

Diagnostik und Beratung bei Altersdemenzen

1. Im Alter dement – normal oder nicht?

Die Altersdemenzen nehmen stetig zu, weil deren Hauptrisikofaktor, eben das Alter in Jahren, auf immer mehr Menschen zutrifft; in den letzten 50 Jahren hat sich die Lebenserwartung in den westlichen Industrienationen verdoppelt. Bei Umfragen zur Prävalenz der Demenzerkrankungen wird das Vorkommen von Altersdemenzen allerdings regelmässig massiv *überschätzt*.

Dement sind in der Schweiz von den:

60-64-Jähr.	: 0,7 %
65-69-Jähr.	: 1,4 %
70-74-Jähr.	: 2,8 %
75-79-Jähr.	: 5,6 %
80-84-Jähr.	: 10,5 %
85-89-Jähr.	: 20,7 %
> 90-Jähr.	: 38,6 %

Die Anzahl Demenzkranker verdoppelt sich also alle 5 Lebensjahre. Sie sehen an diesen Zahlen, dass Alter nicht gleich Demenz ist; Demenz ist eine *Alterskrankheit*.

Mit der Diagnostik und der anschliessenden Beratung bei den irreversiblen Demenzen wollen wir uns in der nächsten halben Stunde beschäftigen. Wir werden dabei kennenlernen, wie die ambulante Demenzabklärung in einer deutschschweizerischen Gedächtnissprechstunde oder Memoryklinik vor sich geht, werden insbesondere die neuropsychologische Demenzdiagnostik ins Auge fassen, werden das Diagnosegespräch der beteiligten Fachleute und das Schlussgespräch mit der Familie betrachten. Die Beratungsprinzipien für Betroffene und Angehörige stehen gegen Schluss des Vortrags im Mittelpunkt der Überlegungen.

2. Die ambulante Demenzabklärung

Ambulante Demenzabklärungen werden seit gut 10 Jahren in der Schweiz in Gedächtnissprechstunden oder Memorykliniken angeboten; in Basel befindet sich gar die älteste Memoryklinik Europas; bedenkt man, dass Alois Alzheimer seine erste Beschreibung einer ‚eigenartigen Erkrankung der Hirnrinde‘ 1907 veröffentlicht hatte, ist viel Zeit verstrichen; dies gilt es natürlich auf dem Hintergrund der Bevölkerungsentwicklung zu verstehen.

In der Regel reagiert der Hausarzt auf die konkrete Demenzvermutung, die meistens von den Angehörigen stammt und übrigens sehr häufig den Nagel auf den Kopf trifft, mit zwei screening-Verfahren (MMS, Uhrentest) und überweist bei alarmierenden Befunden in die

Spezialabklärung in Memoryklinik oder Gedächtnissprechstunde. Diese finden sich heute schweizweit, eine Übersicht zum Beispiel unter www.alzheimerforum.de.

Ablauf der ambulanten Demenzabklärung

In der Spezialabklärung findet eine intensive **interdisziplinäre ambulante Abklärung** statt, die etwa einen Tag dauert. Die Abklärung besteht aus einer umfassenden (Sozial-Fremd-) **Anamnese**, der **neuropsychologischen Testung**, der **medizinischen Untersuchung** und der strukturierten **Verhaltensbeobachtung**. Nicht zu vergessen natürlich das **Gespräch** über Befund, Diagnose, Massnahmen mit PatientIn und Angehörigen. Doch eines nach dem andern. Die Abklärung führt in der Regel zur weiteren **psychosozialen Begleitung** einer demenzerkrankten Person und ihrer Angehörigen.

Im Prinzip kann man sagen, dass erfahrenen Fachleuten eine umfassende zuverlässige Anamnese mit grosser Wahrscheinlichkeit eine korrekte Demenzdiagnose ermöglicht. Ein Ziel der Anamnese ist es, das prämorbidem Niveau von Kognition, Sozialverhalten und Persönlichkeitsstruktur einschätzen zu können. Das ist Voraussetzung für eine korrekte Diagnose. Das Problem der Anamnese bei Demenzvermutung liegt unter anderem darin, dass es in der Sache liegt, dass die Eigenanamnese nicht immer zutreffende Informationen liefert, weil Demenzbetroffene die Übersicht über relevante Fakten ihres Lebens bereits früh im Krankheitsverlauf nicht mehr vollständig haben; *Fremdanamnese* muss stattfinden.

