

ALZHEIMER

ERKENNEN · VERSTEHEN · BEGLEITEN

- ▶ Von der Diagnose zur Behandlung
- ▶ Geeignet für Betroffene und Angehörige
- ▶ Gibt Antworten auf die wichtigsten Fragen
- ▶ Mit hilfreichem Serviceteil



Bernard Croisile

Alzheimer

Erkennen, verstehen, begleiten

Aus dem Französischen von Jürgen Schröder

Französische Originalausgabe: La maladie d'Alzheimer.
Identifier, comprendre, accompagner
© Larousse, Paris 2010

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

Das Werk ist in allen seinen Teilen urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig.
Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen,
Mikroverfilmungen und die Einspeicherung in und Verarbeitung
durch elektronische Systeme.

© 2012 by WBG (Wissenschaftliche Buchgesellschaft), Darmstadt
Die Herausgabe des Werkes wurde durch die Vereinsmitglieder
der WBG ermöglicht.

Redaktion: Kathrin Henne, Pinneberg

Layout, Satz und Prepress: schreiberVIS, Seeheim

Einbandabbildung: Helfende Hand © openlens – Fotolia.com

Einbandgestaltung: Peter Lohse, Heppenheim

Gedruckt auf säurefreiem und alterungsbeständigem Papier

Printed in Germany

Besuchen Sie uns im Internet: www.wbg-wissenverbindet.de

ISBN 978-3-534-24905-3

Die Buchhandelsausgabe erscheint beim Primus Verlag

Einbandabbildung: © picture alliance/Photo Alto

Einbandgestaltung: Jutta Schneider, Frankfurt a. M.

ISBN 978-3-86312-318-5

www.primusverlag.de

Elektronisch sind folgende Ausgaben erhältlich:

eBook (PDF): 978-3-86312-802-9 (Buchhandel)

eBook (epub): 978-3-86312-803-6 (Buchhandel)

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	8
1 Wie funktioniert das Gehirn?	11
Neuronen und Informationsübertragung	11
Die Organisation des Gehirns: Empfindungen und Handlungen	12
2 Die Alzheimer-Krankheit verstehen	15
Was ist Demenz?	15
Die Definition der Alzheimer-Krankheit	17
Ein paar Zahlen	19
Schädigungen des Gehirns	21
Die verschiedenen Formen der Alzheimer-Krankheit	23
Risikofaktoren	24
3 Symptome und Anzeichen	29
Die kognitiven Anzeichen der Krankheit	29
Die psychischen und verhaltensbezogenen Anzeichen	38
4 Diagnose und Entwicklung	43
Wie wird die Diagnose gestellt?	43
Krankheitsverlauf	48
5 Andere Demenzformen	53
Andere degenerative Demenzerkrankungen	53
Nicht-degenerative Demenzen	59
6 Diagnose der Alzheimer-Krankheit	63
Warum überhaupt eine Diagnose?	63
Die Mitteilung der Diagnose	65
Wen soll man aufsuchen?	68

7 Die medikamentöse Behandlung	71
Spezifische Behandlungsverfahren	71
Die Behandlung der Verhaltenssymptome	79
Die Zukunft der medikamentösen Behandlung	84
Die Behandlung der anderen Demenzerkrankungen	86
8 Nicht-medikamentöse Behandlungsverfahren	89
Kognitive Heilbehandlung und Rehabilitation	89
Die Rolle der verschiedenen Hilfspersonen	91
Lässt sich der Alzheimer-Krankheit vorbeugen?	94
9 Leben im Alltag	99
Familienberatung	99
Welche Maßnahmen sollte man ergreifen?	102
Die Einrichtung der Wohnung	111
Wie soll man den Patienten beschäftigen?	113
Einige besondere Situationen	116
10 Sozialfürsorge und Betreuungsdienste	125
Sozialer, Verwaltungs- und gerichtlicher Beistand	125
Die Versorgung zu Hause	137
Die punktuelle medizinische Betreuung	140
Die Teilbetreuung	141
Die Dauerbetreuung	143
Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft	146
Anhang	149
Antworten auf Ihre Fragen	149
Nützliche Adressen und Hinweise	153
Glossar	159
Register	167

Der Herausgeber dankt Baptiste Thiébaud und Jérémie Wagner für ihre Unterstützung sowie Professor André Delacourte, Forschungsleiter beim INSERM¹ in Lille.

