

# Herausforderung DEMENZ

## Viele sind betroffen



FOTO: PRIVAT



FOTO: KURATORIUM KNOCHENGESUNDHEIT E.V.

Demenzen gehören zu den häufigsten und folgenreichsten psychiatrischen Erkrankungen im höheren Alter. In Deutschland leiden derzeit – bezogen auf die 65-Jährigen und Älteren – etwa eine Million Menschen an einer Demenz, die Anzahl der Neuerkrankungen beträgt im Laufe eines Jahres fast 200.000. Mit zunehmendem Alter steigt die Häufigkeit demenzieller Erkrankungen sehr stark an, von weniger als 2% bei den 65 bis 69-jährigen auf über 30% bei den 90-jährigen und Älteren. Über 70% aller Demenzkranken sind Frauen: dies ist hauptsächlich darauf zurückzuführen, dass Frauen im Vergleich zu Männern ein höheres Erkrankungsrisiko und eine längere Lebenserwartung haben. Demenz ist der mit Abstand wichtigste Grund für eine Heimaufnahme. Derzeit sind etwa zwei Drittel der Heimbewohner von dieser Krankheit betroffen. Man kann davon ausgehen, dass in Deutschland über 400.000 demenziell erkrankte Menschen in Alten- und Pflegeheimen versorgt werden.

PROF. DR. SIEGFRIED WEYERER, MANNHEIM  
DR. JOCHEN WERLE, MANNHEIM

**S**ofern kein Durchbruch in der Entwicklung von gezielten Präventionsmöglichkeiten und kausalen Therapiemaßnahmen erfolgt, wird die Anzahl Demenzkranker an der Bevölkerung überproportional ansteigen. Bis zum Jahr 2050 ist in Deutschland von einer Verdoppelung der Krankheitsfälle auf über zwei Millionen auszugehen. Da parallel zu dieser Entwicklung das familiäre Pflegepotenzial abnehmen wird, ist mit einer starken Nachfrage nach professioneller Altenhilfe zu rechnen.

### Was ist eine Demenz?

Normales Altern geht mit einer Beeinträchtigung der kognitiven Leistungsfähigkeit einher. Es ist nicht einfach, den altersgemäßen Abbau der kognitiven Leistungen von dem Abbau bei einer Demenzerkrankung zu unterscheiden. Der Beginn demenzieller Erkrankungen ist häufig schleichend und es gibt ein Kontinuum zwischen Normalität und Frühsymptomen einer Demenz. Unter leichten kognitiven Beeinträchtigungen versteht man eine objektivierbare Störung des Gedächtnisses oder ein Nachlassen der intellektuellen Fähigkeiten ohne Einschränkung der Alltagsfunktionen. Die internationale Klassifikation psychiatrischer Erkrankungen sieht die leichte kognitive Störung vor (ICD-10: F06.7). Eine leichte kognitive Beeinträchtigung kann, muß aber nicht die Vorstufe einer Demenz sein.

Entsprechend der Definition nach der International Classification of Diseases (ICD 10) ist Demenz ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf. Dieses Syndrom kommt bei Alzheimer-Krankheit, bei zerebrovaskulären Störungen und bei anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn betreffen.

Bereits in den leichten bzw. frühen Erkrankungsstadien weisen die Betroffenen infolge der kognitiven Einbußen Einschränkungen in der selbstständigen Lebensführung auf, sind aber noch nicht vollständig von der Hilfe Dritter abhängig. Bei fortgeschrittener Erkrankung, wo zumeist zwischen mittelschwerem oder schwerem Demenzstadium unterschieden wird, sind generalisierte kognitive Funktionseinbußen feststellbar, die mit umfassender Pflegebedürftigkeit und Beaufsichtigungsbedarf rund um die Uhr verbunden sind. Demenzielle Erkrankungen beeinträchtigen neben Funktionen, die die kognitiven Fähigkeiten betreffen, auch nicht kognitive Systeme wie Wahrnehmung, Affektivität und Persönlichkeitsmerkmale. Es treten deshalb bei Demenzkranken häufig andere psychische Auffälligkeiten auf, wie Depressionen, Schlafstörungen, Unruhe, Angst, paranoid-halluzinato- ▷



Durch das Abnehmen des Gedächtnisses und des Denkvermögens kann eine erhebliche Beeinträchtigung der Aktivitäten des täglichen Lebens einsetzen. – Der Erkrankte wird zum Pflegefall und muss bei den einfachsten Alltagssituationen unerstützt werden.

rische Syndrome und Aggressionen. Nichtkognitive Symptome der Demenz führen neben einer Verschlechterung der Lebensqualität des Kranken zu erheblichen Belastungen für die Betreuenden. Sie sind nicht nur Folge degenerativer Prozesse im Gehirn, sondern auch Ausdruck ihres engen Wechselspiels mit psychosozialen Einflüssen, der Persönlichkeit und den noch vorhandenen Konfliktbewältigungsstrategien.

