



## **Arten und Anzeichen der Demenz**

Heimhilfeausbildung 2023  
ABZ Rotes Kreuz Wien

# Inhaltsverzeichnis

	<b>Seite</b>
<b>1. Nervengewebe</b>	<b>2</b>
<b>2. Gehirn</b>	<b>3</b>
2.1 Großhirn	3
2.2 Limbisches System	5
<b>3. Demenz</b>	<b>5</b>
3.1 Alter und Demenz	5
3.2 Erkennen des dementiellen Syndroms	7
3.3 Einteilungsmöglichkeiten der Demenz	8
3.4 Dementielle Syndrome	9
3.4.1 Demenz vom Alzheimer-Typus (DAT)	9
3.4.2 Lewy-Body-Demenz (DLB)	11
3.4.3 Frontallappen-Demenz (FTP)	11
3.4.4 Vaskuläre Demenz – Multiinfarktdemenz (MID)	11
3.5 Demenzdiagnose	12
3.5.1 Geriatrisches Assessment	12
3.5.2 Kritische Betrachtung der Demenzdiagnose	15
3.6 Behandlungsmöglichkeiten	17
<b>4. Prävention in der Geriatrie</b>	<b>18</b>
<b>5. Dekompensation der Gehirnleistung / Delir</b>	<b>19</b>
<b>6. Veränderung der Kommunikation bei Demenz</b>	<b>19</b>
6.1 Grundregeln effektiver Kommunikation	20
6.2 Kommunikation und Biografie	21
<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>23</b>

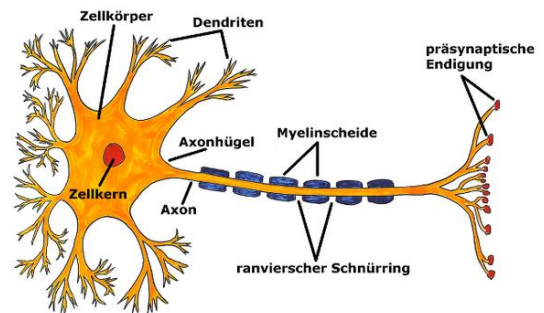
## Nervengewebe (Menche 2019)

Das Nervengewebe ist das Bauelement des Nervensystems und besteht aus **zwei** unterschiedlichen **Zelltypen**, den **Neuronen** (Nervenzellen) und **Gliazellen** (Stützzellen).

### Neuron

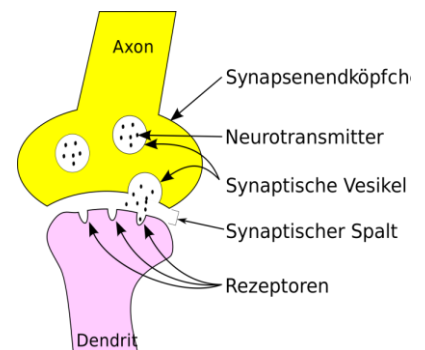
**Das Neuron** (Nervenzelle) - ist für die Weiterleitung von Impulsen vom Gehirn weg und zum Gehirn zuständig. Das Gehirn enthält 100 Milliarden Neuronen. Sie haben die gleiche Grundstruktur wie alle anderen Körperzellen.

- Die **Zellmembran** erzeugt elektrische Signale und empfängt mithilfe von Botenstoffen und Rezeptoren Signale
- **Dendriten** sind **kurze, baumartig verzweigte Ausstülpungen**, die Erregungsimpulse aus benachbarten Zellen aufnehmen und sie zum Zellkörper weiterleiten. Sie sind der **zuführende Teil** zur Zelle.
- **Axone (Neuriten)** sind **dünne, kabelartige Fortsätze** und teilen sich **am Ende in viele Endverzweigungen**. Sie leiten elektrische Impulse zu anderen Muskel-, Drüsen- oder Nervenzellen weiter, sind also der **wegführende Teil** der Zelle.



- **Synapsen**

Die **Axonenden** sind **vielfach verzweigt** und an **jeder Synapse knopfförmig zu präsynaptischen Endköpfen** aufgetrieben. Diese enthalten **Bläschen**, in denen **Überträgerstoffe (Neurotransmitter)** gespeichert werden. Die Membran der nachgeschalteten Zelle beinhaltet die **Rezeptoren** für die Transmitter. Der **synaptische Spalt** ist mit extrazellulärer Flüssigkeit gefüllt.



### Neurotransmitter

Sind Botenstoffe, die vom präsynaptischen Neuron freigesetzt werden. Sie wirken erregend oder hemmend auf die postsynaptische Membran und sind wesentlich an der Steuerung von Organfunktionen, Befinden und Verhalten beteiligt. Sie sollen im Gleichgewicht sein und haben zentrale Bedeutung für die Körperfunktionen. Dazu zählen: Glutamat, Acetylcholin, Noradrenalin, Serotonin, Dopamin.

### Gliazellen

Gliazellen oder **Stützzellen** besitzen eine Stütz-, Ernährungs-, elektrische und immunologische Schutzfunktion für die Neurone. Sie bilden die **Neuroglia**, das **Nervenhüllgewebe**.

## Nervenfasern und Nerven

Nervenfasern ziehen vom Gehirn und Rückenmark zur Peripherie und leiten Impulse vom Gehirn zu den Muskeln. Zum Gehirn ziehenden Nervenfasern leiten Signale von Sinneszellen und Sinnesorganen wieder zum Gehirn zurück.

Nervenfasern werden zu Nervenbündeln zusammengefasst und bilden so den sichtbaren Nerv.

Ein **Nerv** kann sich in seinem Verlauf mehrere Male aufteilen oder sich mit anderen Nerven vereinigen. Er kann nur motorische (motorischer Nerv) oder sensible Fasern (sensibler Nerv) als auch beide beinhalten (gemischter Nerv).

## Weißer und graue Substanz

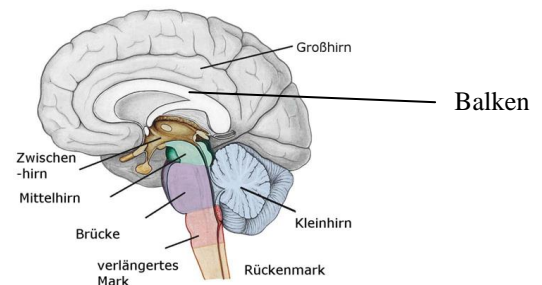
Die Bereiche im Gehirn und Rückenmark, in denen die markhaltigen Nervenfasern verlaufen (im Gehirn Bahnen genannt) werden als **weiße Substanz** bezeichnet. Eine größere Ansammlung von eng aneinander liegenden Nervenzellkörper mit ihren Dendriten (im Gehirn Kerne oder Rindenzellen genannt) erscheinen eher grau und werden als **graue Substanz** bezeichnet.

## 1. Gehirn

Das Gehirn ist die oberste Steuerzentrale des Nervensystems. Es wiegt beim Erwachsenen etwa 1300 bis 1400 g.

Das Hirn wird gegliedert in:

- Großhirn
  - Zwischenhirn
  - Mittelhirn
  - Brücke
  - Verlängertes Mark
  - Kleinhirn
- } bilden zusammen den Hirnstamm



### 2.1 Großhirn

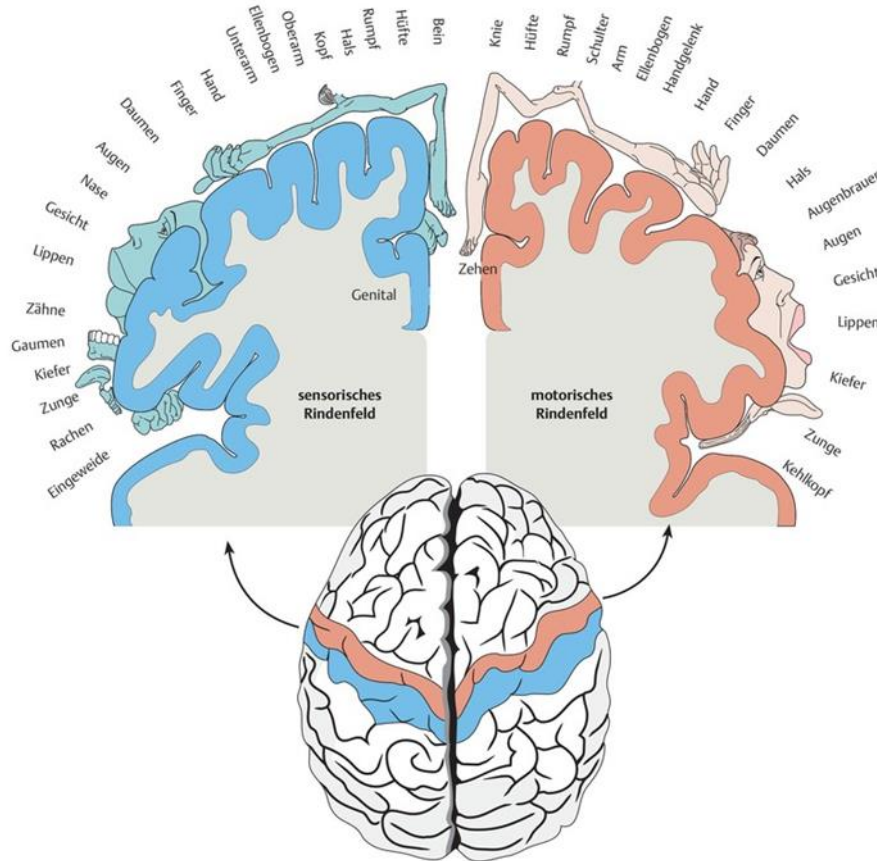
Das Großhirn ist **Sitz aller bewussten Handlungen** und der **höheren Hirnfunktionen**. Es liegt direkt unter dem knöchernen Schädeldach und stülpt sich als größter Hirnabschnitt wie der Hut eines Pilzes über Mittel- und Zwischenhirn. Bei demenziellen Prozessen kommt es besonders im Großhirn und in der Hirnrinde zu Schädigungen.

