

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

DEMENZ-ERKRANKUNGEN

Häufigkeit – Geschlecht – geographische Unterschiede – Ko-Morbidität – psychosoziale Folgen – Begriff – Definition – Ursachen – Krankheitsverläufe – Beschwerdebild – die häufigsten Demenz-Formen und ihre Charakteristika – die wichtigsten Untersuchungs-Verfahren – genetische Aspekte – erkrankungsfördernde und -hemmende Faktoren – Möglichkeiten und Grenzen der Therapie: Arzneimittel wie Antidementiva, Neuroleptika, Antidepressiva u. a. sowie nicht-medikamentöse Behandlungsverfahren – Familien-Einsatz – ethisch-rechtliche Probleme – u. a.

Wir werden immer älter. Das nehmen wir gerne hin. Nur hat es auch seine Nachteile, sprich alters-typische Einbußen: seelisch, geistig, körperlich und psychosozial. Das sehen wir zwar irgendwie ein, es macht uns aber doch Sorgen, ja Angst. Letzteres vor allem dann, wenn man nur unbestimmte Befürchtungen entwickelt, die durch ein fundiertes Wissen zumindest gemildert werden könnten. Das gilt besonders für die inzwischen allseits diskutierte Demenz, den erworbenen „Alters-Schwachsinn“, insbesondere die Alzheimer-Krankheit, von der man sich viel folgenschweres erzählt, oft auch auf der Grundlage „trauriger Beispiele“ im näheren oder weiteren Umfeld.

Was gilt es also zu wissen? Dazu eine kurz gefasste Übersicht zu Häufigkeit (wobei die nüchterne Statistik durchaus ent-ängstigend wirken kann!), zu geschlechts- und geographischen Unterschieden u. a. Nicht zu unterschätzen die jeweilige Versorgungs-Komponente und dabei die Patienten-, gesellschaftliche, institutionelle und Angehörigen-Ebene mit ihren eigenen Hintergründen, Ursachen und psychosozialen Konsequenzen. Und schließlich das Krankheitsbild und seine Folgen, beginnend mit Begriff und Definition über Ursachen und Verlauf, mit ihren charakteristischen Merkmalen sowie schließlich die Möglichkeiten und Grenzen einer rechtzeitigen Diagnose durch die heute verfügbaren Untersuchungs-Verfahren (von den kognitiven Tests bis zu den neuroradiologischen Techniken). Und dies noch zur konkreten Unterscheidung der einzelnen Demenz-Formen, d. h. Alzheimer-Krankheit, fronto-temporale Degenerationen, Lewy-Körper-Krankheit, cerebro-vasculäre Störungen u. a.).

Nicht zu vergessen die spezifischen Gesichtspunkte: z. B. das Risiko von Familien-Angehörigen, die sich nicht nur pflegend langsam zu erschöpfen drohen, sondern auch im Sinne eines erblichen Risikos, selber an Demenz zu erkranken. Und die Frage: Was erhöht und was senkt die Erkrankungs-Schwelle für Demenz.

Zum Schluss die Möglichkeiten und Grenzen der Therapie: pharmakologisch (d. h. Antidementiva, Neuroleptika, Antidepressiva u. a.), nicht-medikamentös (mit einer meist unbekanntem Vielzahl von Trainings-Möglichkeiten) und schließlich ethisch-rechtliche Probleme, von der Urteilsfähigkeit bzw. Geschäftsfähigkeit bis zur Fahrerlaubnis. Im Anhang eine Übersicht zu konkreten seelischen, geistigen, körperlichen und psychosozialen Einbußen mit entsprechenden Folgen in Partnerschaft, Familie, weiteren Verwandten- und Bekanntenkreis, Nachbarschaft u. a.

Erwähnte Fachbegriffe:

Demenz – Häufigkeit der Demenz – Häufigkeit nach Lebensalter – Prävalenz der Demenz – Inzidenz der Demenz – Neu-Erkrankungen an Demenz – Altersverteilung der Demenz – Geschlechts-Unterschiede bei Demenz – Demenz bei Männern – Demenz bei Frauen – geographische Unterschiede von Demenz – Lebenserwartung und Demenz – gesellschaftliche Aspekte der Demenz – Multi-Morbidität bei Demenz – Mehrfach-Erkrankungen bei Demenz – Rückzug durch Demenz – gesellschaftliche Isolation durch Demenz – Stigmatisierung durch Demenz – Diskriminierung durch Demenz – „demenz-ferne“ Fachärzte – Verhaltensstörungen durch Demenz – Begriff der Demenz – Definition der Demenz – Klassifikation der Demenz – Beschwerdebild der Demenz – Symptomatik der Demenz – Krankheitsverlauf der Demenz – Prognose der Demenz – Heilungsaussichten bei Demenz – Demenz und Bewusstseinsstörung – Migration und Demenz – Ursachen der Demenz – Krankheitsverlauf der Demenz – Prodromal-Stadium der Demenz – Vorläufer-Stadium der Demenz – leichte kognitive Beeinträchtigungen - MCI – Gedächtnisstörungen durch Demenz – Sprachstörungen durch Demenz – Wortfindungs-Störungen durch Demenz – Benennungs-Störungen durch Demenz – Visuokonstruktion – Erfassungsfähigkeit komplexer Aufgaben bei Demenz – Antriebsarmut bei Demenz – Apathie bei Demenz – Unruhe bei Demenz – Getriebenheit bei Demenz – Erregungszustände durch Demenz – Panikzustände durch Demenz – Überforderungs-Reaktion bei Demenz – Krankheits-Einsicht bei Demenz – Störung der Exekutiv-Funktionen bei Demenz – „Alltags-Einbußen“ durch Demenz – Persönlichkeits-Änderung durch Demenz – Bewusstseins-Trübung und Demenz – Fremd-Anamnese bei Demenz – Neuropathologie und Demenz – Autonomie-Verlust durch Demenz – Diagnose der Alzheimer-Krankheit – Diagnose der fronto-temporalen Degenerationen – Diagnose der Lewy-Körper-Krankheit – Diagnose der Parkinson-Krankheit – Diagnose der cerebrovaskulären Krankheiten – kognitive Tests bei Demenz – Mini-Mental-Status-Test - MMST – DemTect – Früherkennung von Demenz mit Depressions-

Abgrenzung - TFDD – Montreal Cognitive Assessment - MoCA – Uhren-Test – genetische Belastung durch Demenz – erbliche Belastung durch Demenz – Erkrankungs-Schwelle bei Demenz: Bildung, körperliche Aktivität, Hobbys, soziale Kontakte, Lebensfreude, psychosoziale Aktivitäten u. a. – Depression und Demenz – Hypertonie und Demenz – Diabetes mellitus und Demenz – Rauchen und Demenz – Alkohol und Demenz – mediterrane Diät und Demenz – Essens-Gewohnheiten und Demenz – Pseudo-Demenz bei Depressionen – Hypothyreose und Demenz – Unterfunktion der Schilddrüse und Demenz – Normaldruck-Hydrocephalus und Demenz – Therapie der Demenz – Pharmakotherapie der Demenz: Antidementiva, Neuroleptika, Antidepressiva u. a. – Antidementiva-Behandlungserfolg – Neuroleptika-Risiken – Antidepressiva-Unterstützung – nicht-medikamentöse Behandlung der Demenz: strukturierter Tages-Rhythmus, körperliche Bewegung, feste Essens-Zeiten, regelmäßiger Schlaf-Wach-Rhythmus, feste Toiletten-Zeiten, alters-angepasste Ernährung u. a. – kognitions-orientierte Interventionen bei Demenz – tätigkeits-orientierte Interventionen bei Demenz – emotions-orientierte Interventionen bei Demenz – interaktions-orientierte Interventionen bei Demenz – Angehörigen-Beratung bei Demenz – Familien-Einsatz bei Demenz – Sozial-Einrichtungen bei Demenz: Gedächtnis-Sprechstunde, Memory-Kliniken, geronto-psychiatrische Zentren, Schwerpunktpraxen, Beratungsstellen mit den Angeboten von freiwilligen Helfern, Heime mit Kurzzeitpflege, Urlaubs-Angebote für Demenzkranke und Angehörige u. a. – ethisch-rechtliche Probleme bei Demenz: Urteilsfähigkeit, Geschäftsfähigkeit, Sterbehilfe, Fahrerlaubnis – u.a.m.

Das Erfreuliche zuerst: Wir werden immer älter. Und nicht nur dies. Wir können uns in der Mehrzahl dabei auch einer halbwegs stabilen Gesundheit erfreuen: geistig, körperlich, psychosozial. Selbstverständlich gibt es niemanden, der nicht irgendeine Beeinträchtigung, eine Beschwerde oder gar ein Leiden zu verkraften hat. Dies vor allem im so genannten dritten, also höheren Lebensalter, und zwar je älter, desto mehr und durchaus auch beeinträchtigend.

Zieht man allerdings einen fairen Vergleich heran, dann möchte wohl auch niemand mit seinen Vorfahren tauschen. Sie wurden im Durchschnitt nicht so alt wie heute und hatten dabei die gleichen Alters-Krankheiten zu erdulden, nur ohne die heutigen diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Möglichkeiten. Kurz: Wir könnten zufrieden sein.

Sind wir das? Auf den ersten Blick (vor allem die erste Frage: „Wie geht's?“) meist „nicht wirklich“. Bei tieferem Nachdenken hingegen schon. Es könnte schlimmer sein. Einiges aber verbreitet schon Furcht, macht Angst, vor allem beginnend im Rückbildungsalter und schließlich real belastend, ob zugegeben oder nicht, im dritten oder gar vierten Lebensalter (hier die so genannten Hoch-Altrigen). Das betrifft inzwischen nicht nur die rein körperlichen Krankheiten, vor allem aus dem Bereich Herz-Kreislauf, Wirbelsäule und Gelenke, Stoffwechsel u. a., es konzentriert sich inzwischen im wesentlichen auf drei

seelische Störungen, nämlich Burnout (vor allem mittleres Lebensalter), Depressionen (inzwischen praktisch alle Altersstufen, einschließlich Jugend) – und die Demenz. Letzteres bringt also vor allem die Älteren ins Grübeln.

Dabei sollte man sich nicht unnötigen Befürchtungen ausliefern. Das scheint zwar eine überwiegend nationale Bürde zu sein (vor allem Deutschland?), ist als rechtzeitige vorsorgliche Überlegung durchaus nicht falsch, sollte aber den Rahmen der Realität nicht übersteigen. Was heißt das?

DEMENZ: WAS SAGT DIE STATISTIK

In Deutschland leben gegenwärtig etwa 1,1 Millionen Demenzkranke. Zwei Drittel von ihnen sind von der Alzheimer-Krankheit betroffen. Jahr für Jahr treten mehr als 250.000 Neu-Erkrankungen auf. Die Zahl der Demenz-Kranken nimmt infolge der Bevölkerungs-Alterung kontinuierlich zu. Wenn das in dieser Form so weitergeht, wird man bis zum Jahr 2050 etwa 2,6 Millionen Demenz-Kranke betreuen müssen. Dies entspricht einem mittleren Anstieg der Patienten-Zahlen um fast 35.000 pro Jahr (z. B. Statistisches Bundesamt, 11. koordinierte Bevölkerungs-Vorausberechnungen - Annahmen und Ergebnisse. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2006).

Soweit, so bedrohlich – scheinbar. Wissenschaftlich muss man dabei aber zwischen so genannter Prävalenz (Anzahl der Kranken in der Bevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt) und Inzidenz (Anzahl der zuvor gesunden Personen, die im Verlaufe eines Jahres erkranken) unterscheiden. Leider sind diese Statistiken, jedenfalls bis heute, keine exakten epidemiologischen Daten, bestenfalls „hinreichend genaue Schätzungen“, vor allem was die nähere und insbesondere weitere Zukunft betrifft. Interessante Anhaltspunkte sind sie aber allemal. Nur gilt es eben auch einige Aspekte zu berücksichtigen, die sich durchaus als „ent-ängstigende Gesichtspunkte“ erweisen können:

- Gemeint ist beispielsweise die *Prävalenz* von Demenzen in Abhängigkeit vom Alter: Dazu einige Zahlen, wie sie beispielsweise die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. in Berlin vorstellt. So ergibt sich eine *mittlere Prävalenzrate in Prozent mit geschätzter Krankenzahl für ganz Deutschland (82 Millionen Einwohner!)* für die 65- bis 69-Jährigen von 1,2% und damit 66.000 Betroffene. Das wäre in der Regel jene Gruppe, die als Rentner und Pensionäre dem täglichen Arbeits-Stress entflohen sind, sich aber dafür vielleicht sorgenvolle Zukunftsgedanken bezüglich ihrer geistigen Gesundheit machen. Nochmals: 1,2%. Mit dieser „statistischen Bedrohung“ lässt sich eigentlich leben.

Und wie geht es weiter: 70 bis 74: 2,8%/111.000; 75 bis 79: 6,0%/184.000; 80 bis 84: 13,3%/288.000; 85 bis 89: 23,9%/256.000 und 90 und älter: 34,6%/197.000 (also mehr Betroffene, d.h. ein Drittel, bei aber insgesamt weniger Mitbürgern, die dieses hohe Alter überhaupt erreichen).

Oder nochmals kurz zusammenfassend: Alle Bundesbürger im Alter von 65 und älter leiden unter einer mittleren Prävalenzrate von 6,8% mit 1,10200 Betroffenen. Die End-Summe hat durchaus nachdenkenswerte Dimensionen, die Altersverteilung hingegen signalisiert, dass nun doch nur relativ wenige Prozent betroffen und eine überwiegende Mehrzahl der Bundesbürger mit *keiner* ernstesten dementiellen Entwicklung rechnen müssen (z. B. die ersten zehn Jahre nach der Rente, 97 bis 99%!).

- Interessant ist natürlich auch die erwähnte *Inzidenz*. Hier gibt es eine wachsende Zahl von auch internationalen Studien. Danach steigt das jährliche Neu-Erkrankungsrisiko von durchschnittlich 0,4% unter den 65- bis 69-Jährigen bis auf über zehn Prozent unter den Höchst-Betragten. Auf Deutschland übertragen wäre das eine Gesamtzahl von 280.000 Neu-Erkrankungen pro Jahr. Ab dem 65. Lebensjahr wären das mittlere Inzidenz-Raten pro Jahr von 0,4 bis 6,5%, also etwa 22.000 bis 53.000 Betroffene. Zwischen 80 und 84 mit 4,1% und 77.000 Betroffenen am häufigsten, bei 90-Jährigen und älter mit 10,1% und 38.000 (wie erwähnt: die Endsumme ergibt sich natürlich auch aus dem Gesamt der in diesem Alter noch lebenden Bundesbürger).

Nun ist ja gerade die Alzheimer-Demenz mitunter ein „Schreck-Gespenst“ der unter 65-Jährigen (beispielsweise auch der erstmalig beschriebene diesbezügliche Erkrankungs-Fall von Professor Dr. Alois Alzheimer). Doch legt man die Daten aus anglo-amerikanischen Ländern zu Grunde, so darf man auch hier entwarnen, was die offenbar zunehmende „Angst-Bereitschaft“ anbelangt: etwa jährlich bis zu 6.000 Neu-Erkrankungen bei den unter 65-Jährigen, bezogen auf 82 Millionen Bundesbürger. Sicher leidvoll für die Betroffenen (und ihre Angehörigen), aber doch wohl auch kein Grund zur allgemeinen Panik.

Geschlechts-Unterschiede

Nun fällt jedem wachen Beobachter schon seit längerem auf: Frauen scheinen häufiger betroffen. Doch Demenzen befallen Männer und Frauen gleichen Alters mit ähnlich hoher Wahrscheinlichkeit. Dass mehr Frauen als Männer aufpassen, hängt mit der unterschiedlichen Lebenserwartung zusammen. Frauen werden im Durchschnitt einige Jahre älter (früher sogar sechs bis sieben, heute etwas weniger Jahre Lebens-Vorsprung). Deshalb finden sich in der höchsten Altersgruppe, in der ja das Krankheits-Risiko durchaus bemerkbar zunimmt, mehr Patientinnen. So gesehen entfallen letztlich etwa 70% der Demenz-Erkrankungen auf die länger lebenden Frauen und nur 30% auf die Männer.

Geographische Unterschiede

Sicher gibt es immer wieder erstaunliche Meldungen: z. B. weniger Demenz in Teilen Afrikas und im Fernen Osten, dafür in der westlichen Welt häufiger? Doch besonders die scheinbar glücklicher Gestellten sollten aber beim internationalen Vergleich dann noch besser untersucht und vor allem administrativ exakter erfasst werden. Das lässt in einigen Regionen dieser Welt aber noch erheblich zu wünschen übrig. Denn in puncto Lebensalter gab es schon früher erstaunliche „statistische Ausreißer nach oben“, die sich am Ende dann doch nur als administrativ unzureichend erfasste Höchst-Altrige mit nachvollziehbarer Lebenserwartung herausstellten.

