

Einleitung

Über eine Million Menschen in Deutschland sind an einer Demenz erkrankt. Mehrere Millionen sind, vor allem als Angehörige, zusätzlich betroffen. Die häufigste Ursache einer Demenz ist die Alzheimer-Krankheit. Sie ist nach dem derzeitigen Stand des medizinischen Wissens nicht heilbar, d.h. es besteht keine Möglichkeit, die Ursache der Erkrankung zu beheben. Mit den derzeit verfügbaren medikamentösen Therapien, die im Folgenden kurz dargestellt werden, kann allerdings eine Verzögerung des Krankheitsverlaufs und eine Milderung der Symptomatik erreicht werden. Nicht-medikamentöse Verfahren und Therapien können während des gesamten Krankheitsverlaufs eine große Hilfe bei der Bewältigung der jeweils anstehenden Aufgaben sein, von der Früherkennung der Erkrankung bis hin zum Umgang mit schweren Verhaltensstörungen in ihren fortgeschrittenen Stadien. Ihnen kommt daher eine besondere Bedeutung zu, weshalb sie in den folgenden Buchkapiteln umfassend dargestellt werden. Zunächst sollen jedoch die medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten der Alzheimer-Demenz kurz angesprochen werden.

Bei leichten bis mittelschweren Stadien der Erkrankung sind Cholinesterasehemmer die Mittel der Wahl. Das sind Medikamente, die den Stoffwechsel der Überträgersubstanzen (Neurotransmitter) im Gehirn, insbesondere den von Acetylcholin, beeinflussen. Zur Verfügung stehen hierbei die Wirkstoffe Donepezil, Rivastigmin und Galantamin, die sich in kontrollierten Studien als wirksam im Sinne einer Verbesserung der geistigen Leistungsfähigkeit und der Alltagskompetenzen der Patienten erwiesen haben. Auch Begleitsymptome der Demenz wie Ängste, Depressionen und Agitiertheit können durch diese Medikamente gemildert werden (z.B. Bullock und Dengiz 2005). Sofern Durchblutungsstörungen eine wesentliche Rolle spielen, wie bei der Alzheimer-Demenz vom gemischten Typ, lässt sich der Krankheitsverlauf auch durch eine zusätzliche Behandlung mit einem Gerinnungshemmer verzögern.

Durch diese therapeutischen Möglichkeiten stellt sich der zu erwartende Krankheitsverlauf der Alzheimer-Demenz deutlich günstiger dar als noch vor einigen Jahren. Allerdings profitieren nicht alle Patienten von der Behandlung, außerdem sind die krankheitsbedingten Leistungsminderungen letztlich nur hinauszögerbar, nicht jedoch aufzuhalten. Darüber hinaus können die Cholinesterasehemmer zu Nebenwirkungen wie Durchfall, Übelkeit und Erbrechen führen.

In mittelschweren und schweren Stadien der Erkrankung ist eine Behandlung mit Memantin möglich, einem Glutamatmodulator, der ebenfalls auf den Neurotransmitterhaushalt einwirkt. In Studien zeigen sich positive Effekte von Meman-

tin auf die geistige Leistungsfähigkeit, die Alltagsfunktionen und das Verhalten (McShane et al. 2006). Beide Wirkstoffe, Memantin und Cholinesterasehemmer, können in mittelschweren und schweren Krankheitsstadien auch in Kombination verabreicht werden. Es gibt Hinweise, dass eine Kombinationstherapie der Monotherapie überlegen ist, d. h., dass dem Abbau sowohl der geistigen Leistungsfähigkeit als auch der Alltagsfunktionen durch die gleichzeitige Gabe von Cholinesterasehemmern und Memantin effektiver entgegengewirkt werden kann (Atri et al. 2008; Tariot et al. 2004).

Die Verabreichung von Cholinesterasehemmern und Memantin wird jedoch immer wieder kritisiert; so weisen viele Wirksamkeitsstudien methodische Mängel auf, wodurch die Zuverlässigkeit ihrer Ergebnisse in Frage gestellt werden kann. Außerdem gibt es bislang keine zuverlässige Möglichkeit, im Vorfeld Patienten, die von der Medikation profitieren, von jenen, die nicht profitieren, zu unterscheiden. Darüber hinaus können Nebenwirkungen auftreten, die die Lebensqualität des Patienten deutlich beeinträchtigen (zusammengefasst von Vollmar et al. 2008). Trotzdem sind Cholinesterasehemmer und Memantine nach wie vor Mittel der Wahl, da es bislang keine effektiveren Wirkstoffe gibt, um eine Demenz pharmakologisch zu beeinflussen.

