

# Demenzen im Alter

## Häufigkeit, Erscheinungsformen, therapeutische Ansätze

Dr. Claus Wächtler

### Demenzen werden häufiger – weil wir älter werden

Die moderne Alzheimer-Forschung begann Anfang des 20. Jahrhunderts mit dem deutschen Nervenarzt Alois Alzheimer, der die damals 51-jährige Auguste Deter in der „Städtischen Irrenanstalt Frankfurt“ wegen einer Demenz betreute. Anders als heute war die „Senile Demenz“ damals eine seltene Erkrankung. Die Erkrankungshäufigkeit steigt nach dem 65. Lebensjahr steil an und betrifft mehr als 30 Prozent der über 90-Jährigen. Man schätzt die Zahl der Demenzkranken in Deutschland heute auf mehr als eine Million. Die Zahl wird sich bis zum Jahr 2050 mehr als verdoppeln. Angehörige leisten durchschnittlich sechs bis zehn Stunden täglich Betreuungsarbeit. Demenzkranke stellen aber auch logistische und personelle Anforderungen an Pflegeheime und Krankenhäuser.<sup>[11]</sup>

### Diagnostisches Vorgehen in der Praxis

Die Diagnose Demenz sollte möglichst früh gestellt werden. Verdächtige Symptome sind:

Vergessen; Schwierigkeiten bei komplexeren täglichen Verrichtungen; Vernachlässigung von Hobbys; sozialer Rückzug und weniger Eigeninitiative, aber auch Reizbarkeit und ungewöhnliche Stimmungsschwankungen; Probleme, sich in fremder Umgebung zurechtzufinden oder die passenden Wörter zu finden.

Bei Verdacht auf eine Demenz wird geprüft, ob es sich noch um eine „Leichte Kognitive Störung“ (Mild Cognitive Impairment:

MCI) handelt. Im Vordergrund stehen subjektive Angaben über kognitive Beeinträchtigungen, aber auch objektivierbare Störungen. Eine Demenz liegt (noch) nicht vor. Auch eine Depression, die im Alter häufig mit kognitiven Störungen einhergeht, ist sorgfältig auszuschließen. Der Untersucher sollte sich ein Repertoire von Screening-Verfahren aneignen, die er gut beherrscht, die zur Demenzdiagnostik geeignet sind und die sich zeitökonomisch einsetzen lassen. Dies trifft auf keinen Test mehr zu als auf den international meist verwendeten Mini-Mental State (MMS).<sup>[6]</sup> Er identifiziert aber keine Frühformen speziell bei Menschen mit guter Ausgangsintelligenz. Neuere Tests, wie der DemTect,<sup>[7]</sup> sind zur Frühdiagnostik besser geeignet. In Kombination mit weiteren neuropsychologischen Testverfahren, wie dem Uhrentest,<sup>[15]</sup> einer Wortflüssigkeitsaufgabe (z. B. Benennung von Tieren in einer Minute) und der Exploration des Patienten und seiner Angehörigen insbesondere zur Alltagsbewältigung lässt sich in der Regel eine relativ sichere Abschätzung von noch altersassozierten („benignen“) kognitiven Leistungseinbußen oder leichter kognitiver Beeinträchtigung einerseits und beginnender Demenz andererseits vornehmen.<sup>[17]</sup>

Bestätigt sich der Verdacht auf eine Demenz, muss in einem zweiten Schritt festgestellt werden, um welche der mehr als 60 Demenzformen es sich handelt. Dazu dienen eine körperliche Untersuchung, Labortests,<sup>[1]</sup> CCT oder MRT.

Bei Unsicherheit in der diagnostischen Zuordnung, Auffälligkeiten des bisherigen

Verlaufs, ausgeprägter psychischer Begleitsymptomatik oder Verhaltensstörungen muss der Facharzt eingeschaltet werden. Dem Facharzt ebenso wie der Memory-Clinic bleibt die Aufgabe, neben einer erweiterten apparativen und laborchemischen Untersuchung differenziertere Testverfahren einzusetzen. Dabei schlägt das CERAD-Verfahren<sup>[13]</sup> einen Mittelweg zwischen Minimallösung (z. B. MMS) und zeitaufwändigeren differenzierteren Testbatterien ein.