Gleichwohl ist man gerade in den westlichen Industrie-Nationen sehr wachsam, um herauszufinden, wo sich ggf. vermeidbare Belastungsfaktoren entwickeln könnten. Das gleiche gilt natürlich für die einzelnen Nationen, z. B. Deutschland. Hier ist die so genannte epidemiologische, konkret die demografische Forschung gefordert und auch interdisziplinär und international vergleichend im Einsatz.

Fazit

Was auf jeden Fall zu beachten, aber auch positiv zu registrieren ist: Die Lebenserwartung hat erfreulich zugenommen, was wir gerne akzeptieren. Aber auch der Preis ist gestiegen, nämlich körperlich, psychosozial und halt auch geistig-seelisch (sprich Demenz). Auch das sollten wir hinnehmen, um Objektivität bemüht – und dankbar (ein übrigens wichtiges „Gesundheits-Instrument“ der älteren(!) Generation, nämlich Religiosität/Spiritualität, strategische Demut und eben Dankbarkeit).

Gleichwohl ergeben sich aus dieser erfreulichen Entwicklung mit ihren nachvollziehbaren Begleiterscheinungen, Belastungen, Störungen und Krankheiten, auch neue Aufgaben. Dazu zwei Aspekte, die die Wissenschaft, die Ärzte und Psychologen, die Pflegekräfte und Verwaltung beschäftigen, von den Angehörigen ganz zu schweigen. Das betrifft die so genannte Multi-Morbidität (wenn eine Krankheit zur anderen kommt) sowie die sozialen und gesellschaftlichen Aspekte in der Versorgungs-Situation. Und den Informations- und damit Kenntnis-Stand für eine möglichst frühzeitige Diagnose, d. h. rechtzeitiges Erkennen, Akzeptieren, Behandeln (soweit möglich) und Betreuen. Und natürlich die Eigen-Initiative und damit Eigen-Leistung, und zwar konsequent. Denn wie besagt auch die „umgekehrte“ Statistik: Gerade bei den Älteren und sogar Hoch-Altrigen ist die überwiegende Mehrzahl (noch) nicht betroffen und kann/sollte aber etwas gegen den möglichen Verdachts-Fall tun.

DEMENZ: DIE GESELLSCHAFTLICHE VERSORGUNGS-KOMPONENTE

Obgleich man sich also – wie erwähnt – nicht in unbegründete und damit sinnlose Sorgen, Kümmernisse und Ängste treiben lassen sollte, wirft das Phänomen „Demenz in unserer Zeit und Gesellschaft“ natürlich ungeklärte Fragen auf, die von der individuellen Betroffenheit über wissenschaftliche Aufgaben und wirtschaftliche Krankheitslast bis zur gesellschaftlichen Um- bzw. Neu-Strukturierung auf vielerlei Ebenen gehen. Und damit auch zur Entlastung der betroffenen Angehörigen, ein Thema, das bis heute nicht nur unterschätzt, sondern sogar (gerne?) ausgeblendet wird (siehe später).

Wenn eine Krankheit zur anderen kommt

Das hat vor allem mit etwas zu tun, das in der modernen Gesellschaft ebenfalls weitgehend unbekannt ist bzw. nicht adäquat berücksichtigt wird. Gemeint ist die schon erwähnte *Ko-Morbidität*, oder kurz: Wenn eine Krankheit zur anderen kommt. Und dies vielleicht auch noch ausgelöst, zumindest aber verstärkt durch eine dementielle Entwicklung.

Das Alter ist so oder so ein Risikofaktor für eine Vielzahl von Störungen, vor allem aber chronischer Krankheiten, die der Betreffende dann in der Regel auch nicht mehr los wird. Eine der so genannten alters-assozierten Erkrankungen ist also die Demenz.

Die Wissenschaft spricht davon, dass nur etwa ein Drittel aller Demenz-Kranken keine zusätzlichen Leiden aufweisen. Oder umgekehrt: Zwei Drittel sind doppelt oder mehrfach betroffen.

So liegt beispielsweise die Wahrscheinlichkeit, an einer Depression zu erkranken, um das 1,9-Fache höher, wenn schon eine Demenz vorliegt. Beides sind nun überwiegend seelische Störungen, jedenfalls was ihr Leidensbild angeht. Das würde man also noch begreifen. Doch steigt auch die Gefahr eines Oberschenkel-Halsbruchs um das 2,3-Fache und einer kardio-vaskulären Krankheit (Herz-Kreislauf) um das 3,1-Fache – bei gleichzeitiger Demenz. Und weiter: Alzheimer-Patienten sind auch häufiger von akuten Erkrankungen betroffen wie beispielsweise einer Lungenentzündung. Sie haben außerdem ein höheres Risiko zu stürzen (s. o.) und müssen öfter mit einem Schlaganfall rechnen.

Oder wie die Forscher nüchtern feststellen: Der ältere Patient mit der Einzel-Diagnose Demenz ist nicht der Normalfall. Meist geht es zusätzlich um Herz-Kreislauf, Stoffwechsel und weitere chronische Erkrankungen, die auch noch

oft die Demenz so überlagern, dass sie nicht rechtzeitig erkannt und entsprechend behandelt wird.

Denn nach der Diagnose geht es ja um eine adäquate Versorgung. Und die muss inzwischen multi-professionell sein, wie der Fachausdruck lautet. Oder kurz: Es sind mehrere, z. T. ganz unterschiedliche Unterstützungs-Ebenen gefordert (siehe auch Deutsches Ärzteblatt 38 (2011) 1660). Und nun zu den psychosozialen und damit gesellschaftlichen Aspekten in der Versorgungssituation auf Patienten-, gesellschaftlicher, institutioneller und Angehörigen-Ebene. Im Einzelnen:

Die Patienten-Ebene

Da ist also zum einen die *Patienten-Ebene*: Hier arbeiten Hausärzte (die ihre Patienten und das Umfeld schon seit langem kennen) mit den jeweiligen Fachärzten zusammen (wie erwähnt: Internisten, Orthopäden, Nervenärzte u. a., und vor allem den ambulanten Pflegediensten), ergänzt durch ggf. notwendig werdende teil- und vollstationäre Angebote. Dabei geht es natürlich nicht nur um Behandlung und Pflege, sondern auch eine möglichst lange „Aufrechterhaltung der Funktionalität im Alltag“, wie dieser Fachbegriff lautet, oder kurz: möglichst viel vom früheren Alltag erhalten. Das wären dann die ergotherapeutischen, logopädischen und physiotherapeutischen Angebote. Und schließlich die Angehörigen- und Selbsthilfegruppen (s. u.).

Die gesellschaftliche Ebene

Auf der *gesellschaftlichen Ebene* geht es vor allem um das traurige Phänomen der „Unkenntnis“, sprich: unzureichende Informationen über ein Krankheitsbild, das nicht nur körperlich (das würde man am ehesten erkennen und verstehen), sondern vor allem seelisch, geistig und damit eben verhaltens-mäßig auffällt. Doch so etwas mag „man“ am wenigsten. Denn damit kann „man“ auch am wenigsten anfangen, fühlt sich rasch überfordert – und dadurch relativ schnell in eine unverständige, missgestimmte, wenn nicht gar reizbar-aggressive Position gedrängt (auch wenn das kaum einer zugeben würde).

Das läuft fast unkorrigierbar in eine „gesellschaftliche Falle“, die auch andere seelisch Beeinträchtigte leidvoll erfahren müssen. Gemeint ist die drohende Stigmatisierung, vielleicht sogar Diskriminierung. Auf jeden Fall aber – und da dürften sich alle einig wissen –, ist eine dementielle Entwicklung, vom Demenz-Endzustand ganz zu schweigen, ein „gesellschaftliches Aus“. Das beginnt relativ früh, weil sich die Betroffenen in diesem Zustand noch erschrocken zurückziehen und endet am Schluss mit einer zwar von niemand gewollten, dann aber doch definitiven sozialen Ausgrenzung, mit allen Konsequenzen von Rückzug und Isolation. Und dies natürlich um so eher, je weniger Angehörige zur Verfügung stehen bzw. Angehörige den nun erforderlichen schweren Alltags-Einsatz akzeptieren bzw. leisten können.

Die institutionelle Ebene

Dabei finden sich solche Probleme bereits dort, wo man sie nicht vermuten sollte. So weisen die entsprechenden Experten darauf hin, dass die wachsende Zahl Demenz-Kranker inzwischen auch zum Thema für nicht demenzspezifische *Institutionen* wird, vielleicht sogar zum Problem. So sind diese Patienten auf Grund anderer Leiden häufig in Notfallpraxen, Ambulanzen und Krankenhausaufnahmen zu finden. Dort werden sie dann von „demenz-fernen“ Fachärzten behandelt (eine interessante Charakterisierung, die ja von den ärztlichen Experten selber kommt ...). Und dies hat seine Konsequenzen. Denn kognitive Einschränkungen (vom lat.: cognoscere = erkennen) können zu Kommunikations-Problemen führen.

Das ist zwar auch ein Thema in der gesellschaftlichen Migrations-Problematik, wird dort aber inzwischen sensibler gehandhabt. Was aber soll man von einem offensichtlich älteren deutschen Patienten halten, der einem „reichlich sonderbar vorkommt“, weil man die dementielle Entwicklung nicht erkennt, ja nicht einmal ahnt bzw. natürlich auch nicht in der Kürze und Hektik der Situation adäquat realisieren und damit diagnostizieren kann. (Was aber auch heißt: Man muss auch die Sicht bzw. die Alltags-Zwänge beispielsweise des Praxis- bzw. Klinikpersonals verstehen lernen.)

Das betrifft aber nicht nur diese Institutionen, es gilt auch für Behörden, vor allem des öffentlichen Lebens wie Polizei, Feuerwehr, Sanität – also letztlich die Gesellschaft generell.

Seelische Störungen sind schon in der Mehrzahl der Fälle schwer einzuordnen und als konkrete psychische Erkrankungen oftmals kaum zu erkennen und noch weniger zu verstehen. Das gilt nicht nur für den fortgeschrittenen Leidenszustand, sondern schon bzw. besonders für das Vorfeld, den Beginn einer solchen Erkrankung. Nun ist gerade die Demenz ein mehrschichtiges Krankheitsbild, bei dem ein auffälliger seelischer Anteil häufig recht spät deutlich wird. Zuvor handelt es sich eher um ungewöhnliche Reaktionen des Betroffenen, kurz als „*Verhaltensstörungen*“ bezeichnet. Und das ist so ziemlich das letzte, was ein Umfeld zu tolerieren gedenkt, vor allem wenn die dahinter stehende Erkrankung (besonders zu Beginn) nicht allseits erkennbar wird. Kurz: hier braucht es gezielte Informationen (s. später).

Die Angehörigen-Ebene

Die Hauptlast tragen aber zumeist und lange Zeit die *Angehörigen*. Das war zwar schon früher bekannt, wurde aber nicht so recht registriert und vor allem akzeptiert (insbesondere was die Hausfrau anbelangt, die „jetzt – wo die Kinder aus dem Haus sind – plötzlich ein neues Kind zu versorgen hat, nämlich die Oma“).

Die Wissenschaft umreißt das inzwischen mit dem Satz: „Die Versorgung eines Demenz-Kranken wirkt sich negativ auf die Gesundheit der pflegenden Angehörigen aus“. Das hat zwei Konsequenzen: Zum einen belastet es die Familienmitglieder, zum anderen kann es bei völliger Erschöpfung der Angehörigen eine vorzeitige Heim-Aufnahme erzwingen. Das scheint eine Lösung, ist aber nicht immer die optimale.

Natürlich wird dieser Zusammenhang beeinflusst durch bestimmte Faktoren, sagen die Experten. Das ist zum einen das Geschlecht des Pflegenden und seine Beziehung zum Demenz-Kranken, zum anderen die psychosozialen und persönlichen Eigenschaften des Pflegenden. Gleichwohl bleibt die Erkenntnis: Es muss vermehrt auf die Angehörigen-Belastung geachtet werden.

DEMENZ: DAS KRANKHEITSBILD UND SEINE FOLGEN

Deshalb sei an diesen Vorspann eine kurzgefasste Übersicht angehängt, die diesen Forderungen entgegen kommt: Erkennen – Verstehen – Akzeptieren – Verhüten – Behandeln – Angehörigen-Belastung reduzieren u. a. Oder kurz: Früh-Erkennung durch gezielte, fachlich fundierte, aber allgemein-verständliche Informationen. Im Einzelnen und mit Hinweis auf die verschiedenen Kapitel zu diesem Thema in dieser Serie (einschließlich entsprechender Literatur-Hinweise):

Begriff

Der *Begriff Demenz* kommt vom lat.: de = Wortteil mit der Bedeutung weg, ab, herab sowie und mens: Denkvermögen, Verstand, Vernunft. Das sagt schon viel (beispielsweise im Gegensatz zu manchen anderen Fachbegriffen). Doch entscheidend sind Definition, Klassifikation, Symptomatik (Beschwerdebild, insbesondere durch die so genannte Fremd-Anamnese, also vor allem durch Angehörige), der Krankheitsverlauf, die Prognose (Heilungsaussichten), die Möglichkeiten und Grenzen einer Therapie und sogar Prävention (vorbeugende Maßnahmen).

Definition

Unter einer Demenz versteht man eine erworbene (also nicht angeborene) Störung des Gedächtnisses sowie weiterer Funktionen (z. B. Sprache). Sie müssen allerdings so ausgeprägt sein, dass sie die Bewältigung des Alltags spürbar beeinträchtigen. Meist kommt es dann noch zu Veränderungen von Persönlichkeit, Gefühls-Kontrolle und (damit) Sozialverhalten.

Wichtig: Es darf keine Störung des Bewusstseins, insbesondere also von Wachheit und Aufmerksamkeit vorliegen (wie dies beispielsweise bei einem Delir der Fall ist).

Hier zeigt sich dann auch, nicht zuletzt bei der wachsenden Durchmischung der Bevölkerung (s. Migration), wo die so genannten differentialdiagnostischen Probleme liegen (was könnte es sonst noch sein?). Das trifft nicht nur auf der medizinischen Ebene zum Beispiel bei der Beurteilung von Minderbegabten zu, sondern auch bei Menschen aus anderen Kultur- und Sprachregionen (siehe oben: Demenz und Sprach-Folgen).

Die Grundfrage lautet also: Schon länger bestehende Merkmale oder eine erst später (z. B. in den letzten Monaten oder Jahren) erworbene krankhafte Entwicklung, die dann auf die verdächtige Demenz verweisen könnte.

Ursachen und Krankheitsfolgen

Entscheidend ist also die Beobachtung im Alltag, am treffendsten aus dem näheren Umfeld des Patienten, z. B. Angehörige, aber auch Freunde, Bekannte, Nachbarn. In der Regel wird der Arzt aber seine so genannte Fremd-Anamnese auf Angehörige konzentrieren (zumal die Diagnose ja auch häufig als stigmatisierend erlebt und damit abgelehnt wird – s. später). Der so genannte klinische Befund (hat nichts mit einer Klinik zu tun, sondern umschreibt einfach die äußerlich wahrnehmbaren krankhaften Beeinträchtigungen) lässt sich also erst einmal mit solchen Hinweisen durchaus befriedigend absichern.

Die Zuordnung der verschiedenen Demenz-Formen (s. u.) erfolgt dann mit Hilfe zusätzlicher so genannter instrumenteller diagnostischer Verfahren (was wiederum nichts mit Instrumenten zu tun hat, sondern mit fest definierten und belegten Untersuchungsverfahren im zwischenmenschlichen Bereich). Dabei stützt man sich auf die Definitionen von zwei großen, weltweit tonangebenden Institutionen, nämlich die Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen – DSM-IV-TR der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA). Für den deutschsprachigen Bereich gibt es dann noch die Hinweise der Deutschen Gesellschaften für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) sowie der Neurologie (DGN), unterstützt durch die entsprechenden Fach-Gesellschaften. Einzelheiten, insbesondere was entsprechende Internet-Hinweise anbelangt, siehe die verschiedenen Beiträge in dieser Serie.

Ursächlich werden durch dementielle Zustände Krankheiten hervorgerufen, die entweder ausgedehnte Teile der Hirnrinde dauerhaft in Mitleidenschaft ziehen oder durch eine Schädigung von Verbindungsbahnen das Zusammenspiel verschiedener Hirnteile beeinträchtigen.

Bei den *Krankheitsfolgen* steht als konkrete Diagnose an erster Stelle die Alzheimer-Krankheit. Sie ist in mehr als 60% der Krankheitsgrund. Deshalb wird in der öffentlichen Diskussion das von Professor Dr. Alois Alzheimer vor über hundert Jahren beschriebene neuropathologische Krankheitsbild (an einer nebenbei noch gar nicht so alten Patientin) gerne mit Demenz gleichgestellt. Demenz aber ist der Überbegriff, die Alzheimer-Krankheit eine von verschiedenen Unterformen (s. u.).

An zweiter Stelle stehen so genannte cerebrovaskuläre Krankheiten (rund 15%), also Gefäßerkrankungen des Gehirns, und dies meist bei älteren Patienten. Nicht selten kann es dann auch zu einer Kombination von Alzheimer- und cerebrovaskulärer Krankheit kommen.