¹ Institut national de la santé et de la recherche médicale
[Nationales Institut für Gesundheit und medizinische Forschung], A. d. Ü.

Vorwort

Die Alzheimer-Krankheit ist in wenigen Jahren zu einem medizinischen, gesellschaftlichen und menschlichen Problem tragischen Ausmaßes geworden. Es handelt sich um eine häufige, schwere und kostspielige Krankheit. In Deutschland leiden etwa 1,3 Millionen Menschen an ihr. Die fortschreitende Beeinträchtigung von geistigen und Verhaltensfunktionen führt bei anfälligen Patienten zu einem Zustand schwerer Abhängigkeit. Die Familien tragen die vollen Folgen des Autonomieverlusts und der Gebrechlichkeit der Patienten. Die Alzheimer-Krankheit ist sowohl im Hinblick auf die Gesellschaft als auch im Hinblick auf die Familien für steigende Kosten verantwortlich: Die jährlichen Ausgaben der Bundesrepublik Deutschland für Demenzkrankheiten belaufen sich auf etwa 9,4 Milliarden Euro, dennoch tragen die Familien 66 % der anfallenden Kosten für die Pflege eines Demenz-Patienten selbst.

Es bestehen noch immer viele Vorurteile, darunter die Verwechslung mit der „Senilität“. Tatsächlich ist die Alzheimer-Krankheit jedoch eine echte Krankheit, die sich deutlich vom natürlichen Alterungsprozess geistiger Funktionen unterscheidet. Auch wenn letzterer gewiss beschwerlich ist, bringt er doch keine größere Behinderung mit sich. Im Gegensatz dazu entsteht die Alzheimer-Krankheit durch spezifische Schädigungen des Gehirns, die dieses immer stärker beeinträchtigen; zu Beginn ist sie durch Gedächtnisstörungen charakterisiert, die mit der gewöhnlichen Vergesslichkeit, die mit dem Alter verknüpft ist, nicht zu vergleichen sind.

Auch andere neurologische Krankheiten beeinflussen die kognitiven und Verhaltensfunktionen. Sie sind zwar der Öffentlichkeit nicht immer bekannt, aber dennoch häufig (15–20 % der Fälle von Demenzerkrankungen), und führen mehr oder minder schnell zu einem Verlust der Autonomie unter Umständen, die sich manchmal von denen der Alzheimer-Krankheit unterscheiden. Es ist wichtig, diese beiden Krankheitsformen auseinander zu halten, denn die therapeutischen Ratschläge und Maßnahmen sind nicht

dieselben. Am häufigsten sind frontotemporale Demenzerkrankungen und die Demenz mit Lewy-Körpern.

Die Häufigkeit der Alzheimer-Krankheit und verwandter Krankheiten hat die Ärzteschaft und die öffentliche Hand in Alarmbereitschaft versetzt, wobei sie in ihrer Tätigkeit durch die Deutsche Alzheimer Gesellschaft unterstützt werden. In den letzten Jahren waren die erzielten Fortschritte unbestreitbar: Es lässt sich schon frühzeitiger eine Diagnose stellen, die soziale Unterstützung zur Entlastung der Familien und zur Erleichterung der Betreuung zu Hause entwickelt sich, einige Behandlungsmethoden gestatten zwar nicht die Heilung der Patienten, aber verschaffen ihnen eine wichtige Atempause und eine annehmbarere Entwicklung der Krankheit. Weitere Hoffnungen werden sich vielleicht schon in naher Zukunft erfüllen: eine noch frühzeitigere Diagnose und Behandlungsmethoden, die auf die inneren Mechanismen der Krankheit einwirken. Unterdessen brauchen Patienten und Familien die Unterstützung der Gesellschaft, die die Pflicht hat, sich um ihre Ältesten zu kümmern, die diese Gesellschaft aufgebaut haben.