Die **Sozialanamnese**¹ wird von einer Sozialarbeiterin, Gerontologin oder Psychiatrieschwester mit einer nahen Bezugsperson des / der Pat. durchgeführt und berührt viele Themenbereiche. Sie stellt direkte patienten- oder störungsbezogene Fragen nach der Vorgeschichte und fragt, da Demenzdiagnostik Unterschiedsdiagnostik ist, nach heutigen und früheren Gewohnheiten und nach beobachteten Veränderungen. Thematisch berührt die Sozial-Fremd-Anamnese: Alltagsbewältigung, Sozialkompetenzen, Kognitionen, Verhalten, Emotionen/Stimmung, fragt auch danach, ob die Bezugspersonen sich schon Gedanken gemacht hätten darüber, was für Lösungen es geben könnte (→ Heim als Vorhaben oder Phantasie?), fragt nach subjektiven Krankheitstheorien und Erwartungen an Abklärung und Beratung. Zudem wird den Angehörigen ein Belastungsfragebogen über die subjektiven Belastungen mitgegeben. Die Fremdanamnese dauert selten unter 2 Stunden und wird von den Angehörigen in der Regel als belastend und befreiend zugleich erlebt.

Die **neuropsychologische Testung** des Patienten beginnt mit einer ergänzenden psychologischen Anamnese, in welcher der/die Pat. nach subjektiven Beschwerden und subjektiven Eindrücken der Einbussen gefragt wird. Redundanz ist ein wichtiges Prinzip der Demenzdiagnostik.

In der ersten Stunde der aus Erholungsgründen meist geteilten neuropsychologischen Untersuchung beginnt man mit dem **CERAD**², einer neuropsychologischen Testbatterie, die im deutschsprachigen Raum als *die* Basis-Demenztestbatterie gilt und deren Normen für die Schweiz an der Universität Basel bestimmt wurden. Der CERAD³ testet die Sprachproduktion, das (visuelle) Erkennen, die Lernfähigkeit für verbales und figürliches

¹ siehe Anhang

² CERAD via Internet:

<http://tools.healthandage.com/cerad/>

³ siehe Anhang

Material, die konstruktive Praxis und enthält zudem einen vollständigen MMS (screening-Test, den ja auch der Hausarzt meist durchgeführt hat). Ergänzend zum CERAD testen wir noch die Praxis auf zwei verschiedene Arten und das Kopfrechnen.

Wenn in der ersten Stunde der neuropsychologischen Abklärung noch Zeit bleibt, der CERAD dauert 40-50 Minuten, kann mit der ergänzenden Testung begonnen werden. In dieser werden diverse exekutive Funktionen wie Handlungsplanung, Abstraktionsfähigkeit und Urteilsvermögen mit entsprechenden Untertests aus dem HAWIE untersucht, wird das Gedächtnis vertieft abgeklärt mittels MVGT, wenn die Ergebnisse des CERAD bezüglich Mnestic zu wenig differenziert sind (MVGT, Münchner Verbaler Gedächtnistest, nur bei vermutlicher beginnender Demenz sinnvoll oder als Hilfe zur Differentialdiagnosestellung Demenz vs. Depression). Die Interferenzanfälligkeit (Lösungsstrategie beibehalten bei Störung durch andere sich aufdrängende Lösungsstrategie) wird mittels Farb-Wort-Test untersucht, möglicherweise wird ein Beck's Depressionsinventar vorgelegt, um den Schweregrad einer allfälligen Depression abzuschätzen.

Die Tests werden sofort nach der Untersuchung ausgewertet, und die Ergebnisse werden in einem **neuropsychologischen Ausfallprofil**⁴ zusammengetragen. Das Profil ist nach Hirnfunktionen (Orientierung, Mnestic, Sprachfunktionen, Praxis, Erkennen, Exekutivfunktionen sowie Affekt / Verhalten / Aufmerksamkeit) gegliedert und erlaubt eine schnelle Übersicht über die auffälligen und die intakten kognitiven Funktionen. Das Ausfallprofil ist Basis für Befundformulierung und Diagnosevorschlag seitens der Psychologin in der Diagnosekonferenz und Basis für den Abklärungsbericht.

