



Bertelsmann Stiftung (Hrsg.)

Initiieren – Planen – Umsetzen

Handbuch kommunale Seniorenpolitik

| **Verlag BertelsmannStiftung**

7.5 Was demenziell Erkrankte brauchen – Auf dem Weg zu einer demenzfreundlichen Kommune

Reimer Gronemeyer, Peter Wißmann

Die Daten und Zahlen zur Demenz sind bekannt und werden in einschlägigen Veröffentlichungen zum Thema aufgeführt. An dieser Stelle seien daher nur die unbedingt notwendigen Informationen kurz benannt.

Ausgangslage – Zahlen und Daten

Die aktuelle Zahl von 1 bis 1,2 Mio. Menschen mit Demenz in Deutschland (Weyerer 2005: 11) wird sich nach Modellrechnungen bis zum Jahr 2050 auf 2,8 Mio. Betroffene mehr als verdoppeln (Stechl, Steinhagen-Thiessen und Knüvener 2008: 22). Damit stellt diese Erkrankung eine große sozialpolitische, ökonomische, humanitäre, medizinische, pflegerische und – bisher kaum thematisierte – zivilgesellschaftliche Herausforderung dar.

Demenz wird im Allgemeinen entsprechend der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD 10) als ein Syndrom aufgefasst, das infolge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen entsteht (WHO 1994). Die bekannteste Form einer Demenz ist die vom Alzheimer-Typ. Ebenso wie eine Reihe anderer Formen zählt sie zu den sogenannten primären Demenzerkrankungen, die als irreversibel gelten, während Demenzen des sekundären Typs eine zumeist behandelbare organische Erkrankung zugrunde liegt.

Über die Ursachen demenzieller Erkrankungen weiß man bis heute nichts Genaues. Baer konstatiert in diesem Zusammenhang einen »Widerspruch zwischen dem Forschungsstand, der eine Vielzahl von Einzelergebnissen, aber wenige schlüssige Zusammenhänge ergibt, und den Eindeutigkeit suggerierenden definitorischen Behauptungen über die Ursachen der Demenz bzw. der Alzheimer-Erkrankung« (Baer 2007: 30).

Während sich die Möglichkeiten der Demenzdiagnostik in den letzten Jahren verbessert haben, ohne jedoch eindeutige Sicherheit geben zu können, sind die medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten bescheiden. Mit sogenannten Acetylcholinesterasehemmern und Memantinen können kognitive Abbauprozesse in begrenztem Umfang hinausgezögert werden. Ein Medikament, mit dem eine Demenz geheilt werden könnte, gibt es jedoch nicht (Weyerer 2005: 17 f.; Stechl, Steinhagen-Thiessen und Knüvener 2008: 31–34).

Auf den medizinischen Durchbruch in der Alzheimer- und Demenzforschung zu warten, verbietet sich daher. Erforderlich ist eine intensive Zuwen-

Zahl der Menschen
mit Demenz
verdoppelt sich

Intensive Zuwendung
erforderlich

derung zu den sozialen und gesellschaftlichen Herausforderungen der Erkrankung. Die Hauptlast der Betreuung von Menschen mit Demenz wird von Angehörigen und nahen Bezugspersonen getragen, denn die Mehrzahl demenziell veränderter Menschen lebt zu Hause (Gräsel 1998; Schacke und Zank 1998). Bei 70 Prozent aller Menschen mit Demenz handelt es sich dabei um ein Zusammenleben mit einem Angehörigen im gemeinsamen Haushalt (BMFSFJ 2002), und rund 80 Prozent aller Betroffenen werden von einem Familienmitglied versorgt und betreut (Wilz, Adler und Gunzelmann 2001).

Für Angehörige stellt die Pflege eines demenzkranken Familienmitglieds eine große Belastung dar, die ungleich höher ist, als dies bei der Pflege eines nicht demenziell veränderten Menschen der Fall wäre (Schneekloth und Leven 2003). Neben psychischen und körperlichen Belastungen, die oft zu einer Dekompensation des familiären Hilfesystems führen, müssen sowohl die Familien als auch die Sozialleistungssysteme die hohen Kosten der Demenz tragen. Von einem durchschnittlichen Betrag in Höhe von 43.767 Euro pro Jahr und Betroffenen entfallen dabei 67,9 Prozent auf die Familie, 29,6 Prozent auf die Pflegeversicherung und 2,5 Prozent auf die Krankenversicherung (Hallauer, Smala und Berger 2000).

