

■ GABRIELA STOPPE | BASEL

Demenz – Muster des Vergessens

Übersicht: Demenzerkrankungen betreffen etwa 10% der über 60-jährigen Bevölkerung, wobei Neuerkrankungsrate und Häufigkeit in der Bevölkerung mit dem Alter exponentiell ansteigen. Die Zunahme der hochaltrigen Bevölkerung in Europa wird in den nächsten Jahrzehnten zu einer Verdoppelung der Erkrankungszahlen führen. Die Veränderung der Familien- und der Gesellschaftsstruktur bedeutet, dass immer mehr allein lebende Demenzkranke zu versorgen sein werden. Auch werden weniger Familienangehörige zur Verfügung stehen (können), um die Betreuung zu übernehmen. Die verschiedenen Erkrankungsformen, neben der Alzheimer- vor allem vaskuläre und Lewy-Körper-Demenzen sowie solche bei Parkinson-Erkrankung, können heute mit hoher Sicherheit klinisch diagnostiziert werden und dauern drei bis zehn Jahre. Medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten stehen, wenn auch in begrenztem Maße, zur Verfügung. Auch sind Präventionsmöglichkeiten bekannt. Wichtig ist das komplexe Case Management, welches psychosoziale Hilfsmaßnahmen berücksichtigt. Unterstützungsangebote sollen insbesondere die pflegenden Angehörigen entlasten. Auch im Zuge der neuen Diskussionen um Patientenverfügungen gewinnt die Frühdiagnose an Bedeutung. Die Versorgung speziell in Krankenhaus und Pflegeheim inklusive der Palliativmedizin sind weitere relevante Themen.

Schlüsselwörter: Demenz, Risikofaktoren, Prävention, Angehörige, Versorgung

Begriffsdefinition

Unter einer Demenz versteht man eine erworbene Störung des Gedächtnisses sowie weiterer Funktionen, z. B. der Sprache, die so ausgeprägt sind, dass sie die Bewältigung des Alltags beeinträchtigen. Bei der Diagnosestellung darf keine Bewusstseinsstörung vorhanden sein. Hierunter versteht man insbesondere Störungen der Wachheit und Aufmerksamkeit, wie sie im Rahmen z. B. deliranter Zustände auftreten. Bei der Beurteilung von Minderbegabten oder auch Menschen aus anderen Kultur- und Sprachregionen kann es schwierig sein zu entscheiden, ob die Störungen, z. B. der Sprache, auf solche schon länger bestehenden Merkmale oder auf eine später erworbene Demenzerkrankung zurückzuführen sind. Der entsprechende klinische Befund lässt sich oft erst mithilfe einer Fremdanamnese zufriedenstellend erheben. Die Zuordnung zu verschiedenen Demenzformen erfolgt mithilfe zusätzlicher (instrumenteller) diagnostischer Verfahren. Die Medizin stützt sich hierbei auf die Definitionen des Diagnostisch-Statistischen Manuals der Amerikanischen Gesellschaft für Psychiatrie (DSM-IV) (American Psychiatric Association, 1996) und der International Classification of Diseases (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation, 1991). Eine aktuelle Zusammenfassung

des Kenntnisstandes zur Demenz findet sich im Internet in der Versorgungsleitlinie Demenz, die unter Federführung der Deutschen Gesellschaften für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) sowie für Neurologie (DGN) erarbeitet wurde.¹

Demenzformen und Häufigkeit

Der o. g. Definition entsprechend, kann eine Vielzahl von Ursachen zu einem demenziellen Syndrom führen. In der Praxis spielen v. a. die *Demenzkrankheiten* eine Rolle, unter denen man Erkrankungen zusammenfasst, die als einziges oder vorwiegendes Kennzeichen ein Demenzsyndrom aufweisen.



Die Mehrzahl der Demenzen sind Alzheimer-Demenzen, weshalb beides oft gleichgesetzt wird

Dies ist in mehr als 60 % der Fälle die Alzheimer-Demenz (AD), weshalb in der öffentlichen Diskussion häufig Alz-

¹ Vgl. Webseiten der DGPPN, DGN, AWMF oder http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/s3-leitlinie-demenz-1f.pdf [letzter Zugriff am 17.6.2011].

heimer und Demenz synonym verwendet werden.

In der Tat ist es so, dass die von Alois Alzheimer vor über hundert Jahren beschriebenen neuropathologischen Veränderungen bei einer Reihe von Erkrankungen und auch im sogenannten normalen Alter auftreten (Neuropathology Group of the Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study, 2001). Insgesamt spielt die Alzheimerpathologie bei über 80 % aller Demenzen eine Rolle.

Klinisch ist der Verlauf typischerweise schleichend. Bereits früh treten Störungen des Gedächtnisses auf, v. a. des Kurzzeitgedächtnisses, wobei auch Demenzkranke emotionale wichtige Dinge besser erinnern können. Daneben finden sich Störungen anderer sogenannter kortikaler Funktionen, insbesondere der Sprache und der Visuokonstruktion. Ersteres zeigt sich in Problemen der Wortfindung, Benennung und sprachlichen Flüssigkeit. Letzteres zeigt sich, wenn räumliche Kontexte nicht gut erfasst werden können, z. B. beim Tischdecken oder auch beim Aufsteigen aus dem Zug, wenn die Stufenabfolge Unsicherheit erzeugt. Auffällig ist auch schon früh die Störung bei der parallelen Aufgabenausführung, z. B. wenn gleichzeitig gesprochen und gegangen oder getanzt werden soll.

Zu den frühen Auffälligkeiten gehören auch sozialer Rückzug und depressive Verstimmung bzw. emotionale Irritabilität. Ein Zusammenhang zur Wahrnehmung der eigenen Defizite kann vermutet werden, wobei etwa ein Drittel der PatientInnen wohl keine Krankheitseinsicht hat. Sowohl Antriebsarmut bis zur Apathie wie auch Unruhe bzw. Agitation gehören zu den sehr häufigen Symptomen. Wohl aufgrund der durch die Demenz herab-

gesetzten Verarbeitungskapazität sind die Betroffenen schneller »überfordert« und zeigen Ängste, paranoide Befürchtungen sowie Aggressionen. Im weiteren Verlauf tritt dann zunehmende Betreuungs- und Pflegebedürftigkeit auf, im Endstadium auch Inkontinenz und/oder Schluckstörungen.

