

KBV
Kooperationstagung zum Thema
Demenz – Strategien für eine gemeinsame Versorgung
Berlin 25. September 2010

Multimorbidität und Demenz

Ralf Ihl

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Dipl. Psych. Ralf Ihl
E-Mail: ralf.ihl@alexianer-krefeld.de



Multimorbiditätsbegriffe

- ▶ Unabhängige Multimorbidität (z. B. Glaukom und Osteoporose)
- ▶ Kombinierte Multimorbidität (z. B. Vaskuläre Demenz, Kardiale Erkrankung, Hypertonie)
- ▶ Komorbidität wird durch eine Sequenz von aus einer Krankheit resultierenden weiteren Krankheiten charakterisiert.

Häufige Krankheiten mit Wechselbeziehungen

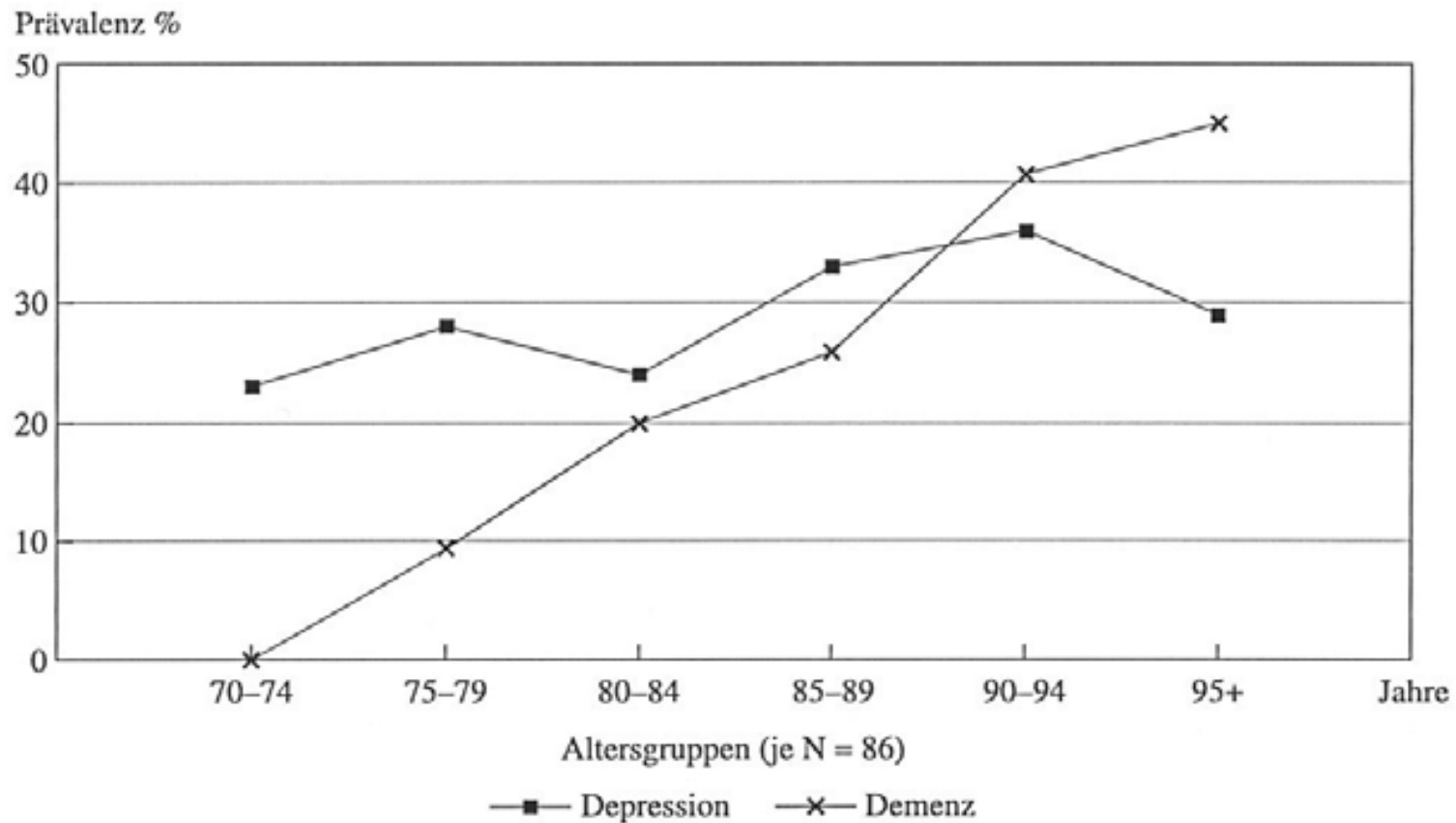
- ▶ Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- ▶ Hirninfarkt
- ▶ Diabetes
- ▶ Arthritis
- ▶ Osteoporose
- ▶ Erkrankungen des Stoffwechsel-/Hormonsystems
- ▶ Hypertonie
- ▶ Nierenerkrankungen

