

«Ich stürze doch nicht!»

Demenz und Sturzrisiko: über die Gründe und deren Folgen

Demenzkrankungen führen in ihrem Verlauf zu zunehmenden körperlichen und kognitiven Funktionseinbussen, die mit einem stark erhöhten Sturz- und Unfallrisiko einhergehen. In Deutschland beispielsweise werden deshalb mehr als 20 000 Personen jährlich nach einer Hüftfraktur dauerhaft in eine Pflegeinstitution eingewiesen. Kann diesen Unfällen und damit einer frühzeitigen Institutionalisierung vorgebeugt werden? Dr. med. Daniel Strub, Leitender Arzt des Bereichs Alterspsychiatrie in der kantonalen Klinik St. Pirminsberg in Pfäfers, steht Rede und Antwort.



Dr. med. Daniel Strub

Das Sturzrisiko Demenzkranker ist gegenüber dem der gesunden Bevölkerung deutlich erhöht. Was sind die genauen Gründe dafür?

Dr. Strub: Der Sturz im Alter gehört zu den grossen Herausforderungen der Altersmedizin: Er ist nicht nur häufig, er hat zumeist auch gravierende Folgen. Die meisten Stürze beim betagten dementen Menschen sind multifaktoriell bedingt. Wichtigste Teilursachen sind die Gangunsicherheiten bei unspezifischen Gleichgewichtsstörungen, allgemeine Muskelschwäche sowie verlangsamte Absturz- und Abwehrreflexe. Die Stürze häufen sich bei vorbestehenden Erkrankungen, bei verminderter Seh- und Hörfkraft oder reduzierter Propriozeption. Beim dementen Patienten kommen die Verminderung der räumlichen Wahrnehmung sowie die langsamere und fehlerhafte Verarbeitung visueller Informationen (Wahnwahrnehmungen, Halluzinosen) hinzu. Eine wichtige Rolle spielt ebenfalls das inakkurate Risikoeinschätzen (verminderte Urteilsfähigkeit) sowie die verminderte Fähigkeit zur geteilten Aufmerksamkeit. Im Rahmen einer Weglauftendenz kann sich der Patient

verlieren, was Stress, Angst und folglich eine weitere Verminderung der Aufmerksamkeit mit sich ziehen kann. Und wenn es draussen noch Nacht ist ...

Gibt es Möglichkeiten – und wenn ja, welche –, das Sturzrisiko von Demenzkranken zu verringern?

Sturzprophylaxe besteht aus Risikoabklärung und Rehabilitation. Um den medizinischen Risiken auf die Spur zu kommen, ist wie immer eine präzise und fokussierte Anamnese unabdingbar: Ist der Patient schon gestürzt, wenn ja, in welcher Frequenz? Haben sich diese Stürze in letzter Zeit gehäuft? Unter welchen Umständen kam es zum Sturz? Liess sich ein müder oder appellativer Patient zu Boden gleiten, verlor er das Gleichgewicht, oder prallte er unvermittelt gegen eine nur halb geöffnete Tür? Neben Schellong-Test, Somato- und Neurostatus, EKG und Labor ist bei dementen Patienten die Medikamentenanamnese besonders wichtig: Wegen Verhaltensstörungen, Angst oder Depression werden zum Teil auch sturzfördernde Wirkstoffe eingesetzt. Dazu gehören vor allem die so genannten «niederpotenten»

Neuroleptika, Benzodiazepine (ob hypnotisch oder anxiolytisch eingesetzt), aber auch anticholinerg wirksame Antidepressiva. Alle sedieren, können aber auch ein Delir auslösen, das den Sturz begünstigt.

Neben der eventuellen Behandlung und den medikamentösen Anpassungen ist auch beim dementen Patienten eine fachgerechte Mobilisation zur Erhaltung der Grundfunktionen des normalen Bewegungsablaufs und der Muskelkraft sehr sinnvoll: Soweit es ihm möglich ist, soll er bei der Altersgymnastik mitmachen oder auf Wanderungen mitgehen können.

«Wir werden in Zukunft mehr Ärzte brauchen, die sich um die ständig und rasch wachsende Anzahl betagter und dementer Menschen kümmern. Eine Herausforderung, die auch in der Schweiz noch grosser Anstrengungen bedarf.»

Dr. med. Daniel Strub

Die meisten Personen, die kürzlich gestürzt sind, haben erhebliche Angst, erneut zu stürzen. Kann dieser wirksam und sinnvoll begegnet werden?

