

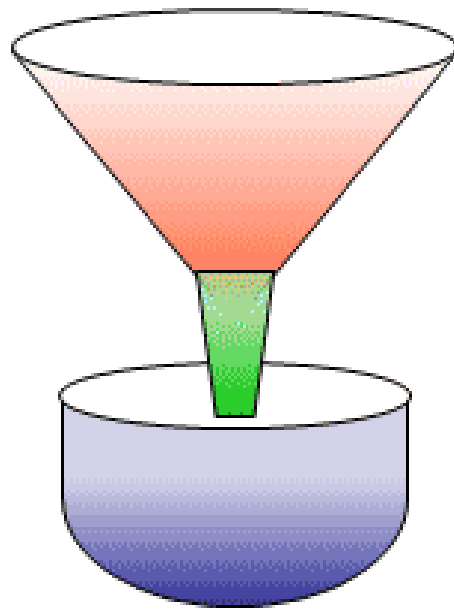
Demenz – Vergesslichkeit im Alter was ist normal und was ist auffällig



**Dr. med. Dipl. oec. med. Björn Johnson & Andrea Kuttenhofer
HELIOS Amper Klinik Indersdorf**

Gedächtnis

- Es gibt nicht EIN Gedächtnis, sondern verschiedene Gedächtnisfunktionen



Ultrakurzzeit-Gedächtnis:
Info auffangen

Kurzzeit-Gedächtnis:
Info verankern

Langzeit-Gedächtnis:
Info abrufen

Häufige Gedächtnisprobleme (im Alter)

- Wie heißt noch gleich der neue Nachbar?
- Jetzt hab ich vergessen, Zahnpasta zu kaufen
- Wann war noch gleich der Arzttermin?
- Jetzt steh ich im Keller und weiß nicht mehr, was ich holen wollte
- Hab ich den Zucker schon in den Kuchenteig getan, oder nicht?



Vergesslichkeit im Alter



Was lässt nach?

- Menge aufnehmbarer Information
- Informationsverarbeitungs-geschwindigkeit (ca. 50 % langsamer als im Jugendalter)
- Abruf-Funktionen
- Geistige Flexibilität

Unterschiede zwischen normalem Altern und Demenz



	normales Altern	Demenz
Vergessen	gelegentlich	häufig
Wiederfinden von Verlegtem	meist rasch, an den üblichen Orten	selten, an unüblichen Orten
Vergessene Inhalte	Einzelheiten	ganze Erlebnisse und Begebenheiten
Wiedererinnern	häufig	selten
Merkhilfen	nutzbar	zunehmend nutzlos

Demographische Daten

- Aktuell ca. 1,1 Mio. Demenzkranke in Deutschland
- Bis 2050 wird sich diese Zahl verdoppeln
- Jeder Dritte über 90 Jahren leidet an einer Demenz

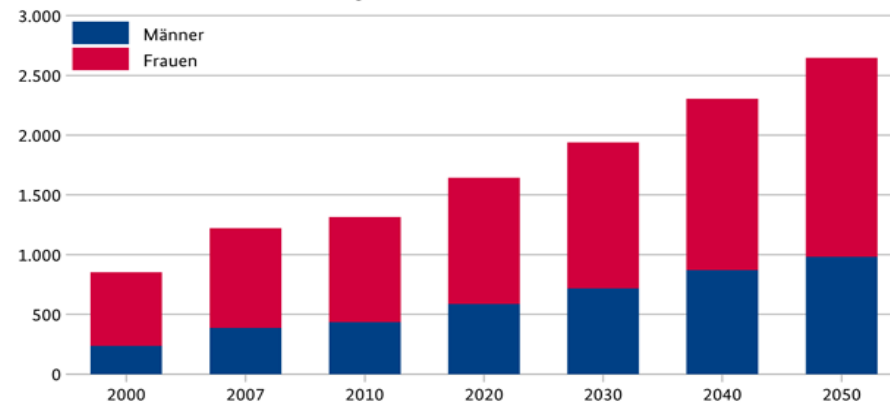
→ Thema der Zukunft!

→ Herausforderung für

Pflegekräfte!