Weitere Krankheiten in absteigender Reihenfolge der Häufigkeit sind (in Fachbegriffen) die Lewi-Körper-Krankheit, die Parkinson-Krankheit (beides zusammen etwa 10% Anteil), die so genannten fronto-temporalen Degenerationen (5%), andere neuro-degenerative Veränderungen (5%) sowie infektiöse, metabolische und andere Krankheiten mit Demenz-Folgen.

Eine kurze Übersicht dazu siehe unten.

Krankheitsverlauf

Eine Demenz entsteht in der Regel nicht über Nacht, sondern entwickelt sich allmählich, und zwar im Laufe mehrerer Jahre. Dabei deutet sich erst einmal ein so genanntes Prodromal-Stadium (Vorläufer-Stadium) mit minimalen Symptomen an, die kaum auffallen (Fachbegriff: leichte kognitive Beeinträchtigungen, in Englisch: mild cognitive impairment - MCI).

Nach und nach kann es dann aber doch zu beunruhigenden, d. h. beeinträchtigenden, mehr und mehr auch peinlichen Einbußen kommen. Früh vor allem Störungen des Gedächtnisses, insbesondere des Kurzzeit-Gedächtnisses, wobei auch Demenzkranke emotional wichtige Dinge besser erinnern als unwichtige. Dann auch Störungen der Sprache, d. h. Wortfindung, Benennung und überhaupt die sprachliche Flüssigkeit. Und schließlich das, was die Experten die Visuokonstruktion nennen, d. h. die in gesunden Jahren gar nicht auffallende räumliche Erfassungs-Fähigkeit komplexer Aufgaben, z. B. beim Tischdecken, beim Aussteigen aus Zug oder Auto, bei Unsicherheit durch Treppen u. a. Auffällig auch die Schwierigkeiten bei parallelen Aufgaben, z. B. wenn gleichzeitig gesprochen und gegangen wird, an sich kein Problem, plötzlich aber irgendwie ungewohnt bis belastend – und dann mit entsprechenden Folgen (s. o.).

Kein Wunder, dass schon durch diese frühen Auffälligkeiten mit sozialem Rückzug, depressiven Verstimmungen und gemütsmäßiger Labilität reagiert werden kann. Und natürlich das breite Störungs-Spektrum von Aktivität oder

Inaktivität, d. h. sowohl Antriebsarmut bis zur Apathie als auch Unruhe, Nervosität, Fahrigkeit, Getriebenheit, ja Neigung zu Erregung und Panikzuständen. Kurz: Man ist schneller „überfordert“, wird konkret furchtsam und diffus ängstlich, vielleicht sogar reizbar-misstrauisch bis wahnhaft und reagiert aggressiv – mit allen Konsequenzen.

Die Frage: ob die Betroffenen wissen, was sich hier aus eigener (krankheitsbedingter) Ursache abspielt oder nicht, ist schwer zu beantworten. Die Experten formulieren das so: Ein Zusammenhang zur Wahrnehmung der eigenen Defizite kann vermutet werden, wobei etwa ein Drittel der Patienten wohl keine Krankheits-Einsicht hat.

Merkmale einer Demenz

Um noch einmal konkret auf die mehr oder weniger charakteristischen Merkmale einer Demenz (denn ganz so einfach ist die Erfassung eines zutreffenden klinischen Befundes dann auch nicht – s. u.) zurückzukommen, einschließlich entsprechender Informations-Möglichkeiten, nachfolgend eine kurze statistische Übersicht aus dem Beitrag von Frau Dr. T. Froböse und Professor Dr. A. Kurz von der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie an der Technischen Universität München in der Fachzeitschrift MMW-Fortschr. Med. 38 (2011) 86. Im Einzelnen:

- Minderung der kognitiven Leistungsfähigkeit: z. B. Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Planen, Organisieren, ferner Sprache, Visuokonstruktion (s. o.) usw. Hier vor allem Rückgang gegenüber dem früheren Niveau. Als wichtigste Informationsquelle gilt die Fremd-Anamnese (wie erwähnt, d. h. durch entsprechende Angaben durch das nähere Umfeld) sowie so genannte kognitive Tests (vom lat.: cognoscere = erkennen). Zu letzteren Einzelheiten siehe später.
- Einschränkungen bei gewohnten Alltags-Funktionen: z. B. Ausüben des Berufs, Führen des Haushalts, Benützen öffentlicher Verkehrsmittel u. a. Informationsquelle: Fremd-Anamnese.
- Veränderung von Persönlichkeit, Emotionskontrolle (Gefühls- bzw. Gemütsleben) oder Sozialverhalten: z. B. Stimmungslabilität, Reizbarkeit, Aggressivität, Gleichgültigkeit, Interesselosigkeit, Taktlosigkeit, Distanzlosigkeit usf. Informationsquelle: Fremd-Anamnese sowie Verhaltens-Beobachtung.
- Kein Hinweis auf Bewusstseins-Trübung, denn sonst muss man nach einer anderen Krankheits-Ursache suchen, also keine fehlende Aufmerksamkeit oder Reaktionsbereitschaft bzw. ungewöhnliche Schläfrigkeit usw. Informationsquelle: Fremd-Anamnese, Verhaltens-Beobachtung, Untersuchungsgespräch.

Rechtzeitige Diagnose und krankheits-typischer Befund

Die gegenwärtige wissenschaftliche und im Alltag umsetzbare praktische Sicherheit, mit der heute eine Demenz-Diagnose gestellt werden kann, ist erstaunlich hoch. Das kann auch nicht dadurch beeinträchtigt werden, dass man inzwischen weiß: Die Mehrzahl der so genannten neuropathologischen (Gehirn-)Veränderungen kann auch bei nicht-dementen alten Menschen gefunden werden. Allerdings steigt die diagnostische Sicherheit umso mehr, je genauer die Untersuchungs-Methoden angewandt werden. Hier gibt es gelegentlich noch Lücken bzw. Verbesserungsbedarf. Das zeigt sich auch darin, dass selbst heute noch viele Demenz-Kranke erst in weit fortgeschrittenem Zustand als solche diagnostiziert werden. Dies wiederum hat allerdings mehrere Ursachen, denen die Verantwortung dafür zugeschoben werden kann:

- Zum einen ist es die erwähnte neuro-degenerative Ursache, d. h. der schleichende Verlauf, der eine rechtzeitige Diagnose erschwert oder sogar unmöglich macht. Das ist die biologische Seite.

- Zum anderen befürchten natürlich die Betroffenen die zu erwartenden geistigen, seelischen, körperlichen und nicht zuletzt psychosozialen Konsequenzen einer solchen Diagnose. Oder kurz: Autonomie-Verlust und Stigmatisierung. Und das heißt: Warten, solange es der Zustand zulässt, bevor man einen Arzt aufsucht, um sich dann ggf. erst später mit einer schockierenden, zumindest aber traurig stimmenden späten Erkenntnis abfinden zu müssen.

- Trotzdem sollte man sich so früh wie möglich **Klarheit** verschaffen. Denn zum einen lässt sich nichts daran ändern, wenn es tatsächlich eine dementielle Entwicklung ist (wenn auch schleichend und erst einmal nicht allseits erkennbar, in vielen, wenn auch schwindenden Fällen halbwegs überbrückbar). Zum anderen ist es halt auch wichtig, die Situation (aktuell), die Entwicklung (weiterer Verlauf) und den möglichen Endzustand zu bedenken, bevor es nichts mehr zu bedenken gibt. Kurz: Auch hier ist die Zukunft zu planen. Denn gerade in sehr frühen Demenz-Stadien können die Betroffenen natürlich durchaus noch Testamente oder Patienten-Verfügungen verfassen, und zwar so, wie sie es selber für richtig halten.

- Es steht also auf jeden Fall ein sorgfältig geplantes **Aufklärungsgespräch** an. Das ist leider nicht immer der Fall, ob Zeitdruck, besondere Umstände oder das Unbehagen des Arztes, hier gesundheitliche Erkenntnisse zu verbreiten, deren Konsequenzen ihm im eigenen Fall auch nicht angenehm wären. Doch Patienten haben das Recht, über ihre Erkrankung informiert zu werden. Gleichzeitig muss man aber auch respektieren, wenn jemand seine Diagnose absolut nicht wissen will. Dies ist nebenbei wissenschaftlich ein offenes Diskussions-Thema, das natürlich nicht nur krankheits-bedingt, sondern auch psychosozial, sprich partnerschaftlich, familiär, ja juristisch bedeutsam werden kann.

- Was sich auf jeden Fall besprechen lässt, sind die **Patienten-Befürchtungen** zum Thema Stigmatisierung und Verlust der Autonomie. Bei der Stigmatisierung geht es natürlich um ein Phänomen, das sich mit einem einzigen Wort umschreiben lässt: Scham. Und jene Konsequenzen, die sich der Betroffene sorgenvoll bis furchtsam auszumalen beginnt: nicht mehr ernst genommen, wenn nicht gar gemieden zu werden, ja, vom Arzt schlechter behandelt zu werden; von den folgenreichen Fragen: Führerschein, Versicherungen oder gar Heim-Einweisung ganz zu schweigen.
- Eine entsprechende Aufklärung sollte deshalb nicht nur Aufklärung bleiben, sondern mit einem Angebot zur Begleitung und Information über die nötigen **Hilfen** kombiniert werden. Im rechtlichen Bereich gehören hierzu: Vorab-Verfügungen anzuregen, die finanzielle Situation zu überprüfen sowie über etwaige Testamente und Vollmachten zu informieren. Auch ist die Einrichtung einer Betreuung zumindest vorzubereiten.

Leider – und das ist noch immer eine bedenkliche Realität im Alltag –, ist dies heute noch lange nicht die Regel. Typischerweise werden die rechtlichen Dinge erst geklärt, wenn die Demenz-Krankheit schon weiter fortgeschritten ist. Und im schlimmsten Falle gibt es dann Erb-Streitigkeiten nach dem Tod, die ursprünglich funktionierende Familienverbände regelrecht auseinander-zusprennen vermögen.

Die wichtigsten Demenz-Formen und ihre Charakteristika

Zu den spezifischen ärztlichen Aufgaben gehört die konkrete Diagnose, soweit möglich. Dazu gibt es glücklicherweise inzwischen einen weiten Fundus technischer Hilfen und damit Daten, die dann auch differentialdiagnostisch weiterhelfen können. Die ärztliche Aufgabe ist nebenbei auch nicht einfach. Sie bedarf neben dem Hausarzt, der als erstes hinzugezogen werden dürfte, auch der entsprechenden Fachärzte für Neurologie, Psychiatrie, Gerontopsychiatrie, Neuroradiologie, ggf. mit Unterstützung der Geropsychologie u. a. Im Einzelnen, nach einer tabellarischen Auflistung von Frau Dr. T. Froböse (in Fachbegriffen, Einzelheiten siehe Fachliteratur und betreuender Arzt):

- Bei der **Alzheimer-Krankheit** beginnt es allmählich, langsam fortschreitend, mit dem Erst-Symptom „Gedächtnis-Störung“. Die körperliche Untersuchung im Frühstadium bringt in der Regel einen Normalbefund. – Die psychiatrische Untersuchung aber stößt bereits auf Störungen von Gedächtnis, Orientierung und Sprache (Wortfindung). – Auch die Labor-Befunde zeigen ggf. erste Hinweise (beispielsweise im Liquor, in der Nervenflüssigkeit). – Und bei der so genannten Bildgebung, also den hoch-modernen, d. h. auch hoch-auflösenden neuroradiologischen Verfahren sind ebenfalls schon erste Hinweise möglich. Beispiele im MRT (Fachbegriffe siehe Fachliteratur): Atrophie des mittleren Temporallappens und im PET Hypometabolismus temporal, parietal und im posterioren Cingulum.

- **Fronto-temporale Degenerationen** sind Abbau- und Umbau-Veränderungen in jenen Gehirn-Regionen, die nicht beim Alzheimer bevorzugt betroffen sind, sondern eher im Stirnhirn- und Schläfenlappen des Gehirns. Hier finden sich ebenfalls ein allmählicher Beginn, langsames Fortschreiten und damit als Erst-Symptom bestimmte Persönlichkeitsveränderungen. – Der körperliche Befund im Frühstadium ist normal. – Die psychiatrische Untersuchung aber ergibt Veränderungen von Antrieb und Sozialverhalten, ferner Stereotypien und Sprachverarmung. Außerdem relativ früh auftretende Auffälligkeiten wie z. B. Gleichgültigkeit, Rücksichtslosigkeit, Rückzug und Veränderungen des Essverhaltens mit Kohlenhydrat-Gier u. a. – Im Labor geringgradige Liquor-Veränderungen. Bei der Bildgebung im MRT Atrophie des Frontallappens und vorderen Temporallappens und im PET einen Hypometabolismus in diesen Regionen.
- Bei der **Lewy-Körper-Krankheit** (Demenz vom Lewy-Körper-Typ - DLB) treten nach und nach vor allem Parkinson-Symptome hinzu, d. h. Bewegungsstörungen und/oder Sturz-Gefahr. Einzelheiten siehe das ausführliche Parkinson-Kapitel in dieser Serie. – Die körperliche Untersuchung zeigt bereits die ersten charakteristischen Hinweise einer Parkinson-Krankheit (Fachbegriffe: Bradykinese, Rigor u. a.). – Die psychiatrische Untersuchung ergibt darüber hinaus erhebliche Schwankungen der Leistungsfähigkeit, ggf. optische Sinnestäuschungen (z. B. Gesichts-Halluzinationen), schwankende Aufmerksamkeit, Unverträglichkeit von Neuroleptika (also bei antipsychotisch wirksamen Psychopharmaka) u. a. – Im Labor-Befund ggf. Liquor-Hinweise. – In der Bildgebung einen Hypometabolismus parieto-occipital (PET).
- Bei einer dementiellen Entwicklung im Rahmen einer **Parkinson-Krankheit** sind es in der Vorgeschichte vor allem ein allmählicher Beginn mit typischen Bewegungsstörungen, die auf dieses Leiden aufmerksam machen. – In der körperlichen Untersuchung die erwähnte Bradykinese und der Rigor. – Die psychiatrische Untersuchung weist vor allem auf eine Verlangsamung des kognitiven Tempos hin (also letztlich geistige und damit psychosoziale Beeinträchtigungen). – Im Labor keine spezifischen Befunde, bei der Bildgebung wie bei der Alzheimer-Krankheit (s. o.).
- **Cerebro-vaskuläre Krankheiten**, d. h. Veränderungen im Gefäßsystem des Gehirns, letztlich also so genannte durchblutungs-bedingte oder vaskuläre Demenzen (VaD) sind offenbar rückläufig. Warum? Ihre wichtigsten Ursachen, nämlich erhöhter Blutdruck, Diabetes mellitus, Rauchen und Herzkrankheiten, also entsprechende Risikofaktoren, können immer früher diagnostiziert und immer erfolgreicher behandelt werden. Mit steigendem Lebensalter findet man allerdings immer häufiger sowohl vaskuläre (Gefäß-) als auch degenerative (Abbau-)Veränderungen, die offensichtlich beide zur Demenz-Entstehung beitragen.

Auf jeden Fall ist der Beginn plötzlicher als bei den anderen Erkrankungen (s. o.), wobei zeitlich oft ein Zusammenhang mit ischämischen Ereignissen (Durchblutungsstörungen) erkennbar ist und damit ein stufenförmiger oder schwankender Verlauf. – Die körperliche Untersuchung ergibt fokale neurologische Befunde (also wie bei gehirn-durchblutungsbedingten oder gar Schlaganfall-Leiden typisch). - Die psychiatrische Untersuchung weist auf eine Verlangsamung des kognitiven Tempos, eine herabgesetzte Aufmerksamkeit und wachsende Stimmungslabilität hin. – Im Labor keine spezifischen Befunde. – Im Gegensatz zum MRT: Hier finden sich Infarkte, Schädigungen der weißen Hirnsubstanz und im PET fokale Muster, d. h. insgesamt gut lokalisierbare krankhafte Veränderungen im Gehirn.

Konkrete Diagnose durch mehrschichtige Untersuchungs-Verfahren

Die verschiedenen Untersuchungs-Methoden können in Kombination mit den erwähnten bildgebenden Verfahren, also vor allem MRT und PET auch differentialdiagnostisch genutzt werden, gleichsam vom Symptom zur Ursache bzw. umgekehrt. Dies vor allem dann, wenn man in bestimmten Abständen (z. B. sechs Monate bis ein Jahr) immer wieder die gleichen Untersuchungen vornimmt und mit dem Vor-Ergebnis abgleicht. Dabei zeigt sich dann auch, dass Vorgeschichte (Fremd-Anamnese durch Angehörige) und kognitive Prüfungen (z. B. entsprechende Tests - s. u.) wichtige Hinweise auf die Demenz-Ursache liefern. Dazu der erwähnte technische Fortschritt (s. o.), der uns dann zunehmend in die Lage versetzt, eine entscheidende Frage beantworten zu können, nämlich: Wo finden wir eigentlich entsprechende Veränderungen in welcher Region des Gehirns und mit welchen Ausfällen verbunden? Beispiele:

- Bei der typischerweise *temporo-parietalen Degeneration (Schläfen- und Scheitelhirn) der Alzheimer-Krankheit* stehen Störungen von Gedächtnis, Sprache und Visuokonstruktion im Vordergrund.
- Die umschriebenen *fronto-temporalen Atrophien (Schwund von Stirn- und Schläfenlappen-Gehirn)* sind dagegen durch Veränderungen von Persönlichkeit, Sozialverhalten und Sprache gekennzeichnet.
- Und die *parieto-occipital lokalisierte Lewy-Körper-Krankheit* (vor allem also *Scheitel- und Hinterhaupt-Hirn*) provoziert ausgeprägte optische Sinnestäuschungen und starke Aufmerksamkeits-Schwankungen.
- Und weil die so genannten *cerebro-vaskulären Krankheiten* (des Gehirn-Gefäßsystems) am häufigsten die kleinen hirn-versorgenden Gefäße betreffen und damit in tiefen Hirnregionen beispielsweise zu einer diffusen Schädigung des so genannten Marklagers führen, ist das führende Symptom hier eine Verlangsamung des kognitiven Tempos.

