

Liebenauer Gesundheits-Info

Psychiatrisch-neurologische Informationen der Stiftung Liebenau

ALZHEIMER-KRANKHEIT

Lebenserwartung heute - Alter und Altern statistisch gesehen - Die Langlebigkeit und ihr Preis - Einteilung der Demenzen einst und heute - Definition und Klassifikation dementieller Erkrankungen - Häufigkeit dementieller Erkrankungen - Ursachen der Alzheimer-Krankheit - Risiko- und Belastungs-Faktoren - Alzheimer oder normale Alterserscheinung - normale Altersvergesslichkeit - Beginn einer Alzheimer-Krankheit - Erst-Hinweise und Warn-Symptome - Aufklärung - Alzheimer-Beschwerdebild: kognitive Störungen, nicht-kognitive Störungen, seelische, geistige und psychosoziale Symptome, körperliche Krankheitszeichen u.a. - Verlaufs-Charakteristika - Unterscheidung von Depression und depressiver Pseudo-Demenz - Verlauf einer Alzheimer-Krankheit - Stadien-Einteilung - Therapie der Alzheimer-Krankheit: Pharmakotherapie, Milieuthherapie, Psychotherapie, Soziotherapie u.a. - Alzheimer-Erkrankung und pflegende Angehörige

Wir leben in einer „alternden Welt“, jedenfalls in Europa. Jahrtausende hinweg betrug die durchschnittliche Lebenserwartung des Menschen 30 oder gar nur 20 Jahre. Im letzten, d. h. 20. Jahrhundert aber zeichnete sich eine biologische Revolution ab: Die mittlere Lebensdauer stieg in einmaligem Ausmaß. Zwar hat sich die Lebensspanne, d.h. die maximale Überlebenszeit des Menschen nicht verändert. Sie liegt zwischen 110 und 115 Jahren. Gewachsen ist dafür die Lebenserwartung, d. h. die durchschnittliche Zahl von Jahren, die dem Menschen bei Geburt statistisch zustehen. Allein in Deutschland liegt sie für Männer bei mehr als 76 und für Frauen über 82 Jahren (am ältesten wird man offenbar in den südlichen Bundesländern, in Baden-Württemberg beispielsweise wird jede 2. Frau 85, jeder 2. Mann 82, so die Statistiker).

Interessant auch die Zahl der Hochaltrigen (im englischen Sprachraum unterteilt in „centenarians“ = die Hundert-Jährigen sowie „super-centenarians“ = die Über-Hundertzahn-Jährigen): Vor drei Jahrzehnten gab es in der Bundesrepublik West noch rund 600 Über-Hundertjährige, jetzt sind es mehr als 4.500 für ganz Deutschland (wobei es aber Länder gibt, die diese an sich erstaunliche Marke noch deutlich überschreiten, nämlich Japan: rund 36.000 Über-Hundertjährige).

Man hofft, dass sich diese erfreuliche Entwicklung in den kommenden Jahrzehnten weiter steigern lässt. Dies bezieht sich jedoch vor allem auf die so genannten Entwicklungsländer. Bei den Industrienationen wird sie sich vermutlich um das 80. Lebensjahr einpendeln.

Doch derzeit bildet das „dritte Lebensalter, das man noch in mittleres (50 bis 64), höheres (65 bis 74) und hohes Lebensalter (ab dem 75. Lebensjahr) untergliedern kann, die am stärksten zunehmende Bevölkerungsgruppe (weshalb inzwischen auch von einem „vierten Lebensalter“ gesprochen wird). In Deutschland ist die Zahl der über 65-Jährigen inzwischen auf mehr als 16 Millionen angewachsen. Weltweit werden die Senioren in einigen Jahrzehnten die Milliarden-Grenze erreicht haben. Wie sich das in Deutschland darstellt, von früher bis heute und bis in die nahe Zukunft hinein, zeigt nachfolgender Kasten.

Alter und Altern statistisch gesehen

Der relative Anteil älterer Menschen nimmt von Jahr zu Jahr zu. Bereits 2005 lebten in Deutschland fast genauso viele Personen über 65 wie unter 20 Jahren. Bis zum Jahre 2025, wird es mehr 60-Jährige und Ältere als junge Menschen im Alter bis zu 15 Jahren geben, auf jeden Fall in Mitteleuropa. In Deutschland waren vor einem halben Jahrhundert nur 9% über 65. 1980 stieg dies bereits auf mehr als 15%; für das Jahr 2000 errechnete man aber bereits wieder einen leichten Rückgang. Das war ein Irrtum.

Denn 2005 waren bereits 19% mehr als 65 Jahre alt. Und dieser Trend hält bis heute an. Man schätzt für das Jahr 2030 rund 29% und für 2050 sogar 33% über 65-Jährige. Erst danach könnte es wieder zu einem - möglicherweise aber dann doch wieder nicht eintretenden - Rückgang kommen, und zwar nicht wegen des fortlaufenden Zuwachses der Älteren, sondern wegen zu wenig Jungen, also Geburten.

Wie sieht das nun in reinen Zahlen aus? 2006 lebten in Deutschland mehr als 16 Millionen 65-Jährigen und Ältere. Das wird 2050 auf 23 Millionen ansteigen, wobei die Gesamtzahl von 82 auf 69 Millionen Deutsche zurückgehen soll, so das Statistische Bundesamt. In Österreich und der Schweiz liegen die Verhältnisse ähnlich.

An dieser erfreulichen Veränderung der Altersstruktur waren besonders Hygiene, bessere Ernährung sowie die Bekämpfung der Infektionskrankheiten erfolgreich, und zwar mehr als wegweisende medizinische Eingriffe. Soll die Lebenserwartung in den kommenden Jahrzehnten weiter steigen, setzt dies vor allem die Bekämpfung der beiden Haupttodes-Ursachen voraus: Herz-Kreislaufkrankheiten und Krebs. Die Beseitigung aller übrigen Leiden scheint dagegen geringer zu Buche zu schlagen.

Langlebigkeit hat seinen Preis

Trotz aller Fortschritte bleibt die Krankheit wohl auch in Zukunft das begrenzen- und abschließende Element unseres Daseins. Dass ein Leben in der Regel ohne Erkrankung ausläuft, gewissermaßen mit dem Ablauf der genetisch eingestellten Uhr, ist selten. Viele der alten Mitbürger, die offenbar aus voller Gesundheit heraus versterben, weisen bei genauer Untersuchung organische Störungen auf.

Nach wie vor stirbt man also nicht am Alter an sich, sondern an Krankheiten. Der Unterschied besteht lediglich darin, dass deren Ausmaß unerheblich erscheint und bei jüngeren Personen meist nicht zum Tode geführt hätte. Offensichtlich bedarf es im Alter mit seinen eingeschränkten Organ- und Zellfunktionen weniger ausgeprägter krankhafter Veränderungen, um das endgültige Verlöschen einzuleiten.

Auf jeden Fall hat die ersehnte Langlebigkeit ihren Preis, und der heißt Krankheit auf verschiedenen Ebenen (Multimorbidität). Die Vielzahl der Beschwerden wächst mit den Jahren und führt dazu, dass mehr als jeder Dritte mehrfach belastet ist: Gefäßleiden, insbesondere Arteriosklerose der Herz- und Hirngefäße, Krankheiten der Atmungsorgane, rheumatische Leiden der Muskeln und Gelenke sowie Krebs. Vor allem aber bestimmte seelische Störungen, die mit gesteigerter Lebenserwartung deutlich zunehmen. Das sind auf der einen Seite depressive und Angsterkrankungen, auf der anderen hirnorganische Veränderungen im Sinne einer Demenz.

