

Bakkalaureatsarbeit

zur Erlangung
des Grades einer Bakkalaurea
der Gesundheits- und Pflegewissenschaft

über das Thema

Kognitive Störungen im Alter mit Schwerpunkt Demenzerkrankung

im Rahmen der Lehrveranstaltung
„Physiologie“

im SS 2008

Eingereicht bei

Ao.Univ.-Prof. Dr.phil. Anna Gries
Institut für Physiologie
Medizinische Universität Graz

Eingereicht von

Jasmin Brandstätter
Ghegagasse 19/8
8010 Graz

Graz, am 25. September 2008

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bakkalaureatsarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebene Quellen nicht verwendet habe und die den benutzen Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Weiters erkläre ich mich, dass ich diese Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe.

Graz, am 8. November 2008

Unterschrift

EINLEITUNG.....	5
1. VERÄNDERUNGEN IM ALTER.....	7
2. DIE ENTWICKLUNG DER DEMENZERKRANKUNG IN ÖSTERREICH.....	8
3. DEMENZFORMEN.....	10
3.1. PRIMÄR / PRIMÄR DEGENERATIVE DEMENZ.....	11
3.1.1. <i>Pick-Krankheit / Frontotemporale Degeneration</i>	11
3.1.2. <i>Demenz mit Lewy-Körperchen</i>	13
3.1.3. <i>Alzheimer-Demenz (AD)</i>	14
3.2. SEKUNDÄRE DEMENZ.....	17
3.3. VASKULÄRE DEMENZ.....	17
4. SCHWEREGRADE UND VERLAUFSTADIEN.....	18
4.1. DIFFERENZIERUNG DER VERLAUFSTADIEN BEI DEMENZ.....	19
4.2. REISBERG-SKALEN ZUR BEURTEILUNG DES SCHWEREGRADES DER ALZHEIMER-DEMENZ.....	20
4.2.1. <i>Global Deterioration Scale (GDS)</i>	20
4.2.2. <i>Functional Assessment Staging (FAST)</i>	21
5. ANGENOMMENE RISIKOFAKTOREN BEI DEMENZERKRANKUNGEN.....	22
5.1. NICHT VERÄNDERBARE FAKTOREN FÜR ALZHEIMER.....	22
5.1.1. <i>Genetische Faktoren oder familiäre Belastungen</i>	22
5.1.2. <i>Das Alter</i>	22
5.2. VERMEIDBARE FAKTOREN FÜR ALZHEIMER UND VASKULÄRE DEMENZ.....	23
5.3. WELCHE ANDEREN RISIKOFAKTOREN WERDEN DISKUTIERT?.....	23
6. KLINISCHE DEMENZPRÜFUNG.....	23
6.1. KOGNITIVE SYMPTOME.....	23
6.2. STÖRUNGEN DES ERLEBENS UND VERHALTENS.....	25
6.3. PSYCHOMETRISCHE TESTS.....	25
6.3.1. <i>Mini Mental Status Test nach Folstein (MMST)</i>	26
6.3.2. <i>Uhrentest nach Shulman</i>	27
6.3.4. <i>DemTect (Demenz-Detections-Test)</i>	27
6.3.5. <i>TFDD (Test zur Frühdiagnostik von Demenzen und Depression)</i>	28
7. THERAPIEMÖGLICHKEITEN.....	28
7.1. NICHTMEDIKAMENTÖSE THERAPIEMÖGLICHKEITEN.....	28
7.1.1. <i>Realitäts-Orientierungs-Training (ROT)</i>	29
7.1.2. <i>Validationstherapie</i>	30

7.1.3. Erinnerungstherapie - Reminiszenztherapie.....	33
7.2. MEDIKAMENTÖSE THERAPIE.....	34
9. ANHANG.....	37
1. Reisbergskala zur Beurteilung des Schweregrades der Alzheimer-Demenz.....	37
2. Functional Assessment Staging TOOL (englische Version).....	38
3. Mini-Mental-Status-Test (MMST).....	39
10. REFERENZEN.....	40

Einleitung

*Frage nicht, welche Krankheit der Mensch hat,
sondern frage, welcher Mensch die Krankheit hat!*
Williams Osler

Mit diesem wunderschönen Zitat möchte ich meine Arbeit beginnen. Wir leben in einer Welt die von Zeitdruck, Leistung und Stärke geprägt ist. Immer mehr, schneller und selbstverständlicher nimmt uns das Leben und die Gesellschaft emotional mit. Doch was ist, wenn wir nicht mehr können? Der Körper, die Psyche ein totaler Zusammenbruch unseres Seins. Was passiert mit Menschen, die sich und die Umwelt nicht wieder erkennen? Dies passiert Menschen, die leider in unserer heutigen Zeit an der noch unheilbaren, langsam fortschreitenden Krankheit Demenz erkranken. Der Verlust der geistigen Leistungsfähigkeit ist sowohl für die Betroffenen als auch oft für ihre Angehörigen sehr belastend. Hilflosigkeit, Verzweiflung und Ratlosigkeit widerfährt diesen Menschen nun in ihrem weiteren Leben. Doch was steckt hinter diesem Zerfall? Dies möchte ich in meiner Arbeit nun herausfinden.

Wenn man den Medien aufmerksam zuhört und nicht mit Schallklappen durchs Leben läuft, erfährt man viel von dieser schrecklichen Krankheit. Niemand möchte daran erkranken, aber leider kann es jeden von uns treffen.

Am Beginn meiner Arbeit stellte ich mir eine kleine aber doch bedeutende Frage: „Wirst du gesund altern?“ Viele Menschen stellen sich wahrscheinlich dieselbe Frage und viele hoffen auf das Beste, doch leider weiß es niemand genau.

Warum ich dieses Thema für meine Bakkalaureatsarbeit gewählt habe, war, weil man viel davon hört, aber leider nie Genaueres. Dies war meine Motivation, mehr herauszufinden, mehr zu wissen als ein Laie. Deshalb wählte ich den Titel meiner Arbeit: **„Kognitive Störungen im Alter mit Schwerpunkt Demenz“**. Als Hypothese, welche ich formuliert habe, ist folgende: „Die Gabe von Medikamenten beeinflusst den Verlauf einer Alzheimer-Demenz *und* nicht-medikamentöse Therapiemöglichkeiten wirken sich verstärkt auf die Lebensqualität des betroffenen Patienten aus.“ Spezielle Fragestellungen, die ich mir persönlich gestellt habe bzw. die ich gerne bearbeiten möchte sind: „Was ist Demenz?“, „Gibt es mehrere Formen von Demenz?“, „Wie entwickelt sich Demenz in Österreich?“, „Ist es wirklich eine schleichende Krankheit, die mit dem Alter auf uns zukommt oder kann ich durch Ausschließen von Risikofaktoren die Erkrankung vermeiden?“ „Ist das Vergessen, wohin man den Haustürschlüssel,

die Brille gelegt hat oder das Auto in der Tiefgarage nicht mehr findet schon eine schleichende Demenz oder einfach nur normales Altern?“. Dies sind Fragen die ich gerne beantworten möchte. Da ich später in einem Sozialberuf arbeiten möchte, stelle ich mir auch Fragen wie: „Wie erkennt man Demenz?“, „Gibt es mehrere Stufen davon oder ist es auf einmal da, wie aus dem Nichts und nicht mehr umkehrbar?!? Aber auch vor allem, was ist, wenn es da ist? Wie kann man den Betroffenen helfen, um doch ein wenig mehr Lebensqualität zu haben als ein qualvolles und einsames endgültiges Leben. Fragen, die ich mit Spannung und Neugier beantworten möchte.

Diese Arbeit richtet sich an alle, die genauso an dem Thema Demenz interessiert sind und mehr wissen wollen.

In diesem Sinne, möchte ich noch einmal das Zitat von *Williams Osler* ins Gedächtnis rufen: „*Frage nicht, welche Krankheit der Mensch hat, sondern frage, welcher Mensch die Krankheit hat!*“

Graz, Juli 2008

Jasmin Brandstätter

1. Veränderungen im Alter

Nicht nur biologische Veränderungen treten im Alter auf, sondern auch intellektuelle und kognitive Prozesse verändern sich im Laufe des Lebens. Meist erschrecken wir uns, wenn wir einen Menschen nach längerer Zeit wieder sehen, wie langsam und vergesslich er doch geworden ist und wir ihn plötzlich als „alt geworden“ erleben. Meist fällt den Betroffenen und auch der unmittelbaren Umgebung diese schleichende Verschlechterung des Leistungsniveaus nicht auf, da sie sich daran gewöhnt haben.

Im jungen Erwachsenenalter, um die 20 Jahre, gibt es ein kognitives Leistungsoptimum. Dabei liegt die kognitive Leistungsgeschwindigkeit bei 100 %, wohingegen sie bei 70-jährigen nur noch etwa 40 % beträgt. Dabei dürfen aber wesentliche Faktoren wie Motivation, Zeit, Ausdauer etc. nicht außer acht gelassen werden. Besonders im Alter gibt es neben pathologischem geistigem Abbau auch Veränderungen die die Präzision, Wahrnehmung und Geschwindigkeit betreffen. Fähigkeiten die auf früher erworbenes Wissen und auf Lebenserfahrungen aufbauen, bleiben aber beim „normalen“ Altern in der Regel erhalten bzw. nehmen sogar noch weiter zu¹.

Auch körperlich verändert sich der Mensch. Nachlassende Funktionstüchtigkeit der Verdauungsorgane und Bewegungsorgane, Skelettveränderungen, eingeschränkte Herz-Kreislauf-Tätigkeiten und Schwächung des Immunsystems mit zunehmender Krankheitsanfälligkeit bringt das Alter leider mit sich.²

Die dritte Veränderung, die mit dem Alter eintritt, betrifft das Sozialverhalten. Rollen- und Funktionsverlust die beispielsweise beim Verlassen des Berufslebens geschehen, Statusverlust der durch Einkommenseinbußen zustande kommt und auch Beziehungsverlust erschweren zusätzlich zu körperlichen Beschwerden das Altern.³

¹ Vgl. <http://home.allgaeu.org/gmezger/pers/gf.html#a1>

² Vgl. <http://www.altenpflegeschueler.de/pflege/veraenderungen-im-alter.php>

³ Vgl. <http://www.altenpflegeschueler.de/pflege/veraenderungen-im-alter.php>

2. Die Entwicklung der Demenzerkrankung in Österreich

"Das ist 'die Sache' für Europa und die USA. Das ist für Europa das, was Aids in Afrika ist", warnte vor einiger Zeit der Spezialist Georg Psota vom Zentrum für Alterspsychiatrie der Psychosozialen Dienste (PSD) in Wien.⁴

Experten diagnostizieren schon seit Jahren den rapiden Anstieg der alternden Bevölkerung bei einer sinkenden Anzahl an Geburten. Mitte der 60er Jahre war ein so genannter Baby-Boom und erreichte seinen Höhepunkt mit 135.000 Geburten⁵. Heute im Jahr 2008 ist diese Generation noch nicht alt aber wie sieht es in den kommenden dreißig Jahren aus?

Durch den Fortschritt der Medizin lassen sich manche Alterungsprozesse und körperliches Leiden zwar hinauszögern aber leider nicht komplett vermeiden. Je älter Menschen werden, desto größer erscheint die Möglichkeit, an Herz-Kreislaufkrankungen, Krebs oder Demenz zu erkranken.

