

B Gedächtnisstörungen, Demenz, Alzheimer

1 Was ist Demenz?

1.1 Definition von Demenz

Der von dem französischen Arzt Pinel im Jahre 1797 eingeführte Begriff Demenz setzt sich zusammen aus den lateinischen Wörtern *de* und *mens* und bedeutet wörtlich übersetzt: „ohne Geist (sein)“.

Der Begriff bezieht sich auf ein Muster von Symptomen, die als Folge zum Teil langjähriger Schädigungen und Zerstörungen von Hirnzellen, sowie pathologischer Gewebeveränderungen im Gehirn auftreten.

Die Auswirkungen der Schädigungen des Gehirns betreffen in erster Linie die geistigen und seelischen Leistungen wie Gedächtnis, Sprache, Aufmerksamkeit, Denkvermögen und Konzentration. Ausfälle in diesen Bereichen haben weit reichende Verhaltensauffälligkeiten zur Folge.

Je nach Typus der Demenz variiert der Verlauf. Einige Formen der Demenz sind behandel- und zum Teil sogar vollständig heilbar, andere verlaufen wellenförmig, mit sich abwechselnden Phasen der Verbesserung und Verschlechterung. Wieder andere Formen der Demenz stagnieren ab einem bestimmten Zeitpunkt oder unterliegen einem steten Fortschreiten der Schädigungen im Gehirn und damit einem unaufhaltsamen Abbau der geistigen Leistungsfähigkeit.

Mit einem Anteil von über 50 Prozent ist die senile Demenz vom Alzheimer-Typ, kurz SDAT oder, wie man allgemein sagt, die Alzheimerkrankheit, die häufigste dementielle Erkrankung, deren Entstehung und Ursachen unter dem Punkt A 2.1. und A 2.2. näher erläutert werden. Ein weiterer hoher Anteil von Demenzen wird durch Erkrankungen der Hirngefäße verursacht. Daneben gibt es in kleinerer Anzahl verschiedene Ursachen wie Substanzmissbrauch (Alkohol, Drogen, psychotrope Substanzen), Stoffwechselkrankheiten, Depressionen und Krankheiten des Nervensystems wie die Creutzfeld-Jakob-Krankheit, die Pick-Krankheit oder die Parkinson-Krankheit. Zu den Symptomen einer Demenz gehören neben Denk- und Gedächtnisstörungen auch Sprachstörungen, Orientierungslosigkeit, Lese- Schreib- und Rechenstörungen, Persönlichkeitsveränderungen, Antriebsschwäche, Aufmerksamkeitsdefizite, Benennstörungen und Störungen des Erkennens.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definierte 1986 Demenz wie folgt:

„Demenz ist eine erworbene globale Beeinträchtigung der höheren Hirnfunktion einschließlich des Gedächtnisses, der Fähigkeit, Alltagsprobleme zu lösen, sensomotorische und soziale Fertigkeit der Sprache und Kommunikation, sowie der Kontrolle emotionaler Reaktionen, ohne Bewusstseinsstörungen. Meistens ist der Verlauf progredient (fortschreitend), nicht notwendigerweise irreversibel.“ (WHO 1986)

Seit dem Ende der 70er Jahre des 20. Jahrhunderts wurde, in seither immer wieder überarbeiteter Form, das multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland eingeführt und liegt inzwischen in der vierten Fassung vor. Es dient der internationalen wissenschaftlichen Verständigung über psychische Störungen multiaxialer Zuordnung im Kindes- und Jugendalter und ist eine Weiterentwicklung der ICD-Klassifikation.

Dass das mittlerweile von der WHO übernommene multiaxiale Klassifikationsschema definiert Demenz auf der ersten Achse nach folgenden diagnostischen Kriterien:

1. Abnahme des Gedächtnisses:

Erlernen neuer Informationen und Abruf früher erlernter Informationen fällt mit fortschreitender Demenz zunehmend schwerer.

2. Abnahme anderer kognitiver Fähigkeiten:

Das Denk- und Urteilsvermögen ist vermindert, die Fähigkeit zu planen und zu organisieren oder neue Informationen angemessen zu verarbeiten geht verloren.

3. Verminderung der Affektkontrolle:

Merkmale der verminderten Affektkontrolle, sowie einer Störung des Antriebs- und Sozialverhaltens sind u. a.:

- emotionale Labilität
- Reizbarkeit
- Apathie
- Vergröberung des Sozialverhaltens

4. Dauer der Symptome mindestens sechs Monate zum Zeitpunkt der Diagnosestellung:

Die Symptome oder Beschwerden sollten zum Zeitpunkt der Diagnosestellung mindestens seit sechs Monaten kontinuierlich vorhanden sein, um reversible Erkrankungen mit ähnlichen oder gleichen Krankheitszeichen auszuschließen.

Die Abnahme weiterer höherer kortikaler Funktionen (dazu gehören Störungen des Benennens, Störungen des Erkennens und Störungen in der Handhabung von Objekten) festigen die Diagnose einer Demenz.

Unter F00 bis F03 sind im Multiaxialen Klassifikationsschema nach ICD-10 die verschiedenen Formen einer Demenz (Demenz vom Alzheimerotyp, vaskuläre Demenz etc.) genauer klassifiziert.

(dazu ausführlich: Remschmidt/Schmidt/Poustka 2002)

1.2 Epidemiologie der Demenz

Studien aus Deutschland und anderen Industrieländern geben für das Jahr 2000 eine Prävalenz (Häufigkeitsrate) von 6 bis 9 Prozent der Altenbevölkerung an, die an einer Demenz leiden (Bickel 2000).

In Deutschland entspricht das zurzeit ca. 800.000 bis 1,3 Millionen Menschen, die von einer dementiellen Erkrankung betroffen sind.

Gut zwei Drittel dieser dementiell erkrankten Personen leiden an der Alzheimerkrankheit.

Durch die zunehmende Lebenserwartung, wird die Anzahl der Alzheimerkranken in unserer Gesellschaft stetig ansteigen, denn der größte Risikofaktor bei dieser Krankheit ist das Alter.

So ist bei den 65–69Jährigen, also den Personen im frühen Rentenalter etwa jeder zwanzigste und von den über 85Jährigen schon jeder Dritte betroffen.

Die Inzidenzrate (Neuerkrankungen in einem bestimmten Zeitraum) liegt nach Schätzungen vieler Studien zurzeit bei zwischen 0,4 Prozent bei den 65–69Jährigen und 10 Prozent bei den über 90Jährigen pro Jahr (Bickel 2000).

Für Deutschland bedeutet das eine Neuerkrankungsrate von mindestens 200.000 Menschen pro Jahr.

Die Inzidenzrate für präsenile Demenzen, das heißt für Demenzen mit einem Beginn vor dem 65. Lebensjahr, ist weniger erforscht.

Studienergebnisse aus den angloamerikanischen Ländern lassen aber für Deutschland Schätzungen von 4.000 bis 6.000 Neuerkrankungen jährlich zu.

Insgesamt errechnen Prognosen für das Jahr 2030 einen Anteil von mindestens 2,5 Millionen dementen Bundesbürgern.

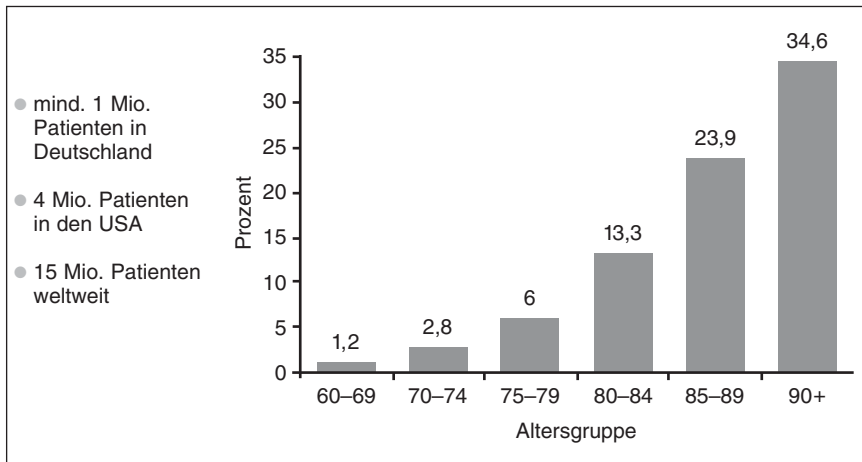


Abbildung 1: Anteil der dementiell erkrankten Menschen in den verschiedenen Altersgruppen (aus: Füsgen, I. (Hrsg.): Zukunftsforum Demenz Bd. 4, S. 10)

1.3 Formen der Demenz

Wie unter 1.1. aufgeführt, steht der Ausdruck Demenz für eine Kombination verschiedener Krankheitssymptome und nicht für eine klar abgrenzbare Krankheit an sich.

Diese Kombination von Symptomen kann mit verschiedenen Grunderkrankungen einhergehen, bei denen es zu einem Verlust der geistigen Leistungsfähigkeit kommt.

Dabei werden zwei Hauptformen des geistigen Abbaus unterschieden: primäre Demenzformen (die Hirnfunktionen lassen schleichend, aber stetig nach und sind damit unwiederbringlich verloren) und sekundäre Demenzen (der geistige Verfall ist hierbei Folge einer anderen, behandelbaren organischen Erkrankung. Bei Behandlung der zugrunde liegenden Krankheit, kann sich der Zustand der geistigen Leistungsfähigkeit wieder normalisieren).

Die häufigste dementielle Erkrankung ist die Alzheimer-Krankheit, gefolgt von der vaskulären, der gefäßbedingten Demenz. Beide Demenzformen gehören zu der Gruppe der primären Demenzen.

Die folgende Abbildung veranschaulicht die Verteilung der Häufigkeiten von dementiellen Erkrankungen.

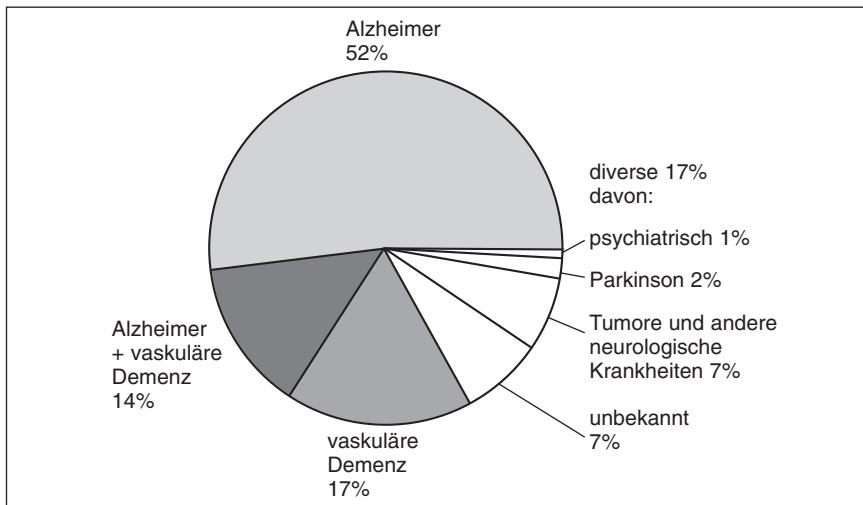


Abbildung 2: Häufigkeiten der wichtigsten Demenz-Erkrankungen (aus: Krämer, 1996)

1.3.1 Primär degenerative Demenz

Die primär degenerative Demenz ist eine Form der Demenz aufgrund eines Verlustes von Nervenzellen im Hirn, der ursächlich in sich begründet ist und von Anfang der Krankheit an besteht, das heißt, man geht davon aus, dass der auslösende Faktor der Krankheit im Hirn selbst liegt und nicht durch andere Krankheitsprozesse verursacht wird.

Der durch den Nervenzellverlust entstehende geistige Abbau ist bei der primär degenerativen Demenz führendes Krankheitszeichen.

Welcher Faktor im Gehirn die Degeneration, d.h. den Abbau der Nervenzellen auslöst, so dass ein Funktionsverlust entsteht, ist noch nicht erforscht.

Deshalb werden auch alle Demenzen mit unbekannter Ursache unter primär degenerativer Demenz zusammengefasst.

Die wichtigste und populärste Form der primär degenerativen Demenz ist die „senile Demenz vom Alzheimertyp“, kurz SDAT, oder auch einfach nur Alzheimerkrankheit.

Sie wird unterschieden in „Demenz vom Alzheimertyp mit frühem Beginn“ (Erkrankungsalter vor 65 Jahren) und „Demenz vom Alzheimertyp mit spätem Beginn“ (Erkrankungsalter höher als 65 Jahre).

1.3.2 Sekundäre Demenz

Im Gegensatz zur primären Demenz ist die sekundäre Demenz durch einen anderen zugrunde liegenden Krankheitsprozess verursacht. Der geistige Abbau bei der sekundären Demenz ist also die Folge anderer, eventuell sogar behandelbarer oder heilbarer Krankheiten.

Dazu gehören Gefäßkrankheiten, wie die Multi-Infarkt-Demenz, auch vaskuläre Demenz genannt, oder Syphilis mit Befall der Hirnrinde, die Parkinson-Krankheit, Tumore oder andere raumfordernde Geschwülste wie Hirnhämatome oder Metastasen anderer Krebsherde.

Weitere Ursachen für eine sekundäre Demenz können einmalige schwere Hirnverletzungen oder jahrelange Mikrohirntraumen („Boxerdemenz“), Autoimmunkrankheiten wie Multiple Sklerose oder entzündliche Krankheiten wie HIV-Infektionen mit Befall des Nervensystems, Tuberkulose oder Toxoplasmose sein.

1.4 Ursachen für Demenzen

Die senile Demenz vom Alzheimertyp (SDAT) ist die häufigste Demenzform. Sie wird durch amyloide (eiweißartige) Ablagerungen im Gehirn, die zum Absterben der Nervenzellen führen, verursacht. Neben der Alzheimerkrankheit ist die häufigste Ursache für eine Demenz die Hirnerweichung, die durch wiederholte Schlaganfälle ausgelöst wird.

Ein hoher Blutdruck, Übergewicht und zu hohes Blutcholesterin begünstigen die Gehirnschläge, die nach und nach das Gehirn herdförmig zerstören. Diese Form der Demenz nennen Mediziner Multi-Infarkt-Demenz, kurz MID.

Jeder Infarkt ist, für sich selbst genommen, in seinen Auswirkungen nur gering, aber er zerstört ein kleines Hirnareal, so dass, bei Häufung der Infarkte, das Gehirn Stück für Stück geschädigt wird und sich damit die Hirnleistung stufenförmig verschlechtert.

Jeder Infarkt bringt eine neue Leistungsminderung durch Absterben von Nervenzellen im Gehirn infolge einer Mangel durchblutung mit sich. Das Krankheitsbild

einer rasch fortschreitenden Multi-Infarkt-Demenz ist schon nach kurzer Zeit nicht mehr von einer senilen Demenz vom Alzheimerstyp zu unterscheiden. Während diese aber dauerhaft und kontinuierlich fortschreitet, kann es bei der MID zu einer Stagnation der Krankheit kommen, sobald keine weiteren Infarkte mehr auftreten. In diesem Fall kann sich der Zustand des Patienten sogar bessern, da die Hirnrinde die Funktionen der durch Infarkte zerstörten Hirnregionen gut kompensieren kann. Das ist bei der Alzheimerkrankheit nicht der Fall.

Die dritthäufigste Ursache für eine Demenz ist eine Kombination von MID und SDAT. Die Patienten leiden sowohl an den Folgen vieler kleinerer Gehirnschläge oder Hirninfarkte, als auch an den typischen Veränderungen im Gehirn, die auf eine Alzheimerkrankheit schließen lassen. Genauer erklärt werden diese Veränderungen im Folgenden unter 2.1.

1.5 Abgrenzung zu ähnlichen Krankheiten mit gleicher Symptomatik

1.5.1 Hirnleistungsstörung und hirnorganisches Psychosyndrom

Hirnleistungsstörungen und hirnorganisches Psychosyndrom sind Sammelbegriffe für Störungen des Gehirns, hinter denen sich verschiedene Krankheiten, unter anderem auch die Alzheimerkrankheit, verbergen.

Unter dem Begriff Hirnleistungsstörung werden jegliche Formen und Schweregrade von Beeinträchtigungen der geistigen Leistungsfähigkeit zusammengefasst.

Leichte bis mittelschwere Störungen werden oft als Vorstufe einer Demenz bezeichnet, jedoch ist der Begriff so unscharf und die Grenzen nicht klar gefasst, dass diese Einteilung wissenschaftlich nicht anerkannt ist.

Diese Begriffe umschreiben lediglich Beschwerden unterschiedlicher Krankheiten, ohne Aussagen über zugrunde liegende Ursachen oder den weiteren Krankheitsverlauf zu machen. Sie weisen auf psychische Störungen hin, denen eine organische Krankheit des Gehirns zugrunde liegt.

1.5.2 Verwirrtheit und Delir

Mit dem Begriff Demenz oder Alzheimerkrankheit verbinden die meisten (medizinischen) Laien in erster Linie den Begriff „verwirrt“.