Die Liquordiagnostik gehört noch nicht zu den Routineverfahren. Ergeben sich aber Hinweise auf eine entzündliche Genese der Demenz oder fällt die Abgrenzung einer degenerativen Erkrankung von einer anderen Demenzursache schwer, kann der Liquor zusätzliche Sicherheit schaffen.

Folgende Verteilung der Demenzen findet sich: Alzheimer'sche Erkrankung: ca. 60 %, vaskuläre Demenz: ca. 10 %, Mischform: ca. 10 %, Lewy-Körperchen-Demenz: ca. 10 %, fronto-temporale Demenz: unter 1 %, potentiell reversible (behebbar) Demenzen: ca. 9 % (u. a. Hypo- und Hyperthyreose, Vitamin B12-Mangel, chron. hypoxische Zustände, chron. Intoxikation durch Psychopharmaka oder Alkohol, Hyponatriämie, Anämie, Encephalitis, Normaldruckhydrocephalus etc.).

### Aufklärung

Liegt eine Demenz vor, sollte in der Regel eine Aufklärung erfolgen. Neben der Aufklärung über die Erkrankung beinhaltet ein solches Gespräch Informationen über

Demenz	Spezifika von Verlauf, Symptomatik	Labor/apparativ	Neuropsychologisch
<b>Alzheimersche Erkrankung</b>	Chron. progrediente Gedächtnisstörung, Auffälligkeiten Sprache (Dysphasie) und Wahrnehmung (Agnosie), motorische Fehlhandlungen (Apraxie)	Atrophie (CCT, MRT) in spezifischen Hirnarealen, im Verlauf zunehmend; spezifische Liquorbefunde	Störungen des episodischen Gedächtnisses, des Neugeächtnisses, der Wortfindung, der visuell-räumlichen Organisation
<b>Frontotemporale Demenz (FTD)</b>	Je nach Prägnanztyp mit führender Wesensänderung (Haupttyp), nicht-flüssiger Aphasie (primär-progressive Aphasie) oder flüssiger, semantischer Aphasie (semantische Demenz)	Beim Haupttyp: vor allem frontale und/oder temporale Atrophie	Beim Haupttyp: Inadäquates Sozialverhalten; Fehlen schwerer Gedächtnis- oder visuell-räumlicher Störungen
<b>Lewy-Körperchen-Demenz</b>	Progrediente Demenz mit Fluktuation der Kognitionen (insbesondere Aufmerksamkeit, Wachheit), rezidiv. visuellen Halluzinationen, Parkinsonsymptomatik bzw. Neuroleptika-Überempfindlichkeit	Verminderte dopaminerge Aktivität in den Basalganglien, in SPECT oder PET	Demenz mit Einschränkungen im Alltag, bei der Aufmerksamkeit sowie bei exekutiven und visuo-perzeptiven Funktionen; das Gedächtnis zu Beginn relativ gut erhalten
<b>Parkinsondemenz</b>	Langsam progrediente Demenz, die sich bei vorbestehender Parkinsonerkrankung entwickelt, häufig assoziiert mit Apathie, affektiven und paranoid-halluzinatorischen Symptomen	Keine spezifischen Befunde; CCT oder MRT zum Ausschluss anderer Erkrankungen	Störungen der Aufmerksamkeit, exekutiver Funktionen (z. B. Initiierung und Planung, kognitive Flexibilität), visuell-räumlicher Funktionen
<b>Vaskuläre Demenz</b>	Gruppe von Demenzen; z. B. bei Multiinfarkt Demenz: apoplektischer Beginn; früh einsetzende fokale Zeichen wie Hemiparese, sensorische Ausfälle, Gesichtsfelddefekte; fluktuierende oder stufenweise Progression der kognitiven Defizite	In CCT/MRT relevante cerebro-vaskuläre Läsionen	Häufig: Veränderungen der Persönlichkeit, affektive Störungen wie Depression, emotionale Inkontinenz – neuropsycholog. Störungen je nach Lokalisation der cerebralen Schädigung
<b>Potenziell reversible Demenzen</b>		Je nach zugrundeliegender Erkrankung	

