

GERIATRIE aktuell

aus dem Landesverband Hessen - Thüringen

Ausgabe 13 – April 2014

Herausgeber:

**Landesverband Geriatrie Hessen – Thüringen
des Bundesverbandes Geriatrie e.V.**

Vorstand: Prof. Dr. W. Vogel,
Dr. B. Braun, Dr. W. Knauf



Sehr geehrte Damen und Herren,
sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

wir freuen uns, Ihnen heute einen Newsletter Geriatrie aktuell vorlegen zu können, der das Thema „Demenz“ aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchtet:

aus der Sicht des Neurologen und Geriaters, aus der Sicht der Klinischen Neuropsychologie und aus der Sicht der Pflege.

Ganz herzlichen Dank dem Team der Geriatrie Seligenstadt für die Erstellung der Beiträge!

Wir wünschen Ihnen allen viel Freude beim Lesen

Der Vorstand des Landesverbandes Geriatrie
Hessen-Thüringen

Demenz – aus der Sicht des Neurologen

Christian Seifried, Facharzt für Neurologie, Geriatrie
Asklepios Klinik Seligenstadt

Definition der Demenz gemäß ICD-10

Demenz (ICD-10-Code: F00-F03) ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache, Sprechen und Urteilsvermögen im Sinne der Fähigkeit zur Entscheidung. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Für die Diagnose einer Demenz müssen die Symptome nach ICD über mindestens 6 Monate bestanden haben. Die Sinne (Sinnesorgane, Wahrnehmung) funktionieren im für die Person üblichen Rahmen. Gewöhnlich begleiten Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation die kognitiven Beeinträchtigungen; gelegentlich treten diese Syndrome auch eher auf. Sie kommen bei Alzheimer-Krankheit, Gefäßerkrankungen des Gehirns und anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn und die Neuronen betreffen.

Demenzätiologien

Demenzen werden anhand der klinischen Symptomatik im ICD-10 ätiologisch zugeordnet:

- Demenz bei Alzheimer-Krankheit
- Vaskuläre Demenz
- Gemischte Demenz
- Frontotemporale Demenz
- Demenz bei Morbus Parkinson
- Lewy-Körperchen-Demenz

Demenz bei Alzheimer-Krankheit

Die Alzheimer-Krankheit ist eine neurodegenerative Erkrankung mit einer zunehmenden Verschlechterung der kognitiven Leistungsfähigkeit, die in der Regel mit einer Abnahme der täglichen Aktivitäten, mit Verhaltensauffälligkeiten und neuropsychologischen Symptomen. Sie tritt am häufigsten bei Personen über dem 65. Lebensjahr. Mit ca. 60% macht sie den größten Anteil der Demenzerkrankungen aus.

Bereits viele Jahre vor ersten klinischen Symptomen bilden sich im Charakteristisch für die Erkrankung ist die Ausbildung von Plaques (aus fehlerhaft gefalteten Beta-Amyloid-(A β -)Peptiden) im Gehirn der Betroffenen. Diese Plaques lassen sich histologisch bereits Jahre zuvor im Hirnparenchym nachweisen (liquordiagnostisch ggf. Nachweis von Abbauprodukten: β -Amyloid). Neben Plaques sind Neurofibrillen, die sich in den Neuronen ablagern, pathognomonisch für die Erkrankung.

Tauopathie: fehlerhafte Tau-Proteine lagern aus dem Zellkörper heraus an die Axone an, was deren Funktion zunehmend einschränkt.

Auszug aus den Diagnosekriterien gemäß NINCDS-ADRA

(National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke / Alzheimer's Disease and Related Disorders Association)

I. Wahrscheinliche Alzheimer-Demenz

- Nachweis einer Demenz in einer klinischen Untersuchung unter Einbeziehung neuropsychologischer Testverfahren
- Defizite in mindestens zwei kognitiven Bereichen
- Progrediente Störungen des Gedächtnisses und anderer kognitiver Funktionen
- Keine Bewusstseinsstörungen
- Beginn zwischen dem 40. und 90. Lebensjahr, meistens nach dem 65. Lebensjahr
- Kein Hinweis für andere ursächliche System- oder Hirnerkrankungen

II. Unterstützende Befunde für die Diagnose einer wahrscheinlichen Alzheimer-Demenz

- Zunehmende Verschlechterung spezifischer kognitiver Funktionen, wie z.B. der Sprache (Aphasie), der Motorik (Apraxie) oder der Wahrnehmung (Agnosie)
- Beeinträchtigung von Alltagsaktivitäten und Auftreten von Verhaltensänderungen
- Familienanamnese ähnlicher Erkrankungen (insbesondere, wenn neuropathologisch gesichert)

Ergebnisse von Zusatzuntersuchungen:

- Hinweise auf eine - in Verlaufskontrollen zunehmende - zerebrale Atrophie in bildgebenden Verfahren
- Normalbefund bzw. unspezifische Veränderungen im EEG
- Unauffälliger Liquorbefund (bei Standardprozeduren), jedoch unterstützend Nachweis von Tau-Protein, phospho-Tau, β -Amyloid A β 1-42, Amyloid-Quotient.