An der äußeren Oberfläche des Gehirns sind zahlreiche **Windungen** und **Furchen**. Die von vorne nach hinten verlaufende **Längsfurche** teilt das Großhirn in zwei Hälften, die **linke und die rechte Großhirnhemisphäre**. In der Tiefe sind beide Hemisphären über den Balken verbunden.

Die Großhirnhemisphären werden jeweils in vier **Hirnlappen** unterteilt: Stirnlappen, Scheitellappen, Schläfenlappen, Hinterhauptlappen.



Die **Großhirnrinde** ist eine dünne Schicht aus **grauer Substanz** und bedeckt die gesamte Hirnoberfläche. Sie enthält 70% der Neuronen des gesamten Gehirns, die überwiegend in sechs Schichten angeordnet sind. **Neuronenverbände mit ähnlichen Funktionen** liegen in **Rindenfeldern** beisammen. Die Rindenfelder werden in motorische, sensorische und Assoziationsfelder unterschieden.



**Motorische Rindenfelder** steuern die Skelettmuskulatur. In den **sensorischen Rindenfeldern** werden die Sinneseindrücke verarbeitet. Es wird noch zwischen primären und sekundären Rindenfeldern unterschieden. Bei **primären Rindenfeldern** besteht eine Punkt-zu-Punkt-Verbindungen zwischen Großhirnbezirk und dem peripheren Körperteil. Das primär motorische Rindenfeld steuert bewusste Bewegungen. Das primär sensorische Rindenfeld steuert die bewussten Empfindungen (Sinneswahrnehmungen).

**Schädigungen der primären Rindenfelder** führen zu **eng umschriebenen Ausfällen** wie z.B. Lähmung der Hand.

In den **sekundären Rindenfeldern** sind Erfahrungen, frühere Empfindungen und Gedächtnisbilder gespeichert. Sie geben z.B.: dem primären motorischen System Rückmeldung über die Bewegung und sind diesem übergeordnet. Die **Assoziationsfelder** verknüpfen verschiedene Rindenfelder miteinander und ermöglichen die Zusammenführung und Interpretation komplexer Sinneseindrücke. Neu eintreffende Sinneseindrücke werden mit früheren Erfahrungen verglichen, erkannt und gedeutet. Logisches Denken und Kreativität werden dadurch möglich.

**Schädigungen der sekundären Rindenfelder** führen zu **komplexen Problemen**. Fällt nach einem Schlaganfall das Broca-Sprachzentrum aus, können die Muskeln des Sprechapparates

zwar bewegt werden aber die Sprachsteuerung ist beeinträchtigt und das Sprechen kaum bis gar nicht möglich. Ist das Wernicke-Zentrum geschädigt, ist das Sprachverständnis schwer gestört. Der Betroffene spricht zwar flüssig und verständlich, das Gesprochene ergibt allerdings keinen Sinn.

Die **graue Substanz** ist ebenfalls, als Nervenzellanhäufungen, in der Tiefe des Großhirns, inmitten der weißen Substanz eingelagert und werden als **Kerne** (z.B.: Basalganglien) bezeichnet. Im Demenzprozess gehen die Neurone der Großhirnrinde zugrunde.

## 2.2 Limbisches System

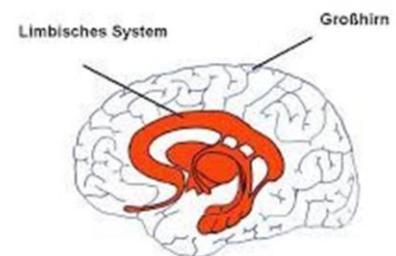
Das **Limbische System** ist eine funktionelle Einheit aus Strukturen von Groß-, Zwischen- und Mittelhirn. Es umgibt die Kerngebiete des Hirnstammes und den Balken wie einen Saum. Es hat **zentrale Bedeutung bei der Entstehung von Gefühlen und Trieben** wie Furcht, Wut, sexuelle Wünsche, Freude und für das **Gedächtnis**.

**Zum limbischen System gehören:**

- Riechkolben (vorderste Teil des Riechhirns – Reptilienhirn)
- Mandelkern (Amygdala) – für Gefühle, Stimmungen zuständig
- Hippocampus (Ammonshorn) – Gedächtnis, biografische Speicherungen
- Teile des Hypothalamus, Mamillarkörper, Fornix

Über den **Hypothalamus** nimmt das limbische System auf zahlreiche Organfunktionen Einfluss und bindet dadurch den **Gefühlshaushalt** in vegetative und hormonelle Funktionen mit ein. Zum Beispiel: Durchfall, Blutdruckanstieg, erhöhte Herzfrequenz vor beängstigenden Situationen wie Prüfungen.

Der **Hippocampus** ist der Arbeitsspeicher unseres Gehirns und die Schaltstelle zwischen dem Kurz- und dem Langzeitgedächtnis. Der **Riechkolben** ist der älteste Anteil unseres Großhirns und ein Teil der Riechbahn.



## 2. Demenz

Der Begriff „**Demenz**“ kommt aus dem Lateinischen und bedeutet wörtlich übersetzt „Der Geist ist weg“ (Hafner, Meier 2013). Darunter ist eine Einschränkung der Hirnleistungsfähigkeit zu verstehen, welche zu einer sozialen Beeinträchtigung und letztendlich zur Unfähigkeit, sich selbst zu versorgen, führt (Nigg, Steidl 2013).

Der Begriff „**dementielles Syndrom**“ ist ein Überbegriff, der alle Formen der Demenzen im Alter umfasst.

### 3.1 Alter und Demenz

Das Gehirn ist die zentrale Schalt-, Integrations- und Informationszentrale im menschlichen Organismus und verantwortlich für:

- **die nichtbewusste, zentrale Kontrolle** der Vitalfunktionen und somatische Vorgänge
- **das bewusste Erleben** wie Vorstellen, Denken, Wissen, Wollen, etc.

Das Gehirn verarbeitet Informationen zu neuronalen Erregungsmustern (neuronale Kodierung), worin unsere Sprach-, Erlebnis- und Tätigkeitswelten zu unserem Weltbild verschlüsselt sind.

Sie sind die **Grundlage für individuelle Informationsverarbeitung** und die **Individualexistenz**. Von zentraler Bedeutung ist die kognitive und intellektuelle Leistungsfähigkeit des Gehirns, also der mentale Bereich der erkennenden Wahrnehmung.

Beim alternden Menschen versteht man darunter besonders die **Fähigkeit sich an wechselnde Gegebenheiten und Anforderungen des Alltags anzupassen**. Die Fähigkeit resultiert aus den Kodierungsmustern der Beziehung zur Mitwelt in Familie, Beruf, Freizeit und aus der psychophysischen Veranlagung des jeweiligen Menschen. Im Bereich dieser Anpassungsfähigkeit manifestiert sich das so genannte funktionale Altern.

Die aktive Auseinandersetzung mit den Lebensereignissen und Alltagsaufgaben sowie die realistische Einschätzung der Möglichkeiten und Grenzen des Lebens im Alter ist der Maßstab für die Anpassungsfähigkeit (Kompetenz).

Die Einteilung der Kompetenzgrade bewegt sich zwischen voller Verhaltenskontrolle bis zur vollen Pflegebedürftigkeit.

Die kognitive Verarbeitung von Lebensereignissen bleibt im Gegensatz zu gewissen Verhaltensbereichen wie Emotion, Antrieb, kulturellen Faktoren im Alter weitgehend unberührt. Dies ist der markante Unterschied zwischen dem normalen Alterungsprozess und der Entwicklung einer kognitiven Leistungsschwäche (M. Alzheimer). Der an Morbus Alzheimer erkrankte Mensch ist nicht mehr in der Lage, Lebensereignisse mental zu verarbeiten, zu speichern und wieder abzurufen.

Studien belegen, dass der Abbau der Intelligenz in sehr geringem Maße, beim Gesunden erst ab dem 6. oder 7. Lebensjahrzehnt beginnt. Die **Leistungsfähigkeit der Intelligenz ist altersunabhängig** und **nicht kulturbestimmt**. Das Gehirn besitzt eine **Reservekapazität**, dadurch ist ein Leistungsanstieg im Bereich der intellektuellen Fähigkeiten auch im Alter möglich. Durch aktivierende Übungen kann der durchschnittliche Verlust an intellektuellen Fähigkeiten bis ins 9. Lebensjahrzehnt kompensiert werden. Dies beweist, dass das weit verbreitete Bild des Defizits der Intelligenz im Alter unzutreffend ist.

Obwohl das verminderte Kurzzeitgedächtnis, die verminderte Arbeitsgeschwindigkeit, die verminderte Reaktionszeit zu einer verminderten Lerngeschwindigkeit führen ist das Gehirn im Alter dennoch zu einer **Leistungssteigerung** fähig. Durch strategische **Umprogrammierung bestimmter Arbeitsweisen** aufgrund jahrelanger **Erfahrungen** können diese **Verluste kompensiert** werden.

