
DEMENZ

Informationen, Leistungen, Ansprechpartner
verständlich · hilfreich · praktisch

NIMM ZWEI
Für alle Infos
Ratgeber Sozialrecht
nicht vergessen





Die neuraxWikiprint Produkte

Die neuraxWiki Ratgeberreihe bietet Patienten, Angehörigen und Fachkräften eine praxisgerechte Hilfestellung bei der Beantwortung sozialrechtlicher und psychosozialer Fragen.



1. Hauptratgeber Sozialrecht

Der krankheitsunabhängige sozialrechtliche Hauptratgeber gibt einen Überblick über alle Leistungen der Sozialversicherungsträger. Er wird Anfang jeden Jahres aktualisiert und neu aufgelegt.



2. Ergänzende, indikationsspezifische Broschüren

Darüber hinaus liefern die neuraxWiki-Einzelbroschüren zusätzliche sozialrechtliche und psychosoziale Informationen zum jeweiligen Krankheitsbild.

Wichtig: Die Broschüren sind eine reine Ergänzung zum Hauptratgeber Sozialrecht. Sollten Sie diesen noch benötigen, können Sie ihn unter www.neuraxWiki.de kostenfrei nachbestellen.





DEMENZ

Informationen, Leistungen, Ansprechpartner

verständlich · hilfreich · praktisch

Ergänzende Broschüre zum Ratgeber Sozialrecht

Hinweis im Sinne des Gleichberechtigungsgesetzes

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung (z. B. Patient/Patientin) verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichberechtigung für beide Geschlechter.

1. INFORMATIONEN UND HINTERGRUND

Die Begriffe „Demenz“ und „Alzheimer“ werden fälschlicherweise oft synonym verwendet. Demenz ist hingegen ein Sammelbegriff für zahlreiche unterschiedliche Erkrankungen, welche den Verlust geistiger Fähigkeiten und Funktionen zur Folge haben. Aktuell leiden von den derzeit 1,6 Millionen Demenzkranken in Deutschland zwei Drittel an einer Alzheimererkrankung. Alzheimer ist damit die häufigste Form der Demenz.¹

1.1 Formen einer Demenz

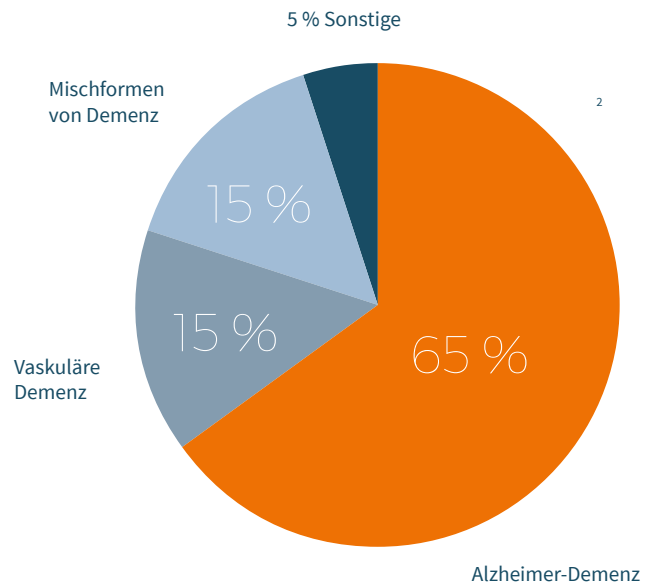
Mindestens 6 Monate andauernde und zunehmende Störungen der Gedächtnisleistung und des Denkvermögens, Wesensveränderungen, Orientierungsprobleme, Sprach- und Aufmerksamkeitsbeeinträchtigungen sowie fehlendes Urteilsvermögen sind typische Symptome von Demenzerkrankungen. Es gibt eine Vielzahl unterschiedlicher Demenzformen, die, ausgehend von ihrer Ursache, in zwei Hauptgruppen eingeteilt werden: primäre und sekundäre Demenzformen.

Primäre Demenzformen

Sie machen den Hauptanteil der Demenzerkrankungen aus. Die Beeinträchtigungen sind hier auf direkte hirnormorgische Schädigungen zurückzuführen. Die entstandene Schädigung ist bleibend und nicht mehr umkehrbar.

Die Alzheimererkrankung ist die am häufigsten vorkommende primäre Demenz. Außerdem werden vaskuläre (gefäßbedingte) Demenzerkrankungen, Mischformen von Alzheimer- und vaskulärer Demenz sowie selten vorkommende

Formen wie die Lewy Körperchen Demenz, die Frontotemporale Demenz (Pick-Krankheit) und die Creutzfeld-Jakob Demenz zu den primären Formen gezählt.



Sekundäre Demenzformen

Tritt die Demenz **infolge einer anderen Erkrankung** auf, wird sie den sekundären Formen zugeordnet. Im Gegensatz zur primären Form kann bei **Behandlung der Grunderkrankung** eine **Besserung der Demenzsymptomatik** erzielt werden. Hirntumore, Depressionen, Stoffwechselerkrankungen, Alkoholabusus und die Parkinson-Erkrankung können ursächlich für eine sekundäre Demenz sein.

1.2 Symptome und Verlauf

Jede Demenzform hat ihre eigene Entwicklung und Ausprägung, jede Krankheit ihren eigenen Verlauf. Dennoch gibt es übereinstimmende Merkmale.

Frühes Stadium der Erkrankung

- Vergesslichkeit
(insbes. Beeinträchtigung des Kurzzeitgedächtnisses)
- Interessenverlust
- Rückzug aus dem sozialen Umfeld
- Erste Schwierigkeiten in der Bewältigung des Alltags

Im frühen Stadium der Erkrankung fallen zunehmende Vergesslichkeit, Merkfähigkeits- und Denkstörungen sowie beginnende Orientierungsprobleme auf. Die Betroffenen sind zunehmend interesselos und neigen dazu, soziale Kontakte zu vernachlässigen.

Moderates Stadium der Erkrankung

- Steigende Vergesslichkeit durch zusätzliche Beeinträchtigung des Langzeitgedächtnisses: Kindheitserinnerungen verblassen, Namen werden vergessen, Personen werden nicht mehr erkannt

- Orientierungslosigkeit (Zeit und Raum)
- Wortfindungsstörungen
- Verlangsamung des Denkvermögens
- Bewegungsstörungen

Im weiteren Verlauf verschärfen sich die anfänglichen Symptome und neue treten hinzu. Sprachschwierigkeiten, motorische Unruhe, Beeinträchtigungen des Langzeitgedächtnisses, Störungen des Tag- und Nachtrhythmus, Wahrnehmungsstörungen und Persönlichkeitsveränderungen erschweren den Alltag. Der Patient ist zunehmend auf Hilfe bei alltäglichen Verrichtungen angewiesen.