Die Symptome und der Verlauf einer Demenzerkrankung und wie diese von dem Patienten und seinen Angehörigen erlebt wird, hängt jedoch nicht ausschließlich von organischen Faktoren ab, sondern wird durch eine Reihe weiterer Aspekte beeinflusst, etwa die soziale Umwelt des Patienten oder seine Lerngeschichte. So darf eine Demenzerkrankung nicht nur einseitig aus einer rein biologischen Perspektive betrachtet werden, sondern es muss eine Vielzahl von Einflussfaktoren angenommen werden, die zueinander in Wechselwirkung stehen, so dass ein bio-psycho-soziales Krankheitsmodell angemessen erscheint (z. B. Stechl et al. 2007).

Diese vielfältigen Aspekte müssen im therapeutischen Umgang mit dementen Patienten berücksichtigt werden. Neben der medikamentösen Behandlung können zusätzlich nicht-medikamentöse Strategien eingesetzt werden, um dem Patienten und seinen Angehörigen das Leben mit der Erkrankung zu erleichtern. Vorrangiges Ziel ist hierbei die Stabilisierung oder Verbesserung der Lebensqualität des Patienten und seiner Angehörigen, z. B. durch eine psychologische Unterstützung bei der Bewältigung der Diagnose, therapeutische Maßnahmen zur Milderung von Verhaltensstörungen oder Hilfestellungen zur Entlastung der Angehörigen.

Auf nicht-medikamentösem Wege kann auch versucht werden, dem Abbau der geistigen Leistungsfähigkeit entgegenzuwirken. Entsprechende Maßnahmen machen sich hierbei die Eigenschaft des Gehirns zu nutze, kein starres Gebilde zu sein, sondern sich im Wechselspiel zwischen biologischen und umweltbezogenen Aspekten zu verändern. Durch diese sogenannte „neuronale Plastizität“ ist das menschliche Gehirn in der Lage, sich veränderten Bedingungen anzupassen. So ist beispielsweise bekannt, dass blinde Menschen die fehlende Verfügbarkeit eines Sinnessystems kompensieren können, indem sie Wahrnehmungsleistungen anderer Sinnessysteme oder komplexe kognitive Leistungen verbessern – eine solche Kompensation findet in Form von Veränderungen im Gehirn statt (Röder

und Rösler 2004). Auch durch Übung und Training können mit biologischen Methoden nachweisbare Veränderungen im Gehirn hervorgerufen werden (Müllbacher 2007). Aus der Demenzforschung ergeben sich Hinweise darauf, dass sich kognitive Trainingsverfahren bei leichten kognitiven Beeinträchtigungen positiv auf die geistige Leistungsfähigkeit auswirken (Kap. 3).

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass den nicht-medikamentösen Verfahren in der Therapie von Demenzerkrankungen ein wichtiger Stellenwert zukommt. Sie können dazu beitragen, die Lebensqualität des Patienten und seiner Angehörigen deutlich zu verbessern, das Fortschreiten der Erkrankung zu verzögern und psychischen sowie Verhaltensstörungen entgegenzuwirken. Die nachfolgenden Kapitel geben daher einen ausführlichen Überblick über die wichtigsten nicht-medikamentösen Hilfen und therapeutischen Unterstützungsmöglichkeiten.