DIE EINTEILUNG DER DEMENZEN EINST UND HEUTE

Der **Begriff Demenz** kommt vom lat.: *de* = Wortteil mit der Bedeutung weg, ab, herab sowie *mens* = Denkvermögen, Verstand, Vernunft. Unter Demenz versteht man also begrifflich einen Menschen ohne Verstand oder Vernunft, was sich auch in den drastischen volkstümlichen Bezeichnungen „Verblödung“ oder „Altersblödsinn“ ausdrückte.

Weitere *bedeutungsgleiche* oder zumindest *bedeutungsähnliche Begriffe* sind Altersdemenz, Altersschwachsinn, „Altersstarrsinn“, Altersverwirrtheit, chronisches Hirnversagen, Dementia senilis, Senilität oder präsenile, progressive bzw. senile Demenz.

Begriffe, die nicht unbedingt vergleichbar sind, auch wenn man sie öfter in diesem Zusammenhang hört, sind Enzephalopathie, Gehirn-Durchblutungsstörungen, Hirnleistungsstörungen, hirnorganisches Psychosyndrom, psychoorganisches Syndrom, Sklerose, Verkalkung, zerebrale Insuffizienz, Zerebralsklerose oder zerebrovaskuläre Insuffizienz.

Definition und Klassifikation dementieller Erkrankungen

Demenz ist ein Sammelbegriff für den erworbenen Abbau intellektueller Funktionen oder Leistungen oder vereinfacht ausgedrückt: ein zunehmendes (und im Wesentlichen unaufhaltsames) Hirnversagen. Betroffen sind aber nicht die für die vegetativen Funktionen lebensnotwendigen Teile des Gehirns (z. B. Atmung oder Kreislauf), sondern jene Regionen, die die „höheren“ geistigen Funktionen, also verkürzt ausgedrückt: das Denken ausmachen.

Die *Folgen einer Demenz* sind ein fortschreitendes Nachlassen von Gedächtnis, Orientierung, Erkennen, schließlich auch von Erlebnisfähigkeit, Interessenumfang, Gefühl (Gefühlslabilität), Kritikfähigkeit (Kritikschwäche) und schließlich eine Wesensänderung (z. B. Vergröberung entsprechender Charaktereigenschaften). Im Endzustand drohen sogar einschneidende körperliche Behinderungen, z. B. Verlust der Kontrolle über Blasen- und Mastdarmfunktion, neurologische Ausfälle usw.

Bis vor einigen Jahren wurde jeder geistig abgebaute ältere Mensch als „Arteriosklerotiker“ oder „Zerebralsklerotiker“ bezeichnet. In den Lehrbüchern unterschied man bei den „degenerativen Gehirnerkrankungen“ (atrophische Prozesse = Gehirnschwund) zwischen seniler und präseniler Demenz (damals Morbus Alzheimer) und den System-Atrophien mit verschiedenen Krankheitsbildern (z. B. Morbus Pick, Morbus Parkinson u. a.). Inzwischen hat sich in der Klassifikation manches geändert, was zu einiger Verwirrung führte.

Derzeit werden die Demenzen noch wie folgt eingeteilt:

- **Primäre oder primär degenerative Demenzen**, unterteilt in
 - *Pick-Krankheit*: ähnlich wie die Alzheimer-Krankheit (s. u.), aber sehr viel seltener, eher um das mittlere Lebensalter und vor allem Veränderungen der Persönlichkeit betreffend (heute fronto-temporale Demenz genannt).
 - *Alzheimer-Krankheit*, benannt nach dem Erstbeschreiber dieser Krankheit, dem bayrischen Nervenarzt Dr. Alois Alzheimer (1864-1914), auch als Demenz vom Alzheimer-Typ (DAT) bezeichnet, und zwar weiter unterteilbar in Typ 2 mit frühem und Typ 1 mit spätem Beginn. Einzelheiten zur Alzheimer-Krankheit siehe später.
- **Sekundäre Demenzformen bei verschiedenen Grundkrankheiten**. Davon gibt es über 50, die mit einer Demenz einhergehen können. Beispiele:
 - *Gefäßkrankheiten*: vaskuläre Demenz, meist mit Befall kleinster Gefäße (SAE = subcortikale arteriosklerotische Enzephalopathie). Weitere Sonderformen: Morbus Binswanger bei arterieller Hypertonie (Hochdruck), Multi-

Infarkt-Demenz (d. h. mehreren Infarkt-Herden, vor allem im Bereich der Hirnrinde), ferner bei Lues (Syphilis) mit Befall der Hirngefäße u. a.

- „Normaldruck“-Hydrozephalus: Störungen der Verteilung des Nervenwassers im Kopf mit Ausweitung der Hirnkammern.
- *Parkinson-Krankheit*: Beweglichkeitseinschränkung, erhöhte Muskelanspannung, Zittern u. a. Mit einer Demenz muss hier in etwa einem Drittel der Fälle gerechnet werden (häufiger bei einem so genannten akinetischen Typ, bei dem vor allem die Bewegungseinschränkungen im Vordergrund stehen; seltener bei jenen Parkinson-Kranken bei denen insbesondere das Zittern beeinträchtigt).
- *Tumore und andere raumfordernde Prozesse*: Hirntumoren, Metastasen (Tochtergeschwülste aus anderen Tumoren), aber auch chronische Subduralhämatome (Blutung zwischen Schädel-Innenseite und Gehirn).
- *Kopfverletzungen*: teils nach einmaligem schweren Trauma (z. B. Kopfunfall), aber auch durch zahllose kleine Traumen wie beim Boxsport.
- *Autoimmunkrankheiten*: z. B. Multiple Sklerose oder systemischer Lupus erythematodes
- *Entzündliche Krankheiten*: AIDS mit Befall des Nervensystems, Tbc, Toxoplasmose u. a.
- *Weitere Krankheitsursachen*: Erkrankungen von Blutbild, Leber, Nieren, Schilddrüse, Nebenschilddrüsen, ferner Vitamin- und Folsäuremangel, chronische Vergiftungen durch Alkohol, Drogen, Medikamente, Metalle, Lösungsmittel u. a. (diese Demenzformen sind teilweise rückbildungsfähig, wenn die auslösende Krankheit erfolgreich behandelt werden konnte).

Diese Einteilung (sowie die verschiedenen Begriffe übrigens auch) sind für den Nicht-Mediziner zwar wenig aussagekräftig, doch kann auf ihre Aufzählung nicht gänzlich verzichtet werden, da immer wieder entsprechende Fachausdrücke fallen, mit denen man sonst überhaupt nichts anzufangen wüsste.

WIE HÄUFIG SIND DEMENTIELLE ERKRANKUNGEN?

Demenzen spielen in der ersten Lebenshälfte zahlenmäßig fast keine Rolle, um dann aber im höheren und vor allem hohen Lebensalter rasch zuzunehmen. Betroffen sind inzwischen rund 5 % der Bevölkerung in Deutschland. Dies hängt jedoch vom Alter ab.

Die Häufigkeit für Demenz-Erkrankungen beträgt - langsam zunehmend - in der Altersgruppe der 65- bis 69-Jährigen 2,4 bis 5,1%. Bei den zehn Jahre Äl-

teren sind es bereits 10 bis 12%. Und bei den über 80-Jährigen etwa jeder Vierte. Schließt man hier leichtere Demenzen mit ein, soll sich das sogar verdoppeln.

Frauen sind mit 70% deutlich überrepräsentiert, was aber vor allem auf ihre höhere Lebenserwartung zurückgeht. Unterhalb 75 Jahren erkranken nämlich *Männer* häufiger. Beim weiblichen Geschlecht überwiegt die Demenz vom Alzheimer-Typ, beim männlichen werden mehr vaskuläre Demenzen (Gefäßkrankheiten) und Mischformen beobachtet.

Die absolute Zahl liegt, wenn man nicht nur die mittelschweren und schweren, sondern auch die leichteren Stadien hinzunimmt, bei etwa 1 Million Betroffener.