In den diagnostischen Leitlinien zur Demenz wird in der ICD 10 das Vorliegen folgender Voraussetzungen für eine Diagnose verlangt:

- Nachweis einer Abnahme des Gedächtnisses und des Denkvermögens;
- erhebliche Beeinträchtigungen der Aktivitäten des täglichen Lebens.

Beeinträchtigungen der Aktivitäten des täglichen Lebens umfassen vor allem Ankleiden, Essen und persönliche Hygiene. Einschränkungen können auch in den Bereichen Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen vorliegen. Die Dauer der Beeinträchtigung sollte mindestens sechs Monate betragen. Differentialdiagnostisch sind eine mögliche depressive Störung, Delir (= Verwirrheitszustand), leichte oder mittelschwere Intelligenzminderung, kognitive Schwäche auf Grund schwer gestörter sozialer Bedingungen mit mangelhaften Bildungsmöglichkeiten und psychische Störungen als Folge einer Medikation zu berücksichtigen.

### Auf die Diagnose kommt es an

Der Oberbegriff Demenz umfasst eine Reihe von Krankheitsbildern mit unterschiedlicher Ursache:

- Degenerative Demenzen (z.B. Alzheimer-Demenz, frontotemporale Demenz, Demenz mit Lewy-Körperchen, Chorea Huntington);

- Vaskuläre Demenzen (z.B. Multi-Infarkt-Demenz);
- Nutritiv-toxisch oder metabolisch verursachte Demenzen (z.B. Alkoholdemenz, Vitaminmangelstörungen);
- Entzündlich bedingte oder übertragbare Erkrankungen, die zur Demenz führen können (z.B. Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung, AIDS-Demenz, Neurosyphilis);
- durch Schädel-Hirn-Trauma bedingte Demenzen.

Die häufigste Form ist die Demenz vom Alzheimer Typ. Die Diagnose einer Demenz vom Alzheimer Typ erfordert nach ICD-10, dass die oben genannten allgemeinen Demenzkriterien erfüllt sind. Zusätzlich sollen folgende Bedingungen vorliegen:

- schleichender Beginn der Symptomatik mit langsamer Verschlechterung
- Ausschluss von Hinweisen auf andere Ursachen eines demenziellen Syndroms
- Fehlen eines plötzlichen Beginns oder neurologischer Symptome wie Halbseitenlähmung und Gesichtsfeldausfälle.

Zur Diagnostik einer Demenz ist eine gezielte Anamneseerhebung einschließlich der Befragung von Angehörigen (Fremdanamnese) erforderlich, die Fragen nach Gedächtnis (Alt-/Neugedächtnis, Merkfähigkeit), Orientierung (örtlich, zeitlich, situativ), Alltagsaktivitäten, früherem Leistungsniveau und depressiver Verstimmung umfasst. Des Weiteren sind eine sorgfältige körperliche und neurologische Untersuchung sowie eine Erhebung des psychopathologischen Befundes erforderlich. Zusätzlich zur Anamnese sollten Leistungstests wie der Mini-Mental-Status-Test (MMST) eingesetzt werden, die die wichtigsten Bereiche kognitiver Funktionen abdecken. Darüber hinaus werden zur Diagnostik einer Demenz bildgebende Verfahren (CT, MRT), elektrophysiologische Verfahren (EKG, EEG), Doppler-Sonographie, Single-Photon-Emission-

Computertomographie (SPECT) und Positronenemissionstomographie (PET) zur Funktionsdiagnostik eingesetzt. Blutuntersuchungen gehören ebenfalls zur Diagnostik. Mit diesen Verfahren können Hinweise auf die Demenzursache gewonnen werden. Sie dienen in erster Linie dazu, Erkrankungen, die sekundär zu einer Demenz führen können, zu erkennen oder auszuschließen.