Formal bzw. klinisch wird neben der AD v. a. die Demenz vom Lewy-Körpertyp (DLB) beobachtet, die gewissermaßen zusätzlich Zeichen der Parkinson-Erkrankung aufweist, d. h. Bewegungsstörungen und/oder Stürze. Darüber hinaus zeigen sich erhebliche Schwankungen der Leistungsfähigkeit und (häufig optische) Halluzinationen. Von der auch bei der



» Zu den frühen Auffälligkeiten gehören sozialer Rückzug und depressive Verstimmung bzw. emotionale Irritabilität

Parkinson-Krankheit häufig beschriebenen Demenz (PDD) wird sie dadurch unterschieden, dass motorische Symptome und Demenz in engem zeitlichen Zusammenhang auftreten. Neuropathologisch bestehen fließende Übergänge zwischen beiden Formen.

Insgesamt rückläufig ist die Anzahl der sogenannten durchblutungsbedingten oder vaskulären Demenzen (VaD). Hierbei kommt es typischerweise zu neurologischen Herdsymptomen, die mit Störungen von Gang und Sprache, Beweglichkeit oder des Schluckens einhergehen können. Für die Diagnose entscheidend ist der Nachweis eines plausiblen Zusammenhangs zwischen Demenzentstehung und (mit bildgebenden Verfahren) nachgewiesenen vaskulären Schädigungen. Reine VaD sind eher selten. Dies hängt damit zusammen, dass erhöhter Blutdruck, Diabetes, Rauchen und Herzkrankheiten – die entsprechenden Risikofaktoren – immer besser behandelt werden können (Stoppe, 2006). Mit steigendem

Lebensalter findet man allerdings immer häufiger sowohl vaskuläre als auch degenerative Veränderungen, die offensichtlich beide zur Demenzentstehung beitragen (Neuropathology Group of the Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study, 2001).

Seltener sind die Frontotemporalen Degenerationen – also solche in Nicht-Alzheimer-Regionen –, die mehrheitlich im mittleren Lebensalter auftreten, Männer und Frauen gleich häufig betreffen und eine Vielfalt von Syndromen zusammenfassen. Sie zeichnen sich durch frühe Auffälligkeiten, wie z. B. Gleichgültigkeit, Rücksichtslosigkeit, Rückzug, Hyperoralität und Veränderungen des Essverhaltens mit Kohlenhydratgier sowie Sprachstörungen, aus (Neary, Snowden & Mann, 2005). Weitere Erkrankungen wie Demenzen bei Normaldruckhydrozephalus oder anderer Genese sollen hier nicht diskutiert werden.

Demnizerkrankungen zeigen eine exponentiell zunehmende Häufigkeit (Prävalenz) mit dem Alter. Der Anstieg von etwa einem Prozent bei den 60-Jährigen auf über 30 % bei den über 90-Jährigen geht auch auf eine exponentielle Zunahme der Neuerkrankungsraten (Inzidenz) zurück. Hauptursache für diesen Häufigkeitsverlauf ist die AD. Dies bedeutet gleichzeitig, dass mit zunehmendem Lebensalter die A-priori-Wahrscheinlichkeit für eine AD steigt (Bickel, 2001).

Die Lebenserwartung nach Diagnose variiert u. a. mit dem Diagnosezeitpunkt und wird zwischen fünf und neun Jahren angegeben. Das Mortalitätsrisiko ist im Vergleich zu Nicht-Dementen auf das Zwei- bis Fünffache erhöht, wozu beiträgt, dass Erkrankte für ihre Gesundheit weniger Sorge tragen, Komplikationen von Schluckstörungen und Stürzen erleiden, jedoch auch, dass sie bezüglich ihrer somatischen Komorbidität schlechter versorgt werden (Lopponen, Isoaho, Raiha, Vahl-

berg, Loikas, Takala, Puolijoki, Irjala & Kivela, 2004; van den Bussche & von Leitner, 2011; Weyerer & Schäufele, 2009).

Sicherheit der Diagnose

Die gegenwärtig verwendeten Kriterien für die klinische Diagnose der Demenzerkrankungen weisen eine sehr hohe diagnostische Sicherheit auf. So kann die AD heute mit einer Sicherheit von ca. 90 %, vaskuläre Demenzen mit einer Sicherheit von etwa 80 % diagnostiziert werden. Für spezielle Demenzformen, wie z. B. jene infolge der Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung, erreicht man sogar Raten von 100 %. Anders als bei vielen somatischen Erkrankungen ist es keineswegs so, dass die Diagnose erst durch eine pathologische Untersuchung nach dem Tod gesichert werden kann. Seitdem bekannt ist, dass die Mehrzahl der neuropathologischen Veränderungen auch bei nicht-dementen alten Menschen gefunden werden können, kann der Pathologe die Diagnose Demenzerkrankung postmortem nur im Zusammenhang mit dem zuvor erhobenen klinischen Befund sichern. Insofern sind die oben angegebenen Raten sogenannte *kliniko-pathologische Übereinstimmungen* (Stoppe, 2006).

Die diagnostische Sicherheit steigt natürlich umso mehr, je genauer die diagnostischen Methoden angewandt werden. Hier zeigen sich in der gegenwärtigen Versorgung noch erhebliche Mängel. So kommt es durchaus auch heute noch vor, dass Demenzerkrankungen erst in weit fortgeschrittenem Zustand diagnostiziert werden. Für Deutschland wurde dies von meiner Arbeitsgruppe in den Jahren im Längs-

schnitt belegt, andere Arbeitsgruppen fanden ähnliche Befunde (Stoppe, Sandholzer, Staedt, Winter, Kiefer, Kochen & Ruther, 1994; Maeck, Haak, Knoblauch & Stoppe, 2007; Riedel-Heller, Schork, Fromm & Angermeyer, 2000; Melchinger & Machleidt, 2005). Auch wurden inzwischen Vorschläge erarbeitet, wie die Versorgung, insbesondere die Erkennung und Behandlung von Demenzkranken, interdisziplinär verbessert werden könnte (Stoppe, Bergmann, Bohlken, von der Damerau-Dambrowski, Roth-Sackenheim & Wächtler, 2004).

