

Demenz verstehen

*Leitfaden
für die Praxis*

Ein gemeinsames Projekt von:



**SeneCura Kliniken- und
Heimbetriebs GmbH**
Capistrangasse 5/1/54
A-1060 Wien
office@senecura.at
www.senecura.at
T +43 (0)1 585 61 59-0
F +43 (0)1 585 10 41-19



Senevita AG
Seftigenstrasse 362
Postfach 175
CH-3084 Wabern
kontakt@senevita.ch
www.senevita.ch
T +41 (0)31 960 99 99
F +41 (0)31 960 99 90

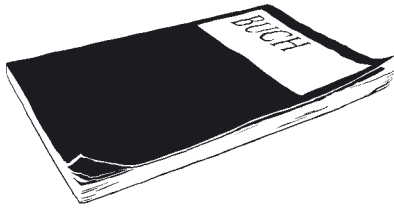


Sonnweid Campus
Bachtelstrasse 68
CH-8620 Wetzikon ZH
campus@sonnweid.ch
www.sonnweid.ch
T +41 (0)79 643 62 76

Mit freundlicher Unterstützung:

Stiftung Sonnweid, Bachtelstrasse 68, CH-8620 Wetzikon,
info@stiftung-sonnweid.ch, www.stiftung-sonnweid.ch, T +41 (0)44 931 59 33;

Senevita Stiftung, Seftigenstrasse 362, CH-3084 Wabern, mail@senevita-stiftung.ch,
www.senevita-stiftung.ch, Telefon +41 (0)31 960 99 99



Wer Menschen mit Demenz betreut, muss kein Doktor sein. Trotzdem ist es wichtig zu wissen, was in Gehirnen und Organismen geschieht, die nicht mehr nach unseren Vorstellungen funktionieren. Verschiedene Formen von Demenz wirken sich unterschiedlich aus auf das Verhalten, den Krankheitsverlauf und die Behandlung der Betroffenen. Viele Menschen mit Demenz haben körperliche und seelische Begleitkrankheiten. Dem sollen die Betreuenden Beachtung schenken. Sie sollen dafür sorgen, dass die Betroffenen kompetent und verständnisvoll behandelt werden.

Wer bestimmt eigentlich, ob jemand eine Demenz hat oder nur eine vorübergehende Gedächtnisstörung? Was geschieht in den Memory-Kliniken? Wie sollen die Angehörigen in jener Zeit, in der ein Verdacht zur Gewissheit wird begleitet und unterstützt werden? Diese und weitere Fragen werden in diesem Kapitel ausführlich beantwortet. Denn eine wichtige Voraussetzung für eine kompetente und verständnisvolle Betreuung und Pflege ist die Diagnostik.

Je nach Stadium und Krankheitsbild sind verschiedene Disziplinen der Medizin an der Betreuung von Menschen mit Demenz beteiligt. Jedes medizinische Fach sieht andere Menschen und steht vor anderen Problemen.

Von Jean-Luc Moreau

Leben mit Demenz ist menschliches Leben unter erschwerten Bedingungen, schrieb McHugh 1999. Und die Medizin kann Menschen mit Demenz in ihrem täglichen Leben nur dann erfolgreich unterstützen, wenn sie eng mit der Pflege und der Pflegewissenschaft zusammenarbeitet. Es geht nicht darum, die medizinische Sichtweise als die einzig richtige auszugeben.

Täglich wird eine Flut wissenschaftlicher Forschungsergebnisse zum Thema Demenz publiziert, die sich nicht mehr überblicken lässt. Das Wissen vermehrt sich rasend schnell, dagegen bleibt das Verständnis für das Ganze festgefahren. Auch nach dreissig Jahren intensiver Forschung gelang es den unzähligen Teams nicht, die Ursache der häufigsten Demenzerkrankung nachzuweisen. Oft werden Erfolge angekündigt, die später widerrufen werden oder still in die Vergessenheit versinken.

