



MENSCHEN MIT DEMENZ IN DER ARZTPRAXIS

Arbeitshilfe für Medizinische Fachangestellte



Regionalbüros
Alter, Pflege und Demenz

Eine gemeinsame Initiative zur Strukturentwicklung der
Landesregierung und der Träger der Pflegeversicherung NRW



INHALTSVERZEICHNIS

Vorbemerkung	4
Krankheitsbild Demenz	5
Primäre Demenzen	6
Alzheimer-Demenz	6
Vaskuläre Demenz	6
Gemischte Demenz	6
Frontotemporale Demenz	7
Lewy-Körperchen-Demenz	7
Demenz bei Morbus Parkinson	8
Sekundäre Demenzen	9
Mögliche Vorläuferstadien	9
Subjektive kognitive Störung (Subjective Cognitive Decline – SCD)	9
Leichte kognitive Störung (Mild Cognitive Impairment – MCI)	10
Personen mit Trisomie 21 (Down-Syndrom)	10
Prävention	10
Diagnostik	11
Bestandteile	11
Umgang	12
Auswirkungen einer Demenzerkrankung mit Beispielen aus der Praxis	13
Amnesie	13
Agnosie	14
Apraxie	14
Aphasie	14
Orientierungsstörungen	15
Grundlegende Empfehlungen für die Arbeit in der Arztpraxis	17
Tipps zum Umgang mit Patientinnen und Patienten mit Ängsten und fehlender Krankheitseinsicht	17
Kommunikation	18
Allgemeiner Umgang	19
Anmeldung und Wartezeit	20
Untersuchungen und medizinisch/therapeutische Maßnahmen	21
Umgang mit Angehörigen	22
Regionalbüros Alter, Pflege und Demenz	24
Kostenlose Informationsmaterialien und Internetadressen	26

VORBEMERKUNG

Patientinnen und Patienten mit einer Demenz können eine Herausforderung für routinierte Arbeitsabläufe im Praxisalltag darstellen. Demenzbedingte Fähigkeitsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten können eine Flexibilisierung der klar strukturierten Arbeitsschritte notwendig machen. Kommt eine Hörschädigung dazu, stellt dies eine zusätzliche Herausforderung dar. Der Umgang mit den Betroffenen und Angehörigen nimmt umfangreiche zeitliche Ressourcen in Anspruch, die im Praxisalltag allzu oft nicht vorhanden sind. Durch den demografischen Wandel wird die Zahl der an Demenz erkrankten Patientinnen und Patienten in den ärztlichen Praxen in den nächsten Jahren weiter steigen.

Demenzspezifische Kommunikations- und Handlungskompetenzen erleichtern den Umgang mit den Betroffenen und helfen dabei, Patientinnen und Patienten mit Demenz adäquat zu versorgen. Diese Broschüre enthält grundlegende Informationen zum Krankheitsbild, Hilfen zum Umgang mit Menschen mit Demenz – auch im Kontext Hörschädigung – und Adressen von wichtigen Beratungsstellen.

Die Informationen sollen Sie in Ihrem Praxisalltag unterstützen und wir hoffen, dass Sie diese für sich nutzen können.

Ursprünglich von der Landesinitiative Demenz-Service Nordrhein-Westfalen (NRW) im Rahmen der Schulungen von Medizinischen Fachangestellten erarbeitet, wurde der Inhalt dieser Broschüre gemeinsam von der Kompetenzgruppe Demenz und dem Zentrum für Gedächtnisstörungen (ZfG) der Uniklinik Köln überarbeitet.



KRANKHEITSBILD DEMENZ

Demenz ist der Oberbegriff für eine Reihe verschiedener Erkrankungen, bei denen geistige Fähigkeiten wie Merken, Erinnern, Orientieren und zielgerichtetes Handeln zunehmend verloren gehen. Von einer Demenz spricht man, wenn es den Betroffenen nicht mehr gelingt, ihren Alltag selbstständig zu bewältigen.

Demenzerkrankungen können viele verschiedene Ursachen haben. Grundsätzlich wird zwischen primären und sekundären Formen der Demenz unterschieden. Primäre Demenzformen sind solche, bei denen der Krankheitsprozess direkt im Gehirn beginnt. Sie sind nach heutigem Kenntnisstand irreversibel. Von sekundären Demenzformen wird gesprochen, wenn die Demenz Folge einer anderen Grunderkrankung ist. Zur Abgrenzung und rechtzeitigen Behandlung einer Demenz ist eine frühzeitige Diagnose besonders wichtig.



Zu beachten ist, dass bestimmte Verhaltensweisen (zum Beispiel „Nicht- oder Falsch-“Reagieren auf Ansprache, wiederholtes Fragen) auch auf eine Hörschädigung hinweisen können. Es kann zu Verwechslung von Schwerhörigkeit und Demenz kommen.

PRIMÄRE DEMENZEN

ALZHEIMER-DEMENZ

Die Alzheimer-Krankheit ist mit etwa 60 bis 65 Prozent die häufigste Ursache für die Entwicklung einer Demenz. Sie ist durch den fortschreitenden Abbau von Nervenzellen im Gehirn gekennzeichnet. Ablagerungen von schädlichen Eiweißen (Amyloid) und Veränderungen in Botenstoffkonzentrationen führen zu Funktionsstörungen der Nervenzellen und zum Zelluntergang. Die charakteristischen Biomarker, ohne deren Nachweis die Alzheimer-Krankheit nicht diagnostiziert werden darf, sind das Amyloid-beta und das Tau-Protein. Sie können z.B. im Liquor gemessen werden. In ca. 90 Prozent der Fälle beginnt Alzheimer im höheren Lebensalter schleichend mit zunehmenden Gedächtnisstörungen. Hinzu kommen dann Sprachstörungen, z.B. in Form von Wortfindungs- und Verständnisstörungen, und Störungen in der zeitlichen und räumlichen Orientierung sowie des Denk- und Urteilsvermögens. Alzheimer ist allerdings keine reine Alterserkrankung. Bei bis zu 10 Prozent der Patientinnen und Patienten wird die Erkrankung schon vor dem 65. Lebensjahr diagnostiziert, häufig schon im vierten Lebensjahrzehnt.

VASKULÄRE DEMENZ

Vaskuläre Demenzen sind mit ca. 15 Prozent die zweithäufigste Demenzform. Das Gehirn wird aufgrund von Durchblutungsstörungen kurzzeitig oder aber über eine längere Zeit mit zu wenig Sauerstoff versorgt. Der Sauerstoffmangel führt zur dauerhaften Schädigung der Nervenzellen. Vom Ort und dem Ausmaß der Durchblutungsstörung ist es abhängig, wie ausgeprägt die Demenzsymptomatik ist und welche Beeinträchtigungen auftreten. Der Ausprägungsgrad der Symptome ist nicht konstant, er schwankt deutlich und schreitet zumeist mit stufenartigem Verlauf fort. Im Vordergrund stehen häufig nicht sofort die Gedächtnisstörungen, sondern eine allgemeine Verlangsamung, Denkschwierigkeiten oder Stimmungslabilität.

