



Gesundheitsförderung und Prävention für Menschen mit Demenz – eine erste Annäherung

Doris Gebhard und Eva Mir

- 1.1 Fallvignette – Zwei Seiten einer Medaille – 4
- 1.2 Gesundheitsförderung und Prävention – die Basis – 7
- 1.3 Der Stellenwert von Gesundheitsförderung und Prävention in der Versorgung von Menschen mit Demenz – 8
- 1.4 Aufbau und Inhalte des Buches – 10
- Literatur – 11

An dieser Stelle würden es die gängigen Konventionen der Fachliteratur wohl verlangen die Relevanz von Demenzerkrankungen durch die aktuellen Prävalenzen, deren düstere Prognosen und dem über allem schwebenden Damoklesschwert der demografischen Alterung einzuleiten. Hernach könnte dann ein Bericht von der unbestrittenen Vulnerabilität der Zielgruppe in allen schillernden Farben und Facetten – von kognitiven, körperlichen und psychischen Einbußen bis hin zu Einschränkungen der Aktivitäten des täglichen Lebens und der Lebensqualität – anschließen, um dann über den damit verbundenen progredienten Pflegebedarf den Bogen zu den ökonomischen Herausforderungen der Demenzerkrankung zu spannen. Wer mit Menschen mit Demenz bereits in Beziehung getreten ist weiß jedoch, dass diese manchmal nicht viel von Konventionen halten.

Gesundheitsförderung und Prävention für Menschen mit Demenz begründet sich außerdem aus einer alternativen Perspektive – aus jener der Salutogenese (Antonovsky 1987/1997). Dabei rücken die noch vorhandenen Ressourcen und Gesundheitspotenziale in den Fokus und werden zu den handlungsleitenden Aspekten: Menschen mit Demenz können trotz ihrer Grunderkrankung beispielsweise herzlich lachen und andere zum Lachen bringen, sie können genussvoll essen, die eigene Widerstandsfähigkeit spüren, die Natur mit allen Sinnen genießen, sich nach anstrengender Bewegung angenehm erschöpft fühlen und auch ein leidenschaftliches Sexualleben haben. Um all dies erleben zu können, benötigen sie jedoch die Unterstützung von Personen und Strukturen, die um diese Potenziale nicht nur wissen, sondern diese bestmöglich fördern.

Um zu veranschaulichen, wie radikal dieser Perspektivenwechsel auf Menschen mit Demenz und auf die mit ihnen in Beziehung Stehenden wirkt, zeigt die folgende Fallvignette zwei bewusst überzeichnete Situationen, die sehr vieles gemeinsam haben und zugleich unterschiedlicher nicht sein könnten.

1.1 Fallvignette – Zwei Seiten einer Medaille

■ ■ Perspektive 1

Augen auf. 05:30 Uhr, Wecker aus. Kurz orientieren, ich bin im Bereitschaftsraum des Pflegeheims, Demenzstation. Die Nacht war wie immer grauhaft. Die Rufe der Bewohner verfolgen mich bis in meine Träume, heute waren es wieder einmal Herr Ferdinand, der fixiert werden musste und dann geschrien hat wie am Spieß, und Frau Kirsch, die die ganze Nacht an die Schwesternkanzel geklopft hat und sediert werden musste. Herr Ferdinand sieht es einfach nicht ein, ich erkläre es ihm immer wieder. Er darf ganz einfach in der Nacht nicht zu Frau Kirsch gehen und bei ihr übernachten. Frau Kirsch ist immer ganz aufgewühlt, wenn ich ihn aus ihrem Zimmer bringe. Die Kinder von Frau Kirsch rufen dann wieder bei der Pflegedienstleitung an und drohen mit dem Anwalt, wenn sie noch einmal diesen „Lustmolch“ bei ihrer Mutter auffinden, das gehört sich nicht und ist ekelhaft, Punkt. Und ich bekomme dann wieder eines auf die Mütze. Egal. Auf zur Morgenrunde: Wecken, Toilette, Waschen und Frühstück eingeben – wirklich gar nichts können die mehr alleine machen. „Guten Morgen Frau Lindner, aufstehen!“ Keine Reaktion. „Morgen, aufstehen!“ Noch immer keine Reaktion und ich bin im Zeitstress, nun gut, Decke runter und waschen anfangen. „Wehren Sie sich bitte nicht so, sonst kann ich Sie nicht richtig waschen!“ Nicht einmal das versteht sie mehr. „Würden Sie sich nicht wehren, hätten wir beide es leichter“. Ich hasse es die Hände der alten Dame beim Waschen festzuhalten, aber anders würde es gar nicht klappen. „Wollen Sie etwas frühstücken?“ Keine Reaktion. „Wenn das so weitergeht, müssen wir Sie zwangsernähren, das wissen Sie doch, oder?“ Da muss ich heute gleich mal die Ärztin anrufen, so geht das nicht weiter, sie muss eine Sonde legen, sonst verhungert Frau Lindner demnächst. Weiter