Tabelle 1: Charakteristika der wichtigsten Demenzerkrankungen

therapeutische Möglichkeiten, juristische Vorkehrungen (z. B. Betreuungsvollmacht) und Unterstützung von Seiten der Selbsthilfe (Alzheimer-Gesellschaft) oder Pflegeeinrichtungen sowie über mögliche Einschränkungen der Fahrtüchtigkeit.

### Differenzierte Therapie

Die Leichte Kognitive Störung (MCI) stellt noch keine Indikation für eine medikamentöse antidementive Therapie dar. Schon heute würde man aber MCI-Patienten eine Verlaufs-Kontrolle (nach 6 bis 9 Monaten) raten und präventive Strategien empfehlen.

### Therapeutische Grundprinzipien bei nachgewiesener Demenz:

Die Therapie sollte „personenzentriert“ (den speziellen Bedürfnissen des Betroffenen angepasst, unter Berücksichtigung seiner Biographie), verlaufsabhängig (bei Patienten im frühen Stadium stehen Depression und Angst ebenso im Fokus wie der Erhalt kognitiver Funktionen; im mittleren Stadium treten psychische Begleitsymptome und Verhaltensstörungen in den Vordergrund), kombiniert und vernetzt erfolgen.

Dazu gehören auch die Vermeidung ungeeigneter, z. B. anticholinerg wirksamer Medikamente (z. B. Antiparkinsonmittel wie Biperiden oder Metixen, urologische

Spasmolytika wie Solifenacin oder Tolterodin<sup>[3]</sup>) und die Behandlung körperlicher Begleiterkrankungen.

Im Verlauf treten bei fast allen Demenzkranken und unabhängig von der Demenzursache psychische und Verhaltenssymptome auf. Folgende Behandlungsstrategien wurden vor allem bei Alzheimerkranken untersucht, können aber auch bei Demenzen anderer Genese eingesetzt werden:

- Es gilt zu klären, ob äußere Stressoren (z. B. gespannte Beziehung zum Pflegenden, störende Geräusche) oder innere Auslöser (z. B. Schmerz, Obstipation, Hunger) vorliegen und beeinflusst werden können.
- Regelmäßige kognitive Stimulation verbessert Kognition und Lebensqualität.<sup>[16]</sup> Eine Kombination kognitiver Stimulation mit motorischer Aktivierung zeigt darüber hinaus günstige Effekte auf Kognition, Depression und Verhaltensstörungen.<sup>[14]</sup> Tanzen gilt als Therapie, die Bewegung anregt, aber auch Erinnerungen weckt und die Kognitionen aktiviert.<sup>[4]</sup>
- Kognitiv-verhaltenstherapeutische Techniken führen zu einer Abnahme der Depression – auch bei den Angehörigen.<sup>[18]</sup>

- Ein auf die Angehörigen zielender Behandlungsansatz schützt diese vor depressiver Dekompensation und zögert die Heimeinweisung hinaus.<sup>[12]</sup>
- Die Schulung der Mitarbeiter erwies sich als wirksam, psychische Symptome zu mindern.<sup>[10]</sup> Dagegen ist die Wirksamkeit der Validation,<sup>[2,19]</sup> einer Technik des empathischen, bestärkenden, also „validierenden“ Vorgehens, bisher nicht bewiesen. Uns scheint aber eine entsprechende Haltung des Personals im Heim oder im Krankenhaus ein wesentlicher Faktor. Darüber hinaus beobachten wir positive Effekte eines räumlichen Umfeldes, das den Demenzkranken die Orientierung erleichtert. Mittlerweile liegen Erfahrungen über bauliche Erfordernisse für Demenzkranke vor.<sup>[6]</sup> Die Demenzkranken sollten gut geleitet sein, die Räume sowohl Mobilität als auch Rückzug ermöglichen sowie Sinnesreize bieten.
- Treten schwere psychische und Verhaltenssymptome wie Unruhe, Schlaflosigkeit, Depression, Angst oder Aggressivität auf, können Psychopharmaka unabdingbar sein. Die S3-Leitlinie „Demenzen“ empfiehlt psychosoziale Interventionen, hält aber Psychopharmaka für indiziert, „... wenn psychosoziale Interventionen nicht effektiv, nicht ausreichend oder nicht verfügbar“ seien.<sup>[1]</sup>