Von diesen Kranken leiden mehr als die Hälfte (rund 60%) an einer Alzheimer-Krankheit und nicht ganz jeder Fünfte an einer vaskulären Demenz aufgrund von Durchblutungsstörungen des Gehirns. Fast jeder Sechste muss mit einer Kombination aus Alzheimer-Krankheit und zusätzlicher vaskulärer Demenz fertig werden. Die meisten Demenz-Kranken haben also eine oder gar beide dieser Demenzformen.

Der Rest der Krankheitsfälle verteilt sich auf bestimmte Leiden, meist neurologischer Art, einschließlich raumfordernder Prozesse (Tumoren u. a.) sowie unbekannte Ursachen (siehe später).

Wie geht es weiter?

Nach Meinung mancher Experten wird es in den nächsten Jahrzehnten - statistisch gesehen - zu einem 40- bis 50%igen Anstieg der Demenzkranken kommen, weil nicht nur die Lebenserwartung steigt, sondern auch die Geburtsraten sinken (immer mehr Ältere, immer weniger Jüngere). Dadurch wird sich auch das Problem der Betreuung verschärfen, zumal durch die zunehmende Vereinzelung auch die Zahl der Ein-Personen-Haushalten steigt.

Dieser soziale Wandel wird die Möglichkeiten der häuslichen Betreuung wesentlich einschränken, weshalb neue Modelle zur Betreuung vor allem Verwirrter entwickelt werden müssen, z. B. betreute Wohngemeinschaften und bisherige Versorgungsstrukturen wie Altenheime und Tagesstätten, die sich dieser Entwicklung anzupassen haben. Mit Sicherheit leistet auch die Pharmakotherapie einen Beitrag, sobald es möglich sein wird, einen Teil der Demenz-Erkrankungen in ihrem Verlauf zumindest zu verlangsamen.

WELCHE URSACHEN HAT DIE ALZHEIMER-KRANKHEIT?

Die Hälfte der Demenzformen hat also eine nachvollziehbare Ursache: Durchblutungsstörungen des Gehirns, bestimmte neurologische Erkrankungen usw.

Was aber ist mit der Alzheimer-Krankheit, über die am meisten diskutiert wird und die ja die andere Hälfte der Betroffenen darstellt? Nachfolgend eine Reihe von Überlegungen, die die Wissenschaft derzeit beschäftigt:

- **Erbliche Faktoren:** Das, was am meisten verunsichert, ist die Frage der Vererbung, denn dieser ist man gleichsam hilflos ausgeliefert. Tatsächlich spielen genetische Aspekte bei der Alzheimer-Krankheit eine entscheidende Rolle. Zwar treten die meisten Erkrankungsfälle scheinbar willkürlich auf, d. h. ohne erkennbare erbliche Belastung. Bei höchstens 5% besteht eine klar erkennbare familiäre Häufung.

Allerdings wurden vor noch nicht langer Zeit die Demenzen noch nicht so eindeutig unterteilt wie heute. Das heißt, so manche Alzheimer-Krankheit nach moderner Klassifikation wurde bei den Vorfahren früher einfach als „Verkalkung“ oder ähnlich und damit falsch eingeordnet. Bei Früh-Verstorbenen konnte man überhaupt nicht sagen, ob eine entsprechende Anlage zum Tragen gekommen wäre.

Ob aber - selbst bei ererbter Anlage - das Leiden auch tatsächlich auftritt, hängt wahrscheinlich von zusätzlichen Faktoren ab. Offensichtlich ist die Alzheimer-Krankheit ein mehrschichtiges Phänomen.

Was wird sonst noch diskutiert?

- **Vergiftungen** mit Metallen oder anderen schädlichen Stoffen sind schon seit langem im Gespräch. Erhöhte Aluminiumwerte sind zwar wissenschaftlich kein Thema mehr, dafür scheinen aber bestimmte Umweltgifte mitbeteiligt zu sein (z. B. Lösungsmittel von Farbstoffen oder Inhaltsstoffe von Flugbenzin?).

- **Beteiligung des Immunsystems:** Das Immun- oder Abwehrsystem des Körpers kann - gleichsam als krankhafte Verfehlung - auch Abwehrstoffe (Antikörper) gegen eigene Gewebestandteile bilden, die dann angegriffen und ggf. zerstört werden (so genannte Autoimmunprozesse). Das ist bei einer ganzen Reihe von Erkrankungen nachgewiesen, z. B. rheumatoide oder chronische Arthritis (Gelenkrheuma) oder beim Nervensystem die Multiple Sklerose. Bezüglich der Alzheimer-Krankheit wird auf diesem Gebiet jedenfalls intensiv geforscht, weil es Hinweise auf eine mögliche Beteiligung des Immunsystems gibt. Deshalb wird als mögliche Behandlungsstrategie auch die Therapie mit Anti-phlogistika (entzündungshemmenden Substanzen) diskutiert.

- **Störungen der chemischen Überträgerstoffe (Botenstoffe, Transmitter)** oder andere neurochemische Veränderungen spielen ebenfalls eine Rolle. Bei der Alzheimer-Krankheit verarmen u. a. tief im Gehirn liegende Bahnen von Nervenzellen an einem Botenstoff, dem so genannten Acetylcholin. Unmittelbar, nachdem so ein Botenstoff seine Arbeit verrichtet hat, wird er vom Organismus abgebaut, so dass keine weiteren Informationen mehr verarbeitet wer-

den können. Einige neue Präparate gegen die Alzheimer-Krankheit verlangsamten wenigstens den Abbau dieser krankhaft verminderten Botenstoffe.

Eine der Ursachen dieser Verarmung an Botenstoffen ist einerseits die langsame Zerstörung ihrer Transportbahnen in den einzelnen Nervenzellen und andererseits deren nachlassende Fähigkeit, neue Verknüpfungen (Synapsen) herzustellen. Auch die Ablagerung von Eiweißpartikeln zwischen den Zellen (Amyloid), bezeichnender Weise „Bio-Müll“ genannt, trägt zum langsamen Funktionsverlust bei, vor allem im Bereich des Großhirns. Doch auch hier ist die Forschung noch im Fluss.

- **Durchblutungs- oder Stoffwechselstörungen** wurden lange Zeit als entscheidende Ursache angenommen. Das hat sich inzwischen relativiert. Wahrscheinlich sind auch sie eher Folge als Ursache der krankheitsbedingten Veränderungen im Gehirn oder beschleunigen lediglich den Prozess der Alzheimer-Krankheit.

- **Bestimmte Krankheitserreger oder virusähnliche Strukturen** waren ebenfalls im Gespräch (nicht aber die eine zeitlang viel diskutierte Rinderseuche - BSE!). Wahrscheinlich sind sie - wenn überhaupt - nur als zusätzlicher Faktor bei Kombination mehrerer Einflüsse von Bedeutung. Auf jeden Fall stehen sie wissenschaftlich zurzeit nicht mehr zur Diskussion.

- Und schließlich wird immer wieder auf die Folgen der **nachlassenden Funktionen des Nervensystems** hingewiesen nach dem Motto: Wer rastet, der rostet. Das gilt natürlich auch für die Nervenzellen. Wenn sie nicht gefordert werden, büßen sie ihre Funktionsfähigkeit und damit nach und nach ihre Struktur ein (Fachbegriff: Plastizität).

Tatsächlich findet man immer wieder Menschen, die nach Berufsabschluss (Verrentung, Pensionierung, auch Arbeitslosigkeit) plötzlich geistig (und dann auch seelisch und schließlich körperlich) regelrecht „einbrechen“. Auch das ist natürlich kein alleiniger Faktor, aber in Kombination mit anderen Ursachen durchaus denkbar.

Risikofaktoren?

