

Alzheimerdemenz

Leitliniengerecht behandeln spart Kosten

Die leitliniengerechte Therapie mit Antidementiva wie Memantin kann die Nachfolgekosten einer Versorgung von Alzheimerpatienten senken. Zu diesem Schluss kamen Experten bei einem Pressegespräch anlässlich des diesjährigen DGN-Kongresses in Wiesbaden.

Eine Versorgungsanalyse der Barmer Ersatzkasse [1], die im Rahmen der Veranstaltung präsentiert wurde, untersuchte die Versorgungssituation von 35.684 Alzheimerpatienten. Anhand von anonymisierten Patientendaten wurden drei Behandlungsgruppen miteinander verglichen: Patienten unter Memantin-Therapie, Patienten ohne Arzneimittelbehandlung und Patienten, die eine Therapie mit Psychopharmaka oder Sedativa/Hypnotika (PHS) erhielten. Dabei lag das Augenmerk der Untersuchung insbesondere darauf, wie sich die Gesamtkosten aus den Bereichen Pflege, Arzneimittel, Klinik sowie Hilfs- und Heilmittelverbrauch verteilten.

Die Analyse ergab, dass in der Memantin-Gruppe mit 6.962€ die niedrigsten durchschnittlichen direkten Kosten entstehen (vs. 7.839€ in der Gruppe nicht behandelter Patienten und 10.725€ im PHS-Kollektiv). Ursache dafür waren die im Vergleich zu den beiden anderen Gruppen geringeren Pflege- und Klinikkosten.

Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass eine Therapie mit

Antidementiva wie Memantin nicht nur die gesundheitsökonomischen Kosten senken kann, sondern die so behandelten Patienten auch länger aktiv am Alltag teilhaben. Alltagstätigkeiten wie Aufstehen, Anziehen oder Essen fallen diesen Betroffenen leichter. Das entlastet nicht zuletzt die pflegenden Angehörigen.

Derzeit gelten rund 74% aller Demenzpatienten als therapeutisch unterversorgt. Sie erhalten trotz Empfehlung nationaler wie internationaler Leitlinien keine antidementive Behandlung. Wer eine schnellere Krankheitsprogression, frühe Klinik- und Pflegeheimweisungen, stark belastete Angehörige und hohe Folgekosten vermeiden wolle, müsse daran denken, alle therapeutischen Möglichkeiten auszuschöpfen, laute das abschließende Fazit. |UW|

1. Kiencke P et al. Eur J Health Econ 2010.

Quelle: Pressegespräch »Optimale Versorgung und Wirtschaftlichkeit in der Alzheimer-Therapie: Ein Widerspruch?« im Rahmen des DGN am 28. September in Wiesbaden. Veranstalter: Lundbeck GmbH

Ergänzende bilanzierte Diät mit Uridinmonophosphat

Kausaler Ansatz gegen Rückenschmerz & Co.

Der Nährstoff Uridinmonophosphat (UMP) wird als ursächlicher Behandlungsansatz gegen Schmerzen bei Wirbelsäulensyndromen, Polyneuropathien oder Neuralgien eingesetzt. Das Arzneimittel Keltican® N, das diesen Nährstoff enthält, ist seit Ende September nicht mehr verfügbar. Stattdessen ist weiterhin die ergänzende bilanzierte Diät Keltican® forte erhältlich, die neben UMP auch neurotrope Nährstoffe wie Vitamin B₁₂ und Folsäure beinhaltet.

Frühzeitig eingenommen kann UMP zu Schmerzlinderung und gesteigerter Mobilität beitragen und so das analgetische Spektrum ergänzen. Der körpereigene Bestandteil ist ein wichtiger Baustein der Ribonukleinsäure und unterstützt die Akti-

vierung physiologischer Reparaturvorgänge geschädigter Nerven. Da letztlich jeder wirbelsäulenbedingte Rückenschmerz mit einer Nervenreizung oder -schädigung verbunden ist, stellt UMP eine kausal wirksame Behandlungsmöglichkeit im Rah-

Morbus Parkinson

Transdermales Rotigotin verbessert motorische und nicht motorische Symptome

Lang wirksame Dopaminagonisten wie Rotigotin haben gerade bei älteren Parkinsonpatienten Vorteile: Sie sind gut verträglich, weisen ein geringes Interaktionspotential auf und verbessern die motorischen wie nicht motorischen Symptome der Erkrankung.

Der Wirkmechanismus von Rotigotin setzt direkt am Dopaminrezeptor an: Durch kontinuierliche Stimulation lässt sich die Halbwertszeit der Substanz verlängern und eine gleichmäßige Wirkung erzielen. Da der Dopaminagonist zudem Serotoninrezeptoren des Typs 1A aktiviert, kommt es im Verlauf der Erkrankung seltener zu Dyskinesien.

Die gleichmäßige Wirkung der Substanz gehe mit einem geringen Nebenwirkungs- und Interaktionspotential einher, erklärte Prof. Dr. med. Alexander Storch, Dresden, im Rahmen einer Presseveranstaltung anlässlich des diesjährigen DGN-Kongresses. Dies sei insbesondere für die oft multimorbiden älteren Patienten von Vorteil. Wie eine kontrollierte Studie der Parkinson Study Group zeigte, führt die Monotherapie mit Rotigotin zu signifikanten Verbesserungen der motorischen und alltagspraktischen Funktionen [1]. Die aktuelle doppelverblindete, placebokontrollierte RECOVER-Studie wies zudem positive Effekte des Wirkstoffs auf nicht motorische Symptome wie Schlafstörungen, Depression und Schmerz nach [2].

Da Rotigotin transdermal appliziert wird, eignet es sich gut für Patienten, die aufgrund von Schluckstörungen keine oralen Therapien einnehmen können. Auch in der perioperativen Versorgung stellt das Pflaster ein probates Mittel dar: In einer offenen, prospektiven Studie befanden 80% der befragten Anästhesisten, Neurologen und Patienten sowohl die Umstellung auf die Substanz als auch die Rückumstellung auf die Ausgangsmedikation als unkompliziert [3]. Dies ist vor allem vor dem Hintergrund relevant, dass sich bis zu 12.000 Parkinsonpatienten jährlich stationären Eingriffen unterziehen müssen und dabei ein erhöhtes Risiko für Rigidität, Schluckstörungen oder orthostatische Hypotension tragen.

Seit September 2011 ist transdermales Rotigotin unter dem Handelsnamen Leganto® auch von Bayer verfügbar. Der Wirkstoff ist zur symptomatischen Therapie des idiopathischen Morbus Parkinson im Frühstadium und in Kombination mit Levodopa während des Krankheitsverlaufs einschließlich der Spätstadien zugelassen. Weiterhin besteht eine Zulassung für das mittelschwere bis schwere Restless-Legs-Syndrom (RLS). |JS|

1. Parkinson Study Group. Arch Neurol 2003; 60: 1721-1728.
2. Trenkwalder C et al. Mov Disord 2011; 26 (1): 90-99.
3. Wüllner U et al. J Neural Transm 2010; 117: 855-859.

