

Vergesslich, verwirrt und verloren

Demenz und Delirium: was ist relevant für den praktischen Arzt?

C. Hürny, B. Schwenk, D. Inglin

«Small world»

Vergessen ist ein alltägliches Phänomen. Vergessen ist sogar notwendig als Voraussetzung, um Neuem Platz machen zu können. Wir alle haben im Alltag Strategien entwickelt gegen das Vergessen, wir schreiben Einkaufslisten, wir machen Knoten in unsere Taschentücher. Unter Belastung vergessen wir mehr, unangenehme Dinge vergessen wir eher. Wenn die Vergesslichkeit zu- und mit der Zeit ein Ausmass annimmt, das den Alltag erheblich stört und ein normales Leben beeinträchtigt oder gar verunmöglicht, wird sie zum Symptom, zum Leitsymptom einer unheimlichen, progredienten Krankheit, der Demenz.

«Small world» («Ach wie ist die Welt doch klein!») sagt Koni Lang im gleichnamigen Roman von Martin Suter [1] zu einem Bekannten, dessen Namen er nicht erinnern kann und versteckt so seine sonst offensichtliche Vergesslichkeit, um sich nicht schämen zu müssen. Koni Lang leidet an einer Demenz, genauer an einer Alzheimer-Krankheit. Das Bestreben, Vergesslichkeit zu verstecken, führt oft zu einer «Unterdiagnostizierung» der Demenz in Praxis und Klinik.

So wie sich Betroffene und ihre Angehörigen über die Vergesslichkeit schämen, schämt sich auch die Gesellschaft ihrer dementen Mitglieder. Das Verhalten der Dementen macht sie gesellschaftsunfähig. Sie müssen institutionalisiert werden, weil zu nichts mehr nützlich, nur noch Last. Auch in diesem Sinn wird die Welt des Dementen und seiner Angehörigen immer kleiner. Bis vor wenigen Jahren hat sich die medizinische Welt wenig um Demenzkranke gekümmert. Demente wurden und werden entwertend zu «Pflegefällen», deren Krankheit nicht behandelbar und für die Medizin nicht von Interesse ist. Durch die Entdeckung der Azetylcholinesterasehemmer, die bei einem Teil der Patienten die Symptome vorübergehend verbessern können, sind Demenz, der Demenzkranke und seine Angehörigen unvermittelt im medizinischen Scheinwerferlicht. Dies hat zu einer wesentlichen Verbesserung der Lebensqualität aller Beteiligten geführt. Demenz ist vorwiegend eine Alterskrankheit, aber nur ein Teil der alten und sehr alten Menschen sind dement. Nachfolgend wird im Überblick der Wissensstand bezüglich Epidemiologie, Diffe-

rentialdiagnose und Diagnose, sinnvollen Abklärungen, Stellenwert der Memory-Kliniken, medikamentösen und psychosozialen Behandlungsstrategien dargelegt.

Epidemiologie

In den westlichen Ländern ist die Lebenserwartung in den letzten 100 Jahren deutlich angestiegen. Sie beträgt momentan in der Schweiz bei Männern 76,2 und bei Frauen 82,3 Jahre [2]. Anhand der Prävalenzraten nach Jorm [3] und der voraussichtlichen demographischen Entwicklung kann man davon ausgehen, dass sich die Anzahl von Demenzpatienten in den nächsten 50 Jahren mehr als verdoppeln dürfte. Die Prävalenz von mentalen und kognitiven Störungen, die sich auch im Alltag auswirken und somit für die Betroffenen selbst und für die Gesellschaft bedeutsam werden, verdoppelt sich ab dem 65. Lebensjahr rund alle fünf Jahre bis zum 90. Lebensjahr von 1,4% auf 30% [4].

Im Alter findet man häufiger kognitive Minderleistungen («mild cognitive impairment»), die definitionsgemäss nicht zu den Demenzen zählen. So leiden zum Beispiel bis zu 30% der 70- bis 80jährigen an kognitiver Minderleistung und in der gleichen Altersgruppe bis zu 10% an einer Demenz [5]. Allerdings entwickeln sich innerhalb eines Jahres bei 12% der Personen mit «mild cognitive impairment» eine Demenz und bei 50% innert vier Jahren [6].

Delirium oder Demenz?

Die Unterscheidung von Delir und Demenz ist wichtig und zugleich schwierig, weil die Symptomatik sehr ähnlich ist.

