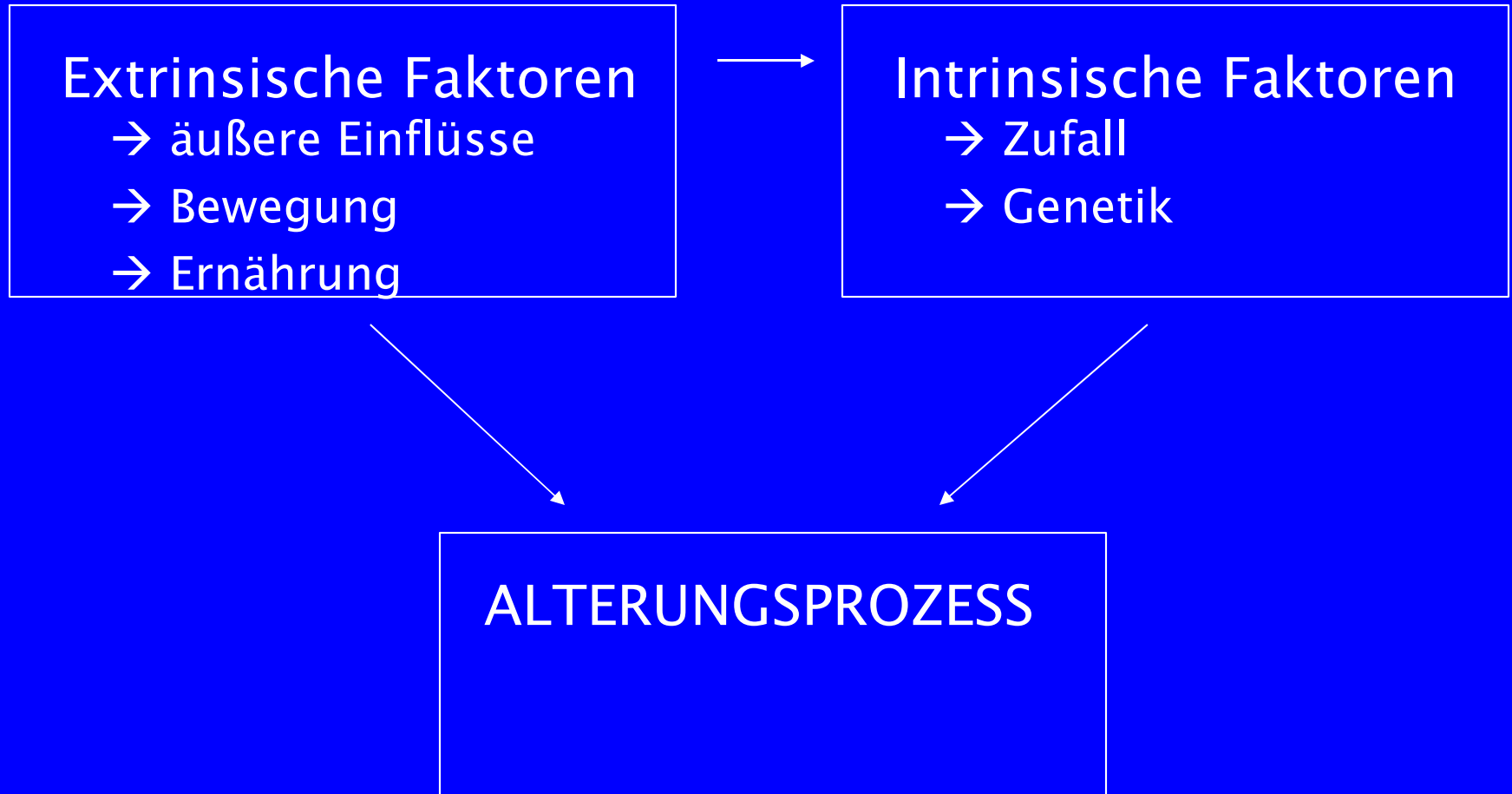


Demenz als medizinische und gesellschaftliche Herausforderung

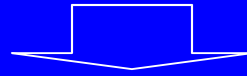
Prof. Dr. med. Elisabeth Steinhagen–Thiessen

*Evangelisches Geriatriezentrum Berlin (EGZB)
Stoffwechsel-Centrum der Charité (Humboldt-Universität zu Berlin)*



Aspekte des Lebens im Alter

Krankheit + Behinderung



Verlust der Selbständigkeit

↓
Depression, Demenz ...

