

Bachelorstudium Gesundheits- und Pflegewissenschaften
Medizinische Universität Graz

Bachelorarbeit

Pflegealltag bei Demenzerkrankungen

Kohl Ingeborg
Matrikel Nummer: 0733373

Betreuerin:

Ao.Univ.-Prof.Dr.phil Gries Anna
Harrachgasse 21/V
8010 Graz

Lehrveranstaltung:
Physiologie

Mai 2011

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Weiters erkläre ich, dass ich diese Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe.

Oberlamm , am 12. Mai 2011


Kohl Ingeborg

Zusammenfassung:

Die Menschen in Österreich werden immer älter. Das führt aber auch zu einer Zunahme demenzieller Erkrankungen, mit allen Auswirkungen die diese Erkrankung für die Betroffenen und deren Umfeld mit sich bringt. Der Großteil der Unterstützung wird nach wie vor von den Familienangehörigen erbracht. Um auf diese gesellschaftliche Veränderung reagieren zu können, bedarf es mehr Beratung und begleitender Unterstützung für die Erkrankten und deren Angehörige. Zusätzlich wäre eine bessere Kooperation und Vernetzung vorhandener Hilfsangebote anzustreben.

Abstract:

In Austria people are living longer. This also leads to an increase in dementia with all the implications of this disease for the person and their environment. Most of the assistance is rendered by family members. To respond to this social change, it needs more guidance and associated support for sufferers and their families. In addition, better cooperation and networking of existing offers are needed.

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei Fr. Ao.Univ.-Prof.Dr.phil Gries Anna recht herzlich für ihre Bereitschaft, meine Bachelorarbeit zu betreuen, bedanken.

Weiteres danke ich meinem Mann und meiner Tochter, sowie meiner Mutter und meinen Schwiegereltern für ihre Unterstützung während meines Studiums.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	S.3
Danksagung.....	S.4
1 Einleitung und Fragestellung.....	S.6
2 Begriffsdefinition.....	S.7
2.1 Geschichte der Demenz.....	S.7
2.1.1 Alois Alzheimer.....	S.8
2.2 Entstehung/Formen der Demenz.....	S.9
2.2.1 Alzheimer Demenz.....	S.11
2.3 Krankheitsäußerung.....	S.12
2.4 Diagnostik/Einschätzungskriterien einer Demenzerkrankung.....	S.13
2.5 Therapie.....	S.22
3 Epidemiologische/Geschlechterspezifische Aspekte.....	S.28
4 Pflege der Demenzerkrankten.....	S.31
4.1 Trainingsprogramme.....	S.32
4.1.2 Realisationstraining.....	S.32
5 Betreuungssysteme.....	S.33
5.1 Professionelle Pflegeangebote.....	S.34
6 Ergebnis und Schlussfolgerung.....	S.37
Literaturverzeichnis.....	S.38
Internetquellen.....	S.39
Abbildungsverzeichnis.....	S.39
Skalenverzeichnis.....	S.40
Tabellenverzeichnis.....	S.40

1. Einleitung und Fragestellung

„Wo habe ich bloß meine Schlüssel hingelegt?“, „Wer hat mir schon wieder meine Geldbörse weggeräumt?“. Jeder von uns hat sich diese Frage sicherlich schon öfters gestellt, ohne sich etwas dabei zu denken. Diese Vergesslichkeit allein bedeutet aber sicher noch nicht, dass eine Demenzerkrankung vorliegt. Demenz bedeutet nicht nur ein Nachlassen der Denkfähigkeit, sondern auch die Veränderung der Persönlichkeit. Das Fortschreiten der Krankheit bringt Einschränkungen im Alltag und in der Orientierung, Beeinträchtigungen im Umgang mit anderen und Defizite im Sprach und Urteilsvermögen mit sich. Die Alzheimer Demenz ist die häufigste Form der Demenzerkrankungen (60%), die ihren Namen vom deutschen Psychiater Alois Alzheimer hat, der 1907 die Erkrankung beschrieb. In Österreich werden ungefähr 80 % der Erkrankten von ihren Angehörigen zu Hause betreut, wobei dieses sicher nicht einfach für die betreuenden Familienmitglieder ist, da dies eine hohe psychische Belastung darstellt. Um diese Situation so weit wie möglich erträglich zu machen, müssen Maßnahmen ergriffen werden, die sich positiv auf die Betroffenen sowie deren Angehörige und die Pflege auswirken. Hierbei spielen medikamentöse – und nichtmedikamentöse Therapieformen eine wesentliche Rolle.

Meine Forschungsfrage lautet daher:

Mit welchen Maßnahmen und Behandlungsmöglichkeiten kann der Pflegalltag bei Demenzerkrankungen behandelt oder erleichtert werden?

Zielsetzung:

Durch die immer älter werdende Gesellschaft kommt es zu einer Veränderung des Gesundheitszustandes. Auch in Österreich steigen durch diese Auswirkung die Zahlen der Demenzerkrankten. Da sich die Anzahl der älteren Bevölkerung bis 2050 mehr als verdreifachen wird, ist es an der Zeit, sich intensiv mit dieser Thematik und daraus folgender Problematik auseinander zu setzen.

Methoden:

Für diese Arbeit wurden Bücher, Broschüren und Internetquellen verwendet.

2. Begriffsdefinition

Hören wir das Wort Demenz, denken wir zuerst an Vergesslichkeit. Doch bei dieser Erkrankung wird nicht nur das Gedächtnis beeinträchtigt sondern auch, im fortgeschrittenem Stadium, das Verhalten des Betroffenen.

Das Wort Demenz wird von „de - mens“, dementia abgeleitet und bedeutet so viel wie „ohne Geist sein“ (vgl. bmask 2010, S.5).

„Als Demenz bezeichnet man allgemein den Abbau geistiger Fähigkeiten. Bei diesem Krankheitsbild werden die höheren Hirnfunktionen (Denken, Gedächtnis, Sprache, emotionale und soziale Fähigkeiten) beeinträchtigt“
(www.caritas.at, S.5[01.05.2011])

Die WHO (Weltgesundheitsorganisation) definiert Demenz folgendermaßen:

„Demenz ist eine erworbene globale (umfassende) Beeinträchtigung der höheren Hirnfunktion, einschließlich des Gedächtnisses, der Fähigkeit, Alltagsprobleme zu lösen, sensomotorischer und sozialer Fertigkeiten der Sprache und Kommunikation, sowie der Kontrolle emotionaler Reaktionen, ohne Bewusstseinstörungen. Meist ist der Verlauf progredient (fortschreitend) und nicht notwendigerweise irreversibel (nicht umkehrbar)“ (Hametner 2007, S.13).

2.1 Geschichte der Demenz

Die Alzheimerdemenz ist seit ca. 1900 bekannt. Die wesentlichen Erkenntnisse wurden erst ab den 70er Jahren gewonnen und entwickelt. Von einer einheitlichen Entwicklung der Begrifflichkeiten „Alzheimer Demenz“ oder „vaskuläre Demenz“ kann erst seit den 90er Jahren gesprochen werden.

Vor ca. 10 Jahren wurden die ersten Hypothesen zur Krankheitsentwicklung der Alzheimer – Krankheit beschrieben (Acetylcholin – Mangel – Hypothese). Diese führten dann zu ersten therapeutischen Ansätzen. Erst heute gelingt es der Medizin

die ersten Schritte und Ursachen demenzieller Erkrankungen zu verstehen, zu behandeln und zu heilen (vgl. Kastner & Löbach 2007, S.1).

Die nachfolgenden Details zeigen einen kurzen geschichtlichen Überblick.

- 25 v. Chr. wurde der lateinische Begriff „demens“ geprägt
- 1797 prägt der Arzt Pinel den Begriff „Demenz“ als eine chronisch verlaufende Erkrankung
- Ab dem 18.Jhd. Degenerationslehre
- Ab dem 19.Jhd. bedeutet Demenz den psychischen Abbau im Rahmen einer chronischen Hirnkrankheit
- 1910 wurde der Begriff „Alzheimer`sche Krankheit“ durch Kraepelin in die Psychiatrie eingeführt
- Ab 1968 werden amyloide Plaques und neurofibrilläre Bündel, neuropathologische Veränderungen als krankhaft bezeichnet
- Ab 1980 wird der Begriff Alzheimer - Demenz klinisch – wissenschaftlich akzeptiert, Gründung erster Memory Clinics
- 1986 wird die Alzheimer Gesellschaft in München gegründet
- 1990 Entwicklung von Beurteilungsinstrumenten
- 1993 Entwicklung der Hypothese „Acetylcholin – Mangel“
(vgl. Kastner & Löbach 2007, S. 1)

2.1.1 Alois Alzheimer

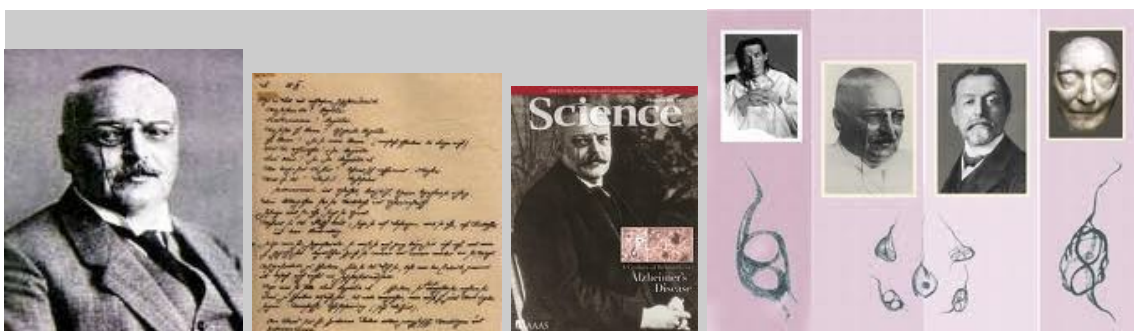


Abb.1 Alois Alzheimer (Quelle: www.google.at[Zugriff:12.April 2011])

Die Alzheimer Krankheit wurde vom bekannten Psychiater Emil Kraepelin (1856-1926), nach seinem früh verstorbenen Schüler Alois Alzheimer benannt, über dessen

Leben wenig bekannt ist. Alois Alzheimer wurde am 14. Juni 1864 in Marktbreit (Bayern) geboren und ist am 19. Dezember 1915 in Breslau verstorben.