Quelle: Pressekonferenz »Neue Therapieoptionen von Bayer für Parkinson und Restless-Legs-Syndrom« im Rahmen des DGN-Kongresses am 28. September 2011. Veranstalter: Bayer Vital GmbH

men eines multimodalen Therapiekonzepts dar.

Die ergänzend bilanzierte Diät ist gut verträglich und muss nur einmal täglich eingenommen werden.

Quelle: Trommsdorff GmbH & Co. KG

Wearing-off bei Parkinson

Auch nach dem Honeymoon Symptome individuell verbessern

Mit dem Ende der symptomatisch gut kontrollierbaren »Honeymoon«-Phase wird die Therapie des Morbus Parkinson zunehmend zur Herausforderung: Bis zu einem Drittel der Betroffenen berichten unter konventioneller Levodopa-Therapie bereits nach neun Monaten über motorische wie nicht motorische Wearing-off-Symptome, die ihre Lebensqualität stark beeinträchtigen. Um solche Probleme im Therapieverlauf zu vermeiden gilt es, auf flexible Behandlungsoptionen mit möglichst konstanter Plasmakonzentration (z. B. Entacapon-optimiertes Levodopa/Carbidopa, LCE) zu achten, wurde im Rahmen eines Satellitensymposiums anlässlich des DGN-Kongresses 2011 festgestellt.

Das Wearing-off entsteht durch die zunehmende Degeneration der dopaminergen nigrostriatalen Neuronen. Da das Gehirn selbst auch immer weniger Dopamin speichern kann, wird die Konzentration des Neurotransmitters zunehmend vom Levodopa-Blutplasmaspiegel abhängig. Je unkontrollierter die Medikamente aber anfluten, desto stärker schwanken die Levodopa-Plasmaspiegel und damit auch die Konzentrationen des erzeugten Dopamins im Gehirn. Unter herkömmlichen Levodopa-Präparaten kommt es häufig zu tiefen Absenkungen des Levodopa-Plasmaspiegels, sogenannten »troughs«, die sich in späten Stadien der Erkrankung unmittelbar auf die Dopaminkonzentration im Gehirn auswirkten, erklärte Prof. Dr. Heinz Reichmann, Dresden, im Rahmen des Symposiums.

55 % der Patienten empfinden Wearing-off als größtes Problem

Patienten im Wearing-off leiden nicht nur unter einer Zunahme ihrer motorischen Symptomatik: Auch Schmerzen, Depressivität, Angst und kognitive oder vegetative Störungen können am Ende des regulären Dosisintervalls zunehmen. Da solche Symptomverschlechterungen oft mehrmals täglich vor Einnahme der nächsten Dosis auftreten, beeinträchtigen sie Lebensqualität und Alltagsfunktionen der Betroffenen erheblich. Es verwunderte daher kaum, so Reichmann, dass in einer Untersuchung mehr als die Hälfte der Patienten das Wearing-off noch vor Dyskinesien als das größte Problem im Rahmen der Levodopa-Therapie erachteten [1].

First-line-Option nach dem Honeymoon reduziert »Täler« im Plasmaspiegel

Wer nach Auftreten solcher Komplikationen weiter erfolgreich behandeln möchte, dem riet Reichmann zu Präparaten, die die Dopaminrezeptoren möglichst konstant stimulieren. Zur Therapie des Wearing-off zugelassen und in der Leitlinie der DGN als eine First-line-Option empfohlen ist die Kombination aus LCE (Stalevo®). Sie kann die Plasmahalbwertszeit von Levodopa verlängern und Plasmaspiegeltäler gegenüber konventionellem Levodopa deutlich verringern, wie höhere C_{min}-Werte in einer pharmakokinetischen Studie belegten [2]. Eine neuere Untersuchung zeigt darüber hinaus, dass LCE auch einen po-

sitiven Einfluss auf die nicht motorischen Wearing-off-Symptome der Erkrankung hat [3].

Da es Patienten mit Wearing-off häufig morgens schlechter geht als im Tagesverlauf, kann es ratsam sein, am Morgen eine höhere Levodopa-Dosis zu verwenden und diese in den weiteren Tagesdosen abzusenken, empfahl Reichmann. Bei einer an die individuellen Bedürfnisse des Betroffenen angepassten Behandlung hilft das breite Dosispektrum von LCE, das eine Auswahl von sechs Dosisstärken mit je 50, 75, 100, 125, 150 oder 200 mg Levodopa umfasst (Abb. 1).

Fragebogen unterstützt Früherkennung

Um Wearing-off-Symptome im Behandlungsalltag frühzeitig zu erkennen, hat sich der Einsatz des Wearing-off-Questionnaire mit 9 Items (WOQ-9) bewährt (s. Kasten). Dieser einfache, aber hochsensitive Fragebogen erfasst die wichtigsten motorischen wie nicht motorischen Symptome und lässt sich problemlos im Wartezimmer ausfüllen. Damit leiste das Screeninginstrument einen wichtigen Beitrag, erklärte Reichmann abschließend: Denn nur wenn das Ende des Honeymoons frühzeitig erkannt werde, könne die Therapie angepasst und die Lebensqualität der Patienten erhalten werden.

| Julia Schmidt |

1. Lieberman AN et al. Eur J Neurol 2004; 11 (Suppl 2): 109.
2. Kuoppamäki M et al. Eur. J Clin Pharmacol 2009; 65: 443-455.
3. Eggert K et al. J Neural Transm 2010; 117: 333-342.

Quelle: Symposium »Parkinson: neue Daten und Therapieoptionen« im Rahmen der 84. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) am 29. September 2011 in Wiesbaden. Veranstalter: Orion Pharma GmbH

*** TIPP ***

Den Wearing-off-Fragebogen WOQ-9 finden Parkinsonpatienten und ihre Angehörigen auch auf den Seiten des neuen Internetportals »www.wearingoff.de«. Ebenso wie das dort hinterlegte Symptom-Tagebuch lässt sich der Fragebogen online ausfüllen und ausgedruckt zur nächsten neurologischen Untersuchung mitbringen. Die neue Plattform bietet zudem zahlreiche Informationen rund um Morbus Parkinson und die Auswirkungen der Erkrankung auf das Leben.



Abb. 1: Prof. Dr. med. Heinz Reichmann, Dresden, erläutert das Dosispektrum von Entacapon-optimiertem Levodopa/Carbidopa.

Schwindel bei älteren Patienten: Nihilismus, Odyssee oder pragmatische Therapie?

Ein gewöhnlicher Fall aus der täglichen Praxis: Ein älterer Patient klagt beim Hausarzt über zunehmende Unsicherheit beim Stehen und Gehen, über ein »diffuses Gefühl« im Kopf, das ihm Angst macht. Der Hausarzt überlegt, ob er diese unpräzisen Angaben überhaupt ernst nehmen soll, überweist den Patienten aber dann doch zur genauen Abklärung an mehrere Spezialisten. Diese untersuchen ihn gründlich, finden aber nichts Auffälliges. Ein objektives Korrelat für die Schwindelbeschwerden fehlt. Zurück beim Hausarzt beruhigt dieser den Patienten, erklärt ihm, dass keine gefährliche Erkrankung vorliegt. Die Zeit vergeht, der Schwindel wird stärker und frequenter, er chronifiziert. Der Patient muss sich mit dieser Situation abfinden und verlässt aus Unsicherheit und Angst vor Stürzen nur noch selten sein Zuhause. Immobilisation und soziale Isolation sind vorgezeichnet.