**Das normale Altern stellt also einen Leistungswandel mit neuen Anpassungsformen, keinen Qualitätsverlust dar.**

Inhalte der **kristallinen** (inhaltsbezogenen) **Intelligenz** (Erfahrungen, Erkenntnisse, Wertvorstellungen, Entwürfe, Ziele) erleiden im Alter im Gegensatz zu der sich verändernden, auf die Schnelligkeit des Denkprozesses aufbauenden **fluiden** (instrumentalen) **Intelligenz** keine Einbußen.

**Vergesslichkeit** kann auch **bedingt** sein **durch** depressive Verstimmung, schlechtem Zurechtkommen mit den körperlichen Mühen des Alltags, chronischem Schlafmittelabusus und Alkoholismus, muss also nicht dementiell begründet sein. Während das normale Altern die höheren bewussten Leistungen des Gehirns intakt lässt und sie lediglich ohne

Qualitätsverlust modifiziert, zerstört die Alzheimer'sche Krankheit im Gehirn den Ort aller kognitiven Funktionen und damit die Zentrale des spezifisch menschlichen Verhaltens.

### 3.2 Erkennen des dementiellen Syndroms

(Hafner, Meier 2013)

**Unspezifische Hinweise auf eine Hirnerkrankung im Frühstadium** (Diagnose ist noch nicht klar und noch nicht gestellt) sind:

<b>Allgemein</b>	Abnahme der Leistungsfähigkeit Folge: Schwierigkeiten bei der Alltagsroutine
<b>Sozialverhalten</b>	Negative, unangenehme Veränderungen im psychosozialen Bereich (Beziehungsbereich), gehäuft kleine Reibereien, Streitigkeiten, Missverständnisse
<b>Affektive Störungen</b>	Labilität, Unsicherheit, Gleichgültigkeit, Hemmung, Schamgefühle
<b>Antriebsstörungen</b>	Adynamie (körperliche Schwäche), Apathie (kognitive Verlangsamung und Verarmung), Mangel an Motivation, Initiative, Unternehmungslust, Spontaneität, Interessen
<b>Kognitive exekutive Störungen</b>	Störung des abstrakten Denkens, Planens, der Problemlösungsfähigkeit, Konzentrationsstörungen, Schwierigkeiten mit dem Zeitgefühl, verlangsamte Reaktion, verminderte Aufmerksamkeit, Störungen im Beziehungsbereich, weil Gespräche und Begegnungen vergessen werden
<b>Gefahren</b>	Versagen, Frustration, psycho-sozialer Rückzug, Isolation, Vereinsamung

(Hafner, Meier 2013)

### Spezifische Symptome der Demenz im Krankheitsstadium (Diagnose stellen!)

<b>Primär-Symptomatik</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kognitive Defizitsymptome</li> <li>• Obligatorisch</li> <li>• Therapeutisch direkt kurativ nicht beeinflussbar</li> </ul>	<b>Sekundär-Symptomatik</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Affektive Folgesymptome</li> <li>• Fakultativ (fast immer vorhanden)</li> <li>• Therapeutisch meistens positiv beeinflussbar</li> </ul>
<b>Amnesie</b> – Gedächtnisstörung, vor allem Kurzzeitgedächtnis (Merkfähigkeit), später Orientierungsstörung, zeitlich und örtlich (verirren sich)	<b>Persönlichkeitsstörungen</b> – Reizbarkeit, Aufbrausen, Feindseligkeit; trotziges, unkooperatives Verhalten, Hemmung, Schamgefühle, Rückzug
<b>Aphasie</b> – Sprachstörung, Wortfindungsstörungen, Störung des Sprachverständnisses mit Missverständnissen, Störung der Gesprächsführung im Beziehungsbereich	<b>Depression</b> – negative Gefühle, Traurigkeit, Ängstlichkeit, Besorgnis, Ratlosigkeit, Hemmung, Gefühlsstarre, Willensschwäche, Entscheidungsunfähigkeit
<b>Apraxie</b> – Störung der zielgerichteten Bewegung mit Versagen in den Alltagstätigkeiten Folge: Schwierigkeiten im Haushalt, beim Kochen, Vernachlässigung der Körperpflege, später Pflegebedürftigkeit	<b>Angst</b> – ängstliche Besorgnis und Beunruhigung, Erwartungsangst
<b>Agnosie</b> – Wahrnehmungsstörungen, Verkennungen, Sinnestäuschungen (visuell, auditiv, taktil)	<b>Paranoide Tendenz</b> – Misstrauen, Beeinträchtigungsideen, Eifersuchts-, Verfolgungs-, Bestehungs-, Verarmungsideen

<b>Abstraktionsfähigkeitsverlust</b> – Störung des logischen Denkens, des Planens, Strukturierens, der Motivationsbildung und Problemlösungsfähigkeit	<b>Störung des Tag-Nacht-Rhythmus</b> – Schlafstörung, nächtliche Unruhe, Tag-Nacht-Umkehr (Sundown-Phänomen)
<b>Assessmentstörung</b> – eingeschränkte Urteilsfähigkeit, Schwierigkeiten Ereignisse zu verstehen und interpretieren, Handlungsunfähigkeit. Gefahr der Betagtenmisshandlung!	<b>Psychomotorische Enthemmung</b> – Perservation (Wiederholungszwang); rufen, schreien, klopfen, umherirren, weglaufen
	<b>Psychotische Explosivreaktionen</b> – Agitation (psychomotorische Erregung), Aggression, feindseliges Verhalten mit verbalen oder brachialen Angriffen

(Hafner, Meier 2013)

### 3.3 Einteilungsmöglichkeiten der Demenz

(Hafner, Meier 2013; Nigg, Steidl 2011)

#### Nach Schweregrad

<b>Leichte Demenz</b>	Lebensqualität ist vermindert wird ohne fremde Hilfe im täglichen Leben fertig
<b>Mäßige Demenz</b>	Stundenweise Hilfestellung nötig
<b>Schwere Demenz</b>	Ständige Pflegebedürftigkeit

#### Nach Lokalisation der Krankheitsursache

<b>Primäre Demenz</b>	<p>Krankheitsursache liegt im ZNS selbst (irreversibel)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Degenerative</b> – ca. 60% der Demenzen, Mb. Alzheimer, Mb. Pick, Lewy-Body-Demenz</li> <li>• <b>Vaskulär</b> bedingt – ca. 30% der Demenzen, Multiinfarktdemenz, Mb. Binswanger</li> <li>• <b>Mischformen</b> – degenerativ und vaskuläre Veränderungen gleichzeitig</li> </ul>
<b>Sekundäre Demenz</b>	<p>Ursachen außerhalb des Gehirns, behandel- oder heilbar (reversibel), ca. 10% der Demenzen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>psychiatrische</b> Erkrankungen - Pseudodemenzen, Depression, Schizophrenie</li> <li>• <b>Toxisch, medikamentös</b> bedingt</li> <li>• <b>Metabolisch, endokrin</b> bedingt - Hypo-, Hyperthyreose, Diabetes mellitus, Vit. B12 Mangel, etc.</li> <li>• <b>Ernährungs- bzw. anämiebedingt</b> - Vit. B12 Mangel</li> <li>• <b>Intrakraniell</b> – Meningeom, Subduralhämatom, etc.</li> <li>• <b>Alkohol- oder Drogenabusus</b></li> <li>• <b>Infektiös</b> bedingt</li> <li>• <b>Kardiovaskulär od. pulmär</b> bedingt - Sauerstoffmangel</li> <li>• <b>Psychosozial</b> bedingt</li> </ul>

## Nach dem Alter (bei Morbus Alzheimer)

<b>präsenile Form</b>	Auftreten vor dem 65. Lebensjahr, mit genetischer Häufung – rasche Progression, schwerer Verlauf
<b>senile Form</b>	tritt nach dem 65. Lebensjahr auf – langsamere Progression

## Nach therapeutischer Beeinflussbarkeit

<b>Echte Demenzen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Irreversibel</b>, chronisch progredienter Verlauf, nicht heilbar; Mb. Alzheimer, Lewy-Body-Demenz</li> </ul>
<b>Pseudodemenzen</b> (unechte Demenzen)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Teilweise reversibel</b>, wechselhafter Verlauf, therapierbar</li> <li>• Depressive Pseudodemenz</li> <li>• Neurotische Pseudodemenz – Regression, Erlernte Hilflosigkeit, sekundärer Krankheitsgewinn, Nicht mehr wollen, Nicht mehr können</li> <li>• Pseudodemenz bei organischen Fehlfunktionen wie Hypothyreose, Bit B12 Mangel, Elektrolytstörungen,....</li> </ul>

## Nach Lokalisation der Erkrankung

<b>Kortikale Demenzen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schädigung betrifft vor allem die Großhirnrinde</li> <li>• 2/3 der Demenzen</li> <li>• Beginnt mit kognitiven Störungen – Amnesie, Aphasie, Akalkulie, Apraxie, Agnosie</li> <li>• Neurologische Ausfälle folgen später</li> <li>• Degenerative Demenzen: Mb. Alzheimer, Frontotemporal-lappen Demenz, Mb. Pick, Lewy-Body-Demenz (subkortikale Mitbeteiligung), Multiinfarkt-Demenz</li> </ul>
<b>Subkortikale Demenzen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schädigung betrifft primär nicht die Großhirnrinde</li> <li>• 1/3 der Demenzen</li> <li>• Beginnt mit neurologischen Ausfällen - Bewegungsstörungen</li> <li>• Kognitive Störungen folgen später</li> <li>• Degenerative Demenzen: bei Mb. Parkinson und Chorea Huntington</li> <li>• Vaskuläre Demenzen: subkortikale arteriosklerotische Enzephalopathie (Mb. Binswanger)</li> <li>• Symptome: Antriebsstörungen, fehlerhafte Programmierung, Störung der Initiativ- und Planungs-funktionen, generell Verlangsamung</li> </ul>

## 3.4 Demenzielle Syndrome

### 3.4.1 Demenz vom Alzheimer-Typus (DAT)

Die **Demenz vom Alzheimerstyp** äußert sich durch eine schwere und fortschreitende Hirnleistungsschwäche und tritt meist in der zweiten Lebenshälfte auf.