Die Demenz ist definiert als eine chronisch progrediente Erkrankung mit zunehmender Entwicklung von multiplen, kognitiven Defiziten (Tab. 1). Leitsymptom ist gewöhnlich die Vergesslichkeit. Um die Diagnose Demenz stellen zu können, müssen gemäss DSM-IV [7] neben dem Gedächtnis zusätzlich ein oder mehrere kognitive Bereiche betroffen sein und die intellektuelle Leistungseinbusse muss sich beruflich oder sozial auswirken.

Zentrum für Geriatrie und
Rehabilitation und Memory Clinic,
Bürgerspital St. Gallen

Korrespondenz:
PD Dr. med. Christoph Hürny
Zentrum für Geriatrie und
Rehabilitation
Bürgerspital
CH-9000 St. Gallen

Das Delirium, eine der meist übersehenen Diagnosen in Praxis und Klinik, tritt meist akut auf mit dem Leitsymptom der Verwirrung, oft mit Beeinträchtigung des Bewusstseins, stark wechselnden Symptomen, zeitweise Halluzinationen und ist von relativ kurzer Dauer (Stunden bis wenige Wochen). Ein Delirium kann sich einer vorbestehenden Demenz aufpfropfen und deren Symptomatik verstärken. Bei klinisch nicht manifester, vorbestehender Demenz kann ein psychosoziales Ereignis, wie z.B. der Eintritt ins Spital, zu einem Delir führen. Die Auslöser eines Delirs sind im Alter meist multifaktoriell. Grundsätzlich kann bei alten und sehr alten Menschen jede Erkrankung zu einem Delir führen. Die bei alten Menschen häufig eingeschränkte Wahrnehmung (Seh- und Hörstörung) prädisponiert zusätzlich zur Entwicklung eines Delirs. Praktisch wichtige Ursachen des Delirs sind in Tabelle 2 zusammengestellt. Von grosser Bedeutung sind Medikamente und zwar nicht nur zentral aktive.

Eine der ersten Massnahmen beim Auftreten eines Delirs ist immer die Überprüfung der Me-

dikation und der Nieren- und Leberfunktion. Eine häufige Ursache ist auch der Entzug von Schmerz- und Beruhigungsmitteln (Benzodiazepine!). Im übrigen richtet sich die Abklärung nach der vorherrschenden klinischen Symptomatik. Erste therapeutische Massnahme ist die Behebung der Ursache.

Im Gegensatz zur Demenz ist die Basis des Umgangs mit deliranten Patienten die Konfrontation mit der Realität durch Betreuende und Angehörige. Der Verlust des Realitätsbezuges im Delirium erzeugt Angst. Diese Angst kann durch eine konstante Bezugsperson (z.B. Sitzwache) und durch wiederholtes ruhiges und einfühlsames Aufzeigen, z.B. von örtlichen und zeitlichen sowie autopsychischen Koordinaten, in Schach gehalten werden. Medikamentöse Beruhigung mit Neuroleptika (Tab. 5) ist nur im Notfall angezeigt, da das Delir durch Interaktionen verschlimmert werden kann. Wenn Neuroleptika eingesetzt werden, dann in hoher Dosierung mit Sicherstellung einer genügenden Sedation.

Differentialdiagnose der Demenz

Das dementielle Syndrom kann sehr viele unterschiedliche Ursachen haben. Nicht selten können zwei oder mehrere Faktoren beim gleichen Patienten zu einem dementiellen Syndrom führen. Einige der häufigeren Ursachen sind in Tabelle 3 zusammengestellt.

Im folgenden sollen die wichtigsten Erkrankungen, die zu einem dementiellen Syndrom führen, besprochen werden.

Die **Alzheimer-Demenz** ist die häufigste Ursache eines dementiellen Syndroms. Typisch sind der schleichende Beginn und die langsam progrediente Verschlechterung der kognitiven Funktionen. Den klinischen Verlauf mit entsprechender Stadieneinteilung hat Reisberg bereits 1986 [8] beschrieben. Zu den Diagnosekriterien gehört ebenfalls das Fehlen von systemischen oder andern Hirnerkrankungen, die die progredienten kognitiven Störungen erklären können. Die Angaben zur Häufigkeit von **vaskulären Demenzen** variieren ganz enorm, wobei die Häufigkeit oft überschätzt wird durch Fehlinterpretation von neuroradiologischen Befunden. Von einer Multiinfarkt-Demenz wird gesprochen, wenn sich multiple kortikale und/oder subkortikale Infarkte nachweisen lassen und sich die Demenz im Verlauf stufenförmig verschlechtert. Einzelne fokale Läsionen in strategisch wichtiger Lokalisation können aber ebenfalls zu einer Demenz führen. Lakunen oder eine Leukoaraiose (Hypodensitäten im CT) in der periventriculären weissen Substanz sind in der Regel nur bei relevanter Ausprägung Ursache eines dementiellen Syndroms und gehen meist mit Gangstörungen und einer Urininkontinenz einher. Die Trias-Demenz, Gangstörun-

