

Erich Grond

# Pflege Demenzkranker

**Impulse für eine wertschätzende Pflege**

5., aktualisierte Auflage

- **Grundlagen & Pflege**
- **Aufgaben & Anforderungen**
- **Konzepte & Methoden**



**BRIGITTE KUNZ  
VERLAG**

Erich Grond

# Pflege Demenzkranker

## Impulse für eine wertschätzende Pflege

5., aktualisierte Auflage



**BRIGITTE KUNZ  
VERLAG**

**Der Autor:**

**Dr. Erich Grond** arbeitet heute als Psychotherapeut und Dozent für Gerontopsychiatrie in Altenpflegeseminaren und in der Palliative Care-Ausbildung. Er war von 1980–1994 Professor für Sozialmedizin und Psychopathologie in Köln.

**Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

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

ISBN 978-3-89993-814-2 (Print)

ISBN 978-3-8426-8497-3 (PDF)

© 2014 **Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG,**  
**Hans-Böckler-Allee 7, 30173 Hannover**

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der gesetzlich geregelten Fälle muss vom Verlag schriftlich genehmigt werden. Alle Angaben erfolgen ohne jegliche Verpflichtung oder Garantie des Autors und des Verlages. Für Änderungen und Fehler, die trotz der sorgfältigen Überprüfung aller Angaben nicht völlig auszuschließen sind, kann keinerlei Verantwortung oder Haftung übernommen werden. Die im Folgenden verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen stehen immer gleichwertig für beide Geschlechter, auch wenn sie nur in einer Form benannt sind. Ein Markenzeichen kann warenrechtlich geschützt sein, ohne dass dieses besonders gekennzeichnet wurde.

Reihengestaltung: Groothuis, Lohfert, Consorten | glcons.de

Satz: PER Medien+Marketing GmbH, Braunschweig

Druck: Druck Thiebes GmbH, Hagen

# INHALT

<b>Vorwort zur 5., aktualisierten Auflage</b> .....	10
<b>Teil I Menschen mit Demenz besser verstehen</b>	
<b>1 Grundlagen zur Enttabuisierung von Demenz</b> .....	14
1.1 Häufigkeit .....	14
1.2 Primäre und sekundäre Demenzen .....	15
1.2.1 Primäre Demenzen .....	15
1.2.2 Sekundäre Demenzen .....	15
1.2.3 Klassifikation der Demenzen nach ICD-10-GM 2012 .....	16
1.3 Klinisches Geschehen bei einer Demenz vom Typ Alzheimer	17
<b>2 Diagnose einer Demenz</b> .....	19
2.1 Kernkriterien einer Demenz .....	19
2.1.1 Kernkriterien nach NIA-AA .....	19
2.1.2 Diagnostische Kriterien nach DSM-IV-TR .....	19
2.2 Erforderliche Untersuchungen .....	20
2.2.1 Psychometrische Tests zur neuropsychologischen Diagnostik	20
2.3 Symptome einer Demenz .....	23
2.3.1 Kognitive Störungen .....	23
2.3.2 Verhaltensstörungen .....	24
2.4 Menschen mit Demenz fühlen mehr als sie denken .....	26
<b>3 Abgrenzung der Demenzen</b> .....	27
3.1 Normaler Alterungsprozess und Demenzerkrankung .....	27
3.2 Leichte kognitive Beeinträchtigung und Demenzerkrankung	27
3.3 Depression und Demenzerkrankung .....	28
3.4 Akute Verwirrheitszustände oder Delir .....	28
3.4.1 Symptome eines Delirs .....	28
3.4.2 Risikofaktoren .....	29
3.4.3 Ursachen eines Delirs .....	30
3.4.4 Therapie eines Delirs .....	32
3.5 Demenz vom Typ Alzheimer und andere Demenzen .....	33
3.5.1 Vasculäre Demenz und Demenz vom Typ Alzheimer .....	34

3.5.2	Demenzen mit Bewegungsstörungen .....	35
3.5.3	Demenzen bei anderen Erkrankungen .....	37
<b>4</b>	<b>Demenz – ursächliche Faktoren .....</b>	<b>38</b>
4.1	Demenz-Risikofaktoren .....	38
4.1.1	Genetische Faktoren oder familiäre Belastung .....	38
4.1.2	Risikofaktoren .....	38
4.1.3	Schutzfaktoren .....	39
<b>5</b>	<b>Schweregrade und Verlaufsstadien bei Demenz .....</b>	<b>41</b>
<b>6</b>	<b>Verhaltensstörungen – ursächliche Faktoren .....</b>	<b>44</b>
6.1	Schmerzen .....	44
6.1.1	ECPA .....	45
6.1.2	Schmerzmittel .....	48
6.1.3	Schmerzursachen: Dekubitus und Stürze .....	49
6.2	Andere organische Faktoren von Verhaltensstörungen .....	51
6.3	Psychische Notlagen .....	54
6.4	Sinnkrisen .....	57
6.5	Soziale Faktoren .....	58
6.6	Ökonomische Faktoren .....	60
6.7	Umweltfaktoren: Anregungs- und Reizmangel .....	61
6.8	Gesellschaftliche Vorurteile sind zu enttabuisieren .....	62
6.9	Migrationshintergrund .....	63
<b>7</b>	<b>Folgen einer Demenz .....</b>	<b>64</b>
7.1	Folgen für den Menschen mit Demenz .....	64
7.2	Folgen für die Angehörigen .....	64
7.3	Folgen für beruflich Pflegende .....	65
7.4	Folgen für Nachbarn und Mitbewohner .....	65
7.5	Folgen für die Gesellschaft .....	65
<b>8</b>	<b>Behandlung von Menschen mit Demenz .....</b>	<b>67</b>
8.1	Nichtmedikamentöse Hilfen .....	67
8.1.1	Psychosoziale Hilfen .....	67
8.1.2	Hirnleistungstraining – »use or lose it« .....	69
8.1.3	Aktivierung alltagspraktischer Fähigkeiten .....	72

