

Abschlussarbeit ÖAK Diplomlehrgang Geriatrie

Demenz - Klassifikation, Diagnostik, Therapie

in Zeiten der COVID-19 Pandemie

von

Dr.ⁱⁿ Susanne Prinz

Wien, Oktober 2022

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung.....	3
2 Zielsetzung.....	4
3 Methode.....	5
4 Diskussion.....	6
4.1 Definition.....	6
4.2 Epidemiologie.....	7
4.3 Klassifikation.....	8
4.3.1 Alzheimer-Demenz:.....	8
4.3.2 Frontotemporale Demenzen:.....	9
4.3.3 Vaskuläre Demenz:.....	10
4.3.4 Lewy-Körperchen-Demenz:.....	11
4.4 Diagnostik.....	11
4.4.1 Basisdiagnostik:.....	11
4.4.2 Neuropsychologische Untersuchung (kognitive Tests):.....	12
4.5 Therapie.....	15
4.5.1 Antidementiva:.....	15
4.5.2 Nootropika:.....	16
4.5.3 Nahrungsergänzungsmittel:.....	16
4.5.4 Psychopharmaka:.....	16
4.5.5 Nicht medikamentöse Therapieansätze:.....	17
4.6 COVID-19 Pandemie und Demenz.....	18
5 Schlussfolgerung.....	22
6 Quellen.....	23

1 Einleitung

Durch meine Tätigkeit als Stationsärztin in einem geriatrischen Pflegeheim, macht die medizinische Versorgung Demenzkranker, meine tägliche Arbeit aus.

Für mich ist Demenz eine spannende und zugleich tragische Erkrankung, die im zeitlichen Verlauf die verschiedensten individuellsten Verläufe zeigt.

Oft ist es eine medizinisch, soziale und pflegerische Herausforderung. Die Bereiche der weiteren Abklärung, bester Lebensqualität des Patienten, Polypharmazie, Angehörigenbetreuung stellen eine wichtige Aufgabe dar.

Gerade in Pandemiezeiten waren wir im Pflegeheim oft die einzigen Sozialkontakte der Betroffenen.

Oberstes Ziel war natürlich der Schutz der Bewohner:innen vor einer Infektion mit COVID-19.

Die COVID-19 Pandemie förderte den Abbau der kognitiven Fähigkeiten der Bewohner:innen (Alonso-Lana et al, 2020), durch die soziale Isolation, zahlreiche Therapien konnten nicht stattfinden und oft kam es zu einem Herausögern im Diagnoseprozess.

Physiotherapie, Logotherapie, Ergotherapie usw. wurde gerade zu Beginn der Pandemie im ersten Lockdown vollständig unterbunden.

Durchuntersuchungen bei beginnender Demenz zögerten sich über Monate hinaus, da es für Betroffene schwierig war Termine für eine Abklärung bzw. Durchuntersuchung, z.B. Bildgebung, oder Facharztkontrolle im Krankenhaus zu bekommen.

2 Zielsetzung

Die vorliegende Arbeit soll einen Überblick über die Erkrankung Demenz geben. Klassifikation, Epidemiologie, Diagnostik, im speziellen die neuropsychologischen Testungen und die therapeutischen Maßnahmen werden erläutert.

Ein erheblicher Teil der Patient:innen mit Demenz lebt in Langzeitpflege- und Pflegeheimen, die in vielen Ländern aufgrund der Pandemie unter Quarantäne gestellt wurden. Dies zeigte eindeutige negative Folgen auf die kognitiven Fähigkeiten Demenzkranker.

Welche Folgen die soziale Isolation, nicht nur auf die ältere Bevölkerung hat, wird noch Gegenstand weiterer Untersuchungen sein.

3 Methode

Diese Arbeit stellt eine Literaturrecherche dar. Es wurden Fachliteratur in Buchform, online Fachportale und Papers verwendet.

Die Arbeit beinhaltet die Klassifikation, Diagnostik und Therapie von Demenz. Außerdem wird auf Besonderheiten während der COVID-19 Pandemie in Zusammenhang mit Demenz eingegangen.

4 Diskussion

4.1 Definition

Bei der Demenzerkrankung, aus dem lateinischen „dementia“ „ohne Geist“, kommt es zu einer fortschreitenden Abnahme der geistigen Fähigkeiten, bereits erworbenen Fähigkeiten gehen langsam verloren (Österreichische Alzheimer Gesellschaft, 2022).

Der ICD-10 Code definiert die Erkrankung wie folgt:

„Demenz (F00-F03) ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf. Dieses Syndrom kommt bei Alzheimer-Krankheit, bei zerebrovaskulären Störungen und bei anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn betreffen (ICD-Code, 2022).“

Im Verlauf der Erkrankung kommt es zu einer zunehmenden Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit, der Sprache, der Orientierung, des Gedächtnisse, des Denkvermögen, der Urteilskraft und Lernfähigkeit (Bundesministerium für Gesundheit, 2022).

Am Beginn sind meist Kurzzeitgedächtnis und Merkfähigkeit gestört. Beim Fortschreiten verschwinden auch bereits eingeprägte Inhalte des Langzeitgedächtnisses. Mehr und mehr gehen die während des Lebens erworbenen Fähigkeiten und Fertigkeiten verloren (Bundesministerium für Gesundheit, 2022).

