

Demenz im Krankenhaus

Die Herausforderung der Zukunft

Patienten mit Demenz sind so verschieden wie das Syndrom selbst – je nach Schweregrad der Erkrankung und Gesamtsituation stellen sie unterschiedliche Ansprüche an die Versorgung, die sich im Verlauf des Krankheitsbilds weiter verändern. Optimale Versorgungsangebote sollten daher stadiengerecht eingesetzt werden. Voraussetzung dafür ist ein multiprofessionelles Netzwerk, das eine sektorenübergreifende Diagnostik und Therapie gewährleistet und so die Grenzen zwischen den Versorgungsstrukturen überwindet.

Die Demenz im Krankenhaus ist die Herausforderung der Zukunft. Ab 2020 wird jeder fünfte Krankenhauspatient unter einer Demenz leiden. Aber die Demenz kommt nicht allein. Sie geht einher mit Sturz und Schenkelhalsbrüchen, Herzinfarkt oder akuter Infektion. Die Krankenhäuser sind mit diesen Patienten häufig hoffnungslos überfordert.

»Die Akutkrankenhäuser in Deutschland sind bisher auf die Behandlung und Pflege von Demenzkranken nicht eingestellt«. Das kritisiert der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG), *Priv.-Doz. Dr. Werner Hofmann*, auf dem Gemeinsamen Gerontologie- und Geriatriekongress Bonn vom 12. bis 15. September 2012.

Einweisung wegen körperlicher Erkrankungen

Nur rund sechs Prozent der Patienten kommen primär wegen ihrer Demenzerkrankung in die Klinik, die meisten von ihnen müssen wegen ursächlicher somatischer Erkrankungen in stationäre Behandlung, zum Beispiel wegen eines Oberschenkelhalsbrüches. Die Demenz kommt begleitend dazu.

»Der Demenzkranke reagiert auf die fremde Umgebung, die Hektik der Notaufnahme, den gedrängten Zeitplan, auf das Blutabnehmen und andere unangenehme Untersuchungen häufig mit Angst, Unruhe und Wutausbrüchen«, beschreibt Hofmann das Problem. Ärzte und Pflegekräfte in den Kliniken sind damit oft überfordert. Die Notaufnahme wird »aufgemischt«.

Spezialstationen für Demenzkranke optimal
Optimal sind Spezialstationen für Demenzkranke, in denen Geria-

ter zusammen mit den Fachärzten anderer Disziplinen die Patienten ganzheitlich betreuen. Derzeit existieren bundesweit insgesamt rund 220 Betten verteilt auf 18 geriatrische Kliniken, in denen dies möglich ist. Erste Studien in solchen spezialisierten Stationen zeigen, dass die Patienten hier deutlich besser aufgehoben sind – zum Beispiel ist der Bedarf an Neuroleptika geringer, und die Patienten werden schneller wieder entlassen.

Was ist zu tun?

Wichtige Schritte, um die Versorgung kurz- und mittelfristig zu verbessern, sind laut Hofmann:

- Oberstes Ziel sollte es sein, Krankenhausaufnahmen von Demenzkranken möglichst zu vermeiden. »Das Krankenhaus ist für Demenzkranke der denkbar schlechteste Aufenthaltsort«, so Hofmann.
- Wichtig sind daher Präventionsprogramme. Sie können zum Beispiel dazu beitragen, dass die Patienten weniger häufig stürzen und dabei Knochenbrüche erleiden. Aber auch die hausärztlich-geriatrische Versorgung von Demenzkranken im Heim muss dringend ausgebaut werden. »Deutschland ist hier noch Entwicklungsland«, so der DGG-Präsident.
- Sollte eine akute Krankenhauseinweisung trotzdem nötig sein, muss die Kommunikation mit der aufnehmenden Klinik besser werden. Häufig wissen die Ärzte und Pflegekräfte im Krankenhaus nicht von der Demenzerkrankung des eintreffenden Patienten.