Zuletzt werden immer wieder so genannte *Risikofaktoren* diskutiert. Zwar gibt es auch hier kein einheitliches Meinungsbild und Risikofaktoren sind auch nicht die eigentlichen Ursachen, höchstens zusätzliche Auslöser, Verstärker oder Behandlungshindernisse. Trotzdem ist es nicht falsch, die wichtigsten von ihnen zu kennen. Dazu gehören beispielsweise

- das **hohe Alter**: Es ist der größte Wunschtraum, aber auch der höchste „Risikofaktor“ überhaupt. Schon der römische Staatsmann Cato der Ältere sagte vor über 2.000 Jahren: „Alle wollen es werden, keiner will es sein: alt“.

- **Geschlecht:** Frauen sind häufiger betroffen als Männer. Doch dies scheint eher daran zu liegen, dass sie - in westlichen Nationen im Schnitt rund 6 bis 7 Jahre - insgesamt älter werden. Wie schon erwähnt: Je älter, desto höher das Risiko. Ob ein Östrogenmangel nach der Menopause eine Rolle spielt, wird zurzeit geprüft und erscheint nach den jüngsten Ergebnissen auch wahrscheinlich.
- Die **erbliche Belastung** mit Parkinson und anderen Krankheiten des Nervensystems. Tatsächlich haben Alzheimer-Patienten überdurchschnittlich oft einen nahen Angehörigen, der unter der Parkinsonschen Krankheit leidet. Warum und was konkret dahinter steht, ist noch unklar.
- Auch das **Alter der Eltern** scheint nicht unbedeutend zu sein. Ein höheres Lebensalter der Mutter bei Geburt des Kindes geht ja bekanntermaßen mit erhöhter Gefahr eines Down-Syndroms (früher Mongolismus genannt) einher. Bei der Alzheimer-Krankheit scheint dies nicht zuzutreffen. Beim Vater diskutiert man sogar das Gegenteil. Ob nun die Kombination: eher junger Vater und sehr „alte“ Mutter besondere Risikofaktoren darstellen, ist noch offen, wie vieles andere auch.
- Dagegen scheinen **vorangegangene Schädel-Hirn-Unfälle** schon bedeutender, besonders wenn man diese Kopfverletzungen im mittleren bis höheren Lebensalter erlitten hat. Männer sind öfter betroffen. Ein besonderes drastisches Beispiel ist in diesem Zusammenhang das Sportler-Trauma, vor allem die so genannte Boxer-Demenz. Hier gibt es ja auch tragische Beispiele von Weltruhm.

Weitere Diskussions-Themen

Weitere Aspekte, die in der Demenz-Forschung diskutiert werden, sind

- **Stress und andere psychosoziale Belastungen:** Sie leuchten als Grund eines „vorzeitigen Abbaus“ zwar ein, konnten aber bisher nicht bewiesen werden. Das gleiche gilt für den
- **Bildungsgrad:** Zwar wiederholt sich in vielen Untersuchungen die Erkenntnis, dass eine Alzheimer-Krankheit umso eher zu erwarten steht, je schlechter die Schulbildung ist. Wahrscheinlich versteckt sich hinter dieser Tatsache aber ein anderes Phänomen:

Menschen mit höherem Bildungsgrad steigen bei einer Demenz natürlich auch von einer „höheren Ausgangslage“ und damit ggf. auch über einen längeren Zeitraum ab, als solche mit niedrigerem Bildungsstand. Mit anderen Worten: Man merkt es erst später (dann aber bei Intellektuellen auch drastischer).

- Auch **depressive Störungen** stellen einen - zumindest statistischen - Risikofaktor für die Entwicklung einer Demenz dar. Dabei werden sowohl gemeinsame biologische Ursachen als auch die Belastung von geistiger Leistungsfähigkeit und Gehirn durch den Stress der Depression sowie andere Zusammenhänge in Betracht gezogen.
- Diskutiert werden auf körperlicher Ebene schließlich auch Faktoren wie erhöhte oder erniedrigte Schilddrüsen-Hormone, Stoffwechselstörungen (z. B. eine Hypercholesterinämie), Hypertonie (Bluthochdruck), Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) usw. Weitere Hinweise siehe unten.
- Schließlich wird auf der psychosozialen Ebene ein Faktor diskutiert, der zwar einleuchtet, aber noch seiner wissenschaftlichen Bestätigung harrt: die Einsamkeit des älteren Menschen. Einsamkeit scheint tatsächlich ein Risikofaktor zu sein. Sie wirkt sich offenbar nicht nur emotional, sondern auch organisch aus. Hier besteht also ebenfalls noch Forschungsbedarf.

Keine Ursachen für eine Alzheimer-Krankheit stellen aber offenbar Weisheit, Lebenswandel (außer natürlich selbstschädigendes Verhalten in unterschiedlichster Form), Ernährungsweise, kulturelle Einflüsse usw. dar. Zwar wird immer wieder darüber diskutiert, doch handelt es sich dabei meist um so genannte Schein-Korrelationen, das heißt man hat nicht alle Ursachen-Verknüpfungen richtig bedacht.

Was kann eine Alzheimer-Krankheit verschlechtern?

Wenn auch über die Ursachen meist noch kontrovers diskutiert wird, so gibt es doch eine Reihe von Möglichkeiten, die den Verlauf der Alzheimer-Krankheit verschlimmern. Sie stehen mit der Krankheits-Ursache (die man ohnehin noch nicht genau kennt) nicht unbedingt in Verbindung, sind aber eine Zusatzbelastung und führen damit zur Verschlechterung des Gesamtbildes. Glücklicherweise sind sie meist behandelbar und deshalb nur vorübergehend von Einfluss. Was gehört dazu?

- **Entzündungen** mit oder ohne fieberhafte Reaktionen (z. B. Blase, Niere, Lunge usw.) sind auch bei Gesunden nicht ohne Konsequenzen und führen bei Geschwächten oder Kranken zu einer Befindensverschlechterung. Das gilt auch für die Alzheimer-Krankheit.
- Eine **gestörte Versorgung des Gehirns mit Blut und/oder Nährstoffen** führt ebenfalls bei jedem Menschen zu entsprechenden Einbußen, und bei solchen in reduziertem Zustand noch ausgeprägter. Dazu die schon teilweise erwähnten Beispiele: Herz-Kreislauf- und Lungenerkrankungen, Zuckerkrankheit, Leber- und Nierenleiden u. a. Auch der schädigende Einfluss von Sauerstoffmangel auf eine bereits vorgeschädigte Zellwand ist nachvollziehbar.

