

Georg-Simon-Ohm-Fachhochschule Nürnberg
Fachbereich Sozialwesen

Konzeption

eines Betreuten Einzelwohnens

**für ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen und
Behinderungen**

**im Landkreis Amberg-Sulzbach und der kreisfreien Stadt
Amberg**

**Diplomarbeit im Fachbereich Sozialwesen zur Erlangung des
Akademischen Grades Diplom-Sozialpädagogin (FH)**

Betreuende Dozentin:

Prof. Gerlinde Schröder

Verfasserin:

Andrea Baumer

Matrikelnummer:

598412

Amberg, im März 2002

Konzeption eines Betreuten Einzelwohnens für ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen im Landkreis Amberg-Sulzbach und der kreisfreien Stadt Amberg

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	1
2	DAS ALTER – CHANCE UND HERAUSFORDERUNG FÜR JEDEN VON UNS	4
2.1	Altersaufbau der Bundesrepublik Deutschland und seine mögliche Entwicklung	4
2.2	Forever young!?! – Der Traum vom langen Leben oder die tiefe Sehnsucht des Menschen nach Unsterblichkeit	6
2.3	Vorstellungen und Betrachtungsweisen des Älterwerdens in der heutigen Zeit	11
2.4	Alter und Altern als soziales Problem	19
2.5	Anforderungen des Alters an den Einzelnen und an die Gesellschaft	23
3	DIE BEDEUTENDSTEN PSYCHISCHEN ERKRANKUNGEN UND HIRNLEISTUNGSSTÖRUNGEN ALTER MENSCHEN	25
3.1	Psychische Störungen im Alter	25
3.2	Typische gerontopsychiatrische Krankheitsbilder	33
3.2.1	<i>Psychische Störungen im Alter mit Hirnschädigung</i>	33
3.2.1.1	Demenzen	33

3.2.1.1.1	<i>Demenz vom Alzheimer Typ (DAT)</i>	38
3.2.1.1.2	<i>Andere häufige degenerative Demenzformen</i>	45
3.2.1.1.3	<i>Vaskuläre Demenzen</i>	47
3.2.1.2	<i>Delir, akuter Verwirrheitszustand</i>	49
3.2.2	<i>Psychische Störungen im Alter ohne Hirnschädigungen</i>	50
3.2.2.1	<i>Depressive Störungen</i>	50
3.2.2.2	<i>Schizophrenie und andere Wahnerkrankungen</i>	53
3.2.2.3	<i>Neurotische Störungen, insbesondere Angststörungen</i>	54
3.2.2.4	<i>Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen</i>	55
4	DER LANDKREIS AMBERG-SULZBACH UND DIE KREISFREIE STADT AMBERG – SOZIALES UND WIRTSCHAFTLICHES PORTRÄT EINER REGION IN DER OBERPFALZ	56
4.1	Beschreibung dieses Oberpfälzer Raumes – einst und heute	56
4.2	Demographische Betrachtung des Landkreises Amberg-Sulzbach	60
4.2.1	<i>Entwicklung der Bevölkerungszahlen</i>	60
4.2.2	<i>Zukünftige Prognose über die Veränderungen in der Altersstruktur</i>	61
4.2.3	<i>Voraussage für den Anteil der älteren Bevölkerung</i>	62
4.3	Demographisches Bild der kreisfreien Stadt Amberg	63
4.3.1	<i>Entwicklung der Bevölkerungszahlen</i>	63
4.3.2	<i>Zukünftige Prognose über den Wandel der Altersstruktur</i>	64
4.3.3	<i>Voraussage für den Anteil der älteren Bevölkerung</i>	64

5	INTENTION UND ZIELVORSTELLUNGEN EINES BETREUTEN EINZELWOHNENS FÜR BEJAHRTE MENSCHEN MIT PSYCHISCHEN ERKRANKUNGEN UND BEHINDERUNGEN IM LANDKREIS AMBERG- SULZBACH UND IN DER KREISFREIEN STADT AMBERG	65
5.1	Aufgaben und Ziele der offenen Altenhilfe	65
5.2	Konkrete Versorgungssituation gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen im Landkreis Amberg-Sulzbach und in der Stadt Amberg	68
5.2.1	<i>Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG) als Planer und Koordinator der psychiatrischen Versorgung</i>	68
5.2.2	<i>Ambulante Dienste und Einrichtungen im Einzugsgebiet</i>	69
5.2.3	<i>Spezifische Versorgungsinstitutionen im komplementären Bereich</i>	71
5.2.4	<i>Psychiatrische Fachkliniken in der naheliegenden Umgebung</i>	72
5.2.5	<i>Planung des Aufbaus eines Gerontopsychiatrischen Dienstes</i>	72
5.2.6	<i>Bewertung der aktuellen Versorgungslage der älteren Menschen</i>	73
5.3	Problemaufriss und Handlungsbedarf	74
5.4	Betreutes Einzelwohnen als sinnvoller und notwendiger Bestandteil eines Gerontopsychiatrischen Dienstes	79
6	ADRESSATEN, ZIELGRUPPE UND PERSONENKREIS	81
6.1	Senioren mit gerontopsychiatrischen Krankheitsbildern	81

6.2	Ältere Menschen mit chronisch psychischen Krankheitsverläufen	82
6.3	Ausschlusskriterien für die Aufnahme ins Betreute Einzelwohnen	82
7	AUFGABEN UND ZIELSETZUNG DES BETREUTEN EINZELWOHNENS	82
7.1	Allgemeine Darstellung der konkreten Arbeit mit Menschen mit Demenzen und anderweitigen psychischen Erkrankungen	82
7.1.1	<i>Betreuung und Begleitung der älteren psychiatrisch erkrankten Menschen in ihrem gewohnten Wohnumfeld und ihrem sozialen Lebensraum</i>	85
7.1.2	<i>Psychische und soziale Stabilisierung zur weitgehend eigenständigen Gestaltung des Lebensalltags</i>	87
7.1.3	<i>Einleitung von Voraussetzungen für einen möglichst langen Verbleib in den eigenen vier Wänden</i>	89
7.1.4	<i>Anleitung und Training lebenspraktischer Fähigkeiten</i>	91
7.1.5	<i>Sicherstellung und Aufrechterhaltung eines weitreichenden sozialen Netzwerkes zur Betreuung und Begleitung psychisch beeinträchtigter Personen im Alter</i>	92
7.1.6	<i>Hilfeleistung zur Sicherstellung der materiellen Existenz</i>	94
7.1.7	<i>Weitergabe von Informationen hinsichtlich des Betreuungsrechts, der Vorsorgevollmacht, der Betreuungsverfügung, der Patientenverfügung</i>	95
7.1.8	<i>Assistenz bei Ämter- und Behördengängen</i>	96

7.1.9	<i>Vermeidung und Verkürzung stationärer Klinikaufenthalt</i>	96
7.1.10	<i>Sicherung der Inanspruchnahme (fach-)ärztlicher Behandlung und Motivierung zu deren Fortsetzung</i>	98
7.1.11	<i>Vermeidung bzw. Aufbrechung sozialer Isolation</i>	98
7.1.12	<i>Anregung zur Freizeitgestaltung</i>	99
7.1.13	<i>Krisenintervention</i>	100
7.1.14	<i>Kooperation und Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen, mit anderen Diensten, mit niedergelassenen Ärzten, mit Ämtern und Behörden</i>	101
7.2	Darstellung der Aufgaben und der damit einhergehenden Zielsetzungen des Betreuten Einzelwohnens für pflegende und nichtpflegende Angehörige und dem sozialen Umfeld	102
7.2.1	<i>Beratung des sozialen Umfeldes</i>	102
7.2.2	<i>Einbeziehen und Zusammenarbeit der Angehörigen und weiteren Bezugspersonen in alle Vorhaben und Planungen</i>	103
7.2.3	<i>Öffentlichkeitsarbeit</i>	104
8	UMFANG UND INTENSITÄT DER BETREUUNG	106
9	PERSONALAUSSTATTUNG UND STELLENBEDARF DES BETREUTEN EINZELWOHNENS FÜR PSYCHISCH ERKRANKTE UND BEHINDERTE ALTE MENSCHEN	107
9.1	Fachliche Umsetzung und Organisation der unterschiedlichen Aufgaben des Betreuten Einzelwohnens in einem multiprofessionellem Team	107

9.2	Multiprofessionelle Besetzung des Teams des Betreuten Einzelwohnens bei einem Betreuungsschlüssel von 1:4	110
10	RÄUMLICHKEITEN UND AUSSTATTUNG MIT SACHMITTEL DES BETREUTEN EINZELWOHNENS	112
11	QUALITÄTSSICHERUNG	112
11.1	Strukturqualität	114
11.2	Prozessqualität	115
11.3	Ergebnisqualität	116
12	KOSTEN UND FINANZIERUNG	117
13	ORGANISATORISCHE ANBINDUNG – TRÄGERSCHAFT	119
14	SCHLUSSWORT	119
	Literaturverzeichnis	121

Einleitung

Die gerontologische und psychiatrische Fachwelt ist sich weitgehend darüber einig, dass die ambulante gerontopsychiatrische Versorgungslandschaft der Bundesrepublik Deutschland noch deutliche Defizite erkennen lässt. Vor allem in Anbetracht der Tatsache der demographischen Entwicklung unseres Gemeinwesens, deren markantes Kennzeichen schon heute die hohe Anzahl und weitere Zunahme älterer und hochbetagter Menschen ist, wird die Gerontopsychiatrie in Zukunft sicher einen noch größeren Bedeutungsgewinn verbuchen, da mit dem Anstieg der Altersstruktur unserer Gesellschaft in kommender Zeit zweifelsohne gleichsam der Anteil betagter psychisch erkrankter Frauen und Männer anwachsen wird. Mittlerweile bin ich der festen Überzeugung, dass sich sowohl die gesellschaftlich versierte Fachöffentlichkeit als auch die Allgemeinheit dem Interesse an der Gerontopsychiatrie nicht verschließen dürften, da jeder Einzelne von uns nicht dagegen gefeit ist, im Lebensalter psychiatrisch zu erkranken. Der Bedarf einer adäquaten, menschenwürdigen Betreuung und Unterstützung der alterspsychiatrisch leidenden Personen, die häufig von ihrem sozialen Umfeld zu Kleinkindern degradiert werden und, in Seniorenheimen abgeschoben, keine fachgerechte Hilfe erfahren, ist daher unumstritten. Genau hier setzt meine konzeptionelle Entwicklung des Projektes Betreuten Einzelwohnens für alte psychisch erkrankte und behinderte Menschen im Landkreis Amberg-Sulzbach und der Stadt Amberg an. Mein Anliegen ist es, mit meiner Diplomarbeit, die an eine bis dato in dieser Form kaum aufgerollte Thematik anknüpft, einen Beitrag zur fachgerechten ambulante Unterstützung und Assistenz psychisch erkrankter und behinderter Senioren in der nördlichen Oberpfalz zu leisten.

Bezug nehmend auf wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse der Gerontologie, Psychologie, sowie Sozial- und Gerontopsychiatrie, konkretisiere ich meine konzeptionellen Vorstellungen einer würdigen Begegnung und eines menschlichen Miteinanders mit Senioren mit Demenzerkrankungen und anderen psychischen Krankheitsbildern, in Form eines ambulanten gerontopsychiatrisch Betreuten Einzelwohnens.

Meine Diplomarbeit beginne ich mit einer ausführlichen Darstellung des Phänomens Alter(n), da meine Konzeption des Betreuten Einzelwohnens als ambulantes psychiatrisches Versorgungsangebot in der Amberg-Sulzbacher Region speziell auf den Personenkreis betagter psychisch Erkrankter und Behinderter zugeschnitten ist. Nachdem ich näher auf die momentane Altersstruktur der deutschen Gesellschaft eingehe und den möglichen zukünftigen Altersaufbau unseres Gemeinwesens prognostiziere, beleuchte ich den uralten Traum der Menschheit nach einem langen Leben detaillierter. Für besonders wichtig erachte ich es in Zusammenhang, mit dem Anstieg der Lebensjahre gesellschaftlich vorherrschende Vorstellungen des Älterwerdens aufzuzeigen und schließlich den Blick auf das Alter(n) als soziales Problem zu werfen. Mit der Hervorhebung von Anforderungen des Lebensalters an das einzelne Individuum und an die Gesellschaft als Ganzes, beende ich das Kapitel „Das Alter – Chance und Herausforderung für jeden von uns“.

In dem folgenden Abschnitt über die bedeutendsten psychischen Erkrankungen und Hirnleistungsstörungen alter Menschen gebe ich einen groben Überblick über typische gerontopsychiatrische Krankheitsbilder. Dabei gehe ich bisweilen näher auf wissenschaftliche Erkenntnisse zu diesem Themenbereich ein. Anders ausgedrückt: Ich beschreibe beispielsweise die Epidemiologie oder die Pathogenese alterspsychiatrischer Erkrankungen, lege wesentliche Symptome der jeweiligen Krankheitsbilder dar, skizziere klassische Krankheitsverläufe und greife Ursachen ihrer Entstehung auf. Zur besseren Veranschaulichung der Beschreibung gerontopsychiatrischer Krankheiten zitiere ich einige Auszüge aus Erfahrungsberichten, Sachbüchern und Romanen, die sich diesem Thema ausführlich widmen. Zu Beginn dieser Passage widme ich mich allgemein psychischen Störungen im Alter.

Um das Versorgungsgebiet, für welches diese Konzeption erarbeitet wird, umfassend vorzustellen, porträtiere ich den Landkreis Amberg-Sulzbach und die Vilsstadt Amberg im nächsten Teil der Arbeit, aus sozialem und wirtschaftlichem Blickwinkel heraus. Hierbei begeben sich mich zuerst auf eine historische Reise durch diesen Oberpfälzer Raum. Anschließend zeichne ich die demographischen Bilder der Vergangenheit, der Gegenwart und der Zukunft des Landkreises und der Stadt entlang der Vils auf, um zu verdeutlichen, dass auf Grund der Bevölkerungsentwicklung in jenem Oberpfälzer Gebiet mit einer ständig

anwachsenden Zahl an älteren Mitbürgern und damit gleichsam mit einem Anstieg an gerontopsychiatrischen Erkrankten zu rechnen ist.

Im darauffolgenden Kapitel stelle ich Intention und Zielvorstellungen eines Betreuten Einzelwohnens für gerontopsychiatrisch erkrankte Frauen und Männer deutlich heraus. Dabei beziehe ich mich stets auf das geplante Einzugsgebiet der ambulanten Maßnahme in der nördlichen Oberpfalz. Ausgehend von Aufgaben und Zielen der offenen Altenhilfe analysiere ich die spezifische augenblickliche Versorgungssituation von psychiatrisch erkrankten Senioren im Amberg-Sulzbacher Gebiet. Um Rückschlüsse auf den Handlungsbedarf eines Betreuten Einzelwohnens als ambulantes gerontopsychiatrisches Versorgungsangebotes ziehen, und das Betreute Einzelwohnen als sinnvolle und notwendige Ergänzung eines Gerontopsychiatrischen Dienstes fassen zu können, unterziehe ich die hiesige aktuelle Versorgungslage der älteren Menschen einer Bewertung.

Als Nächstes lege ich die Zielgruppe des von mir konzipierten ambulanten Versorgungsangebotes fest.

Schließlich erläutere ich explizit Aufgaben, Angebote und deren jeweilige Zielsetzungen des Betreuten Einzelwohnens für ältere Frauen und Männer mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen. Nachdem ich vorab allgemein einige Überlegungen zur konkreten Arbeit mit gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen anstelle und spezifische Aufgaben und Angebote des Betreuten Einzelwohnens ausführlich darlege, erarbeite ich hiernach Aufgaben und Zielsetzungen der ambulanten Maßnahme für Angehörige sowie das soziale Umfeld der Menschen mit psychischen Alterserkrankungen.

Im Anschluß daran stelle ich Intensität und Umfang der Unterstützung im gerontopsychiatrisch Betreuten Einzelwohnen durch das Fachpersonal dar.

Bevor ich speziell auf die Ausstattung des Betreuten Einzelwohnens mit Sachmitteln, sowie die benötigten Räumlichkeiten zu sprechen komme, wende ich mich der personellen Besetzung und dem konkreten Stellenbedarf des Betreuten Einzelwohnens für gerontopsychiatrisch erkrankte und behinderte Senioren zu. Hierbei begründe ich die fachgerechte Umsetzung und Organisation der Aufgaben und Angebote der ambulanten gerontopsychiatrischen Versorgungsmaßnahme in einem multiprofessionell besetzten Team und lege dessen Zusammensetzung anschaulich fest.

Im folgenden Kapitel der Qualitätssicherung beschreibe ich qualitätssichernde Maßnahmen der Arbeit im Betreuten Einzelwohnen.

Im Mittelpunkt der nächsten Ausführungen steht die organisatorische Anbindung des Betreuten Einzelwohnens.

Abschließend gehe ich knapp auf Kosten und Finanzierung des Betreuten Einzelwohnens für betagte Menschen mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen ein.

Das Alter – Chance und Herausforderung für jeden von uns

2.1 *Altersaufbau der Bundesrepublik Deutschland und seine mögliche Entwicklung*

Seit Ende des 19. Jahrhunderts erlebt unsere Gesellschaft einen grundlegenden Strukturwandel. Die Altersstruktur der Bevölkerung verschiebt sich seit jener Zeit stetig zugunsten der älteren Altersgruppen.

Nach Auswertung der Ergebnisse der 9. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung rechnet das STATISTISCHE BUNDESAMT (2000) damit, dass sich diese Entwicklung in Zukunft noch beschleunigen wird.

Die gegenwärtige Altersstruktur der Bevölkerung in Deutschland setzt sich nach Angaben des STATISTISCHEN BUNDESAMTES (2000) wie folgt zusammen: In der Bundesrepublik leben aktuell (Stichtag: 31. Dezember 1998) rund 82 Millionen Menschen. Mit einem Anteil von 42 Millionen (51%) bilden Frauen, im Vergleich zu 40 Millionen (49%) Männern, die Majorität. 17,6 Millionen (21%) Bewohner gehören der Gruppe der Kinder und Jugendlichen unter 20 Jahren an. 46,1 Millionen (56%) Personen sind in unserer Gesellschaft derzeit im erwerbsfähigen Alter von 20 bis unter 60 Jahren und 18,4 Millionen Bevölkerungsangehörige (22%) zählen 60 Jahre und mehr.

Um 1900 sah der Altersaufbau des Deutschen Reiches gänzlich anders aus: Damals lebten insgesamt 56,4 Millionen Frauen und Männer in dem Staatsgebiet. Knapp 24,9 Millionen (44%) Menschen waren erst 20 Jahre jung und jünger, 27 Millionen (48%) Frauen und Männer gehörten zur Altersgruppe der 20 bis 60-Jährigen und lediglich 4,4 Millionen Personen (8% der Gesamtbevölkerung) waren 60 Jahre und älter.

Mit dieser deutlichen Veränderung der Altersstruktur der deutschen Bevölkerung – in graphischer Darstellung von der gleichmäßigen Pyramidenform um 1900, deren Merkmal eine hohe Säuglings- und Kindersterblichkeit war, hin zur momentanen Form eines „zerzausten Tannenbaums“ (Statistisches Bundesamt, 2000, S.13), mit enorm kräftigem Stamm und zahlreichen Einbuchtungen und Kerben im Astwerk, welche durch Geburtenausfälle im Ersten Weltkrieg, in den 30er Jahren, zu Zeiten der Weltwirtschaftskrise und nach dem Zweiten Weltkrieg bedingt sind – stimmt die Entwicklung der durchschnittlichen Lebenserwartung der vergangenen Epochen überein: Die durchschnittliche Lebenserwartung hat enorm zugenommen. Während sie vor hundert Jahren bei rund 47 Jahren lag, kann ein heute geborenes Kind mit einer 30 Jahre längeren Lebensdauer rechnen.

Einer der wichtigsten Gründe für den Anstieg der Lebenserwartung der Bevölkerung besteht vor allem in einem massiven Rückgang der Säuglings- und Kindersterblichkeit. Als Konsequenz der Tatsache, dass immer weniger Kinder kurze Zeit nach der Geburt sterben, hat der Anteil der Menschen, der eine höhere Lebensspanne erreicht, stark zugenommen. Zukünftige Anstiege der Lebenserwartung sind nach Meinung des STATISTISCHEN BUNDESAMTES insbesondere durch einen Zuwachs im hohen Lebensalter zu erwarten. So kann eine heute 60-jährige Frau im Durchschnitt damit rechnen, noch 23 Jahre zu leben, während sie im Jahre 1970 nur 19 Jahre und 1900 gar nur 14 Jahre Lebenszeit vor sich hatte. Ein 60 Jahre alter Mann kann heute eine weitere durchschnittliche Lebenserwartung von 19 Jahren einplanen. Dieser Prozess wird sich auch zukünftig dergestalt abzeichnen, und

somit wird die Anzahl der hochbetagten Menschen in unserer Gesellschaft gleichermaßen anwachsen. Um 1900 zählten nicht mehr als etwa 0,5% der Bevölkerung zu den über 80-Jährigen. Mittlerweile rechnet man 4% der Gesellschaft zu den Hochbetagten und im Jahre 2050 prognostizieren Experten (vgl. Statistisches Bundesamt, 2000) einen Zuwachs des Anteils dieser Altersgruppe auf 12%.

Für das Jahr 2050 schätzen Sachkundige (vgl. Statistisches Bundesamt, 2000), dass - trotz eines jährlichen Zuwanderungsüberschusses von 100000 oder 200000 Menschen – die Bevölkerungszahl der Bundesrepublik auf etwa 65 bis 70 Millionen sinken wird. Im Übrigen wird sich die Altersstruktur der deutschen Bevölkerung weiterhin entscheidend verändern: Während der Anteil der unter 20-Jährigen von rund 21% auf etwa 16% abnehmen wird, wird sich der Anteil der Frauen und Männer mit einem Alter von 60 Jahren und älter von rund 22% auf 37% deutlich erhöhen. Die Altersgruppe zwischen 20 und 60 Jahren wird sich dagegen von derzeit 56% auf 47% reduzieren. „Wenn diese Vorausberechnungen zutreffen, dann wird sich der Altersaufbau der Bevölkerung zwischen 1950 und 2050 bei einer nahezu identischen Bevölkerungszahl umgekehrt haben: Gab es 1950 etwa doppelt so viele Menschen unter 20 Jahre wie über 59-Jährige, so wird es im Jahre 2050 mehr als doppelt so viele ältere wie jüngere Menschen geben!“ (Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend, 2001, S.15).

2.2 *Forever young!?! - Der Traum vom langen Leben oder die tiefe Sehnsucht des Menschen nach Unsterblichkeit*

„Altern heißt zwar nicht sterben, (...) führt aber bei allen Lebewesen außer bei Einzellern, die sich durch Teilung fortpflanzen, schließlich zum Tod“ (Rosenmayr, 1995, S.35). Die mit dem Älterwerden verknüpfte Konfrontation des Menschen mit der Endlichkeit seines irdischen Daseins, und die tiefe Todesfurcht erklären, weshalb das Alter trotz verschiedenartiger Beeinflussung der jeweiligen Gesellschaften und Kulturen, in allen Zeitepochen der menschlichen Geschichte, gerne verdrängt und verleugnet worden ist: „Alter bedeutet gelebte Zeit und somit vergangene Zeit, die einzige Zukunft ist der eigene Tod“ (Wilhelm, 1998, S.87).

Während der Tod in unserer Zeit weitgehend aus dem Alltagsleben und dem Bewusstsein der Öffentlichkeit verdrängt oder tabuisiert wird und sich zudem nicht mehr so häufig wie ehemals durch Ereignisse wie Kriege, Seuchen und Hungersnöte in jeder beliebigen Altersgruppe unbarmherzig nach Opfern umsieht, gelangt dem betagten Menschen die Endlichkeit seines Lebens und der nahende Tod im Alter mit einem Mal deutlich in den Sinn. Dadurch, dass die Lebenszeit moderner Menschen stetig anwächst und immer mehr Frauen und Männer, ihr Maximum an Lebensjahren genießen können, gerät das „memento mori“ zunehmend in Vergessenheit, und ein bisweilen korrektes, aber trotz alledem verhängnisvolles Gefühl von Unsterblichkeit macht sich in den Köpfen der Menschen breit. „Diesem Gefühl von Unsterblichkeit widerstrebt das Alter. [...]. Der Tod hat sich zurückgezogen und wurde vergessen, und nur selten besteht der Wunsch, all zu oft mit ihm konfrontiert zu werden. [...]. Wir haben die Zeichen der Zeit erkannt, den alten Traum der Unsterblichkeit entdeckt und den Tod verbannt – zumindest aus unserem täglichen Leben. Während ›ehemals‹ alle Altersschichten dem Tod ins Auge sehen mußten, ist es heute das Schicksal der Alten, wodurch verständlich wird, weshalb sich viele so schwer damit tun, alt zu werden“ (Wilhelm, 1998, S.113f).

Bekanntermaßen hegt die Menschheit seit ihrer Geburtsstunde den beständigen Wunsch, in den Besitz der ewigen Jugend zu gelangen, und unbegrenzt lange, aktiv, gesund und vital am Leben teilzunehmen.

Bereits in dem ältesten uns bekannten Großepos der Weltliteratur, dem Gilgamesch-Epos, macht sich der sumerische Mythenheld Gilgamesch auf die Suche nach dem ewigen Leben. Diese Überlieferung der babylonischen Dichtung, die bislang fragmentarisch auf zwölf Tontafeln rekonstruiert wurde, erzählt wie der sterbliche, zu „zwei Drittel göttlich(e) und ein Drittel menschlich(e)“ (Schmökel, 1966, S.25) Heldenkönig der Stadt Uruk, nach dem unerwarteten plötzlichen Tod seines Gefährten, des „Tiermenschen“ Enkidu, von massiven Todesängsten geplagt, aufbricht, um das Wunderkraut des Lebens, das ihm sein Dasein auf Erden unbegrenzt verlängern soll, aufzustöbern. Durch Utnapischtim, einem mit Unsterblichkeit gesegnetem Ahnen Gilgameschs, erfährt der Held von dem Geheimnis der Götter, wie ewiges Leben erlangt werden kann: „Da gibt es eine Pflanze stechdornähnlich ..., / Sie sticht dich gleich der Rose (?) in die Hand. /

Wenn deine Hände dies Pflanze heben, / so findest du (durch sie) ein (neues) Leben!“ (Schmökel, 1966, S.110). Angesporn von der Vorstellung, das Alter bei Zeiten gegen die ewige Jugend eintauschen zu können, entdeckt Gilgamesch die Wunderpflanze der Verjüngung auf dem Meeresboden, ergreift sie und holt sie sogleich aus den Wasserfluten. „(...), diese Pflanze / Ist Wunderkraut und gibt die Jugend wieder! / (...) / Sein Name ist „Jung wird der Mensch als Greis“. / (Wenn ich dann alt bin), will ich sie verspeisen, und meine Jugend wird (mir) wiederkehren!“ (Schmökel, 1966, S.110). Von den Strapazen seiner Suchaktion erschöpft, rastet der Heldenkönig alsdann am Land ein wenig aus. „Als einen Teich mit kühler Flut er sah, / Stieg Gilgamesch hinein und nahm ein Bad“ (Schmökel, 1966, S.111). Zurück am Ufer des Gewässers bemerkt Gilgamesch, dass die mühsam gefundene Wunderpflanze der Verjüngung verschwunden ist. An dem Ort, an dem das Verjüngungskraut ehemals lag, findet der Held lediglich eine Schlangenhaut. Während Gilgamesch nämlich im Teich badete, wagte sich eine Schlange, die Gunst der Stunde nutzend, an das Gewächs heran, und verzehrte es: „(Doch) eine Schlange roch des Krautes Duft, / Still stieg sie auf und raubte das Gewächs. / Kaum kehrt` sie um, warf schon die Haut sie ab“ (Schmökel, 1966, S.111). Das Tier verjüngte sich direkt nach der Nahrungsaufnahme des Wunderkrautes, wie das Abstreifen der Haut zeigte. Weinend – „Da hockte Gilgamesch sich weinend nieder, / Die Tränen flossen über sein Gesicht“ (Schmökel, 1966, S.111) – wird dem König nun bewusst, dass es kein Heilmittel gegen den Tod gibt, dass dieser nicht wie fälschlich angenommen, im Leben eines Individuums überlistet werden kann. „An Segen habe nichts ich mir gewonnen, / Dem „Erdleu“ (einzig) hab ich wohlgetan“ (Schmökel, 1966, S.111). Selbst dem Held, der im Laufe seiner Biographie eine Vielzahl von Abenteuern und Prüfungen meisterte, gelingt es also nicht, den Wunsch nach Unendlichkeit des Lebens zu stillen. Obwohl sein Traum vom ewigen Dasein auf Erden nicht in Erfüllung geht, erkennt Gilgamesch letztendlich, „(...) die dem Irdischen zustehende Haltung – (...) – und ringt sich zu ihr durch“ (Schmökel, S.111). Er resigniert nicht, sondern nützt die erhaltene Erkenntnis – nämlich, dass der Tod nicht bezwungen werden kann – um innerlich zu wachsen, persönlich zu reifen und neue Kraftreserven für die verbleibenden Lebensjahre aufzuspüren.

Dieses Epos lehrt, dass Verjüngung und Unsterblichkeit nicht zu haben sind.

Der „Kampf gegen das Alter“ (Quarks Skript, S.16) ist folglich schon vor

dem ersten „Angriff“ zum Scheitern verurteilt. Aber dennoch wird der Lebensabschnitt Alter in unserem Gemeinwesen nach wie vor verleugnet und ausgeblendet. Alt zu werden ist keineswegs „in“ unserer modernen Gesellschaft. Jung, dynamisch und leistungsfähig, so sollen die Menschen unserer Zeit erscheinen. Es ist wohl der „Neid der Greise auf die Zukunft“, um einen Ausdruck GRONEMEYERS (1992) zu gebrauchen, der die Furcht vor dem Älterwerden stetig nährt. Ältere Menschen leben in einem Zustand ständiger Ungewissheit, denn sie wissen nie, wieviel Zeit ihnen im Leben noch bleibt, wieviel Vermögen sie ungeniert ausgeben können und wieviel sie „für den Fall“ sparen sollen. Sie sind sich nicht sicher, ob ihre Kinder, ihre näheren Verwandten oder Bekannten, die ihnen momentan nahestehen, auch in zukünftiger Zeit für sie da sein werden oder ob sie – für die junge Generation wertlos – „auf das Altenteil“ abgeschoben werden. Diese Ängste vor dem Altern sind es, die Senioren oftmals darin hindern, ihr Leben so zu bewältigen und zu realisieren, wie sie es wollten und auch könnten. Das von zahlreichen Ängsten und Befürchtungen geschnürte düstere Paket des Älterwerdens, verstellt die Sicht auf jene Facetten des Alterns, die durchaus verlockend und attraktiv erscheinen. Man denke an die „späte Freiheit“ (Rosenmayr), im Ruhestand seine Kräfte und Energien endlich dort einsetzen zu können, wo man es schon immer wollte, aber dafür bislang nicht die Zeit und die Muse fand, oder daran, die jahrelang durchlebte Routine des Alltags zu durchbrechen und ein Stück weit Verantwortung aufzugeben. Dennoch versuchen ältere Menschen sich, bestärkt durch die Ängste des Altwerdens, gegen den späten Lebensabschnitt zur Wehr zu setzen und sich dem Diktat der Jugend zu beugen.

„Das Alter, das früher seinen Sinn (oder seine Melancholie) aus dem Lebensentwurf bezog, wird heute angefüllt mit Aktivitäten, die Jugendlichkeit zurückgewinnen oder vorgaukeln sollen. Die einstmals (gelegentlich) anzutreffende »Würde des Alters« wird abgelöst durch den »Unruhestand«:

Kinder sind keine Kinder mehr, Erwachsene keine Erwachsenen und Alte keine Alten“ (Gronemeyer, 1996, S.27f). Das „Diktat der Jugendlichkeit“ (Gronemeyer, 1992, S.37) fest verankert im Bewusstsein, bringen zahlreiche Frauen und Männer ihren Körper in den Fitnessstudios unseres Landes auf Vordermann. Obendrein geben sie Unmengen teures Geld für „Altersbremsen“ (Quarks Skript, 1999, S.16) in Gestalt von Schönheitsoperationen, Anti-Aging-Produkte, Antifaltencremes, „Radikalfänger“, Vitaminpräparate und Hormone aus. Derartige „Lifestyle-Drogen“ heucheln der Menschheit als „Heilsbringer“ und als Designer Jugendlichen Flairs ewige Jugend vor: „Der Senior von heute kämpft um Fitneß, Gesundheit und Aktivität, um Potenz und «Lebensfreude» (...)“ (Gronemeyer, 1992, S.139). Immer noch scheint also der sich in den Köpfen der Menschen fest eingenistete Gedanke an den wahren Jungbrunnen des Lebens unausrottbar. GRONEMEYER (1992, S.37) erkennt demnach richtig: „Das Alter muß versteckt werden, es ist kein fester Abschnitt im Lebenszyklus mehr, sondern der Versuch, so lange wie möglich dem Vergleich mit der Jugend standzuhalten“. Besessen von dem massiven Wunsch, den Vorgang des Älterwerdens mit allen erdenklichen Mitteln zu stoppen, verpassen die Alten auf diese Weise die Möglichkeiten, die ihnen die restlichen Lebensjahre anbieten. „Wünschenswert (...) wäre [aus diesem Grunde] die Suche nach einer neuen Gestalt des Erwachsenen im Zeitalter der Informationsgesellschaft. Ein Erwachsener, der sich nicht anbiedert an das Jugendalter, der das Alter nicht in nackter Panik zu leugnen versucht“ (Gronemeyer, 1996, S.188). Natürlich ist der Alterungsprozess mit Verlusten verbunden, doch erst wenn die ältere Generation den „letztlich nicht zu gewinnenden Kampf um Fitneß und Mobilität“ (Gronemeyer, 1992, S.37) aufgibt und lernt, dass die verbleibende Lebensphase sinnvoller genutzt werden kann als damit, den vergangenen „Blütejahren des Lebens“ nachzutruern, dann kann sie dem Altsein positive Seiten abgewinnen und

diese Einstellung an die restliche Gesellschaft weitergeben. Alter darf also keineswegs als „seperates Gebilde“ (Wilhelm, 1998, S.92) betrachtet werden. „Altern ist [vielmehr] ein weiterer Schritt im Leben eines jeden Menschen, ein Schritt, der dort beginnt, wo die vorhergehenden endeten“ (Wilhelm, 1998, S.92). Den Zugewinn an Lebenserfahrung und Weisheit gilt es, gegen die Einschränkungen, mit denen Alter und Altern in der modernen Gesellschaft verbunden sind, aufzuwiegen. „Die Trauer um die vergangene Jugend haben alle Zeiten gekannt. Jeder, den Verfall zu leugnen trachtete, galt als Narr. Der gegenwärtige und zukünftige Zwang zur Jugendlichkeit macht die Alten zu Narren“ (Gronemeyer, 1992, S.139). „Je mehr wir den Jungbrunnen suchen und im Alter ein «Problem» sehen, desto schlimmer wird dieses «Problem» werden. Wir werden nie erfahren, was wir sein könnten; und wir werden uns nicht zusammenschließen, um mit unserer Reife und Lebenserfahrung die Barrieren zu durchbrechen, die uns hindern, unsere sich neu entwickelnden Fähigkeiten in die Gemeinschaft einzubringen, und wir werden es auch nicht schaffen, die Bedingungen zu fordern, die wir brauchen, damit diese Fähigkeiten weiter wachsen können“ (Friedan, 1997, S.84). „Das Alter stellt eine eigene Macht dar, die sich nach ihren besonderen Bedingungen und Gesetzen entfaltet“ (Jakob Grimm). Wenn wir diesen Aphorismus beherzigen, gelingt es uns Menschen vielleicht, unser biologisches Maximum, durch ein selbstständiges und selbstbestimmtes Altern subjektiv zufriedenstellend auszukosten, und unser Leben lebenswert, angereichert mit Zufriedenheit, nach persönlichen Vorstellungen, Wünschen und Bedürfnissen zu gestalten. Auf diese Weise könnte dem Wunsch nach Unsterblichkeit sicher noch zusätzlich Nahrung gegeben werden. Doch wer lernt, sowohl die positiven als auch die negativen Seiten des Älterwerdens anzunehmen, zu bejahen, und den Lebensabschnitt Alter persönlich „erfolgreich“ zu gestalten, der kann es ebenso schaffen, noch vor dem Alterungsprozess in die Sterblichkeit einzuwilligen und aufgrund dessen, sein

Leben schon frühzeitig aktiv und bewusst zu realisieren. Letztendlich stimme ich mit GROND (2001, S.15) überein, der feststellte: „Nicht wie alt wir werden, ist bedeutsam, sondern w i e wir alt werden“. Letzten Endes sollte sich jeder von uns mit dem Alter versöhnen und die Chancen und Mitwirkungsmöglichkeiten fortgeschrittener Lebensjahre nutzen. Nicht das absolut erreichte Lebensalter sollte entscheidend sein, sondern die Tatsache, die eigene Lebenszeit bei guter Lebensqualität individuell zufriedenstellend zu gestalten – dies gilt sowohl für gesunde als auch für körperlich und/oder psychisch erkrankte alte Menschen. Altern meint somit auch, das eigene Lebensende, den eigenen Tod annehmen und akzeptieren lernen zu müssen. Nehmen wir darum die weise Erkenntnis Senecas zu Herzen: „Setzen wir unseren früheren Wünschen ein Ende! Ich wenigstens erstrebe jetzt als alter Mann das nicht mehr, wonach ich als Knabe trachtete. Tag und Nacht sinne ich darauf, geht mein Sinnen und Trachten dahin, alten Übelständen ein Ende zu machen. Jeden Tag sehe ich an wie ein ganzes Leben. Ich reiße ihn nicht an mich, als wäre er wirklich der letzte, aber ich betrachte ihn so, als könnte er wirklich der letzte sein. Ich schreibe dir diesen Brief im klaren Bewusstsein, daß mich mitten im Schreiben der Tod abrufen kann“ (Seneca).

2.3 *Vorstellungen und Betrachtungsweisen des Älterwerdens in der heutigen Zeit*

Nach allgemeinen Vorstellungen bemisst sich das Alter jedes Lebewesens nach der Summe seiner Lebensjahre. Für den Körper jedoch gilt eine andere Zeitrechnung, denn für ihn ist das biologische Alter von Wichtigkeit. Dieses wird bestimmt vom Alter der Zellen und Organe, die unabhängig von unserem Körper als Ganzes, stetigen Alterungsprozessen und Veränderungen unterliegen.

Darüber hinaus sind das Verhältnis einer Gesellschaft zu ihren älteren und alten Mitgliedern, die gegenseitigen Umgangsformen der Generationen, ihre allgemeine Einstellung zum „Herbst des Lebens“ und ihre Betrachtung des Lebensablaufes deutliche Signale eines vorherrschenden Menschenbildes. Die

Wertschätzung des Lebensalters „steht in einem generellen Bewertungszusammenhang einer Gesellschaft und Kultur und ist nicht selber der primäre Ausgangspunkt für Bewertungen“ (Rosenmayr L. und H., 1978, S.31). Das Alter ist ein Phänomen, das durch die individuelle Biographie und die Erwartungen anderer Gesellschaftsmitglieder immens beeinflusst wird:

„Altern ist ein sozial bestimmter Prozeß, der je nach gesellschaftlichem Kontakt verschieden verläuft. Das Erscheinungsbild der Alten wandelt sich von einer Generation zur andern“ (Rosenmayr L. und H., 1978, Buchrücken).

„Altersbilder sind soziale Konstruktionen, die sich im Wechselspiel zwischen Individuum und Gesellschaft herausbilden und entwickeln. Einerseits tragen ältere Menschen selbst durch ihr Handeln (z. B. durch ihren Lebensstil) zur Entwicklung und Veränderung von Altersbildern bei. Andererseits aber beeinflussen Altersbilder auf individueller und gesellschaftlicher Ebene die Wahrnehmung und Beurteilung von älteren Menschen, die Gestaltung von sozialen Interaktionen mit ihnen sowie die Erwartungen an den eigenen Alterungsprozess und die persönliche Lebenssituation im Alter“

(Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2001, S.64).

Alter ist folglich mehr als eine zeitliche Dimension oder eine biologische Erscheinung. „Altern ist individuelles Schicksal“ (Grond, 2001, S.15), was

Differenzen im Erleben und Verhalten der Alten beweisen. Mögliche körperliche oder seelisch-geistige Einbußen betreffen bekanntlich weder alle hochbejahrten Menschen noch die kompletten Fähigkeiten des einzelnen Seniors.

Zu allen Zeiten und in allen Epochen wurde versucht, Fragen des Alterns zufriedenstellend zu beantworten. Bis dato konnte jedoch keine definitive

Lösung für den „Mythos Alter“ (Friedan) gegeben werden. „Während die einen Alter mit Krankheit gleichsetzen, ist es für andere ein natürlicher Prozeß“ (Wilhelm, S.85). „Altern ist eine naturhafte Veränderung des Lebendigen, die durch Verluste und Einschränkungen gekennzeichnet ist. Neben dem Altern, dem naturhaften „Verlieren unter Widerstand“, und vielfältig verschlungen mit ihm ist ein aufbauendes seelisches Gewinnen, ein seelisches „Wachstum“ durch Entwickeln auf Ziele hin möglich“ (Rosenmayr, 1995, S.21). Älterwerden muss somit als „natürliche Entwicklung von der Geburt zum Tode gesehen werden“ (Wilhelm, 1998, S.89), als „lebenslanger Prozeß, der lediglich als ständige Veränderung begriffen werden muß“ (Wilhelm, 1998, S.91).

