

Organisch bedingte psychische Störungen

Vorbemerkung 222

Demenz 222

Epidemiologie 224 Diagnose 224 Symptome 226 Zusatzdiagnostik 230 Apparative Diagnostik 232 Subjektives Erleben 233 Auswirkungen auf das soziale Netz 233 Verlauf der Erkrankung 234 Spezielle Demenzformen 235

Demenz vom Alzheimer-Typ 235

Erscheinungsbild und Besonderheiten 235 Histologische Merkmale der Alzheimer-Demenz 235 Ätiologische Modelle 236 Risikofaktoren 238

Vaskuläre Demenz 238

Risikofaktoren 238 Neuropathologische Merkmale und Untergruppen 238 Unterschiedliche Erscheinungsformen 239

Weitere Demenzformen mit anderen Ursachen 240

Frontotemporale Demenz 240 Semantische Demenz 241

Prion-Erkrankungen 241

Erscheinungsbild und Diagnose 242 Entstehungsbedingungen 243 Spezifische Therapie 243

Chorea Huntington 243

Symptome und Erscheinungsbild 244 Diagnose 245 Spezifische Therapie 245 Parkinson-Plus-Syndrom und Demenz mit Lewy-Körpern 246

Behandelbare Demenzen 246

Normaldruck-Hydrozephalus 246 Entzündliche Erkrankungen 247 Metabolische Erkrankungen 248 Endokrine Störungen 248 Vitaminmangel-Erkrankungen 248 Toxische und medikamentös induzierte Demenzen 249 Intrakranielle Raumforderungen 249

Therapeutische Problemstellungen 249

Therapeutische Beeinflussung 249 Therapeutische Haltung 250 Therapieplanung 251 Behandlungselemente 252 Behandlungsstufen 253 Psychotherapeutische Ansätze 254 Selbsthilfe- und Angehörigengruppen 257 Milieutherapeutische Interventionen 257 Medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten 258

Ethische Fragestellungen 262

Umgang mit nicht einwilligungsfähigen Patienten 262 Sterbehilfe und Patiententötung 262

Andere organisch bedingte psychische Störungen 264

Nicht alkoholbedingte delirante Zustände 264

Amnestische Syndrome 266

Zusammenfassung 267

Repetitorium 268

Stichwort »Seelische Funktionen, funktionale Diagnostik« 269 Fallbeispiel 270

III Vorbemerkung

Unter den organisch bedingten psychischen Störungen werden verschiedene psychische Krankheiten zusammengefasst, deren gemeinsames Merkmal eine vorübergehende oder andauernde Störung der Hirnfunktionen ist. Die Funktionsstörung kann primär sein, und zwar bei Krankheiten, Verletzungen oder Störungen, die das Gehirn direkt oder in besonderem Maße betreffen, oder sekundär beispielsweise bei Systemerkrankungen oder Störungen, die das Gehirn nur als eines von vielen anderen Organen oder Körpersystemen beeinträchtigen.

Die wesentlichen Merkmale dieser Störungen lassen sich in zwei Hauptgruppen gliedern. Es gibt Syndrome, bei denen die auffälligsten, immer vorhandenen Merkmale Störungen der kognitiven Funktionen wie Störungen des Gedächtnisses, des Lernens und des Intellekts sind oder Störungen des Sensoriums wie Bewusstseins- und Aufmerksamkeitsstörungen. Bei der zweiten Gruppe liegen die auffälligsten Störungen im Bereich der Wahrnehmung (Halluzinationen), der Denkinhalte (Wahn), der Stimmung und der Gefühle oder im gesamten Persönlichkeits- und Verhaltensmuster, während kognitive Störungen gleichzeitig nur minimal auftreten.

Die ICD-10 führt diese letztgenannte Gruppe (F06, F07, F09) aus klinisch-orientierenden Gründen im Kapitel organische psychische Störungen auf, betont aber die Ähnlichkeit ihrer Zustandsbilder mit anderen Krankheiten ohne strukturelle zerebrale Veränderungen. Das Attribut »organisch« weist auf einen gemeinsamen obligatorischen ätiologischen Faktor dieser Erkrankungen hin, sollte aber nicht so verstanden werden, dass nicht auch soziale und andere psychische Faktoren bei ihrer Entstehung und ihrem Verlauf eine Bedeutung haben.

Auch wenn das Ausmaß der Symptome und die Art der Symptomatik abhängig von dem Ort und der Stärke der hirnanorganischen Veränderungen sind, führen verschiedenste Krankheiten doch zu ähnlichen Symptomkonstellationen, sodass mit einer gewissen Berechtigung von (exogenen) »Reaktionstypen« gesprochen werden kann. Von der Störungsform kann daher nicht direkt auf die Ätiologie und die Art der Hirnstörung geschlossen werden. Insbesondere bei geringem Ausprägungsgrad können die Symptome einer organisch bedingten psychischen Störung denen anderer seelischer Erkrankungen ähneln und zu differenzialdiagnostischen Schwierigkeiten führen: Etwa kann eine depressive Symptomatik der eigentlichen hirnanorganischen Erkrankung vorausgehen oder zeitgleich mit ihr auftreten.

III Demenz

Durch die Zunahme des Anteils alter Menschen an der Gesamtbevölkerung nimmt die relative und absolute Zahl demenzieller Erkrankungen zu. Die therapeutische Begleitung der Demenzkranken stellt die psychiatrische Versorgung vor eine wichtige Aufgabe und ist ein wesentlicher Grund für die Entwicklung einer umfassenden geronto-

psychiatrischen Versorgung. Eine Demenz stellt für den Betroffenen und die Angehörigen immer eine existenzielle Krise dar.

Dies begründet, warum gerade bei der Versorgung demenzkranker Menschen ethische Grundlagen des Handelns und die Art der therapeutischen Haltung besondere Beachtung verdienen.

AUS DER PRAXIS Depression oder Demenz?

Herr Dr. Bernhardt, ein Allgemeinarzt, erscheint mit seiner Frau in der Klinik und sagt, dass die Ehefrau offensichtlich zunehmend depressiv verstimmt sei. In den letzten Monaten habe sie sich stark zurückgezogen und vermeide sozialen Kontakt, beides mit der Begründung, sie könne Lärm nicht gut vertragen. Deswegen sei sie kaum dazu zu bewegen, die Wohnung zu verlassen. Auch Besuche von Familienangehörigen und Freunden lehne sie mittlerweile ab, weil sie vom Lärm der Besucher irritiert werde. Herr Bernhardt berichtet davon, dass die Ehefrau gelegentlich Paniksymptome entwickle, etwa wenn Straßenlärm durch das offene Fenster in die Wohnung dringe. Deswegen achte sie sehr darauf, dass alle Fenster der Wohnung fest verschlossen blieben. Herr Bernhardt bedauert diese Entwicklung sehr, hatte er doch mit seiner Frau das gemeinsame Haus aufgegeben und war in eine kleine Wohnung gezogen, nachdem die Kinder erwachsen waren. Zusammen mit ihr wollte er den letzten Lebensabschnitt durch Reisen und gemeinsame Unternehmungen gestalten. Daran sei aber zurzeit nicht zu denken.

