

Schlagwort: ***Demenz***

Keinesfalls will ich den unzähligen Empfehlungen und Veröffentlichungen zum Thema Demenz eine weitere langweilige „Ratgeberschrift“ hinzufügen. Doch vielleicht kann die Stichpunktsammlung helfen, zur Rationalität bei Diagnostik, Therapie und Betreuung beitragen:

- **Demenz ist keine Krankheit, sondern ein Syndrom!**

Leider wird immer wieder von **einer** Demenzerkrankung gesprochen, was Unsinn ist, da wir ja auch nicht von **der** Hustenerkrankung oder **der** Anämiekrankheit reden. Zu Recht, denn hinter Husten kann sich eine Virusinfektion, eine bakterielle Pneumonie, eine Tuberkulose, eine Bronchialkarzinom oder „nur“ ein nervöser Mensch verbergen.

Eine Anämie kann Folge eines chronischen Eisenmangels sein, der wiederum auf eine Blutung zurückzuführen ist. Dutzende anderer Erkrankungen verursacht aber ebenfalls eine Anämie.

Ein geistiger, d.h. kognitiver Abbau bei vorbestehender Intaktheit von Gedächtnis, Orientierung, logischem Denken und Persönlichkeit wird als Demenz bezeichnet, hat aber keinesfalls immer nur eine Alzheimer Erkrankung, sondern gelegentlich ganz andere Ursachen.

- **Demenz ist eine psychiatrische Erkrankung!**

Sie läßt sich als Syndrom weder laborchemisch noch durch MRT oder CT des Schädels beweisen.

Warum nicht? Ganz einfach: Ob eine Hirnvolumenminderung auf einer, der Demenz zugrunde liegenden Krankheit beruht oder nur eine Normvariante darstellt oder sogar schon seit frühesten Kindheit besteht, kann nur eine Serie von bildgebenden Untersuchungen im Verlauf von Jahren und Jahrzehnten hinreichend bestätigen.

Trotzdem ist die apparative Untersuchung (MRT und Labor) unbedingt notwendig, um andere Hirnerkrankungen (Tumoren, Missbildungen, Infarkte) auszuschließen.

Die Diagnose wird im psychiatrischen Gespräch gestellt. Immer noch die beste Art und Weise sich der Wahrheit zu nähern, auch wenn es erhebliche „Trefferunterschiede“ selbst unter den professionellen Untersuchern gibt.

- **Demenz ist je nach Ursache sehr unterschiedlich im Verlauf und in der Behandelbarkeit**

Während eine Demenz bei Alzheimerscher Erkrankung kontinuierlich und zunehmend, d.h. progredient über Jahre bis hin zu völliger Pflegebedürftigkeit verläuft, sind Demenzen, die auf einer hirngefäßschädigenden Erkrankung (Diabetes

mellitus, Bluthochdruck) beruhen, diskontinuierlich im Verlauf, können sich sogar vorübergehend bei optimierter Behandlung der Grundkrankheit bessern.

Demenzen bei Parkinson-Erkrankung und Chorea Huntington sind Sonderformen degenerativer Demenzen und ebenfalls oft rasch fortschreitend. Demenzen mit im Vordergrund stehender Verhaltensauffälligkeit und Persönlichkeitsveränderungen, z.B. Morbus Pick, werden gerade deshalb oft lange verkannt.

Aber absolut wichtig ist, daß ein Delir, eine Pseudodemenz bei Depression oder gar ein Normaldruckhydrozephalus und ein chronisches Subduralhämatom nicht mit einer Primären Demenzerkrankung verwechselt werden, da deren Ursachen allesamt ursächlich behandelbar sind.

- Bei der häufigsten Demenzursache, der Alzheimerschen Erkrankung(ca. 60%) finde ich folgende „Essentials“ wichtig:
 1. Belassen Sie die **Betroffenen in der gewohnten Umgebung**, vermeiden Sie vorzeitigen Heimaufenthalt und reduzieren Sie notwendige Klinikaufenthalte wenn irgend möglich.
 2. **Ausreichende Ernährung** ist die Basis einer effektive Behandlung: Ernährungsstudien bei Hochbetagten haben bereits vor Jahrzehnten einen unglaublichen Mißstand im Ernährungszustand dieser Personengruppe darlegen können. Alte Menschen brauchen, gerade weil sie quantitativ weniger zu sich nehmen als Menschen im mittleren Alter, qualitativ das Beste. Fertigmahlzeiten und Tütenkost erfüllen diese Anforderungen nicht!
Oft wird bei Patienten mit fortgeschrittener Demenz auf ein ausreichend intensives „Speisen“, d.h. Füttern mit dem Hinweis verzichtet, daß man das Selbstbestimmungsrecht des Patienten respektiere. Häufig ist dieses Argument aber durch Fakten widerlegbar. Der Patient hat einfach vergessen, was Essen ist. Gerade dann braucht er Hilfe.
 3. **Regelmäßige Bewegung** ist nicht nur zum möglichst langen Erhalt der selbstständigen Mobilität notwendig, sondern fördert auch den Erhalt der geistigen Leistungsfähigkeit. Die auf diesem Gebiet vorgelegten wissenschaftlichen Studien bestätigen die schon lange gemachte praktische Erfahrung.
 4. **Mittagsschlaf führt zu verkürztem Nachtschlaf**. Es ist ein Irrglaube zu meinen, daß alte Menschen regelmäßig nachmittags schlafen sollen um sich zu erholen. Die sogenannte Mittagsruhe ist häufig nur ein organisatorisches Hilfsmittel in Heimen und Tagesstätten, um Zeit für andere, nicht unmittelbar patientenbezogene Tätigkeiten zu haben. Zudem gehen die meisten Demenzpatienten viel zu früh ins Bett. Um dann noch bis morgens die „Nachtruhe“ zu gewährleisten dürfen auf keinen Fall Sedativa, also schlaffördernde Medikamente verordnet werden.
 5. **Demenzpatienten erkranken überdurchschnittlich oft an Infektionen** (Harnwegsinfekt, Lungenentzündung). Diese sind

konsequent zu behandeln. Das heißt, „Abwarten und Tee trinken“ ist verhängnisvoll weil die Allgemeinzustandsverschlechterung rasch behoben werden muß um wieder Vigilanz und Aufmerksamkeit für übende Alltagsaktivitäten wieder herzustellen.

