

Parkinson und Demenz

von Prof. Dr. H. Ellgring und Prof. Dr. Schneider

Auf der Delegierten-Konferenz der dPV in Hannover waren eine Reihe von Fragen zur Demenz im Zusammenhang mit dem Morbus Parkinson gestellt worden, zu denen hier Stellung genommen werden soll. Die Fragen und Antworten sind jeweils mit einem ? für die Fragen und einem ! für die Antworten gekennzeichnet.

? Immer wieder findet man Aussagen von über 30 Prozent Auftreten von Demenz bei der Parkinson-Erkrankung. Dieser Wert wird von erfahrenen Fachleuten angezweifelt. Welcher Wert ist richtig?

! In der Tat streuen die Angaben über die Prävalenz, d.h. die Verbreitung von Demenz bei Parkinson-Patienten zwischen 0 Prozent und 81 Prozent. In kontrollierten Studien, d.h. solchen, in denen man allgemein akzeptierte Kriterien heranzieht, um Demenz festzustellen, findet man zwischen 3 Prozent und 15 Prozent. So stellt Lees (1985) bei einer Sichtung von sieben Studien fest, daß zwischen 7 Prozent und 15 Prozent der Patienten aus Kliniken als dement gelten müssen. Bei vier weiteren Studien an Patienten außerhalb von Kliniken fanden sich Prävalenz-Daten von 3 Prozent bis 14 Prozent.

Bei einer jüngst publizierten, sehr gut kontrollierten Langzeitstudie an 87 Patienten von Biggins et al. (1992) findet sich eine Prävalenz von 6 Prozent. Diese Studie ist deshalb besonders wichtig, weil die Autoren in einer Längsschnitt-Untersuchung die Krankheitsverläufe über vier-einhalb Jahre verfolgt hatten. Weiterhin wurde in dieser Studie Demenz nach den international allgemein anerkannten wissenschaftlichen Kriterien des Diagnostic and Statistical Manual

der American Psychiatric Association (DSM-III - R) festgestellt. Zwei unabhängige Experten gaben jeweils das Urteil ab. Es wurden nur Patienten mit idiopathischem Parkinson untersucht.

Die Inzidenzrate, das heißt das neue Auftreten von Demenz im beobachteten Zeitraum lag nach der Untersuchung von Biggins et al. (1992) bei 19 Prozent. Dabei waren folgende Merkmale entscheidend:

Die von Demenz betroffenen Patienten

- hatten ein höheres Alter bei Beginn der Parkinson-Erkrankung
- zeigten ein schnelleres Fortschreiten der Erkrankung
- sprachen schlechter auf Dopamin-Agonisten an
- hatten stärkere Gehstörungen
- zeigten bereits bei Beginn der Untersuchung, obwohl sie noch nicht dement waren, eine größere kognitive Beeinträchtigung.

In Übereinstimmung mit den Autoren dieser Studie kann gefolgert werden, daß das Demenz-Risiko mit etwa 6 Prozent Prävalenz bei Parkinson-Patienten nur geringfügig höher liegt als in der Normalbevölkerung. Von anderen Autoren (z.B. Mayeux et al. 1988) wird die Demenzhäufigkeit allerdings etwas höher eingeschätzt. So stellen Mayeux et al. (1988) ein Vorkommen von 10,9 Prozent

Demenz bei den von ihnen untersuchten 339 Parkinson-Patienten fest. Bei den Patienten älter als 60 Jahre nahm die Rate auf etwa 13 Prozent zu. Dies wäre im Vergleich zur Gesamtbevölkerung (bei der in diesem Alter eine Prävalenz von 3,4 Prozent zu erwarten ist) ein etwa 3,8 mal größeres Risiko. Umgekehrt ist allerdings festzustellen, daß selbst nach dieser Schätzung 87 Prozent der Parkinson-Patienten keine Demenz aufweisen.

Insgesamt ist allerdings zu berücksichtigen, daß, wie auch der Normalbevölkerung, die Prävalenz von Demenz-Erkrankungen mit höherem Alter zunimmt.

? Gibt es einen verbindlichen Begriff von Demenz?

! Unter Demenz versteht man eine erworbene dauernde Intelligenzminderung im Gegensatz zum angeborenen Intelligenzmangel und im Gegensatz zu vorübergehender Intelligenzstörung. Demenz ist häufig Folge von Hirntraumata, auch von infektiösen Erkrankungen des Gehirns.

Im bereits erwähnten Diagnostischen Manual DSM-III-R oder auch in der von der Weltgesundheitsorganisation herausgegebenen International Classification of Diseases (ICD-10) werden eine ganze Reihe von Kriterien aufgeführt, nach denen entschieden werden kann, ob eine Demenz vorliegt oder nicht. Vereinfacht gesagt geht es um den Nachweis, daß das Gedächtnis und das Denkvermögen so stark nachgelassen haben, daß mit diesem Nachlassen eine wesentliche Beeinträchtigung der Aktivitäten des täglichen Lebens verbunden ist. Gerade bei Parkinson-Patienten sind davon solche Beeinträchtigungen im All-

tag zu trennen, die aufgrund der körperlichen Symptome auftreten.

