

Demenz und Hörverlust: Risiken minimieren, Prävention stärken und aktiv handeln

Am 26. April fand auf Wunsch vieler Interessenten, eine erneute Vortragsveranstaltung zu obengenanntem Thema statt. Etliche Mitglieder und Gäste hatten sich beim DSB Köln in der Lupusstr. eingefunden, um den Ausführungen von Prof. Dr. Josef Kessler zuzuhören. Im Anschluss an den Vortrag konnten viele Fragen gestellt werden, die ausführlich beantwortet wurden. Hier noch einmal die Zusammenfassung des Vortrags. Frau Marietta Meka war so freundlich, uns den Text zur Verfügung zu stellen.

Was ist eigentlich eine Demenz?

Medizinische und gesellschaftliche Veränderungen sowie die steigende Lebenserwartung führen zu einer Zunahme demenzieller Erkrankungen. So sind in Deutschland derzeit ca. 1,6 Millionen Menschen von einer Demenz betroffen [1]. Aktuelle Studien zeigen jedoch, dass in den letzten Jahrzehnten in Europa und Nordamerika seltener eine Demenz diagnostiziert wird. In den USA ist die Häufigkeit von Demenzen beispielsweise zwischen 2011 und 2021 jedes Jahr um etwa 3,1% zurückgegangen [2].

Demenz ist eine Erkrankung des Gehirns, bei der es zu abnormalen Eiweiß-Ablagerungen oder vaskulären

Änderungen im Gehirn kommt. Dadurch werden Nervenzellen zerstört; bei Demenz handelt es sich also um eine neurodegenerative oder vaskuläre Erkrankung. Liegt eine Demenz vor, können alle geistigen Funktionen wie das Gedächtnis, die Aufmerksamkeit, die Sprache oder auch die Orientierung beeinträchtigt sein, aber auch Emotions- und Persönlichkeitsveränderungen auftreten.

Welche Demenzformen gibt es?

Die häufigste und bekannteste Demenzform ist die Alzheimer-Demenz [3]. Neben der Alzheimer-Demenz gibt es die frontotemporale Demenz, die Lewy-Körper-Demenz und die vaskuläre Demenz. Auf Basis einer vom National Institute on Aging (2025) [4] veröffentlichten Grafik werden die Demenzformen im Folgenden kurz dargestellt. Wichtig dabei zu betonen ist, dass auch Mischformen möglich sind.

Die **Alzheimer-Demenz** ist die bekannteste und häufigste Form der Demenz. Sie entsteht durch die Ablagerung von Beta-Amyloid-Plaques und Tau-Proteinen im Gehirn, was zu einem Absterben von Nervenzellen führt. Erste Anzeichen sind häufig Gedächtnisprobleme und Verwirrtheit. Im weiteren Verlauf können Orientierungslosigkeit, Probleme beim Erkennen vertrauter Personen sowie impulsives Verhalten hinzukommen. In späten Stadien verlieren Betroffene oft die Fähigkeit zur verbalen Kommunikation. Die Aktivitäten des alltäglichen Lebens verschwinden allmählich und alleine leben ist nicht mehr möglich.

Die **frontotemporale Demenz (FTD)** betrifft überwiegend den Frontallappen (Stirnlappen) und den Temporallappen (Schläfenlappen) des Gehirns. Charakteristisch sind auffällige Persönlichkeitsveränderungen, sozial unangemessenes Verhalten, Sprachstörungen sowie Schwierigkeiten beim Planen und Organisieren. Anders als bei Alzheimer steht der Gedächtnisverlust zu Beginn meist nicht im Vordergrund.

Die **Lewy-Körper-Demenz** ist durch abnorme Eiweißablagerungen (Lewy-Körperchen) in Nervenzellen gekennzeichnet. Diese Form zeigt sich häufig durch starke Schwankungen der geistigen Leistungsfähigkeit, Sinnestäuschungen (z. B. visuelle Halluzinationen) und Symptome wie Muskelsteif-



heit und verlangsamte Bewegungen, die auch an eine Parkinson-Krankheit erinnern. Oft bestehen Schlafstörungen, wie beispielsweise starke Müdigkeit tagsüber. Gedächtnisbeeinträchtigungen kommen erst im späteren Verlauf der Erkrankung hinzu [5].