Zahlreiche Ursachen der Demenzerkrankung werden beschrieben:

Grundsätzlich wird oft zwischen primären und sekundären Demenzformen unterschieden. Sekundäre Demenzen sind Folgeerscheinungen anderer Grunderkrankungen (Stoffwechselerkrankungen, Vitaminmangelzustände, chronische Vergiftungserscheinungen durch Alkohol oder Medikamente). Oft sind solche Demenzformen bei frühzeitiger Diagnosestellung reversibel.

Ca 90 % der Demenzerkrankungen machen jedoch die primären Demenzformen aus (Bundesministerium für Gesundheit, 2022).

Zu Gedächtnisstörungen bzw. zu einer Beeinträchtigung des Gedächtnisses können unter anderem auch

- neurologische Erkrankungen (z.B. intrakranielle Tumore, subdurales Hämatom, Hydrozephalus etc.),
- psychiatrische Krankheiten (z.B. Depressionen)
- Internistische Erkrankungen (z.B. Schilddrüsenfunktionsstörungen)
- chronische Einnahme mancher Medikamente

führen (Österreichische Alzheimer Gesellschaft, 2022).

4.2 Epidemiologie

Weltweit werden Demenzkranke derzeit auf über 50 Millionen geschätzt (Iodice et al, 2021).

Die Alzheimer-Krankheit ist die häufigste der Demenzen gefolgt von der vaskulären Demenz und der Demenz mit Lewy-Bodies (Österreichische Alzheimer Gesellschaft, 2022).

Ab einem Lebensalter von 60 Jahren nimmt vor allem die Alzheimer-Demenz Prävalenz zu, auch bei der vaskulären Demenz gibt es einen Alterszusammenhang.

„Für die Altersgruppe der 60- bis 65-Jährigen wird eine Prävalenz von 1,0 % und jährliche Inzidenz von 0,11% berichtet“ (Höfler et al, 2015).

In Österreich leiden etwa 100.000 Personen an einer dementiellen Erkrankung. Diese Zahl wird durch die demographische Entwicklung bis 2050 auf etwa 230.000 ansteigen. Mit dem zunehmenden Alter steigen Inzidenz- und Prävalenzzahlen an (Österreichische Alzheimer Gesellschaft, 2022).

„Alle bevölkerungsbezogenen Studien zeigen einen klaren Anstieg der Demenzen mit dem Alter“ (Höfler et al, 2015).

Die Gesundheitsausgaben in Österreich, die Versorgung Demenzkranker betreffend, belaufen sich jährlich auf etwa eine Milliarde Euro (75 % nicht-medizinische, 25 %

medizinische und 6 % Medikamentenkosten) (*Österreichische Alzheimer Gesellschaft, 2022*).

4.3 Klassifikation

In dieser Arbeit werden nur die häufigsten der Demenzformen erläutert.

4.3.1 Alzheimer-Demenz:

Syn.: Senile Demenz vom Alzheimer-Typ (SDAT), Demenz vom Alzheimer-Typ (DAT)
Alzheimer disease (AD)

50-75 % der Demenzen gehören zur Alzheimer Demenz.

1907 wurde von A. Alzheimer eine Demenz in Folge einer Hirnatrophie mit pathologischen Fibrillenveränderungen und senilen Plaques erstbeschrieben.

Die langsam progredienten Gedächtnis- und Orientierungsstörungen manifestieren sich nach dem 65. Lebensjahr. Das weibliche Geschlecht hat eine höhere Inzidenz (Masuhr & Neumann, 2007). Genetische Prädispositionen können vorkommen (Präsenilin1, Präsenilin2, amyloid precursor protein) (Masuhr & Neumann, 2007), jedoch konnte die genaue Ursache bisher nicht festgestellt werden. Pathophysiologisch nimmt man einen Acetylcholinmangel an (Masuhr & Neumann, 2007).

Histopathologisch finden sich senile Plaques (extrazelluläre Proteinablagerungen), neurofibrilläre Tangles (intrazelluläre Konglomerate) und ein Neuronenverlust. Die Schädigungslokalisationen finden sich temporal, parietal, frontal im Assoziationskortex (Aphasie, Apraxie, Agnosie), Hippokampus und parahippocampal (Amnesie) (Masuhr & Neumann, 2007).

Zu Beginn ist die Erkrankung für den Betroffenen kaum merklich, oft bemerken Angehörige eine zeitliche und örtliche Desorientiertheit (Masuhr & Neumann, 2007). Es kommt zum Nachlassen des Kurzzeitgedächtnisses und der Konzentration. Dinge werden „verlegt“ und Verabredungen vergessen. Es treten Wortfindungsstörungen auf, die zeitliche und räumliche Orientierung geht verloren. Später wird die Handhabung von Alltagsgegenständen (Apraxie) schwierig, das Denkvermögen, die Planungshandlung und das Urteilsvermögen lässt nach (*Neurologen und Psychiater im Netz, 2022*).

„Die Persönlichkeit bleibt lange unversehrt, die intellektuellen Fähigkeiten lassen nach, was oft mit dem zunehmenden Krankheitsbewusstsein zu einer reaktiven Depression führt“ (Masuhr & Neumann, 2007). „Schreitet die Demenz über Jahre fort kommt es zu gravierenden Beeinträchtigungen des Alltagslebens, sodass Unterstützung benötigt wird“ (Höfler et al, 2015).