### Leben mit Demenz

Im Anfangsstadium der Demenzerkrankung erleben die Betroffenen beginnende Vergesslichkeit, Konzentrationsschwierigkeiten und Fehlbeurteilungen von Situationen meist sehr bewusst, häufig können sie aber die Schwere der Beeinträchtigung und ihre Auswirkungen auf den Alltag nicht adäquat beurteilen. Nicht selten entwickeln die Demenzkranken als Reaktion auf kognitive Beeinträchtigungen depressive Symptome und Angstgefühle. In der Anfangsphase der Erkrankung versuchen Demenzkranke ihre Defizite vor der Umgebung zu verbergen und entwickeln Kompensationsmechanismen. Sie versuchen ihre Defizite auszugleichen, in dem sie beispielsweise ihren Bewegungsradius auf die vertraute Umgebung einschränken und Reizüberflutung durch Rückzug in die eigene Wohnung oder Reduzierung von sozialen Kontakten vermeiden.

Insbesondere zu Beginn der Erkrankung, der auch für nahe Bezugspersonen nicht eindeutig festgelegt werden kann, haben Angehörige große Schwierigkeiten, die ersten Symptome des Demenzkranken zu akzeptieren. Zum eigenen Schutz setzen Angehörige häufig Abwehrmechanismen wie Verleugnung oder Bagatellisieren ein.

Mit zunehmendem Schweregrad der Demenz nehmen die Kranken ihre Störungen immer weniger wahr oder leugnen sie. Im mittleren Stadium der Demenz spüren sie zunehmend die Unfähigkeit, den Alltag zu bewältigen und selbst einfache Tätigkeiten werden zum Problem. Im letzten Krankheitsstadium nehmen vor allem die verbalen Kommunikationsmöglichkeiten stark ab. Trotzdem verfügen auch die schwer Demenzkranken noch über Fähigkeiten, insbesondere im emotionalen Bereich. Auch wenn kognitive Fähigkeiten fast erloschen sind, so bleibt bis zum Ende eine hohe Bereitschaft, auf Außenreize zu reagieren. Auch wenn die Antworten von Demenzkranken für ihre Mitmenschen häufig missverständlich und nur einfühlbar sind und deshalb fehlinterpretiert werden, so bleibt vermutlich die emotionale Kontaktfähigkeit bis zum Lebensende erhalten. Wichtig ist, dass dem Demenzkranken ein Leben in einer vertrauten Umgebung, mit geregelten Tagesabläufen und konstanten Bezugspersonen ermöglicht wird.

In den meisten Industrieländern leben Demenzkranke überwiegend – in Deutschland beispielsweise etwa 60% – in Privathaushalten und werden hauptsächlich von Angehörigen

versorgt. Eine Reihe von Studien weist darauf hin, dass die häusliche Pflege demenzkranker Menschen aufwändiger, zeitintensiver und belastender ist als die Pflege von nicht demenzkranken, körperlich beeinträchtigten Menschen.

### Risikofaktoren der Demenz

In epidemiologischen Studien wurden eine Reihe von Risikofaktoren der Alzheimer-Demenz ermittelt: Neben Erbfaktoren und soziodemographischen Faktoren spielen Ernährung und Genussmittel, vaskuläre Risikofaktoren, bestimmte Vorerkrankungen und geringe Aktivitäten eine wichtige Rolle (Tabelle 1).

Tabelle 1: Risikofaktoren der Alzheimer-Demenz nach den Ergebnissen von Prospektivstudien (Quelle: Weyerer und Bickel, 2007)