Dabei können Verwirrheitszustände zwar Ausdruck einer vorliegenden Demenz sein, müssen es aber nicht. Unter dem Begriff Verwirrheitszustand werden Formen von Bewusstseinsstörungen zusammengefasst, die auch unabhängig von einer dementiellen Erkrankung, zum Beispiel in Folge von fieberhaften Defekten oder einer Mangeldurchblutung des Gehirns vorkommen können. So ist also nicht jeder verwirrte Mensch dement und umgekehrt muss nicht zwangsläufig jeder Patient mit einer beginnenden Demenz Zeichen von Verwirrtheit aufweisen.

Verwirrheitszustände machen sich in erster Linie durch Orientierungsstörungen, Störungen der Aufmerksamkeit, des Denkens und des Gedächtnisses bemerkbar. Typische Merkmale eines verwirrten Menschen sind außerdem extreme Passivität oder Hyperaktivität, Rat- und Hilflosigkeit sowie gelegentlich aggressive

Ausbrüche. Bei den Verwirrheitszuständen unterscheidet man die akute Verwirrtheit von der chronischen Verwirrtheit.

Die akute, d. h. vorübergehende Verwirrtheit dauert einige Stunden bis einige Tage an. Während dieser Zeit gelingt es den Betroffenen nicht, Sinneseindrücke adäquat zuzuordnen. Ausgelöst werden diese akuten Verwirrheitszustände zum Beispiel durch Fieber oder extreme Über- oder Unterzuckerung des Blutes. Nach Abklingen der Verwirrtheit bleibt den Betroffenen eine Erinnerungslücke. Ein weiteres Beispiel für einen akuten Verwirrheitszustand ist das Delir – eine plötzlich eintretende Bewusstseinsstörung, die einhergeht mit Wahnvorstellungen, Sinnestäuschungen und körperlichen Beschwerden. Häufigster Auslöser für ein Delir ist plötzlicher Alkoholentzug bei Alkoholabhängigen, es tritt aber auch bei Krankheiten wie Organversagen, Unterzuckerung oder als Nebenwirkung von Medikamenten auf. In diesem Zusammenhang kann es auch bei medikamentös eingestellten Alzheimerkranken vorkommen.

Chronische, d. h. anhaltende Verwirrheitszustände sind in der Regel Ausdruck einer Demenz, wie sie zum Beispiel bei der Alzheimerkrankheit vorkommt.

Häufige Auslöser für Verwirrheitszustände während einer Alzheimerkrankheit sind plötzliche, für den Patienten nicht nachvollziehbare gravierende Veränderungen in seinem Lebensumfeld, z. B. die Einweisung in ein Krankenhaus, die Unterbringung in einem Pflegeheim oder Reisen an fremde Orte.

In den späten Phasen der Alzheimerkrankheit sind alle Betroffenen verwirrt.

1.6 Zusammenfassung

Demenz ist die zusammenfassende Bezeichnung für Symptome einer Schädigung des Gehirns. Zu den wichtigsten Symptomen gehören Gedächtnis-, Sprach-, und Orientierungsstörungen. Es werden zwei Formen von Demenzen unterschieden. Primäre Demenzen sind Folge von ursächlichen Schädigungen im Gehirn, während sekundäre Demenzen Folge einer anderen zugrunde liegenden Krankheit sind.

Eine Demenz kann verschiedene Ursachen haben; die häufigste Ursache sind eiweißhaltige Ablagerungen an den Nervenzellen im Gehirn, die zu einem Tod der Zellen und damit zu einem gravierenden Funktionsverlust der geistigen Leistungsfähigkeit führen (Alzheimerkrankheit). Die Demenz vom Alzheimertyp ist die häufigste Demenzform, sie gehört zu den primären Demenzen.

Andere Ursachen für das Auftreten einer Demenz sind zum Beispiel degenerative Prozesse bei Krankheiten wie der Pick'schen Krankheit, Infektionen des Gehirns (z. B. Aids) toxische Prozesse (Quecksilbervergiftungen) oder Raumfordernde Prozesse im Hirn (Tumorerkrankungen). Diese Formen von Demenz gehören zu den sekundären Demenzen. Demenzen vom Alzheimertyp, sowie gefäßbedingte Demenzen machen zusammen mehr als 80 % aller Demenzformen aus. Sie sind in erster Linie altersbedingt. Da in den Industrieländern die Lebenserwartung kontinuierlich steigt, ist in der Zukunft mit einem signifikanten Anstieg an demenzkranken Menschen zu rechnen.

2 Morbus Alzheimer – medizinische Hintergründe

Wie oben bereits erwähnt ist die Alzheimerkrankheit die am häufigsten vorkommende dementielle Erkrankung, weshalb ich in dem folgenden Abschnitt genauer auf die Ursachen, Behandlungsmöglichkeiten und den Krankheitsverlauf eingehen möchte.

2.1 Was ist Morbus Alzheimer

Die nach dem bayerischen Nervenarzt Alois Alzheimer benannte Krankheit ist eine Schwellenkrankheit, das heißt, die Veränderungen im Gehirn beginnen bereits 15 bis 30 Jahre vor dem Auftreten der ersten Symptome.

Diese Krankheit ist degenerativ. Sie schreitet mitunter zwar langsam, aber stetig und unaufhaltsam fort.

Während des Krankheitsprozesses werden Nervenzellen im Gehirn durch amyloide (eiweißhaltige) Ablagerungen (Plaque, Neurofibrillenbündel) zerstört. Gleichzeitig verkümmern die für die Übertragung von Informationen wichtigen kurzen Nervenzellfortsätze (Dendriten).

Durch Absterben von bis zu 50 % aller Nervenzellen im Verlauf der Krankheit, ist eine Schrumpfung (Atrophie) des Gehirns festzustellen. Statt enger, flacher Furchen zwischen den Hirnwindungen können per Computertomographie oder Magnetresonanztomographie weite, tiefe Furchen festgestellt werden, deren Zwischenräume sich mit Nervenwasser füllen. Auch die innen liegenden Hohlräume im Gehirn füllen sich verstärkt mit Nervenwasser.

Die 50 % verbleibenden Nervenzellen können nicht mehr normal funktionieren, da die Kontakte zu den anderen Zellen durch amyloide Plaques blockiert sind, der Großteil der Kontaktzellen abgestorben ist und zu wenig Acetylcholin als chemischer Botenstoff für die Übertragung von Reizen und Nachrichten zur Verfügung steht. Man spricht in diesem Zusammenhang auch von einer Amyloidose, einer Vereiweißung des Gehirns.

Amyloid kommt im Gehirn in verschiedenen Formen vor: innerhalb der Nervenzellen als Neurofibrillenbündel, auch Alzheimerfibrillen genannt, zwischen den Nervenzellen als Amyloid- β A4-Plaques oder Alzheimerplaques und in den Wänden der Blutgefäße als vaskuläres Amyloid- β A4.

Die eiweißhaltigen Ablagerungen bilden sich in den Nervenzellen des Schläfen- und Scheitellappens, sowie in etwas geringerer Ausprägung im Stirnlappen des Großhirns. Besonders betroffen ist im Schläfenlappen (Temporallappen) der Hippocampus und die entorhinale Rinde, also der Bereich unseres Gehirns, der die vegetativen und hormonellen Vorgänge des Körpers steuert und zuständig ist für Emotionen, Gedächtnis, angeborene und erworbene Triebe und Instinkte. Durch amyloide Plaques in den Nervenzellen des Mittelhirns zeigen sich genau in diesen Bereichen die ersten klinischen Symptome und Verhaltensauffälligkeiten.

Die β A4-Ablagerungen sind so genannte Endprodukte größerer Eiweißstoffe, die von den Nervenzellen produziert und in der Zellmembran eingelagert werden.

Diese großen Eiweißstoffe (Amyloid-Vorläuferprotein) werden im Fall einer Nervenzellverletzung zur Reparatur freigesetzt und dienen dazu, Nervenzellverbindungen und Gedächtnisfunktionen aufrecht zu erhalten.

Aus bislang ungeklärter Ursache führt die Alzheimerkrankheit zu einer Vereiweißung (Amyloidose) des Gehirns. Das Vorläuferprotein wird plötzlich vermehrt hergestellt und aus den Zellwänden herausgelöst.

Die großen Eiweißstücke zerfallen in Bruchstücke, so genannte β A4-Eiweiße, die in der Regel durch Enzyme aufgelöst und ausgeschwemmt werden, bevor sie sich zu Plaque zusammenballen können. Bei der Alzheimerkrankheit ist dieser Vorgang der Entsorgung des krankhaften Abbauprodukts gestört.

Das bei der Spaltung des Vorläuferproteins entstehende Amyloid, verklumpt zu unlöslichen, dichten Faserbündeln und fleckartigen Ablagerungen.

Pro Sekunde wachsen vorhandene Amyloidverklumpungen um ein weiteres β A4-Bruchstück an. Jeder Amyloidklumpen unterbricht bis zu einer Million Nervenzellkontakten. Gelänge es also, den Prozess der Verklumpung zu verlangsamen, so könnte auch das Fortschreiten der Krankheit entsprechend aufgehalten werden.

Warum und wodurch im Gehirn der Prozess zur Entsorgung der Amyloidbruchstücke gestört wird, ist noch immer nicht erforscht.

Die Amyloidverklumpungen behindern den Transport von Botenstoffen, den Neurotransmittern, zwischen den Nervenzellen. Informationen können nicht mehr weitergegeben werden, neue Wahrnehmungen nicht mehr verarbeitet und mit gespeicherten Erfahrungen verglichen werden.

Gesunde Nervenzellen bestehen aus dem Kopf oder Kern (Soma), Dendriten und Axon. Die Dendriten empfangen elektrische Signale, die Axone geben sie weiter und wandeln sie an ihrem Ende in chemische Botenstoffe, insbesondere in das so genannte Acetylcholin um, die die Synapsen überspringen und so die Nachrichten weiterleiten.

Bei der Alzheimerkrankheit werden die Botenstoffe, die zur Übertragung der Nachrichten zwischen den Zellen von Nöten sind, nicht mehr hergestellt. Parallel zur Amyloidose entsteht also ein Mangel an Acetylcholin, der die Informationsverarbeitung zwischen den Nervenzellen ebenfalls verhindert.

Das Ausmaß des Acetylcholinmangels bestimmt also auch das Ausmaß der klinischen Symptome einer Demenz.

Bereits 1854 benennt Rudolf Virchow die Ablagerungen im Gehirngewebe Amyloid (Stärke ähnliches), da sich die Plaques wie Stärke einfärben lassen. Bereits fünf Jahre später, 1859, entdeckt der Chemiker Kekulé, dass es sich bei den Ablagerungen um eine eiweißhaltige Substanz handelt. Doch bis zur Jahrhundertwende bringt niemand diese Eiweißablagerungen mit dem Begriff Demenz in Verbindung. Erst 1906 beschreibt der Nervenarzt Alois Alzheimer diese speziellen Plaques in Verbindung mit einer scheinbar neu entdeckten Krankheit.

Als Ursache für eine Demenz wurde bis dahin eine normale, altersbedingte Schrumpfung des Gehirns, verbunden mit klümpchenförmigen Ablagerungen angenommen. Doch Alzheimer stellte fest, dass bei zwei Fällen mit gleicher Symptoma-

tik, schon das erreichte Lebensalter gegen eine senile Demenz sprach. Der berühmteste und erste Fall der Alzheimerkrankheit war die Krankengeschichte der Auguste Deter, einer 51jährigen Patientin von Alzheimer, die nach $4\frac{1}{2}$ Jahren, in totaler geistiger Umnachtung gerade 56jährig verstarb. Der zweite bekannt gewordene Patient von Dr. Alzheimer, Johann Feigl, starb im Alter von nur 59 Jahren. Der berühmte Psychiater Emil Kraepelin benannte bereits drei Monate nach Feigls Tod die Krankheit als „Morbus Alzheimer“.

In der achten Auflage seines Standardwerks „Psychiatrie – ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte“ aus dem Jahre 1910 heißt es:

„Eine eigentümliche Gruppe von Fällen mit sehr schweren Zellveränderungen hat Alzheimer beschrieben...Es handelt sich um die langsame Entwicklung eines ungemein schweren geistigen Siechtums mit den verwaschenen Erscheinungen einer organischen Hirnerkrankung. Die Kranken gehen im Laufe einiger Jahre allmählich geistig zurück, werden gedächtnisschwach, gedankenarm, verwirrt, unklar, finden sich nicht mehr zurecht, verkennen die Personen, verschenken ihre Sachen.

Später entwickelt sich eine gewisse Unruhe, die Kranken schwatzen zu viel, murmeln vor sich hin, singen und lachen, laufen herum, nesteln, reiben, zupfen, werden unreinlich. Sehr tiefgreifend sind vor allem die Störungen der Sprache. Die Kranken vermögen wohl noch einzelne Worte hervorzubringen, verfallen aber gewöhnlich in ein ganz sinnloses Geplapper...in dem die vielfache, taktmäßige Wiederholung derselben tonlosen Silben auffällt... Die klinische Deutung dieser Alzheimerschen Krankheit ist noch unklar.“ (vgl. Jürgs 1999)

2.2 Ursachen für die Demenz vom Typ Morbus Alzheimer

Die Ursachen für die Alzheimerkrankheit sind noch immer nicht genau zu benennen. Forscher können zwar beschreiben, dass amyloide Ablagerungen Nervenzellen zerstören und den Informationsfluss im Gehirn behindern, sie können aber noch immer nicht sagen, warum die Eiweißbruchstücke sich so stark vermehren, ohne von Enzymen, wie es bei einem gesunden Menschen der Fall ist, aufgelöst zu werden.

Auch ist noch immer nicht erforscht, ob die amyloiden Ablagerungen die Ursache für die Krankheit sind, oder ob die Krankheit zu diesen Ablagerungen führt.

Unabhängig davon können Forscher und Wissenschaftler aber einige Risikofaktoren und Ursachen für die degenerativen Prozesse im Gehirn benennen, die im Folgenden knapp skizziert werden.

2.2.1 Vererbung

Obwohl es eindeutige Hinweise aus der Forschung auf genetische Ursachen der Alzheimerdemenz gibt, werden nur ein sehr kleiner Teil (ca. ein bis drei Prozent) der Krankheitsfälle durch einen Defekt der Erbanlage verursacht. Bei Patienten, die an diesem Gendefekt leiden, bricht die Krankheit in der Regel sehr früh, nämlich zwischen dem 35. und 60. Lebensjahr aus.

Bei der Vererbung der Alzheimerkrankheit spielen verschiedenen Chromosomen eine Rolle.

Zurzeit weiß man, dass es sich dabei um die Chromosomen 1, 14, 19 und 21 handelt. Bei Personen mit einer Trisomie 21, auch Down-Syndrom genannt, liegt das Chromosom 21 und damit das verantwortliche „Alzheimergen“ dreifach vor, statt zweifach wie bei gesunden Menschen. Das hat zur Folge, dass ihre Zellen 1,5-mal mehr Amyloidvorläuferprotein produzieren. Dadurch erkranken sie zwangsläufig und schon 50 Jahre früher als gesunde Menschen an einer Alzheimerdemenz.

Die folgende Tabelle veranschaulicht die Beteiligung der Gene und Chromosomen an der Alzheimerkrankheit.

Tabelle 1: Alzheimer-Krankheit und Veränderungen an Chromosomen und Genen

Chromosom	Gen	Form und Vererbung der Alzheimer-Krankheit
1	Präsenilin II (E5.1, STM2)	früh beginnende familiäre Form, autosomal dominante Vererbung
14	Präsenilin I (S 182)	früh beginnende familiäre Form, autosomal dominante Vererbung
19	Apolipoprotein E	spät beginnende familiäre und sporadische Form
21	Amyloidvorläuferprotein (APP)	früh beginnende familiäre Form, autosomal dominante Vererbung

(aus: Krämer, Dr. med. G. a. a. O., S. 68)

Diese genetischen Faktoren werden aber nur an die Hälfte der Nachkommen weitervererbt. Diese haben dann zwar eine erhöhte Disposition zur Alzheimerdemenz, müssen jedoch nicht zwangsläufig daran erkranken. Die Wahrscheinlichkeit, mit der Personen mit familiärer Häufung der Alzheimerdemenz erkranken, ist abhängig von vielen weiteren Faktoren, wie dem Erkrankungsalter der Eltern, der Frage, ob beide Elternteile betroffen sind oder nur eins, den Lebensumständen und zusätzlichen Risikofaktoren, die im Folgenden dargestellt werden.

2.2.2 Bedeutung von Alter und Geschlecht

Fest steht: das größte Risiko, an einer Alzheimerdemenz zu erkranken, liegt im Alter selbst. Mit zunehmenden Lebensjahren steigt die Wahrscheinlichkeit signifikant. So sind im beginnenden Rentenalter nur etwa drei Prozent der Menschen von der Krankheit betroffen, bei den über 85-Jährigen sind es schon weit mehr als 30 Prozent!