Die „außerordentlich gestiegen[e]“ (Quarks Skript, 1999, S.6) Lebenserwartung der Menschen im vergangenen Jahrhundert, und der enorme Zuwachs des Anteils der Älteren an der Gesamtbevölkerung prägen, ebenso wie das von unserem Wohlfahrtsstaat zusätzlich verstärkte Anspruchsdenken, die Vorstellung der Gesellschaft, welche Wertschätzung sie der älteren Generation aktuell entgegenbringt. GRONEMEYER (1992, S.125) beschreibt das offensichtlich augenblicklich vorherrschende Altersbild so: „Zwei neue Klassen sind im Entstehen. Die einen – vor allem ältere Menschen – genießen Konsum und soziale Sicherheit, die anderen – vor allem junge Menschen – schlagen sich durch und sehen vor ihren Augen die Yuppies und Woopies [Woopies = well-off-older People], deren Lebensstil sie nie erreichen werden. (...) Heute gehen die Ausgaben für junge Familien – auch im internationalen Maßstab – zurück, und die Ausgaben für die Altenversorgung steigen. Die Jungen sollen die finanziellen und medizinischen Ansprüche der Wohlfahrtsgeneration befriedigen, während sie selbst nicht damit rechnen können, im Alter diesen Lebensstandard zu genießen. Die Woopies von heute sind die erste und letzte Generation, die sich im Rausch des Wohlfahrtsstaates und des unbegrenzten Konsums hingeben kann. Die Alten werden den Jungen

künftig eher als gierige Greise, als unersättliche Parasiten erscheinen. Der Boden ist bereit für den Altersklassenkampf“.

Die Veränderung im Altersaufbau einer Bevölkerung haben ebenso wie übergeneralisierte Altersstereotype und Altersbilder folglich gewichtigen Einfluss auf das Bild der älteren Generation in den Köpfen der Menschen. So bildeten ältere Menschen „schon immer einen Teil der Gesellschaft, der durch besondere Schwierigkeiten, hervorgerufen vor allem durch Krankheiten und Behinderungen, gekennzeichnet war, doch erst in neuerer Zeit wurde das Alter allgemein als *soziales Problem* empfunden“ (Reimann H. und H., 1994, S.1). Alt zu sein wird in der modernen Gesellschaft häufig mit verringerter Leistungsfähigkeit, Siechtum und Verlust gleichgesetzt. In früheren Epochen oder in anderen Kulturkreisen gelten alte Personen dagegen als hoch geachtet und geschätzt, da sie im Besitz zahlreicher bedeutender Erfahrungen, Erkenntnissen und Weisheiten sind. Im Jahr 1826 definiert Schleiermacher in der Berliner Vorlesung zur Einführung in die Pädagogik den Begriff des Alters und Generationenverhältnisses aus seinem Verständnis heraus wie folgt: „Das Verhältnis der Generationen zueinander wird gesehen als ein pädagogisches, nämlich als ein Erziehungsverhältnis. Dieses aber war nicht gedacht als ein Lehrer/ Schüler-Verhältnis, so wie wir es vielleicht implizieren. Vielmehr ging es um die unterschiedlichen Aufgaben und Rollen der jeweiligen Generationen. Die „Alten“ hatten die zentrale und positive gesellschaftliche Rolle. Nicht Macht oder Gewaltverhältnisse, Besitz oder Rechtstitel begründen ihre Vorrangstellung, sondern das Wissen und die Erfahrung und damit die Weisheit und die Bildung, die sie sich im Laufe ihres Lebens angeeignet haben. Jung ist, wer dies noch nicht getan hat – aber tun soll. Dies impliziert ein klares Generationsgefälle von alt zu jung. Jede Gesellschaft hat sich im Laufe ihrer Geschichte einen Traditionsvorrat angesammelt an Werten, Geist und Wissen, an Religion und Kunst, der menschliches Leben eigentlich erst möglich macht. Alte Menschen, die in

diese „objektive Kultur“ tief eingedrungen sind und sie sich als „subjektive Kultur“ angeeignet haben, haben die Aufgabe, diese an die Jungen weiterzugeben. Nur so ist die Wahrung des Traditionszusammenhangs durch historische Umbrüche hindurch möglich. Ohne diese Weitergabe würde jede Generation von vorne anfangen müssen und von Weiterentwicklung könnte keine Rede sein. Rolle und Aufgabe der Jugend ist es, „mündig“ zu werden, indem sie durch Auseinandersetzung und studierendes Eindringen in die „objektive Kultur“ sich Bildung aneignet, die „subjektive Kultur“. Damit kann sie dann durch Weiterentwicklung einen selbständigen Beitrag zur „objektiven Kultur“ leisten“ (Schleiermacher, zit. nach Münchmeier, A.: in: Bayerischem Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit, 2000, S.94). Das in jener Auffassung formulierte Bild des Alters mit seinen Aufgaben und seinem Verhältnis zu den jungen Generationen galt bereits zu Schleiermachers Zeiten als idealisierte, weit von der gesellschaftlichen Realität entfernte Vorstellung. Jedoch war Schleiermachers Postulat lange Zeit prägend. Wenngleich es heutzutage schwieriger denn je ist, in unserer hochtechnisierten Gesellschaft eine traditionsleitende Rolle älterer Menschen zu etablieren, ist mehr denn je eine neue Bestimmung der Beziehungen der Generationen untereinander gefragt. Schon seit einigen Jahren bahnt sich nämlich – schenkt man der Medienwelt Glauben – der „drohende Krieg der Jungen gegen die Alten“ (Gronemeyer) an. Verstärkt durch andauernde, bisweilen recht reißerische Berichterstattungen und Dokumentationen rückt die höhere Lebensspanne der Menschen und die damit in Verbindung stehenden, zum Teil dramatisch inszenierten, Konsequenzen und Anforderungen an die Gesamtgesellschaft immer stärker ins Bewusstsein jedes Einzelnen. „Die Medien verdrängten ältere Menschen, indem sie sie nicht abbildeten, aber zur gleichen Zeit schenkten sie in diesem Jahrhundert dem «Leiden» älterer Menschen und dem Alter als «Problem» immer mehr Beachtung“ (Friedan, 1997, S.48). „Daß

nirgendwo in den Medien Frauen und Männer auftauchen, die eindeutig über fünfundsechzig sind und ein aktives, produktives Leben führen, und statt dessen nur vom «Problem» des Alters gesprochen wird, zeigt klar und deutlich, wie unsere Gesellschaft das Alter sieht: Es ist nur der Verlust der Jugend“ (Friedan, 1997, S.49). Im Verlauf des 20. Jahrhunderts wurden Jugend und Jugendlichkeit zusehends zu einem gesellschaftlichen Wert, so dass sich ein gewisser Jugendkult entwickelte und die Lebensphase Alter mehr und mehr an Beachtung und Wertschätzung verlor. Seither werden sämtliche Trends in Mode und Kultur von jungen Menschen bestimmt und via Massenmedien in Hochgeschwindigkeit an alle Zeitgenossen übermittelt. Das Alter erfährt durch die verstärkte gesellschaftliche Betonung der Einbußen und Defizite, die mit den Lebensjahren verbunden werden, zusätzlich eine Abwertung. Angesichts des überwiegend die „Schattenseiten“ des Älterwerdens porträtierten Bildes des Alter(n)s in den Massenmedien, scheint „die Notwendigkeit einer Art *Endlösung* immer *drängender* zu werden – ehe die zunehmende Zahl unsichtbarer, unproduktiver, hilfsbedürftiger älterer Menschen, die bedauerlicherweise das Pensionsalter überschritt, eine «unzumutbare Belastung» für ihre Familien und für die Gesamtgesellschaft werden könnte, senil und chronisch krank, Pflegefälle, die Essen auf Räder brauchten oder in einem Heim untergebracht werden (...)“ (Friedan, 1997, S.43).

Mittlerweile wird der Alterungsvorgang, mit dem „vielfältige Veränderungen (...) positive und negative“ (Oswald/ Lehr, 1991, S.6) einhergehen, in unserem Land oft nicht mehr als natürlicher Abschnitt im Lebenskreislauf eines Menschen, der wie alle vorangegangenen Lebensphasen auch aus Höhen und Tiefen besteht, betrachtet. Vielmehr wird das Alter heutzutage größtenteils mit Vor- und Fehltritten belastet und insgesamt eher als „Problem“ verstanden. In unserem Kulturkreis wird Altsein mehrheitlich noch immer als Rückschritt interpretiert – „Im Alter geht `s bergab!“ – als

unaufhaltsame pathologische Erscheinung eines Verfalls, ausgelöst durch die im Menschen tief verwurzelte Illusion an die Jugend. Berichte über die Überalterung des „ergrauenden“ Deutschlands, über die drohende „Rentnerschwemme“, Reportagen über unzählige pflegebedürftige kranke Alte, die in beinahe menschenunwürdigen Verhältnissen, mittels Medikamenten ruhig gestellt, in Seniorenheimen vor sich hindämmern oder Interviews mit Familien, die sich in „aufopfernder Weise“ rund um die Uhr um Angehörige kümmern, sind Beispiele, die die Aufmerksamkeit der Gesellschaftsmitglieder für das „Problem“ Alter zunehmend wecken, das insgesamt eher negative Altersbild unserer Zeit verfestigen und somit zudem Zündstoff für den Generationskonflikt liefern.

Auch – und insbesondere – auf dem Gebiet der Arbeitswelt wird ersichtlich, dass das Alter ein soziales Konstrukt ist, das kaum etwas mit der Leistungsfähigkeit einer Altersgruppe oder der einzelnen Menschen gemein hat. Ältere Arbeitnehmer werden gerne als unflexibel, langsam, wenig leistungsfähig und kaum motiviert dargestellt. Dieses wenig schmeichelhafte Altersbild lädt folglich zu zahlreichen weiteren unangemessenen und stereotypen Betrachtungsweisen ein. Betrachtet man die geringen Einstellungschancen älterer Arbeitnehmer oder Tendenzen einer rascheren Ausgliederung der älteren Personen aus dem Erwerbsleben, erweckt es den Anschein, dass negative Alterswahrnehmungen auch die Arbeitswelt beherrschen. Das Kennzeichen „Altsein“ wird in der Arbeitswelt bereits relativ früh vergeben. Dabei besteht der Anknüpfungspunkt für jene Charakterisierung nicht in den Lebensjahren der Menschen, die sich im Ruhestand befinden, sondern im Durchschnittsalter der Erwerbstätigen im jeweiligen Unternehmen oder in der jeweiligen Branche. Vor allem in dem „jungen“ Wirtschaftszweig der IT-Branche erscheinen die Vorstellungen des Alters deshalb extrem.

Einer differenzierten Betrachtungsweise des Alters und des Alterns, „die sowohl die Verschiedenartigkeit der individuellen Altersformen anerkennt als auch die Gleichzeitigkeit von „Stärken“ und „Schwächen“ im individuellen Alterungsprozess zulässt und berücksichtigt“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2001, S.15) glückt es weiterhin nur sehr zögerlich, sich in der Bevölkerung durchzusetzen. Zu tief hat sich in den Köpfen die Vorstellung eingegraben, dass „Dritte und Vierte Alter“ sei gleichbedeutend mit „Abbau, Defizit und Krankheit“ (Oswald/ Lehr, 1991, S.6). Das selbst betagte Menschen mit somatischen und/ oder psychischen Erkrankungen ein zufriedenes, subjektiv qualitativ wertvolles Leben erfahren können wird dabei völlig außer aller Acht gelassen. Unsere Gesellschaft muss deshalb ein modernes Altersbild, das neben der Absicherung von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit auch Voraussetzungen errichtet, die es den alten Menschen erlauben, sich nicht als eine an den Rand unserer Gesellschaft gedrängte Masse zu verstehen, sondern als fest integrierte Gruppierung, die ihre Lebenserfahrung und ihr Wissen aktiv in die Gesellschaft einbringen kann, erst noch akzeptieren lernen.

Der Lebensabschnitt, der dem Einzelnen mit Eintritt in den Ruhestand zur Verfügung steht, bietet vielfältige Möglichkeiten, um ein aktives, zufriedenstellendes Leben in der Gesellschaft zu führen. Im Gegensatz zu früheren Zeiten haben sich die Lebensbedingungen für alte Menschen nämlich wesentlich verbessert. Die ältere Generation erlebt das „Dritte und Vierte Alter“ heute bei „im Durchschnitt besserer gesundheitlicher Verfassung, mit höheren Qualifikationen und mit besserer materieller Absicherung als frühere Altersgruppen“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2001, S.15). In diesem Zusammenhang darf es nicht unbeachtet bleiben, dass Ältere nicht unproduktiv, für die Gesamtgesellschaft völlig wertlos, zu Hause verweilen, sondern durch ihr „hohes soziales, kulturelles, politisches und sportliches Engagement“

(Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2001, S.15)
eine tragende gesellschaftliche Stütze bilden. Nach einer vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Jahre 1999 in Auftrag gegebenen repräsentativen Erhebung über das Ausmaß der „Freiwilligenarbeit, ehrenamtlichen Tätigkeit und bürgerschaftlichem Engagement“ „ist etwa jede dritte Frau bzw. jeder dritte Mann zwischen 60 und 70 Jahren – wie im Bevölkerungsdurchschnitt – in irgendeiner Weise ehrenamtlich tätig“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2001, S.15). Aber auch in den eigenen Familien und in der Nachbarschaft übernehmen Senioren wichtige Tätigkeiten: die Betreuung von Enkelkindern oder die Übernahme von Tätigkeiten im Haushalt der Kinder sollen stellvertretend genannt werden. Damit leisten sie einen bedeutenden Beitrag für nachfolgende Generationen und infolgedessen für die gesellschaftliche Solidarität.

Entscheidend dafür, dass es zukünftig gelingt, den Alterungsprozess primär nicht defizitär zu betrachten, sondern Stärken und Schwächen des Alters gleichsam wahrzunehmen, gilt es, das Ressourcenpotential der älteren Generation in der Gesellschaft publik zu machen und zu nutzen. Nur so können sich positive Altersbilder in der Gesellschaft etablieren, und nur so kann letztendlich ein anschwelender Generationskrieg verhindert werden: „Sich selbst einbringen zu können, ist für die große Mehrheit der aktiven Älteren jedenfalls ebenso von Bedeutung, wie es den Jüngeren zu verstehen gibt, dass die Lasten einer gemeinsamen Zukunft auf den Schultern aller ruhen“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2001, S.16).

Während sich das Bild der älteren Menschen in unserer Gesellschaft sehr langsam aber dennoch stetig wandelt, und eine negative, defizitorientierte Perspektive den Weg frei gibt für eine differenzierte, ressourcenorientierte Sicht, ist es nach wie vor schwierig, einen sachlichen Diskurs über das Altern

zu führen. Allzu leicht läuft man Gefahr, im gesellschaftlichen Dialog die Verschiedenartigkeit des Alters zu ignorieren und in eine stereotype Wahrnehmung des Altwerdens zu verfallen. Die angesprochene Differenziertheit des Alters rührt einerseits daher, dass der Lebensabschnitt Alter grundsätzlich eine sehr viele Jahre umfassende Zeitspanne beschreibt, in der sich die älteren Menschen deutlich in ihrer seelisch-geistigen und körperlichen Leistungsfähigkeit unterscheiden können. Die Ungleichheit des Alters resultiert zum anderen ebenso aus den unterschiedlichen Biographien, Lebenserfahrungen, Umwelt- und Lebensbedingungen, der in vielfältigen Alltagswelten lebenden Alten, sowie aus individuellen Ressourcen und Kompetenzen des Einzelnen. Trotz der notwendigen differenzierten Betrachtungsweise des Alters wird der gesellschaftliche Diskurs über das Älterwerden und das „Dritte und Vierte Lebensalter“ nach wie vor häufig recht einseitig und parteiisch geführt.

Es liegt folglich an uns allen, den Fokus unserer Aufmerksamkeit auf eine differenzierte Sichtweise des Altseins zu legen, einseitig geführte Dialoge bezüglich des Alterns näher zu durchleuchten und eine Polarisierung in rein positive und negative Altersbilder anzuzweifeln. Nur durch eine kritische Reflexion kann es nämlich letztendlich gelingen, die Jahre am Ende des Lebenszyklus aus ihrem Schattendasein zu rücken, die momentan noch weitverbreitete Ansicht „Altsein bedeutet grundsätzlich Kranksein“ zu widerlegen, Chancen und Möglichkeiten des Alters zu verstehen und somit die Etablierung positiver Altersbilder in unserer Öffentlichkeit voranzutreiben. Dadurch schafft es die moderne Gesellschaft vielleicht, die ältere Generation von ihrer momentan verspürten „Machtlosigkeit“ (Rosenmayr L. und H., 1978, S.13) zu befreien und sie mit den Ressourcen auszustatten, die es ihnen ermöglichen, ein selbstständiges, eigenverantwortliches und subjektiv zufriedenstellendes Leben im Alter zu führen, und dieses in Würde zu genießen. Dies gilt gleichsam für gesunde als

auch für körperlich und/ oder psychisch beeinträchtigte Senioren. Mit einem Zitat von Simone de Beauvoir möchte ich diesen Gliederungspunkt abschließen: „Wollen wir vermeiden, dass das Alter zu einer spöttischen Parodie unserer früheren Existenz wird, so gibt es nur eine einzige Lösung: nämlich weiterhin Ziele zu verfolgen, die unserem Leben einen Sinn verleihen. Das hingebungsvolle Tätigsein für einzelne, für Gruppen oder für eine Sache, Sozialarbeit, politische, geistige oder schöpferische Arbeit...das Leben behält einen Wert solange man durch Liebe, Freundschaft, Empörung oder Mitgefühl am Leben anderer teilnimmt“ (Simone de Beauvoir, zit. nach Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit, 2000, S.92).

2.4 *Alter und Altern als soziales Problem*

Kaum ein Thema bestimmt die öffentliche Diskussion in unserem Lande seit Jahren so intensiv und nachhaltig wie das der zahlenmäßig starken Zunahme der bejahrten Altersgruppen unserer Bevölkerung in zukünftiger Zeit. Alter und Altern sind demzufolge wieder publik geworden, wobei an dieser Stelle angemerkt werden muss, dass das Alter in der Gesellschaft meist als Argument – sei es in positiver oder negativer Hinsicht – für mögliche Sachlagenerklärungen herangezogen wird. Die Erkenntnis, dass die Lebenserwartung der Menschen ansteigt, löst eine rege gesellschaftliche Auseinandersetzung über Fragen des Alterns aus. Aktuelle statistische Fakten zum Alter(n) sehen nach Angabe des KURATORIUMS DEUTSCHE ALTERSHILFE (vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe pro Alter 3/2001) wie folgt aus: Mit ansteigendem Lebensalter wächst auch das Risiko, pflegebedürftig zu werden. Vor dem 60. Geburtstag liegt dieses Risiko lediglich bei 0,5 %. Zwischen dem 60. und 80. Lebensjahr weitete es sich aber

auf rund 4 % aus, und ab 80 Lebensjahren müssen etwa 32 % der Gesamtbevölkerung damit rechnen, pflegebedürftig zu werden. Der Prozess, der mit dem demographischen Wandel kommender Jahre einhergeht, sorgt freilich nicht nur für enorme gesellschaftliche und sozialpolitische Brisanz.

Auch für die Biographie und den Lebensweg jedes Einzelnen hat die Tatsache, dass die Menschen älter werden, tiefgreifende Konsequenzen. Der Lebensabschnitt, der dem Individuum nach Austritt aus dem Arbeitsleben zur Verfügung steht, kann einen beträchtlichen Teil der gesamten Lebensdauer einnehmen. Die Möglichkeiten und Chancen, die die verbleibende Lebensphase bietet, sind enorm. Dennoch tut sich unsere Gesellschaft nach wie vor schwer, dem Alter positive Aspekte abzugewinnen. Noch immer werden die Wahrnehmungen des Älterwerdens getrübt. Vor allem die „Altschwemme“ (Gronemeyer, 1992, S.20), die quantitative Zunahme der Senioren, Rentner und pflegebedürftigen älteren Personen sorgt dafür, dass das Alter vorrangig als soziales Problem große Aufmerksamkeit in der Gesellschaft erregt. Insbesondere unter jüngeren Generationen ist das meist überzeichnete negative Altersbild für Beunruhigung und Unbehagen verantwortlich. Der in unserer Gesellschaft intensiv geführte Dialog über Fragen des Älterwerdens wird vielfach sehr einseitig, aus ökonomischer Perspektive dominiert und durch „die Folgen für die Leistungsfähigkeit der Sozial- und Krankenversicherungen“ (Laslett, 1995, S.9) beherrscht. Dass das Alter in neuerer Zeit als soziales Problem immer tiefer ins Bewusstsein aller Gesellschaftsmitglieder rückt, liegt nicht zuletzt auch an dem in allen Bevölkerungsbereichen weitgehend negativ gezeichneten und verkündeten Schreckensszenario eines „drohenden Bürgerkrieg[es] zwischen Jungen und Alten (Gronemeyer, 1992, S.21): „Die Kosten für die Versorgung und Kontrolle der Alten stiegen rasch mit deren Zahl. Und immer weniger Junge hatten die erforderlichen Mittel aufzubringen. Die Größe des Kuchens, die zur Verteilung stand, war begrenzt. Es war nur eine Frage der Zeit, bis die Jungen

begannen, den Sinn der Altersversorgung in Frage zu stellen“ (Gronemeyer, 1992, S.20).

Welche Erklärungen lassen sich nun benennen, die die ältere Generation, ihre Schwierigkeiten und Belastungsfaktoren in den Fokus eines sozialen Problemfelds rücken?

Einer der wesentlichste Aspekte, der die Aufmerksamkeit der Deutschen für den Problemkomplex Alter sensibilisiert, liegt zweifelsohne im momentanen und für die Zukunft prognostizierten Altersaufbau der Bevölkerung. Dadurch, „dass sich der Anteil der über 65jährigen an der Gesamtbevölkerung der hochentwickelten Gesellschaften in den letzten hundert Jahren teilweise mehr als verdreifacht hat und noch weiter steigen wird“ (Reimann H. und H., 1994, S.1) verschiebt sich die Altersstruktur permanent zu Gunsten der älteren Generation. Die durchschnittliche Lebensdauer der Menschen ist in den vergangenen hundert Jahren deutlich angewachsen: „Um 1900 betrug sie 47 Jahre, gegenwärtig 77 Jahre und in der Steinzeit lediglich 35 Jahre“ (Quarks Skript, 1999, S.6). Ein Kind, das heute zur Welt kommt, hat damit eine über 30 Jahre höhere Lebenserwartung als ein Neugeborener vor hundert Jahren. Aber auch gegenüber 1970 hat sich die Lebensspanne des Menschen um etwa sieben Jahre verlängert (vgl. Statistisches Bundesamt, 2000, S.9). Die Zunahme der Lebenszeit in hochentwickelten Zivilisationen ist insbesondere auf den Rückgang der Säuglings- und Kindersterblichkeit, auf insgesamt verbesserte Lebensbedingungen sowie auf medizinische Fortschritte und Weiterentwicklungen zurückzuführen. Doch der Anstieg der Lebenserwartung trägt zugleich dazu bei, dass unsere Gesellschaft einen grundlegenden Strukturwandel erfährt: „Bereits heute leben in Deutschland mehr 65jährige oder ältere Menschen als 15jährige und jüngere“ (Statistisches Bundesamt, 2000, S.1). Dies hat unbestreitbar erhebliche Konsequenzen für die Alterssicherung, denn „trotz allen Bemühens um die Erhaltung einer

selbstständigen Lebensführung ist es nicht allen Menschen möglich, bis ins hohe Alter ohne fremde Hilfe zu leben. Die Anzahl älterer, kranker und beeinträchtigter Menschen wird zweifelsfrei zunehmen. Eine besondere Herausforderung stellt in diesem Zusammenhang die bereits heute zu verzeichnende Zunahme der Demenzerkrankungen dar“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2001, S.16). Der Altenquotient, der Indikator, der das Verhältnis der Bevölkerung im Rentenalter als potentielle Empfängergruppe von Leistungen der Rentenversicherung oder diverser anderer Alterssicherungssysteme zur Bevölkerung im Erwerbsalter beschreibt, wird sich unbestritten erhöhen (vgl. Statistisches Bundesamt, 2000, S.15f). Heute stehen 100 Personen im erwerbsfähigen Lebensalter 40 Menschen im Rentenalter gegenüber. Der Altenquotient liegt folglich bei 40. Für das Jahr 2050 rechnen Experten mit einem Anstieg des Altenquotienten auf 75 oder gar 80 (vgl. Statistisches Bundesamt, 2000, S.16). Angesichts der demographischen Veränderungen in unserer Gesellschaft schwebt das „Massenphänomen“ Alter mit all seinen Auswirkungen als komplexes Problemgebiet wie ein Damoklesschwert über der Bundesrepublik. Neben den massiven Verschiebungen im Altersaufbau zeichnen sich in unserem Lande zunehmend Änderungen der sozialen und materiellen Gegebenheiten ab, die die älteren Menschen mit zusätzlichen Schwierigkeiten konfrontieren, und der Gesamtgesellschaft das Problem Alter und Altern deutlich vor Augen führen. Vorrangig ist in diesem Zusammenhang die „Herauslösung [der Individuen] aus historisch vorgegebenen Sozialformen und –bindungen“ (Diezinger/ Mayr-Kleffel, 1999, S.73) zu nennen. Insbesondere Tendenzen zur Individualisierung und Singularisierung tragen in der Moderne dazu bei, dass das Generationsbündnis, die Familie, „Fundament der abendländischen Kultur“ (Gronemeyer, 1992, S.22) vom Zerfall bedroht ist. Die steigende Zahl der Ehescheidungen, die abnehmende Heiratsbereitschaft und die niedrigen Geburtenzahlen, reflektieren die

Einstellung der deutschen Bevölkerung zur Familie und zu Kindern. Auch die Haushaltsgröße, die sich in der Bundesrepublik seit Jahren tendenziell verringert, wird durch die oben genannten Einflussgrößen bestimmt: „Haushalte mit mehr als fünf Personen sind nur noch äußerst selten zu finden, während die Zahl der Einpersonenhaushalte [insbesondere in Großstädten] ständig wächst“ (Statistisches Bundesamt, 2000, S.1). „Das Dach, das Kinder und Alte schützte, ist [also] nicht mehr da. (...) Weil die Klammer, die die Generationen zusammenhielt, gebrochen ist, finden sich nicht nur die Ehepartner in einer schwierigen Lage, sondern auch die Kinder: Sie werden eine Last, die sich nur wenige zumuten. Das heißt für die Alten: Sie werden eine Last, die sich immer weniger zumuten wollen“ (Gronemeyer, 1992, S.22f). Die Familie, die sich ehemals durch den Zusammenhalt der Generationen auszeichnete, die sich einst, ohne fremde Hilfe in Anspruch zu nehmen, um ihre jungen und alten Mitglieder kümmerte und dieses eigenständig versorgte, ist in der Moderne nicht mehr in der Lage, die früher gemeisterten Funktionen und Aufgaben alleine zu bewältigen. So müssen die damals vom Familienverband bewerkstelligten Versorgungs- und Pflegetätigkeiten der alten Generation nun von der Gesamtgesellschaft übernommen werden. Die Versorgung der Alten wandelte sich auf diesem Wege von einem „Familienproblem“ zu einem sozialen Problem. Dieses fordert die Gesamtgesellschaft auf – also jeden von uns – Schwierigkeiten, Belastungen und Nöte, die mit den verbleibenden Lebensjahren verknüpft sind, als Kollektivaufgabe zu lösen – und zwar zum Wohle der alten Menschen.

2.5 *Anforderungen des Alters an den Einzelnen und an die Gesellschaft*

Das Faktum, dass Frauen und Männer immer älter werden, hat nicht nur erhebliche Auswirkungen auf gesellschaftliche Bereiche, sondern strahlt ebenso auf die Lebensbiographie des einzelnen Individuums aus. Das Alter stellt demzufolge sowohl an die Gesellschaft als auch an den Einzelnen eine Reihe von Anforderungen, die es zu bewältigen gilt.

Der Zeitabschnitt, der jedem von uns nach dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zur Verfügung steht, verlangt zunächst nach individueller Neuorientierung. Um seinen Alltag im Ruhestand nach persönlichen Bedürfnissen und Vorstellungen zu gestalten, muss sich der ältere Mensch die „späte Freiheit“ (Rosenmayr) zu eigen machen und seine Lebenswelt neuerlich mit individuellen außerberuflichen Interessen und Aufgaben bereichern. In der Zeitspanne nach dem Austritt aus dem Beruf besteht darüber hinaus für das Individuum die Notwendigkeit, soziale Kontakte zu pflegen und das Beziehungsnetz weiterhin auszubauen, um das Alter nicht in Einsamkeit und sozialer Isolation zu verbringen. Zu den Anforderungen des Älterwerdens aus individueller Perspektive gehören des Weiteren die Auseinandersetzung mit der Wahrnehmung der „knapper werdende[n] [Lebens-]Zeit“ (Wilhelm, 1998, S.86), mit Einbußen des Gesundheitszustands und mit dem Verlust nahestehender Verwandter und Freunde. „Der alte Mensch muß das *carpe diem* entdecken und zu leben lernen- Nicht mehr Arbeit als Selbstzweck (Eisenberg 1990), sondern das nackte Leben selbst und somit das eigene Leben, als Selbstzweck erkennen“ (Wilhelm, 1998, S.114). Um den Anforderungen im Alter gewachsen zu sein, um im „Kampf gegen Grenzen“ (Wilhelm, 1998, S.86) dennoch ein eigenständiges und selbstbestimmtes Leben führen zu können, muss die ältere Generation die Möglichkeit haben, sich neben den individuellen Kompetenzen und

Voraussetzungen auch an gesellschaftlich geschaffenen und bereitgestellten Rahmenbedingungen bedienen zu können.

Weiterhin richtet die Lebensphase Alter zahlreiche Anforderungen an die Gesellschaft. Zu allererst müssen diesbezüglich die soziale und gesundheitliche Sicherung Erwähnung finden. Unsere alternde Gesellschaft fordert das bestehende Sozialsystem – insbesondere die Kranken- und Rentenversicherung – enorm heraus. In zukünftiger Zeit wird sich die Alterssicherung zunehmend in Vernetzung zwischen gesellschaftlicher Solidarität und individueller Verantwortung bewegen müssen. Nur durch persönlich geleistete Vorsorge kann die gesundheitliche und soziale Alterssicherung künftig gewährleistet werden. Das Altern der Bevölkerung erfordert ferner von den medizinischen Versorgungssystemen angemessene Reaktionen. So bildet die Erweiterung der Rehabilitation im Alter, die darauf abzielt, die Aufrechterhaltung und Wiedererlangung der Selbstständigkeit älterer Menschen zu fördern, eine wesentliche Anforderung, die der Alterungsprozess an unsere Gesellschaft stellt. Wenn es zukünftig gelingt, den Ausbau der rehabilitativen Maßnahmen und Angebote für die ältere Generation zu verwirklichen, können positive Veränderungen des alternden menschlichen Organismus noch vor einer drohenden (Dauer-)Pflege erreicht werden. Daneben gilt es, gleichermaßen die medizinische Prävention in jedem Abschnitt des menschlichen Lebenszyklus zu stärken. Dadurch können bereits frühzeitig Erkrankungen diagnostiziert werden, Verschlechterungen vermieden werden und letzten Endes der Gesundheitszustand im Alter stabilisiert werden. Zudem müssen die ambulanten und stationären Angebote für pflegebedürftige alte, kranke Senioren unter dem Aspekt der Ganzheitlichkeit und Personenorientierung adäquat und unter Zuhilfenahme neuer Konzepte ausgebaut und mit bereits bestehenden Institutionen verknüpft werden. Um die ältere Generation aus ihrer sozialen Isolation zu befreien und ihre Teilnahme an der Gesellschaft zu fördern, ist es weiterhin

notwendig, soziale und kulturelle Angebote speziell für Senioren anzubieten.

Aber auch das Verhältnis junger und alter Menschen muss neu bestimmt werden, wie die Bundesministerin für Familien, Senioren, Frauen und Jugend,

Dr. Christine Bergmann in einem Interview vom 03. März 1999 in der Süddeutschen Zeitung treffend kundtat: „Wir müssen alt und jung stärker zusammenbringen für eine Gesellschaft, in der alle Menschen ihren Platz haben. Keine Gesellschaft kann es sich leisten, auf den Erfahrungsschatz seiner älteren Menschen zu verzichten“.

Die bedeutendsten psychischen Erkrankungen und Hirnleistungsstörungen alter Menschen

3.1 *Psychische Störungen im Alter*

Bevor ich die häufigsten und bedeutendsten psychischen Altersleiden näher darlege, erscheint es mir zu allererst sinnvoll und notwendig, den Begriff „psychische Störungen“ aus meiner Sicht genauer zu bestimmen.

In Anlehnung an FRITZ B. SIMON (2000) und ERICH GROND (2001) verstehe ich unter psychisch gestörtem Erleben und Verhalten im Lebensalter all jene Verhaltens-, Denk- und Gefühlsmuster des betagten Menschen, die von ihm selbst und/ oder von den Bezugspersonen in seinem sozialen Umfeld als auffällig, störend und behandlungsbedürftig erachtet werden.

Die Definitionsmacht, das ureigene Bild der individuellen Welt des Alten, mit anderen Worten, sein subjektives Erleben und Verhalten, als psychisch auffallend, „gestört“, beeinträchtigt und „anormal“ zu etikettieren, obliegt letztendlich folgenden Menschen: Der psychisch Alterserkrankte selbst ordnet

sein gesundheitliches Befinden als abweichend ein – was allerdings recht selten der Fall ist. Vielfach entscheiden Kontaktpersonen – also die soziale Umgebung des bejahrten Menschen – je nach individueller Toleranzgrenze, und in Anbetracht der wahrzunehmenden Verhaltens- und Erlebensweisen, ob jemand als „normal“ oder psychisch „gestört“ gilt. Schließlich tragen die Psychiater die Verantwortung, psychische Altersbeeinträchtigungen nach Symptomen in der ICD-10 (Dilling/ Mombour/ Schmidt; 1993) oder DSM-IV (Saß/ Wittichen/ Zaudig, 1998) fachlich fundiert zu diagnostizieren. Wenngleich sich „typische“, von der gesellschaftlich festgelegten Norm abweichende Muster und Regeln innerseelischer Vorgänge des alten Menschen – auf Grund äußerlicher von den Gesellschaftsmitgliedern zu beobachtenden, verschiedener „seltsamer“ Verhaltensweisen und auf Grund persönlicher Berichterstattungen der Personen über ihr Erleben und Fühlen – ausmachen lassen, darf es keineswegs unbeachtet bleiben, dass anfangs genannte Definition für psychische Beeinträchtigungen im Alter keine eindeutigen Grenzziehungen zwischen „normal“, „abweichend“, „gestört“ und „krank“ vornimmt. Vorschnell läuft man in diesem Kontext Gefahr, individuell unterschiedliche Verhaltens-, Fühl- und Denkmuster alter Menschen, die weder mit der gesellschaftlichen Idealform konform gehen, noch in die eigene, subjektiv entworfene Normenwelt passen, mit der Etikettierung „verwirrt“ oder „hirnorganisch und geistig abgebaut“ zu versehen.

Um die Frage „Was gilt im Lebensalter als normal oder was als psychisch gestört?“ zufriedenstellend zu beantworten, darf nicht aus den Augen verloren werden, dass die Distanz zwischen „verrücktem“ und augenscheinlich „normalem“ Denken, Fühlen und Handeln ganz allgemein betrachtet gar nicht so groß ist, was bereits SIMON (2000, S.12) zum Ausdruck bringt: „Man kann nicht über Verrücktheit reden, ohne über Normalität zu sprechen, und nicht über Normalität, ohne etwas über Verrücktheit zu sagen. Erst durch die

gegenseitige Abgrenzung gewinnen beide Kontur und Inhalt. Die Frage nach der Entstehung der Verrücktheit ist daher die Frage nach der Entstehung der Normalität“. Es ist weiterhin auch notwendig, dement Erkrankte von älteren

Personen mit anderen seelischen und psychischen Krankheiten zu differenzieren, denn: „Die Welt des dementen [Menschen] ist nicht unbedingt anormal, aber unwahr. Das heißt, daß die Wahrheit des dementen [Menschen] meist nur in der Zeit- oder der Ortsachse verschoben ist, seine Wirklichkeit und Normalität aber mit der der Umwelt weitestgehend gleich bleiben. Der demente [Mensch] glaubt weder an fliegende Teppiche, noch an sprechende Tiere, er mag zwar 93 anstatt der von ihm angegebenen 24 Jahre alt sein, aber er ist nicht Napoleon. Dies ist entscheidend, da demente [Menschen] für uns meist *ganz normal* reagieren, wenn wir unsere Wahrheit lediglich an der Zeit- und Ortsachse verschieben. Ganz normal bedeutet hier: Er reagiert wie jeder andere normale Mensch in einer solchen Situation reagieren würde, als Gegenüber muß ich mir lediglich über die Situation klar werden, in die der demente [Mensch] gebracht wird“ (Wilhelm, 1998, S.120).

GROND (2001) wagt den Versuch, psychische Gesundheit im Lebensalter per Definition darzulegen: „Psychisch gesund ist, wer kompetent ist, Probleme zu bewältigen, Einbußen zu kompensieren, sich zu akzeptieren, Freude zu erleben, sich an einem Sinn zu orientieren, Beziehungen zu pflegen, Hilfe zu geben und anzunehmen, wer Wohlbefinden und Selbstwertgefühl erhalten kann“ (Grond, 2001, S.44). Das schwierige Unterfangen, das gesundheitliche Befinden der Psyche eines betagten Menschen zu bestimmen, ist GROND (2001) meines Erachtens mit oben aufgeführten Aussagen recht gut geglückt. Im fortgeschrittenen Lebensalter psychisch wohlauf zu sein bedeutet folglich, sich wohl und zufrieden zu fühlen, bereit zu sein, Anforderungen, Probleme und Schwierigkeiten zu meistern, seine Mitmenschen und sein Umfeld interessiert wahrzunehmen und fähig zu sein, sein Vertrauen in die eigene Selbstverwirklichung zu investieren. Psychisch beeinträchtigt gilt eine alte

Person im Umkehrschluss jenes Definitionsversuches dann, wenn sie „psychisch und sozial inkompetent ist“ (Grond, 2001, S.44). Anders ausgedrückt: Senioren, die psychisch erkrankt sind, „sind multimorbid, vom Kontext (Biographie, Armut, Einsamkeit) und Verhalten (Bewegung und Ernährung) abhängig, waren vielen Schäden ausgesetzt und sind durch Training zu bessern und zu kompensieren“ (Grond, 2001, S.44). Die Grondsche Bestimmung von psychischen Altersleiden eignet sich meiner Ansicht nach des Weiteren, zukünftig einen Beitrag dazu zu leisten, in unserer Gesellschaft weit verbreitete Vorurteile, wie betagte psychisch beeinträchtigte Personen seien „selbst schuld“ an ihrem Leiden, grundsätzlich alle „geistig und hirnorganisch abgebaut“, überhaupt nicht zu therapieren und als Pflegefälle eine außerordentliche finanzielle Belastung für die Gesamtgesellschaft, zu widerlegen. „Genauer gesagt ist die geistige Gesundheit, wie der gesunde Menschenverstand sie definiert, die Fähigkeit, das soziale Spiel, worin dies immer bestehen mag, zu spielen und es gut zu spielen. Wenn umgekehrt jemand nicht mitspielt oder schlecht spielt, dann heißt dies, daß er geisteskrank ist. Nun müssen wir aber fragen, welche Unterschiede, wenn überhaupt, zwischen sozialer Nonkonformität (oder Abweichung) und seelischer Krankheit bestehen. Ohne im Augenblick näher auf technische psychiatrische Erwägungen einzugehen, behaupte ich, daß der Unterschied zwischen diesen beiden Begriffen – wie er sich z. B. in Redewendungen wie ›Er ist nicht ganz bei sich‹ oder ›Er ist geisteskrank ausdrückt – sich nicht notwendig in beobachtbaren Tatsachen, auf welche sie sich beziehen, manifestiert, sondern lediglich auf unsere unterschiedlichen Einstellungen dem Betreffenden gegenüber beruht. Wenn wir ihn ernst nehmen, ihm menschliche Rechte und menschliche Würde zugestehen und ihn für mehr oder minder gleichberechtigt halten, – dann sprechen wir von Meinungsverschiedenheiten, Abweichungen, Auseinandersetzungen, Verbrechen, vielleicht sogar von Verrat. Meinen wir jedoch, daß wir nicht

mit ihm kommunizieren können, und daß er irgendwie grundlegend verschieden von uns ist, dann sind wir geneigt, ihn nicht mehr als gleichberechtigt, sondern vielmehr als einen minderwertigen (selten als einen überlegenen) Menschen anzusprechen; und dann nennen wir ihn närrisch, geisteskrank, verrückt, psychotisch, unreif usw.“ (Szasz zit. nach Wilhelm, 1998, S.118).

Nach der ausführlichen Auseinandersetzung mit der Definition psychischer Alterserkrankungen, gehe ich nun allgemein auf das Zusammenwirken psychosozialer und körperlicher Faktoren bei der multifaktoriellen Entstehung psychischer Störungen im Lebensalter ein. Es sind zum einen seelische Konflikte, die Einfluss auf die Psyche des betagten Menschen ausüben können. Hier sind vor allem Ängste zu nennen: die Angst, mit jedem zusätzlichen Lebensjahr weitere Aufgaben und Rollen an den Familienverband und an andere gesellschaftliche Gruppierungen abzugeben; die Angst, stetig mehr an körperlicher Kraft und geistiger Vitalität einzubüßen; die Angst, hilflos, von anderen abhängig, zur Belastung für die Mitmenschen zu werden; die Angst, als „kleines Rädchen im Getriebe“ für unsere Leistungsgesellschaft gänzlich entbehrlich zu werden; die Angst, in einem Seniorenheim verbannt, zu vereinsamen. Wenn alte Menschen ihr derzeitiges Leben nicht mehr bejahen können, dem Lebensabschnitt Alter keine positiven Seiten mehr abgewinnen können, wenn es ihnen nicht gelingt, sich gegen derartige seelische Belastungen erfolgreich zur Wehr zu setzen und wenn Kränkungen und Selbstvorwürfe immer mehr am Selbstwertgefühl kratzen und keinerlei persönliche Ressourcen mobilisiert werden, können solch seelische Konflikte psychische Alterserkrankungen mit prägen. Aber auch andere belastende Gedanken wie die Auseinandersetzung mit dem eigenen Sterben oder dem Sinn des Lebens im Alter beeinträchtigen die Psyche des Senioren. Je nach Persönlichkeit, individueller Lebenserfahrung und Biographie können selbst psychosoziale Auslöser wie Pensionierung und

Berentung, Tod des Partners oder anderer nahe stehender Menschen, und die Umsiedlung in ein Altersheim die erblich bedingte geringere nervliche Belastung akut überfordern und die bejahrte Person aus der psychischen Balance bringen. Sind diesbezüglich keine Kompensationsmöglichkeiten vorhanden, kommt es gänzlich zur seelischen Dekompensation des älteren Menschen. Bislang scheinbar verarbeitete Vorschädigungen wie etwa ein unglücklicher Lebensweg, ein Dasein in Armut und Einsamkeit oder eine gescheiterte Partnerschaft, treten insbesondere auch dann zu Tage, wenn im Alter die Anpassungsfähigkeit durch physische Gebrechen zusätzlich belastet wird.