Tabelle 1. Diagnose-Kriterien der Demenz (DSM-IV) [7].

Entwicklung multipler kognitiver Defizite
1. Gedächtnisstörung
2. zusätzlich zumindest eine der folgenden Veränderungen
Aphasie
Apraxie
Agnosie
Störung des Abstrakten Denkens, des Planens, der Urteilsfähigkeit usw.
Intellektuelle Leistungseinbusse mit Auswirkungen auf soziale und/oder berufliche Belange
Defizite nicht ausschliesslich während eines Deliriums

Tabelle 2. Praktisch wichtige Ursachen des Deliriums im Alter.

Systemisch (meist ohne neurologische Ausfälle)
Exsikkose
Fieber
Medikamente
Medikamentenentzug
Hypoglykämie
Hypoxie
Elektrolytstörung
Hypothyreose
Erkrankungen des ZNS

gen und Urininkontinenz findet sich auch beim Hydrocephalus internus, einer durch Ventilableitung behandelbaren Demenz-Ursache.

Für die **Lewy-Körper-Demenz** typisch sind markant fluktuierende kognitive Leistungen, rezidivierende visuelle Halluzinationen (oft sehr detailliert beschrieben) und ein Parkinsonismus sowie eine ausgeprägte Verschlechterung auf die meisten Neuroleptika.

Hauptmerkmal der **frontotemporalen Demenzen** sind die auffälligen Verhaltensstörungen, die sich unter anderem in einer Vernachlässigung der Hygiene, Distanzlosigkeit, sexueller Enthemmung, Hyperoralität (alles in den Mund stopfen), sozialem Rückzug oder stereotypem Verhalten äussern können. Häufig bestehen auch Sprachstörungen. Die räumlich-visuelle Wahrnehmung, die Praxie und auch das Gedächtnis sind anfänglich recht gut erhalten.

Während die Alzheimer-Demenz für etwa 50% aller Demenzen verantwortlich gemacht wird, sollen die Lewy Körper Demenz und die frontotemporalen Demenzen für je etwa 15% verantwortlich sein, die reinen vaskulären Demenzen für etwa 10%. Die Beziehungen zwischen vaskulär bedingten Hirnveränderungen und der Alzheimer-Erkrankung sind gemäss neueren

Untersuchungen wohl viel enger, als bisher vermutet. So ist aus der Nonnenstudie bekannt, dass durch die Kombination von geringen Alzheimer-Veränderungen mit leichten vaskulären Veränderungen (Lakunen) eine schwere Demenz resultierte [9]. Und durch die Behandlung vaskulärer Risikofaktoren, Senkung eines erhöhten Blutdrucks, Senkung erhöhter Cholesterinwerte im Blut mit Statinen kann die Alzheimer-Inzidenz deutlich gesenkt werden.

Leider sind nur etwa 10% der Demenzen durch prinzipiell heilbare Störungen wie Hypothyreose, Vitamin-B₁₂-Mangel, intrakranielle Raumforderungen oder ZNS-Infektionen (HIV, Borreliosen) oder das Demenzsyndrom der Depression bedingt.

Sinnvolle Abklärungen

Bei der Demenzabklärung geht es zunächst darum, die Frage zu klären, ob eine Demenz vorliegt. Die Diagnostik beruht primär auf einer sorgfältigen Anamneseerhebung und neuropsychologischen Untersuchungen.

