

Was ist eine Demenz?



Dr. med. Christa Roth-Sackenheim,
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie,
1. Vorsitzende des BVDP

Unter einer Demenz (lat.: „abnehmender Geist“) versteht man einen Vorgang der Reduktion der geistigen, emotionalen, sozialen und beruflichen Fähigkeiten ausgehend von einem vorher unbeeinträchtigten Zustand der kognitiven, affektiven und sozialen Funktionen. Eine Demenz ist also immer eine erworbene Entwicklung im Gegensatz zu angeborenen Intelligenzminderungen.

Es gibt sowohl irreversible (vaskuläre Demenz und Demenz vom Alzheimer-Typ) als auch reversible Demenzformen. Letztere sind meist Begleiterscheinungen von internistischen oder onkologischen Erkrankungen oder entzündlichen bzw. raumfordernden Prozessen des Gehirns, die sich zurückbilden, wenn die Grunderkrankung behandelt wird. Deshalb kommt der Erstdiagnostik beim Auftreten dementieller Symptome eine ganz entscheidende Bedeutung zu. Diagnostischer und therapeutischer Nihilismus beim Neuaufreten einer Demenz, insbesondere bei einem Menschen unter 65 Jahren, der im Beruf steht, ist ein ärztlicher Kunstfehler. Eine cerebrale Bildgebung, eine umfassende Laboruntersuchung und ggf eine Liquoruntersuchung und neuropsychologische Tests sind unerlässlich.

Wie erkenne ich eine Demenz?

Ein erstes Symptom bei allen Demenzformen ist die Störung des Kurzzeitgedächtnisses und der Merkfähigkeit, die sogenannte „Vergesslichkeit“. Dies ist häufig schwer von einer normalen Vergesslichkeit oder Flüchtigkeitsfehlern bei längerfristig hoher mentaler und emotionaler Belastung zu unterscheiden. Oft ist auch bei beginnender Demenz die Primärpersönlichkeit noch längere Zeit fassadenhaft erhalten, sodass die Vergesslichkeit im Alltag lange

überspielt werden kann, insbesondere wenn die soziale Alltagskompetenz noch erhalten ist.

Im Verlauf der Erkrankung treten jedoch weitergehende Gedächtnisstörungen auch für länger zurückliegende Ereignisse auf. Zunehmend kommt es zu Störungen der höheren Hirnfunktionen (Rechen-, Schreib-, Wortfindungsstörungen) und zum Verlust von Alltagskompetenzen wie z. B. die räumliche Wahrnehmung. So kann z. B. die Nutzung der Waschmaschine, der Kaffeemaschine, des Kopierers oder des Telefons, von Essbesteck oder der Zahnbürste nicht mehr angewendet werden. Hinweise von Angehörigen oder vom Betroffenen selbst sollten immer ernst genommen werden, wobei den Hinweisen der Angehörigen großes Gewicht zugestanden werden sollte.

Die häufigsten Demenzsyndrome nach ICD 10 sind:

1. F00 Demenz bei Alzheimer-Krankheit

hier wird unterschieden in die Demenz von Alzheimer Typ mit spätem Beginn (Typ 1) und frühem Beginn (Typ 2, vor dem 65. Lebensjahr)

2. F01 Vaskuläre Demenz

Die Vaskuläre Demenz mit akutem Beginn ist meist einem größeren Hirninfarkt geschuldet im Gegensatz zur Multiinfarkt-Demenz, die sich langsam und schubweise durch nach und nach auftretende kleine und kleinste kortikale und subkortikale Hirninfarkte bei Mikroangiopathie des Hirns entwickeln kann.

3. F02 Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

Normaldruck-Hydrocephalus, Pick-Krankheit, Creutzfeldt-Jakob-Krankheit, Chorea Huntington, bei primärem Par-

kinson-Syndrom, HIV-Krankheit (Humane Immundefizienz-Viruskrankheit), bei anderenorts klassifizierten Krankheitsbildern wie Hypothyreose, M. Wilson, Hirntumoren, Lupus erythematodes, Neurosarkoidose, Neuroborreliose, Neuroleues, CADASIL-Syndrom.