Spätes Stadium der Erkrankung

- Alltagsbewältigung ist nicht mehr möglich
(Ankleiden, Körperpflege, Mahlzeiten)
- Immobilität
- Emotionaler Kontrollverlust:
der Betroffene reagiert gereizt oder aggressiv

Im späten Krankheitsstadium benötigen Demenzkranke Unterstützung in allen Lebensbereichen, oftmals auch rund um die Uhr. Viele Betroffene sind bettlägerig, leiden unter Harn- und Stuhlinkontinenz, können sich verbal nicht mehr verständigen und haben Kau- und Schluckprobleme. In dieser letzten Phase treten aufgrund der geschwächten Abwehrsituation vermehrt Infektionen oder Atemwegserkrankungen wie Pneumonien auf, die häufig zum Tod führen.

¹ Dt. Alzheimer Gesellschaft, Informationsblatt 1, Häufigkeit von Demenzerkrankungen.

² Eigene Darstellung in Anlehnung an Alzheimer Forschung Initiative e. V. (AFI)

1.3 Behandlungsmöglichkeiten

Primäre Demenzerkrankungen sind **nicht heilbar**, ihr Verlauf kann jedoch verzögert und Symptome und eventuelle Begleiterkrankungen können gemildert und verbessert werden. In den meisten Fällen werden **medikamentöse und nicht-medikamentöse Therapien kombiniert**, um die Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Angehörigen über einen möglichst langen Zeitraum zu erhalten.

Medikamentöse Therapie

Abhängig von der Ursache der demenziellen Erkrankung kommen unterschiedliche Wirkstoffe zum Einsatz. **Antidementiva** werden verwendet, um den Krankheitsverlauf zu verzögern und dem Verlust der kognitiven Fähigkeiten entgegenzuwirken. Begleitsymptome/-erkrankungen wie Verhaltens- und Angststörungen sowie Depressionen werden mit **Neuroleptika** und **Antidepressiva** therapiert. Zur Förderung der Hirnleistung können ergänzend auch Phytopharmaka wie beispielsweise Ginkgopräparate eingesetzt werden.

Nichtmedikamentöse Behandlung

Mit nichtmedikamentösen Therapien wird parallel zur pharmakologischen Behandlung das **Ziel** verfolgt, **die Progredienz der Erkrankung zu verlangsamen und so die Autonomie der Patienten möglichst lange zu erhalten**. Die vorhandenen Ressourcen sollen gefördert und die alltagspraktischen Fähigkeiten gestärkt werden.

Welche ergänzende Behandlungsmethode eingesetzt wird, hängt von der Demenzform und vom Stadium der Erkrankung ab. Eine sensible Auswahl verhindert, dass der demenzkranke Mensch überfordert wird.

Unter anderem werden folgende Therapien angeboten:

- Kognitive Therapie (Aktivierung von Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Sprache etc., Förderung der Orientierung)
- Ergotherapie (Verbesserung und Erhalt alltagspraktischer Fähigkeiten)
- Bewegungstherapien (Verbesserung von Beweglichkeit und Balance)
- Künstlerische Therapien (Musik-, Kunst- und Tanztherapie)
- Sensorische Verfahren (Aromatherapie, Massagen, Snoezelen)
- Angehörigentaining (Verhaltensmanagement, Stressbewältigung)

1.4 Risikofaktoren

Mit steigendem Alter nimmt das Risiko an einer Demenz zu erkranken zu. Das heißt aber nicht, dass jeder von uns irgendwann an einer Demenz erkrankt. Dafür müssen mehrere Faktoren zusammentreffen wie eine **familiäre Vorbelastung**, **metabolisches Syndrom** (Übergewicht, Bluthochdruck, erhöhter Blutzuckerspiegel, gestörter Fettstoffwechsel), **Diabetes Typ 2** und **Oxidativer Stress**. Eine gesunde, aktive Lebensführung kann ein wichtiger Baustein sein, um einer Demenz vorzubeugen. Dazu gehören eine ausgewogene Ernährung, Bewegung, soziale Kontakte und kognitives Gedächtnistraining.



2. LEISTUNGEN DER GESETZLICHEN KRANKENKASSE

Die gesetzliche Krankenkasse übernimmt bei einer Demenzerkrankung die Kosten für die ärztliche Versorgung, für die Ausstattung mit Arznei- und Hilfsmitteln, für Heilmitteltherapien sowie für ambulante und stationäre Rehabilitationsleistungen.

2.1 Ergotherapie bei Demenzerkrankungen

Im Frühstadium einer Demenz ist Ergotherapie ein wichtiges Instrument um die Lebensqualität des Erkrankten zu verbessern, seine Selbstständigkeit möglichst lange zu erhalten und einen Umzug in ein Pflegeheim hinauszuzögern. Neuere Studien widmen sich zudem der Erforschung der Wirksamkeit ergotherapeutischer Maßnahmen bei mittlerer und schwerer Demenz.³

Ziele

Mit den verschiedenen ergotherapeutischen Verfahren werden **motorische, sensorische und psychische Funktionseinschränkungen** wiederhergestellt oder verbessert. Demenzkranke werden so dabei unterstützt, ihren Alltag aktiv zu gestalten, ihn als sinnvoll zu erleben und Defizite so lange und so gut wie möglich auszugleichen.

Weitere Ziele der Ergotherapie:

- Förderung des Selbstvertrauens, Abbau von Ängsten, Verhinderung des sozialen Rückzuges
- Wiedererlangung von positivem emotionalem Erleben
- Durchbrechung negativer Gedankenspiralen durch aktives Tun
- Verbesserung der Alltagsbewältigung und des Selbstmanagements
- Vermitteln von Erfolgserlebnissen
- Reduktion von Verhaltensauffälligkeiten
- Vermeidung stationärer Klinikaufenthalte
- Hinauszögern von Pflegebedürftigkeit

Inhalte und Therapiemethoden

Die Therapie wird je nach Belastbarkeit und individuellen Einschränkungen in Einzel- oder Gruppensitzungen durchgeführt. Zu Beginn erstellen der Ergotherapeut, der Patient und die nahen Angehörigen einen individuellen Behandlungsplan, der sich z. B. an folgenden Fragen orientiert: Wie ist das Krankheits-

³ D. Korczak, C. Habermann, S. Braz: Wirksamkeit von Ergotherapie bei mittlerer bis schwerer Demenz. GP Forschungsgruppe, Institut für Grundlagen- und Programmforschung, Berufsfachschule für Ergotherapie Rosenheim der bfz gGmbH; aus der Schriftenreihe Health Technology Assessment (HTA) in der Bundesrepublik Deutschland.

stadium? Welche speziellen Bedürfnisse hat der Patient? Wie können die Angehörigen ihn bestmöglich unterstützen?

