

Thema: Etwa 1,6 Millionen Menschen in Deutschland leiden an Demenz – Tendenz steigend. Eine kausale Therapie ist trotz aller Anstrengungen nicht in Sicht. Da überrascht es nicht, dass viele Menschen der Gedanke schreckt, als Hochbetagte eines Tages selbst zu erkranken. Was aus ärztlicher und pflegerischer Sicht dennoch alles möglich ist, das diskutierten kürzlich Experten in Duisburg. **von Bülent Erdogan**

Volksleiden Altersdemenz: In der Mitte der Gesellschaft angekommen?



Die Volkskrankheit Demenz hat es inzwischen aus der Tabu-Zone geschafft und ist „inmitten der Gesellschaft angekommen“. Allerdings erschweren die Rahmenbedingungen eine bessere Diagnostik bei hochbetagten Menschen mit einer kognitiven Einschränkung wie einer Alzheimer-Demenz – und damit eine schnellere soziale und medikamentöse Betreuung und Versorgung vieler Menschen. Diese Quintessenz aus seinen Erfahrungen zog Dr. Klaus Weil, Chefarzt der Klinik für Geriatrie und Frührehabilitation des Malteser-Hospitals in Flensburg, auf dem zweiten Demenzkongress der Malteser, der im September in Duisburg stattfand. Zwar hätten sich in den vergangenen Jahren viele Prominente als Demenzkranke zu erkennen gegeben und das Thema ins Bewusstsein gerückt, jedoch sei noch immer ein „diagnostischer Nihilismus“ im Versorgungsalltag zu beobachten, sagte Weil auf dem zweitägigen Kongress in der Ruhrmetropole. So sei man bei der Finanzierung sogenannter Gedächtnisprechstunden der Klinik immer noch auf eine „Quersubventionierung und auf Einzelabsprachen“ angewiesen, sagte Weil. Ein Lichtblick sei aber die seit Juli möglich gewordene besondere Vergütung Geriatri-scher Institutsambulanzen.

Derzeit leiden etwa 1,6 Millionen Menschen in der Bundesrepublik (circa 350.000 in NRW) an einer der vielen Demenz-Arten; dabei herrscht die Alzheimer-Demenz vor. Heilbar ist Demenz nicht, bei etwa jedem zweiten Menschen lässt sich der Abbau kognitiver Fähigkeiten medikamentös immerhin um bis zu

18 Monate aufhalten beziehungsweise verlangsamen. Etwa jeder fünfte Krankenhauspatient hat die Nebendiagnose Demenz.

Wenn ein Niedergelassener pro Patient de facto nur fünf bis zehn Minuten Zeit habe, sei eine fundierte Anamnese, auch die „ganz essentielle Fremdanamnese“, sowie die „zwingend bei allen zu fordernde psychometrische Testung“, nicht zu realisieren, sagte Weil vor circa 200 Teilnehmern. Die knappen zeitlichen Ressourcen in den Praxen wie den weiterhin lediglich punktuell vorhandenen spezialisierten ärztlichen wie auch neuropsychologischen Einrichtungen führten dazu, dass viele Erkrankungen erst relativ spät – im dritten oder vierten Jahr – erkannt würden. Bei einer durchschnittlichen Lebenszeit mit Demenzdiagnose von acht bis zehn Jahren ist das für den Geriater ein zu langer Zeitraum. Auf der anderen Seite ließen sich in Praxen diagnostizierte Erkrankungen durch eine neuropsychologische Nachanamnese in vielen Fällen nicht bestätigen. Mit Folgen, so Weil: Relativ häufig stecke hinter einer kognitiven Einschränkung nämlich keine Demenz, sondern eine andere Erkrankung, zum Beispiel eine Schilddrüsenunterfunktion, welcher man gut begegnen kann. In diesen Fällen könne also eine falsch-positive Diagnose die eigentliche Erkrankung überschatten.

Die Malteser mit Sitz in Köln gehören zu den größten Akteuren im Sozialwesen in Deutschland. Neben Einrichtungen der Altenhilfe zum Beispiel in Dormagen, Duisburg, Essen, Rheinbach und Solingen betreiben die Malteser acht Kliniken, darunter auch das Malteser-Krankenhaus St. Hildegardis in Köln-Lindenthal. Seit 2009 macht man wie in Flensburg auch in der dortigen Demenzstation „Silvia“ Erfahrung mit neuen Konzepten für die Versorgung und Begleitung gehfähiger oder rollstuhlmobiler Patienten mit leichter bis mittelschwerer Demenz, die nicht isolationspflichtig sind.

