

1 Einführung

1.1 Aufbau und Ziele

Die demografische Entwicklung unserer Bevölkerung weist einen deutlichen Zuwachs des Anteils an älteren Menschen auf. Diese Entwicklung wirkt sich auch auf weitere Gruppen unserer Gesellschaft aus. So wird es in den nächsten fünf bis zehn Jahren in der Altenpflege und Behindertenhilfe einen Anstieg der Zahl von Menschen mit Behinderungen geben, auf den sich die Sozialpolitik, die Nationalökonomie, aber auch die Heil- und Sonderpädagogik sowie die Sozialarbeit/Sozialpädagogik einstellen muss.

Für die Einrichtungen und Familien, die einen Lebensort für ältere Menschen mit Behinderung und Demenz anbieten wollen, bedeutet dies, dass nicht nur bauliche Voraussetzungen erforderlich sind, sondern dass auch Fachkräfte in den Einrichtungen und pflegende Familienangehörige da sein müssen, die sich mit dieser Personengruppe auseinandersetzen wollen. Das hat auch zur Folge, dass ältere Menschen in ihren besonderen biologischen und psycho-sozialen Lebenssituationen zum Ausbildungs-/Studieninhalt gemacht werden müssen. Neben den Wissenskompetenzen sind auch Handlungskompetenzen zu vermitteln, d. h. es muss aufgezeigt und eingeübt werden, mit welchen Konzepten und Methoden man Menschen dieser Lebensaltersstufe körperliche, seelische und geistige Hilfen geben kann, und zwar in Form ganzheitlicher Handlungskonzepte.

In diesem Studienbuch sind die Themenbereiche auf folgende Kapitel verteilt:

Zunächst wird in Kapitel 1 ein Überblick über die verschiedenen Altersbegriffe gegeben, die in diesem Buch verwendet werden. Es wird hierbei besonders auf die Menschen mit einer Demenzerkrankung eingegangen.

Im zweiten Kapitel wird dann ein Überblick über die demografische Entwicklung unserer Gesellschaft gegeben. Es wird gezeigt, wie sich unsere Gesellschaft von 1900 bis heute verändert hat, und es wird prognostiziert, wie sie sich bis 2060 verändern wird. Zum Schluss des Kapitels werden die Heil- und Sozialpädagogik bei alten Menschen mit geistiger Behinderung und diejenige bei Menschen mit Demenz betrachtet.

Im dritten Kapitel beschäftigen wir uns mit den Strukturen und Aufgaben im Handlungsfeld „Alter“ aus heil- und sozialpädagogischer Sicht. Wir legen zunächst die Strukturen und Aufgaben dar, die für alte Menschen mit geistiger Behinderung von Bedeutung sind. Das sind erfahrungsgemäß ihre Lebenswelten Wohnen, Arbeit und Freizeit. Die anschließend für Menschen mit Demenz zu beschreibenden Strukturen und Aufgaben sind über die genannten Lebensbereiche (Wohnen, Arbeit, Freizeit) hinaus diejenigen der Pflege, der Familie und der Netzwerke.

Im vierten Kapitel werden die theoretischen Begründungen zur Altenarbeit behandelt. Nach der Darstellung möglicher Erklärungsansätze zur allgemeinen The-

orie der Altenarbeit werden die speziellen Theoriegrundlagen der heil- und sozialpädagogischen Arbeit bei alten Menschen mit geistiger Behinderung bzw. Demenz vorgestellt. Dabei wird die Altenarbeit mit geistiger Behinderung in den drei Arbeitsbereichen der Bildung, Begleitung und Therapie beschrieben, die selbst wiederum Teil des sozial-ökologischen Handlungskonzepts sind, auch „Life-Model“ genannt (German; Gitterman; Lowy).

Die Darstellung der Altenarbeit bei Menschen mit Demenz geht demgegenüber nicht von Arbeitsbereichen aus, auch nicht von einem einzigen Handlungskonzept, sondern hier werden drei einschlägige Handlungskonzepte im Sinne von Theorieansätzen (Kitwood; Romero; Feil) dargelegt.