Man kann sich vorkommen wie im Urwald, wenn man sich mit Demenz beschäftigt. «Man weiss nicht, wohin die Wege führen, man sieht den Horizont nicht, tritt auf eine Lichtung, nur um wieder vorzudringen ins Dunkle» (Thomas Steinfeld, 2010). Der Wald ist tief, unübersichtlich, schnell ist man darin verloren. Trotzdem kann uns medizinisches Wissen über Verlauf und typische Zeichen der demenziellen Erkrankungen in dieser Situation so nützlich sein wie Karte und Kompass im Dschungel.

Was heisst Demenz?

Das Wort «Demenz» kommt aus dem Lateinischen. Die Vorsilbe de- bedeutet: «etwas ist weg, abhandengekommen», und -mens heisst: «der Geist, der Verstand». Also bedeutet der ganze Ausdruck: «Der Verstand ist weg».

Schon der Evangelist Johannes wusste, dass Altern nicht nur zu körperlicher, sondern auch zu geistiger Gebrechlichkeit führen kann. «Als du jünger warst, gürtetest du dich selbst und gingst, wo du hin wolltest; wenn du aber alt wirst, wirst du deine Hände ausstrecken, und ein anderer wird dich gürteten und führen, wo du nicht hin willst.» (Joh 21, 18).

William Shakespeare beschrieb in «König Lear» treffend eine demenzielle Entwicklung: «Um offen zu sein, ich fürchte, ich bin nicht bei vollem Verstand. Mir scheint, ich sollte Euch kennen, und diesen Mann auch, doch ich bin im Zweifel; denn ich bin völlig im unklaren, was für ein Ort dies ist, und alle Kenntnis, die ich habe, erinnert sich nicht an diese Kleider; auch weiss ich nicht, wo ich letzte Nacht gewohnt habe.» (4. Akt, Szene 7).

Jean-Luc Moreau ist Allgemeinmediziner, Geriatrie-Spezialist und Dozent.

Psychische Begleitstörungen beeinträchtigen die Lebensqualität von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen. Eine Behandlung mit Medikamenten sollte erst erfolgen, wenn betreuerische Massnahmen keinen Erfolg bringen oder wenn die Verhaltensstörungen zur Gefahr werden.

Von Albert Lingg

Über 90 Prozent der Menschen mit Demenz entwickeln im Verlauf ihrer Erkrankung psychische Begleitstörungen. Wir bezeichnen diese auch als «herausforderndes Verhalten» oder «nichtkognitive Störungen». Sie beeinträchtigen die Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Angehörigen oft beträchtlich. Häufig sind sie der Grund für Einweisungen in ein Krankenhaus oder eine frühe Heimunterbringung. Zu den häufigsten Verhaltensstörungen zählen depressive Verstimmungen, Angst und Apathie, Schlafstörungen, Tag-Nacht-Umkehr, Unruhe und Weglaufen, Wesensveränderungen mit Enthemmung und Aggressivität sowie wahnhafte Verkennung.

Bevor wir diese als Folge von Hirnveränderungen ansehen, die bei Demenz nachweisbar sind, sollten wir andere mögliche auslösende oder mitbeteiligte Faktoren in Betracht ziehen. Dazu gehören Medikamentenunverträglichkeit, Veränderungen der Umgebung, Reizüberflutung, Schmerzen oder somatische Erkrankungen. Eine medikamentöse Intervention sollte erst erfolgen, wenn psychosoziale Massnahmen keinen Erfolg zeigen oder eine Selbst- beziehungsweise Fremdgefährdung anders nicht abwendbar ist.

In diesem Kapitel gehe ich auf Problemstellungen ein, die – in Abgrenzung zu den kognitiven Symptomen – häufig als BPSD bezeichnet werden (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia).

Depressive Verstimmungen

- Sind vor allem in den Anfangsstadien der Demenzerkrankung häufig.
- Stehen bei der vaskulären und frontotemporalen Demenz meist über längere Zeit im Vordergrund. Erst danach zeigen sich auch Vergesslichkeit und weitere kognitive Einbussen.
- Können auch als Reaktion der Betroffenen auf die veränderte Selbst- und Weltwahrnehmung verstanden werden.
- Kognitive Einbussen (Unkonzentriertheit, rasche Ermüdbarkeit, Vergesslichkeit), die meist behandelbar und reversibel sind, können im Rahmen einer depressiven Erkrankung eine Demenz nur vortäuschen. Dann sprechen wir von einer Pseudodemenz.
- Das Hauptsymptom einer depressiven Verstimmung ist die Unfähigkeit, sich zu freuen. Daneben kann Aufgeregtheit das Bild bestimmen. Auf der anderen Seite treten auch Gehemmtsein, Durch-

Albert Lingg ist Psychiater und Chefarzt des Landeskrankenhauses Rankweil, Österreich.

