



VERÄNDERUNGEN DER GEISTIGEN LEISTUNGSFÄHIGKEIT

Parkinson-Krankheit und Demenz

Von Dr. H. Ringendahl und Prof. Dr. K. Werheid

Viele Parkinson-Patienten stellen bei sich leichte Veränderungen der geistigen Leistungsfähigkeit fest und befürchten, eine Demenz zu entwickeln. In diesem Artikel möchten wir aus neuropsychologischer Sicht einige Fragen beantworten, die dabei häufig gestellt werden.

- Was ist eine Demenz?
- Welche Besonderheiten liegen bei der Parkinson-Krankheit vor?
- Welche Risikofaktoren gibt es?

1. Was ist eine „Demenz“?

Kennzeichen der Demenz sind langsam fortschreitende, starke Beeinträchtigungen in mehreren der folgenden Bereiche:

a) Gedächtnis: Die Betroffenen können neue Informationen nicht aufnehmen und nicht speichern. Zudem können Erinnerungen an kürzlich Erlebtes nicht

mehr abgerufen werden. Das Gedächtnis an frühere Erlebnisse, z. B. aus der Kindheit und Jugend, ist meist länger erhalten.

b) „Orientierung“: Bei zunehmenden Gedächtnisproblemen wird es schwieriger, genaue Aussagen zum aktuellen Datum oder Ort machen. In schweren Fällen kann es vorkommen, dass keine Auskunft zur eigenen Person, z. B. dem Namen, Geburtstag und -ort gegeben werden kann. Es geht bei „Orientierung“ also nicht nur darum, den richtigen Weg zu finden, sondern auch um die eigene „Verortung“: Wer bin ich, wo bin ich und welcher Tag ist heute?

Hinweis: Auch bei Patienten ohne Demenzsyndrom können solche „Orientierungsstörungen“ vorkommen, allerdings nur vorübergehend, z. B. im Rahmen einer Umstellung der Medikamente oder nach einer Vollnarkose.

c) Denk- und Urteilsvermögen: Personen mit Demenz können Alltagssituatio-

nen nicht richtig einordnen. So können sie beispielsweise nicht erkennen, dass sie bei Verletzungen Hilfe holen müssen. Auch die Abstraktionsfähigkeit ist betroffen: Es fällt ihnen schwer, Gemeinsamkeiten oder Unterschiede festzustellen, z. B. *Was haben Kohlrabi und Kopfsalat gemeinsam?* Hierzu zählt auch die Fähigkeit, sich in die Stimmungslage des Gesprächspartners hineinzuversetzen und sich darauf einzustellen.

d) Sprache: Demenz wirkt sich auch auf die Sprache aus. Einfache Alltagsgegenstände können nicht benannt werden. Stattdessen benutzen die Betroffenen manchmal Begriffe, die von der Bedeutung oder von der Silbenfolge ähnlich sind – beispielsweise „Ananas“ statt „Melone“ oder auch „Marone“ statt „Melone“. Personen mit Demenz können zwar häufig noch schreiben, es fehlt aber oft der Sinnzusammenhang. Undeutliches Sprechen bei Patienten mit Parkinsonkrankheit fällt allerdings nicht darunter! ▶

► **e) Räumliches Vorstellungsvermögen:** Patienten mit Demenz haben Schwierigkeiten, bekannte Wege wiederzufinden oder Gegenstände des Alltags räumlich genau zu erfassen. Oft können diese Personen auch keine Gegenstände (z.B. Uhren) abzeichnen bzw. sind nicht imstande, Einzelteile eines Objektes zu einem größeren Gegenstand zusammenzusetzen, sodass z.B. Reparaturen unvollendet bleiben. In diesem Zusammenhang spricht man auch von „visuokonstruktiven“ Minderleistungen. Damit wird ausgedrückt, dass Patienten räumliche Beziehungen nicht in Zeichnungen bzw. praktische Handlungen umsetzen können.

f) Erkennen und Einsetzen gewohnter Gegenstände des Alltags: Diese Fähigkeit ist in der Regel bei Parkinson-Patienten lange Zeit gut erhalten. Sie „wissen“ normalerweise, wie sie die Bewegung durchführen müssen, können diese jedoch nicht ausreichend schnell und nicht sicher motorisch umsetzen. Daher benötigen sie in der Regel mehr Zeit für die Ausführung der Bewegungen.