Die **strukturierte Verhaltensbeobachtung** ist ein weiterer wichtiger Bestandteil der ambulanten Demenzabklärung. Die Beobachtung findet über den Mittag statt und wird von derjenigen Sozialarbeiterin, Gerontologin oder Psychiatrieschwester durchgeführt, die schon die Sozialanamnese durchgeführt hat. PatientIn und Angehörige werden vorweg über die Beobachtung informiert. Auch hier werden die Bereiche Orientierung, Kommunikation, Erkennen, Alltagskompetenzen, soweit sie in der Situation vorkommen, und die psychische Verfassung eingeschätzt; es gibt ein vorgefertigtes Formular für die Erfassung der Beobachtungsbefunde⁵.

Die etwa einstündige **ärztliche Untersuchung** durch GeriaterIn oder möglichst GerontopsychiaterIn rundet den anstrengenden Abklärungstag für den Patienten ab. Ohne umfangreiche Laboruntersuchungen und meistens ein bildgebendes Verfahren ist die ärztliche Untersuchung nicht denkbar.

Die **Diagnosekonferenz** bringt alle an der ambulanten Demenzabklärung beteiligten Fachleute (Ärztin, Psychologin und Sozialarbeiterin / Gerontologin / Psychiatrieschwester) noch am Untersuchungstag an einen Tisch. Es geht sodann um das Erarbeiten einer expliziten Diagnose und die Vorbereitung des Gespräches mit Patient / Patientin und den Angehörigen, das in der Regel innerhalb einer Woche nach dem Untersuchungstag stattfindet.

Das **Schlussgespräch mit Patient/Patientin** und Angehörigen (es werden möglichst viele der direkt involvierten zum Gespräch eingeladen), zu dem meistens zwei der beteiligten Fachleute einladen (Ärztin darunter), hat folgendes zum Inhalt: Zusammenfassung der Untersuchungen, Mitteilen der Befunde (notabene der unauffälligen wie der auffälligen), nennen der (vermuteten) Diagnose und, wenn die noch unklar, der weiteren Massnahmen (Bildgebung, Verlaufsuntersuchung, weitere medizinische Abklärungen) zur Dia-

⁴ siehe Anhang

⁵ siehe Anhang

gnosefindung und die therapeutischen Massnahmen. Dieser letzte Aspekt ist der wichtigste, folgenreichste und nimmt daher einen Grossteil der Gesprächszeit ein.

3. Beratung und Begleitung von Betroffenen und Angehörigen

Die Diagnose irreversible Demenz ist eine der einschneidendsten psychiatrischen Diagnosen überhaupt. Die irreversiblen Demenzerkrankungen, deren häufigste und bekannteste die Alzheimer-Demenz ist, verändern in ihrem meist 5-10jährigen klinischen Verlauf die Betroffenen so nachhaltig wie keine andere seelisch-geistige Erkrankung. Unter den einschneidenden Folgen der Krankheit leiden Betroffene und Angehörige, von deren Leiden wir aus naheliegenden Gründen mehr wissen. Irreversible Demenzerkrankungen labilisieren langjährige Beziehungen und stellen die Lebensplanung völlig um; schmerzhaft und belastende Neuanpassungen sind nötig und führen häufig zu Überforderungen; das Risiko für psychische Störungen bei Angehörigen Demenzerkrankter ist, wie schon lange bekannt, erhöht.

Die Beratung / Begleitung von Betroffenen und Angehörigen ist mithin wichtiger Bestandteil der Demenzbehandlung. Eine Demenzbehandlung, die sich auf eine korrekte Medikation beschränkt, ist keine.

Betroffene

Was kann neben einer korrekten Medikation für die Betroffenen am Anfang einer Demenz getan werden? Nur einige wenige therapeutische und unterstützende Massnahmen seien genannt:

- kognitiv-soziale Aktivierung (wird oft Gedächtnistraining genannt, das trifft es aber genaugenommen nicht, das Programm ist umfassender)
- Aktivierung, auch im Bereich Bewegung (SpazierbegleiterInnen als Beispiel)
- Gewohnheitsbildung unterstützen durch diverse Massnahmen / Anregungen (gleichbleibender Tagesrhythmus etc.)
- Supportgruppen, sinnvoll im Frühstadium = psychosoziales Interventionsprogramm = professionell geleitete Diskussionsgruppen mit relativ vielen Vorgaben und Strukturen. Effekte in CH noch nicht erforscht, durchgeführt werden sie.