Im fünften Kapitel gehen wir kurz auf die allgemeinen Forschungsergebnisse zum Altern ein. Es werden einige wichtige Studien und Forschungsergebnisse vorgestellt. Auch hier verweisen wir, wie bei den rechtlichen Rahmenbedingungen, auf weiterführende Publikationen zur Altersforschung aus evolutionsbiologischer, medizinischer, psychologischer und soziologischer Sicht. Abschließend werden heil- und sozialpädagogische Forschungsergebnisse zu alten Menschen mit geistiger Behinderung und mit Demenz dargestellt.

Im sechsten Kapitel werden nun „best practices“ für heil- und sozialpädagogische Konzeptionen der Institutionen oder Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe genannt. Hier erfolgt die Aufteilung nicht mehr streng nach Menschen mit geistiger Behinderung und Menschen mit Demenz, sondern die Konzeptionen zum Wohnen für beide Gruppen stehen im Vordergrund des Interesses. Dazu gibt es vielerlei Beispiele, die jeweils mit einer theoretischen Begründung oder einer Kurzbeschreibung der Konzeption eingeleitet werden. Für die Konzeptionen der Arbeit und der Freizeit werden nur für die Gruppe der Menschen mit geistiger Behinderung Modelle aufgeführt, nicht jedoch für diejenige der Menschen mit Demenz. Gleichermaßen gilt für die Konzeptionen der Betreuung und Pflege, bei der nur die Konzeptionen für die Gruppe der Menschen mit Demenz thematisiert werden.

Im siebten Kapitel werden Menschen mit geistiger Behinderung und mit Demenz aus dem Blick jeweils eines personzentrierten Konzepts der Heil- und Sozialpädagogik betrachtet. Im Gegensatz zu den institutionsbezogenen Konzeptionen, bei denen der Fokus auf den Institutionen liegt, steht beim personzentrierten Konzept der einzelne Mensch im heil- und sozialpädagogischen Interesse. Für die Handlungsstrukturen sind die somatischen, psycho-sozialen und kognitiven Handlungskonzepte ausgewählt worden. Bei dieser Gliederung steht der Gedanke der Ganzheitlichkeit im Vordergrund, im Sinne der klassischen Philosophie von Platon und Aristoteles, die die menschlichen „Wesensglieder“ Leib, Seele und Geist (bzw. im pestalozzischen Sinne Kopf, Herz und Hand) als die wesentlichen Bestandteile der Gesamtgestalt Mensch ansehen. Für jeden Bereich der „Wesensglieder“ des Menschen haben wir je drei Beispiele ausgewählt, sowohl für alte Menschen mit geistiger Behinderung als auch für diejenigen mit demenzieller Erkrankung. Ähnlich wie bei den institutionsbezogenen Konzeptionen wird zunächst in das Konzept eingeführt und mit einem Beispiel als „best practice“ abgeschlossen.

1.2 Arbeitsbegriffe: alt, Alter, Altern sowie Demenzerkrankung

Zum Wortfeld „Alter“ gehören die Begriffe „alt“, „Alter“ und „Altern“, die nachfolgend erklärt werden.

Zum Begriff „alt“

Das Wort „alt“ war schon in der alt- und mittelhochdeutschen Sprache gebräuchlich. Es bedeutet „eigentlich ‚aufgewachsen‘; daher vielleicht ursprünglich zunächst immer mit der Zahl von Lebensjahren usw. gebraucht“ (Kluge, 1967, 17). Heute wird mit dem Adjektiv „alt“ alles beschrieben, was über einen längeren Zeitraum im Alltagsgebrauch ist, was schon lange besteht oder was aus einer früheren Zeitepoche stammt. In der Umgangssprache bezeichnen wir mit „alt“, negativ angewendet, Objekte, Subjekte und Ideen, die nicht mehr jung, aktuell und zeitgemäß sind, wie Alteisen, Altpapier, Menschen, die nicht mehr im Erwerbsleben oder an verantwortlicher Stelle stehen, wie Altbundeskanzler, Altbischof, oder Ideen, die heute nicht mehr wirksam sind, wie Altkommunismus, Altkapitalismus, Altkatholizismus etc. Positiv werden in der Umgangssprache Objekte, Subjekte und Ideen mit „alt“ bezeichnet, die nach wie vor Ehrfurcht erzeugen oder die ihre Anerkennung behalten, obwohl sie aus der Vergangenheit stammen, wie „alte Meisterwerke“, „alteingesessene Adelsfamilie“ oder „alte (klassische) Philosophie“ (vgl. Duden, 1993, 151).