↓
Subjektives Wohlbefinden

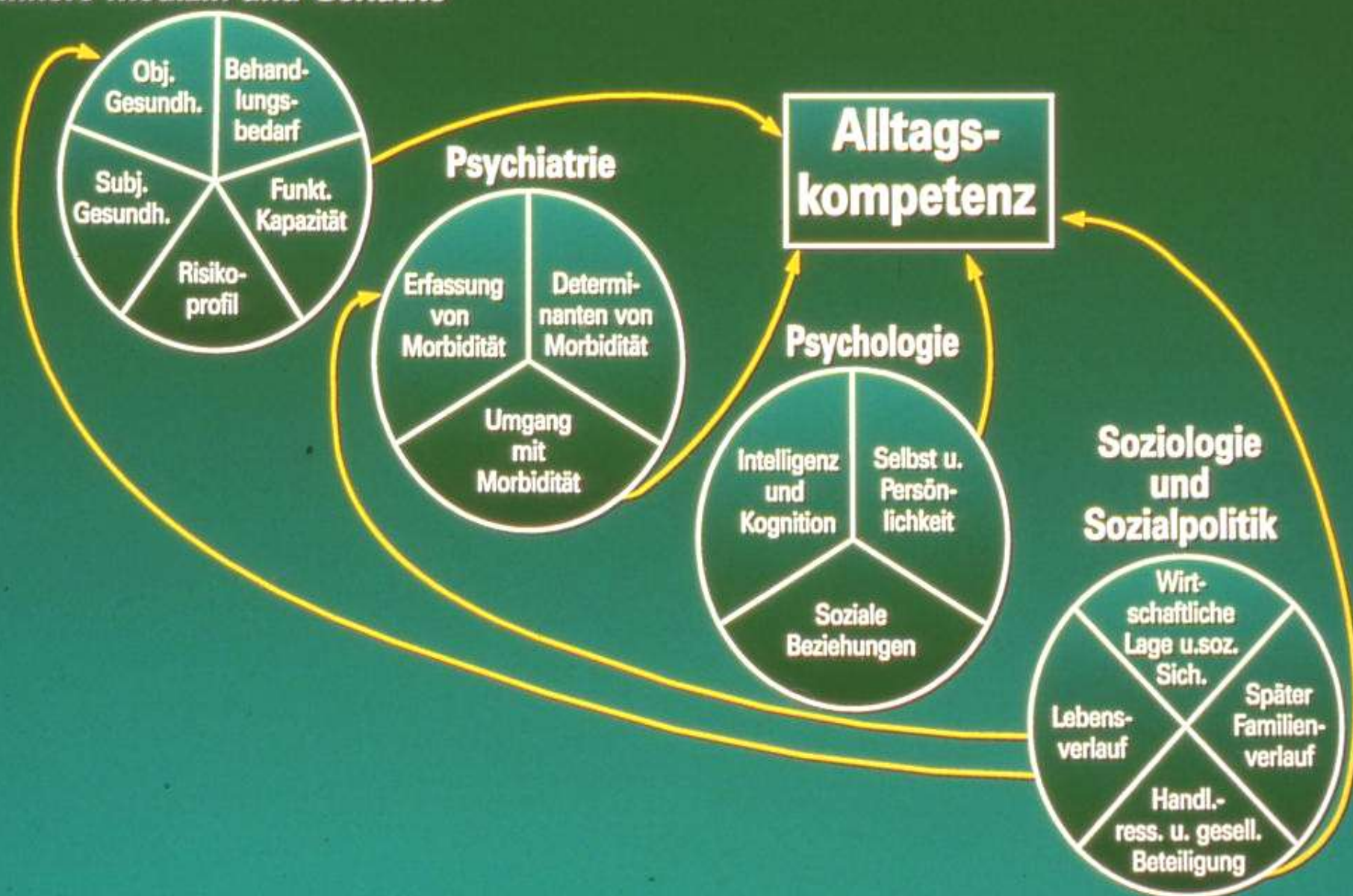
↑ ↑ ↑ ↑
Plastizität – Anpassungsfähigkeit
an veränderte Lebensbedingungen

Bedeutung von Krankheit und Behinderung

- Seelisch-geistige Gesundheit
- Psychosoziale Lebensbedingungen
- Subjektive Gesundheitswahrnehmung im Alter

