

Anna-Jasmin Wetzel, Alexandra Wuttke

Demenzen



Psychotherapie im Alter

23. Jahrgang, Nr. 1, 2026, Seite 9–25

DOI: 10.30820/1613-2637-2026-1-9

Psychosozial-Verlag



Impressum

Psychotherapie im Alter

Forum für Psychotherapie, Psychiatrie,
Psychosomatik und Beratung
ISSN 1613–2637 (print)
ISSN 2699–1594 (digital)
www.psychosozial-verlag.de/pia
23. Jahrgang, Nr. 89, 2026, Heft 1
<https://doi.org/10.30820/1613-2637-2026-1>

Herausgeberinnen und Herausgeber:
Prof. Dr. Reinhard Lindner, Prof. Dr.
Meinolf Peters, Prof. Dr. Astrid Riehl-Emde,
Dr. Dipl.-Psych. Anne Katrin Risch, Prof.
Dr. phil. Nils F. Töpfer, Prof. Dr. phil. Jana
Volkert-Laubach, Prof. Dr. Bertram von der
Stein, Prof. Dr. Alexandra Wuttke

MitbegründerInnen und
ehemalige MitherausgeberInnen:
Prof. Dr. Hartmut Radebold † (2004–2008),
Dr. Peter Bäurle (2004–2011), Dr. Johannes
Kipp † (2004–2014), Prof. Dr. Henning
Wormstall (2004–2014), Dipl.-Päd.
Angelika Trilling (2004–2016), Prof. Dr.
Ines Himmelsbach (2017–2019), Prof. Dr.
Eva-Marie Kessler (2015–2021), Prof. Dr.
Simon Forstmeier (2012–2024)

Geschäftsführende Herausgeberinnen:
Prof. Dr. Astrid Riehl-Emde,
Dr. Dipl.-Psych. Anne Katrin Risch
herausgeber.pia@psychosozial-verlag.de
www.psychotherapie-im-alter.de

RubrikherausgeberInnen:
»Institutionen stellen sich vor«:
Prof. Dr. Alexandra Wuttke,
institutionen.pia@psychosozial-verlag.de

»Buchbesprechungen«:
Prof. Dr. Meinolf Peters
rezensionen.pia@psychosozial-verlag.de

»Kritischer Zwischenruf«:
Prof. Dr. Reinhard Lindner
zwischenruf.pia@psychosozial-verlag.de

»Titelbild«:
Prof. Dr. Bertram von der Stein
titelbild.pia@psychosozial-verlag.de

ViSdP:

Die HerausgeberInnen; bei namentlich
gekennzeichneten Beiträgen die AutorInnen.
Namentlich gekennzeichnete Beiträge stellen
nicht in jedem Fall eine Meinungsäußerung
der HerausgeberInnen, der Redaktion oder
des Verlages dar.

Erscheinen: Vierteljährlich

Anfragen zu Anzeigen bitte an den Verlag:
anzeigen@psychosozial-verlag.de

Abonnementbetreuung:
Psychosozial-Verlag GmbH & Co. KG
Walltorstraße 10
35390 Gießen, Deutschland
Tel.: 0641/969978-26
Fax: 0641/969978-19
bestellung@psychosozial-verlag.de
www.psychosozial-verlag.de

Bezug:

Jahresabo 65,90 Euro (zzgl. Versand)
Einzelheft 22,90 Euro (zzgl. Versand)
Studierende erhalten 25 % Rabatt auf den
Abopreis (gegen Nachweis).
Das Abonnement verlängert sich um jeweils
ein Jahr, sofern nicht eine Abbestellung bis
acht Wochen vor Beendigung des Bezugszeit-
raums erfolgt.

© 2026 Psychosozial-Verlag GmbH & Co. KG.
Nachdruck – auch auszugsweise – mit Quellen-
angabe nur nach Rücksprache mit den Heraus-
geberInnen und dem Verlag. Alle Rechte, auch
die der Übersetzung, vorbehalten. Wir behalten
uns auch eine Nutzung des Werks für Text und
Data Mining im Sinne von § 44b UrhG vor.

Die Zeitschrift Psychotherapie im Alter wird
regelmäßig in der Internationalen Bibliogra-
phie der geistes- und sozialwissenschaftlichen
Zeitschriftenliteratur (IBZ – De Gruyter Saur),
in der Publikationsdatenbank PSYNDEX des
ZPID – Leibniz-Institut für Psychologie und in
der Datenbank PsycInfo der American Psycho-
logical Association erfasst.

Druck und Bindung:
Druckhaus Bechstein GmbH
Willy-Bechstein-Straße 4, 35576 Wetzlar,
Deutschland

Demenzen

Ein Überblick über Krankheitsbilder, Diagnostik, Prävention und (Psycho-)Therapie

Anna-Jasmin Wetzel & Alexandra Wuttke (Konstanz)

Psychotherapie im Alter 23 (1) 2026 9–25

www.psychotherapie-im-alter.de

<https://doi.org/10.30820/1613-2637-2026-1-9>

CC BY-NC-ND 4.0



Open Access

Zusammenfassung: Demenzielle Erkrankungen zählen zu den größten gesundheitlichen und gesellschaftlichen Herausforderungen des 21. Jahrhunderts. Gleichzeitig prägen neue Entwicklungen und Erkenntnisse im Bereich der Präventionsmöglichkeiten, der prodromalen Krankheitsstadien und inzwischen auch der krankheitsmodifizierenden Medikamente das klinische Management. Sie alle verdeutlichen den hohen Wert früher Identifikation und Diagnostik von Demenz, was vor dem Hintergrund von Stigma und einem therapeutischen Nihilismus herausfordernd ist. Zudem ist die Zahl systematischer Wirksamkeitsstudien zu Psychotherapie bei Demenzen noch begrenzt, was unter anderem dazu führt, dass Psychotherapie bei Demenzen aktuell nur eine untergeordnete Rolle im Vergleich zu anderen pharmakologischen und non-pharmakologischen Interventionen spielt.