Die **Alzheimer'sche Krankheit** ist ein neurodegeneratives Leiden, multifaktoriell bedingt, auf Basis einer genetischen Disposition. Traumatische, toxische und infektiöse Ursachen werden diskutiert.

Es kommt zum **Untergang von Neuronen** und zu einer Minderfunktion bestimmter **Transmittersysteme** (cholinergen System und Acetylcholin). Weitere pathologische Veränderungen zeigen sich in einer ausgeprägten **Atrophie der Großhirnrinde** mit massivem Verlust von Nervenzellen und deren Dendriten. Zahlreiche sogenannte **Alzheimerfibrillen** entstehen durch die abnorme Einlagerung von Phosphorsäure in ein Protein. Senile Plaques bilden sich im kortikalen Interstitium. **Plaques** bestehen aus einem Beta-Amyloidkern und sind umgeben von zerstörten Neuriten und einwachsendem Gliagewebe. Typisch ist eine ausgeprägte **Verminderung der Durchblutung** im Gehirn, eine Veränderung im **Glucosstoffwechsel** und im O<sup>2</sup>-Verbrauch in bestimmten Hirnregionen.

Vor allem im **präsenilen Verlauf** ist erst der Glukoseumsatz gestört, welcher zur Energiegewinnung nötig ist. Fettsäuren und Aminosäuren können einen Teil der Energiegewinnung ersetzen und halten gerade die Grundfunktionen aufrecht. Ein weiterer Funktionsschwerpunkt der Glucose ist die Neurotransmitterproduktion. Bei mangelnder Bildung sind die Neuronenfunktionen gestört und damit die kognitiven Funktionen erheblich reduziert.

Es kommt zum **Untergang von Hirnzellen im Bereich der Großhirnrinde** vor allem im Schläfen- und Scheitelbereich und im Limbischen System, zum Verlust intellektueller Fähigkeiten, zur Beeinträchtigung des Gedächtnisses, der Sprache und der räumlichen und zeitlichen Orientierung.

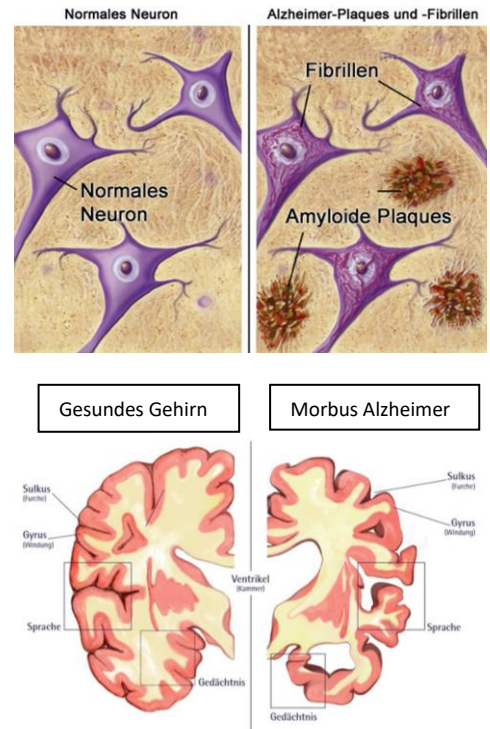
**Lebensereignisse werden nicht mehr mental verarbeitet, gespeichert und abgerufen.** Die Symptome bilden sich kurzfristig und exzessiv aus, es besteht **keine Krankheitseinsicht**. Auch das **Gedächtnis für frühere Ereignisse geht verloren**.

Die **Erkrankung beginnt meist diskret**, mit dem Nachlassen der Aufmerksamkeit, einer zunehmenden Abneigung gegenüber Neuem oder Abnahme der Alltagsaktivitäten. Soziales Desinteresse, Abnahme der intellektuellen Fähigkeiten und die Gedächtnisstörung wird anfangs bagatellisiert.

Anfänglich werden Zahlen, Nummern vergessen, Namen können nicht mehr Gesichtern zugeordnet werden. Die Schwierigkeiten im Erkennen der **leichten Demenzformen** liegen darin, dass Erkrankte ihre Defizite sehr gut überspielen (**konfabulieren**) und damit verbergen können.

**Anschließend geht die Erinnerung an ganze Situationen** (Besuch einer bekannten Person, Hochzeit eines Verwandten) **verloren**, der Platz von wegegelegten Gegenständen wird vergessen.

**Später tritt die Kombination situativer, zeitlicher und örtlicher Desorientiertheit auf.** Die Kranken vergessen von einer Minute zur anderen, büßen dadurch den zeitlichen Zusammenhang ihres bewussten Erlebens (Tun, Wahrnehmung, Denken) völlig ein und sind nicht mehr in der Lage, zu überblicken, was sie eben taten oder tun wollten, was sie dachten oder empfanden.



**Vertraute Personen werden nicht mehr erkannt, sinnlose Handlungen** wiederholt, rastloser Wanderdrang besteht, das Gefühl für den Tag- und Nachtrhythmus geht verloren. Aggressives Verhalten wechselt sich mit Teilnahmslosigkeit ab.

**Patienten mit Demenz** im leichten Stadium versuchen also die Einbuße ihrer kognitiven Fähigkeit zu überspielen und zu leugnen. Es entwickelt sich durch das Erkennen der Defizite möglicherweise eine Depression. Im mittelschweren und schweren Stadium geht die **Krankheitseinsicht verloren**.

**Patienten mit Depression** im Vergleich, klagen häufig über ihre Gedächtnisstörungen und kognitiven Mängel. Bei ihnen **bleibt die Krankheitseinsicht**, sie nehmen ihre Defizite wahr und äußern diese auch.

**Risikofaktoren:** sind das Alter, familiäre und genetische Disposition, weibliches Geschlecht (haben eine höhere Lebenserwartung)

### 3.4.2 Lewy-Body-Demenz (DLB)

Die Lewy-Body-Demenz ist vor allem durch **kognitive Defizite** mit Beeinträchtigung von **Gedächtnis** und **höheren kortikalen Funktionen**, **parkinsonähnlichen** Symptomen und Halluzinationen visuellen oder akustischen gekennzeichnet. Das pathologische Geschehen findet im kortikalen sowie im subkortikalen Bereich statt. Der Verlauf ist in seiner Symptomatik und Ausprägung wechselhaft und kann sich rasch verschlechtern. Kognitive Symptome treten gleichzeitig mit neurologischen Störungen (parkinsonähnlich, vermehrte Stürze) auf.

### 3.4.3 Frontallappen-Demenz (FTD)

Bei der Frontallappen Demenz (Morbus Pick) kommt es zu einem **fortschreitenden Neuronenuntergang im Frontal- und Temporallappen**. Die neuropathologischen Veränderungen und klinischen Erscheinungsbilder sind vielfältig. Der Krankheitsbeginn ist sehr oft zwischen dem 45. und 60. Lebensjahr, also präsenil. Es ist eine familiäre Häufung zu beobachten. Im Gegensatz zur DAT treten bereits im Anfangsstadium ausgeprägte Verhaltensstörungen ohne Gedächtniseinbußen auf. Die Verhaltensstörung zeigt sich in Form einer Enthemmung, fehlender Krankheitseinsicht, eingeschränkter Urteilsfähigkeit, Ruhelosigkeit, sinnlosem Aktivismus bis Apathie, Gleichgültigkeit und sozialem Rückzug. Auffallend sind Verhaltensstereotypen sowie zwanghafte und rituelle Handlungen.

### 3.4.4 Vaskuläre Demenz - Multiinfarktdemenz (MID)

Die Hirnleistungsstörung entsteht infolge einer **Gefäßerkrankung** oder einer **Mangeldurchblutung**, wobei es zu **mehrfachen kortikalen und/oder subkortikalen Infarkten** kommt. Die pathologischen Geschehnisse verursachen eine schrittweise und unregelmäßige Verschlechterung der intellektuellen Fähigkeiten, neurologische Ausfälle, Störungen des Gedächtnisses, der Orientierung, des abstrakten Denkens, des Urteilsvermögens, Affektlabilität, Affektinkontinenz und die typischen nächtlichen Verwirrtheitszustände.

## Differenzialdiagnose Morbus Alzheimer - Multiinfarktdemenz

Morbus Alzheimer	Multiinfarktdemenz
<ul style="list-style-type: none"><li>• langsamer Beginn</li><li>• gleichmäßiger Verlauf</li><li>• ständige Verschlechterung</li> <li>• diffuse Ausfälle</li><li>• absolut irreversibel</li><li>• Langzeitgedächtnis geht völlig verloren</li><li>• Biografiearbeit im fortgeschrittenen Stadium sinnlos</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• plötzlicher Beginn</li><li>• intermittierende Verschlechterung</li><li>• mit starken Schwankungen der kognitiven Leistungsfähigkeit innerhalb eines Tages</li> <li>• neurologische Herdsymptome</li><li>• teilweise reversibel</li><li>• Langzeitgedächtnis wird lückenhaft</li><li>• Biografiearbeit je nach Langzeitgedächtnisstörung möglich</li></ul>

### 3.5 Demenzdiagnose

Gerald Gatterer (2017) schreibt, dass der Bereich **Demenzfrühdagnostik** eine spezielle Problematik darstellt. Die Diagnoseverfahren sollen **sensitiv für Abbauprozesse** sein, gleichzeitig aber eine **geringe Wahrscheinlichkeit für Fehldiagnosen** aufweisen. In der Diagnostik ist die Kooperation zwischen Medizin, Psychologie, Pflege, Angehörigen und anderen Betreuungspersonen äußerst wichtig.

