

Einleitung

Durch meine Arbeit in einer geriatrischen Tagesklinik habe ich mir Einblick in die Arbeit mit alten Menschen verschaffen können. Die hier gewonnenen Erfahrungen haben mich dazu angeregt, eine Diplomarbeit über ein Thema zu verfassen, das speziell diese Altersgruppe betrifft. Die Demenzerkrankung stand dabei im Vordergrund, denn die Konfrontation mit dieser Krankheit regte mich dazu an, mehr über diese Thematik und speziell den Umgang mit Demenz in unserer Gesellschaft zu erfahren.

Die Patienten, die ich zu betreuen hatte, litten in der Regel nicht unter stark ausgeprägter Desorientiertheit. Lediglich in einigen Fällen waren leichte bis mittelschwere Beeinträchtigungen zu erkennen, die sich aber nicht in besorgniserregender Weise auf die Arbeit mit diesen Patienten auswirkten. Es trat einmal der Fall ein, dass eine schwer an Demenz erkrankte Frau in unsere Klinik eingewiesen wurde. Es erwies sich als problematisch, sie zu behandeln beziehungsweise mit ihr sozialpädagogisch umzugehen, da sie unter schweren kognitiven Störungen litt. Was sie erzählte, ergab keinerlei Sinn, und ihre Orientierung war massiv beeinträchtigt. Da wir sie aber beschäftigen mussten, gaben wir ihr Zeitschriften zum Durchblättern, jedoch war sie nicht mehr in der Lage, eigenständig die Seiten umzublättern. Beim Betrachten einer Modeseite, auf der verschiedene Gegenstände abgebildet waren, nahm unsere Patientin an, diese würden jeden Moment aus der Zeitung herausfallen. Wenn man mit ihr sprach, ging sie nicht auf den Inhalt ein, sondern erzählte von Dingen, die wir nicht zuordnen konnten. Es war nicht mehr möglich, sinnvolle Gespräche mit ihr zu führen, geschweige denn zu basteln oder Hirnleistungstrainings durchzuführen, da sie keine gezielten Handlungen mehr ausführen konnte. Da wir auf einen derart schwierigen Fall nicht eingestellt waren, beschränkten sich die Interventionen auf die medikamentöse Therapie und Gespräche, die zwar keinen Sinn ergaben, jedoch der Patientin zeigen sollten, dass man sich um sie bemühte und sie ernst nahm. Insgesamt machte sie auch ohne die Inanspruchnahme sozialpädagogischer Angebote einen sehr zufriedenen Eindruck.

Aus diesem Beispiel lassen sich verschiedene Fragen für die Praxis herleiten, in denen es darum geht zu klären, wie man denn nun als Pfleger, Angehöriger oder Sozialpädagoge mit einem derart verwirrten Menschen umgehen soll: Welche Bedürfnisse hat diese Klientengruppe, wie muss interveniert werden, um die Krankheitssymptome zu verbessern oder gar aufzuhalten und ist dies überhaupt möglich? Wie ist es um die Pflege von Demenzkranken bestellt und von wem werden die Demenzkranken in der Regel betreut? Zusammengefasst stellt sich also die Frage, welche Bedingungen erfüllt sein müssen, um Menschen, bei denen nichts mehr anzukommen scheint, einen angenehmen Lebensabend zu gestalten?

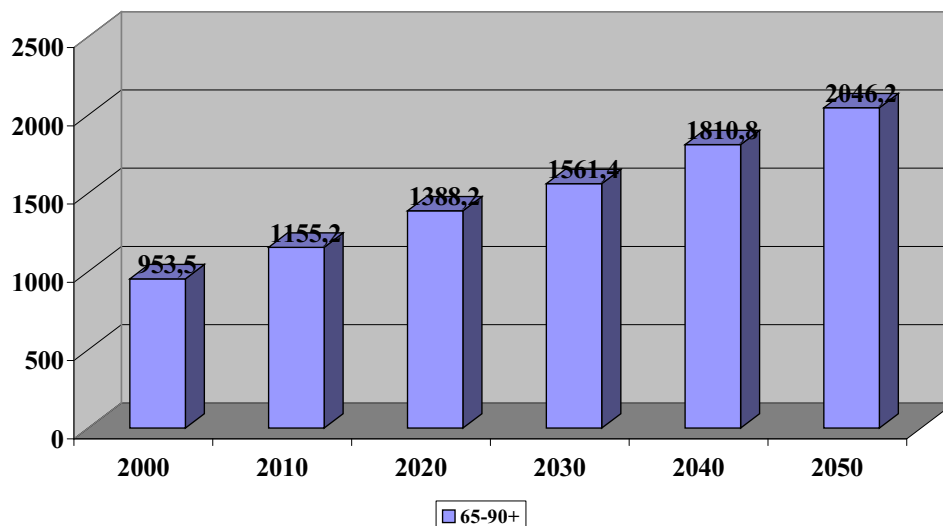
Mit diesen Fragen beschäftigen sich seit geraumer Zeit Forschung und Wissenschaft und stützen sich bei ihren Untersuchungen auf die Erfahrungen und Beobachtungen in Altenheimen und Familien, in denen die Erkrankten versorgt und betreut werden. Dies geschieht vor allem im Hinblick auf die wachsende Zahl alter Menschen, die irgendwann auf Pflege angewiesen sein werden.

