

„Man hat viel über die Alzheimer-Pathologie gelernt“

Frau Dr. Radenbach, jeder vergisst doch mal das eine oder andere. Also sind Aussetzer im Gedächtnis doch eigentlich ganz normal. Oder trügt der Eindruck?

KR | Die Frage ist immer: Wo ist die Schwelle, wo es auffällig wird? Der Übergang von der Gesundheit zur Krankheit ist wie bei vielen anderen Erkrankungen auch sehr fließend. Gedächtnisstörungen sind etwas ganz Normales, die hat jeder von uns. Ein nachlassendes Gedächtnis gehört sogar zum Älterwerden dazu. Deshalb ist das auch etwas, das in unseren Tests auch immer mitberücksichtigt wird. Jemand mit 70 oder 80 muss in unseren Tests nicht so „performen“, wie jemand der 30 oder 50 ist. Die Ergebnisse werden beispielsweise an die Bildung und das Alter angepasst. Aufhorchen sollte man, wenn eine relevante Alltagsbeeinträchtigung hinzukommt, die nicht durch eine andere Ursache erklärbar ist.

Die allgemeine Lebenserwartung der Bevölkerung nimmt zu. Wie wirkt sich das auf die Zahl an Demenzerkrankungen aus?

KR | Das stimmt, die Lebenserwartung nimmt zu. Deshalb geht man im Moment von 900 Neuerkrankungen in Deutschland pro Tag aus, also über 320.000 im Jahr.

Es gibt aber derzeit einen Trend – der noch nicht ganz sicher belegbar ist – dass die Zahl der Neuerkrankungen sich etwas abzuschwächen scheint. Man geht davon aus, dass das daran liegt, dass die Menschen insgesamt eine bessere Bildung haben, gesünder leben, sich

Im Interview mit
DR. KATRIN RADENBACH



Dr. Katrin Radenbach ist Oberärztin an der Psychiatrischen Klinik der Universitätsmedizin Göttingen und ab Januar 2021 wieder Leiterin der Station 4193, der Tagesklinik für ältere Menschen. Mit ihr sprachen wir über die Formen von Demenz und was der Standort Göttingen an diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten zu bieten hat.

“

„Das ist eigentlich eine ganz ermutigende Perspektive.“

besser ernähren und körperlich aktiver sind. Das ist eigentlich eine ganz ermutigende Perspektive. Das ändert aber nichts daran, dass es in den kommenden Jahren viele, viele an einer Alzheimer-Demenz erkrankte Personen geben wird: Einfach, weil die Menschen älter werden als früher.

Welche Formen von Demenz gibt es und welche sind am häufigsten?

KR | Die häufigste Demenz ist die Alzheimer-Demenz. Das macht über 60 Prozent der Demenzpatienten aus. [s. Grafik auf der rechten Seite, *Anm. d. Red.*]

Recht häufig ist die sogenannte Misch-Demenz. Das ist eine Kombination aus einer Demenz vom Alzheimer-Typ und einer Gefäß-Demenz, bei der Blutgefäße im Gehirn ähnlich betroffen sind, wie es im Körper bei Herzkrankungen der Fall ist. Für eine Alzheimer-Pathologie gibt es typische Zeichen in den neuropsychologischen Tests und in der Begleitdiagnostik, zum Beispiel im Nervenwasser. Dort kann man eine Alzheimer-Pathologie durch bestimmte Proteine recht zuverlässig nachweisen. Auch in nuklearmedizinischen Untersuchungen kann man das sehen.

Im Alter nehmen aber auch kardiovaskuläre Erkrankungen wie Herzinfarkte, Schlaganfälle, Bluthochdruck oder Diabetes zu. Daher geht man häufig davon aus, dass eine Misch-Demenz vorliegt; also eine Alzheimer-Pathologie, in die vaskulären Faktoren mit hineinspielen.

Die Gruppe der Frontotemporalen Demenzen ist dagegen deutlich seltener. Sie betreffen das Frontalhirn und äußern sich klinisch ganz anders. Bei diesen Patienten stehen häufig Verhaltensauffälligkeiten im Vordergrund. Das kann eine totale Apathie sein, aber auch so etwas wie eine Enthemmung und Euphorie. Häufig sind auch Veränderungen der Sprache zu beobachten, wobei es die bei der Alzhei-

mer-Demenz auch gibt, aber eher in Form von Wortfindungsstörungen. Bei der Frontotemporalen Demenz gibt es diverse andere Sprachveränderungen.

Im späten Stadium der Parkinson-Krankheit kann die Parkinson-Demenz auftreten. Bei der Lewy-Körperchen-Demenz findet man klinische Aspekte einer Parkinson-Erkrankung und einer Alzheimer-Demenz. Noch seltener sind dann zum Beispiel Demenzen bei Vitamin-B12-Mangel, die allerdings gut behandelbar sind.