- Es braucht mehr geriatrische Kliniken mit Spezialstationen für Demenzkranke, die wegen akuter Körpererkrankungen behandelt werden. Diese Angebote müssen dringend ausgebaut werden. Es ist bereits ein deutlicher Trend in diese Richtung erkennbar.
- Die Zahl der Demenzkranken steigt so rasant, dass auch die Ärzte und Pfleger aller übrigen Krankenhäuser systematisch darin geschult werden müssen, mit Demenzkranken adäquat umzugehen.
- Innerhalb des Krankenhauses sollten die Demenzpatienten so wenig wie möglich verlegt werden, um ihnen weiteren Stress und Verwirrung zu ersparen.
- Die Entlassung von Demenzpatienten aus der Klinik in das Heim oder das häusliche Umfeld muss ebenfalls besser werden: Die Akutkliniken müssen zumindest eine Checkliste etablieren und mit ihrer Hilfe die wichtigsten Fragen zur Weiterbetreuung der Patienten vor der Entlassung klären.

Hofmann betont, dass die Betreuung von Demenzkranken in Akutkrankenhäusern eine riesige Herausforderung schon der nahen Zukunft ist: »Die Zahl der Demenzkranken wird sich bis 2030 mindestens verdoppeln, die Zeit drängt außerordentlich«, so der DGG-Präsident.

Quelle: Pressekonferenz der DGG im Rahmen des Gemeinsamen Gerontologie- und Geriatriekongresses in Bonn (13.09.2012)

Mangelernährung im Alter

Das unterschätzte Problem

Bei der Diskussion um die Ernährung geht es häufig um Übergewicht und seine schädlichen Folgen für Herz, Kreislauf und Gelenke. Dabei gerät die Kehrseite der Medaille aus dem Blick: Mehr als 80 Prozent der alten Patienten, die in eine Klinik kommen, haben ein hohes Risiko für Mangelernährung oder sind akut mangelernährt – mit zum Teil dramatischen Folgen. Das Wiegen der Patienten und die Bestimmung des sogenannten Body-Mass-Index reichen oft nicht aus, um die Bedrohung zu erkennen. Die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG) empfiehlt daher ein einfaches Screening für die klinische Routine.

»Mangelernährung im Alter ist kein Randproblem«, betont der Präsident der DGG, Prof. Dr. Ralf-Joachim Schulz aus Köln, auf dem Gemeinsamen Gerontologie- und Geriatriekongress Bonn vom 12. bis 15. September 2012. Eine neue Erhebung des Lehrstuhls für Geriatrie der Uniklinik Köln unter 1.252 ernährungstherapeutisch betreuten Patienten belegt dies. Danach sind lediglich 17,7% der durchschnittlich 80 Jahre alten Patienten gut ernährt, bei 58,7% besteht ein deutliches Risiko für Mangelernährung und 23,6% der Patienten sind akut mangelernährt [2].

Die Konsequenzen

Eine Mangelernährung hat für die Betroffenen erhebliche Auswirkungen: Das Immunsystem wird schwächer und die Muskelkraft sinkt, der Betroffene ist insgesamt krankheitsanfälliger, Wunden heilen schlechter. Außerdem sind mangelernährte Patienten eher müde und geistig weniger leistungsfähig, auch der Antrieb und die Lebensfreude gehen zurück. Mangelernährte Patienten erholen sich schwerer von Krankheiten und müssen häufig länger in der Klinik bleiben. Das Risiko, an Krankheiten zu sterben, ist deutlich höher.

Wann Mangelernährung beginnt

Einen einfach zu ermittelnden Hinweis für eine Mangelernährung bietet der Body-Mass-Index. Er berechnet sich aus dem Gewicht geteilt durch die Größe im Quadrat. Ein 1,80 Meter großer Mann, der 80 Kilogramm wiegt, hat einen BMI von 24,7 kg/m². Ein BMI unter 20 weist auf eine Mangelernährung hin, unter 18,5 kg/m² ist der Betroffene sicher mangelernährt.