Zusätzlich ist die Klassifikation nach F06.7 Leichte kognitive Störung (Mild Cognitive Impairment) von Bedeutung. Es handelt sich hier um eine bereits klinisch für das Berufs- und Alltagsleben relevante Störung, ohne dass bereits die Kriterien einer Demenz vorliegen und die mit dem normalen Nachlassen geistiger Fähigkeiten im Laufe des Alterns nicht erklärt werden kann. Hier besteht die größte differentialdiagnostische Herausforderung.

Leichte kognitive Störungen

Leichte kognitive Störungen sind charakterisiert durch Gedächtnisstörungen, Lernschwierigkeiten und die verminderte Fähigkeit, sich längere Zeit auf eine Aufgabe zu konzentrieren. Oft besteht ein Gefühl geistiger Ermüdung bei dem Versuch, Aufgaben zu lösen. Objektiv erfolgreiches Lernen wird subjektiv als schwierig empfunden.

Die Ursachen können sehr unterschiedlich sein: Es kann die Vorstufe einer Demenzerkrankung wie M. Alzheimer, vaskuläre Demenz etc. vorliegen oder auch die Auswirkung einer körperlichen Erkrankung, eines längerfristigen Benzodiazepin- oder Alkoholabusus oder einer anderen psychischen Störung, am häufigsten einer Depression.

In Zweifel sollte eine Diagnose einer Leichten kognitiven Störung daher eine Ausschlussdiagnostik hinsichtlich der behandelbaren Ursachen nach sich ziehen.

Neben einer psychiatrischen Diagnostik sollten internistische Erkrankungen wie Elektrolytstörungen, Unterfunktion der Schilddrüse, Unterfunktion der Nebenschilddrüse, Diabetes mellitus, chronische Leber- oder Nierenerkrankungen sowie zerebrale Vaskulitiden ausgeschlossen werden. Zumindest bei anhaltenden Beschwerden und unverändertem Befund sollte auch ein EEG und eine cerebrale Bildgebung erfolgen, um behandelbare Ursachen wie Tumore, Normaldruckhydrozephalus, Subduralhämatom etc. auszuschließen.

Was ist für den Arbeitsmediziner relevant?

Für den Arbeitsmediziner sind vorrangig die vaskulären Demenzen, die Demenzen bei anderen Erkrankungen und die Demenzen vom Alzheimer Typ mit frühem Beginn nach Typ 2 relevant.

Das Thema der vaskulären Demenzen ist bei allen Beschäftigten mit Bluthochdruck, Diabetes, Fettstoffwechselstörungen und Adipositas, also bei Risikofaktoren für Gefässerkrankungen zu beachten. Wenn zusätzlich noch geraucht wird, erhöht sich die Gefahr, an einer vaskulären Demenz zu erkranken, zusätzlich.

Insbesondere die arterielle Hypertonie mit der Folgeerkrankung der Mikroangiopathie des Gehirns ist ein häufiger und wichtiger Risikofaktor. Häufig wird bei den internistischen Risikofaktoren für Gefässerkrankungen hauptsächlich an den Myokardinfarkt und die arteriellen Verschlusskrankheit der Aorta oder der Beine gedacht und hier auch bildgebende Diagnostik veranlasst. Was meist vergessen wird: Hat ein Beschäftigter Risikofaktoren für oder sogar schon bereits diagnostizierte Gefässerkrankungen, sind diese in der Regel auch im Gehirn zu finden.

Bei solchen Patienten finden wir häufig schon ein mild cognitive impairment, was aber sehr häufig nicht diagnostiziert wird.