Stichworte: kognitive Einschränkungen, Neurodegeneration, pflegende Angehörige, Versorgungsstrukturen

Krankheitsbild Demenzen

Demenzen sind fortschreitende, meist irreversible Erkrankungen, bei denen die kognitiven Fähigkeiten so weit abnehmen, dass die Alltagsbewältigung nicht mehr selbstständig möglich ist. Laut ICD-10 (F00–F03) handelt es sich um organische psychische Syndrome, bei denen mindestens zwei kognitive Funktionen, wie Gedächtnis, Sprache, Auffassung, Urteilsvermögen oder visuell-räumliche Fähigkeiten, dauerhaft verschlechtert sind und die Alltagskompetenz einschränken (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information [DIMDI], 2024). In der ICD-11 werden Demen-

zen unter »Major Neurocognitive Disorder« (6A00) geführt: Die Diagnose setzt eine progrediente Verschlechterung einer oder mehrerer kognitiver Domänen voraus, wodurch die Selbstversorgung beeinträchtigt und nicht allein durch Delir, affektive Störungen oder andere Ursachen erklärbar ist (World Health Organization [WHO], 2019). Die Kriterien im DSM-5 sind weitgehend deckungsgleich. Über alle drei Klassifikationen hinweg zählen zu den typischen Symptomen anhaltende Gedächtnisdefizite, Sprachstörungen, Orientierungsprobleme, eingeschränkte Planungs- und Problemlösefähigkeiten sowie Stimmungsschwankungen oder Persönlichkeitsveränderungen bis hin zu Apathie oder Reizbarkeit; im weiteren Verlauf können zudem Schwierigkeiten beim Wiedererkennen vertrauter Personen und bei grundlegenden Alltagsaktivitäten wie dem Essen oder Ankleiden auftreten (American Psychiatric Association [APA], 2013). Die damit verbundenen individuellen und gesellschaftlichen Belastungen sind hoch und betreffen nicht nur die Menschen mit demenziellen Entwicklungen selbst, sondern auch ihr soziales Umfeld sowie das Gesundheits- und Pflegesystem in erheblichem Maße (DIMDI, 2024).

Formen von Demenzen

Demenzen lassen sich nach Ursache und klinischem Bild in verschiedene Formen einteilen. Die Alzheimer-Demenz ist mit etwa 60 % bis 80 % aller Fälle die häufigste Form (WHO, 2025). Sie entsteht durch Ablagerungen von β -Amyloid-Plaques und Tau-Fibrillen und beginnt meist mit Gedächtnisstörungen, gefolgt von Sprach- und Orientierungsproblemen sowie Einschränkungen exekutiver Funktionen (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde [DGPPN], 2025). Die vaskuläre Demenz macht etwa 10 % bis 20 % der Fälle aus und beruht auf mikro- oder makroangiopathischen Veränderungen. Die Symptome variieren je nach betroffener Hirnregion, der Verlauf ist oft stufenweise oder schubartig (DGPPN, 2025). Bei der frontotemporalen Demenz (FTD) stehen entweder Persönlichkeitsveränderungen (Verhaltensvariante) oder Sprachstörungen (Sprachvariante, z. B. primär progressive Aphasie) im Vordergrund, häufig mit Auffälligkeiten im exekutiven Bereich (Müller et al., 2019). Die Lewy-Körperchen-Demenz ist durch fluktuierende kognitive Leistungen, ausgeprägte visuelle Halluzinationen und REM-Schlafstörungen sowie Parkinson-Symptome gekennzeichnet. Sekundäre Demenzformen entstehen durch andere Grunderkrankungen oder reversible Störungen,

etwa endokrine oder metabolische Erkrankungen, chronische Intoxikationen, Infektionen oder Vitaminmangel (Stechl et al., 2012). Die Unterscheidung zwischen primären und sekundären Demenzen ist wichtig, da sekundäre Formen oft reversibel sind und behandelbare Ursachen ausgeschlossen werden sollten (Stechl et al., 2012).

Subjektive kognitive Beeinträchtigung, leichte kognitive Störung und prodromale Stadien

Aktuellen Erkenntnissen zufolge kann der demenziellen Entwicklung eine prodromale Phase von bis zu einem Jahrzehnt vorausgehen, dabei gibt es unterschiedliche Formen in den Frühstadien, die wichtige Hinweise auf eine demenzielle Entwicklung liefern können (Abbildung 1).

In dieser frühen Phase berichten Personen häufig bereits über subjektive kognitive Veränderungen, die jedoch noch nicht durch standardisierte neuropsychologische Tests oder andere objektive Verfahren nachweisbar sind (Jessen et al., 2014). Dieses Phänomen wird durch das Konzept des subjektiven kognitiven Abbaus (Subjective Cognitive Decline, SCD) beschrieben, das eine Zwischenstufe zwischen gesundem Altern und leichter kognitiver Störung (LKS; Mild Cognitive Impairment [MCI]) darstellt. SCI gilt als heterogener Zustand, der potenziell reversibel ist. Dennoch ist er mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer MCI und einer Demenz assoziiert, insbesondere im Vergleich zu Personen ohne subjektive kognitive Beschwerden (Rabin et al., 2017; Reisberg et al., 2010). Aufgrund dieser prognostischen Bedeutung ist SCI ein zentrales Konzept für präventive Interventionen in einem Stadium, in dem neuronale Veränderungen noch gering und funktionelle Kompensationsmechanismen weitgehend erhalten sind.

Im Gegensatz zur SCI ist die leichte kognitive Störung (Mild Cognitive Impairment, MCI) durch objektivierbare kognitive Defizite in neuropsychologischen Testungen gekennzeichnet (Anderson, 2019). Zu diesem Zeitpunkt können bereits fortschreitende neuronale Schädigungen sowie teilweise irreversible kognitive Einschränkungen vorliegen (Anderson, 2019). Das DSM-5 klassifiziert MCI als eine Form der milden neurokognitiven Störung (Mild Neurocognitive Disorder, mNCD) innerhalb des Spektrums neurokognitiver Störungen (NCD) (APA, 2013). MCI ist charakterisiert durch eine subjektiv und objektiv nachweisbare Abnahme kognitiver Funktionen in einem oder mehreren Bereichen, wobei die Alltagskompetenz der