Um die Diagnose „Demenz“ zu stellen, müssen verschiedene Bereiche gestört sein. Nach dem DSM-III-R ist dazu ein ganzer Kriterien-Katalog zu berücksichtigen. So müssen unter anderem das Kurzzeitgedächtnis und das Langzeitgedächtnis nachweisbar beeinträchtigt sein.

Es muß zudem mindestens eines der folgenden Merkmale vorhanden sein:

- Beeinträchtigung des abstrakten Denkens
- beeinträchtigt Urteilsvermögen
- Beeinträchtigung von höheren Denkfunktionen
- Persönlichkeitsveränderungen

? Welche Erscheinungen fallen unter den Begriff Demenz? Wird Verlangsamung dazu gezählt?

! Bereits aus der vorherigen Aufzählung geht hervor, daß Demenz eine sehr komplexe Beeinträchtigung des Denkens und des Gedächtnisses ist. Verschiedene Erscheinungen sind darin bereits genannt.

■ Störungen des Gedächtnisses betreffen typischerweise Aufnahme, Speichern und Wiedergabe neuer Informationen. Aber auch früher gelerntes und vertrautes Material kann verloren gehen.

■ Beeinträchtigungen des Denkvermögens führen dazu, daß die Fähigkeit zu vernünftigen Urteilen verloren geht und der Ideenfluß vermindert ist. So kann der Wechsel der Aufmerksamkeit von einem zum anderen Thema erschwert sein.

Je nach beeinträchtigter intellektueller Funktion wird unterschieden zwischen:

▶ Verfall der Merkfähigkeit und des Gedächtnisses = Mnestiche Demenz (z.B. sich nach fünf Minuten nicht mehr an drei Gegenstände, oder sich nicht mehr an persönliche Lebensdaten erinnern zu können).

▶ Verlust des logischen Denkens = strukturelle Demenz (z.B. Probleme bei konstruktiven Aufgaben).

▶ Verlust der Fähigkeit, Wesentliches vom Unwesentlichen zu trennen oder beim Denken eine Zielvorstellung festzuhalten = Apperzeptive Demenz (z.B. Verlust des Urteilsvermögens).

Die häufigste Demenz ist die „Primär Degenerative Demenz vom Alzheimer Typus“.

Nach dem DSM-III-R wird Verlangsamung des Denkens nicht bei den Kriterien der Demenz genannt.

? Wie angemessen sind Tests? Was wird ausgetestet? Bleibt es bei einer einmaligen Momentaufnahme, bei der der Patient unter großem Druck (auch Zeitdruck) steht?

! Es gibt eine Vielzahl von einzelnen Aufgaben (z.B. drei Gegenstände merken, die nach fünf Minuten wieder abgefragt werden) oder auch von standardisierten Tests (z.B. Hamburg-Wechsler Intelligenz Test, der zur Messung der allgemeinen Intelligenz verwendet wird). Auch eine Reihe neuropsychologischer Tests sind verfügbar, mit denen die Gedächtnis- und Denkleistungen erfasst werden können. Für eine ordnungsgemäße Testvorgabe ist es dabei selbstverständlich, daß solche

Leistungen nur dann verglichen werden können, wenn der Patient nicht unter einem übermäßigen Druck steht. Auch bei bestimmten Aufgaben, die die Motorik erfordern, ist die Situation des Parkinson-Patienten besonders zu berücksichtigen.

Eine einmalige Prüfung der Denk- und Gedächtnisleistungen in einer Streß-Situation kann insbesondere bei Grenzfällen zu falschen Schlußfolgerungen führen.

? Wie wichtig ist das Symptom „Demenz“ für die Behandlung?

! Hier kann nur kurz gesagt werden, daß zumindest nach Biggins et al. (1992) die



Demenz für die Behandlung der Parkinson-Erkrankung im Beginn und bei jüngeren Patienten von untergeordneter Bedeutung ist. Sie hat danach etwa den gleichen Stellenwert wie bei der Normalbevölkerung. Das bedeutet, daß mit zunehmendem Alter dementielle Erkrankungen stärker zu berücksichtigen sind.

Für den einzelnen Patienten aber gilt wie bei der Normal-

Fortsetzung auf Seite 18

bevölkerung, daß man entweder geistig rasten und rosten kann, oder aber sich auch bei Morbus Parkinson durch Übung geistig rege und fit halten kann.

Bei der medikamentösen Therapie ist allerdings zu berücksichtigen, daß Parkinsonkranke mit Zeichen einer Demenz, und sei es nur im Sinne einer Störung der Merkfähigkeit, dazu neigen, ihre Medikamente nicht immer regelmäßig einzunehmen. Sie müssen also daran erinnert werden. Darüber hinaus ist mit einer größeren Empfindlichkeit gegenüber den Parkinsonmedikamenten zu rechnen.

