



Simone Schmidt · Martina Döbele

Demenzbegleiter

Leitfaden für zusätzliche
Betreuungskräfte in der Pflege

3. Auflage

 Springer

Demenzbegleiter

Simone Schmidt
Martina Döbele

Demenzbegleiter

Leitfaden für zusätzliche Betreuungskräfte in der Pflege

3., aktualisierte Auflage

Mit 63 Abbildungen

Simone Schmidt
Ladenburg
Deutschland

Martina Döbele
Mörtenbach
Deutschland

ISBN 978-3-662-52652-1 ISBN 978-3-662-52653-8 (ebook)
DOI 10.1007/978-3-662-52653-8

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Springer

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2008, 2013, 2016

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag, noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen.

Zeichnungen: Annette Gack, Neuendettelsau
Umschlaggestaltung: deblik Berlin
Fotonachweis Umschlag: © Thinkstock/Horsche

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer ist Teil von Springer Nature
Die eingetragene Gesellschaft ist Springer-Verlag GmbH Berlin Heidelberg

Geleitwort

Im Jahr 2007 wurde bei mir ein Gehirntumor festgestellt. Im Krankenhaus war mein Zimmer-nachbar ein älterer Herr, der an Demenz erkrankt war. Bis zu diesem Zeitpunkt wusste ich gar nicht, was Demenz bedeutet. Er verließ das Zimmer und kam stundenlang nicht wieder, wenn ich ihn nicht zurückbrachte. Nachts stand er vor meinem Bett und schimpfte, was ich in seiner Wohnung wolle.

Das war der Moment, wo ich mir sagte: Wenn ich wieder gesund werde, möchte ich anderen Menschen helfen.

Nach einem Jahr war mein Tumor nicht mehr da. Also kündigte ich meinen alten Beruf nach über 30 Jahren und machte eine viermonatige Schulung bei der DAA zum Pflegehelfer/Demenzbetreuer, die ich mit besonderem Erfolg beendete. Es folgte ein einmonatiges Praktikum im Alten und Pflegeheim „Luisenheim in Düsseldorf“. Dem Heimleiter Herrn Kuhlmann und der Pflegedienstleitung Frau Wittig gefiel meine offene Art, mit den Senioren umzugehen sehr. So bekam ich eine Vollzeitstelle.

Inzwischen arbeite ich mit 3 weiteren Kolleginnen zusammen. Dieses Buch war uns bei unserer Arbeit sehr hilfreich: So baute ich für wenig Geld unser erstes Sinnesmobil, mit dem wir unsere bettlägerigen Bewohner mit 10-Minuten-Aktivierungen beschäftigen können. Auf meinem Laptop habe ich viele alte Schlager, Operetten und lustige Geschichten geladen. Mittwochabend findet dann im Rahmen des Nachtcafés mein Wunschkonzert statt. Bei einem Gläschen Wein oder Saft freuen sich die Bewohner auf einen tollen Abend.

Durch meine Arbeit hat sich meine Haltung zum Alter, zu Krankheit und Abschied aber auch zu meiner eigenen Tätigkeit verändert. Diese oder ähnliche Erfahrungen wünsche ich allen Lesern dieses Buchs.

Michael Lenden

Düsseldorf

Vorwort zur 3. Auflage

» Zeit für Zuwendung

So titelte das Deutsche Ärzteblatt seinen Artikel im Juni 2012 über Demenzbegleiter in der Betreuung und Begleitung von Senioren. Obwohl die verschiedenen Berufsgruppen, die Öffentlichkeit und die Medien sich bei der Veröffentlichung der Betreuungskräfte-Richtlinie überwiegend negativ und ablehnend äußerten, hat sich in der Praxis erwiesen, dass zusätzliche Betreuung eine Erfolgsgeschichte geworden ist. Eine wissenschaftliche Evaluation im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes bestätigte die hohe Zufriedenheit der Beteiligten.

Aus unserer Sicht war schon damals die kritische Haltung nicht gerechtfertigt, denn die Begleitung eines Menschen mit Demenz ist erlernbar. In der im August 2008 veröffentlichten Richtlinie über die Qualifikationen und die Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften wurden die Anforderungen an die Demenzbegleiter grundlegend definiert.

Anforderungen an die Betreuungskräfte:

- Eine positive Haltung gegenüber Kranken, Behinderten und alten Menschen
- Soziale Kompetenz und kommunikative Fähigkeiten
- Beobachtungsgabe und Wahrnehmungsfähigkeit
- Empathie und Beziehungsfähigkeit
- Die Bereitschaft und Fähigkeit zu nonverbaler Kommunikation
- Phantasie, Kreativität und Flexibilität
- Gelassenheit im Umgang mit verhaltensbedingten Besonderheiten in Folge von demenziellen und psychischen Krankheiten oder geistigen Behinderungen
- Psychische Stabilität, Fähigkeit zur Reflexion des eigenen Handelns, Fähigkeit, sich abzugrenzen
- Fähigkeit zur würdevollen Begleitung und Anleitung von einzelnen oder mehreren Menschen mit Demenz, psychischen Erkrankungen oder geistigen Behinderungen
- Teamfähigkeit
- Zuverlässigkeit

Unser Anliegen bleibt es, durch dieses Buch die zukünftigen Demenzbegleiter mit diesen notwendigen Kenntnissen und Fähigkeiten auszustatten, um ihre wichtige und schöne Aufgabe mit Freude und Kreativität auszufüllen. Allen Betroffenen und deren Angehörigen wünschen wir einen solchen Begleiter, der ein Stück Weg mit Ihnen gemeinsam geht.