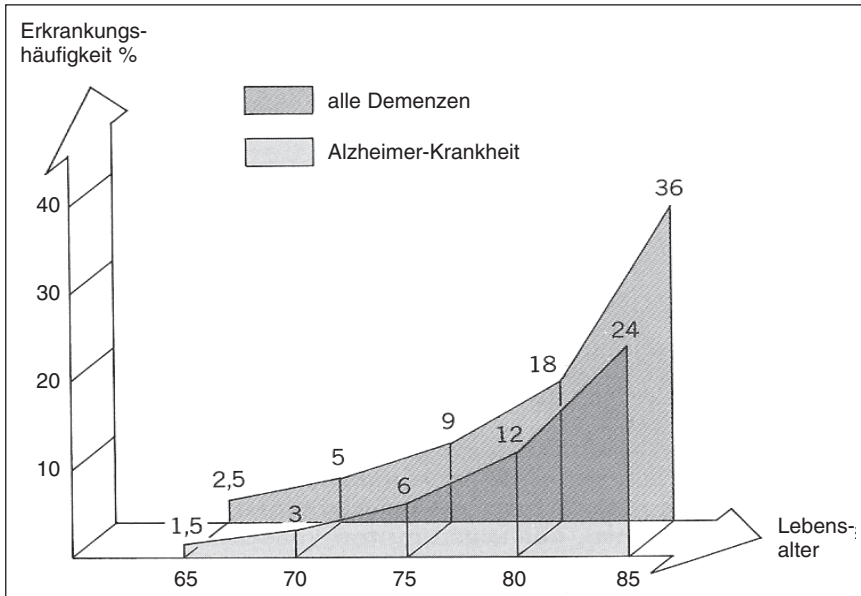


Abbildung 3: Schematische Darstellung der steigenden Häufigkeit der Alzheimer-Krankheit und sonstiger Demenzen mit zunehmendem Lebensalter (aus: Krämer a. a. O. S. 25)

Betrachtet man die absoluten Zahlen der Alzheimerkranken in Deutschland stellt man fest, dass weit mehr Frauen als Männer betroffen sind.

Der Grund hierfür liegt nicht in einer geschlechtsbedingten Disposition für die Krankheit an sich, sondern betrifft wiederum den Risikofaktor Alter. Die Lebenserwartung der Frau liegt um einige Jahre höher als die der Männer, dementsprechend ist der Anteil der über 85jährigen Frauen höher und damit die Zahl der dementen Frauen dieses Alters. Dennoch gibt es Vermutungen, die nahe legen, dass bei Frauen nach den Wechseljahren ein Absinken des Östrogenspiegels den Ausbruch der Krankheit begünstigt, da Östrogene wichtig für die Reparaturvorgänge innerhalb der Zellen sind. Diese Annahme gilt aber als noch nicht gesichert.

2.2.3 Andere Risikofaktoren

Veränderungen im Gehirn setzen viele Jahre vor Auftreten der ersten Symptome ein. Während dieser so genannten klinisch stummen Phase, gibt es zahlreiche Möglichkeiten, präventive Maßnahmen zu ergreifen und so die beeinflussbaren Risikofaktoren zu bekämpfen.

Zu diesen beeinflussbaren Risikofaktoren gehören in erster Linie gefäßbedingte Faktoren.

Studien haben gezeigt, dass Faktoren, die sich negativ auf die Blutgefäße auswirken, auch das Risiko erhöhen, an einer Alzheimerdemenz zu erkranken. Dazu gehören erhöhte Homocysteinwerte, Bluthochdruck und ein zu hoher Cholesterinspiegel.

So genannte freie Radikale spielen unter anderem bei der Bildung schädlicher Plaques im Gehirn eine entscheidende Rolle. Diese freien Radikale entstehen als Abfallprodukt unseres Stoffwechsels, können aber durch so genannte Anti-Oxidantien, unschädlich gemacht werden. Solche radikalfangenden Eigenschaften haben die Vitamine E, C und das Provitamin A, die leicht mit der Nahrung aufgenommen werden können. Mit angepasster Ernährung und gegebenenfalls Medikamenten kann man gegen diese Faktoren rechtzeitig vorgehen. So wird nicht nur das Risiko eines Schlaganfalls oder Herzinfarkts gemindert, sondern gleichzeitig auch das Risiko, an einer vaskulären Demenz oder Morbus Alzheimer zu erkranken.

2.2.4 Zusammenfassung

Der bayerische Nervenarzt Alois Alzheimer erforschte zu Beginn des 20. Jahrhunderts die Form der Demenz, die heute nach ihm benannt ist: die Alzheimerkrankheit.

Viele Jahre und manchmal Jahrzehnte vor dem Auftreten erster Symptome setzen aus bislang noch unerklärter Ursache Veränderungsprozesse im Gehirn ein, die zu den drei klinischen Hauptmerkmalen führen:

- Verlust an Nervenzellen und ihren synaptischen Verbindungen
- Atrophie des Gehirns
- Eiweißhaltige Ablagerungen im Gehirn wie Alzheimerplaque und Neurofibrillenbündel

Hauptrisikofaktor für die Krankheit ist das Alter – je älter ein Mensch wird, umso höher ist die Wahrscheinlichkeit durch zunehmende eiweißhaltige Ablagerungen im Gehirn an Morbus Alzheimer zu erkranken. Außerdem gibt es eine genetische Disposition, die über Gene auf den Chromosomen 1, 14, 19 und 21 vererbt werden. Menschen mit Trisomie 21 erkranken zwangsläufig an einer Demenz vom Alzheimer-Typ mit frühem Beginn. Risikofaktoren, die der Mensch beeinflussen kann, sind Mangel- und Fehlernährungen (z. B. zu wenig Vitamine und zu fetthaltige Speisen).

2.3 Krankheitszeichen

Ca. 30 Jahre nach dem Entgleisen der Amyloidproduktion im Gehirn und dem Beginn der Verklumpungen von Eiweißen in und zwischen den Nervenzellen, werden erste klinische Symptome deutlich.

Da die Zerstörungen der Nervenzellen durch amyloide Plaque in erster Linie das Mittelhirn betrifft, werden die Krankheitszeichen in den vom Mittelhirn gesteuerten Bereichen sichtbar. So sind Störungen des Gedächtnisses, der Orientierung, des abstrakten Denkens und der Urteilsfähigkeit, sowie leichter Sprach- und Benennstörungen erste Anzeichen der Alzheimerkrankheit. Im weiteren Verlauf der Krankheit

kommt es zu Persönlichkeitsveränderungen, häufig verbunden mit Unruhe, Aggressivität oder Depressionen.

Die nachfolgende Abbildung veranschaulicht die Erstbeschwerden aus rückblickender Sicht von Bezugspersonen:

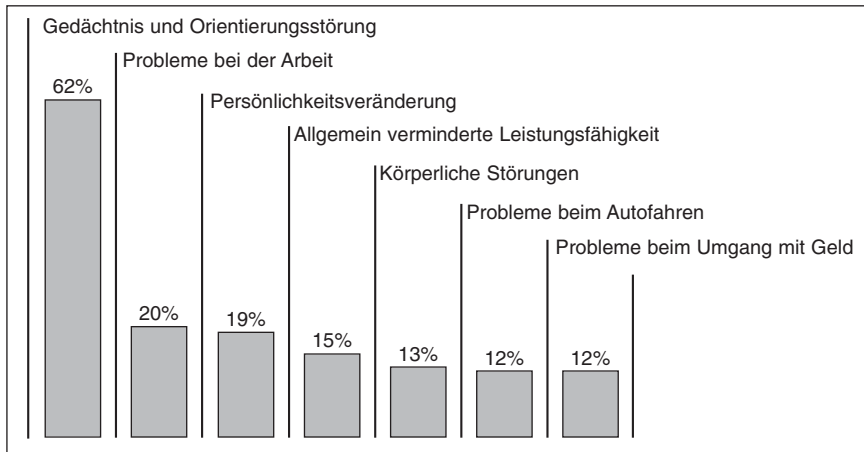


Abbildung 4: Erstbeschwerden aus rückblickender Sicht von Bezugspersonen (aus Krämer a. a. O., S. 115)

2.3.1 Gedächtnisstörungen

2.3.1.1 Was ist das Gedächtnis

Das menschliche Gedächtnis ist unterteilt in drei Bereiche: das Ultrakurzzeitgedächtnis, das Kurzzeitgedächtnis und das Langzeitgedächtnis.

Unabhängig von einander fallen jedem der drei Bereiche unterschiedliche Aufgaben zu. Bei einer Erkrankung können einzelne Bereiche gestört oder alle drei Bereiche betroffen sein.

Generell gilt: was der Mensch als erstes gelernt und gespeichert hat, das bleibt am längsten abrufbar und umgekehrt, was als letztes gelernt wurde, geht als erstes wieder verloren.

Das *Ultrakurzzeitgedächtnis*, oder auch Sofortgedächtnis genannt, speichert Informationen aus der momentanen Lebenssituation. Störungen in diesem Bereich des Gedächtnisses lassen Personen unaufmerksam oder abgelenkt erscheinen.

Das *Kurzzeitgedächtnis*, auch Frisch- oder Neugedächtnis genannt, speichert Informationen für einen gerade laufenden Vorgang, löscht sie dann aber wieder. Darin ist es vergleichbar mit dem Arbeitsspeicher eines Computers, „... der für die Durchführung laufender Arbeiten erforderliche Informationen vorübergehend aufnimmt und nach deren Beendigung wieder löscht.“ (Krämer 1996, 104)

Ein Beispiel für das Kurzzeitgedächtnis wäre also, um beim Beispiel des Computers zu bleiben, die eingegebene, kurz gespeicherte Information “drucken”, die nach Beendigung des Vorgangs automatisch gelöscht, also vergessen wird, ähnlich dem Behalten einer erfragten Zimmernummer zum Auffinden des Sachbearbeiters, die man vergisst, sobald man alles erledigt und das Ortsamt verlassen hat.

Das *Langzeitgedächtnis*, oder auch *Altgedächtnis* genannt, besteht aus mehreren Abschnitten.

Die Verarbeitung und Speicherung von Informationen geschieht in mehreren Schritten. Dr. med. Günter Krämer beschreibt es wie folgt:

„Die Funktionsweise des Langzeit- oder Altgedächtnisses lässt sich in mehrere Schritte zerlegen. Einer Verschlüsselung der Information (um beim Bild des Computers zu bleiben: der Eingabe in einer bestimmten Programmiersprache) folgt das Abspeichern (auf einer Diskette oder Festplatte), wonach die Informationen bei Bedarf wieder abgerufen (von den Datenträgern gelesen) werden können.“ (Krämer, a. a. O.)

Das Langzeitgedächtnis ist wiederum in mehrere Bereiche unterteilt: das prozedurale Gedächtnis und das deklarative Gedächtnis, wobei dieses noch einmal eine Feinunterteilung in semantisches und periodisches Gedächtnis erfährt.

Das *prozedurale* Gedächtnis, auch *Wie-Gedächtnis* genannt, speichert Wissen darüber, wie etwas getan wird, das *deklarative* Gedächtnis speichert so genannte Was-Informationen. Dabei ist das periodische Gedächtnis als Untereinheit des deklarativen Gedächtnisses zuständig für Inhalte, die in zeitlicher Zuordnung erlebt und gespeichert wurden. Dazu gehört z. B. das Erinnern, wo man letztes Jahr den Sommerurlaub verbrachte, oder das Auswendiglernen und Erinnern von Vokabellisten.

Das semantische Gedächtnis bezieht sich auf das Erinnern von so genanntem Allgemeinwissen, wie Namen von Städten, Gegenständen und ähnlichem.

2.3.1.2 Abgrenzung zur „normalen“ Altersvergesslichkeit

Angeichts der Tatsache, dass jeder Mensch bis zu einem gewissen Grad vergesslich ist oder sein kann, stellt sich die Frage, wo die Grenzen zwischen „gutartiger“ und pathologischer Vergesslichkeit zu ziehen sind. Vergesslichkeit tritt in jedem Lebensalter auf. Abhängig von Faktoren wie Stress, Nervosität, mangelnder Konzentration, Überforderung und Unaufmerksamkeit, können kognitive Leistungseinbußen, insbesondere die des Gedächtnisses, unterschiedlich stark ausgeprägt sein und in Phasen hoher geistiger und emotionaler Belastung bei jedem Menschen, unabhängig vom Alter, verstärkt vorkommen.

Es gibt Situationen, in denen man Schwierigkeiten hat, die richtigen Worte zu finden, in denen man sich fragt, welcher Wochentag eigentlich gerade ist, oder in denen man sich nicht mehr erinnert, wo man seine Brille abgelegt hat.

Alle diese Dinge sind, nicht nur in höherem Alter, „normal“, das heißt, nach der statistischen Norm: sie passieren der Mehrheit der Bevölkerung.

Im Unterschied zu dieser „normalen“ Form von Vergesslichkeit, fallen aber einem Alzheimerkranken später nicht die zuvor entfallenen Namen oder Telefon-

nummern wieder ein, er findet sich nie mehr in den Wochentagen zurecht und erinnert sich nicht, überhaupt je eine Brille getragen zu haben. Während es zu der „normalen“ Vergesslichkeit gehört, dass man Dinge, wie Schlüssel oder Einkaufszettel verlegt, legen Alzheimerkranke Dinge an verkehrten und nicht dafür bestimmten Orten ab. Zum Beispiel findet man dann das Bügeleisen im Kühlschrank oder die Butterdose in der Wäscheschublade.

Dass die Merkfähigkeit mit zunehmendem Alter generell abnimmt, liegt daran, dass täglich mehr als 100.000 Nervenzellen in dem normalen, nicht pathologischen Altersprozess zu Grunde gehen.

Bei einer Lebenserwartung von 70 Jahren entspricht das in etwa zwei Milliarden Nervenzellen. Da der Mensch ca. 100 Milliarden Nervenzellen besitzt, ist dieser Verlust nicht gravierend. Bei der Alzheimerkrankheit sterben aber mehr als die Hälfte aller Nervenzellen im Gehirn ab. Das sind, am Ende der Krankheit mehr als 50 Milliarden Nervenzellen! Außerdem besteht im Alter eine Verlangsamung und Einschränkung bestimmter biologischer Vorgänge im Gehirn, die auf das Gedächtnis Einfluss nehmen können.

In den späten 60er Jahren wurde der Begriff der so genannten gutartigen Altersvergesslichkeit (engl.: benign senescent forgetfulness) geprägt, der aber bald ersetzt wurde durch den fachlich korrekteren Begriff der altersassoziierten Gedächtnisstörung (engl.: age Associated memory impairment; AAMI).

Es gibt aber auch Bereiche des Gedächtnisses, die bei einem gesunden Menschen vom Alter weitgehend unbeeinflusst bleiben. Dazu gehören die Nutzung des bereits erworbenen Wissens in der Praxis, sowie die grundsätzliche Möglichkeit, neue Informationen zu speichern.

Die Anwendbarkeit des erworbenen Allgemeinwissens, nennt man kristallisierte Intelligenz. Im Gegensatz dazu nimmt mit zunehmendem Alter die so genannte flüssige Intelligenz ab. Diese Form der Intelligenz bezeichnet die Fähigkeit, eingehende Informationen zu verarbeiten, d.h., mit neuen Informationen Sinn entsprechend umzugehen oder alle Informationen auf neue Art und Weise anzuwenden.

Ebenfalls vom Prozess des Alterns betroffen sind das Kurzzeitgedächtnis, die Lerngeschwindigkeit, das Reaktionsvermögen, die Erinnerungsgeschwindigkeit sowie das Abstraktionsvermögen.

2.3.1.3 Erste pathologische Gedächtnisstörungen

Zurzeit gibt es noch keine gesicherten Erkenntnisse, um eine beginnende Demenz vom Alzheimertyp von einer normalen Altersvergesslichkeit zu unterscheiden.

Als grobe Unterteilung kann man feststellen, dass bei der normalen Altersvergesslichkeit eher Dinge, bei einer beginnenden Alzheimerkrankheit eher Ereignisse vergessen werden, aber auch diese Merkmale sind eher vage und weisen eine große Schnittmenge auf.

Normale Altersvergesslichkeiten treten zudem eher sporadisch und im Laufe der Jahre nur geringfügig zunehmend auf. Verlegte Dinge lassen sich leicht an meist

üblichen Orten wieder finden, mit Hilfe von Konzentration lassen sich scheinbar vergessene Dinge wieder erinnern und Merktettel können Sinn entsprechend benutzt werden. Im Gegensatz dazu tritt die Alzheimerkrankheit zwar langsam und schleichend, aber zunehmend stärker werdend ein. Erste Gedächtnisschwierigkeiten oder Leistungseinbußen werden zunächst nur von dem Erkrankten selbst und noch nicht von seiner Umwelt wahrgenommen. Im Anfangsstadium gelingt es den Betroffenen noch, sich rhetorisch einem Gespräch oder einer Frage zu entziehen, dem sie inhaltlich nicht mehr standhalten können. Kleine Merktettel, an verschiedenen Orten hinterlegt und versteckt, retten in der Anfangszeit über die Lücken, die im Gehirn entstehen, hinweg, doch schon im zweiten Stadium der Erkrankung können diese nicht mehr genutzt werden, weil der Erkrankte den Sinn nicht mehr versteht.

Oft werden die Ausfälle im ersten Stadium nicht ernst genommen, verdrängt, oder äußeren Umständen wie Stress und Überbelastung zugeschrieben. Viele Kranke klagen in der Anfangsphase der Krankheit über physische Symptome wie Kopfschmerz, Schwindel oder Benommenheit.