Auf der Konferenz stellte Dr. Jochen-Gerd Hoffmann, Chefarzt der Geriatrie des St. Hildegardis, Ergebnisse einer Evaluation vor. Als Routine-Indikatoren flossen der Barthel-Index, der „Timed up and go“-Test und DeMorton-Mobility-Index sowie das „Pflege-Thermometer“ in die Studie ein, mit dem auch „unerwünschte Pflegephänomene und herausfordernde Verhaltensweisen“ dokumentiert werden kön-

nen. Die Auswertung der Daten habe gezeigt, dass die Patienten bei ihrer Entlassung, „trotz des ungünstigen Faktors Krankenhaus“, selbstständiger geworden seien. Dies allerdings vor dem Hintergrund, dass die Zahl der Alten, die nach Entlassung wieder in ihren eigenen Haushalt zurückkehren konnten, auf 52 Prozent abgesunken war, während bei Aufnahme noch 87 Prozent der Patienten in den eigenen vier Wänden gelebt hatten.

„Auch die Mobilität konnten wir während des Aufenthalts auf Station Silvia signifikant steigern“, sagte Hoffmann. Außerdem habe die Handkraft der Patienten zugenommen. Zudem seien lediglich noch neun Prozent der Patienten tötlich aggressiv geworden, auch die Häufigkeit ungewollten Einnässens oder gewollten Urinierens habe deutlich abgenommen. Bettgitter seien lediglich bei sieben Prozent der untersuchten Patienten eingesetzt worden, körperferne Fixierungen bei etwa jedem 25. Patienten. „Was uns ganz stolz macht: wir haben keine körpernahen, also keine Gurtfixierungen auf unserer Station“, sagte Hoffmann.

Mangelernährung: „Eine unterschätzte Gefahr“

Über eine „unterschätzte, schleichende“ Gefahr referierte Professor Dr. Cornel Sieber, Chefarzt der Klinik für Allgemeine, Innere Medizin und Geriatrie am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Regensburg: Mangelernährung bei Demenzkranken. So wiesen etwa 40 Prozent der älteren Patienten in Kliniken eine Mangelernährung auf, in Reha-Einrichtungen sei es gar jeder zweite. Aber wie bringt man Hochbetagte dazu ausreichend zu essen, getreu dem Motto: „No food, no brain“?

Pflegerisch, erläuterte Sieber, sei in dieser Hinsicht einiges möglich: zum Beispiel mit Bezugspflege, die Rücksicht auf die Präferenzen nehme, Ess- und Trinkbiographien berücksichtige, geeignete Hilfsmittel kenne und die Menschen so mobilisiere, dass sie das Essen zumindest sitzend einnehmen – besser noch: gemeinsam mit anderen essen. „Essen ist ein sozialer Akt“, sagte Sieber. Es biete sich zudem an, überall Fingerfood aufzustellen, um die Patienten – anders als dies die Patienten einst vielleicht als Kinder erlebt hätten – zum Naschen zu animieren. „Alles, was Kalorien hereinbringt, ist plötzlich erlaubt. Das Leben ist irgendwie gerecht“, sagte Sieber und hatte die Sympathien des Publikums auf seiner Seite.

Auch die Gestaltung der Klinikräume, so der Arzt, spiele eine Rolle; zum Beispiel sollten diese ausreichend hell sein: Viele Ältere litten unter Halluzinationen und Phobien und könnten das Gefühl entwickeln, man wolle sie vergiften, wenn sie mangels Licht nicht oder nur schwer erkennen können, was auf dem Teller liegt. Sieber sekundierte diesen Patienten: „Ich möchte sehen, was ich esse.“ Zu einer besseren Erkennbarkeit könne auch farbiges Geschirr beitragen. Auch sollte die Umgebung nicht zu laut

sein. „Wer von Ihnen isst schon gern neben einem U-Bahn-Schacht?“, fragte Sieber in die Runde. Eine gute Umgebung jedenfalls könne die Kalorienaufnahme signifikant steigern, wie eine Studie aufgezeigt habe.

Bei manchen Patienten, zum Beispiel ganztätig hyperaktiven oder katabolen Patienten, handele es sich in kalorischer Hinsicht um „Hochleistungssportler“, sagte der Mediziner. Diese Menschen benötigten bis zu 2.000 Kalorien mehr pro Tag – und damit deutlich mehr als die normalerweise üblichen 25 bis 30 Kilokalorien pro Kilogramm Körpergewicht. Der ältere, gebrechliche Mensch benötige zudem mehr Eiweiß als ein junger Mensch, etwa ein bis 1,2 Gramm pro Kilogramm Körpergewicht. Pro Mahlzeit könne der Körper aber nur 20 Gramm aufnehmen. Daher müsse die Tagesmenge auf alle Mahlzeiten verteilt werden.