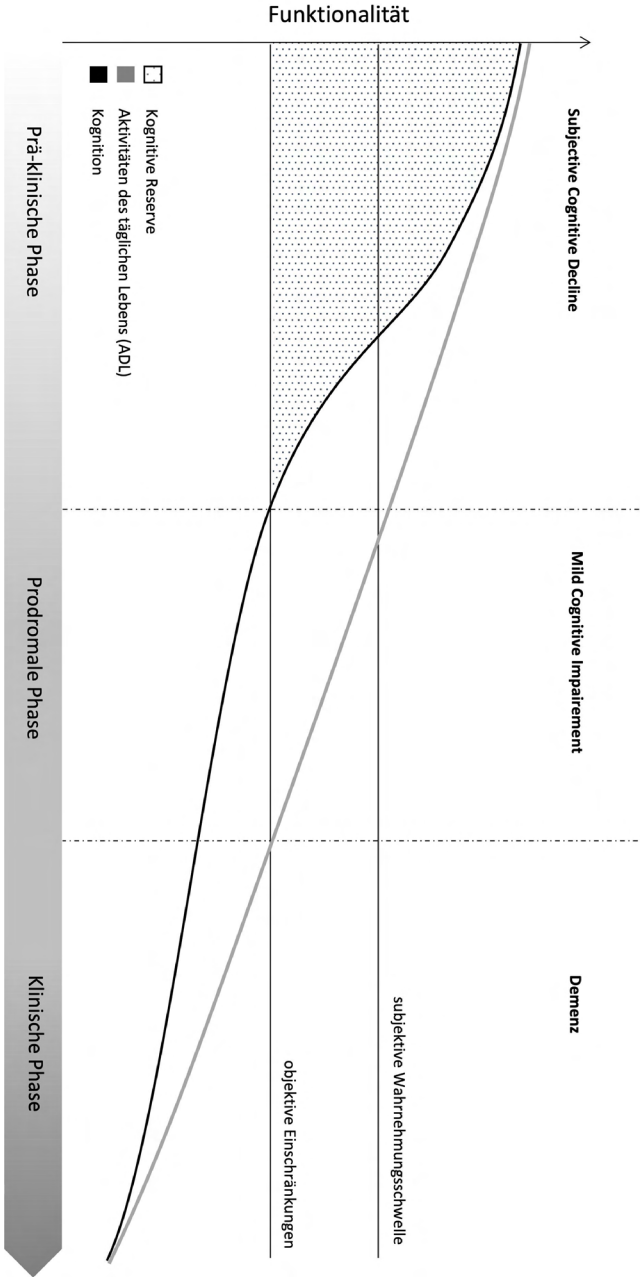


Abbildung 1: Beispielhafter individueller Verlauf eines fließenden Übergangs von SCD zu MCI und Demenz. Die Übergangsphasen werden jeweils durch den kognitiven Status festgelegt: MCI: z-standardisierte Werte > -1.28 bis -1.64 , Demenz: z-standardisierte mittelschwer beeinträchtigt: > -1.64 bis -2.33 , schwer beeinträchtigt < -2.33 (nach Lezak et al. 2012; angelehnt an: Jessen et al., 2014; Avila-Villanueva & Fernández-Blázquez, 2017; Stern, 2009).

Personen weitgehend erhalten bleibt (APA, 2013). Die kognitiven Defizite dürfen nicht durch ein Delir oder andere psychische Erkrankungen erklärbar sein (APA, 2013). Die ICD-11 der WHO übernimmt diese Definition weitgehend und stellt sie in den Kontext international einheitlicher diagnostischer Kriterien (WHO, 2019). MCI wird als heterogenes Syndrom betrachtet, mit variabler Ätiologie und klinischem Verlauf (Organization, 2019). Obwohl eine MCI-Diagnose mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer Demenz einhergeht, verbleibt ein Teil der Personen kognitiv stabil oder kehrt sogar in einen regredienten Zustand zurück (Petersen et al., 2018).

Zahlen zu Prävalenz- und Konversionsraten entlang des Kontinuums zeigen eine erhebliche Variabilität, abhängig von Definition, Population und Studiendesign (Tahami Monfared et al., 2022). Bezüglich des SCD, zeigen etwa 23 % bis 26 % der älteren kognitiv gesunden Menschen derartige Beschwerden, auch wenn der berichtete Anteil je nach Studie zwischen 6 % und über 52 % schwankt. Die 1-Jahres-Konversionsrate beträgt 2,33 % von SCD zu Demenz und 6,67 % von SCD zu MCI, in Langzeitstudien entwickeln rund 14 % eine Demenz und 26 % ein MCI (Mitchell et al., 2014). Die Prävalenz von MCI nimmt mit steigendem Alter deutlich zu. Sie beträgt 6,7 % bei Personen im Alter von 60 bis 64 Jahren und erreicht 25,2 % bei Personen zwischen 80 und 84 Jahren (Petersen et al., 2018). Eine Studie aus dem Jahr 2021 berichtete eine Konversionsrate von 24 % von MCI zu Demenz (Zhang et al., 2021). Ein weiterer systematischer Review ermittelte ein Lebenszeitrisko für die Umwandlung von MCI in eine Alzheimer-Demenz von 42 % bei Frauen und 34 % bei Männern (Tahami Monfared et al., 2022).

Diagnostik

Die Diagnostik demenzieller Entwicklungen erfolgt gemäß der aktuellen S3-Leitlinie strukturiert und mehrstufig, mit dem Ziel, kognitive Beeinträchtigungen frühzeitig zu erkennen, deren Ätiologie möglichst genau zu bestimmen und relevante Differenzialdiagnosen systematisch auszuschließen (DGPPN, 2025). Die umfassenden Bestandteile und Entscheidungsalgorithmen können der S3-Leitlinie entnommen werden. Im Zentrum der Diagnostik stehen eine umfassende klinische Anamnese, eine Fremdanamnese eines nahen Angehörigen, sowie die körperliche, neurologische und psychiatrische Untersuchung sowie ggf. apparative Diagnostikverfahren (DGPPN,

2025). Zudem wird der Einsatz standardisierter kognitiver Kurztests, wie Mini-Mental-Status-Test oder Montreal Cognitive Assessment, empfohlen (DGPPN, 2025).