Folgende Methoden kommen für Patienten mit Demenz

u. a. infrage:

- Kognitives Aktivierungsprogramm für das Erinnerungs-, Lern- und Denkvermögen
- Handwerkliche Techniken (z. B. zur Verbesserung der Feinmotorik)
- Lebenspraktische Übungen (z. B. An- und Ausziehen, Körperpflege)
- Kreativ-gestalterische Therapiemittel (Musik, Kunst)
- Bewegungsübungen zur Reduktion motorischer Unruhe
- Ergotherapeutisches Vorlesen
- Basale Stimulation (Wahrnehmungstraining)

BEISPIEL

Im Anfangsstadium einer Demenz merken Betroffene, dass sie immer vergesslicher werden, was sie als sehr frustrierend erleben. Es ist in dieser Phase besonders wichtig die verloren gegangenen Fähigkeiten zu kompensieren und so die Abwärtsspirale zu durchbrechen. Hilfestellungen sind gefragt, die so konkret und einfach wie möglich an den alltäglichen Bedürfnissen des Kranken ausgerichtet sind.

Eine Demenzpatientin kann sich zum Beispiel nicht erinnern, wo in der Küche der Kaffee aufbewahrt wird, weiß aber noch, wie dieser gekocht wird. Der Ergotherapeut arbeitet zusammen mit ihr Strategien, um den Kaffee wiederzufinden. Statt ihn im Schrank zu lagern, stellt sie ihn in Zukunft neben die Kaffeemaschine und versieht die Dose mit einem Bild.

Durchführung

Ergotherapeutische Behandlungen können während eines Krankenhausaufenthalts oder einer Maßnahme der Rehabilitation erfolgen. Zudem gibt es ambulante Praxen für Ergotherapie. Wenn der Patient nicht in der Lage ist, eine Praxis selbst aufzusuchen, sind auch Hausbesuche möglich.

Voraussetzungen

Eine Ergotherapie gilt als Heilmittel und muss vom behandelnden Arzt **verordnet** werden. Eine Verordnung umfasst in der Regel 10 Behandlungseinheiten. Eine Therapiemaßnahme dauert üblicherweise zwischen 30 und 60 Minuten. In welchem Abstand die Maßnahmen erfolgen, hängt von der individuellen Situation des Betroffenen ab.



TIPP

Die Ergotherapie-Verordnung des Arztes muss von der gesetzlichen Krankenkasse nicht genehmigt werden. Allerdings muss die Maßnahme innerhalb einer bestimmten Frist beginnen (in der Regel 14 Tage), sofern auf der Verordnung kein späterer Behandlungsstart eingetragen wurde. Danach verliert die Verordnung ihre Gültigkeit.

Kostenübernahme

Die Kosten für eine Ergotherapie werden fast vollständig von der gesetzlichen Krankenkasse getragen. Ab Vollendung des 18. Lebensjahres muss der Patient eine Zuzahlung von 10 %, plus 10 € pro Verordnung leisten, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstehenden Kosten. Unter bestimmten Voraussetzungen ist eine Befreiung von der Zuzahlung möglich.

2.2 Geriatrische Rehabilitation

Bei geriatrischen Patienten mit leichter oder moderater Demenz können Rehabilitationsprogramme ein sinnvoller Baustein der Therapie sein.⁴ Für einen möglichst großen Behandlungserfolg sollten die Maßnahmen an die Bedürfnisse und kognitiven Fähigkeiten der Erkrankten angepasst werden.

Voraussetzungen

Nicht jeder alte Mensch mit Demenz ist ein geriatrischer Patient. Betroffene müssen zwei Kriterien erfüllen, um eine geriatrische Reha in Anspruch nehmen zu können:

- Geriatrietypische Multimorbidität
- Ein höheres Lebensalter, in der Regel 70 Jahre und älter; Abweichungen sind möglich, müssen aber begründet werden

Bei der Beurteilung werden zudem die Diagnosen und vorhandene oder drohende Einschränkungen der Alltagskompetenz berücksichtigt. Aus dem Grad der Alltagseinschränkungen werden Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit, Rehabilitationsziele und die Rehabilitationsprognose abgeleitet. Die genannten Punkte werden vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) geprüft.

Rehabilitationsbedürftigkeit

- Wie beeinträchtigt ist der Patient in der Selbstversorgung, wie abhängig ist er von fremder Hilfe?

- Ist die Mobilität so eingeschränkt, dass ein Leben außerhalb der Wohnung unmöglich ist und soziale Isolation droht?
- Wie stark sind Kommunikation (Sprachverständnis, Sprachvermögen usw.) und Orientierungsfähigkeit durch die Demenz beeinträchtigt?
- Können durch die Strukturierung des Tagesablaufs Verbesserungen erzielt werden?
- Gibt es sonstige Beeinträchtigungen, die der Selbstständigkeit des Patienten entgegenstehen?

Rehabilitationsfähigkeit

Der Patient muss rehabilitationsfähig sein. Das heißt, dass trotz herabgesetzter Belastbarkeit und erhöhter Hilfebedürftigkeit seine Vitalparameter stabil und die Erkrankungen in der interdisziplinären geriatrischen Reha behandelbar sein müssen.

Positive Rehabilitationsprognose

Bei der Verordnung sollte der Arzt eine positive Rehabilitationsprognose stellen. Dafür müssen folgende Kriterien zutreffen:

- Es ist eine Verbesserung der Selbsthilfetätigkeit im Alltag erreichbar. Alltagsrelevante Beeinträchtigungen können abgebaut und mehr Aktivität erreicht werden
- Kompensationsmöglichkeiten zur Alltagsbewältigung sind mit nachhaltigem Erfolg trainierbar

und/oder

- Adaptionmöglichkeiten, welche die Beeinträchtigung der Teilhabe vermindern, können eingeleitet werden

⁴ D. Korczak, G. Steinhauser, C. Kuczera: Effektivität der ambulanten und stationären geriatrischen Rehabilitation bei Patienten mit der Nebendiagnose Demenz. Schriftenreihe Health Technology Assessment (HTA) In der Bundesrepublik Deutschland.