Die **vaskuläre Demenz** entsteht infolge von Durchblutungsstörungen im Gehirn. Die Symptomatik der vaskulären Demenz ist sehr variabel und abhängig von der Lokalisation der eingetretenen Hirnschädigung; die Defizite treten i.d.R. akut auf und verlaufen schrittweise [5], [6]. Mögliche Symptome können das Vergessen von aktuellen oder vergangenen Ereignissen, das Verlegen von Gegenständen, Schwierigkeiten beim Befolgen von Anweisungen oder beim Lernen neuer Informationen, Halluzinationen oder Wahnvorstellungen sowie schlechtes Urteilsvermögen sein.

Dabei ist zu betonen, dass jede dieser Demenzformen jedoch ihre Eigentümlichkeiten hat. Die Symptome verschiedener Demenzformen überschneiden sich häufig, was eine Diagnose erschweren kann. Zudem können Betroffene mehr als eine Demenzform gleichzeitig haben.

Außerdem gibt es auch Biomarker im Blut oder der Nervenwasser, die eine Demenz vorhersagen können, insbesondere die Alzheimer-Demenz. Ursächliche Therapien gibt es derzeit für alle Demenzformen noch nicht, möglicherweise mit Ausnahme der vaskulären Demenz. Allerdings treten auch die meisten Demenzformen sporadisch auf. Nur ein sehr kleiner Teil (< 3 %) ist genetisch bedingt, sodass eine direkte Vererbung von Eltern auf Kinder in der Regel nicht gegeben ist. Es gibt jedoch sogenannte Risikogene, die die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung erhöhen können.

Wichtig: Nicht jede geistige Einschränkung bedeutet gleich eine Demenz. Bei einer Demenz sind alltägliche Aufgaben wie Termine organisieren, Kochen oder auch Autofahren so stark beeinträchtigt, dass Betroffene ihren Alltag nicht mehr selbstständig bewältigen können. Bei einer leichten kognitiven Beeinträchtigung hingegen bestehen zwar auch geistige Defizite, doch die Ausführung der Alltagsaktivitäten ist selbstständig noch möglich [7]. Es ist ganz normal, dass die geistige Lei-

stungsfähigkeit im Alter etwas nachlässt. Dieser altersbedingte Rückgang gehört zum normalen Älterwerden dazu und bedeutet weder, dass man von einer Demenz betroffen ist, noch, dass eine leichte kognitive Beeinträchtigung vorliegt. Jeder Mensch vergisst im Alter immer mal Dinge – seien es Termine, Absprachen, Wörter, Vokabeln oder Telefonnummern. Eine gewisse Zunahme der Vergesslichkeit mit steigendem Alter ist ganz normal und stellt keine krankhafte Veränderung dar. Auch Wortfindungsstörungen gehören zum normalen Spektrum des Alterns, meist fällt einem das Gesuchte später wieder ein.

Stehen geistige Beeinträchtigungen und Schwerhörigkeit in einem Zusammenhang?

Wenn wir älter werden, lassen nicht nur unsere geistigen Funktionen wie das Gedächtnis oder die Konzentration nach, sondern auch unsere Sinne, besonders das Hören, wird oft schlechter. Etwa jede fünfte Person zwischen 60 und 69 Jahren und sogar rund 40 % der 70- bis 79-Jährigen haben ein vermindertes Hörvermögen [8]. Ein altersbedingter Hörverlust kann jedoch den geistigen Abbau zusätzlich beschleunigen und die negativen Auswirkungen des Alterns auf das Denkvermögen verstärken [9].

