

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

ALZHEIMER-KRANKHEIT

Erkennen – Verstehen – Behandeln

Es gibt einen medizinischen Fachbegriff, bei dem so mancher in sorgenvolles Grübeln gerät, zumindest ab einem gewissen Alter. Jüngere kann es ebenfalls treffen, besonders wenn sie ein älteres Familienmitglied zu versorgen haben. Gemeint ist die Alzheimer-Krankheit. Der Begriff ist zwar erst ein halbes Jahrhundert alt, die Krankheit allerdings so alt wie die Menschheit (auch wenn man früher bei weitem nicht so alt wurde wie heute). Das zeigt sich schon an den vielen bedeutungs-ähnlichen Begriffen, die dieses Leiden früher charakterisierten, wenngleich damals eher als zahlenmäßig überschaubares Phänomen.

Das hat sich erheblich verändert, was die Zahl der Betroffenen (und damit die Kosten) angeht – von der nahen Zukunft ganz zu schweigen. „Alle wollen es werden, keiner will es sein“, denn Langlebigkeit hat ihren Preis.

Nachfolgend die erweiterte und überarbeitete Fassung eines in dieser Serie bereits verfügbaren Beitrags über die Alzheimer-Krankheit zu den Themen: Begriff, Definition, Klassifikation, Häufigkeit, Kosten, primäre oder sekundäre Demenzformen, Geschlechts-Verteilung, Ursachen (von erblichen Faktoren bis zur Einsamkeit), Risikofaktoren (vom Alter der Eltern bis zum Bildungsgrad), was kann eine Alzheimer-Krankheit verschlechtern (von den Genussmitteln bis zu bestimmten Gehirn-Erkrankungen) u. a.

Ferner eine Frage, die mehr Menschen beschäftigt als man annehmen möchte, nämlich: Alzheimer-Krankheit oder normale Alterserscheinung? Oder auf einer anderen Ebene: Alzheimer-Krankheit oder Depression (mit einer so genannten depressiven Pseudo-Demenz)? Deshalb wichtig: Wie beginnt eine Alzheimer-Krankheit? Vor allem: Wie äußert sich ein Alzheimer-Beschwerdebild: körperlich, geistig, seelisch, psychosozial? Unter weiter: Wie verläuft eine Alzheimer-Krankheit?

Und schließlich: Was kann man tun? Dazu Hinweise auf medikamentöse Möglichkeiten (und vor allem Grenzen), wobei man auch die seelischen und körperlichen Begleit-Symptome berücksichtigen muss. Dazu die gezielte Pharmakotherapie von Gedächtnis und Orientierungsstörungen. Und die Milieuthherapie sowie Psycho- und Soziotherapie, durchaus hilfreich, wenn gleich von der Langzeit-Wirkung her zur Bescheidenheit mahnend. Deshalb auch zuletzt ein Kapitel über Alzheimer-Erkrankung und pflegende Angehörige.

Erwähnte Fachbegriffe:

Alzheimer-Krankheit – Demenz vom Alzheimer-Typ (DAT) – Alzheimer-Typ 1 – Alzheimer-Typ 2 – Alzheimer-Demenz – Lebensspanne – maximale Überlebenszeit – Hochaltrige – Über-Hundertjährige – „drittes Lebensalter“ – „viertes Lebensalter“ – Langlebigkeit – Krankheitskosten – Multimorbidität – Mehrfach-Erkrankungen – Pflegebedürftigkeit – Altersdemenz – Altersschwachsinn – „Altersstarrsinn“ – Altersverwirrtheit – chronisches Hirnversagen – Dementia senilis – Senilität – präsenile Demenz – progressive Demenz – senile Demenz – Enzephalopathie – Gehirn-Durchblutungsstörungen – Hirnleistungsstörungen – hirnorganisches Psychosyndrom – psychoorganisches Syndrom – Sklerose – Arteriosklerose – „Verkalkung“ – zerebrale Insuffizienz – Zerebral-Sklerose – zerebrovaskuläre Insuffizienz – degenerative Gehirnerkrankungen – atrophische Prozesse – „Gehirnschwund“ – Morbus Pick – fronto-temporale Demenz – primäre Demenz – primär-degenerative Demenzformen – sekundäre Demenz – Ursachen sekundärer Demenzformen: Gefäßkrankheiten, „Normaldruck“-Hydrozephalus, Parkinson-Krankheit, Tumore und andere raumfordernde Prozesse, Kopfverletzungen, Autoimmun- und entzündliche Krankheiten, Vergiftungen (Alkohol, Drogen, Medikamente, Metalle, Lösungsmittel), Erkrankungen von Blutbild, Leber, Nieren, Schilddrüse, Nebenschilddrüse usw. – Häufigkeit dementieller Erkrankungen – Demenz und Geschlecht – diskutierte Ursachen einer Alzheimer-Krankheit: erbliche Faktoren, Vergiftungen, Immunsystem, Störungen der chemischen Überträgerstoffe, Durchblutungs- oder Stoffwechselstörungen, bestimmte Krankheitserreger oder virus-ähnliche Strukturen u. a. – Risikofaktoren einer Alzheimer-Krankheit: hohes Alter, Geschlecht, erbliche Belastung, Alter der Eltern, Schädel-Hirn-Unfälle usw. – diskutierte Risiko-Faktoren: Stress, psychosoziale Belastungen, Bildungsgrad, depressive Zustände, Einsamkeit, Bluthochdruck, Zuckerkrankheit, Hypercholesterinämie, erniedrigte Schilddrüsen-Hormone usf. – wissenschaftlich abgelehnte Ursachen einer Alzheimer-Krankheit: Wesensart, Lebenswandel (außer selbstschädigendes Verhalten), Ernährungsweise, kulturelle Einflüsse u. a. – Zusatz-Belastung beim Alzheimer-Verlauf: Entzündungen, gestörte Versorgung des Gehirns mit Blut und/oder Nährstoffen, verminderte Flüssigkeitsaufnahme, Mangel-Ernährung, verschiedene Erkrankungen des Gehirns, Genussmittel, bestimmte Medikamente und ggf. Umweltgifte u. a. – Unterscheidungsmöglich-

keiten Alzheimer-Krankheit oder normale Alters-Vergesslichkeit – Beginn einer Alzheimer-Krankheit – wichtige Erst-Hinweise und Warn-Symptome – Alzheimer-Beschwerdebild: kognitive Störungen wie Abnahme von Gedächtnisleistung, Urteilsfähigkeit und Denkvermögen, Störungen der Sprache, der Handhabung oder des Erkennens von Objekten, Störungen der räumlichen Leistungen usf. – nicht-kognitive Störungen: Verminderung der Affekt-Kontrolle, Störungen des Sozialverhaltens usw.. – seelische, geistige und psychosoziale Symptome – körperliche Krankheitszeichen – Unterscheidungsmöglichkeiten von Alzheimer-Demenz und „depressiver Pseudo-Demenz“ – Verlauf einer Alzheimer-Krankheit – Therapie der Alzheimer-Krankheit – medikamentöse Behandlung generell – Pharmakotherapie seelischer Begleitsymptome: Antidepressiva, Beruhigungsmittel, weitere Medikamente – Pharmakotherapie von Gedächtnis- und Orientierungsstörungen – Milieuthherapie – Psychotherapie – Soziotherapie – Hirnleistungstraining – körperliche Aktivität – Hinweise für pflegende Angehörige – u.a.m.

Wir leben in einer „alternden Welt“. 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-Hundertzehn-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-Kreislauferkrankungen 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 gesteigener Lebenserwartung deutlich zunehmen. Das sind auf der einen Seite depressive und Angsterkrankungen, auf der anderen hirnorganische Veränderungen im Sinne einer Demenz.

Die Hälfte der Krankheitskosten entsteht im Alter

Inzwischen darf auch über die Kosten geredet werden, sie nehmen nämlich kontinuierlich zu:

Wie das Statistische Bundesamt mitteilt, entstanden im Jahr 2006 bei der Bevölkerung über 65 Jahren Krankheitskosten von rund 111 Milliarden Euro. Damit entfielen 47% aller Kosten auf diese Altersgruppe.