Neuropsychologische Abklärungen ergänzen die medizinischen Diagnosen bei der Klärung von möglichen demenziellen Erkrankungen. Der Schwerpunkt liegt in der Beurteilung der Hirnleistungsfähigkeiten.

Von Gerald Gatterer

Die Diagnosestellung einer demenziellen Erkrankung stellt für das Leben von Betroffenen wie auch für das Leben der Angehörigen häufig einen schwerwiegenden Einschnitt dar. Die Praxis zeigt, dass die Diagnosestellung einer demenziellen Erkrankung im stationären wie im ambulanten Bereich nur selten ausreichend fundiert ist oder erst dann erfolgt, wenn die Beeinträchtigungen offenkundig sind. Der Blick auf die diagnostischen Kriterien von Demenzerkrankungen zeigt, dass neben der medizinischen und psychologischen Untersuchung auch der Untersuchung der kognitiven Funktionen eine entscheidende Rolle zukommt. Speziell im Bereich der Früherkennung ist nur eine umfangreiche neuropsychologische Abklärung in der Lage, den beginnenden geistigen Abbau festzustellen.

Aufgaben der Neuropsychologie

Der Begriff «Demenz» steht für kognitive Defizite vor allem der Gedächtnisleistungen, sonstiger höherer kortikaler Funktionen (Sprache, Denken, Planen, Aufmerksamkeit, Motorik etc.) und für eine Einbusse in den lebenspraktischen Fertigkeiten. Zudem können auch Veränderungen in der Persönlichkeit des Betroffenen beobachtet werden.

Aufgabe der Neuropsychologie ist hierbei

- die Beschreibung normaler Alterungsprozesse. Normale Alterungsprozesse sind neuropsychologisch primär durch verminderte Leistungen in den Neugedächtnisleistungen, den geschwindigkeitsabhängigen Leistungen, der Konzentrationsfähigkeit und der Fähigkeit zur raschen Umstellung charakterisiert. Es finden sich jedoch keine Beeinträchtigungen in den Altgedächtnisleistungen und den Alltagsfähigkeiten.
- die Früherkennung kognitiver Defizite. Diese weisen ebenfalls primär die oben angeführten Veränderungen auf, sind jedoch im Abbau fortschreitend. Insofern sind Verlaufsuntersuchungen zur Früherkennung wesentlich. Der Begriff «Mild-Cognitive-Impairment» (leichte kognitive Beeinträchtigung, MCI) charakterisiert jenen Bereich, wo kognitive Defizite neuropsychologisch zwar fassbar sind, jedoch noch keine Auswirkungen auf die selbstständige Lebensführung haben. Etwa 50 Prozent der davon betroffenen Menschen entwickeln in weiterer Folge auch eine Demenz. Zur Abklärung sind besonders sensitive Tests notwendig (zum Beispiel CERAD, siehe Abschnitt Uhren-Test).

Gerald Gatterer ist Leiter der Psychologisch-Psychotherapeutischen Ambulanz und der Abteilung für Psychosoziale Rehabilitation im Geriatriezentrum am Wienerwald in Wien.

Eine beginnende Demenz stellt direkt und indirekt betroffene Menschen vor grosse Probleme. In dieser schwierigen Situation können sie sich an Institutionen wie die Gerontologische Beratungsstelle Zürich wenden.

Von Ursula Hanhart

Je nach Krankheitsstadium und Zeitpunkt brauchen Menschen mit Hirnleistungsstörungen und ihre Angehörigen angemessene Hilfe. Dank der drei Bereiche «Abklärung in der Memory-Klinik», «Hausbesuche SiL» (Sozialmedizinische individuelle Lösungen) und «Organisation ergänzender Angebote» profitieren die Betroffenen von dem für sie aktuell richtigen Angebot.