In alltäglichen und Standardsituationen fällt der Erkrankte zunächst nicht auf, da Aussehen, Mimik, Gestik und Verhalten noch der Normalität entsprechen. Oft sind es Personen, die den Betreffenden über einen längeren Zeitraum nicht gesehen haben und ihm jetzt mit etwas Abstand begegnen, denen die ersten Veränderungen auffallen.

Nur in seltenen Fällen tritt die Krankheit abrupt und scheinbar plötzlich auf; meist infolge einer Ortsveränderung wie Urlaub oder Umzug, die bewirkt, dass dem Erkrankten die äußere Sicherheit der Umgebung genommen wird und er nicht mehr in der Lage ist, sich auf die neuen Umstände einzulassen oder sich in der neuen Umgebung zurechtzufinden.

2.3.2 Sprach- und Kommunikationsstörungen

Im Verlauf der Alzheimerkrankheit kommt es schon früh zu Störungen im Bereich der Sprache.

In dem ersten Stadium der Erkrankung leiden die Patienten zunehmend an Störungen des Benennens (Aphasie), was zunächst in erster Linie Dinge betrifft, mit denen der Kranke nicht täglich umgeht, sich im Laufe der Krankheit aber immer weiter auch auf vertraute Gegenstände ausbreitet.

In der Folgezeit wird die Sprache stotternd, unzusammenhängend, oft auch undeutlich, und rudimentär bis, in vielen Fällen, zum vollständigen Mutismus.

2.3.2.1 Aphasie

Als Aphasie bezeichnet man in der Medizin den „Verlust der Fähigkeit, Sprache zu verstehen oder zu produzieren“ (Krämer 1996).

Aphasische Störungen haben nicht nur Auswirkungen auf die gesprochene Sprache, sondern werden auch in den Bereichen Lesen, Schreiben und Verstehen deutlich.

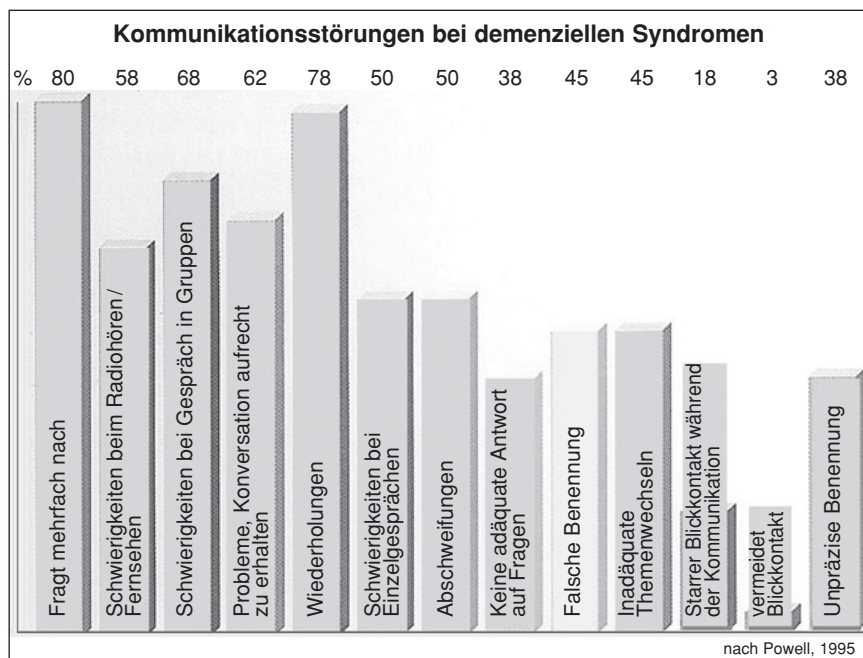


Abbildung 5: Kommunikationsstörungen bei dementziellen Syndromen (aus: Zukunftsforum Demenz, Newsletter 10/2004)

Man unterscheidet verschiedene Aphasieformen, die jedoch meistens als Mischformen auftreten, so auch bei der Alzheimerkrankheit

2.3.2.1.1 Amnestische Aphasie

Die häufigste Form der aphasischen Störungen ist, schon in der Frühphase der Krankheit, die amnestische Aphasie.

Sie bezeichnet die Unfähigkeit, Gegenstände oder Personen richtig zu benennen. Diese Wortfindungsstörung betrifft in erster Linie Hauptwörter. Seltener sind Verben und Adjektive betroffen.

Bei der amnestischen Aphasie sind weder Sprachfluss noch Sprachverständnis gestört. Unterhaltungen sind deshalb möglich und relativ unauffällig. Lediglich der Versuch des Patienten, die fehlenden Wörter zu umschreiben oder durch ähnlich klingende zu ersetzen, macht die Sprache etwas weitschweifig und umständlich.

2.3.2.1.2 Wernicke-Aphasie

Die Wernicke-Aphasie, auch sensorische Aphasie genannt, benennt die Unfähigkeit, gesprochene Sprache zu verstehen. Dieses Unvermögen bezieht sich sowohl auf die

eigene Sprache, als auch auf die Sprache anderer Menschen. Der Patient redet zwar flüssig und ohne Schwierigkeiten, jedoch auch ohne Sinn und Zusammenhang. Häufig bilden die Patienten neue Worte oder Wortkombinationen. Diese Form der Sprachstörung tritt in den meisten Fällen während der zweiten Krankheitsphase, also im mittleren Stadium der Erkrankung auf.

Ursache für die Wernicke-Aphasie kann neben der Alzheimerdemenz auch ein Schlaganfall sein, besonders wenn die Störung unvermittelt und ohne vorhergehende Sprachauffälligkeiten auftritt.

2.3.2.1.3 Broca-Aphasie

Die Broca-Aphasie wird auch motorische Aphasie genannt. Bei dementen Patienten tritt sie fast ausschließlich als Folge eines Schlaganfalls oder ähnlicher zusätzlicher Krankheiten auf.

Die Alzheimerkrankheit an sich ruft also nicht ursächlich diese Sprachstörung hervor, dennoch ist sie bei Alzheimerpatienten häufig anzutreffen. Betroffen sind sowohl die geschriebene als auch die gesprochene Sprache. Der Redefluss ist holprig und mühsam, die Sprache zerstückelt und stockend. Der Patient bildet keine ganzen Sätze mehr, es sind nur noch sinngebende Worte als Gerüst eines Satzes enthalten. Die motorische Aphasie kann, da sie Folge zusätzlicher Krankheiten ist, in jedem Stadium der Alzheimerkrankheit auftreten.

2.3.2.2 Perseverationen, Paralalie, Echolalie, Logoklonie

Im Verlauf der Alzheimerkrankheit treten neben den oben beschriebenen Aphasien zunehmend Wortfindungsstörungen auf.

Die Sprache ist gekennzeichnet durch Wortwiederholungen (Perseverationen), die, wenn sie ein und dasselbe Wort betreffen, Paralalien genannt werden. Häufig anzutreffen sind Echolalien, d.h. ein stetes, eher monotones Wiederholen von Worten, Phrasen und Ausdrücken anderer Menschen. Ein andauerndes Wiederholen einzelner Silben bezeichnet man als Logoklonie.

2.3.3 Störungen des Erkennens

Mit fortschreitender Krankheit machen sich Störungen des Erkennens von Personen, Gegenständen und später des eigenen Selbst bemerkbar. Diese Störungen des Erkennens bezeichnet man als Agnosien.

2.3.3.1 Visuelle Agnosie

Die visuelle Agnosie bezeichnet die Unfähigkeit, Gesehenes mit Bedeutungsgehalt zu verknüpfen. Es liegt keine pathologische Sehschädigung vor, d.h. die Betroffenen nehmen visuell normal wahr, können aber keinen Sinn damit verknüpfen, ähnlich wie es bei schwerst hirngeschädigten Kindern oder Erwachsenen vorkommt, die zwar nicht eigentlich blind sind, die eingehenden Bilder aber nicht verarbeiten können.

2.3.3.2 Prosopagnosie

Die Prosopagnosie ist vor allem für Angehörige die erschreckendste Form von Erkennstörungen, denn sie bezeichnet die Unfähigkeit, Gesichter zu erkennen und richtig einzuordnen, so dass selbst nahe Verwandte als fremd wahrgenommen werden.

2.3.3.3 Auditorische Agnosie

Die auditorische Agnosie betrifft das Hören, das, bis auf eine normal altersbedingte Schwerhörigkeit nicht geschädigt ist. Dennoch kann das Gehörte, ähnlich wie bei der visuellen Agnosie das Gesehene, nicht mit Sinn und Bedeutung verknüpft und verstanden werden.

2.3.3.4 Taktile Agnosie

Alzheimerkranke reagieren auf äußere Reize nicht mehr der Norm entsprechend. Im dritten Stadium der Erkrankung ist der Grund hierfür, dass die Nervenzellen, die für die Schmerzübertragung zuständig sind, zerstört sind. Der Patient spürt also keine Schmerzen mehr.

In den ersten beiden Stadien werden taktile Reize zwar noch wahrgenommen, aber nicht mehr richtig verstanden und dementsprechend in einen Handlungsablauf eingeordnet.

Die Hand, die unter zu heißes Wasser gehalten wird, wird also nicht weggezogen, obwohl der unangenehme Reiz spürbar ist.

2.3.3.5 Körperschema-Agnosie

Der demente Mensch erkennt im Laufe der Krankheit seine Körperteile nicht mehr als zu sich gehörig.

2.3.4 Handlungs- und Bewegungsstörungen

Im Verlauf der Alzheimerkrankheit treten zum Teil massive Bewegungsstörungen und Störungen des Handelns auf. Charakteristisch für Alzheimerpatienten des zweiten und dritten Stadiums ist der unsichere, kleinschrittige Gang, bei dem die Arme nicht mehr im Rhythmus der Bewegung mitschwingen. Einfache Bewegungsabläufe werden zwar noch beherrscht, aber kompliziertere Folgen von Handlungen und Bewegungen werden zunehmend unmöglich. Neue Bewegungsabläufe können nicht mehr erlernt werden. Die Unfähigkeit, früher erlernte Abläufe der Bewegung auszuführen oder neue zu erlernen, wird in der Fachsprache Apraxie genannt. Dabei werden drei Formen unterschieden:

2.3.4.1 Ideatorische Apraxie

Die ideatorische Apraxie bezeichnet die Unfähigkeit, kompliziertere Bewegungsabläufe in Verbindung mit der richtigen Handhabung von Objekten zu beherrschen. Menschen, die an einer ideatorischen Apraxie leiden, sind nicht mehr in der Lage, Kaffee mit der Kaffeemaschine zu kochen, die Tintenpatrone eines Füllfederhalters zu wechseln oder der Anweisung zu folgen, einen Stift erst an das linke Ohr, dann an die Nasenspitze und hinter dem Kopf zum rechten Ohr zu führen.

2.3.4.2 Ideomotorische Apraxie

Die ideatorische Apraxie bezeichnet die Unfähigkeit, symbolische Handlungen auszuführen. Aufforderungen von „So-tun-als-ob“ können nicht mehr befolgt werden.

2.3.4.3 Konstruktive Apraxie

Die konstruktive Apraxie bezieht sich auf eine Handlungsstörung, die räumliche Vorstellungskraft und Denken erfordert.

Die Personen sind nicht mehr in der Lage, Dinge mit räumlicher Perspektive zu zeichnen oder sie vergessen beim (Ab-)zeichnen grundlegende Dinge, wie die Reifen bei einem Auto.

Eine Sonderform der konstruktiven Apraxie ist die Unmöglichkeit, sich anzuziehen, das heißt, die Kleidungsstücke den richtigen Körperteilen zuzuordnen und sie in der richtigen Reihenfolge anzuziehen.

2.3.5 Physische, psychische und Verhaltensstörungen

2.3.5.1 Verlust der Orientierung

Unter Orientierung versteht man die Fähigkeit, durch Wahrnehmungen wie Sehen und Hören sowie durch das Gedächtnis Auskunft geben zu können über den eigenen Namen, Wohn- und Aufenthaltsort, über die Adresse, das aktuelle Datum und sein Alter.

Desgleichen bezeichnet man mit Orientierung auch die Fähigkeit eines Menschen, sich an vertrauten und unbekannten Orten zurechtfinden zu können.

Um bei einer dementen oder desorientierten Person feststellen zu können, in welchen Bereichen der Orientierung Ausfälle zu verzeichnen sind, wird der Begriff Orientierung untergliedert in so genannte Orientierungsqualitäten.

Diese sind:

Zeit, Ort, Person und Situation.

Anhand dieser vier Bereiche kann man mit gezielten Fragen, einschätzen, in welchen Bereichen eine Desorientiertheit besteht:

- „Was ist heute für ein Tag/Monat/Jahr?“ (*zeitliche Orientierung*)
- „In welcher Straße/Stadt/Gebäude befinden Sie sich?“ (*örtliche Orientierung*)
- „Wie ist Ihr Name / Alter?“ (*persönliche Orientierung*)
- „Was geschieht gerade, was machen Sie gerade und warum?“ (*situative Orientierung*)

2.3.5.2 Schlafstörungen

Eine Vielzahl der Demenzkranken leidet unter Insomnie (Schlaflosigkeit). Die meisten Alzheimerkranken wandern nachts ruhelos umher, versuchen sich an- oder aus-zuziehen, oder das Haus zu verlassen.

Die Gründe für die nächtliche Unruhe können verschiedene sein. Nimmt der Patient Beruhigungsmittel ein, so können diese in niedriger Dosierung einen dösenden Zustand hervorrufen, in dem der Erkrankte weder ganz wach ist, noch tief schläft, in dem er aber in der Lage ist, ziellos umherzugehen. Ein weiterer häufiger Grund für die nächtliche Ruhelosigkeit, liegt in der Störung des Tag-Nacht-Rhythmus. Alzheimerkranke können den Tag von der Nacht nicht mehr unterscheiden, sehen oftmals also gar keinen Sinn, im Bett liegen zu bleiben.

Weitere Gründe können besonders im Dunkeln Angstzustände, Wahnvorstellungen oder körperliche Beschwerden sein. Der Kranke kann eventuell Missstände wie Überhitzung im Bett, Druckstellen oder Einnässung nicht mehr verbalisieren und versucht im wahrsten Sinne des Wortes, ihnen durch Weglaufen zu „entfliehen“. Leidet der Alzheimerpatient zusätzlich an einer Depression, kann diese Grund für die Schlafstörungen sein.

2.3.5.3 Antriebs- und Aufmerksamkeitsstörungen

Besonders während der ersten Phase der Krankheit verfällt der demente Mensch häufig in eine, für ihn ungewöhnliche, Passivität und Lethargie.

Im Verlauf der Krankheit kann entweder ein mangelnder Antrieb, verbunden mit Interesselosigkeit (Apathie) beobachtet werden oder eine allgemeine Schwung- und Kraftlosigkeit (Adynamie).

Sehr häufig, besonders im zweiten Stadium der Erkrankung, ist hingegen eine permanente Unruhe festzustellen, die sich in stundenlangem, manchmal bis zur Erschöpfung betriebenen ziellosen Umherlaufen, Nesteln an der Kleidung, permanentem An- und Ausziehen und einer absoluten Unfähigkeit, einige Minuten ruhig sitzen zu bleiben, äußert. Seltener sind manische Zustände mit einer euphorischen, aktiven Lebhaftigkeit.

Auch bei den Antriebsstörungen zeigt sich, dass die Krankheit in erster Linie die geistigen Funktionen und nicht die körperlichen beeinträchtigt. So ist eine extreme Passivität eher auf mangelndes Können und mangelnde Willenskraft, sich ein Ziel zu setzen und es zu befolgen, zurückzuführen, als auf körperliche Verhinderungen. Die

Gedächtnisstörungen führen außerdem dazu, dass die Patienten sich in dem Glauben befinden, bestimmte Tätigkeiten schon verrichtet zu haben.

Störungen der Aufmerksamkeit werden unterteilt in so genannte Vigilanz (Wachheit), allgemeine Konzentrationsfähigkeit und zielgerichteter Aufmerksamkeit. Alzheimerkranke sind zwar häufig sehr wach, aber derart unkonzentriert, dass sie schwer auf etwas zu beziehen sind. Ihre Ausdauer ist ebenfalls stark herabgesetzt, so dass Tätigkeiten in der Regel nicht zu Ende ausgeführt werden.

2.3.5.4 Depression

Die meisten Alzheimerkranken leiden gerade während des ersten Stadiums der Krankheit unter schweren Depressionen. Sie nehmen ihren Zustand und das Nachlassen ihrer geistigen Fähigkeiten noch bewusst wahr und erleben ihre zunehmende Unfähigkeit, sich in der Welt zu recht zu finden. Gesprächen und Unterhaltungen können sie immer weniger folgen, Aktivitäten des täglichen Lebens, den Anforderungen ihres Berufs können sie nicht mehr standhalten und ihren Hobbys nicht mehr nachgehen. Viele Alzheimerkranke sondern sich ab und ziehen sich aus Aktivitäten des täglichen Lebens zurück, um nicht permanent mit ihrem Unvermögen konfrontiert zu werden.