Frau Bernhardt gibt an, dass sie sehr viele Ängste vor dem Arzttermin gehabt habe und nur auf Drängen des Mannes gekommen sei. Die Begründungen des Ehemannes für den Kliniktermin habe sie nicht ganz verstanden, zumal er selbst Arzt sei und ihr auch helfen könne. Sie fühle sich ansonsten nicht krank. Sie habe halt diese Lärmempfindlichkeit, depressiv sei sie auf keinen Fall. Die Eheleute berichten übereinstimmend, wie harmonisch ihre Beziehung sei. Herr Bernhardt sei wohl der Bestimmendere, er neige auch dazu, alles kontrollieren zu wollen. Sie selbst habe sich eher zurückgehalten und sich immer am Ehemann orientiert. Dadurch sei es nur selten zu Auseinandersetzungen gekommen. Die gemeinsamen Kinder hätten alle eine gute Entwicklung genommen, arbeiteten jetzt in den erlernten Berufen und hätten eigene Familien.

Schon beim ersten Kontakt fällt auf, dass Frau Bernhardt immer wieder Schwierigkeiten hat, einzelne Begriffe zu finden. Sie entschuldigt sich dafür und begründet die Sprachstörung durch ihre Aufregung. Erst bei einem der nächsten Gespräche kommt ihr Mann in einem Nebensatz auf die zunehmende Vergesslichkeit der Ehefrau zu sprechen. Schon seit einiger Zeit habe sie begonnen wichtige Termine auf Zettel zu schreiben, habe aber diese Zettel immer wieder verlegt. Auch sei ihm aufgefallen, dass seine Frau nicht mehr gerne telefoniere und auch nicht mehr am Einkauf interessiert sei. Zudem habe er kürzlich bemerkt, dass sie eine Nachbarin nicht wiedererkannt habe.

In den folgenden Gesprächen verdichtet sich immer mehr der Eindruck, dass Frau Bernhardt eine Demenz entwickelt. Als in diesem Zusammenhang der Ehemann eher durch Zufall auf den Begriff »Alzheimer« kommt, bricht er unvermittelt in Tränen aus. Auf Nachfrage berichtet er, dass er seit einiger Zeit den Verdacht habe, seine Ehefrau entwickle eine Alzheimer-Demenz. Die ersten Anzeichen bei seiner Frau habe er zunächst ignoriert oder durch Überlastung und Stress zu begründen versucht. Weil die Ehefrau sich zurückgezogen habe, seien die Störungen auch den Bekannten und den Familienangehörigen eigentlich nicht aufgefallen. Lediglich der Umstand, dass Frau Bernhardt zum Weihnachtsfest nicht wie üblich einen besonderen Kuchen gebacken habe, habe eines der Kinder bemerkt. Er habe auch mit den Kindern nicht über seine Sorgen sprechen können, weil er sie nicht habe unnötig belasten wollen.

KOMMENTAR: Herr Bernhardt nimmt Veränderungen bei seiner Frau zwar wahr, kann sie aber nicht richtig einordnen. Frau Bernhardt versucht durch Rückzugs- und Vermeidungsverhalten ihre Defizite auszugleichen.

III Epidemiologie

Im Durchschnitt beträgt die Prävalenz von Demenzerkrankungen in der über 65-jährigen Bevölkerung 8–13 Prozent. Es liegt dabei eine starke Altersabhängigkeit vor, die von einer Prävalenzrate von 0,7 Prozent bei den 60- bis 64-Jährigen über 5,6 Prozent bei den 75- bis 79-Jährigen bis zu 38,6 Prozent bei den 90- bis 95-Jährigen ansteigt (Bickel 1992; Gaebel / Falkai 2000).

Ungefähr 15 Prozent der deutschen Bevölkerung ist über 65 Jahre alt, mit steigender Tendenz. Schätzungsweise 1,4 Millionen Menschen leiden in Deutschland an einer Demenz. Rund 33 Prozent der Patienten der Allgemeinpraxen zeigen mindestens leichte kognitive Beeinträchtigungen, 8 Prozent davon schwere (Cooper u. a. 1992). Auch die Patienten in chirurgischen und internistischen Kliniken haben zu einem Anteil von ca. 15 Prozent organische Störungen im Sinne einer mindestens leichten kognitiven Beeinträchtigung. Patienten mit demenziellen Erkrankungen weisen darüber hinaus eine höhere Mortalität im Rahmen medizinischer Maßnahmen auf.

Die Wahrscheinlichkeit der Unterbringung in einem Pflegeheim wächst erheblich, wenn sich eine Demenz entwickelt (Reichies u. a. 1997) und damit die Fähigkeit der Selbstversorgung verloren geht. Inzwischen stellen die Demenzkranken mit 50–80 Prozent einen hohen Anteil der Bewohner von Alten- und Pflegeheimen.

Personen, die allein leben, keine engen sozialen Bindungen oder einen dominanten Partner haben und an keinen sozialen Freizeitaktivitäten teilnehmen, tragen ein höheres Risiko, an einer Demenz zu erkranken. Das Risiko ist bei Menschen mit vielfältigen psychosozialen und psychischen Aktivitäten, intensiven intellektuellen Betätigungen und produktivem Arbeitsstil niedriger (Bernhard 2002).

III Diagnose

Die Diagnose einer demenziellen Erkrankung kann im Frühstadium schwierig sein und erfordert in jedem Fall eine sorgfältige Anamnese- und Befunderhebung. Nur so können die verschiedenen Formen der Demenz voneinander differenziert und pseudo-demenzielle Syndrome (Pseudodemenz), beispielsweise im Rahmen einer schweren Depression oder einer dissoziativen Störung (Ganser-Syndrom), ausgeschlossen werden. Die Diagnose kann auch durch eine zuvor bestehende Minderbegabung oder geistige Behinderung erschwert sein.

Differenzialdiagnosen der Demenz sind:

- Intelligenzminderung,
- Delirante Symptome,
- Depressionen,
- Alkohol- und Substanzmissbrauch,
- Systemerkrankungen (Hypothyreose, Vitamin-B₁₂- und Folsäuremangel, Hyperkalzämie),
- Parkinson-Syndrom.