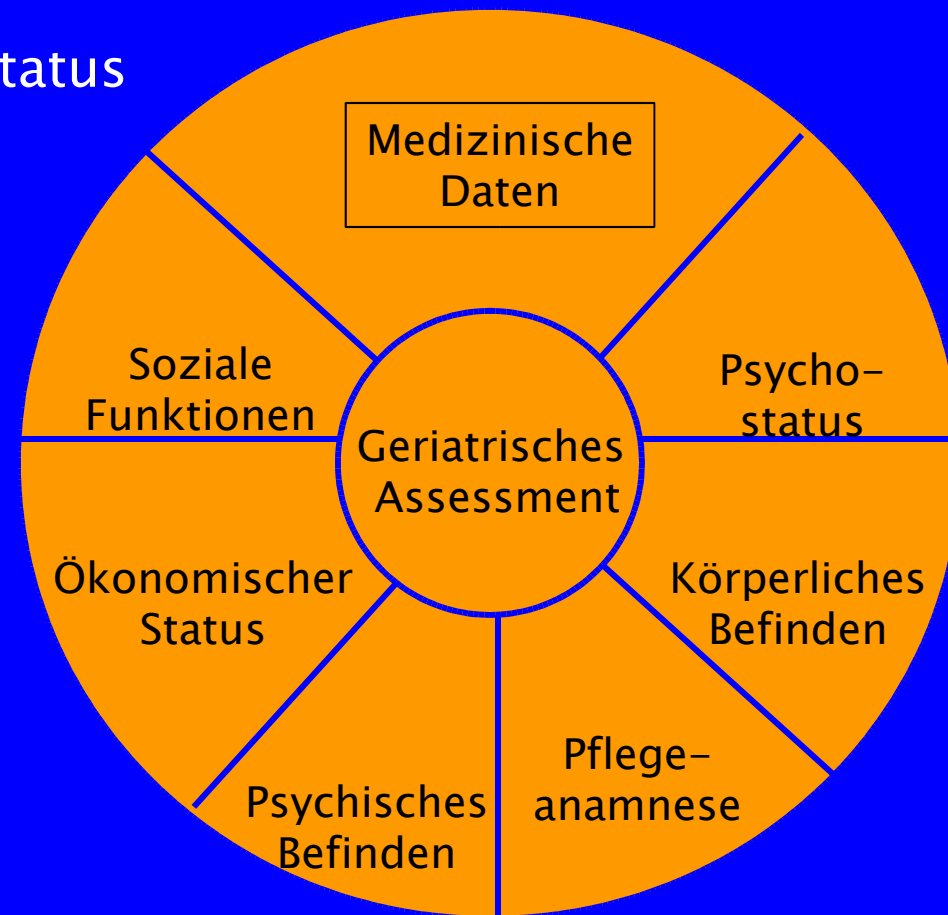
Altern als mehrdimensionaler Prozeß

Innere Medizin und Geriatrie

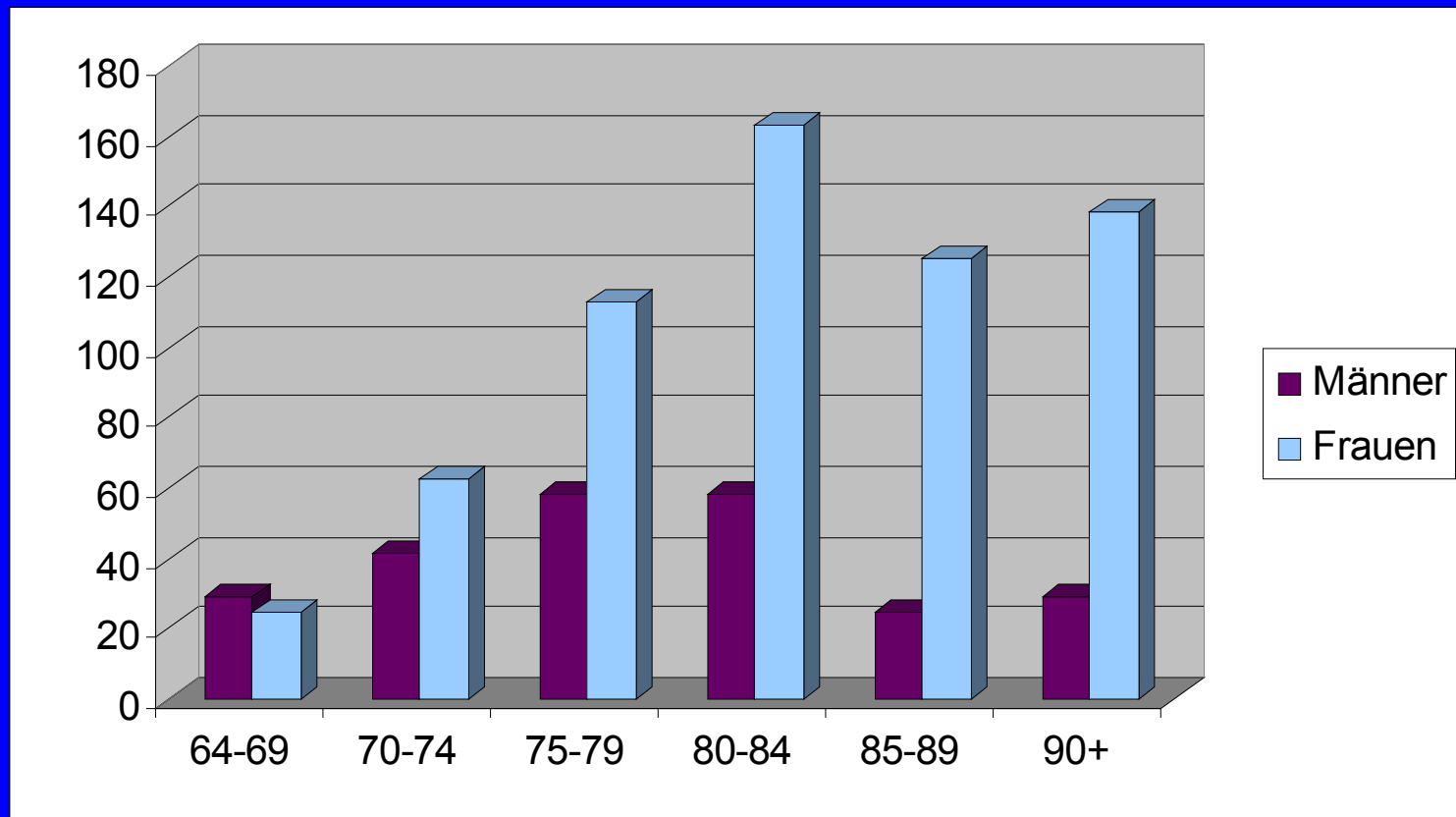


Das geriatrische Assessment oder die multidimensionale Diagnostik

- Medizinisch physiologischer Status
- Umfassende Anamnese
(Eigen- und Fremdanamnese)
- Umfassende Internistische Abklärung
- Neurostatus, Laborstatus
- Nicht-invasive diagnostische Verfahren



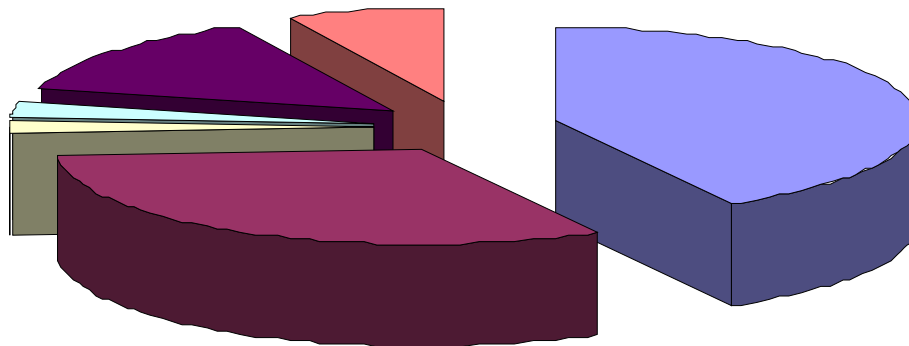
Schätzung der Prävalenz von Demenzkranken