Es wird deutlich, welche enormen finanziellen Kosten – neben den humanitären – noch auf die Gesellschaft zukommen werden, sollten die familiären Hilfesysteme zusammenbrechen und keine neuen, über die bisherigen Formen hinausgehenden Versorgungsarrangements geschaffen werden. Dies alles macht eine Neuorientierung und Thematisierung der Demenz unter sozialer und zivilgesellschaftlicher Perspektive, angesiedelt auf der Ebene des konkreten Nahraums, der Kommune, notwendig.

Bedeutung für die Kommunen

Die Herausforderung

Menschen – in diesem Fall Menschen mit Demenz und ihre Kümmerer (Angehörige, Freunde und andere soziale Bezugspersonen) – leben nicht in abstrakten Räumen oder gar Statistiken, sondern an einem konkreten Ort: in einer Gemeinde, in einem Dorf, einer Stadt oder gar in einem Kiez. Auch wenn in einer Netzwerkgesellschaft viele Lebensbereiche durch übergeordnete Strukturen und Interventionen, beispielsweise durch Bundesgesetze und Institutionen, geprägt werden, findet das konkrete Erleben von Alltag und von Lebensqualität auf der Mikroebene, in der Wohnung, im Pflegeheim oder in der Öffentlichkeit des Stadtteils statt. Ob Menschen in einem Umfeld leben und auf ein solches zurückgreifen können, das Lebensqualität und Teilhabe fördernd oder ver hindernd wirkt, entscheidet sich »vor Ort«. Und schließ-

lich schlagen sich auf übergeordneten Ebenen angesiedelte Strukturen und Interventionen auf lokaler Ebene sicht- und erfahrbar nieder.

Auch wenn ein Großteil dieser »Metafaktoren« – vom Problem der Arbeitslosigkeit bis hin zum sozialrechtlichen Setting der Pflegeversicherung – nicht auf kommunaler Ebene gelöst werden kann, bleibt stets die Herausforderung bestehen, die spezifischen Aufgaben der kommunalen Handlungsebene zu bestimmen und Spielräume für kommunales Agieren auszunutzen.

In diesem Kontext wird die Frage nach der Schaffung eines »demenzfreundlichen« Gemeinwesens zu einer besonderen Herausforderung für das kommunale Handeln.

Mittlerweile haben immer mehr Verantwortliche in Städten und Gemeinden die Brisanz der demographischen Entwicklung in Deutschland begriffen. Eines von vielen Beispielen hierfür ist die als Gemeinschaftsaktion durchgeführte Fachkonferenz des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, des Bundesministeriums für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung sowie des Deutschen Städte- und Gemeindebundes im Jahr 2007 mit dem Titel »Kommunen im Wandel – Engagement, Innovation und Vernetzung älterer Menschen« (BMFSFJ et al. 2007).

Sie zeigt auf, dass die Botschaft, die Potenziale des Alters für eine kommunale Entwicklung verstärkt fruchtbar zu machen, bei den Verantwortlichen angekommen ist. An ihr – hier als willkürliches Beispiel für allgemeine Tendenzen gewählt – wird jedoch gleichzeitig auch eine Gefahr deutlich: die Gefahr, dass diejenigen, die sich nicht unter das Leitbild des »aktiven Alters« subsumieren lassen, sondern im Fall von Menschen mit Demenz sogar ein radikales Gegenbild darstellen, aus dem Fokus der öffentlichen Wahrnehmung verschwinden oder gar nicht erst hineingeraten.

Wer auf einschlägigen Fachkongressen, insbesondere der Pflege, aufmerksam die Büchertische und Vortragsprogramme studiert, stellt fest, dass Demenz dort *das* Thema ist. Aber sie ist kein Thema für die Debatte um kommunale Entwicklungen und Neuorientierungen. Dies ist nicht nur bedauerlich – es ist vor allem auch gefährlich.

