



Leseprobe aus Kutzleben, Häusliche Versorgung von Menschen mit Demenz,  
ISBN 978-3-7799-3478-3  
© 2018 Beltz Juventa in der Verlagsgruppe Beltz, Weinheim Basel  
[http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?  
isbn=978-3-7799-3478-3](http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-7799-3478-3)

## Einleitung

War die Versorgung von Menschen mit Demenz durch ihre Angehörigen lange Zeit ein innerfamiliäres Problem, über das kaum eine öffentliche Debatte geführt wurde, so ist die Demenz heute als Phänomen unsere Zeit in aller Munde. Als Schreckgespenst geistert sie durch die Medien – von einer „Lawine“ ist hier die Rede – in zahlreichen Büchern machen Betroffene und ihre Familien ihre Erfahrungen für die Öffentlichkeit zugänglich und in Romanen und Filmen liefert die Krankheit Stoff für Fiktion. Längst ist zumindest in den Industriestaaten eine Wahrnehmung des Problems in der sozial- und gesundheitspolitischen Diskussion zu verzeichnen und zahlreiche Länder haben in den letzten Jahren Programme zur Erforschung und Bekämpfung von demenziellen Erkrankungen aufgelegt. Im Jahr 2012 riefen die Weltgesundheitsorganisation und Alzheimers Disease International in ihrem gemeinsamen Report ‚*Dementia: a public health priority*‘ Demenz als eine der international wichtigsten gesundheitlichen Herausforderungen aus und warben für ein öffentliches Bewusstsein (WHO 2012, S. 14). Der im August 2015 erschienene World Alzheimer Report ‚*The Global Impact of Dementia*‘ proklamiert einmal mehr Demenz als eine der größten Herausforderungen für die Gesundheits- und sozialen Sicherungssysteme. Dies gilt angesichts von über 46 Millionen Menschen, die aktuell mit einer demenziellen Erkrankung leben, bereits heute und in Erwartung von geschätzt 131,5 Millionen Menschen mit Demenz bis zum Jahr 2050 umso mehr für die Zukunft (WHO 2015, S. 1).

Das drängendste Problem – die *Versorgung* der von Demenz betroffenen Personen und die Unterstützung ihrer Familien – ist jedoch noch keineswegs zufriedenstellend gelöst. Im Dezember 2013 verabschiedeten die G7 Staaten, darunter Deutschland, die ‚*Global Action Against Dementia*‘. Darin wird das ambitionierte Ziel formuliert, bis zum Jahr 2025 wirksame medikamentöse Therapiemaßnahmen zur Verfügung stellen zu können. Vor allem aber wird mit der Forderung „care now if cure later“ ein klarer Auftrag erteilt, die Versorgung von Menschen mit Demenz sowohl international als auch national nicht nur auf die politische, sondern auch auf die wissenschaftliche Agenda zu setzen. Dies beinhaltet die Definition von Versorgungslücken, insbesondere im Hinblick auf Diagnosestellung, Behandlungsstrategien und Versorgungs- und Unterstützungsleistungen, sowie die Neuformulierung von deutlich erweiterten Forschungsprioritäten, die über das ursprünglich formulierte Ziel der Entwicklung von Behandlungsverfahren zur Heilung oder zumindest der Milderung des Krankheitsverlaufs hinausgehen. Des Weiteren soll die gesellschaftliche Bedeutung von Demenz und besonders die Perspektive der Betroffenen

und ihrer Familien ins öffentliche Bewusstsein gerückt werden (vgl. WHO 2015, S. 60 ff.).

Demenz ist eine Folge altersassoziierter Erkrankungen und der größte Risikofaktor für die Entwicklung einer Demenz ist ein hohes Lebensalter. Deutschland weist die für die Industrienationen typische Bevölkerungsstruktur auf, die durch einen hohen und stetig wachsenden Anteil an älteren und hochaltrigen Menschen charakterisiert ist, und liegt mit seiner Demenzprävalenz derzeit weltweit auf Platz fünf. Die aktuelle Bevölkerungsentwicklung wird diesen Trend noch verstärken und somit ist in Anbetracht des Fehlens wirksamer Therapie- und Präventionsmaßnahmen vorerst nicht mit einer Umkehr in der Entwicklung von Prävalenz- und Inzidenzraten – also von Krankheitshäufigkeit und Neuerkrankungen – der Demenz zu rechnen (Bickel 2014). Diese Entwicklung bedeutet nicht nur eine Belastung der Systeme der gesundheitlichen Versorgung und sozialen Sicherung, sondern vor allem eine Herausforderung für die betroffenen Menschen und ihre Familien.

