisch/psychiatrische Untersuchung. Bei letzterer gilt es, die differentialdiagnostische Abgrenzung zur Depression zu leisten. Depressive Erkrankungen des alten Menschen zeigen tatsächlich phänomenologische Ähnlichkeiten zu den Dementiellen (Abb. 3.1.3.2).

<b>Demenz</b>	<b>Depression</b>
- <i>schleichender Beginn</i>	- <i>rascher Beginn</i>
- <i>Bagatellisierung kognitiver Defizite oder gar Leugnung</i>	- <i>vernichtende Selbsteinschätzung, Übertreiben von Fehlleistungen</i>
- <i>Störungen des Rechnens, Schreibens und der Sprache</i>	- <i>keine Störungen höherer kortikaler Funktionen</i>
- <i>Freude bei leichten Aufgaben, Unterschätzen von Fehlern</i>	- <i>bei Testung unmotiviert</i>

Quelle: Memory Clinic Essen

Abb. 3.1.3.2

Parallel erfolgt die Erhebung einer Fremdanamnese bei einer Begleitperson des betroffenen Patienten (z. B. Ehepartner oder Kinder). Neben den primären Demenzsymptomen (Gedächtnisstörungen, Störungen des Beurteilungsvermögens, Störung der höheren kortikalen Funktion etc.) werden somit auch die häufig vornehmlich das Umfeld der betroffenen Patienten besonders belastenden sekundäre Demenzsymptome (Persönlichkeitsveränderungen mit z. B. emotionalen Kontrollverlusten) erfasst.

In einer abschließenden Diagnosekonferenz werden dann die multi-professionell erhobenen Befunde zusammengetragen und es erfolgt ei-

*Begleitperson*

ne differentialdiagnostische Einordnung der Symptomatik und, bei Diagnosestellen einer Demenz, die Klassifizierung nach Schweregrad.

## **Einordnung der Alzheimer-Demenz**

<i>Klasse</i>	<i>Leitsymptome</i>	<i>Schweregrad</i>	<i>sozial-med. Konsequenz</i>
<i>I</i>	<i>keine Symptome</i>	<i>normales Altern</i>	<i>Aktivierung</i>
<i>II</i>	<i>Vergesslichkeit</i>	<i>normales Altern</i>	<i>Aktivierung, beruhigendes Gespräch</i>
<i>III</i>	<i>Versagen bei komplexeren Aufgaben in Beruf und Gesellschaft (z.B. Reisen an neue Orte)</i>	<i>leicht</i>	<i>taktischer Rückzug aus überfordernden Aufgaben</i>
<i>IV</i>	<i>benötigt Hilfe bei schwierigen Aufgaben des täglichen Lebens (z.B. Buchhaltung, Einkaufen, Einladungen)</i>	<i>leicht</i>	<i>überwachte Selbstständigkeit, Finanzüberwachung</i>
<i>V</i>	<i>benötigt Hilfe bei der Wahl der Kleidung und beim Entscheid zum Baden</i>	<i>mittelschwer</i>	<i>organisierter Tagesablauf, Teilzeithilfe, Tagesklinik, Umgebungsmaßnahmen</i>

VI a	Hilfe beim Ankleiden	schwer	ganztägige Hilfe und Betreuung oder Pflegeheim (Hilfe an Betreuer)
b	Hilfe beim Baden		
c	Hilfe bei der Toilette		
d	Urininkontinenz		
e	Stuhlinkontinenz		
VII a	Sprechvermögen 6 Worte	sehr schwer	Langzeitpflege
b	kann nicht mehr sprechen		
c	kann nicht mehr gehen		
d	kann nicht mehr sitzen		
e	kann nicht mehr lachen		
f	kann Kopf nicht mehr halten		

Quelle: Modifizierte, verkürzte Fassung nach B. Reisberg, 1986

Abb. 3.1.3.3

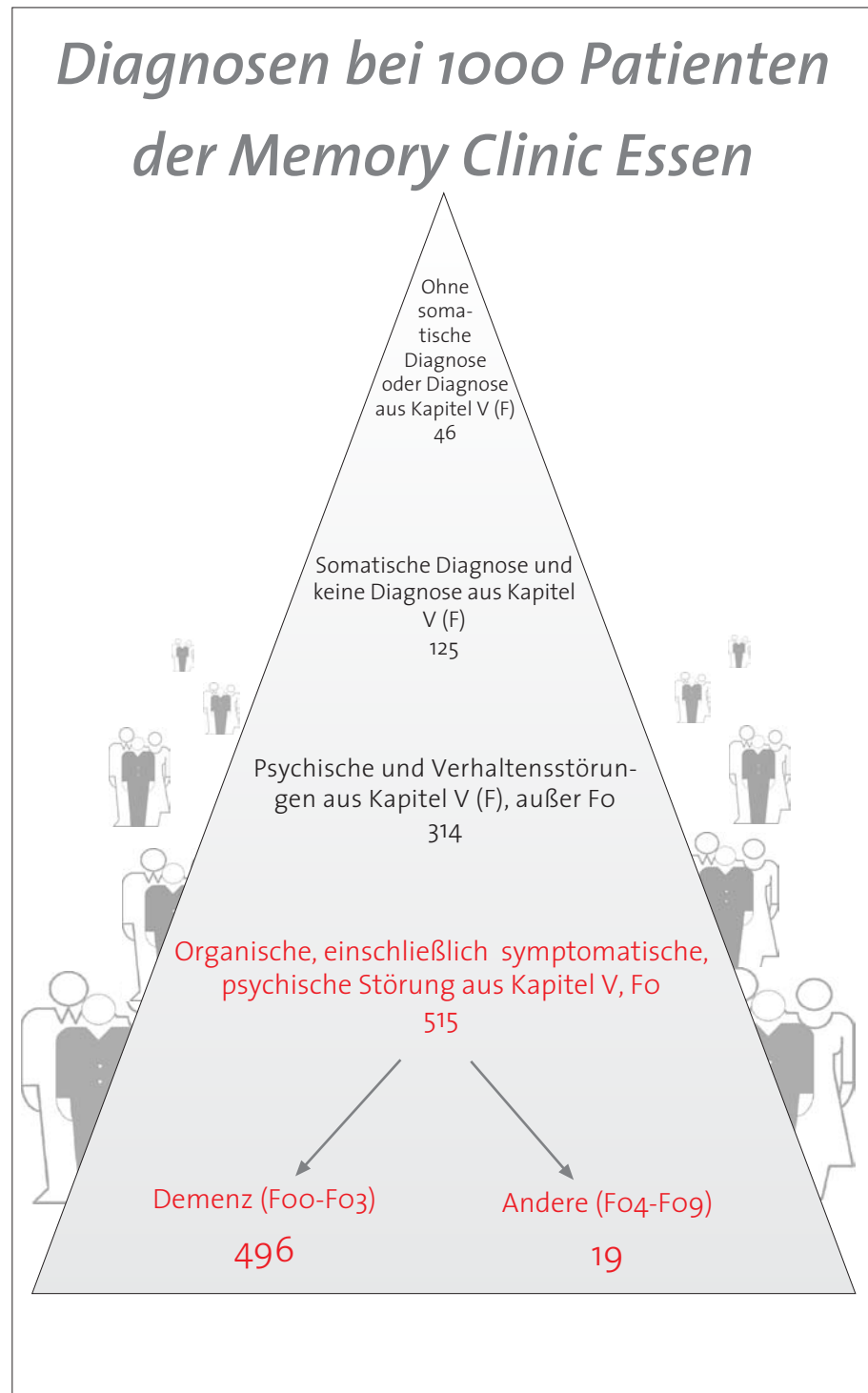
Therapeutisch steht die Besprechung einer Milieuthherapie mit den betreuenden Angehörigen im Vordergrund. Erfreulicherweise ist es in den letzten Jahren auch auf der medikamentösen Behandlungsschiene zu Neuerungen gekommen. In diesem Zusammenhang sind insbesondere die Cholinesterase-Hemmer zu nennen, die nachweislich die Progredienz der dementiellen Erkrankungen bis zu 24 Monate verzögern können. Auch die sekundäre Demenzsymptomatik (Unruhezustände oder aggressives Verhalten) ist einer medikamentösen Behandlung (Neuroleptika/Antidepressiva) zugänglich.

Die statistische Auswertung der ersten 1000 Patienten in der Memory Clinic Essen, die sämtlich als Untersuchungsanlass Hirnleistungsstörungen beklagten, ergab überraschenderweise, dass tatsächlich etwa nur die Hälfte der klagenden Betroffenen an einer dementiellen Erkrankung litt und etwa 1/3 der Betroffenen an einer anderen psychischen Störung er-

*Medikamentöse  
Behandlung*

*Andere psychische  
Störungen häufig*

krankt war, die sich im klinischen Alltag in Form von kognitiven Defiziten niederschlug.



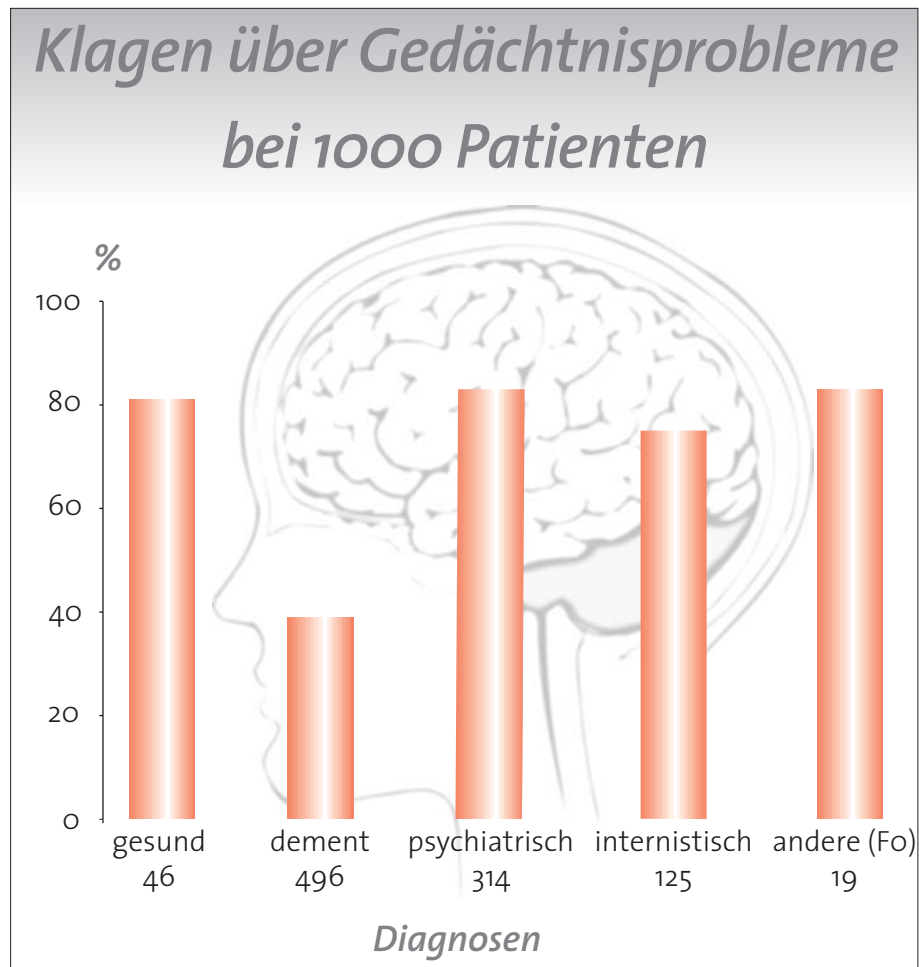
Klassifizierung nach ICD 10  
n = 1000

Quelle: vereinfachte Darstellung nach  
Diagnosen der Memory Clinic  
Essen 2003

Abb. 3.1.3.4

Dies zeigt die unbedingte Notwendigkeit, dass Patienten mit Klagen über kognitive Defizite einer differentialdiagnostischen Abklärung zugeführt werden müssen. Diese Notwendigkeit wird durch eine weitere statistische Auswertung untermauert, die zeigen konnte, dass von den psychiatrisch erkrankten nicht dementen Patienten über 80 %, von den tatsächlich dementen nur 40 % über Gedächtnisstörungen klagten .

