

Demenz

Eine Information
für Patienten und
Angehörige

Demenz

Eine Information für Patienten und Angehörige

Autoren und Verlag haben die Angaben zu Medikamenten und ihren Dosierungen mit größter Sorgfalt und entsprechend dem aktuellen Wissensstand bei Fertigstellung des Buches verfaßt. Trotzdem ist der Leser ausdrücklich aufgefordert, anhand der Beipackzettel der verwendeten Präparate in eigener Verantwortung die Dosierungsempfehlungen und Kontraindikationen zu überprüfen.

Alle Rechte vorbehalten, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (durch Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung der TK und des Verlages reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Herausgeber: Techniker Krankenkasse,
Hauptverwaltung: 22291 Hamburg.
Unter wissenschaftlicher Beratung der
Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
und basierend auf deren ärztlichen
Therapieempfehlungen.
Konzept und Realisation: nexus - Beratungsnetz
im Gesundheitswesen GmbH, Düsseldorf.
Printed in Germany: Ziele Druck GmbH, Dornach.
© Arcis Verlag GmbH, München.
Techniker Krankenkasse Hamburg.
ISBN 3-89075-121-0
1. Auflage 1998

Inhalt

Einleitung	5
Was bedeutet Hirnleistungsschwäche oder Demenz?	6
Wann besteht der Verdacht auf eine Demenzerkrankung?	7
Einteilung des Schweregrades	7
• Kurzzeitgedächtnis	
• Langzeitgedächtnis	
Welche Ursachen können eine Demenzerkrankung auslösen?	9
Wenn eine Depression sich als Demenz verkleidet	11
Frühe Krankheitszeichen	13
Der Krankheitsverlauf	14
Der Arztbesuch	15
Ursachen der Demenzerkrankung vom Alzheimer-Typ	18
Wird die Demenzerkrankung vom Alzheimer-Typ vererbt?	18

19

Die Therapie

- Medikamente zur Verbesserung des Hirnstoffwechsels - sogenannte Nootropika
- Behandlungsdauer
- Die Therapiekontrolle
- „Fragwürdige“ Behandlungsmethoden

24

Betreuung und Pflege

- Das Betreuungsrecht
- Fahrtauglichkeit
- Finanzielle Hilfen
- Hilfen für Angehörige und Pflegende
- Wenn die Heimunterbringung unausweichlich ist



Einleitung

Die Zahl der alten Menschen in Deutschland wächst ständig. Mit zunehmendem Lebensalter erhöht sich auch die Wahrscheinlichkeit, an einer Hirnleistungsschwäche, der sogenannten Demenz, zu erkranken.

Patienten, die davon betroffen sind, leiden vornehmlich unter Gedächtnisstörungen und Einschränkungen ihres Urteilsvermögens. Sie werden im Verlauf ihrer Erkrankung immer stärker auf Pflege angewiesen sein.

Auf die pflegenden Angehörigen kommen dabei große körperliche und seelische Belastungen zu. Die Pflegetätigkeit, die meist rund um die Uhr notwendig ist, erfordert viel Kraft. Noch belastender ist es allerdings, miterleben zu müssen, wie ein geliebter Mensch zusammen mit seinen Erinnerungen seine familiären Bindungen einbüßt und sich selbst und seiner Familie „fremd“ wird.

Diese Broschüre soll Ihnen helfen, über das Verständnis der Krankheit den Kranken verstehen zu lernen und damit auch die vor Ihnen stehenden Probleme besser zu bewältigen.

Was bedeutet Hirnleistungsschwäche oder Demenz?

Erkrankungen, die mit einer fortschreitenden Hirnleistungsschwäche einhergehen, werden in der Fachsprache auch „Demenzen“ genannt. Dieser Begriff leitet sich vom lateinischen „dementia“ ab, was soviel wie „Unvernunft“ bedeutet. Bei der Erkrankung sterben Hirnzellen ab, vor allem in der Hirnrinde. Dieser Zelluntergang stört die geistige Leistungsfähigkeit des Betroffenen. Das Gedächtnis, die Urteilsfähigkeit, die Sprache und das räumliche Vorstellungsvermögen sind beeinträchtigt.

Demenzerkrankungen treten hauptsächlich in der zweiten Lebenshälfte des Menschen, meist erst jenseits des 65. Lebensjahres, auf.

Zu Beginn dieses Jahrhunderts spielten aufgrund der deutlich niedrigeren Lebenserwartung Erkrankungen dieser Art nur eine untergeordnete Rolle. Durch die erfolgreiche Bekämpfung von Infektionskrankheiten mit Antibiotika und verbesserte Hygienemaßnahmen werden Menschen heute deutlich älter als noch Mitte dieses Jahrhunderts. Deshalb erlangen die chronischen Krankheiten und unter diesen die Erkrankungen mit fortschreitendem Abbau von Hirngewebe eine zunehmende Bedeutung.

Ein hohes Alter hat seinen „Preis“.

Das höhere Risiko für solche Erkrankungen ist sozusagen der Preis für die gestiegene Lebenserwartung.

In der Bundesrepublik Deutschland sind zur Zeit etwa 21 Prozent der Bevölkerung älter als 60 Jahre; damit gehört etwa jeder fünfte dieser Altersgruppe an. Im Jahre 2030 wird jeder dritte älter als 60 Jahre sein. Heute leiden immerhin schon

- von den 60jährigen 1 Prozent,
- von den 80jährigen 20 Prozent und
- von den 90jährigen 33 bis 50 Prozent an Demenz.

Berücksichtigt man gleichzeitig, daß die Zahl der Demenzerkrankungen mit steigendem Alter stark zunimmt, so wird die Tragweite dieser Krankheiten für den einzelnen Alternden, aber auch für die Gesundheitsdienste, die Einrichtungen der Altenpflege, die Krankenkassen und insbesondere für die betroffenen Familien deutlich, die in 80 Prozent der Fälle die Pflege der erkrankten Angehörigen übernehmen.

Weit mehr als ein Drittel der 90jährigen ist betroffen.

Wann besteht der Verdacht auf eine Demenzerkrankung?

Tritt bei einem Menschen im Erwachsenenalter ein Rückgang oder gar ein Verlust seiner „geistigen Fähigkeiten“ auf, so besteht der Verdacht auf eine Demenzerkrankung. Unter Rückgang der geistigen Fähigkeiten werden ein gestörtes Kurz- und Langzeitgedächtnis, die Beeinträchtigung des abstrakten Denkens und des Urteilsvermögens, Störungen der Sprache und die Unfähigkeit, früher beherrschte Bewegungsabläufe durchzuführen, verstanden. Beispielsweise Knöpfe öffnen oder Gegenstände, etwa einen Kamm oder einen Schlüssel, wiederzuerkennen oder deren Funktion zu beschreiben.