Die Kölner Untersuchung belegt aber, dass der BMI nicht ausreicht, um mangelernährte Patienten zu erkennen. Laboruntersuchungen auf die Nährstoffe Vitamin D, Cobalamin und Folsäure, bei denen im höheren Alter ein Risiko für eine Unterversorgung besteht, zeigten, dass viele mangelernährte Patienten einen unauffälligen BMI haben. »Wir empfehlen für die klinische Routine daher neben der Bestimmung des BMI sechs einfache Fragen, die den Ernährungszustand des Patienten beleuchten«, so Schulz. Diese betreffen

- einen Gewichtsverlust in den vergangenen Monaten,
- die Mobilität des Patienten,
- die Selbstständigkeit bei der Essensaufnahme,
- die Zahl der Hauptmahlzeiten,
- die Flüssigkeitszufuhr und
- die subjektive Gesamteinschätzung des Gesundheitszustandes durch den Patienten.

Der einfach auszufüllende Erhebungsbogen erfordert während des Patientengesprächs in der Klinik knapp fünf Minuten (s. Abb., [2]).

Ogleich der Nutzen eines frühzeitigen Screenings auf Mangelernährung bekannt ist, stellte die Arbeitsgruppe Ernährung der DGG in einer Umfrage fest, dass nur 40% der geriatrischen Kliniken in Deutschland entsprechende Screenings umsetzen [1].

Ursachen für Mangelernährung im Alter

»Mangelernährung im Alter hat viele Ursachen«, betont Schulz. Ältere Menschen sind oft weniger hungrig, das Sättigungsgefühl stellt sich eher ein. Ein Grund dafür könnte sein, dass sich der Magen bei älteren Men-

schon langsamer entleert [3]. Wichtig und oft unterschätzt sind Geruchs- und Geschmacksstörungen: Sie vermindern den Genuss beim Essen und führen dazu, dass die Betroffenen Mahlzeiten auslassen. Geruchs- und Geschmacksstörungen sind häufig: Rund die Hälfte der älteren Menschen sind davon betroffen. Auch Kau- und Schluckbeschwerden sind als Ursachen für eine zu geringe Nahrungsaufnahme häufig. Wichtig sind außerdem unerwünschte Arzneimittelwirkungen wie Mundtrockenheit oder Übelkeit. Auch sie führen dazu, dass die Patienten zu wenig essen. Schließlich kann nahezu jede akute oder chronische Erkrankung eine Mangelernährung auslösen. Wichtige Beispiele sind Infektionen, operative Eingriffe und Schilddrüsenerkrankungen.

Neben den körperlichen Ursachen betont Schulz auch die psychosozialen Hintergründe: »Ein häufiger Grund ist Einsamkeit. Allein zu kochen und zu essen macht den Betroffenen keine Freude, deshalb verringern sie ihre Mahlzeiten nach und nach immer mehr«, so der Geriater.

Immer bedeutsamer werden außerdem Demenzen. Die meisten Patienten verlieren im Verlauf der Erkrankung deutlich an Gewicht. In frühen Stadien sind dafür eher neurologische und hormonelle Faktoren verantwortlich, schreitet die Krankheit fort, führen die kognitiven Defizite zu immer größeren Problemen auch beim Essen [4].

1. Smoliner C, Volkert D, Wirth R. Management of malnutrition in geriatric hospital units in Germany. *Z Gerontol Geriatr.* 2012 Jun 27. [Epub ahead of print]
2. Hengstermann S, Nieczaj R, Steinhagen-Thiessen E, Schulz RJ: Which are the most efficient items of Mini Nutritional Assessment in multimorbid patients? *J Nutr Health Aging.* 2008;12(2):117-22.
3. Noreik, Michaela: Evaluation der Ernährungstherapie in einer geriatrischen Klinik – Analyse von Effekt, Kosten und Nutzen der Ernährungstherapie in einer Jahresbilanz. Dissertation am Lehrstuhl für Geriatrie der Universität zu Köln. Eingereicht
4. Bauer JM, Wirth R, Volkert D et al, Malnutrition, Sarkopenie und Kachexie im Alter – Von der Pathophysiologie zur Therapie. *Dtsch Med Wochenschr* 2008; 133:305-310