#### Er schlägt folgende Vorgangsweise vor:

- Ausschluss einer Pseudodemenz, Differentialdiagnose der Demenzformen
- Anamnese, Hintergrundinformationen, Verlauf, ev. Fremdanamnese sowie medizinische Befunde erheben
- Bei testerschwerenden Faktoren: Funktionstests – Motorik, je verbaler Fähigkeit verbale oder sprachfreie Verfahren
- Psychometrische Überprüfung – Screenings wie Uhrentest, Mini-Mental-Status, andere spezifische Tests
- Abklärung Depression als Abgrenzung zur Demenz
- Genauere Abklärung der kognitiven Ressourcen und Grad der Selbstständigkeit
- Weitere medizinische Abklärung, Laborbefunde, CT, Neurologie, Psychiatrie
- Differentialdiagnose vaskuläre versus primär degenerative Demenz

Diese Befunderstellung sollte am sinnvollsten multiprofessionell erfolgen und die Ergebnisse der verschiedenen Fachdisziplinen einfließen lassen.

Kurz gesagt, nur die Durchführung eines **umfassenden geriatrischen Assessments** ermöglicht eine relativ gesicherte Diagnosestellung.

#### 3.5.1 Geriatrisches Assessment

**Assessment** = Einschätzung, Beurteilung, Bestandsaufnahme.  
(Nigg/Steidl 2011)

Das Geriatrische Assessment ist **zentraler Bestandteil der Geriatrischen Medizin**. Ziel ist, **Rehabilitationsressourcen** multimorbider Patienten zu erkennen. Man erreicht eine genauere **Diagnostik** und dadurch eine **Optimierung** der **medizinischen** Behandlung sowie der **Pflegeinterventionen**. Erfasst werden körperliche, psychische, kognitive und soziale Komponenten sowie Daten aus dem Lebensumfeld (**Sozialanamnese, Biografie**).

Die **Wechselwirkungen** von Krankheiten, Behinderungen und mit dem Alter zusammenhängenden Veränderungen werden heraus gearbeitet, Ziele gesetzt und Maßnahmen, Interventionen, Impulse (medizinisch, pflegerisch, sozial) danach geplant. Die Erhaltung der Selbstständigkeit, Optimierung der Alltagsfunktionen, Vermeidung von Heimeinweisung und Erhaltung der selbst definierten Lebensqualität stehen im Zentrum. Eine bestmögliche Einschätzung ist nur durch interdisziplinäre Zusammenarbeit möglich.

### **Assessment-Instrumente** (Hafner/Meier 2000)

Eine europäische Arbeitsgruppe (Arbeitsgruppe Geriatrisches Assessment) empfiehlt den Einsatz von acht international bewährten Instrumenten sowie zweier neu entwickelten Verfahren. Das **Assessment** soll dabei in **drei Stufen** erfolgen (Screening, Basis-Assessment, Problemorientiertes Assessment).

#### **Erste Stufe: Geriatrisches Screening**

Umfasst 15 Items und kann im Rahmen der **regulären Anamneseerhebung** innerhalb von 5 bis 10 Minuten erfolgen. Ziel ist, die **Erfassung von Störungen und Risiken** (Störungsmuster). Folgende Bereiche werden beleuchtet.

- Sehen (Fingerzahl in 2m Entfernung mit Brille erkennen)
- Hören (Flüstern von Zahlen in 50cm Entfernung in das angegebene Ohr)
- Beweglichkeit der Arme (beide Arme hinter den Kopf legen lassen)
- Beweglichkeit der Beine (aufstehen, einige Schritte gehen, sich setzen)
- Blasenkontinenz (erfragen)
- Stuhlkontinenz (erfragen)
- Ernährung (Patientengewicht abschätzen, erfragen)
- Kognitiver Status (Begriffe „Apfel-Münze-Tisch“ wiederholen lassen)
- Aktivität (erfragen; sich ankleiden, Treppen steigen, einkaufen)
- Stimmungslage (erfragen, einschätzen)
- Soziale Unterstützung (Personen, auf die sich der Patient verlassen kann)
- Risikofaktor Sturz (erfragen)
- Risikofaktor Medikamenteneinnahme (erfragen)
- Risikofaktor Schmerzen (erfragen)

#### **Zweite Stufe: Geriatrisches Basis-Assessment**

Erfasst werden die **Selbsthilfefähigkeit**, die **kognitive und psychische Funktion** sowie die **soziale Situation** des Patienten. Die Ergebnisse des **Basisassessment** bilden die Grundlage für die Diagnose geriatrischer Syndrome. Ziel ist die **Erfassung von Defiziten und verbliebener Ressourcen** zwecks Ausarbeitung einer **Rehabilitationsplanung**. Es gibt weltweit über 100 verschiedene Funktionstests.

#### **Auflistung einiger bekannter Funktionstest**

<b>Test</b>	<b>Beschreibung</b>
<b>Barthel-Index</b>	Barthel ADL Index BI, nach Mahony und Barthel 1965, Autorinnen sind eine Ärztin und eine Physiotherapeutin.
<b>ATL – Test</b>	Index of Activities of Daily Living ADL, nach Katz et al 1963), Züricher Version;

<b>Mini-Mental-Status (MMSE)</b>	Mini Mental State Examination nach M.F.Folstein et al 1975
<b>Geriatrische Depressionsskala (GDS)</b>	GDS nach Sheikh und Yesavage 1986;
<b>Soziale Situation (SS)</b>	Sozialfragebogen nach Nikolaus T 1995;
<b>Sozialverhaltensskala (SVS-Skala)</b>	Züricher Version
<b>Handkraft</b>	Messung der Handgriffstärke;
<b>Geldzählen</b>	Erfasst Visus, manuelle Geschicklichkeit und kognitive Leistungsfähigkeit;
<b>Timed up and go</b>	Aufstehen-und-Gehen-Test, nach Podsiadlo und Richardson 1991; Aufstehen vom Stuhl, drei Meter gehen, Umdrehen und sich wieder hinsetzen;
<b>Motilitätstest nach Tinetti (MNT)</b>	Tinetti Mary E 1986;
<b>Uhrentest Clock Completion</b>	Uhren ergänzen nach Watson 1993;
<b>Schmerzskala</b>	Schmerzstatus
<b>Minimal Nutritional Assessment (MNA)</b>	Ernährungsstatus
<b>Orthostase-Test</b>	Nach Jarmatz-de Marees

### Dritte Stufe: Problemorientiertes Assessment

Im Anschluss an diese Tests können, falls wirklich indiziert, weitere **spezifischere Untersuchungen** (neuropsychologisch, psychiatrisch, somatisch) durchgeführt werden.

### Geriatrische Familienkonferenz

In einem strukturiertem **Gespräch** kann das **multiprofessionelle Team** inklusive der **Angehörigen** Informationen austauschen, spezifische Probleme und Ressourcen besprechen und weitere Handlungsstrategien vereinbaren und planen. Dies kann als eine Form der Supervision für Angehörige betrachtet werden. In den Gesprächen können Ängste, Unsicherheiten, Schuldgefühle, Themen wie Sterben und Tod sowie finanzielle Probleme besprochen und aufgearbeitet werden.

#### Ziele dieses Arbeitsinstrumentes sind:

- **Ist- und Soll-Zustand** erheben, gegenseitiger **Informationsaustausch**, informierte Zustimmung aller Beteiligten bezüglich der geplanten Interventionen
- Einbeziehen der **Resultate des geriatrischen Assessments** ins Betreuerteam (Angehörige, Pflegende, Therapeuten, Ärzte)
- **Wissenstand** der Angehörigen verbessern
- Medizinische Untersuchungsergebnisse mit der **Alltagserfahrung** vergleichen und erklären
- Hilfsbereitschaft und Ressourcen der **Familie fördern und stärken**
- Einsatz **professioneller Dienste** gezielt planen und Termine vereinbaren
- Zusätzliche **Entlastungsangebote** und Hilfen anbieten und besprechen

### 3.5.2 Kritische Betrachtung der Demenzdiagnostik

Tom Kitwood (2004) schreibt, dass die Unterscheidung zwischen kortikalen und subkortikalen Demenzen irreführend ist, da die meisten Demenzen mit pathologischen Befunden in beiden Bereichen einhergehen. Diverse Forschungsergebnisse und Literaturbeiträge widersprechen sich diesbezüglich. So wird versucht, die organische Grundlage von Demenz als einfache und klar umrissene Angelegenheit darzustellen.

**Tatsächlich ist es nicht möglich, mittels bildgebender Diagnostik eine Alzheimer Diagnose zu stellen. Nachgewiesene pathologische Veränderungen müssen sich nicht in kognitiven Fehlfunktionen auswirken.** Umgekehrt ist es möglich, dass ein Mensch massive kognitive Defizite aufweist und bei postmortalen neuropathologischen Untersuchungen keine pathologischen Veränderungen nachgewiesen werden können. **Es ist also kaum mit Sicherheit zwischen einer echten und einer Pseudodemenz zu unterscheiden.**

In der Praxis wird versucht, die Diagnose über den Minimentalstatus oder den Uhrentest zu stellen. Diese Tests sagen nur etwas über die aktuelle kognitive Leistungsfähigkeit, also zu einem bestimmten Zeitpunkt aus. Sie müssten mit der aktuellen Situation (körperliche, psychisch, sozial) und mit den früheren Leitungsniveaus des Menschen in Bezug gebracht werden, um eine diagnostische Haltbarkeit zu erbringen. Die Depression zum Beispiel, geht mit einer kognitiven Funktionseinschränkung einher. Wird sie nicht erkannt, kann es zur Demenzfehldiagnose kommen.