Während der vergleichsweise harmlose akute einseitige Labyrinthausfall eine dramatische Symptomatik zeigt und den Arzt zu sofortigem Handeln – meist mit Klinikeinweisung – veranlasst, wird der Schwindel im Alter allzu häufig bagatellisiert. Warum? Der bei Senioren typische unsystematische Schwindel hat meist multifaktorielle Ursachen und beginnt eher schleichend. Über eine längere Zeitdauer, oft über Jahre, entwickelt sich eine zunehmende Taumeligkeit mit Steh- und Gehunsicherheit. Viele Betroffene sehen im Schwindel – solange die Ausprägung moderat bleibt – eine scheinbar normale Erscheinung des Alters und erwähnen ihn beim Arztbesuch entweder gar nicht oder nur beiläufig. Daher nehmen viele Ärzte den Altersschwindel als subjektive Empfindung der Patienten auch nicht so ernst wie etwa einen objektivierbaren Bluthochdruck. Dabei können die Folgen bei einem Sturz mit Oberschenkelhalsbruch und anschließender Bettlägerigkeit ebenso fatal sein wie bei einem Schlaganfall oder Herzinfarkt.

Der ältere Mensch ist prädestiniert für Schwindel

Die zunehmende Lebenserwartung führt zu immer mehr alten Menschen mit physiologischen und teilweise auch krankheitsbedingten Alterungsprozessen. Grundsätzlich kommt es beim Älterwerden zu einer Veränderung der Regulation der meisten Organe. Im Bereich des Nervensystems nimmt der zerebrale Blutfluss um 15 – 20 % ab, die Ner-



venleitgeschwindigkeiten verlangsamen sich, die Reaktionszeit nimmt zu und es erfolgt ein kontinuierlicher Abbau der neuronalen Strukturen, so *Dr. Klaus Sallach*, Facharzt für Neurologie, Gelsenkirchen. Daher haben bis zu 70 % der Älteren in unterschiedlicher Weise Probleme mit dem Gleichgewicht. »Bei Patienten über 75 Jahre stellt Schwindel das häufigste Symptom überhaupt dar«, betont *Prof. Dr. Ingo Füsgen*, Lehrstuhlinhaber für Geriatrie der Universität Witten/Herdecke.

Auch die beiden Gleichgewichtsorgane selbst bleiben von einer verminderten Durchblutung und Störungen der Reizaufnahme nicht verschont. Geschieht dies verstärkt nur auf einer Seite, sind die Auswirkungen meist gravierender. Darüber hinaus vermindern altersbedingte Veränderungen am Auge die

räumliche Auflösung. Augenerkrankungen, wie etwa eine Makuladegeneration, eine diabetische Retinopathie oder eine Katarakt, verschärfen diese mangelnde visuelle Kontrolle noch zusätzlich. Auch das propriozeptive System, d. h. Oberflächen- und Tiefensensibilität, ist im Alter beeinträchtigt – vor allem im Rahmen einer diabetischen Polyneuropathie.

Weiterhin führen krankheitsbedingte Alterungsprozesse im Gehirn, wie Bluthochdruck, Arteriosklerose, Mikroangiopathie oder Demenz, zu einer zusätzlichen Störung der Signalverarbeitung. In der Summe resultiert daraus ein multisensorisches Defizit mit individuell unterschiedlicher Ausprägung. Wer früher sein Gleichgewichtsorgan gut trainiert hat, kann die altersbedingten Defizite besser kompensieren, so *Dr. Frank Waldfahrer*, Oberarzt an der HNO-Klinik der Universität Erlangen.

Schwindelgedächtnis speichert die Symptomatik

Unter dem Begriff »Schwindel« werden von den Patienten sehr unter-



Prof. Dr. med. Ingo Füsgen, Lehrstuhl für Geriatrie der Universität Witten/Herdecke: »Im fortgeschrittenen Alter kann Schwindel durch die Sturzgefahr massive Auswirkungen haben. Patienten, die sich selbst für sturzgefährdet halten oder es tatsächlich sind, werden zunehmend ängstlicher. So können gerade ältere Menschen – wenn man der Erkrankung ihren Lauf lässt – unwiderruflich bettlägerig oder hospitalisiert werden. Das geht in der Regel dann auch in einen allgemeinen Abbau der Persönlichkeit über.«



Dr. med. Klaus Sallach, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Klinische Geriatrie, Gelsenkirchen:

»Schwindelattacken sind meist mit massiven Emotionen, vor allem mit Angst, verbunden. Wir wissen, dass das emotionale Gedächtnis bei ähnlichen Ereignissen sehr schnell auf vergangene Lebenssituationen reagiert. Um eine Chronifizierung mit dem entsprechenden Vermeidungsverhalten zu verhindern, ist eine frühzeitige Therapie ganz wichtig.«

schiedliche Missempfindungen subsumiert, die im englischen Sprachraum mit dem Wort »Dizziness« deutlich klarer zum Ausdruck kommen. Bei den älteren Menschen löst dieser Zustand in der Regel Angstgefühle aus. Sie bemerken, dass ihr Körper nicht mehr in gewohnter Weise reagiert.

Dauret das Schwindelgefühl längere Zeit an, prägt es sich im Gedächtnis ein und chronifiziert. Im Bereich des zentralen Nervensystems existiert ein »zentraler Speicher«, der die eingehenden Impulse der unterschiedlichen Rezeptoren mit den zu erwartenden Bewegungen abgleicht und vergleicht, so Dr. Sallach. Bei einer Kongruenz entsteht eine Raumkonstanz und bei Inkongruenz ein Schwindel. In diesem Zusammenhang ist eine Habituation im Bereich der zentralen Speicher plausibel erklärbar. Zudem werden in den Strukturen und Bahnen des Zerebellums und der Basalganglien motorische Programme und automatisierte Bewegungsabläufe gespeichert. Ebenfalls von Bedeutung sind Stell-, Haltungs- und okuläre Reflexe mit Verbindungen zum Gleichgewichtssystem. Daher ist bei ungenügenden oder gar ausbleibenden Kompensationsmechanismen von einer mangelnden Bewältigung der mit dem Schwindel einhergehenden physischen und psychischen Symptome auszugehen.

Durch vestibuläres Training und verhaltenstherapeutische Interventionen kann ein »Schwindelgedächtnis« zwar wieder gelöscht werden. Dies bedarf jedoch eines hohen Zeitaufwands.