Angehörige

Die Beratung, Begleitung und Unterstützung der Angehörigen beginnt beim Mitteilen der Diagnose. Die immer zu erwartende Verunsicherung im gesamten Lebensgefüge durch die Diagnose einer irreversiblen Demenz bei Partner, Partnerin oder Elternteil verlangt eine konstante professionelle Unterstützung als *Bringschuld* der entsprechenden Stellen. Diese konstant, sensibel und zureichend zu gestalten, ist eine grosse Herausforderung, gerade für uns PsychologInnen, deren Zuwendung in diesem Fall *nicht* bedeutet, dass die Angehörigen psychisch krank sind. Sie sind in extremem Mass belastet.

Methodische Leitlinien der Angehörigenberatung für psychosoziales Fachpersonal beinhalten unter anderem folgendes:

- Biographie, Beziehungsgeschichte, allenfalls Motive für die Pflege kennenlernen
- Erfassen der Belastungen
- Interaktionsbeobachtungen bei Problemen (nicht nur durch Erzählungen Problem kennenlernen)
- Schulung der Wahrnehmung für kleine und kleinste Veränderungen
- Berücksichtigung der eigenen (gemeint ist: der beratenden Fachperson) Einstellung zu Altersfragen, auch zu Pflege in Heim oder Familie
- Bewusstsein für die schwer definierbare Grenze zwischen Beratung und Psychotherapie
- Differenzieren in Begleitung von *Partnern und PartnerInnen* und Begleitung von *Söhnen / Töchtern* der Demenzkranken

Ziele der Angehörigenberatung Demenzkranker sind unter anderem:

- Ausdruck des Belastungserlebens fördern
- Ausdruck ambivalenter Gefühle anregen, wo immer möglich
- Anerkennung und Bestätigung u.a. durch Bedeutung der Effekte von Zuwendung / Pflege
- Unterstützung in Bereitschaft, Hilfe annehmen zu können
- Bewahren, ‚Hüten‘ der positiven Beziehungsgeschichte und der gegenwärtigen positiven Anteile der Beziehung

Forschungsarbeit an den Copingstrategien Betroffener und Angehöriger und Erforschung der optimalen psychosozialen Unterstützungsformen hat stark präventiven Charakter: Wenn wir dereinst wissen, was einen angstfreieren, offeneren Umgang vor allem mit den frühen, umfassenden Belastungen der irreversiblen Demenzerkrankung fördert und was ihn hindert, könnten wir immer mehr diejenigen Belastungen vermeiden, die durch ungünstige Reaktionen der Kranken und ihrer Angehörigen entstehen. Der zunehmende Verlust der kognitiven und sozialen Selbstbestimmung ist in unserer Gesellschaft und Kultur gefürchtet und führt schnell zu einem frustrierenden Ungleichgewicht in den sozialen Beziehungen. Wir haben trotz nicht unbeträchtlichem Wissenszuwachs in den letzten Jahren noch zu wenig Kenntnis darüber, wie wir als Fachleute systematisch dazu beitragen können, dass die Interaktionen zwischen Demenzkranken und ihren Familien so wenig wie möglich durch unsensibles Nichteingehen auf Symptome und durch Nichtwissen von Krankheitsfolgen belastet werden.

Ausgewählte Literatur zum Thema (Alzheimer-) Demenz

- Ermini-Fünfschilling, D. (1998). **Habe ich Alzheimer?** Bern: Novartis Pharma Schweiz
AG. zu bestellen unter: 031.377 51 11 / Fax 031.377 52 11 (gratis)
- Förstl, H. (1997). **Lehrbuch der Gerontopsychiatrie.** Stuttgart: Enke
- Hock, C. (Hrsg.) (2000). **Die Alzheimer-Krankheit.** Tübingen: Narr
- Krämer, G. (1996). **Alzheimer-Krankheit.** Stuttgart: Trias
- Kruse, A. (Hrsg.)(1998). **Psychosoziale Gerontologie.** Band 1: **Grundlagen**; Band 2: **Intervention.** Göttingen: Hogrefe
- Oesterreich, K. (1993). **Gerontopsychiatrie.** München: Quintessenz

