

Die Demenzerkrankung - psychologische und medizinische Aspekte

Von Wilhelm Stuhlmann

Die Therapie, Pflege und Begleitung von Personen mit Demenz stellt unsere Gesellschaft in den kommenden Jahren vor große Herausforderungen, auf die wir uns einstellen müssen. Schon heute können nur noch etwa 30% der Menschen mit Demenz in ihrer Vertrauten Umgebung bis zum Lebensende gepflegt und begleitet werden. Zur gelingenden Begleitung eines Demenzkranken gehört die Erkenntnis, dass eine Begleitung bis zur letzten Phase der Demenzerkrankung bereits mit der Sicherung der Diagnose beginnt. Der weitere Verlauf braucht eine Konstanz der Beziehungen, besondere Fähigkeiten und Wissen über den Krankheitsverlauf der Demenz und die begleitenden körperlichen Krankheiten und Komplikationen. Eine weitere Voraussetzung ist die Annahme der eigenen Vergänglichkeit und die Wahrnehmung des Kranken als ein Spiegelbild der eigenen Existenz in Situationen von Hilflosigkeit und Abhängigkeit.

Die Voraussagen zur Bevölkerungsentwicklung gehen davon aus, dass in einigen Jahren jeder dritte Einwohner in Deutschland über 60 Jahre alt sein wird. Die wesentlichen Gründe dafür sind die Verdoppelung der durchschnittlichen Lebenserwartung in diesem Jahrhundert und die verbesserte medizinische Versorgung im Alter.

Die meisten älteren Menschen erwartet ein Lebensabend in relativ guter Gesundheit mit den Chancen aktiv und selbstbestimmt zu leben. Allerdings steigt mit dem Alter auch das Risiko für eine Reihe körperlicher und psychischer Erkrankungen, die eine selbständige Lebensführung einschränken oder unmöglich machen können.

Mindestens 30 Prozent aller Menschen im Alter von über 65 Jahren leiden an behandlungsbedürftigen psychischen Störungen. Neben der Depression sind die verschiedenen Formen einer Hirnleistungsstörung die häufigste psychiatrische Alterserkrankung, die ab einem bestimmten Schweregrad auch als Demenz bezeichnet wird.

Nicht jede Hirnleistungsstörung weist von vornherein auf eine Demenz hin. Diese liegt erst dann vor, wenn die im Folgenden genannten Merkmale der Demenzdefinition zutreffen.

In den letzten Jahren wurden die verschiedensten, z.T. unsinnigen Bezeichnungen für Hirnleistungsstörungen (HOPS, Cerebralsklerose, Cerebrale Insuffizienz u.a.) durch den umfassenderen Begriff der Demenz ersetzt.

DEMENZ ist definiert als eine erworbene umfassende Beeinträchtigung von Intelligenzleistungen, die besonders das Gedächtnis, das logische und kritische Denken, das vorausschauende und planende Handeln, die Steuerung von Handlungsabläufen, die Steuerung der Emotionen und die Sprache betreffen. Diese Störungen müssen so stark ausgeprägt sein, dass sie die Bewältigung des alltäglichen Lebens, d.h. eine selbständige Lebensführung deutlich einschränken. Diese Symptome sollten mindestens seit 6 Monaten vorhanden sein.

Damit sind kurzfristige Hirnleistungsstörungen, wie z.B. im Rahmen eines akuten Verwirrheitszustandes, noch keine Demenz. Obwohl die meisten Formen der Demenz fortschreitende Erkrankungen darstellen, sind mit dem Begriff Demenz auch sekundäre Demenzformen gemeint, die möglicherweise behandelbar und rückbildungsfähig sind. Das Gesamtbild der Demenz führt früher oder später auch zu einer einschneidenden Veränderung der Persönlichkeit und einer Beeinträchtigung im gesamten Sozialverhalten.

Neben der zunehmenden und später vollständigen Abhängigkeit von fremder Hilfe sind es die Persönlichkeitsveränderungen, die besonders die Familie und andere Bezugspersonen verunsichern und belasten.

Es kann damit gerechnet werden, dass in der Bundesrepublik Deutschland zurzeit mehr als 1 Million Menschen im Alter von über 65 Jahren an einer Hirnleistungsstörung vom Schweregrad einer Demenz leiden.

Die jährliche Neuerkrankungsrate liegt bei 200 000 Personen.

Von den über 65jährigen sind insgesamt ca. 6% - 10% von einer mittelschweren und schweren Demenz betroffen. Die Häufigkeit steigt mit dem 80. Lebensjahr auf 20% und bei den über 90-jährigen auf 30% an.

Diagnose

Da die Demenz immer Folge eines krankhaften Prozesses und nicht die Folge des „normalen“ Alterungsprozesses ist, sollten die Angehörigen auf einer diagnostischen Abklärung bestehen. Eine ärztliche Diagnose ist eine wesentliche Hilfe für das Verstehen und Akzeptieren der Veränderungen, die sie beim Kranken bemerken. Diagnose bedeutet Verpflichtung und Handlungsanleitung. Die Diagnose erleichtert es auch den Angehörigen Hilfe anzunehmen und ist für die Beantragung der finanziellen Unterstützung bei Schwerpflegebedürftigkeit und eventueller Einleitung rechtlicher Hilfen unentbehrlich.

Das derzeit noch längst nicht erreichte Ziel ist die Früherkennung und Frühbehandlung der Demenz. Es wird angenommen, dass der Zeitpunkt des Eintritts der schweren Pflegebedürftigkeit durch rechtzeitige Diagnose und Behandlung bis zu 2 Jahre hinausgezögert werden kann. Das sind gewonnene Jahre an Lebensqualität, Entlastung der Angehörigen bzw. Erleichterung der Betreuung in den Einrichtungen der Altenpflege und ist nicht zuletzt auch unter dem Aspekt der finanziellen Einsparungen von Bedeutung. Zu einer umfassenden Diagnose gehören neben einer körperlichen, neurologischen und psychischen Untersuchung auch verschiedene Laboruntersuchungen und zumindest einmal zu Beginn der Erkrankung eine Computertomographie (CT) des Gehirns. Weiter diagnostische Möglichkeiten werden dann je nach Fragestellung entschieden.