zum nächsten Bewohner. Am Gang wie immer Herr Ludwig, ein ehemaliger Landwirt, der immer wieder in den Garten zu kommen versucht. Er sieht es einfach nicht ein, dass er im Garten nur stürzen wird und dann haben wir wieder die Rettung da und seine Tochter, die uns die Hölle heiß macht. „Herr Ludwig, Sie müssen nicht mehr raus, Sie sind ja jetzt in Rente und müssen nicht mehr arbeiten. Heute ist Bastelgruppe, gehen Sie doch dahin, da können Sie etwas Schönes machen!“ Am Ende des Gangs, im Zimmer von Herrn Ullrich angekommen. Das ist unser Neuzugang, noch recht klar im Kopf, er klingelt in letzter Zeit immer mehrmals täglich und will dann nur plaudern und ich muss ihm dann immer erklären, dass ich keine Zeit für so etwas habe. „Herr Ullrich ich kann gut verstehen, dass Sie einsam sind aber ich bin hier um zu arbeiten, die anderen brauchen wirklich meine Hilfe.“ Weiter zum nächsten, Zeitdruck. „Frau Zirk, wollen Sie im Frühstücksraum mit den anderen essen?“ „Ja fein, dann helfe ich Ihnen in den Rollstuhl und fahre Sie hin, dann sind wir schneller.“ Ach herrje und Blähungen hat sie auch schon wieder... „Frau Zirk, muss das sein, wenn ich sie gerade in den Rollstuhl hebe? Das tut man doch wirklich nicht.“ Mit der Demenz verlieren die Leute einfach auch jeglichen Anstand, auch wenn sie nichts dafür können. Im Frühstücksraum angekommen. Hier sollte wirklich Mal gelüftet werden, draußen ist ein wunderschöner Tag und hier steht die Luft förmlich und es stinkt. Ich wäre jetzt wirklich viel lieber zu Hause und könnte machen was ich will, endlich wieder mal Gitarre spielen oder mir einfach die Sonne ins Gesicht scheinen lassen.

10:00 Uhr, Dienstschluss. Nichts wie raus und unter die Dusche den „Alte-Leute-Geruch“ abwaschen. Hinter mir ein dumpfes Geräusch am Asphalt, Herr Ullrich ist von seinem Balkon gesprungen. Oh Gott und dabei war ich heute noch bei ihm. Irgendwie kann ich ihn verstehen. Mit der Aussicht auf

ein würde- und sinnloses Leben mit Demenz ist das zumindest eine selbstbestimmte Alternative...

■ ■ Perspektive 2

Augen auf. 05:30 Uhr, Wecker aus. Kurz orientieren, ich bin im Bereitschaftsraum des Pflegeheims, Demenzstation. Die Nacht war recht ruhig, eigentlich habe ich gut geschlafen. Ich musste nur kurz schmunzeln als ich Herrn Ferdinand wieder ins Zimmer von Frau Kirsch schleichen hörte. Unser Liebespaar. So ein Glück muss man auf seine alten Tage auch nochmal haben, wunderbar. Auch wenn die Kinder der beiden nicht begeistert sind, was soll's, die beiden sollen ihren Spaß haben und sie sind ja schließlich alt genug. Auf zur Morgenrunde – Wecken, Toilette, Waschen und Frühstück eingeben – mal sehen was heute alleine geht und wer heute etwas mehr Hilfe benötigt, das wechselt oft von Tag zu Tag. Zu Frau Lindner gehe ich ganz zum Schluss, die war auch früher immer eine Nachteule und schläft gerne länger. Am Gang wie immer Herr Ludwig, ein ehemaliger Landwirt, der immer wieder in den Garten zu kommen versucht „Herr Ludwig, wie ist es heuer um die Ernte bestellt, bei dem trockenen Wetter? Wollen Sie heute draußen frühstücken – da können Sie gleich die Tomaten aus dem Hochbeet ernten, die Sie gepflanzt haben“. Ach, aber alleine sollte er nicht hinausgehen, ich werde Herrn Ullrich bitten Herrn Ludwig zu begleiten. Herr Ullrich ist unser Neuzugang, wohnt am Ende des Gangs und ist noch recht klar im Kopf. Er scheint sehr einsam zu sein und ich habe einfach keine Zeit, um mit ihm ständig zu plaudern. Dann hat er zumindest eine Aufgabe. „Herr Ullrich, würden Sie mir einen Gefallen tun? Herr Ludwig, unser ehemaliger Landwirt, würde gerne nach draußen gehen, würden Sie ihn bitte begleiten? Dann hätte ich ein besseres Gefühl. Ich habe in Ihrer Pflegeanamnese gelesen, dass Sie auch lange Zeit in der Landwirtschaft tätig waren, vielleicht möchten Sie beide

