



SPEZIALITÄTEN DER GERIATRIE UND DEMENZ

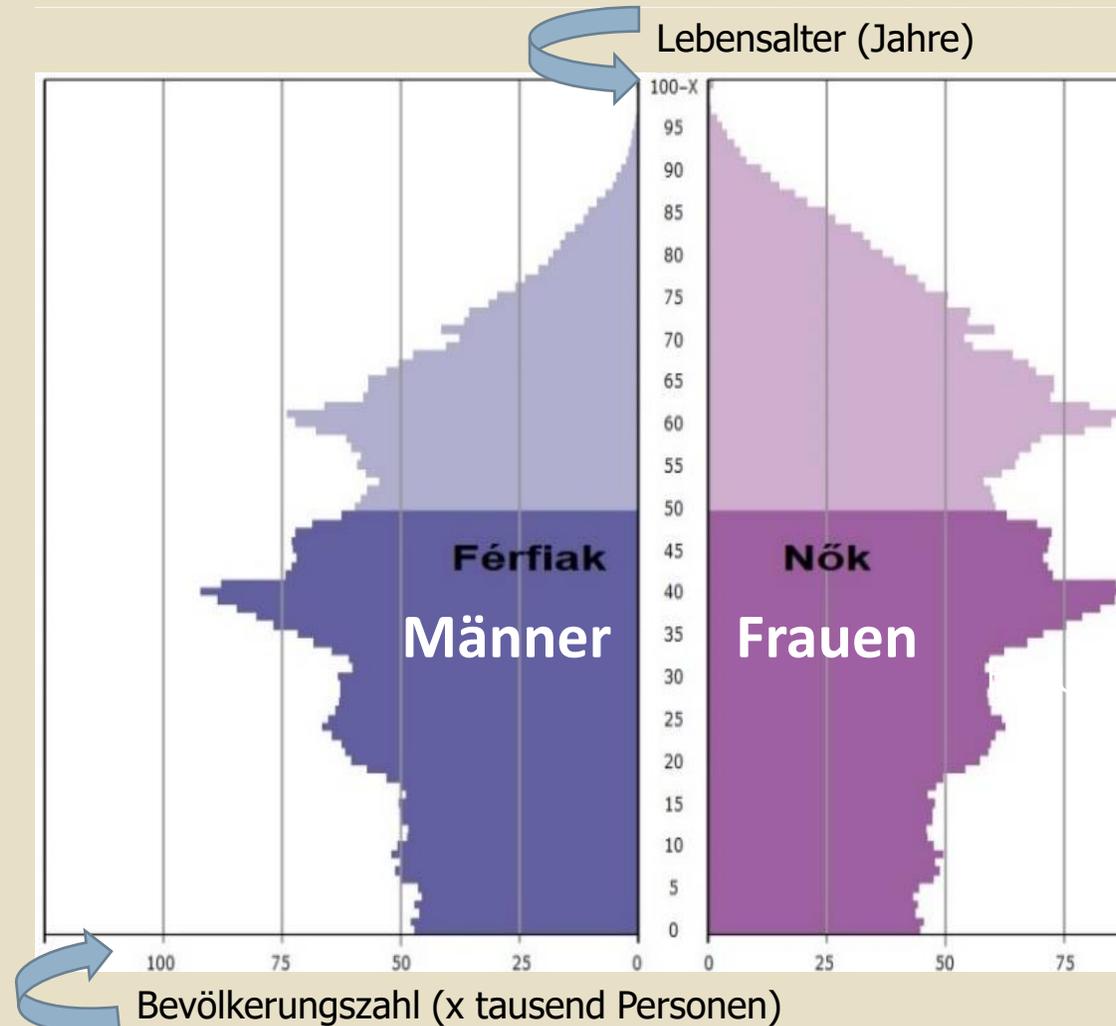
Dr. Beáta Ruzsa
Institut für Grundversorgung, Universität Pécs
2021.

Altenbetreuung

- 66.6 % der täglichen hausärztlichen Arzt-Patienten Begegnungen
- 80-90 % der Hausbesuche in der hausärztlichen Praxen

65 Jahre und ältere Menschen werden als ältere Menschen (elderly) bezeichnet

80 Jahre und ältere Menschen werden als Subgruppe mit stark zunehmenden geriatrischen Problemen abgegrenzt



Das Verhältnis der Bevölkerungszahl in Ungarn in 2016 (nach Geschlecht u. Lebensalter)

- insg. 9.830.485 Einwohner
- Die Proportion der Altersgruppe 50+ :
 - Männer: 42,4 %
 - Frauen: 57,6 %
- 38,26 % der Gesamtbevölkerung



- Herausforderungen, Aufgaben der Alterbetreuung
- Diagnostische Schwierigkeiten im Alter



INTERVENTION?
BEGLEITUNG?
KURATIVE BEHANDLUNG
PALLIATIVE THERAPIE
NUTZEN-RIZIKO BEWERTEN

AKUTMEDIZIN
PALLIATIVMEDIZIN
REHABILITATION
ALTENHEIM
KRANKENHAUS
HAUSPFLEGE

HERAUSVORDERUNGEN DER ALTENBETREUUNG

○ Chronische Krankheiten mit Beschwerden:

- sind häufiger nach der Vollendung des 60. Lebensjahres

- Patienten besitzen meistens schon Mehrfacherkrankungen

- die Beschwerdenliste wird immer länger, und die Kommunikation ist immer komplizierter

Erfahrungen

Weisheit

Gedächtnisse

Einfühlsamkeit

Isolation

Todesnähe

Gebrechlichkeit

Demenz

Geriatrische Symptome, Beschwerden Chronische Erkrankungen

- CHRONISCHE SCHMERZEN
- IMMOBILITÄT
- INKONTINENZ
- HYGIÉNE
- MALNUTRITION
- DEHYDRATATION
- TRAUERIGKEIT
- AGITATION
- VISUSPROBLEME
- HYPACUSIS
- VERWIRTHEIT
- STÜRZE



PROBLEM – MEDIKAMENTE

ZNS-ARZNEIMITTEL
SCHMERZMITTEL
ANTIKOAGULANTIEN
DIURETIKA

- HYPERTONIE
- HERZ-, KREISLAUF ERKRANKUNGEN
- HERZINSUFFIZIENZ
- SCHLAGANFALL

- COPD
- DIABETES MELLITUS
- NIERENSCHWÄCHE

- OSTEOPOROSE
- ARTHROSE

- DEPRESSION
- SCHLAFSTÖRUNGEN

- KREBS

AUFGABEN DER ALTENBETREUUNG

- **Hilfestellung bei alltäglichen Verrichtungen**

- persönliche Hygiene
- Ernährung – Zahnverlust, der Energiebedarf sinkt, Flüssigkeitzufuhr
- Mobilität – Immobilität, Schwäche, Parese, Hemiplegie



- **vom Arzt verordnete, medizinische Maßnahmen**

- Medikamentengabe
- Verbandswechsel
- Katheterwechsel
- Blutdruckmessung

DIAGNOSTISCHE SCHWIERIGKEITEN IM ALTER

- Memorieproblemen, Intelligenzabbau (infolge der verschiedenen Arten von Demenz)
 - Hirnleistungsstörungen mit zunehmenden Einschränkung der Sinne (Sehe, Hören, Gleichgewicht)
 - Beschwerden (die Erkrankungen können sich unterschiedlich präsentieren)
 - Schmerzgrenze (Schmerzempfindungsschwelle) sinkt
 - Konzentrationsschwäche, Konzentrationsstörungen
 - Vergessenheit, Heteroanamnese
 - Aufregung, Unruhe im Sprechzimmer
- 
- Untersuchung der älteren Patienten - mehr Zeit, mehr Geduld !

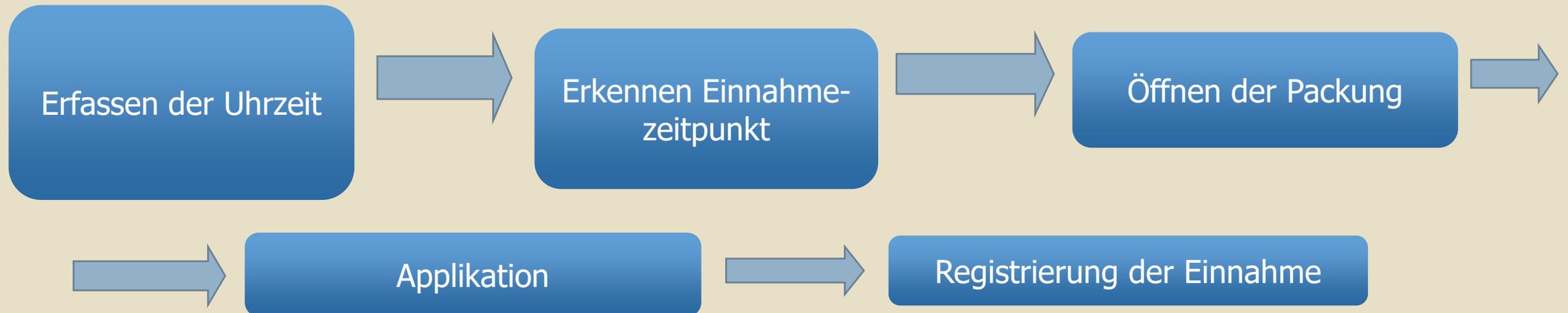


Medikamentöse Behandlung im Alter

- Mehrfacherkrankungen/Multimorbidität – Mehrfachverordnung/Multimedikation
- Arzneimittelinteraktionen
- höhere Nebenwirkungsrate
- Arzneimittelwechselwirkungen
- Selbstbehandlung

„ je mehr Medikamente, um so mehr Probleme“
(Polypharmazie)

- Audiovisuelle und feinmotorische Einschränkungen verursachen weitere Probleme der Einnahme:



Compliance ↔ Non-Compliance im Alter

URSACHEN

VERGESSLICHKEIT

STRESS

MULTIMEDIKATION

KOSTEN

unbequeme EINNAHME

IMMOBILITÄT

ungenügendes
Verstehen

ANGST von
Nebenwirkungen

Gerontopharmakologie

- Pharmakokinetik und Pharmakodynamik verändert sich im Alter
- Welche Organsysteme sind beteiligt?