Einteilung des Schweregrades

Beeinträchtigungen des Kurz- und Langzeitgedächtnisses treten immer als Leitmerkmale der Demenzerkrankung auf. Im einzelnen werden beobachtet:

Im Vordergrund steht das „Vergessen“.

Kurzzeitgedächtnis:

Die Unfähigkeit, neue Informationen aufzunehmen:
Der Patient ist nicht in der Lage, sich an drei Gegenstände zu erinnern, die ihm fünf Minuten vorher gezeigt worden sind.

Auch Denken und Verhalten sind in der Regel verändert.

Langzeitgedächtnis:

Die Unfähigkeit, sich an Daten zu erinnern, die früher gewußt wurden: Der Patient vergißt seine persönlichen Lebensdaten, wie Geburtsort oder Beruf, oder er kann Dinge des Allgemeinwissens nicht mehr benennen. Mindestens eines der folgenden Merkmale tritt in der Regel zusätzlich auf:

- Beeinträchtigung des abstrakten Denkens.
Unfähigkeit, Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen verwandten Begriffen herauszufinden (Blatt – Tulpe – Blume – Rose – Sproß – Schloß).
Schwierigkeit oder Unfähigkeit, die Bedeutung von Worten und Begriffen zu erklären. Der Begriff 'Urlaub' kann zum Beispiel nicht erklärt werden.
- Beeinträchtigung des Urteilsvermögens:
Unfähigkeit, persönliche, familiäre und arbeitsbezogene Probleme vernünftig zu lösen.
- Beeinträchtigung der Sprache und der Fähigkeit, Gegenstände zu benennen.
Unfähigkeit, einfache Bewegungsabläufe durchzuführen (beispielsweise Binden eines Schnürsenkels).
- Beeinträchtigung beim Lösen sogenannter „konstruktiver“ Aufgaben.
Unfähigkeit, räumliche Figuren nachzuzeichnen oder Streichhölzer zu Figuren zusammenzulegen.
- Persönlichkeitsveränderungen des Patienten mit Verlust oder Verstärkung früherer Wesenszüge, zum Beispiel Hervortreten einer früher unterschweligen Aggressivität.

Für die Diagnose einer Demenzerkrankung ist es zudem entscheidend, ob die beobachteten Störungen zu Beeinträchtigungen der Arbeit im Alltag oder in der Beziehung zu anderen Menschen führen.

Der Schweregrad von Demenzerkrankungen wird in drei Stufen eingeteilt und berücksichtigt die Pflegebedürftigkeit der Patienten:

- leicht – trotz Beeinträchtigung der oben genannten Fähigkeiten ist der Patient in der Lage, unabhängig zu leben. Sein Urteilsvermögen ist intakt.
- mittel – eine selbständige Lebensführung ist eingeschränkt möglich. Ein gewisses Maß an Aufsicht ist notwendig.
- schwer – eine kontinuierliche Aufsicht ist unerlässlich, um unter anderem die persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten. Der Patient hat kein Zeitgefühl mehr und er verläuft sich leicht. Er findet die Toilette oder sein Zimmer nicht wieder.

Welche Ursachen können eine Demenzerkrankung auslösen?

Die bisher beschriebenen Krankheitsmerkmale können bei allen Demenzerkrankungen auftreten. Dennoch handelt es sich nicht um ein einheitliches Krankheitsbild.

Häufigkeit einzelner Demenzformen

Man unterscheidet heute vier Hauptformen von Demenzerkrankungen. Bei 50 Prozent aller Fälle handelt es sich um die Alzheimer-Krankheit. Deren genaue Ursache konnte bis heute nicht ermittelt werden.

Etwa 10 Prozent der Erkrankungsfälle sind durch Schäden an den Blutgefäßen des Gehirns verursacht. Durch eine Verengung des Gefäßdurchmessers, zum Beispiel wegen Cholesterinablagerungen oder entzündungsbedingter Gefäßwandverdickungen, entsteht eine Mangeldurchblutung des Gehirns. Die in den betroffenen Bereichen liegenden Nervenzellen sterben entweder ab oder werden zumindest stark geschädigt.

Abhängig von der Schwere und der Lokalisation der Erkrankung kann ein Schlaganfall mit Halbseitenlähmung und/oder Sprachverlust die Folge sein. Auch vorübergehende Lähmungserscheinungen an den Gliedmaßen, eventuell mit Sprachstörungen, können eintreten. Bei leichten Erkrankungsfällen können sich alle diese Symptome wieder zurückbilden.

Wird die Mangelversorgung des Gehirns durch entsprechende Behandlungsmaßnahmen nicht verbessert oder bleibt die Behandlung erfolglos, so können mehrere solcher Schlaganfälle oder Schlaganfall-ähnliche Ereignisse zu Hirngewebeschäden führen. Das Gehirn verliert immer mehr seine Funktion und die geistige Leistungsfähigkeit des Patienten wird weiter beeinträchtigt.

Mischformen

Mischformen der gefäßbedingten Demenzerkrankung mit der des Alzheimer-Typs kommen in etwa 10 bis 25 Prozent der Fälle vor.

Die Alzheimer-Krankheit, bei der die Ursache noch unbekannt ist, spricht auf eine Behandlung nur schwer an. Der Verlauf der durch Gefäßschäden verursachten Erkrankungen ist jedoch über eine vorbeugende Behandlung, wie Bluthochdruck, Blutzucker- und Blutfetterhöhungen sowie durch Maßnahmen, die die Fließeigenschaften des Blutes verbessern, häufig günstig zu beeinflussen.

Auch bei den beschriebenen Mischformen lassen sich damit merkliche Verbesserungen im Krankheitsverlauf erzielen.

Demenzzeichen als „Begleitmusik“ anderer Erkrankungen

Weitere 10 Prozent der Demenzerkrankungen sind auf andere Krankheiten zurückzuführen, bei denen Hirnleistungsstörungen zusätzlich beobachtet werden können.

Durch eine angemessene Behandlung der jeweiligen Grundkrankheit können diese Störungen entweder vollständig beseitigt oder in vielen Fällen entscheidend gebessert werden.

Erkrankungen mit einem Risiko für Hirnleistungsstörungen

- Herz-/Kreislaufkrankungen (Herzschwäche, Herzinfarkt)
- Blutkrankheiten (Anämien)
- chronische Lungenfunktionsstörungen
- Stoffwechselkrankheiten und Vitaminmangelzustände (Diabetes mellitus, Schilddrüsenüber- oder -unterfunktion, B₁-, B₂-, B₁₂-Vitaminmangel, Folsäure- und Nikotinsäuremangel)
- Vergiftungen (durch Alkoholismus, Rauschdrogen, Medikamente)
- Infektionskrankheiten (Hirnhautentzündung, AIDS)
- Autoimmunerkrankungen (Multiple Sklerose)
- gut- und bösartige Geschwülste
- Unfallverletzungen mit Schädelbeteiligung (Hirnquetschungen, Hirnblutungen)
- Krampfanfallsleiden (Epilepsie)
- psychische Krankheiten (Depressionen)

Tabelle 1: Hirnleistungsstörungen als Folge anderer Erkrankungen.