sich dazu austauschen?“ Wenn unsere beiden Herren bereits draußen sind, werde ich gleich mal die Kollegen zusammentrommeln und fragen, ob wir heute wieder mit allen Bewohnern draußen frühstücken können. Heute ist doch so ein schöner Tag und ehrlich gesagt hätte ich da auch mehr Lust dazu, als oben im muffigen Frühstücksraum zu sitzen. Weiter zum nächsten, Zeitdruck. „Frau Zirk, wollen Sie auch draußen mit den anderen essen?“ Sie nickt. „Ja fein, wollen Sie heute wieder versuchen selbst zu gehen, ich fahre mit dem Rollstuhl neben Ihnen her, dann kann nichts passieren.“ Ach herrje und Blähungen hat sie auch schon wieder. „Frau Zirk, ausgezeichnet, der Heckantrieb ist gezündet und jetzt geht's volle Kraft voraus zum Frühstück.“ Wir beide lachen laut. Schön, wenn die Menschen mit Demenz ihren Humor nicht verlieren. So, jetzt noch unsere Nachteule Fr. Lindner wecken. „Morgen, aufstehen!“ Keine Reaktion. „Frau Lindner, kommen Sie, wir wollen alle draußen frühstücken, die Sonne scheint.“ Keine Reaktion und ich bin im Zeitstress. Vielleicht versuche ich es mal mit ihrer Lieblingsmusik „Frau Lindner ich lege Ihnen mal Ihren Peter Alexander auf, vielleicht bekommt er Sie ja aus dem Bett. Na sehen Sie, geht ja doch. Wollen Sie sich heute wieder selbst waschen? Das ging doch gestern ganz gut und bei den schwierigen Stellen helfe ich Ihnen dann. Dann sind Sie ja sicherlich hungrig nach der ganzen Wascherei.“ Keine Reaktion. „Kommen Sie einfach Mal mit raus, vielleicht kommt der Hunger ja noch und falls nicht, genießen Sie einfach die Sonne.“ Am Frühstückstisch im Garten angekommen. Die Sonne scheint mir ins Gesicht und die Bewohner genießen sichtlich auch die Sonnenstrahlen auf der Haut und das Zwitschern der Vögel. Frau Lindner verlangt nach einem Eis, das gehört zu einem Sommertag dazu, erzählt sie. Auch gut, Hauptsache sie isst irgendetwas. Morgen nehme ich meine Gitarre mit und spiele Frau Lindner ihren Peter Alexander beim gemeinsamen

Frühstück vor, dann haben die anderen auch etwas davon und ich kann auch wieder mal Gitarre spielen.

10:00 Uhr, Dienstschluss. Schade, dass ich heute nicht im Dienst bin, wenn die Geri-Clowns kommen. Das wird bestimmt lustig. Vielleicht komme ich ja mit meinen Kindern vorbei, denen würde das sicherlich gefallen. Hinter mir höre ich noch die lautstarke Diskussion von Herrn Ullrich und Herrn Ludwig, die über die Jahrhunderternte im Jahr 1986 sprechen. Da haben sich zwei gefunden. Schön zu sehen, dass trotz der Demenzerkrankung noch Freude, Spaß und Sonnenschein im Leben der Bewohner Platz hat, das gibt Hoffnung.

Mithilfe der Fallvignette wurde der Perspektivenwechsel, den es in der Betrachtung von Menschen mit Demenz, ihren Bedürfnissen und ihren (Gesundheits-) Potenzialen benötigt, bewusst sehr plakativ veranschaulicht. Die Bilder und Gefühle, die beim Lesen der beiden Szenarien entstehen, machen das dahinterstehende Grundprinzip sehr rasch greif- und nachvollziehbar, unabhängig davon, welches Vorwissen und Vorerfahrungen man mitbringt oder welcher Profession man angehört. Dies soll nun als Ausgangspunkt für die inhaltliche Auseinandersetzung mit dem Thema Gesundheitsförderung und Prävention für Menschen mit Demenz genutzt werden.

Sich auf Basis aktueller Erkenntnisse aus Forschung und Praxis mit der Frage auseinanderzusetzen, wie Prävention und Gesundheitsförderung dazu beitragen können diesen eben skizzierten Perspektivenwechsel auf Menschen mit Demenz vorzunehmen, ist Gegenstand des vorliegenden Herausgeberwerkes. Um sich diesem Thema anzunähern, bedarf es zunächst jedoch einer kurzen Einführung in die Begrifflichkeiten der Gesundheitsförderung und Prävention und einer Auseinandersetzung mit der Verknüpfung zur Zielgruppe der Menschen mit Demenz.