Rehabilitationsziele

In der Regel ist das Ziel der geriatrischen Reha die **Wiederengewinnung, Verbesserung oder Erhaltung der Selbstständigkeit** bei den alltäglichen Verrichtungen. Der ältere Mensch soll möglichst lange in seiner gewohnten Umgebung verbleiben können.

Mögliche **Ausschlusskriterien** für eine geriatrische Reha sind:

- Fehlende Zustimmung des Patienten
- Mangelnde, bzw. nicht ausreichende Belastbarkeit oder Begleiterkrankungen (z. B. bereits zu weit fortgeschrittene Demenz)
- Komplikationen, die eine aktive Teilnahme verhindern (z. B. Lage und Größe eines Dekubitus oder schwere psychische Störungen, akute Wahnsymptomatik)
- Stuhlinkontinenz, wenn diese Begleiterscheinung einer weit fortgeschrittenen geistigen und körperlichen Erkrankung ist



WICHTIG

Zwar ist bei Patienten mit Demenz absehbar, dass mit Fortschreiten der Erkrankung die Beeinträchtigungen zurückkehren und sich verschlimmern werden. Dennoch kann der Status quo länger bewahrt und eine Pflegebedürftigkeit hinausgezögert werden. Grundsatz: „Reha vor Pflege“.

Maßnahmen

Im Mittelpunkt stehen **kognitive und lebenspraktische Übungen**, die dem Patienten helfen, seinen Alltag besser zu bewältigen. Die speziell auf ältere Menschen zugeschnittenen Trainingsprogramme reichen vom Treppensteigen bis zum Sprach- und Gedächtnistraining und werden unter anderem von Physiotherapeuten und Logopäden durchgeführt. Die einzelnen Maßnahmen werden individuell auf die kognitiven Fähigkeiten des Demenzkranken abgestimmt.



TIPP

Wenn möglich, sollten auch die pflegenden Angehörigen aktiv in die Rehabilitation einbezogen werden. So können sie den Patienten nach seiner Rückkehr bei der Fortführung seiner Übungen unterstützen.

Formen der geriatrischen Reha

Stationäre vs. teilstationäre oder ambulante Reha

Oft erfolgt die geriatrische Reha stationär, da es hier die meisten Kapazitäten gibt. Denkbar ist aber auch eine teilstationäre oder ambulante Durchführung. Bei einer ambulanten geriatrischen Reha müssen neben den medizinischen noch folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Der Patient besitzt die für die ambulante Reha notwendige Mobilität
- Die Rehaeinrichtung ist in einer zumutbaren Fahrzeit erreichbar
- Die häusliche und medizinische Versorgung sind sichergestellt

Mobile geriatrische Reha

Bei der mobilen geriatrischen Reha wird der Betroffene im gewohnten häuslichen Umfeld versorgt und die Therapien orientieren sich an seiner Lebenswelt. Durch die Alltagsnähe wird die tägliche Lebensführung trainiert und Bezugspersonen können optimal miteinbezogen werden. Dies setzt voraus, dass die Angehörigen aktiv am Rehabilitationsprozess teilhaben.

Dieses **Sondermodell** der geriatrischen Reha **kommt vor allem für Patienten infrage, die mit den ambulanten und stationären Reha-Angeboten nicht versorgt werden können.** Die Rehabilitationsfähigkeit und eine positive Rehabilitationsprognose sind bei ihnen nur im gewohnten bzw. ständigen Wohnumfeld gegeben.

Ausschlusskriterien für eine mobile geriatrische Reha sind:

- Die Therapie beeinträchtigende Abhängigkeitserkrankungen
- Fremd- oder Selbstgefährdung
- Fehlende Motivation/fehlende Kooperation des Patienten oder seiner Angehörigen/Bezugspersonen

Antragstellung und Kosten

In der Regel leitet der behandelnde niedergelassene Arzt die geriatrische Reha ein. Ist der Patient bereits in stationärer Behandlung, kann die Reha auch von einem Klinikarzt, oft mit Unterstützung des Kliniksozialdienstes, auf den Weg gebracht werden. Für ambulante sowie stationäre Rehabilitationsmaßnahmen müssen Patienten jeweils **10 € pro Tag über die gesamte Dauer** der Maßnahme als **Eigenanteil** leisten.



3. BEHINDERUNG UND SCHWERBEHINDERUNG

Ihre körperlichen und geistigen Beeinträchtigungen berechtigen Demenzpatienten in vielen Fällen zu einer anerkannten Behinderung bzw. Schwerbehinderung. Ist dies der Fall, haben Betroffene ein Recht auf besonderen Schutz und Hilfe.

Grad der Behinderung bei Demenz

Viele Demenzkranke benötigen Begleitung und Hilfe im Alltag. Bestehen ihre gesundheitlichen Einschränkungen **länger als 6 Monate**, können Patienten beim zuständigen Versorgungsamt einen Antrag auf Anerkennung einer Schwerbehinderung stellen. Je nach Grad der Behinderung, der ihnen dabei zuerkannt wird, haben sie Anspruch auf verschiedene Rechte und Vergünstigungen. Die Feststellung einer Behinderung und des Grads der Behinderung (GdB) erfolgt nach den Vorgaben der **Versorgungsmedizinischen Grundsätze**.

