

Schlaganfall und Demenz

Rahel Eckardt; Gernot Lämmler; Elisabeth Steinhagen-Thiessen

Demenz ist keineswegs eine normale Alterserscheinung, die jeden mehr oder weniger betrifft, sondern eine Erkrankung, die typischerweise im Alter auftritt. Die Demenz tritt keineswegs häufiger als früher auf, nur kommt es durch den Zuwachs älterer Menschen in unserer westlichen Industriegesellschaft zu einem wachsenden Anteil von Personen, die eine Demenzerkrankung erleben. Derzeit leiden in Deutschland rund 1 Million Menschen an einer Demenz, jährlich erkranken ca. 200.000 Personen neu an einer Demenz.

Das Krankheitsbild Demenz ist daher in den letzten Jahren zunehmend in unser Bewusstsein gerückt. Der Anteil Demenzkranker steigt im Altersbereich zwischen 60 und 90 Jahren exponentiell an, von den über 90-Jährigen schließlich leiden ca. 30 Prozent an einer Demenz.

Doch: wo hört „normale“ Vergesslichkeit auf, wo fängt eine Demenzerkrankung an?

Nach der ICD-10 (International Classification of Diseases) der WHO ist Demenz definiert als

“ ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung von Gedächtnis, Denken, Orientierung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Diese kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet.“ Sie treten oft schleichend ein, sodass ihr Krankheitswert vielfach nicht erkannt wird.

Entscheidend für das Vorliegen einer Demenz ist auch die Beeinträchtigung des Patienten in den Aktivitäten des persönlichen Lebens, die mit zunehmender Schwere der Erkrankung immer augenfälliger werden und deren Erhalt als Behandlungsziel in den Vordergrund rückt.

Für die Diagnosestellung einer Demenz sollte die genannte Symptomatik seit mindestens 6 Monaten bestehen, um passagere Störungen abgrenzen zu können. Bewusstseinsstörungen wie z.B. ein sog. „Delir“ sollten ausgeschlossen sein. Bei einem Delir handelt es sich um einen akuten Verwirrheitszustand, der oft mit einer Bewusstseinsstrübung einhergeht und meist organischer Ursache oder durch exogene Substanzen bedingt ist.

Erste Hinweise auf eine Demenzerkrankung können folgende Verhaltensweisen geben:

Patient:

- fällt durch zunehmende Vergesslichkeit auf, stellt z.B. mehrfach dieselbe Frage
- legt Gegenstände wie Wäsche oder Geschirr am falschen Platz ab
- findet häufig Dinge nicht wieder
- sucht nach Begriffen
- benutzt Worte im falschen Zusammenhang
- verhält sich unerwartet aggressiv
- zieht sich immer mehr zurück
- fühlt sich schnell überfordert
- ist rasch ermüdbar

Demenzen weisen unterschiedliche pathophysiologische Ursachen auf, die trotz intensiver Forschung noch nicht endgültig geklärt sind.

Die häufigste Demenzform ist hierbei die **Demenz vom Alzheimer-Typ** (DAT). Sie ist charakterisiert durch einen schleichenden Beginn sowie einen gleichförmigen, progredienten Verlauf. Sie tritt selten vor dem 65. Lebensjahr auf. Einige Studien lieferten Hinweise, dass erhöhte Cholesterinspiegel auch mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer Alzheimer-Demenz assoziiert sind. Die DAT ist eine klinische Diagnose; sie kann nicht allein anhand bildgebender Verfahren (Computertomographie / Kernspintomographie des Gehirns) oder laborchemischer Untersuchungsbefunde gestellt werden. So gibt es auch keinen spezifisch veränderten Laborparameter wie z.B. einen erhöhten Blutzuckerwert beim Diabetes mellitus, der eine absolut sichere Diagnose einer DAT zulässt. Eine eindeutige Diagnose ist daher nur durch eine Autopsie zu klären; hier zeigen sich bei der Untersuchung von Hirngewebe typische Veränderungen durch Ablagerungen von pathologischen Eiweiß, dem sog. Amyloid.

Eine weitere häufig diagnostizierte Demenzform in Deutschland ist die sog. **vaskuläre Demenz**. Sie tritt infolge von Durchblutungsstörungen des Gehirns bzw. arteriosklerotischer Prozesse auf, bei denen die das Gehirn versorgenden Arterien durch „Kalkablagerungen“ eingeengt oder im schlimmsten Fall sogar ganz verschlossen werden. In der Folge kommt es zu einer Mangelversorgung des Gehirns mit Sauerstoff und einem Absterben vieler Gehirnzellen.