1.2 Gesundheitsförderung und Prävention – die Basis

Gesundheitsförderung und Prävention können als zwei komplementäre Strategien zur Erreichung eines gemeinsamen Zieles betrachtet werden, nämlich der Steigerung der gesundheitlichen Lebensqualität von Gesunden und Kranken (Hurrelmann und Richter 2013). Aus der Perspektive der Salutogenese fokussiert Gesundheitsförderung die Stärkung von Schutzfaktoren und Ressourcen, die als Einflussfaktoren für die Aufrechterhaltung und die Entstehung von Gesundheit gelten (Antonovsky 1987/1997). Die Prävention hingegen, geprägt durch die Pathogenese, zielt auf die Hemmung von Risikofaktoren ab, die mit der Entstehung und dem negativen Verlauf von Krankheiten assoziiert sind. Beiden Wirkungsprinzipien liegt die gemeinsame Annahme zugrunde, dass die zukünftige Entwicklung der Gesundheitssituation eines Individuums und Kollektivs auf einer Wahrscheinlichkeitsbasis vorhergesagt werden kann (Hurrelmann et al. 2014). Je nach Interventionszeitpunkt und -art lassen sich präventive Maßnahmen in primäre, sekundäre und tertiäre Präventionsstrategien kategorisieren (Leppin 2014):

- Primärprävention setzt vor dem Eintreten einer Erkrankung an, richtet sich vorwiegend an Gesunde/Personen ohne Symptomatik und verfolgt das vorrangige Ziel, Neuerkrankungen zu verhindern.
- Sekundärprävention setzt im Frühstadium einer Erkrankung an und zielt darauf ab, das Fortschreiten bzw. die Chronifizierung einer Erkrankung zu verhindern.
- Tertiärprävention kommt bei bereits manifestierten Erkrankungen, bei Menschen mit chronischen Beeinträchtigungen oder Rehabilitanden, zum Einsatz mit dem Ziel, Folgeschäden und Rückfälle zu verhindern.

Legt man diese Schablone auf die Kapitel des vorliegenden Buches so wird rasch deutlich, dass Maßnahmen der Gesundheitsförderung

und Prävention bei Menschen mit Demenz das gesamte Kategorienspektrum beinhalten können: Ansätze, welche die Natur oder auch das bewusste Entstehenlassen von lustigen Situationen nutzen, um positiv auf die Gesundheit von Menschen mit Demenz einzuwirken, können durch ihren stark ressourcenorientierten Charakter der Gesundheitsförderung zugeschrieben werden (► Kap. 13, 18). Maßnahmen der Gewaltprävention, zur Vermeidung des Erlebens von Gewalthandlungen in Betreuungsbeziehungen mit Menschen mit Demenz, können beispielsweise dem Segment der Primärprävention zugeordnet werden (► Kap. 17). Schmerz bei Menschen mit Demenz richtig zu erkennen, um ehest möglich die nötigen Interventionen ableiten zu können ist ein klassisches Thema der Sekundärprävention (► Kap. 12). Menschen mit Demenz nach einem Sturzgeschehen durch gezielte Bewegungsinterventionen wieder dazu zu befähigen sich selbstständig und sicher im Alltag fortzubewegen, kann als Maßnahme der Tertiärprävention angesehen werden (► Kap. 11).

An dieser Stelle gilt es jedoch anzumerken, dass die strikte Zuordnung von Interventionsmaßnahmen zu den einzelnen Stufen der Prävention eher ein theoretischer Denkraum ist als eine praxistaugliche Herangehensweise. Eine trennscharfe Abgrenzung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention, und auch zwischen den einzelnen Stufen der Prävention, ist in der Praxis der Gesundheitsförderung und Prävention oftmals wenig sinnvoll und nur begrenzt möglich (Hurrelmann et al. 2014; Leppin 2014). Zudem kann gerade bei der Zielgruppe der Menschen mit Demenz eine Zuordnung nicht alleine durch den Typ der Intervention vorgenommen werden, sondern es muss eine nähere Betrachtung der Zielformulierungen erfolgen, die mit den Maßnahmen verbunden sind. So kann eine Bewegungsintervention für Menschen mit Demenz nicht bloß wie bereits angeführt im Sinne tertiärer Prävention durchgeführt werden. Steht etwa im Vordergrund, die Selbstwirksamkeitserwartung bei Menschen mit

Demenz zu fördern und das soziale Miteinander durch gemeinsame Bewegung zu stärken, ist die explizite Ausrichtung der Intervention an Gesundheitsförderung zu verorten. Ist allerdings die Vermeidung zukünftiger Stürze inhaltlich fokussiert und handlungsleitend, so ist die Ausrichtung klar primärpräventiver Natur.

Eine zumindest konzeptionelle Trennung von Gesundheitsförderung und Prävention ist bedeutsam, um den Perspektivenunterschied der beiden Denkweisen hervor zu streichen (Altgelt und Kolip 2014). Im vorliegenden Herausgeberwerk erfolgt die Betrachtung von Menschen mit Demenz bewusst aus der Perspektive der Salutogenese, auch wenn Menschen mit Demenz durch ihre vorliegende Grunderkrankung zumeist als Zielgruppe für sekundäre oder tertiäre Präventionsmaßnahmen angesehen werden. Die Buchbeiträge zeigen eindrucksvoll auf, dass Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention weit darüber hinausgehen können, lediglich Folgeschäden zu verhindern und die Progression der Demenzerkrankung zu verzögern. Sie haben das Potenzial Menschen mit Demenz dazu zu befähigen, über den gesamten Krankheitsverlauf hinweg ihre noch bis zuletzt vorhandenen Gesundheitsressourcen zu nutzen. In der Denklogik der Salutogenese soll es Menschen mit Demenz somit mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention ermöglicht werden am Gesundheits-Krankheits-Kontinuum so lange wie möglich so nah wie möglich am Gesundheitspol zu verweilen.