*Differentialdiagnostik notwendig*



n=1000

Quelle: Memory Clinic Essen 2003

Abb. 3.1.3.5

Somit ist anzudenken, ob nicht ähnlich der „Krebsvorsorge“ bei den über 65-jährigen Menschen in unserem Land ein Demenz-Screening routinemäßig durchzuführen ist. Sicherlich aber liegt zweifelsfrei die Notwendigkeit zur Schaffung und Erhaltung geriatrisch-gerontologischer Beratungsstellen nach dem Modell der Memory Clinic Essen vor.



*Handlungsmöglichkeit*

### 3.1.4 Psychische Veränderungen im Rahmen der Demenz - Depression, Angst, Aggression -

Von Dr. Joachim Bunse

Das oben zitierte Thema meines Vortrages beschränkt sich – genau genommen – auf affektive psychische Veränderungen im Rahmen der Demenz. Auch die nachlassende intellektuelle Leistungsfähigkeit, insbesondere im Hinblick auf die Merkfähigkeit, die Orientierungsfähigkeit und das Konzentrationsvermögen, aber auch beispielsweise wahnhaftige Gedankeninhalte sind ja nichts anderes als psychische Veränderungen im Rahmen der Demenz.



**Dr. Joachim Bunse**

*Beginnende  
Defizite*

*Depressive  
Reaktion*

Die affektive Seite der Demenzerkrankungen ist in frühen Krankheitsstadien in der Regel gekennzeichnet durch eine depressive Verstimmung als Reaktion auf die oft als peinlich erlebten Gedächtniseinbußen. Die intellektuellen Grundfunktionen sind dabei noch relativ gut erhalten, jedenfalls so gut, dass die Betroffenen noch eine Wahrnehmung für ihre beginnenden Defizite haben und – psychologisch empfindbar – bedrückt und depressiv, häufig auch resignierend reagieren. Diese depressive Begleitreaktion ist nachvollziehbar und setzt voraus, dass die gesellschaftlichen Spielregeln als solche wahrgenommen und eingehalten werden

wollen, stellen also noch keinen krankhaften hirnorganischen Vorgang dar. Der Betroffene ist in diesem Stadium noch erreichbar für Zuwendung, tröstende Worte seiner Angehörigen und auch eine stützende Gesprächstherapie. Dabei ist spätestens bei gezielten Fragen der Betroffenen nach der Ursache ihrer zunehmenden Defizite und einer Erklärung der resigniert erlebten Situation eine ehrliche Auskunft insbesondere auch über die Prognose der Erkrankung unumgänglich. Der Demenzpatient ist jetzt noch in der Lage, persönliche Angelegenheiten im Sinne einer autonomen Entscheidung zu regeln, die auf der Linie langfristiger Haltungen und Einstellungen insbesondere auch zu seinen Angehörigen liegt. Mit Fingerspitzengefühl und Einfühlungsvermögen kann es dabei gelingen, den schmalen Grat einer einerseits ehrlichen, andererseits aber auch soweit wie möglich schonenden Aufklärung so zu beschreiten, dass der Betroffene nicht in eine tiefe Verzweiflung abstürzt. Hinweise auf in frühen Krankheitsstadien durchaus vorhandene therapeutische Eingriffsmöglichkeiten sind dabei hilfreich, dürfen andererseits aber auch nicht so übertrieben dargestellt werden, dass die erforderliche ehrliche Aufklärung unterbleibt. Hier tut sich ein Spielraum auf, der mit großem Verantwortungsbewusstsein - möglichst auch in Kenntnis der gesunden Primärpersönlichkeit der Betroffenen - genutzt werden muss.

Wenn der dementielle Krankheitsprozess dann weiter voranschreitet, tritt an die ursprüngliche depressive Grundstimmung zunehmend ein Gefühl der Ratlosigkeit, welches sich in Mimik und Gestik der Betroffenen mitteilt. Die realistische und nachvollziehbare Wahrnehmung für die zunehmende Krankheit schwindet, wobei offenbar doch unterschwellig eben ein Gefühl dafür vorhanden bleibt, dass die Situation sich zuspitzt und der Betroffene keine geeigneten Verhaltensweisen zur Hand hat, mit denen er reagieren könnte. In dieser Situation kann auch ein diffuses Gefühl ängstlicher Bedrohung entstehen, welches sich dann nicht selten in wahnhaften Befürchtungen äußert. Derart gestimmte Patienten machen das diffuse Gefühl der Bedrohung fest an einzelnen Personen ihrer Umgebung, die ihnen „etwas wollen“, es vermeintlich plötzlich nicht mehr gut mit ihnen meinen. Daraus können dann durchaus konkrete, z. T. auch groteske Anschuldigungen resultieren wie etwa die, dass man sie um ihr Ersparnes bringen wolle, sie aus der Wohnung oder der Nachbarschaft zu drängen gedenke, dass der langjährige Ehepartner plötzlich untreu geworden sei und dergleichen mehr. Ein solches Stadium ist für den Betroffenen selber wie auch für seine nahestehende Umgebung gleichermaßen belastend, da man natürlich im Gespräch über die genannten Themen keine Einigung erzielen kann und man sich im Austausch der Ar-

*Ehrliche Auskunft*

*Fortschreitender  
Krankheitsprozess*

*Ängstliche Bedrohung*

*Groteske  
Anschuldigungen*





*Krankhaft  
verselbständigtes  
Gefühlsleben*

gumente und Gegenargumente stundenlang ohne Ergebnis im Kreise drehen kann. Dabei zeigt sich dann, dass die ursprüngliche Kritik- und Urteilskraft im Rahmen des dementiellen Abbauvorganges schon deutliche Einbußen erfahren hat.

*Gestörtes  
Sprachverständnis*

Die späten Krankheitsstadien sind dann bestimmt durch eindeutig hirnorganische affektive Symptome, die auch im Ansatz nicht mehr nachvollziehbar und einfühlbar sind und damit zu erklären sind, dass sich das Gefühlsleben der Betroffenen im medizinischen Sinne krankhaft verselbständigt und von der jeweiligen Situation abkoppelt. Bereits geringfügige Reize lassen Affekte unangemessen anspringen, wobei eine Unfähigkeit sichtbar wird, die eigenen affektiven (emotionalen, gefühlsmäßigen) Reaktionen zu kontrollieren und zu begrenzen. Man spricht in diesem Zusammenhang von Affektlabilität. Der Begriff der Affektinkontinenz meint mehr oder weniger dasselbe. Dabei reicht die Palette der unangemessenen, nicht kontrollierbaren Affekte durchaus über negativ besetzte depressive oder ärgerlich-reizbare oder weinerliche Affekte hinaus und kann durchaus auch unangebracht albern-fröhliche oder distanzlose Elemente beinhalten. In diesem Stadium sind die betroffenen Patienten in der Regel einem Gespräch nicht mehr zugänglich, der dementielle Abbau ist weit vorangeschritten und hat nicht selten auch schon zu einem Zerfall des passiven Sprachverständnisses und der aktiven Sprachleistung geführt. Emotionaler Kontakt ist in diesen Stadien allenfalls noch mimisch möglich, beispielsweise durch ein freundliches Anlächeln oder durch Körperkontakt wie in den Arm nehmen, die Hand auf die Schulter oder den Arm legen usw.

*Keine Wahrnehmung  
für Ausmaß der  
Erkrankung*

Aber auch darüber ist allenfalls eine sehr kurzfristige affektive Stabilisierung zu erreichen, da eben u. a. auch diejenigen Hirnareale, die das Gefühlsleben regulieren, in den Abbauprozess miteinbezogen sind. Als Angehöriger mag man sich in diesen vorangeschrittenen Krankheitsstadien damit trösten, dass die fortgeschrittenen Demenzkranken für das Ausmaß ihrer Erkrankung in der Regel keine Wahrnehmung mehr haben. Am Ende stehen im Hinblick auf das Gefühlsleben der Betroffenen affektive Abstumpfung, Starre sowie Teilnahmslosigkeit, meist dann auch in Verbindung mit einer abnehmenden Helligkeit und Klarheit des Bewusstseins.

### 3.1.5 Diagnose, Verlauf und Auswirkung der Erkrankung

Von Dr. Andreas C. Reingraber

Die dementiellen Erkrankungen werden eine der wichtigsten medizinischen und sozialen Herausforderungen der nächsten Jahre und Jahrzehnte nicht nur in der Bundesrepublik Deutschland sein. Das Auftreten von Demenzen zeigt eine enge Korrelation zum Alter, zwar gibt es beispielsweise früh auftretende Alzheimer-Demenzen bereits in der vierten Lebensdekade, ab dem 65. Lebensjahr kommt es jedoch zu einem drastischen Anstieg der Erkrankungsrate. So geht man davon aus, dass in der Altersgruppe zwischen 75 und 90 Jahren etwa jeder 8. von einer dementiellen Erkrankung betroffen ist, zwischen 80 und 90 jeder 4. und in der Altersgruppe über 90 Jahren bereits jeder 2. Im Rahmen der erheblichen Veränderungen der Altersstruktur sämtlicher zivilisierter Nationen wird es im Laufe der nächsten Jahre und Jahrzehnte zu einem dramatischen Anstieg von dementiell erkrankten Patienten kommen. Nach Studienlagen wird der Anteil Demenzerkrankter im Jahre 2040 in der Bundesrepublik Deutschland gegenüber dem jetzigen Bestand um ca. 150% zunehmen, man rechnet mit mehr als 2 Millionen Erkrankten bundesweit sowie einer relativen Häufigkeit von ca. 2% der Einwohnerzahl bei sinkender Gesamtbevölkerung.

