



Sabine Tschainer-Zangl

Demenz ohne Stress

Demenzersch[®] lernen für einen
leichteren Umgang mit Demenzkranken

BELTZ JUVENTA

Sabine Tschainer-Zangl
Demenz ohne Stress

Sabine Tschainer-Zangl

Demenz ohne Stress

Demenzersch[®] lernen für einen leichteren
Umgang mit Demenzerkrankten

BELTZ JUVENTA

Die Autorin

Sabine Tschainer-Zangl, Dipl.-Theologin und Dipl.-Psycho-Gerontologin,
war Erste Vorsitzende der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e. V. und
ist Inhaberin und Geschäftsführerin des Instituts „aufschwungalt“.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede
Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für
Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und
Verarbeitung in elektronische Systeme.



Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-7799-3903-0 Print
ISBN 978-3-7799-5098-1 E-Book (PDF)

1. Auflage 2019

© 2019 Beltz Juventa
in der Verlagsgruppe Beltz · Weinheim Basel
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
Alle Rechte vorbehalten

Herstellung: Hannelore Molitor
Satz: text plus form, Dresden
Druck und Bindung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor_innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

„Anstatt die Menschen zu verurteilen, sollten wir besser versuchen, sie zu verstehen. Versuchen herauszufinden, warum sie so und nicht anders handeln. Das ist vermutlich einträglicher und interessanter als Kritik. Dadurch schaffen wir eine Atmosphäre der Sympathie, Nachsicht und Güte.“

(Dale Carnegie o.J.)

Inhalt

Demenzerisch®? – Ein Prolog	9
Kapitel 1	
Demenzerisch® verstehen I – Erste Schritte in die andere Welt	12
1.1 Was ist eigentlich „Demenz“? Haben es „alle“? Was können wir dagegen tun?	14
1.2 „Die sehen doch so gesund aus!“ – Das Unsichtbare sichtbar machen	32
1.3 Lebensgefühl Demenz? – Unsere gemeinsame Welt. Identität und Persönlichkeit	44
1.4 Unsere Investition: die Relais-Station	62
Kapitel 2	
Demenzerisch® sprechen und handeln I – Alltag	64
2.1 Grundlagen der Interaktion mit den Erkrankten	66
2.2 Zwischen zwei Welten: Bedienungsanleitung für die Relais-Station	70
2.3 Die Methode „Erster Schritt vor zweitem Schritt“	76
2.4 Handwerkszeug für den alltäglichen Umgang	81
Kapitel 3	
Demenzerisch® verstehen II – Verlust des inneren Gleichgewichtes	92
3.1 Ohne Autobiographie keine Selbstbestimmung	92
3.2 Sind Demenzerkrankte wie Kinder?	97
3.3 Die verlorene Identität – Das schwankende Gleichgewicht	100
Kapitel 4	
Demenzerisch® verstehen III – selbstschützendes Verhalten	106
4.1 Eskalation und Aggression	107
4.2 Demenz und Trauma	115
4.3 Widerstand gegen den Identitätsverlust	128

Kapitel 5	
Demenzerisch® sprechen und handeln II – Schwierige Situationen	135
5.1 Wirksam-Sein zulassen	136
5.2 Dazu-Gehören ermöglichen	151
5.3 Gleichgewicht stärken	161
5.4 Herausforderung „Trauma“ meistern	169
Kapitel 6	
Der vertraute Fremde – Demenzerkrankte in Familie und Partnerschaft	178
6.1 Leben zwischen zwei Welten	179
6.2 Von den Problemen des Loslassens	183
6.3 Handlungsmöglichkeiten in unserer Welt	190
Kapitel 7	
Der bedrohte Lotse – unser Wirksam-Sein	198
7.1 Zeitnot und passende Ziele	200
7.2 Vergeblichkeit und Selbstbewusstsein	206
Kapitel 8	
Zusammenfassung Demenzerisch® sprechen und handeln	219
Kapitel 9	
Glücklich-Sein oder: was die Demenz uns lehrt	225
Anhang	
Grundsäulen des Demenzerisch® lernen	228
Danksagung	233
Abbildungsverzeichnis	234
Literaturverzeichnis	236

Demenzerisch®? – Ein Prolog

Wenn wir Urlaub in fremden Ländern machen, versuchen viele von uns, sich zumindest ein paar Höflichkeitsfloskeln in der Sprache ihres Reiseziels anzueignen. „Guten Morgen“ und „Auf Wiedersehen“, „Dankeschön“ oder „Entschuldigung“. Vielleicht gelingt es uns auch noch, einen Kaffee auf Italienisch oder ein Baguette auf Französisch zu ordern.

Die meisten von uns haben irgendwann einmal eine Fremdsprache gelernt. Englisch, Französisch, Spanisch, Russisch. Im Allgemeinen lernen wir eine uns unbekannte Sprache, um uns selbst in einer – uns – fremden Welt verständlich machen zu können. Aber auch, um die Anderen verstehen zu können. Das Erlernen einer fremden Sprache hilft uns, miteinander in Kontakt zu kommen. Dann können wir auch unsere Neugierde befriedigen: wie tickt der Andere? Unverständliche Sitten und Gebräuche in anderen Gegenden werden nachvollziehbarer, wenn ich einen Einheimischen in seiner Sprache darauf ansprechen kann. Und ab und zu gerate ich in eine Situation, in der ich auf Fremdsprachenkenntnisse angewiesen bin. Wer sich schon einmal bei einer Wanderung in einsamen Regionen verlaufen hat und suchend herumirrt, kennt dieses erleichternde Gefühl, wenn auf einmal ein Mensch auftaucht. Endlich jemand, den ich fragen kann. Dann spricht dieser kein Deutsch und auch mittels des gängigen Englisch können wir uns nicht verständigen. Und plötzlich wünsche ich mir – innerlich händeringend –, doch den finnischen oder albanischen Sprachkurs an der Volkshochschule belegt zu haben. Glücklicherweise gelingt es meistens, dass wir uns dann in solchen – und anderen – Situationen im Ausland mit „Händen und Füßen“ doch noch irgendwie miteinander verständigen können. In Urlaub fahren wir freiwillig.

Weniger freiwillig und doch zunehmend unausweichlich für uns Menschen des 21. Jahrhunderts wird die Begegnung mit Menschen, die an einer Demenz erkrankt sind. „Demenz“ begegnet uns inzwischen ziemlich regelmäßig, im alltäglichen Miteinander oder auch in den Medien. Ein Prominenter ist daran erkrankt. In vielen Filmen taucht ein Demenzerkrankter auf oder spielt die Hauptrolle. Wir sind aber vielleicht auch ganz persönlich betroffen, in der eigenen Familie, im Bekannten- und Kollegenkreis oder wir kennen jemanden, der jemanden kennt... Nicht zuletzt sind nicht wenige in ihrem Berufsalltag mit dem Phänomen „Demenz“ konfrontiert. Das betrifft zuerst die Bereiche der medizinischen und pflegerischen Versorgung. Aber auch die Verkäuferin, der Polizist, die Sparkassenmitarbeiterin, der Busfahrer oder die Leiterin des Yogakurses – und das ist eine willkürliche Auswahl – erleben in ihrem jeweiligen Tätigkeitsbereich immer wieder „Abenteuer“ mit „Demenz“ oder „Alzheimer“. Sol-

che Erlebnisse sind verwirrend. Nicht selten rufen sie bei allen Beteiligten Unverständnis oder Ärger, Unsicherheit oder Hilflosigkeit hervor. Dabei sind dies Episoden. Wer von einer Demenzerkrankung betroffene Menschen privat oder beruflich tagaus, tagein begleitet, erlebt deren – für uns oft unverständliche – Handlungen weitaus stärker als Bedrängnis und Herausforderung.

