



Doris Gebhard · Eva Mir *Hrsg.*

Gesundheitsförderung und Prävention für Menschen mit Demenz

Grundlagen und Interventionen

 Springer

Gesundheitsförderung und Prävention für Menschen mit Demenz

Doris Gebhard
Eva Mir
(Hrsg.)

Gesundheitsförderung und Prävention für Menschen mit Demenz

Grundlagen und Interventionen

Hrsg.

Doris Gebhard
Fakultät für Sport- und
Gesundheitswissenschaften
Technische Universität München
München, Deutschland

Eva Mir
Studienbereich Gesundheit und Soziales
Fachhochschule Kärnten
Klagenfurt, Österreich

ISBN 978-3-662-58129-2 ISBN 978-3-662-58130-8 (eBook)
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-58130-8>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil von Springer Nature 2019

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag, noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Fotonachweis Umschlag: © Ocskay Bence/stock.adobe.com (Symbolbild mit Fotomodellen)
Umschlaggestaltung: deblik Berlin

Springer ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer-Verlag GmbH, DE und ist ein Teil von Springer Nature
Die Anschrift der Gesellschaft ist: Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Germany

Für G.T. und all unsere Weggefährten

Vorwort

Wenn wir nach unserem Forschungs- und Praxisfeld gefragt werden und dann von Gesundheitsförderung und Prävention für Menschen mit Demenz erzählen, ernten wir nicht selten Unverständnis und Kopfschütteln. Reaktionen wie „Wozu braucht es denn das bei dieser Zielgruppe?“ oder „Was kann man denn damit noch erreichen?“ belegen eine tradierte Pathologisierung und nahezu systematische Aberkennung von Ressourcen in Bezug auf Menschen mit Demenz. So verwundert es auch nicht, dass sich weder im deutschsprachigen noch internationalen Raum ein fundiertes Fachbuch zu dieser Thematik finden lässt – eine Lücke, die das vorliegende Herausgeberwerk aufzeigt und zum Teil schließt. Das Buch bietet neben theoretisch konzeptionellen Ausführungen erstmalig einen Überblick über zentrale Themenbereiche der Gesundheitsförderung und Prävention für Menschen mit Demenz. So kann es sowohl für Praktiker aus dem Gesundheitswesen als auch für Forschende als Standardwerk mit Pioniercharakter gelten, das dem Paradigmenwechsel von der Pathogenese zur Salutogenese in der Auseinandersetzung mit Menschen mit Demenz den Weg bereiten soll.

Als primäre Zielgruppe sind im Gesundheitswesen Tätige angesprochen:

Pflege- und Betreuungspersonal, Praktiker aus Gesundheitsförderung und Prävention, Ärzte, Psychologen, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Gesundheitswissenschaftler sowie Studierende aus Pflege- und Gesundheitswissenschaften. Als sekundäre Zielgruppen gelten Angehörige von Menschen mit Demenz sowie alle Personen, die als Entscheidungsträger direkten oder indirekten Einfluss auf die Lebenssituation von Menschen mit Demenz haben, wie etwa Leitungspersonen in Einrichtungen und Trägerorganisationen der Altenhilfe oder politische Entscheidungsträger.

Das Herausgeberwerk fokussiert bewusst den Menschen mit Demenz. Die Betrachtung der Auswirkungen, die gesundheitsförderliche und präventive Interventionen für Menschen mit Demenz auf Interaktionspartner und Beziehungen haben, ist nicht primäre Zielsetzung, allerdings von unbestrittener Relevanz.

Am Gelingen dieses Fachbuchs sind zahlreiche Personen beteiligt, denen unser Dank gilt: Renate Eichhorn, Esther Dür und dem Team im Springer-Verlag für die redaktionelle Begleitung, unserer Kollegin Andrea Limarutti für die Unterstützung bei der Formalprüfung der Beiträge und allen Autoren für die Mitarbeit an diesem zeitlich und inhaltlich überaus ambitionierten Buchprojekt.

Doris Gebhard

Eva Mir

München

Feldkirchen in Kärnten

im Januar 2019

Inhaltsverzeichnis

Teil I Einführung

- 1 **Gesundheitsförderung und Prävention für Menschen mit Demenz – eine erste Annäherung** 3
Doris Gebhard und Eva Mir
- 2 **Das Demenzsyndrom und Komorbiditäten** 13
Werner Hofmann

Teil II Theorie

- 3 **Settings der Gesundheitsförderung und Prävention für Menschen mit Demenz** 35
Eva Mir, Holger Penz und Thomas Dorner
- 4 **Gesundheitsförderung und Prävention für Menschen mit Demenz – ethische Implikationen und exemplarische Entscheidungskonflikte** 55
Annette Riedel
- 5 **Sozial-kognitive Theorien und Modelle des Gesundheitsverhaltens – Problemlagen und Potenziale in der Gesundheitsförderung und Prävention für Menschen mit Demenz** 75
Eva Mir, Tiara Ratz und Sonia Lippke
- 6 **Lebensqualität im Kontext von Gesundheitsförderung und Prävention für Menschen mit Demenz** 91
Martin N. Dichter und Margareta Halek
- 7 **Partizipation von Menschen mit Demenz fördert ihre Gesundheit** 105
Katharina Heimerl, Barbara Pichler, Petra Plunger, Verena C. Tatzler und Elisabeth Reitingner
- 8 **Evaluation von Gesundheitsförderung und Prävention für Menschen mit Demenz** 123
Eva Mir, Andrea Limarutti und Doris Gebhard

Teil III Interventionen

| | | |
|----|---|-----|
| 9 | Ernährung und Demenz | 139 |
| | <i>Annemarie Perl und Regina Roller-Wirnsberger</i> | |
| 10 | Resilienz und Demenz | 155 |
| | <i>Brigitte Jenull und Gabriele Bostjancic</i> | |
| 11 | Bewegung und Demenz | 169 |
| | <i>Doris Gebhard</i> | |
| 12 | Schmerz und Demenz | 183 |
| | <i>Georg Pinter, Rudolf Likar und Olivia Kada</i> | |
| 13 | Natur und Demenz | 195 |
| | <i>Renate Cervinka und Markus Schwab</i> | |
| 14 | Sexuelle Gesundheit und Demenz | 211 |
| | <i>Gerald Gatterer</i> | |
| 15 | Suizid und Demenz | 225 |
| | <i>Jakob Emprechtlinger und Michael Rainer</i> | |
| 16 | Technik und Demenz | 239 |
| | <i>Tanja Schultz</i> | |
| 17 | Gewalt und Demenz | 257 |
| | <i>Doris Gebhard</i> | |
| 18 | Humor und Demenz | 275 |
| | <i>Rolf D. Hirsch</i> | |

Teil IV Ausblick und Weitblick

| | | |
|----|---|-----|
| 19 | Paradigmenwechsel in der Demenzforschung | 295 |
| | <i>Gerald Hüther und Doris Gebhard</i> | |
| 20 | Ausblick mit Weitblick | 311 |
| | <i>Eva Mir und Doris Gebhard</i> | |
| | Serviceteil | |
| | Stichwortverzeichnis | 317 |

Autorenverzeichnis

Gabriele Bostjancic

Klinikum Klagenfurt am Wörthersee
Klagenfurt, Österreich
gabriele.bostjancic@kabeg.at

Renate Cervinka

Hochschule für Agrar- und Umweltpädagogik
Medizinische Universität Wien
Wien, Österreich
renate.cervinka@agrarumweltpaedagogik.ac.at

Martin N. Dichter

Deutsches Zentrum für Neurodegenerative
Erkrankungen
Witten, Deutschland
martin.dichter@dzne.de

Thomas Dorner

Medizinische Universität Wien
Wien, Österreich
thomas.dorner@meduniwien.ac.at

Jakob Emprechtinger

SMZ-Ost Wien
Wien, Österreich
jakob.emprechtinger@wienkav.at

Gerald Gatterer

Wiener Krankenanstaltenverbund und
Sigmund Freud Privatuniversität Wien
Wien, Österreich
gerald@gatterer.at

Doris Gebhard

Technische Universität München
München, Deutschland
doris.gebhard@tum.de

Margareta Halek

Deutsches Zentrum für Neurodegenerative
Erkrankungen
Witten, Deutschland
margareta.halek@dzne.de

Katharina Heimerl

Institut für Pflegewissenschaft
Universität Wien
Wien, Österreich
katharina.heimerl@univie.ac.at

Rolf D. Hirsch

Privatpraxis
Bonn, Deutschland
r.d.hirsch@t-online.de

Werner Hofmann

ehem. Geriatriisches Zentrum Neumünster &
Bad Bramstedt
Institut für Allgemeinmedizin
Universitätsklinikum Schleswig- Holstein (UKSH)
Campus Lübeck
Rechlin, Deutschland
werner.hofmann@uksh.de

Gerald Hüther

Akademie für Potentialentfaltung
Göttingen, Deutschland

Brigitte Jenull

Alpen-Adria-Universität Klagenfurt
Klagenfurt, Österreich
brigitte.jenull@aau.at

Olivia Kada

Fachhochschule Kärnten
Feldkirchen, Österreich
o.kada@fh-kaernten.at

Rudolf Likar

Klinikum Klagenfurt am Wörthersee
Klagenfurt am Wörthersee, Österreich
rudolf.likar@kabeg.at

Andrea Limarutti

Fachhochschule Kärnten
Feldkirchen, Österreich
a.limarutti@fh-kaernten.at

Sonia Lippke

Jacobs University Bremen
Bremen, Deutschland
s.lippke@jacobs-university.de

Eva Mir

Fachhochschule Kärnten
Feldkirchen, Österreich
e.mir@fh-kaernten.at

Holger Penz

Fachhochschule Kärnten
Feldkirchen, Österreich
h.penz@fh-kaernten.at

Annemarie Perl

Medizinische Universität Graz
Graz, Österreich
annemarie.perl@medunigraz.at

Barbara Pichler

Institut für Pflegewissenschaft
Universität Wien
Wien, Österreich
barbara.pichler@univie.ac.at

Georg Pinter

Klinikum Klagenfurt am Wörthersee
Klagenfurt am Wörthersee, Österreich
georg.pinter@kabeg.at

Petra Plunger

Institut für Pflegewissenschaft
Universität Wien
Wien, Österreich
petra.plunger@univie.ac.at

