

## 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?

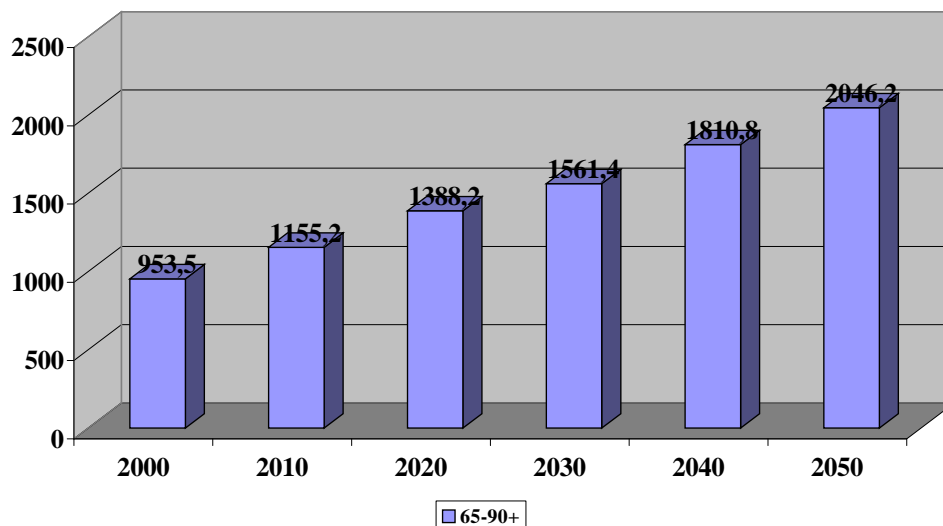
Mit diesen Fragen beschäftigen sich seit geraumer Zeit Forschung und Wissenschaft und stützen sich bei ihren Untersuchungen auf die Erfahrungen und Beobachtungen in Altenheimen und Familien, in denen die Erkrankten versorgt und betreut werden. Dies geschieht vor allem im Hinblick auf die wachsende Zahl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

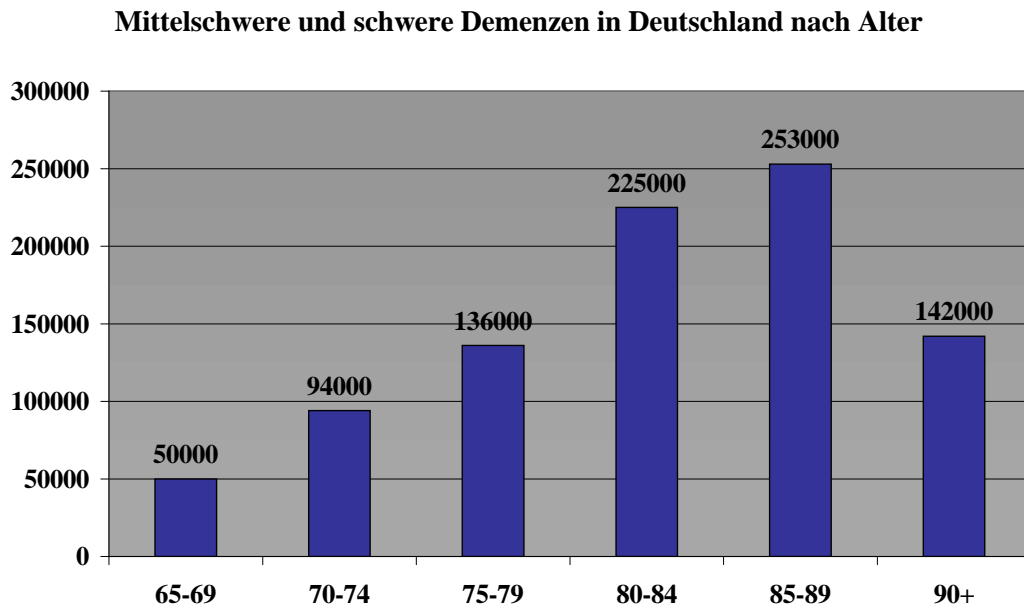
# 1. Definition der Demenz

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).