Zum Begriff „Alter“

Auch der Begriff „Alter“ hat mit dem mhd. bzw. ahd. „alter“ eine lange etymologische Geschichte. Er bedeutet soviel wie „höhere Anzahl von Lebensjahren, Bejahrtheit, letzter Lebensabschnitt“ (Duden, 1993, 153). Mit dem Begriff „Alter“ wird heute einerseits eine Existenz- oder Lebensphase eines Objekts oder Subjekts beschrieben. Alter kann aber andererseits auch die letzte Phase seiner Existenz meinen, wenn man vorher von Frische oder Jugend, Bewährtem und Ausgewachsenem gesprochen hat. Der Gebrauch des Begriffes „Alter“ ist auch davon abhängig, aus welcher Lebens- oder Wissenschaftsperspektive man das Altersphänomen zu betrachten beabsichtigt. Man unterscheidet nach R. Rüberg (vgl. 1991, 18ff.) dabei folgende Seinszustände:

- **Kalendarisches oder chronologisches Alter**

bedeutet, wie viel Zeit von der Geburt bis zur gegenwärtigen Lebenszeit eines Menschen vergangen ist. Die einzelnen Lebensstadien vom höheren Erwachsenenalter an werden unterschiedlich definiert. Eine größere Übereinstimmung findet folgende Zeiteinteilung (siehe Tabelle 1):

Tab. 1: Altersbezeichnungen

| Altersbezeichnung/-phasen | Lebensjahr |
|--------------------------------------|------------|
| spätes Erwachsenenalter (junge Alte) | 55–60 |
| ältere Menschen | 61–75 |
| alte (greise, betagte) Menschen | 76–85 |
| hochbetagte (greise) Menschen | ab 86 |

- **Rechtliches oder administratives Alter**

gibt z. B. an, ab welchem Lebensalter die Verwaltungen, das Renten-/Pensionswesen, das Gesundheitswesen oder die Sozialpolitik bestimmte Leistungen gewähren. In der Diskussion ist derzeit das Problem der Verlängerung des Eintritts in das Rentenalter.

- **Biologisches Alter**

bezieht sich auf die körperlichen, seelischen und geistigen Lebenskräfte und Prozesse, die in den jeweiligen Lebensstadien normalerweise anzutreffen sind. Ältere Menschen zeigen signifikante Erkrankungen des Kreislaufs, des Stütz- und Bewegungsapparates, der Atmungsorgane, des Magen-Darm-Systems, der Nieren und Leber, der Harn- und Gallenwege. Auch die altersbedingte Diabetes ist eine häufige Erkrankung. Mit dem fortschreitenden Alter geht auch die Abnahme des Sinnesvermögens und der Hautkräfte einher.

- **Funktionales und psychologisches Alter**

Auf der funktionalen Seite wird das Alter, unabhängig von dem konkreten Lebensalter, davon bestimmt, wie sich das subjektive Altersgefühl des Menschen und die persönliche Interpretation seiner momentanen Lebensphase darstellt, im Sinne des Sprichwortes: „Jeder ist so alt, wie er sich fühlt!“ Aus dieser Tatsache ergibt sich u. a. die große Bandbreite der Altersphänomene und Alterserscheinungen („Altersbilder“). Aus psychologischer Sicht kann man im Alter, unabhängig vom funktionalen „Altersgefühl“, folgende Veränderungen beobachten (siehe Tabelle 2):

Tab. 2: Zu- und abnehmende Fähigkeiten im Alter (vgl. Thiele, 2001, 26)

| im Alter nehmen zu | im Alter unverändert | im Alter nehmen ab |
|---------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Erfahrungswissen | kristallisierte Intelligenz | flüssige Intelligenz |
| Urteilsvermögen | Langzeitgedächtnis | Kurzzeitgedächtnis |
| genaues Denken | Aufmerksamkeit | Speicherkapazität |
| Verantwortungsbewusstsein | Konzentration | Verarbeitungsgeschwindigkeit |
| Zuverlässigkeit | Lernfähigkeit | Risikobereitschaft |
| Kooperationsbereitschaft | Allgemeinwissen | Adaptionsfähigkeit |
| sprachliche Gewandtheit | handwerkliches Können | Umstellungsfähigkeit |

- **Soziales und kulturelles Alter**

gibt an, ab welche Rollen bzw. welche gemeinwesensspezifischen Verantwortungsaufgaben der Mensch übernehmen kann; in welchem kulturellen Kontext sich diese Rollen und Verantwortungen befinden und welche Erwartungen an sie geknüpft sind. Der soziale und kulturelle Kontext ist einem ständigen Wandel unterworfen, so dass auch die Rollen und Verantwortungen einer Veränderung unterliegen und damit auch die jeweilige „Alterskultur“.