Alle genannten Krankheiten nehmen mit dem Alter zu.
Hieraus resultiert zwangsläufig ein Anstieg
der Multimorbidität mit dem Alter



Depression und Demenz

Berliner Altersstudie (N = 516)



Fallbeispiel

Frau S. erhält bei mittelgradiger Alzheimerkrankheit mit fassadenhaftem Überspielen eigener Defizite („meine Geldbörse wurde gestohlen“ statt „Vergessen des Aufbewahrungsorts“)

10 mg Donepezil und 40 mg Pipamperon.

Zusätzlich besteht eine bekannte Osteoporose

Sie stürzt.

Ein Schenkelhalsbruch führt ins Krankenhaus.

Nach der OP ist sie verwirrt und unruhig.

Sie erhält 100 mg Melperon.

Immobil und bettlägerig entwickelt Sie eine Pneumonie.

Ein Antibiotikum wird angesetzt. Zusätzlich trinkt sie nicht hinreichend.

Es kommt zur Dekompensation einer Niereninsuffizienz

. Die Exsikkose begünstigt wiederum die

Dekompensation der Demenz, was schließlich zur Aufnahme in ein Pflegeheim führt. Aufgrund der Immobilität entwickelt

Frau S. schon bald wieder weitere Erkrankungen und wird erneut in eine Klinik eingewiesen.

Medikation und ihre Folgen:

Negative „Behandlungskaskaden“

- ▶ AChI → Inkontinenz → anticholinerges Medikament

Gill et al., 2008 Int J Urol, Sakakibara et al., 2009, Arch Int Med

- ▶ AChI → Synkope, Bradykardie → Hüftfraktur

Gill et al., 2009 PLoS Med, Park-Wyllie et al., PLoS 2010

- ▶ Neuroleptika → Sturz → Schenkelhalsbruch
→ Pneumonie

Stürze als Multimorbiditätsfolge Prävention

Tinetti and Kumar, 2003, Cameron et al., 2010, Cochrane Reviews

- ▶ Medikationsreduktion
- ▶ Training
- ▶ Physiotherapie
- ▶ Katarakttherapie
- ▶ Vitamin D Gabe

Neuropsychiatrische Symptome (NPS) bei Demenz komplizieren die Multimorbidität

Beispiele:

Aggression, Agitation, Enthemmung, Irritierbarkeit,
Euphorie, Depression, Angst, Phobien,
Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Nächtliche
Verwirrtheit, Weinen, Unangemessenes Verhalten, sich
ständig wiederholendes Verhalten, Apathie,
Persönlichkeitsveränderungen, Unruhe, Herumlaufen,
Appetitveränderungen, Auffälligkeiten beim Essen,
Unkooperativität, Selbstgefährdung, Angst vor dem
Alleinsein, Verändertes Sexualverhalten

Psychosoziale Interventionen

- Lindern Symptome und reduzieren die Gabe von Antipsychotika um bis zu 50%
- ▶ Ein Angehörigentraining ist eine grosse Unterstützung für die Betreuenden. Zu den Inhalten zählen folgende Aspekte:
 - Ursachen für Symptome herausfinden (z.B. Bedürfnisse erspüren), einfühlsam reagieren, Schuldzuweisungen vermeiden („der Kranke hat immer recht“ - solange er sich und andere nicht gefährdet), Schwächen zu beider Vorteil nutzen, Humor zeigen
- ▶ Dieses und viele weitere Angebote gibt es z.B. in den Gedächtnissprechstunden oder bei den Alzheimergesellschaften
 - Individuelle Auswahl nach Interessen, Bedürfnissen und Verfügbarkeit

1. S3-Leitlinie „Demenzen“ Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) 11.2009
<http://www.dggpp.de/documents/s3-leitlinie-demenz-kf.pdf>

2. Liat Ayalon, PhD; Amber M. Gum, PhD; Leilani Feliciano, PhD; Patricia A. Area' n, PhD, Effectiveness of Nonpharmacological Interventions for the Management of Neuropsychiatric Symptoms in Patients With Dementia A Systematic Review. Arch Intern Med 2006 Nov 13; 166:2182-8

Pharmakologische Interventionen

- Sollten die psychosozialen Interventionen nicht helfen, ist die pharmakologische Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Symptomen in der Regel eine Aufgabe des Experten.