Demenz in der Altersgruppe der 65-Jährigen und Älteren in Deutschland, 2000-2050*

Anzahl Demenzkranker unter den 65-Jährigen und Älteren in 1.000

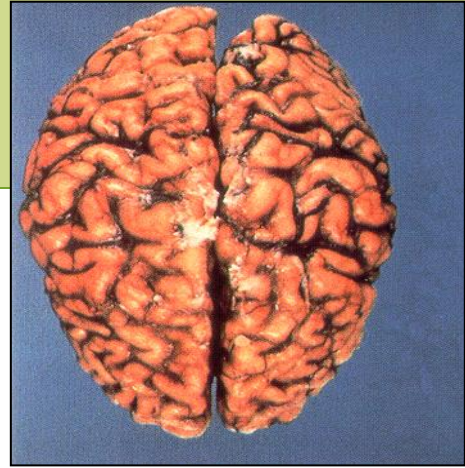


* 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung

Datenquelle: AOK-Leistungsdaten 2007; Statistisches Bundesamt; Berechnung: BiB

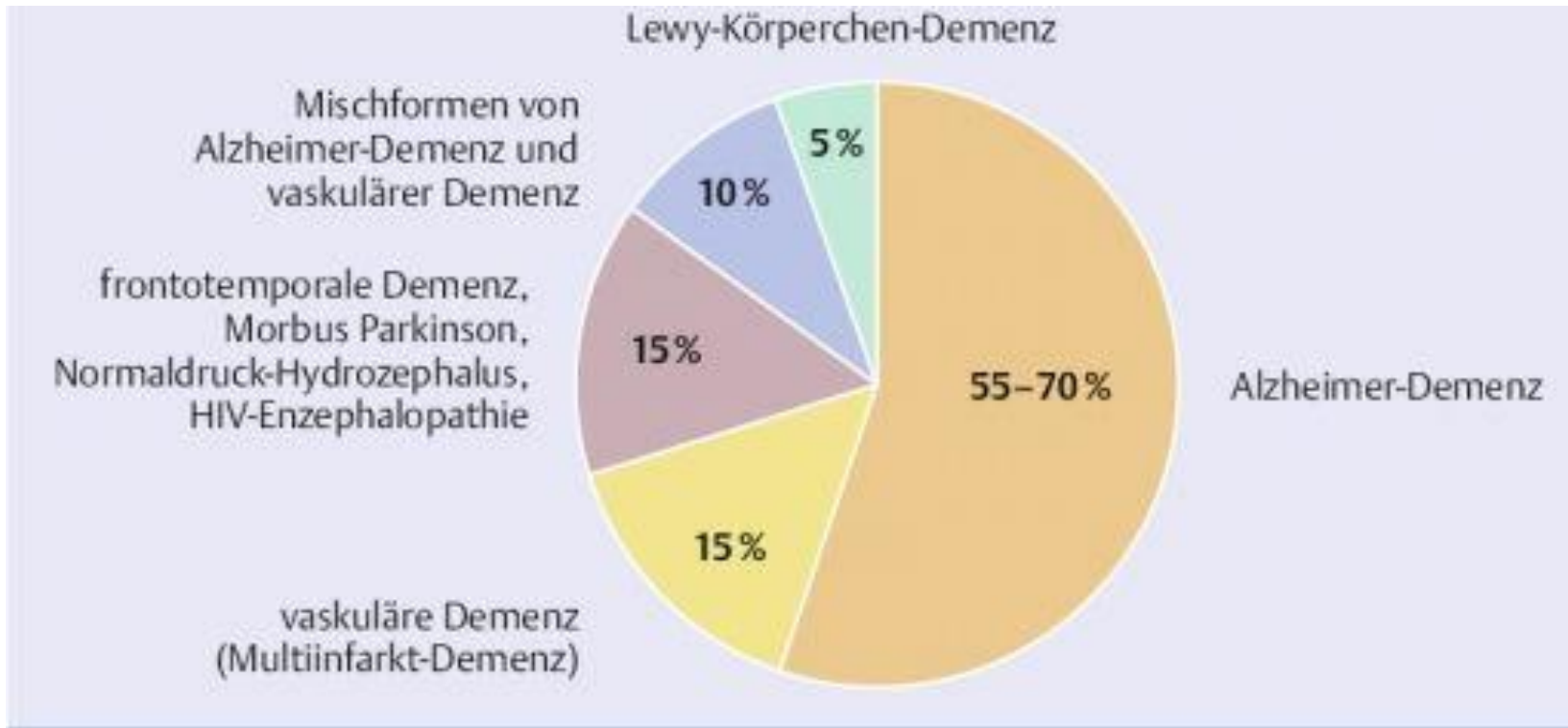
© BiB 2012

Definition



- fortschreitende Erkrankung des Gehirns
- kontinuierliches Absterben von Nervenzellen
- Störungen des Gedächtnisses, des Denkvermögens, der Sprache, der Orientierung
- u.U. Veränderungen in Sozialverhalten und Persönlichkeit
- Störung der Bewältigung alltäglicher Handlungen
- Zeitkriterium: mindestens seit 6 Monaten bestehend

Demenzformen



aus: Möller HJ, Laux G, Deister A (2009). Psychiatrie und Psychotherapie: Duale Reihe. 4. Auflage. Thieme-Verlag: Stuttgart