- » Was du mir sagst, das vergesse ich.
 Was du mir zeigst, daran erinnere ich mich.
 Was du mich tun lässt, das verstehe ich.
Konfuzius

Wir bedanken uns bei Frau Susanne Sobich und Frau Sarah Busch, unseren „Begleiterinnen“ beim Springer-Verlag die uns immer kompetent zur Seite stehen. Für das umsichtige Projektmanagement danken wir Frau Ulrike Niesel und für die Koordination gilt unsere Anerkennung Frau Barbara Karg.

Frau Barbara Lengricht, die uns bei der ersten Auflage mit Herz und Engagement begleitete, hat dieses Buch überhaupt ermöglicht. Auch dafür möchten wir herzlich danken.

Der Lektorin Frau Villwock gilt unsere Anerkennung für ihre Übersicht und ihre Gründlichkeit. Unseren Freunden und Kollegen, besonders aber unseren Familien schulden wir großen Dank für Verständnis, Unterstützung und Toleranz.

Martina Döbele und Simone Schmidt

Mörtenbach und Ladenburg Herbst 2016

Inhaltsverzeichnis

1	Demenz	1
1.1	Krankheitsbild	2
2	Psychische Erkrankungen	15
2.1	Psychose	16
2.2	Depression	20
2.3	Geistige Behinderung	22
3	Umgang mit dementen Menschen	25
3.1	Kommunikation	26
3.2	Kommunikation bei Demenz	28
3.3	Interaktion	30
3.4	Umgang mit dementen Menschen	31
3.5	Biografie	43
3.6	Kommunikationsspiele	48
4	Alterserkrankungen	51
4.1	Diabetes mellitus	52
4.2	Degenerative Erkrankungen des Bewegungsapparates	56
4.3	Herz-Kreislauf-Erkrankungen	59
5	Pflege und Dokumentation	65
5.1	Pflegeprozess	67
5.2	Pflegedokumentation	74
5.3	Grundkenntnisse der Pflege	76
5.4	AEDL-Strukturierungsmodell	78
5.5	Betreuungsdokumentation	90
6	Betreuung von dementen Menschen	97
6.1	Beschäftigung	98
6.2	Beschäftigungsmöglichkeiten	100
6.3	Tagesstruktur	120
6.4	Milieugestaltung	121
6.5	Personenzentrierte Interventionen	125
6.6	Organisation	130
7	Ernährung	133
7.1	Bestandteile der Ernährung	134
7.2	Gesunde, ausgewogene Ernährung	137
7.3	Über-, Fehl- und Mangelernährung	140
7.4	Diät oder Krankenkost	144
7.5	Ausgewogener Flüssigkeitshaushalt	145

8	Hauswirtschaft	149
8.1	Menschen mit Demenz zuhause	150
8.2	Menschen mit Demenz in Wohngruppen	150
8.3	Hauswirtschaftliche Versorgung im Rahmen der Pflegeversicherung	151
9	Erste Hilfe	157
9.1	Der Notfall	158
9.2	Lebensrettende Sofortmaßnahmen	159
9.3	Erste Hilfe bei Herz-Kreislauf-Stillstand	160
9.4	Erste Hilfe bei Verletzungen	162
10	Rechtskunde	169
10.1	Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen	170
10.2	Schweigepflicht	172
10.3	Wichtige gesetzliche Regelungen	173
10.4	Infektionsschutzgesetz	181
11	Kooperation	183
11.1	Kooperation in der Einrichtung	184
11.2	Kooperation mit Angehörigen	187
12	Ausblick	189
	Serviceteil	191
	A1 Cohen-Mansfield-Skala	192
	A2 Mini-Mental Status-Test (MMST)	193
	A3 Betreuungsdokumentation	195
	A4 Erfassungsbogen Betreuung und Leistungsnachweis zusätzliche Betreuungsangebote	198
	A5 Maßnahmenplan	200
	A6 Schnelle Hilfe im Notfall	203
	A7 Vorbereitung auf das Praktikum	204
	A8 Sozialgesetzbuch Elftes Buch Soziale Pflegeversicherung	207
	Glossar	209
	Literatur	214
	Stichwortverzeichnis	215

Abkürzungen

AEDL	Aktivitäten und existenzielle Erfahrungen des Lebens
BEBP	Bundesverband der Europäischen Betreuungs- und Pflegekräfte e.V.
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BMI	Body-Mass-Index
BT	Beschäftigungstherapie
CMAI	Cohen-Mansfield Agitation Inventory bzw. Cohen-Mansfield Skala
DCM	Dementia Care Mapping
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
ESBL	Extended-Spectrum-Betalaktamase
GG	Grundgesetz
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GPS	Global Positioning System
HIV	Humanes Immundefizienz Virus
HL	Heimleitung
HWL	Hauswirtschaftsleitung
ICD	Internationale Klassifizierung der Diagnosen
IFSG	Infektionsschutzgesetz
KDA	Kuratorium Deutsche Altershilfe
MDS	Medizinischer Dienst der Spitzenverbände
MNA	Mini Nutritional Assessment
MRE	Multiresistente Erreger
MRSA	Methicillin resistenter Staphylococcus aureus
MMST	Mini Mental State Test
NBA	Neues Begutachtungsassessment
PDL	Pflegedienstleitung
PEA	Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz
PEG	Perkutane endoskopische Gastrostomie
PSG	Pflegestärkungsgesetz
SGB	Sozialgesetzbuch
StGB	Strafgesetzbuch
VA	Validationsanwender
WBL	Wohnbereichsleitung
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Demenz

- 1.1 Krankheitsbild – 2**
- 1.1.1 Formen der Demenz – 2
- 1.1.2 Symptome – 6
- 1.1.3 Diagnose und Differenzialdiagnose – 10
- 1.1.4 Prognose – 11
- 1.1.5 Behandlung – 11

- » Der Verstand und die Fähigkeit, ihn zu gebrauchen, sind zweierlei Fähigkeiten.