2.3.5.5 Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen

Die zunehmende Unfähigkeit, Menschen und Gegenstände zu erkennen und in einen adäquaten Sinnzusammenhang einzuordnen, führt häufig zu Wahnvorstellungen. Vertraute Menschen werden fortgeschickt, weil sie sich der kranken Person scheinbar ungebührlich nähern und Menschen werden beschuldigt, Dinge gestohlen zu haben, die aufgrund der Gedächtnislücken für den dementen Menschen unauffindbar geworden sind.

Das bruchstückhafte Erleben der Realität, vermischt mit Erinnerungsfetzen der Vergangenheit, führt zu einem permanenten Unsicherheitsgefühl im Hier und Jetzt. Grundlegende Ängste und Gefühle, die der Patient zwar empfindet, jedoch weder artikulieren, noch rational durchschauen und bewerten kann, äußern sich häufig in Wahnvorstellungen, ebenso wie die vielen Situationen und Handlungsabläufe, die der Demenzkranke nicht mehr verstehen kann und die er deshalb als bedrohlich empfindet.

Halluzinationen, das heißt eine Fehlwahrnehmung nicht vorhandener Dinge, betreffen häufig das Sehen und das Hören. Noch häufiger als Halluzinationen sind aber illusionäre Verkennungen, das heißt, tatsächlich vorhandene Dinge oder Umweltreize werden von dem Demenzkranken durch seine gestörte Wahrnehmung falsch erkannt und zugeordnet. So kann ein Alzheimerpatient einen Schatten an der Wand als reale Person wahrnehmen und durch keine rationalen Erklärungen von dem Gegenteil zu überzeugen sein.

2.3.5.6 Aggressionen

95% aller Alzheimerkranken werden während der Spätphase ihrer Krankheit in stationäre Pflegeeinrichtungen überwiesen. Hauptgründe für die Einweisung in ein Pflegeheim o. Ä. sind die massiven Verhaltensauffälligkeiten der dementen Menschen.

Das vorwiegende Problem sind die zum Teil vollkommen ungesteuerten Aggressionen bis hin zu tätlichen Angriffen, die das Zusammenleben und Betreuen eines Dementen nicht nur erschweren, sondern unter Umständen sogar gefährlich machen können. Für das aggressive Verhalten von Alzheimerkranken gibt es verschiedene Gründe.

Dementiell erkrankte Menschen verlieren die Kontrolle und die Steuerung ihres Verhaltens ähnlich dem gesunden Menschen, der sich unbeobachtet glaubt und scheinbar „heimlich“ gesellschaftlich nicht anerkanntes Verhalten zulässt. Denn der Mensch trägt von Geburt an eine Grundausstattung von Verhaltensweisen in sich, die zum Teil gesellschaftlich nicht anerkannt sind.

Für gewöhnlich hat er die ersten 10 bis 25 Jahre seines Lebens Zeit, zwischen „richtigen“, das heißt der gesellschaftlichen Norm entsprechenden und „falschen“ Verhaltensweisen zu unterscheiden.

Durch Prozesse der Sozialisation internalisiert er das gesellschaftlich und kulturell anerkannte Verhalten, er erlernt also Steuerungsmechanismen, die ihm ermöglichen, möglichst unauffällig – und das heißt hier wieder, der Norm entsprechend – zu leben.

Alzheimerkranke verlieren im Laufe ihrer Krankheit diese Steuerungsmechanismen wieder. An diesen Punkten ähnelt ihr Verhalten oft dem kleiner Kinder, die erst lernen müssen, dass man seine Interessen nicht mit Schreien oder Gewalt durchsetzt und dass man sich an gewisse Regeln zu halten hat. Demente Menschen verstehen die Sinnhaftigkeit solcher Regeln und Konventionen nicht mehr, außerdem vergessen sie sie sofort. Das führt häufig, besonders in einer Gruppe mehrerer dementer Menschen, zu Konflikten und Situationen, die der Hilfe und Klärung Außenstehender bedürfen. Andere Gründe für auffälliges, aggressives Verhalten können nicht befriedigte Bedürfnisse sein.

Zu diesen Ursachen gehören wie folgt:

1. unangenehme äußere Reize
 - Dunkelheit („Sun-Down-Syndrom“, durch Dunkelheit sinkt der Serotoninspiegel im Blut, die Umgebung sollte deshalb hell und schattenfrei sein)
 - Gerüche (Raumgerüche, eigener Körpergeruch, besonders bei Inkontinenz)
 - Hitze (optimal sind Temperaturen um 22 °C, bei Temperaturen über 30 °C steigt die Sterberate um 50 %)
 - laute, nicht identifizierbare Geräusche
2. Angst / Erwartung

Alzheimerpatienten befinden sich ständig in einer Situation des unruhigen Abwartens, ohne zu wissen, was genau sie erwarten oder befürchten. Sie wissen

nicht, ob, was, wann geschehen wird oder nicht. Dieser Zustand löst erst Unruhe, dann Angst und zum Schluss Panik aus.

Gesunde Menschen kennen ähnliche Zustände zum Beispiel aus der typischen Wartezimmer-situation beim Arzt. Je länger man wartet und untätig herumsitzt, desto unruhiger wird man. Zum Einen, weil das lange Warten an sich schon nervös macht, zum Anderen, weil sich im Laufe der Zeit immer mehr (irrationale) Ängste und Gedanken auftürmen, die sich mit der Frage beschäftigen, was das lange Warten zu bedeuten hat, was im Folgenden wohl passieren wird, wann es geschehen wird etc.

3. Reizüberflutung / Reizmangel

Mit dem tatenlosen Ausharren und Abwarten vieler dementer Patienten geht ein starker Reizmangel einher.

Aufgrund ihrer eingeschränkten Fähigkeit, sich selbständig zu beschäftigen oder soziale Kontakte zu pflegen, verkümmern viele demente Menschen und dämmern über viele Stunden des Tages vor sich hin.

Dieser Mangel an Reizen und Erleben, man möchte fast sagen – der Mangel an Leben per se – führt ebenfalls zu nicht ausdrückbarer Unzufriedenheit und damit irgendwann zu Aggressionen.

4. Verständigungsschwierigkeiten

Ein Mensch, der an der Alzheimerkrankheit leidet, vermag Sinnzusammenhänge nicht mehr zu erkennen und zu durchschauen.

Ein dementer Mensch versteht nicht, warum er plötzlich von wildfremden Personen ausgezogen, gewaschen und ins Bett gelegt werden soll, er versteht nicht, warum seine Intimsphäre permanent und nicht vorhersagbar gestört wird, oder warum er zum Essen gezwungen wird, wenn er selbst der festen Überzeugung ist, soeben gespeist zu haben.

Dieses Unverständnis führt zu Angst und damit zu Aggressionen.

5. Aggressives Verhalten anderer

Durch die Unmöglichkeit, Situationen verstehen und richtig beurteilen zu können, reagieren Alzheimerpatienten auf Aggressionen anderer Menschen ebenfalls mit Wut und Tätlichkeiten. Eine gewaltfreie, verbale oder psychologische Lösung des Konflikts ist ihnen aufgrund ihrer Hirnleistungsstörung nicht mehr möglich.

6. Situative Verknennung

Fehleinschätzungen- und beurteilungen führen zu unangemessenen Verhaltensweisen.

7. Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung

Die Diskrepanz zwischen der Selbstwahrnehmung eines dementen Patienten und der Einschätzung seiner Mitmenschen birgt wohl das größte Konfliktpotential im Umgang mit Alzheimerpatienten.

Die folgende Darstellung gibt einen Überblick:

Tabelle 2: Konfliktpotential im Umgang mit Alzheimerpatienten

Selbstwahrnehmung des dementen Menschen	Fremdwahrnehmung durch Andere
Jung (20 – 30 Jahre)	Alt
Leistungsfähig	Vergesslich
Selbständig	Hilflos
Gesund	Gebrechlich
Unauffällig	Leidend

Die Tabelle zeigt, wie sehr das Bild, das der Demenzkranke von sich hat von dem, das Außenstehende von ihm haben, differiert. Schon das Aufwachen kann für den dementen Menschen erschreckend und angstbesetzt sein. Man stelle sich vor:

„Sie wachen in einem Zimmer auf, das Sie nicht erkennen. Sie sehen faltige, fleckige Hände auf der Bettdecke, ganz anders als Ihre Hände, die jung und kräftig aussehen. Aber es scheinen Hände zu sein, die an Ihrem Arm angebracht sind. Das ist sehr rätselhaft. Eine Frau kommt ins Zimmer mit einer Tasse Tee. Sie sagt: ‚Guten Morgen Mutter, heute ist Mittwoch, der Tag, an dem Du in die Tagesstätte gehst.‘ Sie haben nur eine Tochter und die ist erst 17. Wer also ist diese Frau um die 50, die Sie Mutter nennt? Und was ist eine Tagesstätte?“

(aus: Handbuch der Betreuung und Pflege von Alzheimerpatienten, Stuttgart 1999).

Ein ähnliches und häufig anzutreffendes Phänomen, welches auf die gestörte Selbstwahrnehmung zurückzuführen ist, ist die Tatsache, dass die meisten dementen Menschen sich selbst nicht mehr im Spiegel erkennen. In Erwartung, das junge Mädchen zu sehen, für das sie sich halten, rufen sie ganz erstaunt beim Anblick ihres Spiegelbildes aus: „Guck mal die Oma da, wer ist denn die Alte?“

2.3.6 Zusammenfassung

Die ersten Anzeichen für die Alzheimerkrankheit sind Gedächtnisstörungen. Ausfälle betreffen zunächst nur das Kurzzeitgedächtnis, im Verlauf der Krankheit auch das Langzeitgedächtnis. Weitere Krankheitszeichen sind Sprach- und Kommunikationsstörungen, Verlust der Orientierung, sowie psychische und Verhaltensstörungen. Aggressionen stellen eines der Hauptprobleme im Umgang mit Demenzkranken dar und resultieren in erster Linie aus unbefriedigten Bedürfnissen. Ihnen angemessen zu begegnen und einen Abbau der unpassenden Verhaltensweisen durch Bedürfnisbefriedigung zu erreichen, wird eines der Hauptziele dementagogischer Interventionen sein wie sie im Abschnitt C der Arbeit erörtert werden.

3 Krankheitsverlauf bei Morbus Alzheimer

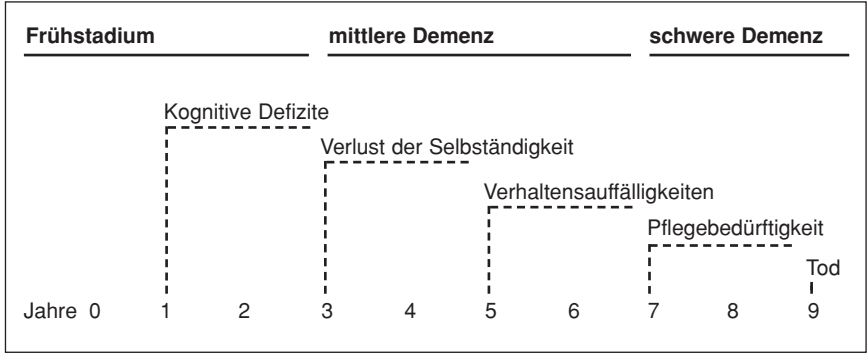
Die Alzheimerkrankheit verläuft zunehmend und fortschreitend in drei Stadien, die sich untereinander in dem Schweregrad der Hirnleistungsstörungen und der zunehmenden Verhaltensproblematik der Patienten unterscheiden.

15 bis 30 Jahre nach den ersten, nicht bemerkbaren Veränderungen im Gehirn, treten die ersten Symptome der Krankheit auf.

Der Verlauf der Krankheit erstreckt sich von diesem Zeitpunkt an über durchschnittlich fünf bis neun Jahre bis zum Tod.

Tabellarisch lässt sich der Verlauf einer Alzheimerdemenz wie folgt darstellen:

Tabelle 3: Verlauf der Alzheimerkrankheit



3.1 Stadium 1: Frühstadium

Das Frühstadium der Alzheimerkrankheit ist gekennzeichnet durch leichtgradige, zum Teil kaum erkennbare oder oft nur für den Betroffenen selbst wahrnehmbare Symptome. Doch schon diese ersten, leichtgradigen Auffälligkeiten führen zu Beeinträchtigungen im täglichen Leben.

Die Krankheit beginnt mit dem Vergessen, wo vertraute Gegenstände hingelegt wurden und dem Entfallen der Namen von gut bekannten Personen. Dem Patienten fällt es schwer, sich Dinge zu merken, die gerade erst geschehen oder gesagt worden sind. Er fängt an, zuvor Gesagtes oder Getautes zu wiederholen.

Dem Patienten entfallen zunehmend Wörter oder Redewendungen. Die Präzision des Ausdrucks lässt nach und er beginnt, kürzere Sätze mit einfacherer Struktur zu sprechen. Insbesondere das eigenständige Denken wie Schlussfolgern oder Urteilen fällt dem Erkrankten zunehmend schwer, ebenso wie das Zurechtfinden in vertrauter Umgebung. Es kommt vor, dass der Erkrankte in seiner eigenen Wohnung die Toilette nicht mehr findet oder sich auf vertrauten Wegen, zum Beispiel zum Einkaufen verläuft.

Im Frühstadium der Krankheit verfällt der Patient häufig in eine für ihn ungewöhnliche Passivität oder Lethargie, häufig in Verbindung mit depressiven Episoden. Der Patient vergisst das Datum, die Uhrzeit oder den Wochentag. Häufig kann er die Uhr nicht mehr lesen oder die abgelesene Zeit nicht mehr richtig einordnen. Auf dieses erste Stadium der Krankheit reagieren viele Patienten mit Wut, Angst, Beschämung oder Niedergeschlagenheit. Besonders bedrohlich wirkt für sie die zeitliche und örtliche Desorientierung, aber auch die für jeden offensichtlicher werdenden verminderten Möglichkeiten, sich verbal auszudrücken. Körperlich hat der Patient noch keine Beschwerden, die unmittelbar auf die Krankheit zurückzuführen wären. Auch technische Fertigkeiten, wie das Benutzen von öffentlichen Verkehrsmitteln oder das Führen eines Kraftfahrzeugs, gelingen noch, wenn man von den Problemen der örtlichen Desorientierung absieht. Schwierigkeiten dagegen bereitet schon früh der Umgang mit Geld. Zum einen aufgrund der Gedächtnisstörungen, aber vor allem auch wegen der Unmöglichkeit die symbolische Bedeutung des Geldes zu verstehen, geben Patienten ihr Geld oft wahllos aus, zahlen Ware doppelt oder gar nicht, oder verlieren ihr Geld.

3.2 *Stadium 2: fortschreitende Krankheit*

Im fortgeschrittenen Stadium der Krankheit sind die Symptome derart stark ausgeprägt, dass eine selbständige Lebensführung nur noch mit erheblichen Einschränkungen und der Unterstützung durch andere Menschen, wie Angehörige oder ambulantes Pflegepersonal möglich ist.

Der Patient vergisst die Namen von sehr vertrauten Personen, zum Beispiel die des Lebenspartners oder anderer enger Familienangehöriger. Es fällt ihm zunehmend schwerer, Gesichter zu erkennen (Prosopagnosie).

Die fortschreitenden Hirnleistungsstörungen lassen den Patienten vergessen, welche Dinge in welcher Reihenfolge verrichtet werden müssen, außerdem vergisst er zunehmend die Bedeutung und den Handlungsgebrauch von Gegenständen (Apraxien). Selbständiges Anziehen, die tägliche Körperpflege oder das Einnehmen von Mahlzeiten bedürfen ständiger Hilfe.

Die örtliche Desorientierung wird zunehmend stärker. Der Patient verläuft sich immer häufiger in vertrauter Umgebung, einzelne Zimmer in der Wohnung werden nahezu "unauffindbar".

Im zweiten Stadium der Erkrankung sehen die dementen Patienten häufig nicht real existierende Personen oder sie hören Stimmen und Geräusche.

Gleichzeitig können wahrgenommene, wirklich vorhandene Menschen nicht mehr richtig zugeordnet werden. Die Tochter einer Alzheimerpatienten beschreibt zum Beispiel:

„Meine Mutter erzählte mir, dass fast jeden Tag ein Mann an unserem Haus vorbeigeht und versucht, die Haustür zu öffnen. Eines Tages, als der Postbote gerade einen Brief gebracht hatte, sagte sie mir, dass der Mann schon wieder da war und war sehr verängstigt. Ich versicherte ihr, dass der Mann kein Dieb war, aber ich konnte sie nicht über-

zeugen. Weil ich den Postboten gut kenne, war er einverstanden zu läuten und mir die Post in die Hand zu geben, anstatt sie in den Briefkasten zu werfen. Meine Mutter beobachtet ihn immer noch argwöhnisch, aber sie hat weniger Angst.“

Aufgrund der Unmöglichkeit, Menschen zu erkennen und ihre Bedeutung zu verstehen, leben Alzheimerkranke ständig in der Angst und mit dem Gefühl, von lauter Fremden umgeben zu sein. Im zweiten Stadium der Erkrankung besteht häufig eine ausgeprägte Unruhe des Patienten.