8.1.4	Kreative therapeutische Hilfen .....	72
8.1.5	Ergotherapie .....	72
8.1.6	Soziale Hilfen .....	73
8.1.7	Milieuthherapie oder Lebensweltgestaltung .....	74
8.1.8	Komplementäre Therapien .....	75
8.2	Medikamentöse Hilfen .....	76
8.2.1	Antidementiva .....	76
8.2.2	Medikamente gegen Verhaltensstörungen .....	77

## Teil II Pflege von Menschen mit Demenz

<b>1</b>	<b>Pflege durch Angehörige .....</b>	<b>80</b>
1.1	Phasen der familiären Pflege .....	80
1.2	Reaktionen der Angehörigen auf die Übernahme der Pflege ..	81
1.3	Angehörige als Opfer: Demenz als schleichender Tod .....	84
1.4	Pflege des demenzkranken Partners .....	86
1.5	Pflege eines demenzkranken Elternteils .....	87
1.6	Klärung der Motivation zur Pflege .....	89
<b>2</b>	<b>Entlastungen für pflegende Angehörige .....</b>	<b>92</b>
2.1	Gesetzliche Hilfen .....	92
2.2	Hilfen für die häusliche Pflege .....	92
2.3	Tagespflege .....	95
2.4	Nachtpflege .....	96
2.5	Kurzzeitpflege .....	96
2.6	Ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz .....	96
2.7	Vernetzte gemeindenaher Psychiatrie .....	97
<b>3</b>	<b>Die stationäre Unterbringung in Einrichtungen der Alten- hilfe und die Angehörigen .....</b>	<b>100</b>
3.1	Angehörigenbetreuung vor der Heimaufnahme .....	100
3.2	Angehörigenbetreuung bei der Heimaufnahme .....	101
3.3	Angehörigenbetreuung in der stationären Einrichtung .....	101
3.4	Die Angehörigen im System der stationären Einrichtung ....	103
3.5	Formen der Angehörigen-Mitarbeit .....	105

<b>4</b>	<b>Professionelle Pflege von Menschen mit Demenz</b> .....	107
4.1	Qualitätsmanagement .....	107
4.1.1	Strukturqualität .....	108
4.1.2	Prozessqualität .....	111
4.1.3	Schritte des Pflegeprozesses .....	113
4.1.4	Dokumentationssystem .....	120
4.1.5	Ergebnisqualität .....	121
4.1.6	Grenzen der Qualitätssicherung .....	124
4.1.7	Qualitätsmängel durch ungesunde Strukturen .....	125

### Teil III Zuwendung zu Menschen mit Demenz

<b>1</b>	<b>Beziehungspflege von Menschen mit Demenz</b> .....	130
1.1	Rollenkonflikte in der Pflegebeziehung .....	131
1.2	Übertragungen .....	133
1.3	Die Grundlage jeder Beziehungspflege: einführendes Verstehen (Empathie) .....	137
1.4	Echtsein und Kongruenz .....	137
1.5	Konstanz und Vertrautheit .....	139
1.6	Wohlbefinden durch normalen Umgang (Normalitätsprinzip) .....	139
1.7	Suchhaltung .....	140

<b>2</b>	<b>Interaktion zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen</b> .....	141
----------	--	-----

<b>3</b>	<b>Interdisziplinäre Kooperation</b> .....	143
----------	--	-----

<b>4</b>	<b>Konzepte und Methoden einer personenzentrierten Pflege</b> .....	145
4.1	Dementia Care mapping (DCM) .....	145
4.2	Best-Friends-Modell .....	146
4.3	Validation .....	146
4.3.1	Validation nach Feil .....	148
4.3.2	Validierende Pflege nach Scharb .....	149
4.3.3	Integrative Validation (IVA) nach Nicole Richard .....	149
4.4	Erlebnisorientierte Pflege nach Cora van der Kooij .....	150

<b>5</b>	<b>Biografiearbeit</b> .....	152
<b>6</b>	<b>Begegnung durch Kommunikation</b> .....	154
6.1	Die Bezugsperson als Empfänger .....	154
6.1.1	Verstehen des Kranken aus seinen verbalen Mitteilungen ....	154
6.1.2	Verstehen des Kranken aus nonverbalen Mitteilungen .....	154
6.2	Die Bezugsperson als Sender .....	155
6.2.1	Begegnung mit verbaler Kommunikation .....	155
6.2.2	Begegnung mit nonverbaler Kommunikation .....	156
6.2.3	Begegnung mit Basaler Kommunikation (Sinnestherapie) ...	157
6.3	Snoezelen .....	161
<b>7</b>	<b>Personenzentrierte individualisierte Pflege – die 3-Z-Pflege</b>	162
7.1	Berührungen (high touch – low tech) .....	162
7.2	Einreibungen und Massagen .....	163
<b>8</b>	<b>Kommunikationsförderung durch Gruppenaktivitäten</b> ...	165