- **Verminderte Flüssigkeits-Aufnahme** (Fachsprache: Dehydratation oder Exsikkose), also Wassermangel des Organismus oder kurz: Austrocknung, führen zu Fieber, Durchfall, geistigen und seelischen Störungen. Für einen Alzheimer-Kranken wird das noch riskanter.
- **Mangel-Ernährung:** Besonders alleinlebende ältere Menschen vernachlässigen sich in dieser Hinsicht kontinuierlich, worauf dann - selbst in unserer Zeit - entsprechende Konsequenzen drohen, bis hin zur Verstärkung dementieller Krankheitszeichen. Im Blut nachweisbarer Vitaminmangel ist in der Regel aber eher die Folge unzureichender Ernährung bei bereits geschwächten oder verwirrten Menschen und höchstens in extrem seltenen Fällen einmal die Ursache von Verwirrtheit selbst (z. B. bei Vitamin B 12- und Folsäuremangel).
- **Erkrankungen des Gehirns:** Von den schon erwähnten Kopfverletzungen über Gehirntumore bis hin zu Schlaganfällen oder Blutungen im Bereich des Kopfes können die betroffenen Nervenzellen Schäden und dadurch ein entsprechend geistiges, seelisches und/oder körperliches Defizit erleiden. Noch stärker trifft es Alzheimer-Kranke mit ohnehin schon verringerter Nervenzellen-Zahl.
- **Genussmittel** wirken ebenfalls schädlich und zwar nicht nur für Demenz-Kranke. Dies gilt vor allem für das Nikotin, aber auch für den Alkohol. Der kann zwar in kleinsten Dosen der geistigen Beweglichkeit im Alter in Einzelfällen förderlich sein, wie wissenschaftlich immer wieder diskutiert wird (vor allem Rotwein?), doch für eine Demenz bringt er nur Nachteile.
- Auch zahlreiche **Medikamente** können offenbar ein Risiko darstellen. Dazu gehören bestimmte Schlaf-, Schmerz- und Beruhigungsmittel, Antidepressiva und Neuroleptika (Antipsychotika) sowie Lithiumsalze. Ferner einige Antihypertensiva (gegen Bluthochdruck), Betablocker (z. B. als Herzmittel) und Diuretika (harntreibende Arzneimittel) sowie Spasmolytika (krampflösende Medikamente), Antibiotika, Antimykotika (Pilzmittel), Antiepileptika, Zytostatika („Krebsmittel“), Antiarrhythmika (gegen krankhafte Veränderungen der Herzschlagfolge), Parkinson-Therapeutika (gegen die „Schüttellähmung“, den Parkinson), Gichtmittel, Bronchodilatoren (gegen die krankhafte Veränderungen von Luftleiter und Bronchen), Antihistaminika (z. B. gegen Überempfindlichkeitsreaktionen) u. a.

Schließlich gibt es auch eine Reihe von

- **Umweltgiften**, denen eine Verschlimmerung der Demenz nachgesagt wird. Das sind beispielsweise Metalle wie Aluminium, Arsen, Blei, Gold, Kadmium, Nickel, Quecksilber, Thallium, Wismut und Zinn sowie organische Verbindungen: Äthylenglykol, Formaldehyd, Kohlenmonoxid, Kraft- und Treibstoffe, Methylalkohol, Schwefelkohlenstoff, Schwefelwasserstoff, Toluol, Trichloräthylen u. a.

Oberbegriff für eine mögliche Schädigung durch Umweltgifte ist der so genannte oxidative Stress. Schon im gesunden Organismus fallen so genannte Radikale an, das sind chemisch leicht reagierende Verbindungen, die z. B. Zellwände oder Erbmateriale schädigen können.

Auch die meisten so genannten Umweltgifte haben Eigenschaften von Radikalen. Der gesunde Körper kann die Substanzen relativ gezielt unschädlich machen, bei einer Überforderung der Selbstheilungskräfte können solche zusätzlich zugeführten schädigenden Substanzen jedoch den Krankheitsprozess der Alzheimer Krankheit möglicherweise vorantreiben.

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. 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
- wahnhaft Reaktionen
- Wesensänderung
- Neigung zur ständigen Wiederholung von Bemerkungen, Fragen usw.

Dazu kommen als weitere *organische Störungen*

- Die Tag-Nacht-Umkehr (tags dösiger, nachts umtriebiger)
- 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

sicht 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 Aufklärungsgespräch. 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 Unterstützungsmöglichkeiten der Umgebung. Dennoch gibt es einige typische Erkennungsmerkmale. Dem Arzt stehen dabei bestimmte Testverfahren* und weitere 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 abwägen, Probleme erkennen und Lösungen finden zu können. Dabei ist das prämorbid 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).

* 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 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.
- **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 verlangsamt (besonders an den Händen). Dafür dauernde Bewegungsunruhe mit „Nesteln und Herumfingern“, ständiges Spielen mit Taschentüchern, Stiften, Besteck, fahrige Gesten, Auflesen von Flocken, Fäden usw.

- Gemütsstörungen: anfängliche Irritation, Niedergeschlagenheit, Resignation, schließlich Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit, zuletzt ernster 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. umstimmbar.
- Hypochondrische Befürchtungen vor irrealen 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 Katastrophenreaktionen.
- 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, Herumfucheln, 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 Zeigeversuch.
- Verlust der Kontrolle von Blasenentleerung und Stuhlgang.
- Ggf. Krampfanfälle (etwa jeder 5. Patient?).

WIE KANN MAN EINE DEPRESSION VON EINER DEMENZ UNTERSCHIEDEN?

Die beiden seelischen Störungen, über die in letzter Zeit am meisten diskutiert wird, sind die Depression und die Demenz. Dies liegt einerseits an ihrer offensichtlich wachsenden Häufigkeit, andererseits an dem beklagenswerten Beschwerdebild und drittens an dem Problem, dass sich beide Leiden sehr ähneln können, zumindest zeitweise (unabhängig davon, dass man im höheren Lebensalter sowohl eine Depression als auch eine Demenz zugleich bekommen kann).

Auch wenn es viele Parallelen zu geben scheint, so hilft doch eine Unterscheidungsmöglichkeit fast immer weiter:

- Eine Depression verschwindet in den meisten Fällen wieder, und es bleibt von ihr (fast) nichts zurück, wenn sie richtig und lange genug behandelt wird.
- Bei einer Demenz sind die Aussichten weit weniger günstig, sie schreitet in der Regel fort (s. u.).

Natürlich gibt es Ausnahmen in beiden Fällen. Zum Beispiel therapieresistente oder chronische Depression, rechtzeitig erkannte und behandelte, vor allem aber rückbildungsfähige dementielle Entwicklung, wenn sie auf eine erfolgreiche behandelbare andere Krankheit zurückgeht. Doch im Allgemeinen gilt die erwähnte Regel: Eine Depression geht vorüber, eine (Alzheimer)Demenz bleibt. Dieses Unterscheidungskriterium ist aber nur rückblickend möglich.

Gibt es nun während der depressiven oder dementiellen Entwicklung, vor allem aber zu Beginn, wo man noch am ehesten therapeutisch eingreifen kann, entsprechende Unterscheidungs-Hinweise? Sie gibt es. Sie sind zwar nicht einfach, weshalb es grundsätzlich einer (nerven-)ärztlichen Unterstützung bedarf, doch können sie auch die Angehörigen erfolgreich, weil rechtzeitig nutzen.

Wie unterscheidet sich nun eine so genannte „*depressive Pseudo-Demenz*“, die also wieder vergeht, wenn der depressive Zustand abgeklungen ist, von einer Alzheimer-Demenz, die man zwar therapeutisch verlangsamen, im Allgemeinen aber nicht mehr aufhalten kann?

Unterscheidungs-Kriterium	„depressive Pseudo-Demenz“	Alzheimer-Demenz
Alter	jedes (Erwachsenen-) Alter	meist ab höherem Lebensalter, z. B. 7. Lebensjahrzehnt
Beginn	zeitlich umschriebener, eher rascher Beginn	Beginn schwer erkennbar, eher langsam, unmerklich, schleichend, über Monate bis Jahre
Dauer	relativ kurze Dauer, nicht länger als einige Monate, im höheren Lebensalter ggf. länger	lange Dauer, letztlich keine dauerhafte Rückbildung erkennbar, bleibend, chronisch
Verlauf	Depression wird relativ schnell schwerer	Demenz schreitet langsam voran, wird aber stetig schlechter
Vorgeschichte	seelische Störungen schon in früheren Jahren, z. B. Depression, Schlafstörung, Angstzustände	seelische Störungen früher eher selten, vor allem kaum Depressionen und Angst
Betroffenheit	Patient ist sehr betroffen über seinen Zustand	Patient beklagt sich eher über andere oder missliche Umstände
Klagsamkeit	ausgeprägte Klagen über die Beschwerden	eher Neigung, alles zu verharmlosen
Verhalten	Patient ist besorgt, zurückhaltend, unsicher anderen gegenüber	keine spürbare Unsicherheit anderen gegenüber, meist unbesorgt, ja fordernd
Tag-Nacht-Rhythmus	morgens oft schlechter als nachmittags, sonst weitgehend gleichbleibende Gemütsstörung	vor allem nächtliche Unruhe mit Verwirrheitszuständen
Defizit-Realisation	Patient ist sich des Verlustes seiner geistigen Fähigkeiten schmerzlich bewusst	Patient nimmt Gedächtnislücken nicht (mehr) wahr oder bemüht sich, sie zu überspielen