Er läuft oft stundenlang ziellos umher und drängt aus der Wohnung. In der Wohnung fällt er durch planloses Umräumen auf, durch Kramen in Schubladen und Schränken und Verlegen oder Verstecken von Gegenständen. Seltener ist in diesem Stadium eine weitgehende Untätigkeit.

Der Alzheimerkranke kann in diesem Stadium Vergangenheit und Gegenwart nicht mehr unterscheiden. Er hat keine Vorstellung von dem Begriff Zukunft.

3.3 *Stadium 3: Spätphase der Krankheit*

Im dritten Stadium der Alzheimerkrankheit verliert der Patient die letzte selbstständige Lebensführung.

Es ist gekennzeichnet durch:

- APHASIE: Störung und Verlust der Sprache (vgl. 2.3.2)
- APRAXIE: Störung und Verlust der Handhabung von Objekten (vgl. 2.3.3)
- AGNOSIE: Störung und Verlust des Erkennens von Objekten (vgl. 2.3.4)

In allen Bereichen des täglichen Lebens ist der Demenzkranke vollständig auf Fremdhilfe und Unterstützung durch Angehörige oder Pflegepersonal angewiesen. Die meisten Alzheimerkranken werden in diesem Stadium in Pflegeheimen untergebracht, da die tägliche Versorgung zu Hause nicht mehr oder nur sehr schwer zu leisten ist. Das Gedächtnis ist nicht mehr in der Lage, neue Informationen zu speichern, die Sprache beschränkt sich nur noch auf wenige, meist unzusammenhängende, scheinbar sinnlose Wörter oder der Erkrankte verstummt gänzlich.

Zu den schwerwiegenden Störungen der geistigen und seelischen Leistungen treten jetzt massiv körperliche Symptome auf. Durch Hirnfunktionsstörungen werden die Geschmacksrichtungen süß und salzig kaum noch wahrgenommen, dafür aber verstärkt bitter und sauer. Das Resultat ist eine häufige Unlust zu essen, bis hin zu einer Verweigerung der Nahrungsaufnahme. Manche Patienten sind aber auch durch ein unübersichtliches Angebot an Speisen irritiert und essen demzufolge immer weniger.

Des Weiteren verlieren Patienten in diesem Stadium der Krankheit die Fähigkeit, das Besteck zweckentsprechend zu handhaben (ideatorische Apraxie). Da der Vorgang des Schluckens bei vielen Erkrankten gestört ist, besteht die Gefahr des Verschluckens bis zum Ersticken.

Ein typisches Merkmal von Alzheimerkranken im dritten Stadium ist der schleppe, vornüber geneigte Gang. Die winzigen Schritte und die eng voreinander gesetzten Füße führen häufig zu Stürzen.

Fast ausnahmslos verlieren Erkrankte im Spätstadium die Kontrolle über Blase und Darm. Dabei sind es nicht immer physische Gründe für eine Inkontinenz, auch Gedächtnis- und Orientierungsschwierigkeiten können sie bedingen.

Verstärkte, ungehemmte sexuelle Verhaltensweisen können bei Alzheimerkranken vorkommen. Sie werden durch den Verlust von Hemmungen, durch den Mangel an Ausdrucksmöglichkeiten für sexuelle Wünsche, durch das Verwechseln von Personen oder durch das Bedürfnis nach Berührung, Geborgenheit und Nähe verursacht.

Durch die Störungen im Gehirn treten verstärkt zerebrale Krampfanfälle auf.

Ausgelöst werden sie durch eine gemeinsame elektrische Entladung zahlreicher Nervenzellen und äußern sich unter anderem in wiederholten, ruckartigen Bewegungen der Extremitäten, Zähne knirschen, vorübergehender Starre, Anhalten des Atems und einem Verlust des Bewusstseins. Viele Patienten werden bettlägerig.

Während der ersten beiden Krankheitsstadien werden ca. 60% der Kranken zu Hause und ca. 40% in Pflegeeinrichtungen betreut.

Im letzten Abschnitt der Krankheit werden 95% der dementen Menschen in stationäre Pflegeeinrichtungen überwiesen.

3.4 *Tod*

In Nordamerika gilt die Alzheimerkrankheit als die vierthäufigste Todesursache nach Herzinfarkt, Krebs und Schlaganfall. In Deutschland wird „Morbus Alzheimer“ nur selten als Todesursache auf dem Totenschein aufgeführt. In der Mehrzahl der Fälle wird die Todesursache mit Herzkreislaufversagen oder Lungenentzündung angegeben.

Die Patienten versterben nach durchschnittlich sieben bis neun Jahren in den meisten Fällen an einer Komplikation wie Lungen- oder Harnwegsentzündungen, da die Krankheit das Immunsystem zunehmend schwächt. Andere Todesursachen sind entzündete Druckgeschwüre, Krebserkrankungen, Herzinfarkte oder Schlaganfälle.

Diese können selbstverständlich auch ohne die zugrunde liegende Alzheimerkrankheit vorkommen und zum Tode führen, aber es gilt als sicher, dass der Tod zu dem Zeitpunkt Folge der Alzheimerkrankheit ist. Ohne die Alzheimerkrankheit hätte der Patient die zum Tode führende Erkrankung nicht oder zu einem anderen Zeitpunkt erlitten.

3.5 *Diagnostik*

Die Alzheimerkrankheit wird in den meisten Fällen erst Jahre nach dem Auftreten erster Symptome von einem Arzt diagnostiziert.

Grund hierfür ist häufig das Verdrängen erster Krankheitszeichen von Patienten oder das Suchen nach plausiblen Erklärungen, wie Stress und Überarbeitung, das den Arztbesuch hinauszögert. Wird dann ein Arzt konsultiert, so sieht er sich einer Vielzahl von Symptomen und Beschwerden gegenüber, die eine eindeutige Diagno-

se erschweren. Gestützt wird der Befund in erster Linie auf die Anamnese, die körperliche Untersuchung und die Auswertung standardisierter Fragebögen und Tests. Außerdem beruht die Diagnose auf Ausschlusskriterien.

Laboruntersuchungen geben Aufschluss über das mögliche Vorliegen einer behandelbaren Demenz. Bezogen auf die Demenz vom Alzheimerstyp, kommen weitere Ausschlusskriterien wie folgt hinzu:

- Alter unter 55 (seltene Ausnahmen möglich)
- plötzlicher Beginn mit stufenweise oder wechselhaftem Verlauf
- deutliche körperliche Begeleitbeschwerden schon zu Beginn
- deutliche herdförmige neurologische Ausfälle (mit Ausnahme der neuropsychologischen Störungen)
- Schlaganfälle in der Vorgeschichte oder entsprechende Befunde bei der Computer- oder Magnetresonanztomographie.

Bei der Diagnosestellung ist zu beachten, dass die Alzheimerkrankheit oft mit der Parkinsonkrankheit oder einer vaskulären Demenz einhergeht.

3.5.1 Standardisierte Tests und Fragebögen zur Früherkennung

In der Diagnostik der Alzheimerkrankheit sollen psychologische Tests Aufschluss über das Ausmaß und die Bereiche von Hirnleistungsstörungen geben.

Diese Tests erfordern aber die aktive Mitarbeit des Patienten, sind also nur in dem Frühstadium der Krankheit einsetzbar. Die Auswertung psychologischer Tests bei einem eindeutig an Alzheimer erkrankten Menschen bringt folgende Ergebnisse:

Es ist eine allgemeine Abnahme des Intelligenzquotienten festzustellen, wobei die schlechtesten Ergebnisse im Bereich der Gedächtnistests manifestierbar sind. In nonverbalen Tests werden höhere Leistungen erzielt, weil sich in ihnen die Sprach- und Lesestörungen nicht bemerkbar machen.

Die einzelnen Tests weisen deutlich auf eine erworbene Leistungsschwäche hin. Ein sehr guter und leicht durchführbarer Test ist der Mini-Mental-Status (kurz MMS), der auch bei dem Verdacht auf eine Demenz rasche und relativ eindeutige Ergebnisse erzielt. Dieser Test überprüft die Bereiche Orientierung, Aufnahmefähigkeit, Rechnen, Gedächtnis, Sprache, Befolgen einer Aufforderung, Lesen, Schreiben, Kopieren. Testergebnisse von über 27 Punkten sind normal, 10–26 Punkte deuten auf eine leichte bis mäßige Demenz hin und Werte unter 10 zeigen eine schwere Störung (MMS siehe Anhang unter www.springer-vs.de/Buch/978-531-19834-7/Dementagogik.html).

Ebenfalls sehr leicht und auch vom Hausarzt durchführbar ist der so genannte Zahlen-Verbindungs-Test (kurz ZVT). Auf einem Blatt Papier willkürlich angeordnete Zahlen müssen von dem Patienten in richtiger Reihenfolge verbunden werden.

Im Anhang unter www.springer-vs.de/Buch/978-531-19834-7/Dementagogik.html findet sich eine Tabelle zur Übersicht über gängige Tests für die Erfassung der Leistungsfähigkeit von Alzheimerkranken sowie einige Originaltestbögen.

3.5.2 Bildgebende Verfahren

Bei einem bestehenden Verdacht auf eine Demenz vom Alzheimertyp, werden zunächst so genannte bildgebende Verfahren eingesetzt, um den Patienten zu untersuchen und eine mögliche Diagnose zu stellen.

Zu diesen bildgebenden Verfahren gehören Röntgenaufnahmen des Kopfes, aber vor allem die Computertomographie (CT) und die Magnetresonanztomographie (MRT).

Während das herkömmliche Röntgen nur die Schädelknochen sichtbar macht und lediglich dazu dienen kann, Schädelbrüche auszuschließen, können CT und MRT das Gehirn und seine Veränderungen sichtbar machen. Da die für die Alzheimerkrankheit typischen Veränderungen in ihrem ganzen Ausmaß nur postmortal, d. h. nach dem Tod des Patienten festzustellen sind, können sowohl die Computertomographie, als auch die Magnetresonanztomographie nur dem Ausschluss anderer Ursachen für die Symptome einer Demenz dienen. Beim CT wird das Gehirn in, vom Computer durch zahlreiche Röntgenaufnahmen berechnete, Scheiben dargestellt. Sichtbar werden hierdurch die Gewebisdichte und Flüssigkeiten im Gehirn.

Die MRT bildet das Gehirn in ähnlicher Weise ab wie die Computertomographie, nur wird hierbei die Struktur des Hirngewebes statt durch Röntgenstrahlen in einem Magnetfeld dargestellt, so dass der Patient keiner Strahlenbelastung ausgesetzt ist.

3.5.3 Laboruntersuchungen

Bei einem Verdacht auf die Alzheimerkrankheit dienen auch Laboruntersuchungen nicht der Feststellung einer Demenz vom Alzheimertyp, sondern, genau wie die bildgebenden Verfahren, dem Ausschluss anderer, eventuell behandelter Ursachen für das Auftreten von Symptomen einer Demenz. Die wichtigsten labordiagnostischen Verfahren sind Blutuntersuchungen und die Lumbalpunktion.

3.5.3.1 Blutuntersuchungen

Untersucht werden hierbei u.a. die Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit, Leber- und Nierenwerte, Kalzium-, Vitamin B₁₂-, Folsäure und Medikamentenspiegel, Schilddrüsenhormone und HIV-Serologie.

Bei Vorliegen einer Demenz vom Alzheimertyp, sind diese Werte in der Regel alle unauffällig. Zu hohe oder zu niedrige Testergebnisse können auf andere Krankheitsursachen wie Entzündungen, Krebserkrankungen, Anämien, Schilddrüsenfunktionsstörungen oder Aids hinweisen.

3.5.3.2 Lumbalpunktion

Mithilfe einer Lumbalpunktion wird Nervenwasser (Liquor) aus dem Rückenmark entnommen und auf Krankheitserreger wie Bakterien und Viren untersucht, um entzündliche Krankheitsprozesse und -ursachen auszuschließen.

Studien haben ergeben, dass bei Alzheimerpatienten eine Form des Tau-Proteins erhöht ist gegenüber gesunden Probanden. Diese erhöhten Werte können allerdings auch bei Schlaganfallpatienten oder Entzündungen des Gehirns nachgewiesen werden. Ein eindeutiges Indiz für eine Alzheimerdemenz sind sie also nicht.

3.6 Zusammenfassung

Um die Alzheimerkrankheit diagnostizieren zu können, wird als erstes das Gedächtnis mit Hilfe standardisierter Tests überprüft. Weist das Testergebnis auf eine vorliegende Demenz hin, werden Blutuntersuchungen und bildgebende Untersuchungen des Gehirns durchgeführt, um andere (behandelbare) Krankheiten (Tumoren, Meningitis etc.), deren Folge eine Demenz sein könnte, auszuschließen.

Die Alzheimerkrankheit verläuft über einen Zeitraum von durchschnittlich 9 Jahren bis zum Tod fortschreitend in drei Stadien.

Das erste Stadium ist gekennzeichnet von Gedächtnisstörungen und ersten Kompetenzverlusten im Alltag. Eine selbständige Lebensführung ist den Erkrankten aber noch möglich. Im zweiten Stadium der Alzheimerkrankheit ist der Betroffene in vielen Bereichen des Lebens auf Hilfe und Unterstützung angewiesen. Es treten massive Orientierungsstörungen und Störungen des Erkennens auf.

Im dritten Stadium der Krankheit ist der Betroffene in allen Bereichen des Lebens auf Fremdhilfe angewiesen. Es ist gekennzeichnet durch Aphasien, Apraxien und Agnosien und schwere Bewegungsstörungen. Aufgrund massiver Verhaltensproblematiken werden 95 Prozent der Alzheimerkranken im dritten Stadium der Krankheit in ein Pflegeheim überwiesen. Der Tod tritt häufig durch Herzinfarkt oder Lungenentzündung infolge eines geschwächten Immunsystems ein.

4 Behandlung der Alzheimerkrankheit

4.1 Ist Alzheimer heilbar? Medikamente in der Alzheimertherapie

Auf dem heutigen Stand der Medizin gibt es noch keine sichere Grundlage, um die Alzheimerkrankheit zu heilen. Eine Behandlung der Alzheimerkrankheit meint immer eine Behandlung der einzelnen Symptome und Begleiterkrankungen.

Seit Mitte der 90er Jahre des 20. Jahrhunderts gibt es aber Medikamente, die die Erstsymptome deutlich abmildern können.

Medikamente, die zur Behandlung der Alzheimerkrankheit eingesetzt werden, sind in erster Linie durchblutungsfördernde und gefäßerweiternde Mittel („Vasodilantien“), Medikamente, die den Dopamin-Serotonin-Stoffwechsel des Gehirns beeinflussen (Atypika), Medikamente zur Anregung des Gehirnstoffwechsels („Nootropika“), Mittel, die die cholinerge Erregungsübertragung und andere Überträgersysteme steigern, sowie Kalziumantagonisten. Kalziumantagonisten dienen dazu, die Konzentration von Kalzium in den Zellen gering zu halten, da die alten

Nervenzellen von sich aus dazu nicht mehr in der Lage sind. Medikamente, die die cholinerge Erregungsübertragung steigern, sollen den krankheitsbedingten Mangel des Botenstoffs Acetylcholin ausgleichen.

Atypika dienen der Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten wie Aggressivität, Misstrauen, sozialem Rückzug und Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus. Weitere Medikamente, die bei der Alzheimerkrankheit eingesetzt werden, sind Antidepressiva, Schlaf- und Beruhigungsmittel wie Valium gegen die Erregungszustände, Neuroleptika gegen Verwirrtheits- und Wahnzustände, Medikamente gegen Inkontinenz und Antiepileptika.

Alle diese aufgeführten Medikamente können zwar Symptome mildern oder den Verlauf der Krankheit für einige Zeit verlangsamen, jedoch gibt es bis heute kein Medikament, welches die Krankheit wirklich heilen oder zumindest zum Stillstand bringen könnte. Bei der medikamentösen Behandlung von Alzheimerpatienten ist außerdem zu beachten, dass viele Medikamente ungewünschte Nebenwirkungen hervorrufen, die ihrerseits wieder medikamentös zu behandeln sind. Studien, besonders in Einrichtungen der Niederlande, haben gezeigt, dass bei einer, der Krankheit angemessenen Betreuungsform, auf Medikamente, insbesondere gegen Unruhezustände, Ängste und Schlafstörungen nahezu gänzlich verzichtet werden kann. Auch in Deutschland gibt es therapeutische Maßnahmen zur Behandlung von Alzheimerkranken und Versuche, durch andere Umgangs- und Betreuungsweisen, die Lebensqualität der dementen Menschen zu verbessern. Einige der gängigsten therapeutischen Maßnahmen stelle ich im Folgenden kurz vor.

4.2 *Nicht-medikamentöse Ansätze zur Behandlung der Alzheimerkrankheit*

In den vergangenen Jahrzehnten wurden in verschiedenen Ländern Modelle zur Betreuung und Therapie dementiell erkrankter Menschen entwickelt und ausgebaut, um die Lebensqualität dieser Patienten, aber auch die belastende Situation der pflegenden Personen zu verbessern.

Noch bis in die 60er Jahre des 20. Jahrhunderts ging man davon aus, dass Menschen, die an einer Demenz erkrankt waren, unrettbar verloren und deshalb kaum therapiefähig- und würdig waren.