Tom Kitwood (2004) sieht die Diagnose Frontallappendemenz ebenfalls sehr kritisch. Ihr wird eine Verhaltensveränderung, möglicherweise ohne kognitive Einschränkung zugesprochen. Ohne genauere diagnostische Maßnahmen könnten in diesem Fall psychische Auswirkungen mangelhafter Pflege und Betreuung mit der Diagnose Frontallappendemenz begründet werden. Der Patient erhält aufgrund der Diagnose keine Rehabilitationschance.

Des Weiteren weist Kitwood (2004) darauf hin, dass **körperliche Gesundheitsprobleme demenz-ähnliche Verwirrheitszustände auslösen** können. Beim Vorliegen einer primären Demenz verstärken sich die Symptome und es kommt zu einer Fehleinschätzung der tatsächlichen Beeinträchtigung der Person. Deshalb sollte eine Demenzdiagnose solange als vorläufig angesehen werden, bis sie durch die Abklärung und Behandlung der organischen Problematik bestätigt werden kann. Sensorische Beeinträchtigungen schneiden den Menschen radikal von der sozialen Welt ab und berauben ihn des Personseins. Ebenso verhält es sich mit physischem Schmerz, dessen Bewältigung viel Raum einnimmt, Lebensenergie abzieht und von den alltäglichen Dingen ablenkt. Einsamkeit, Angst und Medikamentenwirkungen tun das Übrige dazu.

*„Demnach ist es lebenswichtig, allen Aspekten des körperlichen Wohlbefindens einer Person mit Demenz Aufmerksamkeit zu widmen. In dem Eifer, eine person-zentrierte Pflege zu bieten, kann eine Gefahr liegen, dies zu vernachlässigen. Besonders ist die Falle zu meiden, eine Störung zu behandeln, als habe die psychische Ursachen, und demnach auch nur nach psychologischen Lösungen zu suchen, während die schwere zugrundeliegende Störung mit der physischen Gesundheit zusammenhängt.“ (Kitwood 2004)*

Thomas Fischer (2013) stellt fest, dass zur Diagnose von Demenz der **Mini-Mental-Status-Test** eingesetzt wird. Dieser Test gibt lediglich Auskunft über den Grad der Einschränkung der höheren kognitiven Funktionen. **Zur Ableitung pflegerischer Interventionen ist er allerdings nicht geeignet.** Er kritisiert ebenso, dass dieser Test sprachbasiert ist und bei

Menschen mit fortgeschrittener Demenz nicht mehr anwendbar und aussagekräftig ist. Im Pflegebereich fehlen spezifische Instrumente zum Assessment von funktionalen Fähigkeiten bei Menschen mit Demenz. Es mangelt in diesem Bereich auch an systematischen Studien. Er kritisiert, dass die **medizinische Diagnostik** zu Art und Ätiologie der Demenz sowie das Fachwissen der Pflegepersonen dazu **mangelhaft** sind. Die Demenz ist von **herausforderndem Verhalten** der Betroffenen (Agitation, zielloses Umhergehen, Weglaufverhalten, Rastlosigkeit, vokale Störungen, Aggression, Apathie, Rückzug und Depression) begleitet. Dieses Verhalten wird durch Ortswechsel, fehlende bekannte Bezugspersonen, regelmäßig wechselndes Personal, nichtbefriedigte Bedürfnisse, Unfähigkeit sich mitteilen zu können, anregungsarme Atmosphäre, Persönlichkeitsmerkmale, Hunger, Durst, Schmerz, starrer Tagesablauf und Routine im Akutbereich noch verstärkt. Ziel pflegewissenschaftlicher Forschung sollte sein, die Auslöser und Ursachen für herausforderndes Verhalten zu isolieren und Rahmenempfehlungen für den stationären Alltag anzubieten.

Peter J. Whitehouse und Daniel George (2009) schreiben: *„Wir gehen mit der Alzheimerkrankheit um, als sei sie so real wie die Pest, und doch können nicht einmal die Spitzenexperten des Fachgebietes eine präzise Diagnose stellen. Die Krankheit ist eine wandernde Zielscheibe, eine Schimäre – ein Trugbild oder Hirngespinnst. .... Dies deshalb, weil sämtliche ihrer einzelnen Komponenten zu einem gewissen Grad auch im normalen Alterungsprozess vorkommen.“* Es gibt keine klaren Grenzen, die das normale Altern von der Alzheimer-Demenz oder anderen Demenzen trennen.

Das bedeutet, dass die **Diagnose Alzheimer-Demenz** nur dann, **mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit** gestellt werden kann, wenn **andere Ursachen**, wie folgend dargestellt, **ausgeschlossen** werden

- Schilddrüsen-Unterfunktion
- Andere stoffwechselbezogene Gründe
- Gefäßprobleme (Schlaganfall)
- Vitamin Mangelerscheinungen einschließlich Vit. B 12 – Mangel
- Hyperkalzämie
- Normaldruckhydrozephalus
- Psychiatrische Erkrankungen (Depression, Schizophrenie,..)
- Schädelhirntrauma
- Strukturelle Gehirnläsionen, Gehirntumore, Verletzungen, Blutgerinnsel im Gehirn
- Andere degenerative Zustände (Morbus Parkinson,...)
- Simulierte und künstlich erzeugte Störungen
- Dehydratation und andere Ursachen für ein Delir
- Infektionen des Gehirns
- Chronischer Alkoholabusus
- Polypharmazie, Neben- und Wechselwirkungen von Medikamenten

Es gilt auch zu bedenken, dass die **Diagnose Alzheimer-Demenz eine Etikettierung** darstellt, die den Menschen ausgrenzt, ihm Rehabilitationschancen nimmt und die Lebensqualität in Frage stellt.

### 3.6 Behandlungsmöglichkeiten

(Gatterer 2017, Nigg, Steidl 2011)

Die Behandlung kann präventiv, medikamentös oder psychosozial/verhaltenstherapeutisch erfolgen, wobei dem präventiven und psychosozialen hohe Bedeutung zukommt. Es gibt noch keine endgültige, überzeugende Behandlungsmethode.

#### Präventive, nichtmedikamentöse Therapie

Hier steht der Aufbau von Kompetenzen in den verschiedensten Lebensbereichen, deren Reaktivierung durch das Erkennen und Nutzen der Ressourcen (kognitiv, physisch, psychisch, sozial) sowie deren subjektive Bedeutung für den Betroffenen im Vordergrund.

- Ausschluss vaskulärer Risikofaktoren – Rauchen, Hypertension, Diabetes mell., Vorhofflimmern, Adipositas
- Optimale medizinische Behandlung der Grunderkrankungen
- Trainingsprogramme wie Gedächtnistraining, Gehirn-Jogging, Konzentrationstraining, ROT, computerunterstützte Programme, Kompetenztraining – ansprechen aller Sinne
- Entspannungstechniken, Techniken zur Befindlichkeitsverbesserung
- Umgebungsanpassung im häuslichen Milieu, Aktivierungsprogramme, Milieuthérapie im institutionellen Kontext, Re-motivation, Re-sozialisierung, Re-sensibilisierung, Re-vitalisierung
- Beratung und Aufklärung über Altersveränderungen (ganzheitlich)
- Aufbau und Förderung von sozialen Kontakten
- Gespräche, Beratung, Rehabilitation zur besseren Krankheitsbewältigung
- Einbeziehung von Psychologen und anderen Berufsgruppen, multiprofessionelles Management
- Kreative Therapien (Musik-, Tier-, Kunsttherapie) wenn es biografisch passend ist
- Förderung der Kommunikation und Sozialkontakte
- Einsatz pflegerischer Konzepte – Aktivierung, Reaktivierung, Übergangspflege, Validation, Basale Stimulation, Kinästhetik

Erickson, Miller und Weinstein (2012) stellen anhand wissenschaftlicher Studien fest, dass **zwischen aerober Fitness, körperlicher Aktivität und höheren Hirnfunktionen ein Zusammenhang** besteht. Diese Effekte sind mit einer gesteigerten präfrontalen, parietalen und hippocampalen Aktivität verknüpft und treten selbst in Ruhephasen auf. Körperliche Aktivität ist ein Mittel zur Modifikation von Hirnfunktionen.

- Das Gehirn bleibt über die gesamte Lebensspanne hinweg modifizierbar und ist bis ins hohe Lebensalter zur Veränderung und Verbesserung fähig
- Es ist nie zu spät mit körperlicher Aktivität zu beginnen

#### Medikamentöse Therapie

Bisherige Therapien waren symptomatisch, an einer ursachenspezifischen Behandlung wird noch geforscht. Eine Zukunftsperspektive könnte das medikamentöse Eingreifen in das Neurotransmittersystem darstellen.

Das momentane **Therapieziel** ist die **Behandlung der kognitiven Leistungsminderung** und Beeinflussung der **Begleitsymptome** (Depression, Agitiertheit, Schlaflosigkeit, Angstzustände und Wahn). Es gibt Medikamente, die als **Nebenwirkung** Aggressivität und Unruhe verursachen, blutdrucksenkend wirken oder die kognitive Leistungsfähigkeit noch mehr beeinträchtigen. Daher ist die medikamentöse Therapie den Fachärzten zu überlassen.