Demenzerkrankung in Österreich

Jahr	Österreichische Bevölkerung (60+ Jahre)	Alle Demenzen		Alzheimer Demenz		Vaskuläre Demenz	
		N (b)	% (b)	N (b)	% (b)	N (c)	% (c)
1951	1.083.300	35.500	3,28	21.400	1,97	6.300	0,58
2000	1.672.700	90.500	5,41	57.100	3,41	15.700	0,94
2050	2.825.300	233.800	8,28	131.400	4,66	40.200	1,42

Abb.1.: Geschätzte Anzahl von Demenzkranken (alle Demenzkrankheiten, Alzheimer-Demenz, vaskuläre Demenz) in Österreich⁶

Wie sich aus dieser Abbildung sehr schön erkennen lässt, litten im Jahr 1951 rund 35.500 Menschen an einer Demenz. Dies macht 3.28 % der über 60-jährigen Bevölkerung. Im Jahr 2000 vermehrte sich diese Zahl in Österreich um rund 55.000 Demenzerkrankungen. Dies sind 2,5-mal so viele Erkrankungen wie vor 51 Jahren. Prognosen zufolge erhöht sich die Zahl auf etwa 233.800. Dies entspricht einem 6,6-fachen Anstieg zwischen den Jahren 1951 und 2050.⁷

⁴ Quelle: <http://www.salzburg24.at/news/chronik/artikel/demenz-und-morbus-alzheimer/cn/news-20080919-12442045>

⁵ Vgl. http://www.oew.ac.at/vid/download/sr_voll2_bevoest.pdf, S.12

⁶ Abbildung entnommen aus: http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/0/3/4/CH0620/CMS1192607323337/psychiatriebericht_-_2001.pdf

⁷ Vgl. http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/0/3/4/CH0620/CMS1192607323337/psychiatriebericht_-_2001.pdf

In den letzten Jahrzehnten kam es zu einer deutlichen Zunahme an Demenzerkrankungen, doch bis zum Jahr 2050 – so wird es prognostiziert – wird die Anzahl der Hochaltrigen rapide ansteigen und es kommt zu einem zusätzlichem Anstieg an demenzerkrankten Personen.

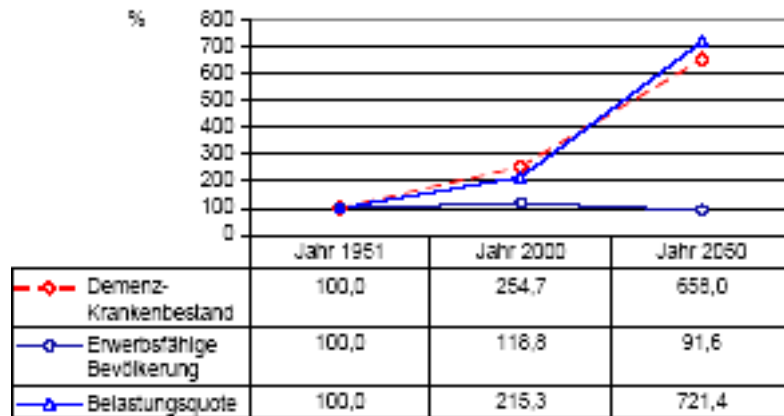


Abb.2.: Demenz-Krankenbestand, erwerbsfähige Bevölkerung, Belastungsquote⁸

In **Abbildung 2** kann man erkennen, dass die Kurve der Demenzerkrankungen und die der erwerbsfähigen Bevölkerung synchron verlaufen. Da es aber etwa ab der Jahrtausendwende zu einem Rückgang der erwerbsfähigen Bevölkerung kommt, wird die Belastung durch Demenzerkrankte künftig in viel stärkerem Maß zunehmen.⁹

Dies stellt Politik, Versorgungsforschung bzw. –planung vor große und auch bis dato neue Aufgaben und Herausforderungen, die mit großer Wahrscheinlichkeit nicht von heute auf morgen gelöst werden können.

⁸ entnommen aus: [://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/0/3/4/CH0620/CMS1192607323337/psychiatriebericht_-_2001.pdf](http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/0/3/4/CH0620/CMS1192607323337/psychiatriebericht_-_2001.pdf)

⁹ http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/0/3/4/CH0620/CMS1192607323337/psychiatriebericht_-_2001.pdf

3. Demenzformen

Der Begriff Demenz kommt aus dem lateinischen Wort „mens“ für „Verstand“ oder „Geist“ und bedeutet so viel wie „ohne Verstand“ oder „ohne Geist“. Demenz steht nicht für eine bestimmte Krankheit, sondern ist eine Bezeichnung für eine Kombination von Beschwerden, die bei vielen Krankheiten vorkommen können. Bis vor wenigen Jahren gab es Ersatzbezeichnungen wie zum Beispiel „Verkalkung“, „Altersschwachsinn“, „Zerebralsklerose“ oder „Senilität“, „Sklerose“, „psychoorganisches Syndrom“, „zerebrale Insuffizienz“ oder auch „zerebrovaskuläre Insuffizienz“¹⁰. Meist wird der Begriff Demenz nur für stärker ausgeprägte Störungen der Leistungsfähigkeit des Gehirns benutzt.¹¹

Die *International Classification of Diseases (ICD)* setzt für die Feststellung einer Demenz sowohl eine entscheidende Abnahme der geistigen Leistungsfähigkeit mit einer Abnahme des Gedächtnisses und des Denkvermögens, als auch eine Beeinträchtigung in der persönlichen Aktivität des täglichen Lebens voraus. Das ebenfalls weit verbreitete Diagnostische und Statistische Manual (DSM) psychischer Störungen fordert ganz ähnlich neben einer Störung des Neu- und Altgedächtnisses sowie einer Störung des abstrakten Denkvermögens oder einer anderen neuropsychologischen Teilleistung auch eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit oder sozialer Alltagsaktivitäten. Häufig wird ein schleichender Beginn und ein langsames Fortschreiten der Krankheit vorausgesetzt.¹²

Die häufigsten Formen der Demenz werden schematisch in **Abbildung 3** dargestellt und in den weiteren Unterkapiteln näher erläutert.

¹⁰ Vgl. <http://www.psychosoziale-gesundheit.net/psychiatrie/alzheimer.html> (19.08.2008)

¹¹ Vgl. Krämer u.a. (2008), S.12

¹² Krämer u.a. (2008), S.12f

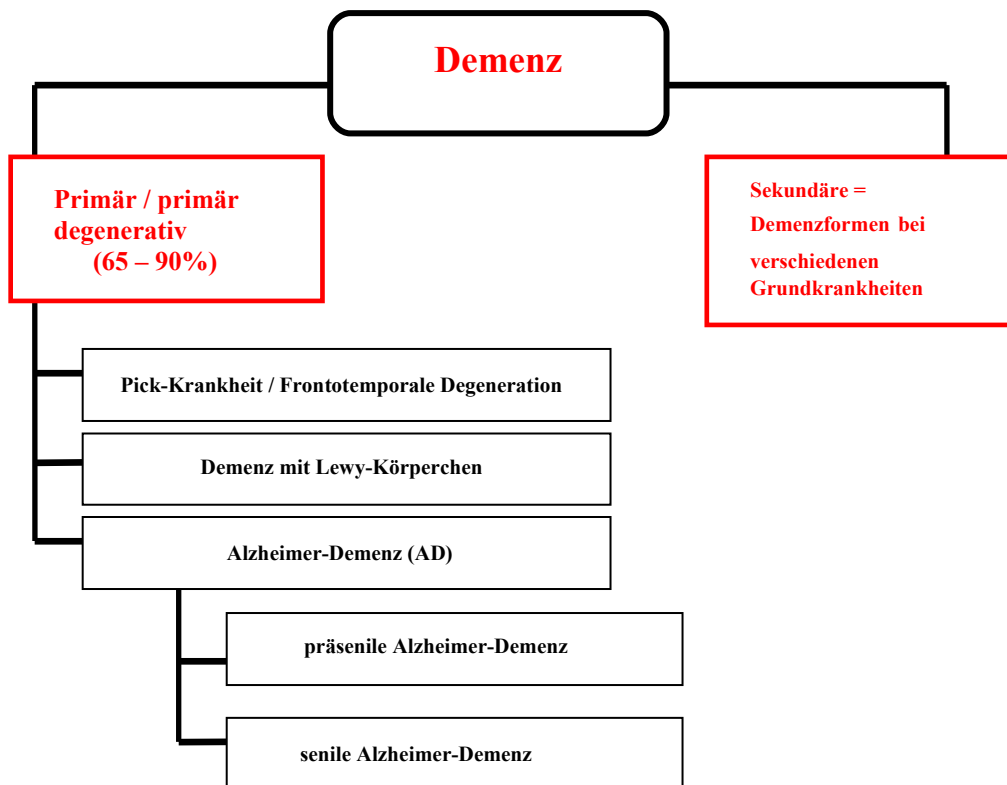


Abb. 3.: Einteilung der Demenz¹³

3.1. Primär / primär degenerative Demenz

Häufig werden als primär degenerative Demenzen diejenigen zusammengefasst, für die keine definierte Ursache bekannt ist, die idiopathisch verlaufen, und deren pathologischer Schwerpunkt ausschließlich oder großteils im Gehirn liegt ohne andere Organsysteme wesentlich miteinzubeziehen.¹⁴ Dies trifft zum Beispiel bei dem nachfolgend erklärten Morbus Pick und den Morbus Alzheimer zu.

3.1.1. Pick-Krankheit / Frontotemporale Degeneration

Die **Pick-Krankheit** tritt meist vor dem 60. Lebensjahr eines Menschen auf und ist eine neurodegenerative Erkrankung im Stirn- bzw. Schläfenlappens des menschlichen Gehirns. Im Gegensatz zur Alzheimer-Krankheit (die ebenfalls zur Gruppe der neurodegenerativen Erkrankungen zählt) ist ein familiäres Auftreten bei Morbus Pick häufiger zu beobachten.¹⁵

¹³ Abbildung entnommen aus Krämer u.a. (2008:13)

¹⁴ Vgl. Lang (1994), S.30

¹⁵ Vgl. http://de.wikipedia.org/wiki/Morbus_Pick (12.08.2008)

Die Grenzen zwischen Pick-Krankheit und Alzheimer-Demenz, wie auch zwischen Pick-Krankheit und frontotemporaler Demenz sind sehr unscharf. Die wichtigsten Unterschiede sind in **Tabelle 1** zusammengefasst.

	Alzheimer-Demenz	Pick-Krankheit
Alter	meist ab 7. Jahrzehnt	5.-7. Jahrzehnt
Familiäre Vorkommen	selten	häufig (etwa 50%)
Beteiligte Chromosomen	1, 12,14,19, 21	3, 17
Persönlichkeitsveränderung	meist erst spät für Umwelt deutlich	schon früh deutlich (unkritisches, sorglos-enthemmtes Verhalten)
Gedächtnisstörungen	früh	spät
Sprache, Sprechen	eher später gestört	meist früh gestört
Räumliche Orientierung	früh gestört	bleibt erhalten
Apraxie¹⁶	früh	spät
CT/MRT	allgemeine Atrophie	umschriebene Atrophie
Besonders betroffene Hirnteile	Schläfen- und Scheitellappen	Stirn- und Schläfenlappen
Hirngewebsveränderungen	Alzheimer-Fibrillen und Plaques	Pick-Einschlusskörper

Tab. 1.: Unterschied zwischen Alzheimer-Demenz und Pick-Krankheit¹⁷

Die **frontotemporale Demenz (FTD)** ähnelt in seinen Merkmalen der Pick-Krankheit, die in etwa 10% aller Demenzen vorliegt. Öfters wird sie auch als Frontallappen-Demenz (FLD) bezeichnet; da aber die Veränderungen neben dem Frontal- auch den Temporallappen betreffen, ist die Benennung eher ungenau.