Zu den Faktoren, die das Risiko für eine vaskuläre Demenz erhöhen, zählen neben dem Alter sowie männlichen Geschlecht die allgemeinen Risikofaktoren der Arteriosklerose wie erhöhte Blutdruckwerte, Rauchen, Zuckerkrankheit und zu hohe Cholesterinwerte. Zudem sind Umstände von Bedeutung, die das Risiko eines Schlaganfalles erhöhen, wie z.B. Veränderungen an den Herzklappen und Herzrhythmusstörungen, in deren Folge im Herzen gebildete Blutgerinnsel mit dem Blutstrom ins Gehirn transportiert werden und dort zu einem Gefäßverschluss führen.

Eine vaskuläre Demenz kann infolge vieler kleiner auch schleichend sich ereignender Infarkte auftreten (sog. „Schlägelchen“), andererseits sich aber auch nach einem einzigen Schlaganfall entwickeln.

Für die Diagnosestellung einer vaskulären Demenz ist die Verknüpfung von Symptomen einer Demenz mit dem Nachweis einer Durchblutungsstörung des Gehirns richtungsweisend. Zudem muss eine kausale oder zeitliche Verknüpfung nachgewiesen werden können. Diese ist z.B. gegeben, wenn die Demenz unmittelbar nach einem Schlaganfall auftritt. So findet sich eine Demenz nach dem ersten klinisch auffälligen Schlaganfall immerhin bei ca. 20-25% der Patienten. Klinisch ist die vaskuläre Demenz durch ihren oft fluktuierenden und individuellen Verlauf oder aber durch abrupte Veränderungen gekennzeichnet. Ein einheitliches Bild der vaskulären Demenz gibt es nicht. Je nachdem, welches Hirnareal im Versorgungsgebiet der hirnzuführenden Gefäße betroffen ist, zeigen sich z.B. Halbseitenlähmung, Sprach- und Empfindungsstörungen, Gesichtsfeldausfälle, Koordinations- und Gangstörungen oder auch Veränderungen des Antriebs und der Affektivität.

Nicht selten finden sich, z.B. auch bei Schlaganfallpatienten, Mischformen aus Alzheimer-Demenz und vaskulärer Demenz.

Bei der Demenz ist eine **gezielte Diagnostik** so früh wie möglich notwendig. Allerdings gibt es keinen einzelnen Test, mit dem man eine Demenz sicher feststellen kann.

Empfohlene differentialdiagnostische Vorgehensweise zur Abklärung einer Demenz

- Anamnese
- Fremdanamnese
- Klinischer Status (u.a. Herz-Kreislauf-System, Risikofaktoren-Profil)
- Neurologischer / Psychiatrischer Status
- Labordiagnostik
- Apparative Untersuchungen
- Psychometrische Tests

Neben einer ausführlichen *Anamneseerhebung* empfiehlt sich eine *Fremdanamnese* mit den Angehörigen oder nahen Bezugspersonen, um die Angaben über den bisherigen Krankheitsverlauf zu objektivieren. Nach den typischen vaskulären Risikofaktoren oder Herzrhythmusstörungen in der Vorgeschichte ist zu fragen.

Bei der *körperlichen Untersuchung* wird u.a. nach Hinweisen auf eine allgemeine Arteriosklerose gesucht, z.B. nach Gefäßgeräuschen in der Halsschlagader. Auch das Vorliegen fokaler neurologischer Ausfälle sollte geprüft werden. Eine *Labordiagnostik des Blutes* ist sinnvoll, um auch Ursachen einer sog. sekundären, reversiblen Demenz aufzudecken. Hierzu gehören z.B. Erkrankungen mit Veränderungen von Leber- und Nierenwerten, Elektrolyten, Blutfetten, Blutzucker oder Blutbild. Ferner sollte auf evtl. chronische Vergiftungen geachtet werden, z.B. durch Alkohol oder Medikamente wie Schlaf- und Beruhigungsmittel, die ebenfalls Verwirrheitszustände auslösen können. Gelegentlich ist auch die Bestimmung des Apo E-Lipoproteins und seiner „Subtypen“ sinnvoll (sog. Apo E-Genotypisierung), da der Apo E4-Subtyp mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer Alzheimer-Demenz verbunden ist.

Differenzialdiagnostisch müssen auch psychiatrische Erkrankungen abgeklärt werden, insbesondere schwere Depressionen, die beim älteren Menschen mit Hirnleistungsdefiziten einhergehen und dann eine Demenz vortäuschen können.

