

Demenz und Sehbeeinträchtigungen Eine fatale Kombination



Prof. Dr. Stefanie Becker
Leiterin Institut Alter
stefanie.becker@bfh.ch



Prof. Dr. Regula Blaser
Dozentin
regula.blaser@bfh.ch

Ob jemand demenziell erkrankt ist oder aber einfach schlecht sieht, ist häufig wegen des sehr ähnlichen Verhaltens der Betroffenen nicht sofort erkennbar. Dies führt zu Fehldiagnosen mit fatalen Folgen. Das Institut Alter hat für den Schweizerischen Zentralverein für das Blindenwesen (SZB) eine Expertise zur aktuellen Praxis in Diagnostik und Behandlung erarbeitet.

An einer Sehbeeinträchtigung leiden 8,9% der 60- bis 79-Jährigen, bei den über 80-Jährigen sind es 20,5%. Von Demenzerkrankungen betroffen sind 1% der 60- bis 64-Jährigen und bis zu 35% der über 90-Jährigen. Die Zahlen zeigen es: Mit dem Älterwerden steigt das Risiko, an einer Sehbeeinträchtigung oder an Demenz zu erkranken – oder an beidem zugleich. Das hat fatale Auswirkungen sowohl auf die Möglichkeiten einer korrekten Diagnose als auch auf die angemessene Versorgung der Betroffenen.

Die ersten Schritte zur Abklärung von Beschwerden erfolgen am häufigsten bei der Hausärztin oder beim Hausarzt, wie das Konsensuspapier für Diagnostik und Betreuung von Menschen mit Demenz in der Schweiz (vgl. Monsch et al. 2008) festhält. Die Wichtigkeit einer begleitenden differenzierten Diagnostik der Sehfähigkeit wird dabei nicht explizit erwähnt, sondern lediglich unter dem allgemeinen Begriff der «klinischen Untersuchung» subsummiert. Soll ein Demenzverdacht differenzierter untersucht werden, empfiehlt das Konsensuspapier die Überweisung der Patienten an eine Memory Klinik. Diese Kliniken sind einem interdisziplinären Ansatz verpflichtet und setzen auch bildgebende Verfahren ein. Für die Diagnostik der Sehfähigkeit und allfälliger Augenerkrankungen bei Menschen mit einer Demenzerkrankung liegen (bisher) in der Literatur keine Empfehlungen vor.

Wenige Überweisungen an Fachärzte für Sinnesdiagnostik

Die Befragung der BFH bei Experten zeigt, dass Fachpersonen für Demenz den Empfehlungen dieses Konsensuspapiers folgen. Die Hausärzte gaben an, Seh- und Hörfähigkeit im Rahmen einer Demenzdiagnostik nicht ausführlicher zu prüfen – obwohl sie sich der Auswirkungen einer verminderten Seh- oder Hörfähigkeit auf die Leistungen in den gängigen Demenzdiagnoseverfahren durchaus bewusst sind. Überweisungen an Fachärzte für die Sinnesdiagnostik sind selten. In den Memory Kliniken findet zwar eine differenzierte Abklärung der demenziellen Symptome, nicht aber der Sinnesleistungen statt. Hier verlassen sich die Diagnostiker mehrheitlich auf ihre klinische Einschätzung sowie auf Angaben der behandelten Person und deren Angehörigen. Bei einer klinisch relevanten Verminderung der Sehfähigkeit wird diese auf nicht standardisierte Weise in der Durchführung und Interpretation der Demenzdiagnostik berücksichtigt, wie die Antwort einer Fachperson verdeutlicht:

«(...)Wenn wir jetzt keinen visuellen Gedächtnistest machen, weil jemand sehr schlecht sieht, dann fehlt halt einfach diese Angabe im Profil. Wir können aber trotzdem einen verbalen Gedächtnistest machen, indem den Leuten zum Beispiel eine Wortliste vorgelesen wird über mehrere Lerndurchgänge. Doch am Schluss ist es sowieso eine Interpretation vom ganzen Profil und je nachdem fehlen dann halt gewisse Bereiche.»

Die Augendiagnostik beschreiben die befragten Fachpersonen als einen sehr technischen Vorgang, der durch eine Demenzerkrankung nicht wesentlich beeinflusst werde.



«(...) Ich als Augenarzt habe den Vorteil, ich sehe alles: Ich kann auf das Auge schauen, ich kann auch die Pupillen erweitern und in das Auge schauen. Also ich sehe eigentlich alles, auch wenn der Patient mir gar nicht viel sagen kann (...).» Wenn es dann aber darum geht, mit einer demenzkranken Person über eine diagnostizierte Sehbeeinträchtigung und mögliche Hilfen zu sprechen, dann sehen sie sich sehr wohl mit Problemen konfrontiert. Sie schätzen auch die Möglichkeiten einer Demenzdiagnose für eine sehbeeinträchtigte Person als schwierig ein.

Vermehrte Kooperation der Experten wäre schon bei der Diagnose notwendig

Die Expertise der BFH zeigt also, dass eine angemessene Diagnostik eingeschränkt wird durch die Fokussierung der Experten auf das eigene Fachgebiet, auf die Demenz oder die Sehbeeinträchtigung. Hinzu kommen Schwierigkeiten durch Diagnoseverfahren, die auf intaktem Sehen (und Hören) bzw. auf funktionierenden geistigen Fähigkeiten beruhen. Als fatale Folge davon wird die kognitive Leistungsfähigkeit einer Person unterschätzt, obwohl sie bloss schlecht sieht. So wird oft vorschnell eine Demenzerkrankung diagnostiziert – und umgekehrt bleibt möglicherweise einer Person mit einer Demenzerkrankung der Zugang zu angemessenen Hilfsmitteln fürs Sehen verschlossen.

