



EDITORIAL

Liebe Leserin, lieber Leser,

die Sprech- und Schluckstörungen bei Demenz wurden bisher kaum untersucht und sind im Bewusstsein der Ärzte nicht verankert. Ganz anders sieht es für die Betreuer aus: Sie müssen tagtäglich Misstrauen und Missverständnisse aushalten, die durch die fehlende Kommunikationsfähigkeit der Kranken entstehen. Ein handfestes pflegerisches Problem sind die Schluckstörungen. Für die Betreuer bedeutet es, dass trotz der langwierigen Prozedur des Fütterns dreimal am Tag Unterernährung und Austrocknung drohen, zudem besteht auch die Gefahr der Lungenentzündung durch Verschlucken. Bei beiden Störungen können durch spezialisierte Therapeuten die verbliebenen Fähigkeiten lange aufrechterhalten werden. Doch diese Therapieoptionen sind vielen Ärzten nicht bekannt und eine flächendeckende Versorgung mit entsprechenden Spezialisten ist (noch) nicht erreicht. Ein weiteres Problemfeld für die Angehörigen sind die Rechtsfragen. Welche Ansprüche existieren gegenüber den Kranken- und Pflegekassen? Wie ist das mit dem Betreuungsrecht? Diese Fragen versucht das ZfD mit einer praxisorientierten Broschüre zu beantworten. Diese Tipps sollen dazu beitragen, dass auch die Angehörigen es ein bisschen leichter haben – für ein lebenswertes Morgen!

Angelika Ramm-Fischer, Zukunftsforum Demenz

NEWS Letter

9. WORKSHOP IN BAD NAUHEIM

Schluck- und Sprachstörungen bei Demenz

Nicht mehr schlucken und nicht mehr sprechen zu können – eine erschreckende Vorstellung, die leider für viele Demenzkranke zur Wirklichkeit wird. Sprech- und Schluckstörungen sind Problemfelder bei Demenz, die nur selten zur Sprache kommen und von der Wissenschaft noch nicht bearbeitet werden. Umso mehr ein Grund, diese für die Lebensqualität der Patienten so wichtigen Störungen zum Thema des 9. Workshops des Zukunftsforum Demenz zu machen, der von Professor Ingo Füsgen in Bad Nauheim geleitet wurde.

Beim Demenzkranken können sowohl Sprach- als auch Sprechstörungen auftreten. Als Sprachstörung steht beim Demenzkranken ein Sprachverfall im Rahmen des hirnanorganisch-geistigen Abbaus im Vordergrund. Aber auch Sprechstörungen, die als Dysarthrie oder Dysarthrophonie bezeichnet werden, finden sich beim Dementen. Damit sind gestörte Lautgebung (Artikulation), Atmung und Stimmgebung gemeint. An einer Sprach- und/oder Sprechstörung zu leiden, stellt unabhängig vom Krankheitsbild der Demenz eine starke psychische Belastung dar, die mit Minderwertigkeitsgefühlen und Depressio-

9. Workshop des
Zukunftsforum
Demenz in Bad
Nauheim



Der Sprudelhof in Bad Nauheim

nen einhergeht. Je weiter eine Demenz fortschreitet, umso stärker treten diese Störungen auf. Die Menschen vergessen, wie man Sätze und Worte bildet, können Gegenstände und Personen nicht mehr benennen, weichen beim Reden zunehmend in Allgemeinplätze aus: „Das Ding da drüben“, „Jaja, das ist so“, „Du weißt schon...“. Diese fehlende Fähigkeit zur Kommunikation lässt die Demenzkranken ängstlich, einsam und misstrauisch werden. Da Sprachstörungen häufig erstes Anzeichen einer beginnenden neurologischen Erkrankung sind, kommt dieser Form der Kommunikationsstörung auch große diagnostische Bedeutung zu. Dr. Markus Gress-Heister, Schulungsleiter für Logopäden, Kaiserslautern,