In schwereren Stadien sind die Patienten nicht fähig, vertraute Gegenstände (z.B. Löffel, Kamm) oder Personen wiederzuerkennen (Agnosie). Es kommt vor, dass sie Gebrauchsgegenstände nicht

oder nicht sinnvoll einsetzen können und falsche Handlungen begehen (Apraxie). So wird eine Zahnbürste falsch in der Hand gehalten oder eine Gabel wird als Löffel eingesetzt.

g) Veränderungen der Persönlichkeit und des Verhaltens: Leichte Veränderungen des Verhaltens und des emotionalen Befindens können schon im Anfangsstadium auftreten und sich auf vielfältige Weise zeigen: Einige Patienten reagieren im Gegensatz zu früher sehr reizbar. Andere lachen oder weinen selbst bei geringfügigen Anlässen. Einige persönlichkeitsveränderte Patienten vernachlässigen Körperpflege und Kleidung, auch wenn sie von der Beweglichkeit hierzu in der Lage wären. Sie wirken antriebsgemindert, interesselos und apathisch. Diese Antriebslosigkeit ist im Einzelfall nur schlecht von der mangelnden Dynamik bei Parkinson-Patienten zu unterscheiden. Die Diagnose einer Demenz darf sich aber nicht allein auf eine Persönlichkeitsveränderung stützen. Es müssen ferner die oben erwähnten Beeinträchtigungen im geistigen Bereich (a-f) vorhanden sein (siehe auch Kasten unten).

2. Welche Besonderheiten liegen bei der Parkinson-Demenz vor?

Die oben genannten Diagnosekriterien



wurden mit Blick auf die Alzheimerkrankheit entwickelt, der häufigsten Ursache für neurokognitive Störungen im Alter. Bei Parkinson-Patienten ist die Bewältigung des Alltags im Unterschied zu Alzheimer-Patienten nicht in erster Linie durch Gedächtnisstörungen, sondern durch andere Beeinträchtigungen geprägt. Sie lassen sich wie folgt darstellen:

a) Apathie: Parkinson-Patienten mit einer Demenz können auf andere abwesend, desinteressiert und gleichgültig wirken. Dieser Zustand darf aber nicht mit einer Depression verwechselt werden, da der Betroffene durch seine Umwelt aktiviert werden kann, sodass der apathische Zustand durch Vorgabe von Aktivitäten und Aufgaben gemindert werden kann.

b) Exekutive Störungen: Hierunter werden verschiedene Funktionen erfasst, die sich auf geistige Prozesse und das Sozialverhalten beziehen:

– Selbstinitiierung (ohne Außensteuerung)

Den Betroffenen fällt es schwer, aktiv zu werden. In diesem Zusammenhang werden Sozialkontakte oder Aufgaben des Alltags vernachlässigt. Wenn der Betroffene jedoch hierzu aufgefordert wird oder für sich selbst eine feste Tagesstrukturierung erstellt, treten diese Probleme in geringerer Form auf. Diese Schwierigkeit zeigt sich auch im Gedächtnis. Sofern Parkinson-Patienten beim Abruf von Gedächtnisinhalten mehr Zeit gegeben wird oder leichte Hilfen vorgegeben werden, können – im Gegensatz zur Alzheimer-Demenz – Verbesserungen festgestellt werden.

Demenz und „Neurokognitive Störung“

sowie Teilleistungsstörungen

Der Begriff „Demenz“ ist eigentlich veraltet, weil er extrem und stigmatisierend ist. Er setzt sich zusammen aus den lateinischen Wörtern „mens“ für Geist und der Vorsilbe „de-“ für verschwinden. Daher verwenden Wissenschaftler immer häufiger den Begriff „Neurokognitive Störung“ (NKS). Wie der Name sagt, sind hierbei durch eine neurologische Erkrankung kognitive – d.h. geistige – Funktionen beeinträchtigt, aber über viele Jahre hinweg noch längst nicht verschwunden!

Bei Untersuchung und Behandlung wird daher unterschieden zwischen einer leichten und einer schweren NKS. Bei einer leichten neurokognitiven Störung sind nur geringe Beeinträchtigungen im Alltag vorhanden, während diese bei einer schweren neurokognitiven Störung (~ Demenz) in einem starken Ausmaß zu beobachten sind.