Schätzgrundlage: Prävalenzraten von Lobo et al.
Quelle: Bickel, 2005

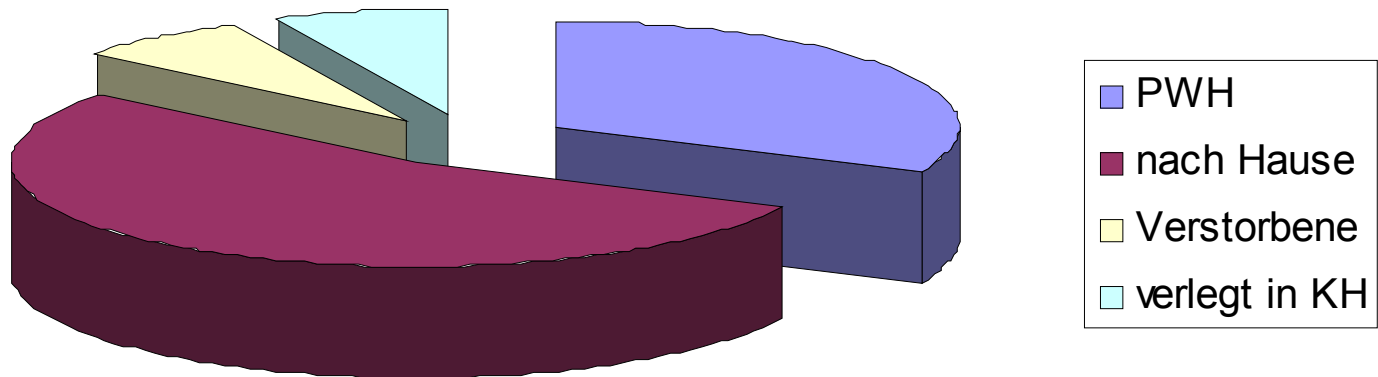
Verteilung der Demenzformen 2004 im EGZB (n = 593 Pat.)

Verteilung der Demenzformen im EGZB 2004



- Demenz.Syndrom
- Vaskuläre Demenz
- Parkinson Demenz
- Alkoholdemenz
- M.Alzheimer
- Alzheimer-Demenz

Entlassungsmodus in Prozent (n=379)



Neurologische Erkrankungen in der Geriatrie

- Demenz
- Depression
- Schlaganfall
- M.Parkinson
- Parkinson Syndrom
- „Neuropsychologische Störungen“

Demenz

Wege der Patienten ...