Früherkennung

Nachdem die Mehrzahl der Demenzerkrankungen auf eine neurodegenerative Ursache zurückgeht und in der Regel schleichend beginnt, eröffnen sich Möglichkeiten zu einer Frühdiagnose, um den invalidisierenden Verlauf aufzuhalten bzw. in vielen Bereichen Vorsorge zu treffen. Viele schrecken davor zurück, eine so belastende Erkrankung



Die Patienten befürchten Stigmatisierung und Autonomieverlust

wie die AD früh zu diagnostizieren bzw. diagnostizieren zu lassen. In gewisser Weise sind die damit verbundenen Ängste vergleichbar mit den Gefühlen, mit denen viele Menschen auf die Krebsfrüherkennung vor 30 Jahren reagierten. Nachdem die Erkrankungen heute in sehr frühem Stadium erkannt werden können, sollte dies v. a. als Möglichkeit betrachtet werden, mit den Betroffenen die Situation zu klären und die Zukunft zu planen. Gerade in sehr frühen Demenzstadien können die Betroffenen durchaus noch Testamente oder Patientenverfügungen verfassen. Zunächst steht jedoch ein sorgfältiges Aufklärungsgespräch an. Patienten haben das Recht, über ihre

Erkrankung informiert zu werden. Gleichzeitig sollte es respektiert werden, wenn jemand seine Diagnose nicht wissen will. Es erscheint hierbei besonders wichtig, dass die Meinung der Betroffenen selbst gehört wird und ihren Wünschen entsprochen wird und nicht, quasi stellvertretend, den Vorstellungen der Angehörigen gefolgt wird (Gely-Nargeot, Derouesne, Selmes & Groupe OPDAL, 2003; Maeck & Stoppe, 2010).

Empirische Untersuchungen aus den USA und Europa konnten gleichlautend zeigen, dass Patienten und ihre Angehörigen die Argumente der Fachleute für eine Frühdiagnose grundsätzlich teilen. Jedoch gibt es seitens der Patienten Befürchtungen, die sich den Themenbereichen Stigmatisierung und Autonomie zuordnen lassen. So wird befürchtet, bei bekannter Demenzdiagnose von Nachbarn gemieden zu werden oder vom Arzt schlechter behandelt zu werden. Auch werden Nachteile bezüglich Führerschein, Versicherungen oder gar eine raschere Heimeinweisung befürchtet (Boustani, Perkins, Monahan, Fox, Watson, Hopkins, Fultz, Hui, Unverzagt, Callahan & Hendrie, 2008; Justiss, Boustani, Fox, Katona, Perkins, Healey, Sachs, Hui, Callahan, Hendrie & Scott, 2009).

Die Aufklärung über eine Erkrankung sollte deshalb stets – nicht nur bei Demenzen – mit einem Angebot zur Begleitung und Information über die nötigen Hilfen kombiniert werden. Im rechtlichen Bereich gehört hierzu, Vorabverfügungen anzuregen, die finanzielle Situation zu überprüfen sowie über etwaige Testamente und Vollmachten zu informieren. Auch ist die Einrichtung von Betreuungen zumindest vorzubereiten. Leider ist dies heute noch lange nicht die Regel. Typischerweise werden die rechtlichen Dinge erst geklärt, wenn die Demenzerkrankung schon weiter fortgeschritten ist, im »schlimmsten« Fall gibt es Erbstreitigkeiten nach dem Tod.

((Anzeige))

Das Risiko (von Familienangehörigen), an Demenz zu erkranken

Häufig sind Familienangehörige in großer Sorge, dass sie durch die Verwandtschaft selbst ein höheres Risiko aufweisen, an Demenz zu erkranken. Kürzlich wies eine Studie sogar ein erhöhtes Erkrankungsrisiko für pflegende Angehörige nach (Norton, Smith,

ziale Aktivitäten und Hobbys um etwa die Hälfte. Hierbei scheint weniger eine Rolle zu spielen, welcher Form von körperlicher oder sozialer Aktivität nachgegangen wird. Vielmehr sind Häufigkeit und Dauer und – nicht untersucht – eventuell auch die damit verbundenen sozialen Kontakte und Lebensfreude wichtiger (Paillard-Borg, Fratiglioni, Winblad & Wang, 2009). Auch gilt es inzwischen als erwiesen, dass Depressionen in der Vorgeschichte das Risiko für eine Demenz etwa verdoppeln (Ownby, Crocco, Acevedo,

John & Loewenstein, 2006). Die Mechanismen hierfür sind noch nicht klar. Es könnte jedoch sein, dass die Aktivierung der Stressachse in der Depression oder die Verbindung von Depressionen zu kardiovaskulären Erkrankungen

hierfür ausschlaggebend sind. In jedem Fall zeigt sich, dass insbesondere die Hypertonie, der Diabetes Mellitus und das Rauchen nicht nur für die vaskuläre Demenz, sondern durchaus auch für die degenerativen Demenzen Risikofaktoren darstellen. Für das Rauchen gilt z. B. auch bei der Alzheimer-Demenz eine Risikoerhöhung, je höher der Konsum ist. Auch der Alkoholkonsum wurde bzgl. der Risikoerhöhung diskutiert. Hier zeigt sich die auch für andere Erkrankungen relevante J-förmige Beziehung. Kein Konsum ist vergleichsweise »schlechter« als ein geringer Konsum. Mit zunehmender Dosis steigt auch das Risiko für eine Demenz, offensichtlich weitgehend unabhängig von der Form des verabreichten Alkohols (Letenneur, Larrieu & Barberger-Gateau, 2004). Weiter gibt es Hinweise, dass die mediterrane Diät das Risiko für neurodegenerative Erkrankungen senkt. Allerdings ist die Größenordnung vergleichbar mit den Effekten auf Mortalität und Krebskrankungen (Sofi, Cesari, Abbate, Gensini & Casini, 2008).

Noch nicht genannt wurden die genetischen Risikofaktoren. Die Demenz vom Alzheimer-Typ ist nicht erblich.