Aktuelle Studien zeigen, dass Einschränkungen des Hörvermögens das Risiko von geistigen Defiziten und einer Demenz erhöhen. Die Forschenden um Livingston identifizierten im Jahr 2020 [10] zunächst die zwölf wichtigsten veränderbaren Risikofaktoren für die Entwicklung einer späteren Demenz. Diese wurden 2024 [11] bestätigt und um weitere Faktoren ergänzt. Insgesamt benannte das Forschungsteam schließlich 14 potenziell modifizierbare Risikofaktoren, darunter Rauchen, Depression, soziale Isolation und Luftverschmutzung (siehe Abbildung „12 Faktoren gegen Demenz“). Schätzungen zufolge ließen sich bis zu 40 % aller Demenzerkrankungen verhindern oder zumindest verzögern, wenn es gelänge, diese Risikofaktoren zu reduzieren oder zu eliminieren. Dabei war eine Schwerhörigkeit im mittleren Lebensalter eines der wichtigsten veränderbaren Risikofaktoren für eine spätere Demenz. Weitere Studien zeigen, dass Einschränkungen des Hörvermögens mit einem erhöhten Risiko für

geistige Defizite und einer Demenz einhergehen. Wie genau der Zusammenhang zwischen Hören und eingeschränkter Kognition aussieht, ist jedoch bislang noch nicht vollständig geklärt.

Wichtig einzuordnen ist zudem, dass Personen mit Schwerhörigkeit nur ein 1,28- bis 2,39-fach höheres Risiko haben, an Demenz zu erkranken, verglichen mit Personen ohne Schwerhörigkeit.



* 2024 kamen noch zwei weitere Faktoren dazu: kein erhöhtes LDL-Cholesterin und ein gutes Sehvermögen.

Diagnostik für Personen mit Hörverlust

Die Demenzdiagnostik ist bis dato nach wie vor auf Personen ohne Hörverlust ausgelegt. Der Großteil der kognitiven Testungen erfordert ein intaktes Hörvermögen und sind meist auch auditiv basiert – das heißt, die Instruktionen erfolgen verbal. Daher werden Menschen mit Hörbeeinträchtigung von gängigen kognitiven Tests nur unzureichend erfasst und zum Teil auch fälschlicherweise mit einer Demenz diagnostiziert. Bis zu 16 % aller Menschen mit einer Hörbeeinträchtigung erhalten fälschlicherweise eine Demenzdiagnose [12]. Kurz gesagt bedeutet das, dass nicht-demente Personen mit Hörverlust zum Teil irrtümlich als dement klassifiziert werden. Bei Menschen mit Hörbeeinträchtigungen sollten daher immer für sie adaptierte Testungen verwendet werden. Diese sind in der Klinik leider nicht sehr verbreitet – aber sie gibt es!

Beispiele sind der MMST für Hörgeminderte, der DemTectEar sowie der MoCA-HI.

In diesem Sinne: eine Bitte an Sie

Damit sich etwas in der Diagnostik für Personen mit Hörverlust ändert, brauchen wir, Marietta Meka und Prof. D. Josef Kessler Ihre Hilfe. Wir sind gerade in der Anfangsphase, ein Instrument zu entwickeln, was spezifisch für Personen mit Hörverlust ausgelegt ist. Ziel ist es,

den Alltag von Personen mit Hörverlust so gut es geht abzubilden, um erkennen zu können, wann kognitive Einschränkungen vorliegen – und das nicht aufgrund des Hörvermögens, sondern aufgrund eingeschränkter Kognitionen. Dazu brauchen wir Ihre Hilfe:

Welche Alltagsaktivitäten (wie z.B. Telefonieren) sind für Sie kaum / schwer oder gar nicht möglich aufgrund Ihres Hörverlustes?

Wir würden uns sehr über Ihre Antwort freuen! Schreiben Sie gerne an marietta.meka@gmail.com eine E-Mail.