Einteilung der Demenzen

Haupt- und Nebendiagnosen

Unter-Diagnostik

Unter-Behandlung

„Caregiver“

Demenz als gesundheitspolitisches Problem

- 1,2 Mio. Demenzkranke in Deutschland
 - Schwerstpflegebedürftigkeit Älterer zu fast 50% durch Demenz verursacht
 - Für die nächsten Jahrzehnte wird ein dramatischer Anstieg der Erkrankungszahlen erwartet
- 1,95 Mio. für das Jahr 2030
- 2,8 Mio. für das Jahr 2050 (Hallauer, 2002)

Demenz-Definition der ICD-10

- Gedächtnisstörung
- Abbau des Denkvermögens
- Veränderungen der Persönlichkeit
- In der Folge deutliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit im Alltag
- Dauer der Symptomatik > 6 Monate

Demenz

- Standardisierte Diagnostik
- Labor, Bildgebung, Neuropsychologie
- Internistische und Neurologische Untersuchungen

Demenz

- Umgang mit Demenzkranken
- Umgang mit Angehörigen
- Medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapie
- Aggressivität, Wahnvorstellungen, Wandern
- Gesetzliche Betreuung

Diagnostik und Therapie der Alzheimer-Krankheit

Gliederung

- Definition und Epidemiologie der Demenz
- Diagnostik der Alzheimer-Krankheit
- Behandlungsziele
- Medikamentöse Therapie
- Psychosoziale Therapieansätze
- Unterstützung pflegender Angehöriger

Kognitives Altern

- „Kristalline“ Funktionen sind bildungsabhängig und können auch im hohen Alter noch durch Training gesteigert werden (z.B. Allgemeinwissen)
- „Fluide“ Funktionen sind geschwindigkeitsabhängig. Sie lassen mit fortschreitendem Alter zwar nach (z.B. Reaktionsvermögen, Gedächtnis), können aber ebenfalls trainiert werden.

Normales versus pathologisches Altern

- Beim normalen Alternsprozess lässt das Gedächtnis zwar etwas nach – eine selbstständige Lebensführung ist jedoch problemlos möglich
- Bei einem pathologischen Alternsprozess finden wir einen weit über das Normale hinausgehenden Abbau, der auch das Denkvermögen betrifft und zunehmend zu Hilfe- und Pflegebedürftigkeit führt

Stadien der Demenz

- Frühes Stadium: Verlust der Berufsfähigkeit, Schwierigkeiten bei komplexen Alltagsaktivitäten, in den ADL noch selbstständig.
- Mittleres Stadium: Nur noch bedingt selbstständige Lebensführung möglich, zunehmend Hilfebedarf in den ADL.
- Spätes Stadium: In allen ADL maximale Hilfe notwendig, zuletzt Inkontinenz, Immobilität, Mutismus, Dysphagie.

Häufigste Ursachen fortschreitender Altersdemenzen

- Alzheimer-Krankheit: ca. 50%
- Lewy-Körperchen-Demenz: ca. 15%
- Vaskuläre Demenz: ca. 10%
- Mischformen von Alzheimer-Krankheit und vaskulärer Demenz: ca. 15%

Risikofaktoren für DAT und VD

- DAT: Hauptrisikofaktor ist das Lebensalter! Einen weiteren Risikofaktor bilden langjährig erhöhte Cholesterinspiegel.
- VD: Risikofaktoren sind Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen, Diabetes, Übergewicht und Rauchen

Eigenvorsorge

- Gute Möglichkeiten bei der VD: Reduktion der Risikofaktoren durch ausgewogene Ernährung, ausreichende Bewegung, Verzicht auf das Rauchen, ggfs. medikamentöse Unterstützung
- Begrenzte Möglichkeiten bei der DAT: Geistige Aktivität, gesunde Lebensweise, insb. fettarme Ernährung
- Bei Erbkrankheiten: Genetische Beratung vordringlich (Familienplanung!)

Veränderungen im Gehirn von Alzheimer-Patienten

- Parietotemporal betonte Atrophie, im Temporal-Lappen insb. Hippocampus und entorhinale Rinde betroffen
- Im Verlauf sterben bis zu 50 % aller Nervenzellen des Gehirns ab
- Pathologische Eiweiß-Ablagerungen in den Nervenzellen und ihren Fortsätzen (Alzheimer-Fibrillen) sowie außerhalb der Nervenzellen (senile Plaques)

Reversible Demenzen

- Medikamenten-, Drogen- oder Alkoholmissbrauch
- Vergiftungen
- Mangelernährung
- Hormonstörungen
- Infektionen
- Hirntumore
- Hydrocephalus
- Schwere Depressionen

Warnzeichen

- Abrupt auftretende oder rasch zunehmende Gedächtnisstörung
- Langsam fortschreitende Verschlechterung der Gedächtnisleistung mit
 - Nachlassen weiterer kognitiver Funktionen
 - Und/oder Auswirkungen auf die selbstständige Lebensführung

Leistungsschwerpunkte von Gedächtnisambulanzen

- Früherkennung
- Differenzialdiagnostik
- Indikationsstellung für eine medikamentöse oder nichtmedikamentöse Therapie
- Verlaufskontrolle
- Eventuell: Kognitive Trainingsgruppen, Angehörigengruppen

Diagnostik und Differenzialdiagnostik

- Eigen- und Fremdanamnese
- Neuropsychologischer Status
- Internistischer Status
- Neurologischer Status
- Labordiagnostik
- Bildgebende Verfahren

Labordiagnostik

- Blutsenkung
- Kleines Blutbild
- Blutzucker
- Fettstatus
- Elektrolyte
- Nieren- und Leberfunktion
- Urinstatus
- Schilddrüsenfunktion
- Vitaminhaushalt
- Im Einzelfall: Screening auf HIV, Syphilis u.a.

