Demenz

1. Tag 3

2. Tag 3

3. Tag 3

4.Tag 3

Diagnostik 4

Barthel-Index 4

Ziel 4

Ergebnisinterpretation 4

Der Uhren-Test (nach Shulman 1993) 6

Ziel 6

Testdurchführung 6

Bitte tragen Sie die Ziffern einer Uhr ein! 7

Timed Up & Go-Test 9

Ziel 9

Testdurchführung 9

MMSE 10

Getestete Fähigkeiten 10

Auswertung 10

DemTect 13

Wortliste 13

Zahlen umwandeln 14

Supermarkt-Aufgabe 14

Zahlenfolge rückwärts 15

Erneute Abfrage der Wortliste 15

Auswertung und Interpretation 16

Auswertung 17

Umrechnung 17

Gesamtergebnis DemTect 17

Neurologische Diagnostik 18

Differentialdiagnostik 18

Definition 19

Frühzeichen des M. Alzheimer 21

Häufigkeit 29

Einteilungen und Ursachen 30

Verbreitung 34

Therapie 35

Medikamentöse Therapie 35

Umgang mit an Demenz erkrankten Menschen 54

Beschäftigungstherapie 47

Basale Stimulation 48

Progressive Muskelentspannung 53

Anwendungsmöglichkeiten 53

Klinische Belege und Wirksamkeit 53

Fußreflexzonentherapie 54

Krisenintervention bei (Re)-Traumatisierung 58

Allgemeines Vorgehen zur Krisenintervention 59

Lebensbedingungen sichern 60

Emotionale Stabilisierung 60

Problembearbeitung 61

Hausaufgaben 62

II Spezielle Interventionstechniken 63

Würdigung der Krise 63

Krisentagebuch 63

Distanzierung von der Krise 63

Entspannungstraining 63

Innere Dialoge 64

Focusing 64

Imagination 64

Zeitprojektion 65

Wunderfrage 65

Innere Helfer 65

Problemlösetraining 65

Kognitive Verzerrungen und störende Denkmuster 66

Rollenspiele 66

Sich Sorgen machen, Grübeln 67

Sinnfragen 67

Fußreflexzonentherapie 68

Therapie über die Sinne 68

Progressive Muskelrelaxation 68

Angehörigenarbeit 69

Ablauf

## 1. Tag

Von Oma und Opa erzählen, Erfahrungen mit Demenz, Vorstellen,

Dem-Tests

Was beklagen die Menschen am Ende ihres Lebens am meisten?

Was sie nicht gemacht haben.

## 2. Tag

Definition nach ICD10 und DSM IV

Frühzeichen

Symptome der Demenz

 Kognitiv

 Motorisch

 Verhalten

Das Erleben Demenzkranker Menschen

Häufigkeit

Einteilung und Ursachen

 Vaskulär

 Degenerativ

 Sekundär

 Schlafstörungen

 Chorea

 Parkinson

Verbreitung

DD

Therapien

 Medikamentös

## 3. Tag

Therapien

## 4.Tag

Angehörigenarbeit

Trauer und Sterbebegleitung

Beurteilung der Hilfebedürftigkeit

# Diagnostik

# Barthel-Index

## Ziel

Der Barthel-Index ist ein international verbreitetes Messinstrument zur Erfassung grundlegender Alltagsfunktionen. Die Aktivitäten werden anhand festgelegter Punkte überprüft.

## Ergebnisinterpretation

In den oberen Bereichen, also nahe der 100-Punkte-Marke kann man davon ausgehen, dass die Selbstpflegefähigkeit eines Klienten erhalten und er nicht von Pflege abhängig ist. Trotzdem kann Hilfsbedarf, z.B. im hauswirtschaftlichen Bereich bestehen. Das heißt, auch ein Klient, der 100 Punkte erreicht, muss damit noch nicht in der Lage sein, selbstständig leben zu können. Bei der Beurteilung pflegebedürftiger alter Menschen können einzelne Items eine größere Bedeutung haben als die im Summenscore erreicht Punktzahl aussagt.

Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL), Barthel-Index

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Essen | Punkte |  |
| Unabhängig, benutzt Geschirr und Besteck | 10 |  |
| Braucht Hilfe, z.B. beim Schneiden | 5 |  |
| Total hilfebedürftig | 0 |  |
| 2. Baden |  |
| Badet oder duscht ohne Hilfe | 5 |  |
| Badet oder duscht mit Hilfe | 0 |  |
| 3. Waschen |  |
| Wäscht Gesicht, kämmt, rasiert bzw. schminkt sich, putzt Zähne | 5 |  |
| Braucht Hilfe | 0 |  |
| 4. An- und Auskleiden |  |
| Unabhängig, inkl. Schuhe anziehen | 10 |  |
| Hilfebedürftig, kleidet sich teilweise selbst an / aus | 5 |  |
| Total hilfebedürftig | 0 |  |
| 5. Stuhlkontrolle |  |
| Kontinent | 10 |  |
| Teilweise inkontinent | 5 |  |
| Inkontinent | 0 |  |
| 6. Urinkontrolle |  |
| Kontinent | 10 |  |
| Teilweise inkontinent | 5 |  |
| Inkontinent | 0 |  |
| 7. Toilettenbenutzung |  |
| Unabhängig bei Benutzung der Toilette / des Nachtstuhls | 10 |  |
| Braucht Hilfe für z.B. Gleichgewicht, Kleidung aus-/anziehen, Toilettenpapier | 5 |  |
| Kann nicht auf Toilette / Nachtstuhl | 0 |  |
| 8. Bett-/(Roll-)Stuhltransfer |  |
| Unabhängig (gilt auch für Rollstuhlfahrer) | 15 |  |
| Minimale Assistenz oder Supervision | 10 |  |
| Kann sitzen, braucht für den Transfer jedoch Hilfe | 5 |  |
| Bettlägerig | 0 |  |
| 9. Bewegung |  |
| Unabhängiges Gehen (auch mit Gehhilfe) für mindestens 50 Meter | 15 |  |
| Mindestens 50 Meter Gehen, jedoch mit Unterstützung | 10 |  |
| *Für Rollstuhlfahrer:* unabhängig für mindestens 50 Meter | 5 |  |
| Kann sich nicht mindestens 50 Meter fortbewegen | 0 |  |
| 10. Treppensteigen |  |
| Unabhängig (auch mit Gehhilfe) | 10 |  |
| Braucht Hilfe oder Supervision | 5 |  |
| Kann nicht Treppen steigen | 0 |  |
| Gesamtpunktzahl (maximal 100) |  |

# Der Uhren-Test (nach Shulman 1993)

## Ziel

Der Test dient der Beurteilung der kognitiven Fähigkeiten

Ein einfaches Testverfahren wie es häufig im Rahmen des Erstkontaktes bei Haus- und Fachärzten eingesetzt wird, ist der Uhren-Zeichen-Test. Bei diesem Verfahren wird insbesondere die visuell-räumliche Orientierung getestet. Erstaunlicherweise bereitet das Zeichnen eines Ziffernblattes, sowie das korrekte Einzeichnen der Zeiger schon im Frühstadium der Erkrankung vielen Betroffenen große Probleme. Natürlich ist dies nur ein orientierendes Verfahren, zur Diagnosestellung bedarf es weiterer Untersuchungen.

## Testdurchführung

1. Geben Sie dem Patienten ein Blatt Papier mit einem vorgezeichneten Kreis. Sagen Sie ihm, wo oben und unten ist.
2. Geben Sie dem Patienten folgende Anweisung: „Dies soll eine Uhr sein. Ich möchte Sie bitten, in diese Uhr die fehlenden Ziffern zu schreiben. Zeichnen Sie danach die Uhrzeit 10 nach 11 ein.“
3. Machen Sie sich Notizen zur Ausführung der gestellten Aufgabe (Reihenfolge, Korrekturen etc.)
4. Bewerten Sie die angefertigte Zeichnung gemäß der unten stehenden Kriterien. Notieren Sie den Score zusammen mit Datum und Namen des Patienten auf dem Zeichenblatt.
5. Der validierte Cut-Off zur Unterscheidung zwischen Normalbefund einerseits und kognitiver Beeinträchtigung im Sinne einer evtl. vorliegenden Demenz andererseits liegt zwischen 2 und 3. Anders ausgedrückt: Ein Score von ≥ 3 Punkten ist als pathologisch anzusehen.
6. Score 1 = Uhr ist perfekt (Ziffern 1-12 an der richtigen Stelle, korrekte Uhrzeit eingezeichnet)
7. Score 2 = leichte visuell-räumliche Fehler (z. B. Abstände zwischen den Ziffern ungleichmäßig, Ziffern außerhalb des Zifferblattes, Verwendung von Linien zur Orientierung, Verdrehung des Zifferblattes)
8. Score 3 = Fehlerhafte Uhr bei erhaltener visuell-räumlicher Darstellung (z. B. nur ein Zeiger eingezeichnet, Uhrzeit als Text, keine Uhrzeit)
9. Score 4 = mittelgradige Desorganisation, korrektes Einzeichnen der Uhr unmöglich (z. B. sehr unregelmäßige Zwischenräume, keine Ziffern, Ziffern >12, Rechts-Links-Umkehr, Dysgraphie)
10. Score 5 = Schwergradige visuell-räumliche Desorganisation (wie 4, aber stärker ausgeprägt)
11. Score 6 = keine Darstellung der Uhr

# Bitte tragen Sie die Ziffern einer Uhr ein!

• Der **Zahlen-Verbindungs-Test** ist eine leicht durchführbare Prüfung der Konzentrationsfähigkeit. Hierzu sollen von dem Patienten auf einem Blatt zufällig verteilte Zahlen in aufsteigender Reihenfolge mit einer Linie verbunden werden. Auch die hierfür benötigte Zeit gibt Auskunft über eine eventuelle Hirnleistungsstörung.

 

# Timed Up & Go-Test

## Ziel

Der Test dient der Beurteilung der Mobilität

## Testdurchführung

Der Patient sitzt auf einem Stuhl mit Armlehnen. Der Rücken liegt bequem an der Rückenlehne an. Nach Aufforderung soll der Patient mit einem normalen und sicheren Gang bis zu einer Linie laufen, die in 3 m Entfernung vor dem Stuhl auf dem Boden markiert ist, sich dort umdrehen, wieder zurück zum Stuhl gehen und sich in die Ausgangsposition begeben. Die benötigte Zeit wird in Sekunden gemessen.

|  |
| --- |
| Timed Up & Go-Test |
| Völlig uneingeschränkte Alltagsmobilität | O | < 10 Sek. |
| Mobilitätseinschränkung, noch keine Beeinträchtigung der Alltagskompetenz | O | 11 – 19 Sek. |
| Mobilität so weit eingeschränkt, dass funktionelle Auswirkungen im Alltag wahrscheinlich sind | O | 20 – 29 Sel. |
| Ausgeprägte Mobilitätseinschränkung die in der Regel zu einer intensiven Betreuung und adäquaten Unterstützung führt | O | > 30 Sek. |

# MMSE

Hier finden Sie den standardisierten Test (MMSE, Mini Mental State Examination) zur Beurteilung einer Demenz. Eine genauere Diagnosestellung der Demenzform ist damit nicht möglich und erfordert eine weitere neurologische Diagnosestellung. Voraussetzungen für die Durchführung des Tests sind:

1. Kann der Patient hören und sehen?
2. Hat er Schmerzen?
3. Ist der Patient schüchtern oder schämt er sich?
4. Ist der Patient schon längere Zeit gesundheitlich eingeschränkt?

## Getestete Fähigkeiten

1. Orientierung
2. Merkfähigkeit
3. Aufmerksamkeit und Rechnen
4. Erinnern
5. Sprache, Sprachverständnis
6. Lesen
7. Schreiben
8. Zeichnen

## Auswertung

24 – 30 = keine kognitive Beeinträchtigung

18 – 23 = leichte kognitive Beeinträchtigung

 0 – 17 = schwere kognitive Beeinträchtigung

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MMSE** | Aufgaben: | Punktzahl |
| 1. Orientierung | Frage nach 1. Jahr
2. Jahreszeit
3. Monat
4. Wochentag
5. Datum

Je 1 Punkt1. Land
2. Bundesland
3. Stadt
4. Klinik
5. Stockwerk

Je 1 Punkt | 0 – 5 Punkte0 – 5 Punkte |
| 2. Merkfähigkeit | Nennen von 3 Gegenständen, z. B.1. Ball
2. Haus
3. Schlüssel

Je 1 Sekunde pro ObjektPatient soll die Gegenstände wiederholen, je 1 Punkt | 0 – 3 Punkte |
| 3. Aufmerksamkeit, Rechnen | Patient soll von 100 jeweils 7 subtrahieren (100 – 93 – 86 – 79 – 72 – 65 ...). Pro Antwort 1 Punkt Abbruch nach 5 Antworten | 0 – 5 Punkte |
| 4. Kurzzeitgedächtnis | Patient soll die Gegenstände (s. 2.) wiederholen. Pro Gegenstand 1 Punkt. | 0 – 3 Punkte |
| 5. Sprache, Sprachverständnis | Zeigen von zwei Gegenständen, z. B. Stuhl und Papier. Der Patient soll die Gegenstände benennen.Patient soll nachsprechen: „Bitte kein Wenn und Aber.“Der Patient soll einen dreiteiligen Befehl ausführen: „Nehmen Sie das Blatt, falten Sie es in der Mitte und legen Sie es auf den Boden.“1 Punkt pro Handlung | 0 – 2 Punkte0 – 1 Punkt0 – 3 Punkte |
| 6. Lesen | Der Patient soll die Aufforderung lesen und ausführen: „Schließen Sie die Augen.“ | 0 – 1 Punkt |
| 7. Schreiben | Der Patient soll einen kurzen Satz eigener Wahl aufschreiben. | 0 – 1 Punkt |
| 8. Zeichnen | Der Patient soll 2 sich überschneidende Fünfecke auf einem separaten Blatt nachzeichnen: | 0 – 1 Punkt |

Schließen Sie die Augen.

- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

# DemTect

Besser geeignet auch zur Früherkennung ist der sogenannte DemTect-Test. Auch hier handelt sich um eine orientierendes Testverfahren, allerdings ist der diagnostische Aussagewert gerade in der Frühphase deutlich denen des Minimental-Test überlegen.

Der DemTect soll mithelfen, geistige Beeinträchtigungen bei Patienten zu erkennen und auch den Verlauf des geistigen Abbaus zu beschreiben. Der DemTect ist ein Screening-Verfahren und erhebt nicht den Anspruch, eine ausführliche neuropsychologische Untersuchung zu ersetzen. Er ist ein Verfahren, das zu einer ersten Demenzdiagnostik herangezogen werden kann, ersetzt aber auf keinen Fall andere Verfahren, die üblicherweise zur Absicherung der Diagnose verwendet werden.

Zeitaufwand: 8 Minuten

# Wortliste

Der Testleiter liest laut folgende Instruktion vor:

"Ich werde Ihnen jetzt langsam eine Liste mit 10 Wörtern vorlesen. Danach wiederholen Sie bitte möglichst viele dieser Wörter. Auf die Reihenfolge kommt es nicht an."

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Teller | Hund | Lampe | Brief | Apfel | Hose | Tisch | Wiese | Glas | Baum |
|  | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O |
| 2. | Teller | Hund | Lampe | Brief | Apfel | Hose | Tisch | Wiese | Glas | Baum |
|  | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O |

Der Testleiter markiert die genannten Wörter und liest dann vor: "Vielen Dank. Nun lese ich Ihnen die Wörter noch mal vor, und danach wiederholen Sie wieder möglichst viele Wörter."

Der Testleiter markiert die genannten Wörter und zählt die korrekt angegebenen aus beiden Testreihen zusammen.

Richtig erinnerte Begriffe (max. 20)

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

# Zahlen umwandeln

Man kann die Ziffer "5" auch als Wort "fünf" schreiben und das Wort "drei" auch als Ziffer "3". Wandeln Sie nun die untenstehenden Ziffern in Wörter und die Wörter in Ziffern um.

209 =

4054 0

Sechshunderteinundachtzig

Zweitausendsiebenundzwanzig

Auswertung: Jede korrekte Umwandlung wird gewertet, Rechtschreibfehler und leichte Wortverdreher werden trotzdem als richtig gewertet.

Richtige Umwandlungen (max. 4)

|  |
| --- |
|  |

# Supermarkt-Aufgabe

Testleiter: "Nennen Sie mir bitte so viele Dinge wie möglich, die man in einem Supermarkt kaufen kann. Sie haben dafür eine Minute Zeit."

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| O | O | O | O | O |  | O | O | O | O | O |  | O | O | O | O | O |
| O | O | O | O | O |  | O | O | O | O | O |  | O | O | O | O | O |

Während der Proband aufzählt, macht der Helfer für jeden genannten Begriff einen Strich. Wiederholungen werden nicht gezählt. Unbedingt zeitgenau stoppen!

Genannte Begriffe (max. 30)

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

# Zahlenfolge rückwärts

Der Testleiter liest vor: "Ich werde Ihnen jetzt eine Zahlenreihe nennen, die Sie mir dann bitte in umgekehrter Reihenfolge wiederholen sollen. Wenn ich beispielsweise "vier-fünf" sage, dann sagen Sie bitte "fünf-vier."

Sobald der Proband die erste, links stehende Folge richtig rückwärts wiederholt, wird eine Zeile tiefer mit der nächst- längeren Folge fortgefahren. Wird ein Fehler gemacht, erhält der Proband einen zweiten Versuch (rechte Folge). Schafft er auch diese Folge nicht, wird die Aufgabe beendet. Gewertet wird die Anzahl der Zahlen in der längsten, richtig rückwärts wiederholten Folge (max. 6).

1. Versuch 2. Versuch

7 – 2 8 – 6 O 2

4 – 7 – 9 3 – 1 – 5 O 3

5 – 4 – 9 – 6 1 – 9 – 7 – 4 O 4

2 – 7 – 5 – 3 – 6 1 – 3 – 5 – 4 – 8 O 5

8 – 1 – 3 – 5 – 4 – 2 4 – 1 – 2 – 7 – 9 – 5 O 6

Längste richtig rückwärts weiderholte Zahlenfolge (max. 6)

|  |
| --- |
|  |

# Erneute Abfrage der Wortliste

Der Testleiter liest vor: "Am Anfang des Tests habe ich Ihnen 10 Wörter genannt. Nennen Sie mir die, die Ihnen noch einfallen." Die Zahl der richtigen Nennungen wird gewertet.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Teller | Hund | Lampe | Brief | Apfel | Hose | Tisch | Wiese | Glas | Baum |
| O | O | O | O | O | O | O | O | O | O |

Richtig erinnerte Begriffe (max. 10)

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

# Auswertung und Interpretation

Die Ergebnisse aus den Aufgaben werden anhand der fünf Tabellen unter Berücksichtigung des Alters in Punkte umgerechnet. Was die Gesamtpunktzahl bedeuten kann, zeigt die letzte Tabelle. Aber Vorsicht! Der Test ersetzt keine ärztliche Diagnose. Ein schlechtes Abschneiden ist nur ein Indiz für eventuelle Demenz - keinesfalls ein Beweis.

|  |
| --- |
| Wortliste |
| Anzahl genannter Begriffe | Punkte |
| < 60 Jahre | > 60 Jahre |
| <7 | <6 | 0 |
| 8 - 10 | 7 – 8 | 1 |
| 11 - 12 | 9 – 10 | 2 |
| > 12 | >10 | 3 |

|  |
| --- |
| Zahlen umwandeln |
| Anzahl richtiger Umwandlungen | Punkte |
| < 60 Jahre | > 60 Jahre |
| 0 | 0 | 0 |
| 1 - 2 | 1 – 2 | 1 |
| 3 | 3 | 2 |
| 4 | 4 | 3 |

|  |
| --- |
| Supermarkt-Aufgabe |
| Anzahl genannter Begriffe | Punkte |
| < 60 Jahre | > 60 Jahre |
| 0 - 12 | 0 – 5 | 0 |
| 13 - 15 | 6 – 9 | 1 |
| 16 - 19 | 10 – 15 | 2 |
| > 19  | >15 | 4 |

|  |
| --- |
| Zahlenfolge rückwärts |
| Länge der Zahlenfolge | Punkte |
| < 60 Jahre | > 60 Jahre |
| 0 | 0 | 0 |
| 2 - 3 | 2 | 1 |
| 4 | 3 | 2 |
| > 4 | > 3 | 3 |

|  |
| --- |
| Verzögerter Abruf |
| Anzahl genannter Begriffe | Punkte |
| < 60 Jahre | > 60 Jahre |
| 0 | 0 | 0 |
| 1 - 3 | 1 – 2 | 1 |
| 4 -5 | 3 – 4 | 2 |
| > 5 | > 4 | 5 |

# Auswertung

## Umrechnung

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Aufgabe** | **Einzelergebnis****(bitte übertragen)** | **Punkte laut Umrechnungstabelle** |
| WortlisteZahlen umwandelnSupermarkt-AufgabeZahlenfolge rückwärtsErneute Abfrage der Wortliste |  |  |
| **Summe der Punkte** |  |  |

## Gesamtergebnis DemTect

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Punktzahl** | **Diagnose** | **Handlungsempfehlung** |
| 13 – 18 | Altersgemäße kognitive Leistung | Nach 12 Monaten bzw. bei Auftreten von Problemen erneut testen |
| 9 – 12 | Leichte kognitive Beeinträchtigung | Nach 6 Monaten erneut testen – Verlauf beobachten |
| < 9 | Demenzverdacht | Weitere diagnostische Abklärung, Therapie einleiten |

## Neurologische Diagnostik

Da sich in den vergangenen Jahren die diagnostischen Möglichkeiten massiv verbessert haben, ist heute eine Diagnose der Alzheimer-Krankheit bereits im Stadium der leichten kognitiven Beeinträchtigung (LKB) möglich. Zu den diagnostischen Verfahren für eine solche Diagnose vor Auftreten der Demenz gehören die Darstellung der Atrophie des medialen Temporallappens im MRT, die Messung von τ- und β-Amyloid im Liquor, die Darstellung kortikaler Stoffwechseldefizite in der Positronenemissionstomographie (PET) mit [18F]-Fluoro-2-desoxy-D-Glucose (FDG) sowie die Möglichkeit, Amyloid im Gehirn mit PET-Liganden in vivo sichtbar zu machen.[[23]](http://de.wikipedia.org/wiki/Demenz#cite_note-22) Darüber hinaus gibt es zunehmend Belege dafür, dass die subjektive Angabe eines Patienten, vergesslicher zu werden, ein zuverlässiger Parameter ist, um die Entwicklung einer Demenz sehr frühzeitig voraussagen zu können.[[24]](http://de.wikipedia.org/wiki/Demenz#cite_note-23). Damit ergibt sich die Hoffnung, schon sehr früh einer Demenz vorbeugen zu können, etwa mit einer kalorienreduzierten Kost oder auch etwas mehr körperlicher Aktivität.[[25]](http://de.wikipedia.org/wiki/Demenz#cite_note-24) Deutsche Wissenschaftler haben zudem einen klinischen Score entwickelt, mit dem in der Arztpraxis ohne technische Hilfsmittel bei älteren Menschen ohne Demenz das Auftreten eines Morbus Alzheimer mit rund 80-prozentiger Vorhersagegenauigkeit eingeschätzt werden kann.[[26]](http://de.wikipedia.org/wiki/Demenz#cite_note-25)

Die an ausgewählten Zentren verfügbare [PET](http://de.wikipedia.org/wiki/Positronen-Emissions-Tomographie) mit [FDG](http://de.wikipedia.org/wiki/Fluordesoxyglucose) ist zudem ein etabliertes Verfahren für die Differenzialdiagnose der Demenzen.[[27]](http://de.wikipedia.org/wiki/Demenz#cite_note-26) Damit lassen sich auch schon in Frühstadien Orte im Gehirn mit vermindertem Glucosestoffwechsel nachweisen und so eine Demenz vom Alzheimertyp oder eine frontotemporale Demenz ([Morbus Pick](http://de.wikipedia.org/wiki/Morbus_Pick)) nachweisen. Demenzen durch Depressionen zeigen ein anderes Aktivitätsmuster im PET.