Anamneseerhebung

Die Anamneseerhebung umfasst sowohl das Gespräch mit dem Patienten als auch seinen Bezugspersonen. Neben aktuellen Symptomen interessieren auch deren Beginn, der bisherige Verlauf und ob der Patient die Symptome wahrnimmt. Gezielt wird gefragt nach Gedächtnis- und Orientierungsstörungen, Sprachstörungen, Wahrnehmungsstörungen, Denkstörungen, Problemen bei Aktivitäten des täglichen Lebens, psychischen Veränderungen sowie nach Beeinträchtigungen im beruflichen oder sozialen Bereich. Von Interesse sind zudem die medizinische Anamnese (insbesondere auch die Medikamentenanamnese), die Familienanamnese und die Biographie. Als quantifizierbares Anamnese-Erhebungsinstrument eignet sich beispielsweise die NOSGER-Skala, die aus je fünf Fragen zu den Bereichen Gedächtnis, Aktivitäten und instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens, Stimmung, Verhaltensstörungen und Sozialverhalten besteht [10].

Da Verhaltensstörungen für die Bezugspersonen oft wesentlich belastender als die eigentlichen kognitiven Störungen und meist auch Ursache für eine Heimplazierung sind, ist deren Erfassung von besonderer Wichtigkeit. Als strukturiertes Instrument hat sich beispielsweise das «Neuropsychiatric Inventory (NPI)» bewährt [11]. Die gängigen Untersuchungsinstrumente sind auf der Website unter <http://www.medicalforum.ch> zu finden.

Neuropsychologische Untersuchung

Nächster Abklärungsschritt ist eine neuropsychologische Untersuchung. Als Demenz-Screen-

Tabelle 3. Differentialdiagnose der dementiellen Syndrome.

Demenz bei primär degenerativen Erkrankungen:

Alzheimer-Demenz
Lewy-Body-Demenz
Frontotemporale Demenz
Parkinson-Demenz

Vaskuläre Demenzen:

Multiinfarktdemenz
Lakunäre Demenz
Binswanger-Erkrankung

Intrakranielle Raumforderungen:

Neoplasien
Chronisches Subduralhämatom

Normaldruck-Hydro-Zephalus

Infektionen:

HIV
Lues
Borreliose

Creutzfeldt-Jacob-Erkrankung

Metabolische Störungen:

Elektrolytstörungen
Endokrine Störungen
Vitamin-B₁₂/ Folsäure-Mangel

Psychiatrische Störungen:

Depression

ning-Instrumente haben sich für die Praxis eine Kombination von Mini-Mental-Status [12] und Uhrentest [13] bewährt. Mittels dieser Tests lässt sich der Schweregrad der Demenz objektivieren, insbesondere in mittelschweren bis schweren Demenzfällen. Bei leichter oder fraglicher Demenz sind umfassende neuropsychologische Abklärungen durch entsprechende Spezialisten in der Praxis oder an Memory-Kliniken nötig. Diese Abklärungen erlauben es, sämtliche kognitiven Bereiche ausführlich zu testen. Dabei geht es nicht nur um die Aufdeckung von Defiziten, ebenso wichtig ist die Identifikation noch vorhandener Fähigkeiten. Die Kenntnis dieser Ressourcen ist für die Betreuung Dementer von eminenter Bedeutung, sie verhindert Unter- wie Überforderungen. Ein gemeinsames minimales Datenset, die CERAD [14] neuropsychologische Batterie, wird mittlerweile an den meisten Memory-Kliniken eingesetzt. Da der Patient bei der Anwendung obiger Erhebungsinstrumente mit seinen Defiziten konfrontiert wird, ist es wichtig, ihm vorgängig Sinn und Zweck der Erhebung zu erklären.

Mittels Anamnese und neuropsychologischer Untersuchung lassen sich sowohl eine leichte kognitive Störung als auch ein Delirium von einem dementiellen Syndrom abgrenzen.

Werden die Kriterien für die Diagnose einer Demenz nicht erfüllt, kognitive Defizite aber doch festgestellt, kann es sich um ein «mild cognitive impairment» handeln. Oft besteht eine grosse Diskrepanz zwischen den Testresultaten und dem subjektiven Beschwerdebild. Ob es sich hier um eine physiologische Variante oder um den Beginn einer Demenz handelt, kann nur aufgrund von Verlaufsuntersuchungen beurteilt werden [6].

Bei Bestätigung der Diagnose «Demenz» gilt es in einem zweiten Schritt, deren Ursache aufzudecken (s. Abschnitt Differentialdiagnose). In praxi am bedeutsamsten ist der Nachweis beziehungsweise Ausschluss einer Depression (siehe nachfolgenden Abschnitt).