Es ist sowohl politisch gewollt als auch der Wunsch der allermeisten hilfe- und pflegebedürftigen Menschen, so lange wie möglich in der Häuslichkeit verbleiben zu können. In Deutschland bildet die im Jahr 1995 eingeführte Soziale Pflegeversicherung den sozialversicherungsrechtlichen Rahmen für diese häuslichen Versorgungsarrangements. Die Leistungen der Pflegeversicherung wurden in den letzten Jahren an die Bedarfe von Menschen mit Demenz und ihren Familien angepasst, wobei die Effekte einer wirklich bedeutsamen Neuerung – die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ab 2017 – im Hinblick auf eine Besserstellung und Entlastung von Demenz betroffener Personen und ihrer Familien noch zu überprüfen sein werden. Trotz aller Anpassungen und Neuerungen: Informelle Hilfesysteme sind und bleiben die tragende Säule in der Versorgung von Menschen mit Demenz in der Häuslichkeit und ohne das Engagement informeller Versorgungspersonen wäre die Versorgung der meisten zu Hause lebenden Menschen mit Demenz in Deutschland derzeit nicht zu sichern.

Studien weisen immer wieder darauf hin, dass die häusliche Versorgung bei Demenz aus verschiedenen Gründen eine besondere Herausforderung für Angehörige darstellt (vgl. exempl. Pinquart/Sörensen 2003). Sie verfügen meist über kein oder nur laienhaftes Wissen über Demenz und deren Verlaufsdynamik sowie zum Umgang mit den Erkrankten und deren Verhaltensweisen und so ist die Situation vor allem in den frühen Phasen durch große Unsicherheiten und nicht gedeckte Bedarfslagen auf Seiten der versorgenden Angehörigen gekennzeichnet. Der Umgang mit dem Thema Sicherheit führt in vielen häuslichen Versorgungsarrangements zu großer Verunsicherung und Sorge – wie kann die körperliche Unversehrtheit einer Person mit Demenz gewährleistet werden, ohne deren persönliche Freiheit zu sehr einzuschränken und was ist für Angehörige in einer solchen Situation trag- und zumutbar? Zudem geht mit

einer Demenz eine zunehmende Abhängigkeit von Fremdhilfe bei den Aktivitäten des täglichen Lebens einher. Es ist nicht nur der Verlust gewohnter Kommunikationsformen und der Umgang mit schwierigen Verhaltensweisen der Person mit Demenz, was die Versorgung für Angehörige so intensiv und in vielen Fällen sehr belastend macht, sondern auch die Verpflichtung, ständig verfügbar sein zu müssen. Hinzu kommen oft nicht unerhebliche finanzielle Belastungen, wenn der hohe Betreuungsbedarf nicht durch die Familie abgedeckt werden kann und weitere Hilfen finanziert werden müssen. Als „key care provider“ (Orpin et al. 2014, S. 185) leisten Angehörige in vielen häuslichen Versorgungsarrangements nicht nur einen großen Anteil der täglichen Versorgung, sondern nehmen darüber hinaus Koordinierungs- und Steuerungsaufgaben wahr.

Zwar determiniert der degenerative Verlauf der Erkrankung den Versorgungsverlauf, der kontinuierlich den sich neu ergebenden Bedarfslagen angepasst werden muss, *gestaltet* werden Verläufe aber meist durch die versorgenden Angehörigen. Vor allem dann wenn die Person mit Demenz nicht mehr in der Lage dazu ist, Entscheidungen im Hinblick auf die eigene Versorgung (mit) zu treffen.

Diesen Verläufen – den Verlaufskurven informellen Versorgungshandelns – gilt das Erkenntnisinteresse der vorliegenden Studie. Es wird untersucht, wie häusliche Versorgungsarrangements im Verlauf der Demenz durch Angehörige gestaltet werden, auf welche Art und Weise informelles Versorgungshandeln erfolgt, an welchen Ideen, Zielen und Relevanzkriterien das Handeln ausgerichtet wird und welche Versorgungsentscheidungen im Verlauf getroffen werden. Die hier untersuchten Versorgungsarrangements stehen alle unter dem Vorzeichen einer demenziellen Erkrankung – die Bedeutung der Krankheit und ihrer Dynamik für den Fallverlauf steht also ebenfalls im Fokus des Erkenntnisinteresses. Ziel der Untersuchung ist es, die trotz der Individualität der Fälle existenten typischen Strukturmerkmale informellen Versorgungshandelns herauszuarbeiten.