Frühzeitige Therapie verhindert Chronifizierung

Die Experten aus den Bereichen Geriatrie, Neurologie und Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde sind sich einig: Da sich Schwindel ähnlich dem Schmerz in einer Art »Gedächtnis« einprägt, sollte die Therapie so schnell wie möglich beginnen. Nur so lässt sich verhindern, dass der Schwindel mit fortschreitender Dauer chronifiziert und zu einer Immobilisation und einem Abgleiten in die soziale Isolation des Betroffenen führt. Eine Odyssee von Facharzt zu Facharzt mit entsprechend langen Wartezeiten ist zu vermeiden. Eine zielgerichtete Anamnese mit den vier wesentlichen Fragen nach Art des Schwindels, zeitlicher Charakteristik, Begleitsymptomen und Auslösefaktoren gibt dem Hausarzt als Erstbehandler meist schon genügend Sicherheit für seine Therapie. Dabei sollten lebensbedrohliche Ereignisse, wie z. B. ein Schlaganfall, durch eine einfache neurologische Untersuchung ausgeschlossen werden. »Wir wissen aus Studien«, so Prof. Füsgen, »dass es bei vielen Patienten ohnehin nicht gelingt, eine genaue diagnostische Zuordnung zu treffen«.

Als pragmatischer Goldstandard zwischen Nihilismus und Odyssee hat sich insbesondere bei älteren Patienten eine Kombination von langfristiger medikamentöser Therapie und

speziellem Gleichgewichtstraining bewährt. Vielfach wird dieses Training auch erst durch eine sinnvolle Medikation möglich. Das einzige Präparat auf dem deutschen Markt, das seine Wirksamkeit in zahlreichen randomisierten, kontrollierten Doppelblindstudien [1, 2, 3] und letztlich in einer Metaanalyse [4, 5] mit dem höchsten Evidenzgrad Ia nachweisen konnte, ist Arlevert[®], erklärt Dr. Waldfahrer. Entscheidender Vorteil dieser Fixkombination aus 20 mg Cinnarizin und 40 mg Dimenhydrinat ist die breite Wirksamkeit, sowohl auf der peripheren Ebene der Reizbildung im Gleichgewichtsorgan als auch der zentralen Reizverarbeitung im Gehirn. Dies kommt den verschiedenen Ursachen des Schwindels im Alter und der damit verbundenen Schwierigkeit einer genauen Abgrenzung sehr entgegen. Durch die gegenüber den Einzelsubstanzen wesentlich niedrigere Dosierung ist eine Sedierung – wie Studien [6, 7, 8] gezeigt haben – nicht zu erwarten, und die wichtigen zentralen Kompensationsmechanismen werden nicht gestört. Eine Langzeittherapie ist daher problemlos möglich. Sie ist auch im Sinne der älteren Patienten zu fordern, um deren Autonomie möglichst lange zu bewahren und den Leidensdruck so gering wie möglich zu halten.

| Norbert Mittermaier |



Dr. med. Frank Waldfahrer, Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Oberarzt an der HNO-Klinik der Universität Erlangen:

»Schwindel im Alter ist ein multifaktorielles Geschehen. Viele Auslöser sind kurativ nicht auszuschalten. Im Vordergrund der Behandlung steht daher ein aktives vestibuläres Training sowie die Langzeittherapie mit einem geeigneten Antivertiginosum wie Arlevert[®]. Sedierende Medikamente sind ebenso wie Betahistin zur Behandlung des Schwindels im Alter kontraindiziert.«

Literatur:

1. Cirek et al. Clin Drug Invest 2005; 25: 377-389.
2. Pytel et al. Clin Ther 2007; 29: 84-98.
3. Hahn et al. Clin Drug Invest 2011; 31: 371-383.
4. Schremmer et al. Clin Drug Invest 1999; 18: 355-368.
5. Schremmer et al. Publikation in Vorbereitung.
6. Schneider et al. Int J Clin Pharmacol Ther 2003; 41: 171-181.
7. Philipova et al. Int J Clin Pharmacol Ther 2004; 42: 218-231.
8. Scholtz et al. Publikation in Vorbereitung.

Mit freundlicher Unterstützung von Hennig Arzneimittel, Flörsheim

Interview mit Dr. Viola Andresen, Hamburg

Prucaloprid: Auch bei älteren Patienten sinnvoll

Vor allem ältere Patienten leiden unter chronischer Obstipation, die mit Symptomen wie Völlegefühl, Bauchschmerz oder Blähungen einhergeht. Welche Ursachen der Obstipation zugrundeliegen, wie die Diagnostik erfolgen sollte und welche Vorteile die Therapie mit dem neuen Prokinetikum Prucaloprid bietet, erörterte Dr. Viola Andresen im Rahmen eines Interviews.



▲ Dr. Viola Andresen

Wie ist eine Obstipation definiert?

Früher wurde die Obstipation in erster Linie anhand der Frequenz der Stuhlentleerung definiert. Patienten definieren Obstipation jedoch vorwiegend über die typischen Symptome mühsame Stuhlentleerung, harter Stuhl, häufiges Gefühl eines vollen Bauchs und unvollständige Entleerung. Viele Patienten setzen an manchen Tagen mehrfach kleine Mengen harten Stuhls ab. Deshalb wird die allein auf der Stuhlfrequenz basierende Definition zunehmend zugunsten einer Definition verlassen, bei der unter anderem die Stuhlkonsistenz berücksichtigt wird und die mit den von den Patienten angegebenen Symptomen besser korreliert. Mit den Rom-III-Kriterien von 2006 steht uns ein nützliches Instrument zur Definition der sogenannten funktionellen Obstipation zur Verfügung, das unter anderem folgende Kriterien berücksichtigt: Starkes Pressen bei der Defäkation, harter oder klumpiger Stuhlgang, Gefühl der inkompletten Entleerung, Gefühl der anorektalen Blockierung, manuelle Unterstützung der Stuhlentleerung, weniger als drei Stuhlentleerungen pro Woche, kein weicher Stuhlgang ohne Laxanzien.

Welche speziellen diagnostischen Maßnahmen empfehlen Sie?

Mit speziellen Verfahren kann man die verschiedenen Formen der Obstipation besser unterscheiden und den Schweregrad erfassen. Hierzu gehören beispielsweise eine gezielte Stuhlanamnese, gegebenenfalls ergänzt durch ein Stuhlprotokoll, sowie eine rektale Untersuchung mit Überprüfung der Sphinkterfunktion. Danach sind weitere Verfahren denkbar, wie eine Bestimmung der Kolontransitzeit oder

verschiedene manometrische Untersuchungen. Wichtig sind dabei einerseits der Ausschluss möglicher Grunderkrankungen und andererseits die Unterscheidung zwischen einer Stuhlentleerungsstörung und einer transitabhängigen Obstipation.

Wann setzen Sie Laxanzien ein?