Resorption (Magen, Darm)

Verteilung (Blutkreislauf,
Körperzusammensetzung)

Elimination (Leber, NIERE)

- Das wichtigste Organsystem in diesem Zusammenhang ist die Niere (GFR):

reduzierte Ausscheidung



erhöhte Wirkspiegel

- Faktoren, die einen Verwirrheitszustand auslösen können:

Antidepressiva, Benzodiazepine, Analgetika
Alkohol, Vergiftungen, Hypoglycaemie
Anämie, Trauma, Infektionen



STURZRISIKO
Aufnahme ins Krankenhaus
höheres Risiko bleibender Defizite
erhöhte Mortalität

Polypharmazie

Tendenz steigend, Folgen schwer kalkulierbar

Quelle: Dtsch Arztebl Int 2016; 113:627-33

- Betrifft überwiegend ältere Patienten
- In Deutschland kommt es bei etwa 42% der über 65-Jährigen dazu
- **Es handelt sich um gleichzeitige und andauernde Einnahme mehrerer Wirkstoffe**
- Eine einheitliche Definition gibt es nicht, viele Autoren definieren **die Einnahme von fünf und mehr Wirkstoffen** als Polypharmazie
- Dazu zählen auch OTC und PIM - Medikamente
- **PIM:** 20-25% dieser Patienten erhalten potenziell inadäquate Medikamente (PIM)
- **OTC:** Over-the-Counter – Medikamente (OTC) sind frei verkäuflich und nicht verschreibungspflichtig

PIM - OTC

- **PIM:** Patienten erhalten potenziell inadäquate Medikamente
- **OTC:** Over-the-Counter – Medikamente sind frei verkäuflich und nicht verschreibungspflichtig
- Nota bene: **eine Unterversorgung** bedeutet: unterlassener Therapie trotz Indikation

Polypharmazie

- Etwa 86% der Tagesdosen an Medikamenten der über 65-Jährigen werden **von Hausärzten verordnet**, und schätzungsweise 77% der PIM
- Die Reduktion oder das Belassen einer Medikation ist immer eine **individuelle, an Behandlungszielen orientierte Entscheidung** und kann mit Hilfe von Listen sowie der **Hausärztlichen Leitlinie Multimedikation** erfolgen.

Verordnungskaskaden

- können zu Polypharmazie beitragen, wenn Nebenwirkungen als Symptome medikamentös behandelt werden
- Beispiele sind:
 - die Verordnung eines Diuretikums bei Ödemen bei Therapie mit Amlodipin
 - die Verordnung eines Anticholinergikums wegen Dranginkontinenz infolge einer Demenzbehandlung mit einem Acetylcholinesterase-Inhibitor

Nota bene: **eine Unterversorgung** bedeutet: unterlassener Therapie trotz Indikation

Statistik

- Hausärztlich betreute Patienten (≥ 70 Jahre) erhalten im Durchschnitt 3,7 rezeptierte Medikamente
- Fast 30% von ihnen bekommen mehr als fünf Medikamente und 53% mehr als 5 Medikamente plus OTC-Med.
- Pflegeheimbewohner erhalten im Mittel zwischen sechs-sieben Medikamente

Vielzahl von Problemen

- Mit dem Alter nehmen Morbidität und Multimorbidität zu und damit auch das Risiko für Polypharmazie
- Medikationsfehler: in der erster Linie - Dosierungsfehler
 - vergessene Einnahme
 - das Verwecheln von Tabletten

Fallbeschreibung 1.

- Sozialarbeiter kommt ins Sprechzimmer, zum Hausarzt. Dein Patient hat Brechreiz und erbricht seit zwei Tagen. Er erinnert sich nicht daran, ob er die Insulin-Spritze sich gegeben hat.
- Der Patient: 77 Jahre alt Mann, hat DMT2 seit 23 Jahre, behandelt mit OAD seit mehrere Jahre, Compliance ist stark eingeschränkt seit 10 Jahre. Er schreibt Briefe für dich (GP) regelmäßig über seine paranoide Beobachtungen (er glaubt, jemand von ihm Dinge gestohlen hat). Es ist sehr kompliziert, zu kommunizieren mit ihm. Er denkt so, daß er gesund ist. In der letzten Jahren Vergesslichkeit ist aufgetreten. Auch im Sprechzimmer hast du schon seine verbale Aggression erlebt. Er wohnt allein in einem kleinen Dorf, ohne Freunde, er möchte nicht die Fachärzte besuchen, er kooperiert nicht mit dem Sozialarbeiter, er will allein weiterleben, ohne seine Familie.

2011.06.: Glu: 20,88 mmol/l, HgbA1c: 13,7% ----- 2011.09. Glu: Glu: 16,77 mmol/l, HgbA1c: 14,4%

2011.12.: Krankenhaus-Aufnahme, Insulintherapie ist eingestellt geworden, Abschlussbericht: „er hat an der erforderlichen Patientenedukation teilgenommen, aber in Folge von Demenz, er kann die Insulingabe für sich selbst nicht adäquat schaffen. Der Enkelsohn hat es signiert, ohne Durchsicht!, und hat den Patienten zu Hause transportiert am Wochenende!, und er bleibt wieder allein zu Hause, mit die Spritze... Enkelsohn: „Ich habe über die Spritze nicht gewusst!“

Am Montag der Sozialarbeiter kommt zu dir (GP) mit dem oben geschriebene Beschwerden.

- Die Familie: Er hat eine Tochter, und einen Enkelsohn. Sie leben in einem Dorf, 15 km weit. Sie bestreiten regelmäßig miteinander, sie möchten nicht mit dem Patient in einem Haus zusammen leben. Sie möchten keine Verpflichtung eingehen, keine Insulin-Spritze geben.
- Sozialarbeiter: Leistet eine Stunden lang Hausbesuch pro Tag, hilft im Haushalt, außer Wochenende! Der Patient glaubt seit Monaten, daß sie mehrere Dinge von ihm gestohlen hat. Sie will nicht mehr den Patienten besuchen und betreuen.

1. Was können/sollen Sie JETZT als GP in dieser Situation machen?
2. Wer ist verantwortlich für die regelmäßige Insulingabe ?
3. Was wäre die optimale Lösung zu leiten/begleiten/behandeln den Patienten in der Zukunft?



SPEZIALITÄTEN DER DEMENZ

Dr. Beáta Ruzsa
Institut für Grundversorgung, Universität Pécs
2021.

STILL ALICE Trailer

- [STILL ALICE - Trailer German Deutsch \(2015\) - YouTube](#)
- [www.youtube.com > watch](http://www.youtube.com/watch)
- **Still Alice – Mein Leben ohne Gestern** (Originaltitel: *Still Alice*) ist ein US-amerikanisches Filmdrama aus dem Jahr 2014. Es basiert auf der gleichnamigen Romanvorlage der Schriftstellerin Lisa Genova.
- In der Hauptrolle ist Julianne Moore zu sehen, die für ihre Leistung mit einem Oscar als beste Hauptdarstellerin ausgezeichnet wurde.
- Hauptthemen des Films sind der Umgang mit der Diagnose Alzheimer und die dadurch verursachten Veränderungen im Leben.
- [Quelle: Wikipedia](#)

DEMENZ

- Demenz ist eine chronische, globale Verschlechterung der Kognition (irreversibel oder potentiell rev.?)
- Eine kognitive Symptome, keine Krankheit
- Die Fähigkeit, bei der Arbeit zu funktionieren und die Alltagsaktivitäten auszuführen, ist gestört
- Häufig ist der Verlust des Kurzzeitgedächtnisses der erste Hinweis
- Die Demenz verläuft für gewöhnlich progredient (Progressionsgeschwindigkeit mit Th. beeinflussen!)
- Endlich erreichen die Patienten den Zustand der Pflegebedürftigkeit

Frühe Symptome

- Lernen, Behalten neuer Info wird schwierig
- Sprachprobleme (Wortfindung)
- Vergesslichkeit
- Stimmungsschwankungen
- Urteilsfähigkeit ist beeinträchtigt
- Reizbarkeit, Unruhe

Mittelfristige Symptome

keine neue Info lernen
Verlust von Hobbies und Interessen
hilfsbedürftig bei den Grundaktivitäten
Depression, Mangel an Spontaneität
Entscheidungsschwache
Wutausbrüche, Halluzinationen

Schwere Symptome

Neu-, Altgedächtnis sind verloren
komplette Abhängigkeit
Agressivität
Schluckunfähigkeit
Stummheit, Sprachlosigkeit
Infektionen, Koma

PRÄVALENZ der DEMENZ:

1 % unter der 60-jährigen Patienten
jedes Jahr – 4,6 M neue Patienten



> 20 % bei über 85-jährigen Patienten
in 2030 – 81 M Patientenzahl



*O'Connor DW.
Ferri CP et al.*

35.5 million people worldwide have dementia

Source - "Dementia: a public health priority" report, World Health Organization and Alzheimer's Disease International

Hintergrund der Demenz

1., Alzheimer-Demenz (70%)

2., Vaskuläre-Demenz / Stroke, Embolie (17-20%)

3., Andere Formen:

 Demenz mit Lewy-Körperchen (10-13%)

 Demenz bei M. Parkinson

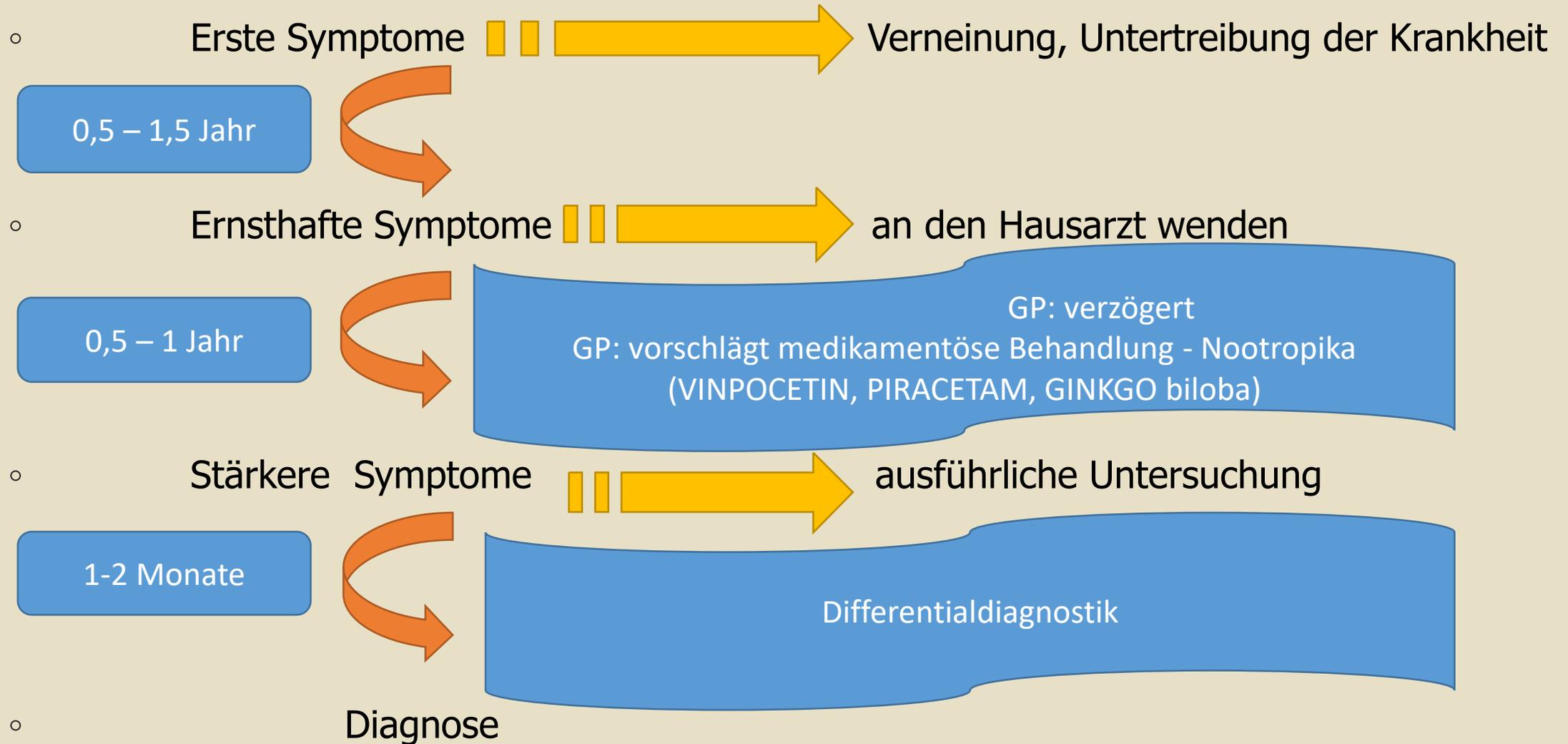
 Frontotemporale Demenz (Rärität, junge Patienten)

 HIV-assoziierte Demenz

 Alkoholkrankheit

Der Verlauf der Demenz

Die Demenz verläuft für gewöhnlich progredient, und verkürzt die Lebenserwartung.