## Teil IV Ganzheitliche professionelle Pflege von Demenzkranken

<b>1</b>	<b>Von Orem zu Juchli</b> .....	168
<b>2</b>	<b>Das ABEDL®-Pflegetmodell</b> .....	169
2.1	Pflegerische Begleitung nach den ABEDL® .....	170
2.1.1	Der Bereich »Lebensaktivitäten realisieren können« .....	170
2.1.2	Der Bereich »Soziale Kontakte und Beziehungen aufrecht erhalten können« .....	185
2.1.3	Der Bereich »Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen und sich dabei entwickeln können« .....	186
<b>3</b>	<b>Pflege bei herausforderndem Verhalten</b> .....	187
3.1	Aggressives Verhalten .....	187
3.2	Anhänglichkeit, Anklammern, Hinterherlaufen .....	191
3.3	Enthemmtes Verhalten .....	191
3.4	Verstecken, Horten oder Herumstöbern .....	192
3.5	Unruhezustände, Agitiertheit, Antriebssteigerung .....	193

3.6	Weglaufen, Laufzwang, zielloses Umherirren .....	194
3.7	Schreien .....	195
3.8	Probleme durch Gedächtnisverluste .....	196
3.9	Verlust der Selbstständigkeit .....	200
3.10	Psychische Störungen bei Demenz (Komorbidität) .....	202

<b>4</b>	<b>Pflege gemäß der Demenzstadien</b> .....	206
4.1	Reaktivierende rehabilitative Pflege bei leichter Demenz .....	206
4.2	Pflege bei mittelschwerer Demenz .....	207
4.3	Pflege bei schwerer Demenz .....	208

<b>5</b>	<b>Palliative Care bei Demenz</b> .....	209
----------	---	-----

<b>6</b>	<b>Selbstpflege der Pflegenden – die Erste Hilfe gegen Burnout</b> .....	215
6.1	Hilfen und Vorbeugung gegen Burnout .....	217
6.2	Persönliche Burnout-Prophylaxe .....	218

## Teil V Rechtliche Fragen

<b>1</b>	<b>Patientenverfügung</b> .....	220
<b>2</b>	<b>Vorsorgevollmacht</b> .....	221
<b>3</b>	<b>Betreuungsverfügung</b> .....	222
<b>4</b>	<b>Einwilligungsfähigkeit des Demenzkranken</b> .....	223
<b>5</b>	<b>Zivilrechtliche Aspekte</b> .....	224
5.1	Geschäftsunfähigkeit .....	224
5.2	Testierfähigkeit .....	224
5.3	Führen von Kraftfahrzeugen (vgl. Seite 183) .....	224

<b>6</b>	<b>Haftungsrecht</b> .....	225
<b>7</b>	<b>Aufsichtspflicht</b> .....	226
<b>8</b>	<b>Freiheitsentziehende Maßnahmen</b> .....	227
<b>9</b>	<b>Strafrechtliche Aspekte</b> .....	229
9.1	Schuldfähigkeit .....	229
9.2	Schweigepflicht .....	229
9.3	Sterbehilfe .....	229
<b>10</b>	<b>Finanzielle Ansprüche an Versicherungsleistungen</b> .....	230
10.1	Leistungen der Pflegeversicherung .....	230
<b>11</b>	<b>Schwerbehindertenausweis</b> .....	234
	<b>Literatur</b> .....	235
	<b>Anhang</b> .....	244
	Websites .....	248
	<b>Register</b> .....	249

## VORWORT ZUR 5., AKTUALISIERTEN AUFLAGE

Aktuelle Schätzungen gehen davon aus, dass allein in Deutschland die Zahl der Menschen mit Demenz von derzeit 1,4 Millionen bis auf drei Millionen im Jahr 2050 steigen wird.<sup>1</sup>

Umso wichtiger ist es, dass bei der Pflege der Mensch mit seinen Bedürfnissen und Gefühlen im Mittelpunkt steht und weniger die Demenzkrankheit. Wer aber konsequent Bedürfnisse und Gefühle in den Mittelpunkt stellt, muss sie zunächst erfahren – bspw. durch eine einfühlsame Kommunikation. Dies ist eine der wichtigsten Aufgaben für Angehörige, Pflegende und das interdisziplinäre Team.

Der Mensch mit Demenz, seine Angehörigen und die Pflegenden brauchen Wertschätzung (Validation), einführendes Verstehen, Akzeptanz und Güte. Lassen wir einen Menschen mit Demenz selbst zu Wort kommen: »Ich möchte, dass man mit mir vom Leben spricht und nicht von der Krankheit. Ich möchte, dass man mich mit Respekt und Liebe behandelt, als ein Subjekt und nicht als Objekt. Ich möchte, dass man mich als lebendig ansieht und nicht als tot.«<sup>2</sup>

Auch die 5., aktualisierte Auflage will nach wie vor diesen Anspruch erfüllen. So wurden neue Erkenntnisse zur Krankheit Demenz eingearbeitet; die Aspekte Zuwendung, Wertschätzung, basale Kommunikation und ABEDL®-Konzept werden besonders betont.

