

Reinhard März und Jürgen Straußberger

Demenz und Soziale Arbeit

Die Bedeutung der Sozialen Arbeit bei der Prävention von Altersdemenz

Die Zahl an demenziell erkrankten Menschen steigt in Deutschland, doch noch ist keine durchschlagende Therapie in Sicht.

Präventive Ansätze werden deswegen immer bedeutender. Wirksam sind hierbei motorische, kognitive und soziale Aktivierungsprogramme. In der Sozialen Arbeit mit ihrem breiten Spektrum von Spezialisierungen, Organisations- und Handlungsmöglichkeiten haben diese Präventivstrategien einen idealen Ort.

1. Demenz, MCI und Soziale Arbeit

Die Erkrankungen, die zu kognitivem Leistungsabbau führen, sind maßgeblich für Hilfsbedürftigkeit, Abhängigkeit und Autonomieverlust im Alter verantwortlich, denn

- zwischen fünfzig und neunzig Prozent aller Menschen werden am Lebensende pflegebedürftig
- in der Hälfte der Fälle sind Demenzen der Grund für Pflegebedürftigkeit
- zwei Drittel der Heimbewohner leiden an Demenz
- 65 bis 85 Prozent der Kranken mit fortgeschrittener Demenz werden in Heimen untergebracht. Nur ein Viertel wird im Privathaushalt versorgt
- neunzig Prozent der häuslich Pflegenden sind Kinder oder Ehepartner

- die Kosten für die Behandlung und Betreuung dementer Menschen in Heimen belaufen sich auf über sieben Milliarden Euro pro Jahr (alle Angaben nach Bickel, 2009).

Die absehbare demographische Entwicklung mit einer weiter zunehmenden Lebenserwartung sowie einer nachlassenden Geburtenrate wird die Problemlage in doppelter Hinsicht verschärfen:

- die Prävalenz dementer Menschen wird weiter zunehmen
- in den umlagefinanzierten Sozialversicherungen müssen immer weniger Beitragszahler immer mehr Leistungsbezieher unterhalten.

Mit der Erkenntnis über die Risikofaktoren für die Entwicklung einer Demenz liegt es nahe, diese im Sinne einer Primärprävention zu beeinflussen und so den sozioökonomischen Herausforderungen einer älter werdenden Gesellschaft zu begegnen.

Der Sozialen Arbeit kann hier eine deutlich weitergehende Rolle zufallen als bisher, da an die gesamte Lebensführung oder, anders gesagt, an das „Selbstmanagement“ des alten Menschen angeknüpft wird. Auf das Grundverständnis der Sozialen Arbeit als Hilfe, die den Menschen ganzheitlich, in seiner individuellen Eigenart und in seiner Lebenswelt wahrnimmt, aufbauend, kann ihr in einem ressourcenlimitierten Gesundheitswesen eine neue aktive Funktion zukommen.

Auch der Gesetzgeber weist der Sozialen Arbeit eine wesentlich aktivere Rolle zu: Laut Sozialgesetzbuch Paragraph 26 SGB IX soll Soziale Arbeit als



Foto: Wolfgang Schmidt

Beitrag zur Rehabilitation unter anderem Folgendes leisten:

- Aktivierung von Selbsthilfepotenzialen
- Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, unter anderem durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen.

Gerade der Typus des sozial integrierten alten Menschen, der seinen individuellen Lebensplan eigenverantwortlich bis ins hohe Alter verfolgen kann, weist auch die niedrigsten Prävalenzraten von MCI und Demenz auf. Somit kann die Soziale Arbeit durch ihre umfassende Unterstützungsarbeit einen wichtigen Beitrag zur Verhinderung von Demenzen im Alter leisten.