Zur Verfügung stehen unterschiedliche Klassen von Medikamenten:

Antidementiva

- **bei allgemeinen neuropsychiatrischen Symptomen**
- Cholinesterase-Hemmer: Donepezil, Galantamin, Memantin¹
- Phytotherapie: Ginkgo biloba Extrakt EGb 761®, allein oder mit Donepezil, weniger UAW als unter Placebo / Donepezil

Antipsychotika

- **bei Agitation, Hyperaktivität, Halluzination, Wahn**
- Risperidon, Aripiprazol (off-label) geringste Dosis, kleinster Zeitraum, u.a. ↑Risiko für extrapyramidalmotorisch und blutdruckregulationsbedingte Stürze

1. S3-Leitlinie „Demenzen“ Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) 11.2009
<http://www.dgppn.de/documents/s3-leitlinie-demenz-kf.pdf>

2. <http://www.kompendium.ch/MonographieTxt.aspx?lang=de&MonType=fi>

Pharmakologische Interventionen II

▶ Antidepressiva

- **bei Depression, Therapieversuch bei Angst**
- Vorwiegend Citalopram (auch off-label bei Unruhe) und Trazodon (sedierend z.B. bei Schlafstörungen)

▶ Benzodiazepine

- **bei Unruhe, nicht bei Angst**
- kurzfristige Anwendung in Ausnahmefällen
- längere $t_{1/2}$ im Alter, paradoxe Wirkung, Abhängigkeit, Entzugssymptome mit Delir, Muskelrelaxation und Atemdepression -> ↓Kraft und Ausdauer

Cave: häufigste Sturzursache bei Menschen mit Demenz

- Der Experte kann ggf. auf weitere Substanzen zurückgreifen, z.B. Carbamazepin.

Pharmakologische Interventionen III

- ▶ **Generell:** Vorsicht bei Anwendung von Medikamenten mit anticholinerger Nebenwirkung wie Trizyklika, klassische und atypische Neuroleptika, z.B. Olanzapin

- ▶ **Was tun im Notfall? Szenario Freitagabend, 17:00 Uhr**
 - Keine gute Zeit, ein neues Medikament zu starten, da es zu Nebenwirkungen kommen kann
 - Ein sachkundiger Facharzt, der sich mit der Behandlung von neuropsychiatrischen Symptomen auskennt, sollte als Ansprechpartner erreichbar sein:
 1. Ambulanz oder Arzt einer Fachklinik kontaktieren oder den Patienten einem Spezialisten vorstellen, der über das Wochenende Rückhalt gibt
 2. Einweisung
 3. Bei Niedergeschlagenheit, Depression (ohne Suizidalität) kann es ausreichen, wenn ein Angehöriger/Betreuer übers Wochenende bei dem Menschen bleibt. Am Montag dann Kontakt zu einem Spezialisten aufnehmen

Mögliche psychologische Genese berücksichtigen

Reduzierte Stresstoleranz

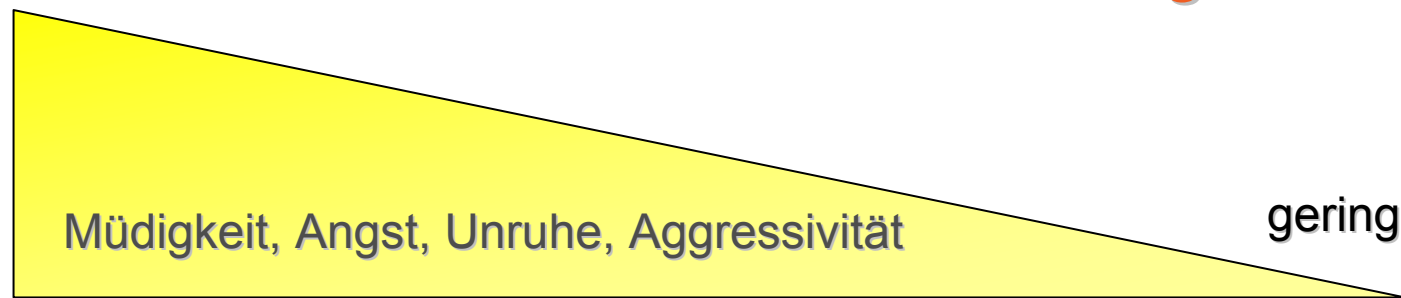
Ausstehende Bedürfnisbefriedigung (Hunger, Durst, etc.) bestimmen die NPS.