Es müssen zunächst Erkrankungen oder Einflüsse ausgeschlossen werden, die zu einer behandelbaren Hirnleistungsstörung (sekundäre Demenz) führen. In diesen Fällen (bis zu 10% aller Demenzerkrankungen) können sich die Auffälligkeiten durch eine rechtzeitige und konsequente Therapie der Grunderkrankung vollständig oder weitgehend zurückbilden.

Ebenso müssen psychische Erkrankungen, die Hirnleistungsstörungen verursachen oder vortäuschen können, wie zum Beispiel Depressionen, erkannt und entsprechend behandelt werden. Hier ist es sinnvoll, einen Nervenarzt hinzuzuziehen.

Das Krankheitsbild der Demenz - Ursachen und Formen

Eine Demenz, wie sie oben definiert wurde, ist immer Folge krankhafter Veränderungen des Gehirnes selbst oder die Folge von schädlichen Einwirkungen anderer Art auf das Gehirn.

Das Gehirn besteht aus ca. 100 Milliarden Nervenzellen. Allein die Verbindungen der Nervenzellen untereinander ergäben, würde man sie alle aneinander reihen, eine Faser, die etwa 4-mal um den Erdball reichen würde. Jede dieser Nervenzellen kann mit bis zu 36000 anderen Nervenzellen in Kontakt über Schaltstellen (Synapsen) stehen. Damit entsteht ein Netzwerk von Neuronen mit großer Leistungsfähigkeit. Diese hängt direkt mit der Dichte (Zahl der Synapsen) des Netzwerkes zusammen.

Wenn das Gehirn ausgewachsen ist, werden keine neuen Nervenzellen mehr gebildet, Schäden können allenfalls "repariert" werden. Im gesunden Gehirn können die Schaltstellen zwischen der Nervenzellen durch entsprechende Anregung lebenslang ausgebaut und stabilisiert werden.

Das Gehirn wird mit zunehmendem Alter anfälliger. Einige Krankheitsprozesse verursachen eine Störung der Stoffwechselfähigkeit der Nervenzelle, andere betreffen die Versorgung des Gehirnes mit Sauerstoff und Nährstoffen über das Blut oder den Schutz der Nervenzellen vor schädigenden Substanzen.

Schließlich können auch schädigende Einflüsse direkt auf das Gehirn einwirken wie eine Erhöhung des Hirndrucks durch Tumoren, Blutungen, häufige Hirnerschütterungen, einige Medikamente oder Umweltgifte.

Demenzkrankungen entstehen meist durch längerdauernde Einflüsse. Wenn die Schädigung nur von kurzer Dauer ist, kann auch eher mit einer raschen, z. T. vollständigen Rückbildung der Veränderungen gerechnet werden. Die häufigste Form einer rückbildungsfähigen Demenz kommt bei Schilddrüsenunterfunktion vor. Wenn die Schilddrüsenstörung ausreichend behandelt wird, gehen auch die geistigen Störungen, wie z. B. die Verlangsamung des Denkens, und die anderen Symptome, die durch den Hormonmangel verursacht waren, zurück. Daher ist es bei der Diagnose einer Demenz wichtig, dass zunächst körperliche Grunderkrankungen, Stoffwechselstörungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder ein möglicher Einfluss von Medikamenten ausgeschlossen oder behandelt werden.

Demenz von Alzheimer Typ

Die Alzheimer Krankheit steht unter den Ursachen der Demenz mit rund 60 % an erster Stelle; häufig bestehen zusätzlich zerebrovaskuläre Veränderungen (der Blutgefäße zur Hirnversorgung). Auch eine Überschneidung zur Lewy-Körperchen-Demenz (Demenz mit Parkinson) wird zunehmend deutlich. Hier kann eine Therapie mit bestimmten Psychopharmaka sehr gefährlich werden.

Die Fronto-Temporale Demenz stellt die Angehörigen wegen schwerwiegenden Verhaltenprobleme vor große Herausforderungen.

Über einen langen Zeitraum (ca. 10 Jahre) kann die Erkrankung ohne klinische Symptome verlaufen. In dieser Zeit findet bereits der zunehmende Untergang von Synapsen (Nervenverbindungen) und Nervenzellen statt. Seit wenigen Jahren wird die Frage untersucht, ob sich in dieser Zeit bereits Veränderungen in der Persönlichkeit abzeichnen, die auf eine spätere Demenz hinweisen. Bestimmte Untersuchungen im Hirnwasser und Stoffwechseluntersuchungen des Gehirns im PET sind in dieser Phase bereits möglich.

Über die Ursachen der Alzheimer'schen Erkrankung gibt es verschiedene Vorstellungen, wobei wahrscheinlich mehrere Ursachen und Risikofaktoren zusammenwirken. Es gibt eine überwiegend vererbte Form der Erkrankung mit einer familiären Häufung. Diese Form der Erkrankung tritt in ca. 2% aller Krankheitsfälle auf, beginnt häufig früh, d.h. zwischen dem 40. und 60. Lebensjahr und verläuft wahrscheinlich insgesamt schneller und dramatischer. Bei den übrigen Erkrankungsformen sind bei einem Drittel ebenfalls Erbfaktoren beteiligt, die jedoch an Einfluss verlieren, je später die Erkrankung auftritt.

Bei der Alzheimer'schen Erkrankung kann ein Verlust an Hirnsubstanz in bestimmten Arealen bis zu 50 % auftreten. Die typischen Veränderungen treten zunächst an den Verbindungsstellen zwischen den Nervenzellen auf (Synapsen), erfassen dann aber auch die Nervenzellen in bestimmten Gehirnregionen selbst und schließlich treten auch Veränderungen an den Blutgefäßen auf.

