

Monika Hübner

Schluckstörungen bei Menschen mit Demenz vom Typ Alzheimer



Monika Hübner absolvierte 2003 ihre Ausbildung zur staatlich examinierten Logopädin an der Lehranstalt für Logopädie am Universitätsklinikum Aachen. Nach Anstellung in einer logopädischen Praxis ist sie seit 2008 als klinische Logopädin am Agaplesion Bethanien Krankenhaus Heidelberg mit den Schwerpunkten Diagnostik und Therapie von Dysphagien bei geriatrischen Patienten, insbesondere bei Menschen mit Demenz, tätig. 2013 beendete sie als Stipendiatin des Internationalen Studien- und Fortbildungsprogramms Demenz der Robert Bosch Stiftung den berufsbegleitenden Masterstudiengang „Demenzstudien“ an der Donau-Universität Krems/Österreich und bildete sich zur Systemischen Beraterin und Therapeutin fort.

Monika Hübner

Schluckstörungen bei Menschen mit Demenz vom Typ Alzheimer



**Schulz-
Kirchner
Verlag**

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Besuchen Sie uns im Internet: www.skvshop.de

1. Auflage 2021

ISBN 978-3-8248-1278-3

eISBN 978-3-8248-9918-0

© Schulz-Kirchner Verlag GmbH, 2021

Mollweg 2, D-65510 Idstein

Vertretungsberechtigte Geschäftsführer:

Dr. Ullrich Schulz-Kirchner, Martina Schulz-Kirchner

Titelfoto: © xamtiw – Adobe Stock

Lektorat: Doris Zimmermann

Umschlagentwurf und Layout: Susanne Koch

Icon: © marcus_marb – Adobe Stock

Druck und Bindung: Plump Druck & Medien GmbH,

Rolandsecker Weg 33, 53619 Rheinbreitbach

Printed in Germany

Die Informationen in diesem Werk sind von der Verfasserin und dem Verlag sorgfältig erwogen und geprüft, dennoch kann eine Garantie nicht übernommen werden. Eine Haftung der Verfasserin bzw. des Verlages und seiner Beauftragten für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ist ausgeschlossen.

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes (§ 53 UrhG) ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar (§ 106 ff UrhG). Das gilt insbesondere für die Verbreitung, Vervielfältigungen, Übersetzungen, Verwendung von Abbildungen und Tabellen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung oder Verarbeitung in elektronischen Systemen. Eine Nutzung über den privaten Gebrauch hinaus ist grundsätzlich kostenpflichtig. Anfrage über: info@schulz-kirchner.de

Inhalt

Was ist eine „Demenz“? Definition und Überblick	7
Prävalenz demenzieller Erkrankungen	8
Demenzformen	9
Diagnostik demenzieller Erkrankungen	11
Therapeutische Möglichkeiten	13
Medikamentöse Therapie	13
Nicht-medikamentöse Therapie	14
Ess- und Ernährungsstörungen bei Menschen mit Demenz vom Typ Alzheimer	15
Erkennen von Ess- und Ernährungsstörungen bei Menschen mit Demenz vom Typ Alzheimer	15
Interdisziplinäre Behandlungsmöglichkeiten	16
Was können Angehörige tun?	17
Nahrungsverweigerung bei Menschen mit Demenz vom Typ Alzheimer	20
Logopädische Behandlungsmöglichkeiten	20
Was können Angehörige tun?	21
Was ist eine Schluckstörung?	23
Auftretenshäufigkeit von Schluckstörungen bei älteren Menschen	23
Symptomatik von Schluckstörungen	24
Allgemeine Folgen von Schluckstörungen	25
Schluckstörungen bei Menschen mit Demenz vom Typ Alzheimer	26
Symptomatik von Schluckstörungen bei Menschen mit einer Demenz vom Typ Alzheimer	26
Folgen von Schluckstörungen bei Menschen mit einer Demenz vom Typ Alzheimer	27