Zwar wird diese in den meisten Fällen noch durch die Angehörigen gewährleistet, jedoch gibt es hierfür in naher Zukunft keine Garantien mehr, da der Trend zur

Kinderlosigkeit oder Kleinfamilie auch in den nächsten Jahren weiter anhält. Bislang sind es hauptsächlich Frauen, die die Pflege der Angehörigen übernehmen, jedoch zeichnet sich auch hier eine Veränderung der Situation in der Zukunft ab, da Frauen zunehmend einer Berufstätigkeit nachgehen, so dass mit einer Lücke im Versorgungssystem gerechnet werden kann. Immer mehr Menschen der älteren Generationen werden somit auf Pflegeheime angewiesen sein, was die Einrichtungen vor große Herausforderungen stellt. Es stellt sich vor allem die Frage, ob Heime auf den wachsenden Anteil alter Menschen vorbereitet sind und ob sie besonders im Hinblick auf die Demenzerkrankungen eine angemessene Pflege überhaupt leisten können. Seit langem stoßen Einrichtungen der Altenhilfe auf massive Kritik, so dass ein Umdenken in der Versorgung Pflegebedürftiger unumgänglich scheint und neue Wege gefunden werden müssen, auf diese Problematik in adäquater Weise einzugehen.

Abbildung 1:

Entwicklung der Zahl von Demenzkranken in Deutschland bis zum Jahr 2050 (Angaben in 1000)



Quelle: 4. Altenbericht der Bundesregierung, 2002, S. 182, modifiziert.

Anhand der in Abbildung 1 dargestellten Zahlen bezüglich der zukünftigen Entwicklung von Demenzerkrankungen wird ersichtlich, wie dringlich die Auseinandersetzung mit dieser Problematik ist.

1. Definition der Demenz

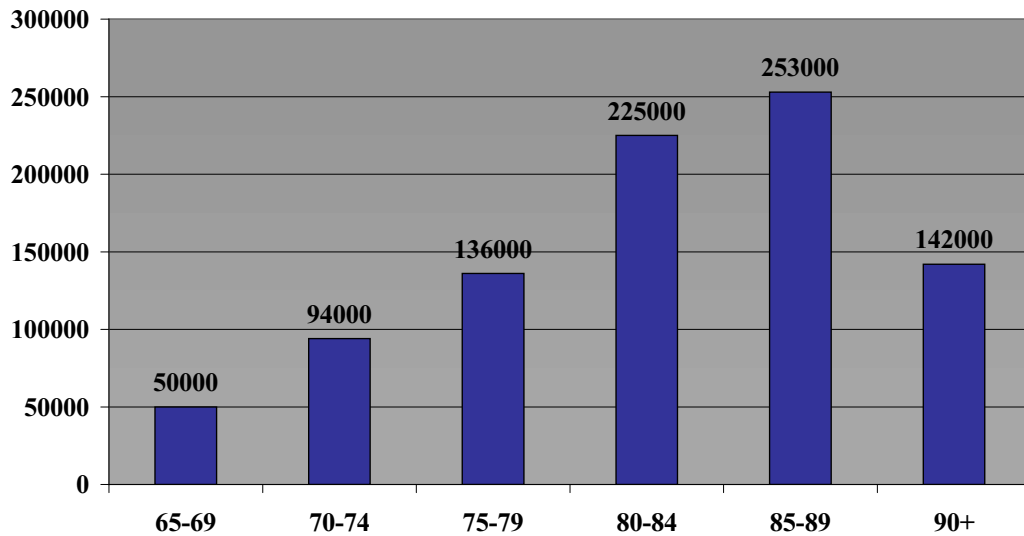
Der Begriff Demenz dient als Oberbegriff für verschiedene Krankheitsformen, die zu einer Beeinträchtigung der geistigen Fähigkeiten führen. Das Wort Demenz stammt aus dem Lateinischen und heißt wörtlich übersetzt „Weg vom Geist“ (Vgl. BMGS, 2003). Die engste Definition findet sich in dem von der WHO 1997 ausgearbeiteten Kriterienkatalog, dem ICD-10 (International Classification of Diseases). Für die Diagnose Demenz müssen alle der vier aufgeführten Kriterien erfüllt werden.

- Eine Abnahme des Gedächtnisses und anderer geistiger Fähigkeiten, erkennbar an der Verminderung der Urteilsfähigkeit und des Denkvermögens.
- Keine Bewusstseinstörung. Die Patienten sind wach und ansprechbar und reagieren auf bestimmte Anforderungen, entsprechend ihrer verbliebenen Fähigkeiten.
- Verminderte Kontrolle über die eigenen Affekte mit mindestens einem der folgenden Merkmale: emotionale Labilität, Reizbarkeit, Apathie, Vergröberung des Sozialverhaltens; zum Beispiel können Patienten die Intensität ihres Lachens und Weinens nicht mehr steuern, haben Gefühlsausbrüche ohne ersichtlichen Grund, können Gefühle und den Umgang mit den Mitmenschen nicht mehr steuern, scheinen sich für die Außenwelt charakterlich verändert zu haben.
- Die Symptome müssen mindestens sechs Monate andauern.

Von einer Demenz ist immer dann auszugehen, wenn die Erkrankung des Gehirns Störungen hervorruft, „die zu einem über das alters-übliche hinausgehenden Verlust an geistigen Fähigkeiten mit Alltagsrelevanz [...] führen“ (Mayer, 2005).