Mechanismen

Wie genau Hörverlust und Demenz in Zusammenhang miteinander stehen und warum dieser Zusammenhang überhaupt vorliegt, ist bis dato nicht geklärt. Es gibt allerdings 3 Mechanismen, die wiederholt diskutiert werden: Zum einen kann eine gemeinsame Pathologie vorliegen. Zum anderen könnte auch die durch den Hörverlust verarmte Umwelt eine Ursache für verminderte kognitive Ressourcen sein. Zuletzt könnte auch der erhöhte kognitive Bedarf an kognitiven Ressourcen für das Zuhören der Grund für eine entstehende Demenz sein [13].

Marietta Meka

Zum Abschluss: Ein Gedicht eines Alzheimers

Du sagst, ich solle mich erinnern.

Versuch nicht, meine Welt zu verstehen,

Ich bin müde und doch bei dir.

Halt mich, lass uns gemeinsam gehn´.

Verstehe oft nicht, was du sagen möchtest.

Ich bin verwirrt, krank und verlorn´.

Ich weiß nur, dass ich dich brauche,

denn diese Welt ist so verworren´.

Ich bitte dich, sei nur geduldig.

Du brauchst nicht tadeln oder weinn´.

Du musst verstehn´, ich kann nicht anders.

Denn auch ich möcht´ nicht so sein.

Wisse nur, dass ich dich brauche.

Und auch wenn du mich vermisst.

Bitte bleib an meiner Seite.

Lieb mich, bis es zu Ende ist.

(unbekannt, übersetzt von Jana Krieger)

Literatur

[1] Georges, J., Miller, O., & Bintener, C. (2020). Estimating the prevalence of dementia in Europe. Report N. Alzheimer Europe.

[2] Freedman, V. A., & Cornman, J. C. (2024). Dementia prevalence, incidence, and mortality trends among US adults ages 72 and older, 2011–2021. *The Journals of Gerontology, Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 79(1), 22–31.

[3] Arvanitakis, Z., & Bennett, D. A. (2019). What Is Dementia?. *JAMA*, 322(17), 1728.

[4] National Institute of Aging. (2025, Januar 27). Infographic: Understanding Different Types of Dementia. National Institute of Aging

<https://www.nia.nih.gov/health/alzheimers-and-dementia/understanding-different-types-dementia>

[5] Kalbe, E. & Kessler, J. (2009) Gerontoneuropsychologie - Grundlagen und Pathologie. In W. Sturm, M. Herrmann & T. F. Münte (Hrsg.) *Lehrbuch der klinischen Neuropsychologie* (2. Aufl., S. 789–819). Spektrum Akademischer Verlag.

[6] O'Brien, J., & Thomas, A. (2015). Vascular dementia. *The Lancet*, 386(10004), 1698–1706.

[7] Langa, K. M., & Levine, D. A. (2014). The diagnosis and management of mild cognitive impairment: A clinical review. *JAMA*, 312(23), 2551–2561.

[8] Völter, C., Thomas, J. P., Maetzler, W., Guthoff, R., Grunwald, M., & Hummel, T. (2021). Sensory dysfunction in old age. *Deutsches Ärzteblatt International*, 118(29–30), 512–520.

[9] Lin, F. R., Yaffe, K., Xia, J., Xue, Q. L., Harris, T. B., Purchase-Helzner, E., ... & Health ABC Study Group, F. (2013). Hearing loss and cognitive decline in older adults. *JAMA Internal Medicine*, 173(4), 293–299.

[10] Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., ... & Mukadam, N. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet*, 396(10248), 413–446.

[11] Livingston, G., Huntley, J., Liu, K. Y., Costafreda, S. G., Selbæk, G., Aladi, S., ... & Mukadam, N. (2024). Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission. *The Lancet*, 404(10452), 572–628.

[12] Jorgensen L, Palmer C, Fischer G (2014) Evaluation of hearing status at the time of dementia diagnosis. *Audiology Today* 26(1):38-32.

[13] Griffiths, T. D., Lad, M., Kumar, S., Holmes, E., McMurray, B., Maguire, E. A., Billig, A. J., & Sedley, W. (2020). How Can Hearing Loss Cause Dementia?. *Neuron*, 108(3), 401–412.