1.3 Der Stellenwert von Gesundheitsförderung und Prävention in der Versorgung von Menschen mit Demenz

Auch wenn sich die folgenden Buchbeiträge sehr spezifisch mit Theorien und Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung befassen, darf dieser Bereich nicht entkoppelt von anderen für die Zielgruppe relevanten Versorgungssegmenten wie Pflege, Therapie

und Rehabilitation betrachtet werden. Ein integriertes Versorgungskonzept für Menschen mit Demenz ist im Idealmodell der gesundheitlichen Versorgung von Hurrelmann et al. (2014) abgebildet. Dabei wird das traditionell sequenzielle Gesundheitsversorgungsmodell, in dem Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration/Therapie, Rehabilitation und Pflege in dieser Reihenfolge nacheinander geschaltet dargestellt sind, überwunden. Kuration/Therapie werden im Idealmodell mit den Versorgungssegmenten Pflege und Rehabilitation eng verflochten und der Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention bildet eine konstitutive Komponente aller Segmente des Gesamtsystems (Hurrelmann et al. 2014). Mit anderen Worten: Die Versorgungssegmente werden nicht isoliert voneinander betrachtet, sondern es werden Schnittmengen und Überlappungen sichtbar. Gerade für Menschen mit Demenz, die oftmals mit dem gleichzeitigen Vorhandensein von unterschiedlichen Gesundheitsstörungen in unterschiedlichen Stadien konfrontiert sind (► Kap. 2), bedarf es einer gleichzeitigen und gleichberechtigten Anwendung und Verzahnung aller Versorgungssegmente (Fischer et al. 2001). Doch nicht umsonst trägt dieses Versorgungskonzept den Titel „Idealmodell“. Die Realität der Behandlung von Menschen mit Demenz und deren Schwerpunktsetzung sind nach wie vor stark auf die Segmente der (vor allem pharmakologischen) Therapie und Pflege ausgerichtet. Eine Umorientierung ist jedoch absehbar, wie auch der Aufruf für breit angelegte Forschung im Themenfeld Demenz vermuten lässt. Denn, vor dem Hintergrund der Abwesenheit eines pharmakologischen Heilmittels wird auf internationaler Ebene Forschung in allen Versorgungssegmenten gefordert. Konkret definiert die Weltgesundheitsorganisation (WHO 2017) das Ziel, die globale Forschungstätigkeit rund um das Thema Demenz im Zeitraum zwischen 2017 und 2025 zu verdoppeln. Die Forschungsfelder Prävention, Rehabilitation und krankheitsmodifizierende Interventionen nehmen

dabei gegenwärtig international einen hohen Stellenwert ein (G8 Health Ministers 2013; WHO 2012, 2017). Dies impliziert nicht ausschließlich die Generierung neuer Forschungserkenntnisse, sondern fokussiert auch das Nutzbarmachen der Erkenntnisse aus anderen Forschungsfeldern für Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation (G8 Health Ministers 2013) sowie die Übertragung der bestehenden wissenschaftlichen Erkenntnisse in die Alltagswelt von Menschen mit Demenz (WHO 2012). Nicht nur das Thema der Prävention, auch Gesundheitsförderung für Menschen mit Demenz ist mittlerweile in internationalen Demenz-Strategien verankert: Die WHO ruft in ihrem Papier „Dementia: a public health priority“ zur Entwicklung von zielgruppenspezifischen Gesundheitsförderungsstrategien auf, um die Lebensqualität von Menschen mit Demenz zu fördern.

Auch wenn das Thema der Prävention und Gesundheitsförderung bereits Einzug in international relevante Demenz-Strategie-papiere gehalten hat, so sucht man in Handlungsplänen und Demenzstrategien auf nationaler Ebene im deutschsprachigen Raum noch vergebens nach einem dezidierten Aufruf und konkreten Handlungsstrategien (Bundesamt für Gesundheit und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren 2016; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2014; Juraszovich et al. 2015). Hier stellt sich natürlich die Frage, warum das Thema der Prävention und Gesundheitsförderung für die Zielgruppe der Menschen mit Demenz bislang so stark vernachlässigt wurde. Erklärungen dafür können im Zusammentreffen mehrere Aspekte gefunden werden: 1) Die aktuell noch etwas lückenhafte Evidenzlage hinsichtlich der Wirksamkeit von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung bei Menschen mit Demenz sowie weitestgehend fehlende Konzepte zur zielgruppen- und settingspezifischen Adaption von bereits bei kognitiv gesunden alten Menschen als wirksam identifizierten Interventionen, 2) das langjährige