Mithilfe der bundesbezogenen Zahlen zur Prävalenz (Krankheitshäufigkeit) und zur Inzidenz (Zahl der Neuerkrankungen) der Demenz ist es möglich, zu Aussagen über die vermutliche Zahl von Menschen mit Demenz auf Ebene der spezifischen Kommune oder Region zu gelangen. Doch beschreibt die (geschätzte) Zahl der Erkrankten nicht das gesamte Ausmaß der Problematik. Demenz ist eine »Familienkrankheit«. Sie beeinflusst und verändert auch das Leben der Kümmerner. Geht man also beispielsweise von einer Zahl von rund 1.000 Menschen mit Demenz in einer Gemeinde aus, muss eine Gesamtzahl Betroffener von 2.000 bis 2.500 Personen angenommen werden.

Spielräume für
kommunales Agieren
ausnutzen

Herausforderung:
demenzfreundliches
Gemeinwesen

Radikales Gegenbild
zum »aktiven Altern«

Demenz als
»Familienkrankheit«

Familiäre und
nachbarschaftliche
Bezugssysteme
werden kleiner

Für das kommunale Handeln reicht es daher nicht aus, sich Gedanken über die Versorgung von 1.000 Demenzerkrankten zu machen. Bedacht werden müssen auch die jährlich hinzukommenden Neuerkrankten. Ganz besonders muss darüber nachgedacht werden, wie die familiär Pflegenden effektiv unterstützt werden können. Denn sie schultern den Hauptteil der Betreuung von Menschen mit Demenz, und sie sind es auch, die Gefahr laufen, an dieser Aufgabe und den damit zusammenhängenden Belastungen zu zerbrechen. Kollabiert aber der »größte Pflegebetrieb der Nation«, schlägt sich das auf kommunaler Ebene in einem erhöhten Bedarf an stationärer Versorgung und steigenden Sozialausgaben nieder.

Druck auf die soziale Planung entsteht auch, weil die Zahl der Hauptsozialpersonen für Menschen mit Demenz (und ältere Menschen allgemein) abnimmt. Familiäre und nachbarschaftliche Bezugssysteme werden kleiner. Einpersonenhaushalte nehmen zu, immer mehr Menschen leben allein, und Scheidungsraten steigen.

In zahlreichen Regionen Deutschlands verschärft sich die Situation zudem durch den Wegzug der jungen Leute. Zurück bleiben die alten, pflegebedürftigen und demenziell veränderten Menschen (Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen 2002).

Teilhabe und
Inklusion demenziell
veränderter Menschen

Doch geht es mit Blick auf die Herausforderung Demenz nicht allein um versorgungsbezogene Aspekte. Die Kommunen sind die Orte, an denen sich das eine demokratische und soziale Gesellschaft ausmachende Recht auf Teilhabe am gesellschaftlichen Leben realisieren muss, ein Recht, das im Neunten Buch des Sozialgesetzbuches als übergeordnete Zielperspektive für Menschen mit einer Behinderung eingeführt wurde.

Mit dem auch in Deutschland mittlerweile verwendeten Begriff der sozialen Inklusion wird das Ziel verbunden, jeden Menschen als wichtiges Mitglied der Gemeinschaft wertzuschätzen, unabhängig von seinen spezifischen Möglichkeiten und Einschränkungen (Hinz 2002). Jeder Mensch soll die Möglichkeit haben, in vollem Umfang an der Gesellschaft teilzunehmen. Unterschiede und Abweichungen werden dabei bewusst wahrgenommen und von der Gesellschaft nicht infrage gestellt (Wikipedia 2008).

Aber wie steht es mit der Teilhabe und der sozialen Inklusion demenziell veränderter Menschen? Wo ist sie gegeben, wenn die Betroffenen in stationären Pflegeeinrichtungen oder in der Abgeschlossenheit der privaten Wohnung und familiärer Pflegebeziehungen quasi versteckt leben? Anspruch einer an den Leitzielen der Teilhabe und Inklusion orientierten Gesellschaft muss es sein, alle Mitglieder – auch die Schwächsten – als Bürger zu betrachten und ihnen den Raum zur Entfaltung ihres Bürgerstatus zu sichern. Der aus Großbritannien stammende Vorschlag zur Erweiterung des Demenzverständnisses vom medizinischen über das soziale hin zu einem Bürgerrechtsmodell der Demenz (Wißmann 2006) sollte vor allem als eine Aufforderung an kom-

munale Akteure verstanden werden, sich hierfür zu engagieren. Denn hier leben die Menschen und hier können Teilhabe und Inklusion konkret erfahrbar werden.