Er behandelte in der Städtischen Irrenanstalt Frankfurt/Main eine 51-jährige Patientin namens Auguste Deter, die dort am 25. November 1901 eingeliefert wurde.

Er prüfte in einer mehrtätigen Befragung ihre intellektuellen und sprachlichen Fähigkeiten, ihre Reflexe und die Organfunktionen. Fünf Jahre danach verstarb die Patientin. Das Gehirn wurde daraufhin sezziert und dabei wurden eigenartige Krankheitsprozesse entdeckt.

„Beträchtliche Teile der Hirnrinde, die Gedächtnis, Orientierung und das Gefühlsleben ermöglichen, waren stark verändert. Zudem fand er Eiweißablagerungen (Jahrzehnte später diagnostizierte man diese als ein anomales Protein, das Amyloid), verfilzte Faserbündel, tote Nervenzellen – nur einige Fortsätze der Nervenzellen hatten den Verfall überdauert.“ www.onmeda.de (12. April 2011)

Hiernach handelte es sich um eine Demenz bei der keine Arteriosklerose im Gehirn vorlag.

Im Jahre 1906 wurde die Fallstudie „Eine eigenartige Krankheit der Hirnrinde“ veröffentlicht. Sie wurde archiviert und vergessen.

Obwohl schon damals hundertausende Deutsche an Altersdemenz erkrankt waren, wurde in den Lehrbüchern nur wenig darüber beschrieben.

Durch die steigende Lebenserwartung und die erhöhte Zahl an Neuerkrankungen gewinnt die Alzheimer Demenz immer mehr an Bedeutung.

Im Punkt 2.2.1 wird noch genauer darauf eingegangen.

Alois Alzheimer verstarb an einer Infektion, die 50 Jahre später mit Penicillin behandelbar gewesen wäre. www.onmeda.de (12. April 2011)

2. 2 Entstehung/Formen der Demenz

Bei der Demenz handelt es sich um ein klinisches Syndrom, und nicht um eine einzelne ursächliche Erkrankung. Sie kann durch Erkrankungen entstehen, die das Gehirn primär oder sekundär schädigen (vgl. Hametner 2007, S. 13).

Wie eine Demenz sichtbar wird, ist abhängig von verschiedenen Ursachen. Dazu gehören unter anderem die Persönlichkeit, der Ort der Zerstörung im Gehirn, kulturelle und psychosoziale Einflüsse, die Biografie und die erlernten und vorhandenen Bewältigungsstrategien (vgl. bmask 2010, S.5)

Es gibt verschiedene Formen der Demenz.

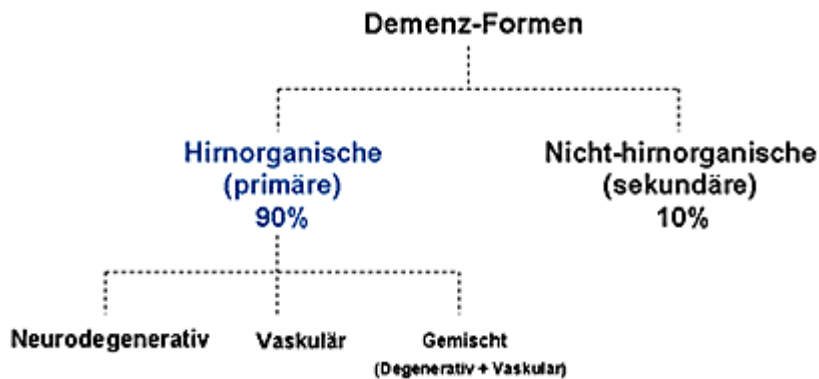


Abb.2 Formen der Demenz (Quelle: www.alzheimerinfo.de[Zugriff:15.Februar 2011])

Primär degenerative Demenzformen:

Zu diesen Schädigungen des Gehirnes gehören die neurodegenerativen und vaskulären Ursachen. Diese führen zu einer Nervenzellenzerstörung und somit zu einem Funktionsverlust in den unterschiedlichen Hirnregionen. Die bekannteste Form dieser Art ist sicherlich die Demenz vom Alzheimer Typ. Weiters können schwere neurologische Erkrankungen wie Parkinson, Chorea Huntington, Creutzfeldt Jakob eine Demenz hervorrufen (vgl. Hametner 2007, S.13).

Die vaskuläre Demenz kann auch von vielen kleinen Gehirnschlägen ausgelöst werden. Außerdem gehören auch die Lewy Body Demenz, Morbus Pick und Mischformen zu dieser Gruppe.

Sekundäre (symptomatische) Demenzen:

Diese Formen werden durch Infektionen, Schädigungen, Vergiftungen oder Störungen verursacht, die außerhalb des Gehirns liegen. Dadurch wird die Leistungsfähigkeit beeinträchtigt. Zu beachten ist bei diesen Formen, dass diese eine Begleiterkrankung einer behandelbaren Krankheit sein können (vgl. bmask 2010, S.5).

Solche Formen können z.B. durch eine schwere Stoffwechselstörung, schwere Vitaminmangelzustände, Hypoxien oder Herzerkrankungen verursacht werden (vgl. Hametner 2007, S.13-14).

2.2.1 Alzheimer Demenz

Da die Demenz vom Alzheimer Typ mehr als die Hälfte der Demenzerkrankten betrifft (60%), möchte ich auf diese Form hier nun genauer eingehen.

Bei dieser Krankheit handelt es sich um eine neurodegenerative Demenz. Es gehen in bestimmten Bereichen des Gehirns Nervenzellen zugrunde. Verursacht wird dieses durch Störungen des Gleichgewichtes des Botenstoffs (Neurotransmitter) Glutamat. Glutamat sorgt dafür, dass die Lern - und Gedächtnisvorgänge reibungslos ablaufen können. 70% der Nervenzellen werden durch Glutamat gesteuert. Durch die dauerhaft erhöhte Glutamatkonzentration zwischen den Nervenzellen bei Demenzerkrankten werden die Nervenzellen dauererregt und somit können Signale nicht mehr richtig erkannt und weitergeleitet werden. Diese ständige Überreizung führt schlussendlich zu einer Funktionsunfähigkeit und zum Absterben der Nervenzelle. Je mehr Nervenzellen absterben, desto größer werden die Defizite des Demenzerkrankten. Außerdem lagern sich immer mehr Eiweiß- Spaltprodukte, so genannte Amyloide im Gehirn ab. Diese verhindern die Reizübertragung zwischen den Nervenzellen, welche für die Orientierung, Gedächtnisleistung und Lernprozesse zuständig sind.

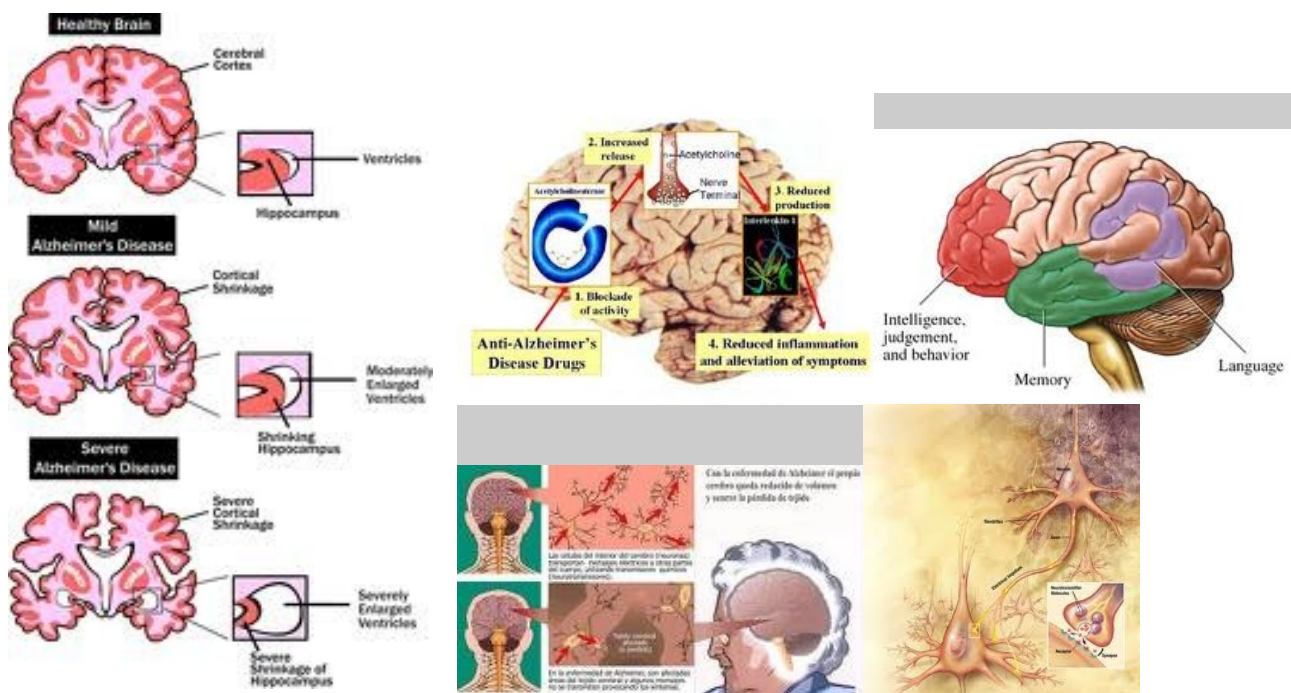


Abb.3 Alzheimer – Gehirnbilder (Quelle:www.google.at[Zugriff:12.April2011])

Symptome :

Im Anfangsstadium sind erste geistige Defizite zu bemerken. Es ist aber noch ein selbständiges Leben möglich.