Auffällige Verhaltensweisen werden durch Response der Pflegenden verstärkt.



stark

Wahrnehmen ermöglichen



gering

Ungünstig

Vorteilhaft

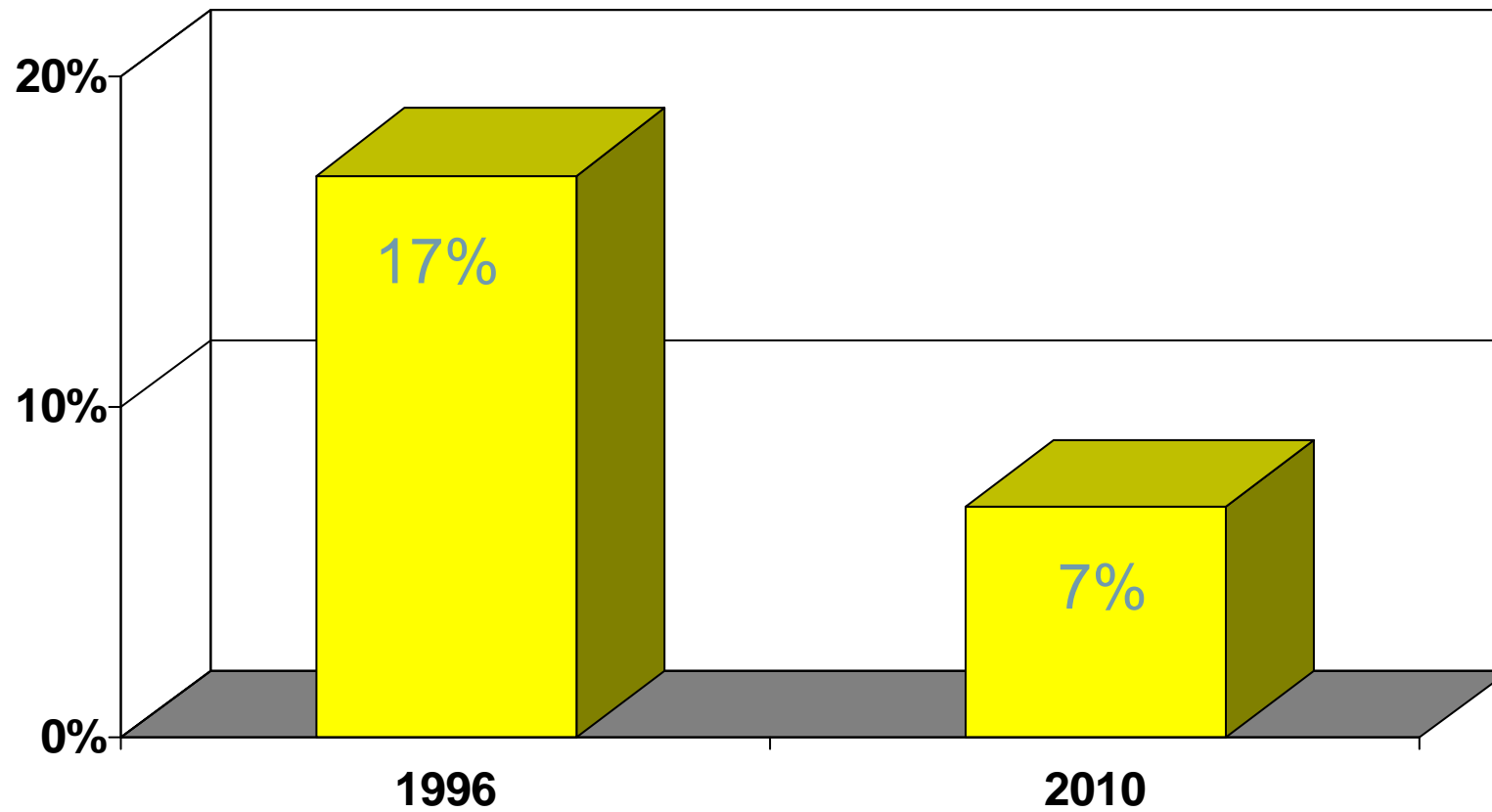
Licht	Dunkelheit	500 Lux in Augenhöhe, warme Lichtqualität
Wärme	Überhitzung, Unterkühlung	Ca. 23 Grad Celsius
Geruch	Unangenehme Düfte	Keine oder moderate angenehme Gerüche
Geräusch	Lärm	Ruhe



Alexianer
KRANKENHAUS MARIA-HILF
GMBH KREFELD

Wohin geht der Weg?