Rahmenbedingungen für kommunales Handeln

Die Zeiten, in denen Kommunen im großen Maßstab Seniorenwohnhäuser, Pflegeheime, Seniorentreffpunkte oder andere Dienstleistungen vorhielten, gehören der Vergangenheit an. Spätestens mit Einführung der Pflegeversicherung verabschiedeten sich zahlreiche von ihnen mit Verweis auf die neuen Ordnungsprinzipien aus der Verantwortung für eine aktive Sozial- und Planungspolitik.

**Kommunen zur
Bereithaltung
notwendiger
Dienstleistungen
verpflichtet**

In der Tat gibt es, anders als etwa in der Kinder- und Jugendpolitik, keinen klar und verbindlich formulierten gesetzlichen Rahmen. »Grundlage für das kommunale Handeln bilden zum einen die Verpflichtung der Kommunen zur Daseinsvorsorge, wie sie im Grundgesetz Artikel 28 formuliert ist, und zum anderen die Interpretationen der verschiedenen Sozialgesetze (z. B. §§ 17 SGB I, 95 SGB X etc.), die Kommunen zur Bereithaltung der notwendigen Dienstleistungen verpflichten« (Ottensmeier 2007).

Mögen klassische Altenhilfe und Planungspolitik auch nicht mehr möglich sein, können Kommunen doch weiterhin aktiven Einfluss auf die Versorgung von älteren und von Menschen mit Demenz nehmen. Hauptaufgaben sind hierbei das Initiieren, Organisieren, Moderieren und Koordinieren von Aktivitäten. Instrumente können beispielsweise eine intensive Öffentlichkeitsarbeit, die Initiierung und Moderation von Vernetzungsstrukturen, Fortbildung oder auch die Beteiligung an Modellprojekten und Forschungsvorhaben sein. Für die Entwicklung eines demenzfreundlichen Gemeinwesens stehen den Kommunen zahlreiche Möglichkeiten offen.

Das Konzept »Demenzfreundliche Kommunen«

Die Idee

Mit dem Konzept und der Kampagne »Demenzfreundliche Kommunen« hat die Aktion Demenz, ein aus einem Expertenprogramm der Robert Bosch Stiftung hervorgegangener bundesweit agierender Verein, begonnen, in deutschen Kommunen eine neue Art der Auseinandersetzung mit dem Thema Demenz anzustiften. Ziel ist es, das Gemeinwesen »demenzfreundlich« im Sinne von Offenheit, Toleranz und Unterstützung zu machen. Folgende Grundüberlegungen gibt es dabei:

**Offenheit, Toleranz
und Unterstützung**

Neue Qualität der
Demenzpolitik

- neue Qualität statt Addition
Erstaunlicherweise machen auch Kommunen, die ein ausdifferenziertes und umfangreiches Dienstleistungs- und Unterstützungsangebot für Familien mit Demenz haben, die Erfahrung, dass dieses Angebot nur sehr zaghaft in Anspruch genommen wird (Stadt Ostfildern 2006: 26). Anstelle einer puren Addition und Fortschreibung von Dienstleistungen und Versorgungseinrichtungen muss daher eine neue Qualität der »Demenzpolitik« treten, die auf die Schaffung eines tolerierenden und ermöglichenden Rahmens in der Gesellschaft abzielt.

Lebensqualität in und
mit der Demenz
möglich

- Abbau von Angstbildern und Stigmatisierung
Wenn Betroffene vorhandene Unterstützungsleistungen nicht nutzen, Familien schamhaft ihre demenziell veränderten Mitglieder verstecken und Menschen die Auseinandersetzung mit dem Thema scheuen, hat dies mit dem herrschenden gesellschaftlichen biomedizinisch geprägten Bild der Krankheit zu tun. Wenn in einer Zeitschrift wie »Stern« demenziell veränderte Menschen als vor sich hin dämmernde welke Hüllen dargestellt werden, denen ihre Kinder nur noch den Tod wünschen (Ochmann 2007), entspricht dies diesem Bild und erzeugt Angst und Resignation. Soziale Exklusion und Isolation der Betroffenen sind dann die Folge. Aufgabe ist es daher, diesem defizitären Bild ein aufgeklärtes entgegenzusetzen, das auch die positiven Seiten und die Ressourcen der Demenz aufzeigt: Lebensqualität in und mit der Demenz ist möglich!