Eine Demenzerkrankung zählt demnach zu der Kategorie „Hirnschäden“. Für die Höhe des GdB gelten hierfür folgende **Anhaltswerte**:

Krankheitsbild	Grad der Behinderung (GdB)
Hirnschäden (Gesamtbewertung) <ul style="list-style-type: none"> • geringe Leistungsbeeinträchtigung • mittelschwere Leistungsbeeinträchtigung • schwere Leistungsbeeinträchtigung 	30–40 50–60 70–100
Hirnschäden mit psychischen Störungen <ul style="list-style-type: none"> • leicht (im Alltag sich gering auswirkend) • mittelgradig (im Alltag sich deutlich auswirkend) • schwer 	30–40 50–60 70–100
Zentrale vegetative Störungen als Ausdruck eines Hirndauerschadens (z. B. Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus) <ul style="list-style-type: none"> • leicht • mittelgradig • erhebliche Auswirkungen auf den Allgemeinzustand 	30 40 50
Hirnschäden mit kognitiven Leistungsstörungen (z. B. Aphasie, Apraxie, Agnosie) <ul style="list-style-type: none"> • leicht • mittelgradig • schwer 	30–40 50–80 90–100

4. PRAKTISCHE UND PSYCHOSOZIALE TIPPS FÜR ANGEHÖRIGE

Die ersten Anzeichen einer Demenz treten meist im fortgeschrittenen Lebensalter auf. Die langsam, aber stetig zunehmenden Beeinträchtigungen werden häufig zunächst als typische Alterserscheinungen gewertet. Im weiteren Verlauf beeinflusst die Erkrankung alle Lebensbereiche. Sie wirkt sich auf die Kommunikation, den Umgang mit anderen Menschen sowie die Strukturierung und Bewältigung von Alltags-tätigkeiten aus.

4.1 Auswirkungen einer Demenz im Alltag

Änderungen im Essverhalten wahrnehmen und beeinflussen

Störungen im Ess- und Trinkverhalten gehören zum Krankheitsbild einer Demenz. Betroffene vergessen, wie sie sich richtig ernähren, oder sie verlieren gänzlich das Wissen, dass Ernährung elementar wichtig ist und wie man Lebensmittel zubereitet. Das **Hunger- und Durstgefühl**, das in der Regel die Nahrungszufuhr steuert, ist bei Demenzkranken **vermindert oder nicht mehr vorhanden**. Patienten **vergessen zu essen und zu trinken oder sie nehmen zwei Mahlzeiten hintereinander ein**. Zudem erschweren Schluck- und Kaustörungen, die typischerweise zur Erkrankung gehören, die Nahrungsaufnahme.

Es gibt einfache Tipps, mit denen sich das Essverhalten von Demenzkranken positiv beeinflussen lässt. Zum Beispiel:

- **Ansprechend gestalteter Essplatz** mit starken Kontrasten zwischen Tischdecke, Geschirr und **Speisen, die** auch bei eingeschränkter visueller Wahrnehmung **auffallen**

- **Feste Essenszeiten**
- Speisen als **Fingerfood** anbieten
- **Gemeinsame Mahlzeiten** mit anderen Personen in entspannter Atmosphäre
- Verwendung von **Ess- und Trinkritualen**, Animierung zur Nahrungsaufnahme
- Wahl der **richtigen Temperatur** – das Essen darf nicht zu heiß sein
- Flüssige Speisen wie Suppen in **Trinkbechern** reichen
- Wenn Demenzkranke Schluckstörungen haben, **Flüssigkeiten andicken**

Die Kost sollte grundsätzlich **nährstoffreich** sein. Bei Demenzkranken, die unter einer ausgeprägten motorischen Unruhe leiden, muss der höhere Energiebedarf durch eine entsprechend **energiedichte Nahrung** ausgeglichen werden. Wenn der Patient wiederholt die angebotenen Speisen und Getränke ablehnt, kann dies viele Gründe haben, z. B. ist ein schlecht sitzendes Gebiss als Ursache dafür denkbar. Möglicherweise genügt es aber auch schon, die Mahlzeiten dem Geschmack des Kranken anzupassen.



BUCHTIPP

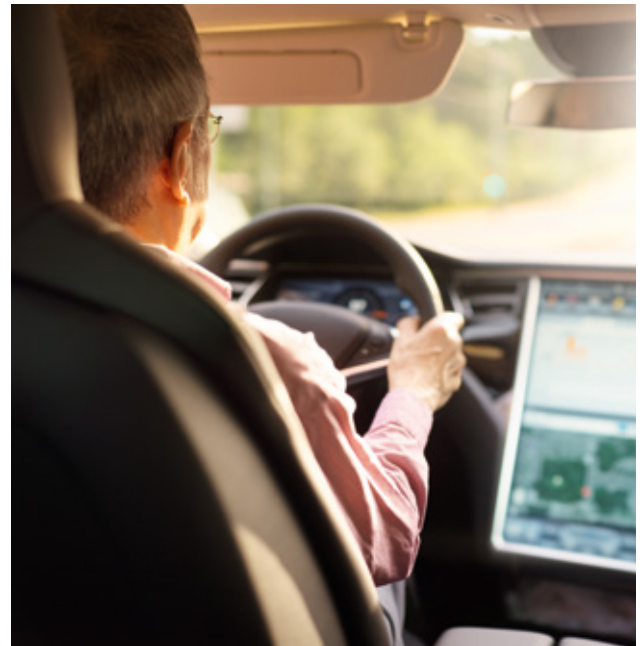
In einem Ratgeber des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen finden Betroffene umfangreiche Informationen zur richtigen Ernährung bei Demenz und zur Lösung von Problemen bei der Nahrungsaufnahme. Titel: „Ratgeber für die richtige Ernährung bei Demenz“, erschienen im Ernst Reinhardt Verlag München Basel (Reinhardts Gerontologische Reihe; 36) 2. Auflage 2007 (ISBN 978-3-497-01918-2).

Demenz und Autofahren

Menschen mit demenziellen Erkrankungen erfüllen meist schon im Frühstadium nicht mehr die Voraussetzungen, um Auto zu fahren. Sie weisen ein **unsicheres Fahrverhalten** auf und **sind häufig nicht in der Lage, rasch und adäquat zu reagieren**. Die Geschwindigkeit und die Entfernung anderer Verkehrsteilnehmer werden falsch eingeschätzt. Zudem haben Demenzkranke häufig **Orientierungsprobleme**.

Hinweise auf ein nicht mehr angepasstes Fahrverhalten können z. B. häufige Bagatellschäden, die Nichtbeachtung von Verkehrszeichen, extrem langsames und unsicheres oder sehr schnelles Fahren und plötzliches Abbremsen sein. Wenn seine Fahrtauglichkeit nicht mehr vorhanden ist, stellt der Demenzkranke für sich und für andere Verkehrsteilnehmer ein nicht zu unterschätzendes Risiko dar.

Da der Betroffene selbst die Problematik nicht wahrnimmt, ist es **Aufgabe der Angehörigen zu entscheiden, ob ihr Familienmitglied noch am Straßenverkehr teilnehmen kann**. Eine generelle gesetzliche Vorgabe im Rahmen der Fahrerlaubnisverordnung (FeVo), die konkret vorschreibt, ab wann ein Demenzkranker nicht mehr am Straßenverkehr teilnehmen kann, gibt es **nicht**.