Zusammenfassend kann man feststellen, dass das Alter zurzeit von folgenden Faktoren (siehe Tabelle 3) bestimmt wird:

Tab. 3: Faktoren des Alters

- Ausweitung der Lebensphase „Alter“ durch eine Verlängerung der Lebenszeit
- Vorverlegung der Altersphase durch frühe Pensionierungen/Verrentungen
- Entberuflichung des Alters durch die Trennung von Wohnen und Arbeiten
- Feminisierung des Alters durch die größere Anzahl älterer Frauen
- Vereinzelung der älteren Menschen durch das Wegbrechen/die Auflösung sozialer Netze
- Zunahme des durchschnittlichen Bildungsniveaus
- Zunahme der Anzahl an (hoch-)betagten Menschen durch den medizinischen Fortschritt
- Ambivalenz von einerseits ausreichender materieller Versorgung bei vielen älteren Menschen zu andererseits zunehmender Altersarmut („Witwenschicksal“)
- Ambivalenz von einerseits mehr Möglichkeiten der Selbstverwirklichung im Alter zu einem andererseits von alten Menschen empfundenen Sinnverlust

Zum Begriff „Altern“

Mit dem Begriff Altern werden Zustände von Subjekten und Objekten bezeichnet, wenn sie „Merkmale des Alters zeigen, (d. h. sichtlich) älter werden“ (Duden, 1993, 153). Der Brockhaus definiert Altern als einen „Prozess, der in Abhängigkeit von der Zeit zu charakteristischen Zustandsveränderungen führt. Alter ist ein universaler, multifaktoriell bedingter, irreversibler Vorgang, dem Belebtes und Unbelebtes unterliegen“ (1993, 626).

Aus sozialpädagogischer Perspektive betrachtet, ist für G. Thiele das Altern nicht nur „ein langfristiger, lebensgeschichtlicher Prozess, der von der Veränderung der Funktionen des Individuums in der sozialen Umwelt ausgeht und von der Reaktion der Gesellschaft auf diese Veränderungen bestimmt wird“, sondern auch „ein dynamischer Vorgang, der Reifung und Verfall gleichermaßen beinhaltet“ (2001, 33). Altern ist immer verbunden mit „Veränderung und Wandlung des Menschen mit sehr differenzierten Auswirkungen (biologischen, ökologischen, biografischen, finanziellen u. a.)“ (ebd., 33). Es ist hinzuzufügen, dass das Altern immer ein individueller Prozess ist. Daher ist das Altern bei Menschen „nicht primär als eine Funktion der Lebensjahre, sondern viel eher als Funktion der individuellen Biographie und des Trainings von Fähigkeiten und Fertigkeiten“ (Röhr-Sendlmeier, zit. n. Schneider, 1993, 39) zu sehen und es kann daher unterschiedlich ausgeprägt sein. Mancher Mensch altert scheinbar früher oder später als andere Menschen. Deshalb spricht man in der Geragogik (Wissenschaft der Altenbildung) von einem frühen

oder späten Altern, für die folgende Faktoren (siehe Tabelle 4) von Bedeutung sind:

Tab. 4: Faktoren des Alterns (Thiele, 2001, 24f.)