Risikofaktor	Risiko	Kommentar
<b>Erbfaktoren:</b>		
- Familiäre Belastung	↔	- Nur in Retrospektivstudien klare Hinweise auf erhöhtes familiäres Risiko
- Apolipoprotein E ε4	↑↑↑	- Bisher einziger gesicherter genetischer Risikofaktor
<b>Soziodemographische Faktoren:</b>		
- Höheres Alter	↑↑↑	- Exponentieller Risikoanstieg mit dem Alter
- Weibliches Geschlecht	↑	- Frauen evtl. höheres Risiko unter Hochaltrigen
- Geringe Schulbildung	↑↑↑	- Engere Assoziation bei Frauen als bei Männern
<b>Ernährung und Genussmittel:</b>		
- Alkoholkonsum	↔	- J- oder U-förmiger Zusammenhang
- Rauchen	↑↑	- Ex-Raucher ohne erhöhtes Risiko
- Hoher Fettverzehr	↑	- Geringe Studienzahl
- Geringe Aufnahme von Antioxidantien	↑	- Substitution von Antioxidantien überwiegend ohne Effekt
- B-Vitamine, Folsäure niedrig oder Homozystein erhöht	↑↑	- Resultate aus Interventionsstudien stehen noch aus
- Übergewicht	↑↑	- Übergewicht im mittleren Lebensalter ungünstig
<b>Vaskuläre Risikofaktoren:</b>		
- Bluthochdruck	↑↑↑	- Hypertonie im mittleren Alter mit hohem Risiko
- Diabetes mellitus	↑↑↑	- Wirksamkeit von Interventionsmaßnahmen bisher noch nicht belegt
- Fettstoffwechselstörungen	↑↑	
<b>Vorerkrankungen:</b>		
- Schlaganfall	↑↑↑	- Mündet in ca. 30 % in Demenz
- Schädel-Hirn-Trauma	↑↑	- Vorwiegend in Retrospektivstudien beobachtet
- Depression	↑	- Möglicherweise Reaktion auf nachlassende kognitive Leistungsfähigkeit
<b>Aktivitäten:</b>		
- Geringe körperliche Aktivität	↑↑	- Geringe Aktivität könnte eine Folge des präklinischen Krankheitsprozesses sein und nicht ein Risikofaktor
- Geringe geistige Aktivität	↑↑↑	
- Geringe soziale Aktivität	↑↑	

↑↑↑ = Risikoerhöhung durch zahlreiche Prospektivstudien konsistent bestätigt  
 ↑↑ = Risikoerhöhung wahrscheinlich; durch überwiegende Zahl von Studien bestätigt  
 ↑ = Risikoerhöhung möglich; nur in einzelnen Studien berichtet, inkonsistente Resultate  
 ↔ = Risikoerhöhung wenig wahrscheinlich; Prospektivstudien fanden überwiegend keine Zusammenhänge

### **Risikofaktoren in Bezug auf Ernährung und Genussmittel**

Studien über den Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Demenz zeigen, dass das Erkrankungsrisiko leicht erhöht ist bei Alkoholabstinenz, signifikant erniedrigt bei maßvollem Alkoholkonsum und wiederum ansteigend bei höherem Alkoholkonsum. Neuere Längsschnittstudien zeigen überwiegend deutliche Risikoerhöhungen bei aktuellen Rauchern. Ältere Menschen, die das Rauchen aufgegeben hatten, unterscheiden sich im Risiko nicht nennenswert von lebenslangen Nichtrauchern. Bezüglich der Ernährung gibt es Hinweise, wonach ein hoher Fettverzehr, erhöhte Kalorienaufnahme und Übergewicht das Risiko für eine Alzheimer-Demenz erhöhen, während Fischkonsum als Hauptquelle der Aufnahme von mehrfach ungesättigten Fettsäuren das Risiko verringert. Ob Antioxidantien wie Vitamin C, E und Beta-Karotin das Erkrankungsrisiko senken, indem sie oxidative Schädigungen von DNA, Lipiden und Proteinen verhindern, ist derzeit kaum beurteilbar. In einigen Studien ergaben sich jedoch Hinweise auf eine Risikosenkung vor allem dann, wenn Substanzen wie Vitamin E im Rahmen einer gesunden Ernährung und nicht durch Ergänzungspräparate aufgenommen wurden. Erhöhte Homozysteinspiegel bzw. erniedrigte Spiegel der zum Abbau von Homozystein erforderlichen Folsäure und B-Vitaminen tragen möglicherweise zu einem gesteigerten Demenzrisiko bei. Sollten sich diese Zusammenhänge in kontrollierten Studien nachweisen lassen, bietet sich eine einfache Interventionsmöglichkeit in Form von diätetischen oder medikamentösen Maßnahmen.