Die zunehmende Bedeutung der Sozialen Arbeit zeigt sich nun auch im DRG-System (Diagnose Related Groups: Diagnosebezogene Fallgruppen). Erstmals findet in diesem fallbezogenen Entgeltsystem unter der OPS-Ziffer 8-550 „Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung“ auch die

Soziale Arbeit ihren Platz. Im REHA-Team kooperieren verschiedene Berufsgruppen aus Medizin, Altenpflege, aktivierender Pflege, Physio-Ergotherapie, Logopädie, Psychologie und Sozialer Arbeit miteinander. Dabei soll gerade der Sozialen Arbeit und ihren psychosozialen Angeboten eine Schlüsselfunktion zukommen.

2. Was kann die Soziale Arbeit tun?

Häufig ist die klinische wie auch die ambulante Soziale Arbeit in unterschiedlichen Versorgungsbereichen die erste Kontaktstelle bei Problemlagen älterer und hochbetagter Menschen. Das möglichst frühe Erkennen und Zuordnen von Risikofaktoren für psychische Erkrankungen, wie zum Beispiel MCI, erfordert ein hohes Maß an spezifischen Qualifikationen, die in der Ausbildung vermittelt werden müssen.

Mit dem in Deutschland eingeführten Geriatrischen Assessment nach Agast, einer multidisziplinären Testbatterie, existiert bereits ein geeignetes Werkzeug, um mit relativ wenig Aufwand ein valides und reliables Screening auf psycho-soziale und

Tabelle 1: Geriatrisches Screening nach Agast

→ Geriatrisches Screening (SCR) - Quelle: Lachs et al., Ann Intern Med, 112, 699-706, 1990
→ Barthel-Index (BI) - Quelle: Mahoney & Barthel, MD State Med J, 14, 61-65, 1965
→ Mini-Mental State Examination (MMSE) - Quelle: Folstein, Folstein & McHugh, J Psychiatr Res, 12, 189-198, 1975
→ Geriatrische Depressionsskala (GDS) - Quelle: Yesavage et al., J Psychiatr Res, 17, 37-49, 1983
→ Soziale Situation (SoS) - Quelle: Nikolaus et al., Z Gerontol, 27, 240-245, 1994
→ Timed "Up & Go" (TUG) - Quelle: Podsiadlo & Richardson, J Am Geriatr Soc, 39, 142-148, 1991
→ Motilitätstest "Balance & Gait" (TIN) - Quelle: Tinetti, J Am Geriatr Soc, 34, 119-126, 1986
→ Clock Completion Test (CC) - Quelle: Watson, Arfken & Birge, J Am Geriatr Soc, 41, 1235-1240, 1986
→ Handkraft (HK) - Quelle: Philipps, Age Ageing, 15, 53-56, 1986

medizinische Risikofaktoren und Erkrankungen durchzuführen.

Bereits mit diesen wenigen Subtests lassen sich die Stockholmer Kriterien zur Diagnose einer MCI ausreichend sicher und in Abgrenzung zu einer Depression beziehungsweise zu einer Demenz, auch ausreichend spezifisch messen. Aber auch auf einem anderen Feld kann die Soziale Arbeit einen wichtigen Beitrag zur Demenzprävention leisten.

Davon ausgehend, dass fast alle Demenzkranken eine Phase der leichten kognitiven Beeinträchtigung erleben, liegt es nahe, nach der Erkennung dieses wichtigsten Risikofaktors eine aktiv-intervenierende Strategie zu verfolgen, um die Progression zur Demenz möglichst zu verlangsamen und eventuell sogar aufzuhalten. Wie die Ergebnisse zeigen, können auch bereits verlorene psychische und soziale Kompetenzen wiedergewonnen werden und damit auch eine erheblich bessere Lebensqualität – beim Betroffenen wie auch in seinem sozialen Umfeld.