Leistungsfähigkeit	Patient fühlt sich durch alles überfordert, kann es mit großer Anstrengung aber noch halbwegs leisten	Patient bemüht sich, weitere Aufgaben zu übernehmen, obwohl er schon mit den alten nicht fertig wird
Gedächtnisstörungen	wenn „Gedächtniseinbußen“, dann allgemeiner Art	kurz zurückliegende Ereignisse werden schlechter erinnert als länger zurückliegende
Aufmerksamkeit und Konzentration	Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit bleiben, wenn auch mühsam, weitgehend erhalten	Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit gehen langsam, aber unbeeinflussbar zurück
Antwort-Schema	typische Antwort: Ich weiß es nicht mehr u. a.	fast richtige Antworten, aber eigentlich immer häufiger am Thema vorbei
Orientierungsfähigkeit	Patient findet sich in seiner Umgebung zurecht	Patient verirrt sich zunehmend, selbst in vertrauter Umgebung
Angstzustände	Angstzustände, vor allem Zukunftsangst und Versagensängste	keine Versagensängste, später höchstens ängstliche Verwirrtheit
Schuldgefühle	Schuldgefühle besonders wegen angeblicher Versäumnisse und Leistungseinbußen	fast nie Schuldgefühle, eher Neigung zu Verharmlosung, Beschönigung oder Beschuldigung anderer
Stimmung	gleichbleibend depressiv, bisweilen Morgentief mit abendlicher Aufhellung (umgekehrt seltener)	Stimmung wechselnd, leicht umstimmbar, Gesamtzustand oft bei abendlicher Ermüdung schlechter
Rückzug	zunehmende Rückzugseigenschaft und damit Isolationsgefahr	Patient versucht die sozialen Kontakte anfangs aufrecht zu erhalten
Schlaf	Ein- und Durchschlafstörungen sowie Früherwachen, aber keine nächtliche Verwirrtheit	zunehmend nächtliche Unruhe bis Verwirrtheit
Freude	Patient empfindet trotz gelungener Aufgaben keine „rechte Freude“	Freude bei selbst einfachsten Aufgaben, mitunter fast peinlich

Wahnideen	depressiver Schuld- oder Krankheitswahn	Kombination aus wahnhaftem Erleben, Scham und Gedächtnisstörungen, z. B. Bestehlungswahn
Sexualität	während des depressiven Zustandes Libido- und Potenzstörungen	bis zum fortgeschrittenen dementiellen Zustand eher ungestört, bisweilen aber auch persönlichkeitsfremde sexuelle Enthemmung
kognitive Störungen	keine geistigen Einbußen nachweisbar	in zunehmendem Maße Beeinträchtigung bezüglich Sprache, Lesen, Schreiben, Rechnen usw.
Körperpflege	in der Regel unauffällig, wenngleich nur mit erheblicher Anstrengung	wachsende Vernachlässigung
Organbefunde	keine krankhaften Organbefunde	körperliche Störungen zunehmend objektivierbar
Beschwerdeschilderung	häufig, verzweifelt, mehr oder weniger genaue Beschwerdeschilderung (vor allem auf Vorgaben)	ungenauere Beschwerdeschilderungen
antidepressive Medikation	zumeist erfolgreich, nicht zuletzt was Merk- und Konzentrationsstörungen anbelangt	hilfreich, falls reaktives demenz-abhängiges Stimmungstief vorliegt, sonst kein Einfluss auf Merk- und Konzentrationsstörungen
Schlafentzug	therapeutischer Schlafentzug führt zumindest zu vorübergehender Besserung	therapeutischer Schlafentzug verschlechtert das Krankheitsbild
Angehörige und Arztbesuch	Angehörige drängen nach einiger Zeit auf Arztbesuch, Patient fügt sich in der Regel	Angehörige reagieren (zu) lange nicht, empfehlen auch lange keinen Arztbesuch, würden damit beim Patienten auch kaum auf Gegenliebe stoßen

WIE VERLÄUFT EINE ALZHEIMER-KRANKHEIT?

Aus der pragmatischen Sicht der Gerontopsychiatrie (also jener Spezial-Disziplin der Psychiatrie, die sich mit den seelischen Störungen des älteren Menschen befasst), lässt sich die Alzheimer-Krankheit in fünf Stadien einteilen:

- **Sehr geringer bis geringer Beeinträchtigungsgrad:** Vergesslichkeit (Namen, Dinge); gelegentliche Wortfindungsstörungen; schließlich stärkeres Nachlassen der Merkfähigkeit (Lesen, Wiederfinden verlegter Gegenstände); Versagen bei beruflichen Anforderungen; verstärkte Probleme bei bekannten Situationen.
- **Mäßige Störung:** schlecht informiert über aktuelles Geschehen; Probleme beim Lösen schwieriger Aufgaben (Umgang mit Geld, Einkaufen, Verreisen usw.); nachlassende Aktivität; Vermeidung von Konkurrenzsituationen.
- **Mittelschwere Störung, Beginn der eigentlichen Demenz:** Unfähigkeit, sich an wichtige Dinge des öffentlichen Lebens zu erinnern (eigene Telefonnummer, Adressen, Namen von Verwandten); Probleme bei der Auswahl passender Kleidungsstücke; u. U. Vernachlässigung der Körperpflege; auf die Hilfe Dritter angewiesen.
- **Schwere Störung:** Schwierigkeiten, sich sogar an den Namen des Lebenspartners zu erinnern; keine bewusste Wahrnehmung der Umwelt mehr; vollständige Abhängigkeit von der Hilfe Dritter; u. U. Kontrollverlust für Blasenentleerung und Stuhlgang.
- **Sehr schwere Störung:** extreme Verminderung des Wortschatzes mit weitgehendem Verlust der Sprachfähigkeit; Probleme beim Sitzen, schließlich Geh-Unfähigkeit; häufig Kontrollverlust für Blasenentleerung und Stuhlgang (manchmal aber auch schon deutlich früher), im Endstadium oftmals „Auszehrerung“ (Fachbegriff: Kachexie), Muskel-Kontraktionen (Verkrampfungen) usw.

Noch kürzer ist die Einteilung in drei Stadien, wie sie derzeit am häufigsten vorgenommen wird:

- **Erstes Stadium:** leichtgradige, meist kaum bemerkte Symptome, die „lediglich“ zu einer Beeinträchtigung komplexer Tätigkeiten im täglichen Leben führen können.

Beispiele: Kurzzeitgedächtnis beeinträchtigt (der Betroffene wiederholt Sätze oder Tätigkeiten, die er gerade zuvor gesagt oder getan hat). Wortfindungsstörungen und mangelhafte Präzision des Ausdrucks. Nachlassen des Denkvermögens, vor allem schlussfolgern und urteilen. Erste örtliche Orientierungsstörungen, z. B. Zurechtfinden in nichtvertrauter Umgebung. Zunehmen-

de Passivität, wenn nicht gar Untätigkeit. Beginnende Störungen der örtlichen Orientierung (Ort, Datum und Uhrzeit). Folge: Beschämung, Angst, Wut oder Niedergeschlagenheit.

- **Zweites Stadium:** Beschwerdebild so ausgeprägt, dass eine selbständige Lebensführung nur noch mit erheblichen Einschränkungen möglich ist, in der Regel nur noch mit Unterstützung durch andere.