Angehörige, welche die Fahrtauglichkeit ihres Verwandten prüfen lassen wollen, sollten sich primär an den Hausarzt wenden. Dieser kann verschiedene Tests durchführen oder den Patienten an eine geeignete Stelle überweisen. Wenn die ärztliche Untersuchung den Verdacht auf Fahruntauglichkeit bestätigt, beginnt das schwierige Unterfangen, dies dem Demenzkranken zu vermitteln. **Die wenigsten Betroffenen haben die nötige Einsicht und geben freiwillig ihre Fahrerlaubnis zurück**. Da Autofahren und der Besitz eines Führerscheines Flexibilität, Mobilität und Unabhängigkeit verleihen, fällt es sehr schwer diese Einschränkung anzunehmen.

Da die Einsichtsfähigkeit zu Beginn der Erkrankung in der Regel noch vorhanden ist, sollten Angehörige am besten im Beisein des Hausarztes zu **einem möglichst frühen Zeitpunkt ein Gespräch mit dem Demenzkranken führen**. Vielen Patienten fällt es leichter, Entscheidungen von außenstehenden Autoritätspersonen anzunehmen. In dem Gespräch sollten die Gefahr von Sach- und Personenschäden sowie versicherungs- und strafrechtliche Konsequenzen betont werden.

Wenn der Patient nicht davon zu überzeugen ist, seinen Führerschein abzugeben, kann der Hausarzt, obwohl er grundsätzlich zur Verschwiegenheit verpflichtet ist, die zuständige Behörde verständigen. In diesem Fall steht der Schutz der Gemeinschaft bei potenzieller Gefährdung über der Verpflichtung zur Verschwiegenheit.

4.2 Verhaltensempfehlungen für Angehörige

Tipps für den Umgang mit Demenzpatienten

Im Gegensatz zum Patienten selbst, der die Veränderungen seines Wesens mit Fortschreiten der Erkrankung immer weniger bemerkt, nehmen die Angehörigen diese bewusst und mit Schrecken wahr.

Die Begleitung eines Demenzkranken durch die verschiedenen Stadien der Erkrankung ist eine sehr fordernde und verantwortungsvolle Aufgabe. Pflegepersonen, denen es gelingt, Zugang in die „andere“ Welt des demenzkranken Menschen zu bekommen, empfinden die Pflege als weniger belastend und können mit atypischem Verhalten besser umgehen.

Dazu sind Wissen und Verstehen erforderlich. Wissen über die Erkrankung, über ihren Verlauf, über Zugangswege zum Demenzkranken, über den Umgang mit schwierigem Verhalten und über mögliche Hilfen. Verstehen, dass die Verhaltensweisen und Reaktionen nicht willentlich, absichtlich oder böswillig erfolgen, sondern auf einen hirnganischen Prozess zurückzuführen sind.

Es gibt kein Patentrezept für einen unkomplizierten und belastungsfreien Umgang mit einem demenzkranken Menschen. Aber es gibt Verhaltensweisen, die viele Probleme erst gar nicht entstehen lassen und den Umgang vereinfachen, zum Beispiel:

1. Keine Diskussionen über unterschiedliche Realitätswahrnehmungen führen

Auch wenn Behauptungen des Demenzkranken nicht der Realität entsprechen, sollten Angehörige nicht versuchen, ihn vom Gegenteil zu überzeugen. Diskussionen bewirken eher, dass sich der Demenzkranke zurückzieht oder aggressiv wird. In der Wahrnehmung des Betroffenen geschieht schließlich alles so, wie er es darstellt.



BEISPIEL

Der Demenzkranke wartet im Wohnraum auf die Straßenbahn. Höchstwahrscheinlich lässt er sich nicht davon überzeugen, dass dies zwecklos ist. Angehörige könnten stattdessen anbieten mitzuwarten und den Betroffenen so in seiner Realität abholen, die in der Regel bald von einer anderen Wahrnehmung abgelöst wird.

2. Klare Tagesstrukturen

schaffen und alte Gewohnheiten einbinden

Demenzpatienten sind häufig nicht mehr in der Lage zwischen Tag und Nacht zu unterscheiden und den Tag sinnvoll zu strukturieren. Klare Strukturen, die alte Gewohnheiten wie einen Mittagsschlaf oder den Nachmittagskaffee beinhalten, vermitteln dem Patienten Geborgenheit und Sicherheit. Auf Störungen dieser Ordnung reagieren sie meist höchst sensibel.

3. Körperkontakt suchen

Die meisten Betroffenen reagieren auf Berührungen ähnlich wie Kinder. Das Streichen über die Hände und den Rücken oder das Hin- und Herwiegen des Körpers geben dem Demenzkranken ein Gefühl von Wärme und Angenommensein. Patienten, die körperlich fit sind, lieben es, sich zu bekannten Melodien zu bewegen und zu tanzen.

4. Einfache und kurze Sätze verwenden

Demenzkranken haben bereits im Anfangsstadium Probleme, sich zu konzentrieren, Informationen aufzunehmen, zuzuordnen, umzusetzen und adäquat zu reagieren. Deshalb ist es sehr wichtig, sie sprachlich nicht zu überfordern. Sätze sollten kurz und knapp formuliert sein. Wenn der Inhalt nicht verstanden wurde, sollte das Gesagte geduldig wiederholt werden. Durch lobende Worte, Gesten oder Berührungen können Angehörige dem Kranken signalisieren, dass er die Botschaft verstanden hat.

5. Vorhandene Fähigkeiten fördern

Indem Angehörige den Erkrankten in Alltagstätigkeiten einbinden, können sie seine noch vorhandenen Fähigkeiten fördern. Hier gilt es, die richtige Balance zwischen optimaler Förderung und Überforderung zu finden. Es sollten einfache Aufgaben sein, die der Patient in seinem Tempo und gerne ausführt und die ihm das Gefühl geben, nützlich zu sein. Für jeden noch so kleinen Erfolg sollte er gelobt werden.