Franz Grillparzer

In Deutschland sind derzeit über 1,4 Millionen Menschen an einer Demenz erkrankt und jährlich kommen ungefähr 200.000 Neuerkrankungen hinzu. Berücksichtigt man die demographische Entwicklung, wird deutlich, dass das Krankheitsbild Demenz in Zukunft eine enorme Herausforderung darstellt, zumal die Pflege und Betreuung von dementen Menschen grundlegende Kenntnisse und weitreichende Erfahrung erfordert und im Verlauf der Erkrankung mit einem enormen Zeitaufwand verbunden ist.

In diesem Kapitel wird zunächst das Krankheitsbild dargestellt. Die Kenntnis der verschiedenen Formen und Ursachen der Demenz, die daraus resultierenden Verluste von kognitiven Fähigkeiten, die typische **Symptomatik** und die vorhandenen Behandlungsmöglichkeiten sind Voraussetzung für einen angemessenen Umgang mit den Betroffenen.

Bei den einzelnen **Symptomen** finden sich Hinweise auf die jeweiligen Kapitel, die sich mit den daraus entstehenden Problemen und den möglichen therapeutischen **Interventionen** bei der Betreuung von Demenzkranken beschäftigen.

1.1 Krankheitsbild

Prinzipiell unterscheidet man zwischen primären Demenzen, die durch einen Abbau der Hirnsubstanz entstehen, und demenziellen **Syndromen**, die auf der Basis einer anderen Erkrankung auftreten, beispielsweise Mangelernährung, Alkoholabhängigkeit, Stoffwechselstörungen oder entzündliche Erkrankungen des zentralen Nervensystems.

Demenz – Der Begriff **Demenz** stammt aus dem Lateinischen und bedeutet übersetzt „ohne Geist“. Gemeint ist damit nicht eine spezielle Krankheit, sondern das Auftreten verschiedener Krankheitszeichen, die einen Verlust geistiger Fähigkeiten beinhalten.

Demenzielles Syndrom – Unter einem demenziellen **Syndrom** versteht die Weltgesundheitsorganisation WHO eine „erworbene globale Beeinträchtigung der höheren Hirnfunktionen einschließlich des Gedächtnisses, der Fähigkeit, Alltagsprobleme zu lösen, der Ausführung **sensomotorischer** und sozialer Fertigkeiten, der Sprache und Kommunikation sowie der Kontrolle **emotionaler** Reaktionen ohne ausgeprägte Bewusstseinsstörung.“

1.1.1 Formen der Demenz

Die bekannteste Form der Demenz ist die Alzheimer-Krankheit. Zuerst beschrieben wurde sie von Alois Alzheimer (1864–1915), einem deutschen Psychiater und Neuropathologen (■ [Abb. 1.1](#)), der im Jahre 1901

Alois Alzheimer beschrieb schon 1901 in seinen Aufzeichnungen den typischen Gesprächsverlauf mit dementen Menschen.

in Frankfurt, in der „Städtischen Anstalt für Irre und Epileptische“ die Patientin Auguste Deter kennenlernte (■ Abb. 1.2). Diese wurde von ihrem Ehemann gebracht, weil sie den Haushalt nicht mehr bewältigen konnte und darüber hinaus auffällige Verhaltensänderungen zeigte.

In einer Gesprächsaufzeichnung Alzheimers mit Auguste Deter sind typische Merkmale einer Demenz erkennbar.

- „Wie heißen Sie?“
- „Auguste.“
- „Familiennamen?“
- „Auguste.“
- „Wie heißt Ihr Mann?“ – Auguste Deter zögert, antwortet schließlich:
- „Ich glaube ... Auguste.“
- „Ihr Mann?“
- „Ach so.“
- „Wie alt sind Sie?“
- „51.“
- „Wo wohnen Sie?“
- „Ach, Sie waren doch schon bei uns.“
- „Sind Sie verheiratet?“
- „Ach, ich bin doch so verwirrt.“
- „Wo sind Sie hier?“
- „Hier und überall, hier und jetzt, Sie dürfen mir nichts übel nehmen.“
- „Wo sind Sie hier?“
- „Da werden wir noch wohnen.“
- „Wo ist Ihr Bett?“
- „Wo soll es sein?“

Alzheimer wunderte sich über diese Symptomatik, da die Patientin erst 51 Jahre alt war. Nach ihrem Tod untersuchte er ihr Gehirn und stellte dabei die für die Alzheimer-Krankheit typischen Ablagerungen, Plaques genannt, fest.

Im Gegensatz zur Altersdemenz tritt die Alzheimer-Krankheit schon vor dem sechzigsten Lebensjahr auf und wird deshalb auch als **präsenile** Form bezeichnet. Die Demenz vom Alzheimer-Typ, also die präsenile und die senile Form, machen zusammen bis zu 70 % der Demenzen aus. Etwa 20 % der Betroffenen leiden an einer **vaskulären** Demenz, also einer Demenz, die durch Durchblutungsstörungen verursacht wird, der Rest verteilt sich auf Mischformen dieser Krankheitsbilder und auf demenzielle Syndrome verschiedener Ursachen.