Beispiele: wachsende Gedächtnisstörungen, z.B. Vergessen der Namen selbst vertrauter Personen. Schwierigkeiten beim Ankleiden, im Bad, bei Mahlzeiten, auf der Toilette u. a. Örtliche Orientierung deutlich beeinträchtigt, sogar in der eigenen Wohnung. Außerhalb des Hauses Gefahr des Verirrens und Umherirrens. Erstmals Sinnestäuschungen (Sehen, Hören, Riechen, Schmecken) oder illusionäre Verkennungen realer Objekte. Zunehmende Unruhe, zielloses Umherwandern, Aus-der-Wohnung-Drängen. Neben der rastlosen Umtrieblichkeit aber auch gelegentlich völlige Untätigkeit. Verlorenes Zeitgefühl (Vergangenheit und Gegenwart sind nicht mehr unterscheidbar).

- **Drittes Stadium:** selbständige Lebensfähigkeit aufgehoben, vollständig von Angehörigen oder anderen Bezugspersonen abhängig.

Beispiele: Die Sprache reduziert sich auf wenige Wörter, das Gedächtnis kann keine neuen Informationen mehr speichern. Selbst nahe Angehörige werden immer öfter nicht mehr erkannt oder verkannt. Probleme beim Essen, selbst mit Hilfe. Unfähigkeit, Familienmitglieder zu erkennen. Vorn über gebeugt, Gang kleinschrittig und schleppend. Sturzgefahr. Kontrollverlust über Blase und Darm. Gefahr von Krampfanfällen, Schluckstörungen u. a. Verfall der körperlichen Kräfte, bettlägerig, Infektionsgefahr (häufige Todesursache: Lungenentzündung).

ZUR THERAPIE DER ALZHEIMER-KRANKHEIT

Wenn auch immer wieder darauf hingewiesen wurde, dass eine Reihe von dementiellen Erkrankungen (aber beileibe nicht alle) zu einer kontinuierlichen Verschlechterung ohne wesentliche Einflussmöglichkeiten zu führen pflegt, so heißt das noch lange nicht, dass man

1. überhaupt nichts mehr machen soll und kann (Stichwort: therapeutische Resignation),
2. keine Möglichkeiten auf medikamentöser Ebene hätte,
3. mit „Milieu“- , psycho- und soziotherapeutischen Maßnahmen nichts mehr erreichen könnte.

Im Gegenteil. Gerade die Kombination aus Pharmako- und Psycho- sowie Soziotherapie, konsequent und professionell eingesetzt, kann den Fortgang des Leidens, vor allem aber die Geschwindigkeit des „Abbaus“ erheblich eindämmen bzw. verlangsamen.

Entscheidend für die Betreuung von Demenz-Erkrankungen sind Konsequenz, Geduld, Nachsicht und die „Freude an kleinen Erfolgen“.

Welche Möglichkeiten gibt es? Nachfolgend eine Kurzfassung therapeutischer Empfehlungen einschließlich jener seelischen Störungen, die im Rahmen einer Demenz zusätzlich zu behandeln sind.

Medikamentöse Behandlung

Von der *Pharmakotherapie*, also der Behandlung mit entsprechenden *Arzneimitteln* ist am häufigsten die Rede und wird wohl auch am meisten erwartet. Dies steht - zumindest beim derzeitigen Stand der Forschung - im Gegensatz zu den realen Möglichkeiten. Zwar gibt es ständig medikamentöse Neuentwicklungen, die dann auch für entsprechendes Aufsehen sorgen, doch muss man eines immer wiederholen: Vorsicht vor „sensationellen Therapieverfahren“, insbesondere vor spektakulären Arzneimitteln gegen die Demenz im Allgemeinen und die Alzheimer-Krankheit im Speziellen. *Es gibt sie (noch) nicht!*

Wissenschaftlich ist man allerdings auf einem guten Weg und es heißt auch nicht, dass es keine pharmakotherapeutischen Hilfen gäbe. Es existiert zurzeit eben nur keine ursächlich ansetzende Arzneibehandlung. Hier muss man unterscheiden zwischen der Pharmakotherapie seelischer Begleitsymptome und dem medikamentösen Versuch, das so genannte *kognitive Kern-Syndrom* zu behandeln, also im wesentlichen Gedächtnis, Urteilsfähigkeit, Orientierungssinn und ihre direkten und indirekten Folgen im Alltag.

Einzelheiten zur Pharmakotherapie von Gedächtnis- und Orientierungsstörungen sowie vor allem seelischer Begleitsymptome der Demenz siehe die entsprechende Fachliteratur (sowie konkrete Hinweise in dem Kapitel *Alzheimer-Krankheit* in www.psychosoziale-gesundheit.net). Dafür weiter mit nachfolgenden Betreuungs- bzw. Therapieaspekten:

Milieuthherapie – Psychotherapie – Soziotherapie

Je begrenzter die Hilfe von pharmakologischer Seite ausfällt, desto intensiver muss die psychologische einspringen. Das sind Milieu-, Psycho- und Soziotherapie.

Hier ist vor allem der Einsatz von Angehörigen, ggf. Nachbarn und Freunden gefordert. Diese müssen aber wissen, wie weit sie fordern („fördern durch fordern“) dürfen und wann sie zu *überfordern* beginnen. Das ist mitunter eine Gratwanderung. Im Allgemeinen aber gilt folgende Erkenntnis:

Der „gesunde Mensch“ ist belastbarer als der gesunde alte Mensch und dieser belastbarer als der alte und demente Patient. Man darf also nie von seinen eigenen Möglichkeiten ausgehen und muss eine nicht unerhebliche Labilität auf seelischem, geistigem, körperlichem und psychosozialem Gebiet einkalkulieren.

Mit anderen Worten: Der Bewegungsspielraum ist geringer und bezieht sich nicht zuletzt auf so „banale Aspekte“ wie Tages- und Nachtzeit, Sinneseindrücke, Beweglichkeit, Denkgeschwindigkeit, Kontaktaufnahme usw. Die Grenze zwischen Aktivierung und Stress ist fließend. Stets muss man mit Überraschungen rechnen, je nach Zusatzbelastung, ja Wetter, Klima usw.

Zu den wichtigsten nicht-medikamentösen, d. h. überwiegend psychologisch orientierten Einflussmöglichkeiten gehören:

- *Verhaltenstherapeutische Techniken*, die sich vor allem auf den Alltag, also „klassische Problemsituationen für Demente konzentrieren (z. B. Baden, Ankleiden, Wasserlassen, Stuhlgang); daneben aber auch Verfahren, die den geistigen Abbau verlangsamen, insbesondere im Frühstadium einer Demenz.
- *Tiefenpsychologische Behandlungsformen* haben bei Demenzkranken ihre Grenzen. Manchmal sind sie aber eine hilfreiche Ausgangsbasis bei dem Versuch, das Familiensystem zu verstehen und die inneren und äußeren Realitäten zu akzeptieren.
- Bei der *Realitätsorientierung* werden deshalb auch grundlegende Informationen zu Person, Zeit, Ort usw. trainiert und bei jeder sich bietenden Gelegenheit so genannte „Realitäts-Anker“ angeboten, z. B. optische oder akustische Orientierungshilfen.
- Die *Erinnerungstherapie* versucht durch Ausnutzung des meist noch gut erhaltenen Langzeit-Gedächtnisses die Erinnerung und damit geistige Aktivität wach zu halten.
- *Musik- und Kunsttherapie* zielen ebenfalls auf Gemüt und Kreativität, was wieder „gehoben“ und trainiert werden kann.
- Die so genannte *Selbsterhaltungstherapie* bekämpft vor allem seelische Verletzungen und damit langwierige Persönlichkeitsveränderungen sowie Erlebnisarmut und den Verlust des „Selbst-Wissens“.

