

Thema Demenz

Demenz lässt sich heute bereits in einem Stadium diagnostizieren, in dem die Betroffenen ihr Krankheitserleben und ihre subjektiven Bewältigungsstrategien noch gut kommunizieren können. Doris Sowarka gibt in diesem Heft einen Überblick über Ergebnisse dieser neuen Betroffenenforschung und ihre Implikationen für Behandlung und Begleitung. Auch Maja Wiest und Elisabeth Stechl fokussieren ihren Beitrag auf das Früh-

stadium der Demenz: Manche Verhaltensweisen, die als Krankheitssymptome gelten, müssen – so ihr Befund – als subjektive Bewältigungsstrategien verstanden werden. Eine Voraussetzung für die subjektive Bewältigung von Demenz ist die Aufklärung der Betroffenen über die Diagnose. Aufklärung ist jedoch keineswegs die Regel. Cornelia Au gibt einen Überblick über neuere wissenschaftliche Literatur zur Aufklärungspraxis und berichtet über die Gründe für Verschweigen

oder Mitteilung, über Informationsbedürfnisse und über ethische Prinzipien, wie die Aufklärung erfolgen sollte. In seinem Beitrag zur Demenztherapie unterzieht Hans Gutzmann die aktuellen und bereits absehbare Behandlungsoptionen einer kritischen Prüfung. Noch gibt es keine Heilung. Zur Linderung von Symptomen und Verbesserung der Lebensqualität haben sich jedoch eine Reihe neuer Möglichkeiten eröffnet.

informationsdienst altersfragen

ISSN 0724-8849
A20690E

Heft 06, November/Dezember 2008
35. Jahrgang

Herausgeber:
Deutsches Zentrum
für Altersfragen

06

Demenz im Frühstadium

Forschung zur Betroffenenperspektive und Implikationen für Behandlung und Begleitung

Doris Sowarka

02

Inhaltsverzeichnis

Seite 02

Demenz im Frühstadium – Forschung zur Betroffenenperspektive und Implikationen für Behandlung und Begleitung

Seite 08

Subjektive Bewältigungsstrategien im Frühstadium von Demenz

Seite 12

Die Diagnoseaufklärung bei Demenz

Seite 16

Neues in der Demenztherapie?

Seite 20

Hinweise, Projekte und Modelle

Seite 21

Zeitschriftenbibliografie
Gerontologie

Seite 26

Bibliografie gerontologischer
Monografien

Schon heute ist es möglich, dass Demenzdiagnosen immer früher gestellt und abgesichert werden können. Eine Heilung für unterschiedliche Formen der Demenzerkrankungen besteht derzeit nicht. Bei immer früheren Diagnosemöglichkeiten und neuen medikamentösen Therapien verlängert sich für alle Beteiligten die Zeitdauer, in der wichtige Kompetenzen von Betroffenen erhalten sind. Erst in letzter Zeit findet die von Betroffenen, Fürsprechern und Angehörigen offensiv propagierte Sicht der Menschen mit Demenz auch in der Wissenschaft unter dem Slogan „hearing the voice“ immer mehr Aufmerksamkeit (Demenz Support, 2006). Diese Wertschätzung richtet sich auf die „innere Welt“ von Menschen mit Demenz (BMFSFJ 2002) und mögliche Implikationen für den medizinischen, pflegerischen, familiären und gesellschaftlichen Bereich.

Wie andere chronische Erkrankungen fordert eine Demenz bereits im Anfangs- und Frühstadium die Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Angehörigen heraus. In diesem Krankheitsstadium ist das selbstständige Leben noch möglich, doch wirkt sich die Erkrankung auf viele Alltagsaktivitäten, arbeitsbezogene Tätigkeiten und soziale Aktivitäten aus. Gleichzeitig sind die Erkenntnisse über die Bedeutung der Demenzerkrankung aus der Betroffenenperspektive sehr begrenzt, da sie im vorherrschenden biomedizinischen Krankheitsmodell der Demenz mit Schwerpunkten der Ätiologie und Pathologie auch nicht im Vordergrund stehen. Bis in die 90er Jahre hinein wurde die subjektive Welt von Demenzkranken in den Standardwerken der Psychiatrie und klinischen Psychologie weitgehend vernachlässigt (Kitwood, 1997). Andererseits sind die soziale Eingebetheit der Demenzerkrankungen und ihre Auswirkungen auf das Leben, den Gesundheitszustand, die Persönlichkeit und Stigmatisierung von Betroffenen schon seit längerem erkannt (Cotrell & Schulz, 1993; Down, 1997; Kitwood, 1997).

Seit den 90er Jahren wächst die Zahl der Beiträge, die sich mit den Sichtweisen, Bewältigungsstrategien, Entscheidungs- und Mitsprachebedarfen von Demenzkranken beschäftigen. Medizinische Fallberichte, biographische Erfahrungsschilderungen und eine zunehmende Zahl an qualitativen Studien belegen, dass sich die meisten Menschen, zumindest im Frühstadium einer Demenz, über ihre Erkrankung äußern können. Schilderungen aus der Betroffenenperspektive im Frühstadium der Erkrankung relativieren das pessimistische Bild über Demenz, das in der gesellschaftlichen Auseinandersetzung vorherrscht (Ehmann, Riedl-Heller & Angermeyer, 2004). Im Anfangs- und Frühstadium der Demenz erreichen die Symptome und Störungen in aller Regel – im Unterschied zu den späten Krankheitsstadien – weder das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit noch der Inkapazität. Das heißt, dass die Betroffenen im Frühstadium noch relativ gut darüber kommunizieren können, wie sie ihre Demenzerkrankung erleben und damit umgehen.

Sozialwissenschaftliche Forschung über Betroffene im Frühstadium von Demenz

In der sozialwissenschaftlichen Forschung geht es um die persönlichen Erfahrungen und Bedürfnisse von Menschen mit Demenz, ihre Krankheitsbewältigung und um Verbesserungen der Lebensqualität, die in der Gesamtheit aller Faktoren den weiteren Krankheitsverlauf mitbestimmen können (Cotrell & Schulz, 1993). Hierfür spricht die hohe Variabilität in demenziellen Krankheitsverläufen, die in neurokognitiven Modellen der Hirnkapazität aufgegriffen wird (Stern, 2006). In diesen Modellen werden psychosoziale Faktoren und die aktive Rolle des Demenzkranken als bedeutende Ressourcen für die Verlangsamung von demenziellen Krankheitsverläufen gesehen.

In Deutschland ist der Wissensstand über das Krankheitserleben und die Krankheitsbewältigung von Betroffenen im Frühstadium der Demenz auffällig unvollständig. Derzeit gibt es nur eine Arbeit, die über die subjektive Wahrnehmung und Bewältigung der Demenz bei Betroffenen im Frühstadium berichtet (Stechl, 2006; vgl. S. 8 ff in diesem Heft). In einer anderen Studie standen die Bedürfnisse von Demenzkranken im Vordergrund (Niebuhr, 2004). Ein Teilprojekt des Pflegeforschungsverbands in NRW widmete sich der Entwicklung und Evaluation eines Instruments zur Erfassung der „patient view“ von Demenzkranken im Versorgungsgeschehen der vollstationären Einrichtungen der Altenhilfe (Schulz-Hausgenoss, Schönberg, & Naegele, 2005).

Die Erkundung von persönlichen und psychosozialen Aspekten stellt sich primär in den Anfangs- und Frühstadien von Demenzen, in denen die Einsicht und kognitiven Funktionen von Betroffenen in aller Regel noch intakt sind. Es liegt nahe, dass interindividuelle Unterschiede im Krankheitserleben eng mit der Persönlichkeit und Bewältigungsprozessen zusammenhängen. Kitwood (1997) diskutiert sechs Zugangswege, wie Erkenntnisse über die subjektive Welt von Menschen mit Demenz gewonnen werden können: (1) Über selbst verfasste Beiträge von Betroffenen während der Zeit, in der ihre kognitiven Fähigkeiten noch relativ intakt sind; (2) unvoreingenommenes Verstehen, was Betroffene in ihrem alltäglichen Leben sagen und tun; (3) sorgfältiges Zuhören, was Betroffene im Interview oder in einer Gruppensituation äußern; (4) Menschen zu Rate ziehen, die Krankheiten mit demenzähnlichen Symptomen (z.B. Meningitis, Depression) durchlebt haben und später darüber berichten können; (5) Entwicklung eigener poetischer Vorstellungen darüber, wie man die Hoffnungen und Ängste von Demenzkranken in Worten und Metaphern ausdrücken kann; (6) Rollenspiel mit Rollenübernahme eines Demenzkranken in einer simulierten Pflegeumwelt.

Um der Einzigartigkeit der Menschen mit Demenz gerecht werden zu können, entstanden in den letzten Jahren mehrere Forschungsbeiträge, die Einsichten in die persönlichen Erfahrungen der direkt Betroffenen zulassen. Diese Erkenntnisse kommen ausschließlich aus qualitativen Studien, in denen Betroffene im Frühstadium der Demenz im Interview selbst zu Wort kamen. Über die persönlichen Erfahrungen von Betroffenen, die ein höheres Demenzrisiko aufgrund leichter kognitiver Störungen haben, ist wenig bekannt.

Krankheitserleben von Betroffenen im Frühstadium

Die Literaturübersicht von Steeman et al. (2006) erweitert das Verständnis darüber, was es für Betroffene bedeutet, mit Demenz im Frühstadium zu leben. Die Übersicht ist als Meta-Synthese der vorliegenden qualitativen Studien angelegt, in denen Demenzkranke selbst zu Wort kamen. Die Literaturobserwertung umfasst 28 Studien und 21 verschiedene Stichproben, die mehrheitlich in Gedächtniskliniken gewonnen wurden. Die ausgewerteten Studien beziehen sich auf 414 Menschen mit einer Demenzdiagnose. Die Studien kommen aus USA, UK, Schweden und Kanada; sie hatten unterschiedliche Untersuchungsschwerpunkte und waren in der Mehrzahl querschnittlich angelegt. Die Ergebnisberichte der Studien wurden kodiert, gruppiert, miteinander verglichen und nach Zeitdimensionen im Krankheitsprozess angeordnet.

Die Ergebnisse über den zeitlichen Verlauf der Erkrankung zeigen, dass es vielen Betroffenen schon seit längerem bewusst ist, dass sie ein Problem mit dem Gedächtnis haben. Wenn diese Probleme weiter zunehmen, merken die Betroffenen oft selbst, dass etwas nicht stimmt. Manchmal sind es auch dramatische Weckrufe von anderen (z.B. Fahrverbot) oder deren Reaktionen, aus denen Betroffene merken, dass mit ihnen etwas nicht in Ordnung ist (z.B. ständige Entschuldigungen anderer wegen der Vergesslichkeit von Betroffenen). Das Be-

wusstsein eigener Probleme erzeugt negative Gefühle wie Frustration, Ungewissheit und Angst, die auch interpersonelle Beziehungen belasten. Solche Gefühle hängen mit einem erlebten Kontrollverlust zusammen. Das Bewusstsein für Probleme kann dazu führen, dass professionelle Hilfe und Rat beansprucht wird.

Die Ergebnisse für die diagnostische Phase, die häufig mit der Überweisung an eine Gedächtnisklinik und der Befunderhebung beginnt und zunächst mit der Diagnose endet, beziehen sich auf das Erleben der Demenzdiagnostik, die Erfahrungen mit der neuropsychologischen Testung und die Auswirkungen der Diagnose. Die Auswertung der Studien zeigt hierzu, dass die Demenzdiagnose (unabhängig davon, ob sie den eigenen Verdacht bestätigt oder nicht) ein Gefühl der existenziellen Bedrohung auslöst und die Identität infrage stellen kann. Es werden Gefühle wie Schock, Ärger, Angst, Horror, Depression und Unglaube berichtet. Die Frühdiagnose kann auch das Bewusstsein für persönliche Beschränkungen steigern mit der Folge, dass die bisherigen Alltagsaktivitäten eingeschränkt und das Selbstvertrauen gemindert wird. Die Ambivalenz der Diagnose führt zu einem längeren Verarbeitungsprozess, der mit Verleugnung beginnt und mit der Akzeptanz einer schmerzlichen Wahrheit enden kann.

In der postdiagnostischen Phase kommen die gegenwärtig erlebten und die künftig erwarteten Verluste deutlich zum Vorschein. In den Studien werden sehr viele Verlusterfahrungen, insbesondere im kognitiven Bereich berichtet, wie z.B. Denkfähigkeit, Entscheidungs- und Problemlösefähigkeiten, Verlust praktischer Fertigkeiten, Erinnerungsfähigkeit für Namen und Ereignisse, Verlust des Gesprächsfadens in Unterhaltungen oder Probleme, sich selbst kohärent ausdrücken zu können. Verlusterfahrungen sind bei Demenzkranken sehr zentral und wirken sich auf die Befindlichkeit (Depression) und das Verhalten (Aggression, Rückzug) aus (vgl. Aggarwal et al., 2007).

Die Bedeutung der Verluste spiegelt sich in den Folgen für das Alltagsleben der Betroffenen. Der Kontrollverlust wirkt in alle Lebensbereiche hinein, die Handlungsfähigkeit und -kompetenz für bedeutungsvolle Aktivitäten und die Ausübung von Rollen erfordern. Es wird über einen Kontrollverlust über die Realität berichtet, der aus kognitiven Verlusten und Abhängigkeit von anderen entsteht und dazu führt, dass die eigene Welt nicht mehr vorhersagbar und zum unvertrauten Terrain geworden ist. Schwerwiegende Zweifel, wie man sich für die Zukunft vorbereitet bzw. sich daran anpasst, findet man bei Betroffenen, die sich ihrer Gedächtnisprobleme nicht bewusst sind. Das Gefühl, im eigenen Leben ein Fremder zu sein, ist bei Betroffenen ausgeprägt, die sich an Teile ihres bisherigen Lebens nicht mehr erinnern können. Der Kontrollverlust mindert die Selbstachtung (Aggerwal et al., 2007) und kann die bisherigen Schlüsselwerte der Identität so stark bedrohen, dass sich Menschen mit Demenz als leer oder verloren erleben.

Häufige, mit dem Gedächtnisverlust verbundene Gefühle zeigen sich in Irritation, Frustration, Ungewissheit und Angst. Viele Empfindungen hängen mit der Unvorhersehbarkeit der Krankheitsentwicklung und krankheitsbedingten Veränderungen zusammen. Ein herabgesetztes Selbstwertgefühl zeigt sich in Scham, Schuldgefühlen, Empfindungen der Nutzlosigkeit und Dummheit. Solche Gefühle hängen eng mit dem Stigma der Demenz zusammen. Es werden auch Einsamkeit und Entfremdung, Traurigkeit und Verzweiflung, Ärger und Aggression sowie Hoffnungslosigkeit angesichts des unausweichlichen Krankheitsfortschritts berichtet. Die antizipierten Verluste erzeugen weitere negative Gefühle wie die Sorge, anderen zur Last zu fallen oder im Stich gelassen zu werden. Es ist nicht selten, dass negative und positive Gefühle gleichzeitig vorkommen. In der Zusammenschau erzeugt der Gedächtnisverlust eine schwere Krise, die am Ende möglicherweise mit einer positiven Krankheitseinstellung überwunden werden kann.

Was die Generalisierbarkeit der Befunde anbelangt (Steeman et al., 2006), kann man sagen, dass eine größere Population der Menschen mit Demenz, die bereit und in der Lage war, über ihre Erfahrungen zu erzählen, in die Literaturlauswertung einbezogen wurde. Die Literaturlauswertung berücksichtigt damit keine späten Krankheitsstadien der Demenz. Die Erfahrungen der Betroffenen, wie Ungewissheit, Bedrohung der Autonomie, Bedürfnis nach Sinnhaftigkeit und Sicherheit und das Ringen um Selbstschutz und Selbstanpassung scheinen verallgemeinerbar zu sein (Steeman et al., 2006). Aus den kombinierten Daten der Studien kann man folgern, dass Betroffene das Frühstadium der Demenz als Übergang erleben. Es beginnt mit dem Gefühl, dass etwas nicht stimmt und weitet sich auf das gesamte Leben aus bis hin zur Integration der Erkrankung. In dieser Übergangsphase werden Strategien zur Erhaltung der Identität und Anpassung an die Situation eingesetzt.

Vergleichbare Ergebnisse kommen aus einer weiteren Literaturlauswertung, für die insgesamt 50 Studien über die Erfahrungen von Betroffenen mit Demenz ausgewertet wurden (de Boer et al., 2007). Auch hier wird deutlich, dass Demenz nicht zu den Erkrankungen zählt, die über Nacht ausbricht und Betroffene darin überwältigt. Demenz wird häufig als ein schleichender Krankheitsprozess mit gradueller Progression erlebt. Betroffene können sich daher im günstigen Fall an das Krankheitsgeschehen anpassen und in frühen Demenzstadien aktiv mit krankheitsbedingten Herausforderungen umgehen.

In einer neueren Interviewstudie von Hartman & Claire (2006) kamen zwei Themen zum Vorschein: „Es wird schlechter werden“ und „Ich möchte ich selbst sein“. Letzteres zeigt das Spannungsverhältnis, das zwischen der Eigenart und Prognose der Demenzerkrankung und dem Wunsch nach Erhaltung der eigenen Identität besteht. In der Erwartung, dass der Zustand schlechter wird, tritt das klare Verständnis der Betroffenen über die Erkrankung zutage. Betroffene verstehen, dass Demenz ein gradueller progressiver Abbau ist, der z.Zt. medikamentös nicht heilbar ist (siehe dazu Gutzmann in diesem Heft, S. 16 ff), sondern im Alltagsleben vielfältige Bewältigungsversuche (z.B. Anpassung) erfordert. In diesem Punkt entspricht das Krankheitsverständnis der Betroffenen den professionellen Konzepten über Demenz. Die Krankheitsursachen verstehen die Betroffenen jedoch breiter und benennen neben verschiedenen Formen von Hirnschädigungen auch psychosoziale Ursachen. Insgesamt scheint das Krankheitsverständnis von Betroffenen eng mit den eigenen Bewältigungsanstrengungen verknüpft zu sein.

Bewältigungsstrategien von Betroffenen im Frühstadium

Die eingesetzten Coping-Strategien von Betroffenen richten sich auf negative Gefühlszustände, Veränderungen und Beeinträchtigungen infolge der Demenzerkrankung (vgl. Bender & Cheston, 1997). Das Ringen um die Erhaltung der eigenen Identität und die gleichzeitige Anpassung an krankheitsbedingte Veränderungen wird für Demenzerkrankungen als wesentlich erachtet. Für die Phase der Identitätserhaltung wurden protektive Strategien identifiziert. Sie dienen dazu, Normalität und Kontinuität zum bisherigen Leben, wie es vor dem Krankheitsausbruch gelebt wurde, zu bewahren und das Selbst vor negativen Gefühlszuständen zu schützen (Menne, Kinney & Morhardt, 2002).

Wenn die selbst-protektiven Strategien unzureichend sind, werden häufig integrative Anpassungsstrategien eingesetzt. Sie richten sich auf die Akzeptanz und Integration der Erkrankung in das künftige

Leben. Beide Coping-Strategien beziehen sich auf die Bewältigung von demenziellen Abbauprozessen, für die eine Balance zwischen Gefühlen (Verzweiflung vs. Hoffnung) und Handeln (Ringeln vs. Akzeptanz) gefunden werden muss.

Die Erhaltung des Selbst ist, angesichts der Bedrohung durch die Demenzerkrankung, ein schwerwiegendes Problem. Harris & Sterin (1999) haben hierzu fünf Reaktionsmuster identifiziert: (1) Ausgeprägter Kampfgeist; (2) Erdulden ohne großes Ringeln; (3) Verleugnung wegen fehlender Hinnehmbarkeit; (4) Mühsames und kaum erfolgreiches Ringeln; (5) Den Kampf aufgeben und damit das Gefühl von Kontinuität verlieren. Aus den Schilderungen von Betroffenen wird deutlich, dass die Hinnahme von Demenz aus einer positiven Einstellung oder aus Resignation heraus geschehen kann. Die Assimilation der Demenz in das eigene Leben wird nicht abgeschlossen und verläuft eher zyklisch und kontinuierlich.

In einem Überblick über die Patientensicht bei Demenzerkrankungen (de Boer et al., 2007) kommen vielfältige Coping-Strategien zum Vorschein. Die Klassifizierung der in vielen Studien aufgedeckten Strategien orientiert sich an der bekannten Unterscheidung zwischen emotions- und problemorientierten Strategien in der Coping-Literatur. Die emotionszentrierten Strategien berücksichtigen, dass Demenz als eine Bedrohung erlebt und daher möglichst aus dem Bewusstsein ausgeschlossen wird. Emotionszentrierte Strategien zeigen sich in Verleugnung/Vermeidung, Verkleinerung und/oder Normalisieren von Problemen, weiterleben und kämpfen, Kompensation und in der Anpassung an die Situation. Problemorientierte Strategien kennzeichnen die Versuche, Kontrolle über das Leben mit Demenz zu behalten und andere Wege für den Sinn und die eigene Nützlichkeit im Leben zu finden. Diese Bewältigungsprozesse zeigen sich z.B. darin, dass man der Krankheit ins Auge sieht oder die Krankheitsfolgen durch spezifische Strategien kompensiert.

In vielen Studien werden die unterstützenden und hemmenden Umstände der sozialen Interaktion für die Bewältigungsprozesse bei Demenz deutlich (Steeman et al., 2006). Menschen mit Demenz erleben es als unterstützend, wenn sie sich als zugehörig und gemocht empfinden, sich als Individuum verstanden, akzeptiert und wertgeschätzt erleben oder in angenehme und bedeutungsvolle Aktivitäten integriert sind. Pflegende Angehörige haben im Frühstadium eine wichtige Aufgabe, um die Betroffenen in ihren Bedürfnissen nach Sicherheit und Wertschätzung zu unterstützen und ihnen das Gefühl zu geben, dass sie sich in ihrer Abhängigkeit als angenommen erleben können. Für den häufig beschriebenen Rückzug in das stille Leiden der Demenzerkrankten werden unterschiedliche Gründe und unterschiedliche Zwecke angeführt (z.B. Anpassung und Stärkung des Selbstvertrauens, Selbstschutz, Verdecken von Gedächtnisproblemen). Aus den ausgewerteten Studien kommt der Hinweis, dass die Interaktion mit Angehörigen und

professionellen Pflegekräften zu diesem stillen Leiden beitragen kann (z.B. wenn sie sich nicht zu der Diagnose bekennen, überfürsorglich sind, den Demenzerkrankten davon abhalten, sein Anliegen zu äußern, ihn ignorieren oder ihn nicht ernst genug nehmen). Umgekehrt stärkt das Gefühl, ernst genommen und unterstützt zu werden, die Fähigkeit, sich über das Leben mit Demenz und sich selbst äußern zu können.