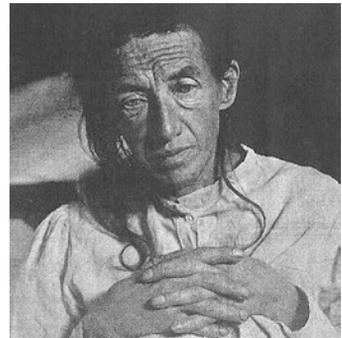
Risikofaktoren für eine vaskuläre Demenz:

- Deutlich erhöhte Blutfette (Cholesterin)
- Rauchen
- Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)
- Bluthochdruck
- Fettleibigkeit (Adipositas)
- Bewegungsmangel



Alzheimer

■ Abb. 1.1 Alois Alzheimer



■ Abb. 1.2 Die 51-jährige Auguste Deter

Die vaskuläre Demenz wird durch viele kleine, zum Teil unbemerkte Schlaganfälle ausgelöst. Dadurch kommt es zu einer verminderten Durchblutung bestimmter Hirnareale.

Zu bedenken ist in diesem Zusammenhang, dass diese Risikofaktoren über einen langen Zeitraum eingewirkt haben. Eine Bedeutung besitzen sie bei der Vorbeugung der Erkrankung, jedoch nicht im fortgeschrittenen Stadium.

Klassifikation der Demenz nach ICD-10

Die Internationale Klassifikation von Krankheiten ICD-10 unterscheidet folgende Demenzdiagnosen:

- Demenz vom Alzheimer-Typ: früher Beginn/mit Delir/mit Wahn/mit depressiver Verstimmung
- Demenz vom Alzheimer-Typ: später Beginn/mit Delir /mit Wahn/mit depressiver Verstimmung (zusammen etwa 70 %)
- Vaskuläre Demenz/mit Delir/mit Wahn/mit depressiver Verstimmung (~20 %)
- Demenz aufgrund einer **HIV-Erkrankung**
- Demenz aufgrund einer **Parkinson-Erkrankung**
- Demenz aufgrund einer **Creutzfeldt-Jacob-Erkrankung** und aufgrund anderer Erkrankungen des Gehirns

Häufig wird die Erkrankung jedoch nicht ausreichend diagnostiziert, der Betroffene bekommt irgendwann die allgemeine Diagnose „Demenz“. Für die Behandlung und den Einsatz von verschiedenen Methoden bei der Betreuung ist es jedoch von Vorteil, wenn die Ursache und das Stadium der Erkrankung genauer untersucht wurden.

- **Die Abgrenzung der Demenz von physiologischen Abbauprozessen im Alter und von anderen Erkrankungen mit ähnlichen Krankheitszeichen ist wichtig für die Behandlung und für den Umgang mit den Betroffenen.**

Schweregrade

Bei den unterschiedlichen Formen der Demenz handelt es sich in vielen Fällen um Krankheiten, die schleichend beginnen und über einen Zeitraum von einigen Jahren voranschreiten. Nur wenige Formen der Demenz, etwa die demenziellen Syndrome bei verschiedenen Stoffwechselstörungen, sind komplett **reversibel**, das heißt, die Krankheits-symptome bilden sich zurück, wenn die Grunderkrankung behandelt wird.

Zunächst sind unspezifische Warnzeichen vorhanden, die aber meistens weder von den Betroffenen selbst, noch von deren Umgebung bewusst wahrgenommen werden.

Beim Auftreten von Warnzeichen ist die Vorstellung in einer Gedächtnissprechstunde hilfreich.

Warnzeichen:

- Vergesslichkeit mit Auswirkung auf die Arbeit: Die meisten Menschen vergessen ab und an Namen oder Termine. Häufen sich diese Vorfälle und treten außerdem unerklärliche Verwirrheitszustände auf, kann das ein Zeichen für eine Verminderung der Gedächtnisleistung sein.
- Schwierigkeiten mit gewohnten Handlungen: Menschen, die viel zu tun haben, sind manchmal zerstreut und vergessen z. B. den Topf auf dem Herd. Menschen mit Demenz vergessen eventuell nicht nur den Topf auf dem Herd, sondern auch, dass sie gekocht haben.
- Sprachprobleme: Die meisten Menschen haben manchmal Schwierigkeiten damit, die richtigen Worte zu finden. Menschen mit Demenz fallen oft einfache Worte nicht mehr ein, stattdessen verwenden sie unpassende Füllworte. Dadurch werden die Sätze schwer verständlich.
- Räumliche und zeitliche Orientierungsprobleme: Bei vielen Menschen kommt es ab und an vor, dass sie z. B. Wochentage vergessen oder sich in einer fremden Umgebung verlaufen. Bei Menschen mit Demenz kann es passieren, dass sie in der eigenen Straße stehen und nicht mehr wissen, wo sie sind, wie sie dorthin gekommen sind und wie sie wieder nach Hause gelangen.
- Eingeschränkte Urteilsfähigkeit: Nicht immer wählen Menschen die dem Wetter entsprechende Kleidung. Bei Menschen mit Demenz ist die gewählte Kleidung manchmal völlig unangebracht. Sie tragen z. B. einen Bademantel beim Einkaufen oder mehrere Blusen an einem heißen Sommertag übereinander.
- Probleme mit dem **abstrakten** Denken: Für viele Menschen ist es eine Herausforderung, ein Konto zu führen. Menschen mit Demenz können oft weder Zahlen einordnen noch einfache Rechnungen durchführen.
- Liegenlassen von Gegenständen: Ab und an lässt fast jeder einmal den Schlüssel oder das Portemonnaie liegen. Bei Menschen mit Demenz kommt es jedoch vor, dass sie Gegenstände an völlig unangebrachte Plätze legen, wie z. B. ein Bügeleisen in den Kühlschrank oder eine Uhr in die Zuckerdose. Im Nachhinein wissen sie nicht mehr, wohin sie die Gegenstände gelegt haben.
- Stimmungs- und Verhaltensänderungen: Stimmungsänderungen kommen bei allen Menschen vor. Menschen mit Demenz können in ihrer Stimmung sehr abrupt schwanken, oft ohne erkennbaren Grund.
- Persönlichkeitsänderungen: Im Alter verändert sich bei vielen Menschen die Persönlichkeit ein wenig. Bei Menschen mit Demenz kann eine sehr ausgeprägte Persönlichkeitsänderung plötzlich oder über einen längeren Zeitraum hinweg auftreten.