Logopädische Diagnostik bei Menschen mit Demenz	
vom Typ Alzheimer und Dysphagie	28
Klinische Untersuchung der Schluckfunktion	28
Apparative Schluckdiagnostik	29
Logopädische Behandlungsmethoden	31
Logopädische Therapie bei Menschen mit Demenz	
vom Typ Alzheimer und Dysphagie	31
Logopädische Behandlungsmöglichkeiten	32
Was können Angehörige tun?	33
Dysphagien bei Menschen mit fortgeschrittener Demenz	
vom Typ Alzheimer	35
Künstliche Ernährung und PEG-Sonde bei Menschen mit Demenz	
vom Typ Alzheimer und Dysphagie	37
Alternative Vorgehensweise bei Entscheidung gegen	
künstliche Ernährung	45
Comfort Feeding Only (CFO)	46
Was können Angehörige tun?	47
Essen und Trinken am Lebensende	50
Logopädische Behandlungsmöglichkeiten	50
Was können Angehörige tun?	52
Nützliche Hinweise/Adressen	54
Literaturverzeichnis	55

Was ist eine „Demenz“? Definition und Überblick

Der deutsche Neurologe Prof. Dr. Alois Alzheimer protokollierte bereits im Jahr 1906 den Krankheitsverlauf einer Patientin und den Verlust ihrer kognitiven Funktionen (1). Auf seine Beobachtungen zurückgehend umfasst der Begriff „Demenz“ bis heute ein Syndrom, welches unterschiedliche Formen, Symptome und Ausprägungsarten kognitiver Beeinträchtigungen im Rahmen eines schleichenden Krankheitsverlaufs des Gehirns beschreibt (2).

Im Verlauf einer demenziellen Erkrankung kommt es zu Störungen vieler sogenannter höherer kortikaler Funktionen, die frühzeitig die Gedächtnisleistung, insbesondere das Kurzzeitgedächtnis, betreffen. Außerdem sind das Denk- und Orientierungsvermögen, die sprachlich-kommunikativen Fähigkeiten, die Lernfähigkeit und das Urteilsvermögen der Erkrankten betroffen (2; 3). Damit einhergehend treten Störungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens und der Motivation bei jedoch klarem Bewusstsein der Betroffenen auf (2). Eine grundsätzliche Voraussetzung für die Diagnosestellung einer Demenz ist das Bestehen der kognitiven Beeinträchtigungen für mindestens ein halbes Jahr. Dies bedeutet im Umkehrschluss, dass eine demenzielle Erkrankung niemals akut oder plötzlich auftritt.

Kognition: Hierunter fallen alle Denk- und Wahrnehmungsvorgänge und deren mentale Ergebnisse (Wissen, Einstellungen, Überzeugungen, Erwartungen) (4). Der Begriff Kognition umfasst die geistige Aktivität sowie alle informationsverarbeitenden Prozesse und Strukturen eines menschlichen, intelligenten Systems. Zu den kognitiven Fähigkeiten gehören beispielsweise Gedächtnisfunktion, Wahrnehmungs- und Aufmerksamkeitsleistung, Denken, Problemlösen und sprachliche Fähigkeiten wie Sprachverständnis und Sprachproduktion (5).

Die oben beschriebenen kognitiven Fähigkeiten nehmen fortschreitend ab, zudem kommt es zu weiteren funktionellen und motorischen Verschlechterungen, die die allgemeine Selbstständigkeit des Patienten und seine Teilhabe am alltäglichen Leben einschränken. Dies führt zu einem deutlichen Unterstützungs- und Hilfebedarf in Bezug auf die „Aktivitäten des täglichen Lebens“.

Aktivitäten des täglichen Lebens („activities of daily living“, sogenannte ADLs): Der Begriff umfasst die 12 grundlegenden Tätigkeiten zur Aufrechterhaltung der Lebensfunktion und Erfüllung von Grund- und psychosozialen Bedürfnissen, diese sind:

- atmen
- essen und trinken
- ausscheiden
- sich bewegen
- wach sein und schlafen
- sich beschäftigen
- Körpertemperatur regulieren
- waschen und kleiden
- für Sicherheit sorgen
- kommunizieren
- Kind, Frau, Mann sein
- Sinn finden im Werden, Sein, Vergehen (6)



Merke: Um eine demenzielle Erkrankung diagnostizieren zu können, muss die Beeinträchtigung der Gedächtnisfunktion mindestens ein halbes Jahr bestehen, und die Selbstständigkeit des Patienten in seinem Alltag eingeschränkt sein.

Prävalenz demenzieller Erkrankungen

Demenzielle Erkrankungen sind eine der häufigsten neurodegenerativen Erkrankungen des höheren Lebensalters.

neurodegenerativ: meist langsam fortschreitende Erkrankung des Nervensystems, die sich durch einen Abbau von Nervenzellen auszeichnet

Das bedeutet, dass mit zunehmendem Alter die Wahrscheinlichkeit zunimmt, an einer Demenz zu erkranken. Frauen sind wesentlich häufiger betroffen als Männer (Abb. 1; 7).

