

## Newsletter – April 2005

# Demenzielle Erkrankungen

„...Gesund und aktiv ins hohe Alter hinein...“

Die Bevölkerung wird immer älter (2001 – 1,7 Mio. Menschen über 60 Jahre; 2050 – 2,9 Mio. Menschen über 60 Jahre, Statistik Austria) und wissenschaftliche Schätzungen gehen davon aus, dass unter günstiger Prognose mit einer 240 prozentigen und unter schlechter mit einer 325 prozentigen Zunahme von demenziellen Erkrankungen in den nächsten Jahren/Jahrzehnten zu rechnen sein wird.

Was bedeutet es, wenn ältere Menschen über ein schlechtes Gedächtnis klagen? Jammern sie über Probleme, die unabänderlich mit dem Altern verbunden und nicht zu beeinflussen sind? Oder handelt es sich um früheste Demenz-Symptome und damit um Krankheitszeichen? Schon lange bemühen sich die Demenz-Forscher, die Bedeutung leichter kognitiver Störungen im Alter zu erfassen und herauszufinden, wie Menschen mit solchen Problemen am besten versorgt und betreut werden sollten. Das Ergebnis ist die Definition der „*Mild Cognitive Impairment*“ (MCI) (Petersen, 2003; Tuokko et al., 2003; Grundman et al., 2004). Die Kriterien für eine milde kognitive Beeinträchtigung sind: eine subjektive Gedächtnisstörung mit einem normalen allgemeinen kognitiven Leistungsniveau sowie eine objektive Gedächtnisstörung, die in einem verbalen Gedächtnistest einer Leistungsminderung von mindestens 1,5 Standardabweichungen im Vergleich zum Durchschnittswert der betreffenden Altersgruppe entsprechen.

Von den über 65jährigen haben ungefähr 34 Prozent eine MCI. Für diese Personen gilt, dass sie einem erhöhten Risiko für eine Demenz-Erkrankung ausgesetzt sind. Jährlich wird bei 15 Prozent der MCI-Betroffenen die Diagnose einer Demenz gestellt. Gedächtnisstörungen können aber auch wieder verschwinden und hier setzen gesundheitsfördernde sowie primärpräventive psychologische und/oder medizinische Maßnahmen an. Nach bisherigen Beobachtungen trifft das drei Jahre nach der MCI-Diagnose für fünf Prozent der MCI-Betroffenen zu.

Demenzielle Erkrankungen sind Erkrankungen des Gehirns, die gehäuft im höheren Lebensalter (über 65 Jahre – dritter Lebensabschnitt) auftreten. Neben anfänglichen Gedächtnis- und Orientierungsstörungen - vor allem zeitliche und örtliche Orientierung - treten in fortgeschrittenen Stadien massive geistige und körperliche Beeinträchtigungen auf. Im fortgeschrittenen Verlauf der demenziellen Erkrankung können die Betroffenen nicht mehr selbstständig leben und bedürfen intensiver Pflege sowie Betreuung. Im Vergleich dazu kommen ältere Menschen mit MCI im Alltag ohne fremde Hilfe zurecht.

Die senile Demenz vom Alzheimer-Typ (SDAT) ist mit ungefähr 55 Prozent die häufigste Form aller demenziellen Erkrankungen im Alter über 65 Jahre. Vaskuläre Demenzen (Multiinfarktdemenz, MID, ca. 15 Prozent) und gleichzeitiges Vorliegen beider Typen (ca. 12 Prozent) folgen in der Häufigkeit nach. Ungefähr 10 Prozent sind den sogenannten sekundären oder symptomatischen Demenzen zuzurechnen, denen häufig Organ- oder Systemerkrankungen zugrunde liegen. Der geistige Verfall ist Folge einer organischen Erkrankung. Demenzielle Erkrankungen mittleren bis schweren Grades haben insgesamt eine Prävalenz von 5 bis 7 Prozent in der Gruppe der 65 bis 70jährigen und weisen einen dramatischen altersabhängigen Anstieg mit einer maximalen Prävalenz von über 50 Prozent bei den über 90jährigen auf.