Moderates Stadium: In diesem Stadium kommt es zur eingeschränkten Selbständigkeit. Zunehmend kommt es auch zum Verlust der geistigen Fähigkeiten wie: Schwindende Rechen- und Problemlösungsfähigkeit, Schwierigkeiten beim Ankleiden und im Haushalt, Erkennungsstörungen, Vergesslichkeit (Medikamente), Desorientierung, Wahnvorstellungen und Sprachstörungen.

Schweres Stadium: Es kommt zum Verlust der Alltagskompetenz mit völliger Pflegeabhängigkeit. Dazu gehören: Erkennungsstörungen, Agnosie(Angehörige werden nicht mehr erkannt), Inkontinenz, Sprachzerfall, Orientierungsstörungen und Gedächtniszerfall. www.alzheimerinfo.de (15. Februar 2011)

2.3 Krankheitsäußerung

Die Symptome der Demenz werden in drei große Gruppen eingeteilt.

- a.) Kognitive Störungen
- b.) Psychische und Verhaltensstörungen
- c.) Somatische Störungen

a.) Kognitive Störungen

Die kognitiven Störungen gehen einher mit Gedächtnisstörungen, schlechtere Konzentration, Defiziten beim Erinnern, Planen, Entscheidungen treffen und Zusammenhänge nachvollziehen. Außerdem können Wortfindungsstörungen, Sprachstörungen und Inhaltsarmut auftreten. Zusätzlich können sich demenzerkrankte Personen schwer Handlungsabläufe merken. Die Reihenfolge beim Anziehen kann nicht mehr eingehalten werden. Sie können auch nicht mehr Gegenstände erkennen und sie auch nicht mehr präzise benennen.

Räumliche und zeitliche Orientierungsstörungen mit Verlust des Tag-Nacht-Rhythmus sind weitere Symptome dieser Erkrankung.

b.) Psychische und Verhaltensstörungen

Zu diesen Störungen gehören unter anderem die Apathie, Gereiztheit, Essstörungen, Tag-Nacht-Umkehr, Phobien, Ängste, Enthemmung, Halluzinationen, Horten und Verwahren und Bewegungsdrang.

c.) Somatische Störungen

Durch die zunehmende Vergesslichkeit und die demenzbedingten Geruchs- und Geschmackstörung kann es leicht vorkommen, dass Demenzerkrankte vergessen zu essen oder zu trinken. Dadurch kann es schnell zu einer Mangel- oder Unterernährung kommen. Dazu kommt noch, dass ältere Menschen nicht so ein großes Durstgefühl haben, oder so oft auf die Toilette gehen möchten. Durch den Flüssigkeitsmangel kann es leicht vorkommen, dass die Verwirrtheit noch verstärkt wird (vgl. bmask 2010, S. 6 - 7).

2.4 Diagnostik/Einschätzungskriterien einer Demenzerkrankung

Werden Auffälligkeiten in der Gedächtnisleistung bei einem Menschen beobachtet, ist eine Abklärung durch einen Arzt ratsam. Mittels verschiedener Testverfahren wird ein Überblick über die geistige Leistungsfähigkeit gemacht. Durchgeführt werden diese entweder von Fachärztinnen oder –ärzten, aber auch durch Psychologinnen und Psychologen (vgl. bmask 2010, S.9).

Test zur Früherkennung einer Demenz

Mit der nachfolgenden Skala werden Hinweise einer beginnenden Demenzerkrankung hinterfragt. So können Angehörige frühzeitig einen Arzt kontaktieren wenn dieses notwendig ist.

Welche Zeichen deuten auf eine Demenz hin?

Mit diesem Test können Sie hinterfragen, ob es bei einem oder einer Angehörigen bereits Hinweise auf eine beginnende Demenzerkrankung gibt. Wenn die Antwort überwiegend „ja“ lautet, sollten Sie unbedingt für eine ärztliche Abklärung sorgen.

Test zur Früherkennung einer Demenz

- Hat sich das Verhalten der Person verändert? Ist er oder sie ruhiger geworden, in sich gekehrt, traurig oder depressiv?
- Weigert er bzw. sie sich, das Haus zu verlassen oder zieht sich von der Umwelt zurück?
- Fehlt ihm oder ihr der Antrieb, früher geliebten Hobbys nachzugehen?
- Fällt es der Person plötzlich schwerer, gewohnte Tätigkeiten auszuführen?
- Verwendet die Person merklich weniger Worte und vereinfacht Sätze?
- Wehrt er oder sie sich gegen Veränderungen, gegen alles Neue in der Umgebung?
- Lebt er oder sie mehr in der Vergangenheit als in der Gegenwart?
- Macht die Person einen unsicheren Eindruck?
- Verliert er oder sie bei einem Spaziergang leicht die Orientierung?
- Vergisst er oder sie häufiger Geburtstage oder Termine?
- Leidet die Person unter Schlafstörungen?
- Reagiert er oder sie übertrieben ängstlich?
- Hegt er oder sie der Umwelt gegenüber Misstrauen?
- Hört der oder die Angehörige öfter Stimmen oder bedrohliche Geräusche?
- Erkennt die Person ihr eigenes Spiegelbild nicht mehr?
- Ist er oder sie häufig unruhig und wandert ziellos umher?
- Reagiert die Person öfter grundlos gereizt oder nervös?
- Beschimpft er oder sie die Betreuer und Betreuerinnen?
- Wird die Person aggressiv und greift andere tätlich an?

Mini Mental Status Test (MMST)

Bei diesem Verfahren werden Gedächtnis, Orientierung und visuokonstruktorische Fähigkeiten der Personen getestet. Bewertet wird nach einem Punktesystem. Bei unter 24 Punkten wird davon ausgegangen, dass eine Demenzerkrankung vorliegt.

Mini –Mental-Status-Examination (nach Folstein)

1.Fragen nach der Orientierung (je ein Punkt): Jahr, Jahreszeit, Datum, Wochentag, Monat, Bundesland, Land, Stadt/Ortschaft, Klinik/Praxis/Altenheim, Stockwerk

2. Merkfähigkeit (Vorsprechen und Nachsprechen dreier Begriffe aus unterschiedlichen Kategorien, z.B. Auto – Blume – Kerze)

Der Patient wird aufgefordert, die drei Begriffe so oft zu wiederholen, bis er sie sich eingeprägt hat, weil sie später (Punkt 4) noch einmal abgefragt werden

3. Aufmerksamkeit und Rechenfähigkeit:

Von 100 soll in 7er Schritten subtrahiert werden. Jeder richtige Subtraktionsschritt ergibt einen Punkt (max. 5 Punkte). Die Aufgabenstellung darf während der Durchführung nicht wiederholt werden.

4. Erinnerungsfähigkeit: Die 3 Begriffe unter Punkt 2 sollen wiederholt werden (max.3 Punkte)

5. Sprache und andere Funktionen: Armbanduhr benennen, Bleistift benennen, Nachsprechen des Satzes: >Sie leiht mir kein Geld mehr<; Kommandos befolgen (Patient darf erst beginnen, wenn alle Aufgabenschritte genannt sind): Ein Blatt Papier in die rechte Hand nehmen; in der Mitte falten; auf den Boden legen; eine schriftliche Anweisung vorlesen und ausführen (Bitte, schließen sie die Augen); Schreiben eines vollständigen Satzes; Nachzeichnen einer geometrischen Figur.

Maximale Punkteanzahl 30, Demenzverdacht bei weniger als 24 Punkten (vgl. Messer 2007, S. 19).

Uhrentest

Dabei werden die Patienten aufgefordert, Zahlen eines Ziffernblattes aufzuzeichnen und zusätzlich eine bestimmte Uhrzeit einzutragen. Bei einer Erkrankung bereitet dieses Unterfangen Probleme.

Punktwert	Beschreibung	Beispiele
1	<p>Perfekt</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Ziffern 1-12 sind richtig eingezeichnet Die Uhrzeit 11:10 ist durch die Zeiger richtig angegeben 	
2	<p>Leichte visuell-räumliche Fehler</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Abstände zwischen den Ziffern sind nicht gleichmäßig Manche Ziffern liegen außerhalb des Kreises Das Blatt wird gedreht, so dass manche Ziffern auf dem Kopf stehen Der Patient zeichnet Hilfslinien (Speichen) ein, um sich besser zu orientieren 	
3	<p>Die Uhr ist richtig dargestellt, aber die Uhrzeit ist fehlerhaft angegeben</p> <ul style="list-style-type: none"> Es wird nur ein Uhrzeiger eingezeichnet Die Uhrzeit wird als Text "10 nach 11" (o.ä.) hingeschrieben Es wird gar keine Uhrzeit eingezeichnet 	
4	<p>Mittelgradige visuell-räumliche Orientierungsprobleme, so dass ein korrektes Einzeichnen der Uhr unmöglich wird</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Abstände zwischen den Ziffern sind unregelmäßig Manche Ziffern werden vergessen Es werden weitere Kreise gemalt oder Ziffern größer 12 eingezeichnet Die Ziffern werden entgegen dem Uhrzeigersinn angegeben Die Ziffern sind undeutlich und kaum lesbar 	
5	<p>Schwere visuell-räumliche Orientierungsprobleme</p> <ul style="list-style-type: none"> Die unter (4) beschriebenen Probleme sind noch stärker ausgeprägt 	
6	<p>Es wird überhaupt keine Uhr mehr dargestellt</p> <ul style="list-style-type: none"> Der Patient macht keinerlei Versuche, eine Uhr zu zeichnen Die Zeichnung hat nicht einmal eine entfernte Ähnlichkeit mit einer Uhr Patient schreibt lediglich Worte oder seinen Namen auf das Papier 	

Abb. 4 Uhrentest (Quelle : www.dgk.de[01.05.2011])

Das persönliche Gespräch

Das persönliche Gespräch ist ein wichtiges Diagnoseinstrument um komplexe Fähigkeiten wie das Kommunikationsvermögen, den Leidensdruck, die intellektuelle Leistungsfähigkeit sowie die geistige Wachheit festzustellen.