Quelle: Pressekonferenz der DGG im Rahmen des Gemeinsamen Gerontologie- und Geriatriekongresses in Bonn (13.09.2012)



Bestimmung des Ernährungsstatus

Größe (m) <input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	Größe (m) <input style="width: 90%;" type="text"/>									
Gewicht (kg) <input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	Gewicht (kg) <input style="width: 90%;" type="text"/>									
BMI (kg/m ²) <small>Gewicht/Größe*Größe</small> <input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	BMI <input style="width: 90%;" type="text"/>									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="4" style="text-align: center; vertical-align: middle;">BMI</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td>≥23</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>21≤BMI<23</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>19≤BMI<21</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">0</td> <td><19</td> </tr> </table>	BMI	3	≥23	2	21≤BMI<23	1	19≤BMI<21	0	<19	<input style="width: 90%;" type="text"/>	Gewichtsverlust <input style="width: 90%;" type="text"/>
BMI		3	≥23								
		2	21≤BMI<23								
		1	19≤BMI<21								
	0	<19									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="4" style="text-align: center; vertical-align: middle;">Gewichtsverlust</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td>kein Gewichtsverlust</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>bis zu 3 kg Gewichtsverlust</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>Gewichtsverlust unbekannt</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">0</td> <td>Über 3 kg Gewichtsverlust</td> </tr> </table>	Gewichtsverlust	3	kein Gewichtsverlust	2	bis zu 3 kg Gewichtsverlust	1	Gewichtsverlust unbekannt	0	Über 3 kg Gewichtsverlust	<input style="width: 90%;" type="text"/>	Mobilität <input style="width: 90%;" type="text"/>
Gewichtsverlust		3	kein Gewichtsverlust								
		2	bis zu 3 kg Gewichtsverlust								
		1	Gewichtsverlust unbekannt								
	0	Über 3 kg Gewichtsverlust									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="3" style="text-align: center; vertical-align: middle;">Mobilität</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td>verlässt Station</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>auf Station mobil</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">0</td> <td>vom Bett zum Stuhl</td> </tr> </table>	Mobilität	2	verlässt Station	1	auf Station mobil	0	vom Bett zum Stuhl	<input style="width: 90%;" type="text"/>	Essenaufnahme <input style="width: 90%;" type="text"/>		
Mobilität		2	verlässt Station								
		1	auf Station mobil								
	0	vom Bett zum Stuhl									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="3" style="text-align: center; vertical-align: middle;">Essenaufnahme</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td>isst ohne Hilfe</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>isst ohne Hilfe, aber mit Schwierigkeiten</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">0</td> <td>Hilfe beim Essen</td> </tr> </table>	Essenaufnahme	2	isst ohne Hilfe	1	isst ohne Hilfe, aber mit Schwierigkeiten	0	Hilfe beim Essen	<input style="width: 90%;" type="text"/>	Hauptmahlzeiten <input style="width: 90%;" type="text"/>		
Essenaufnahme		2	isst ohne Hilfe								
		1	isst ohne Hilfe, aber mit Schwierigkeiten								
	0	Hilfe beim Essen									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="3" style="text-align: center; vertical-align: middle;">Hauptmahlzeiten</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td>3 Mahlzeiten</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>2 Mahlzeiten</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">0</td> <td>1 Mahlzeit</td> </tr> </table>	Hauptmahlzeiten	2	3 Mahlzeiten	1	2 Mahlzeiten	0	1 Mahlzeit	<input style="width: 90%;" type="text"/>	Flüssigkeitszufuhr <input style="width: 90%;" type="text"/>		
Hauptmahlzeiten		2	3 Mahlzeiten								
		1	2 Mahlzeiten								
	0	1 Mahlzeit									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="3" style="text-align: center; vertical-align: middle;">Flüssigkeitszufuhr</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td>> 5 Gläser/Tassen</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">0.5</td> <td>3-5 Gläser/Tassen</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">0</td> <td>< 3 Gläser/Tassen</td> </tr> </table>	Flüssigkeitszufuhr	1	> 5 Gläser/Tassen	0.5	3-5 Gläser/Tassen	0	< 3 Gläser/Tassen	<input style="width: 90%;" type="text"/>	Gesundheitsstatus <input style="width: 90%;" type="text"/>		
Flüssigkeitszufuhr		1	> 5 Gläser/Tassen								
		0.5	3-5 Gläser/Tassen								
	0	< 3 Gläser/Tassen									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="4" style="text-align: center; vertical-align: middle;">Einschätzung des Gesundheitsstatus durch Patient</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td>besser</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>gleich gut</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">0.5</td> <td>weiß nicht</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">0</td> <td>schlechter</td> </tr> </table>	Einschätzung des Gesundheitsstatus durch Patient	2	besser	1	gleich gut	0.5	weiß nicht	0	schlechter	<input style="width: 90%;" type="text"/>	
Einschätzung des Gesundheitsstatus durch Patient		2	besser								
		1	gleich gut								
		0.5	weiß nicht								
	0	schlechter									