Alois Alzheimer, der bereits vor gerade 100 Jahren erstmals die Erkrankung bei einer jüngeren Frau feststellte, fand Ablagerungen bestimmter Eiweißstoffe (Beta-Amyloid) außerhalb der Nervenzellen. Die Ablagerungen (Plaques) führen zur Unterbrechung der

Verbindungen und schließlich zum Zelltod. Diese Eiweißstoffe, die auch bei gesunden älteren Menschen in kleineren Mengen vorkommen, können nicht mehr abgebaut und abtransportiert werden.

Nach derzeitiger Erkenntnis, gelten die Amyloidablagerungen bzw. eine stark vermehrte Bildung des Beta-Amyloids als die wesentliche Ursache der Alzheimer'schen Erkrankung. Große Hoffnungen setzt man zurzeit auf die Erforschung eines Enzyms (Sekretase), das für die Entstehung des Beta-Amyloids hauptsächlich verantwortlich ist.

Eine andere Eiweißverbindung, das Tau-Protein, ist Bestandteil des Nervenzellgerüsts und des Transportsystems der Nervenzelle. Bei Schädigung des Tau-Proteins im Rahmen der Alzheimer'schen Erkrankung kommt es zum Untergang der betroffenen Nervenzellen. Alle Erkrankungen, die unter dem Begriff "Demenz vom Alzheimer-Typ" zusammengefasst werden, weisen ähnliche Veränderungen auf. Treten sie im frühen Lebensalter (präsenil) auf, entspricht die Erkrankung dem ursprünglich beschriebenen Morbus Alzheimer und betrifft das Alter zwischen 40 und 65 Jahren (Demenz von Alzheimer Typ mit frühem Beginn).

Die gleichen Veränderungen im Gehirn, nur bei sehr viel mehr Personen, finden sich bei der Demenz vom Alzheimer-Typ im höheren Lebensalter.

Da der durchschnittliche Krankheitsverlauf nach Stellung der Diagnose noch ca. 8 - 10 Jahre beträgt, erleben Personen, die sehr spät erkranken, das Vollbild der Alzheimer'schen Erkrankung aufgrund der natürlichen Lebenserwartung nicht mehr.

Je jünger jedoch ein Mensch beim Auftreten der Alzheimer'schen Erkrankung ist, umso mehr wird seine Lebenserwartung verkürzt. In Einzelfällen sind aber auch langsam fortschreitende und länger dauernde Krankheitsverläufe bekannt geworden.

Seltenere Erkrankungen (s.u.), die ebenfalls zu einer Zerstörung von Nervenzellen in bestimmten Hirnregionen führen, sind u.a. die fronto-temporale Demenz (darunter auch die Pick'sche Erkrankung), die häufig unterschätzte Demenz mit Levy Körperchen oder andere Demenzen. Außerdem gibt es Demenzformen, die sich zusammen mit anderen neurologischen Erkrankungen entwickeln, wie z. B. die Demenz im Verlauf der Parkinson'schen Erkrankung (Häufigkeit: ca. 20- 40 %) oder der MS.

Vaskuläre Demenzen

Die nächst häufige Demenzform wird durch Veränderungen der Hirndurchblutung verursacht und die, wenn überwiegend Gefäße der Hirnrinde betroffen ist, als Multi-Infarkt-Demenz (MID) bezeichnet wird. Auch die kleineren Gefäße unterhalb der Hirnrinde können betroffen sein und verursachen eine subkortikale vaskuläre Demenz.

Bei der Vaskulären Demenzen finden sich häufig Risikofaktoren in der Krankheitsvorgeschichte, die zu einer Störung der Gehirndurchblutung führen und frühzeitig behandelt werden können.

Als Risikofaktor Nr.1 ist der hohe Bluthochdruck zu nennen. Infolge des zu hohen Blutdruckes wird die Entwicklung einer Arteriosklerose begünstigt, die verstärkt werden kann durch Zuckerkrankheit, Fettstoffwechselstörungen, einen zu hohen Harnsäurespiegel im Blut, Übergewicht und Rauchen. Wenn unter dem Einfluss dieser Risikofaktoren die Hirndurchblutung zunehmend in den kleinen Blutgefäßen gestört wird, kommt es schließlich auch zu Krankheitserscheinungen, die kleinen Schlaganfällen entsprechen, aber nicht gleich zu Lähmungen führen, sondern sich zunächst auf die geistige Leistungsfähigkeit oder die Steuerung des Gefühlslebens negativ auswirken. Diese Risikofaktoren haben sich inzwischen auch als schädlich für die Demenz vom Alzheimer-Typ herausgestellt, da je Schwächung des neuronalen Netzwerkes, die Zerstörung der Nervenzellen und Nervenzellverbindungen begünstigt.

Bevor stärkere Hirnleistungsstörungen auftreten, finden sich bei den vaskulären Demenzen häufiger nächtliche Unruhezustände, kürzere Verwirrtheitsperioden, eine

gefühlsmäßige Unausgeglichenheit mit vermehrter Reizbarkeit oder Neigung zum Weinen. Die Hirninfarkte, sind häufig so klein, dass sie zumindest im Beginn der Erkrankung noch nicht einmal mit dem Computertomogramm sichtbar gemacht werden können. Im Laufe der Zeit kommt es aber auch zu deutlich sichtbaren Veränderungen im Computertomogramm. Eine Reihe von selteneren, auch entzündlichen Erkrankungen des Gehirnes, können eine vaskuläre Demenz zur Folge haben.

Demenz als Begleiterkrankung einer Depression

Kognitive Störungen bei depressiver Krankheit treten im Alter bei rund einem Drittel der Betroffenen auf. Sie betreffen die Gedächtnisleistung, die Konzentrationsfähigkeit und die Geschwindigkeit der Denkvorgänge. Zwar ist der Ausprägungsgrad der kognitiven Beeinträchtigungen meist gering; mitunter fällt aber die Abgrenzung gegenüber frühen Stadien der Alzheimer Krankheit schwer.