| spätes Altern | frühes Altern |
|--|--|
| hohes formales Bildungsniveau | niedriges formales Bildungsniveau |
| Berufszufriedenheit | Berufsunzufriedenheit |
| qualifizierte Arbeitsanforderungen | unqualifizierte Arbeitsanforderungen |
| Arbeit: Umgang mit Menschen | Arbeit: kein Umgang mit Menschen |
| hohes Einkommen | niedriges Einkommen |
| lange Lebensdauer der Eltern | kurze Lebensdauer der Eltern |
| widerstandsfähig gegen Krankheiten | nicht widerstandsfähig bei Krankheiten |
| wenig krankheitsanfällig | stark krankheitsanfällig |
| geht aus Krisen gestärkt hervor | zerbricht an Krisen |
| glücklichste Zeit nach dem 30. Lebensjahr | glücklichste Zeit vor dem 30. Lebensjahr |
| leistungsmäßig beste Zeit bis zum 50./60. Lebensjahr | leistungsmäßig beste Zeit bis zum 30./40. Lebensjahr |
| regelmäßiger Schlaf | unregelmäßiger Schlaf |
| optimistische Lebenseinstellung | Selbstvorwürfe, depressive Einstellung |
| allgemeine Aktivität | allgemeine Passivität |
| Bereitschaft zur Geselligkeit | Tendenz zu Ein- oder Zweisamkeit |
| weiter Interessenhorizont | enger Interessenhorizont |
| Leben rückblickend positiv | Leben rückblickend negativ |

Aus der Tabelle wird ersichtlich, dass der Bildungsstand und die Berufstätigkeit, die biologischen und psychologischen Faktoren sowie die individuellen Freizeitinteressen und die Lebenseinstellung des reifen Menschen ausschlaggebend für das Altern ist. Wurde früher das Altern eher negativ betrachtet und erlebt, spricht man seit zwei Jahrzehnten, angeregt durch die Arbeiten von Robert J. Havighurst, von einem sog. „erfolgreichen Altern“. Zwar ist das Altern nach wie vor auch abhängig von persönlichen, biografisch erworbenen Umstellungs- und Anpassungsfähigkeiten, eine altersfreundliche und stimulierende Umgebung ist jedoch eine gute Voraussetzung für ein „erfolgreiches Altern“.

Demenzerkrankung (Astrid Leive)

Der Begriff „Demenz“ für das Krankheitsbild einer meist im Alter auftretenden psychischen Erkrankung. Der Begriff, wie er in diesem Buch verstanden wird, bezeichnet die Abnahme des Gedächtnisses und anderer kognitiver Fähigkeiten und kann

nach Popp mit „Unvernunft“ (2006, 13) übersetzt werden. Kognitive Funktionen, auch als Fähigkeit der Erkenntnisgewinnung zu betrachten, umfassen die Prozesse des Denkens, der Wahrnehmung, des Lernens, des Erinnerns und der Vorstellung. Sie können informationstheoretisch auch als Informationsaufnahme, Informationsverarbeitung und Informationsverwendung bezeichnet werden (vgl. Sigfried und Sigfried, 2007, 566f.). Die Einbußen an kognitiven Funktionen sind ein Hauptsymptom demenzieller Erkrankung.

Buijsen benennt zwei Merkmale der kognitiven Einschränkungen bei einer demenziellen Erkrankung. Diese sind die gestörte Einprägung und der Gedächtnisabbau (vgl. Buijsen, 2003, 26 ff.):

Gestörte Einprägung

Eine gestörte Einprägung beeinflusst negativ das Überleiten von Informationen aus dem Kurzzeitgedächtnis in das Langzeitgedächtnis. Die Fähigkeit, Wissen in das Langzeitgedächtnis zu transferieren, ermöglicht dem gesunden Menschen eine lebenslange Reproduktion der Inhalte. Bei einem Menschen mit Demenz ist diese Funktion gestört. Informationen werden nicht aus dem Kurzzeit- in das Langzeitgedächtnis transportiert und der Mensch mit Demenz erinnert sich nicht mehr an das, was länger als eine halbe Minute zurückliegt. Folgen der gestörten Einprägung sind die Desorientierung in unbekannter Umgebung und in der zeitlichen Wahrnehmung, Schwierigkeiten bei der Beantwortung von Fragen über jüngste Ereignisse, sich ständig wiederholende Fragen und Geschichten, das Verlegen von Gegenständen, Unkonzentriertheit und die Unfähigkeit, Neues zu erlernen. Häufig entsteht als indirekte Folge der gestörten Einprägung beim betroffenen Menschen misstrauisches oder depressives Verhalten. Er zieht sich zurück, verliert seine Initiative, streitet seine Vergesslichkeit ab und baut eine äußere Fassade auf. Das Symptom der gestörten Einprägung und seine Folgen sind gerade bei beginnender Demenz zu registrieren.