Es kommt häufiger zu Halluzinationen und damit verbunden zu Unruhe, Ängstlichkeit und stärkerer Verwirrtheit. Das kann die Betreuung sowohl unter häuslichen Bedingungen als auch in der Klinik und anderen Pflegeeinrichtungen erschweren. In einer solchen Situation müssen entweder die Gesamtdosis oder die Vielzahl der Medikamente, wenn eine Kombinationsbehandlung durchgeführt wurde, reduziert werden. Zusätzlich kann die Gabe von antipsychotischen Mitteln erforderlich werden. Dabei haben sich Neuroleptika ohne extrapyramidale Nebenwirkungen wie Leponex®, Roxiam® oder Nipolept® bewährt, die aber, wie zum Beispiel im Falle des Leponex, regelmäßige Blutbild-Kontrollen erforderlich machen.

Literatur: Biggins, C.A., Boyd, J.L., Harrop, F.M., Madeley, P., Mindham, R.H.S., Randall, J.I., & Spokes, E.G.S. (1992) A controlled, longitudinal study of dementia in Parkinson's disease. J. Neurol. Neurosurg., & Psych., 55, 566-571; Lees, A.J. (1985) Parkinson's disease and dementia. Lancet, i, 43-44; Mayeux, R., Stern, Y., Rosenstein, R., Marder, K., Hauser, A., Cote, L., Fahn, S. (1988) An estimate of the prevalence of dementia in idiopathic Parkinson's disease. Arch. Neurol. 45: 260-262

Krankenversicherung: Achtung bei Auslandsreisen!

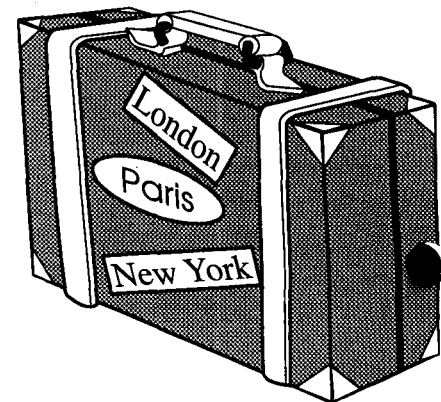
Wer in den kommenden Wochen einen Urlaub oder einen anderweitigen Aufenthalt im Ausland plant, sollte wissen, daß hinsichtlich der Krankenversicherung einige Änderungen eingetreten sind. Falls Sie das Thema betrifft, sollten Sie die folgenden Ausführungen sorgfältig lesen und sich bei Unklarheiten mit Ihrer Krankenkasse in Verbindung setzen.

Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt (Urlaubsreise) richtet sich der Leistungsanspruch nach besonderen gesetzlichen Bestimmungen. Mit dem Inkrafttreten des Gesundheits-Strukturgesetzes (GSG) am 01.01.1993 erstatten die gesetzlichen Krankenkassen künftig bei privaten Auslandsreisen in Länder, mit denen kein Sozialversicherungsabkommen besteht, für längstens sechs Wochen im Kalenderjahr die Kosten einer Krankenbehandlung. Voraussetzung dafür ist, daß der Abschluß einer Auslandsreise-Krankenversicherung nicht möglich ist (z. B. bei chronisch Erkrankten oder aus altersmäßigen Gründen). Die vor Antritt der Auslandsreise bei der Krankenkasse zu beantragende Erstattung ist auf die Kosten einer vergleichbaren Behandlung im Inland begrenzt.

Das Gesundheits-Strukturgesetz (GSG) schreibt vor, daß die Aufwendungen für vorbeugende Impfungen (wie zum Beispiel Cholera, Malaria, Gelbfieber und Typhus) anlässlich einer privaten Auslandsreise seit

01.01.1993 nicht mehr von den Krankenkassen übernommen werden dürfen. Seit diesem Zeitpunkt fallen die Kosten für solche Impfmaßnahmen in den Verantwortungsbereich des einzelnen und sind den Reisevorbereitungen zuzuordnen. Das gilt auch, wenn sich Versicherte nach Antritt der Reise den Impfschutz im Urlaubsland verabreichen lassen.

Für Versicherte aus den neuen Bundesländern hatten zusätzlich die völkerrechtlichen Verträge der ehemaligen DDR mit verschiedenen mittel-, ost- und südosteuropäischen Staaten im Bereich der sozialen Sicherheit



weiterhin Gültigkeit. Die Regelung trat mit dem 31.12. 1992 außer Kraft.

Wie bereits in Polen, haben Urlauber ab 01.01.1993 bei einem Aufenthalt in den Nachfolgestaaten der ehemaligen UdSSR, in Bulgarien, Ungarn, der Slowakischen Republik und der Tschechischen Republik keinen Leistungsanspruch mehr aus der gesetzlichen Krankenversicherung und benötigen daher in diesen Ländern eine private Auslands-Krankenversicherung.