Rastlosigkeit, Unruhe, Schlaflosigkeit, Misstrauen, Reizbarkeit bis hin zur Aggressivität sowie Wahnvorstellungen können u.a. als Verhaltensstörungen hinzukommen.

Eine selbstständige Versorgung wird mit Fortschreiten der Erkrankung oft unmöglich. Betroffene brauchen Hilfe bei den einfachsten Tätigkeiten wie ankleiden und waschen. Im Endstadium kommt es zur Bettlägerigkeit, Schluckschwierigkeiten, Immobilität.

Etwa 10 Jahre beträgt die Lebenserwartung nach Krankheitsausbruch. Die Patienten sterben mit zunehmendem körperlichen Verfall an infektbedingten Komplikationen der Bettlägerigkeit (Neurologen und Psychiater im Netz, 2022).

Die Diagnose erfolgt klinisch, da eine sichere Diagnose der Alzheimer-Demenz erst histologisch erfolgen kann (Masuhr & Neumann, 2007).

Es kommt zu neuropsychologischen Ausfällen (z.B. Störungen der Aufmerksamkeit, der Sprache, von Handlungsabläufen, der Wahrnehmung und des Gedächtnisses), Reflexdifferenzen und diskreten Parkinson- Symptomen (Masuhr & Neumann, 2007).

4.3.2 Frontotemporale Demenzen:

Syn.: Pick Komplex, Frontotemporale Lobärdegeneration, Demenz vom Frontalhirntyp

Sie wurde 1892 von A. Pick erstbeschrieben als progrediente Aphasie und Demenz bei frontotemporaler Atrophie (Masuhr & Neumann, 2007).

Diese kortikale Hirnatrophie, die weniger als 5 % der Demenzen ausmacht, beginnt oft schon vor dem 50. Lebensjahr mit einer Persönlichkeitsänderung. Betroffene werden asponant, indifferent, distanzlos, euphorisch, sexuell enthemmt bei zu Beginn erhaltener Intelligenz und erhaltenem Gedächtnis (Masuhr & Neumann, 2007).

Die Bildgebung zeigt eine Atrophie mit hypometabolen Arealen.

Mit dem Fortschreiten kommt es zum Nachlassen der intellektuellen Fähigkeiten bis zum Auftreten verbaler und gestischer Stereotypen und Mutismus. Nach ca. 10-jähriger Krankheitsdauer sterben die pflegebedürftigen Patienten (Masuhr & Neumann, 2007).

4.3.3 Vaskuläre Demenz:

Vaskuläre Demenzen machen ca. 15 % der Demenzerkrankungen aus. Männer sind häufiger betroffen als Frauen (Herold et al., 2011).

Sie werden durch fortschreitende Hirnatrophie und zerebrovaskuläre Läsionen ausgelöst (Masuhr & Neumann, 2007).

Bekannte Risikofaktoren sind Rauchen, arterielle Hypertonie, Adipositas, Diabetes mellitus, obstruktives Schlafapnoesyndrom, Hypercholesterinämie (Herold et al., 2011).

Wenn multiple zerebrale Infarkte genügend neuronalen oder axonalen Schaden verursacht haben, kommt es zu einer Behinderung der Hirnfunktion.

Die vaskulären Demenzen kann man der Ursache nach noch weiter unterscheiden in:

- Demenz mit multiplen lakunäre Infarkten
- Multiinfarktdemenz
- Strategische Einzelinfarktdemenz: Dabei kommt es zu einem Infarkt in einem kritischen Hirnareal, z.B.: Thalamusinfarkt
- Demenz bei Morbus Binswanger (subkortikale arteriosklerotische Enzephalopathie): aufgrund einer zerebralen Mikroangiopathie kommt es zu einer arteriosklerotischen Ischämie (Herold et al., 2011).

Innerhalb von 3 Monaten nach einem Insult mit Herdsymptomatik treten fluktuierende kognitive Störungen auf, meist begleitet von Parkinson-Symptomen, Fallneigung und Harninkontinenz (Masuhr & Neumann, 2007).

Klinisch finden sich eine fluktuierende kognitive Störung, Affektlabilität bei depressiver Verstimmung, eine Umkehr des Schlaf-Wach-Rhythmus (Masuhr & Neumann, 2007).

Die häufigste Ursache der vaskulären Demenz ist die Mikroangiopathie (Masuhr & Neumann, 2007).

4.3.4 Lewy-Körperchen-Demenz:

Diese Demenzform findet sich bei ca. 10 % der Demenzkranken.

Es finden sich histologisch im Kortex, im limbischen System, im Hirnstamm und im Nucleus basalis Meynert Lewy-Körperchen.

Oft durch ein Parkinson Syndrom begleitet ist zu Beginn der Erkrankung die Gedächtnisfunktion wenig beeinträchtigt. Störungen der Aufmerksamkeit, Wachheit und visuelle Halluzinationen werden beobachtet. Aufgrund der bestehenden posturalen Instabilität kommt es zu Stürzen und Synkopen. Es besteht eine Überempfindlichkeit gegenüber Neuroleptika wie z.B. Quetiapin, Clozapin (Herold et al., 2011).

4.4 Diagnostik

„Neben der klassischen ärztlichen Untersuchung und Anamnese sollte bereits in der Praxis ein geriatrisches Basisassessment durchgeführt werden. Je früher die Diagnose Demenz gestellt wird, umso besser und effektiver kann eine umfassende Behandlung beginnen“ (Strotzka et al, 2003).