*Enge Korrelation  
zum Alter*

*Dramatischer Anstieg*



*Dr. Andreas C. Reingraber*



---

*Alzheimer-Demenz*  
*Vaskuläre Demenz*

*Sekundäre Ursachen*

Wichtig zur Diagnostik einer Demenz ist die Definition der Weltgesundheitsorganisation, die die Beeinträchtigung von Gedächtnis, Denken, Orientierung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen über mindestens 6 Monate erfordert. Streng genommen ist somit die Diagnose einer Demenz erst nach Kenntnis eines Patienten bzw. dessen Krankheitsverlauf über 6 Monate zu stellen. Ca. 90% der Demenzen werden von den sogenannten hirnorganischen oder primären Demenzen gebildet, der geschätzt größte Anteil dieser Demenzformen wird von den sogenannten Alzheimer-Demenzen gestellt, gefolgt von Demenzformen auf dem Boden von Gefäßveränderungen (vaskuläre Demenzen) sowie Mischformen beider Erkrankungen. In ca. 10% der Demenzfälle liegt eine sogenannte nicht hirnorganische oder sekundäre Demenz vor, hier liegt eine behandelbare und somit potentiell heilbare Grunderkrankung (z.B. Schilddrüsendysfunktion im Alter) zu Grunde. Bei der Erstdiagnostik einer Demenz ist es somit von besonderer Wichtigkeit, eine solche sekundäre Demenzursache auszuschließen. Hierzu sollte bei der Erstdiagnostik der Demenz auch ein schichtgebendes röntgenologisches Verfahren zur Anwendung kommen (z.B. Computertomographie/-Kernspintomographie), da unter anderem z.B. tumoröse Veränderungen im Bereich des Gehirns zu demenzähnlichen Symptomen führen können. Ferner geben die Schichtgebungsverfahren indirekte Hinweise auf den möglicherweise vorliegenden Demenztyp. Neben den medizinischen Untersuchungsverfahren kommt den psychometrischen Funktionsuntersuchungen eine große Bedeutung zu, je nach Testverfahren ist sowohl eine semiquantifizierende als auch im Verlauf aussagekräftige Beurteilung möglich.

*Zeitverlauf*

Zum Zeitverlauf einer dementiellen Erkrankung lässt sich Folgendes sagen: Man geht sowohl bei der Alzheimer-Demenz als auch bei den vaskulären Demenzen von einer langen vorklinischen Phase der Erkrankung aus, die durchaus den Zeitraum von 15 bis 30 Jahren einnehmen kann. Mit dem für Außenstehende erkennbaren zunehmenden geistigen Leistungsdefizit beginnt die sogenannte klinische Phase, bei der Alzheimer'schen Erkrankung geht man im Mittelwert von ca. 7 Jahren aus, wobei die Streuung der Verlaufszeiten sehr unterschiedlich ist. Während bei der Alzheimer-Demenz ein eher langsam fortschreitender, aber progredient sich entwickelnder Abbauprozess im Vordergrund steht, wechseln oftmals bei der vaskulären Demenz Phasen besserer und schlechterer Orientiertheit ab, mit deutlicher Tendenz zur Verschlechterung und kürzeren Verlaufsformen. Zur medikamentösen Therapie der Demenzen gibt es mittlerweile Substanzen mit gut dokumentiertem

*Medikamente*

Wirkungsprofil, die je nach Erkrankungsart gezielt eingesetzt werden sollten. Es empfiehlt sich eine Behandlungstestphase über ca. 3 Monate, ist in diesem Zeitraum keine ausreichende klinische Wirkung zu erzielen, sollte ein Therapiewechsel erfolgen.

Neben der medikamentösen Therapie sollten flankierende psychosoziale Maßnahmen von Beginn der Erkrankung an unterstützt werden. Sämtliche Maßnahmen, die zu möglichst langer Selbsthilfefähigkeit des Patienten beitragen (ausgewogene Ernährung, Tagesstrukturierung, Bewegungs-/Physiotherapie, Hirnleistungstraining etc.) sind förderlich. Weiterhin bedarf die Gruppe der betreuenden Angehörigen Dementer der besonderen Beachtung, da der ganz überwiegende Teil der Erkrankten in leichten und mittelgradigen Stadien im häuslichen Umfeld versorgt und gepflegt wird, häufig auch schwere Verlaufsformen mit total immobilisierten Patienten. Im Rahmen dieser Pflege kommt es oft zu physischen und psychischen Überlastungssituationen der pflegenden Angehörigen bis hin zur sozialen Isolation, je nach Studien entwickeln bis zu 80% der pflegenden Angehörigen depressive Symptome.

Zusammenfassend wird die Demenz eine der größten medizinischen und sozialen Herausforderungen der kommenden Generationen darstellen, die auch eine Positionierung zu grundsätzlichen ethischen Fragestellungen unseres menschlichen Zusammenlebens erfordern wird.

### *Unterstützende Maßnahmen*



Bild: photocase

### 3.1.6 Das Problem der Pflege aus Sicht eines ambulanten Anbieters

Von Uwe Rettkowski

Viele Demenzkranke leben zu Hause. Nur sehr Wenige werden durch einen ambulanten Dienst versorgt. Warum scheitert die häusliche Versorgung häufig? Gründe liegen vielfach in der Scham der Angehörigen, dass beispielsweise der Ehepartner oder ein Elternteil an Alzheimer erkrankt ist. Auch die Patienten haben große Schwierigkeiten, sich und anderen die Erkrankung einzugestehen.

Die Finanzierung der Pflege ist oft ungeklärt. So sind Wege zur Inanspruchnahme von Geldern unbekannt oder es ergeben sich Finanzierungslücken durch Zahlung von Eigenanteilen. Zudem wird die Diagnose „Demenz“ von den Kranken- oder Pflegekassen oftmals nicht berücksichtigt. Es besteht ein Mangel an gerontopsychiatrischen Fachkräften, denen zum Teil nicht bekannt ist, dass sie auch im häuslichen Bereich ein Arbeitsfeld finden. Bei ständig wachsendem Bedarf fehlt es den pflegenden Angehörigen insgesamt an niederschweligen Beratungs- und Unterstützungsangeboten.

Die Leiterin unserer Sozialstation führt einen Erstbesuch durch und plant die Pflege mit den Angehörigen und dem Patienten. Sehr wichtig



*Uwe Rettkowski*

ist bei diesem ersten Gespräch eine hohe Sensibilität für die Situation der pflegenden Angehörigen (hoher emotionaler Druck, Gewissensbisse, Gefühl der Überforderung). Neben der Krankengeschichte (Anamnese) werden Möglichkeiten und Fähigkeiten des Patienten erfasst (Ressourcenbündelung). Besondere Bedeutung erfahren die Zurückführung in das normale Leben nach einem psychiatrischen Krankenhausaufenthalt sowie Hilfen zur Tagesstrukturierung. Informationsmaterial wird zur Verfügung gestellt und die Möglichkeit der Finanzierung in jedem Einzelfall abgestimmt. Bei Bedarf empfehlen wir weitere unterstützende Dienste und Einrichtungen und stellen auf Wunsch den Kontakt her. Als Hilfsangebote sind die Unterstützung der ärztlichen Behandlung und - im Hinblick auf vorhandene oder noch zu beantragende Leistungsfinanzierungen - eine Beantragung der notwendigen Pflegestufe zu nennen.

Die Einsatzplanung bei der Pflege erfolgt mit qualifiziertem Personal unter Berücksichtigung der Wünsche von Angehörigen und Patienten. Ein Gefühl des Wohlbefindens beim Erkrankten ist Voraussetzung und Ausgangspunkt für die Akzeptanz der pflegerischen Interaktion und nicht erst das Ergebnis dieser Bemühungen. Der Demenzkranke muss Vertrauen und Sicherheit verspüren, um sich überhaupt auf eine für ihn nicht logisch erscheinende Maßnahme einlassen zu können.

Bei ihren Planungen muss sich die Pflegekraft auf die individuelle Situation des Patienten einstellen:

Wie reagiert der Betroffene?

Welche Gewohnheiten hat er?

Zu welcher Tageszeit sind Pflegemaßnahmen möglich, z.B. Verabreichung von Medikamenten?

Was isst er gern, was trinkt er gern?

Wie kann die Pflege in angemessener Zeit durchgeführt werden (Zeitfaktor)?

Die Pflege Demenzkranker erfordert eine Bezugspflege mit möglichst wenig Wechsel von Personal. Wir versuchen, dieses grundsätzlich sicherzustellen. Pflegefachkräfte formulieren für den jeweiligen individuellen Bedarf ein klares Ziel und legen einen Weg des pflegerischen Verhaltens fest. Besonders wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass sich alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auch daran halten und in auftretende Veränderungen einbezogen werden. Professionelle Pflege ist geplante und dokumentierte Pflege.

*Mögliche Hilfestellung*

*Akzeptanz durch  
Vertrauen*

*Zielgerichtete  
Bezugspflege*

Weitere bedeutsame Kriterien sollten unbedingt beachtet werden:

**- Aufmerksamkeit**

Patienten beim Sprechen nicht unterbrechen, keinen Druck ausüben

**- Erwidern**

Antworten auf gestellte Fragen in einer verständlichen Sprache

**- Geduld**

Bereitschaft, mit dem Patienten auch schwierige Situationen durchzustehen, z.B. Bewältigung eines Angstschubes

**- Einfühlungsvermögen**

Betroffenheit des Kranken reflektieren

**- Respekt**

Anliegen des Patienten ernst nehmen

Wir als Pflegedienst können die Belastung und den Druck in der häuslichen Situation mildern und den Angehörigen das Krankheitsbild mit seinen Symptomen, Erscheinungsformen und Veränderungen in verständlicher Sprache nahe bringen.

***Ansprechpartnerin:***

Frau Susanne Liegl

Sozialstation Kirchhellen

Wienkamp 5

46244 Bottrop-Kirchhellen

Tel.: 02045/9507311

***Internet: [www.kv-bottrop.drk.de](http://www.kv-bottrop.drk.de)***

### 3.1.7 Das Problem der Pflege im Rahmen einer stationären Einrichtung

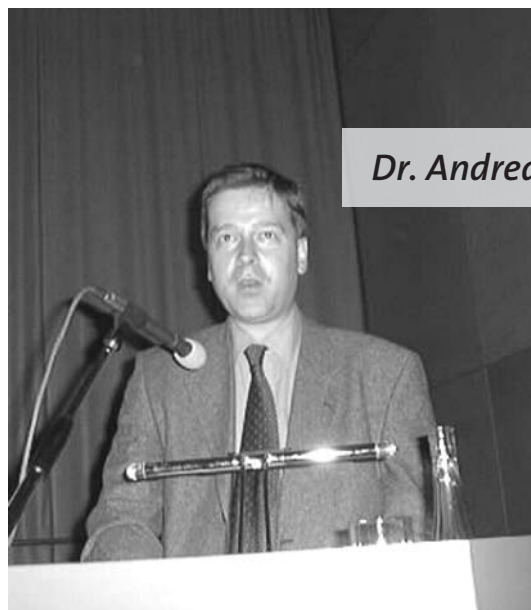
Von Dr. Andreas Trynogga

Die dramatische Zunahme dementiell erkrankter Menschen in den Altenhilfeeinrichtungen ist eine zentrale Herausforderung für die Zukunft der Pflege in der Bundesrepublik Deutschland. Die Versorgung demenzkranker alter Menschen wird zu einem zunehmenden Handlungsschwerpunkt in der stationären Altenpflege. Stationäre Altenpflege wird Dementenpflege.