Vor der Diagnose einer als weitgehend unbehandelbar geltenden Demenzerkrankung ist es außerordentlich wichtig, alle möglichen Erkrankungsursachen auszuschließen, in deren Folge Hirnleistungsstörungen auftreten können.

andere Erkrankungen ausschließen

Die gezielte Behandlung einer möglicherweise erfolgreich therapierbaren Grunderkrankung kann den Patienten vor jahrelangem Siechtum bewahren. Deshalb sind zusätzliche diagnostische Maßnahmen durchaus vertretbar, auch wenn sie den Kranken im Einzelfall belasten mögen (zum Beispiel Röntgen- oder Nervenwasseruntersuchung).

Wenn eine Depression sich als Demenz verkleidet

Im höheren Lebensalter nimmt die Zahl depressiver Erkrankungen zu. Es ist daher von großer Bedeutung, die fast immer erfolgreich zu behandelnden depressiven Krankheitsbilder von Demenzerkrankungen abzu-

„Pseudo-Demenz“

grenzen. Krankheitszeichen, wie Antriebslosigkeit oder Antriebsarmut, Denkhemmung sowie Klagen über Konzentrations- und Gedächtnisstörungen kommen sowohl bei depressiven als auch bei Demenzkrankheiten vor und können eine sichere Unterscheidung erschweren.

Eine Depression, die in ihren Krankheitsmerkmalen einer Demenzerkrankung ähnelt, wird daher auch als „Pseudo-Demenz“ bezeichnet. In Tabelle 2 sind einige Unterscheidungsmerkmale angegeben, um eine Zuordnung von Krankheitszeichen zu der einen oder anderen Erkrankung zu erleichtern.

Depression (Pseudo-Demenz)	Demenzerkrankung
<p>Die Klagen des Patienten über Gedächtnisstörungen sind stärker ausgeprägt als die feststellbaren Leistungsverluste.</p> <p>Depressive Stimmungslage.</p> <p>Schuldgefühle und Versagensangst.</p> <p>Unsicherheit gegenüber anderen.</p> <p>Rascher Krankheitsbeginn, Dauer meist weniger als sechs Monate.</p> <p>Unter Behandlung mit antidepressiven (stimmungsaufhellenden) Arzneimitteln vermindern sich depressive Stimmungslage und Hirnleistungsstörungen parallel.</p> <p>Schlaflosigkeit, weniger nächtliche Unruhe.</p> <p>Depressive Erkrankungen bei Familienmitgliedern bekannt.</p> <p>Keine Orientierungsstörungen, der Patient weiß, wie er Hilfe findet.</p>	<p>Der Patient spielt die Gedächtnisstörungen eher herunter.</p> <p>Stimmungsschwankungen, der Patient ist leicht umstimmbar.</p> <p>Patient beschuldigt eher andere.</p> <p>Fordernd.</p> <p>Meist langsamer Krankheitsbeginn, erste Krankheitszeichen liegen häufig länger als ein Jahr zurück.</p> <p>Auch wenn eine begleitende Depression auf die Arzneimitteltherapie anspricht, bleiben die Hirnleistungsstörungen bestehen.</p> <p>Deutliche nächtliche Unruhe.</p> <p>Demenzerkrankungen bei Familienmitgliedern bekannt.</p> <p>Orientierungsstörungen, der Patient handelt ungezielt, ist hilfeschend.</p>

Tabelle 2: Unterschiedliche Krankheitszeichen bei Depression und Demenz.

Ist eine Unterscheidung zwischen depressiver und Demenzerkrankung zweifelhaft, so wird der behandelnde Arzt immer erst die Diagnose einer depressiven Störung (Pseudo-Demenz) stellen und eine Therapie mit stimmungsaufhellenden Arzneimitteln einleiten. Eine vorschnelle Demenzdiagnose wäre für den Patienten fatal, da die bei einer depressiven Störung nötige erfolgversprechende Arzneimittelbehandlung nicht beginnen könnte.

Im Zweifelsfall zuerst die Depression behandeln.

Frühe Krankheitszeichen

Bei der am häufigsten auftretenden Demenzerkrankung vom Alzheimer-Typ entwickeln sich die Krankheitszeichen in der Regel langsam und allmählich.

Alzheimer entwickelt sich langsam.

Frühzeichen der Alzheimer-Krankheit

Nachlassende Aufmerksamkeit;
zunehmende Abneigung gegen Neuerungen;
Abnehmen der Alltagsaktivitäten (Hygiene, Hausarbeit, Hobbys);
abnehmendes Interesse an Kontakten mit anderen Menschen;
Verarmung der geistigen Fähigkeiten und Leistungen;
Verharmlosen oder Verleugern der Gedächtnisstörungen.

Tabelle 3: Frühe Krankheitszeichen einer Demenzerkrankung.

Frühzeichen einer Alzheimer-Krankheit stellen wesentliche Anhaltspunkte für die Früherkennung einer Demenzerkrankung dar.

Der Krankheitsverlauf

Gedächtnisstörungen

Auch wenn Frühzeichen einer Demenzerkrankung vom Alzheimer-Typ schon spürbar sind, so kann der Patient anfangs auf genaue Fragen, zum Beispiel nach der Uhrzeit oder dem momentanen Aufenthaltsort, meistens noch richtig antworten. Im weiteren Krankheitsverlauf schleichen sich dann immer öfter Fehler ein. Gedächtnis-, Konzentrations-, Aufmerksamkeits- und Denkstörungen nehmen zu.

Orientierungsverlust

Der Patient findet sich zunehmend auch in einer ihm bekannten Umgebung nicht mehr zurecht. Seine Stimmungslage ist, insbesondere zu Beginn der Erkrankung, meistens niedergeschlagen; sie ist zudem sehr wechselhaft und von außen leicht zu beeinflussen.

Wesensänderungen und Kontaktarmut

Der Patient vermeidet mehr und mehr Kontakte zu anderen Menschen. Seine Persönlichkeit und sein Wesen können verändert erscheinen. Nicht selten sind einzelne, bereits vor der Erkrankung bekannte Wesenszüge des Patienten in übersteigerter Form zu beobachten (Rechthaberei, Pedanterie, Jähzorn).

Sprachstörungen

Im weiteren Verlauf der Demenzerkrankung entwickeln sich Sprachstörungen sowie Störungen bei einfachen Handgriffen: das Öffnen oder Schließen von Knöpfen, die schließlich ein selbständiges An- und Auskleiden des Patienten unmöglich machen. Zusätzlich treten nicht selten Störungen beim Erkennen, Benennen und Verwenden von Gegenständen auf, zum Beispiel von Kamm, Schere, Bürste.

keine Krankheitseinsicht

Bei den Patienten besteht in der Regel keine Krankheitseinsicht. Leistungseinbußen werden nicht wahrgenommen.