Tab. 1.1 Schweregrade der Demenz

Schweregrad	Kognition	Lebensführung	Störungen von Antrieb und Affekt	MMST*-Score (max. 30 Punkte) *Mini-Mental-Status-Test (► Anhang 2)
Leicht „Vergessens-Stadium“	Komplizierte tägliche Aufgaben oder Freizeitbeschäftigungen können nicht (mehr) ausgeführt werden	Die selbstständige Lebensführung ist zwar eingeschränkt, ein unabhängiges Leben ist noch möglich	Fehlende Spontanität, Depression, Antriebsmangel, Reizbarkeit, Stimmungs labilität	unter 23–24
Mittel „Verwirrtheits-Stadium“	Nur einfache Tätigkeiten werden beibehalten; andere nicht mehr vollständig oder unangemessen ausgeführt	Ein unabhängiges Leben ist nicht mehr möglich; Patienten sind auf fremde Hilfe angewiesen, eine selbstständige Lebensführung ist z.T. noch möglich	Unruhe, Wutausbrüche, aggressive Verhaltensweisen	unter 20
Schwer „Hilflosigkeits-Stadium“	Gedankengänge können nicht mehr nachvollziehbar kommuniziert werden	Die selbstständige Lebensführung ist gänzlich aufgehoben	Unruhe, Nesteln, Schreien, Störungen des Tag-Nacht-Rhythmus	unter 10

Jemand, der normalerweise freundlich ist, wird z. B. unerwartet ärgerlich, eifersüchtig oder ängstlich.

- Verlust der Eigeninitiative: Menschen arbeiten nicht fortlaufend mit der gleichen Motivation. Demenzkranke verlieren den Schwung bei ihrer Arbeit und das Interesse an ihren Hobbys manchmal vollständig, ohne Freude an neuen Aufgaben zu finden.

Im weiteren Verlauf treten die demenztypischen Krankheitszeichen mit zunehmendem Schweregrad (► Tab. 1.1) auf.

1.1.2 Symptome

Bei der Beobachtung der Symptome ist die Differenzierung der einzelnen Funktionen des Verstandes wichtig.

Die Funktion des Gehirns besteht in der Aufnahme, Weiterleitung, Verarbeitung und Speicherung von Reizen durch die Nervenzellen. Kommt es zu Veränderungen dieser Prozesse, werden wichtige Aufgaben des Gehirns erschwert oder unmöglich.

Je nach Schweregrad und Ursache der Erkrankung können die verschiedenen Teilbereiche des Verstandes beeinträchtigt sein. Daraus entwickeln sich typische Krankheitszeichen, die durch eine genaue Krankenbeobachtung feststellbar sind.

Teilbereiche des Verstandes:

- Bewusstsein
- Aufmerksamkeit, Wahrnehmungsfähigkeit
- Konzentration
- Denkfähigkeit
- Sprachverständnis und Sprachproduktion
- **Assoziation**
- Reaktionsfähigkeit
- Impulskontrolle
- Verlust der Urteilsfähigkeit
- Realitätsverlust – Leben in einer subjektiven Welt
- Merkfähigkeit: Kurz- und Langzeitgedächtnis
- Orientierungsfähigkeit
- Emotion und **Intuition**

Die genaue Beobachtung und Dokumentation der individuellen Krankheitssymptome, die aus den kognitiven Störungen entstehen, ist sowohl für die Beurteilung des Verlaufs als auch für den Umgang mit den Betroffenen von Bedeutung (► Kap. 3). Außerdem ist die Beobachtung der Symptome hilfreich bei der Formulierung der Betreuungsplanung (► Kap. 5).

Beispiel

Eine 93-jährige demente Patientin entwickelte das Gefühl, das Pflegepersonal habe etwas gegen sie, und sprach deshalb nur das Nötigste. Sie beklagte, man würde in ihrer Gegenwart über sie flüstern. Nachdem der **HNO-Arzt** ihre Ohren ausgespült hatte, bildeten sich die Symptome sofort zurück.

Eine 90-jährige demente Patientin litt an einem ausgeprägten grauen Star mit deutlichem Verlust der Sehkraft. Da sie überall kleine Tierchen sah, wollte sie nicht mehr essen. Nach einer Augenoperation war das Problem behoben.

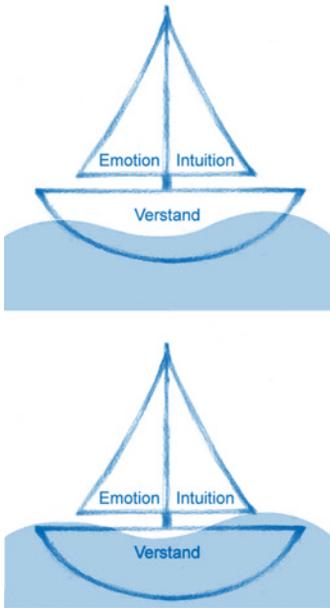
Alle Mitarbeiter, die an der Betreuung des dementen Menschen beteiligt sind, sollten ihre Beobachtungen festhalten und im Teamgespräch regelmäßig austauschen.

