



Der person-zentrierte Ansatz

Der person-zentrierte Ansatz kann helfen, Ängste, die oft mit einer Demenz einhergehen, ein Stück weit zugunsten eines bestmöglichen Wohlbefindens aufzuheben.

Was heißt es, »Person« zu sein?

»Person« zu sein bedeutet, eine (Lebens-)Geschichte zu haben. Doch mit Fortschreiten der Demenz drohen die Erinnerungen zu verblassen und mit ihnen die Person.

Der Begriff »Person« hat eine lange Tradition. In fast allen kulturellen und wissenschaftlichen Zusammenhängen oder Kontexten wurde und wird er verwendet, so beispielsweise in der Literatur, der Kunst, dem Recht und der Philosophie. Insbesondere Letztere wird uns den Weg zu einem bestmöglichen Umgang mit uns selbst, mit anderen Menschen und mit Menschen mit Demenz weisen.

Wenn wir den Begriff »Person« in unserer Umgangs- oder Alltagssprache benutzen, dann meinen wir damit meist den durch seine individuellen Eigenschaften und Eigenarten ausgezeichneten Menschen.

»Person« in der Philosophie

Die in unserem Kulturkreis wohl bekannteste Verwendung des Begriffs Person finden wir in einer Formulierung des berühmten kategorischen Imperativs des deutschen Philosophen Immanuel Kant (1724–1804).

Immanuel Kant stellt die Idee der Freiheit und Würde des Menschen, gemäß der der Mensch als vernunftbegabtes Wesen sein Handeln gegenüber sich selbst und anderen Menschen ausrichten soll, ins Zentrum seines kategorischen Imperativs. Er antwortet auf die Frage, wie ich mich in der Beziehung zu mir selbst und anderen Menschen ganz allgemein verhalten soll: »Handle so, dass du die Menschheit sowohl in deiner Person als [auch] in der Person eines jeden anderen jederzeit zugleich als Zweck, niemals bloß als Mittel brauchst.«¹

Ich soll also – einfach ausgedrückt – im Umgang mit mir und anderen Menschen so handeln, dass ich meine und die Freiheit des anderen bestmöglich fördere und nicht verletze. Für Kant ist der Mensch aufgrund seiner Vernunft »Person«, die nicht, wie eine bloße Sache, als Mittel zu diesem oder jenem Zweck dient. Der Mensch soll von keinem, auch nicht von sich selbst, als ein bloßes Ding behandelt oder angesehen werden. In dieser Idee der Selbstbestimmung der

Vernunft liegt für Kant die Würde des Menschen begründet.

Gegen den kategorischen Imperativ handeln wir im Zusammenhang mit Menschen mit Demenz bereits dann, wenn wir von ihnen als »Dementen« reden, sie zu bloßen Trägern einer organischen Hirnkrankung herabstufen und sie damit zu einer bloßen Sache degradieren. Dann reden wir nicht mit ihnen, sondern über sie, so als wären sie aufgrund ihrer kognitiven Defizite, ihrer eingeschränkten Geisteskraft und Rationalität als ein bloßes Ding anzusehen und zu behandeln.

Für den US-amerikanischen Philosophen und Kulturkritiker Richard Rorty (1931–2007) hängt allerdings auch beim kategorischen Imperativ Kants alles wieder letztlich davon ab, »wer überhaupt als Mitmensch gilt: als handelndes Vernunftwesen im einzig relevanten Sinne, in dem vernünftiges Handeln gleichbedeutend ist mit der Zugehörigkeit des Betreffenden zu *unserer* moralischen Gemeinschaft«. ²Insofern ist es nicht verwunderlich, dass in unserer Gesellschaft immer noch viele Menschen der Meinung sind, dass Menschen mit Demenz aufgrund ihrer kognitiven Defizite nicht dazugehören.