Da in fortgeschrittenen Stadien die Betroffenen nicht mehr ausreichend Auskunft geben können, hat in der Diagnostik der Demenz die Befragung von Angehörigen einen besonderen Stellenwert. Wichtig sind die Beobachtungen zu dem Beginn der Erkrankung und zu den Begleitsymptomen. Dazu gehören auch internistische und neurologische Erkrankungen des Betroffenen und seiner nächsten Angehörigen. Die Frage nach vorausgegangenen Traumata (eventuell mit Beteiligung des Kopfes), die Exposition mit Noxen, Tumorerkrankungen, gastrointestinale Erkrankungen, Herzerkrankungen, Hirninfarkte (auch transitorisch ischämische Attacken) und Hinweise auf Stoffwechselerkrankungen, wie etwa Hypothyreosen, können wichtige diagnostische Hinweise auf die Ursache der Erkrankung geben. Zusätzlich zur Vorgeschichte ist die psychiatrische und neurologische Untersuchung des Patienten wichtig. Differenzialdiagnostisch bedeutsam ist das gleichzeitige Vorhandensein neurologischer Symptome (Parkinsonsyndrom, Gangstörungen etc.) oder Hinweise auf eine Bewusstseinsstörung. Gelegentlich täuschen Einschränkungen in den Sinnesleistungen ein demenzielles Syndrom vor. Im Rahmen der internistischen Untersuchung sollte auf Risikofaktoren geachtet werden wie Bluthochdruck, Herzrhythmusstörungen und Diabetes mellitus (Bauer 1994).

Verstärkt versuchen die Betroffenen am Anfang der demenziellen Entwicklung ihre kognitiven Ausfälle durch verschiedene Strategien zu kompensieren und Erklärungen für die Ausfälle zu liefern. Viele versuchen sich das Bild einer intakten Welt zu erhalten und greifen dabei auf gewohnte, meist aus dem Langzeitgedächtnis aktualisierte Erklärungsmuster zurück. Die Störung wird in solchen Fällen erst dann deutlich, wenn nach gegenwärtigen Problemlösungen oder nach der zeitlichen und räumlichen Orientierung gefragt wird. Dabei wird die große Diskrepanz zwischen Selbstbild und zur Verfügung stehender Handlungskompetenz deutlich. Der Untersucher muss eine hohe Sensibilität aufbringen, um den Patienten dabei nicht zu kränken oder bloßzustellen.

Die diagnostische Leitlinie umfasst kognitive Beeinträchtigungen und beträchtliche Einschränkungen der Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) über mindestens sechs Monate.

TABELLE 26 Diagnostische Kriterien für eine Demenz

Erforderlich für die Diagnose einer Demenz:

1. Beeinträchtigung des Kurz- und Langzeitgedächtnisses sowie des abstrakten Denkens, des Urteilsvermögens, anderer höherer kortikaler Funktionen wie Aphasie, Apraxie oder Agnosie oder Persönlichkeitsveränderungen, die zu einer Beeinträchtigung des alltäglichen Lebens führen (Kriterium G1 nach ICD-10).
2. Fehlen einer Bewusstseinsstrübung (Kriterium G2).
3. Verminderung der Affektkontrolle sowie eine Störung des Antriebs- oder des Sozialverhaltens (Kriterium G3).
4. Dauer von mehr als sechs Monaten (Kriterium G4).

Erforderlich für die Diagnose einer Alzheimerkrankheit zusätzlich (Kriterium G1):

- Kein Hinweis auf eine andere Ursache der Demenz (z. B. zerebrovaskuläre Erkrankung, HIV-Krankheit, Normaldruck-Hydrozephalus, Parkinson- oder Huntington-Krankheit),
- auf eine Systemerkrankung (z. B. Hypothyreose, Vitamin-B₁₂- oder Folsäuremangel, Hyperkalzämie) oder auf einen Alkohol- oder Substanzmissbrauch (Kriterium G2).

Erforderlich für die Diagnose einer Vaskulären Demenz zusätzlich (Kriterium G1):

1. Ungleiche Verteilung der Defizite höherer kognitiver Funktionen (Kriterium G2).
2. Nachweis einer fokalen Hirnschädigung (Kriterium G3).
3. Anamnestischer Hinweis auf zerebrovaskuläre Krankheit durch z. B. Insultanamnese.
4. Nachweis einer zerebralen Infarzierung (Kriterium G4).

In vielen Fällen beginnt die demenzielle Entwicklung schleichend und es zeigen sich zunächst, ohne dass der Alltag bereits spürbar beeinträchtigt ist, diskrete kognitive Störungen bezüglich:

- Gedächtnis (besonders Wiedererinnern) oder Lernen von neuem Material,
- Aufmerksamkeit oder Konzentration,
- Denken (z. B. Verlangsamung bei Problemlösung oder Abstraktion),
- Sprache (z. B. Verständnis, Wortfindung),
- visuell-räumliche Funktion.

Allerdings gehen solche leichten kognitiven Störungen (LKS: ICD-10 F06.7) in fast 80 Prozent der Fälle in eine Demenz über und sind daher als eine Vorform der Demenz anzusehen (Diehl 2003).

III Symptome

II Kognitive Störungen

Zentrales Merkmal der Demenz sind kognitive Beeinträchtigungen, die sich je nach dem Stadium der Erkrankung auf verschiedene kognitive Funktionen (Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen) auswirken. Einige Störungen sollen verdeutlicht werden.

Gedächtnisstörungen: Gedächtnisstörungen sind bei den meisten demenziellen Erkrankungen bereits im Frühstadium vorhanden. Bei der Struktur des Gedächtnisses wird heute von einem Modell multipler Gedächtnissysteme ausgegangen (Daum/Ackermann 1997). Es wird zwischen Kurz- und Langzeitgedächtnis unterschieden, wobei bei der Demenz zunächst vor allem das Kurzzeitgedächtnis betroffen ist. Dadurch ist der Gegenwartsbezug des betroffenen Menschen erschwert und seine Handlungskontinuität mehr oder weniger eingeschränkt. Bei der Demenz ist vor allem das deklarative Gedächtnis beeinträchtigt, wohingegen der nondeklarative Teil noch lange ungestört bleibt.