Praxistipp

Für den Demenzbegleiter ist es deshalb sinnvoll, jederzeit ein Notizbuch bereit zu halten, in dem er täglich Besonderheiten, Auffälligkeiten und Verhaltensänderungen festhält, da diese sonst schnell in Vergessenheit geraten.

Dabei sollte insbesondere auf Verhaltensauffälligkeiten geachtet werden, die für den dementen Menschen oder seine Umgebung unangenehm oder belastend sind. Auch die Veränderung von Fähigkeiten

Das Nachlassen der Seh- und Hörfähigkeit im Alter verschlechtert die Symptomatik.



▣ Abb. 1.3 Verstand und Emotion

Konfabulieren bedeutet das Erzählen von objektiv falschen Geschichten (lateinisch „fabula“: Geschichte, Märchen), um über Gedächtnisprobleme hinwegzutäuschen.

oder typischen Reaktionen ist von Interesse. Der Demenzbegleiter bringt einen erheblichen Teil des Tagesverlaufs mit dem Betroffenen in einer überschaubaren Umgebung und kann deshalb ungehindert das Verhalten und die Stimmung des Demenzen einschätzen.

Durch die Umkehr des Verhältnisses von Vernunft und Emotion kann der Demente im Verlauf der Erkrankung Entscheidungen nicht mehr **rational** begründen oder treffen, er entscheidet vielmehr „aus dem Bauch heraus“.

Je ausgeprägter der körperliche und geistige Abbau, desto größer wird der Anteil von Emotion und Intuition (▣ Abb. 1.3).

- Die wichtigste Aufgabe bei der Betreuung von demenzen Menschen ist das Aufspüren von Gefühlen und Stimmungen, um mit dem Betroffenen angemessen in Kontakt treten zu können. Grundvoraussetzung hierfür ist ein ausgeprägtes Einfühlungsvermögen und die Fähigkeit, auch das eigene Verhalten zu reflektieren (► Kap. 3).

Folgen der Symptomatik

Durch die oben erwähnten **kognitiven** Defizite kommt es zu Beeinträchtigungen im Bereich des Denkens und im Bereich des Verhaltens. Je nach Krankheitsstadium erkennen die Betroffenen, dass sie bestimmte Fähigkeiten verloren haben, und entwickeln Strategien, um die Krankheitszeichen zu verbergen. Zu Beginn der Erkrankung gelingt es meist sehr gut, die Ausfallerscheinungen durch allgemeine Floskeln zu verschleiern, wie etwa: „Das kann ja jedem mal passieren“, oder: „Du weißt ja, was ich sagen wollte“. Im weiteren Verlauf „erfinden“ sie Antworten auf Fragen oder reimen sich die richtige Antwort aus dem Kontext zusammen.

- Ein belastendes Problem für die Betroffenen ist die Phase der Erkrankung, in der die Defizite voranschreiten und vom Patienten noch als Defizit wahrgenommen werden. In dieser Phase überwiegen Stimmungsschwankungen, die von ängstlich, unsicher und ratlos bis hin zu verzweifelt und depressiv reichen.

Bei der schweren Demenz treten schließlich zusätzlich körperliche Symptom auf, die letztendlich zur vollkommenen Hilflosigkeit und **Pflegebedürftigkeit** führen.

Beeinträchtigung der Denkprozesse:

- Wortfindungsstörungen
- Gedächtnisstörungen, zunächst beim Kurzzeitgedächtnis, später auch beim Langzeitgedächtnis
- **Desorientierung**
- Verlust der **Abstraktionsfähigkeit** und Urteilsfähigkeit mit Verkennen von Situationen oder Personen
- Wahn und Halluzinationen
- Konfabulationen

Beispiel

Frau Maier läuft ziellos auf dem Gang umher, obwohl ihre betreuende Pflegekraft Frau Lehmann sie schon einige Male aufgefordert hat, das Mittagessen im Speisesaal einzunehmen. Sie spricht sie an:

Frau Lehmann: „Frau Maier, wo kommen Sie denn her, möchten Sie nicht zum Essen kommen?“

Frau Maier: „Doch, doch, ich musste nur gerade noch etwas fertig machen.“

Frau Lehmann: „Was haben Sie denn gemacht?“

Frau Maier: „Oh, das war wirklich sehr wichtig, meine Mutter hat Besuch bekommen und ich musste ihr bei den Vorbereitungen helfen. Sie können sich ja vorstellen, was das bedeutet: Betten beziehen, Kuchen backen, Staub wischen, ja, ja man hat halt immer was zu tun. Jetzt bin ich wirklich froh, dass wir noch alles rechtzeitig fertig gemacht haben, meine Schwester ist da ja keine große Hilfe. Naja, sie war schon immer ein bisschen speziell, verbringt halt mehr Zeit vor dem Spiegel als bei der Arbeit. Aber meine Mutter weiß, dass sie sich auf mich verlassen kann.“

Die Störungen des Denkens äußern sich zu Beginn der Erkrankung häufig in Form von Missverständnissen, die zu Konflikten im sozialen Umfeld des Betroffenen führen.

Bei der **Orientierung** unterscheidet man vier verschiedene Bereiche, die beim Auftreten von Orientierungsstörungen separat betrachtet werden.

Orientierungsfähigkeit:

- Zeitliche Orientierung
- Örtliche Orientierung
- Orientierung zur Situation
- Orientierung zur Person

Bei einer ausgeprägten Desorientiertheit können alle vier Bereiche betroffen sein.