Differentialdiagnose von Demenz

- Hypothyreose Belastungsverminderung, Obstipation, Obesität, Kälteempfindlichkeit
- B12 Vitamin-Mangel Asc. Paraesthesie, Zungenschmerzen, Körpergewichtsabnahme
- Normaldruckhydrozephalus kleinschrittiges Gangbild, Harninkontinenz, Hirnleistungsstörungen
- Arzneimittel-Nebenwirkungen die im Gehirn wirken
- Depression schlechte Laune, Hoffnungslosigkeit, vermindertes Selbstwertgefühl, verlangsamte Sprache
- Subduralhämatom Kopfschmerzen, Druckgefühl, selten auch Lähmungen
- Wernicke-Korsakow-Sy. Alkoholkranken, zerebelläre Ataxie, horiz. Nystagmus, Amnesie, Konfabulation
- Delirium Akuter Beginn, Desorientierung, optische Halluzinationen, motorische Unruhe, Agitation
- HIV Infektion verlangsamte Motorik, Depression, Ataxie. Paraparese, Spastik der unteren Extremität
- Neurosyphilis Lues, Progressive Paralyse, Ataxie, Sprachstörungen, Sehverschlechterung, Lähmungen

(Quelle: MSD Manual)

Prognose der Demenz

Protektive Faktoren	Risikofaktoren
Weibliches Geschlecht	Männliches Geschlecht
Schulung (> 8 Jahre)	Frühe Sprechprobleme, Verhaltensstörungen, Psychotische Symptomen
Keine Gangart Symptomen	Gangart Symptomen
< 3 MMSE Punktzahl-Verlust pro Jahr	> = 3 MMSE Punktzahl-Verlust pro Jahr
Familienzustand: verheiratet, in Beziehung	Single, Witwe/Witmann
Wohnzustand: zu Hause	im Altenheim
Genotyp: Apo E 2/2	Apo E 4/4, 3/4, 2/4
Mediterrane Diät	Malnutrition, Obesität
Regelmäßige körperliche Aktivität	Verringerte physikalische Tätigkeiten
Gute Gesundheitszustand	Komorbidity

Welche kognitive Screeningtests verwenden wir?

Mini-Mental-State-Examination (MMSE)

Apraxie (Umgang mit komplexen Aufgaben, logisches Denken)

Uhrentest

Amnesie (neue Informationen zu erwerben und zu erinnern)

Delayed Recall (verzögerter Worterinnerungstest)

Aphasie (Sprachstörung)

Wortflüssigkeit-Test

Agnosie (Unfähigkeit, Gesichter o. Gegenstände zu erkennen)

Gleichheiten erkennen

Persönliche Veränderungen



Uhrentest

- Der Patient soll das Zifferblatt einer Uhr zeichnen
- eine bestimmte Zeigereinstellung einzutragen
- zB. „16:05 Uhr“
- Bewertung:

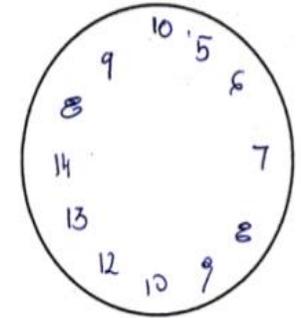
Dabei werden je nach Abweichung 1-6 Punkte vergeben, wobei ein Score ≥ 3 als Hinweis auf eine Demenz gilt. Keine Diagnose!

- Score 1 = Uhr ist perfekt (Ziffern 1-12 an der richtigen Stelle, korrekte Uhrzeit eingezeichnet)
- Score 2 = leichte visuell-räumliche Fehler
- Score 3 = nur ein Zeiger, Uhrzeit als Text, keine Uhrzeit
- Score 4 = keine Ziffern, Zahlen größer als 12, Rechts-Links-Umkehr
- Score 5 = Schwergradige visuell-räumliche Desorganisation (wie 4, aber deutlicher ausgeprägt)
- Score 6 = erfolgt keine Darstellung der Uhr

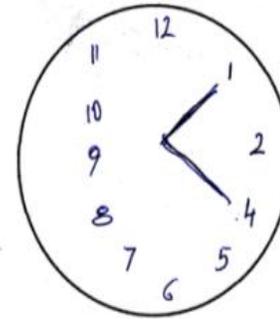
Ergibt sich ein VERDACHT auf eine Störung der Gehirnfunktionen oder nicht?



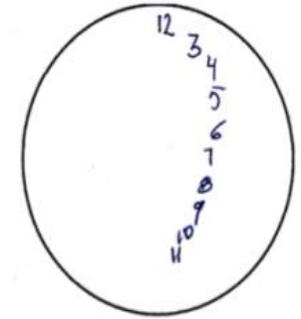
1 Punkt: Uhr und Uhrzeit korrekt



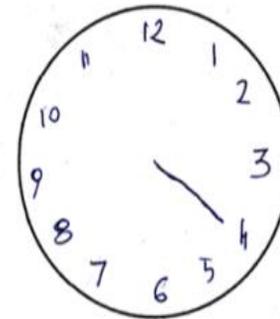
4 Punkte: z.B. Ziffern fehlen, Zahlen größer als 12, rechts-links Umkehr, Einzeichnen der Uhrzeit ist unmöglich



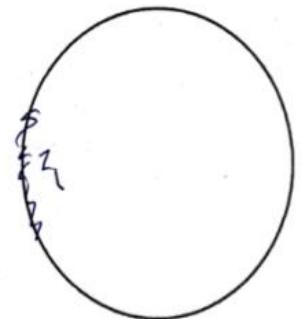
2 Punkte: z.B. Abstände zw. den Ziffern ungleich, Verwendung von Hilfslinien, Verdrehung des Zifferblattes



5 Punkte: wie mit 4 Punkten, nur deutlicher ausgeprägt



3 Punkte: z.B. nur ein Zeiger, Uhrzeit als Text, keine Uhrzeit



6 Punkte: es erfolgt keine Darstellung der Uhr

Was soll der Arzt nicht vergessen?

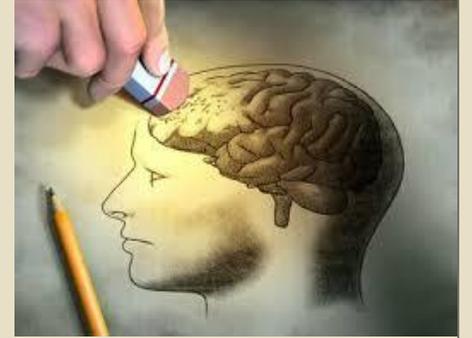
- Anamnese und Familienanamnese erheben (mit der Hilfe der Familie)
- körperliche Untersuchung durchführen
- Alkoholkonsum fragen und Alkoholranke identifizieren
- Frühere medikamentöse Behandlung dokumentieren:
 - Antidepressiva
 - Antipsychotika
 - Antihistaminika
 - Sedativa , die kognitive Defizite verursachen oder verschlechtern können

Im Rahmen der Diagnostik weiterführende Laboruntersuchungen

- TSH-Spiegel
- Vitamin-B12-Werte
- Routine Blutbild
- Leberwerte (GOT, GGT)
- Nierenfunktion (Harnstoff, Kreatinin)
- Blutsenkung, CRP
- Elektrolyte (Na, K, Ca)
- Nüchtern-Blutzucker



Weitere Untersuchungen



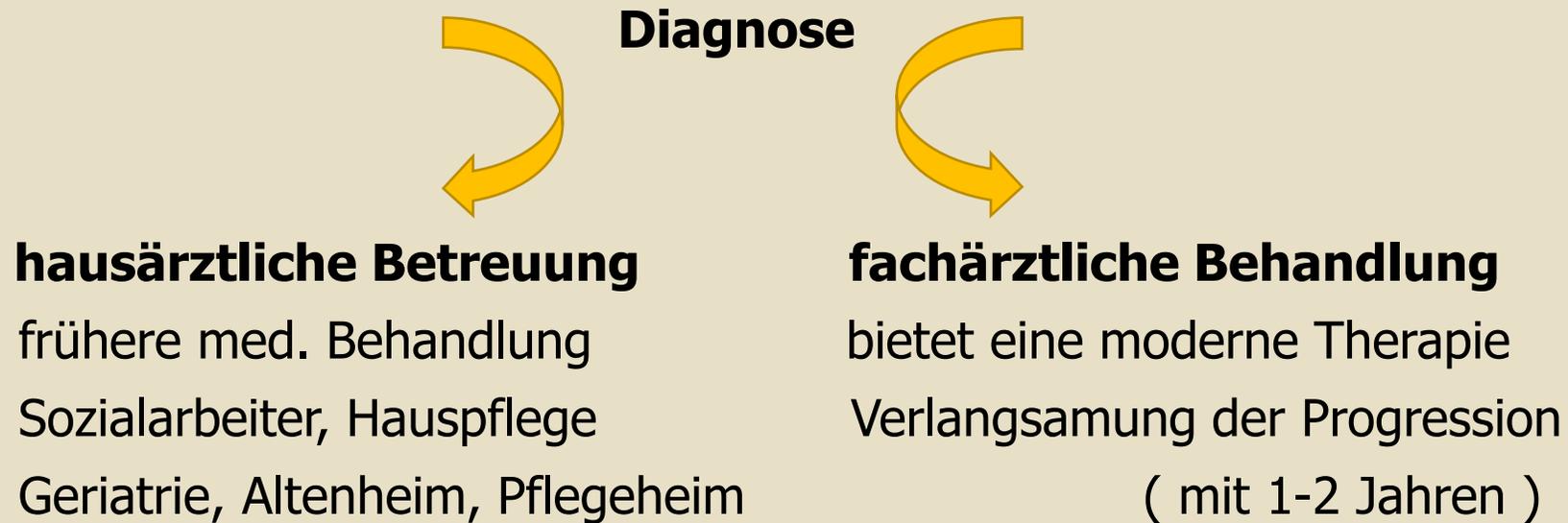
◦ LIQUORDIAGNOSTIK

- ist selten erforderlich, sollte aber erwogen werden
- zum Ausschluss einer entzündlichen Gehirnerkrankung