Orientierungsstörungen: Während das Gedächtnis vor allem die zeitliche Kontinuität des Erlebens und Handelns sicherstellt, gewährleistet die Orientierung die Erfassung der räumlichen Dimensionen von Erleben und Handeln. Die Orientierung kann in diesem Sinne auf die zeitliche (Was ist heute für ein Tag?), die räumliche Dimension (Wo befinde ich mich jetzt?) und zur Personen (Wer ist mein Begleiter?) überprüft werden. Auch die Orientierungsstörungen zeigen sich schon in der Frühphase und sind im weiteren Verlauf regelmäßig anzutreffen. Die räumliche Störung zeigt sich zunächst dann, wenn sich der Kranke in einem ihm eher unbekanntem Bereich befindet (etwa eine Raststätte auf der Autobahn).

Vigilanz: Bereits im Frühstadium einer Demenz finden sich Störungen der Aufmerksamkeit (Müller u. a. 1992). Gemeinsam mit einer Reduktion des allgemeinen energie-

tischen Niveaus kann dieses Aufmerksamkeitsdefizit die anderen kognitiven Leistungen global reduzieren. Die meist nur vorübergehende Besserung der kognitiven Leistungen durch einige ältere Nootropika ist auch auf deren vigilanzsteigernde Effekte zurückzuführen.

Denkstörungen: Zu Denkstörungen gehören die Verlangsamung, Umständlichkeit und die Zähflüssigkeit des Gedankenablaufes, Störungen des Urteilsvermögens, des abstrakten Denkens, des Vorstellungsvermögens und der freien Reproduktion.

Sprachstörungen (Aphasien): Sprachstörungen lassen sich bei nahezu allen Demenzkranken im Verlauf der Erkrankung nachweisen. Meistens haben die Sprachstörungen den Charakter von sensorischen Aphasien: Worte und Bezeichnungen werden nicht gefunden, Gegenstände nicht benannt, sondern umschrieben. Insbesondere bei vaskulären Demenzen können aber auch motorische Aphasien beobachtet werden (Lang u. a. 1991). Je nach Störung kann auch eine Dysarthrie im Rahmen demenzieller Prozesse entstehen.

Apraktische Störungen: Unter Apraxie werden Störungen der zweckmäßigen Bewegung der Körperteile bei erhaltener Beweglichkeit und Wahrnehmung verstanden. Ausgeprägte apraktische Störungen sind vor allem in späten Phasen einer Demenz zu beobachten und treten dann meist gemeinsam mit agnostischen Störungen auf. Betroffen sind dabei auch automatisierte Handlungsabläufe wie das Umkleiden, die Benutzung von Haushaltsgeräten.

Agnostische Störungen (Agnosie): Vor allem in späteren Stadien haben Demenzkranke zunehmend Schwierigkeiten, Aufforderungen und Anweisungen trotz intakter Wahrnehmung zu verstehen. Diese agnostischen Störungen können sich auch auf Alltagsanforderungen beziehen (»Können Sie bitte die Tür schließen!«).

Andere Hirnwerkzeugstörungen: Im Rahmen einer Demenz können der Antrieb, die Aufmerksamkeit, die Handlungsplanung und die Flexibilität verändert sein. Ein wichtiger Einfluss auf den Alltag kann dabei von der Störung der Exekutivfunktionen ausgehen. Damit ist die Fähigkeit gemeint, Ziele zu bilden, alternative Problemlösungen abzuwägen, das Verhalten an wechselnde Umgebungsbedingungen anzupassen, unwichtige Aspekte zu missachten und aus Erfahrungen zu lernen.

Auch ohne einen demenziellen Prozess verändert sich im Alter die kognitive Leistungsfähigkeit. Insbesondere die Schnelligkeit, mit der verschiedene kognitive Leistungen erfolgen, sinkt mit dem Alter. Diesen Veränderungen wird im Rahmen der Leistungsmessung durch alterskorrigierte Normen Rechnung getragen. Der Zusammenhang zwischen normalem und pathologischem kognitivem Altern ist noch nicht endgültig geklärt (Helmschen/Reischies 1998). Mit der Kontinuitätshypothese wird ein fließender Übergang postuliert, wobei möglicherweise die Geschwindigkeit des kognitiven Alterns die Entstehung einer Demenz determiniert. Eine andere Hypothese unterscheidet demenzielle Prozesse qualitativ vom normalen kognitiven Altern.

Warnzeichen für eine Demenz sind:

1. Gedächtnisstörung mit Auswirkungen auf berufliche Fertigkeiten
2. Schwierigkeiten bei der Erledigung von familiären Aufgaben
3. Probleme mit der Sprache
4. Desorientierung zu Zeit und Ort
5. Geringes oder abnehmendes Urteilsvermögen

6. Probleme beim abstrakten Denken
7. Verlegen von Sachen
8. Wechsel bei der Stimmung und dem Verhalten
9. Persönlichkeitsveränderungen
10. Verlust an Initiative

II Nichtkognitive Störungen

Nichtkognitive psychopathologische Syndrome sind eine häufige Begleiterscheinung demenzieller Erkrankungen (Wobrock u. a. 2003). Oft gehen sie den eigentlichen demenziellen Kernsymptomen voraus oder komplizieren den Verlauf der Erkrankung. Auf der anderen Seite sind gerade die nichtkognitiven Störungen im Rahmen der Demenz am ehesten einer Behandlung zugänglich. Zu diesen Störungen gehören Antriebsveränderungen (Unruhe oder Antriebsarmut), aggressive Verhaltensweisen, Wahn und Halluzination, Schlafstörungen sowie affektive Störungen, hier besonders depressive Verstimmungszustände (Haupt u. a. 1998).

TABELLE 27 Häufige nichtkognitive Störungen bei der Demenz

Aktivitätsstörungen (Apathie/Unruhe)	ca. 65 Prozent
Depressive und ängstliche Symptome (insgesamt)	ca. 50 Prozent
Aggressionen	20–50 Prozent
Wahnsymptome	25–45 Prozent
Major-Depressionen	10–30 Prozent
Halluzinationen	17–34 Prozent

Die Beziehung zur demenziellen Erkrankung begründet einige Besonderheiten dieser nichtkognitiven Störungen. So treten Schlafstörungen bei dementen Patienten im Rahmen von Änderungen des Biorhythmus auf (Tag-Nacht-Umkehr). Unruhezustände spiegeln gelegentlich die verzweifelte Suche des Patienten nach Orientierung wider. Wahnsymptome sind oft Projektionen eines existenziellen Verlusterlebens elementarer Fähigkeiten (Vorstellung, bestohlen zu werden). Gerade am Anfang der demenziellen Entwicklung können Depressionen auch als Ausdruck ahnungsvoller Verzweiflung gewertet werden. Ebenso stehen aggressive Verhaltensweisen meist im Zusammenhang mit der subjektiv als notwendig erachteten Abwehr von Gefahren, die eine Welt bereithält, die der Betroffene nicht mehr zu ordnen und einzuschätzen weiß.