Behandlungsziele

- den Abbau der Hirnleistung und Alltags-kompetenz verzögern
- psychisches Leiden (Depression, Ängste) lindern
- Verhaltensstörungen entgegenwirken
- Angehörige in ihrer schwierigen Situation unterstützen

Medikamentöse Behandlung der Hirnleistungsstörungen

- Acetylcholinesterase-Hemmer (Reminyl[®], Aricept[®], Exelon[®]) sind zugelassen zur symptomatischen Behandlung der leichten und mittelschweren DAT. Sie verzögern den Abbau im Durchschnitt um ca. 9 Monate.
- Memantine (Axura[®], Ebixa[®]) ist zugelassen zur symptomatischen Behandlung der mittelschweren und schweren DAT.

Medikamentöse Behandlung psychischer Begleitsymptome

- Depressionen sind mit modernen Antidepressiva gut behandelbar
- Eine medikamentöse Behandlung von Unruhe, Aggressivität, Halluzinationen und Wahnvorstellungen sollte nur erfolgen, wenn nichtmedikamentöse Maßnahmen erfolglos geblieben sind! Die Indikation für eine weitere Behandlung muss regelmäßig überprüft werden!

Überprüfung des allgemeinen Gesundheitszustands

- Ein guter Allgemeinzustand stärkt das Wohlbefinden
- Ein schlechter Allgemeinzustand kann die Demenz verschlimmern und Problemverhalten provozieren, z.B. durch Schmerzen
- Regelmäßige Besuche des Hausarztes sind daher dringend geboten

Psychosoziale Therapieansätze

- Gedächtnistraining /Gehirnjogging ?
- Psychotherapie (Verhaltenstherapie)
- Stationäre Rehabilitation
- Ergotherapie, ggf. auch Physiotherapie
- Einfühlsames Verhalten der Angehörigen

Gedächtnistraining bei Demenz

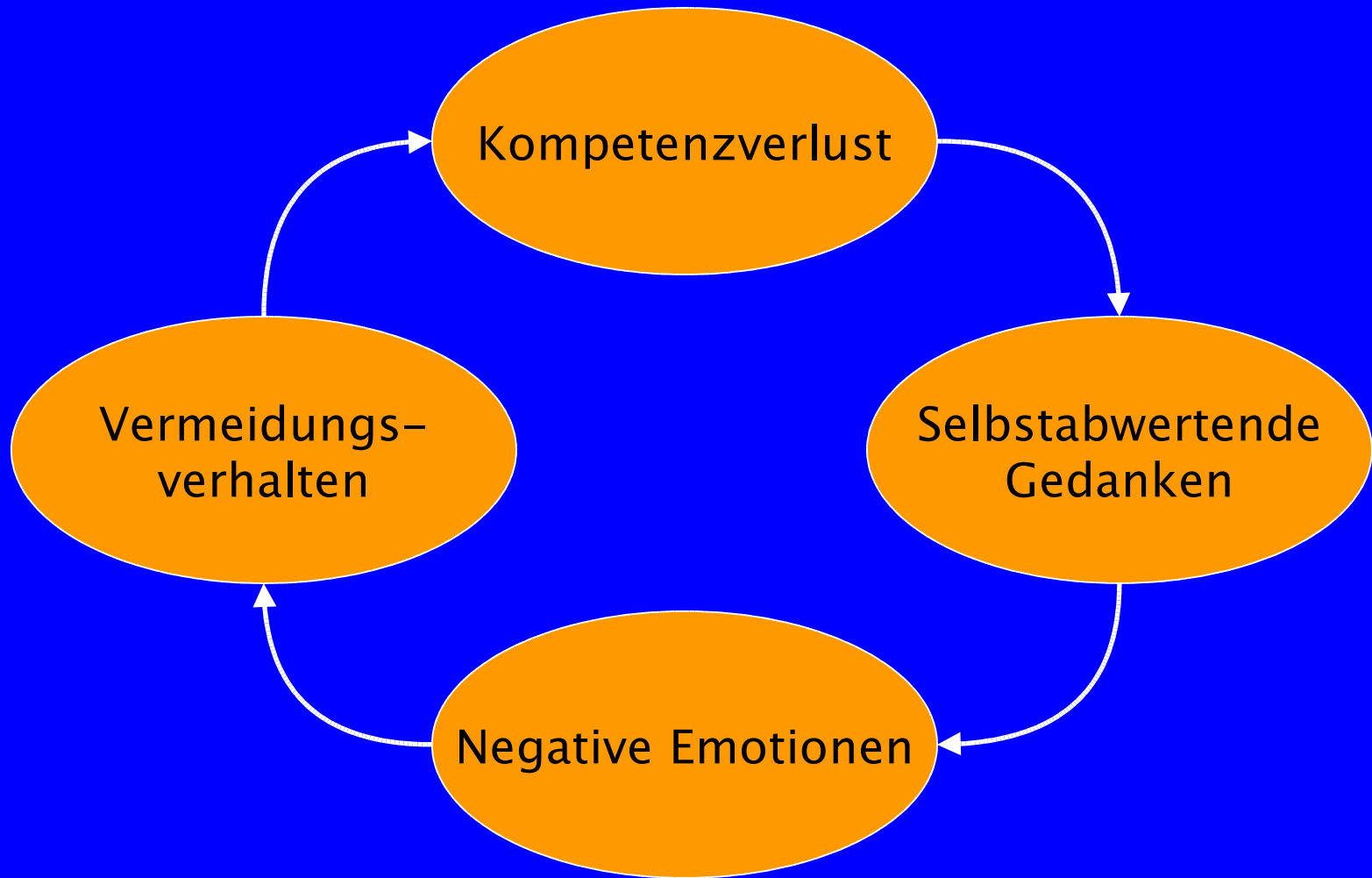
- Keine oder nur minimale Trainingseffekte – die Gedächtnisleistung verbessert sich nicht alltagsrelevant
- Gefahr der Frustration bei Patienten und Angehörigen
- Sinnvoll ist bei leichter Demenz das Einüben von Kompensationsstrategien, im fortgeschritteneren Stadium die gezielte Beschäftigung mit noch erhaltenen Erinnerungen