Bei Personen mit Verdacht auf eine MCI oder eine leichte Demenz sollte unabhängig von Screeningverfahren eine ausführliche neuropsychologische Diagnostik durchgeführt werden (DGPPN, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde). Die Leitlinie spricht hierfür eine starke Empfehlung aus, da durch diese Verfahren eine differenzierte Erfassung einzelner kognitiver Domänen ermöglicht wird. Die neuropsychologische Diagnostik ist besonders relevant bei Fragestellungen zur Verlaufsprognose und Ätiologie sowie zur Therapieplanung und -evaluation (DGPPN, 2025). Zudem ist eine sorgfältige differenzialdiagnostische Abklärung unerlässlich. Hierzu zählen die Erkennung und Abgrenzung depressiver Störungen, Delirien, medikamentöser Nebenwirkungen sowie anderer potenziell reversibler Ursachen kognitiver Beeinträchtigungen (DGPPN, 2025). Die interdisziplinäre Zusammenarbeit und die Einbindung spezialisierter Gedächtnisambulanzen sind dabei von zentraler Bedeutung (DGPPN, 2025). Diese bieten die Möglichkeit zur erweiterten Diagnostik unter Einbeziehung spezialisierter neuropsychologischer Verfahren.

Dunkelziffer Diagnostik

Laut dem World Alzheimer Report 2021 bleiben weltweit etwa 75 % aller Demenzfälle unentdeckt, was bei geschätzten 55 Millionen Menschen mit Demenz über 41 Millionen ungeklärte Fälle bedeutet (Alzheimer's Disease International, 2021). Hauptgründe hierfür sind eine unzureichende Diagnosestellung, mangelndes Bewusstsein und anhaltende Stigmatisierung (Alzheimer's Disease International, 2021). Etwa ein Drittel der befragten Ärzt:innen gab gegenüber Alzheimer's Disease International an, Demenz für »nicht behandelbar« zu halten, weshalb viele Menschen mit Demenz erst sehr spät oder gar nicht diagnostiziert werden (Alzheimer's Disease International, 2021). Dieser therapeutische Nihilismus verhindert nicht nur den Zugang zu notwendigen medizinischen und psychosozialen Angeboten, sondern verschlechtert auch die Versorgungssituation und das Umfeld aller Beteiligten (Alzheimer's Disease International, 2021). Nur 45 % der Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen fühlten sich zum Zeitpunkt der Diagnose ausreichend informiert (Alzheimer's Disease International, 2021).

Aus Sicht von Menschen mit Demenz und Angehörigen sind die Hauptbarrieren für eine Diagnosestellung der fehlende Zugang zu geschulten Fachkräften (47 %), die Angst vor der Diagnose (46 %) und die Kosten (34 %) (Alzheimer's Disease International, 2021). Kliniker:innen zufolge sind die größten Hindernisse der mangelnde Zugang zu spezialisierten Diagnostiktests (38 %), unzureichendes Wissen bei der Diagnosestellung (37 %) und die Überzeugung, dass sich an der Demenz nichts ändern lasse, wodurch eine Diagnosestellung als wenig sinnvoll angesehen wird (33 %) (Alzheimer's Disease International, 2021). Auch im deutschen Versorgungskontext ist die Dunkelziffer hoch: Eine Studie von Eichler et al. (2014) zeigte, dass lediglich 40 % der Hausarztpatient:innen mit positivem Demenz-Screening tatsächlich eine formale Demenzdiagnose erhielten. Zusätzlich blieben 58 % der Patient:innen mit leichter, 48 % mit moderater und 46 % mit schwerer kognitiver Beeinträchtigung undiagnostiziert (Eichler et al., 2014). Unter der Annahme, dass einem Großteil dieser Fälle ein demenzielles Syndrom zugrunde liegt, wird diesen Patient:innen durch das Ausbleiben einer Diagnose die Möglichkeit genommen, sich rechtzeitig auf den weiteren Krankheitsverlauf vorzubereiten (Eichler et al., 2014). Ohne formale Diagnose besteht zudem das Risiko, dass Menschen mit Demenz von einer angemessenen medizinischen und pflegerischen Versorgung ausgeschlossen bleiben (Eichler et al., 2014).

Prävention

Trotz des demografischen Wandels und der damit verbundenen Zunahme der absoluten Anzahl an Menschen mit Demenz zeigen Studien aus westlichen Ländern rückläufige Demenzzinidenzen und -prävalenzen (Nerius et al., 2020; Wu et al., 2017). Dieser Trend wird vor allem auf einen Rückgang modifizierbarer Risikofaktoren, zum Beispiel durch einen gesünderen Lebensstil, zurückgeführt und unterstreicht die Bedeutung präventiver Maßnahmen (Wu et al., 2017). Die Lancet Commission hat zudem 14 Lebensstilfaktoren und Interventionsstrategien identifiziert (Tabelle 1), die zusammen 45 % der Prävalenz demenzieller Erkrankungen ausmachen und entsprechend zur Vorbeugung von Demenzen beitragen können (Livingston et al., 2024). Nach Berechnungen für Deutschland von Blotenberg et al. (2023) ließen sich in Deutschland 38 % aller Demenzfälle auf potenziell modifizierbare Risikofaktoren zurückführen, was die Relevanz entsprechender Präventionsstrategien weiter hervor-

hebt. Entsprechende Präventionsstrategien können bei guter Aufklärung und eigenverantwortlicher Umsetzung der Interventionen gut in den Alltag integriert werden (z.B. Bewegung fördern, Helm tragen, Gewicht reduzieren, unter anderem durch eine ausgewogene Ernährung).

Die genannten Zahlen betonen die hohe Relevanz, die der Prävention von Demenzen zuteilwird. Einige weitere Faktoren bedürfen einer adäquaten medizinischen Überwachung und ggf. medikamentöser Behandlung (z.B. Behandlung von Bluthochdruck, Senkung des LDL-Cholesterins).