Rortys eigene Definition von Person, nämlich: »Person« ist »etwas, das gedemütigt werden kann« ³, führt uns schon weiter. Rorty untersucht in seinen Schriften die unterschiedlichen Formen von Demütigung und Grausamkeit, die wir – bewusst oder unbewusst – anderen Menschen antun, die wir verschieden von uns glauben. Eine Möglichkeit, insbesondere Menschen mit Demenz gewollt oder ungewollt zu demütigen, haben wir bereits kennengelernt.

Auf eine letzte und wichtige Frage führt uns der französische Philosoph und Romancier Jean-Paul Sartre (1905–1980): Weshalb stellt das Auftauchen des anderen Menschen – allein sein Blick – für mich und damit auch für den Menschen mit Demenz eine Bedrohung dar? »Der Andere erblickt mich«, schätzt mich ab, ordnet mich in eine Kategorie ein und macht mich zu einem bloßen Ding – einem, wie Sartre es nennt: »An-sich«. Ich selbst allerdings als Person – als »Für-sich« – bin nicht dieses bloße Objekt, nicht bloß dieser kranke Mensch; auch wenn ich mich vor dem Spiegel betrachte, sehe ich zwar »etwas«, mein Äußeres, nicht aber mich als Person. Dennoch bleibe ich auf alles Äußere bezogen, brauche die Beziehung zu anderen Menschen für mich, für mein Personsein. »Deshalb«, so Sartre, »trifft das Auftauchen des Anderen das Für-sich mitten ins Herz«. Denn die Person, das Für-sich, »ist die Beziehung«.

Bleibt es bei diesem abschätzenden, objektivierenden Blick, dann werden alle Beziehungen zu anderen Menschen »völlig von meinen Haltungen gegenüber dem Objekt bestimmt, das ich für Andere bin«. Anders ausgedrückt: Der Mensch mit Demenz wird sich gegenüber uns verhalten, wie wir ihn *anblicken*.

Wir sollten also auch achtsam sein auf unseren Blick als »Ursprung meiner konkreten Bezüge zu Anderen« ⁴ und ihn auf eine Haltung gründen, die nicht durch den Gegensatz von Person und Demenz bestimmt ist, sondern durch eine liebevoll zugewandte Haltung – die person-zentrierte Haltung.

Das Personsein eines Menschen mit Demenz

Wir brauchen allerdings eine genau auf unsere Zwecke zugeschnittene Vorstellung von dem, was den Menschen mit Demenz als Person kennzeichnet und sein »Personsein« ausmacht.

Der englische Demenzforscher, Sozialpsychologe und Psychogerontologe Tom Kitwood (1937–1998) hat den Begriff Person in seinem 1997 erstmals erschienenen Hauptwerk »Dementia Reconsidered: The Person Comes First«⁵ (frei übersetzt: Demenz neu bedacht: Die Person kommt zuerst) für die Pflege von Menschen mit Demenz fruchtbar gemacht. Auch für Kitwood hängt alles davon ab, ob wir das Personsein weiterhin auf »Autonomie und Rationalität« reduzieren und damit den Menschen mit Demenz aus dem »Club der Personen« ausschließen oder ob wir, was er für klüger hält, unseren Begriff »Person« für die Pflege von Menschen mit Demenz zunächst neu bedenken.⁶

Durch Kriterien wie Autonomie, Vernunft und Rationalität wird der Mensch heute »primär als separates Individuum umrissen; menschliches Leben wird nicht als interdependent [voneinander abhängig] und untereinander in Verbindung stehend angesehen«.⁷ Kitwood setzt gegen den alten Personenbegriff seinen sozialpsychologischen Begriff: Person als ein »Stand oder Status, der dem einzelnen Menschen im Kontext von Beziehung und sozialem Sein von anderen verliehen wird«.⁸ Person ist kein starrer Begriff mehr, der die rationale, vernünftige Seite des Menschen ins Zentrum setzt, sondern ein Netzwerk von Beziehungen im Prozess des zwischenmenschlichen und sozialen Miteinanders.