Das Buch will dazu beitragen, die Pflege von Demenzkranken zu verbessern, zu professionalisieren; kurzum: eine gute Pflegequalität zu sichern, ohne die Kreativität und Individualität der Pflege zu schmälern. D. h. die Hinweise zur Pflege, die hier nur stichpunktartig gegeben werden können, sind stets der individuellen Lebensqualität des Menschen mit Demenz und seiner Situation anzupassen.

<sup>1</sup> Freter, H.-J. (2013). Demenz – den Weg gemeinsam gehen. Pressemitteilung zum Welt-Alzheimerstag 2013. Im Internet: <http://www.deutsche-alzheimer.de/ueber-uns/aktuelles/artikelansicht/artikel/gemeinsame-pressemitteilung-zum-welt-alzheimerstag-2013.html> [Zugriff am 24. September 2013]

<sup>2</sup> Zimmermann 1989

Nach wie vor informiert dieses Buch umfassend und doch kompakt Angehörige und beruflich Pflegende über die verschiedenen Aspekte der Demenz. Das Leitthema ist dabei immer die ganzheitlich fördernde Prozesspflege.

Danken möchte ich allen Pflegenden und besonders meiner Lektorin Claudia Flöer, die mich zu Veränderungen angeregt haben.

Hagen, im Januar 2014

Dr. Erich Grond



**TEIL I**

**MENSCHEN MIT DEMENZ BESSER  
VERSTEHEN**

# 1 GRUNDLAGEN ZUR ENTTABUISIERUNG VON DEMENZ

## Definition

»Demenz« setzt sich aus den lateinischen Wörtern »mens« (= Verstand) und »de« (= abnehmend) zusammen. »Demenz« bedeutet so viel wie »abnehmender Verstand« oder chronisch fortschreitender Hirnabbau mit Verlust früherer Denkfähigkeiten. Als »Demenz« bezeichnet man eine über sechs Monate anhaltende Störung der höheren Hirnfunktionen.

## 1.1 Häufigkeit

Nach der Berliner Altersstudie (1996) ist Demenz bis zum 90. Lebensjahr nach Depressionen die zweithäufigste und nach dem 90. Lebensjahr die häufigste psychische Erkrankung. Nach Bickel (2002) steigt die Zahl der demenzkranken Menschen nach Altersgruppen aufgeschlüsselt so an, wie Tabelle 1 zeigt.

**Tabelle 1: Anstieg der Demenz nach Altersgruppen**

Altersgruppen	Anteil der an Demenz erkrankten Menschen
65–69	1,2%
70–74	2,8%
75–79	5,8%
80–84	13,3%
85–89	22,6%
über 90	33,5%

In Deutschland leiden derzeit etwa 1,3 Millionen Menschen an Demenz. Rund 20 000 von ihnen sind unter 65 Jahre alt, leiden also an der sog. präsenilen Demenz. 60 bis 70 % leiden an Alzheimer, 15 bis 20 % an vaskulä-

rer Demenz und 10 bis 30 % an Mischformen. Von den über 100-Jährigen erkranken 58,9 % an Demenz.<sup>3</sup> Von den über 95-jährigen Frauen haben 49 %, von den über 95-jährigen Männern 32 % eine Demenz.

Die Überlebenszeit bei Alzheimer-Kranken beträgt etwa sechs Jahre und verkürzt sich mit zunehmendem Alter. Beginnt die Erkrankung vor dem 65. Lebensjahr, so beträgt die Überlebenszeit etwa zehn Jahre, bei Beginn zwischen dem 65. und 70. Lebensjahr verringert sich die Überlebenszeit auf etwa acht Jahre, nach dem 75. Lebensjahr auf sechs Jahre. Bei einem Beginn nach dem 85. Lebensjahr verkürzt sich die Überlebenszeit auf vier Jahre und bei einem Beginn nach dem über 90. Lebensjahr auf zwei Jahre.

Patienten mit vaskulärer Demenz haben eine kürzere Überlebenszeit, bedingt durch Faktoren wie männliches Geschlecht, Schwere der Demenz und ein höheres Maß an körperlicher Komorbidität<sup>4</sup>. Nach Hochrechnungen werden 2050 in Deutschland rund 3 Millionen Menschen mit Demenz leben.

## 1.2 Primäre und sekundäre Demenzen

### 1.2.1 Primäre Demenzen

1. **Degenerative**, abbaubedingte Demenz wie Alzheimer, Lewy-Körper-Demenz und frontotemporale Demenz
2. **Vaskuläre**, gefäßbedingte Demenz wie subkortikale Demenz Binswanger, Multi-Infarkt-Demenz und Mischformen

### 1.2.2 Sekundäre Demenzen

Sekundäre Demenzen sind die Folgen anderer Erkrankungen. Die Ursachen dieser teilweise reversiblen Demenzen sind nach Beyreuther (2002) in abnehmender Häufigkeit:

<sup>3</sup> Vgl. Weyerer & Bickel 2007

<sup>4</sup> Ebd.

