

Betreuungstag Mecklenburg - Vorpommern

Selbstbestimmung trotz Diagnose

**Demenz und eingeschränkte Urteilsfähigkeit -
Umgang mit Demenzerkrankung**

Dr. Christoph Lenk

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Facharzt für Nervenheilkunde

Gespräch mit dementen Menschen (I)

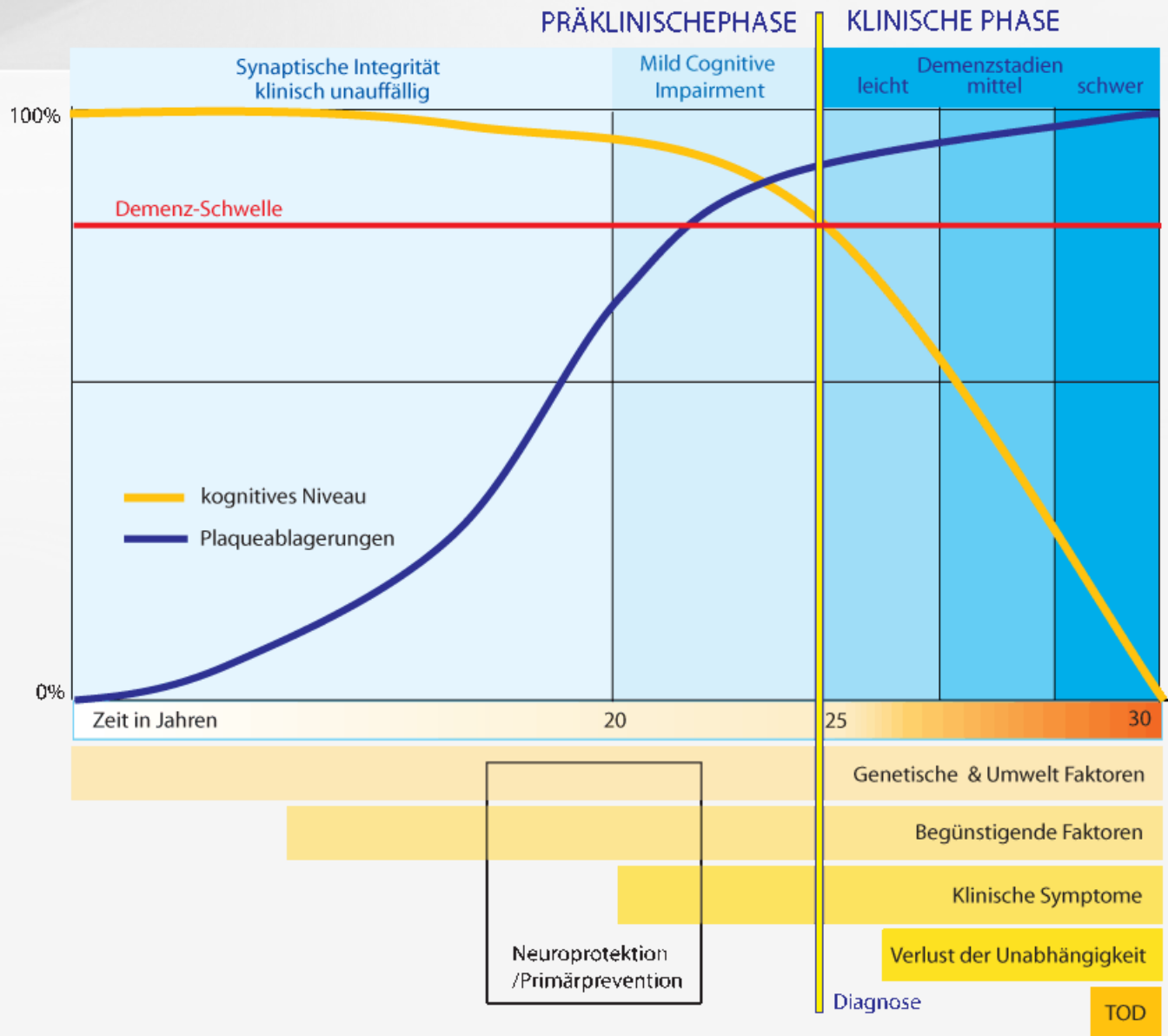
- Termin am Vormittag wählen
- Reizarme Umgebung
- Frontal annähern und ansprechen
- Sich (erneut) vorstellen
- Geduld
- Körperkontakt zulassen
- Nicht über den Kopf des Betroffenen hinweg sprechen
- Einfache Sprache, aber keine „Babysprache“
- Kurze Sätze (SPO). Jeweils nur eine Information, diese am Anfang des Satzes