Zunächst werden allgemeine Merkmale der Erkrankung, insbesondere Möglichkeiten der Früherkennung dargestellt (Kap. 1). Dann wird auf Unterstützungsmöglichkeiten bei der Bewältigung der Diagnose eingegangen, da diese für den Patient und seine Angehörigen einen tiefen Einschnitt in ihr bisheriges Leben darstellt (Kap. 2). Im darauf folgenden Kapitel werden kognitive Trainingsmaßnahmen vorgestellt, die dem geistigen Abbau entgegenwirken sollen (Kap. 3). Auch die Aktivierung des Patienten ist ein sinnvoller nicht-medikamentöser Ansatz, um die Lebensqualität trotz der Diagnose zu stabilisieren und gegen Depressivität und das Gefühl der Hilflosigkeit vorzugehen (Kap. 4). Demenzpatienten entwickeln neben negativen Gefühlszuständen wie Depressivität und Angst häufig auch Verhaltensstörungen, z. B. impulsives oder aggressives Verhalten; die Umgangsweisen und Techniken, mit denen Angehörige und Pflegepersonal auf solche Probleme reagieren können, werden ebenfalls besprochen (Kap. 5). Die Betreuung eines Demenzpatienten wird von vielen Angehörigen als sehr belastend empfunden, weshalb sich das letzte Kapitel des Buches den Möglichkeiten widmet, mit denen pflegende Angehörige entlastet werden können (Kap. 6). Adressen, an die sich die Betroffenen wenden können, insbesondere die Kontaktadressen der Alzheimer Gesellschaften, sind im Anhang beigefügt.

Literatur

- Atri, A., Shaughnessy, L., Locascio, J., Growdon, J. (2008). Long-term course and effectiveness of combination therapy in Alzheimer's disease. *Alzheimer disease and associated disorders* 22(3): 209–221.
- Bullock, R., Dengiz, A. (2005). Cognitive performance in patients with Alzheimer's disease receiving cholinesterase inhibitors for up to 5 years. *International journal of clinical practice* 59(7): 817–822.
- McShane, R., Areosa Sastre, A., Minakaran, N. (2006). Memantine for Dementia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2.
- Müllbacher, W. (2007). Das lernende Gehirn – Neuroplastizität als Chance. *Focus Neurogeriatrie* 1(1): 16–19.

- Röder, B., Rösler, F. (2004). Kompensatorische Plastizität bei blinden Menschen. *Zeitschrift für Neuropsychologie* 15(4): 243–264.
- Stechl, E., Lämmler, G., Steinhagen-Thiessen, E., Flick, U. (2007). Subjektive Wahrnehmung und Bewältigung der Demenz im Frühstadium SUWADEM: Eine qualitative Interviewstudie mit Betroffenen und Angehörigen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 40(2): 71–80.
- Tariot, P., Farlow, M., Grossberg, G., Graham, S., McDonald, S., Gergel, I. (2004). Memantine treatment in patients with moderate to severe Alzheimer disease already receiving donepezil: a randomized controlled trial. *Jama* 291(3): 317–324.
- Vollmar, H., Mand, P., Wilm, S., Butzlaff, M. (2008). DEGAM Leitlinie Demenz-Teil 2: Versorgung und Therapie DEGAM Guideline dementia-Part 2: Medical Care and Therapy. *Z Allg Med* 84: 404–417.

1 Früherkennung der Demenz

- 1.1 Grundlagen und Symptomatik
- 1.2 Diagnostik der Demenz
- 1.3 Frühe psychische und Verhaltensstörungen bei Demenz
 - 1.3.1 Depression
 - 1.3.2 Agitiertheit und Aggressivität
 - 1.3.3 Psychotische Symptome
- 1.4 Krankheitswahrnehmung und inneres Erleben des Demenzpatienten
- 1.5 Bewältigungsstrategien von Demenzpatienten im Umgang mit den Symptomen und der Diagnose

1.1 Grundlagen und Symptomatik

Demenz ist ein Syndrom mit unspezifischer Ätiologie. Dies bedeutet, dass charakteristische Symptome vorliegen, die durch unterschiedliche Ursachen hervorgerufen werden können. Die häufigste Ursache der Demenz ist die Alzheimer-Krankheit, die im Allgemeinen erst im höheren Lebensalter auftritt. Warum Menschen an der Alzheimer-Krankheit erkranken und wie sie genau entsteht, konnte noch nicht gänzlich geklärt werden. Es wurden allerdings biochemische und morphologische Veränderungen des Gehirns beschrieben, die für die Alzheimer-Demenz typisch sind. Im Krankheitsverlauf kommt es zum Untergang von Nervenzellen und einer damit verbundenen Verminderung der Größe des Gehirns, die in fortgeschrittenen Krankheitsstadien durch bildgebende Untersuchungen wie die Computer- oder Magnetresonanztomographie sichtbar gemacht werden kann. Im Zusammenhang mit dem Verlust von Nervenzellen kommt es auch zu Veränderungen auf der Ebene der Neurotransmitter, der biochemischen Überträgerstoffe der Nervenzellen. Charakteristisch für die Alzheimer-Demenz ist eine verminderte Produktion des Neurotransmitters Azetylcholin, dem bspw. beim Lernen eine wichtige Bedeutung zukommt. Zu den typischen morphologischen Veränderungen zählen auf mikroskopischer Ebene Eiweißablagerungen in Form der sogenannten „Plaques“ und „Fibrillen“.