© Ihl, 2010



Anteil von Menschen mit 5 oder mehr Erkrankungen bei 58 bis 63-jährigen

Altersplanung

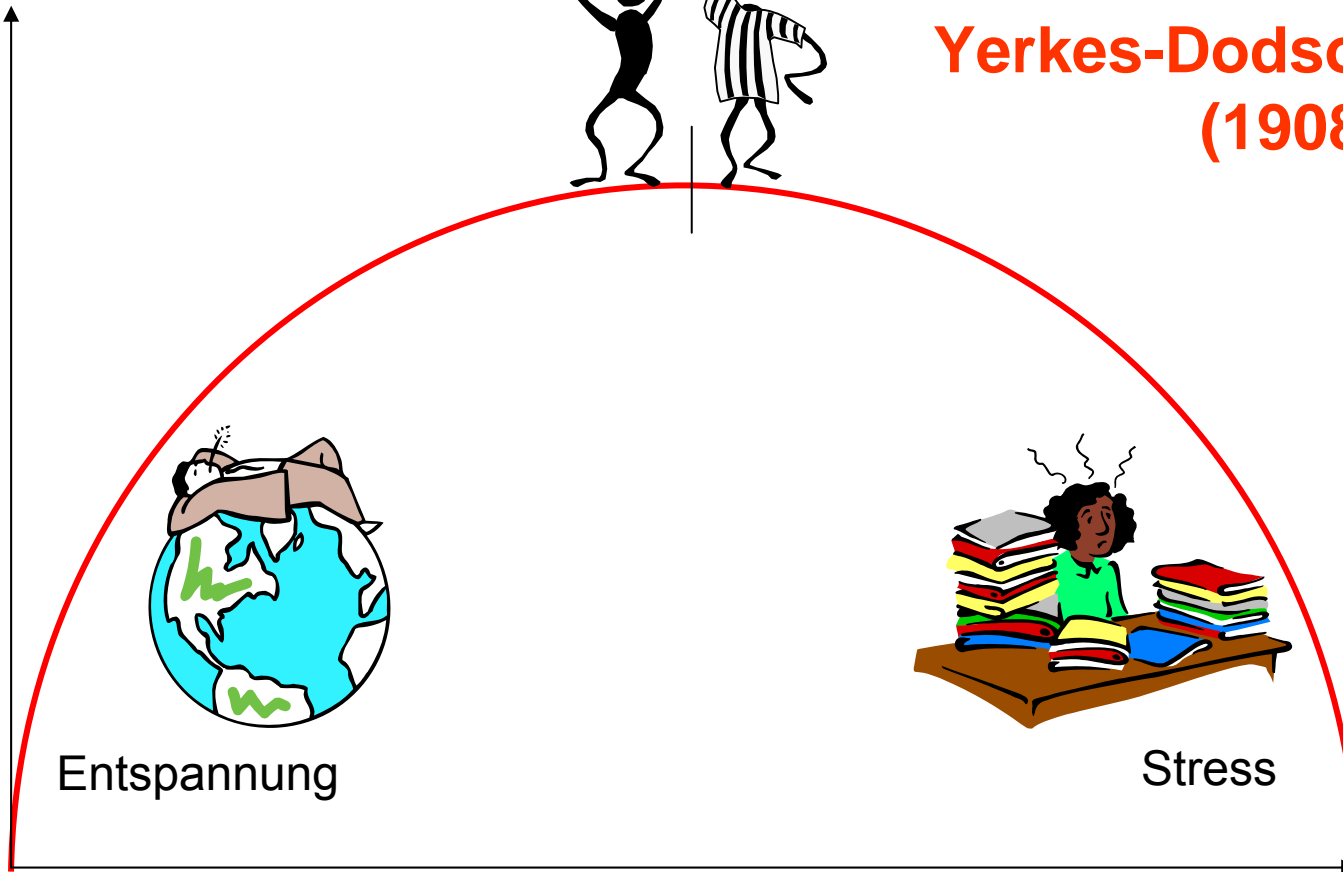
- ▶ Sei nett zu Deinen Kindern, sie suchen Dir Dein Altenheim aus!
- ▶ Neue Wohnformen, wie Hausgemeinschaften bieten erhebliche Vorteile.
- ▶ Rechtzeitige Planung spätestens in den Vierzigern hilft!