- Depression, die nicht erkannt oder falsch behandelt wird;
- Medikamente (anticholinergisch wirkende Neuroleptika, Antidepressiva);
- Stoffwechselstörungen (Schilddrüsenunterfunktion, Vitamin-B12- und Folsäure-Mangel, Leberschädigung);
- Normaldruckhydrozephalus (Liquor wird nicht resorbiert);
- Hirntumore, subdurales Hämatom, Alkohol, Infektionen, z. B. HIV;
- chronisch-obstruktive Lungenkrankheit (COPD), Schlafapnoe-Syndrom.

### 1.2.3 Klassifikation der Demenzen nach ICD-10-GM 2012

- F00 Demenz vom Alzheimer Typ DAT
- F00.0 Demenz bei Alzheimer mit frühem Beginn (präsenile Demenz)
- F00.1 Demenz bei Alzheimer mit spätem Beginn (senile Demenz)
- F01 Vaskuläre Demenz VD
- F01.1 Multi-Infarkt-Demenz MID
- F01.2 Subkortikale vaskuläre Demenz
- F02 Demenz bei andernorts klassifizierten Krankheiten
- F02.0 Demenz bei Pick-Krankheit
- F02.1 Demenz bei Creutzfeldt-Jakob-Krankheit
- F02.2 Demenz bei Chorea Huntington
- F02.3 Demenz bei primärem Parkinson-Syndrom
- F02.4 Demenz bei HIV-Krankheit
- F02.8 Demenz bei andernorts klassifizierten Krankheitsbildern: Demenz bei Epilepsie, Hypothyreose, Intoxikation, Multipler Sklerose, Urämie, Vitamin-B12-Mangel,
- F06.7 Leichte Kognitive Störung
- F07.2 Organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma

### 1.3 Klinisches Geschehen bei einer Demenz vom Typ Alzheimer

Die Symptome der Alzheimer-Demenz sind Folgen einer fortschreitenden Hirnatrophie. Dabei sterben vorwiegend im Schläfen- und Scheitellappen Nervenzellen ab; Synapsen gehen unter, sodass die Vernetzungsdichte abnimmt.

Chemisch passiert bei einer Demenz vom Typ Alzheimer Folgendes: Das normale Amyloidvorläuferprotein APP wird in krankhaftes  $\beta$ -Amyloid umgewandelt und als Plaques (siehe Abb. 1) in Synapsen und um kleine Gefäße in der Hirnrinde herum abgelagert, sodass die Glukoseverwertung der Nervenzellen gestört ist. So ist es nicht verwunderlich, dass viele Menschen mit Demenz einen Heißhunger auf Süßigkeiten entwickeln.

Das normale Tau-Protein wird umgewandelt und verfilzt die Neurofibrillen in den Nervenzellen zu Bündeln (Tangles). Der Nervenzelluntergang im Meynert-Basalkern führt zu einem erheblichen Acetylcholin-Mangel, d. h. zum Gedächtnisverlust, dem die Hippokampusatrophie (im Kernspintogramm messbar) entspricht. Die überhöhte Glutamatfreisetzung wirkt toxisch auf Nervenzellen, sodass Alltagsfunktionen gestört werden. Die entzündungshemmenden Mikrogliazellen (Stützzellen) werden geschädigt.

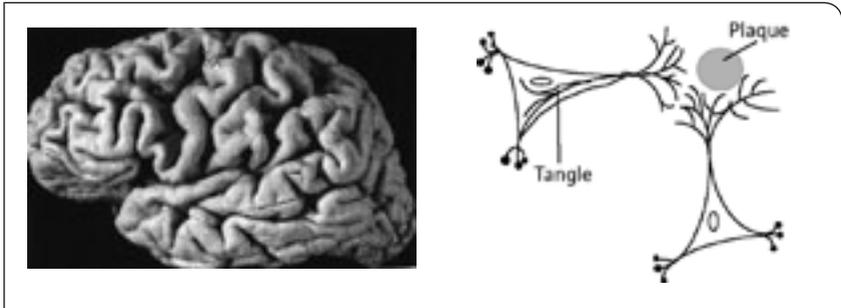
Die Hirnveränderungen beschrieb Braak (1991) in folgenden Stadien:

- Vorklinisches Stadium I und II: Neurofibrillenveränderungen im Riechhirn;
- Stadium III und IV: zusätzliche Veränderungen im limbischen System;
- Stadium V und VI: messbare klinische Veränderungen in der Großhirnrinde des Schläfen- und Scheitellappens.

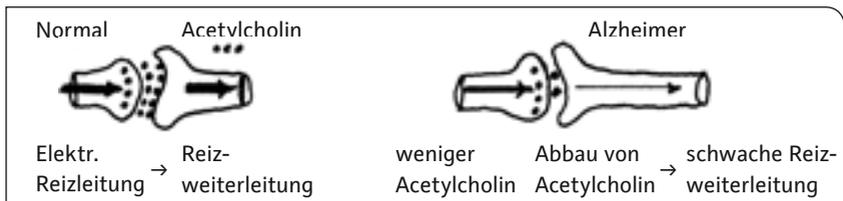
Die Symptome der Alzheimer-Demenz treten erst im letzten Drittel des gesamten Krankheitsprozesses auf, der Jahre zuvor stumm beginnt.