In all diesen großen oder kleinen Situationen helfen uns all unsere geläufigen Sprachkenntnisse wenig. Verständigung und Verstehen, all unsere Versuche der Kommunikation oder Kontaktaufnahme scheitern immer wieder. Also müssen wir Demenzerisch* lernen. Die Sprache der Welt, in der Menschen mit einer Demenzerkrankung zunehmend leben. Ihre Art, sich auszudrücken. Ihre Möglichkeiten, sich verständlich machen zu wollen. Das Lebensgefühl der Betroffenen verstehen lernen. Das alles ist machbar. So, wie wir eine Fremdsprache lernen können: Spanisch oder Chinesisch. Hier eben: Demenzerisch*. Dieses Buch gibt Ihnen Handwerkszeug an die Hand für so manche der uns verwirrenden Situationen: Eine neunzigjährige Frau will unbedingt nach Hause zu ihrer Mutter. Und ist nicht davon abzubringen, dass diese sie genau jetzt dringend erwarte. Dabei ist diese Mutter schon seit vielen Jahren tot. Obwohl der alte Herr vor zehn Minuten gut gefrühstückt hat, fragt er ungeduldig, wann es denn endlich etwas zu Essen gebe. Er habe solchen Hunger. Eine alte Dame beschimpft kontinuierlich ihre Schwester per Telefonanruf, dass diese sie bestohlen habe. Genau diese Schwester kümmert sich rührend um ihre erkrankte Angehörige. Die neunundsiebzigjährige Mutter empfängt ihre Tochter mit der vorwurfsvollen Bemerkung, dass diese „endlich mal wieder“ vorbeikomme. Doch der letzte Besuch in der mütterlichen Wohnung fand erst vierundzwanzig Stunden zuvor statt. Ein alter Herr will unbedingt aus dem Pflegeheim weg, weil er jetzt zur Arbeit müsse. Seine Pensionierung liegt zumindest dreißig Jahre zurück. Vielleicht sind Ihnen gerade beim Lesen eigene – ähnliche – Erlebnisse eingefallen. Die skurril anmuten und uns doch ratlos zurücklassen.

Was hat es mit diesem Verhalten auf sich? Ließe es sich präziser durchschauen? Um dann passender – und damit für uns alle stressfreier – reagieren und agieren zu können? Die schlichte Antwort lautet: ja, das geht. Nicht immer, aber viel öfter als gedacht. Demenzerisch* zu erlernen, gibt Ihnen Möglichkeiten an die Hand, zu verstehen – und: verstanden zu werden. Nicht im Ausland, nicht in einer fremdsprachigen Urlaubsregion – sondern in der uns vielfach so fremden Welt der demenzerkrankten Menschen. Nach vergleichbaren Mechanismen. In der Art, wie ich sie eingangs skizziert habe: Ich kann (mir) unverständliche „Sitten und Gebräuche“ nachvollziehen und mich daraufhin dementsprechend verhalten. Es gelingt, besser „miteinander in Kontakt zu kommen“. Missverständnisse, Streit oder gar Eskalationen zu vermeiden.

Wie beim (Er-)Lernen jeder Fremdsprache ist das Pauken lästig. Das Verstehen der Grammatik manchmal nervig, manche Rechtschreibregelung völlig undurchsichtig. Werde ich – im Ausland weilend – nicht jeden Dialekt verste-

hen. In den Feinheiten der erlernten fremden Sprache als Nicht-Muttersprachlerin immer wieder einmal scheitern. Aber ich werde es durchaus vorwiegend von Vorteil erleben, dass ich mich verständlich machen kann, wir miteinander kommunizieren und damit auch anders zueinander verhalten können.

Letztendlich heißt dies, dass Demenzerisch® lernen auch anstrengend ist. Denn diese Erkrankung hat auch etwas mit uns zu tun. Demenz macht uns auch Angst. Mir ganz persönlich. Dass „es“ auch mich treffen könnte. Der schleichende Kontrollverlust über mich und mein Leben. An diesem Punkt treffen sich unsere Welten. Die der Demenzerkrankten und unsere Realität. Wir leiden unter dem Kontrollverlust, unserer Hilflosigkeit, in der Begegnung mit den Betroffenen. Und diese erleben tagtäglich das Nachlassen ihrer Fähigkeiten, das Leben noch im Griff zu haben. Sie versuchen, diesem Prozess alles ihnen nur mögliche entgegenzusetzen. Und wir wünschen uns ebenso, doch „etwas dagegen tun zu können“. Jede Seite auf ihre Art – und nach ihrem oder unserem Vermögen. „Demenzerisch® lernen“ stärkt Ihr Gefühl der Handlungshoheit in der Begegnung mit Demenzerkrankten. Damit wir uns weniger hilflos fühlen, sondern *wirksam* im Umgang mit demenzerkrankten Menschen.

Und im Endeffekt führt Demenzerisch® sprechen obendrein dazu, dass die Betroffenen auch weniger unter dem Kontrollverlust leiden. Weil *wir* ihnen ermöglichen, sich in ihrer Welt ebenfalls wirksam zu fühlen – zumindest für Momente.

Somit halten Sie kein einfaches Rezeptbuch in den Händen. Lassen Sie sich einladen auf einen Streifzug durch die Komplexität unserer menschlichen Existenz. An manchen Stationen werden wir etwas länger verweilen und an anderen nur kurzen Zwischenstopp einlegen.

„Demenzerisch® lernen“ will neugierig machen und begeistern: für die Begegnung mit demenzerkrankten Menschen und damit für die Begegnung mit mir selbst.

Hinweis zur gendergerechten Sprache

Im Sinne der Lesbarkeit werden im Text sowohl die weibliche als auch die männliche Form verwendet – als auch beide Bezeichnungen gleichzeitig. Bei allen Varianten sind alle Geschlechter gemeint.

Ebenfalls sei darauf hingewiesen, dass die verwendeten Namen der Erkrankten und Angehörigen fiktiv sind.

Kapitel 1

Demenzerisch® verstehen I – Erste Schritte in die andere Welt

Gestern hatte ich es besonders eilig. Vorsorglich hatte ich einen früheren Bus genommen, um pünktlich am Bahnhof zu sein. Züge warten nicht. Doch mein perfekter Plan rechnete nicht mit dem Rollstuhlfahrer. Genauso wenig wie mit dem vielen Schnee, der seit den Nachtstunden vom Himmel fiel. Die notgedrungen umständliche Einsteigeprozedur des gehbehinderten Mannes dauerte nach meinem Gefühl ewig. Auch wenn der technik-bewehrte Bus und sein hilfsbereiter Fahrer ihr Bestes gaben. Das Übrige taten die schneeeverstopften Straßen. Ich kam zu spät.

Immerhin konnte mein Gehirn mir dafür eine Erklärung liefern. Denn ich hatte ja *sehen* können, warum die Dinge anders liefen als gewohnt. Die Gründe für den verpassten Zug lagen auf der Hand.