Dieses Buch gibt Hinweise und Ratschläge. Es ist die Frucht zahlreicher Begegnungen mit Patienten und ihren Familien in den letzten fünfundzwanzig Jahren. Ich bin ihnen dankbar für das, was sie mir gegeben haben. Möge dieses Buch ihnen ein bisschen helfen.

Bernard Croisile

Klinischer Neurologe

Doktor der Neuropsychologie

Beauftragter des Centre Mémoire
de Ressources et de Recherche
des Hospices Civiles in Lyon

1

Wie funktioniert das Gehirn?

NEURONEN UND INFORMATIONSTRANSFER

Das Nervensystem besteht aus mehreren Dutzend Milliarden Zellen, die verschiedenen Funktionen zugrundeliegen. Bestimmte dieser Zellen, die Neuronen genannt werden, analysieren die eingegangenen Informationen, übertragen sie an andere Neuronen, speichern sie im Gedächtnis und leiten Reaktionen ein, die an die Situation oder an die Wünsche der Person angepasst sind. Die sensorischen Neuronen übertragen die sensorischen Informationen des Tast-, des Seh-, des Gehör-, des Geschmack- und des Geruchsinns an das Gehirn. Die motorischen Neuronen übertragen die vom Gehirn ausgegebenen Befehle an die Muskeln. Im Inneren des Gehirns integrieren zahlreiche Systeme sensorische Informationen und entscheiden über die Motorik. Außerdem gibt es Netze von Neuronen, die mit sehr hoch entwickelten Funktionen befasst sind: Gedächtnis, Sprache, Konzentration, Organisation komplexer Bewegungen (Zeichnen, einen Krawattenknoten binden), hoch entwickelte Erkennung verschiedener Gegenstände (Gesichter, Töne...), Denken, Problemlösen, Stimmungen, Verhalten etc. Diese Netze entsprechen den kognitiven und Verhaltensfunktionen, die auf spezifische Weise von der Alzheimer-Krankheit betroffen sind, während die motorischen und sensorischen Neuronen von ihr verschont bleiben.

Jedes Neuron besteht aus einem Zellkörper und aus Fortsätzen, den so genannten Dendriten oder Axonen. Das Axon ist ein einzel-

ner Fortsatz, der aus dem Zellkörper hervorgeht und mit den Dendriten anderer Neuronen verbunden ist. Die Verbindung zwischen den Fortsätzen findet an einer kleinen Verdickung statt, der sogenannten Synapse. Auf diese Weise sind die Neuronen miteinander durch Tausende synaptischer Verbindungen vereint. Die Regionen des Gehirns, in denen die Zellkörper konzentriert sind, stellen die graue Substanz dar und diejenigen, in denen sich die Axone befinden, machen die weiße Substanz aus.

Die Neuronen erzeugen, empfangen und übertragen ein elektrisches Signal, das so genannte Aktionspotential. Auf der Ebene der Synapsen geschieht die Informationsübertragung von einem Neuron zu einem anderen mittels der Freisetzung eines chemischen Moleküls, dem so genannten Neurotransmitter. Mehr als 100 Neurotransmitter wurden im Gehirn identifiziert. Im Hinblick auf die Gedächtnissysteme sind die am häufigsten verwendeten Neurotransmitter Glutamat, GABA und vor allem Azetylcholin, das insbesondere bei der Alzheimer-Krankheit fehlt.

DIE ORGANISATION DES GEHIRNS: EMPFINDUNGEN UND HANDLUNGEN

Die Hemisphären

Das Gehirn ist in zwei Gehirnhemisphären unterteilt, eine rechte und eine linke. Jede Hemisphäre empfängt Tastempfindungen und steuert die Bewegungen der gegenüberliegenden Körperhälfte. Außerdem spielt jede eine Rolle bei bestimmten, sehr spezialisierten Verhaltensweisen: Die linke Hemisphäre ist zum Beispiel ausschlaggebend für die Sprache, während die rechte Hemisphäre bei der Analyse des Raumes stärker zum Einsatz kommt. Die Hirnrinde entspricht einer dünnen Schicht grauer Substanz auf der Oberfläche des Gehirns. In der Tiefe der Hemisphären befinden sich auch Gruppen von Neuronenzellkörpern, die graue Kerne genannt werden. Die graue Substanz ist der Ort, an dem ele-

mentare sensorische Prozesse (Sehen, Hören, Tasten, Schmecken, Riechen) und motorische (sich bewegen) gesteuert werden, sowie höher entwickelte geistige Prozesse, die sogenannten kognitiven Funktionen (wiedererkennen, sich erinnern, denken, schöpferisch tätig sein, sprechen ...).