Tabelle 1: Risikofaktoren und Interventionsstrategien nach Livingston et al. (2024)

Faktor		Strategie	Lebensphase	Rückgang neuer Demenzfälle bei Beseitigung des Risikos
1.	Geringere Bildung	Bildung zugänglich machen, kognitiv anregende Aktivitäten fördern	Junges Lebensalter	5 %
2.	Hör-minderung	Hörgeräte zugänglich machen und schädliche Lärmbelastung reduzieren	Mittleres Lebensalter	7 %
3.	LDL-Cholesterin	Erhöhte Werte ab der Lebensmitte erkennen und behandeln		7 %
4.	Depression	Effektive Behandlung		3 %
5.	Schädel-Hirn-Trauma	Zum Tragen von Helmen und Kopfschutz bei Kontaktsportarten und beim Radfahren ermutigen		3 %
6.	Bewegungsmangel	Bewegung und Sport fördern		2 %
7.	Diabetes	Gewichtsreduktion als Prävention		2 %
8.	Rauchen	Reduktion durch Aufklärung, Preiskontrollen und Rauchverbote in öffentlichen Räumen und Rauchstopp-Beratung zugänglich machen		2 %
9.	Bluthochdruck	Erhöhten Werten vorbeugen oder diese senken (ab dem 40. Lebensjahr 130 mm Hg)		2 %
10.	Übergewicht	Gesundes Körpergewicht halten und Übergewicht behandeln		1 %
11.	Exzessiver Alkoholkonsum	Übermäßigen Konsum durch Preiskontrollen reduzieren und das Bewusstsein für Mengen und Risiken schärfen		1 %

Faktor	Strategie	Lebensphase	Rückgang neuer Demenzfälle bei Beseitigung des Risikos
12.	Soziale Isolation	Altersgerechte und unterstützende Gemeinschaftsumgebungen sowie Wohnformen priorisieren sowie Teilnahme an Aktivitäten und das Zusammenleben mit anderen erleichtern	Höheres Lebensalter 5 %
13.	Luftverschmutzung	Exposition reduzieren	3 %
14.	Sehminderung	Screenings und Behandlung für alle zugänglich machen	2 %
	Potenziell veränderbar		45 %
	Potenziell nicht-veränderbar		55 %

Therapie von Demenzen – Die (untergeordnete) Rolle von Psychotherapie

S3-Leitlinie

Die S3-Leitlinie Demenzen ist als »Living Guideline« digital verfügbar und wird kontinuierlich nach dem AWMF-Regelwerk evidenz- und konsensusbasiert aktualisiert (DGPPN, 2025). Sie sieht unterschiedliche Therapiebausteine in einem multiprofessionellen Behandlungskonzept bei Demenzen vor (DGPPN, 2025):

1. Dementia Care Management
2. Antidementive medikamentöse Behandlung
3. Behandlung von psychischen und Verhaltenssymptomen
4. Interventionen zur Reduktion der Belastung von Angehörigen

Es handelt sich somit um ein gestuftes, multidisziplinäres Versorgungskonzept mit zentraler Rolle des Dementia Care Managements (DGPPN, 2025). Therapeutisch kommen sowohl nicht-pharmakologische als auch pharmakologische Maßnahmen zum Einsatz (DGPPN, 2025). Bei psychischen und Verhaltenssymptomen stehen nicht-medikamentöse Ansätze im Vordergrund (DGPPN, 2025). Psychotherapie wird in der S3-Leitlinie ausschließlich in Form der kognitiven Verhaltenstherapie bei Menschen mit MCI und Menschen mit leichter Demenz bei Vorliegen depressiver Symptome

empfohlen sowie bei pflegenden Angehörigen bei leichter Depression oder Anpassungsstörung. Daneben werden aus dem Bereich der nicht-pharmakologischen Ansätze vor allem verhaltensaktivierende Ansätze, Bewegungstherapien, kognitive Stimulation, Reminiszenzverfahren, Musiktherapie und weitere Strategien empfohlen. Eine Demenz an sich stellt laut Psychotherapie-Richtlinie des G-BA keine Indikation für Psychotherapie dar. Es wird deutlich, dass systematische randomisiert-kontrollierte Studien zum Effekt von Psychotherapie bei Menschen mit Demenz schulenübergreifend nötig sind, um evidenzbasiert Leitlinienempfehlungen daraus ableiten zu können.

Psychotherapie bei Demenz

Der aktuelle Forschungsstand zum Thema Psychotherapie bei Menschen mit MCI und Demenz soll anschließend exemplarisch dargestellt werden, um die prinzipiell verfügbaren Ansätze in ihrer Vielfalt und Breite zu verdeutlichen. Im deutschsprachigen Bereich sind KVT-Manuale für Menschen mit beginnender Demenz (Forstmeier & Roth, 2018), für pflegende Angehörige (Wilz et al., 2014) sowie für Menschen mit Demenz und ihre pflegenden Angehörigen verfügbar (Wuttke et al., 2024). Gerade bezogen auf die Menschen mit Demenz sind diese Manuale durchdrungen von der Haltung, dass prinzipiell Psychotherapie auch bei älteren Menschen mit MCI oder beginnender Demenz möglich ist. Insbesondere bei der Behandlung depressiver Symptome sowie zur Verbesserung der Lebensqualität zeigen sich positive Effekte psychotherapeutischer Interventionen (Rostamzadeh et al., 2022). Voraussetzung für den Therapieerfolg ist jedoch eine Anpassung der eingesetzten Methoden an die Fähigkeiten und Kompetenzen der Patient:innen (Linnemann & Fellgiebel, 2017). Zu den zentralen Modifikationen gehören eine vereinfachte Darstellung der Inhalte, die regelmäßige Wiederholung zentraler Elemente, der gezielte Einsatz externer Gedächtnishilfen (z.B. Kalender, Merkzettel oder Erinnerungsalarme) sowie der frühzeitige Einbezug naher Angehöriger in den therapeutischen Prozess (Linnemann & Fellgiebel, 2017). Als besonders geeignet haben sich verhaltenstherapeutische Verfahren, insbesondere das Problemlösetraining sowie Lebensrückblickinterventionen erwiesen, auf die im Folgenden kurz eingegangen werden soll.