In einer neuen Studie sprachen die Betroffenen über konkrete Strategien, die sie im Alltag und in der Interaktion mit anderen anwenden sowie über persönliche Einstellungen, die für die Bewältigung von Schwierigkeiten hilfreich sind (Preston, Marshall & Buck, 2007). Die Alltagsstrategien umfassen die Verwendung von visuellen Anregungen (z.B. Wortassoziationen) und Gedächtnistechniken, Informationssuche (z.B. in Medien oder bei anderen Betroffenen), logisches Handeln (z.B. vor dem Handeln planen, um Fehler zu vermeiden), emotionales Abreagieren (z.B. laut schreien, Türen zuknallen), höfliche Unterbrechung einer Unterhaltung, um etwas selbst mitteilen zu können, solange es noch im Gedächtnis ist, und die Einnahme von Medikamenten. Für die Bewältigung des Umgangs mit anderen verwenden die Betroffenen eher passive Strategien: Unterhaltungen und Anteilnahme, Zusammensein mit Menschen, die für eigene Probleme Verständnis zeigen, emotionale und praktische Unterstützung durch Personen im eigenen Umfeld, soziale Vergleiche mit anderen, die besser oder schlechter dran sind als man selbst. Bei der Bewältigung von Schwierigkeiten spielt die eigene Einstellung eine wichtige Rolle. Es wird als hilfreich erlebt, wenn man die Dinge positiv sieht, auf sich selbst achtet und sich entlastet, Schwierigkeiten perspektivisch angeht und loslässt, wenn sie nicht gelöst werden können, Geduld hat und den Glauben in eigene Fähigkeiten erhält, Akzeptanz von Demenz vs. Kampf gegen die Krankheit, Kaschieren von Problemen vs. Offenheit, sie nicht zu verbergen.

Für die angewandten Coping-Strategien spielt die Situation bzw. der Kontext eine wichtige Rolle. Betroffene erkennen, dass ihre eigenen Strategien nicht für andere Menschen nützlich sein müssen und die Bewältigung derselben Schwierigkeit von Zeit und Situation abhängt (z.B. sich innerhalb der eigenen Familie, aber nicht außerhalb zur Demenz bekennen). Preston, Marshall und Buck (2007) folgern aus den Ergebnissen ihrer Studie, dass sich Demenzerkrankte im Frühstadium viel stärker ihrer Schwierigkeiten bewusst sind als angenommen und auf vielfältige Weise damit umgehen. Entgegen der Erwartung scheinen Betroffene mit Demenzerkrankungen im Vergleich zum normalen Altern mehr aktive als passive Coping-Strategien anzuwenden. Im Hinblick auf spezifische Coping-Strategien, wie aktive Verleugnung, Resignation, Anpassung mit z.B. sekundären Gewinnen, gibt es große Ähnlichkeiten zur allgemeinen Literatur über die Bewältigung chronischer Erkrankungen.

Schlussfolgerungen

Die zunehmende Evidenz aus qualitativen Forschungsbeiträgen stärkt die Auffassung, dass die Betroffenen im Anfangs- und Frühstadium einer Demenzerkrankung fähig sind, andere an ihren Einsichten, Bedürfnissen und Wünschen teilhaben zu lassen. Diese Erkenntnis ist für die medizinische, pflegerische, familiäre und gesellschaftliche Auseinandersetzung mit Demenzerkrankungen nutzbar. Aufgrund der medizinischen Fortschritte bei der Früherkennung von Demenzen verlängert sich die Zeitdauer, in der Betroffene nicht von vornherein in der Rolle eines Hilfe- und Pflegebedürftigen positioniert werden müssen. Gleichzeitig sind in einer alternen Gesellschaft immer mehr ältere Menschen vom Krankheitsausbruch und -verlauf einer Demenz betroffen, für die es derzeit keine Heilung gibt.

Die qualitativen Studien richten sich auf die Anfangs- und Frühstadien der Demenzerkrankungen, die im Bewusstsein der Öffentlichkeit, in den Medien und im Wissenstransfer in die Versorgungspraxis weitgehend fehlen. Die Studien zeigen hierzu, dass Betroffene im Frühstadium ihre Erkrankung verstehen und bei der Bewältigung ihrer Probleme viel mehr Stärken zeigen als bislang angenommen. Betroffene kämpfen gegen negative Gefühle an und versuchen, krankheitsbedingte Herausforderungen so zu bewältigen, dass sie ihr künftiges Leben mit Demenz so gut wie möglich weiter leben können. Dieses Bild sollte stärker verbreitet werden, damit sich in der Öffentlichkeit ein genaueres und besseres Krankheitsverständnis über Demenz im Alter herausbilden kann. Stechl (2006) weist z.B. darauf hin (vgl. S. 8 ff in diesem Heft), dass es das einheitlich negative Bild der Demenzerkrankung den Menschen im Frühstadium schwer macht, ihren Zustand damit in Einklang zu bringen. Die Gesamtschau der vorliegenden Studien ergibt ein differenzierteres Bild über Demenz und relativiert die weit verbreitete Annahme (de Boer et al., 2007), dass Demenz nur schreckliches Leiden bedeutet oder ein psychologisches Desaster ist, das nicht mehr verheilt.

Dr. Doris Sowaka ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am DZA

Kontakt: doris.sowaka@dza.de

Literatur:

- Aggarwal, N., Vass, A. A., Minardi, H. A., Ward, R., Garfield, C. & Cybyk, B. (2007). People with dementia and their relatives: personal experiences of Alzheimer's and of the provision of care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 187 – 197.
- Bender, M. P. & Cheston, R. (1997). Inhabitants of a lost kingdom: a model of the subjective experiences of dementia. *Ageing and Society*, 17, 513 – 532.
- BMFSFJ (2002). Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Berlin: MuK. Medien und Kommunikations GmbH.
- Cotrell, V. & Schulz, R. (1993). A perspective of the patient with Alzheimer's disease: a neglected dimension of dementia research. *The Gerontologist*, 33(2), 205 – 211.
- De Boer, M. E., Hertogh, C. M. P. H., Dröes, R-M., Riphagen, I., Jonker, C. & Eefsting, J. A. (2007). Suffering from dementia – the patient's perspective: a review of the literature. *International Psychogeriatrics*, 19(6), 1021 – 1039.
- Demenz-Support Stuttgart (Hrg.). (2006). *Hearing the Voice of People with Dementia*. PDF-Dokument (www.demenz-support.de/materialien/DeSSorientiert_April2006.pdf).
- Down, M. (1997). The emergence of the person in dementia research. *Ageing and Society*, 17, 597 – 607.
- Ehmann, M., Riedl-Heller, S. G., & Angermeyer, M. C. (2004). Dem Massentod der Nervenzellen auf die Spur kommen. Demenzen in der Regionalzeitung – eine Medienanalyse. *Psychiatrische Praxis*, 31, 366 – 368.
- Harris, P. & Sterin, G. (1999). Insider's perspective: defining and preserving the self of dementia. *Journal of Mental Health and Aging*, 5(3), 241 – 256.
- Hartman, G. & Claire, L. (2006). Illness representation and lived experience in early-stage dementia. *Qualitative Health Research*, 16(4), 484 – 502.
- Kitwood, T. (1997). The experience of dementia. *Aging & Mental Health*, 1(1), 13 – 22.
- Menne, H., Kinney, J. & Morhardt, D. J. (2002). „Trying to continue to do as much as they can do“. Theoretical insights regarding continuity and meaning making in the face of dementia. *Dementia*, 1, 367 – 382.
- Niebuhr, M. (2004). Interviews mit Demenzkranken: Wünsche, Bedürfnisse und Erwartungen aus Sicht der Betroffenen. Eine qualitative Untersuchung zur subjektiven Lebensqualität von Demenzkranken. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Preston, L., Marshall, A. & Bucks, R. S. (2007) Investigating the ways that older people cope with dementia. *Aging & Mental Health*, 11(2), 131 – 143.
- Schulz-Hausgenoss, A., Schönberg, F. & Naegele, G. (2005). Erfassen des „patient view“ von Demenzkranken in vollstationären Pflegeeinrichtungen. In T. Klie, A. Buhl, H. Entzian, A. Hedtke-Becker & H. Wallrafen-Dreisow (Hrsg.). *Die Zukunft der gesundheitlichen, sozialen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen* (S. 202 – 213). Frankfurt/M: Mabuse-Verlag.
- Stemann, E., Dierckx, B., Godderichs, J., & Gryphonck, M. (2006). Living with early dementia: a review of qualitative studies. *Journal of Advanced Nursing*, 54(6), 722 – 738.
- Stechl, E. (2006). *Subjektive Wahrnehmung und Bewältigung der Demenz im Frühstadium. Eine qualitative Interviewstudie mit Betroffenen und ihren Angehörigen*. Berlin: Verlag Dr. Köster.
- Stern, Y. (2006). Cognitive reserve and Alzheimer disease. *Alzheimer's Disease and Associated Disorders*, 20(2), S69 – S74.

Subjektive Bewältigungsstrategien im Frühstadium von Demenz

Maja Wiest & Elisabeth Stechl

08

Die breite Öffentlichkeit hat beim Stichwort Demenz einen unmündigen alten Menschen vor Augen, der nicht mehr Herr seiner Sinne ist und rund um die Uhr auf die Hilfe seiner Umgebung angewiesen ist. Leider ist nur wenigen Menschen bewusst, dass dieser Zustand den fortgeschrittenen Stadien einer Demenz entspricht. Der folgende Beitrag möchte dieses Bild korrigieren und die Aufmerksamkeit auf das subjektive Erleben und Bewältigen einer Demenz im Frühstadium lenken. Im Folgenden wird die Gruppe der demenziellen Erkrankungen und ihr Krankheitsverlauf überblicksartig dargestellt, des Weiteren wird das Spannungsfeld Anosognosie (fehlende Krankheitseinsicht) beschrieben und Implikationen für den Umgang mit Demenzbetroffenen abgeleitet. Die vorgestellten Ergebnisse und Implikationen sollen im letzten Abschnitt diskutiert werden. Ziel des Beitrags ist, einen Perspektivenwechsel vorzunehmen, der Demenzerkrankungen aus Sicht der Betroffenen darstellt.

Demenz im Frühstadium

Der Begriff Demenz umfasst eine Reihe degenerativer Erkrankungen, die Gedächtnisstörungen und Beeinträchtigungen in weiteren kognitiven Teilbereichen (z. B. Sprachverständnis, Auffassungsgabe) sowie Veränderungen des Affekts oder der Persönlichkeit aufweisen, die die selbstständige Lebensführung zunehmend einschränken und schließlich in eine umfassende Pflegebedürftigkeit münden. Die häufigste Demenzerkrankung ist die Demenz vom Alzheimer-Typ, gefolgt von vaskulären Demenzen, Mischformen, Demenz vom Pickkomplex und Lewy-Body-Demenz. In der klinischen Praxis hat sich eine dreiteilige Stadieneinteilung (Clinical Dementia Rating; Morris, 1993) durchgesetzt. Im frühen bzw. leichten Stadium einer Demenz sind die Symptome schwach ausgeprägt, sie beeinträchtigen vor allem komplexere Tätigkeiten im Alltag, wie die Regelung von geschäftlichen Angelegenheiten. Betroffenen gelingt es oft über einen langen Zeitraum hinweg, die Defizite zu kompensieren, sodass Außenstehende wenig oder gar nichts bemerken. Im mittel-

schweren Stadium ist ein selbstbestimmtes Leben nur noch mit umfassender Unterstützung anderer Menschen möglich, da neben zunehmenden Gedächtnisstörungen auch Orientierungsstörungen, Realitätsverkennungen, Halluzinationen und Störungen des Antriebs und des Schlaf/Wachrhythmus hinzukommen. Individuell sind, auch in Abhängigkeit der Demenzform, die Verläufe sehr unterschiedlich. Bei schweren Demenzstadien, meist in Verbindung mit anderen körperlichen Erkrankungen, benötigen Betroffene eine kontinuierliche Betreuung, in vielen Fällen kommt es zu Harn- und Stuhlinkontinenz, Bettlägerigkeit, Mutismus und Nahrungsverweigerung.

Es ist wichtig zu betonen, dass bei einer beginnenden Alzheimerdemenz oder bestimmten vaskulären Demenzen die Fähigkeit zur Selbstreflexion und bewussten Verhaltenssteuerung nicht beeinträchtigt ist. Leider findet auch im professionellen Umfeld häufig eine Gleichsetzung von kognitiven Abbauprozessen und einer Unfähigkeit zur Selbstreflexion statt (Stechl, 2006, vgl. auch Sabat, 2001). Die im Folgenden vorgestellten Ergebnisse zur Innenperspektive Demenzbetroffener sind eine Auswahl aus einer qualitativen Interviewstudie mit 25 Betroffenen und ihren Angehörigen, die sich zum Ziel gesetzt hatte, die subjektive Erlebniswelt Betroffener und deren Bewältigungsstrategien zu beleuchten (Stechl, 2006). Bedeutsam für das Verständnis von Demenz für Betroffene sind deren subjektive Alters- und Krankheitstheorien, die sich genau wie andere Stereotype auf die gleichen sozialen Repräsentationen beziehen wie bei nicht kognitiv beeinträchtigten Personen. Als eines der Hauptergebnisse wurde die Bedeutsamkeit von Anosognosie als Schutzmechanismus mit verschiedenen Implikationen herausgearbeitet. Diese beiden Aspekte werden in den nächsten Abschnitten näher erläutert.

Subjektive Wahrnehmung von Demenz

Die qualitative Interviewstudie von Stechl (2006) fokussierte auf die Innenperspektive der Betroffenen und deren Wahrnehmung. Alle Befragten waren über die

Diagnose aufgeklärt und reflektierten ihre kognitiven Einschränkungen. Trotz der Einsicht in vorhandene kognitive und funktionelle Defizite, wurden diese nur von einem Drittel der Befragten auf eine Demenz zurückgeführt. Ein Großteil der an einer senilen Demenz (ab dem 65. Lebensjahr) Erkrankten bezog sich auf normale Alterungsprozesse um die wahrgenommenen Fehlleistungen zu erklären. Betroffene mit einer präsenilen Demenz führten kognitive und funktionelle Defizite beispielsweise auf arbeitsbedingten Stress oder die Folgen von organischen Veränderungen (z. B. durch Wechseljahre) zurück. Warum werden Defizite so häufig mit anderen Ursachen als der Diagnose Demenz erklärt? Eine Ursache kann in dem gesellschaftlich vermittelten Bild von Demenz liegen, für Betroffene im Frühstadium sind die Bilder von geistig verwirrten, pflegebedürftigen Menschen nur schwer mit ihrem eigenen Zustand vereinbar. Zudem ist es ein gängiges Altersstereotyp, dass die Gedächtnisleistung von älteren Menschen nachlässt und dies somit eine normale Alterserscheinung darstellt. Alle Erklärungsversuche und Ursachenzuschreibungen der Betroffenen haben eines gemeinsam. Letztendlich wollen die Betroffenen die eigentliche Ursache – nämlich die Demenzerkrankung – nicht wahrhaben. Sich auf das Alter zu beziehen wirkt ebenso beruhigend wie die Defizite auf großen Stress zurückzuführen, letzteres kann durch Veränderung des Lebensstils abgestellt und somit positiv beeinflusst werden.

Fehlende Krankheitseinsicht bei Demenz im Frühstadium

Es ist häufig beobachtbar, dass Demenzbetroffene trotz Diagnosestellung und Aufklärung die Defizite bagatellisieren oder die Demenzerkrankung als Ganze verleugnen. Angehörige und professionelle Helfer bewerten dieses Verhalten oftmals unkritisch als direktes bzw. organisch-bedingtes Symptom der Demenzerkrankung, wie etwa das Fieber bei einer Grippe (Stechl, 2006; vgl. auch Sabat, 2001; Haman & Clare, 2006).

In der Arbeit von Stechl (2006) wurde herausgearbeitet, dass fehlende Krankheitseinsicht im Frühstadium als eine mögliche Bewältigungsstrategie betrachtet werden kann, die dem Betroffenen den Umgang mit seiner Erkrankung und deren Konsequenzen erleichtert. Für Menschen mit Demenz können zunehmende Fehlleistungen im alltäglichen Handeln mit Scham, Trauer oder Wut besetzt sein. Welche Argumente sprechen für ein aktives Verneinen der Erkrankung? Der oft bemerkbare soziale Rückzug kann als aktiver Versuch gedeutet werden, Situationen aus dem Weg zu gehen, die zunehmend als Überforderung empfunden werden wie beispielsweise größere Gesprächsrunden. Menschen mit Demenz wollen sich peinliche Erlebnisse ersparen. Für ein bewusstes Verleugnen der Defizite spricht ebenfalls, das Betroffene sich als gesund und funktionsfähig klassifizieren, aber die Verordnung von Antidementiva und Hilfsangebote tolerieren. Hierbei drückt sich deutlich die Diskrepanz zwischen ausgedrückter Einsicht und beobachtbarem Verhalten aus. Als vorrangige Ziele dieses Schutzmechanismus konnten in der qualitativen Befragung folgende herausgearbeitet werden:

- 1) Emotionsregulation und Selbstwertstabilisierung,
- 2) Widerstand gegen Stigmatisierung und
- 3) Verteidigung von Autonomie.

Hier soll jedoch nicht unerwähnt bleiben, dass bei den meisten Demenzformen (Ausnahme: Demenz vom Pickkomplex) mit fortschreitendem Abbauprozess die Fähigkeit nachlässt, die eigene Leistungsfähigkeit zu aktualisieren und es kommt vermehrt zu Fehleinschätzungen der eigenen Kompetenz. In mittleren und schweren Stadien spielen die kognitiven Defizite u. v. a. die schweren Gedächtnisstörungen eine große Rolle. Je größer das Selbst- und Fremdgefährdungspotenzial ist, desto mehr ist von einer organischen bedingten Anosognosie auszugehen. Mit einer psychisch-motivierten Verleugnung der Demenzerkrankung möchte sich der Betroffene nicht selbst gefährden, im Gegenteil er möchte sich schützen. Im Prinzip ermöglicht nur eine Einzelfallbe-

trachtung die Einschätzung, inwieweit bestimmte Verhaltensweisen auf eine psychisch bedingte Verleugnung zurückzuführen ist oder eine organisch bedingte Fehleinschätzung oder Fehlverhalten darstellt.

Als Beispiele für emotionsregulative und selbstwertstabilisierende Ziele können Verhaltensweisen wie das Bagatellisieren von Defiziten, die Verleugnung der Demenzerkrankung als Ganzes oder die Hoffnung auf vollständige Rückbildung der Symptome durch medikamentöse Behandlung interpretiert werden. Das lässt sich nicht einfach damit erklären, das Betroffene im Frühstadium die Krankheit vergessen bzw. die Symptome nicht wahrnehmen. In anderen Studien wurde gefunden, dass Demenzbetroffene im Frühstadium häufig unter depressiven Symptomen leiden (Haupt, 2004), welches als direkte Reaktion auf die wahrgenommenen Defizite oder die Diagnosestellung interpretiert werden kann. Da für demenzielle Erkrankungen noch keine kausale Therapie bekannt ist, sind solche Reaktionen alles andere als unverständlich, weisen aber auch auf eine aktive Auseinandersetzung des Betroffenen mit der Erkrankung hin. Einer der Studienteilnehmer, ein 58-jähriger Akademiker, hat innerhalb von drei Jahren zahlreiche soziale Rollen (selbstständiger Unternehmer, Familienoberhaupt, leidenschaftlicher Autofahrer) verloren. Wie soll dieser Mann mit der Vielzahl an Verlusten und Frustrationen umgehen und seine Selbstidentität bewahren? Wie soll er mit der Schreckensnachricht umgehen, an einer unheilbaren Krankheit zu leiden, die in absolute Hilfs- und Pflegebedürftigkeit einmündet. Er verleugnet die Krankheit und ihre Folgen – ein solches Verhalten ist auch bei Menschen mit anderen schweren Erkrankungen wie beispielsweise Krebsleiden zu beobachten.

Die Verharmlosung von Gedächtnis einbußen oder das Überbetonen von vorhandenen oder früheren Kompetenzen werden von Stechl et al (2007) als Strategien gegen die vorschnelle Stigmatisierung interpretiert. Menschen mit Demenz

haben große Angst davor, nur noch als Dementer und Patient mit all seinen Defizite wahrgenommen zu werden. In diesem Zusammenhang wird immer abfällig von der „guten Fassade“ gesprochen. Die meisten Menschen sind bemüht, sich nach außen hin positiv darzustellen. Es ist also auch nachvollziehbar, dass sich Menschen mit einer Demenz ebenfalls positiv darstellen wollen. Der Betroffene hat dadurch auch die Möglichkeit, sich gegen die Generalisierung seines Kompetenzverlustes zur Wehr zu setzen.

Von den Betroffenen und deren befragten Angehörigen wurden außerdem Verhaltensweisen berichtet, die als Strategien zur Verteidigung der Autonomie gedeutet werden können. Häufig haben Menschen mit Demenz große Angst vor Fehlhandlungen, weil sie befürchten, dass sie ihre Selbstständigkeit verlieren und ihren Lebensstil nicht wie gewohnt fortsetzen können. Wenn Menschen mit Demenz das Gefühl haben, dass sie als nicht mehr kompetent wahrgenommen werden, kann es zu einer Verteidigungshaltung kommen. Betroffene haben dann das Gefühl, sich unentwegt beweisen zu müssen – vorschnell wäre es, dieses Verhalten als aggressive Begleitsymptomatik der Demenzerkrankung zu interpretieren. Der Betroffene verteidigt sein Recht auf Selbstbestimmung in bestimmten Bereichen. Es sollte eigentlich selbstverständlich sein, dass eine ja in den meisten Fällen gut gemeinte Bevormundung in Bereichen der Körperhygiene oder ähnlichem auch für Demenzerkrankte mit Scham besetzt ist und als erniedrigend empfunden werden kann. Die daraus resultierenden Konflikte sind häufig eine Belastung für alle Beteiligten, die selten förderlich für den weiteren Krankheitsverlauf und die Wahrnehmung durch den Angehörigen ist. Beispielhaft soll hier eine befragte Lebensgefährtin zitiert werden.