Ja, wie erwähnt gilt es, den kognitiv beeinträchtigten Patienten ernst zu nehmen: Vielfach sind Unrast und Angst, aber auch Apathie ein Ausdruck von Schmerz, dessen Ursache – der Sturz – nicht in Erinnerung gebracht und durch den Ausfall der höheren Denkfunktionen nicht mehr korrekt interpretiert werden kann.

Beim Demenzerkrankten heisst dies konkret: ausreichende Analgetikatherapie, sich für den Patienten genügend Zeit lassen, um ihn durch Vertrauen und Ablenkung mobilisieren zu können. Da genügen bereits einige Schritte, am nächsten Tag werden es ein paar mehr sein. Neben dem Erhalten der Grundfunktionen wird somit auch effizient gegen eine ängstlich-depressive Entwicklung gehandelt, die das Sturzrisiko ebenfalls fördert. Sehr wichtig ist in diesem Kontext, dass auch der Tag-Nacht-Rhythmus im Lot bleibt. Andernfalls kann beim tagsüber müden Patienten keine Rehabilitation gemacht werden, und die nächtliche Unruhe ist mit einem erheblichen Sturzrisiko verbunden.

Wichtig sind eine gute Beleuchtung, besonders im Treppegang, aber auch ein adäquates Schuhwerk, rutschsichere Vorlagen und Haltegriffe in der Toilette. Diese Massnahmen verringern die Sturzgefahr erheblich, nicht



Der Sturz im Alter gehört zu den grossen Herausforderungen der Altersmedizin: Er ist nicht nur häufig, er hat zumeist auch gravierende Folgen.

zuletzt, weil sie auch bei dem dementen Patienten ein Gefühl von Sicherheit vermitteln. Eine Gehhilfe oder gar ein Rollstuhl soll nur dann eingesetzt werden, wenn der Patient nicht mehr anders mobilisiert werden kann. In dieser Hinsicht stellen sich aber irgendwann auch wichtige Fragen zur therapeutischen Verhältnismässigkeit und zur palliativen Haltung.

Das Sturzrisiko von Demenzkranken ist die am häufigsten genannte Legitimation für die Durchführung von repressiven Massnahmen. Wie sehen diese aus, in welchen Fällen sind diese unumgänglich, und wodurch lassen sie sich reduzieren?

Dieses Thema ist meines Erachtens ein zentrales Problem, eine zentrale Frage in der Behandlung und Betreuung von dementen Patienten. Dem unruhigen und sturzgefährdeten Patienten wird mit einem Esstablett oder einer Halterung das Aufstehen vom Stuhl verwehrt; nachts wird er mit einem Fixleintuch (Zewi-Decke) im Bett zurückgehalten. Zumeist wird von diesen freiheits einschränkenden Massnahmen so zurückhaltend wie möglich Gebrauch gemacht, und dennoch gehören sie zum Alltag vieler Institutionen, die demente Leute betreuen.

Im Moment befassen sich auch in der Ostschweiz verschiedene psychiatrische Kliniken mit dem Thema: Ziel ist die stetige Qualitätsverbesserung und eine Reduktion der Zwangsmassnahmen, wie die von aussen auferlegten Bewegungseinschränkungen juristisch bezeichnet werden. Sicher indiziert sind «Containment-Massnahmen» (wie diese Zwangsmassnahmen auch bezeichnet werden) bei stark sturzgefährdeten und antriebsgesteigerten Patienten, die eine Begleitung quasi auf Schritt und Tritt benötigen. Bei weniger ausgeprägter Agitiertheit mit Sturzgefahr ist ein gut geschultes und ethisch sensibilisiertes Personal besorgt, dem Patienten möglichst viel Bewegungsfreiheit zu geben. Nur wenn die dafür nötige 1:1-Betreuung nicht zu gewährleisten ist, wird der Patient für eine vorab definierte Zeit angebunden.

Zusammenfassend: Je besser der Personalschlüssel, desto niedriger die Anzahl bewegungseinschränkender Massnahmen; diese sollen so wenig wie möglich angewendet werden. Nicht zu unterschätzen ist, dass Bewegungseinschränkungen – besonders beim Zu-Bett-Gehen – auch Sicherheit und Geborgenheit vermitteln können. Oft schläft der Patient viel schneller oder überhaupt erst ein, wenn er ins unverrutschbare Fixleintuch eingebettet wird.