Szenenwechsel. An einem freundlichen Herbsttag machen Sie einen Einkaufsbummel. Besuchen auch eines der guten Kaufhäuser Ihrer Region. Gehen gleich zur Rolltreppe. An deren Fuße streitet sich ein Ehepaar. Beide etwa Mitte 70. Aussehend wie gutbetuchter Mittelstand. Sie hören gerade noch, wie der Mann seine Frau lauthals als „alte Schlampe“ beschimpft. Wahrscheinlich werden Sie leicht konsterniert Ihre Schritte verhalten, innerlich oder auch äußerlich den Kopf schütteln und denken, dass „die“ doch ihre Probleme zu Hause lösen sollen. So ein Verhalten sei ja unmöglich. Was Sie in so einer Situation nicht wahrnehmen, ist das, was Sie *nicht sehen* können. Denn das Ehepaar – nennen wir sie Familie Seifert – will ebenfalls einen ganz normalen Einkaufsbummel machen. Aber vor dem Besteigen der Rolltreppe stoppt Herr Seifert plötzlich. Seine Frau – erschrocken und überrascht – redet ihrem Mann gut zu. Doch alle Erklärungen helfen nicht. Also versucht sie, sich am Arm ihres Mannes einzuhaken. Auch das lehnt dieser schroff ab. Daraufhin wird Frau Seifert etwas energischer, ergreift den Ärmel ihres Ehemannes, um diesen so auf die Rolltreppe zu ziehen. Ebenso vergeblich. Herr Seifert weigert sich strikt. Seine Ehefrau packt zunehmende Nervosität, denn sie bemerkt nun auch noch die wachsende Aufmerksamkeit der Umstehenden. Und das Drängen der hinter ihr an der Rolltreppe Wartenden. Da gehören Sie ja auch dazu. Also fährt sie ihren Mann an, dass er sich nicht so anstellen solle und endlich auf die Rolltreppe steigen möge. Gleichzeitig zerrt sie ihn entschlossen in deren Richtung. Und nun fällt diese unfreundliche Aussage. Die Beschimpfung der Ehefrau, die Sie mitanhören mussten. Was *konnten* Sie in diesem Augenblick sehen? Zwei ge-

sunde normale Menschen, die ihre Eheprobleme in aller Öffentlichkeit aus-tragen.

In unseren Begegnungen mit Demenzerkrankten sind wir auf unsere Art desorientiert. Das ist sehr menschlich: von der Existenz der Dinge lassen wir uns am besten überzeugen, wenn wir sie bemerken. Unsere Sinnesorgane uns die entsprechenden Bestätigungen mitteilen. Wir hören, riechen, schmecken, fühlen – und sehen. Aber bis weit in das mittlere Krankheitsstadium einer (Alzheimer) Demenz sehen wir in der Regel bei den Betroffenen: erstmal nichts. Zumindest bei zeitlich begrenzten oder beiläufigen Begegnungen mit den Erkrankten. Das ist ganz anders, wenn wir einen querschnittsgelähmten Menschen im Rollstuhl an der Bushaltestelle antreffen. Oder jemanden mit dem rechten Arm bis zur Schulter hinauf in Gips im Restaurant vor einem Schnitzel sitzen sehen. Bei diesen Begegnungen reagiert unser Gehirn automatisch. Dafür sorgt ein spezieller Teil unseres Gedächtnisses. Wir *sehen*, dass „etwas nicht in Ordnung ist“. Unser Gehirn veranlasst dann die kulturell angemessene Reaktion. Wir verhalten uns – intuitiv – entsprechend. Wundern uns zum Beispiel nicht, wenn die Abfahrt des Busses sich verzögert, weil das Einsteigen des Rollstuhlfahrers einfach etwas länger dauert. Die Verspätung löst möglicherweise Ungeduld aus. Aber wohl kaum Unverständnis. Möglicherweise bemerken wir im noblen Restaurant, dass der Mensch mit Gipsarm versucht, sein Schnitzel ohne Besteck zu bewältigen. Vielleicht indem er das Fleisch einfach in die Hand nimmt und davon abbeißt. Wir finden das dann vermutlich nicht so schicklich. Aber die Abweichungen vom Vertrauten oder Selbstverständlichen lassen sich einordnen. Wir wissen automatisch Bescheid über das „Warum?“.

Dieser Automatismus fehlt uns noch häufig in der Begegnung mit Menschen, deren Gehirn an einer Demenz erkrankt ist. Denn unsere oben erwähnte „Desorientierung“ hat nun wiederum etwas mit Ihrem oder meinem Gehirn zu tun. Dem, was wir „im Kopf haben“ – oder eben auch nicht.

Haben Sie sich schon einmal mit Ihrem Gehirn unterhalten? Oder es gesehen? Gut, unseren Magen können wir auch nicht mit eigenen Augen erblicken. Das ist richtig. Doch wenn eine Abteilung unseres Gehirns uns mitteilt, dass wir Magenschmerzen haben, sind wir uns über die Existenz dieses Verdauungsorgans sehr bewusst. Haben Sie schon einmal Gehirnschmerzen gehabt? Genau, wir haben Kopfschmerzen. Selbst wenn es weh tut, unterstützt uns unser Gehirn nicht gerade darin, uns seiner Existenz verstärkt zu vergegenwärtigen. Das Vorhandensein wie auch das einigermaßen reibungslose Funktionieren unseres Denkgorgans scheint für uns in der Regel ziemlich selbstverständlich. Ganz alltäglich. Und dann funktioniert es auf einmal nicht mehr so richtig. Was wir nicht sehen können. In der Begegnung mit demenzerkrankten Frauen und Männern empfängt unser Gehirn anfänglich keinen Hinweis. Darauf, dass einem Bestandteil des menschlichen Körpers etwas fehlt. So wie unser Denkorgan automatisch den Reiz des Rollstuhls oder des eingegipsten Arms verarbeitet.

Uns blitzschnell ein Indiz gebend, dass aktuell gerade etwas andere Spielregeln gelten. Somit stehen wir vor der Aufgabe, unser Gehirn speziell im Demenzerisch* verstehen zu trainieren. Indem wir lernen, unsere Wahrnehmung zu verändern. Sinneseindrücke in unserem Gehirn neu zu verknüpfen. Streit am Fuße einer Rolltreppe löst bislang innere Distanzierung aus. Künftig auch den Geistesblitz „Demenz“. Ich erlebe, dass der andere sich ungewohnt verhält. Sich nach unserem Erleben und Empfinden „daneben benimmt“. Und dann ziehe ich die Möglichkeit in Betracht, dass da vielleicht eine Demenzerkrankung im Spiel sein könnte. Mein Gehirn lernt, auch an diese Variante zu denken.

1.1 Was ist eigentlich „Demenz“? Haben es „alle“? Was können wir dagegen tun?

Das Wort „Demenz“ existiert im menschlichen Sprachschatz schon seit etwa zweitausend Jahren. Uns modernen Menschen fehlt aber wohl bis heute noch eine Sicherheit im Umgang mit diesem Begriff.