Die Leitlinie empfiehlt bei agitiertem und aggressivem Verhalten und bei Halluzinationen und Wahn Risperidon (0,5–2 mg) oder Aripiprazol (2,5–15 mg), wobei Risperidon „on label“ wäre, Aripiprazol „off label“. Im klinischen Alltag haben sich darüber hinaus Quetiapin (50–150 mg), Melperon (25–200 mg) und Pipamperon (40–120 mg), bei Unruhe und aggressivem Verhalten auch Trazodon (bis 150 mg) bewährt.

Bei Demenzkranken, die mit Antipsychotika behandelt wurden, sind die Mortalität höher und zerebrovaskuläre Ereignisse häufiger. Die Medikamente sollten daher möglichst niedrig dosiert und nur befristet eingesetzt werden (ggf. nur Tage oder Wochen; in der Praxis ist die „3-Monats-Regel“ adäquat).

Für Patienten mit Demenz und Depression hat sich die medikamentöse antidepressive Therapie als wirksam erwiesen. Die besten Nachweise zu Wirksamkeit und Verträglichkeit scheinen für Citalopram (20–40 mg), Mianserin (30–60 mg) und Moclobemid (400 mg) vorzuliegen. Im klinischen Alltag setzen wir darüber hinaus Mirtazapin (15–45 mg) ein.

Für Demenz und Schlafstörungen wird keine Evidenz basierte Empfehlung ausgesprochen.<sup>[1]</sup> Im klinischen Alltag ergeben sich folgende Optionen: Vorrang haben nicht pharmakologische Maßnahmen wie Schlafhygiene (kein Fernsehen am Abend/kein Schlaf am Tag) sowie Lichtexposition (1.000–10.000 Lux, 30 bis 90 Minuten täglich, nicht später als drei Stunden vor dem Schlafen). Auch körperliche Bewegung wird empfohlen. Eine Kombination gilt als

wirksamer als jede der einzelnen Maßnahmen. Beim Versagen: Zolpidem (5–10 mg) oder Zopiclon (3,75–7,5 mg), Mirtazapin (7,5 mg), evtl. Prothipendyl 40–80 mg.

## Therapie spezieller Demenzformen

### M. Alzheimer

Wird eine Demenz vom Alzheimer-Typ bestätigt, sollte die Behandlung mit einem Antidementivum begonnen werden. Die heute zur Verfügung stehenden Antidementiva sind die drei Cholinesterasehemmer (ChEHe) Donepezil, Rivastigmin und Galantamin (bei „leichter“ bis „mittelschwerer“ Demenz) und der Wirkstoff Memantin (bei „moderater“ und „schwerer“ Demenz).

Die Antidementiva sollten auf die maximal empfohlene Zieldosis aufdosiert werden. Nach drei bis sechs Monaten gilt es, den Erfolg der Therapie abzuschätzen. Auf die Verordnung eines ChEHes reagieren kurzfristig etwa ein Viertel mit einer Besserung, die Hälfte stabilisiert sich, ein Viertel verläuft ungebremst progredient. Erfolg bedeutet, dass vorübergehend ein Stillstand des Krankheitsprozesses erreicht wurde oder sogar eine Besserung eintritt. Bei ungebremster Progression wird der Wechsel eines ChEHes auf einen anderen empfohlen; Evidenz dafür, den ChEHe beim Fortschreiten der Erkrankung und Erreichen des schweren Verlaufsstadiums abzusetzen, gibt es bisher nicht.<sup>[1]</sup>

Für eine bessere Wirkung eines Cholinesterasehemmers im Vergleich mit den anderen gibt es bisher keinen Beleg. Allerdings unterscheiden sich die ChEHe in der Ver-

abreichungsform sowie bezüglich Nebenwirkungen und Wechselwirkungen (z. B. unterschiedliche Wirkung auf das Cyt. P-System).