Michael Rainer

SMZ-Ost Wien
Wien, Österreich
michael.rainer@wienkav.at

Tiara Ratz

Jacobs University Bremen
Bremen, Deutschland
t.ratz@jacobs-university.de

Elisabeth Reitinger

Institut für Pflegewissenschaft
Universität Wien
Wien, Österreich
elisabeth.reitinger@univie.ac.at

Annette Riedel

Hochschule Esslingen
Esslingen, Deutschland
Annette.Riedel@hs-esslingen.de

Regina Roller-Wirnsberger

Medizinische Universität Graz
Graz, Österreich
regina.roller-wirnsberger@medunigraz.at

Tanja Schultz

Cognitive Systems Lab
Universität Bremen
Bremen, Deutschland
tanja.schultz@uni-bremen.de

Markus Schwab

Hochschule für Agrar- und Umweltpädagogik
Medizinische Universität Wien
Wien, Österreich
markus.schwab@agrarumweltpaedagogik.ac.at

Verena C. Tatzler

Studiengang für Ergotherapie
Fachhochschule Wiener Neustadt
Wiener Neustadt, Österreich
verena.tatzler@fhwn.ac.at

Einführung

Inhaltsverzeichnis

- Kapitel 1** **Gesundheitsförderung und Prävention
für Menschen mit Demenz – eine erste
Annäherung – 3**
Doris Gebhard und Eva Mir
- Kapitel 2** **Das Demenzsyndrom und Komorbiditäten – 13**
Werner Hofmann



Gesundheitsförderung und Prävention für Menschen mit Demenz – eine erste Annäherung

Doris Gebhard und Eva Mir

- 1.1 Fallvignette – Zwei Seiten einer Medaille – 4
- 1.2 Gesundheitsförderung und Prävention – die Basis – 7
- 1.3 Der Stellenwert von Gesundheitsförderung und Prävention in der Versorgung von Menschen mit Demenz – 8
- 1.4 Aufbau und Inhalte des Buches – 10
- Literatur – 11

An dieser Stelle würden es die gängigen Konventionen der Fachliteratur wohl verlangen die Relevanz von Demenzerkrankungen durch die aktuellen Prävalenzen, deren düstere Prognosen und dem über allem schwebenden Damoklesschwert der demografischen Alterung einzuleiten. Hernach könnte dann ein Bericht von der unbestrittenen Vulnerabilität der Zielgruppe in allen schillernden Farben und Facetten – von kognitiven, körperlichen und psychischen Einbußen bis hin zu Einschränkungen der Aktivitäten des täglichen Lebens und der Lebensqualität – anschließen, um dann über den damit verbundenen progredienten Pflegebedarf den Bogen zu den ökonomischen Herausforderungen der Demenzerkrankung zu spannen. Wer mit Menschen mit Demenz bereits in Beziehung getreten ist weiß jedoch, dass diese manchmal nicht viel von Konventionen halten.

Gesundheitsförderung und Prävention für Menschen mit Demenz begründet sich außerdem aus einer alternativen Perspektive – aus jener der Salutogenese (Antonovsky 1987/1997). Dabei rücken die noch vorhandenen Ressourcen und Gesundheitspotenziale in den Fokus und werden zu den handlungsleitenden Aspekten: Menschen mit Demenz können trotz ihrer Grunderkrankung beispielsweise herzlich lachen und andere zum Lachen bringen, sie können genussvoll essen, die eigene Widerstandsfähigkeit spüren, die Natur mit allen Sinnen genießen, sich nach anstrengender Bewegung angenehm erschöpft fühlen und auch ein leidenschaftliches Sexualleben haben. Um all dies erleben zu können, benötigen sie jedoch die Unterstützung von Personen und Strukturen, die um diese Potenziale nicht nur wissen, sondern diese bestmöglich fördern.

Um zu veranschaulichen, wie radikal dieser Perspektivenwechsel auf Menschen mit Demenz und auf die mit ihnen in Beziehung Stehenden wirkt, zeigt die folgende Fallvignette zwei bewusst überzeichnete Situationen, die sehr vieles gemeinsam haben und zugleich unterschiedlicher nicht sein könnten.

1.1 Fallvignette – Zwei Seiten einer Medaille

■ ■ Perspektive 1

Augen auf. 05:30 Uhr, Wecker aus. Kurz orientieren, ich bin im Bereitschaftsraum des Pflegeheims, Demenzstation. Die Nacht war wie immer grauenhaft. Die Rufe der Bewohner verfolgen mich bis in meine Träume, heute waren es wieder einmal Herr Ferdinand, der fixiert werden musste und dann geschrien hat wie am Spieß, und Frau Kirsch, die die ganze Nacht an die Schwesternkanzel geklopft hat und sediert werden musste. Herr Ferdinand sieht es einfach nicht ein, ich erkläre es ihm immer wieder. Er darf ganz einfach in der Nacht nicht zu Frau Kirsch gehen und bei ihr übernachten. Frau Kirsch ist immer ganz aufgewühlt, wenn ich ihn aus ihrem Zimmer bringe. Die Kinder von Frau Kirsch rufen dann wieder bei der Pflegedienstleitung an und drohen mit dem Anwalt, wenn sie noch einmal diesen „Lustmolch“ bei ihrer Mutter auffinden, das gehört sich nicht und ist ekelhaft, Punkt. Und ich bekomme dann wieder eines auf die Mütze. Egal. Auf zur Morgenrunde: Wecken, Toilette, Waschen und Frühstück eingeben – wirklich gar nichts können die mehr alleine machen. „Guten Morgen Frau Lindner, aufstehen!“ Keine Reaktion. „Morgen, aufstehen!“ Noch immer keine Reaktion und ich bin im Zeitstress, nun gut, Decke runter und waschen anfangen. „Wehren Sie sich bitte nicht so, sonst kann ich Sie nicht richtig waschen!“ Nicht einmal das versteht sie mehr. „Würden Sie sich nicht wehren, hätten wir beide es leichter“. Ich hasse es die Hände der alten Dame beim Waschen festzuhalten, aber anders würde es gar nicht klappen. „Wollen Sie etwas frühstücken?“ Keine Reaktion. „Wenn das so weitergeht, müssen wir Sie zwangsernähren, das wissen Sie doch, oder?“ Da muss ich heute gleich mal die Ärztin anrufen, so geht das nicht weiter, sie muss eine Sonde legen, sonst verhungert Frau Lindner demnächst. Weiter

zum nächsten Bewohner. Am Gang wie immer Herr Ludwig, ein ehemaliger Landwirt, der immer wieder in den Garten zu kommen versucht. Er sieht es einfach nicht ein, dass er im Garten nur stürzen wird und dann haben wir wieder die Rettung da und seine Tochter, die uns die Hölle heiß macht. „Herr Ludwig, Sie müssen nicht mehr raus, Sie sind ja jetzt in Rente und müssen nicht mehr arbeiten. Heute ist Bastelgruppe, gehen Sie doch dahin, da können Sie etwas Schönes machen!“ Am Ende des Gangs, im Zimmer von Herrn Ullrich angekommen. Das ist unser Neuzugang, noch recht klar im Kopf, er klingelt in letzter Zeit immer mehrmals täglich und will dann nur plaudern und ich muss ihm dann immer erklären, dass ich keine Zeit für so etwas habe. „Herr Ullrich ich kann gut verstehen, dass Sie einsam sind aber ich bin hier um zu arbeiten, die anderen brauchen wirklich meine Hilfe.“ Weiter zum nächsten, Zeitdruck. „Frau Zirk, wollen Sie im Frühstücksraum mit den anderen essen?“ „Ja fein, dann helfe ich Ihnen in den Rollstuhl und fahre Sie hin, dann sind wir schneller.“ Ach herrje und Blähungen hat sie auch schon wieder... „Frau Zirk, muss das sein, wenn ich sie gerade in den Rollstuhl hebe? Das tut man doch wirklich nicht.“ Mit der Demenz verlieren die Leute einfach auch jeglichen Anstand, auch wenn sie nichts dafür können. Im Frühstücksraum angekommen. Hier sollte wirklich Mal gelüftet werden, draußen ist ein wunderschöner Tag und hier steht die Luft förmlich und es stinkt. Ich wäre jetzt wirklich viel lieber zu Hause und könnte machen was ich will, endlich wieder mal Gitarre spielen oder mir einfach die Sonne ins Gesicht scheinen lassen.

10:00 Uhr, Dienstschluss. Nichts wie raus und unter die Dusche den „Alte-Leute-Geruch“ abwaschen. Hinter mir ein dumpfes Geräusch am Asphalt, Herr Ullrich ist von seinem Balkon gesprungen. Oh Gott und dabei war ich heute noch bei ihm. Irgendwie kann ich ihn verstehen. Mit der Aussicht auf

ein würde- und sinnloses Leben mit Demenz ist das zumindest eine selbstbestimmte Alternative...

■ ■ Perspektive 2

Augen auf. 05:30 Uhr, Wecker aus. Kurz orientieren, ich bin im Bereitschaftsraum des Pflegeheims, Demenzstation. Die Nacht war recht ruhig, eigentlich habe ich gut geschlafen. Ich musste nur kurz schmunzeln als ich Herrn Ferdinand wieder ins Zimmer von Frau Kirsch schleichen hörte. Unser Liebespaar. So ein Glück muss man auf seine alten Tage auch nochmal haben, wunderbar. Auch wenn die Kinder der beiden nicht begeistert sind, was soll's, die beiden sollen ihren Spaß haben und sie sind ja schließlich alt genug. Auf zur Morgenrunde – Wecken, Toilette, Waschen und Frühstück eingeben – mal sehen was heute alleine geht und wer heute etwas mehr Hilfe benötigt, das wechselt oft von Tag zu Tag. Zu Frau Lindner gehe ich ganz zum Schluss, die war auch früher immer eine Nachteule und schläft gerne länger. Am Gang wie immer Herr Ludwig, ein ehemaliger Landwirt, der immer wieder in den Garten zu kommen versucht „Herr Ludwig, wie ist es heuer um die Ernte bestellt, bei dem trockenen Wetter? Wollen Sie heute draußen frühstücken – da können Sie gleich die Tomaten aus dem Hochbeet ernten, die Sie gepflanzt haben“. Ach, aber alleine sollte er nicht hinausgehen, ich werde Herrn Ullrich bitten Herrn Ludwig zu begleiten. Herr Ullrich ist unser Neuzugang, wohnt am Ende des Gangs und ist noch recht klar im Kopf. Er scheint sehr einsam zu sein und ich habe einfach keine Zeit, um mit ihm ständig zu plaudern. Dann hat er zumindest eine Aufgabe. „Herr Ullrich, würden Sie mir einen Gefallen tun? Herr Ludwig, unser ehemaliger Landwirt, würde gerne nach draußen gehen, würden Sie ihn bitte begleiten? Dann hätte ich ein besseres Gefühl. Ich habe in Ihrer Pflegeanamnese gelesen, dass Sie auch lange Zeit in der Landwirtschaft tätig waren, vielleicht möchten Sie beide