Insgesamt gab es Kosten in Höhe von 236 Milliarden Euro. Dazu zählen sämtliche Gesundheits-Ausgaben, die unmittelbar mit einer medizinischen Heilbehandlung, einer Präventions-, Rehabilitations- oder Pflegemaßnahme verbunden waren.

Bei den älteren Menschen wurden die Kosten durch nur vier Krankheitsgruppen verursacht:

- Herz- und Kreislauferkrankungen (24,6 Mrd.)
- Muskel- und Skeletterkrankungen (13,1 Mrd.)
- psychische und Verhaltensstörungen (12,7 Mrd.)
- Erkrankungen des Verdauungssystems (9,8 Mrd.)

Der Anstieg der Krankheitskosten dieser Altersgruppe lag von 2002 bis 2006 bei 16,5 Mrd. Euro. Zum Vergleich: Insgesamt stiegen die Krankheitskosten in diesem Zeitraum um 17,2 Mrd. Euro.

Grund für die hohen Krankheitskosten sind das verstärkte Auftreten von Mehrfach-Erkrankungen (Multimorbidität), Pflegebedürftigkeit und intensivere Inanspruchnahme medizinischer und pharmazeutischer Angebote.

Nach dem Statistischen Bundesamt, Wiesbaden (www.destatis.de), zitiert aus dem GERIATRIE JOURNAL 5/08

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. Vergrößerung 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 Binzwaner 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 Älteren 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 unbekanntes 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 werden können. Einige neue Präparate gegen die Alzheimer-Krankheit verlangsamen 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 disku-

tiert 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 Wesensart, 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 Erbmaterial 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 Le-

bens - 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 aufhören lassen, deren Ursachen sorgfältig abzuklären sind:

- *Delir*: Bewusstseinstörung mit Verwirrtheit, Sinnestäuschungen, Wahnideen und ggf. Erregungszuständen.
- *Verwirrheitszustand*: 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 umtrieblich)
- 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 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 anbelangt 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

* 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.

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 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.

- **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, fahriges Gesten, Auflesen von Flocken, Fäden usw.
- Gemütsstörungen: anfängliche Irritation, Niedergeschlagenheit, Resignation, schließlich Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit, zuletzt ernste 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 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-feindliches 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 Verlaufs-Charakteristika**

- 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, Angstzu-	seelische Störungen früher eher selten, vor allem kaum Depressionen und Angst

	stände	
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 Rückzugsneigung 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
Beschwerde-	häufig, verzweifelt, mehr	ungenauere Beschwerdeschil-

schilderung	oder weniger genaue Beschwerdeschilderung (vor allem auf Vorgaben)	derungen
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 „Ausziehung“ (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. Zunehmende 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!*

Das Günstigste - und das sei schon hier vorweggenommen - ist eine regelmäßige ärztliche Kontrolle, eine konsequente pflegerische Betreuung, ein klar strukturiertes Umfeld (z. B. Altentagesstätte), ein möglichst immer gleicher Tagesablauf, kein Ortswechsel: d. h. auch kein aufwendiger Urlaub, selbst wenn er früher zum Stil des Betroffenen gehörte; auch keine Kuren und Krankenhausaufenthalte nur dann, wenn sie notwendig (was in der Regel der betreuende Arzt entscheidet).

Ferner kurze, einfache Sätze (oft wiederholt) sowie die schon erwähnten Aspekte: Geduld, Nachsicht und Freude an kleinen Erfolgen.

Das heißt allerdings nicht, dass es keine pharmakotherapeutischen Hilfen gäbe (s. u.), es existiert zurzeit nur eben 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.

● **Pharmakotherapie seelischer Begleitsymptome**

Die geistigen Einbußen fallen als erste auf. Sie sind aber nicht das einzige Defizit, manchmal nicht einmal das Schwierigste. Mehr als drei Viertel aller Patienten mit einer Demenz leiden an so genannten seelischen Begleitsymptomen. Das sind

- unruhig-gespanntes, nervöses, fahriges Verhalten (Fachbegriff: Agitiertheit)
- Neigung zu Reizbarkeit und aggressiven Durchbrüchen
- Schreien
- ständiges Umherlaufen
- Depressivität, vor allem mit wachsender Gefühllosigkeit und Teilnahmslosigkeit und einer Art passiven Verweigerungshaltung.
- Weitere Probleme wie Wahn und Sinnestäuschungen sowie Schlafstörungen.