Die Problem Adaptation Therapy (PATH) ist eine manualisierte psychotherapeutische Kurzzeitintervention, die speziell für ältere Menschen mit

Depression und kognitiver Beeinträchtigung entwickelt wurde (Kiosses et al., 2010). Sie basiert auf einem integrativen Vorgehen, das problemorientierte Strategien, gezielte Anpassungen der Umwelt sowie die Einbindung nahestehender Bezugspersonen kombiniert (Kiosses et al., 2010). Die Behandlung umfasst typischerweise zwölf Sitzungen, die primär im häuslichen Umfeld der Patient:innen durchgeführt werden, um Zugänglichkeit und alltagsnahe Umsetzung zu fördern. Ziel ist es, depressive Symptome zu reduzieren, funktionelle Fähigkeiten zu stärken und die psychische Belastung durch alltagspraktische Einschränkungen zu verringern (Kiosses et al., 2010). In einer systematischen Übersichtsarbeit untersuchten Collyer and Dorstyn (2024) die Wirksamkeit von PATH anhand von zwölf Publikationen aus sieben unabhängigen Studien mit insgesamt 579 Teilnehmenden. Im Vergleich zu Kontrollbedingungen wie unterstützender Psychotherapie, Psychoedukation oder Standardbehandlung war PATH mit einer signifikanten Reduktion depressiver Symptome assoziiert (Collyer & Dorstyn, 2024). Darüber hinaus zeigten sich moderate Effekte auf die funktionelle Alltagsbewältigung (Collyer & Dorstyn, 2024). Die Intervention wies in allen eingeschlossenen Studien akzeptable Abbruchraten (15–31 %) auf, was auf eine gute Umsetzbarkeit im Praxisalltag hinweist (Collyer & Dorstyn, 2024).

Die Lebensrückblicktherapie (Forstmeier & Maercker, 2013) ist eine strukturierte Form der Reminiszenztherapie, bei der Menschen mit Demenz ihre Lebensgeschichte systematisch und chronologisch aufarbeiten. Ziel ist es, dem eigenen Leben Bedeutung zu geben, Erlebnisse zu reflektieren und auch belastende Erfahrungen zu verarbeiten (Garland & Garland, 2005). In der Regel erfolgt dies in Einzelsitzungen, bei denen die Person durch verschiedene Lebensphasen begleitet wird. Am Ende des Prozesses entstehen oft greifbare Erinnerungsstücke wie ein Lebensbuch, ein Fotoalbum oder eine Erinnerungskiste (Woods et al., 2005). Mehrere Studien zeigen positive Effekte dieses Ansatzes sowohl für Menschen mit Demenz als auch für ihr soziales Umfeld. Subramaniam und Woods (2012) berichten von Verbesserungen in Stimmung, allgemeinem Wohlbefinden und kognitiven Fähigkeiten. Haight et al. (2006) stellten eine verbesserte Stimmung, gesteigerte Kommunikationsfähigkeit sowie eine Reduktion depressiver Symptome fest. In einer randomisierten zwölfwöchigen Interventionsstudie mit Personen mit leichter bis moderater Demenz fanden Subramaniam et al. (2014) Hinweise auf eine gesteigerte Lebensqualität. Zudem verbesserten sich sowohl die autobiografische Erinnerung als auch die Beziehung zwischen Pflegepersonal und Mensch mit Demenz.

Neue Medikamente

Seit dem 15. April 2025 ist Lecanemab (Leqembi) in der EU für Patient:innen mit MCI oder leichter Alzheimer-Demenz mit Amyloid-Nachweis zugelassen und seit September 2025 in Deutschland verfügbar. Lecanemab ist der erste zugelassene Therapieansatz, der direkt auf Amyloid-Ablagerungen abzielt und damit über symptomatische Linderung hinaus den Krankheitsverlauf modifiziert (van Dyck et al., 2023). Lecanemab ist ein spezieller Antikörper, der im Gehirn gezielt schädliche Zwischenformen (Protofibrillen) des Beta-Amyloids erkennt und daran andockt. Durch diese Bindung wird der körpereigene Abtransport der Ablagerungen aktiviert und beschleunigt, sodass die schädlichen Plaques abgebaut werden (van Dyck et al., 2023). In einer randomisierten, placebokontrollierten Phase-III-Studie über 18 Monate verzögerte Lecanemab den kognitiven Abbau um etwa sechs Monate gegenüber Placebo, gemessen an Alltagsfunktionen und neuropsychologischen Testungen (van Dyck et al., 2023). Aktuell erfüllen in Deutschland schätzungsweise bis zu 20.000 Personen pro Jahr die Kriterien für eine Behandlung, was rund 10 % aller Alzheimer-Frühestadien mit geeignetem ApoE4-Genotyp entspricht (Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen [DZNE], 2025). Um diesen Menschen Zugang zu angemessener Diagnostik und Behandlung zu ermöglichen, müssen spezialisierte Gedächtnisambulanzen und Schwerpunktpraxen mit MRT-fähiger Infusionsinfrastruktur rasch ausgebaut werden (DZNE, 2025). Zudem bezieht sich der Indikationsbereich auf frühe Stadien der Alzheimer-Demenz, weshalb die gesamtgesellschaftliche Bedeutung der Früherkennung demenzieller Entwicklungen steigt. Ein Ausbau der Früherkennung ist entscheidend, damit geeignete Patient:innen früh genug identifiziert werden und von einer potenziellen Behandlung mit Lecanemab profitieren können.

Zusammenfassung

Demenzen zählen zu den größten gesundheitlichen Herausforderungen des 21. Jahrhunderts. Sie sind gekennzeichnet durch einen fortschreitenden Verlust kognitiver Funktionen, der die Alltagsbewältigung beeinträchtigt. Zu den häufigsten Formen zählen die Alzheimer-Demenz, die vaskuläre Demenz, die frontotemporale Demenz sowie die Lewy-Körperchen-Demenz, jeweils mit spezifischen Symptomen, Verlaufsformen und pathologischen Grundlagen. Frühformen wie die subjektive kognitive Beeinträchtigung

gung oder die leichte kognitive Störung gelten als Vorstufen einer Demenz und bergen Chancen für präventive Interventionen. Dabei unterstreichen trotz steigender absoluter Fallzahlen rückläufige Demenzraten in westlichen Ländern die Wirksamkeit präventiver Maßnahmen, da aktuellen Schätzungen zufolge bis zu 45 % der Demenzfälle auf modifizierbare Risikofaktoren zurückzuführen sind. Die Therapie erfolgt interdisziplinär und multimodal. Dabei spielt Psychotherapie eine untergeordnete Rolle; KVT wird in der S3-Leitlinie Demenzen (DGPPN; 2025) bei Menschen mit MCI und Demenz ausschließlich bei Vorliegen depressiver Symptome sowie bei Angehörigen mit einer leichten depressiven Episode oder Anpassungsstörung empfohlen. Es fehlen randomisierte-kontrollierte Psychotherapiestudien bei Menschen mit Demenz, die schulenübergreifend Wirksamkeit und Wirkmechanismen untersuchen. Neue krankheitsmodifizierende Ansätze wie die Gabe von Lecanemab betonen die Wichtigkeit früher Intervention mit der Hoffnung auf eine Verlangsamung des Krankheitsverlaufs im Frühstadium der Alzheimer-Erkrankung. Zugleich bestehen Herausforderungen in der Diagnostik, insbesondere im Hinblick auf Dunkelziffer, Stigmatisierung und unzureichende Versorgungsstrukturen.