Zu den Faktoren, die mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer Demenz verbunden sind, gehören neben dem Alter eine genetische Veranlagung, frühere stärkere oder wiederholte Kopfverletzungen, Gefäßerkrankungen, eine geringe Schulbildung und Rauchen (Übersicht bei Kalaria et al. 2008).

Mehr als eine Million Menschen sind in Deutschland an einer Demenz erkrankt, mindestens zwei Drittel von ihnen an einer Alzheimer-Demenz. Die Häufigkeit der Erkrankung nimmt mit dem Alter zu – während etwa 1 % der unter 70-Jährigen betroffen sind, leiden ca. 20 % der 85-Jährigen und ca. 30 % der über 90-Jährigen an einer Demenz. Jährlich gibt es in Deutschland etwa 200 000 Neuerkrankungen. Von diesen sind etwa 120 000 von einer Alzheimer-Demenz betroffen. Schätzungen zufolge werden angesichts der Bevölkerungsentwicklung im Jahr 2050 etwa zwei Millionen Menschen in Deutschland an einer Demenz erkrankt sein. Bei den Demenzpatienten überwiegen die Frauen gegenüber den Männern (Übersichten bei Bickel 2000 und Bickel 2001), was sich durch deren höhere Lebenserwartung und durch metabolische Faktoren erklärt.

Die Erkrankung beginnt schleichend und geht mit einem fortschreitenden Abbau der geistigen Leistungsfähigkeit einher. Dabei verschlechtern sich Gedächtnis, Orientierung, Denken, Auffassung, Sprache sowie die Urteilsfähigkeit im Laufe der Zeit deutlich. Neben diesen sogenannten „kognitiven Störungen“ leiden die Patienten meist schon in frühen Erkrankungsstadien an einer Veränderung der Stimmung, des Antriebs und der Motorik. Auch das soziale Leben, z.B. der Austausch mit der Familie oder den Pflegekräften, wird zunehmend durch die Erkrankung in Mitleidenschaft gezogen.

In der Regel werden drei Schweregrade der Demenz unterschieden (s. **Tab. 1.1**). Maßgebend für diese Unterscheidung ist das Ausmaß der Einschränkungen in den Alltagsfertigkeiten, also in welchem Umfang die Krankheit die selbständige Lebensführung der Erkrankten beeinträchtigt.

Tab. 1.1: Schweregrade der Demenz (modifiziert nach Kurz 2002, in Anlehnung an Rieckmann, Schwarzbach et al. 2009)

Schweregrad	Kognition	Lebensführung
Stadium 1	<ul style="list-style-type: none"> • Störung von Gedächtnis, Orientierung, Denken, Wortfindung • Komplizierte tägliche Aufgaben oder Freizeitbeschäftigungen können nicht mehr ausgeführt werden 	Einschränkung der Selbstständigkeit, aber ein unabhängiges Leben ist noch möglich
Stadium 2	<ul style="list-style-type: none"> • Orientierungsstörungen, ausgeprägte Sprachstörungen, deutliche Störung des Kurzzeitgedächtnisses, zunehmende Störung des Langzeit- und prozeduralen Gedächtnisses • Nur noch einfache Aufgaben können ausgeführt werden 	Ein unabhängiges Leben ist nicht mehr möglich, Patient ist auf fremde Hilfe angewiesen, die Selbstständigkeit bleibt nur noch teilweise erhalten
Stadium 3	<ul style="list-style-type: none"> • Hochgradiger geistiger Abbau, zunehmende Pflegebedürftigkeit und körperliche Symptome • Es können keine Gedankengänge mehr nachvollziehbar mitgeteilt werden 	Eine selbstständige Lebensführung ist nicht mehr möglich

An Demenz erkrankte Menschen haben eine verkürzte Lebenserwartung. Die Zeitdauer zwischen Beginn der Erkrankung und dem Tod des Patienten hängt u. a. vom Erkrankungsalter und der Ursache der Demenz ab. Demenzpatienten, bei denen die Erkrankung im Alter von 65 Jahren festgestellt wurde, leben durchschnittlich noch etwa acht Jahre, während die Lebenserwartung von Patienten, bei denen mit 90 Jahren eine entsprechende Diagnose gestellt wurde, im Mittel noch 3 Jahre beträgt (Brookmeyer et al. 2002).