Bei der Flüssigkeit liege die Zielgröße bei etwa 1,5 Liter (mehr bei Fieber oder bei höheren Außentemperaturen), so Sieber. Allerdings gebe es Patientinnen, die ihr ganzes Leben nicht mehr als einen Liter täglich zu sich genommen hätten. Dann sei es auch weiterhin so in Ordnung: „Diese Frauen müssen sie nicht zu Säuferinnen machen“, sagte Sieber, der auch davor warnte, mit einer auffordernden Haltung gar Aspirationen zu provozieren.

Eine Sondenernährung bei final dementen Menschen sei nicht angezeigt: „Sie erreichen nichts“, so Sieber, es gebe keinen sinnhaften Grund für die PEG bei diesen Patienten.

Sieber richtete auch einen Blick auf die Angehörigen: Viele vernachlässigten ihre eigene Ernährung, weil sie nur noch kochten, was der demente Partner essen wolle und selbst nicht mehr aus dem Hause gingen. Hier bestehe eine große soziale Problematik.

Schmerzen bei dementen Patienten

„Schmerzen haben eine erhebliche Bedeutung für die Aktivitäten des täglichen Lebens, für Stürze, für Depressionen und bringen auch ökonomische Folgen mit sich“, sagte Privatdozent Dr. Albert Lukas, Chefarzt der Akutgeriatrie und Tagesklinik am Malteser-Krankenhaus Seliger Gerhard in Bonn. Dies treffe natürlich auch auf Menschen mit Demenz zu. Leider fehle im Versorgungsalltag oft die „Antenne“ für dieses Thema, zumal seien viele grundlegende Aspekte zur Schmerzschwelle und zur Toleranzschwelle noch unbekannt. Bekannt sei zum Beispiel, dass bei Alzheimer-Patienten (erhoben bei Menschen mit leichter oder mittelschwerer Einschränkung) die Toleranzschwelle für Schmerzen erhöht sei und der Patient später verbal reagiere, während die mimische Reaktion verstärkt sei und schon ein leichter Schmerz zu einem enthemmten Grimassieren führen könne. Bei Menschen mit vaskulären oder frontotemporalen Demenzen verhalte es sich allerdings wieder anders.

Generell, so Lukas, gelte beim Schmerz-Assessment, dass die Selbstauskunft Vorrang vor der Fremdauskunft hat: „Das, was der Patient Ihnen sagt, gilt.“ Allerdings sei die Selbstauskunft von vielen weiteren Faktoren abhängig, zum Beispiel vom seelischen Zustand oder dem Grad der Ablenkung. Schließlich stoße der Vorrang der Selbstauskunft irgendwann natürlich auch an seine Grenzen.

Lukas stellte die BESD-Skala („Beurteilung des Schmerzes bei Demenz“) vor. Hierbei handelt es sich um ein Beobachtungsinstrument, bei dem verschiedene Parameter wie Lautäußerungen (Stöhnen, Ächzen, Weinen), Atmung (lautes, angestregtes Atmen) oder Gesichtsausdruck (ängstlich, grimassierend), genau beobachtet werden. Die Beobachtungen dienen als

medikamentöse Optionen wie eine Massage oder Snorzellen-Verfahren angewendet. Bringt auch dies keine Besserung, wird versuchsweise ein Schmerzmittel gegeben. Erst wenn auch das keine positiven Auswirkungen zeitigt, kommen Psychopharmaka in Betracht.