Wie soeben angedeutet, wirken sich ferner körperliche Faktoren auf psychische Altersstörungen aus. In diesem Kontext muss zunächst die Differenzierung vorgenommen werden, dass körperliche Beeinträchtigungen sowohl als Ursache als auch als Folgeerscheinung psychischer Erkrankungen alter Menschen in Betracht kommen. So gelten körperliche Gebrechen auf der einen Seite als Mitverantwortliche, Auslöser oder Anlass psychischer Syndrome: Nach FÜSGEN (1991) korrespondiert beispielsweise das Risiko, an einem Verwirrheitszustand zu erkranken, ähnlich wie bei den meisten dementiellen Erkrankungen, mit dem Anstieg des Lebensalters, wobei „primär somatisch schwer erkrankte“ (Füsgen, 1991, S.27) Senioren extrem gefährdet sind. Auch die Demenz vom Alzheimer-Typ wird durch eine organische Beeinträchtigung, nämlich durch Hirnschädigung, mit bedingt, wobei der Schwund an Nervenzellen im Stirn- und Schläfenlappen oder im limbischen System, die Zunahme der Neurofibrillenknäuel und der Plaques mit einem Amyloidkern, sowie der Mangel an Botenstoffen wie Acetylcholin und Serotonin die Schwere dieser organischen Hirnstörung prägen.

Körperliche Gebrechen und Leiden können andererseits aber ebenso aus psychischen Erkrankungen resultieren. Im Verlauf dementieller Krankheiten verweigern die Betroffenen beispielsweise oftmals die Nahrungsaufnahme.

Gemäß FÜSGEN (1991, S.71) beweisen ernährungswissenschaftliche Untersuchungen, dass eine proteinarme Kost bei älteren Menschen zu Fehl- und Unterernährungen führt. Mangelnde Eiweißzufuhr „verschlechtert jedoch nicht nur die zerebrale Leistungsfähigkeit des Dementen, sondern führt auch zu Hypovolämie mit fehlender körperlicher Belastbarkeit und erhöhter Infektionsanfälligkeit“ (Füsgen, 1991, S.71). Durch dies wird erkennbar, dass zwischen gerontopsychiatrischen Störungen und körperlichen Belastungen gegenseitige Wechselwirkungen bestehen können. Ebenso wie das Ausmaß des psychischen Altersleiden vom somatischen Gesundheitszustand und von einer Vielzahl von psychosozialen Faktoren abhängig ist, wird sein Verlauf durch körperliche Leiden und Einschränkungen massiv beeinträchtigt: „Wer schlecht hören, sehen oder gehen kann, z.B. durch Hüftverschleiß, und so vom sozialen Kontakt abgeschnitten ist, bleibt länger depressiv als gleichaltrige Gesunde“ (Grond, 2001, S.38). Laut GROND (2001, S.39) zeigen körperlich kranke Personen dreimal häufiger psychiatrische Symptome als somatisch Gesunde, und acht von zehn Menschen, die auf Grund psychischer Beeinträchtigungen in ein Landeskrankenhaus eingewiesen werden, leiden seinen Aussagen zufolge zusätzlich an körperlichen Beschwerden.

Neben den bereits dargestellten somatischen Faktoren und seelischen Belastungen, bedingen weiterhin soziale Umwelteinflüsse psychische Störungen Älterer. Oft geraten Frauen und Männer nach Austritt aus dem Erwerbsleben in Identitätskrisen. Nach einem arbeitsreichen und aus jenem Grunde subjektiv sinnvoll erscheinenden Leben, treten sie in den Ruhestand ein und verlieren sogleich eine wesentliche Rolle und Funktion in ihrem Leben. Der einstige Halt im Leben, die Berufstätigkeit und mit ihr verknüpft, Kontakte zu Kollegen, ein bestimmtes Einkommen und ein gewisser gesellschaftlicher Status, scheint vielen nicht mehr gegeben. Dadurch gerät das psychische Gleichgewicht vieler Senioren ins Wanken. Sie fühlen sich

plötzlich überflüssig, entbehrlich und denken, „daß das Leben im Alter keinen Sinn mehr hat, da man nichts Sinnvolles mehr für die Gesellschaft tun kann“ (Wilhelm, 1998, S.99). Als weiterer wichtiger Umweltfaktor, der sich auf psychische Störungen Älterer auswirken kann, gilt die soziale Isolation bejahrter Menschen, die sich im Laufe der Zeit immer mehr zur Vereinsamung entwickeln und ein massiv abnehmendes Selbstwertgefühl verursachen kann. Dies kann schließlich „zum Alterswahn (Kontaktmangelparanoid), zu Depression oder Suizid und zum Anstieg der Sterblichkeitsrate besonders der Männer“ (Grond, 2001, S.42) führen. Nach GROND (2001, S.42) sind es gerade die vereinsamten, verwitweten und ledigen älteren Menschen, die im Gegensatz zu Verheirateten häufiger an psychischen Störungen leiden. Auch negative gesellschaftliche Altersbilder können, im Sinne einer Self-fulfilling-prophecy, Einfluss auf die Entstehung psychischer Leiden ausüben. Insbesondere sehr angepasste betagte Personen können durch sie dazu veranlasst werden, sich so zu verhalten, wie es Vorstellungen, Einschätzungen und Erwartungen Fremder beschreiben, nämlich „verwirrt“, „depressiv“, also kurz gesagt psychisch auffällig. Nach der Darstellung des multifaktoriellen Entstehungsgeflechts psychischer Alterserkrankungen, benenne ich abschließend die Häufigkeit psychiatrischer Störungen im Alter. Unter Berücksichtigung verschiedener Studien (Cooper und Sosna, 1983; Dilling, 1984) kommt GROND (2001, S.43) zu der Erkenntnis, dass „jeder vierte Betagte psychisch krank ist“, „[...] wobei der ganz überwiegende Teil der gerontopsychiatrischen Patienten nur ambulant ärztlich behandelt wird“ (Wetterling, 2001, S.2). WETTERLING (2001, S.3) hält fest, dass gerontopsychiatrisch erkrankte Frauen und Männer primär nur zur Therapie somatischer Leiden in einem Klinik eingewiesen, ansonsten von Verwandten und Angehörigen zu Hause betreut und versorgt werden: „Ein erheblicher Teil der älteren Menschen benötigt Hilfe, z. B. beim Anziehen, Einkaufen etc. . Diese Versorgungsaufgaben werden meist von Angehörigen

wahrgenommen. Wenn die Pflege nicht (mehr) von Angehörigen übernommen werden kann bzw. keine Angehörigen hierfür zur Verfügung stehen, werden ältere Menschen häufig in Alten – oder Pflegeheime eingewiesen“ (Wetterling, 2001, S.3). Deshalb liegt der Anteil der Bewohner jener „totalen Institutionen“ (Goffman), die an psychiatrischen Erkrankungen leiden besonders hoch: „In den meisten Pflegeheimen wird heute die Zahl der psychisch Veränderten auf über 80 % geschätzt“ (Grond, 2001, S.43). GROND (2001, S.43) erwähnt die Verteilung psychiatrischer Krankheitsbilder bei über 70 Jahre alten Menschen in Anlehnung an die Berliner Altersstudie (1996): Danach litten 4,8 % an einer Major (schweren) Depression, 17,8 % an nicht näher bezeichneten affektiven Störungen, 16,8 % an dementiellen Erkrankungen, 6 bis 8 % an Angst, 2 bis 6 % an Suchterkrankungen und schließlich 2 bis 3 % an Wahn. Auch das BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (2001, S.77) geht davon aus, dass etwa ein Viertel der über 65-Jährigen in unserer Gesellschaft an psychischen Störungen leiden. Gleichsam ist es indes der Ansicht, dass die psychiatrische Gesamtmorbidität mit einem Anteil von etwa 25 Prozent in der Altersgruppe der über 65 Jahre alten Personen nicht höher als in den übrigen gesellschaftlichen Altersgruppierungen ist. An dieser Stelle gilt es aber zu erwähnen, dass sich die psychischen Störungsbilder in den einzelnen Altersgruppen unterschiedlich verteilen. Bezug nehmend auf die Ergebnisse einer Vielzahl von Feldstudien, gibt das oben genannte Bundesministerium die Prävalenz psychischer Erkrankungen bei der Kohorte der 65-jährigen und älteren Personen in seinem Dritten Bericht zur Lage der älteren Generation (2001, S.77) wie folgt an: 4 bis 6 % jener Bevölkerungsgruppierung leiden an mittelschweren bis schweren Demenzen. Werden auch leichte dementielle Erkrankungen nicht vernachlässigt, so liegt der Anteil an demenzerkrankten Menschen über 65 Jahre derzeit bei 10 bis 14 %. 1 bis 5 % sind Betroffene einer schweren, 8 bis 16 % einer mittelgradigen bis schweren Depression.

Berücksichtigt man auch die leichten und subdiagnostisch verlaufenden depressiven Störungen, so variiert der Anteil depressiv Erkrankter in den verschiedenen Studien zwischen 10 und 25 %. Bei etwa 5 bis 10 % der oben definierten Altersgruppe liegen Angststörungen vor. Darüber hinaus finden sich bei 1 bis 2,5 % der 65-jährigen und älteren Gesellschaftsmitglieder paranoid halluzinatorische Syndrome. Psychische Beeinträchtigungen in Form von Belastungsstörungen und psychosomatische Störungen schätzen Experten in der Kohorte der 65 Jahre und älteren, auf Grund fehlender Daten, auf etwa 10 %. Diese Angaben psychiatrischer Alterserkrankungen verdeutlichen, dass es überwiegend dementielle Erkrankungen und Depressionen sind, die im „Herbst des Lebens“ unter den psychischen Störungen dominieren. Vor allem demente Personen stellen in der Arbeit mit gealterten Menschen eine immer bedeutender werdende Herausforderung dar: Während die DEUTSCHE ALZHEIMER GESELLSCHAFT E.V. in ihrem Informationsblatt Nr. 1 (1999) von gegenwärtig 830000 bis 1,1 Millionen Demenzerkrankten ausgeht, von denen alleine zwei Drittel an der Alzheimer-Krankheit leiden, schätzt die DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PSYCHIATRIE, PSYCHOTHERAPIE UND NERVENHEILKUNDE (2000, S.7) lediglich die Gesamtzahl der Alzheimerkranken bereits auf 1,5 Millionen. „Häufigste Ursache einer Demenz ist in den westlichen Ländern die Alzheimer-Krankheit mit einem Anteil von zwei Drittel an den Krankheitsfällen, gefolgt von den durch Schädigungen der Blutgefäße des Gehirns verursachten vaskulären Demenzen mit einem Anteil von knapp 20 %“ (Bickel, H. (1999): Das Wichtigste: 1 Die Epidemiologie der Demenz, in: Informationsblatt 1 der Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.). Die Häufigkeit dementieller Erkrankungen nimmt mit steigendem Lebensalter erheblich zu, was die Inzidenzrate, die die Anzahl aller gesunden Personen, die während eines gesamten Jahres neu erkranken, beschreibt, beweist. Nach Angaben der DEUTSCHEN ALZHEIMER GESELLSCHAFT E.V. (vgl.

Informationsblatt Nr.1) steigt das jährliche Neuerkrankungsrisiko von 0,33 % unter den 65- bis 69-Jährigen auf bis zu 8 % unter den 90 Jahre alten und älteren Menschen an. Bezogen auf Deutschland bedeutet dies etwa 200000 Neuerkrankungen pro Jahr, von denen alleine 135000 auf die Alzheimersche Krankheit entfallen. Das Lebensalter und das Auftreten dementieller Erkrankungen korrespondiert eng miteinander, wobei die Demenzhäufigkeit laut FÜSGEN (1991, S.12) nach dem 60. Lebensjahr exponentiell ansteigt: „Bei den 70- bis 74-Jährigen liegt sie [die Demenzhäufigkeit] bei nahezu 0 Prozent, bei den 80- bis 84-Jährigen bei 11 Prozent, bei den 90- bis 94-Jährigen bei 31 Prozent“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2001, S:56). Die Anzahl der Demenzerkrankten verdoppelt sich demnach „im Abstand von jeweils etwa 5 Altersjahren“ (Bickel, H. (1999): Das Wichtigste: 1 Die Epidemiologie der Demenz, in: Informationsblatt 1 der Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.). Während also unter den psychiatrischen Krankheitsbildern Demenzen immens im Alter ansteigen, wächst der Anteil anderer psychischer Störungen nicht augenfällig an.

3.2 *Typische gerontopsychiatrische Krankheitsbilder*

3.2.1 Psychische Störungen im Alter mit Hirnschädigung

3.2.1.1 Demenzen

„Sein Gedächtnis ist wie ein Sieb. Nein, nicht wie ein Sieb, eher wie ein welkes, angefressenes Herbstblatt. Nein, nein, vielmehr wie ein Gespenst, das sich mir um Mitternacht erscheint. Natürlich weiß ich, daß das Gedächtnis unsichtbar ist. Aber ich kann es trotzdem sehen. Ich sehe es wie den Schatten eines Schattens, der sich immerfort zurückzieht und sich abkapselt. Kaum habe ich es bemerkt, stürzt es in einen Abgrund. Ich höre seinen Aufschrei und sein leises Stöhnen“ (Wiesel, 1990, S.9). „Mit den Jahren, wenn unser Leben

dahingeht, gewinnt das früher verachtete Gedächtnis an Wert. Ohne daß man es merkt, häufen sich die Erinnerungen an, bis man eines Tages, unversehens, vergeblich nach dem Namen eines Freundes, eines Verwandten sucht. [...]. Mit dieser ersten Gedächtnislücke und weiteren, die nicht auf sich warten lassen, beginnt man die Wichtigkeit des Gedächtnisses zu begreifen und sich einzugestehen. [...]. Man muß erst beginnen, sein Gedächtnis zu verlieren, und sei` s nur stückweise, um sich darüber klarzuwerden, daß das Gedächtnis unser ganzes Leben ist. Ein Leben ohne Gedächtnis wäre kein Leben, wie eine Intelligenz ohne Ausdrucksmöglichkeiten keine Intelligenz wäre. Unser Gedächtnis ist unser Zusammenhalt, unser Grund, unser Handeln, unser Gefühl. Ohne Gedächtnis sind wir nichts“ (Buñuel, 1999, S.11ff). „[...] vergessen bedeutet verlassen, vergessen bedeutet verstoßen. [...]. Gott der Barmherzige, stoße mich nicht in jenen Abgrund, wo alles Leben, jede Hoffnung und alles Licht vom Vergessen verschlungen wird. Gott der Wahrheit, denke daran, daß die Wahrheit ohne Erinnerung zur Lüge wird, weil sie nur Maske der Wahrheit annimmt. Gedenke, daß durch die Erinnerung der Mensch befähigt wird, zu den Ursprüngen seiner Sehnsucht zu dir zurückzukehren“ (Wiesel, 1990, S.7f).

Als Demenz bezeichnet man den Abbau und den Verlust erworbener Fähigkeiten und Fertigkeiten mittels organisch bedingter Hirnerkrankungen. „Bei der Demenz ist der Mensch als »vernünftiges Wesen« in seiner Intellektualität verändert: logisches Denken, Wissen, Urteils- und Anpassungsfähigkeit an neue Situationen und an das soziale Milieu werden progredient beeinträchtigt“ (Wetterling, 2001, S.52). Als Krankheitssyndrom beschreibt die Demenz eine Vielzahl von Symptomen, die kombiniert in Erscheinung treten. Die Terminologie „Demenz“ umfasst somit als Oberbegriff mehrere Demenzformen, die sich in ihren Symptomen, „in ihren Ursachen, in ihrem Verlauf und in ihrer therapeutischen Beeinflussbarkeit zum Teil

deutlich voneinander unterscheiden“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2001, S.56).

Nach der ICD-10 (Dilling/ Mombour/ Schmidt, 1993) gelten die Abnahme des Gedächtnisses, der Urteilsfähigkeit und des Denkvermögens über eine Zeitspanne von sechs Monaten, Störungen der Affektkontrolle, des Antriebs und des Sozialverhaltens sowie fehlende Hinweise auf einen vorübergehenden Verwirrtheitszustand als mögliche charakteristische Kennzeichen eines dementiellen Krankheitsbildes. Im Zentrum aller dementieller Erkrankungen stehen Gedächtnisprobleme, die das Alltagsleben der Erkrankten erheblich beeinträchtigen. „Die Krankheit beginnt schleichend: lautlos wie ein Raubtier, das sich nachts an seine Beute heranschleicht, ergreift die Krankheit von seinem Opfer Besitz“ (Buijssen, 1997, S.2). Im Verlauf der Zeit aber verschlechtert sich der Zustand des dementiell Beeinträchtigten zusehends, da die Erkrankung unaufhaltsam fortschreitet. „Während des (langen) ersten Stadiums macht der Demente noch einen völlig gesunden Eindruck: er hat einen klaren Blick und einen scharfen Verstand, er läuft und bewegt sich wie immer. Im Endstadium der Krankheit ist die Person völlig von anderen abhängig. Alles was sie jemals gelernt hat, ist verlorengegangen. Der schwer demente Patient beendet sein Leben wie er es als neugeborenes Kind begann“ (Buijssen, 1997, S.2). Auch JÜRGS (2001, S.10) beschreibt die schwere Demenzform sehr anschaulich so: „Die an dieser [schweren Form der] Krankheit leiden, und das sind zum Ende des 20. Jahrhunderts in Deutschland etwa eine Million Menschen über 65 und in den USA schon mehr als vier Millionen, verlieren langsam den Verstand. [...]. Schlimmer: Ihnen entgleitet auf einem unaufhaltsamen Absturz ins Nichts ihre Identität, also ihr Selbst. Sie verstehen die Welt nicht mehr. Nur am Anfang ihres freien Falls merken sie noch, wie sie die eigene Biographie verläßt und damit das, was ihr Leben ausgemacht hat. Darum sind die ersten Phasen der Krankheit, so seltsam es klingen mag, für die Betroffenen viel schlimmer als kurz vor dem Tod das

Endstadium. Diese dann totale Umnachtung ist für uns, die wir in einer Wirklichkeit jenseits ihrer Realität leben, das eigentliche Schreckensszenario, kann aber für die Erkrankten die einzige Gnade ihrer letzten Jahre sein. Am

Ende mag sogar gelten: „Glücklich ist, wer vergißt“.

Die Bezeichnung „Demenz“ ist lateinischen Ursprungs und meint in seiner wörtlichen Bedeutung „Entgeistigung“. Nach MAURER/ IHL/ FRÖHLICH (1993, S.5) kommt der Terminus „dementia“ in seiner heutigen Bedeutung bereits in der Weltliteratur, in einem Ausspruch in den *Saturae* des Römers Junius Juvenalis vor: „Sed omni membrorum dumno major *dementia*, quae nec nomina servorum nec vultum agnoscit amici cum quo praeterita cenavit nocte, nec illos quos genuit, quos eduxit“. MAURER/ IHL/ FRÖHLICH (1993, S.5) übersetzten die zitierte Mitteilung des Römers folgendermaßen: „Aber noch schlimmer als sämtlicher Glieder Gebrechen ist die Demenz, bei der man selbst die Namen der Sklaven, die Miene des Freundes nicht mehr erkennt, der in vergangener Nacht mit einem speiste, nicht mehr die Kinder, die man gezeugt und erzogen“. Mit der Verwendung des Begriffs „Demenz“ ist allerdings keinerlei Aussage über die Pathogenese und den Verlauf der Hirnleistungsstörung gemacht. Auch geringgradige Beeinträchtigungen werden von der Terminologie „Demenz“ aufgenommen. Die Bezeichnung setzt weiterhin auch nicht voraus, dass die Erkrankung stets irreversibel und chronisch verläuft: „Je nach Erkrankungsalter und Kausalität können Demenzen wellenförmig ablaufen, sich teilrestituieren oder vollständig reversibel sein“ (Füsgen, 1991, S.14). Während die ältere deutschsprachige Psychopathologie laut WETTERLING (2001, S.52) unter Demenz primär „einen irreversiblen Prozess mit zunehmender intellektueller Beeinträchtigung“ verstand, gelang es mit der ICD-10-Definition dementieller Erkrankungen, das negative „Image der Irreversibilität und des terminalen Endzustandes der Hirnleistungsstörungen im Alter“ (Füsgen, 1991, S.14) abzustreifen. Die diagnostischen Leitlinien für eine Demenz nach der ICD-10

verlangen für eine sichere Diagnose der Krankheit, dass die „Symptome und Beeinträchtigungen mindestens sechs Monate“ bestehen sollen. „In der ICD-10-Definition der Demenz wird im Gegensatz zum DSM-IV keine Zeitangabe über die Entwicklung (akut oder langsam progredient) und den Verlauf (reversibel oder irreversibel) gemacht, so dass auch einmalige Ereignisse wie ein Schädel-Hirn-Trauma oder eine schwere Enzephalitis (Gehirnentzündung) Ursache einer Demenz sein können. Im Gegensatz zu der klassischen Psychopathologie wird eine Demenz also nicht als chronisch progredienter irreversibler Prozess angesehen“ (Wetterling, 2001, S.52).

Wie schon erwähnt gibt es verschiedene Ausprägungsformen dementieller Erkrankungen. WETTERLING (2001, S.53) differiert die Demenz in folgende psychopathologische Unterformen: kortikale Demenz, welche z. B. die Alzheimer-Krankheit einschließt, frontale Demenz (z. B. Demenz bei Morbus Pick), subkortikale Demenz, beispielsweise Demenz bei Chorea Huntington oder Parkinson und fokale (vaskuläre) Demenz (z. B. bei Multiinfarkt-Demenz).

Die kortikale Demenz beschreibt laut ICD-10 und DSM-IV symptomatisch die Merkmale intellektueller Abbau, insbesondere mit Gedächtnisstörungen und Störungen der höheren kortikalen Funktionen wie Amnesie, Aphasie (Wortfindungsstörungen), Agnosie (Unfähigkeit, Gegenstände wiederzuerkennen), Apraxie (Beeinträchtigung, Handlungen durchzuführen) und Akalkulie.

Die frontale Form der dementiellen Erkrankung wird nach WETTERLING (2001, S.54) durch folgende Symptome charakterisiert: „nur leichte Gedächtnisstörungen, Änderung der Persönlichkeit, Enthemmung mit sozialem Fehlverhalten, mangelnde Einsichtsfähigkeit (häufiger auch Wahn), Antriebsmangel und stereotype Verhaltensmuster“.

Für subkortikale Demenzformen sollen „Störungen der Motivation, Stimmung, Affektivität und Emotionalität, Aufmerksamkeits- und

Merkfähigkeitsstörungen, psychosomatische Verlangsamung, Schwierigkeiten in der Lösung komplexer Aufgaben, meist gleichzeitig neurologische Ausfälle, v. a. extrapyramidale Bewegungsstörungen“

(Wetterling, 2001, S.54) charakteristisch sein.

Vaskulär bedingte Demenzen sollen nach ICD-10- und DSM-IV-Kriterien zu Beginn nur wenige kortikale Funktionen betreffen. Erst in späteren Stadien gilt der Verlauf als „stufenförmig mit sukzessiven Hinzukommen neuer Hirnleistungsstörungen“.

Ob solch eine psychopathologische Einteilung der verschiedenen Demenzformen sinnvoll erscheint, wird selbst in Expertenkreisen angezweifelt, da eine strikte Grenzziehung dementieller Erkrankungen auf Grund von psychopathologischen Kriterien dadurch erschwert wird, dass es kaum eindeutige pathologische Strukturen gibt (vgl. Wetterling, 2001, S.55). Vielmehr sind es nämlich die unterschiedlichen spezifischen Symptome, die die Unterformen der Demenzerkrankung bestimmen. „Die neuropathologischen Befunde [...] sprechen gegen die lokalisatorische Einteilung der Demenz, denn bei fast allen »subkortikalen« Demenztypen (z. B. Parkinson-Demenz) finden sich auch Veränderungen in den zum Kortex ziehenden Bahnen oder im Kortex selbst. Umgekehrt sind bei kortikalen Demenzformen (z. B. Alzheimer-Demenz) sehr häufig auch subkortikale Strukturen betroffen. [...]. Meist besteht auch eine frontale Mitbeteiligung. Eine vaskuläre Demenz wird ausschließlich durch bilaterale vaskuläre Schädigungen hervorgerufen[...], daher liegt also keine rein fokale Störung vor“ (Wetterling, 2001, S.55).

Nach Angaben des BUNDESMINISTERIUMS FÜR FAMILIEN; SENIOREN; FRAUEN UND JUGEND (2001, S.79) wird die prozentuale Verteilung dementieller Erkrankungen auf folgende Häufigkeiten geschätzt:

Die häufigste Form der Demenz mit etwa 60 % aller dementieller Abbauprozesse ist die Alzheimer-Demenz. Vaskulär bedingt gelten 15 bis 20

% aller Demenzen und etwa 15% sind Mischformen aus Alzheimer- und vaskulärer Demenz.

Nach WETTERLING (2001, S.56) lässt sich die Häufigkeit der verschiedenen zur Demenz führenden Erkrankungen bei älteren Menschen durch neuropathologische Autopsiestudien wie folgt darlegen: Das Vorkommen der Demenz vom Alzheimer-Typ liegt ihm zufolge bei 45,6 %. Vaskulär bedingte Demenzen, einschließlich Multiinfarkt-Demenzen bilden mit 24,2 % die zweithäufigste Demenzform und bei 16,5 % aller dementen Personen leitete eine Kombination aus Alzheimer- und vaskulärer Demenz den dementiellen Abbauprozess ein. „Bei etwa 12-15 % der Demenzpatienten findet sich kein neuropathologisch adäquates Korrelat“ (Wetterling, 2001, S.57). Dies bedeutet, dass dementielle Hirnschädigungen ebenfalls durch Erkrankungen wie etwa chronischen Alkoholismus, raumfordernde Hirntumore, Schilddrüsenerkrankungen oder Normaldruck-Hydrozephalus sowie durch toxische Substanzen und Medikamente bedingt werden können.

Demenz vom Alzheimer-Typ (DAT)

Der Name Alzheimer ist momentan so gegenwärtig wie noch nie, und selbst in naher Zukunft wird er (noch) nicht so schnell in Vergessenheit geraten.

Dafür sorgt alleine schon die anwachsende Zahl derer, die an jenem dementiellen Abbauprozess leiden, die als „Geißel des Jahrhunderts“ (Jürgs) bezeichnet wird: „Da die Lebenserwartung in den reichen Staaten des Westens wächst, ist bis zum Jahr 2040 mit einer Steigerung der Erkrankungen um fünfzig Prozent zu rechnen. Dann wird, sagen kühle Statistiker, jeder sechzehnte über fünfundsechzig, aber schon jeder vierte über achtzig an dem von Alzheimer erkannten Hirnschwund verkümmern, [...]“ (Jürgs, 2001, S.32). Nach Angaben nationaler Alzheimer-Gesellschaften, schätzt die

Dachorganisation ALZHEIMER`S DISEASE INTERNATIONAL den Krankenstand im Jahr 2020 wie folgt: „2,5 Millionen Erkrankte in Südamerika. 2,3 Millionen Hirnranke im Nahen Osten. 8 Millionen Patienten in den USA und in Westeuropa. 3,6 Millionen Kranke in Südostasien. 6,4 Millionen lebende Leichen in China. 3,7 Millionen Demente in Indien. Nur 1,8 Millionen in Afrika wegen der auf diesem Kontinent geringeren Lebenserwartung. Ähnliches gilt für die meisten Länder in der ehemaligen Sowjetunion mit etwa 2,4 Millionen“ (zit. nach Jürigs, 2001, S.274). Angesichts dieser beängstigenden Zahlen ist es umso erstaunlicher, dass über den Entdecker der Hirnstörung, die wie ein Schreckgespenst durch unsere Gesellschaft spukt, kaum Worte verloren werden.

Untrennbar mit dem Namen Alzheimer verbunden, ist die Erstbeschreibung des deutschen Neurologen, der später nach ihm bezeichneten dementiellen Erkrankung, die dieser 1907 in der „Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie“ veröffentlichte und die seinen internationalen Ruf begründete. Alzheimers Karriere begann damit, dass am 8. April 1906 eine an einem „eigenartigen, schweren Erkrankungsprozeß der Hirnrinde“ leidende 51 Jahre alte Frau, nach viereinhalbjährigem Aufenthalt in der „Irrenanstalt“ in Frankfurt, verstarb.

Die Patientin mit der „eigenartigen“ Geisteskrankheit ging durch Alois Alzheimer in die Geschichte der Medizin ein und ist hier als Auguste D. unsterblich geworden. Die 51 Jahre alte Frau wurde gegen Ende des Jahres 1902 in die Frankfurter Klinik eingewiesen, da sie ihren Mann nicht mehr erkannte, wirres Zeug erzählte und für ihre Familie zu einem Pflegefall wurde, mit dem diese alleine nicht mehr zu Rande kam. Alzheimer beobachtete die Patientin bis zu ihrem Tod mit großem Interesse. Auf der 37. Jahrestagung Südwestdeutscher Irrenärzte im November 1906 berichtete der Neurologe Alzheimer erstmals seinen Kollegen über den Fall Auguste D.. Er stellte sein Referat unter den Titel „Über einen eigenartigen, schweren Erkrankungsprozeß der Hirnrinde“. Der Vortrag begann mit der

redaktionellen Einleitung: „A. berichtet über einen Krankheitsfall, der in der Irrenanstalt in Frankfurt a. M. beobachtet und dessen Centralnervensystem ihm von Herrn Direktor Sioli zur Untersuchung überlassen wurde. Er bot schon klinisch ein so abweichendes Bild, daß er sich unter keiner der bekannten Krankheiten einreihen ließ, anatomisch ergab er einen von allen bisher bekannten Krankheitsprozessen abweichenden Befund“ (zit. nach Merki/ Krämer, 2001, S.30f). Alzheimer berichtete über Auguste D., die „als erste auffällige Krankheitserscheinung Eifersuchtsideen gegen den Mann“ (zit. nach Merki/ Krämer, 2001, S.31) zeigte. „Bald machte sich eine rasch zunehmende Gedächtnisschwäche bemerkbar, sie fand sich in ihrer Wohnung nicht mehr zurecht, schleppte Gegenstände hin und her, versteckte sie, zuweilen glaubte sie, man wolle sie umbringe. [...]. Sie ist zeitlich und örtlich gänzlich desorientiert. Gelegentlich macht sie Äußerungen, daß sie nicht alles verstehe, sich nicht auskenne. [...]. Zuweilen ist sie völlig delirant, schleppt ihre Bettsäcke umher, ruft ihren Mann und ihre Tochter und scheint Gehörhalluzinationen zu haben. Oft schreit sie viele Stunden lang mit gräßlicher Stimme. [...]. Ihre Merkfähigkeit ist aufs schwerste gestört. Zeigt man ihr Gegenstände, so benennt sie dieselben meist richtig, gleich darauf aber hat sie alles wieder vergessen. [...]. Beim Sprechen gebraucht sie häufig Verlegenheitsphasen, einzelne paraphrasische Ausdrücke (Milchgießer statt Tasse), manchmal beobachtet man Klebenbleiben. [...]. Den Gebrauch einzelner Gegenstände scheint sie nicht immer zu wissen. [...] Im weiteren Verlauf treten die als Herdsymptome zu deutenden Erscheinungen bald stärker, bald schwächer hervor. [...]. Dagegen macht die allgemeine Verblödung Fortschritte. Nach viereinhalbjähriger Krankheitsdauer tritt im April 1906 der Tod ein. Die Kranke war schließlich völlig stumpf, mit angezogenen Beinen, zu Bett gelegen, hatte unter sich gehen lassen und trotz aller Pflege Decubitus (Druckgeschwüre) bekommen“ (zit. nach Merki/ Krämer, 2001, S.31f). Die Patientin, „die ihm so seltsam erschien und deren

Verhalten angesichts ihres Alters in keines der bekannten Muster von Demenzerkrankungen paßte“ (Jürgs, 2001, S.37), veranlasste den Nervenarzt Alzheimer, Auguste D.'s Gehirn einer neuropathologischen Untersuchung zu unterziehen. Da die Medizin zu jenem Zeitpunkt lediglich die senile Demenz als Krankheit akzeptierte, wollte sich Alzheimer nicht damit zufriedenstellen, „irgend einen klinisch unklaren Krankheitsfall in eine der uns bekannten Krankheitsgruppen unter Aufwendung von allerlei Mühe unterzubringen“ (zit. nach Merki/ Krämer, 2001, S.33). Durch die Hirnuntersuchung stellte Alzheimer fest, dass „nur ein aufgeknäueltes Bündel von Fibrillen“ den Ort zeigt, „an dem früher eine Ganglienzelle gelegen hat“. Angesichts der Symptome seiner Patientin und der Veränderungen in ihren Hirnrinden, „die wahrscheinlich die Ursachen für die Auffälligkeiten waren“ (Jürgs, 2001, S.37), kam Alzheimer der Entdeckung eines neuen Krankheitsbildes näher, das später seinen Namen erhalten sollte. „Die Folge von Demenzen im Alter kannte die Psychiatrie schon vor Alzheimer. Er aber hat während der Untersuchung der Hirnrinde die ihm durch die Visiten bekannten Veränderungen und die jetzt nach dem Tod feststellbaren neurologischen Merkmale in eine ursächliche Beziehung gesetzt und daraus richtige Schlüsse gezogen. Ihm war klar, daß es eine Verbindung geben mußte zwischen dem einen und dem anderen [...]“ (Jürgs, 2001, S.38). Die Fachwelt indes reagierte damals zunächst kaum auf Alzheimers Veröffentlichung. Aber selbst heute, 95 Jahre nach der Publikation gilt die exakte Beschreibung des Krankheitsbildes von Auguste D. immer noch als sehr präzise und hochaktuell.

Es wurde bereits erwähnt: Die Alzheimersche Krankheit gilt als die häufigste Demenzform. „Welweit schätzt man die Zahl derer, die an der »Krankheit des Jahrhunderts« leiden – denn es gibt nur Schätzungen, weil die meisten Alzheimer-Kranken daheim gepflegt werden, von ihren Verwandten dabei hilflos mitleidend erlitten – , auf fünfzehn Millionen Menschen. Es sind mehr

Frauen als Männer an Alzheimer erkrankt, aber das zu erklären ist einfach, denn Frauen haben eine viel höhere Lebenserwartung und erkranken deshalb absolut gesehen häufiger“ (Jürgs, 2001, S.32). Meist nimmt die „Geißel des Jahrhunderts“ (Jürgs) Besitz von über 65 Jahre alten Menschen, ganz selten leiden unter 50-Jährige an der Demenzform. Oft wird die Demenz vom Alzheimer-Typ (DAT) je nach Krankheitsbeginn in zwei Unterformen eingeteilt: Treten vor dem 65. Lebensjahr erstmals Symptome auf, so wird die Erkrankung nach ihrem Erstbeschreiber und Entdecker Alois Alzheimer als Alzheimer-Krankheit bezeichnet. Bei Beginn der Erkrankung nach dem 65. Lebensjahr spricht man von „seniler Demenz vom Alzheimer-Typ“. Im Folgenden werde ich nicht spezifisch auf die beiden Unterformen der Demenz vom Alzheimer-Typ eingehen, und abwechselnd beide Bezeichnungen zur Beschreibung der DAT gebrauchen. „Genau genommen müsste man von einer Demenz bei Alzheimer-Erkrankung sprechen, denn eine Demenz ist ein ätiologisch unspezifisches , psychopathologisch definiertes Krankheitsbild und die Alzheimer Erkrankung ist neuropathologisch [...] definiert“ (Wetterling, 2001, S.71). Diese Form des dementiellen Abbauprozesses zählt nach wie vor zu den „geheimnisvolle[n] Krankheit[en]“ (Merki/ Krämer, 2001, S.34), bei denen noch vieles im Verborgenen liegt. Sicher ist, dass die Alzheimersche-Erkrankung meist schleichend progredient verläuft, wobei der Beginn des Leidens oftmals nicht exakt bestimmt werden kann, und zu einem unaufhaltsamen stetigen Abbau der Denk- und Merkfähigkeit führt. Neben Gedächtnisstörungen, Störungen des Raumempfindens, Orientierungsstörungen (sowohl zur Person, zur Zeit als auch zur Situation) und Wortfindungsstörungen, lassen mit Fortschreiten der Krankheit auch das Urteils- und Entscheidungsvermögen des Betroffenen nach. Die Möglichkeit, Neues lernen zu können schwindet zusehends. Alzheimer-Kranke sind im Verlauf ihres Leidens immer weniger imstande, ihren Lebensalltag eigenständig zu bewältigen und sich um sich selbst zu kümmern, da sie nicht

mehr „Herr ihrer Sinne“ sind und ihr Tun und Lassen nicht mehr steuern können. Nach WETTERLING (2001, S.76f) können DAT-Patienten des Weiteren psychopathologische Auffälligkeiten wie depressive Verstimmung oder Wahnvorstellungen (meist Wahn, bestohlen oder hintergangen zu werden) zeigen. Darüber hinaus muss mit einer Veränderung des Verhaltens des Erkrankten gerechnet werden, weil das Gehirnleiden auch die Persönlichkeit des Betroffenen stark beeinträchtigt. Schlafstörungen, so beispielsweise die Tag-Nacht-Umkehr, das „wandering problem“, wie die Agitiertheit mit stundenlangem ziellosen Umhergehen vieler DAT-Kranker in Medizinerkreisen bezeichnet wird, oder eine zunehmende Starrköpfigkeit, zählen zu den häufigsten Verhaltensauffälligkeiten Alzheimer-Kranker. „Die Alzheimer-Krankheit zeichnet sich durch einen schleichenden Beginn und durch eine allmähliche Verschlechterung der geistigen Fähigkeiten aus. Körperliche Symptome fehlen in den ersten Krankheitsjahren. Einbußen des Gedächtnisses stehen im Gesamtbild der Störungen im Vordergrund“ (Haupt, M. (1999): Das Wichtigste: 3 Die Diagnose der Alzheimer-Krankheit, in: Informationsblatt 3 der Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.). Die klinische Diagnose einer Demenz vom Alzheimer-Typ kann nach WETTERLING (2001, S.83) nur dann gestellt werden, wenn andere, insbesondere behandelbare Ursachen einer Demenz ausgeschlossen wurden. Bisher gibt es allerdings noch keine sicheren klinischen Tests oder Labortests, aber die DEUTSCHE ALZHEIMER GESELLSCHAFT E.V. (vgl. Informationsblatt Nr. 3) geht davon aus, dass die Diagnose der Alzheimer-Krankheit in 80 % der Fälle zutreffend ist. Völlige Gewissheit, dass eine Person Opfer dieser Demenzform gewesen ist, erhält man erst nach deren Tod, mittels einer neuropathologischen Untersuchung des Gehirns. „Wenn Gedächtnis, abstraktes Denken, Urteilsfähigkeit und Orientierungssinn nachlassen, wenn zudem Störungen im Benennungs- und Sprachgefühl auftreten, wenn die Geschicklichkeit nachläßt und bekannte Menschen plötzlich als fremd

erscheinen, dann weist der Betroffene einige Symptome auf, die auf eine Alzheimer-Erkrankung hindeuten“ (Merki/ Krämer, 2001, S.35). BUÑUEL (1999, S11) stellt in seinen Memoiren typische Hinweise für die Diagnose Alzheimer dar: „In den letzten zehn Jahren ihres Lebens verlor meine Mutter nach und nach ihr Gedächtnis. Wenn ich sie in Saragossa besuchte, wo sie bei meinen Brüdern lebte, gaben wir ihr manchmal eine Illustrierte, die sie sorgfältig bis zur letzten Seite durchblättere. Dann nahmen wir ihr sie ihr aus der Hand und taten so, als gäben wir ihr eine andere, in Wirklichkeit war es aber dieselbe. Sie blätterte sie wieder durch, mit der gleichen Sorgfalt. Es kam soweit, daß sie ihre Kinder nicht mehr erkannte, nicht mehr wußte, wer wir waren und wer sie war. Ich ging zu ihr, umarmte sie, blieb eine Weile bei ihr – körperlich war sie ganz gesund, sie war sogar sehr beweglich für ihr Alter –, dann verließ ich das Zimmer und kam gleich wieder herein; sie empfing mich mit dem gleichen Lächeln und ließ mich Platz nehmen, als sähe sie mich gerade zum ersten Mal, auch meinen Namen hatte sie vergessen“. Michael Reagan, Sohn des prominenten Alzheimer-Erkrankten Ronald Reagan, äußerte sich im März 1997 im TIME-MAGAZIN, wie er seinen dementen Vater wahrnimmt: „Er befindet sich auf einer gewissen Stufe, bleibt da eine Weile stehen und steigt dann auf die nächsttiefere hinab“ (zit. nach Merki/ Krämer, S.49). „Alzheimer-Patienten werden im letzten Stadium ihrer Krankheit zu lebenden Leichen. Ohne ihr Gedächtnis existieren sie in einer Gegenwart, die keinen Sinn mehr ergibt, weil Vergangenheit fehlt und Zukunft erst recht. Sie sind abwesend von sich selbst: lachen und weinen, aber sie wissen nicht mehr warum. Sie empfinden in ihrer Selbstvergessenheit noch Zuneigung, Liebe, Abneigung und Hass, aber sie können diese Gefühle nicht mehr mitteilen“ (Jürs, 2001, S.26f). Gerade weil das „unerbittlich fortschreitende Hirnversagen“ (Merki/ Krämer, 2001, S.34) immer noch keine Heilung möglich ist, gilt es, endlich den therapeutischen Nihilismus zu überwinden, und der Vielzahl von Alzheimer-Betroffenen ihre letzten Jahre

im „Niemandland“ (Jürgs) so lebenswert und menschenwürdig wie nur irgendwie möglich zu gestalten und ihre Beschwerden zu mildern. „Die Verwüstung der Innenwelt, die mit einer von der Außenwelt nachsichtig belächelten Vergesslichkeit beginnt, ist jetzt schon nach den großen Killern Schlaganfall, Herzinfarkt und Krebs die häufigste Todesursache bei allen Menschen, und zwar ohne geschlechtsspezifische Unterschiede“ (Jürgs, 2001, S.33). Die Demenz vom Alzheimer-Typ führt allerdings nicht wie die anderen drei „Killer“ unmittelbar zum Tod. Nach MERKI und KRÄMER (2001, S.40) schwankt die Krankheitsdauer zwischen fünf und zwanzig Jahren. WETTERLING (2001, S.77) stützt sich auf eine Reihe von Studien und gibt die durchschnittliche Zeitspanne von Beginn der ersten Symptome bis zum Tod, bei bestehender Unsicherheit, den exakten Anfang des dementiellen Abbauprozesses exakt festlegen zu können, mit 6 bis 8 Jahren an. Übereinstimmend mit JÜRGS (2001, S.33) erachte ich dies aber „bei Gott [nicht als] Trost. Wer an Krebs erkrankt, weiß zwar in den meisten Fällen, daß er kein Morgen mehr haben wird und fortan den Tod als täglichen Begleiter, doch bleibt bis zum Schluß die Erinnerung an ein ganz persönliches Gestern. Selbst die hat ein Alzheimer-Kranker verloren, denn die ist nach und nach erloschen“.