Die Demenzdiagnose bedeutet für den Patienten und seine Angehörigen eine immense Veränderung und eine Beeinträchtigung, welche die gesamte Person und ihr soziales Umfeld vor erhebliche Herausforderungen stellt. Die Leitsymptome der Demenz nach den gültigen internationalen Kriterien (ICD-10) sind in Tabelle 1.2 aufgeführt.

Tab. 1.2: Leitsymptome der Demenz nach ICD-10

Leitsymptome der Demenz nach ICD-10:
1. Beeinträchtigung der Merkfähigkeit und des Gedächtnisses
2. Beeinträchtigung der geistigen Leistungsfähigkeit (z. B. des Denkens, des Urteilsvermögen und der Auffassung)
3. durch 1. und 2. deutliche Beeinträchtigungen der Alltagsfertigkeiten
4. die Störung dauert länger an (mindestens 6 Monate)
5. die Störung tritt bei klarem Bewusstsein auf (außerhalb akuter Verwirrheitszustände)

Die kognitiven Störungen bei Demenz betreffen verschiedene Bereiche und beeinträchtigen das alltägliche Leben (s. **Abb. 1.1 a**). Charakteristisch ist eine Störung des Gedächtnisses (s. **Abb. 1.1 b**). Zu den Frühsymptomen gehören hierbei Störungen der Merkfähigkeit und des *Kurzzeitgedächtnisses*. Dies bedeutet, dass die Fähigkeit abnimmt, neue Informationen für kurze Zeiträume von mehreren Minuten oder Stunden im Gedächtnis abzuspeichern. Das fällt im Alltag als „Vergesslichkeit“ auf, indem ein Patient beispielsweise einem Film nicht mehr richtig folgen kann, weil er sich nicht mehr an bereits gesehene Details erinnert, im Supermarkt nicht mehr weiß, was er einkaufen wollte oder häufig vergisst, wo er bestimmte Gegenstände abgelegt hat.

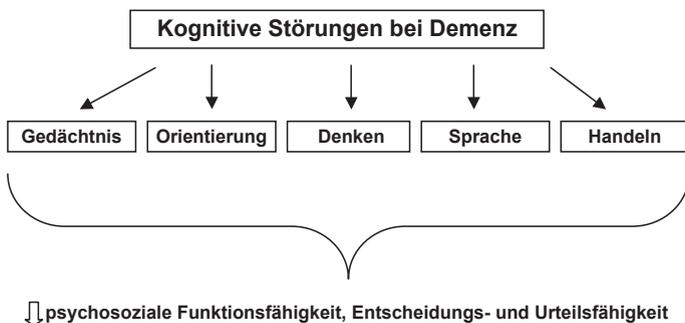


Abb. 1.1 a: Kognitive Störungen bei Demenz

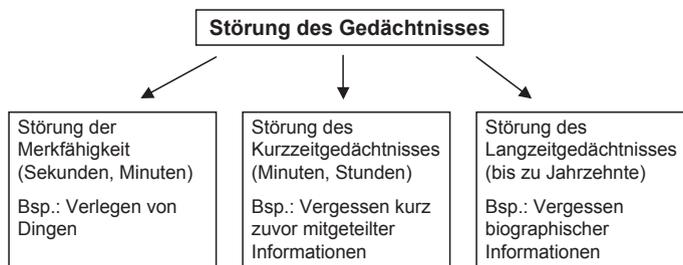


Abb. 1.1b: Störungen des Gedächtnisses

Im weiteren Erkrankungsverlauf können sich diese Störungen verstärken, so dass neue Informationen bereits nach wenigen Minuten oder Sekunden wieder vergessen werden. Dadurch nimmt auch die Fähigkeit ab, sich an längeren Gesprächen zu beteiligen. Es wird immer häufiger nötig, den Patienten an Dinge zu erinnern, die erst kürzlich gesagt wurden.