Hiervon sind die bei praktisch allen Parkinson-Patienten anzutreffenden spezifischen Funktionsbeeinträchtigungen zu trennen. Hierbei handelt es sich um äußerst geringe Einschränkungen der geistigen Leistungsfähigkeit, die sich nur ansatzweise in alltäglichen Verrichtungen zeigen. Aus diesem Grunde befürchten viele fälschlicherweise infolge dieser „gutartigen kognitiven Beeinträchtigung“ eine schwere neurokognitive Störung zu entwickeln. So können diese Personen häufig nicht zwei Dinge gleichzeitig beachten z.B. gehen und konzentriert sprechen, unter Ablenkung arbeiten, sehr schnell etwas aus dem Gedächtnis hervorholen etc. ■



– Vermehrte Ablenkbarkeit

Die Personen lassen sich beim Gehen, Sprechen oder Denken leicht durch irrelevante Faktoren ablenken.

– Planen

Den Personen fällt es schwer, die richtigen Entscheidungen zu treffen und die Folgen ihrer Handlungen abzuschätzen. Außerdem können sie die einzelnen Handlungsschritte nur schlecht aufeinander abstimmen, sodass diese oft in der falschen Reihenfolge durchgeführt werden. Es kann zudem vorkommen, dass sie einzelne Schritte nicht einbeziehen. Derartige Probleme können sich beispielsweise in Vorbereitung eines Einkaufes, eines Besuches oder einer Reise zeigen. Zudem kann die Wichtigkeit eines einzelnen Schrittes vernachlässigt werden. So wird vor dem Einkauf nicht genügend beachtet, ausreichend Geld mitzunehmen. Wenn es bei der Handlung zu unvorhersehbaren Problemen kommt, geraten diese Personen in Schwierigkeiten. So kann jemand beim Einkauf geistig überfordert sein, wenn die gewünschte Apfelsorte gerade nicht erhältlich ist – und dabei nicht einbezieht, dass er eine andere Sorte nehmen könnte. Diese mangelnde Flexibilität im Denken zeigt sich auch, wenn er schnell auf unvorhergesehene Ereignisse (z.B. plötzlicher, nicht oder kurz zuvor angemeldeter Besuch) reagieren muss. Schließlich fällt es diesen Personen schwer, wenn sie eine Aufgabe beendet haben und unmittelbar darauf eine andere Tätigkeit durchführen wollen.

– Inhibition

(Hemmung von Handlungen)

Diese Schwierigkeit lässt sich beim Gehen oder Sprechen beobachten. So

können viele Betroffene ihren Gang nicht beenden oder wiederholen einige Worte mehrmals. Dementsprechend können einige Personen ihr Verhalten nicht hemmen oder neigen zu aggressiven oder sozial nicht angemessenen Handlungsweisen. Andere wiederum führen exzessiv bestimmte Tätigkeiten durch, sodass es zu Einschränkungen von Sozialkontakten führen kann (z.B. exzessives Hobby, übertriebene Reinigungsarbeiten im Haus).

Langsamere Verschlechterung: Die neurokognitive Verschlechterung erfolgt in der Regel weniger rasch als bei der Alzheimer-Demenz. Zudem ist der kognitive Abbau in den ersten Jahren der Erkrankung langsamer als in den späteren Jahren.

Starke Einschränkungen in der Motorik und im Sprechvermögen: Infolge der deutlichen Einschränkungen in der Beweglichkeit und im Sprechen können diese Probleme fälschlicherweise den Eindruck hinterlassen, dass die geistige Leistungsfähigkeit stark vermindert ist.

Folgende Faktoren erhöhen die Wahrscheinlichkeit einer Demenz bei Parkinson

Vorbestehende leichte kognitive Störung

Höheres Alter

Längere PD-Krankheitsdauer

Höheres Alter bei Beginn

Größere motorische Beeinträchtigungen

Akinetisch-rigider Typ

Psychose-Halluzinationen

Depression

Genetische Faktoren (familiärer Parkinson)

Apathie

Posturale Instabilität mit Gangstörungen

Autonome Störungen

Sprech- und Schluckstörungen

Halluzinationen

REM-Schlaf-Störung

Ausgeprägte Tagesschläfrigkeit

Geringes Bildungsniveau

Sprache und Schreiben als solche sind bei Parkinson-Patienten über lange Zeit nicht gestört. Sie wissen eigentlich, welche Wörter sie sagen oder schreiben möchten. Hier bestehen lediglich Einschränkungen in der exakten motorischen Ausführung.