6. Dem Demenzkranken mit Geduld und Diplomatie begegnen

Demenzkranken verhalten sich häufig nicht kooperativ, ihre Handlungen erscheinen unsinnig. Manchmal zeigen sie sich aggressiv und verletzend, verweigernd, weinerlich oder gleichgültig und unzugänglich. Angehörige sollten stets versuchen, besonnen und ruhig zu reagieren. Konfrontationen sind für beide Seiten kräftezehrend, ergebnislos und sollten deshalb vermieden werden. Im Idealfall teilen sich mehrere Personen die Pflege, sodass sich die Pflegeperson, der es in bestimmten Situationen nicht gelingt, Verständnis aufzubringen, zurückziehen kann. Dies ist völlig normal und ein Hinweis darauf, dass der Angehörige auf sich selbst achten muss.

7. Sinne aktivieren

Viele Patienten verlieren im Verlauf ihrer Erkrankung Sprache und Hörvermögen. Auch Erinnerungen sind mit der Zeit nur noch bruchstückhaft vorhanden. Angehörige können behutsam die Sinne des Kranken aktivieren und so Assoziationen mit der Vergangenheit wecken.

BEISPIEL

Den Duft von frisch gebackenem Kuchen, duftenden Rosen oder blühendem Flieder assoziiert der Demenzkranke mit der Vergangenheit. Der Klang alter Melodien erinnert ihn an Tanzabende. In alten Fotos erkennt er sich und andere wieder. Auch durch das Fühlen und Betasten von Gegenständen, von Pflanzen und Tieren werden Reize geschaffen, die Erinnerungen hervorrufen. All das beruhigt den Betroffenen, nimmt ihm die Angst, immer mehr verloren zu gehen, und trägt dazu bei, Verhaltensstörungen zu reduzieren.

8. Reizüberflutung vermeiden

Eine reizarme Umgebung ist für Demenzkranke sehr wichtig, da Reizüberflutung (Stimmengewirr, laute Geräusche, Dauerberieselung durch Radio oder Fernseher) zu Unruhe und Aggressivität führt. Die Ursache dafür ist, dass das Gehirn nicht mehr die Fähigkeit besitzt, die Reize zu filtern.

Entlastung für pflegende Angehörige

Angehörige sind Stütze und Wegbegleiter für ihre kranken Angehörigen. Ähnlich wie der Demenzpatient durchlaufen auch sie verschiedene Phasen, die sehr kräftezehrend sind. Während der Begleitung stellen Betreuungspersonen oft eigene Bedürfnisse zurück, minimieren soziale Kontakte und ignorieren Zeichen von Überforderung.

Tipps für pflegende Angehörige:

- Ehrlichkeit zu sich selbst (Wo sind die eigenen Grenzen? Was kann geleistet werden? Was muss abgegeben werden?)
- Hilfe einfordern, andere Familienmitglieder/Freunde etc. einbinden
- Emotionen zulassen (Traurigkeit, Wut, Ärger, Angst und Schmerz sind normale Gefühle, die einen Abschiedsprozess begleiten)
- Angstbewältigung durch Information (viele Ängste sind unbegründet; klärende Gespräche mit Ärzten, Pflegekräften oder anderen Fachkräften können angstreduzierend sein)
- Kontakt und Austausch mit anderen Betroffenen und Nichtbetroffenen
- Ein Tagebuch führen
- Schlafstörungen mit dem Hausarzt besprechen
- Einhaltung regelmäßiger Entspannungsrituale (abendlicher Spaziergang, ein Bad nehmen, Entspannungsmusik zum Einschlafen hören etc.)
- Gegebenenfalls Pflegezeit- oder Familienpflegezeit beantragen
- Regelmäßige Pflegeauszeiten nehmen (1 Tag in der Woche sollte mit kraftgebenden Unternehmungen, wie einem Spaziergang, einem Treffen mit Freunden, dem Besuch eines Yogakurses oder einem Wellnessstag gefüllt werden)
- Bei Bedarf Inanspruchnahme professioneller Hilfe (Psychotherapeut, Seelsorger, Arzt)

5. ADRESSEN UND ANSPRECHPARTNER

Allgemeine Informationen zu Demenz

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Dieses vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend betriebene Portal bietet umfangreiche Informationen rund um das Thema Demenz.

Kontakt:

Glinkastraße 24, 10117 Berlin
Telefon: (030) 1 85 55 - 0
Telefax: (030) 1 85 55 11 45
E-Mail: info@bmfsfjservice.bund.de
www.wegweiser-demenz.de

Bundesministerium für Gesundheit

Das Bundesministerium für Gesundheit bietet auf seiner Internetseite eine Vielzahl kostenloser Publikationen zu unterschiedlichen Themen (u. a. Pflege und Demenz) zum Download oder zur Bestellung an.

Kontakt:

Dienstsitz Berlin
Hausanschrift: Friedrichstraße 108, 10117 Berlin
Telefon: (030) 1 84 41 - 0
Telefax: (030) 1 84 41 49 00
E-Mail: poststelle@bmg.bund.de
www.bundesgesundheitsministerium.de

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V.

Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. Selbsthilfe Demenz ist der Dachverband der Selbsthilfe- und Angehörigengruppen bei Demenz. Sie bietet neben allgemeinen Informationen und Veranstaltungen auch ein Alzheimer-Beratungstelefon an.

Kontakt:

Friedrichstraße 236, 10969 Berlin-Kreuzberg
Telefon: (030) 2 59 37 95 - 0
Telefax: (030) 2 59 37 95 29
E-Mail: info@deutsche-alzheimer.de
www.deutsche-alzheimer.de

Bürozeiten: Mo. bis Do. 9–16 Uhr, Fr. 9–15 Uhr
Alzheimer-Telefon: (030) 2 59 37 95 14* oder (0 18 03) 17 10 17*
Mo. bis Do. 9–18 Uhr, Fr. 9–15 Uhr

*Kostenpflichtig: 9 Cent pro Minute aus dem dt. Festnetz

Alzheimer Forschung Initiative e. V.

Die Alzheimer Forschung Initiative e. V. ist der größte unabhängige Förderer der Alzheimerforschung in Deutschland. Neben umfangreichen Informationen zu allen Aspekten der Alzheimer-Demenz können auch kostenlose Ratgeber zu den unterschiedlichsten Themen kostenfrei bestellt werden; unter anderem zum Thema „Autofahren“ und „Demenz“ oder „Testament und Vorsorge“.

Kontakt:

Kreuzstraße 34, 40210 Düsseldorf
Telefon: (0211) 86 20 66 - 0 und (0800) 20 04 00 1
Telefax: (0211) 86 20 66 11
E-Mail: info@alzheimer-forschung.de
www.alzheimer-forschung.de

Verbraucherzentrale Bundesverband e. V.