Die nichtkognitiven Symptome können die Angehörigen und Helfer unter Umständen vor erhebliche Probleme stellen. So kann eine Tag-Nacht-Umkehr eine Versorgung des Patienten zu Hause unmöglich machen oder können Wahnsymptome (Verdächtigungen, von den Angehörigen bestohlen zu werden) das emotionale Gleichgewicht zwischen Betroffenen und Angehörigen beeinträchtigen. Ebenso stellen die nichtkognitiven Störungen in stationären Einrichtungen ein häufiges Problem dar (Wancata 2004), etwa in Pflegeheimen und somatischen Krankenhäusern.

TABELLE 28 Stadieneinteilung der Demenz nach Störungen der kognitiven Funktionen und des Verhaltens sowie nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit (ZIMMER u. a. 1987)

STADIUM I (leichte Demenz) Punktwert im Mini Mental State: ≥ 20
Störung der kognitiven Funktionen
Leichte Störungen des Gedächtnisses, der zeitlichen und örtlichen Orientierung, des Denkens, Urteilens und der Sprache.
Störungen des Verhaltens
Leichte Verhaltensauffälligkeiten, wie z. B. Apathie, Interessenlosigkeit, Neigung zur Isolierung, Verlegen von Gegenständen, unzuverlässige Angaben, Nichteinhalten von Terminen, Verlaufen in fremder Umgebung, soziale Integration leicht erschwert.
Pflegebedürftigkeit
Leichte psychische Pflegebedürftigkeit (Grad I): selbstständige Lebensführung nicht möglich. Hilfe notwendig bei finanziellen Angelegenheiten, Essenzubereitung, Einkaufen, z. T. auch bei Körperpflege und Arztbesuch. Allgemeine psychosoziale Maßnahmen eines Pflegeheims zur sozialen Integration noch ausreichend.
STADIUM II (mittelgradige Demenz) Punktwert im Mini Mental State: 10–20
Störung der kognitiven Funktionen
Mittelgradige bis schwere Störungen des Gedächtnisses, der Orientierung (zeitlich, örtlich und situativ), der Sprache (begrenzte Möglichkeiten der Gesprächsführung), des Denkens und Urteilens (verminderte Erfassung der Realität) und der praktischen Tätigkeiten (z. B. Schwierigkeiten beim Anziehen).
Störungen des Verhaltens
Mittelgradige Verhaltensauffälligkeiten wie z. B. in der Unterscheidung zwischen fremdem und persönlichem Eigentum, fehlende Orientierung auf Station, ungezieltes Hin- und Herwandern, Weglauftendenz mit leichter bis mittlerer Selbstgefährdung. Harninkontinenz. Soziale Integration mittelgradig erschwert.
Pflegebedürftigkeit
Mittlere psychische und leichte körperliche Pflegebedürftigkeit (Grad II), z. B. unterstützende Hilfe bei Körperpflege, Hygiene, Essen und Zubettgehen notwendig. Alle finanziellen und geschäftlichen Angelegenheiten müssen für den Patienten erledigt werden. Einsatz von speziellen psychosozialen Maßnahmen zur sozialen Integration erforderlich.
STADIUM III (schwere Demenz) Punktwert im Mini Mental State: 1–10
Störung der kognitiven Funktionen
Schwerste Gedächtnis- und Orientierungsstörungen (zeitlich, örtlich, situativ und zur eigenen Person nicht mehr orientiert). Denken und Urteilen nicht mehr möglich. Sprachliche Verständigung sehr begrenzt bzw. aufgehoben. Schwere Störung der praktischen Handlungsschemata.
Störungen des Verhaltens
Schwere Verhaltensauffälligkeiten. Keine Einsicht in die notwendigen Pflegemaßnahmen, meist verbunden mit starker Abwehr dagegen. Verbale oder auch körperliche Aggression möglich. Harn- und Stuhlinkontinenz. Sachgerechter Umgang mit Gegenständen nicht mehr möglich. Soziale Integration sehr erschwert.
Pflegebedürftigkeit
Schwere psychische und mittelgradige körperliche Pflegebedürftigkeit (Grad II). Fast völlige Abhängigkeit in der Körperpflege und anderen alltäglichen Verrichtungen vom Pflegepersonal. Ein Teil der Patienten ist in diesem Stadium bereits rollstuhlpflichtig, ein Teil jedoch körperlich noch voll mobil. Letztere können durch Weglauftendenz schwer selbstgefährdet sein. Die Pflege ist durch fehlendes Verständnis für die Pflegemaßnahmen und ungerichtete motorische Unruhe, depressive Äußerungen und Neigung zu Aggressivität sehr erschwert. Intensive spezifische Betreuungsmaßnahmen sind zur sozialen Integration erforderlich.
STADIUM IV (schwerste Demenz) Punktwert im Mini Mental State: 0
Störung der kognitiven Funktionen
Kognitive Funktionen sind kaum noch nachweisbar bzw. prüfbar. Sprachvermögen auf unverständliche Worte, Laute oder Silben begrenzt.
Störungen des Verhaltens
In einigen Fällen häufiges Vor-sich-hin-Jammern, in seltenen Fällen schwer beherrschbares Schreien. Ein Teil der Patienten ist aber auch ruhig. Die Kontaktaufnahme mit dem Patienten ist in diesem Stadium stark eingeschränkt.
Pflegebedürftigkeit
Schwerste körperliche und psychische Pflegebedürftigkeit. Maßnahmen zur sozialen Integration sind meist nicht mehr möglich.

Bei verschiedenen Formen der Demenz kommt es zu einem mehr oder weniger schnell fortschreitenden Verlust an Fähigkeiten bis hin zu schwersten Einschränkungen und zum Tod der Betroffenen. Zur Beschreibung des Verlaufes und des Schweregrades ist daher die Einteilung in Stadien sinnvoll (Tabelle 42).