Fluktuationen und Wirkung der Medikamente: Da der aktuelle Dopaminspiegel stärkeren Schwankungen unterliegt, kann es auch zu deutlichen Fluktuationen der geistigen Leistungsfähigkeit kommen.

3. Gibt es Risikofaktoren für die Entwicklung einer Demenz bzw. schweren neurokognitiven Störung?

Leichte neurokognitive Störungen stellen sich bei fast allen Patienten im Verlauf der Erkrankung ein. Etwa ein Drittel aller Parkinson-Patienten sind von schweren neurokognitiven Störungen betroffen. Die Forschung hat gezeigt, dass bei Parkinson-Patienten ein dreibis fünfmal höheres Risiko vorliegt, eine Demenz zu entwickeln als bei der entsprechenden Altersgruppe. (s. Kasten)

4. Wie wird eine Demenz von neuro-psychologischer Seite festgestellt?

In der Regel wird der betroffene Patient von einem Neurologen zur neuropsychologischen Untersuchung überwiesen. Alle bislang vorliegenden Befunde von Kliniken oder Therapeuten sollten zu diesem Termin mitgebracht oder besser sogar vorab geschickt werden, damit die Untersuchung geplant und individuell auf die Betroffenen zugeschnitten werden kann.

a) Patientengespräch: Die neuropsychologische Untersuchung beginnt mit einem Gespräch, in dem nach den selbst wahrgenommenen kognitiven Einschränkungen gefragt wird. Dabei muss insbesondere auch das frühere geistige Leistungsniveau berücksichtigt werden. Wichtig zu wissen ist, auf welche Tätigkeiten im Alltag oder im Beruf sich diese Einschränkungen auswirken und auf welche Weise die Betroffenen damit umgehen. Außerdem wird berücksichtigt, inwieweit sich die Erkrankung auf das psychische Befinden, die Partnerschaft und die Sozialkontakte auswirkt. Hierzu gehören auch Fragen, die vielleicht als indiskret aufgefasst werden können, z.B. nach ▶

► Veränderungen des Sexualverhaltens, erhöhter Reizbarkeit, übermäßigem Spielen oder Kaufen von Gegenständen. Dies liefert wichtige Hinweise auf Nebenwirkungen der Medikamente oder sogenannte „atypische Parkinson-Syndrome“ wie PSP, CBD, DLB, MSA, die in einem gesonderten Kapitel dargestellt werden (siehe Artikel von Stefanie Tucha [S. 14] und Jeanette Overbeck [S. 27]).

b) Angehörigengespräch: Auch begleitende Angehörige werden, sofern die Betroffenen einverstanden sind, befragt, welche Veränderungen sie wahrgenommen haben. Damit können Informationen erhoben werden, die der Betroffene nicht in gleichem Ausmaße wahrnimmt oder die zu Konflikten in der Partnerschaft führen können.

c) Testpsychologische Untersuchung: Hierbei werden dem Betroffenen Aufgaben gestellt, die die unter 1. dargestellten geistigen Funktionen erfassen. Die Testaufgaben können mündlich, auf Papier oder auch computergestützt dargeboten werden. Bei bestimmten Konzentrations- und Reaktionsaufgaben muss der Patient möglichst schnell eine oder mehrere Reaktionstasten am Computer betätigen. Man benötigt dazu keine Vorkenntnisse, jeder Schritt wird genau erklärt. Der Psychologe wird die erhobenen Testwerte des Patienten mit Normwerten vergleichen, die von Personen mit vergleichbarem Alter und Bildungsstand stammen. Neben den Testaufgaben werden auch Fragebögen vorgegeben, die wichtige Hinweise liefern, z. B. auf eine depressive Verstimmung.

Nach Abschluss der Untersuchung wird der Neuropsychologe einen Befund schreiben und eine Verdachtsdiagnose stellen, die an den zuweisenden Arzt bestätigt werden muss. Zur Dokumentation des Verlaufes ist häufig nach mehreren Monaten eine neuropsychologische Nachuntersuchung erforderlich.