sich dazu austauschen?“ Wenn unsere beiden Herren bereits draußen sind, werde ich gleich mal die Kollegen zusammentrommeln und fragen, ob wir heute wieder mit allen Bewohnern draußen frühstücken können. Heute ist doch so ein schöner Tag und ehrlich gesagt hätte ich da auch mehr Lust dazu, als oben im muffigen Frühstücksraum zu sitzen. Weiter zum nächsten, Zeitdruck. „Frau Zirk, wollen Sie auch draußen mit den anderen essen?“ Sie nickt. „Ja fein, wollen Sie heute wieder versuchen selbst zu gehen, ich fahre mit dem Rollstuhl neben Ihnen her, dann kann nichts passieren.“ Ach herrje und Blähungen hat sie auch schon wieder. „Frau Zirk, ausgezeichnet, der Heckantrieb ist gezündet und jetzt geht’s volle Kraft voraus zum Frühstück.“ Wir beide lachen laut. Schön, wenn die Menschen mit Demenz ihren Humor nicht verlieren. So, jetzt noch unsere Nachteule Fr. Lindner wecken. „Morgen, aufstehen!“ Keine Reaktion. „Frau Lindner, kommen Sie, wir wollen alle draußen frühstücken, die Sonne scheint.“ Keine Reaktion und ich bin im Zeitstress. Vielleicht versuche ich es mal mit ihrer Lieblingsmusik „Frau Lindner ich lege Ihnen mal Ihren Peter Alexander auf, vielleicht bekommt er Sie ja aus dem Bett. Na sehen Sie, geht ja doch. Wollen Sie sich heute wieder selbst waschen? Das ging doch gestern ganz gut und bei den schwierigen Stellen helfe ich Ihnen dann. Dann sind Sie ja sicherlich hungrig nach der ganzen Wascherei.“ Keine Reaktion. „Kommen Sie einfach Mal mit raus, vielleicht kommt der Hunger ja noch und falls nicht, genießen Sie einfach die Sonne.“ Am Frühstückstisch im Garten angekommen. Die Sonne scheint mir ins Gesicht und die Bewohner genießen sichtlich auch die Sonnenstrahlen auf der Haut und das Zwitschern der Vögel. Frau Lindner verlangt nach einem Eis, das gehört zu einem Sommerstag dazu, erzählt sie. Auch gut, Hauptsache sie isst irgendetwas. Morgen nehme ich meine Gitarre mit und spiele Frau Lindner ihren Peter Alexander beim gemeinsamen

Frühstück vor, dann haben die anderen auch etwas davon und ich kann auch wieder mal Gitarre spielen.

10:00 Uhr, Dienstschluss. Schade, dass ich heute nicht im Dienst bin, wenn die Geri-Clowns kommen. Das wird bestimmt lustig. Vielleicht komme ich ja mit meinen Kindern vorbei, denen würde das sicherlich gefallen. Hinter mir höre ich noch die lautstarke Diskussion von Herrn Ullrich und Herrn Ludwig, die über die Jahrhunderterte im Jahr 1986 sprechen. Da haben sich zwei gefunden. Schön zu sehen, dass trotz der Demenzerkrankung noch Freude, Spaß und Sonnenschein im Leben der Bewohner Platz hat, das gibt Hoffnung.

Mithilfe der Fallvignette wurde der Perspektivenwechsel, den es in der Betrachtung von Menschen mit Demenz, ihren Bedürfnissen und ihren (Gesundheits-) Potenzialen benötigt, bewusst sehr plakativ veranschaulicht. Die Bilder und Gefühle, die beim Lesen der beiden Szenarien entstehen, machen das dahinterstehende Grundprinzip sehr rasch greif- und nachvollziehbar, unabhängig davon, welches Vorwissen und Vorerfahrungen man mitbringt oder welcher Profession man angehört. Dies soll nun als Ausgangspunkt für die inhaltliche Auseinandersetzung mit dem Thema Gesundheitsförderung und Prävention für Menschen mit Demenz genutzt werden.

Sich auf Basis aktueller Erkenntnisse aus Forschung und Praxis mit der Frage auseinanderzusetzen, wie Prävention und Gesundheitsförderung dazu beitragen können diesen eben skizzierten Perspektivenwechsel auf Menschen mit Demenz vorzunehmen, ist Gegenstand des vorliegenden Herausgeberwerkes. Um sich diesem Thema anzunähern, bedarf es zunächst jedoch einer kurzen Einführung in die Begrifflichkeiten der Gesundheitsförderung und Prävention und einer Auseinandersetzung mit der Verknüpfung zur Zielgruppe der Menschen mit Demenz.

1.2 Gesundheitsförderung und Prävention – die Basis

Gesundheitsförderung und Prävention können als zwei komplementäre Strategien zur Erreichung eines gemeinsamen Zieles betrachtet werden, nämlich der Steigerung der gesundheitlichen Lebensqualität von Gesunden und Kranken (Hurrelmann und Richter 2013). Aus der Perspektive der Salutogenese fokussiert Gesundheitsförderung die Stärkung von Schutzfaktoren und Ressourcen, die als Einflussfaktoren für die Aufrechterhaltung und die Entstehung von Gesundheit gelten (Antonovsky 1987/1997). Die Prävention hingegen, geprägt durch die Pathogenese, zielt auf die Hemmung von Risikofaktoren ab, die mit der Entstehung und dem negativen Verlauf von Krankheiten assoziiert sind. Beiden Wirkungsprinzipien liegt die gemeinsame Annahme zugrunde, dass die zukünftige Entwicklung der Gesundheitssituation eines Individuums und Kollektivs auf einer Wahrscheinlichkeitsbasis vorhergesagt werden kann (Hurrelmann et al. 2014). Je nach Interventionszeitpunkt und -art lassen sich präventive Maßnahmen in primäre, sekundäre und tertiäre Präventionsstrategien kategorisieren (Leppin 2014):

- Primärprävention setzt vor dem Eintreten einer Erkrankung an, richtet sich vorwiegend an Gesunde/Personen ohne Symptomatik und verfolgt das vorrangige Ziel, Neuerkrankungen zu verhindern.
- Sekundärprävention setzt im Frühstadium einer Erkrankung an und zielt darauf ab, das Fortschreiten bzw. die Chronifizierung einer Erkrankung zu verhindern.
- Tertiärprävention kommt bei bereits manifestierten Erkrankungen, bei Menschen mit chronischen Beeinträchtigungen oder Rehabilitanden, zum Einsatz mit dem Ziel, Folgeschäden und Rückfälle zu verhindern.

Legt man diese Schablone auf die Kapitel des vorliegenden Buches so wird rasch deutlich, dass Maßnahmen der Gesundheitsförderung

und Prävention bei Menschen mit Demenz das gesamte Kategorienspektrum beinhalten können: Ansätze, welche die Natur oder auch das bewusste Entstehenlassen von lustigen Situationen nutzen, um positiv auf die Gesundheit von Menschen mit Demenz einzuwirken, können durch ihren stark ressourcenorientierten Charakter der Gesundheitsförderung zugeschrieben werden (► Kap. 13, 18). Maßnahmen der Gewaltprävention, zur Vermeidung des Erlebens von Gewalthandlungen in Betreuungsbeziehungen mit Menschen mit Demenz, können beispielsweise dem Segment der Primärprävention zugeordnet werden (► Kap. 17). Schmerz bei Menschen mit Demenz richtig zu erkennen, um ehest möglich die nötigen Interventionen ableiten zu können ist ein klassisches Thema der Sekundärprävention (► Kap. 12). Menschen mit Demenz nach einem Sturzgeschehen durch gezielte Bewegungsinterventionen wieder dazu zu befähigen sich selbstständig und sicher im Alltag fortzubewegen, kann als Maßnahme der Tertiärprävention angesehen werden (► Kap. 11).

An dieser Stelle gilt es jedoch anzumerken, dass die strikte Zuordnung von Interventionsmaßnahmen zu den einzelnen Stufen der Prävention eher ein theoretischer Denkraum ist als eine praxistaugliche Herangehensweise. Eine trennscharfe Abgrenzung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention, und auch zwischen den einzelnen Stufen der Prävention, ist in der Praxis der Gesundheitsförderung und Prävention oftmals wenig sinnvoll und nur begrenzt möglich (Hurrelmann et al. 2014; Leppin 2014). Zudem kann gerade bei der Zielgruppe der Menschen mit Demenz eine Zuordnung nicht alleine durch den Typ der Intervention vorgenommen werden, sondern es muss eine nähere Betrachtung der Zielformulierungen erfolgen, die mit den Maßnahmen verbunden sind. So kann eine Bewegungsintervention für Menschen mit Demenz nicht bloß wie bereits angeführt im Sinne tertiärer Prävention durchgeführt werden. Steht etwa im Vordergrund, die Selbstwirksamkeitserwartung bei Menschen mit

Demenz zu fördern und das soziale Miteinander durch gemeinsame Bewegung zu stärken, ist die explizite Ausrichtung der Intervention an Gesundheitsförderung zu verorten. Ist allerdings die Vermeidung zukünftiger Stürze inhaltlich fokussiert und handlungsleitend, so ist die Ausrichtung klar primärpräventiver Natur.

Eine zumindest konzeptionelle Trennung von Gesundheitsförderung und Prävention ist bedeutsam, um den Perspektivenunterschied der beiden Denkweisen hervor zu streichen (Altgelt und Kolip 2014). Im vorliegenden Herausgeberwerk erfolgt die Betrachtung von Menschen mit Demenz bewusst aus der Perspektive der Salutogenese, auch wenn Menschen mit Demenz durch ihre vorliegende Grunderkrankung zumeist als Zielgruppe für sekundäre oder tertiäre Präventionsmaßnahmen angesehen werden. Die Buchbeiträge zeigen eindrucksvoll auf, dass Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention weit darüber hinausgehen können, lediglich Folgeschäden zu verhindern und die Progression der Demenzerkrankung zu verzögern. Sie haben das Potenzial Menschen mit Demenz dazu zu befähigen, über den gesamten Krankheitsverlauf hinweg ihre noch bis zuletzt vorhandenen Gesundheitsressourcen zu nutzen. In der Denklogik der Salutogenese soll es Menschen mit Demenz somit mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention ermöglicht werden am Gesundheits-Krankheits-Kontinuum so lange wie möglich so nah wie möglich am Gesundheitspol zu verweilen.