Dennoch gibt es genetische Risikofaktoren, wobei der heute wichtigste Risikofaktor das Apolipoprotein-E-Epsilon 4 (APOE4) ist. In der Bevölkerung ist die Allelkombination E3-E3 zu etwa 60 % vertreten. Das Risiko für eine Demenz verringert sich dosisabhängig bei Anwesenheit des Allels E2 und erhöht sich ebenfalls dosisabhängig bei Anwesenheit des Allels E4 auf das bis zu Fünffache. Das APOE4 ist insofern interessant, als es auch die Bedeutung anderer Risikofaktoren modifiziert. Das gilt z. B. für Schädel-Hirn-Traumata, bei denen das Demenzrisiko wohl nur dann erhöht ist, wenn Personen über den Genotyp E4 verfügen (Bekris, Yu, Bird & Tsuang, 2010). Für die meisten anderen Demenzformen sind die Risikofaktoren bisher weniger gut untersucht. Bei den fronto-temporalen Degenerationen ist bekannt, dass sie familiär gehäuft auftreten, wie dies bei eher präsenilen Verlaufsformen öfter der Fall ist. Seltene Demenzformen sind oft monogenetisch determiniert, z. B. die Chorea Huntington.

» Für erstgradige Angehörige von Patienten mit AD ist das Risiko, selbst zu erkranken, etwa um das Dreifache erhöht

Østbye, Tschanz, Corcoran, Schwartz, Piercy, Rabins, Steffens, Skoog, Breitner & Welsh-Bohmer, 2010). Diese Ergebnisse müssen jedoch erst repliziert werden.

Insgesamt kann ein erhöhtes Risiko für direkte Verwandte bejaht werden. Dies gilt jedoch erst, wenn die betroffene Person selbst ein höheres Lebensalter erreicht hat. Für erstgradige Angehörige von Patienten mit AD ist das Risiko, selbst zu erkranken, etwa um das Dreifache erhöht. Nachdem das Erkrankungsrisiko aber vor dem 60. Lebensjahr sehr gering ist, gilt, dass die Risikoerhöhung erst in späteren Lebensabschnitten wirksam wird.

Einige Risikofaktoren lassen sich unter dem Aspekt der »Reserve« zusammenfassen. Bestimmte Faktoren scheinen die Schwelle für die Demenzerkrankung zu senken bzw. zu erhöhen. Dies gilt insbesondere für den Faktor Bildung. Gebildete Menschen erkranken auch, werden jedoch wahrscheinlich vergleichsweise später symptomatisch (Stern, 2006). Erwiesenermaßen senkt körperliche Aktivität das Risiko um etwa ein Drittel, psychoso-

Therapeutische Möglichkeiten

Bereits heute kann für Demenzkranke sehr viel getan werden. Behandlungen sind auf eine Langzeitbegleitung ausgerichtet. So ist zu beachten, dass Demenzkranke stets in ihrem psychosozialen Umfeld gesehen werden müssen. Auch die Belastung und die Bedürfnisse ihrer Angehörigen sollten erfasst werden. Neben dem Ausgleich von Defiziten sollten v. a. die vorhandenen Ressourcen aufseiten des Patienten sowie z. B. der Familie herausgefunden und in den Therapieplan einbezogen werden.

Grundsätzlich sollte darauf geachtet werden, dass die Patienten in einer guten körperlichen Verfassung sind. Ein strukturierter Tagesrhythmus mit

ausreichender körperlicher Bewegung, festen Essenszeiten, einem regelmäßigen Schlaf-Wach-Rhythmus und festen Toiletten-Zeiten erweist sich als externe Stabilisierung bei zunehmend fragilen endogenen Rhythmen (Stoppe, 2006). Zudem sollte auf die Ernährung geachtet werden, denn Störungen der Nahrungsaufnahme und Fehlernährung kommen häufig vor, zumal sich auch Geschmack und Geruchssinn bei vielen Demenzen verändern (Strube, 2006).

Im Zentrum der Pharmakotherapie steht gegenwärtig die Transmittersubstitution, insbesondere wird der Ausgleich des zentralnervösen cholinergen Defizits durch Cholinesterasehemmer und die Beeinflussung des glutamater-

» *Bereits heute kann für Demenzkranke sehr viel getan werden*

gen Systems durch Memantine zunehmend als Basistherapie v. a. der Alzheimer-Demenz verstanden (Maecck, Müller-Spahn & Stoppe, 2007).

Allgemein geht eine Pharmakotherapie im Alter und speziell bei Demenzkranken mit erhöhten Risiken einher, die ihre Verträglichkeit limitiert. Pharmaka, insbesondere die typischen Polypharmazien im höheren Lebensalter, erhöhen das Risiko für die Entwicklung eines Delirs, aber auch für Stürze.

Beide Komplikationen sind mit einer erhöhten Mortalität im höheren Lebensalter verbunden. Beachtet werden muss zudem, dass extrapyramidal-motorische Störwirkungen bei Demenzkranken mindestens drei Mal eher auftreten als bei jüngeren Erwachsenen. Bei der Behandlung gerade der nicht-kognitiven Störungen sollte deshalb der Einsatz von Psychopharmaka auf das Notwendige begrenzt werden (Ballard & Corbett, 2010; Thürmann, 2009; Maecck et al., 2007).

Die Bedeutung nicht-kognitiver Symptome

Demenzerkrankungen gehen typischerweise nicht nur mit kognitiven Beeinträchtigungen wie solchen des Gedächtnisses oder der Sprache einher, sondern auch mit Störungen der Emotionalität, des Verhaltens, des Schlafes und anderer Bereiche. Am häufigsten und stabilsten sind Unruhezustände (*Agitation*) einerseits und Antriebs- und Interessearmut (*Apathie*) andererseits. In unterschiedlicher Häufigkeit je nach Demenzursache finden sich depressive bzw. depressiv anmutende Verstimmungen und Weinerlichkeit, Traurigkeit, auch Äußerungen von Lebensmüdigkeit. Aggressionen treten besonders in fortgeschrittenen Krankheitsstadien häufig auf und sind sehr abhängig von der jeweiligen Umgebung. Dies ist leicht nachvollziehbar, wenn man bedenkt, wie meist darauf reagiert wird, wenn ein Demenzkranker sich bestohlen wähnt, wenn er etwas nicht wiederfindet (Höwler, 2008).

Problematisch ist, dass die Demenzkranken selbst, zumindest in fortgeschrittenen Krankheitsstadien, keine Auskünfte mehr darüber geben bzw. geben können, in welchem subjektiven Zusammenhang die Verhaltensweisen bei ihnen stehen. So können die Ursache für Unruhezustände nicht nur Ängste sein, sondern z. B. auch Schmerzen oder Medikamentennebenwirkungen.