6. **Gehirnjogging ist Unsinn.** Wer würde denn allen Ernstes einem Beinamputierten die Teilnahme an einem Stadtlauf Gesunder empfehlen? Zwingen wir Demenzpatienten zu sogenannten Übungen (Kreuzworträtsel, Pc-gestützte Trainingsprogramme) fördern wir Frustrationen und begünstigen reaktiv-depressive Entwicklungen. Diese gehen dann wieder mit Konzentrationsmangel und wachsendem Desinteresse einher.
Besser ist, Demenzpatienten mit dem zu beschäftigen, was sie können: Ob Kartoffel schälen oder Wäsche sortieren, sowohl Feinmotorik als auch Zufriedenheit wird gefördert, ohne daß Frustrationen entstehen.
7. **Medikamente bei Demenzpatienten sind sehr sorgfältig auszuwählen.** Dabei sind beispielsweise auch zunächst völlig unverdächtige Substanzen mit einem hohen Verwirrheitsrisiko behaftet. Eine Substanzklasse von Breitbandantibiotika, sogenannte Gyrasehemmer, führen besonders bei Demenzpatienten zu deliranten Zuständen. Alternativen wären hier beispielsweise Penicilline oder Cephalosporine.
Benzodiazepine, also angstmindernde und schlafanstoßende Substanzen wirken beim Demenzpatienten häufig paradox, d.h. statt zu schlafen, wird die betreffende Person erst richtig wach und unruhig. Die Liste der mit Vorsicht zu genießenden Medikamente ist sehr lang. Also immer den Arzt fragen, ob das verordnete Medikament auch geeignet ist.
8. **Medikamente gegen Unruhe, Verwirrtheit, Wahn, Halluzinationen und Aggressionen bei Demenzpatienten sind rar:** Obwohl der Markt an Psychopharmaka fast unüberschaubar ist, sind Substanzen gegen die genannten Symptome bei Demenzpatienten nur bedingt einsetzbar. Zum einen sind die Empfindlichkeiten für die Ausbildung von Nebenwirkungen sehr hoch, zum anderen sind bei der Multimorbidität der Betroffenen wichtige Kontraindikationen zu beachten. Folgende Substanzen halte ich in **angepasstem Dosisbereich** in der Regel für hilfreich:
 - **Risperidon**, ein hochpotentes Neuroleptikum. Dosisbereich: 0,25- max. 1,0mg/tägl. Vorsicht: erhöht statistisch Schlaganfallshäufigkeit und ganz praktisch den Muskeltonus (Rigor, EPMS)
 - **Pipamperon**, ein niederpotentes Neuroleptikum, ganz leicht anticholinerg, aber trotzdem gegen Unruhe und Schlaflosigkeit geeignet. Macht keine Muskelsteife. Vertretbarer Dosisbereich: 20-80mg/tägl.
 - **Quetiapin**, neues, nicht den Muskeltonus erhöhendes Neuroleptikum, nicht für Demenz zugelassen!!, konkurrenzlos bei der Behandlung organischer Psychosen bei Parkinsonpatienten. Bereiter Dosisbereich: 25-100 (max. 200)mg/tägl.

- **Tiaprid**, auf motorische Überfunktionen einwirkendes antidopaminerges Medikament, das bei Chorea Huntington nahezu konkurrenzlos ist, das aber ohne Sedierungseffekte auch stereotypen Bewegungsdrang bei Demenzpatienten mindern kann. Weitere Indikation: Orale Dyskinesien. Dosisbereich nach Aufdosieren: 200-300mg/tägl.
- **Amantadin**, vigilanzverbesserndes Virostatikum und Antiparkinsonmittel. Keine Zulassung für Demenz! Kann aber bei schläfrigen Patienten den Wachheitszustand heben und auch den Muskeltonus senken. Dosisbereich: 100-200mg/tägl.
- **Mirtazapin**, angstlösendes, schlafförderndes, appetitsteigerendes Antidepressivum. In niedriger Dosis (7,5-15mg) am stärksten müde machend. In Dosen von 30-45mg v.a. antidepressiv wirksam. Vorteil: nicht anticholinerg, kann auch bei stark kardial geschädigten Patienten eingesetzt werden. Hat blutdrucksenkenden Effekt, daher anfangs Blutdruckkontrollen sinnvoll.
- **Citalopram**, ein Antidepressivum mit ausschließlich serotonerger Wirkungskomponente. Morgens zum Frühstück, nicht unbedingt mit β -Blockern und Opiaten kombinieren. Nicht gemeinsam mit anderen serotoninwirksamen Substanzen geben. Neben angstlösender und stimmungsaufhellender Wirkung bestehen Hinweise auf kognitionsverbessernden Effekt nach Schlaganfall. Sehr gut wirksam bei organisch bedingter Affektinkontinenz. Dosisbereich: 20mg/tägl. ausreichend.