1.3 Der Stellenwert von Gesundheitsförderung und Prävention in der Versorgung von Menschen mit Demenz

Auch wenn sich die folgenden Buchbeiträge sehr spezifisch mit Theorien und Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung befassen, darf dieser Bereich nicht entkoppelt von anderen für die Zielgruppe relevanten Versorgungssegmenten wie Pflege, Therapie

und Rehabilitation betrachtet werden. Ein integriertes Versorgungskonzept für Menschen mit Demenz ist im Idealmodell der gesundheitlichen Versorgung von Hurrelmann et al. (2014) abgebildet. Dabei wird das traditionell sequenzielle Gesundheitsversorgungsmodell, in dem Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration/Therapie, Rehabilitation und Pflege in dieser Reihenfolge nacheinander geschaltet dargestellt sind, überwunden. Kuration/Therapie werden im Idealmodell mit den Versorgungssegmenten Pflege und Rehabilitation eng verflochten und der Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention bildet eine konstitutive Komponente aller Segmente des Gesamtsystems (Hurrelmann et al. 2014). Mit anderen Worten: Die Versorgungssegmente werden nicht isoliert voneinander betrachtet, sondern es werden Schnittmengen und Überlappungen sichtbar. Gerade für Menschen mit Demenz, die oftmals mit dem gleichzeitigen Vorhandensein von unterschiedlichen Gesundheitsstörungen in unterschiedlichen Stadien konfrontiert sind (► Kap. 2), bedarf es einer gleichzeitigen und gleichberechtigten Anwendung und Verzahnung aller Versorgungssegmente (Fischer et al. 2001). Doch nicht umsonst trägt dieses Versorgungskonzept den Titel „Idealmodell“. Die Realität der Behandlung von Menschen mit Demenz und deren Schwerpunktsetzung sind nach wie vor stark auf die Segmente der (vor allem pharmakologischen) Therapie und Pflege ausgerichtet. Eine Umorientierung ist jedoch absehbar, wie auch der Aufruf für breit angelegte Forschung im Themenfeld Demenz vermuten lässt. Denn, vor dem Hintergrund der Abwesenheit eines pharmakologischen Heilmittels wird auf internationaler Ebene Forschung in allen Versorgungssegmenten gefordert. Konkret definiert die Weltgesundheitsorganisation (WHO 2017) das Ziel, die globale Forschungstätigkeit rund um das Thema Demenz im Zeitraum zwischen 2017 und 2025 zu verdoppeln. Die Forschungsfelder Prävention, Rehabilitation und krankheitsmodifizierende Interventionen nehmen

dabei gegenwärtig international einen hohen Stellenwert ein (G8 Health Ministers 2013; WHO 2012, 2017). Dies impliziert nicht ausschließlich die Generierung neuer Forschungserkenntnisse, sondern fokussiert auch das Nutzbarmachen der Erkenntnisse aus anderen Forschungsfeldern für Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation (G8 Health Ministers 2013) sowie die Übertragung der bestehenden wissenschaftlichen Erkenntnisse in die Alltagswelt von Menschen mit Demenz (WHO 2012). Nicht nur das Thema der Prävention, auch Gesundheitsförderung für Menschen mit Demenz ist mittlerweile in internationalen Demenz-Strategien verankert: Die WHO ruft in ihrem Papier „Dementia: a public health priority“ zur Entwicklung von zielgruppenspezifischen Gesundheitsförderungsstrategien auf, um die Lebensqualität von Menschen mit Demenz zu fördern.

Auch wenn das Thema der Prävention und Gesundheitsförderung bereits Einzug in international relevante Demenz-Strategie-papiere gehalten hat, so sucht man in Handlungsplänen und Demenzstrategien auf nationaler Ebene im deutschsprachigen Raum noch vergebens nach einem dezidierten Aufruf und konkreten Handlungsstrategien (Bundesamt für Gesundheit und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren 2016; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2014; Juraszovich et al. 2015). Hier stellt sich natürlich die Frage, warum das Thema der Prävention und Gesundheitsförderung für die Zielgruppe der Menschen mit Demenz bislang so stark vernachlässigt wurde. Erklärungen dafür können im Zusammentreffen mehrere Aspekte gefunden werden: 1) Die aktuell noch etwas lückenhafte Evidenzlage hinsichtlich der Wirksamkeit von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung bei Menschen mit Demenz sowie weitestgehend fehlende Konzepte zur zielgruppen- und settingspezifischen Adaption von bereits bei kognitiv gesunden alten Menschen als wirksam identifizierten Interventionen, 2) das langjährige

Schattendasein von Pflegeeinrichtungen als Gesundheitsförderungs-Setting, dem bis vor Kurzem praktisch wie auch wissenschaftlich, nur wenig Aufmerksamkeit zuteilwurde (Krajic et al. 2014; Schaeffer und Büscher 2009) und das offiziell erst seit 2005 (Österreich) bzw. 2011 (Deutschland) dem Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen zugeschrieben wird (Deutsches Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen 2017; Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen 2017), 3) die allgemeine Vernachlässigung von Gesundheitsförderung für die Zielgruppe der chronisch kranken und hochaltrigen Menschen (Schaeffer und Büscher 2009) sowie 4) die spezifische Infragestellung der Sinnhaftigkeit von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention für Menschen mit Demenz von Entscheidungsträgern in relevanten Versorgungssettings (Blättner et al. 2018), können hier als einige mögliche Gründe angeführt werden.

Weiter lassen sich auf Ebene von Modellen und Theorien, die mit Gesundheitsförderung und Prävention in Verbindung stehen, „blinde Flecken“ identifiziert, die dazu geführt haben können, dass Menschen mit Demenz bislang nicht als relevante Zielgruppe wahrgenommen wurden. Betrachtet man beispielsweise die Mehrzahl der Modelle des erfolgreichen Alterns, so exkludieren diese Menschen mit Demenz bereits per Definition (Cosco et al. 2014). Die meisten Modelle orientieren sich nach wie vor am prominenten MacArthur Modell des erfolgreichen Alterns (Rowe und Kahn 1997), das als Kriterien für erfolgreiches Altern die niedrige Wahrscheinlichkeit für Erkrankungen und erkrankungsassoziierte Beeinträchtigungen, eine hohe kognitive und physische Leistungsfähigkeit und die aktive und engagierte Teilhabe am Leben definiert. Angesichts dessen, dass aktuell 50 Mio. Menschen an Demenz erkrankt sind und sich diese Zahl bis zum Jahr 2050 mehr als verdreifachen wird (Alzheimer's

Disease International 2018), erscheint ein a priori Labeling einer so großen Gruppe als „erfolglos Alternde“ nicht nur aus ethischer Perspektive höchst problematisch. Das MacArthur Modell wurde in den letzten drei Jahrzehnten in über 100 unterschiedlichen Versionen von Altersforschern adaptiert und erweitert, kürzlich sogar von Rowe und Kahn selbst mit dem Modell „Successful aging 2.0“ (Rowe und Kahn 2015). Parallel dazu wurden in den letzten 30 Jahren auch unzählige kritische Artikel zum Modell veröffentlicht (Martinson und Berridge 2015): Diese rufen auf zu einer multidimensionalen Expansion des Modelles, einer Inklusion der subjektiven Bedeutung von erfolgreichem Altern und zu inklusiveren Kriterien, um die Diversität der Gruppe der alten Menschen real abzubilden und Diskriminierung zu vermeiden. In diesem Zusammenhang scheint der erst kürzlich publizierte Artikel von Tesch-Römer und Wahl (2017) ein Wegbereiter für die Inklusion von Menschen mit Demenz in Konzepte des erfolgreichen Alterns zu sein. Die Autoren argumentieren, dass die Prävalenz von alten Menschen mit Beeinträchtigungen und Pflegebedarfen auch zukünftig in modernen Gesellschaften sehr hoch sein wird und deshalb die dichotome Einteilung von alten Menschen in die beiden Kategorien „gesundes Altern“ oder „Altern mit Pflegebedarfen“ dadurch ersetzt werden sollte, diese beiden Kategorien als konsekutive Phasen innerhalb der Lebensspanne anzusehen. Daher sollte erfolgreiches Altern mit Pflegebedarfen in traditionelle Konzepte des erfolgreichen Alterns aufgenommen werden. Für die zukünftige Konzeption von Modellen des erfolgreichen Alterns sollten individuelle, umgebungsbezogene und pflegebezogene Strategien und Ressourcen für erfolgreiches Altern herangezogen werden, was zudem eine Lebensspannenperspektive miteinbeziehen muss (Tesch-Römer und Wahl 2017). Dies wiederum würde auch hier einen Perspektivenwechsel bedingen, sich nicht das „was“ anzusehen, also den Blick nicht ausschließlich auf den Gesundheitsstatus eines alten

Menschen zu richten, sondern den Fokus auf das „wie“ zu legen, also darauf, inwiefern es einem Menschen gelingt seine vorhandenen Gesundheitspotenziale auch trotz etwaiger Beeinträchtigungen erfolgreich zu nutzen. Die Einnahme dieser Perspektive hat beispielsweise bereits im Modell der selektiven Optimierung und Kompensation von Baltes (1997) lange Tradition und sollte vor allem in Hinblick auf die Förderung der Gesundheitspotenziale von Menschen mit Demenz stärker als theoretische Grundlage für die Versorgungspraxis der Zielgruppe herangezogen werden.

Wie die kurze Einführung in die Thematik Gesundheitsförderung und Prävention für Menschen mit Demenz bereits deutlich vor Augen geführt hat, handelt es sich um ein höchst spannendes, relevantes und zugleich noch wenig erforschtes und im Versorgungssystem noch kaum verankertes Thema. Es gibt demnach in Praxis und Wissenschaft noch viel zu tun, um Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in den Alltag von Menschen mit Demenz zu bringen.