Weitere Abklärungen

Anamnese, internistischer und neurologischer Status sowie einige gezielte Laboruntersuchungen (z.B. Vitamin B₁₂, Folsäure, TSH, evtl. serologische Untersuchungen bezüglich HIV, Lues oder Lyme Disease) helfen, wichtige Ursachen aufzudecken.

Ob bildgebende Verfahren wie CT oder MRI nur zum Ausschluss spezifischer Ursachen einer Hirnleistungsstörung durchgeführt werden sollen, ist umstritten. Nach unserer Erfahrung ist diesbezüglich eher Zurückhaltung am Platz [15]. Unumstrittene Indikationen für diese Verfahren sind Demenzen bei jüngeren Patienten, bei Status nach kürzlich erlittenem Schädelhirntrauma, bei Vorliegen von neurologischen Ausfällen oder bei sehr raschem Verlauf der Erkrankung.

Demenz und Depression

Im Alter können sich die Symptome von Demenz und Depression wesentlich überschneiden. Alte Menschen klagen ungern über emotionale Symptome, wie z.B. schlechte Stimmung, weil sie das als ungehörig empfinden. Statt dessen werden als Ausdruck der allgemeinen Befindlichkeit körperliche Symptome und oft Gedächtnisstörungen beklagt. Demenzpatienten hingegen überspielen ihre kognitiven Ausfälle eher. Paradoxerweise leiden alte Menschen, die sich mit Nachdruck über Gedächtnisstörungen beklagen, eher an einer Depression als einer Demenz. Weitere überschneidende Symptome sind Mangelernährung, fehlender Antrieb und sozialer Rückzug. Bei der Depression ist neben der depressiven Symptomatik häufig vor allem das Gedächtnis betroffen, während andere neuropsychologische Ausfälle im Gegensatz zur Demenz nicht vorhanden oder im Hintergrund sind. Schliesslich kann eine Depression auch als Reaktion auf die dementielle Entwicklung auftreten.

Wenn der dementiellen Symptomatik eine Depression zugrunde liegt, spricht man heute vom Demenzsyndrom der Depression [17]. Begriffe wie Pseudodemenz oder Ganser-Syndrom sind nicht mehr gebräuchlich. Die Diagnose des Demenzsyndroms der Depression ist nicht einfach zu stellen. Im Zweifelsfalle ist die konsequente Behandlung mit einem Antidepressivum (Tab. 5) unbedingt indiziert und führt ex iuvantibus zur Diagnose.

Memory Clinic

1983 hat Exton-Smith in Grossbritannien die erste Memory Clinic eröffnet mit dem Ziel, Ursachen von Gedächtnisstörungen bei älteren Patienten möglichst früh zu erfassen. Seither sind in verschiedenen Ländern solche Institutionen ins Leben gerufen worden, in der Schweiz erstmals 1986 durch Stähelin in Basel. Die Memory Clinic am Zentrum für Geriatrie und Rehabilitation des Bürgerspitals St. Gallen besteht seit 1996.

Die Hauptaufgabe der Memory Clinic ist die Abklärung von Patienten mit Hirnleistungsschwäche. Das praktische Vorgehen ist im Abschnitt «Sinnvolle Abklärungen» beschrieben. Von ebenso grosser Bedeutung ist die Evaluation der Betreuungssituation durch intensive Gespräche und strukturierte Erfassung mittels eines Stress-/Belastungsfragebogens. Abschliessend erfolgt ein ausführliches Informations- und Beratungsgespräch, bei dem sowohl Patient wie Betreuende anwesend sind. Informiert wird über Defizite und Ressourcen, über medikamentöse Möglichkeiten und über Möglichkeiten der Aktivierung noch vorhandener

Ressourcen und die Vermeidung von Überforderungen. Die Anpassung der Umwelt (Sicherheit) kommt ebenso zur Sprache wie der Umgang mit verschiedenen Verhaltensstörungen. Die Zuweisung der Patienten erfolgt durch ihren Hausarzt, in dessen Händen auch die weitere Betreuung liegt. Zusammenarbeit und Informationsaustausch mit Hausärztinnen und Hausärzten ist für die weitere Betreuung zentral.

Medikamentöse Therapie

Der erste Schritt in der medikamentösen Therapie der Demenz ist die kritische Überprüfung von Medikamenten, welche die kognitive Beeinträchtigung verstärken können (v.a. anticholinerg wirksame Medikamente, wie trizyklische Antidepressiva, Spasmolytika, Parkinson-Medikamente). Dann gilt es kausal behandelbare Ursachen, wie z.B. Vitaminmangelzustände, Hypothyreose, Depression oder Delir anzugehen.