Prävention

Zur Zeit läßt sich die Demenz nicht verhindern.
Es gibt aber **Risikofaktoren** für Demenzen.
Werden sie beachtet, verringert sich das Risiko,
an einer Demenz zu erkranken



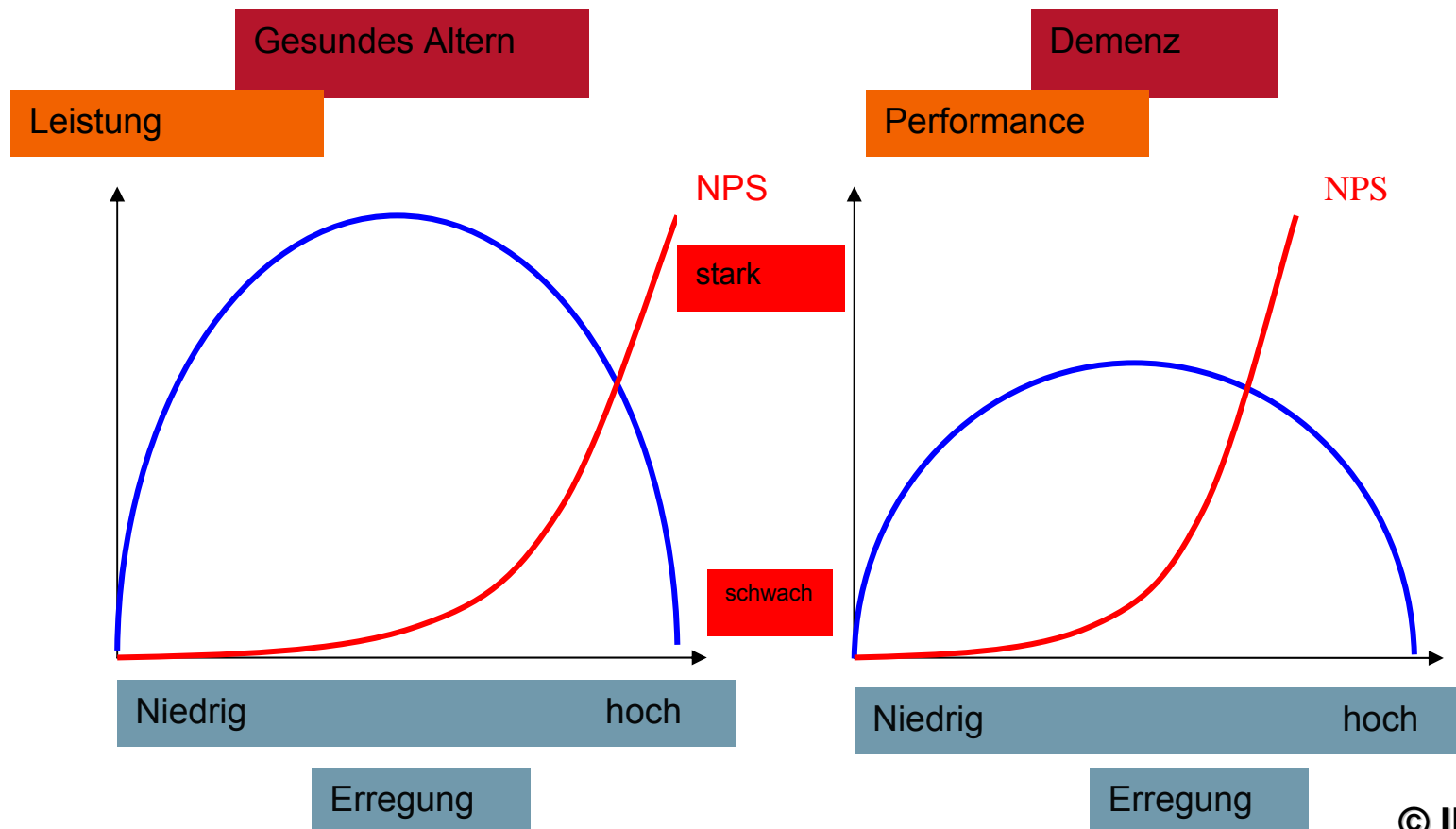
Leistung



**Yerkes-Dodson-Gesetz
(1908)**

Anspannung

Psychologische Hypothese NPS als Folge verminderter Stresstoleranz



Rauchen

- ▶ Anfangs dachte man: „Rauchen beugt vor“, denn es gab weniger Raucher unter den Alzheimerkranken
- ▶ Bei „genauerer Untersuchung“ stellte man fest, dass die Raucher verstorben waren, bevor sie Alzheimer bekommen konnten.
- ▶ **„Negative Vorbeugung!“**
- ▶ **Nichtrauchen beugt vor!**

Getränke: Alkohol

Wenig Alkohol

zwei Glas Wein/Woche senken das Risiko

Mehr Wein, Hochprozentiges und Bier erhöhen das Risiko

Getränke

Level	Getränk
1	Wasser
2	Milch mit niedrigem Fettanteil (1%) und zuckerfreie Sojagetränke
3	Kaffee und Tee ohne Zucker
4	Kalorienfreie Getränke mit Zuckerersatz
5	Getränke mit hohem Kalorieanteil und begrenzten Gesundheitsanteilen (Fruchtsäfte, Vollmilch, Limonaden mit Zucker und Honig; alkoholische und Sportgetränke),
6	Getränke mit hohem Zuckeranteil und niedrigem Nährwert (Soft drinks und andere Getränke mit erheblichem Zuckerzusatz wie Fruchtsäfte, mit Geschmacksstoffen angereichertes Wasser, Kaffee oder Tee)

Level 1 entspricht dem optimalen Getränk, Level 6 dem schlechtesten.