1.4 Aufbau und Inhalte des Buches

Das vorliegende Herausgeberwerk ist in vier Teilabschnitte untergliedert. Im Abschnitt der Einführung werden neben dem vorliegenden Kapitel, das eine grundsätzliche Verortung des Themas der Gesundheitsförderung und Prävention für Menschen mit Demenz vornimmt, das Demenzsyndrom an sich und die damit oftmals einhergehenden Komorbiditäten behandelt, um so die Basis für die weitere Auseinandersetzung mit der Zielgruppe und ihren besonderen Bedürfnissen zu schaffen. Im Hauptteil des Buches erfolgt, gegliedert in zwei Abschnitte, eine thematische Trennung von Beiträgen, die sich primär mit theoretischen Grundlagen der Gesundheitsförderung und Prävention auseinandersetzen und Beiträgen, die sich unterschiedlichen praktischen Handlungsfeldern der Gesundheitsförderung

und Prävention für Menschen mit Demenz widmen.

Im Theorieteil werden zentrale Konzepte und Modelle der Gesundheitsförderung, teilweise international erstmalig, in Bezug auf Menschen mit Demenz diskutiert und beleuchtet: Große Lücken hinsichtlich deren Anwendung, Ergänzung und Erweiterung für bzw. bei Menschen mit Demenz werden aufgezeigt, aber auch Ansätze, wie zukünftig zu deren Schließung beigetragen werden könnte. Der Auseinandersetzung mit dem Thema der Evaluation kommt im Theorieteil ebenso wie in den einzelnen Kapiteln des Interventions- teils eine zentrale Rolle zu. Um Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention für Menschen mit Demenz gleichwertig und komplementär neben pharmakologischen Therapieansätzen fest in der Versorgungs- struktur für diese Zielgruppe zu verankern, bedarf es der Darlegung von Evidenznach- weisen, die das Potenzial für die Zielgruppe „schwarz auf weiß“ belegen, um damit nicht zuletzt auch den Einsatz von Finanzmitteln in diesem Bereich zu legitimieren.

Die Buchkapitel im Interventionsabschnitt des Buches befassen sich zum einen mit Themen, die bereits eine lange Tradition haben, wie z. B. Ernährung, Bewegung oder Krankheitsbewältigung, und diskutieren diese in Hinblick auf die speziellen Bedürfnisse und Bedarfe von Menschen mit Demenz. Zum anderen werden Themenbereiche, die stärker im Bereich der Prävention verankert sind, wie z. B. Gewalt, Suizid oder Schmerz, in Hinblick auf die Zielgruppe beleuchtet. Als dritte Komponente werden darüber hinaus auch noch bisweilen für diese Zielgruppe etwas exotisch anmutende Maßnahmenbereiche mit stark ressourcenorientiertem Charakter wie Interventionen aus dem Bereich Humor, Natur oder Sexualität oder auch Themen, die nicht auf den ersten Blick mit Gesundheitsförderung assoziiert werden, wie der Bereich der Technik (Stichwort Gesundheit 4.0), präsentiert.

Der vierte und letzte Abschnitt des Buches ist einem Ausblick mit Weitblick gewidmet. Neben einem Fazit und der

zusammenfassenden Aufstellung von weiteren Forschungsdesideraten schließt das Buch mit einem Aufruf zum Paradigmenwechsel in der Demenzforschung.

Das Herausgeberwerk bietet somit einen interdisziplinären und multiperspektivischen Spaziergang durch die aktuelle Studienland- schaft, zeigt Entwicklungspotenziale und drin- gend zu schließende Wissenslücken auf und diskutiert mögliche Ausrichtungen für die Zukunft – dies alles mit dem Ziel Forschende und Praktiker zu ermutigen, Menschen mit Demenz zu befähigen ihre Gesundheits- potenziale bestmöglich zu entfalten.

Literatur

- Altgelt T, Kolip P (2014) Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J (Hrsg) Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Huber, Bern, S 45–56
- Alzheimer's Disease International (2018) World Alzheimer Report 2018. The state of the art of dementia research: New frontiers. ► <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2018.pdf>. Zugegriffen: 30. Jan. 2019
- Antonovsky A (1997) Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit (A. Franke, Übers.). dgvt-Verlag, Tübingen. (Original erschienen 1987: Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well)
- Baltes PB (1997) Die unvollendete Architektur der menschlichen Ontogenese: Implikationen für die Zukunft des vierten Lebensalters. *Psychol Rundsch* 48:191–210
- Blättner B, Ponomarew K, Kraemer K, Griesel S, Roß-Stabernack S, Krüger K (2018) Gesundheitsförderung in Pflegeheimen: Sichtweisen von Entscheidern. *Präv Gesundheitsfförd* 13(2):146–150. ► <https://doi.org/10.1007/s11553-017-0623-0>
- Bundesamt für Gesundheit und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und – direktoren (2016) Nationale Demenzstrategie Schweiz. ► <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/nationale-demenzstrategie.html>. Zugegriffen: 30. Jan. 2019
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2014) Gemeinsam für Menschen mit Demenz: Die Handlungsfelder. ► https://www.allianz-fuer-demenz.de/fileadmin/de.allianz-fuer-demenz/content.de/downloads/Gemeinsam_fuer_Menschen_mit_Demenz.pdf. Zugegriffen: 30. Jan. 2019

- Cosco TD, Prina AM, Perales J, Stephan BC, Brayne C (2014) Operational definitions of successful aging: a systematic review. *Int Psychogeriatr* 26(3):373–381. ► <https://doi.org/10.1017/s1041610213002287>
- Deutsches Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (2017) Über uns. ► <http://dngfk.de/geschichte>. Zugegriffen: 30. Jan. 2019
- Fischer GC, Kuhlmei A, Lauterbach KW, Rosenbrock R, Schwartz FW, Scriba PC, Wille E (2001) Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III, Über-, Unter- und Fehlversorgung. Gutachten 2000/2001. ► <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=18>. Zugegriffen: 30. Jan. 2019
- G8 Health Ministers (2013) G8 Dementia Summit Declaration. ► https://www.allianz-fuer-demenz.de/fileadmin/de.allianz-fuer-demenz/content.de/downloads/G8_DEMENTIA_SUMMIT_DECLARATION.pdf. Zugegriffen: 30. Jan. 2019
- Hurrelmann K, Richter M (2013) Gesundheits- und Medizinsoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung, 8., überarb Aufl. Juventa, Weinheim
- Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J (2014) Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J (Hrsg) *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*, 4., vollständig überarb Aufl. Huber, Bern, S 13–24
- Juraszovich B, Sax G, Rappold E, Pfabigan D, Stewig F (Hrsg) (2015) *Demenzstrategie: Gut Leben mit Demenz*. ► http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/5/7/0/CH1513/CMS1450082944440/demenzstrategie_abschlussbericht.pdf. Zugegriffen: 30. Jan. 2019
- Krajic K, Cichocki M, Quehenberger V (2014) Health-promoting residential aged care: a pilot project in Austria. *Health Promot Int* 30(3):769–781. ► <https://doi.org/10.1093/heapro/dau012>
- Leppin A (2014) Konzepte und Strategien der Prävention. In: Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J (Hrsg) *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*, 4., vollständig überarbeitete Aufl. Huber, Bern, S 36–44
- Martinson M, Berridge C (2015) Successful aging and its discontents: a systematic review of the social gerontology literature. *The Gerontologist* 55(1):58–69. ► <https://doi.org/10.1093/geront/gnu037>
- Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (2017) Mitglieder und Partner. ► <http://www.ongkg.at/mitglieder-und-partner.html>. Zugegriffen: 30. Jan. 2019
- Rowe JW, Kahn RL (1997) Successful aging. *The Gerontologist* 37(4):433–440. ► <https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>
- Rowe JW, Kahn RL (2015) Successful aging 2.0: conceptual expansions for the 21st century. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 70(4):593–596. ► <https://doi.org/10.1093/geronb/gbv025>
- Schaeffer D, Büscher A (2009) Möglichkeiten in der Gesundheitsförderung in der Langzeitversorgung. Empirische Befunde und konzeptionelle Überlegungen. *Z Gerontol Geriatr* 6:441–451. ► <http://dx.doi.org/10.1007/s00391-009-0071-3>
- Tesch-Römer C, Wahl H-W (2017) Toward a more comprehensive concept of successful aging: disability and care needs. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 72(2):310–318. ► <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw162>
- WHO (2012) *Dementia: a public health priority*. ► http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/1/9789241564458_eng.pdf?ua=1. Zugegriffen: 30. Jan. 2019
- WHO (2017) *Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025*. ► <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259615/1/9789241513487-eng.pdf?ua=1>. Zugegriffen: 30. Jan. 2019



Das Demenzsyndrom und Komorbiditäten

Werner Hofmann

- 2.1 Ausgangslage – 14**
- 2.2 Das Demenz-Syndrom – 15**
 - 2.2.1 Diagnose des Demenz-Syndroms – Vorbemerkungen und krankheitsspezifische Herausforderungen – 15
 - 2.2.2 Wann liegt eine Demenz vor? Vom Screening zur elaborierten Diagnostik – 17
 - 2.2.3 Vom Syndrom zur Ätiologie der Demenz – 18
 - 2.2.4 Unterdiagnostik der Demenz – 22
- 2.3 Komorbidität und Demenz – 23**
 - 2.3.1 Physiologische Aspekte – 24
 - 2.3.2 Komorbidität der Demenz mit Delir und Depression – 26
- 2.4 Fazit – 27**
- Literatur – 28**

Täglich melden Laien- und Fachpresse Fortschritte in der Demenzprävention. Es gibt keinen Ansatz, der nicht schon in Betracht gezogen worden wäre – von der mit Vitaminen angereicherten Polypill bis zum Tanztee. Epidemiologische Studien zeigen, dass im mittleren Lebensalter bekannte Risikofaktoren wie Rauchen, Bewegungsmangel oder Übergewicht Demenzen im späteren Lebensalter begünstigen. Diese in jüngeren Jahren zu beeinflussen, ist in jedem Fall präventiv effizient.

Für Risikofaktoren, die erst im späteren Lebensalter auftreten, existiert laut aktualisierter S3-Leitlinie Demenzen keine Evidenz: „Aus Untersuchungen zu Ernährungsgewohnheiten, mäßigem Alkoholkonsum, Medikamenten- oder Hormonbehandlung können keine Empfehlungen abgeleitet werden.“ (Jessen et al. 2017, S. 128). Da eine voll wirksame Prävention oder komplette „Heilung“ der Demenz vermutlich für Jahrzehnte nicht in Sicht sind, verbleibt die Beeinflussung von Demenz-Symptomen und begleitenden Krankheiten als wichtige Option.