Literatur

- Alzheimer's Disease International (2021). *World Alzheimer Report 2021: Journey through the diagnosis of dementia: The impact of diagnosis on people with dementia and carers*. <https://www.alzint.org/u/World-Alzheimer-Report-2021.pdf>
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5. Auflage). American Psychiatric Publishing.
- Anderson, N.D. (2019). State of the science on mild cognitive impairment (MCI). *CNS Spectrums*, 24(1), 78–87. <https://doi.org/10.1017/S1092852918001347>
- Ávila-Villanueva, M. & Fernández-Blázquez, M.A. (2017). Subjective Cognitive Decline as a Pre-clinical Marker for Alzheimer's Disease: The Challenge of Stability Over Time. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 9, 377. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2017.00377>
- Blotenberg, I., Hoffmann, W. & Thyrian, J. R. (2023). Demenz in Deutschland: Epidemiologie und Präventionspotenzial. *Deutsches Ärzteblatt International*, 120(27–28), 470–476. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2023.0100>
- Collyer, S. & Dorstyn, D. (2024). Problem Adaptation Therapy (PATH) to Treat Depression in Older Adults With Cognitive Impairment: A Systematic Review of Treatment Effects. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 39(8), e6130.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (2025). *S3-Leitlinie Demenzen (Langversion)*. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-013>
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2024). ICD-10-GM-2024:

- F00-F03 – Demenz. *ICD-10-GM Version 2024*. <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2024/block-f00-f09.htm>
- Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (2025). FAQ: Lecanemab. *Aktuelles/Hintergrund: Lecanemab*. <https://www.dzne.de/aktuelles/hintergrund/lecanemab/>
- Eichler, T., Thyrian, J. R., Hertel, J., Köhler, L., Wucherer, D., Dreier, A., Michalowsky, B., Teipel, S. & Hoffmann, W. (2014). Rates of formal diagnosis in people screened positive for dementia in primary care: results of the Delphi-Trial. *Journal of Alzheimer's Disease*, 42(2), 451–458.
- Forstmeier, S. & Maercker, A. (2013). *Der Lebensrückblick in Therapie und Beratung*. Springer.
- Forstmeier, S. & Roth, T. (2018). *Kognitive Verhaltenstherapie für Patienten mit leichter Alzheimer-Demenz und ihre Angehörigen*. Springer.
- Garland, J. & Garland, C. (2005). *Life review in health and social care: A practitioners guide*. Routledge.
- Haight, B. K., Gibson, F. & Michel, Y. (2006). The Northern Ireland life review/life storybook project for people with dementia. *Alzheimer's & Dementia*, 2(1), 56–58.
- Jessen, F., Amariglio, R. E., van Boxtel, M., Breteler, M., Ceccaldi, M., Chélat, G., Dubois, B., Dufouil, C., Ellis, K. A., van der Flier, W. M., Glodzik, L., van Harten, A. C., de Leon, M. J., McHugh, P., Mielke, M. M., Molinuevo, J. L., Mosconi, L., Osorio, R. S., Perrotin, A., ... Wagner, M. (2014). A conceptual framework for research on subjective cognitive decline in preclinical Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*, 10(6), 844–852. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2014.01.001>
- Kiosses, D. N., Arean, P. A., Teri, L. & Alexopoulos, G. S. (2010). Home-Delivered Problem Adaptation Therapy (PATH) for Depressed, Cognitively Impaired, Disabled Elders: A Preliminary Study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(11), 988–998. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181d6947d>
- Lezak, M. D., Howieson, D. B., Bigler, E. D. & Tranel, D. (2012). *Neuropsychological assessment* (5. Aufl.). Oxford University Press.
- Linnemann, A. & Fellgiebel, A. (2017). Psychotherapie bei leichter kognitiver Beeinträchtigung und Demenz. *Der Nervenarzt*, 88(11), 1240–1245. <https://doi.org/10.1007/s00115-017-0408-x>
- Livingston, G., Huntley, J., Liu, K. Y., Costafreda, S. G., Selbæk, G., Alladi, S., Ames, D., Banerjee, S., Burns, A., Brayne, C., Fox, N. C., Ferri, C. P., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Kivimäki, M., Larson, E. B., Nakasujja, N., Rockwood, K. ... Mukadam, N. (2024). Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission. *The Lancet*, 404(10452), 572–628. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01296-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01296-0)
- Mitchell, A. J., Beaumont, H., Ferguson, D., Yadegarfar, M. & Stubbs, B. (2014). Risk of dementia and mild cognitive impairment in older people with subjective memory complaints: meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 130(6), 439–451. <https://doi.org/10.1111/acps.12336>
- Müller, S., Rommerskirch-Manietta, M., Pendergrass, A., Stephan, A. & Wolf-Ostermann, K. (2019). Process evaluation of Dementia Care Management in routine care (Delphi-Saxony). *BMC Geriatrics*, 19(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1113-4>
- Nerius, M., Ziegler, U., Doblhammer, G. & Fink, A. (2020). Trends in der Prävalenz von Demenz und Parkinson – Eine Analyse auf Basis aller gesetzlich versicherten Personen im Alter 65+ in Deutschland zwischen 2009 und 2012. *Das Gesundheitswesen*, 82(10), 761–769.
- Petersen, R. C., Lopez, O., Armstrong, M. J., Getchius, T. S., Ganguli, M., Gloss, D., Gronseth, G. S., Marson, D., Pringsheim, T. & Day, G. S. (2018). Practice guideline update summary: Mild cognitive impairment: Report of the Guideline Development, Dissemination, and Implementation Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, 90(3), 126.