Wenn die bekannten Basismaßnahmen bei Patienten mit transitabhängiger Obstipation nicht wirken, sollten Laxanzien eingesetzt werden. Zunächst sind dabei osmotisch wirkende Substanzen wie Polyethylenglykol-Trinklösungen sinnvoll. Aber auch stimulatorisch wirkende Laxanzien wie Bisacodyl oder Natriumpicosulfat sind wirksam, gehen jedoch oft mit krampfartigen Beschwerden einher. Sind Laxanzien nicht ausreichend wirksam, sollten Prokinetika wie Prucaloprid eingesetzt werden. Bei Stuhlentleerungsstörungen können Abführzäpfchen und Klysmen hilfreich sein sowie Biofeedbacktraining bei der funktionellen Form. Bei strukturellen Entleerungsstörungen sind gelegentlich operative Maßnahmen indiziert.

Wie wirken Prokinetika wie Prucaloprid?

Prucaloprid ist ein selektiver Serotonin(5-HT₄)-Rezeptoragonist mit hoher Affinität, dies erklärt seine prokinetischen Wirkungen im Gastrointestinaltrakt. In Tierexperimenten verursachte Prucaloprid so genannte Giant Migrating Contractions (GMC). Diese entsprechen beim Menschen den Massenbewegungen im Kolon. Sie stellen die wichtigste vorwärts gerichtete Kraft zur Darmentleerung dar.

Im Vergleich zu älteren Wirkstoffen der Substanzklasse, wie Tegaserod und Cisaprid, die aufgrund von kardiovaskulären Nebenwirkungen

nicht mehr verfügbar sind, wirkt Prucaloprid sehr selektiv auf den 5-HT₄-Rezeptor. Diese hohe Selektivität vermindert das Risiko für Nebenwirkungen durch unspezifische Wechselwirkungen an anderen Rezeptoren.

Gibt es Hinweise auf kardiovaskuläre Effekte von Prucaloprid?

In den Zulassungsstudien traten bei Anwendung von Prucaloprid keine kardiovaskulären Nebenwirkungen auf. Insbesondere fand sich in einer speziellen placebokontrollierten EKG-Rhythmus-Studie kein Anhalt für einen Einfluss von Prucaloprid auf die Dauer der QT-Zeit.

Innerhalb des Studienprogramms wurden auch zwei Studien mit älteren Betroffenen durchgeführt. Kann Prucaloprid auch bei sehr betagten Menschen eingesetzt werden?

Prucaloprid ist für die symptomatische Behandlung chronischer Verstopfung bei Frauen ohne Altersbegrenzung bestimmt, bei denen Laxativa keine ausreichende Wirkung erzielen. Die normale Dosierung beträgt 2 mg/Tag. Bei Patienten ab 65 Jahren beträgt die Anfangsdosis 1 mg/Tag, später kann ggf. auf 2 mg/Tag erhöht werden. Bei Patienten mit starker Beeinträchtigung der Leber- oder Nierenfunktion sollte die Dosis auf 1 mg/Tag eingestellt werden.

Vielen Dank für das Gespräch.

Kontakt:

Dr. Viola Andresen, MSc
Israelitisches Krankenhaus
Orchideenstieg 14
22297 Hamburg
E-Mail: v.andresen@ik-h.de

Neu im Netz

**Relaunch des Patientenportals
»www.leben-mit-parkinson.de«**

Ein einfacher Aufbau, große Menüpunkte, klare Navigation und gut strukturierte Inhalte – diese Punkte zeichnen die modernisierte Website »www.leben-mit-parkinson.de« aus. Sie bietet nicht nur Menschen mit Parkinson, sondern auch deren Angehörigen, Pflegern und anderen Interessierten wichtige Informationen zum Umgang mit der Erkrankung. Antworten zu den häufigsten Fragen rund um Parkinson sowie praktische Tipps und Tricks für den Alltag lassen sich leicht finden und können in Textform ausgedruckt oder mittels Audio-Funktion vorgelesen werden. Auf diese Weise erzielt die Internetplattform eine stärkere Orientierung an den Bedürfnissen der Besucher und bereitet solide Informationen in einem altersgerechten und barrierefreien Format auf.

Quelle: Lundbeck GmbH

Mobile Kommunikation für Senioren

Neue »Easy to use«-Handys vorgestellt

Der österreichische Hersteller und Entwickler von Mobiltelefonen für Senioren Bea-fon präsentiert im Rahmen der diesjährigen IFA seine neuesten Entwicklungen. Die Handys für die ältere Generation zeichnen sich durch eine einfache, verständliche Bedienung, klares Design und funktionale Sicherheitsoptionen wie GPS-Ortung aus.

Bereits rein äußerlich unterscheiden sich die Senioren-Modelle von herkömmlichen Telefonen: Sie haben größere Tasten und Displays und sind mit besonders lauten Tönen ausgestattet, die sich auch für die Nutzung mit Hörgeräten eignen. Alle Modelle verfügen zudem über eine Notruf-Funktion. So kann durch das Betätigen einer bestimmten Taste ein Notruf an fünf voreingestellte Nummern abgesetzt werden – beispielsweise an Angehörige oder Pflegepersonal. Besonders modernen Rentnern bieten einige der Handys über die Basisfunktionen hinaus zudem eine Kamera, Bluetooth und MMS.

Quelle: Bea-fon mobile GmbH

Fachgesellschaften beziehen Stellung

**Neuen Gerinnungshemmer Dabigatran
nicht voreilig absetzen**

Die aktuelle Diskussion um Todesfälle im Zusammenhang mit dem Gerinnungshemmer Pradaxa® (Dabigatran) hat Patienten wie Behandler verunsichert. Die Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft, die Deutsche Gesellschaft für Neurologie und die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung sowie die Deutsche Herzstiftung e.V. raten nun, eine Behandlung mit der Substanz fortzusetzen und Änderungen der Medikation nur nach enger Absprache mit dem behandelnden Arzt vorzunehmen.

In einem »Rote-Hand-Brief« hatte der Hersteller Ende Oktober vor Komplikationen unter der Therapie mit dem direkten Thrombinantagonisten Pradaxa® gewarnt, die vor allem bei älteren Patienten mit schwer eingeschränkter Nierenfunktion auftreten. Dass die Substanz bei Patienten mit Nierenfunktionsstörungen (Kreatinin-Clearance unter 30 ml/min) kontraindiziert ist, geht bereits aus der Fachinformation des Medikaments hervor. Nach zahlreichen Medienberichten zu Todesfällen unter Dabigatran hatte die europäische Arzneimittelbehörde den Hersteller jedoch aufgefordert, noch einmal ausdrücklich auf dieses Risiko hinzuweisen.

Nach ausführlicher Prüfung der Datenlage warnen die wissenschaftlichen Fachgesellschaften vor übereilten Therapieänderungen. Sie kommen zu dem Schluss, dass die Rate tödlicher Blutungen nach aktuellen Berichten bei 0,063% liegt (63 Pati-

enten je 100.000 pro Jahr) und damit fast viermal geringer ausfällt als in der Zulassungsstudie RE-LY prognostiziert. Im Vergleich dazu wäre bei einer Therapie mit Marcumar eine Blutungsrate von 0,33% (330 je 100.000 Patienten pro Jahr) zu erwarten.

Zudem gehe die Substanz der Studienlage nach nicht mit einer höheren Herzinfarktrate einher. Patienten, die auf Gerinnungshemmer angewiesen sind, sollten Ihre Therapie daher unbedingt weiterführen. Eine Änderung der Medikation darf nur in enger Absprache mit dem behandelnden Arzt vorgenommen werden.