Zur Diagnose von Demenzen, die mit extrapyramidal motorischen Störungen einhergehen, wird die [Szintigraphie](http://de.wikipedia.org/wiki/Szintigraphie) mit J123 beta-CIT oder DAT-Scan, die J123-IBZM Szintigraphie und die PET mit [L-Dopa](http://de.wikipedia.org/wiki/L-Dopa) eingesetzt. Damit kann ein [Morbus Parkinson](http://de.wikipedia.org/wiki/Morbus_Parkinson), die [Multisystematrophie](http://de.wikipedia.org/wiki/Multisystematrophie), eine [progressive supranukleäre Blickparese](http://de.wikipedia.org/wiki/Progressive_supranukle%C3%A4re_Blickparese) und ein essentieller [Tremor](http://de.wikipedia.org/wiki/Tremor) abgegrenzt werden.

## Differentialdiagnostik

Manche [psychischen](http://de.wikipedia.org/wiki/Psychische_St%C3%B6rung) und [neurologischen](http://de.wikipedia.org/wiki/Neurologie) Störungen können mit einer Demenz verwechselt werden, z. B. folgende:

* [Depression](http://de.wikipedia.org/wiki/Depression)
* altersassoziierter kognitiver Abbau, auch „Alters[vergesslichkeit](http://de.wikipedia.org/wiki/Vergesslichkeit)“
* Leichte [kognitive Störung](http://de.wikipedia.org/wiki/Leichte_kognitive_Beeintr%C3%A4chtigung)
* Verweigerung und [Vermeidungsverhalten](http://de.wikipedia.org/wiki/Vermeidungsverhalten)
* [Deprivations](http://de.wikipedia.org/wiki/Deprivation)erscheinungen bzw. [Hospitalismus](http://de.wikipedia.org/wiki/Hospitalismus) mit [Regression](http://de.wikipedia.org/wiki/Regression) (z. B. in [Altersheimen](http://de.wikipedia.org/wiki/Altersheim))
* [Delir](http://de.wikipedia.org/wiki/Delir)
* [Psychose](http://de.wikipedia.org/wiki/Psychose) und [Wahn](http://de.wikipedia.org/wiki/Wahn) (z. B. [Schizophrenie](http://de.wikipedia.org/wiki/Schizophrenie), [Manie](http://de.wikipedia.org/wiki/Manie) und psychotische [Depression](http://de.wikipedia.org/wiki/Depression#Formen_der_Depression))
* Einfacher [Mutismus](http://de.wikipedia.org/wiki/Mutismus)
* Einfache [Aphasie](http://de.wikipedia.org/wiki/Aphasie)
* Flüssigkeitsmangel ([Exsikkose](http://de.wikipedia.org/wiki/Exsikkose))

# Definition

Eine **Demenz** ([lat.](http://de.wikipedia.org/wiki/Latein) *Dementia* „ohne Geist“ bzw. *Mens* = Verstand, *de* = abnehmend)

[Defizit](http://de.wikipedia.org/wiki/Defizit) in [kognitiven](http://de.wikipedia.org/wiki/Kognitiv), emotionalen und sozialen Fähigkeiten,

Beeinträchtigung sozialer und beruflicher Funktionen führt

meist mit einer diagnostizierbaren Erkrankung des Gehirns einhergeht.

Vor allem ist das

1. [Kurzzeitgedächtnis](http://de.wikipedia.org/wiki/Kurzzeitged%C3%A4chtnis), ferner das
2. [Denkvermögen](http://de.wikipedia.org/wiki/Denken), die
3. Sprache und die
4. Motorik, bei einigen Formen auch die
5. [Persönlichkeitsstruktur](http://de.wikipedia.org/wiki/Pers%C3%B6nlichkeit) betroffen.

Maßgeblich ist der Verlust bereits erworbener Denkfähigkeiten im Unterschied zur angeborenen Minderbegabung. Heute sind verschiedene Ursachen von Demenzen geklärt; einige Formen können in gewissem Umfang behandelt werden, d. h. die Symptome können im Anfangsstadium einer Demenz verzögert werden. Die am häufigsten auftretende Form der Demenz ist die [Alzheimer-Krankheit](http://de.wikipedia.org/wiki/Alzheimer-Krankheit). Eine Demenz kann auf ganz verschiedenen Ursachen beruhen; für die Therapie ist die Klärung dieser Unterscheidungsmerkmale wichtig.

Die diagnostischen Kriterien für eine Demenz beinhalten Kombinationen von Defiziten in [kognitiven](http://de.wikipedia.org/wiki/Kognitiv), emotionalen und sozialen Fähigkeiten, die zu einer Beeinträchtigung von sozialen und beruflichen Funktionen führen. Als Leitsymptom gilt die Gedächtnisstörung. Am Anfang der Erkrankung stehen Störungen des Kurzzeitgedächtnisses und der Merkfähigkeit, in ihrem weiteren Verlauf verschwinden auch bereits eingeprägte Inhalte des Langzeitgedächtnisses, so dass die Betreffenden zunehmend die während ihres Lebens erworbenen Fähigkeiten und Fertigkeiten verlieren.

**Definition der Demenz nach ICD 10**

Demenz ([ICD-10](http://de.wikipedia.org/wiki/ICD-10)-Code F00-F03) ist ein [Syndrom](http://de.wikipedia.org/wiki/Syndrom) als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des [Gehirns](http://de.wikipedia.org/wiki/Gehirn) mit Störung vieler höherer [kortikaler](http://de.wikipedia.org/wiki/Hirnrinde) Funktionen, einschließlich

[Gedächtnis](http://de.wikipedia.org/wiki/Ged%C3%A4chtnis), [Denken](http://de.wikipedia.org/wiki/Denken), [Orientierung](http://de.wikipedia.org/wiki/Orientierung_%28mental%29), [Auffassung](http://de.wikipedia.org/wiki/Auffassungsgabe), [Rechnen](http://de.wikipedia.org/wiki/Rechnen), [Lernfähigkeit](http://de.wikipedia.org/wiki/Lernf%C3%A4higkeit), [Sprache](http://de.wikipedia.org/wiki/Sprache), [Sprechen](http://de.wikipedia.org/wiki/Sprechen) und Urteilsvermögen im Sinne der Fähigkeit zur [Entscheidung](http://de.wikipedia.org/wiki/Entscheidung).

Das [Bewusstsein](http://de.wikipedia.org/wiki/Bewusstsein) ist nicht getrübt.

Für die Diagnose einer Demenz müssen die Symptome nach ICD über mindestens sechs Monate bestanden haben.

Die Sinne ([Sinnesorgane](http://de.wikipedia.org/wiki/Sinnesorgan), [Wahrnehmung](http://de.wikipedia.org/wiki/Wahrnehmung)) funktionieren im für die Person üblichen Rahmen.

Gewöhnlich begleiten Veränderungen der emotionalen Kontrolle, der Affektlage, des [Sozialverhaltens](http://de.wikipedia.org/wiki/Sozialverhalten) oder der [Motivation](http://de.wikipedia.org/wiki/Motivation) die kognitiven Beeinträchtigungen; gelegentlich treten diese Syndrome auch eher auf. Sie kommen bei Alzheimer-Krankheit, [Gefäßerkrankungen](http://de.wikipedia.org/wiki/Gef%C3%A4%C3%9Ferkrankung) des Gehirns und anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn und die [Neuronen](http://de.wikipedia.org/wiki/Neuron) betreffen.

**Definition der Demenz im DSM-IV**

Die kognitiven Defizite verursachen eine signifikante Beeinträchtigung der sozialen und beruflichen Funktionen und stellen eine deutliche Verschlechterung gegenüber einem früheren Leistungsniveau dar. Sie treten nicht im Rahmen einer rasch einsetzenden Bewusstseinstrübung oder eines Delirs auf. Zur Beeinträchtigung des Gedächtnisses muss noch mindestens eine der folgenden Störungen hinzukommen:

* Aphasie: Störung der Sprache
* Apraxie: beeinträchtigte Fähigkeit, motorische Aktivitäten auszuführen
* Agnosie: Unfähigkeit, Gegenstände zu identifizieren bzw. wiederzuerkennen
* Dysexekutives Syndrom: Störung der Exekutivfunktionen, d. h. Planen, Organisieren, Einhalten einer Reihenfolge

# Frühzeichen des M. Alzheimer

**Schwierigkeiten bei Alltagstätigkeiten**

Dieses Anzeichen kann leicht für Zerstreutheit gehalten werden, geht aber darüber hinaus. Zum Beispiel kann es passieren, dass Alzheimer-Patienten Essen kochen, aber dann vergessen, es zu servieren. Kommen sie später wieder in die Küche, wundern sie sich, wer die Mahlzeit zubereitet hat. Sie wissen nicht mehr, dass sie das selbst getan haben.

### Sprachverarmung

Alzheimer-Patienten leiden unter Wortfindungsstörungen. Sie vergessen sogar Bezeichnungen für Alltagsgegenstände. Manchmal versuchen sie dann, diese Begriffe zu umschreiben, z. B. indem sie „das für die Füße“ statt „Schuh“ sagen. Es kann auch vorkommen, dass sie Bezeichnungen verwechseln oder sogar neu erfinden. Dadurch ist es mitunter schwierig, sie zu verstehen.

### Die Orientierung geht verloren

Alzheimer-Patienten kann es passieren, dass sie sich selbst in eigentlich vertrauter Umgebung plötzlich verlaufen, beispielsweise in der direkten Nachbarschaft ihrer Wohnung. Oder sie finden sich an einem Ort wieder, ohne sich erklären zu können, wie sie dorthin geraten sind. Auch bringen sie gelegentlich Tageszeiten durcheinander.

### Situationen werden nicht mehr richtig beurteilt

Bei Alzheimer-Patienten kann es vorkommen, dass sie sich warme Winterkleidung anziehen, obwohl Hochsommer ist. Oder sie vergessen völlig, wie versprochen auf das Enkelkind aufzupassen, gehen einfach aus dem Haus und lassen das Kind allein, ohne sich noch an ihre Aufgabe erinnern zu können.

### Die Fähigkeit zu abstraktem Denken leidet

Oft verlieren Alzheimer-Patienten das Gefühl für Geld und scheinen seine Bedeutung als Zahlungsmittel nicht mehr recht zu verstehen. Ähnlich kann es ihnen beim Blick in ein Telefonbuch ergehen. Sie erkennen die Nummern, doch wissen sie nicht mehr, wofür diese da sind.

### Verlegen von Gegenständen

Es ist möglich, dass Erkrankte eine ungeeignete „Ordnung“ in ihrer Wohnung herstellen: Sie legen die Fernsehzeitschrift in die Waschmaschine oder ihre Zahnbürste ins Eisfach. Später erinnern sie sich nicht mehr daran, und die Gegenstände bleiben verschwunden, bis sie zufällig entdeckt werden.

### Stimmungsschwankungen

Alzheimer-Patienten neigen zu plötzlichen und unerklärlichen Stimmungswechseln. Sind sie in einer Minute noch zufrieden und ausgeglichen, kann es in der nächsten zu Tränen und Verzweiflung oder ebenso gut zu einem Wutausbruch kommen, ohne dass sich eine Erklärung dafür finden ließe.

### Veränderung der Persönlichkeit

Es ist ganz normal, dass sich mit zunehmender Lebenserfahrung auch die Persönlichkeit entwickelt und verändert. Bei Alzheimer-Patienten treten solche Veränderungen jedoch besonders ausgeprägt auf. Manchmal werden die Erkrankten plötzlich reizbar, ängstlich, misstrauisch oder distanzlos.

### Antriebslosigkeit

Auch ein Mangel an Energie und Eigeninitiative kann ein Warnzeichen für Alzheimer sein. Gesellschaftliche und andere Aktivitäten werden den Erkrankten zur Last, sie bleiben lieber im Sessel sitzen, als etwas zu unternehmen, und ziehen sich zurück. Hobbys werden nicht mehr gepflegt und soziale Kontakte vernachlässigt.

**Symptome der Demenz**

Im Vorfeld einer Demenz sind oft psychische Störungen zu beobachten, die häufig kaum von denen einer Depression unterschieden werden können, wie zum Beispiel Verlust von Interessen und Eigeninitiative, Reizbarkeit, Gefühl der [Überforderung](http://de.wikipedia.org/wiki/%C3%9Cberforderung), Verlust der affektiven Schwingungsfähigkeit, depressive Verstimmungen.

### Kognitive Symptome

Leitsymptom aller Demenz-Erkrankungen ist die Störung des Gedächtnisses, vor allem des [Kurzzeitgedächtnisses](http://de.wikipedia.org/wiki/Kurzzeitged%C3%A4chtnis). Die Vergesslichkeit ist zunächst etwas Normales. Oft ist zumindest in den Anfangsstadien die äußere Fassade der Person dabei gut erhalten, sodass die Gedächtnisstörungen im oberflächlichen Kontakt sehr gut überspielt werden können. Dies gelingt besonders gut den Menschen, die ihr Leben lang viele soziale Kontakte hatten - der verbindliche Umgangston ersetzt streckenweise den Inhalt der Botschaft ([Kommunikation](http://de.wikipedia.org/wiki/Kommunikation)).

Später verlieren sich länger zurück liegende Gedächtnisinhalte. Wenn die Demenz fortschreitet, treten auch andere Störungen der Hirnfunktion hinzu, wie zum Beispiel Wortfindungsstörungen, Rechenstörungen, Störungen der Raumwahrnehmung und starke Müdigkeit, sodass sich die Betroffenen häufig verlaufen, besonders wenn in der ihnen über Jahrzehnte geläufigen Umgebung bauliche Veränderungen stattfinden.

Im weit fortgeschrittenen Stadium erkennen die Betroffenen schließlich nicht einmal ihre engsten Angehörigen wieder. Sie werden völlig apathisch, bettlägerig und inkontinent.

Die Demenz schränkt die Lebenserwartung ein. Die Demenz selbst ist aber keine Todesursache, sondern die durch die Demenz begünstigten Erkrankungen.

### Motorische Symptome

Auch motorische Störungen gehören meist zum Bild einer fortgeschrittenen Demenz, wenn es sich nicht um eine Demenz-Erkrankung handelt, die mit motorischen Störungen beginnt, wie zum Beispiel das Parkinson-Syndrom. Die Patienten werden zunehmend steif am ganzen Körper. Ihr Gang wird kleinschrittig, schlurfend und breitbeinig. Sie sind fallgefährdet, auch weil es zu einer Störung der Haltereflexe kommt.

### Verhaltensstörungen

Die Verhaltensstörungen bei Demenzkranken werden neuerdings BPSD = ("Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia") genannt. Darunter zählt man heute die

* [Apathie](http://de.wikipedia.org/wiki/Apathie) (76,0%),
* zielloses Herumirren (64,5%),
* Essstörung (Essen von Unessbarem) (63,7%),
* Gereiztheit/Labilität (63,0%),
* [Agitation](http://de.wikipedia.org/wiki/Agitation)/[Aggression](http://de.wikipedia.org/wiki/Aggression) (62,8%),
* [Schlafstörungen](http://de.wikipedia.org/wiki/Schlafst%C3%B6rungen) (53,8%),
* [Depression](http://de.wikipedia.org/wiki/Depression)/[Dysphorie](http://de.wikipedia.org/wiki/Dysphorie) (54,3%),
* [Angst](http://de.wikipedia.org/wiki/Angst) (50,2%),
* [Wahn](http://de.wikipedia.org/wiki/Wahn) (49,5%),
* [Enthemmung](http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Enthemmung&action=edit&redlink=1) (29,5%),
* [Halluzinationen](http://de.wikipedia.org/wiki/Halluzinationen) (27,8%), und
* [Euphorie](http://de.wikipedia.org/wiki/Euphorie) (16,6%).

Die Klammern beziehen sich auf die Prävalenz der 12 BPSD bei Alzheimer-Patienten.

Psychotische Symptome können bei allen Demenzformen auftreten. Relativ typisch sind sie für die [Lewy-Body-Demenz](http://de.wikipedia.org/wiki/Lewy-Body-Demenz), die Demenzform beim [Parkinson-Syndrom](http://de.wikipedia.org/wiki/Parkinson-Syndrom). Es handelt sich vor allem um optische Halluzinationen. Typischerweise sehen die Betroffenen zunächst vor allem im Zwielicht der Dämmerung nicht anwesende Personen, mit denen sie mitunter sogar Gespräche führen. Die Patienten können sich in diesem Stadium meist von ihren (Pseudo-)Halluzinationen distanzieren, das heißt sie wissen, dass die Personen, mit denen sie sprechen, nicht anwesend sind. Später sehen sie Tiere oder Fabelwesen, Muster an den Wänden, Staubfussel. Schließlich erleben sie groteske, meist bedrohliche Dinge, zum Beispiel Entführungen. Diese szenischen Halluzinationen sind in der Regel sehr angstgefärbt. Die Patienten werden nicht selten aggressiv, wenn sie die sich in besten Absichten nähernden Angehörigen und Pflegenden in ihr Wahnsystem einbauen. Hier sind die Übergänge zum [Delir](http://de.wikipedia.org/wiki/Delir) fließend.

Demenz-Kranke verlieren ihre Eigeninitiative. Sie vernachlässigen ihre früheren [Hobbys](http://de.wikipedia.org/wiki/Hobby), ihre [Körperpflege](http://de.wikipedia.org/wiki/K%C3%B6rperpflege) und das Aufräumen ihrer Wohnung. Schließlich sind sie nicht mehr in der Lage, sich ausreichend zu ernähren. Sie haben keinen Antrieb zum Essen, verlieren das Hungergefühl und vergessen schließlich, die Nahrung zu kauen und herunterzuschlucken. Sie magern ab und werden anfällig für internistische Erkrankungen wie zum Beispiel eine Lungenentzündung.

Verschiebungen im Tag-Nacht-Rhythmus können erhebliche pflegerische Probleme bereiten.

**Erleben demenzkranker Menschen**

Wenn man versucht, sich in die Gefühlswelt demenzkranker Menschen hineinzuversetzen, fällt die Kommunikation mit ihnen leichter.