In den 60er Jahren gelang es der Pharmakologie Medikamente herzustellen, mit denen Teilbereiche von psychischen Störungen behandelbar wurden. Der Einsatz von Psychopharmaka begann auch bei dementen Menschen.

Parallel dazu entwickelten sich erste Ansätze sozialtherapeutischer Arbeit. Das ursprünglich für die Rehabilitation von Kriegsopfern entwickelte Konzept der Realitäts-Orientierungstherapie wurde auf demente Menschen übertragen.

Zu gleichen Zeit entwickelte Naomi Feil in Amerika die Validation.

In den 80er Jahren wurden die Realitäts-Orientierungstherapie, sowie Techniken des Gedächtnistrainings und Hirnleistungstrainings weiterentwickelt.

Ende der 90er Jahre entstand in Holland die erlebnisorientierte Pflege, auch Mäeutik genannt, die viele unterschiedliche Einzelansätze in der Behandlung und

Therapie dementiell erkrankter Menschen verbindet und mit einem eigenen theoretischen Konzept untermauert.

Einige der noch immer angewandten Therapien möchte ich im Folgenden genauer darstellen.

4.2.1 Hirnleistungstraining

Das Hirnleistungstraining, auch „Gehirn-Jogging“ genannt, ist ein Gedächtnistraining für Alzheimerpatienten des ersten, frühen Stadiums.

Dieses Training wird häufig in so genannten Gedächtniskliniken – „Memory Clinic“ in Form einer wöchentlich stattfindenden Gruppensitzung angeboten. Die Patienten üben sich hier in Fragen zur Orientierung, dem Nutzen von Merkhilfen, Lese-, Schreib- und Rechenaufgaben und in gemeinschaftlichen Diskussionen und Unterhaltungen zu politischen, öffentlichen oder persönlichen Themen.

Dieses Hirnleistungstraining kann aber nicht Lücken im Gedächtnis wieder schließen oder vor ihnen bewahren. Es kann lediglich helfen, mit den ersten Symptomen der Alzheimerkrankheit besser umzugehen und Defizite für einige Zeit noch zu kompensieren.

4.2.2 Realitätsorientierungstherapie

Die Realitätsorientierungstherapie, abgekürzt ROT, ist eine Therapieform, die auch bei Patienten im fortgeschrittenen Stadium einer Demenz angewandt werden kann.

Durch stete Wiederholungen sollen in der Realitäts-Orientierungstherapie Möglichkeiten der Erinnerungen geschaffen werden – so genannte Realitätsanker. Das geschieht entweder in Form von Gruppenarbeiten, in denen Informationen, die Personen, Orte und Ereignisse betreffen, stets aufs Neue wiederholt werden, um nicht dem Vergessen anheim zu fallen, oder während der alltäglichen Verrichtungen, in denen immer wieder Orientierungshilfen akustischer und visueller Art, sowie durch Wiederholungen geboten werden. Die realitätsorientierenden Interventionen lassen sich hervorragend in und während der stationären Pflege durchführen, sofern das Personal darin geschult ist.

4.2.3 Selbsterhaltungstherapie

Die Selbsterhaltungstherapie, kurz SET, ist ein speziell auf Demenzpatienten ausgerichtetes Trainingsverfahren.

Ziel dieses Trainings ist es, die Persönlichkeit des dementen Menschen möglichst lange und authentisch zu erhalten und zu fördern. Ein Mangel an Reizen und Erlebnissen, Verletzung der personalen Kontinuität, ein verändertes emotionales Wahrnehmen und eine gestörte Selbstempfindung gefährden die Persönlichkeit des Alzheimerpatienten. Die Selbst-Erhaltungstherapie verstärkt und betont noch von

der Krankheit verschont gebliebene Bereiche der Persönlichkeit, indem sie an vorhandene Kompetenzen anknüpft, diese fördert und so Erfolgserlebnisse schafft.

4.2.4 Validation

Validation ist weniger eine festgelegte Therapieform, als vielmehr eine Anleitung zum verständnisvollen, einfühlsamen Umgang mit dem Patienten. Der Begriff Validation entstand in den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts. Die Amerikanerin Naomi Feil entwickelte die Validation ausgehend von der aus der humanistischen Psychotherapie bekannten Einfühlungsfähigkeit.

Ziel der Validation ist es, die zugrunde liegenden Gefühle und Emotionen in Handlungen und Äußerungen zu erkennen und auf diese einzugehen. Der Begriff „validieren“ bedeutet „für gültig erklären“. Verhaltensweisen und Reaktionen von Menschen auf der Grundlage ihrer Individualität und dem Respekt ihrer Persönlichkeit gegenüber zu verstehen und anzunehmen.

Besonders bei Alzheimerpatienten geht es in der Validation darum, den Erkrankten nicht mit der Realität zu konfrontieren, sondern zu versuchen, seine Handlungsweise auf der Grundlage seiner Gefühle und dem biographischen Hintergrund zu erfassen.

Validation setzt damit ein großes Wissen über den Menschen und seine Lebensbezüge vor seiner Krankheit voraus.

4.2.5 Mäeutik

Der Begriff Mäeutik kommt aus dem Griechischen und bedeutet „Geburtshilfe leisten, erlösen, befreien“.

Heute wird er synonym für die in den 90er Jahren des 20. Jahrhunderts entwickelte erlebnisorientierte Pflege benutzt.

Die erlebnisorientierte Pflege ist eine Fort- und Weiterentwicklung der Validation und entstand in Holland.

Die Holländer hielten die Validation in einigen Bereichen nicht für ausreichend und kritisierten an dem Konzept, dass es zu wenig Raum für Individualität enthielt. Naomi Feil verhinderte aber eine Anpassung und Erweiterung ihres Konzepts der Validation in den Bereichen, die die Holländer für unzureichend hielten. Dadurch entstand in Holland der neue Begriff Mäeutik oder auch erlebnisorientierte Pflege genannt anstelle des alten, aber überarbeiteten und erweiterten Konzeptes der Validation. Während die Validation das Denken und Fühlen des Patienten in den Mittelpunkt stellt, bildet in der erlebnisorientierten Pflege die entstehende, wechselseitige Beziehung zwischen BetreuerInnen und Patient den Schwerpunkt.

Ähnlich wie in der Validation ist das Hauptanliegen der erlebnisorientierten Pflege, sich in die Gefühls- und Erlebenswelt der Erkrankten hineinzusetzen. Anders aber als in der Validation erhält der Pfleger, die Pflegerin die Möglichkeit, unterschiedlich auf Situationen zu reagieren.

Er kann Handlungsweisen auf der Basis zugrunde liegender Emotionen des Patienten verstehen und für gültig erklären, er kann in der Situation aber auch als Regulativ fungieren und den Äußerungen des Patienten ein Gegengewicht bieten oder Verhaltensweisen einschränken.

Denn anders als die Validation geht die erlebnisorientierte Pflege nicht davon aus, dass jede emotionale Reaktion akzeptiert und ausgelebt werden muss und dass Handlungsweisen stets in Zusammenhang mit biographischen Hintergründen zu sehen sind, sondern dass bestimmte Ausbrüche Merkmale der zugrunde liegenden gerontopsychiatrischen Erkrankung sind und dementsprechend eines anderen, verhaltenstherapeutischen Regulativs bedürfen.

„Demenzkranken reagieren je nach der momentanen Situation unterschiedlich, mal brauchen sie eher Ablenkung, mal Begrenzung und mal Begleitung. Wichtig ist nur, dass sie sich geborgen fühlen und ihr Selbstwertgefühl behalten.“

Mit dem Begriff Mäeutik ist im wörtlichen Sinn gemeint, dass die BetreuerInnen sich ihres intuitiven Handelns bewusst werden und den gefühlsbetonten Umgang mit dementen Menschen theoretisch fundieren können.

4.2.6 Tiere in der Alzheimertherapie

Prof. Dr. Eberhard Olbrich von der Universität Erlangen-Nürnberg ist führender Wissenschaftler in dem Bereich der Psychologie von Mensch-Tier-Beziehungen.

Er ist Vorstandsmitglied des Vereins „Tiere helfen Menschen“ und Mitverfasser des „Plädoyer für die Tierhaltung in Alten- und Pflegeheimen“. Seiner These nach gibt es eine Verbindung zwischen Menschen zum Leben und zu lebensähnlichen Prozessen, also auch zu Tieren, die evolutionär bedingt und angeboren ist (Biophilie-These).

Das Bedürfnis eines Menschen, mit anderen Formen von Leben in Verbindung zu sein, ist grundlegend und auch bei dementen Menschen trotz des sonstigen geistigen Abbaus erhalten. Ein Vorteil in der Verbundenheit zwischen dem (dementen) Menschen und Tieren liegt in der Art der Kommunikation.

Der Mensch verfügt über zwei Arten der Kommunikation: die digitale (verbale) und die analoge (nonverbale) Kommunikation.

Während das digitale Kommunizieren zwischen Menschen durch Worte Sinn und Bedeutung unter den Regeln von Syntax und Grammatik übermittelt, vollzieht sich die analoge Kommunikation über mimische und gestische Ausdrücke, Körperhaltung und den Klang der Stimme. Während dementen Menschen die Fähigkeit verbal sinnvoll zu kommunizieren verloren geht, bleibt ihnen die Möglichkeit, sich nonverbal auszudrücken, erhalten. Deshalb scheinen die Begegnung und die analoge Kommunikation zwischen dementen Menschen und Tieren für den Erkrankten entspannender und „erfolgreicher“ zu sein, als die digitale Verständigung zwischen Menschen.

Tiere regen demente Menschen, auch wenn sie keine verständlichen Worte mehr sprechen können, zur Kommunikation an. Es ist zu beobachten, dass Alzheimer-

krankte, denen der Kontakt zu einem Tier, zum Beispiel einem Hund gegeben wird, geistig wacher sind, in verschiedenen Stimmlagen mit dem Tier sprechen (auch wenn einzelne Worte nicht zu verstehen sind), es rufen und sichtbar stolz sind über den Erfolg, mit ihren Möglichkeiten der Kommunikation sich verständlich gemacht zu haben und von einem Lebewesen unvoreingenommen akzeptiert und anerkannt zu werden, ohne einem Leistungsdruck standhalten zu müssen.

Außerdem regen Tiere in der Alzheimertherapie zur sprachlichen Kommunikation an, Patienten fangen an, sich an frühere Ereignisse mit Tieren zu erinnern und darüber zu sprechen. Tiere regen die Mobilität und die Beweglichkeit an, indem der Alzheimerkranke Bälle wirft, aufhebt und apportieren lässt.

In verschiedenen Einrichtungen für alte Menschen werden in Deutschland Tiere zur Therapie und Animation eingesetzt. Das geschieht entweder über „stationseigene“ Tiere, wie die „Wohnbereichskatze“, in deren Versorgung die dementen Personen mit einbezogen werden können oder über Tiere, die dem Pflegepersonal gehören und stundenweise mitgebracht werden. In einigen Einrichtungen ist es den Bewohnern auch erlaubt, eigene Tiere beim Einzug ins Heim mitzubringen. Der Diözesan-Caritasverband Köln e.V. bietet eine berufliche Weiterbildung „Tiere öffnen Welten“ an. Inhalte dieses Lehrgangs sind Grundlagen der Altenhilfe, Psychologie der Mensch-Tier-Beziehung, Betreuung von pflegebedürftigen Patienten, Grundlagen der Human- und Veterinärmedizin sowie der Hygiene.

Ziel diese Weiterbildungsmaßnahme ist es, den Einsatz von Tieren in der ambulanten und stationären Altenpflege zu planen, durchzuführen und zu evaluieren.

4.2.7 Musiktherapeutische Ansätze

Musik berührt den Menschen in seinem Innersten, sie spricht seine Affekte, seine Emotionalität an.

Genau dieser Bereich der Emotionen bleibt von dem fortschreitenden Abbauprozess im Hirn und den Verlusten von Fähigkeiten weitgehend unangetastet.

Der demente Mensch mag zwar auf kognitiver Ebene nicht mehr erreichbar sein, auf emotionaler Ebene aber gelingt noch immer eine Verständigung. Mehr noch, Pflegekräfte beschreiben Alzheimerpatienten als besonders aufmerksam und empfänglich für Stimmungen in ihrer Umgebung. Der Einsatz von Musik in Form von gemeinsamem Anhören bekannter Stücke, Singen, eventuell gemeinsamer Bewegung zur Musik (so weit noch möglich) fördert die emotionale und geistige Wachheit, die Konzentration und Aufmerksamkeit, sie verbindet den alten Menschen mit seiner Vergangenheit und gleichzeitig mit den Bezugspersonen der Gegenwart, die das Musikerleben mit ihm teilen. Das Gedächtnis wird angeregt, ebenso wie die verbale Kommunikation, so dass kurze Gespräche über Erfahrungen mit Musik zustande kommen. Der Patient erinnert sich vielleicht plötzlich früher einmal im Chor gesungen, ein Instrument gespielt oder gern getanzt zu haben. Ihm fallen Erlebnisse aus der Jugend ein, die eng mit Musik verbunden sind – der erste Kuss, das erste

Ausgehen, das Tanzcafé. Musik im Umgang mit Demenzkranken ist also ein wichtiges Mittel zur Kontaktaufnahme, zur Motivation und zur Anregung der Erinnerung. Außerdem bietet sie dem dementen Menschen einen Zugang zu seinen Gefühlen. Sie ist Medium, um diesen Gefühlen Ausdruck zu verleihen oder verloren gegangene Worte wieder zu finden. Da im Gehirn unterschiedliche Bereiche für die sprachlichen Fertigkeiten und die musikalischen Fähigkeiten zuständig sind, ist ein häufig zu beobachtendes Phänomen, dass der kranke Mensch, der der Sprache verlustig gegangen ist (häufig in Folge eines Schlaganfalls), dennoch in der Lage ist, alte Volkslieder wohl artikuliert und mit allen Strophen zu singen. PflegerInnen berichten von aggressiven Patienten, die sich nur ausschließlich versorgen lassen, wenn dabei gesungen wird.

In der letzten Phase seines Lebens kann die Musik als Mittel des Trostes und der Transzendenz dienen.

4.3 Zusammenfassung

Die Alzheimerkrankheit ist gekennzeichnet durch eine Vielzahl psychischer und physischer Symptome. Noch immer gibt es keine medikamentöse Therapie, die die Krankheit verhindern, aufhalten oder heilen könnte. Medizinische Interventionen dienen der Symptombekämpfung, sind aber aufgrund ihrer Nebenwirkungen oftmals kontraproduktiv. Wichtiger als die medikamentöse Behandlung der Alzheimerkrankheit sind nichtmedikamentöse therapeutische Ansätze. Obwohl sich in den vergangenen Jahren eine Anzahl verschiedener Therapien von Demenz herausgebildet hat, gibt es kein einheitliches und übergreifendes Konzept zur pädagogischen Betreuung von Alzheimerpatienten.

Diese Lücke zu schließen ist vor allem eine Herausforderung an die Erziehungswissenschaft in der Zukunft.

5 Betreuungssituation und Personal in der Pflege von Alzheimerkranken

5.1 Private Betreuung – zur Situation pflegender Angehöriger

Zurzeit werden 60-80 Prozent der Alzheimerkranken des ersten und zweiten Stadiums der Krankheit zu Hause von den eigenen Angehörigen gepflegt und betreut. Erst gegen Ende des dritten Stadiums, meist, wenn Aggressionen und andere Verhaltensstörungen den Verbleib zu Hause unmöglich machen, werden 95 Prozent der Patienten in stationäre Pflegeeinrichtungen überwiesen.

Pflegende Angehörige sind überwiegend Ehefrauen, Töchter und Schwiegertöchter, die in den meisten Fällen sogar selber noch berufstätig sind und ihren Beruf oftmals der Krankheit opfern, wenn die Doppelbelastung Beruf/Demenzpflege zeitlich oder kräftemäßig nicht mehr zu leisten ist.

Motive für die Übernahme der Pflege sind unter anderen

- das Gefühl der Dankbarkeit der erkrankten Person gegenüber
- Innerfamiliäre Erwartungen und Normen
- Versprechungen an die jetzt zu pflegende Person
- Ein Mangel an adäquaten Alternativen zur Unterbringung und Betreuung
- Erwartung materieller Vorteile
- Emotionale Bindungen
- Finanzielle und wirtschaftliche Gründe

Die Motive zur Übernahme der Pflege sind oftmals ausschlaggebend für die Qualität der häuslichen Versorgung und Betreuung der Alzheimerkranken, aber auch für die physische und psychische Belastbarkeit der Pflegeperson.

Angehörige von Alzheimerkranken erleben, wie eine Krankheit, die zunächst mit geringen kognitiven Einbußen beginnt, stetig und unaufhaltsam fortschreitet, bis sie dem Patienten nahezu alle körperlichen und geistigen Fähigkeiten raubt, ohne dass die Medizin instande wäre, diese Krankheit zu heilen oder wenigstens aufzuhalten.

Für die Angehörigen bedeutet die Krankheit einen langen Lernprozess

„...sich dem ständigen Wechsel des Krankheitsbildes anzupassen, den physischen und vor allem den psychischen Belastungen standzuhalten“.

(Ingrid Fuhrmann in „Keine Zeit zu verlieren“ 2005)

Sie müssen erleben, wie schon sehr früh keine verbale, sinnvolle Kommunikation mehr möglich ist.