Hinsichtlich der Überwachung der Nierenfunktion teilen die Fachgesellschaften die Auffassung der Gesundheitsbehörden. Auf mögliche Beeinträchtigungen der Nierenfunktion gelte es vor einer Behandlung mit Dabigatran und auch im Zeitverlauf strikt zu achten.

Quelle: Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft

Hersteller warnt

Cipramil® steht mit dosisabhängiger QT-Intervall-Verlängerung in Verbindung

In einem Rote-Hand-Brief warnt der Hersteller, dass Cipramil® mit einer dosisabhängigen QT-Intervall-Verlängerung in Zusammenhang gebracht wird. Cipramil® (Citalopramhydrobromid/Citalopramhydrochlorid) ist ein selektiver Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI), der zur Behandlung von depressiven Erkrankungen sowie Panikstörungen mit und ohne Agoraphobie eingesetzt wird.

Die Maximaldosis von Citaloram wurde laut Aussagen des Herstellers auf 40 mg täglich gesenkt. Bei älteren Patienten und Patienten mit eingeschränkter Leberfunktion beträgt sie

20 mg am Tag. Kontraindiziert ist Citalopram bei Patienten mit bekannter QT-Intervall-Verlängerung oder angeborenem Long-QT-Syndrom. Zudem ist eine gleichzeitige Komedikation

mit Präparaten, die bekannterweise das QT-Intervall verlängern, nicht angezeigt.

Der Hersteller rät zudem zu einem vorsichtigen Umgang mit dem Wirkstoff bei Patienten, die ein erhöhtes Risiko für eine Torsade-de-Pointes-Tachykardie aufweisen, z.B. bei denen mit Herzinsuffizienz, kürzlichem Myokardinfarkt, Bradyarrhythmien oder einer aufgrund von Begleiterkrankungen oder Komedikation bestehenden Neigung zu Hypokaliämie oder Hypomagnesiämie.

Quelle: Lundbeck GmbH

Einfache Diagnose – schwierige Langzeittherapie

Therapieproblem Augmentation bei RLS

Augmentation ist eine der gravierendsten Nebenwirkungen jeder dopaminergen Therapie. Am häufigsten tritt sie unter L-Dopa auf (ca. 60%) [1]. Aus diesem Grund empfehlen die DGN-Leitlinien, die Tagesdosis 200–300 mg von L-Dopa nicht zu überschreiten. Seltener tritt eine Augmentation bei einer Therapie mit Dopaminagonisten auf. Bisher einmalig sind prospektive Langzeitdaten über fünf Jahre zu geringen Augmentationsraten bei der Therapie mit transdermalem Rotigotin. Darüber sowie über den Stellenwert von Dopaminagonisten als Therapieempfehlung der ersten Wahl bei mittelschwerem RLS sprachen wir mit Frau Prof. Dr. Karin Stiasny-Kolster, Marburg.



▲ Prof. Dr. Karin Stiasny-Kolster, Marburg

Die neuen Leitlinien zu RLS empfehlen ab mittelschwerem RLS Dopaminagonisten als Therapie der ersten Wahl. Warum?

Dopaminagonisten wurden speziell bei Patienten mit mittelschwerem oder schwerem RLS untersucht und haben sich in diesen Studien bewährt. Für L-Dopa gibt es keine Studien, die sich auf bestimmte Schweregrade beziehen. Die praktische Erfahrung zeigt aber, dass L-Dopa bei Patienten mit leichteren oder intermittierenden RLS-Symptomen gut wirkt. Patienten mit mittlerer oder schwerer Symptomatik profitieren von Dopaminagonisten.

Können Dopaminagonisten auch zur Vermeidung oder Verminderung von Augmentation als Therapie der ersten Wahl empfehlenswert sein?

Augmentation führt zu einem verfrühten Auftreten der RLS-Symptome am Abend oder Nachmittag und/oder zu einer Verstärkung und Ausbreitung der Symptomatik auf andere Körperteile. Diese unerwünschte Wirkung tritt unter Dopaminagonisten seltener auf als unter L-Dopa. Neuere Langzeitstudien, welche die Augmentation nach klar definierten Kriterien erfassen, bestätigen diesen Vorteil der Dopaminagonisten.

Im Rahmen einer offenen Phase-II-Folgestudie über fünf Jahre [2] trat nur bei 5,1% der Patienten, die eine zugelassene Dosis des Dopaminagonisten Rotigotin (z. B. Neupro®) erhielten, eine klinisch relevante Augmentation auf. Was bedeutet das für die Verordnung?

Diese lange Studiendauer ist einzigartig. Deshalb ist die geringe Augmentationsrate von 5% vielversprechend.

Augmentationen traten hauptsächlich in den ersten beiden Jahren auf, danach gab es kaum noch Neumanifestationen. Dies ist eine gute Nachricht für RLS-Patienten, die auf eine langfristige Behandlung angewiesen sind. Das Rotigotin-Pflaster war insgesamt gut verträglich. Die in der Studie am häufigsten aufgetretenen unerwünschten Ereignisse waren Übelkeit, Müdigkeit, Kopfschmerzen und Reaktionen an der Applikationsstelle. Deshalb ist vorbeugend eine wechselnde Applikationsstelle zu empfehlen.

Und wie bewerten Sie die Wirksamkeit von Rotigotin, transdermales System?

Alle Studien mit Rotigotin bestätigen eine sehr gute Wirksamkeit. Patienten mit mittelschwerem und schwerem RLS erreichten eine signifikante Symptomreduktion. Bei der höchsten zugelassenen Dosierung von Rotigotin (3 mg/24 h) waren fast ein Drittel aller Patienten (31,3%) nach sechs Monaten symptomfrei [4].

Neue Daten einer offenen Langzeitfolgestudie belegen, dass die Wirksamkeit von Rotigotin über mindestens

fünf Jahre erhalten bleibt [2]. Zu Beginn der offenen Studie lag der IRLS-Durchschnittswert im Mittel bei 28 Punkten. Bei 59% der in der Studie verbleibenden Patienten verbesserte sich der durchschnittliche IRLS-Wert auf neun Punkte und bei 39% betrug dieser sogar null. Das heißt, zwei von fünf Studienteilnehmer hatten keine Beschwerden mehr und einer von fünf nur noch eine leichte Symptomatik. Auch die subjektiv berichtete Schlafqualität der Patienten hatte sich über die Studiendauer im Durchschnitt deutlich verbessert. Vergleichbare Daten liegen für andere Dopaminagonisten nicht vor.

Das Interview führte Simone Reisdorf, Erfurt-Linderbach.

Literatur:

1. Garcia-Borreguero et al. Sleep Medicine 2007.
2. Oertel et al. Lancet Neurol 2011; 10 (8): 710-720.
3. Fachinformation Neupro® Februar 2011.
4. Trenkwalder et al. Lancet Neurol 2008; 7: 595-604.