5. Konsequenzen der neuropsychologischen Untersuchung

AUTOR —



Dr. phil. Hubert Ringendahl
Freiberuflicher neuropsychologischer Gutachter im Ruhestand
hubert.ringendahl@t-online.de

a) Medikation: In Abhängigkeit von den Ergebnissen der neuropsychologischen Untersuchung kann der behandelnde Neurologe evtl. eine Änderung der Medikation erwägen.

b) Pflegegrad: Die Diagnose „Demenz“ kann zu einer Änderung des Pflegegrades und des bewilligten Pflegegeldes führen.

c) Fahreignung: Bei der Diagnose „Demenz“ ist davon auszugehen, dass der Betroffene nicht in der Lage ist, ein Kraftfahrzeug zu führen.

d) Juristische Aspekte: Die Angehörigen müssen bedenken, dass eine demente Person nur selten die Tragweite medizinischer Maßnahmen ermessen oder die Bedeutung der von ihr abgegebenen Willenserklärungen (z. B. Testament) einschätzen kann. Damit wird deutlich, dass die Diagnose „Demenz“ weitreichende einschränkende Folgen für den Betroffenen hat. Aus diesem Grunde muss sie äußerst sorgfältig erfolgen und darf sich nicht vorschnell auf die häufigen „gutartigen“ leichten kognitiven Einschränkungen beziehen.

e) Neuropsychologische Therapie: Diese zielt auf einen möglichst langen Erhalt der geistigen Leistungsfähigkeit ab. Dabei werden in der Therapie und vor allem im häuslichen Umfeld Trainingsaufgaben aus verschiedenen kognitiven Funktionen dargeboten. In der Therapie werden sowohl dem Betroffenen als auch den Angehörigen Hinweise für einen konstruktiven Umgang mit den kognitiven Defiziten gegeben. Hier ist zu berücksichtigen, dass das Vorliegen einer Demenz mit einer höheren Belastung der Angehörigen einhergeht. Die Studienlage weist darauf hin, dass die Angehörigen insbesondere durch die nicht-motorischen Symptome der Erkrankung, wie z. B. einer Demenz, in einem außerordentlichen Ausmaß belastet sind und mit einer höheren Wahrscheinlichkeit zu psychischen Erschöpfungszuständen und Depressionen neigen.

Gemäß der S3-Leitlinie „Idiopathisches Parkinson-Syndrom“ (2016) sollten Parkinson-Patienten mit Störungen der Exekutiv-Funktionen einen Zugang zur neuropsychologischen Therapie erhalten. Dies gilt besonders dann,

wenn noch keine Demenz vorliegt und von einer leichten neurokognitiven Störung auszugehen ist.

f) Ergotherapie: Auch hier wird durch Aufgaben zum Erhalt der geistigen Leistungsfähigkeit versucht, ein Fortschreiten der Krankheit zu verlangsamen. In der Ergotherapie werden insbesondere unter alltagsnahen Bedingungen Übungen zur motorischen und kognitiven Kompetenz durchgeführt. Die S3-Leitlinie empfiehlt eine Ergotherapie.

g) Institutionelle Hilfen: Angehörige dementer Parkinson-Patienten können sich an diese Einrichtungen wenden:

- Geriatrische oder gerontopsychiatrische Abteilungen der Krankenhäuser
- Geriatrische oder gerontopsychiatrische Tageskliniken
- Altenberatungsstellen
- Ambulanter gerontopsychiatrischer Pflegedienst. Hier wäre es besonders wünschenswert, wenn Kontakt mit einer Pflegekraft besteht, die eine spezielle Fortbildung in der Pflege des Morbus Parkinson nachweisen kann (Parkinson-Nurse).
- Selbsthilfegruppen von Angehörigen dementer Patienten.

Hier erhalten die Angehörigen konkrete Hinweise im Umgang mit der Erkrankung bei schweren geistigen Beeinträchtigungen. In diesem Rahmen können sich die Angehörigen über die vielfältigen körperlichen, pflegerischen, psychischen und juristischen Probleme austauschen, die sich in der Pflege dementer Personen ergeben. In der Gruppe der Angehörigen ist es möglich, eine positive Distanz zur Krankheit des Partners zu entwickeln und persönliche Freiräume zu bewahren. Die Teilnahme an Gruppen verhindert Gefühle eigener Hilflosigkeit und beugt einer körperlich-seelischen Überforderung vor, zumal die Gruppe dazu beitragen kann, eigene Belastungsgrenzen zu erfahren. ■

AUTORIN —



Prof. Dr. Katja Werheid
Klinikum Ernst von Bergmann,
Klinik für Neurologie
Humboldt-Universität zu Berlin,
Institut für Psychologie
www.hu-berlin.de