Bisher sind die genauen Ursachen und Auslöser der Alzheimerschen Erkrankung unbekannt, weshalb die Demenz vom Alzheimer-Typ heutzutage immer noch nicht ursächlich behandelt oder geheilt werden kann. Wenngleich durch einige Studien Risikofaktoren entdeckt werden konnten, die die Krankheit bedingen oder fördern könnten, kann noch nicht mit absoluter Bestimmtheit ermittelt werden, welche Menschen letztendlich sicher von der Hirnschädigung getroffen werden. Der wichtigste bekannte Risikofaktor ist unbestritten das Lebensalter. Die Erkrankungswahrscheinlichkeit steigt nämlich, wie schon erwähnt, mit den Lebensjahre steil an. In diesem Kontext besitzen Frauen ein erhöhtes Risiko, die Alzheimer-Demenz zu bekommen,

da ihre Lebenserwartung im Vergleich zum männlichen Geschlecht größer ist.

An zweiter Stelle der Risikofaktoren steht eine bestimmte Variante des Apolioprotein E4, welches „im ZNS wahrscheinlich an Reperatur- und Regenerationsvorgängen beteiligt ist“ (Wetterling, 2001, S.76) und die Ablagerung von Amyloid im Gehirn begünstigt. Weiterhin konnten Wissenschaftler ein erhöhtes Erkrankungsrisiko bei familiärer gehäufte Belastung feststellen, mit anderen Worten meint dies, dass das Alzheimer-Erkrankungsrisiko „bei vielen, vor allem früh auftretenden Fällen mit DAT in der Familie“ (Wetterling, 2001, S.80) steigt. Bei Verwandten ersten Grades von Alzheimer-Erkrankten oder Parkinson-Betroffenen besteht ebenfalls eine erhöhte Erkrankungswahrscheinlichkeit. Auch das Vorkommen des Down-Syndroms in der Familie steigert das Risiko, an einer Demenz vom Alzheimer-Typ zu erkranken. WETTERLING (2001, S.75) stellt heraus, dass genetische Untersuchungen veranschaulichten, dass in Familien in denen eine Demenz vom Alzheimer-Typ meist mit frühem Beginn auftritt, mehrheitlich eine Veränderung bestimmter Geneorte auf verschiedenen Chromosomen nachweisbar ist. Bislang sind folgende Gene bekannt, die bei autosomal dominant vererbten Formen der Alzheimerschen-Erkrankung mutiert sein können: Zum einen handelt es sich um das Gen Presenil 1 auf dem Chromosom 1, zum anderen um das Gen Presenil 2 auf dem Chromosom 14, sowie um das sich auf Chromosom 21 befindende Amyloid-Vorläufermolekül. All jene Genmutationen scheinen „eine vermehrte Bildung von unlöslichem β -Amyloid zu fördern“. Außerdem konnte laut WETTERLING (2001, S.80) ebenso eine erhöhte Erkrankungswahrscheinlichkeit für Menschen ermittelt werden, deren Mutter bei der Geburt älter als 40 Jahre war. Als weiteres Risiko werden Schädel-Hirn-Traumata nach Unfällen oder bei Berufsboxern genannt, die sich überdurchschnittlich häufig in der Biographie von Alzheimer-Patienten verorten lassen. Auch Umwelteinflüsse wie Aluminiumvergiftungen wurden

in der Vergangenheit immer wieder als Erkrankungsauslöser ins Gespräch gebracht, doch nach heutigem Wissensstand gilt eine Beteiligung von Aluminium an der Entstehung der Demenzform als eher unwahrscheinlich:

„Zwar ist im Kern der Amyloid-Plaques ein hoher Aluminiumgehalt festgestellt worden, zwar lassen sich in bestimmten Gegenden statistische Zusammenhänge herstellen zwischen dem Anteil des Metalls im Trinkwasser und Krankenzahlen, aber das sind für Ursachenforscher keine Beweise. Sondern nur Hinweise“ (Jürgs, 2001, S.236). In Wissenschaftskreisen wird zudem diskutiert, ob Tabakrauchen in einem Zusammenhang mit dem Alzheimer-Erkrankungsrisiko steht. Eindeutige, gesicherte Erkenntnisse konnten diesbezüglich noch nicht gefunden werden, auch wenn JÜRGS (2001, S.228) auf eine Untersuchung der Erasmus-Universität in Rotterdam, aus dem Jahre 1998 hinweist, die eindeutig feststellt, dass Raucher ein 2,3 mal höheres Risiko haben, an einer Demenz vom Alzheimer-Typ zu erkranken als Nichtraucher.

Letzten Endes tappen Forscher, Wissenschaftler, medizinische und soziale Fachkräfte, sowie Betroffene und Angehörige auch 95 Jahre nach Entdeckung des Krankheitsbildes der Demenz vom Alzheimer-Typ weitestgehend immer noch im Dunkeln, was Ursachen und Heilungsmöglichkeiten der Krankheit angehen.

Andere häufige degenerative Demenzformen

Neben der Demenz vom Alzheimer-Typ existieren noch weitere degenerative Formen des dementiellen Abbauprozesses. An dieser Stelle möchte ich sowohl die „Lewy body disease“ als auch das Parkinson-Syndrom kurz darstellen, da beide Erkrankungen zu den charakteristischen gerontopsychiatrischen Krankheitsbildern gerechnet werden können:

Lewy body disease (Lewy-Körperchen-Erkrankung)

Die Lewy-body-Erkrankung wird nach WETTERLING (2001, S.84) in zahlreichen klinisch-neuropathologischen Arbeiten als zweithäufigste degenerative Ursache einer Demenzerkrankung beschrieben. Manche Experten, so z. B. Förstl, betrachten sie auf Grund ihrer nicht eindeutig zu ortenden neuropathologischen Lokalisation als Variante der Alzheimerschen Krankheit. WETTERLING (2001, S.84) macht deutlich, dass es unter medizinischen Fachleuten bislang noch umstritten ist, ob eine Lewy-Körperchen-Erkrankung stets mit einer dementiellen Erkrankung korrespondiert.

Bei dieser degenerativen Demenzform, deren klinisches Bild dem der Alzheimer-Erkrankung stark ähnelt, finden sich in den Hirnrinden ergänzend zu den typischen Kennzeichen der Alzheimer-Krankheit gleichsam Einschlusskörper, sogenannte Lewy-Körper, in zahlreichen Nervenzellen. Neuropathologisch auffällig erscheint die Lewy-body-Erkrankung folglich durch einen erheblichen Anstieg der Lewy bodies im Kortex und im Parahippocampus des Gehirns. Neben charakteristischen Merkmalen der Alzheimer-Krankheit gehören insbesondere ein zeitiges Auftreten von extrapyramidalen Bewegungsstörungen ohne Tremor und Rigor, die Tendenz zu Stürzen, sowie ausgeprägte optische Halluzinationen zu den symptomatischen Kennzeichen dieser Demenzform. Laut WETTERLING (2001, S.84) ist auch für die Demenz vom Lewy-body-Typ bisher noch keine adäquate Therapie zur Behandlung oder Milderung bekannt: „Unter der Behandlung mit Neuroleptika, auch atypisch, verbessern sich die Halluzinationen nicht, aber die extrapyramidalen Störungen verschlechtern sich meist deutlich“ (Wetterling, 2001, S.84).

Demenz bei Parkinson-Syndrom

Dementielle Abbauprozesse lassen sich auch bei Personen feststellen, die an einem Parkinson-Syndrom leiden. Das Parkinson-Syndrom ist jedoch keine Erkrankung, deren Erscheinungshäufigkeit charakteristisch mit dem steigenden Lebensalter korreliert. Es kann vielmehr unabhängig vom Alter im Verlauf zahlreicher Erkrankungen auftreten. Außerdem muss eine Hirnleistungsstörung nicht zwingend mit der Parkinson-Erkrankung einhergehen. Nach WETTERLING (2001, S.84) wird die Zahl der Parkinson-Syndrom-Betroffenen in Deutschland derzeit auf rund 100000 geschätzt. Obgleich die Krankheit familiär gehäuft auftritt, konnte bis dato noch keine dafür verantwortliche genetische Veränderung ausfindig gemacht werden. Als Ursache der Krankheit konnte ein Nervenzelluntergang in Regionen des Gehirns ausfindig gemacht werden, die die Verantwortung für die Koordination menschlicher Bewegungsabläufe tragen. Das Parkinson-Syndrom wird überwiegend durch extrapyramidale neurologische Störungen Symptome gekennzeichnet: Neben dem typischen kurzschrittigen Gang in gebeugter Haltung, prägen eine Hypo-Akinese mit Hypo-Animie sowie Ruhetremor und Rigor das Krankheitsbild. Im Verlauf der Erkrankung können die Symptome deutlich zunehmen und gar zu einer Immobilität führen.

Gemäß WETTERLING (2001, S.85) tritt eine Demenz bei der Erkrankung mehrheitlich vor allem im höheren Lebensalter und bei längerer Erkrankungsdauer auf. Auch bei der Demenz bei Parkinson-Syndrom verläuft der dementielle Abbau langsam progredient. Als Risikofaktor für eine Demenz bei Parkinson-Syndrom ist bislang nur das ansteigende Lebensalter bekannt. Eine Demenzerkrankung bei Parkinson-Syndrom wird wie die Demenz vom Alzheimer-Typ in erster Linie auf cholinerge Störungen

zurückgeführt. Nach MEIER-RUGE (1993, S.24) gehen bei der Parkinson-Krankheit die pigmentierten Nervenzellen der Substantia nigra, ein Kern mit schwarzem Pigment in der Nervenzelle, zugrunde, so dass das Pigment aus den Nervenzellen austritt und von Makrophagen des restlichen Hirngewebes aufgenommen wird. Bedeutend für die Parkinson-Erkrankung sind ebenso die Lewy-bodies, die sich größtenteils in verschiedenen Kernen des Hirnstamms befinden. Die meisten Kerne, die von den Einschlusskörperchen befallen wurden, benützen als Überträgersubstanz Katecholamine, einige auch Acetylcholin. Dies erklärt, weshalb bei der Demenz bei Parkinson-Syndrom cholinergene Störungen eintreten.

Vaskuläre Demenz

Vaskuläre Prozesse stellen die zweithäufigste Ursache für eine Demenzerkrankung dar. Bislang bildete die Bezeichnung Multiinfarkt-Demenz den Oberbegriff für alle Formen vaskulärer dementieller Erkrankungen.

WETTERLING (2001, S.86) stellt jedoch deutlich heraus, dass dieser allgemeine Gebrauch der Terminologie Multiinfarkt-Demenz vermieden werden sollte, da nicht ausschließlich zahlreiche kleine Infarkte das Hirngewebe zerstören und so eine Demenz bewirken können, sondern auch eine Vielzahl anderer vaskulärer Prozesse dafür verantwortlich sein können.

Auch FÜSGEN (1991, S.17) betont, dass der Begriff der Multiinfarkt-Demenz zur Beschreibung von Demenzen vom vaskulären Typ zu ungenau ist, da er lediglich eine mögliche Ursache der Entstehung beachtet.

Vaskulär bedingte Hirnstörungen charakterisieren sich durch einen plötzlichen Beginn der Symptomatik und ein schrittweises, abruptes Fortschreiten. „Die Diagnose einer Demenz stützt sich neben dem Nachweis von neuropsychologischen (Gedächtnis, Aphasie etc.) und

psychopathologischen Veränderungen (Antrieb, Emotivität etc.) auf den Nachweis von schwerwiegenden Veränderungen des Sozialverhaltens (Rückzug, verminderte Impulskontrolle etc.) und Beeinträchtigung der täglich notwendigen Tätigkeiten (Körperpflege, Essen etc.)“ (Wetterling, 2001, S.87). Diagnostische Kriterien für vaskuläre Demenzen lassen sich nach Auffassung einiger medizinischer Experten (vgl. Wetterling, 2001) nur schwer definieren, da Hirnfunktionen zu Beginn der Erkrankung mitunter nur einzeln betroffen sein können, während andere völlig intakt bleiben. Des Weiteren kann es durchaus sein, dass Gedächtnisstörungen im Anfangsstadium einiger vaskulärer Demenzen nicht primär in Augenschein treten. FÜSGEN (1991, S.35) weist darauf hin, dass Hypertonie, Herzrhythmusstörungen, Schlaganfälle und extrazerebrale Arteriosklerose in der Anamnese des Erkrankten oft auf vaskulär bedingte Hirnleistungsstörungen hindeuten. Um eine Multiinfarkt-Demenz eindeutig zu diagnostizieren, bediente man sich bisher der sogenannten „Ischämie-Skala (HIS)“ (nach Hachinski et al. 1975), die 13 Fragen enthält und den Anspruch einer Unterscheidung zwischen Demenz vom Alzheimer-Typ und Multiinfarktdemenz besitzt. Zusätzlich bediente man sich der bildgebenden Verfahren der Computertomographie, bei der sämtliche Infarkte im kortikalen und subkortikalen Hirnbereich, sowie in den weißen Hirnsubstanzen erfasst werden. Zur Differenzierung der verschiedenen Formen der Demenz vom vaskulären Typ betrachtet WETTERLING (2001, S.91) die Unterteilung in fünf Untergruppen als notwendig: Subkortikale vaskuläre Demenz, vaskuläre Demenz mit akutem Beginn, Multiinfarkt-Demenz, Mischtypen und andere spezifische Typen. Die subkortikale Demenz wird oft auch als Biswangersche Krankheit bezeichnet, die sich neuropathologisch durch Erweichung und Markscheidenverluste in der weißen Substanz des Großhirns auszeichnet. Nach einem Schlaganfall liegt meist eine vaskuläre Demenz mit akutem Beginn vor. Laut WETTERLING (2001, S.93) führt diese ohne weitere

Infarkte zu einem dementiellen Abbau. Die Multiinfarkt-Demenz besteht nach der ICD-10 (Dilling/ Mombour/ Schmidt; 1993) dann, wenn mehrere kortikale Infarkte eingetreten sind. Neben den genannten Subformen kommt es ebenso auch zu Kombinationen der verschiedenen Typen. Außerdem können auch weitere spezifische Formen vaskulär bedingter Demenzen vorkommen, aber nur in seltenen Fällen.

Auf Grund der vielen unterschiedlichen Formen der Demenz vom vaskulären Typ ist der Verlauf und die Symptomatik bei vaskulären Demenzen recht unterschiedlich. Demenzen vom vaskulären Typ gelten unter medizinischen Fachleuten als abwendbar. Aus diesem Grund sollten ihre möglichen Risikofaktoren konsequent behandelt werden, um die Erkrankung präventiv zu vermeiden. Als klassische Risikofaktoren gelten: Hypertonie, Hyperlipidämie, koronare Herzerkrankungen, Herzrhythmusstörungen, Diabetes mellitus, chronischer massiver Alkoholkonsum und Nikotinabusus (vgl. Meier-Ruge, 1993; Wetterling, 2001).

3.2.1.2 Delir, akuter Verwirrtheitszustand

Häufig wird ein Verwirrtheitszustand mit einer Demenz gleichgesetzt, was jedoch nicht korrekt ist.

Die Bezeichnung Verwirrtheitszustand beschreibt kein Krankheitssyndrom, sondern eine Reihe von Symptomen, sozusagen ein Symptomgeflecht. Nach FÜSGEN (1991, S.26) können Verwirrtheitszustände zum einen als „Vorboten“ oder Begleitsymptome verschiedener Demenzerkrankungen fungieren, andererseits aber können sie völlig unabhängig von einer dementiellen Störung in Erscheinung treten. Es kann aber durchaus sein, dass Verwirrtheitszustände – sei es ein länger anhaltender oder mehrere episodisch auftretende – in eine chronisch verlaufende dementielle Erkrankung münden

können. Nach DSM-IV (Saß/ Wittchen/ Zaudig, 1998) tritt ein Delir häufig gemeinsam mit einer Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus auf. Einschlafschwierigkeiten und Agitiertheit in der Nacht können hier ebenso in Erscheinung treten, wie eine komplette Umkehr des Tag-Nacht-Rhythmus.

Das Risiko, an einem Verwirrheitszustand zu erkranken, wächst mit steigendem Alter. Kennzeichnend für einen Verwirrheitszustand ist ein zeitlich begrenzter, reversibler Verlauf. Symptomatisch entwickelt sich eine Verwirrung laut DSM-IV (Saß/ Wittchen/ Zaudig, 1998) in der Regel innerhalb weniger Tage oder gar Stunden. Das Delir kann sich ebenso rasch wieder zurückbilden oder aber über einen längeren begrenzten Zeitraum andauern. Als wesentliches Kennzeichen eines Delirs gilt eine „Bewusstseinsstörung, die mit einer Veränderung der kognitiven Funktionen einhergeht, welche nicht besser durch eine bereits bestehende oder sich entwickelnde Demenz erklärt werden kann“ (Saß/ Wittchen/ Zaudig, 1998, S.164). Nach Abflauen der Verwirrung können sich die Erkrankten nicht mehr an den Zustand erinnern. Sie leiden auch nicht an zurückbleibenden funktionellen oder morphologischen Beeinträchtigungen im Bereich des zentralen Nervensystems. Ein Verwirrheitszustand lässt sich durch Beeinträchtigungen des Aufmerksamkeits- und Denkvermögens, durch Störungen der Auffassungsgabe, der Urteils- und Kritikfähigkeit sowie des Gedächtnisses beschreiben. Die Orientierung des Erkrankten (zur Zeit, zum Ort und zur Situation) kann stark beeinträchtigt sein. All dies bewirkt, dass der Lebensalltag des deliranten Menschen immens eingeschränkt wird, zumal der Verwirrheitszustand zu übertriebener Empfindsamkeit, massiver Erregtheit, Rat- und Hilflosigkeit, Apathie oder zunehmender Aggression führen kann. Häufig kann bei Delir-Erkrankten zudem eine immense Ruhelosigkeit oder Hyperaktivität beobachtet werden, welche sich beispielsweise in plötzlichen psychomotorischen Bewegungen oder in Zerren und Zupfen an Kleidung und Bettwäsche äußern kann (vgl. Saß/ Wittchen/

Zaudig, 1998). Es kann aber ebenso gut sein, dass die delirante Person in seiner psychomotorischen Aktivität völlig paralysiert ist. In diesem Fall bestimmen Lethargie und Trägheit das Störungsbild. Affektiv äußert sich ein Delir beispielsweise in Ängstlichkeit, Furcht, Depression, Wut, Reizbarkeit, Euphorie und Apathie. Einige Betroffene wechseln sehr rasch ihre emotionale Befindlichkeit. Oftmals können Verwirrheitszustände einer Person auch in Stöhnlauten, Fluchen, Gekreische und Geschrei zum Ausdruck kommen.

3.2.2 Psychische Störungen im Alter ohne Hirnschädigung

3.2.2.1 Depressive Störungen

Wie oben bereits angesprochen, streut die Häufigkeit depressiver Syndrome im Lebensalter in verschiedenen Studien immens. Ursachen der divergierenden Prävalenzraten bestehen in unterschiedlich zugrunde gelegten Diagnosekriterien, Prävalenzzeiträumen, Altersbereichen und dem Grad der Repräsentativität der Studien.

Nach der Berliner Altersstudie (zit. nach Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2001, S.77f) leiden 9,1 % der 70 bis 100-Jährigen an einer depressiven Störung: Bei 5,4 % handelt es sich um eine Majore Depression, bei 2 % um eine Dysthymia. 1 % ist von einer Demenz mit Depression betroffen und 0,7 % von einer depressiven Anpassungsstörung. Neben dementiellen Erkrankungen zählen die depressiven Störungen somit zu den häufigsten psychischen Altersleiden. Der Terminus „Depression“ wird in unserem Alltagssprachgebrauch oftmals als Ausdruck einer verschlechterten Stimmungslage einer Person verwendet. Auf Grund der Vielzahl von Symptomen der depressiven Störung beschreibt die ICD-10 (Dilling/ Mombour/ Schmidt; 1993) zahlreiche Subtypen dieser psychischen Störungen. Eine eindeutige psychopathologische Definition

depressiver Störungen ist unter dem Aspekt der weitreichenden Symptomatik schwierig. Dennoch existieren eine Reihe von Symptomen, die das depressive Syndrom charakteristisch kennzeichnen: Niedergeschlagenheit, Traurigkeit, Freudlosigkeit, Verminderung des Antriebs („Schwunglosigkeit“), Interessenverlust, Mutlosigkeit, permanentes Grübeln, Gefühl von Wertlosigkeit, Verminderung des Selbstvertrauens, Perspektivlosigkeit, „ständiges schwarz sehen“, Ängste, Schlafstörungen, erhöhte Ermüdbarkeit, verminderter Appetit, Suizidgedanken und –handlungen (vgl. Dörner/ Plog, 1989; Dilling/ Mombour/ Schmidt, 1993; Wetterling, 2001). Depressive Störungen älterer Menschen unterscheiden sich gemäß WETTERLING (2001, S.103) gegenüber dem depressiven Syndrom Jüngerer in einigen markanten „Besonderheiten“. Diese gilt es insbesondere bei der Diagnoseerstellung einer besonderen Berücksichtigung zu unterziehen: Nach WETTERLING (2001, S.98) können bei älteren Personen charakteristisch zusätzlich auch weitere Symptome in Erscheinung treten wie beispielsweise psychomotorische Hemmung oder Agitiertheit, Wahnvorstellungen, Konzentrationsstörungen oder vegetative Beschwerden. Bei alten Personen treten psychopathologische Symptome weniger charakteristisch in Erscheinung als bei jüngeren Depressiven. Zudem leiden viele ältere Depressive an massiven kognitiven Störungen wie an zunehmender Vergesslichkeit und an erheblichen Schwierigkeiten, Unbekanntes zu lernen und es sich einzuprägen. Dies erfordert folglich eine klare Grenzziehung zu dementiellen Erkrankungen. Weiterhin können bei depressiv erkrankten älteren Menschen häufig somatische Beschwerden (z. B. Kopfschmerzen und Schwindel, verminderte Leistungsfähigkeit, Appetitmangel, Verdauungsbeschwerden) erkannt werden, die die Depression überdecken. Deutlich wird auch die soziale Isolation, der Kontaktverlust und Rückzug depressiver Älterer. Auf Grund von Ängsten oder eines verminderten Antriebes igeln sich viele ältere Depressive oft zu Hause ein und verlassen nur selten die Wohnung. So kann

es durchaus sein, dass sie wenig aktiv sind, den Großteil des Tages im Bett verbringen und selbst lebensnotwendige Bedürfnisse wie die Zubereitung der Mahlzeiten und die eigene Körperpflege vernachlässigen. Oft gilt weiterhin eine ausgeprägte Wahnvorstellung (Verarmungswahn, Schuldwahn, nihilistischer Wahn) als fester Bestandteil der depressiven Symptomatik von Senioren. Der Wahn kann sich dabei sowohl auf aktuelle Ereignisse des Lebens, oder aber auf biographisch weit zurückliegende beziehen. Die schwersten Wahnvorstellungen einer Depression treten in Form des sogenannten nihilistischen Wahns in Erscheinung, bei dem der Betroffene alle Dinge völlig negativ und schwarz betrachtet, sich selbst als gänzlich überflüssig und wertlos bezeichnet, kein Selbstwertgefühl und kein Selbstvertrauen mehr besitzt und seine Zukunft perspektivenlos sieht. Das Suizidrisiko ist in solchen Fällen extrem erhöht. Laut BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (2001, S.58f) zählen Depressionen neben unheilbaren Krankheiten, dem Verlust nahe stehender Menschen, Isolation, sowie erlebter Einsamkeit zu den bedeutendsten Ursachen für einen Suizidversuch oder eine suizidale Handlung im Alter. Insbesondere bei hoher Bejahrtheit steigt das Suizidrisiko drastisch an. GROND (2001, S.161f) betont, dass alte Männer die höchste Suizidrate in der deutschen Bevölkerung besitzen. Ihm zufolge war die Suizidrate im Jahr 1998 für Ältere doppelt so hoch wie die der Gesamtbevölkerung: Bezogen auf 100000 Einwohner suizidierten sich 51 Männer über 65 Jahre (gegenüber 14,2 in der Gesamtbevölkerung) und 11 Frauen über 65 (gegenüber 13,1). Bei den 70- bis 80-Jährigen begingen 25 Frauen und 70 Männer Selbstmorde, wiederum bezogen auf 100000 Einwohner (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2001, S.59). Die Selbstmordrate lag bei den 80- bis 85-Jährigen am höchsten: 87,2 bei Männern und 31,0 bei Frauen (vgl. Grond, 2001, S.162).

Eine Depression bei älteren Menschen kann ohne erkennbaren Grund auftreten und auch nicht in medizinischen Untersuchungen auf eine Ursache zurückgeführt werden. Laut WETTERLING (2001) kommt es häufig bei schweren körperlichen Erkrankungen zu einer Depression, wobei nicht eindeutig geklärt ist, ob die depressive Störung eine Reaktion auf die somatische Krankheit darstellt, oder ob sie durch die Krankheit unter Mitbeteiligung des Zentralnervensystems hervorgerufen wird. Es gilt als sehr wahrscheinlich, dass ein komplexes Zusammenspiel sozialer (z. B. Armut, Einsamkeit, Berentung, Tod des Lebenspartners oder anderer nahe stehender Personen, Übersiedlung in ein Seniorenheim), körperlicher (Erbanlagen, schwere Erkrankungen, Hirnschädigungen), psychische und biographische Faktoren, die Entstehung des depressiven Krankheitsbildes bewirkt.

In der einschlägigen Fachliteratur werden als Sonderformen der Altersdepression häufig die depressive Pseudodemenz und die vaskuläre Depression genannt. Ersterer Subtypus ergibt sich aus der Notwendigkeit der Abgrenzung gegen eine beginnende Demenz. Der Terminus ist aber rein deskriptiver Natur und nach WETTERLING (2001) in Expertenkreisen zudem umstritten, da noch keine eindeutigen Diagnosekriterien bekannt sind. Die vaskuläre Depression beschreibt speziell eine depressive Verstimmung älterer Menschen nach vaskulären Erkrankungen.

3.2.2.2 Schizophrenie und andere Wahnerkrankungen

Der Begriff „Schizophrenie“ wurde erstmalig im Jahr 1907 von E. BLEULER eingeführt. Das Wort „schizophren“ ist griechischen Ursprungs und bedeutet übersetzt „Spaltungsirresein“ (Dörner/ Plog, 1989, S.185). Die „Zersplitterung der Seele“ meint aber nicht die Spaltung des Menschen in zwei Persönlichkeiten, sondern die Bezeichnung umschreibt das

Vorhandensein zweier nebeneinander existierender Wirklichkeitswelten des schizophren erkrankten Menschen. Neben der realen Wirklichkeit, die dem normalen Erleben und Empfinden des Durchschnittsbürgers entspricht, leben schizophrene gestörte Menschen in einer weiteren Welt. Sie nehmen Sinneseindrücke wahr, erfahren Dinge und erleben Sachen, die gesunde Personen nicht nachvollziehen können. Im Folgenden werde ich nur kurz auf schizophrene Symptome eingehen, da sie nicht zu den am häufigsten vorkommenden gerontopsychiatrischen Krankheitsbildern zählen. Da Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis mehrheitlich zwischen dem 20. und dem 40. Lebensjahr auftreten, wobei der Erkrankungsgipfel bei Männern zwischen dem 18. und 23. Lebensjahr und bei Frauen zwischen dem 23. und 28. Lebensjahr liegt (vgl. Bäuml, 1994), gelten Spätmanifestationen schizophrener Störungen im Alter als selten. Da aber schizophrene erkrankte Menschen „leicht in einen Teufelskreis geraten [können], in dem nichts anderes übrig bleibt, als sich chronisch von anderen abzuspalten, oder diese von sich abzuspalten oder abgespaltet zu werden“ (Dörner/ Plog, 1989, S.156), kommen schizophrene Störungen – eben bedingt durch den chronischen Verlauf – auch bei älteren Personen vor. Jedoch scheint die Symptomatik allgemein betrachtet, im Lebensalter eher wenig ausgeprägt: Die Prävalenz schizophrener Störungen gibt WETTERLING (2001, S.117) mit etwa 0,5 % bei den 20- bis 60-Jährigen an, die Häufigkeit wahnhafter Störungen schätzt er auf 0,14 % der Allgemeinbevölkerung. WETTERLING (2001, S.118) stellt aber ebenso heraus, dass rund 15 % der gerontopsychiatrisch erkrankten Klienten von ambulanten Diensten oder Tageskliniken wahnhaftige Symptome zeigen. Bestimmte Symptome wie Halluzinationen oder Wahn treten demnach bei älteren Personen meist isoliert auf.

Schizophrene Störungen bilden kein homogenes Krankheitsbild, sondern äußern je nach Subtypus unterschiedliche psychopathologische Kennzeichen

und Verlaufsformen. Charakteristisch für das schizophrene Störungsbild im Alter sind laut WETTERLING (2001, S.119) das Vorherrschen von Negativ-Symptomen wie formale Denkstörungen, kognitive Störungen, Aufmerksamkeitsstörungen und verminderter Affekt. Häufig überwiegen im Alter chronifizierte Störungen, bei denen primär Wahnsymptome im Vordergrund stehen.

Wahnerkrankungen bilden sich im Alter oftmals schleichend mit Weiterentwicklung der Grunderkrankung. Wie bereits genannt, tritt ebenfalls bei dementiellen Erkrankungen meist ein Wahn in Erscheinung. Nach WETTERLING (2001, S.119) gelten Verfolgungs- und Beziehungswahn als die häufigsten wahnhaften Störungen von Senioren. Weiterhin kommen visuelle und akustische Halluzinationen im Alter recht zahlreich vor.

3.2.2.3 Neurotische Störungen, insbesondere Angststörungen

„Eine Neurose ist eine psychisch bedingte Gesundheitsstörung, deren Symptome unmittelbare Folge und symbolischer Ausdruck eines krankmachenden seelischen Konfliktes sind, der unbewußt bleibt. [...]. Bei der gestörten (=neurotischen) Konfliktverarbeitung handelt es sich um eine Erlebnis- und Verhaltensstörung, die sich in psychischen und körperlichen Symptomen, Verhaltensauffälligkeiten sowie Charaktereigenschaften manifestieren kann. Eine neurotische Konfliktverarbeitung ist inadäquat, stellt aber für den Betreffenden die bestmögliche Antwort auf den Konflikt dar“ (Wetterling, 2001, S.127).

Im Alter gelten Angststörungen und Phobien als häufigste neurotische Störung (vgl. Wetterling, 2001). Angst ist eine „normale“ menschliche Erlebensreaktion auf gewisse bedrohlich erlebte Situationen und Gegebenheiten. Aus diesem Grunde ist es oft nicht einfach, „normale“ Angst

von Angst im Rahmen anderer psychischer Störungen sowie der Angststörung als Erkrankung zu differieren. Die ICD-10 (Dilling/ Mombour/ Schmidt; 1993) versteht unter phobischen Störungen Ängste, die „ausschließlich oder überwiegend durch eindeutig definierte, im allgemeinen ungefährliche Situationen [z. B. größere Menschenansammlungen, öffentliche Plätze, Verlassen des eigenen Hauses, alleine in Zügen reisen] oder Objekten [z. B. Spinnen, Hunde, Ungeziefer] – außerhalb des Patienten – hervorgerufen“ werden. Typischerweise werden solche Situationen und Objekte von den Betroffenen gemieden oder unter großer Angst ertragen. Im Alter beziehen sich die Ängste oftmals auf lebensgeschichtlich bedeutende Themen wie beispielsweise Tod und Sterben, Einsamkeit, Verlust von Selbstbestimmung und Autonomie.

Nach WETTERLING (2001, S.127) gibt es bislang keine fundierten Studien über das epidemiologische Vorkommen von Angstneurosen und Phobien älterer Menschen. Auch über die Symptome und den Verlauf der Angststörungen ist bisher nur wenig bekannt. Es ist jedoch davon auszugehen, dass Angststörungen ebenso wie andere neurotische Störungen im Alter an Intensität verlieren und deshalb seltener vorkommen. Außerdem bekräftigt WETTERLING (2001, S.128), dass sich die Symptomatik von Angststörungen und Depressionen älterer Erkrankter weitgehend deckt.

3.2.2.4 Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen

Da Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen nicht grundsätzlich als spezifische gerontopsychiatrische Krankheitsbilder bekannt sind, werde ich an dieser Stelle nur deshalb kurz auf sie eingehen, um den Gliederungspunkt psychischen Störungen im Alter ohne Hirnschädigungen zu vervollständigen.

Nach DILLING (zit. nach Grond, 2001, S.184) sind 1,7 % der über 65-Jährigen Alkohol- und Medikamentenmissbraucher. Obgleich Suchterkrankungen nach dieser Prävalenzangabe auch im Alter häufig vorkommen, betont WETTERLING (2001, S.136), dass eine Alkoholabhängigkeit bei älteren Menschen eher selten vorliegt, dafür aber insbesondere bei betagten Männern oft ein Missbrauch alkoholischer Stoffe besteht. Dagegen ist eine Medikamentenabhängigkeit unter den betagten Altersgruppen weit verbreitet. Hier ist es vor allem das weibliche Geschlecht, das „Beruhigungsmittel“ missbraucht: „Ein Medikamentenmissbrauch, insbesondere auch der iatrogene, d. h. durch Ärzte veranlasste, ist unter alten Menschen hoch. Besonders in Altenheimen [...] werden häufig sedierende Medikamente (Bencodiazepine und niedrigpotente Neuroleptika) zu lange ohne ausreichende Indikation verschrieben. Frauen sind häufiger als Männer medikamentenabhängig“ (Wetterling, 2001, S.133).

Der Landkreis Amberg-Sulzbach und die kreisfreie Stadt Amberg – soziales und wirtschaftliches Porträt einer Region in der Oberpfalz

4.1 *Beschreibung dieses Oberpfälzer Raumes*

Bevor ich das heutige Gesicht der Stadt Amberg und des Landkreises Amberg-Sulzbach einer genaueren Betrachtung unterziehe, richtet sich mein Blick zunächst auf die geschichtliche Vergangenheit des Gebietes entlang seiner Wasserstraße, der Vils. Die historische, mehr als 1000 Jahre zurückreichende Reise zu den Wurzeln dieses Oberpfälzer Raumes dient dazu, die lebhafte und wechselseitige Geschichte der einstigen „kurfürstlichen Haupt- und Regierungsstadt der oberen Pfalz“, sowie des ehemals als

„Eisenschmiede des Reiches“ bezeichneten Kreisgebietes kurz aufzuzeigen und nachzuzeichnen.

Die geschichtlichen Anfänge Ambergs stehen in enger Verbindung mit den naturräumlichen Gegebenheiten, weshalb erst einmal die Lage der Stadt skizziert werden soll: Geographisch betrachtet liegt Amberg 66 Kilometer östlich von Nürnberg, 68 Kilometer nördlich von Regensburg und 64 Kilometer westlich von Tschechien, in der nördlichen Oberpfalz. Die kreisfreie Stadt befindet sich an einer geologischen Nahtstelle in der Amberg-Sulzbacher Kreidebucht, die Bestandteil der Oberpfälzer Senke, des sogenannten Oberpfälzer Bruchschollenlandes ist. Als Grenzlinien der Bucht fungieren im Süden und Westen die mittlere Frankenalb, sowie die Oberpfälzer Alb, und im Osten das Naabgebirge als Element des Oberpfälzer Waldes. Nördlich von Amberg besteht eine quer zum Oberpfälzer Bruchschollenland verlaufende Hebungszone, die den Mariahilfberg, Wahrzeichen und bedeutende Pilgerstätte der Oberpfälzer Stadt, als massive Erhöhung aufweist. Bedeutsam für die Lage der Stadt Amberg ist seit jeher die in Kleinschönbrunn, einem Dorf unweit Ambergs, entspringende Vils, die bei Kallmünz in die Naab mündet und damit einen wichtigen, bis zur Donau reichenden Verkehrsweg darstellt. Die Vils war als Wasserstraße zur Ansiedelung von Menschen bereits im 8. und 9. Jahrhundert förderlich. Die naturräumliche Gegebenheit eines wichtigen Wasserweges verhalf Amberg darüber hinaus nicht nur zu einer Reihe von besonderen Rechten, sondern auch zu einer außergewöhnlichen Stellung innerhalb der Landesgrenzen. Im Jahr 1034 wurde „Ammenberg“ erstmals urkundlich erwähnt. Damals bestand der Anlass der Amberger Erstnennung in der Schenkung der Bann-, Markt-, Zoll-, Schifffahrts- und Fährrechte sowie des Fischerei- und Jagdrechts von Kaiser Konrad II. an Bischof Eberhard von Bamberg. Das Hochstift Bamberg bzw. der jeweilige Bamberger Bischof war zu jener Zeit Herr der gesamten „villa Ammenberg“, der er Rechte verleihen durfte und der er „seinen Nutzen

mehren“ (Laschinger, 2000, S.14) durfte. Obgleich alle fließenden Gewässer im Bereich deutscher Rechtsgeschichte frei von Rechtszwängen waren, soweit nicht Zölle oder Wasserbauten betroffen waren, kam Amberg durch seine besondere Lage an dem wichtigen Wasserweg Vils zu dem in der ältesten Urkunde Ambergs formulierten „Recht auf die Vils“. Durch diese selten übertragene „Flussherrschaft“ wurde „Ammenberg“ das Recht eingeräumt, die Wasserstraße nicht nur zu befahren, sondern auch als nutzbare Transportstrecke auszubauen und zu unterhalten. Im Jahr 1163 gewährte Kaiser Friedrich I. auf Drängen des Bamberger Bischofs, den Amberger und Bamberger Kaufleuten die gleichen Rechte und Freiheiten wie sie die Nürnberger Kaufleute bereits besaßen. Der sich in den folgenden Jahren entwickelnde wirtschaftliche Aufstieg Ambergs zu einem bedeutenden Handelsplatz, verdankte die Stadt einerseits dem Bamberger Hochstift, auf der anderen Seite dem in der Region geförderten Eisenerzabbau, sowie der Weiterverarbeitung des Roheisens in zahlreichen Hammerwerken im Umkreis. Erneut gilt es hier die Bedeutung der Vils zu betonen, die einen kostengünstigen Transport von Erz und Eisen verstärkend ermöglichte und so den Fernhandel begünstigte. Der florierende wirtschaftliche Handel bewirkte schließlich, dass sich „Ammenberg“ aus dem einstigen bambergerischen Dorf des 11. Jahrhunderts, 100 Jahre später zu einem befestigten Markt weiterentwickelte. Im 13. Jahrhundert fiel Amberg dann in die Herrschaft der Wittelsbacher. Herzog Ludwig II. übertrug dem Markt alsbald das Stadtrecht. Sein Sohn, Herzog Rudolf I. bestätigte dies im Jahr 1294 schriftlich. Bedeutender Förderer Ambergs war jedoch Ludwig der Bayer, der 1317 das Bürgerspital stiftete und dadurch Anregung zur Stadterweiterung gab. Obgleich der vielfältigen Beziehungen Ludwig des Bayern zu Amberg, fiel die Stadt im Jahr 1329 durch den Hausvertrag von Pavia an die pfälzische Linie der Wittelsbacher. Wenngleich diese entscheidende politische Veränderung einen spürbaren Einschnitt in der Stadthistorie bewirkte,

beinhaltete sie gleichsam eine Chance: Die Vilsstadt wurde unverzüglich zum politisch-administrativen Zentrum der „heroberen Pfalz“ erkoren. Im Verlauf des 16. Jahrhunderts galt die Reformation als Auslöser zahlreicher religiöser und politischer Spannungen und Turbulenzen. Nach der Ächtung des pfälzischen Kurfürsten Friedrich V. kehrte Amberg 1628 schließlich zu Kurbayern zurück. Während des spanischen und österreichischen Erbfolgekrieges wurde die Stadt an der Vils häufig eingenommen und besetzt. 1716 erhielt Amberg den Status einer Garnisonsstadt, 1759 wurde sie Standort einer Fayancemanufaktur, und 1801 wurde die königliche Gewehrfabrik in Amberg ansässig. In den darauffolgenden Jahren wurde durch die Wiederauflebung des Erzbergbaus und mit Gründung der Emailwarenfabrik der Gebrüder Baumann das wirtschaftliche Fundament der Vilsstadt geschaffen. Im Jahr 1810 musste Amberg im Zuge der Neuordnung des Königreiches Bayern seinen Status als Regierungsstadt an Regensburg abgeben. Seither gilt Amberg unter seinen Einwohner als „heimliche Hauptstadt der Oberpfalz“.

Heute erscheint die kreisfreie Stadt an der Vils, die seit 1996 als Oberzentrum fungiert, mit ihren rund 50 km² und etwa 44000 Einwohnern, primär als Verwaltungs- und Schulstadt. Neben zahlreichen Grund- und Hauptschulen, vier Gymnasien, einer Real- und Wirtschaftsschule, sowie einer Fachoberschule, verfügt Amberg gemeinsam mit ihrer Nachbarstadt Weiden seit 1995 über eine Fachhochschule. Die Attraktivität der Oberpfälzer Stadt konnte zudem mit der Errichtung eines Tagungs- und Kongresszentrums erheblich gesteigert werden. Trotz der Kreisfreiheit unterhält die Stadt rege Beziehungen zu ihren umgebenden Landkreisgemeinden.