◦ Neuroradiologische BILDGEBUNG

- CT, MRT: bei der initialen Diagnosestellung, möglicherweise rev. strukturelle Störungen?
- SPECT, PET: radioaktive Amyloid-Tracern, wird derzeit erforscht

Therapeutische Möglichkeiten der Demenz



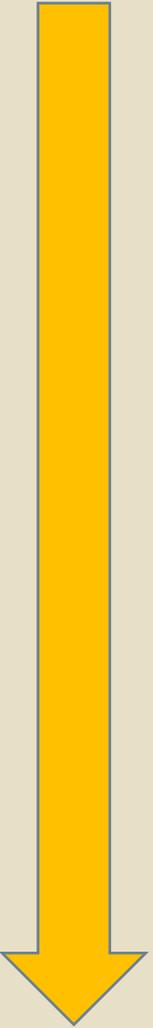
Lebensqualität verbessern

Antidementiva mit wissenschaftlich belegter Wirkung:

Cholinesterasehemmer (Ach-Esterase-Inhibitoren): donepezil, rivastigmin, (galantamin)
erhöhen den Ach-Spiegel im Gehirn, wirksam zur Verbesserung der kognitiven Funktion

NMDA-Antagonist: memantin, kann den Verlust der kognitiven Funktion zu verlangsamen

Demenzbehandlung

- 
- **Patientensicherheit** (Ergo-, Physiotherapeuten können die Wohnung auf Sicherheit überprüfen, mit dem Ziel Unfällen vorzubeugen)
 - **Schutzmaßnahmen** (ohne Treppen, Messer wegräumen, Führerschein!)
 - **Pflegerische Betreuung** (Haushaltshilfe, Hauspflege)
 - **Helle, freundliche Umgebung** – ein Minimum an neuen Stimuli
 - **Regelmäßige stressarme Aktivitäten**
 - Beschäftigungs-, Musik-, Erinnerungstherapie, Gruppentherapie

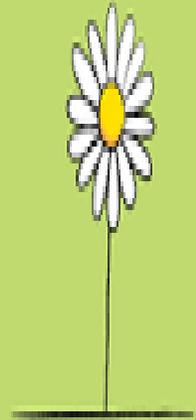
Nonpharmacological Therapies in Alzheimer's Disease: A Systematic Review of Efficacy

Javier Olazarán^a Barry Reisbergⁱ Linda Clare^e Isabel Cruz^a Jordi Peña-Casanova^{a, d}
Teodoro del Ser^{a, b} Bob Woods^e Cornelia Beck^j Stefanie Auer^m Claudia Laiⁿ Aimee Spector^f
Sam Fazio^k John Bond^g Miia Kivipelto^o Henry Brodaty^p José Manuel Rojo^c Helen Collins^h
Linda Teri^l Mary Mittelmanⁱ Martin Orrell^f Howard H. Feldman^{q, r} Ruben Muñoz^a

^aMaria Wolff Foundation, ^bNoscira and ^cSuperior Council of Scientific Research, Madrid, and ^dHospital del Mar and Municipal Institute of Medical Research, Barcelona, Spain; ^eBangor University, Bangor, ^fUniversity College London,

Advanced Care Planning (ACP)

- Behandlung im Voraus planen (BVP)
 - **Vorausplanung der Patientenbetreuung**
 - Patientenverfügungen, Patientenwillens
 - ungewünschte medizinische Anstrengungen zur Lebensrettung und -verlängerung vermieden werden können ?
 - **in Deutschland:** das im Dezember 2015 in Kraft getretene Hospiz- und Palliativgesetz (HPG), mit dem neuen § 132g SGB V können stationäre Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen ihren Bewohnern künftig eine „Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase“ zulasten der Krankenkassen anbieten
 - **in Ungarn:** Selbstbestimmungsrecht - in 1997 in Kraft getretene CLIV. Gesetz, 20-23. § 117/1998. (VI.16.) Verordnung
 - **„Living will“ – „das lebende Vermächtnis“ – „Élő végrendelet“ (1998, 2014)**
-
- **Demenz - Kranke unter Vormundschaft stellen?**
 - Da Einsichts- und Urteilsfähigkeit bei Patienten mit Demenz immer weiter nachlassen, kann die Bestellung eines Familienangehörigen, Vormunds oder Rechtsanwalts zur Regelung der finanziellen Angelegenheiten notwendig sein.



START A CONVERSATION

BEFORE IT'S TOO LATE

BEurteilung von Schmerzen bei Demenz (BESD-Skala)

- Warum ist die Bewertung von Schmerzen so kompliziert in Demenz?
- Bei der BESD handelt es sich um die deutsche Fassung der PAINAD–Skala.
- **PAINAD-SCALE:** Pain Assessment in Advanced Dementia
- Die PAINAD Skala wurde nach umfassender Sichtung der Literatur entwickelt und besteht aus 5 beobachtbaren Verhaltensweisen:
 - Atmung,
 - negative Lautäusserung,
 - Gesichtsausdruck,
 - Körpersprache,
 - Reaktion auf Tröstung.
- **Die PAINAD-Skala wurde zur Beobachtung von Schmerz bei fortgeschrittener Demenz entwickelt.**
- Die Erfahrung zeigt, dass die BESD auch bei desorientierten Patienten und Patienten mit einer globalen Aphasie angewendet werden kann.

BEurteilung von Schmerzen bei Demenz (BESD)

Name des/der Beobachteten:

Beurteiler: 1 2

	0	1	2	Score
Atmung (unabhängig von Lautäußerung)	normal	gelegentlich angestrengt atmen kurze Phasen von Hyperventilation	lautstark angestrengt atmen, lange Phasen von Hyperventilation, Cheyne-Stoke Atmung	
Negative Lautäußerung	keine	gelegentlich stöhnen oder ächzen, sich leise negativ oder missbilligend äußern	wiederholt beunruhigt rufen, laut stöhnen oder ächzen, weinen	
Gesichtsausdruck	lächelnd nichts sagend	traurig ängstlich sorgenvoller Blick	grimassieren	
Körpersprache	entspannt	angespannt nervös hin und her gehen nesteln	starr, geballte Fäuste, angezogene Knie, sich entziehen oder wegstoßen schlagen	
Trost	trösten nicht notwendig	ablenken oder beruhigen durch Stimme oder Berührung möglich	trösten, ablenken, beruhigen nicht möglich	
				TOTAL

Psychosoziale Interventionen

- sind zentraler und notwendiger Bestandteil der Betreuung von Menschen mit Demenz und der Angehörigen
- **umfassen kognitives Training, kognitive Stimulation, Ergotherapie, Realitätsorientierung, körperliche Aktivierung, multisensorische Verfahren angehörigenbezogene Interventionen**

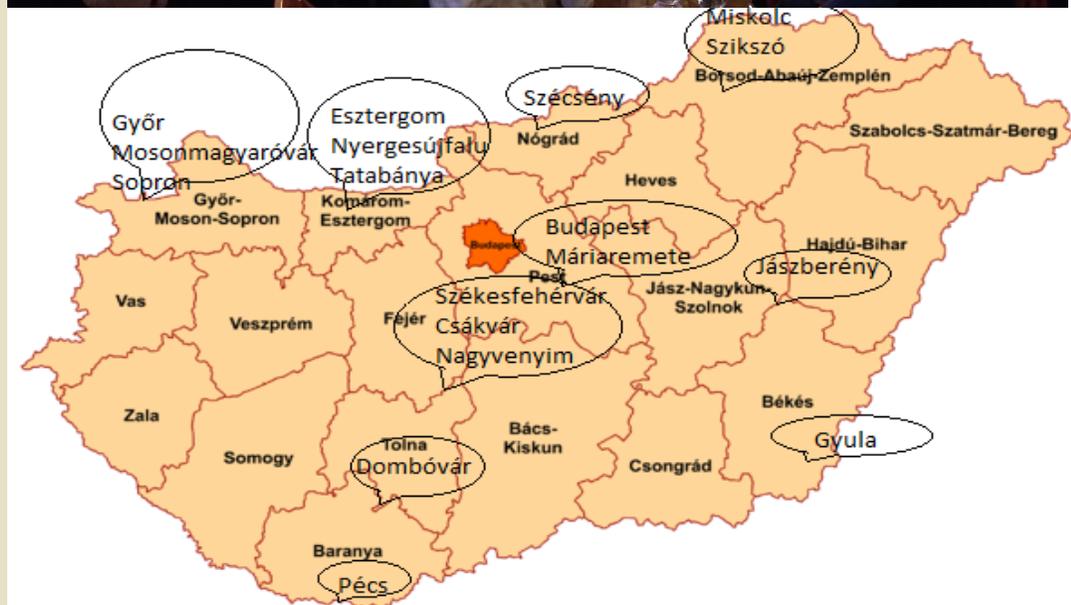


- **Patientenaufklärung und Edukation**

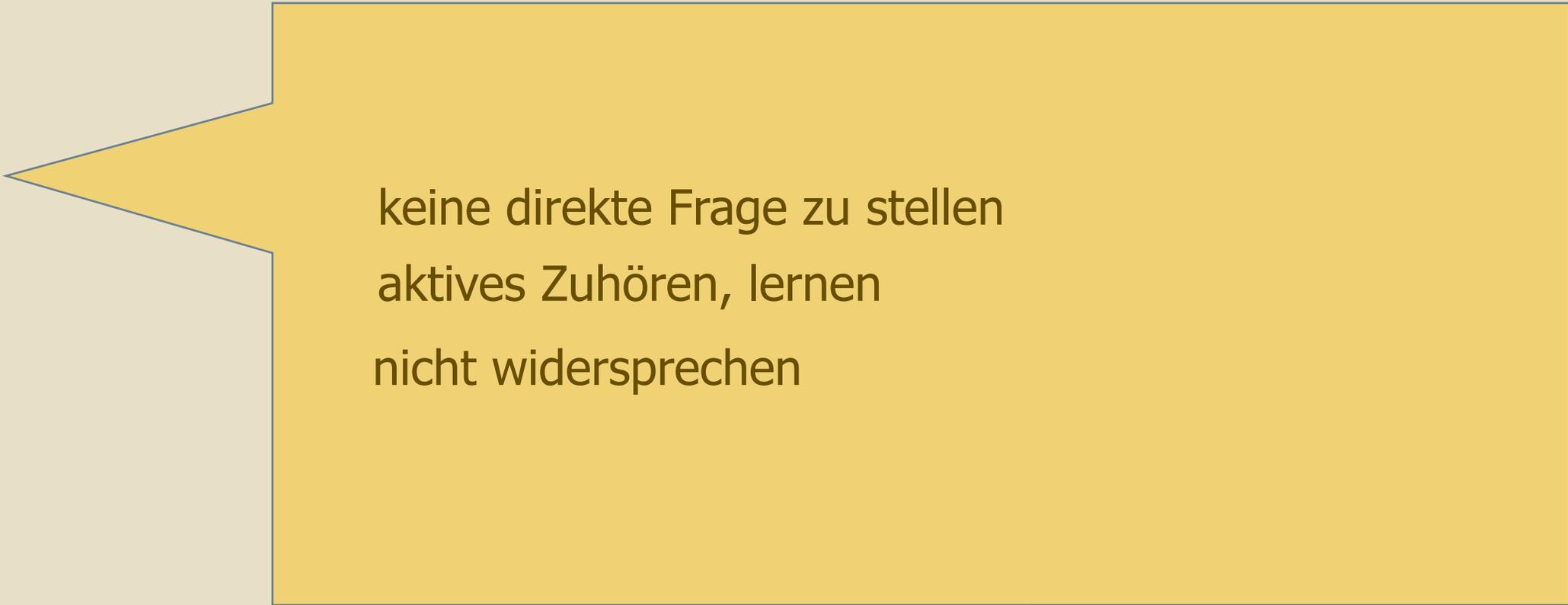
Der Arzt soll auch die Angehörigen informieren, aufklären!