Typische Sprachauffälligkeiten demenzieller Syndrome

Frühes Krankheitsstadium	Frühes Krankheitsstadium II	Mittleres Stadium	Endstadium
<ul style="list-style-type: none"> • langsames Sprechen • Wortfindungsstörungen • Benennstörungen • den „roten Faden“ verlieren • Vergessen des Dialog-themas • häufiges Wiederholen ganzer Satzphrasen (Perseverationen) • Störungen des Text-verständnisses • „Konkretismus“, d. h. alles wird wörtlich verstanden 	<ul style="list-style-type: none"> • Reduktion komplexer sprachlicher Ausdrucksmittel und -verfahren <ul style="list-style-type: none"> – mehr Aktiv als Passiv – Gliederungssignale, z. B. Stimme senken am Satz-ende • gestörtes Eingehen auf den Kommunikationspartner • kommunikative „Fertigware“ • Anpassungen <ul style="list-style-type: none"> – lineare Reihungen – grammatische Reduktionen 	<ul style="list-style-type: none"> • ansteigende Anzahl von Wiederholungen <ul style="list-style-type: none"> – Satzphrasen, Worte, Silben • weniger Präpositionen • Wahl semantisch unpräziser Wortformen bzw. Prototypen • Störungen im Hörverstehen • Wiederholung der letzten Äuße-rung des Gesprächspartners (Satz, Wort, Silbe [Intrusion]) • Reduktion grammatischer Mittel auf das gerade notwendige Maß 	<ul style="list-style-type: none"> • dramatische Einbrüche in Sprachproduktion und -rezeption • Echolalie • Mutismus (Verstummen) <p>Aber auch:</p> <ul style="list-style-type: none"> • scheinbar korrekte Sprachproduktion (phonologisch und syntaktisch), jedoch ohne Inhalte (sog. „leere“ Dialoge)

Bitte beachten! Leistungen von Demenzpatienten sind stark abhängig von:

- emotionalem Zustand
- allgemeinem Aktivationsniveau

Quelle: Dr. M. Gress-Heister, Kaiserslautern

hat diese vielfältigen diagnostischen Möglichkeiten bei diesem Workshop in Bad Nauheim systematisch veranschaulicht. Vor allem machte er darauf aufmerksam, dass sich in einem gestützten, offenen Gespräch Defizite wie Wortfindungsstörungen, Reduktion der sprachlichen Ausdrucksmöglichkeiten oder des Sprachflusses besser feststellen lassen als in einem strikten klassischen Arzt-Patienten-Interview. Wie sich diese diagnostischen Erkenntnisse in eine individuelle Therapie umsetzen lassen, machte Erika Sinz, Diplompädagogin aus der Geriatrischen Klinik in Velbert-Nevigés, deutlich. Sie zeigte an Beispielen aus ihrer Berufspraxis, welche Möglichkeiten existieren und welche Erfolge sich bei Demenzkranken mit Sprech- bzw. Sprachstörungen erzielen lassen, vor allem in der Kombi-

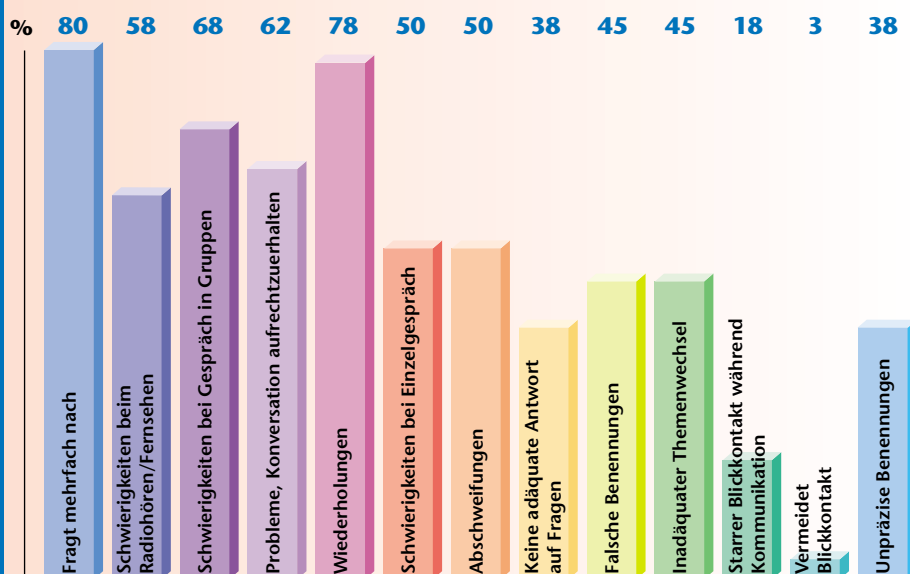
nation aus aktivierenden Antidementiva und einem individuellen Übungsprogramm. „Demenzkranken sind häufig apathisch. Um sie zum Mitmachen jedweder Art von Trainingsmaßnahmen zu bringen, sind Antidementiva mit einer antriebssteigernden Wirkung, z. B. mit dem Wirkstoff Memantine, günstig“, ergänzte der Moderator Professor Ingo Füsgen, Spezialist für Alterskrankheiten aus Wuppertal. Bei diesen Sprachtrainings, z. B. ASTRAIN (Alzheimer-Sprach-Training), werden Lesen und Schreiben ebenso geübt wie die Sprache selbst. Professor Gerhard Köpf von der LMU München berichtete auf dem Workshop, dass die Teilnehmer an diesem von ihm entwickelten Sprachtrainingsprogramm zum Beispiel analog zu „Ottos Mops hopst ...“ (ein Gedicht von Ernst Jandl) dichten „Hermanns