- | | |
|---------------------|---------------------------------|
| A) 12.5 - 15 Punkte | gut ernährt |
| B) 9 - 12 Punkte | Risiko für eine Mangelernährung |
| C) 8.5 Punkte | mangelernährt |

Medizinische Fakultät

CIO Centrum für Integrierte Onkologie
Köln Bonn

Lehrstuhl für Geriatrie

Direktor
Universitätsprofessor Dr. med.
Ralf-Joachim Schulz

Telefon + 49 221 478 - 86704
Telefax + 49 221 478 - 86710

E-Mail ralf-joachim.schulz@uni-koeln.de

www.uni-koeln.de

Postanschrift:
Lehrstuhl für Geriatrie
St. Marien-Hospital
Kuniberts kloster 11-13
50668 Köln

Abb.: Erhebungsbogen »Die sieben wichtigsten Parameter der Mangelernährung« [2].

Alzheimer-Demenz bei multimorbiden geriatrischen Patienten

Eine interdisziplinäre Herausforderung

Diabetes, Pneumonie, Harnwegsinfekt – das sind die häufigsten Gründe für die Einweisung älterer Menschen ins Akutkrankenhaus. Unerwähnt bleibt oft, dass der Patient zusätzlich an einer Demenz leidet. Für die Behandler kompliziert sich die Situation dadurch erheblich.

Die Zunahme von Demenzen trifft vor allem Akutkliniken mit primärer Versorgung älterer Menschen. Erkinjutti et al. ermittelten schon 1986 die Prävalenz an internistischen Fachabteilungen mit 10 – 15 %. Bei rasch steigenden Inzidenzzahlen dürfte sie heute noch um einiges höher liegen, sagte Prof. Dr. R.-J. Schulz, Köln.

Schon bei der Aufnahme ins Krankenhaus bestehen häufig Informationslücken zur Demenzanamnese des Patienten. Diagnostik, Pflege und Therapie sind auf seine besonderen Gegebenheiten nicht vorbereitet. Die fachgerechte Einschätzung von kognitiven und psychischen Störungen ist für eine nicht spezialisierte Abteilung schwierig. So reicht das Spektrum der Differentialdiagnosen des häufig bei Einlieferung vorliegenden »wirren Zustands« von Korsakow-Syndrom, depressivem Stupor/Wahn, Verwirrtheitspsychose, formaler Denkstörung bei Schizophrenie, Rausch, Durchgangssyndrom, Alkoholdelir, Globaler Amnesie bis zur Alzheimer-Demenz, erklärte Schulz.

Während des stationären Aufenthalts entstehen besondere Probleme durch motorische Unruhe und Nachtaktivität der Patienten. Verhaltensweisen wie mangelnde Toleranz für therapeutische Maßnahmen verursachen überdurchschnittlichen Pflege- und Betreuungsaufwand (s. Kasten). Die Einbindung der Angehörigen, die dringend notwendig wäre, ist auf nicht spezialisierten Stationen nicht vorgesehen.