Die rein medikamentöse Behandlung dieser z. T. sehr unangenehmen bis quälenden Symptome, die nicht nur den Patienten betreffen, sondern auch Angehörige, Nachbarn, Mitpatienten, Pflegepersonal usw., basiert auf

- **antidepressiven Medikamenten (Antidepressiva)**, und zwar sowohl synthetische als ggf. auch Pflanzenheilmittel wie Johanniskraut. Ziel-Symptome sind Depressionen, Angstzustände, Affekt-Inkontinenz (Rührseligkeit), gestörte Impulskontrolle (Schreien, Aggressivität u. a.) sowie - je nach Medikament - auch eine Sedierung (Dämpfung) oder leichte Antriebssteigerung. Dafür wer-

den ganz bestimmte Arzneimittel empfohlen (Einzelheiten siehe der betreuende Arzt).

- Früher viel verordnet, heute deutlicher vorsichtiger eingesetzt sind **Neuroleptika** (auch als Antipsychotika gegen Geisteskrankheiten bezeichnet), die Angst, Aggressionen und vor allem wahnhaftige Reaktionen mildern sollen. Dies hat durchaus seinen therapeutischen Sinn (gehabt), doch jetzt mahnen neuere Erkenntnisse zur Vorsicht:

Bei Patienten, die mit den so genannten neueren atypischen Neuroleptika behandelt werden, drohen - statistisch gesehen - erhöhte Hirn-Infarkt- und (damit) Todes-Raten.

Die wichtigsten Risikofaktoren für solch schwerwiegende Komplikationen sind hohes Alter, fortgeschrittene Demenz, bestimmte körperliche Erkrankungen, vor allem was Herz-Kreislauf und Gehirn anbelangt. Besonders betroffen sind Patienten mit Veränderungen im Bereich der Gehirngefäße.

Die Frage: Wenn neuere Neuroleptika vorsichtiger eingesetzt werden müssen, als bisher praktiziert, kann man dann eher auf ältere Generationen dieser Arzneimittel zurückgreifen? Die Antwort der Experten: Leider nein, denn diese Substanzen sind mit keinem geringeren Risiko folgenschwerer Nebenwirkungen verbunden.

Es herrscht also eine gewisse Ratlosigkeit, auch unter den Fachleuten. Hier muss sich der Hausarzt am jeweiligen Gesamtbild (s. o.) orientieren.

- **Beruhigungsmittel (Tranquilizer)** werden gerne bei Angst, Unruhe, Spannung, Agitiertheit (s. o.), aber auch bei Einschlafstörungen u. a. eingesetzt. Auch hier gilt: Je weniger, desto besser, am günstigsten deshalb in Tropfenform, weil sehr individuell und vor allem niedrig dosierbar. Die Vorteile dieser Substanzen sind rascher Wirkungseintritt und relativ geringe akute Nebenwirkungen. Die Nachteile allerdings nicht nur Suchtgefahr, sondern auch erhöhte Sturz-Gefahr und vermehrte Hirn-Infarkte.

- **Weitere Medikamente**, die früher empfohlen wurden und immer noch genutzt werden, sind das speziell angstlösende Mittel Buspiron, das Antiepileptikum und als Rückfall-Schutz bei manisch-depressiven Erkrankungen eingesetzte Carbamazepin sowie die so genannten Betablocker (neben einer Reihe organischer Heilanzeigen vor allem gegen körperbetonte Angst-, Unruhe- und Erregungszustände bis zur Aggressivität).

Hier sind die wissenschaftlichen Meinungen inzwischen geteilt, weshalb in neueren Empfehlungen diese Medikamente nur noch selten oder gar nicht mehr auftauchen. Doch das entscheidet der behandelnde Arzt.