Einmal in der Krankengeschichte eines Demenzkranken sollte eine *bildgebende Untersuchung* des Gehirns erfolgen. Hierfür eignen sich insbesondere eine *Computertomographie (CT)* oder eine *Magnetresonanztomographie (MRT)*. So zeigen sich beim Vorliegen einer vaskulären Demenz Dichteminderungen bzw. Auflockerungen oder löchrige Infarkte in der weißen Substanz des Gehirns (im Mark des Gehirns). Oft liegt auch eine Ventrikelerweiterung vor; hierbei sind die Hohlräume des Gehirns, die mit der Hirnflüssigkeit gefüllt sind, infolge Untergang von Hirngewebe erweitert.

Neuropsychologische Tests sind ein unverzichtbarer Bestandteil der Demenzdiagnostik. Sie erlauben eine standardisierte Überprüfung der Hirnleistung, etwa des Gedächtnisses, der Orientierung, der sprachlichen und der visuell-räumlichen Funktionen. Kurz- oder Screeningtests wie die MMSE oder der DemTect können innerhalb weniger Minuten die vom Patienten, Angehörigen oder Arzt wahrgenommenen Veränderungen objektivieren. Allerdings muss beachtet werden, dass ein Kurztest bei beginnender Demenz nicht immer genügend sensitiv ist. Auch liefert er keine Hinweise auf die Ursache der Hirnleistungsstörung. Während Screeningtests vom Hausarzt eingesetzt werden können, sollten vertiefende Verfahren von Neuropsychologen durchgeführt werden, die hierfür speziell geschult sind. Differenziertere Leistungstests können den Verdacht auf eine demenzielle Entwicklung erhärten und differenzialdiagnostische Hinweise auf die Ursache geben.

Die bisherigen Ausführungen lassen erkennen, dass eine exakte Einordnung beobachteter Auffälligkeiten schwierig sein kann. Dies gilt etwa bei beginnender Demenz mit noch geringer Alltagsrelevanz und bei schwierigen Differenzialdiagnosen wie Demenz/Depression. Besonders in diesen Fällen sind die sog. Gedächtnisambulanzen kompetente Ansprechpartner. Hier arbeiten spezialisierte Ärzte und Neuropsychologen eng zum Zwecke der Diagnosestellung und Therapieempfehlung zusammen. In Berlin gibt es mehrere solche Ambulanzen, u.a. auch am Ev. Geriatriezentrum Berlin.

Die **Therapie der Demenz** sollte drei Ziele anstreben:

- Risikofaktoren zu erkennen und zu behandeln
- die Alltagskompetenz zu verbessern und den Abbau der Hirnleistung zu verzögern
- psychische Begleitsymptome zu verhindern bzw. zu lindern
- Angehörige zu unterstützen

Für eine erfolgreiche Behandlung des Demenzpatienten ist nach der Diagnosestellung ein umfassendes **therapeutisches Gesamtkonzept** bestehend aus medikamentösen und nicht-medikamentösen Maßnahmen notwendig. Die verschiedenen Therapiemöglichkeiten sollen hier im Folgenden erläutert werden.

Erkennung und Behandlung von Risikofaktoren:

Insbesondere bei der vaskulären Demenz steht die *Behandlung der Grunderkrankung bzw. der vaskulären Risikofaktoren* im Vordergrund. Hierzu gehören z.B. Fettstoffwechselstörungen, Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Rauchen und Übergewicht. Durch Maßnahmen wie Verzicht auf Rauchen und Alkohol, Gewichtsreduktion, ausgewogene und gesunde Ernährung sowie eine optimale Einstellung des Blutdrucks, der Blutfette sowie Blutzuckerwerte ist eine Vorbeugung möglich. Zur Hemmung der Blutgerinnung werden Medikamente wie Acetylsalicylsäure (ASS) eingesetzt, die der Bildung von Blutgerinnseln und Schlaganfällen entgegen wirken.

Verbesserung der Alltagskompetenz und Verzögerung des Abbaus der Hirnleistung

Zum Erreichen dieser Ziele kommen medikamentöse sowie nichtmedikamentöse Behandlungsmethoden wie Ergo- und Physiotherapie, Logopädie oder auch die Unterbringung in einer Tagespflegeeinrichtung in Frage.