Für Demenzkranke sieht die Welt merkwürdig und unverständlich aus, weil sie die spezifische menschliche Wahrnehmungsfähigkeit, die [Orientierung](http://de.wikipedia.org/wiki/Orientierung_%28mental%29), verlieren. Sie können die Gegenstände, Situationen und Personen nicht in einen größeren Kontext einordnen. Aufgrund ihrer Erinnerungsstörungen ist ihnen der Zugriff auf früheres Wissen (semantisches Gedächtnis) und Erlebnisse (episodisches Gedächtnis- zurücklöschend) verwehrt, um sich mit deren Hilfe in der jetzigen Situation zurechtzufinden. Es fehlt das Wissen und die Sicherheit von Ressourcen, die der Bewältigung aktueller Situationen dienen. Oft verschwimmt der Unterschied zwischen Traum, Vergangenheit und Realität. Oft kommt es zu Halluzinationen. Im Umgang mit dementen Personen ist es oft nicht möglich, diesen die Irrealität der Halluzinationen zu erklären. Im Idealfall erfassen die Pflegenden die hinter den Halluzinationen stehende Stimmung und gehen auf diese ein.

Wenn der erkrankte Mensch noch in der Lage ist zu erkennen, dass er in einer Situation nicht angemessen reagiert hat, kann das bei ihm Unruhe und Resignation auslösen.

Demente benötigen viel Zeit für alle Reaktionen und Handlungen. In fortgeschrittenen Stadien ist beispielsweise eine ausreichende Ernährung auf natürlichem Weg nicht mehr möglich, weil die Betroffenen aufgrund ihrer schweren Antriebsstörung nicht mehr in der Lage sind, die Nahrung hinunterzuschlucken. Die Geduld und die zeitlichen Möglichkeiten der Pflegenden stoßen deswegen regelmäßig im Spätstadium an ihre Grenzen.

Menschen, die an Demenz erkrankt sind, fühlen sich oft falsch verstanden, herumkommandiert oder bevormundet, da sie die Entscheidungsgründe der sie Pflegenden nicht erfassen können. Überraschend viele an Demenz erkrankte Personen können ihre Wünsche ausdrücken. Manche sind noch in der Lage, zu spüren, wenn sich Mitmenschen langweilen oder von ihrem Verhalten peinlich berührt sind. Im Spätstadium geht immer mehr auch die Fähigkeit zum emotionalen Kontakt verloren, was für die Angehörigen sehr belastend sein kann.

Demenzkranke reagieren gelegentlich sehr verärgert, wenn man sie für Dinge verantwortlich macht, die sie inzwischen vergessen haben. Damit werden sie gleich doppelt in die Enge getrieben: einmal dadurch, dass ihnen vorgeworfen wird, absichtlich Fehler zu begehen, und zum anderen, weil sie mit ihren Schwächen - sich nicht erinnern zu können - konfrontiert werden.

Auch demenzkranke Menschen haben Gefühle. Besonders Depressionen sind ein häufiges Problem, oft bereits vor der Manifestation der Demenz, oft dann, wenn die Betroffenen ihren geistigen Verfall wahrnehmen. Da die Symptome einer Depression denen der Demenz ähneln, können beide Krankheiten bei unzureichenden Kenntnissen verwechselt werden. Je weiter die Demenz fortschreitet, desto mehr verflacht aber auch die Gefühlswelt, und weicht parallel zu einer zunehmenden Interessenlosigkeit einer affektiven Indifferenz mit der Unfähigkeit, sich zu freuen oder traurig zu sein bzw. die Emotionen auszudrücken.

Der Umgang mit Demenzkranken sollte an deren verändertes Erleben angepasst sein. Als hilfreiche Methoden im Umgang mit Demenzkranken haben sich erwiesen: [Validation](http://de.wikipedia.org/wiki/Validation_%28Medizin%29), [Biografiearbeit](http://de.wikipedia.org/wiki/Biografiearbeit)/[Erinnerungspflege](http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Erinnerungspflege&action=edit&redlink=1), [Basale Stimulation](http://de.wikipedia.org/wiki/Basale_Stimulation) und die Selbsterhaltungstherapie (SET) nach Barbara Romero.

Stellen Sie sich vor

Sie würden in einem Bett liegen – Sie können weder sprechen, noch sich bewegen. Sie wurden in Rückenlage gelagert, der nächste Lagewechsel erfolgt in 180 Minuten.

Die Schwester hat soeben das Zimmer verlassen. Sie hat vergessen das Fenster zu schließen, es zieht, es zieht auf ihre rechte Schulter. Da ist das Hemd nach unten gerutscht.

Sie würden gerne anläuten und sagen:
**„Bitte Schwester, schließen Sie das Fenster und ziehen Sie mein Hemd nach oben.“**

Sie können es nicht sagen, Sie können sich nicht bewegen.
Es zieht fürchterlich.
**„Ach, wenn es nur die linke Schulter wäre, mit der Rechten
hatten Sie immer schon Probleme“,**

Auch ihr rechter Arm schmerzt.
Die Schwester hat gemeint: „Die Infusionsleitung ist zwar gerötet, aber diese Infusion können wir noch reinlassen – ist sowieso die Letzte!“

Der Arm schmerzt fürchterlich. Sie würden gerne läuten und sagen:

**„ Bitte Schwester, drehen Sie die Infusion ab und legen Sie eine neue Leitung. Bitte auch den Arm etwas nach rechts legen und wenn Sie schon da sind, das Fenster schließen und das Hemd rechts nach oben ziehen.“**

Sie können es nicht sagen, Sie können sich nicht bewegen.
Ihren beiden Bettnachbarn geht es gleich. Frau Maier konnte sich ein wenig bewegen, Sie hat eine Sonde, die hat Sie immer heraus gezogen, jetzt kann Sie sich nicht mehr bewegen

Es sind 6 Minuten von 180 vergangen.
Jetzt bekommen Sie auch noch Stuhldrang, Sie denken sich:

**„Nur nicht ins Bett machen, das habe ich noch nie gemacht, auch heute nicht, die 174 Minuten bis zum nächsten Lagewechsel halte ich schon noch aus."**

Sie erhöhen ihre Körperspannung über das Normale hinaus.
Doch wie soll die Schwester denn wissen, dass Sie die Schüssel brauchen. Die Infusion abzuschalten ist und der Arm nach rechts zu legen ist, das Fenster zu schließen und das Hemd nach oben zu ziehen ist.

Sie können es nicht sagen, Sie können sich nicht bewegen.
Sie denken sich:
**„Ach, wenn die Schwester jetzt nur zufällig ins Zimmer kommen würde und mir zufällig die Schüssel mitbringen würde und die Infusion abdrehen würde, den Arm nach rechts legen, das Fenster schließen und das Hemd nach oben ziehen würde, dann ich kann es nicht sagen und ich kenn mich ja nicht bewegen.“**

Der Stuhldrang nimmt immer mehr und mehr zu. Sie erhöhen die Körperspannung noch mehr. Sie beginnen zu fiebern, es steigt der Blutdruck –und der Puls und Sie schwitzen. Jetzt steht auch noch Schweiß in ihren Augen.

Endlich klopft es an der Türe und es kommen Angehörige auf Besuch:
Sie kommen zu ihrem Bett und beginnen sofort zu weinen:
„Warum hat sich die Mutter heute so verschlechtert? Warum ist sie so steif? Warum hat sie so hohes Fieber? Warum schwitzt sie so viel?“

**„Aber Kinder weint doch nicht, es fehlt mir ja nichts, bitte holt die Schwester, ich brauche dringend die Schüssel und bitte wischt mir die Augen aus, der Schweiß ist so unangenehm und dreht die Infusion ab und bitte den Arm etwas nach rechts legen und das Fenster schließen und das Hemd nach oben ziehen. Ihr braucht doch nicht weinen, es fehlt mir wirklich nichts“.**

Sie können es nicht sagen, Sie können sich nicht bewegen.

Die Angehörigen rufen verzweifelt nach dem Arzt, auch der weiß nicht warum Sie heute so schwitzen und so steif sind, denn am Vormittag bei der Visite war es noch nicht so. Er ordnet eine Blutdruckmessung an.
Der Blutdruck ist wegen Ihrer hohen Körperspannung auf über 200 – mmHg.

Er sagt: „Bitte Schwester spritzen Sie etwas Blutdrucksenkendes“.
Sie denken sich:
 **„Bitte doch keine Spritze, mir fehlt doch nichts, ich brauche doch nur dringend die Schüssel, ich hatte zwar gestern Stuhl, ich muss aber heute auch und bitte die Infusionsleitung abdrehen, sie tut mir so weh und den Arm nach rechts legen- dass Fenster schließen – dass Hemd nach oben ziehen und die Augen auswischen – aber bitte doch keine Spritze, es fehlt mir ja wirklich nichts."**

Sie können es nicht sagen, sie können sich nicht bewegen.
Der Arzt schickt die Angehörigen nach Hause, sie sollen am Abend anrufen, bis dahin wisse man was der Mutter fehlt.

**„Bitte geht noch nicht nach Hause. Bleibt doch noch ein wenig, es fehlt mir ja nichts."**

Sie können es nicht sagen, sie können sich nicht bewegen:
Der Arzt überlegt: „ob es nicht besser wäre, sie auf die Intensivstation zu verlegen, damit wir ja nichts übersehen“.

Sie denken sich:
**„Bitte doch nicht auf die Intensivstation. Es fehlt mir wirklich nichts, ich brauche doch nur die Schüssel, seht ihr es den nicht."**

Sie können es nicht sagen, sie können sich nicht bewegen.
Der Arzt meint: „Wenn sie sich weiter so verschlechtern, wird es unumgänglich sein, sie über die Nacht zu intubieren und zu beatmen.“

Auf diese Aussage, geben Sie den Stuhldrang nach, der Stuhl kann das erste mal fließen.
**Es löst sich die Körperspannung.
Es senkt sich das Fieber – es geht der Blutdruck nach unten und Sie brauchen nicht auf die Intensivstation und Sie brauchen nicht beatmet werden.**

**Lewy-Körper-Demenz**

Die **Lewy-Körper-Demenz** oder **Lewy-Körperchen-Demenz** (engl.: *Dementia with Lewy bodies*, abgek. *DLB*) ist nach dem [Morbus Alzheimer](http://de.wikipedia.org/wiki/Morbus_Alzheimer) die zweithäufigste neurodegenerative [Demenz](http://de.wikipedia.org/wiki/Demenz) im Alter und kann sowohl als eigenständige Erkrankung auftreten als auch sekundär, im Rahmen einer bereits bestehenden [Parkinson-Krankheit](http://de.wikipedia.org/wiki/Parkinson-Krankheit). Die Lewy-Körper-Demenz macht bis zu zirka 20 % aller Demenzformen aus.

**Einteilung**

* diffuse Lewy-Körperchen-Erkrankung bzw. Demenz mit Lewy-Körperchen
* Morbus Parkinson mit begleitender Alzheimer-Pathologie
* Lewy-Körperchen-Variante des Morbus Alzheimer

Eine klare Differenzierung kann allerdings oft erst *post mortem* mit der [histologischen](http://de.wikipedia.org/wiki/Histologie) Untersuchung der Veränderungen im Gehirn getroffen werden.

Die Einteilung in die Gruppe *Demenz mit Vorliegen diffuser kortikaler Lewy-Körperchen* erfolgte längere Zeit nach den Konsensus-Kriterien für eine Lewy-Body-Erkrankung (McKeith et al. 1996),[[4]](http://de.wikipedia.org/wiki/Lewy-K%C3%B6rper-Demenz#cite_note-4) die besagen, dass mindestens zwei der folgenden drei Kriterien erfüllt sein müssen:

* fluktuierende kognitive Defizite (besonders Aufmerksamkeit)
* wiederholte detaillierte visuelle Halluzinationen
* extrapyramidalmotorische Störungen (unwillkürliche motorische Störungen)

**Pathogenese**

Die [Lewy-Körperchen](http://de.wikipedia.org/wiki/Lewy-K%C3%B6rperchen), welche auch diese Erkrankung ausmachen, wurden zuerst bei der Parkinsonerkrankung entdeckt. Es handelt sich hierbei um [eosinophile](http://de.wikipedia.org/wiki/Eosinophil) Einschlüsse im [Zytoplasma](http://de.wikipedia.org/wiki/Zytoplasma) von [Nervenzellen](http://de.wikipedia.org/wiki/Nervenzelle) (Neuronen) in der [Großhirnrinde](http://de.wikipedia.org/wiki/Gro%C3%9Fhirnrinde) und im [Hirnstamm](http://de.wikipedia.org/wiki/Hirnstamm). Diese Einschlüsse sind anomale Aggregate von Protein, die die Bildung des Botenstoffs ([Neurotransmitter](http://de.wikipedia.org/wiki/Neurotransmitter)) [Dopamin](http://de.wikipedia.org/wiki/Dopamin) verringern, wodurch es unter anderem zu den typischen Parkinson-Symptomen kommt.

**Klinik**

Die Lewy-Body-Demenz zeichnet sich typischerweise durch starke Schwankungen der Symptomatik aus. Aufmerksamkeit, Konzentrationsvermögen, Wachheit und andere kognitive Leistungen können tagesformabhängig variieren. Insgesamt verläuft die Erkrankung aber [progredient](http://de.wikipedia.org/wiki/Progredient).

**Weitere typische Symptome**

* Störungen des [REM-Schlafes](http://de.wikipedia.org/wiki/REM-Schlaf)
* visuelle [Halluzinationen](http://de.wikipedia.org/wiki/Halluzination) (welche die Patienten oft detailliert wiedergeben können)
* [Synkopen](http://de.wikipedia.org/wiki/Synkope_%28Medizin%29) und Stürze
* [Depression](http://de.wikipedia.org/wiki/Depression) und [Wahn](http://de.wikipedia.org/wiki/Wahn)

## Häufigkeit

Nach der Berliner Altersstudie (1996) steigt die Zahl der Menschen mit Demenz nach Altersgruppen aufgeschlüsselt folgendermaßen an:

|  |  |
| --- | --- |
| **Altersgruppe** | **Anteil Demenzerkrankter** |
| 65- bis 69-Jährige | 1,2 % |
| 70- bis 74-Jährige | 2,8 % |
| 75- bis 79-Jährige | 6,0 % |
| 80- bis 84-Jährige | 13,3 % |
| 85- bis 89-Jährige | 23,9 % |
| über 90-Jährige | 34,6 % |

Es ist davon auszugehen, dass bisher bei über der Hälfte aller Senioren (älter als 65 Jahre) im allgemeinärztlichen Patientengut mit vorhandener Demenz nie eine solche Diagnose gestellt wurde.

### Entwicklung in Deutschland

In der Bundesrepublik Deutschland ist nach neusten Zahlen mit einem Anstieg der Demenz von heute 1,3 Millionen Betroffenen auf voraussichtlich 2,6 Millionen in 2050 zu rechnen.

Unter den Personen, die im Jahr 2009 Mitglied der Krankenkasse waren und mit über 60 Jahren verstarben, waren 47 Prozent der Frauen und 29 Prozent der Männer demenzkrank und neunzig Prozent dieser Demenzkranken waren vormals pflegebedürftig. Im Jahre 2001 waren es 40 und 60 Prozent.

### Risikofaktoren

Hauptrisikofaktor für eine Demenz ist das hohe [Lebensalter](http://de.wikipedia.org/wiki/Lebensalter). Das Überwiegen des weiblichen Geschlechts ist wahrscheinlich vor allem in der um einige Jahre höheren Lebenserwartung von Frauen begründet. [Depressionen](http://de.wikipedia.org/wiki/Depression) werden als Risikofaktor für die Entwicklung einer Demenz angesehen. Sie treten vor allem in frühen Demenzstadien gehäuft auf und können einer Demenz auch vorausgehen. Umgekehrt wird bei mangelhafter Abklärung oft alten Menschen mit psychischer Erkrankung fälschlicherweise die Diagnose Demenz zugewiesen, was sich damit zeigen kann, dass der MMS sich wieder stark verbessert.

# Einteilungen und Ursachen

**Deutsche Gesellschaft für Neurologie**

Die Demenzformen werden laut der [Deutschen Gesellschaft für Neurologie](http://de.wikipedia.org/wiki/Deutsche_Gesellschaft_f%C3%BCr_Neurologie) nach der [Genese](http://de.wikipedia.org/wiki/Genese) in [vaskuläre](http://de.wikipedia.org/wiki/Angiologie), ([neuro](http://de.wikipedia.org/wiki/Nerv)-)[degenerative](http://de.wikipedia.org/wiki/Degenerativ) Demenzformen und Mischformen unterteilt.

**Vaskuläre Demenz (VAD)**

* Multiinfarktsyndrom: Defektsyndrom nach größeren, einzelnen oder multiplen, ischämischen oder hämorrhagischen Insulte mit Untergang einer kritischen Masse an neuronalem Gewebe (wahrscheinlich ca. 100 ml)
* Strategische Insulte: ausgeprägte kognitive Defizite bei kleinem Läsionsvolumen an entscheidenden Stellen (Thalamus, hinteres Kapselknie, frontales Marklager)
* [Mikroangiopathische](http://de.wikipedia.org/wiki/Mikroangiopathie) Läsionen
	+ multilakunäres Syndrom
	+ konfluierende Marklagerveränderungen ([subkortikale vaskuläre Enzephalopathie](http://de.wikipedia.org/wiki/Subkortikale_arteriosklerotische_Enzephalopathie), SVE)
* Mikrogefäßveränderungen
	+ Kapillarverlust
	+ Blut-Hirn-Schranken-Störungen
* genetische Grunderkrankungen
	+ [CADASIL-Erkrankung](http://de.wikipedia.org/wiki/CADASIL)
	+ [HERNS-Syndrom](http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=HERNS-Syndrom&action=edit&redlink=1)
	+ [familial British dementia](http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Familial_British_dementia&action=edit&redlink=1) (HCHWA-D (Hereditary Cerebral Hemorrhages with Amyloidosis of the Dutch Typ), HCHWA-I (Icelandic Type))

**Degenerative Demenz**

* [Morbus Alzheimer](http://de.wikipedia.org/wiki/Morbus_Alzheimer)
* [Frontotemporale Demenz](http://de.wikipedia.org/wiki/Frontotemporale_Demenz) M.Pick
* [Lewy-Körperchen-Demenz](http://de.wikipedia.org/wiki/Lewy-K%C3%B6rperchen-Demenz): ist nach dem Morbus Alzheimer die zweithäufigste neurodegenerative Demenz im Alter und kann sowohl als eigenständige Erkrankung auftreten als auch sekundär, im Rahmen einer bereits bestehenden Parkinson-Krankheit.
	+ Die Lewy-Körper-Demenz macht bis zu zirka 20 % aller Demenzformen aus. Die Lewy-Body-Demenz zeichnet sich typischerweise durch starke Schwankungen der Symptomatik aus. Aufmerksamkeit, Konzentrationsvermögen, Wachheit und andere kognitive Leistungen können tagesformabhängig variieren. Insgesamt verläuft die Erkrankung aber [progredient](http://de.wikipedia.org/wiki/Progredient).
	+ weitere typische Symptome
	+ Störungen des [REM-Schlafes](http://de.wikipedia.org/wiki/REM-Schlaf)
	+ visuelle [Halluzinationen](http://de.wikipedia.org/wiki/Halluzination) (welche die Patienten oft detailliert wiedergeben können)
	+ [Synkopen](http://de.wikipedia.org/wiki/Synkope_%28Medizin%29) und Stürze
	+ [Depression](http://de.wikipedia.org/wiki/Depression) und [Wahn](http://de.wikipedia.org/wiki/Wahn)

**ICD 10**

Nach ICD-10 werden die Demenzen unterteilt in

* Demenz bei Alzheimer-Krankheit
* Vaskuläre Demenz
	+ VAD mit akutem Beginn (nach mehreren kleineren Schlaganfällen einer einzigen massive Infarzierung als Folge von zerebrovaskulärer Thrombose, Embolie oder Blutung)
	+ Multiinfarkt-Demenz (Vorwiegend kortikale Demenz, allmählicher Beginn, nach Anhäufung von Infarkten im Hirngewebe)
	+ Subkortikale vaskuläre Demenz ([arterielle Hypertonie](http://de.wikipedia.org/wiki/Arterielle_Hypertonie), ischämischen Herden im [Marklager](http://de.wikipedia.org/wiki/Marklager) der Hemisphären, klinische Bild erinnert an Alzheimer-Krankheit
	+ Gemischte kortikale und subkortikale vaskuläre Demenz
	+ Sonstige vaskuläre Demenz
	+ Vaskuläre Demenz, nicht näher bezeichnet
* Sekundäre Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
	+ [Pick-Krankheit](http://de.wikipedia.org/wiki/Pick-Krankheit)
	+ [Creutzfeldt-Jakob-Krankheit](http://de.wikipedia.org/wiki/Creutzfeldt-Jakob-Krankheit)
	+ [Chorea Huntington](http://de.wikipedia.org/wiki/Chorea_Huntington)
	+ [primärem Parkinson-Syndrom](http://de.wikipedia.org/wiki/Morbus_Parkinson)
	+ [HIV-Krankheit](http://de.wikipedia.org/wiki/Aids)
	+ Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheitsbildern
		- [Epilepsie](http://de.wikipedia.org/wiki/Epilepsie)
		- hepatolentikulärer Degeneration ([Morbus Wilson](http://de.wikipedia.org/wiki/Morbus_Wilson))
		- [Hyperkalziämie](http://de.wikipedia.org/wiki/Hyperkalzi%C3%A4mie)
		- [Hypothyreose](http://de.wikipedia.org/wiki/Hypothyreose), erworben
		- [Intoxikationen](http://de.wikipedia.org/wiki/Intoxikation)
		- [Multiple Sklerose](http://de.wikipedia.org/wiki/Multiple_Sklerose)
		- [Neurosyphilis](http://de.wikipedia.org/wiki/Neurosyphilis)
		- [Niacin](http://de.wikipedia.org/wiki/Niacin)-Mangel ([Pellagra](http://de.wikipedia.org/wiki/Pellagra))
		- [Panarteriitis nodosa](http://de.wikipedia.org/wiki/Panarteriitis_nodosa)
		- [systemischer Lupus erythematodes](http://de.wikipedia.org/wiki/Systemischer_Lupus_erythematodes)
		- [Trypanosomiasis](http://de.wikipedia.org/wiki/Trypanosomiasis)
		- [Vitamin B12](http://de.wikipedia.org/wiki/Vitamin_B12)-Mangel
		- [zerebraler Lipidstoffwechselstörung](http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Zerebraler_Lipidstoffwechselst%C3%B6rung&action=edit&redlink=1)

**Sonstige Einteilungen**

In US-amerikanischer Literatur wird eine Unterteilung in kortikale und [subkortikale Demenzen](http://de.wikipedia.org/wiki/Subkortikale_Demenzen) verwendet. Diese unterscheiden sich nicht nur nach dem Ort der zerebralen Schädigung ([Kortex](http://de.wikipedia.org/wiki/Gro%C3%9Fhirnrinde) versus [Basalganglien](http://de.wikipedia.org/wiki/Basalganglien)), sondern auch nach deren klinischem Erscheinungsbild. Klassisches Beispiel für die kortikalen Demenzen ist die [Alzheimer-Krankheit](http://de.wikipedia.org/wiki/Alzheimer-Krankheit). Subkortikale Demenzen sind die [subkortikale arteriosklerotische Enzephalopathie](http://de.wikipedia.org/wiki/Subkortikale_arteriosklerotische_Enzephalopathie), die Demenz beim [Parkinson-Syndrom](http://de.wikipedia.org/wiki/Parkinson-Syndrom), Normaldruck[hydrocephalus](http://de.wikipedia.org/wiki/Hydrocephalus), [Morbus Wilson](http://de.wikipedia.org/wiki/Morbus_Wilson), oder [Chorea Huntington](http://de.wikipedia.org/wiki/Chorea_Huntington).