Ein wichtiges Abgrenzungsmerkmal zwischen Depression mit kognitiven Störungen und leichtgradiger Demenz mit begleitender Depression ist, dass Störungen der Sprache, der Handlungsabläufe (Fähigkeit zu handeln) oder der Visuokonstruktion (Fähigkeit, komplizierte Formen und Muster zu erkennen und reproduzieren zu können) bei depressiv Kranken in der Regel nicht auftreten. Die Orientierungsfähigkeit im täglichen Leben ist erhalten.

Auch klingen die kognitiven Störungen bei Depression mit erfolgreicher medikamentöser Behandlung der depressiven Symptome wieder rasch ab.

Daher sollte jede depressive Störung, gleich welcher Ursache, regelrecht behandelt werden.

Lewy-Körperchen-Demenz

Die Lewy-Körperchen-Demenz ist in den letzten Jahren ausführlich klinisch und neuropathologisch beschrieben worden und scheint häufiger zu bestehen, als früher angenommen. Es wird angenommen, dass bis zu 20 %, oder sogar mehr, der Demenzerkrankungen Lewy-Körperchen-Demenzen sind.

Die klinischen Merkmale bestehen zu Beginn vor allem in rasch wechselnder kognitiver Beeinträchtigung, unterbrochen durch symptomfreie Intervalle. Darüber hinaus kommt es zu optischen, seltener akustischen Halluzinationen, die häufig von paranoidem Erleben begleitet werden. Auch depressive Verstimmungszustände, mitunter von erheblicher Ausprägung, können bestehen. Zusätzlich liegen Störungen der Motorik, die nicht mit dem Willen beeinflussbar sind, bei der Parkinson-Krankheit vor (u.a. Bewegungssteifigkeit, erhöhte Muskelspannung, Zittern); Ferner kommt es zu häufig kaum erklärbaren Sturzereignissen. Viele Kranke berichten über optische Halluzinationen (Personen, vor allem Kinder u.a.), die im Zimmer oder draußen gesehen werden. Bei den meisten Patienten mit Lewy-Körperchen-Demenz besteht eine enorme Empfindlichkeit gegenüber allen Neuroleptika (NL), besonders den klassischen hochpotenten NL (z.B. Haloperidol), so dass kleine Mengen schon verheerende Folgen haben können, wie z.B. massive Bewegungsstörungen mit Gangstörungen und Stürzen, krummes Gehen, Schluckstörungen, Verstärkung oder Auslösung einer Inkontinenz u.a.. Das Risiko der Sterblichkeit ist möglicherweise erhöht.

Parkinson Demenz

Die Demenz bei Parkinson-Krankheit tritt in der Regel erst nach vielen Jahren der Parkinson-Symptome auf. Zu dem klinischen Bild gehört eine erhebliche Verlangsamung der kognitiven Prozesse (Denk- und Urteilsvermögen,

Entscheidungskraft, Informationsverarbeitung, Sprachflüssigkeit) als Spiegelbild der motorischen Verlangsamung. Antriebsminderung, depressive Verstimmungen und Halluzinationen sind sehr häufig. Auch diese Kranken reagieren wie die Kranken mit einer Demenz bei Lewy-Körperchen extrem überempfindlich auf herkömmliche Neuroleptika. Aber auch bei den atypischen Neuroleptika ist Vorsicht geboten.

Fronto-Temporale Demenz

Frontallappendegenerationen (Stirnhirn) sind vor dem 65. Lebensjahr in etwa so häufig wie die Alzheimer-Krankheit, der Verlauf wird durch einen progredienten (fortschreitenden) Nervenzellverlust im Stirnhirn (frontaler Kortex) und den Schläfenlappen (temporaler Kortex) des Gehirns verursacht. Das durchschnittliche Erkrankungsalter liegt bei rund 58 Jahren, wobei es eine große Streubreite gibt (20 bis 85 Jahre). Die Erkrankung beginnt mit einer Veränderung von Verhalten und Persönlichkeit. Die Erkrankten erscheinen im Vergleich zu ihrem früheren Verhalten meist sorgloser und oberflächlicher. Ein Teil der Erkrankten zeigt enthemmtes, häufig sozial inadäquates, manchmal taktloses oder aggressives Verhalten. Nicht selten führt diese Enthemmung dazu, dass die Patientinnen und Patienten (Bagatell-)Delikte begehen oder unbedachte finanzielle Transaktionen durchführen. Bei einem anderen Teil der Erkrankten fällt von Beginn an eine zunehmende Antriebslosigkeit und Apathie auf. Sie ziehen sich aus Familie und Freundeskreis zurück, verlieren das Interesse an ihren Hobbies. Viele Erkrankte entwickeln einen ausgesprochenen Heißhunger, vor allem auf Süßes; andere nehmen nur noch bestimmte Speisen zu sich oder werden Kettenraucher.

Typischerweise ist die Krankheitseinsicht deutlich beeinträchtigt, die Erkrankten nehmen ihre Veränderung selbst nicht wahr. In der Pflege auftretende herausfordernde Verhaltensweisen sind deutlich ausgeprägt und wegen der fehlenden Krankheitseinsicht kommunikativ oder mit sozialen Maßnahmen schwer zu beeinflussen. Eher selten lässt sich bei den Personen eine depressive Symptomatik feststellen, gelegentlich auch nur vorübergehend. Mit oder nach dem Auftreten von Verhaltensauffälligkeiten kommt es zu einer Beeinträchtigung der sprachlichen Fähigkeiten mit Reduktion des Wortschatzes, Wortfindungs- und schließlich auch Sprachverständnisstörungen. Beeinträchtigungen von Gedächtnis und Orientierung sind vor allem zu Beginn der Erkrankung kaum vorhanden, nehmen im Verlauf aber zu. Für die Bezugspersonen dieser Kranken ist die Pflege im Vergleich zur Pflege zu Alzheimerkranken stärker belastend, da die Persönlichkeitsstörungen und Beeinträchtigungen des Sozialverhaltens mit affektiver Verflachung, Verlust des Taktgefühls und zunehmender Gleichgültigkeit gegenüber dem Wert zwischenmenschlicher Beziehungen besonders schwer zu bewältigen sind.