Person, so können wir es für unsere Zwecke formulieren, ist der Mensch hinter der Krankheit. Und das Personsein dieser Person ist charakterisiert durch seine zwar wesentlich durch die Beziehung zu anderen Menschen geprägte, dennoch aber individuelle und einzigartige Biografie und Lebensgeschichte.

Für Kitwood liegt die zentrale Aufgabe der Pflege von Menschen mit Demenz »im Erhalt des Personseins angesichts versagender Geisteskräfte«⁹ – entsprechend der Krankheitsentwicklung. Denn bei einer Person mit Demenz lässt das Gefühl von Identität, das darauf beruht, eine Lebensgeschichte zu erzählen zu haben, unter den Krankheitsumständen allmählich nach. Doch wenn die Person allein nicht mehr in der Lage ist, sich an ihre Lebensgeschichte zu erinnern und sie zu erzählen, dann können wir es gemeinsam mit ihr oder für sie tun, wenn die Person und ihr Personsein bestmöglich lange erhalten werden soll. Darin liegt – neben der Aufgabe, als Beschäftigungsmaterial zu dienen – der wesentliche Sinn des beigefügten Biografiehefts.

Dabei sollte die Beziehung, in der die gemeinsame Beschäftigung mit der Biografie und alle anderen Beschäftigungsmöglichkeiten praktisch umgesetzt werden, durch eine Atmosphäre der Vertrautheit und Geborgenheit wie auch durch Anerkennung und Respekt gegenüber der Person mit Demenz charakterisiert sein. Eine wichtige Grundlage hierfür ist – neben der möglichst genauen Kenntnis der Lebensgeschichte – das Wissen um die Ängste, Nöte und Sorgen der an einer Demenz erkrankten Person sowie die Symptome ihrer Erkrankung.

Demenz als Syndrom-Diagnose

Es gibt nicht »die Demenz«, sondern mehrere Formen, die wissenschaftlich klassifiziert und durch Differenzialdiagnose erkannt werden. Alzheimer ist nur eine Form.

Gegenwärtig sind weltweit rund 47 Millionen Menschen von einer Demenz betroffen, bundesweit annähernd 1,8 Millionen.¹⁰ 2030 werden knapp 76 Millionen Menschen weltweit an einer Demenz erkranken und für 2050 steigt die Vorhersage auf über 135 Millionen. 76 Prozent dieser Menschen werden in Ländern mit geringem oder mittlerem Einkommen leben.¹¹

Das Demenzsyndrom

»Demenz« (von Latein »de-mens«: ohne Geist oder ohne Verstand sein) bezeichnet kein einheitliches Krankheitsbild. Es gibt also nicht »die Demenz«. »Demenz« bedeutet vielmehr ein Syndrom, ein Zusammenreffen von verschiedenen Einzelsymptomen beziehungsweise Anzeichen oder Merkmalen einer Erkrankung.

Demenz ist eine Syndrom-Diagnose als Folge einer meist chronischen (fortschreitenden) Erkrankung des Gehirns mit Störung vieler

höherer kortikaler (die Hirnrinde betreffender) Funktionen wie logisches Denken, Gedächtnis, Aufmerksamkeit und Sprache sowie Störungen der exekutiven Funktionen. Letztere kontrollieren und steuern als die komplexesten geistigen Prozesse gezielt unser Verhalten unter Einbeziehung unserer Umweltbedingungen. Sie umfassen die Fähigkeit, sich Ziele zu setzen, unter diesen Zielen (das bestmögliche) auszuwählen und Strategien zu entwickeln, um dieses Ziel zu erreichen. Dabei überwachen und regulieren sie unser vorsätzliches Verhalten, um dieses effizient zu gestalten. Sie werden bei der Korrektur eines Fehlers beziehungsweise eines ineffizienten, wirkungslosen Verhaltens benötigt, zum Erlernen einer neuen und komplexen Fähigkeit sowie zur Kontrolle unserer Gefühle und Impulse. Ohne diese komplexen Gehirnfunktionen könnten wir unsere alltäglichen Aufgaben nicht mehr erfüllen, denn wir benutzen sie unbewusst für *alle* Tätigkeiten und Verhaltensweisen, die wir ausführen. Das gilt nicht nur für unser Verhalten gegenüber anderen Menschen,