Abbildung 2:

Mittelschwere und schwere Demenzen in Deutschland nach Alter

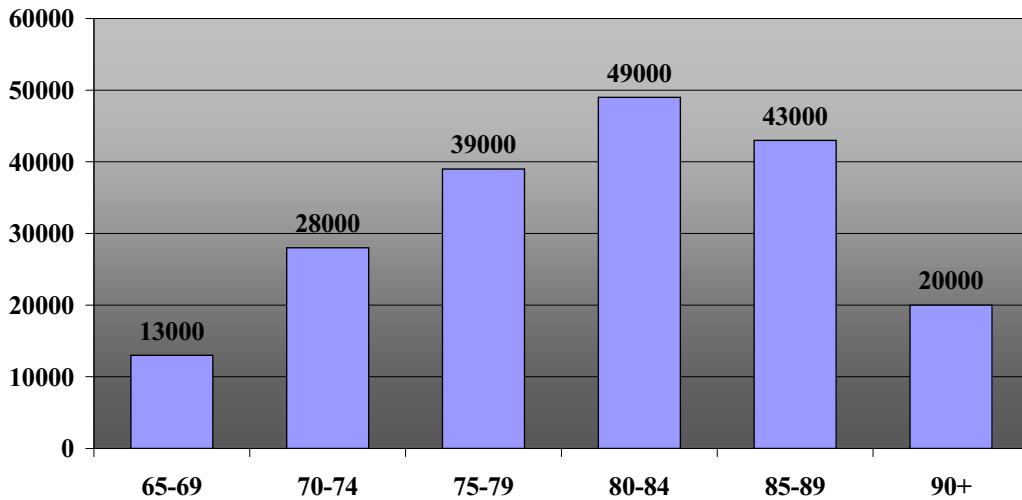


Quelle: 4. Altenbericht der Bundesregierung, 2002, S. 167, modifiziert.

Abbildung 2 verdeutlicht, dass mit zunehmendem Alter das Risiko an einer Demenz zu erkranken, steigt. Die Prävalenz liegt bei den 65-bis-69-Jährigen bei etwa 1 % und verdoppelt sich im Abstand von jeweils etwa fünf Altersjahren. Bei den über 90-Jährigen steigt die Prävalenz auf über 30 % an. Unsicherheit besteht bei der Anzahl der Krankheitsfälle unter den über 95-Jährigen. Im Gegensatz zu den in Abbildung 2 dargestellten Werten wird in Studien, die größere Populationen von Hochaltrigen untersuchten, eine Prävalenz von bis zu 75 % genannt. Nicht berücksichtigt werden die leichten Demenzformen, da in diesem Krankheitsstadium eine Abgrenzung zum normalen kognitiven Altern schwierig ist. Die Prävalenz leichter Demenzen liegt Untersuchungen zufolge bei ungefähr 5 %, wobei diese Ergebnisse Schwankungen unterliegen. Die in Abbildung 3 dargestellten Ergebnisse der Inzidenz basieren auf einer Schätzung von Bickel (1999), der sich auf eine Meta-Analyse von Gao et al. (1998) beruft, in der insgesamt 12 Studien berücksichtigt wurden, in denen Demenzen nach den DSM-III-Kriterien klassifiziert wurden. Etwa 135.000 der Neuerkrankungen sind auf die Alzheimer-Krankheit zurückzuführen. Bei der Ermittlung der Inzidenzrate muss wie bei der Prävalenz berücksichtigt werden, dass leichtere Demenzen im Rahmen der Untersuchungen schwerer zu diagnostizieren sind und somit davon ausgegangen werden kann, dass weitaus mehr Fälle von Neuerkrankungen vorliegen, als in der Schätzung dargestellt wird. (Vgl. 4. Altenbericht, 2002, S. 167-169)

Abbildung 3:

**Geschätzte jährliche Neuerkrankungen an Demenz in Deutschland
nach Alter**



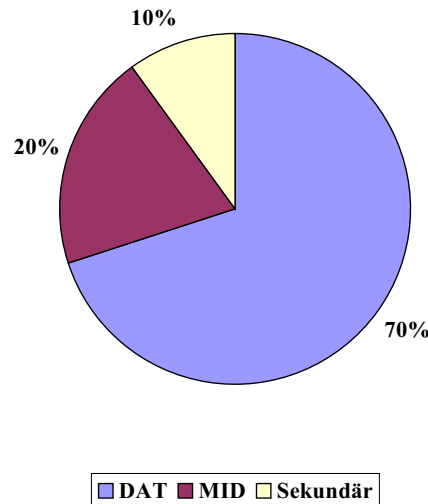
Quelle: 4. Altenbericht der Bundesregierung, 2002, S. 169, modifiziert.

1.1 Ursachen der Demenz

Da verschiedene Ursachen für die Entstehung einer Demenz verantwortlich sind, wird zwischen den primären und den sekundären Demenzen unterschieden. Zu den primären Demenzen zählen die Demenz vom Alzheimer-Typ (DAT), vaskuläre Demenzen, auch Multi-Infarkt-Demenzen (MID) genannt, sowie Mischformen aus DAT und MID. Bei einer Demenz vom primären Typ liegt die Ursache der Erkrankung in hirnganischen Veränderungen. Eine vaskuläre Demenz wird durch kleine Schlaganfälle im Gehirn verursacht, die aus einer Arteriosklerose der Hirngefäße resultieren. Im Gegensatz zur DAT kann im Fall einer vaskulären Demenz mit einer entsprechenden Behandlung der Verlauf der Erkrankung dahingehend beeinflusst werden, dass die Demenz in ihrem Fortschreiten aufgehalten werden kann. Die Alzheimer-Demenz, auf deren Ursachen an anderer Stelle eingegangen werden soll, gilt dagegen als degenerative Krankheit. Sekundäre Demenzen sind Begleiterscheinungen anderer Erkrankungen. Hierzu zählen Infektionen, Stoffwechselstörungen oder Vitaminmangel. Im Gegensatz zu den primären sind die sekundären Demenzen durch eine Behandlung der verursachenden Erkrankung häufig reversibel. Beide Formen äußern sich jedoch in Gedächtnisstörungen, Störungen des Urteilsvermögens, des abstrakten Denkens, Persönlichkeitsstörungen sowie Störung der Konzentration und der Orientierung (Vgl. Füsgen, 2004, S. 33 f., Altenpflege Konkret, 1999, S. 699 f).

Abbildung 4:

Anteil der Demenzarten an der Gesamtzahl der Erkrankungen



Quelle: Füsgen, 2004, S. 33, modifiziert.