Kognitive Tests

Immer wieder war in diesem Beitrag von so genannten *kognitiven Tests* die Rede. Sie sind inzwischen so ausgefeilt und damit effektiv, dass man zumindest bei diesen Krankheitsbildern nicht mehr auf sie verzichten sollte. Vor allem geht es darum, ob Defizite in mindestens zwei der Bereiche Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Exekutiv-Funktionen (sprich Planen, Organisieren), Sprache oder Visuokonstruktion vorliegen. Dabei wird das Ergebnis mit einem so genannten Referenz-Wert für gesunde gleichaltrige Personen verglichen.

Was steht zur Verfügung (Kurz-Übersicht, weitere Hinweise siehe Fachliteratur):

- Die weiteste Verbreitung hat der *Mini-Mental-Status-Test (MMST)*. Dazu braucht man – wie übrigens fast bei allen anderen Demenz-Tests (s.u.) – rund zehn Minuten. Er eignet sich zur Abgrenzung zwischen Demenz und altersentsprechenden kognitiven Störungen. Leider besitzt er keine so genannte hohe Sensitivität für die *Früherkennung* (Fehlen einer Prüfung des Lernens und Gedächtnisses). Er wird gern und viel genutzt, doch für letzteres eignen sich die nachfolgenden Tests besser, nämlich
- *DemTect* (10 Minuten), Test zur Früherkennung von Demenzen mit Depressions-Abgrenzung (TFDD – 10 Minuten) sowie *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA - 12 Minuten). Einzelheiten siehe Fachliteratur.
- Auf den so genannten *Uhren-Test* muss noch besonders eingegangen werden. Er braucht nämlich nur drei Minuten und ist nicht zuletzt deshalb ausgesprochen beliebt im Praxis-Alltag. Er sollte aber nicht als einziges Verfahren verwendet werden, weil Sensitivität und Spezifität begrenzt sind. In Verbindung mit anderen Tests kann er aber durchaus Anhaltspunkte für visuo-konstruktive und exekutive (z. B. organisatorische) Einschränkungen liefern.

DEMENZ: SPEZIFISCHE ASPEKTE

Zu den spezifischen Aspekten, die immer wieder erfragt und diskutiert werden, gehören vor allem 1. das Risiko von Familien-Angehörigen, an Demenz zu erkranken und 2. die Frage: Was erhöht und was senkt eine Erkrankungsschwelle für Demenz? Im Einzelnen:

Das Risiko von Familien-Angehörigen an Demenz zu erkranken

In letzter Zeit kamen besorgniserregende Studien-Ergebnisse auf (die aber wissenschaftlich erst einmal repliziert, d. h. durch Nachfolge-Untersuchungen

bestätigt) werden müssen. Gleichwohl, es horchen viele auf, machen sich Gedanken oder gar Sorgen. Gemeint ist das *erbliche Risiko* von Familien-Angehörigen, ebenfalls an Demenz zu erkranken.

In der Tat kann – gesamthaft gesehen – ein erhöhtes Risiko für direkte Verwandte bejaht werden, erklärt Frau Professor D. Stoppe in ihrem Übersichts-Beitrag in der Fachzeitschrift *Familiendynamik* 4/2011. Dies gilt jedoch erst, wenn die betroffene Person selbst ein höheres Lebensalter erreicht hat. Tatsächlich ist für so genannte erst-gradige Angehörige von Patienten mit Alzheimer-Demenz das Risiko einer eigenen Alzheimer-Erkrankung etwa um das dreifache erhöht. Da aber das Erkrankungs-Risiko vor dem 60. Lebensjahr sehr gering ist (siehe die Einleitung in diesem Beitrag), stellt sich das Problem, wenn überhaupt, erst in späteren Lebensabschnitten.

Rein *genetisch* gesehen scheint die Demenz vom Alzheimer-Typ jedoch nicht erblich zu sein. Dennoch werden genetische Risiko-Faktoren diskutiert, wobei aber am ehesten eine unglückliche Kombination aus verschiedenen Faktoren einen bisher aber auch noch nicht exakt belegten Einfluss auszuüben scheint. Diese Komplexität verschiedener Einfluss-Ebenen ist ein spannendes Kapitel in der Wissenschaft und gilt beispielsweise auch für das Schädel-Hirn-Trauma und entsprechende Demenz-Folgen.

Das Ganze ist also etwas beunruhigend, jedoch noch immer ohne ausreichende wissenschaftliche Absicherung. Dagegen sollten einige andere Aspekte eher bedacht bzw. möglichst breit zur generellen Kenntnis gebracht werden. Was ist damit gemeint?

Was erhöht und senkt eine Erkrankungs-Schwelle für Demenz?

Einige Risikofaktoren lassen sich nämlich unter dem Aspekt der „Reserve“ zusammenfassen. Denn bestimmte Einflüsse scheinen die Schwelle für die Demenz-Erkrankung zu senken bzw. zu erhöhen (Letzteres natürlich erwünscht). Was zählt dazu?

- **Was kann die Erkrankungs-Schwelle erhöhen?**

- Die Erkrankungs-Schwelle zu erhöhen ist offenbar vor allem durch den Faktor *Bildung* möglich. Gebildete Menschen erkranken auch, werden jedoch wahrscheinlich vergleichsweise später symptomatisch, d. h. durch bestimmte Demenz-Symptome beeinträchtigt.
- Erwiesenermaßen senkt auch *körperliche Aktivität* das Risiko, und zwar um etwa ein Drittel.
- *Psychosoziale Aktivitäten* und *Hobbys* schaffen das gleiche, und zwar um etwa die Hälfte. Hierbei scheint es weniger bedeutsam zu sein, welche Form

von körperlicher oder sozialer Aktivität nachgegangen wird. Wichtiger sind offenbar mehr Häufigkeit und Dauer und – bisher allerdings nicht hinreichend wissenschaftlich untersucht –, eventuell auch die damit verbundenen *sozialen Kontakte* und die *Lebensfreude* generell.

- Zuletzt gibt es Hinweise, dass die *mediterrane Diät* das Risiko für neurodegenerative Erkrankungen generell zu senken vermag. Hier scheinen sich ähnliche Einflüsse in vergleichbarer Größenordnung abzuzeichnen wie für die Mortalität (Sterbeziffer) und Krebs-Erkrankungen mit oder ohne mediterranen Essens-Gewohnheiten.

• Was kann die Erkrankungs-Schwelle senken?

- Dagegen gilt es inzwischen als erwiesen, dass *Depressionen* in der Vorgeschichte das Risiko für eine Demenz etwa verdoppeln. Der biologische Mechanismus dafür ist noch unklar. Man spricht von einer Aktivierung der so genannten Stress-Achse zwischen Depression und kardio-vaskulären (Herz-Kreislauf-) Erkrankungen.

- In jedem Fall aber zeigt sich, dass insbesondere die *Hypertonie* (Bluthochdruck), der *Diabetes mellitus* (Zuckerkrankheit) und das *Rauchen* nicht nur für die vaskuläre Demenz (s. o.), sondern durchaus auch für die degenerativen Demenz-Formen Risikofaktoren darstellen.

- Für das *Rauchen* gilt beispielsweise auch bei der Alzheimer-Demenz eine Risiko-Erhöhung, und zwar abhängig vom Rauch-Konsum.

- Auch der *Alkohol-Konsum* wurde entsprechend untersucht. Hier zeigen sich allerdings auch für andere Erkrankungen ganz bestimmte Beziehungen, die darauf hinauslaufen: Überhaupt kein Alkohol-Konsum ist vergleichsweise „ungünstiger“ als ein geringer Alkohol-Konsum. Mit zunehmender Dosis steigt aber das Risiko für eine Demenz, und zwar offensichtlich weitgehend unabhängig von der Form des verabreichten Alkohols.

DEMENZ: MÖGLICHKEITEN UND GRENZEN DER THERAPIE

Demenz, haben wir gehört, ist ein Überbegriff, auch wenn er meist mit der Alzheimer-Demenz gleichgestellt wird. Das ist – wie erwähnt – bei 82% der Fälle nicht falsch, doch gerade bei den therapeutischen Möglichkeiten und Grenzen muss man hier genau unterscheiden:

So werden einige Demenz-Zustände durch behebbare(!) Ursachen hervorgerufen. Dazu zählt die depressive Pseudo-Demenz (also ein vorübergehendes

Demenz-Leidensbild durch die Gemütskrankheit Depression), ferner die Hypothyreose (die Unterfunktion der Schilddrüse), ein so genannter Normaldruck-Hydrocephalus u. a.

In der weit überwiegenden Zahl aber ist die Demenz halt doch Ausdruck einer so genannten irreversiblen strukturellen Hirnschädigung durch neuro-degenerative Prozesse bzw. cerebro-vaskuläre Erkrankungen, so die Fachbegriffe. Das entscheidende Wort dabei lautet „irreversibel“, d. h. nicht mehr in den vorbestehenden und damit meist gesunden Zustand zurückführbar, also unumkehrbar, so wird es bleiben.

Hier zielt die Therapie nicht darauf ab, krankhafte Veränderungen rückgängig zu machen, sondern die Auswirkungen auf Funktionsfähigkeit und Verhalten zu kompensieren und das Fortschreiten zu verlangsamen, vielleicht sogar aufzuhalten. Was steht dafür zur Verfügung?

Als erstes denkt man an Arzneimittel. Deshalb eine kurz gefasste Übersicht, die allerdings nur durch die konkreten Hinweise eines Arztes, der den Patienten auch persönlich untersucht hat oder kennt, ausreichend ergänzt werden kann.

Zur Pharmakotherapie der Demenzen

In der Behandlung der Demenzen werden verschiedene Medikamentengruppen eingesetzt, die ganz unterschiedlichen Zielen dienen. Dazu gehören an erster Stelle die so genannten Antidementiva, die die kognitiven Leistungen (geistigen Einbußen) und Alltags-Defizite mildern sollen. Und die so genannten Antidepressiva und Neuroleptika bei problematischen Verhaltensweisen. Im Einzelnen:

- Die **Antidementiva** sollen vor allem die negativen Veränderungen im Gehirnstoffwechsel (sprich Neurotransmitter oder Botenstoffe) im Vorderhirn (so genannter Acetylcholin-Mangel) und in der Hirnrinde (Überschuss an Glutamat) normalisieren. Dazu gibt es inzwischen eine Reihe biochemisch unterschiedlich eingreifender Substanzen, die das Fortschreiten des Leidensbildes um mehrere Monate verzögern können. Einzelheiten siehe die entsprechende Fachliteratur bzw. die Erläuterungen des Arztes, insbesondere was Arzneimittel-Gruppe (z. B. Cholinesterase-Hemmer oder Glutamat-Antagonist), Substanzen (z. B. Donepizil, Galantamin, Rivastigmin und Memantine) sowie die Indikation, also leichtgradige bis mittelschwere Demenzen bei Alzheimer-Krankheit, Parkinson (evtl. auch bei Lewy-Körper-Demenz) bzw. mittelschwere bis schwere Demenz bei Alzheimer-Krankheit, Dosierung und Nebenwirkungen anbelangt.

Letztere müssen natürlich ebenfalls einkalkuliert werden, insbesondere was Appetitlosigkeit, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Kopfschmerz, Schwindel, Müdigkeit, Verstopfung, erhöhter Blutdruck u. ä. betrifft.

Das ist deshalb so bedeutsam, weil grundsätzlich die höchste verträgliche(!) Dosis anzustreben ist, so Frau Dr. T. Froböse in ihrem Übersichtsbeitrag, die gängige Lehr-Meinung erläuternd. Dies gilt auch für die natürlich weniger erfreuliche Erkenntnis, jedenfalls bisher: Die Wirksamkeit der verfügbaren Antidementiva ist begrenzt (der Untergang der Zellen selbst wird leider nicht beeinflusst).

- Die **Neuroleptika**, auch als Antipsychotika bezeichnet, werden zur Milde- rung von Unruhezuständen, aggressiven Verhaltensweisen, wirklichkeits- fernen Überzeugungen, Sinnestäuschungen und Schlafstörungen eingesetzt – wenn nicht anders ausreichend beeinflussbar (s. u.). Beispiele: Risperidon, Haloperidol, Pipamperon; ferner die bisher in Deutschland dafür (!) nicht zuge- lassenen Neuroleptika Clozapin und Quetiapin.

Leider sind die möglichen Nebenwirkungen nicht ohne Risiko. Beispiele: Schläfrigkeit, Harnwegsinfekte, Inkontinenz, Verschlechterung der kognitiven Leistung, so genannte extrapyramidale Symptome (z. B. Bewegungssteifig- keit), Verwirrtheit, Blutbildveränderungen usw.

In letzter Zeit häufen sich auch die Hinweise, dass die Neuroleptika- Behandlung bei demenz-kranken älteren Patienten mit einem vermehrten Schlaganfall-Risiko und einer erhöhten Mortalität (Sterblichkeit) verbunden sei. Das stellt besondere Anforderungen an die ärztliche Kontrolle und pflegerische Betreuung (z. B. möglichst niedrige Dosierung, Ausweichen auf andere Arz- neimittel, die aber dann auch nicht den bisher gewohnten Behandlungserfolg haben) u. a. Wichtig: möglichst kurze Einnahme-Zeit und engmaschige Kon- trolle.

- **Antidepressiva**, also stimmungsaufhellende Psychopharmaka sind eben- falls nützlich und hilfreich, vor allem bei depressiven Verstimmungen und An- triebsminderung (z. B. Citalopram, Fluoxetin, Sertralin usw.), aber eben leider auch nicht ohne Nebenwirkungen zu haben (z. B. Übelkeit, Mundtrockenheit, Magen-Darm-Beschwerden, Nervosität, Kopfschmerzen usf.). Glücklicherwei- se sind die neueren Produkte dabei etwas günstiger, was das belastende Ne- benwirkungs-Spektrum der älteren Arzneimittel-Generation anbelangt. Doch auch hier gilt es möglichst zeitlich überschaubar und engmaschig kontrolliert zu behandeln.

Schlussfolgerung

Ganz allgemein geht eine Pharmakotherapie im Alter und speziell bei Demenz mit erhöhten Risiken einher, insbesondere was ihre Verträglichkeit anbelangt.

Das größte Problem ist dabei die in diesem Alter fast schon charakteristische Polypharmazie, d. h. nicht nur eines, sondern mehr, wenn nicht gar viele Medikamente, die sich wechselseitig beeinflussen (Wirkungsverlust, Wirkungssteigerung, Nebenwirkungs-Verstärkung). Besonders problematisch ist die Entwicklung eines Deliriums sowie die Sturzgefahr. Kurz: Der Einsatz von Psychopharmaka sollte auf das notwendige begrenzt werden.

Das ist leicht empfohlen, aber im Alltag schwer realisierbar, besonders in seelisch-geistig-körperlich-psychozial schwierigen Fällen. Deshalb wird vor allem auf nicht-medikamentöse Behandlungs-Verfahren verwiesen. Das sieht zwar jeder ein und akzeptiert es gerne – nur macht die Umsetzung im Alltag wieder eigene Probleme, man kann es sich denken. Was wird empfohlen, wo liegen nicht nur die Möglichkeiten, sondern auch Grenzen?

Nicht-medikamentöse Behandlung

Nicht-pharmakologische Interventionen, wie das in Fachkreisen heißt, haben ebenfalls keine nachweisbare Wirkung auf die neuro-degenerativen/cerebrovaskulären Veränderungen, sprich: den Schwund an Nervenzellen im Gehirn und/oder eine unzureichende Gehirn-Durchblutung. Das ist schon mal eine Ernüchterung. Das kausale (ursprüngliche) biologische Problem bzw. die eigentliche Ursache des geistigen Abbaus und entsprechender Verhaltensstörungen ist also dadurch nicht lösbar.

Dennoch sind sie ein unentbehrlicher Bestandteil jeder Demenz-Therapie. Grund: Es geht nicht nur darum, das vorhandene Defizit zu ersetzen, sondern auch die verbliebenen Fähigkeiten zu nutzen, um die Funktionsfähigkeit so gut wie möglich zu erhalten. Das heißt: Das Lebens-Umfeld so zu gestalten, dass der Betroffene noch möglichst lange sein früheres Leben weiterführen kann, wenn auch meist mit Unterstützung naher Bezugspersonen.