- **Acetylcholinesterase-Hemmer** (Aricept, Exelon, Reminyl) greifen in den Acetylcholinhaushalt ein, werden bei leichter bis mittelschwerer Demenz eingesetzt. Nebenwirkungen sind: Schwindel, Übelkeit, Erbrechen, Diarrhoe, Bradycardie, Synkopen
- **Memantin** (Axura, Epixa) werden bei mittelschwerer und schwerer Demenz verabreicht. Nebenwirkungen sind: Schwindel, Kopfschmerzen, Obstipation, Schläfrigkeit
- **Nootropika** aktivieren im Gehirn den zellulären Sauerstoff- und Glukosestoffwechsel und sind nur leichten Formen der Demenz wirksam
- **Thrombozytenaggregationshemmer** (Thrombo-Ass) verbessern die Blutfließeigenschaften, dieselbe Wirkung haben Herzglykoside
- **Nimodipin** (Nimotop) wirkt auf die Kalziumkanäle (Kalziumeinstrom in die Zelle) und verbessert die kognitive Leistung
- **Antidepressiva und Antipsychotika** werden bei sekundären Krankheitssymptomen wie Unruhe, Schlafstörungen, wahnhaftes Erleben, Sinnestäuschungen, paranoiden Phänomenen und Verwirrheitszuständen eingesetzt. Hier ist besonders auf Nebenwirkungen zu achten!

#### 4. Prävention in der Geriatrie

**Altern** in unserer Gesellschaft kann bedeuten **krank, hilflos oder betreuungsbedürftig** zu werden. Bei der Betreuung alter Menschen sind die betreuenden Personen wie Arzt, Pflegepersonal und andere selbst mit der Frage nach dem eigenen Alter, der Angst vor Krankheit sowie Sterben und Tod konfrontiert. Die Grenzen eines zu eng gesetzten medizinischen Denkens und Handelns sind dabei rasch erreicht.

Wir alle müssen einmal sterben, jedoch nicht am Alter sondern an der Krankheit. Somit erhält die **Prävention, Diagnostik und Therapie von Krankheiten** einen wesentlichen Stellenwert.

Der **geriatriische Patient** ist gekennzeichnet durch sein biologisches Alter, **Multimorbidität**, unspezifische Symptome, verlängerte Genesung, veränderte Reaktion auf Medikamente, Einschränkung der Mobilität und psychosoziale Symptome.

Die Geriatrie erfordert für eine sinnvolle altersgemäße Therapie, denn der Kranke leidet an seinem **Befinden** und nicht an seinen Befunden. Befinden ist geprägt durch die Lebensbiografie, Möglichkeiten von Bewältigungsformen und dem Adaptionsverhalten.

Gesundheitsvorsorge – Prävention setzt sich also nicht nur mit der **Frühdiagnostik** von Erkrankungen auseinander sondern auch mit **psychosozialen und biografischen Hintergründen**.

Die Prävention unterteilt sich in die **Primärprävention** (Aufklärung, Vorsorge, Unfallvermeidung, Aktivitätsförderung,..), in die **Sekundärprävention** (Früherkennung von Krankheiten und Risikofaktoren wie Diabetes mellitus, Hypertonie, soziale Probleme,...) und

in die **Tertiärprävention** (Verhinderung von Rezidiven, Krankheitsfolgen und Behinderungen wie Sturz, Inkontinenz,...).

Das Ziel soll sein, im Alter Selbstständigkeit, Selbstbestimmtheit und Kompetenz zu erhalten indem die „**Gesamtsituation**“ **älterer Menschen erfasst** und nicht nur die einzelne Krankheit gesehen wird.

Gesundheit ist individuell und sozial ein unverzichtbares Element der Lebensqualität und lässt sich in jedem Alter steigern. Wesentlich ist, sich der Gesundheit anzunehmen, die individuellen Risikofaktoren zu identifizieren und auf deren Bewältigung großen Wert zu legen. (Rosenmayr, Böhmer 2003)

## 5. Dekompensation der Gehirnleistung versus Demenz

### Zerebrale Dekompensation / Delir

Fast jede **zerebrale Dekompensation** (akute oder schleichend entstandene Orientierungslosigkeit, Verwirrtheit) läuft in der Praxis unter der Diagnose senile Demenz, noch drastischer unter Morbus Alzheimer. Es wird selten nach der Ursache gefragt. Einfache Tests wie der Minimentalstatus oder Uhrentest werden zur Bestätigung der Diagnose herangezogen. Der **Irreversibilitätsgedanke** bestimmt das Handeln.

Ich habe in meinem beruflichen Tun unzählige Menschen betreut und begleitet, die **nach Behebung der bestehenden physischen, psychischen, sozialen oder emotionalen Störung wieder kognitiv vollkommen fähig waren und ein normales Leben gestalten konnten**. Oft gelangen Menschen durch Regression oder depressive Zustände in ein kognitives Defizit. Körperliche Fehlfunktionen der Organsysteme, des Hormon- oder Stoffwechselsystems beeinträchtigen ebenfalls die kognitive Funktion. Zu wenig beobachtet werden Medikamentenwirkung, Nebenwirkungen, Wechselwirkungen oder Kumulationen durch verminderte Nieren- oder Leberfunktion. Mangelernährung oder zu wenig Flüssigkeitszufuhr erhöhen ebenfalls die Wahrscheinlichkeit einer kognitiven Dekompensation.

**Ursachen einer zerebralen Dekompensation** können physisch, kognitiv sowie psychosozial sein! Sie äußert sich in einer akuten kognitiven Funktionseinbuße durch:

- Akute seelische Belastung, Verlusterlebnisse, Angst, Unsicherheit, Schmerz, Stress
- Nichtbeachten der Adaptionszeit, zu schnelle Kommunikation oder Handlungen, Überforderung
- Ortswechsel, Desorientierung, fehlende Orientierungsmöglichkeit und Hilfestellung
- Flüssigkeitsverlust, Störungen im Elektrolythaushalt, Mangelernährung
- Insuffiziente Sauerstoffversorgung (Lungenerkrankungen, Herz-, Kreislauf-erkrankungen, Blutdruckkrisen, Anämie)
- Stoffwechselstörungen (eingeschränkte Nieren-, Leberfunktion, Blutzuckerkrisen)
- Störungen im Hormonhaushalt (Schilddrüse, ... )
- Schädeltraumen durch Sturz, Neurotransmittermangel
- Medikamente im Zusammenwirken mit der Grunderkrankung und deren Nebenwirkungen (Entwässerung, Schlaf- und Beruhigungsmittel, Digitalis, .. )

Das daraus entstandene **Hirnversagen ist reversibel**, also **wieder behebbar**. Es liegt nur an den beteiligten Fachkräften dies zu erkennen und danach zu handeln. (Böhm 1988)

## 6. Veränderung der Kommunikation bei Demenz

Im Zuge der Demenz **nimmt** das **Verstehen** des Gehörten **ab**, **Worte** werden **nicht gefunden**, falsch eingesetzt oder durch ähnlich klingende Worte ersetzt. Grammatikalische Regeln rücken in den Hintergrund, **nichtssagende Aussagen** oder **erfundene Geschichten** (Konfabulationen) füllen Gedächtnislücken. Das Fehlen von Worten wird durch die **nonverbale Kommunikation** (Gestik, Mimik, Körpersprache) ersetzt, die nonverbalen Signale des Gesprächspartners unterstützen das Verstehen des Gehörten. Durch die Wahrnehmung der aktuellen Situation und Interpretation anhand der Prägungen im Langzeitgedächtnis, verändern sich das **soziale Verhalten** in der Familie und im Freundeskreis. Das Vergessen von Gesagtem führt zu **ständigen Wiederholungen**. Das Nichterkennen des Gehörten, der Personen und der Umwelt sowie die eingeschränkte Möglichkeit sich verbal auszudrücken, führen zu **Rufen, Schreien und Aggression**. **Angst** durch schuldhaft, verdrängte Lebensereignisse führt zu **Wahnvorstellungen**. (vgl. Sachweh 2008, S.19ff)

### 6.1 Grundregeln effektiver Kommunikation (Sachweh 2008)

Um sinnvoll nonverbal kommunizieren zu können, sind das Wissen um menschliche Reaktionsmuster und die Schulung der eigenen Wahrnehmungsfähigkeit bedeutsam. Wir können die Menschen mit Demenz nicht verändern, sondern nur uns selbst! Die Verantwortung für gelingende Kommunikation liegt bei uns.

### Empathie und Beziehung im Gespräch

Carl Rogers (1990) spricht von Echtheit, Akzeptanz und Empathie als Grundhaltungen dem Menschen gegenüber.

**Echtheit** heißt, **ich bin der/die ich bin**, verstelle mich nicht, verberge mich nicht hinter einer Maske oder Rolle. Ich bin mir meiner selbst bewusst und kann dieses Bewusstsein in die Interaktion mit einbeziehen. Echtheit baut Vertrauen und Sicherheit auf, besonders bei psychisch auffälligen Menschen.

**Akzeptanz** bedeutet **wertfreies Annehmen des Anderen**, egal was er tut, sagt oder wie er sich verhält. Dies ist auch nur möglich, wenn ich mir meiner selbst bewusst bin und nicht meine Gefühle und Wertvorstellungen in die Interaktion übertrage.