Gedächtnisabbau

Im weiteren Verlauf der Erkrankung kommt es zum Gedächtnisabbau. Langzeitgedächtnis- und Erinnerungsstörungen sind die Folgen. Informationen aus jüngerer Zeit gehen zuerst verloren, bis nur noch Erinnerungen an frühere Lebensphasen vorhanden sind. Aus dem Gedächtnisabbau resultieren unterschiedliche Auffälligkeiten. Zum einen kommt es zu Orientierungsstörungen. Der Mensch mit Demenz ist zeitlich, räumlich, persönlich und situativ nicht orientiert. Sprachstörungen, wie Wortfindungsstörungen, und der Abbau intellektueller und instrumentaler Fertigkeiten kommen hinzu. Bekannte Personen bleiben unerkannt und der Verlust des Wissens über die eigene Person und die persönliche Lebensgeschichte zeichnen sich ab.

Weitere Veränderungen durch Demenz

Zu dem stetigen Verlust kognitiver Fähigkeiten kommen im Verlauf der Demenz auch Veränderungen im Verhalten des erkrankten Menschen hinzu. Depressivität, Angstzustände und Aggressionen sind Reaktionen des betroffenen Menschen, die meist zu Beginn der demenziellen Veränderung auftreten. Rückzugsneigungen aufgrund von Überforderung sind oft die Folge.

Besonders häufig tritt unruhiges und ängstliches Umherlaufen oder Weglaufen der dementen Person auf. Bei etwa jeder zweiten an einer Demenz erkrankten Person zeigt sich diese Form der Unruhe. In den Abend- und Nachtstunden nimmt dieses Verhalten zu, was für Angehörige und Pflegende eine besondere Herausforderung darstellt. Schlafstörungen und eine Schlaf-Wach-Umkehr sowie die Verkennung von Personen und Gegenständen steigern sich ebenfalls im Verlauf der Erkrankung. Auch Verhaltensweisen wie Schreien, Rufen und lautes Gestöhne nehmen mit dem Schweregrad der Demenz zu.

Es kann zu paranoiden Zuständen wie Halluzinationen oder Persönlichkeitsstörungen kommen. Diese äußern sich durch enthemmtes, distanzloses oder verlangsamtes Verhalten. Hier wird deutlich, wie sehr die Erkrankung den betroffenen Menschen und seine Umwelt in den Bereichen des täglichen Lebens beeinflusst und in der herkömmlichen Lebensführung behindert.

Erscheinungsformen primärer Demenzen

Die am häufigsten auftretende Erscheinungsform sind die primären Demenzen. Auf die beiden Demenzarten der primären Demenz, die vaskuläre Demenz und die Demenz vom Alzheimer-Typ, beziehen sich dieses Buch und die darin dargestellten Theorien und Interventionsformen.

Die allgemein anerkannte Definition der Demenz nach der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen, ICD10 (International Classification of Disease, 10. Revision), lautet: „Demenz [...] ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet“ (ICD 10, in: Dtsch. Krankenhaus Verlagsgesellschaft (Hrsg.), 2004, 195).

Abgrenzung des normalen Alterungsprozesses zur Demenz

Die Symptome eines demenziellen Syndroms sind sehr vielfältig und gerade zu Beginn der Erkrankung nur schwer von den kognitiven Veränderungen des normalen Alterungsprozesses zu unterscheiden. Der normal alternde Mensch vergisst gelegentlich Neues und Unwichtiges, verlegt unbedeutende Gegenstände und ist in der Planung, Organisation und Konzentration, besonders unter Zeitdruck, verlangsamt,

bleibt aber dennoch in der Lage, Neues zu erlernen, komplexe Zusammenhänge zu erfassen und zu abstrahieren.

Bei der Demenz äußert sich der Krankheitsbeginn ebenfalls durch Vergesslichkeit, Verlangsamung und Verschlechterung des Planens und des Urteilens sowie der Bewältigung anspruchsvoller Aufgaben. Der Unterschied liegt allerdings in der Intensität der Defizite. Der Mensch mit Demenz vergisst häufig Wichtiges, neue Informationen und Altbekanntes. Er verlegt bedeutende Gegenstände an unübliche Plätze und ist nicht in der Lage, Neues zu erlernen und sich länger als ca. 10 Minuten auf eine Sache zu konzentrieren (vgl. Schwarzer und Trost, 2005, 411).