Letzteres ist ein wichtiger Hinweis, der kurzgefasst lautet: Demenz-Kranke müssen stets im Zusammenhang mit ihrem psychosozialen Umfeld gesehen werden. Das heißt aber auch: Die Belastung und die Bedürfnisse der pflegenden Angehörigen sind hier mit einzurechnen. Einzelheiten siehe später.

Grundsätzlich, so Frau Professor G. Stoppe in ihrem Beitrag, sollte man darauf achten, dass die Patienten in einer guten *körperlichen Verfassung* sind – und bleiben. Dazu gehört ein strukturierter Tages-Rhythmus mit ausreichender körperlicher Bewegung, feste Essens-Zeiten, ein regelmäßiger Schlaf-Wach-Rhythmus, feste Toiletten-Zeiten, eine an das Alter angepasste Ernährung (Störungen der Nahrungs-Aufnahme oder gar Fehl-Ernährung kommen häufig vor, zumal sich auch Geschmacks- und Geruchs-Sinn verändern können) und ausreichende Flüssigkeits-Zufuhr.

Einen hohen Stellenwert besitzen die nicht-pharmakologischen Interventionen in der Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten wie Depression, Unruhe, Schlafstörungen, Sinnestäuschungen, wahnhaftige Überzeugungen und Aggressivität. Deshalb sollen zunächst alle verfügbaren psychosozialen Möglichkeiten ausgeschöpft werden, bevor mit der pharmakologischen Behandlung begonnen wird, mahnt auch Frau Dr. T. Froböse von der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der TU München in Übereinstimmung mit den so genannten S3-Leitlinien. Dabei unterscheidet man kognitions-orientierte, tätigkeits-orientierte, emotions-orientierte und interaktions-orientierte nicht-pharmakologische Interventionen. Im einzelnen und in Stichworten:

- *Kognitions-orientiert* heißt kognitive Rehabilitations-Verfahren mit Gedächtnis-Strategien, externen Merkhilfen und Hinweisen für die Alltags-Routine. Das zielt vor allem auf leicht-gradige Demenz und soll das Erreichen persönlicher Ziele sichern, die Stimmung stabilisieren und die Lebensqualität erhöhen.
- Dazu zählt auch das *kognitive Training* mit entsprechenden Übungen für leicht-gradige bis mittelschwere Demenz.
- *Tätigkeits-orientierte Verfahren* sind vor allem die Ergotherapie (Üben von Alltagstätigkeiten), die Realitäts-Orientierung (Vermittlung von Orientierungshilfen) und die Verhaltenstherapie (Aktivitätsaufbau). Dies hilft bei leicht-gradiger bis mittelschwerer Demenz, bei der Verhaltenstherapie auch für fortgeschrittene dementielle Einbußen. Ziel ist die Selbstständigkeit, die Lebensqualität, die Stimmungstabilisierung und die Eindämmung problematischer Verhaltensweisen.
- *Emotions-orientiert* ist vor allem die Erinnerungs-Therapie (Beschäftigung mit der eigenen Vergangenheit, ggf. der des näheren Umfelds) und die so genannte Multisensorische Stimulation (Anregung der Sinne durch Töne, Farben und Materialien). Auch hier geht es um die leichtgradige bis mittelschwere, bei letzterem ggf. auch um die fortgeschrittene Demenz. Ziel: Stimmung, Lebensqualität, Wohlbefinden, problematische Verhaltensweisen begrenzen.
- Der *interaktions-orientierte Ansatz* bemüht sich vor allem um Angehörigen-Beratung, d. h. Vermittlung von Information und Pflege-Kompetenz. Dies betrifft beispielsweise Stimmung, Lebensqualität und schließlich das Problem der Heim-Unterbringung, und zwar nicht zu früh und nicht zu spät, was sich letztlich auf alle Schweregrade einer Demenz bezieht.

Spezifische Aspekte

Bei den spezifischen Aspekten des generellen Demenz-Phänomens und damit -Problems in unserer Zeit und Gesellschaft geht es vor allem um rechtzeitige Diagnose und Therapie. Aus der Versorgungsforschung ist aber leider bekannt, dass viele Demenz-Erkrankungen erst einmal unentdeckt bleiben bzw.

nicht zu jenem Zeitpunkt diagnostiziert werden, für den es bereits heute wirtschaftliche, einfach einsetzbare und gut messbare Hilfs-Verfahren gibt. Um nur zwei Beispiele zu nennen:

So wird die Diagnose Demenz bei Patienten mit Depressionen, Gedächtnisproblemen, Hörschwierigkeiten und eingeschränkter körperlicher Mobilität zu häufig gestellt. Allein lebende Betroffene hingegen werden dagegen sehr viel seltener erfasst.

Ein weiteres Problem ist die so genannte Ko-Morbidität (wenn eine Krankheit zur anderen kommt) bzw. gar Multi-Morbidität (wenn nicht gerade viele, wie der Begriff besagt, aber dann doch mehrere Leiden zugleich beeinträchtigen). Wissenschaftliche Erkenntnisse weisen darauf hin, dass nur ein Drittel aller Demenz-Kranken keine solche Ko-Morbidität aufweist. Wie schon einmal angedeutet: Die Wahrscheinlichkeit, an einer Depression zu erkranken, wächst um das 1,9-fache, wenn schon eine Demenz vorliegt. Noch deutlicher wird es bei manchen körperlichen Leiden, z. B. Oberschenkelhalsbruch (2,3-fach) oder Herz-Kreislaufleiden (1,9-fach häufiger). Ähnliches gilt für akute Erkrankungen wie Lungenentzündung und Schlaganfall. Der ältere Patient mit der Einzel-Diagnose Demenz ist nicht der Normalfall, warnen die Experten. Vielmehr verlangt eine adäquate Demenz-Therapie zumeist gleichzeitig eine Behandlung des Bluthochdrucks, des Diabetes und weiterer chronischer Erkrankungen.

Problematisch ist dabei, dass die Demenzkranken selber, zumindest in fortgeschrittenem Krankheits-Stadium, keine ausreichenden Auskünfte mehr über ihren gesundheitlichen Zustand geben bzw. geben können. Das lässt sich oft erst aus ihren Verhaltensweisen erschließen, die aber nicht selten in die Irre führen können (Fehl-Diagnose: reine Verhaltensstörung, von der Unruhe über die Reizbarkeit oder Aggressivität bis zur Antriebs- oder Interesse-Armut; Fachbegriffe: von der Agitation bis zur Apathie).

Dies scheint einer der Gründe dafür zu sein, dass bei Demenz körperliche Krankheiten weniger (zumindest schnell und genau) erkannt und damit behandelt werden als bei Nicht-Dementen. So können die Ursache für Unruhezustände nicht nur Ängste sein, sondern sind auch Schmerzen. Oder die Nebenwirkungen von Medikamenten (s. o.).

Schmerzen werden bei Demenz-Kranken nicht selten verkannt, warnt beispielsweise Frau Professor Stoppe. Und dies, obgleich sie mindestens genauso häufig vorkommen wie bei Menschen gleichen Alters. Die Konsequenz: Demenz-Kranke bekommen nur etwa halb so oft eine gezielte Schmerz-Therapie (z. B. Zahnschmerzen). Mit anderen Worten: Hier sollte nicht erst der Arzt, hier sollte das nähere und ggf. weitere Umfeld reagieren, und zwar rechtzeitig und konsequent.

DEMENZ UND FAMILIEN-EINSATZ

Das aber bleibt letztlich bei den Angehörigen hängen. Geschätzte drei Viertel der Krankheitslast von Demenz-Leiden wird auch heute noch von den Familien und vom sozialen Umfeld getragen. Dabei ist Pflege vorwiegend weiblich: Bis zu 80% der Pflegeleistungen werden von Töchtern, Ehefrauen und Schwiegertöchtern erbracht. Das ist zwar eine durchaus tröstliche Erkenntnis, allein es ahnt schon jeder: diese „Ressource“ wird in Zukunft in diesem Maße nicht mehr zur Verfügung stehen. Das Demenz-Versorgungsproblem wird drängender.

Unter dieser Last drohen die pflegenden Angehörigen selber in Not zu geraten. Man schätzt, dass 30 bis 50% von ihnen selbst psychisch oder körperlich krank, zumindest aber einem besonderen Erkrankungs-Risiko ausgesetzt sind. Das hängt zwar sehr wesentlich von ihrem eigenen Gesundheitszustand ab (also auch in seelischer Hinsicht, d. h. was die Belastungsfähigkeit anbelangt), doch dies wiederum wird auch vom Alter des Pflegenden diktiert. Und das ist ja nicht selten der annähernd gleich alte oder noch ältere Partner – mit allen seelisch-körperlichen Konsequenzen.

Auch in psychologischer Hinsicht gilt es einiges zu bedenken: So sprechen die Experten von einer so genannten „filialen Krise“, gibt Frau Professor G. Stoppe in ihrem Fachbeitrag zu bedenken. Und die ist durch die bittere Erkenntnis charakterisiert, dass für die inzwischen erwachsenen Kinder die Eltern ein „Fels der Unterstützung“ sind bzw. waren, jetzt aber von Gebrechlichkeit und Hilfsbedürftigkeit gezeichnet sind. Es muss also auch die psychologische Aufgabe gemeistert werden, die Eltern weiter als Eltern zu respektieren und doch fürsorgliche Funktionen für sie zu übernehmen. Dabei zeigt sich, dass die Kinder eher dann zur Pflege bereit sind, wenn sie ihre Eltern (vor allem den gegengeschlechtlichen Elternteil) als damals für sie selber liebevoll umsorgend in Erinnerung haben.

Wichtig ist auf jeden Fall neben der Vermittlung von Kompetenz und dem Austausch mit anderen Betroffenen in Selbsthilfegruppen die wenigstens stundenweise Entlastung. Hier greift glücklicherweise eine zunehmende ehrenamtliche Freiwilligkeit bzw. Laienhilfe. Dabei haben vor allem die örtlichen Alzheimer-Gesellschaften einen guten Überblick, auf wen man dabei zurückgreifen könnte. Das gilt nicht zuletzt für das offenbar wachsende Problem des selber älteren und ggf. kranken Menschen, der seinen demenz-kranken Partner pflegen sollte. Hier sind die Reserven oft rasch erschöpft, wenn keine gezielte Entlastung möglich ist. So kommen mehr als drei Viertel aller Demenz-Kranken letztendlich im Krankheitsverlauf doch noch ins Heim, womit die Demenzen heute schon der Haupt-Einweisungsgrund sind.

Deshalb sollte man die erwähnte und glücklicherweise auch noch wachsende Zahl von Spezial-Einrichtungen und damit Angebote kennen und nutzen. Beispiele: Gedächtnis-Sprechstunden, Memory-Kliniken, geronto-psychiatrische Zentren, Schwerpunktpraxen, Beratungsstellen mit den Angeboten von freiwilligen Helfern, die stundenweise Entlastung und Unterstützung anbieten u. a. Auch die Heime mit ihrer so genannten Kurzzeitpflege, um wenigstens einmal in Urlaub fahren zu können (wobei es inzwischen auch Urlaubs-Angebote für Demenz-Kranke und Angehörige mit entsprechender Betreuung gibt).

DEMENZ: ETHISCH-RECHTLICHE PROBLEME

Zuletzt sei noch auf eine Reihe ethisch-rechtlicher Probleme hingewiesen, die sich zusehends in den Vordergrund schieben. Dazu gehören beispielsweise

- die *Urteilsfähigkeit* bzw. *Geschäftsfähigkeit*. Bei ganz frühen Demenz-Zuständen ist dies mehrheitlich gegeben, weshalb sich empfiehlt, etwaige Patienten-Verfügungen oder Testamente zu Beginn der Erkrankung anzusprechen und abzuschließen.
- Ein zunehmendes Problem, auch für Demenz-Kranke, könnte die Diskussion um die *Sterbehilfe* sein. Sie hängt sehr wesentlich damit zusammen, welche Würde, Last und Zumutung mit der Erkrankung verbunden sind.
- Konkret am Alltag festgemacht ist die *Fahrerlaubnis*. Zwar sehen das die meisten Demenz-Kranken oder auf Anraten von Familie bzw. Arzt irgendwann selber ein. Dabei gilt, dass die Demenz-Diagnose noch nicht die Fahrtauglichkeit per se beeinträchtigt, wie Frau Professor Stoppe die Fachliteratur zusammenfasst. Vielmehr spielt neben dem Schweregrad der Demenz zusätzlich eine Rolle, was auch in anderen Lebens-Abschnitten bedeutsam ist:

Wer mit einem impulsiven Charakter ausgestattet ist und in seiner Vorgeschichte so manche aggressive Auseinandersetzungen geboten hat, von Verkehrsdelikten ganz zu schweigen, wird auch bei einer sehr leichten Demenz nicht mehr fahren können. Anders ist dies bei einem bisher unfallfreien, körperlich ansonsten gesunden und krankheits-einsichtigen, vielleicht nur leicht dementen Menschen, der täglich noch seine kurze Fahrt zum Lebensmittelhändler alleine machen möchte, so Frau Professor Stoppe.

Zu beachten ist aber auf jeden Fall, dass Demenz-Kranke nicht nur als Fahrer gefährlicher, sondern auch im Straßenverkehr gefährdeter sind. Sie reagieren nun einmal langsamer auf Verkehrs- und auch Warnsignale (weshalb man sich schon in unserer alternden Gesellschaft gelegentlich Gedanken macht, die Gestaltung der Signalgebung im Straßenverkehr entsprechend anzupassen).

DEMENZ: ANHANG

Alzheimer-Krankheit oder normale Alters-Erscheinungen? – Beginn einer Alzheimer-Krankheit – Alzheimer-Beschwerdebild

In dieser Serie gibt es mehrere Beiträge, in denen auch die Demenz eine Rolle spielt. Dazu ein größeres Kapitel über die *Alzheimer-Krankheit: Erkennen – Verstehen – Behandeln*. Auch dort geht es um Häufigkeit, Definition und Klassifikation dementieller Erkrankungen, Ursachen (Beispiele in Stichworten: erbliche Faktoren, Vergiftungen, Beteiligung des Immunsystems, Störungen der chemischen Überträgerstoffe (Transmitter), Durchblutungs- und Stoffwechselstörungen, bestimmte Krankheitserreger unter Verdacht u. a.) sowie Risikofaktoren (Alter, Geschlecht, Schädel-Hirn-Unfälle, Stress, Depressionen usf.). Und die Frage: Was kann eine Alzheimer-Krankheit verschlechtern (z. B. Entzündungen, Versorgungs-Engpässe des Gehirns, verminderte Flüssigkeitsaufnahme, Mangel-Ernährung, bestimmte Erkrankungen des Gehirns, Genussmittel, Medikamente, Umweltgifte u. a.).

Ein wichtiges Unter-Kapitel lautet: *Alzheimer-Krankheit oder normale Alters-Erscheinungen?* Dazu eine Reihe mehr oder weniger konkreter Hinweise, die sich besonders auf den Alltag beziehen.

Schließlich einige wichtige Erkenntnisse zum Thema: Wie beginnt eine Alzheimer? Und schließlich eine Übersicht über das Alzheimer-Beschwerdebild generell (s. u.). Dazu ein weiteres, überaus wichtiges und vor allem zunehmendes Phänomen, nämlich die Frage: Depression und/oder Demenz? Denn beide Leiden können sich – zumindest eine gewisse Krankheitsstrecke lang – sehr ähneln, unabhängig davon, dass vor allem im höheren Lebensalter sowohl Depression als auch Demenz zugleich belasten können. Also ein Kapitel mit verschiedenen Unterscheidungs-Kriterien bezüglich „depressiver Pseudo-Demenz“ und realer Alzheimer-Demenz.

Im Weiteren einige alltags-relevante Hinweise zum Thema: Wie verläuft eine Alzheimer-Krankheit (je nach Beeinträchtigungsgrad bzw. wissenschaftlich konkretisiertem Stadium). Und schließlich die Frage, die alle bewegt, wenn die Diagnose feststeht: Möglichkeiten und Grenzen einer Therapie, und zwar medikamentös und nicht-medikamentös (sprich Milieu-Therapie, Psycho- und Soziotherapie u. a.). Am Schluss ein umfangreiches Literatur-Verzeichnis deutschsprachiger allgemeinverständlicher Sach- und spezieller Fachbücher zum Thema.

Was dem vorliegendem Kapitel aber in voller Länge angeschlossen werden soll, um es auf dieser Ebene vor allem für den erwähnten Alltag nutzbar zu machen, sind die praktisch unverändert übernommenen Unter-Kapitel des Bei-

trags über *Alzheimer-Krankheit* zu den Themen: Alzheimer-Krankheit oder normale Alters-Erscheinung, Beginn einer Alzheimer-Krankheit sowie schließlich das Alzheimer-Beschwerdebild mit den kognitiven Störungen, den seelischen, geistigen und psychosozialen Symptomen und den wichtigsten körperlichen Folgen. Im Einzelnen:

ALZHEIMER-KRANKHEIT ODER NORMALE ALTERS-ERSCHEINUNGEN?