Hamster hastet ...“ oder in Wortspielen zum Beispiel Lautwerte von Zahlen und Buchstaben zusammensetzen, wie 3st = drei-st oder Sch0er = Sch-null-er.

Alzheimer-Kranke vergessen auch, wie man schluckt, bzw. können die entsprechenden Muskeln nicht mehr richtig koordinieren (immerhin sind am Schluckakt etwa 50 gepaarte Muskeln beteiligt). Entsprechend oft weigern sich die Kranken zu essen oder verschlucken sich häufig, was mit schweren gesundheitlichen Risiken, z. B. dem einer Lungenentzündung durch Speisereste (Aspirationspneumonie), verbunden sein kann. Und Schwierigkeiten beim Schlucken können natürlich auch zu einer Unterversorgung mit Flüssigkeit und Nährstoffen führen.

Dr. Martin Jäger, leitender Arzt des geriatrischen Schwerpunkts am Krankenhaus Mosbach, stellte die diagnostischen Möglichkeiten bei Schluckstörungen von Demenzen dar. Wichtig ist hier die klinische Aufmerksamkeit, denn Symptome wie häufiges „Sich-Verschlucken“ oder Räuspern können auf eine Schluckstörung hinweisen. Auch apparative Möglichkeiten stehen bei der Diagnostik zur Verfügung, z. B. die Videoendoskopie, die Dr. Jäger ebenfalls vorstellte. Als nahtlose Weiterführung berichtete Tanja Rittig, Schlucktherapeutin am Klinikum Karlsbad-Langensteinbach, welche pflegerischer Aufwand bei Schluckstörungen notwendig ist, aber auch, welche praktischen Möglichkeiten sich hier bieten. Wichtig war Frau Rittig vor allem, dass Schlucktherapie als Team-Aufgabe begriffen wird, in die auch die Angehörigen mit einge-

Kommunikationsstörungen bei demenziellen Syndromen



nach Powell, 1995

bunden werden sollten. Zu diesem Gesamt-Behandlungsteam gehören Ärzte, Therapeuten, Pfleger, Sozialarbeiter und ganz wesentlich die Betreuer, meist die Angehörigen der Kranken. Diesen pflegenden Betreuern – seien es Pflegekräfte oder Angehörige – fällt ein wesentlicher Part in der Schlucktherapie zu: das Essen einzugeben (der Volksmund sagt „füttern“). Denn schlucken können heißt noch lange nicht selbstständig essen können – auch das haben die Demenzkranken häufig verlernt. Das zubereitete Essen richtig einzugeben will aber auch gelernt sein, damit der Kranke es überhaupt schlucken kann.

Essregeln bei Schluckstörungen

1. Gute Sitz- und Kopfhaltung
2. Ort der Nahrungsaufnahme so reizarm wie möglich gestalten
3. Nicht mit dem Patienten während des Essens „plaudern“
4. Dem Patienten Zeit lassen zum Essen
5. Nur kleine Bissen und Schlucke eingeben. Nachschlucken lassen
6. Gut kauen lassen, auf Mundschluss beim Schlucken achten
7. Der Mund muss leer sein, bevor eine neue Portion eingenommen wird
8. Mundpflege nach jedem Essen
9. Der Patient soll mindestens 20 Min. nach der Nahrungsaufnahme sitzen bleiben, um das Risiko der Aspiration von pharyngealen Resten zu minimieren

Quelle: T. Rittig, Karlsbad-Langensteinbach

Fazit: Sprechstörungen können als erster Hinweis auf eine Erkrankung auftreten oder in Abhängigkeit von der Form der Demenz auch erst sehr spät erscheinen. Gleiches gilt für die Schluckstörung. Das grundsätzliche Verständnis dieser Funktionsstörungen im Verlauf der Erkrankung liegt bei den Fachleuten vor, doch fehlt derzeit die konsequente Umsetzung im Sinne von Diagnostik und Therapie in der täglichen Praxis.