GEMISCHTE DEMENZ

Liegen neben der Alzheimer-Demenz zusätzlich Schädigungen der Blutgefäße in größerem Maße vor, spricht man von einer gemischten Demenz. Sie liegt bei 15 Prozent der Patientinnen und Patienten vor und tritt vermehrt ab dem 80. Lebensjahr auf.

FRONTOTEMPORALE DEMENZ

Die frontotemporale Demenz ist mit ca. 3 bis 9 Prozent eine eher seltene Form der Demenz. Sie ist durch den Untergang von Nervenzellen im Stirn- und Schläfenlappen des Gehirns gekennzeichnet. Auch hier bestimmt der geschädigte Bereich die beobachtbaren Symptome. Die Betroffenen sind bei Eintritt der Erkrankung meist zwischen 50 und 60 Jahre alt. Grob unterschieden werden die Verhaltens- und die Sprachvarianten. Bei der Verhaltens- oder behavioralen Form zeigen sich zu Beginn Veränderungen im Verhalten der Person sowie Einschränkungen der Exekutivfunktionen¹, aber auch Teilnahmslosigkeit oder Verwahrlosung. Auffallend sind Veränderungen des Sozialverhaltens wie zum Beispiel eine ungewohnte Aggressivität, Taktlosigkeit oder maßloses Essen.

Bei der Sprachvariante können das Sprachverständnis und/oder die Sprachproduktion betroffen sein. Bei Sprachverständnisstörungen sind die Patientinnen und Patienten nicht in der Lage, dem Gehörten einen Sinn zuzuordnen und haben in der Folge Schwierigkeiten beispielsweise auf Ansprache richtig zu reagieren. Ist die Sprachproduktion betroffen, reichen die Einschränkungen zu Beginn von leichten Wortverwechslungen, Wortneuschöpfungen bis hin zu grammatikalischen Fehlern. Im Verlauf reduziert sich die Sprache auf Ein-Wort-Sätze oder nur mehr auf eine Verständigung über Laute.

LEWY-KÖRPERCHEN-DEMENTZ

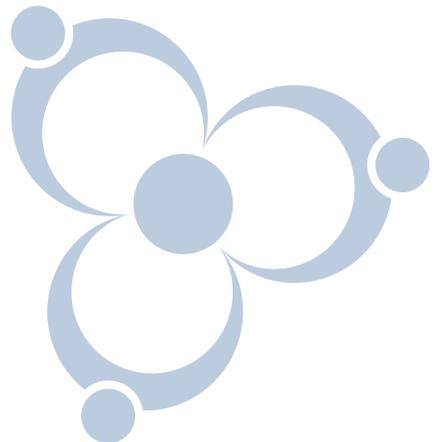
Die Schätzungen zur Häufigkeit der Lewy-Körperchen-Demenz schwanken und man findet Angaben die von 5 Prozent bis 15 Prozent variieren. Neben einer fortschreitenden Gedächtnisstörung zeigen sich folgende Symptome: starke Schwankungen in der Aufmerksamkeit und dem Konzentrationsvermögen, spontane Stürze, plötzliche Bewusstseinsstörungen und Bewegungsänderungen ähnlich der Parkinson-Krankheit (unwillkürliches Zittern der Hände in Ruhe oder allgemein sehr langsame Bewegungen). Zusätzlich kommt es zu detailreichen und wiederkehrenden, vornehmlich visuellen Halluzinationen und Störungen des REM-Schlafs. Das Ausmaß der kognitiven Defizite fluktuiert häufig sehr stark. Patientinnen und Patienten, die an einer Lewy-Körperchen-Demenz erkrankt sind, reagieren oft mit starken Nebenwirkungen auf Neuroleptika. Zu deren Vermeidung ist eine genaue differenzialdiagnostische Beurteilung sehr wichtig. Die Lewy-Körperchen-Demenz und die Demenz bei Morbus Parkinson werden demselben Formenkreis zugeordnet.

¹ Als Exekutivfunktionen werden diejenigen geistigen Fähigkeiten zusammengefasst, die es uns ermöglichen, unsere Handlungen zu planen sowie adäquat an eine aktuelle Situation anzupassen. Patientinnen und Patienten zeigen hierin unter anderem Einschränkungen im Behalten und Anpassen von Gedächtnisinhalten und dem flexiblen Denken.

DEMENZ BEI MORBUS PARKINSON

Von einer Parkinson-Demenz wird gesprochen, wenn diese mehr als ein Jahr nach den Bewegungsstörungen bei der Parkinson-Krankheit auftritt. Bis zu 80 Prozent der Patientinnen und Patienten mit einer Parkinsonerkrankung entwickeln auch eine Demenz, die durch eine ausgeprägte Verlangsamung der Denkabläufe gekennzeichnet ist. Weiterhin zeigen Patientinnen und Patienten leicht oder mittelgradige Beeinträchtigungen in der Aufmerksamkeitsleistung und dem Denkvermögen sowie Störungen der visuell räumlichen Fähigkeiten.

Bei Demenzerkrankungen liegen oftmals Mischformen vor. Zumeist bestehen diese Mischformen aus der Alzheimer-Krankheit und vaskulärer Demenz oder auch der Lewy-Körperchen-Demenz. Den primären Demenzen ist gemein, dass sie chronisch fortschreitend verlaufen. Mit der Zeit weiten sich die kognitiven Beeinträchtigungen unabhängig von der Ursache auf weitere Bereiche aus, sodass eine Zuordnung zu den einzelnen Formen immer schwieriger wird. Die Behandlung erfolgt in der Regel symptomatisch, da bei Fertigstellung dieser Broschüre in Europa noch keine Medikamente zugelassen sind, die ursächlich den schädigenden Mechanismen entgegenwirken. Für die Alzheimer-Krankheit sind zwei Medikamente (Acetylcholinesterasehemmer und Memantine) zugelassen, die eine Stabilisierung für ca. 12 Monate ermöglichen.



SEKUNDÄRE DEMENZ

Etwa 10 Prozent der Demenzen sind Folgeerscheinungen anderer Krankheiten wie:

- Stoffwechselerkrankungen, zum Beispiel Schilddrüsenunterfunktion
- Vitaminmangelzustände, zum Beispiel Mangel an Vitamin B12 oder Folsäure
- Vergiftungserscheinungen, zum Beispiel verursacht durch Metalle, Insektizide
- Normaldruckhydrozephalus
- Hirntumore
- Folgen eines missbräuchlichen Alkoholkonsums
- Nebenwirkungen von Medikamenten
- u.a.

! Auch die kognitiven Auswirkungen schwerer Depressionen können wie eine Demenz wirken.

Bei den sekundären Demenzformen kann durch die frühzeitige Behandlung der Ursache die Demenz häufig erfolgreich behandelt werden.

MÖGLICHE VORLÄUFERSTADIEN

Eine Demenz entwickelt sich nicht von jetzt auf gleich. Bei der Alzheimer-Demenz beispielsweise setzen die pathologischen Veränderungen Jahre bis Jahrzehnte ein, bevor das klinische Bild sichtbar wird. In diesen Vorläuferstadien kann es schon zu kognitiven Veränderungen kommen, die noch nicht dem Profil einer Demenz entsprechen.

SUBJEKTIVE KOGNITIVE STÖRUNG (SUBJECTIVE COGNITIVE DECLINE)

Wenn Menschen das Gefühl haben, dass beispielsweise ihre Gedächtnisleistung im Vergleich zu einem früheren Zeitpunkt schlechter geworden ist, ist das zumeist ein Zeichen normalen Älterwerdens. Auch bei Patientinnen und Patienten mit Depression in stressigen Lebensphasen und bei anderen Erkrankungen berichten Menschen von dem Gefühl des Nachlassens der geistigen Leistungsfähigkeit. In neuropsychologischen Tests lassen sich diese Defizite jedoch nicht objektivieren. Unter neuropsychologischen Tests versteht man die Anwendung von standardisierten und normierten Testverfahren zur Überprüfung verschiedener Bereiche der geistigen Leistungsfähigkeit wie beispielsweise der Sprache, des Gedächtnisses oder der Aufmerksamkeit. Auch wenn die subjektive kognitive Störung (SCD) heterogene Ursachen hat, ist sie bei einem kleinen Teil der Betroffenen das erste Anzeichen einer dementiellen Entwicklung.

LEICHTE KOGNITIVE STÖRUNG (MILD COGNITIVE IMPAIRMENT – MCI)

Sind die kognitiven Beeinträchtigungen in leichter Ausprägung in der neuropsychologischen Untersuchung nachweisbar und werden von außenstehenden Personen ebenfalls wahrgenommen, spricht man von einer leichten kognitiven Störung. Die Ausübung von Aktivitäten des täglichen Lebens ist hierbei allerdings noch nicht gestört.

PERSONEN MIT TRISOMIE 21 (DOWN-SYNDROM)

Es ist bekannt, dass Menschen mit einem Down-Syndrom ein erheblich erhöhtes Risiko aufweisen, früh an einer Alzheimer-Krankheit zu erkranken. Aufgrund der steigenden Lebenserwartung ist die Alzheimer-Krankheit mittlerweile der wichtigste Mortalitätsfaktor in dieser Population. Verantwortlich für das gehäufte Auftreten der Alzheimer-Krankheit ist ein Gen, das auf dem Chromosom 21 liegt und bei Menschen mit einem Down-Syndrom somit in der Regel dreimal vorhanden ist. Dieses Gen codiert für ein Protein, welches Bestandteil der bekannten Alzheimer-Plaques ist. Menschen mit einem Down-Syndrom erkranken in der Regel vor dem 60. Lebensjahr. Die frühzeitige Diagnose der Alzheimer-Krankheit stellt bei diesen Menschen eine wichtige Grundlage für unterstützende Therapien und die Versorgungsplanung dar. Eine Spezialambulanz für die Alzheimer-Demenz bei Down-Syndrom befindet sich in München. (Link: http://www.klinikum.uni-muenchen.de/Klinik-und-Poliklinik-fuer-Neurologie/de/Klinik/Neurologische_Poliklinik/Ambulanz_Alzheimer_Down/index.html)

PRÄVENTION

Neben der mittlerweile erhöhten Sensibilität, Veränderungen der geistigen Leistungsfähigkeit möglichst früh zu erkennen, kommt auch der Prävention eine wichtige Rolle zu. Wissenschaftlich gesichert gilt heute, dass bis zu 45 Prozent des persönlichen Risikos an einer Demenz zu erkranken auf potenziell veränderbare Faktoren unserer Lebensweise zurückzuführen sind. Demenzprävention bedeutet, diese Risiken zu erkennen und möglichst günstig zu beeinflussen. Zu diesen Risikofaktoren zählen beispielsweise eine ungesunde Ernährung, Übergewicht, soziale Inaktivität, häufige Kopfverletzungen, Diabetes, Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum, aber auch nicht kompensierte Hör- und Sehschwierigkeiten. Patientinnen und Patienten, aber auch deren Angehörigen, sollte angeraten werden, ihre aktuellen Lebensumstände auf mögliche Risikofaktoren hin zu überprüfen.

DIAGNOSTIK

Die Früh- und Differenzialdiagnostik ermöglicht es, eine Demenz schon sehr früh zu identifizieren. Auch können potenziell reversible Ursachen entdeckt und behandelt werden. Ein frühes Wissen über die Erkrankung bietet aber auch Gelegenheit, sich mit möglichen Veränderungen frühzeitig auseinanderzusetzen und die Lebenssituation entsprechend anzupassen.

BESTANDTEILE DER DIAGNOSTIK

Der Erstkontakt erfolgt in der Regel über den Hausarzt oder die Hausärztin. In einem ausführlichen Anamnesegespräch, bestenfalls mit der Patientin oder dem Patienten und einer nahestehenden Person, wird ein erster Einblick über die Symptomatik, bestehende Vorerkrankungen und die aktuellen Lebensumstände gewonnen. Eine Blutuntersuchung und eine körperliche Untersuchung liefern Ergebnisse über den aktuellen Gesundheitszustand. Zusätzlich kann in der Hausarztpraxis ein kognitiver Kurztest, zum Beispiel der Mini-Mental-Status-Test (MMST) durchgeführt werden, um einen Eindruck über die aktuelle geistige Leistungsfähigkeit der Patientin oder des Patienten zu gewinnen.

Zu den weiterführenden Untersuchungen gehören Aufnahmen des Gehirns mittels einer Magnetresonanztomographie (MRT) oder der craniellen Computertomografie (cCT). Die Nervenwasseruntersuchung (Lumbalpunktion) kann zudem Hinweise auf zum Beispiel entzündliche Prozesse im Zentralnervensystem oder dem Nachweis von Biomarkern der Alzheimer-Krankheit dienen. Sollte eine Nervenwasseruntersuchung nicht möglich sein, können nuklearmedizinische Verfahren wie die Positronen-Emissions-Tomographie (PET) eingesetzt werden, um verschiedene Demenzursachen im Gehirn darzustellen.

Diese spezialisierten Verfahren werden u.a. in Gedächtnisambulanzen angeboten. Hier bekommen die Patientinnen und Patienten alle notwendigen Untersuchungen aus einer Hand. Neben bildgebenden und neurochemischen Diagnoseverfahren werden hier ausführliche neuropsychologische Tests durchgeführt. Mit deren Hilfe kann durch den Nachweis über das Vorliegen einer Demenz auch gezeigt werden, in welchen Bereichen Beeinträchtigungen vorliegen und wie stark diese ausgeprägt sind.

UMGANG MIT ERKRANKTEN

Viele Patientinnen und Patienten sind um die Aufrechterhaltung ihres Selbst- und Außenbildes bemüht. Unsicherheiten und Ängste können dazu führen, Symptome zu bagatellisieren und sich nicht untersuchen lassen zu wollen. Um Patientinnen und Patienten von den Vorteilen der Diagnostik zu überzeugen, hilft der Einbezug einer vertrauten Person in den gesamten Prozess. Sorgen werden durch die konkrete Ansprache oft erstmalig thematisiert. So gelingt ein Zugang, um Möglichkeiten durch das Wissen über die Erkrankung aufzuzeigen. Hierzu gehört u.a. durch Medikamente in das Krankheitsgeschehen einzugreifen, durch Verfahren wie Ergotherapie die Funktionsfähigkeiten zu trainieren und zu erhalten, aber auch aktiv an der Gestaltung des Lebens teilhaben zu können.

Insbesondere zu der neuropsychologischen Untersuchung erscheinen viele Patientinnen und Patienten aufgeregt. Diese Aufregung kommt in den meisten Fällen dadurch zustande, dass sie zum einen nicht aufgeklärt wurden, was sie erwartet und zum anderen durch die Sorge, nicht nur die eigenen Defizite aufgezeigt zu bekommen, sondern im Anschluss eine ungewünschte Diagnose zu erhalten. Durch ein empathisches Eingangsgespräch über Inhalt und Zweck der Untersuchung lässt sich die Anspannung innerhalb der ersten Minuten in der Regel abbauen.





AUSWIRKUNGEN EINER DEMENZERKRANKUNG MIT BEISPIELEN AUS DER PRAXIS

Bei einer Demenz sind mehrere kognitive Bereiche betroffen, die den Alltag der Erkrankten zunehmend beeinträchtigen. Die Zusammenarbeit mit diesen Patientinnen und Patienten in der Arztpraxis ist daher anspruchsvoll.

Nachfolgend sind die verschiedenen Leitsymptome mit ihren Auswirkungen beschrieben. Diese helfen dabei, die Patientinnen und Patienten besser zu verstehen und sie optimal zu betreuen.

AMNESIE (GEDÄCHTNISSTÖRUNGEN)

Die Betroffenen können nicht mehr auf das Kurzzeitgedächtnis zugreifen und sich nicht mehr an Dinge erinnern, die erst kurz zurückliegen. Mit Fortschreiten der Erkrankung können auch Erinnerungen aus dem Langzeitgedächtnis nicht mehr abgerufen werden.

Beispiel: An aktuelle oder kurz zurückliegende Ereignisse (zum Beispiel letzten Termin, Untersuchungen, Therapien) kann sich nicht mehr oder nur eingeschränkt erinnert werden.

AGNOSIE (SCHWIERIGKEITEN IM ERKENNEN UND INTERPRETIEREN VON SINNESEINDRÜCKEN)

Gegenstände werden nicht mehr erkannt und können ihrer Funktion nicht mehr zugeordnet werden, obwohl die Sinnesorgane intakt sind. Das Gesehene kann oft auch nicht benannt werden.

Beispiele: Mundschutz und Handschuhe werden unter Umständen als bedrohlich erlebt. Das Geräusch eines medizinischen Gerätes kann erschreckend und ängstigend wirken. Die Betroffenen können Gegenstände zum Beispiel nicht anhand von Geräuschen oder Formen erkennen.

APRAXIE (SCHWIERIGKEITEN HANDLUNGSABLÄUFE DURCHZUFÜHREN)

Dies ist eine Störung in der Bewegungsvorstellung. Die Handlung beziehungsweise die Bewegungen können trotz erhaltener motorischer Funktionen nicht in der richtigen Reihenfolge geplant und umgesetzt werden.

Beispiele: Aufforderungen kann nicht nachgekommen werden. Nach einer Untersuchung ist es nicht möglich, sich alleine anzuziehen. Nach einer Zahnbehandlung kann die Aufforderung, sich den Mund auszuspülen, eine Überforderung darstellen.

APHASIE (SCHWIERIGKEITEN MIT DER SPRACHE)

Die Fähigkeit zu reden und Gesprochenes zu verstehen verlangt enorme Leistungen von unserem Gehirn. Sie unterliegt im Verlauf einer Demenzerkrankung großen Veränderungen und Einbußen. Das Sprachverständnis und der Wortschatz verringern sich zunehmend. Die verbale Kommunikationsfähigkeit lässt nach. Ausdrucks- und Wahrnehmungsmöglichkeiten über die Körpersprache und Betonung bleiben aber lange erhalten und sollten genutzt werden.

Beispiele: Wortfindungsstörungen und Wortwiederholungen treten auf (auch beim Schreiben). Worte werden oft nur zögerlich artikuliert. Häufig werden Ersatzworte wie „das Ding“, „der da“ oder „es“ verwendet oder es werden die Eigenschaften des gesuchten Begriffs beschrieben. So können Sätze entstehen wie „das Ding, mit dem man sticht“ statt „die Spritze“.

Der Sprachfluss kommt immer wieder ins Stocken. Das Sprachverständnis ist auf der Einzelwortebene oft besser. Das bedeutet, dass einzelne Worte besser als ganze Sätze verstanden werden.

Menschen mit Hörschädigung haben oft eine andere Aussprache. Sie „klingen“ anders, unabhängig von einer Demenz. In einer Demenz kann sich die Ausdrucksform verändern. Bei tauben Menschen verändert sich die Gebärdensprache.



Wichtig zu wissen: Ist eine Hörschädigung bekannt? Trägt die Person ein Hörgerät? Sind Gebärdensprach- oder Schriftdolmetschende anwesend oder müssen beim nächsten Gespräch hinzugezogen werden?

ORIENTIERUNGSSTÖRUNGEN

Im Verlauf einer Demenzerkrankung zeigen sich Einbußen zuerst in der zeitlichen, dann in der örtlichen und zuletzt in der Orientierung zur Situation und zur eigenen Person.

Zeitlich: Es treten zunehmend Probleme mit der Wahrnehmung der Uhrzeit, dem Datum oder der relativen Dauer eines Termins auf. Fragen nach der letzten Untersuchung oder z.B. einer Impfung oder Blutabnahme können oft schon recht früh nicht mehr beantwortet werden.

Situativ: Die Störung der situativen Orientiertheit kann zu einer Fehlinterpretation des Verhaltens von Mitmenschen führen und Situationen werden falsch eingeschätzt. Es gibt unter Umständen Probleme, die Reihenfolge der aufgerufenen Patientinnen und Patienten nachzuvollziehen. Dadurch entsteht das Gefühl, ungerecht behandelt beziehungsweise übergangen zu werden. Es ist zum Beispiel auch möglich, dass das Wartezimmer für den Behandlungsraum gehalten wird und die Betroffenen sich dort entkleiden.

Örtlich: Die Störung der örtlichen Orientierung kann dazu führen, dass der Weg vom Wartezimmer zum Behandlungsraum, die Toilette oder der Praxisausgang nicht mehr gefunden wird.

Persönlich: Daten wie die Telefonnummer oder Postleitzahl können nicht mehr zuverlässig mitgeteilt werden. Später ist auch der Abruf ganz persönlicher Daten wie das Geburtsdatum oder der Familienstand problematisch.

DIE ERSTEN ANZEICHEN

Einbußen der Gedächtnisleistungen zeigen sich oft schon früh: Die Brille, die Handtasche, der Mantel oder das Rezept bleiben in der Praxis liegen. Nicht selten wird in der Tasche „gekramt“, um sich zu vergewissern, dass alles noch da ist. Fragen wie „Was hat der Doktor gesagt...?“ oder „Wann soll ich wiederkommen?“ wiederholen sich. Die Reaktion auf das Ansprechen vorhandener Defizite ist je nach Persönlichkeit sehr unterschiedlich. Manche reagieren ängstlich oder mit Aussagen wie „Kommen Sie erst einmal in mein Alter...“. Andere sind offensiv und sagen z.B. „Das hätten Sie mir doch sagen müssen...“.



Wichtig zu wissen: Nicht verstandene Ansprache, wiederholtes Fragen, unsicheres Auftreten oder eine Nicht-Reaktion können auch ein Merkmal einer Hörschädigung sein.



EMPFEHLUNGEN FÜR DIE ARBEIT IN DER ARZTPRAXIS

Die kognitiven Einschränkungen von Menschen mit Demenz, besonders auch im Zusammenhang mit einer Hörschädigung, können den Ablauf in der Arztpraxis beeinflussen oder die Durchführung von Untersuchungen unter Umständen erschweren.

Die Zeit, die die Umsetzung der folgenden Empfehlungen in Anspruch nimmt, wird durch einen besseren Umgang mit den Patientinnen und Patienten ausgeglichen.

TIPPS ZUM UMGANG MIT PATIENTINNEN UND PATIENTEN MIT ÄNGSTEN UND FEHLENDER KRANKHEITSEINSICHT

Eine Diagnose / Erkrankung nicht für sich anzunehmen ermöglicht den Betroffenen weiter einen selbstbestimmten Lebensplan für sich zu haben. Denn die Diagnose einer unheilbaren Erkrankung kann bei den Betroffenen ein krisenhaftes Erleben und Ängste auslösen. Dazu kommt, dass die Alzheimer-Krankheit Hirnregionen befallen kann, die für die Selbstwahrnehmung zuständig sind. Dies kann ebenfalls begründen, warum Betroffene oft ihre Beeinträchtigungen selber nicht wahrnehmen.

- Strahlen Sie Ruhe und Sicherheit aus, um Stress und Anspannung zu reduzieren.
- Weisen Sie nicht auf die Krankheit hin, sondern betonen Sie, dass es um Klärung und Besserung der Situation geht. Zum Beispiel „Wir wollen heute mal sehen, was wir für Sie tun können.“
- Sprechen Sie die Gefühlssituation konkret an. Benennen Sie das Gefühl konkret, welches Sie wahrnehmen.
 - „Ja, ich verstehe Sie, zum Arzt geht man ja auch nicht gerne.“
 - „Ich sehe und verstehe, dass Sie Angst haben. Ich erkläre Ihnen, was heute untersucht und gemacht wird.“
 - „Ich sehe und verstehe, dass Sie beunruhigt sind.“
- Sprechen Sie von Störungen des Kurzzeitgedächtnisses oder Vergesslichkeit anstelle des Wortes Demenz. Heben Sie gleichzeitig das gute Langzeitgedächtnis hervor: „Sie können sich aber gut an früher erinnern.“
- Zeitangaben sind hilfreich, zum Beispiel: „Diese Untersuchung dauert ungefähr zwanzig Minuten.“, „Die Hälfte haben wir schon geschafft.“



KOMMUNIKATION

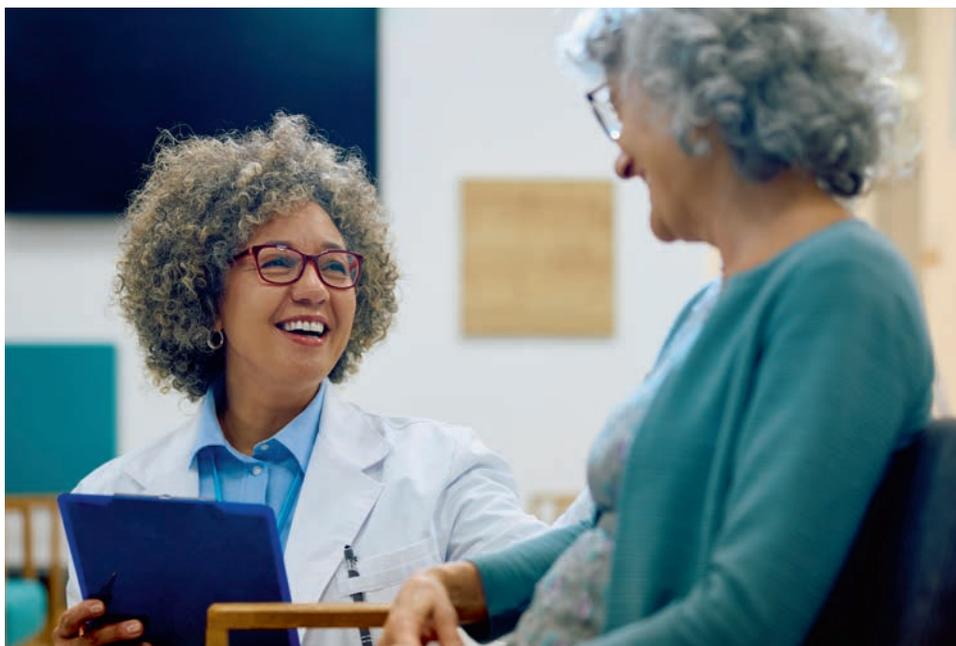
KONTAKT – KOMPENSATION – GEDULD

- Sprechen Sie die Patientin beziehungsweise den Patienten immer direkt von vorne mit Namen an und halten Sie dabei Blickkontakt.
- Sprechen Sie langsam und deutlich. Setzen Sie Ihre Körpersprache ein.
- Achten Sie auf eine ruhige Umgebung und gute Lichtverhältnisse.
- Zeigen Sie möglichst die Dinge, über die Sie sprechen, zum Beispiel das Elektrokardiogramm (EKG).
- Verbinden Sie Ihre Aussagen mit zurückhaltenden Berührungen. Darauf reagieren Menschen mit Demenz in der Regel positiv.
- Bieten Sie fehlende Wörter oder Interpretationsvorschläge für unverständliche Äußerungen an.
- Bitten Sie gegebenenfalls Familienangehörige als „Übersetzende“ zu fungieren.
- Vermeiden Sie offene Fragen und W-Fragen (warum, wieso, weshalb). Die Beantwortung setzt Abstraktionsfähigkeit voraus und kann überfordern.
- Formulieren Sie kurze Sätze. Setzen Sie die wichtigsten Informationen an den Satzanfang.
- Wiederholen Sie das Gesagte mit den gleichen Worten, wenn Sie nicht verstanden worden sind. Der Denkprozess ist unter Umständen verlangsamt. Die Verwendung neuer Begriffe verwirrt zusätzlich.
- Ist eine gebärdensprach- oder schriftdolmetschende Person anwesend, warten Sie bitte, bis sie fertig mit Übersetzen ist. Fragen Sie bei der Person nach, ob das Gesagte verstanden worden ist. Menschen mit Hörschädigung haben einen gesetzlichen Anspruch auf Gebärdensprach-/Schriftdolmetschende. Diese werden im medizinischen Kontext von der Krankenkasse bezahlt.

ALLGEMEINER UMGANG

AKZEPTANZ – SICHERHEIT – ORIENTIERUNG

- Weisen Sie die Betroffenen nicht auf ihre Defizite hin. Sie fühlen sich dadurch „bloß gestellt“ und sie verlieren an Selbstwertgefühl.
- Nehmen Sie negative Äußerungen nicht persönlich. Menschen mit Demenz sind oft sensibel und möchten sich mit Schuldzuweisungen oder Floskeln oft einfach nur aus der Situation „retten“.
- Achten Sie beim Verlassen der Räumlichkeiten darauf, dass keine persönlichen Gegenstände liegen bleiben. Das erspart das Suchen im Nachgang des Besuches.
- Falls Ihnen Angehörige bekannt sind, bitten Sie diese um Begleitung. Sprechen Sie nicht mit den Angehörigen oder anderen Begleitpersonen über die Erkrankten hinweg, sondern beziehen Sie sie ins Gespräch ein.
- Eine telefonische Erinnerung am Tag vor dem Termin oder am gleichen Tag kann sinnvoll sein.
- Wenn personelle und zeitliche Möglichkeiten bestehen, sollte immer die gleiche Kontaktperson (Medizinische Fachangestellte und Arzt) bei den Besuchen anwesend sein.
- Erleichtern Sie die Orientierung innerhalb der Praxis, zum Beispiel durch entsprechende Symbole an den Türen.
- Terminnotizen sollten übersichtlich und möglichst einfarbig sein und wenige Informationen enthalten.
- Achten Sie darauf, dass die Terminnotiz sicher verstaut wird, zum Beispiel in der Geldbörse oder Handtasche.
- Zur Wiedererkennung kann das Tragen eines weißen Kittels sinnvoll sein. Dieser kann aber auch Ängste auslösen. Beobachten Sie die Reaktionen, um bei weiteren Terminen vorbereitet zu sein.
- Vorausschauendes Handeln ist besonders wichtig. Wenn sich in bestimmten Situationen Probleme ergeben, ist davon auszugehen, dass diese sich beim nächsten Besuch wiederholen. Ergreifen Sie deshalb vorbeugende Maßnahmen.
- Besprechen Sie im Team einheitliche Vorgehensweisen. Der routinierte Umgang vermittelt Sicherheit und Orientierung.
- Werden die Patienten von Gebärdensprach- oder Schriftdolmetschenden begleitet, sprechen Sie bitte die Patienten direkt an und nicht mit der dolmetschenden Person über die Patienten.



ANMELDUNG UND WARTEZEIT

VERANTWORTUNG – ABLAUFGESTALTUNG – BEGLEITUNG

- Begrüßen Sie die Patientin beziehungsweise den Patienten mit Namen und eventuell mit Angaben zum Termin: „Sie kommen heute zum ...“. Dadurch vermitteln Sie situative Sicherheit und geben Orientierung.
- Vermeiden Sie lange Wartezeiten.
- Vereinbaren Sie Termine möglichst für den späten Vormittag. Menschen mit Demenz sind dann erfahrungsgemäß am aufmerksamsten.
- Bieten Sie einen Sitzplatz an, der einen Überblick ermöglicht. Der Aufenthalt mit fremden Menschen im Wartezimmer kann zu großer Verunsicherung führen, die sich dann in Unruhezuständen äußern kann.
- Bei längeren Wartezeiten informieren Sie in regelmäßigen Abständen: „Es dauert nicht mehr lange, dann sind Sie an der Reihe.“
- Der Aufruf sollte nicht über einen Lautsprecher oder durch Zurufen erfolgen, sondern durch persönliche Ansprache. Der Zusammenhang zwischen dem Aufrufen des Namens und dem, was dann zu tun ist, kann nicht mehr hergestellt werden. Das kann weiter verunsichern.
- Eine Begleitung vom Wartezimmer in den Behandlungsraum ist empfehlenswert.

UNTERSUCHUNGEN UND MEDIZINISCH/THERAPEUTISCHE MASSNAHMEN

VORBEREITUNG – ERKLÄRUNG – BEGLEITUNG

- Bereiten Sie als Erstes den Raum mit allen benötigten Materialien vor. Ein häufiges Hin- und Herlaufen, Suchen und Kramen verunsichert Menschen mit Demenz.
- Lassen Sie die Patientin beziehungsweise den Patienten nicht alleine in einem Untersuchungsraum.
- Die einfache Formel lautet immer: Kontakt vor Handlung. Sorgen Sie für Blickkontakt, stellen Sie sich persönlich vor und erklären Sie in kurzen, einfachen Sätzen die Maßnahme. Beginnen Sie erst, wenn Sie die volle Aufmerksamkeit auf Ihrer Seite haben.
- Fragen Sie nach, ob Hilfsmittel genutzt werden. Einschränkungen in der Hör- und Sehfähigkeit können Demenzsymptome verstärken.
- Vermeiden Sie ein häufiges Wechseln der Räumlichkeiten. Das verstärkt den weiteren Verlust der räumlichen Orientierung.
- Sorgen Sie dafür, dass die persönlichen Gegenstände im Sichtfeld liegen und machen Sie darauf aufmerksam: „Ihre Sachen sind hier, wir haben alles im Blick.“
- Führen Sie nie mehrere Dinge gleichzeitig durch und erklären Sie Schritt für Schritt in einfachen, kurzen Sätzen Ihr Handeln. Beispiele: „Jetzt machen wir eine Röntgenaufnahme von Ihrem Rücken“ anstatt „Wir röntgen jetzt mal Ihren Rücken, dann kann man sehen, ob die Bandscheibe in Ordnung ist. Der Doktor schaut sich anschließend die Bilder an und bespricht das Ergebnis mit Ihnen.“
- Unterstützen Sie Ihre Erklärungen durch Körpersprache und das Zeigen der medizinischen Geräte.
- Erzeugen Sie ein Gefühl von Sicherheit und Vertrautheit. Dann wird Ihren Anweisungen gefolgt, auch wenn nicht alles verstanden wurde.
- Kündigen Sie das Ende der einzelnen Maßnahme deutlich an, zum Beispiel: „Jetzt haben wir es gleich geschafft.“
- Wenn alle Maßnahmen beendet sind, sollte eine eindeutige Verabschiedung stattfinden.



Eine Gebärdensprach- oder Schriftdolmetschende Person sollte bei allen Untersuchungen begleiten.

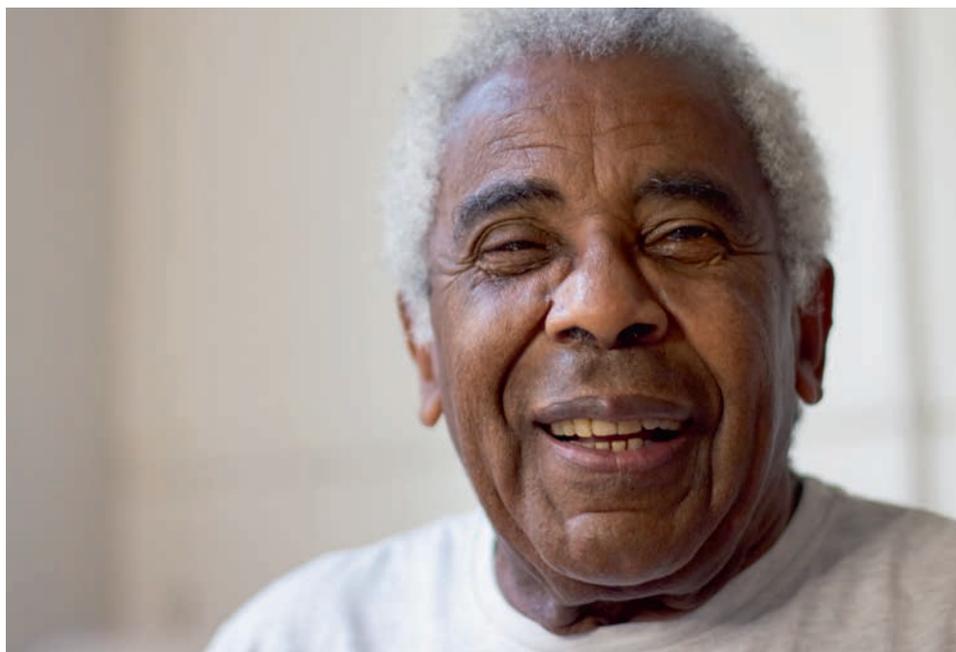
UMGANG MIT ANGEHÖRIGEN

VERSTÄNDNIS – ERSTBERATUNG – VERNETZUNG

- Zeigen Sie Verständnis. Oft ist es das erste Mal, dass die Angehörigen sich anderen anvertrauen und über die Situation sprechen.
- Sollte in Ihrem Praxisalltag ein ausführliches Gespräch nicht möglich sein, geben Sie Adressen von Beratungsstellen und Gesprächskreisen weiter.
- Informieren Sie sich über Anlaufstellen und Angebote in Ihrer Region und halten Sie Informationsmaterial bereit.

Angehörige von Menschen mit Demenz stellen meist als Erste das veränderte Verhalten fest. Oftmals ist die Kommunikation dadurch erschwert, dass sie einerseits eine medizinische Erklärung für die Verhaltensänderung suchen, andererseits aber Angst vor einer möglichen Demenzdiagnose haben.

Mit Verwandten, Freunden oder Nachbarn besprechen sie das Thema in der Regel zunächst nicht. Dadurch haben sie häufig einen hohen Gesprächsbedarf, da sie mit der Situation alleine und nicht selten psychisch überfordert sind.



ANSPRECHPARTNERINNEN UND ANSPRECHPARTNER

Nachfolgend finden Sie eine Auswahl von Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern die Ihnen bei Fragen zu Demenz, Hörschädigung und Demenz, Pflegebedürftigkeit und regionalen Angeboten weiterhelfen können.



REGIONALBÜROS ALTER, PFLEGE UND DEMENZ



DAS SIND WIR

Die Regionalbüros Alter, Pflege und Demenz – Eine gemeinsame Initiative zur Strukturentwicklung der Landesregierung und der Träger der Pflegeversicherung NRW sind ein landesweites Netzwerk. Insgesamt arbeiten in Nordrhein-Westfalen zwölf Regionalbüros in unterschiedlicher Trägerschaft zusammen mit einer Fach- und Koordinierungsstelle.

DAS WOLLEN WIR ERREICHEN

Das Ziel ist es, gemeinsam mit Unterstützenden vor Ort die Versorgungsstrukturen für Menschen mit Pflegebedarf und für pflegende Angehörige in Nordrhein-Westfalen zu verbessern.

DAS BIETEN WIR AN

Im Zentrum unserer Arbeit stehen die Information, Beratung, Begleitung, Qualifikation und Vernetzung von haupt- und ehrenamtlich engagierten Menschen und Organisationen. Dabei konzentrieren wir uns insbesondere auf

- Angebote zur Unterstützung im Alltag (§ 45a SGB XI)
- Pflegeberatung
- Schwerpunktthemen Demenz, Migration, Behinderung, Pflegende Angehörige

- 1 Regionalbüro Niederrhein**
Stadt Krefeld, Kreise Kleve, Viersen und Wesel
St. Barbara-Haus Hünxer Str. 380, 46537 Dinslaken. Tel.: 02064 - 4771155
- 2 Regionalbüro Düsseldorf**
Städte Düsseldorf und Mönchengladbach, Kreis Mettmann und Rhein-Kreis Neuss
Willi-Becker-Allee 8, 40227 Düsseldorf
Tel.: 0211 - 89-22228
- 3 Regionalbüro Aachen/Eifel**
StädteRegion Aachen, Kreise Düren, Euskirchen und Heinsberg
Luisenstraße 35 (Luisenpassage)
52477 Alsdorf
Tel.: 02404 - 903 27 80
- 4 Regionalbüro Köln und das südliche Rheinland**
Städte Köln, Bonn und Leverkusen, Rhein-Sieg-Kreis und Rhein-Erft-Kreis
Auf der Kaiserbitz 3, 51147 Köln
Tel.: 02203 - 358 95-10
- 5 Regionalbüro Bergisches Land**
Städte Remscheid, Wuppertal und Solingen, Oberbergischer Kreis, Rheinisch-Bergischer Kreis
Friedrichstraße 1-3, 42655 Solingen
Tel.: 0212 - 233 65 52
- 6 Regionalbüro Südwestfalen**
Kreise Siegen-Wittgenstein, Olpe und Hochsauerlandkreis
Eichertstraße 7, 57080 Siegen
Tel.: 0271 - 234 17 81 49
- 7 Regionalbüro Ostwestfalen-Lippe**
Stadt Bielefeld, Kreise Paderborn, Herford, Minden-Lübbecke, Lippe, Höxter und Gütersloh
Engelbert-Kaempfer-Str. 10, 33605 Bielefeld, Tel.: 0521 - 92 16-456
- 8 Regionalbüro Münsterland**
Stadt Hamm, Kreise Warendorf und Soest
Wilhelmstraße 5, 59227 Ahlen
Tel.: 02382 - 94 09 97-10
- 9 Regionalbüro Münster und das westliche Münsterland**
Stadt Münster, Kreise Borken, Coesfeld und Steinfurt
Achtermannstraße 11, 48143 Münster
Tel.: 0251 - 98 16 89-23340
- 10 Regionalbüro Ruhr**
Städte Bochum, Gelsenkirchen und Herne, Ennepe-Ruhr-Kreis und Kreis Recklinghausen
Westring 25, 44787 Bochum
Tel.: 0234 - 79 63 15 13
- 11 Regionalbüro Westliches Ruhrgebiet**
Städte Bottrop, Duisburg, Essen, Mülheim an der Ruhr und Oberhausen
Bonhoefferstraße 21a, 47138 Duisburg
Tel.: 0203 - 298 20 16
- 12 Regionalbüro Dortmund**
Städte Dortmund und Hagen, Kreis Unna und Märkischer Kreis
Kleppingstraße 26, 44135 Dortmund
Tel.: 0231 - 50-25694

Kompetenzzentrum Hörschädigung im Alter

Schäpenkamp 2, 45276 Essen

Telefon: 0201 - 502 34 38

E-Mail: huckemeier@martineum-essen.de

Fax: 0201 - 437 98 70

www.alter-pflege-demenz-nrw.de/regionalbueros/menschen-mit-hoerschaedigung/



Behandlungszentrum für Hörgeschädigte der LWL Klinik Lengerich

Telefon: 05481–12 2730, Fax: 05481–12 2731

E-Mail: BZH-Lengerich@lwl.org

Parkallee 10, 49525 Lengerich

www.lwl-klinik-lengerich.de/de/fuer-patienten-angehoerige/die-klinik/medizinische-fachabteilungen/#behandlungszentrum-fur-horgeschaedigte-video-auch-in-gebardensprache

Demenz bei Menschen mit Trisomie 21

Ambulanz für Alzheimer bei Down-Syndrom

Neurologische Klinik und Poliklinik

LMU Klinikum München

Marchioninistraße 15

81377 München

Tel.: 089 - 4400 729 42 (Di-Do 8-12 Uhr)

<https://www.lmu-klinikum.de/neurologie/fur-patienten/ambulanz-ambulanz-alzheimer-bei-downsyndrom/36e8b1bb53ad7ff2>

Kostenlose Informationsmaterialien und Internetadressen

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. / Selbsthilfe Demenz

www.deutsche-alzheimer.de

Zum Beispiel:

Demenz. Das Wichtigste

www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/Broschueren/Demenz-das_wichtigste.pdf

Gehörlose und schwerhörige Menschen mit Demenz

Informationsblatt 21 der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e. V.

Selbsthilfe Demenz

www.deutsche-alzheimer.de/publikationen/informationsblaetter.pdf

Was tun nach der Demenz-Diagnose?

www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/Flyer_und_Dokumente/checkliste_nach_der_diagnose.pdf

Regionalbüros Alter, Pflege, Demenz NRW

www.alter-pflege-demenz-nrw.de

Zum Beispiel:

Demenz – die große Unbekannte

www.alter-pflege-demenz-nrw.de/wp-content/uploads/2021/03/2021-03-26Demenz-die-grosse-Unbekannte.pdf

Mehr als Worte – gelingende Kommunikation mit Menschen mit Demenz

www.alter-pflege-demenz-nrw.de/wp-content/uploads/2021/10/kda_broschuere_demenz_300921_web.pdf

Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP)

www.zqp.de

Zum Beispiel:

Demenz – Anregungen für Partnerinnen und Partner

www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP-Ratgeber-Demenz.pdf

Scham – Praxistipps für den Pflegealltag

www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP-Ratgeber-Scham.pdf

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA)

www.gesund-aktiv-aelter-werden.de/service/materialien/faltblattreihe-kompakt/

Demenz Support Stuttgart

www.demenz-support.de

Demenz Wegweiser

www.wegweiser-demenz.de

Deutsches Netzwerk Gedächtnisambulanzen (DNG)

www.dng-verein.de

Nationale Demenzstrategie

www.nationale-demenzstrategie.de

Pflegewegweiser

www.pflegewegweiser-nrw.de



Verantwortlich

Die **Kompetenzgruppe Demenz** der Regionalbüros Alter, Pflege und Demenz NRW – eine gemeinsame Initiative zur Strukturentwicklung der Landesregierung und der Träger der Pflegeversicherung NRW und dem **Zentrum für Gedächtnisstörungen (ZfG)** der Uniklinik Köln

Weitere Informationen zur Kompetenzgruppe und deren Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner finden Sie unter:
www.alter-pflege-demenz-nrw.de/akteure/themen/demenz/
<https://psychiatrie-psychotherapie.uk-koeln.de/klinik/ambulante-behandlung/spezialambulanz-gedaechtnisstoeuerungen/>

Gestaltung und Druck

Fach- und Koordinierungsstelle der Regionalbüros Alter, Pflege und Demenz NRW

Fotos

Adobe Stock

Gefördert von:

Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen



LANDESVERBÄNDE
DER PFLEGEKASSEN