Die Gehirnlappen

Die Oberfläche jeder Gehirnhemisphäre ist von zahlreichen Windungen ausgebeult, die durch Furchen voneinander getrennt sind (**Abb. 1**). Die Windungen gruppieren sich in fünf Hauptregionen oder Lappen: Okzipital-, Parietal-, Temporal-, Frontallappen und die Insula. Die Okzipital-, Parietal- und Temporallappen bilden den hinteren Teil der Gehirnhemisphären. Jeder dieser drei Lappen ist auf eine oder mehrere sensorische Funktionen speziali-

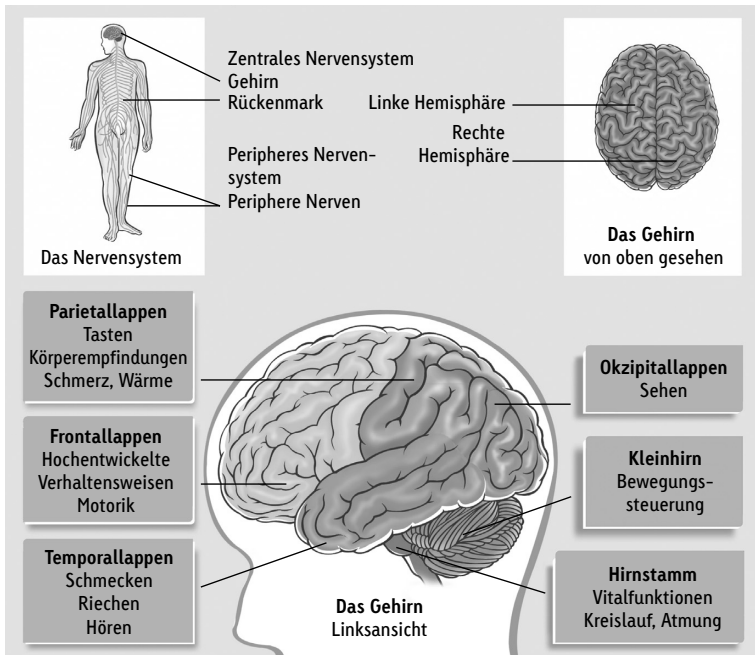


Abbildung 1: Organisation des Gehirns

siert: der Okzipitallappen auf das Sehen, der Parietallappen auf das Tasten und schließlich der Temporallappen auf das Hören, Schmecken und Riechen. Der linke Temporallappen spielt eine wichtige Rolle bei der Sprache. Der linke Parietallappen spielt eine bedeutende Rolle beim Schreiben und der Organisation von Bewegungen. Der rechte Parietallappen ist für die Bewegung im Raum wichtig.

Natürlich gestatten Verbindungen zwischen diesen verschiedenen Lappen den Austausch, den Vergleich und die Modifikation ihrer jeweiligen Informationen. Im vorderen Teil der Gehirnhemisphären befasst sich der Frontallappen, der 40 % des gesamten Gehirns ausmacht, mit allen möglichen Formen des Handelns. Tatsächlich sind diese Frontalregionen Gebiete, die besonders auf hoch entwickelte Verhaltensweisen ausgerichtet sind: Sie steuern die Persönlichkeit, den Charakter, die Kreativität und die hoch entwickelten kognitiven Operationen wie zum Beispiel Planung, Strategie, Organisation und Antizipation. In jedem Temporallappen befindet sich ein Gebiet, das Hippocampus genannt wird und dem Input des Gedächtnisschaltkreises für neue Informationen entspricht. Bei fortschreitender Alzheimer-Krankheit sind die Hippocampi zuerst betroffen. Anschließend breitet sich die Krankheit in andere kognitive und verhaltensbezogene Regionen des Gehirns aus.

2

Die Alzheimer-Krankheit verstehen

WAS IST DEMENZ?