Vaskuläre Demenz

Der Begriff der vaskulären Demenz bezeichnet eine Demenz als Folge von vaskulär bedingter Schädigung des Gehirns. Unter diesem Begriff werden makro- wie mikrovaskuläre Erkrankungen zusammengefasst. In der ICD-10 werden folgende Definitionen und Unterteilungen vorgenommen:

- F01.- vaskuläre Demenz: eher chronische Entwicklung bei vaskulärer Encephalopathie
- F01.0 vaskuläre Demenz mit akutem Beginn: schneller Beginn infolge mehrere oder einer großen Ischämie
- F01.1: Multiinfarkt-Demenz: allmählicher Beginn infolge kleinerer Infarzierungen
- F01.2: subkortikale vaskuläre Demenz (mikroangiopathisch)
+ weitere Unterformen

Diagnosekriterien gemäß NINDS-AIREN

(National Institute of Neurological Disorders and Stroke/ Association Internationale pour la Recherche et l'Enseignement en Neurosciences)

I. Demenz:

Kognitive Verschlechterung manifestiert durch Gedächtnisstörung und mindestens zwei der folgenden Fähigkeiten:

- Orientierung, Aufmerksamkeit, Sprache, visuell-räumliche Fähigkeiten, Urteilsvermögen, Handlungsfähigkeit, Abstraktionsfähigkeit, motorische Kontrolle, Praxie
- Alltagsaktivitäten müssen gestört sein

II. Zerebrovaskuläre Erkrankung:

- Zentrale fokale-neurologische Zeichen mit und ohne anamnestischem Schlaganfall und Zeichen einer relevanten zerebrovaskulären Erkrankung im CT/MR
- Als relevant eingestufte zerebrovaskuläre Läsionen im radiologischen Befund
- Schlaganfälle Großgefäßterritorien/ Kleingefäßerkrankungen
- Ausmaß: Großgefäßläsionen in der dominanten Hemisphäre/ Beidseitige hemisphärische Großgefäßläsionen
- Leukoenzephalopathie => 25% des Marklagers

III. Eine Verknüpfung von I. und II. definiert durch mindestens eine der folgenden Bedingungen:

- Beginn der Demenz innerhalb von drei Monaten nach einem Schlaganfall/ Abrupte Verschlechterung kognitiver Funktionen
- Fluktuierende oder stufenweise Progression der kognitiven Defizite

Gemischte Demenz

Die gemischte Demenz i.S. des Vorliegens von neurodegenerativer (Alzheimer-Krankheit) und vaskulärer Schädigung als gemeinsame Ursache der Demenz ist in der ICD-10 wie folgt kodiert:

F00.2 Demenz bei Alzheimer-Krankheit, gemischte Form

Etablierte wissenschaftliche Kriterien für die gemischte Demenz existieren nicht.

Frontotemporale Demenz (Pick-Krankheit)

Eine progrediente Demenz mit Beginn im mittleren Lebensalter, charakterisiert durch frühe, langsam fortschreitende Persönlichkeitsänderung und Verlust sozialer Fähigkeiten. Die Krankheit ist gefolgt von Beeinträchtigungen von Intellekt, Gedächtnis und Sprachfunktionen mit Apathie, Euphorie und gelegentlich auch extrapyramidalen Phänomenen.

Es existieren drei klinisch definierte Prägnanztypen (Übergang ineinander oder Mischformen):

1. Frontale/ frontotemporale Verlaufsform mit führender Wesensänderung (Haupttyp)
2. Primär progressive Aphasie (führende nicht-flüssige Aphasie)
3. Semantische Demenz (führende flüssige, semantische Aphasie)

Auszug aus den Konsensuskriterien der frontotemporalen Demenz:

Frontale/ frontotemporale Verlaufsform:

I. Grundlegende klinische Merkmale (alle zu erfüllen)

- Schleichender Beginn und allmähliche Progredienz
- Früh auftretendes Defizit im zwischenmenschlichen Sozialkontakt
- Früh auftretende Verhaltensauffälligkeit
- Früh auftretende emotionale Indifferenz
- Früh auftretender Verlust der Krankheitseinsicht

Demenz bei Morbus Parkinson

Demenz bei primärem Parkinson-Syndrom (G20.-+):

Eine Demenz, die sich im Verlauf einer Parkinson-Krankheit entwickelt. Bisher konnten allerdings noch keine charakteristischen klinischen Merkmale beschrieben werden.