Bei der **medikamentösen Therapie** gibt es Substanzen, die gegen das demenzielle Kernsymptom, die Gedächtnisstörung wirken (sog. Antidementiva) und solche, die bei problematischen Verhaltensweisen wie Aggressivität und Unruhe eingesetzt werden (sog. Neuroleptika). Bei der Demenz vom Alzheimerstyp weiß man, dass in der Gehirnrinde eine Verminderung des Botenstoffes Acetylcholin vorliegt. Mit Medikamenten, die den Abbau von Acetylcholin durch das Enzym Acetylcholinesterase hemmen (sog. Acetylcholinesterasehemmer), kann damit die Menge an Acetylcholin im Gehirn erhöht werden. Acetylcholin spielt als Botenstoff bei der Verarbeitung von Sinneseindrücken und der Vernetzung von neuem und altem Wissen eine wichtige Rolle. Acetylcholinesterasehemmer (Donepezil, Galantamin, Rivastigmin) sind bislang nur im frühen und mittleren Stadium der Alzheimerdemenz zugelassen, wenngleich erste Studien auch auf positive Wirkungen bei vaskulärer Demenz hinweisen; eine Zulassung wird erwartet. Im mittleren bis fortgeschrittenen Stadium der Alzheimer-Demenz eignet sich eine Substanzgruppe, die einen anderen Botenstoff im Gehirn, das Glutamat, beeinflusst (Memantine). Auch für diese Substanzgruppe besteht bisher für die vaskuläre Demenz keine Zulassung auf der Grundlage des Arzneimittelgesetzes, wird aber aufgrund der bislang positiven Studienergebnisse erwartet. Antidementiva führen bei der Mehrzahl der Patienten zu einer Verbesserung der Hirnleistungs- und Alltagsfähigkeit und verzögern das Voranschreiten der Demenz. Nebenwirkungen sind gelegentlich Appetitlosigkeit und Übelkeit, die sich aber durch eine niedrige Anfangsdosis und langsame Dosissteigerung reduzieren lassen. Auch unter der Therapie mit Antidementiva wird nach einer anfänglichen Verbesserung der Symptomatik nach etwa einem Jahr durch die Progression des Krankheitsprozesses der klinische Ausgangsbefund wieder erreicht. Das Hinauszögern der Verschlechterung verdient jedoch Anerkennung als wichtiges eigenständiges Therapieziel, da z.B. so auch eine Heimunterbringung hinausgeschoben werden kann.

Die **nichtmedikamentöse Behandlung** erfolgt mit Therapieverfahren, die auch in der Rehabilitation des Schlaganfallpatienten ihren festen Platz haben, z.T. allerdings mit anderem Schwerpunkt.

Die wichtigste Disziplin ist die *Ergotherapie*, da sie sowohl geistige wie Selbsthilfefähigkeiten (z.B. Waschen, Ankleiden) übt. Im Gegensatz zum Schlaganfallpatienten ohne Demenz muss bei Alzheimer-Krankheit, gemischter oder rein vaskulärer Demenz jedoch der meist globale Abbau der Hirnleistung, insbesondere die schon zu Beginn gravierende Merkfähigkeitsstörung berücksichtigt werden. Gedächtnistraining als Auswendiglernen von Vokabeln oder Texten ist nutzlos und frustriert den Patienten. Ergotherapie kann dem Patienten aber einfache Strategien vermitteln, mit denen er trotz Gedächtnisstörung im Alltag besser zurechtkommt (z.B. Benutzung einer Pinnwand, der die tagsüber zu erledigenden Tätigkeiten entnommen werden können). Ergänzend sollte man systematisch die noch erhaltenen Erinnerungen fördern. Hier bietet sich bspw. die gezielte Stimulierung mittels Fotoalben und anderem biografischen Material an. Insgesamt muss die Therapie schon im Frühstadium sehr alltagsorientiert erfolgen und ein ausreichendes Maß an Erfolgserlebnissen ermöglichen. Dies gilt um so mehr bei fortgeschrittener Demenz: dann kommt es darauf an, Beschäftigungsmöglichkeiten zu finden, die der Pat. gerne ausführt, ohne dabei überfordert zu sein.

In der Frühphase der Demenz kann alternativ zur Ergotherapie eine ambulante *neuropsychologische Therapie* erfolgen, die eine differenziertere Förderung der Hirnleistung ermöglicht. Dabei werden etwa Übungen zur Verbesserung der Konzentrationsfähigkeit und Techniken zum besseren Einprägen mit Entspannungsübungen kombiniert. Besonders effektiv ist ein Training in der Gruppe, wie es in der Gedächtnisambulanz des Ev. Geriatriezentrums Berlin angeboten wird. Das gemeinsame Arbeiten motiviert, macht Spaß und fördert auch eine funktionale Auseinandersetzung mit der eigenen Erkrankung. Leider werden viele Patienten erst im fortgeschrittenen Stadium diagnostiziert, in dem eine solche Behandlung nicht mehr Erfolg versprechend ist.