Kontakt:

Prof. Dr. Karin Stiasny-Kolster
 Fachärztin für Neurologie mit der Zusatzbezeichnung Schlafmedizin und Somnologie
 Praxis für Schlafmedizin, Ambulantes Schlaflabor
 Marburger Str. 9a
 35043 Marburg

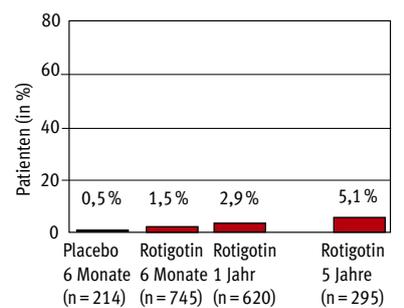


Abb. 1: Rotigotin – klinisch signifikante Augmentation im zugelassenen Dosisbereich [2, 3]

Interview im Rahmen des Symposiums »RLS – mehr als nur Schlafstörungen« am 11. November 2011 in Mannheim im Rahmen des DGSM-Kongresses

Preisverleihung

Mit silbergrauem Haar in der »Süße des Lebens«

Der mit 25.000€ dotierte SilverStar-Förderpreis ist ein wichtiger Bestandteil der Initiative »Unsere Zukunft wird älter. Zeit zu handeln« der Berlin-Chemie AG. Dabei soll »SilverStar« an die silbergraue Haarfarbe im Alter erinnern und möchte die Lebensqualität von Diabetikern verbessern. Erstmals erhielt den ersten Preis und damit 15.000€ das Theaterstück »Die Süße des Lebens«, ein Projekt der CURA Unternehmensgruppe und des Galli Businesstheaters. Den zweiten Preis teilen sich zwei Projekte: das Diabetikersportprogramm »Difima – Diabetiker fit machen« und »DiaKoPf – Diabetologische Kompetenz in Pflegeeinrichtungen« der Sana Klinik Oldenburg. Sie erhielten je 5.000€ Preisgeld.

Insgesamt reichten 43 Initiativen, Selbsthilfegruppen, Kliniken und Praxen Projekte ein. Der Preis soll von nun an jährlich vergeben werden (www.silverstar-preis.de).

Mit direkter Zielgruppenansprache »Messen, Spritzen, Essen« überzeugte das Theaterstück »Die Süße des Lebens«. Denn Patienten und Angehörige nehmen über die emotionale Ebene eher Informationen auf, können sich austauschen und – so berichten die Akteure – »gehen nach der Vorstellung meist lebens-

bejahend und sogar tanzend wieder nach Hause.«

»Difima – Diabetiker fit machen« wurde von *Detlev Kraft* in Zusammenarbeit mit dem Sportstudionetzwerk INLINE und der Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Sport der Deutschen Diabetes-Gesellschaft entwickelt. Difima ist ein 6-Wochen-Programm, das vor allem auf den »Geschmack am Sport« bringen soll. »Die zeitlich begrenzte Aktion senkt für Diabetiker die Hemmschwelle, sich in ein Fitness-Studio zu begeben«, so *Detlev*

Kraft. Die Teilnehmer stellen schnell fest, wie gut ihnen Bewegung tut, und führen das Programm häufig auch nach Kursende weiter.

Ein sektorenübergreifendes Versorgungskonzept, in dessen Zentrum eine Diabetes-Nurse als Ansprechpartnerin und Multiplikatorin fungiert, führte im Therapie- und Schulungszentrum für Diabetologie der Sana Klinik Oldenburg zu deutlichen Verbesserungen der Workflows und zu einem besseren Umgang der Patienten mit der Erkrankung. Der ganzheitliche Ansatz führt nicht nur zu einer besseren Lebensqualität der Bewohner, er führt auch zu mehr Zufriedenheit der Pflegekräfte, berichtete Projektleiter *Lars Hecht*.

Jury-Mitglied *Dr. Dr. Andrej Zeyfang*, Geriater aus Stuttgart, erinnerte daran, wie sehr mancher Senior damit kämpft, nur eine einzige Tablette aus dem Blister zu drücken und wie wertvoll dann professionelle Hilfe ist.

| Dr. med. Nana Mosler |

Quelle: Förderpreis der Berlin-Chemie AG »SilverStar – Aktiv für ältere Patienten« am 11. November 2011 in Berlin im Rahmen der 5. Herbst-Tagung der Deutschen Diabetes-Gesellschaft (DDG)

Neue Studiendaten zur Therapie der überaktiven Blase

Fesoterodin auch bei älteren Patienten wirksam und verträglich

Das Antimuskarinikum Fesoterodin (Toviaz®) kann bei älteren Patienten mit überaktiver Blase die Drangsymptomatik und Miktionshäufigkeit im Vergleich zu Placebo signifikant verbessern. Das zeigen aktuell die Ergebnisse der SOFIA-Studie (Study of Fesoterodine in an Aging Population), die im Rahmen der 63. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU) in Hamburg vorgestellt wurden.

Imperativer Harndrang, Dranginkontinenz, Pollakisurie oder Nykturie – gerade ältere Menschen leiden an den Symptomen der hyperaktiven Blase. Für sie sind die Auswirkungen der Erkrankung oft besonders schwerwiegend: Denn Senioren leiden nicht nur an der sozialen Isolation, sondern sind durch die häufige Komorbidität mit Gangstörungen zudem besonders sturzgefährdet.

Etablierte Therapieformen der Blasenstörung wie eine Behandlung mit Antimuskarinika sind im Alter problematisch. Da die lipophi-

len Wirkstoffe die Blut-Hirn-Schranke passieren, können sie sich auf das ZNS auswirken und zu Gedächtnisstörungen und Demenz führen.

Weniger Drang, geringere Miktionsanzahl

Wie die aktuellen Ergebnisse der SOFIA-Studie zeigen, beeinträchtigt die Einnahme von Fesoterodin, einem nur geringfügig liquorgängigen Antimuskarinikum, die kognitive Leistungsfähigkeit älterer Patienten praktisch nicht. Die insgesamt 24-wöchige Studie mit 12-wöchiger doppelblinder, pla-

cebokontrollierter Phase (n = 794) und anschließender 12-wöchiger Open-Label-Phase (n = 654) untersuchte die Wirksamkeit und Verträglichkeit der Substanz (4 bzw. 8 mg) bei Patienten über 65 Jahren. Das Ergebnis: Die Häufigkeit der Drangepisoden nahm ab (3,5 Ereignisse vs. 1,9 Placebo) und auch die Anzahl der Miktionen sank signifikant (1,9 vs. 0,9 Placebo). Zwei Drittel der Patienten berichteten zudem über eine empfundene Verbesserung des Blasen Zustands.