beispielsweise den Vorgang des Kennenlernens und die Entwicklung einer Beziehung zu einem anderen Menschen, sondern auch für »alltägliche« Tätigkeiten wie das Planen der nächsten Urlaubsreise oder das Zubereiten einer Mahlzeit. Gesteuert werden die exekutiven Funktionen im Frontallappen des Gehirns. (Lesen Sie hierzu auch das Kapitel »Die frontotemporale Demenz«, Seite 27)

Das Demenzsyndrom wird in »primäre« Demenzformen und »sekundäre« Demenzformen unterteilt. Als »sekundär« werden Demenzerkrankungen bezeichnet, die ihren Ursprung in anderen Krankheitsbildern haben oder deren Ursachen außerhalb des Gehirns liegen, wie beispielsweise bei Intoxikationen (Vergiftungen) oder Infektionen.

»Primär« bedeutet, dass die ursächlichen krankhaften Veränderungen im Gehirn zu suchen sind und der Abbauprozess im Gehirn sich stetig verstärkt (degenerativ). Zu den primären und degenerativen Demenzen gehören neben der Alzheimer-Krankheit (Seite 18) auch die vaskuläre Demenz (Seite 23), die Lewy-Körperchen-Demenz (Seite 26) (auch Lewy-Body-Demenz genannt) und die frontotemporale Demenz (Seite 27) sowie seltene neurologische Erkrankungen wie der Morbus Huntington.

Zu den »sekundären« und nichtdegenerativen Demenzen, die nicht weiter bei der Zerstörung von Gehirnzellen voranschreiten, gehören unter anderem Hirntumore, das Schädel-Hirn-Trauma und der Hydrozephalus (auch bekannt als Wasserkopf). Häufig werden die nichtdegenerativen Demenzformen nicht den eigentlichen Demenzerkrankungen zugeordnet, da ihnen das Merkmal des stetig fortschreitenden Abbauprozesses von Nervenzellen (Progredienz) fehlt.¹²

Klassifikation der Demenzerkrankung

Die zurzeit geltenden Klassifikations- beziehungsweise Einteilungssysteme der Krankheiten, wie beispielsweise die ICD-10-GM (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)¹³, geben ganz bestimmte Merkmale an, mit deren Hilfe ausgeschlossen werden kann, dass es sich um ein ähnliches Krankheitsbild – beispielsweise einen vorübergehenden Verwirrheitszustand bei einem Delir – handelt und dieser vorübergehende Verwirrheitszustand die alleinige Ursache der kognitiven Störungen darstellt. Bestehen die Symptome deutlich länger als sechs Monate, dann können wir davon ausgehen, dass bei dem uns vorliegenden psychopathologischen Syndrom wahrscheinlich tatsächlich eine primäre Demenz – beispielsweise die Alzheimer-Krankheit – die Ursache sein könnte.

Eine primäre Demenz wird also im Ausschlussverfahren diagnostiziert: Es ist keine Depression, es ist kein Delir, es ist kein ... usw. Letzte Gewissheit über die Form der Erkrankung kann nur eine umfassende medizinische Diagnostik einer demenziellen Erkrankung erbringen.

Die Differenzialdiagnosen der Demenz

Zu den Differenzialdiagnosen einer Demenz, das heißt zu den Erkrankungen, die ähnliche Symptome wie eine Demenz aufweisen, gehören die Depression, das Mild Cognitive Impairment (MCI, Seite 15) und das Delir (Seite 16). Diese Erkrankungen müssen bei der korrekten Diagnosestellung einer Demenz in Betracht gezogen werden, da es ansonsten nicht nur zu einer falschen Diagnose, sondern auch zu einer falschen therapeutischen Behandlung der Betroffenen kommen kann.