Schmerzen werden bei Demenzkranken häufig nicht erkannt. Dies scheint einer der Gründe dafür zu sein, dass bei Demenzen somatische Krankheiten weniger erkannt und behandelt werden (s. o.). Und obwohl sie wohl mindestens genauso häufig Schmerzen empfinden wie Nicht-Demente gleichen Alters, bekommen Demenzkranke nur etwa halb so oft Schmerztherapie. Zahnschmerzen z. B. kommen sicher häufig vor, denn die regelmäßige Kontrolle und Behandlung beim Zahnarzt entfällt bei Demenzkranken oft.

Gleichzeitig muss bedacht werden, dass nicht nur das Ausmaß der kognitiven Störungen, sondern z. B. auch die Depressivität wesentliche Entscheidungen, z. B. für oder gegen lebenserhaltende Maßnahmen, beeinflusst (Maecck & Stoppe, 2010).

Die Betreuung von Demenzkranken und die Familie

Die Begleitung von Demenzkranken ist eine sehr komplexe und herausfordernde Aufgabe. Insbesondere die Ehepartner oder Kinder müssen zunächst einmal verstehen, dass es sich bei den Symptomen um eine Krankheit handelt und möglicherweise wenig Besserung zu erwarten ist. Dadurch, dass in der Betreuung v. a. Orientierungshilfen und Anleitung gewissermaßen 24 Stunden gegeben werden müssen, fühlen sich betreuende Angehörige schuldig, wenn sie sich einmal Zeit für sich nehmen (Grässel, 2000).

Pflege ist auch heute noch vorwiegend weiblich. Bis zu 80 % der Pflegeleistungen werden von Töchtern, Ehefrauen und Schwiegertöchtern erbracht. Schon allein, weil diese »Ressource« zukünftig in diesem Maße nicht mehr zur Verfügung stehen wird, wird das

» *Pflege ist auch heute noch vorwiegend weiblich*

Versorgungsproblem immer drängender. Geschätzte drei Viertel der Krankheitslast von Demenzerkrankungen werden auch heute noch von den Familien und vom sozialen Umfeld getragen. Die Angehörigen leiden nicht nur darunter, durch die Überwachungsaufgaben zunehmend zeitlich ange-bunden zu sein, sondern auch daran,

dass sie ihre Partner im Demenzprozess regelrecht verlieren. Auch die Zeit, in der man meint, den Kranken besonders schützen zu müssen, indem man die Fassade gegenüber anderen und der Familie zu wahren hilft, ist besonders schwierig. Geschätzte 30 % bis 50 % der Angehörigen erkranken selbst psychisch oder körperlich. Es gibt eine Reihe von Untersuchungen dazu, welche Angehörigen einem besonderen Erkrankungsrisiko ausgesetzt sind bzw. wer in der Familie meist die Betreuungsleistung erbringt. Vereinfachend lässt sich sagen, dass relativ gesunde Angehörige sowohl die Betreuung leichter ertragen als auch sich selbst rascher Hilfe organisieren und sich gegebenenfalls auch früher zu einer Heimeinweisung entscheiden können.

Wir selbst untersuchten das Konzept der filialen Reife bei erwachsenen Kindern von Demenzkranken (Stiens, Maeck & Stoppe, 2006). Dieses Konzept wurde in den 1960er Jahren entwickelt und beschrieb psychoanalytisch

» *Insbesondere stundenweise Entlastung ist relevant*

die Entwicklung der filialen Krise. Diese ist dadurch gekennzeichnet, dass das bis ins Erwachsenenalter erlebte Gefühl, dass die Eltern ein »Fels der Unterstützung« sind, der Erkenntnis ihrer Gebrechlichkeit und Hilfsbedürftigkeit weichen muss. Es muss also die Aufgabe gemeistert werden, die Eltern weiter als Eltern zu respektieren und doch fürsorgliche Funktionen für sie zu übernehmen. Hierbei zeigte sich, dass Kinder, die die Eltern, insbesondere das gegengeschlechtliche Elternteil, als liebevoll umsorgend erinnern, eher zur Pflege bereit waren. Für uns ist jedoch nicht sicher, inwieweit eine entsprechende nachträgliche Um-

deutung in der biografischen Erzählung vorliegt.

Sämtliche Untersuchungen zur Entlastung von Angehörigen von Demenzkranken zeigen, dass neben einer Vermittlung von Kompetenz (*health literacy*) und dem Austausch mit anderen Betroffenen in Selbsthilfegruppen insbesondere stundenweise Entlastung relevant ist. In diesem Kontext haben sich in den letzten Jahren an vielen Orten Angebote entwickelt, die sogenannte ehrenamtliche freiwillige bzw. Laienhilfe organisieren (Stoppe & Geilfuß, 2004; Grässel & Schirmer, 2006; Stoppe & Stiens, 2009). Die lokalen Alzheimergesellschaften haben in der Regel einen guten Überblick.

Zusätzlich muss bedacht werden, dass gleichzeitig vorhandene körperliche Erkrankungen infolge des Demenzprozesses anders bzw. eben nicht mehr selbst versorgt werden können. Oft wird ihre Versorgung erst durch die gleichzeitig bestehende Demenz zum Pflegeproblem.

Zunehmend versorgen ältere und kranke Menschen ihre demenzkranken Partner. Die ambulanten Unterstützungsmöglichkeiten sind rasch erschöpft, wenn keine Entlastung erfolgt. Mehr als drei Viertel aller Demenzkranken kommen letztendlich im Krankheitsverlauf doch ins Heim, damit sind Demenzen schon heute der Haupteinweisungsgrund (Weyerer, Hönig, Schäufele & Zimmer, 2000; Luppa, Luck, Brähler, König & Riedel-Heller, 2008).

Weitere Unterstützungs- und Hilfsmöglichkeiten

Für die Diagnose und Behandlung von Demenzen stehen heute eine Vielzahl von Spezialeinrichtungen, v. a. Gedächtnissprechstunden und Memory Kliniken sowie gerontopsychiatrische

Zentren und Schwerpunktpraxen zur Verfügung. Die Angehörigen sollten schon früh auf Beratungsstellen und z. B. die Angebote der Alzheimergesellschaften hingewiesen werden. Erfreulicherweise finden sich in immer größerer Zahl Angebote von freiwilligen Helfern, die stundenweise Entlas-

» *Körperliche Erkrankungen infolge des Demenzprozesses können oft nicht mehr selbst versorgt werden*

tung und Unterstützung anbieten. Auch ermöglichen Heime über die sogenannte Kurzzeitpflege, dass Betreuer auch einmal in Urlaub fahren können. Daneben gibt es Urlaubsangebote für Demenzkranke und ihre Angehörigen mit entsprechender Betreuung.