Eine spezifische medikamentöse Demenztherapie ist vor allem für die Demenz vom Alzheimer-Typ und für die Lewy-Body-Demenz nachgewiesen. Bei beiden Erkrankungen werden Acetylcholinesterasehemmer erfolgreich ein-

gesetzt (Tab. 4). Durch diese Substanz wird der Abbau des Acetylcholins gehemmt, welches von noch intakten cholinergen Neuronen in den synaptischen Spalt freigesetzt wird. Dadurch wird die bei der Alzheimer-Krankheit besonders stark beeinträchtigte cholinerge Neurotransmission verbessert. In mehreren randomisierten, Placebo-kontrollierten Studien wurden sowohl eine signifikante Verbesserung der neuro-psychologisch gemessenen Hirnleistung, wie auch eine Verbesserung der Alltagsaktivitäten und insgesamt ein geringeres Auftreten von Verhaltensstörungen nachgewiesen. Zudem konnte eine signifikante Verzögerung einer Pflegeheimplatzierung von bis zu 12 Monaten gezeigt werden [5]. Die Dosierung der heute zur Verfügung stehenden Präparate ist in Tabelle 4 zusammengestellt. Die wichtigsten Nebenwirkungen sind cholinerg: Übelkeit und Erbrechen, Diarrhoe, Schwindel und Kopfschmerzen. Andere Antidementiva, wie z.B. Ginkgopräparate oder Vitamin E werden in Kombination mit Acetylcholinesterasehemmern gegeben, aber ihre Wirkung auf die kognitiven Störungen ist nicht eindeutig nachgewiesen.

Acetylcholinesterasehemmer sind vermutlich auch bei gemischter Demenz und bei der rein

Tabelle 4. Therapie mit Acetylcholinesterasehemmer.

Markenname	Wirkstoff	Dosierung
Exelon®	Rivastigmin	2 x tgl. 1,5 mg, bei guter Verträglichkeit nach 2–4 Wochen in Schritten von 2 x 1,5 mg bis max. 2 x 6 mg steigern (frühestens Woche 7)
Aricept®	Donepezil	1 x tgl. 5 mg, kann bei guter Verträglichkeit nach 4 Wochen auf 10 mg/Tag gesteigert werden
Reminyl®	Galantamin	2 x tgl. 4 mg, bei guter Verträglichkeit nach 4 Wochen auf 2 x tgl. 8 mg steigern, nach weiteren 4 Wochen auf 2 x tgl. 12 mg steigern

Tabelle 5. Medikamentöse Behandlung von nichtkognitiven Symptomen bei Demenz.

Art der Störung	Medikament	Tägliche Zieldosis
Depression	SSRI (z.B. Citalopram®/Seropram®)	10–40 mg
Angstsyndrom	Mirtazapin (Remeron®)	15–60 mg
Tag-/Nachtumkehr, Schlafstörungen	Pipamperon (Dipiperon®) Lorazepam (Temesta®)	20–80 mg 0,5–2 mg
Unruhezustände	Pipamperon (Dipiperon®) Risperidon oder Haloperidol akut: Levomepromazin (Nozinan®) oder Promazin (Prazine®)	20–80 mg s. dort 25–50 mg i.m. 50–100 mg i.m.
Wahn/Halluzination	Risperidon (Risperdal®) Haloperidol (Haldol®)	0,25–2 mg 0,3–5 mg

Cave: Nichtkognitive Störungen bei Parkinson-Syndrom und Lewy-Body-Demenz sind ausschliesslich mit Clozapin (Leponex), 12,5–50 mg, zu behandeln.

vaskulären Demenz wirksam, da bei beiden Formen möglicherweise ein cholinerges Defizit besteht. Die Therapie der vaskulären Demenz hat ihren Schwerpunkt in der Behandlung der Risikofaktoren (z.B. Diabetes mellitus, Hypertonie usw.) und in der Verbesserung der Hirndurchblutung durch Thrombozytenaggregationshemmer (Acetylsalicylsäure 300 mg/Tag). Vor allem bei der fortgeschrittenen Demenz kommt der Behandlung von nichtkognitiven Symptomen eine übergeordnete Rolle zu (Tab. 5).