Edukation und Unterstützung der Angehörigen, der Pfleger

- Feledékeny Emberek Hozzá tartozóinak Társasága (Ungarische Alzheimer Gesellschaft), Alzheimer Café Pécs



Die 3 goldene Regeln der Kommunikation mit Demenzkranken



keine direkte Frage zu stellen
aktives Zuhören, lernen
nicht widersprechen

Wünsche (allein lebender) Demenzkranker

- Sie wollen verstanden werden
- Sie wollen akzeptiert und respektiert werden
- Sie wollen sozial eingebunden sein
- Sie wollen nützlich sein
- Sie wollen sich sicher fühlen
- Sie wollen in ihrer gewohnten Umgebung bleiben
- Sie wollen so selbständig wie möglich handeln können
- Sie wollen sich frei bewegen dürfen

Quelle: Herausforderung Demenz, Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., Berlin, 2016.

Wie sollte man mit Demenzkranken kommunizieren?

- Wenden Sie sich Menschen mit Demenz zu
- **Nehmen Sie Blickkontakt auf** und vergewissern Sie sich, dass der Betroffene Sie hört
- **Sprechen Sie langsam**
- **Verwenden Sie einfache, kurze Sätze**, die nur eine Information enthalten
- Benennen Sie das, was Sie gerade tun
- Stellen Sie nur eine Frage auf einmal
- **Stellen Sie keine „Wieso – Warum - Weshalb“ – Fragen**
- **Lassen Sie Zeit zum Antworten**
- Vermeiden Sie das „Abfragen“ von Fakten (z.B. Datum)
- Wiederholen Sie ihre Aussagen, wandeln Sie diese nicht ab
- Nutzen Sie, wenn möglich, die vertraute Sprache (Dialekt)
- Unterstreichen Sie ihre Worte durch Mimik und Gestik
- **Hören Sie gut zu**

Tipps zum Umgang

- Vermitteln Sie Ruhe und Sicherheit
- Nehmen Sie die Betroffenen ernst
- Weisen Sie nicht auf Defizite hin
- Behandeln Sie Menschen mit Demenz mit Respekt und Wertschätzung
- Sprechen Sie – wenn möglich – Vertrautes an (z.B. Beruf, Haustier)

- **Außerdem hilfreich ist:**
 - für ausreichend Helligkeit zu sorgen
 - sicherzustellen, dass Hör- und Sehhilfen vorhanden sind
 - andere Störquellen zu beseitigen

Fallbeschreibung 2.

- Hausbesuch, dein Patient leidet an schwerer Demenz.
- Sie jammert und schreit seit ein paar Tage, und ihre Verwirrtheit hat sich verschlimmert. Sie hat künstliche Ernährung - über eine PEG-Sonde, ist mit Druckulzera behandelt. Die Patientin ist unfähig zu kommunizieren.
- Die Patientin: 67-Jahre alt, die erste Symptomen von Demenz sind schon 8 Jahre früher aufgetreten: verändertes Verhältnis, Verlust von Interessen, gestörtes Gedächtnis. Sie sammelt Katzen, und ißt mit der Tiere zusammen, achtet auf die Hygiene eigentlich nicht. Zeitliche und räumliche Desorientiertheit ist 5 Jahre früher aufgetreten. Damals hat sie bei ihrem Sohn gewohnt. Ihre Schwiegertochter hat sie gepflegt.
- 2011.: Neurologie, Dg.: M. Alzheimer
- 2012.03.: Pulmonologie, Dg.: Bronchitis acuta, Hospitalisation. Im Krankenhaus hat sie Clostridium difficile-Infektion erworben. PEG-Sonde Implantation ist durchgeführt. Die chronische Immobilität hat Druckulzera hervorrufen.
- 2012.04.: Die Patientin ist wieder zu Hause, hat absolute Pflegebedürftigkeit, komplette Abhängigkeit. Medikation: Antihypertonika, LMWH
- Familie: wohnt in einem sehr kleinen Dorf in Ormánság. Das Krankenhaus liegt 30 km weit von hier. Die Familie hat starke finanzielle Probleme, hat kein Automobil.

1. Was können/sollen Sie JETZT als GP in dieser Situation machen?
2. Wer ist verantwortlich für die Patientin?
3. Was wäre die optimale Lösung zu betreuen/behandeln die Patientin in der Zukunft?

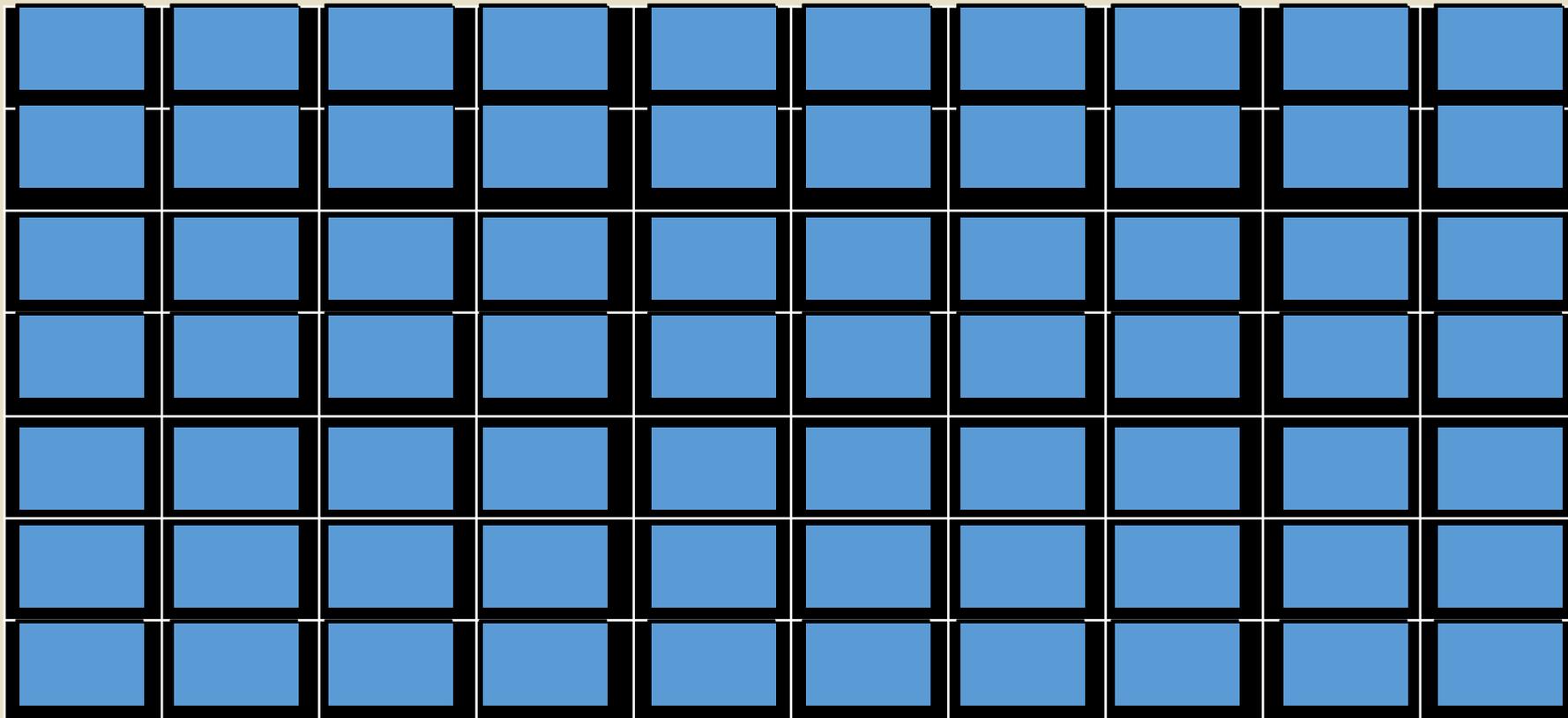
The SPECAL Method

- Penny Garner und ihre Mutter Dorothy
- Contented Dementia Trust Program
- United Kingdom
- Unabhängige karitative Organisation für Sorge um Menschen mit Demenz
- The SPECAL Fotoalbum
- Die drei goldene Regeln der Kommunikation
- www.contenteddementiastrust.org

keine direkte Frage
aktives Zuhören, lernen
nicht widersprechen

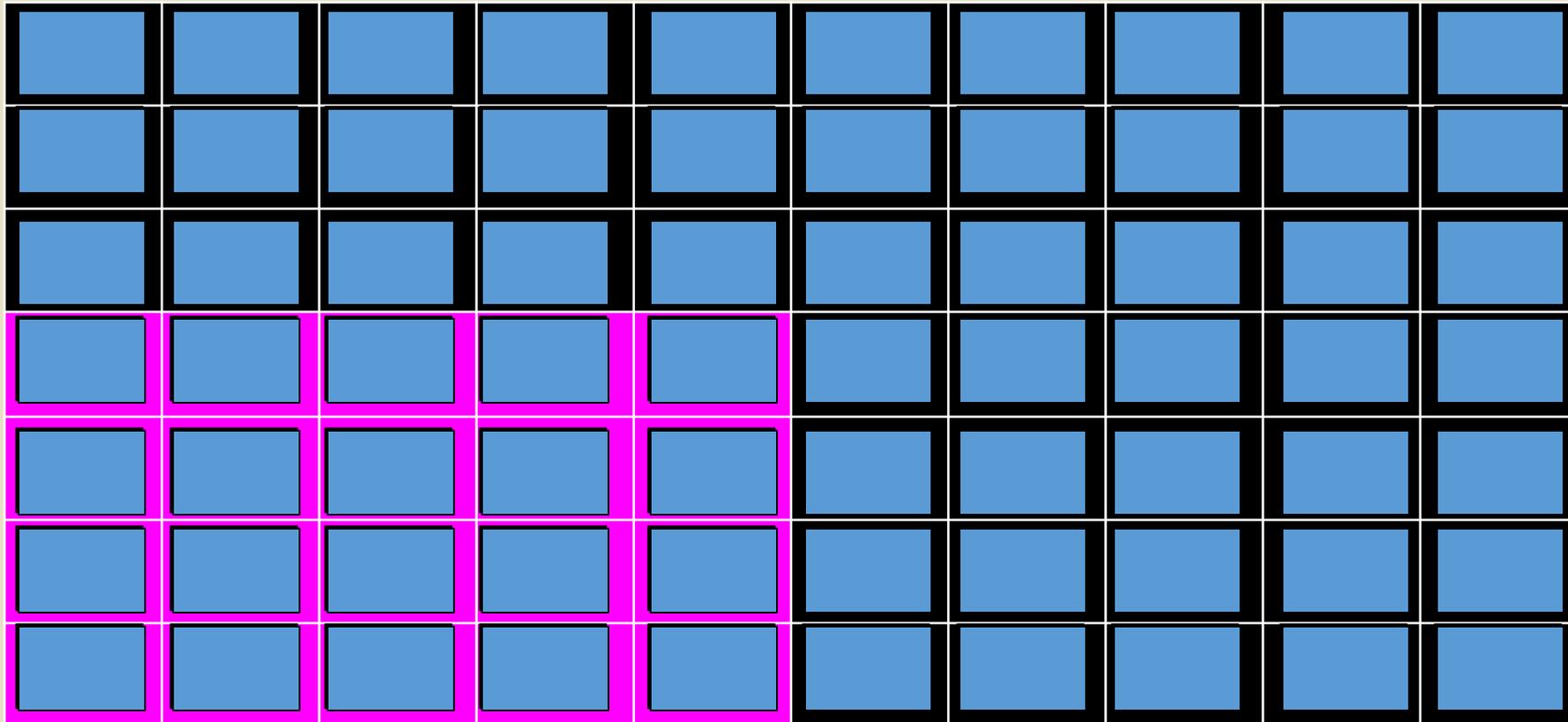
SPECAL (Specialized Early Care for Alzheimer's) Fotoalbum...