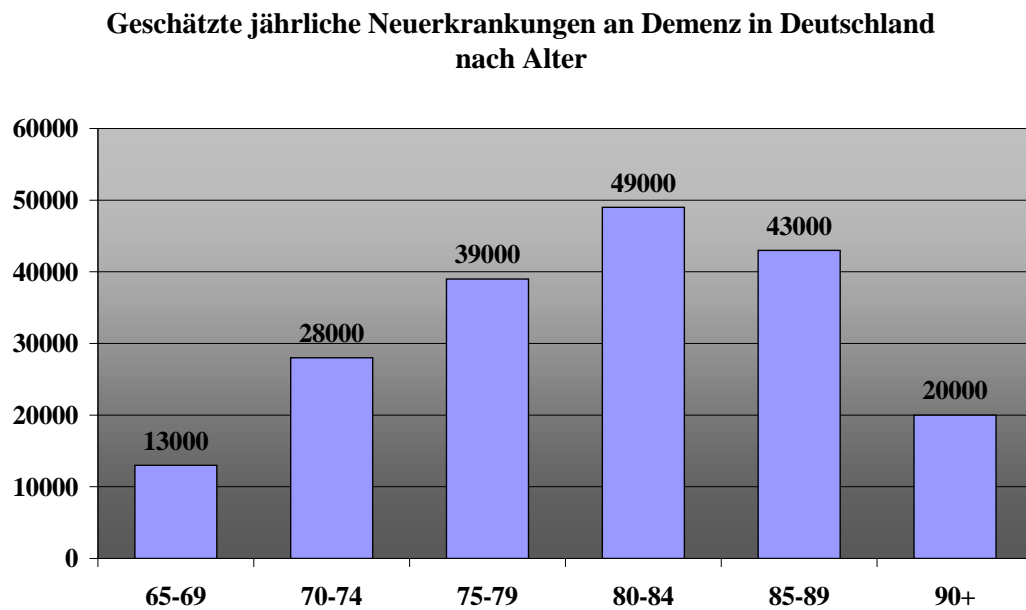
Abbildung 2:



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:



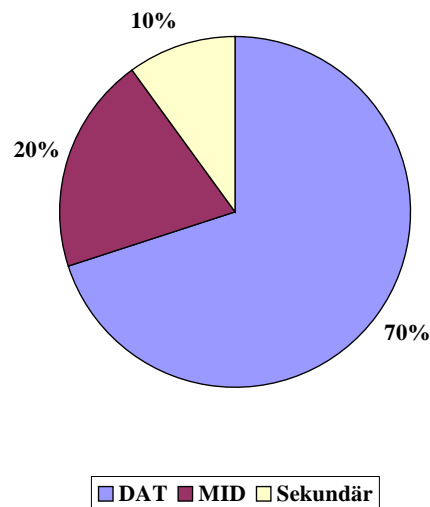
Quelle: 4. Altenbericht der Bundesregierung, 2002, S. 169, modifiziert.

## 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](http://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](http://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 Nervenfaser 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.

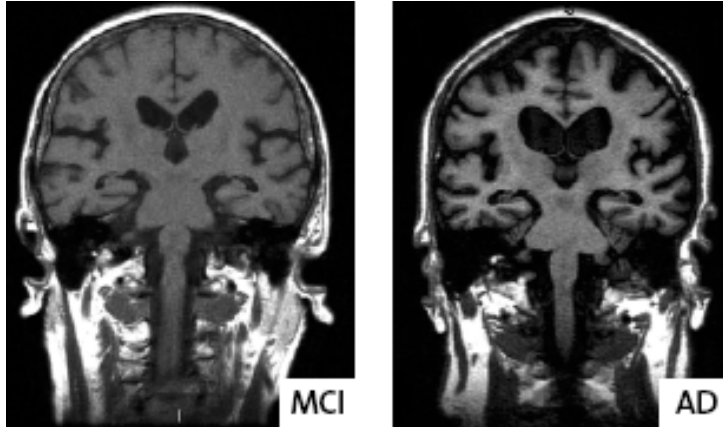
Hinzugefügt werden muss an dieser Stelle, dass es generell im Alter zu einer Abnahme der Gehirnzellen kommt, die Acetylcholin herstellen. Im Fall der Alzheimer-Krankheit ist aber die Geschwindigkeit und das Ausmaß des Absterbens der Zellen enorm beschleunigt (Vgl. Deutsches Grünes Kreuz, 2002, S. 5-7).