III Zusatzdiagnostik

II Bildgebende Verfahren

Strukturelle bildgebende Verfahren wie die Computertomografie (CT) oder Magnetresonanztomografie (MRT) gehören zur Basisdiagnostik der Demenz. Dabei ist bei der Beurteilung der subkortikalen Areale die MRT der CT überlegen. Zunächst zeigt sich im Laufe der Erkrankung ein mehr oder weniger ausgeprägter Schwund von Gehirnschubstanz (kortikale Atrophie) und eine damit verbundene Erweiterung der äußeren und inneren Liquorräume. Besonders bei Formen der subkortikalen Demenz kann die sichtbare Abnahme von Gehirnschubstanz sehr diskret sein. Ohnehin besteht keine lineare Beziehung zwischen Ausmaß der Demenz und der sichtbaren Atrophie, bei einem Fünftel der Patientinnen und Patienten findet sich sogar ein Normalbefund. Relativ spezifisch für eine Demenz sind Veränderungen im Marklager. Auch kommt es bei vielen der Betroffenen zu einer Volumenreduktion im Bereich des Hippocampus (messbar mit der volumetrischen MRT). Bildgebende Verfahren dienen dem Ausschluss von Differenzialdiagnosen (Tumor, Normaldruck-Hydrocephalus), zur Differenzierung von Alzheimer und vaskulären Demenzen und der Verlaufsdokumentation. In der Positronen-Emissions-Tomografie (PET) lassen sich bei der Demenz Veränderungen im Glukosestoffwechsel des Gehirns nachweisen, die vor allem zu Beginn der Erkrankung im parietotemporalen Bereich betont sind.

II Psychodiagnostische Verfahren

Im Zusammenhang mit der Demenz sind eine Reihe psychodiagnostischer Verfahren entwickelt worden, die zum Untermauern der Diagnose, der Früherkennung und vor allem der Verlaufskontrolle dienen. Da die Testleistung stark von der Bildung, den persönlichen Voraussetzungen des Betroffenen und dem gleichzeitigen Vorliegen sonstiger psychischer Symptome (Pseudodemenz) abhängig ist, können die Ergebnisse psychodiagnostischer Verfahren nur im Zusammenhang mit dem sonstigen Eindruck genutzt werden (Pausch/Wolfram 1997). Die Patienten können zudem zwar selbst verlässliche Auskünfte über ihre emotionale Befindlichkeit geben, sind aber oft nicht zu zuverlässigen Aussagen über ihre kognitiven Defizite in der Lage (Fürstl u. a. 1996), auch ist die Belastbarkeit einiger Patienten eingeschränkt. Viele werden durch die schlechten Testergebnisse auf ihre Leistungsdefizite hingewiesen und möglicherweise gedemütigt.

Auf Grund dieser Besonderheiten haben sich in der Demenzdiagnostik so genannte Kurztests durchgesetzt und bewährt, bei denen bei einer zeitlichen Belastung von 15–30 Minuten mit in der Regel einfachen Aufgaben Orientierung, Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Sprachverständnis und visuelle Wahrnehmung geprüft werden. Meist wird aus den Einzelergebnissen ein Summenwert ermittelt. Ein bekannter Vertreter diese

Gruppe ist der Mini Mental Status Test (MMST) (Kessler u. a. 1990). Einen ähnlichen Test stellt der Syndrom-Kurz-Test (SKT) dar (Erzigkeit 1986). Neuere Testverfahren wie der DemTect (Calabrese 2000) haben einen geringeren Deckeneffekt und sind damit für die Früherkennung geeigneter. Der Test zur Früherkennung der Demenz mit Depressionsabgrenzung (TFDD) erlaubt darüber hinaus eine Abgrenzung zur Depression (Ihl u. a. 2000). Zur Früherkennung sind mittlerweile Testbatterien zusammengestellt worden, wie etwa CERAD (Satzler u. a. 2001), die sich zusammen mit der Erfassung von Alltagsfunktionen zum Einsatz in Gedächtnisambulanzen eignen.

Diese Kurz-Tests erlauben keine Subdifferenzierung verschiedener Leistungsbereiche. Dafür stehen dann umfangreichere, aber auch wesentlich aufwändigere Testbatterien zur Verfügung, etwa das Nürnberger Alters-Inventar (Oswald/Fleischmann 1986). Das SIDAM (Strukturiertes Interview für die Diagnose der Demenz nach DSM-IV und ICD-10) erlaubt in Form eines Interview- und Diagnoseleitfadens die Erfassung von Demenzen, deren Schweregradbestimmung und die Erfassung verschiedener Demenzformen (vor allem von Multi-Infarkt- und Alzheimer-Demenzen) (Zaudig u. a. 1990). Weil Intelligenztests kognitive Leistungen messen, können sie ebenfalls den Verlauf kognitiver Einbußen abbilden, etwa der Mehrfachwahl-Wortschatz-Test (MWT-B) (Kessler u. a. 1995).

Insgesamt stehen heute für die verschiedenen Aspekte der Demenz zahlreiche standardisierte Untersuchungsinstrumentarien zu Verfügung, mit deren Hilfe Screening, Diagnose, neuropsychologische Defizite, Verlauf und Alltagsfunktionen abgebildet werden können (Rösler u. a. 2003).

AUS DER PRAXIS Gedächtnisambulanzen

Da gerade zu Beginn der Erkrankung die Diagnose schwierig ist, wird die Demenz oft recht spät diagnostiziert. Da einige therapeutische Techniken besonders zu Beginn der Erkrankung helfen und um den Betroffenen mit seinen Angehörigen auf die Erkrankung vorzubereiten, kann eine frühzeitige Diagnostik hilfreich sein. Um die diagnostische und therapeutische Kompetenz zu bündeln und als Ergänzung des Screenings durch den Haus- und Facharzt sind daher Gedächtnisambulanzen oder Memory-Kliniken eröffnet worden. Zu den Aufgaben einer Gedächtnisambulanz zählen:

- Differenzialdiagnose der verschiedenen Formen von Demenz, zum Beispiel internistische, neurologische Krankheiten und schwerwiegende seelische Störungen
- Beratung
- Durchführung von Testuntersuchungen
- Anwendung kognitiver Trainingsverfahren
- Vermittlung von ambulanten Hilfen
- Auswahl geeigneter Tagesstätten oder Pflegeheime
- Beratung in rechtlichen und finanziellen Fragen

II Labor- und Liquordiagnostik

Die Labordiagnostik liefert Hinweise auf die Ursache reversibler demenzieller Syndrome. Im günstigsten Fall können sich durch Aufdeckung solcher Krankheiten erhebliche Besserungen bis hin zur völligen Gesundheit ergeben. Hierzu gehört die Diagnostik der Schilddrüse, der Ausschluss eines Vitamin-B₁₂- oder Folsäuremangels, eines Hypo- oder Hyperparathyreodismus, einer Leber- oder Niereninsuffizienz, eines Mor-

bus Wilson (Kupferspeichererkrankung) oder einer autoimmunologischen Gefäßerkrankung (etwa Morbus Sneddon). Manchmal ist auch eine Luesdiagnostik sinnvoll. Finden sich Hinweise auf ein infektiöses Geschehen, sollte eine spezifische Liquordiagnostik erfolgen.