Zu Beginn der demenziellen Erkrankung merken die Betroffenen oft recht genau, dass etwas mit ihnen nicht stimmt und dass ihnen Fertigkeiten abhanden gekommen sind, die man von ihnen erwartet. Das ist ihnen äußerst unangenehm und peinlich. Daher versuchen sie ihre Einschränkungen zu verbergen. So bitten sie andere mit den Worten „Können Sie mir das gerade mal machen?“ und führen als Erklärung an „Ich habe keine Zeit dafür“ oder „Ich habe meine Brille vergessen“. Wortfindungsstörungen werden mit Floskeln überspielt. Die ständige Überforderung führt jedoch bei den Betroffenen zu Misserfolgen und die Erkrankten fühlen sich niedergeschlagen und entwickeln depressive Verstimmungen. Damit ähneln sie auf den ersten Blick häufig Patienten, die an einer depressiven Störung leiden. Die Differentialdiagnose beider Krankheitsbilder ist wichtig, weil beide unterschiedliche Behandlungsstrategien erfordern. Oft wird eine Hirnleistungsstörung erst in einem mittleren Stadium erkannt, weil die Symptome nun deutlicher - und somit für jeden unübersehbar - werden. Die Fehlleistungen im Alltag nehmen nun zu. Manchmal sind die Folgen von nicht abgeschlossenen Handlungen im Haushalt nur ärgerlich, wenn zum Beispiel die nasse Wäsche über Tage liegen bleibt. Gelegentlich entwickeln sich daraus aber auch gefährliche Situationen für die Erkrankten wie für ihre Umgebung - falls beispielsweise ein Gashahn nicht abgedreht wird, die vergessene Herdplatte schon zu glühen beginnt oder sich ein heißes Bügeleisen durch den Stoff brennt.

Weil am Anfang die Zeichen einer Demenz noch nicht sehr ausgeprägt sind und zudem der Betroffene seine Defizite herunterspielt, wird die Krankheit oft sehr spät fachärztlich und/oder neuropsychologisch diagnostiziert. Bei Verdacht auf Demenz wird der Arzt andere Krankheiten, die für eine sekundäre Demenz verantwortlich sein können, ausschließen. Dazu untersucht er zum Beispiel Herz, Kreislauf, Lungen, Schilddrüse und Blut. Zudem muss abgeklärt werden, dass nicht eine psychische Erkrankung, wie eine depressive Störung, als Demenz fehlgedeutet wird. Um eine Demenz nachzuweisen, können auch so genannte psychometrische Tests eingesetzt werden. Hierbei handelt es sich um wissenschaftlich erprobte und standardisierte Fragebögen, mit denen die Hirnleistung beurteilt werden kann. Aber auch die moderne Medizintechnik hilft, frühzeitig eine Demenz festzustellen. Zum einen lassen sich mit der Computertomographie und noch besser mit der Kernspintomographie sehr genaue dreidimensionale Abbildungen des Gehirns anfertigen. Bei der Demenz vom Alzheimer-Typ fallen in diesen bildgebenden Verfahren Schrumpfungen im Gehirn auf. Eine häufig betroffene Hirnregion, der so genannte Hippocampus, spielt eine wichtige Rolle bei der Bildung von Erinnerungen.

Bei einer besseren Nutzung vorhandener diagnostischer und therapeutischer Ressourcen im interdisziplinären Setting (Schnittstellenoptimierung), könnte – je nach Art der MCI- oder Demenzausprägung – die Gesundheit des alten Menschen aufrechterhalten und der Krankheitsverlauf einer demenziellen Erkrankung aufgehalten oder zumindest zeitlich hinausgezögert werden. Das Demenz-Projekt-Tennengau unter der fachärztlichen Leitung von Herrn Prim. Dr. Olaf Rossiwall versucht diese wesentlichen Defizite in der präventiven Versorgung von Demenzkranken durch eine verbesserte interdisziplinäre Zusammenarbeit (Krankenpflege, Allgemeinmediziner, Klinische Psychologen, Fachärzte) zu beheben.

## **Ausblick/Veranstaltungen April/Mai 2005**

- **Newsletter – Mai 2005**  
Stress erkennen – Stress bewältigen!
- **Jeden Donnerstag 18:00 Uhr bis 19:30 Uhr Trainingsprogramm „Schmerz lass nach“ - mentale Schmerztherapie, Inst. Psychosomatik EMCO-Privatklinik**  
laufend ambulanter und stationärer Therapieeinstieg möglich
- **13. April 2005, 15:00 Uhr, Vereinsheim Golling (neben der Feuerwehr):** Vortrag Prim. Dr. Olaf Rossiwall und Dr. Helga Schloffer „Geistig fit ins Alter“ – Kann man der Alzheimerkrankheit vorbeugen?
- **10. Mai 2005, (Ort wird noch bekannt gegeben) Fachvortrag** Prim. Dr. Olaf Rossiwall Institut für Psychosomatik/EMCO Privatklinik; „Sie haben nichts! – psychosomatische Erkrankungen im Alltag“

**Kontakt:** MMag<sup>a</sup>. Annemarie Pleininger; Tel: 0676/6396902

e-mail: [office@diepsychologin.info](mailto:office@diepsychologin.info)

©MMag<sup>a</sup>. Annemarie Pleininger