Im Gegensatz zu den meisten Antimuskarinika kam es unter Fesoterodin darüber hinaus nicht zu klinischen zentralnervösen Nebenwirkungen. Die Substanz stelle folglich eine sichere und wirksame Therapieoption gerade für ältere Patienten dar, so das Fazit der Referenten. | JS |

Quelle: Meet-the-Experts »Die Therapie der überaktiven Blase: (K)eine Frage des Alters?« am 15. September 2011 im Rahmen der 63. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Urologie in Hamburg. Veranstalter: Pfizer Deutschland GmbH

LITERATUR

S. Schmidt, M. Döbele

Demenzbegleiter. Leitfaden für zusätzliche Betreuungskräfte in der Pflege

1. Auflage 2010, Springer-Verlag, Berlin, 195 Seiten, € 19,95
ISBN-13 978-3-642-04859-3

Der Gesetzgeber hat mit dem § 87 b SGB XI die Voraussetzungen für zusätzliche Betreuungsangebote in Pflegeheimen insbesondere für Menschen mit Demenz geschaffen. Diese Angebote sollen durch zusätzliche Betreuungskräfte erbracht werden. Richtlinien zu Aufgaben und Qualifikation dieser Personen hat der GKV-Spitzenverband der Pflegekassen am 19.08.2008 beschlossen. Mit Simone Schmidt und Martina Döbele haben zwei Expertinnen aus der Pflege nun ein Buch geschrieben, das gezielt die Helfer bei ihrer wichtigen Arbeit unterstützen soll. Doch kann dieses Buch »der Begleiter für Begleiter« sein, wie es der Rückentext prägnant behauptet?

Um diese Frage wirklich beantworten zu können, muss zunächst die Zielgruppe bedacht werden: Adressaten sind eben nicht die pflegerischen oder therapeutischen Berufsgruppen, sondern fachfremde Personen, die durch zwei insgesamt dreiwöchige Praktika und ein mindestens 160-stündiges Curriculum im Wesentlichen für Assistenz Tätigkeiten qualifiziert werden. Ein Buch für diese Leser muss sehr praxisnah aufgebaut sein, Orientierung auch für problematische Situationen bieten, medizinisch-pflegerische Grundlagen vermitteln, aber auch die Grenzen ihrer professionellen Möglichkeiten aufzeigen.

Diese Anforderungen erfüllt der »Demenzbegleiter« jedoch nur bedingt. Die einleitenden Kapitel zur Demenz und weiteren psychischen Erkrankungen sind an vielen Stellen zu kompliziert geschrieben, schlecht gegliedert, an einigen Stellen selbst mit Wohlwollen zumindest missver-

ständlich formuliert. Ein Beispiel findet sich gleich auf S. 3:

»Im Gegensatz zur Altersdemenz tritt die Alzheimer-Krankheit schon vor dem 60. Lebensjahr auf und wird deshalb auch als präsenile Form bezeichnet. Die Demenz vom Alzheimer-Typ, also die präsenile und die senile Form, machen zusammen bis zu 70% der Demenzen aus.«

Ähnlich verhält es sich mit den Anmerkungen zum Delir, die so knapp und unverständlich formuliert sind, dass kein Helfer auf Grund dieser Beschreibung den Notfall Delir erkennen wird. An dieser Stelle ist nicht nur den Autorinnen, sondern ebenso dem Lektorat der Vorwurf mangelnder Sorgfalt zu machen. Ungünstig ist der didaktische Aufbau: Fachtermini werden nicht immer erklärt, wenn aber, dann farbig markiert und in einem Glossar am Ende des Buchs erläutert, was den Lesefluss unnötig stört. Das Kapitel »Umgang mit demenzen Menschen« ist eines der besseren, weil es praxisorientierter aufgebaut ist, bspw. konkrete Hinweise gibt, wie die Kontaktaufnahme mit einem Bewohner gestaltet werden kann. Allerdings hätten der Thematik ein paar zusätzliche Seiten gut getan; unterschiedliche Anforderungen an die Kommunikation in unterschiedlichen Krankheitsstadien hätten sich dann klarer herausarbeiten lassen. Hauptaufgabe der Assistenzkräfte ist die Begleitung, Aktivierung und sinnvolle Beschäftigung von Menschen mit Demenz. Das entsprechende Kapitel vermag jedoch nicht zu überzeugen. Allein schon die Orientierung an den »Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des Lebens« nach Krohwinkel ist ungünstig, weil viele Beschäftigungsangebote natürlich mehrere Aktivitäten oder Erfahrungen ansprechen. Die Ausführungen sind für Laien mitunter schwer verständlich; es fehlen Beispiele. Das Curriculum zur Qualifizierung der zusätzlichen Betreuungskräfte verlangt u. a. auch Kenntnisse weiterer Alterserkrankungen, der Pflege und Dokumentation, der Ernährung, der Ersten Hilfe und der Rechtskunde. Schmidt und Döbele arbeiten diesen Anforderungskatalog gewissenhaft, gelegend-

lich jedoch unnötig detailliert ab. So sind Grundzüge einer ausgewogenen Ernährung sicher wichtig, doch wozu muss eine Assistentkraft den Body-Mass-Index oder den Energiebedarf berechnen können? Im Anhang finden sich u. a. die MMSE sowie das Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI). Insbesondere das CMAI wäre verzichtbar gewesen, zumal nirgendwo im Buch auf diese Skala verwiesen wird. Die Aufnahme eines Biographiebogens hätte wesentlich mehr Sinn gemacht.

So kommen die Rezensenten – Neuropsychologe und Altenpflegerin – aus ihrer jeweiligen fachlichen Perspektive zur selben Bewertung: Ein »Begleiter für Begleiter« kann dieser Leitfaden leider nur begrenzt sein. Es bleibt zu hoffen, dass praxisnähere Veröffentlichungen folgen werden, die den zusätzlichen Betreuungskräften ihre oft schwierige Tätigkeit erleichtern.

Dr. phil. Dipl.-Psych. Gernot Lämmler
Tatjana Strom
Forschungsgruppe Geriatrie der Charité
Universitätsmedizin Berlin
am Evangelischen Geriatriezentrum Berlin gGmbH
Reinickendorfer Str. 61
13347 Berlin
E-Mail: gernot.laemmler@charite.de

kurz berichtet...

Neue Ausgabe des Sana Blaubuchs erschienen

Deutschland ist auf dem Weg zum Viel-Generationen-Land. Immer mehr Ältere und Hochbetagte leben mit Jüngeren und Jungen zusammen. Die Medizin schlägt eine wichtige Brücke zwischen den Generationen.

In der neuen Ausgabe stellt sich das Sana-Blaubuch der Herausforderung, über die Frage zu schreiben: Was braucht der Mensch an den Grenzen des Lebens? Egal, ob hochbetagt oder als frühgeborener Mensch. Welche Zukunftskonzepte nutzen diesen Patienten und wie verbinden sich diese zu einer Medizin des Lebens? Die moderne Medizin ist besser denn je in der Lage, die Grenzen des Lebens zu erweitern. Für das aktuelle Blaubuch wurden daher Menschen und Orte aufgesucht, wo der rasante Fortschritt diese Grenzen verschiebt, wo aber auch mit Respekt und Würde vor den Grenzen des Lebens gehandelt wird. Im Mittelpunkt des Blaubuchs stehen deshalb innovative Therapiekonzepte sowie medizinische Möglichkeitsräume der Gegenwart.

Quelle: Sana Kliniken AG