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 auseinander setzen. 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

Aufenthaltssortes 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.

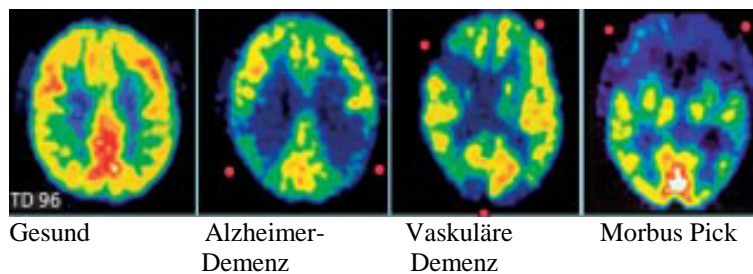
Indem so viele Informationen wie möglich eingebracht werden, kann eine genauere Diagnose gestellt und die Entwicklung der Symptome verfolgt werden (Vgl. Fuhrmann et al., 1995, S. 83).

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.

## 1.3 Wie wirkt sich die Demenz auf den Betroffenen aus?

### 1.3.1 Störung der Merkfähigkeit

Nimmt ein Mensch Informationen aus seiner Umgebung auf, speichert er diese zunächst im Kurzzeitspeicher des Gedächtnisses ab, wo sie ca. zwanzig bis dreißig Sekunden verbleiben. In dieser Zeit wählt man die wichtigen Informationen aus, die dann ins Langzeitgedächtnis übermittelt werden, wo sie ein Leben lang gespeichert bleiben. Alle anderen weniger wichtigen Inhalte im Kurzzeitspeicher werden wieder gelöscht. Menschen, die unter einer Demenz leiden, haben zunehmend Schwierigkeiten, wahrgenommene Dinge im Gedächtnis zu speichern, mit der Folge, dass fast alles bereits nach kurzer Zeit wieder vergessen wird. Werden die Informationen allerdings mit Emotionen verknüpft oder mit Bekanntem assoziiert, können sie dennoch eingepreßt werden.

Im Verlauf der Erkrankung verschlimmert sich die Problematik des Vergessens derart, dass die Betroffenen nicht mehr in der Lage sind, ihre Situation richtig zu deuten. Sie haben keinerlei Kontrolle über sich und das, was sie tun, was bei ihnen zu Angst, Unruhe und vor allem zu großer Verunsicherung führt (Vgl. Buijsen, 2003, S. 22-26, Rasehorn u. Rasehorn, 1991, S. 4).

### 1.3.2 Desorientiertheit

Aus dem Verlust der Merkfähigkeit resultieren verschiedene Formen der Desorientiertheit. So ist die Fähigkeit zur zeitlichen, räumlichen und personellen Orientierung betroffen. Die zeitliche Desorientiertheit tritt als erstes Merkmal im Krankheitsverlauf in Erscheinung und äußert sich darin, dass vergessen wird, in welchem Jahr man sich befindet oder welcher Wochentag vorliegt. Auch dies führt zu großer Verunsicherung beim Erkrankten, da ihm bewusst wird, seinen Alltag nicht mehr so organisieren zu können, wie es erwartet wird.

Verschlimmert wird dies durch das Hinzukommen der räumlichen Desorientiertheit. Verwirrte Menschen finden ihre Zimmer nicht wieder, verlaufen sich, irren planlos umher und werden dadurch zunehmend unsicherer.