Grundsätzlich ist bei einer Demenz vom Typ Alzheimer das Gleichgewicht der Botenstoffe gestört: Die Acetylcholin-Synthese ist im Meynertkern vermindert und wird durch Anticholinergika weiter gehemmt. Acetylcholin-Abbauhemmer (wie Aricept®, Reminyl® und Exelon®) verhindern den wei-

teren Acetylcholin-Abbau. Die Vermehrung des Glutamats im Gehirn wird durch Memantine-Präparate wie Ebixa® oder Axura® gehemmt.



**Abb. 1: Hirnatrophie und feingewebliche Veränderungen bei Alzheimer.**



**Abb. 2: Mangel an Acetylcholin bei Alzheimer.**

### Multidisziplinäre Zusammenarbeit

Um die Ursachen von Alzheimer und anderen Erkrankungen besser zu verstehen, wird multidisziplinär gearbeitet, etwa im Alzheimer-Forschungszentrum »Helmholtz-Zentrum Bonn – Deutsches Zentrum für neurodegenerative Erkrankungen«. Dort arbeitet man mit sechs Partnerstandorten in Göttingen, München, Tübingen, Magdeburg, Witten und Rostock/Greifswald zusammen, um Ursachen von Alzheimer und Parkinson, Früherkennung, Therapie, Pflege, Versorgung und Prävention zu verbessern. Dieses Ziel hat auch das »Leuchtturmprojekt Demenz« der Bundesregierung. Bei diesem Projekt geht es um die wissenschaftliche Evaluation und Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen für Menschen mit Demenz. So sollen geeignete Projekte bzw. Pflegeeinrichtungen identifiziert und Ressourcen für ihre Weiterentwicklung sowie für die Verbreitung ihrer Konzepte bereitgestellt werden.

## 2 DIAGNOSE EINER DEMENZ

### 2.1 Kernkriterien einer Demenz

#### 2.1.1 Kernkriterien nach NIA-AA

Als aktuelle Demenz-**Kernkriterien** gelten nach NIA-AA (National Institute on Aging, Alzheimer-Association) Kognitions- und Verhaltens-Symptome:

1. Arbeit, gewohnte Tätigkeiten sind beeinträchtigt;
2. Funktionsverschlechterung;
3. nicht durch Delir oder andere psychische Erkrankung bedingt;
4. kognitive Defizite durch Anamnese, Kurztest, neuropsychologisch feststellbar;
5. Kognition und Verhalten sind in mindestens zwei der folgenden Bereiche gestört:
  - Informationen aufzunehmen und zu erinnern: Fragen, Verlegen, Vergessen, Verirren;
  - denken, komplexe Aufgaben zu planen, zu lösen, richtig zu entscheiden;
  - Gesichter, Gegenstände zu erkennen, Vorrichtungen oder Kleidung zu verwenden;
  - sprechen, Lesen, Schreiben, Worte finden;
  - individuelles Verhalten und Benehmen: Unruhe, Apathie, Antriebsverlust, Rückzug, Empathieverlust, zwanghaftes oder sozial inakzeptables Verhalten<sup>5</sup>.

#### 2.1.2 Diagnostische Kriterien nach DSM-IV-TR<sup>6</sup>

- A. Entwicklung multipler kognitiver Defizite, die sich zeigen in:
1. einer Beeinträchtigung des Kurz- und Langzeitgedächtnisses;
  2. mindestens eine der folgenden kognitiven Störungen;
    - Aphasie: Störung der Sprache, meist Wortfindungsstörungen;

<sup>5</sup> Vgl. Förstl 2011

<sup>6</sup> 4. Diagnostisch-Statistisches Manual in Textrevision, 2003

- Apraxie: beeinträchtigte Fähigkeit, motorische Aktivitäten trotz intakter Motorik auszuführen;
- Agnosie: Unfähigkeit, Gegenstände trotz intakter sensorischer Funktionen wiederzuerkennen;
- Störungen der Ausführungsfunktionen, d. h. des Planens, Organisierens, Einhaltens einer Reihenfolge und des Abstrahierens.

B. Die kognitiven Defizite beeinträchtigen bedeutsame soziale und berufliche Funktionen und verschlechtern deutlich das frühere Leistungsniveau.

Die kognitiven Defizite bestehen seit mindestens sechs Monaten und Bewusstseinstrübung fehlt. Die DSM-5, die seit Mitte 2013 gilt, erklärt bereits leichte kognitive Störungen zur Krankheit.

## 2.2 Erforderliche Untersuchungen

Die S3-Leitlinie »Demenz« der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie fordert zur Diagnostik der Demenzen folgende Untersuchungen: Klinischer Befund, kurze kognitive Testung, neuropsychologische Diagnostik, BPSD (Behavioral and psychological symptoms of dementia, d. h. Störungen des Erlebens und Verhaltens), kraniales CT oder MRT (Magnetresonanztomografie) sowie folgende Blutuntersuchungen: Blutbild, Elektrolyte, Glukose, TSH (Thyreotropin), GOT, Gamma-GT, Kreatinin, Harnstoff, BKS (oder CRP), Vitamin B12 und Liquoruntersuchung: Sind  $\beta$ -Amyloid 1–42 vermindert und Tau-Protein (Gesamt- und Phospho-Tau) vermehrt? Damit ist eine Frühdiagnose möglich, die aber u.U. sehr deprimieren kann.