Ein Verbindung zwischen dementiellen Veränderungen und [chronischem Nierenversagen](http://de.wikipedia.org/wiki/Chronisches_Nierenversagen) scheint zu bestehen.

Wer ausreichend schläft, schützt Körper und Geist vor dem Verfall. Schlafstörungen verkürzen die Lebenszeit und erhöhen das Risiko für Herz-Kreislauf Erkrankungen. Aber begünstigen sie auch Alzheimer oder Parkinson?

Mit dem Alter geht das mit dem Schlafen nicht mehr so leicht. Aufwachen mitten in der Nacht, Probleme beim Einschlafen, aber dafür müde am Nachmittag. Eine ganz normale Folge des Alters? Oder doch mehr? Es könnte auch ein erstes Anzeichen dafür sein, dass sich das Denkvermögen langsam aber sicher verabschiedet. Nicht nur bei [Alzheimer](http://flexikon.doccheck.com/de/Morbus_Alzheimer%22%20%5Ct%20%22_blank), sondern auch bei anderen neurologischen Degenerationserkrankungen wie etwa [Parkinson](http://flexikon.doccheck.com/de/Parkinson-Syndrom%22%20%5Ct%20%22_blank) oder [Chorea Huntington](http://flexikon.doccheck.com/de/Chorea_Huntington%22%20%5Ct%20%22_blank) geht die innere Uhr mit regelmäßigen Schaf- und Wachzyklen schon früh im Lauf der Erkrankung verloren.

**Apnoe-Therapie verbessert kognitive Leistung**

Das ist aber nicht nur tragisch für den alternden Menschen selbst, sondern auch für seine Umgebung. Wenn der Partner auch auf seinen Nachtschlaf verzichten muss, sind die Reserven für die Pflege und Fürsorge bald am Ende und das Heim ist der einzige Ausweg. Das alles ist auch mit hohen Kosten verbunden. Grund genug, nach Ursachen, Markern und möglichen Therapien für den Zusammenhang zwischen degenerativen neurologischen Krankheiten und dem gestörten Biorhythmus zu suchen.

Ganz so einfach ist die Sache aber nicht. Daten über [Apnoe](http://flexikon.doccheck.com/de/Apnoe%22%20%5Ct%20%22_blank)-kranke Patienten sagen zwar eindeutig, [dass sich der Abbau von Nerven im Gehirn verlangsamen lässt, wenn zugeführter Sauerstoff oder eine Verhütung der Atem-Aussetzer die Versorgung verbessert](http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1104205" \t "_blank). „Einmal korrigiert, sind die Patienten viel heller im Kopf, und erinnern sich leichter“, sagt Clifford Saper, Neurologe aus Harvard, [„aber es ist noch längst nicht klar, ob der Verlust an Schlaf selber die Neurodegeneration vorantreibt.“](http://dx.doi.org/10.1038/497S19a%22%20%5Ct%20%22_blank)

**Risikoreiches Mittagsschläfchen?**

Im Jahr 2009 veröffentlichte David Holtzman von der University in St. Louis in den USA in „Science“ [eine Studie an Mäusen](http://www.sciencemag.org/content/326/5955/1005%22%20%5Ct%20%22_blank), die ein tägliches Auf- und Ab des [ß-Amyloidspiegels](http://flexikon.doccheck.com/de/Beta-Amyloid%22%20%5Ct%20%22_blank) in der [interstitiellen](http://flexikon.doccheck.com/de/Interstitiell%22%20%5Ct%20%22_blank) Flüssigkeit im Gehirn zeigte. Mangelnder Mäuseschlaf ließ die Konzentration dann soweit ansteigen, dass sich das Protein ablagerte und zu den charakteristischen Plaques führte. Die Gabe eines Antagonisten gegen Rezeptoren des Schlaf-Hormons [Orexin](http://flexikon.doccheck.com/de/Orexin%22%20%5Ct%20%22_blank) hielt jedoch die Plaquebildung auf. Auch der normale Schlaf- und Wachrhythmus der Mäuse selbst verkümmerte mit den Amyloid-Ablagerungen und stabilisierte sich wieder mit einer aktiven Amyloid-Immunisierung.

[Eine aktuelle Studie](http://archneur.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1663363" \t "_blank) aus dem Holtzman-Labor mit rund 150 Teilnehmern, zum Teil mit einem familiären Hintergrund für eine Alzheimer-Erkrankung, zeigte wiederum das komplizierte Muster der gegenseitigen Abhängigkeit. Rund ein Fünftel hatten Ablagerungen in ihrem Gehirn und zeigten eindeutig einen unruhigeren Schlaf als jene ohne diese Degenerationsmuster. In der Gesamtschlafdauer fanden die Wissenschaftler jedoch keine Unterschiede in den Gruppen. Personen, die sich mehrmals in der Woche ein Mittagsschläfchen gönnten, hatten jedoch häufiger Amyloid-Plaques.

**Schlafstörungen begünstigen Alzheimer – oder umgekehrt?**

Dass mit dem Alter das Gedächtnis nachlässt, ist ganz normal. Ebenso normal ist bei Senioren ein Schlaf, der nicht mehr so effektiv ist wie noch in der ersten Hälfte des Lebens. Je stärker aber ein pathologischer Prozess wie etwa bei Morbus Alzheimer fortgeschritten ist, desto massiver zeigen sich die Störungen im Schlaf-Wach-Rhythmus. Im Jahr 2012 unternahm Roxanne Sterniczuk aus dem kanadischen Halifax eine Datenanalyse von 14.000 Teilnehmern der Europäischen Langzeit-Altersstudie SHARE, [aus denen bei Leuten mit massiven Schlafstörungen ein stark erhöhtes Alzheimer-Risiko innerhalb der nächsten zwei bis vier Jahre hervorgeht](http://www.nature.com/nature/journal/v497/n7450_supp/full/497S19a.html%22%20%5Ct%20%22_blank).

[Am Mausmodell der Alzheimer-Erkrankung fand die Autorin heraus](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0006899310010929%22%20%5Ct%20%22_blank), dass jedoch auch der Degenerationsprozess selbst zur Zerstörung der Steuerungszentren der inneren Uhr  führt. Besonders im wichtigen [Nucleus suprachiasmaticus](http://flexikon.doccheck.com/de/Nucleus_suprachiasmaticus%22%20%5Ct%20%22_blank) des [Hypothalamus](http://flexikon.doccheck.com/de/Hypothalamus%22%20%5Ct%20%22_blank) sind schon bald nach den ersten Plaques Schäden in den neuronalen Verbindungen zu erkennen. Aber auch in den anderen Zentren, die die Steuerung von Schlaf und Wachen kontrollieren, richtet der Alzheimersche Abbauprozess Schäden an, die die Patienten um den gewohnten Schlaf bringen. Diese Prozesse sind auch bei Patienten in Kliniken zu beobachten.

Es sind jedoch erst einmal Mäuse, die Forscher mit genaueren Informationen über Mechanismen und Möglichkeiten zum Eingreifen versorgen sollen. Welche Proteinmuster sind dabei in den Steuerzentren verändert? Könnte man vielleicht mit entsprechenden Wirkstoffen oder gentherapeutischen Mitteln gegensteuern? Das will Sterniczuk in den nächsten Jahren aufklären.

**Chorea Huntington: Veränderte Rhythmus-Gene**

Aber auch andere Erkrankungen, bei denen Nervengewebe im Gehirn zugrunde geht, sind eng mit der Funktion von [zirkadianen Rhythmen](http://flexikon.doccheck.com/de/Zirkadiane_Uhr%22%20%5Ct%20%22_blank) verbunden. Bei Chorea Huntington beginnen die Symptome mit leichten motorischen oder kognitiven Störungen, bis nach und nach immer größere Teile des Nervensystems ihre Funktion als motorische Steuerzentrale verlieren. Auch Huntington-Patienten verlieren schon sehr früh ihre Kontrolle über Tages- und Nachtaktivitäten. Bei Huntington-Mäusen wiesen Forscher ein stark verändertes Expressionsmuster zweier wichtiger Gene des inneren Uhrwerks nach. Noch ist aber unklar, ob dieser Verlust auf den Huntington-Gendefekt selbst oder die sich ausbreitende Neurodegeneration zurückgeht. Anscheinend trägt jedoch der gestörte Rhythmus dazu bei, dass das Gehirn seine Kontrollfunktion immer weiter verliert. [Da aber Maßnahmen zur Schlafhygiene zumindest eine gewisse Verbesserung der Symptome bewirken, gibt es zumindest Hoffnung, dass sich der Krankheitsprozess damit etwas aufhalten lässt](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014488612003974%22%20%5Ct%20%22_blank).

**Schlafmittel gegen Parkinson?**

Ganz ähnlich sieht es bei Morbus Parkinson aus. Dort sterben vor allem im Mittelhirn [dopaminerge](http://flexikon.doccheck.com/de/Dopaminerg) Neuronen. Dopamin spielt aber auch beim Schlaf-Wach-Rhythmus eine entscheidende Rolle bei dessen Steuerung. So erhöhen beispielsweise die „Wachmacher“ [Amphetamin](http://flexikon.doccheck.com/de/Amphetamin%22%20%5Ct%20%22_blank) und [Modafinil](http://flexikon.doccheck.com/de/Modafinil%22%20%5Ct%20%22_blank) den Dopamin-Level. Wie bei den anderen neuronalen Störungen gibt es auch hier ein doppeltes Feedback: Schlafentzug führt zu einer starken Verringerung der Dopamin-Rezeptoren im [Striatum](http://flexikon.doccheck.com/de/Striatum%22%20%5Ct%20%22_blank) in der Region der [Basalganglien](http://flexikon.doccheck.com/de/Basalganglien%22%20%5Ct%20%22_blank). Diese Region ist bei Parkinson-Patienten sehr stark von der Degeneration betroffen. Die Störungen der inneren Uhr könnten dabei ein wichtiger Marker für die Krankheit sein, denn sie treten oft viele Jahre vor den ersten typischen Krankheitszeichen auf. Abgesehen von den motorischen Symptomen überlappen sich viele Kennzeichen von Parkinson-Patienten und solchen mit gestörtem zirkadianen Rhythmus ohne die pathologischen Parkinson-Prozesse. Für viele Experten ist das ein Hinweis darauf, dass die kaputte innere Uhr auch den Krankheitsverlauf selbst antreiben könnte. [Das wiederum bedeutet, dass Schlafmittel und Verhaltenstraining zumindest zu einer Verbesserung beitragen dürften](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014488612003275%22%20%5Ct%20%22_blank).

Bisher haben Versuche mit höherer Licht-Dosis in Seniorenheimen und einer Behandlung mit [Melatonin](http://flexikon.doccheck.com/de/Melatonin%22%20%5Ct%20%22_blank) nur [mäßige Erfolge im Kampf gegen kognitive Defizite erzielt](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0959438813001189%22%20%5Ct%20%22_blank) und dienen vor allem als Mittel gegen Depression. Dennoch scheint schlechter Schlaf den Ausbruch von Parkinson und Alzheimer zu beschleunigen. David Holtzman drückt es so aus: [„Gestörter Schlaf in der Lebensmitte könnte die Aggregation von Proteinen verursachen und damit den Ausbruch der Krankheit. Die entsprechenden Schäden verursachen wiederum weitere Schlafstörungen.](http://http://www.nature.com/nature/journal/v497/n7450_supp/full/497S19a.html%22%20%5Ct%20%22_blank)“ Im Mausmodell verbessern Schlafmittel die kognitive Funktion von Tieren mit induzierter Alzheimer- oder Chorea Huntington-Erkrankung. Regelmäßige Bewegung im Freien und Selbstdisziplin helfen, die Symptome neurodegenerativer Krankheiten aufzuhalten, stoppen können sie den Verfall des Nervensystems aber wohl nicht.

## Verbreitung

Die häufigste Form einer Demenz ist die Alzheimer-Krankheit. Die zweithäufigste Ursache mit zirka 20 Prozent ist die gefäßbedingte Demenz ([Vaskuläre Demenz](http://de.wikipedia.org/wiki/Vaskul%C3%A4re_Demenz)).

Aus neuropathologischen Untersuchungen ist bekannt, dass die ersten Demenz-typischen Veränderungen im Gehirngewebe bereits im jungen Erwachsenenalter auftreten und mit zunehmendem Lebensalter stetig zunehmen. Zur Demenz kommt es erst, wenn ein großer Teil der Gehirnzellen zerstört ist.

|  |
| --- |
| **Häufigste Ursachen der Demenz (Zahlen aktuell August 2005)** |
| [Alzheimer-Krankheit](http://de.wikipedia.org/wiki/Alzheimer-Krankheit) | ca. 50–60 % |
| [Vaskuläre Demenz](http://de.wikipedia.org/wiki/Vaskul%C3%A4re_Demenz) | ca. 20 % |
| Mischform beider o.g. | ca. 15 % |

|  |
| --- |
| **Sekundäre Demenzen (Angaben und Zahlen nicht aktuell geprüft!)** |
| [Lewy-Körperchen-Erkrankung](http://de.wikipedia.org/wiki/Lewy-Body-Demenz) und Parkinson-Syndrom | ca. 10–20 % |
| Frontotemporale Demenz | ca. 5–10 % |
| Andere | < 5 % |

Die Angaben sind Schätzungen, da die Zuordnung im Einzelfall schwierig bis unmöglich ist und Mischformen häufig sind. Zahlen aus den 90er Jahren.

# Therapie

## Medikamentöse Therapie

Seit einigen Jahren stehen Medikamente gegen Demenz zur Verfügung (Antidementiva) (s.u.). Zum einen handelt es sich um zentral wirksame Cholinergica (Cholinesterasehemmer) wie [Donepezil](http://de.wikipedia.org/wiki/Donepezil), [Galantamin](http://de.wikipedia.org/wiki/Galantamin) oder [Rivastigmin](http://de.wikipedia.org/wiki/Rivastigmin), zum anderen [Memantin](http://de.wikipedia.org/wiki/Memantin).

Bei diesem Präparat kam 2009 und auch 2010 das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen allerdings zu dem Schluss, dass es keinen Beleg für einen Nutzen der Memantin-Therapie bei Alzheimer-Demenz gebe. Dabei zeigt die klinische Erfahrung, dass auf der einen Seite manche Patienten sehr gut von den Medikamenten profitieren, andere überhaupt nicht.

Heilbar ist die Demenz zur Zeit nicht, aber in vielen Fällen in ihrem Verlauf um 1 bis 2 Jahre aufzuhalten, wenn sie frühzeitig erkannt und behandelt wird. Im späteren Verlauf zeigt sich, dass eine Behandlung mit den bisher bekannten Medikamenten keine Besserung bringt. Seit einiger Zeit steht auch eine Therapie mit einem wirkstoffhaltigen Pflaster zur Verfügung. Durch gleichbleibende Wirkspiegel treten weniger Nebenwirkungen auf, sodass eine höhere Dosierung möglich ist. Zugleich wird die Betreuung durch Pflegekräfte erleichtert, da die Anwendung des Pflasters häufig einfacher als die Verabreichung von Tabletten oder Lösungen ist. Ziel ist es, die kognitiven Fähigkeiten und die Alltagskompetenz der betroffenen Patienten zu verbessern. Als in ihrer Wirkung umstritten gelten Knoblauch und Piracetam. Kontrovers diskutiert wird auch die Wirksamkeit von [Ginkgo biloba](http://de.wikipedia.org/wiki/Ginkgo_biloba). Das [Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen](http://de.wikipedia.org/wiki/Institut_f%C3%BCr_Qualit%C3%A4t_und_Wirtschaftlichkeit_im_Gesundheitswesen) (IQWiG) kam 2008 zu dem Schluss, dass Patienten mit [Alzheimer-Demenz](http://de.wikipedia.org/wiki/Alzheimer-Demenz) von einer Therapie mit dem standardisierten Extrakt EGb 761 dann profitieren, wenn dieser regelmäßig in einer täglichen Dosierung von 240 Milligramm eingenommen wird. [[32]](http://de.wikipedia.org/wiki/Demenz#cite_note-31)Eine US-amerikanische Studie (GEM-Studie, „ Ginkgo Evaluation of Memory“) und ihre Subanalyse ergaben dagegen, dass der Extrakt im Vergleich zu Placebo während der mittleren Beobachtungszeit von sechs Jahren weder das Auftreten einer Alzheimer-Demenz verhindern noch der Abnahme der geistigen Leistungen entgegenwirken konnte. Die Autoren selbst wiesen jedoch auf einige methodische Schwächen ihrer Studie hin.

Auch die „[Cochrane Collaboration](http://de.wikipedia.org/wiki/Cochrane_Collaboration)“ kam 2008 allerdings zu dem Ergebnis, dass Ginkgo-biloba-Extrakte keine gesicherte Wirkung gegen eine Demenz hätten. Alle beruhigenden Medikamente, die beispielsweise bei [Schlafstörungen](http://de.wikipedia.org/wiki/Schlafst%C3%B6rungen) oder Verschiebungen des [Tag-Nacht-Rhythmus](http://de.wikipedia.org/wiki/Tag-Nacht-Rhythmus) gegeben werden, verschlechtern die kognitive Leistung.

Dasselbe gilt für [Neuroleptika](http://de.wikipedia.org/wiki/Neuroleptika) mit anticholinerger Nebenwirkung, die manchmal bei [Halluzinationen](http://de.wikipedia.org/wiki/Halluzinationen) nicht zu umgehen sind. Die medikamentöse Behandlung der vaskulären Demenz entspricht einerseits der Behandlung der chronischen Gefäßerkrankungen (Arteriosklerose), andererseits haben sich auch bei der Demenz [Antidementiva](http://de.wikipedia.org/wiki/Antidementiva) als wirksam erwiesen, sowohl Azetylcholinesterasehemmer als auch [Memantin](http://de.wikipedia.org/wiki/Memantin).

### Antidementiva mit belegter Wirkung

Derzeit existieren vier Arzneistoffe, die einen Einfluss auf die Symptomatik der Demenz haben können. Dabei handelt es sich um

#### Acetylcholinesterase-Inhibitoren

* Donepezil (Aricept®)Behandlung bestimmter Formen von leichter bis mittelschwerer Vergesslichkeit (Demenz) verwendet wird. Er greift in die nervale Erregungsleitung im Gehirn ein und soll das Erinnerungs- und Denkvermögen verbessern. Mittel der zweiten Wahl.
* Rivastigmin (Exelon®) wird als [Arzneistoff](http://de.wikipedia.org/wiki/Arzneistoff) zur symptomatischen Behandlung der leichten bis mittelschweren [Alzheimerschen Krankheit](http://de.wikipedia.org/wiki/Alzheimersche_Krankheit) eingesetzt und ist das einzige [Antidementivum](http://de.wikipedia.org/wiki/Antidementivum), das zusätzlich eine Zulassung für die Behandlung der Parkinsondemenz hat. Der Wirkstoff wird von [Novartis](http://de.wikipedia.org/wiki/Novartis) als Hartkapsel, Lösung und als [transdermales Pflaster](http://de.wikipedia.org/wiki/Transdermales_Pflaster) vermarktet.