2.1 Ausgangslage

Demenzerkrankungen beginnen möglicherweise bereits 30 Jahre vor den ersten Symptomen. Bei der Alzheimer-Demenz (AD), der häufigsten der fünf Demenzformen (siehe ► Abschn. 2.2.3), lassen sich bereits 20 Jahre vor Manifestation positive Biomarkerbefunde identifizieren, die mit bis zu 90 % der späteren auftretenden AD korrelieren (Jack et al. 2018). Während klinisch orientierte Konzepte einer frühzeitigen Diagnostik im Sinne eines Mild Cognitive Impairment (MCI) unzuverlässig blieben (Malek-Ahmadi 2016), wird auf die Neukonzeption der Demenz-Diagnostik seit 2018 große Hoffnung gesetzt: Man erwartet, dass mit biologischen Befunden, die aus Liquor (Rückenmarksflüssigkeit), Blutserum und/oder bildgebenden Verfahren gewonnen werden, eine zutreffende, sehr frühzeitige Diagnose der AD gestellt werden kann; allerdings bleiben die aufwendigen und eingreifenden

(z. B. Liquorpunktion) Verfahren hochspezialisierten Zentren vorbehalten (Silverberg et al. 2018). Die Forschung ist angestoßen, die Neukonzeption befindet sich noch in einem experimentellen Stadium.

60 bis über 75 % aller Personen in der Wohnbevölkerung wünschen eine frühzeitige Diagnose für sich, um die Zukunft planen zu können (Klöppel 2016). In einer älteren, nur kleinen Studie wünschten sogar 90 % aller in Hausarzt-Praxen vorstellig gewordenen Patienten eine frühe Diagnose (Wächtler et al. 2007). Definitiv gibt es aber auf absehbare Zeit keine spezifisch und direkt wirksamen, medizinischen Therapieansätze, keine Prognose, wann und in welcher Ausprägung die Demenz fortschreitet und vor allem keine verlässliche Vorhersage, wie der Mensch mit Demenz „seine“ Erkrankung künftig tatsächlich erleben wird.

Die Demenz ist eine Kontinuums-erkrankung und wird bei späterem Beginn in höherem Alter möglicherweise gar nicht mehr „erlebt“. Mögliche Auslöser und Risikofaktoren korrelieren nicht notwendiger Weise mit den genannten biologischen Parametern (Biomarkern), der Neuropathologie und den klinischen Ausprägungsgraden sowie Symptomen. Das heißt, Menschen mit Demenz, die eine Frühdiagnose etwa in einer Gedächtnissprechstunde (Memory-Clinic) anstreben, benötigen eine besonders intensive ärztliche, psychologische und sozialpädagogische Beratung, Begleitung und Gesprächsführung.

Die klassischen Prinzipien der medizinischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention, wie etwa bei kardiovaskulären Erkrankungen, Diabetes oder Karzinomen greifen bei Demenz nicht in gleichem Maße (Solomon et al. 2014). Den nicht-medizinischen Präventionsstrategien kommt, ganz im Sinne des vorliegenden Herausgeberwerkes, ein umso bedeutenderer Stellenwert zu. Die allgemeine Wirkung nicht-medizinischer Maßnahmen ist belegt, vermehrt liegen Studien zu deren Evidenz vor; das Wissen um die Stärke der Effekte auf demenzspezifische Störungen bedarf allerdings weiterer Forschungsanstrengungen (Kratz 2017).

Interprofessionelle Arbeitsansätze der therapeutisch-pädagogisch und ärztlich tätigen Berufsgruppen sind gefordert – und wirksam. Es gilt, modifizierbare Risikofaktoren zu identifizieren und protektive Programme zu etablieren.

- **Da eine voll wirksame, rein medizinische Prävention oder komplette „Heilung“ einer bereits manifesten Demenz nicht in Sicht sind, verbleibt die Beeinflussung von Umgebungsfaktoren, Demenz-Symptomen und begleitenden Körper-Krankheiten als besonders wichtige Option.**

Die Demenzformen müssen eindeutiger differenziert werden, und zwar hinsichtlich unterschiedlicher Aspekte: Ätiologie (Ursache), Interaktionen mit anderen, begleitenden Körpererkrankungen (Komorbidität), Zeitpunkt der Manifestation, Ausprägung affektiver Störungen (Angst und/oder depressive Symptome) und von Verhaltensauffälligkeiten im Verlauf, über die Zeit und im Grad der Demenz. Diese sprechen im Gegensatz zur zugrunde liegenden Demenz auf nicht-medikamentöse oder medikamentöse Behandlung gut an – in präventivem Sinn: „Der zeitlich begrenzte Gebrauch von Psychopharmaka ist dann sinnvoll, wenn psychosoziale Interventionen nicht effektiv waren.“ (Kratz 2017, S. 453).

2.2 Das Demenz-Syndrom

2.2.1 Diagnose des Demenz-Syndroms – Vorbemerkungen und krankheitsspezifische Herausforderungen

Internationale Leitlinien und Diagnosekriterien sehen ein zweistufiges Vorgehen zur Diagnostik der Demenzen vor: Der erste Schritt dient einer möglichst gründlichen Erhebung, Beschreibung und Sicherung des

Demenzsyndroms. Im zweiten Schritt erfolgt die Spezifizierung der Demenz-Ätiologie.

Die überarbeitete S3-Leitlinie Demenzen (Jessen et al. 2017) basiert auf den ICD (International Classification of Diseases) – Kriterien der Weltgesundheitsorganisation (WHO 2016). Diese sind kompatibel mit den klinischen Kategorien des US-amerikanischen National Institute on Aging (NIA; Knopmann et al. 2018) und der Alzheimer's Association (AA; Jack et al. 2018) sowie einer Vielzahl an weiteren Kriteriensätzen und internationalen Leitlinien. Die Formulierung der ICD-11 der WHO, die ab 2022 in Kraft tritt, befolgt diese ebenfalls. Die Codierung nach ICD durch den Arzt sichert Leistungen der Krankenversicherung und – in Deutschland – der Pflegeversicherung, die nur dann eintritt, wenn eine fortschreitende Erkrankung dokumentiert ist. Je genauer Demenzen differenziert werden, desto zutreffender ergeben sich Überlegungen zur Begleitmedikation und zu umgebungs- und verhaltensunterstützenden Angeboten. Eine Diagnose verhilft auch dazu, einen erhöhten Ressourcenaufwand, vor allem für die Pflege, darzustellen. Kostenschätzungen ohne genaue diagnostische Klassifizierung und Codierung müssen nach Ansicht des Autors als unseriös gelten.

- **Die Demenzdiagnostik muss zweistufig erfolgen. Eine genaue Diagnose sichert eine maßgeschneiderte Behandlung und Begleitung und ermöglicht erst die Abbildung nötiger Ressourcen.**

Im Rahmen der Demenzdiagnostik gilt es zahlreiche, teils krankheitsspezifische Herausforderungen zu beachten, um zu einem validen Ergebnis gelangen zu können.

- Für jeden Erstkontakt sollte eine ruhige, helle und möglichst bequeme Zone zur Verfügung stehen. Der Mensch mit Demenz sollte emotional einbezogen werden und es sollte durch zugewandte Gestik zum Ausdruck gebracht werden, dass man ihn teilhaben lassen will (Empathie). Sollte – idealerweise – eine Bezugsperson anwesend sein, sollte der primäre

Kontakt immer mit dem Menschen mit Demenz zuerst erfolgen. Bestätigende oder nichtbestätigende Rückfragen geben in ihrem entweder positiven oder negativen Gesprächsergebnis wichtige Zusatzinformationen (Hofmann 2012b; Hofmann et al. 2019).

- In der Gesprächsführung sollten einfache, eindeutige und klare Worte und Informationen eingesetzt werden. Vor Beginn der körperlichen Untersuchung und vor dem Auskleiden ist zu erklären, welche Maßnahmen geplant sind. Häufig müssen Fragen wiederholt gestellt werden, verbunden mit der Rückfrage „Haben Sie verstanden?“ (Hofmann 2017; Wächtler 2003).
- Sehr viele Ältere weisen ohnehin ein vermindertes Sehvermögen und eine Schwerhörigkeit auf. Eine Visuseinschränkung ist bei Menschen mit Demenz etwa 10 bis 20 % häufiger als in der Allgemeinbevölkerung und liegt bei 40 bis 65 % (Körting 2017). Bei beiden Funktionen handelt es sich um Einschränkungen im Bereich der peripheren Organe Augen und Ohren. Bei einer Demenz kommt es zusätzlich zu sehr speziellen Veränderungen, die die zentrale Verarbeitung im Gehirn betreffen. Räumliche Strukturen, Gegenstände und vor allem Personen werden verzerrt oder verschwommen wahrgenommen. Gerade Linien, Wegstrecken, Zielpunkte werden nicht „geortet“. Die vermeintliche „Desorientierung“ ist in Wirklichkeit eine Raum-Wahrnehmungs- und Explorationsstörung.
- Auch das Erkennen von Gesichtern (Physiognomie) gelingt nicht. Vertraute werden nicht erkannt, „optisch“ nicht gesehen, aber „haptisch“ dennoch wahrgenommen und wiedererkannt. Berührung, Zuwendung und Beruhigung kommen daher gut an. Die Geschwindigkeit, verbunden mit der erforderlichen Geduld, um verbliebene Wahrnehmungs- und Verarbeitungsmodalitäten kompensatorisch

einzusetzen, spielt eine wichtige Rolle (Hofmann 2012b).