Länger bleiben die Inhalte des Langzeitgedächtnisses und des sogenannten prozeduralen Gedächtnisses erhalten. Im *Langzeitgedächtnis* befinden sich Erinnerungen an früher Gelerntes sowie an Informationen, Erlebnisse, Ereignisse und Erfahrungen der vorherigen Jahre und Jahrzehnte. Im Verlauf der Erkrankung kommt es zunächst in Bezug auf die biographischen Erinnerungen zu deutlichen Erinnerungslücken, wodurch auch das Wissen über nahe stehende Familienmitglieder, die Familienverhältnisse und andere wichtigen Ereignisse des eigenen Lebens verloren geht. Früh durch schulisches Lernen erworbenes Faktenwissen, das im Langzeitgedächtnis abgespeichert wurde, wie historische Eckdaten, Lieder, Gedichte oder das kleine Einmaleins, bleibt hingegen noch länger erhalten.

Im *prozeduralen Gedächtnis* sind die „Ausführungsprogramme“ darüber abgespeichert, *wie* bestimmte Dinge getan werden. Das prozedurale Gedächtnis kann Fertigkeiten umfassen wie einfache Hausarbeiten, Fahrrad- oder Autofahren. Diese mussten zwar erlernt werden, wurden jedoch mit der Zeit automatisiert, so dass sie ausgeführt werden können, ohne darüber nachdenken zu müssen. Diese Inhalte bleiben im Verlauf einer Demenzerkrankung relativ lange erhalten.

Die Beeinträchtigungen bei der Speicherung neuer und dem Abruf älterer Informationen gehen mit *Orientierungsstörungen* einher (s. **Abb. 1.1c**). Dabei weist in der Regel zunächst die zeitliche, später auch die örtliche Orientierung Defizite auf. Zu Beginn der Erkrankung fällt dies beispielsweise dadurch auf, dass der Patient den aktuellen Wochentag oder Monat verwechselt, und in fremden Umgebungen, z.B. in einer Arztpraxis, nicht mehr genau weiß, wo er sich gerade befindet. Später fällt es ihm schwer, Situationen zu überblicken und einzuordnen, etwa weil er vergessen hat, weshalb er sich gerade in einer Arztpraxis aufhält.

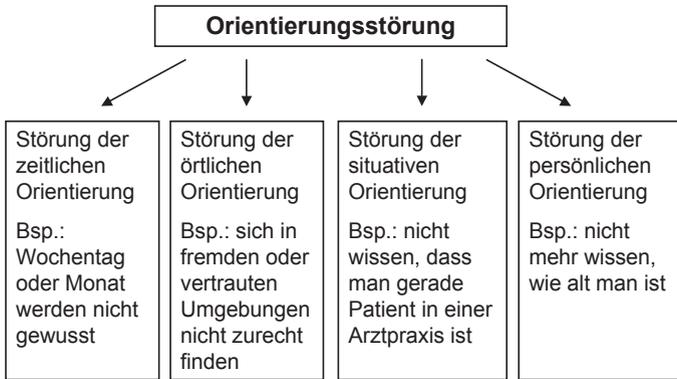


Abb. 1.1c: Orientierungsstörungen

Schließlich treten auch Orientierungsstörungen zur eigenen Person auf, d. h. das Wissen um die eigene Lebensgeschichte und die Kenntnis persönlicher Daten wie Name oder Geburtsjahr gehen fortschreitend verloren. Auch ist dem Patienten nicht mehr zugänglich, in welchem Verhältnis seine nahen Angehörigen zu ihm stehen.