Die späteren Stadien der Erkrankung können sowohl durch Ruhelosigkeit und Erregungszustände als auch durch eine ausgeprägte depressive Stimmung gekennzeichnet sein. Manchmal treten auch körperliche Beschwerden hinzu. Nicht selten fällt bei den Patienten ein verlangsamter Gang auf.

Sehen, Hören und Fühlen bleiben bei den Demenzpatienten meistens normal. Das verbindende Verständnis der Sinneseindrücke ist gestört.

Die Krankheitsdauer einer Demenzerkrankung vom Alzheimer-Typ beträgt im Durchschnitt sechs bis acht Jahre. Im Einzelfall kann sie von weniger als einem Jahr bis zu 15 und mehr Jahren schwanken. Der Verlauf der Erkrankung ist nicht vorhersehbar; Zustandsverschlechterungen treten meist schubweise auf. Schübe mit raschem und langsamem Hirnleistungsverlust wechseln einander ab.

Sollten Sie bei einem Ihrer Angehörigen ein Beschwerdebild beobachten, das dem gerade beschriebenen ähnelt, so sollten Sie versuchen, ihn zu überzeugen, mit Ihnen zusammen einen Arzt aufzusuchen.

Je früher eine Demenzerkrankung erkannt wird, um so eher besteht die Chance, ihren Verlauf durch eine unterstützende Behandlung günstig zu beeinflussen.

Der Arztbesuch

Patienten mit einer Demenzerkrankung suchen aufgrund der mangelnden Krankheitseinsicht den Arzt nicht selbständig auf. Sie können nur selten verlässliche Angaben zu ihrer Krankengeschichte machen. Daher besitzen die Schilderungen der Angehörigen zum Beschwerdebild und -verlauf für eine treffsichere Diagnose der Erkrankung eine herausragende Bedeutung.

Von Patienten geleugnete oder verharmloste Leistungseinbußen oder Auffälligkeiten im Alltagsverhalten lassen sich oft nur über Berichte von Angehörigen in Erfahrung bringen.

Für den Arzt ist es beim ersten Besuch des Patienten besonders wichtig, von den Angehörigen zu erfahren, welche geistigen Fähigkeiten, Charaktereigenschaften

Krankheitsdauer

**Für die Diagnose
wichtig: die
Schilderungen
der Angehörigen.**

und Wesenszüge der Patient vor Auftreten der ersten Krankheitszeichen besaß. Nur in der Bewertung dieser Informationen zur Vorgeschichte mit den Befunden über Leistungseinbußen ist eine verlässliche Bewertung des Krankheitsbildes möglich.

Wenn Sie sich in diesem Sinne auf den Arztbesuch mit Ihrem erkrankten Angehörigen vorbereiten, können Sie Ihrem Arzt bei der Diagnose eine wertvolle Hilfe sein.

Neben Ihren Schilderungen und den Eindrücken des Arztes gibt es noch einige zusätzliche Untersuchungsverfahren, mit deren Hilfe die Diagnose einer Demenzerkrankung abgesichert werden kann.

Eine zusätzliche Hilfe: Testverfahren.

Eine besondere Rolle spielen dabei sogenannte „psychometrische Testverfahren“. Bei diesen erhält der Patient vorgefertigte Aufgaben aus den Bereichen Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsprüfung, Worterkennung, Gegenstandserkennung, zeitliche und örtliche Orientierung, Nachzeichnen von Vorlagen.

Diese Tests können den Verdacht auf eine Demenzerkrankung entweder stützen oder in Zweifel ziehen. Für sich alleine betrachtet, sind sie zur Diagnosestellung jedoch nicht ausreichend.

Spezielle Fragebögen, die der Arzt gegebenenfalls zusammen mit dem begleitenden Angehörigen ausfüllt, werden eingesetzt, um den Schweregrad der Leistungsverluste des Patienten und die damit verbundenen Einschränkungen im Alltag (persönliche Hygiene, Hausarbeiten, Einkaufen oder Essenzubereitung) beurteilen zu können.

Die Bewertung ist wichtig, um entscheiden zu können, ob der Patient noch in der Lage ist, außerhalb einer Pflegestelle selbständig zu leben.

Besteht ärztlicherseits der Verdacht auf eine Erkrankung, in deren Folge Hirnleistungsstörungen auftreten können und bei denen die Ursache bekannt und be-

handelbar ist, können zusätzliche apparative Untersuchungsverfahren angewendet werden.

Neben bildgebenden Verfahren, zum Beispiel Computer- beziehungsweise Kernspintomographie, bei denen Schädel und Hirn schichtweise dargestellt werden können, werden auch Hirnstromuntersuchungen (Ableitung elektrischer Spannungsschwankungen an der Kopfhaut) sowie Laboruntersuchungen von Blut und Nervenwasser durchgeführt.

**Computer-
tomographie**

Ist jede Gedächtnisstörung im Alter als Anzeichen einer beginnenden Demenzerkrankung zu werten?

Manche Patienten weisen zwar Gedächtnisstörungen auf, für sie treffen aber die Diagnosemerkmale einer Demenzerkrankung nicht zu.

Störungen der Merkfähigkeit, unter denen die Patienten meist stark leiden, sind nachweisbar; dennoch liegen keine Einschränkungen, zum Beispiel des Urteilsvermögens, vor, die eine Bewältigung von Alltagsaufgaben unmöglich machen. Auch kommt es nicht zu Störungen höherer Hirnleistungen wie Sprache, Wort- und Gegenstandserkennung sowie zu Handhabungsproblemen (Knopf öffnen oder schließen).

Im Verlauf dieses Beschwerdebildes wird in der Regel kein Fortschreiten der Leistungseinbußen beobachtet.

Nicht jede leichtere Gedächtnisstörung im Alter weist also zwangsläufig auf das Vorliegen einer schicksalhaft verlaufenden Demenzerkrankung hin.

**Nicht jede
Gedächtnisstörung
ist Zeichen einer
Demenz.**

Ursachen der Demenzerkrankung vom Alzheimer-Typ

Bei der Alzheimer-Krankheit, zu der der überwiegende Teil der Demenzerkrankungen gehört, kommt es zu einem fortschreitenden Hirngewebeabbau und Nervenzellverlust. Über die möglichen Ursachen dieser Veränderungen liegen viele Vermutungen vor. Sie reichen von Stoffwechselstörungen im Gehirn über Virusinfektionen, Veränderungen im Erbgut und Anreicherungen von Nervenzellgiften, wie zum Beispiel Aluminium, bis hin zum „Streß“ als möglichem Auslöser.

Alzheimer-Krankheit – Ursachen unbekannt

Keine dieser Vermutungen konnte bisher bestätigt werden. Daher bleiben die Ursache der Alzheimer-Krankheit und eine erfolgversprechende Therapie weiter im dunkeln.

Wird die Demenzerkrankung vom Alzheimer-Typ vererbt?