Der Ausdruck „Demenz“ hat zwar unglücklicherweise die Nebenbedeutung von „Wahnsinn“, doch wird dieser medizinische Begriff verwendet, um bei einer erwachsenen Person die Gesamtheit neurologischer Krankheiten zu bezeichnen, durch deren Schädigungen sich die verschiedenen Gehirnregionen, die am Verhalten, der Persönlichkeit und den kognitiven Funktionen (Gedächtnis, Sprache, Aufmerksamkeit, Denken ...) beteiligt sind, allmählich verändern. Selbst wenn sie mit steigendem Alter zunehmen, sind die Demenzkrankheiten kein unabwendbares Schicksal des Alterungsprozesses, sondern echte Krankheiten, die auf Schädigungen des Gehirns zurückgehen. Diese Veränderungen wirken sich zunehmend auf das berufliche, gesellschaftliche und familiäre Leben des Patienten aus. Der Begriff „Demenz“ ist mehrdeutig, weil er sowohl das klinische Stadium des Autonomieverlusts als auch die Gruppe neurologischer Krankheiten bezeichnet, die diesen Autonomieverlust in ihrem Endstadium beinhaltet (**Abb. 2**). Eine Demenz ist also durch die Veränderung mehrerer kognitiver oder verhaltensbezogener Funktionen charakterisiert, die sich wenigstens sechs Monate lang immer deutlicher entwickelt: Gedächtnis, Sprache, Aufmerksamkeit, Rechnen, Gesten, Wiedererkennen, Urteil, schlussfolgerndes Denken, abstraktes Denken, Ideenbildung, Stimmung, Persönlichkeit.

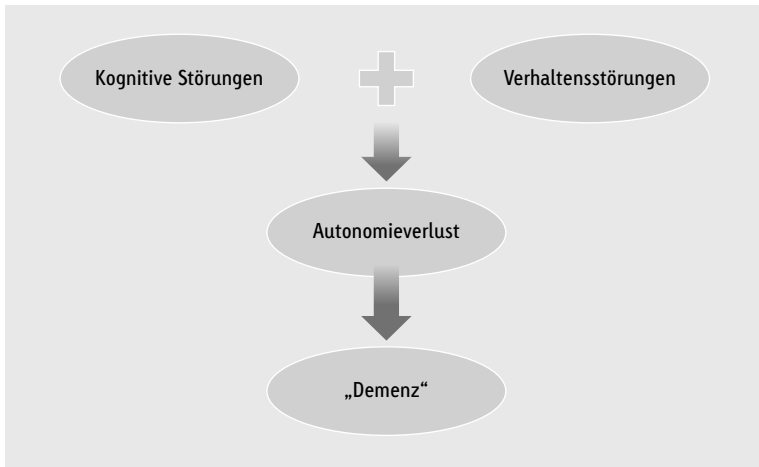


Abbildung 2: Eine Demenz ergibt sich aus der Verringerung und schließlich aus dem Verlust der Autonomie eines Patienten infolge der fortschreitenden Veränderung seiner kognitiven Funktionen und des Auftretens von Verhaltensstörungen.

Diese Defizite sind weder an eine Verwirrung noch an eine Beeinträchtigung im psychiatrischen Sinne gebunden. Der Einfluss der geistigen und verhaltensbezogenen Veränderungen genügt, um die Aktivität des Patienten im Vergleich mit seiner vorherigen Aktivität einzuschränken und seine Tätigkeiten im Alltagsleben erheblich zu behindern. Diese Verringerung der Autonomie führt immer mehr zu einem Zustand der vollkommenen und irreversiblen Abhängigkeit von seiner Umgebung.

Demenzsyndrome

Entsprechend der Natur und der Lage der Gehirnschädigungen gibt es vielerlei Ursachen für Demenzerkrankungen. Es gibt also nicht „eine“ Demenz, sondern „mehrere“ Demenzsyndrome. Man unterscheidet zwei große Typen von Demenzerkrankungen, die degenerativen Demenzen und die nicht-degenerativen Demenzen. Die degenerativen Demenzen sind am häufigsten (90 % aller Demenzerkrankungen), sie ergeben sich aus dem fortschrei-

tenden und irreversiblen Verlust von Neuronen infolge ihrer Degeneration. Die bekannteste degenerative Demenzerkrankung ist die Alzheimer-Krankheit. Die nicht-degenerativen Demenzen sind seltener und gehen auf vaskuläre, infektiöse, entzündliche Prozesse und auf Alkoholmissbrauch und Mangelernährung zurück.