Weiterführend:

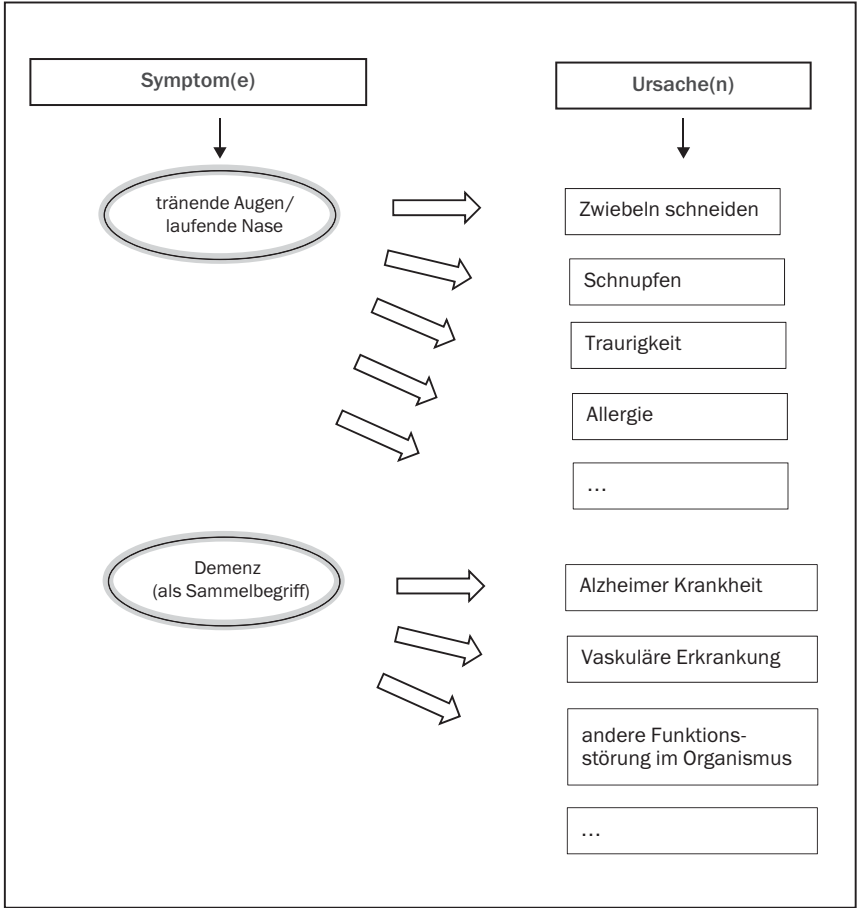
Und aktuell scheint es mir – bedauerlicherweise – eher so, dass ältere Menschen sehr schnell in die „Schublade der Demenz“ gesteckt werden. Jede geistige Leistungsschwäche – oder gar psychische Veränderung – wird häufig sofort mit dem Begriff „Demenz“ bedacht. Wobei „Demenz“ dann vielfach mit der unheilbaren Alzheimer Krankheit verketet ist. Andere sagen, das ist „kein Alzheimer“, der hat eine Altersdemenz. Wir hören von Gedächtnisabbau, Verkalkung, Verwirrtheit, geistigem Verfall und Senilität. Oder begegnen der Meinung, dass geistige und seelische Beeinträchtigungen doch „ganz normal“ fürs Alter seien. Letztere Annahme ist schlichtweg falsch. Richtig durchschaubar ist die Verwendung der verschiedenen Benennungen aber auch nicht.

Einen ersten Schritt zu mehr Klarheit bietet die Unterscheidung zwischen Krankheits*symptomen* und Krankheits*ursache*. Und betrifft die Frage nach „Warum?“ und „Was?“. Ein Beispiel aus dem Alltag: Uns allen tränen immer wieder einmal die Augen. Die Tränen sind das *Symptom*. Das, was wir wahrnehmen. Die äußere Erscheinung. Für deren Auftreten können verantwortlich sein: Trauer, Wut, Zwiebeln schneiden, kalter Wind, eine Allergie, ein Staubkörnchen oder auch Erkrankungen des Auges wie eine Bindehautentzündung. Das alles wären mögliche *Ursachen*.

Wie können wir nun *Symptom* und *Ursache* hinsichtlich unseres Themas „Demenz“ unterscheiden? Der Begriff lässt sich aus dem Lateinischen ableiten: *de mens*. Wortwörtlich übersetzt bedeutet „Demenz“ damit vorerst nichts anderes als „abnehmender/verschwundener Verstand“. Was wir im Kontakt mit „den Demenzerkrankten“ wahrnehmen, sind also die *Symptome* (Krankheits-

zeichen). Gleichzusetzen mit den Tränen in den Augen. Die *Ursache* für diese Zeichen haben wir damit jedoch noch nicht erfasst. Wenn wir also sagen – oder hören –, dass eine Person „eine Demenz habe“, treffen wir lediglich eine Aussage zu Symptomen. Dazu, dass uns eine wohl nicht mehr so gute oder auch auffallend schlechte geistige Leistungsfähigkeit auffällt. Einem Menschen eine „Demenz“ zuzuordnen, stellt lediglich ein Sprechen über ein „tränenendes Auge“ dar. Wenn wir nun aber sagen, dass jemand „Alzheimer“ habe, benennen wir *eine Ursache* des sogenannten geistigen Abbaus. Damit haben wir eine Definition und die erste Grundsäule des Demenzerisch® lernen: *Der Begriff „Demenz“ erfasst und beschreibt Symptome, deren Ursachen recht verschiedene Erkrankungen sein können* (► Grundsäule 1). Im Umkehrschluss bedeutet dies: jede Alzheimer Erkrankung ist eine Demenz, aber nicht jede Demenz Alzheimer (vgl. Abb. 1).

Abbildung 1: Erklärung zu Symptomen und Ursachen



Widmen wir uns nun zuerst den *Ursachen*. Fachleute unterscheiden zwischen „primären“ und „sekundären“ Demenzen. Letztere erfassen gut behandel- und zumeist heilbare Ursachen für das schlechte Funktionieren unseres Gehirns. Denn bei sekundären Demenzen läuft irgendetwas anderes in unserem Organismus nicht optimal. Beheben wir diese Probleme, kann auch unser Gehirn wieder zuverlässig seinen Dienst verrichten. Die Demenz-Symptome verschwinden. Leider glückt dies nicht bei den primären Demenzen. Hier liegt der Ursprung direkt in unserem Organ Gehirn. Primäre Demenzen sind gekennzeichnet durch einen Substanzverlust. Das Gehirn wird löchrig. Stellen Sie sich bitte einfach einmal einen frisch geernteten Apfel vor. Seine feste Beschaffenheit, die glatte Oberfläche, rund, solide. Fühlt sich gut an. Und dann im ausgehenden Winter diese runzeligen, schrumpeligen Teile. Aus der wohlgeformten, kompakten Masse wurde etwas Zerfurchtes. Fruchtfleisch, das sich beim Hineinbeißen eher morsch anfühlt. Sollte nun noch eine Hexe mit langen Krallen einmal rundum durch die Oberfläche der Frucht gefahren sein, bliebe ein zerklüfteter Apfel – von tiefen Tälern zusätzlich zerstört – zurück. Beide Bilder – frischer Apfel und zerfurchte Frucht – können eine Ahnung vermitteln. Vom Zustand eines primär demenzerkrankten und eines gesunden Gehirns. Kompakte, glatte Masse im Gegensatz zu einer eindeutig porös aussehenden Oberfläche. Die darunterliegende Materie ebenfalls schadhafte. Primäre Demenzursachen zerstören in unserem Gehirn Nervenzellen und deren Verbindungen untereinander. Derzeit nicht heilbar. Ein unumkehrbarer Verlauf. Ihre weitaus häufigste Ursache stellt die Alzheimer Krankheit dar (etwa 60–70%). Gefolgt von den sogenannten vaskulären Demenzen (etwa 20–30%). Immer wieder finden sich auch Mischformen der beiden häufigsten primären Demenzursachen: eine Alzheimer Demenz, deren Auswirkungen durch vaskuläre Probleme verschärft werden – oder auch umgekehrt. Die Wissenschaftler sprechen dann auch von „gemischten Demenzen“ (vgl. Förstl 2012, S. 44; Kurz et al. 2017, S. 13).