Schattendasein von Pflegeeinrichtungen als Gesundheitsförderungs-Setting, dem bis vor Kurzem praktisch wie auch wissenschaftlich, nur wenig Aufmerksamkeit zuteilwurde (Krajic et al. 2014; Schaeffer und Büscher 2009) und das offiziell erst seit 2005 (Österreich) bzw. 2011 (Deutschland) dem Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen zugeschrieben wird (Deutsches Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen 2017; Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen 2017), 3) die allgemeine Vernachlässigung von Gesundheitsförderung für die Zielgruppe der chronisch kranken und hochaltrigen Menschen (Schaeffer und Büscher 2009) sowie 4) die spezifische Infragestellung der Sinnhaftigkeit von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention für Menschen mit Demenz von Entscheidungsträgern in relevanten Versorgungssettings (Blättner et al. 2018), können hier als einige mögliche Gründe angeführt werden.

Weiter lassen sich auf Ebene von Modellen und Theorien, die mit Gesundheitsförderung und Prävention in Verbindung stehen, „blinde Flecken“ identifiziert, die dazu geführt haben können, dass Menschen mit Demenz bislang nicht als relevante Zielgruppe wahrgenommen wurden. Betrachtet man beispielsweise die Mehrzahl der Modelle des erfolgreichen Alterns, so exkludieren diese Menschen mit Demenz bereits per Definition (Cosco et al. 2014). Die meisten Modelle orientieren sich nach wie vor am prominenten MacArthur Modell des erfolgreichen Alterns (Rowe und Kahn 1997), das als Kriterien für erfolgreiches Altern die niedrige Wahrscheinlichkeit für Erkrankungen und erkrankungsassoziierte Beeinträchtigungen, eine hohe kognitive und physische Leistungsfähigkeit und die aktive und engagierte Teilhabe am Leben definiert. Angesichts dessen, dass aktuell 50 Mio. Menschen an Demenz erkrankt sind und sich diese Zahl bis zum Jahr 2050 mehr als verdreifachen wird (Alzheimer's

Disease International 2018), erscheint ein a priori Labeling einer so großen Gruppe als „erfolglos Alternde“ nicht nur aus ethischer Perspektive höchst problematisch. Das MacArthur Modell wurde in den letzten drei Jahrzehnten in über 100 unterschiedlichen Versionen von Altersforschern adaptiert und erweitert, kürzlich sogar von Rowe und Kahn selbst mit dem Modell „Successful aging 2.0“ (Rowe und Kahn 2015). Parallel dazu wurden in den letzten 30 Jahren auch unzählige kritische Artikel zum Modell veröffentlicht (Martinson und Berridge 2015): Diese rufen auf zu einer multidimensionalen Expansion des Modelles, einer Inklusion der subjektiven Bedeutung von erfolgreichem Altern und zu inklusiveren Kriterien, um die Diversität der Gruppe der alten Menschen real abzubilden und Diskriminierung zu vermeiden. In diesem Zusammenhang scheint der erst kürzlich publizierte Artikel von Tesch-Römer und Wahl (2017) ein Wegbereiter für die Inklusion von Menschen mit Demenz in Konzepte des erfolgreichen Alterns zu sein. Die Autoren argumentieren, dass die Prävalenz von alten Menschen mit Beeinträchtigungen und Pflegebedarfen auch zukünftig in modernen Gesellschaften sehr hoch sein wird und deshalb die dichotome Einteilung von alten Menschen in die beiden Kategorien „gesundes Altern“ oder „Altern mit Pflegebedarfen“ dadurch ersetzt werden sollte, diese beiden Kategorien als konsekutive Phasen innerhalb der Lebensspanne anzusehen. Daher sollte erfolgreiches Altern mit Pflegebedarfen in traditionelle Konzepte des erfolgreichen Alterns aufgenommen werden. Für die zukünftige Konzeption von Modellen des erfolgreichen Alterns sollten individuelle, umgebungsbezogene und pflegebezogene Strategien und Ressourcen für erfolgreiches Altern herangezogen werden, was zudem eine Lebensspannenperspektive miteinbeziehen muss (Tesch-Römer und Wahl 2017). Dies wiederum würde auch hier einen Perspektivenwechsel bedingen, sich nicht das „was“ anzusehen, also den Blick nicht ausschließlich auf den Gesundheitsstatus eines alten

Menschen zu richten, sondern den Fokus auf das „wie“ zu legen, also darauf, inwiefern es einem Menschen gelingt seine vorhandenen Gesundheitspotenziale auch trotz etwaiger Beeinträchtigungen erfolgreich zu nutzen. Die Einnahme dieser Perspektive hat beispielsweise bereits im Modell der selektiven Optimierung und Kompensation von Baltes (1997) lange Tradition und sollte vor allem in Hinblick auf die Förderung der Gesundheitspotenziale von Menschen mit Demenz stärker als theoretische Grundlage für die Versorgungspraxis der Zielgruppe herangezogen werden.