Im Verlauf der Erkrankung entwickeln sich in zunehmender Ausprägung auch Einbußen des Denkvermögens (s. **Abb. 1.1 d**), z. B. des *Auffassungsvermögens*. Durch Störungen des Auffassungsvermögens können zunächst komplizierte, später auch einfachere Sachverhalte, Zusammenhänge und Sinneswahrnehmungen nicht mehr vollständig erfasst, verstanden und richtig interpretiert werden. Auch das Abstraktionsvermögen verschlechtert sich, so dass z. B. die Bedeutung von Begriffen und Zahlen nicht mehr verständlich ist. Es kann einem Menschen mit Demenz beispielsweise Schwierigkeiten bereiten, die wesentlichen Unterschiede zwischen einem Fluss und einem See oder einer Treppe und einer Leiter zu erfassen. Ebenso kann es evtl. nicht gelingen, die Treppe im eigenen Haus inhaltlich unter den entsprechenden Oberbegriff „Treppe“ zu fassen. Im Alltag fällt ein Mangel an Auffassungsfähigkeit und Abstraktionsvermögen oft dadurch auf, dass Sachverhalte, die nicht betont einfach und konkret formuliert werden, Sprichwörter, Redewendungen, Humor, Ironie und andere Formen möglicherweise missverständlicher Mitteilungen nicht mehr verstanden werden.

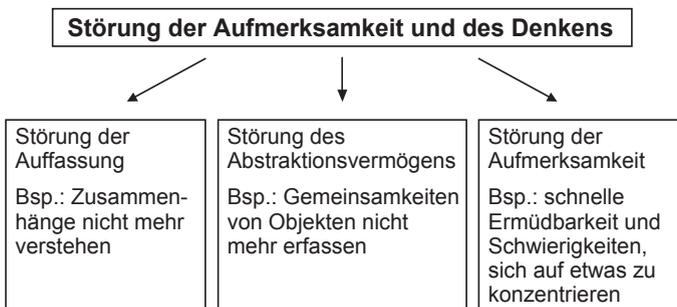


Abb. 1.1d: Störungen der Aufmerksamkeit

Mit fortschreitender Erkrankung zeigen sich deutliche Schwächen bei den sogenannten *exekutiven Funktionen* (s. **Abb. 1.1e**). Darunter ist die Durchführung von Handlungsabläufen zu verstehen, die eine gewisse Zielsetzung, Planung und Organisation oder das Einhalten einer bestimmten Reihenfolge von Teilschritten voraussetzen. Dies macht sich anfangs in Problemen bei komplexeren Handlungen, z.B. dem Kochen eines aufwändigen Gerichtes, später bereits bei relativ einfachen Abläufen, wie der Zubereitung eines belegten Brotes, bemerkbar. Die Patienten wissen nicht mehr, welche Teilschritte in welcher Reihenfolge ausgeführt werden müssen, auch wenn sie die einzelnen Handlungen eigentlich noch motorisch umsetzen könnten.

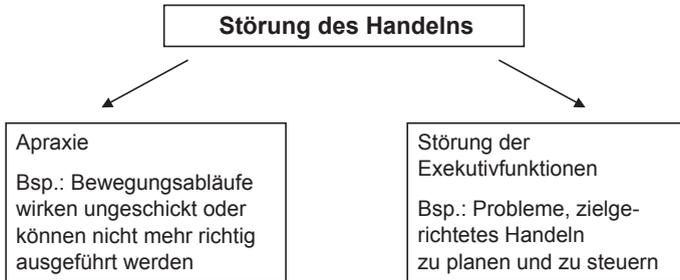


Abb. 1.1e: Störungen des Handelns

Häufig sind Demenzpatienten auch von einer *Apraxie* (s. **Abb. 1.1e**) betroffen. Das bedeutet, dass ihre Fähigkeit zunehmend beeinträchtigt ist, willkürliche Bewegungsabläufe reibungslos auszuführen – obwohl die Motorik an sich intakt ist. Das führt dazu, dass die Bewegungen ungeschickt wirken oder ihr Ziel verfehlen, z.B. beim Zuknöpfen einer Jacke, bei der Handhabung vertrauter Gegenstände und Werkzeuge (etwa Gabel und Messer beim Essen) oder beim Gehen (unsichere, kleine Schritte).

Ein weiterer Bereich, der durch Demenz zunehmend beeinträchtigt wird, ist die Sprache (s. **Abb. 1.1f**). Zum einen lässt das Sprachverständnis nach, zum anderen die Fähigkeit, sich selbst mitzuteilen (Wortfindungsstörungen). Auffällig wird eine solche sogenannte *Aphasie* dadurch, dass der Patient nach den richtigen Begriffen suchen muss und falsche, verfehlte oder unpassende Bezeichnungen oder umständliche Umschreibungen verwendet.



Abb. 1.1f: Sprachstörungen