Kernmerkmale gemäß der klinisch-diagnostischen Konsensuskriterien der Parkinson-Disease-Demenz (PDD) sind:

- Diagnose eines Morbus Parkinson
- Ein demenzielles Syndrom mit schleichendem Beginn und langsamer Progression, welches sich bei bestehender Diagnose eines Parkinson-Syndroms entwickelt und sich basierend auf Anamnese, der klinischen und psychischen Untersuchung wie folgt darstellt:
 - Einschränkungen in mehr als einer kognitiven Domäne
 - Abnahme der Kognition im Vergleich zum prämorbidem Niveau
 - Die Defizite sind ausgeprägt genug, um zu Einschränkungen im täglichen Leben (sozial, beruflich oder in der eigenen Versorgung) zu führen, unabhängig von Einschränkungen, die motorischen oder autonomen Symptomen zuzuordnen sind

Lewy-Körperchen-Demenz (Lewy-Body-Demenz)

Bei Lewy-Körperchen handelt es sich um eosinophile Einschlüsse im Zytoplasma von Nervenzellen (Neuronen) in der Großhirnrinde und im Hirnstamm. Diese Einschlüsse sind anomale Aggregate von Protein, die die Bildung des Botenstoffs (Neurotransmitter) Dopamin verringern, wodurch es unter anderem zu den typischen Parkinson-Symptomen kommt.

Das zentrale Merkmal der LKD ist eine Demenz, die mit Funktionseinschränkungen im Alltag einhergeht. Die Gedächtnisfunktion ist beim Erkrankungsbeginn relativ gut erhalten. Aufmerksamkeitsstörungen, Beeinträchtigungen der exekutiven und visuoperzeptiven Funktionen sind häufig.

Kernmerkmale sind:

- Fluktuation der Kognition, insbesondere der Aufmerksamkeit und Wachheit
- Wiederkehrende ausgestaltete visuelle Halluzinationen
- Parkinson-Symptome

Stark hinweisende Merkmale sind:

- Verhaltensstörungen im REM-Schlaf (Schreien, Sprechen, motorisches Ausleben von Träumen)
- Ausgeprägte Neuroleptikaüberempfindlichkeit
- Verminderte dopaminerge Aktivität in den Basalganglien, dargestellt mit SPECT oder PET

Diagnostik bei Demenzen

An erster Stelle steht die Anamnese. Diese sollte folgende Bereiche umfassen:

- Symptomentwicklung in den Bereichen Kognition, Verhalten und Alltagsfunktionen mit zeitlicher Dynamik
- Vegetative Anamnese
- Vorbestehende somatische und psychische Krankheiten
- Medikamentenanamnese (insbesondere Medikamente mit kognitiv beeinträchtigenden Nebenwirkungen)
- Familienanamnese
- Sozialanamnese

Des Weiteren die körperliche und psychopathologische Untersuchung: Eine Vielzahl von neurologischen und internistischen Erkrankungen können zum Syndrom einer Demenz führen. Augenmerk auf kardiovaskuläre, metabolische und endokrinologische Erkrankungen.

Neurologische Untersuchung:

Feststellung von Symptomen, die auf Krankheiten hinweisen, die als primäre Ursache der Demenz gelten (z.B. Parkinson-Symptomatik bei M. Parkinson und Lewy-Körperchen-Demenz; Hinweise für zerebrale Ischämien bei vaskulärer Demenz). Darüber hinaus ist die neurologische Untersuchung erforderlich, um Demenzursachen zu erkennen, die nicht primär neurodegenerativ oder vaskulär bedingt sind (z.B. Normaldruckhydrozephalus).

Psychopathologischer Befund:

Hinweise auf Differentialdiagnosen → Depression, Delir, Negativsymptomatik bei Schizophrenie, schizophreses Residuum, Abhängigkeitserkrankungen.

Kurztests zum Einschätzen der Kognition: z.B. MMST, DemTect, Uhrentest

Serologische und biochemische Diagnostik im Blut

Basisdiagnostik:

Blutbild, Elektrolyte (Na, K, Ca), Nüchtern-Blutzucker, TSH, Blutsenkung oder CRP, GOT, Gamma-GT, Kreatinin, Harnstoff, Vitamin B12.

weitergehende Laboruntersuchungen:

Differenzial-Blutbild, BGA, Phosphat, HBA1c, Homocystein, fT3, fT4, SD-Antikörper, Kortisol, Parathormon, Coeruloplasmin, Vitamin B6, Borrelien-Serologie, Pb, Hg, Cu, Lues-Serologie, HIV-Serologie, Drogenscreening, Urinteststreifen, Folsäure.

Liquordiagnostik:

Hinweise für infektiöse, entzündliche Genese; Neurodegenerationsmarker: beta-Amyloid 1-42, Gesamt-Tau, phospo-Tau

Beispielhafte mögliche Ursachen eines Demenzsyndroms

1. Endokrinopathien: Hypothyreose, Hyperthyreose, Hypoparathyreoidismus, Hyperparathyreoidismus
2. Vitaminmangelkrankheiten: B12-Mangel, Folsäuremangel, B1-Mangel, B6-Mangel
3. Metabolische Enzephalopathien: chronisch hypoxische Zustände, chronische Lebererkrankungen (M. Wilson, Hämochromatose, Leberzirrhose), chronische Nierenerkrankungen (Dialyse-Enzephalopathie)
4. Intoxikationen: Industriegifte (z.B. Kohlenmonoxid, Quecksilber, Blei, Perchlorethylen), Medikamente (z.B. Kardiaka, Antihypertensiva, Psychopharmaka), Alkoholabhängigkeit

5. Elektrolytstörungen: Hyponatriämie (z.B. diuretische Behandlung), Hypernatriämie
6. Hämatologisch bedingte Störungen: Polyzythämie, Hyperlipidämie, multiples Myelom, Anämie
7. Chronische Infektionskrankheiten: bakteriell: M. Whipple, Neurosyphilis, Neuroborreliose; viral: Zytomegalie, HIV-Enzephalitis, progressive multifokale Leukoenzephalitis
8. Spätformen der Leukodystrophien, z.B. Zeroidlipofuszinose

Bildgebung

Bei bestehendem Demenzsyndrom soll eine konventionelle cCT oder cMRT zur Differenzialdiagnostik durchgeführt werden.