Obwohl bis heute eine eindeutige Antwort nicht gegeben werden kann, so gibt es doch Hinweise, die auf eine Erblichkeit dieser Erkrankung hindeuten.

In den bisher vorliegenden Untersuchungen wurde für Verwandte ersten und zweiten Grades (Kinder und Geschwister) ein leicht erhöhtes Risiko festgestellt, selbst daran zu erkranken.

Vererbungsrisiko

Das Vererbungsrisiko scheint dabei insbesondere die frühe Erkrankungsform mit einem Krankheitsbeginn vor dem 60. Lebensjahr zu betreffen. Bei der späten Erkrankungsform, die erst im höheren Lebensalter (älter als 65 Jahre) auftritt, deutet vieles darauf hin, daß die Vererbung keine nennenswerte Rolle spielt.

Die Therapie

Die Demenzerkrankungen, denen eine andere Krankheit (siehe auch Tabelle 1) zugrunde liegt, können durch eine gezielte Behandlung der Grunderkrankung entweder geheilt, zumindest jedoch deutlich gebessert werden.

Auch für die gefäßbedingten Demenzerkrankungen ist eine Behandlung aussichtsreich, wenn sie früh genug einsetzt. Diese kann allerdings bestehende Verluste an geistiger Leistungsfähigkeit kaum rückgängig machen. Ein Fortschreiten der Erkrankung kann aber durch ein gezieltes Ausschalten von Risikofaktoren (Bluthochdruck, Herzleistungsschwäche, Herzrhythmusstörungen und unzureichend eingestellte Blutzucker- oder Blutfettwerte) in der Regel verlangsamt werden.

Die Demenzerkrankungen vom Alzheimer-Typ sind dagegen schwer zu therapieren. Neben einigen Arzneimitteln, die bei diesen Erkrankungsformen eingesetzt werden, spielen je nach dem Schweregrad Gedächtnistraining und Maßnahmen, die das Verhalten steuern, im Behandlungsplan eine wichtige Rolle.

Das Trainieren von Denk- und Gedächtnisleistungen bei leichten Störungen ist darauf ausgerichtet, die geistige Leistungsfähigkeit so lange wie möglich auf einem Stand zu halten, der eine selbständige Lebensführung erlaubt.

Schreiten die Leistungseinbußen fort, wird versucht, komplizierte Alltagsaufgaben in einzelne kleine Handlungsschritte zu unterteilen, um dem Patienten ein Abarbeiten von Aufgaben zu ermöglichen, bei denen er ansonsten den Überblick verlieren würde.

Oft wird auch versucht, das Verhalten durch Lob oder kleinere Geschenke zu beeinflussen. Zurechtweisungen sollten unter allen Umständen vermieden werden.

**Wichtig: früher
Behandlungsbeginn.**

Gedächtnistraining

Ziel ist es, dem Patienten nicht ständig seine nachlassende geistige Leistungsfähigkeit vor Augen zu führen.

Bei schweren Demenzerkrankungen bemüht man sich, das Lebensumfeld des Kranken an die ihm verbliebenen Fähigkeiten anzupassen.

Milieu-Therapie

Diese auch als „Milieu-Therapie“ bezeichnete Vorgehensweise umfaßt vier Schritte:

1. Schritt: Information der Angehörigen und Pflegepersonen über die genauen Leistungsmängel des Patienten. Nur so kann ein seinem Leiden gerecht werdender Behandlungsplan aufgestellt werden.
2. Schritt: Die Hilfestellung bei der Bewältigung von Aufgaben (siehe Seite 19) soll dem Patienten seine Niedergeschlagenheit über die eigenen Leistungsverluste überwinden helfen und ihm Mut für den nächsten Behandlungsschritt machen.
3. Schritt: Beleben der noch verbliebenen Fähigkeiten durch
 - trainierende Pflegemaßnahmen, zum Beispiel das Üben des Gangs zur Toilette;
 - behutsame Trainingsmaßnahmen an der Leistungsgrenze des Patienten, um bereits verloren geglaubte Fähigkeiten zu reaktivieren;
 - allgemeine Förderung und Aktivierung noch vorhandener Fähigkeiten. Dem Patienten wird zum Beispiel angeboten, spazierenzugehen.
4. Schritt: Anpassen der Umwelt des Patienten an seinen Leistungsstand:
 - möglichst wenig ändern, um dem Patienten das Zurechtfinden in der ihm bekannten Umgebung zu ermöglichen;
 - bei kompletter Orientierungslosigkeit ist eine abgeschlossene Wohnumgebung notwendig;
 - Orientierungshilfen anbieten (ein Nachtlicht);
 - Anpassen der Bekleidung bei Handhabungsstörungen, zum Beispiel Schlüpfschuh statt Bindschuh, keine Kleidungsstücke mit Knöpfen.

Das Umfeld des Kranken leistungsgerecht zu gestalten, mag zwar mitunter aufwendig sein, dieses Vorgehen führt jedoch als einziges zu einer Entlastung sowohl des Patienten als auch der Pflegepersonen. Den Patienten in einen vorgegebenen Lebensrahmen pressen zu wollen und die steten Bemühungen, seine Sicht der Dinge zu korrigieren, verschlechtert seinen Zustand.

Neben der bisher besprochenen Trainingsbehandlung stehen zusätzliche Arzneimittel zur Verfügung, die den Leistungsstand des Demenzpatienten verbessern.

Arzneimitteltherapie

Medikamente zur Verbesserung des Hirnstoffwechsels – sogenannte Nootropika

Diese Arzneimittel werden sowohl bei gefäßbedingten Demenzerkrankungen als auch bei denen des Alzheimer-Typs eingesetzt. Obwohl ihre Wirkungsweise noch nicht endgültig erforscht ist, so haben sie doch in zahlreichen Untersuchungen eine – freilich nur begrenzte – Wirksamkeit bewiesen.

Bei jedem 5. bis 7. Patienten, bei dem Medikamente dieser Art eingesetzt werden, kann mit einer Verbesserung der geistigen Leistungsfähigkeit gerechnet werden.

Bei leichten bis mittelschweren Demenzerkrankungen sind sie erwiesenermaßen in der Lage, Hirnfunktionen, wie Gedächtnis, Lern-, Auffassungs-, Denk- und Konzentrationsfähigkeit zu verbessern, wenn auch nur in bescheidenem Umfang. Für schwere Demenzerkrankungen stehen Beweise dieser Art bisher noch aus.

Wirksamkeit

Pflanzliche Heilmittel, zum Beispiel aus Gingko, bieten keine besonderen Vorteile. Für die altersbedingten Gedächtnisstörungen, die die Merkmale einer Demenzerkrankung nicht erfüllen, liegen keine Nachweise vor, die einen Einsatz der genannten Stoffe sinnvoll erscheinen lassen.