Weiterführend:

Weitere, seltenere Auslöser (ca. fünf bis zehn Prozent) primärer Demenzen stellen zum Beispiel die fronto-temporale oder die Lewy-Körper-Demenz dar. Die Creutzfeldt-Jakob-Krankheit, das Korsakow-Syndrom oder auch Demenz bei Morbus Parkinson zählen Fachleuten ebenfalls zu primären Demenzen. Schwankungen und Widersprüche der Prozentangaben liegen an den unterschiedlichen Forschungsergebnissen.

Da die fachlichen Publikationen zum Krankheitsbild Demenz (Ursachen, Therapie, Prävention) zahlreich, vielfältig und sich widersprechend sind, verzichte ich im Buch grundsätzlich auf weiterführende Hinweise zu konkreten Publikationen. Interessierte können Anknüpfungspunkte für weitergehende Recherchen auf folgenden Internetseiten finden: Informationen der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz (www.deutsche-alzheimer.de), „Wegweiser Demenz“ der Bundesregierung (<http://www.wegweiser-demenz.de>), „S3 – Leitlinie Demenzen“ verschiedener medizinischer

Was verbirgt sich hinter den Bezeichnungen der beiden häufigsten primären Demenzerkrankungen? Die Bezeichnung „Alzheimer“ hat ihren Ursprung im Familiennamen des Arztes, der die Erkrankung als erster beschrieb. Anfang letzten Jahrhunderts erlebte Alois Alzheimer eine seiner Patientinnen, die inzwischen berühmte, damals 51-jährige Auguste D., als für ihr Alter doch schon „sehr senil“ seiend. Bei der Obduktion des Gehirns der alsbald Verstorbenen sah Prof. Alzheimer ein quasi ausgemergeltes Gehirn vor sich. In der folgenden Beschreibung des Krankheitsbildes fand Alzheimer dafür die Formulierung „Die Krankheit des Vergessens“. 1910 führte ein psychiatrisches Lehrbuch dann endgültig die Bezeichnung „Alzheimer Krankheit“ ein. Weltweit arbeiten viele Wissenschaftler an der Erforschung der Ursachen für die Krankheitsmechanismen der Alzheimer Demenz in unserem Gehirn, ohne derzeit jedoch tatsächliche Antworten finden zu können.

Weiterführend:

Sicher ist, dass Nervenzellen und ihre Verbindungen untergehen. Die bio-chemischen Prozesse im Gehirn sind – teilweise – massiv gestört. Dabei wurden und werden für die Schrumpfung des Gehirns bei der Alzheimer Demenz bisher im Wesentlichen zwei pathologische Stoffwechselfvorgänge verantwortlich gemacht. Einerseits entstehen außerhalb der Nervenzellen amyloidhaltigen Eiweißablagerungen (sog. Plaques – vorstellbar als kleine kristalline Klümpchen). Bestimmte solcher Spaltprodukte des Eiweißstoffwechsels kommen in jedem gesunden Gehirn vor. Bei der Alzheimer Krankheit lagern sie sich jedoch zwischen den Nervenzellen als zerstörerische „Kristalle“, eben den Plaques, ab. Dadurch wird zunehmend die Signalübertragung zwischen den Neuronen unterbrochen. Andererseits spielen abnorm veränderte Eiweißbruchstücke eine Rolle (sogenannte Fibrillen oder Neurofibrillen-Bündel). Diese lagern sich – in Form von Fäserchen – innerhalb der Nervenzellen unseres Gehirns ab. Beeinträchtigen so zunehmend deren lebenswichtigen Vorgänge. Beide Begebenheiten führen eben zu dem fortschreitenden Verlust sowohl von Nervenzellen (Neuronen) als auch derer Verbindungsstellen (Synapsenverlust). Des Weiteren führt das Absterben der Nervenzellen zu einer erheblichen Verminderung von Botenstoffen. (Um eine Information von einer Nervenzelle zur anderen weiterleiten zu können, benötigt unser Gehirn eben genau diese „Botenstoffe“. Denn unsere Nervenzellen sind im Gehirn nicht fest oder nahtlos miteinander verknüpft. Die Lücke zwischen den Nervenzellen heißt synaptischer Spalt. Zu dessen Überbrückung wird ein Transportmittel benötigt. Ein Neurotransmitter. Diese sorgen für die Weitergabe jedweder Information zwischen zwei Nervenzellen – also für den reibungslosen Infofluss.)

Bei der Alzheimer Krankheit führt der Nervenzelluntergang zu einem Mangel des Botenstoffes Acetylcholin. Welcher von großer Bedeutung für das reibungslose Funktionieren unserer Aufmerksamkeit ist. Zudem kommt es zu einer ungesteuerten Ausschüt-

tung von Glutamat. Ein Überträgerstoff, der für Lernen und Gedächtnis benötigt wird. Die Informationsverarbeitung im Gehirn wird so durch diese biochemischen Veränderungen zusätzlich beeinträchtigt. Ob die o. g. Ablagerungen ursächlich für die – oder Folgen der – Alzheimer Demenz sind, lässt sich von der Wissenschaft derzeit nicht beurteilen. Man geht davon aus, dass für das Zustandekommen der Erkrankung mehrere – bisher nicht genau identifizierbare – Faktoren zusammenwirken. Da die Alzheimer Demenz eine sogenannte globale Hirnerkrankung ist, sei festgehalten, dass letztendlich fast alle Nerven-Systeme von den degenerativen Veränderungen erfasst werden. Unser im gesunden Zustand kompaktes Gehirn – mit einem ungefähren Gewicht von 1 200 g – verliert in manchen seiner Regionen bis zu 80 % seiner Substanz, womit all das verloren geht, was in all diesen Nervenzellen gespeichert war. Genauso wie die nicht mehr vorhandenen Neuronen auch keine Informationen mehr weiterleiten können (vgl. zum gesamten Absatz: Bigl/Arendt 2003, S. 64 f.; Förstl 2012, S. 36; Kurz et al. 2017, S. 10).

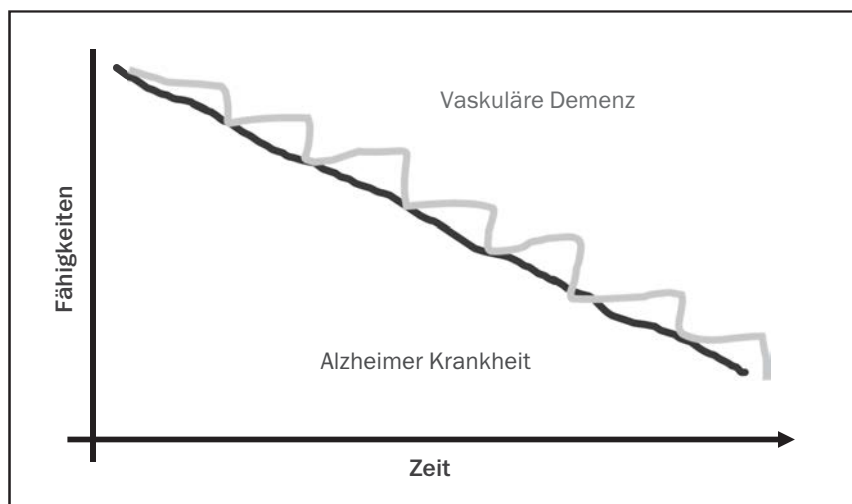
Sicherere Erkenntnisse finden wir für das Entstehen der zweithäufigsten primären Demenzerkrankung, der vaskulären Demenz. „Vaskulär“ bezieht sich auf unsere Blutgefäße. Somit haben wir es dann mit einer „gefäßbedingten Demenz“ zu tun. Unsere Vorfahren nannten diese krankhaften Veränderungen unseres Gehirns einfach „Verkalkung“. Heute sprechen wir eher von kleineren oder größeren Hirninfarkten, deren Resultat ebenfalls ein Untergang von Nervenzellen bzw. das Absterben der betroffenen Hirnregionen ist. Als verantwortlich für diese Prozesse wird die Verschlechterung des Zustandes unserer Blutgefäße (Arteriosklerose/„harte Ader“) angesehen.