Die Depression

Im Unterschied zu den kognitiven Einschränkungen bei einer Demenz sind die im Rahmen von Depressionen auftretenden kognitiven Defizite und Gedächtnisprobleme auch bei Menschen in einem höheren Lebensalter (über 65 Jahre) heilbar.¹⁴

Die frühzeitige ärztliche Diagnose und medikamentöse Behandlung der Depressionen ist entscheidend, denn Depressionen stellen einen hohen Risikofaktor für die Entwicklung einer Demenz dar. Oftmals treten sie im Vorfeld einer Demenz auf und erstrecken sich bei 40 bis 50 Prozent der an einer Demenz erkrankten Menschen regelmäßig wiederkehrend über den gesamten Verlauf der Erkrankung, wobei sie die Symptome der Demenz verstärken können.

Im frühen Stadium einer Demenz »spüren« die Betroffenen oftmals selbst den Verlust ihrer Fähigkeiten und Fertigkeiten. Dies kann einer der Auslöser für Depressionen sein. Entsprechend zeigen sich schwere Depressionen im frühen bis mittleren Stadium einer Demenz.

Typische Symptome sind Schlafstörungen, innere Unruhe und Aggressivität, Gedankenkreisen oder Grübeln, Appetitlosigkeit, Interessenlosigkeit, Antriebslosigkeit und die Unfähigkeit, sich entscheiden zu können, bis hin zu Fehlwahrnehmungen und sozialem Rückzug.

Insbesondere am Anfang der Erkrankung ist es nicht leicht zu unterscheiden, ob es sich »nur« um eine Depression mit kognitiven Beeinträchtigungen handelt oder eine beginnende Demenz mit depressiven Begleiterscheinungen. Die Symptome einer depressiven Erkrankung ähneln denen einer

Demenz; beispielsweise führen beide zu Gedächtnisstörungen.

Zur Behandlung stehen ärztliche beziehungsweise medikamentöse Maßnahmen zur Verfügung. Entscheidend für Sie als Angehörige sind allerdings die nicht-medikamentösen Maßnahmen und Kompetenzen, die Sie sich selbst aneignen und die eine sehr gute Wirkung bei demenzerkrankten depressiven Menschen erzielen können. Zu diesen Maßnahmen gehört zunächst die Entwicklung einer person-zentrierten Haltung (Seite 40). Damit können Sie trotz demenzbedingter sprachlicher Einschränkungen eine Beziehung zu Ihrem Familienmitglied aufbauen, für das bestmögliche Wohlbefinden des oder der Betroffenen Sorge tragen sowie gemeinsam die Alltagsgestaltung und die Tagesstruktur planen. Dazu sind insbesondere Menschen mit Demenz und einer Depression meist nicht mehr allein in der Lage, obwohl das Bedürfnis, »aktiv« zu bleiben und am Geschehen teilzuhaben, weiterhin bestehen bleibt.

Wir werden uns noch anschauen, wie Sie eine person-zentrierte Haltung entwickeln können (Seite 40), wie eine Planung der Alltagsgestaltung und Tagesstruktur (Seite 54) aussehen kann und welche psychischen oder seelischen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz dabei entscheidend sind (Seite 34). Denn die Entwicklung solcher Kompetenzen ist nicht nur entscheidend für die Beziehung zu einem Menschen mit einer Demenz und einer Depression, sondern für das bestmögliche Wohlbefinden von Menschen, die mit einer Demenz leben, insgesamt.