4.4.1 Basisdiagnostik:

Zur Basisdiagnostik gehört:

- Eigenanamnese und Fremdanamnese, Medikamentenanamnese
- Neurologische Untersuchung: u.a. Reflexstatus
- Körperliche Untersuchung: u.a. RR, Puls, EKG
- Psychiatrische Evaluation
- Laborbefund:
Blutbild, Na, K, BSG und CRP, TSH basal, GOT, GGT, Kreatinin, Harnstoff, Glukose, Vitamin B12, Folsäure
weiterführende Labordiagnostik bei begründetem Verdacht: TPHA, HIV-AK, Borrelien-AK, Phosphat, Drogenscreening, BGA, Kupfer im 24h Harn (Morbus Wilson) (Herold et al., 2011)
- Magnetresonanztomographie (MRT) oder Computertomographie (CT) (bei Kontraindikation für MRT): Atrophielokalisation detektieren, Ausschluss

entzündlicher, vaskulärer, metabolischer oder tumoröser Prozesse (Herold et al., 2011)

Weiterführende Untersuchungen bei spezieller Fragestellung:

- Duplexsonographie der Carotis
- Elektro-Enzephalogramm (EEG): Abgrenzung neurodegenerativ/nicht neurodegenerativ
- Positronen-Emissionstomographie (PET): Glukose PET
- Perfusions-SPECT: Hypoperfusion in betroffenen Arealen können dargestellt werden
- Liquorpunktion: zum Ausschluss entzündlicher Prozesse, Proteinnachweis (z.B. Gesamt TAU Protein bei DAT erhöht) (Herold et al., 2011)

4.4.2 Neuropsychologische Untersuchung (kognitive Tests):

„Wesentlich ist eine umfassende neuro-psychologische Untersuchung um eine Aphasie, Apraxie, Alexie, Agraphie, Akalkulie oder Agnosie aufzudecken“ (Masuhr & Neumann, 2007).

MMSE Mini-Mental-Status-Test

Der MMSE ist der älteste und bekannteste Fragebogentest zur Demenz, mit einer Dauer von ca. 10 Minuten. Er misst Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit, Richtigkeit, Orientierung in Zeit und Raum, Erinnerungsfähigkeit, Sprach- und Schreibfähigkeit (Neurologen und Psychiater im Netz, 2022).

Es können maximal 30 Punkte erreicht werden. Übliche Demenzgrenzwerte liegen bei 23/24 Punkten, unter 26 Punkten kann jedoch oft der Verdacht auf eine leichte Demenz gestellt werden. Eine jährliche Verschlechterung von 3-4 Punkten kann bei den degenerativen Demenzerkrankungen im Mittel erwarten werden.

Leichte Demenzen weisen oft Werte zwischen 18 und 24 Punkten auf, mittelschwere 10 bis 17 Punkte und von schweren Demenzen spricht man bei weniger als 10 Punkten (Strotzka, 2004).

DemTect (Demenz-Detektion)

Die fünf Aufgaben werden in etwa 10 Minuten durchgeführt. Es wird hier das Kurzzeitgedächtnis und Langzeitgedächtnis überprüft (Wortliste gleich und am Testende wiederholen). „In einer *"Zahlenwandelaufgabe"* muss der Patient zwei Ziffern in Zahlwörter und zwei Zahlwörter in Ziffern umsetzen. Außerdem wird die Flüssigkeit der Sprache geprüft“ (Neurologen und Psychiater im Netz, 2022).

MoCA Montreal Cognitive Assessment

Ein dem DemTect sehr ähnlicher Test, welcher neben der Überprüfung des Gedächtnisses und des Denkvermögens auch die visuell-räumliche Verarbeitung, die Orientierung im Raum, Ort und Situativ sowie das Satzverständnis und die Zahlenverarbeitung testet (Neurologen und Psychiater im Netz, 2022).

Uhren-Test

Der Patient muss hierbei ein Ziffernblatt einer Uhr zeichnen und eine bestimmte Uhrzeit einstellen. Viele Demenzkranke haben beim Eintragen der Zeiger Schwierigkeiten. Dieser schnelle Test prüft nicht nur die konstruktiv-praktischen Funktionen, sondern auch abstraktes Denken.

Bei den Demenzerkrankungen geht das Abstraktionsvermögen sehr früh verloren (Strotzka et al, 2003).