Weiterführend:

Bei der Arteriosklerose führen Ablagerungen zu Verengungen, Verhärtungen, Porosität unserer Blutgefäße. Die daraus folgenden Durchblutungsstörungen können vorübergehend sein (transitorische ischämischen Attacke/TIA). Hält die Mangel durchblutung länger an, sterben die Nervenzellen ab (dann sprechen Fachleute vom „Infarkt“/Absterben von Gewebe im Gehirn oder Herz). Dies passiert auch, wenn unelastisch gewordene Blutgefäße reißen (oder platzen) und das austretende Blut (kleine) Teile unseres Gehirns überschwemmt. Nervenzellen in diesem Gebiet ertrinken oder ersticken quasi. Der Nervenzellenuntergang führt – wie bei der Alzheimer Ursache – ebenfalls zu Störungen der Biochemie in unserem Gehirn (vgl. Schönknecht/Pantel/Schröder 2001, S. 105). Bei schweren Krankheitsverläufen ist letztendlich ebenfalls das gesamte Gehirn betroffen. Ähnlich wie bei der Alzheimer Krankheit lässt die Wissenschaft bezüglich der vaskulären Demenzen Fragen offen. Sicher ist, dass diese Demenz-Ursache „keine einheitliche Erkrankung“ darstelle. In der Fachliteratur stoßen wir auf Begriffe wie Multi-Infarkt-Demenz, strategische Einzelinfarkt-Demenz, Mikrozirkulationsstörungen mit Demenz oder hämorrhagische Demenz (vgl. Neumann/Kretzschmar/Schlegel 2003, S. 61). Unterschieden wird, ob kleinere oder größere Blutgefäße betroffen sind oder nach Ort der Schädigung im Gehirn.

Die beiden häufigsten primären Demenzursachen zeigen jeweils typische Abläufe. Bei der Alzheimer Demenz stellt sich der Verlauf relativ gleichbleibend in einer sanft nach unten weisenden Kurve dar. Die vaskuläre Form zeigt sich dagegen eher in einer stufenweisen Entwicklung. Jede erneute Mangeldurchblutung – wie auch jegliche wiederholte Einblutung aus einem porösen Blutgefäß – führt zu einer Verschlechterung. Das erkrankte Gehirn kann sich zwar zwischen durch wieder etwas erholen, erreicht aber nicht mehr den Status der Unversehrtheit (vgl. Abb. 2).

Abbildung 2: Unterschiedliche Verlaufsformen der Alzheimer Krankheit und der vaskulären Demenz (schematische Darstellung)



Im Gegensatz zu den primären Demenzerkrankungen findet sich bei „sekundären Demenzen“ kein Substanzverlust in unserem Gehirn. Nervenzellen und Nervenzellenverbindungen bleiben erhalten. Sie erinnern sich: unser Gehirn kann nicht so gut funktionieren, weil irgendetwas anderes in unserem Organismus nicht optimal läuft. Zuerst sollten wir dabei an Flüssigkeit denken. Die sogenannte „Austrocknung“ stellt gerade bei älteren Menschen ein unterschätztes Problem dar. Denn die natürlichen Prozesse des Älterwerdens reduzieren den körpereigenen Flüssigkeitshaushalt teilweise enorm. Gleichzeitig lässt das Durstgefühl mit zunehmenden Jahren nach. Immer wieder erlebe ich es, dass eine voreilig festgestellte „schwere Demenz“ plötzlich „geheilt“ war, weil der Flüssigkeitshaushalt eines älteren Patienten per Infusion geordnet und damit die ausreichende Durchblutung des Gehirns wieder sichergestellt werden konnte. Als weitere Ursachen für sekundäre Demenzen gelten Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch, Vitaminmangelzustände oder Herz-Kreislaufkrankun-

gen wie auch Stoffwechselerkrankungen (bei älteren Menschen mit kognitiven Problemen sollten regelmäßig die Schilddrüsenwerte im Blutbild getestet werden). Manche Fachleute rechnen auch Depressionen zu den „sekundären Demenzen“. Eine Sonderstellung nimmt das Delir ein. Darunter sind schwere Verwirrheitszustände zu verstehen, die häufig in Folge von Operationen auftreten. Doch gerade letztere können vollständig vergehen, was durchaus mehrere Wochen bis zur vollständigen Ausheilung dauern kann.

Es bedarf also dringend unserer Sensibilität im Umgang mit dem Begriff „Demenz“. Besonders – aber nicht nur – hinsichtlich der Abgrenzung zum Delir möchte ich Ihnen unsere zweite Grundsäulen des Demenzerisch® lernen vorstellen: *Eine primäre Demenz-Erkrankung kann überhaupt erst diagnostiziert werden, wenn Auffälligkeiten kontinuierlich über sechs Monate lang anhalten. Und auch nur dann, wenn Misslichkeiten in mehreren kognitiven Fähigkeitsbereichen auftreten* (► Grundsäule 2).

Weiterführend:

Hinsichtlich des Themas „Medikamente im Alter“ sei hier ausdrücklich auf ein vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördertes Projekt hingewiesen: die PRISCUS-Liste. 2010 veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt, listet sie Arzneistoffe auf, „die bei älteren Menschen vermieden werden sollten“ (<http://priscus.net>). Die Wissenschaftler benennen insgesamt 83 Substanzen, deren Einnahme für ältere Menschen als ungeeignet oder kritisch anzusehen ist. Bei weiteren 46 Stoffen weisen die Experten auf ihre Unsicherheit hinsichtlich deren Verwendung für ältere Patienten hin.

Gerade beim Eindruck „dementieller Prozesse“ sollte zwingend das Thema „Medikamente“ Beachtung finden. (Grund hierfür ist die „Pharmakokinetik“, die sich – prägnant ausgedrückt – mit Verträglichkeit und Wirkmechanismen von Arzneistoffen befasst.) Unser Organismus verändert sich im Laufe unseres Lebens. Das betrifft nicht nur den oben bereits erwähnten Flüssigkeitshaushalt in unserem Körper. Wussten Sie zum Beispiel, dass zwischen 20 und 65 Jahren die sogenannte extrazelluläre Flüssigkeit um ca. 40 % abnimmt? Und noch weitere Wasser- und Plasmaformen in unserem älter werdenden Körper sind dezimiert. Das Fett nimmt zu (zwischen 20 und 70 Jahren um 35%). Leber- und Nierenfunktion ab. Damit bekommen Medikamente eine ganz andere Wirkkraft in unserem Organismus. Ihre Substanzen lagern sich einerseits im zugenommenen Fettgewebe vermehrt ein. Die reduzierten Nieren- und Flüssigkeitsfunktionen verhindern den zügigen (Ab-)Transport. Angesichts dieser komplexen Prozesse bedarf es einer hohen Aufmerksamkeit für die Effekte von Arzneimitteln – auch und gerade um das gesunde Funktionieren unseres Gehirns nicht zu gefährden. Oder es wiederherzustellen.