Als Freier Wohlfahrtsverband setzt sich der Caritasverband für die Stadt Bottrop e. V. auf allen Ebenen für eine nachhaltige Verbesserung der Rahmenbedingungen für das Leben und die Pflege dementiell erkrankter Menschen hier vor Ort ein. Die Sorge um eine hohe Fachlichkeit und gute Qualität der Pflege ergänzt unser politisches Engagement für diesen Personenkreis. Dazu gehört eine entsprechende Qualifizierung der ehren- und hauptamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. So werden wir beispielsweise im nächsten Jahr eine zusätzliche Qualifizierung zum Seniorenbegleiter bzw. Demenzbegleiter im Caritasverband Bottrop anbieten.

Verbesserung der  
Rahmenbedingungen

Demenzbegleiter



*Dr. Andreas Trynogga*



  
Veränderte Konzepte

Vor dem Hintergrund der dramatisch ansteigenden Zahlen wird es nicht nur für unsere Einrichtungen notwendig und unumgänglich sein, mit veränderten und entsprechend zugeschnittenen Konzepten und Angeboten zu reagieren, die den Bedürfnissen dieser Zielgruppe maßgeblich Rechnung tragen. Hierbei sind sowohl strukturelle und organisatorische, als auch fachliche und inhaltliche Aspekte zu berücksichtigen.

## Netzwerke

Die Vernetzung der häuslichen, ambulanten und stationären Versorgung ist möglicherweise unter Kostengesichtspunkten auch für die Kommunen und die Pflegekassen von Bedeutung.

Die Versorgung demenzerkrankter alter Menschen stellt eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung dar. Die Problemlage der Erkrankten, der Angehörigen, der Pflegekräfte und der stationären Einrichtungen muss in den Focus der Öffentlichkeit. Deshalb ist eine Veranstaltung wie die heutige so wichtig. Dank an die Veranstalter. Dabei geht es nicht ausschließlich um teure Baumaßnahmen oder um mehr Personaleinsatz, also um mehr Kosten. Das Wünschenswerte muss auf Machbarkeit überprüft werden. Es geht vor allem um Handlungsansätze und eine große Zahl von Maßnahmen, die den Anforderungen dieses speziellen Personenkreises Rechnung tragen, „die die allgemeine Atmosphäre entspannen und sich entlastend und entzerrend auf den Heimalltag von Bewohnern und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern auswirken. Diese gilt es kennen zu lernen und auszuprobieren.“ (So formuliert es eine Arbeitshilfe des DiCV Münster für die stationäre Altenhilfe: „Handlungsempfehlungen für den Umgang mit dementiell erkrankten Bewohnern.“)

**Handlungsmöglichkeit**

Lassen Sie mich in aller gebotenen Kürze aus der Sicht eines Trägers einige Thesen zum Thema Demenz hier vortragen. Möglicherweise haben wir zu einem späteren Zeitpunkt die Gelegenheit, uns mit diesen Thesen auseinander zu setzen.

**These 1:**

Die Anzahl demenzerkrankter alter Menschen wird in einem bedeutenden Umfang ansteigen.

**These 2:**

Der Anteil Demenzerkrankter wird sich in der stationären Altenpflege noch weiter erhöhen.

**These 3:**

Die Unterstützung Angehöriger in der ambulanten Versorgung Demenzerkrankter ist mangelhaft.

**These 4:**

Die Steuerung der Pflegeinfrastruktur durch die Bundesregierung, Landesregierung und die Kommunen entspricht weitgehend nicht dem Versorgungsbedarf Demenzerkrankter.

**These 5:**

Die Versorgung Demenzerkrankter in der stationären Altenpflege vollzieht sich im Bereich der betreuerischen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen weitgehend unzureichend und punktuell.

**These 6:**

Die finanzielle Absicherung der Versorgung Demenzerkrankter ist vom Gesetzgeber unzureichend berücksichtigt und von den Kostenträgern mangelhaft refinanziert.

**These 7:**

Die Absicherung der finanziellen Versorgung Demenzerkrankter durch die stationären Einrichtungen wird unzureichend eingefordert.

**These 8:**

Die Versorgung Demenzerkrankter ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, für die es umfassender Strukturanpassungen der sozialen Sicherungssysteme bedarf. \*

Bei allen Problemen finanzieller, baulicher, personeller, pflegerischer Art, bei allen bürokratischen und qualitätssichernden Maßnahmen, gerade auch in Zeiten, in denen die Ökonomie einen Siegeszug hält und in der das Wort „Effizienz“ im Gesundheitsbereich nahezu ein Zauberwort darstellt, ist aus Trägersicht meines Erachtens die entscheidende Frage: Welches Menschenbild haben wir?

Meine sehr geehrten Damen und Herren, lassen Sie mich schließen mit einem Zitat von Gottlieb Duttweiler, einem Schweizer Unternehmer und Politiker, das dem Schlussbericht der Enquete-Kommission „Demografischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“ aus dem Jahre 2002 vorangestellt ist: „Das Schicksal der kommenden Generation hängt davon ab, ob wir wieder den Mut aufbringen, glaubhafte Zukunftsbilder zu entwerfen und mit den besten Kräften für ihre Verwirklichung zu kämpfen.“ Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.

*\*Aus: Auswirkungen dementieller Erkrankungen alter Menschen auf die Stadt Bottrop unter der besonderen Berücksichtigung stationärer Altenpflegeeinrichtungen von Herrn Dr. rer. soc. Bodo de Vries, Caritas Bildungswerk Ahaus*

  
Wohnen PLUS

Eigener Lebensraum

### 3.1.8 Ambulante vor stationärer Pflege

Von *Andrea Multmeier*

Wohnen PLUS ist ein IBA-Projekt. Es sollte „...mehr sein als die Summe seiner Teile...“ und möglich machen, dass Menschen, wenn sie älter und hilfebedürftig werden, nicht mehr vollstationär untergebracht werden müssen. Als wir im April 1997 unsere Arbeit begonnen haben, waren wir nicht immer sicher, ob es wohl gelingen könne, dass Bewohnerinnen und Bewohner in der eigenen Wohnung bis zum Tode wohnen bleiben können, ohne bei schwerer Pflegebedürftigkeit in ein Heim zu müssen. Wir wollten einen Lebensraum für alte, überwiegend dementiell Erkrankte und für pflegebedürftige Menschen schaffen, der sich nach den Bedürfnissen der Menschen gestaltet, die darin leben. Sie werden begleitet durch Mitarbeiterinnen, die sich dieser Herausforderung gern stellen. 120 Menschen haben sich seitdem für das selbstständige Wohnen bei uns und damit gegen eine Heimunterbringung entschieden. Das Konzept geht auf – gestützt und ermöglicht durch das Zusammenwirken hauptamtlicher Mitarbeiter und externer Strukturen. Finanziert wird dieses Projekt über die Pflegeversicherungsleistungen und eine Pauschale für Betreuung, die von den Mieterinnen und Mietern selbst getragen wird. Wenn man so will, ist es uns gelungen, eine kostengünstige Betreuungsform, sowohl für die Mieter als auch für die öffentliche Hand zu finden.



*Andrea Multmeier*

Das Rezept dafür heißt Synergie

- durch unsere vorgehaltene Infrastruktur wie Tagespflege, Kurzzeitpflege, Notruf am Tag und in der Nacht, Sozialstation, Behindertenfahrdienst, verschiedene ambulante Versorgungsleistungen wie Essen auf Rädern, Begleit- und Schiebedienste, Dienste aller Art rund um und in der Wohnung, soziale, kulturelle, pflegefachliche und hauswirtschaftliche Betreuung,
- erbracht von pflegefachlich, pädagogisch oder verwaltungsorganisatorisch tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern,
- über individuelle Betreuungskonzepte für jeden einzelnen Nutzer,
- ergänzt und flankiert durch die Initiative unterschiedlichster Selbsthilfegruppen, Arbeitskreise und Aktivitäten.

Initiative und Beteiligung zu leben ist zum Selbstverständnis des Projektes geworden und unabdingbare Voraussetzung.

Von 1997 bis 2001 haben wir das Prinzip „Ambulant vor stationär“ verfolgt. Heute - 2003 - sagen wir laut und selbstbewusst: Ambulant statt stationär. Unsere Überzeugung resultiert aus unseren Erfahrungen, die wir zum einen in unserer täglichen Arbeit, zum anderen im Rahmen eines Modellprojektes im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit sammeln konnten. Das Modellprojekt, das zunächst darin bestand, eine teilstationäre Versorgung von Schlaganfallpatienten im Rahmen eines Netzwerkes von Ärzten, Therapeuten, Pädagogen, Pflegekräften, Angehörigen und anderen Dienstleistern sicherzustellen, erwies sich auch als Chance, unsere Arbeit insgesamt zu profilieren.

Im Einzelnen bedeutet das Synergie und Vernetzung durch

- eine Infrastruktur, die Tagespflege, Kurzzeitpflege, ambulante häusliche Versorgung sowie weitere komplementäre Dienste - wie Essen auf Rädern, hauswirtschaftliche Hilfen, Fahr- und Begleitdienste - umfasst,
- ein Netzwerk, in dem wir mit Therapeuten, Ärzten, anderen Dienstleistern und insbesondere mit Angehörigen und Betreuern kooperieren,
- ein individuelles Betreuungs- und Pflegekonzept für jeden Einzelnen, der unsere Dienste in Anspruch nehmen möchte.

Was bedeuten diese Erfahrungen nun für die Versorgung von demenziell Erkrankten? Hier fallen zunächst die Vorteile einer ambulanten Versorgung ins Auge. Da der demenziell Erkrankte zumeist noch über ein gut

*Synergie und  
Vernetzung*

*Ambulant statt  
stationär*

*Modellprojekt*

  
*Gewohntes Umfeld*

funktionierendes Langzeitgedächtnis verfügt, ist das Verbleiben in der eigenen Häuslichkeit in ganz besonderem Maße wichtig. Die verbleibende Lebensqualität ist direkt verbunden mit der emotionalen und personalen Sicherheit des Erkrankten in seinem Umfeld. So steht ein Fotoalbum, in dem viele Gesichter und Situationen an die Vergangenheit erinnern, schon immer im zweiten Regalfach von oben neben der Wanduhr im Wohnzimmer an seinem Platz und wird auch dort gefunden. Nehmen wir dem Erkrankten diese Orientierungsmöglichkeiten, lösen wir Angst und Depressionen aus, die den Krankheitsverlauf entscheidend negativ beeinflussen.