Eine Möglichkeit, die Soziale Arbeit als Präventions- und Therapieinstrument in der Altenarbeit zu implementieren, bieten so genannte Case Management-Modelle. In diesem strikt klientenorien-

tierten fallbezogenen Rahmenkonzept sollen verschiedene Bereiche des Gesundheitsbeziehungs- weise Sozialwesens in kooperativer Weise in die Lösung komplexer Problemlagen einbezogen werden. Dabei „verfolgt Case Management als soziale Unterstützungsarbeit für Menschen mit Mehrfachproblemlagen das Ziel, die Ressourcen der alten Menschen selbst und die ihrer Umgebung beziehungsweise ihres Sozialraumes zu aktivieren und zur Problembewältigung nutzbar zu machen“ (vgl. Remmel-Faßbender 153).

Im Rahmen dieses vernetzten Hilfsangebotes lassen sich auch kognitive, motorische und soziale Aktivierungsangebote bei gefährdeten Personen durchführen, da unter dem OPS-Schlüssel 9-401.5 („Integrierte psychosoziale Komplexbehandlung“) auch „präventive Maßnahmen“ vorgesehen sind.

Erfolgversprechende Konzepte dieser Art werden bereits als kognitive und psychomotorische Trainingsprogramme, beispielsweise in Altenheimen, durchgeführt (zum Beispiel SimA®, Selbständig im Alter, vgl. Oswald 1996). Dabei konnte sogar eine deutliche Besserung der demenziellen Symptomatik erreicht werden, die sich auch in einer Verbesserung der Selbständigkeit und einer Verringerung der Sturzzahlen und des Hilfebedarfs darstellte.

Als Resultat des einjährigen Modellprojekts, bei dem es zu einer signifikanten Verringerung der demenziellen Symptomatik bei Bewohnern eines Altenheims kam, die an dem Trainingsprogramm teilnahmen, fordert Studienleiter Oswald, emeritierter Professor des Institutes für Psychogerontologie der Universität Erlangen, eine Abkehr von einem rein „medizinischen Modell“ und einen Ersatz durch ein „Kompetenzmodell“. Die Voraussetzungen dafür sind eine entsprechende Schulung der

Abbildung 1: Abnahme der demenziellen Symptomatik durch kombiniertes Gedächtnis- und Psychomotorik-Training im Vergleich zu einer Kontrollgruppe (die Werte für 1993, 1994 und 1995 wurden über eine lineare Regression geschätzt) ab Behandlungsbeginn. Die Kontrollgruppe weist eine kontinuierliche Verschlechterung auf, wogegen die Behandlungsgruppe vier Jahre nach Beendigung der Intervention immer noch gegenüber dem Beginn verbessert ist. (nach Daten von Oswald (Oswald et al. 89-101) und (Oswald 2009))