Verlauf der Demenzerkrankung

Für das Verständnis des Erlebens und Verhaltens von Personen mit Demenz ist zunächst auch das Wissen darüber erforderlich, wie der Krankheitsverlauf aussehen kann - vom Beginn der Demenzerkrankung bis zum Tod.

Eine Orientierung gibt die folgende Übersicht des Demenzverlaufes nach Schweregraden, die in einer gewissen Gesetzmäßigkeit, geprägt von der Individualität der jeweiligen Person, zu erwarten ist.

Leichtes Erkrankungsstadium

- zunehmende Gedächtnisstörungen sind das Leitsymptom der Demenz

- Veränderungen der Sprachverarbeitung, der örtlichen und zeitlichen Orientierung u.a. kommen hinzu
- Zu Beginn der Erkrankung besteht besonders hoher Leidensdruck - der Kranke erlebt seinen geistigen Verfall, oft von einer Depression begleitet
- Um sich vor dem Erleben von Versagen und Beschämung zu schützen, wird das Selbstwertgefühl des Kranken und seiner Umgebung häufig durch Verdrängung oder Verleugnung der Krankheitszeichen stabilisiert
- Die Aktivitäten im täglichen Leben werden reduziert durch Vitalitätsverlust und Rückzugs- bzw. Vermeidungstendenzen
- Verliert das Interesse an lieb gewordenen Hobbies (Handarbeiten, Geselligkeiten u.a.)
- Wortfindungsstörungen und Verarmung der Sprache verstärken sich

Mittleres Erkrankungsstadium

- zunehmende Antriebsstörungen mit Apathie oder Antriebssteigerung begleitet von Unruhe
- kann zunächst fernere Bekannte, dann aber auch nahe Angehörige oft nicht mehr identifizieren
- liest nicht mehr
- gelegentlich aggressiv-erregte Zustände in bestimmten Situationen (Überforderung, erlebte Grenzüberschreitungen, Bedrohungserleben, mangelnde Einsichtsfähigkeit) mit dem Ziel, Kontrolle durch Zurückweisung oder Rückzug zu behalten
- gestörter Schlaf-Wach-Rhythmus
- beginnende Harninkontinenz
- Unterstützung der Bezugspersonen durch ambulanten Pflegedienst jetzt oft notwendig
- Gedächtnisbildung, Sprachverarbeitung, Alltagsfunktionen, örtliche, zeitliche oder situative Orientierung, Wahrnehmung, Antrieb u. a. sind zunehmend stärker betroffen
- selbständige Lebensführung erheblich eingeschränkt

Schweres Erkrankungsstadium

- selbständige Lebensführung nicht mehr möglich, d.h. völlige Abhängigkeit von Pflege und Betreuung durch Bezugspersonen
- hochgradige Störungen aller geistigen Funktionen
- zunehmende zusätzliche körperliche Symptome und Risiken: Gangunsicherheit mit Sturzgefahr, Koordinationsstörungen der Bewegungen, Veränderung der Wahrnehmung körperlicher Empfindungen (z.B. Schmerz) Verlust der Kontrolle über Blase und Darm, beim einigen Kranken auch Krampfanfälle u. a.
- Veränderung der Nahrungsaufnahme und des Trinkens mit der Gefahr der Fehl- und Unterernährung sowie der Austrocknung
- schließlich vollständige Gangunfähigkeit, Bettlägerigkeit, erhöhtes Risiko von Thrombosen und Infektionen, häufigste Todesursache: Infektionen, besonders Lungenentzündung

Leben mit Demenz

Die Frühsymptome einer Hirnleistungsstörung werden häufig nicht erkannt oder fehlgedeutet. Noch bevor die Diagnose einer Demenz gestellt wird, finden sich langsam

zunehmende Störungen des Gedächtnisses, die von den normalen Funktionsstörungen in Belastungssituationen, besonders unter Zeitdruck oder emotionaler Belastung, abgegrenzt werden müssen, insbesondere von der häufigen normalen („gutartigen“) Vergesslichkeit im Alter.

Oft finden sich in diesem Zeitraum bereits Veränderungen des Verhaltens und Erlebens. Neben einem Verlust an Lebensenergie kommt es zu einem Rückzug mit Einschränkung der sozialen Kontakte und der Freizeitaktivitäten. Häufig treten depressive Verstimmungen, Stimmungsschwankungen mit vermehrter Reizbarkeit oder Angstsymptome auf. Im weiteren Verlauf können Orientierungsstörungen, Störung von Routinehandlungen (z.B. Binden der Krawatte), Fehlbedienung von Geräten (z.B. im Haushalt) oder Fehlbeurteilungen der Realität hinzukommen. Ein häufiger Grund für eine depressive Verstimmung ist das Bewusstwerden der beginnenden Leistungsminderung. Die Depression kann über eine lange Zeit eine Demenz überdecken oder der Demenz vorausgehen. Wenn sich die Depression zurückbildet, stellt man fest, dass sich gleichzeitig eine geistige Leistungsminderung entwickelt hat, die nach dem Abklingen der Depression deutlich hervortritt und den weiteren Krankheitsverlauf bestimmt. Andererseits kann auch eine Depression durch Verlangsamung des Denkens und Handelns eine Demenz vortäuschen, so dass die Chance für eine erfolgreiche Behandlung der Depression vertan wird, wenn die Diagnose nicht rechtzeitig gestellt wird. Depressionen gelten als ein möglicher Risikofaktor im Verlauf der Demenz.