Nicht alles, was ängstlich als Krankheit interpretiert wird, ist tatsächlich Ausdruck einer Krankheit. So gehört z. B. die Vergesslichkeit, eine lästige, ärgerliche oder gar peinliche Einbuße, zu den häufigsten Phänomenen unseres Lebens - und zwar nicht nur unter Stress oder im höheren Lebensalter. Allerdings ist ein gewisses zusätzliches Defizit „mit den Jahren“ völlig normal, ja die Regel. Man kann sich dagegen stemmen (und dabei auch einiges tun), aber man kann es nicht völlig verhindern (weshalb man sich nicht ständig darüber ärgern oder gar resignieren sollte).

Und so ist es auch mit einer Reihe weiterer Symptome, die oftmals gar keine Krankheitszeichen sind, sondern normale Begleiterscheinungen des Alterns, die man gelassen hinnehmen sollte. Denn der Kummer, den man sich darüber macht, kann mehr an Kraft, Zuversicht und „Nerven“ kosten als seine Ursache.

So haben auch die Fachleute immer wieder darauf hingewiesen, dass es eine „physiologische Altersvergesslichkeit“ gibt (der frühere englische Begriff lautete sogar übersetzt: „gutartige Altersvergesslichkeit“). Heute spricht man von *alters-assoziierten* (mit dem Alter verknüpften) Gedächtnisstörungen, auch leichte kognitive Störungen (LKS) genannt (englischer Fachbegriff: mild cognitive impairment - MCI). Der Inhalt besagt das Gleiche. Was versteht man darunter?

Alters-assoziierte Gedächtnisstörungen (also „normale“ Einbußen) äußern sich bei Personen über 50 Jahren in einem langsamen Beginn ohne plötzliche(!) Verschlechterung. In der Regel sind es Gedächtnisstörungen wie ständiges Verlegen von Gegenständen, Schwierigkeiten, sich Namen zu merken, Probleme, wenn mehrere Dinge gleichzeitig zu erledigen sind, Erinnern von Telefonnummern usw., die aber die selbständige Alltagsbewältigung nicht behindern.

Konkrete seelische und körperliche Ursachen

Wo aber liegen die Unterschiede? Als erstes muss man einige Ursachen ausschließen, die ebenfalls zu ernsteren Gedächtnisstörungen führen können - psychisch oder körperlich bedingt. Die Experten sprechen von dutzenden, einige sogar von mehr als hundert cerebralen (Gehirn-) und somatischen (körperlichen) Krankheiten, die eine Demenz verursachen können, und dies sogar

ohne eine zusätzliche Belastung durch eine Alzheimer-Krankheit oder andere neuro-degenerative, vaskuläre (Gefäß-) und ähnliche Hirn-Veränderungen. Das ist zwar selten, aber nicht auszuschließen. Da wäre es töricht, sich hinter „normalen Altersfolgen“ zu verstecken. Es sollten also folgende Krankheitszeichen aufhorchen lassen, deren Ursachen sorgfältig abzuklären sind:

- *Delir*: Bewusstseinstörung mit Verwirrtheit, Sinnestäuschungen, Wahnideen und ggf. Erregungszuständen.
- *Verwirrtheitszustand*: Störungen der Orientierung, der Aufmerksamkeit, der Auffassung, ferner Störungen des zusammenhängenden Denkens und Gedächtnisses, also Rat- und Hilflosigkeit; dazu unruhig, überempfindlich, völlig passiv oder übermäßig aktiv, ja aggressiv u. a., ggf. bis hin zu einer ausgeprägten Bewusstseinsstörung, z. B. nicht mehr aufweckbar.
- Vorsicht auch bei vorausgegangenen *Krankheiten des Gehirns* wie die Parkinson'sche Krankheit, Schlaganfälle, Hirntumoren, Gehirnentzündungen, Durchblutungsstörungen, Kopfverletzungen (vor allem mit Bewusstlosigkeit), Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit usw.
- Auch *psychische Erkrankungen* müssen in die Überlegungen mit einbezogen werden, vor allem Depressionen und ggf. die Manie.
- Vorsicht vor allem auch bei *organischen Leiden*, die zu einer Verminderung der geistigen Leistungsfähigkeit führen können: Herz-, Leber-, Nieren-, Lungen-, Zucker- und andere Krankheiten sowie die (längerfristige) Einnahme von *Medikamenten oder schädlichen Substanzen*, die die geistige Leistungsfähigkeit beeinträchtigen können (siehe oben).

● Was spricht nun für eine normale Altersvergesslichkeit?

Wenn das alles ausgeschlossen werden konnte, dann sollte man sich auf folgende Unterschiede konzentrieren, die die normale Altersvergesslichkeit von einer beginnenden Alzheimer-Krankheit abzugrenzen vermögen:

Für eine normale **Altersvergesslichkeit** spricht beispielsweise ein lediglich vorübergehendes Auftreten oder wenn es sich um eine nur geringfügige Verschlechterung um Monate (oder Jahre?) hinweg handelt. Oder ein gelegentliches Vergessen bzw. das Verlegen von „Kleinigkeiten“ wie Brille, Schlüssel, Handtasche usw., besonders wenn sie rasch wiedergefunden werden.

Normal ist auch das Vergessen von bestimmten Erlebnis- und Gedächtnisinhalten, was nicht auffallen würde, wenn man nicht ausgerechnet darauf hin gezielt angesprochen worden wäre. Normal ist es, wenn man durch Konzentration oder intensives Nachdenken schließlich Erfolg hat: Man kommt wieder drauf - leider meist zu spät... Normal und üblich ist es auch, wenn man sich

durch bestimmte Merkhilfen wie Notizzettel u. a. zu helfen weiß bzw. mündlichen oder schriftlichen Anweisungen folgt.

Leidet man darüber hinaus an keinen nennenswerten Störungen, dann handelt es sich um eine normale Altersvergesslichkeit.

• Was spricht für eine Alzheimer-Krankheit?

An eine **Alzheimer-Krankheit** ist dagegen zu denken, wenn die Vergesslichkeit andauert und im Verlauf von Monaten sogar deutlich stärker wird. Oder wenn sich das Vergessen oder Verlegen häuft, insbesondere bei wichtigen Gegenständen, auf die man in der Regel besonders achtet wie z. B. auf Geldbeutel, Scheckheft, Ausweise usw. Und wenn der Betroffene große Mühe hat, das Verlegte wieder zu finden (nicht zuletzt deshalb, weil es sich plötzlich an unüblichen Plätzen befindet).

Krankheitsverdächtig ist auch das Vergessen ganzer Erlebnisbereiche oder Gedächtnisinhalte, vor allem wenn man sich trotz intensiven Nachdenkens auch später nicht mehr daran erinnern kann. Bedenklich ist auch der Zustand, wenn selbst Notizzettel und Merkhilfen nichts mehr nützen. Das gleiche gilt für mündliche oder schriftliche Anweisungen. Und aufhorchen lassen sollten zusätzliche Störungen von Denk- und Urteilsvermögen, von Orientierung, Benennen oder Erkennen, von Geschicklichkeit, Lesen, Schreiben, Rechnen sowie deutliche Defizite in Bezug auf Antrieb, Aufmerksamkeit usw.

Treten ernstere Gedächtnis-, Wortfindungs- und Orientierungsstörungen auf und wird es schwierig, Gegenstände zu benennen, muss man an eine Demenz denken. Die Betroffenen formulieren das meist vage, aber konstant verunsichert: „Irgendetwas stimmt mit mir nicht“.

WIE BEGINNT EINE ALZHEIMER-KRANKHEIT?

Wie beginnt eine Alzheimer-Krankheit? Die wichtigste Antwort auf diese Frage lautet: unmerklich. Weder die Betroffenen noch ihre Angehörigen, Mitarbeiter und Freunde können einen genauen Zeitpunkt angeben - und wenn, dann ist es ein nur scheinbar plötzlicher Beginn, meist unter besonders belastenden Umständen: Krankheit oder Tod eines nahen Angehörigen, Wohnungs- oder Wohnortwechsel, Unfall, Operation, körperliche Erkrankung, Krankenhausaufenthalt oder sonstige Belastungen. Und in diesem Fall handelt es sich wahrscheinlich auch nicht um einen plötzlichen „Demenz-Ausbruch“, sondern um den Wegfall gewohnter und vor allem kompensatorischer Stützen, seien sie zwischenmenschlicher, seien sie organisatorischer Art.

Der wichtigste Merksatz lautet noch einmal: Die Alzheimer-Krankheit beginnt in der Regel schleichend. Besondere Belastungen können jedoch zur „Demaskierung“ eines schon länger bestehenden, aber von Patient und Umgebung bisher nicht realisierten Krankheitsverlaufs beitragen.

Das heißt nun aber nicht, dass man ständig zwanghaft-ängstlich auf jedes Symptom achten muss, das vielleicht ganz andere Ursachen haben oder zur normalen Vergesslichkeit gehören kann. Andererseits ist es nicht falsch, einige Warnhinweise zu kennen:

Die häufigste Umschreibung, die bereits angeführt wurde, ist natürlich unspezifisch: „Irgend etwas ist mit mir nicht mehr in Ordnung“. Dann: „Das eine oder andere geht nicht mehr so rasch von der Hand“. Konkreter wird es mit den Klagen: „Manchmal fallen mir bestimmte Wörter nicht mehr ein, auch später nicht“. Oder „neuerdings kann es vorkommen, dass ich mich auch an Wichtiges nicht mehr erinnere - oder erst nach einiger Zeit oder mit „Eselsbrücken“ oder „anderen Hilfen“. Da aber in Beruf oder Haushalt noch keine nennenswerten Probleme auftreten, werden solche Ausfälle bedauert, aber nicht sorgenvoll hingenommen - oder einfach verdrängt.

Dem Hausarzt werden sie vielleicht geklagt, doch der kann nichts feststellen. Also kommt es zu den entsprechenden Empfehlungen wie „Ausspannen“, „Urlaub“, „arbeitserleichternde Maßnahmen“ usw. So etwas nützt aber nichts mehr, wenn sich langsam ernstere Probleme einstellen, vor allem dort, wo man früher überdurchschnittliche Leistung gezeigt (z. B. Beruf) oder Freude „getankt“ hat (Freizeit).

Besonders auffällig: Kommen mehrere Belastungen oder auch nur Anforderungen zusammen, die früher problemlos bewältigt wurden, drohen jetzt größere Missgeschicke oder gar Pannen. Das betrifft einerseits das Berufsleben, andererseits den Haushalt (z. B. Besuch) oder Reisen. Das Ergebnis ist Irritation, Ratlosigkeit, ggf. Niedergeschlagenheit, Resignation oder gar Hilflosigkeit.

Interessanterweise fallen die ersten Symptome dem näheren Umfeld (Berufskollegen, Familien, Nachbarn) weniger auf als jenen, die den Betroffenen zuletzt vor einiger Zeit gesehen haben. Die einen bagatellisieren die kleineren Ausfälle oder haben sich angewöhnt, hilfreich einzuspringen, den anderen wird der Unterschied dafür umso drastischer vor Augen geführt. Ihr Urteil reicht deshalb von: „Was ist denn mit der los?“ bis zu: „der hat aber abgebaut“.

Die wichtigsten Erst-Hinweise und Warn-Symptome

Deshalb ist es wichtig, sich die häufigsten *Erst-* oder wenn man so will *Warn-Symptome* und ihre Folgen zu merken:

- Nachlassen von Gedächtnis, Urteilsfähigkeit und Orientierung

- Störungen von Sprache, Erkennen und Benennen
- zunehmende „Ungeschicklichkeiten“

Oder auf den Alltag übertragen:

- Vergessen von kurz zurückliegenden Ereignissen
- Schwierigkeit, sich in unvertrauter Umgebung zurechtzufinden
- Probleme bei der Ausführung gewohnter Tätigkeiten
- Nachlassendes Interesse an Arbeit oder Hobbys
- Schwierigkeiten bei alltäglichen Entscheidungen

Und die Folgen:

- Gleichgültigkeit und Trägheit
- Unruhe, Gespanntheit, Fahrigkeit
- Unduldsamkeit, Reizbarkeit, Aggressivität
- Niedergeschlagenheit, Resignation und Hoffnungslosigkeit
- wahnhaftige Reaktionen
- Wesensänderung
- Neigung zur ständigen Wiederholung von Bemerkungen, Fragen usw.

Dazu kommen als weitere *organische Störungen*

- Die Tag-Nacht-Umkehr (tags dösing, nachts umtriebzig)
- Störungen von Wasserlassen und Stuhlgang.

Versucht man das Ganze nach Häufigkeit zu ordnen, vor allem im Rückblick von Patienten und Angehörigen, so stehen

- mit Abstand an erster Stelle Gedächtnis- und Orientierungsstörungen in fast zwei Drittel aller Fälle,
- gefolgt von Problemen bei der Arbeit bei jedem fünften Betroffenen,
- einer wachsenden Persönlichkeitsänderung bei ebenfalls jedem fünften Patienten sowie
- Leistungsrückgang,
- körperliche Beeinträchtigungen,
- Probleme beim Autofahren,
- Schwierigkeiten im Umgang mit Geld

in jeweils mehr als jedem zehnten Fall.

Das sind zwar hilfreiche Hinweise, aber nur Stichworte. Wie äußert sich dies beispielsweise im konkreten Alltag? Nachfolgend deshalb einige praxisbezogene Beispiele: Zuvor aber eine Frage, die - gerade in diesem Fall - wichtiger ist, als so manch anderer Schritt, der erst einmal weniger Konsequenzen nach sich zieht. Gemeint ist die Überlegung: Soll, darf, muss man den Patienten und seine Angehörigen aufklären, und wenn ja: wie bzw. wie weit?

Aufklärung über das Krankheitsbild?

Jede Beschwerde löst böse Ahnungen aus. Und jedes Krankheitsbild ist ein Schicksalsschlag, auch wenn es diejenigen, die nicht betroffen sind, so nicht interpretieren. Wenn also die Diagnose feststeht, beginnt für den Arzt eine große Aufgabe: die Aufklärung.

Das ist ein Kapitel, das leider nicht immer zur Zufriedenheit der Patienten und ihrer Angehörigen ausfällt. Dabei muss es nicht nur am Arzt liegen, das leuchtet ein. Es wird aber gerade in Ärzte-Kreisen immer wieder und in letzter Zeit vermehrt darauf hingewiesen, dass in diesem Punkt in der Aus- und Weiterbildung mehr getan werden muss. Dies betrifft nicht zuletzt die Diagnose und die daran anschließende Behandlung/Betreuung eines Demenz-Patienten.

Deshalb gilt auch hier: Die Demenz-Behandlung beginnt mit einem Aufklärungs-Gespräch. Wird das auch von den Betroffenen so gesehen? Ja!

Über 90% der Allgemeinbevölkerung wollen im Falle einer Demenz-Diagnose aufgeklärt werden. Und über 80% wollen gemeinsam mit einer Vertrauensperson darüber erfahren. Nur weniger als 10% wollen im Erkrankungsfall nicht persönlich informiert werden. Und ein geringer Prozentsatz (vor allem solche mit leichter Demenz) ist der Ansicht, dass kein Dritter von der Diagnose erfahren darf. So die Experten.

Nützlich für Patienten und Angehörige sind auf jeden Fall Informationen über

- *Beschwerdebild* wie Gedächtnisstörungen und deren Konsequenzen für den Alltag
- den *Verlauf* (einschließlich der in der Regel hinzunehmenden Verschlechterung und den entsprechenden Vorkehrungen dazu)
- die *heutigen Behandlungsmöglichkeiten*, vor allem was Gedächtnishilfe, Umgang miteinander und medikamentöse Möglichkeiten und Grenzen angeht sowie
- den Kontakt mit der Alzheimer-Gesellschaft, Vermittlung von Informationsmaterial u. a.

DAS ALZHEIMER-BESCHWERDEBILD – EINE ÜBERSICHT

Die Symptome einer Alzheimer-Krankheit sind nicht bei jedem Patienten gleich häufig und stark anzutreffen. Sie hängen in gewissen Grenzen nicht nur von Ausmaß und Ausbreitung der erwähnten Gehirn-Veränderungen ab, sondern auch von der jeweiligen Persönlichkeitsstruktur, von Ausbildungsniveau, Lebensumständen, körperlicher Verfassung und den Unterstützungsmöglich-

keiten der Umgebung. Dennoch gibt es einige typische Erkennungsmerkmale. Dem Arzt stehen dabei – im ersten Teil bereits erwähnt – bestimmte Testverfahren* und technische Untersuchungsmöglichkeiten* zur Verfügung (siehe Fachbegriffe in der Fußnote); die Angehörigen, Freunde und Arbeitskollegen müssen das eher aus dem Verhalten schließen.

Moderne Klassifikationen schreiben folgende Erkennungsmerkmale des Demenz-Syndroms vor:

- **Kognitive Störungen****

- **Abnahme der Gedächtnisleistung:** Die Gedächtnisstörungen betreffen vor allem die Speicherung neuer Informationen. Die Betroffenen vergessen den Inhalt von Gesprächen innerhalb von Minuten. Sie können sich an den Ablauf des zurückliegenden Tages nicht mehr erinnern oder stellen immer wieder dieselben Fragen. Dabei muss die Erinnerung an lange zuvor Erfahrenes und Gelerntes nicht (deutlich) beeinträchtigt sein.