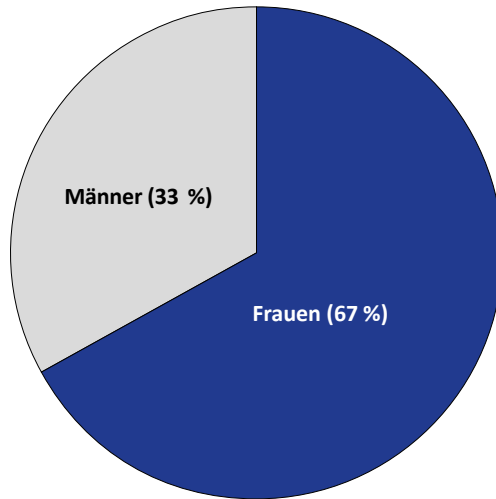


Abb. 1: Verteilung von Demenzerkrankungen nach Geschlecht

In Deutschland leben schätzungsweise 1,6 Millionen Menschen mit einer demenziellen Erkrankung (Tab. 1; nach: 3; S. 1). Täglich kommen ca. 70–110 Neuerkrankungen hinzu, dies entspricht 25.000–40.000 Neuerkrankungen pro Jahr. Bis zur Mitte dieses Jahrhunderts soll sich die Anzahl der Betroffenen in Deutschland auf ungefähr 2,4–2,8 Millionen, weltweit bis auf 131,5 Millionen (7) Menschen mit Demenz erhöhen.

Demenzformen

Der Begriff „Demenz“ umfasst ca. 50 verschiedene Formen demenzieller Erkrankungen, die sich in eine *primäre* und eine *sekundäre* Form sowie einen leichten, mittleren oder fortgeschrittenen Krankheits Schweregrad einteilen lassen. Auslöser können neurodegenerative Prozesse oder zerebrovaskuläre Erkrankungen sein.

zerebrovaskulär: die Blutgefäße des Gehirns, aber auch die Durchblutung des Gehirns betreffend

Einen Überblick über die häufigsten *primären Demenzformen*, die ca. 90 % der demenziellen Erkrankungen ausmachen, gibt folgende Tabelle:

Häufigkeit von Demenzformen (nach 8; 9; 10)

Demenzform	Aufretenshäufigkeit
Demenz vom Typ Alzheimer <ul style="list-style-type: none"> ▪ mit frühem Beginn (vor dem 65. Lebensjahr) ▪ mit spätem Beginn 	ca. 60 %
Vaskuläre Demenz mit den klinischen Störungsbildern <ul style="list-style-type: none"> ▪ Multi-Infarkt-Demenz ▪ Demenz bei strategischen Einzelinfarkten ▪ subkortikale vaskuläre Demenz (Sonderform: subkortikale arteriosklerotische Enzephalopathie SAE) 	ca. 20 %
Frontotemporale Lobärdegeneration <ul style="list-style-type: none"> ▪ verhaltensbetonte/behaviorale Variante der frontotemporalen Demenz ▪ sprachbetonte Variante: Primär Progressive Aphasie (PPA) mit den Unterformen nichtflüssige/agrammatische, semantische und logopenische Variante 	ca. 5 %
Demenz bei Parkinson-Syndromen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lewy-Körper-Demenz (LKD) → ca. 0,4 % der > 65-Jährigen ▪ Multisystematrophie (MSA) → ca. 5–10 % ▪ progressive supranukleäre Parese (PSP) → ca. 5–10 % ▪ kortikobasale Degeneration (CBD) → ca. 1 % 	ca. 5 %
Andere und gemischte Formen	ca. 20 %

Die *sekundären Demenzformen* treten mit einer geringeren Auftretenswahrscheinlichkeit von ca. 10–20 % auf. Ihnen liegt eine exogene Ursache wie beispielsweise eine Medikamentenintoxikation, Vitaminmangelercheinungen, Schilddrüsenfunktionsstörungen, Störungen der inneren Organe oder andere Krankheiten (z. B. HIV, Normaldruckhydrozephalus oder das Korsakow-Syndrom) zugrunde. Sekundäre Demenzen sind in der Regel gut behandelbar und reversibel (11).