Verbesserungen zur Krankenhausversorgung demenzkranker Menschen könnten sich nach Schulze durch gerontopsychiatrische Liaison- und Konsildienste und vor allem durch geriatrische Spezialabteilungen ergeben. Durch DRGs und Kostendruck bestehe momentan jedoch eher die Gefahr der Begrenzung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen auf ein Minimum. Eine besondere Gefahr sieht Schulz in diesem Zusammenhang in der die frühzeitigen Entlassung von Demenzpatienten in instabile Versorgungssituationen. Ganz wichtig sei daher ein strukturiertes Entlassungsmanagement für diese Patienten.

mittelschweren AD und den N-Methyl-D-Aspartat (NMDA-)-Rezeptorantagonisten Memantine (z. B. Axura®) für das moderate bis schwere Stadium. Da es sich um zwei unterschiedliche Wirkprinzipien handelt – AChE-Hemmer verbessern die cholinerge Neurotransmission, während Memantine die pathologische Aktivierung des NMDA-Rezeptors durch β -Amyloid stoppt und damit die glutamaterge Neurotransmission reguliert – ist eine synergistische Wirkung der beiden Antidementivklassen theoretisch vorstellbar. Für die Kombination aus Donepezil und Memantine deuten sowohl tierexperimentelle als auch klinische Ergebnisse (Tariot et al. 2004) darauf hin.

Wichtig für den multimorbiden Demenzpatienten ist die Tatsache, dass es sich bei Memantine um eine nebenwirkungsarme Substanz mit geringem Interaktionspotential handelt. Sie wird nicht über CYP P450 verstoffwechselt, daher sind Interaktionen auf CYP P450-Ebene unwahrscheinlich. Auch periphere cholinerge Effekte, die sich z. B. bei urogenitalen oder pulmonalen Erkrankungen ungünstig auswirken können, sind aufgrund des glutamatergen Wirkprinzips von Memantine nicht zu erwarten. Memantine liegt mittlerweile auch als Original-identisches Generikum vor.

Vernetzung als zentrale Aufgabe der Geriatrie

Prof. Dr. J. W. Kraft, Coburg, stellte abschließend das regionale Demenznetzwerk Coburg vor, ein mit über 20 Akteuren gut funktionierendes und zukunftsweisendes Modellprojekt. | B. B. |

Quelle: Symposium »Alzheimer Demenz – eine interdisziplinäre Herausforderung« im Rahmen des Gemeinsamen Gerontologie- und Geriatriekongresses in Bonn, 14.9.2012

Probleme während des stationären Aufenthaltes:

- Ausbildung eines Delirs
- Erhöhte Inzidenz von nosokomialen Infektionen
- Behinderung der Versorgungsabläufe wegen fehlendem Verständnis z.B. von Injektionsnadeln, Drainagen, Kathetern
- Manipulation an Hilfsmitteln
- hygienische Probleme
- unklare Angaben zum Schmerz, inadäquate Schmerzmedikation
- Abwehr bei Diagnostik wegen fehlendem Verständnis
- fehlendes Training der ADL/Aktivität
- Passivität als Folge sedierender Medikamente bei »problematischen Verhaltensweisen«
- Fehlen vertrauter Bezugspersonen
- veränderte Umgebung, ungewohnte Tagesstruktur
- laute, hektische Atmosphäre

Therapeutischer Nihilismus ist nicht angebracht

Diagnostischer oder therapeutischer Nihilismus sind aber trotz der genannten Schwierigkeiten keineswegs angebracht, betonte Schulz. Nicht selten lägen scheinbaren Demenzen besser behandelbare Ätiologien – immer häufiger HIV – zugrunde.

Selbst bei Vorliegen einer Alzheimer-Demenz (AD) können frühzeitige Diagnose und Therapie den Krankheitsverlauf nicht unerheblich verzögern, erklärte Prof. Dr. M. Riepe, Ulm. Die aktuelle S3-Leitlinie Demenzen empfiehlt die Acetylcholinesterasehemmer Rivastigmin, Donepezil und Galantamin zur Behandlung der leichten bis