Die Frühsymptome, die auf eine Demenz hinweisen, sind aufgrund des häufig schleichenden Beginns der Erkrankung und der Ähnlichkeiten zu normal verlaufenden kognitiven Veränderungen schwer zuzuordnen. Ausgeprägte Vergesslichkeit, Verwirrtheit in fremder Umgebung und Wortfindungsstörungen weisen aber ebenso wie die Verschlechterung des Urteils- und Planungsvermögens wie auch die zunehmenden Schwierigkeiten bei der Bewältigung komplexer und anspruchsvoller Aufgaben auf eine demenzielle Veränderung hin (vgl., ebd., 408).

Trotz der Vielzahl der genannten Verhaltensstörungen und -änderungen bleibt zu betonen, dass die Fähigkeit, sich selbst zu erleben, auch in der Demenz erhalten bleibt. Dies bedeutet, dass Gefühle und Bedürfnisse wahrgenommen werden. Auch wenn sich der Mensch mit Demenz nur noch eingeschränkt artikulieren kann, reagiert er doch auf Gestik, Mimik und Stimmlage. Schwarzer und Trost (vgl. 2005, 408 f.) führen an, dass das Bedürfnis nach Liebe, Zuwendung, Kommunikation (verbal oder nonverbal) und Wertschätzung bei fortschreitender Krankheit erhalten bleibt.

Aufgaben und Anregungen

- Bestimmen Sie die verschiedenen Seinszustände des Alters. Unterscheiden Sie zwischen dem späten und frühen Altern.
- Nennen Sie einige diagnostische Aspekte zur Demenz. Unterscheiden Sie die Hauptformen der Demenz.

2 Geschichte des Handlungsfeldes Alter

2.1 Demografische Altersentwicklung

Bei der Betrachtung der Geschichte des Alters sollte auch die demografische Entwicklung eine Berücksichtigung finden, die einem starken Wandel unterlegen ist.

Alterungsprobleme

1900 war jeder zwölftete Einwohner in Deutschland 60 Jahre alt und älter, 1990 war es schon jeder fünfte und für 2040 wird prognostiziert, dass es jeder dritte Einwohner sein wird. Auch die Zahl der betagten Einwohner, wenn man für diese Personengruppe das Durchschnittsalter von 80 Lebensjahren ansetzt, wächst stetig an. Machte diese Altersgruppe 1871 nur 0,4% der Gesamtbevölkerung aus, betrug sie 1950 bereits 1%. Im Jahre 1995 lag der Anteil bei 4%. Für 2040 wird ein Bevölkerungsanteil der 80-jährigen Menschen von 8,4% erwartet, davon werden 11% Frauen, 6,4% Männer sein.

Interessant ist auch der Anstieg der Anzahl an Menschen, die das 100. Lebensjahr erreichen. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts lebten im ehemaligen deutschen Reichsgebiet 10 Hundertjährige, 1930 waren es bereits 20 Hundertjährige und im Jahre 2001 wurden schon knapp 3500 Hundertjährige gezählt.

Die Anzahl der älteren Menschen verteilte sich in absoluten Zahlen im Jahre 2000 wie folgt (siehe Tabelle 5):

Tab. 5: Bevölkerungsanteil der älteren Menschen im Jahr 2000 (Kleiber, 2003, 46)

| Alter | insgesamt | Männer | Frauen |
|-------------------|------------|------------|------------|
| 60–65 Jahre | 5 718 165 | 2 801 342 | 2 916 823 |
| 65–70 Jahre | 4 156 942 | 1 961 226 | 2 195 716 |
| 70–75 Jahre | 3 603 180 | 1 551 108 | 2 052 072 |
| 75–80 Jahre | 2 847 234 | 955 446 | 1 891 788 |
| 80–85 Jahre | 1 473 962 | 432 423 | 1 041 539 |
| 85–90 Jahre | 1 086 993 | 269 821 | 817 172 |
| Gesamtbevölkerung | 82 259 540 | 40 156 536 | 42 103 004 |

Die Anzahl älterer Menschen mit Migrationshintergrund lag im Jahre 1999 in absoluten Zahlen bei folgenden Werten (siehe Tabelle 6).

Wenn man die Alterung der Gesellschaft an der Erwerbstätigkeit bzw. an der Teilnahme am Arbeits- und Wirtschaftsleben misst, ist als eine Altersursache der frühe Ausstieg aus dem Erwerbsleben zu nennen. Im Jahre 1975 arbeiteten von der Alters-