Betreuung von Demenzkranken in ihrem Umfeld

Eine möglichst frühzeitige Diagnose der Demenz ist nicht nur wegen der vor allem in frühen Stadien der Erkrankung wirksamen, medikamentösen Therapie von grosser Bedeutung. Eine nicht erkannte, leichte Demenz bedeutet unter Umständen aufgrund von sich häufenden Missverständnissen eine schwere Belastung der zwischenmenschlichen Beziehungen des Demenzkranken, vor allem der Partnerbeziehung. Eine frühzeitige Diagnose erlaubt allen Beteiligten, sich auf die Diagnose einzustellen und sich damit auseinanderzusetzen, was für eine adäquate Krankheitsverarbeitung (coping) unabdingbar ist. Zu Beginn ist es oft für den Betroffenen schwierig. Er muss seine Defizite schmerzhaft erkennen und leidet darunter. Mit der Zeit, wenn der Patient vergisst, dass er vergisst, wird es für die Angehörigen immer belastender. Betreuung und Überwachung des Kranken beschert ihnen einen 36-Stunden-Tag

[20], bringt sie an den Rand der Belastbarkeit und trotzdem werden sie von Schuldgefühlen geplagt. Die Angehörigen leisten bei der Betreuung der Demenzkranken den Löwenanteil und bedürfen deshalb unserer ganz besonderen Aufmerksamkeit.

Im Umgang und bei der Kommunikation von Professionellen und Angehörigen mit Demenzen ist folgendes zu beachten. Verbale Botschaften sollen langsam, kurz und klar, aber verbale Botschaften eindeutig sein. Es ist wichtig, kognitive Stärken und Schwächen zu erkennen, um den Patienten vor Über- oder Unterforderung (Infantilisierung) zu schützen. Im Gegensatz zum Delir muss der Patient nicht ständig mit der Realität und seinen Defiziten konfrontiert werden. Im Gegenteil soll er durch emotionale Wertschätzung gestützt werden (Validation) [21], was eine gute Kenntnis seiner Biographie zur Voraussetzung hat. Wichtig ist, nicht nur über die Angehörigen, sondern auch direkt mit dem Demenzen zu kommunizieren. Die Betreuung Demenzkranker und ihrer Angehörigen erfordert ein Netzwerk von verschiedenen Angeboten, die in der Schweiz regional ganz unterschiedlich ausgeprägt sind. Hauptkoordinator und erster Ansprechpartner ist der Hausarzt. Er wird in der Regel die Verdachtsdiagnose stellen und den Patienten allenfalls zur Abklärung in eine Memory Clinic oder andere Spezialeinrichtung zuweisen. Neben der neuropsychologischen Diagnostik haben sich die Memory-Kliniken zunehmend auch der Schulung der Angehörigen zugewandt. Mit psychoedukativen Angeboten werden die Angehörigen einerseits über die Krankheit informiert und gleichzeitig in der Krankheitsverarbeitung unterstützt. Solche Programme können die Heimplatzierung um mehr als ein Jahr hinauszögern und die Lebensqualität der Angehörigen und der Betroffenen wesentlich verbessern [5]. Die 1986 gegründete Schweizerische Alzheimervereinigung leistet Öffentlichkeitsarbeit und bietet über ihre 16 regionalen Sektionen auch direkte Unterstützung, z.B. durch Selbsthilfegruppen an. Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit Spitexdiensten und Pro Senectute [22]. In letzter Zeit sind in verschiedenen Gebieten Tagesheime zur punktuellen Entlastung der Angehörigen geschaffen worden.

Quintessenz

- Die Demenz ist eine weit verbreitete progrediente Krankheit, vor allem im Alter. Mit zunehmendem Durchschnittsalter der Bevölkerung wird die Zahl der Demenzkranken in Zukunft zunehmen. Die häufigste Form ist die Alzheimer-Krankheit. Die Abgrenzung der Demenz vom kurzdauernden Delirium ist wesentlich.
- Die Frühdiagnose der Demenz ist wichtig, nicht nur wegen der medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten, sondern auch, damit sich Betroffene und Angehörige mit dieser Diagnose frühzeitig auseinandersetzen können.
- Den Hauptteil der Betreuung und Pflege von Demenzkranken leisten die Angehörigen. Sie bedürfen professioneller Unterstützung.
- Weitere Entwicklung und Verbreitung psychosozialer Interventionen für Betroffene in frühen Stadien und Angehörige ist wesentlich.
- Der Hausarzt hat eine entscheidende Funktion als Koordinator im Netzwerk für die Betreuung der Demenzkranken, von der Früherkennung über die Diagnosestellung zur medikamentösen und psychosozialen Betreuung und Beratung der Angehörigen sowie bei den schwierigen therapeutischen Ermessensentscheidungen beim schwer Demenzkranken.