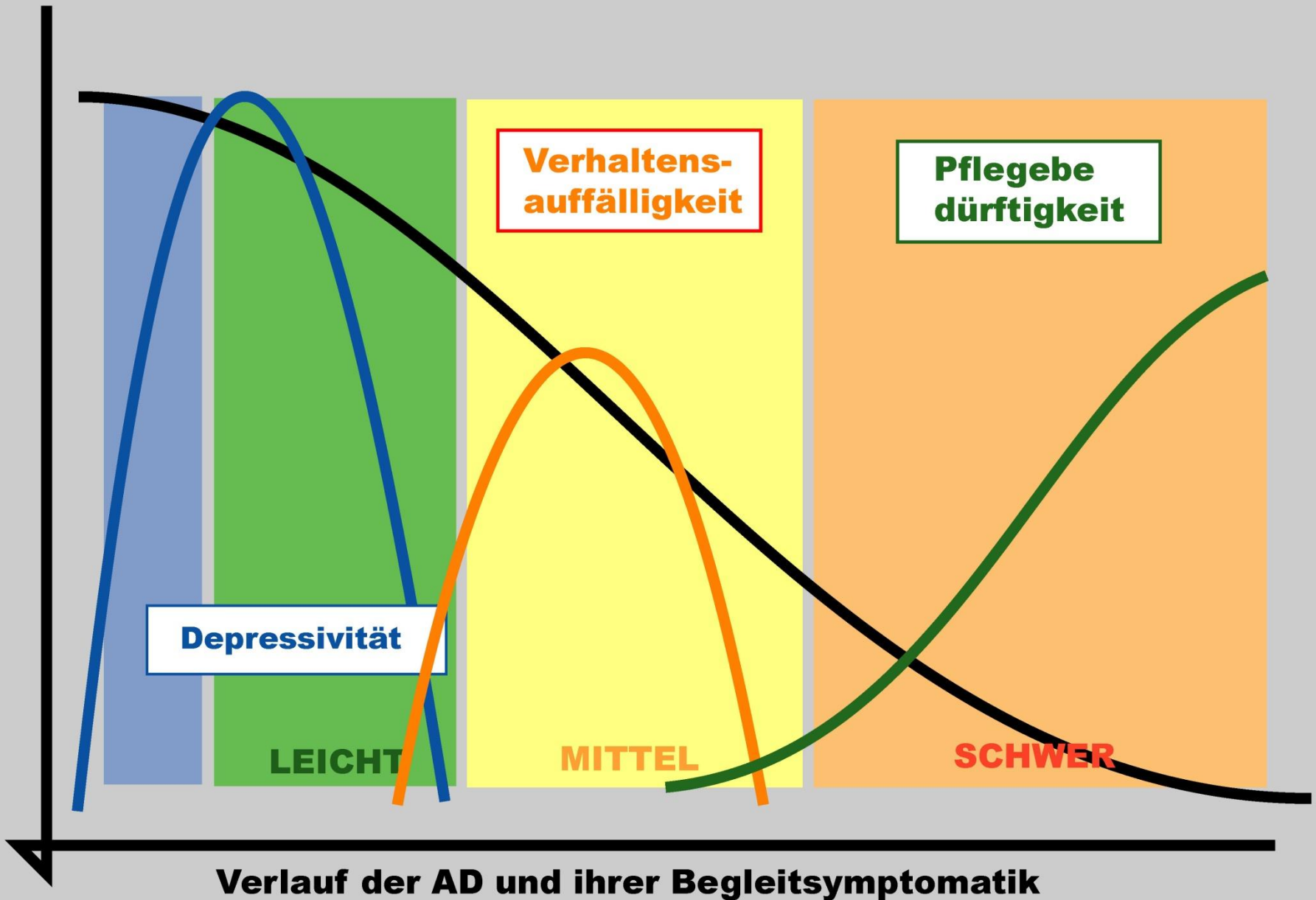
Gespräch mit dementen Menschen (II)

- Konkret formulieren, keine Füllwörter
- Gesten einsetzen
- Positiv ausdrücken (*Sie erhalten Hilfe* statt: *Niemand will Sie entmündigen*)
- Kommunikationshilfen nutzen
- Pausen machen
- Problem/Fallstricke: Beginnende Demenz (Abwehr, Kränkung), Konfabulation, Depressive Pseudodemenz

Fo: Organische einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (in Auszügen)

- F00: Demenz bei Alzheimer-Krankheit (50-60%)
- F01: Vaskuläre Demenz (20%)
- F02: Demenz bei sonstigen andernorts klassifizierten Krankheiten (Pick, CJD, Parkinson)
- F05: Delir, nicht durch Alkohol oder sonstige psychotrope Substanzen bedingt
- F06: Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder körperlicher Krankheit
- F07: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns





Demenz (I)

Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Erkrankung des Gehirns mit Beeinträchtigung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Die kognitiven Veränderungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens und der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf.

Demenz (II)

Eine Abnahme des Gedächtnisses, die am deutlichsten beim Lernen neuer Informationen und in schweren Fällen auch bei der Erinnerung früher erlernter Informationen auffällt. Die Beeinträchtigung betrifft verbales und nonverbales Material. Die Annahme sollte objektiv verifiziert werden durch eine Fremdanamnese sowie möglichst durch eine neuropsychologische Untersuchung oder quantifizierende kognitive Verfahren. Der Schweregrad sollte abgeschätzt werden.