- Rabin, L.A., Smart, C.M. & Amariglio, R.E. (2017). Subjective Cognitive Decline in Preclinical Alzheimer's Disease. *Annu Rev Clin Psychol*, 13, 369–396. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032816-045136>
- Reisberg, B., Shulman, M.B., Torossian, C., Leng, L. & Zhu, W. (2010). Outcome over seven years of healthy adults with and without subjective cognitive impairment. *Alzheimer's & Dementia*, 6(1), 11–24. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2009.10.002>
- Rostamzadeh, A., Kahlert, A., Kalthegener, F. & Jessen, F. (2022). Psychotherapeutic interventions in individuals at risk for Alzheimer's dementia: a systematic review. *Alzheimer's Research & Therapy*, 14(1), 18. <https://doi.org/10.1186/s13195-021-00956-8>
- Stechl, E., Knüvener, C., Lämmle, G., Steinhagen-Thiessen, E. & Brasse, G. (2012). *Praxishandbuch Demenz. Erkennen – Verstehen – Behandeln*. Mabuse.
- Stern, Y. (2009). Cognitive reserve. *Neuropsychologia*, 47(10), 2015–2028. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2009.03.004>
- Subramaniam, P. & Woods, B. (2012). The impact of individual reminiscence therapy for people with dementia: systematic review. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 12(5), 545–555.
- Subramaniam, P., Woods, B. & Whitaker, C. (2014). Life review and life story books for people with mild to moderate dementia: a randomised controlled trial. *Aging & Mental Health*, 18(3), 363–375. <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.837144>
- Tahami Monfared, A.A., Byrnes, M.J., White, L.A. & Zhang, Q. (2022). Alzheimer's Disease: Epidemiology and Clinical Progression. *Neurology and Therapy*, 11(2), 553–569. <https://doi.org/10.1007/s40120-022-00338-8>
- van Dyck, C.H., Swanson, C.J., Aisen, P., Bateman, R.J., Chen, C., Gee, M., Kanekiyo, M., Li, D., Reyderman, L., Cohen, S., Froelich, L., Katayama, S., Sabbagh, M., Vellas, B., Watson, D., Dhadda, S., Irizarry, M., Kramer, L.D. & Iwatsubo, T. (2023). Lecanemab in Early Alzheimer's Disease. *New England Journal of Medicine*, 388(1), 9–21. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2212948>
- Wilz, G., Schinköthe, D. & Kalytta, T. (2014). *Therapeutische Unterstützung für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz: das Tele-TANDEM-Behandlungsprogramm*. Hogrefe Verlag.
- Woods, B., Spector, A., Jones, C., Orrell, M. & Davies, S. (2005). Reminiscence therapy for dementia [Review]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(2), 33, CD001120.pub2. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001120.pub2>
- World Health Organization (2019). *International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11)*. World Health Organization. <https://icd.who.int/>
- World Health Organization (2025). *Dementia*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Wu, Y.T., Beiser, A.S., Breteler, M.M.B., Fratiglioni, L., Helmer, C., Hendrie, H.C., Honda, H., Ikram, M.A., Langa, K.M., Lobo, A., Matthews, F.E., Ohara, T., Pérès, K., Qiu, C., Seshadri, S., Sjölund, B.M., Skoog, I. & Brayne, C. (2017). The changing prevalence and incidence of dementia over time – current evidence. *Nature Reviews Neurology*, 13(6), 327–339. <https://doi.org/10.1038/nrneurol.2017.63>
- Wuttke, A., Scheurich, A., Geschke, K. & Fellgiebel, A. (2024). *FRIDA-Frühintervention für Menschen mit demenzieller Entwicklung und deren Angehörige: Behandlungsmanual für eine dyadische Gruppentherapie*. medhochzwei.
- Zhang, Y., Natale, G. & Clouston, S. (2021). Incidence of Mild Cognitive Impairment, Conversion to Probable Dementia, and Mortality. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 36, 15333175211012235. <https://doi.org/10.1177/15333175211012235>

Dementia

An overview of clinical presentations, diagnosis, prevention, and (psycho-)therapy

Abstract: Dementia represents one of the major health and societal challenges of the 21st century. At the same time, new developments and insights in the fields of prevention strategies, prodromal disease stages, and disease-modifying drugs are shaping clinical management. These advancements all underscore the high value of early identification and diagnosis of dementia, which is particularly challenging in the context of stigma and therapeutic nihilism. Moreover, the number of systematic efficacy studies on psychotherapy for dementia is still limited, which, among other factors, contributes to psychotherapy currently playing only a subordinate role compared with other pharmacological and non-pharmacological interventions.

Keywords: caregivers, cognitive impairment, neurodegeneration, care structures

Die Autorinnen

Anna-Jasmin Wetzel, Jg. 1994, Dr. sc. hum. M. Sc., Psychologin, wissenschaftliche Mitarbeiterin Universität Konstanz am Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie des höheren Lebensalters, Wissenschaftlerin mit den Schwerpunkten Versorgungsforschung und Digitalisierung und einem Fokus auf Psychotherapie bei älteren Menschen, Menschen mit Demenz und deren Angehörigen. Praktische Erfahrung in der Gedächtnisambulanz und der neurologischen Rehabilitation.

Alexandra Wuttke, Jg. 1988, Prof. Dr. rer. nat. Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie), Professorin für klinische Psychologie und Psychotherapie des höheren Lebensalters und Leiterin Psychotherapie-Ambulanz für Menschen im höheren Lebensalter, Universität Konstanz, Leiterin der Zentralen Forschungseinheit für psychische Gesundheit im Alter (ZpGA), Universitätsmedizin Mainz, Vorstandsmitglied Deutsche Akademie für Gerontopsychiatrie- und -psychotherapie, Wissenschaftlerin und Praktikerin mit einem Fokus auf Psychotherapie bei Menschen mit Demenz und deren pflegenden Angehörigen, Publikationen zu biopsychologischen Mechanismen von Stress und Resilienz im Alter.

Kontakt

Dr. Anna-Jasmin Wetzel
Klinische Psychologie und Psychotherapie des höheren Lebensalters
Fachbereich Psychologie
Universität Konstanz
Postfach 905
Universitätsstraße 10
78464 Konstanz
E-Mail: jasmin.wetzel@uni-konstanz.de

Prof. Dr. Alexandra Wuttke
Klinische Psychologie und Psychotherapie des höheren Lebensalters
Fachbereich Psychologie
Universität Konstanz

Postfach 905
Universitätsstraße 10
78464 Konstanz
E-Mail: alexandra.wuttke@uni-konstanz.de