Auch soziale Faktoren die zum Entstehen einer Krankheit beitragen können, können mittels einer Sozialanamnese durchgeführt werden.

Angehörigenbefragung

Befragt werden Angehörige und Bezugspersonen getrennt vom Patienten/In. Hier wird geschaut, ob sich die Angaben des Patienten/In von denen der Angehörigen unterscheiden.

Laboruntersuchungen

Durchgeführt werden Harn- und Blutuntersuchungen. Dazu gehören Blutbild, Schilddrüsenuntersuchung/Hormone, Vitamin B12, Folsäurespiegel, Blutzucker, Leber- und Nierenwerte, Elektrolyte und CRP. Außerdem wird eine Syphilis und HIV Kontrolle mitgemacht. Zusätzlich wird auch untersucht ob Schwermetalle, Drogen oder Beruhigungsmittel die Ursache sein könnten.

Medizintechnologien

Elektro- Enzephalogramm (EEG):

Gibt Auskunft über die Leitungsfähigkeit der Nervenbahnen und Veränderungen bei den Gehirnströmen.

Positronen-Emissions-Tomographie (PET):

Gibt einen Hinweis auf eine Alzheimerkrankheit oder eine frontotemporale Demenz(Morbus Pick). Hier lässt sich im Frühstadium ein verminderter Glucosestoffwechsel im Gehirn nachweisen.

Computertomographie (CT)/Magnetresonanz (MR):

Eine Hirnschrumpfung und krankhafte Gefäßveränderungen können festgestellt werden.

Szintigraphie:

Wenn der/die PatientIn eine motorische Störung hat, wird mittels Szintigraphie festgestellt, ob die Parkinson Krankheit oder eine andere Störung vorliegt (vgl. bmask o. J, S. 11-12).

Dementia Care mapping (DCM)

Dieses Verfahren stammt aus England, und wurde an der Universität Bradford entwickelt. Es handelt sich um eine Evaluationsmöglichkeit der Lebensqualität von demenzbetroffenen Menschen. Die Perspektiven und das Wohlbefinden des Klienten werden beobachtet und abgebildet. Geschulte DCM – Beobachter nehmen am Leben dieser Personen teil und versuchen, einen Tag lang „in ihren Schuhen“ zu gehen. Dadurch möchten sie das Empfinden und Handeln der Klienten verstehen und beschreiben.

In diesem Verfahren werden folgende Verhaltenskategorien berücksichtigt:

- *Essen und Trinken*
- *Teilnahme an einem Spiel*
- *Schlafen oder Dösen*
- *Völlig in sich gekehrt und sozial nicht einbezogen sein*
- *Aufgeregt oder ärgerlich sein und Stress haben*
- *Versuch der Kontaktaufnahme ohne Antwort*
- *Teilnahme an einer religiösen Aktivität*
- *Teilnahme an einer gymnastischen Übung*
- *Selbstpflege*
- *Pflege erhalten*
- *Beschäftigung mit Haus-Arbeit*
- *Beschäftigung mit Medien*
- *Unabhängiges Gehen/Stehen/Fortbewegen*
- *Mit sich selber oder einer eingebildeten Person sprechen*

(Messer 2007, S.20 – 21)

Diese Beobachtungen werden dann in ein Protokoll eingetragen. Hierzu braucht es speziell geschulte Mitarbeiter, da es in dieser Beobachtung nicht um oberflächige Wahrnehmungen und Deutung geht, sondern viel mehr um ein feinfühliges Beobachten der Klienten.

„Die Schwierigkeit und Herausforderung besteht darin, die Gefühle, Stimmungen und Handlungsweisen von Menschen zu verstehen, die sich dazu nicht verlässlich äußern können; besonders auch dann, wenn biografische Daten kaum vorhanden sind oder wenig darüber aussagen, wie die Person vor Eintreten der kognitiven Behinderung ihr Leben betrachtete, Gefühle und Werte zum Ausdruck brachte und wie die Persönlichkeit akzentuiert war. Die Schwierigkeiten nehmen mit schwerer Demenz zu durch die Entkopplung von Handlung und Bedeutung sowie von Affekt und konventionellem Äußerungsmodus (Müller – Hergl 2002 : zitiert aus Messer 2007, S. 21)

Es entsteht somit die Notwendigkeit, durch Beobachten Wohlbefinden, Affekte, Vorlieben und Abneigungen zu >übersetzen< oder zu >rekonstruieren<, anhand des von Behinderung und Institutionalisierung bereits überformten Ausdrucks, der Körpersprache, der Interaktionsweisen sowie der Tätigkeiten und Aktivitäten. Es handelt sich demnach um nachempfundenes, eingefühltes Wohlempfinden einer Person mit Demenz durch einen beobachteten Dritten (Halek 2004 : zitiert aus Messer 2007, S. 21)

Die Cohen - Mansfield Skala

Bei dieser Methode wird auch das Verhalten der Demenzerkrankten erfasst.

Dabei werden folgende Verhaltensweisen betrachtet:

- Körperlich aggressives Verhalten
- Körperlich nicht aggressives Verhalten
- Verbal agitiertes Verhalten
- Verstecken bzw. Horten von Gegenständen

Cohen – Mansfield ist der Ansicht, dass es nicht ausreicht, die Häufigkeit bestimmter Verhaltensweisen aufzuzeichnen, sondern die Gründe für das Auftreten herauszufinden. Die Fragen nach den Ursachen, ob unbefriedigte Bedürfnisse oder Stress diese Verhaltensweisen provozieren und ob sie durch veränderte Umweltbedingungen beeinflusst werden können, vermag bisher kein Instrument zu beantworten“ (Ebenda : zitiert aus Messer 2007, S. 22)

Cohen-Mansfield Skala (modifiziert)

Name : _____ Geburtsdatum: _____

Datum der Erhebung: _____ Erhebung wurde durchgeführt von _____

Für jedes Verhaltensmerkmal soll die Auftretenshäufigkeit in den letzten 2 Wochen angegeben werden

	nie	Weniger als 1x pro Woche	1 x oder 2 x pro Woche	Mehr-mals in der Woche	1 x oder 2 x tägl.	Mehr-mals tägl.	Mehr-mals in der Std
1. Schlagen (auch sich selbst)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Treten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Anfassen anderer (mit schmutziger Hand)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Stoßen (mit Gefahr von Stürzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Werfen mit harten Gegenständen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Beißen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Kratzen/Kneifen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Bespucken anderer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sich selbst verletzen (heiße Getränke usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Zerreißen von Kleidungsstücken od. Zerstören des eigenen oder fremden Eigentums	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Sexuelle körperliche Annäherungsversuche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Eindringen in fremde Räume / Liegen in fremden Betten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Inadäquates Anziehen/Ausziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Gefährdung durch Weglaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Absichtlich fallen lassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Essen od. trinke ungeeigneter Substanzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Nahrungsverweigerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Urinieren/Einkosten in den Wohnräumen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Verstecken/Verlegen u./od. Sammeln von Gegenständen aus fremden Zimmern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ausführen von Manierismen, Klopfen, Klatschen usw.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Intensive Beweglichkeit, extrem aufdringlich oder störend, verbal nicht beeinflussbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Anhaltendes Schreien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Abweichende Ausdrucksformen (Fluchen, verbale Aggressivität, wiederholte Fragen oder Klagen, ungewöhnliche Geräuschproduktion wie Stöhnen oder eigenartiges Lachen usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Gefährden anderer durch Fehlhandlungen (Zerren aus dem Bett durch Bettgitter usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Ständiges, nicht beeinflussbares Suchen nach Zuwendung oder Hilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausgeprägte Antriebsstörungen wie Apathie, ausgeprägtes Rückzugverhalten, „Insichgekehrtheit“ starke Antriebslosigkeit liegen vor. nein ja (kurz beschreiben)

Quelle: Arbeitsgruppe Psychogeriatric, ZI Mannheim, J 5, 68159 Mannheim

Skala.2 Cohen-Mansfield Skala (modifiziert)(Quelle:www.kleeblatt-ggmbh.de[Zugriff:26.11.2011])

2.5 Therapie

Es gibt zwei Möglichkeiten zur Behandlung der Demenzerkrankung. Die medikamentöse und die nicht medikamentöse Therapie.

Medikamentöse Therapie

„Zur Behandlung der Alzheimer Demenz stehen zwei Arzneimittelgruppen zur Verfügung, die die bei Demenzen gestörten Botenstoffe Glutamat und Acetylcholin positiv beeinflussen.“ www.alzheimerinfo.de (15. Februar 2011)

Diese sind: Memantine und Acetylcholinesterase- Hemmer.