- Differenzierung von vaskulären oder regressiven Veränderungen
- Nuklearmedizinische Verfahren:
 - FDG-PET (cerebraler Glukosemetabolismus)
 - HMPAO-SPECT (Perfusion)
 - FD-CIT-SPECT (DAT-Scan) Funktion des Dopamin-Transporter Proteins im Striatum zur Abgrenzung eines Parkinson-Syndroms (z. B. Lewy-Body/ Morbus Parkinson) zu anderen Demenzätiologien



EEG

Ein EEG ist bei bestimmten Verdachtsdiagnosen indiziert (Anfallsleiden, Delir, Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung). Das EEG kann zur Abgrenzung von neurodegenerativen und nicht-neurodegenerativen Erkrankungen beitragen, ist jedoch zur Differenzialdiagnose von neurodegenerativen Demenzerkrankungen von geringem Wert. Ein regelhafter Einsatz in der ätiologischen Zuordnung von Demenzerkrankungen wird nicht empfohlen.

Duplexsonografie der hirnversorgenden Gefäße

Bei eher vaskulärer Genese oder als Hinweis darauf

Genetische Diagnostik

< 5% der Alzheimer Fälle als Familiäre Alzheimer Demenz (FAD), 5-10% frontotemporale Demenz genetisch prädisponiert →

Diagnostik und Beratung bei positiver Familienanamnese und frühem Beginn der Symptome

Medikamentöse Therapie

• Leichte bis moderate Alzheimer Demenz (MMST 10-26 Punkte)

Acetylcholinesteraseinhibitoren:

Rivastigmin (Exelon + Generika), Donepezil (Arizept + Generika), Galantamin (Reminyl + Generika) → Tagestherapiekosten ca. 4€ ~ 1500€/ Jahr

In Studien keine überzeugenden Ergebnisse bezüglich Wirksamkeit, jedoch leichte Vorteile gegenüber Placebo. Es konnte eine Wirksamkeit in Hinsicht auf die Fähigkeit zur Verrichtung von Alltagsaktivitäten, auf die Besserung kognitiver Funktionen und auf den ärztlichen Gesamteindruck bei der leichten bis mittelschweren Alzheimer-Demenz nachgewiesen werden. → in Leitlinie zur Behandlung empfohlen.

Sehr häufige ($\geq 10\%$) Nebenwirkungen dieser Substanzen sind bei im Allgemeinen guter Verträglichkeit das Auftreten von Erbrechen, Übelkeit, Schwindel, Appetitlosigkeit, Diarrhoe und Kopfschmerzen. Diese Nebenwirkungen sind oft vorübergehend und durch eine langsamere Aufdosierung oder Einnahme der Medikation zum Essen ggf. zu vermeiden.

- **Schwere bis moderate Alzheimer Demenz (MMST 0-20 Punkte)**
Der nichtkompetitive NMDA-Antagonist Memantin (Axura, Ebixa+Generika) ist in Deutschland zur Behandlung der moderaten bis schweren Alzheimer-Demenz zugelassen. Eine Zulassung für die leichte Demenz besteht für Memantin nicht. Häufige Nebenwirkungen ($\geq 1- < 10\%$) sind Schwindel, Kopfschmerz, Obstipation, erhöhter Blutdruck und Schläfrigkeit, die passager sein können.

Ginko biloba Präparate: Wirksamkeit konnte nicht nachgewiesen werden!

- **Vaskuläre Demenz**
In erster Linie Behandlung der Risikofaktoren (Hypertonie, Diabetes). Anhaltspunkte für die Wirksamkeit von Acetylcholinesteraseinhibitoren bestehen \rightarrow Behandlung in Einzelfällen empfohlen, Off-Label-use!
- **Gemischte Demenz:**
Es ist gerechtfertigt gemäß Alzheimer Demenz zu behandeln
- **Frontotemporale Demenz:**
Keine überzeugende Evidenz für medikamentöse Therapie
- **Demenz bei M. Parkinson:**
Zulassung vorhanden für Rivastigmin Kapseln (nicht für Pflaster)
- **Lewy-Körperchen-Demenz:**
Hinweise zur Wirksamkeit von Rivastigmin auf Verhaltenssymptome, Off Label-use!