Das Erkrankungsalter ist sehr ähnlich wie bei der Pick-Krankheit aber auch der Alzheimer Demenz, der Beginn meist schneller und im Durchschnitt der Verlauf etwas kürzer.¹⁸

¹⁶ **Apraxie** = Störungen bei Bewegungen und Handlungen

¹⁷ Vgl. Krämer u.a. (2008), S. 44

¹⁸ Vgl. Krämer u.a. (2008), S. 42

Die wichtigsten Unterschiede zur Alzheimer-Demenz werden in **Tabelle 2** zusammengefasst.

	Alzheimer-Demenz	Frontotemporale Demenz
Alter	meist ab 7. Jahrzehnt	5.-7. Jahrzehnt, später selten diagnostiziert
Familiäre Vorkommen	selten	häufig (50%)
Beteiligte Chromosomen	1, 12,14,19, 21	3, 17
Beginn	meist langsam	meist relativ langsam
Persönlichkeitsveränderung	meist erst spät für Umwelt deutlich	Früh „Verwahrlosung“ einschließlich der persönlichen Hygiene
Verminderter Antrieb	selten	häufig
Unruhe	seltener und spät	häufig und früh
Gedächtnisstörung	immer	vergleichsweise selten
Störungen des Erkennens von Gesichtern	meist spät	früh

Tab. 2.: Unterschied zwischen Alzheimer-Demenz und frontotemporaler Demenz¹⁹

3.1.2. Demenz mit Lewy-Körperchen

„Die **Lewy-Body-Demenz** ist die zweithäufigste neurodegenerative Demenz im Alter und kann sowohl als eigenständige Erkrankung auftreten als auch sekundär, im Rahmen einer bereits bestehenden Parkinson-Krankheit. Die Lewy-Body-Demenz macht ca. 20% aller Demenzformen aus und ist damit nach dem Morbus Alzheimer und vaskulären Erkrankungen insgesamt die dritthäufigste Ursache für Demenz.²⁰“

Laut Förstl (2003) sind klinische Kriterien der Lewy-Body-Demenz folgende:

- (1) Fortschreitendes dementielles Syndrom wie visuell-räumliche Störungen
- (2) Hirnleistung, Aufmerksamkeit und Wachheit schwanken; wiederholte visuelle Halluzinationen; spontane Parkinson-Symptome
- (3) Erhärtung des Verdachts durch Bewusstseinsstörungen mit Stürzen, erhöhte Empfindlichkeit auf niedrige Neuroleptika-Dosen, Depression.²¹

¹⁹ Vgl. Krämer u.a. (2008), S. 42

²⁰ <http://de.wikipedia.org/wiki/Lewy-K%C3%B6rperchen-Demenz> (13.8.2008)

²¹ Vgl. Grond (2005), S.32

3.1.3 Alzheimer-Demenz (AD)

Die **Alzheimer-Demenz** ist eine der häufigsten Demenzformen und führt zu einem langsamen Verlust der geistigen Leistungsfähigkeit. Die Fähigkeit sich zu erinnern bzw. Neues zu erlernen nimmt ab und die Unfähigkeit, Entscheidungen zu treffen führt dazu, dass sich die Betroffenen nicht mehr richtig um sich selbst und andere kümmern und ihr eigenes Handeln nicht mehr sinnvoll steuern können.

Die Alzheimer-Demenz unterteilt sich in zwei Typen: 1. die „**präsenile**“ Alzheimer-Demenz und 2. die „**senile**“ Alzheimer-Demenz.

Bis vor wenigen Jahrzehnten wurde die Alzheimer-Demenz auf Erkrankungen mit einem Beginn der Beschwerden vor dem 65. Lebensjahr begrenzt und als relativ seltene „präsenile“, das heißt vor dem höheren Lebensalter auftretende Demenz von der weitaus häufigeren „senilen“, das heißt im höheren Lebensalter auftretenden Demenz, unterschieden.²²

Unklar sind jedoch die Ursachen der Alzheimer-Demenz, wobei heute insbesondere genetische, infektiöse und toxische Faktoren mit dieser Erkrankung in Zusammenhang gebracht werden.

Die Symptome einer Alzheimer-Erkrankung sind folgende:²³

- ⇒ Gedächtnisschwäche (Merkfähigkeit/Kurzzeitgedächtnis)
- ⇒ Persönlichkeitsveränderungen (ängstlich, depressiv, apathisch, Mangel an Spontaneität, stiller Rückzug aus sozialen Aktivitäten)
- ⇒ Aphasie²⁴
- ⇒ Apraxie
- ⇒ Agnosie²⁵
- ⇒ Es können Halluzinationen, Verwirrtheitszustände, Delirien, Wahnsymptome auftreten
- ⇒ Im Endstadium entwickelt sich eine apathische Demenz mit Bettlägrigkeit und Inkontinenz: Die Patienten sind unansprechbar und stumm. Die Krankheit mündet schließlich in einen raschen terminalen Verfall.

²² Vgl. Krämer u.a. (2008), S. 14

²³ Vgl. Nigg u.a. (2005), S. 90

²⁴ **Aphasie** = Störung der Sprache

²⁵ **Agnosie** = Unfähigkeit, Gegenstände wiederzuerkennen, trotz intakter sensorischer Funktion

Neuropathophysiologische Veränderungen bei einer Alzheimer-Erkrankung sind:²⁶

- ⇒ Intraneuronale Ablagerung von Alzheimer-Amyloid-Protein
- ⇒ Intraneuronale Anhäufung von hyperphosphorilierten Tau-Proteinen²⁷
- ⇒ Neuronaler Zelltod
- ⇒ Mangel an Acetylcholin
- ⇒ Störung des zerebralen Glukose-Stoffwechsels
- ⇒ Störung der Hirndurchblutung
- ⇒ Störung des Membran-Phospholipid-Stoffwechsels

Klagen ältere Menschen über Gedächtnisstörungen ist dies meist Ausdruck einer „gutartigen“ Altersvergesslichkeit oder aber auch einer Depression. Während Patienten mit Alzheimer-Demenz ihre Probleme fast immer herunterspielen oder untertreiben, klagen depressive Patienten von sich aus und meist sehr nachdrücklich darüber. Bei einer Depression treten entsprechende Krankheitszeichen wie frühzeitige Erschöpfbarkeit, Reizbarkeit oder Versagensängste in der Regel auch vor kognitiven Störungen auf, während es bei der Alzheimer-Demenz umgekehrt ist. Depressive vergessen in der Regel nicht, wer sie sind, wer ihr Partner ist, wo sie leben, wie sie heißen und sie finden sich im Gegensatz zu einem Patienten mit Alzheimer-Demenz in einer fremden Umgebung gut zurecht. Bei der Alzheimer-Demenz nimmt mit zunehmender Dauer auch die Einsicht der Betroffenen für ihre Situation immer mehr ab.²⁸

Die wichtigsten Unterschiede zwischen einer Alzheimer-Demenz und dem Demenzsyndrom der Depression (DSD) werden in **Tabelle 3** aufgelistet und dargestellt.

²⁶ Nigg u.a. (2005), S. 90

²⁷ **Tau-Protein** = ein niedermolekulares Phosphoprotein, welches in Zellen an stützende Zytoskelett-Proteine (Mikrotubuli) bindet und deren Zusammenbau reguliert.

²⁸ Vgl. Krämer u.a. (2008), S. 44

	Alzheimer-Demenz	Demenzsyndrom der Depression (DSD)
Alter	meist ab 7. Jahrzehnt	jedes Erwachsenenalter
Beginn	unmerklich über Monate bis Jahre	meist rasch in Stunden bis Tagen
Arztbesuch	oft auf Drängen der Angehörigen	oft aus eigenem Antrieb
Erscheinung/ Verhalten	vernachlässigt, unordentlich, labil, apathisch, u.U. auch „witzelnd“	besorgt, gehemmt (manchmal auch agitiert), klagsam, traurig
Tagesschwankungen	oft abends oder bei Müdigkeit schlechter	meist morgens schlechter (Morgentief)
Stimmung	wechselnd, leicht umzustimmen (Einbußen werden nicht wahrgenommen)	gleich bleibend depressiv (Einbußen werden verstärkt erlebt)
Angst	gering	versagensangst
Aufmerksamkeit / Konzentration	gestört	meist nicht gestört
Verhalten	meist unbesorgt, fordernd	meist sehr besorgt, unsicher, zurückhaltend
Antwort auf Fragen	oft „knapp daneben“	oft „ich weiß nicht“
Gedächtnisstörungen	mehr Neuzeitgedächtnis (kaum Klagen)	Neu- und Altzeitgedächtnis (starke Klagen darüber)
Andere kognitive Störungen	zunehmende Störungen und Zerfall (auch von Schrift und Zeichnen)	nein; abgesehen von einer Verlangsamung keine Aphasie, Apraxie, Anomie, Orientierungsstörung usw.
Nächtliche Unruhe	oft	selten
Sexuelle Bedürfnisse (Libido)	eher spät gestört	eher früh gestört
Medikamente /Alkohol	selten Missbrauch	häufiger Missbrauch
Verlauf	langsam schlechter werdend, stetiger Verlauf	meist rasch schlechter werdend, wechselnder Verlauf
Dauer	chronisch, bleibend	akut, vorübergehend

Tab. 3.: Unterschied zwischen der Alzheimer-Demenz und dem Demenzsyndrom der Depression²⁹

²⁹ Vgl. Krämer u.a. (2008), S. 45ff

3.2. Sekundäre Demenz

Eine sekundäre Demenz basiert meist auf einer Vorerkrankung, die durch mechanische Einflüsse wie zum Beispiel Schädel-Hirn-Trauma hervorgerufen werden kann. Aber auch Toxine wie beispielsweise Alkohol oder Medikamentenmissbrauch können Ursachen einer Demenz sein. Wird eine Störung zum Beispiel durch eine Alkoholsucht verursacht, spricht man vom Korsakow-Syndrom. Aber auch Stoffwechselerkrankungen oder schwere Infektionserkrankungen wie Meningitis (Gehirnhautentzündung) oder auch ausgeprägte Mangelerscheinungen wie zum Beispiel Flüssigkeitsverlust können zu einer Demenz führen.³⁰

3.3. Vaskuläre Demenz

Für diese Demenzform wird auch das Synonym „Atherosklerotische Demenz“ oder „Multi-Infarkt-Demenz“ gebraucht. Bei dieser Demenz handelt es sich um Hirnleistungsstörungen infolge einer Gefäßerkrankung oder einer Mangeldurchblutung. Dadurch kann es zu mehrfachen kortikalen und/oder subkortikalen Infarkten kommen.³¹

Die Symptomatik einer Vaskulären Demenz verläuft folgendermaßen:³²

- ⇒ Schrittweise, eher unregelmäßige Verschlechterung der intellektuellen Fähigkeiten
- ⇒ Neurologische Ausfälle
- ⇒ Psychopathologie: Störungen des Gedächtnisses, der Orientierung, des abstrakten Denkens, des Urteilsvermögens, Affektinkontinenz
- ⇒ Typisch für die vaskuläre Demenz sind nächtliche Verwirrheitszustände

Eine vaskuläre Demenz mit neurologischen Ausfällen wie zum Beispiel Harnblasen- und Gangstörungen und auch zunehmendem intellektuellen Abbau und Stimmungsschwankungen wird als „Binswanger-Enzephalopathie“ oder „subkortikale Demenz“ bezeichnet.³³

³⁰ Vgl. http://www.schulz-kirchner.de/filesep/schaade_demenz.pdf

³¹ Vgl. Nigg u.a. (2005), S. 91

³² Nigg u.a. (2005), S. 91

³³ Vgl. Nigg u.a. (2005), S. 91

4. Schweregrade und Verlaufstadien³⁴

Meist geht eine leichte kognitive Störung einer Demenzentwicklung voraus. Dabei bewährten sich Einteilung in Frühstadium, mittleres Stadium und in das fortgeschrittene Spätstadium:

1. Früh- oder Vergessensstadium

Das Frühstadium ist dadurch charakterisiert, dass die betroffene Person vergisst, die passenden Wörter zu finden versucht und fremden Leuten gegenüber verwirrt erscheint; meist fällt es diesen Personen schwer, gewohnte Aktivitäten auszuführen und etwas Neues zu lernen. Sie reagieren auf das kognitive Nachlassen öfters depressiv, inaktiv und erfinden Ausreden für den momentanen Zustand.