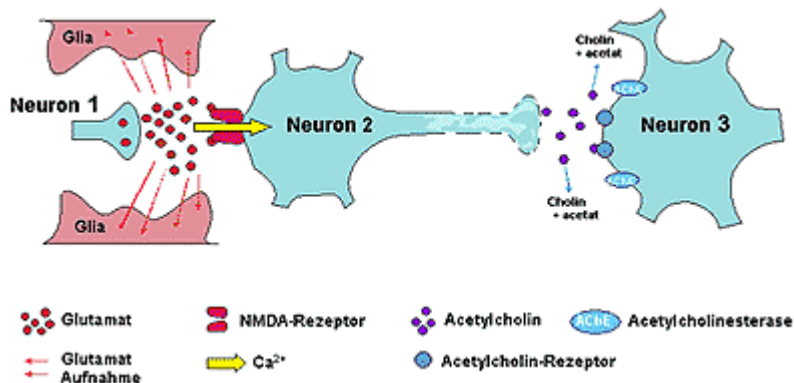


Abb.5 Medikamentöse Therapie (Quelle: www.alzheimerinfo.de[15.Februar 2011])

Memantine:

Memantin ist ein NMDA (n-Methyl-D-Aspartat) – Antagonist und verändert die schädlichen Auswirkungen von Glutamat an den Rezeptoren. Durch diesen Schutz können die Nervenzellen vor dem Zelltod bewahrt werden. Außerdem können die Lernsignale wieder besser erkannt werden. Die Patienten werden dadurch geistig aktiver, sind beweglicher und können Gespräche besser verstehen und beantworten. Memantine führt zu einer psychischen und physischen Verbesserung.

Acetylcholinesterase- Hemmer:

Es gibt verschiedene Acetylcholinesterasehemmer die verhindern, dass das bereits gebildete Acetylcholin im Gehirn wieder abgebaut wird. Dazu gehören die Wirkstoffe Rivastigmin, Donepezil und Galantamin. Sie sorgen dafür dass, der Botenstoff länger

zur Verfügung steht. Die Weiterleitung von Informationen im Gehirn wird verbessert.
www.alzheimerinfo.de (15. Februar 2011)

Nicht medikamentöse Therapie

Die nichtmedikamentöse Therapie soll die medikamentöse Therapie unterstützen. Es gibt verschiedene Formen dieser Therapien.

Milieu-Therapie

Diese Therapie ist auf das Umfeld und die soziale Umgebung des Patienten ausgerichtet. Es wird versucht, die Alltags- und Freizeitaktivitäten des Patienten zu fördern und ihn soweit wie möglich in das Familienleben einzubinden. Außerdem wird versucht, eine gefühlvolle und würdevolle Beziehung zwischen dem Kranken und den Pflegepersonen aufzubauen. Dabei wird besonders auf einen strukturierten Tagesablauf und eine stressfreie, überschaubare aber nicht reizfreie Umgebung geachtet. Durch eine veränderungsfreie Umgebung soll vermieden werden, dass der Betroffene zusätzlich verängstigt und verwirrt wird.

Zu dieser Therapie gehören die gesamte Akustik, ein geregelter Tagesablauf und die Gestaltung der Räume, z. B: in dezenteren Farbtönen gestrichen und gut ausgeleuchtet. Es sollte auch geregelte Zeiten wie: "Essenszeiten, Beschäftigungszeiten und Bettzeiten geben."

Ergotherapie/Beschäftigungstherapie

Die Ergotherapie versucht über ausgewählte Aktivitäten, Störungen bei einem Patienten positiv zu beeinflussen. Früher wurde diese Art von Therapieform Arbeits- und Beschäftigungstherapie genannt. Im Vordergrund steht hier, die Alltagsfähigkeiten wiederzuerlangen oder zu erhalten. Dadurch kann im Anfangsstadium eine Pflegebedürftigkeit hinausgezögert, eine Selbständigkeit länger erhalten und damit eine Pflegeheimweisung hinausgezögert werden. Dabei wird der Patient auf einer nicht-verbalen und nicht-kognitiven Ebene angesprochen und man versucht, ihn über körperliche Gefühle und Empfindungen zu erreichen.

Methodisches Vorgehen: Zuerst wird ein Befund erhoben und dann ein individueller Behandlungsplan erstellt. Danach werden die therapeutischen Maßnahmen anhand

verschiedener Techniken durchgeführt. Diese können unter anderem spielerische, handwerkliche und gestalterische Tätigkeiten sein. Ein zentraler Punkt ist auch die Angehörigen - und Patientenberatung, sowie die Wohnraum - und Umfeldanpassung. Die Ergotherapie wird als Heilmittel vom Arzt verschrieben und soll Wissen über die Fähigkeitsstörungen vermitteln, Verständnis erzeugen, Therapieansätze in den Alltag übertragen und Unsicherheiten im Umgang mit den Patienten reduzieren. Die Behandlung kann ambulant in Einzel- oder Gruppentherapie erfolgen.

Logopädie

Die Logopädie befasst sich mit der Behandlung von Sprachstörungen, den Störungen in der Wortfindung und Wortwahl, von Artikulationsstörungen, von Einschränkungen in der Stimmgebung und Schluckstörungen.

Die Arbeit der Logopädie sollte so früh wie möglich einsetzen, da mit fortschreitender Krankheit die sprachliche Ausdrucksfähigkeit abnimmt. Ziel dieser Therapie ist das Erhalten der Kommunikationsfähigkeit des Patienten. Da im späten Stadium der Demenzerkrankung Schluckstörungen schwerwiegende Begleitsymptome sind und es infolge dieser zu Unter- oder Fehlernährung und Dehydration kommen kann, ist es wichtig, die Schwäche der Schluckmuskulatur durch Schlucktraining zu verbessern. Zusätzlich förderlich ist auch die Beratung der pflegenden Angehörigen zur Anleitung von kurzen, verständlichen und einfachen Sätzen. Außerdem sollte ein zugewandtes, offenes Verhalten mit begleitenden Berührungen erfolgen.

Physiotherapie

Der Schwerpunkt der Physiotherapie liegt in der Krankengymnastik und wird als Reiz- und Regulationstherapie verstanden. Die Eigentätigkeit des Betroffenen wird zu Heilungszwecken krankhafter Muskel- und Skelettzustände sowie gestörter Bewegungsmuster genutzt. Die Techniken werden aus Bewegungsformen des Sports und Gymnastik für Gesunde sowie Bewegungsabläufen aus dem Alltag abgeleitet. Spezielle Therapieformen können unter anderem die Massage, Elektrotherapie und Hydrotherapie sein, die zur Unterstützung oder Ergänzung herangezogen werden können. Durch diese Art von Therapie können Orientierungsstörungen, Aufmerksamkeitsstörungen, Antriebslosigkeit und Bewegungsunlust positiv beeinflusst werden. Auch hier steht wieder eine enge Zusammenarbeit mit den Angehörigen im

Vordergrund um bei der Heilmittelversorgung unterstützend wirken zu können und gegebenenfalls Gefahrenquellen in der häuslichen Umgebung zu identifizieren.

Musik- und Kunsttherapie

Diese Art von Therapie gehört zu den kreativen Therapieformen, bei denen das nichtsprachliche Geschehen im Vordergrund steht. Ziel hier bei ist die Wiederherstellung, Erhaltung und Förderung seelischer und körperlicher Gesundheit. Kunst und Musik können vor allem eingesetzt werden, wenn sich der Betroffene verbal nicht mehr gut mitteilen kann. Sie fördern und aktivieren, helfen Emotionen und Erinnerungen hervor zu holen und können so eine vertraute und angenehme Atmosphäre schaffen, die Bewegungen auslöst und die Interaktion zwischen Patienten in der Gruppe fördert. Wichtig bei dieser Form der Behandlung ist es, generationsspezifische Kreativitätsformen zu finden wie Z.B das Singen von altbekannten Wander- oder Kirchenliedern. Um für jeden das richtige zu finden, sollte eine Biographie des Betroffenen erstellt und miteinbezogen werden.

Basale Stimulation

Demenzerkrankte Personen haben eine eingeschränkte Wahrnehmungsfähigkeit. Einschränkungen ergeben sich vor allem in der taktilen Sensitivität, Hörfähigkeit, Sehfähigkeit und im Riechen. Durch die basale Stimulation wird versucht, die Wahrnehmungsfähigkeit wieder zu fördern oder zu erhalten. Dieses geschieht durch Aktivitäten die in die Grundpflege integriert sind. Dazu gehören z.B. beruhigende oder belebende Ganzkörperwaschungen, eine atemstimulierende Einreibung, aktive Bewegungsübungen, Fuß - und Beinbewegungen sowie Ganzkörpermassagen. Durch diese Stimulation nimmt der Betroffene wieder mehr von diesen eingeschränkten Fähigkeiten wahr.

Biographie-Arbeit

Die Biographie-Arbeit ist ein wichtiger Bestandteil in der Behandlung der Demenzerkrankten. Nur durch diese werden die Bedürfnisse des Patienten besser erkannt und gezielte Behandlungsmöglichkeiten entwickelt. Einen wichtigen Beitrag dazu leisten hier die Familien. Sie kennen die Lebensgeschichte ihrer Angehörigen und können daraus aktivierende Maßnahmen für die Pflege zu Hause ableiten. Im Gegenzug dazu, müssten die professionellen Pflegepersonen die Lebensgeschichte

der Patienten erst von den Verwandten erfragen. Biografische Therapiemaßnahmen könnten unter anderem die Beschäftigung mit alten Fotoalben, vertrauten und geliebten Gegenständen, Kinderliedern oder Märchen sein. Des weiteren könnte auch das Zubereiten von speziellen Gerichten einen wertvollen Beitrag leisten (www.dgk.de[01.05.2011]).

In der nachfolgenden Therapie geht es um die Validation. Da diese eine wichtige Behandlungsmethode für Demenzerkrankte ist, möchte ich hier nun etwas genauer darauf eingehen.

Validation

Das Konzept wurde zwischen 1963 und 1980 von Naomi Feil entwickelt. Es besteht aus Kommunikationstechniken, die in der Betreuung von dementen Personen angewendet werden sollen. Validation bedeutet „Für-Gültig-Erklären“ (von lat. validus = kräftig; engl.: valid = gültig). In dieser Therapie wird die persönliche Sichtweise des Demenzerkrankten in den Mittelpunkt gestellt. Die subjektive Realität des Betroffenen soll nicht korrigiert oder in Frage gestellt werden.