Die Datenlage zur Prävention der Alzheimerdemenz ist immer noch unbefriedigend. Aufgrund weitgehenden Konsenses unter Experten<sup>[1]</sup> können derzeit alle Maßnahmen empfohlen werden, die auch vor Herz-Kreislauf-Erkrankungen schützen sollen. Hierzu gehören bestmögliche Einstellung eines Bluthochdrucks, einer Fettstoffwechselstörung und eines Diabetes mellitus sowie bei Übergewicht Gewichtsreduktion, gesunde vitaminreiche („mediterrane“) Ernährung, regelmäßige körperliche Bewegung (knapp eine halbe Stunde täglich körperliche Ertüchtigung<sup>[8]</sup>), die Reduktion eines übermäßigen Alkoholkonsums (Grenzwert = ca. 0,1 l Wein/d) und der Verzicht auf Nikotin. Als besonders wichtig wird kognitive Aktivität verbunden mit sozial aktivem Leben angesehen. Vorsorgende Maßnahmen sollten möglichst lange vor dem Alter beginnen.

### Frontotemporale Demenz (FTD)

Bezüglich einer antidementiven Medikation gibt es keine Therapieempfehlung. Eine kleinere Studie zeigte gute Effekte von Trazodon auf die Verhaltenssymptome Irritabilität, Agitiertheit, Depressivität und Essstörungen.<sup>[9]</sup>

### Lewy-Körperchen-Demenz

Es gibt Hinweise auf die Wirksamkeit von Rivastigmin auf Verhaltenssymptome. Der Einsatz bei Lewy-Körperchen-Demenz wäre „off label“.



### Vaskuläre Demenz

Es gibt keine ausreichende Evidenz für die Wirksamkeit eines Antidementivums bei vaskulärer Demenz. Im Einzelfall kann eine Behandlung mit einem AChEHe oder Memantin erwogen werden, es handelt sich aber um einen „off label“-Gebrauch. Konsequenterweise sollten alle Risikofaktoren behandelt werden, die zu weiteren vaskulären Schädigungen führen könnten.

### Parkinsondemenz

Rivastigmin ist als Antidementivum „on label“. Für Patienten mit Parkinsondemenz, Lewy-Körperchen-Demenz und verwandten Erkrankungen, die an psychotischen Symptomen leiden, sind klassische und viele atypische Neuroleptika kontraindiziert. Einsetzbare Neuroleptika sind hier Clozapin und mit geringerer Evidenz Quetiapin.<sup>[1]</sup>

### Potenziell reversible Demenzen

Hier sollte umgehend eine pathogenetisch orientierte Therapie eingeleitet werden, etwa mit einem Schilddrüsenhormon bei Schilddrüsenunterfunktion oder mit einer Vitamin-B12-Substitution bei entsprechendem Vitaminmangel.

### Fazit

In Zukunft werden wir über wirksamere Medikamente gegen Demenz und speziell die Alzheimer-Krankheit verfügen. Acetylcholinesterasehemmer und Memantine sowie nicht-medikamentöse Therapieverfahren, eine Optimierung der Versorgungsstrukturen und möglichst früh einsetzende

präventive Maßnahmen sind derzeit das Wirksamste, das wir gegen Demenzen tun können. Wünschenswert wäre, dass in weitaus größerem Umfang als bisher Demenzkranke in den Genuss des heute therapeutisch Möglichen kämen.