**Empathie** heißt **Einfühlen**. Zu erkennen was in dem Anderen vorgeht, zu verstehen und darauf einzusteigen.

Nur durch diese Grundhaltungen werden wir fähig ethisch zu handeln und **Gutes zu bewirken statt Gutes zu tun!**

### Drei Grundvoraussetzungen verbessern die nonverbale Kommunikation

- **Uneingeschränkte Willen**, sich in die Betroffenen hineinzusetzen, sie zu verstehen
- **Bereitschaft**, bestimmte Wahrnehmungs- und Verhaltensmuster erlernen und üben
- **Mut**, unkonventionelle Wege zu beschreiten und Neues auszuprobieren

Die **Körpersprache ist der Schlüssel zum Verständnis** der Gefühle von Demenz-Betroffenen. Es gilt zu lernen, negative Emotionen wie Ärger, Angst, Anspannung, Überforderung und Trauer voneinander zu unterscheiden.

## Zu beachten ist

- Der Mensch mit Demenz muss gut sehen und hören können (**Umgebungsbedingungen** schaffen)
- Die **Adaptionszeit** muss beim Sprechen, Bewegen und in Aktion beachtet werden
- Die eigene **Körpersprache** muss bewusst und reflektiert (offen, interessiert, entspannt, ungefährlich, sicherheitsgebend,..) eingesetzt werden. Demente sind feinfühlig und erkennen Unehrllichkeit
- **Verbale / nonverbale Mitteilungen** müssen überein stimmen, ehrlich zur eigenen Befindlichkeit stehen und nicht überspielen
- **Individuell und gezielt** nonverbale Kommunikationsmöglichkeiten nutzen
- **Blickkontakt auf Augenhöhe**, lächeln und von vorne zugehen, niemals im Vorbeigehen oder von hinten ansprechen
- **Nicht zwei Tätigkeiten gleichzeitig** tun (Essen und Gespräch)
- Sprachliche Erklärungen überfordern oftmals. Besser ist Bewegung **pantomimisch** vormachen und durch **Gestik und Mimik** zu untermalen
- **Kurze einfache Sätze** (keine Nebensätze) in passender Geschwindigkeit, Sprechpausen und deutliche Sprache ermöglichen erfolgreiche Kommunikation.
- Nonverbale Signale, Gefühle des Betroffenen **spiegeln** und in Worte fassen
- **Stressoren** wie Unruhe, Aufregung, Hektik **vermeiden**, Demente reagieren darauf
- Bei Aufregung den **Atemrhythmus** des Betroffenen mit dem eigenen synchronisieren
- **Musik, Lieder, Melodien, Rhythmus** (biografiebezogen) einsetzen. Gesungenes wird oft besser verstanden als Gesprochenes.
- Achtung, Menschen mit **Migrationshintergrund** deuten manche Gesten etwas anderes
- Die **Stimme** soll tief, warm, ruhig und freundlich klingen, gelassen, höflich, respektvoll bleiben, Komplimente ernst meinen
- **Körperberührungen, Nähe und Distanz** je nach individueller Prägung einsetzen (Abstandszonen einhalten!). Sie können als sexuelle Annäherung interpretiert werden und dementsprechendes Verhalten auslösen
- **Privatsphäre** und **Intimsphäre** sind zu wahren
- Menschen **akzeptieren** wie sie sind und als Person behandeln
- Die subjektive Realität, das **Selbstbild der Betroffenen** akzeptieren und bestätigen
- Auf die vorhandenen Fähigkeiten (**Ressourcen**) achten, sie unterstützen und fördern
- **Kommunikation aus der Erwachsenenposition** gestalten, sie um ihre Meinung fragen oder einen Rat einholen, mit ihnen und nicht über sie sprechen
- **Auffälliges Verhalten** (Schimpfen, Anschuldigungen) mit Takt und Humor überspielen, das Gesicht des Betroffenen wahren
- Mit **Sie** und **Nachnamen** ansprechen, Ausnahmen in der Dokumentation begründen
- **Zuhören können** und **Schweigen aushalten**, geduldig sein, Verwirrung **tolerieren**

## 6.2. Biografie und Kommunikation (Sachweh 2008)

„Die Kenntnis der Biografie eines Menschen hilft, diesen besser zu verstehen, seine Identität und sein Selbstwertgefühl zu stützen, die Beziehung im angemessenen zu gestalten und für ihn interessante Gesprächsthemen zu finden.“ (Sachweh 2008)

## **Biografische Kenntnisse helfen**

- Die prägenden Charaktereigenschaften zu erkennen und Verhalten zu verstehen
- Verbliebene Fähigkeiten besser zu nutzen
- Motorische, sensorische, intellektuelle, emotionale und soziale biografische
- Hintergründe erkennen und einsetzen
- Individuelle Copingstile zu erkennen und leben lassen
- Aggressionsauslösende Faktoren erkennen und vermeiden
- Stützende und sicherheitsgebende Faktoren erkennen und einsetzen
- Pfllegetätigkeiten individuell gestalten
- Identität (individuelle und gesellschaftliche) erkennen und erhalten
- Erinnerungen zur Befindensverbesserung einsetzen
- Selbstwertgefühl erhalten und steigern über Wertschätzung der Leistungen im Leben
- Fremdheit überbrücken und emotionale Beziehung stärken
- Durch vertraute Alltagsgestaltung Sicherheit geben
- Individuelle Gesprächsthemen erkennen und einsetzen
- Gewohnheiten und Rituale erkennen und in den Pflegealltag integrieren
- Rollen und Funktionen im Leben erkennen und würdigen bzw. leben lassen
- Humor passend, respektvoll und konstruktiv für den Betroffenen einsetzen, alte Lieblingsswitze und Anekdoten erheben und einsetzen

## **Bei Erhebung der Biografie unbedingt vermeiden**

- Ausfragen, das löst Misstrauen aus
- Nichts in die Lebensgeschichten hinein interpretieren
- Zwang ausüben um zu biografischen Material zu kommen
- Bei Kurzzeitgedächtnisstörungen nicht nach Zahlen, Jahreszahlen, Namen und Berufen der Kinder oder was am Vortag passiert ist (War die Tochter auf Besuch,...) fragen sondern erzählend in Erinnerung rufen
- Erzählte Geschichten werden nicht korrigiert, auch wenn man weiß, dass sie nicht stimmen. Dahinter stehen oft unerfüllte Lebensträume oder Sehnsüchte
- Wenn der Tod von nahen Angehörigen nicht erinnert wird, nicht damit konfrontieren sondern validierendes Gespräch führen
- Herablassende oder abwertende Bemerkungen unterlassen, auch wenn das Gefühl dazu durch die erzählte Geschichte entsteht
- Nicht in die Realität holen, wenn es kognitiv nicht mehr möglich ist
- Realitätsorientierungstraining nicht im Hier und Jetzt, sondern mit biografischen
- Informationen aus Kindheit oder frühem Erwachsenenalter gestalten
- Kein Frage – Antwortspiel (Interviewtechnik) zur Erhebung der Biografie
- Biografie erheben mittels Schlüsselreizen - Postkarten, Bilder, Fotos, Erinnerungsstücke, Gedichte, Sprüche, Lieder, Speisen, Gerüche, alte Alltagsgegenstände, geschlechtsspezifische Alltagsarbeiten und Gefühle

## Literaturverzeichnis

**Böhm E. (1988):** *Verwirrt nicht die Verwirrten. Neue Ansätze geriatrischer Krankenpflege.* Bonn: Psychiatrie-Verlag

**Böhm E. (4. Auflage 2009):** *Das psychobiographische Pflegemodell nach Böhm. Band I und Band II.* Wien: Wilhelm Maudrich Verlag

**Erickson K.I./Miller D.L./Weinstein A.M. in: Wahl H.W./Tesch-Römer C./Ziegelmann J.P. (Hg.) (2. Auflage 2012):** *Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen.* Stuttgart: Verlag Kohlhammer.

**Gatterer G. in: Pinter G./Likar R./Kada O./Janig H./Schipfinger W./Cernic K. (Hg.) (1. Auflage 2017):** *Der ältere Patient im klinischen Alltag. Ein Praxislehrbuch der Akutgeriatrie.* Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

**Hafner M./Meier S. (3. Auflage 2000):** *Geriatrische Krankheitslehre. Teil I. Psychiatrie und neurologische Syndrome.* Bern: Verlag Hans Huber

**Hafner M./Meier S. (4. Auflage 2013):** *Geriatrische Krankheitslehre. Teil I. Psychiatrie und neurologische Syndrome.* Bern: Verlag Hans Huber

**Kitwood T. in: Müller-Hergl Ch. (Hg.) (3. Auflage 2004):** *Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen.* Bern: Verlag Hans Huber.

**Menche (2019, 7. Auflage):** *Pflege heute.* München: Verlag Urban & Fischer/Verlag Elsevier.

**Nigg B./Steidl S. (3. Auflage 2011):** *Gerontologie, Geriatrie und Gerontopsychiatrie. Ein Lehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe.* Wien: Verlag Facultas

**Nigg B./Steidl S. (4. Auflage 2014):** *Gerontologie, Geriatrie und Gerontopsychiatrie. Ein Lehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe.* Wien: Verlag Facultas

**Rogers, C.R. (1990):** *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächstherapie.* Frankfurt: Fischer Taschenbuch..

**Rosenmayr L./ Böhmer F. (2003):** *Hoffnung Alter. Forschung Theorie Praxis.* Wien: WUV Universitätsverlag, Facultas Verlag.

**Sachweh, S. (2008):** *Spurenlesen im Sprachendschmel. Kommunikation und Verständigung mit demenzkranken Menschen.* Bern: Hans Huber Verlag.

**Whitehouse P.J./George D. in: Müller-Hergl Ch./Gerhard Ch. (Hg.) (1. Auflage 2009):** *Mythos Alzheimer. Was Sie schon immer über Alzheimer wissen wollten, Ihnen aber nicht gesagt wurde.* Deutschsprachige Ausgabe. Bern: Verlag Hans Huber.