Das Mild Cognitive Impairment (MCI)

Das Mild Cognitive Impairment (leichte kognitive Beeinträchtigung) stellt ein im

Durchschnitt zwei Jahre andauerndes Frühsyndrom von zu Demenz führenden Erkrankungen dar. Dieses Stadium ist zwischen dem durch den normalen Alterungsprozess zu erwartenden Rückgang der kognitiven Fähigkeiten und dem schwerer wiegenden Rückgang der Denkprozesse aufgrund einer eindeutig als Demenz zu erkennenden Erkrankung des Gehirns angesiedelt. Es ist gekennzeichnet durch Gedächtnisprobleme, Probleme mit der Sprache, dem Denken oder dem Urteilsvermögen.¹⁵ Im Gegensatz zu Menschen mit der Alzheimer-Krankheit und anderen primären Demenzformen im frühen beziehungsweise beginnenden mittelschweren Stadium lässt sich bei Menschen mit MCI – wie bei gesunden älteren Menschen – die Gedächtnisleistung durch Gedächtnistraining verbessern.¹⁶

Das Delir

Die Entwicklung eines Delirs (auch »akuter Verwirrheitszustand« oder »Durchgangssyndrom«) hat insbesondere für Menschen mit einer leichten kognitiven Einschränkung oder einer Demenz weitreichende Konse-

quenzen, wenn es nicht erkannt und behandelt wird. Denn das Delir führt zu einem zusätzlichen massiven Zugrundegehen von Gehirnzellen und kann die Pflegebedürftigkeit Ihres Familienmitglieds drastisch erhöhen.¹⁷

Neben einem hohen Lebensalter von über 65 Jahren und einem gleichzeitigen Bestehen mehrerer Erkrankungen (Multimorbidität) wie Diabetes, Bluthochdruck (Hypertonie) und einer schleichenden Knochenerkrankung (Osteoporose) stellen leichte kognitive Einschränkungen oder eine Demenz einen der drei Hauptrisikofaktoren für die Entwicklung eines Delirs dar.

Das Delir tritt meist plötzlich auf und hat einen wechselnden (fluktuierenden) Verlauf. Die von einem Delir Betroffenen können unruhig, wütend und aggressiv sein (hyperaktives Delir), aber auch schläfrig, teilnahmslos sowie depressiv und ängstlich (hypoaktives Delir). Das Bewusstsein, die Orientierung, die Wahrnehmung, die Aufmerksamkeit und/oder das Denkvermögen der betroffe-

Differenzialdiagnose Delir, Demenz und Depression¹⁸

	Delir	Demenz	Depression
Beginn	plötzlich	schleichend	meist langsam
Tagesschwankungen	stark, klare (luzide) Zeitabschnitte, nachts schlechter	kaum	oft abends besser
Bewusstsein	gestört	klar	klar
Kognition	desorientiert	gesamt gestört	meist ungestört
Psychosomatik	gesteigert und/oder reduziert	meist nicht verändert	eher reduziert
Schlaf-Wach-Rhythmus	gestört bis zur Inversion	Durchschlafschwierigkeiten	Einschlafstörungen, frühes Erwachen
Affektivität	Angst, Schreckhaftigkeit	eher depressiv, verminderte Gefühlsäußerungen	depressiv
körperliche Symptome	Herzrasen, Schwitzen, Zittern	meist keine	meist keine

nen Person können gestört sein, wobei auch Wahnvorstellungen und Halluzinationen auftreten können.

Der bekannteste Auslöser für ein Delir ist die Operation. Doch gibt es eine ganze Reihe weiterer delirauslösender Faktoren wie Flüssigkeitsmangel, Infektionen, Vergiftungen oder Nebenwirkungen bestimmter Medikamente.

Zwar tritt das Delir sehr häufig im Krankenhaus oder in Pflegeeinrichtungen auf – nicht zuletzt, weil es dort immer häufiger als ein solches erkannt wird. Doch sind Menschen mit einer leichten kognitiven Einschränkung oder einer Demenz, die bislang in vertrauter Umgebung unauffällig waren, besonders gefährdet, in Belastungssituationen wie beispielsweise einer fremden und hektischen Umgebung mit vielen fremden Gesichtern, ein Delir zu entwickeln.