Sollte Ihnen der behandelnde Arzt von dem Einsatz dieser Arzneimittel bei schwerer Demenz oder leichten Gedächtnisstörungen abraten, so sollten Sie dies nicht

als Sparmaßnahme oder Behandlungsverweigerung mißverstehen.

Es ist nicht sinnvoll, einen Patienten ohne erkennbare Aussicht auf Erfolg mit einem Arzneimittel zu behandeln, insbesondere da jede medikamentöse Therapie mit Nebenwirkungen verbunden ist.

In Tabelle 4 sind die wichtigsten Substanzen aufgelistet, die heute zur Behandlung der Demenzerkrankungen eingesetzt werden:

Substanz	mögliche unerwünschte Nebenwirkungen
chemisch definierte Wirkstoffe	
Dihydroergotoxin	niedriger Blutdruck, Schwindel
Nicergolin	Schwindel, niedriger Blutdruck, Müdigkeit
Nimodipin	niedriger Blutdruck
Piracetam	nervöse Unruhezustände
Pyritinol	Appetitlosigkeit, Übelkeit
Tacrin	Leberenzymanstieg in 50 Prozent der Fälle, Durchfall, Übelkeit, Erbrechen
pflanzliche Arzneimittel	
Ginkgo biloba	Magenbeschwerden, Kopfschmerzen, allergische Hautreaktionen

Tabelle 4: Die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte im Rahmen der Aufbereitung positiv monographierten und nach dem Arzneimittelgesetz zugelassenen Nootropika.

Tacrin wirkt auf die Informationsleitung im Gehirn.

Im Jahre 1995 wurde „Tacrin“ als neuartiges Arzneimittel in Deutschland verfügbar. Dieses Medikament greift in den Stoffwechsel eines wichtigen chemischen Überträgerstoffes ein, der im Gehirn für den Informationstransport notwendig ist.

Aufgrund der bisher vorliegenden Ergebnisse kann in etwa 10 bis 20 Prozent der mit Tacrin behandelten Fälle, das heißt bei jedem 5. bis 10. Patienten, eine Verbesserung der geistigen Leistungsfähigkeit erwartet werden. Dies entspricht der Wirksamkeit der Nootropika.

Die überwiegende Zahl der Untersuchungsergebnisse betraf dabei Demenzerkrankungen vom Alzheimer-Typ. Erkenntnisse zur Wirksamkeit dieses Stoffes bei anderen Demenzerkrankungen sind noch unzureichend.

Belastet ist die Anwendung von Tacrin durch eine schlechte Leberverträglichkeit. Bei etwa der Hälfte der Patienten, die Arzneimittel mit diesem Inhaltsstoff einnahmen, wurden bei Laboruntersuchungen Veränderungen festgestellt, die auf eine beeinträchtigte Leberfunktion hinweisen.

Nebenwirkungen

Daher sind zur Überwachung der Behandlung regelmäßige Laborwertkontrollen der Leberfunktion vom Hersteller des Arzneimittels vorgeschrieben.

In den ersten 12 Wochen sind zweiwöchentliche, in den nächsten drei Monaten monatliche und danach vierteljährliche Überprüfungen notwendig.

Behandlungsdauer

Wird eines der genannten Arzneimittel zum ersten Mal eingesetzt, so beträgt die Dauer der Behandlung 12 Wochen, sofern das Auftreten von Nebenwirkungen nicht zum Absetzen des Medikamentes zwingt.

Behandlungsdauer

Am Ende dieses Therapiezeitraumes wird zusammen mit dem Patienten, seinen Angehörigen und den Pflegepersonen eine Bewertung der möglichen Verbesserungen vorgenommen.

Zeigen sich bei dieser Bestandsaufnahme keine Wirkungen, so sollte die Behandlung beendet oder gegebenenfalls mit einem anderen Arzneimittel erneut begonnen werden.

Die Therapiekontrolle

Für die Therapiekontrolle eignen sich Tests mit vorbereiteten Aufgaben, die schon zur Diagnose und zur Erhebung des Ausgangsbefundes angewendet wurden.

regelmäßige Therapiekontrollen

Die Bewertung des Zustandes des Patienten oder dessen Veränderung im Rahmen der Arzneimitteltherapie sollte sich aber nicht nur an einer einzelnen Testleistung ausrichten. Der Gesamteindruck und insbesondere die Informationen von Angehörigen und Pflegepersonen über seine Leistungsfähigkeit und sein Alltagsverhalten sind für die Beurteilung entscheidender.

„Fragwürdige“ Behandlungsmethoden

Therapieangeboten mit „sensationellen Erfolgsaussichten“, die sich nicht selten in den Anzeigenteilen der sogenannten „Regenbogenpresse“, ja sogar im Internet finden, sollten Sie mit besonderer Vorsicht begegnen. Zumeist werden zu hohen Preisen Arzneimittel mit einer Fülle von Inhaltsstoffen angeboten, für die in der Regel jeglicher Wirksamkeitsnachweis fehlt.

Bei diesen Behandlungsangeboten ist häufig außer den hohen Kosten nichts sicher. So besteht weiterhin die Hoffnung auf bessere Substanzen in der Zukunft.

Im Zweifel sollten Sie mit Ihrem Arzt darüber sprechen.

Betreuung und Pflege

Das Betreuungsrecht

Bei Geschäfts- unfähigkeit greift das Betreuungsrecht.

Bei fortschreitender Demenzerkrankung eines Patienten stellt sich früher oder später die Frage, ob er noch länger in der Lage ist, seine Geschäfte in eigener Verantwortung zu führen.

Am 1. Januar 1992 trat das Betreuungsgesetz (§§ 1896 bis 1907 BGB) in Kraft, das den Betroffenen mehr Mitwirkungsrechte zugesteht.

Der Betreute kann Willenserklärungen abgeben, die der Betreuer nicht unbegründet ignorieren darf.

Bei teilweiser Geschäftsunfähigkeit kann die Betreuung auf genau festgelegte Bereiche beschränkt werden. Für diese sind in Tabelle 5 wichtige Beispiele genannt.

Betreuungsbereiche

- Entscheidung über ärztliche Untersuchungen und Operationen;
- Fürsorge für eine Heilbehandlung;
- Entscheidung über freiheitsentziehende Maßnahmen und deren Kontrolle;
- Bestimmung des Aufenthaltsortes;
- Abschluß eines Heim- beziehungsweise Anstaltsvertrages und Kontrolle der Einhaltung;
- Organisation von Begleitpersonen für Spazierfahrten;
- Organisation von Hilfen zur häuslichen Betreuung;
- Regelung von Miet-, Pacht- und Wohnungsangelegenheiten;
- Klärung der Vermögensverhältnisse;
- Einteilung, Verwendung und Verwaltung der Einkünfte;
- Verwaltung des gesamten Vermögens;
- Schuldentilgung;
- Eintreiben von Forderungen;
- Beantragung von Leistungen und Vertretung gegenüber Versicherungen, Banken und Behörden;
- Führen des Schriftverkehrs;
- Fernmelde- und Postverkehr.