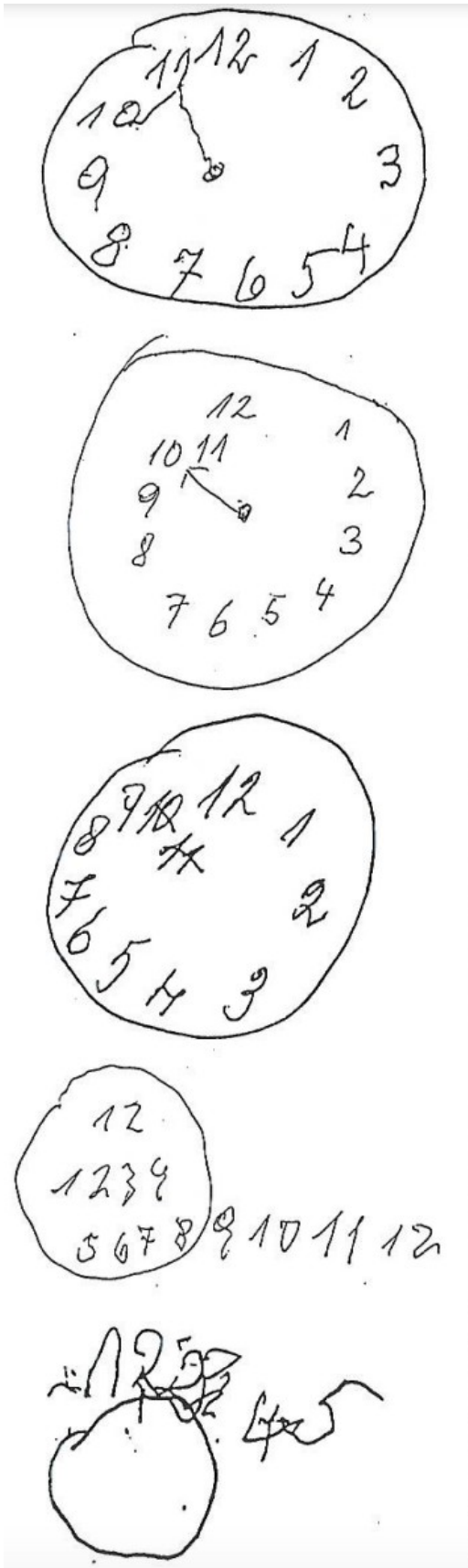


Abbildung 2: Uhrentests mit der Zeitvorgabe 11:10 Uhr

Klientin, 79 J., leichte Demenz
 MMSE: 22 Punkte
 TFDD: 30 Punkte
 GDS-Stufe 4
 3 von 10 Wörtern erinnert

Klient, 82 J., leichte Demenz
 MMSE: 21 Punkte
 TFDD: 30 Punkte
 GDS-Stufe 4
 2 von 10 Wörtern erinnert

Klientin, 91 J., leichte Demenz
 MMSE: 21 Punkte
 TFDD: 25 Punkte
 GDS-Stufe 4
 2 von 10 Wörtern erinnert

Klientin, 80 J., mittelschwere Demenz
 MMSE: 17 Punkte
 TFDD: 24 Punkte
 GDS-Stufe 5
 1 von 10 Wörtern erinnert

Klientin, 79 J., schwere Demenz
 MMSE: 9 Punkte
 TFDD: 6 Punkte
 GDS-Stufe 6

Abbildung 1: Uhrentests mit Zeitvorgabe 11:10 Uhr (Strotzka et al, 2003)

CERAD-Test

Eine Demenz-Test-Sammlung, bei der der Schweregrad der Demenz beurteilt werden kann (*Neurologen und Psychiater im Netz, 2022*).

ADL-Skalen (ADL: "Activities of Daily Living")

Sie messen die Auswirkungen der Demenz auf die Alltagsfähigkeiten und zu welchen Tätigkeiten Patient:innen noch fähig sind (*Neurologen und Psychiater im Netz, 2022*).

TFDD

Test zur Früherkennung von Demenzen mit Depressionsabgrenzung (Curendo, 2022)

Zehn-Wort Merkliste mit Imaginations-Einspeicherhilfe

Dieser Test prüft das episodische Gedächtnis. Dabei wird die Aufgabe sich 10 Wörter zu merken mit einer Aufgabe verknüpft. Ein Wort soll sich von den Patient:innen vorgestellt werden und mit einem Tisch hinsichtlich der Größe verglichen werden. Patient:innen mit einer mittelgradigen Demenz erinnern sich oft nur noch an 1-2 Wörter (Strotzka, 2021).

4.5 Therapie

Die Therapie der Demenz sollte immer pharmakologische und nicht-pharmakologische therapeutische Maßnahmen beinhalten (*Höfler et al, 2015*).

Keine Behandlung kann die Erkrankung heilen. Die medikamentösen Therapieansätze sollen das Voranschreiten verzögern, Selbstständigkeit länger erhalten und damit den Pflegeaufwand verringern. Insgesamt soll die Lebensqualität der Betroffenen verbessert werden (*Neurologen und Psychiater im Netz, 2022*).

4.5.1 Antidementiva:

Cholinesterasehemmer:

Donepezil (Aricept®), Rivastigmin (Exelon®), Galantamin (Reminyl®) können bei leichter bis mittelschwerer Demenz verabreicht werden.

Diese Medikamente bewirken eine Verschiebung des natürlichen Demenzverlaufes über etwa 6 Monate. Es kommt zu einer Verbesserung der kognitiven Leistung und der

Aktivitäten des täglichen Lebens. Wichtig ist die mit einhergehende Verringerung von Verhaltensauffälligkeiten (Herold et al., 2011). Cholinesterasehemmer hemmen das Enzym Acetylcholinesterase, einen Eiweißstoff, der am Abbau des Acetylcholins im Körper beteiligt ist (Neurologen und Psychiater im Netz, 2022).

Cholinesterasehemmer sind bei der frontotemporalen Demenz wirkungslos (Herold et al., 2011).