IMPRESSUM

Herausgeber: Zukunftsforum Demenz
Health Care Relations
Postfach 11 13 53
60048 Frankfurt
E-Mail: hcr@merz.de

Redaktion: A. Ramm-Fischer

Kreation/DTP: H•W•Consult GmbH
60489 Frankfurt

AKTUALISIERTE BROSCHÜRE „DIE RECHTE DER KRAKEN- UND PFLEGEVERSICHERTEN“

Kleiner Wegweiser durch den Paragraphen-Dschungel – jetzt neu!



Die jüngste Gesundheitsreform hat auch den Demenzkranken und ihren Angehörigen einige Änderungen gebracht. Vor allem bei der gesetzlichen Krankenversicherung hat sich im Bereich Zahlungen seit dem 1. Januar 2004 einiges verändert. Damit sich die betreuenden Angehörigen bei den Fragen, die sich um die Ansprüche gegenüber den Kranken- und Pflegekassen drehen, verlässlich informieren können, wurde die Broschüre des Zukunftsforums Demenz aktuell überarbeitet.

Hilfestellung gibt die Broschüre auch bei allen praktischen Fragen, z. B. wie Leistungen aus der Pflegeversicherung beantragt werden, welche Aufgaben der MDK hat, was es mit den Zahlungen aus dem Pflegeleistungsergänzungsgesetz auf sich hat, was unter Sach- und Geldleistungen zu verstehen ist, ferner wird die Höhe des Pflegegeldes genannt.

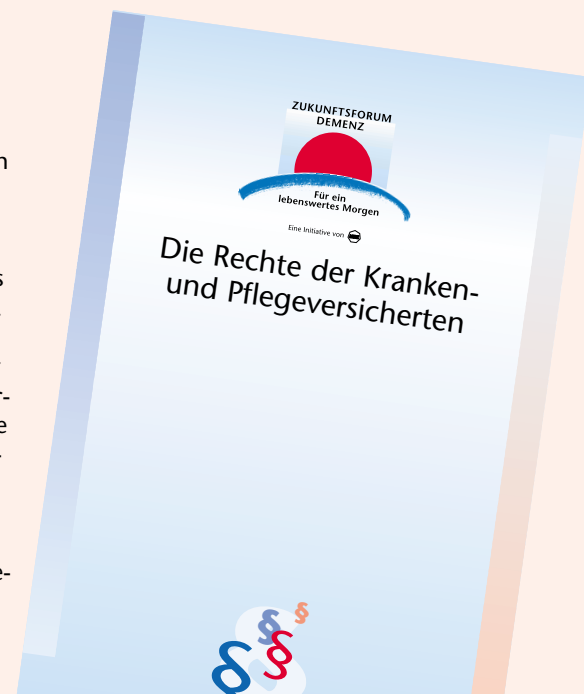
Auch werden die Grundzüge unseres Sozialversicherungssystems erläutert. Außerdem gibt es Tipps, wie der Besuch des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) vorbereitet werden kann, um eine möglichst objektive Einstufung in die Pflegestufen zu erreichen.

Außer den versicherungsrechtlichen Problemen entstehen auch noch weite-

re rechtliche Fragestellungen. Vor allem die Frage, wer für den Kranken entscheiden darf, wenn er es selbst nicht mehr kann, beschäftigt Angehörige. Daher sind in der Broschüre auch einige Abschnitte den Themen Vorsorgevollmacht, rechtliche Betreuung, Patientenverfügung und Testament gewidmet.

Die Broschüre „Die Rechte der Kranken- und Pflegeversicherten“ kann gegen einen mit € 1,44 frankierten Rückumschlag angefordert werden beim [Zukunftsforum Demenz](#)

Postfach 11 13 53
60048 Frankfurt am Main



WISSENSCHAFTLICHES – KURZ NOTIERT

Kupfer reduziert Bildung von Alzheimer-Plaques



Die Alzheimer-Demenz steht möglicherweise mit einem Kupfermangel in Verbindung. Studien belegen, dass die Zufuhr von Kupferionen offensichtlich die Bildung von Alzheimer-typischen Amyloid-Plaques reduziert. In Tierversuchen belegten Forscher der Universität des Saarlandes und der Freien Universität Berlin, dass die Bildung von Amyloid-Ablagerungen (Plaques) verzögert werden kann, wenn die Tiere verstärkt Kupferionen bekamen. So bildeten Mäuse, bei denen Alzheimer ausgelöst worden war, weniger Amyloid, wenn ihr Trinkwasser mit Kupferionen angereichert wurde. Der Grund: Das Amyloid-Vorläuferprotein APP kann Kupferionen an sich binden. In diesem Fall entsteht weniger Amyloid, wie Versuche mit Zellkulturen ergaben. Die Vermutung: Ist der Kupferspiegel im menschlichen Gehirn zu niedrig, kann APP keine Bindungen mehr eingehen. Forscher der Universität des Saarlandes planen jetzt eine Kupfer-Therapiestudie mit Alzheimer-Patienten. (PNAS 24 [2003], 14187, 28.11.03, Ärztezeitung)