Die Gedächtnisstörungen äußern sich zunächst in einer Störung der Merkfähigkeit. Die Merkfähigkeit umfasst das Kurzzeitgedächtnis, wie man es z. B. benötigt, um sich kurzfristig eine Telefon-Nummer zu merken oder sich andere Gedächtnisinhalte für kurze Zeit einzuprägen. Die längerdauernden Gedächtnisfunktionen werden als Neugeächtnis und Langzeitgedächtnis bezeichnet. Im Verlaufe einer Demenz gehen jedoch nach und nach alle Gedächtnisfunktionen verloren. Dies ist auch ein wesentlicher Unterschied zu der gutartigen Vergesslichkeit im Alter, bei der es bei einer Beeinträchtigung von Merkfähigkeit und Neugeächtnis bleibt.

Eine weitere Form der Gedächtnisstörung ist der Zerfall des Zeitgitters, das man benötigt, um Ereignisse im Zeitverlauf einordnen zu können. So finden Vergangenheit und Gegenwart zunehmend gleichzeitig statt. In der Gegenwart werden die mit den zeitlosen Erinnerungen gekoppelten Gefühle aktiviert.

Die Schwierigkeit, sich neue Eindrücke einzuprägen und zur Orientierung zu verwenden, erschwert das Zurechtfinden zunächst in fremder, später aber auch bekannter Umgebung. Dies zeigt sich gelegentlich bei einem Urlaub, bei einer Krankenhauseinweisung oder einer Heimaufnahme, wenn plötzlich Unruhe- und Verwirrtheitszustände auftreten. Diese Zustände nehmen gegen Abend, wenn die Orientierung (durch die Veränderung der Lichtverhältnisse) schwerer wird, noch zu.

Die entstehende Unruhe und das Umherlaufen sind Folge einer endlosen Suche: der Kranke sucht sein Zimmer, sucht sein Zuhause, sucht letztlich Geborgenheit und Sicherheit. Diese findet er nicht, was ihn noch unruhiger, ungeduldiger, ängstlicher oder sogar ärgerlich machen kann. Auch die auf den ersten Blick unverständliche Suche der Eltern ist als Sehnsucht nach Sicherheit und Schutz zu verstehen.

Häufig tritt zu dem Zeitpunkt der ersten Merkfähigkeitsstörungen auch - aus dieser Unsicherheit heraus - ein Rückzug auf. Der Kranke meidet Kontakte aus Scham und der Angst bloßgestellt zu werden, er gibt alte Beschäftigungen und Hobbies auf. Im Gespräch wird ein Nachlassen der Kritikfähigkeit und der Fähigkeit abstrakt und vorausschauend zu denken offensichtlich. Es kommt manchmal zu krassen Fehleinschätzungen der eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten. Häufig spitzen sich die Konflikte zu, wenn ein deutlich Demenzkranker mit dem Auto fahren will.

In Familien, in denen sich die Kommunikation über Jahre eingespielt hat, werden diese Störungen oft über einen längeren Zeitraum nicht erkannt, manchmal auch gemeinsam verleugnet.

Da im Gedächtnis die Erfahrungen, die ein Mensch im Laufe seines Lebens gesammelt hat und die ihm etwas bedeutet haben, nicht mehr zur Verfügung stehen, werden die Gefühle, der Gefühlsausdruck und auch das Suchen nach bekannten Gefühlen besonders wichtig.

Die Gefühle werden weniger von der Demenz betroffen, als die geistigen Fähigkeiten. Daher wird auch der Abbau der geistigen Leistungen im Gefühl sehr intensiv erlebt, auch wenn dies häufig mit Worten nicht mehr ausgedrückt werden kann.

Im Umgang ist es wichtig, beruhigend auf den Kranken einzugehen. Dabei kommt es nicht so sehr auf den Inhalt dessen an, was gesagt wird und was offensichtlich verwirrt erscheint, sondern es kommt darauf an, das Gefühl zu vermitteln: "Du bist nicht alleingelassen, es ist alles in Ordnung", oder dass der Kranke in diesem Moment eine Geste spürt, die ihm das Gefühl der Geborgenheit, nach der er sucht, vermittelt.

Im täglichen Umgang mit einem Demenzkranken ist die im Verlauf der Krankheit sehr häufig auftretende Unruhe für die Pflegenden oder Betreuer eine starke Belastung. Diese Unruhe überträgt sich gegenseitig. Derjenige, der den ganzen Tag mit jemandem zusammen ist, der ständig ruft oder schreit, der immer wieder die gleichen Fragen stellt, muss große Geduld aufbringen.

Auch auf Spannungen zwischen Personen in der Umgebung (z.B. in einem Pflgeteam) reagiert der Kranke empfindlich und oft mit Unruhe. Er spürt, da stimmt irgendetwas nicht, kann dies aber nicht mehr einordnen.

Sehr wichtig für eine gleichmäßige und geduldige Zuwendung ist das Akzeptieren dieser Symptomatik als durch einen Krankheitsprozess verursacht. Das verhilft zu einer positiven Distanz, aus der man gelassener mit den Veränderungen des Erlebens und Verhaltens umgehen lernt. Diese Erkenntnis verhindert, dass der Betreuende in einen Machtkampf gerät oder sich persönlich gekränkt fühlt. Bei vielen Kranken kommen aus dem Gedächtnisverlust neue Erklärungen, z.B., dass er glaubt, jemand hätte ihm etwas gestohlen, was er in Wirklichkeit nur verlegt hat. Dies führt gelegentlich zu ungerechtfertigten Anschuldigungen dem Pflegenden gegenüber, die auf keinen Fall persönlich genommen werden sollten. Auch wenn Dinge berichtet werden, die unserer Meinung nach offensichtlich nicht stimmen können, lautet eine Grundregel im Umgang mit diesen Krankheitszeichen, dass man nicht versuchen sollte, dem Kranken beizubringen, dass er Unrecht hat oder versucht, ihm das Gegenteil zu beweisen.

Die Kritikfähigkeit der eigenen geistigen und körperlichen Leistungsfähigkeit ist oft nicht mehr erhalten, so dass der Patient überzeugt ist, alleine zurechtzukommen, obwohl er bereits weitgehend hilfeabhängig ist. Insbesondere bei Menschen, die lange Jahre allein gelebt haben, kommt es zu einer Fehlbeurteilung und Überschätzung der eigenen Fähigkeiten.