Im Unterscheid zu einer Demenz ist das Delir heilbar, sobald die Ursache festgestellt und therapiert wird. Doch abgesehen von der ärztlichen, medikamentösen Therapie gibt es eine Reihe einfach durchzuführender und wirksamer nicht-medikamentöser Maßnahmen der Delir-Prävention und – sollte es dennoch zu einem Delir kommen – der Entängstigung und Reorientierung.

Diese Maßnahmen können Sie selbst einleiten:

- Achten Sie darauf, dass Ihr Familienmitglied alle benötigten Hilfsmittel wie Prothese, Brille und Hörgerät trägt. Das erleichtert Menschen mit Demenz die Orientierung.
- Die Überwachung einer ausreichenden Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme muss gewährleistet sein.
- Den Tag-Nacht-Rhythmus Ihres Angehörigen können Sie beispielsweise durch für Menschen mit Demenz geeignete Uhren und Kalender positiv beeinflussen.
- Unterstützen Sie Ihre Angehörige, ihre alltäglichen Gewohnheiten – soweit dies in fremder Umgebung möglich ist – weitgehend beizubehalten. Insbesondere bei stationären Aufenthalten in einem Akutkrankenhaus können von Ihnen mitgebrachte persönliche Gegenstände wie beispielsweise ein Kuscheltier, die neueste Ausgabe der Lieblingszeitschrift oder ein Rosenkranz bei religiösen Menschen sowie sichtbar aufgestellte Familienfotos wesentlich zur Entängstigung und Reorientierung beitragen.

Die primären Demenzformen

Es gibt verschiedene primäre Demenzen. Bei allen Formen finden sich krankhafte Veränderungen im Gehirn, die sich mit der Zeit immer mehr verstärken.

Bei der fortschreitenden Demenz älterer Menschen liegt zu 60 Prozent eine Alzheimer-Krankheit vor.¹⁹ Seltenerer Demenzformen sind zum Beispiel die vaskuläre (die Blutgefäße betreffende) Demenz (Seite 23), die Lewy-Körperchen-Demenz (Seite 26) und die frontotemporale Demenz (Seite 27).

Die Alzheimer-Krankheit

Die Alzheimer-Krankheit ist eine stets tödliche, ab Diagnosestellung im Mittel etwa fünf bis acht Jahre schleichend verlaufende Systemdegeneration. Bei der Alzheimer-Krankheit liegt eine neurodegenerative Krankheit (Hirnabbauerkrankung) vor, bei der es zu stetig fortschreitenden (progredienten) Veränderungen im Zentralnervensystem kommt, die mit dem Verlust von Synapsen einhergehen. (Über die Synapsen stehen die Nervenzellen in Kontakt zueinander.) Dabei kommt es auch zu einer Schrumpfung und dem Verlust von Nervenzellen.

Die Ursachen der Alzheimer-Krankheit sind bis heute nicht ausreichend erforscht und geklärt. Entsprechend kann die Alzheimer-Krankheit aktuell nicht geheilt werden. Was sich beschreiben lässt, sind die krankhaften Veränderungen im Gehirn und deren Auswirkungen – die Symptome:

Makroskopische Veränderungen im Gehirn:

Makroskopisch äußert sich der Verlust von Nervenzellen in der Bildgebung des Gehirns (Craniales CT beziehungsweise CCT und MRT) durch ein Dünnerwerden der Gehirnwindungen, eine deutliche Verbreiterung der Gehirnfurchen und eine Größenzunahme der Gehirnv ventrikel, die das Gehirnwasser enthalten. Typisch für die Alzheimer-Krankheit ist eine anfangs geringe, im Verlauf aber fortschreitende (progrediente) und ausgeprägte, weitgehend symmetrische Hirnatrophie (Verlust von Gehirns substanz).

Die beiden auf mikroskopischer (nur mit dem Mikroskop zu erkennender) Ebene angesiedelten krankhaften Veränderungen