*Fundierte Diagnostik*

Wie sieht das im Einzelnen aus? Zunächst ist eine gesicherte und fundierte Diagnostik erforderlich, um eine Demenz als Ursache der Befindlichkeitsstörung festzustellen und von anderen Krankheitsbildern - wie z.B. einer Altersdepression - abzugrenzen. Hier sind wir außerordentlich dankbar, dass das örtliche Gesundheitsamt mit der Einrichtung einer Demenzsprechstunde für Angehörige und Betroffene ein professionelles Angebot für die Stadt Bottrop vorhält.

*Koordinierungsstelle*

Ist eine Demenz diagnostiziert, geht es uns darum, dem Erkrankten und seiner Familie zeitnah und individuell ein angemessenes Angebot an Hilfen zusammenzustellen. Als besonders belastend wird uns gerade in Bezug darauf von Betroffenen geschildert, dass sie sich bei der Suche nach Hilfe allein gelassen fühlen und die Kommunikation der einzelnen Akteure, wie dem Hausarzt, der ambulanten Pflege, dem Therapeuten häufig dem Zufall überlassen bleibt. Bei den von unserem Träger betreuten dementiell Erkrankten schaffen wir hier Abhilfe, in dem wir wie eine Koordinierungsstelle fungieren. Wir „schnüren Hilfspakete“, vermitteln Kontakte zu ärztlichen und nichtärztlichen Kooperationspartnern und dokumentieren und begleiten den weiteren Verlauf kontinuierlich. Dabei nehmen wir den Erkrankten und sein Umfeld gleichermaßen in den Blick, da gerade bei dem Krankheitsbild der Demenz immer eine ganze Familie bis hin zu Nachbarn und Freunden betroffen sind.

Unsere Erfahrungen zeigen, dass eine Koordinierung aller in einem Versorgungsnetz zusammen zu schließenden Hilfestrukturen, ob ärztlicher-, nichtärztlicher- und/oder familiärerseits eine optimale und dem individuellen Hilfebedarf des Betroffenen angemessene Unterstützung ermöglicht. Wir machen uns stark und laden alle zum Mitmachen ein, ein solches Versorgungsnetz stadtteilorientiert mit klaren Verantwortungszuschreibungen aller Beteiligten auszubauen. Alle Beteiligten - auch die

politischen Entscheidungsträger - müssen sich der gemeinsamen Verantwortung der Entwicklung und Förderung der Angebote für dementiell erkrankte Menschen bewusst sein und sie wahrnehmen. Dabei kommt der Beratung und der Aufklärung ein besonderes Schwergewicht zu, denn hier liegt der Schlüssel für eine rechtzeitige und optimale Betreuung.

- Wir müssen aufklären, um Sicherheit zu schaffen.
- Wir müssen unsere Angebote attraktiv und professionell gestalten.
- Wir müssen gemeinsam, abgestimmt und entsprechend dem individuellen Hilfebedarf der Betroffenen handeln.
- Wir müssen Kompetenzen bündeln und die daraus resultierenden Synergien dem Betroffenen und seinen Angehörigen zur Verfügung stellen.
- Wir müssen Finanzierungsmodalitäten finden, die eine angemessene, effiziente und umfassende Hilfe bezahlbar machen.
- Wir müssen eine gesellschaftliche Ausgrenzung der betroffenen Menschen und ihrer Familien und Freunde verhindern, in dem wir die Integration fördern. Dafür hat der Gesetzgeber bereits im BSHG, §§ 39, 40 Regelungen getroffen, die unbedingt auch für Menschen über 65 Jahre hinsichtlich ihrer Finanzierbarkeit gelten müssen und in Leistungsvereinbarungen münden könnten.

Unsere Hilfestruktur im Verein Soziale Dienste können wir momentan vorhalten durch Angebote in allen ebenerdigen Räumen, wie Tagespflege, Nachbarschaftshaus, und in den Grünflächen der Anlage in der Zeit von 8.30 Uhr bis 16.30 Uhr. Fachkräfte beschäftigen die unterschiedlichen Gruppen. Angehörige und Freunde können sich während dieser Zeiten durch unsere Mitarbeiterinnen beraten lassen. Wir haben Raumangebote für Selbsthilfegruppen und offene Gesprächskreise. Über geschultes Personal in der ambulanten Pflege und im mobilen sozialen Dienst leisten wir ambulante Betreuung auf der Grundlage der Pflegestufen bzw. über das Pflegeleistungsergänzungsgesetz. Wir laden alle herzlich ein, sich unsere Angebote und Räume selbst anzuschauen und sich davon zu überzeugen, dass Wärme, Geborgenheit, Sicherheit und Wohlbefinden gefühlt werden können.

Lassen Sie uns gemeinsam dafür sorgen, dass dementiell erkrankte Menschen die Erinnerung an ihre Vergangenheit als Sicherheit wahrnehmen können, um in der Gegenwart selbstbestimmt und integrativ zu leben für ein sicheres und würdiges Alter.



*Handlungsmöglichkeit*

*Hilfestruktur*

### 3.1.9 Probleme pflegender Angehöriger

Von Jutta Pfingsten

Zu Beginn meiner Einlassung möchte ich mich recht herzlich bei Herrn Dr. Erkrath und vor allem bei Frau Dr. Danneberg bedanken, dass sie bei der heutigen Veranstaltung auch an die pflegenden Angehörigen gedacht haben. Aber ich stehe hier heute nicht als Vertreterin meiner Fraktion und auch nicht als Krankenschwester mit langjähriger Erfahrung in der häuslichen Pflege, sondern als Tochter. Eigentlich müsste meine Schwester hier vor Ihnen stehen, trägt sie doch die Hauptlast der Pflege meiner Mutter, die 80 Jahre alt ist und sich in vertrauter Umgebung mit unterstützenden Maßnahmen bei den Dingen des alltäglichen Lebens noch zurechtfindet. Urlaubs- und Entlastungsververtretung, über das Jahr regelmäßig verteilt, ist mein Part. Wir haben die Entscheidung getroffen, dass unsere Mutter möglichst lange in ihrer Wohnung verbleiben und ihr Leben eigenständig mit der jeweilig erforderlichen Hilfe führen kann. Die Unterstützungsmaßnahmen erweiterten sich in den vergangenen zwei Jahren regelmäßig.



*Jutta Pfingsten*

Bei meiner Mutter ist erstmals im vergangenen Jahr die Diagnose Altersdemenz gestellt worden, eine Mischform zwischen Alzheimer und vaskulärer Form. Die Zeit bis zur Diagnosestellung war eine äußerst schwierige Phase. Meine Familienangehörigen wollten anfangs meinen Verdacht auf Demenz nicht mittragen, erwarteten aber auf Grund meines Berufes Hilfe. So wurde ich eine Art Lotse für das weitere Vorgehen. Ein kritisches Wort muss ich zum Hausarzt meiner Mutter sagen. Nach seiner Meinung haben wir die „sogenannten Alterserscheinungen“ übertrieben. Durch ein persönliches Erlebnis bei der Diabeteseinstellung wurde auch er hellhörig.

Zu einem Besuch beim Neurologen war meine Mutter schwer zu bewegen. Auch gutes Zureden, dass eine Medikamenteneinnahme zur Verbesserung beitragen könnte, wurde vor zwei Jahren von ihr nicht angenommen. Das Drängen des Hausarztes machte es möglich, dass der Neurologe aufgesucht werden konnte. Eine Computertomographie sicherte die Diagnose zusätzlich ab. Der Antrag zur Pflegeversicherung erfolgte und nach der Begutachtung durch den medizinischen Dienst wurde die Pflegestufe I mit Anerkennung der Demenzerkrankung bewilligt.

Ein erstes großes Problem war die Vernachlässigung der Körperhygiene. Kleidung wurde unregelmäßig gewechselt. Inkontinenz trat auf. Mutter versuchte es zu vertuschen, Unterwäsche verschwand einfach. Die Tagesstruktur veränderte sich innerhalb eines halben Jahres. Einkaufen, Kochen und das Reinigen der Wohnung bedurften der Hilfe und Strukturierung. Die Konfliktsituationen blieben nicht aus. Das Verhältnis von Mutter zu Töchtern bleibt wohl ein Leben lang ein besonderes.

Schwierig wird es dadurch, der Mutter plötzlich sagen zu müssen, dass verschiedene Dinge zu tun sind, die sie bisher allein entschieden hatte. Was tun, wenn die Tochter darauf besteht, dass gebadet und die Haare gewaschen werden müssen und sich keiner mehr darauf einlässt, dass dies selber und morgen getan wird, wenn schmutziges Geschirr im Tiefkühlschrank auftaucht, Geld, Ausweis und der Schmuck einfach weg sind. Beim Suchen der verschwundenen Dinge kamen weitere Defizite zum Vorschein und gleichzeitig hatten wir das Gefühl in Bereiche einzudringen, die meiner Mutter bisher allein gehörten. Besonders weh tut es, mit ansehen zu müssen, dass der Mutter die Defizite bewusst werden. Nur nach und nach entsteht die Sicherheit, ohne Schuldgefühle in das mütterliche Leben einzugreifen. Einerseits widerspricht die Mutter, andererseits sind dort die Schwierigkeiten des alltäglichen Lebens, bei denen

*Schwierige Phase*

*Konfliktsituationen*

*Ungewohnte  
Entscheidungen*

*Schuldgefühle*





---

*Fehlende Akzeptanz*

Mutter auch Hilfe erwartet. Wut und Trauer kommen auf, doch es bleibt wenig Zeit, die eigenen Gefühle zu ordnen und zu bewältigen. Es schmerzt sehr, mit ansehen zu müssen, wie eine ganze Lebensbiografie mit Erinnerungslücken durchlöchert wird. Zum 80. Geburtstag erstellten wir ein Fotoalbum aus ihrem Leben. Beim gemeinsamen Durchblättern erhielten wir wertvolle Anhaltspunkte zu ihrem Erinnerungsvermögen. Wenn meine Mutter bei mir in Bottrop ist, fahre ich regelmäßig nach Kirchhellen. Sie wuchs auf dem Land auf und der Anblick von Feldern, Weiden mit Kühen und Pferden bringt Augenblicke glücklicher Erinnerung.

Noch immer können nicht alle Familienangehörigen die Demenz als Krankheit akzeptieren. Da ist der Urenkel, der nicht mehr „Mensch ärgere dich nicht“ spielen will, weil die Uroma ja immer schummelt, nur ein heiteres Beispiel. Mittlerweile versteht er die Uroma etwas besser und spielt auch wieder mit ihr. Die männlichen Familienmitglieder können nur schwer mit der Situation umgehen. In unserer Familie bestätigt sich die Statistik, dass Pflege überwiegend von Frauen ausgeübt wird.