170 Studien in zehn Jahren fehlgeschlagen

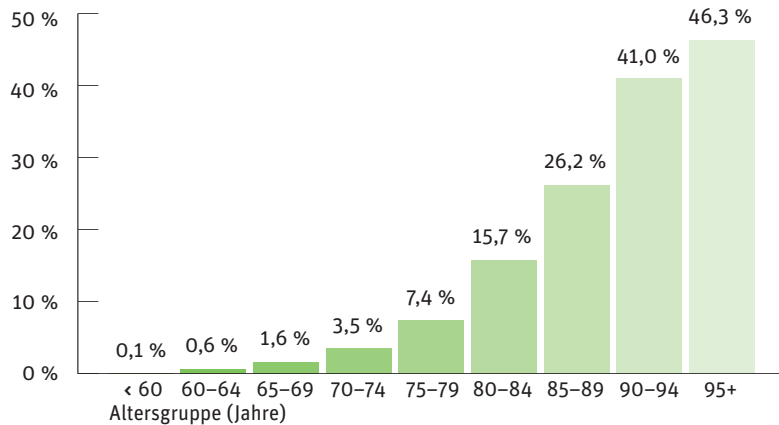
Für das Jahr 2050 wird in der Öffentlichkeit immer wieder ein möglicher Anstieg der Zahl der Erkrankten in Deutschland auf bis zu drei Millionen thematisiert. „Auch wenn die absoluten Fallzahlen zunehmen werden in den kommenden Jahren, ist es so, dass relativ gesehen weniger häufig Menschen an einer Demenz erkranken als noch vor 20 Jahren“, sagte der Psychiater und Psychotherapeut Sebastian Köhler von der Universität von Maastricht. Neben genetischer Disposition und dem Alter sehen Experten als Risikofaktoren für eine Demenzerkrankung Übergewicht, fettreiche Ernährung, hohe Cholesterin- und Blutdruckwerte, Depressionen, Schlafprobleme und Stress, zu wenig kontinuierliche, moderate Bewegung, Alkoholismus, Diabetes und Rauchen an. Eine Depression kann dabei kausal sein oder ein Anzeichen für eine sich ankündigende Demenz. Gelingt es, die Erkrankung durch Lebensstilveränderung um fünf Jahre zu verzögern, lasse sich die Prävalenz halbieren, wie Studien zeigten, sagte Köhler. „Das wäre enorm.“

In den vergangenen zehn Jahren seien 170 Studien zur medikamentösen Behandlung von Menschen mit Demenz gescheitert, sagte Professor Dr. Lars-Olof Wahlund vom Karolinska-Institut Stockholm. Die Gründe für diese Fehlschläge liegen nach Ansicht des Wissenschaftlers weiterhin weitgehend im Dunkeln. Hoffnung setzt Wahlund indes in eine Studie mit dem Antikörper Aducanumab zur Reduktion von Beta-Amyloid-Plaques (J. Sevigny et al. *Nature* 537, 50–56 (2016) doi:10.1038/nature19323). Es sei ermutigend gewesen zu sehen, dass man, dosisabhängig, zum ersten Mal positive Veränderungen im Gehirn habe darstellen können.

Demenzfreundlicher Stadtumbau

Selbst wenn es eines Tages medikamentöse Therapieoptionen geben sollte, ist der Umgang mit dem Thema Demenz in erster Hinsicht eine Frage der Haltung. Das sagte Gesundheits- und Altersministerin Barbara Steffens auf dem Kongress. Politik und Gesellschaft sind nach Ansicht der Ministerin dazu aufgerufen, Stadtquartiere zu lebenswerten Orten für Alte, ob mit oder ohne Demenz, umzugestalten und der heute zu beobachtenden Isolation und Vereinsamung alter Menschen zu begegnen. Dazu gehöre auch, das Thema in das Bewusstsein möglichst vieler Menschen, zum Beispiel den Beschäftigten in Supermärkten, dem ÖPNV oder der Sparkasse, zu rücken und zu einem gemeinsamen Anliegen zu machen. Dies werde es dann auch den pflegenden Angehörigen von an Demenz erkrankten Menschen leichter machen.

Häufigkeit der Demenz nach Altersgruppen in Europa



Quelle: Prevalence of dementia in Europe. Luxembourg, Alzheimer Europe 2013, Vieira et al., Epidemiology of early-onset dementia a review of the literature. Clin Pract Epidemiol Ment Health 2013

Grundlage dafür, Schmerzen zu erkennen, selbst wenn der Patient aufgrund seiner Demenz (auch auf Befragen) nicht mehr fähig ist, seine Schmerzen zu benennen. Die Deutsche Schmerzgesellschaft hat zu den einzelnen Aspekten Videos mit einem Schauspielpatienten entwickelt (www.dgss.org/besd-videos). „Leider müssen Sie am Ende trotzdem überlegen: sind das Schmerzen oder nicht?“, sagte Lukas.

An der Malteser-Klinik in Bonn kommt das „Serial Trial Intervention“-Verfahren bei fordernden, agitierten oder aggressiven Demenzkranken zur Anwendung; Ziel ist, Neuroleptika nur dann einzusetzen, wenn eine kausale Notwendigkeit mit hoher Wahrscheinlichkeit angenommen werden kann. Im ersten Schritt wird dabei geprüft, ob körperliche Bedürfnisse ursächlich sind (wie eine volle Blase oder eine Verstopfung, eine akute Erkrankung, der Wunsch nach Umlagerung oder nach Wiederanbringen des Hörgeräts). Findet sich keine körperliche Ursache, schließt sich ein affektives Assessment an (zum Beispiel, ob der Patient zu vielen oder zu wenig Reizen aus der Umgebung ausgesetzt ist). Bleibt auch dieses Assessment ergebnislos, werden nicht-