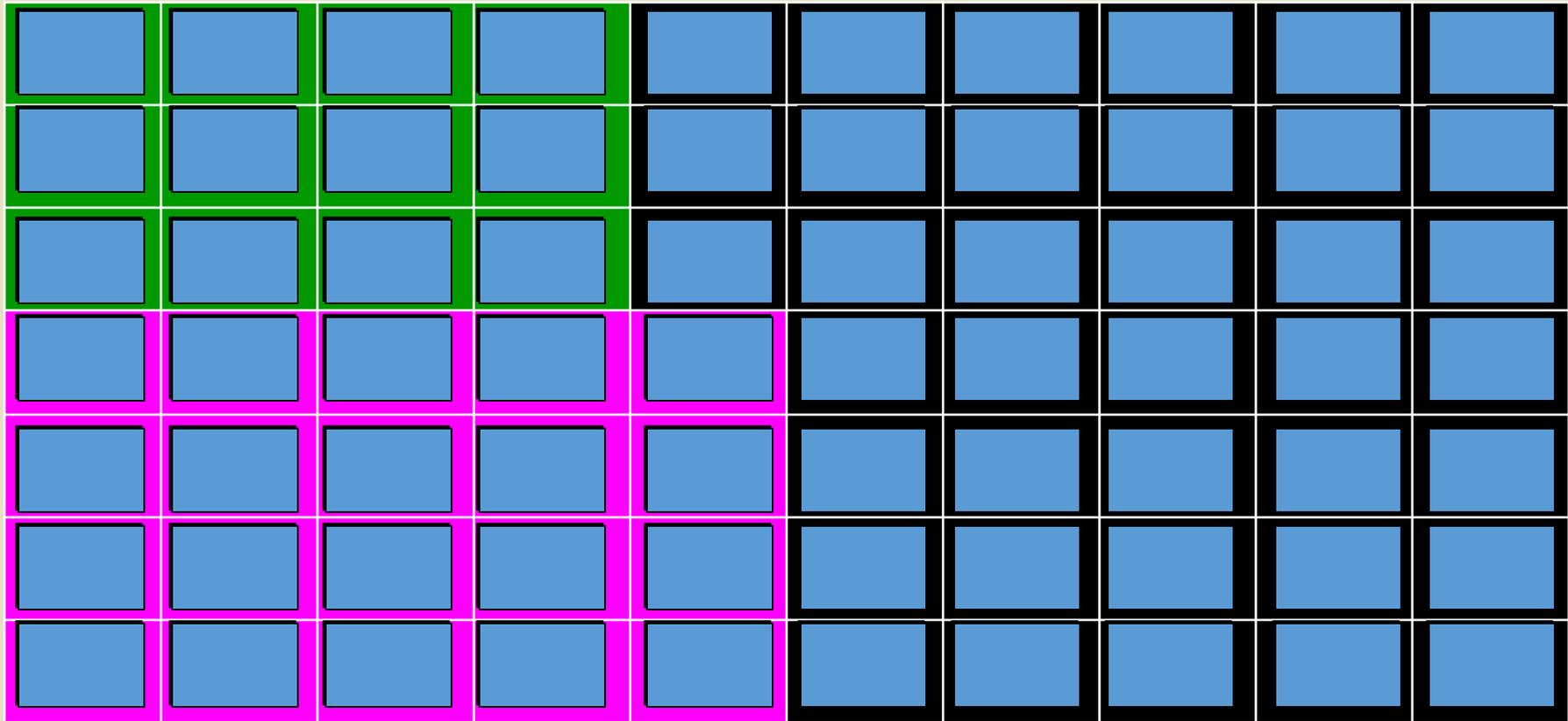
- Unser Gedächtnis funktioniert derart, als ob es ein Fotoalbum wäre
- Unsere Lebenserinnerungen speichern wir als Fotos in unserem Album
- Diese Fotos sammeln wir kontinuierlich, und sie informieren uns:
- Was haben wir gemacht? Wie haben wir uns inzwischen gefühlt?



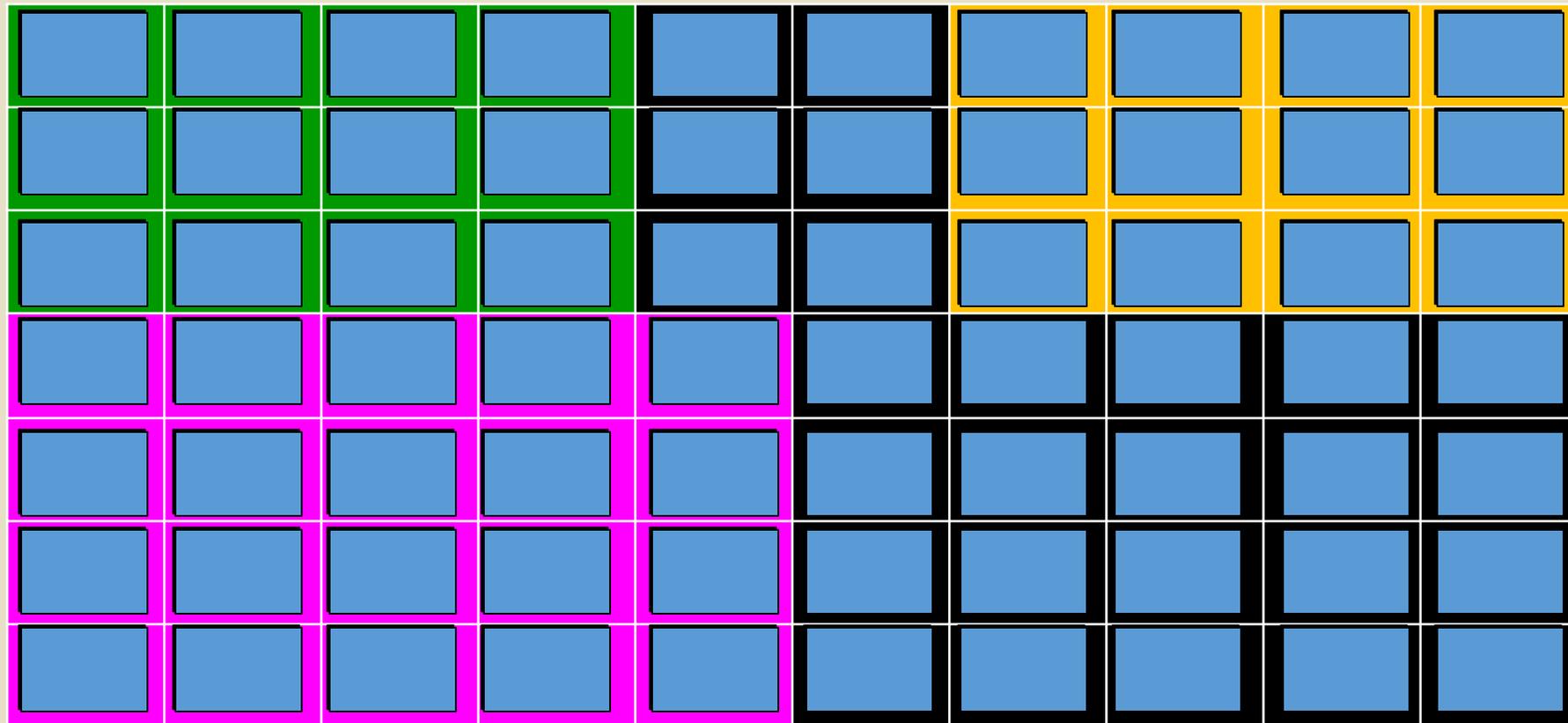
...SPECAL Method...

- Wir integrieren und ordnen unsere Erfahrungen
- Jede Foto-Serie wird sich mit Gefühle verkettet