*Psychische Belastung*

In den vergangenen zwei Jahren gelang es uns eine Struktur aufzubauen, die es einerseits ermöglicht, dass unsere Mutter trotz allem möglichst eigenständig leben kann, andererseits vor allem meine Schwester, die 62 Jahre alt ist, zu den nötigen Erholungsphasen kommt. Dazu gehören ein ambulanter Pflegedienst und eine Haushaltshilfe. Trotz der Entlastungen ist die Betreuung für meine Schwester eine psychische Belastung, die schon zu Magengeschwüren geführt hat. Den Vorsprung, den ich durch meinen Beruf habe, kann sie nicht durch den Besuch einer Angehörigengruppe und das Anhören von Fachvorträgen aufholen. Soziale Kontakte vermindern sich durch den Zeitaufwand der Pflege. Sie müssen zeitlich geplant werden, da Mutter nicht mehr allein im Haus bleiben kann. Nicht immer zeigen Freunde und Bekannte Verständnis für die Situation.

*Hilfe von außen*

Wir haben gelernt, dass die Unterstützungsmaßnahmen entsprechend neu auftretender Situationen angepasst werden müssen. Konfliktsituationen wiederholen sich ständig, doch Hilfe von außen bringt Entlastung. Unsere Mutter gibt leider nur sehr wenige Rückmeldungen, so dass wir die Richtigkeit unserer Schritte nur erahnen können. Nur einige Äußerungen, vor allem der zufriedene Gesichtsausdruck geben uns Bestätigung. Unsere Familie kann glücklicherweise auf einen Personalpool von 2 Töchtern und mehreren erwachsenen Enkelinnen zurückgreifen, so sind wir zu einem Team geworden. Hoffentlich bleibt es noch lange so.



### 3.1.10 Handlungsrahmen der Krankenkassen und Pflegeversicherung unter Berücksichtigung des neuen Pflegeversicherungsergänzungsgesetzes

Von Norbert Hüsken

Der Handlungsrahmen der Krankenkassen und Pflegekassen ist durch die gesetzlichen Vorgaben festgelegt. Bei der Bestimmung dieses Leistungsrahmens durch Entscheidungen der Parlamentarier sind diese gezwungen, das Wünschenswerte und Finanzierbare gegeneinander abzuwägen. Dies führt z. B. in der Pflegeversicherung zu einem Leistungsrahmen, der in vielen Fällen nicht den vollen Pflegeaufwand abdeckt, sondern zu einer teilweisen Belastung des Pflegebedürftigen führt.



*Norbert Hüsken*

Hinsichtlich des Leistungsrahmens der gesetzlichen Krankenversicherung stehen den von Demenz betroffenen Personen alle Leistungen der Krankenversicherung von ärztlicher Behandlung über Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, bis hin zur stationären Behandlung und vielen anderen Leistungen zur Verfügung. Es gelten die gleichen Grundregeln wie für alle

anderen Krankenversicherten mit gesetzlichen Zuzahlungen in einigen Bereichen, soweit man nicht wegen der Höhe seines Einkommens oder als chronisch Kranker mit hoher Zuzahlungsbelastung davon befreit ist. Natürlich gelten auch für Demente die Grundsätze von Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit von Leistungen, die es dem Arzt manchmal nicht ermöglichen, dem Wunsch des Patienten zu entsprechen.

Leistungsansprüche aus der gesetzlichen Pflegeversicherung setzen einen konkreten Hilfebedarf für die gewöhnlich und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens voraus. Dies sind nach dem Gesetz Körperpflege, Ernährung und Mobilität. Soweit der zeitliche Aufwand für die Pflege in diesen Bereichen bestimmte zeitliche Grenzen überschreitet, so wird Pflegebedürftigkeit in den entsprechenden Pflegestufen anerkannt. Dem Pflegebedürftigen stehen dann die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung zur Verfügung. Dies sind vor allem Pflegesachleistungen durch ambulante Pflegedienste oder alternativ dazu das Pflegegeld; beide Leistungen können in der Kombinationsleistung auch miteinander verbunden werden. Für Pflegebedürftige, die stationär gepflegt werden, werden auch hierzu Leistungen der Pflegeversicherung gezahlt. Daneben gibt es weitere wichtige Leistungen der Pflegeversicherung wie z. B. Tages- und Nachtpflege, Verhinderungspflege, Pflegehilfsmittel und Zuschuss zu Wohnumfeldverbesserungen.

Speziell für demenzerkrankte Personen ist wichtig, dass bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nur der konkrete Hilfebedarf in den bereits genannten Bereichen Körperpflege, Ernährung und Mobilität sowie bei der hauswirtschaftlichen Versorgung berücksichtigt werden kann. Für die Beurteilung des Pflegeaufwandes ist dabei wichtig, die konkrete zeitliche Inanspruchnahme bei der Begutachtung darzustellen. Dies kann man am besten dann, wenn man sie über einen bestimmten Zeitraum dokumentiert hat. Hierzu eignen sich sogenannte Pflegetagebücher, die z. B. die AOK Westfalen-Lippe bereithält.

Ein besonderes Problem für von Demenz betroffene Personen ist, dass bei ihnen in sehr vielen Fällen eine allgemeine Aufsicht oder Betreuung zur Vermeidung einer Selbst- oder Fremdgefährdung notwendig ist. Der dafür notwendige umfangreiche Zeitaufwand wird aber bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nicht berücksichtigt, da hier nur die drei vorher genannten Bereiche einbezogen werden dürfen. Diese Differenz zwischen dem tatsächlich geleisteten Betreuungsaufwand und den Feststellungen des Gutachters für den Bereich der Pflegeversicherung

*Konkreter Hilfebedarf*

*Pflegeversicherung*

*Pflegetagebuch*

*Allgemeine Aufsicht*

  
*Pauschaler Zeitzuschlag*

führt häufig zu Unverständnis bei den Betroffenen. Sie entspricht aber der geltenden Rechtslage und ist inzwischen auch durch höchstrichterliche Urteile bestätigt.

Die aktuelle Kommission zum Thema Pflegeversicherung unter Leitung von Herrn Prof. Rürup hat zu diesem Bereich einen Kompromissvorschlag erarbeitet, der die zusätzliche Berücksichtigung eines pauschalen Zeitzuschlages für die allgemeine Aufsicht und Betreuung vorsieht. Dies wäre zumindest ein erster Schritt, diesen Aufwand zu berücksichtigen.

Ab 01.04.2002 hat es durch das Pflegeversicherungsergänzungsgesetz eine Leistungsverbesserung für den in der Veranstaltung angesprochenen Personenkreis gegeben. Personen, bei denen aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit Leistungen der Pflegeversicherung bereits zuerkannt sind und die

- einen erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung haben und
- unter einer demenzbedingten Fähigkeitsstörung, unter geistiger Behinderung oder psychischer Beeinträchtigung leiden

*Zusatzleistungen*

und bei denen dies zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt hat, erhalten zusätzliche Leistungen. Für diesen Personenkreis werden jährlich 460 Euro zweckgebunden für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen zur Verfügung gestellt. Leistungen, die man in Anspruch nehmen kann, sind u. a.

- Beaufsichtigung zur Entlastung pflegender Angehöriger
- Training von Alltagskompetenzen
- Anleitung bei der Durchführung sinnhafter Tätigkeiten

*Zugelassene Leistungserbringer*

Erbracht werden können solche Leistungen von durch die Pflegekassen zugelassenen Leistungserbringern, die ihre Kompetenz für die Durchführung solcher Leistungen nachgewiesen haben. Aktuell sind in Bottrop die drei Sozialstationen der Caritas für diese Leistungen zugelassen.

Wichtig ist, sich vor der ersten Leistung dieser Art mit der Pflegekasse in Verbindung zu setzen. Dort wird dann geprüft, ob sich aus dem letzten Pflegegutachten die Einschränkung der Alltagskompetenz ergibt oder ob dazu nochmals der Medizinische Dienst eingeschaltet werden muss. Die Pflegekassen geben gerne Auskunft zu diesem Thema.

Abschließend ist auf die wichtige Funktion der Selbsthilfegruppen für Angehörige von dementen Personen hinzuweisen. Soweit Sie eine solche Selbsthilfegruppe in Ihrem Umfeld suchen, ist Ihnen die Kontaktstelle Selbsthilfe im Hause der AOK in Recklinghausen (Telefon 02361/584-584, Herr Westhoff) gerne behilflich.

*Angehörigengruppen  
(siehe Seiten 74 u. 75)*



Sorgerecht

Richterliche Anhörung

### 3.1.11 Demenzerkrankungen und Betreuungsrecht

Von Jutta Pawellek

Grundgedanke des Betreuungsrechtes ist der Wunsch, einem jeden Menschen die Möglichkeit zu belassen, alle die Dinge selbst zu entscheiden, die zu entscheiden er in der Lage ist. Ein Betreuer hat daher vor dem Gesetz eine Stellung vergleichbar der von Eltern (Sorgerecht). Er entscheidet nur auf den ihm zugewiesenen Teilgebieten des Lebens und nur, soweit die betroffene Person selbst die Situation nicht selbst überblicken kann. Es ist nicht so, dass nur noch der Betreuer gefragt wird wie früher der Vormund. Deshalb muss auch die betroffene Person vor wichtigen Entscheidungen (Einrichtung der Betreuung, Genehmigung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen oder notwendigen Unterbringungen) vom Richter/der Richterin persönlich angehört werden. Das Gericht bestellt in der Regel Angehörige (z. B. Ehegatten oder Kinder) zu Betreuern, sofern diese zur Übernahme des Amtes bereit und in der Lage sind. Im Rahmen der Vorsorge kann jeder selbst bestimmte Entscheidungen für den Fall schon vorab treffen, dass er einmal selbst die Entscheidungen nicht mehr treffen kann.



Jutta Pawellek

Mit der Betreuungsverfügung bestimmt man, welche Person das Gericht im Falle der Notwendigkeit zum Betreuer bestellen muss - wenn sich nicht herausstellt, dass diese ungeeignet ist, z. B. weil sie selbst gesundheitlich nicht in der Lage ist, das Amt zu übernehmen.

Mit der Vorsorgevollmacht erteilt man schon jetzt Vollmachten an eine oder mehrere Vertrauenspersonen für den Fall, dass man selbst nicht mehr entscheiden kann.

Mit der Patientenverfügung/dem Patiententestament trifft man Bestimmungen, die für die ärztliche Behandlung gelten. Man bestimmt, was an Behandlung gemacht werden darf und was nicht, wenn man nicht mehr entscheiden kann (z. B. in einem Notfall). Zu Einzelheiten dieser Verfügungen ist ein Stichwortzettel mit Hinweisen angefügt, die zu beachten/zu bedenken sind.

**Wichtig:**

Jede Verfügung muss im Notfall auch vom Arzt gefunden werden! Man muss sie deshalb stets bei sich haben! Am besten bei den übrigen Krankenunterlagen wie Impfpass, Diabetikerausweis...