Thema Gesundheitsökonomie: Mit der Institutionalisierung verdoppeln oder verdreifachen sich sogar die Pflegekosten von Alzheimer-Patienten gegenüber der Pflege in der eigenen Wohnung. Gibt es Möglichkeiten, die explodierenden Kosten im Zaum zu halten?

In der Schweiz werden 50 bis 60 Prozent der Demenzerkrankten immer noch von ihren Angehörigen gepflegt, ein weitaus grösserer Anteil, als dies zum Beispiel in den Vereinigten Staaten der Fall ist. Leider fühlt sich das betreuende Familienmitglied (das in vielen Fällen auch schon älter ist) oft alleine, erschöpft und hilflos, weiss allzu wenig über die ungenügenden, aber dennoch existierenden Hilfsangebote in seiner Umgebung. In unserer Region ist die Alterspsychiatrie daran, sich möglichst verbindlich mit Hausärzten, Altersheimen und Spitex zu vernetzen. Angeboten werden mittlerweile flächendeckende Weiter- und Fortbildungen und Fallsupervisionen für Heim- und Spitex-Mitarbeiter, geschlossene Gruppen für Angehörige von Demenzerkrankten, offene Angehörigentreffen, aber auch interdisziplinäre Demenzsprechstunden (Abklärung und Beratung). Politisch und menschlich ist eine wohnortnahe Behandlung sicher der richtige Weg; wohl soll der demente Mensch mit noch besserer Spitex-Unterstützung solange als möglich in seinen vier Wänden leben dürfen. Die Heime werden aber bei der kontinuierlichen Zunahme der Demenzpatienten und den abnehmenden Betreuungsmöglichkeiten durch die Familie ebenfalls ihre Rolle spielen müssen. Um Ihre Frage zu beantworten: Ich bin davon überzeugt, dass durch multiprofessionelle Vernetzung die steigen-

den Kosten in der Betreuung der dementen Menschen reduziert werden können, nicht aber in einem Ausmass, dass diese Vernetzung die explodierenden Gesundheitskosten beim älteren Menschen massgeblich beeinflussen könnte.

Nur eine Minderheit der Alzheimer-Patienten wird bis jetzt adäquat behandelt. Erwartet werden kann zudem im Verlauf der Erkrankung, dass sich die Betroffenen immer seltener aus Eigeninitiative an ihren Arzt wenden. Wie lässt sich – auch im Hinblick auf die zunehmende Singularisierung der Haushalte – die frühzeitige Identifizierung und Behandlung der Betroffenen verbessern?

Spitex und Hausärzte sind nach wie vor an vorderster Front, wenn es um Patientenkontakt und «Casefinding» geht. Meistens kennen und begleiten sie ihre Patienten über Jahre, können somit auch am besten feststellen, wenn kognitive Veränderungen vorstatten gehen. Die Aufgabe von interdisziplinär geführten Memory-Kliniken besteht darin, die Kollegen an der «Front» zu unterstützen, indem dem Patienten und seiner Familie genügend Zeit und Know-how zur Verfügung gestellt wird. So kann gesichert werden, dass jeder Demenzpatient letztlich optimal behandelt und betreut ist.

Die stark anwachsende Zahl demenzkranker Patienten erfordert entsprechendes Personal sowie Know-how auch in nichtneurologischen beziehungsweise nichtpsychiatrischen Krankenhausabteilungen und Praxen. Ist die Schweiz «gerüstet»?

In der Tat: Die rasch wachsende Zahl demenzkranker Patienten (zurzeit zirka 95 000 in der Schweiz) muss in den nächsten Jahren mit einem Anstieg an Ärzten einhergehen, die sich um den betagten und insbesondere dementen Menschen kümmern. Nebst der Schweizerischen Gesellschaft für Alterspsychiatrie (SGAPP) und der Schweizerischen Neurologischen Gesellschaft (SNG) ist vor allem die Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie (SFGG) sehr aktiv in diesem Bereich. In diversen Kantonen, darunter auch im Kanton St. Gallen, sind geriatrische Spitalabteilungen in Planung, wo natürlich dann auch demente Patienten erwartet werden. Unentbehrlich bleiben die Hausärzte, die meines Erachtens auch in Zukunft ihre zentrale Rolle als Casemanager spielen müssen. In Anbetracht der Zahl von Demenzpatienten, die in den nächsten Jahren zu erwarten ist, kann bei weitem noch nicht behauptet werden, dass die Schweiz auf diese Herausforderung ausreichend vorbereitet ist.

Dr. Strub, danke für das Gespräch! ■