Nachdem wir uns nun über die wichtigsten *Ursachen* der Demenzen ein Bild gemacht haben, möchte ich Ihnen einen knappen Überblick zu den *Krankheitszeichen* geben. Zuerst: Alle Bemühungen, Symptome in klare und überschaubare Kategorien einzuteilen, bleiben fragmentarisch. Die verschiedenen Symptome

haben miteinander zu tun oder bedingen einander vielfach. So finden wir bei den zahlreichen Autoren oder Fachgesellschaften, die sich inzwischen dem Thema „Demenz“ widmen, auch verschiedenste Einteilungen der Symptomatik. *Der Verlauf dementieller Erkrankungen ist letztendlich von Mensch zu Mensch unterschiedlich* (► Grundsäule 3). Dennoch lassen sich zentrale Krankheitszeichen benennen, die alle mit „Verlust“ in Verbindung stehen. Dies betrifft sowohl unser Gedächtnis als auch unsere Denkleistungen, unsere Urteils- und Handlungsfähigkeit, die Fertigkeiten zur Bewältigung unseres Alltages. Das eigene Selbst. Der häufig als (weiteres) Symptom benannte „Verlust der Orientierung“ kann auch als Überschrift für die Krankheitszeichen primärer Demenzen gesehen werden. Denn letztendlich verlieren die Erkrankten die Verortung in ihrem Leben – in allen Facetten.

Weiterführend:

Hinsichtlich des anfänglich angesprochenen Begriffs-Durcheinanders sind noch ein paar Fragen offen. Was ist eine „Altersdemenz“ und was bedeutet „Senilität“? Beide Begriffe findet man auch im gemeinsamen Mix: „senile Demenz“. Eine Übersetzung dieses Wortpaares aus dem Lateinischen ergäbe in etwa: „greisenhaftes ohne Geist sein“. Häufig wird „senil“ wertend verwendet. Für sich gesehen bedeutet senis oder senex lediglich „alt“ und „seneo“ „alt sein“. „Senilität“ verweist umgangssprachlich auf Schwächen unserer geistigen Leistungsfähigkeit und zielt dabei insbesondere auf Gedächtnisstörungen im Alter ab. Die Bezeichnung „senile Demenz“ beschreibt also nichts anderes als das Vorhandensein (irgend-)einer Demenzerkrankung bei einem älteren oder alten Menschen. Sei sie primärer oder sekundärer Natur. In diese Richtung geht der ebenfalls synonym verwandte Ausdruck des „kognitiven Abbaus“. Kognitiv oder Kognition wird heutzutage in verschiedensten Bedeutungszusammenhängen verwandt. Der Begriff „kognitiver Abbau“ ist eigentlich nur ein Synonym für „ohne Verstand“ (de mens). In etwa übersetzbar mit: langsame Zerstörung der menschlichen Fähigkeiten zum Lernen, Denken, Wahrnehmen, Wissen sowie zum Erfahrungen verarbeiten und wiedergeben können.

Bevor ich mich jedoch überhaupt mit der Frage herumschlage, ob ich oder ein mir nahestehender älterer Mensch von einer Demenz-Erkrankung betroffen sein mag, sollten wir uns überlegen, ob wir beim Älter-Werden unser Gehirn „richtig bedienen“. (Die Formulierung des „richtigen Bedienens“ zielt auf eine Veröffentlichung eines der renommiertesten Hirnforscher Deutschlands ab: Gerald Hüther. Sein Buch „Bedienungsanleitung für ein menschliches Gehirn“ befasst sich mit der Funktionsweise unseres Gehirns als auch mit unseren Möglichkeiten, dieses – und damit uns – lebenslanglich weiterzuentwickeln.) Es ist vielleicht ein bisschen so, wie mit einem betagteren Computer. Der wird einfach langsamer und wenn ich ihm nicht ausreichend Zeit für seine Arbeits- und Speichervorgänge lasse, kann er mir nicht mehr zuverlässig die erwünschten Dienste leisten. Sicher, das ist ein unvollkommener, verwegener Vergleich. Doch vielleicht hilft er zu verdeutlichen, dass manche sogenannte Vergesslichkeit älterer Menschen sicherlich keine Ursache in einer beginnenden Demenz hat, sondern vielleicht

eher aufgrund des verbreiteten Phänomens „Rentner haben niemals Zeit“ entsteht. Wenn ich mir keine Zeit lasse, damit mein Gehirn die einströmenden Reize und Informationen (gut) verarbeiten kann, muss ich mich nicht wundern, wenn mein Gehirn dann eine gesuchte Information auch nicht wiederfindet. Wenn es – aufgrund von Zeitmangel – nichts eingespeichert hat, dann kann es auch nichts finden. Ich sollte mich nicht mit der Angst vor einer Demenz in noch mehr Stress versetzen, sondern vielleicht einfach meinen Lebensstil entschleunigen, damit mein Gehirn angesichts seiner nachlassenden Schnelligkeit seine Potentiale weiterhin nutzen kann. Gelegenheit erhält, überhaupt auf seine kristalline Intelligenz zurückzugreifen. Unsere „Altersweisheit“. 1971 formulierte ein US-amerikanischer Psychologe die Unterscheidung zwischen „fluiden und kristalliner Intelligenz“. Ungefähr übersetzbar mit „flüssige und verfestigte Klugheit“. So verzeichnen wir beim Älterwerden und im (hohen) Alter einen Zuwachs der „kristallinen Intelligenz“. Die „fluiden“ Fähigkeiten, die Schnelligkeit aber nimmt eben ab (vgl. dazu auch: Baltes 1979, S. 283 ff.).

Bisher haben wir versucht, den Begriff „Demenz“ zu verstehen durch die Unterscheidung zwischen Krankheitsursachen (primär, sekundär) und Krankheitssymptomen (Verlust der Lebens-Verortung). Uns dabei auch vergegenwärtigt, dass dementielle Erkrankungen einen äußerst komplexen wie auch individuellen Prozess darstellen. Bedenken sollten wir, dass ältere Menschen „vergesslicher“ wirken können, ohne dass dabei eine dementielle Erkrankung des Gehirns vorliegt. Ursachen sollten zuerst in einer vielleicht zu geringen Beachtung der sich veränderten Arbeitsweisen des menschlichen Gehirns gesucht werden. In der Abgrenzung zwischen natürlichen Veränderungen unserer geistigen Leistungsfähigkeit im Laufe unseres Lebens und dem beginnenden Krankheitsprozess einer Demenz verdient ein dritter Aspekt unsere Aufmerksamkeit. Relativ wenig bekannt, aber umso bemerkenswerter ist, dass nicht jeder Mensch, der mit den zunehmenden Jahren „geistig nicht mehr so gut bei einander ist“, an einer Demenz erkranken wird. Bei solchen – über die natürlichen Veränderungen unseres Gehirns im Alter hinausgehenden – Unstimmigkeiten in der geistigen Leistungsfähigkeit sprechen Mediziner von LKS oder MCI („leichte kognitive Störungen“ oder „Minimal cognitive Impairment“). Eine geringe Verschlechterung bzw. Beeinträchtigung unserer Gehirnfunktion. Diese „leichten kognitiven Störungen“ verharren jedoch auf einem gewissen Niveau. Sind nicht mit einer beginnenden Demenz zu verwechseln. Bei Menschen mit diesen Einschränkungen besteht jedoch ein höheres Risiko für eine spätere primäre Demenz. Etwa ein Viertel bis ein Drittel von ihnen wird später tatsächlich von einer solchen betroffen sein (vgl. Hermeneit 2006, S. 6; S. 100; S. 108.)