- Parkin, A.J. (2000). **Erinnern und Vergessen**. Bern: Huber
- Weis, S. (1997). **Handbuch Morbus Alzheimer: Neurologie, Diagnose, Therapie**. Weinheim: Psychologie Verlags-Union
- Zaudig, M. & G. Berberich (2001). **Demenzen im Alter- Aktuelle Diagnostik und Therapie für die Praxis**. Bremen: UNI-MED Verlag

Ambulante Demenzabklärung: Sozialanamnese

Name des / der Pat.:
Datum der Abkl.:

Jahrgang:
Soz.anamn. durchgeführt von:

Hauptproblem / Grund der Untersuchung (aus Sicht der Angehörigen)

spontan berichten lassen und genau aufschreiben

„Was ist das Hauptproblem?“ „Was glauben Sie, warum hat Hausarzt IhreN VerwandteN angemeldet?“
„Worum geht es hier?“

Erwartungen der Ang. in Bezug auf Abklärung

„Was haben Sie für Erwartungen an diese Abklärung? Was denken Sie, was wir für Sie tun können?“

Nicht widersprechen, keine Stellungnahme, auch wenn ganz 'Unrealistisches' kommt

was vermuten Ang. als Gründe für die Probleme d. Pat.?

„Womit, glauben Sie, hängen die Schwierigkeiten, die der Grund der Abklärung sind, zusammen?“

Am besten das Problem so bezeichnen wie die Angehörigen in Frage nach 'Hauptproblem' selber.

Was hat sich verändert? (spontan berichten lassen)

Frage nach den Unterschieden oder danach, wie Ang. gemerkt oder begonnen zu vermuten, dass etwas nicht mehr stimmt. „Was ging früher noch und geht heute nicht mehr?“ Versuchen herauszufinden, ab wann Krankheitsbewusstsein oder Störungsbewusstsein.

in den letzten vier Wochen:

* Gedächtnis	
setzt Unterhaltung richtig fort, wenn diese unterbrochen	
wiederholt im Gespräch immer den gleichen Punkt	
Namen von engen Freunden, Enkeln, weiteren Verwandten	
erinnert sich, wo Kleider und andere Dinge liegen	
verwechselt Personen	
erinnert sich an Abmachungen, Familiendaten, Medikationen	
erzählt nachvollziehbar von früher	
* Orientierung	
selbständiges Reisen über Nachbarschaft hinaus: findet sich in Wohnung, im Dorf, im Quartier zurecht wie früher	
weiss heutiges Datum / kann mit Zeiten umgehen und Uhr lesen	
kommt draus bei Situationen	
weiss alle relevanten Daten über sich	
* soziales Verhalten	
hilft anderen, soweit körperlich imstande dazu	
nimmt Kontakt mit Personen der Umgebung auf	
hält Kontakte mit Freunden oder Angehörigen aufrecht	
wirkt im Kontakt mit Freunden oder Angehörigen positiv	

nimmt Anteil an Vorgängen seiner / ihrer Umgebung

*** Verhaltensprobleme**

reizbar / zänkisch, wenn man etwas fragt

aggressiv (Worte, Taten)

eigensinnig, hält sich nicht an Regeln?

läuft davon

*** Stimmung, Wahnideen, Halluzinationen, Verkennungen**

Unterschiede zu früher?

sagt oft, er/sie sei traurig

sagt, er/sie fühlt sich wertlos

wirkt traurig, weinerlich, ratlos

scheint gut gelaunt

freut sich auf bestimmte Anlässe

sieht / hört / riecht Dinge, die andere nicht wahrnehmen

hat wahnhaftige Ideen

verkennt Personen

*** Schlaf**

Einschlafen

Durchschlafen

selbständig aufstehen

Verwirrtheit nach Tagesschlaf

Tag-Nacht-Umkehr

Medis z. Schlafen

*** gewohnte Tätigkeiten / Haushalt / Umgang mit Geräten**

beachtet und versteht bestimmte Sendungen am Radio / Fernsehen (wie früher)

Lesen: Bücher, Zeitungen, Zeitschriften (wie früher)

bemüht sich um Ordnung

kann Besorgungen machen (Umfang der Besorgungen)	
pflegt ein Hobby	
abwaschen / Haushaltstätigkeiten (wie früher)	
Bedienung von Geräten	
Garten / Pflanzenpflege	

hier ganz speziell nach Veränderungen fragen, denn dieser Bereich ist sehr individuell

* Geldangelegenheiten	
generell: wie früher?	
Schreiben von Checks	
Zahlen von Rechnungen	
Buchhaltung	
Steuererklärung	
Zusammentragen von Steuerbelegen und Ausfüllen von Geschäfts- oder Versicherungsformularen	
Umgang mit Bargeld	
Übersicht über Ausgaben etc.	