»Demenz geht uns
alle an!«

- Demenz als soziale und als zivilgesellschaftliche Frage
Demenz wird in unserer Gesellschaft primär als medizinische oder pflegerische Frage thematisiert. Doch ist sie viel mehr. Udo Baer kritisiert die Verengung des Verständnisses auf den Aspekt kognitiver Einbußen und plädiert dafür, sie vorrangig in ihrer Dimension als emotionales Erleben zu begreifen (Baer 2007). Immer mehr rücken soziale Aspekte in den Fokus des Interesses – so die Frage nach der Bedeutung sozialer Kontakte, Rollen und Aktivitäten für die Entstehung und den Verlauf einer Demenz (Kitwood 2000).

»Demenz geht uns alle an!« lautet eine zentrale Botschaft der Initiativen für demenzfreundliche Kommunen. Die Auseinandersetzung mit der Demenz als einer Frage, die zentrale gesellschaftliche Leitbilder – Beispiel: Autonomie – hinterfragt, muss mitten in die Gesellschaft getragen werden. Dies ist der zivilgesellschaftliche Auftrag. Im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit steht dabei nicht die Krankheit, sondern der von einer Demenz Betroffene als Mensch, als Person und als Bürger eines Gemeinwesens.

- Begegnungsmöglichkeiten und öffentlicher Raum
In Anlehnung an Hannah Arendt (2007) könnte man den öffentlichen Raum als diejenige Sphäre definieren, in der sich Menschen handelnd

begegnen und als Mitglieder der Gesellschaft erfahren. Solange es jedoch auch nur einer Gruppe verwehrt ist, sich im öffentlichen Raum zu präsentieren und ihn zu nutzen, kann der demokratische Anspruch einer Gesellschaft nicht als erfüllt angesehen werden. Begegnungsmöglichkeiten zwischen Menschen mit und ohne Demenz auf der Basis eines gegenseitig anerkannten Status als Personen, als Bürgerinnen und Bürger zu schaffen, stellt daher eine zentrale Aufgabe in einem demenzfreundlichen Gemeinwesen dar (Wißmann et al. 2007).

- **Koproduktion und Pflege in geteilter Verantwortung**

Die Pflege von demenziell veränderten Menschen kann mittel- und langfristig nicht allein vom professionellen Hilfesystem geschultert werden. Doch nicht nur dieser Faktor, sondern auch das Wissen um die spezifische Qualität von Care (Sorgearbeit) der Angehörigen und bürgerschaftlich engagierter Menschen führt zu den Leitbildern von Koproduktion und einer Pflege in geteilter Verantwortung (Plempner et al. 2007).

Professionelle Helferinnen und Helfer bringen ihre beruflich geformten Sichtweisen und Aufgaben in diesen Care-Mix ein, Angehörige ihre aus der intimen Kenntnis familiärer Beziehungen abgeleitete Kompetenz. Nachbarn, ehrenamtlich und bürgerschaftlich Engagierte können jedoch eher Träger des zivilgesellschaftlichen Gedankens sein. In einer demenzfreundlichen Kommune wird es daher darum gehen müssen, bürger- und zivilgesellschaftliche Potenziale zu fördern und nachbarschaftliche Netze oder »Netze der Freundschaft« (Illich 2006) zu knüpfen.

Begegnungen
zwischen Menschen
mit und ohne Demenz

Demenz im
»Care-Mix« schultern

Vorgehen und Strategie

Mit dem Ziel, entsprechende lokale Initiativen und einen Diskurs über die inhaltlichen Bestandteile einer demenzfreundlichen Kommune zu initiieren, ist die Aktion Demenz im Jahr 2007 an die Öffentlichkeit getreten (Aktion Demenz 2007). In der Folgezeit ist es gelungen, Kommunen mit zum Teil sehr unterschiedlichen Voraussetzungen zum Engagement zu bewegen. Auf der Basis dieser Erfahrungen lassen sich bereits heute wichtige Vorschläge zum konkreten Vorgehen vor Ort ableiten.

Akteure und Steuerung

Der Anstoß zu regionalen Initiativen für eine demenzfreundliche Kommune (DfK) kann von unterschiedlicher Seite ausgehen. Während es an einem Ort eine an der Hochschule angesiedelte Projektgruppe ist (Gießen; die nachfolgend genannten Beispiele von Kommunen können auf der Webseite der

Initiative aus den
Reihen der
Kommunalverwaltung

Aktion Demenz e.V. eingesehen werden), geht der Impuls andernorts von einer engagierten Einzelperson aus (Tarmstedt). In Kommunen mit einer entwickelten Vernetzungsstruktur und hohem Problembewusstsein kommt die Initiative jedoch oft aus den Reihen der Kommunalverwaltung und -politik (Ostfildern, Berlin-Tegel, Arnsberg).