NMDA-Antagonisten

Memantin (Ebixa®) wird bei moderater bis schwerer Demenz eingesetzt und verbessert die Kognition und die funktionellen Defizite. (Herold et al., 2011). Dabei werden die Glutamat-Empfangsstellen an den Synapsen blockiert und somit kommt es zu einer Hemmung der Erregungsweiterleitung an den Nervenzellen. (*Neurologen und Psychiater im Netz, 2022*)

4.5.2 Nootropika:

Ginkgo biloba

Ginkgo biloba soll die Hirnfunktion verbessern. Die Wirksamkeit ist aber nicht wissenschaftlich gesichert (*Neurologen und Psychiater im Netz, 2022*).

4.5.3 Nahrungsergänzungsmittel:

Vitamin E

Vitamin E wird ein leicht neuroprotektiver Effekt zugeschrieben (Masuhr & Neumann, 2007).

4.5.4 Psychopharmaka:

Mit Psychopharmaka sollen mögliche Schlafstörungen und Unruhe sowie psychotische Symptome und Angst, Aggressivität und Depressionen reduziert werden (*Neurologen und Psychiater im Netz, 2022*).

Atypische Neuroleptika:

Sie sollten zur Behandlung psychotischer Symptome (Masuhr & Neumann, 2007) nur bei sehr ausgeprägter Symptomatik eingesetzt werden. Risperidon ist das einzige zugelassene Antipsychotikum bei nicht-kognitiver Symptomatik (Verfolgungsideen, paranoide Verarbeitung, Halluzinationen, wahnhaftes Erleben etc.), der Einsatz anderer Antipsychotika erfolgt off-label (Höfler et al., 2015).

Antidepressiva:

Antidepressiva werden als Zusatztherapie bei Schlafstörungen (z.B. Trazodon) oder depressiver Symptomatik (z.B. Mirtazapin) eingesetzt. *„Die Zugabe von SSRI zur Cholinesterase-Therapie kann Verhaltensstörungen demenzkranker Patienten/Patientinnen in Einzelfällen bessern“* (Höfler et al., 2015).

Benzodiazepine:

Bei Angst und Agitiertheit kann die kurzfristige Gabe von Benzodiazepinen (z.B. Alprazolam, Oxazepam, Lorazepam) erwogen werden. Jedoch besteht immer die Gefahr einer paradoxen Wirkung. Die Möglichkeit der Sturzneigung und vermehrte Schläfrigkeit muss auch vor Verabreichung bedacht werden. Benzodiazepine mit langer Halbwertszeit sollten grundsätzlich vermieden werden (Höfler et al., 2015).

4.5.5 Nicht medikamentöse Therapieansätze:

Der möglichst lange Erhalt der Selbstständigkeit sowie die bestmögliche Teilhabe am gesellschaftlichen Leben stellen ein wichtiges Ziel dar. Forderung aber keine Über- oder Unterforderung ist ein wichtiger Ansatz, um die Lebensqualität zu verbessern und Angehörige zu Entlasten (Herold et al., 2011).

Unter anderem finden Orientierungshilfen (Memoschilder, Kalender, Warnhinweise), Selbsthilfegruppen (Masuhr & Neumann, 2007), Ergotherapie, Physiotherapie, Bewegung Psychologie (Hirnleistungstraining, Biographiearbeit) und Psychotherapie, Logopädie, Krankenpflege und Heimhilfe Anwendung (Höfler et al., 2015).

4.6 COVID-19 Pandemie und Demenz

Die durch SARS-CoV-2 verursachte Coronavirus-Krankheit 2019 (COVID-19) hat sich weltweit rasant verbreitet und beispiellose Auswirkungen auf Gesundheitssysteme, Wirtschaft und Gesellschaft verursacht (Alonso-Lana et al., 2020).

Ältere Menschen haben aufgrund der Komorbiditäten ein höheres Risiko, schwere Formen von COVID-19 zu entwickeln, und sind anfälliger für mögliche dauerhafte neuropsychiatrische und kognitive Beeinträchtigungen (Alonso-Lana et al., 2020).

Die Hospitalisierungs- und Mortalitätsrate steigt nach dem 65. Lebensjahr drastisch an (Alonso-Lana et al., 2020).

Studienergebnisse aus Italien zeigten eine Letalität bei den über 80-Jährigen von 32,8 %. Von den 36.000 Menschen, die in Italien an COVID-19 starben, waren 65 % über 60 Jahre alt (Iodice, 2021).

Mehrere Berichte haben Schlaflosigkeit, depressive Verstimmung, Angstzustände, posttraumatische Belastungsstörungen und kognitive Beeinträchtigungen bei einem Teil der Patient:innen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus beschrieben. Als Ursache wird von einem multifaktoriellen Geschehen (Hospitalisation, Langzeitaufenthalt auf ICU, Medikation, systemische Inflammation Hypoxie und neurotrope Effekte durch SARS-COV-2 werden vermutet) ausgegangen (Alonso-Lana et al., 2020).

Die meisten Todesfälle im Zusammenhang mit COVID-19 ereigneten sich in Langzeitpflegeeinrichtungen. Demenzkranke machen einen erheblichen Teil der Bewohner:innen in solchen Einrichtungen aus und es wird oft ein enger Kontakt zur Unterstützung bei ihrer täglichen Pflege benötigt (Alonso-Lana et al., 2020).