**Vorsorgemöglichkeiten für „den Fall der Fälle“**

**Das Patiententestament**

- richtet sich an Ärzte, Notärzte
- muss detailliert sein
- muss zeigen, dass man sich Gedanken gemacht hat
- sollte nicht einfach nur ein Formular sein, zumindest mit Zusätzen
- sollte regelmäßig neu unterschrieben werden, damit die Ärzte wissen, dass man immer noch derselben Meinung ist
- sollte auf jeden Fall zumindest in Kopie ständig mitgeführt werden, damit im Fall eines Falles die Beteiligten (meist Ärzte) wissen, wen sie fragen müssen

**Die Betreuung/Betreuungsverfügung**

- wird eingerichtet, wenn jemand Entscheidungen nicht mehr selbst treffen kann, aber Entscheidungen zu treffen sind
- kann auch nur für einzelne Bereiche/Aufgabenkreise eingerichtet werden

Betreuungsverfügung

Vorsorgevollmacht

Patientenverfügung



  
*Wunschbetreuer*


- ist nicht nötig und wird nicht eingerichtet, soweit jemand aufgrund Vollmacht ausreichend Entscheidungsbefugnis hat
- ist keine Entmündigung, sondern Hilfestellung. Am ehesten mit Eltern/Kind zu vergleichen: je mehr das Kind selbst kann, desto weniger entscheiden die Eltern.

Man kann äußern, wen man als Betreuer haben möchte. Das Gericht hat die gewünschte Person zu bestellen, sofern dem keine wichtigen Gründe entgegenstehen. Der Wunschbetreuer kann auch schriftlich benannt werden. In diesem Fall am besten das Schriftstück immer dabei haben. Es ist sinnvoll, mit der Wunschperson zu klären, ob sie zur Übernahme der Aufgabe bereit ist.

*Die Vorsorgevollmacht*

- bestimmt die Person, die Entscheidungen treffen soll, wenn man selbst dazu nicht (mehr) in der Lage ist
- wählt eine Person des Vertrauens aus
- sollte notariell beurkundet sein, da nicht alle Behörden sie sonst akzeptieren
- sollte ausdrücklich „freiheitsbeschränkende Maßnahmen“ wie Bettgitter oder Schutzgurte im Bett oder am Rollstuhl und auch die „Unterbringung“ umfassen, damit nicht hierfür noch eine Betreuung eingeleitet werden muss
- sollte auf jeden Fall zumindest in Kopie ständig mitgeführt werden, damit im Fall eines Falles die Beteiligten (meist Ärzte) wissen, wen sie fragen müssen

Es ist sinnvoll, mit der Wunschperson zu klären, ob sie zur Übernahme der Aufgabe bereit ist, ihr kann auch eine Vollmacht ausgehändigt werden.



### 3.1.12 Referentinnen und Referenten

**Privatdozent Dr. med. Joachim Bunse**

St. Antonius-Krankenhaus  
Bottrop-Kirchhellen  
Gartenstr. 17  
46244 Bottrop

**Dr. med. Astrid Danneberg**

Stadt Bottrop  
Gesundheitsamt  
Gladbecker Str. 66  
46236 Bottrop

**Dr. med. Jan Haseke**

Memory Clinic Essen  
Germaniastr. 1-3  
45356 Essen

**Norbert Hüsken**

AOK Recklinghausen  
Westerholter Weg 82  
45667 Recklinghausen

**Andrea Multmeier**

Soziale Dienste e.V.  
Otto-Joschko-Str. 8-10  
46236 Bottrop

**Richterin Jutta Pawellek**

Amtsgericht Bottrop  
Droste-Hülshoff-Platz 5  
46236 Bottrop

**Ratsfrau Jutta Pfingsten**

Peterstr. 33 d  
46236 Bottrop

**Uwe Rettkowski**

Deutsches Rotes Kreuz Bottrop  
Horster Str. 255  
46238 Bottrop

**Dr. med. Andreas C. Reingräber**

St. Antonius-Krankenhaus  
Bottrop-Kirchhellen  
Gartenstr. 17  
46244 Bottrop

**Dr. Andreas Trynogga**

Caritasverband Bottrop  
Paßstr. 2  
46236 Bottrop

## Typische Merkmale

### 3.2 Warnsymptome

Sicherlich hat jeder von uns schon einmal seinen Haustürschlüssel verzweifelt gesucht, den Namen eines guten Bekannten bei einem unerwarteten Treffen in der Stadt vergessen oder eine bekannte Telefonnummer nachschlagen müssen. Nicht jede Vergesslichkeit steht im Zusammenhang mit Alzheimer. Diese Erkrankung weist jedoch einige typische Merkmale auf, von denen in der Regel mehrere in zunehmend stärkerem Maße in Erscheinung treten. Allerdings sind die Symptome nicht bei jedem Menschen gleich, sondern hängen vom Ausmaß der Veränderungen im Gehirn ab. Persönlichkeit, Bildungsniveau, Lebensumstände und körperliche Verfassung beeinflussen das Krankheitsbild zusätzlich und verleihen ihm oft ein individuelles Erscheinungsbild.

Die Alzheimer Gesellschaft in den USA hat eine Checkliste mit 10 charakteristischen Symptomen entwickelt:

**1**

#### *Vergesslichkeit*

Ein frühes Zeichen der Demenz ist das völlige Vergessen kürzlich erhaltener Informationen. Während es normal ist, gelegentlich Namen oder Telefonnummern zu vergessen und sich dann wieder zu erinnern, vergessen Alzheimer-Patienten häufig ohne jegliches Erinnerungsvermögen. Dazu kann gehören, dass gerade beantwortete Fragen immer wieder gestellt werden.

**2**

#### *Schwierigkeiten bei Alltagsaktivitäten*

Alltägliche Verrichtungen, über deren Ausführung normalerweise nicht mehr viel nachgedacht werden muss, machen Probleme: beispielsweise das Zubereiten eines einfachen Mittagessens oder die Benutzung von Haushaltsgeräten. Eventuell findet sich der erkrankte Mensch in einem lebenslang ausgeübten Hobby nicht mehr zurecht.

**3**

#### *Sprachverarmung*

Jeder hatte schon einmal Schwierigkeiten, die „richtigen Worte“ zu fin-

den. Ein von Alzheimer Betroffener jedoch vergisst einfachste Begriffe des täglichen Lebens und verwendet unklare Umschreibungen: „Das Ding für meinen Mund“ anstatt „Zahnbürste“.

#### *Zeitliche und räumliche Orientierungslosigkeit*

Erkrankte haben keine Zeitvorstellung mehr, verirren sich in der vertrauten Umgebung ihrer langjährigen Wohnung und finden nicht nach Hause.

#### *Vermindertes Urteilsvermögen*

Niemand kann von sich behaupten, alles perfekt beurteilen zu können. Bei der Alzheimer-Erkrankung wird die Beeinträchtigung jedoch offensichtlich: Ein Erkrankter wird sich zum Beispiel an einem warmen Tag mehrere Pullover überziehen oder bei Kälte Sommerkleidung tragen.

#### *Einschränkung des abstrakten Denkens*

Wer eine Telefonnummer vergessen hat, kann sie in einem Verzeichnis nachschlagen. Der Alzheimer-Patient hingegen weiß nicht mehr, welche Bedeutung diese Zahlen haben und wie sie zu nutzen sind.

#### *Verlegen von Gegenständen*

Ein Betroffener legt Dinge an völlig ungeeigneter Stelle ab und findet sie nicht wieder: das Bügeleisen in der Tiefkühltruhe oder die Armbanduhr in der Zuckerdose.

#### *Veränderungen der Stimmung und des Verhaltens*

Jeder Mensch kann gelegentlich einmal traurig oder schlecht gelaunt sein. Der Alzheimer-Patient hingegen neigt zu plötzlichen Stimmungsschwankungen ohne ersichtlichen Grund: Der Ruhe folgen Tränen oder gar Wutausbrüche.

4

5

6

7

8

9

### *Persönlichkeitsveränderungen*

Die Persönlichkeit eines jeden Menschen verändert sich mit zunehmendem Alter. Bei Alzheimer sind dramatische Wandlungen mit unangemessenen Reaktionen feststellbar. Die Patienten werden leicht reizbar, ängstlich, misstrauisch und auch distanzlos.

10

### *Antriebslosigkeit*

Betroffene sind passiv und möchten nicht mehr an gesellschaftlichen und anderen Aktivitäten teilnehmen. Sie schlafen mehr als üblich und sitzen beispielsweise stundenlang teilnahmslos vor dem Fenster.

Wer bei sich oder einem Familienmitglied mehrere der genannten Warnsignale feststellt, sollte zur genaueren Abklärung unbedingt einen Arzt aufsuchen. Ein frühes Erkennen der Alzheimer-Erkrankung oder einer anderen Form der Demenz ist ein wichtiger Schritt, um durch geeignete Maßnahmen möglichst lange eine gute Lebensqualität zu erhalten.

Modifiziert nach: Alzheimer's Association, Chicago 2004

-sch-



Bild: photocase

### 3.3 Demenz verhüten oder verzögern?

Demenzen - sowohl durch Gefäßveränderungen bedingt (vaskulär) oder vom Alzheimer-Typ - werden häufig als unabwendbares Schicksal dargestellt. Im Gegensatz zu dieser weit verbreiteten Meinung deutet eine neuere wissenschaftliche Veröffentlichung der Neurologischen Universitätsklinik in Ulm darauf hin, dass vorbeugende Maßnahmen zur Senkung des Erkrankungsrisikos möglich sind. Dieses Ergebnis lieferte die Auswertung zahlreicher Studien aus aller Welt:

Genetische Faktoren dominieren nur bei etwa 3 % der Erkrankten und führen häufig bereits im mittleren Lebensalter zu Einschränkungen der Gehirnfunktion. Einen weitaus größeren Einfluss haben neben hohem Alter und Lebensstil die vaskulären Risikofaktoren, welche durch krankhafte Veränderungen des Gefäßsystems im Gehirn mit Störungen des Blutflusses zur Erkrankung führen. Es wird weiterhin ausgeführt, dass die strikte Unterscheidung zwischen vaskulärer und Alzheimer-Demenz verschwimmt, da Durchblutungsstörungen auch den Prozess der Amyloidablagerungen bei Alzheimer begünstigen. Dabei sind neben Verengungen in den größeren Gehirnarterien mit Embolien insbesondere auch weit verteilte Veränderungen der kleinen und kleinsten Blutgefäße - der Arteriolen und Kapillaren - zu nennen, welche viele kleine Ereignisse bewirken, die gewöhnlich von den Patienten gar nicht bemerkt werden.<sup>1</sup> Insofern wird deutlich, wie wichtig eine Vermeidung derjenigen Risikofaktoren, die allgemein zu Erkrankungen des Gefäßsystems führen, in diesem Zusammenhang ist.