Die in Abbildung 4 dargestellten Werte geben nur eine Prognose über die Verteilung der verschiedenen Demenzarten an. Die Häufigkeit der Demenz vom Alzheimer Typ liegt nach Expertenschätzungen ungefähr zwischen 50 und 70 %.

Es gibt allerdings auch andere Zustände, die zu den genannten Symptomen führen können und fälschlicherweise als Demenz diagnostiziert werden. So kann zum Beispiel eine Depression, verbunden mit der Einnahme von Antidepressiva, das Gedächtnis beeinträchtigen.

Dieser Fall ist mir aus meiner praktischen Erfahrung in der geriatrischen Tagesklinik bekannt, wo wir eine hochgradig depressive alte Frau behandelten:

Beispiel:

Jeder, der hier behandelt wird, unterzieht sich zunächst dem Uhrentest zur Feststellung einer demenziellen Erkrankung. In einen vorgezeichneten Kreis, der eine Uhr darstellen soll, müssen die fehlenden Ziffern eingetragen werden. Anschließend trägt der Patient die Uhrzeit 10 nach 11 ein. Während der Durchführung dieser Aufgabe werden alle Beobachtungen zur Vorgehensweise des Patienten beobachtet und notiert. Das Ergebnis wird mit Punkten von 1 bis 6 bewertet. Liegt der Punktwert bei eins, sind Ziffern und Zeit perfekt eingetragen. Bei einem Wert von zwei zeigen sich leichte visuell- räumliche Fehler. Die Abstände zwischen den Ziffern sind nicht gleichmäßig, manche liegen außerhalb des Kreises. Zur besseren Bearbeitung hat der Patient das Blatt gedreht, so dass manche Zahlen auf dem Kopf stehen oder der Patient benutzt zur besseren

Orientierung Hilfslinien. Ein Ergebnis von drei oder mehr Punkten ist als Hinweis auf eine Demenzerkrankung anzusehen. Die Uhr ist bei einem Wert von 3 noch richtig dargestellt, jedoch fehlen zum Beispiel ein Zeiger oder die Uhrzeit. Bei mittelgradig visuell-räumlichen Orientierungsproblemen sind die Abstände zwischen den Ziffern unregelmäßig, manche werden vergessen. Weitere Kreise werden gezeichnet, die Ziffern gegen den Uhrzeigersinn angegeben, wobei sie undeutlich und kaum lesbar erscheinen. Liegen schwere visuell-räumliche Orientierungsprobleme vor, sind die eben genannten Probleme noch stärker ausgeprägt. Hat der Patient sechs Punkte erreicht, wurde von ihm überhaupt keine Uhr mehr dargestellt. Es wurden keinerlei Versuche unternommen, eine Uhr zu zeichnen oder die Zeichnung hat nicht einmal eine entfernte Ähnlichkeit mit einer Uhr.

Am Tag der Einweisung unterzog sich die depressive Patientin dem Uhrentest und erreichte ein Ergebnis, das auf eine schwere Beeinträchtigung schließen ließ. Daraufhin war die Patientin noch verbitterter und schämte sich. Durch Gespräche und Spiele, die Aufschluss über die Gehirnleistung geben, stellte ich fest, dass sowohl das Langzeit- als auch das Kurzzeitgedächtnis noch einwandfrei funktionierten, so dass das Ergebnis des Uhrentests widerlegt werden konnte.

Dieser Fall zeigt, dass eine sehr sorgfältige Untersuchung und verschiedene Sichtweisen wichtig sind, um eine eindeutige Diagnose erstellen zu können.

Ein weiterer Zustand, der sich wie eine Demenzerkrankung darstellt, ist die sogenannte Verwirrtheit. Alte Menschen können zeitweise oder auch dauerhaft verwirrt sein. Es handelt sich hierbei um eine „Bewusstseinsstörung mit komplexem Symptombild aus Desorientiertheit (Störung des Selbst-, Raum- und Zeitempfindens), Denkstörungen (z.B. verlangsamtes Denken, Wahnvorstellungen) und Gedächtnisstörungen“ (Altenpflege Konkret, 1999, S. 696). Unterschieden werden die akute und die chronische Verwirrtheit. Eine akute Verwirrtheit, auch akute organische Psychose, Durchgangssyndrom oder Delirium genannt, dauert nur wenige Stunden bis Tage an und tritt plötzlich auf. Dieser Zustand zeigt sich in räumlicher und zeitlicher Desorientierung, Unruhe, Weglauftendenzen, Misstrauen, Aggressivität und vegetative Störungen wie Schwitzen, Schwindel, erhöhter Puls u.a. Als Ursachen für die akute Verwirrtheit können Hormonstörungen, Sauerstoffmangel des Gehirns, Infekte oder Störungen des Elektrolythaushalts in Frage kommen. Aber auch Nebenwirkungen von Medikamenten und soziale Faktoren wie zum Beispiel ein Umzug oder Verlust eines Partners spielen eine Rolle bei der Entstehung. Auch in diesem Fall zeigt sich die Wichtigkeit der Differenzialdiagnose durch ein Expertenteam, da durch eine medizinische Behandlung die Symptome gemildert werden können. Dauert der Prozess bis zur Entstehung einer Verwirrtheit länger an und nehmen die Symptome im Verlauf der Zeit immer mehr zu, wird von einer chronischen Verwirrtheit gesprochen, deren Ursache in den meisten Fällen eine Demenzerkrankung ist (Vgl. Altenpflege Konkret, 1999, S. 696 f).