Alzheimer Demenz

Alzheimer Demenz

- **vom Arzt Alois Alzheimer
1906 erstmals beschrieben**
- **chronische, langsam
fortschreitende Erkrankung
des Gehirns**
- **Untergang von Gehirnzellen,
v.a. temporo-parietal**
- **Schrumpfung des Gehirns,
Mangel an Acetylcholin,
Amyloid-Plaques,
neurofibrilläre Bündel**

Neuropsychologie der Alzheimer Demenz

- Gedächtnis:
 - Neuerlernen erheblich beeinträchtigt (Speicherstörung)
 - Altgedächtnis sehr gut erhalten
- Sprache: Wortfindungsstörungen
- Visuokonstruktive Störungen
 - Orientierungsstörungen
- Aufmerksamkeit:
 - Basale Aufmerksamkeitsleistungen ungestört
 - Komplexere Aufmerksamkeitsleistungen beeinträchtigt

Vaskuläre Demenz

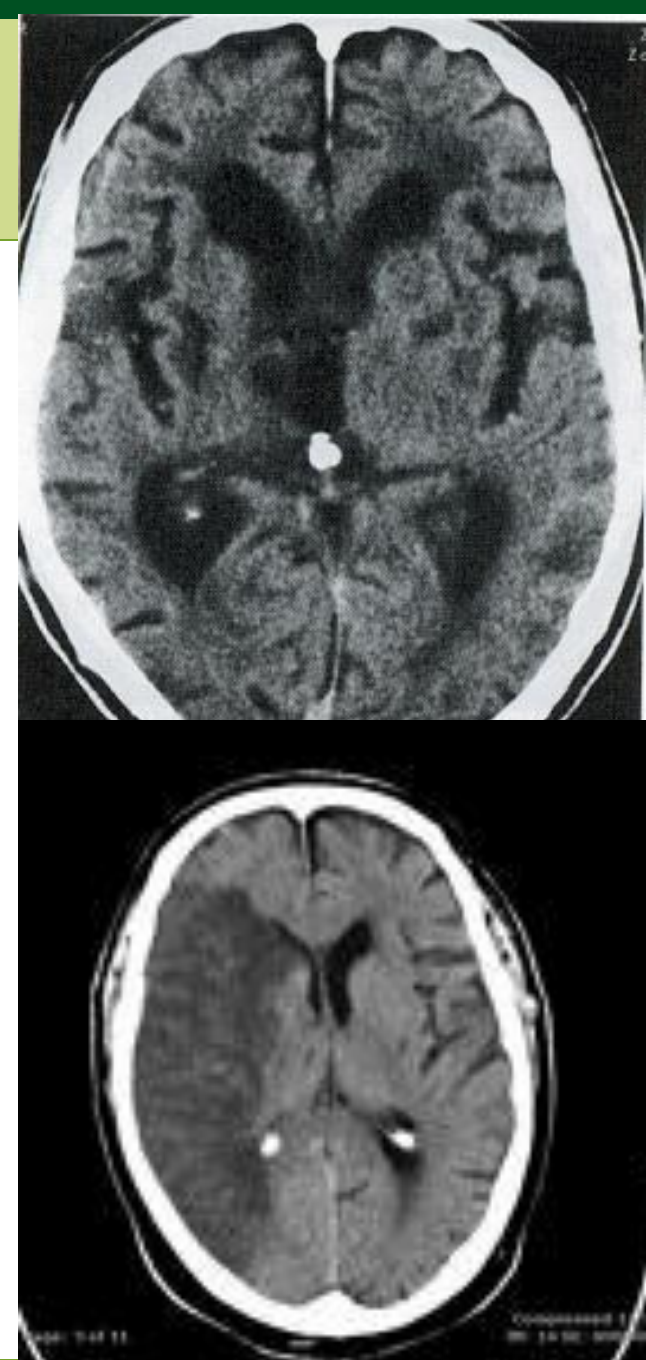
Vaskuläre Demenz

- **Ursache:**

Durchblutungsstörungen im Gehirn

- **Risikofaktoren:**

- Bluthochdruck
- Rauchen
- Blutfetterhöhung (Cholesterin)
- Zuckerkrankheit (Diabetes)
- Bewegungsmangel



Symptome einer vaskulären Demenz

- nicht kontinuierliche, sondern stufenweise Verschlechterung
- Psychomotorische Verlangsamung
- Neuropsychologische Ausfälle entsprechend der Lokalisation
- Antriebsstörung
- Affektlabilität
- Dranginkontinenz
- Gangstörung mit gehäuften Stürzen



Definition:

Demenzielles Syndrom, das sich aus Komponenten einer **neurodegenerativen** und einer **zerebrovaskulären** Erkrankung zusammensetzt

→ insbesondere mit zunehmenden Alter ist davon auszugehen, dass der Anteil gemischter Demenzen stark zunimmt

Frontotemporale lobäre Degeneration (Pick-Komplex)