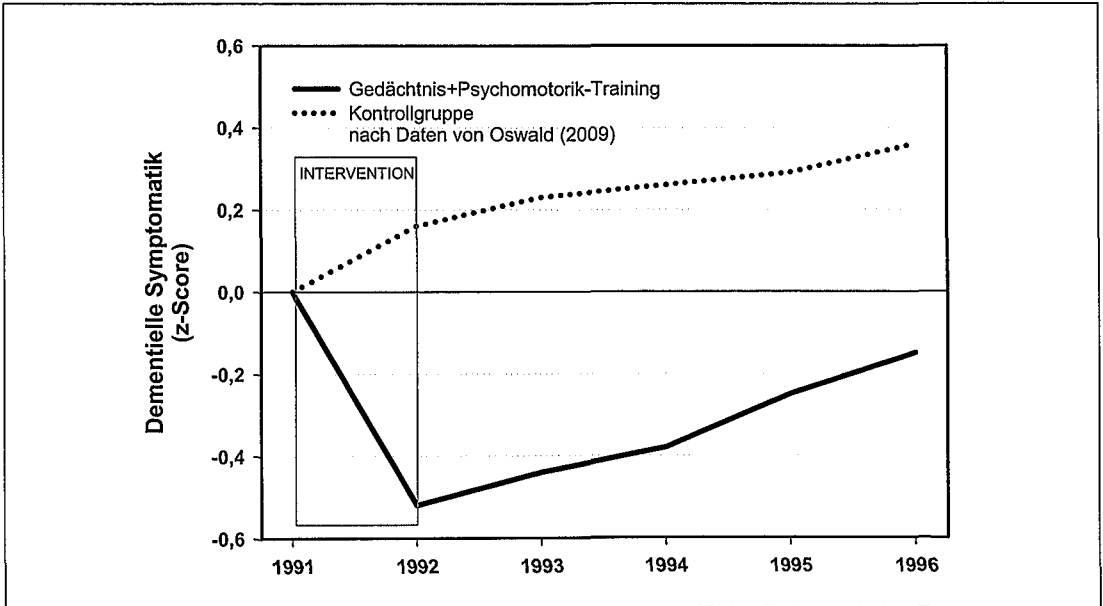


Abbildung 2: Erhalt der Selbständigkeit nach einem Jahr Training im Vergleich zu einer Kontrollgruppe (nach den Daten von Oswald et al. 89-101) und (Oswald 2009). Der Erfolg (die Aktivierung) setzt sich über den reinen Interventionszeitraum hinweg fort und ist vier Jahre nach der Intervention immer noch höher als zum Ausgangspunkt.

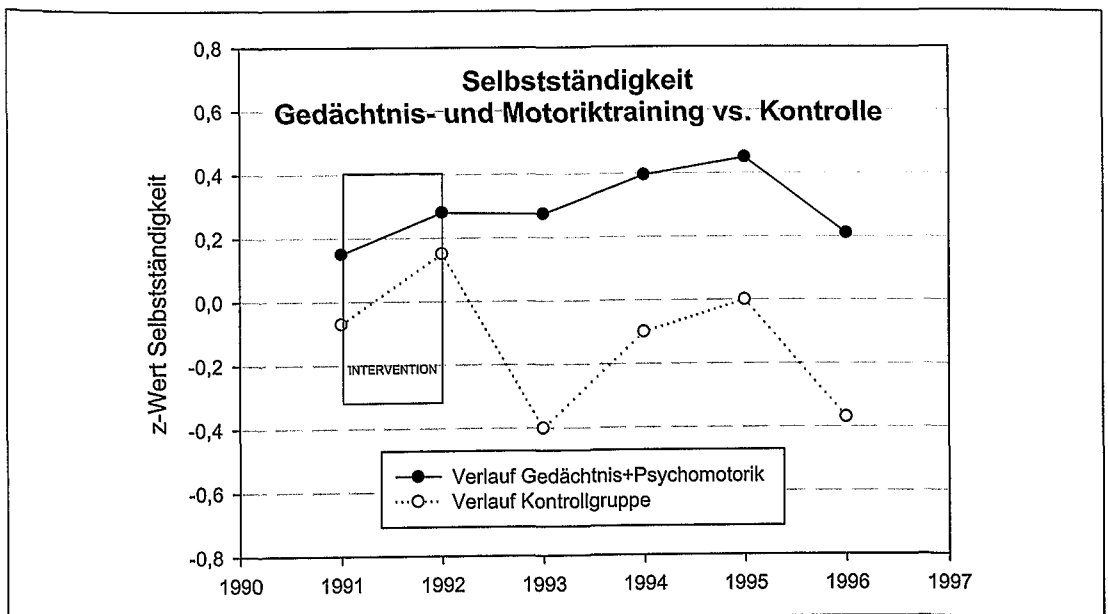


Foto: Wolfgang Schmidt



Angehörigen und des Personals und die Schaffung von Anreizen zum Erhalt der Selbständigkeit auch in der Pflegeversicherung.

Es existieren also empirische Nachweise, dass frühes Erkennen von milden Gedächtnisstörungen und eine möglichst frühzeitige Therapie, im Sinne einer Aktivierung der noch vorhandenen Ressourcen, das Fortschreiten zur Demenz verlangsamen kann und damit Alltagskompetenz und Selbständigkeit erhalten werden können.