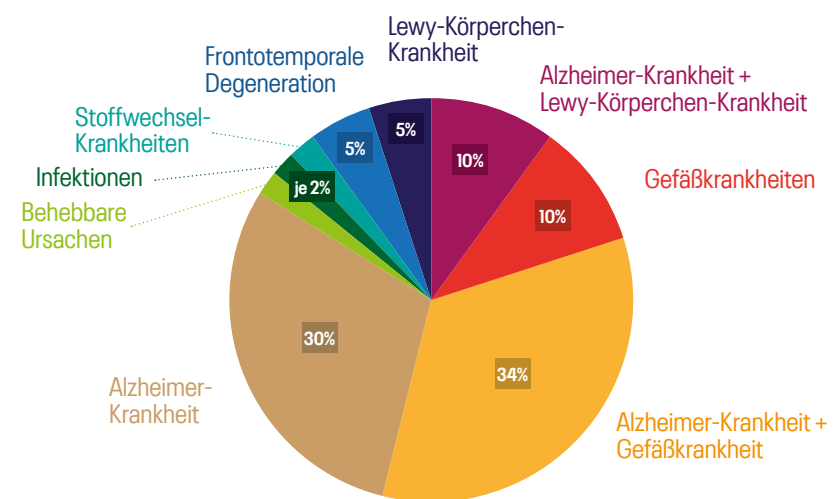
Demenzen sind als solches nicht tödlich. Was führt dazu, dass Menschen mit manchen Demenzarten dann trotzdem eine kürzere Lebenserwartung haben?

KR | Die Todesursachen unterscheiden sich gar nicht so sehr von allgemeinen Todesursachen. Wenn an jemandem eine Alzheimer-Demenz diagnostiziert wird, lebt er im Durchschnitt noch zwischen vier und zehn Jahren. Es sind aber durchaus auch Verläufe beschrieben, wo jemand noch zwanzig Jahren damit gelebt hat. Das hängt tatsächlich davon ab, wie gesund die Menschen ansonsten sind. Ist eine Demenz sehr weit fortgeschritten, kommen Begleitkomplikationen dazu, meist von der Immobilität, zum Beispiel in Form von Lungenentzündungen. Oder Patienten hören einfach auf zu essen. Da steht man dann letztlich auch vor ethischen Fragen.

In den vergangenen Jahren sind unzählige Versuche gescheitert, ein wirksames Mittel im Kampf gegen Demenzen und speziell Alzheimer zu finden. Wie ist der derzeitige Stand der Forschung?

KR | Man forscht seit einigen Jahren an immunologischen Therapieansätzen, das heißt, man möchte an der Ursache der Erkrankung angreifen. Die Medikamente, die wir haben, ändern an der Ursache nicht. Sie modulieren sozusagen die Neurotransmitter. Davon erhofft man sich, dass sich kognitive Fähigkeiten langsamer verschlechtern.

Man weiß mittlerweile, dass Studien zu immunologischen Therapien, um erfolgreich zu sein, sehr früh ansetzen müssen. Die Alzheimer-Pathologie beginnt Jahre bis Jahrzehnte



URSACHEN der DEMENZEN

Quelle: Schneider et al. Neurology 69: 2197-2204, 2007.

vor den ersten Krankheitssymptomen. Wenn man eine Chance haben will, muss man früh anfangen, idealerweise bevor erste kognitive Symptome auftreten.

Bei den ersten Immunisierungsstudien hat man wahrscheinlich eher etwa zu spät angesetzt. Da waren die Leute schon zu weit fortgeschritten in diesem Abbauprozess. Mit diesem Ansatz sind in den letzten Jahren mehrere Studien gescheitert. Es gibt aber andere vielversprechende Studien mit neuen immunologischen Wirkstoffen, die gerade laufen.

Man hat in den letzten zehn Jahren viel über die komplexe Alzheimer-Pathologie gelernt. Zum Beispiel, dass sie deutlich früher startet, als man das vorher wusste. Was therapeutisch immer mehr in den Vordergrund rückt, sind die anderen Faktoren, die durch jeden einzelnen beeinflussbar sind. So etwas wie gesunde Ernährung, körperliche Aktivität, soziale Aktivität, Bildung im Allgemeinen oder auch die Hörgeräteversorgung, die verstärkt in den Fokus geraten ist. Das sind die Punkte, an denen man im Moment ansetzt, vor allem bei der Prävention.

Welche Möglichkeiten bietet die Psychiatrische Klinik in Göttingen?