Tabelle 5: Beispiele für Betreuungsbereiche.

Fahrtauglichkeit

Die Frage der Fahrtauglichkeit von Patienten mit Demenzerkrankungen wurde im Rahmen eines wissenschaftlichen Gutachtens eindeutig beantwortet. Als Folge davon wird im Gesetzestext festgestellt, daß ein Demenzkranker ungeeignet ist, Kraftfahrzeuge zu führen.

Demenzkranke dürfen nicht Auto fahren.

Finanzielle Hilfen

Demenzkranke haben von seiten zahlreicher Träger Anspruch auf Unterstützung durch die Solidargemeinschaft.

Demenzkranke werden als „schwerbehindert“ anerkannt.

Mit Ausnahme ganz leichter Störungen zu Beginn der Erkrankung sind sie nach dem Versorgungsrecht als zu 100 Prozent schwerbehindert mit dem Zusatz „H“ (hilflos) einzustufen. Anträge auf einen entsprechenden Ausweis müssen bei den zuständigen Versorgungsämtern gestellt werden. Neben Steuervergünstigungen sind damit auch Preisermäßigungen bei der Benutzung von Bus und Bahn verbunden.

Weitere Leistungen kann der Kranke aus dem Bereich der Pflegeversicherung, der Krankenversicherung, zum Beispiel als „häusliche Krankenpflege“ nach Krankenhausaufenthalt und als „Hilfe zur Pflege“ beim Sozialamt beantragen.

Die Kosten für eine Haushaltshilfe können, soweit diese sozialversichert wird, bis zu einem Betrag von 18.000 DM steuerlich als „Sonderausgaben“ geltend gemacht werden.

Befreiung von Rundfunk- und Fernsehgebühren

Bei einer Minderung der Erwerbsfähigkeit um mindestens 80 Prozent und aufgrund der Demenzerkrankung, die eine Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen dauerhaft unmöglich macht, können Demenzpatienten von den Rundfunk- und Fernsehgebühren befreit werden.

Hilfen für Angehörige und Pflegende

Die Pflege von Demenzkranken ist eine große Belastung.

Zur Zeit werden etwa 80 Prozent der pflegebedürftigen Patienten mit Demenzerkrankungen von Angehörigen zu Hause gepflegt. Die betroffenen Familien werden durch diese Pflegeaufgabe vor große Probleme gestellt.

Mit Fortschreiten der Erkrankung wird aus der anfänglich noch zeitlich begrenzten Hilfe beim Aufstehen, Waschen, Ankleiden oder bei der Nahrungsaufnahme,

insbesondere bei zunehmenden Orientierungsstörungen, eine „Rund um die Uhr“-Pflege des Patienten. Durch diese „Ganztagspflege“ wird die Lebensführung der pflegenden Personen nachhaltig verändert. Die pflegerische Verantwortung führt diese nicht selten an den Rand der körperlichen und seelischen Erschöpfung.

Die Fürsorge für die Pflegenden ist daher ebenso wichtig wie die Fürsorge für die Erkrankten.

Weitere Unterstützungsmöglichkeiten stehen Angehörigen auch im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung zu. Von besonderer Bedeutung sind hier die „Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson“ (zum Beispiel bei einem dringend notwendigen Erholungsurlaub) oder die „Kurzzeitpflege in vollstationären Einrichtungen“ (zum Beispiel bei schweren Krisen). Darüber hinaus gibt es auch die Möglichkeit, pflegeerleichternde Hilfsmittel zu erhalten oder die kostenlosen Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen zu besuchen.

Auch die Pflegenden haben einen Anspruch auf Fürsorge.

Für Angehörige, die einen Demenzkranken betreuen, bietet die Techniker Krankenkasse spezielle Pflegekurse an. Dort können Sie unterstützende und erleichternde Maßnahmen zum Umgang mit den Betroffenen erfahren. Die Kurse werden von erfahrenen Pflegefachkräften mit entsprechender Fort- und Weiterbildung geleitet. Auskunft über die Termine erhalten Sie bei Ihrer TK-Geschäftsstelle. Mittlerweile gibt es viele Beratungssprechstunden für Demenzkranke und für pflegende Angehörige, meistens an Spezial- oder Universitätskrankenhäusern.

Die Angehörigenberatung umfaßt dabei folgende Punkte:

- Wissen über die Krankheit erwerben;
- die Krankheit als Tatsache annehmen;
- den Kranken verstehen;
- die äußeren Lebensbedingungen der Krankheit anpassen;
- das eigene Verhalten der Krankheit anpassen;
- für sich selbst sorgen.

Angehörigenberatung

1. Wissen über die Krankheit erwerben

Informationen sollen helfen, das Verständnis für die Demenzerkrankungen zu fördern. Sie sollen Fehleinschätzungen von Angehörigen entgegenwirken, sie selbst seien durch Versäumnisse bei der Betreuung des Patienten schuld am Ausbruch der Erkrankung.

Die unbegreiflichen und oftmals ängstigenden Veränderungen, die bei dem erkrankten Angehörigen vor sich gehen, sind Folge einer Hirnerkrankung. Ihr steht die Medizin immer noch weitgehend machtlos gegenüber. Das ist für viele Angehörige eine neue Erfahrung und nur schwer zu verkraften, da ihnen die Medizin ansonsten meist als allmächtig gegenübertritt. Das Wohlergehen des Kranken lastet damit zum größten Teil auf ihren Schultern, denn sie müssen den äußeren Lebensrahmen des Kranken seiner Leistungsfähigkeit entsprechend gestalten und für eine einfühlsame Betreuung sorgen.

2. Die Krankheit als Tatsache annehmen

Für jeden Menschen ist es sehr belastend, mitzerleben, wenn ein geliebter Angehöriger, zum Beispiel die Mutter, der Vater oder der Ehepartner, zunehmend geistig verfällt und hilflos wird.

Nicht selten versuchen Menschen dann, diese Tatsache zu verdrängen. Krankheitszeichen werden übersehen oder heruntergespielt. Gelegentlich wird auch versucht, den Kranken durch ständige Korrekturen zu dem früher gewohnten Verhalten zu bewegen und damit an dem lieb gewonnenen Lebensrahmen festzuhalten.

Dies führt leider häufig zu dem gegenteiligen Effekt und zu einer Verschlimmerung der Krankheitszeichen.

3. Den Kranken verstehen

Häufig wird die Leistungsfähigkeit eines Demenzkranken von den pflegenden Angehörigen falsch eingeschätzt. Das kann einerseits zur Überforderung führen, wenn Einbußen nicht wahrgenommen oder verleugnet werden, andererseits kann das voreilige Abnehmen auch

leichterer Aufgaben schnell in eine Bevormundung des Patienten münden.

Der Sinngehalt einer Tätigkeit, die ein Demenzkranker ausführt, sollte nicht an den Maßstäben der Gesunden gemessen werden. Auch Verhaltensauffälligkeiten von Demenzkranken lassen sich in der Regel aus den vorhandenen Leistungseinschränkungen erklären.