Glücklicherweise ist die öffentliche Aufmerksamkeit für Demenzkrankheiten in den letzten Jahren erheblich gestiegen. Das ist auch nötig, weil Ressourcen bereitgestellt werden müssen, um eine ausreichende Anzahl an kompetenten Menschen für die Beratung, Betreuung und Behandlung von Demenzkranken zu haben. Insbesondere im ärztlichen und pflegerischen Bereich zeigen sich in Bezug auf Demenzkranke erhebliche Mängel. Diese könnten durch Veränderungen von Aus- und Weiterbildungscurricula und (Facharzt-)Schwerpunktbildungen bzw. entsprechende Leistungshonorierung weitgehend behoben werden.

Ein ungelöstes Problem ist bis heute, wie Demenzkrankheiten in der Pflegeversicherung angemessen berücksichtigt werden können. So ist es nicht die Regel, dass der Gutachter sich Zeit nimmt, mit dem Angehörigen auch alleine zu sprechen, oder sich vorab Informationen zukommen lässt. Schwierig ist auch, dass demenzspezifische Angebote in Heimen noch fehlen. Dies

gilt, obwohl es inzwischen an vielen Orten Modelle für eine demenzgerechte Heimversorgung gibt (Held & Ermini-Fünfschilling, 2004).

Im europäischen bzw. internationalen Vergleich hat Deutschland jedoch auch Einiges zu bieten. So ist die Möglichkeit der Bevollmächtigung oder auch das differenzierte Betreuungsrecht zu loben. Ob hier auch die Pflegeversicherung genannt werden sollte, ist umstritten, weil die Trennung von Pflege- und Krankenversicherung gerade für diese Patientengruppe wohl eher nachteilig ist. Sicher hat jedoch das Pflegeleistungsergänzungsgesetz zumindest eine Anerkennung gebracht, dass ambulante Unterstützung notwendig ist.

Ethisch-rechtliche Probleme

In diesen Bereich fällt eine Reihe von Themen, hier soll v. a. die Urteilsfähigkeit diskutiert werden. Diese ist Voraussetzung sowohl für die Patientenverfügung als auch für Testament und den Abschluss anderer Verträge. Zwei Aspekte sind in diesem Zusammenhang besonders wichtig. Zum einen bedeutet die Diagnose einer Demenz noch nicht, dass jemand per se urteilsunfähig ist. *Urteilsfähigkeit* bzw. Geschäftsfähigkeit ist immer bezogen auf einen konkreten Sachverhalt. Dieser muss verstanden werden und die Folgen einer Entscheidung abgesehen werden können. Wenn dies der Fall ist, ist eine entsprechende Entscheidungskompetenz vorhanden. Bei ganz frühen Demenzen ist dies sicher mehrheitlich gegeben. Es empfiehlt sich daher, etwaige Patientenverfügungen oder Testamente zu Beginn der Erkrankung anzusprechen und abzuschließen (s. o.). Der zweite wichtige Aspekt ist die größere Gefahr der Manipulation von außen. Wie jeder Mensch, der sich

abhängig und hilfsbedürftig erlebt, laufen auch Demenzkranke stärker Gefahr, manipuliert zu werden, z. B. bei wichtigen Entscheidungen wie der Zuspreehung des Erbes. Dies muss beachtet und entsprechend eingeschätzt werden (Maeck & Stoppe, 2010).

Ein zunehmendes Problem auch für die Demenzkranken könnte die Diskussion um *Sterbehilfe* sein. Sie hängt essentiell damit zusammen, welche Würde, Last, und Zumutung mit der Erkrankung Demenz verbunden wird. Wie schwierig es ist, die eigene Befindlichkeit in der Demenz vorherzusagen, sieht man derzeit öffentlich am Fall von Walter Jens.

Im Alltag ist die *Fahrerlaubnis* wichtig. Insbesondere nicht krankheitseinsichtige Demenzkranke wollen oft nicht mehr auf das Fahren eines Automobils verzichten. Es ist jedoch so, dass die meisten Demenzkranken selbst die Fahrleistung einschränken oder auf Anraten der Familie und des Arztes das Autofahren einstellen. Auch hier gilt, dass die Demenzdiagnose noch nicht die Fahrtauglichkeit per se beeinträchtigt (Iverson, Gronseth, Reger,

Classen, Dubinsky, Rizzo & Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology, 2010).

Vielmehr spielt neben dem Schweregrad der Demenz zusätzlich eine Rolle, was auch in anderen Lebensabschnitten bedeutsam ist. Jemand mit einem impulsiven Charakter, einer Anamnese von vielfältigen aggressiven Auseinandersetzungen und Verkehrsdelikten wird auch bei einer sehr leichten Demenz nicht mehr fahren können. Anders ist dies bei einem bisher unfallfreien, körperlich ansonsten gesunden und krankheitseinsichtigen, vielleicht leicht dementen Menschen, der täglich noch seine kurze Fahrt zum Lebensmittelhändler alleine machen möchte. Zu beachten ist, dass Demenzkranke nicht nur als Fahrer gefährlicher sind, sondern auch im Straßenverkehr gefährdeter sind. Sie reagieren langsamer auf Verkehrssignale und auch Warnsignale. Die Gestaltung der Signalgebung im Straßenverkehr sollte aus meiner Sicht an die alternde Gesellschaft angepasst werden.