Als besonders gravierend wird die personelle Desorientiertheit eingestuft, da sie eine hohe psychologische Bedeutung hat. Der Kranke ist auf die Hilfe anderer Menschen angewiesen, ist aber sowohl in der Orientierung gegenüber sich selbst, als auch in der Orientierung anderen Personen gegenüber gestört. Aufgrund der beeinträchtigten Merkfähigkeit kann er sich nicht an die Erfahrungen mit anderen Menschen erinnern und betrachtet häufig die ihn pflegenden Personen als Fremde, die er nicht einzuschätzen weiß. Die Patienten begeben sich in die Obhut von völlig fremden Menschen und müssen zu diesen Vertrauen aufbauen. Der Patient ist darauf angewiesen, dass die Pfleger angemessen mit ihm umgehen, denn er selbst kann nicht mehr korrigierend einlenken, wenn er falsch behandelt wird.

Die gestörte Orientierung gegenüber der eigenen Person entsteht dadurch, dass die Patienten in den meisten Fällen keine Erinnerungen mehr an die letzten Jahre in ihrem Lebenslauf haben. Sie befinden sich dann häufig wieder im zwanzigsten

Lebensjahr, denn alle anderen, späteren Erfahrungen sind durch die Krankheit gelöscht worden (Vgl. Rasehorn u. Rasehorn, 1991, S. 6-9).

### 1.3.3 Verlangsamung im Denken und Handeln

Durch das Entstehen von Gedächtnislücken kommt es zu einer Beeinträchtigung des Denkvermögens. Eine gleichzeitige Aufnahme verschiedener Informationen und Reize ist nicht mehr möglich, denn ohne Gedächtnis gibt es keine Intelligenz. Der Demente ist nicht mehr in der Lage, abstrakte Begriffe oder Erklärungen zu verstehen. Vor allem in Gesprächssituationen wird dies deutlich. Dauert eine Erzählung länger als dreißig Sekunden, vergessen die Betroffenen die zuerst genannten Inhalte, sodass sie den roten Faden verlieren und einfach das Thema wechseln. Die Fähigkeit, Probleme zu erfassen und Entscheidungen zu treffen, geht verloren, so dass der Kranke selbst einfache Vorgänge nicht mehr ausführen kann. Schließlich weiß er nicht mehr, in welcher Reihenfolge er sich anziehen muss oder wie ein Haushaltsgerät bedient wird. Da er sich noch an sehr frühe Jahre seines Lebens erinnern kann, greift er verstärkt auf alte Gewohnheiten zurück, denn die Informationen im Langzeitgedächtnis sind zunächst noch erhalten. Im Verlauf der Erkrankung beginnt allerdings auch die Erinnerung an frühere Lebensjahre zu schwinden. Buijssen vergleicht den Abbau des Langzeitspeichers mit einem Wollknäuel, das vom Ende bis zum Anfang abgewickelt wird. Ist eine achtzigjährige Person seit drei Jahren demenzkrank, wird sie sich an die letzten drei Jahre nicht mehr erinnern können, während die Zeit vor Ausbruch der Krankheit dagegen noch präsent ist. Der Vorgang schreitet immer weiter fort, bis die Betroffenen nur noch auf die ersten Lebensjahre zurückgreifen können. (Vgl. Buijssen, 2003, S. 28 u. 36-38, Domdey, 1996, S. 43).

### 1.3.4 Störungen der Sprache

Der Verlust der sprachlichen Fähigkeiten ist für Demenzkranke besonders gravierend. Es stellen sich zunächst Wortfindungsstörungen ein, so dass nach anderen Begriffen gesucht wird, die dem gesuchten Wort ähneln. Oft werden allerdings leere Begriffe wie „Dings“, „etwas“ oder „irgend...“ verwendet, die es dem Gesprächspartner erschweren, den Sinn des Wortlauts zu verstehen. Gravierend sind die Störungen deshalb, weil ein kommunikativer Austausch mit zunehmendem Krankheitsverlauf nicht mehr möglich ist, das Bedürfnis, sich mitzuteilen aber erhalten bleibt (Vgl. Buijssen, 2003, S. 72 f., Gruetzner, 1992, S. 38).