Die vorliegende Untersuchung war als Teilstudie in eine größer angelegte Studie eingebettet, die in den Jahren 2010 bis 2013 am Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e.V. (DZNE) am Standort Witten durchgeführt wurde. In der Studie VerAH-Dem<sup>1</sup> wurden unter Rückgriff auf einen Methodenmix die Verläufe häuslicher Versorgungsarrangements für Menschen mit Demenz untersucht. Es wurde gefragt, wie häusliche Versorgungsarrangements vom Auftreten der ersten Demenzsymptome bis in die fortgeschrittenen Phasen der Erkrankung hinein gestaltet werden. Dabei wurden Hauptversor-

---

1 Eine kurze Darstellung des Projekts ist verfügbar unter: <https://www.dzne.de/standorte/witten/projekte/verah-dem.html>

gungspersonen von zu Hause lebenden Menschen mit Demenz mittels einer als Querschnitt konzipierten Fragebogenerhebung zu ihrer Selbstorganisation informeller Hilfen und zur Inanspruchnahme formeller Hilfen befragt (von Kutzleben/Holle 2014; von Kutzleben et al. 2015). Außerdem wurde das Versorgungshandeln informeller Versorgungspersonen in einer Längsschnittuntersuchung mit qualitativen Interviews analysiert. Diese Interviews bieten die Datenbasis für die in diesem Buch präsentierten Fallrekonstruktionen.

Die Forderung nach longitudinal angelegten Untersuchungen zu Versorgungsverläufen und informellem Versorgungshandelns (*„caring“*) wurden bereits in den 1990er Jahren formuliert (vgl. Nolan et al. 1996). Seither wurde eine Fülle von Studien publiziert, in denen die Versorgung zuhause lebender Menschen mit Demenz durch Angehörige unter verschiedenen Fragestellungen untersucht wurde. Allerdings sind Studiendesigns, die die Bewältigung der häuslichen Versorgung durch Angehörige unter *Zeitverlaufsgesichtspunkten* in den Blick nehmen, in diesem Setting international noch immer vergleichsweise wenig vertreten; für Deutschland ist die Evidenzlage noch defizitärer. Dieses Defizit mag zum einen methodologisch begründet sein, denn solche Studien verlangen ein hohes Maß an methodischer Raffinesse und eine theoretische Fundierung, die den Dynamiken dieser Versorgungstrajekten gerecht wird. Zum anderen sind es die nicht unerheblichen Ressourcen und der lange Atem, die solch aufwendige Untersuchungsdesigns verlangen, die Forschende von derlei Vorhaben abhalten. Bei der bisherigen empirischen Betrachtung von Versorgungsverläufen liegen fast ausschließlich Untersuchungen vor, die sich einer positivistischen Tradition verschrieben haben und es überwiegen bis dato Studien, die das Belastungserleben versorgender Angehöriger sowie Risikofaktoren bzw. Prädiktoren für die Beendigung der häuslichen Versorgung unter Rückgriff auf vornehmlich stresstheoretische Erklärungsansätze in den Blick nehmen.

Die vorliegende Untersuchung setzt sich zum Ziel, zur Schließung der oben beschriebenen Forschungslücke beizutragen. Mit der Wahl eines fallrekonstruktiven Vorgehens unter Rückgriff auf die Prinzipien der objektiven Hermeneutik wurde ein methodologischer Rahmen gewählt, der es ermöglicht, Versorgungsverläufe nicht bloß als subjektive Erinnerungen der interviewten Angehörigen nachzuvollziehen, sondern das *Versorgungshandeln als soziale Praxis* und dabei die zugrundeliegenden *Sinnstrukturen* darzustellen. Damit soll auch die theoretische Perspektive auf diese Verlaufskurven erweitert werden. Die generierten Ergebnisse können darüber hinaus dazu beitragen, die häusliche Versorgungssituation von Menschen mit Demenz in Privathaushalten und auch die Stabilität dieser Versorgungsarrangements besser beurteilen und die bestehenden Versorgungsstrukturen passgenauer gestalten zu können.