2. Mittleres oder Verwirrtheitsstadium

Bei diesem Stadium ist die demenzkranke Person zeitlich, örtlich und situativ verwirrt, bleibt aber körperlich noch relativ aktiv und fit. Meist brauchen diese Personen Hilfe von ihren Mitmenschen da sie Namen von vertrauten Personen vergessen, Alltagsfunktionen vernachlässigen, verwirrt im Haus herumrennen, ungeduldig oder gar aggressiv auf das Versagen reagieren. Es kann auch sein, dass die Person das Zeitgefühl verliert und durch die Erkrankung sozial auffällig wird.

3. Fortgeschrittenes Hilflosigkeits- oder Spätstadium

Der demenzkranke Patient braucht in diesem Stadium der Hilflosigkeit fürsorgliche Führung und emotionale Zuwendung. Es herrscht totale Abhängigkeit von dem Mitmenschen der den Patient pflegt. Der Patient kann einfache Anweisungen nicht mehr durchführen, spricht immer seltener, halluziniert, erkennt keine Angehörigen mehr, fällt leicht, inkontiniert, hat Schwierigkeiten beim Essen bzw. `vergisst` zu essen. Schließlich wird die Person unfähig zu denken, zu handeln, zu sprechen, zu sitzen oder gar zuletzt den Kopf zu heben. Die Person `stirbt` monatelang qualvoll in zunehmender Schwäche und braucht palliative Pflege.

³⁴ Vgl. Grond (2005), S.46

4.1. Differenzierung der Verlaufstadien bei Demenz

Um ein leichteres Verständnis der Differenzierung der Verlaufstadien bei Demenz zu ermöglichen, möchte ich in meiner Arbeit ebenso wie *Grond*³⁵ (2005) es in seinem Buch darstellt, das Frühstadium, mittleres Stadium und Spätstadium tabellarisch gegenüberstellen.

Verlauf	1. Frühstadium Vergessensstadium	2. Mittleres Stadium Verwirrtheitsstadium	3. fortgeschr. Spätstadium. Hilflosigkeitsstadium
Pflegestufe	I erheblich	II schwer pflegebedürftig	III schwerster Härtefall
Pflege-Ort:	zu Hause	Sozialstation, Tagespflege	Heim (zu 70%)
Lebensführung	lebt selbstständig vernachlässigt sich	eingeschränkt, braucht Hilfe in ATL ³⁶ , Körperpflege, Ankleiden	hilflos, total abhängig bei Aufstehen, Essen
Entspricht einem	Erwachsenen	Schulkind, handelt lückenhaft	Kleinkind bis Säugling
Gedächtnis	Merkstörung, vergisst	biografisches Erinnern verblasst	Zerfall von Gedächtnis
Denken	nicht komplex	plant/ schlussfolgert nicht	keine Krankheitseinsicht
Sprache	Wortfindungsstörungen	erzählt/fragt dasselbe	Spricht wenig, Sprachzerfall auch persönlich
Desorientierung	verwirrt in der Fremde	räumlich, zeitlich, situativ	
Verhalten	reizbar, depressiv	Angst, Unruhe/aggressiv/ Wahn	schreit, schaukelt, apathisch
Körperlich	unauffällig	drang-inkontinent, verstopft	geht schlüpfend, stürzt
Hilfen	Begleitung	Teilversorgung und Pflege	Palliativpflege + Hospizarbeit
Zugang:	rational	teilweise kompensatorisch	nonverbal und emotional

Tab. 4.: Differenzierung der Verlaufstadien bei Demenz

³⁵ Abbildung entnommen aus: Grond (2005, S.47)

³⁶ ATL = abkürz. für **Aktivitäten des täglichen Leben**; orig. ADL = "activities of daily living"

4.2. Reisberg-Skalen zur Beurteilung des Schweregrades der Alzheimer-Demenz

4.2.1. Global Deterioration Scale (GDS)³⁷

Die GDS ist eine Fremdbeurteilungsskala. Dies bedeutet, dass die Beurteilung durch die Interpretation des Untersuchers erfolgt. Durchgeführt wird dieser Test in einem 10-minütigen klinischen Interview. Dabei werden **sieben** Stufen unterschieden:

- Stufe I: **Keinerlei kognitive Leistungseinbußen**. Hierbei handelt es sich um keine Hinweise auf Gedächtnisdefizite. Diese Gruppe wird als Kontrollgruppe angeführt.
- Stufe II: **Zweifelhafte kognitive Leistungseinbußen**. Der Patient klagt subjektiv. Er vergisst, wo vertraute Gegenstände abgelegt wurden und/oder vergisst früher gut bekannte Namen. Keine objektivierbaren Defizite in Gedächtnis, Beruf oder sozialem Umfeld.
- Stufe III: **Geringe kognitive Leistungseinbußen**. Typische Symptome wären Orientierungsprobleme an fremden Orten, Wort- und Namensfindungsstörungen, Erkrankte kann sich Namen bei Vorstellung schlechter merken, verlegt oder verliert Wertgegenstände sowie Konzentrationsdefizite.
- Stufe IV: **Mäßige kognitive Leistungseinbußen**. Eindeutige Defizite in den folgenden Bereichen: Kenntnisse aktueller, kurz zurückliegender Ereignisse; Erinnerung des eigenen Lebenslaufes; Defizit sich an unbekanntem Orten zurechtzufinden und mit Geld umzugehen. Komplexe und schwierige Aufgaben können nicht mehr gelöst werden. Der Erkrankte leugnet seine Defizite und beginnt, Situationen mit höheren Anforderungen zu vermeiden.
- Stufe V: **Mittelschwere kognitive Leistungseinbußen**. Die erkrankte Person kommt ohne fremde Hilfe nicht mehr zurecht und kann sich an relevante Lebensaspekte nicht mehr erinnern, z.B. Adressen, Telefonnummern, Namen der Angehörigen. Häufig tritt Desorientierung zu Zeit und Ort auf. Probleme bei situations- und wetteradäquater Kleidung treten auf, jedoch braucht sie noch keine Hilfe beim Toilettengang oder Essen.
- Stufe VI: **Schwere kognitive Leistungseinbußen**. Keine Kenntnisse von kurz zurückliegenden Ereignissen und Erfahrungen. Es treten lückenhafte Erinnerungen und Erfahrungen auf und Jahreszeiten werden nicht mehr wahrgenommen.

³⁷ Vgl. <http://www.neurolabor.de/work7.htm>

Es kann zu Problemen kommen von 10 bis 1 rückwärts zu zählen und oft ist auch der Tag-Nacht-Rhythmus gestört. Persönlichkeitsveränderungen und Gefühlsstörungen treten in den Vordergrund.

Stufe VII: **Sehr schwere kognitive Leistungseinbußen**. Es tritt der Verlust motorischer Fähigkeiten auf, z.B. kann nicht mehr laufen. Oft völliger Sprachverlust und Inkontinenz. Das Gehirn kann den Körper nicht mehr steuern.

4.2.2. Functional Assessment Staging (FAST)³⁸

Das Functional Assessment Staging ist ein Instrument, welches Fachleuten und pflegenden Angehörigen hilft, eine Beurteilung zu treffen, um eine Verschlechterung bei Alzheimer-Patienten zu diagnostizieren.

Das Functional Assessment Staging richtet sich nach den sieben oben genannten GDS-Stadien und wird entweder mit **ja seit...**, oder **nein** beantwortet.

1. Weder subjektive noch objektive Schwierigkeiten
2. Klagt zu vergessen, wohin er/sie bestimmte Gegenstände gelegt hat. Subjektive Wortfindungsschwierigkeiten.
3. Mitarbeiter bemerken eine reduzierte Arbeitsleistung. Schwierigkeiten, sich an fremden Orten zurechtzufinden.
4. Schwierigkeiten, komplexe Aufgaben zu lösen (z.B. ein Abendessen vorzubereiten, mit Geld umzugehen, einzukaufen, usw.)
5. Benötigt Hilfe bei der Auswahl situationsgerechter Kleidung
6.
 - a) Schwierigkeit, die Kleider richtig anzuziehen
 - b) Kann sich nicht baden, entwickelt womöglich Angst davor
 - c) Beherrscht den Toilettengang nicht mehr
 - d) Harninkontinenz
 - e) Stuhlinkontinenz
7.
 - a) Eingeschränkte Sprechfähigkeit (1 bis 5 Worte pro Tag)
 - b) Verlust der verständlichen Sprache
 - c) Bettlägerigkeit
 - d) Kann nicht selbständig sitzen
 - e) Kann nicht mehr lachen
 - f) Kann den Kopf nicht aufrecht halten

³⁸ Übersetzung aus dem Englischen; Im Anhang 1 befindet sich die Originale Englische Version

5. Angenommene Risikofaktoren bei Demenzerkrankungen

Risikofaktoren für eine Krankheit sind Merkmale einer Person oder Umweltbedingungen, die zu einer erhöhten Wahrscheinlichkeit des Auftretens führen. Selbst mehrere Risikofaktoren führen zwangsläufig nicht zur Alzheimer-Demenz. Es bedeutet lediglich, dass die Wahrscheinlichkeit für die Krankheit in einer Gruppe von Menschen mit diesen Risikofaktoren höher ist als in einer Gruppe von Menschen ohne diese Risikofaktoren. So kann es vorkommen, dass Menschen, die mehreren Risikofaktoren ausgesetzt sind nicht an dieser Erkrankung leiden und es gibt Menschen, die ohne erkennbare Risikofaktoren an dieser Krankheit erkranken. Die eigentliche Ursache für die Erkrankung an Alzheimer-Demenz ist noch wissenschaftlich unbekannt. Es scheint, als gäbe es mehrere Risikofaktoren, die zusammen das Ausbrechen der Krankheit verursachen.

5.1. Nicht veränderbare Faktoren für Alzheimer

Zu den nicht veränderbaren Faktoren für Alzheimer-Demenz gehören „genetische Faktoren oder familiäre Belastungen“ und „das Alter“.