## 1.4 Bewältigungsversuche

### 1.4.1 Verleugnung

Viele Demenzkranke versuchen mit aller Macht, ihre demenziellen Symptome zu verbergen. Wie diese Form der Bewältigung aussieht, möchte ich mit Beispielen aus meinem Praktikum beschreiben:

#### **Beispiel:**

*Bereits zu Beginn meiner Arbeit wurde ich mit einem Patienten konfrontiert, der auf mich überhaupt nicht den Eindruck machte, dement zu sein. Erst als ich mit ihm „Mensch ärgere Dich nicht“ spielte, zeigte sich im Verlauf, dass er offensichtlich unter einer Störung der Merkfähigkeit litt. Das Spiel verlief zunächst völlig korrekt, was sich allerdings nach einer gewissen Zeit änderte. Der Patient machte plötzlich Spielzüge, die für mich nicht mehr nachvollziehbar waren. Er bewegte den Stein quer über das Feld, vergaß zu würfeln und benutzte die Spielfiguren der anderen Teilnehmer, was diese zunehmend verärgerte.*

*Der Patient wurde immer verunsicherter und reagierte schließlich mit Erklärungsversuchen. So beschwerte er sich darüber, dass er die Farben nicht erkennen könne, andere Mitspieler ihn ablenkten, er sowieso keine Lust zum Spielen habe und dass das Spielfeld ja völlig unübersichtlich sei.*

*Wir brachen daraufhin das Spiel ab, denn die anderen Spieler hatten die Lust verloren.*

*Besonders interessant wurde meine Arbeit dann, wenn mehrere leicht dementierende Patienten zusammen betreut werden mussten. Sie schlossen sich bei einem Gruppenangebot zusammen und begegneten den anderen Teilnehmern mit einem Heer von Ausflüchten, um von ihren Beeinträchtigungen abzulenken.*

*Sie beschwerten sich kollektiv darüber, die Fragen akustisch nicht verstehen zu können und machten andere Teilnehmer dafür verantwortlich, dass ihnen keine Zeit zum Antworten bleibe.*

### 1.4.2 Aggression

Menschen, die von einer Demenz betroffen sind, versuchen verzweifelt ihre stetig abnehmenden Fähigkeiten zu verbergen. Da dies allerdings nicht immer möglich ist, werden sie sich irgendwann bewusst, dass sie immer häufiger an der Realität scheitern. Situationen und Absichten anderer Menschen werden falsch gedeutet, jede Belehrung, jeder Eingriff wird als Angriff auf die Selbstbestimmtheit gewertet und dementsprechend aggressiv abgewehrt. Betreuern bleibt oft nur die Möglichkeit, den Kranken zu beruhigen und behutsam das Gespräch auf ein anderes Thema zu lenken. Ebenfalls ratsam ist es, den Anlass für das verärgerte Verhalten herauszufinden und diesen zu beseitigen. Sich auf eine Diskussion einzulassen wäre dagegen der falsche Weg, da die Aggression meistens gar nicht gegen einen selbst gerichtet ist (Vgl. Rasehorn u Rasehorn, 1991, S. 33, Mace u. Rabins, 2001, S. 193).

### **Beispiel:**

*Wir gingen mit einer Patientin spazieren und stellten fest, dass sie ihren Gehstock falsch hielt. Auf die Bitte meiner Kollegin, sie möge den Stock richtig halten, reagierte sie in einer sehr empfindlichen Weise. Sie schimpfte lauthals, hielt den Stock schließlich so in die Luft, dass er von ihr weg zeigte und lief weiter.*

### **1.4.3 Klagen über die Vergesslichkeit**

*Eine Patientin entschuldigte sich immerzu für ihre Vergesslichkeit und war sehr besorgt darüber, dass sie ständig die Namen ihrer neun Geschwister vergaß. Ich versuchte, sie zu beruhigen, dass es durchaus normal sei, nicht auf Anhieb alle Namen nennen zu können, worauf die Patientin zunächst zufrieden reagierte, jedoch kurze Zeit später wieder klagte.*

### **1.4.4 Regression**

Viele Demenzpatienten verhalten sich nicht aggressiv, sondern sehr angepasst und liebenswürdig. Das Resultat dieses Verhaltens ist, dass sie beim Pflegepersonal sehr beliebt sind und dementsprechend mehr Zuwendung erhalten.