Eines aber bleibt trotz aller Probleme tröstlich, denn es zeigt sich schon bei dieser Aufzählung, dass eine therapeutische Resignation nicht berechtigt ist, zumindest was die seelischen Begleitsymptome einer Demenz angeht.

Was nur schwer zu beeinflussen ist

Es soll aber auch nicht verschwiegen werden, dass es unverändert belastende und leider auch wenig beeinflussbare Problemfelder gibt, die nicht spezifisch medikamentös angegangen werden können, weshalb eine konsequente Milieugestaltung noch wichtiger ist.

Das sind beispielsweise das ziellose Umherwandern, Schimpfkanonaden, Drohungen und andere unangemessene Äußerungen. Ferner die Neigung zu ständigen Wiederholungen in Wort oder Tat, eine gewisse Hypersexualität (auch in Wort oder Tat), das Sammeln und Verstecken von Gegenständen, „öffentliche Ärgernisse“ wie Urinieren, Stuhlgang, öffentliches Entkleiden, vom Spiel mit oder gar vom Essen von Stuhl usw. ganz zu schweigen.

Natürlich auch Verwirrtheitsfolgen, die nicht nur die Behandlung beeinträchtigen, sondern sogar gefährlich werden können (z. B. das Herausziehen von Kathetern oder Infusionen) usw.

Gerade hier, nämlich bei solch bestürzenden, aufreibenden oder deprimierenden Verhaltens-Auffälligkeiten muss an etwas gedacht werden, was nur selten zur Sprache kommt: die Aufklärung, Stützung oder gar eigene Betreuung der Angehörigen. Denn wenn die schließlich vor Erschöpfung oder Resignation ausfallen, dann bleibt in vielen Fällen nur noch die stationäre Behandlung, falls es die ambulanten Versorgungs-Angebote nicht mehr schaffen. Es „lohnt“ sich also, nüchtern gesprochen, einen Teil seiner Zuwendung oder gar Versorgung diesen Angehörigen zu widmen, was vor allem weitere Verwandte, Freunde, Nachbarn u. ä. , aber auch den Hausarzt betrifft (siehe später).

• Pharmakotherapie von Gedächtnis- und Orientierungsstörungen

Auf dem Forschungsgebiet der *kognitiven Defizite* (geistige Einbußen) durch dementielle Prozesse tut sich derzeit einiges, doch gibt es nach wie vor keine „Allheilmittel“. Deshalb gibt man sich inzwischen bescheidener. Das Ziel aller therapeutischen Bemühungen besteht derzeit in einer Linderung der Leistungseinbußen und damit Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen. Was steht inzwischen zur Verfügung?

Die derzeit wichtigsten Substanzgruppen symptomatisch wirksamer Antidementiva, wie dies die Experten nennen, oder kurz und auf Deutsch: Was ver-

mag die zunehmende Geistesschwäche am ehesten abzumildern bzw. zu verlangsamen, sind:

- Die so genannten *Cholinesterase-Hemmer* wie Donepezil, Galantamin und Rivastigmin (Einzelheiten, vor allem Handelsnamen siehe der behandelnde Arzt). Sie sind zugelassen für die Behandlung der leichten und mittelschweren Alzheimer-Demenz. Dabei müssen bestimmte Kontraindikationen (Gegenanzeigen) beachtet (z. B. Herz-Kreislauf, Atemwege, Magen, Blase, Neigung zu Krampfanfälle u. a.) und bestimmte Nebenwirkungen hingenommen werden (z. B. Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Kopfschmerzen u. a.).
- Ähnliches gilt für den so genannten *Glutamat-Modulator Memantin*. Hier sind die wichtigsten Gegenanzeigen Krampfanfälle, Hochdruck, Herzinfarkt bzw. Herz-Schwäche und bestimmte Nebenwirkungen.

Der Erfolg wird sehr unterschiedlich angegeben, was nicht verwundert. Es gibt günstige Entwicklungen mit „guter gefühlter Wirksamkeit“ und weniger hoffnungsvolle Verläufe, manchmal sogar eine Verschlechterung (siehe Nebenwirkungen).