... und ich sage: „Würdest du mal deine Sachen wechseln. Ich will jetzt die Waschmaschine ... fehlt noch ein bisschen was. Wir tun das mit rein.“ Und so ganz nebenbei ... und das nicht so ... Guckt er mich

so an ... steht vor mir und sagt „Nein“! Sag ich: „Wieso nein... ist doch nicht schlimm.“ „Nein, das ist alles nicht schmutzig.“ Ich sag: ... „Also ich bitte dich. ... Guck in den Spiegel. Dann siehst du wie schmutzig das alles ist.“ Nein, und das ist nicht schmutzig. Und dann wurde er richtig ... böse. Er kann selbst entscheiden, was er anzieht ... und wann. (Lebensgefährtin von Herrn BB)

Dieses Zitat verdeutlicht wie komplex das Zusammenwirken von sozialen und psychologischen Faktoren ist. Vorschnelles Interpretieren von gezeigtem Fehlverhalten als krankheitsbedingtes Handeln kann sich destabilisierend auf die Befindlichkeit und folglich auch auf das Verhalten auswirken, beispielsweise wenn es ein beständiger Kampf wird, zu welchem Zeitpunkt getragene Kleidung gewechselt wird. Oft sind es läppische Alltagsprobleme, die zum Streit führen und Betroffenen und Angehörigen das Leben schwer machen: „Das hast du mich schon mehrmals gefragt; jetzt hast Du schon wieder den Schlüssel verbummelt, ...den Herd angelassen, ...den Termin vergessen.“ Für Menschen mit Demenz stellen diese Äußerungen eine permanente Kritik dar. Sie können aber solche Fehlleistungen nicht zuverlässig vermeiden. Auch wenn sie immer wieder darauf hingewiesen werden. Wenn Betroffene sich nicht erinnern können, den „Fehler“ schon einmal gemacht zu haben, streiten sie es natürlich ab oder werden „böse“. Dieses Verhalten wird von Außenstehenden häufig als Symptom der fortschreitenden Demenz interpretiert. Angehörige sind teilweise nicht in der Lage ihr eigenes Verhalten als Mitauslöser solcher Reaktionen zu erkennen. Dadurch ergeben sich spezifische Implikationen für den Umgang mit Demenzbetroffenen.

Implikationen für den Umgang mit Demenzbetroffenen

Ziel jeglicher Intervention ist, Leidensdruck auf der einen Seite und potentielle Selbst- und Fremdgefährdung auf der anderen Seite zu reduzieren. Stechl und Mitarbeiter (2007) weisen auf verschiedenste Ansatzebenen hin. Ein Weg könn-

te es sein, dass Bild der Öffentlichkeit zu revidieren, um Betroffenen die Angst vor Stigmatisierung zu nehmen. Die Medien vermitteln meist Demenzstereotypen, die von den fortgeschrittenen Stadien geprägt sind. Beispielsweise fokussieren Filme häufig Menschen mit Demenz in Pflegeheimen oder die Perspektive der pflegenden Angehörigen. Obwohl diese Filme die Realität wiedergeben, blenden sie dabei mindestens 6 bis 10 Jahre der Erkrankung aus. Eine Revision weg vom „Pflegefall Demenzkranker“ hin zu einem vollständigen Bild der Erkrankung könnte sich auch positiv auf die Annahme von Angeboten der Frühdiagnostik auswirken, wie sie beispielsweise in Gedächtnissprechstunden möglich ist.

Einen weiteren Ansatz stellt der Ausbau von psycho-sozialen Einzel- und Gruppenangeboten für Betroffene dar, die Berücksichtigung der Innenperspektive sollte hierbei generell wie bei allen professionell angeleiteten Hilfsangeboten im Vordergrund stehen. Die Perspektive Betroffener wird gerade in den letzten 1–2 Jahren auch in Deutschland verstärkt in die Forschung und Entwicklung von nicht-medikamentösen Interventionen mit einbezogen (z. B. die KORDIAL-Studie: Psychologische Hilfen für Patienten mit Demenz im Frühstadium, Alzheimer Info 03/08).

In Bezug auf die Angehörigenberatung und Aufklärung ist es notwendig, dass die Angehörigen nicht nur über Symptome, Verlauf, Behandlung und Prognose der Demenzerkrankung aufgeklärt werden, sondern auch Einblicke in das subjektive Krankheitserleben bekommen. Das Krankheitsverständnis ist neben Persönlichkeitseigenschaften wie Selbstreflexion und Einfühlungsvermögen von einer differenzierten subjektiven Krankheitstheorie abhängig. Die folgenden Zitate veranschaulichen die Problematik:

„Is ja Alzheimer is ja genau det gleiche. Und dass die ... Menschen leben mit ihre Welt und noch jesund sind, da ham nur die Angehörigen. Die werden krank. Die werde dadurch krank. Wat'n anderer Mensch, der Krebs hat, der dit hat, da leiden die Menschen selbst. Aber er leidet nicht.“ (Lebensgefährtin von Herrn EB)

„Im Gegenteil sie nimmt jetzt schon immer viel weg. Da sag ich: „Menschens-kinder .. warum schickst du mich denn nun nicht einholen. Warum gehst du?“ ... „Ja, dann bringst du wieder wat falsch“ . Das ist natürlich kein Aufbauprogramm für mich.“ (Herr EB, 76 Jahre)

Eine hohe psychische Belastung seitens der Angehörigen verstärkt die Defizitkonfrontation und als Folge dieser Angriffe verstärken Menschen mit Demenz ihre Selbstschutzmaßnahmen. So entstehen Teufelskreise, die erheblich eskalieren können. Die Aufklärung und Beratung der Angehörigen muss um das Wissen dieser Schutz- und Bewältigungsstrategien erweitert werden. Darüber hinaus ist es sehr wichtig, dass betreuende Angehörige und professionelle Helfende bei der Beurteilung von Selbst- und Fremdgefährdungspotential stets kritisch hinterfragen, ob sich ihre Einschätzung auf antizipiertes Fehlverhalten und die Generalisierung von Kompetenzverlust bezieht. Natürlich stellt die Beurteilung von aktuellem Gefahrenpotential eine Gradwanderung dar, die nie einfach sein wird. Den Handlungsspielraum unangemessen zu reduzieren, hat aber unter Umständen zur Folge, dass der Betroffene geistig schneller abbaut; außerdem nagt es am Selbstvertrauen. Es muss eine Balance zwischen Fordern und Fördern gefunden werden.

Die Betroffenen werden auch selten über ihre Krankheit aufgeklärt. Die Aufklärungs- und Beratungsangebote richten sich meist an die Angehörigen und sind zu defizit-orientiert. Die Mitteilung der Demenzdiagnose lenkt den Blick zwangsläufig auf die Defizite eines Patienten und erzeugt dann leicht ein einseitiges Bild. Gerade im Frühstadium müssen auch die

vielen erhaltenen Kompetenzen und positive Aspekte betont werden. Es muss ein vielfältiges Angebot geschaffen werden, das den Betroffenen und ihren Angehörigen die Angst vor Stigmatisierung und Ausgrenzung nimmt und als Treffpunkt konzipiert wird, der die Möglichkeit sozialer Kontakte, Erfahrungsaustausch und sinnvoller Freizeitaktivitäten (v. a. sportliche Aktivitäten) bietet. In Form von speziellen Coping-Sprechstunden sollten Betroffenen und ihre Angehörigen kompetente Beratung und ggf. auch paartherapeutischen Interventionen direkt nach Diagnosestellung angeboten werden. Für Betroffene mit ausgeprägter Verleugnungstendenz sollte ein geschützter Raum geschaffen werden, der ihnen eine schrittweise Annäherung an die grausame „Realität Demenz“ ermöglicht. Das Ganze geht natürlich nur mit Einbezug der Angehörigen. Die Folgen der Demenz lassen sich nur gemeinsam bewältigen – im Team (Betroffene, Angehörige und Professionelle). Generell ist eine Verschiebung von einer ausschließlich defizitorientierten Wahrnehmung von Menschen mit Demenz hin zu einer ressourcenorientierten Herangehensweise, die allen Betroffenen und Angehörigen die Möglichkeit bietet, die sich verkürzende Zeit mit einem Höchstmaß an Lebensqualität zu verbringen, wünschenswert.

Diskussion

Die Untersuchung der Innenperspektive Demenzerkrankter im Frühstadium konnte deutlich herausarbeiten, dass viele beobachtbare Verhaltensweisen auf eine aktive Bewältigung der Demenz hindeuten und nicht als krankheitsbedingte Symptome und unreflexive Fehlleistungen interpretiert werden können. Die individuellen Krankheitsbilder und Verläufe lassen sich nur aus entwicklungspsychologischer und systemischer Perspektive verstehen und positiv beeinflussen, dabei ist der Mensch mit einer Demenz nicht von Beginn an passives Opfer seiner degenerativen Abbauprozesse – er nimmt seine Defizite wahr und versucht zu verstehen, was mit ihm passiert. Und v. a. kämpft er gegen die vielfältigen Auswirkungen der Demenz

auf sein Leben.

Wichtigste Voraussetzung für effektive Interventionen ist ein umfassendes Verständnis der Innenperspektive. Die wiederum können wir nur erfassen, wenn wir die Betroffenen selbst zur ihrer Situation, ihren Ängsten und Bedürfnissen und ihren Bewältigungsstrategien befragen. Hierzu eignen sich die Methoden der qualitativen Sozialforschung am besten. Die qualitative Sozialforschung ist jedoch extrem zeitaufwändig und in der deutschen Demenzforschung noch zu wenig vertreten. Auch in den deutschen Fachzeitschriften gibt es kaum Veröffentlichungen, das liegt aber grundsätzlich an dem Problem, dass die qualitative Sozialforschung oftmals nicht die Akzeptanz erfährt, die sie eigentlich verdient hat. Die Ergebnisse qualitativer Forschung zielen auf eine konzeptionelle Repräsentativität ab, auf deren Basis sich viele Implikationen für Forschung und Praxis ableiten lassen. Viele Fragen bleiben aber noch unbeantwortet.

Welchen Einfluss haben Persönlichkeitseigenschaften (Autonomiebedürfnis, Selbstwirksamkeit, Selbstreflexion) auf den Verlauf und die individuellen Krankheitsbilder? Fällt es Menschen, die vorher ein sehr starkes Kontrollbedürfnis- und Autonomiebedürfnis hatten, schwerer Fehlleistungen zu akzeptieren und Hilfe anzunehmen bzw. ihr gewohntes Leben zu verändern? Hierzu fehlen Langzeitstudien mit Lebenslaufperspektive. Es ist wünschenswert, dass man sich der Erkrankung Demenz in Zukunft ganzheitlich nährt um sich den individuellen und gesellschaftlichen Herausforderungen zu stellen und diese zu bewältigen.

Dipl.-Psych. Maja Wiest ist als Doktorandin der Internationalen Max Planck Research School LIFE am DZA tätig; Dr. phil. Dipl.-Psych. Elisabeth Stechl ist Mitglied der Forschungsgruppe „Geriatric am Evangelischen Geriatriezentrum Berlin“ Charité – Universitätsmedizin Berlin

Kontakt: Maja.Wiest@dza.de

Literaturempfehlung für Betroffene und ihre Angehörigen:

Stechl, E., Steinhagen-Thiessen, E., Knüvener, C. (2008). Demenz – mit dem Vergessen leben. Ein Ratgeber für Betroffene. Mabuse-Verlag, Frankfurt a. M.

Literatur:

- Harman, G. & Clare, L. (2006). Illness representations and lived experience in early-stage dementia. *Qualitative Health Research*, Vol. 16 (4) 484 – 502.
- Haupt, M. (2004). Depressive Störungen im Alter – Kofaktoren, Kosyndrome und Komorbidität. *NeuroGeriatric*, 1 (1): 25 – 31.
- Morris JC: The Clinical Dementia Rating (CDR): Current version and scoring rules. In: *Neurology*, 43/ 1993, 2412 – 2414
- Sabat, S.R. (2001). *The Experience of Alzheimer's Disease: Life through a tangled web*. Oxford: Blackwell Publishers Ltd.
- Stechl, E., Lämmle, G., Steinhagen-Thiessen, E. & Flick, U. (2007). Subjektive Wahrnehmung und Bewältigung von Demenz im Frühstadium – SUWADM. Eine qualitative Interviewstudie mit Betroffenen und Angehörigen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 40, S. 71 – 80.
- Stechl, E. (2006). *Subjektive Wahrnehmung und Bewältigung der Demenz im Frühstadium. Eine qualitative Interviewstudie mit Betroffenen und ihren Angehörigen*. Verlag Dr. Köster, Berlin.

Die Diagnoseaufklärung bei Demenz

Cornelia Au

12

Vorliegende Reviews über die Diagnoseaufklärung bei Demenz machen deutlich, dass viele der an einer Demenz erkrankten Patienten und Patientinnen gar nicht oder nur bruchstückhaft über ihre Erkrankung aufgeklärt werden (vgl. Lämmler, Stechl u. Steinhagen-Thiessen 2007; Bamfort, Lamont u. Eccles 2004 und Carpenter u. Dave 2004). Lämmler, Stechl und Steinhagen-Thiessen konstatieren, dass damit den Demenzkranken ihr „unveräußerliches Menschenrecht auf Information unter Respektierung ihrer Freiheit und Würde“ (dieselben, 2007, S. 82) nicht gewährt wird. Eine Aufklärung über die Diagnose ist fundamental für die Autonomie des Patienten, nicht zuletzt machen neue medikamentöse therapeutische Möglichkeiten, die das Fortschreiten der Erkrankung verlangsamen können, eine Reflexion über die Patientenaufklärung notwendig (vgl. Bamfort u.a., 2004).

Untersuchungen zur Aufklärungspraxis

Einen Überblick über die Forschung zur Praxis der Diagnosemitteilung finden wir bei Carpenter und Dave (2004). Es zeigt sich, dass die Aufklärung über die Krankheit keineswegs selbstverständlich ist. So gaben in einer Studie von Clafferty u.a. (1998) von 246 Psychiatern nur 44 % an, dass es ihre normale Praxis sei, über die Alzheimerische Erkrankung aufzuklären, und Gilliard u.a. (1996) stellten fest, dass von 16 Gedächtniskliniken nur 56 % ihren Patienten eine spezifische Diagnose mitteilten; 25 % klärten nur auf, wenn explizit danach gefragt wurde. In einer Befragung von Johnson u.a. (2004) von 40 Geriatern und Gerontopsychiatern gaben immerhin 75 % an, dass sie in der Regel aufklärten, während 20 % darin keinen Nutzen sahen. Ein Faktor für die Aufklärungspraxis scheint der Schweregrad der Demenz zu sein, so klärten beispielsweise in einer Studie von Rice u. Warner (1994) von 244 befragten Gerontopsychiatern eher Patienten mit einer leichten Demenz über ihre Diagnose auf. In einer Befragung der gleichen Autoren aus dem Jahr 1997 teilten nur 20 % von 138 befragten Geriatern die Diagnose bei einer schweren Demenz mit, jedoch wuchsen die Anteile bei einer mittelgradigen oder

leichten Demenz (vgl. Carpenter u. Dave, 2004). Ein ähnliches Bild ergibt sich aus der Auswertung von Bamfort u.a. (2004) von 4 Studien mit Allgemeinärzten, 7 Studien mit Fachärzten (Geriatern, Gerontopsychiatern und Gedächtniskliniken) und 1 Studie mit Pflegepersonal. Von den Hausärzten klärten zwischen 39 und 70 % die Patienten selbst und zwischen 90 und 99 % die Pflegepersonen auf, von den Fachärzten klärten zwischen 38 und 96 % die Patienten und zwischen 64 und 100 % die Angehörigen auf, in der Studie mit Pflegepersonal wurden 46 % der Patienten und 83 % der Pflegepersonen aufgeklärt.

Lämmler u.a. (2004) referieren europäische Studien zur Aufklärungspraxis. Neben der schon erwähnten Untersuchung von Johnson u.a. berichten sie über eine französische Studie von Cantegreil-Kallen u.a., in der 1629 Allgemeinmediziner angeschrieben wurden. Von den 39 % der Ärzte, die antworteten, gaben nur 28 % an, ihre Patienten aufgeklärt zu haben, obwohl 88 % dies als ihre Aufgabe ansahen. Auch in einer belgischen Studie (im flämischen Teil des Landes) klärten nur 36 % der Allgemeinmediziner ihre Patienten in der Regel oder immer über die Diagnose auf, 37 % taten dies selten oder nie (bei einer Rücklaufquote von 60 % bezogen auf 521 angeschriebene Hausärzte). Dabei wurde der Begriff ‚Alzheimer-Krankheit‘ nur von 20 % der Ärzte verwendet, gegenüber der Verwendung in 36 % des Begriffs ‚Gedächtnisstörung‘, in 24 % von ‚Demenz‘ und in 15 % von ‚Vergesslichkeit‘. In einer irischen Studie mit 300 Hausärzten klärten nur 19 % von ihnen ihre Patienten oft oder immer auf, 41 % taten das selten oder nie. Lämmler u.a. stellen diese Studien über die Praxis der Hausärzte in den Kontext ihrer bedeutenden Rolle in der Versorgung der an einer Demenz Erkrankten. Die Mehrheit der Patienten wird weder an einen Facharzt noch an eine Spezialambulanz überwiesen. Aufgrund der Tatsache, dass das Thema in deutschen Veröffentlichungen nur gestreift wird, gehen sie davon aus, dass sich die Situation in Deutschland kaum positiv von der Praxis in den anderen EU-Staaten unterscheidet

(vgl. Lämmler u.a., 2007). Immerhin beschreiben Diehl u.a. (2003) das einheitliche Vorgehen der deutschsprachigen Gedächtniskliniken, die von dem Standpunkt ausgehen, dass der Patient ein Recht auf Wissen hat und demzufolge im Regelfall aufklären. Ihr Aufklärungsverhalten richtet sich nach dem Informationsbedürfnis der Patienten.

Dass die Aufklärung der Patientinnen und Patienten über die Diagnose bei Vorliegen einer Demenzerkrankung in der hausärztlichen Versorgung einem Tabu unterliegt, das nur schwer zu beeinflussen ist, zeigt auch eine neuere Studie zur Effektivität eines Fortbildungsprogramms über Demenz für Hausärzte, das zum einen eine Erhöhung des Fachwissens in Bezug auf die Ätiologie, den Krankheitsverlauf, die Diagnostik und die Therapie, zum anderen die Einbeziehung von Beratungs- und Selbsthilfeangeboten in die Betreuung und schließlich den offenen Umgang in der Kommunikation bezüglich der Diagnose zur Entstigmatisierung und Enttabuisierung zum Ziel hatte (Kaduszkiewicz u.a., 2008). Der inhaltliche Block zur Diagnosemitteilung in der Fortbildung umfasste eine interne Teilnehmer-/innen/-Befragung zu den eigenen Konzepten der Diagnosemitteilung, einen Videobericht, eine Pro- und Kontra-Debatte, ein Impulsreferat und eine Gruppenreflexion über das Kommunikationsverhalten bezüglich der Diagnose. Im Gegensatz zu den anderen Aspekten der Fortbildung konnte kein Effekt der Fortbildung auf die Einstellung zur Diagnosemitteilung und die Patientenaufklärung ermittelt werden. Die Autorengruppe schließt hieraus, dass die Tabuisierung des Themas so groß ist, dass sie durch eine einmalige Fortbildung wahrscheinlich nicht beeinflussbar ist.

Gründe für das Verschweigen der Diagnose

Die Gründe für das Nichtbenennen der Diagnose sind vielfältig, Bamfort u.a. (2004) haben in 23 Studien die Faktoren, die das Aufklärungsverhalten beeinflussen, herausgearbeitet. Es waren: der Schweregrad der Erkrankung (4 Studien), die diagnostische Gewissheit (3 Studien), die Ausbildung des Kliniklers (3 Studien), das Alter und die Erfahrung des Kliniklers (2 Studien), das Alter des Patienten (2 Studien), die Patientenwünsche (2 Studien) und jeweils in einer Studie das Alter der Pflegeperson, die Einstellung des Kliniklers zur Frühdiagnostik, Wünsche der Pflegeperson, eine eventuelle Komorbidität, die emotionale Stabilität des Patienten, die Einsichtsfähigkeit und die Persönlichkeit des Patienten (Bamfort u.a., 2004). Gegen das Argument, dass Betroffene unter Gedächtnisstörungen und intellektuellen Schwierigkeiten leiden und demnach die Diagnose nicht verstehen können, führen Lämmler u.a. (2004) an, dass diesen Schwierigkeiten durch eine einfache und verständliche Wortwahl und die schriftliche Aufzeichnung des Inhalts des Aufklärungsgesprächs begegnet werden kann.

Carpenter u. Dave resümieren die Gründe, die gegen eine Aufklärung in verschiedenen Studien benannt werden: die Behandlungsoptionen sind begrenzt, die Patienten könnten auf Grenzen in ihrem Gedächtnis und ihrem Krankheitsverständnis stoßen, das Wissen könnte Angst, Depression bis hin zum Suizid oder eine emotionale Belastung hervorrufen und die Abdeckung von Versicherungsleistungen einschränken (2004).