Gehirnjogging

- Gedächtnis als „mentaler Muskel“, der trainiert werden kann
- Vorsicht bei Demenzkranken!
 - Muskelanalogie unhaltbar
 - Erzeugt unrealistische Erwartungen
 - Gleiches Material für Patienten mit unterschiedlichen Störungen
 - Für gebildete Patienten möglicherweise nicht ansprechend

Verhaltenstherapie (VT)

- Psychotherapeutisches Verfahren für Kranke mit beginnender Demenz, vorrangig bei Depression, Angst und Antriebsstörungen
- Vorteil ist das strukturierte, alltagsorientierte Vorgehen
- Zeigt Effekte bereits nach relativ kurzer Zeit
- Problem: Wenige Psychotherapeuten haben Interesse an einer Arbeit mit dieser Klientel



Stationäre Rehabilitation für Patienten und Angehörige

Die Alzheimer Therapiezentren Bad Aibling und Staffelstein bieten eine stationäre Rehabilitation für Kranke und Angehörige. Schwerpunkte:

- Förderung verbliebener Kompetenzen
- Suche nach geeigneten Alltagsbeschäftigungen
- Angehörigengruppen
- Psychologische Beratung der Bezugsperson
- Information über Entlastungsangebote am Wohnort

Tagespflege

- Prinzipiell in allen Krankheitsstadien sinnvoll, vor allem jedoch im mittleren
- Förderung von Hirnleistung, Alltagsfähigkeiten und psychosozialer Kompetenz (Gedächtnisspiele, Singen, Sitztanz, Vorbereiten von Mahlzeiten, Toilettentraining); gleichzeitig Entlastung der Angehörigen
- Zur besseren Eingewöhnung sind mindestens zwei Besuche pro Woche zu empfehlen
- Mögliche Alternative: Betreuungsgruppen

Hintergrund

- Eine hüftgelenksnahe Fraktur ist eine der wichtigsten Ursachen für bleibende Pflegebedürftigkeit im Alter
- Menschen mit Demenz haben ein hohes Risiko für Stürze und Frakturen
- Demenzkranke Patienten profitieren schlechter von der Rehabilitation
- Spezifische Therapieansätze fehlen!

Neues Therapie-Konzept

- Konventionelle Therapie plus
- Bewegungstherapie mit Altenpflegerin
- Nutzung visuell-verbaler Erinnerungshilfen
- Erinnerungstherapie in der Gruppe zur kognitiven Aktivierung und Stimmungsverbesserung
- Gezielte co-therapeutische Einbeziehung von Angehörigen

Evaluation des neuen Konzepts

- Kontrollgruppen-Design
- Jeweils $N = 75$ Pat. für beide Gruppen innerhalb von 18 Monaten angestrebt
- Outcome-Variablen: u.a. Alltagsselbstständigkeit (Barthel Index), Mobilität (Tinetti-Test), Stimmung (GDS)
- Follow-Up 3 Monate nach Entlassung

Erste Ergebnisse

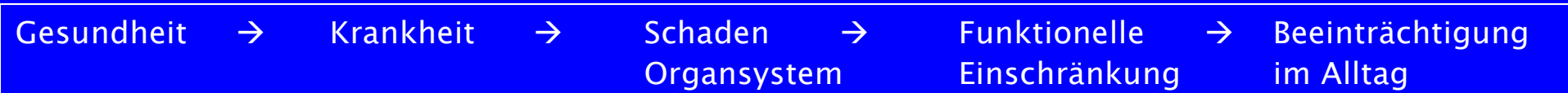
- Bis zum 05. Mai 2006 wurde das Programm von 35 Patienten durchlaufen
- Es ergaben sich positive Tendenzen, aber noch keine signifikanten Gruppenunterschiede
- Doch in allen Outcome-Maßen verbesserten sich prozentual mehr Treatment-Patienten