Beispiel:

Eine Patientin der Tagesgeriatrie litt unter schweren Verwirrheitszuständen. Sie zeigte alle typischen Verhaltensweisen einer Demenzerkrankung. Ihrer Krankenakte konnte ich entnehmen, dass ihr Mann einige Monate zuvor verstorben war. Bis zu diesem Ereignis zeigte sich keine Desorientiertheit, die Frau war in ihrer Gemeinde aktiv und geistig sehr gut konstituiert. In unserer Einrichtung sprach sie über ihren Ehemann als würde er noch leben. Sie berichtete eines Morgens von einem Streit, den sie nachts mit ihrem Mann gehabt habe und dass sie daraufhin von zuhause weggelaufen sei. Den ganzen Tag über machte sie sich Sorgen darüber, dass niemand wisse, wo sie sei. Im Umgang mit ihr musste vor allem darauf geachtet werden, sie nicht zu belügen. Wir standen einerseits vor dem Problem, sie nicht zu direkt mit dem Tod ihres Mannes zu konfrontieren, andererseits führten auch Beruhigungen nicht zum Erfolg, da die Patientin alle Äußerungen unsererseits hinterfragte. Hinzu kamen viele Momente, in denen sie völlig klar war. Den Tod ihres Mannes hatte sie bis zum Schluss ihres Aufenthalts nicht realisiert.

1.1.1 Die Alzheimer-Krankheit

Da in etwa 50-70 % der Fälle eine Alzheimer-Krankheit als Ursache für die Demenz genannt wird, bedarf sie einer näheren Betrachtung. Nach Schätzungen des Bundesgesundheitsministeriums werden im Jahre 2030 ca. 2,5 Millionen Bundesbürger an dieser Erkrankung leiden. Andere Quellen (siehe Abbildung 1) prognostizieren eine weitaus geringere Zahl, jedoch ändert dies nichts an der Problematik, die sich hieraus ergibt. Es handelt sich bei der Alzheimer-Krankheit um eine chronische Erkrankung des Gehirns, bei der es zu einer langsamen und stetigen Zerstörung der Nervenzellen kommt. Benannt wurde die Krankheit nach dem deutschen Neurologen Alois Alzheimer, der 1907 die typischen Krankheitssymptome und die krankhaften Veränderungen im Gehirn entdeckte (Vgl. www.lifeline.de, 2004). Anhand der Ausführungen von Gaby Schwarz möchte ich kurz beschreiben, welche Beobachtungen Alois Alzheimer bei seiner Untersuchung machte: Bei der 51-jährigen Patientin Auguste D. entdeckte er Verfallserscheinungen in ungewöhnlich starker und sehr rascher Ausprägung. Nach dem Tod der Frau im Alter von 56 Jahren führte er eine Obduktion durch und entdeckte bei der Untersuchung des Gehirns eine große Anzahl von Plaques, auf deren genauere Definition ich später noch eingehen werde. Neben diesen Plaques fand er noch Veränderungen vor, die zuvor in der medizinischen Fachliteratur noch nicht beschrieben worden waren. Es handelte sich um einen Verlust von Nervenzellen und um Neurofibrillenbündel in den noch vorhandenen Zellen (Vgl. Gaby Schwarz 2000). Bei den Neurofibrillenbündeln handelt es sich um eine Verdickung und Verklumpung der Fäserchen innerhalb der Nervenzellen (Vgl. Bauer, zitiert nach Domdey, 1996, S. 18).

Die Alzheimer-Krankheit verursacht Störungen des Gedächtnisses, der Sprache, des Denkvermögens und des Erkennens. Hinzu kommt eine Beeinträchtigung der Handhabung von Gegenständen und der örtlichen und zeitlichen sowie personellen Orientierung. Die Ursachen für diese Erkrankung sind bisher nicht

eindeutig geklärt. Forscher interessierten sich bislang hauptsächlich für das Amyloid, ein Protein, das in den herdförmigen Ablagerungen, den sogenannten Plaques, des Hirnmantels vorkommt.

Da dies jedoch auch bei nicht dementen Menschen der Fall sein kann, gehen die Forscher davon aus, dass es scheinbar noch andere Faktoren gibt, die eine Alzheimer-Krankheit verursachen können. So wurde erkannt, dass die Anzahl der Synapsen im Hirnmantel reduziert wird. Die Verringerung der Synapsen (also der Kontaktstellen zwischen den Nervenzellen) führt zu einem Absterben derselben, woraus ein Schrumpfen des Gehirns resultiert (Vgl. www.lifeline.de).

Abbildung 5: Auguste D.



Quelle: Alzheimer Insights, 1998, S.10.

Eine nähere Beschreibung dieses Prozesses findet sich im Ratgeber für Angehörige von Demenz-Patienten vom Deutschen Grünen Kreuz (2002):

Der Austausch von Informationen zwischen den Nervenzellen geschieht über elektrische Impulse, die an der Nervenfasern entlang wandern. Die Weitergabe einer Information durch eine Nervenzelle an die andere erfolgt durch die Umwandlung des elektrischen Impulses in einen chemischen. Dies geschieht durch Botenstoffe beziehungsweise Neurotransmitter an den Synapsen.

Im Falle der Alzheimer-Krankheit sind vor allem die Nervenzellen betroffen, die für die Produktion des Neurotransmitters Acetylcholin zuständig sind. Hierbei handelt es sich um eine der wichtigsten Trägersubstanzen im Zentralnervensystem, denn Acetylcholin ist maßgeblich für das Erinnern, das Denken, das Lernen und das räumliche Orientieren verantwortlich.

Außerhalb der acetylcholin produzierenden Nervenzellen lagert sich das Amyloid ab. Innerhalb der Zellen finden ebenfalls Veränderungen statt, die den regulären Stofftransport behindern. Diese Veränderungen verursachen ein zunehmendes Absterben der Nervenzellen, die für die Produktion des Neurotransmitters Acetylcholin zuständig sind. Durch diesen Prozess entsteht demnach ein Mangel

an dem wichtigen Botenstoff, was zu einer Beeinträchtigung des Leistungsvermögens führt. Mit zunehmendem Ausmaß des Mangels macht sich die Demenz stärker bemerkbar.