Studien zur Auswirkung der Mitteilung

Obwohl viele Gründe für das Verschweigen angeführt werden gibt es, wie Carpenter und Dave (2004) ebenfalls zeigen, nur wenige durchgeführte Studien bezüglich der Auswirkungen der Diagnosemitteilung. Pratt u. Wilkinson fanden Reaktionen von Schock, Angst, Ärger und Depression; Jha u.a. fanden bei Patienten, die ihre Diagnose per Post erhalten hatten, in 25 % der Fälle Aufregung, aber

andere 25 % fühlten sich optimistisch nach dem Lesen der Nachricht; Husband berichtete die Reaktion von drei Patienten in psychotherapeutischer Behandlung auf die Diagnose. Einer reagierte mit Angst, einer mit Ärger und der Dritte fühlte sich erleichtert zu wissen, was seine Probleme verursachte. Lämmler u.a. (2007) geben zu bedenken, dass das Verschweigen der Diagnose und die resultierende Ungewissheit ebenfalls mit Angst, Depression und anderen negativen Reaktionen einhergehen kann. Sie differenzieren, dass in Studien kurzfristig fast immer überwiegend negative Auswirkungen berichtet werden, die aber – im Hinweis auf eine Follow-Up-Studie von Pinner u. Bouman ein Jahr nach erfolgter Aufklärung – nicht der mittel- und langfristigen Verarbeitung entsprechen müssen: Es gab weder Anhaltspunkte für eine Zunahme depressiver Begleitsymptome, noch waren Suizide aufgetreten (Lämmler u.a., 2004). Auch in einer niederländischen Studie wird eine Verarbeitung der Diagnose über die Zeit deutlich (Vernooij-Dassen, M., 2006). Es wurden 18 Pflegepaare einer Gedächtnisklinik einmal 2 Wochen und einmal 12 Wochen nach erhaltener Diagnose untersucht. Nach 2 Wochen waren das Bewusstsein über die Demenz, Effekte für die Partnerschaft und soziale Beziehungen die dominierenden Themen. Es gab keinen Hinweis, dass die Diagnose unvermeidbar negative Gefühle hervorgerufen hätte. Diejenigen Patienten und Pflegepersonen, die keine Demenzdiagnose erwartet hatten, fühlten sich bedroht und geschockt. Die meisten erlebten die Diagnose als Bestätigung ihres Verdachts, obwohl die Diagnose ein wichtiger Auslöser war, um Zukunftspläne zu machen und um Gefühle von Verlust und Trauer auszudrücken. Die Pflegepersonen berichteten über Veränderungen ihrer Rolle in der Beziehung, sie bereiteten sich innerlich schon darauf vor, Pflegende zu werden und schätzten die erhaltenen Fähigkeiten der Patienten. Die Patienten versuchten ihre Rolle in ihren Sozialbeziehungen aufrecht zu erhalten, sie wollten wertvoll für andere bleiben. Nach 12 Wochen war es für einige weiterhin schwierig, die Diagnose und die Symptome zu akzeptieren. Andere hatten

mit dem Copingprozess begonnen (Minimierung oder Ablenkung) und berichteten über Veränderungen in der Wahrnehmung, den Emotionen und der Erfahrung der Problematik. Ein Teil der Patienten versuchte, ihre Autonomie über Aktivitäten zu stärken, um das Beste aus ihrem Leben zu machen. Wiederum Andere kämpften und beschrieben ihren Verlust von Autonomie. Die Pflegepersonen versuchten in der Regel, die Autonomie zu achten und nur so wenig Hilfestellungen wie möglich zu geben. Einige der Dyaden hatten in der Zwischenzeit wichtige Entscheidungen getroffen: zu heiraten, einen Umzug in ein altengerechtes Haus, oder aber auch den Verbleib in der alten Wohnung, um die zukünftige Orientierung zu erleichtern. Es gab kein Beispiel einer verheerenden Reaktion. Für die Maximierung der Ressourcen der Patienten und Angehörigen war die Diagnosemitteilung ein Schlüsselmoment zur psychosozialen Unterstützung.

Informationsbedürfnis: Wunsch nach Aufklärung

Befragungen unterschiedlicher Gruppensprechen für ein Bedürfnis nach Aufklärung. In der von Carpenter u. Dave (2004) referierten Studie von Erde, Nadal u. Scholl wurden 224 ambulante Patienten aller Altersgruppen zu hypothetisch vorliegenden Symptomen einer Demenz gefragt, ob sie die Diagnose erfahren wollten, wenn diese Demenz laute. 92 % der Befragten wollten die Diagnose wissen und begründeten dies mit der Möglichkeit der Zukunftsplanung, dem Regeln von Familienangelegenheiten, der Möglichkeit des Reisens und dem Wunsch, eine zweite Meinung einzuholen. 97 % gaben an, in einem Alter zwischen 40 und 60 Jahren aufgeklärt werden zu wollen, nur 88 % wollten eine Aufklärung im hypothetischen Alter zwischen 70 und 90 Jahren. In der Studie von Holroyd u.a. von 1996 bezüglich einer möglichen Krebs- oder Demenzdiagnose wollten 92 % der Befragten über eine Krebsdiagnose und 80 % über eine Demenzdiagnose aufgeklärt werden. 3 % (4 Befragte) gaben an, sie könnten dann Selbstmord begehen, solange sie noch dazu in der La-

ge seien. Die Gründe, die für eine Aufklärung ins Feld geführt wurden, entsprachen darüber hinaus jenen der ersten Studie (Carpenter u. Dave, 2004). Auch in der Literaturobseruation von Lämmler u. a. (2007) überwiegen die Präferenzen für eine Aufklärung, so in einer amerikanischen Studie, in der von 200 Befragten 92 % ihre Diagnose wissen wollten und in einer irischen Studie, in der 84 % von 207 hauptsächlich älteren Menschen über ihre Diagnose aufgeklärt werden wollten. In einer englischen Studie von 30 Patienten mit diagnostizierter Demenz gaben 70 % der Personen an, mehr über die Ursachen ihres Zustandes wissen zu wollen, die Validität der Daten war aufgrund des fortgeschrittenen Stadiums bei den Patienten jedoch nur eingeschränkt. In einer walisischen Studie erklärten 86 % von 36 ambulanten Patienten mit einer Gedächtnisstörung, die zur Abklärung ihrer Symptomatik an eine fachärztliche Einrichtung überwiesen waren, dass sie über die Ursache ihrer Erkrankung aufgeklärt werden wollten, 69 % auch dann, falls die Diagnose ‚Alzheimer-Erkrankung‘ sei. Die Gründe dafür oder dagegen unterschieden sich nicht von jenen gesunder Befragter anderer Studien. In der benannten Studie wurden von 95 möglichen Befragungsteilnehmern 59 aus der Untersuchung ausgeschlossen, weil sie jegliche Gedächtnisprobleme leugneten (vgl. Lämmler u. a., 2004).

Gründe für eine Aufklärung

Carpenter u. Dave fassen die Gründe für eine Aufklärung aus unterschiedlichen Studien zusammen (2004). Demnach spricht auf Patientenseite dafür, dass die Patientenautonomie berücksichtigt wird; die Symptome eine Erklärung finden; dass den Patienten eine Möglichkeit gegeben wird, an Pflegeentscheidungen mitzuwirken und zu planen, solange sie noch dazu in der Lage sind; dass die Akzeptanz von Hilfeleistungen, die Inanspruchnahme von Diensten und die Akzeptanz von Grenzen erleichtert werden kann und dass die Mitteilung ein Einstiegspunkt sein kann, um Befürchtungen der Patienten zu diskutieren. Aus der Angehörigensicht sprechen für eine Auf-

klärung der Angehörigen: die Erklärung der Symptome; eine Ermutigung, die noch verbleibende Zeit zu nutzen; die Ermöglichung, an der Zukunftsplanung mitzuwirken; die Möglichkeit, praktische und emotionale Unterstützung für den Patienten zu veranlassen und die Gelegenheit, selbst eine genetische Beratung in Anspruch zu nehmen. Von ärztlicher Seite aus sprechen der Respekt der Patientenautonomie, die Förderung der Arzt-Patientenbeziehung; die Konsistenz mit ethischen, legalen und professionellen Verpflichtungen und der Schutz vor einer potenziellen Haftung für die Aufklärung (Carpenter u. Dave, 2004).

Wie soll die Aufklärung erfolgen?

Einigkeit herrscht darüber, dass die Diagnosemitteilung nach ethischen Prinzipien erfolgen sollte, demnach hat ein Patient auch das Recht, nicht gegen seinen Willen aufgeklärt zu werden. Der Aufklärungsprozess sollte an die Reaktionen und Bearbeitungsweisen der Patienten angepasst werden, die Informationswünsche des Patienten sollten exploriert und berücksichtigt werden. Für Wilkinson u. Milne (2003) ist die Aufklärung ein Schlüsselement im diagnostischen Prozess. In einer Studie mit Allgemeinärzten sahen diejenigen mit einer positiven Einstellung zu einer Frühdiagnostik ihre Rolle auch in der Diskussion mit Patienten und Angehörigen über die Implikationen der Diagnose, der Exploration von Optionen für die Zukunft und in der Beratung über Dienstleistungsangebote. Sie votieren für die Etablierung eines Dialogs, um eine gemeinsame Sicht mit dem Patienten zu entwickeln. Dies erfordert die Fähigkeiten des Zuhörens, effektive Kommunikation, Empathie und Sympathie, Zeit und Sorgfalt, eventuell über mehrere Sitzungen hinweg und im Tempo des Patienten. Nach der ersten Mitteilung können in Folgesitzungen die Implikationen, die wahrscheinliche Prognose, Behandlungs- und Pflegeoptionen besprochen werden. Dies könnte zu einer Steigerung der Lebensqualität von Patienten und Familien führen. Der Hausarzt wäre damit in einer Rolle als Geber von Informationen und als Brücke zu anderen Informationsquellen.

Cornett u. Hall (2008) beschreiben *fünf ethische Prinzipien*, die im Prozess der Diagnosemitteilung berücksichtigt werden sollten:

- 1) Die Aufklärung sollte unter der Berücksichtigung der *Kapazität* des Patienten erfolgen. Demenzen beeinflussen die Fähigkeit eines Individuums, Informationen zu verstehen und zu verarbeiten und informierte Entscheidungen zu treffen, dementsprechend müssen die Diagnostiker berücksichtigen, wie die Patienten Nutzen aus den Informationen ziehen können. Zu beachten ist, dass die Kapazität nicht statisch ist, oft gibt es einen Wechsel zwischen luziden und beeinträchtigten Zeiten, patientenspezifisch sind nur manche Bereiche betroffen. Die Kapazität ist relativ zum Setting, der Situation und der spezifischen Fähigkeiten zu bewerten.
- 2) Die Berücksichtigung der *Einsichtsfähigkeit*. Uneinsichtigkeit seitens der Patienten muss nicht durch die kognitiven Einbußen der Demenz bedingt sein, sondern kann auch ein Verleugnungsgeschehen im Sinne der Krankheitsbewältigung darstellen. Informationen von der Familie und Verbalisationen während des diagnostischen Prozesses können Hinweise auf Verleugnungsprozesse geben. Die Mitteilung der Diagnose kann den Prozess der Akzeptanz der Symptome fördern und Lebensstiländerungen initiieren. Andererseits kann die Konfrontation bei Personen, die ihre Problematik stark verleugnen, zu einem noch stärkeren Rückzug der Patienten führen. Dementsprechend sollte seitens der Diagnostizierenden eine Einschätzung der Fähigkeit des Patienten, die Problematik zu akzeptieren und Copingstrategien zu entwickeln, berücksichtigt werden.
- 3) Die Berücksichtigung der *Autonomie* des Patienten. Die Autonomie des Patienten sollte als ethisches Prinzip in Medizin und Psychologie immer berücksichtigt werden. Bei eingeschränkter Kapazität entscheiden meist Andere für den Patienten, in der Regel die

Familie, die oft aus Angst um den Patienten gegen eine Aufklärung ist. Die Berücksichtigung der Autonomie des Patienten erfordert bei vorhandener Kapazität die Priorität der Wünsche des Patienten über die der Familie. Die Wünsche können über Nachfragen, ob die Mitteilung auch bei schlechter Diagnose gewünscht ist, exploriert werden.

- 4) Die Abwendung von *Schaden*. Dieses Prinzip berücksichtigt die psychischen Auswirkungen, die eine Diagnosemitteilung haben kann, z.B. in Form einer Depression oder eines Suizidversuchs. Die Autoren referieren, dass es keine klaren Befunde gibt, dass die Diagnosemitteilung eine Depression verursacht, eher wird sie mit einem kurzzeitigen negativen Affekt in Verbindung gebracht oder eine schon vorhandene Depression verstärkt (s.o.). Die Berücksichtigung ethischer Prinzipien bei der Diagnosemitteilung umfasst die Einbeziehung der Depressionsvorgeschichte in den Prozess der Diagnosemitteilung.
- 5) *Wahrheit*. Um die beste Behandlung für den Patienten zu ermöglichen, muss die beste Information gegeben werden. Die meisten Patienten wollen, dass ihr Arzt ihnen die Wahrheit mitteilt. Nicht wahrheitsgemäß zu informieren, kann Konsequenzen für die Behandlung haben und eine Bruch in der Arzt-Patienten-Beziehung und im Vertrauen des Patienten nach sich ziehen.

Dipl.-Psych. Cornelia Au ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am DZA

Kontakt: cornelia.au@dza.de

Literatur:

- Bamford, C.; Lamont, S. u. Eccles, M. (2004) : Disclosing a diagnosis of dementia : a systematic review. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 19, S. 151 – 169.
- Carpenter, B. u. Dave, J. (2004): Disclosing a Dementia diagnosis: a review of opinion and practice, and a proposed research agenda. In: The Gerontologist 44, S. 149 – 158
- Cornett, P. F. u. Hall, J. R. (2008): Issues in disclosing a diagnosis of dementia. In: Archives of Clinical Neuropsychologie 23, S. 251 – 256
- Diehl, J.; Staehelin, H.; Wilfgang, J.; Hampel, H. u.a. (2003): Erkennung und Behandlung der Demenz in deutschsprachigen Memory-Kliniken: Empfehlungen für die Praxis. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 36 (3), S. 189 – 196
- Frisoni, G. B. (2004): Breaking the diagnosis of dementia. In: The Lancet. Neurology 3, S. 125 – 126
- Kaduszkiewicz, H.; Röntgen, I.; Mossakowski, K. u. Bussche, H. van den (2008): Tabu und Stigma in der Versorgung von Patienten mit Demenz. Kann ein Fortbildungsangebot für Hausärzte und ambulante Pflegedienste zur Destigmatisierung beitragen? In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. Online First. DOI: 10.1007/s00391-008-0569-0
- Lämmle, G.; Stechl, E. u. Steinhagen-Thiessen, E. (2007): Die Patientenaufklärung bei Demenz. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 40(2), S. 81 – 87
- Post, S. (2004): Telling the truth. In: The Lancet. Neurology 3, S. 126 – 127
- Vernooij-Dassen, Myrra (2006): Receiving a diagnosis of dementia. The experience over time. In: Dementia 5(3), S. 397 – 410
- Wilkinson (2003): Sharing a diagnosis of dementia – learning from the patient perspective. In: Aging and Mental Health 7(4), S. 300 – 307
- Whitehouse, P. (2004): Diagnostic disclosure: the way forward. In: The Lancet. Neurology 3, S. 124

Neues in der Demenztherapie?

Hans Gutzmann

16

Es ist eigentlich schon lange Allgemeinwissen und muss doch immer noch und ständig aufs Neue öffentlich ins Bewusstsein gebracht werden: Demenzen sind so häufig, dass für jeden Bürger dieses Problem mittelbar oder unmittelbar von Belang ist. Zwischen 6,5 % und 8,7 % der Altenbevölkerung in Industrieländern leiden an einer Demenz. In Deutschland entspricht dies gegenwärtig einer Gesamtzahl von 830 000 bis 1,1 Millionen Erkrankten. Die häufigste Ursache einer Demenz ist die Alzheimerkrankheit mit einem Anteil von knapp zwei Dritteln an den Krankheitsfällen, gefolgt von vaskulären Demenzen mit einem Anteil von 15 bis 20 % und der Demenz mit Lewy-Körperchen mit etwa 15 %. Die Erkrankungshäufigkeit steigt mit dem Alter steil an und verdoppelt sich im Abstand von jeweils etwa fünf Altersjahren. In Deutschland muss man von etwa 200.000 Neuerkrankungen pro Jahr ausgehen. Die steigende Lebenserwartung wird zu einer weiteren deutlichen Zunahme der Demenzerkrankungen führen. Dies zwingt angesichts des auf die Gesellschaft zukommenden Versorgungsproblems dazu, alle aktuellen und bereits absehbaren Behandlungsoptionen kritisch zu prüfen. Das Ziel aller therapeutischen Bemühungen bei Demenzen besteht derzeit in einer symptomatischen Linderung der Leistungseinbuße und einer Verbesserung der Lebensqualität der Patienten und ihrer Angehörigen. Von einer Primärprävention kann wohl noch lange nicht die Rede sein. Das mögliche Ziel einer Sekundärprävention ist die Verzögerung des Verlaufs. Untersuchungen zeigen, dass etwa die Aufnahme in ein Pflegeheim durch eine geeignete Intervention, sei sie pharmakologischer Natur oder aber primär auf die Stärkung der Pflegekompetenz von Angehörigen gerichtet, nachhaltig verzögert werden kann (Mittelman et al. 2006).

Derzeit vorhandene Therapieoptionen

Die aktuell für die Behandlung der Demenz vom Alzheimer-Typ zugelassenen Medikamente zielen auf Störungen im Transmitterhaushalt, fokussieren also relativ späte Funktionsstörungen und nicht die Strukturschädigung, die der klinischen

Auffälligkeit zwanzig Jahre und mehr voran gehen kann. Während drei Substanzen (Donepezil, Galantamin, Rivastigmin), zugelassen für leichte bis mittelschwere Stadien der Alzheimer-Krankheit, auf dem Wege der Hemmung des abbauenden Enzyms das cholinerge Neurotransmitter-Defizit auszugleichen suchen, wird durch den NMDA-Antagonisten Memantine, in Deutschland zugelassen für mittelschwere und schwere Stadien der Alzheimer-Krankheit, die glutamaterge Übertragung herab geregelt. Stichwort ist hier das Vermeiden der sogenannten Exzitotoxizität, also der Schädigung der Nervenzelle durch Übererregung. Beide Medikamentengruppen erzielen statistisch signifikante und klinisch bedeutsame Effekte (Raina et al. 2008). Man kann sagen, dass im Mittel ein Viertel der Patienten profitieren.

Das aktuelle Hauptproblem bei der Therapie besteht zum einen darin, dass nur maximal zwanzig Prozent der Patienten, für die eine Indikation zur Behandlung mit diesen Substanzen besteht, sie überhaupt erhalten. Zum anderen muss konstatiert werden, dass generell viel zu spät mit der Behandlung begonnen wird. Spät nicht nur im Sinne der Nichtbehandlung von klinisch noch nicht auffälligen Trägern der hirnpathologischen Veränderungen, spät leider auch im Sinne des Vorenthaltens einer therapeutischen Chance bei Patienten mit einem eindeutig diagnostizierbaren, wenn auch noch leichten, Demenzsyndrom. Angesichts dieses Umstandes fällt es schwer, noch weitergehende Empfehlungen auszusprechen. So liegen etwa wissenschaftlich recht gute Belege vor, dass die Kombination eines Cholinesterasehemmers mit einem NMDA-Antagonisten beim einzelnen Patienten mit mindestens mittelschwer ausgeprägter Demenz einen synergistischen Effekt erwarten lässt. Eine solche Therapie wäre allerdings, wegen der sich ebenfalls addierenden Kosten, auch doppelt so teuer. Dimebon, ein aktuell in der Öffentlichkeit heftig diskutiertes Antihistaminikum, also ein Heuschnupfenmittel, scheint die beiden Effekte ebenfalls zu kombinieren und

mag die Therapieoptionen erweitern, wenn die aktuell laufenden Studien erfolgreich sind (Doody et al. 2008).

Differentialdiagnostische Probleme

Wenn man den Lehrbüchern folgt, so sind die verschiedenen Demenzformen gut voneinander abzugrenzen. Ein sich aber immer deutlicher abzeichnendes Problem besteht darin, dass sich zwischen den einzelnen Krankheitsentitäten mehr oder weniger breite Überlappungsbereiche ergeben. Nach den Ergebnissen der Medical Research Council Cognitive Function Ageing Study (MRC-CFAS, 2001), einer prospektiven neuropathologischen Studie an älteren Personen in der britischen Allgemeinbevölkerung, ist es die Regel, dass bei Patienten mit neurodegenerativen demenziellen Syndromen auch andere Erkrankungen vorliegen, besonders vaskuläre Schädigungen. Die Diagnose einer Alzheimer Krankheit mit den neuropathologischen Charakteristika von interneuronalen Amyloidplaques und intraneuronalen neurofibrillären Tangles schließt also gravierende vaskuläre Veränderungen nicht aus. Im Gegenteil ist das gleichzeitige Vorliegen solcher unterschiedlicher Strukturschädigungen eher die Regel. Darüber hinaus hat die MRC-CFAS Studie gezeigt, dass sich histopathologische Auffälligkeiten, wie sie typischerweise bei Patienten mit Demenzerkrankungen zu beobachten sind, auch bei gesunden alten Menschen finden. Nur 13 % der Gesunden erwiesen sich in dieser Untersuchung als hirnstrukturell unauffällig. Zu sehr ähnlichen Ergebnissen kam eine aktuelle Studie von Bennett et al. (2006), wobei hier die nicht dementen Älteren mit Alzheimer-Pathologie immerhin durch geringgradige Defizite im episodischen Gedächtnis charakterisiert waren. Bei der folgenden Darstellung neuerer Therapiestrategien sollte man diese ätiologische Unschärfe nicht aus dem Auge verlieren, um die relative Bedeutung der Interventionen für praktische Belange der Alzheimertherapie besser beurteilen zu können.

Entwicklungslinien zukünftiger Therapiestrategien

Auch wenn sich herausgestellt hat, dass sich Beta-Amyloid als eines von zwei klassischen neuropathologischen Kennzeichen der Alzheimer Krankheit auch bei sehr vielen nicht dementen älteren Menschen findet, verdienen die verschiedenen derzeit in der Entwicklung befindlichen Therapieansätze bei dieser häufigsten Demenzerkrankung Beachtung. Es wird auf verschiedene Weise versucht, in den Krankheitsverlauf modifizierend einzugreifen, in dem frühere ätiopathogenetische Schritte therapeutisch fokussiert werden. Zur aktiven Immunisierung werden Molekülabschnitte des A β -Peptids, gegen die das Immunsystem Antikörper bildet (sogenannte Epitope), an supra-molekulare Trägerstoffe gekoppelt. Die toxischen Amyloid- β 42 (A β)-Peptide werden durch Autoantikörper markiert und dann durch Makrophagen und Mikrogliazellen entfernt. Während in früheren Studien zum Teil eine problematische T-Zell-abhängige Immunantwort provoziert wurde, wird sie bei den neueren Studien durch den Einsatz von Teilsequenzen eher vermieden, was die Verträglichkeit verbessern dürfte. Im Tierexperiment war jedenfalls die Plaque-Bildung deutlich reduziert. Bei der passiven Immunisierung werden dem Patienten Antikörper gegen bestimmte A β -Peptid-Epitope zugeführt. Durch diese Maßnahme werden nicht nur die Plaques reduziert, sondern auch die vermutlich besonders toxischen löslichen Makromoleküle verringert. Derzeit wird die Plaque-Bildung als ein Versuch des Körpers interpretiert, diese toxischen Agenzien unschädlich zu machen.