Das vorliegende Buch gliedert sich in sieben Kapitel. Das erste Kapitel beleuchtet Problemlagen und empirische Erkenntnisse zur Versorgung von Men-

schen mit Demenz in der Häuslichkeit. Es werden die Symptomatik und die progrediente Verlaufsdynamik von Demenz dargestellt und die epidemiologische Entwicklung in Deutschland beleuchtet, bevor die Bedeutung häuslicher Versorgungsarrangements für Menschen mit Demenz in Deutschland betrachtet wird. Überblickartig werden die gesetzlichen Rahmenbedingungen und der Stellenwert informeller Versorgungspersonen und formeller Hilfen für die Sicherung der häuslichen Versorgung von Menschen mit Demenz dargestellt. Daran schließen sich Überlegungen und empirische Befunde zur Stabilität häuslicher Versorgungsarrangements an.

Kapitel 2 widmet sich den Versorgungsverläufen im Setting Häuslichkeit. Es werden Befunde zu den positiven und negativen Aspekten, die sich für in die Versorgung involvierten Angehörigen ergeben, sowie zu spezifischen Herausforderungen und Phasen im Versorgungsverlauf zusammengetragen. Abschließend erfolgt eine Zusammenfassung und es werden die gesundheitswissenschaftliche Relevanz des Themas erörtert sowie Gegenstand und Erkenntnisinteresse der Untersuchung expliziert.

Im dritten Kapitel wird das Trajekt- oder Verlaufskurvenkonzept, das in seiner Grundkonzeption auf Corbin und Strauss (1991, 2010) zurückzuführen ist, als theoretischer Rahmen der vorliegenden Untersuchung erläutert. Aus den Überlegungen zur Eigendynamik chronischer Krankheit, zu Verlaufskurvenentwürfen und Verlaufskurvenmanagement, Modellen informellen Versorgungshandelns bei Demenz sowie zu Versorgungsentscheidungen als dynamischem Prozess wird schließlich ein heuristischer Rahmen für die Analyse der Fälle entfaltet und leitet damit in das vierte Kapitel zum methodischen Vorgehen über. Darin werden zunächst grundlegende Überlegungen zu Fallrekonstruktionen reflektiert und die Prinzipien objektiv-hermeneutischer Textinterpretation erläutert. Im Sinne einer Fallbestimmung wird das informelle Versorgungshandeln als der zu analysierende Gegenstand dieser Studie definiert und es wird das Vorgehen bei der Datenerhebung und -auswertung dargestellt.

Im fünften Kapitel folgt die Darstellung von vier Fallrekonstruktionen zum informellen Versorgungshandeln bei Demenz und die Präsentation der identifizierten Strukturmerkmale. Grundlage für die Analyse bilden die Schilderungen von vier Hauptversorgungspersonen zu ihren Erfahrungen und Handlungsstrategien bei der Gestaltung der häuslichen Versorgung eines Angehörigen mit Demenz.

In Kapitel sechs werden die Ergebnisse dieser Untersuchung zusammengefasst. Zunächst werden die vier Fallanalysen einem kontrastiven Vergleich unterzogen, bevor der theoretische Ertrag der Untersuchung in Form eines Phasenmodells zum informellen Versorgungshandeln bei Demenz vorgestellt und diskutiert wird. Das Kapitel enthält außerdem eine Reflexion des methodischen Vorgehens und Überlegungen zu den Limitationen der generierten Ergebnisse.

Abschließend werden im siebten Kapitel Implikationen und Anknüpfungspunkte für weitere theoriegenerierende Forschung zu Versorgungsverlaufskurven bei Demenz formuliert und es wird diskutiert, wie die Befunde dieser Untersuchung für die Konzipierung von Versorgungsinterventionen – und angeboten nutzbar gemacht werden können.