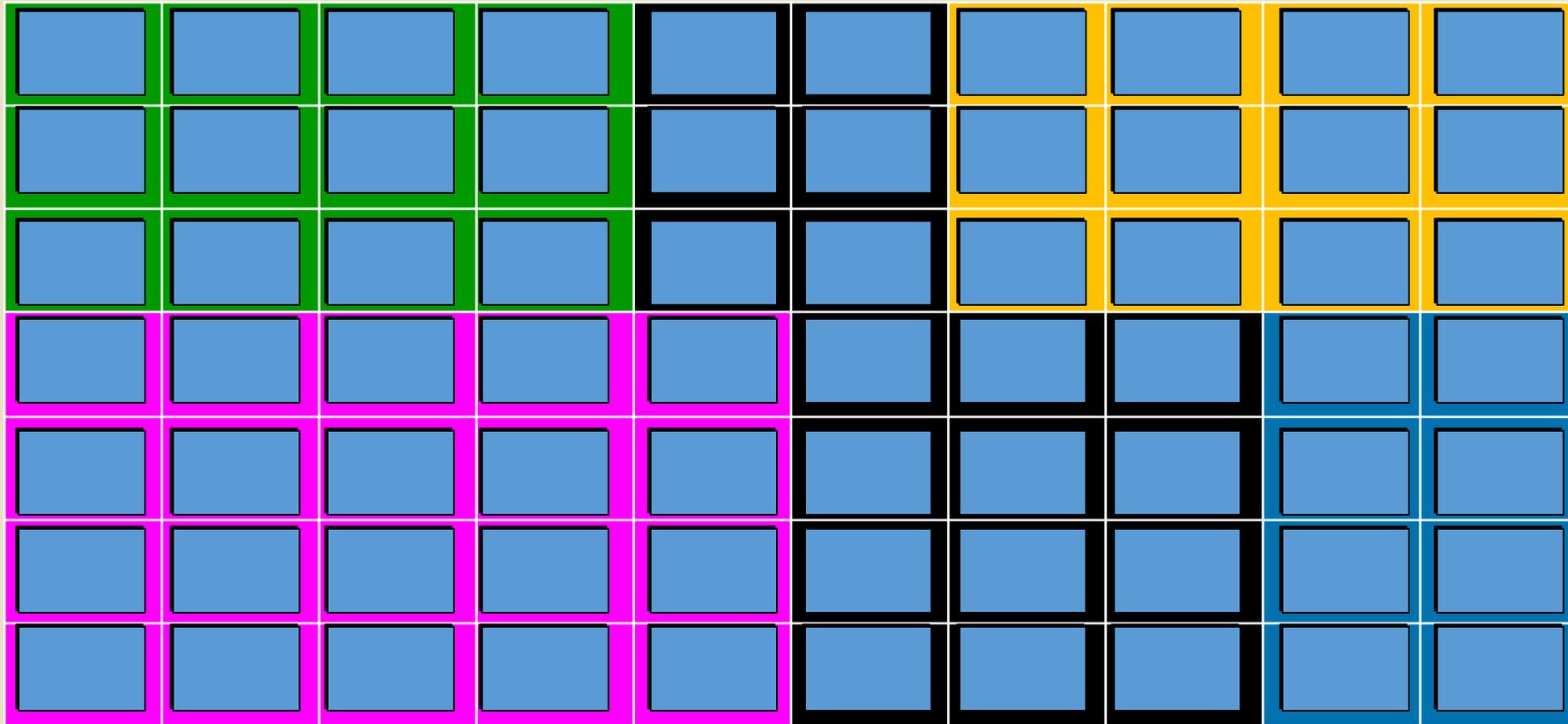




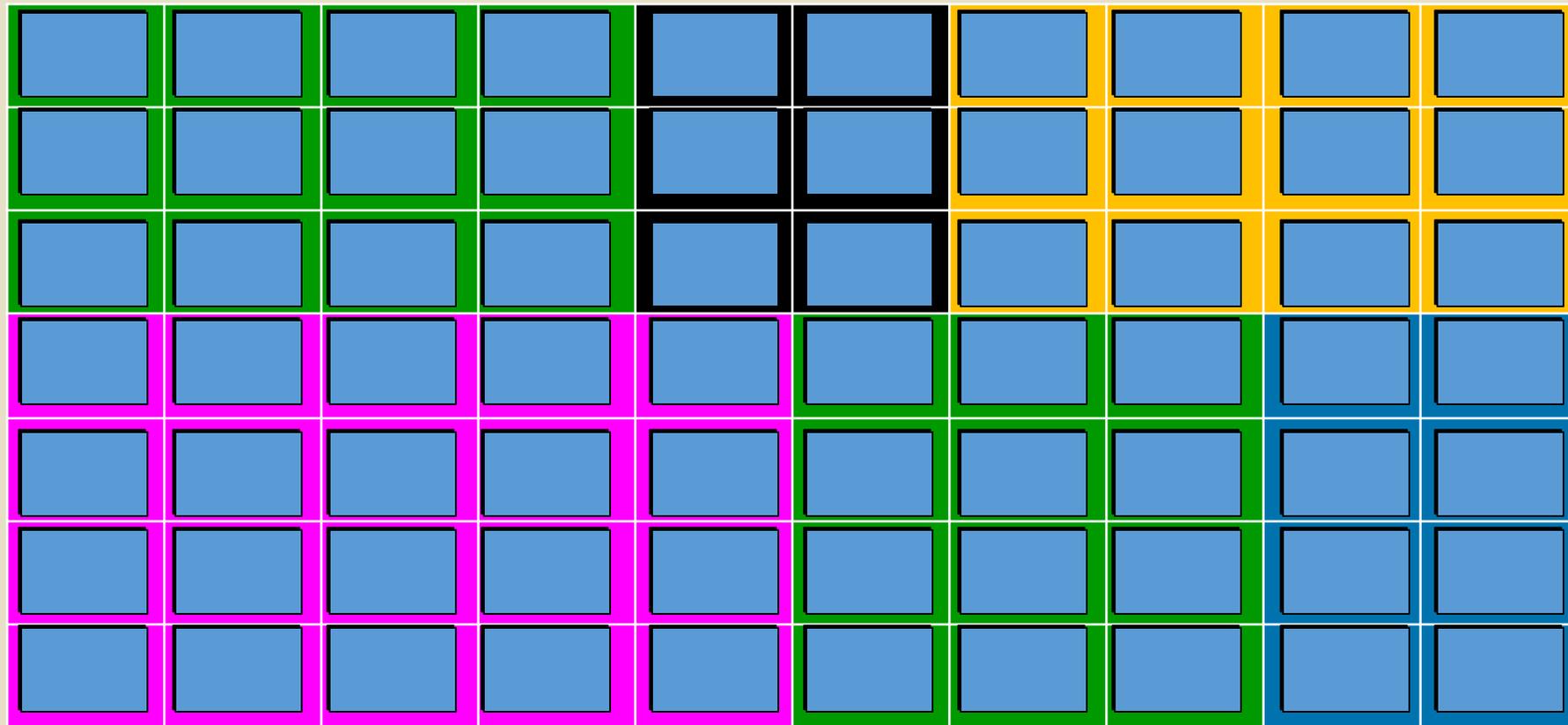
...SPECAL Method...
und so weiter



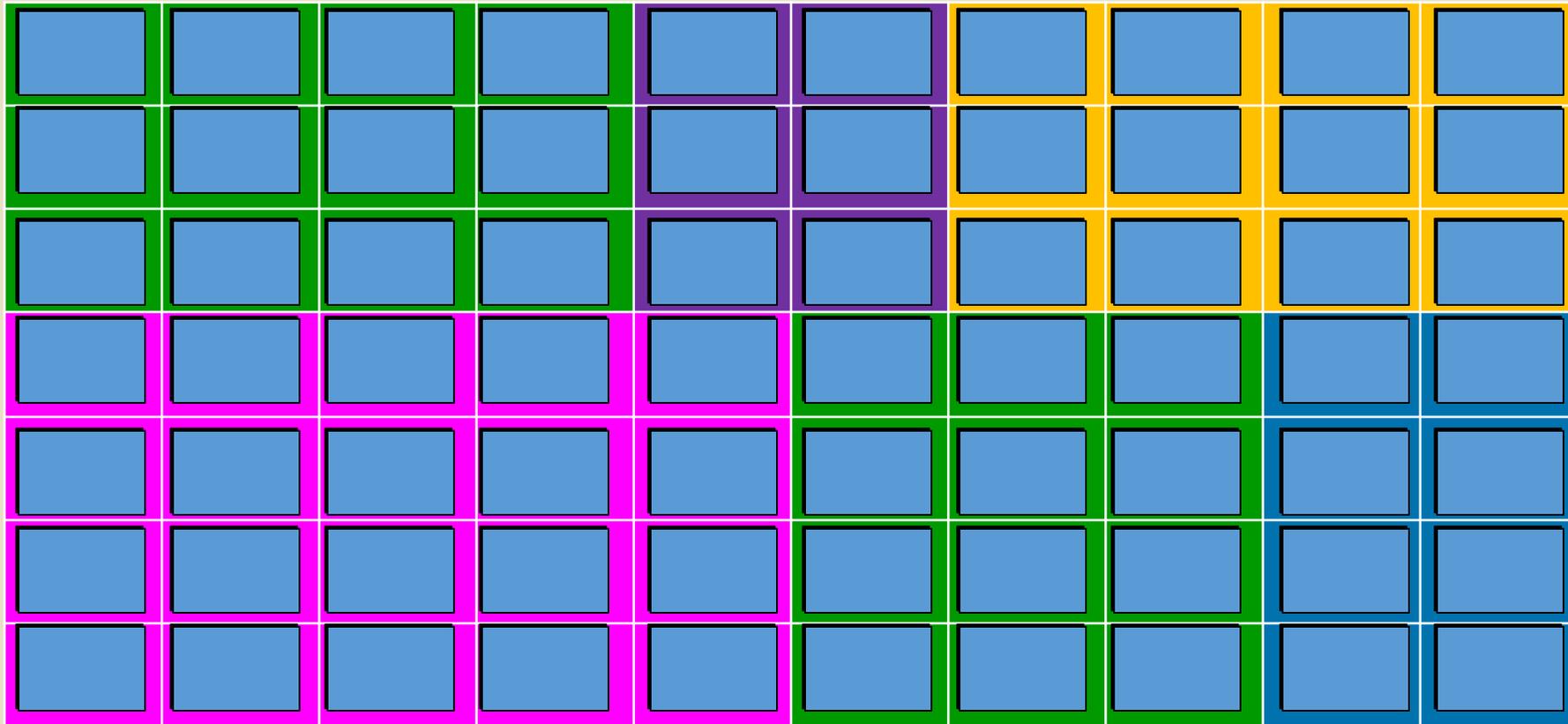
...SPECIAL Method...



...SPECIAL Method...