Diagnostik dementieller Erkrankungen

Um eine dementielle Erkrankung, die jeweilige Demenzform sowie das Stadium der Erkrankung bzw. den Demenzschweregrad einschätzen zu können, erfolgt eine umfangreiche internistische, neurologische, neuropsychologische und ggf. psychiatrische Diagnostik durch ein interdisziplinäres Team.

Die klinische Diagnostik besteht aus 2 Teilen. Zunächst wird die *individuelle* Krankheitsgeschichte (Anamnese), wenn möglich durch Befragung der betroffenen Person (Eigenanamnese) und ihrer Angehörigen (Fremdanamnese) erhoben. Angaben zur sozialen Wohn- und Versorgungssituation (Sozialanamnese) werden ergänzt, um einen möglichen Unterstützungs- und Hilfebedarf einschätzen zu können. Es erfolgt eine *allgemein-körperliche Untersuchung* durch den Arzt. Im Anschluss daran wird ein *neurologischer* und/oder *psychologisch-psychiatrischer Status* erhoben. Mithilfe kurzer Screening-Instrumente werden orientierend die kognitiven Fähigkeiten vor allem in Bezug auf die Gedächtnisleistung, das Orientierungsvermögen und die Urteilsfähigkeit eingeschätzt.

Gängige Screening-Instrumente sind u. a.

- Mini Mental Status Examination: MMSE, auch MMST oder MMT
- Uhrentest
- SUD: Schneller Uhren-Dreier oder Drei Wörter Uhrentest
- DemTect: Demenz-Detektions-Test oder Demenz-Detection
- MoCa: Montreal Cognitive Assessment (Screening für leichte kognitive Störungen)
- TFDD: Test zur Früherkennung von Demenzen mit Depressionsabgrenzung

Im zweiten Teil der weiterführenden Demenzdiagnostik wird ein *ausführlicher internistischer Status* erhoben (z. B. großes Blutbild, Vitamin-B12-Bestimmung, Blutzucker, Schilddrüsen-Parameter ...) und obligat eine bildgebende Diagnostik des Kopfes durchgeführt. Hierzu wird eine craniale Computertomographie (cCT) oder eine craniale Magnetresonanztomographie (cMRT) zur Beurteilung pathologischer Veränderungen und Abbauprozesse im Gehirn, aber auch zum Ausschluss anderer Ursachen und Erkrankungen, wie z. B. Raumforderungen, Tumoren, Schlaganfälle oder Hirnblutungen, durchgeführt.

Optional können bei spezifischen Fragestellungen eine Liquor- oder Serumdiagnostik sowie weitere bildgebende Verfahren wie eine Elektroenzephalographie (EEG) oder bestimmte nuklearmedizinische Emissionscomputertomographien

(ECT's), wie die Einzelphotonen-Emissionscomputertomographie (SPECT) oder die Positronen-Emissions-Tomographie (PET), durchgeführt werden.

Ein weiterer essentieller Bestandteil der Demenzdiagnostik ist die *neuropsychologische Untersuchung*. Mithilfe kognitiver Testbatterien wie beispielsweise der CERAD-Plus werden folgende Bereiche genauer untersucht:

Untersuchungsbereiche der CERAD-Plus Testbatterie

(CERAD: Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease)

- Verbale Flüssigkeit
(Nennung möglichst vieler Wörter aus Kategorie Tiere. Zeit: 1 Min.)
- Boston Naming Test (15 Items)
- Mini Mental Status Examination (MMSE)
- Wortliste Lernen, Abrufen, Wiedererkennen
- Figuren abzeichnen, abrufen

Plus-Tests

- Trail Making Test A und B
- Phonematische Flüssigkeit
(Nennung möglichst vieler S-Wörter. Zeit: 1 Min.) (12)

Differenzialdiagnostisch müssen außerdem eine Depression und/oder ein akuter Verwirrheitszustand, das sogenannte Delir, ausgeschlossen werden. Sowohl eine Depression als auch ein Delir kann Symptome ähnlich einer Demenz hervorrufen (z. B. Antriebslosigkeit oder Vergesslichkeit) und dementsprechend als demenzielle Entwicklung fehldiagnostiziert werden. Eine Depression und/oder ein Delir können aber auch zusätzlich im Rahmen einer Demenz auftreten.

Nach Auswertung und Interpretation der Ergebnisse wird eine Diagnose gestellt und der Schweregrad der demenziellen Entwicklung eingeschätzt. Abschließend werden weitere medikamentöse und nicht-medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten durch den Arzt empfohlen bzw. eingeleitet.