Im letzteren Fall kann man in der Regel von einer stärkeren Verankerung und Schlagkraft der Aktivitäten ausgehen; dafür besteht hier aber manchmal die Gefahr, dass unter dem Label »Demenzfreundliche Kommune« nur eine Fortführung klassischer Versorgungsplanung verstanden wird. Von zentraler Bedeutung ist daher auch die Frage der Akteure, die für eine Initiative DfK angesprochen werden sollen. Hier kann es nicht um einen Professionellen-Diskurs gehen. Die Qualität der DfK-Initiative wird davon abhängen, ob es gelingt, gezielt Gruppen wie Angehörige, bürgerschaftlich Engagierte, Gewerbetreibende und auch Institutionen und Vereine, die nicht aus dem direkten Umfeld der Pflege und Altenhilfe stammen, zu motivieren und einzubinden. Unerlässlich ist die Bildung einer effektiven Steuerungsgruppe, die den anzustoßenden Prozess koordiniert und vorwärtstreibt.

Start

Interesse am Thema wecken

In Kommunen, in denen das Thema Demenz bisher keine prominente Wahrnehmung erfahren hat, empfiehlt es sich, durch allgemeine öffentliche Aktionen (Beispiel: »Taschentuchaktion« in Gießen, www.knoten-taschentuch.de) die Aufmerksamkeit zum Thema hinzuführen. Workshops oder »Open Space«-Veranstaltungen können dazu dienen, erste Ideen für eine Initiative »Demenzfreundliche Kommune« zu sammeln. Durch aktivierende Befragungen kann das Interesse an dem Thema ebenso geweckt werden. In Kommunen, in denen man mit dem Thema nicht gänzlich Neuland betritt, kann von der Projektgruppe direkt mit Veranstaltungen und Projekten begonnen werden (siehe unten).

Kampagnen und Nachhaltigkeit

Kommunen benötigen langen Atem

Aktivitäten für eine demenzfreundliche Kommune benötigen einen langen Atem und den Fokus auf Verstetigung und Nachhaltigkeit. Gleichwohl können kompakte (Gießen) oder zeitlich groß angelegte Kampagnen (Ostfildern) die Ideen besonders nachdrücklich transportieren und ins öffentliche Bewusstsein rücken. Bei den Planungen muss jedoch von Beginn darauf geachtet werden, dass keine Strohfeuer mit zweifelhafter Wirkung gezündet werden.

Der andere Zugang

Menschen zu erreichen, die kaum, gar nicht, als Angehörige, Freundinnen und Freunde oder auch in Funktionen wie Polizistin oder Feuerwehrmann mit dem Thema Demenz konfrontiert sind, ist ein wichtiges Ziel jeder DfK-Initiative. Daher geht es nicht nur um andere Inhalte – etwa ein aufgeklärtes versus defizitorientiertes Demenzbild –, sondern auch um andere Zugangswege als üblich.

Kunst und Kultur sind solche anderen Zugänge. Film-, Kunst- und Literaturliebhaber über einen (Spiel-)Filmabend, eine Ausstellung mit Kunstwerken von Menschen mit Demenz oder über eine Lesung von Martin Suters »Small World« bei ihren Interessen zu packen, hat sich als erfolgreich herausgestellt. Schülerinnen und Schüler können sich im Unterricht mit Demenz auseinandersetzen. Prägnante Schulungseinheiten (Erste-Hilfe-Kurse in Ostfildern) für Polizisten, Bankangestellte oder Mitglieder von städtischen Vereinen holen die Menschen da ab, wo sie mit dem Thema in Berührung kommen.

Kreative Zugänge
wählen

Öffentlichkeitsarbeit

Demenz – nicht als Schreckgespenst, sondern unter dem Aspekt von Nachbarschaft und Solidarität – soll zum Thema in der Kommune werden. Die öffentlichen Medien und Möglichkeiten der Präsentation können dabei offensiv genutzt werden. Eine Taschentuchaktion (Gießen: Motto »Weißt Du noch? – Frage nach der schönsten Erinnerung«) kann Aufmerksamkeit erregen. Plakataktionen mit zentralen Botschaften (»Wir sind Nachbarn«) und irritierenden Motiven können Botschaften transportieren. Dem Thema ein Gesicht zu geben, kann auch über längerfristig angelegte Kolumnen in der Stadtpresse mit Statements bekannter Persönlichkeiten (Ostfildern: »Wenn ich einmal dement bin ...«) gelingen.