Beispiel

Ein Beispiel für eine komplette Orientierungsstörung sind Betroffene, die sich selbst im Spiegel nicht mehr erkennen und sich deshalb ange-regt mit ihrem Spiegelbild unterhalten.

Die wichtigsten therapeutischen Maßnahmen für den Umgang mit Beeinträchtigungen des Denkens werden im Kapitel „Umgang mit dementen Menschen“ (► [Kap. 3](#)) beschrieben.

Beeinträchtigungen des Verhaltens:

- **Agitiertheit**, Unruhe
- Schlafstörungen
- Ggf. Umkehr des Tag-Nacht-Rhythmus
- Verbal oder physisch aggressives Verhalten
- Wandern, Weg- bzw. Hinlauftendenzen
- Orientierungsstörungen
- Erregungszustände, delirantes Verhalten

- Realitätsverkenntung
- „Fassaderes“ Verhalten, das bedeutet, der Betroffene versucht, eine Fassade aufrecht zu erhalten
- Depressive Verstimmungen

Die Kapitel „Umgang mit dementen Menschen“ (► Kap. 3) sowie „Betreuung“ (► Kap. 6) beschäftigen sich mit den möglichen Maßnahmen bei Verhaltensstörungen unter Berücksichtigung eines angemessenen Umgangs.

Körperliche Symptome:

- Antriebslosigkeit
- Gangstörungen mit Sturzneigung
- Weitere **motorische** Störungen
- Schluckstörungen mit Mangelernährung
- Harn- und Stuhlinkontinenz

Im Endstadium liegt der Betroffenen oftmals in Embryonalstellung im Bett, kann nicht mehr kommunizieren und ist in allen Bereichen auf Hilfe angewiesen.

Die möglichen pflegerischen Maßnahmen werden im Kapitel „Pflege und Dokumentation“ (► Kap. 5) beschrieben.

Eine Beurteilung der Verhaltensauffälligkeiten ermöglicht die Cohen-Mansfield-Skala. Diese wird von Fachexperten bearbeitet und zum besseren Verständnis im Anhang vorgestellt (► Anhang 1). Eine Beurteilung des Wohlbefindens ist außerdem durch das Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität demenzkranker Menschen H.I.L.DE. möglich.

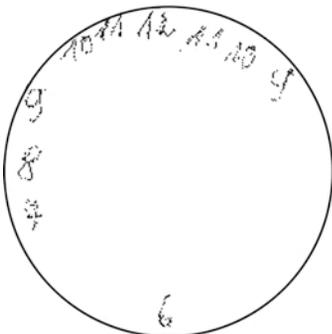
1.1.3 Diagnose und Differenzialdiagnose

Nur durch eine genauere Diagnostik durch bildgebende Verfahren und verschiedene Testverfahren kann die Demenz von anderen Krankheitsbildern differenziert werden. Zunächst wird das klinische Bild zur Diagnosestellung erhoben, wobei vor allem die kognitiven Beeinträchtigungen untersucht werden.

Bildgebende Verfahren, insbesondere die **Computertomographie** und die **Kernspintomographie**, ermöglichen die genauere Untersuchung der Ursache. Bei der Alzheimer-Krankheit kann eine genaue Diagnose oftmals erst in fortgeschrittenem Stadium oder nach dem Tod gestellt werden, indem das Gehirn untersucht wird. Die Diagnose ist deshalb eine Ausschlussdiagnose und dient auch der Verlaufskontrolle.

Die wichtigsten Testverfahren, die auch eine Aussage über das Vorschreiten der Erkrankung zulassen, sind der Mini Mental State Test MMST (► Anhang 2) und der Uhrentest (■ Abb. 1.4). Beide können jederzeit und mit geringem Zeitaufwand durchgeführt werden. Beim Uhrentest nach Shulman wird der Betroffene aufgefordert, eine Uhr zu zeichnen und eine bestimmte Uhrzeit einzutragen. Für das Ergebnis

M. Alzheimer Uhrentest
Patientin mit MMST von 16



■ Abb. 1.4 Uhrentest

werden Punkte nach festgelegten Kriterien vergeben. Zur Durchführung der Tests ist eine **gerontopsychiatrische** Fachkompetenz notwendig, zum besseren Verständnis werden dennoch beide Tests dargestellt.

Eine Erkrankung, die ähnliche Symptome aufweist und deshalb bei der Diagnosestellung ausgeschlossen werden muss, ist die Depression.

Bei depressiven Erkrankungen können demenzielle Symptome auftreten und umgekehrt. Die genaue Unterscheidung ist jedoch vor allem für die medikamentöse Behandlung wichtig.

Bei der Depression kann eine sogenannte „Pseudodemenz“ auftreten, die ähnliche Symptome hervorruft, sich jedoch nach dem Abklingen der depressiven Episode komplett zurückbildet.

1.1.4 Prognose

Wie bereits beschrieben, ist das demenzielle Syndrom aufgrund einer organischen Ursache vollkommen reversibel. Alle anderen Formen der Erkrankung sind jedoch nicht heilbar und führen über Monate bis Jahre zur vollkommenen Hilflosigkeit mit Pflegebedürftigkeit und letztendlich zum Versterben des Betroffenen.

Einige sehr seltene, erblich bedingte Formen der Erkrankung haben einen rasch voranschreitenden Verlauf.

1.1.5 Behandlung

Zum Einsatz kommen Medikamente, psychologische und psychosoziale Verfahren sowie Interventionen, die verhaltenstherapeutisch orientiert sind.