Medikamentöse Therapie von Begleitsymptomen

Benzodiazepine sind beim geriatrischen Patienten wegen negativer Auswirkungen auf Kognition, Sturzgefahr, paradoxer Reaktionen und Abhängigkeitspotential eher problematisch zu sehen.

Depression:

Eher modernere Präparate (z. B. SSRI, Mirtazapin) mit weniger anticholinergen Nebenwirkungen

Agitation/Aggressivität:

Eher atypische Antipsychotika (Wirksamkeit v.a. für Risperidon und Ariprazol nachgewiesen). Zulassung nur für Risperidon (Risperdal); (Cave: Zunahme vaskulärer Ereignisse) auch Behandlungsversuch mit Citalopram kann gerechtfertigt sein.

Delir:

Antipsychotika mit geringem anticholinergem Nebenwirkungsprofil

Halluzinationen:

Zulassung nur für Risperidon; Haloperidol wirksam, jedoch häufig EPMS

Parkinson/ Lewy Body:

Nur atypische Neuroleptika! Clozapin (Leponex) (Verordnung war lange Zeit an besondere Auflagen gebunden), schlechtere Evidenz für Quetiapin (Seroquel) oder Olanzapin (Zyprexa)

Kognitive Profile einzelner Demenzarten

Dipl.-Psych. Kristin Bettenworth, Klinische Neuropsychologin (GNP)
Asklepios Klinik Seligenstadt

Im Rahmen der neuropsychologischen Diagnostik stehen Screening-Verfahren und Testbatterien zur Verfügung:

Screening-Verfahren:

- Mini Mental Status Test
- DemTect
- Uhrentest
- SIDAM (Strukturiertes Interview für die Diagnose einer Demenz vom Alzheimer-Typ, der Vaskulären Demenz und Demenzen anderen Ätiologien nach ICD-10)
- ADAS (Alzheimer's Disease Assessment Scale)
- SKT (Syndrom Kurztest)

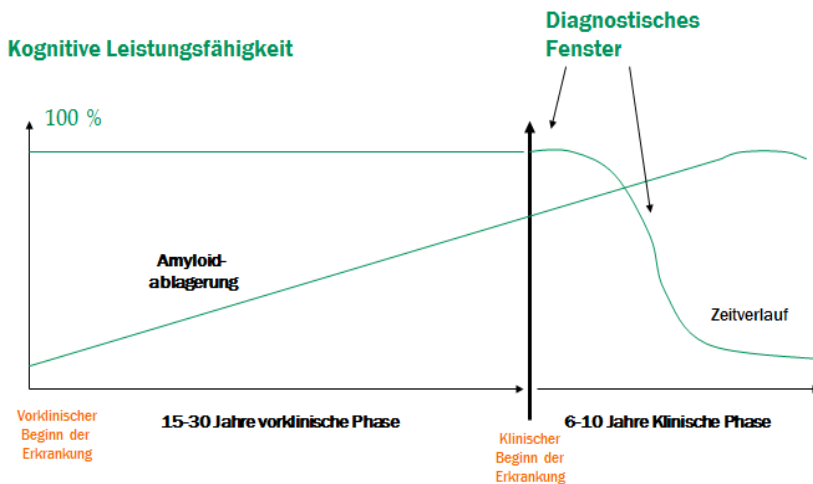
Testbatterien:

- CERAD (Consortium to Establish a Registry of Alzheimer's Disease)
- NAI (Nürnberger Altersinventar)

Aufgrund des **anatomischen Befallsmusters** der einzelnen Demenzerkrankungen können im Frühstadium bestimmte **kognitive Muster** erkennbar sein.

Alzheimer Demenz

Verlauf der Alzheimer-Erkrankung



Frühstadium:

- Kernsymptom: Störung des deklarativen (expliziten) Gedächtnisses: niedrige Lernkurve, freier Abruf beeinträchtigt
- Zeichnen nach Aufforderung gestört
- Komplexere Aufmerksamkeitsleistungen beeinträchtigt

Weiterer Verlauf:

- Störungen des lexikalisch-semantischen Sprachbereichs

Lewy-Körperchen-Demenz

Die Diagnose im Frühstadium ist schwierig

Frühstadium:

- Gedächtnisstörung (verzögerter freier Abruf von verbalen Gedächtnisinhalten besser als bei Alzheimer Patienten)
- visuell-konstruktive Defizite
- Aufmerksamkeits- und Exekutivfunktionen beeinträchtigt

Weiterer Verlauf:

globale kognitive Einschränkung

Frontotemporale Demenz (Morbus Pick)

Frühstadium:

- psychopathologische Symptome
- Fehlende Krankheitseinsicht
- Aufmerksamkeitsdefizite, Ablenkbarkeit
- Störung der Handlungsplanung, schlechtes Abstraktionsvermögen
- Schwierigkeiten beim Wechsel von Lösungsstrategien
- Sprache: geringe Sprachproduktion

Weiterer Verlauf:

- Echolalien, Perseverationen in Screeningverfahren kaum zu erfassen

Subkortikale vaskuläre Demenz

Heterogene Gruppe, häufig Mischformen aus Alzheimer Demenz und vaskulärer Demenz

Untergruppe der subkortikalen vaskulären Demenz mit relativ homogenem Befallsmuster:

- bessere Leistungen im freien verzögerten Abruf von Gedächtnisinhalten
- deutlich bessere Wiedererkennensleistungen
- bessere visuell-konstruktive Leistungen
- exekutive Funktionen mehr betroffen

Differentialdiagnostik Demenz versus Depression

Depression

Bei bis zu 63% der Patienten mit Alzheimer Demenz tritt zumindest ein klinisches Zeichen der Depression auf. Zudem besteht bei depressiven Patienten ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Alzheimer Demenz.