In einer aktuellen Studie berichten Holmes und Mitarbeiter (Holmes et al. 2008) über das sechsjährige prospektive Follow-up bei 80 Patienten, die in die erste Prüfung einer aktiven Immunisierung gegen Amyloid- β 42 als Therapie gegen die Alzheimer-Krankheit eingeschlossen worden waren. Wie nach den erfolgreichen Studien an Mäusen vorhergesagt, wiesen die geimpften Patienten wesentlich weniger A β als die Kontrollgruppe auf. Ebenfalls vorhersagbar war der Befund, dass die Patienten mit der deutlichsten Immunantwort auch die niedrigsten A β -Werte aufwiesen. Völlig unerwartet war aber, dass die Responder sich weder hinsichtlich einer kognitiven Verbesserung noch einer niedrigeren Sterberate von den Kontrollen unterschieden. Im Gegenteil hatten nicht wenige derer, bei denen kaum noch A β vorhanden war, klinisch ein schweres Demenzsyndrom entwickelt. Die Schlüsse aus dieser Studie sind widersprüchlich. Einerseits hat die Impfstrategie auch beim Menschen die A β -Last deutlich gemindert, gelegentlich sogar völlig beseitigt. Andererseits lehrt der Umstand, dass auch eindeutige Therapie-Responder (im Sinne der A β -Verminderung) in ihrem klinischen Bild praktisch kaum profitierten, Bescheidenheit. Ein dritter Befund gibt ebenfalls zu denken: Die Tau-Pathologie blieb von der Impfung weitgehend unbeeinflusst, so dass Anhäufung von Tangles auch in A β bereinigten Hirnregionen weiterhin gefunden wurden. Wenn davon auszugehen ist, dass die A β -Bildung der klinischen Demenz-Symptomatik um Jahrzehnte voran gehen kann, so ist anzunehmen, dass sie eine Serie von sekundären Prozessen in Gang setzt, die dann eine deletäre Eigendynamik entfalten, die auch durch die Entfernung des Amyloids nicht mehr gestoppt werden kann. Zu diesen sekundären Prozessen zählen Entzündungsprozesse ebenso wie Fehlprozessierungen von Tau und Veränderungen im Metabolismus von freien Radikalen und Calcium. Wenn diese Annahme zutrifft, dürfte das therapeutische Fenster für Interventionen, die allein auf A β zielen, sehr schmal sein. Wenn diese Strategien als therapeutische Intervention auch

weniger als erhofft bewirken sollten, so können sie doch als präventive Maßnahme ein wesentliches Gewicht gewinnen (St George-Hyslop und Morris 2008).

Eine weitere in der Erprobung befindliche therapeutische Strategie zielt auf die Hemmung von Enzymen, die das Beta-Amyloid-Vorläuferprotein spalten. Es handelt sich dabei um die so genannten Beta- und Gamma-Sekretasen. Die Gamma-Sekretase bestimmt die Länge der verbleibenden Fragmente, wobei die längeren Fragmente rasch verklumpen und deshalb als besonders toxisch gelten. Mit Hilfe von selektiven Gamma-Sekretase-Hemmstoffen soll verhindert werden, dass diese Fragmente überhaupt erst entstehen. Da aber bekannt ist, dass A-Beta-Peptide wahrscheinlich eine physiologische Funktion haben, zielt diese Therapiestrategie nicht auf eine komplette Blockade, sondern nur auf eine Reduktion der Entstehungsrate der längeren Fragmente in der Größenordnung von etwa 30 %. Nach dem die eben angesprochene Strategie auf das Entstehen dieser längeren Fragmente zielt, fokussieren die so genannten Beta-Sheet-Breaker auf die Aggregation von A-Beta-Peptiden. Ein besonderes Gewicht würde diese Strategie gewinnen, wenn sich herausstellt, dass ein fehl gefaltetes Peptid die Fehlfaltung und Aggregation weiterer Peptide anstößt. Auf diese Weise hätte ein Stopp in frühen Phasen der Fehlfaltungskaskade eine besonders nachhaltige therapeutische Wirkung bei vermutlich niedrigen Dosen des Pharmakons. Eine weitere therapeutische Option könnten Statine darstellen. Erste vorläufige Studienergebnisse legen nahe, dass cholesterinsenkende Medikamente dieses Typs die zerebrale β -Amyloid-Exposition bei Morbus Alzheimer verringern und die kognitiven Fähigkeiten günstig beeinflussen. Darüber hinaus zeigten epidemiologische Studien sowohl eine niedrigere Alzheimer-Inzidenz als auch -Prävalenz bei Patienten, die zuvor mit Statinen behandelt worden waren.

Alle diese Strategien zielen auf das pathologische Beta-Amyloid. Die zweite neuropathologische Besonderheit der Alzheimer Krankheit, das Tau-Protein, ist bisher wesentlich seltener Ziel therapeutischer Bemühungen gewesen. Zwar ist ungeklärt, warum das Tau-Protein bei Alzheimerkranken vermehrt entartet. Es spricht aber viel dafür, dass ohne abnorme Tau-Bündel keine Alzheimer Krankheit entsteht, selbst wenn, wie bei transgenen Mäusen und im Gehirn nicht dementer älterer Menschen zahlreich belegt, Beta-Amyloid in erheblichen Mengen vorhanden ist. Es ist dagegen festzuhalten, dass die Häufigkeit von intraneuronalen Tau-Knäueln gut mit dem klinischen Fortschreiten der Erkrankung korreliert, während dies bei den intensiver erforschten Amyloid-Plaques (Braak und Braak 1993) nicht der Fall ist. Sehr viel öffentliche Aufmerksamkeit erhält derzeit die Arbeitsgruppe um Claude Wischik (Stollorz 2008), die sich seit Jahren mit den Effekten von Methylenblau, einem nichtneuroleptischen Phenothiazin, auf die Tau-Fibrillen beschäftigt (Wischik et al 1996). In einer Phase 2b-Studie fand sie, dass der Krankheitsprozess bei Patienten, die täglich 60mg dieser Substanz eingenommen hatten, im Gegensatz zur Kontrollgruppe selbst nach 19 Monaten kaum merklich vorangeschritten war. Für das nächste Jahr ist der Beginn einer multizentrischen Phase 3-Studie geplant, deren Ergebnisse mit Spannung erwartet werden, da hier erstmals in größerem Umfang therapeutisch auf die Tau-Pathologie gezielt wird. Es sind noch weitere Therapiestrategien in dieser Richtung in der Entwicklung. So sollen Kinase-Hemmstoffe die Hyperphosphorylierung des Tau-Proteins hemmen, das leicht zu Neurofibrillenbündeln verklumpt. Eine klinische Erprobung ist aber derzeit noch nicht absehbar.

Zu antiinflammatorischen Ansätzen fehlen noch überzeugende Daten. Aktuell wird versucht, nichtsteroidale Antirheumatika zu entwickeln, die die Gamma-Sekretase, nicht aber die Zykllooxygenase hemmen. Auch hierin mag in der Zukunft eine Behandlungsoption liegen. Schließ-

lich zielt eine weitere Therapiestrategie auf die Erhöhung der Synthese von Nervenwachstumsfaktoren um einen neuroprotektiven Effekt zu erzielen. Immer zahlreicher finden sich in diesem Feld Meldungen von vermeintlich sensationellen Therapieerfolgen. So soll Etanercept, ein Rheumamittel, bei einzelnen Patienten nicht nur die Progression verhindert, sondern sogar dramatische Verbesserungen erzielt haben (Berndt 2008). Die Wirkung sei aber nur eingetreten bei Applikation in die Halswirbelsäule und anschließender Kopftiefelage des Patienten. Das Ritual mag also einen Teil der Kur ausmachen. Dass sich Hinweise auf vermeintlich innovative Demenztherapien immer häufiger in den Medien finden, signalisiert sehr klar, dass die Demenzproblematik zunehmend öffentliche Aufmerksamkeit gewinnt. Mit diesem wachsenden Interesse ist aber auch eine steigende Verantwortung der Wissenschaft verknüpft, nicht voreilig Hoffnungen zu wecken, wo kritische Ergebnissichtung die angemessenere Reaktion darstellen sollte.

Nichtmedikamentöse Ansätze

Bei Darstellungen unterschiedlicher Therapieansätze für Demenzkranke auf nicht-medikamentöse Strategien nicht einzugehen hieße, Interventionen zu übergehen, die in allen Leitlinien empfohlen werden. Auch wenn verhaltenstherapeutische Techniken in diesem Bereich als die erprobtesten Verfahren gelten, ist ihre Wirksamkeit in Studien nur bedingt abgesichert (Livingston et al. 2005). Während der Effekt von kognitiv stimulierenden Verfahren auf Verhaltensparameter auch noch nach Monaten nachweisbar ist (Livingston et al. 2005), sollte auf ein kognitives Training im engeren Sinne im Fortschreiten des Demenzprozesses verzichtet werden (Clare et al. 2003). Die Förderung körperlicher Aktivitäten (Heyn et al. 2004) zeigt nicht nur positive Ergebnisse hinsichtlich allgemeiner Fitness. Bei der Prüfung von drei unterschiedlichen Interventionen (psychomotorisches Training, Gedächtnis- und Kompetenztraining) einzeln oder in Kombination zeigte sich der deutlichste Effekt bei einer Kombination aus Gedächtnistraining und

psychomotorischem Training, während die Übung der entsprechenden Einzel-funktionen allein keine befriedigende Wirkung zeigte (Oswald et al 2001). Bei der Validation, einem Versuch, dem Patienten durch Respektieren seiner Individualität zu helfen, steht ein wissenschaftlicher Wirknachweis trotz ihres weiten Einsatzes weitgehend aus (Neal et al. 2007). Bei der multisensorischen Stimulation, als Therapieverfahren „Snoezelen“ genannt, sollen gezielte Hilfen zur Verarbeitung von Sinneseindrücken vermittelt werden. Auch für dieses Verfahren ist die Evidenzbasis noch gering (Chung et al 2007). Die Beratung der Patienten und ihrer Angehörigen ist ein zentrales Aufgabenfeld bei der Betreuung Demenzkranker (Brodaty et al. 2003). Psychoedukative Ansätze sollten mit verhaltensnahen Interventionen kombiniert werden, um ihre volle Wirkung entfalten zu können (Selwood et al. 2007). Angesichts eines komplexen Krankheitsgeschehens, wie es Demenzerkrankungen darstellen, wundert es nicht, dass sich Therapieprogramme als besonders wirksam erwiesen haben, die eine medikamentöse Behandlung mit psychologisch fundierten Ansätzen für Patienten und betreuende Angehörige integrieren (Onder et al. 2005; Sitzer et al. 2006). Auch in absehbarer Zukunft dürfte sich an der Notwendigkeit, für jeden Patienten einen individuell abgestimmten Therapie-Mix zu realisieren, nichts ändern. Das Problem ist nur, dass dieser Forderung noch zu selten entsprochen wird.

Prof. Dr. med. Hans Gutzmann ist Psychiater und Ärztlicher Direktor des Krankenhauses Hedwigshöhe in Berlin. Weiterhin ist er Mitherausgeber der Zeitschriften „Fortschritte der Neurologie Psychiatrie“ und „Zeitschrift für Gerontologie – psychiatrie“.

Kontakt: h.gutzmann@alexius.de

Literatur:

- Bennett DA, Schneider JA, Arvanitakis Z, Kelly JF, Aggarwal NT, Shah RC, Wilson RS. Neuropathology of older persons without cognitive impairment from two community-based studies. *Neurology*. 2006 Jun 27; 66(12):1837 – 44.
- Berndt, C: Gedächtnisspritze, Rheumamittel zeigt bei Alzheimer irritierende Effekte. *Süddeutsche Zeitung*, 22.7.2008.
- Braak H, Braak E, Bohl J. Staging of Alzheimer-related cortical destruction. *Eur Neurol*. 1993; 33(6):403 – 8.
- Brodady H, Green A, Koschera A. Meta-Analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. *JAGS* (2003), 51, 1 – 8
- Chung JCC, Lai CKY (2007) Snoezelen for dementia. *Cochrane Library Art. No.:* CD003152.
- Clare L, Woods RT (2003) Cognitive rehabilitation and cognitive training for early-stage Alzheimer's disease and vascular dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 4. Art. No.:* CD003260.
- Doody RS, Gavrilova SI, Sano M et al. Effect of dimebon on cognition, activities of daily living, behaviour, and global function in patients with mild-to-moderate Alzheimer's disease: a randomised, double-blind, placebo-controlled study. *The Lancet* 2008; 372:207-215
- Heyn P, Abreu BC, Otterbacher KJ, The effects of exercise training on elderly persons with cognitive impairment and dementia: a meta analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* (2004), 85, 1694 – 1704.
- Holmes C, Boche D, Wilkinson D, Yadegarfar G, Hopkins V, Bayer A, Jones RW, Bullock R, Love S, Neal JW, Zotova E, Nicoll JA Long-term effects of Abeta42 immunisation in Alzheimer's disease: follow-up of a randomised, placebo-controlled phase I trial. *Lancet*. 2008 Jul 19; 372(9634):216 – 23
- Livingston G, Johnston K, Katona C, Paton J, Lyketsos CG, Old Age Task Force of the World Federation of Biological Psychiatry. Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *Am J Psychiatry*. (2005) 162, 1996 – 2021.
- Mittelman MS, Haley WE, Clay OJ, Roth DL. Improving caregiver well-being delays nursing home placement of patients with Alzheimer disease. *Neurology*. 2006 Nov 14;67(9): 1592 – 9.
- Neal M, Barton Wright P, (2007) Validation therapy for dementia. *Cochrane Library Art. No.:* CD001394.
- Neuropathology Group of the Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study (MRC CFAS). Pathological correlates of late-onset dementia in a multicentre, community-based population in England and Wales. *Lancet*. 2001 Jan 20;357(9251):169 – 75.
- Onder G, Zanetti O, Giacobini E, Frisoni GB, Bartorelli L, Carbone G, Lambertucci P, Silveri MC, Bernabei R. Reality orientation therapy combined with cholinesterase inhibitors in Alzheimer's disease: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2005 Nov;187:450-5
- Oswald WD, Hagen B, Rupprecht R, Nichtmedikamentöse Interventionen und die Prävention der Alzheimer-Demenz. *Z Gerontol Geriatr*. (2001), 34, 116 – 21.
- Raina P, Santaguida P, Ismaila A, Patterson C, Cowan D, Levine M, Booker L, Oremus M. Effectiveness of cholinesterase inhibitors and memantine for treating dementia: evidence review for a clinical practice guideline. *Ann Intern Med*. 2008 Mar 4;148(5):379 – 97
- Selwood A, Johnston K, Katona C, Lyketsos C, Livingston G, Systematic review of the effect of psychological interventions on family caregivers of people with dementia. *J Affect Disord*. (2007), 101, 75 – 89.
- Sitzer DI, Twamley EW, Jeste DV, Cognitive training in Alzheimer's disease: a meta-analysis of the literature. *Acta Psychiatr Scand* (2006), 114, 75 – 90
- St George-Hyslop PH, Morris JC. Will anti-amyloid therapies work for Alzheimer's disease? *Lancet*. 2008 Jul 19;372(9634):180-2.
- Stollorz, V: Das Blaue Wunder, ein alter Farbstoff soll Alzheimer lindern. *ZEIT ONLINE*: www.zeit.de/2008/35/M-Alzheimer.
- Wischik CM, Edwards PC, Lai RY, Roth M, Harrington CR.: Selective inhibition of Alzheimer disease-like tau aggregation by phenothiazines. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 1996 Oct 1; 93(20): 11213-8.

Pilotprojekt H.I.L.DE – BMFSFJ will die Lebensqualität Demenzkranker verbessern

Das Bundesfamilienministerium will die Lebensqualität Demenzkranker verbessern und das Wissen über den richtigen Umgang mit der Krankheit fördern. Dafür soll das bisher stationär erprobte Verfahren H.I.L.DE („Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität Demenzkranker“), das Pflegenden eine individuell auf den einzelnen Kranken abgestimmte Versorgung ermöglicht, auf den ambulanten und häuslichen Bereich übertragen werden. Rund 700 Einrichtungen mit mehr als 1.100 Bewohnerinnen und Bewohnern haben das vom Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg in Kooperation mit der Sektion Gerontopsychiatrie an der Psychiatrischen Universitätsklinik entwickelte Verfahren erfolgreich erprobt. Damit ist das Projekt H.I.L.DE die differenzierteste Erfassung zur Lebensqualität demenzkranker Menschen, die in Deutschland bislang verwirklicht wurde.

Demenzkranker in fortgeschrittenem Stadium sind meist nicht mehr in der Lage, ihr Befinden und ihre Wünsche in Worte zu fassen. Dann wird es für professionelle Pflegekräfte wie auch für Angehörige oft schwierig, die Bedürfnisse zu erkennen und zu erfüllen. Der Stress für alle Beteiligten steigt. Das Verfahren, über eine Analyse der Mimik Betroffener mittels Videotechnik entwickelt, hilft den Pflegenden, Bedürfnisse auch schwerst Demenzkranker zu erkennen und Reaktionen richtig zu verstehen. Die erste Projektphase hat gezeigt, dass Demenzkranker auch in fortgeschrittenem Krankheitsstadium noch über eine reiche Palette an Emotionen und Empfindungen verfügen. Nach den gewonnenen Ergebnissen gibt es Wege, die Kranken zu erreichen und ihre Lebensqualität messbar zu steigern. Die Methoden und Hilfen, mit denen sich das Fortschreiten der Krankheit hinauszögern und die Folgen mildern lassen, sind jedoch noch wenig bekannt. Erkenntnisse von H.I.L.DE sind unter anderem:

- Demenzkranke verfügen auch im fortgeschrittenen Stadium der Krankheit noch über eine reiche Erlebnis- und Gefühlswelt, über die sie angesprochen werden können.
- Es lohnt sich, differenziert zu diagnostizieren, welche Art von Demenz in welchem Stadium vorliegt.
- Konzentrierte zugewandte Ansprache der Demenzkranken durch ihre Umgebung kann wesentlich dazu beitragen, ihr Erregungsniveau deutlich zu senken.
- Soziale Kontakte sind von hoher Bedeutung: Sie können belebend oder dämpfend auf das Wohlbefinden wirken, die Kranken reagieren auf unterschiedliche Personen anders (z.B. zuständiges Pflegepersonal).
- Das Wohlbefinden Demenzkranker kann auch durch die räumliche Umgebung sehr positiv beeinflusst werden (Lieblingsplatz).
- Auch schwerst Demenzkranker reagieren messbar positiv auf rekonstruierte Situationen, die in ihrem früheren Leben von wesentlicher Bedeutung waren (z.B. Singen für Opernsängerin).

Fallstricke bei Demenztests

Psychometrische Tests sind zur Diagnostik und Verlaufskontrolle bei Demenz unverzichtbar. Allerdings ist ihre Aussagekraft der Testergebnisse zweifelhaft, wenn dabei nicht auch das Seh- und Hörvermögen, feinmotorische Fähigkeiten der dominanten Hand sowie Sprachkenntnisse und Sprechvermögen berücksichtigt werden. Gerade bei den Hoch- und Höchstbetagten gibt es oft Beeinträchtigungen. Verzerrte oder falsche Testergebnisse lassen sich am ehesten durch eine auf den einzelnen Patienten zugeschnittene Testbatterie vermeiden. Im „Nürnberger Alters Inventar“ (NAI) – so Mag. Bernhard Dittrich vom Geriatriezentrum am Wienerwald in einem Beitrag in der Ärzte Woche – seien dafür geeignete Tests enthalten. Das NAI erfasst die kognitive Leistung und mehrere Befindlichkeits- und Verhaltensbereiche im Alter. Es besteht aus kognitiven Leistungstests,

Selbst- und Fremdbeurteilungsskalen. Diese können je nach Fragestellung und Beeinträchtigungsgrad des Probanden frei kombiniert werden. Zu den kognitiven Leistungstests gehören der Labyrinth-Test (es muss der Weg aus einem Labyrinth gesucht werden) und der Zahlen-Symbol-Test (Symbole werden Zahlen zugeordnet). Das NAI eignet sich zur Diagnostik und zur Verlaufsbeobachtung. Nur bei Patienten mit kombinierter hochgradiger Seh- und Hörbehinderung oder hochgradiger Sehbehinderung und Sprach-/ Sprechstörung sei es nötig, aufgrund der mangelnden Aussagekraft der Ergebnisse auf psychometrische Tests zu verzichten, betont Dittrich. Zur Unterstützung der Demenz-Diagnostik sollten dann Fremdbeurteilungsskalen wie die „Nürnberger Alltags Beobachtungsskala“ (NAB) genutzt werden. In der Ausführlichkeit des NAI liegt einerseits eine Stärke, andererseits erschwert sie den Routineeinsatz. Pro Untertest sind 4 bis 8 Minuten anzusetzen. Insgesamt dauert der Test 40 bis 45 Minuten (vgl. Ivemeyer, Zerfaß: Demenztests in der Praxis, Urban & Fischer).

*Den Test „NAI“ gibt es bei der Testzentrale Göttingen, Robert-Bosch-Breite 25, 37079 Göttingen
Tel. (0551)50688-0
Fax.: (0551)50688-24,
www.testzentrale.de*

Quelle: Ärzte Zeitung, 23.07.2008

Neues Förderprogramm „Menschen mit Demenz in der Kommune“

Lokale Initiativen, die das Thema Demenz aufgreifen und zivilgesellschaftliche Aktivitäten zur Integration, Ermöglichung von Teilhabe und zur Begegnung von Menschen mit und ohne Demenz entwickeln, können durch die Robert Bosch Stiftung mit einem Betrag bis zu 15.000 Euro gefördert werden.