Grundprinzipien dieser Therapie bestehen darin, die Gefühle eines Menschen anzuerkennen und für wahr zu erklären. Durch ein gutes Einfühlungsvermögen wird versucht, „in den Schuhen des anderen zu gehen“. Dadurch soll es zum Aufbau von Sicherheit, Vertrauen, Stärke und Selbstwertgefühl kommen.

„Validationsziele sind:

- *Wiederherstellen des Selbstwertgefühls*
- *Reduktion von Stress*
- *Rechtfertigung des gelebten Lebens*
- *Lösen der unausgetragenen Konflikte aus der Vergangenheit*
- *Reduktion chemischer und physischer Zwangsmittel*
- *Verbesserung der verbalen und nonverbalen Kommunikation*
- *Verhindern eines Rückzugs in das Vegetieren*
- *Verbesserung des Gehvermögens und des körperlichen Wohlbefindens“*

(Feil 2000, S.11: zitiert aus www.we-serve-you.de)

Die vier wichtigsten Unterformen/Unterstadien in Feil`s „Stadium jenseits der Integrität“ liegen dem Betreuungskonzept der vom Psychologen Erik Erikson

entwickelten Theorie der Lebensstadien und Aufgaben zugrunde. Jede Unterform entspricht einem Rückzug aus der Realität, wobei eine Person innerhalb von Minuten das „Unterstadium“ wechseln kann.

Unterstadium der mangelhaften/unglücklichen Orientierung:

Hier sind die kognitiven Fähigkeiten weitestgehend intakt. Die Betroffenen leugnen Gefühle und Erinnerungslücken und sind sich ihrer gelegentlichen Verwirrung bewusst. Sie suchen die Schuld für Verluste bei anderen. Die Angst vor weiteren Verlusten führt zu „Hamstern“ und „Horten“ (z.B. Zeitungen und Nahrungsmittel). In diesem Stadium klammern sie sich an die Realität und halten an ihren gesellschaftlich vorgeschriebenen Rollen fest. Außerdem sind sie verletzlich, lehnen Blickkontakt und Berührungen ab und haben eine angespannte körperliche Haltung.

Unterstadium der Zeitverwirrtheit:

In diesem Stadium kommt es zur Zunahme an körperlichen und sozialen Verlusten, die nicht mehr geleugnet werden. Die Erkrankten orientieren sich nicht mehr an der Realität sondern ziehen sich in die Vergangenheit zurück. Sie versuchen eine Rückkehr zu universellen Gefühlen wie Hass, Liebe, Trauer, Angst u.a. und versuchen, angenehme Emotionen aus der Vergangenheit wachzurufen. Betroffene in diesem Stadium drücken ihre Gefühle direkt aus und verlieren die Fähigkeit, ihrer gesellschaftlichen Rolle zu entsprechen. Sie reagieren positiv auf Körper- und Blickkontakt und zeigen eine entspannte Körperhaltung.

Unterstadium „Sich- wiederholende- Bewegungen“:

Hier werden Körperteile zu Symbolen und Bewegungen ersetzen Worte. *„Die Sprache wird unverständlich und der Gebrauch von „frühen Sprachformen“ und Bewegungen dient als Transportmedium in die Vergangenheit. „Die Person ist nicht mehr allein, mit den Bewegungen des Säuglings, der sprechen lernt, hat sie ihre Mutter wieder zu sich geholt“* (www.we-serve-you.de:zitiert aus Feil, S.58). Die Betroffenen ziehen sich in Isolation und Eigenstimulanz zurück, sie sind inkontinent und kommunizieren nur bei Blickkontakt und Körperrnähe. Dies zeigt sich unter anderem z.B. in Form von „sich wiederholenden Bewegungen“ oder Klangäußerungen. Gegenstände, Personen und Körperteile gewinnen stärkeren Symbolcharakter für Vergangenes.

Unterstadium des Vegetierens:

„In diesem Stadium „verschließt sich der Mensch völlig vor der Außenwelt und gibt das Streben, sein Leben zu verarbeiten, auf“ (www.we-serve-you.de:zitiert aus Feil, S.60).

Die Erkrankten halten die Augen meist geschlossen, zeigen kaum Gefühle und kaum wahrnehmbare Bewegungen. Es herrscht nur ein minimaler Eigenantrieb, der gerade zum Überleben reicht (www.we-serve-you.de).

Wie man sieht, steht im Zentrum dieser Methode das Bemühen, den Kranken in seinen Äußerungen, Handlungen und Gefühlen ernst zu nehmen. Anstatt den Betroffenen zu korrigieren wenn er Gegenstände oder Personen „falsch“ benennt, werden seine aktuellen Gefühle wie Ärger, Ängste, Zorn oder Trauer respektiert, auch wenn sie nicht nachvollziehbar sind. Durch das Annehmen der Gefühle wird ein Vertrauen geschaffen, das dem Patienten ein sicheres Gefühl vermittelt. Eine Pflegeperson die validiert, ändert ihre Grundhaltung und lässt sich auf die Welt der Demenz- Kranken ein. *„Fragen an den Kranken werden einfach formuliert, das Gesagte wird wiederholt („gespiegelt“). Erinnerungen werden zugelassen. Nicht nur durch Worte äußert sich die Wertschätzung, sondern auch durch Berührungen, Streicheln oder einem Mitgehen in den Bewegungen des Kranken“* (www.dkg.de[01.05.2011]).

Die Validation leistet eine große Hilfestellung sowohl in der häuslichen als auch in der stationären Pflege demenzerkrankter Personen. Allerdings setzt sie gute Kenntnisse der Biografie des Betroffenen voraus (www.dkg.de[01.05.2011]).

3. Epidemiologische/Geschlechterspezifische Aspekte

Aufgrund der rückläufigen Sterblichkeit bei den über 60jährigen seit der Mitte des 20. Jahrhunderts, ist der Anteil der älteren Bevölkerung immer größer geworden. Durch diese Überalterung wird in den nächsten Jahrzehnten die Zahl der Demenzerkrankten deutlich zunehmen. In Österreich wird sich die Zahl der Erkrankten von 90 500 im Jahr 2000 auf etwa 233 800 im Jahr 2050 vervielfachen.

Weltweit wurden Feldstudien über die Prävalenz der Demenz durchgeführt. Die Untersuchungen zeigten, dass die Prävalenz und die Inzidenz mit dem Alter deutlich

zunehmen. Eine quantitative Meta-Analyse ergab, dass sich die Prävalenz bei den über 60jährigen etwa alle 5 Jahre verdoppelt. Auch die neueste Meta-Analyse zur Prävalenz zeigt diesen deutlichen Altersanstieg mit einer Rate von 1,0% für Frauen und 1,6% für Männer im Alter von 65-70 Jahren, die bei den über 90jährigen auf 30,8 bzw. 22,1% ansteigt. Noch einen deutlicheren Zusammenhang mit dem Alter als die Prävalenz-Raten aller Demenzen, zeigen die Prävalenz Raten der Alzheimer Demenz. Aber auch bei den vaskulären Demenzen ist ein klarer Anstieg mit dem Alter erkennbar. Die Raten der jüngsten Meta-Analyse zur Ein-Jahres-Inzidenz, der Rate der Neuerkrankungen pro Jahr, sind in der Tabelle 1. ersichtlich. Alle durchgeführten Meta-Analysen zeigen deutliche altersabhängige Anstiege bei den Inzidenz-Raten. Man kann davon ausgehen, dass jede zehnte, noch kognitive unbeeinträchtigte Person über 90 Jahre, innerhalb eines Jahres, an einer Demenz erkranken wird.

Für die in Tabelle 2 dargestellten Berechnungen der Demenzerkrankungen in den nächsten 50 Jahren wurde die Bevölkerungsvorausschätzung des Österreichischen Statistischen Zentralamtes verwendet.

Im Jahr 2000 litten etwa 90 500 Personen unter einer dementiellen Erkrankung, was einer Prävalenz von 5,41 % der über 60jährigen entspricht. Bis zum Jahr 2050 wird sich diese Zahl auf etwa 233 800 bei der Bevölkerung über 60 Jahren vervielfacht haben (8,28 %). Wie auch aus der Tabelle ersichtlich ist, wird es bis zum Jahr 2050 einen drastischen Anstieg sowohl bei den Krankenbeständen, so wie auch bei den jährlichen Neuerkrankungen geben.

In Tabelle 3 und Abb.5 wird die Relation der Demenzerkrankten zur erwerbsfähigen Bevölkerung vom Jahr 2000 bis 2050 dargestellt.

Im Jahr 2000 betrug die erwerbsfähige Bevölkerung etwa 5,1 Millionen Einwohner. In Zukunft wird sich laut Bevölkerungsvorausschätzungen eine deutliche Abnahme der erwerbsfähigen Bevölkerung ergeben. So wird diese im Jahre 2050 auf etwa 3,9 Millionen Einwohner zurückgehen. Dies entspricht einem Rückgang auf etwa 77 %. Gleichzeitig kommt es aber zu einer Zunahme der Demenzerkrankten auf das 2,58-fache. Während im Jahr 2000 ein Demenzerkrankter auf etwa 56 Personen kam, werden es im Jahr 2050 nur mehr etwa 17 Personen sein (vgl. Wancata 2008, S.52 – 54).

Tab. 1. Punkt-Prävalenz-Raten und Ein-Jahres-Inzidenz-Raten von Demenzerkrankungen nach Meta-Analyse (7, 15).

Alter	Punkt-Prävalenz-Raten						Ein-Jahres-Inzidenz-Raten		
	Alle Demenzen		Alzheimer Demenz		Vaskuläre Demenz		Alle Demenzen	Alzheimer Demenz	Vaskuläre Demenz
	M	W	M	W	M	W	M + W	M + W	M + W
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
65-70	1,6	1,0	0,6	0,7	0,5	0,1	0,24	0,12	0,07
70-75	2,9	3,1	1,5	2,3	0,8	0,6	0,55	0,33	0,12
75-80	5,6	6,0	1,8	4,3	1,9	0,9	1,60	0,91	0,35
80-85	11,0	12,6	6,3	8,4	2,4	2,3	3,05	2,18	0,59
85-90	12,8	20,2	8,8	14,2	2,4	3,5	4,86	3,53	0,61
90+	22,1	30,8	17,6	23,6	3,6	5,8	7,02	5,35	0,81

M = Raten für Männer.
 W = Raten für Frauen.
 M + W = Raten für beide Geschlechter.