- Neueste Forschung zur zentralen Verarbeitung von Geräuschen ist ebenso zu berücksichtigen. Die Einschränkung des Hörvermögens liegt bei Menschen mit Demenz um 10 bis 20 % höher als in der Allgemeinbevölkerung und wird auf etwa 55 bis zu 80 % beziffert (Dietz et al. 2018). Sinntragende Geräusche (z. B. Telefon, Klingel, Hundegebell, Gewitter) können schon zu einem Zeitpunkt nicht erkannt werden, zu dem kognitive Funktionen gemessen in den Screenings (siehe ► Abschn. 2.2 in diesem Kapitel) noch intakt sind. Auch die Quelle von Geräuschen in der Umgebung (Lokalisation, Richtung sowie Entfernung) kann nicht identifiziert werden. Dies führt zu Unsicherheit, Angst, Irritation, Fehlleistungen und herausforderndem Verhalten – vor allem bei Umgebungswechsel. Eindeutige, klar formulierte sprachliche Erklärungen haben sich als sehr hilfreich erwiesen und können umso besser nachvollzogen werden, wenn das periphere Hören unterstützt wird (Dietz et al. 2018).
- **Sehen und Hören weisen eine periphere (vermindertes Seh- und Hörvermögen) und eine zentrale (veränderte Verarbeitung im Gehirn bei Demenz) Komponente auf. Brille und Hörgerät müssen im diagnostischen Prozess verfügbar sein, die zentrale Verarbeitung ist durch Empathie und Körperkontakt zu fördern.**
- Kaum ein medizinischer Behandlungsanlass kann frei von Schmerzen sein (zum Thema Schmerz siehe auch ► Kap. 12). Die Prävalenz von Schmerzen bei Menschen mit Demenz wird mit 49 bis 83 % angegeben (Lukas und Drebenstedt 2014). Hier ist auf Körpersprache zu achten (Edmondstone 1995). Man kann versuchen, die Hände über verschiedene Körperregionen zu führen und anhand der Mimik interpretieren, an welcher

Körperregion die Erkrankung zu lokalisieren ist. Extreme Unruhe kann Ausdruck stärkster Schmerzen etwa bei Harnverhalt sein. Nach Erfahrung des Autors können mit zunehmender Schwere der akuten Erkrankung Verhaltensauffälligkeiten, Unruhe und aggressive Tendenzen aber auch wieder abnehmen. Dies ist fatal, weil eine vital bedrohliche Erkrankung übersehen werden kann.

- Bei der Diagnostik muss laut S3-Leitlinie die Einwilligungsfähigkeit des Betroffenen berücksichtigt und geprüft werden; gegebenenfalls muss eine gesetzliche Vertretung geschaffen werden (Jessen et al. 2017).

2.2.2 Wann liegt eine Demenz vor? Vom Screening zur elaborierten Diagnostik

Zahlreiche Symptome begründen den Verdacht auf eine Demenz (Hofmann 2012b; Hofmann et al. 2019; Wächtler 2003): Das Vergessen kurz zurückliegender Ereignisse und von Terminen, Schwierigkeiten bei komplexen alltäglichen Verrichtungen (Umgang mit Geräten), Vernachlässigen von Hobbys, sozialer Rückzug, vermehrte Reizbarkeit. Der ältere Mensch wird mürrisch, es entstehen Probleme beim Autofahren oder es fällt ihm schwer, im Gespräch das passende Wort zu finden. Das tägliche Leben kann durch aufgehobenes Urteilsvermögen (nicht mehr vorhandenes Erfassen von Zusammenhängen), Störungen der Orientierung, der Wortfindung (Aphasie), Fingerfertigkeit und/oder Bewegungsabfolgen (Apraxie) eingeschränkt werden.

Die S3-Leitlinie sagt: „Eine frühzeitige syndromale Diagnostik ist Grundlage. Eine genaue Eigen-, Fremd-, Familien- und Sozialanamnese einschließlich der vegetativen und Medikamentenanamnese sind zu erheben. Aus ihr sollen eine erste ätiologische Zuordnung erkennbar und Problembereiche, Alltagsbewältigung und

bisheriger Verlauf abschätzbar sein. Bei jedem Demenzverdacht sollten MMSE, DemTect, TFDD oder MoCA und Uhrentest durchgeführt werden. Deren Sensitivität ist jedoch begrenzt und sie sind zur Differenzialdiagnostik nicht geeignet.“ (Jessen et al. 2017, S. 40).

Die S3-Leitlinie empfiehlt im Einzelnen einen der genannten „Papier- und Bleistift“-Tests (Screening-Tools, oder -Tests) zur orientierenden Einschätzung kognitiver Störungen zu verwenden:

- Mini-Mental State Examination (MMSE; Folstein et al. 1975) oder
- Demenz-Detection (DemTect; Kessler et al. 2000) oder
- Test zur Früherkennung von Demenzen mit Depressionsabgrenzung (TFDD; Ihl et al. 2000) oder das
- Montreal Cognitive Assessment (MoCA; Nasreddine et al. 2005; siehe auch ► www.mocatest.org) UND
- eine Variante der verschiedenen Uhrentests (Suhlmann et al. 1993; Sunderland et al. 1989; Watson et al. 1993).

Die Güte eines Screening-Ergebnisses hängt davon ab, wie der zu untersuchende Personenkreis vorab definiert wurde (Prävalenzbereich). Es muss ein „Anfangsverdacht“ für ein Gedächtnisproblem bestehen, um eine bestimmte „Trefferwahrscheinlichkeit“ zu erzielen. Auch ist der Screening-Test nur dann einzusetzen, wenn sich der Mensch mit Demenz in seiner „Tagesbestform“ befindet. Dies stellt vor allem im Akutkrankenhaus ein Problem dar und führt nach Erfahrung des Autors zu Fehlbestimmungen in einem niedrig zweistelligen Prozentbereich.

Im „Expertensetting“ mit hoher Prävalenz (Gedächtnissprechstunden, Geriatriische Kliniken) besitzt die MMSE eine positive prädiktive Wertigkeit (Erkennen der Demenz) in Höhe von >85 %, und eine negative prädiktive Wertigkeit (Ausschluss der Demenz) <80 %; im Hausarztsetting (Niedrigprävalenzbereich) besitzt die MMSE demgegenüber nur eine

sehr geringe positive prädiktive Wertigkeit, um Demenzen erkennen zu können, in Höhe von <55 %, aber eine besonders hohe negative Wertigkeit zum Ausschluss der Demenz >95 % (Mitchell 2009).

Ein Screening darf – nach Schulung und bei zuverlässiger Berücksichtigung der Handlungsanleitung – von pflegerischen und therapeutischen Berufsgruppen, auch von Praxispersonal durchgeführt werden. Die Trennschärfe für das Beurteilen von Gedächtnisstörungen lässt erheblich nach, wenn die Handlungs-Anweisungen nicht befolgt werden, etwa, weil man aus „Gutmütigkeit eine Auge zudrückt“.

Auch bei gründlichster Befolgung der jeweiligen Handlungsanleitung besitzt jedes Screening-Tool nur eine begrenzte Sensitivität und Spezifität. Das heißt, bei einem korrekten Hinweis auf ein Demenz-Syndrom in Höhe von 85 % „entgehen“ 15 % der untersuchten Personen. Immer sind die Kriterien Zeitdauer nachgewiesener Gedächtniseinschränkungen >6 Monate und eingeschränkter Status hinsichtlich der Aktivitäten des täglichen Lebens (activities of daily living; ADL) führend. Der Untersucher hat sich seiner Verantwortung klar zu sein, dass es keinesfalls zu einer Fehldiagnose und damit unzulässiger Diskriminierung des Menschen mit Demenz kommen darf.

- **Ein Demenz-Syndrom liegt vor, wenn >6 Monate anhaltende Gedächtnisstörungen nachgewiesen sind, in einem Screening der Cut-Off-Wert unterschritten und die Schwelle einer erkennbaren ADL-Einschränkung überschritten ist.**

Weiter empfiehlt die S3-Leitlinie, bei fraglicher oder leichtgradiger Demenz neuropsychologische Tests mit elaborierten Batterien einzusetzen. Der Untersucher wählt erst nach eingehendem persönlichen Eindruck und Fremdanamnese meist Subskalen aus verschiedenen Testkoffern aus und erstellt den Befund, der sich aus der Gesamtschau von klinischer Untersuchung und psychometrischer

Testung ergibt. Zu den gängigsten Verfahren gehören z. B. die Alzheimer Disease Assessment Scale (ADAS), The Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly (CAMDEX), The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD) (Ivemeyer und Zerfaß 2002). Die Neuropsychologie hat einen wichtigen Stellenwert in der Frühdiagnostik, um verhaltens- und umgebungsbezogene Präventionsprogramme zu initiieren.

Weiter empfiehlt die S3-Leitlinie die Bestimmung von 11 Parametern im Blut (Basislabor) sowie eine Bildgebung (Röntgen) des Kopfes als obligat durchzuführende apparative Diagnostik-Bestandteile. Das Basislabor wird gezielt erweitert, sofern Anlass besteht.

2.2.3 Vom Syndrom zur Ätiologie der Demenz

Das zweistufige Vorgehen der Demenz-Diagnostik (siehe ► Abschn. 2.2.1) erlaubt es, lediglich das Syndrom der Demenz festzustellen, wenn der Patient eine Spezifizierung nicht wünscht. Dies ist zu respektieren. ■ Abb. 2.1 veranschaulicht die Ebene vom Syndrom der Demenz sowie verschiedene Ätiologien.

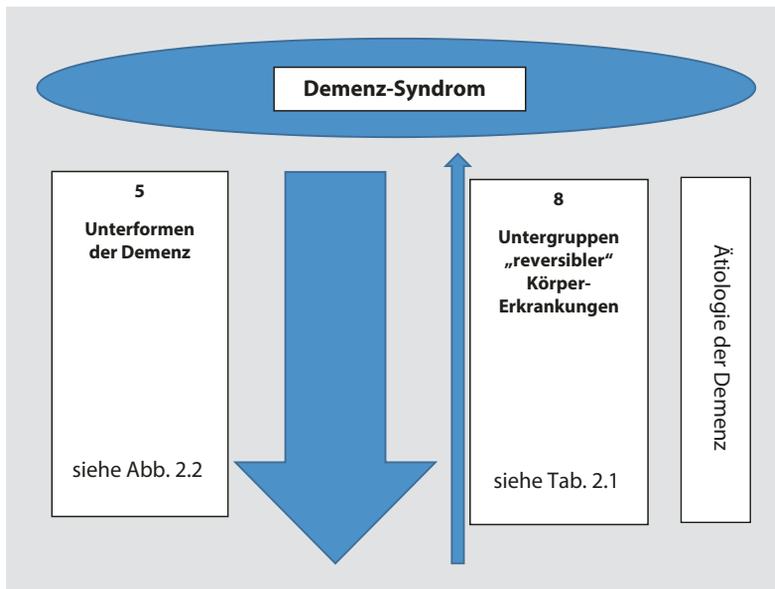
Die S3-Leitlinie enthält eine Übersicht potenziell „reversibler“, also ursächlich behandelbarer Demenzen, wie in ■ Tab. 2.1 gezeigt (Jessen et al. 2017, S. 47). In einer Metaanalyse fanden sich bei 9 % vermeintlich an Demenz Erkrankter in Wirklichkeit reversible Ursachen (Clarfield 2003).