Viele ältere Menschen haben Probleme, Hilfe zuzulassen. Wenn jemand Hilfe annehmen kann, ohne das Gefühl zu bekommen, dann als Versager zu gelten, ist eine wichtige Voraussetzung zur Betreuung bereits gegeben. Das Akzeptieren der Hilfe gibt dem Kranken auch wieder neuen Spielraum im Rahmen seiner verbliebenen Möglichkeiten. Seine Fähigkeiten können besser genutzt werden. Rückzug ist nicht mehr erforderlich, der sonst die letzten Übungsmöglichkeiten und die sozialen Kontakte weiter vermindert.

Es ist oft erstaunlich, über welche Fähigkeiten schwer demente Menschen noch verfügen können, wenn sie sinnvoll angeregt werden. Das sind allerdings nicht die Fähigkeiten, sich z.B. in einer aktuellen Diskussion zu behaupten oder Fragen zu beantworten, in denen die Gedächtnisleistung „geprüft“ werden soll. Vielmehr können viele Kranke interessante Dinge von früher erzählen und es ist auch für denjenigen, der mit alten Menschen umgeht, vielleicht auch interessant, an den Erfahrungen dieser Menschen teilzuhaben. Durch die Beschäftigung mit der Vergangenheit schließt man an Erlebnisse an, die früh gelernt und gefühlsmäßig und im Gedächtnis noch besser verankert sind. Wenn die Demenz allerdings fortschreitet, gehen auch diese ältesten Gedächtnisinhalte

zunehmend verloren. Schließlich kennt der Kranke seine eigene Familie nicht wieder oder steht vor dem Spiegel und fragt, "wer ist das denn"?

Die Identifikation der eigenen Person in der Gegenwart gelingt nicht mehr. Eine Frau sah sich in einem Album Bilder von früher an und erkannte sich auf einem Bild, wo sie als junges Mädchen abgebildet war und sie sagte erfreut, "das bin ich". Ihr aktuelles Spiegelbild erkannte sie jedoch nicht. Die Möglichkeit, Gegenstände von früher mitzubringen oder regelmäßig alte Bilderalben anzuschauen, wird zu wenig genutzt. Alte Bilder und Gegenstände von früher ermöglichen es, gezielt an Erlebnisse anzuschließen, alte Gefühle wachzurufen und den unterbrochenen roten Faden der Lebensgeschichte zu stabilisieren.

Neben Tagesschwankungen, mit der Zunahmen von Unruhe und Desorientierung gegen Abend, kann es zu einer regelrechten Umkehr des Tag-Nacht-Rhythmus kommen, so dass nächtliche Unruhezustände auftreten, während der Kranke tagsüber eher passiv ist und möglicherweise vor sich hindöst. Diese Umkehr von Tag und Nacht führt meist zu Problemen. Der erste Schritt sollte sein, den Kranken tagsüber zu aktivieren und zu verhindern, dass er vor sich hindöst und damit nachts nicht schlafen kann. Wenn vorschnell zu Medikamenten gegriffen wird, kann die Tagesmüdigkeit durch eine Nachwirkung (Überhang) der Schlaftabletten verstärkt werden. Beim nächtlichen Gang zur Toilette besteht eine erhöhte Gefahr von Stürzen. Die verlängerte Wirkungsdauer der Schlafmittel ist auch ein Grund dafür, dass die Hälfte aller Stürze mit schmerzhaften Prellungen, Platzwunden oder Frakturen in der Nacht oder frühmorgens nach dem Aufstehen passieren.

Im weiteren Krankheitsverlauf können erlernte Bewegungsmuster nicht mehr richtig koordiniert ausgeführt werden. Es wird für den Erkrankten zunehmend schwieriger, sich anzuziehen, weil bei dieser Tätigkeit verschiedene Handlungen in richtiger Reihenfolge hintereinander durchgeführt werden müssen. Aus diesem komplexen Handlungsablauf können jedoch noch Teilabschnitte richtig durchgeführt werden, so dass es bei der Hilfestellung wichtig ist, den Ablauf einer Handlungskette in einzelne Abschnitte aufzuteilen und zu festigen.

Gesamtbehandlungsplan der Demenz

Auch wenn es bei den meisten Demenzformen zurzeit noch keine ursächliche Therapie gibt, bestehen doch zahlreiche Möglichkeiten, die Lebensqualität von Erkranktem und seiner Angehörigen oder anderer Bezugspersonen zu verbessern. Neben der medizinischen Behandlung und Beachtung der körperlichen Risikofaktoren, der Therapie mit Medikamenten, die das Fortschreiten der Demenz abbremsen können und der Therapie von psychischen Störungen, sind vor allem die unterstützenden psychologischen und sozialen Maßnahmen von Bedeutung. Diese ergänzen und verstärken sich gegenseitig in ihrer Wirksamkeit.

- ⊙ Stabilisierung des Selbstwertgefühls durch Respektieren der Persönlichkeitsrechte und der Gefühlswelt des Kranken
- ⊙ Stärkung von Selbstbestimmung und Autonomie trotz Einschränkungen
- ⊙ Förderung und Stabilisierung verbliebener Fähigkeiten und Möglichkeiten durch Aktivierung ohne Überforderung
- ⊙ Verbesserung der affektiven Steuerungsfähigkeiten des Patienten - dadurch Freisetzung von Kräften zur Bewältigung einfacher Alltagsanforderungen
- ⊙ Unterstützung der sozialen Bindungen zu Stärkung des Erlebens von Vertrauen, Sicherheit, Identität und Zugehörigkeit (Demenz braucht Bindung)

- ⊙ Verbesserung der Lebensqualität des Kranken und der Bezugspersonen
- ⊙ Vermeidung von allen Situationen, in denen der Kranke in eine Stresssituation gerät

Das wichtigste Ziel ist die Erhaltung von Autonomie und Lebensqualität so lange und so gut wie möglich

Folgende Schritte sind notwendig:

Frühzeitige und behutsame individuelle Aufklärung

Persönliche Angelegenheiten und weiteres Vorgehen zu klären, z.B. Juristische Fragen wie Patienten-Verfügung, Vorsorge-Vollmacht, Testament oder Betreuungsvollmacht.