Tab. 2. Geschätzte Anzahl von Demenzkranken (alle Demenzerkrankungen, Alzheimer-Demenz, vaskuläre Demenz) in Österreich (20).

Jahr	Österreichische Bevölkerung (60+ Jahre) Millionen	Krankenbestände						Jährliche Neuerkrankungen					
		Alle Demenzen		Alzheimer Demenz		Vaskuläre Demenz		Alle Demenzen		Alzheimer Demenz		Vaskuläre Demenz	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2000	1,7	90,5	5,41	57,1	3,41	15,7	0,94	23,6	1,49	12,9	0,81	3,0	0,19
2010	1,9	108,4	5,62	68,6	3,56	19,0	0,99	28,1	1,54	15,5	0,85	3,6	0,20
2020	2,3	129,6	5,76	82,7	3,67	22,8	1,01	33,5	1,58	18,5	0,87	4,3	0,20
2030	2,8	163,4	5,88	103,9	3,74	28,6	1,03	42,0	1,61	23,3	0,89	5,3	0,20
2040	2,9	199,8	6,97	128,8	4,49	35,5	1,24	51,8	1,94	28,9	1,08	6,6	0,25
2050	2,8	233,8	8,28	151,4	5,36	40,2	1,42	59,5	2,29	34,1	1,32	7,2	0,28

N = mittlere Krankenbestände und Neuerkrankungen in 1000 nach Standardisierung auf die Alterszusammensetzung der über 60jährigen in Österreich.

Tab. 3. Demenzkranke in Relation zur erwerbsfähigen Bevölkerung (15-60jährige) in Österreich.

Jahr	Erwerbsfähige N (in 1000)	Demenzkranke (Mittelwert) N (in 1000)	Belastungsquote (%)	Erwerbsfähige pro Demenzkranken N (in 1000)
2000	5064,9	90,5	1,79	56,0
2010	4987,9	108,4	2,17	46,0
2020	4762,8	129,6	2,72	36,7
2030	4246,4	163,4	3,85	26,0
2040	4099,1	199,8	4,87	20,5
2050	3905,6	233,8	5,99	16,7

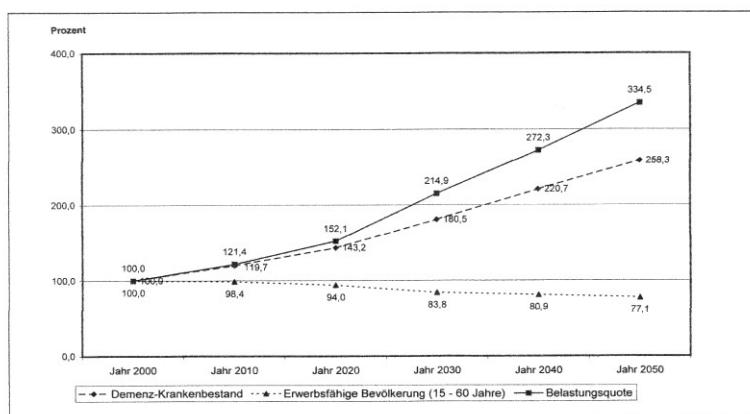


Abb. 5. Prozentuelle Veränderung der Zahl Demenzkranker, der Erwerbsfähigen und der demenzbedingten Belastungsquoten zwischen den Jahren 2000 und 2050.

(Quelle: Wancata 2008)

4. Pflege der Demenzerkrankten

Die Pflege jedes einzelnen Demenzerkrankten muss individuell erfolgen. Eine verbindliche Vorgehensweise gibt es dazu nicht. Richtlinien dazu können allerdings den Umgang erleichtern und zu mehr Wohlbefinden beitragen.

Am Anfang stehen Orientierungshilfen im Vordergrund. Diese können z.B. gut sichtbare Uhren, Tür - und Namensschilder sein. Auch ist ein strukturierter Tagesablauf wäre von Vorteil. Später können Validation und die verschiedenen Therapieformen wie unter Punkt 2.5 erwähnt, angewendet werden. Da die Erkrankten zunehmend Defizite in der Körperpflege, Ernährung und Ausscheidung aufweisen, ist eine genaue Beobachtung und Versorgung dieser zu gewährleisten. Reicht ein konsequentes Toilettentraining nicht mehr aus, können Inkontinenzmittel hilfreich sein. Die Tagesgestaltung sollte so erfolgen, dass der Betroffene keinen Sinnesüberforderungen ausgesetzt ist, da sich große weite Räume, Lärm und Gedränge ungünstig auswirken. Bei Störungen des Schlaf- Wach- Rhythmus ist eine Stimulierung am Tage zu empfehlen (z.B. mit Kaffee). In der Nacht muss beobachtet werden ob der Patient sich mit Licht oder bei Dunkelheit wohler fühlt. Dunkelheit kann dazu führen, dass er Ängste verspürt und unruhig wird. Dies kann sich in nächtliches Aufstehen äußern. Beruhigungsmittel sollten nicht „routinemäßig“ verabreicht werden (vgl. Pflege Heute 2007, S. 1321-1322).

Grundsätzlich gilt für die Pflege eines Demenzkranken:

- *Konstante Bezugspersonen*
- *Klare Anweisungen in einfachen, kurzen Sätzen geben, deutlich sprechen*
- *Wichtige Informationen bei Bedarf wiederholen. Geduldig sein, dem Patienten für seine Reaktion Zeit geben*
- *Bei „richtigem“ Reagieren Patienten durch Worte, Berührung oder ein Lächeln loben, unangemessene oder „falsche“ Reaktionen nicht kritisieren*
- *Einfache Regeln und feste Gewohnheiten etablieren*
- *Aktivitäten des Kranken fördern, ohne ihn zu überfordern*
- *Bei nachlassendem Sprachverständnis versuchen, den Demenzkranken durch Mimik, Gesten und/oder Berührungen zu erreichen und zu beruhigen*
- *Dem Menschen Geborgenheit geben, ihn wertschätzen*

(Pflege Heute 2007, S.1321-1322).

4.1 Trainingsprogramme

Trainingsprogramme dienen dazu, so lange wie möglich die geistigen und körperlichen Fähigkeiten zu erhalten. Zusätzlich geben sie eine gewisse Sicherheit und Stabilität im „verwirrten“ Alltag.

1. Schaffen einer normalen Umgebung

Der Patient sollte soweit wie möglich sein Eigentum behalten. Z.B. seinen eigenen Kopfpolster, Kleider und auch einen kleinen Bargeldbetrag. Wohnungsschlüssel können auch Eigenständigkeit charakterisieren.

2. Die Verwirrten nicht verwirren

Es sollten bei einer stationären Betreuung die verwirrten Personen von den nicht verwirrten getrennt behandelt werden. Das Krankheitssyndrom könnte dadurch verschlechtert werden.

3. Übungsprogramme auf das Altgedächtnis abstimmen

Schauen sie mit dem Betroffenen alte Fotoalben an, oder fahren sie mit ihm in seine Wohnung oder seinen Wohnbezirk.

4. Keine Kommunikationstöter verwenden

Wie Beispiel beim Dispenser – wo beim Medikamentenausteilen nicht gesprochen wird.

Klären sie den Patienten über Untersuchungen auf, gehen sie mit ihm beim Essen zum Tisch und wiederholen sie immer wieder, welche Speisen es heute gibt.

4.1.2 Realisationstraining

Handlungsabläufe des Alltags:

Trainieren sie den Toilettengang, Aus- und Anziehen und die richtige Wahl der Kleidung, nach Jahreszeit abgestimmt. Beziehen sie die Patienten in einzelne Tätigkeiten mit ein. Z.B. Essen aufwärmen oder holen.

Orientierungshilfen aufhängen:

Große Bilder über Zeittafeln, Wetter, eigene Prothese, Brille werden als Orientierungshilfe aufgehängt. Es sollten auch Kurzurundgänge im Haus und Freien erfolgen (vgl. Böhm 2003, S. 96).

5. Betreuungssysteme

Abb. 7 zeigt, durch welche Betreuungssysteme erkrankte Personen behandelt werden können.

In Österreich leben ca. 80% demenzkranke Menschen in Privathaushalten mit ihren Ehepartnerinnen und -partnern oder nahen Angehörigen, und werden auch von diesen betreut/gepflegt. Unterstützung bekommen sie von sozialen Diensten und ambulanten Pflegediensten. Das Leistungsangebot ambulanter Dienste ist aber oft nur auf die Pflege körperlicher Krankheiten ausgerichtet und besteht in der Behandlungspflege (vgl. Wancata 2008, S. 55).

„Betreuende Angehörige sind keine Berufs-Pflegekräfte, d.h. sie haben keine geregelten Dienstzeiten, kein Team, das sie auffängt, keinen Urlaub und sie sind gefühlsmäßig ganz eng mit dem erkrankten Menschen verbunden. Sie können ihren „Aufgabenbereich“ nicht verlassen um Distanz zu bekommen und abzuschalten. Sie erleben einen langen Prozess des Abschiednehmens und der Trauer über den Verlust eines geliebten Menschen“ (bmask 2010, S.12).

In der institutionellen Pflege werden Erkrankte vor allem in den Alten und Pflegeheimen behandelt. In einer Prävalenzstudie wurde bei 63.5 % aller in einem Pflegeheim aufgenommenen Personen eine Demenzerkrankung gefunden.