Der Arbeitsmediziner sollte zudem subjektiv empfundene und in der Arbeitsmedizinischen Untersuchung vorgebrachte Gedächtnisstörungen des Arbeitnehmers immer ernst nehmen. Als Screening-Methoden eignen sich folgende Testverfahren:

Der Mini-Mental-Status (MMS):

Hier werden anhand von 9 Fragenkomplexen die zeitliche und räumliche Orientierung, Merk- und Erinnerungsfähigkeit, Aufmerksamkeit, Sprache und Sprachverständnis, außerdem Lesen, Schreiben, Zeichnen und Rechnen untersucht. Der Patient muss dabei Worte nachsprechen, Angaben zum aktuellen Datum machen und kleine, aber komplexe Anweisungen befolgen. Man gewinnt in ca. 5 Minuten einen groben Anhaltspunkt auf das Vorliegen einer Demenz. Ein Mild Cognitive Impairment wird hierdurch jedoch nicht erfasst. Der Test kann durch das Vorliegen einer depressiven Störung ebenfalls schlecht ausfallen, muss also in jedem Fall von weiteren Untersuchungen im Verdachtsfalle ergänzt werden. Zudem können das Vorliegen von Schmerzen, häufige Störungen und Unterbrechungen während des Tests zu einem verfälschten Ergebnis führen.

DemTect:

Der DemTect ist ebenfalls ein Kurz-Screening-Test, der aus fünf Befragungs-Untertests besteht, durch die in etwa 10 Minuten das verbale Gedächtnis, die Wortflüssigkeit, intellektuelle

Flexibilität und Aufmerksamkeit eingeschätzt werden sollen. Visuell-räumliche Defizite werden hierdurch nicht erfasst. Auch hier können die beim MMS beschriebenen Störeinflüsse wirksam werden.

Uhrentest:

Der sehr beliebte Uhrentest besteht darin, den Arbeitnehmer aufzufordern, auf einem Blatt Papier in einem Kreis die Zahlen von eins bis zwölf wie bei einer Uhr und die Zeiger wie bei einer vorgegebenen Uhrzeit anzuordnen, z. B. 10 Minuten vor zwölf Uhr. Ein gesunder Proband wird sehr wahrscheinlich zuerst die Zahlen 12, 6, 3 und 9 wie bei einer Himmelsrichtungs-Rosette eintragen, anschließend die fehlenden Zahlen dazwischen setzen und sodann einen großen Zeiger auf 10 Uhr und einen kleinen Zeiger auf 12 Uhr in den entsprechenden Positionen hinzufügen. Jegliche Abweichung von der Zahlenanordnung, die bei Wiederholung nicht korrigiert werden kann, ist ein deutlicher Hinweis auf eine dementielle Entwicklung.

Wie wird eine Demenz behandelt?

Ist eine Demenz vom Alzheimer-Typ festgestellt, gibt es verschiedene medikamentöse Möglichkeiten, den Verlauf zu verlangsamen. Eine kurative Behandlung existiert nicht.

In erster Linie sind hier die Anticholinergika zu nennen (z. B. Reminyl®), in zweiter Linie Memantine (Ebixa®, Axura®). Da bei beiden Substanzgruppen die Eindosierung aufgrund der hohen Nebenwirkungsrate sehr langsam erfolgen muss, ist die ärztliche Begleitung im Gespräch sowie die Aufklärung der Angehörigen insbesondere zu Beginn der Behandlung möglichst sehr engmaschig vorzunehmen, um die Compliance zu erhalten.

Bei den vaskulären Demenzformen sowie bei den Demenzen bei andernorts klassifizierten Erkrankungen steht die Behandlung der Grunderkrankungen im Vordergrund. Für die Behandlung der vaskulären Demenzen sind Anti-

cholinergika nicht zugelassen, Memantine ist aber eine Option. Bei den mit Parkinson-Syndromen assoziierten Demenzformen ist die Behandlung oft komplex, nebenwirkungsträchtig, bedarf einer „Titration“ der Medikamenten-Orchestrierung und sollte in die Hand eines Spezialisten gegeben werden.