5.1.1. Genetische Faktoren oder familiäre Belastungen

Eine große Bedeutung für einen frühen Beginn haben Präseniline³⁹. Dabei erkranken Angehörige 1. Grades früher und haben dementsprechend einen schnelleren Verlauf. Ein weiterer Erbfaktor ist das Gen für Apolipoprotein E (Apo E4) auf dem Chromosom 19. Die Mehrzahl der Erkrankten weist dieses Gen auf. Eine umweltbezogene Mutation der Chromosomen 11, 14 und 21 kann eine Rolle bei der Zunahme von Demenz im Alter spielen.⁴⁰

5.1.2. Das Alter

Das Alter ist einer der bedeutendsten Risikofaktoren für die Erkrankung von Alzheimer-Demenz. Ein langsamer und unaufhaltsamer Abbau der Großhirnrinde bei einer Alzheimer Erkrankung beginnt meist ab dem 60. Lebensjahr. Es gibt aber auch Einzelschicksale bei denen das Ausbrechen der Krankheit schon im dritten oder vierten Lebensjahrzehnt beginnt.⁴¹

³⁹ krank machende Proteine im Gehirn

⁴⁰ Vgl. Grond (2005), S.34

⁴¹ Vgl. http://www.g-netz.de/Gesundheit_A-Z/Index_A

5.2. Vermeidbare Faktoren für Alzheimer und vaskuläre Demenz⁴²

- **Hoher Blutdruck** (Hypertonie) in Folge von z.B. Dauerstress. Durch eine Blutdrucksenkende Therapie kann Demenz seltener auftreten oder sogar bis zu 20 Jahre verzögert werden.
- Schlecht eingestellter **Diabetes** (besonders mit Hypoglykämie)
- **Übergewicht** (BMI über 28)
- **Erhöhung von Homozystein⁴³ und Blutfetten**: Bei über 80-jährigen sind Hypertonie und Hypercholesterinämie nicht mehr die Hauptrisikofaktoren
- **Raucher** haben ein zwei- bis vierfach erhöhtes Risiko
- **Vitamin B12-, B6- und Folsäure-Mangel** vermindert Denkleistungen
- Erkrankungen wie **Schilddrüsenunterfunktion** und Depression sind behandelbar
- **Schädel-Hirn-Traumen** (bei Boxern)
- **TIA⁴⁴** (Transitorische ischämische Attacken) und danach folgende Schlaganfälle sind Vorläufer verschiedener Demenzformen.

5.3. Welche anderen Risikofaktoren werden diskutiert?

Glutamat steuert 70% der Neurotransmitter und spielt eine wichtige Rolle bei der Erkrankung an Demenz. Glutamat ist dafür verantwortlich, dass beim gesunden Menschen Lern- und Gedächtnisvorgänge stattfinden. Bei Demenzkranken ist die Konzentration von Glutamat zwischen den Nervenzellen anhaltend erhöht, sodass die Nervenzellen andauernd erregt sind. Dabei werden (Lern-) Signale nicht mehr richtig erkannt und es kommt zu Störungen. Die Nervenzelle kann der permanenten Erregung nicht mehr standhalten und stirbt dabei ab. Je mehr solche Nervenzellen absterben, desto größer werden die geistigen und alltäglichen Defizite.⁴⁵

⁴² Vgl. Grond (2005), S.34

⁴³ Homozystein - Erhöhte Blutwerte für Homocystein können eine Schädigung der Blutgefäße zur Folge haben. Es steht auch in engem Zusammenhang mit Demenzerkrankungen im Alter.

⁴⁴ **Transitorische ischämische Attacke** (abgekürzt **TIA**) = ein Begriff aus der Medizin und bezeichnet vorübergehende neurologische Ausfallserscheinungen, die nicht länger als 24 Stunden anhalten. Ursache ist meist eine umschriebene Durchblutungsstörung einer Gehirnregion.

⁴⁵ Vgl. <http://www.merz-pharma-austria.at/gesundheit/alzheimer/krankheit/ursachen/>

6. Klinische Demenzprüfung

6.1. Kognitive Symptome

Wenn Gedächtnisfunktionen und Denkvermögen innerhalb eines halben Jahres stetig nachlassen, führt dies zu Problemen bei Alltagsaktivitäten und könnte als mögliche demenzielle Erkrankung gewertet werden. Dies sollte besonders beobachtet werden, wenn Kurzzeitgedächtnis und episodisches Gedächtnis betroffen sind⁴⁶. Wenn zum Beispiel der Erkrankte fragt oder dauernd dasselbe erzählt, gegenüber Fremden verwirrt erscheint und herumirrt.

In **Abbildung 5** sieht man grafisch sehr gut den Verlauf einer Alzheimer Demenz.

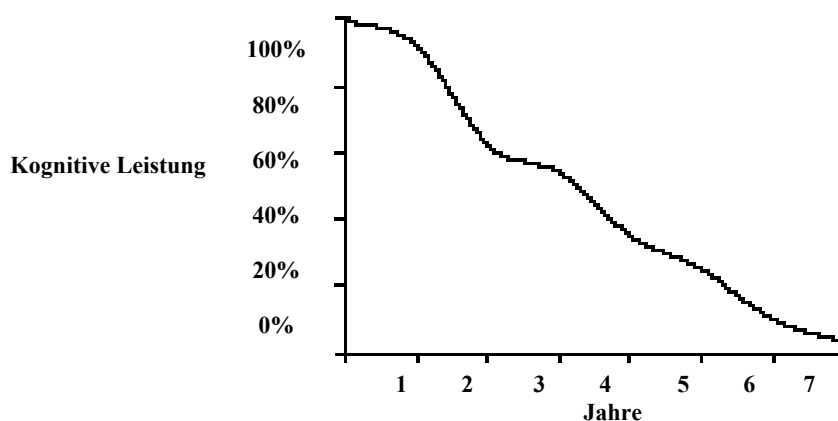


Abb. 5.: Verlauf kognitiver Leistung⁴⁷

In dieser Grafik lässt sich eine schleichende chronisch aber stetig progrediente⁴⁸ Erkrankung erkennen, die im Verlauf der Erkrankung vermehrte Störungen aufweisen.

Einerseits spricht man in der Literatur von einer Störung der **Handlungsfähigkeit**, die sogenannte **Apraxie**. Der Erkrankte kann einfache Handlungsabläufe nicht mehr selbstständig durchführen und Handlungen nicht mehr planen. Wenn man ihn zum Beispiel bittet: „*Holen Sie die Hose aus dem Schrank!*“, wird er leider versagen, da die Aufgabe nicht in einzelne Teilschritte zergliedert wurden.

Zum Beispiel: Gehen Sie zum Wäschekasten, öffnen Sie die rechte Tür. In der zweiten Reihe ist eine blaue Hose, holen Sie diese nun aus dem Stapel Wäsche und bringen Sie mir diese Hose.

⁴⁶ Vgl. <http://www.br-online.de/bayern/gesundheitsgespraech/vom-umgang-mit-demenzkranken-DID12163251307/demenz-symptome-vergesslichkeit-ID671216325125322697.xml>

⁴⁷ Abbildung entnommen aus: <http://www.zegia.de/downloads/demenz.pdf>

⁴⁸ progredient = fortschreitend

Andererseits treten Störungen des **Wiedererkennens**, der sogenannten **Agnosie** auf, und wenn Informationen nicht mehr verarbeitet werden können, treten **Störungen der Abstraktion** (Rechnen) und des **Assessments** (Urteilsfähigkeit) auf.⁴⁹

6.2. Störungen des Erlebens und Verhaltens

Störungen des Erlebens und Verhaltens werden in der Literatur als `Nicht-kognitive Störungen` bzw. `Verhaltensstörungen` erwähnt. Bei vielen Alzheimer-Patienten treten bereits vor dem Einsetzen kognitiver Defizite frühe nichtkognitive Vorläufersymptome auf, meist in Form von diskreten Veränderungen des Verhaltens. Angehörige berichten Symptome wie Passivität, emotionaler Rückzug, Stimmungs labilität sowie Rückgang von Sorgfalt und Verlässlichkeit. Dieses klinische Bild weicht sehr schwach von dem Bild einer Depression ab und kann sich auch bei vielen Fällen in der Regel überlappen. Depressive Störungen sind meist begleitet von ausgeprägter Konzentrationsstörung und können das Bild einer sogenannten `depressiven Pseudodemenz` hervorrufen. Dies kann differentialdiagnostisch zu Schwierigkeiten führen. Im Rahmen einer stationären Behandlung kann zur diagnostischen Klärung auch ein Schlafentzug durchgeführt werden. Ist nach diesem Schlafentzug eine kurzfristige Besserung der depressiven Stimmungslage **und** der kognitiven Symptome festzustellen, so ist dies ein Zeichen, dass die kognitiven Defizite Teil einer depressiven Störung sind. Besteht jedoch das Ausbleiben einer Besserung nach dem Schlafentzug, bedeutet dies ein Vorliegen einer Alzheimer-Demenz.⁵⁰

Grond erwähnt ebenso in seinem Buch, dass es zu Verhaltensauffälligkeiten des Patienten kommen kann. Verhaltensauffälligkeit wie z.B. Unruhe, Weglaufen (ziellooses Herumirren), Schreien (rufen, lautes Klagen oder stöhnende Lautäußerungen), Aggressionen (wie Wutausbrüche, impulsives, enthemmtes oder zerstörerisches Verhalten), Schlafstörungen (Tag-Wach-Rhythmus ist gestört) aber auch Antriebslosigkeit wie Apathie⁵¹, Interesse- und Ausdrucksverlust.⁵²

⁴⁹ Vgl. Grond (2005), S.23f

⁵⁰ Vgl. Bauer (1994), S.12

⁵¹ **Apathie** = Teilnahmslosigkeit, Leidenschaftslosigkeit, mangelnde Erregbarkeit

⁵² Vgl. Grond (2005), S.25

6.3. Psychometrische Tests

Psychometrische Tests werden bei demenzkranken Patienten aus mehreren Gründen eingesetzt. Einerseits kann man mit diesen Assessment Instrumenten den Schweregrad der Demenz feststellen, sie dienen, um diagnostische und differenzialdiagnostische Hinweise zu liefern und sie werden benötigt, um Hinweise auf den Verlauf der Erkrankung zu geben.⁵³

6.3.1. Mini Mental Status Test nach Folstein (MMST)

Eines der bekanntesten Instrumente zur Messung des Schweregrades bei mittlerer und schwerer Demenz ist der Mini Mental Status Test nach Folstein.

Die Durchführung erfolgt folgendermaßen⁵⁴: Anhand von 30 Aufgaben werden kognitive Fähigkeiten am Patienten mittels eines Interviews gemessen. Dabei werden Fragen nach der Orientierung, Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit und Rechenfähigkeit, Erinnerungsfähigkeit und Sprache überprüft.

1. Orientierung: Für jede richtige Antwort gibt dies je 1 Punkt. Dabei werden Fragen nach Jahr, Jahrzeit, Datum, Wochentag, Monat,... gestellt
2. Merkfähigkeit: In diesem Teil muss der Patient Vor- und Nachsprechen dreier unterschiedlicher Begriffe (Auto – Blume – Kerze). Max. 3 Punkte
3. Aufmerksamkeit und Rechenfähigkeit: Hier muss der Patient von z.B. „93“ immer 7 abziehen. Jeder korrekte Schritt ergibt einen Punkt (max. 5 Punkte)
4. Erinnerungsfähigkeit: Der Patient muss die in Punkt 2 genannten drei Wörter wiedergeben können (max. 3 Punkte)
5. Sprache: Hier muss der Patient gezeigte Gegenstände benennen (je 1 Punkt), einen ausgewählten Satz nachsprechen (1 Punkt), Kommandos befolgen wie z. B. Blatt Papier in die rechte Hand nehmen, in der Mitte falten, auf den Bogen legen (max. 3 Punkte) und schriftliche Anweisungen vorlesen und befolgen (1 Punkt). Nachzeichnen einer geometrischen Figur.

⁵³ Vgl. <http://www.ifap.de/bda-manuale/demenz/psychometrie/index.html>

⁵⁴ Vgl. Grond (2005), S.28

In Anhang 3 ist befindet sich ein original Mini-Mental-Status Test. Die Auswertung dieses Testes ist folgende:

- Maximal-Punktzahl: **30**
- 28-30 Punkte = nicht dement
- unter 24 Punkte = Demenz-Verdacht
- unter 14 Punkte = schwer dement

Der MMST-Test ist schnell und einfach durchzuführen. Doch darf man nicht außer acht lassen, dass gewisse Störeinflüsse (Unruhe des Patienten, Aufregung, Depression,...) sich negativ auf den Test auswirken können. Darüber hinaus muss man bedenken, dass dieser Test nur eine grobe Einschätzung über kognitive Defizite geben kann und keinerlei vollständiges Bild einer Erkrankung wiedergeben kann. Deshalb müssen weitere kritische Testverfahren mit dem Patienten durchgeführt werden um ein komplettes Bild einer Erkrankung zu sehen.⁵⁵

6.3.2. Uhrentest nach Shulman

Der Uhrentest ist eine sehr gute Ergänzung zum *Mini Mental Status Test* da konstruktive Funktionen, wie auch optische und räumliche Wahrnehmungen und die Fähigkeit des abstrakten Denkens getestet wird.⁵⁶

In diesem Test wird der auf Verdacht demenzkranken Person ein Kreis ohne Ziffern und Zeiger vorgelegt. Nun fordert man den Patienten auf, Zeiger und Ziffern korrekt einzutragen.