Der Landkreis Amberg-Sulzbach, der gegenwärtig auf einer Fläche von knapp 1255 km² rund 108000 Menschen als Lebensraum dient, vereint seit der Bayerischen Gebietsreform von 1972 die Altlandkreise Amberg und

Sulzbach-Rosenberg, sowie Teilgebiete weiterer benachbarter Landkreise. Die verschiedenen Gebietsteile des dadurch entstandenen Großlandkreises können sich allesamt auf eine wechselvolle, bisweilen turbulente historische Entwicklung berufen. Trotz aller herrschaftsbedingter Querelen und Streitereien verfügten alle Teilstücke über nicht zu leugnende Gemeinsamkeiten: über reiche Erzvorkommen und eifrige Eisenverarbeitung in ihren Ansiedlungen im Umkreis der Bergstädte Amberg und Sulzbach-Rosenberg. Als „Eisenschmiede des Reiches“ war der Landkreis nämlich ehemals durch den Fernhandel weit über die Landesgrenzen hinaus bekannt. Entlang des Oberpfälzer Vilslaufes gruben fleißige Bergmänner das braune Erz aus dem Boden, schlugen an vielen Orten Eisenhämmer, und schließlich war es die Vils, die das zu Waffen und Werkzeugen geformte Eisen zur Naab transportierte, von wo aus die Handelsgüter ihren Weg zur Donau, bis hin in ferne Länder nahmen.

Auch für das jetzige Landkreisgebiet brachte der Teilungsvertrag von Pavia aus dem Jahr 1329 politische Veränderungen mit sich. Damals verwaltete das Landrichteramt der Regierungshauptstadt der oberen Pfalz in „Ammenberg“ bereits 35 Gemeinden aus dem Altlandkreis Amberg und aus Bereichen des ehemaligen Landkreises Sulzbach-Rosenberg. 1862 verschmolzen die Landgerichte Amberg und Vilseck zu einem königlichen Bezirksamt. Diese Institution wurde schließlich im Jahr 1938 umbenannt und stellte ab diesem Zeitpunkt reichseinheitlich einen Landrat an die Spitze seines Landkreises.

Auch Sulzbach-Rosenberg erlebte eine ähnliche Entwicklung: einst Herzogtum, erfuhr die Bergstadt später unter Kaiser Karl IV. ihren Aufstieg zum Zentrum Neuböhmens.

1946 wurden Landrat und Kreistag erstmals demokratisch vom Volk gewählt.

In seiner heutigen landschaftlich reizvollen und vielfältigen Gesamtheit präsentiert sich der Landkreis Amberg-Sulzbach seit 1972. Geologisch gesehen liegt der Großlandkreis entlang der west-südöstlich verlaufenden

Amberger Verwerfungsspalte. Im Osten befindet sich die Oberpfälzer Senke und im Westen die Hochflächen des Oberpfälzer Jura. Früher war dieser Raum auf Grund seiner Erzvorkommen von enormer Bedeutung. Basis für den wirtschaftlichen Aufschwung und die ehemaligen Hauptindustrieweige der Kreisfläche bildeten die Bodenschätze Eisenerz und Kaolin. So entstand 1853 in Nachfolge der historischen Eisenhütten und Hammerwerke die Eisenwerk-Gesellschaft Maximilianshütte mbH Sulzbach-Rosenberg. Dieses Unternehmen, das sich im Laufe der Jahre zum größten Eisenwerk Süddeutschlands entwickelte, muss mittlerweile gegen massive rezessionsbedingte Schwierigkeiten ankämpfen. Die Kaolinindustrie im Gebiet Hirschau-Schnaittenbach gilt mit ihren reichhaltigen Lagerstätten auch heute noch als wesentlicher Grundstofflieferant für die Glas-, Porzellan- und Chemieindustrie.

Wenngleich der Großlandkreis Amberg-Sulzbach in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten Standort einer Reihe von ansehnlicher Industrieanlagen geworden ist, erscheint er nach wie vor primär als ländlich-bäuerlicher Oberpfälzer Raum. Mittlerweile formen den walddreichsten Landkreis Bayerns 27 Gemeinden, darunter nur wenige große Stadt- und Marktgemeinden. Daraus ergibt sich der besondere Stellenwert der Stadt Amberg als Zentrum des Großlandkreises Amberg-Sulzbach, da diese trotz ihrer Kreisfreiheit immer noch eine sehr enge Beziehung zum umgebenden Landkreis unterhält.

4.2 *Demographische Entwicklung des Landkreises Amberg-Sulzbach*

4.2.1 Entwicklung der Bevölkerungszahlen

Wie die Wirtschaftsstrukturdaten des Landkreises Amberg-Sulzbach (vgl. Landratsamt Amberg-Sulzbach) ersichtlich machen, stieg die Einwohnerzahl im Landkreis Amberg-Sulzbach seit der Volkszählung im Jahr 1970 um 13,9

% an. Insbesondere in den 90er Jahren des vergangenen Jahrhunderts verbuchte das Kreisgebiet einen Bevölkerungszuwachs: Während am 31. Dezember 1990 lediglich 99749 Einwohner ihren Erstwohnsitz im Landkreis Amberg-Sulzbach hatten, waren am 31. Dezember 2000 bereits 108899 Frauen und Männer mit Erstwohnsitz im Raum Amberg-Sulzbach gemeldet (vgl. Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung). Nach Auskunft des BAYERISCHEN LANDESAMTES FÜR STATISTIK UND DATENVERARBEITUNG sind von den momentan 108899 Einwohnern (Stand 31. Dezember 2000) 53764 Personen (49,4 % der Gesamtbevölkerung) männlichen Geschlechts und 55135 (50,6 % aller Einwohner) weiblichen Geschlechts.

Die aktuelle Altersstruktur der Bevölkerung des Großlandkreises (Stand 31. Dezember 1999) sieht wie folgt aus: Mit 23859 Einwohnern bilden Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren 22 % der Gesamtbevölkerung. Rund 62,4 % der Gesamteinwohnerzahl des Landkreises (67666 Personen) zählen zu den 18- bis unter 65-Jährigen. Frauen und Männer, die 65 Jahre und älter sind, machen 16843 Menschen (15,6 % aller Einwohner) aus.

Nach einem Gutachten des INSTITUTES FÜR STRATEGISCHE ANALYSEN, das 1996 im Auftrag des Landkreises Amberg-Sulzbach erstellt wurde, wird nach dem eingetretenen vorausgesagten Anstieg der Gesamtbevölkerung bis zum Jahr 2000, ein anschließender geringfügiger Rückgang der Einwohnerzahlen bis 2005 prognostiziert. Wenngleich Experten nicht damit rechnen, dass sich der Zuwachs der Einwohnerzahlen nennenswert auf den Großlandkreis auswirken wird, betonen sie, dass er enorme Verschiebungen im Altersaufbau der Amberg-Sulzbacher Bevölkerung mit sich bringen wird.

Im nachfolgenden Punkt werde ich diesbezüglich Näheres darlegen.

4.2.2 Zukünftige Prognose über die Veränderung der Altersstruktur

Die künftige Veränderung des Altersaufbaus der Einwohner des Landkreises Amberg-Sulzbach wird sich nach Ansicht des INSTITUTS FÜR STRATEGISCHE ANALYSEN (1996) dergestalt entwickeln: Während die Alterszusammensetzung der Einwohner am 31. Dezember 1994 einen Schwerpunkt zwischen den 25- und 37-Jährigen aufweist, bewegt sich dieser „Altersberg“ bis 2005 nach „oben“ und wird dann eine zahlenmäßige Anhäufung bei den über 40 Jahre alten Frauen und Männern darstellen. Die Zahlen der jüngeren und mittleren Altersgruppen im Landkreis werden sich im Gegensatz dazu reduzieren. Die Gruppe der über 65 Jahre alten Einwohner wird hingegen in den kommenden Jahren alleine bis 2005 um etwa 26 % zunehmen.

4.2.3 Voraussagen für den Anteil der älteren Bevölkerung

Im Folgenden werde ich den kontinuierlich prognostizierten Zuwachs der Frauen und Männer über 65 Jahre im Landkreis Amberg-Sulzbach, in den kommenden Jahre näher darlegen. Derzeit beträgt der Anteil der älteren Mitbürger über 65 Jahre in jenem Oberpfälzer Landkreis 16843 Personen, was 15,6 % der Gesamtbevölkerung entspricht (Stand 31. Dezember 1999).

Nach Erkenntnissen des Gutachtens des INSTITUTES FÜR STRATEGISCHE ANALYSEN (1996, S.14) schätzen Experten, dass die Gruppe der über 65-jährigen Landkreisbewohner bis 2005 auf annähernd 17,8 % ansteigen wird.

Die Alterskohorte der über 75 Jahre zählenden Senioren wird demzufolge deutlicher anwachsen als die Zahl der über 65-jährigen Mitbürger. Während der Anteil jener Alterskohorte am 31. Dezember 1994 an der gesamten

Einwohnerzahl des Großlandkreises 5,3 % betrug, rechnet das INSTITUT FÜR STRATEGISCHE ANALYSEN (1996, S.19) damit, dass er bis Ende 2005 auf mehr als 7 % ansteigen wird.

Die Quote der Hochbetagten, der über 85 Jahre alten Landkreisbewohner an der Gesamtbevölkerung im Raum Amberg-Sulzbach, beträgt 1,33 % (Stand 31.Dezember 1994). Im Jahr 2005 wird sie sich nach Meinung von Fachleuten auf 1,30 % reduzieren (vgl. Gutachten, 1996, S.24). Jedoch betonen Experten an dieser Stelle ausdrücklich, „dass bei einem Prognosehorizont über das Jahr 2005 hinaus die Zahl der über 85-Jährigen erheblich ansteigen wird“ (Gutachten, 1996, S.24).

4.3 *Demographisches Bild der kreisfreien Stadt Amberg*

4.3.1 *Entwicklung der Bevölkerungszahlen*

Während am 31. Dezember 1994 noch 44199 Einwohner mit Hauptwohnsitz in der kreisfreien Stadt Amberg gemeldet waren, sank die Gesamtbevölkerung der Vilsstadt bis zum 31. Dezember 1999 auf 43367 Personen (vgl. Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung). Die Anzahl der männlichen Bewohner Ambergs lag zum letztgenannten Datum bei 20561 Menschen, was 47,4 % der Gesamtbevölkerung entspricht. Demzufolge betrug der Anteil der Frauen in der Vilsstadt mit 22806 Einwohnern einer Quote von 52,6 %.

Die Alterszusammensetzung der Amberger Bürger lässt sich wie folgt abbilden (Stand 31. Dezember 1999): Kinder und Jugendliche unter 18 Jahre machen 18,1 % der gesamten Einwohner der Vilsstadt aus (7861 Personen).

Zur Altersgruppe von 18 bis unter 65 Jahre zählen 27231 Bürger. Dies kommt einer Quote von 62,8 % gleich. Frauen und Männer, die 65 und älter sind bilden 19 % aller Amberger Bürger (8275 Menschen).

Die aktuellsten Einwohnerzahlen der älteren Mitbürger der Stadt Amberg sehen nach Auskunft der STÄDTISCHEN SENIORENSTELLE so aus (Stand 01. September 2001): Von derzeit insgesamt 43670 gemeldeten Personen in der Vilsstadt zählen 2256 Frauen und Männer zu der Altersstufe der 55- bis 60-Jährigen (5,2 %). Die Gruppe der 60 bis 65 Jahre alten Frauen und Männer bilden 3110 Personen. Diese Zahl korrespondiert mit einem Anteil von 7,1 % an der Gesamteinwohnerzahl Ambergs. Mit 4682 Menschen stellt die Altersgruppe der 65- bis 75- Jährigen 10,7 % aller Amberger Einwohner. Der Anteil der 75 Jahre und mehr zählenden Frauen und Männer in der Vilsstadt beträgt 8,9 % der Gesamtbevölkerung (3886 Personen). Diese Zahlen veranschaulichen, dass der Anteil der Senioren ab 55 Jahre 31,9 % der Gesamteinwohnerzahl Ambergs ausmacht. Mit anderen Worten: Beinahe ein Drittel aller Bewohner der kreisfreien Stadt ist momentan älter als 55 Jahre. Gut ein Viertel (26,74 %) der Gesamteinwohner Ambergs haben bereits das 60. Lebensjahr überschritten.

Bezug nehmend auf die Erkenntnisse des für Amberg im Jahr 1996 erstellten Gutachtens des Institutes für Strategische Analysen merke ich an dieser Stelle an, dass sich die Zahl der Gesamtbevölkerung der kreisfreien Stadt bis Ende 2005 weiter reduzieren wird, was immense Verschiebungen im Altersaufbau der Amberger Bevölkerung mit sich bringen wird.

Nachfolgend werde ich diese Entwicklung genauer analysieren.

4.3.2 Zukünftige Prognose über den Wandel der Altersstruktur

Die Alterszusammensetzung der Einwohner der Stadt Amberg wird sich nach einer Untersuchung des INSTITUTES FÜR STRATEGISCHE ANALYSEN (1996) folgendermaßen entwickeln: Der „Altersberg“ wandert bis Ende 2005 von den geburtenstarken Jahrgängen der 60er Jahre, sprich der zwischen 26 und 34 Jahre alten Frauen und Männer (Stand 31. Dezember 1994) nach „oben“ in einen Berg mit Schwerpunkt bei den knapp über 40-Jährigen.

Weiterhin wird ein Rückgang der Einwohnerzahlen der jüngeren und mittleren Altersgruppen erwartet. Demgegenüber aber soll der Anteil der über 65 Jahre alten Frauen und Männer in der Vilsstadt in den kommenden Jahren einen kontinuierlichen Zuwachs verbuchen (vgl. Gutachten, 1996, S.7).

4.3.3 Voraussage für den Anteil der älteren Bevölkerung

Nach Angaben der SENIORENSTELLE DER STADT AMBERG beträgt die momentane Einwohnerzahl älterer Menschen über 65 Jahre in der Vilsstadt 8568 Personen (Stand 01. September 2001). Diese Zahl entspricht einem Anteil von 19,6 % an der Gesamtbevölkerung. Prognosen zukünftiger Berechnungen des Anteils älterer Mitbürger gehen davon aus, dass die Anzahl der über 65-jährigen Frauen und Männer bis 2005 auf über 9000 (21,2 %) ansteigen wird (vgl. Gutachten, 1996, S.11).

Auch der Anteil der über 75 Jahre alten Senioren, der momentan bei 3886 Personen liegt (8,9 % der Gesamteinwohnerzahl) wird stetig auf über 4000 Einwohner anwachsen (9,5 %) (vgl. Gutachten, 1996, S.14).

Die Quote hochbetagter, über 85 Jahre alter Mitbürger wird nach Vorausschau der Fachleute bis 2005 auf mehr als 2 % der Gesamtbevölkerung zunehmen. Über dieses Prognosejahr hinausblickend, rechnen Experten gar mit einem erheblichen Anstieg des Anteils hochbetagter Amberger Bürger (vgl. Gutachten, 1996, S.17).

Intention und Zielvorstellungen eines Betreuten Einzelwohnens für bejahrte Menschen mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen im Landkreis Amberg-Sulzbach und in der kreisfreien Stadt Amberg

5.1 *Aufgaben und Ziele der offenen Altenhilfe*

Die Altenpolitik des Freistaates Bayern mit all ihren Ansätzen, Angeboten, Maßnahmen und Hilfestrukturen wird nach dem Grundsatz des Subsidiaritätsprinzips gestaltet. Die Subsidiarität als fest verankerte Stütze im Generationsverbund unserer Gesellschaft ermöglicht dem Einzelnen in der jeweiligen Lebensphase soziale Freiheiten und Handlungsspielräume für die eigenverantwortliche und individuelle Gestaltung des eigenen Lebens: Jeder einzelne Mensch hat für sich und für andere Verantwortung zu tragen, so lautet in etwa die Übersetzung der Subsidiaritätsprinzips. Demnach versteht das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit seine Funktion bezüglich der Altenplanung in der Beratung, Koordinierung und Unterstützung kommunaler Altenpolitik. Dabei gilt der Anspruch „soviel ambulant wie möglich, soviel stationär wie nötig“ als höchste Prämisse. Gemäß dieses Grundgedankens wird es von Seiten der staatlichen Altenpolitik als unabdingbar betrachtet, dass jedem einzelnen Menschen die Möglichkeit eingeräumt wird, sein Leben bis ins hohe Alter, nach gesellschaftlich weit verbreiteten Wunsch, selbstbestimmt und eigenverantwortlich in den gewohnten und vertrauten vier Wänden zu gestalten. Nach dem Vierten Bayerischen Landesplan für Altenhilfe (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, 2001,

erweiterte Auflage von 1988) bilden die offerierten vielfältigen und buntgefächerten Angebote der offenen Altenhilfe „wichtige und gleichberechtigte“ (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, 2001, erweiterte Auflage von 1988, S.132) Zusatzleistungen zu den Einrichtungen und Diensten der Altenpflege. In ihrem „Bemühen um die Förderung der selbstbestimmten Lebensführung älterer Menschen“ (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, 2001, erweiterte Auflage von 1988, S.132) kommt der breiten Angebotspalette der offenen Altenhilfe deswegen eine bedeutsame Stellung zugute. Mittels derartiger Angebote und Offerten, als Beispiel sollen hier pflegerische oder hauswirtschaftliche Leistungen der ambulanten Dienste Erwähnung finden, kann verhindert oder zumindest hinausgezögert werden, dass Menschen im Lebensalter bei Eintritt in die Pflegebedürftigkeit in eine Einrichtung der stationären Altenhilfe umsiedeln müssen. Somit wird dem Postulat „soviel ambulant wie möglich, soviel stationär wie nötig“ – so weit möglich – Rechnung getragen. Auch dem Wunsch vieler Senioren, solange wie nur irgendwie möglich, in dem eigenen, vertrauten Wohnumfeld leben zu können, kann mit Hilfe eines umfassenden Spektrums von Angeboten und Leistungen der offenen Altenhilfe entsprochen werden.

Aus einer 1986 vom Landratsamt Amberg-Sulzbach durchgeführten Umfrage unter den älteren Landkreisbürgern wurde der Wunsch, solange wie möglich in den „eigenen vier Wänden“ leben zu können selbst bei Senioren, die das 80. Lebensjahr schon überschritten hatten, in der Prioritätenliste ganz oben genannt: Drei Viertel der damals befragten Personen lehnten eine Einweisung in ein Senioren- und Pflegeheim vehement ab. Der Anteil der verheirateten Frauen und Männer, die ihr Zuhause im Alter nicht aufgeben wollen betrug sogar 96 %. Und selbst wenn der Lebenspartner bereits gestorben ist, reduzierte sich der Prozentsatz nur gering auf 85 % (vgl. Altenplan des Landkreises Amberg-Sulzbach 1986-1996, S.12). Im Zweiten Altenbericht

der Bundesregierung über das Wohnen im Alter (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 1998, S.22) geht ebenso deutlich hervor, dass die Wohnumwelt betagter Personen in entscheidendem Maße Einfluss auf ihre Lebensqualität nimmt: „Der Wunsch älterer Menschen, auch dann im vertrauten Wohnumfeld zu leben, wenn aufgrund eingetretener Einschränkungen der Umzug in eine andere Wohnung oder in eine stationäre Einrichtung zu empfehlen wäre, geht vor allem auf das Bedürfnis nach erhaltener Identität zurück. Die mit einem möglichen Umzug verbundene Aufgabe oder Gefährdung bestehender Beziehungen würde die Identität grundlegend in Frage stellen. [...]. Es sind zunächst diese biographischen, identitätsstiftenden Aspekte der Wohnung, die dazu beitragen, daß Menschen auch in dann mit den bestehenden (und vertrauten) Wohnbedingungen zufrieden sind, wenn die Aufrechterhaltung eines selbständigen Lebens in der Wohnung erschwert ist – oder noch allgemeiner – wenn die Wohnung aus objektiver Sicht eine geringe Qualität aufweist“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 1998, S.22). HELMUT BRAUN, Mitarbeiter des Sozialreferates der Landeshauptstadt München stellt ebenso heraus, wie wichtig das eigene Wohnumfeld für den alternden Menschen ist: „Ältere Menschen verbringen den größten Teil der Zeit in ihrer Wohnung und der Wohnumgebung. Die Wohnung hat somit eine weitaus höhere Bedeutung, die emotionalen Bindungen an den vertrauten Lebensraum sind größer und die Zufriedenheit mit der Wohnung ist trotz eventueller Mängel höher als bei anderen Altersgruppen. Der Erhalt der eigenen Wohnung und damit des gewohnten Wohnumfeldes ist ein wichtiges Ziel, wenn man die altenpolitischen Zielvorstellungen, das möglichst lange Erhalten der Selbständigkeit und der Selbstbestimmung älterer Menschen, ernst nimmt“ (Braun, H. „Wohnraumanpassung“, in: Selbständiges Wohnen behinderter und alter Menschen. Ein Tagungsbericht, 1994, S.109).

Laut den Kommunalgesetzen fällt die Daseinsvorsorge der Bürger unter die Zuständigkeit von Gemeinden, Städten und Landkreisen. Das Bundessozialhilfegesetz (BSHG) delegiert bestimmte Aufgaben an die örtlichen Träger der Sozialhilfe. Gemäß dem bayerischem Ausführungsgesetz zum Pflegeversicherungsgesetz gehört es zudem zum Aufgabenbereich der bayerischen Landkreise und kreisfreien Städte, eine bedarfsgerechte Pflege- und Versorgungsinfrastruktur zu schaffen. Wenngleich in Wirklichkeit nicht alle Aufgaben der Altenpolitik im kommunalen Bereich bewerkstelligt werden können – man denke an die materielle Absicherung alter Menschen oder an das Risiko im Alter pflegebedürftig zu werden – so erscheinen Altenhilfe und Altenarbeit nichtsdestotrotz überwiegend auf kommunaler Ebene anberaamt.

So hat es sich auch der Landkreis Amberg-Sulzbach in seinem Einflussbereich „einer kurz-, mittel- und langfristigen Altenpolitik“ zu einer wichtigen Aufgabe und Zielsetzung gemacht, alle Maßnahmen der offenen Altenhilfe „vorzuschlagen, zu koordinieren und nach besten Kräften zu unterstützen“, denn „nicht Lippenbekenntnisse, sondern allein Taten sind geeignet zu zeigen, wie es um die Verantwortung und Sorge für den älteren Mitbürger heute bestellt ist. Jeder einzelne muß sich die Altersversorgung als natürliche Generationenhilfe ins Bewußtsein rufen; schließlich ist die Jugend von Heute das Alter von Morgen. Auch sie wird dann jede Hilfe dankbar entgegennehmen“ (Landratsamt Amberg-Sulzbach, 1986, S.3): „Der Altenplan [des Landkreises Amberg-Sulzbach] soll deshalb dazu beitragen, gezielte Maßnahmen durchführen zu können, wodurch sich wiederum die Lebenssituation alter Menschen in ihrer unmittelbaren Umgebung verbessern und eine Hospitalisierung der älteren Mitbürger vermeiden läßt“ (Landratsamt Amberg-Sulzbach, 1986, S.12f).

In Anbetracht der Tatsache der weiter oben prognostizierten demographischen Entwicklung des Landkreises Amberg-Sulzbach und der Stadt Amberg, deren

markanteste Auffälligkeit der Zuwachs des Anteils der älteren Frauen und Männer ist, wird der Bereich der Altenarbeit und Altenhilfe in der beschriebenen Oberpfälzer Region in Zukunft zweifelsohne an Wichtigkeit gewinnen. Der Wandel unserer Gesellschaft macht auch vor dem knapp 152000 Einwohner umfassenden Einzugsgebiet der nördlichen Oberpfalz nicht Halt, so dass selbst in jenem ländlich strukturierten Raum die steigende Zahl der Single- und Zwei-Personen-Haushalte die Notwendigkeit einer ausreichenden und fachlich kompetenten Unterstützung, Begleitung und Versorgung älterer Menschen außerhalb der Familie, durch innovative Konzepte und Projekte in der Altenarbeit, immer mehr in den Fokus der Aufmerksamkeit rückt. Die Nachfrage nach qualitativ hochwertigen ambulanten Versorgungsmöglichkeiten für betagte Personen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen, bei denen der Mensch und sein Wohlbefinden im Mittelpunkt steht, wächst demnach ebenso.

5.2 Konkrete Versorgungssituation für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen im Landkreis Amberg-Sulzbach und in der Stadt Amberg

5.2.1 Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG) als Planer und Koordinator der psychiatrischen Versorgung

Gemäß dem Zweiten Bayerischen Landesplan zur Versorgung psychisch Kranker und Behinderter besteht auch in der Region Amberg-Sulzbach eine Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG) mit zahlreichen Arbeitskreisen, wie beispielsweise die Arbeitsgruppe Altenpsychiatrie. In das Aufgabengebiet dieses regionalen Fachgremiums fällt sowohl die Koordinierung, Planung und Weiterentwicklung der (geronto)psychiatrischen Versorgung in der Stadt Amberg und dem Landkreis Amberg-Sulzbach als auch die fachlich fundierte

Erarbeitung von Vorschlägen für kommunale Gremien. Es gilt jedoch zu betonen, dass die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft lediglich über eine beratende Funktion verfügt und keine Entscheidungsbefugnis besitzt. Schon seit mehreren Jahren ist die Arbeitsgruppe Altenpsychiatrie der PSAG Amberg-Sulzbach bestrebt, die Situation psychisch erkrankter Senioren vor Ort zu verbessern.

5.2.2 Ambulante Dienste und Einrichtungen im Einzugsgebiet

Niedergelassene Mediziner, insbesondere Nervenärzte, bilden eine tragende Stütze in der ambulanten Behandlung und Versorgung gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen. In der Regel sind die niedergelassenen (Fach-)Ärzte seit einem längeren Zeitraum mit den familiären und sozialen Verhältnissen ihrer Patienten vertraut. Zudem kennen sie vorhandene Versorgungsstrukturen vor Ort, so dass sie im Einverständnis der Patienten ansässige ambulante Pflegedienste, Sozialdienste oder Beratungsstellen in die Betreuung einbinden können. Mit momentan insgesamt sechs niedergelassenen Nervenärzten (Neurologen und Psychiater) innerhalb der Stadt Amberg und des Landkreises Amberg-Sulzbach kann das regionale Nervenarzt-Einwohner-Verhältnis bei einem etwa 152000 Einwohner umfassenden Einzugsbereich mit 1:25333 gemäß den Vorstellungen der Psychiatrie-Enquête als einigermaßen zufriedenstellend bezeichnet werden. Allerdings sollte angemerkt werden, dass älteren Menschen oftmals eine ablehnende Haltung gegenüber Nervenärzten zeigen, was wiederum eine ausführliche Information, Beratung und Überzeugungsarbeit der Allgemeinärzte gegenüber gerontopsychiatrisch erkrankter Patienten notwendig machen würde, einen versierten Fachkollegen aufzusuchen. Aus zeitlichen und fachlichen Gründen sind diese dazu jedoch oftmals nicht in der Lage. In diesem Zusammenhang gilt es nochmals zu

erwähnen, dass viele niedergelassene Allgemeinärzte vorschnell und zu häufig bei der Behandlung alter Personen zur Verabreichung von Psychopharmaka greifen – speziell aus den Gruppen der Tranquilizer, Antidepressiva und Neuroleptika – anstatt durch Überweisung an Psychiater und Neurologen, eine fachlich kompetente und differenzierte Behandlung der Betroffenen einzuleiten. Auch die, von den (Fach-) Ärzten, möglicherweise involvierten Dienste und Einrichtungen sind fachlich, zeitlich und personell häufig nicht im Stande, den gerontopsychiatrisch erkrankten Frauen und Männern auf Grund ihres komplexen Krankheitsbildes eine angemessene, qualifizierte psychosoziale Betreuung angedeihen zu lassen.

Ambulante Versorgungsdienste speziell für Senioren mit Demenzerkrankungen und anderen psychiatrischen Krankheiten existieren derzeit in Stadt und Landkreis lediglich in Gestalt von Sozialstationen und ambulanten Krankenpflegestationen. Derartige ambulanten Hilfeleistungen decken insbesondere die medizinische Pflege und Versorgung älterer Personen ab, während eine umfassende psychosoziale Betreuung der Senioren durch sie gar nicht, oder lediglich in äußerst geringem Ausmaß gewährleistet ist.

In der Stadt Amberg gibt es ferner einen Sozialpsychiatrischen Dienst und eine Reihe von verschiedenartigen Beratungsstellen und sozialen Institutionen. Da der Großteil der Beratungsstellen der Region seine Klientel durch seiner Komm-Struktur auffordert, ihre Hemmschwelle zu überwinden und den Weg zu den Fachkräften der Einrichtungen per Eigeninitiative in Angriff zu nehmen, werden die sozialen Dienste und Beratungsstellen von psychisch erkrankten Menschen im Alter erfahrungsgemäß kaum in Anspruch genommen. Betrachtet man beispielsweise die Jahresberichte des Sozialpsychiatrischen Dienstes Amberg aus den Jahren 1998 und 1999, so stellt man gleichsam fest, dass der Anteil von betagten Frauen und Männer mit psychischen Einbußen an der Gesamtzahl der Klienten eher gering war,

wobei deutlich betont werden muss, dass der Sozialpsychiatrische Dienst keine Personen mit dementiellen Erkrankungen betreut: Während 1998 etwa 4,7 % der gesamten Klientel das 65. Lebensjahr bereits überschritten hatte, zählten 12 Monate später 6,2 % aller Klienten des Sozialpsychiatrischen Dienstes 65 Jahre und mehr (vgl. Jahresberichte des Sozialpsychiatrischen Dienstes, 1998, 1999). In diesem Zusammenhang sollte ebenso darauf hingewiesen werden, dass der Sozialpsychiatrische Dienst seit September 2001 dem Versorgungsmanko für alterspsychiatrisch beeinträchtigte Menschen dahingehend ein wenig begegnet, dass er eine Gesprächsgruppe speziell für Senioren anbietet. Neben der Vermittlung von Fachinformationen hinsichtlich charakteristischer psychischer Krankheitsbilder im Lebensalter, Gehirnjogging zum Training der Gehirnleistungsfähigkeit, Gymnastik, kinesiologische Übungen, Spielen und Ausflügen, soll den älteren Mitbürgern hier die Möglichkeit eingeräumt werden, ihrer Einsamkeit zu entrinnen und ein paar schöne Stunden mit Gleichaltrigen bei Kaffee und Kuchen zu verbringen.

In Sulzbach-Rosenberg besteht aktuell eine Tagesstätte für ältere Menschen. Doch auch hier können Senioren mit Demenzen und anderweitigen psychischen Einbußen nicht betreut werden.

5.2.3 Spezifische Versorgungssituation im komplementären Bereich

Wenngleich in der Stadt Amberg und im Landkreis Amberg-Sulzbach die Zahl der stationären Alteneinrichtungen nach den aktuellsten Angaben des BAYERISCHEN LANDESAMTES FÜR STATISTIK UND DATENVERARBEITUNG zur Zeit (Stand Juli 2000) 17 Einrichtungen ausweist, gibt es für alterspsychiatrisch erkrankte Frauen und Männer kein spezifisch konzipiertes Pflegeheim, mit speziell auf die Klientel

abgestimmten Pflegeplätze. Auch Kurzzeitpflegeplätze sowie Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege, zur kurzfristigen Entlastung betreuender Familienangehöriger, bestehen im gesamten Gebiet lediglich in geringer Anzahl.

In der Stadt Amberg besteht zudem das Sozialpsychiatrische Zentrum, das neben dem bereits erwähnten Sozialpsychiatrischen Dienst, einer Sozialtherapeutischen Wohngemeinschaft, den Berufsbegleitenden Dienst und dem Betreuten Einzelwohnen für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen, eine Tagesstätte in seiner Angebotspalette aufweist. Auf Grund begrenzter personeller und fachlicher Kapazitäten ist der Sozialpsychiatrische Dienst zur Zeit nicht in der Lage, zusätzlich das Fachgebiet der Gerontopsychiatrie, welches wie bereits festgestellt wurde, sowohl Anknüpfungspunkte in der Altenhilfe als auch in der Psychiatrie besitzt, abzudecken.

5.2.4 Psychiatrische Fachkliniken in der naheliegenden Umgebung

In der unmittelbaren Nähe des Amberg-Sulzbacher Raumes befindliche psychiatrische Fachkliniken, die spezielle Abteilungen zur Behandlung psychisch beeinträchtigter Menschen im Alter haben, existieren in Engelthal, Wöllershof und Regensburg. Allerdings liegen alle drei Fachkliniken mehr als 50 Kilometer von Amberg entfernt, was für viele Familienangehörige im weitgehend ländlich strukturierten Landkreis Amberg-Sulzbach und in der Stadt Amberg eine zusätzliche Hemmschwelle darstellt, die pflegebedürftigen gerontopsychiatrisch beeinträchtigten Verwandten in die Fachklinik einweisen zu lassen.

5.2.5 Planung des Aufbaus eines Gerontopsychiatrischen Dienstes

Die Arbeitsgruppe Altenpsychiatrie der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft Amberg entwickelte bereits im Jahr 1998 konzeptionelle Überlegungen bezüglich der Verbesserung der gerontopsychiatrischen Versorgungssituation im Amberg-Sulzbacher Raum. Die fachkundigen Mitarbeiter dieses Arbeitskreises sahen bereits damals die Schaffung eines Gerontopsychiatrischen Dienstes als dringend notwendig, um die vorhandenen Lücken im Versorgungsgebiet zu schließen. Als erstes Glied in einer flächendeckenden Versorgungskette psychisch alterskranker Menschen in dem Amberg-Sulzbacher Raum soll der Gerontopsychiatrische Dienst die bis dato unzureichende Betreuung von Menschen mit Demenzen und anderen psychischen Einbußen gewährleisten. Letzten Endes ist es angedacht, dass er den Grundpfeiler einer umfassenden gerontopsychiatrischen Versorgungslandschaft darstellen soll, welche nach und nach durch den Aufbau einer Tagesstätte, einer Wohngemeinschaft und dem Betreuten Einzelwohnen für psychisch erkrankte und behinderte Senioren realisiert werden soll. Das Diakonischen Werkes des Evangelisch-Lutherischen Dekanatsbezirkes Sulzbach-Rosenberg e.V., welches bereits der Träger des Sozialpsychiatrischen Zentrums in Amberg ist, reichte den Antrag auf Errichtung eines Gerontopsychiatrischen Dienstes im Landkreis Amberg-Sulzbach und der Stadt Amberg vor längerer Zeit ein. In einer der kommenden (Stand November 2001) Sitzungen des Planungs- und Koordinierungsausschusses soll über diesen Antrag verhandelt werden.

5.2.6 Bewertung der aktuellen Versorgungslage der älteren Menschen

Die psychiatrische Versorgungssituation innerhalb des Landkreises Amberg-Sulzbach und der Stadt Amberg muss für alte Menschen insgesamt als mangelhaft und unzureichend eingeschätzt werden.

Im Amberg-Sulzbacher Raum existiert aktuell weder eine stationäre noch eine teilstationäre Einrichtung, die speziell für alterspsychiatrisch erkrankte Personen angelegt ist. Obgleich viele Plätze in Senioren- und Pflegeheimen von Menschen mit Demenzen und Verwirrheitszuständen belegt werden (vgl. unveröffentlichte Befragung der Arbeitsgruppe Altenpsychiatrie der PSAG Amberg-Sulzbach, 1998), fehlen konzeptionell überdachte Altenheim- und Pflegeplätze für psychisch beeinträchtigte Senioren, deren Krankheitsbild eine besonders intensive Betreuung und Versorgung unverzichtbar macht.

Momentan ist der Großteil der Heime der Altenhilfe auf die Betreuung und Versorgung gerontopsychiatrisch erkrankte Bewohner unzulänglich vorbereitet, sowie fachlich, personell und zeitlich gänzlich überfordert.

Das Personal von ambulanten Pflegediensten und Sozialstationen besitzt aufgrund ihrer Ausbildung nicht die Fachkompetenz, adäquat auf die Betreuung und Pflege psychiatrisch beeinträchtigter älterer Personen einzugehen. Auch ihr Aufgabenbereich und ihr vorhandenes Zeitbudget erlauben es nicht, dass sich die Mitarbeiter derartiger ambulanter Dienste angemessen und umfassend alterspsychiatrisch veränderte Frauen und Männer widmen können.

Soziale Institutionen, wie Familien- und Lebensberatungsstellen werden sehr selten von alten Leuten aufgesucht.

Kurzzeitpflegeeinrichtungen, die für kurzfristige Entlastung pflegender Familienangehöriger psychisch veränderter alter Menschen sorgen und oftmals längerfristige Unterbringungen in Einrichtungen vermeiden, bestehen nur wenige im Amberg-Sulzbacher Gebiet.

Selbst eine ambulante gerontopsychiatrische Versorgung durch einen Gerontopsychiatrischen Dienst ist derzeit nicht gegeben. Genauso defizitär sieht es mit Angeboten tagesstrukturierender Maßnahmen und Angebote aus: Zwar gibt es im gesamten Raum eine Altentagesstätte, sowie einige wenige Tagespflegeplätze, dennoch existiert keine spezifisch auf alte Menschen mit Einbußen im psychischen Bereich abgestimmte und Tagesstruktur verleihende gerontopsychiatrische Tagesstätte.

Zusammenfassend kann die Versorgungssituation alter Menschen mit Einbußen im psychischen Bereich in der Region rund um Amberg als sehr lückenhaft eingestuft werden.

5.3 *Problemaufriss und Handlungsbedarf*

Die Ausgangspunkte, die eine Etablierung des Betreuten Einzelwohnens gerontopsychiatrisch erkrankter Frauen und Männer im Landkreis Amberg-Sulzbach und im Stadtgebiet Amberg notwendig erscheinen lassen, ist zum einen die weiter oben bereits ausführlich dargestellte Zunahme des Anteils der Senioren im Raum Amberg-Sulzbach in den kommenden Jahren, zum anderen die ungenügende Versorgungslage alter Menschen mit Einbußen im psychischen Bereich in der Region, sowie die dargestellten Aufgaben und Ziele der offenen Altenhilfe im Altenplan des Landkreises.

Wie schon an anderer Stelle ausführlich erläutert, zählen psychische Beeinträchtigungen, insbesondere depressive Verstimmungen und Demenzen, neben chronischen Erkrankungen und Multimorbidität, zu den dominanten Gesundheitsproblemen des Alters. Vor allem Demenzerkrankungen sind es, die sich in der Bevölkerung mit steigendem Lebensalter häufen. Auch im Großlandkreis Amberg-Sulzbach gehört die Assistenz, Betreuung und Unterstützung von Frauen und Männern, die an Demenz und anderen psychischen Erkrankungen leiden – schon alleine wegen der stetig alternden

Bevölkerung der Region – zukünftig zweifelsohne zu den größten Herausforderungen und Zukunftsaufgaben in der Arbeit mit betagten Menschen. Das derzeit vorherrschende und oben dargestellte gerontopsychiatrische Versorgungsdefizit innerhalb der Stadt Amberg und des Landkreises Amberg-Sulzbach muss folglich schnellstmöglich behoben und verbessert werden, um betagten Menschen mit Demenzen und anderweitigen psychischen Krankheiten in ihren „verschlossenen Welten“ angebracht begegnen zu können.

In Übereinstimmung mit dem Zweiten Bayerischen Psychiatrieplan (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, 1990) betrachte ich es diesbezüglich als unablässig, eine weitgehende Differenzierung und Schwerpunktbildung in der Erwachsenenpsychiatrie anzustreben – eben in Allgemeinpsychiatrie und Gerontopsychiatrie – um den spezifischen Bedürfnissen und Situationen der verschiedenen Klientengruppen gerecht zu werden. Die Gerontopsychiatrie stellt meiner Ansicht nach in diesem Sinne aber nicht nur eine spezifische Kategorie der Erwachsenenpsychiatrie dar, sondern gleichsam ein eigenständiges Fachgebiet in der Sozialarbeit. Dieses spannt sozusagen einen interdisziplinären Bogen und verknüpft sowohl den Bereich der Altenhilfe als auch den der Psychiatrie. Die Sachverständigenkommission des Dritten Berichtes zur Lage der älteren Generation (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2001, S.277) stellt in ihren abschließenden Empfehlungen die Notwendigkeit eines regionalen gerontopsychiatrischen Versorgungsnetzes ausdrücklich heraus: „Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen ist als Bestandteil und Aufgabe der allgemeinpsychiatrischen Versorgung zu betrachten. Zugleich bedarf es spezifischer gerontopsychiatrischer Einrichtungen und Betreuungsangebote, um Fachkompetenz im Hinblick auf Diagnostik, Therapie und Rehabilitation sicher zu stellen. [...]. Es ist auf ein ausreichendes Angebot mit einem

abgestuften Versorgungskonzept mit stationären, teilstationären (Tageskliniken) und ambulanten (Tagesstätten, Beratungsstellen) Angeboten zu dringen“. In diesem Sinne bildet das Betreute Einzelwohnen ein weiteres wichtiges Glied in der ambulanten gerontopsychiatrischen Versorgungskette.

Möchte man sowohl den Grundsatz der Altenhilfe „soviel ambulant wie möglich, soviel stationär wie nötig“ als auch eine der heutigen Zeit entsprechende moderne, personenorientierte, aktivierende gerontopsychiatrische Betreuung verwirklichen, so stimme ich mit der (geronto)psychiatrischen Fachwelt überein, den Schwerpunkt alterspsychiatrischer Betreuung auf den teilstationären und vor allem ambulanten Bereich zu verlagern. Das Forum des Verbandes der bayerischen Bezirke zur gerontopsychiatrischen Versorgung äußert sich diesbezüglich folgendermaßen: „Nicht nur aus Kostengründen, sondern vor allem auch im Sinne der Menschlichkeit und Mitmenschlichkeit ist man sich bei allen Zuständigen im Bereich der Psychiatrie und Sozialarbeit einig, daß psychisch alterskranke Menschen nicht in Heime weggesperrt, sondern integrativ in der Gesellschaft betreut werden sollen“ (Der Bayerische Bürgermeister, 1998, Nr.9 vom 15.10.1998, S.331). Ziel einer gerontopsychiatrischen Versorgung ist es, grundsätzlich Klinikaufenthalte zu reduzieren und Einweisungen in Pflegeheime hinauszuschieben. Diese Bestrebungen können aber nur dann verwirklicht werden, wenn im direkten Wohnumfeld des psychisch erkrankten alten Menschen eine unmittelbar zu erreichende Versorgungslandschaft geschaffen wird. Auch der VERBAND DER BAYERISCHEN BEZIRKE (1998) betrachtet es in seinem Rahmenkonzept zur Weiterentwicklung der gerontopsychiatrischen Versorgung als unabdingbar, „die Voraussetzungen für ambulante und teilstationäre Behandlungs- und Betreuungseinrichtungen für die geriatrische/ gerontopsychiatrische Versorgung auszubauen, zu verbessern oder neu zu schaffen“, denn „gemeinsames längerfristiges Ziel kann nur die Verhinderung

von stationärer Unterbringung sein, besonders der geschlossenen Abteilungen, und eine möglichst lange Betreuung, Pflege und Versorgung der alten Menschen in ihrem gewohnten Lebensumfeld“ (vgl. Verband der Bayerischen Bezirke, 1998).