### 2.2.1 Psychometrische Tests zur neuropsychologischen Diagnostik

- Uhrentest und RDS = Rapid Dementia Screening Test
- MMST = Mini-Mental Status-Test nach Folstein
- CERAD = Consortium to establish a registry of Alzheimer
- Demtect = Test zur Frühdiagnostik auch leichter kognitiver Störung
- SIDAM = Strukturiertes Interview für die Diagnose einer Demenz

- Reisberg-Skala FAST (Functional Assessment Staging)
- ADAS = Alzheimer's Disease Assessment Scale
- CAMDEX = Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly
- TFDD = Test zur Früherkennung von Demenz mit Depressionsabgrenzung
- NOSGER = Nurses Observation Scale for Geriatric Patients
- Barthel-Index für Pflegende = beurteilt die Unabhängigkeit oder Hilfe beim Essen, Bett-, Rollstuhltransfer, Waschen, Toilettenbenutzung, Baden, Gehen auf Flurebene, Treppensteigen, An- und Auskleiden und Stuhl- und Urinkontrolle

### 2.2.1.1 Mini-Mental Status Test (MMST) nach Folstein

1. Fragen nach der **Orientierung** (je 1 Punkt): Jahr, Jahreszeit, Datum, Wochentag, Monat, Bundesland, Land, Stadt/Ortschaft, Klinik/Praxis/Altenheim, Stockwerk.
2. **Merkfähigkeit:** Vor- und Nachsprechen drei unterschiedlicher Begriffe (z.B. Auto – Blume – Kerze). Der Klient wird aufgefordert, die drei Begriffe so oft zu wiederholen, bis er sie behält (maximal 3 Punkte).
3. **Aufmerksamkeit und Rechenfähigkeit:** von 100 immer 7 abziehen (also 93, 86, 79, 72, 65 usw.); jeder richtige Schritt ergibt einen Punkt; der Klient darf nicht wiederholen (maximal 5 Punkte).
4. **Erinnerungsfähigkeit:** Wiederholung der 3 Begriffe unter Punkt 2 (maximal 3 Punkte).
5. **Sprache und andere Funktionen:** Armbanduhr, Bleistift benennen (je 1 Punkt), Nachsprechen des Satzes: »Sie leiht ihm kein Geld« (1 Punkt); Kommandos befolgen (maximal 3 Punkte): Ein Blatt Papier in die Hand nehmen, in der Mitte falten und auf den Boden legen. Schriftliche Anweisung vorlesen und befolgen: »Schließen Sie die Augen« (1 Punkt). Schreiben eines vollständigen Satzes (1 Punkt) und Nachzeichnen einer geometrischen Figur (1 Punkt).

#### Auswertung:

Maximal-Punktzahl: 30

28–30 Punkte = nicht demenzkrank

unter 24 Punkte = Demenz-Verdacht

19–10 Punkte = nicht urteilsfähig

unter 14 Punkte = schwer demenzkrank.

### **2.2.1.2 AMT Abbreviated Mental Test (Kurzer Mentaltest) wird mit folgenden Fragen häufig angewandt:**

1. Alter
2. Zeit
3. Adresse
4. Aktuelles Jahr
5. Name des Heimes
6. Erkennen von zwei Personen
7. Geburtstag
8. Zeitpunkt des Ersten Weltkrieges
9. Name der/des aktuellen Bundeskanzlerin/s
10. Rückwärts zählen von 20 bis 1

#### **Auswertung:**

Weniger als sieben Punkte gelten als krankhaft und erfordern weitere Klärung.

### **2.2.1.3 Uhrentest**

Der Klient soll in einen vorgezeichneten Kreis das Zifferblatt einer Uhr mit allen Zahlen und Zeigern zeichnen, die Uhr z. B. auf 01:50 Uhr stellen.

### **2.2.1.4 Rapid Dementia Screening (RDS)**

1. Der Klient soll in einer Minute mindestens zehn Dinge nennen, die er im Supermarkt kaufen kann.
2. Der Klient soll ein Zahlwort in Zahlen und umgekehrt umwandeln, z. B. die Zahl 2054 in zweitausendvierundfünfzig und das Zahlwort sechshunderteinundachtzig in 681; für jede Umwandlung gibt es einen Punkt.

### **2.2.1.5 DemTect**

DemTect gliedert sich in fünf Aufgaben:

1. Der Klient soll sich 20 Worte merken.
2. Der Klient soll Zahlworte in Zahlen und Zahlen in Zahlworte umwandeln.
3. Der Klient soll in einer Minute möglichst viele Gegenstände im Supermarkt benennen.
4. Der Klient soll eine Zahlenfolge rückwärts wiederholen.
5. Die Wortliste aus der ersten Aufgabe wird abgefragt.