Die vaskulären Risikofaktoren im Einzelnen sind:

- **Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)**
- **Insulinresistenz**  
Durch Bildung von Antikörpern während der Insulintherapie kommt es zu einem Mehrbedarf von Insulin.
- **Bluthochdruck**  
Dieser Faktor allein erhöht das Risiko der Erkrankung um ein Vierfaches. Viele Studien stimmen darin überein, dass eine optimale Behandlung von Bluthochdruck und auch Diabetes zur Vermeidung von Demenz beiträgt.

Durchblutungsstörungen

Risikofaktoren

## Folsäuremangel

- *hoher Cholesterinspiegel*
- *Östrogenmangel*
- *Apo-E4*  
Diese Variante des Lipoproteins führt zu erhöhtem Triglyzerid- und Cholesterinspiegel.
- *hoher Homocysteinspiegel*  
Eine relativ neue Entdeckung ist die schädliche Wirkung des Stoffwechselproduktes „Homocystein“ für Arterien, kleine Gefäße und Nervenzellen. Dabei ergibt sich bereits bei einer mäßig erhöhten Konzentration im Blut ein deutlicher Risikofaktor für Demenz. Normalerweise wird Homocystein mit Hilfe von Folsäure, Vitamin B6 und B12 abgebaut. Durch einen Mangel an diesen Vitaminen ist der wichtige Abbauprozess gestört, so dass es zu einer Erhöhung des Blutwertes kommt. Besonders viel Folsäure findet sich in den grünen Blattgemüsen, wie beispielsweise Spinat. Das Vitamin ist zudem in Leber, Vollkornprodukten, Spargel, Eigelb und Nüssen enthalten.<sup>1</sup> Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung empfiehlt eine tägliche Zufuhr von 400 µg = 0,4 mg Folsäure. Schwangeren werden 600 µg empfohlen. Dieser Bedarf kann nur durch eine ausgewogene Ernährungsweise mit täglich viel frischem Gemüse gedeckt werden. Nach Untersuchungen ist die Folsäureversorgung innerhalb der Bevölkerung häufig unzureichend.

**Folsäuremangel**

~~Homocystein +++~~  
Homocystein +++

## Alkohol

Einige Wissenschaftler behaupten, dass sich bereits ein geringer Alkoholkonsum nachteilig auf den Homocysteinspiegel auswirke, da es zu einem Verlust von Folsäure und Vitamin B12 kommt. Zudem schädigt ein Stoffwechselprodukt des Alkohols ein Enzym, welches zur Senkung der Substanz im Blut diene. Die verbreitete Meinung, täglicher Alkohol in mäßigen Dosen schütze das Herz, sei eine Fehldeutung der Daten. Durch Blutdruckanstieg und erhöhtes Homocystein sei vielmehr ein typischer Risikofaktor für die Demenz und Herzerkrankungen gegeben.<sup>1</sup> Es bleibt abzuwarten, inwieweit sich die Meinungen der nunmehr konträren Lager in Zukunft annähern.

Insgesamt ist die Bedeutung eines gesunden Lebensstils mit täglicher Bewegung im Freien besonders hervorzuheben. Er schützt nicht nur vor Bluthochdruck, Herzinfarkt und Schlaganfall sondern auch vor Demenz. Neben der körperlichen Aktivität hat auch die geistige Übung einen schützenden Effekt auf die Entwicklung der Krankheit. Dies weist darauf hin, dass neben den vaskulären noch andere Faktoren, die mit der Tätigkeit der Nervenzellen des Gehirns in Zusammenhang stehen, zu berücksichtigen sind. Geistige Aktivität wie Lesen, Rätsellösen, Schachspielen, Musizieren usw. soll einen noch stärkeren Effekt bewirken als körperliche Betätigung.<sup>1</sup>

Sehr wichtig ist zudem eine natürliche Ernährung mit Obst, Beeren, Gemüse, grünen Salaten, Vollkorn, Hülsenfrüchten, Fisch, Olivenöl, Magerkäse und wenig Fleisch.<sup>1</sup> Zu dieser „Mittelmeerdät“ oder „Kreta-Diät“ bietet der Buchhandel Fachliteratur mit schmackhaften Rezepten an.

<sup>1</sup> H.H. Kornhuber: Prävention von Demenz (einschließlich Alzheimer-Krankheit)  
In: Das Gesundheitswesen 2004; 66: 346-351, Thieme Verlag KG Stuttgart, New York

Grundlagen für einen gesunden Lebensstil mit ausgewogener Ernährung werden in der Kindheit und Jugend gelegt. Insofern offenbart sich sogar beim Thema Demenz als typische „Alterskrankheit“ die Notwendigkeit des Ausbaus gesundheitsbildender Angebote für diese Altersgruppe. Darüber hinaus sind natürlich allgemeine Aufklärungsmaßnahmen zur Gesundheitsförderung und Kurse mit Bewegungstraining oder Ernährungsberatung für die Zielgruppe der älteren Menschen von enormer Bedeutung. Im Speziellen könnte auf ein frühzeitiges Erkennen der Hirnleistungsstörung mit entsprechend ausgerichteter Behandlung sowie die richtige Einstellung eines Bluthochdruckes oder des Blutzuckerspiegels bei Diabetes hingewirkt werden. Informationsverbreitung durch Vorträge oder Seminare, Etablierung von Beratungsstellen und Schulungen zur Blutdruck- oder Blutzuckerselbstmessung wären beispielhafte Mittel der Prävention und Intervention.

-sch-

Körperliche und  
geistige Betätigung

Ausgewogene  
Ernährung



Handlungsmöglichkeit



Überregional tätige  
Einrichtungen

### 3.4 Praktische Hilfsangebote und Informationen

#### **Memory Clinic**

*Ambulanz zur Früherkennung von  
Gedächtnisstörungen im Alter*

Neben der Diagnose erhalten Patienten und Angehörige spezielle Informationen zur Krankheitsursache bis hin zu Konsequenzen für den Alltag. Die Untersuchung dauert ca. 1 Stunde.

Germaniastr. 1-3  
45356 Essen (Borbeck)  
Kontakt: 0201/6311-133



#### **Alzheimer-Telefon**

*Beratung und Information*

**01803 - 171017**

9 Cent pro Minute

Mo - Do 9 - 18 Uhr

Fr 9 - 15 Uhr

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.  
Friedrichstr. 236  
10969 Berlin

**Deutsche Alzheimer Gesellschaft  
e.V.**

*Weiterführende Informationen,  
Broschüren und Materialien*

Friedrichstr. 236  
10969 Berlin  
030/2593795-0

[www.deutsche-alzheimer.de](http://www.deutsche-alzheimer.de)

*Überregional tätige  
Einrichtungen*

**Demenz-Servicezentren**

*Beratung und Unterstützung für  
Betroffene, Angehörige und Fachkreise*

Bochum: 0234/33 77 72  
Alzheimer-Gesellschaft

Dortmund: 0231/5 02 56 94  
Stadt Dortmund

Ostwestfalen-Lippe: 0521/92 16-459  
Arbeiterwohlfahrt Bielefeld

Lokale Angebote

**Mittwochsgruppe  
für Demenzkranke**

*Treffen mit Mittagessen  
und Fahrdienst*

jeden Mittwoch 10:00 bis 13:00 Uhr

Ev. Gemeindehaus  
Osterfelder Str. 45  
46236 Bottrop

Ansprechpartnerin:  
Frau Hillbrandt  
02041/21888

**Angehörigengruppe**

*mit gleichzeitiger Betreuung  
für Betroffene*

jeden 1. Mittwoch im Monat  
18:00 bis 20:00 Uhr

Soziale Dienste e.V.  
Otto-Joschko-Str. 8 - 10  
46236 Bottrop

Ansprechpartnerin:  
Frau Eickhoff  
02041/160-154

## Selbsthilfegruppe für pflegende Angehörige

jeden 2. Mittwoch im Monat  
19:00 Uhr

Diakoniestation  
Im Beckedal 1  
46236 BOTTROP

Ansprechpartnerin:  
Frau Hillbrandt  
02041/21888

## Wenn das Gedächtnis nachlässt

*Umfangreicher Ratgeber für die häusliche  
Betreuung demenzkranker älterer Men-  
schen (95 Seiten)*

Bestellung (Nr. A 504):  
Bundesministerium für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Referat Information, Publikation, Redaktion  
Postfach 500  
53105 Bonn  
info@bmgs.bund.de  
www.bmgs.bund.de  
0180/51 51 51 0 (12 Cent/Min.)

Empfehlenswerte  
Broschüre

## 4 Verzeichnis der Abbildungen

Hinweis zur Nutzung:

Beispiel: 3. Abbildung in Kapitel 2.2

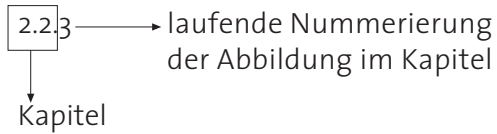


Abb. 2.1.1:	Gesundheitsschädigende Stoffe im Tabakrauch	10
Abb. 2.2.1:	Raucher-Anteil nach Altersgruppen	12
Abb. 2.2.2:	Mittlere Anzahl gerauchter Zigaretten pro Tag	13
Abb. 2.2.3:	Zigarettenverbrauch in Deutschland von 1993 bis 2003 in Milliarden Stück	14
Abb. 2.3.1:	Neuerkrankungen an Krebs der Lunge, Bronchien und Luftröhre bei Männern in Bottrop und im RB Münster pro 100.000 Einwohner	17
Abb. 2.3.2:	Neuerkrankungen an Krebs der Lunge, Bronchien und Luftröhre bei Frauen in Bottrop und im RB Münster pro 100.000 Einwohner	18
Abb. 2.4.1:	Sterbefälle der Männer in Bottrop und NRW wegen Krebs der Luftröhre, Bronchien und Lunge (ICD10, C33-34) pro 100.000 Einwohner	19
Abb. 2.4.2:	Sterbefälle der Frauen in Bottrop und NRW wegen Krebs der Luftröhre, Bronchien und Lunge (ICD10, C33-34) pro 100 000 Einwohner	20
Abb. 3.1.2.1:	Entwicklung der Altersklasse „60 Jahre und älter“ in Bottrop	26

Abb. 3.1.2.2: Altersstrukturdaten der Bottroper Bevölkerung	27
Abb. 3.1.2.3: Krankenhausbehandlungen wegen psychiatrischer Erkrankungen bei älteren Menschen in Bottrop	28
Abb. 3.1.2.4: Entwicklung psychiatrischer Erkrankungen bei älteren Menschen in Bottrop	29
Abb. 3.1.3.1: Altersabhängige Häufigkeit der Demenz	31
Abb. 3.1.3.2: Demenz/Depression	33
Abb. 3.1.3.3: Einordnung der Alzheimer-Demenz	34
Abb. 3.1.3.4: Diagnosen bei 1000 Patienten der Memory Clinic Essen	36
Abb. 3.1.3.5: Klagen über Gedächtnisprobleme bei 1000 Patienten	37