Assessmentinstrumente der Demenz

Aus Platzgründen und teils auch aus urheberrechtlichen Gründen finden Sie die Kurzversionen der im Text erwähnten Tests unter <http://www.medicalforum.ch>. Die ausführlichen Tests mit genauen Anleitungen zu Durchführung und Auswertung können anhand des Literaturverzeichnisses gefunden werden.

Literatur

- 1 Suter M. Small World. Diogenes Verlag AG, Zürich; 1995.
- 2 Bundesamt für Statistik, Sektion Bevölkerungsentwicklung. Sterbetafel 1996/1997, Neuchâtel; 1999.
- 3 Jorm AF, Korten AE, Henderson AS. The prevalence of dementia: a quantitative integration of the literature. *Acta Psychiatr Scand* 1987;76:465–79.
- 4 Inglin D. Demenzabklärung. *Ther Umsch* 1999;56:94–97.
- 5 Wettstein A. Demenz: Was Primärversorger darüber wissen müssen. *Praxis* 2001;90:1725–30.
- 6 Petersen RC. Normal Aging, Mild Cognitive Impairment, And Early Alzheimer's Disease. *The Neurologist* Vol.1, 1995;6:326–44.
- 7 American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders forth Edition. Author. Washington DC; 1994.
- 8 Reisberg B. Dementia: A systematic approach to identifying reversible causes. *Geriatrics* 1986;4:30–46.
- 9 Snowdon DA. Brain infarction and the clinical expression of Alzheimer's disease. The Nun Study. *JAMA* 1997;277:813–7.
- 10 Spiegel R. Nurses Observation Scale for Geriatric Patients. In *Collegium Internationale Psychiatrieae Scalorum. Internationale Skalen für Psychiatrie*, 4. Auflage. Bertz Verlag, Göttingen, 1996.
- 11 Cummings JL. The neuropsychiatric inventory. *Neurology* 1994;44:2308–14.
- 12 Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. «Mini Mental State». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189–98.
- 13 Thalmann B, Monsch AU, Ermini-Fünfschilling D, Stähelin HB, Spiegel R. Combining the Clock Drawing Test and the Mini-Mental Status Examination to improve GP's screening for dementia. In: *The Challenge of Demetias. The Lancet Conference*, Edinburgh, United Kingdom 1996;62.
- 14 Morris JC, Heyman A, Mohs R, Hughes JP, van Belle G, Fillenbaum G, et al. and the CERAD investigators: The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD). Part I. Clinical and neuropsychological assessment of Alzheimer's disease. *Neurology* 1989;39:1159–65.
- 15 Schwenk B. Demenzabklärung in der Memory Clinic St. Gallen: eine deskriptive Analyse der ersten 143 Patienten. Dissertation Universität Bern; 2000.
- 16 Padrutt M. Demenz und Depression. *Ther Umsch* 1999;56:79–82.
- 17 Folstein MF, McHugh PR. Dementia syndrome of depression. Katzmann R, Terry RD, Bick KL (eds.). *Alzheimer's Disease: senile dementia and related disorders (Aging Vol 7)*. Raven Press 1978;87–96.
- 18 Bertoli S, Stähelin HB. Neue medikamentöse Therapiemöglichkeiten der Alzheimerkrankheit. *Ther Umsch* 1999;56:98–103.
- 19 Michel E. Begleitung von Demenzkranken und ihren Angehörigen: Bericht aus der täglichen Praxis eines Hausarztes. *Ther Umsch* 1999;56:104–8.
- 20 Mace L, Rabins PV. *Der 36-Stunden-Tag*. 4. Auflage, Bern, New York, Haus Huber; 1996.
- 21 Feil N. Ein neuer Weg zum Verständnis alter Menschen. 2. Auflage, Himberg bei Wien, Wienerverlag; 1992.
- 22 Faes J, Diener O. Betreuung von Demenzkranken – Familie als Eckpfeiler. *Ther Umsch* 1999;56:114–7.