3. Zusammenfassung

Die Behandlung und Betreuung von an Demenz erkrankten Patienten wird in den nächsten Jahrzehnten eine der größten und am schwierigsten zu bewältigenden gesellschaftlichen Herausforderungen darstellen. Aufgrund der zunehmenden Lebenserwartung, der fehlenden Optionen, was die Arzneytherapie betrifft, bei gleichzeitig bereits erbrachten Nachweisen der Wirksamkeit kognitiver, psychomotorischer und sozial aktivierender Methoden, ist es an der Zeit, das erarbeitete Wissen anzuwenden.

Präventives Handeln ist einfach zu implementieren, kostengünstig und effizient durchzuführen. Für

den Patienten ist es dabei die nützlichste Form der Intervention: er bleibt aktiver, kann in seinem häuslichen Rahmen leben und unterstützt von Angehörigen und Fachkräften in Würde alt werden. Die Soziale Arbeit als ganzheitliches Hilfsangebot zur Förderung von Selbsthilfepotenzialen kann hierbei in Form von kognitiven, motorischen und psychomotorischen Aktivierungsprogrammen einen wesentlichen Beitrag leisten.

Notiz zu den Autoren

Dr. med. Jürgen Straußberger ist Arzt, 40 Jahre alt und am Bildungszentrum für Blinde und Sehbehinderte in Nürnberg (bbs) tätig. Seine wissenschaftlichen Interessengebiete sind Altersmedizin und Medizindidaktik.

Dr. Dipl. Psych. (univ.) Reinhard März ist 58 Jahre alt und Lehrbeauftragter an der Georg-Simon-Ohm-Hochschule für angewandte Wissenschaften, Fakultät Sozialwissenschaften, Nürnberg. Seine Arbeits- und Interessengebiete sind Forschungsmethoden, Studiendesigns und Datenanalyse.

Literatur

Belleville, S. (2008): Cognitive training for persons with mild cognitive impairment. Int Psychogeriatr 20, S. 57-66