### **Kardiovaskuläre Risikofaktoren**

Die Beziehungen zwischen vaskulären Risikofaktoren und Alzheimer-Demenzen wurden lange übersehen, weil die Existenz vaskulärer Erkrankungen früher ein Ausschlusskriterium für die Diagnose einer Alzheimer-Demenz war. Inzwischen wurden für nahezu alle etablierten vaskulären Risikofaktoren Assoziationen mit der Inzidenz von Alzheimer-Demenz nachgewiesen. Da es sich um potenziell modifizierbare Faktoren handelt, eröffnen sich Chancen zur Prävention. Trotz einiger Inkonsistenzen in den Resultaten zeichnet sich ab, dass Hypertonie im mittleren Lebensalter ein erhöhtes Risiko für die Entstehung einer Demenz im Alter anzeigt, sofern sie unbehandelt bleibt. Beobachtungsstudien legen eine präventive Wirkung der antihypertensiven Behandlung nahe, in einer kontrollierten Studie konnte sogar eine massive Reduktion demenzieller Neuerkrankungen durch medikamentöse Behandlung von Hypertoniepatienten nachgewiesen werden. Eine ähnliche Situation findet man in Bezug auf die Fettstoffwechselstörungen vor. Erhöhte Cholesterinspiegel im mittleren Lebensalter sind anscheinend mit einem höheren Risiko für Demenzen im Alter assoziiert. Dazu passen Hinweise, dass bei Behandlung mit cholesterinsenkenden Medikamenten die Inzidenz von Alzheimer-Demenz reduziert ist. Weitgehend einhellig fallen die Ergebnisse zum Diabetes mellitus aus, der

nicht nur zu höheren Raten von vaskulärer Demenz zu führen scheint, sondern im Mittel auch das Erkrankungsrisiko für Alzheimer-Demenz verdoppelt.

### **Vorerkrankungen**

Patienten, die einen Schlaganfall überleben, stehen unter einem hohen Risiko für Demenz. Im Durchschnitt entwickelt in der Folgezeit ein Viertel bis ein Drittel der Betroffenen bleibende kognitive Beeinträchtigungen. Bevölkerungsstudien haben ergeben, dass Schädel-Hirn-Traumen das Risiko für eine Alzheimer-Demenz um etwa das 1,5 fache erhöhen. Depressionen sind überzufällig häufig mit Demenzen verknüpft. Es ist jedoch oft schwierig zu entscheiden, ob die Depression eindeutig der Demenz vorausgegangen ist oder ob sie als ein Symptom der präklinischen Phase von Demenzen aufzufassen ist.

### **Körperliche, geistige und soziale Aktivität**

Geistiger Aktivität wird eine Schutzfunktion vor dem Nachlassen kognitiver Leistungen im Alter zugesprochen. Körperliche Aktivität hat vorteilhafte Auswirkungen auf den Zustand des Herz-Kreislauf-Systems und gilt als Schutzfaktor gegenüber vaskulären und vielen anderen chronischen Erkrankungen. In letzter Zeit wurden vermehrt empirische Resultate publiziert, die diese Annahmen zu bestätigen scheinen. Auch ein funktionierendes soziales Netzwerk kann sich protektiv in Bezug auf eine Demenzentwicklung auswirken. In mehreren Längsschnittstudien fand man einen Zusammenhang zwischen körperlichen, geistigen und sozialen Aktivitäten und einer verminderten Demenzinzidenz. Die Aktivitäten scheinen die Plastizität und Struktur von Synapsen und Neuronen anzuregen und erhöhen darüber hinaus die Lebenszufriedenheit. Überwiegend zeigt sich in den Studien eine Dosis-Wirkungs-Beziehung, die besagt, dass von größerer Aktivität auch ein größerer Schutz ausgeht. Die SIMA-Studie, einer der ganz wenigen Versuche, Trainingseffekte mit einem kontrollierten Design zu untersuchen, weist darauf hin, dass die besten Wirkungen mit einem kombinierten Programm aus Gedächtnis- und Psychomotoriktraining erzielt werden können (Oswald et al., 2002).

Im nächsten Heft geben wir Ihnen einen Überblick über die Möglichkeiten der Prävention von Demenz.

---

#### *Korrespondenzadresse*

*Prof. Dr. Siegfried Weyerer, Dr. Jochen Werle:  
Arbeitsgruppe Psychiatrische Epidemiologie und Demographischer Wandel  
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit  
Postfach 122120  
D-68072 Mannheim*

Diese Arbeit wurde unterstützt durch das INTERREG IVB NWE Projekt „ Health & Demographic Changes“