Will man sich in den kommenden Jahren gerontopsychiatrischen Versorgungsangeboten im Raum Amberg-Sulzbach nicht verschließen, so gilt es also in jenem Oberpfälzer Gebiet, ein weitreichendes ambulantes Versorgungsnetz für alterspsychiatrisch erkrankte Menschen zu schaffen. Der ambulante Versorgung psychisch beeinträchtigter Senioren sollte meines Erachtens schon alleine deshalb nachgeeifert werden, da die Problemstellungen der Gerontopsychiatrie in ihrer Vollständigkeit derart umfassend sind, dass weder die Fachkompetenz in der Psychiatrie noch in der Altenhilfe – beide unabhängig voneinander betrachtet – ausreichend erscheinen. Erst durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit kann es letzten Endes gelingen, das sozialpsychiatrische Fachwissen der Psychiatrie sowie die pflegerische Kompetenz der Altenhilfe ganzheitlich zu kombinieren, um ein für jedes Versorgungsgebiet individuell sinnvolles und notwendiges Konzept einer gerontopsychiatrischen Versorgung zu entwickeln, das wiederum den persönlichen Bedürfnissen der erkrankten älteren Menschen angemessen entsprechen und personensorientiert jedem einzelnen alterspsychiatrisch erkrankten Menschen relatives Wohlbefinden vermitteln soll.

Ich bin der Meinung, dass die Situation für ältere Frauen und Männer mit Demenzerkrankungen und anderweitigen psychiatrischen Krankheitsbildern, durch speziell auf diese Klientel abgestimmten konzeptionelle Überlegungen, verbessert werden kann. Wenngleich viele gerontopsychiatrische Erkrankungen noch immer nicht heilbar sind, gibt es eine Reihe von Möglichkeiten, den Lebensalltag betroffener Menschen, der von den Krankheitssymptomen stark beeinflusst wird, erträglicher und vor allem

lebenswerter zu gestalten. Die Zeiten, in denen Menschen mit Demenzerkrankungen nichts anderes übrig blieb, als wie „leblose Leichen“ in geschlossenen Abteilungen von Pflegeheimen dahinzusiechen und getreu dem Motto „satt, sauber, still“ lediglich in ihren Primärbedürfnissen befriedigt wurden, gehören – Gott sei Dank – weitestgehend der Vergangenheit an. Durch die Etablierung des Betreuten Einzelwohnens für psychisch kranke alte Frauen und Männer kann angesichts einer engmaschigen Betreuung durch Fachkräfte, eine Herauslösung aus der vertrauten Wohnumgebung verhindert bzw. verkürzt werden, und demnach einerseits der Hospitalisierung vorgebeugt werden, sowie eine kostengünstige Alternative zu teuren Klinikaufenthalten aufgebaut werden. Die Umsiedlung von Menschen mit Demenzen oder anderen psychiatrischen Erkrankungen in Senioren- oder Pflegeheime und Fachkliniken wird von Angehörigen laut Fachliteratur nämlich meist dann eingeleitet, wenn Hilfeleistungen und Versorgungstätigkeiten pflegenden Familienangehörigen so sehr beanspruchen, dass ihnen ihre emotionalen, körperlichen und zeitlichen Belastungsgrenzen deutlich vor Augen geführt werden. Dadurch, dass eine Vielzahl von Verwandten über den angemessenen Umgang mit Krankheitssymptomen und Verhaltenweisen der alterspsychiatrisch betroffenen Frauen und Männer keinerlei Informationen besitzt, erfahren viele psychisch kranke alte Menschen unangemessene Sanktionen von Seiten ihrer Pflegenden: Neben der bereits erwähnten Einweisung in eine Pflegeeinrichtung oder ein Krankenhaus, der Vernachlässigung therapeutischer Maßnahmen sowie einer adäquaten psychosozialen Unterstützung, müssen in diesem Zusammenhang des Weiteren die Errichtung einer amtlichen Betreuung oder die Einweisung in geschlossene Abteilungen zur Ansprache kommen.

Das Betreute Einzelwohnen als individuelles Dienstleistungsangebot einer ambulanten Versorgung orientiert sich an den spezifischen Bedürfnissen der

zu betreuenden Klienten. Dadurch beschränkt es die Autonomie und Eigenständigkeit des Einzelnen in keinster Weise. Vielmehr versucht es den Lebensalltag und die besondere Situation von Menschen mit dementiellen Erkrankungen und anderweitigen psychischen Veränderungen lebenswert, und nicht lediglich erträglich zu gestalten. So lange wie möglich soll eine weitgehende eigenständige Lebensführung gefördert und ermöglicht werden. Insbesondere in Krisenzeiten ist das Betreute Einzelwohnen mittels seines höheren Betreuungsumfanges in der Lage, fachlich angemessen auf die Krisensituation zu reagieren, die Betreuung zu intensivieren und wenn nötig weitere notwendige Schritte zur Aufrechterhaltung des Gesundheitszustandes einzuleiten.

Um den möglichen Bedarf an ambulanten gerontopsychiatrischen Einrichtungen im Landkreis Amberg-Sulzbach und in der Stadt Amberg explizit herauszustellen, nehme ich an dieser Stelle Bezug auf eine im Jahr 1998 von dem Arbeitskreis Altenpsychiatrie der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft Amberg durchgeführte Umfrage. Von den in Stadt und Landkreis befragten ansässigen Krankenhäusern, Psychiatern und Neurologen, Senioren- und Pflegeheimen, Sozialstationen und sonstigen Facheinrichtungen wurden damals rund 2500 ihrer Kunden als zweifelsfrei gerontopsychiatrisch erkrankt eingestuft. Die ausgewählten Institutionen, Dienste und Fachleute gaben als dominierende psychiatrische Krankheitsbilder beeinträchtigter Menschen im Lebensalter Demenzen, Depressionen und andersartige psychische Veränderungen an. Da erfahrungsgemäß nur ein geringer Anteil der psychisch erkrankten Senioren spezialisierte Dienste und Einrichtungen in Anspruch nimmt, und nicht alle Institutionen ihren Fragebogen rechtzeitig zur Auswertung zurückgesandt haben, ist die Arbeitsgruppe Altenpsychiatrie in Übereinkunft mit Fachleuten davon überzeugt, dass die Dunkelziffer alterspsychiatrisch beeinträchtigter Frauen und Männer in der Region Amberg-Sulzbach unbestreitbar mehr als

dreimal so hoch liegt. Die Gesamtbetroffenzahl wird in dem Versorgungsgebiet demzufolge auf etwa 7000 bis 9000 psychisch veränderte Senioren geschätzt.

Wie es die Dunkelziffer verdeutlicht, sind in dem nach wie vor sehr ländlich geprägten Amberg-Sulzbacher Raum trotz starker Industrialisierungsbestrebungen sowie Singularisierungstendenzen, familiäre Beziehungen, und damit zusammenhängend, die Erwartung und Gewährung familiärer Hilfeleistungen in der Bevölkerung von enormer Wichtigkeit. Die Vorstellung, dass es eine Schande sei, wenn Kinder ihre unterstützungs- und pflegebedürftigen Eltern nicht persönlich zu Hause versorgen, ist im Landkreis Amberg-Sulzbach und in Amberg immer noch weit verbreitet. Aus diesem Grunde wenden sich alterspsychiatrisch kranke Menschen, sowie ihre Angehörigen nur in seltenen Fällen an Facheinrichtungen. Doch auch in der ländlich strukturierten Oberpfälzer Region führen immer mehr Singles und immer weniger Geburten unweigerlich dazu, dass die Betreuung durch Familienangehörige abnimmt.

Um der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen im Alter im Landkreis Amberg-Sulzbach und in der Stadt Amberg einen höheren Stellenwert einzuräumen, gilt es nach meiner Auffassung, der Dringlichkeit der Schaffung gerontopsychiatrischer Versorgungsangebote – speziell des Betreuten Einzelwohnens für ältere psychisch beeinträchtigte Frauen und Männer, als Teil eines Gerontopsychiatrischen Dienstes und als personenorientierte, ganzheitliche Betreuung in der eigenen gewohnten Umgebung – nicht zu ignorieren, sondern derartige ambulante Maßnahmen in die Wirklichkeit umzusetzen.

Nur so gelingt es meines Erachtens, die in der Oberpfälzer Region festgestellte Versorgungslücke flächendeckend zu füllen, der zukünftigen demographischen Entwicklung und damit in Verbindung stehenden anwachsenden Probleme im Bereich psychischer Gesundheit Rechnung zu

tragen und schließlich die psychisch erkrankten alten Menschen und ihren Angehörigen, mit Hilfe einer Philosophie der Normalität, zu einem lebenswerten, menschenwürdigen Alltag, also zu einem Leben, so „normal“ wie möglich, zu befähigen.

5.4 Betreutes Einzelwohnen als sinnvoller und notwendiger Bestandteil eines Gerontopsychiatrischen Dienstes

In einer flächendeckend gerontopsychiatrischen Versorgungskette wird das Betreute Einzelwohnen für psychisch erkrankte und behinderte alte Menschen nach meinen Vorstellungen vor allem dann als sinnvoll erachtet, wenn angesichts des Krankheitsbildes und der individuelle Problematik des Betroffenen, die Betreuung durch den Gerontopsychiatrischen Dienstes als zu wenig intensiv und damit nicht ausreichend betrachtet wird.

Als ambulante Dienstleistung besitzt das Betreute Einzelwohnen durch sein engmaschiges und umfangreiches Betreuungspotential die Möglichkeit, flexibel und individuell auf die persönlichen Schwierigkeiten und Bedürfnisse der psychisch Alterskranken einzugehen. Das Betreute Einzelwohnen ist aufgrund seines Betreuungs- und Behandlungsumfanges gut geeignet, psychiatrisch erkrankte alte Frauen und Männer in ihrer vertrauter Wohnumgebung und ihrem gewohnten sozialen Umfeld personensorientiert zu betreuen und zu unterstützen. Nach Angaben des MIKROZENSUS 2000 bestehen in der gesamten Region Oberpfalz Nord, zu der auch die kreisfreie Stadt Amberg und der Landkreis Amberg-Sulzbach gerechnet werden, aktuell 25000 Einpersonenhaushalte mit 65 Jahre und mehr zählenden Frauen und Männern. Bei einer Gesamtzahl der eine Person umfassenden Haushalte von 69000, wird deutlich, dass der Großteil der älteren Frauen und Männer in dem Gebiet alleine lebt. Wenngleich viele gerontopsychiatrisch Erkrankte im

ländlich strukturierten Amberg-Sulzbacher Raum (noch) in den Genuss einer Familienbetreuung kommen, sind pflegende Angehörige im Umgang mit Krankheitssymptomen und Verhaltensweisen der Menschen mit Demenzen und anderweitigen psychiatrischen Leiden auf Grund von Informationsdefiziten schnell überfordert, so dass eine angemessene Pflege und Unterstützung der nahe stehenden kranken Personen oft nicht lange und zum Teil fachlich inadäquat gegeben ist. Um den alterspsychiatrisch beeinträchtigten Frauen und Männern fachlich kompetent begegnen zu können und den richtigen Zugang zu ihren „verschlossenen Welten“ zu finden, sind im Rahmen des Betreuten Einzelwohnens, unter dem Blickwinkel der Normalität klientenbezogen eine Reihe von Unterstützungs-, Begleitungs-, Beratungs- und Betreuungsangeboten, Hilfeleistungen und aktivierende Maßnahmen zur psychosozialen und psychiatrischen Assistenz von Nöten. Durch eine kontinuierliche Betreuung strebt das gerontopsychiatrisch Betreute Einzelwohnen an, Verwahrlosungstendenzen der an psychischen Hirnleistungsstörungen und Erkrankungen leidenden alten Menschen entgegenzuwirken und aufzufangen, sowie stationäre Klinikaufenthalte zu vermeiden oder zu verkürzen. Auch Übersiedlungen in Senioren- und Pflegeheime sollen durch intensive Unterstützung im gewohnten Wohnumfeld (z.B. Assistenz bei der Erledigung von Tätigkeiten im Haushalt, Hilfe bei der „Entmüllung“ der Wohnung, Unterstützung bei der Körperpflege und Hygiene) solange wie möglich hinausgezögert werden. Das Betreute Einzelwohnen trägt aber gleichsam dazu bei, dass sich die in psychischer und emotionaler Erschöpfung, in körperlicher Belastung, zeitlicher Überforderung, fachlicher Inkompetenz sowie sozialer Ausgrenzung und Isolation manifestierende Überlastung der pflegenden Familienangehörige reduziert.

Adressaten, Zielgruppe und Personenkreis des Betreuten Einzelwohnens

6.1 *Senioren mit gerontopsychiatrischen Krankheitsbildern*

Das Klientel des Betreuten Einzelwohnens erstreckt sich weitgehend auf Frauen und Männer im Rentenalter, die psychische Veränderungen oder Symptome typischer gerontopsychiatrischer Erkrankungen und Hirnleistungsstörungen (siehe Gliederungspunkt 3) aufzeigen und alleine, mit dem Partner oder der Familie in ihrer eigenen Wohnumgebung leben. Entscheidend sind diesbezüglich zunächst die psychischen Auffälligkeiten, die deutlich erkennbaren Schwierigkeiten und Probleme der alten Menschen im Rahmen ihres sozialen Kontextes oder ihres Gemeinwesens. Eingeschränkte Merkfähigkeit und nachlassende Orientierung, vermüllte Wohnungen, aggressives Verhalten gegen Angehörige, Bekannte, Nachbarn und die eigene Person, wahnhafte Auseinandersetzungen gegenüber alltägliche Situationen können charakteristische Anfangssymptome eines gerontopsychiatrischen Krankheitsbildes sein. Es ist in diesem Zusammenhang folglich die Rede davon, inwieweit die betagten Personen mit ihren psychischen Beeinträchtigungen in der Lage sind, ihren sozialen Platz in der Gemeinschaft einzunehmen, inwieweit die Integration in die Gesellschaft gelingt, bzw. inwieweit sie damit zurecht kommen, dass sie von Familienangehörigen, Sozialstationen und Pflegediensten betreut und gepflegt werden, und inwieweit ihre Einbindung in Institutionen der offenen Altenhilfe weitgehend konfliktfrei und reibungslos funktionieren kann. Das Betreute Einzelwohnen knüpft besonders bei jenen Senioren an, die auf Grund ihrer alterspsychiatrischen Krankheitsbilder eine engmaschige Betreuung in erhöhtem Umfange benötigen.

6.2 *Ältere Menschen mit chronischen psychischen Krankheitsverläufen*

Ebenso richtet sich das Betreute Einzelwohnen an alle älteren Menschen mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen, die in ihrem eigenen Zuhause alleine, mit ihrem Partner, ihrer Familie, Angehörigen oder anderen Personen zusammenleben, und bereits seit ihrer Adoleszenz psychiatrisch beeinträchtigt sind.

6.3 *Ausschlusskriterien für eine Aufnahme ins Betreute Einzelwohnen*

Als Ausschlusskriterium für eine Aufnahme ins Betreute Einzelwohnen gilt eine im Vordergrund stehende Sucht- und Abhängigkeitserkrankung der älteren Person.

Aufgaben, Angebote und Zielsetzungen des Betreuten Einzelwohnens

7.1 *Allgemeine Darstellung der konkreten Arbeit mit Menschen mit Demenzen und anderweitigen psychischen Erkrankungen*

Die sozialpädagogische Arbeit des Betreuten Einzelwohnens mit psychisch erkrankten und behinderten alten Frauen und Männern sowie ihren Familienangehörigen und Bezugspersonen beinhaltet im allgemeinen Beratungstätigkeiten, konkrete Informationsweitergaben, die Vermittlung von finanziellen Hilfen und Sachhilfen – vor allem von Entlastungs- und

Betreuungsangeboten und lebenspraktischer Fähigkeiten – sowie psychosoziale Assistenz und Unterstützung. Das umfassende Aufgabenspektrum im Betreuten Einzelwohnen wird zum Großteil in Form sozialpädagogischer Einzelfallhilfe geleistet. Diese wird insbesondere durch Einbeziehung des räumlichen Umfeldes und der sozialen Lebenswelt der gerontopsychiatrisch erkrankten Personen gewährleistet.

Wenngleich nach wie vor die Ursachen der meisten dementiellen Abbauprozesse im Dunklen liegen, und es derzeit nicht möglich ist, das Fortschreiten derartiger psychischer Alterserkrankungen aufzuhalten, geschweige denn vollständig zu heilen, gilt es bei der Betreuung derartig erkrankter Personen meiner Ansicht nach nicht, in therapeutischen Nihilismus zu verfallen. Vor allem bei Menschen mit Demenzerkrankungen muss berücksichtigt werden, dass die Betroffenen trotz nachlassender Fähigkeiten nach wie vor Fertigkeiten und darüber hinaus ebenso wichtige menschliche Bedürfnisse besitzen, die erfüllt werden wollen. Abraham Maslow erkannte die Bedürfnisse des Menschen, und brachte sie in eine hierarchische Reihenfolge. Neben psychosozialen Bedürfnissen, wie das Bedürfnis nach Wertschätzung, nach Selbstständigkeit, nach Kontakten zu anderen Menschen und zur Umwelt, nach ernsthaften Bindungen und sinnvoller Kommunikation, bilden die Bedürfnisse nach Nahrung, Kleidung, Schutz und Sicherheit den basalen Grundstock der Hierarchie. Hier knüpft das Betreute Einzelwohnen an. In Übereinstimmung einer Expertengruppe des KURATORIUMS DEUTSCHE ALTERSHILFE, die im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, im Rahmen einer Projektarbeit nach „Kleinen und großen Maßnahmen zur Förderung, Pflege und Begleitung von psychisch kranken alten Menschen“ forschte, geht das Betreute Einzelwohnen als ambulante psychiatrische Versorgungsmaßnahme davon aus, dass es durchaus zahlreiche Wege und Möglichkeiten gibt, die Lebensqualität dementiell erkrankter Menschen in ihrer vertrauten Lebenswelt optimal

aufrechtzuerhalten und ihnen ihren Lebensabend in Würde zu gestalten (vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe pro Alter, 3/2001, S.8ff). Somit wehre ich mich in Übereinstimmung vehement dagegen, dass Alzheimer-Kranke aufgrund ihres (noch) unheilbaren Leidens keine andere Möglichkeit haben, als zurückgezogen und vereinsamt, ohne adäquate Betreuung, in der reizarmen Atmosphäre eines Pflegeheimes auf ihren Tod zu warten. Auch gegenüber Älteren mit Depressionen und anderweitigen psychischen Störungen zeigen zahlreiche „kleine“ und „große“ Maßnahmen ihre Wirkung, wenn es darum geht, die Situation der Betroffenen zu verbessern.

Das Betreute Einzelwohnen für psychisch erkrankte und behinderte ältere Frauen und Männer ist eine ambulante psychiatrische Hilfeleistung mit individueller Zielsetzung für den einzelnen Adressaten, welcher alleine, zusammen mit dem Partner, der eigenen Familie oder anderen Angehörigen in einer Wohnung lebt. Als vorrangige Bestrebungen des Betreuten Einzelwohnen gilt es, im Sinne einer menschenwürdigen und gleichberechtigten Behandlung, den Lebensalltag gerontopsychiatrisch erkrankter Frauen und Männer lebenswert zu gestalten, also nicht nur die Grundversorgung der alterspsychiatrisch beeinträchtigten Menschen zu sichern, sondern „ihnen zu möglichst viel „relativem Wohlbefinden“ zu verhelfen“ (Kuratorium Deutsche Altershilfe pro Alter, 3/2001, S.9) und ihnen und ihren Bezugspersonen somit lebenspraktische Erleichterung und psychosoziale Entlastung anzubieten. Primäre Zielsetzung ist es demnach, alten Menschen mit Einbußen im psychischen Bereich solange wie gewünscht und wie möglich, eine ihren Ressourcen entsprechende selbstständige und unabhängige Lebensführung in einer ihnen vertrauten und bekannten Wohnumgebung zu offerieren. Damit soll den gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen ein weitgehend „normales Leben“ in der Gesellschaft ermöglicht werden. Um dem therapeutischen Prinzip nach „soviel Normalität wie möglich“ gerecht zu werden und einen möglichst langen Verbleib in den

eigenen vier Wänden in die Wege zu leiten, bietet das Betreute Einzelwohnen für seine Adressaten zahlreiche Hilfen zur Selbsthilfe an und baut konstruktive Kooperationsverbindung und Arbeitsbeziehungen mit weiteren ansässigen Einrichtungen auf, um alle zusätzlich notwendigen Hilfpotentiale zu berücksichtigen und auszuschöpfen. Oberste Maxime des gerontopsychiatrisch Betreuten Einzelwohnens ist der Grundsatz der „geringstnötigen Hilfe“. Dieser besagt, dass die Adressaten dieses ambulanten Versorgungsangebotes, soweit sie dazu in der Lage sind, eigenverantwortlich über ihre Lebensgestaltung bestimmen können. Individuell vorhandene Ressourcen, Fähigkeiten und Fertigkeiten sollen bestmöglich erhalten und gefördert werden. Auch die konkrete Arbeit mit Menschen mit Demenzerkrankungen knüpft an deren noch verbliebenen Möglichkeiten an, um dadurch gleichsam die Selbstachtung und das „Personsein“ der Betroffenen zu stärken.

7.1.1 Betreuung und Begleitung der älterer psychiatrisch erkrankten Menschen in ihrem gewohnten Wohnumfeld und ihrem sozialen Lebensraum

Grundlegende Aufgabe des Personals des Betreuten Einzelwohnens für gerontopsychiatrisch auffällige Menschen ist es, anfänglich abzuklären, inwieweit sich die Hinweise auf Hilfsbedürftigkeit einer betagten Person tatsächlich als psychische Verhaltensauffälligkeit, Veränderung und als Symptome einer psychiatrischen Erkrankung bestätigen lassen. Dies bedeutet,

zunächst grundsätzlich einen Facharzt zur Diagnosestellung heranzuziehen. In einem weiteren Schritt müssen sich die Fachkräfte Klarheit verschaffen, inwieweit die Verhaltensauffälligkeiten des psychisch auffallenden Menschen zu Schwierigkeiten und Problemen im spezifischen sozialen Umfeld (mit Angehörige, Bekannte, Nachbarn, etc.) führen. Nachdem eine Abklärung hinsichtlich individuell vorhandener Auffälligkeiten und Nöten des Betroffenen herbeigeführt wurde, gilt es für die Mitarbeiter des Betreuten Einzelwohnens herauszufinden, ob die medizinische Versorgung des Erkrankten durch den Hausarzt oder einen Facharzt, sowie die Pflege und Grundversorgung durch den Betroffenen selbst oder aber durch Dienste der Altenhilfe gewährleistet wird. Je nach persönlichem Gesundheitszustand, nach Notwendigkeit und Akzeptanz arbeiten die Mitarbeiter des Betreuten Einzelwohnens gemeinsam mit dem Hilfesuchenden und seinem sozialen Umfeld (z.B. mit Familienangehörigen, unterstützenden Nachbarn, dem (Fach-)Arzt, weiteren notwendigen ambulanten Diensten) eine Betreuungs- und Pflegeplanung aus, in deren Rahmen weitere Hilfsmaßnahmen zur Sicherung der medizinischen Versorgung, körperlichen Pflege und lebenspraktischen Ressourcen organisiert werden.

Damit psychisch erkrankte alte Frauen und Männer in ihrer bekannten Wohnumgebung und in ihrer vertrauten Lebenswelt verbleiben können, zeigt es sich als unverzichtbar, dass abgesehen von medizinischer Pflege und Behandlung, sowie hauswirtschaftlicher Unterstützung durch ambulante Pflegedienste und Sozialstationen, eine intensive gerontopsychiatrische psychosoziale Pflege durch die Mitarbeiter des Betreuten Einzelwohnens notwendig ist. Zur Aufgabenstellung des ambulanten Versorgungsangebotes gehört es, die betagten psychisch auffällig gewordenen Menschen in ihrem Zuhause aufzusuchen, ihrem Alltag Struktur zu verleihen, sie zu Tätigkeiten im Haushalt zu motivieren und diesbezüglich Anleitung zu geben, auf ihre Körperpflege zu achten, sowie als Ansprechpartner zur Verfügung zu stehen.

Das Betreute Einzelwohnen unterstützt die gerontopsychiatrisch erkrankten Senioren und ihre Familien, ein weiträumiges Netz der psychosozialen Betreuung, Assistenz, Versorgung und Pflege aufzubauen und dieses langfristig zu gewährleisten. Im Schutzraum des vertrauten Lebensumfeldes bietet das Betreute Einzelwohnen seinen Adressaten neben Beratungs- und Begleitungsgesprächen, Hilfe bei der Realitätsorientierung, Motivierung und Aktivierung der Erkrankten, Unterstützung bei der Vermittlung zusätzlich notwendiger Hilfsangebote, Erläuterungen hinsichtlich ärztlicher Verordnungen, die Einbeziehung des familiären und sozialen Umfeldes an.

Eine der wesentlichen Tätigkeiten der Mitarbeiter des Betreuten Einzelwohnens besteht darin, Menschen mit gerontopsychiatrischen Einbußen in ihrem vertrauten Wohnumfeld und ihrem sozialen Bezugsrahmen zu begleiten und umfassend zu unterstützen. Dies ist auf Grund der vom Betreuten Einzelwohnen angestrebten Prämisse nach möglichst viel Normalität für den Umgang mit Menschen mit Demenzerkrankungen und anderweitigen psychiatrischen Krankheitsbildern besonders angebracht, da psychisch alterserkrankten Frauen und Männern durch die intensive und umfangreiche Betreuung der Fachkräfte des Betreuten Einzelwohnens die Möglichkeit eingeräumt wird, möglichst lange in der vertrauten, altbekannten Wohnsituation bleiben zu können, wenn dies von den Betroffenen gewünscht wird. In der Fachliteratur gilt es als unumstritten, dass das Verlassen der vertrauten Umgebung vermieden werden sollte, wenn die relative Lebenszufriedenheit und der augenblickliche Gesundheitszustand der erkrankten Menschen nicht vorschnell beeinträchtigt werden sollen.

Insbesondere für ältere Personen, die an dementiellen Erkrankungen leiden, erweisen sich gewohnte Alltagsstrukturen und vertraute Abläufe in einem bekannten, überschaubaren Rahmen als sehr hilfreich und notwendig. Aber auch chronisch psychiatrisch Erkrankten verhilft der altbekannte Lebensraum zu Schutz, Sicherheit und Selbstständigkeit. In der vertrauten Atmosphäre der

eigenen Wohnumgebung fühlen sich die gerontopsychiatrisch beeinträchtigten Menschen wohl und geborgen. Eine geläufige Umwelt mit einer täglich festgelegten Ordnung für gewohnte Aktivitäten und Beschäftigungen vermittelt den Erkrankten ein Gefühl von Vorhersehbarkeit und Beherrschbarkeit. Durch feste Kontaktpersonen und einen obligatorischen Wochen- und Tagesplan gelingt es, den Betroffenen einen vertrauten Lebensalltag zu gewähren, ihr Bedürfnis nach Aktivität, gesellschaftlicher Einbeziehung, Gemeinschaft und Wertschätzung zu befriedigen und infolgedessen ihre Selbstachtung zu wahren und ihre Versagensangst zu mindern.

7.1.2 Psychische und soziale Stabilisierung zur weitgehend eigenständigen Gestaltung des Lebensalltags

Eine weitere bedeutsame Funktion der Mitarbeiter des Betreuten Einzelwohnens liegt in der psychischen Stabilisierung der gerontopsychiatrisch erkrankten Betroffenen. Bezug nehmend auf den individuellen psychischen Gesundheitszustand der alten Menschen sollen die gesunden psychischen Anteile gefördert und trainiert werden. Damit soll durch langfristige psychosoziale Begleitung, Unterstützung und Assistenz psychischen Stabilisierung erreicht werden und damit einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes, sowie einer Suizidvorbeugung wirksam begegnet wird.

Für viele von der Außenwelt weitgehend isoliert lebende alte Frauen und Männer zeigt es sich häufig schon als wesentliche Hilfe einer psychischen Stabilisierung, dass die Mitarbeiter des Betreuten Einzelwohnens „lediglich“ als Gesprächspartner und Zuhörer fungieren und ein offenes Ohr für Belange, Sorgen und Nöte haben, um eine Stabilisierung im psychischen und sozialen

Bereich zu erlangen, die die Voraussetzung für eine weitgehend eigenständige, selbstbestimmte Lebensführung bildet. Vor allem wegen der häufig nur schwach ausgeprägten Krankheitseinsicht zahlreicher psychisch auffälliger alten Frauen und Männer wird an die Fachkräfte des Betreuten Einzelwohnens der Appell gerichtet, einen vertrauensvollen Zugang zu den betroffenen Adressaten zu finden. Mit Hilfe von personenzentrierten Beratungs- und Begleitungsgesprächen und aufsuchender Sozialarbeit in Form von Hausbesuchen, besteht eine grundlegende Aufgabe der Mitarbeiter des Betreuten Einzelwohnens zur psychosozialen Stabilisierung ihrer Adressaten darin, zunächst eine vertrauensvolle Beziehung zu den psychiatrisch erkrankten alten Menschen aufzubauen. Diese stellt den Grundstock dar, der es überhaupt erst erlaubt, mit den Erkrankten arbeiten und ihnen Selbstachtung und Wertschätzung vermitteln zu können. Basiert das Verhältnis zwischen den Fachkräften des Betreuten Einzelwohnens und den Adressaten nicht auf Vertrauen, so sind die Klienten auch nicht im Stande, die ihnen zgedachten Hilfen und unterstützenden Maßnahmen zu akzeptieren und anzunehmen. Vor allem zu Beginn der Kontaktaufnahme wird diesbezüglich von den Mitarbeitern des Betreuten Einzelwohnens sehr viel Geduld, Energie und eine zeitlich verstärkte Betreuungsintensität gefordert. Insbesondere durch Empathie, einführendes Verstehen, nicht an Bedingungen gebundene positive Wertschätzung und „aktives Zuhören“ schaffen es die Fachleute, eine therapeutische Beziehung zu den alterspsychiatrisch beeinträchtigten Frauen und Männern zu knüpfen und sich in ihre individuellen Erlebniswelten einzufühlen. Dem ersten Anschein nach scheint dies bei Frauen und Männern mit Demenzen und chronischen Verwirrheitszuständen unmöglich, weil ihre Sprache mit Fortschreiten des Krankheitsbildes immer mehr versiegt, sie scheinbar oftmals kaum oder gar nicht auf „normale“ Kommunikation reagieren, und vermeintlich keinerlei Zugänge mehr zu Körper und Geist der Erkrankten bestehen. Bei Menschen

mit dementiellen Erkrankungen, deren intellektuelle Aktivitäten bereits nachgelassen haben, stellt ein Gespräch, in dem der Betreuer Fragen stellt, und die ältere Person antworten muss, tatsächlich oftmals nicht die richtige Methode für den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses dar. Dennoch aber gelingt es auch hier, Wege zu den individuellen Erlebniswelten derartig psychiatrisch erkrankter Frauen und Männer im Lebensalter ausfindig zu machen. In der Arbeit mit Menschen mit chronischer Verwirrtheit und Demenzen erweist es sich als hilfreich, einerseits durch den sogenannten „Diana-Effekt“ (Kuratorium Deutsche Altershilfe pro Alter, 3/2000, S.13) Kontakt mit den Senioren aufzunehmen. Nach dieser Methode wird selbst bei Personen, die an schweren Demenzformen leiden, per Augenkontakt auf Höhe des Gegenübers, wertschätzender Ansprache und vorsichtige Berührungen die Kontaktaufnahme erfolgreich hergestellt. Andererseits eignet sich die von Naomi Feil entwickelten Technik der Validation, um alte verwirrte Menschen in ihrer ganz persönlichen Welt zu begleiten, Zugang zu ihnen zu finden und sie und ihre Gefühle zu verstehen. Durch verstärkte Zuwendung, Nähe, behutsamen Körperkontakt und besonders viel Einfühlungsvermögen begeben sich die Betreuer auf eine Ebene mit den erkrankten alten Personen: „Einfühlungsvermögen – „in den Schuhen des anderen gehen“ – schafft Vertrauen. Vertrauen schafft Sicherheit, Sicherheit schafft Stärke – Stärke stellt das Selbstwertgefühl wieder her, Selbstwertgefühl verringert Streß. Validations-Anwender haben die Signale des Patienten aufzufangen und in Worte zu kleiden. So validieren sie ihn und geben ihm seine Würde zurück“ (Feil, 2000, S.11). Mit Respekt, Würde, Achtung und Wertschätzung nehmen Validations-Anwender die spezifische Innensicht des Menschen mit Demenzerkrankung an. Mittels Validation dringen Betreuer in die innere Erlebniswelt des Erkrankten vor und nehmen seine Gefühle und Botschaften unhinterfragt wahr. Dadurch fühlt sich der verwirrt Mensch verstanden, ernst genommen, akzeptiert, sicher und wohl

und zeigt weniger „störende“ und „schwierige“ Verhaltensweisen, wie z.B. Ruhelosigkeit oder Erregtheit. Doch um einen Menschen als Ganzes zu erfassen und zu begreifen ist es überdies notwendig, viel über ihn, seine Persönlichkeit und seinen Lebensweg zu erfahren. Denn nur wer sich gemeinsam mit dem verwirrten alten Menschen „auf die Suche nach gestern“ begibt, wer dessen Biographie in Erfahrung bringt, ist in der Lage, dessen Beweggründe für bestimmte Handlungen und Verhaltensweisen verstehen zu können. In der Arbeit mit gerontopsychiatrisch erkrankten Frauen und Männern gilt jedoch grundsätzlich: Erst wenn ein vertrauensvoller Kontakt zwischen den Erkrankten und den Betreuern besteht, kann eine Stabilisierung der Betroffenen im psychischen und sozialen Bereich erreicht werden, die die Voraussetzung für ein möglichst eigenständiges Leben in psychischer Stabilität bildet.

7.1.3 Einleitung von Voraussetzungen für einen möglichst langen Verbleib in den eigenen vier Wänden

Eine Reihe von Tätigkeiten, die für gesunde ältere Menschen als selbstverständlich betrachtet werden, fallen gerontopsychiatrisch beeinträchtigten Personen zunehmend schwerer, und letzten Endes sind die Betroffenen auf Grund der durch die Erkrankung beschränkten Funktionsfähigkeit meist nicht mehr in der Lage, sie „erfolgreich“ auszuführen. Nichtsdestotrotz aber erscheint das Interesse an jeglicher Art von Tätigkeiten und Beschäftigungen für Frauen und Männer mit Demenzen und anderweitigen psychischen Erkrankungen ungebrochen. Keineswegs stimmt es, dass alte Menschen mit Einbußen im psychischen Bereich über keinerlei psychosoziale Bedürfnisse verfügen. Vielmehr besitzen auch sie Wünsche und Anliegen, deren Weg zur Erfüllung gemeinsam mit den

Mitarbeiter des Betreuten Einzelwohnens geebnet werden soll: Eigenständig möchten die betagten Menschen mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen in ihrer Wohnung an ihrem persönlichen Lebensalltag mitwirken, auf ihr räumliches und soziales Wohnumfeld Einfluss nehmen und soziale Kontakte und Beziehungen pflegen. Um Voraussetzungen für ein weitgehend eigenständiges Leben für älteren Menschen mit Einbußen im psychischen Bereich zu schaffen, scheint es von Seiten des Fachpersonals des Betreuten Einzelwohnens als unablässig, Bedingungen zuwege zu bringen und Maßnahmen einzuleiten, die den Gesundheitszustand der Erkrankten stabilisieren.

Um den drohenden Bruch dementiell erkrankter Frauen und Männer mit der Wirklichkeit zu verhindern, sind die Mitarbeiter des Betreuten Einzelwohnens zusätzlich bestrebt, mittels Realitätsorientierungstraining (R.O.T), den Kontakt der Bewohner zur Realität aufrechtzuerhalten. Dies geschieht vorrangig durch die „unauffällige“ und „ungekünstelte“ Weiterleitung – sooft die Möglichkeit oder die Gelegenheit dazu besteht – realistischer und zutreffender Informationen an die Erkrankten. Das ständige Erinnern an Zeit, Ort, Person und Handlungen, die Informationen zur Orientierung am Hier und Heute, die die Person, die auf Grund ihres dementiellen Abbauprozesses in eine andere Welt zu entgleiten droht, mittels R.O.T. empfängt, können insbesondere im Frühstadium der Erkrankung Gedächtnislücken weitgehend kompensieren.

Durch Hilfe zur Selbsthilfe sollen die Klienten durch die Mitarbeiter des Betreuten Einzelwohnens befähigt werden, solange wie möglich ihre Autonomie und Eigenständigkeit zu bewahren. Die Förderung von Selbsthilfe- und Selbstbestimmungsfähigkeiten der Senioren, aktivierende Maßnahmen im Bereich psychiatrischer Pflege, die Anleitung und das Training lebenspraktischer Fähigkeiten, die Assistenz bei der Strukturierung des Lebensalltags und der Haushaltsführung, die Stärkung

zwischenmenschlicher Beziehungen und Kontakte zählen ebenso wie die Schaffung von Aussprachemöglichkeiten und die Kooperation mit weiteren ortsansässigen sozialen Einrichtungen zur Komprimierung des Hilfpotentials, zu den konkreten Angeboten des Betreuten Einzelwohnens im Bereich der Unterstützung der Autonomie des Erkrankten. Auf den speziellen Einzelfall abgestimmte soziale, psychologische, körperliche, lebenspraktische und sinnorientierte Hilfeleistungen zur Stärkung von Eigenständigkeit und Selbstbestimmtheit werden von den Fachkräften im Einvernehmen des Erkrankten, je nach Bedarf, Notwendigkeit und Akzeptanz, für jeden psychisch alterserkrankten Menschen individuell geplant, organisiert und durchgeführt. Das bedeutet unter anderem, dass die psychisch erkrankten Alten, angeleitet von den Mitarbeitern, motiviert, befähigt und trainiert werden, solange wie möglich Aktivitäten und Tätigkeiten selbst zu erledigen. Auch wenn die Fähigkeiten zur Selbstversorgung bei Frauen und Männern mit Demenzerkrankungen im Verlauf des Krankheitsprozesses zunehmend schwindet, darf es keineswegs so sein, dass durch „Überpflege“ der Verfall von Alltagsaufgaben, von Fähigkeiten und Fertigkeiten beschleunigt wird. Vielmehr sollen die Erkrankten nach wie vor in sinnvolle Alltagstätigkeiten eingebunden werden. Nach ZGOLA (1999) erweist es sich in der Arbeit mit dementiell erkrankten Personen als unablässig, die verbliebenen Fähigkeiten und Kräfte der Erkrankten zu nutzen und gemeinsam mit ihnen etwas zu unternehmen, beispielsweise zusammen spazierenzugehen, im Garten zu arbeiten, Musik zu hören, zu singen, zu basteln oder zu kochen, um psychosoziale Bedürfnisse chronisch verwirrter und dementiell erkrankter Personen zu befriedigen und ihnen dadurch Lebensqualität zu vermitteln. Die Aktivierung der Betroffenen zu Handlungen und Aktivitäten ist selbst dann von großem Nutzen, wenn kein perfektes Ergebnis mehr erzielt werden kann. Durch das Einbeziehen der gerontopsychiatrisch beeinträchtigten Frauen und Männer in sinnvolle Aufgaben des Lebensalltags, wird ihnen zum einen eine

festen Tagesstruktur dargeboten, die Unruhe und andere destruktive Verhaltensweisen mindern oder gar verhindern kann, zum anderen löst das Gefühl, gebraucht zu werden Stolz und Freude bei den Erkrankten aus und ermöglicht Selbstachtung und Menschenwürde.

7.1.4 Anleitung und Training lebenspraktischer Fähigkeiten

Zur Einschätzung der vorhandenen Ressourcen und der Leistungsfähigkeit jedes einzelnen Klienten ist es notwendig, dass sich die Mitarbeiter des Betreuten Einzelwohnens ein Bild davon machen, was der Erkrankte momentan wirklich selbst erledigt und wie er es tut, nicht nur davon, wie er es tun könnte. Die Beurteilung der gegenwärtigen Fähigkeiten und Fertigkeiten durch die fachlich unterschiedlich ausgebildeten Fachkräfte des Teams des Betreuten Einzelwohnens sollte gezielt Auskunft darüber geben, welche Anforderungen die momentane Lebenssituation an den alten Menschen stellt und wie er diesen nachkommen kann.

Das Potential an Fähigkeiten soll aber nicht lediglich erfasst werden, vielmehr soll es erhalten, entwickelt und gezielt gefördert werden. Hier liegt es in der Hand der Mitarbeiter des Betreuten Einzelwohnens, die Klienten zu befähigen, bislang unentdeckte Fähigkeiten zu wecken und diese auszubauen.

Durch Aktivitäten und Beschäftigungen mit einfachen, aber sinnvollen Tätigkeiten übt man sowohl die Befriedigung der Bedürfnisse im Bereich persönlicher Pflege (z.B. Sichzurechtmachen, Ankleiden, Toilettengang, Zahnpflege, Zubereitung von Mahlzeiten) als auch Aufgaben der Hausarbeit (z.B. Blumen gießen, Abwaschen und Geschirr trocknen, Aufräumen und Ordnen, Staubwischen, Wäsche zusammenfalten) und die Zubereitung von Mahlzeiten (z.B. Gemüse waschen, putzen und schneiden, Tisch auf- und abdecken) ein. Neben dem Erhalt von Fähigkeiten und Ressourcen vermitteln

derartige beschäftigungstherapeutische Bestandteile dem psychisch beeinträchtigten alten Menschen das Gefühl, seinen Alltag sinnvoll mit Aktivität und Engagement zu bereichern. Außerdem regen sie das körperliche und geistige Leistungsvermögen des erkrankten Individuums an und verbessern sein Konzentrationsvermögen. Durch bewusste sensorische Stimulation, respektive das individuelle Erfahren, Erleben und Aktivieren der verschiedenen Sinne, wird die Wahrnehmung des gerontopsychiatrisch beeinträchtigten Menschen auf Grund dieser Sache zusätzlich geschult.