Medikamentöse Behandlung

Eine medikamentöse Behandlung der Demenz dient dazu, den Krankheitsverlauf zu verlangsamen, und kann bei einer leichten bis mittelschweren Demenz eingesetzt werden. Je nach Präparat verzögert sich das Fortschreiten der Erkrankung um 3 bis 6 Monate und es kommt zu einer Stabilisierung der Gehirnfunktionen.

➤ **Nebenwirkungen sind Übelkeit und Erbrechen, Blutdruckabfall und Schwindel sowie, vor allem zu Beginn der Behandlung, Unruhe und Schlafstörungen. Eine Wirkung kann erst nach mindestens 2-wöchiger Einnahme beurteilt werden.**

Die symptomatische Behandlung bei Unruhe, Erregungszuständen, Ängsten und wahnhaften Krankheitszeichen besteht in der Verabreichung von Medikamenten, die eine **sedierende** Wirkung besitzen.

Am häufigsten werden die sogenannten Neuroleptika eingesetzt, die jedoch bei älteren Menschen sehr vorsichtig dosiert werden müssen, da es zu gravierenden Nebenwirkungen kommen kann. Mit nachlassender Stoffwechselfunktion im Alter kann es zu einem Anstieg des Wirkstoffs im Blut kommen, einer sogenannten Kumulation.

Man geht davon aus, dass ältere Patienten aufgrund der nachlassenden Leber- oder Nierenfunktion nur etwa die Hälfte der Dosis benötigen.

Mögliche Nebenwirkungen der Neuroleptika:

- Müdigkeit
- Blutdruckabfall
- Herzrasen
- Mundtrockenheit oder Speichelfluss
- Erhöhte Sturzgefährdung
- Vermindertes Schmerzempfinden
- Schluckstörungen
- Veränderungen des Appetits
- Depressive Verstimmung
- Parkinson-ähnliche Symptome
- Zungenkrämpfe
- Blickkrämpfe
- Sitzunruhe

Als schwerwiegende Spätfolge schließlich können bei den klassischen Neuroleptika sogenannte Spätdyskinesien auftreten. Dies sind unwillkürliche Bewegungen des Körpers und der mimischen Gesichtsmuskulatur. Im ungünstigsten Fall bleiben sie lebenslang bestehen oder müssen zumindest jahrelang medikamentös behandelt werden.

Praxistipp

Im täglichen Kontakt mit dem Betroffenen ist es wichtig, auf entsprechende Hinweise zu achten und diese Beobachtungen im Team auszutauschen.

Weitere schwerwiegende Nebenwirkungen sind das **Delir** oder das **maligne** neuroleptische Syndrom, eine Unverträglichkeitsreaktion auf das Medikament, die einen lebensbedrohlichen Zustand darstellt.

Die Behandlung von Unruhezuständen oder Schlafstörungen bei Demenz mit Benzodiazepinen, also Valium-ähnlichen Beruhigungsmitteln, kann zu paradoxen Reaktionen führen. Die Betroffenen werden dann umtriebig oder euphorisch. Ein weiterer Grund, weshalb Benzodiazepine zurückhaltend verordnet werden, ist die Gefahr von Störungen der Atmung und das hohe Suchtpotenzial dieser Substanzen.

Nicht-medikamentöse Behandlung

Im Lauf der letzten Jahrzehnte wurden etliche Forschungsergebnisse erarbeitet und darauf basierend, mehrere therapeutische Interventionen entwickelt, die an dieser Stelle lediglich aufgezählt werden. Eine genauere Beschreibung erfolgt in Kapitel „Umgang mit dementen Menschen“ (► Kap. 3) sowie in Kapitel „Betreuung“ (► Kap. 6).

Mögliche Behandlungsstrategien:

- Bewertung der Verhaltensstörung (Assessment)
- Aktivierung und Beschäftigung

- Biografiearbeit, Erinnerungsalbum
- Tagesstrukturierung
- Milieutherapeutische Interventionen
- Personenzentrierte Interventionen z. B.:
- Realitätsorientierungstraining bzw. Realitätsorientierungshilfe
- Gedächtnistraining
- Alltagstraining
- Einsatz von Tieren
- Musiktherapie
- Aromatherapie
- Validation
- **Snoezelen**
- Dementia Care Mapping DCM

Die Möglichkeiten der einzelnen Maßnahmen beschreibt das Kapitel „Betreuung“ (► [Kap. 6](#)).

Vorbeugung

Wissenschaftlich gesichert ist momentan nur die Vorbeugung gegen die vaskuläre Demenz, die in der Vermeidung von Risikofaktoren besteht.

Bei der Demenz vom Alzheimer-Typ werden kontinuierlich neue Strategien der Vorbeugung in den Medien aufgegriffen, deren Wirksamkeit für den Einzelnen nicht überprüfbar ist und die deswegen an dieser Stelle nicht detailliert aufgezählt werden.

Praxistipp

Eine allgemein gesunde Lebensführung mit ausgewogener Ernährung, regelmäßiger Bewegung und geistiger Aktivität ist mit Sicherheit in der **Prävention** sinnvoll.

Komplikationen

Die bedeutendste Komplikation der verschiedenen Demenzformen ist das Delirium.

Delirium

Der Begriff Delirium (Delir) stammt vom griechischen „leros“: Irrsinn, Unsinn und vom lateinischen „delirare“: wahnsinnig sein. Prinzipiell handelt es sich um eine Bewusstseinsstörung.

Beim Delir handelte sich um eine akut oder schleichend auftretende Störung des Bewusstseins mit verminderter Konzentration, Störungen von Gedächtnis und Orientierung sowie Wahrnehmungsstörungen im Sinne von Halluzinationen, die eine große Unruhe und Angst auslösen.