Logopädie, bei Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen nach Schlaganfall unverzichtbar, ist beim Demenzpatienten in der Regel nicht indiziert. Die Sprache ist ein so komplexes und abstraktes Medium, dass eine reguläre Therapiesituation eine Überforderung darstellt. Überdies werden die Therapieinhalte innerhalb kürzester Zeit vergessen. Wichtiger ist es, einem Demenzkranken genügend Möglichkeiten zur

Kommunikation zu geben, die vorhandenen Fähigkeiten dabei spielerisch zu fördern und sensibel mit den Defiziten umzugehen.

Alzheimer-Kranke sind oft bis ins schwere Stadium hinein mobil. In diesen Fällen reicht es aus, für genügend Bewegung zu sorgen. Bei vaskulärer Demenz sind die motorischen Symptome oft ähnlich wie beim Schlaganfall, z.B. Halbseitenlähmung, und erfordern dann schon frühzeitig eine intensive *Physiotherapie*. Physiotherapie ist auch im Endstadium der Demenz bei Bettlägerigkeit notwendig, um Kontrakturen (Gelenkversteifungen) vorzubeugen.

Besonders Kranke im mittleren Stadium mit bereits ausgeprägten Defiziten, aber noch ausreichender psychosozialer Kompetenz profitieren gut vom Besuch einer *Tagespflege*. Dort werden Hirnleistung und Alltagsfähigkeiten von geschulten Altenpflegekräften spielerisch gefördert. Dies verzögert den weiteren Abbauprozess, fördert das Wohlbefinden und entlastet die Angehörigen. Damit sich der Kranke schneller eingewöhnt, empfehlen sich mindestens zwei Besuche wöchentlich.

Therapie psychischer Begleitsymptome

Im Verlauf der Demenz entwickeln sich häufig psychische Begleitsymptome; im Frühstadium oft Angst oder Depression, später eher Weglauftendenzen, Wahnvorstellungen oder Aggressivität. Manchmal genügt bereits ein sensibler Umgang mit dem Demenzkranken, um Begleitsymptome deutlich zu mildern. So tritt etwa Aggressivität gehäuft bei der Grundpflege auf, weil der Kranke nicht versteht, was nun passiert, und gerade bei der Intimpflege sittliche Normen verletzt sieht. Ein behutsames Vorgehen mit Erklärungen entspannt die Situation oft schon erheblich.

Nicht immer kann auf Medikamente verzichtet werden. Depressionen sind mit modernen Antidepressiva, z.B. Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmern, gut behandelbar, in einem sehr frühen Stadium der Demenz auch kombiniert mit Psychotherapie. Medikamente zur Behandlung von Wahnvorstellungen und Aggressivität sollten dagegen nur verordnet werden, wenn nichtmedikamentöse Maßnahmen erfolglos geblieben sind. Am ehesten sind dann die sog. „atypischen Neuroleptika“ einzusetzen, da diese im Gegensatz zu anderen Substanzen die Hirnleistung nicht wesentlich verschlechtern.

Unterstützung der Angehörigen

Die meisten Demenzkranken werden gegenwärtig innerhalb der Familie versorgt, häufig von einem Partner in vorgerücktem Alter und mit angegriffener Gesundheit. Die Stärkung der pflegenden Angehörigen muss daher ein weiteres Ziel jeder Demenztherapie sein. Dies erfordert zumindest, Angehörige über Hilfsmöglichkeiten zu informieren. So bieten etwa Krankenkassen in Kooperation mit den regionalen Alzheimer-Gesellschaften regelmäßig Schulungskurse für Angehörige an, die Wissen über die Demenz, den Umgang und die Pflege vermitteln, aber auch über entlastende Angebote informieren. Hier sind u.a. fachlich geleitete Gesprächsgruppen zur emotionalen Unterstützung zu nennen, betreute Urlaube oder Kurzzeitpflege.

Fazit

Zum jetzigen Zeitpunkt sind die häufigsten Demenzen nicht heilbar. Dennoch ist kein therapeutischer Nihilismus angesagt. Mit den richtigen medikamentösen und nichtmedikamentösen Maßnahmen lässt sich zumindest der Verlauf positiv beeinflussen. Auch ein Demenzkranker kann ein hohes Maß an Lebensqualität haben – vorausgesetzt, das Umfeld „stimmt“. Dieser Verantwortung muss sich die Gesellschaft, müssen wir uns alle stellen.

Anschrift der Verfasser:

Forschungsgruppe Geriatrie der Charité
Humboldt-Universität Berlin
am Evangelisches Geriatriezentrum Berlin
Reinickendorfer Str. 61
13347 Berlin