Dies ermöglicht den Patienten, Selbstachtung und Wertschätzung aus dem Verhältnis zum Personal zu ziehen. „Den Verlust der Selbstständigkeit, ihre Abhängigkeit werten sie nicht als Mangel oder Defizit, sondern machen ihn umgekehrt zur positiven Grundlage ihres Selbstkonzepts...“ (Rasehorn u. Rasehorn, 1991, S. 37 f).

### **1.4.5 Depressionen**

Besonders im Anfangsstadium der Erkrankung leiden die Demenzkranken unter dem Verlust ihrer Fähigkeiten. Sie erleben viele Misserfolge durch die Überforderung in alltäglichen Situationen, was schließlich zu einer Verminderung des Selbstwertgefühls führen kann. Die Patienten fühlen sich nutzlos und sehen keinen Sinn im Leben. Eine depressive Stimmung wird verstärkt, wenn sie unter dem Gefühl leiden, nicht anerkannt zu werden und keine Zuwendung zu bekommen. Die gesamte Situation wirkt bedrückend und löst Angst und Unsicherheit aus. Für Betreuer von Demenzkranken ist es wichtig zu erkennen, ob es sich „nur“ um eine vorüber gehende depressive Verstimmtheit handelt oder doch eine schwere Depression vorliegt. Zunächst muss der Versuch unternommen werden, die Gründe für die Niedergeschlagenheit herauszufinden. Empfohlen wird, die Auslöser zu vermeiden, um dem Kranken Enttäuschungen bzw. belastende Situationen zu ersparen. Im Falle einer echten Depression muss allerdings unverzüglich ein Arzt aufgesucht werden, um das Leiden mit Hilfe von Antidepressiva zu lindern (Vgl. Schwarz, 2003, Faust, 1999, S.112 f).

## 1.4.6 Entschuldigungen

### **Beispiel:**

*In meinem Praktikum bot ich neben Gruppenaktivitäten auch Einzelangebote an, in denen ich mit meinen Patienten Konzentrationsübungen machte.*

*Oft kam es vor, dass ein Patient viel Zeit für die Bearbeitung der Aufgabe benötigte und sich schließlich für seine „Unfähigkeit“ entschuldigte. Wenn ich daraufhin versuchte, beruhigend auf ihn einzuwirken, entwickelte sich meistens ein Gespräch, das länger andauerte. Auch hierfür wurde sich entschuldigt, denn es war den Betroffenen unangenehm, meine Zeit in Anspruch zu nehmen.*

## 1.5 Häufige Verhaltensweisen Demenzkranker

### 1.5.1 Nahrungsverweigerung

In einem fortgeschrittenen Stadium der Krankheit vermindert sich der Appetit und die Betroffenen weigern sich, etwas zu essen. Meist liegt der Grund für dieses Verhalten darin, dass angenommen wird, bereits gegessen zu haben. Probleme bei der Benutzung des Bestecks und Schluckbeschwerden können ebenfalls als Ursache in Frage kommen (Vgl. Gruetzner, 1992, S. 180)