# 1 Demenz im Setting Häuslichkeit

Der wichtigste Risikofaktor für das Auftreten einer Demenz ist ein hohes Lebensalter. Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung wird Demenz als eine vorwiegend altersassoziierte neurodegenerative Erkrankung mit progredientem Verlauf weltweit zu einer zunehmenden Herausforderung für Gesundheits- und Pflegesysteme werden (WHO 2012). Dies traf bisher vor allem auf die Industrienationen mit hohem Einkommen in Nordamerika, Europa und Asien zu, in denen die Lebenserwartung von Männern und Frauen insgesamt und insbesondere in den alten (65 Jahre und älter) und sehr alten (75 Jahre und älter) Bevölkerungsgruppen bei gleichzeitig sinkenden Geburtenraten seit den 1960er Jahren kontinuierlich ansteigt. In den letzten Jahrzehnten ist jedoch zunehmend auch in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen eine demographische Alterung zu beobachten, sodass auch in diesen Regionen mit einem Anstieg demenzieller Erkrankungen zu rechnen ist (vgl. WHO 2015, S. 2). In Deutschland und den übrigen OECD-Staaten wird dieser Prozess aktuell durch den Eintritt der Generation der sogenannten Nachkriegs-Babyboomer in die Altersgruppe 65+ beschleunigt (Lafortune/Balestat 2007). So wächst der Bevölkerungsanteil, der allein schon durch sein hohes Lebensalter ein erhöhtes Risiko aufweist eine demenzielle Erkrankung zu entwickeln, stetig an. Diese Entwicklung macht Demenz zu einem der dringlichsten globalen Gesundheitsprobleme des 21. Jahrhunderts.

Obwohl für die Betroffenen die Wahrscheinlichkeit hoch ist, mit Fortschreiten der Krankheit in ein Pflegeheim umziehen zu müssen (vgl. exempl. Luppä et al. 2012), leben in Deutschland die meisten Menschen mit Demenz in Privathaushalten und werden dort zum Teil über Jahre hinweg meist hauptverantwortlich durch ihre Angehörigen versorgt (vgl. exempl. Schäufele et al. 2008). Familien, die von Demenz betroffen sind, sehen sich mit zahlreichen Herausforderungen konfrontiert, denn die Versorgung eines Angehörigen mit Demenz ist nicht nur emotional herausfordernd, sondern fordert erhebliche finanzielle und vor allem zeitliche Ressourcen. Hinzu kommt, dass die meisten Systeme noch nicht adäquat auf die Bedarfslagen von von Demenz betroffenen Familien ausgerichtet sind und die Nutzer\*innen es schwer haben, sich im Versorgungssystem zurechtzufinden (vgl. exempl. Peel/Harding 2013).

International wurden verschiedene sozial- und gesundheitspolitische Rahmenbedingungen zur Gestaltung der Versorgung einer steigenden Anzahl von Menschen mit Demenz geschaffen. In Deutschland wird die Versorgung von Menschen mit Demenz derzeit hauptsächlich im Rahmen der gesetzlichen Pflerversicherung über das SGB XI geregelt. Seit einigen Jahren sind Bemühun-

gen zu verzeichnen, dieses System besser auf die Bedarfslagen bei demenziellen Erkrankungen auszurichten. In einigen Staaten inner- und außerhalb von Europa existieren bereits nationale Demenzstrategien und nationale Demenzpläne. Jedoch wurden diese Strategien nicht überall auch gesetzlich verankert. Zudem differieren die einzelnen Pläne stark in Hinblick auf ihren Aufbau, der Konkretisierung von Zielen und Maßnahmen sowie ihrer zeitlichen und finanziellen Verbindlichkeit. Für Deutschland wird eine solche nationale Demenzstrategie seit längerem diskutiert. Auch liegen bereits konkrete Handlungsempfehlungen vor. Eine Implementierung dieser Empfehlungen in eine nationale Strategie für Deutschland steht jedoch noch aus (vgl. Kirchen-Peters/Hielscher 2012).

Das vorliegende Kapitel vermittelt in aller Kürze einige grundsätzliche Informationen zu Demenz, ihrer Symptomatik und zum Krankheitsverlauf und gibt einen Problemaufriss zur epidemiologische Situation von Demenz und Pflegebedürftigkeit für Deutschland. Es folgt ein Blick auf das Setting Häuslichkeit und die Problemlagen im Kontext der strukturellen Gegebenheiten – insbesondere der gesetzlichen Pflegeversicherung – als Ausgangslage für informelle Versorgungspersonen in der häuslichen Versorgung von Menschen mit Demenz in Deutschland.