**Auswertung:**

über 13 Punkte = altersgemäß

9–12 Punkte = leichte kognitive Störung

unter 8 Punkte = Demenzverdacht

**Hinweis**

Wegen des langsam fortschreitenden Prozesses und der fehlenden Krankheitseinsicht bleibt eine Demenzerkrankung lange unentdeckt. Zunächst sind es Angehörige, Bekannte oder vertraute Ärzte, die eine frühe Diagnose vermuten. Einige Betroffene interessieren sich nicht für die Diagnose, andere reagieren depressiv auf die Mitteilung, an Demenz erkrankt zu sein. Fakt ist aber, dass eine frühe Diagnose die Lebensqualität verbessern kann.

## 2.3 Symptome einer Demenz

Bei den Symptomen einer Demenz unterscheidet man kognitive Störungen und Verhaltensstörungen.

### 2.3.1 Kognitive Störungen

Kognitive Defizite sind mögliche Denk-Ausfälle, die sogenannten 7 A:

**Amnesie**, Kurzzeitgedächtnis- und Merkstörungen

Der Betroffene

- vergisst, verliert, verlegt Sachen, verheimlicht Versagen;
- fragt oder erzählt dauernd dasselbe, ruft ständig um Hilfe;
- ist in der Fremde verwirrt, stellt sich nicht um und irrt herum;
- klammert sich an Angehörige an oder läuft ihnen nach.

**Altgedächtnis**- oder Erinnerungsstörungen folgen später:

Der Betroffene

- kann sich immer weniger an frühere Erlebnisse erinnern;

- spricht mit Verstorbenen, verwechselt Gegenwart und Vergangenheit (Zeitverschränkung), lebt in seiner eigenen Welt;
- verliert in der Regression Zeitgefühl und Realitätsbezug.

### **Agnosie**

- Der Mensch mit fortgeschrittener Demenz erkennt Angehörige und seinen eigenen Zustand nicht mehr. Die fehlende Krankheitseinsicht vermindert den Leidensdruck.

### **Aphasie**

- Der Betroffene findet für seine Bedürfnisse keine passenden Worte.

### **Abstraktionsstörung**

- Der Betroffene kann nicht mehr rechnen oder abstrakt denken.

### **Assessmentstörung**

- Der Mensch mit schwerer Demenz ist urteilsunfähig und nicht mehr zur Selbstkritik fähig.

### **Apraxie**

- Der Betroffene kann die Aktivitäten des täglichen Lebens nicht mehr planen und durchführen.

## **2.3.2 Verhaltensstörungen**

Verhaltensstörungen finden sich bei 70 bis 90 % der Kranken mit Alzheimer, wobei die Angaben über die Häufigkeit von Verhaltensauffälligkeiten erheblich schwanken. Wikipedia führte 2011 (Wingenfeld 2004 – Zahlen in Klammern) folgende Verhaltensauffälligkeiten an:

- Apathie 76 %;
- Unruhe 64 % (50 %);
- Aggressivität 63 % (50 %);
- Depression 54 % (70 %);
- Angst 50 % (60 %);
- Wahn 49 % (35 %);
- Halluzinationen 28 % (35 %).

Hirsch (2004) nennt zwei weitere Verhaltensstörungen, die vorzugsweise in stationären Einrichtungen zu beobachten sind: Schreien (20 %) und Umherlaufen (15 %).

Die Verminderung der Affektkontrolle, des Antriebs und des Sozialverhaltens zeigt sich nach ICD 10 in mindestens einem der folgenden Merkmale: Emotionale Labilität, Reizbarkeit, vergrößertes Sozialverhalten und Apathie. Wallesch und Förstl unterscheiden reaktive und produktive Störungen:

**Reaktive Verhaltensauffälligkeiten** sind mit 90 % am häufigsten:

- **Apathie** oder Antriebsstörungen und regressives Verhalten (häufig im Endstadium)
- **Rückzug bei Depression** kann Verlangsamung und Schlafstörungen erklären (vgl. Seiten 26 und 46)
- **Essensverweigerung**

**Produktive Verhaltensstörungen** sind mit 50 % etwas seltener:

- **Unruhe** wie dranghaft ängstlich-unruhiges Umherlaufen, besonders in der Abenddämmerung (sundowning)
- **Weglaufen**, Wandern oder zielloses nächtliches Umherirren (Weglaufen), weil der Betroffene »nach Hause oder zur Arbeit will« (Hinlaufen), Realität und Traum nicht unterscheiden kann, tagsüber zu wenig beschäftigt wird, Angst oder Schmerzen hat oder (seltener) sterben will
- **Enthemmtes Verhalten** wie Schreien, Rufen, Klagen nehmen im Verlauf zu, sexuelle Enthemmung ab
- **Aggressionen**, Wutausbrüche, impulsives, enthemmtes, zerstörerisches Verhalten und körperliche Gewalt
- **Halluzinationen** (meist optische) und **Wahn** (oft Bestehlungswahn) sind oft angstbedingt und können zu aggressivem Verhalten führen
- **Verkennungen** (Fehlidentifikationen) können unruhig machen: Betroffene halten Menschen im TV für real und Bekannte für einen Doppelgänger, den Partner für eine fremde Person oder erkennen sich selbst nicht im Spiegel (Mirror-Sign), sehen Verstorbene im Raum
- **Schlafstörungen** und Tag-Nacht-Umkehr (tags schläfrig, nachts hellwach) können auf mangelnde Ermüdung tagsüber folgen