Über die Seite der Verbraucherzentrale können diverse kostenpflichtige Publikationen zu den Themen Pflege und Vorsorge bestellt werden.

Kontakt:

Markgrafenstraße 66, 10969 Berlin
Telefon: (030) 2 58 00 - 0
Telefax: (030) 25 800 51 8
E-Mail: info@vzbv.de
www.ratgeber-verbraucherzentrale.de/gesundheitspflege

Deutsche Expertengruppe Dementenbetreuung e. V.

Die Deutsche Expertengruppe Dementenbetreuung e. V. vereint Menschen unterschiedlicher Professionen in der Dementenbetreuung. Sie vertritt die Interessen von Menschen mit Demenz und von denjenigen, die sie pflegen, begleiten und betreuen.

Kontakt:

Pastorenweg 1, 27389 Fintel
Telefon: (0 32 21) 1 05 69 79
E-Mail: info@demenz-ded.de
www.demenz-ded.de

Hirnlige e. V.

Der gemeinnützige Verein Hirnlige e. V. sammelt Gelder für die Alzheimer-Forschung, um so die Situation der Alzheimer-Kranken und der sie pflegenden Angehörigen zu verbessern. Die Internetpräsenz informiert über Aktivitäten des Vereins und die Alzheimer-Demenz im Allgemeinen.

Beratungszeiten:

Mo. bis Fr. 8:30 – 12:30 Uhr

Kontakt:

Geschäftsstelle, Postfach 1366, 51657 Wiehl
Telefon: (0 22 62) 9 99 99 17
E-Mail: buer@hirnliga.de
www.hirnliga.de

Gedächtnistraining

Bundesverband Gedächtnistraining (BVGT) e. V.

Der Bundesverband Gedächtnistraining (BVGT) e. V. bietet ein breites Angebot an Kursen, Seminaren und Workshops zum Thema Ganzheitliches Gedächtnistraining.

Beratungszeiten:

Mo. bis Fr. 8 – 13 Uhr

Kontakt:

Black-und-Decker-Straße 17b, 65510 Idstein
Telefon: (0 61 26) 50 57 80
E-Mail: servicebuero@bvgt.de
www.bvgt.de

Ergotherapie

Gemeinsamer Bundesausschuss

Auf der Internetseite finden sich Informationen über Ergotherapie als Heilmittel von Seiten des Gemeinsamen Bundesausschusses.

www.g-ba.de

Forum für Ergotherapie bei Demenz

Die privat betriebene Internetseite bietet vielfältige Informationen zu ergotherapeutischen Maßnahmen bei Demenz. Neben Buchempfehlungen finden Betroffene zudem ein Diskussionsforum, Therapiemittel-Testberichte und vieles mehr.

www.ebede.net

Demenz-Wohngemeinschaften

Les petits frères des Pauvres – Freunde alter Menschen e. V.

Diese Internetplattform bietet eine Übersicht über Demenz-Wohngemeinschaften und Orientierung hinsichtlich der Qualität dieser Einrichtungen sowie Broschüren zum Thema an.

Kontakt:

Hornstraße 21, 10963 Berlin

Telefon: (030) 691 18 83

Telefax: (030) 691 47 32

www.wg-qualitaet.de

Freunde alter Menschen e. V.

Freunde alter Menschen e.V. bietet neben Informationen zu Demenz-WGs auch Besuchspatenschaften, gemeinsame Aktivitäten und Reisen für alte Menschen und Demenzpatienten in Berlin an.

Kontakt:

Tieckstraße 9, 10115 Berlin

Telefon: (030) 13 89 57 90

Telefax: (030) 13 89 57 45

E-Mail: info@famev.de

www.famev.de

Deutsche Alzheimer Gesellschaft Brandenburg

Die brandenburgische Abteilung der Deutschen Alzheimer Gesellschaft bietet auf ihren Internetseiten neben allgemeinen Informationen auch eine ausführliche Ratgeberbroschüre mit Beispielen und FAQs zum Thema „Menschen mit Demenz in Wohngemeinschaften“ zum kostenfreien Download oder Bestellung zum Portopreis an.

Kontakt:

Stephensonstraße 24–26, 14482 Potsdam

Telefon: (0331) 74 09 00 8

Telefax: (0331) 74 09 00 9

E-Mail: lueck@alzheimer-brandenburg.de

www.alzheimer-brandenburg.de



AUCH ONLINE:
www.neuraxWiki.de

Ihr Informationsportal zu sozialrechtlichen
Ansprüchen und Leistungen bei neurologischen
und psychiatrischen Erkrankungen.

Für Patienten, ihre Familien und Fachpersonal.

Impressum

Herausgeber:

neuraxFoundation gGmbH

Elisabeth-Selbert-Straße 23, D-40764 Langenfeld

Telefon: (0 21 73) 9 99 85 00

E-Mail: info@neuraxFoundation.de

www.neuraxFoundation.de

Sitz der Gesellschaft: Langenfeld

Amtsgericht Düsseldorf: HRB 72546

Vertreten durch den Geschäftsführer:

Dr. Olaf Krampe

2. Auflage: Stand 01.02.2018

Fotos und Illustrationen:

© istockphoto.com/KatarzynaBialasiewicz, AJ_Watt,

Squaredpixels, kupicoo,

© thenounproject.com/Icon Island

Für die getroffenen Angaben in diesem Werk wird seitens Redaktion und Herausgeber keine Haftung übernommen.

Alle Rechte vorbehalten

© 2018 neuraxFoundation

Der Ratgeber einschließlich aller Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung inner- oder außerhalb des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Herausgebers unzulässig und strafbar. Weder das Werk noch Teile hiervon darf/dürfen – auch nicht auszugsweise – in irgendeiner Form oder durch irgendein Verfahren genutzt, verbreitet, vervielfältigt, reproduziert, übersetzt, mikroverfilmt oder in elektronische Systeme bzw. Datenverarbeitungsanlagen eingespeichert und/oder verarbeitet werden.

Mit freundlicher Unterstützung von



Wo Sie diese Broschüre bestellen können:

neuraxFoundation gGmbH

Elisabeth-Selbert-Straße 23

D-40764 Langenfeld

Telefon: (0 21 73) 9 99 85 00

E-Mail: info@neuraxFoundation.de

www.neuraxFoundation.de

Folgen Sie uns in den Sozialen Medien:

