

# Lebenshorizont Alter

Mösli · Zentrum für Wohnen, Betreuung und Pflege im Alter



7



## Editorial



Jürg Kruger

### Was denkt ein Mensch, der nicht mehr denken kann?

Diese Frage kann nicht mit einer absoluten Aussage beantwortet werden. Denn bei Menschen mit Demenz kommt es einerseits zu Defiziten bei Erinnerung, Sprache, Wahrnehmung, Bewegung und Urteilsvermögen. Andererseits bleiben eigene Fähigkeiten und Ressourcen bestehen. Sie können Gefühle ausdrücken, soziale Kontakte aufnehmen, kreativ und humorvoll sein. Das fordert uns Mitmenschen heraus, ihnen im täglichen Zusammenleben Möglichkeiten anzubieten, in welchen sie die elementarsten Bedürfnisse nach Halt, Geborgenheit, Sicherheit, Beschäftigung und Identität finden.

Stimmen Milieu und Beziehung, so werden wir, sei es als betroffene Angehörige oder als betreuende Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bruchstückweise Antworten auf die Eingangsfrage erhalten.

### Weitere Formen der Demenz

Hört oder liest der Laie das Wort «Demenz», so wird diese Erkrankung vorwiegend der Arteriosklerose (Arterienverkalkung) oder der Alzheimer-Krankheit zugeordnet.

Demenzen sind jedoch auf vielfältige Ursachen zurückzuführen und können einen sehr unterschiedlichen Verlauf nehmen. Neben der häufigsten Demenzform, der Alzheimer-Erkrankung, gibt es **weitere Formen der Demenz**, die wir im diesjährigen Bericht besonders thematisieren wollen.

Der Grundlage dieses Berichtes geht eine interne Weiterbildung voraus, in der sich das Betreuungs- und Pflegeteam mit dem Thema **weitere Formen der Demenz** intensiv auseinandergesetzt hat. Herr Alfred Siegrist, Muttenz (Psychiatriepfleger und Erwachsenenbildner AEB), begleitete uns zu diesem Thema wiederum mit seinem grossen und praktischen Fachwissen während drei interessanten und auch eindrücklichen Weiterbildungssequenzen. Eindrücklich deshalb, weil verschiedene Demenzformen nicht nur bei hochaltrigen Menschen diagnostiziert werden.

Mit dem Bewusstsein, dass wir Ihnen als Leserin oder Leser keinen gesamten Überblick über diese weitläufige Thematik verschaffen können, möchten wir trotzdem unsere Betroffenheit und unser Wissen mit Ihnen teilen, in dem wir Sie über die wichtigsten Vertreter von weiteren Demenzformen informieren.

### 2007 – gemeinsam haben wir's geschafft

Dem Mösli-Team gehört in diesem Bericht eine spezielle Anerkennung. Haben wir doch miteinander ein herausforderndes Jahr erlebt. Dank dem zusätz-

lichen Einsatz, der Ausdauer und dem persönlichen Engagement konnten wir unzählige und oftmals endlos lange Personalausfälle (unfall- und krankheitsbedingt) wettmachen. Für diese besondere Leistung möchte ich Ihnen ein herzliches «Merci vil-mal» aussprechen. Ich freue mich auf die weitere Zusammenarbeit, in der wir unseren Seniorinnen und Senioren mit professioneller Arbeit, Lebensfreude und Gspüri begegnen wollen.



Die persönliche Wertschätzung und das gegenseitige Fairtrauen, die wir Mösli-ler von der Geschäftsleitung, vom Stiftungsrat sowie von den Angehörigen, den Betreuungspersonen, den Gemeindeverwaltungen und Kirchgemeinden unserer Trägerschaft auch in diesem Jahr erfahren durften, wissen wir zu schätzen. Vielen Dank.

### Herzlichen Dank für ihre Freundschaft

Im Namen unserer Seniorinnen und Senioren geben wir an dieser Stelle an Gross und Klein sowie an Hund und Katze ein herzliches Dankeschön weiter. Mit Musik, Gesang, Spiel und Unterhaltung brachten sie nicht nur Farbe in den Mösli-Alltag, sondern auch wertvolle Augenblicke der Begegnung mit Mensch und Tier.

Besonders schätzten wir das persönliche Engagement und die Verbindlichkeit unserer freiwilligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Fahrdienstes und der Cafeteria. Ohne ihren regelmässigen Einsatz wäre unsere Arbeit nicht so reibungslos möglich gewesen.

Jürg Kruger, Heimleitung

### Mitarbeit in der Mösli-Cafeteria

Hätten Sie Freude, einen (1) Nachmittag pro Monat im Einsatz als freiwillige/r Mitarbeiterin/Mitarbeiter zu sein?

Für nähere Informationen kontaktieren Sie Jürg Kruger, Heimleitung.

Im Umgang mit demenzkranken Mitmenschen stehen wir immer wieder vor Türen, die neu geöffnet werden müssen.



## Weitere Formen der Demenz



### Definition Demenz

Ein hirnganischer Prozess, der zum Verlust von intellektuellen und lebenspraktischen Fähigkeiten führt.

Der betroffene Mitmensch ist:

- Eingeengt auf das stereotyp Gewohnte
- «Querschnittsmässig» (ohne Bezug auf Vergangenheit und Zukunft)
- Abhängig von inneren Reizen (Triebe und Affekte)
- Angewiesen darauf, konkreten Ereignissen zu entsprechen, jedoch überfordert und panisch, wenn es um Initiative, Umstellung, abstrakte Beziehungen, Beurteilung von Bedeutung bzw. Symbolen geht.

### Hauptmerkmal der Demenz

Ein bestehendes Gedächtnisdefizit, wovon die höheren Hirnleistungsfunktionen betroffen sind. Beispielsweise wenn eine Sprach-, Handlungs-, Planungs- und/oder eine Organisationsstörung vorliegt.

Abgestorbenes Hirngewebe kann gemäss heutigem Wissensstand nicht ersetzt werden.

### Ein paar Daten

Die Demenzformen teilen sich auf in:  
95% Primäre Degenerative Demenz  
5% Sekundäre Demenz (Mischformen)

Demenzen können bis zu 100 verschiedene Ursachen haben!

### • Primäre Degenerative Demenz

- 60% Alzheimer-Demenz
- 30% Vaskuläre Demenz – Multi-Infarkt-Demenz
- 10%
  - Frontotemporale-Demenz
  - Lewy-Body-/Lewy-Körperchen-Demenz
  - Parkinson-Demenz
  - Chorea Huntington
  - Andere Demenzursachen

### • Sekundäre Demenz (Mischformen)

- Internistische Erkrankungen (Nieren, Leber, etc.)
- Neurologische Erkrankungen (Hirn, Parkinson, MS)

### Frontotemporale Demenz (Morbus-Pick)

Die Frontotemporale Demenz ist eine eher seltene Form der Demenz, die durch einen Nervenzelluntergang in den Stirn- und Schläfenlappen (Frontal- und Temporallappen) des Gehirns verursacht wird. Das

durchschnittliche Erkrankungsalter liegt zwischen 50 und 60 Jahren, wobei die Spanne sehr gross ist (20 – 85 Jahre). Männer und Frauen sind gleich häufig betroffen. Die durchschnittliche Krankheitsdauer beträgt 8 Jahre, wobei sehr aggressive Verläufe (2 Jahre) ebenso vorkommen wie sehr langsame (15 Jahre). In 50% der Fälle wird die Krankheit mit dem Erbgut (genetisch) hervorgerufen.

### Typische Symptome

- **Persönlichkeitsveränderung:** Gestörtes Sozialverhalten, Veränderung der Persönlichkeit und des zwischenmenschlichen Verhaltens. Diese beginnen oft vor den auffälligen Gedächtnisstörungen (im Gegensatz zur Alzheimer-Demenz). Enthemmung und Überschreiten von sozialen Normen. Hypochondrie (Wahnhaftigkeit des Krankseins), theatralisches Auftreten, übertriebene Beschäftigung mit Körpersymptomen. Bizarre organische Klagen. Vernachlässigung der persönlichen Hygiene. Perseverationen (stereotypes Sich-Wiederholen, unaufhörliches Singen), Verstecken und Sammeln von Gegenständen, Witzelsucht, Sentimentalität
- **Affektive Störungen:** Wirkt zunehmend oberflächlich und sorglos, unkonzentriert und unbedacht. Vernachlässigung der beruflichen Pflichten. Viele ziehen sich zurück, verlieren das Interesse an Familie und Hobbies, werden teilnahmslos, wirken abgestumpft, antriebslos und apathisch. Angst, Euphorie sowie depressive Verstimmungszustände
- **Sprachstörungen:** Stereotypien (Sich-Wiederholen), Echolalien (das Wiederholen vorgesagter Sätze). Sprachverarmung; im Spätstadium Phasen von Mutismus (Schweigen) mit Amimie (ohne Mimik)
- **Antriebsstörungen:** Psychomotorische Unruhe (Umherlaufen, stereotypes unaufhörliches sich bewegen, sich In-die-Hände-klatzen oder Klopfen) oder aber Apathie (geistige und emotionale Reglosigkeit)
- **Triebenthemmung:** Störung der Einzeltriebe. Enthemmtes Essverhalten, starke Vorliebe für Süßigkeiten (häufig Übergewicht). Emotionale und sexuelle Enthemmung mit unerklärlich obszönem, schockierendem Wortschatz. Oft wird die Hilfsbedürftigkeit überbetont

### Lewy-Körperchen-Demenz (Lewy-Body)

Bei den sogenannten Lewy-Körperchen handelt es sich um Eiweisseinschlüsse im Nervenzellkörper. Besonders häufig finden sich die Lewy-Körperchen bei den Parkinson-Patienten. Sie werden als Marker (Anzeichen) für das Ausmass der Zerstörung eines besonderen Hirnbereiches bei Morbus Parkinson angesehen. Bei der Lewy-Körperchen-Krankheit finden sich jedoch diese Einschlüsse auch in anderen Bereichen des Gehirns, auch in der Hirnrinde. Die Bedeutung dieser Form von Demenz besteht vor allen Din-

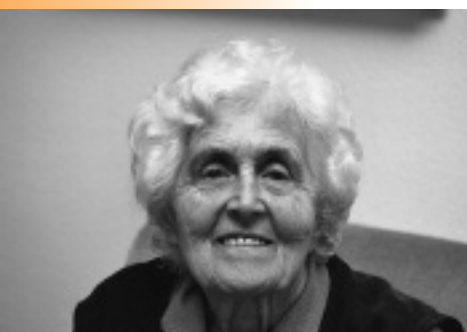




Erna Berger



Nelly Dürig



Ruth Grossenbacher

gen in einem sehr typischen klinischen Profil mit wechselnden Hirnleistungsstörungen, leichten Parkinson- und psychotischen Symptomen.

Voraussetzung für die Diagnose einer Lewy-Körperchen-Demenz ist der Ausschluss anderer körperlicher Erkrankungen, u.a. von Schlaganfällen. Behandlungsmöglichkeiten der Ursachen bzw. Entstehungsbedingungen der Lewy-Body-Demenz sind nicht bekannt.

#### Typische Symptome

- Stark wechselnde Beeinträchtigung der geistigen Leistungsfähigkeit und der Aufmerksamkeit
- Vor allem Störung des Gedächtnisses und der höheren geistigen Funktionen (Sprache, räumliches Vorstellungsvermögen, praktische Fähigkeiten, Abstraktionsfähigkeit)
- Episodisches Auftreten von einerseits Verwirrheitszuständen, andererseits geistesklaren Episoden
- Optische und/oder akustische Halluzinationen in Zusammenhang mit daraus ableitbaren Wahngedanken. Nehmen oft Personen oder Tiere wahr, mit denen sie sprechen oder auf die sie durch Bewegungen reagieren
- Leichte Parkinsonsymptome (unwillkürliches Zittern der Hände, Steifigkeit der Bewegungen)
- Wiederholte, nicht näher erklärbare Stürze und/oder vorübergehende Bewusstseinsstrübung (Depression) oder Bewusstseinsbeeinträchtigung sind typisch
- Überempfindlichkeit gegenüber Neuroleptika, einer Gruppe von psychisch wirksamen Medikamenten

#### Parkinson-Demenz (Morbus Parkinson)

Die Parkinson-Krankheit wird durch den Mangel des Botenstoffes Dopamin im Gehirn ausgelöst, der von zentraler Bedeutung für die ordnungsgemäße Steuerung von Bewegungsabläufen ist. Parkinson-Demenz ist eine der häufigsten Nervenerkrankungen. Die Häufigkeit nimmt dabei mit dem Alter stark zu. So leidet von den über 65jährigen beinahe jeder 50ste an dieser Erkrankung.

Die Parkinson-Krankheit betrifft vorrangig die Motorik. Den Betroffenen fällt es schwer, ihren Körper zu bewegen. Obwohl eine Bewegungsabsicht besteht, reagiert der Körper nicht oder nur zögerlich. Die Bewegungsabläufe wirken dadurch oft zähflüssig. Zusätzlich leiden die Betroffenen an steifer Muskulatur und an Zitterbewegungen (Tremor) z.B. der Hände oder des Kopfes. Von der Störung werden auch die Gesichtsmuskeln betroffen, weshalb diese Mitmenschen in vielen Fällen einen steifen Gesichtsausdruck zeigen. Die Gesichtsmuskulatur ist nicht mehr in der Lage, Stimmungen und Gefühlen den gewohnten Ausdruck zu verleihen. Es handelt sich dabei jedoch nur um eine verminderte Mimik, die nicht mit innerer Teilnahmslosigkeit verwechselt werden

darf.

In etwa 40% aller Fälle wird die Bewegungsstörung bei Parkinson von einer Demenz begleitet, also einer deutlichen Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit. Mitmenschen mit Parkinson entwickeln sechsmal häufiger eine Demenz als gesunde Personen gleichen Alters. Die Häufigkeit der Demenz steigt mit der Dauer der Parkinson-Erkrankung und dem Alter des betroffenen Menschen.

#### Typische Symptome

Die Parkinson-Demenz unterscheidet sich in Ausprägung und Verlauf von der Alzheimer-Demenz.

- Das Gedächtnis ist zunächst nicht betroffen. Später fällt es dann schwer, bestehende Gedächtnisinhalte abzurufen. Das Speichern von Erinnerungen funktioniert im Gegensatz zu Alzheimer noch lange Zeit gut. Kennzeichnend sind die eingeschränkte Aufmerksamkeit, Schwierigkeiten bei der Planung von Aufgaben und beim Lösen von Problemen sowie Beeinträchtigungen des räumlichen Sehens
- Relativ oft Verhaltensstörungen und Halluzinationen
- Depressionen sind eine typische Begleiterscheinung
- Während sich die Parkinson-Demenz recht gut von der Alzheimer-Demenz unterscheiden lässt, hat sie viele Gemeinsamkeiten mit der Lewy-Körperchen-Demenz. Bei dieser treten zunächst – ähnlich wie bei Parkinson – Bewegungsstörungen auf. Allerdings treten hier bereits im ersten Jahr nach Beginn der motorischen Symptome auch Zeichen der Demenz auf. Die Lewy-Body-Demenz schreitet rascher fort als die Parkinson-Demenz. Die Abgrenzung der beiden Krankheiten ist oft nicht einfach

#### Chorea Huntington

Die Chorea Huntington Krankheit ist eine vererbte Nervenkrankheit. Es handelt sich um eine fortschreitende Erkrankung, die meist zwischen dem 40. und 50. Lebensjahr ausbricht. Innerhalb von einigen Jahren kommt es zu unkontrollierten Bewegungen, Demenz und Wesensveränderungen. Die Ursache für die Chorea Huntington ist eine Genveränderung (Mutation) auf dem Chromosom 4. Infolge der Mutation wird das gebildete Eiweiß mit der Bezeichnung Huntington verändert und die Nervenzellen werden zerstört, sodass in bestimmten Hirnbereichen Nervenzellen absterben. Kinder von Eltern, bei denen ein Elternteil die Genveränderung trägt, erkranken mit einer Wahrscheinlichkeit von 50% ebenfalls. Fast alle Erkrankungsfälle beruhen auf einer von einem Elternteil vererbten Mutation. Sehr selten, etwa in 3% der Fälle, trägt keiner der leiblichen Eltern eine Genveränderung. In diesen Fällen entsteht die Erkrankung durch eine Neumutation des Gens.



### Typische Symptome

- Generell tritt diese Krankheit zwischen dem 35. und 45. Lebensjahr auf. Sie unterscheidet sich in neurologischen (Bewegungsstörungen) und psychischen (z. B. leichte Reizbarkeit, Persönlichkeitsveränderung) Auffälligkeiten. Der Krankheitsverlauf ist im Früh- und Spätstadium unterschiedlich. Ein später Erkrankungsbeginn ist häufig mit einem milderen Krankheitsverlauf verbunden
- Komplikationen treten aufgrund des gestörten Zusammenspiels der Muskelbewegungen auf, die zu Schluck- und Atemstörungen führen. Die häufigsten Todesursachen sind Atemstörungen und Lungenentzündungen (Pneumonie) durch Verschlucken

### Multi-Infarkt-Demenz MID

Diese Form der Demenz wird durch viele kleine, zum Teil unbemerkte Schlaganfälle verursacht. Dadurch kommt es zu einer Unterbrechung der Durchblutung bestimmter Hirnbereiche. Die betroffenen Gehirnabschnitte sind besonders für die Kontrolle des Gedächtnisses, der Sprache und der Lernfähigkeit verantwortlich. Bei den meisten betroffenen Mitmenschen treten Sprachprobleme, Stimmungsschwankungen, epileptische Anfälle und Halbseitenlähmung oder Lähmung der Arme und Beine auf. Schlaganfall und Herzinfarkt entstehen durch eine dauerhafte Schädigung der Blutgefäße. 9 von 10 Demenzkranken leiden an der Alzheimer-Demenz oder der Vaskulären Demenz, die das Absterben von Hirnzellen veranlassen. Dabei muss es nicht zu einem manifesten Hirnschlag kommen.

### Risikofaktoren

für die Multi-Infarkt-Demenz sind die gleichen wie für Schlaganfälle oder Herzinfarkte: Hoher Blutdruck, hohes Cholesterin, Rauchen

Es gibt auch eine Mischform von Alzheimer- und Multi-Infarkt-Demenz. Bei diesen Menschen findet man sowohl Gefässverschlüsse (Durchblutungsstörungen im Gehirn) wie auch typische Veränderungen der Alzheimer-Krankheit.

### Alkohol-Demenz

Nach jahrelangem Überkonsum von Alkohol sterben kontinuierlich Hirnzellen ab, und im Endstadium kommt es zu einer demenzähnlichen Erkrankung, dem Wernicke-Korsakow-Syndrom.

### Typische Symptome

- Beeinträchtigt Erinnerungsvermögen sowie eingeschränkte Denkprozesse
- Akute Verwirrtheit (Delirium)
- Zeitweise enthemmtes Verhalten

### Aids-Demenz

Die Aids-Demenz kann sich theoretisch zu jedem Zeitpunkt der Aids-Erkrankung manifestieren, wobei das Vollbild der Demenz vor allem in den fortgeschritteneren Krankheitsstadien zu finden ist.

### Typische Symptome

- Schleichender Beginn durch kognitive, motorische und Verhaltens-Anomalien (Unregelmässigkeiten), z.B.: Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen
- Berufliche Überforderung bei komplexeren Aufgabenstellungen
- Psychomotorische Verlangsamung mit Minderung des Antriebs
- Wesensveränderung und Verhaltensabweichungen mit sozialem Rückzug
- Angstzuständen
- Hyperaktivität
- Reizbarkeit bis hin zu Psychosen

### Medikamente

Schlafmittel beeinträchtigen die Hirnfunktionen vor allem, wenn sie regelmässig und über lange Zeit eingenommen werden. Bei älteren Menschen werden diese Medikamente langsamer abgebaut. Eine für jüngere Person normale Dosis über längere Zeit eingenommen, kann dazu führen, dass das Medikament nie ganz abgebaut wird und daher die Hirnfunktionen beeinträchtigt werden. Auch gewisse andere Medikamente können als Nebenwirkung die Hirnfunktionen stören.

### Empfehlung der Schweizerischen Alzheimer-Vereinigung

Eine genaue Abklärung bei Verdacht auf eine Demenz ist wichtig. Es genügt nicht, zunehmende Vergesslichkeit als normale Alterserscheinung stehen zu lassen. Den wenigen Mitmenschen, welche eine behandelbare Demenz haben, würde damit ein äusserst schlechter Dienst erwiesen. Auch den Personen, die an Alzheimer und anderen Demenzen leiden, deren Verlauf nicht wesentlich beeinflusst werden kann, kann das Leben mit entsprechenden sozial-medizinischen Massnahmen und Medikamenten erleichtert werden; ebenso ihren Angehörigen.

### Jürg Kruger, Heimleitung

Bildportraits: Elisabeth Marti, Subingen

### Literaturnachweis:

Dokumentation Alfred Siegrist, Muttenz, Weiterbildung 2007, Schweizerische Alzheimer Vereinigung; Deutsche Alzheimer Gesellschaft; Lifeline Medizin im Internet; Margitta Bieker 2004, Sisyphos Liste; Onmeda, Gesundheitsportal; Dissertation von Achim Labuhn, 2002, Klinik der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf



Hans Schaller und Martha Schwarzwald



Therese Gasser

## Die Verantwortlichen



Beatrice Roth



Michaela Stämpfli



Simone Lätt

### Stiftungsrat

Ernst Aebi, Präsident  
Erich Boggio, Kassier  
Ernst Bürki  
Margrit Gilgen  
Edith Gyger, Stv. Präsidentin  
Jürg Ischi  
Hermann Schmidli  
Elisabeth Sciboz  
Roland Studer  
Heidi Zürcher

### Geschäftsleitung

Erich Boggio  
Christophe Bosshart, Stv. Vorsitz  
Edith Gyger, Vorsitz  
Rosmarie Habegger  
Kurt Jenni

### Heimleitung und Mitarbeiter/innen

Käthi Bartlome  
Fabienne Berthoud  
Miriam Bettschen  
Gabriella Binggeli  
Elisabeth Biser  
Deborah Bohren  
Veronika Bucher  
Anita Eggimann  
Daniela Fischer-Turnheer  
Priska Fischer  
Doris Gerber  
Christine Grundbacher  
Sibylle Gschwend  
Elsbeth Jost  
Sandy Kanna  
Judith Kiss  
Silvia Klossner  
Jürg Kruger  
Elisabeth Kunz  
Maria Läng  
Maja Lanz  
Simone Lätt  
Gabi Leuenberger-Loosli  
Judith Leuenberger  
Elisabeth Marti  
Ruth Moser  
Heinz Neuenschwander  
Yvonne Niederhauser  
Sandra Rhiner  
Verena Rohrbach  
Beatrice Roth  
Heinz Röthlisberger  
Karin Salvisberg  
Ursula Schöpfer  
Beatrice Schwab  
Ruth Sperti  
Michaela Stämpfli  
Andrea Strub  
Biljana Tasic  
Daniela Walther  
Annarös Zedi  
Silvia Zurbuchen

## Im Mösli wohnen

### Heim

Mathilde Balmer  
Erna Berger  
Edith Biedermann  
Emma Bieri  
Lora Blaser  
Emma Bürki  
Frieda Bütikofer  
Johanna Epprecht  
Bendicht Fischer  
Frieda Gasser  
Therese Gasser-Wild  
Martha Gerber  
Ruth Grossenbacher  
Otto Günter  
Martha Gurtner  
Hermine Gygax  
Dora Haeny  
Frieda Heller  
Elisabeth Hess  
Heidi Hirschi  
Anna Kämpf  
Verena Kilchenmann  
Marie Knuchel  
Aloisia Kummer  
Heidi Lucy  
Berta Lüdi  
Alice Mathys-Grimm  
Emma Mathys  
Rosmarie Mellenberger  
Alice Peyer  
Alfred Ryser  
Hans Schaller  
Marianne Scheidegger  
Emma Schlup  
Martha Schwarzwald  
Walter Stoll  
Leni von Arx  
Anna Walther  
Alice Wanner  
Johanna Werthmüller

### Siedlung

Marie Eberhard  
Nelly Dürig  
Martha Gerber  
Hans Kaderli  
Margaritha Kehrl  
Käthi Kneubühl  
Rösli Knuchel-Minder  
Heinz Ledermann  
Friedrich und Verena Pfister  
Julia Rohrbach  
Klara Röthlisberger  
Margaretha Schrott  
Klara Siegenthaler  
Fritz Sommer  
Verena Weber  
Hans Werthmüller  
Ernst Widmer

Stand per 31.12.2007



**Mösli · Zentrum für Wohnen, Betreuung und Pflege im Alter**

Waldstrasse 54 · CH-3427 Utzenstorf · Telefon 032 666 45 11 · Telefax 032 666 45 12  
info@zentrummoesli.ch · www.zentrummoesli.ch