- Bickel, H. (2001): Demenzen im höheren Lebensalter: Schätzungen des Vorkommens und der Versorgungskosten. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 34, S. 108-115.
- Chen, J. H.; Lin, K. P.; Chen, Y. C. (2009): Risk factors for dementia. *J Formos Med Assoc* 108, S. 754-64
- Cobb, J. L., Wolf, P. A.; Au, R.; White, R.; D'Agostino, R. B. (1995): The effect of education on the incidence of dementia and Alzheimer's disease in the Framingham Study. *Neurology* 45, S. 1707-12
- Desai, A. K.; Grossberg, G. T. (2005): Diagnosis and treatment of Alzheimer's disease. *Neurology* 64, S. 34-9
- Golomb, J.; Kluger, A.; Ferris, S. (2004): State of the Art. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 6, S. 351-368
- Hermeneit, S. C. (2006): Krankheitsverlauf und Prädiktoren der Mild Cognitive Impairment (MCI). *Universitätsbibliothek Freiburg*
- Kim, T. I.; Lee, Y. K.; et al. (2009): L-Theanine, an amino acid in green tea, attenuates beta-amyloid-induced cognitive dysfunction and neurotoxicity: reduction in oxidative damage and inactivation of ERK/p38 kinase and NF-kappaB pathways. *Free Radic Biol Med* 47, S. 1601-10
- Kivipelto, M.; Ngandu, T.; Laatikainen, T.; Winblad, B.; Soininen, H.; Tuomilehto, J. (2006): Risk score for the prediction of dementia risk in 20 years among middle aged people: a longitudinal, population-based study. *The Lancet Neurology* 5, S. 735-741
- Kuriyama, S.; Hozawa, A.; Ohmori, K.; Shimazu, T.; Matsui, T.; Ebihara, S.; Awata, S.; Nagatomi, Arai, R. H.; Tsuji, I. (2006): Green tea consumption and cognitive function: a cross-sectional study from the Tsurgaya Project 1. *Am J Clin Nutr* 83, S. 355-61.
- Lee, A. S.; Jung, Y. J.; Kim, D. H.; Lee, T. H.; Kang, K. P.; Lee, S.; Lee, N. H.; Sung, M. J.; Kwon, D. Y.; Park, S. K.; Kim, W. (2009): Epigallocatechin-3-O-gallate decreases tumor necrosis factor-alpha-induced fractalkine expression in endothelial cells by suppressing NF-kappaB. *Cell Physiol Biochem* 24, S. 503-10
- Malouf, R.; Grimley Evans, J. (2008): Folic acid with or without vitamin B12 for the prevention and treatment of healthy elderly and demented people. *Cochrane Database Syst Rev*: CD004514
- Marra, C., Ferraccioli, M.; Vita, M. G., Quaranta, D.; Gainotti, G. (2010): Patterns of Cognitive Decline and Rates of Conversion to Dementia in Patients with Degenerative and Vascular Forms of MCI. *Curr Alzheimer Res*.
- Mitchell, A. J.; Shiri-Feshki, M. (2009): Rate of progression of mild cognitive impairment to dementia – meta-analysis of 41 robust inception cohort studies. *Acta Psychiatr Scand* 119, S. 252-65
- Neugroschl, J.; Sano, M. (2010): Current Treatment and Recent Clinical Research in Alzheimer's Disease. *Mount Sinai Journal of Medicine: A Journal of Translational and Personalized Medicine* 77, S. 3-16
- Oswald, W. D. (2009): Selbstständig im Alter. In: 9. Deutscher Seniorentag. Leipzig: Vortrag
- Oswald, W. D., Ackermann, A.; Gunzelmann, T. (2006): Effekte eines multimodalen Aktivierungsprogrammes (SimA-P) für Bewohner von Einrichtungen der stationären Altenhilfe. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 19, S. 89-101
- Oswald, W. D.; Fleischmann, U. M. (1999): Testmanual-Testband 3. Aufl., vol. 3. Aufl. Göttingen
- Petersen, R. C. 2007. „Mild cognitive Impairment.“ *Seminars Neurology* 27, S. 22-31.
- Raiha, I., Kaprio, J.; Koskenvuo, M.; Rajala, T.; Sourander, L. (1996): Dementia in twins. *Lancet* 347, S. 1706
- Van Duijn, C. M., Clayton, D. G.; Chandra, V.; Fratiglioni, L.; Graves, A. B.; Heyman, A.; Jorm, A. F.; Kokmen, E.; Kondo, K.; Mortimer, J. A.; et al. (1994): Interaction between genetic and environmental risk factors for Alzheimer's disease: a reanalysis of case-control studies. *EURODEM Risk Factors Research Group. Genet Epidemiol* 11, S. 539-51
- Vergheze, J., LeValley, A.; Derby, C.; Kuslansky, G.; Katz, M.; Hall, C.; Buschke, H.; Lipton, R. B. (2006): Leisure activities and the risk of amnesic mild cognitive impairment in the elderly. *Neurology* 66, S. 821-7
- Weinmann, S.; Roll, S.; Schwarzbach, C.; Vauth, C.; Willich, S. (2010): Effects of Ginkgo biloba in dementia: systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics* 10, S. 14
- Weyerer, S.; Bickel, H. (2004): *Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter*. Stuttgart
- Zekry, D., Herrmann, F. R.; Irminger-Finger, I.; Graf, C.; Genet, C.; Vitale, A. M.; Michel, J. P.; Gold, G.; Krause, K. H. (2010): Telomere length and ApoE polymorphism in mild cognitive impairment, degenerative and vascular dementia. *J Neurol Sci*.
- Zintl, M., Petkov, M.; Schmitz, G.; Hajak, G.; Klunemann, H. H. (2010): Frontotemporal dementia in association with a family history of dementia and ApoE polymorphism. *Nervenarzt* 81, S. 75-8