Pharmakotherapeutisch gehört der Wirkstoff in die Gruppe der [Cholinesteraseinhibitoren](http://de.wikipedia.org/wiki/Cholinesteraseinhibitor). Rivastigmin hemmt die [Acetylcholinesterase](http://de.wikipedia.org/wiki/Acetylcholinesterase) und die [Butyrylcholinesterase](http://de.wikipedia.org/wiki/Butyrylcholinesterase). Sinn dieser Hemmung ist es, den bei Alzheimer-Demenz auftretenden Mangel an Acetylcholin zu reduzieren. Durch die Hemmung der abbauenden Enzyme (Acetyl- und Butyrylcholinesterase) wird eine Verlängerung des Abbaus von Acetylcholin erreicht und der Botenstoff steht weiter zur Verfügung. Aus diesem Grund kann Rivastigmin die bei der Alzheimer-Krankheit auftretenden cholinerg vermittelten [kognitiven](http://de.wikipedia.org/wiki/Kognition) Defizite günstig beeinflussen und eine Verbesserung der Symptomatik erreichen.

In Studien zeigte sich ein geringer aber signifikanter Effekt von Rivastigmin auf die kognitive Funktion und Lebensqualität. Nebenwirkungen wie [Übelkeit](http://de.wikipedia.org/wiki/%C3%9Cbelkeit), [Erbrechen](http://de.wikipedia.org/wiki/Erbrechen), [Durchfall](http://de.wikipedia.org/wiki/Durchfall), [Anorexie](http://de.wikipedia.org/wiki/Anorexie), [Kopfschmerzen](http://de.wikipedia.org/wiki/Kopfschmerz) und [Synkopen](http://de.wikipedia.org/wiki/Synkope_%28Medizin%29) führen allerdings zu hohen Abbruchraten (9 % höher als bei [Placebo](http://de.wikipedia.org/wiki/Placebo)) der Behandlung.

Mit der [galenischen](http://de.wikipedia.org/wiki/Galenisch) Zubereitungsform als Pflaster (TTS) wird eine gleichbleibende Abgabe des Wirkstoffes und damit gleichbleibende Wirkspiegel erreicht. Dies ermöglicht eine bessere Verträglichkeit als mit Tabletten oder Lösungen. Die Zulassung der Pflasterform stützt sich auf die IDEAL-Studie (**I**nvestigation of trans**D**ermal **E**xelon in **AL**zheimer’s Disease) mit 195 Patienten. Die Resultate dieser Studie zeigten, dass die tägliche Anwendung eines Pflasters (9,5 mg/Tag) die [kognitiven](http://de.wikipedia.org/wiki/Kognition) Fähigkeiten und die Alltagskompetenz genauso stark verbesserte wie die höchste zugelassene Kapseldosis (2x6 mg/Tag).[[6]](http://de.wikipedia.org/wiki/Rivastigmin#cite_note-6) Ansonsten häufig beobachtete Nebenwirkungen wie Übelkeit und Erbrechen traten bei der Pflaster-Anwendung dreimal seltener auf als nach Einnahme der Kapseln. Die Häufigkeit der Nebenwirkungen war dabei nicht höher als unter einem Placebo-Präparat ohne Wirkstoff. Es gibt aber auch Studien, die eine geringe Wirkung der Acetylcholinesterase-Hemmer zeigen.[[7]](http://de.wikipedia.org/wiki/Rivastigmin#cite_note-7)

* Galantamin (Reminyl®) ist ein tertiäres Pflanzenalkaloid, das aus dem Kleinen Schneeglöckchen (*Galanthus nivalis*), dem Kaukasischen Schneeglöckchen (*Galanthus woronowii*) sowie einigen Narzissenarten wie der Gelben Narzisse (Osterglocke) gewonnen werden kann. Heute auch synthetisch.

##### Nutzenbewertung durch IQWIG

Bereits 2007 hatte das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) eine Nutzenbewertung der zur Gruppe der Cholinesterasehemmer gehörenden Wirkstoffe Donepezil, Galantamin und Rivastigmin vorgelegt. Zu Galantamin gibt es inzwischen weitere, zum Teil unveröffentlichte, Studiendaten, die den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) veranlasste, das IQWiG den Nutzen von Galantamin erneut untersuchen zu lassen. Ergebnis: zwar kein Nutzenbeleg für Galantamin bei Alltagskompetenz, Galantamin kann bei Patientinnen mit leichter bis mittelschwerer Alzheimer Demenz - zumindest bei einer höheren Dosis - die Denk- und Merkfähigkeit positiv beeinflussen.

#### NMDA[[1]](#footnote-1)-Antagonisten

* Memantin (Ebixa®, Axura®)

Ein wesentlicher Wirkunterschied zwischen den einzelnen Präparaten besteht nicht. Die Wirksamkeit ist von Mensch zu Mensch verschieden. Symptome, oder Befunde aus technischen Untersuchungen, aufgrund derer man voraussagen kann, ob ein Antidementivum bei einem Patienten wirkt, gibt es nicht. Wenn Antidementiva verordnet werden, sollte der behandelte Patient deswegen vorher zumindest orientierend neuropsychologisch untersucht werden und die Angehörigen sollten befragt sein. Die Testung und die Befragung der Angehörigen sollte nach drei Monaten wiederholt werden. Wenn sich die Demenz dann verschlechtert hat, muss das Präparat als unwirksam gelten und sollte abgesetzt bzw. durch ein anderes ersetzt werden.

# Nicht-medikamentöse Therapien

Für Demenzkranke sind Stabilität und Verlässlichkeit der Umwelt von großer Bedeutung. Nichtmedikamentöse Therapie kann einerseits einen erheblichen leistungs- oder stimmungsmäßigen Fortschritt bedeuten, wenn sie aus der Unterforderung in den Bereich positiv erlebter Leistungsfähigkeit führt. Sie kann sich andererseits

aber auch verheerend auswirken, wenn sie den Patienten überfordert. Deshalb umfasst der Respekt gegenüber Demenzkranken notwendigerweise auch die Berücksichtigung begrenzter Bewältigungsmöglichkeiten. Diese Einsicht in die krankheitsbedingte Begrenztheit unserer therapeutischen Möglichkeiten darf aber keinesfalls mit Resignation verwechselt werden!

## Verhaltenstherapie

Verhaltenstherapeutische Techniken dürfen als die in diesem Bereich erprobtesten Verfahren gelten. Im Prinzip ist das ganze Spektrum verhaltenstherapeutischer Methoden einsetzbar.

Die meisten Erfahrungen liegen mit der Technik des Verhaltensaufbaus und -abbaus vor allem durch positive Anreize („Belohnungen“) vor. Sie ermöglicht eine Verhaltensänderung ohne die aktive Mitarbeit des Patienten

und bezieht sich auf „klassische“ Problemsituationen bei der Betreuung von Demenzkranken. Dazu zählt neben dem Abbau von störendem Sozialverhalten auch das Erreichen von größerer Selbständigkeit (z. B. beim Baden oder

Anziehen) und die Rückgewinnung verloren gegangener Kompetenzen (z. B. selbstständig essen oder sich

waschen).

## Kognitives Training

Gedächtnistraining unterscheidet sich von Gehirnjogging dadurch, dass es sich an ein erkranktes Publikum wendet oder zur Prävention eingesetzt wird und nicht den Charakter eines Sports oder einer reinen Freizeitbeschäftigung hat. Ein Wirksamkeitsnachweis konnte für die Aufgaben erbracht werden, die geübt wurden, wie zum Beispiel das Wiedererkennen von Gesichtern auf Fotos oder die Orientierung in der Umgebung.

Die Alltagsrelevanz des Gedächtnistrainings in der sozialen Betreuung von Demenzerkrankten ist umstritten, da die Gefahr besteht, dass die Betroffenen mit ihren Defiziten konfrontiert werden, und es eher zu einer Verschlechterung der Gesamtsituation führt, wenn sich die Betroffenen als Versager fühlen. Deshalb wird diese Methode der sozialen Betreuung von Demenzkranken nur in den Anfangsstadien der Krankheit und angepasst an die jeweilige Krankheitslage angewandt.

Ein spielerisches Lernen ist aus keiner Gruppenaktivität wegzudenken. Je alltagsnäher die Aktivitäten einer Gruppe sind, desto wahrscheinlicher werden beim spielerischen Lernen gleichzeitig mehrere Kanäle benutzt und damit auch trainiert. Je mehr dabei die körperliche Bewegung einbezogen und geübt wird, desto eher ist ein Trainingserfolg zu erwarten. Wenn allerdings nur das trainiert wird, was aufgrund der Demenz zunehmend beeinträchtigt ist, besonders also das verbale Gedächtnis, droht rasch Überforderung. Gegen einen dementiellen Prozess „anzutrainieren“ ist wenig erfolgversprechend und deprimiert Patienten und Therapeuten!

Je ausgeprägter die Demenz ist, desto weniger sollte an ein kognitives Training gedacht werden.

## Realitätsorientierung

Realitätsorientierungstraining (ROT) ist auf Demenzpatienten auch höherer Einschränkungsgrade zugeschnitten. Zwei prinzipielle Modelle werden – alternativ oder kombiniert – eingesetzt.

Zum einen werden im Rahmen von Gruppenarbeit grundlegende Personen, Zeit und Ort betreffende Informationen wie in der Schule stets aufs Neue wiederholt. Dies hat sich nicht als nützlich erwiesen. Beim zweiten, lebensnäheren Modell, werden bei jeder sich bietenden Gelegenheit den Patienten „Realitätsanker“ geboten, sowohl in der direkten Ansprache wie auch als optische oder akustische Orientierungshilfen. In der Realität der stationären Altenhilfe können bei Wahrung der Würde der Demenzpatienten eine Vielzahl realitätsorientierender Interventionen durchgeführt werden, die von der Einbeziehung biographischen Materials bis hin zum Training von Gefühlsqualitäten (z. B. Tast- oder Geschmackssinn) reichen.

## Erinnerungstherapie

Durch Biografiearbeit kann man erfahren, welche Bedeutung bestimmte Verhaltensweisen für den dementen Menschen haben (Was bedeutet es, wenn Herr M. abends nicht schlafen gehen will? Will er signalisieren: „Ich vermisse noch meinen Schlaftrunk.“, oder meint er: „Ich vermisse beim Schlafengehen meine Ehefrau.“?).

Je gründlicher die Biografie sowie die Gewohnheiten und Eigenheiten eines Menschen bekannt sind, umso leichter kann man ihn verstehen. Auch hier ist wieder eine gründliche Dokumentation und eine enge Zusammenarbeit aller an der Pflege beteiligten Personen notwendig.

Die Nützlichkeit der Erinnerungstherapie bei Demenzpatienten liegt weniger in der kritischen Aufarbeitung der eigenen Biographie, sondern vielmehr in einer Erhöhung der Lebenszufriedenheit durch die Orientierung auf positive Erinnerungen. Als therapeutische „Erinnerungsanker“ können alte Photographien ebenso dienen wie typische Musikstücke aus bestimmten Lebensabschnitten, oder gelegentlich auch vertraute Speisen oder Gerüche.

## Selbst-Erhaltungs-Therapie (Barbara Romero)

Jeder Kranke verfügt über Erinnerungen, Interessen und Fähigkeiten, die sich lebenslang entwickelt haben und die zu seiner Person, zu seinem Selbst gehören. Durch neuropsychologische Untersuchungen und durch den engen Kontakt mit dem Patienten in alltäglichen Situationen erfahren wir viel über seine Stärken, Schwächen und Vorlieben und erkennen, welche Aktivitäten und Umgangsformen eine positive Wirkung auf die Kranken haben. Diese unterstützenden Verhaltensmuster werden der Familie vermittelt. Gleichzeitig helfen wir, Situationen zu vermeiden, die das Selbstverständnis der Kranken irritieren und Scham, Depressionen und Aggressionen hervorrufen.

SET wird in Einzel- und in Familiensitzungen durchgeführt (Kennenlernen des Patienten, gezielte Beschäftigung mit seinen biographischen Erinnerungen, gemeinsame Aktivitäten, die den Möglichkeiten und Interessen der Patienten entsprechen), wobei der Angehörige zum Fortsetzen des gemeinsam erarbeiteten Beschäftigungsprogramms angeleitet wird. Dazu gehört auch ein Übungsprogramm, in dem der Kranke systematisch an für ihn persönlich wichtiges und noch erhaltenes Wissen erinnert wird (Programm zur Erhaltung des Selbst-nahen Wissens).

Darüber hinaus beziehen sich unsere begleitenden Maßnahmen, wie Kunsttherapie, Sport oder erlebnisorientierte Freizeitgestaltung ebenfalls auf das Selbst-Erhaltungs-Konzept. In allen Situationen wird erkennend und unterstützend auf das erhaltene Selbst der Patienten eingegangen.

Die Selbst-Erhaltungs-Therapie (SET) zielt direkter auf die Alzheimer-Krankheit ab als die bisher genannten Verfahren. Sie kann als Trainingsverfahren aufgefasst werden, das das längere Erhaltenbleiben der Persönlichkeit anstrebt, die durch vier Prozesse gefährdet wird: (1) Verletzung der personalen Kontinuität, (2) Erlebnisarmut, (3) Veränderungen der Persönlichkeit und des Gefühlslebens und (4) Selbstwissensverlust.

Die Therapie knüpft gezielt an individuell weniger beeinträchtigte Kompetenzen an und ermöglicht so Erfolgserlebnisse.

**Was beinhaltet die Selbsterhaltungstherapie SET?**

Eine zentrale Leitlinie ist:

* **Hilfe zur Anpassung an sich verändernde Lebensbedingungen** ist wichtiger als wenig Erfolg versprechende Versuche, kognitive Verluste durch ein Training auszugleichen.
* Solche kognitiven Verluste sind: Gedächtnisschwierigkeiten, Sprachstörungen, mangelnde Fähigkeit, die Situation und die eigene Erkrankung richtig einzuschätzen.
* Das, was der Erkrankte nicht mehr kann, soll nicht geübt werden, da es ihm das eigene Unvermögen demonstriert, was wiederum Gefühle wie Angst, Scham oder Depressionen auslösen kann.
* Die Aufmerksamkeit ist auf das zu richten, was der Demenzkranke noch kann: beweglich sein, singen und tanzen, Enkelkinder erkennen, Sport treiben, sich an gute Zeiten erinnern. Das zu tun, was man kann, trägt zu Lebensqualität bei.

**Selbsterhaltungstherapie ist ein integratives (verbindendes) Konzept**

Bestandteile sind:

* **Aufbau eines geeigneten Umfeldes bei den verschiedenen Aktivitäten**. Die unterstützenden Hilfeleistungen werden immer an die aktuellen Fähigkeiten angepasst; z.B. bei Sich Ankleiden, Kochen. Unterlaufen dem Menschen mit Demenz Missgeschicke, so wird er nicht bloßgestellt, bei gelungenen Aktivitäten dagegen großzügig gelobt.
* **Wertschätzende, bestätigende Kommunikation**. Äußerungen des Kranken werden bestätigt, nicht widerlegt. Fragen, die ein gutes Gedächtnis erfordern, werden vermieden. Es werden nicht zu viele Informationen auf einmal gegeben. Man spricht nicht im Beisein der Kranken über sie.
* **Anpassung des materiellen Umfeldes**

**Selbsterhaltung der Angehörigen**

Depressionen treten bei Angehörigen von Demenzkranken häufig auf. Wege, die den Angehörigen helfen, sind:

* Aufbau eigener Kompetenz
* Unterstützung und Hilfe von außen holen und zulassen. Hierzu gibt es ein Netzwerk von externen Hilfen wie Tagesstätten, Betreuungsgruppen, Einzelbetreuung, Familie, kirchliche Betreuung u.a.. Vielen Angehörigen fällt es schwer, Hilfe anzunehmen. Das muss aktiv überwunden werden.

## Kunsttherapie

Zu den Therapieverfahren, die sich bewusst und gezielt auf Emotionalität und Kreativität Demenzkranker beziehen, zählen Musik- und Kunsttherapie. Hier sollen Patienten, denen lebenslang erprobte Wege der Kommunikation krankheitsbedingt immer weniger zur Verfügung stehen, Gelegenheit erhalten, mit der künstlerischen Gestaltung als Medium Gefühle zu erleben und wiederzuerleben. Im Einzelfall erweisen sich das Anhören von Musik oder das gemeinsame Anschauen von Bildern oft als erstaunlich wirksam, wenn die dabei auftauchenden emotionalen Reaktionen wahrgenommen und therapeutisch genutzt werden. Bis in sehr späte Phasen der Erkrankung kann so wegen der lange überdauernden Emotionalität der therapeutische Zugang zu den Kranken erhalten bleiben.

## Validation

Bei der Validation handelt sich eher um ein Bündel von Umgangsprinzipien als um ein Therapieverfahren im engeren Sinne. Kern, fußend auf der aus der humanistischen Psychotherapie vertrauten Einfühlungsfähigkeit, ist der Versuch, dem Kranken durch Validieren – d. h. für gültig Erklären – seiner Äußerungen oder Verhaltensweisen, durch Respektieren seiner Individualität und Entschlüsselung seiner Verhaltensauffälligkeiten durch Reaktivierung von biographischem Wissen zu helfen. Eine wissenschaftliche Überprüfung steht weitgehend aus.

**Validation** beschreibt eine bestimmte Methode, mit Demenzkranken umzugehen, und kann von Pflegekräften erlernt werden.

Ein Grundsatz dieser Methode besteht darin, den Erkrankten mit seiner Persönlichkeit und seinen Gefühlen vorbehaltlos zu akzeptieren.

Der Mensch mit Demenz besitzt nicht mehr die Flexibilität, sich oder sein Verhalten zu ändern, wir müssen uns im Umgang mit ihm seinen Bedürfnissen anpassen. Jedes Gefühl des Erkrankten, auch ein negatives, hat sicherlich einen Grund, auch wenn wir ihn nicht verstehen.

Ein Beispiel: Ist ein Mensch mit fortgeschrittener Demenz zornig, weil er aus wichtigen medizinischen Gründen im Krankenhaus festgehalten wird, macht es wenig Sinn, ihn mit logischen Argumenten zu überzeugen. Zeige ich aber Verständnis für seinen Zorn und schimpfe sogar mit, wird er sich verstanden fühlen und ev. sogar etwas beruhigen. Ich versetze mich also in den Erkrankten hinein, verstehe seine aktuellen Gefühle und Verhaltensweisen und zeige ihm dies auch - auch wenn ich an der Situation selbst nichts ändern kann. Es hat sich herausgestellt, dass die Patienten sehr positiv auf diese Art emotionaler Zuwendung reagieren.

|  |
| --- |
| Wie Sie Ihren Bewohnern und Patienten mit Demenz das Leben erleichtern, ohne sich selbst dabei zu überfordern**Was macht für Sie den Umgang mit Demenz mit der Zeit immer schwieriger?** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Der verwirrte Mensch verliert mit fortschreitender Demenz bzw. Alzheimer-Erkrankung immer mehr den Bezug zu der Realität, die ihn aktuell umgibt. Vieles, was er äußert oder empfindet, bezieht sich auf ferne Erinnerungen. Gehen Sie ihm entgegen:1. **Orientieren Sie sich als Pflegekraft an der persönlichen Sicht- und Erlebenswelt der Betroffenen.**

Dies hilft dem Demenzkranken genauso wie Ihnen selbst. Denn so fällt es Ihnen leichter, das verwirrte Verhalten, die Erlebens- und Sichtweise zu akzeptieren, sie wertzuschätzen und anzunehmen.Ist das schwer? **Nutzen Sie am besten die Methode, dem Bewohner in seiner Welt zu begegnen: Integrative Validation.*** **Eine grundsätzliche Haltung zum Umgang mit Demenz**
* **Eine ganz konkrete Umgangs- und Kommunikationsform mit Menschen mit Demenz**

Grundsätzliche Haltung heißt: Sie versuchen, die Emotionen der Menschen zu erspüren, und orientieren sich für die Demenzpflege an seiner persönlichen Sicht- und Erlebenswelt.[So leicht können Sie Unruhe und Weglauftendenz reduzieren](http://www.demenz-kompakt.com/Validation.php?xid=ms-DEZ#anmeldung)Jeder Mensch wird innerlich unruhig, erbost oder möchte am liebsten weglaufen, wenn er sich überhaupt nicht mehr verstanden fühlt. So geht es auch dementen Senioren. Dann entstehen Konflikte, die zusätzlichen Aufwand erfordern und unter Umständen zu einer Belastung für Pflegerinnen und Pfleger werden.**Durch Validieren vermindern Sie Konflikte** und negative Gefühle bei den an Demenz Erkrankten schon im Ansatz. Ganz wichtig für diese Methode:* **Zeigen Sie unbedingt Verständnis für die Gefühle der Menschen mit Demenz, auch wenn Sie deren Gefühle nicht immer verstehen können.**

Wenn Sie ihm mit ihm sprechen, „spiegeln“ Sie seine Emotionen. Dafür reichen oft schon kleine Bemerkungen wie z. B.

|  |
| --- |
| **Signalisieren Sie Verständnis** |
| *„Da sind Sie ganz aufgeregt!“**„Das macht Sie ganz unruhig!“**„Sie fühlen sich hilflos!“**„Das verunsichert Sie!“**„Sie haben Kummer und sorgen sich!“**„Sie fühlen sich ganz einsam!“**„Das enttäuscht Sie!“**„Sie wollen schließlich ihren Pflichten nachkommen!“* |

 |  |

[Durch diese einfache Methodik schaffen Sie Vertrauen und Harmonie](http://www.demenz-kompakt.com/Validation.php?xid=ms-DEZ" \l "anmeldung" \t "_self)

Validation orientiert sich ausschließlich an den Gefühlen und Antriebsmotoren der erkrankten Menschen. So schaffen Sie eine **Gesprächsbasis**, die **ohne Konflikte und Streit** auskommt.