### Weitere Informationen

Gezielte Schulungsmaßnahmen für Haus- und Fachärzte:  
Deutsche Akademie für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. (DAGPP)  
Geschäftsstelle  
Postfach 1366, 51657 Wiehl  
E-Mail: [GS@dagpp.de](mailto:GS@dagpp.de).

### Literatur

- [1] Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) (Hrsg). (2009) S3-Leitlinie „Demenzen“ ([www.depression.versorgungsleitlinien.de](http://www.depression.versorgungsleitlinien.de))
- [2] Feil N. Validation – ein neuer Weg zum Verständnis alter Menschen. Wien 1992: Altern und Kultur, 3. Auflage
- [3] Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean JR, Beers MH. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. Arch Intern Med. 2003; 163(22): 2716-24.
- [4] Förstl H. Tanzen kann die Kognition des dementen Patienten verbessern. Medical Tribune, Ausgabe 1/2009, Seite 6.
- [5] Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State. J. psychiatr. Res. 1975; 12: 189-98.
- [6] Heeg S, Bäuerle K (2008) Heimat für Menschen mit Demenzen. Mabuse, Frankfurt
- [7] Kessler J, Calabrese P, Kolbe E, Berger F. Dem Tect: Ein neues Screening-Verfahren zur Unterstützung der Demenzdiagnostik. Psycho. 2000; 26: 343-7.

[8] Lautenschlager NT, Cox KL, Flicker L et al. Effect of physical activity on cognitive function in older adults at risk for Alzheimer disease: a randomized trial. JAMA. 2008; 300: 1027-37.

[9] Lebert F, Stekke W, Hasenbroek X C, Pasquier F. Frontotemporal dementia: a randomised, controlled trial with trazodone. Dement Geriatr Cogn Disord. 2004; 17(4): 355-9.

[10] McCallion P, Toseland RW, Lacey D, Banks S. Educating nursing assistants to communicate more effectively with nursing home residents with dementia. Gerontologist. 1999; 39: 546-58.

[11] Melchinger H. Demenzerkrankungen – chronische Versorgungsdefizite. Deutsches Ärzteblatt. 2007; 1004: A3236-7.

[12] Mittelman MS, Roth DL, Coon DW, Haley WE. Sustained benefit of supportive intervention for depressive symptoms in caregivers of patients with Alzheimer's disease. Am J Psychiatry 2004; 161: 850-6.

[13] Morris JC, Heyman A, Mohs RC et al. The consortium to establish a registry for Alzheimer's Disease (CERAD). Part I. Clinical and neuropsychological assessment of Alzheimer's disease. Neurology. 1989; 39(9): 1159-65.

[14] Olazaran J, Muniz R, Reisberg B et al. Benefits of cognitive-motor intervention in MCI and mild to moderate Alzheimer disease. Neurology. 2004; 63: 2348-53.

[15] Shulman K. Clock-Drawing: is it the ideal cognitive screening test? Int J Geriatr Psychiatry. 2000; 15: 548-61.

[16] Spector A, Thorgrimsen L, Woods B et al. Efficacy of an evidence based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia. British Journal of Psychiatry. 2003; 183: 248-54.

[17] Stoppe G, Bergmann F, Bohlken J et al. Ambulante Versorgung von Demenzkranken – Kompetenzen sinnvoll verbinden. Der Hausarzt. 2005; 1: 48-53.

[18] Teri L, Logsdon RG, Uomoto J, McCurry SM. Behavioral treatment of depression in dementia patients: a controlled clinical trial. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 1997; 57: 159-66.

[19] Toseland RW, Diehl M, Freeman K et al. The impact of validation group therapy on nursing home residents with dementia. J Appl Gerontol. 1997; 16: 31-50.

### Kontakt

#### Dr. Claus Wächtler

V. Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie  
Gerontopsychiatrie  
Asklepios Klinik Nord – Ochsenzoll  
Langenhorner Chaussee 560  
22419 Hamburg

Tel. (0 40) 18 18-87 23 37  
Fax (0 40) 18 18-87 16 05

E-mail: [c.waechtler@asklepios.com](mailto:c.waechtler@asklepios.com)