Tagesbetreuungseinrichtungen können ein Bindeglied zwischen ambulanter und stationärer Pflege darstellen. In Österreich ist dieses bislang noch in viel zu geringem Ausmaß vorhanden (vgl. Wancata 2008, S.55).

Der hohe Therapie und Betreuungsaufwand macht eine koordinierte und gut abgestimmte integrierte Versorgung unumgänglich. Regelmäßiger Informationsaustausch der verschiedenen BetreuerInnen (z.B. Pflegedienste, Allgemeinmediziner, Therapeuten, Angehörige) ist notwendig um eine bedürfnisgerechte Versorgung zu ermöglichen (vgl. CCIV- WGKK 2011, S. 34).

5.1 Professionelle Pflegeangebote

Einen Überblick/Möglichkeiten von stationärer und teilstationärer Pflege kann das Demenzhandbuch des Sozialministeriums geben. Es kann unter der Telefonnummer 0800 202074 oder unter <https://broschuerenservice.bmask.gv.at> bestellt werden.

In der ambulanten Pflege kann man sich an verschiedene Pflegedienste/Organisationen wie z.B. Rotes Kreuz, Hilfswerk, Caritas, Volkshilfe etc. wenden.

„Doch das ist die Erfahrung, mit Demenz zu leben – Leben in der Gegenwart, ohne Vergangenheit und Zukunft“

Christine Bryden

Umsetzung Demenzstation



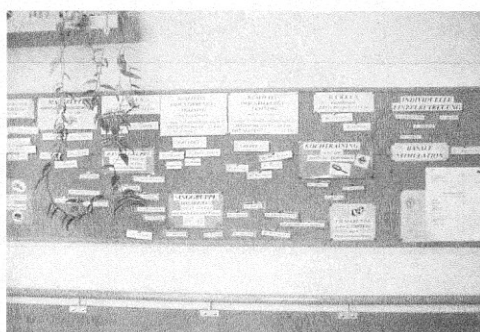
(c) G Gatterer, 2006

Umsetzung Demenzstation



(c) G Gatterer, 2006

Umsetzung Demenzstation



(c) G Gatterer, 2006

Umsetzung Demenzstation

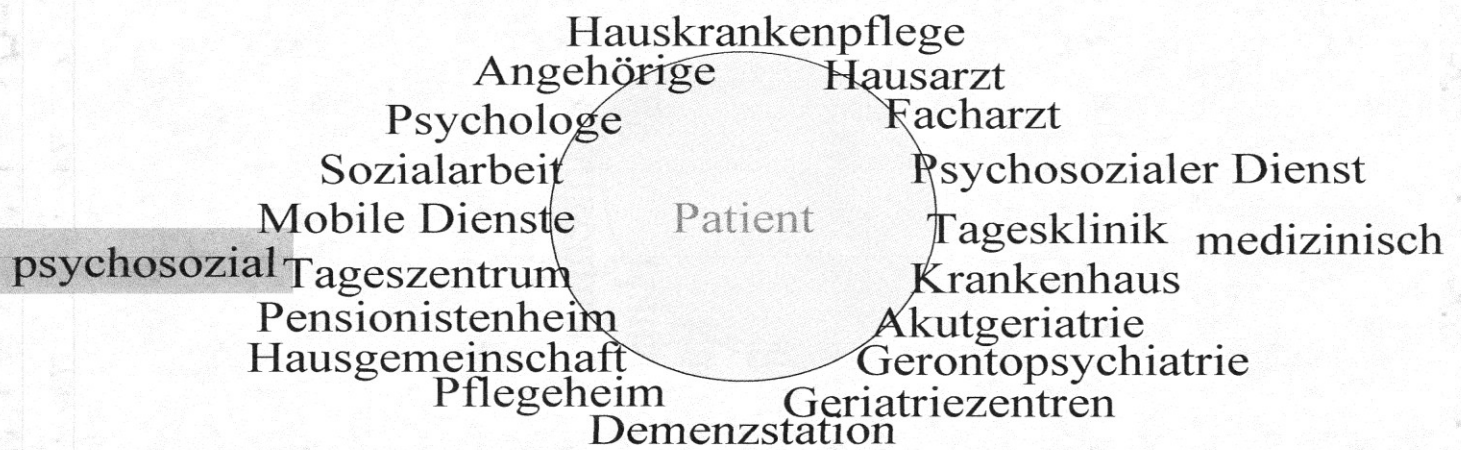


(c) G Gatterer, 2006

Abb.7 Umsetzung Demenzstation (Quelle: www.pflege.fsw.at, S.64[01.05.2011])

Der ältere Patient und sein Betreuungssystem

Extramurale Strukturen



Stationäre Strukturen

(c): G.Gatterer, 2006

Abb.8 Betreuungssysteme (Quelle: www.pflege.fsw.at, S. 74-77[01.05.2011])

6. Ergebnis/Schlussfolgerung

Demenz ist eine schwerwiegende Erkrankung, die bei frühzeitiger Erkennung und Behandlung erheblich verzögert werden kann. Daher ist eine frühe Diagnose und rechtzeitiges Setzen von Therapien und Maßnahmen wichtig, um den Verlauf der Krankheit zu verzögern. Trotz wirkungsvollen Medikamenten ist eine Heilung derzeit nicht möglich. Deswegen ist eine geistige und körperliche Aktivierung der Demenzerkrankten von besonderer Wichtigkeit. Da etwa 80% der Demenzpatienten – innen in der häuslichen Pflege von ihren Angehörigen gepflegt werden, bedarf es in diesem Bereich noch sehr viel an Angeboten und Entlastung durch spezialisierte Kräfte. In der stationären Behandlung wäre eine Spezialisierung von Angestellten im Umgang mit Demenzerkrankten von besonderer Wichtigkeit. Angesichts der immer älter werdenden Gesellschaft wird es im Jahr 2050 einen drastischen Anstieg sowohl bei den Krankenbeständen so wie auch bei den jährlichen Neuerkrankungen geben. Dies stellt für die Zukunft eine große Herausforderung für das bestehende Pflege und Gesundheitssystem dar.

Literaturverzeichnis

Augustin B; Bergen P; Bonowitz A; Both D. (2007): Pflege Heute, 4.Auflage. Urban & Fischer Verlag, München.

Böhm E. (2003): Ist heute Montag oder Dezember? : Erfahrungen mit der Übergangspflege, 8. Auflage. Psychiatrie – Verlag, Bonn.

Dorner T; Rieder A; Stein K. V. (2011): Besser Leben mit Demenz: Medizinische Leitlinie für die integrierte Versorgung Demenzerkrankter, 1. Auflage. Competence Center Integrierte Versorgung; Wiener Gebietskrankenkasse, Wien.

Hametner I. (2007): 100 Fragen zum Umgang mit Menschen mit Demenz. Brigitte Kunz Verlag, Hannover.

Kastner U; Löbach R. (2007): Handbuch Demenz, 1. Auflage. Urban & Fischer Verlag, München.

Messer B. (2007): Pflegeplanung für Menschen mit Demenz. Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Hannover.

Wancata J. (2008): Die Epidemiologie der Demenzen. In: Wiener Medizinische Wochenschrift, 10/08, 52 – 56.

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. (Hrsg): Leben mit Demenz: Eine Initiative von Caritas, Diakonie, Hilfswerk, Rotes Kreuz und Volkshilfe.

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. (Hrsg.) (2010) : Gewalt Erkennen: Fragen und Antworten zu Demenz und Gewalt. Verlags- und Erscheinungsort, Wien.

Internetquellen

http://www.caritas.at/fileadmin/user_oesterreich/publikationen/service_und_downloads/publikationen/zum_thema/ZT (Zugriff: 01.05.2011)

<http://www.onmeda.de/lexika/persoenlichkeiten/alzheimer.html> (Zugriff: 12.04.2011)

<http://www.google.at/search?g=alois+alzheimer> (Zugriff: 15.02.2011)

http://www.dgk.de/fileadmin/user_upload/Gesundheit-pdf/demenz_uhrentest.pdf
(Zugriff : 01.05.2011)

<http://dgk.de/gesundheitsverhalten-geist-psyche/alzheimer-demenz/nicht-medikamentose-therapie.html> (Zugriff: 01.05.2011)

<http://www.alzheimerinfo.de/alzheimer/demenz-alzheimer/> (Zugriff: 15.02.2011)

<http://www.we-serve-you.de/anne/betreuungskonzepte.htm> (Zugriff: 08.05.2011)

http://www.kleeblatt-ggmbh.de/fileadmin/kleeblatt/user_upload/PDF/Cohen-Mansfield-Skala.pdf (Zugriff: 26.04.2011)

http://www.pflege.fsw.at/dokumente/PPP_Wohnen_mit_Demenz.pdf (Zugriff: 09.05.2011)

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 Alois Alzheimer.....	S. 8
Abb. 2 Formen der Demenz.....	S. 10
Abb. 3 Alzheimer Gehirnbilder.....	S. 11

Abb. 4 Uhrentest.....	S.16
Abb. 5 Medikamentöse Therapie.....	S.22
Abb. 6 Prozentuelle Veränderungen der Zahl Demenzkranken, der Erwerbsfähigen und der demenzbedingten Belastungsquoten zwischen den Jahren 2000 und 2050.....	S.30
Abb. 7 Umsetzung Demenzstationen.....	S.35
Abb. 8 Der ältere Patient und sein Betreuungssystem.....	S.36

Skalaverzeichnis

Skala 1 Test zur Früherkennung einer Demenz.....	S.14
Skala 2 Cohen – Mansfield Skala.....	S.21

Tabellenverzeichnis

Tab.1 Punkt – Prävalenz Raten und Ein – Jahres- Inzidenz – Raten von Demenzerkrankungen nach Meta Analyse.....	S.30
Tab.2 Geschätzte Anzahl von Demenzkranken.....	S.30
Tab.3 Demenzkranke in Relation zur erwerbsfähigen Bevölkerung in Österreich.....	S.30