- **Abnahme der Urteilsfähigkeit und des Denkvermögens:** Damit meint man die Fähigkeit, zwischen verschiedenen Entscheidungsmöglichkeiten abzuwägen, Probleme erkennen und Lösungen finden zu können. Dabei ist das prämorbidem Niveau, also vor der (ohnehin schleichend begonnenen) Erkrankung häufig schwer abzuschätzen. Man kann es aber aus dem Grad der Schulbildung, der sozialen Stellung, der beruflichen Qualifikation des Betroffenen halbwegs ableiten.

- **Störungen der Sprache (Aphasie):** Sie äußert sich z. B. in Wortfindungsstörungen, in Schwierigkeiten beim Benennen von Gegenständen, in einem reduzierten Mitteilungsgehalt sowie erschwertem Verständnis der gesprochenen und geschriebenen Sprache, später auch in Fehlern der Grammatik und der Lautbildung.

- **Störungen der Handhabung von Objekten (Apraxie):** Hier sind es vor allem Schwierigkeiten beim Ankleiden oder Benutzen von Geräten (z. B. in der Küche) und Werkzeugen (in Garten, Garage oder Hobbyraum).

- **Störungen des Erkennens von Objekten (Agnosie):** Sie werden vor allem deutlich durch eine ungewöhnliche Ratlosigkeit, und zwar angesichts von alltäglichen Gegenständen, bis hin zum Nichterkennen vertrauter Personen.

* Standardisierte Test-Verfahren sind z. B. Mini Mental Status Test (MMST): Information über Gedächtnis, Sprache, Handhabung von Objekten und räumlichen Leistungen, jedoch keine Aussage über das Denkvermögen. Syndrom-Kurztest (SKT): Aussagen über Gedächtnis, Sprache, psychomotorisches (seelisch-körperliches) Tempo und einige Aspekte des Denkvermögens. Uhren-Zeichen-Test (UZT): Auskunft über problemlösendes Denken und räumliche Leistungen.

Allgemein-körperliche Untersuchung mit internistischem und neurologischem Schwerpunkt und entsprechendem Laborprogramm: großes Blutbild, klinische Chemie, Elektrolyte, TSH basal, ggf. Liquorpunktion, bei Risikopatienten auch HIV-Test, TPHA. Als apparative Diagnostik CT/MRT, ggf. EEG, SPTT oder PEP u. a.

** Vom lat.: cognoscere = erkennen.

- **Störungen der räumlichen Leistungen:** Sie erkennt man an Schwierigkeiten beim Zeichnen, an Rechts-links-Verwechslungen und an Fehlern, die ein Raum-Verständnis erfordern, z. B. beim Knoten einer Krawatte oder beim Parken eines Autos.

- **Nicht-kognitive Störungen**

- **Verminderung der Affektkontrolle:** persönlichkeitsfremde d.h. für den Betroffenen eine bis dahin untypische, persönlichkeitsfremde Reizbarkeit, Rührseligkeit oder rasche Schwankungen der Stimmungslage.

- **Verminderung des Antriebs:** meist als Aspontaneität („reagiert kaum mehr spontan“) und vermehrte Abhängigkeit von äußeren Anregungen.

- **Störungen des Sozialverhaltens:** insbesondere persönlichkeitsfremde Taktlosigkeit, Verletzung sittlicher Normen, mangelnde Rücksichtnahme, aber auch vermehrte Anhänglichkeit („Klammern“) und (blinde) Gefolgsbereitschaft.

- **Bewusstseins-Klarheit abklären**

Obige Symptome sind auch möglich, wenn der Betreffende bewusstseinsgetrübt ist. Das hat dann allerdings andere Ursachen und darf nicht mit einer Demenz verwechselt werden. Bei einem Demenz-Syndrom liegt also keine Bewusstseinsstrübung vor, also keine herabgesetzte oder völlig aufgehobene Fähigkeit, die Aufmerksamkeit auf einen Gegenstand zu richten und gezielt zu verändern, ferner keine verlängerte Reaktionszeit, kein unkooperatives und zur Situation nicht orientiertes Verhalten usw.

Nachfolgend nun eine alltagsbezogene Übersicht der wichtigsten Symptome in Stichworten, die im Rahmen einer Demenz im Allgemeinen und bei der Alzheimer-Krankheit im speziellen vorkommen können:

- **Seelische, geistige und psychosoziale Symptome**

- Gestörte Erinnerung an kurz zurückliegende Einzelheiten (Kurzzeitgedächtnis) wie Gespräche, Besuche, Art der letzten Mahlzeit, eigene Tätigkeiten usw.

- Später auch Störungen des Langzeitgedächtnisses (Schulzeit, frühe Erwachsenenjahre).

- Verlust der Fähigkeit, die Vergangenheit und Gegenwart zeitlich und inhaltlich auseinander zu halten.
- Orientierungsstörungen: wie man heißt, wo man wohnt oder sich gerade aufhält, wann geboren, wie alt, welcher Tag, welche Uhrzeit (wacht nachts auf und verlangt das Frühstück) usw.
- Schwierigkeiten, Dinge wieder zu finden, vom Hausschlüssel bis zum geparkten Auto. Oder nicht mehr wissen, wo und in welche Richtung man fahren muss („Geisterfahrer“).
- Schließlich einfache Aufgaben nicht mehr angemessen lösen können, trotz konkreter mündlicher und schriftlicher Anweisungen.
- Rasche Ermüdbarkeit bis hin zur völligen Kraftlosigkeit.
- Die Sprache wird immer ungenauer, mit Füllwörtern „geflickt“ („Dingsda“; „na, Du weißt schon was“ usw.). Dazu vermehrt Umschreibungen, Wortwiederholungen und vor allem Wortfindungsstörungen.
- Zuletzt Störungen des Sprachverständnisses und der Sprachproduktion.
- Störungen des Benennens: anfangs dicht danebenliegende Bezeichnungen, später gröbere Benennungsfehler. Die entsprechenden Namen oder Bezeichnungen fallen im Gespräch oder auf Zeigen der Objekte nicht mehr ein.
- Handlungsstörungen: Die Betroffenen wissen oft, was sie tun wollen, können ihre Absicht aber nicht realisieren. Folge: Probleme mit Schriftbild, Körperpflege, An- und Auskleiden, Essen und Trinken, Hobbys u. a.
- Störungen des Erkennens: Selbst altbekannte Personen und Gegenstände werden nicht mehr erkannt.
- Auf normale Sinnesreize (Sehen, Hören, Fühlen, Schmecken, Riechen) kann nicht mehr adäquat reagiert werden.
- Lese-, Schreib- und Rechenstörungen.
- Antriebsstörungen: nachlassende Willenskraft, sich ein Ziel zu setzen und dieses gleich zu verfolgen. Die meisten Bewegungsabläufe sind verlangsammt (besonders an den Händen). Dafür dauernde Bewegungsunruhe mit „Nesteln und Herumfingern“, ständiges Spielen mit Taschentüchern, Stiften, Besteck, fahriges Gesten, Auflesen von Flocken, Fäden usw.
- Gemütsstörungen: anfängliche Irritation, Niedergeschlagenheit, Resignation, schließlich Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit, zuletzt ernste-

re depressive Zustände. Dazu fast immer Angst (Zukunftsangst, diffuse Angst, „Angst vor ich weiß nicht was“ usw.). Aber auch Reizbarkeit, Aggressivität, ja Wutausbrüche, schließlich gemütsmäßig schwankend, emotional flach, hin- und hergerissen, stimmungsmäßig leicht beeinflussbar und ablenkbar bzw. umstimmbare.

- Hypochondrische Befürchtungen vor irrationalen seelischen, vor allem aber körperlichen Beeinträchtigungen.
- Sinnestäuschungen: Trugwahrnehmungen beim Sehen (sieht sich z. B. im Fernsehen auftreten), Hören (Geräusche, Stimmen), Schmecken (übersüßt, versalzen), Riechen (Fäulnis, Gas), Tasten (Missempfindungen bis hin zur Gewalteinwirkung).
- Wahnvorstellungen: ein meist reizbar-misstrauisches bis aggressiv-feindseliges Verhalten, vor allem nach außen gerichtet.

Beispiele: „fremde Person im eigenen Zimmer oder Bett“, „Diebstahl“, „Untreue“ (des aufopfernd pflegenden Partners) usw.

Folge: entsprechende Reaktionen wie Verstecken von Habseligkeiten, Zurückweisung alter Freunde, Brückierung von Angehörigen etc., die sich - als folgenreiche Konsequenz - dann natürlich nach und nach zurückziehen. Der Patient gerät dadurch noch stärker in die Isolation.

- **Weitere seelische und psychosoziale Auffälligkeiten sowie Verlaufscharakteristika**

- Je nach Persönlichkeitsstruktur bzw. Verlaufsform besteht anfangs der verzweifelte Versuch, das geistig-seelische Defizit zu überspielen und sich unverändert Aufmerksamkeit und Zuwendung zu sichern (was häufig respektlos, aber nicht ganz unzutreffend beschrieben wird mit: „liebenswürdige Verblödung“). Später zunehmend resigniert, niedergeschlagen, verzweifelt und depressiv.
- Auch der Versuch, alle Einbußen zu verleugnen, in Abrede zu stellen, ggf. anderen anzulasten (Abwehr, Fehlleistungen nicht realisiert, Scham), schließlich jedoch zunehmende Gleichgültigkeit.
- Zuletzt häufig (jedoch nicht grundsätzlich) keine Schuldgefühle mehr zu erwarten, eher Bagatellisierungs- und Vertuschungsversuche („missliche Umstände“, andere Personen schuld).
- Neigung zu Gedächtnislücken wird durch Erzählen zufälliger Einfälle oder Geschichten überspielt, so genannte Konfabulationen.

- Anfangs um Freundlichkeit bemüht, später zunehmend ungeduldig, reizbar, missgestimmt, wütend, rasch erregt, mitunter auch ironisch bis sarkastisch.

Bei allem eine sonderbare Atmosphäre der Unverbindlichkeit um sich verbreitend (Fehlurteil: Arroganz). Dann ist die Stimmung weniger bedrückt bis gequält, eher gleichgültig bis frostig-„wurstig“.

- Teils (vor allem anfangs) Minderwertigkeitsgefühle bis Verzweiflungsausbrüche, teils (insbesondere im weiteren Verlauf) immer unkritischere Selbstüberschätzung, bisweilen sogar überhöhte Selbstanforderung, manchmal groteske Kompensationsversuche.
- Plötzlich ausbrechende Angst- oder Panikzustände ohne Grund (geht auf Überforderung oder Unfähigkeit zurück, zwischen realer Situation und subjektiver Scheinwelt zu unterscheiden). Folge: so genannte Katastrophen-Reaktionen.
- Ferner bizarre Schusseligkeit, unfassbare Vergesslichkeits-Szenen, schließlich völlig verwirrt und desorientiert.
- Erhöhtes Selbsttötungsrisiko, vor allem zu Beginn einer dementiellen Entwicklung, wo die seelisch-geistigen und später körperlichen Defizite noch (voll) registriert werden.

● Körperliche Krankheitszeichen

- Ausgeprägte nächtliche Unruhe mit ratlosem Umhergeistern (desorientiert), zunehmender Verwirrtheit oder gar lautstarken Erregungszuständen (Schreien, Herumfuchteln, Wegdrängen).
- In der Frühphase typischerweise keine neurologischen Symptome, später Auftreten bestimmter Muskelverspannungen, Muskelzittern, unregelmäßige Muskelzuckungen u. a.
- Gang-, Bewegungs- und Koordinationsstörungen.
- Nachlassen von Riech- und Geschmackssinn, ein Vorposten-Symptom, das auch bei anderen Krankheiten beobachtet wird (z. B. Parkinson), dem aber leider zu wenig Beachtung geschenkt wird; wobei es allerdings auch schwierig sein dürfte, darauf rechtzeitig aufmerksam zu werden (z. B. noch am ehesten durch die Klage über „zunehmend fades Essen“).
- Gestörtes Erkennen von Form und Beschaffenheit eines Gegenstandes durch Betasten mit geschlossenen Augen oder von Buchstaben oder Zahlen, die auf die Haut geschrieben werden.

- Schwierigkeiten, einen bestimmten Gegenstand oder Punkt längere Zeit zu fixieren, beeinträchtigte Augenbewegungen.
- Unsicherheiten im neurologischen Zeigerversuch.
- Verlust der Kontrolle von Blasenentleerung und Stuhlgang.
- Ggf. Krampfanfälle (etwa jeder 5. Patient?).

LITERATUR

Heute liegt eine umfangreiche wissenschaftliche Fach- und allgemein-verständliche Sach-Literatur vor, in wissenschaftlicher Hinsicht zumeist in englischer Sprache. Nachfolgend einige deutsche Fach- und Sach-Bücher zum Thema:

Arendt, H.: Vita activa oder vom tätigen Leben. Piper-Verlag, Stuttgart 1960

Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft: Demenz. Arzneiverordnung in der Praxis – AVP. Sonderheft Therapieempfehlungen, Köln 2001

Backes, G. M.: Alter(n) als „Gesellschaftliches Problem?“ – Zur Vergesellschaftung des Alter(n)s im Kontext der Modernisierung. Westdt.-Verlag, Opladen 1997

Backes, G. M., W. Clemens (Hrsg.): Zukunft der Soziologie des Alter(n)s. Verlag Leske und Budrich, Opladen 2002

Backes, G. M., W. Clemens: Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung. Juventa-Verlag, Weinheim-München 2003

Baltes P. B. u. Mitarb. (Hrsg.): Alter und Altern: Ein interdisziplinärer Studententext zur Gerontologie. Verlag Walter de Gruyter, Berlin 1998

Baltes, M.M., L. Montada (Hrsg.): Produktives Alter. Kampus-Verlag, Frankfurt 1996

Baumann, H. (Hrsg.): Altern und körperliches Training. Band 1: Angewandte Alterskunde. Verlag Hans Huber, Bern 1992

Beauvoir, S. de: Das Alter. Rowohlt-Verlag, Reinbek 1972

Biener K.: **Präventive Gerontologie.** Verlag Hans Huber, Bern 1990

Binquart M.: **Das Selbstkonzept im Seniorenalter.** PsychologieVerlagsUnion, Weinheim 1997

Boehlau V. (Hrsg.): **Alter und Psychiatrie.** Kohlhammer-Verlag, Stuttgart 1971

Böhm, E.: **Verwirrt nicht die Verwirrten. Neue Ansätze geriatrischer Krankenpflege.** Psychiatrie-Verlag, Wien 1999

Börsch-Supan, H., M. Sommer: **Demografie und Kapitalmärkte.** Deutsches Institut für Altersvorsorge, Köln 2003

Brauchbar, M., H. Heer. **Zukunft Alter.** Rowohlt-Verlag, Hamburg 1995

Bundesamt für Statistik: **Statistisches Jahrbuch 2007.** Verlag Neue Zürcher Zeitung, Zürich 2007

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: **5. Altenbericht der Bundesregierung: Potentiale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft.** Berlin 2005

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: **Pressemitteilung über erste Ergebnisse der DIW-Studie zu den Auswirkungen des demographischen Wandels auf den Konsum.** Berlin 2005

Bundesministerium für Gesundheit: **Wenn das Gedächtnis nachlässt.** DVG, Meckenheim 1999

Bundesregierung: **Fortschrittsbericht 2004 für die Bundesrepublik Deutschland.** Bundespresseamt, Berlin 2004

Clemens, W.: **Frauen zwischen Arbeit und Rente.** Westdt.-Verlag, Opladen 1997

Deutsche Alzheimer-Gesellschaft: Fortlaufendes Angebot entsprechender Informationsblätter zu folgenden Themen: **Die Epidemiologie der Demenz. – Die neurobiologischen Grundlagen der Alzheimer-Krankheit. – Die Diagnose der Alzheimer-Krankheit. – Die Genetik der Alzheimer-Krankheit. – Die medikamentöse Behandlung der Alzheimer-Krankheit. – Die nicht-medikamentöse Behandlung der Alzheimer-Krankheit. – Die Entlastung pflegender Angehöriger. – Die Pflegeversicherung. – Das Betreuungsrecht. – Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung. – Frontotemporale Demenz. – Klinische Forschung. – Ambulante betreute Wohngemeinschaften für Demenzkranke. – Stationäre Versorgung von Alzheimer-Patienten. – u. a.** Deutsche Alzheimer-Gesellschaft, Berlin, fort-

laufende Jahreszahlen (E-Mail: info@deutsche-alzheimer.de und Internet: www.deutsche-alzheimer.de)

Deutscher Bundestag: Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Alter und Gesellschaft und Stellungnahme der Bundesregierung. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, Drucksache 14/5130, 2001

Enquête-Kommission „Zukunft des Bürgerschaftlichen Engagements“: Bürgerschaftliches Engagement – auf dem Weg in eine zukunftsfähige Bürgergesellschaft. Endbericht. Wiss. Dienste des Dt. Bundestages, Bonn 2002