KR | Menschen mit Gedächtnisstörungen jeder Schwere können sich an die Gedächtnisambulanz der psychiatrischen Klinik wenden. Hier werden Menschen mit kognitiven →

→ Einschränkungen aller Art diagnostiziert und behandelt. Es werden zudem klinische Studien, aber auch Beobachtungsstudien durchgeführt. Ab dem kommenden Jahr werden wir in diesem Rahmen zweimal pro Woche auch ein Beratungstelefon anbieten, bei dem sich Menschen mit beginnenden Gedächtnisproblemen beraten lassen können. Das läuft im Rahmen eines Forschungsprojekts mit den Kollegen der Medizinethik der UMG, gefördert durch die Deutsche Alzheimer Gesellschaft.

In der Tagesklinik für ältere Menschen – das bedeutet bei uns ab Rentenalter bzw. ab 60 Jahren – behandeln wir einen Teil der Menschen mit kognitiven Störungen und können dort Demenzen diagnostizieren, aber auch Verhaltensauffälligkeiten bei schon diagnostizierter Demenz behandeln.

Die zugehende Seniorenheimversorgung besucht Patienten, die einer regelmäßigen psychiatrischen Behandlung bedürfen, aber sich selbst nicht mehr gut in die Ambulanzen bewegen können. Wir unterhalten Kooperationen mit einigen Heimen in Göttingen und im Umland.

Außerdem haben wir die Station 4094, in der die psychiatrische Klinik und die neurologische Klinik zusammenarbeiten. Dort werden in der Regel Patienten mit Gedächtnisstörungen und Demenzen behandelt, die schwere Verhaltenssymptome zeigen oder andere schwerere Begleiterkrankungen haben.

Wie wichtig sind die Angehörigen der Erkrankten und wie können sie unterstützt werden?

KR | Es hat sich gezeigt, dass die Angehörigen eine unheimlich wichtige Rolle haben und man sich um sie fast genauso gut kümmern sollte wie um die Patienten. Daher betreiben wir eine intensive Angehörigenarbeit, etwa mit einem Seminar einmal im Jahr, in dem wir Faktenwissen zu Gedächtnisstörungen und Demenz vermitteln. Es geht darin aber auch um die Beziehung zu Demenzpatienten und die Kommunikation mit ihnen.

Regelmäßige Treffen einmal im Monat bietet die Angehörigengruppe, bei der auch ein Psychologe unserer Klinik dabei ist, die dann eher einen geleiteten Selbsthilfcharakter hat.

Welche therapeutischen Maßnahmen setzen Sie zum Verlangsamen des kognitiven Verfalls ein?

KR | Da muss man zwischen medikamentöser und psychosozialer Therapie unterscheiden. Medikamentös verabreichen wir die zugelassenen Medikamente bei kognitiven Störungen gern und breit, da sie gut vertragen werden. Bei Verhaltensstörungen medikamentös zu behandeln, ist hingegen wegen der Nebenwirkungen deutlich schwieriger.

Wenn begleitend zur Demenz eine Depression vorliegt, kann man dagegen medikamentös relativ viel Gutes bewirken. Wenn man bei der Depression ansetzt und die Stimmung hebt, wird sekundär das Gedächtnis vielleicht auch ein bisschen besser. Und insgesamt nimmt die Lebensqualität des Betroffenen zu.

Ergotherapie wird vor allem in der Tagesklinik viel durchgeführt, aber auch gerne von der Gedächtnisambulanz verordnet. Da geht es unter anderem auch um den Erhalt und die Förderung der Alltagskompetenzen.

Entspannungsgruppen bis hin zu Walking oder Hockergymnastik sind Teil unseres physiotherapeutischen Angebots. Auch das verordnen wir gerne ambulant, um den Leuten zu helfen, in Bewegung zu bleiben. Denn mit zunehmender Krankheitsdauer kommen häufig auch motorische Einschränkungen dazu. Sehr beliebt ist bei uns auch die entspannende Tiertherapie.

Das klingt, als sei Entspannung ein wichtiger Baustein einer Therapie.

KR | Eine Demenz ist nicht nur eine Gedächtnis- und Denkstörung. Die komplette Wahrnehmung ändert sich. Viele Situationen, die für uns normal bis anstrengend sind, denen sind diese Menschen ja stellenweise auch ausgesetzt. Etwa im Straßenverkehr, auf dem Bahnhof oder im Umgang mit digitalen Geräten. Viele Situationen werden ungleich komplexer für die Menschen, unüberschaubarer und überfordernder. Das muss man sich immer wieder klarmachen und das berücksichtigen im Kontakt mit diesen Menschen. +



„Das ist gar nicht so selten und sehr beeindruckend. Das sind geradezu altruistische Motive.“

Dr. Katrin Radenbach über die große Bereitschaft von Patienten, an Studien teilzunehmen.