Daher ist es von entscheidender Bedeutung, diese Einrichtungen mit geeigneten Präventivmaßnahmen und schnellen Erkennungskapazitäten auszustatten, um eine Übertragung zu vermeiden und diese ohnehin schon schwache Population so weit wie möglich zu schützen (Alonso-Lana et al., 2020).

Es konnte beobachtet werden, dass Patient:innen mit Demenz häufig atypische Symptome, wie Verwirrtheit, Unruhe, Orientierungslosigkeit, Behandlungsverweigerung und Appetitlosigkeit als erste Manifestation von COVID-19 zeigten. Was bei nicht Beachtung dessen durchaus in einer verzögerten Diagnosestellung und einer verzögerten Therapie resultieren kann (Alonso-Lana et al., 2020).

Bedingt durch die hohe Infektiosität und das Faktum, dass gerade ältere Personen oft schwerer an COVID-19 erkrankten, mussten außergewöhnliche Maßnahmen ergriffen werden (Iodice, 2021).

Menschen mit Demenz sind oft nicht in der Lage, die Empfehlungen der öffentlichen Gesundheitssysteme zur Virusreduktion zu befolgen (Social Distancing, häufiges Händewaschen und Verwendung von Gesichtsmasken), was in einer höheren Infektionschance resultiert (Alonso-Lana et al., 2020).

Durch den Lockdown wurden die gerade bei Demenz so wichtigen nicht medikamentösen Therapieansätze teilweise, oft auch vollständig, über Monate pausiert.

2020 wurde die Bewohner:innen in den Pflegeheimen vollständig isoliert und der Kontakt zu ihren Freunden und Familien unterbunden (Iodice, 2021).

Die nicht-pharmakologischen Interventionen für Demenzkranke, wie kognitive Therapie, Bewegung und Sozialisation, wurden während des Lockdowns plötzlich eingestellt (Alonso-Lana et al., 2020).

Gerade für diese Patient:innengruppe ist es sehr schwierig zu verstehen, warum es zu so einer plötzlichen Isolation kommt. Oft kann so eine rasche Veränderung bei dementen Menschen Agitation, Aggression und Angst auslösen. Die Isolation von den Liebsten löst bei einigen ein „*Ende der Welt*“-Gefühl aus (Iodice, 2021).

In Folge des Social Distancing konnte eine Verschlechterung der kognitiven Fähigkeiten bei Demenzkranken festgestellt werden (Alonso-Lana et al., 2020).

Die Pandemie verschärft die Anfälligkeit älterer Patient:innen mit kognitiver Beeinträchtigung weiter, insbesondere derjenigen, die für ihre tägliche Pflege auf Familie oder Pflegekräfte angewiesen sind. Dies liegt an der durch die Infektion verursachten

erhöhten Morbidität und Mortalität, aber auch an den indirekten Auswirkungen der Pandemie auf das Gesundheitssystem, auf das sie angewiesen sind.

Medizinische Ressourcen wurden von Patient:innen mit chronischen Erkrankungen wie Demenz abgezogen, um COVID-19-Fälle zu behandeln (Alonso-Lana et al., 2020).

Ein Großteil der Gesundheitsressourcen wurde während der Pandemie in den Notfallmedizinischen Sektor verlagert, somit wurden die Vorsorgemedizin, Onkologie und degenerative Erkrankungen in den Hintergrund gedrängt (Iodice, 2021).

Menschen mit Demenz laufen Gefahr, ihre Behandlung während eines Lockdowns abubrechen, insbesondere diejenigen, die auf externe Hilfe, wie z.B. Terminerinnerungen oder Unterstützung beim Transport angewiesen sind (Alonso-Lana et al., 2020).

Es wurde beobachtet, dass es in mehreren Ländern in denen Ausgangsbeschränkungen eingeführt wurden zu einer kognitiven, neuropsychiatrischen und funktionellen Verschlechterung der demenzkranken Population kam. Eine spanische Studie beschreibt eine signifikante Verschlechterung der neuropsychiatrischen Symptome (Apathie, Angst, Erregung und abweichendes motorisches Verhalten) nach 5 Wochen Lockdown. Eine italienische Studie spricht von Verhaltensauffälligkeiten (Agitation/Aggression, Apathie und Depression) bei 54,7 % nach einem Monat Lockdown. Auch kognitive Verschlechterungen konnten mehrfach beobachtet werden (Alonso-Lana et al., 2020).

Trotz der großen Fortschritte und Vorteile durch den Einsatz mit Telemedizin in der COVID-19 Pandemie, wird der zwischenmenschliche Kontakt weiterhin eine wichtige Säule in der medizinisch/therapeutischen Versorgung bleiben. Gerade ältere Personen haben oft Sehstörungen, Hörverschlechterung und haben Schwierigkeiten im Umgang mit Technik (Iodice, 2021).

Faktoren wie Einsamkeit und soziale Isolation sollten nicht unterschätzt werden, da sie nachweislich mit einem erhöhten Risiko für medizinische Gesundheitsprobleme, einschließlich Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Depressionen oder Demenz, in Verbindung stehen (Alonso-Lana et al., 2020).

Angesichts des erhöhten Risikos negativer gesundheitlicher Folgen bei älteren Menschen ist es wichtig zu untersuchen, ob eine COVID-19 Infektion neurodegenerative Prozesse in dieser gefährdeten Gruppe auslösen oder verschlimmern kann (Alonso-Lana et al., 2020).