* Körperpflege und Kleidung	
Duschen, waschen, baden: selbständig? Hilfe?	
rasieren	
Haare kämmen	
schminken	
Stuhlgang / Urin: Kontinenz, Inkontinenz, muss man auf dem WC helfen?	
verlässt Haus in ungeeigneter Kleidung	
selbständig anziehen; selbständig Kleider auswählen	

* Essen und Trinken	
Herstellen ausgewogener Mahlzeiten oder aber mindestens Zubereiten kleiner Mahlzeiten (wie früher; fragen nach Tee- und Kaffekochen)	
Herd ausschalten	

ernährt sich von sich aus ausgewogen	
Probleme beim Essen (aufstehen, zu schnell oder zu langsam essen, keine Gespräche mehr möglich, 'Manieren')	
* Sprache	
findet das richtige Wort oft nicht	
versteh nicht, was man ihm/ihr sagen will, obwohl er / sie es gehört hat	
fällt nichts ein zu reden	
redet daneben	
Aussprache verändert?	
spricht Leute von sich aus an	
kann plaudern wie früher	
* Mobilität	
Veränderungen	
geht allein aus dem Haus	
Laufen, spazieren, wandern	
Fahrzeuge: Auto, Velo	
Initiative von sich aus	
wenn verändert: wegen Orientierungs- oder wegen Mobilitätsschwierigkeiten?	

Kurze biographische Angaben mit Schwerpunkten Bildung, Beruf und Hobbies

Haben Sie bereits über Lösungen nachgedacht?

Weitere Bemerkungen / offene Fragen

Haben wir etwas vergessen? Gibt es etwas, was ich gar nicht angesprochen, gefragt habe, was aber für Sie wichtig ist?

Belastungsfragebogen für Angehörige incl. Couvert mitgeben. Kurz erläutern.

verbleiben

weiterer Ablauf heute für Pat., Ende der Unters. für Pat., Termin für Schlussgespräch wird telefonisch ausgemacht.

Name d. Pat.:
Datum der Testunters.:

Geb.datum:

Station:

CERAD / Rechnen / Praxie

CERAD			
Verbale Flüssigkeit 'Tiere'			
Test 2 Kleidungsstücke. Abbr. nach zweimaliger Instr. Ø Rep., Ø Namen. 1 Min.			
0-15	16-30	31-45	46-60
			total

Boston Naming					
Sagen Sie mir, wie die Dinge heissen. Pro Bild 10 Sek. Wörtl. Antw. aufschreiben. Spontankorr. gilt.					
Baum	Bett	Trillerpfeife	Blume	Haus	: /5
Kanu	Zahnbürste	Vulkan	Maske	Kamel	: /5
Mundharm.	Zuckerzange	Hängematte	Trichter	Dominosteine	: /5
total					/15

MMS						
Jahr	Jahreszeit	wievielter	Wochentag	Monat	Land	
Kanton	Ort	Stock	Inst.			/10
Bitte wdhl. Sie die 3 Worte & versuchen zu merken. Werde Sie später bitten, sich an sie zu erinnern. Pkte nur, wenn sofort richtig wdhl.						
Zitrone	Schlüssel	Ball				/3
vorw. und rückw buchstabieren						
Preis						/5
Sierp						/5
Abruf: welches waren die drei Worte?						
Zitrone	Schlüssel	Ball				/3
Armbanduhr	Bleistift	benennen				/2
Bitte keine Wenn und Aber (nachsprechen, nur 1 Versuch)						/1
Bitte lesen und machen: Schliessen Sie die Augen						/1
Blatt Papier: rechte Hand		falten		auf Schoss legen		/3
vollständigen Satz aufs Papier schreiben						/1
Figur (2 Fünfecke) abzeichnen auf selbes Blatt						/1
total MMS						/30

Neuropsychologisches Ausfallprofil

Name d. Pat.:
 Untersuchungsdatum:

Geb.datum:
 UntersuchendeR:

Station:

	unauffällig	leicht auffällig	auffällig	Bemerkungen
Orientierung				
personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pers.verkennung?				
Sprache				
Spontansprache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sprachverständnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aussprache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
semant. Produkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
kategor. Produkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
lesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
schreiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wortfindung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Praxie				
konstruktive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ideomotorische	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ideatorische	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erkennen				
visuell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
akustisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
taktil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mnestik				
Altgedächtnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<u>Neugeächtnis:</u>				
Merkfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Abruf 5'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Abruf 20'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lernkurve	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Exekutivfunkt.				
Planung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Interferenzunterdr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Flexibilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Umstellfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Urteilsvermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Abstraktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rechnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Affekt Verhalten Aufmerksamkeit Konzentration				

Diagnose:

Empfehlungen:

Ambulante Demenzabklärung: Strukturierte Verhaltensbeobachtung

Name Pat.:

verantwortl. BeobachterIn:
Abklärungsteam:

Datum:

	unauf- fällig	braucht Impulse	braucht hie und da Hilfe	unselb- ständig	Bemerkungen
Orientierung zeitlich örtlich situativ evtl. autopsychisch					zeitlich: wenn es sich ergibt, im Gespräch oder beobachten, nicht extra erfragen örtlich: 1mal erklären/zeigen, wo WC und Ruhebett: Findet er/sie es wieder? situativ: nach dem Morgen fragen, aber wie man es 'normal' fragt, nicht wie Test
Kommunikation / Sprache Initiative Wiederholungen Verständnis Wortfindung Aussprache allenfalls: Lesen Schreiben					Initiative: fängt Gespräch oder Plauderei von sich aus an, fragt von sich aus Verständnis: versteht Fragen im Ablauf und antwortet adäquat, versteht komplexere Aufforderungen/ Erklärungen Wortfindung: sagt oft 'Dings' oder 'äh' oder findet Wort nicht. Neuschöpfungen? Lesen, Schreiben: nur wenn es sich ergibt
Gedächtnis Namen Zeiten Örtlichkeiten (Morgen) wiederholt er/sie sich?					Fragen, um Kurzzeitgedächtnis abzuschätzen Fragen nach dem Morgen auch hierfür benutzen (siehe oben, situative Orientierung)
Erkennen richtiger Umgang mit Gegenständen wie Besteck erkennt Sachen als was sie sind? Geruch, Geschmack					Umgang mit Gegenständen am Tisch (Besteck, Salz, Pfeffer) räumt Geschirr sinnvoll zusammen? nestelt er / sie? riecht und schmeckt er / sie normal? (fragen)
Essen Selbständigkeit Genuss Tempo Einschenken/Schöpfen Sozialverh. am Tisch					begleitende Beobachtung allenfalls Verhaltensweisen anregen durch Fragen

	unauf- fällig	braucht Impulse	braucht hie und da Hilfe	unselb- ständig	Bemerkungen
Hygiene allein aufs WC? wenn nein: wo Hilfe? Händewaschen					begleitende Beobachtung allenfalls Verhaltensweisen anregen durch Fragen
Praktisches Jacke an- /abziehen Tablett abräumen adäquat b. Mittagsruhe?					begleitende Beobachtung allenfalls Verhaltensweisen anregen durch Fragen
Verhalten Aufmerksamkeit Kooperation Flexibilität					fähig, in der Alltagssituation Informationen aufzunehmen und zu verarbeiten? ruhig um kleinere Handreichung bitten, um Kooperation abzuschätzen Anpassung an die völlig neue Situation Umgang mit unbekanntem Menschen, Orten
Körperliches Schmerzen Gang Koordination Zittern Sehen Hören					Schmerzen: erfragen Gang, Koordination, Zittern: beobachten Sehen, Hören: beobachten und erfragen
psych. Verfassung Stimmung, Affekt Depr., Wahn, Frustr.tol. Schreckhaftigkeit Selbsteinschätzung (Un)Geduld					Einschätzung Stimmung: momentane Befindlichkeit (situationsabhängig) Affekt: versuchen, die situationsunabhängige Befindlichkeit zu erfassen. Auf Affektibilität achten: wechseln die Stimmungen schnell? hier ist es nicht sinnvoll, auch nur irgendetwas zu erfragen