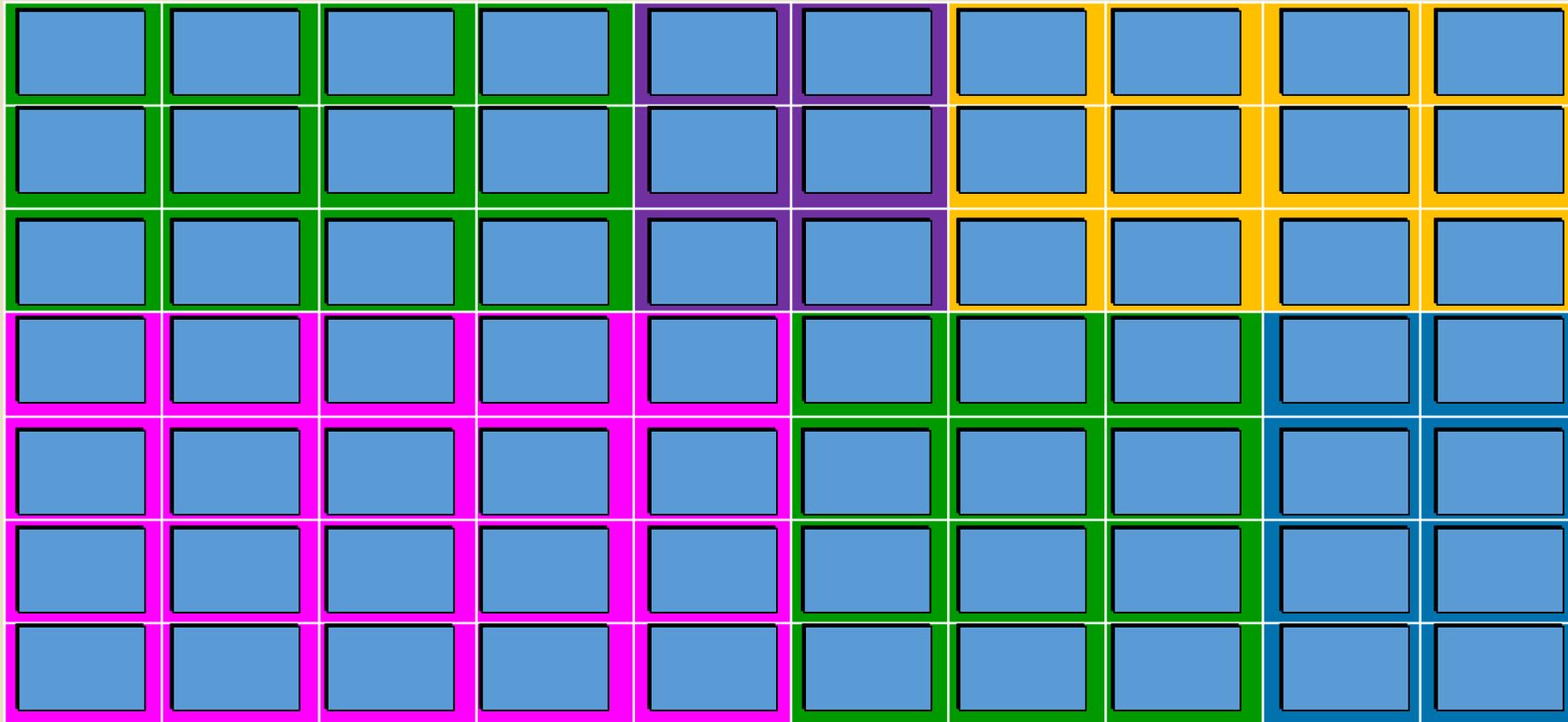


...SPECIAL Method...



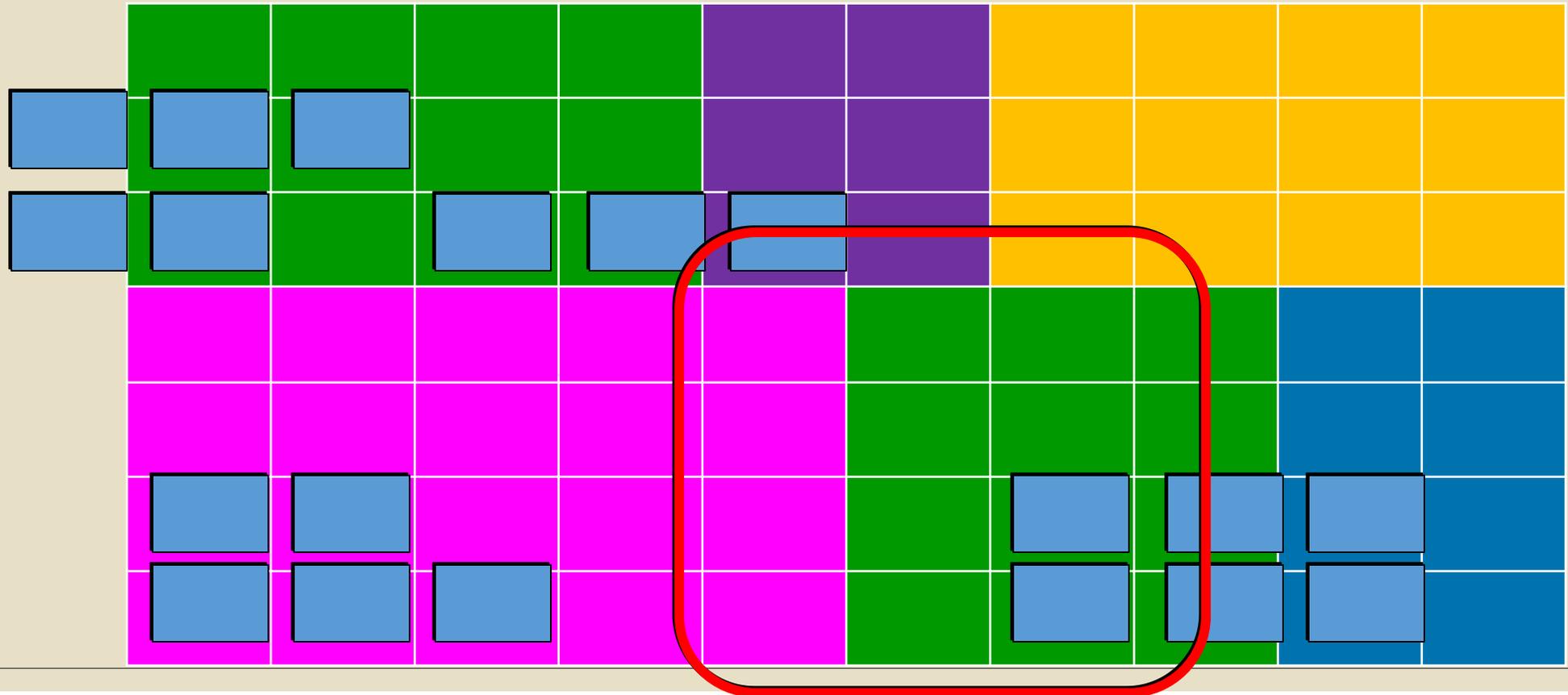
...SPECIAL Method...

- In Demenz: die Fotos werden langsam von Zeit zu Zeit verschwinden
- Aber parallel: die Gefühle bleiben da !!!



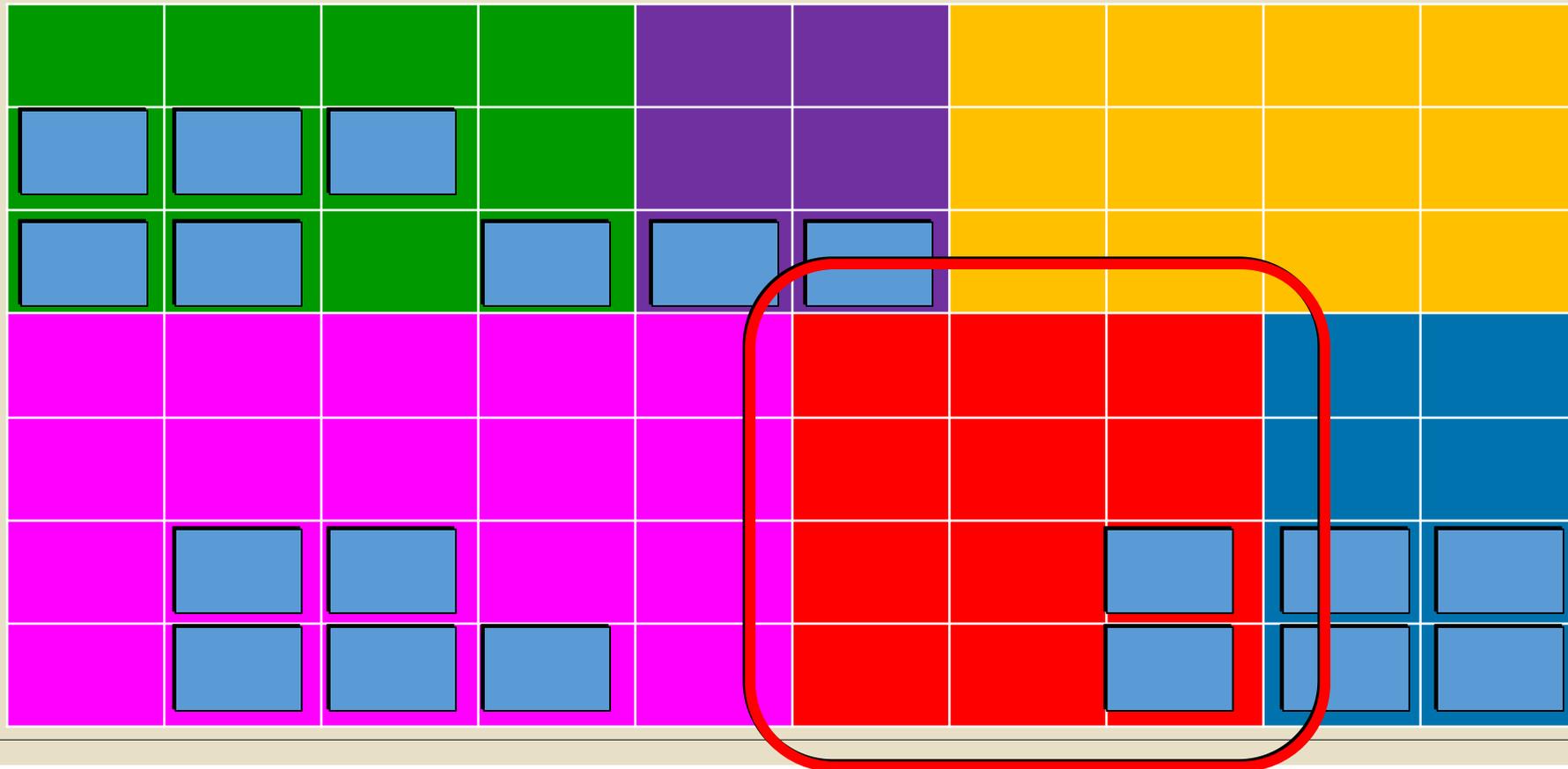
...SPECIAL Method...

- Wenn wir einen Patienten mit Demenz über ein fehlendes Foto fragen, er wird es nicht finden
- Die Gefühle werden sich aus Grün in Rot verändern

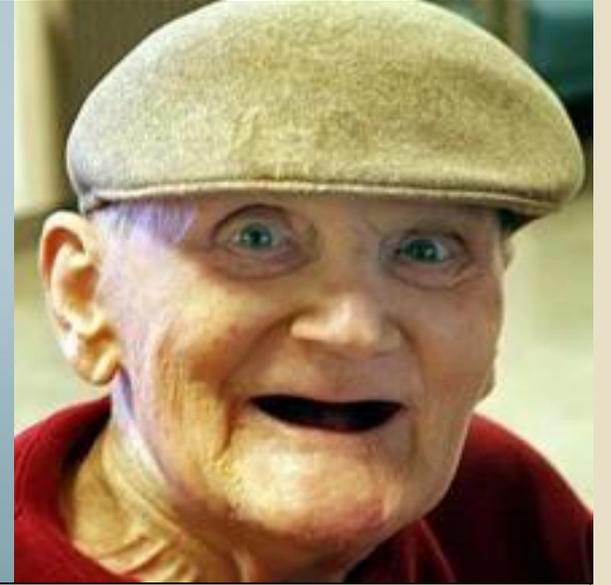


...SPECIAL Method...

dieser Prozess wird plötzlich Agitation verursachen



Was ist die Lösung?



- Wir sollen die richtige, **effektive Kommunikationsmethode lernen**, und anwenden.
- Diese Komm. ist **individuell** und Patientenzentriert, konzentriert auf die Person, die vor uns steht.
- **Die Endstelle von Demenz ist ähnlich dem Säuglingsalter**, wir alle haben unser Leben hier und so begonnen.
- Wir sollen akzeptieren und unterstützen sie und ihre Angehörigen, auch **in dieser neuen Rahmen**.

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit!