Die klinische Abgrenzung zwischen Demenz und Depression kann schwierig sein.

Differentialdiagnose Depression/ Demenz:

Als Hinweis, dass eher eine Depression als eine Demenz vorliegt, kann man einen zeitlich abgrenzbaren Beginn der Symptome werten, sowie häufige Selbstzweifel, Klagen über kognitive Einbußen, eine Aggravationstendenz, eine unbeeinträchtigte Auffassungsfähigkeit, eine Denkhemmung, eine gute Alltagsbewältigung, häufiges frühmorgendliches Erwachen, Tagesschwankungen im Affekt, sowie leicht beeinträchtigte Gedächtnisleistungen, die nach Behandlung der Depression besser werden.

Hingegen dürfte eher eine Demenz vorliegen, wenn der Beginn als schleichend beschrieben wird, keine Selbstzweifel und keine Klagen über kognitive Einbußen geäußert werden, wenn eine Bagatellisierungstendenz zu beobachten ist, eine Auffassungsstörung vorliegt, die Denkabläufe umständlich oder weitschweifig wirken, die Alltagsbewältigung schlecht gelingt und der Schlaf-Wachrhythmus gestört ist. Bei der Demenz ist oft eine Affektlabilität, Affektarmut und Ratlosigkeit zu erkennen.

Professionelle Pflege bei Demenz

Wahrnehmungsstörung wahrnehmen können

Katharina Rommel

Exam. Altenpflegerin, Praxisanleiterin, Pflegeexpertin Klinische Geriatrie
Asklepios Klinik Seligenstadt

Demenz und Delir unterscheiden können

Pflegerisch relevante Definition Demenz:

Defizit in kognitiver, emotionalen und sozialen Fähigkeiten, welches zu Beeinträchtigung sozialer Funktionen führt . Besonders betroffen sind das Kurzzeitgedächtnis, Denkvermögen, Sprache, Motorik und Persönlichkeitsstruktur. Prozess meist schleichend. Symptome bestehen mindestens 6 Monate!

Pflegerisch relevante Definition Delir:

Plötzlich auftretende Beeinträchtigung durch die oben genannten Symptome und deutliche Verschlechterung gegenüber des früheren Leistungsniveau.

Typische Störungen :

- > Aphasie: Störung der Sprache
- > Apraxie: beeinträchtigt die Fähigkeit, motorische Aktivitäten auszuführen
- > Agnosie: Unfähigkeit, Gegenstände zu erkennen oder sinnvoll einzusetzen
- > Dysexekutives Syndrom: Störung der Handlungsplanung

Probleme im stationären Alltag bei Wahrnehmungsstörungen

- > verschobener Tag-Nacht-Rhythmus:
tagsüber schläft der Betroffene viel, ist kaum zu Alltagsaktivitäten motivierbar, nachts ist er motorisch unruhig

-> Weg- bzw. Hinlauftendenz:

durch örtliche und situative Desorientierung kommt der Betroffene mit der ihm fremden Situation nicht zurecht, möchte nach Hause, verläuft sich in fremde Zimmer oder verlässt das Klinikgelände, Gefahr der Eigen- und Fremdgefährdung

-> Verlust der eigenen Hemmschwelle:

entkleidet über die Station laufen, in Zimmer urinieren, fremde Menschen als Partner ansehen und Intimsphäre nicht wahren können, angewohnte Wortwahl

-> Verkennen der aktuellen Situation bzw. Überforderung:

Ruhigstellung nach Operationen können nicht umgesetzt werden, Patienten stehen trotz hoher Sturzgefahr alleine auf, wollen alleine zur Toilette obwohl Stand- und Gangbild unsicher sind

-> Wahnvorstellungen:

Stimmen werden gehört, fremde Menschen im Zimmer oder vor dem Fenster gesehen, es werden auch aggressive Handlungen oder Diebstähle durch nicht vorhandene Personen unterstellt, oftmals Vergiftungswahn und damit verbundene Ablehnung von Medikamenteneinnahme

-> Abwehrverhalten bei pflegerischen Handlungen:

Patienten können den eigenen Hilfsbedarf nicht einschätzen, wehren bei Körperpflege ab, lehnen Wechsel des Inkontinenzmaterials ab

-> Malnutrition und Exsikkose:

Durch Verlust des Hungergefühls oder der Fähigkeit Mahlzeiten selbst vorzurichten oder zu sich zu nehmen, genauso Getränke bereitzustellen, ist der Patient nicht in der Lage für sich selbst ausreichend zu sorgen. Essen und Trinken muss durch Pflegekraft angereicht werden.