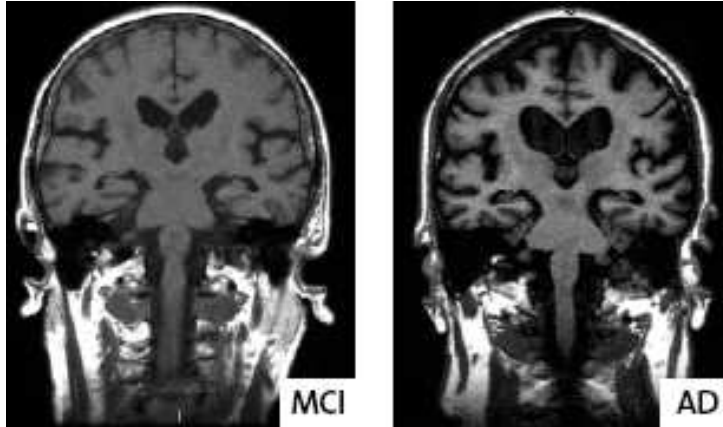
Hinzugefügt werden muss an dieser Stelle, dass es generell im Alter zu einer Abnahme der Gehirnzellen kommt, die Acetylcholin herstellen. Im Fall der Alzheimer-Krankheit ist aber die Geschwindigkeit und das Ausmaß des Absterbens der Zellen enorm beschleunigt (Vgl. Deutsches Grünes Kreuz, 2002, S. 5-7).

Neben dem Acetylcholin spielt auch der Botenstoff Glutamat eine wichtige Rolle bei der Demenzerkrankung. Im Gegensatz zum Acetylcholin wird das Glutamat jedoch nicht vermehrt abgebaut, sondern verstärkt produziert. Dies hat eine Zerstörung der Nervenzellen zur Folge, da eine permanente Übererregung an den Rezeptoren stattfindet. Bei einem gesunden Menschen wird während eines Lern- oder Gedächtnisvorgangs kurzfristig Glutamat im Zwischenraum zweier Nervenzellen freigesetzt, d. h. auf ein Lernsignal erfolgt die Freisetzung von Glutamat. Durch diese Erhöhung der Glutamatkonzentration wird ein verstärkter Kalziumstrom in der zweiten Nervenzelle bewirkt, der zusammen mit nachfolgenden Prozessen eine Weiterleitung der Lern- und Gedächtnisvorgänge ermöglicht. Im Anschluss an diese Signalübertragung sinkt die Konzentration des Glutamats zwischen den Nervenzellen wieder ab. Im Falle der Alzheimer-Erkrankung besteht ständig eine hohe Glutamatkonzentration in den Nervenzwischenräumen. Dies führt dazu, dass das sogenannte Grundrauschen erhöht ist und somit kein Lernsignal mehr wahrgenommen werden kann. Die ständige Freisetzung von Glutamat führt zu einer ebenfalls ständigen Verstärkung des Kalziumstroms. Ein Zuviel an Kalzium schädigt schließlich die Zelle derart, dass sie zerstört wird. Ein Signal kann somit nicht mehr empfangen und verarbeitet werden. (Vgl. Deutsche Seniorenliga, 2004 a, S. 9) Das Absterben der Nervenzellen bewirkt wiederum, dass der Botenstoff Acetylcholin nicht mehr in dem Maße gebildet werden kann, wie es bei einem gesunden Menschen der Fall ist. Dies ist vor allem deshalb problematisch, da der geringe Bestand an Acetylcholin noch zusätzlich durch das Enzym Acetylcholinesterase schnell wieder abgebaut wird (Vgl. Deutsche Seniorenliga, 2004 b, S. 19).

In 1-3 % der Fälle können genetische Faktoren als Verursacher der Erkrankung in Betracht gezogen werden. Hauptaugenmerk wird auf sogenannte Risikogene gelegt, die im Zusammenspiel mit anderen Erbinformationen und Umweltfaktoren die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung erhöhen. Genbesonderheiten finden sich auf den Chromosomen 1, 14 und 21. Trägt ein Elternteil eine dieser Besonderheiten in sich und vererbt diese weiter, besteht für das Kind ein Risiko von 50 %, irgendwann zu erkranken. Das Apolipoprotein ist das bisher einzige bekannte und ist in einer von drei verschiedenen Varianten bei jedem Menschen vorhanden. Das Erkrankungsrisiko ist besonders erhöht, wenn ein Mensch die dritte Variante des Gens in sich trägt. Das Apolipoprotein ist an der Steuerung des Cholesterinhaushaltes im Gehirn beteiligt und wird von Forschern als Mitverursacher für die Krankheit angesehen. Trägt ein Mensch bereits eine genetische Veranlagung in sich, kann diese durch äußere Faktoren gemindert oder auch verstärkt werden. Als mögliche Risikofaktoren gelten schwere Hirnschädigungen, die weiter zurück liegen können, starkes Rauchen,

Bluthochdruck oder Atherosklerose. Als größtes Risiko gilt aber immer noch das Alter (Vgl. Schwarz, 2003, o. S.).

Abbildung 6: Kernspintomographie verschiedener Krankheitsstadien



Quelle: Peters, 2004, S. 15

Das linke Bild in Abbildung 6 zeigt das Gehirn eines Patienten, der unter leichten kognitiven Beeinträchtigungen leidet (MCI = Mild Cognitive Impairment). Er gilt noch nicht als dement, befindet sich aber in der Vorstufe zu einer Erkrankung. Im rechten Bild wird die Degeneration des Gehirns im fortgeschrittenen Stadium der Alzheimer-Krankheit durch die stark ausgeprägten Hohlräume sichtbar.