Medien offensiv
nutzen

Diskurs

»Wir stehen mit dem Thema »demenzfreundliche Kommunen« am Anfang. Was ein demenzfreundlicher Lebensraum ist, wird erst noch – allmählich – als gemeinsames Projekt von Betroffenen, von Angehörigen, beruflichen Experten, politisch Verantwortlichen und bürgerschaftlich Engagierten zu erarbeiten sein« (Aktion Demenz 2007).

In den Kommunen kann dieser Diskurs geführt werden, indem unterschiedliche Perspektiven formuliert und ausgetauscht werden. Was bedeutet

Perspektiven
formulieren

ein demenzfreundliches Gemeinwesen für pflegende Angehörige oder für einen Menschen im Frühstadium der Demenz? Und was bedeutet es für einen Pflegedienstleiter oder eine verantwortliche Sozialpolitikerin? Formen können beispielsweise Workshops oder Fokus-Gruppen sein.

Vernetzung

Herausforderung an die Zivilgesellschaft

Bei dem Projekt »Demenzfreundliche Kommunen« geht es darum, eine neue Qualität in den Umgang mit der Thematik hierzulande zu bringen. Es geht um die Demenz als Herausforderung an die Zivilgesellschaft. Ein solcher Bewusstseinswandel kann nur gelingen, wenn er von vielen lokalen Initiativen getragen wird und als eine Art Graswurzelrevolution vonstattengeht. Um wirksam zu werden, bedarf es der Vernetzung all dieser »Wurzeln«. Den Rahmen hierfür bietet die Aktion Demenz e.V.

Evaluation und Forschung

Mit dem Projekt »Demenzfreundliche Kommunen« und ihrem zivilgesellschaftlichen Ansatz wird Neuland betreten. Ob die neuen Sichtweisen, Thematisierungsversuche und Zugangswege in der Praxis greifen, sollte im Rahmen von Evaluationsstudien und Forschungsprojekten überprüft werden. Hier bieten sich Kooperationen mit Hochschulen und wissenschaftlichen Einrichtungen an.

Finanzielle Unterstützung

Zur Unterstützung lokaler Initiativen hat die Robert Bosch Stiftung 2008 erstmals ein spezielles Förderprogramm aufgelegt, das von der Aktion Demenz e.V. verwaltet wird.

Links

www.aktion-demenz.de
www.deutsche-alzheimer.de
www.demenz-support.de
www.dementia.stir.ac.uk

Weitere Informationen

DVD

- Schnabel, Ralf, und Wilma Dirksen. *Apfelsinen in Omas Kleiderschrank*. Filme zur Alzheimer-Krankheit mit didaktischem Begleitmaterial. Hrsg. Kuratorium Deutsche Altershilfe. Köln 2007.
- Weck, Roswitha. *Einfach Alltag – Personenzentrierte Pflege in der Praxis*. Hrsg. Demenz Support Stuttgart. Frankfurt am Main 2007.

Ausstellungen

- Fotoporträtausstellung »Was bleibt? Menschen mit Demenz«.
Kontakt: Michael Uhlmann (post@uhlensee.de).
- Kunstaussstellung »demenz art. Kunst von Menschen mit Demenz«.
Kontakt: Werkstatt Demenz e.V. (Ganss-Rhade@t-online.de).