Infos: www.aktion-demenz.de

Die Zeitschriftenbibliografie wurde von den Bibliotheksmitarbeiter/innen des Deutschen Zentrums für Altersfragen erstellt. Nicht alle neuen Artikel werden in dieser aktuellen Ausgabe nachgewiesen. Bitte nutzen Sie daher zusätzlich unseren kostenfreien Online-Katalog GeroLit, der beim Gemeinsamen Bibliotheksverbund (www.gbv.de) angesiedelt ist, um sich über die zusätzlichen Neuerscheinungen – auch im Buchbereich – zu informieren.

DZA-Bibliothek

Die Präsenzbibliothek des Deutschen Zentrums für Altersfragen ist an folgenden Tagen geöffnet:

Dienstag 10.00–19.00 Uhr.

Mittwoch und Donnerstag 10.00–16.00 Uhr.

Besucher, die von auswärts anreisen oder die Bibliothek für einen längeren Studienaufenthalt nutzen wollen, können auch einen Termin außerhalb der Öffnungszeiten unter der Telefonnummer (030)260740–80 vereinbaren.

Psychologische Gerontologie

- Adamek, M. E., & Slater, G. Y. (2008). Depression and anxiety. *Journal of gerontological social work*, 50, 153 – 189.
- Chang, C.-H., Wade, M. G., & Stoffregen, T. A. (2008). Length perception by dynamic touch: the effects of aging and experience. *The Journals of gerontology*, 63(3), 165 – 170.
- Fung, H. H., Stoeber, F. S., & Yuen-Ian Yeung, D. (2008). Cultural specificity of socioemotional selectivity: age differences in social network composition among Germans and Hong Kong Chinese. *The Journals of gerontology*, 63(3), 156 – 164.
- Jacobs, J. M., Hammerman-Rozenberg, R., & Cohen, A. (2008). Reading daily predicts reduced mortality among men from a cohort of community-dwelling 70-year-olds. *The journals of gerontology*, 63(2), 73 – 80.
- Joanisse, M., Gagnon, S., & Kreller, J. (2008). Age-related differences in viewer-rotation tasks: is mental manipulation the key factor? *The Journals of gerontology*, 63(3), 193 – 200.
- Kalfoss, M. H., Low, G., & Molzahn, A. e. (2008). The suitability of the WHOQOL-BREF for Canadian and Norwegian older adults. *European journal of ageing*, 5(1), 77 – 89.
- Kensinger, E. A. (2008). Age differences in memory for arousing and nonarousing emotional words. *The journals of gerontology*, 63(1), 13 – 18.

- Kipp, J. (2008). Kommt der „Himmel“ im Laufe des Lebens näher? – Lebensalter und Spiritualität. *Psychotherapie im Alter*, 5(1), 87 – 95.
- Lamson, N., & Rogers, W. A. (2008). Assessing age-related patterns in strategy selection on a mathematical problemsolving task. *The Journals of gerontology*, 63(3), 146 – 155.
- Levin, J., & Chatters, L. M. (2008). Religion, aging, and health: historical perspectives, current trends, and future directions. *Journal of religion, spirituality & aging*, 20(1/2), 153 – 172.
- Lövdén, M., Schaefer, S., Pohlmeier, A. E., & Lindenberger, U. (2008). Walking variability and working-memory load in aging: a dual-process account relating cognitive control to motor control performance. *The Journals of gerontology*, 63(3), 121 – 128.
- Luptak, M., Kaas, M. J., & Artz, M. (2008). Project ADAPT: a program to assess depression and provide proactive treatment in rural areas. *The gerontologist*, 48(4), 542 – 548.
- Mathieu, S. I. (2008). Happiness and humor group promotes life satisfaction for senior center participants. *Activities, adaptation & aging*, 32(2), 134 – 148.
- McFadden, S. H. (2008). The „persistent problems“ in the psychology of religion and aging: a view of the past and a look to the future. *Journal of religion, spirituality & aging*, 20(1/2), 77 – 94.
- Norton, M. C., Singh, A., & Skoog, I. (2008). Church attendance and new episodes of major depression in a community study of older adults: the Cache County Study. *The Journals of gerontology*, 63(3), 129 – 137.
- Phillips, L. H., Henry, J. D., & Hosie, J. A. (2008). Effective regulation of the experience and expression of negative affect in old age. *The Journals of gerontology*, 63(3), 138 – 145.
- Slegers, K., Boxel, M. P. J. v., & Jolles, J. (2008). Effects of computer training and internet usage on the well-being and quality of life of older adults: a randomized, controlled study. *The Jjournals of gerontology*, 63(3), 176 – 184.
- Vakil, E., Hornik, C., & Levy, D. A. (2008). Conceptual und perceptual similarity between encoding and retrieval contexts and recognition memory context effects in older and younger adults. *The Journals of gerontology*, 63(3), 171 – 175.

Soziologie / Soziologische Gerontologie

- Ashida, S., & Heaney, C. A. (2008). Social networks and participation in social activities at a new senior center: reaching out to older adults who could benefit the most. *Activities, adaptation & aging*, 32(1), 40 – 58.
- Boon, S. D., Shaw, M. J., & MacKinnon, S. L. (2008). Grandparent health and young adults' judgement of their grandparent-grandchild relationships. *Journal of intergenerational relationships*, 6(2), 155 – 173.

- Breyspraak, L. M., Arnold, L., & Hogan, K. (2008). Dimensions of an intergenerational relationship between medical students and mentors-on-aging. *Journal of intergenerational relationships*, 6(2), 131 – 153.
- Burdick, D. (2008). Intergenerational antecedents and outcomes. *Journal of intergenerational relationships*, 6(2), 125 – 129.
- Butler, F. R., & Baghi, H. (2008). Using the internet to facilitate positive attitudes of college students toward aging and working with older adults. *Journal of intergenerational relationships*, 6(2), 175 – 189.
- Cairney, J., & Krause, N. (2008). Negative life events and age-related decline in mastery: are older adults more vulnerable to the control-eroding effect of stress? *The journals of gerontology*, 63(3), 162 – 170.
- Cheng, S.-T., Chan, W., & Chan, A. C. M. (2008). Older people's realisation of generativity in a changing society: the case of Hong Kong. *Ageing and society*, 28(5), 609 – 627.
- Clarke, L. H., & Griffin, M. (2008). Visible and invisible ageing: beauty work as a response to ageism. *Ageing and society*, 28(5), 653 – 674.
- Davis, H., Vetere, F., & Francis, P. (2008). „I wish we could get together“: exploring intergenerational play across a distance via a „magic box“. *Journal of intergenerational relationships*, 6(2), 191 – 210.
- Diwan, S. (2008). Limited English proficiency, social network characteristics, and depressive symptoms among older immigrants. *The journals of gerontology*, 63(3), 184 – 191.
- Dobbs, D., Eckert, J. K., & Rubinstein, B. (2008). An ethnographic study of stigma and ageism in residential care or assisted living. *The gerontologist*, 48(4), 517 – 526.
- Dunning, T. (2008). Aging, activities, and the internet. *Activities, adaptation & aging*, 32(1), 59 – 60.
- Eisenhandler, S. A. (2008). The rose and the thorn: some ethical dilemmas in a qualitative study of older adults. *Journal of religion, spirituality & aging*, 20(1/2), 63 – 76.
- Fiori, K. L., Consedine, N. S., & Magai, C. (2008). Ethnic differences in patterns of social exchange among older adults: the role of resource context. *Ageing and society*, 28(4), 495 – 524.
- Fuentes, M. J., Bernedo, I. M., & Fernández-Molina, M. (2007). Adolescents in foster care with their grandparents: parenting styles and family relationships. *Journal of intergenerational relationships*, 5(4), 41 – 58.
- Fuller-Thomson, E., & Redmond, M. (2008). Falling through the social safety net: food stamp use and nonuse among older impoverished Americans. *The gerontologist*, 48(2), 235 – 244.
- Gaalen, R. I. v., Dykstra, P. A., & Flap, H. (2008). Intergenerational contact beyond the dyad: the role of the sibling network. *European journal of ageing*, 5(1), 19 – 29.

- Guelley, E., & Lalive d'Épinay, C. J. (2008). Social status and mortality with activity of daily living disability in later life. *The journals of gerontology*, 63(3), 192 – 196.
- Hermann, M.-L. (2007). *Narrative Gerontologie. Ein Literatur- und Forschungsbericht. Thema: Erzähltes Alter – erzählte Angst*, 2007, 7 – 32.
- Hinterlong, J., & Ryan, S. (2008). Creating grander families: older adults adopting younger kin and nonkin. *The gerontologist*, 48(4), 527 – 536.
- Janke, M. C., Nimrod, G., & Kleiber, D. A. (2008). Leisure patterns and health among recently widowed adults. *Activities, adaptation & aging*, 32(1), 19 – 39.
- Kidd, J. D., & Witten, T. M. (2008). Understanding spirituality and religiosity in the transgender community: implications for aging. *Journal of religion, spirituality & aging*, 20(1/2), 29 – 62.
- Lewis, D. C. (2008). Types, meanings and ambivalence in intergenerational exchanges among Cambodian refugee families in the United States. *Ageing and society*, 28(5), 693 – 715.
- Litwin, H., Vogel, C., Künemund, H., & Kohli, M. (2008). The balance of intergenerational exchange: correlates of net transfers in Germany and Israel. *European journal of ageing*, 5(2), 91 – 102.
- Lund, A., & Engelsrud, G. (2008). „I am not that old“: inter-personal experiences of thriving and threats at a senior centre. *Ageing and society*, 28(5), 675 – 692.
- Merz, E.-M., Schuengel, C., & Schulze, H.-J. (2008). Inter-generational relationships at different ages: an attachment perspective. *Ageing and society*, 28(5), 717 – 736.
- Moberg, D. O. (2008). Spirituality and aging: research and implications. *Journal of religion, spirituality & aging*, 20(1/2), 95 – 134.
- Rossen, E. K., Knäfl, K. A., & Flood, M. (2008). Older women's perceptions of successful aging. *Activities, adaptation & aging*, 32(2), 73 – 88.
- Rossov, J., & Spindler, M. (2007). Geschichten mit und ohne Bart: Narrative Konstruktionen von Alter und Geschlecht. *Thema: Erzähltes Alter – erzählte Angst*, 2007, 155 – 161.
- Scharf, T., & de Jong Gierveld, J. (2008). Loneliness in urban neighbourhoods: an Anglo-Dutch comparison. *European journal of ageing*, 5(2), 103 – 115.
- Swita, K. (2007). *Narrative Gerontologie: eine Interviewstudie. Thema: Erzähltes Alter – erzählte Angst*, 2007, 33 – 57.
- Traphagan, J. W. (2008). Constraint, power, and intergenerational discontinuity in Japan. *Journal of intergenerational relationships*, 6(2), 211 – 229.
- Walent, R. J. (2008). Understanding and reflexivity in researching religion, spirituality and aging. *Journal of religion, spirituality & aging*, 20(1/2), 4 – 15.
- Williams, S. W., Williams, C. s., & Zimmermann, S. (2008). Emotional and physical health of informal caregivers of residents at the end of life: the role of social support. *The journals of gerontology*, 63(3), 171 – 183.
- Geriatric / Gesundheitliche Versorgung**
- Arbaje, A. I., Wolff, J. L., & Yu, Q. (2008). Postdischarge environmental and socioeconomic factors and the likelihood of early hospital readmission among community-dwelling medicare beneficiaries. *The gerontologist*, 48(4), 495 – 504.
- Bartholomeyczik, S. (2008). Evidence-based Practice. wissenschaftliche Erkenntnisse in die Praxis einführen. *Dr. med. Mabuse*, 33(175), 32 – 35.
- Batson, C., & Barker, S. (2008). Feasibility of group delivery of the Alexander Technique on balance in the community-dwelling elderly: preliminary findings. *Activities, adaptation & aging*, 32(2), 103 – 119.
- Behrens, J. (2008). Evidence-based Nursing and Caring. *Beiträge der Pflege zur Evidenz-Basierung von Gesundheitsförderung. Dr. med. Mabuse*, 33(175), 28 – 30.
- Blazer, D. G. (2008). How do You feel about...? Health outcomes in late life and self-perceptions of health and well-being. *The gerontologist*, 48(4), 415 – 422.
- Forman-Hoffman, V. L., Richardson, K. K., & Yankey, J. W. (2008). Retirement and weight changes among men and women in the health and retirement study. *The journals of gerontology*, 63(3), 146 – 153.
- Van Oyen, H., Cox, B., & Demarest, S. (2008). Trends in health expectancy indicators in the older adult population in Belgium between 1997 and 2004. *European journal of ageing*, 5(2), 137 – 146.
- Warburton, J., & Peel, N. M. (2008). Volunteering as a productive ageing activity: the association with fall-related hip fracture in later life. *European journal of ageing*, 5(2), 129 – 136.
- Wickrama, K. A. S., Surjadi, F. F., Lorenz, F. O., & Elder, G. H. (2008). The influence of work control trajectories on men's mental and physical health during the middle years: mediational role of personal control. *The journals of gerontology*, 63(3), 135 – 145.
- Wurm, S., Tomasik, M. J., & Tesch-Römer, C. (2008). Serious health events and their impact on changes in subjective health and life satisfaction: the role of age and a positive view on ageing. *European journal of ageing*, 5(2), 117 – 127.
- Gerontopsychologie**
- Anderson, K. A. (2008). Overnight social activities for residents of special care units for dementia. *Activities, adaptation & aging*, 32(2), 120 – 133.
- Fritz, E., Mantovan, F., & Gasser, M. (2008). Nicht-pharmakologische Interventionen und Schlafstörungen bei Demenzzkranken. *Pflegewissenschaft*, 10(6), 332 – 336.
- Hawley, K. S., & Cherry, K. E. (2008). Memory interventions and quality of life for older adults with dementia. *Activities, adaptation & aging*, 32(2), 89 – 102.
- Hinze, E. (2008). Die Supervision von psychoanalytischen Behandlungen mit älteren Patienten – ein Erfahrungsbericht. *Psychotherapie im Alter*, 5(3), 337 – 342.
- Hirsch, R. D. (2008). Supervision in der Altenarbeit. *Zwischen Arbeit und Reflexion. Psychotherapie im Alter*, 5(3), 343 – 362.
- Kähler, G. (2008). Demenzzkranken ein Leben in Geborgenheit bieten. *AWO Bundesverband entwickelt Qualitätsstandard. Altenheim*, 47(9), 14 – 18.
- Kähler, G. (2008). Lebensqualität lässt sich messen. *Gos Assessment Demenz. Altenheim*, 47(9), 23 – 25.
- Klie, T. (2008). Förderung von Mobilität und Sicherheit bei Menschen mit demenziellen Einschränkungen in stationären Einrichtungen und die Debatte um die „Aufsichtspflicht“. *Pflege-recht*, 12(8), 366 – 374.
- Mihail, A., & Lämmel, G. (2008). Besonderes Bedürfnis. An Demenz erkrankte Menschen stürzen nicht nur häufig, sondern profitieren auch weniger von der geriatrischen Rehabilitation. *Altenpflege*, 33(6), 9 – 11.
- Sanders, S., & Morano, C. (2008). Alzheimer's disease and related dementias. *Journal of gerontological social work*, 50, 191 – 214.
- Schneider, K. (2008). Präsenzkkräfte gestalten Alltagsleben. *Feierabendhaus: Wohlgefühl trotz Demenz. Altenheim*, 47(9), 20 – 22.
- Schwermann, M. (2008). Anzeichen erkennen. *Altenpflege*, 33(9), 29 – 31.
- Ward, R., Vass, A. A., & Aggarwal, N. (2008). A different story: exploring patterns of communication in residential dementia care. *Ageing and society*, 28(5), 629 – 651.
- Sozialpolitik / Soziale Sicherung**
- Alter, Anspruch, Grundsicherung, Einkommen, Erwerbsminderung, Lebensbedarf, Leistungen, Schwerbehinderte. §§ 1,2,3 GSiG; § 43 SGB II. (2008). *ZFSH, SGB, 47(4)*, 227 – 229.
- Anlagegüter; Berechnung; Förderung; Investitionsaufwendungen, betriebsnotwendige; Landesmittel; Leistungsanspruch; Normtext; Nutzungsaufwendungen; Pflegeeinrichtung; Pflegegeld; Voraussetzungen. (2008). *ZFSH, SGB, 47(5)*, 295 – 299.
- Beschorner, J. (2008). Zum Leistungsexport bei Leistungen der sozialen Sicherheit und beitragsunabhängigen Sonderleistungen nach der VO (EWG) Nr. 1408/71. *ZFSH, SGB, 47(5)*, 270 – 276.
- Braun, B. (2008). Modernisierung der sozialen Selbstverwaltung und der Wahl ihrer Vertreter. *Soziale Sicherheit*, 57(8), 245 – 250.
- Dick, J. (2008). Elterngeld darf nicht um steuerfreie Beiträge zur Altersvorsorge gekürzt werden. *Soziale Sicherheit*, 57(8), 277 – 278.
- Genzke, J. (2008). Das vorläufige Rechnungsergebnis der allgemeinen Rentenversicherung für das Jahr 2007 und mittelfristige Perspektiven. *RV aktuell*, 55(4), 119 – 127.
- Griep, H. (2008). Dauerproblem Abgrenzung häusliche Pflege und Krankenpflege – Auswirkungen der Änderungen im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungs-Gesetz. *Pflegerecht*, 12(5), 202 – 210.
- Hoffmann, H., & Hofmann, J. (2008). Rentenzugang 2007: Trendwende bei Zugängen in die Regelaltersrente? *RV aktuell*, 55(5/6), 150 – 159.
- Knickrehm, S. (2008). Der Zwang zur Rente mit 63 gilt nicht für alle älteren ALG-II-Empfänger. wann und wie Ältere vorzeitig in Rente geschickt werden dürfen. *Soziale Sicherheit*, 57(5), 192 – 198.
- Köhler, P. A. (2008). Elterngeld als einkommensabhängige Versicherungsleistung. *Schwedisches Modell könnte Vorbild für andere europäische Staaten sein. Soziale Sicherheit*, 57(4), 138 – 143.
- Köhler, P. A. (2008). Schweden: „Sanktionsabgaben“ für Gemeinden im Bereich sozialer Dienste. Ein wirksames Mittel zur schnellen Umsetzung von Gerichtsurteilen und Gesetzen im Spannungsfeld von kommunaler Selbstverwaltung und der Garantie der landesweiten Gleichheit der Lebensbedingungen. *ZFSH, SGB, 47(5)*, 259 – 269.
- Leitner, S. (2008). „Paradigmenwechsel“ in der Familienpolitik: Warum wir endlich bekommen haben, was wir schon lange brauchen. Ein Review-Essay. *Zeitschrift für Sozialreform*, 54(2), 209 – 220.
- Leube, K. (2008). Kein Unfallschutz für Privatversicherte im Krankenhaus – ist dieser Umstand verfassungsgemäß. Zur Anwendung des § 2 Abs. 1 Nr. 15a SGB VII. *ZFSH, SGB, 47(3)*, 146 – 149.

Loose, B. L. (2008). Die Suche nach armutsvermeidenden Ansätzen in der Alterssicherung: Mehr Antworten als Fragen – Mehr Lösungen als Probleme? *RV aktuell*, 55(3), 79 – 87.

Möhring-Hesse, M. (2008). Verbetriebswirtschaftlich und Verstaatlichung. Die Entwicklung der Sozialen Dienste und der Freien Wohlfahrtspflege. *Zeitschrift für Sozialreform*, 54(2), 141 – 160.

Rock, J. (2008). Europäische Wettbewerbsordnung und soziale Dienste. Neue Entscheidungen verdeutlichen Grenzen des europäischen Wettbewerbsrechts im Sozialsektor. *Soziale Sicherheit*, 57(5), 188 – 192.

Schneider, B. (2008). § 37 SGB V im GKV-WSG – die Stellungnahme des G-BA und daraus resultierende Herausforderungen für die Behindertenhilfe. *Pflegerecht*, 12(5), 211 – 214.

Schroeder, W., & Burau, B. E. (2008). Soziale Selbstverwaltung – eine demokratische Beteiligungsinstitution unter Druck. *Soziale Sicherheit*, 57(8), 251 – 255.

Sicherungslücken schließen – Altersarmut verhindern!. DGB Rentenkonzept 2008 ; Beschluss vom DGB-Bundesvorstand. (2008). *Soziale Sicherheit*, 57(5), 175 – 177.

Stecker, C., & Kühl, A. (2008). GeniAL!. Praxisprojekt „Generationenmanagement im Arbeitsleben (GeniAL)“ der Deutschen Rentenversicherung zur Sensibilisierung und Erprobung betrieblicher Demographieberatung. *RV aktuell*, 55(5/6), 160 – 165.

Steiner, H. (2008). Versichert für den Fall der Fälle?. Schadensfälle können Heime teuer zu stehen kommen. Aber wie findet man das beste Versicherungskonzept zu möglichst günstigen Konditionen? *Heim + Pflege*, 39(6), 176 – 180.

Wendt, C. (2008). Einstellungen zu wohlfahrtsstaatlichen Institutionen in Europa. wie werden Gesundheitssysteme von den Bürgerinnen und Bürgern wahrgenommen? *Zeitschrift für Sozialreform*, 54(2), 115 – 140.

Wenner, U. (2008). Abschlüsse auch vor dem 60. Lebensjahr sind rechtmäßig. *Soziale Sicherheit*, 57(8), 275 – 276.

Gesundheitswesen / Kranken- / Pflegeversicherung

45 Jahre gelebte AOK-Geschichte. Zeitzeuge Erich Bauer. (2008). *Gesundheit und Gesellschaft*, 11(5), 21 – 25.

Ahmadi, I., & Richter, R. (2008). Qualität vergleichbar machen. Mit der Pflegereform werden Expertenstandards für alle Pflegeeinrichtungen verbindlich. *Häusliche Pflege*, 16(6), 50 – 52.

Bastian, M. (2008). Streifzug durch bewegte Zeiten. 125 Jahre AOK. *Gesundheit und Gesellschaft*, 11(5), 27 – 31.