5 Schlussfolgerung

Prävention ist eine der wichtigsten Strategien, um das Fortschreiten neurodegenerativer Erkrankungen möglicherweise zu verlangsamen.

Daher ist es wichtig, dass auch Allgemeinmediziner schnelle diagnostische Test beherrschen (z.B. Uhren-Test), um eine frühzeitige Diagnostik einzuleiten.

Faktoren wie Einsamkeit und soziale Isolation sollten nicht unterschätzt werden, da sie nachweislich mit einem erhöhten Risiko für medizinische Gesundheitsprobleme, einschließlich Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Depressionen oder Demenz in Verbindung stehen (Alonso-Lana et al., 2020).

Inwiefern sich die Pandemie längerfristig auf unsere ältere Bevölkerungsschicht auswirken wird, wird sich erst im weiteren Verlauf zeigen. Dass seither PTBS (Posttraumatische Belastungsstörung), Depressionen, Angsterkrankungen häufiger auftreten, wurde bereits beobachtet und untersucht. Ob eine COVID-19 Infektion auch einen kognitiven Abbau verursachen kann, wird noch Gegenstand weiterer Untersuchungen sein.

6 Quellen

Alonso-Lana, S., Marquíe M., Ruiz A. (2020). Cognitive and Neuropsychiatric Manifestations of COVID-19 and Effects on Elderly Individuals With Dementia, *Front Aging Neurosci.* 12: 588872. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2020.588872>

Bundesministerium für Gesundheit. (2022, 04. Oktober). Diagnose Demenz: Krankheitsbild und Verlauf. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-demenz/krankheitsbild-und-verlauf.html#:~:text=Die%20Behandlung-,Was%20ist%20eine%20Demenz%3F,Lebens%20erworbenen%20F%C3%A4higkeiten%20und%20Fertigkeiten>

CURENDO. (2022, 07. Oktober) Test zur Früherkennung der Demenz mit Depressionsabgrenzung (TFDD). <https://pflege.curendo.de/lexikon/T/test-zur-fruherkennung-der-demenz-mit-depressionsabgrenzung-tfdd>

Herold, G. (2011). Innere Medizin. Gerd Herold.

Höfler, S., Bengough, T., Winkler, P. (2015): Österreichischer Demenzbericht 2014. Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium, Wien. <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=277>

ICD-Code. (2022, 03. Oktober) ICD-10-GM-2022 > F00-F99 > F00-F09 > F03. <https://www.icd-code.de/icd/code/F03.html>

Iodice F., Cassano V. and Rossini P.M. (2021). Direct and indirect neurological, cognitive, and behavioral effects of COVID-19 on the healthy elderly, mild-cognitive-impairment, and Alzheimer's disease populations, *Neurol Sci.* 42(2): 455-465. <https://doi.org/10.1007/s10072-020-04902-8>

Masuhr, K. F., & Neumann, M. (2007). Neurologie: 128 Tabellen (6. Aufl). Thieme.

Neurologen und Psychiater im Netz. Das Informationsportal zur psychischen Gesundheit und Nervenerkrankungen. (2022, 07. Oktober). Krankheitsbild und Symptome bei einer Alzheimer-Erkrankung. <https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/neurologie/erkrankungen/alzheimer-erkrankung/krankheitsbild>

Neurologen und Psychiater im Netz. Das Informationsportal zur psychischen Gesundheit und Nervenerkrankungen. (2022, 07. Oktober). Diagnosemöglichkeiten bei Verdacht auf Alzheimer-Demenz.

<https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/neurologie/erkrankungen/alzheimer-erkrankung/diagnostik>

Neurologen und Psychiater im Netz. Das Informationsportal zur psychischen Gesundheit und Nervenerkrankungen. (2022, 08. Oktober). Psychopharmaka: Antidementiva

<https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/psychiatrie-psychosomatik-psychotherapie/therapie/pharmakotherapie/antidementiva>

Neurologen und Psychiater im Netz. Das Informationsportal zur psychischen Gesundheit und Nervenerkrankungen. (2022, 11. Oktober). Aufklärung und Therapieziele bei einer Alzheimer-Demenz.

<https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/neurologie/erkrankungen/alzheimer-erkrankung/aufklaerung-und-therapieziele>

Österreichische Alzheimer Gesellschaft. (2022, 10. Oktober). Zahlen und Statistik.

<http://www.alzheimer-gesellschaft.at/informationen/zahlen-statistik/>

Österreichische Alzheimer Gesellschaft. (2022, 11. Oktober). Was ist Demenz.

<http://www.alzheimer-gesellschaft.at/informationen/was-ist-demenz/>

Strotzka, S., Psota G., Sepandj A. (2003). Uhrentest in der Demenzdiagnostik, Psychopraxis: 4/2003, 16-24

Strotzka, S. (2004). 30 Jahre Mini-Mental State Examination, Psychopraxis: 5/2004, 24-34

Strotzka, S. (2020). „Clock-reading-Tests“ – Uhrenlesetests in der Demenzdiagnostik, psychopraxis.neuropraxis 23:235-239. <https://doi.org/10.1007/s00739-020-00651-7>

Strotzka, S. (2021). 20 Jahre „Zehn-Wort-Merkliste mit Imaginations-Einspeicherhilfe“, psychopraxis.neuropraxis 23:235-239. <https://doi.org/10.1007/s00739-021-00706-3>