

Schlüsselleistungen wie Gehen oder Treppensteigen von 30–50%. Die Ergebnisse blieben auch drei Monate nach Trainingsende weitgehend erhalten, die erzielten Steigerungen entsprechen Trainingsverbesserungen von nicht kognitiv geschädigten Personen vergleichbaren Alters und vergleichbarer Komorbidität. Von besonderer Bedeutung sind Verbesserungen in aufmerksamkeitsabhängigen, kognitiv-motorischen Leistungen (Dual Tasks), die möglicherweise für das hohe Sturzrisiko demenziell Erkrankter eine besondere Rolle spielen. Diese spezifischen Leistungen galten bislang als nicht trainierbar und wurden weltweit erstmalig in dieser Untersuchung erfolgreich verbessert. Neben den Verbesserungen der motorischen Leistungen konnte auch der psychische Status (z. B. Depression), kognitive Teilleistungen und die körperliche Aktivität positiv beeinflusst werden. Interessanterweise zeigten sich die Verbesserungen in beiden Trainingsgruppen, was Rückschlüsse auf die notwendige Intensität, Spezifität und Inhalte des Trainings in Bezug auf unterschiedliche Trainingsziele (wie z. B.

Verbesserung der Motorik, Psyche, Kognition) erlaubt.

Die erfolgreichen Ergebnisse weisen darauf hin, dass bei entsprechender Weiterentwicklung von demenzspezifischen Trainingsansätzen ein effektives Training auch bei kognitiv geschädigten Patienten möglich ist und der Trainingserfolg vergleichbar ist zu Patienten ohne Demenz. Vielversprechend sind zudem die klinisch relevanten Verbesserungen in unterschiedlichen Bereichen wie Motorik, Psyche und Kognition bei einer Patientengruppe, deren Trainingspotential bislang systematisch unterwertet wurde.

Kontaktadresse:

PD Dr. phil. med. habil. Klaus Hauer
Bethanien-Krankenhaus/ Geriatrisches Zentrum am Klinikum der Universität Heidelberg
Leiter der Forschungsabteilung
Rohrbacherstr. 149
69126 Heidelberg
E-Mail: khauer@bethanien-heidelberg.de

NeuroGeriatric 2009; 6 (3): S12–S14

Fokus Versorgungsstrukturen – Forum Demenz Wiesbaden und GeReNet.W

J. Weber, Amt für Soziale Arbeit, Wiesbaden

Demenz ist eine schwere Krankheit mit massiven sozialen Folgen. Betroffen sind nicht nur die Erkrankten selbst, sondern ebenso das soziale Umfeld und besonders die Angehörigen. Für den Aufbau und die Entwicklung von Hilfs- und Unterstützungsangeboten ergeben sich hieraus gleich mehrere Herausforderungen: Einerseits gilt es, den Erkrankten Hilfe und Unterstützung zu erschließen, deren Grundlagen in unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern festgeschrieben sind (SGB V; SGB XI; SGB XII). Damit verbunden bedarf es der Kooperation der entsprechenden Dienste und Einrichtungen. Andererseits müssen diese Hilfen und Maßnahmen den speziellen Bedürfnissen der Angehörigen und des sozialen Umfeldes Rechnung tragen. Daran wird deutlich, dass es für die mit der Krankheit Demenz verbundenen Herausforderungen keine einfachen Lösungen

gibt, sondern immer mehrere Dimensionen einbezogen werden müssen.

Auf der Grundlage rechtlicher Anforderungen, fachlicher Analysen und der Bewertungen aus den Diensten und Einrichtungen der Altenhilfe und des Gesundheitswesens ist es für Wiesbaden gelungen, Kooperationen zwischen hausärztlichen Praxen, geriatrischen Fachkliniken, Akutkrankenhäusern, Beratungsstellen für selbstständiges Leben im Alter, Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen aufzubauen. Ausschlaggebend für Kooperationsgemeinschaften sind allerdings weniger rechtliche Normierungen als vielmehr Problemlösungsstrategien, die dem jeweils anderen Kooperationspartner die Arbeit erleichtern.

Abbildung 1 gibt den im geriatrischen Netzwerk für Rehabilitation Wiesbaden (GeReNet.Wi) erarbeiteten und mittlerweile verstetigten