Fahnenstich, J., & Esmeier, H.-J. (2008). Erst die Reform, dann die Umsetzung. wo ist noch Klärungsbedarf? *Altenheim*, 48(6), 36 – 39.

Graalman, J., & Wanke, C. (2008). Startklar für den Fonds? Experten legen letzte Hand an, damit der Gesundheitsfonds ab 1. Januar 2009 funktioniert. *Gesundheit und Gesellschaft*, 11(9), 32 – 36.

Graf, J. (2008). Systemwechsel mit Augenmaß. AOK-Hausarztvertrag. *Gesundheit und Gesellschaft*, 11(5), 14 – 15.

Halder, C. (2008). Über das Älterwerden von Menschen mit Down-Syndrom. Diese Menschen werden oft zu schnell als „Alzheimer-Patienten“ abgestempelt. *Pro Alter*, 40(2), 30 – 36.

Klie, T. (2008). Wer muss Transparenz fürchten?. Veröffentlichung von Prüfergebnissen. *Altenheim*, 47(9), 36 – 39.

Koeppe, C., & Schnabel, E. (2008). Wege zu einem gemeindeintegrierten Wohnen für Menschen mit Behinderung im Alter. *Pro Alter*, 40(2), 17 – 23.

Kranich, M. (2008). Geistige Behinderung mit Demenz. *Pro Alter*, 40(2), 27 – 30.

Kunte, A. (2008). Mehr Effizienz – mehr Zeit für Betreuung. Recht: Änderungen im Pflegevertrag bei „Gemeinsamer Inanspruchnahme von Pflegeleistungen“. *Häusliche Pflege*, 17(9), 46 – 49.

Künzi, K. (2008). Beim Heilen die Arbeit teilen. *Gesundheit und Gesellschaft*, 11(5), 37 – 41.

Mamerow, R. (2008). Fantasie kontra Dehydration. wie man der Austrocknung des Körpers fantasievoll begegnen kann. *Heim + Pflege*, 39(6), 188 – 190.

Matzauwrakos, A., & Enge, M. (2008). Gerontopsychiatrische und psychotherapeutische Station für affektive Störungen im Alter der landes-nervenklinik Sigmund Freud in Graz. *Psychotherapie im Alter*, 5(2), 241 – 245.

Neubert, M., & Eberspach, G. (2008). „Keiner käme auf die Idee, dass Kurt und Frau R. im Alter anderswo leben sollten“. *Pro Alter*, 40(2), 13 – 16.

Pfannkuch, H., & Hardenberg-Ortmann, A. (2008). Das Heinrich-Held-Haus. Eine Pflegeeinrichtung – nur für Menschen mit geistiger Behinderung. *Pro Alter*, 40(2), 23 – 26.

Polivka, L., & Kwak, J. (2008). Medicare privatization and the erosion of retirement security. *Journal of aging & social policy*, 20(3), 340 – 352.

Raabe, H. (2008). Altgewordene Menschen mit geistiger Behinderung. *Pro Alter*, 40(2), 6 – 8.

Risse, T., & Hasenau, C. (2008). Aufwind durch Pflegereform. Die wirtschaftliche Planung ambulant betreuter Wohngemeinschaften. *Häusliche Pflege*, 17(9), 20 – 26.

Sack, R. (2008). Finanzierung der Hilfen für alte Menschen mit geistiger Behinderung. *Pro Alter*, 40(2), 9 – 12.

Sowinski, C. (2008). Der sechste Expertenstandard für die Pflege. „ein verbindliches Instrument zum Umgang mit chronischen Wunden“. *Pro Alter*, 40(2), 63 – 71.

Treiß, C. (2008). Perspektiven für Pflegedienste. Stichtag 1. Juli 2008: Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz tritt in Kraft. *Häusliche Pflege*, 16(6), 20 – 25.

Weisbrod-Frey, H. (2008). Krankenhausfinanzierung unter Druck. (Irr-)Wege bei der Finanzierung der stationären Gesundheitsversorgung. *Soziale Sicherheit*, 57(5), 165 – 170.

Willenborg, P., & Kolpatzik, K. (2008). Länger leben mit DMP. Eine Vergleichsstudie belegt: Diabetiker im Disease-Management-Programm (DMP) haben eine deutlich höhere Lebenserwartung als zuckerkrankte Patienten in der herkömmlichen Versorgung. *Gesundheit und Gesellschaft*, 11(9), 14 – 15.

Zöfel, K. (2008). Die Heilkraft der Zuwendung. Placebo-Effekt. *Gesundheit und Gesellschaft*, 11(9), 22 – 26.

Altenhilfe / Altenpolitik / Freie Wohlfahrtspflege

Fastenbauer, D. (2008). Teamübergreifende Supervision und Betreuung einer 74-jährigen Patientin in einem Pflegeheim. *Psychotherapie im Alter*, 5(8), 331 – 336.

Sozialarbeit / Altenarbeit / Ehrenamt

Cromwell, P. (2008). Community Organizing – eine Strategie zur Erneuerung sozialer Beziehungen in Nachbarschaften. *Pro Alter*, 40(2), 57 – 59.

Kipp, J. (2008). Supervision im Altersbereich – eine Übersicht. *Psychotherapie im Alter*, 5(3), 265 – 292.

Sachweh, P. (2008). Sind Armut und Reichtum ein Problem?. Eine qualitative Untersuchung von Deutungsmustern materieller Ungleichheit. *Sozialer Fortschritt*, 57(9), 241 – 248.

Teising, M. (2008). Erfahrungen bei der Einrichtung psychoanalytisch orientierter, fallbezogener Teamsupervisionen in Pflegeeinrichtungen mit gerontopsychiatrischen Aufgaben. *Psychotherapie im Alter*, 5(3), 293 – 300.

Pflege / Pflegebedürftigkeit / Rehabilitation

Abschreibungsfähige Anlagegüter; objektbezogene Förderung; Gebäude; betriebsnotwendige Investitionsaufwendungen; Landesmittel; Leistungsanspruch; Pflegeeinrichtung; Pflegegeld; zusätzliche Voraussetzungen (2008). *ZFSH, SGB*, 47(8), 480 – 484.

Cohen-Mansfield, J., & Frank, J. (2008). Relationship between perceived needs and assessed needs for services in community-dwelling older persons. *The gerontologist*, 48(4), 505 – 516.

Groß, J. (2008). Pflege ist vollständig zu finanzieren. Refinanzierung von 24-Stunden-Intensivpflege: alternative Lösungsmöglichkeit zeichnet sich ab. *Häusliche Pflege*, 17(9), 31 – 32.

Gurk, S. (2008). Außer Atem. *Altenpflege*, 33(9), 44 – 45.

Hanika, H. (2008). Normative Anforderungen an Qualitätsberichte von Pflegeeinrichtungen unter besonderer Berücksichtigung der Weiterentwicklung der Qualitätsberichte für (potentiell) Pflegebedürftige und deren Angehörige. *Pflegerecht*, 12(8), 362 – 365.

Jahncke-Latteck, Ä.-D., Weber, P., & Halves, E. (2008). Situationsdeutung, Lebensweltorientierung und Normalität im Mittelpunkt professionellen ambulanten Pflegehandelns. *Pflegewissenschaft*, 10(3), 140 – 147.

Jonas, I. (2008). An Pflegeoasen scheiden sich die Geister. Wohnkonzepte für Menschen mit Demenz. *Heim + Pflege*, 39(5), 151 – 156.

Klein, H. (2008). Die Pflege transparenter darstellen. Zum Nutzen von Pflegediagnosen in der ambulanten Pflege. *Häusliche Pflege*, 16(5), 44 – 46.

Mamerow, R., & Müller, A. (2008). Expertenstandards. was prüft der MDK? *Heim + Pflege*, 39(9), 264 – 267.

Michell-Auli, P. (2008). Eine neue Form der wohnortbezogenen Beratung und Versorgung. *Pflegeberatung und Pflegestützpunkte*. *Pro Alter*, 40(2), 50 – 56.

Roßbruch, R. (2008). Zur Aufbereitung von Kathedern ohne erforderliche Zertifizierung. *Pflegerecht*, 12(8), 392 – 395.

Samland, J. (2008). Pflegesatzverhandlungen nach dem 1. Juli. *Heim + Pflege*, 39(9), 253 – 254.

Schaper, A. v. (2008). Wohlbefinden steigern. *Altenpflege*, 33(9), 32 – 35.

Schützendorf, E. (2008). Selbstreflexion und Selbstpflege in der Altenpflege – ein Fallbeispiel. *Psychotherapie im Alter*, 5(3), 301 – 312.

Staupe, B. (2008). Qualität sichtbar und vergleichbar machen. Bis zum 30.09.2008 soll die Pflege-selbstverwaltung einen Kriterienkatalog für die ab 2009 zu veröffentlichenden Qualitätsberichte entwickeln. *Heim + Pflege*, 39(9), 269 – 274.

Swoboda, B. (2008). Kunst der Handhabung. *Altenpflege*, 33(9), 24 – 25.

Familiale Altenpflege

Kolomer, S. (2008). Grandparent caregivers. *Journal of gerontological social work*, 50, 321 – 344.

McClure Cassie, K., & Sanders, S. (2008). Familial caregivers of older adults. *Journal of gerontological social work*, 50, 293 – 320.

- Savla, J., Almeida, D. M., & Davey, A. (2008). Routine assistance to parents: effects on daily mood and other stressors. *The journals of gerontology*, 63(3), 154 – 161.
- Soziale Dienste / Ambulante Dienste / Pflege-dienste**
- Cummings, S. M., Bride, B., & McClure Cassie, K. (2008). Substance abuse. *Journal of gerontological social work*, 50, 215 – 241.
- Cummings, S. M., & Kropf, N. P. (2008). Overview of evidence-based practice with older adults and their families. *Journal of gerontological social work*, 50, 1 – 10.
- Hammar, T., Rissanen, P., & Perälä, M.-L. (2008). Home-care clients' need for help, and use and costs of services. *European journal of ageing*, 5(2), 147 – 160.
- Kaminski, R. (2008). Nur das letzte Mittel der Wahl. Arbeitsrecht: neue Entwicklungen zur krankheitsbedingten Kündigung. *Häusliche Pflege*, 17(9), 33 – 34.
- Kaminski, R. (2008). Unter Vorbehalt. Die Zeiten, da Pflegeheimbetreiber Entgeltbestandteile der Pflegekräfte unter den so genannten Freiwilligkeitsvorbehalt stellen konnten, sind vorbei. *Altenpflege*, 33(6), 48 – 49.
- Klingbeil, D. (2008). „Wir wollten gegensteuern“. Porträt: Betriebliche Gesundheitsförderung in der Praxis. *Häusliche Pflege*, 16(6), 26 – 29.
- Krause, T. (2008). Schnell und kostengünstig ein Meinungsbild zeichnen. Kundenbefragung bei ambulanten Pflegediensten, Praxiserfahrungen. *Häusliche Pflege*, 17(9), 27 – 30.
- Kropf, N. P., & Cummings, S. M. (2008). Evidence-based interventions with older adults: concluding thoughts. *Journal of gerontological social work*, 50, 345 – 355.
- McCallion, P., & Nickle, T. (2008). Individuals with developmental disabilities and their caregivers. *Journal of gerontological social work*, 50, 245 – 266.
- Rogerson, M., & Emes, C. (2008). Fostering resilience within an adult day support program. *Activities, adaptation & aging*, 32(1), 1 – 18.
- Heimunterbringung / Heime**
- Arndt, J. (2008). Gelebtes Leben. Biografiearbeit ist mehr, als den Geburtsort und den erlernten Beruf eines Heimbewohners abzufragen. *Altenpflege*, 33(6), 42 – 43.
- Bachem, J. (2008). Keine Kontrollen von Altenpflegeeinrichtungen durch Besuchskommissionen nach § 29 PsychKG in Sachsen-Anhalt. *Pflegerecht*, 12(8), 395 – 399.
- Boschert, S. (2008). Geförderte Bewegung. *Altenpflege*, 33(6), 3 – 5.
- Capezuti, E., Brush, B. L., & Won, R. M. (2008). Least restrictive or least understood? Waist restraints, provider practices, and risk of harm. *Journal of aging & social policy*, 20(3), 305 – 322.
- Caprio, T. V., Katz, P. R., & Karuza, J. (2008). Commentary: the physician's role in nursing home quality of care: focus on restraints. *Journal of aging & social policy*, 20(3), 295 – 304.
- Castle, N. G., & Engberg, J. (2008). Further examination of the influence of caregiver staffing levels on nursing home quality. *The gerontologist*, 48(4), 464 – 476.
- Dähler, G., & Gennrich, R. (2008). Einnahmen und Ausgaben auf einen Blick. Aussagekräftige Monatsberichte. *Altenheim*, 48(6), 48 – 50.
- Eidens, G. (2008). So halten Sie Ihre Personalkosten im Lot. Erlösorientierte Personalplanung. *Altenheim*, 47(9), 44 – 46.
- Engberg, J., Castle, N. G., & McCaffrey, D. (2008). Physical restraint initiation in nursing homes and subsequent resident health. *The gerontologist*, 48(4), 442 – 452.
- Friedman, S. M., Mendelson, D. A., & Bingham, K. W. (2008). Hazards of hospitalization: residence prior to admission predicts outcomes. *The gerontologist*, 48(4), 537 – 541.
- Gericke, A. (2008). Genutzte Ressource. Der schleichende Verlust der Mobilität bei Heimbewohnern wird oft einfach hingenommen. *Altenpflege*, 33(6), 6 – 7.
- Goldman, B. D. (2008). Commentary: barriers to a sustained restraint-free environment. *Journal of aging & social policy*, 20(3), 286 – 294.
- Heeg, S., & Volpp, H. (2008). Intelligente Technik hilft Bewohnern und Personal. Lernen vom Modellprojekt in Hüfingen. *Altenheim*, 48(6), 40 – 43.
- Kaminski, R. (2008). Geschützte Freiheit. *Altenpflege*, 33(6), 14 – 15.
- Kapp, M. B. (2008). Resistance to nursing home restraints reduction revisited: introduction to a symposium. *Journal of aging & social policy*, 20(3), 279 – 285.
- Karge, R. (2008). Hoher Reinigungsstandard dank fundierter Basisdaten. Qualität steigern und Kosten senken. *Altenheim*, 47(9), 53 – 55.
- Klie, T. (2008). Bundessozialgericht zur Umlage der Investitionskosten auf Heimbewohner. Das Urteil. *Altenheim*, 47(9), 31 – 32.
- Klie, T. (2008). Darf ein Heimleiter in Personalunion auch verantwortliche Pflegefachkraft sein? Das Urteil. *Altenheim*, 48(6), 30 – 31.
- Klöber, M. C. (2008). Mehr als nettes Dekorieren. Wohnumfeldgestaltung. *Altenheim*, 47(9), 50 – 51.
- Orthen, P. (2008). Gut geplant mit Systembau. Mit der Systembauweise können Altenheime kurzfristig erstellt werden. Außerdem gewährleistet die industrielle Fertigung günstige Kosten. *Heim + Pflege*, 39(6), 182 – 184.
- Plantholz, M. (2008). Ende der Wahlfreiheit?. Ausschreibung von Inko-Hilfsmitteln. *Altenheim*, 47(9), 40 – 42.
- Roßbruch, R. (2008). Erstattung ersparter Verpflegungskosten bei Sondennahrung. BGB §§ 615 Satz 2, 812 Abs. 1 Satz 1. *Pflegerecht*, 12(5), 215 – 217.
- Sauer, T. (2008). Wer trifft eigentlich welche Entscheidung?. Ethik-Komitees in der stationären Altenpflege. *Dr. med. Mabuse*, 33(175), 46 – 48.
- Siegel, E. O., Young, H. M., & Mitchell, P. H. (2008). Nurse preparation and organizational support for supervision of unlicensed assistive personnel in nursing homes: a qualitative exploration. *The gerontologist*, 48(4), 453 – 463.
- Sirsch, E. (2008). Bewusste Steuerung. *Altenpflege*, 33(6), 12 – 13.
- Stearns, S. C., & D'Arcy, L. P. (2008). Staying the course: facility and profession retention among nursing assistants in nursing homes. *The journals of gerontology*, 63(3), 113 – 121.
- Stevenson, D. G., Huskamp, H. A., & Newhouse, J. P. (2008). Medicare Part D and the nursing home setting. *The gerontologist*, 48(4), 432 – 441.
- Weitzel-Polzer, E., & Friedman, L. (2008). Vom Sanierungsfall zum Modellprojekt. Das Jüdische Altenzentrum in Frankfurt/Main. *Altenheim*, 48(6), 18 – 21.
- Weitzel-Polzer, E., & Friedmann, L. (2008). Ein Management setzt auf seine Teams. Form follows function. *Altenheim*, 48(6), 22 – 25.
- Sterben / Sterbebegleitung / Tod**
- Altenhöfer, A., Lindner, R., & Fiedler, G. (2008). Profile des Rückzugs – Suizidalität bei Älteren. *Psychotherapie im Alter*, 5(2), 225 – 240.
- Aner, K. (2008). Trauern um demenziell erkrankte Menschen. *Psychotherapie im Alter*, 5(8), 363 – 373.
- Biermann, C. (2008). Psychoanalytiker und Tod. *Psychotherapie im Alter*, 5(2), 183 – 200.
- Driescher, F., & Wefing, H. (2008). Sterben und sterben lassen. Patientenverfügung. *Die Zeit*, 63(27), 4.
- Imhof, S., & Kaskie, B. (2008). How can we make the pain go away? Public policies to manage pain at the end of life. *The gerontologist*, 48(4), 423 – 431.
- Junkers, G. (2008). „Wenn ich bin, ist der Tod nicht; wenn der Tod ist, bin ich nicht“ – Gedanken zur Psychodynamik, Übertragung und Gegenübertragung angesichts des Todes. *Psychotherapie im Alter*, 5(2), 169 – 181.
- Kojer, M. (2008). Demenzkranke alte Menschen und der Tod. *Psychotherapie im Alter*, 5(2), 159 – 167.
- Luft, H. (2008). Altern und Sterben in der Literatur – die Ödipusdramen des Sophokles. *Psychotherapie im Alter*, 5(2), 147 – 158.
- Munn, J. C., Dobbs, D., & Meier, A. (2008). The end-of-life experience in long-term care: five themes identified from focus groups with residents, family members, and staff. *The gerontologist*, 48(4), 485 – 494.
- Raguse, H. (2008). Das Bild des Todes in barocken Chorälen und Kantaten. Gedanken zu Roger Money-Kyrles drittem Analysenziel „Annahme des Todes“. *Psychotherapie im Alter*, 5(2), 137 – 146.
- Sörries, R. (2008). Das Museum für Sepulkralkultur und die neue Gesprächsfähigkeit über Sterben, Tod und Trauer. *Psychotherapie im Alter*, 5(2), 129 – 135.
- Stein, B. v. d. (2008). Supervision eines Krankenpflegevereins für Palliativpflege. *Psychotherapie im Alter*, 5(8), 313 – 329.
- Stein, B. v. d. (2008). Von der Schwierigkeit eines Christenmenschen beim Sterben – Therapie, Grenzüberschreitung oder Hilfe? *Psychotherapie im Alter*, 5(2), 213 – 223.
- Teising, M. (2008). Am Lebensende – zwischen narzisstischer Abwehr und facts of life. *Psychotherapie im Alter*, 5(2), 201 – 212.
- Waldrup, D. P. (2008). Treatment at the end of life. *Journal of gerontological social work*, 50, 267 – 292.
- Welch, L. C., Miller, S. C., & Martin, E. W. (2008). Referral and timing of referral to hospice care in nursing homes: the significant role of staff members. *The gerontologist*, 48(4), 477 – 484.
- Lebensverhältnisse Älterer**
- Kiem, H. (2008). Hoffen und Bangen. *Altenpflege*, 33(9), 38 – 39.
- Wohnen / Wohnumfeld**
- Donorfio, L. K. M., Mohyde, M., & Caughlin, J. (2008). A qualitative exploration of self-regulation behaviors among older drivers. *Journal of aging & social policy*, 20(3), 323 – 337.
- Reisig, G. (2008). Das erweiterte Hausgemeinschaftskonzept im Pflege-Centrum Rablinghausen. Mehr Lebensqualität durch kooperative Versorgung? *Pro Alter*, 40(2), 45 – 49.
- Arbeit / Ältere Erwerbstätige / Ruhestand**
- Bierther, I. R. (2008). Den Arbeitsplatz erhalten. Arbeitsrecht: Das betriebliche Eingliederungsmanagement ist für alle Arbeitnehmer anzuwenden. *Häusliche Pflege*, 16(6), 32 – 33.

- Bröker, A. H. (2008). Arbeiten und Lernen für An- und Ungelernte. Aktuelle arbeitsmarkt- und berufsbildungspolitische Notwendigkeit in berufspädagogischer Tradition. *Sozialer Fortschritt*, 57(9), 225 – 231.
- Brown, T. H., & Warner, D. F. (2008). Divergent pathways? Racial/ethnic differences in older women's labor force withdrawal. *The journals of gerontology*, 63(3), 122 – 134.
- Feil, M., Tillmann, L., & Walwei, U. (2008). Arbeitsmarkt- und Beschäftigungspolitik nach der Wiedervereinigung. *Zeitschrift für Sozialreform*, 54(2), 161 – 185.
- Mohr, K. (2008). Creeping Convergence. Wandel der Arbeitsmarktpolitik in Großbritannien und Deutschland. *Zeitschrift für Sozialreform*, 54(2), 187 – 207.
- Walser, C. (2008). Berufliche Reintegration im niederländischen Recht. Aktivierung der (teilweise) Erwerbsunfähigen und besondere Verantwortlichkeit des Arbeitgebers. *ZFSH, SGB*, 47(4), 195 – 200.

Altenbildung

- Harrison, M. B., & McGuire, F. (2008). Starting a lifelong learning institute: a firsthand perspective. *Activities, adaptation & aging*, 32(2), 149 – 157.

Aktivierung / Ernährung / Sport

- Gericke, A. (2008). Strampeln gegen Stress. *Altenpflege*, 33(9), 40 – 41.
- Higman, P. (2008). Kontrolle behalten. *Altenpflege*, 33(9), 34 – 35.
- Prüß, S. (2008). Die Sinne trainieren. Micro-Stimulation fördert die Reaktivierung von Körper und Geist mit erstaunlichen Erfolgen – auch bei Demenzkranken. *Heim + Pflege*, 39(6), 185 – 187.
- Schönfelder, T. L. (2008). Theaterspielen im Alter – therapeutisch wirksam. *Psychotherapie im Alter*, 5(3), 375 – 377.