Europäische Kommission: Mehr und bessere Arbeitsplätze für alle. Die europäische Beschäftigungsstrategie. Europäische Kommission, Luxemburg 2004

Expertenkreis BDA: Demenz-Manual. Kybermed-Verlag, Emsdetten

Expertenkreis BDA: Case-Management Demenz. Kybermed-Verlag, Emsdetten 2000

Faust, V.: Depressionen im höheren Lebensalter. Teil I und II. Stein, Ravensburg 1987/1988

Faust, V.: Alzheimer-Krankheit. FORTHE, Bonn 2010

Faust, V., J. Sandner: Gesprächs-Art. Der „schwierige“ Patient. Edition FORTHE, Bonn 2010

Feldmann, L.: Leben mit der Alzheimer Krankheit. Pieper-Verlag, München-Zürich 1989

Filipp, S.-H., A.-K. Mayer: Bilder des Alters. Altersstereotype und die Beziehungen zwischen den Generationen. Kohlhammer-Verlag, Stuttgart 1999

Fischer, J. D., G. Schwarz: Alzheimer-Kranke verstehen. AGJ-Verlag, Freiburg 1993

Fleischmann, U. M.: Gedächtnis und Alter. Verlag Hans Huber, Bern 1989

Fooker, I. (Hrsg.): Alter(n) – Umbruch und Kontinuität. Blaue Eule-Verlag, Essen 1994

Förstl, H. (Hrsg.): Lehrbuch der Gerontopsychiatrie. Enke-Verlag, Stuttgart 1997

Förstl, H. (Hrsg.): Demenzen in Theorie und Praxis. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 2001

Förstl, H. (Hrsg.): Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und Gerontopsychotherapie. Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 2003

Förstl, H. (Hrsg.): Demenzen. Perspektiven in Praxis und Forschung. Verlag Urban & Fischer, München 2005

Förstl, H.: Demenzen in Theorie und Praxis. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 2007

Füsgen, I.: Demenz: Praktischer Umgang mit der Hirnleistungsstörung. MMV Medizin-Verlag, München 1995

Füsgen, I. (Hrsg.): Der ältere Patient. Problemorientierte Diagnostik und Therapie. Verlag Urban & Fischer, Jena 2000

Fussek, K.: Alt und abgeschoben. Herder-Verlag, Freiburg 2005

Gather, C. u. Mitarb. (Hrsg.): Frauen-Alterssicherung. Lebensläufe von Frauen und ihre Benachteiligung im Alter. Ed. Sigma, Berlin 1991

Gatterer, G. (Hrsg.): Multiprofessionelle Altenbetreuung. Springer-Verlag, Wien 2007

Gatterer, G., A. Croy: Leben mit Demenz. Springer-Verlag, Wien-New York 2005

Gertner K. u. Mitarb. (Hrsg.): Lebensstile, Lebensphasen, Lebensqualität – Interdisziplinäre Analysen von Gesundheit und Sterblichkeit aus dem Lebenserwartungssurvey des BiB. VS-Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2005

Grond, E.: Die Pflege verwirrter alter Menschen. Lambertus-Verlag, Freiburg 1992

Gruetzner, H.: Alzheimer'sche Krankheit. Ein Ratgeber für Angehörige und Helfer. PsychologieVerlagsUnion, Weinheim 1992

Gruss, P. (Hrsg.): Die Zukunft des Alterns. Verlag C.H. Beck, München 2007

Gunzelmann, T., W. Oswald: Gerontologische Diagnostik und Assessment Kohlhammer-Verlag, Stuttgart 2005

Haag, G., U.J. Bayen: Verhaltensmedizinische Konzepte bei Älteren. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 1996

Häberle, G.-F., M. Müller-Stein: **Zur Eignung stationärer Pflegeeinrichtungen für Demenzkranke.** Deutsche Alzheimer-Gesellschaft, München 1993

Hafner, M., A. Meier. **Geriatrische Krankheitslehre.** Teil I und II. Huber-Verlag, Bern-Göttingen-Toronto-Seattle 1998/2000

Hirnliga e.V. (Hrsg.): **Mit neuem Mut Demenzkranke betreuen. Ein Leitfa-**
den für Angehörige und Pflegende. Bezugsadresse: Kuratorium der Hirnli-
ga, Postfach 1132, 51581 Nümbrecht

Hirsch, R. (Hrsg.): **Psychotherapie im Alter.** Verlag Hans Huber, Bern 1994

Höpflinger, F.: **Frauen im Alter – Alter der Frauen.** Seismo-Verlag, Zürich 1994

Höpflinger, F.: **Männer im Alter.** Pro Senectute, Schweiz. Zürich 2002

Höwler, E.: **Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz: Erle-**
ben und Strategien Pflegender. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart 2008

Jansen, B. u. Mitarb. (Hrsg.): **Soziale Gerontologie.** Beltz-Verlag, Weinheim-
Basel 1999

Jüttemann, G. (Hrsg.): **Psychologie als Humanwissenschaft.** Verlag Van-
denhoeck u. Ruprecht, Göttingen 2004

Karl, F.: **Sozial- und verhaltenswissenschaftliche Gerontologie.** Juventa-
Verlag, Weinheim-München 2003

Kickbusch, I., B. Riedmüller (Hrsg.): **Die armen Frauen. Frauen und Sozial-**
politik. Suhrkamp-Verlag, Frankfurt 1984

Kielholz, P., C. Adams (Hrsg.): **Der alte Mensch als Patient.** Deutscher Ärzte-
Verlag, Köln 1996

Kiessmann, E.: **Wenn Eltern Kinder werden und doch Eltern bleiben.** Hu-
ber-Verlag, Bern-Stuttgart-Toronto 1990

Kitwood, T.: **Demenz.** Verlag Hans Huber, Bern 2002

Klicpera, Ch. u. Mitarb. (Hrsg.): **Psychosoziale Probleme im Alter.** WUV-
Universitätsverlag, Wien 1994

Kohli, M., H. Künemund (Hrsg.): **Die zweite Lebenshälfte. Gesellschaftliche**
Lage und Partizipation im Spiegel des Alters – Survey. Verlag Leske und
Budrich, Opladen 2000

Kojer, M. (Hrsg.): **Alt, krank und verwirrt.** Lambertus-Verlag, Freiburg 2003

Kooij van der C.: **Ein Lächeln im Vorübergehen. Erlebnisorientierte Altenpflege mit Hilfe der Meeutik.** Verlag Hans Huber, Bern 2007

Kösters, W.: **Vom Ich zum Wir-Selbsthilfegruppen.** Trias-Verlag, Stuttgart 1992

Köther, I.: **Altenpflege.** Thieme-Verlag, Stuttgart 2005

Krämer, G.: **Alzheimer Krankheit.** Trias-Verlag, Stuttgart 1993

Krämer, G.: **Alzheimer Kranke betreuen. Praktische Ratschläge für den Alltag.** Trias-Verlag, Stuttgart 1995

Kruse, A. (Hrsg.): **Psychosoziale Gerontologie.** Hogrefe-Verlag, Göttingen 1998

Kruse, A.: **Gesund altern. Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien.** Nomos-Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2002

Kruse, A., M. Martin (Hrsg.): **Enzyklopädie der Gerontologie: Alterungsprozesse in multidisziplinärer Sicht.** Verlag Hans Huber, Bern 2004

Lehr, U.: **Psychologie des Alterns.** Verlag Quelle und Meyer, Heidelberg 1977

Lehr, U. (Hrsg.): **Interventions-Gerontologie.** Steinkopff-Verlag, München 1979

Lehr, U.: **Langlebigkeit – nicht allein eine Frage der Medizin.** Sandorama, Basel 1982

Lehr, U. (Hrsg.): **Zur Situation der älter werdenden Frau.** Beck-Verlag, München 1987

Lehr, U., H. Thomae (Hrsg.): **Formen seelischen Alterns.** Enke-Verlag, Stuttgart 1987

Lehr, U.: **Psychologie des Alterns.** Verlag Quelle & Meyer, Wiebelsheim 2003

Lehrl, S., B. Fischer: **Selber denken macht fit. Grundlagen und Einleitung zum Gehirn-Jogging.** Blessing-Verlag, Ebersberg 1986

Lenz, K. u. Mitarb. (Hrsg.): Die alternde Gesellschaft. Juventa-Verlag, Weinheim-München 1999

Likar, R. u. Mitarb. (Hrsg.): Lebensqualität im Alter. Springer-Verlag, Wien 2005

Luy, M.: Warum Frauen länger leben. Erkenntnisse aus einem Vergleich von Kloster- und Allgemeinbevölkerung. Materialien zur Bevölkerungswissenschaft 106. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, Wiesbaden 2002.

Mace, N.L., P.V. Rabins: Der 36-Stunden-Tag. Huber-Verlag, Bern-Stuttgart-Toronto 1988

Martin, M., M. Kliege: Psychologische Grundlagen der Gerontologie. Kohlhammer-Verlag, Stuttgart 2005

Maurer, K., R. Ihl, L. Frölich: Alzheimer – Grundlagen – Diagnostik – Therapie. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1993

Mayer, A.-K.: Alt und Jung im Dialog. Beltz PVU-Verlag, Weinheim 2002

Merker, H.: Alterspsychotherapie und Klinische Gerontopsychologie. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 2002

Meyer, K.U., P.B. Baltes: Die Berliner Altersstudie. Akademie-Verlag, Berlin 1996

Mohr, G. u. Mitarb. (Hrsg.): Frauen. Psychologische Beiträge zur Arbeits- und Lebenssituation. Verlag Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore 1982

Naegele, G., H.P. Tews (Hrsg.): Lebenslagen im Strukturwandel des Alters. Alternde Gesellschaft – Folgen für die Politik. Westdt. Verlag, Opladen 1993

Nikolaus, T. (Hrsg.): Klinische Geriatrie. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 2000

Oswald, W. D. u. Mitarb. (Hrsg.): Angewandte Alterskunde. Verlag Hans Huber, Bern 1992 bis 1999 (60 Bände)

Oswald, W. D. u. Mitarb. (Hrsg.): Gerontologie. Medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe. Kohlhammer-Verlag, Stuttgart 2006

Perrig-Chiello, P., F. Höpflinger (Hrsg.): **Jenseits des Zenits. Frauen und Männer in der zweiten Lebenshälfte.** Haupt-Verlag, Bern-Stuttgart-Wien 2000

Peters, M.: **Psychosoziale Beratung und Psychotherapie im Alter.** Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2006

Petzold H., E. Bubolz (Hrsg.): **Psychotherapie mit alten Menschen.** Jungfermann-Verlag, Paderborn 1979

Phillip S.-H., A.K. Mayer: **Bilder des Alters. Altersstereotype und die Beziehungen zwischen den Generationen.** Kohlhammer-Verlag, Stuttgart-Berlin-Köln 1999

Platt, D. (Hrsg.): **Handbuch der Gerontologie. Band 5: Neurologie-Psychiatrie.** Gustav Fischer-Verlag, Stuttgart-New York 1989

Pöldinger, W.: **Der gerontopsychiatrische Patient in der Allgemeinpraxis.** Braun-Fachverlage, Karlsruhe 1995

Prahl, H. W., K.R. Schröter: **Soziologie des Alterns.** Schöning-Verlag, Paderborn 1996.

Prognos AG: **Prognos Deutschland Report 2002 bis 2020.** Basel 2002

Radebold, H. (Hrsg.): **Gruppenpsychotherapie im Alter.** Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1983

Raem, A. N. u. Mitarb. (Hrsg.): **Handbuch der Geriatrie.** Deutsche Krankenhaus-Verlagsgesellschaft, Düsseldorf 2005

Rave-Schwank, M., V. Winter, C. Lersner. **Psychiatrische Krankenpflege – Ein Lehrbuch für die Praxis.** Gustav Fischer-Verlag, Stuttgart 1994

Reimann H., H. Reimann (Hrsg.): **Das Alter. Einführung in die Gerontologie.** Enke-Verlag, Stuttgart 1983

Rosenmayer, L., E. Köckeis: **Umwelt und Familie alter Menschen.** Luchterhand-Verlag, Neuwied 1965

Rosenmayer, L., H. Rosenmayer: **Der alte Mensch in der Gesellschaft.** Rowohlt-Verlag, Reinbek bei Hamburg 1978

Rosenmayer, L. (Hrsg.): **Die menschlichen Lebensalter: Kontinuität und Krisen.** Piper-Verlag, München 1978

Rott, C., F. Oswald (Hrsg.): **Kompetenz im Alter.** Lichtenstein-Verlag, Vaduz 1989

Rudolf, G.A.E.: **Der psychiatrische Kranke in der ärztlichen Sprechstunde.** Vieweg & Sohn, Braunschweig 1993

Saup, W.: **Alter und Umwelt. Eine Einführung in die ökologische Gerontologie.** Kohlhammer-Verlag, Stuttgart 1991

Schenk, H.: **Der Altersangst-Komplex. Auf dem Weg zu einem neuen Selbstbewusstsein.** Verlag C.H. Beck, München 2005

Schirrmacher, F.: **Das Methusalem-Komplott.** Blessing-Verlag, München 2004

Schmähl, W., K. Michaelis (Hrsg.): **Alterssicherung von Frauen.** Westdt. Verlag, Wiesbaden 2000

Schmitz-Scherzer, R.: **Altern und Sterben.** Verlag Hans Huber, Bern 1992

Schneider, H. D.: **Aspekte des Alterns.** Fischer-Atheneum, Frankfurt 1974

Schneidrzik, W.: **Älter werden – na und? Der Gesundheits-Ratgeber für Senioren.** Urban & Fischer, München 2000

Schützendorf, E.: **Das Recht des Alten auf Eigensinn.** Reinhardt-Verlag, München 1997

Seidl, C.: **Schöne junge Welt – warum wir nicht mehr älter werden.** Goldmann-Verlag, München 2005

Statistik Austria, Bundesanstalt Statistik Österreich: **Statistisches Jahrbuch 2007.** Wien 2007

Statistisches Bundesamt (Hrsg.): **Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland.** Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2006

Statistisches Bundesamt: **11. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung – Annahmen und Ergebnisse.** Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2006

Statistisches Bundesamt (Hrsg.): **Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland 2007.** Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2007

Stoehr, M.: **Die Wahrheit über Anti-Aging.** Eichborn-Verlag, Frankfurt 2005

Stoppe, G.: **Demenz.** UTB - Verlag Ernst Reinhardt, München 2006

Stoppe, G., G. Stiens (Hrsg.): **Niedrigschwellige Betreuung von Demenzkranken. Grundlagen und Unterrichtsmaterialien.** Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart 2009

Stoppe, G., E. Mann (Hrsg.): **Geriatric für Hausärzte.** Verlag Hans Huber, Bern 2009

Stoppe, G. (Hrsg.): **Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen. Ergebnisse und Forderungen an die Versorgungsforschung.** Report Versorgungsforschung, Band 3. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2011

Tackenberg, P., A. Abt-Zeglin (Hrsg.): **Demenz und Pflege.** Mabuse-Verlag, Frankfurt 2000

Tartler, R.: **Das Altern in der modernen Gesellschaft.** Enke-Verlag, Stuttgart 1961

Tesch-Römer, C. u. Mitarb. (Hrsg.): **Grundriss Gerontologie.** Kohlhammer-Verlag, Stuttgart ab 2000 (22 Bände)

Thür, G. (Hrsg.): **Professionelle Altenpflege.** Springer-Verlag, Wien-New York 2004

Wächtler, C. (Hrsg.): **Demenzen. Frühzeitig erkennen, aktiv behandeln, Betroffene und Angehörige effektiv unterstützen.** Thieme-Verlag, Stuttgart 1997

Wächtler, C. (Hrsg.): **Demenzen.** Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 1997

Wächtler, C. u. Mitarb. (Hrsg.): **Demenz.** Verlag Eckberg-Ramin, Singen 1996

Wahl, H.W., C. Tesch-Römer (Hrsg.): **Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen.** Kohlhammer-Verlag, Stuttgart 2000

Wahl, H.W., F. Heyl: **Gerontologie – Einführung und Geschichte.** Kohlhammer-Verlag, Stuttgart 2004

Wallesch, C. W., H. Förstl (Hrsg.): **Demenzen.** Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 2005

Weakland J.H., J.J. Herr: **Beratungen älterer Menschen und ihrer Familien.** Verlag Hans Huber, Bern 1984

Wetterling, T.: **Gerontopsychiatrie.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 2001

Wettstein, A. u. Mitarb.: **Geriatric.** Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 1997

Weyerer, S., H. Bickel: **Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter.** Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart 2007

Wilz, G. u. Mitarb.: **Gruppenarbeit mit Angehörigen von Demenzkranken.** Hogrefe-Verlag, Göttingen-Bern-Toronto-Seattle 2001

Zapotoczky, H.G., P.K. Fischhof (Hrsg.): **Handbuch der Gerontopsychiatrie.** Springer-Verlag, Wien-New York 1996

Zgola, J. M.: **Etwas tun! Die Arbeit mit Alzheimer-Kranken und anderen chronisch Verwirrten.** Huber-Verlag, Bern-Stuttgart-Toronto 1989