7.1.5 Sicherstellung und Aufrechterhaltung eines weitreichenden sozialen Netzwerkes zur Betreuung und Begleitung psychisch beeinträchtigter Personen im Alter

Wichtig für die Tätigkeiten der Mitarbeiter des Betreuten Einzelwohnens ist es, den Blick nicht nur auf den einzelnen Bewohner mit seinen individuellen Bedürfnissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten, seiner einzigartigen Biographie und seiner Krankheitsgeschichte zu legen, sondern möglichst alle Ressourcen im Lebensumfeld des Klienten zu berücksichtigen und auszuschöpfen. Nur durch die Verknüpfung der persönlichen Handlungsmöglichkeiten des gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen mit dem Ressourcenpotential des Netzwerkes im seinem sozialen Umfeld, können die Grundbedürfnisse und Lebensgrundlagen des Bewohners ambulant sichergestellt werden. Soziale Netzwerkarbeit stellt demnach einen Knotenpunkt in der ambulanten Versorgung psychisch erkrankter alter Personen dar. Da alle sozialen Ressourcen des Betroffenen in die Netzwerkarbeit einbezogen werden, um den Lebensalltag der psychisch beeinträchtigten Alten in der vertrauten Umgebung lebenswert zu gestalten, ist es Aufgabe der Fachkräfte des Betreuten Einzelwohnens, eng mit Familienangehörigen, Verwandten,

Bekannten, Nachbarn, amtlichen Betreuern, (Fach)Ärzten, sozialen Einrichtungen, ambulanten Pflegediensten, Sozialstationen, etc. zusammenzuarbeiten. Pflegende Angehörige und Bekannte sollen beratend unterstützt und begleitet werden, über den momentanen Gesundheitszustand und die aktuelle Situation des alten Menschen auf dem Laufenden gehalten werden und in das individuelle Versorgungsnetz des Erkrankten einbezogen werden. Auf diese Weise wird man dem Postulat der offenen Altenhilfe „soviel ambulant wie möglich, soviel stationär wie nötig“, durch Ausschöpfung aller ambulanten Hilfsmöglichkeiten im sozialen Umfeld des erkrankten alten Menschen gerecht. Erst wenn das soziale Netzwerk des Erkrankten auseinanderzubrechen droht, weil seitens der pflegenden Angehörigen und unterstützenden Nachbarn zeitliche Reserven ausgeschöpft sind oder keine Bereitschaft mehr vorhanden ist, Kontakte und Beziehungen zu den alten Menschen aufrechtzuerhalten und Pflege- und Versorgungsaufgaben zu erfüllen, erst wenn es den Mitarbeitern des Betreuten Einzelwohnens nicht mehr gelingt, die Hilfen für den Betroffenen zu koordinieren und die Gewährleistung der ambulanten Versorgung angesichts einer über das Versorgungsmaß des Betreuten Einzelwohnens anwachsenden Pflegebedürftigkeit nicht mehr sichergestellt und verantwortet werden kann, erst wenn also alle Fäden des ambulanten psychiatrischen Versorgungsnetzes zu reißen drohen, muss zum Wohle des Erkrankten, über einen Umzug in eine beschützende Umgebung nachgedacht werden.

7.1.6 Hilfeleistung zur Sicherstellung der materiellen Existenz

Zum Arbeitsalltag der Mitarbeiter des Betreuten Einzelwohnens zählt auch die Unterstützung und Beratung der Bewohner und ihrer Familienangehörigen bei finanziellen Sorgen und Nöten. Da Familien mit gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen zu ihrer eigenen Entlastung fremde Hilfe in Anspruch

nehmen wollen und dabei im allgemeinen an die Grenzen ihrer finanziellen Möglichkeiten stoßen, erweist es sich als erforderlich, dass das Personal des Betreuten Einzelwohnens umfassende Informationen und Fachkenntnisse über Leistungsmöglichkeiten und finanzielle Beihilfen für pflegebedürftige Frauen und Männer verfügt. Nur wenn die Mitarbeiter im Besitz eines weitreichenden Wissens über denkbare finanzielle Unterstützung sind, können sie ihre Zielgruppe und deren Angehörige in finanziellen Angelegenheiten angemessen beraten und einen Beitrag zur Lösungsfindung ihrer Geldnöte leisten. In diesem Zusammenhang ist insbesondere der Sozialarbeiter im multiprofessionellen Team des Betreuten Einzelwohnens gefragt, der im Laufe seiner Fachhochschulausbildung umfangreiche Kenntnisse über gesetzlich festgelegte Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung, der Pflegeversicherung, dem BSHG, der gesetzlichen Rentenversicherung und der gesetzlichen Unfallversicherung in Erfahrung bringen konnte, und daher Informationen bezüglich der Rechte und Pflichten bei Inanspruchnahme wirtschaftlicher Hilfen – sei es im Rahmen der Sozialhilfe: Hilfe zum Lebensunterhalt, Hilfe in besonderen Lebenslagen oder Hilfestellungen bei weiteren Bedarfssituationen, im Rahmen der Kriegsopferfürsorge, im Rahmen des Wohngeldes – an alte Menschen mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen und ihre Partner im sozialen Netzwerk weiterleiten kann.

7.1.7 Weitergabe von Informationen hinsichtlich des Betreuungsrechts, der Vorsorgevollmacht, der Betreuungsverfügung, der Patientenverfügung

Bereits am 01. Januar 1992 ist das neue Betreuungsgesetz (§ §1896 ff. BGB) in Kraft getreten, welches eine Reihe von Verbesserungen enthält. Nach dem neuen Recht ersetzt die „Betreuung“ Entmündigung und Pflegschaft. Sie kann vom Betroffenen selbst beim Amtsgericht oder aber von Amts wegen beantragt werden, wenn ein Volljähriger aufgrund einer psychischen Erkrankung oder einer körperlichen, geistigen und seelischen Behinderung nicht mehr in der Lage ist, seine Angelegenheiten ganz oder teilweise zu besorgen. Das neue Gesetz sieht vor, dass die Betreuung spätestens alle fünf Jahre, bei einer geschlossenen Unterbringung alle zwei Jahre, vom Gericht überprüft werden muss. Die Betreuten werden durch die Anordnung nicht automatisch für geschäftsunfähig erklärt und haben weiterhin ein immenses Mitspracherecht. Außerdem ist der Betreuer nur in den Bereichen (z.B. für die Gesundheitsvorsorge, die Vermögensvorsorge, das Aufenthaltsbestimmungsrecht), für die er von Gerichtswegen bestellt ist, gesetzlicher Vertreter des betroffenen Menschen. In das Aufgabenspektrum der Mitarbeiter des Betreuten Einzelwohnens kann also durchaus die rechtliche Informationsweitergabe bzw. die Abklärung hinsichtlich der Einleitung einer Betreuung fallen.

Des Weiteren bietet das Betreute Einzelwohnen seinen Adressaten die Möglichkeit, Aufklärungsarbeit in Bezug auf Vorsorgevollmachten, Betreuungsverfügungen und Patientenverfügungen zu leisten, damit diese im Sinne der Selbstbestimmung schriftliche Willenserklärungen, also frühzeitig Vorsorge für den Fall einer späteren Einwilligungsunfähigkeit treffen können. Bei einer Vorsorgevollmacht bevollmächtigt der Einzelne, aus freiem Willen und ohne jeglichen Zwang, eine Person seines Vertrauens, für den Fall, dass

er zeitweise oder auf Dauer seine Angelegenheiten nicht mehr selbst regeln kann, ihn in allen persönlichen und vermögensrechtlichen Angelegenheiten, soweit es gesetzlich zulässig ist, gerichtlich und außergerichtlich zu vertreten. Sinn und Zweck dieser Vorsorgevollmacht ist, eine Betreuung nach §§ 1896 ff. BGB auszuschließen. Im Gegensatz zum Betreuer muss der Bevollmächtigte nämlich nicht vom Vormundschaftsgericht bestellt werden. Im Falle der Entscheidungsfähigkeit kann er sofort für den Vollmachtgeber handeln. Die Vorsorgevollmacht berechtigt die Vertrauensperson die Vertretung des erkrankten Menschen im Rahmen der medizinischen Versorgung und Behandlung zu übernehmen, wenn dieser dazu nicht mehr in der Lage ist. Das bedeutet, dass die bevollmächtigte Person die Befugnis zugeteilt bekommt, den Aufenthaltsort des Vorsorgevollmachtausstellers zu bestimmen, folglich auch die Einweisung in Kliniken, Senioren- und Pflegeheime festzulegen, und in freiheitsbeschränkende und freiheitsentziehende Maßnahmen einzuwilligen (z. B. das Fixieren mit einem Gurt, das Anbringen von Bettgittern). Im Bereich vermögensrechtlicher Angelegenheiten beinhaltet die Vollmacht sowohl die Verwaltung des Vermögens als auch die Besorgung laufender Geschäfte.

In der Betreuungsverfügung benennt der Einzelne eine Person seines eigenen Vertrauens, die für den Fall, dass er seine Angelegenheiten teilweise oder in ganzem Ausmaße nicht mehr eigenständig erledigen kann, vom Vormundschaftsgericht bestellt werden soll.

In der Patientenverfügung macht der Einzelne Aussagen bezüglich seiner Wünsche einer medizinischen Behandlung oder Nichtbehandlung oder die Begrenzung der medizinischen Behandlungsdauer angesichts einer aussichtslosen Erkrankung, vor allem in der letzten Lebensphase.

7.1.8 Assistenz bei Ämter- und Behördengängen

Das Betreuungsangebot der gerontopsychiatrischen ambulanten Versorgungsmaßnahme beinhaltet zudem die Unterstützung der psychisch erkrankten alten Menschen bei Ämter- und Behördengängen.

7.1.9 Vermeidung und Verkürzung stationärer Klinikaufenthalte

Mit Hilfe einer verstärkten Betreuungsintensität zielt das Betreute Einzelwohnen darauf ab, für psychiatrisch erkrankte alte Personen häufig wiederkehrende Aufenthalte in Fachkliniken zu verhindern oder zu verkürzen. In der Fachliteratur (vgl. Wetterling, 2001) wird verstärkt betont, dass die Mehrheit psychisch beeinträchtigter alter Menschen zu Hause von Familienangehörigen und Verwandten versorgt und gepflegt wird. Wenn die tagein, tagaus, rund um die Uhr vollzogenen Hilfeleistungen und Versorgungsmaßnahmen die pflegenden Angehörigen an ihre Belastungsgrenzen bringen und ihr Nervenkostüm immens unter Druck setzen, zeigt es sich vielfach, dass Angehörige keine andere Möglichkeit mehr sehen und die älteren Personen in eine Klinik einweisen lassen. Die Maßnahme des Betreuten Einzelwohnens für gerontopsychiatrisch erkrankte Frauen und Männer versucht mittels aktivierende Behandlungs- und Pflegemaßnahmen, mittels intensiver Begleitung und Betreuung der alten Menschen, sowie mittels Auswahl und Vermittlung zusätzlich notwendiger Hilfsangebote (z.B. Vermittlung eines ambulanten Pflegedienstes zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, Vermittlung von Essen auf Rädern, Vermittlung sonstiger Hilfen zur Weiterführung des Haushaltes) nicht nur den Erkrankten zu helfen, sondern auch deren Angehörige und Verwandte zu unterstützen und zu entlasten. Dadurch bieten die Fachkräfte

des Betreuten Einzelwohnens den pflegenden Familienmitgliedern in den Augenblicken, in denen sie mit den kranken Personen arbeiten, die Möglichkeit, dass die pflegenden Verwandten selbst für sich sorgen, ihre eigenen Bedürfnisse befriedigen und persönlich etwas für ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden tun können. Das Betreute Einzelwohnen für psychisch kranke und behinderte Menschen trägt folglich dazu bei, dass bekannte Kreisläufe in Form von stationärer Einweisung in ein Krankenhaus, Überweisung in eine Fachklinik für Psychiatrie, Unterbringung in ein Altenheim mit derzeit freiem Platz, Auflösung der Wohnung, Errichtung einer Betreuung usw. wenigstens teilweise durchbrochen werden können. Von den Mitarbeitern des Betreuten Einzelwohnens begleitet und unterstützt, und in Zusammenarbeit mit ambulanten Pflegediensten und Sozialstationen, können alte Personen mit Einbußen im psychischen Bereich, solange wie möglich zu Hause gepflegt und versorgt werden.

7.1.10 Sicherung der Inanspruchnahme (fach-)ärztlicher Behandlung und Motivierung zu deren Fortsetzung

In Verknüpfung mit Elementen aus der Soziotherapie, der Beschäftigungstherapie, dem Realitätsorientierungstraining und der Validation erweist sich die Pharmakotherapie als tragende Säule in der Behandlung gerontopsychiatrisch erkrankter Frauen und Männer. Insbesondere bei der Behandlung von Wahnvorstellungen, Depressionen und Angststörungen zeigt die richtige Gabe von Arzneimitteln ihre Wirksamkeit. Angesichts dieser Tatsache gilt es für die Mitarbeiter des Betreuten

Einzelwohnens, die Inanspruchnahme (fach-)ärztliche Begutachtung, Diagnosestellung und medikative Einstellung psychisch beeinträchtigter alter Menschen zu unterstützen, und die Klienten zu befähigen, die Behandlung weiterhin fortzusetzen. Auch bei dementiellen Erkrankungen, bei denen die Ursachen (noch) im Verborgenen liegen, und deswegen die Aussicht, den Krankheitsverlauf mit Hilfe von Medikationen stoppen zu können, eher gering ist, muss anerkannt werden, dass eine pharmakotherapeutische Unterstützung der Gesamtbehandlung von Menschen mit Demenzen, nicht nur für das bisweilen strapazierte Nervenkostüm der Angehörigen, sondern durchaus auch für die gerontopsychiatrisch erkrankten Frauen und Männer sinnvoll, hilfreich und notwendig sein kann, da klinische Bilder geschwächt, und das rasche Fortschreiten der Erkrankung hinausgezögert werden kann. Im Idealfall versuchen (Fach-)Ärzte heutzutage erst dann Arzneimittel, respektive Beruhigungsmittel, zu verordnen, wenn alle anderen Versuche, „untragbare“, „hemmungslose“ oder „aggressive“ Verhaltensweisen des erkrankten Alten zu verändern, nicht von Erfolg gekrönt waren.

7.1.11 Vermeidung beziehungsweise Aufbrechung sozialer Isolation

Durch die Maßnahme des Betreuten Einzelwohnens sollen psychisch erkrankte alte Frauen und Männer zudem befähigt werden, am „normalen“ Leben in der Gesellschaft teilzunehmen. Angesichts der gemeinsamen Betreuung, Unterstützung und Pflege der alten Menschen mit Demenzen und anderen psychischen Erkrankungen durch fachlich geschulte Mitarbeiter, pflegende Angehörige und Bekannte, in der individuell vertrauten, menschlichen und alltagsnahen Lebenswelt des Einzelnen, bietet das Betreute Einzelwohnen den gerontopsychiatrisch erkrankten Leuten die Möglichkeit, solange wie möglich im Kreise ihrer Familie und in vertrauter Umgebung, am

gesellschaftlichen Leben teilzunehmen und nicht in eine Pflegeeinrichtung abgeschoben zu werden, dort zu vereinsamen und zu hospitalisieren. Damit möchte das Betreute Einzelwohnen der Forderung nach gesellschaftlicher Eingliederung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen, die bereits im Zweiten Bayerischen Landesplan zur Versorgung psychisch Kranker und psychisch Behinderter gestellt wird, nachkommen: „Psychische Krankheiten beeinträchtigen die Fähigkeit der Betroffenen, am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen. Es treten häufig krankheitsbedingte Verluste an zwischenmenschlichen Beziehungen auf und Bindungen ein. Diese Isolation kann wiederum zu einer Verschlimmerung des Krankheitszustandes führen. Dem entgegenzuwirken ist ein wichtiger Bestandteil der psychiatrischen Versorgung“ (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, 1990, S.29).

7.1.12 Anregung zur Freizeitgestaltung

Die Tätigkeiten der Mitarbeiter des gerontopsychiatrisch Betreuten Einzelwohnens umfassen auch Angebote und Maßnahmen im Freizeitbereich. Die Zielsetzung derartiger Offerten aus Bereichen der Beschäftigungs- und Musiktherapie besteht darin, durch Aktivierung die soziale Isolation der Teilnehmer aufzubrechen, persönliche Interessen und vorhandene Fähigkeiten zu stärken, dem Lebensalltag eine bestimmte Struktur zu verleihen und zudem Lebensfreude zu vermitteln. Alte Frauen und Männer mit Demenzen und andersartigen psychischen Erkrankungen sind ebenso wie jede andere Person darauf erpicht, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen und Kontakte zu ihrem Umfeld zu pflegen. Diesem Bedürfnis nachzukommen, versteht es das Betreute Einzelwohnen als seine Aufgabe, den gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen vielfältige Angebote im Freizeitbereich zu offerieren. In

Übereinstimmung mit ZGOLA (1999) betrachte ich es als unablässig, dass die angebotenen Freizeitmaßnahmen unbedingt mit „dem sozialen, intellektuellen und gefühlsmäßigen Status“ (Zgola, 1999, S.37) des Erkrankten harmonieren müssen. Anders ausgedrückt, die Angebote sollten den psychosozialen Bedürfnissen der alten Menschen entgegenkommen und „niemals erniedrigen, kindisch oder irgendwie bedrohlich auf das Selbstwertgefühl wirken (bzw. von dem Kranken in dieser Weise empfunden werden)“ (Zgola, 1999, S.37). Das bedeutet, dass Freizeitangebote für die Person selbst keineswegs „künstlich“ erscheinen dürfen, sondern stets sinnvoll und einleuchtend sein müssen.

7.1.13 Krisenintervention

Zum Aufgabenfeld der Mitarbeiter des Betreuten Einzelwohnens zählen des Weiteren Kriseninterventionen, der sich in der ambulanten gerontopsychiatrischen Maßnahme befindlichen Frauen und Männer. In der Arbeit mit Menschen mit alterspsychiatrischen Erkrankungen und Behinderungen treten oftmals kurzfristig Krisen auf, die nach raschen, effektiven Lösungen verlangen. Akute Suizidtendenzen, jegliche Verweigerung der Betroffenen von Hilfsmaßnahmen und Unterstützungen, Konflikte mit Angehörigen, Nachbarn oder Pflegenden fordern die Fachkräfte des Betreuten Einzelwohnens auf, schnellstmöglich eine Abklärung der aktuellen Situation herbeizuführen und zusammen mit dem Klienten und seinem sozialen Lebensumfeld nach akzeptablen Hilfen und Lösungen Ausschau zu halten. Alte Menschen, die an psychischen Krankheitssymptomen leiden, geraten insbesondere auch angesichts der gesellschaftlichen Abwertung des Alters verstärkt in Krisensituationen, in denen sie sich wert- und sinnlos fühlen. Zusätzlich zu dem in unserer

Leistungsgesellschaft verspürten Selbstwert- und Identitätsverlust, trägt der therapeutischen Nihilismus seitens vieler Ärzte und Pfleger – bei Menschen mit Demenzen und anderweitigen psychiatrischen Krankheitsbildern habe keinerlei Behandlung Aussicht auf Erfolg – dazu bei, dass die Zielgruppe des Betreuten Einzelwohnens das Empfinden besitzen kann, dass es nichts mehr gibt, wofür es sich weiterhin zu leben lohnt. Da nach DÖRNER/ PLOG (1989, S.327) jede Krise von Menschen „auch eine Frage von Leben und Tod“ darstellt, und da es erwiesen ist, dass das Suizidrisiko im Alter deutlich ansteigt (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2001, S.58) ist das Betreute Einzelwohnen bestrebt, jede subjektiv ausweglos erscheinende und zur Tötung nötige Krisensituation des alten Menschen ernst zu nehmen, den aussichtslosen, resignierten Alten den vollen Respekt vor seiner Selbstbestimmung entgegenzubringen und ihm am Grunde seiner Verzweiflung und Ausweglosigkeit zu erreichen. Nur wenn es den Fachkräften des Betreuten Einzelwohnens in Krisensituationen gelingt, die Beziehung zu dem suizidalen Menschen aufrechtzuerhalten und ihm die Freiheit der Selbsttötung zuzugestehen, kann für den lebensmüden alten Menschen die Chance des Neubeginns deutlich werden: “Er [der Mensch in der ausweglosen Krise] und ich [der psychiatrisch Handelnde] müssen uns die Freiheit nehmen, davon auszugehen, daß die Verzweiflung so groß war, daß Selbst- oder Fremdtötung die einzige Möglichkeit zu sein schien, also innerlich erlaubt und rechtens war. Mehr noch: Daß es die einzige noch mögliche und zugleich seit langer Zeit die erste wirkliche selbständige und freie Handlung war nach einer langen Zeit zermürender Handlungsunfähigkeit, vielleicht die erste wirklich freie Handlung im ganzen bisherigen Leben. Nur dadurch kommen wir beide in der Begegnung dahin, daß es in der Krise nicht nur um das Töten ging oder geht, sondern auch um den Sprung. Und nur so komme ich vom Risiko zur Chance des Sprunges, die immer auch enthalten ist, zur Chance des

Neubeginnes, die stets nur nach Erreichen des Nullpunktes, der Talsohle sichtbar werden kann“ (Dörner/ Plog, 1989, S.333). Das Betreute Einzelwohnen für gerontopsychiatrisch erkrankte Frauen und Männer versucht jedoch bereits im Vorfeld, seine Bewohner psychisch und sozial soweit zu stabilisieren, dass Motive und Gründe für suizidale Handlungen weitgehend kompensiert werden.

7.1.14 Kooperation und Zusammenarbeit mit vorhandenen Einrichtungen, mit anderen Diensten, mit niedergelassenen Ärzten, mit Ämtern und Behörden

Um gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen und ihren Familienangehörigen eine ganzheitlich, lebensbegleitende Betreuung und Assistenz in einem gemeindenahen dezentralen gerontopsychiatrischen Versorgungssystem zukommen zu lassen, ist es dringend erforderlich, dass die Mitarbeiter des Betreuten Einzelwohnens fachliche Kontakte und regen Austausch mit ortsansässigen Fachinstitutionen im Bereich der Psychiatrie und Altenhilfe pflegen. Neben der institutionalisierten Zusammenarbeit mit anderweitigen sozialen Institutionen, Beratungsstellen, Einrichtungen und Diensten der Altenhilfe, in Form von gemeinsamen Zusammenkünften zu fachlich reflektierten Gesprächen und Absprache, sowie in Form der Teilnahme an Fallbesprechungen und an regionalen Fortbildungsangeboten, erweist sich sowohl die Mitarbeit in ortsansässigen und überregionalen psychosozialen Gremien und Arbeitskreisen als auch die Zusammenarbeit mit niedergelassenen (Fach-)Ärzten, amtlichen Betreuern, ambulanten Pflegediensten und Sozialstationen als unabdingbar.

7.2 *Darstellung der konkreten Arbeit mit pflegenden und nichtpflegenden Angehörige und dem sozialen Umfeld*

7.2.1 Beratung des sozialen Umfeldes

Zu den Tätigkeiten der Mitarbeiter des Betreuten Einzelwohnens zählt ebenso die Beratung und emotionale Entlastung des sozialen Umfeldes und Netzwerkes der gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen. Nach aktuellen Angaben des STATISTISCHEN BUNDESAMTES (vgl. Amberger Zeitung vom 27.11.2001) wurden Ende 1999 beinahe drei Viertel des insgesamt 23 % umfassenden Anteils der über 74 Jahre alten pflegebedürftigen Frauen und Männer von Angehörigen oder ambulanten Diensten zu Hause versorgt. Die Pflegenden, die zum Teil selbst schon das 60. Lebensjahr überschritten haben, leisten tagein, tagaus eine bisweilen kraftraubende und nervenaufzehrende Tätigkeit. Die Bereitschaft, rund um die Uhr für die Erkrankten zu sorgen und sie zu pflegen, überfordert die Bezugspersonen vielfach. Dies kann sich sowohl in Krankheitssymptomen, körperlichem Stress, psychischer Überlastung, zeitlicher Überforderung und fachlicher Inkompetenz äußern als auch in sozialer Isolation und Ausgrenzung aus dem gesellschaftlichen Leben. Im allgemeinen erfahren Familienmitglieder bei der Pflege eines Angehörigen mit Demenz oder anderweitigen psychischen Leiden, die komplette Bandbreite menschlicher Gefühle: „Sie fühlen sich traurig, entmutigt und allein; sie fühlen sich ärgerlich, schuldig oder hoffnungsvoll; sie fühlen sich ermüdet oder sind deprimiert“ (Mace/ Rabins, 1996, S.179). Angesichts der Tatsache, dass Pflegende oft die überforderten und belasteten Teile des Gesamtsystems Familie darstellen, gilt es als Aufgabe des Personals des Betreuten Einzelwohnens den Blick im konkreten Einzelfall explizit auch auf das Familiensystem zu werfen und familiendynamische Prozesse genauer zu betrachten und zu analysieren, um Rollen und Aufgaben der einzelnen Systemmitglieder im Kontext der Pflege und Unterstützung des Erkrankten zu

durchschauen. Die Bestrebungen der Fachkräfte des Betreuten Einzelwohnens gehen in diesem Kontext dahin, Entlastungsmöglichkeiten herbeizuführen, um das soziale Netzwerk des Betroffenen aufzubauen oder zu stabilisieren. Wichtige Aufgaben der Mitarbeiter des Betreuten Einzelwohnens im Rahmen der Arbeit mit Familienmitgliedern und weiteren Betreuern des sozialen Netzwerkes sind neben Aufklärung und Unterrichtung hinsichtlich des Krankheitsbildes, des Krankheitsverlaufes und der spezifischen Lebenssituation, die Weitergabe und Vermittlung von Informationen bezüglich des adäquaten Umgangs mit den gerontopsychiatrisch erkrankten Personen, sowie individuelle Beratung, Assistenz und Hilfestellung in konkreten Situationen bzw. bei spezifischen Problemlagen. Die Angehörigenarbeit leistet folglich gleichsam Unterstützung, Ängste abzubauen und Schuldgefühle gegenüber den Betroffenen zu reduzieren. Des Weiteren trägt sie dazu bei, den Familienmitgliedern spezifische Verhaltensweisen der Erkrankten als Symptome gerontopsychiatrischer Krankheitsbilder verständlich und plausibel zu machen. Bestrebung dieser Angebote an Angehörige und unterstützende Nachbarn ist einerseits deren emotionale Entlastung, andererseits der Versuch, durch Motivierung und Aktivierung die Mitarbeit und Kooperation der Familienmitglieder und anderer Betreuer effektiv zu erhöhen.

7.2.2 Einbeziehung und Zusammenarbeit der Angehörigen und weiteren Bezugspersonen in alle Vorhaben und Planung

Um die gerontopsychiatrisch erkrankten Personen ganzheitlich zu erfassen, möglichst viel über sie und ihr Leben in Erfahrung zu bringen und somit mit ihren Problematiken schneller vertraut zu werden und ihre „herausfordernden“ Verhaltensweisen verstehen und damit umgehen zu

können, ist es notwendig, dass das Team des Betreuten Einzelwohnens das biographische Wissen der Angehörigen und die Erfahrungskompetenz weiterer betreuender Personen im Umfeld der Erkrankten nutzt. Umgekehrt ist es aber genauso wichtig, Angehörige und weitere Betreuende stets über den neuesten Stand der Lebenssituation der psychisch beeinträchtigten alten Menschen in Kenntnis zu setzen, und sie in Planungen und Vorhaben einzubeziehen. Gemeinsam können so Lösungswege und Entscheidungen über Pflege- und Betreuungsmaßnahmen gefällt werden. Nur wenn der Kontakt und die Kooperation zwischen dem Personal des Betreuten Einzelwohnens, den Bewohnern, den pflegenden Angehörigen und anderen professionellen und nichtprofessionellen Betreuenden aufrechterhalten bleibt, gelingt es letztlich, Menschen mit Demenzerkrankungen und anderen psychischen Beeinträchtigungen, in einem sicheren, vertrauten und fördernden Lebensumfeld, eine angemessene Pflege und Versorgung zukommen zu lassen und ihnen einen weitgehend „normalen“ Lebensabend in Würde, Respekt und Wohlbefinden zu ermöglichen. Durch die Zusammenarbeit mit pflegenden Personen und unterstützenden Familienmitgliedern erscheint es aussichtsreich, die Versorgung und Pflege der gerontopsychiatrisch erkrankten Frauen und Männer zu sichern, Verwahrlosungstendenzen und Selbstgefährdung der Bewohner abzufangen, pflegende Angehörige physisch und psychisch zu entlasten und ihre finanzielle Lage zu stabilisieren.

7.2.3 Öffentlichkeitsarbeit

Um die Zielsetzungen, das Tätigkeitsgebiet und die Angebotspalette des Betreuten Einzelwohnens für psychisch erkrankte und behinderte Frauen und Männer im Alter sowohl einer fachlich versierten Öffentlichkeit als auch

interessierten Bürgern des Landkreises Amberg-Sulzbach und der Stadt Amberg zu Gehör zu bringen, betrachten es die Mitarbeiter des Betreuten Einzelwohnens als ihre Aufgabe, Public Relations zu betreiben. Die Präsenz im Gemeinwesen, also die Bekanntheit des Betreuten Einzelwohnens für alte Personen mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen ist insbesondere deshalb so wichtig, da die Adressaten der ambulanten Versorgungsmaßnahme in der Regel keine Krankheitseinsicht zeigen. Eben aus diesem Grund stellt es sich als erforderlich dar, dass das Betreute Einzelwohnen als bedeutsamer Bestandteil der lokalen sozialen Infrastruktur im Amberg-Sulzbacher Raum publik wird, damit Einrichtungen des öffentlichen Lebens (z.B. Polizei, Banken und Sparkassen), soziale Dienste und die allgemeine Öffentlichkeit gerontopsychiatrisch auffällige Personen und deren Angehörige an das ambulante Versorgungsangebot weiterleiten können, bzw. damit die Mitarbeiter des Betreuten Einzelwohnens Hinweise und Mitteilungen von Betroffenen und Hilfsbedürftigen erhalten. Die Öffentlichkeitsarbeit dient dem Zwecke, ganz bewußt und fortdauernd, für die Maßnahme des Betreuten Einzelwohnens für psychisch alterserkrankte Frauen und Männer im Landkreis Amberg-Sulzbach, gegenseitiges Verständnis und Vertrauen in der Öffentlichkeit aufzubauen, zu pflegen und weiter zu entwickeln.

Neben der Planung, Organisation, Mitgestaltung und Durchführung von Informationsveranstaltung hinsichtlich der Vorstellung und Bekanntmachung der gerontopsychiatrischen ambulanten Versorgungsmaßnahme Betreutes Einzelwohnen bei Fachkräften der ortsansässigen sozialen Einrichtungen und Beratungsstellen, Sozialstationen, mobilen sozialen ambulanten Hilfsdiensten, regional niedergelassenen Allgemein- und Fachärzten und amtlichen Betreuern, erscheint es notwendig, das Betreute Einzelwohnen bei Familienangehörigen alterspsychiatrisch erkrankter Frauen und Männer publik zu machen. Damit das gerontopsychiatrische Versorgungsdefizit auch in anderen bayerischen Regionen behoben wird, zählt es weiterhin zur

Aufgabe der Mitarbeiter des Betreuten Einzelwohnens, die durch das regionale Versorgungsangebot gewonnenen Erfahrungen und Erkenntnisse, auf überregionalen Veranstaltungen, per Übernahmen von Referaten und Vorträgen, an die Fachwelt weiterzugeben. Des Weiteren können interessierten Bürgern des Amberg-Sulzbacher Raumes Näheres über die ambulante Maßnahme mittels Artikeln, Veröffentlichungen und Erfahrungsberichten in regionalen Zeitungen erfahren. Neben einer Zusammenarbeit mit den lokalen Presseorganen ist es im Rahmen der Public Relations ebenfalls nützlich, Kontakte zu regionalen Radio- und Fernsehsendern zu pflegen. Diese ermöglichen es, mit Hilfe von Interviews der Mitarbeiter der Maßnahme oder mittels Berichterstattungen, einem breiten lokalen Publikum Informationen bezüglich Zielsetzungen, Aufgaben und Angeboten des Betreuten Einzelwohnens für psychisch erkrankte und behinderte Menschen zukommen zu lassen. Bestrebung derartiger Öffentlichkeitsarbeit ist es, zum einen den möglichen Kooperationspartnern und den mit dem Team des Betreuten Einzelwohnens in psychosozialer, medizinisch-pflegerischer und hauswirtschaftlicher Hinsicht zusammenarbeitenden Institutionen und Diensten, die Intention der Maßnahme deutlich herauszustellen, die Vermittlung von gerontopsychiatrisch erkrankten Personen in die Wege zu leiten und gleichsam eine einzelfallbezogene Zusammenarbeit zum Wohle des Adressaten zu erreichen. Die Öffentlichkeitsarbeit des Betreuten Einzelwohnens ist zugleich bestrebt, ansässigen sozialen Institutionen und Diensten die Möglichkeit vor Augen zu führen, dass Fachpersonal des Betreuten Einzelwohnens als kompetenten Ansprechpartner bei gerontopsychiatrischen Fragen zu Rate zu ziehen. Andererseits erscheint es dringend erforderlich, Angehörige und Betreuende in Vortragsreihen auf das örtliche ambulante Betreuungsangebot aufmerksam zu machen und sie über typische gerontopsychiatrische Krankheitsbilder und Verhaltensweisen der

Betroffenen in Kenntnis zu setzen sowie ihre Informationsdefizite zu beheben, damit die Betreuenden einen „gelingenderen“ Umgang mit ihren erkrankten Verwandten erzielen. Zudem nützt das Betreute Einzelwohnen die Public Relations, um als „Sprachrohr“ für Interessen und Belange der betroffenen psychisch erkrankten alten Menschen, deren Angehörige und deren soziales Umfeld zu dienen. Dadurch soll der Fokus sowohl auf vorhandene Defizite, Ungerechtigkeiten und Misereen im gesellschaftlichen und politischen Umgang mit psychisch alterserkrankten Frauen und Männern gelegt werden, als auch Verbesserungsvorschläge öffentlich kundgetan werden. Vorurteile und Einstellungen gegenüber betagten Menschen mit Demenzen und anderen psychischen Einbußen sollen den Weg freimachen für mehr Akzeptanz und Verständnis. Weiterhin dient die Public Relations dazu, ortsansässige Firmen und Unternehmen zur finanzielle Unterstützung für die Maßnahme an Land zu ziehen.

Umfang und Intensität der Betreuung

Die Intensität und das Ausmaß der engmaschigen Betreuung des beschriebenen ambulanten gerontopsychiatrischen Versorgungsangebotes richtet sich ganz nach der individueller Problematik des einzelnen psychisch erkrankten alten Menschen. Je nach persönlicher gesundheitlicher und sozialer Situation wird der Umfang der Betreuung im Einzelfall immer wieder neu bestimmt. Grundsätzlich wird die Begleitung und Assistenz an Notwendigkeiten, an Bedürfnisse und an die Akzeptanz der einzelnen Betreuenden angeglichen. Während den Adressaten insbesondere bei krisenhaften Veränderungen eine intensivere und umfassendere Unterstützung zugute kommt, bei der die gerontopsychiatrisch erkrankten älteren Menschen

täglich mehrere Stunden in ihrer Wohnumgebung aufgesucht werden, kann die Unterstützung in Phasen eines stabilen gesundheitlichen Zustandes auf kürzere Hausbesuche reduziert werden.

Personalausstattung und Stellenbedarf des Betreuten Einzelwohnens für psychisch erkrankte und behinderte alte Menschen

9.1 *Fachliche Umsetzung und Organisation der unterschiedlichen Aufgaben des Betreuten Einzelwohnens in einem multiprofessionellem Team*

Neben der Erledigung von Planungs-, Organisations- und Vermittlungstätigkeiten bei der Assistenz und Betreuung der einzelnen Adressaten gilt es für das Team des Betreuten Einzelwohnens im Rahmen der Public Relations, Vorträge und Veranstaltungen zu entwerfen und zu halten. Außerdem fallen in der Arbeit des Betreuten Einzelwohnens eine Reihe von Verwaltungsaufgaben an.

Da es unumstritten ist, dass die Gerontopsychiatrie in ihrer Gesamtheit sowohl auf pflegerischen Kompetenzen der Altenhilfe als auch auf sozialpsychiatrische Kompetenzen der Psychiatrie wurzelt, ist es unablässig, dass sich die Mitarbeiter des Betreuten Einzelwohnens aus verschiedenen Berufsgruppen zusammensetzen, die gleichberechtigt zusammenarbeiten. Angesichts des vielfältigen anspruchsvollen, komplexen Aufgabenspektrums und der breiten Angebotspalette kann nur durch eine qualifizierte Berufsausbildung und mittels interdisziplinärem Austausch fachspezifischen Wissens, die Betreuung und Pflege der alten Menschen zu ihrem Wohle gewährleistet werden. Obgleich jeder Mitarbeiter im Betreuten Einzelwohnen

für Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen alleine, eigenverantwortlich und selbstständig arbeitet, kann er dem Gesamtteam seine eigene fachliche Kompetenz zugänglich machen und sich überdies durch die plurale professionelle Zusammensetzung des Kollegenkreises auf das Fachwissen der anderen Teammitglieder stützen. Die wechselseitige interdisziplinäre Kooperation und Unterstützung ist für die Mitarbeiter enorm wichtig, da sich die Adressaten des Betreuten Einzelwohnens häufig sehr misstrauisch gegenüber professionellen Hilfeleistung zeigen und deswegen gerade am Anfang der Kontaktaufnahme oft schwer zugänglich sind. Gerade bei „schwierigen“ Bewohnern tut ein fachlich interdisziplinärer Austausch zwischen Kollegen gut, denn angespornt durch Ideen und Sichtweisen anderer

Fachkräfte lässt sich im Einzelfall häufig die passende, individuell angemessene Vorgehensweise finden. Das vielfältig qualifizierte Personal des Betreuten Einzelwohnens für psychisch erkrankte alte Menschen bemüht sich zudem, über die medizinisch-psychiatrische Betrachtungsweise hinaus, die betroffenen betagten Personen in ihrer jeweils individuellen Lebenswelt, ihren einmaligen Biographien und spezifischen Bedürfnissen, ganzheitlich als Persönlichkeiten mit ureigenem Erleben und Empfinden und mit persönlichen Erfahrungs- und Erlebnisschätzen umfassend zu betrachten.

Um allen fachlichen Anforderungen, die an die Arbeit mit gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen gestellt werden zu genügen, sollte sich das qualifizierte Arbeiterteam des Betreuten Einzelwohnens für gerontopsychiatrisch erkrankte Personen multiprofessionell aus Fachkräften folgender Berufsgruppen zusammensetzen, die es bereits vorab bei der Personalausstattung zu berücksichtigen gilt und die, nach Etablierung des Betreuten Einzelwohnens im Amberg-Sulzbacher Raum, mit der Zeit erweitert und ergänzt werden können:

Der Sozialpädagoge im Team des Betreuten Einzelwohnens:

Das sozialarbeiterische Handeln mit Menschen mit psychischen Alterserkrankungen umfasst im allgemeinen Beratungs- und Betreuungstätigkeiten. Die Tätigkeiten des Sozialpädagogen im Betreuten Einzelwohnen reichen von psychosozialer Unterstützung und Assistenz in Form sozialer Arbeit mit den einzelnen gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen und ihren Familien, über die Weiterleitung sozialrechtlicher, familienrechtlicher und zivilrechtlicher Informationen und Kenntnisse bis hin zur Vermittlung von finanziellen Hilfen und Sachhilfen, insbesondere von Betreuungs- und Entlastungsangeboten. Im interdisziplinären Behandlungs- und Betreuungskontext ist es Aufgabe des Sozialpädagogen, die für den einzelnen psychisch alterserkrankten Menschen individuell angemessene Basisversorgung im eigenen Wohn- und Lebensraum sicherzustellen, sowie ihm und seinem sozialen Umfeld psychosoziale Entlastungsmöglichkeiten und lebenspraktische Erleichterung zu offerieren. Allgemein gilt es in diesem Zusammenhang, das Wohnumfeld und das soziale Netzwerk der gerontopsychiatrisch beeinträchtigten Person so zu gestalten, dass für die erkrankten Frauen und Männern und ihre mitbetroffenen Familienangehörigen ein menschenwürdiges Leben mit dem Krankheitsbild realisierbar wird. In den sozialpädagogischen Arbeitsbereich fällt folglich die Pflicht, den psychisch erkrankten betagten Menschen und seinen Angehörigen alle denkbaren fachspezifischen Betreuungs- und Behandlungsoptionen und -chancen aufzuzeigen und diesbezüglich eine Vermittlungsfunktion zu übernehmen. Falls notwendig muss der Sozialpädagoge zunächst einmal Rahmenbedingungen schaffen, die die Voraussetzung für eine effektive (fach-) ärztliche Behandlung und psychiatrische Pflege zur Stabilisierung des Gesundheitszustandes darstellt.

Pflegekräfte im Team des Betreuten Einzelwohnens:

Pflegerische Fachkompetenzen in der Versorgung von Menschen mit psychischen Alterserkrankungen sind vor allem bei Krankenpflegekräften, aber auch bei Altenpflegern zu finden. Ihre fundierten Kenntnisse bei der Einschätzung des Zustandes des erkrankten Menschen, und der sich daraus ergebende Bedarf an weiteren zusätzlichen Hilfeleistungen und Pflegemaßnahmen sind für das fachspezifische Wissen im multiprofessionellen Team des Betreuten Einzelwohnens unablässig.