Sie sehen, wie der Mensch, den man viele Jahre geliebt, geachtet, bewundert hat mit einem Mal alle Kompetenzen verliert und zu einem hilflosen, in seiner Abhängigkeit einem Kleinkind ähnlichen Wesen wird, das rund um die Uhr versorgt werden muss.

Ehepartner sehen sich mit der Tatsache konfrontiert, dem Menschen, mit dem man die vielleicht wichtigsten Jahre seines Lebens verbracht hat, mit dem man harte und unbeschwerte Stunden verbracht hat, der einem zur Seite gestanden hat, wenn man in Not war, dass man diesen Menschen jetzt füttern und ihm den Mund beim Essen abwaschen muss. Kinder sind plötzlich in der Situation, ihren Eltern die Windeln wechseln zu müssen.

Fuhrmann nennt den Prozess der Krankheit ein

„Abschiednehmen von einem vertrauten Menschen zu dessen Lebzeiten“ (Fuhrmann, a. a. O. S. 10)

Und bei allen ist der einzige Trost und der einzige Kraftquell die bleibende

„emotionale Bindung, die sich äußert im Geben von Hilfe, Zuwendung, Wärme, Nähe und Liebe an den Dementen“ (Fuhrmann a. a. O.).

Denn

„zu erkennen, dass trotz der ständigen Abnahme geistiger Fähigkeiten die Gefühlswelt des Kranken erhalten bleibt, dass er weiterhin Zuneigung und Geborgenheit empfinden

kann, dass er neben all seinen Ängsten Freude ausdrücken kann und Lebenslust, das sind für den pflegenden Angehörigen tröstliche Erfahrungen in seiner eingeeengten Welt.“ (Fuhrmann, a. a. O. S. 11)

Für die meisten Angehörigen stellt sich nicht die Frage, ob man die Pflege eines Alzheimerkranken übernehmen kann, ob man den Ehemann oder die Mutter waschen, füttern, wickeln und ununterbrochen beaufsichtigen will.

Liebe, Verbundenheit, partnerschaftliche Treue und Dankbarkeit für die gesunden Jahre sind die einen Gründe, warum zwei Drittel der Kranken zu Hause betreut werden.

Die anderen sind Schuldgefühle, sich beweisen wollen, dass man diese Bürde zu tragen in der Lage ist und vor allem das Gefühl, der Erwartungshaltung von Freunden, Nachbarn und anderen Verwandten genügen zu müssen.

Den eigenen Angehörigen ins Heim „abschieben“ bedeutet für viele Menschen ein Eingeständnis der eigenen Schwäche, ein Kapitulieren vor der Krankheit. Es ist „ein unglaublich schmerzlicher Prozess zu der Erkenntnis zu kommen, dass man an die Grenzen der eigenen Fähigkeiten zur optimalen Versorgung des Kranken gekommen ist, dass man Hilfe von außen braucht, oder einen Heimaufenthalt in Betracht ziehen muss“. (Fuhrmann a. a. O.)

Die Pflege und Betreuung eines Alzheimerkranken ist besonders im zweiten und dritten Stadium der Krankheit eine 24-Stunden-Beschäftigung. In den meisten Fällen macht die nächtliche Unruhe des Kranken, sein Umherwandern und die Weglauftendenzen die Nacht zum Tag, so dass Angehörigen die notwendigen Pausen zur Erholung fehlen.

Das Gefühl, permanent in Anspruch genommen zu werden, nie die Möglichkeit zu haben, abzuschalten oder ein Stück Verantwortung abgeben zu können, die ununterbrochenen Anforderungen, die die Krankheit an die Pflege- und Betreuungspersonen stellt, kann über kurz oder lang zu Erschöpfungszuständen und Überforderungssymptomen führen. Bei vielen pflegenden Angehörigen schlägt die Trauer über die Krankheit, das Gefühl der Hilflosigkeit, der Ohnmacht und des Ausgeliefertseins in Wut und Aggressionen gegen den Patienten um. Das wiederum provoziert Schuldgefühle, da der Patient der Krankheit ja ebenso ausgeliefert ist.

Fuhrmann schreibt:

„Angehörige, die (...) den langen Weg mit dem Kranken beendet haben, können meist nicht sofort in die Welt eines normalen Alltags zurückkehren. Nach Jahren der ständigen Anpassung an krankheitsbedingte Lebensumstände gehört die ‚Welt danach‘ mit in die Zeit für die ‚Psychische Rekonvaleszenz‘ des ehemaligen pflegenden Angehörigen.“ (Fuhrmann, a. a. O.)

5.2 Öffentliche Hilfsangebote

5.2.1 Ambulante Hilfen

Angehörige, die ihren alzheimerkranken Verwandten zu Hause betreuen, haben die Möglichkeit, sich ambulante Unterstützung zu holen.

Dazu kann entweder ein Pflegedienst eingeschaltet werden, der zum Beispiel die morgendliche Grundpflege übernimmt, oder es werden nachmittägliche Betreuungsangebote, wie die so genannten Betreuungsgruppen in Anspruch genommen. Darüber hinaus gibt es die Möglichkeit, den Patienten tagsüber in eine Tagespflege zu geben.

5.2.1.1 Betreuungsgruppen

Die Alzheimerkranken werden an ein bis zwei Nachmittagen von ehrenamtlichen HelferInnen in einem 1:1 Verhältnis betreut, um den Angehörigen wenigstens ein paar Stunden in der Woche zu entlasten. Die Organisation der Betreuungsgruppe sowie die fachliche Leitung werden von einer Fachkraft übernommen, die auf Honorarbasis bezahlt wird.

5.2.1.2 Pflegedienste

Gerade in den vergangenen Jahren hat sich die Zahl der ambulanten Pflegedienste explosionsartig vermehrt.

Beschäftigte in ambulanten Pflegediensten sind wenige examinierte Altenpfleger, einige Altenpflegehelfer und viele ungeschulte Pflegekräfte, die lediglich eine Grundlageneinführung in die Pflege erfahren. Ambulante Pflegedienste leisten pflegerische Tätigkeiten wie Grundpflege, Behandlungspflege und Medikamentengabe, aber auch hauswirtschaftliche Tätigkeiten wie Saubermachen, Einkauf und Nahrungszubereitung. Nur sehr wenige spezialisierte Pflegedienste bieten eine qualifizierte gerontopsychiatrische Pflege durch examiniertes und zusätzlich qualifiziertes Personal an.

5.2.1.3 Helferinnenkreise

Helferinnenkreise werden von Alzheimergesellschaften gegründet und geleitet. Sozial engagierte Menschen aus unterschiedlichsten Berufen bieten gegen eine geringe Aufwandsentschädigung stundenweise die Betreuung der Alzheimerkranken in ihrem privaten Umfeld zur kurzzeitigen Entlastung der Angehörigen an.

Die Helferinnen werden von der Alzheimergesellschaft über Inserate und Anzeigen in Tageszeitungen geworben und erhalten eine zweitägige Schulung, die an einem Wochenende stattfindet. Inhalt der Schulung, die in erster Linie von Altenpflegern durchgeführt wird, ist die Grundlagenvermittlung von Demenz aus medizinischer Sicht, Aufklärung über die Situation pflegender Angehöriger, Möglichkeiten der Kommunikation mit Demenzkranken, pflegerische Grundlagen und das Reflektieren der eigenen Position als Gast im Haus. Die Kosten für die Helferin trägt die Familie. Sie liegen zwischen fünf und zehn Euro pro Stunde.

Die Alzheimergesellschaft führt die Helferinnen nach der so genannten „Übungsleiterpauschale“ (§ 3 Nr. 26 EStG), die einen steuer- und sozialversicherungsfreien Zuverdienst von bis zu 1.848 € pro Kalenderjahr erlaubt. Die Alzheimergesellschaft

Wiesbaden hat einen HelferInnenkreis aufgebaut und dabei in den vergangenen Jahren verstärkt die Erfahrung gemacht, dass sich immer mehr Menschen des Geldes wegen und nicht aus sozialem Engagement für den „Job“ als HelferIn bewerben. Grund hierfür ist die schwierige Situation auf dem Arbeitsmarkt (vgl. U. Schröer in „Keine Zeit zu verlieren“, Referate auf dem 4. Kongress der Deutschen Alzheimergesellschaft, Berlin 2005).

Die Auswahl der HelferIn-AnwärterInnen muss also nach strengen Kriterien erfolgen, wobei sich die Frage stellt, welches die Kriterien genau seinsollen.

Auch ist kritisch zu hinterfragen, ob ein einziges Wochenende als Schulung für die Betreuung Demenzkranker ausreichen kann. Denn

„die Problematik und die Fragen treten erst wirklich nach dem ersten Einsatz auf, so dass dann weitere Fortbildungen sinnvoller sind“ (U. Schröer, a. a. O.)

Die Alzheimergesellschaft Wiesbaden bietet deshalb halbjährlich Fortbildungen zu verschiedenen Themengebieten, wie zum Beispiel Gewalt oder Validation an. Bei einer so hoch komplexen Krankheit wie Morbus Alzheimer kann meines Erachtens mit so wenig fundierten Kenntnissen keine optimale Betreuung der Alzheimerkranken gewährleistet werden. Ursula Schröer weist selbst darauf hin, dass Probleme und Fragen der HelferInnen erst nach dem Beginn ihrer Arbeit auftreten. Nun scheint es mir wenig sinnvoll, einen Laien, der sich nach zweitägiger Schulung in der Praxis mit extremen Unruhe- und Verwirrheitszuständen konfrontiert sieht, darauf zu „vertrösten“, das in einem halben Jahr eine Wochenendschulung zum Thema „Biographiearbeit“ stattfinden wird.

Das Konzept des HelferInnenkreises ist dringend zu überdenken.

5.2.1.4 Tageskliniken

Tageskliniken bieten eine Betreuung der Demenzkranken in kleinen Gruppen an. Voraussetzung für die Aufnahme in eine Tagespflege ist eine körperliche Mobilität.

Die Patienten werden morgens von einem Fahrdienst von zu Hause abgeholt und am Nachmittag wieder zurückgebracht.

Während dieser Zeit nehmen sie mit der Gruppe an kleinen Aktivitäten wie Spielen, Musizieren, Ausflügen und Spaziergängen teil. Je nach Einrichtung erfolgt die Betreuung im Rahmen therapeutischer Angebote wie Validation, Realitätsorientierung oder Mäeutik.

Die Tagesklinik birgt bei stark desorientierten und verwirrten Alzheimerpatienten die Gefahr, den Kranken zusätzlich zu verunsichern. Für viele Alzheimerkranke bedeutet der tägliche Aufenthalt in der Tagesklinik scheinbar täglich neue Räumlichkeiten und neue Bezugspersonen, da sie sich nicht erinnern können tags zuvor schon einmal dort gewesen zu sein. Es ist abzuwägen, inwieweit der Patient zusätzlich beunruhigt wird oder ob er sich dennoch kooperativ auf die Gruppenangebote einlassen kann und den Aufenthalt in der Tagesklinik genießt.

5.2.2 Stationäre Pflege

5.2.2.1 Kurzzeitpflege

Angehörige von Alzheimerkranken haben die Möglichkeit, ihren Verwandten für einen Zeitraum von bis zu vier Wochen in einer so genannten Kurzzeitpflege unterzubringen. Die Kurzzeitpflege wird hauptsächlich von Alten- und Pflegeheimen angeboten und nur vereinzelt von selbständigen Einrichtungen.

Das entspricht der Kurzzeitpflege für behinderte Kinder, die in erster Linie ebenfalls von Kinderheimen und nur zum Teil von selbständigen Einrichtungen angeboten wird.

Finanziert wird die Unterbringung in der Kurzzeitpflege über die Pflegekasse, die jährlich ca. 1.400 für die so genannte Verhinderungspflege bereitstellt. Die Angehörigen haben in dieser Zeit Gelegenheit, selber einmal Urlaub zu machen und sich von der anstrengenden Pflege eines Alzheimerkranken zu erholen.

Für den Alzheimerkranken selbst bedeutet die Unterbringung in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung zunächst eine große Belastung. Der Ortswechsel, unbekannte Räumlichkeiten und fremde Personen, die unerwartet die Pflege übernehmen, können starke Verwirrheitszustände auslösen. Häufig ist durch eine Fremdunterbringung eine rasche Verschlechterung des Krankheitszustandes zu beobachten.

5.2.2.2 Alten- und Pflegeheim

Für die dauerhafte stationäre Unterbringung eines Alzheimerkranken gibt es Alten- und Pflegeheime.

Altenheime sind stationäre Einrichtungen für hilfsbedürftige alte Menschen, während Pflegeheime ausschließlich für pflegebedürftige Bewohner konzipiert sind. Die meisten Heime sind kombinierte Formen, das heißt, es gibt sowohl einen Wohnbereich für weitgehend selbständige, hilfsbedürftige Personen und einen Wohnbereich (oder Stationen) für pflegebedürftige Bewohner.

Einige Einrichtungen bieten extra Stationen oder Abteilungen für Menschen mit dementiellen Erkrankungen an.

Dennoch sind immer wieder gravierende Missstände in der stationären Versorgung Demenzkranker zu beobachten:

Alzheimerpatienten werden, in erster Linie aus Zeit- und Personalmangel, eingesperrt, fixiert oder mit Medikamenten ruhig gestellt; Regression, Isolation, Aggressionen und zunehmende Abhängigkeiten sind die Folge.

5.2.2.3 Psychiatrie

In einigen Fällen machen die Verhaltensstörungen eines Alzheimerkranken seine Pflege und Betreuung in einem Alten- und Pflegeheim unmöglich. Häufigster Grund für eine Überweisung von einem Pflegeheim, seltener direkt aus dem privaten

Wohnumfeld, in eine psychiatrische Einrichtung, sind Aggressionen, verbunden mit gefährlichem oder selbstgefährdendem Verhalten. Andere Gründe können extreme Unruhezustände, Wahnvorstellungen oder begleitende Krankheitsbilder sein, die eine intensive medizinische Betreuung erfordern. Der Aufenthalt in psychiatrischen Krankenhäusern, von denen einige eine speziell gerontopsychiatrische Abteilung haben, ist in der Regel vorübergehend, bis die Krankheiten behandelt, oder die Verhaltensstörungen medikamentös eingestellt sind.

5.3 Zusammenfassung

Öffentliche Betreuungsangebote für Alzheimerpatienten gliedern sich in ambulante, teilstationäre und stationäre Versorgungseinrichtungen.

Ambulante Versorgung erfolgt durch Pflegedienste, Tageskliniken oder ehrenamtliche HelferInnenkreise und dienen in erster Linie der kurzzeitigen Entlastung pflegender Angehöriger.

Alzheimerpatienten, die nicht privat versorgt werden, können in Pflegeheimen aufgenommen werden, von denen einige über spezielle Dementenstationen verfügen.

Bei extremen Verhaltensstörungen ist eine vorübergehende Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus möglich.

6 Resümee

Die Alzheimerkrankheit ist gekennzeichnet durch einen unaufhaltsamen Verfall der geistigen, später auch der körperlichen Kräfte. Die mit dem Abbau von Hirnfunktionen einhergehenden Verhaltensauffälligkeiten stellen eine große Herausforderung für die Betreuung von Alzheimerpatienten dar.

Trotz intensivster medizinischer Forschungsprozesse gibt es noch keine medikamentöse Therapie, die die Krankheit heilen oder verhindern könnte. Da, wo die Medizin keine Linderung der Krankheit und damit eine grundlegende Verbesserung der Lebensqualität von Demenzkranken und ihren betreuenden Angehörigen erreichen kann, ist ein einheitliches pädagogisches Konzept zur Intervention notwendig.

Bisher bestehende therapeutische Behandlungsansätze wie Validation, Musiktherapie oder Hirnleistungstraining bleiben vereinzelt und nicht für alle Betreuungsgruppen verbindlich. Das Personal in der Betreuung Demenzkranker ist in erster Linie auf die medizinische Behandlungspflege alter hilfsbedürftiger Menschen geschult (Altenpfleger), mit der Betreuung von Alzheimerpatienten aber oftmals überfordert.

Der überwiegende Anteil demenzkranker Menschen wird im privaten Umfeld von ihren Angehörigen betreut. Ambulante Dienste und Versorgungseinrichtungen bieten zwar stundenweise Betreuung des Demenzkranken und damit eine kurzzeitige Entlastung der Angehörigen an, doch auch hier ist das Personal entweder unzureichend oder nur einseitig (auf nur einen bestimmten Therapieansatz) geschult.

Die Erarbeitung eines umfassenden pädagogischen Konzepts zur Betreuung von Alzheimerpatienten ist deshalb notwendig und Aufgabe der erziehungswissenschaftlichen Disziplin der Zukunft.

Im Folgenden Abschnitt werden die pädagogischen Grundlagen für ein spezifisches Konzept zur Betreuung von Alzheimerpatienten erörtert und die Betreuung von Alzheimerpatienten als neues pädagogisches Handlungsfeld vorgestellt.

Dementagogik

Dementiell erkrankten Menschen neu und ganzheitlich
begegnen

Steurenthaler, J.

2013, XVII, 100 S. 5 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-531-19834-7