Trotzdem besteht an der wissenschaftlich objektivierbaren Wirksamkeit dieser Arzneimittel kein Zweifel, weshalb auch mitunter die Cholinesterase-Hemmer und das Memantin kombiniert werden, was aber eine fachärztliche Kontrolle nahe legt.

Was die Enttäuschungen anbelangt, die letztlich nicht zu umgehen sind, wie stets in der medikamentösen Behandlung, selbst wenn zuvor das „Prinzip Hoffnung“ dominierte, so sollte man die zwar schmerzliche, aber halt auch realistische Erkenntnis der Experten akzeptieren, die da lautet:

Die der Demenz zugrunde liegenden Hirnveränderungen schreiten fort. Doch dies darf nicht mit der frustriert fehl-interpretierten „Unwirksamkeit der zuständigen Medikamente“ verwechselt werden.

Oder kurz: Auch die bisher verfügbaren Arzneimittel gegen die fortschreitende Geistesschwäche können im besten Fall diese traurige Entwicklung verlangsamen, aber nicht aufhalten; das muss man akzeptieren.

- Immer noch im Gebrauch, wissenschaftlich aber nur noch verhalten empfohlen bzw. erwähnt, sind die so genannten *Nootropika*, verschiedene Substanzen, die die höheren geistigen Funktionen verbessern sollen und schon länger im Handel sind. Hier schienen und scheinen sich begrenzte Erfolge vor allem bei leichteren Demenz-Graden abzuzeichnen. Die bekanntesten Stoffe sind das Piracetam, die Mutterkornalkaloide und das Pflanzenheilmittel Ginkgo biloba. Zu Letzterem scheint die wissenschaftliche Diskussion noch nicht abgeschlossen. Die Datenlage dazu ist bisher sehr uneinheitlich, eher negativ

was die Vorbeugung anbelangt, moderat, aber in einigen Studien mit erwiesener Wirksamkeit durch bestimmte Ginkgo-Extrakte in der Therapie.

- Große Hoffnungen setzte (und setzt man noch immer) auf die so genannten *Antioxidanzien*, zu denen auch die Vitamine A, C und E gehören. Doch auch hierzu ist die Forschung noch nicht abgeschlossen.

Da es sich bei den meisten dementiellen Störungen um komplexe Abläufe handelt, bei denen mehrere Störfaktoren einwirken, diskutiert man auch entsprechende Kombinationstherapien. Dies betrifft sowohl einzelne Substanzen untereinander, vor allem aber den kombinierten Einsatz von „chemischen“ Hilfen und nicht-medikamentösen Verfahren (s. u.). Mehrere Behandlungssäulen scheinen besser zu tragen. Zu warnen ist allerdings vor einem unkritischen „viel bringt viel“, besonders was die medikamentöse Seite anbelangt.

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 psychosozialen 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 *Milieuthherapie* 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 unsere 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.

Hier ein wenig weitergeholfen zu haben sei Sinn und Zweck vorliegender Ausführungen.

LITERATUR

Inzwischen liegt eine umfangreiche Fach- und Sach-Literatur einschließlich allgemeinverständlicher Beiträge 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. Campus-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: Stationäre Versorgung von Alzheimer-Patienten. Deutsche Alzheimer-Gesellschaft, Köln 1996

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“: Bürger-schaftliches Engagement – auf dem Weg in eine zukunftsfähige Bürger-gesellschaft. Endbericht. Wiss. Dienste des Dt. Bundestages, Bonn 2002

Europäische Kommission: Mehr und bessere Arbeitsplätze für alle. Die eu-ropäische Beschäftigungsstrategie. Europäische Kommission, Luxemburg 2004

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

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

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

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

Fusseck, 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 Le-**

benserwartungssurvey 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 Leitfaden für Angehörige und Pflegende.** Bezugsadresse: Kuratorium der Hirnliga, 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

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

Jüttemann, G. (Hrsg.): **Psychologie als Humanwissenschaft.** Verlag Vandenhoeck 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 Sozialpolitik.** 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.** Huber-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 (Hrsg.): Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland 2007. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2007

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

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.: Geriatrie. Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 1997

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