## 1.1 Demenz – Begriffsklärung, Symptomatik und Krankheitsverlauf

Aus einer bio-medizinischen Perspektive beschreibt der Begriff *Demenz*<sup>2</sup> keine einzelne Erkrankung, sondern steht für eine Ansammlung von Symptomen, die den pathologischen Gedächtnis- und Denkstörungen zugeordnet werden und *keine* Erscheinung des natürlichen Alterungsprozesses darstellen. In der S3-Leitlinie „Demenzen“ wird Demenz nach ICD-10 (Code: F00-F03) definiert als

„... ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache,

---

2 Da für die vorliegende Untersuchung eine Differenzierung zwischen den verschiedenen Demenztypen nicht relevant ist, wird im Folgenden zusammenfassend von Demenz oder demenziellen Erkrankungen gesprochen womit, wenn nicht explizit spezifiziert, sämtliche Krankheitsformen gemeint sind. Auch wird im empirischen Teil, insbesondere in den Fallrekonstruktionen in Kapitel 6, aus stilistischen Gründen die Ausdrucksweise „die Krankheit“ Synonym für „die Demenz“ verwendet. Wohlwissend, dass es sich hier streng genommen um einen unspezifischen Sammelbegriff für ein ganzes Spektrum an Krankheiten handelt.

Sprechen und Urteilsvermögen im Sinne der Fähigkeit zur Entscheidung. Das Bewusstsein ist nicht getrübt.“ (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie/Deutsche Gesellschaft für Neurologie 2015, S. 10).

Die Ursachen für eine Demenz sind mannigfaltig. Etwa 80 % der Demenzen insgesamt werden durch Krankheiten des Gehirns hervorgerufen. Die Alzheimer-Krankheit ist die häufigste dieser Ursachen. Es wird davon ausgegangen, dass 30 % aller Demenzen reine Alzheimer-Demenzen sind, an zweiter Stelle stehen mit 34 % Gefäßkrankheiten in Verbindung mit einer Alzheimer-Demenz. In dieser Kombination treten Symptome früher auf und sind stärker ausgeprägt. Weitere 10 % sind jeweils auf Gefäßkrankheiten bzw. auf die Lewy-Körperchen-Krankheit in Verbindung mit einer Alzheimer-Demenz zurückzuführen. Ein noch kleinerer Anteil wird als reine Lewy-Körperchen-Krankheit (5 %) oder als frontotemporale Degeneration (5 %) charakterisiert. Lediglich 2 % der Demenzen entfallen auf Stoffwechselerkrankungen, Infektionen oder hebbare Ursachen (Kurz et al. 2015, S. 9).

Üblicherweise wird der Verlauf der Alzheimer-Demenz in Phasen (Falk 2009) bzw. in Stadien (Kurz et al. 2015; Vollmar et al. 2008) eingeteilt. Da Demenzen primär durch den Verlust von Alltagskompetenzen bedingt durch schwindende kognitive Ressourcen gekennzeichnet sind, orientiert sich die Einteilung der Stadien in Schweregraden vor allem an der Fähigkeit zur selbstständigen Bewältigung des Alltags bzw. am Grad der benötigten Unterstützung. Dabei sind die Übergänge zwischen den Stadien fließend. Eine sehr basale Einteilung<sup>3</sup> der Demenzstadien findet sich bei Kurz (2015), dargestellt in Tabelle 1.

Tabelle 1: Stadien der Demenz (eigene Darstellung nach Kurz 2015, S. 15)

	Leichtgradige Demenz	Mittelschwere Demenz	Schwere Demenz
<b>Selbstständige Lebensführung</b>	geringgradig eingeschränkt	hochgradig eingeschränkt	nicht möglich
<b>Unterstützungsbedarf</b>	bei anspruchsvollen Tätigkeiten	bei einfachen Tätigkeiten und Selbstversorgung	bei allen Tätigkeiten

Es wird in dieser Darstellung deutlich, dass der Verlauf der Demenz vornehmlich unter *versorgungsrelevanten* Gesichtspunkten betrachtet wird. Die Innensicht der betroffenen Personen zum Erleben des Fortschreitens ihrer Erkrankung

3 Eine sehr viel differenziertere Darstellung zu den Veränderungen und Beeinträchtigungen von Verhalten, Stimmung und verschiedenen Alltagskompetenzen bei Demenz findet sich z. B. bei Falk (2009, S. 55).