### 1.5.2 Hinterherlaufen und ständiges Wiederholen der selben Fragen und Handlungen

Demenzkranken verstehen aufgrund ihrer Orientierungsstörungen die Umgebung nicht, was bei ihnen Unsicherheit und Angst auslösen kann. Eine Wiederholung von Fragen könnte zum Beispiel ein Anzeichen dafür sein, dass nach Bestätigung gesucht wird, die ein Gefühl der Sicherheit vermittelt. Ist die Erkrankung weiter fortgeschritten, hat der Demenzpatient mit hoher Wahrscheinlichkeit vergessen, eine Frage gestellt zu haben. Immer wieder die Fragen des Kranken zu beantworten zeigt wenig Wirkung, denn bereits nach kurzer Zeit beginnt das Fragen von neuem. Effektiver ist es, dem Dementen zu vermitteln, dass alles in Ordnung ist und er sich keine Sorgen zu machen braucht. Auch das Wiederholen einer immer gleichen Handlung ist ein Zeichen für den Verlust kognitiver Fähigkeiten. Aufgrund der Beeinträchtigung üben sich Demenzkranke auf eine bestimmte Tätigkeit ein und sind nicht mehr in der Lage, etwas neues zu beginnen. In den meisten Fällen hat es sich als hilfreich erwiesen, die Kranken langsam an eine andere Tätigkeit heranzuführen, ohne sie dabei unter Druck zu setzen. Eine weitere Möglichkeit besteht darin, das Verhalten zu akzeptieren oder zu ignorieren. Wenn der Demente zufrieden mit der immer gleichen Handlung ist, sollte man ihn einfach gewähren lassen. Als besonders belastend wird es empfunden, wenn die Kranken ihren Angehörigen oder anderen Bezugspersonen ständig auf Schritt und Tritt folgen. Es gibt nahezu keine Möglichkeit, sich auszuruhen oder Tätigkeiten zu Ende zu bringen, da man von dem

Demenzkranken nicht aus den Augen gelassen wird. Für Betreuer ist es daher wichtig zu verstehen, dass ein Mensch, der unter dieser Krankheit leidet, die Welt als völlig unverständlich erlebt. Aufgrund des Vergessens fehlt ihm die Sicherheit, die Übersicht zu behalten, sodass er sich bevorzugt in der Nähe einer Person aufhält, die ihm diese Sicherheit vermittelt. Versucht man, sich der Nähe des Kranken zu entziehen, löst dies in ihm Ängste aus, da er nicht weiß, ob man wiederkommt (Vgl. Mace u. Rabins, 2001, S.175-178, Gruetzner, 1992, S. 156).

### 1.5.3 Unruhe und Wandern

Demenzranke leiden unter einem stark ausgeprägten Bewegungsdrang. Sie können über einen langen Zeitraum rastlos durch die Wohnung oder die Flure der Station im Pflegeheim wandern. Haben sie sich einmal hingesetzt, stehen sie schon bald wieder auf und laufen weiter. Die Demenzpatienten verlaufen sich, wenn die Räumlichkeiten zu unübersichtlich sind und es kommt vor, dass sie sich in die Zimmer der Mitbewohner verirren oder die Station verlassen.

Die Gründe für die Unruhe liegen vor allem in der Orientierungslosigkeit und darin, dass zielgerichtete Handlungsabläufe nicht mehr möglich sind. Eine weitere Erklärung ist, dass die Betroffenen bereits nach kurzer Zeit vergessen, was sie getan haben, so dass es zu einer sich immer wiederholenden Handlung kommt.

Häufig kommt es zu einer vermehrten Unruhe, wenn der Demenzranke sich in einer neuen Umgebung befindet und sich erst orientieren muss. Aber auch körperliche Beeinträchtigungen können eine Rolle spielen, so z.B. Schmerzen, die auf eine andere Art als Herumwandern nicht zum Ausdruck gebracht werden können. Es kann allerdings auch möglich sein, dass der Kranke nach etwas sucht, was er verloren hat. Es kann sich hierbei um einen konkreten Gegenstand handeln oder um den symbolischen Ausdruck, sich selbst verloren zu fühlen und nach dem zu suchen, was die Krankheit einem genommen hat. Auch eine Unterforderung aus der schnell Langeweile entstehen kann, ist ein nicht seltener Grund, sich andere Aktivitäten zu suchen, wobei von vielen Kranken der gesteigerte Bewegungsdrang als Lösung gewählt wird. Um angemessen auf das Verhalten einzugehen, müssen sowohl das Personal im Heim als auch die Angehörigen versuchen, den Grund für das Wandern und die Unruhe herauszufinden, um angemessen darauf zu reagieren. So könnte man gemeinsam mit dem Kranken spazieren gehen und ihm vermitteln, ihn zu verstehen, damit er sich sicherer fühlen kann (Vgl. Domdey, 1996, S. 98-100, Faust, 1999, S. 106).