Eine hohe Spezifität und Sensivität für die Demenz vom Alzheimer-Typ hat der Nachweis vom Hyperphosphorylierten Tau-Protein (phospo Tau 199) im Liquor (Schönknecht 2000). Ähnliches gilt möglicherweise für den Nachweis von beta-Amyloidpeptiden (Wilftfan u. a. 2003).

TABELLE 29 Untersuchungen bei Demenzverdacht

Laboruntersuchungen
Obligatorisch:
Blutbild
Blutzucker
Elektrolyte und Magnesium
Kreatinin
TSH (Schilddrüsendiagnostik)
Vitamin-B ₁₂ - und Folsäurespiegel
Lebertransaminasen, Bilirubin
Fakultativ:
Luesserologie, Borrelien, Harnsäure, Lipide, Urinstatus, HIV
Drogenscreening

III Apparative Diagnostik

Internistische Zusatzuntersuchungen: Das EKG gehört zu den Routineuntersuchungen beim Verdacht auf eine demenzielle Erkrankung. Es dient zur Diagnostik von Herzrhythmusstörungen. Zudem ergeben sich eventuell Hinweise auf eine koronare Herzkrankung, die ihrerseits wieder Hinweis auf arteriosklerotische Veränderungen sein kann. Obligatorisch ist die Messung des Blutdrucks, um die Hypertonie als einen wesentlichen Risikofaktor für eine Reihe von Erkrankungen auszuschließen.

Sonografie: Die Sonografie der hirnversorgenden Arterien erlaubt es, Stenosen sichtbar zu machen und den Grad der Einengung zu bestimmen. Hinweise auf kardiologische Risikofaktoren (Embolie-Risiko) können aus einer Echokardiografie geschlossen werden.

Angiografie: Beim Vorliegen von zusätzlichen neurologischen Symptomen kann die Angiografie wichtige Informationen liefern. Einsatz wird sie vor allem aber bei dem Verdacht auf Hirndurchblutungsstörungen finden. Eventuell können die invasiven angiografischen Verfahren durch das Funktionelle MRT ersetzt werden.

EEG: Im EEG zeigt sich bei demenziellen Syndromen, oft parallel zum klinischen Bild, eine allgemeine Verlangsamung im Sinne einer leichten bis schweren Allgemeinveränderung. Bei vaskulären Demenzen finden sich häufiger auch Herdsymptome. Das EEG hat dabei eher den Charakter eines Screening-Instrumentes. Insbesondere der Alpha-Wellen-Anteil kann zudem als Verlaufsmerkmal verwendet werden, weil die kognitive Leistungsfähigkeit mit dem Anteil der Alpha-Tätigkeit korreliert (Förstl u. a. 1996). Zusätzliche diagnostische Möglichkeiten stellen die Computertomografie, die Kern-

spintomografie, SPECT und PET dar (siehe »Bildgebende Verfahren« im Kapitel »Diagnostische Verfahren«).

Die Vielseitigkeit der diagnostischen Möglichkeiten erfordert einen gezielten Einsatz der einzelnen Verfahren. Dabei müssen die verschiedenen Ebenen der Versorgung (Hausärzte, Fachärzte und Gedächtnisambulanzen) ihre Ressourcen optimal nutzen und aufeinander abstimmen (Damian 2004).

MERKE Die Demenz ist als hirnorganische Störung gekennzeichnet durch kognitive Störungen, Störungen des Affekts, des Verhaltens und psychotische Störungen in Verbindung mit Beeinträchtigungen von Alltagsfunktionen. Hauptrisikofaktor ist das Alter. Häufig beginnt die Erkrankung schleichend mit leichten kognitiven Einschränkungen. Im Frühstadium ist daher die Diagnose schwierig. Sie kann durch ergänzende diagnostische Verfahren weiter gesichert werden. Hier haben sich vor allem neuropsychologische Testverfahren bewährt. Die kognitiven Störungen sind bei der Erkrankung relativ stabil (Kernsymptome). Andere Symptome wechseln sehr stark.

III Subjektives Erleben

Auch wenn das Ausmaß der kognitiven Störungen nicht in allen Dimensionen von den betroffenen Menschen erfasst werden kann, erleben die meisten gerade am Anfang die Einschränkungen durch die Erkrankung als Bedrohung der eigenen Identität. Die erlebten Verluste in der Leistungsfähigkeit versuchen viele durch Rückgriff auf andere Ressourcen zu kompensieren oder auch zu verleugnen. Der emotionalen Verarbeitung kommt dabei eine zentrale Rolle zu, weil sie zunächst weitgehend unbeeinträchtigt bleibt. Vor allem ist die Aufrechterhaltung eines intakten Selbstbildes den meisten Betroffenen wichtig und so reagieren viele gekränkt, wenn sie auf Einschränkungen und Defizite hingewiesen werden. Andere versuchen durch Vermeidung von Überforderungen die entstehende Bedrohung im Alltag abzuwenden. Mit fortlaufender Erkrankung fällt es den Betroffenen jedoch zunehmend schwerer, die eigene Identität aufrechtzuerhalten.

III Auswirkungen auf das soziale Netz

Die Entwicklung einer Demenz hat erhebliche Auswirkungen auf das soziale Netz und die soziale Unterstützung des betroffenen Menschen. In der Regel erhöht sich durch die Erkrankung die Abhängigkeit von familiärer Unterstützung. Meist ruht die Verantwortung auf einer zentralen Bezugsperson: Lebenspartner, Tochter oder Schwiegertochter. Die Demenz führt in der Regel zur Veränderung der sozialen Rolle und damit zu einer Veränderung des gesamten strukturellen Rahmens und der Kommunikationsstrukturen in der Familie. Durch die veränderten Hierarchien können Konkurrenz und die Diskussion über die Verantwortung einzelner Familienmitglieder an Bedeutung gewinnen. Die seelischen, körperlichen und zeitlichen Belastungen der Angehörigen können zu Ambivalenz und emotionalen Konflikten führen.