Auch wenn häufig die Gedächtnisstörungen der Alzheimer-Krankheit hervorgehoben werden, muss man doch wissen, dass das Gedächtnis bei anderen Demenzerkrankungen manchmal verhältnismäßig intakt ist.

Die Demenzerkrankungen stellen eine demographische, medizinische und gesellschaftliche Herausforderung dar. Sie bilden die wichtigste Ursache für eine schwere Abhängigkeit alter Menschen: Sie sind der häufigste Grund für die Verlegung in ein Pflegeheim [siehe S. 144 f.], 57 % der in Pflegeheimen lebenden Menschen sind dement, und schließlich haben 30 % aller Personen, die häusliche Pflegeleistungen beantragt haben [siehe S. 165], dies aufgrund einer Demenzerkrankung getan.

DIE DEFINITION DER ALZHEIMERKRANKHEIT

Die Alzheimer-Krankheit ist die häufigste Demenzerkrankung. Sie ist eine degenerative Erkrankung des Gehirns, bei der die Veränderung und das Verschwinden von Neuronen zunehmend die Gesamtheit der Gehirnregionen betreffen, die an geistigen und verhaltensbezogenen Funktionen beteiligt sind. Die ersten betroffenen Regionen sind diejenigen, die für das Behalten neuer Informationen zuständig sind, was erklärt, warum die Krankheit mit Klagen über Gedächtnisausfälle und mit Gedächtnisstörungen beginnt. Die Ausweitung der Gehirnschädigungen bringt weitere Störungen zum Vorschein, die die Autonomie des Patienten immer stärker behindern.

Senile und präsenile Demenz

Die Alzheimer-Krankheit hat nichts mit Senilität zu tun, sondern es handelt sich um eine echte Krankheit. Unglücklicherweise wird der Begriff der senilen Demenz immer noch in der medizinischen, juristischen oder Verwaltungsterminologie verwendet, obwohl die Wissenschaftler ihn seit etwa 25 Jahren aufgegeben haben!

Lange Zeit bezeichnete man die Alzheimer-Krankheit mit „präsenile Demenz“ und begrenzte sie auf Patienten unter 65 Jahren, während der Begriff „senile Demenz“ den Demenzerkrankungen vorbehalten war, die nach dem Alter von 65 Jahren auftreten. In den 1980er Jahren stellte man jedoch fest, dass die Patienten, die von der „senilen Alzheimer-Krankheit“ betroffen waren, dieselben Symptome und dieselben Gehirnschädigungen wie diejenigen mit „präseniler Demenz“ aufwiesen. Es hatte keinen Sinn mehr, diese beiden Erkrankungen zu trennen, die folglich unter dem einheitlichen Begriff der Alzheimer-Krankheit vereint wurden.

Eine echte Krankheit

Diese folgerichtige Entscheidung, dieselbe Bezeichnung „Alzheimer-Krankheit“ zu verwenden, was auch immer das Alter des Patienten sei, hatte die Erhöhung der Anzahl von Fällen zur unmittelbaren Folge, da die senilen Demenzerkrankungen nach 65 zehn Mal häufiger sind als die Alzheimer-Krankheit vor 65.

Während die senile Demenz der Altersschwäche zugeordnet wurde, hat die Tatsache, sie mit der Alzheimer-Krankheit zu vereinigen, außerdem die negative Sicht des Lebensendes beseitigt, indem den alten Menschen, die von einer echten Krankheit betroffen sind, ihre Würde zurückgegeben wurde. Im Übrigen sollte man betonen, dass die Alzheimer-Krankheit nicht die Folge einer Beschleunigung der Alterung des Gehirns ist: Sie ist eine echte Krankheit, deren wichtigster Risikofaktor nicht im Alterungsprozess (im Abbau von Gehirnstrukturen), sondern im Alter (im Zustand der chronologischen Fortgeschrittenheit) besteht.