### 1.5 4 Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus

Demenzranke sind häufig nachts unruhig, wofür verschiedene Ursachen in Frage kommen können. Ältere Menschen haben generell ein geringeres Schlafbedürfnis als jüngere Menschen. Sind sie dazu noch tagsüber unausgelastet, wirkt sich dies zusätzlich auf den Schlaf aus.

Ängste in der Dunkelheit können ebenfalls für Unruhe verantwortlich sein. Nächtliche Stille und Ruhe werden als beängstigend wahrgenommen, dem Patienten fehlt die Orientierung. Im mittleren Krankheitsstadium kann es sogar zu

einer völligen Umkehr des Tag-Nacht-Rhythmus kommen. Die Ursachen liegen zum Beispiel darin, dass frühere Gewohnheiten, die den Tag strukturierten, fehlen (Vgl. Faust, 1999, S. 105 f, Schwarz, 2003). Um den Schlaf zu fördern muss dafür gesorgt werden, dass der Kranke tagsüber ausgelastet ist und nicht zu viel schläft. Die richtige Beleuchtung, Raumtemperatur und eventuell leise Hintergrundmusik können beruhigend und somit ebenfalls schlaffördernd sein. (Vgl. Krämer, 1995, S. 96 f)

### 1.5.5 Störung der Wahrnehmung, Misstrauen

In mittleren und späten Stadien der Demenz treten häufig Halluzinationen und Wahnvorstellungen auf. Die Betroffenen sehen Dinge oder Menschen, die in Wirklichkeit nicht vorhanden sind. Hinzu kommen wahnhaftes Verkennen, die sich darin äußern, dass bekannte Personen fremd sind, die eigene Person nicht mehr im Spiegel erkannt wird. Nicht selten werden Situationen und Personen aus dem Fernsehen als real wahrgenommen (Vgl. Deutsches Grünes Kreuz, 2002, S. 10).

#### ***Beispiel:***

*Eine Patientin winkte dem Moderator einer Musiksendung im TV zu und war überzeugt, er wolle sie begrüßen...*

Infolge ihrer Merkschwäche finden Demenzkranke verlegte Gegenstände nicht wieder und bezichtigen Angehörige oder Pflegekräfte des Diebstahls. Dies geschieht vor allem deshalb, weil der Patient sich nicht mehr daran erinnern kann, sein Geld oder andere Dinge verlegt zu haben. Es wird lediglich festgestellt, dass etwas fehlt (Vgl. Schwarz, 2000, S. 62). Eine Erklärung könnte darin liegen, dass der Betroffene sich sein Versagen nicht eingestehen kann und es abwehren muss. Dies geschieht, indem er andere Personen für das Geschehene verantwortlich macht. Es ist der einzige Ausweg, das durch die Merkfähigkeit bedrohte Selbstkonzept zu schützen und die Bedrohung der Ich-Identität abzuwehren (Vgl. Wirsing, 2000, S. 311). Wahnvorstellungen können dazu dienen, Gedächtnislücken zu schließen. Mit ihrer Hilfe wird die Welt für den Desorientierten wieder verständlich, Geräusche, die nicht zugeordnet werden können, werden derart interpretiert, dass sie logisch erscheinen. Es können allerdings auch medizinische Ursachen vorliegen, wie zum Beispiel Infektionen. Bestimmte Krankheiten führen dazu, dass die Informationsaufnahme beim Patienten gestört wird. Hauptverursacher sind dies bezüglich Hör- und Sehstörungen (Vgl. Gruetzner, 1992, S. 171).