Wie die kurze Einführung in die Thematik Gesundheitsförderung und Prävention für Menschen mit Demenz bereits deutlich vor Augen geführt hat, handelt es sich um ein höchst spannendes, relevantes und zugleich noch wenig erforschtes und im Versorgungssystem noch kaum verankertes Thema. Es gibt demnach in Praxis und Wissenschaft noch viel zu tun, um Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in den Alltag von Menschen mit Demenz zu bringen.

1.4 Aufbau und Inhalte des Buches

Das vorliegende Herausgeberwerk ist in vier Teilabschnitte untergliedert. Im Abschnitt der Einführung werden neben dem vorliegenden Kapitel, das eine grundsätzliche Verortung des Themas der Gesundheitsförderung und Prävention für Menschen mit Demenz vornimmt, das Demenzsyndrom an sich und die damit oftmals einhergehenden Komorbiditäten behandelt, um so die Basis für die weitere Auseinandersetzung mit der Zielgruppe und ihren besonderen Bedürfnissen zu schaffen. Im Hauptteil des Buches erfolgt, gegliedert in zwei Abschnitte, eine thematische Trennung von Beiträgen, die sich primär mit theoretischen Grundlagen der Gesundheitsförderung und Prävention auseinandersetzen und Beiträgen, die sich unterschiedlichen praktischen Handlungsfeldern der Gesundheitsförderung

und Prävention für Menschen mit Demenz widmen.

Im Theorieteil werden zentrale Konzepte und Modelle der Gesundheitsförderung, teilweise international erstmalig, in Bezug auf Menschen mit Demenz diskutiert und beleuchtet: Große Lücken hinsichtlich deren Anwendung, Ergänzung und Erweiterung für bzw. bei Menschen mit Demenz werden aufgezeigt, aber auch Ansätze, wie zukünftig zu deren Schließung beigetragen werden könnte. Der Auseinandersetzung mit dem Thema der Evaluation kommt im Theorieteil ebenso wie in den einzelnen Kapiteln des Interventions- teils eine zentrale Rolle zu. Um Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention für Menschen mit Demenz gleichwertig und komplementär neben pharmakologischen Therapieansätzen fest in der Versorgungs- struktur für diese Zielgruppe zu verankern, bedarf es der Darlegung von Evidenznach- weisen, die das Potenzial für die Zielgruppe „schwarz auf weiß“ belegen, um damit nicht zuletzt auch den Einsatz von Finanzmitteln in diesem Bereich zu legitimieren.

Die Buchkapitel im Interventionsabschnitt des Buches befassen sich zum einen mit The- men, die bereits eine lange Tradition haben, wie z. B. Ernährung, Bewegung oder Krank- heitsbewältigung, und diskutieren diese in Hinblick auf die speziellen Bedürfnisse und Bedarfe von Menschen mit Demenz. Zum anderen werden Themenbereiche, die stärker im Bereich der Prävention verankert sind, wie z. B. Gewalt, Suizid oder Schmerz, in Hinblick auf die Zielgruppe beleuchtet. Als dritte Kom- ponente werden darüber hinaus auch noch bisweilen für diese Zielgruppe etwas exotisch anmutende Maßnahmenbereiche mit stark ressourcenorientiertem Charakter wie Inter- ventionen aus dem Bereich Humor, Natur oder Sexualität oder auch Themen, die nicht auf den ersten Blick mit Gesundheitsförderung assoziiert werden, wie der Bereich der Technik (Stichwort Gesundheit 4.0), präsentiert.

Der vierte und letzte Abschnitt des Buches ist einem Ausblick mit Weitblick gewidmet. Neben einem Fazit und der

zusammenfassenden Aufstellung von weiteren Forschungsdesideraten schließt das Buch mit einem Aufruf zum Paradigmenwechsel in der Demenzforschung.

Das Herausgeberwerk bietet somit einen interdisziplinären und multiperspektivischen Spaziergang durch die aktuelle Studienland- schaft, zeigt Entwicklungspotenziale und drin- gend zu schließende Wissenslücken auf und diskutiert mögliche Ausrichtungen für die Zukunft – dies alles mit dem Ziel Forschende und Praktiker zu ermutigen, Menschen mit Demenz zu befähigen ihre Gesundheits- potenziale bestmöglich zu entfalten.