Die Abhängigkeit des erkrankten Menschen und die Autonomiewünsche der Bezugspersonen können ein unter Umständen unheilvolles Spannungsfeld ergeben. Die Erkrankung hat zudem Auswirkungen auf die soziale Integration der einzelnen Familienmitglieder. Oft ist ein mehr oder weniger ausgeprägter sozialer Rückzug zu beobach-

ten. Trotz all dieser Belastungen werden die meisten dementen Menschen innerhalb der Familien versorgt und gepflegt. Diese Entwicklung wird durch die Pflegeversicherung und die damit verbundene Sicherung der häuslichen Pflege noch gestärkt. Aus dem spezifischen Verlauf der demenziellen Erkrankungen ergeben sich für den Betroffenen und seine Angehörigen besondere Aufgabenstellungen. Der demenzkranke Mensch ist mit der Endlichkeit seiner Existenz konfrontiert. Er muss die noch vorhandenen Ressourcen nutzen, um sein Leben abzuschließen und die persönlichen Dinge zu ordnen. Die Demenz ist für den Betroffenen so etwas wie ein langsames Abschiednehmen. Dies trifft auch auf die Angehörigen zu. Für sie stellt sich die emotionale Aufgabe, sich ebenfalls mit diesem langsamen Abschied zu beschäftigen, ihn zu akzeptieren und trotzdem die emotionale Beziehung zum erkrankten Familienmitglied aufrechtzuerhalten.

Dieser komplexe interaktionelle Vorgang ist störanfällig. So kann etwa ein Lebenspartner Schwierigkeiten haben, sich mit den Konsequenzen der Erkrankung abzufinden. Daraus wiederum kann sich eine ausgesprochen kritische Haltung gegenüber dem kranken Lebenspartner entwickeln und den Grund für erhebliche partnerschaftliche Spannungen darstellen. Auch fällt es einigen Angehörigen schwer, die Persönlichkeitsveränderungen durch die Demenz zu akzeptieren und die Beziehung trotzdem konstant zu halten. Dabei spielen die nachlassenden kommunikativen Fähigkeiten eine modulierende Rolle, weil gerade beziehungsklärende Gespräche nur schwer oder überhaupt nicht mehr möglich sind.

III Verlauf der Erkrankung

Bei der Demenz handelt es sich um eine fortschreitende, letztendlich zum Tode führende Erkrankung, auch wenn die betroffenen Menschen meist an ihren sekundären Folgen versterben. Die durchschnittliche Länge des Verlaufes beträgt ca. 8 Jahre bei der Demenz vom Alzheimer-Typ, wobei erhebliche interindividuelle Schwankungen möglich sind. Demenzen vom Alzheimer-Typ beginnen in der Regel schleichend, vaskuläre Demenzen können abhängig vom Ort der Schädigung hingegen plötzlich beginnen. Im Allgemeinen wird von einer präsenilen Demenz gesprochen, wenn die Erkrankung vor dem 65. Lebensjahr auftritt. Zur größeren Bedeutung genetischer Faktoren für die präsenilen Demenzen liegen unterschiedliche Ergebnisse vor (Haupt u. a. 1992). Für die sozialen Konsequenzen und die Belastung der Angehörigen hat das Erkrankungsalter eine große Bedeutung, zumal bei einem frühen Beginn die berufliche Laufbahn noch nicht abgeschlossen ist.

Die Auswirkungen der kognitiven und nichtkognitiven Symptome der Demenz auf die Alltagsfunktionen werden von sozialen Faktoren und der sozialen Unterstützung moderiert. Auch sekundäre körperliche Folgen haben einen Einfluss auf die Einschränkungen der Lebensqualität und das Schicksal des Betroffenen. Hierbei scheint der Entwicklung einer Harninkontinenz eine Schlüsselrolle zuzukommen, weil gerade eine derartige körperliche Beeinträchtigung den ambulanten Betreuungsrahmen sprengen kann. So gehört der Ausschluss einer Inkontinenz häufig zu den Aufnahmebedingungen einer gerontopsychiatrischen Tagesklinik.

III Spezielle Demenzformen

Die zwei häufigsten Formen der Demenz sind die Alzheimer-Demenz (F00: Demenz vom Alzheimer-Typ, DAT, ca. 60 Prozent) mit degenerativen Veränderungen des Hirngewebes und die vaskuläre Demenz (F01: vaskuläre Demenz, Multiinfarktde-
menz, MID, ca. 15 Prozent) mit multiplen Embolien bzw. degenerativen Veränderun-
gen der Blutgefäße mit sekundären Folgen für das Hirngewebe. Beide Demenzformen
können auch kombiniert als Demenz vom gemischten Typ vorkommen. Weitere
Demenzformen sind dagegen seltener (Tabelle 30).

TABELLE 30 Häufigkeitsverteilung verschiedener Demenzformen

Alzheimer-Demenz	60 Prozent
Vaskuläre Demenz	15 Prozent
Gemischte Demenz	10 Prozent
Demenz mit Lewy-Körperchen	5 Prozent
Frontotemporale Demenz	< 5 Prozent
Andere Demenzen (M. Parkinson, M. Huntington, Trauma, Tumor etc.)	< 10 Prozent

III Demenz vom Alzheimer-Typ

III Erscheinungsbild und Besonderheiten

Diese primäre (das Nervenzellgewebe direkt betreffende) Demenzform wurde von A. Alzheimer erstmals 1906 beschrieben. Leitsymptome der Demenz vom Alzheimer-Typ sind die anfangs beschriebenen kognitiven und nichtkognitiven Beeinträchtigungen. Die Symptome der Alzheimer-Demenz beginnen in der Regel schleichend, wobei gerade in der Anfangsphase nicht selten nichtkognitive Störungen dominieren. In der Frühphase treten auch Passivität, emotionaler Rückzug oder emotionale Instabilität sowie ein Rückgang von Sorgfalt und Verlässlichkeit auf.

III Histologische Merkmale der Alzheimer-Demenz

Bei der Alzheimer-Demenz kommt es zu einer direkten Schädigung des Nervengewebes. Betroffen sind vor allem der Neokortex, insbesondere seine parietotemporalen Anteile, der Hippocampus und die Amygdala. Auch subkortikale Teile des Gehirns und das Kleinhirn können betroffen sein. Histologische Kennzeichen dieser Schädigung sind kortikale Plaques und neurofibrilläre Degeneration von Ganglienzellen.

Kortikale Plaques: Es lassen sich verschiedene Stufen in der Bildung von Plaques unterscheiden. Zunächst kommt es zu einer Verdichtung des Grundgewebes durch Einlagerung von Proteinen (etwa des Amyloid-Perkursorproteins) und Glykosaminglykanen in Form von diffusen Plaques. In einem weiteren Schritt entstehen feine fibrilläre Fasern, die so genannten Amyloidfibrillen (primitive Plaques). In diesem Stadium wird erstmals das Nervengewebe geschädigt. In diesen primitiven Plaques kommt es dann zu einer fortlaufenden Verdichtung des Materials, sodass später klassische und kompakte Plaques entstehen, die ausschließlich aus Amyloid bestehen.