Methoden im Umgang mit Wahrnehmungsgestörten

- > Validation (Biographiearbeit)
- > basale Stimulation (Kinästhetik, Aktivitas, Aromapflege)
- > Milieugestaltung

Validation:

- Naomie Feil:
 - *1935 in München, US-amerikanische Gerontologin und Schauspielerin
 - 1963-1980 Entwicklung der Validation:
 - „Alte, desorientierte Menschen streben danach, unerledigte Aufgaben noch aufzuarbeiten“
 - Nicole Richard:
 - Weiterentwicklung zur Integrativen Validation:
 - „Das aktuelle Sein und die aktuellen Befindlichkeiten/ Wahrnehmungen werden akzeptiert und begleitet“
- > Die Lebensumstände des desorientierten Menschen werden akzeptiert
 - > Die Ursache von Gefühlen wird ergründet
 - > Der desorientierte Mensch wird wertgeschätzt
 - > Verwirrte werden nicht korrigiert oder konfrontiert, Gefühle werden nicht ignoriert
 - > Alle Menschen sind einzigartig und müssen als Individuen behandelt werden

- > Es gibt einen Grund für das (auffällige) Verhalten eines Verwirrten
- > Das Verhalten im Alter ist auch das Ergebnis einer Kombination von körperlichen, sozialen und psychischen Veränderungen im Laufe eines Lebens -> Biographiearbeit!
- > Verwirrte Menschen muss man akzeptieren, ohne sie zu beurteilen
- > Menschen kann man nicht zwingen, ihr Verhalten zu ändern
- > Schmerzliche Gefühle, die erkannt werden, können abgeschwächt werden

Validierende Gesprächsführung:

- 1) Gefühle und Antriebe des Gegenüber wahrnehmen
Mögliche Antriebe bzw. Gefühle herausfinden, die den Patienten gerade beschäftigen
- 2) Individuelles Validieren
Persönliches Echo: Gefühle benennen und selbst in kurzen klaren Sätzen wiedergeben
-> Spiegeln: Wiedergeben des Gesagten, Körperhaltung und Mimik aufnehmen
- 3) Allgemeines Validieren
Allgemeines Echo: Gefühle werden verallgemeinert, evtl. Sprichwörter einbringen, Patient fühlt sich verstanden und ernst genommen, Gespräch führt in die selbe Richtung
- 4) Biografisch Validieren
Einbinden in ein Lebensthema. Was hat der Patient erlebt?
Langsam Verbindung zwischen „damals“ und der heutigen Situation herstellen
In diesem Punkt wird die Biografie besonders wichtig: Warum reagiert der Mensch so wie er reagiert? Welche positiven oder negativen Erlebnisse führen zu auffälligem Verhalten? Wie kann ich eine Verschlimmerung vermeiden?

Ungünstiges Verhalten im Umgang mit desorientierten Menschen

Bewerten: „Das darfst du aber nicht denken“, „Denk doch an die vielen Leute, denen es schlechter geht“, „Dabei geben wir uns so viel Mühe“, „Das ist aber undankbar“

Erklären: „Das stimmt nicht“, „Du irrst dich“, „Das kommt dir jetzt nur so vor“, „Jetzt denk doch mal logisch“

Ignorieren/Drohen: „Wenn du so weiterredest, hört dir bald keiner mehr zu“

Basale Stimulation

Die Ziele der basalen Stimulation sind das eigene Leben spüren und Sicherheit und Vertrauen aufbauen zwischen Patient und betreuender Pflegekraft.

Grundlagen:

Der Mensch hat Bewusstsein, solange er lebt; unklare Erlebnisse veranlassen den Menschen, Empfindungen auszuschalten- Todstellreflex oder Abwehrverhalten, über den Körper nehmen wir unsere gesamte Außenwelt wahr.

Gefahr der Habituation:

Ist ein Mensch für längere Zeit den gleichbleibenden Reizen ausgeliefert, wird dieser nicht mehr oder stark verändert wahrgenommen, es entsteht eine undifferenzierte Wahrnehmung. Es kommt zu Missempfindung und Wahrnehmungsstörungen.

Autostimulation:

Erfährt ein Mensch eine erhebliche Einschränkung an sensorischer Stimulation, welche nicht kompensiert wird, kann es zu Autostimulationsmechanismen kommen, die häufig monoton sind und den Patient zum Teil schädigen. Dies ist jedoch ein Hilferuf des Körpers, Informationen über sich selbst zu erhalten

Basale Stimulation im Pflegealltag (kurzer Auszug)