Erregungsreaktionen, wie Wutausbrüche, Weinen, oder eine Verweigerungshaltung auf scheinbar nichtige Anlässe finden ihre Ursache meist in Überforderungssituationen. Dies geschieht, wenn zum Beispiel eine Überflutung von Sinneseindrücken den Patienten die Übersicht oder Orientierung verlieren läßt.

Anhänglichkeit und die Unfähigkeit, alleine zu sein, sind Ausdruck von Ängsten und Verunsicherung, auch wenn das Verhalten des Kranken von außen betrachtet gelegentlich als Schikane verkannt werden kann. Auch das Leugnen von Fehlern oder Fehlverhalten, das als Boshaftigkeit mißdeutet wird, ist als Versuch zu werten, mit der beschämenden Situation fertig zu werden.

4. Die äußeren Lebensbedingungen der Krankheit anpassen

Die Sicherung von Räumen und Gegenständen sowie die Vereinfachung von Handlungsabläufen spielen für Demenzkranke eine wichtige Rolle. Gefährliche Gegenstände, wie Gas- oder Elektrogeräte, sollten mit zusätzlichen Abschaltungen gesichert werden. Türschlösser sollten so präpariert werden, daß entsprechend gefährdete Patienten draußen nicht orientierungslos umherirren.

Das Zimmer des Patienten sollte mit ihm vertrauten Möbeln und Gegenständen ausgestattet sein. Hinweisschilder können seine Orientierung erleichtern. Seine Kleidung sollte so ausgewählt werden, daß er sich möglichst lange selbständig an- und auskleiden kann. Der Tagesablauf sollte möglichst übersichtlich gegliedert sein und gleichbleibend ablaufen (Essenszeiten). Unbekannte Personen und viele neue Eindrücke führen schnell zu einer Überforderung des Kranken und zu

Angst und Unsicherheit. Reisen und größere Gesellschaften sind für den Patienten daher eher eine Belastung und sollten vermieden werden.

5. Das eigene Verhalten der Krankheit anpassen

Ein wesentliches Problem im Verhalten der Pflegenden zu ihren erkrankten Angehörigen stellt die Auflösung des bestehenden sozialen Rollengefüges dar. Kinder müssen bei einem erkrankten Elternteil gegen den Willen der „Autoritätsperson“ handeln, Ehepartner bei der Pflege die Grundlagen partnerschaftlichen Handelns verlassen. Das kann tiefgreifende Schuldgefühle bei den Pflegepersonen auslösen.

Die üblichen Problemlösungen, die von geistiger Gleichheit ausgehen und unrichtigen Überzeugungen Argumente entgegensetzen, können bei Leistungseinbußen des Gedächtnisses, des Denkens und der Sprache eines Demenzkranken nicht mehr zum Erfolg führen. Einer ungerechtfertigten Beschuldigung sollte der Pflegend nicht mit Verärgerung und einer Verteidigung begegnen. In einer solchen Situation sollte der Patient vielmehr abgelenkt werden und Zuwendung bekommen.

Das Sprachverhalten des Pflegenden sollte sich den Leistungseinbußen des Erkrankten anpassen. Er sollte sich stets klar und einfach ausdrücken, nur eine Anforderung oder einen Wunsch auf einmal äußern.

6. Für sich selbst sorgen

Die Pflege von Patienten mit Demenzerkrankungen ist mit großen körperlichen und seelischen Belastungen verbunden. Diesen können die Pflegenden nur standhalten, wenn sie ihre Möglichkeiten richtig einschätzen, mit ihren Kräften haushalten und wenn sie für sich persönlich für einen Ausgleich sorgen.

Eigene Wünsche sowie das Anerkennen eigener Bedürfnisse sind wesentliche Bestandteile der Eigenfürsorge der Pflegepersonen. Gelassenheit und wohlwollende Distanz zum Patienten sind bessere

Voraussetzungen für den Umgang mit Demenzkranken als die Aufopferung. Die Angehörigen sollten sich über Hilfs- und Pflegemöglichkeiten an ihrem Wohnort informieren und diese nutzen, um sich zumindest für einige Stunden von der Sorge zu entlasten.

Informationen über wohnortnahe Hilfsangebote in Ihrer Stadt oder Gemeinde können Sie über Ihr zuständiges Sozial- oder Gesundheitsamt erfragen.

Angehörigen-Selbsthilfegruppen stellen über den Kontakt mit anderen Betroffenen eine wirksame Hilfe dar, um das Gefühl der Verlassenheit zu überwinden. Daneben liefert der Erfahrungsaustausch eine Fülle von Anregungen für die tägliche Pflegearbeit.

Wenn die Heimunterbringung unausweichlich ist

Selbst bei einer gut organisierten häuslichen Pflege wird nicht selten früher oder später die Betreuung des Demenzkranken in einem Pflegeheim notwendig werden. Da gut geführte Pflegeheime meistens eine lange Warteliste haben, sollte man schon frühzeitig, bereits zu Beginn der Erkrankung mit der Auswahl eines passenden Heimes beginnen und den Kranken dort für eine spätere Aufnahme anmelden.

Für die Beurteilung von Hilfseinrichtungen für Demenzkranke gibt es Arbeitsblätter, die Ihnen bei der Auswahl eines Heimes Hilfestellung leisten können, zum Beispiel das Arbeitsblatt der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. von Günther-Fritz Häberle und Monika Müllers-Stein „Zur Eignung stationärer Pflegeeinrichtungen für Demenzkranke. Ein Leitfaden für Angehörige“.

**ein Pflegeheim
frühzeitig auswählen**

Wo gibt es weitere Informationen?

Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., der Bundesverband der verschiedenen Alzheimer Landesverbände sowie regionaler und örtlicher Gruppen, hat sich zum Ziel gesetzt, den betroffenen Patienten, ihren Angehörigen und sonstigen Interessierten Informationen zur Alzheimer-Krankheit zur Verfügung zu stellen.

Die Alzheimer Gesellschaft gibt unter anderem Broschüren heraus, die sich ausführlich mit folgenden Problemfeldern beschäftigen:

- Recht und Finanzen,
- Pflegeversicherung und
- stationäre Versorgung.

Sie vermittelt für Angehörige auch Kontakte zu Selbsthilfegruppen und Betreuungseinrichtungen.

Anfragen können gerichtet werden an die:

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.
Kantstraße 152
10623 Berlin

Eine Informationsbroschüre zur Betreuung von Demenzpatienten mit dem Titel

Mit neuem Mut Demenzkranke betreuen
Ein Leitfaden für Angehörige und Pflegenden

kann (für DM 1,-- Schutzgebühr und DM 3,-- Porto in Form von Briefmarken) bestellt werden bei:

Kuratorium der Hirnliga
Postfach 11 32
51581 Nümbrecht