In **Abbildung 6** wird gezeigt, welche Kriterien der Patient in die „Uhr“ einzeichnen muss, die vorgegebene Punktezahl und die erreichte Punktezahl.

Kriterien	Vorgegebene Punktezahl	Erreichte Punktezahl
Zahl 12 richtig eingezeichnet	3	
Beide Zeiger richtig	2	
Alle 12 Ziffern richtig	2	
Korrekte Zeit	2	
Summe der Punkte	9	

Werden nur 6 oder weniger Punkte erreicht, liegt der Verdacht einer Demenz vor und es sollten weitere neurologische Untersuchungen vorgenommen werden.

⁵⁵ Vgl. <http://de.wikipedia.org/wiki/Mini-Mental-Status-Test>

⁵⁶ Vgl. <http://www.buergerspital.ch/contento/LinkClick.aspx?fileticket=eRoKBMqu6%2FY%3D&tabid=196&mid=582>

6.3.4. DemTect (Demenz-Detections-Test)⁵⁷

Dieser Test gliedert sich in fünf verschiedenen Aufgaben:

1. Von einer Wortliste muss sich der Patient 20 unterschiedliche Worte merken
2. Es müssen Zahlen in Text umgewandelt werden und umgekehrt
3. Innerhalb einer Minute so viele Gegenstände im Supermarkt benennen wie möglich
4. Eine Zahlenfolge rückwärts wiederholen
5. Zum Schluss: Eine erneute Abfrage der Wortliste von Punkt Nr.1

Dieser Test eignet sich zur Frühdiagnostik, aber auch leichter kognitiver Störungen.

6.3.5. TFDD (Test zur Frühdiagnostik von Demenzen und Depression)

Dieser Test ermöglicht es, innerhalb von fünf bis zehn Minuten nicht nur Patienten mit geringen kognitiven Störungen von Gesunden zu unterscheiden, sondern auch herauszufinden, ob kognitive Störungen auf einer beginnenden Demenzerkrankung oder auf einer depressiven Störung beruhen.⁵⁸

⁵⁷ Vgl. Grond (2005), S.29

⁵⁸ Vgl. Grond (2005), S.29

7. Therapiemöglichkeiten

7.1. Nichtmedikamentöse Therapiemöglichkeiten

Bei der Behandlung von dementiellen Syndromen haben nichtmedikamentöse Therapiemöglichkeiten einen zentralen Stellenwert eingenommen. Die verschiedenen psychologischen Therapieansätze unterscheiden sich bezüglich ihrer Philosophie, Fokus, Methode und Zielsetzung. Neuropsychologen schlugen zunächst das direkte Training beeinträchtigter kognitiver Funktionen vor. Später aber handelte es sich nicht in erster Linie um formalisierte Psycho- und Soziotherapien, sondern um Betreuungskonzepte, die aus den Erfahrungen im stationären Bereich entwickelt worden waren.⁵⁹

In diesem Kapitel werden die drei häufig genannten nicht-medikamentösen Therapiemöglichkeiten vorgestellt und näher erläutert.

7.1.1. Realitäts-Orientierungs-Training (ROT)

Das Realitäts-Orientierungs-Training wurde von den amerikanischen Psychiatern Taulbee und Folsom entwickelt. Dieses Training eignet sich vor allem für ältere und verwirrte Patienten und wird auch heute noch hauptsächlich im Heimbereich eingesetzt. Das ROT zielt auf eine Verbesserung von Orientierung, Gedächtnis und Verhaltensstörungen ab und baut auf lerntheoretischen und milieutherapeutischen Grundsätzen auf. Zentrale Ansatzpunkte des ROT's liegen auf der Förderung der zeitlichen, örtlichen und personellen Orientierung. Dabei werden drei Hauptanwendungsbereiche unterschieden: a) *Training des Pflegepersonals*, b) *24-Stunden-ROT* und c) *strukturierte Sitzungen*.⁶⁰

Zum Training und zur Vorbereitung des Pflegepersonals gehören beispielsweise Vorträge, Fortbildung, der Besuch von anderen Einrichtungen bei denen das ROT praktiziert wird, aber auch die Lektüre von relevanter Literatur zur Übung von praktischen Beispielen in Form von Rollenspielen.⁶¹

Beim 24-Stunden-ROT sind Bestandteile die sowohl den täglichen Umgang mit verwirrten alten Menschen sowie die spezielle Anpassung an die Umgebung. Zentrales Thema des 24-Stunden-ROT ist die Kommunikation mit dem Menschen. Zudem gibt es wichtige Kommunikationsprinzipien die eingehalten werden sollen. Zu diesen zählen: kurze, einfache Sätze verwenden; Antworten und Wiederholungen ermutigen; Erinnerungen aus der Vergangenheit als „Brücke“ zur Gegenwart nutzen; Humor einsetzen und Ergebnisse kommentieren. Das Pfl-

⁵⁹ Vgl. Ehrhardt u.a. (1999), S. 92

⁶⁰ Vgl. Ehrhardt u.a. (1999), S. 104

⁶¹ Vgl. ebenda.

gepersonal sollte mit jeglicher Interaktion mit dem Patienten Informationen vermitteln, die den Patienten an Zeit, Ort und an die eigene Person erinnern. Verwirrte und nicht zusammenhängende Äußerungen werden korrigiert und nicht verstärkt, währenddessen eigenständiges orientiertes Verhalten positiv verstärkt wird. Sehr wichtig ist es, dem Patienten im Gespräch Erfolgsergebnisse zu vermitteln. Weiters sollte die Pflegeperson Fragen stellen, dass der Patient mit einer einfachen Antwort beantworten kann.⁶²

Die strukturierte Sitzung bzw. Classroom-ROT ist nur eine Ergänzung zum 24-Stunden-ROT. Es handelt sich darum um eine Zusammenstellung von Trainingseinheiten in einer Kartei mit praktischen Vorschlägen. Diese Karteikarten sind nach Schwierigkeitsstufen und Funktionsbereichen geordnet: personelle, räumliche, zeitliche und situative Orientierung, Gedächtnis und geistige Fähigkeiten, Wahrnehmung und soziale Kompetenzen. Diese Sitzungen werden von einer halben bis zu einer Stunde möglichst 5mal wöchentlich in kleinen Gruppen von je 3 bis 6 Personen abgehalten.⁶³

Ende der 80er Jahren erhielt das Realitäts-Orientierungs-Training, das bis dato die einzige und folglich dominierende Vorgehensweise bei dementen Mensch war, starke Konkurrenz durch die Validationstherapie, die im folgenden Kapitel näher erläutert wird.

⁶² Vgl. Ehrhardt u.a. (1999), S. 104f

⁶³ Vgl. Ehrhardt u.a. (1999), S. 105

7.1.2. Validationstherapie

Die Validationstherapie wurde in den 60er und 70er Jahren aus den praktischen Erfahrungen im Umgang mit dementen und desorientierten alten Menschen von der US-amerikanischen Gerontologin Naomie Feil entwickelt. Hier handelt es sich um eine Kommunikationsmethode die mittels verbaler und nonverbaler Techniken zustande kommt. Mittels dieser Methode versucht man, mit desorientierten und sehr alten Menschen zu kommunizieren. Diese Technik hilft, Stress abzubauen und den Patienten ein würdevolles und glückliches Leben zu ermöglichen.

„Validation“ bedeutet, durch Einfühlungsvermögen das Selbstwertgefühl wiederherzustellen, somit positive Rückkopplungsprozesse zu ermöglichen und Stress zu reduzieren.⁶⁴

Bei dieser Technik wird die Wirklichkeit nicht in den Mittelpunkt des Geschehens gestellt, sondern es wird versucht, von der Erlebniswelt des verwirrten Älteren auszugehen. Diese wird nun validiert, d.h. für gültig und richtig erklärt. Hier wird nicht wie beim ROT-Prinzip angestrebt, den sehr alten Menschen zu korrigieren und an die aktuelle Situation zu adaptieren.⁶⁵

Die bekannte US-amerikanische Gerontologin Feil sieht das Verhalten des alten Menschen nicht nur als Resultat von physiologischen Veränderungen im Gehirn, sondern betrachtet den Menschen in seiner Gesamtheit unter Berücksichtigung des gelebten Lebens in physischen, physischen und sozialen Bereichen.⁶⁶ Um die Bedeutung des individuell „gelebten Lebens“ verstehen zu können, muss nun auf die sechs Lebensaufgaben (bzw. Misslingen dieser Aufgaben) des Psychoanalytikers Erik Erikson⁶⁷ hingewiesen werden⁶⁸:

Vertrauen vs. Misstrauen: Dies geschieht im ersten Lebensjahr. Der Säugling, der kein Vertrauen erlernt, wird im hohen Alter zum “Beschuldiger”.

Initiative vs. Schuldgefühl: Das kleine Kind lernt in dieser Zeit Kontrolle und viele Regeln. Wenn es dem Kind nicht möglich ist, ein Risiko einzugehen und diese gelegentlich zu durchbrechen, kann dies für das spätere Leben Abhängigkeit bewirken.

⁶⁴ Ehrhardt u.a. (1999), S. 108

⁶⁵ Vgl. ebenda.

⁶⁶ Vgl. Schöpfer (2000), S. 92

⁶⁷ Vgl. <http://www.egoload.de/egoblogfiles/Die-Krise-als-Chance-zur-Entwicklung-Lebensaufgaben-verstehen-und-annehmen.html>

⁶⁸ Vgl. Schöpfer (2000), S. 92ff

Kompetenz vs. Minderwertigkeit: Ein Teenager muss rebellieren um sich abzunageln und seine persönliche Identität zu finden, ansonsten wird er im hohen Alter zum “Neinsager”, “Märtyrer” oder zum “Jammerer”.

Generativität vs. Stagnation: In der Adoleszenz erlebt man Veränderungen und Verluste. Wenn man in dieser Zeit mit seinen Gefühlen nicht ehrlich umgeht, wird man im hohen Alter oft zum Festhalter ausgedienter Rollen und vereinsamt.

Ich-Integrität vs. Verzweiflung: Der ältere Mensch sollte ehrlich die nicht erfüllten Wünsche und Hoffnungen hervorholen. Wenn er dann für sich selbst sagen kann: “Ich habe zwar dies und jenes nie gehabt, aber ich bin trotzdem mit allem ganz zufrieden und bin froh zu leben”, dann hat er die eigene innere Integrität erreicht und wird nicht so leicht in die Phase des Beschuldigens, Anklagens bzw. Jammerns hineinfließen.