Durch das bestätigende Verhalten auf der Gefühlsebene schaffen Sie eine **starke Vertrauensbasis zu dem Menschen mit Demenz**. Hieraus entstehen dann weitere Möglichkeiten wie z.B.

* **das Weiterführen biografischer Gespräche,**
* **das Akzeptieren persönlicher Rituale oder alter Gewohnheiten und**
* **das Erfassen temporärer Energieschübe, die in den Alltag eingegliedert werden können.**

Die Kommunikation wird so für alle Beteiligten **viel harmonischer und erfreulicher!**

|  |
| --- |
| **Alltagsdemenz: Ein Beispiel für das Akzeptieren alter Gewohnheiten** |
| Frau Müller steht am Tisch und wischt immer wieder mit kräftigen Bewegungen über die Tischplatte. Sie schaut die Tischplatte kritisch an und führt ihre Wischbewegungen von Mal zu Mal intensiver durch. Was könnte das Gefühl dahinter sein? Pflichtgefühl? Für Ordnung und Sauberkeit sorgen? Stolz einer Hausfrau?Der Betreuer: *„Oh, Frau Müller, heute so tüchtig?“*Frau Müller wischt weiter.Der Betreuer: *„Ja, ja, bei Ihnen ist immer alles aufgeräumt, ganz gewissenhaft.“*Frau Müller wischt weiter und murmelt: *„Kann schon sein.“*Der Betreuer: *„Die ordentliche Hausfrau wischt regelmäßig Staub, es soll ja auch nicht aussehen wie bei Hempels unterm Sofa.“*Frau Müller schon deutlicher: *„Jawohl! So muss es sein.“* |

#### [So gelingt Ihnen die Validation in Ihrem Pflegealltag](http://www.demenz-kompakt.com/Validation.php?xid=ms-DEZ" \l "anmeldung" \t "_self)

* **Wichtigster Ansatzpunkt: Das aktuell gezeigte Gefühl oder der Antrieb des Demenzkranken.**
* **Validation setzt ganz bewusst auf die Kraft und die Vertrautheit von Allgemeingesprächen.**

|  |
| --- |
| **So führen Sie validierende Gespräche sicher** |
| **Punkt 1**Fragen Sie sich: Welches ist das Gefühl, das sich links der Tat verbirgt?(z. B. Wut, Schmerz, Trauer, Angst, Freude)**Punkt 2**Versuchen Sie zunächst, dieses hinter dem verwirrten Verhalten liegende Gefühl zu validieren:**1.** zulassen **2.** akzeptieren **3.** annehmen **4.** wertschätzen.**Punkt 3**Bestätigen Sie dieses Verhalten positiv und zeigen Sie Ihr Verständnis.**Punkt 4**Vermeiden Sie, die verwirrten Gefühls- und Verhaltensäußerungen des Menschen mit Demenz* zu korrigieren,
* ihn damit zu konfrontieren,
* es abzuschwächen, wegzunehmen,
* zu diskutieren,
* ihn in „unsere Realität“ zurückzuholen.
 |

## Milieutherapie

Milieutherapie umfasst die Veränderung des gesamten Wohn- und Lebensbereiches in Richtung auf eine vermehrte Anregung und Förderung ansonsten brachliegender Fähigkeiten. Gleichzeitig kann durch die Errichtung einer stützenden Umwelt versucht werden, die krankheitsbedingten Leistungseinbußen in verschiedenen Bereichen zu kompensieren. Für Demenzkranke kann etwa durch die gezielte Anpassung der dinglichen Umgebung an die Störungen von Gedächtnis und Orientierung eine bessere „Ablesbarkeit“ der Umgebung und damit ein höherer Grad von Autonomie erzielt werden.

# Milieutherapie in der stationären Dementenbetreuung

Milieugestaltung

In den vergangenen Jahren ist der Anteil der demenziell erkrankten Menschen in den stationären Einrichtungen der Altenhilfe stark angestiegen. Für diesen Personenkreis müssen neue und innovative Versorgungs- und Betreuungsansätze gefunden werden. Auch in der Stadt Braunschweig ist bei den Trägern und Institutionen der Altenhilfe diese Notwendigkeit erkannt worden.

Dabei findet der milieutherapeutische Ansatz hier immer mehr Beachtung und Anerkennung. Leitziel der Milieutherapie ist es, den äußeren Rahmen und die Ebenen der Begegnung an den Krankheitsprozess anzupassen und nicht die Krankheit an die Bedingungen einer Einrichtung. Sowohl das räumliche als auch das soziale Umfeld sollen zu einer „prothetischen“ Umwelt werden, um die sensorischen, emotionalen, kognitiven und physischen Einschränkungen des Erkrankten auszugleichen. Milieutherapeutische Wohnformen stellen so etwas wie eine tief greifende institutionelle Reform-Maßnahme dar, die für eine besonders bedürftige Bewohnergruppe ein Weniger an „Heim“ und ein Mehr an „Daheim“ schafft und Lebensqualität ermöglicht.

Farben beeinflußen Stimmungslagen

Im Jahre 2003 sind in der Stadt Braunschweig zwei spezifizierte Einrichtungen entstanden, die sich explizit der Zielgruppe der schwersterkrankten Dementen zuwenden und die in ihren Konzepten nicht mehr nur die Pflegequalität, sondern auch die Lebensqualität der Bewohner in den Mittelpunkt stellen. So werden in zwei gerontopsychiatrischen Wohngruppen des DRK Seniorenheim Steinbrecherstraße 15 Personen betreut. Der Verein ambet e. V. hat die erste stationäre Einrichtung in Braunschweig eröffnet, die sich ausschließlich dem Personenkreis der Demenzerkrankten widmet. Hier können insgesamt 35 Personen betreut und versorgt werden.

Bekannte Gegenstände von früher

Eine Studie des Seniorenbüros der Stadt Braunschweig hat ergeben, dass Menschen mit einer Demenz von diesen neuen und innovativen Wohnformen profitieren, da hier kein soziales Reglement „normgerechte“ Verhaltensweisen einfordert. Insgesamt haben alle Beteiligten - BewohnerInnen, Angehörige und auch MitarbeiterInnen - von dem milieutherapeutischen Konzept einen großen Nutzen.

Die Studie ist als 41. Braunschweiger Heft zum Jugend-, Sozial und Gesundheitswesen herausgegeben worden. Sie gibt interessierten Fachkräften der Altenhilfe einen Leitfaden mit Tipps und Hinweise für die Umsetzung milieutherapeutischer Konzepte in der stationären Altenpflege an die Hand. Institutionen und Trägern der Altenhilfe kann hiermit nur Mut gemacht werden, mit Kreativität und Flexibilität neue Wege in der Versorgung und Betreuung dementer Menschen zu beschreiten.

## Beschäftigungstherapie

Im frühen Stadium einer Demenzerkrankung ist es noch möglich, die Alltagsfertigkeiten der Erkrankten zu fördern. Doch dann kommt ein Zeitpunkt, an dem dies nicht mehr möglich ist und andere Wege gefunden werden müssen, um die Kranken zu unterstützen.

Bei der Beobachtung eines dementiell erkrankten Menschen im mittleren Stadium kann man feststellen, dass er häufig in Bewegung ist und kaum ruhig sitzen kann. Er bewegt seine Hände, wischt über den Tisch, nestelt an seiner Kleidung und kramt in Taschen. Die Hände sind für alle Menschen wichtig für die Körperwahrnehmung. Sie können tasten, fühlen, fassen und greifen und sind in Bewegung. Dadurch wird deutlich, wie sehr Bewegung und Körperwahrnehmung miteinander verschmelzen.

Ein an Alzheimer erkrankter Mensch versucht, sich auf seine Weise durch Bewegung Körperwahrnehmung zu verschaffen. Deshalb sollte man ihm viele Möglichkeiten des „Begreifens“ geben. Man kann verschiedene Gegenstände zu zugehörigen Bildern anfassen lassen und dabei das Langzeitgedächtnis ansprechen. Schwere Gegenstände geben bessere Informationen als leichte. Man muss dem Kranken Möglichkeiten zum „Kramen“ geben, denn dies bringt sehr viel Bewegung und damit Körperwahrnehmung mit sich. Ein kleines Auto auf einem Tisch kann die Aufmerksamkeit und damit die Lust auf Bewegung hervorlocken. Das Auto oder auch ein Ball werden zunächst vielleicht nicht wahrgenommen. Erst die Bewegung des Gegenstandes ruft eine eigene Bewegung des Kranken hervor und er greift danach.

Legen Sie viele Gegenstände auf den Tisch, damit sie „begriffen“ werden können. Nehmen Sie Steckspiele, wie „Vier gewinnt“, und lassen Sie den kranken Menschen die bunten Plättchen einfach in den Rahmen stecken.

Es bringt Bewegung und Freude, gemeinsam mit den kranken Menschen zu Liedern, Walzer- oder Marschmusik zu klatschen und zu schunkeln. Wenn ein Mensch durch Krankheit in seiner Bewegungsmöglichkeit eingeschränkt ist, wie es im fortgeschrittenen Stadium der Alzheimer Erkrankung oft der Fall ist, bedeutet dies, dass er keine Möglichkeit hat, nach seinen Vorstellungen Situationen zu beeinflussen. Dort wo Bewegung über lange Zeit nicht möglich ist, verlieren sich Konturen und Strukturen des eigenen Körpers. Dies macht oft Angst.

„Bewegung muss nicht Fortbewegung sein, jegliche Bewegung von der Atembewegung angefangen bis hin zur feinsten motorisch koordinierten Bewegungsabfolge zählt dazu“ (Fröhlich, 1996). Aus diesem Grund muss man im schweren Stadium sehr viel Körperinformation durch äußere „Einwirkungen“ vermitteln. Nehmen Sie Schwämme, Bürsten, Sandsäckchen, Säckchen mit Materialien wie Bohnen, Kirschkernen usw. gefüllt und berühren Sie mit Bewegung gezielt den Körper, vor allem die Gelenke.

Wichtig ist es auch, dass man bei Essensproblemen nicht zu schnell das Essen reicht, sondern versucht, eine eigene Bewegung anzubahnen, indem man z.B. unterstützend den Arm mit dem Löffel zum Mund führt. Man sollte versuchen, spielerisch Anreize für Bewegung zu geben, damit vor allem ein Sich-Spüren entsteht.

## Basale Stimulation

Eine noch grundlegendere Ebene soll mit dem Konzept der „basalen Stimulation“ erreicht werden, bei dem grundlegende Sinnesqualitäten (z. B. Lage-, Tast-, Geruchs- und Geschmackssinn) sowohl als Quelle von Lebensqualität als auch als Elemente wiederzuentdeckender sozialer Kompetenz gezielt gefördert werden.

Es werden in der Betreuung oder Pflege Wahrnehmungserfahrungen angeboten, die an vorgeburtliche Erfahrungen anschließen und als Basis zur weiteren Entwicklung dienen.

**Selbsterfahrungsübung um sich besser in die Lage eines Intensivpatienten versetzen zu können.**

Bitte setzen Sie sich so bequem wie möglich auf ihre Sessel. Sie sollen 15 Minuten ruhig sitzen können. Schließen sie die Augen:

1. Welche Information bekommen Sie während ihrem ruhigen sitzen über sich selbst und ihre Umwelt?
2. Was hören Sie?
3. An welchen Stellen spüren Sie ihren Körper?
4. Welche Form hat er?
5. Was verspüren Sie von ihrem rechten Arm?
 Was von ihrem linken Arm?
 Was von ihren Beinen?
6. Spüren Sie ihren Herzschlag?
7. Können Sie gut durchatmen?
8. Wie lange könnten Sie so ruhig sitzen bleiben – 3 Stunden?
9. Hätten Sie das Bedürfnis ihre Lage zu verändern?

### Der zielführende Anamnesebogen.

* Name, Vorname
* die nächsten Angehörigen
* erwünschte, bzw. unerwünschte Besucher
* Hör- und Sehfehler
* Berührungen (schmerzempfindliche Stellen, Bewegungseinschränkungen, Sensibilitätsstörungen)
* Lieblingsschlaflage
* Waschgewohnheiten (Wassertemperatur, Körperpflegeartikel, Nass- oder Trockenrasur, Frisur, Verwendung von Parfums usw.)
* Zahn- und Prothesenpflege (wann, wie, mit welchen Mitteln)
* Essen und Trinken (Lieblingsspeisen, Lieblingsgetränke, vor allem: Tee, Abneigungen)
* Musikwünsche (evtl. eigene Musik mitbringen lassen, aber nur intermittierend anbieten!)
* veränderte Wahrnehmung bei Erkrankung (viel Zuwendung, oder in Ruhe gelassen werden)
* Verhalten bei Schmerzen (schmerzempfindlich, brauche Trost, brauche Ruhe, Aggression)
* Akzeptanz von Hilflosigkeit (wenn ich Hilfe brauche, kann ich sie auch annehmen)
* Vermittlung von Wohlbefinden (besondere Kissen o.ä.)
* Vermittlung von Sicherheit (Gespräche, Informationen, Aufklärung)
* Sonstiges (was uns der Patient, bzw. der Angehörige von sich heraus noch mitteilen möchte)

Der Patient, bzw. in den meisten Fällen der Angehörige muß sich zunächst mit den Fragen auseinandersetzen. Wir sollten also darauf achten, daß wir genügend Zeit zur Verfügung stellen, evtl. auch anbieten die Fragen nach und nach an verschiedenen Tagen zu beantworten. Auch die Möglichkeit den Fragebogen mit nach Hause zu nehmen, um ihn zusammen mit anderen Familienangehörigen zu beantworten, sollte im Einzelfall in Betracht kommen.

### Therapie über die Sinne

* Sehen
* Hören - Gleichgewicht
* Fühlen:
	+ Tasten, Berühren
	+ Schmerz
	+ Vibration
	+ Kälte
	+ Propriozeption
* Riechen: Aromatherapie
* Schmecken

Unter anderem werden Erfahrungen wie das Spüren des eigenen Körpers (Haut als Kontaktstelle zur Außenwelt), die Empfindung der eigenen Lage im Raum (Koordination) und das Kennenlernen des eigenen Inneren (z. B. der Muskulatur) durch somatische, vestibuläre (Gleichgewichtssinn) und vibratorische Anregungen gegeben.

* Das Spüren über die Haut (somatische Wahrnehmung), die Entwicklung des Gleichgewichtsinns (vestibuläre Wahrnehmung) und das Fühlen der Umgebung über die Knochen und Muskelstrukturen (vibratorische Wahrnehmung)
* Das Hören von Rhythmen, wie zum Beispiel den Puls der Mutter (audiorhythmische Wahrnehmung)
* Das Schmecken und Riechen (orale und olfaktorische Wahrnehmung)
* Das Hören (auditive Wahrnehmung)
* Das Tasten und Greifen (taktile Wahrnehmung)
* Das Sehen (visuelle Wahrnehmung)

In der umgekehrten Reihenfolge geht die Reihenfolge der Wahrnehmungseinschränkung in der Demenz wieder zurück.

* Singen, Summen, Wasserbett mit starkem Lautsprecher darunter, unterschiedliche Musik im Raum, Klang- und Rhythmus-Instrumente über oder neben dem Körper spielen; wenn möglich, den Menschen selbst einen Schlägel verwenden oder die Vibration eines Instrumentes selbst spüren lassen.
* Verschiedenartige, farbiges Licht gebende, auch sich bewegende Beleuchtungskörper über der Bettstätte oder für den Menschen sichtbar im Raum um ihn herum.
* Mobiles und Wasserspiele im Raum.
* Bällchenbett, Schaukeln, Rollstuhl.
* Massagen aller Art und Stärke mit den verschiedensten Methoden, Ölen, Gegenständen, Erde und Pflanzen.
* Stimulation durch wechselnde Lagerung, auch in Räumen mit Menschen und im Freien.
* Bewegung im Schwimm- und Sprudelbad mit unterschiedlichen Trage- und Spielgeräten.
* Die Nahrungsaufnahme, wenn möglich, reizvoll und angenehm gestalten.
* Rhythmus, der sich erkennbar wiederholt, im Tageslauf.
* Tätigkeiten mit Sprache begleiten, auch Erzählen.
* Stimulation durch das Berühren (Streicheln) von Tieren in der tiergestützten Therapie.

Jede Eigentätigkeit, die dabei möglich ist, wird unterstützt, ebenso jeder Ansatz, der wie eine Reaktion, eine Antwort wirkt oder ein gegenseitiges Miteinander entstehen lässt. „Spiel-, Neugier- und Erkundungsaktivitäten“ können bei zuvor scheinbar gänzlich inaktiven Personen beobachtet werden.

### Verschiedene Arten

**Taktil-haptische Stimulation** Anregung des Tast- und Berührungssinnes

* gezielte Berührungen, wie z.B. die Initialberührung
* unterschiedliche Wassertemperaturen

**Visuelle Stimulation** Anregung der optischen Wahrnehmung

* Gestaltung der Umgebung
* Fotos mit vertrauten Personen

**Auditive Stimulation** Anregung des Hörsinns

* Lieblingsmusik
* bekannte Stimmen

**Olfaktorische Stimulation** Anregung des Geruchssinnes

* Duftstoffe: z.B. Parfum
* Reizstoffe, die an den Alltag erinnern

**Gustatorische Stimulation** Anregung des Geschmackssinnes

* Geschmacksstoffe: süß-sauer-bitter
* Speisen: Vorlieben und Abneigungen

**Vibratorische Stimulation** Dient zur Erfahrung von Körpertiefe und -fülle sowie der inneren Stabilität

1. Vibration an bestimmten Körperstellen "Bauch, Rücken etc."

# Progressive Muskelentspannung

Bei der **progressiven Muskelentspannung** (auch: *progressive Muskelrelaxation* (kurz: *PMR*), *progressive Relaxation* (kurz: *PR*) oder *Tiefenmuskelentspannung*) nach Edmond Jacobsen handelt es sich um ein Verfahren, bei dem durch die willentliche und bewusste An- und Entspannung bestimmter Muskelgruppen ein Zustand tiefer Entspannung des ganzen Körpers erreicht werden soll. Dabei werden nacheinander die einzelnen Muskelpartien in einer bestimmten Reihenfolge zunächst angespannt, die Muskelspannung wird kurz gehalten, und anschließend wird die Spannung gelöst. Die [Konzentration](http://de.wikipedia.org/wiki/Konzentration_%28Psychologie%29) der Person wird dabei auf den Wechsel zwischen Anspannung und Entspannung gerichtet und auf die Empfindungen, die mit diesen unterschiedlichen Zuständen einhergehen. Ziel des Verfahrens ist eine Senkung der Muskelspannung unter das normale Niveau aufgrund einer verbesserten Körperwahrnehmung. Mit der Zeit soll die Person lernen, muskuläre Entspannung herbeizuführen, wann immer sie dies möchte. Zudem sollen durch die Entspannung der Muskulatur auch andere Zeichen körperlicher Unruhe oder Erregung reduziert werden können wie beispielsweise [Herzklopfen](http://de.wikipedia.org/wiki/Palpitation), [Schwitzen](http://de.wikipedia.org/wiki/Schwei%C3%9F) oder [Zittern](http://de.wikipedia.org/wiki/Zittern). Darüber hinaus können Muskelverspannungen aufgespürt und gelockert und damit Schmerzzustände verringert werden.

## Anwendungsmöglichkeiten

Die Methode der progressiven Muskelentspannung wird häufig im Rahmen einer [Verhaltenstherapie](http://de.wikipedia.org/wiki/Verhaltenstherapie) eingesetzt, beispielsweise bei der Behandlung von Angststörungen, wo sie im Rahmen einer [systematischen Desensibilisierung](http://de.wikipedia.org/wiki/Systematische_Desensibilisierung) zur Anwendung kommt. Aber auch bei [arterieller Hypertonie](http://de.wikipedia.org/wiki/Arterielle_Hypertonie), [Kopfschmerzen](http://de.wikipedia.org/wiki/Kopfschmerzen), chronischen [Rückenschmerzen](http://de.wikipedia.org/wiki/R%C3%BCckenschmerzen), [Schlafstörungen](http://de.wikipedia.org/wiki/Schlafst%C3%B6rung) sowie [Stress](http://de.wikipedia.org/wiki/Stress) lassen sich mit progressiver Muskelentspannung gute Erfolge erzielen.

Heutzutage werden Kurse an Volkshochschulen sowie bei den gesetzlichen Krankenkassen angeboten, in denen man die progressive Muskelentspannung erlernen kann. Es besteht jedoch auch die Möglichkeit der Selbstschulung mithilfe von Büchern und Entspannungskassetten oder -CDs. Unklar ist hierbei, ob eine musikalische Unterstützung die Wirkung der Muskelentspannung verstärken kann oder aber als eher ablenkend zu beurteilen ist.