Rivera JA, Muñoz-Hernández O, Rosas-Peralta M, Aguilar-Salinas CA, Popkin BM, Willett WC; Comité de Expertos para las Recomendaciones. Beverage consumption for a healthy life: recommendations for the Mexican population] Salud Publica Mex. 2008 50:341-4

Grüner Tee

Höherer Konsum von grünem Tee ist beim Menschen mit einer geringeren Prävalenz für kognitive Störungen assoziiert.

N=1003, Selbstauskunftsfragebogen

Kuriyama S, Hozawa A, Ohmori K, Shimazu T, Matsui T, Ebihara S, Awata S, Nagatomi R, Arai H, Tsuji I. Green tea consumption and cognitive function: a cross-sectional study from the Tsurugaya Project 1. Am J Clin Nutr. 2006 83(2):355-61.

Bei Mäusen: Die Plaquebelastung war im Cingulus, Hippocampus, und im entorhinalen Kortex auf 54%, 43%, und 51% reduziert
Sarkosyl-lösliche phosphorylierte tau-Isoformen wurden unterdrückt

Rezai-Zadeh K, Arendash GW, Hou H, Fernandez F, Jensen M, Runfeldt M, Shytle RD, Tan J. Green tea epigallocatechin-3-gallate (EGCG) reduces beta-amyloid mediated cognitive impairment and modulates tau pathology in Alzheimer transgenic mice. Brain Res. 2008 12;1214:177-87.

Ω3-Fettsäuren

Epidemiologie

Canadian study on Health and aging und
Rotterdam study: Keine Effekte

Meta-analysen Hinweise

Beispiele: Fotuhi M, Mohassel P, Yaffe K. Fish consumption, long-chain omega-3 fatty acids and risk of cognitive decline or Alzheimer disease: a complex association. *Nat Clin Pract Neurol*. 2009 5(3):140-52.
Issa AM, Mojica WA, Morton SC, Traina S, Newberry SJ, Hilton LG, Garland RH, Maclean CH. The efficacy of omega-3 fatty acids on cognitive function in aging and dementia: a systematic review. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2006;21(2):88-96.

Studien Hinweise

Beispiele: Morris MC, Evans DA, Tangney CC, Bienias JL, Wilson RS Fish consumption and cognitive decline with age in a large community study. *Arch Neurol*. 2005 62(12):1849-53
Morris MC, Evans DA, Tangney CC, Bienias JL, Wilson RS Fish consumption and cognitive decline with age in a large community study. *Arch Neurol*. 2005 Dec;62(12):1849-53



Vitamine und Obst

Vitaminzufuhr (Cochrane-Review 2008)

Vorläufigen Ergebnissen zufolge steigerte Folsäure die Therapieresponse einer Therapie mit Cholinesteraseinhibitoren.

In einer anderen Studie fand sich, dass bei hohem Homocysteinlevel, die kognitive Funktion gesteigert werden konnte.

Für weiterreichende Aussagen wären mehr Studien erforderlich.

Obst (z. B. Ananas und Erdbeeren) und Gemüse beugen vor

Antioxidativa

Beispiel: Walnuss

- ▶ Walnüsse beinhalten einen hohen Antioxidativa-Anteil
- ▶ ICAD 2010: Abha Chauhan, New York, berichtete von geringerem Alzheimerisiko und erhöhter kognitiver Leistung bei Mäusen mit einer Diät, die auf den Menschen bezogen etwa 30 g Walnüsse am Tag beinhaltete

Vorbeugung: Gewicht

- ▶ Kalorienreduktion
- ▶ **Hilft vor** Beginn der Krankheit
- ▶ **Schadet nach** Beginn der Krankheit



Gustafson, 2008, Flöel, 2010,

Foto: aboutpixel.de/Yarik

Prävention

Körperliche Aktivität

- ▶ Körperliche Aktivität mindert das Demenzrisiko
- ▶ Megan Wraith and Arthur Riddle, 2008, ICAD: Trainieren gesunde Angehörige mit, bleibt die Teilhabe länger erhalten, es gibt weniger Stürze und mehr Unabhängigkeit
- ▶ Robin Honea et al., 2008, ICAD: Geringere Hippokampusatrophie bei trainierten Alzheimerkranken.