Präventionsstrategien

Primäre Prävention
Verhinderung

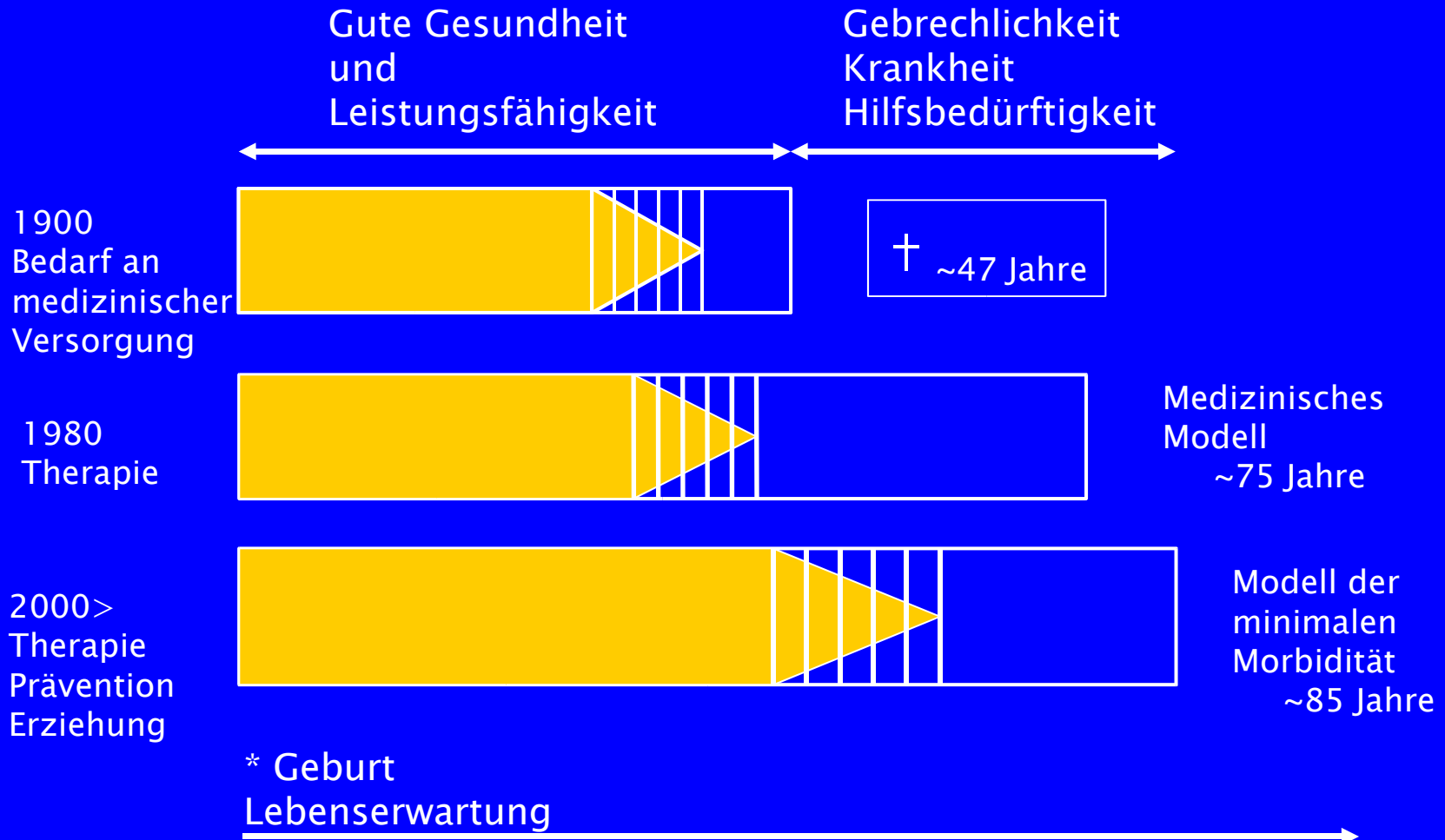
Sekundäre Prävention
Diagnose / Behandlung

Tertiäre Prävention
Erhaltung



Nach Verbrugge und Jette 1994

Modell der minimalen Morbidität



Prof. Dr. med. E. Steinhagen–Thiessen
Evangelisches Geriatriezentrum (EGZB)

Tel. 030 / 4594 –1900

Fax 030 / 4594 –1938

[elisabeth.steinhagen–thiessen@charite.de](mailto:elisabeth.steinhagen-thiessen@charite.de)

Reinickendorfer Str. 61, 13347 Berlin