In einer Zeit, in der einerseits die kognitive Leistungsfähigkeit und an-

WERKZEUGKASTEN

- Demenzerkrankungen betreffen bis zu 10% der über 60-Jährigen. Ihre Zahl wird sich in den nächsten 20 Jahren verdoppeln.
- Die Frühdiagnose ist möglich und sollte angestrebt werden.
- Rechtliche Belange können mit den Betroffenen umso besser geklärt werden, je weniger beeinträchtigt sie sind.
- Im Krankheitsverlauf treten eine Fülle von Störungen auf, sowohl Stimmungsschwankungen als auch Aggressionen oder Halluzinationen.
- Der Umgang mit Demenzkranken muss geübt werden. Hierfür stehen Unterstützungsmittel zur Verfügung.
- Wirksame Therapien – medikamentös und nicht-medikamentös – sind bekannt. Sie werden zu wenig eingesetzt.
- Die Angehörigen tragen die Hauptlast der Versorgung und haben ein hohes eigenes Erkrankungsrisiko. Sie sollten beraten werden und ggfs. Psychotherapie angeboten bekommen.
- Demenzkranke werden bezüglich ihrer anderen Erkrankungen häufig nicht angemessen behandelt. Dies muss beachtet werden (cave: z. B. Schmerzen)
- Unterstützungsmöglichkeiten durch die Alzheimer Gesellschaften und andere lokale Angebote sollten bekannt sein und vermittelt werden.
- Der Umgang mit Demenzkranken reflektiert den gesellschaftlichen Umgang mit Hilflosigkeit und Alter.

dererseits die Autonomie als gesellschaftliche Ideale propagiert werden, ist die Demenz eine Herausforderung für unser Selbstverständnis wie auch für die Gesellschaft als Ganzes, gerade diesen Kranken gerecht zu werden.

→ Summary

Dementia – Patterns of Oblivion

Dementia and related disorders affect about 10 % of the population over 60. New cases and case frequency increase exponentially with age. In the next few decades, the growth of the population reaching high old age in Europe will lead to a doubling of the present dementia statistics. The attendant changes in family and social structures means that a steadily increasing number of dementia patients living alone will need to be looked after. There will also be fewer relatives available to participate in care work. Today, the various forms of the disorder (Alzheimer, vascular dementia, Lewy body dementia, Parkinson, etc.) can be clinically diagnosed with a high degree of certainty and last between three and ten years. Treatment with medication is available, albeit to a limited extent. Prevention is also a potentially viable proposition. Of major importance is complex case management taking due account of psychosocial aid measures. Support provision should be aimed above all at relieving strain on relatives. In the light of recent discussion about living wills, timely diagnosis takes on even greater significance. Other relevant topics are care in hospitals and nursing homes, including palliative medicine.

Keywords: Dementia, risk factors, prevention, relatives, care

→ Bibliografie

APA – American Psychiatric Association (1996). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington D.C.: American Psychiatric Association;

1994. Deutsche Übersetzung und Bearbeitung: *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Ballard, C., & Corbett, A. (2010). Management of neuropsychiatric symptoms in people with dementia. *CNS drugs*, 24, 729–739.
- Bekris, L. M., Yu, C. E., Bird, T. D., & Tsuang, D. W. (2010). Genetics of Alzheimer disease. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 23, 213–227.
- Bickel, H. (2001). Demenz im fortgeschrittenen Lebensalter: Schätzung von Inzidenz und Gesundheitskosten. *Zeitschrift für Geriatrie und Gerontologie*, 34, 108–115.
- Boustani, M., Perkins, A. J., Monahan, P., Fox, C., Watson, L., Hopkins, J., Fultz, B., Hui, S., Unverzagt, F. W., Callahan, C. M., & Hendrie, H. C. (2008). Measuring primary care patients' attitudes about dementia screening. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 812–820.
- Gely-Nargeot, M. C., Derouesne, C., Selmes, J., & Groupe OPDAL (2003). European survey on current practice and disclosure of the diagnosis of Alzheimer's disease. A study based on caregiver's report. *Psychologie et Neuropsychiatrie du Vieillessement*, 1, 45–55.
- Grässel, E. (2000). Warum pflegen Angehörige? Ein Pflegemodell für die häusliche Pflege im höheren Lebensalter. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 13, 85–94.
- Grässel, E., & Schirmer, B. (2006). Freiwillige Helferinnen und Helfer zur Entlastung der Angehörigen demenzkranker Menschen. Ergebnisse einer prospektiven Verlaufuntersuchung zu den Erwartungen und Erfahrungen in Bezug auf Schulung und professionelle Begleitung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39, 217–226.
- Held, C., & Ermini-Fünfschilling, D. (2004). *Das demenzgerechte Heim. Lebensraumgestaltung, Betreuung und Pflege für Menschen mit leichter, mittelschwerer und schwerer Alzheimer Krankheit*. Basel: Karger.
- Höwler, E. (2008). *Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz: Erleben und Strategien Pflegenden*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Iverson, D. J., Gronseth, G. S., Reger, M. A., Classen, S., Dubinsky, R. M., & Rizzo, M., & Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology (2010). Practice parameter update: evaluation and management of driving risk in dementia: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, 74, 1316–1324.
- Justiss, M. D., Boustani, M., Fox, C., Katona, C., Perkins, A. J., Healey, P. J., Sachs, G.,

- Hui, S., Callahan, C. M., Hendrie, H. C., & Scott, E. (2009). Patients' attitudes of dementia screening across the Atlantic. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, 632–637.
- Letenneur, L., Larrieu, S., & Barberger-Gateau, P. (2004). Alcohol and tobacco consumption as risk factors of dementia: a review of epidemiological studies. *Biomedicine and Pharmacotherapy*, 58, 95–99.
- Lopponen, M. K., Isoaho, R. E., Raiha, I. J., Vahlberg, T. J., Loikas, S. M., Takala, T. I., Puolijoki, H., Irjala, K. M., & Kivela, S. L. (2004). Undiagnosed diseases in patients with dementia – a potential target group for intervention. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 18, 321–329.
- Luppa, M., Luck, T., Brähler, E., König, H. H., & Riedel-Heller, S. G. (2008). Prediction of institutionalisation. A systematic review. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 26, 65–78.
- Maeck, L., Haak, S., Knoblauch, A., & Stoppe, G. (2007). Early diagnosis of dementia in primary care: A representative 8-year follow-up study in Lower Saxony, Germany. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 23–31.
- Maeck, L., Müller-Spahn, F., & Stoppe, G. (2007). Pharmakotherapie der Demenz. *Die Psychiatrie*, 4, 41–49.
- Maeck, L., & Stoppe, G. (2010). Competence Assessment. In H. Helmchen & N. Sartorius (eds.), *Ethics in Psychiatry*. International Library of Ethics, Law, and the New Medicine 45 (pp. 209–226) Dordrecht: Springer Science + Business Media.
- Melchinger, H., & Machleidt, W. (2005). Hausärztliche Versorgung von Demenzkranken. *Nervenheilkunde*, 24, 493–498.
- Neary, D., Snowden, J., & Mann, D. (2005). Frontotemporal dementia. *The Lancet Neurology*, 11, 771–780.
- Neuropathology Group of the Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study (MRC CFAS) (2001). Pathological correlates of late onset dementia in a multicentre, community-based population in England and Wales. *The Lancet*, 357, 169–175.
- Norton, M. C., Smith, K. R., Østbye, T., Tschanz, J. T., Corcoran, C., Schwartz, S., Piercy, K. W., Rabins, P. V., Steffens, D. C., Skoog, I., Breitner, J. C., & Welsh-Bohmer, K. A. (2010). Cache County Investigators. Greater risk of dementia when spouse has dementia? The Cache County study. *Journal of the American Geriatric Society*, 58, 895–900.