Validationstherapie wurde für all jene alten Menschen entwickelt, die nie die eigene innere Integrität erreicht haben.⁶⁹

In der Praxis ist das Konzept der Validation primär eine Optimierung der Kommunikation. Die Biografie des Patienten wie auch die Beobachtung körperlicher Charakteristika stammt größten Teils aus dem Neurolinguistischen Programmieren (NLP), welches den Zugang zu desorientierten Menschen erreichen soll. Ähnlich wie beim ROT-Prinzip werden auch kurze Kontakte für eine Kommunikation genutzt. Ein Beispiel für ein validierendes Gespräch geben Poulaki und Wiegele (1997):

‘Frau D. saß weinend im Gang. VA⁷⁰: Frau D., was ist mit Ihnen los? Frau D.: Ich weiß nicht wo meine Mutter ist! Ich habe sie vorher vorbeigehen sehen! VA: Ihre Mutter? Frau D.: Soll ich auf die Straße gehen und sie suchen? Wo ist meine Mutter? VA: Sie wollen auf die Straße gehen und sie suchen. Wo ist ihre Mutter? Frau D.: Sie ist manchmal bei mir im Büro, da nutzt sie die Zeit! VA: Ihre Mutter ist manchmal bei Ihnen im Büro gewesen. Wie war Ihre Mutter? Frau D.: Sie war eine gute Frau, ...tüchtige. VA: Wie sah ihre Mutter aus? Frau D.: Sie hatte schöne lange Haare, sie war hübsch... VA: Sie vermissen ihre Mutter sehr? Frau D.: (weinend) Meine Mutter ist im Geist bei mir.’⁷¹

Mittlerweile findet die Validationstherapie auch außerhalb der USA statt. In Australien und in Europa in Holland, Deutschland Österreich und der Schweiz findet diese Art von Therapie

⁶⁹ Vgl. Schöpfer (2000), S. 93

⁷⁰ mit VA ist der Validations-Anwender gemeint

⁷¹ Vgl. Weis (1997), S. 1293

ihre Anwendung. Positive Berichte und Rückmeldungen von Validations-Anwendern aus der Praxis gibt es seit Beginn der 90er Jahre. Veröffentlichungen über die Effektivität der Methode. Doch leider muss festgestellt werden, dass die vorliegenden Untersuchungen sehr gering an der Zahl sind und die präsentierten Ergebnisse widersprüchlich erscheinen. Da ist es nicht verwunderlich, dass Kelly (1995) die Effekte der Validation als nicht nachgewiesen in Frage stellt. Es fehlen größere, empirisch fundierte Studien mit ausreichend großen Stichproben, die die Wirksamkeit einer Validationstherapie bestätigen. Vielmehr darf die Validationsmethode mehr als einer der ersten Ansätze gesehen werden, die auf nicht-kognitive Veränderungen bei dementiellen Erkrankungen abzielt. Aufgebaut auf der Verhaltensbeobachtung stellt diese Methode ein effektives und gutes Instrument für das Verständnis und den Umgang mit mittelschwer bis schwer dementen Patienten im alltäglichen Leben dar. Zudem kann diese entwickelte Methode sowohl von professionellen Pflegekräften im ambulanten und stationären Bereich als auch von den pflegenden Angehörigen erlernt und angewendet werden.⁷²

7.1.3. Erinnerungstherapie - Reminiszenztherapie

Die Erinnerungstherapie (reminescence) ist eine weitere Methode der kognitiven Aktivierung. Dabei werden Erinnerungen angenehmer vergangener Ereignisse oder Gefühle ohne Versuch auf Vollständigkeit im Hinblick auf den Lebenslauf thematisiert. Das Ziel einer Erinnerungstherapie besteht in der Stärkung des Selbstvertrauens durch positive Bilanzierung des eigenen Lebens und der Stützung des Identitätserlebens.⁷³ Diese Therapie stabilisiert den Erhalt des Langzeitgedächtnisses. Die Erinnerungstherapie sollte dem Demenzkranken nur solange, wie das Langzeitgedächtnis vorhanden ist, angeboten werden, um Überforderung und damit enttäuschende Erlebnisse zu vermeiden.⁷⁴

Jegliche Form von Training kann leider bei Alzheimer Patienten eine unerwünschte emotionale Reaktion und eine Zunahme von Verhaltensproblemen mit sich bringen. Jeder Versuch, die Lernvorgängen bei diesen Menschen zu fördern, ist mit Konfrontation verbunden und stellt eine Hürde dar. Ein wesentlicher Kritikpunkt am ROT-Training mit Demenz-Patienten ist die zu starke Konfrontation mit den wachsenden kognitiven Defiziten. Meist reagieren Alzheimer-Patienten mit Angst, Depression oder gar aggressivem Verhalten. Leider beinhalten diese Trainingsprogramme keine Methoden, diese Konfrontationen zu thematisieren, the-

⁷² Vgl. Weis (1997), S. 1301

⁷³ Vgl. Ehrhardt u.a. (1999), S. 111

⁷⁴ <http://www.efh-bochum.de/service/pdf/Demenz.pdf>

rapeutisch zu bearbeiten und damit ihre Auswirkung zu mildern. Aus der Literatur ist bekannt, dass zu starke Emotionen einen negativen Effekt auf kognitive Leistungen haben. Hingegen Validationstherapie und Erinnerungstherapie den Patienten auf schonende Art aktivieren. Aber es fehlen meist explizite Darstellungen der zugrunde liegenden psychotherapeutischen Strategien und vor allem Ansätze zur empirischen Absicherung.⁷⁵

In der Demenzbehandlung ist eine vollständige Rückbildung der Symptomatik durch eine Psychotherapie vollkommen unrealistisch. Trotzdem kann durch eine einfühlsame und menschliche verhaltenstherapeutische Aktivierung und Motivierung des Patienten versucht werden, die kognitiven Symptome zu verlangsamen.

7.2. Medikamentöse Therapie

Da Alzheimer-Demenz eine progressiv verlaufende und bisher noch nicht kausal behandelbare Erkrankung darstellt, ist eine Heilung derzeit noch nicht möglich. Ein Wiedererwerb der verloren gegangenen Fertigkeiten und Fähigkeiten ist auf dem jetzigen Stand der Wissenschaft noch kein realistisches Rehabilitationsziel. Das Ziel einer Behandlung ist, die Progression der Erkrankung zu bremsen und die Folgen der Krankheit für den Betroffenen und das Umfeld so weit wie möglich zu begrenzen und zu lindern.⁷⁶

Medikamente zur Behandlung der Alzheimer-Demenz, die zu einer Verbesserung der kognitiven Symptomatik führen, stehen zurzeit nicht zur Verfügung. Doch es gibt einige Substanzen die in der Lage sind, das Fortschreiten der Erkrankung zu verlangsamen oder anzuhalten. Zu den Substanzen, die tatsächlich eine nachgewiesene positive Wirkung und gute Verträglichkeit zeigen zählen, sind Inhibitoren und Nicergolin. Inhibitoren der Acetylcholinesterase wie Tacrin haben bei fraglicher Wirksamkeit problematische Nebenwirkungen und werden von der Mehrheit der Patienten nicht vertragen. Vigilanzsteigende Präparate haben leider den Nachteil, dass diese zu Unruhe und Nervosität führen. Die Gabe von Kalzium-Antagonisten ist bei einer Alzheimer-Demenz nicht indiziert. Vielleicht finden in Zukunft Substanzen mit antientzündlicher oder immunmodulatorischer Wirkung ihren Platz in der Behandlung von Alzheimer-Demenz.⁷⁷

⁷⁵ Vgl. Ehrhardt u.a. (1999), S. 126f

⁷⁶ Vgl. Ehrhardt u.a. (1999), S. 87

⁷⁷ Vgl. Bauer (1994), S.58ff

8. Resümee

Ich habe sehr lange darüber nachgedacht, was ich in diesem Schlussteil schreiben werde. Da ich mich nun mehrere Wochen und viele Stunden mit dem Thema Demenz beschäftigt habe, fällt es mir ein wenig schwer, ein komplettes Resümee über diese Thematik zu schreiben. Aber ich würde gerne einige Kapitel meiner Arbeit ansprechen, die mir schon bei der Recherche Freude bereitet haben bzw. mich zum weiteren Nachdenken bewegten.

Anfangen würde ich gerne mit dem Kapitel der Demenzformen. Bevor ich meine Arbeit begonnen hatte, dachte ich nur an „eine“ Demenz. Die Demenz, über die man häufig im Studium immer wieder hört bzw. über die nur gesprochen wird. Mir war nicht bewusst, dass es so viele verschiedene Arten einer Demenz überhaupt gibt. Ich persönlich finde es sehr schade, dass dies dem Großteil der Bevölkerung vorenthalten wird, da sich die verschiedenen Demenzformen in ihrem Verhalten des Patienten bzw. der Diagnostik des Arztes sehr unterscheiden. Der Großteil der Bevölkerung weiß über die unterschiedliche Symptomatik der verschiedenen Demenzarten nicht Bescheid, dementsprechend sind die Menschen hilflos, wenn einer ihrer Angehörigen von der Krankheit betroffen ist. Des Weiteren möchte ich gerne das Kapitel der Risikofaktoren einer Demenzerkrankung ansprechen. Genetische Faktoren und ein hohes Alter sprechen für sich und klingen für mich eindeutig relevant. Doch als ich mir selbst spät Abends noch die Frage stellte, ob ich viele Menschen kenne, die wirklich alt sind und auch noch an einer Demenz erkrankten, musste ich dies leider mit einem klaren Nein beantworten. Aber wie ich es schon in meiner Arbeit erwähnte, sind diese Menschen, die tatsächlich daran erkranken, ziemlich geschickt beim Verstecken ihrer schleichenden Krankheit. Weiteres ist mir besonders aufgefallen, dass in der Literatur von „vermeidbaren Risikofaktoren“ gesprochen wird. Ich persönlich finde diese Aufzählung, die ich in diesem Kapitel gemacht habe, für unwissenschaftlich. Bluthochdruck, Stress, Rauchen, Diabetes, Übergewicht etc. sind die Krankheitsauslöser NR.1. Komischerweise spielen diese „Übeltäter“ fast bei jeder Erkrankung eine wesentliche Rolle. Dies kommt mir – ich möchte jetzt nicht zynisch erscheinen – vor, als würde ich ein Horoskop lesen. Irgendeine Diagnose stimmt immer.

Besondere Freude bereitete mir das Kapitel der klinischen Demenzprüfung. Aufgefallen ist mir dabei der Mini-Mental-Status Test. Meiner Meinung nach, ist dieser Test für eine schnelle

Überprüfung der kognitiven Leistung geeignet und auch in Ordnung aber es bedarf auf alle Fälle einer genaueren und kritischen Überprüfung. Dabei spielen meiner Meinung nach we-

sentliche Störeinflüsse eine Rolle, die auf den alten Menschen einwirken, wie beispielsweise Unruhe oder Depression und ich denke, dass dieser Test zu einer zu schnellen Diagnostik missbraucht werden könnte. Im Wesentlichen unterscheiden sich die in meiner Arbeit angeführten kognitiven Tests nicht besonders von einander.

Zum Schluss liegt es mir sehr am Herzen die nicht-medikamentöse Therapieform der Demenz anzusprechen. Besonders aufgefallen ist mir die Validationstherapie. Mir persönlich erscheinen Kommunikation und Zuneigung für den Patienten viel wichtiger als alles andere. In einem Sozialberuf sollte Menschlichkeit oberste Priorität besitzen. Doch leider hört man immer wieder über zu wenig Zeit und zu wenig Personal. Die Validationstherapie an sich klingt banal und einfach, als könnte sie jeder anwenden. Doch ich glaube, dass das Anwenden einer Validation schwieriger ist, als es scheint. Leider fehlen wissenschaftlich fundierte Beweise bzw. große Stichproben, die den Erfolg dieser Therapie bestätigen. Ich denke, Österreich steht - wie auch leider in vielen anderen Dingen - erst am Anfang und Validation wird bestimmt nicht in dem Maße implementiert, wie sie normalerweise ablaufen sollte.