- **Es existiert eine Reihe von ursächlich behandelbaren Demenzen, deren Ursachen potenziell reversibel sind.**

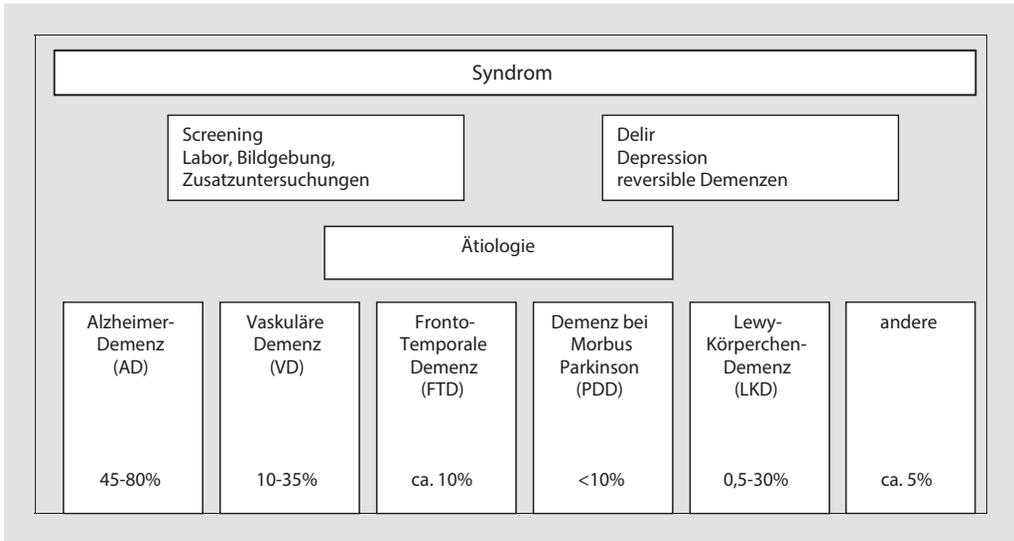
Liegt kein Anhaltspunkt für eine reversible Ursache vor, erfolgt die Zuordnung zu einzelnen Formen der Demenz. Die S3-Leitlinie führt fünf Demenzformen in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit auf sowie die Kategorie „andere Demenzen“: Alzheimer-Demenz (AD), Vaskuläre Demenz (VD), Fronto-Temporale Demenz (FTD), Demenz bei Morbus

■ **Tab. 2.1** Wichtige reversible Ursachen des Demenzsyndroms. (Jessen et al. 2017, S. 47)

| Ausgestaltung | Ursache |
|-----------------------------------|--|
| Endokrinopathien | Hypo- oder Hyperthyreose Hypo- oder Hyperparathyreodismus |
| Mangelkrankheiten | Vitamin B12 Folsäure Vitamin B1 Vitamin B6 |
| Metabolische Enzephalopathien | Morbus Wilson, Hämochromatose, Leberzirrhose chronische Niereninsuffizienz (Dialyse) |
| Intoxikationen | Kohlenmonoxid, Quecksilber, Blei, Perchlorethylen Medikamente Alkohol |
| Elektrolytentgleisungen | Hypo- und Hypernatriämie |
| Hämatologische Erkrankungen | Polyzythämie, Hyperlipidämie, Plasmozytom Anämie |
| Chronische Infektionserkrankungen | Bakteriell: Morbus Whipple, Neurosyphilis, Neuroborreliose Viral: Zytomegalie, HIV-Enzephalitis, progressive multifokale Leukoenzephalitis |
| Spätformen der Leukodystrophien | Zeroidlipofuszinose |



■ **Abb. 2.1** Demenz-Syndrom und verschiedene Ätiologien



■ **Abb. 2.2** Algorithmus der Demenz-Diagnostik vom Syndrom zur Ätiologie. (Auf Basis von Jessen et al. 2017; Hofmann 2012b; Hofmann et al. 2019)

Parkinson (PDD), Lewy-Körperchen-Demenz (LKD) sowie andere Demenzen. Eine Übersicht zeigt ■ **Abb. 2.2**.

- **Es lassen sich fünf zentrale Demenzformen unterscheiden, weiter existiert die Kategorie „andere Demenzen“.**

2.2.3.1 Alzheimer-Demenz (AD)

Die Demenz bei Alzheimer-Krankheit, „Alzheimer’s Dementia“ (AD), ist die häufigste Form der Demenz. Die AD beginnt unbemerkt nach und nach und entwickelt sich stetig über einen Zeitraum von vielen Jahren als Kontinuums-erkrankung. Rezente Forschung belegt, dass bereits 20 Jahre vor der Manifestation biologische Marker als frühzeitige Zeichen für eine später auftretende, dann auch klinisch bemerkbare AD nachgewiesen werden können (Knopmann et al. 2018). Die Kriterien des NIA und der AA (McKhann et al. 2011) beschreiben die AD mit alltagsrelevanten kognitiven oder verhaltensbezogenen Symptomen, die eine Verschlechterung im Verlauf darstellen, und eine der drei Domänen Urteilsfähigkeit, räumlich-visuelle Funktion oder Sprache betreffen. Die

NIA-Kriterien sind prägnanter als die des ICD aus dem Jahr 1985, aber aus der ICD abgeleitet und mit ihr kompatibel (Jessen et al. 2017).

2.2.3.2 Vaskuläre Demenz (VD)

Die vaskuläre Demenz (VD) ist die zweithäufigste aller Demenzen. In einer großen Metaanalyse verdoppelte sich bei gleichzeitig bestehender vaskulärer und neurodegenerativer Pathologie das Risiko, an einer Demenz zu erkranken (Azarpazhooh et al. 2018). Die Behandlung der kardiovaskulären Risikofaktoren ist hier besonders wichtig, um ein rasches Fortschreiten dieser Demenzerkrankung zu verhindern.

Die S3-Leitlinie (Jessen et al. 2017) fasst die VD als Obergruppe von Erkrankungen der großen und kleinen Blutgefäße des Kopfes auf, die verantwortlich für eine kognitive Verschlechterung sind. Betroffen sind vor allem Handlungs-, Urteils- und Abstraktionsfähigkeit. Das Ausmaß der morphologischen Veränderungen korreliert nicht mit der Schwere der Störungen: Sehr kleine, einzelne Infarkte können, an „strategischer Stelle“ sitzend, zu massiven kognitiven Defiziten führen oder umgekehrt (große Läsion ohne Ausfälle).

Nach ICD-10 (WHO 2016) lassen sich folgende Untergruppen unterscheiden:

- VD mit akutem Beginn nach Schlaganfall oder Hirnblutung: Diese entwickelt sich schnell und wird in der Literatur auch als Post-Stroke-Demenz (PSD) bezeichnet. Es kann bereits eine Demenz vorbestehend sein (in 9 bis 14 % der Fälle; Pendlebury und Rothwell 2009).
- Multiinfarktdemenz: Sie beginnt allmählich mit Transitorisch Ischämischen Attacken (TIAs), nach denen es zu einer Anhäufung von mehreren Hirninfarkten kommt. Häufig ist ein zeitversetztes, gestuftes Auftreten zu beobachten.
- Subkortikale VD: Hierzu zählen Fälle mit Bluthochdruck in der früheren Anamnese (aktuell kann der Blutdruck aber normal sein). Im Gegensatz zur AD, die klinisch ähnlich verlaufen kann, ist die Hirnrinde intakt. Im Röntgen stellen sich Veränderungen unterhalb der Hirnrinde dar.
- Morbus Binswanger: Die 1894 beschriebene Entität gehört sicher zu den häufigsten Unterformen der VD in geriatrischen Klinikabteilungen, ohne dass exakte Zahlen verfügbar sind (Binswanger 1894). Er ist ein Prädomanztyp für subkortikale Störungsmuster (Jankovits 2007). Exekutivfunktionen sind betroffen (Aufmerksamkeits-, Konzentrations- und Antriebsstörung); nervale Trennungen der subkortikalen von den Frontalhirnbahnen im Gehirn führen zu einem völlig „zerhackten“, ataktisch-tappenden Gang, Hüfte und Knie sind gebeugt, der Betroffene geht extrem breitbeinig und kleinschrittig, ein Gehstock wird völlig unregelmäßig, „stochernd wie im Dunkeln“ eingesetzt. Das Gangbild wird auch als „frontale Gangataxie“ oder „lower body Parkinson“ beschrieben, Stürze und Frakturen sind die Folge (Wallesch 2011). Es treten Dysphagie (Verschlucken) und kleine Schlaganfälle („minor strokes“) auf; beide restituieren nicht selten. Die Patienten nehmen – bei

entsprechendem Leidensdruck – die Defizite wahr. Da die Hirnrinde längere Zeit intakt bleibt, sind Menschen mit Morbus Binswanger ergo- und physiotherapeutischen sowie Gesprächsangeboten gut zugänglich – eine Zielgruppe zur Prävention der drohenden Stürze, Frakturen und Schluckstörungen mit Aspiration (Gefahr der Lungenentzündung).

- **Beim Morbus Binswanger ist die Hirnrinde intakt. Das Gangbild ist ataktisch-tappend, extrem breitbeinig, kleinschrittig und völlig unregelmäßig. Es besteht hoher Leidensdruck. Gespräche und präventive Maßnahmen sind erfolgreich.**

2.2.3.3 Fronto-Temporale Demenz (FTD)

Bei eingeschränkter Datenlage kann davon ausgegangen werden, dass es sich um die dritthäufigste aller Demenzen handelt (ca. 10 %). Manche Autoren (Rascovsky et al. 2011) halten sie für unterdiagnostiziert. Die FTD beginnt im mittleren Lebensalter und präsentiert sich initial durch Persönlichkeitsveränderungen (Gorno-Tempini et al. 2011): Apathie und Euphorie kommen vor, Beeinträchtigungen von Gedächtnis und Sprache folgen sowie Manipulation von Gegenständen („utilization behaviour“) und extrapyramidal-motorische Phänomene (unwillkürliche Bewegungsmuster). Völlige Enthemmung und Uneinsichtigkeit sowie extreme Auffälligkeiten im Straßenverkehr stellen eine Herausforderung an die Umgebung dar. Medikamente zur Beeinflussung des Verhaltens sind unwirksam und sollten vermieden werden (Diehl-Schmid 2013). Es existieren Selbsthilfegruppen speziell für dieses Krankheitsbild (► www.alzheimer-gesellschaft.de).

- **Die Fronto-Temporale Demenz (FTD) stellt durch völlige Enthemmung und Uneinsichtigkeit sowie extreme Auffälligkeiten im Straßenverkehr**