1.1.2 Verlauf der Alzheimer-Krankheit

Der Verlauf der Erkrankung kann grob in drei Stadien eingeteilt werden. Zu Beginn treten nur leichte Symptome auf, die sich aber schon negativ auf die Tätigkeiten des alltäglichen Lebens auswirken können. Die betroffenen Bereiche lassen sich wie folgt auflisten:

- Gedächtnis, vor allem das Kurzzeitgedächtnis
- Durchführung komplexer Tätigkeiten
- verbale Artikulation
- Denkvermögen
- Aufmerksamkeit und Konzentration
- Orientierung
- Aktivität
- Zeitgefühl
- abstraktes Vorstellungsvermögen

Im ersten Stadium bemerkt der Betroffene im Gegensatz zu seinen Angehörigen die Veränderungen und versucht die Probleme zu bewältigen, in dem er sie überspielt oder verleugnet. Häufig werden auch Situationen vermieden, in denen

der Kranke mit den Symptomen konfrontiert wird. Das bewusste Erleben dieser Probleme kann zu Reaktionen wie Angst, Depression oder Wut führen.

Im zweiten Stadium treten die Symptome in so starker Form auf, dass der Betroffene bei vielen alltäglichen Aktivitäten auf Hilfe angewiesen ist.

Er vergisst Namen, erkennt seine Bezugspersonen nicht mehr, eine Verbindung zwischen Gesicht und Namen kann nicht mehr hergestellt werden.

In diesem Stadium ist das Langzeitgedächtnis in den meisten Fällen noch nicht beeinträchtigt. Im Alltag benötigt der Erkrankte in vielen Bereichen Hilfe, so zum Beispiel beim Waschen und dem regelmäßigen Essen. Seine Orientierung ist so weit in Mitleidenschaft gezogen, dass er sich außerhalb seiner Wohnung nicht mehr auskennt und sich verläuft. Diese Probleme der Orientierung können auch im vertrauten Wohnbereich auftreten. Die Wahrnehmung ist ebenfalls dahingehend beeinträchtigt, dass der Patient Personen sieht, die gar nicht anwesend sind. Weitere Symptome sind Veränderungen im Antrieb. Alzheimer-Patienten sind im zweiten Stadium häufig sehr unruhig und laufen ziellos umher. Teilnahmslosigkeit als Störung des Antriebs kann ebenfalls auftreten. Es kommt zu einem Verlust des Zeitgefühls, so dass der Kranke nicht mehr zwischen Vergangenheit und Gegenwart unterscheiden kann. Seine Sinneswahrnehmungen funktionieren nicht mehr und Reize, zum Beispiel bei Berührungen oder beim Essen, können nicht mehr eingeordnet werden. In Folge dessen verliert er seinen Appetit und kann nicht mehr zwischen Tag und Nacht unterscheiden. Alzheimer-Patienten leiden in diesem Stadium verstärkt unter Stimmungsschwankungen.

Im dritten Stadium ist der Patient so weit eingeschränkt, dass er ohne fremde Hilfe nicht mehr zurecht kommt. Eine ständige Überwachung des Kranken ist erforderlich, da es auch verstärkt zu körperlichen Symptomen kommt. Diese äußern sich durch einen schleppenden Gang, wodurch die Sturzgefahr zunimmt. Die Betroffenen leiden unter Harn- und Stuhlinkontinenz, können nicht mehr schlucken, nicht mehr lächeln oder sich in anderer Weise artikulieren. Am Ende des Krankheitsverlaufs verfällt der Körper vollständig. Bettlägerigkeit und eine erhöhte Infektionsgefahr sind die Folgen (Vgl. Schwarz, 2000, S. 21 f, Faust, 1999, S. 67-73).

1.2 Diagnose einer Demenz

Sowohl für die Betroffenen als auch für die Angehörigen ist eine frühe Diagnose von großer Wichtigkeit. Sie können sich auf die Krankheit einstellen und sich mit den zukünftigen Veränderungen sowie der Bewältigung auseinandersetzen. Es besteht somit die Möglichkeit, die Demenz in die Lebensplanung einzubeziehen.

Viele Patienten können sich ihre veränderten Verhaltensweisen und die Beeinträchtigung der kognitiven Fähigkeiten nicht erklären, was eine starke Verunsicherung hervorruft. Eine Diagnose kann somit zu einer Beruhigung aller Betroffenen beitragen. Zwar stellt eine diagnostizierte Demenzerkrankung eine Belastung dar, jedoch ist es weitaus belastender, nicht zu wissen, warum man sich derart verändert. Auch können so in einigen Fällen Demenzen diagnostiziert werden, deren Ursachen behandelbar sind. Generell ist eine frühe Untersuchung von hoher Wichtigkeit, denn nur so kann rechtzeitig einer Verschlechterung und Spätfolgen vorgebeugt werden (Vgl. Fuhrmann et al., 1995, S. 52 f).

Mittlerweile stehen einige Methoden zur Verfügung, um eine Demenz diagnostizieren zu können. Für die Differenzialdiagnostik demenzieller Erkrankungen wird nach einem festen Diagnoseschema vorgegangen. Es erfolgt zunächst eine ausführliche Anamnese, die durch eine zusätzliche Fremdanamnese ergänzt wird und schließlich der Ausschluss reversibler Demenzformen aus dem internistischen und neurologischen Bereich. Im Prozess der Diagnose findet auch eine Abgrenzung zur Depression und zum Delir statt (Vgl. Füsgen, 2004, S. 34).