Der gesamte Themen-Bereich der Pflege und der Unterstützung der Angehörigen wird hier aus Platzgründen nicht berücksichtigt.

Tipps für die Wiedereingliederung

Die berufliche Wiedereingliederung eines Demenzkranken wird am ehesten dann zu erwarten sein, wenn es sich um eine symptomatische Demenz

bei einer zu behandelnden Grunderkrankung gehandelt hat und die Erwerbsfähigkeit weiter gegeben ist. Hier lassen sich kaum allgemeingültige Regeln aufstellen, da immer auch die somatischen Führungssymptome der Grunderkrankung zu berücksichtigen sein werden.

Eine Herausforderung hingegen stellt die arbeitsmedizinische Unterstützung eines Arbeitnehmers dar, der ein Mild Cognitive Impairment mit einer zunehmenden Krankheitsaktivität aufweist. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass komplexere Arbeitsvorgänge am ehesten nicht mehr bewältigt werden können. Je einfacher und repetitiver die Arbeit eines Beschäftigten ist, um so länger kann es dauern, bis Defizite sichtbar werden können.

Insbesondere wenn Führungspersonal davon betroffen ist, kann es für ein Unternehmen extrem wichtig sein, dass der Betreffende einer Diagnostik zugeführt und von die Zukunft des Unternehmens bestimmenden Entscheidungen freigestellt wird.

Fazit

Diagnostischer und therapeutischer Nihilismus bei einem Demenzverdacht ist obsolet. Auf jeden Fall müssen differentialdiagnostisch die reversiblen Demenzformen identifiziert werden. Im Falle von neurodegenerativen Demenzformen sollte alles zur Verlangsamung des Krankheitsprozesses unternommen werden. □

Christa Roth-Sackenheim

Der Trend zum Dreier-Pack!

Drei Bücher zu drei Interventionsebenen der Prävention.

Drei Empfehlungen zum Weiterlesen, Schenken oder Schenkenlassen

Chronische Erkrankungen nehmen mit dem Alter zu. Steigt das kollektive Alter der Belegschaft um 1 Jahr steigt der Krankenstand aufgrund der altersassoziierten Morbiditätsrisiken um annähernd 0,1 bis 0,2 Prozent.

Ältere Arbeitnehmer erkranken zwar seltener als ihre jüngeren Kollegen, aber wenn dann auch länger und häufig verbunden mit der Gefahr der Einbuße oder Einschränkung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit.

Damit ist in aller Kürze bereits einer der ganzen großen Herausforderungen umrissen, mit der die Gesundheits- und Sozialpolitik – angesichts des demographischen Wandels und einer verlängerten Lebensarbeitszeit – konfrontiert ist. Unser Beitrag als Betriebsärzte: Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit zu erhalten, zu fördern und wiederherstellen. Einfach und salopp gesagt, jedoch

hoch anspruchsvoll und durchaus komplex von der Aufgabe, will man es nicht bei guten Absichtserklärungen belassen.

Ich möchte Ihnen drei Handlungs- und Orientierungshilfen vorstellen, die sich jeweils vorrangig mit einer der Interventionsebenen der Prävention beschäftigen und aus meiner Sicht allesamt

dazu angetan sind, das eigene Wissen und damit auch die betriebsärztliche Handlungskompetenz zu erweitern.

Primärprävention: Betriebliches Gesundheitsmanagement auf Augenhöhe mit dem aktuell gesicherten Wissen

Gerhardus, J. Breckenkamp, O. Razum, N. Schmacke, H. Wenzel (Hrsg.):

Evidence-based Public Health

Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern 2010, 29,95 €

Ich will direkt mit der Tür ins Haus fallen: Das Buch ist weder von Arbeitsmedizinern geschrieben noch primär an Arbeitsmediziner adressiert. Wenn Sie aber betriebliches Gesundheitsmanagement auf solide Füße stellen wollen, dann haben sie hiermit eine wahre Fundgrube in der Hand.



Dr. med.
Rolf Hess-Gräfenberg