Literatur

- Aktion Demenz e.V. *Demenz und Kommune. Wie verwandeln wir unsere Dörfer, Städte und Gemeinden in Orte, die ein besseres Leben mit Demenz ermöglichen? Ein praktischer Vorschlag für lokale Aktivitäten*. Berlin und Gießen 2007.
- Arendt, Hannah. *Vita activa*. 5. Auflage. München 2007.
- Baer, Udo. *Innenwelten der Demenz*. Neukirchen-Vluyn 2007.
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. *Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen*. Berlin 2002.
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung und Deutscher Städte- und Gemeindebund. *Kommunen im Wandel. Engagement, Innovation und Vernetzung älterer Menschen*. Fachkonferenz. 2007. Online unter www.b-b-e.de/uploads/media/nl0710_kommunen_im_wandel.pdf.
- Gräßel, Elmar. »Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter, Teil I: Inanspruchnahme professioneller Pflegehilfe«. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* (31) 1 1998. 52–56.
- Hallauer, Johannes F., Antje Smala und Karin Berger. »Untersuchung von Krankheitskosten bei Patienten mit Alzheimer-Erkrankungen in Deutschland«. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement*. Stuttgart 2000. 73–79.
- Hinz, Andreas. »Von der Integration zur Inklusion – terminologisches Spiel oder konzeptionelle Weiterentwicklung?« *Zeitschrift für Heilpädagogik* 53 2002. 354–361.

- Illich, Ivan. *In den Flüssen nördlich der Zukunft. Letzte Gespräche über Religion und Gesellschaft mit David Cayley*. München 2006.
- Kitwood, Tom. *Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*. Bern et al. 2000.
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen (Hrsg.). »Demenz als sozialpolitische Herausforderung. Bestandsaufnahme und Perspektiven der Versorgung Demenzkranker in Brandenburg«. *Beiträge zur Gesundheits- und Sozialberichterstattung 1*. Berlin und Potsdam 2002.
- Ochmann, Frank. »Demenz«. *Stern* 49 2007. 155–160.
- Ottensmeier, Birgit. »NAIS – Neues Altern in der Stadt. Ein Pilotprojekt zur Neuorientierung der kommunalen Seniorenpolitik«. Vortrag auf dem Fachtag der Region Hannover, der Landeshauptstadt Hannover und der Landesvereinigung Gesundheit am 15. März 2007 in Hannover. Online unter www.gesundheit-nds.de/downloads/15.03.2007.vortrag.ottensmeier.pdf.
- Plemper, Burkhard, Gabriele Beck, Hans-Jürgen Freter, Bärbel Gregor, Reimer Gronemeyer, Inge Hafner, Thomas Klie, Klaus-W. Pawletko, Jörg Rudolph, Eckhardt Schnabel, Iren Steiner, Angelika Trilling und Jochen Wagner. *Gemeinsam betreuen*. Bern 2007.
- Schacke, Claudia, und Susanne Zank. »Zur familiären Pflege demenzkranker Menschen. Die differentielle Bedeutung spezifischer Belastungen für das Wohlbefinden der Pflegenden und die Stabilität der häuslichen Pflegesituation«. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* (31) 5 1998. 355–361.
- Schneekloth, Ulrich, und Ingo Leven. *Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten in Deutschland 2002. Schnellbericht. Erste Ergebnisse der Repräsentativerhebung im Rahmen des Forschungsprojektes »Möglichkeiten und Grenzen einer selbständigen Lebensführung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in privaten Haushalten (MuG 3)«*. Im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. München 2003. Auch online unter www.tns-infratest-sofo.com/downloads/mug3sb.pdf.
- Stadt Ostfildern (Hrsg.). *Altenhilfeplanung 2005/2010 der Stadt Ostfildern. Vorsorge. Ambulante und stationäre Versorgung*. Ostfildern 2006.
- Stechl, Elisabeth, Elisabeth Steinhagen-Thiessen und Catarina Knüvener. *Demenz – Mit dem Vergessen leben*. Frankfurt am Main 2008.
- Weyerer, Siegfried. »Altersdemenz«. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Hrsg. Robert Koch-Institut. Berlin 2005.
- WHO – World Health Organization. »International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems«. 10. Version (ICD-10) Vol. 3. Geneva 1994.
- Wikipedia. *Soziale Inklusion*. http://de.wikipedia.org/wiki/Soziale_Inklusion. 2008.

Wilz, Gabriele, Corinne Adler und Thomas Gunzelmann. *Gruppenarbeit mit Angehörigen von Demenzkranken. Ein therapeutischer Leitfaden*. Göttingen et al. 2001.

Wißmann, Peter. *Bürger mit Demenz*. Hrsg. Werkstatt Demenz e.V. Berlin 2006.

Wißmann, Peter, Sandra Eisenberg, Eckhard Grambow, Petra Koczy, Andreas Kruse, Christina Kuhn, Kirsten Margraf, Christian Müller-Hergl, Christine Riesner, Eva-Maria Ulmer und Angelika Zegelin. *Demenzkranken begegnen*. Bern 2007.