## Klinische Belege und Wirksamkeit

In einer 1994 publizierten [Metastudie](http://de.wikipedia.org/wiki/Metastudie) wurden 66 bis 1985 publizierte Studien mit zusammen etwa 3000 Patienten zur PMR als eigenständigem (und nicht lediglich die Verhaltenstherapie unterstützendem) Therapieverfahren ausgewertet. In 75 % der Studien wurden deutliche Symptombesserungen, in 60 % darüber hinaus Verbesserungen der allgemeinen Befindlichkeit festgestellt. Diese waren stabil. Bei Angst- und Spannungszuständen (inklusive damit verbundener körperlicher Beschwerden) sei die spezifische Wirksamkeit der PMR gut belegt. Die PMR sei differentiell wirksam, am besten bei Patienten mit leichteren Symptomen, die von vornherein der Wirksamkeit der PMR positiv gegenüberstanden. Aufgrund dessen und der relativ leichten Erlernbarkeit wird die PMR als das für die klinische Praxis geeignetste Entspannungsverfahren bezeichnet.

# Umgang mit an Demenz erkrankten Menschen

Das Wichtigste ist Geduld. Durch Ungeduld hat der Betroffene das Gefühl, etwas falsch gemacht zu haben - dies ist Ursache für Unzufriedenheit, Traurigkeit und Unwohlsein.

Wichtig ist ferner, sich darüber im Klaren zu sein, dass die Betroffenen nur noch bedingt lernfähig sind. Das meiste, was man ihnen sagt, haben sie innerhalb weniger Minuten wieder vergessen. Mit dementen Menschen ist daher nichts zuverlässig zu vereinbaren. Eine Konditionierung von Demenzkranken ist dennoch möglich; führt man einen Betroffenen immer wieder an einen Platz an einem Tisch und erklärt ihm, dies sei sein Platz, so ist es durchaus möglich, dass er sich diese Stelle in Zukunft selbst zum Sitzen aussucht.

Auf die Frage: „Wo ist Ihr Platz?“ wird der Betroffene dennoch ausweichend antworten. Deswegen ist es sinnvoll, möglichst auf Fragen zu verzichten. Zur Kontrolle des Bewegungsspielraums können Weglaufschutzsysteme eingesetzt werden.

### Das Demenz-Paradoxon

Der Hamburger Wissenschaftler Jens Bruder spricht im Zusammenhang mit der Demenz vom Alzheimer-Typ vom *Demenz-Paradoxon*. Damit ist die zunehmende krankheitsbedingte Unfähigkeit des erkrankten Menschen gemeint, den Verlust seines kognitiven Leistungsvermögens entsprechend wahrzunehmen und sich mit den Konsequenzen auseinanderzusetzen.

### Kommunikation

Die Verständigung sollte in einer einfachen Sprache geschehen. Zum Einen ist dies durch die meist erschwerte Kommunikation durch Altersschwerhörigkeit gegeben, zum Anderen ist durch die Beeinträchtigung des abstrakten Denkvermögens ein Verständnis langer Sätze nicht immer gegeben. Jeder Satz sollte nur eine Information enthalten. Also nicht: „Steh auf und zieh dir den Mantel an“ sondern nur „steh bitte auf“ und erst dann den nächsten Schritt. Die Sprache sollte dabei einfach sein und die Sätze prägnant und kurz. Meistens werden Sprichwörter und Redensarten besser verstanden als abstrakte Wendungen. Hilfreich ist es, sich Wendungen und Begriffe zu merken, die vom Demenzkranken verstanden wurden, um dann auf diese zurückzugreifen. Ein Streitgespräch mit dem an Demenz erkrankten Menschen sollte unter allen Umständen vermieden werden, auch wenn er eindeutig im Unrecht ist; dies würde die Verwirrtheit und das unzufriedene „Gefühl“, das nach einem Streit bleibt (obgleich sich der Betroffene nicht mehr an den Streit selbst erinnern kann), verstärken. Für den demenzkranken Menschen ist der Streit auch deshalb sehr bedrohlich, weil er nicht auf die Erfahrung zurückgreifen kann, dass der Streit auch wieder vorbei geht, denn Demenzkranke leben fast ausschließlich in der Gegenwart. Zukunft hat für sie keine Bedeutung.

Wenn die Sprache kaum noch möglich ist, wird es umso wichtiger, die übrigen Sinne anzusprechen. Zugang kann auch über Schmecken, Riechen, Sehen, Hören, Tasten, Bewegung geschaffen werden. Z. B. bekannte Volkslieder, bei denen die Betroffenen wahrlich aufblühen können. Allerdings ist auch hier zu beachten, dass sich einige Sinne verändern können. So spricht der Geschmackssinn vor allem auf süße Speisen an. Bei allen Reizen sollte darauf geachtet werden, nicht zu viele auf einmal einzusetzen. Eine Überlagerung verschiedener Sinneseindrücke kann bedrohlich wirken, da die verschiedenen Urheber nicht mehr getrennt und zugeordnet werden können. Ein Überangebot an Reizen führt damit eher zu Verwirrtheit als zu Stimulation. Es sollte also ein Gleichgewicht gefunden werden zwischen Überangebot und absoluter Reizarmut.

Im Idealfall ist der Betreuende in der Lage, sich in die Gedankenwelt des Dementen einzufühlen, z.B. durch Validation.

Die Umgebung sollte auf den Erkrankten angepasst werden. Man stelle sich die Situation vor, die z.B. beim Aufwachen in einem Seniorenheim entsteht: Ein Mensch wacht auf in einem fremden Zimmer ohne vertraute Gegenstände; ein Mensch (Pflegekraft) kommt herein, den er noch nie gesehen hat und fängt ohne zu fragen und vollkommen selbstverständlich an, den Menschen zu waschen und anzukleiden. Die Pflegekraft sollte sich möglichst vorstellen und vorher in einfachen Sätzen erklären, was sie vorhat und auch weitere Handlungen kommentieren. Hier zeigt sich, wie wichtig das Einstreuen vertrauter Gegenstände in die nähere Umgebung des Erkrankten ist, um dessen Verwirrtheit und daher aufkeimende Angst zu bekämpfen. Denn vertraute Gegenstände, Geräusche usw. geben Sicherheit. Wichtig ist auch eine gute Beleuchtung, da Schatten häufig zu Verunsicherung führen, da sie nicht eingeordnet werden können. Weiterhin nimmt bei Demenzkranken das räumliche, dreidimensionale Sehvermögen ab. Deshalb werden farbliche Veränderungen des Bodens häufig als Schwellen interpretiert. Es gilt also, den Patienten angstfrei und möglichst orientiert zu halten, um mit ihm arbeiten zu können.

Der Pflegeforscher Erwin Böhm setzt auf Kindheitsemotionen, um demenzkranke Senioren zu rehabilitieren. Böhm rät, in jungen Jahren ein so genanntes Sozigramm zu erstellen. Darin solle man genau vermerken, was einem als Kind und Jugendlicher Spaß gemacht hat. Diese Informationen können später verwendet werden, um Kindheitserinnerungen aufleben zu lassen. Dadurch entstehen Emotionen, die besonders Demenzkranke glücklich machen und ihnen neue Lebensenergie einflößen. Die Krankheit könne auf diese Weise zwar nicht geheilt, aber in ihren Auswirkungen vermindert werden.

# Fußreflexzonentherapie



## Krisenintervention bei (Re)-Traumatisierung

### Bewältigungsmöglichkeiten

#### Persönliche Ressourcen

Optimistisch, selbstbewusst, selbstwirksam? Wo liegen die Stärken des Klienten? Welche Gewohnheiten, Interessen, Fähigkeiten, Neigungen können aktiviert werden?

#### Instrumentelle Ressourcen

1. Welche bisherigen Lösungsversuche?
2. Erfolgreich oder teilweise misslungen?
3. Ist die Bewertung angemessen?
4. Werden Fähigkeiten genutzt oder sind sie obsolet?
5. Ermutigung? Beruhigung? Welche Fokussierung?

#### Soziale Ressourcen

Emotionaler Beistand, Erfahrung, praktische oder materielle Hilfe durch Einbindung in ein soziales Netz. Das ist oft strapaziert.

* Streit und Trennung 🡪 Verlust und Entfremdung in der Familie und im Freundeskreis
* Schwere Erkrankung 🡪 Bindungen fehlen oder sind nicht belastbar
* Reziprozität ist nicht mehr gegeben 🡪 Scheu, Hilfe zu fordern
* Sind die Kontakte wirklich hilfreich 🡪 Drogenmilieu, Bevormundung
* Junge Menschen: Eltern oder nicht?

Soziogramm des Beziehungsnetzes: wer tut was für mich, für wen tue ich was?

Das Fehlen eines sozialen Netzes wird in der Krise besonders schmerzlich erfahren.

Angehörigenarbeit

# Allgemeines Vorgehen zur Krisenintervention

Krisentherapie orientiert sich an den erkennbar wichtigsten Lebenszielen des Klienten und seinen ohnehin verfügbaren Bewältigungsmöglichkeiten und Ressourcen.

Es müssen vornehmlich krisenbedingte Blockaden und aktuelle Einengungen der sonst vorhandenen Bewältigungsmöglichkeiten beseitigt werden.

Krisenintervention ist also in erster Linie ein klientenorientierter Klärungsprozess.

### Setting

* Liegt - als Ergebnis der Diagnose - eine Krisensituation vor, die sich mit Krisenintervention bzw. Kurzzeittherapie bewältigen lässt, oder ist eine umfänglichere Psychotherapie bzw. eine Oberweisung geboten?
* Sofern Krisentherapie und nicht gesicherte! - Weiterüberweisung angezeigt ist: Wie viele Krisensitzungen können dem Klienten angeboten werden? Wie ist die Sitzungsfrequenz festzulegen - möglicherweise anfangs häufiger, später in größeren Abständen?
* Wie steht es mit der - vor allem bei Suizidgefährdung entscheidenden - Präsenz der Krisenberaterin? Sieht die Einrichtung eine Notfallpräsenz auch außerhalb normaler Dienstzeiten vor? Dann wird der Klient u. U. andere Kollegen vorfinden, worüber er aufgeklärt werden sollte.
* Ist es angezeigt, dem Klienten für eine genau definierte Zeit zu erlauben, den Krisenberater privat anzurufen? Besonders wichtig ist die rechtzeitige Bekanntgabe von Urlaubszeiten und die Klärung von Vertretungen im Krankheitsfall.
* Erscheint es ratsam, Bezugspersonen mit einzubeziehen? Dann muss geklärt werden, ob sie bereit sind zu kommen.
* Erfordert die Problemlage die Einbeziehung anderer Berufsgruppen: Sollte der Klient einen Arzt, eine Schulden- oder Rechtsberatung oder sonstige soziale Dienste aufsuchen?
* Könnte die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe nützlich sein? Dabei sollte die Krisenberaterin über die jeweiligen Gruppen informiert sein oder eine Koordina­tionsstelle kennen, die die Gruppen einschätzen kann, weil Selbsthilfegruppen je nach ihrer Zusammensetzung durchaus nicht immer hilfreich sind.

### Aufgaben des Erstgespräches

1. Erhebung der Beschwerden und Probleme, dabei Motivierung zu Gefühlsausdruck.
2. Abgrenzung: Psychiatrischer Notfall? Symptome psychischer Störung? Wenn ja: Bestanden sie schon vorher?
3. Suizidgefahr?
4. Zuordnung: Bestimmter Anlass oder überdauernd? Chronische Erkrankung, schwierige Lebenslage, Zuspitzung eines Lebensproblems?
5. Bedeutung und Ausmaß der Krise für den Klienten.
6. Bisherige Bewältigungsversuche; frühere Notlagen und deren Bewältigung.
7. Vermeidungen, Einengungen, Verzerrungen?
8. Allgemeine Lebensverhältnisse, besondere Belastungen? Sind außertherapeutische Hilfen erforderlich?
9. Persönliche, instrumentelle, soziale Ressourcen und ihre Nutzung.
10. Sammlung und Klärung von Vorschlägen zur Lösung oder Bewältigung.
11. Vereinbarung über erreichbare Ziele.
12. Klärung des Setting.

## Lebensbedingungen sichern

Die Abwendung von Selbst- und Fremdgefährdung hat Vorrang vor allen anderen Aufgaben.

Es ist dafür zu sorgen, dass sich Klienten wenigstens in den eigenen Wänden sicher und geborgen fühlen.

Ausloten, wie viel direkte Unterstützung und Aktivität der Helfer die Klienten wirklich, auch ihrer emotionalen Verfassung entsprechend brauchen.

Nur wenn eigene Kräfte überfordert sind, u.U. momentan, bieten wir Unterstützung an.

Ggf. Kontakte und Termine telefonisch herstellen, in Gegenwart des Klienten.

Hilfreich ist eine Liste der kostenlosen oder billigen positiven Aktivitäten am Ort.

Mit dem Klienten Checklisten anfertigen für die notwendigsten Erledigungen und Termine, regelmäßiges Essen und Trinken, körperliche Bewegung und Körperpflege.

## Emotionale Stabilisierung

Es ist erforderlich, die Balance und richtige Mitte zwischen naher Anteilnahme und hilfreichem Überblick zu wahren. Das Nacherleben kann zu hoher Betroffenheit führen.

Die emotionale Stabilisierung hat zum Ziel, dass die Klienten ihre Gefühle ohne Kontrollverlust ertragen, den Alltag bewältigen und anstehende sachliche Probleme lösen können.

Therapeutische Mittel dafür.

* + Anteilnahme zeigen
	+ Fürsorge entwickeln (so sollte stets etwas zum Trinken bereitstehen)
	+ Für Entspannung sorgen (z. B. durch Atemübungen oder dadurch, dass man den Klienten auf die Liege legt oder in eine Decke packt)
	+ Unruhe auffangen, z. B. durch Spazierengehen
	+ Kontext herstellen, z. B. Erzählen lassen der gemeinsamen Geschichte mit einem Menschen, den der Klient verloren hat
	+ Zeitperspektiven schaffen durch Hinweise auf die sehr allmähliche Bewältigung von Belastungen
	+ Druck wegnehmen: Betonen, dass man nicht immer funktionieren muss, eine Auszeit braucht
	+ Unerträgliche Belastung vorübergehend durch Anregung zur Medikamentenein­nahme mildern
	+ Zorn und Wut akzeptieren, aggressive Vorstellungen als Phantasien markieren, offene Aggressivität als Gefahr benennen und Hilfe zur Impulskontrolle geben
	+ Kritische Tages- und Wochenzeiten erkunden und Hilfsmöglichkeiten verabreden
	+ Konkret anstehende Belastungen durchsprechen und sachliche Hinweise geben
	+ Klienten nicht in Aufruhr und akuter Verzweiflung aus der Sitzung entlassen
	+ Nach der Sitzung Klienten noch eine Weile alleine lassen und dann persönlich nach draußen geleiten.

## Problembearbeitung

Zielfrage: „Was kann ich tun, damit meine jetzige schwierige Lage leichter wird?“

Situativ – adaptive Strategien durch folgende Zielfragen:

* Wann und wobei fühle ich mich schon jetzt besser?
* Wer tut mir gut oder hat mir früher gut getan?

Daraus konkrete Schritte ableiten, die zwischen den Sitzungen ausprobiert werden.

Längerfristige Ziele sollten durchphantasiert und sachlich besprochen werden. Danach in Zwischenschritte unterteilen.

* Wo werde ich in fünf Jahren angelangt sein, wenn sich nichts verändert?
* Welche Verbesserungen sind in der jetzigen Situation denkbar?
* Welche Alternativen wünsche ich mir, welche sind realistisch, wie können sie realisiert werden?
* Wie viel Zeit gebe ich mir für das Erreichen alternativer Ziele?
* Welche Einschränkungen muss ich in Kauf nehmen?

## Hausaufgaben

Klienten sollen zwischen den Sitzungen immer eigene Schritte zur Problemerleichterung und -bewältigung unternehmen. Daher in jeder Sitzung konkrete Hausaufgaben. Immer eine verstärkende und eine herausfordernde HA.

### Beispiele für bestärkende Hausaufgaben:

* Ein Band von einer Phantasiereise oder Entspannung zuhause hören
* Lieblingsmusik, die zur augenblicklichen Stimmung passt, aufnehmen und zur Sitzung mitbringen
* Schöne Fotos ansehen, auch wenn sie traurig stimmen, zur Sitzung mitbringen
* Lieblingsbuch, -bild, -text lesen/anschauen und zur Sitzung mitbringen
* Beispiele für Hobbys heraussuchen und mitbringen (Sammlungen, Instrumente, Basteleien, Bilder, Handarbeiten etc.)
* Eine schöne Stelle in der Stadt oder in der Natur aufsuchen und davon berichten
* Einfache Ablenkungen ausprobieren: Kreuzworträtsel lösen, puzzeln, Pflanzen versorgen etc.
* Sich körperlich verwöhnen.

### Beispiele für herausfordernde Hausaufgaben:

* Schwieriges, im Rollenspiel oder der Vorstellung geübtes Gespräch durchführen
* Belastende Unordnung in einem begrenzten Bereich beseitigen
* Eine körperliche Aktivierung ausprobieren
* Eine früher häufigere, jetzt unterlassene Aktivität aufnehmen - Unterlassene Information einholen
* Eine schädliche Gewohnheit eine Zeit lang einschränken
* Grübeln auf bestimmte verabredete Zeiten beschränken und sonst unterbrechen und durch alternative Beschäftigungen ersetzen.

# II Spezielle Interventionstechniken

## Würdigung der Krise

* Die Würdigung der Krise hat Vorrang vor allen Interventionen.
* Keine Bagatellisierungen, nicht beschwichtigen.
* Bisherige Bewältigungsversuche als Bemühung anerkennen.
* Wenn möglich, Krise als Chance umdeuten, das bisherige Lebenskonzept zu erweitern.
* Bei Krisen mit existenziellen Grenzerfahrungen, schweren Bedrohungen, Verlusten und Todesnähe sind die Klienten den meisten Krisenberatern um ein Stück Lebenserfahrung voraus. Sie können zu Beispielen dafür werden, was Menschen ertragen können und Respekt und Bewunderung erhalten.

## Krisentagebuch

Kann hilfreich sein für alle, die schon einmal ein Tagebuch geführt haben oder dem offen gegenüber stehen. Auch möglich: fingierte Briefe an Freunde, Feinde oder an sich selbst, auch an verlorene Menschen.

## Distanzierung von der Krise

Man bittet den Klienten, die Rolle eines Freundes einzunehmen und ihn beschreiben zu lassen, wie es zu der Krise gekommen ist oder wie sie beendet wurde. Andere Möglichkeit: Drehbuch, Theaterstück, Drama, Film mit verschiedenen Ausgängen.

## Entspannungstraining

z.B. progressive Muskelrelaxation nach Jacobson

Autogenes Training

Atemtherapie

Zu Hause sollen die Übungen ein bis zwei mal täglich geübt und in alltäglichen Situationen angewandt werden. Ggf. Kassetten mitgeben.

## Innere Dialoge

Krisen werden nicht nur durch Bedrohung oder Verlust, sondern auch durch motivationale Konflikte ausgelöst:

-„Ich sollte eigentlich...“

-„Mein Kopf sagt mir..., aber der Bauch...“

-„Ich verstehe nicht, warum ich das mache.“

Auf den leeren Stuhl projizieren lassen:

- Faulpelz versus Streber

- Yuppie versus Papa

- Hilflose versus Emanzipierte

Nicht nur rationaler Disput oder nur Beschimpfung, sondern beide Seiten. Ziel ist ein wechselseitiges Aushandeln von Lösungsmöglichkeiten, die beiden Seiten in einem Kompromiss gerecht werden.

## Focusing

Ist eine Konzentration auf den emotionalen und Einstellungsbereich von Problemen, da eine Konzentration auf die rationale Perspektive eine Einengung darstellt.

Erlebnisorientierter Zugang zur gefühlten Bedeutung einer Krise.

Der Klient denkt in entspanntem Zustand an sein gegenwärtiges Leben und alles, was ihn bewegt, und findet über die Konzentration auf unruhige, spannungsvolle Körpergefühle ein wesentliches Problem heraus, des er benennt und in einem Satz oder einer Szene symbolisiert. Mit der gefühlten Bedeutung kann weiter gearbeitet werden, auch, indem sich der Klient vorstellt, wie er sich fühlen wird, wenn er das Problem nicht mehr hat.

## Imagination

Setzt entsprechende Erfahrung voraus. Für folgende Zwecke einsetzbar:

* Zur Verdeutlichung von Problemen und Konflikten, vor allem von unklar befürchteten, vermiedenen, nicht vollständig vorgestellten Situationen
* Zur Erstellung von inneren stützenden, entspannenden, positiv getönten Ruhebildern
* Für die antizipierende Bewältigung schwieriger Situationen.

Aktiviert die gesamte Bandbreite der Wahrnehmungsmöglichkeiten mit den begleitenden Emotionen, Gedanken und Probehandlungen.

Umstrukturierung komplexer Situationen.

Im entspannten Zustand durchgeführt

## Zeitprojektion

Entwicklung angenehmer Vorstellungen von Fähigkeiten und positive Bilder und Gefühle für den Fall, dass die Krise gelöst ist.