Vielleicht denken Sie gerade, dass das alles ein bisschen so wirkt, als wenn „man“ nichts Genaues wüsste. Dieser Gedanke ist auch nicht ganz abwegig. Letztendlich können wir nicht korrekt definieren, was beim Älter- und Altwerden unseres Gehirns zum natürlichen Prozess der Veränderungen in Hirn-

struktur und -funktion dazugehört. Sicher ist, dass die Masse und das Volumen unseres „Denkorgans“ im fortschreitenden Alter geringer werden. Dieser Rückgang wird als altersadäquater Prozess angesehen (vgl. Eser 2011, S. 2ff.). Vielleicht sollten wir uns dies ähnlich wie den Alterungsprozess unserer Haut vorstellen. Diese gewinnt an Falten und Runzeln. Verliert an Glattheit. Verändert sich. Einfach, weil wir älter werden. So verändert sich auch ganz natürlich unser Gehirn. Und damit seine Leistungsfähigkeit. Diese – unseren Lebensprozess unabänderlich begleitenden – Veränderungen stellen keine Erkrankung dar. Schwierig ist und bleibt die Abgrenzung zwischen gegebenen Alterungsprozessen und einer Demenz.

Eine frühzeitige Differentialdiagnostik durch Spezialisten stellt den angebrachten Weg dar, um den Ursachen der geistigen Leistungsstörung auf den Grund gehen zu können. Beharrlich weise ich darauf hin, dass allein ein Hausarzt in der Regel nicht über die Möglichkeiten verfügt, um die *Diagnose* „Alzheimer“ zu stellen. Vergessen Sie nicht, dass die Feststellung „Demenz“ nur eine Aussage zu Symptomen darstellt, aber nicht zu deren Ursachen. Letztere müssen herausgefunden werden. Somit wird ein guter Allgemeinarzt den *Verdacht auf* eine solche Erkrankung äußern und seine Patienten an entsprechende Fachinstitutionen überweisen.

Weiterführend:

Für mich oder meine Liebsten würde ich für diesen schwierigen Weg immer eine Gedächtnissprechstunde in Anspruch nehmen. Dies sind spezialisierte Institutionen, in denen ausgewiesene Experten zur Untersuchung von Hirnleistungsstörungen arbeiten. Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft stellt auf ihrer Internetseite eine laufend aktualisierte Liste mit bundesweiten Adressen solcher Einrichtungen zur Verfügung (<https://www.deutsche-alzheimer.de/unser-service/gedaechtnissprechstunden.html>).

Letztendlich bedarf es eines komplexen und aufwendigen Vorgehens, um die Diagnose einer Alzheimer Demenz verlässlich zu erhalten. Zu diesem zählen die Verlaufs-Analyse (länger als sechs Monate anhaltendes komplexes Störungsmuster), Laborbestimmungen sowie somatische Untersuchungen. Die exakte Diagnostik beruht dann auf – sehr spezialisierten und für die Früherkennung geeigneten – neuropsychologischen Testverfahren und den sogenannten bildgebenden Verfahren.

Weiterführend:

Zu letzteren gehören beispielsweise die Computer-Tomografie (CT), die Magnet-Resonanz-Tomografie (MRT) oder auch die Singel-Photon-Emissions-CT (SPECT). Derzeit lässt sich mit den bildgebenden Verfahren die – nicht altersentsprechende – Schrumpfung der Hirnmasse nachweisen. Seit einiger Zeit gehört auch die Positronen-Emissions-Tomografie (PET) zu einer guten Diagnostik dazu. Sie bietet die Möglichkeit zu einer

– im zeitlichen Verlauf der Alzheimer Demenz – relativen frühen Erkennung, da mit der PET typische Veränderungen im Glucose-Stoffwechsel des Gehirns abgebildet werden können. Jüngste Hoffnung der Bildtechnik stellt eine Weiterentwicklung der Kernspintomographie dar, sodass die Forscher „bereits kleinste, für die Alzheimer-Erkrankung typische Veränderungen des Gehirns entdecken können“ (Wiltfang 2016, o. S.).

Heutzutage vermag die Medizin dank der Forschung wie auch dank der modernen Technik eine Alzheimer Demenz zu diagnostizieren – mit etwa 80-prozentiger Sicherheit. Völlige Klarheit liefert nach wie vor ausschließlich die Untersuchung einer Gewebeprobe des Gehirns (aus verschiedenen Gründen führt man diese in der Praxis nur am Gehirn verstorbener Patienten durch).

Bei der Diagnose einer vaskulären Demenz bedarf es der Abklärung des „Verkalkungsgrades“ unserer Gefäße (Arteriosklerose) als auch diesbezüglicher Risikofaktoren. Medizintechnische Untersuchungen der Halsschlagadern sowie geläufigere bildgebende Verfahren ermöglichen eine unkompliziertere Abklärung. Ebenfalls gelangen Labor- und körperliche Untersuchungen sowie neuropsychologische Testverfahren zur Überprüfung der geistigen Leistungsfähigkeit zum Einsatz. Des Weiteren sollten typische Anzeichen kleiner und kleinster Schlaganfälle in der Vergangenheit ermittelt werden. Kleinere Hirninfarkte führen – im Gegensatz zu einem massiven Schlaganfall – nicht zu der geläufigen halbseitigen Lähmung. Ihre sichtbaren Auswirkungen werden nicht selten übersehen oder falsch gedeutet. Auch, da sie in der Regel nach ein paar Stunden oder maximal wenigen Tagen rein äußerlich zumeist wieder verschwinden. Letztendlich bedeutet dies für die Diagnose vaskulärer Demenzen, dass mittels der Beachtung potentieller Risikofaktoren für Durchblutungsstörungen, einer genauen Betrachtung auch kleinster Anzeichen einer Mangeldurchblutung im Gehirn und bildgebenden Verfahren eine relativ sichere Diagnose zu stellen ist. Fachleute sprechen von 75- bis 90-prozentiger Diagnosesicherheit (vgl. Hentschel 2003, S. 130).

Weiterführend:

Als bildgebende Verfahren für die Diagnose einer vaskulären Demenz gelten vorrangig die MRT (Magnetresonanztomographie) und CT (Computertomographie). Mögliche Orte der Beschädigungen unseres Gehirns („vaskulären Läsionen“) kleiner oder größer, einmalig oder bereits mehrfach vorliegend, werden so sichtbar. Von Bedeutung bei der Differentialdiagnose ist des Weiteren die Untersuchung der Fließgeschwindigkeit des Blutes in unseren Adern. Dafür werden Ultraschall-Untersuchungen (Doppler-, Duplexsonographie) von Blutgefäßen im Kopf und insbesondere unserer Halsschlagadern durchgeführt. Gerade die Verengung der Halsschlagadern (Carotis-Stenose) mit den dadurch bedingten Durchblutungsstörungen im Gehirn stellt einen hohen Risikofaktor dar. Typische Anzeichen kleiner und kleinster Schlaganfälle sind: Kopfschmerzen, Schwindelanfälle, anscheinend völlig unmotivierte Stürze, die Unfähigkeit, Hände, Arme