Fachpflegekräfte für Gerontopsychiatrie im Team des Betreuten

Einzelwohnens:

Insbesondere Pflegekräfte für Gerontopsychiatrie eignen sich angesichts ihrer vielgestaltigen Ausbildung, in der sowohl pflegerische Fachkompetenz als auch sozialpsychiatrische Fähigkeiten vermittelt werden, um die Betreuung psychisch alterserkrankter Frauen und Männer in ihrem eigenen Wohnumfeld zu übernehmen. Durch ihr geschultes Auge für die Beurteilung des Gesundheitszustandes eines erkrankten Menschen und durch ihren alltäglichen Umgang mit Menschen mit Demenzen und anderweitigen gerontopsychiatrischen Krankheitsbildern, sind die qualifizierten Pflegekräfte in der Lage, den Umgang mit der einzelnen psychisch erkrankten Person angemessen zu gestalten und alle individuell notwendige Hilfsmaßnahmen in die Wege zu leiten. Der permanenten Konfrontation mit psychosozialen Konfliktsituationen, wie mit geistigen und körperlichen Abbauprozessen der zu betreuenden alten Menschen, mit deren Leid, mit aggressivem Verhalten, Beschuldigungen und Kränkungen von Seiten der Erkrankten und mit den Themen Sterben und Tod können die Pflegekräfte ihre Erfahrung und ihre Sicherheit im Umgang mit psychisch kranken Menschen entgegenhalten. Durch ihre Ausbildung haben sie gelernt, selbst bei Erfolglosigkeit oder bei nur geringen Erfolgen in der Arbeit mit den psychisch alterserkrankten

Menschen nicht zu verzagen, sondern weiterhin an den angestrebten Bemühungen festzuhalten.

9.2 *Multiprofessionelle Besetzung des Teams des Betreuten Einzelwohnens bei einem Betreuungsschlüssel von 1:4*

Nach meiner Auffassung stellt ein Betreuungsschlüssel von 1:4 eine adäquate Versorgung von Menschen mit psychischen Alterserkrankungen im eigenen Wohnumfeld sicher. Bei einer von Fachkräften geschätzten Anzahl von 7000 bis 9000 alten Menschen mit Einbußen im psychischen Bereich, im Amberg-Sulzbacher Raum, halte ich es für sinnvoll, das Angebot des Betreuten Einzelwohnens für alte Menschen mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen in der Anfangszeit auf zwölf Plätze festzulegen. Bei einem Betreuungsschlüssel von 1:4 bedeutet dies, dass insgesamt drei Vollzeit-Planstellen geschaffen werden müssten.

In der ersten Phase des Betreuten Einzelwohnens für gerontopsychiatrisch erkrankte Frauen und Männer innerhalb der Region des Landkreises Amberg-Sulzbach und der Stadt Amberg betrachte ich folgende multiprofessionelle Personalausstattung als erstrebenswert:

Personelle Besetzung mit Sozialpädagogen:

Auf Grund der breit und vielgestaltig aufgebauten Ausbildung des Sozialpädagogen, bei der ein großes Ausmaß an Wissen der unterschiedlichsten Art gelehrt wird, sollten bei Installierung des Betreuten Einzelwohnens für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen zwei Vollzeit-Planstellen (je 38,5 Stunden) für Diplom Sozialpädagogen (FH) geschaffen werden. Damit ist eine fachlich adäquate psychosoziale Betreuung und Unterstützung der Adressaten in vielerlei Hinsicht gewährleistet.

Die Sozialpädagogen sollten möglichst einschlägige Berufserfahrungen nachweisen können. Für den sicheren und adäquaten Umgang mit den Adressaten sollten Berufsanfänger im Rahmen ihres Studiums Praxiserfahrung mit psychisch erkrankten Menschen gesammelt haben. Zudem wäre die Belegung des Studienschwerpunktes „Soziale Arbeit mit Menschen mit psychischer Erkrankung und Behinderung“ oder des Schwerpunktes „Soziale Arbeit mit alten Menschen“ wünschenswert.

Personelle Besetzung mit Fachpflegekräften für Gerontopsychiatrie:

Zu Beginn der Arbeitsaufnahme des Betreuten Einzelwohnens sollte eine Vollzeit-Planstelle für einen Gerontopsychiatriepflegekraft eingerichtet werden. Hier wäre es vorteilhaft wenn die Ganztagsstelle mit zwei Teilzeitkräften besetzt werden könnte, so dass eine Vertretung bei Urlaub oder Krankheit jederzeit gewährleistet ist.

Personelle Besetzung mit Verwaltungskräften:

Eine Halbtagsstelle sollte mit einer Verwaltungskraft besetzt werden. Diese erledigt alle anfallenden Verwaltungstätigkeiten, unter anderem auch die Aufnahme von Klientenanfragen.

Diese dargelegte basale personelle Besetzung des Teams des Betreuten Einzelwohnens bildet mit seiner entsprechenden fachlichen Kompetenz die bestmögliche Voraussetzung zur adäquaten Umsetzung des weitreichenden Aufgabenfeldes der ambulanten gerontopsychiatrischen Maßnahme. Nach der Anlaufphase des ambulanten Dienstleistungsangebotes ist es zudem erstrebenswert, Studenten der Sozialen Arbeit im Rahmen eines Praktikums die Möglichkeit einzuräumen, Praxiserfahrung mit Menschen mit Demenzen und anderen gerontopsychiatrischen Erkrankungen zu sammeln.

Räumlichkeiten des Betreuten Einzelwohnens und Ausstattung mit Sachmitteln

Die Büros des Betreuten Einzelwohnens sollten nach der Prämisse eines gemeindenahen Standortes eine möglichst zentrale örtliche Lage in der Amberg-Sulzbacher Region bekommen. Diesbezüglich würde sich die kreisfreie Stadt Amberg auf ideale Art und Weise anbieten.

Neben einem Standort inmitten der Stadt, der ausreichend Parkplätze aufweisen und zudem bequem mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar sein sollte, sollten die Räumlichkeiten behindertengerecht ausgestattet sein. Vorteilhaft wäre die Lage der Büroräume im Erdgeschoss, so dass Menschen mit Gehbehinderungen oder Rollstuhlfahrer ohne größere Probleme den Weg zu Beratungsgesprächen aufnehmen könnten. Sollten sich die Büroräume nicht ebenerdig befinden, wäre es wünschenswert, dass das Gebäude, in dem sich die Büroräume des Betreuten Einzelwohnens befinden, mit einem Aufzug ausgestattet ist. Die Räumlichkeiten des Betreuten Einzelwohnens sollten mindestens zwei Beratungszimmer, ein Sekretariat, einen Gemeinschaftsraum für die Mitarbeiter und zwei behindertengerechte Toiletten umfassen. Für Hausbesuche sollte den Mitarbeitern zwei Dienstfahrzeuge, davon zumindest ein rollstuhlgerechtes Auto, zur Verfügung stehen. Außerdem benötigen die Mitarbeiter je einen PC.

Qualitätssicherung

Um intensive Bemühungen anzustellen, die Qualität der sozialpädagogischen und psychosozialen Dienstleistung Betreutes Einzelwohnen für alte psychisch erkrankte und behinderte Menschen in Bezug auf größere Effektivität und Wirtschaftlichkeit zu sichern und zu kontrollieren, ist es in Zeiten verschärfter Wettbewerbsbedingungen unablässig, sowohl die Funktionalität der internen und dienststellenübergreifenden Arbeitsstruktur zu gewährleisten, als auch Arbeitsziele und deren Aufteilung in einzelne Arbeitsschritte überprüfbar zu machen.

Nach einer Begriffsbestimmung der Deutschen Gesellschaft für Qualität (DGQ) meint Qualität „die Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen eines Produktes oder einer Tätigkeit, die sich auf deren Eignung zur Erfüllung gegebener Erfordernisse bezieht“ (zit. nach Bosshard/ Ebert/ Lazarus, 1999, S.387).

DONABEDIAN entwickelte Anfang der 80er Jahre des vergangenen Jahrhunderts für den medizinischen Versorgungsbereich ein Konzept zur Qualitätssicherung, das mittlerweile auch in psychosozialen Versorgungsbereichen Eingang und Weiterleitung gefunden hat. Gemäß DONABEDIANS Vorstellungen gelten Behandlungserfolge dann als gesichert und nachweisbar, wenn bestimmte Qualitätsstandards nacheinander auf den Ebenen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gewährleistet werden können. Demnach ist der Grad der Übereinstimmung zwischen den festgelegten Leistungen und den tatsächlich erbrachten Leistungen Prüfstein für das Ausmaß der Qualität. DONABEDIANS Ansatz der Qualitätssicherung erscheint in der Praxis sozialpädagogischer und psychosozialer Dienstleistungen als nützliches Analyse-Instrumentarium, wenn es darum geht, Überlegungen hinsichtlich der Evaluation qualitativ guter Arbeit anzustellen. Nichtsdestotrotz aber darf er keinesfalls kausallinear verstanden werden. Nicht zwingend führt nämlich eine hohe Dimension an verwirklichter Strukturqualität automatisch zu Prozessqualität, und aus dieser resultiert nicht

zwangsläufig Ergebnisqualität. Neben strukturellen und prozessualen Voraussetzungen, Konstellationen und Bedingungen ist das Ergebnis der Dienstleistung vielmehr entscheidend von der Person und der sozialen Lebensumgebung des Leistungsadressaten abhängig: „Mit einer optimalen Struktur- und Prozessqualität lässt sich die Güte der Ergebnisqualität keineswegs sicher prognostizieren, wenn man auch mit der Herstellung optimaler Bedingungen auf der Strukturebene und ganz besonders auf der Prozessebene mit einer gewissen Plausibilität Verbesserungen und positive Wirkungen bei der zu erbringenden Dienstleistung erwarten kann“ (Bosshard/ Ebert/ Lazarus, 1999, S. 389).

Auch die Mitarbeiter des Betreuten Einzelwohnens für gerontopsychiatrisch erkrankte und behinderte Senioren sollen kontinuierlich qualitätssichernde Maßnahmen durchführen. Beispielhaft sollen hier wöchentlich stattfindende Mitarbeiterbesprechungen, einmal pro Monat vonstatten gehende Supervisionssitzungen, regelmäßige Fort- und Weiterbildungen, sowie permanente Dokumentationen der erbrachten Leistungen genannt werden. Detailliert soll die Qualität der Leistungen im Folgenden erläutert werden.

Strukturqualität

Nach DONABEDIAN beinhaltet die Strukturqualität alle strukturellen und personellen Behandlungsvoraussetzungen aus Sicht des Leistungserbringers.

Bezug nehmend auf das Betreute Einzelwohnen für psychisch erkrankte Frauen und Männer im Alter bedeutet dies einen ausreichenden und fachlich gut ausgebildeten Personalbestand, eine angemessene Ausstattung der ambulanten Dienstleistung mit Sachmitteln und materiellen Möglichkeiten, sowie eine aufgaben- und zielorientierte Organisation des

Dienstleistungsangebotes in der gerontopsychiatrischen
Versorgungslandschaft.

Konkret soll die Fachlichkeit der Mitarbeiter des Betreuten Einzelwohnens für Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen folgendermaßen gewährleistet werden:

Neben der Teilnahme an einer monatlich stattfindenden externen Supervision, soll den qualifizierten Fachkräften die Möglichkeit eingeräumt werden, mehrmals im Jahr an aufgabenbezogenen beruflichen Fort- und Weiterbildungen teilzunehmen. Zusätzlich soll es Ziel sein, die Fachlichkeit der Mitarbeiter mittels beschäftigungstherapeutischen, soziotherapeutischen oder gerontotherapeutischen Zusatzqualifikationen bzw. weitere Qualifikationen im Bereich der Validation aufzuwerten.

Ein ungestörter Kommunikationsfluss und die Weitergabe wichtiger Informationen zum Wohle des Leistungsnutzers wird im Betreuten Einzelwohnen intern durch wöchentlich stattfindende Teamsitzungen, regelmäßige Fallbesprechungen und permanente intensive interdisziplinäre, fachliche Kooperation sichergestellt. Die (einzelfallbezogene) Zusammenarbeit mit weiteren Fachkräften (z.B. Berufsbetreuer, ortsansässige niedergelassene (Fach-)Ärzte), mit anderen sozialen Einrichtungen (z.B. (Fach-)Kliniken, dem Gerontopsychiatrischen Dienst, ambulante Pflegedienste, Sozialstationen, weiteren Beratungsstellen), mit Behörden und Ämtern wird durch die Präsenz und Mitarbeit in regionalen und überregionalen psychosozialen Gremien und Arbeitsgruppen, durch regen fachlichen Austausch und durch regelmäßige Konferenzen gewährleistet.

Für die Niedrigschwelligkeit des ambulanten gerontopsychiatrischen Dienstleistungsangebotes wird zum einen durch eine ausgeprägte Nutzerorientierung gebürgt. Die Mitarbeiter des Betreuten Einzelwohnens für psychisch erkrankte und behinderte alte Frauen und Männer achten insbesondere auf die Erfüllung des, der spezifische Bedürfnislage des

einzelnen Adressaten angemessenen, Hilfsangebotes. Im Vordergrund steht also die Frage nach der Art des Agierens, um den alten Menschen dort abzuholen, wo er sich im konkreten Augenblick problem-, einsichts-, fähigkeits- und ressourcenmäßig befindet. Durch Begleitung und Betreuung der erkrankten Personen im speziellen Lebensumfeld bieten die Fachkräfte des Betreuten Einzelwohnens neben flexiblen, benutzerorientierten Öffnungszeiten (z.B. Abendtermine) ihrer zentral gelegenen Büroräume, gleichsam Hausbesuche (in Krisenzeiten auch während der Wochenenden und an Feiertagen) an.

Während Krisenzeiten gewährleistet das Personal schnelles, flexibles Reagieren.

Prozessqualität

Diese Dimension der Qualität beschreibt die Angemessenheit der fachlichen Maßnahmen im Verhältnis zwischen Leistungsbriinger und Leistungsempfänger. Maßstab der Intensität der Prozessqualität sind professionell anerkannte Standards und Methoden wie Gesprächsführung, Dokumentation des psychosoziale Betreuungsverlaufes, Ziel-, Maßnahmen- und Verlaufsplanung, Krisenintervention.

Gemeinsam mit den betroffenen gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen und seinem sozialen Netzwerk stellen die Mitarbeiter des Betreuten Einzelwohnens einen individuellen Behandlung- und Betreuungsplan für den Einzelnen auf. Neben der Entwicklung dieses, an den spezifischen Problemlagen, Bedürfnisse und Ressourcen orientierten Hilfeplanes, der regelmäßig auf Einhaltung und Realisierung hin überprüft wird und wenn nötig geändert werden kann, halten die Fachkräfte jeden Klientenkontakt

schriftlich fest, so dass der Betreuungsverlauf überprüfbar, nachvollziehbar und transparent erscheint.

Zur Ziel-, Maßnahmen- und Verlaufsplanung gehört neben der mit dem gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen und seinen Bezugspersonen gemeinsam vereinbarten und schriftlich fixierten Definition von Betreuungs- und Beratungszielen, deren stetige Dokumentation, sowie permanente Korrekturen und Ergänzungen der Ziele. Selbstverständlich wird auch der Einbezug und die Zusammenarbeit mit zusätzlich notwendigen Institutionen und Hilfsdiensten in der Planung dokumentiert.

Ergebnisqualität

Die Ergebnisqualität bezieht sich auf alle erfassbaren Veränderungen der Situation des Dienstleistungsempfängers. Letztendlich kennzeichnet sie, inwieweit die Maßnahmen und Angebote bei den einzelnen Adressaten von Erfolg gekrönt waren, und inwieweit die festgelegten Ziele erreicht wurden. Primäre Zielsetzung des Betreuten Einzelwohnens für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen ist es, den Senioren mit Demenzen und anderen Einbußen im psychischen Bereich, solange wie möglich, ein Leben in der vertrauten Wohnumgebung zu ermöglichen. Darüber hinaus werden mit jedem einzelnen psychisch erkrankten alten Menschen, je nach Bedürfnissen, Ressourcen, Akzeptanz und Notwendigkeit, individuelle Ziele im psychischen, sozialen und lebenspraktischen Bereich vereinbart. Um die Sicherstellung der Ergebnisqualität zu überprüfen, werten die Mitarbeiter die Klientendokumentation hinsichtlich folgender Gesichtspunkte aus: der Beziehungsgestaltung zum Adressanten, seiner Integritätswahrung und Ressourcenstärkung, des psychosozialen Verlaufes der Betreuung und

Assistenz, der Kontinuität und Intensität der Hilfeleistungen, der Realisierung der vereinbarten Zielsetzungen.

Im Rahmen von Teambesitzungen, Fallbesprechungen und Supervisionen wird der Betreuungsverlauf des einzelnen Adressaten im fachlichen Austausch mit den anderen Kollegen zur Ansprache gebracht.

Bei betagten Menschen, die das Angebot des Betreuten Einzelwohnens auf Grund einer Depression, einer schizophrenen oder wahnhaften Erkrankung oder auf Grund von Angstsymptomen in Anspruch nehmen, deren geistige Leistungsfähigkeit also nicht durch eine dementielle Erkrankung beeinträchtigt wird, kann die Ergebnisqualität ebenso mittels eines Klientenfeedbacks erfasst werden. Hier wird in einem Gespräch in Erfahrung gebracht, ob sich der psychosoziale Betreuungsverlauf für den einzelnen Adressaten subjektiv zufriedenstellend ereignet.

Kosten und Finanzierung

Die Kosten einer Einrichtung der offenen Altenhilfe werden generell je nach Art, Umfang und spezifischem Leistungsangebot festgelegt. Im Wesentlichen gilt es stets zwischen den Baukosten, die die Neuerrichtung der Büroräume, deren Umbau oder deren Erweiterung umfassen, den laufenden Betriebs- und Sachkosten, sowie den Personalkosten zu differieren.

Auf Grund der Komplexität psychiatrischer Erkrankungen, die insbesondere bei älteren Mitbürgern und bei chronischen Krankheitsverläufen sowohl medizinische, psychische und soziale Aspekte umreisst, ist an sich grundlegend die Zuständigkeit mehrerer Kostenträger gegeben. Im Rahmen der Behandlungs- und Rehabilitationsmöglichkeiten fungieren generell Sozialhilfeträger, sowie Kranken-, Renten- und Pflegeversicherungen als

mögliche Kostenträger für Hilfeleistungen an psychisch erkrankten Personen.

Nach geltenden Rechtsbestimmungen fällt die Übernahme der Kosten unter der Berücksichtigung der vorrangig erforderlichen Leistungen und des jeweils zuständigen Leistungserbringers primär unter die Zuständigkeit eines Kostenträgers. Welcher Kostenträger vorrangig autorisiert ist, die Finanzierung zu übernehmen, hängt nicht nur davon ab, ob der psychisch Erkrankte medizinische Leistungen in Anspruch nimmt oder soziale Unterstützung benötigt, sondern ebenso davon, in welcher Institution die Hilfeleistung erfolgt und über welche Ausbildung und damit einhergehend über welche Kompetenzen der Hilfeleistenden verfügt.

Dass – im Sinne der offenen Altenhilfe – neben dem Regierungsbezirk der Oberpfalz, auch die Stadt Amberg und der Landkreis Amberg-Weizsach ihrer gerontopsychiatrischen Versorgungsverantwortung nicht entrinnen können, ist in meinen Augen unbestreitbar. Bezirk, Stadt und Landkreis müssen allesamt stärker in ihre Pflicht genommen werden, um ihre Verpflichtung zur Gewährleistung von Hilfeleistungen der offenen Altenhilfe im Bereich der Gerontopsychiatrie wahrzunehmen und sich aus diesem Grund adäquater Versorgungsangebote für psychiatrisch alterserkrankte Frauen und Männer anzunehmen. Dies meint, dass die Initiative zur Etablierung des Betreuten Einzelwohnens für ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen und gleichsam ein Teil der Finanzierung von diesen drei Gebietskörperschaften ausgehen muss, schließlich handelt es sich bei der ambulanten gerontopsychiatrischen Versorgungsmaßnahme um ein gemeindenahes Betreuungs- und Begleitungsangebot. Ebenso ist die finanzielle Beteiligung der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung notwendig, da eine fachgerechte Behandlung und Pflege der erkrankten Menschen unablässig ist.

Ohne Mischfinanzierung aber lässt sich das Betreute Einzelwohnen für gerontopsychiatrisch Erkrankte wohl kaum finanzieren, wie oben genannte

Finanzierungsvorstellungen deutlich machen. Es kann nämlich nicht angehen, dass mit der Verlagerung der Verantwortlichkeit auf Kommunalebene gleichzeitig alle anfallenden alleine Kosten auf dem örtlichen Träger der Sozialhilfe lasten.

Letzten Endes aber ist bei der Kostenübernahme des gemeindenahen ambulanten gerontopsychiatrischen Versorgungsangebotes Betreutes Einzelwohnen eine Pauschalfinanzierung aus mehreren Gesichtspunkten anzustreben: Nur so sind die MitarbeiterInnen des Teams, falls es notwendig erscheint, einerseits jederzeit in der Lage, flexibel mit dem Gerontopsychiatrischen Dienst zusammenzuarbeiten. Andererseits kann durch eine Pauschalfinanzierung der Maßnahme die, der psychischen und physischen Stabilität dienlichen, Kontinuität und Stetigkeit der Bezugspersonen für den psychiatrisch erkrankten alten Menschen aufrechterhalten werden.

Organisatorische Anbindung – Trägerschaft

Es wäre wünschenswert, wenn das Betreute Einzelwohnen für alte Menschen mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen als sinnvolle und notwendige Ergänzung des Gerontopsychiatrischen Dienstes, an dessen Träger angegliedert wird. Durch eine kontinuierliche und intensive Zusammenarbeit zwischen dem Team des Gerontopsychiatrischen Dienstes und den Mitarbeitern des Betreuten Einzelwohnens, wäre es auf diese Weise möglich, sich flexibel an den individuellen Bedürfnissen des psychisch erkrankten alten Menschen zu orientieren. Angesichts der eindringlichen Kooperation wären die Fachkräfte jederzeit in der Lage, einzuschätzen, wenn die Betreuung durch den Gerontopsychiatrischen Dienst auf Grund des

Krankheitsbildes und der individuellen Problematik der betroffenen betagten Person nicht mehr als ausreichend erachtet wird, sondern eine engmaschige Betreuung und Assistenz mit einem deutlich erhöhten Betreuungsumfang notwendig erscheint, um es den psychisch alterserkrankten Frauen und Männern auch weiterhin zu ermöglichen, in ihrer vertrauten Wohnumgebung zu verbleiben.

Schlusswort

Schon alleine der Gedanke, womöglich im Lebensalter an einer Demenzform oder an anderweitigen psychiatrischen Syndromen zu erkranken, löst bei vielen Menschen Gefühle des Unbehagens und der Angst aus. Gerade aus diesem Grund wird das Thema psychiatrische Alterserkrankungen in unserer Gesellschaft gerne verdrängt und verleugnet.

Mit dieser Diplomarbeit möchte ich einen Beitrag dazu leisten, durch eine innovative Konzeption eines, speziell auf alte Menschen mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen ausgerichteten Betreuten Einzelwohnens, die ambulante gerontopsychiatrische Versorgungslandschaft im Oberpfälzer Raum fachgerecht zu bereichern. Als Maßnahme der Altenhilfe betrachte ich das Betreute Einzelwohnen für psychiatrisch erkrankte und behinderte Mitbürger im Lebensalter als selbstverständliche Aufgabe eines Gemeinwesens. Diese persönliche Sichtweise basiert primär auf der Überlegung, die Unterstützung und Versorgung älterer Mitmenschen als natürliche Generationenhilfe zu verstehen, da schließlich wir Jugendlichen von heute, die Altengeneration von morgen bilden. Eben aus diesem Grund heraus ist es mein Anliegen, das Miteinander und die Begegnung mit Menschen mit Demenzen und anderen gerontopsychiatrischen Erkrankungen

im vertrauten Wohnumfeld, nach deren individuellen Bedürfnissen und Notwendigkeiten, durch ein neuartiges Konzept einer menschenwürdige Betreuung und Unterstützung, zum Wohle der Erkrankten zu gestalten. Es würde mich sehr freuen, wenn diese Konzeption zum Wohlergehen aller betroffenen Frauen und Männer mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen und Behinderungen, sowie deren Angehörigen, im Landkreis Amberg-Sulzbach und der Stadt Amberg in die Realität umgesetzt werden könnte.

Literaturverzeichnis

FACHLITERATUR ZUM THEMA ALTER(N)

BÜCHER

BALTES, M./ KOHLI, M./ SAMES, K. (HRSG.) (1989): **Erfolgreiches Altern – Bedingungen und Variationen**, Bern/ Stuttgart/ Toronto: Verlag Hans Huber

BALTES, M./ MONTADA, L. (HRSG.) (1996): **Produktives Leben im Alter, Band 3 der ADIA-Stiftung zur Erforschung Neuer Wege für Arbeit und Soziales Leben**, Frankfurt/ New York: Campus Verlag

BÖHM, E. (1988): **Verwirrt nicht die Verwirrten. Neue Ansätze geriatrischer Krankenpflege**, Bonn: Psychiatrie Verlag

FRIEDAN, B. (1997): **Mythos Alter**, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag

GRONEMEYER, R. (1992): **Die Entfernung vom Wolfsrudel – Über den drohenden Krieg der Jungen gegen die Alten**, Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag

GRONEMEYER, R. (1996): **Alle Menschen bleiben Kinder**, Düsseldorf/ München: Metropolitan Verlag GmbH

LASLETT, P. (1995): **Das Dritte Alter – Historische Soziologie des Alterns**, Weinheim und München: Juventa Verlag

OSWALD, W. D./ LEHR, U. M. (HRSG.) (1991): **Altern – Veränderung und Bewältigung**, Bern/ Stuttgart/ Toronto: Verlag Hans Huber

REIMANN, H./ REIMANN, H. (HRSG.) (1994): **Das Alter – Einführung in die Gerontologie**, 3. neu bearbeitete Auflage, Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag

ROSENMAYR, L. (1995): **Die Kräfte des Alters**, Wien: Wiener Journal Zeitschriften Verlag Ges.m.b.H, Druck und Bindung: Berger/ Horn, Edition Atelier

ROSENMAYR, L./ ROSENMAYR, H. (1978): **Der alte Mensch in der Gesellschaft**, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag

WILHELM, H.-J. (1998): **Gefangene ihrer Wahrheit. Wahrheit, Wirklichkeit und Normalität in der stationären Altenpflege**, Band 2 der Schriftenreihe Altern, Bildung und Gesellschaft, Oberhausen: Athena Verlag

INFORMATIONSMATERIAL, ZEITSCHRIFTENARTIKEL, BERICHTE, GUTACHTEN UND
BROSCHÜREN

BAYERISCHES LANDESAMT FÜR STATISTIK UND DATENVERARBEITUNG (HRSG.)
(2001): **Datenmaterial zum Landkreis Amberg-Sulzbach und zur Stadt
Amberg**

BAYERISCHES STAATSMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG (HRSG.)
) (2001, ABGESEHEN VON DER ERGÄNZUNG DER KAPITEL V UND VI
UNVERÄNDERTER NACHDRUCK AUS DEM JAHRE 1988): **Vierter Bayerischer
Landesplan für Altenhilfe**, Coburg: Druckhaus Coburg

BAYERISCHES STAATSMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG,
FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT (HRSG.) (2000): **Innovative Altenarbeit.
Ideenbörse: Projekte aus der Altenarbeit und Altenhilfe in Bayern,**
München: Druck: Wolf und Sohn

BAYERISCHES STAATSMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG,
FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT (HRSG.) (1994): **Selbständiges Wohnen
behinderter und alter Menschen. Ein Tagungsbericht,** München: Karl
Wenschow GmbH

BAYERISCHES STAATSMINISTERIUM DER JUSTIZ (HRSG.) (2001): **Vorsorge für
Unfall, Krankheit und Alter durch Vollmacht, Betreuungsverfügung,
Patientenverfügung. Eine Information des Bayerischen
Staatsministeriums der Justiz,** Augsburg: Druck: Augsburger Druck- und
Verlagshaus

BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIEN, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (HRSG.)
(1998): **Zweiter Bericht zur Lage der älteren Generation in der
Bundesrepublik Deutschland: Wohnen im Alter. Zweiter Altenbericht
der Bundesregierung über das Wohnen im Alter – Stellungnahme der
Bundesregierung zum Bericht der Sachverständigenkommission,** Bonn:
Bonner Universitäts-Buchdruckerei

BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIEN, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (HRSG.)
(2001): **Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der
Bundesrepublik Deutschland: Alter und Gesellschaft. Dritter
Altenbericht der Bundesregierung über Alter und Gesellschaft –
Stellungnahme der Bundesregierung zum Bericht der**

Sachverständigenkommission, Berlin: MuK. Medien- und Kommunikations
GmbH

INSTITUT FÜR STRATEGISCHE ANALYSEN, DR. HERBERT TEKLES & PARTNER
(1996): **Längerfristiger Bedarf an Pflegeeinrichtungen im Sinne des
Gesetzes zur Ausführung des Elften Buches Sozialgesetzbuch Soziale
Pflegeversicherung (AGPflegeVG) im Landkreis Amberg-Sulzbach.
Gutachen erstellt im Auftrag des Landkreises Amberg-Sulzbach**

INSTITUT FÜR STRATEGISCHE ANALYSEN, DR. HERBERT TEKLES & PARTNER
(1996): **Längerfristiger Bedarf an Pflegeeinrichtungen im Sinne des
Gesetzes zur Ausführung des Elften Buches Sozialgesetzbuch Soziale
Pflegeversicherung (AGPflegeVG) in der kreisfreien Stadt Amberg.
Gutachen erstellt im Auftrag der kreisfreien Stadt Amberg**

LANDRATSAMT AMBERG-SULZBACH (HRSG.) (2001):
Wirtschaftsstrukturdaten im Landkreis Amberg-Sulzbach

LANDRATSAMT AMBERG-SULZBACH (HRSG.) (1986): **Altenplan des
Landkreises Amberg-Sulzbach 1986-1996**

SENIORENSTELLE DER STADT AMBERG (HRSG.) (2001): **Einwohnerzahlen der
Stadt Amberg: Bürger ab 55 Jahre (Stand 01. September 2001)**

INTERNET

BAYERISCHES LANDESAMT FÜR STATISTIK UND DATENVERARBEITUNG (HRSG.)
(2001): **Gemeindedaten der kreisfreien Stadt Amberg und des
Landkreises Amberg-Sulzbach,**
<http://www.ifstad.de> (Stand Oktober 2001)

BAYERISCHES LANDESAMT FÜR STATISTIK UND DATENVERARBEITUNG (HRSG.)
(2001): **Ergebnisse des Mikrozensus 2000**

STATISTISCHES BUNDESAMT (HRSG.) (2000): **Bevölkerungsentwicklung
Deutschlands bis zum Jahr 2050. Ergebnisse der 9. Koordinierten
Bevölkerungsvorausberechnung,**

<http://www.statistik-bund.de> (Stand: Oktober 2001)

WDR FERNSEHEN KÖLN (HRSG.) (1999): **Quarks Script. Script zur WDR-
Sendereihe „Quarks & Co“. Der Traum vom langen Leben,**

<http://www.quarks.de> (Stand: September 2001)

FACHLITERATUR ZUM THEMA (GERONTO)PSYCHIATRIE

BÜCHER

BAYERISCHES STAATSMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG (1990):
**Zweiter Bayerischer Landesplan zur Versorgung psychisch Kranker und
psychisch Behinderter,** Regensburg: MZ-Druck

BÄUML, J. (1994): **Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis. Ein
Ratgeber für Patienten und Angehörige,** Berlin/ Heidelberg/ New York:
Springer Verlag

BERGENER, M. (HRSG.) (1989): **Depressive Syndrome im Alter: Theorie,
Klinik, Praxis,** Stuttgart/ New York: Georg Thieme Verlag

BOSSHARD, M./EBERT, U./LAZARUS, H. (1999): **Sozialarbeit und Sozialpädagogik in der Psychiatrie. Lehrbuch**, Bonn: Psychiatrie-Verlag

BUIJSSEN, H. (1997): **Senile Demenz. Eine praktische Anleitung für den Umgang mit Alzheimer-Patienten**, Weinheim und Basel: Beltz Verlag

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PSYCHIATRIE, PSYCHOTHERAPIE UND NERVENHEILKUNDE (DGPPN) (HRSG.) (2000): **Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie Band 3, Behandlungsleitlinie Demenz**, Darmstadt: Steinkopff Verlag

DIERBACH, O. (1993): **Sozialtherapie mit Alzheimer Kranken**, Weinheim und Basel: Beltz Verlag

DILLING, H./MOMBOUR, W./SCHMIDT, M. H. (HRSG.) (1993): **WHO: International Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien**, Bern/ Göttingen/ Toronto/ Seattle: Verlag Hans Huber

DÖRNER, K./PLOG, U. (1989): **Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie/ Psychotherapie**, 5. Auflage, Bonn: Psychiatrie-Verlag

FEIL, N. (2000): **Validation. Ein Weg zum besseren Verständnis verwirrter alter Menschen**, 6. Auflage, München/ Basel: Ernst Reinhardt Verlag

FÜSGEN, I. (1991): **Demenz. Praktischer Umgang mit der Hirnleistungsstörung**, München/ Braunschweig/ Wiesbaden: MMV Medizin Verlag GmbH

FUHRMANN, I./ GUTZMANN, H./ NEUMANN, E.-M., NIEMANN-MIRMEDI, M.
(ALZHEIMER GESELLSCHAFT BERLIN E.V.) (1995): **Abschied vom Ich –
Stationen der Alzheimer-Krankheit**, Freiburg: Verlag Herder

FURTMAYR-SCHUH, A. (1990): **Das große Vergessen – Die Alzheimer-
Krankheit: Wissen, vorbeugen, behandeln, mit der Krankheit leben**,
Zürich: Kreuz Verlag

GUTZMANN, H./ BARZEN, G. (1992): **Der dementielle Patient – Das
Alzheimer-Problem. Diagnostik, Ursachenforschung, Therapie,
Betreuung**, 3. Auflage, Bern/ Göttingen/ Toronto: Verlag Hans Huber

GROND, E. (1993): **Die Pflege und Begleitung depressiver alter Menschen**,
Hannover, Schlütersche Verlagsanstalt und Druckerei GmbH &Co

GROND, E. (2001): **Praxis der psychischen Altenpflege – Betreuung
körperlich und seelisch Kranker**, 12. Auflage, München: Reed Elsevier
Verlag

GÜMMER, M./ DÖRING, J. (1994): **Im Labyrinth des Vergessens – Hilfe für
Altersverwirrte und Alzheimerkranke**, Bonn: Psychiatrie Verlag

KLESSMANN, E. (1996): **Wenn Eltern Kinder werden und doch die Eltern
bleiben. Die Doppelbotschaft der Altersdemenz**, Bern/ Göttingen/ Toronto/
Seattle: Verlag Hans Huber

KRÄMER, G. (1996): **Alzheimer Krankheit – Ursachen, Krankheitszeichen,
Untersuchung, Behandlung**, 3. Auflage, Stuttgart: Georg Thieme Verlag

MACE, N. L./ RABINS, P. V. (1996): **Der 36-Stunden-Tag. Die Pflege des verwirrten älteren Menschen, speziell des Alzheimer Kranken**, Bern: Verlag Hans Huber

MAURER, K./ IHL, R./ FRÖLICH, L. (1993): **Alzheimer. Grundlagen, Diagnostik, Therapie**, Berlin/ Heidelberg/ New York: Springer Verlag

MEIER-RUGE, W. (HRSG.) (1993): **Die dementielle Hirnerkrankung im Alter, Band 3 der Schriftenreihe Geriatrie für die tägliche Praxis**, Basel/ Freiburg im Breisgau/ Paris/ London/ New York/ New Delhi/ Bangkok/ Singapore, Tokyo/ Sydney: S. Karger GmbH

MIESEN, B. (1996): **So blöd sind wir noch lange nicht! Was in geistig verwirrten älteren Menschen vorgeht**, Stuttgart: Georg Thieme Verlag
SASS, H./ WITTCHEN, H.-U./ ZAUDIG, M. (HRSG.) (1998): **Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-IV – Dt. Bearbeitung, 2., verbesserte Auflage**, Göttingen/ Bern/ Toronto/ Seattle: Hogrefe Verlag für Psychologie

SIMON, F. B. (2000): **Meine Psychose, mein Fahrrad und ich. Zur Selbstorganisation der Verrücktheit**, 8. Auflage, Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag

WETTERLING, T. (2001): **Gerontopsychiatrie. Ein Leitfaden für Diagnostik und Therapie**, Berlin/ Heidelberg/ New York: Springer Verlag

ZGOLA, J. M. (1999): **Etwas tun! Die Arbeit mit Alzheimerkranken und anderen chronisch Verwirrten**, 2. Auflage, Bern/ Göttingen/ Toronto/ Seattle: Verlag Hans Huber

ERFAHRUNGSBERICHTE, PROSA

BUÑUEL, L. (1999): **Mein letzter Seufzer, 5. Auflage**, Berlin: Ullstein
Buchverlag

GÖTTE, R./ LACHMANN, E. (1997): **Alzheimer – was tun? Eine familie lernt,
mit der Krankheit zu leben**, 4. Auflage, Weinheim und Basel: Beltz Verlag

JÜRGS, M. (2001): **Alzheimer. Spurensuche im Niemandsland**, München:
List Taschenbuch Verlag

MERKI, K.-E./ KRÄMER, G. (2001): **Rückwärts! Und alles vergessen. Anna
und Otto Nauer: Mit Alzheimer leben**, München: Econ Ullstein List Verlag

SCHOENE, A. (1998): **Meine Mutter hat Alzheimer**, Frankfurt am Main: R.
G. Fischer Verlag

WIESEL, E. (1990): **Der Vergessene**, 2. Auflage, Freiburg im Breisgau:
Verlag Herder

INFORMATIONSMATERIAL, ZEITSCHRIFTENARTIKEL UND BROSCHÜREN

DEUTSCHE ALZHEIMER GESELLSCHAFT E. V., BERLIN (HRSG.): Das Wichtigste
– Informationsblätter:

- ◆ Dr. Bickel, H. (08/ 1999): **Das Wichtigste 1: Die Epidemiologie der Demenz**, in: Informationsblatt 1
- ◆ Prof. Dr. Arendt, T. (08/ 1999): **Das Wichtigste 2: Die neurobiologischen Grundlagen der Alzheimer-Krankheit**, in: Informationsblatt 2
- ◆ Dr. Haupt, M. (08/ 1999): **Das Wichtigste 3: Die Diagnose der Alzheimer-Krankheit**, in: Informationsblatt 3
- ◆ Prof. Müller, U. (08/ 1999): **Das Wichtigste 4: Die Genetik der Alzheimer-Krankheit**, in: Informationsblatt 4
- ◆ Prof. Kurz, A. (08/ 1999): **Das Wichtigste 5: Die medikamentöse Behandlung der Alzheimer-Krankheit**, in: Informationsblatt 5
- ◆ Dr. Gutzmann, H. (06/ 2000): **Das Wichtigste 6: Die nicht-medikamentöse Behandlung der Alzheimer-Krankheit**, in: Informationsblatt 6
- ◆ Bayer-Feldmann, C. (06/ 2000): **Das Wichtigste 7: Die Entlastung pflegender Angehöriger**, in: Informationsblatt 7
- ◆ Tschainer, S. (08/ 1999): **Das Wichtigste 8: Die Pflegeversicherung**, in: Informationsblatt 8
- ◆ Schönhof, B. (06/ 2000): **Das Wichtigste 9: Das Betreuungsrecht**, in: Informationsblatt 9
- ◆ Schönhof, B. (06/ 2000): **Das Wichtigste 10: Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Patiententestament**, in: Informationsblatt 10

DPA: **Jeder Vierte über 74 Jahre pflegebedürftig**, in: Amberger Zeitung vom 27. November 2001

Interview mit Dr. Christine Bergmann, Bundesministerin für Familien, Senioren, Frauen und Jugend, in: Süddeutsche Zeitung vom 03. März 1999

JONAS, I.: **32 Prozent der Menschen ab 80 müssen mit Pflegebedürftigkeit rechnen**, in: Kuratorium Deutsche Altershilfe pro Alter, 2001, Nr. 3

JONAS, I./MACIEJEWSKI, B./NAKIELSKI, H.: **Zugänge zur verschlossenen Welt demenzkranker Menschen**, in: Kuratorium Deutsche Altershilfe pro Alter, 2001, Nr. 3

JONAS, I.: **Wie Türen zu Menschen mit Demenzen geöffnet werden. Praxis-Beispiele und Handlungsanleitungen aus dem neuen KDA-Handbuch**, in: Kuratorium Deutsche Altershilfe pro Alter, 2001, Nr. 3

PSYCHOSOZIALE ARBEITSGEMEINSCHAFT AMBERG, ARBEITSGRUPPE
ALTENPSYCHIATRIE (1998): **unveröffentlichte Befragung von ortsansässigen Krankenhäusern, Nervenärzten, Seniorenheimen, Sozialstationen und sonstigen Facheinrichtungen zur Einschätzung der Gesamtbetreffenzahl gerontopsychiatrisch erkrankter Frauen und Männer im Landkreis Amberg-Sulzbach und der Stadt Amberg**

RAABE, H.: **Sie müssen nichts verändern, aber sie verändern doch viel. Gruppenvalidation hilft Menschen mit Demenzen aus der Lethargie**, in: Kuratorium Deutsche Altershilfe pro Alter, 2001, Nr. 3

SOZIALPSYCHIATRISCHER DIENST AMBERG DES EVANGELISCH-LUTHERISCHEN
DEKANATSBEZIRKES AMBERG-SULZBACH (HRSG.) (1998): **Jahresbericht
1998**

SOZIALPSYCHIATRISCHER DIENST AMBERG DES EVANGELISCH-LUTHERISCHEN
DEKANATSBEZIRKES AMBERG-SULZBACH (HRSG.) (1999): **Jahresbericht
1999**

VERBAND DER BAYERISCHEN BEZIRKE: **Alt, verwirrt und unbekannt – was dann?**, in: Der Bayerische Bürgermeister vom 15.10.1998, 1998, Nr.9

VERBAND DER BAYERISCHEN BEZIRKE (1998): **Weiterentwicklung der gerontopsychiatrischen Versorgung in Bayern (Rahmenkonzept)**

WEITERE FACHLITERATUR

DIEZINGER, A./ MAYR-KLEFFEL, V. (1999): **Soziale Ungleichheit. Eine Einführung für soziale Berufe**, Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag

LASCHINGER, JOHANNES (2000): **Bayerische Städtebilder: Altbayern. Amberg: die kurfürstliche Haupt- und Regierungsstadt der oberen Pfalz**, Stuttgart: Deutscher Sparkassen Verlag

SCHMÖKEL, H. (1966): **Das Gilgamesch-Epos**, Stuttgart/ Berlin/ Köln/ Mainz: W. Kohlhammer Verlag