Arzneimittel können leider heutzutage nicht die Alzheimer-Krankheit stoppen, aber sie können das Fortschreiten der Krankheit um ein bis zwei Jahre verlangsamen. Sie helfen das Gedächtnis, die Konzentrationsfähigkeit und das Wohlbefinden des Patienten zu verbessern. Man sollte die medikamentöse Therapie und nicht-medikamentöse Therapieform als ein Ganzes betrachten. Eine optimale Abstimmung, richtig eingesetzter Medikamente mit menschlicher Zuneigung und wissenschaftlich fundierten Methoden, ist für Betroffene und deren Angehörige eine wesentliche Erleichterung und Entlastung bei einer Alzheimer-Erkrankung.

Nun am Ende meiner Arbeit, kann ich sagen, dass mir es sehr viel Freude bereitet hat mich mit diesem Thema näher auseinanderzusetzen und dass ich nun alte, verwirrte Menschen in einem ganz anderen Licht betrachte.



9. Anhang

1. Reisbergskala zur Beurteilung des Schweregrades der Alzheimer-Demenz⁷⁸

Klasse	Leitsymptome	Schweregrad	soz.-med. Konsequenz
I	keine Symptome	normales Altern	Aktivierung
II	Vergesslichkeit	normales Altern	Aktivierung, beruhigendes Gespräch
III	Versagen bei komplexeren Aufgaben in Beruf und Gesellschaft (z.B. Reisen an neuen Ort)	leicht	Taktischer Rückzug aus überfordernden Aufgaben
IV	benötigt Hilfe bei schwierigen Aufgaben des täglichen Lebens (z.B. Buchhaltung, Einkaufen, Einladungen)	leicht	überwachte Selbständigkeit, Finanzüberwachung
V	benötigt Hilfe bei Wahl der Kleidung und beim Entscheid zum Baden	mittelschwer	organisierter Tagesablauf, Teilzeithilfe, Tagesklinik, Umgebungsmaßnahmen
VI a	Hilfe beim Ankleiden	schwer	ganztägige Hilfe und Betreuung oder Pflegeheim (Hilfe an Betreuer)
b	Hilfe beim Baden		
c	Hilfe bei Toilette		
d	Urininkontinenz		
e	Stuhlinkontinenz		
VII a	Sprechvermögen 6 Worte	sehr schwer	Langzeitpflege
b	kann nicht mehr sprechen		
c	kann nicht mehr gehen		
d	kann nicht mehr sitzen		
e	kann nicht mehr lachen		
f	kann Kopf nicht mehr halten		

modifizierte, verkürzte Fassung nach B. Reisberg, 1986

⁷⁸ übernommen aus dem Internet: http://www.christian-doppler-klinik.at/geriatrie/docs_geri/Demenz%20Reisbergskala%20Schweregrad.doc

2. *Functional Assessment Staging TOOL (englische Version)*⁷⁹

Patient Name: _____ Date: _____

FUNCTIONAL ASSESSMENT STAGING TOOL (for Alzheimer's Disease) © 1984 Barry Reisberg MD		
Check if present	Stage	Assessment <i>(score is highest consecutive level of disability)</i>
	1	No difficulties, either subjectively or objectively.
	2	Complains of forgetting location of objects; subjective word finding difficulties only.
	3	Decreased job functioning evident to coworkers; difficulty in traveling to new locations.
	4	Decreased ability to perform complex tasks (e.g., planning dinner for guests; handling finances; marketing).
	5	Requires assistance in choosing proper clothing for the season or occasion.
	6a	Difficulty putting clothing on properly without assistance.
	6b	Unable to bathe properly; may develop fear of bathing. Will usually require assistance adjusting bath water temperature.
	6c	Inability to handle mechanics of toileting (i.e., forgets to flush; doesn't wipe properly).
	6d	Urinary incontinence, occasional or more frequent.
	6e	Fecal incontinence, occasional or more frequent.
	7a	Ability to speak limited to about half a dozen words in an average day.
	7b	Intelligible vocabulary limited to a single word in an average day.
	7c	Nonambulatory (unable to walk without assistance).
	7d	Unable to sit up independently.
	7e	Unable to smile.
	7f	Unable to hold head up.

⁷⁹ übernommen aus dem Internet: <http://www.acsu.buffalo.edu/~drstall/fast.html>

3. Mini-Mental-Status-Test (MMST)⁸⁰

Mini-Mental-Status-Test MMST

Name _____ Alter _____ Jahre

Testdatum _____ Geschlecht: männl. weibl.

Schulbildung _____ Beruf _____

1. Orientierung

- | | Score |
|------------------------------------|--------------------------|
| 1. Jahr | <input type="checkbox"/> |
| 2. Jahreszeit | <input type="checkbox"/> |
| 3. Datum | <input type="checkbox"/> |
| 4. Wochentag | <input type="checkbox"/> |
| 5. Monat | <input type="checkbox"/> |
| 6. Bundesland/Kanton | <input type="checkbox"/> |
| 7. Land | <input type="checkbox"/> |
| 8. Stadt/Ortschaft | <input type="checkbox"/> |
| 9. Klinik/Spital/Praxis/Altersheim | <input type="checkbox"/> |
| 10. Stockwerk | <input type="checkbox"/> |

2. Merkfähigkeit

- | | |
|-------------|--------------------------|
| 11. „Auto“ | <input type="checkbox"/> |
| 12. „Blume“ | <input type="checkbox"/> |
| 13. „Kerze“ | <input type="checkbox"/> |

Anzahl der Versuche bis zur vollständigen Reproduktion der 3 Wörter:

3. Aufmerksamkeit

- | | |
|----------|--------------------------|
| 14. „93“ | <input type="checkbox"/> |
| 15. „86“ | <input type="checkbox"/> |
| 16. „79“ | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> |
| 17. „72“ | <input type="checkbox"/> |
| 18. „65“ | <input type="checkbox"/> |

In Ausnahmefällen alternativ bei mathematisch ungebildeten Personen:

- | | |
|-----------------------|--|
| 19. o - i - d - a - r | (max. 5 Punkte) <input type="checkbox"/> |
|-----------------------|--|

4. Erinnerungsfähigkeit

- | | |
|-------------|--------------------------|
| 20. "Auto" | <input type="checkbox"/> |
| 21. "Blume" | <input type="checkbox"/> |
| 22. "Kerze" | <input type="checkbox"/> |

5. Sprache

- | | |
|---|--------------------------|
| 23. Armbanduhr benennen | <input type="checkbox"/> |
| 24. Bleistift benennen | <input type="checkbox"/> |
| 25. Nachsprechen des Satzes:
„Sie leiht mir kein Geld mehr“ | <input type="checkbox"/> |
| 26. Kommandos befolgen:
-Blatt Papier in die rechte Hand,
-in der Mitte falten,
-auf den Boden legen | <input type="checkbox"/> |
| 27. Anweisung auf der Rückseite dieses Blattes
vorlesen und befolgen | <input type="checkbox"/> |
| 28. Schreiben eines vollständigen Satzes
(Rückseite) | <input type="checkbox"/> |
| 29. Nachzeichnen (s. Rückseite) | <input type="checkbox"/> |

Gesamtpunktwert:

⁸⁰ übernommen aus dem Internet: <http://www.ifap.de/bda-manuale/demenz/download/mmst.pdf>

10. Reverenzen

Bauer, Joachim (1994): **Die Alzheimer-Krankheit; Neurobiologie, Psychosomatik, Diagnostik und Therapie**; Schattauer Verlagsgesellschaft mbH

Ehrhardt, Thorsten u.a. (1999): **Verhaltenstherapie bei Morbus Alzheimer**; Hogrefe-Verlag

Grond, Erich (2005): **Pflege Demenzkranker**; Brigitte Kunz Verlag, 3., vollständig überarbeitete Auflage

Krämer, Günter u.a. (2008): **Alzheimer und andere Demenzformen – Antworten auf die häufigsten Fragen**; TRIAS Verlag, 5., überarbeitete Auflage

Lang, Christoph (1994): **Demenzen: Diagnose und Differentialdiagnose**; Chapman & Hall GmbH, Weinheim

Nigg, Bernhard u.a. (2005): **Gerontologie, Geriatrie und Gerontopsychiatrie, Ein Lehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe**; Facultas Verlags- und Buchhandel AG

Schöpfer, Gerald (2000): **Der verwirrte alte Mensch**; Schriftenreihe der Arbeitsgemeinschaft für Wirtschafts- und Sozialgeschichte; Institut für Wirtschafts- und Sozialgeschichte, Karl-Franzens-Universität Graz

Weis/Weber (1997): **Handbuch Morbus Alzheimer**; Psychologie Verlags Union

Internet

<http://www.salzburg24.at/news/chronik/artikel/demenz-und-morbus-alzheimer/cn/news-20080919-12442045> (15.08.2008)

http://www.oeaw.ac.at/vid/download/sr_vol12_bevoest.pdf (13.08.2008)

http://de.wikipedia.org/wiki/Morbus_Pick (12.8.2008)

<http://de.wikipedia.org/wiki/Lewy-K%C3%B6rperchen-Demenz> (13.08.2008)

<http://www.psychosoziale-gesundheit.net/psychiatrie/alzheimer.html> (10.08.2008)

<http://home.allgaeu.org/gmezger/pers/gf.html#a1> (10.08.2008)

<http://www.neuropsychologische-defizite.de/demenz/> (25.08.2008)

http://www.schulz-kirchner.de/filesep/schaade_demenz.pdf (25.08.2008)

http://www.g-netz.de/Gesundheit_A-Z/Index_A (10.08.2008)

<http://www.altenpflegeschueler.de/pflege/veraenderungen-im-alter.phpb> (15.08.2008)

<http://www.merz-pharma-austria.at/gesundheit/alzheimer/krankheit/ursachen/> (28.08.2008)

<http://www.neurolabor.de/work7.htm> (30.08.2008)

<http://www.acsu.buffalo.edu/~drstall/fast.html> (29.08.2008)

<http://www.zegia.de/downloads/demenz.pdf> (10.08.2008)

<http://www.br-online.de/bayern/gesundheitsgesprach/vom-umgang-mit-demenzkrankenDID12163251307/demenz-symptome-vergesslichkeit-ID671216325125322697.xml> (10.08.2008)

<http://www.ifap.de/bda-manuale/demenz/psychometrie/index.html> (10.08.2008)

<http://www.ifap.de/bda-manuale/demenz/download/mmst.pdf> (15.08.2008)

<http://de.wikipedia.org/wiki/Mini-Mental-Status-Test> (16.08.2008)

<http://www.buergerspital.ch/contento/LinkClick.aspx?fileticket=eRoKBMqu6%2FY%3D&tabid=196&mid=582>

<http://www.praxis-eggert.de/hirnleistungstest.htm> (20.08.2008)

<http://www.egoload.de/egoblogfiles/Die-Krise-als-Chance-zur-Entwicklung-Lebensaufgaben-verstehen-und-annehmen.html> (14.08.2008)

<http://www.efh-bochum.de/service/pdf/Demenz.pdf> (30.08.2008)

Abbildungsverzeichnis

Abb.1.: <http://www.salzburg24.at/news/chronik/artikel/demenz-und-morbus-alzheimer/cn/news-20080919-12442045>

Abb.2.: <http://www.salzburg24.at/news/chronik/artikel/demenz-und-morbus-alzheimer/cn/news-20080919-12442045>

Abb. 3.: Vgl. Krämer u.a. (2008), S.13

Abb. 4.: Grond (2005), S. 47

Abb.5.: <http://www.zegia.de/downloads/demenz.pdf>

Abb.6.: <http://www.50plus.at/gedaechnis/uhrttest.htm>