Prävention

Körperliche Aktivität

- ▶ An den meisten Tagen der Woche **30 min körperliche Aktivität** über die übliche Bewegung hinaus
- ▶ Für die meisten Menschen ist **mehr Aktivität hilfreicher**
- ▶ **Bei Übergewicht 60 min** Aktivität an den meisten Tagen ohne mehr zu essen
- ▶ Zur **Gewichtsreduktion 90 min** Aktivität an den meisten Tagen ohne mehr zu essen

Prävention

Schlafphasen



Eine kurze Schlafphase am Tag (<30 min) senkt das Risiko

Lange Tagesschlafphasen (z. B. 3 h) erhöhen das Risiko

WHO stellt Mitarbeitern in Genf Ruheräume zur Verfügung

Hilft Zähneputzen?

- ▶ 2355 Teilnehmer mit 60 und mehr Jahren
- ▶ Extremgruppenvergleich:
- ▶ hohe und niedrige Besiedlung der Zunge mit *Porphyromonas gingivalis*.
- ▶ Signifikant schlechtere Werte bei hoher Belastung
 - beim verzögerten Erinnern (OR 3.0) und
 - bei serieller Subtraktion (OR 2.0).
- ▶ Bestätigte sich auch nach Berücksichtigung einer sozialen Stratifizierung.

J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2009 Nov;80(11):1206-11. Epub 2009 May 5.

Periodontitis is associated with cognitive impairment among older adults: analysis of NHANES-III.

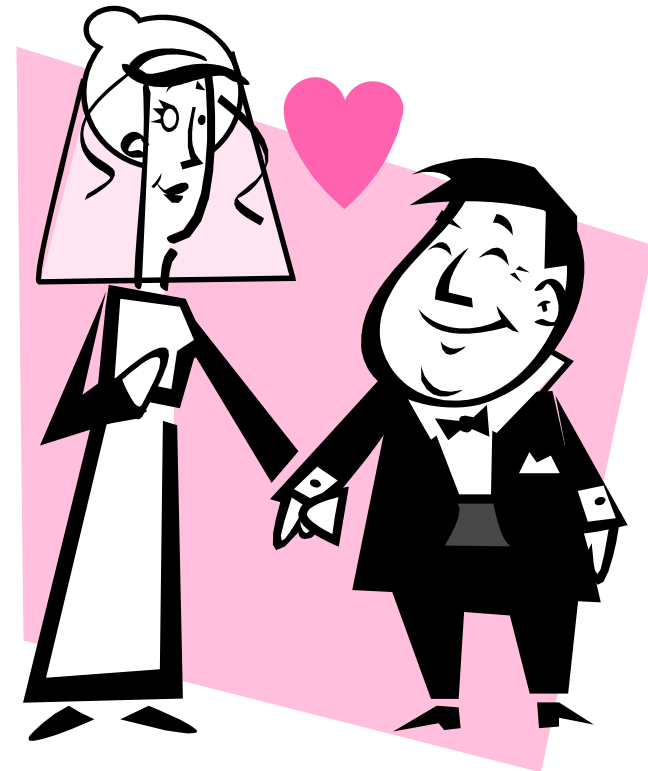
[Noble JM](#), [Borrell LN](#), [Papapanou PN](#), [Elkind MS](#), [Scarmeas N](#), [Wright CB](#).

Gertrude H Sergievsky Center, Columbia University Medical Center, New York, NY, USA. jn2054@columbia.edu



Vorbeugung Heiraten

- ▶ Hakanson et al., 2009
- ▶ Verheiratete haben nur ein Drittel des Demenzrisikos gegenüber Alleinstehenden



Schlussfolgerungen

- ✚ Multimorbidität nimmt mit dem Alter zu
- ✚ Mit dem Fortschritt der Medizin tritt sie später ein
- ✚ Multimorbidität kann zu negativen Behandlungskaskaden führen
- ✚ Das ärztliche Verhalten modifiziert Behandlungskaskaden
- ✚ Häufig verschlechtert sich die Gesamtlage des Menschen mit dem Auftreten von herausforderndem Verhalten bei Demenz
- ✚ Herausforderndes Verhalten bei Demenz ist behandelbar

Grundsätzlich gilt:

- ✚ Erkrankungsrisiken senken!



Alexianer
KRANKENHAUS MARIA-HILF
GMBH KREFELD



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!