Wahrnehmungsbereich	Umsetzung in der Pflege
Somatisch (Körperoberfläche/ Haut)	Anregende bzw. beruhigende Ganzkörperwaschung, Körperpflege nach Aktivitas-Prinzip, Bobath oder Kinästhetik, Kontrakturenprophylaxe, Atemsimulierende Einreibung
Vestibulär (Gleichgewicht)	sanftes Schaukeln bei Instabilität, Dauerschwindel, Aktivitas-Positionierung
Vibratorisch (Schwingungen)	manuelle Vibration
Olfaktorisch (Geruchssinn)	Aromapflege, Mahlzeiten und Getränke, eigene Waschutensilien/ Parfüm
Gustatorisch (Geschmackssinn)	Benennen der Speisen, auf Vorlieben reagieren, Mahlzeiten „geführt“ anreichen, Mund/ Zahnpflege
Auditiv (Hören)	Musiktherapie, Pflegehandlungen benennen, bei jedem Betreten des Zimmers bemerkbar machen
Visuell (Sehen)	Blickfeld ändern durch Umpositionierung des Patienten und des Bettes, Anreize liefern (Bilder), Patient auf Augenhöhe begegnen, jederzeit Augenkontakt bieten
Taktil-haptisch (Tasten)	Pflegeutensilien erfassen lassen, Wasser ertasten lassen, Haltegriffe anbieten (Stuhllehne)

Ziel der Stimulation
<ul style="list-style-type: none"> • Körperbild fördern • Wohlbefinden und Orientierung ermöglichen • Grenzen und Abgrenzung geben • Atmung unterstützen
<ul style="list-style-type: none"> • Orientierung im Raum und Körper fördern • Wahrnehmung von Beweglichkeit • Förderung des Gleichgewichtes
<ul style="list-style-type: none"> • Vorbereitung vor Bewegung
<ul style="list-style-type: none"> • Fördert Appetit und Geschmacksempfinden • löst positive Erinnerungen aus • Pflegehandlungen werden leichter als solche erkannt
<ul style="list-style-type: none"> • Fördert Appetit, Kau- und Schluckakt • Selbstständigkeit erleben • eigenes Körperempfinden positiv gestalten
<ul style="list-style-type: none"> • Sich an Geräuschen orientieren können • Kontaktaufnahme, Gesellschaft erleben • positive Erinnerungen auslösen
<ul style="list-style-type: none"> • Halluzinationen vorbeugen • Orientierung bieten • Als aktives Mitglied in der Kommunikation wahrgenommen werden
<ul style="list-style-type: none"> • Handlungsmuster reaktivieren • Neugier wecken • Sicherheit vermitteln • Selbstkontrolle vermitteln

Milieugestaltung im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes

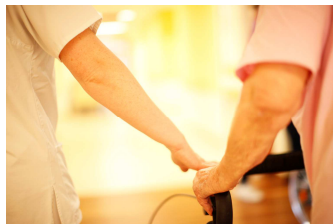
„Es ist nirgends besser als daheim“

(Dorothy- Der Zauberer von Oz)

„Der Demenzkranke kann sich seiner Umgebung nicht anpassen, deshalb muss sich die Umgebung an den altersverwirrten Menschen anpassen“

(Dr. Jan Wojnar)

- Bilder von Familie, Haustieren oder eigene Portraits, besonders aus alten Zeiten, können ein Gefühl der Geborgenheit schaffen.
- Vertraute Bilder an den Zimmertüren, z.B. ein Tier oder eine Blume, bieten Orientierungshilfen, da Bilder leichter erkannt werden können als Zahlen.
- Großer Kalender und jahreszeitliche Dekoration fördern zeitliche Orientierung, ebenso bedingt große Uhren im Zimmer.
- Eigene Kissen, Woldecken, oder bereits Schlafanzug vermitteln Schlafrituale (Hygiene beachten).
- In Gesellschaft isst es sich meist besser, auch das Anrichten der Mahlzeiten oder das Trinken aus farbigen Bechern bzw. farbige Getränke können besser erkannt werden. Fingerfood wird akzeptiert.
- Handgeschriebene Kurzbriefe der Angehörigen, in denen Informationen zum Aufenthalt gegeben werden, lassen den Verwirrten wissen, dass die Familie sich keine Sorgen machen muss.
- Den für den Patienten üblichen Tagesablauf erkennen und versuchen, diesen soweit möglich in den Stationsalltag zu übernehmen



TERMINE

Nächste Sitzung AG Medizin des LV Hessen-Thüringen

- **04. Juli 2014, 15.30 Uhr**
Asklepios Klinik Seligenstadt

Vorankündigung

- **Am 24. bis 27. September 2014** findet der Jahreskongress der DGG und DGGG in der Universität Halle/ Saale statt, Informationen auf der Homepage der DGG.

Veranstaltungen

- **05. Juli 2014**
15. Hessisch-Thüringischer Geriatrietag in Seligenstadt

**„Der ältere Schlaganfallpatient im Fokus der
interdisziplinären und multiprofessionellen Behandlung 2014“**

Weitere Informationen über Asklepios Klinik Seligenstadt,
Sekretariat Geriatrie, Frau Allig Tel. 06182/ 83-8401

Impressum:

Auflage: 1.500 Exemplare

Landesverband Geriatrie Hessen und Thüringen des Bundesverbandes Geriatrie e.V.

V.i.S.i.P: Dr. Beate Manus, Seligenstadt