Diagnoseschema nach Füsgen, 2004, S. 35:

- Anamnese (Ergänzung durch Fremdanamnese)
- Klinischer Status: Herz- Kreislaufsystem, Lunge, Risikofaktorenprofil für vaskuläre Demenz: Hypertonie, Diabetes mellitus, Rauchen, Alkohol
- Labordiagnostik: z. B. Blutsenkungsgeschwindigkeit, Blutzucker, Elektrolyte, Harnstoff, Schilddrüsenfunktion
- Psychiatrischer Status
- Neurologischer Status
- Beurteilung mentaler Funktionen durch Hirnleistungstests
- Apparative Untersuchungen: EEG, Computertomographie (CT), Magnetresonanztomographie (MRT)

In der Anamnese werden die Betroffenen zunächst durch einen Psychiater oder Neurologen befragt. Art und Verlauf der Beschwerden werden genau erfasst, andere Erkrankungen abgeklärt. Ebenso wird danach gefragt, welche Risikofaktoren und genetischen Belastungen die Beschwerden ausgelöst haben können. Im Anschluss an das Gespräch erfolgt eine Untersuchung der kognitiven Leistungen anhand von Tests und eine körperliche Untersuchung. Neben der medizinischen wird auch eine psychosoziale Anamnese erhoben. Diese wird in der Regel von Sozialpädagogen, Altenpflegern oder Psychologen durchgeführt.

Der Patient wird zu seiner Lebenssituation und spezifischen Belastungen befragt. Dies ist vor allem deshalb wichtig, da sich, wie bereits erwähnt, auch schwierige Lebensumstände in negativer Form auf Gedächtnis und Konzentration auswirken können. Auch kann so bereits über mögliche psychosoziale Hilfen nachgedacht und ein entsprechendes Unterstützungsangebot ausgewählt werden. Bei der Erhebung des Befundes sollte darauf geachtet werden, nicht nur die Defizite des Patienten zu sehen, sondern auch seine noch vorhandenen Fähigkeiten. Hierbei gilt es festzustellen, welche Möglichkeiten der Erhaltung und Verbesserung gegeben sind, denn nur so kann eine gezielte Therapie ausgewählt werden (Vgl. Niemann-Mirmehdi u. Mahlberg, 2003, S. 32-35). Für die Durchführung und Auswertung der Tests bezüglich der kognitiven Leistungen gilt, dass sie stets in einem multiprofessionellen Team aus Pflegekräften, Sozialpädagogen, Ergotherapeuten und Ärzten erfolgen müssen. Eine Methode ist der bereits beschriebene Uhrentest, der als sehr zuverlässig gilt. Als wichtigstes Verfahren hat sich die Mini-Mental-State-Examination (MMSE) bewährt und gilt als das am häufigsten angewandte Verfahren. Der Test besteht aus zwei Teilen und insgesamt dreißig Fragen. Zunächst werden Orientiertheit, Gedächtnis und Aufmerksamkeit überprüft. Der Patient beantwortet Fragen bezüglich des

Aufenthaltortes oder des Datums. Er muss sich Begriffe merken und Zahlen subtrahieren. Im zweiten Teil werden Dinge benannt, der Patient muss lesen und schreiben. Mit dem Abzeichnen eines Fünfecks werden seine visuell-konstruktiven Fähigkeiten abgefragt. Insgesamt können 30 Punkte erreicht werden. Bei einem Ergebnis von bis zu 25 Punkten kann davon ausgegangen werden, dass keine Beeinträchtigungen vorliegen. Liegt der Patient unter diesem Wert (17–24 Punkte) liegt mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Leistungseinschränkung vor. Bei einem noch niedrigerem Ergebnis zeigen sich schwere bis schwerste Beeinträchtigungen (Vgl. Thiele, 2001, S. 141, 144 f).

Eine wichtige Rolle im diagnostischen Prozess spielen die Angehörigen des Demenzkranken, denn sie können wichtige Informationen über die Auffälligkeiten und Veränderungen im Verhalten des Patienten liefern. Dies gilt auch für das Pflegepersonal, das jeden Tag Umgang mit dem Betroffenen hat.

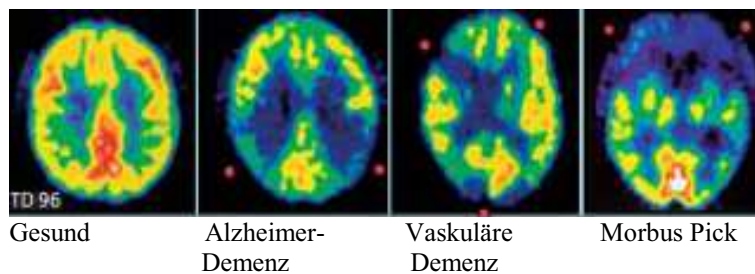
Indem so viele Informationen wie möglich eingebracht werden, kann eine genauere Diagnose gestellt und die Entwicklung der Symptome verfolgt werden (Vgl. Fuhrmann et al., 1995, S. 83).

Im Falle der Alzheimer-Krankheit kann eine hundertprozentige Diagnose erst durch die Obduktion nach dem Tod gestellt werden. Alois Alzheimer soll seinerzeit gesagt haben: „Oh wie schön wäre es doch, wenn ich den Schädel nicht immer öffnen müsste.“ Heute ist es mittels der Kernspintomographie möglich, das Schrumpfen bzw. die Atrophie des Gehirns bildhaft darzustellen.

Eine weitaus bessere Darstellung der Vorgänge im Gehirn eines Alzheimer – Kranken wird mit der Positronen-Emissions-Tomographie (PET)erreicht.

Dieses Verfahren hilft aber auch, die Unterschiede zwischen den verschiedenen Demenzformen sichtbar zu machen (Vgl. Maurer, 2003, S. 16):

Abbildung 7: Nachweis des Glukosestoffwechsels mit Hilfe der PET



Quelle: Maurer, 2003, S. 16

In Abbildung 7 lässt sich gut erkennen, dass bei der Alzheimer-Demenz der Zuckerstoffwechsel verringert ist. Bereiche mit hoher Stoffwechselaktivität sind gelb und rot dargestellt.