Fallbeispiele: Was ist zu tun, wenn sich Hirnleistungen verändern?

- **Frau A:** «Seit ein bis zwei Jahren kann ich mich morgens ganz schlecht konzentrieren. Hin und wieder kommt es zu Fehlleistungen. Ich kann mir das in meinem Beruf nicht leisten.»
- **Arbeitskollegin von Frau B:** «Vor ein paar Wochen verabredete ich mich mit Frau B um 15 Uhr in der Konditorei Sprüngli. Als Frau B um halb vier noch nicht da war, rief ich sie an – niemand nahm ab. Ich trank drei Espressi – doch B kam nicht. Es wird ihr doch nichts passiert sein? Beunruhigt fuhr ich zu ihr nach Hause und klingelte. Frau B öffnete die Tür und zeigte sich freudig überrascht. Von unserer Verabredung im Sprüngli hatte sie keine Ahnung mehr.»
- **Ehefrau von Herrn C:** «Meinem Mann ist alles egal. Er unternimmt nichts, zieht sich nicht an, wäscht sich nicht, liegt im Bett oder hängt vor dem Fernseher. Weil er so viel isst, wiegt er inzwischen 150 Kilogramm. Was soll nur aus ihm werden?»
- **Frau D:** «Ich muss Gewissheit haben. Ich glaube, ich habe Alzheimer.»

Die Memory-Klinik bietet eine ambulante Abklärung der im beruflichen oder privaten Alltag beobachteten Schwierigkeiten an. Veränderungen von Gedächtnis, Persönlichkeit und Verhalten sind nicht zwangsläufig Vorboten einer Demenz. Trotzdem ist es keine Lösung, die Symptome als normale Alterserscheinungen abzutun. Wenn Auffälligkeiten über sechs Monate andauern und den Alltag erschweren, sollten die Beobachtungen mit dem Arzt besprochen werden. Nicht umsonst sagt der Volksmund: «Vorbeugen ist besser als heilen.»

Ursula Hanhart ist Gerontologin und Leiterin der Memory-Klinik Entlisberg in Zürich.

Manche Menschen mit Demenz sind gesund – abgesehen von ihrer demenziellen Erkrankung. Viele andere haben neben den kognitiven Störungen weitere körperliche Probleme. Manche davon sind direkt auf die Demenz zurückzuführen, etwa Instabilität, Inkontinenz oder Delirium.

Von Jean-Luc Moreau

Altern ist ein natürlicher Vorgang und keine Krankheit. Es treten aber mit zunehmendem Alter immer mehr Krankheiten auf. Wenn eine Fähigkeit abnimmt, ist es schwierig zu unterscheiden, ob eine Krankheit vorliegt oder ein altersbedingter Abbau. Viele Krankheiten können wir auch im hohen Alter behandeln, viele Funktionsausfälle können wir kompensieren. Gerade bei Menschen mit Demenz ist es darum wichtig zu unterscheiden, welche Zustände auf die Grunderkrankung zurückzuführen sind und welche rückgängig gemacht werden können.



Wilhelm Busch, 1881

Instabilität und Stürze

Im Alter sind Stürze häufig. Innerhalb eines Jahres stürzt etwa ein Drittel aller über 65-Jährigen, die noch zuhause leben. Bei den Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeheimen sind es bis zu 60 Prozent. Stürze und deren Folgen sind die sechsthäufigste Todesursache.

Menschen mit Demenz, die wegen Verhaltens- oder psychopathologischen Symptomen in einem spezialisierten Pflegeheim leben, stürzen noch viel häufiger als die betagte Durchschnittsbevölkerung. In einem spezialisierten Heim für Menschen mit Demenz konnte ich feststellen, dass von 2001 bis 2010 zwei Drittel aller Bewohner mindestens einmal im Jahr stürzten. Ein Viertel aller Stürze entfiel auf 8 von den 203 betreuten Menschen, die sogenannten Vielstürzer.

Jean-Luc Moreau ist Allgemeinmediziner, Geriatrie-Spezialist und Dozent.