Unterstützung der Pflegenden

Information zum Krankheitsbild und zum Umgang mit Demenzkranken
Information über Entlastungsangebote: emotional, zeitlich-körperliche Entlastung, organisatorische Unterstützung

Früh Angebote zur Unterstützung nutzen

Niederschwellige Hilfsangebote rechtzeitig nutzen, Angebote zur ambulanten - teilstationären - und stationären Versorgung sowie weitere Hilfen so bald wie möglich in Anspruch nehmen

Bei der nicht - medikamentösen Versorgung und Therapie steht die Pflege im Vordergrund

- sie orientiert sich an den Grundbedürfnissen der Personen mit Demenz und wird in verschiedensten Pflegekonzepten umgesetzt. Schwerpunkte in diesen Konzepten sind:
Emotionale Stabilisierung, Biographische Orientierung, Milieugestaltung, Aktivierung und Einbeziehung im Alltag.

Tagesstrukturierung nach den Kriterien von Normalität und Teilhabe, Unterstützt durch verschiedenste Therapiemöglichkeiten, wie Ergotherapie, Physiotherapie, Logotherapie, Malen und andere Kreative Ansätze, Musik, Märchen u.a.

Therapie mit Antidementiva

Therapieziele:

Verzögerung des Krankheitsverlaufes, vorübergehende Verbesserung und
Erhaltung von kognitiven und Alltagsfunktionen und damit eine
Verzögerung der schweren Pflegeabhängigkeit sind möglich
Erhalt der Alltagskompetenz über einen begrenzten Zeitraum
Hinausschieben der vollständigen Pflegeabhängigkeit
Entlastung der Pflegenden

Eine ursächliche Therapie der Alzheimer-Demenz ist bisher nicht möglich, in der Zukunft besteht Hoffnung

Behandlung psychiatrischer Begleiterkrankungen

Unruhe, Angst, Depression, Veränderungen der Impulskontrolle, wahnhaftige Störungen (z.B. Bestehlungsideen), Schlafstörungen u.a.

Einsatz von verträglichen Psychopharmaka in niedriger und behutsamer Dosierung - primär nebenwirkungsgeleitete Anwendung
Zu beachten ist ein hohes Risiko von Nebenwirkungen

Behandlung internistischer Erkrankungen

Die Kontrolle und konsequente Behandlung der körperlichen Risikofaktoren für Demenz können auch das Eintreten der Demenz verzögern

- 1 - Bluthochdruck**
- 2 - Zuckerkrankheit**
- 3 - Fettstoffwechsel Störung**
- 4 - Rauchen**
- 5 - Übergewicht**

Dazu viel Bewegung, gesunde Ernährung, für geistige und soziale Aktivitäten konnte in zahlreichen Studien eine Schutzfunktion i.S. eines Hinausschiebens des Erkrankungsbeginns gezeigt werden.

Schon mit der Sicherung der Diagnose einer Demenzerkrankung werden die Weichen für den weiteren Verlauf gestellt. Dazu gehören Information und Vorbereitung der notwendigen Betreuung und Versorgung. Sich darauf einzustellen und trotzdem stets das Beste zu hoffen, erleichtert es, in der jeweiligen Krankheitsphase sich am Wohlbefinden, den Möglichkeiten und Grenzen zu orientieren. Grenzen zu erkennen meint nicht nur die Grenzen, die durch die Krankheit dem Betroffenen auferlegt sind, sondern auch die Grenzen des Pflegenden. Seine Feinfühligkeit in der Wahrnehmung und Respektierung der Bedürfnisse des Kranken helfen, seine eigene Angst und Bedürftigkeit anzuerkennen und einen eigenen Weg zwischen Nähe und Distanz zu suchen.

Im Mittelpunkt stehen die Gestaltung von Beziehung und Kommunikation, um Hilflosigkeit und Verzweiflung annehmen zu können, aber auch um Hoffnung, Sinn und Trost gewähren zu können, um auch in diesem Lebensabschnitt in Kommunikation zu bleiben.

Autor: Dr.med.Dipl.Psych Wilhelm Stuhlmann
Arzt für Psychiatrie und Neurologie
- Psychotherapie - Klinische Geriatrie -

Anhang:

Zahlen zur Demenz

In Deutschland sind derzeit über 1 Million Personen an einer Demenz erkrankt

Jedes Jahr erkranken 200.000 Personen neu an einer Demenz, die Netto-Zunahme der Zahl demenzkranker Personen beträgt ca. 20.000 pro Jahr

70 % der Kranken sind Frauen

Von allen Pflegebedürftigen leben

72 %	zu Hause - davon 21 % mit zusätzlicher ambulanter Pflege (Sachleistungen)
28 %	in einem Pflegeheim

Noch etwa 30 % aller Personen mit Demenz werden am Lebensende in Privathaushalten versorgt

Alleinlebende haben ein verdoppeltes Risiko einer Heimeinweisung

Die durchschnittliche Krankheitsdauer zu Hause bis zu einer Heimaufnahme beträgt **3,0 bis 3,7 Jahre**

Die jährliche Rate der Heinaufnahme von Personen mit Demenz aus Privathaushalten beträgt 25 %

Bei über 65 % der Bewohner ist Pflegebedürftigkeit bei Demenz der Grund der Heimunterbringung

Die Verweildauer im Pflegeheim beträgt durchschnittlich **2,6 bis 3,1 Jahre** mit abnehmender Tendenz

Eine (geronto)psychiatrische Versorgung der Heim-Bewohner findet in ca. **20 %** der Heime statt

Stuhlmann (2008)