Berufliche Aus- / Fort- / Weiterbildung

- Nussbaumer, G. (2008). Problemlöser sind gefragt. Ausbildungskonzept im Case Management: Problem basiertes Lernen. *Häusliche Pflege*, 16(6), 41 – 44.
- Pousset, R. (2008). Gemeinsame Sache. *Altenpflege*, 33(9), 2 – 3.
- Stöver, M., Schmitt, S., & Görres, S. (2008). Relevanz und Tragweite der Integrativen Pflegeausbildung: das Stuttgarter Modell. *Ergebnisse der externen Evaluation. Pflegewissenschaft*, 10(6), 325 – 331.

Recht

- Anspruch; Grund, nachvollziehbarer; Grundbesitz; Pflegeheim; Pflegewohngeld; Schenkung, sittenwidrige; Verwandte; Vermögen, verwertbares. (2008). *ZFSH, SGB*, 47(5), 307 – 312.
- Doron, I. (2008). Law and older people – the rise and fall of Israel's Senior Citizens' Act. *Journal of aging & social policy*, 20(3), 353 – 375.
- Fahnenstich, J. (2008). Ambulant nicht immer vor stationär. *Häusliche Pflege*, 16(6), 30 – 31.

Die vorliegende Bibliografie gerontologischer Monografien wurde zusammengestellt von der Bibliothek von Pro Senectute Schweiz, der größten Fachbibliothek zu den Themen Alter, Altern und Generationenbeziehungen in der Schweiz. Alle aufgeführten Bücher sind im Buchhandel oder bei der angegebenen Bezugsadresse erhältlich.

Psychologische Gerontologie / Psychologie

- Entwicklungspsychologie der Lebensspanne: ein Lehrbuch/ Jochen Brandtstädter, Ulman Lindenberger (Hrsg.). Stuttgart: W. Kohlhammer, 2007. 768 S.
ISBN 978-317-018-1809: EUR 69.00
- Pott, Hans-Georg: Eigensinn des Alters: Literarische Erkundungen. München: Wilhelm Fink, 2008. 195 S.. ISBN 978-377-054-5957: EUR 26.90
- Spiritualität – Ein Thema für die Pflege von Menschen mit Demenz?/Demenz Support Stuttgart (Hrsg. u. Red.). Stuttgart: Demenz Support Stuttgart, 2007. 66 S. (DeSS orientiert, ISSN 1863-6136; Band 2007/2).
[Download: www.demenz-support.de/materialien/DeSSorientiert_November2007.pdf]
- Die spirituelle Dimension braucht Raum: eine Handreichung zum Erkennen und Beachten von spirituellen Bedürfnissen alter Menschen in Abhängigkeit / Schweizerische Gesellschaft für Gerontologie SGG-SSG, Arbeitsgruppe Ethik und Spiritualität. Bern: SGG-SSG, 2007. 32 S., CHF 10.- (brosch.). Bezugsadresse: Geschäftsstelle SGG-SSG, Spital Ziegler, Postfach 8965, 3001 Bern

Soziologische und Sozialpsychologische Gerontologie / Soziologie

- Alterskulturen und Potentiale des Alter(n)s/ hrsg. von Heiner Fangerau et al. Berlin: Akademie Verlag, 2007. 253 S.: Ill.
ISBN 978-305-004-3487: EUR 49.80
- Händeler, Erik; Christian Rauch: Silberne Revolution: Gesundheit, Arbeit, Märkte in der Alterskultur/ Zukunftsinstitut (Hrsg.). Kelkheim: Zukunftsinstitut, 2008. 92 S.: Ill.
ISBN 978-393-828-4384: EUR 165.00
- Soziale Ungleichheiten und kulturelle Unterschiede in Lebenslauf und Alter: Fakten, Prognosen und Visionen/Harald Künemund, Klaus R. Schroeter (Hrsg.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2008. 231 S.: Ill. (Alter(n) und Gesellschaft; Bd. 15).
ISBN 978-353-115-7535: EUR 34.90

Geriatric / Gerontopsychiatrie

- Baumann, Kai: Weisheitstraining zur Steigerung der Belastungsverarbeitungskompetenz bei reaktiven psychischen Störungen mit Verbitterungsaffekten/Kai Baumann. [S.l.]: [s.n.]; 2007. 148 S. Diss. Berlin, 2007 [Bezug: www.diss.fu-berlin.de/diss/content/below/index.xml]
- Mechanisms of dietary restriction in aging and disease/vol. ed.: Charles V. Mobbs, Kelvin Yen, Patrick R. Hof. Basel: S. Karger, 2007. VIII, 198 S.: Ill. (Interdisciplinary topics in gerontology, ISSN 0074-1132; vol. 35).
ISBN 978-380-558-1707: EUR 134.50
- Medizinische Indikation und Patientenwille: Behandlungsentscheidungen in der Intensivmedizin und am Lebensende/hrsg. von Ralph Charbonnier, Klaus Dörner, Simon Steffen. Stuttgart: Schattauer, 2008. 131 S..
ISBN 978-379-452-6024: EUR 34.95

Sozialpolitik / Soziale Sicherung

- Gerstenberger, Björn: Alterssicherung in Brasilien/ hrsg. von Manfred Feldsieper. Marburg: Tectum, 2007. 487 S. (Wirtschaftspolitische Forschungsarbeiten der Universität Köln; Bd. 53). Zugl.: Dissertation Köln, 2007.
ISBN 978-382-889-4266: EUR 29.90
- Hauser, Jürgen: Alter, ist das herrlich!: Altraum Rente: eine Analyse und Auswege aus der Armutsfalle. Wiesbaden: Gabler Verlag, GVV Fachverlage, 2007. 232 S.: Ill. Register.
ISBN 978-383-490-5284: EUR 34.90
- Spicker, Ingrid; Gabriele Sprengseis (Hrsg.): Gesundheitsförderung stärken: kritische Aspekte und Lösungsansätze. Wien: Facultas, 2008. 272 S.: graph. Darst.
ISBN 978-370-890-2135: EUR 22.90
- World Health Organization: World health statistics 2008. s.l.: WHO, 2008. 110 p.: Ill.
ISBN 978-924156-3598
[Download: www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS08_Full.pdf]

Altenhilfe / Altenpolitik / Altenarbeit

- Seidel, Laura: Gewalt an alten Menschen: Entstehungsfaktoren für Gewalt an pflegebedürftigen alten Menschen und Lösungsansätze. Bonn: Mabuse, 2007. 81 S., XV. (Bonner Schriftenreihe „Gewalt im Alter“; Bd. 14).
ISBN 978-393-830-4945: EUR 12.00

Sozialarbeit / Selbsthilfe / Freiwillige Hilfe

- Sozialraumorientierung – ein ganzheitlicher Ansatz: Werkbuch für Studium und Praxis/zusammengestellt von Uwe Hellwig, Jörg Reiner Hoppe und Jürgen Termath. Berlin: Deutscher Verl. für Öffentlich und Private Fürsorge, 2007. 284 S. (Planung und Organisation: P2).
ISBN 978-378-411-7829: EUR 18.20

Lebensverhältnisse Älterer

- Frei, Ruth: Jung im alten Körper: Umgang mit dem alternden Körper in einer jugendorientierten Gesellschaft. Bern: Edition Soziothek, 2006. 142 S.: Ill. Zugleich: Diplomarb. HSA Bern, Nachdiplomstudium Alter: Lebensgestaltung 50+, 2005.
ISBN 978-303-796-1391: EUR 22.40. [Bezug: www.soziothek.ch]
- Herrmann, Ulrike; Martina Wittneben: Älter werden, Neues wagen: zwölf Porträts. Hamburg: Edition Körber-Stiftung, 2008. 293 S.: Ill.
ISBN 978-389-684-0691: EUR 14.00
- Jahrbuch Seniorenmarketing 2008/2009: Management in Forschung und Praxis/Hanne Meyer-Hentschel, Gundolf Meyer-Hentschel (Hrsg.). Frankfurt a.M.: Deutscher Fachverl., 2008. 357 S.: Ill. (Edition Horizont, ISSN 1437-8744).
ISBN 978-386-641-1401: EUR 91.59
- Kunze, Reinhard: Ich geh' nicht mit dem Pferd schlafen: Tagebuch: Demenz 2002 bis 2004. Egestorf: Andrea Schmitz, 2008. 117 S.: Ill.
ISBN 978-393-520-2404: EUR 13.50
- Pilz, Barbara (Hrsg.): Ledige Mütter erzählen: Lebensgeschichten 1890 – 1965. Wien: Böhlau, 2008, 290 S. (Damit es nicht verloren geht; 59).
ISBN 978-3-205-77989-6: EUR 24.90
- Wie wir uns fanden: Senioren erzählen/hrsg. von Hans Kufner; in Zusammenarbeit mit dem Katholischen Senioren-Forum Diözese Würzburg. Würzburg: Echter, 2008. 80 S.: Ill.
ISBN 978-342-902-9692: EUR 9.90

Wohnen / Wohnumfeld

- Bauen. Wohnen. Leben: Barrierefrei!: Komfort und Sicherheit für Alle/ Ministerium für Bauen und Verkehr des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.). Düsseldorf: Ministerium für Bauen und Verkehr des Landes Nordrhein-Westfalen, [s.t.]. 30 S.: Ill. [Download: www.barrierefrei.nrw.de/downloads/magazin_end.pdf]
- Demenzranke in der stationären Altenhilfe: aktuelle Inanspruchnahme, Versorgungskonzepte und Trends am Beispiel Baden-Württembergs/Martina Schäufele et al. Stuttgart: Kohlhammer, 2008. 175 S.
ISBN 978-317-019-8906: EUR 27.00
- Konrad, Michael; Sabine Schock, Joachim Jaeger: Dezentrale Heimversorgung in der Sozialpsychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2006. 189 S..
ISBN 978-388-414-4114: EUR 19.90
- Stein, Margit: Soziale Beziehungen und Lebenszufriedenheit im Alter in Abhängigkeit von der Lebenswelt: ein Vergleich von Frauen aus Einrichtungen des betreuten Wohnens und von alleinlebenden Frauen. Aachen: Shaker Verlag, 2007. 163 S.: Ill. (Berichte aus der Pädagogik).
ISBN 978-383-226-2549: EUR 48.80

Arbeit / Ältere Erwerbstätige / Ruhestand

Dimensions of work ability: results of the health 2000 survey/ Raija Gould et al. Eläkäturvakeskus: Finnish Centre for Pensions; Helsinki: The Social Insurance Institution; Helsinki: National Public Health Institute, 2008. 185 S. ISBN 978-951-691-097-3 (PDF). [Download: www.etk.fi/Binary.aspx?Section=42845&Item=62531]

Loebe, Herbert; Severing, Eckart: Integration älterer Arbeitsloser: Strategien, Konzepte, Erfahrungen. Bielefeld: Bertelsmann, 2008. 262 S. ISBN 978-3-7639-3467-7: EUR 24.90

Meuer-Willuweit, Anne: Generation Gold 50plus: Best-Practice aus dem Programm „Perspektive 50plus“. W. Bertelsmann: Bielefeld, 2008. 124 S.: Ill. ISBN 978-376-393-5840: EUR 16.90

Morschhäuser, Martina; Peter Ochs, Achim Huber: Demographiebewusstes Personalmanagement: Strategien und Beispiele für die betriebliche Praxis/Bertelsmann Stiftung, Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (Hrsg.). Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, 2008. 187 S.. ISBN 978-389-204-9753: EUR 22.00

Oertel, Jutta: Generationenmanagement in Unternehmen. Wiesbaden: Dt. Univ.-Verlag, 2007. XXI, 428 S.: graph. Darst. (Gabler Edition Wissenschaft. Schriften aus dem Centrum für Management). Zugl.: Dissertation Münster, 2006. ISBN 978-383-500-9677: EUR 59.90

Vorbereitung auf das Alter / Weiterbildung / -Bildung Älterer

Bildung durch das ganze Leben: europäische Beiträge zur Pädagogik der Lebensspanne/hrsg. von Klaus Künzel. Köln etc.: Böhlau, 2007. 283 S. Deutsche Texte mit deutschen und englischen Zusammenfassungen. ISBN 978-341-237-3054: EUR 44.90

Demografischer Wandel/Nuissl von Rein, Ekkehard (Hrsg.). Bonn: Deutsches Institut für Erwachsenenbildung, 2008. 54 S.: Ill. (Die Zeitschrift für Erwachsenenbildung, ISSN 0945-3164; 3/2008): EUR 14.00. [Bezug: W. Bertelsmann Verlag. www.wbv.de]

Demografischer Wandel und Weiterbildung: Strategien einer alterssensiblen Personalpolitik/ Hrsg.: Herbert Loebe, Eckart Severing, Forschungsinstitut betriebliche Bildung. Bielefeld: W. Bertelsmann, 2007. 168 S.: Ill. (Wirtschaft und Bildung; Bd. 44). ISBN 978-376-393-2856: EUR 19.90

Gregarek, Silvia: Lernen leben – Leben lernen: Intergenerationelle und Interkulturelle Bildung. Oberhausen: Athena, 2007. 151 S. (Altern, Bildung, Gesellschaft; Bd. 14). ISBN 978-389-896-2988: EUR 16.50

Freizeit / Medien

Gatterer, Gerald; Antonia Croy: Geistig fit ins Alter 3. Wien etc.: Springer, 2007. 100 S.. ISBN 978-321-133-3044: EUR 22.95

Ronzal, Wolfgang; Helmut Muthers (Hrsg.): Wettlauf um die Alten: Bankmarketing für die Zielgruppe 50plus. Wiesbaden: Gabler, GWV Fachverlage, 2007. 283 S.: Ill. ISBN 978-383-490-5246: EUR 29.90

Generationen / Generationenbeziehungen

Generationen und Familien: Analysen, Konzepte, gesellschaftliche Spannungsfelder/hrsg. von Frank Lettke und Andreas Lange. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 2007. 399 S. (Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft; 1811). ISBN 978-351-829-4116: EUR 14.00

Generationenübergreifende Projekte: Beispiele aus der Praxis für die Praxis/Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.); Bertold Stein (Red.). Düsseldorf, 2007. 47 S.: Ill. [Download: www.callnrw.de/broschuerenservice/download/1845/Generationenuebergreifende_Projekte.pdf]

Klunt, Michael: Von der sozialen zur Generationengerechtigkeit?: polarisierte Lebenslagen und ihre Deutung in Wissenschaft, Politik und Medien. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2008. 306 S. ISBN 978-353-115-6651: EUR 34.90

Aus-, Fort- und Weiterbildung in Gerontologie / Geriatrie / Altenhilfe

Krieger, Sabine: Erinnerungsarbeit in der Krankenpflege: eine biographische Arbeitstechnik für Pflege und Ausbildung. Wien: Facultas Univ.-Verlag, 2008. 96 S.: Ill.. ISBN 978-370-890-1879: EUR 12.90

Rogall-Adam, Renate: 50 Tipps für eine effektive Praxisanleitung in der Altenpflege. Hannover: Schlütersche, 2008. 74 S. (Brigitte Kunz Verlag). Register. ISBN 978-389-993-4625: EUR 9.90

Gesundheit / Ernährung / Sport

Bisegger, Corinna; Hildegard Hungerbühler: Kriterien der Gesundheitsförderung mit älteren MigrantInnen in der Schweiz: landesweite Erhebung der Situation älterer Migrantinnen und Migranten. s.l.: Nationales Forum Alter und Migration, 2008. 87 S. [Download: www.red-cross.ch/data/news/986_3_de.pdf]

Dapp, Ulrike: Gesundheitsförderung und Prävention selbständig lebender älterer Menschen: eine medizinisch-geographische Untersuchung/ Ulrike Dapp. Stuttgart: W. Kohlhammer, 2008. 291 S.: graph. Darst. ISBN 978-317-019-3284: EUR 35.00

Esskultur für mehr Lebensqualität in der stationären Altenpflege: Dokumentation des Fachtages der Paul Wilhelm von Kepler-Stiftung, des BELA-Praxisverbundes und der Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg/Hrsg.: Paul Wilhelm von Kepler-Stiftung, Iren Steiner, Hans-Ulrich Händel. Sindelfingen etc.: Paul Wilhelm von Kepler-Stiftung, 2006. 120 S.: Ill.. ISBN 3-00-019923-3: EUR 10.00

Für eine qualitative hochwertige Gesundheitsversorgung in der Schweiz: eine umfassende Vision/Antoine Bailly, Martin Bernhardt, Mauro Gabella (Hrsg.). 2., rev. und erw. Aufl. Bern: H. Huber, 2008. 146 S.: Ill. (Verlag Hans Huber, Programmbereich Gesundheit. Gesundheitswissenschaften). Übers. von: Pour une santé de qualité en Suisse. ISBN 978-345-684-5722: EUR 22.95

Aktivierung / Pflege / Rehabilitation / Therapie

Fiedler, Petra: Das Gedichtbuch. Hannover: Vincentz, 2008. 115 S.: Ill. (Altenpflege Bibliothek (Reihe Woche für Woche aktivieren)). ISBN 978-386-630-0576: EUR 26.00

Grosse, Thomas; Rosemarie Lütters: Interaktives Musizieren: Beiträge zu einem deutschen Modellprojekt an Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Hannover: Blumhardt, 2007 + 1 DVD. 61 S. (Schriftenreihe der Fakultät V – Diakonie, Gesundheit und Soziales der Fachhochschule Hannover; Bd. 16). Register. ISBN 978-393-201-1719: EUR 7.50

Josuks, Hannelore: Primary Nursing: ein Konzept für die ambulante Pflege: ein Leitfaden zur Implementierung eines neuen Pflegesystems. 2. aktualisierte Auflage. Hannover: Schlütersche, 2008. 134 S.: Ill. (Pflege Schlütersche). Register. ISBN 978-389-993-2096: EUR 14.90

Kuhn, Christina; Martin Schäfer, Angela Vesper: Pflegevisite für Menschen mit Demenz: Praxisbeispiel und Arbeitshilfe/Hrsg.: Demenz Support Stuttgart, Evangelische Heimstiftung Johannerstift. Frankfurt a.M.: Mabuse, 2008. 84 S.. ISBN 978-394-052-9121: EUR 12.90

Oppikofer, Sandra: Pflegeintervention bei Agitation und schwerer Demenz: ein Pilotprojekt zur Überprüfung der Praxistauglichkeit von Instrumenten zur Messung der Lebensqualität bei Menschen mit schwerer Demenz anhand einer Pflegeintervention. Zürich: Universität Zürich, Zentrum für Gerontologie, ISSN 1660-7651; Nr. 6) CHF 25.00. [Bezug: www.zfg.unizh.ch]

Thiele, Günter, Volker Büche, Monika Roth: Pflege-wirtschaftslehre: für das Krankenhaus und die stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen. 2., überarb. u. erw. Aufl. Heidelberg etc.: Economica, 2007. 368 S.: graph. Darst. (Gesundheitswesen in der Praxis). Register. ISBN 978-387-081-6063: EUR 59.00

Sterben / Sterbebegleitung / Tod

Agamben, Giorgio; aus dem Ital. von Andreas Hiepko: Die Sprache und der Tod: ein Seminar über den Ort der Negativität. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 2007. 179 S. (Edition Suhrkamp 2468). Übers. von: Il linguaggio e la morte. Un seminario sul luogo della negatività. ISBN 978-351-812-4680: EUR 10.00

Garten, Xenia: Was hilft Menschen bei der Begleitung Sterbender: eine Interviewstudie mit Pflegekräften und Ehrenamtlichen mit Hilfe qualitativer Datenanalyse. Duisburg etc.: WiKu-Verlag, 2007. 238 S. ISBN 978-386-553-2350: EUR 36.65

Häfner, Karlheinz.: Immer noch lebenswert: vom sorgsamem Umgang mit der letzten Lebensphase. München: Claudius, 2008. 159 S.. ISBN 978-353-262-3732: EUR 12.80

Mieth, Dietmar: Grenzlose Selbstbestimmung? Der Wille und die Würde Sterbender. Düsseldorf: Patmos, 2008. ISBN 3-491-71317-X: EUR 14.90

Orte des Lebens – Orte des Sterbens: Palliative Care in Alters- und Pflegeheimen/Hrsg.: Curaviva, Christoph Schmid. Zürich: Curaviva, 2007. 120 S.: Ill.. ISBN 978-303-301-3179: CHF 30.00. [Bezug: www.curaviva.ch]

Impressum

Herausgeber: Deutsches Zentrum für Altersfragen
Manfred-von-Richthofen-Straße 2, 12101 Berlin
Telefon (030) 260 74 00, Fax (030) 785 43 50
DZA im Internet: www.dza.de
(Links zum kostenfreien GeroLit-Angebot und
zur Internetausgabe des redaktionellen Teils des
Informationsdienst altersfragen)
presserechtlich verantwortlich und Redaktion:
Dr. Peter Zeman, Mitarbeit: Dominik Kalisch
verantwortlich für den Inhalt von GeroStat:
Dr. Elke Hoffmann; für GeroLit: Mahamane Baba Ali,
Beate Schwichtenberg-Hilmert; für die Bibliografie
gerontologischer Monografien:
Bibliothek und Dokumentation Pro Senectute
Schweiz, Fachstelle für angewandte Altersfragen,
Bederstraße 33, 8027 Zürich, Schweiz
Telefon +41-(0)44-283 89 81, Fax -283 89 84
Gestaltung und Satz: Mathias Knigge (grauwert,
Hamburg) in Zusammenarbeit mit Kai Dieterich
(morgen, Berlin); Druck: Fatamorgana Verlag, Berlin

Der Informationsdienst erscheint zweimonatlich.
Bestellungen sind nur im Jahresabonnement mög-
lich. Jahresbezugspreis 25,- EURO einschließlich
Versandkosten; Kündigung mit vierteljährlicher Frist
zum Ende des Kalenderjahres. Bezug durch das
DZA. Der Abdruck von Artikeln, Grafiken oder Aus-
zügen ist bei Nennung der Quelle erlaubt.
Das Deutsche Zentrum für Altersfragen (DZA) wird
institutionell gefördert vom Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

ISSN 0724-8849