Demenz (III)

Eine Abnahme anderer kognitiver Fähigkeiten, charakterisiert durch eine Verminderung der Urteilsfähigkeit und des Denkvermögens, wie beispielsweise der Fähigkeit zu planen und zu organisieren und der Informationsverarbeitung. Dies sollte, wenn möglich, durch eine Fremdanamnese und eine neuropsychologische Untersuchung oder quantifizierende objektive Verfahren nachgewiesen werden. Die Verminderung der früheren kognitiven Leistungsfähigkeit sollte nachgewiesen werden. Der Schweregrad der intellektuellen Beeinträchtigungen sollte abgeschätzt werden.

Demenz (IV)

- Die Wahrnehmung der Umgebung muss ausreichend lange erhalten geblieben sein. Bestehen gleichzeitig delirante Episoden, sollte die Diagnose aufgeschoben werden
- Auftreten können emotionale Labilität, Reizbarkeit, Apathie, Vergröberung des Sozialverhaltens
- Die Symptome sollten mindestens sechs Monate vorhanden sein, bevor die Diagnose gestellt wird.

Demenz (V)

- 1,3 Millionen Menschen in Deutschland betroffen, Verdoppelung bis 2050
- Diagnostik: Exploration, Fremdanamnese, Bildgebung, Laboruntersuchung (Blut, Liquor), Testung (MMST, Uhrentest, DemTect)
- Therapie: Medikamentöse Therapie, Begleitende Therapieverfahren (Gedächtnistraining, Biographiearbeit)

F05: Delir, nicht durch Alkohol oder sonstige psychotrope Substanzen bedingt

Ein ätiologisch unspezifisches, hirnorganisches Syndrom, das charakterisiert ist durch eine gleichzeitig bestehende Störung des Bewusstseins und der Aufmerksamkeit, der Wahrnehmung, des Denkens, des Gedächtnisses, der Psychomotorik, der Emotionalität und des Schlaf-Wach-Rhythmus. Die Dauer ist sehr unterschiedlich und der Schweregrad reicht von leicht bis zu sehr schwer.

Verlauf

- Diagnose erfolgt meist zu spät, „Chance verpasst“
- Durch frühzeitige Behandlung ist ein deutlich längerer Verbleib in der gewohnten Umgebung möglich (späterer Heimaufenthalt)
- Dauer der Alzheimer-Erkrankung etwa 10 Jahre, dabei langsam progrediente Verschlechterung
- Bei vaskulären Demenzen eher stufenförmige Verschlechterung
- Demenzen nach Schädel-Hirn-Traumata zeigen ein überdauerndes gestörtes Funktionsniveau

Therapie I

- Antidementiva (vor allem in frühen Stadien, Besserung der kognitiven und der Verhaltensstörungen): Donezepil (Aricept®), Rivastigmin (Exelon®), Galantamin (Reminyl®), Memantin (Axura®, Ebixa®)
- Antidepressiva (SSRI) bei häufig vorkommender depressiver Begleitsymptomatik
- Antipsychotika bei psychotischen Phänomenen, organisch bedingten Persönlichkeitsveränderungen, affektiven Veränderungen

Therapie II

- Benzodiazepine (Idee: Linderung von Ängsten und Ängstlichkeit): Hohes Abhängigkeitspotenzial, Problem der Muskelhypotonie (Sturzgefahr)
- Merkhilfen, Aktivierung und Angehörigenbetreuung
- Erhalt alltagspraktischer Fähigkeiten
- Kognitiv aktivierende psychotherapeutische Methoden (Verbesserung des Realitätsbezugs, Verlängerung der Selbständigkeit in der gewohnten Umgebung) und Validation (Einsatz von Musik und Lebenserinnerungen): Bestätigung und Sicherheit

Fo6.7 Leichte kognitive Störung

Eine Störung, die charakterisiert ist durch Gedächtnisstörungen, Lernschwierigkeiten und die verminderte Fähigkeit, sich längere Zeit auf eine Aufgabe zu konzentrieren. Oft besteht ein Gefühl geistiger Ermüdung bei dem Versuch, Aufgaben zu lösen. Objektiv erfolgreiches Lernen wird subjektiv als schwierig empfunden. Keines dieser Symptome ist so schwerwiegend, dass die Diagnose einer Demenz (F00-F03) oder eines Delirs (F05.-) gestellt werden kann.

Fo6.7 Leichte kognitive Störung

Die Diagnose sollte nur in Verbindung mit einer körperlichen Krankheit gestellt und bei Vorliegen einer anderen psychischen oder Verhaltensstörung aus dem Abschnitt F10-F99 nicht verwandt werden. Diese Störung kann vor, während oder nach einer Vielzahl von zerebralen oder systemischen Infektionen oder anderen körperlichen Krankheiten auftreten. Der direkte Nachweis einer zerebralen Beteiligung ist aber nicht notwendig.