- Ownby, R. L., Crocco, E., Acevedo, A., John, V., & Loewenstein, D. (2006). Depression and risk for Alzheimer disease: systematic review, meta-analysis, and metaregression analysis. *Archives of General Psychiatry*, 63, 530 – 538.
- Paillard-Borg, S., Fratiglioni, L., Winblad, B., & Wang, H. X. (2009). Leisure activities in late life in relation to dementia risk: principal component analysis. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 28, 136 – 144.
- Riedel-Heller, S. G., Schork, A., Fromm, N., & Angermeyer, M. C. (2000). Demenzpatienten in der hausärztlichen Praxis – Ergebnisse einer Umfrage. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 33, 300 – 306.
- Sofi, F., Cesari, F., Abbate, R., Gensini, G. F., & Casini, A. (2008). Adherence to Mediterranean diet and health status: meta-analysis. *British Medical Journal*, 337, a1344.
- Stern, Y. (2006). Cognitive reserve and Alzheimer disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 20, 69 – 74.
- Stiens, G., Maeck, L., & Stoppe, G. (2006). Filial Maturity as a Predictor for the Burden of Demented Parents' Caregivers. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39, 120 – 125.
- Stoppe, G., Sandholzer, H., Staedt, J., Winter, S., Kiefer, J., Kochen, M. M., & Ruther, E. (1994). Diagnosis of dementia in primary care: Results of a representative survey in lower Saxony, Germany. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 244, 278 – 283.
- Stoppe, G., Bergmann, F., Bohlken, J., von der Damerau-Dambrowski, V., Roth-Sackenheim, C., & Wächtler, C. (2004). Ein Vorschlag zur Gestaltung der Schnittstelle zwischen Hausärzten und Ärzten für Psychiatrie und Neurologie in Deutschland – Ambulante Versorgung von Demenzkranken. *PsychoNeuro*, 30, 489 – 496.
- Stoppe, G., & Geilfuß, P. (2004). Entlastung der Angehörigen von Demenzkranken durch ehrenamtliche Helfer. *PsychoNeuro*, 30, 505 – 508.
- Stoppe, G. (2006). *Demenz*. München: UTB Ernst Reinhardt.
- Stoppe, G., & Stiens, G. (Hrsg.) (2009). *Niedrigschwellige Betreuung von Demenzkranken: Grundlagen und Unterrichtsmaterialien*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Strube, H. (2006). Es ist nie zu spät – Ernährung im Alter. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 49, 547 – 557.
- Thürmann, P. (2009). Pharmakotherapie im Alter. In G. Stoppe & E. Mann (Hrsg.), *Geriatric für Hausärzte* (S. 255 – 268) Bern: Huber Verlag.
- Van den Bussche, H., & von Leitner, E. C. (2011). Demenz, Komorbidität und Versorgungsqualität – eine Exploration. In G. Stoppe (Hrsg.), *Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen. Ergebnisse und Forderungen an die Versorgungsforschung*. Report Versorgungsforschung, Bd. 3 (S. 141 – 150) Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Weyerer, S., Höning, T., Schäufele, M., & Zimmer, A. (2000). Demenzkranke in Einrichtungen der voll- und teilstationären Altenhilfe. Epidemiologische Forschungsergebnisse. In Sozialministerium Baden-Württemberg (Hrsg.), *Weiterentwicklung der Versorgungskonzepte für Demenzerkrankte in (teil-)stationären Altenhilfeeinrichtungen* (S. 1 – 58) Stuttgart.
- Weyerer, S., & Schäufele, M. (2009). Herausforderung durch die Demenzkrankheiten: Epidemiologische Versorgungssituation, psychosoziale und ökonomische Folgen. In G. Stoppe & G. Stiens (Hrsg.), *Niedrigschwellige Betreuung von Demenzkrankheiten* (S. 15 – 28): Stuttgart: Kohlhammer.
- Yaffe, K., Fox, P., Newcomer, R., Sands, L., Lindquist, K., Dane, K., & Covinsky, K. E. (2002). Patient and caregiver characteristics and nursing home placement in patients with dementia. *Journal of the American Medical Association*, 287, 2090 – 2097.
- WHO – World Health Organization (1991). *Tenth Revision of the International Classification of Diseases. Chapter V (F). Mental and Behavioural Disorders (including disorders of psychological development). Clinical Descriptions and Diagnostic guidelines*. Genf: WHO. ■



Anschrift der Verfasserin

Prof. Dr. med. Gabriela Stoppe

Universitäre Psychiatrische
Kliniken Basel
Wilhelm Klein-Strasse 27
4012 Basel
Schweiz
gabriela.stoppe@upkbs.ch
<http://www.upkbs.ch>

Studium der Medizin an der Universität Gießen. Weiterbildung in Neurochirurgie, Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie, Geriatrie am Inselspital Bern, dem Nordstadt-Krankenhaus Hannover, der Medizinischen Hochschule Hannover und der Universität Göttingen. Habilitation 1996 und seit 2002 Professorin für Psychiatrie und Psychotherapie. Seit 2003 Leiterin des Bereichs Allgemeine Psychiatrie an den Universitären Psychiatrischen Kliniken in Basel. Aktive Mitarbeit in Gremien, u. a. bei den Lindauer Psychotherapiewochen, bei Swiss Public Health und in der ständigen Koordinierungsgruppe Versorgungsforschung der Bundesärztekammer (D). Forschung im Bereich Demenz, Depression und Versorgungsforschung.