Beginn: häufig bereits zwischen 40-60. Lebensjahr

Parkinson-Plus-Demenzen

- 30-40 % aller Patienten mit idiopathischem Morbus Parkinson entwickeln im Laufe der Erkrankung eine Demenz (≈ 10 Jahre)
- atypische Parkinsonsyndrome gehen sehr häufig und sehr früh im Krankheitsverlauf mit Demenz einher (≈ 1 Jahr)



Reversible Demenzformen

- Verschiedene körperliche und psychische Krankheiten können ähnliche Störungen hervorrufen wie eine Demenz, jedoch ohne bleibende Schädigung des Gehirns
- Durch rechtzeitige Behebung der auslösenden Faktoren kann der geistige Zustand (meist) wieder normalisiert bzw. zumindest stabilisiert werden



- vollständige Erhebung der Krankheitsvorgeschichte
- gründliche körperliche und neurologische Untersuchung
- Neuropsychologische Testverfahren
- Laboruntersuchungen (Blut, Liquor)
- bildgebende Verfahren:
 - Computertomographie (CCT)
 - Kernspintomographie (MRT)
 - PET / SPECT

- Angst, Unruhe, Depression,
Sinnestäuschung, Schlafstörung
- Mittel zur Stimmungsaufhellung und Antriebsverbesserung (Antidepressiva)
 - Mittel gegen Unruhe, Wahngedanken und Sinnestäuschungen (Neuroleptika)

Umgang mit Stimmungs- und Verhaltensauffälligkeiten

- Medikamente sollen nur ergänzend gegeben werden, wenn die Situation nicht anderweitig beherrschbar ist (Risiken: z.B. sedierende Medikamente erhöhen Sturzgefahr)
- Erste, wichtigste Intervention: adäquater Umgang mit dem Patienten

- Wörtliche Übersetzung:
„weg vom Geist“, „ohne Geist“
- Zieht das ganze „Sein“ des Menschen in Mitleidenschaft:
 - Gedanken
 - Wahrnehmung
 - Verhalten
 - Erleben



Abschied vom Ich

- Gedächtnis
(Vergessen von Terminen und Namen)
- Orientierung
(Wege werden nicht mehr gefunden)
- Sprache (Worte fehlen)
- Affekt (Niedergeschlagenheit, Ängste)
- Persönlichkeit („Wer bin ich?“)
- Autonomie (Fähigkeit, sich selbst zu versorgen)



Demenz-Paradoxon

- Der Kranke kann sich wegen seiner Krankheit nicht mit seiner Krankheit auseinandersetzen
- Die kognitiven Defizite machen ihm eine Reflexion seiner Defizite und eine bewusste Krankheitsverarbeitung unmöglich (und hier ist aufgrund der Progredienz auch keine Besserung zu erwarten)
- Folgen: Ängste, Hilflosigkeit, Depression, Aggression



Probleme für Außenstehende:

- innere Erlebniswelt des Demenzkranken bleibt nach außen verschlossen
- wir müssen versuchen, uns in die Situation einzufühlen, um die Bedürfnisse zu verstehen
- Entschlüsselung z.B. über Biografie



Umgang



„erhaltende“ Rehabilitation:

Ziel ist **nicht** eine Verbesserung der geistigen Leistungsfähigkeit / Wiederherstellen von bereits Verlorengegangenen, sondern

- Verzögerung des Fortschreitens der Erkrankung
- Stärkung des noch vorhandenen Funktionsniveaus
- Unterstützung der Selbständigkeit, ohne zu überfordern
- Vermeiden von Stimmungseinbrüchen und Verhaltensauffälligkeiten („neuropsychiatrische Symptome“)

Sie wollen einem 72jährigen demenzkranken Mann bei der Morgentoilette helfen. Herr Meister schreit Sie an und schlägt nach Ihnen:



**„Nehmen Sie Ihre
Finger weg!
Das kann ich alleine!“**

Umgang mit Aggression

- **Aggressivität ist oft ein Hinweis auf Überforderung, Verunsicherung oder Scham → Situation hinterfragen!**
- Deeskalieren! Gelassen bleiben!
- Kranken ablenken, beruhigen
- Auf eigene Sicherheit achten
- Raum verlassen, Anforderung auf einen späteren Zeitpunkt verschieben

Demenzgerecht kommunizieren

- Keine Warum-Fragen
- Keine Fragen, die das Kurzzeitgedächtnis betreffen
- Gestik und Mimik einsetzen
- Gute Stimmung



Achtung!



- auch wenn der Kranke sich vielleicht inhaltlich nichts mehr merken kann - das schlechte Gefühl nach einem Misserfolg oder einem Streit bleibt zurück, ohne dass der Kranke es reflektieren und einordnen kann!
- „er vergisst das eh gleich wieder“ gilt nicht!

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