Projektion in die Zukunft, von hier aus Rückblick auf die Krise.

Nicht bei schweren Verlusten, könnte als Bagatellisierung empfunden werden.

## Wunderfrage

(de Shazer, 1988) Kurzfristige Antizipation einer Problemlösung.

Nur bei grundsätzlich antizipierbaren Zielen einsetzbar.

## Innere Helfer

können herbeiphantasiert werden als Beistand, Fürsprecher, Zuflucht.

## Problemlösetraining

1. Alltag ist durch Krise erschwert.
2. Emotionale Erregung und kognitive Einengung führt zu Folgeproblemen, z.B. Vermeidungen.
3. Krisen erfordern Entscheidungen, die oft eine Reihe von Einzelproblemen nach sich ziehen
4. Hilfe wird gesucht, wenn eigene Problemlösungen ineffektiv, fehlgeschlagen.
5. Lösung setzt voraus, dass zwischen erreichbaren Zielen und unabänderlichen Tatsachen unterschieden wird.
6. Wenn nahe liegende Lösungen nicht gewählt werden (Trennung von Alkoholiker, Lernen für Prüfung): Hinweis auf Widerstände, Ängste und Vermeidungen, die geklärt werden müssen.
7. Probleme und Ziele definieren.
8. Brainstorming Lösungsstrategien
9. Erwägung der Lösungsstrategien
10. u.U. zusätzliche Informationen
11. anschließend Realisierung (5-Stufen-Programm)
12. Evaluation der Effektivität
13. Wichtig: kleine Schritte, die in kurzer Zeit realisiert werden können.

## Kognitive Verzerrungen und störende Denkmuster

Krisen erfordern flexible Reaktionen auf neue Situationen. Dabei können Grundannahmen hinderlich sein (das geht doch nicht...).

 Wichtige Lebens- und Beziehungsinhalte

 Annahme oder Ablehnung

 Erfolg oder Misserfolg

 Gewinn oder Verlust

Engen bei den meisten Menschen das Denken ein oder verzerren es.

Besprechung der wesentlichsten störenden Grundannahmen, z.B. zentrale Katastrophisierung, bedeutsamste Übergeneralisierung, wichtigste verfehlte Selbstetikettierung, z.B. im sokratischen Dialog.

## Rollenspiele

Ist der Klient nicht in der Lage, eine notwendige Forderung zu stellen, eine Zumutung abzulehnen, eine Kritik zu äußern oder anzunehmen?

Zentrale Szene kann in Verhaltensproben variiert und eingeübt werden, dass sie realisiert werden kann. Vor allem die zentrale aversive Situation. Hierbei auch den schlimmstmöglichen Fall durchphantasieren.

## Sich Sorgen machen, Grübeln

Kennen die meisten Menschen. Kann Lösungsverhalten aktivieren, aber nicht selten geraten Menschen in Endlosschleifen, die gerade nicht zu einer Problembewältigung führen.

Sorgen und Grübeln sind angstinduzierend und erregungsreduzierend.

Sorgen gaukeln vor, man arbeite an einer Lösung, während in Wirklichkeit die Lösung vermieden wird.

Sorgen und Grübeln sollen auf bestimmte Orte und Zeiten gebunden werden, dabei sollen sie herausgefordert werden.

Wenn möglich, mit Problemlösungstraining verbinden.

## Sinnfragen

Krisen können die Frage nach dem Sinn der Existenz provozieren, Resultat enttäuschender Erfahrungen mit sich und anderen.

Keine Debatte mitmachen: jeder Rückgriff auf überdauernde Interessen und Neigungen geistiger, musischer oder praktischer Art sind hilfreich. Aber es kann auch Grenzen unserer Arbeit geben.

# Fußreflexzonentherapie

## Therapie über die Sinne

* Sehen
* Hören - Gleichgewicht
* Riechen: Aromatherapie
* Schmecken
* Fühlen:
	+ Tasten, Berühren
	+ Schmerz
	+ Vibration
	+ Kälte
	+ Propriozeption

## Progressive Muskelrelaxation

Bei der **progressiven Muskelentspannung** (auch: *progressive Muskelrelaxation* (kurz: *PMR*), *progressive Relaxation* (kurz: *PR*) oder *Tiefenmuskelentspannung*) nach Edmund Jacobson handelt es sich um ein Verfahren, bei dem durch die willentliche und bewusste An- und Entspannung bestimmter Muskelgruppen ein Zustand tiefer Entspannung des ganzen Körpers erreicht werden soll. Dabei werden nacheinander die einzelnen Muskelpartien in einer bestimmten Reihenfolge zunächst angespannt, die Muskelspannung wird kurz gehalten, und anschließend wird die Spannung gelöst. Die Konzentration der Person wird dabei auf den Wechsel zwischen Anspannung und Entspannung gerichtet und auf die Empfindungen, die mit diesen unterschiedlichen Zuständen einhergehen. Ziel des Verfahrens ist eine Senkung der Muskelspannung unter das normale Niveau aufgrund einer verbesserten Körperwahrnehmung. Mit der Zeit soll die Person lernen, muskuläre Entspannung herbeizuführen, wann immer sie dies möchte. Zudem sollen durch die Entspannung der Muskulatur auch andere Zeichen körperlicher Unruhe oder Erregung reduziert werden können wie beispielsweise Herzklopfen, Schwitzen oder Zittern. Darüber hinaus können Muskelverspannungen aufgespürt und gelockert und damit Schmerzzustände verringert werden.

# Angehörigenarbeit

Zu 90 Prozent werden Demenzkranke von Angehörigen gepflegt, zu 80 % von Frauen. Ein weithin unterschätztes Problem ist der Umgang der Angehörigen mit sich selbst.

Oft vernachlässigen sie zunehmend ihre eigenen Sozialkontakte und leben nur noch für den Dementen, mit dem sie kaum kommunizieren können.

Oft sind sie voller Schuldgefühle wegen der immer wieder aufkommenden Aggressionen gegenüber dem Betroffenen.

Und schließlich haben sie selbst große Angst, auch in absehbarer Zeit an einer ähnlichen Erkrankung zu leiden.

Das alles mündet in sehr vielen Fällen in eine relevante Depression von Krankheitswert oder in psychosomatische Beschwerden wie zum Beispiel chronische Schmerzerkrankungen. Nicht selten tritt die psychische Erkrankung der Angehörigen erst nach dem Ableben des Demenzkranken auf, wenn man eigentlich wieder das Leben genießen will.

Die Erkrankung ihrer Lebenspartner oder Eltern kränkt auch die anderen Familienmitglieder erheblich. Angriffe auf den Partner sind immer auch Angriffe auf die pflegenden Angehörigen. Wenn sich der kranke Partner unsinnig verhält, unterstellen pflegende Angehörige auch immer wieder Bösartigkeit, fehlenden guten Willen.

Auch hier, wie bei der Krisenintervention:

#### Persönliche Ressourcen

* Optimistisch, selbstbewusst, selbstwirksam?
* Wo liegen die Stärken des Klienten?
* Welche Gewohnheiten, Interessen, Fähigkeiten, Neigungen können aktiviert werden?

#### Instrumentelle Ressourcen

1. Welche bisherigen Lösungsversuche?
2. Erfolgreich oder teilweise misslungen?
3. Ist die Bewertung angemessen?
4. Werden Fähigkeiten genutzt oder sind sie obsolet?
5. Ermutigung? Beruhigung? Welche Fokussierung?

#### Soziale Ressourcen

Emotionaler Beistand, Erfahrung, praktische oder materielle Hilfe durch Einbindung in ein soziales Netz. Das ist oft strapaziert.

* Streit und Trennung 🡪 Verlust und Entfremdung in der Familie und im Freundeskreis
* Schwere Erkrankung 🡪 Bindungen fehlen oder sind nicht belastbar
* Reziprozität ist nicht mehr gegeben 🡪 Scheu, Hilfe zu fordern
* Sind die Kontakte wirklich hilfreich 🡪 Bevormundung; wenn nicht, wo liegt die Schwierigkeit. Angebot, Gespräche zu unterstützen.

Soziogramm des Beziehungsnetzes: wer tut was für mich, für wen tue ich was?

Das Fehlen eines sozialen Netzes wird in der Krise besonders schmerzlich erfahren.

#### Externe Hilfe

Auch deswegen sollten die Angehörigen möglichst gleichzeitig mit dem Betroffenen Hilfe suchen, zum Beispiel in einer

* Angehörigengruppe,
* bei einem Psychiater,
* bei einer Demenzberatungsstelle oder durch
* Verteilung der Last auf mehrere Schultern (theoretisch richtig, oft kaum umzusetzen).

Alzheimer-Gesellschaften und Angehörigeninitiativen gibt es inzwischen fast im gesamten Bundesgebiet. Hier gibt es Informationen für Betroffene und Angehörige, auch über konkrete Unterstützungsangebote in Wohnortnähe.

#### Aktive Hilfe

* Auffangen
* Unterstützung
* Amtsgänge
* Verweis auf externe Hilfen
* Strategien zur Bewältigung der Belastungen
* Entspannungsübungen:
	+ AT
	+ Atemtherapie
	+ Progressive Muskelrelaxation
	+ TaiQi
	+ Brian Eno, Neroli
	+ Hypnose

**Aggression und Wut**
Demenz Patienten verhalten sich manchmal aggressiv, sei es durch Worte oder - seltener- durch Taten. Manchmal genügt als Anlass schon eine Nichtigkeit und der Kranke reagiert über. Ein solches Verhalten ist Symptom der Krankheit und kann vom Patienten nicht kontrolliert werden. Meist ist Angst der Auslöser und der Betroffene will damit eine vermeintliche Gefahr abwehren. Oder er wird zornig, weil er um etwas bitten muss, was er früher selbständig erledigen konnte. So schnell und überraschend solche Wutausbrüche kommen, so schnell klingen sie oft auch wieder ab.
 **Was Sie tun können:**
Bewahren Sie Ruhe und nehmen Sie das Verhalten des Patienten nie persönlich. Beruhigen Sie den Patienten und schlagen Sie ihm vor etwas zu tun, was er normalerweise gerne tut. Achten Sie auf ihre Sicherheit indem Sie die körperlichen Kräfte des Patienten nicht unterschätzen. Sprechen Sie mit einem Arzt, wenn sich Aggressionen häufen. Eventuell können Medikamente die Situation verbessern.
 **Was Sie nicht tun sollten:**
Vermeiden Sie Streit und provozieren Sie den Patienten weder körperlich noch durch Worte oder Auslachen. Versuchen Sie nicht ihn festzuhalten, lassen Sie ihm Platz. Verlassen Sie lieber den Raum, wenn gar nichts mehr hilft. Verzichten Sie auf jede Form einer "Bestrafung".

**Halluzinationen und Wahnvorstellungen**
Demenz-Kranke haben oft Sinnestäuschungen (Halluzinationen): Sie sehen, hören oder riechen etwas, was in Wirklichkeit gar nicht da ist.
Beispiele für Wahnvorstellungen sind dagegen z. B. der feste Glaube der Postbote unterschlage alle wichtigen Briefe oder die grundlose Überzeugung bestohlen zu werden.
Häufig sind auch so genannte "wahnhafte Verkennungen". Die Kranken halten Verwandte und Bekannte für Fremde, erschrecken sich vor dem eigenen Spiegelbild oder halten Fernsehfilme für real.
All diese Phänomene können Angst und damit wieder Aggressionen auslösen.
 **Was Sie tun können:**
Bleiben Sie ruhig und erklären Sie dem Patienten, dass alles in Ordnung ist. Vermitteln Sie ihm Geborgenheit, indem Sie beruhigend mit ihm sprechen und ihn - wenn er es zulässt - sanft berühren. Zeigen Sie ihm, dass Sei seine sorgen verstehen. Versuchen Sie den Kranken abzulenken. Suchen Sie einen Arzt auf und sprechen mit ihm über diese Probleme. auch hier können die richtigen Medikamente die Lage verbessern. Versuchen Sie zu klären, was die Halluzinationen oder den Wahn ausgelöst haben könnte. Manchmal hilft es schon, Spiegel abzudecken, Tierfiguren oder Bilder zu entfernen und dunkle Ecken im Wohnbereich besser auszuleuchten.
 **Was Sie nicht tun sollten:**
Versuchen Sie nicht, dem Kranken seine Überzeugung auszureden, er nimmt das wirklich so wahr, wie er es sagt. Wenden Sie keinen körperlichen Zwang gegen den Patienten an.

**Schlafstörungen und nächtliches Herumlaufen**
Viele Demenz-Kranke leiden unter Schlafstörungen. Manchmal kehrt sich der Schlaf-Wach-Rhythmus sogar ganz um, die Betroffenen können dann nicht mehr zwischen Tag und Nacht unterscheiden. Nächtliches Herumirren im Dunkeln kann zu Unfällen und Verletzungen führen. Für die Angehörigen können die Schlafstörungen des Patienten zu eigenen Schlafdefizite führen und so zu einer großen nervlichen und körperlichen Belastung werden.
 **Was Sie tun können**:
Achten sie auf ausreichende Tages-Aktivitäten des Patienten, z.B. durch Spaziergänge an der frischen Luft, körperliche Beschäftigungen oder den Besuch einer Tagesstätte. Sorgen Sie dafür, dass der Kranke sich in seinem Bett wohl fühlt. Wenn sich das nächtliche Herumlaufen nicht ganz verhindern lässt, machen Sie zumindest die Wege sicher. Bauen Sie an gefährlichen Stellen wie Treppen Sicherheitsgitter ein. Schließen Sie alle Türen ab, vor allem die Küche, denn sie ist meist der gefährlichste Ort für einen Demenz-Kranken. Klären Sie mit Ihrem Arzt, ob der Patient Medikamente erhält, die ihn tagsüber schlafen lassen und er deshalb nachts wach ist. Eventuell kann der Arzt diese Medikamente durch solche ersetzen, die den Schlaf-Wach-Rhythmus normalisieren.
 **Was Sie nicht tun sollten:**
Demenzkranke sollten ab dem Nachmittag keine aufputschenden Getränke (Kaffee/ Schwarzen Tee) mehr trinken. Vermeiden Sie gegen Abend jede Aufregung, wie z.B. Krimis im Fernsehen oder laute Musik.

**Wandern und Ruhelosigkeit**
Wandern ist ein sehr typisches Phänomen bei Demenz-Kranken. Manche gehen einfach im Haus herum, andere wollen nach draußen. Meistens gibt es einen Grund für das Wandern, z. B. Langeweile, Unbequemlichkeit oder das Gefühl, an einem falschen Ort zu sein. Doch der Kranke weiß meist nicht, warum er losgeht und wohin er gehen will. Auch die Hände sind oft ständig in Bewegung und werden geknetet oder gerieben. Oft werden auch Kleidungsstücke ständig aus und wieder angezogen. Für die pflegenden Angehörigen ist es sehr anstrengend, den Patienten ständig im Auge zu behalten, damit ihm nichts zustößt, ohne ihn gleichzeitig zu sehr in seiner Bewegungsfreiheit einzuschränken.
 **Was Sie tun können**:
Wenn Sie einen Garten haben, gestalten Sie ihn möglichst so, dass sich der Kranke darin gefahrlos bewegen kann. Schaffen Sie im Haus eine gleichbleibende, vertraute Umgebung. Beschäftigen Sie den Patienten durch Spaziergänge oder einfache Tätigkeiten. Beobachten Sie den Wanderdrang, um herauszufinden was ihn auslöst. Manchmal sind Unwohlsein oder Schmerzen Gründe für das Wandern. Das sollte durch Gespräche mit dem Patienten und durch ärztlichen Rat abgeklärt werden.
Informieren Sie die Nachbarn über die Wanderneigung des Demenz-Kranken und sorgen Sie so dafür, dass man ihn erkennt und nach Hause bringen kann. Legen Sie ihm ein Armband mit Namen, Adresse und Telefonnummer an, das er immer bei sich trägt.
 **Was Sie nicht tun sollten:**
Schimpfen Sie nicht und vermeiden Sie körperlichen Zwang. Geraten Sie nicht in Panik, wenn der Kranke das Haus unbemerkt verlassen hat. Sie können nicht 24 Stunden täglich auf ihn aufpassen. Suchen Sie in der Nachbarschaft nach ihm und informieren Sie gegebenenfalls die Polizei. Nehmen Sie in der Wohnung des Demenz-Kranken nicht zu viele Veränderungen vor, sonst könnte er sich nicht mehr zurechtfinden und glauben er wäre an einem fremden Ort. Dieses Problem tritt vor allem nach einem Umzug des Patienten auf.

**Niedergeschlagenheit und Depression**
"Ich bin am Ende" oder "mir ist alles egal", wenn der Demenz-Kranke solche Aussagen macht oder gar wiederholt Selbstmordgedanken äußert, sollten Sie hellhörig werden. Es könnte ein Hinweis auf eine Depression sein. Weitere Anzeichen für eine depressive Erkrankung sind Appetit- und Schlaflosigkeit sowie fehlender Antrieb.
 **Was Sie tun können:** Der erste Weg sollte Sie zum Arzt führen. Zur Behandlung von Depressionen gibt es wirksame Arzneimittel. Es kann allerdings einige Wochen dauern, bis Sie eine Besserung erkennen können. Versuchen Sie mit dem Patienten über seine Probleme zu reden, soweit das seine Sprachstörungen noch zulassen. Motivieren Sie ihn zu Tätigkeiten, die er früher gerne getan hat. Eventuell kann auch eine Musik- oder Kunsttherapie sinnvoll sein.

Das Wesen der Krankheits- und Sterbebegleitung beruht vor allem auf Deinem Verhältnis zu diesen Dingen: meinst Du, Du kannst es ertragen, dabei zu sein, wenn ein Mensch leidet und stirbt? Bei Angst: setz dich zu dem, der sich fürchtet und praktiziere mit ihm die Gemeinsame Atmung: eine Möglichkeit, mit einem Menschen in tiefere Verbindung zu kommen. Oft spontan praktiziert:

- zunächst den eigenen Atem wahrnehmen - dann Aufmerksamkeit auf den Anderen richten - dann den Rhythmus langsam synchronisieren - dabei gegebenenfalls Körperkontakt herstellen, z.B. Hand auf die Brust - über längere Zeit praktiziert kann es den Atem des Schwächeren kräftigen. Angst macht uns die lange Krankheit, der langsame Tod, der Schmerz und das langsame Dahinsiechen, womöglich an den Schläuchen der Intensivstation.

Krankheiten zum Tode:

- AIDS

- Krebs

- Arteriosklerose

- Morbus Alzheimer – Pneumonie

- Multiple Sklerose

- Niereninsuffizienz

- Herzinsuffizienz

- Diabetes mellitus und Folgen: Herzinfarkt, Nierenversagen

- Leberzirrhose

- Lungenemphysem

Der Tod kann auch schnell sein:

- Herzinfarkt

- Apoplex

- Unfall

Probleme:

- Schmerzen

- Einsamkeit

- Todesangst: eigene und die des Sterbenden

- Erlebnis der Machtlosigkeit

- Angst vor Infektionen

- unerledigte Dinge

- Trauer & Verlust des Sterbenden und der Angehörigen

- Angehörige machen/haben Probleme

**Anzeichen des nahenden Todes und angemessene Reaktionen**

Merkmale und Charakteristika, die bei einem Menschen anzutreffen sind, der in den nächsten Tagen, Stunden oder Minuten sterben wird.

*1. Körperextremitäten fühlen sich kalt an und können sich aufgrund schlechter Durchblutung bläulich verfärben. Person klagt vielleicht über Kälte.*

Berührung, über oder unter der Decke. Der Betreffende weiß schon.

*2. Schlafdauer nimmt zu. Aufwachen kann schwerfallen.*

Geh davon aus, daß der Betreffende alles hört, was gesagt wird, und auch Schmerz empfindet. Setz Dich still zu diesem Menschen. Gegebenenfalls Gemeinsame Atmung.

*3. Orientierungslosigkeit, Schwierigkeiten im Erkennen von Personen, Zeit und Ort.*

Bleib ruhig und für den Sterbenden präsent. Nimm verbal und körperlich Kontakt auf. Sag, wer Du bist, wer der Sterbende ist und wer die Anwesenden.

*4. Bedürfnis nach Essen und Trinken verringert sich. Körper wird schwächer.*

Laß es gut sein. Der Kontakt sollte sanft sein.

*5. Inkontinenz, dunkle Oligurie.*

Sorge für Hygiene und bleib ruhig.

*6. Unruhe, unwillkürliche Bewegungen und Halluzinationen durch verminderte Sauerstoffaufnahme des Gehirns.*

Nimm an, was der Sterbende sagt, hört oder tut. Annehmen heißt nicht zustimmen. Bleib einfach nur empfänglich und offen.

*7. Unregelmäßige Atmung mit Apnoe ziwschen 10 und 30 Sekunden.*

Atme mit dem Sterbenden und führe dabei. Halte Augen- und Körperkontakt.

*8. Speichel sammelt sich im Rachen. Das kann beim Atmen ein rasselndes Geräusch verursachen, manchmal Todesrasseln genannt.*

Dreh den Sterbenden auf die Seite, stütze den Rücken mit einem Kissen, lege ein Tuch unter das Kinn, um Speichel aufzufangen. Ein Luftbefeuchter kann hilfreich sein.

1. [↑](#footnote-ref-1)