- Die *Milieu*therapie umfasst den gesamten Wohn- und Lebensbereich, der sich durch entsprechende Informationshilfen auf mehreren Ebenen anpassen muss: Symbole, Farbgebung, „intelligente Möbel“, aber auch ältere Ausgaben von Geschirr, Bildern usw., die durch Aktivierung der Erinnerung stimulieren.
- Beim *Hirnleistungstraining* stehen sich im Wesentlichen zwei Auffassungen gegenüber: 1. Gebrauch = Abnutzung und 2. das erwähnte „wer rastet, der rostet“. Für beide gibt es Beispiele, wobei für das Gehirn eher letzteres zu sprechen scheint.

„Ich altere wohl, doch täglich lerne ich etwas dazu“.
(*Solon der Weise, Philosoph und Politiker im Alten Athen, 7. Jh. v. Chr.*)

Dabei gilt jedoch die Erfahrung: Je alltagsnäher „trainiert“ wird, desto größer ist der Erfolg. Vor allem müssen beim praxisbezogenen Lernen mehrere Ebenen gleichzeitig angesprochen werden (verbal, optisch, Geruch, Geschmack, Berührung usw.). Außerdem muss man nicht nur geistig, sondern auch den ganzen Menschen ständig in Bewegung halten. Das ergibt die besten Ergebnisse. Und:

Nur Kontinuität sichert den Erfolg. Wer aufhört, fällt zurück.

Zuwendung, Kontakt und Freude dabei sind wahrscheinlich wichtiger als der Inhalt der Übungen.

- *Körperliche Aktivität* ist also unerlässlich, auch wenn alles dagegen spricht (müde, matt, schwunglos, Schmerzen, unwillig usw.). Körperliche Aktivität ist auch angst- und depressionslösend. Allerdings muss man sich hier natürlich nach den gegebenen Bedingungen richten.

Am günstigsten ist der „tägliche Gesundheitsmarsch“ bei Tageslicht und möglichst „im Grünen“, aber auch jede andere angepasste körperliche Aktivität wie Radfahren, Schwimmen und die - erfahrungsgemäß emotional besonders ausgleichende - Gartenarbeit (aber Vorsicht: Rücken!).

Interessant ist vor allem der präventive Aspekt: Körperliche Aktivität ist nicht nur *vorbeugend*(!) angst- und depressionslösend, man hat auch den Eindruck, dass eine lebenslange regelmäßige Bewegung einer Demenz entgegenzusteuern vermag (Slogan: dem Morbus Alzheimer davonlaufen).

- *Weitere Behandlungsmaßnahmen* sind physikalische und Hydrotherapie sowie Schulter- und Nackenmassage, Kneippsche Anwendungen, medizinische Bäder sowie angepasste Entspannungsübungen (z. B. unter fachlicher Anleitung Progressive Muskelrelaxation, aber z. B. kaum Autogenes Training).

ALZHEIMER-ERKRANKUNG UND PFLEGENDE ANGEHÖRIGE

Über die Pflicht zur Aufklärung und entsprechende Einzelheiten wurde schon berichtet. Und dass dabei auch die Angehörigen nicht vergessen werden dürfen. Denn vor allem das pflegende Umfeld des Patienten trägt im Allgemeinen den größten Teil der Krankheits-Last.

Deshalb beginnt die Zusammenarbeit mit den Angehörigen schon möglichst mit dem ersten Kontakt, um Fragen stellen und Empfindungen äußern zu können. Dabei geht es - wohl gemerkt mit dem Einverständnis des Patienten - um die für die kommende Zeit entscheidenden Aspekte. Beispiele: die Natur der Demenz, der zwischenmenschliche Kontakt mit dem Patienten (verminderte Gesprächskommunikation und Gedächtnisleistungen), Umgang und Regelung gemeinsamer Belange (finanzielle und rechtliche Angelegenheiten) u. a.

Auch ist es immens wichtig, auf die Bedeutung von Einstellung und Gesundheit des Pflegenden(!) auf das Befinden des Patienten hinzuweisen, mahnen die Experten. Dies kann einer Opferhaltung vorbeugen und dazu beitragen, dass die Angehörigen selber möglichst früh gezielte Unterstützung suchen. Und auch während der weiteren Behandlung muss immer wieder versucht werden, mit ihnen allein über ihren eigenen körperlichen und seelischen Gesundheitszustand zu sprechen, vor allem was Nachtruhe und Deprimiertheit (also nicht krankhafte Depression, sondern nachvollziehbare Niedergeschlagenheit) anbelangt.

Die Wissenschaft hat sich auch dieses Themas angenommen - und ganz unterschiedliche Erkenntnisse gewonnen. Offensichtlich gilt auch hier: Diese Entwicklung ist vielschichtig und hängt von Faktoren ab, die sehr individuell gelagert sind. Doch gilt als erwiesen, dass die so genannte Psychoedukation (schlicht gesprochen eine Mischung aus Aufklärung und Anlernen) zur Bewältigung der anstehenden Aufgaben, dass Angehörigen-Gruppen und telefonische Unterstützung (vor allem im Notfall) den Zeitraum vom Beginn der dementiellen Entwicklung bis zur Aufnahme des Patienten in Krankenhaus oder Pflegeheim durchaus verlängern können.

Vieles wird dabei eher kontrovers eingeschätzt, geben auch die Experten zu. Was aber auf jeden Fall nützlich, hilfreich und vor allem stützend ist, ist der Wissens-Zuwachs und eine gewisse seelische bzw. psychosoziale Entlastung der Angehörigen. Das vermag auch deren Stimmung und damit langfristige(!) Leistungsfähigkeit zu festigen. Und in diesem Zusammenhang natürlich auch Stimmung und Alltags-Bewältigung des Patienten selber.

SCHLUSSFOLGERUNG UND AUSBLICK

Wir leben nicht nur in einer „alternden Welt“, wie eingangs festgestellt wurde. Wir dürfen uns auch einer seelischen, körperlichen und psychosozialen Unterstützung erfreuen, und zwar gerade im höheren Lebensalter, wie sie sich un-

sere Vorfahren in der Regel nicht erträumen durften. Das hat allerdings seinen Preis, und zwar nicht nur für die Betroffenen, auch für ihre Angehörigen, die Pflegenden, ja sogar rein volkswirtschaftlich gesehen (ein Problem, das sich nicht mehr überspielen lässt).

Trotzdem oder vielleicht gerade deshalb ist das Wichtigste bzw. die Grundlage eines realistischen, soliden und zukunftssträchtigen Vorgehens das Wissen um den Preis des Älterwerdens - ggf. bis hin zur Alzheimer-Krankheit. Manches ist schicksalhaft (erbliche Faktoren, Erkrankungen), manches ist ggf. vermeidbar oder zumindest abzumildern (z.B. bestimmte Risikofaktoren). Doch hier wie dort ist ein ausreichender Kenntnisstand das Fundament rechtzeitiger Diagnose und gezielter Therapie. Denn die ist auch bei einer Demenz im Allgemeinen und Alzheimer-Krankheit im Speziellen umso wirkungsvoller, je früher, konsequenter und nach dem neuesten Stand medizinischer Erkenntnisse eingegriffen werden kann.

Weitere Einzelheiten zum Thema siehe auch die entsprechenden Beiträge in dieser Serie sowie in www.psychosoziale-gesundheit.net.

LITERATUR

Inzwischen liegt eine umfangreiche Fach- und Sach-Literatur einschließlich allgemeinverständlicher Beiträge vor, in wissenschaftlicher Hinsicht zumeist in englischer Sprache. Eine Auswahl deutscher Fach- und Sach-Bücher zum Thema findet sich in dem schon erwähnten Kapitel *Alzheimer-Krankheit* in www.psychosoziale-gesundheit.net.