Gehirn bildet selbst bei Alzheimer neue Nervenzellen



US-Forscher haben Hinweise darauf gefunden, dass im Gehirn von Alzheimer-

Patienten neue Nervenzellen im Hippocampus entstehen können. Bisher galt, dass sich Nervenzellen nach dem Kindesalter nicht mehr vermehren können. Möglicherweise kommt es bei Alzheimer-Patienten als Reaktion auf den Zelluntergang im Hippocampus, in dem Gelerntes gespeichert wird, zu dieser Neubildung. Das berichten Forscher um Dr. David A. Greenberg aus Portland im US-Staat Oregon, die Gehirne verstorbener Alzheimer-Patienten untersucht haben. Möglich sei, dass der therapeutische Effekt von Blockern des neuronalen NMDA-Rezeptors, etwa Memantine, darauf beruhe, dass durch die Blockade die Nerven-neubildung angestoßen wird. Bekannt ist bereits aus tierexperimentellen Untersuchungen, dass Memantine vor dem Zelluntergang schützen kann. (Online-Ausgabe von PNAS, 15.1.04, Ärztezeitung)

Wenig männliches Hormon – viel Demenz?

Ältere Männer, bei denen wenig ungebundenes Testosteron im Blut zirkuliert, haben möglicherweise ein erhöhtes Risiko,

einen Morbus Alzheimer zu entwickeln. Das lassen die Ergebnisse einer Studie mit mehr als 500 Männern vermuten. Eine Arbeitsgruppe um Dr. Susan M. Resnick vom National Institute of Aging in Baltimore in den USA hat bei 574 Männern unter anderem die Blutspiegel an freiem und Gesamt-Testosteron über etwa 19 Jahre alle zwei Jahre untersucht. Zudem wurde die Rate der Alzheimer-Erkrankungen registriert. Bei Analyse der Daten beobachtete man eine lineare Assoziation zwischen freiem Testosteron und Alzheimer-Risiko. Je niedriger die Testosteron-Werte waren, desto höher war die Gefahr, an Demenz zu erkranken. Männer, bei denen eine Alzheimer-Demenz diagnostiziert wurde, hatten im Mittel nur halb so hohe Spiegel an freiem Testosteron wie gesunde Männer. (Neurology 62 [2004], 188, 10.2.04)



>>> Buchtipps >>>

Wer sich eingehender mit dem Thema Demenzen beschäftigen möchte, dem können wir folgende Bücher empfehlen:

Professor Dr. David Aldridge von der Universität Witten-Herdecke stellt in seinem Buch Studien und Erfahrungen von Musiktherapeuten zusammen. Das Buch bietet einen umfassenden Einblick in die Musiktherapie als eine Möglichkeit, Erinnerungsvermögen, Gesundheitszustand und Identität von Menschen, die an Demenz leiden, zu verbessern. So wird auch beschrieben, wie Musiktherapie auf dem Weg über Töne und Bewegung die Kommunikation fördert oder überhaupt erst ermöglicht. Das Buch wendet sich nicht nur an Betreuende und Familienangehörige von Demenzpatienten, sondern auch an all diejenigen, die sich in der Geriatrie mit Demenz und ganzheitlicher Behandlung beschäftigen.

David Aldridge (Hrsg.), „Music Therapy World – Musiktherapie in der Behandlung von Demenzen“, 192 Seiten, erschienen bei Books on Demand GmbH, Norderstedt 2003, ISBN 3-8334-0145-1

Versorgungsnetzwerke sind oft eine Voraussetzung, damit alte Menschen länger in ihrer häuslichen Umgebung leben können. Aus der Praxis stellt das Autorenteam um Stefan König ein real existierendes Kooperationsmodell zwischen Pflegedienst, Krankenhaus und vielen weiteren Partnern vor. Das Handbuch vermittelt Impulse und praxisnahe Hilfen zum Aufbau eines solchen Pflegenetzwerkes. Stefan König/Werner Hüning/Matthias Mört, „Praktizierte Versorgungsnetze, Vincentz Network“, 160 Seiten, August 2003, ISBN 3-87870-096-2