Literatur

- Altgelt T, Kolip P (2014) Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J (Hrsg) Lehrbuch Prävention und Gesund- heitsförderung. Huber, Bern, S 45–56
- Alzheimer's Disease International (2018) World Alzhei- mer Report 2018. The state of the art of demen- tia research: New frontiers. ► <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2018.pdf>. Zugriffen: 30. Jan. 2019
- Antonovsky A (1997) Salutogenese: Zur Entmysti- fizierung der Gesundheit (A. Franke, Übers.). dgvt-Verlag, Tübingen. (Original erschienen 1987: Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well)
- Baltes PB (1997) Die unvollendete Architektur der menschlichen Ontogenese: Implikationen für die Zukunft des vierten Lebensalters. Psychol Rundsch 48:191–210
- Blättner B, Ponomarew K, Kraemer K, Griesel S, Roß-Stabernack S, Krüger K (2018) Gesundheits- förderung in Pflegeheimen: Sichtweisen von Ent- scheidern. Präy Gesundheitsfförd 13(2):146–150. ► <https://doi.org/10.1007/s11553-017-0623-0>
- Bundesamt für Gesundheit und Schweizerische Kon- ferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und – direktoren (2016) Nationale Demenzstrategie Schweiz. ► <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/nationale-demenzstrategie.html>. Zugriffen: 30. Jan. 2019
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2014) Gemeinsam für Menschen mit Demenz: Die Handlungsfelder. ► https://www.allianz-fuer-demenz.de/fileadmin/de.allianz-fuer-de- menz/content/de/downloads/Gemeinsam_fuer_Men- schen_mit_Demenz.pdf. Zugriffen: 30. Jan. 2019

- Cosco TD, Prina AM, Perales J, Stephan BC, Brayne C (2014) Operational definitions of successful aging: a systematic review. *Int Psychogeriatr* 26(3):373–381. ► <https://doi.org/10.1017/s1041610213002287>
- Deutsches Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (2017) Über uns. ► <http://dngfk.de/geschichte>. Zugriffen: 30. Jan. 2019
- Fischer GC, Kuhlmei A, Lauterbach KW, Rosenbrock R, Schwartz FW, Scriba PC, Wille E (2001) Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III, Über-, Unter- und Fehlversorgung. Gutachten 2000/2001. ► <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=18>. Zugriffen: 30. Jan. 2019
- G8 Health Ministers (2013) G8 Dementia Summit Declaration. ► https://www.allianz-fuer-demenz.de/fileadmin/de.allianz-fuer-demenz/content.de/downloads/G8_DEMENTIA_SUMMIT_DECLARATION.pdf. Zugriffen: 30. Jan. 2019
- Hurrelmann K, Richter M (2013) Gesundheits- und Medizinsoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung, 8., überarb Aufl. Juventa, Weinheim
- Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J (2014) Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J (Hrsg) Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, 4., vollständig überarb Aufl. Huber, Bern, S 13–24
- Juraszovich B, Sax G, Rappold E, Pfabigan D, Stewig F (Hrsg) (2015) Demenzstrategie: Gut Leben mit Demenz. ► http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/5/7/0/CH1513/CMS1450082944440/demenz-strategie_abschlussbericht.pdf. Zugriffen: 30. Jan. 2019
- Krajic K, Cichocki M, Quehenberger V (2014) Health-promoting residential aged care: a pilot project in Austria. *Health Promot Int* 30(3):769–781. ► <https://doi.org/10.1093/heapro/dau012>
- Leppin A (2014) Konzepte und Strategien der Prävention. In: Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J (Hrsg) Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, 4., vollständig überarbeitete Aufl. Huber, Bern, S 36–44
- Martinson M, Berridge C (2015) Successful aging and its discontents: a systematic review of the social gerontology literature. *The Gerontologist* 55(1):58–69. ► <https://doi.org/10.1093/geront/gnu037>
- Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (2017) Mitglieder und Partner. ► <http://www.ongkg.at/mitglieder-und-partner.html>. Zugriffen: 30. Jan. 2019
- Rowe JW, Kahn RL (1997) Successful aging. *The Gerontologist* 37(4):433–440. ► <https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>
- Rowe JW, Kahn RL (2015) Successful aging 2.0: conceptual expansions for the 21st century. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 70(4):593–596. ► <https://doi.org/10.1093/geronb/gbv025>
- Schaeffer D, Büscher A (2009) Möglichkeiten in der Gesundheitsförderung in der Langzeitversorgung. Empirische Befunde und konzeptionelle Überlegungen. *Z Gerontol Geriatr* 6:441–451. ► <http://dx.doi.org/10.1007/s00391-009-0071-3>
- Tesch-Römer C, Wahl H-W (2017) Toward a more comprehensive concept of successful aging: disability and care needs. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 72(2):310–318. ► <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw162>
- WHO (2012) Dementia: a public health priority. ► http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/1/9789241564458_eng.pdf?ua=1. Zugriffen: 30. Jan. 2019
- WHO (2017) Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025. ► <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259615/1/9789241513487-eng.pdf?ua=1>. Zugriffen: 30. Jan. 2019

Gesundheitsförderung und Prävention für Menschen
mit Demenz

Grundlagen und Interventionen

Gebhard, D.; Mir, E. (Hrsg.)

2019, X, 320 S. 6 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-662-58129-2