Die Nationale Demenzstrategie 2014 bis 2017 (BAG/GDK 2013: 5) fordert eine «konsequente Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse, die sich für demenzkranke Menschen aufgrund von Begleiterkrankungen oder Behinderungen ergeben». In diesem Sinne wäre für die Zukunft eine vermehrte Kooperation zwischen den Fachgebieten in der Diagnostik von demenziellen Symptomen und Sehbeeinträchtigungen notwendig.

Selbständig und autonom bleiben im Alltag ist schwierig

Ein Leitsymptom der Demenzerkrankung ist die verminderte Merkfähigkeit der Betroffenen. Diese macht es besonders anspruchsvoll, für Menschen mit einer zusätzlichen Sehbeeinträchtigung Hilfen und Hilfsmittel abzuklären, anzupassen und zu verwenden (vgl. Spring 2012). Zudem fallen vor allem in frühen Stadien einer Demenzerkrankung häufig verwendete, visuelle Strategien weg, welche die kognitiven Defizite kompensieren würden (z.B. Agenda führen, Merktzettel schreiben). Die Wahrung von Selbständigkeit und Autonomie im Alltag ist deshalb für Menschen mit einer Demenzerkrankung und einer Sehbeeinträchtigung besonders schwierig. Häufig erfolgt ein frühzeitiger Eintritt in eine Institution der Langzeitpflege, wobei weder eine Institution für Sehbeeinträchtigte noch für Demenzkranke die Bedürfnisse dieser besonderen Personengruppe angemessen abdecken kann (vgl. Widmann 2010).

Die befragten Expertinnen und Experten hielten fest, dass jede Person, die eine Demenzerkrankung und eine Sehbeeinträchtigung habe, sehr individuell in Bezug auf Behandlung und Rehabilitation beurteilt werden müsse. So entwickeln sehbeeinträchtigte Personen, die im Alter an Demenz erkranken, häufig Strategien auf anderen Sinneskanälen, mit denen sie zumindest zu Beginn der Demenzerkrankung kognitive Defizite kompensieren können. Menschen mit Demenz, die später an einer Sehbeeinträchtigung leiden, müssen gemäss den Experten solche alternativen Strategien erst lernen, was aufgrund der kognitiven Defizite aber schwierig bis unmöglich sei. Grundsätzlich wird für Menschen mit Demenz und einer Sehbeeinträchtigung eine Stimulation der intakten Sinnesfunktionen und der erhaltenen Fähigkeiten als zentral erachtet.

«Was ganz schade ist, wenn Patienten kommen, die kognitiv beeinträchtigt sind und dazu noch schlecht hören – aber sie haben kein Hörgerät oder das Hörgerät ist nicht gut eingestellt. Oder sie kommen mit einer alten Brille, die überhaupt nicht mehr passt; da verliert man wahnsinnig viel. [...] Also, es soll einfach alles gemacht werden, was möglich ist, um die Sinnesfunktionen gut zu erhalten. Sensorische Stimulation ist auch ganz wichtig, gerade bei Demenzerkrankungen [...] sollte man vielleicht gerade jene Sinne stimulieren, die noch gut funktionieren; Geruchssinn, Tastsinn.»

Die Augenexperten betonen, wie schwierig es für die Betroffenen ist, bei einer Komorbidität beider Krankheitsbilder funktionierende Kompensationsstrategien zu entwickeln. In Bezug auf den Einsatz von Hilfsmitteln sind sie kritischer als die Demenzexperten. Grundsätzlich stehe eine breite Palette an Hilfsmitteln für Sehbeeinträchtigte zur Verfügung. Bei Menschen, die zusätzlich an einer Demenzerkrankung leiden, müsse diese Palette nicht ausgeschöpft werden, weil der korrekte Umgang mit den Hilfsmitteln nicht mehr erlernt werden könne. In Bezug auf die Möglichkeiten der Betreuung in der Langzeitpflege würden Sehbeeinträchtigungen nur unzureichend beachtet und der Fokus liege einseitig auf der meist prominenteren Demenzerkrankung.

Ganzheitlicher Blick und interdisziplinäre Versorgung fehlen

Die Möglichkeiten und Grenzen in der Behandlung und Rehabilitation von Menschen mit Demenz und Sehbeeinträchtigungen sind den jeweiligen Experten zwar durchaus bewusst. Allerdings fehlen ein ganzheitlicher Blick und eine interdisziplinäre (Langzeit-)Versorgung weitgehend. In den letzten Jahren wurden zwar einige Institutionen gegründet, die sich spezifisch dieser Personengruppe annehmen (vgl. Navratil 2012, Widmann 2010). Im Hinblick auf die übergeordneten Zielsetzungen der Demenzstrategie jedoch müssen Fachpersonen bei der Diagnostik, aber auch in der Beratung, Betreuung und Versorgung älterer Menschen zukünftig deutlich mehr zusammenarbeiten. Nur so kann «Betreuung und Behandlung auf den Erhalt von Lebensqualität und Würde durch Wahrung der physischen und psychischen Integrität, Autonomie und sozialen Einbindung ausgerichtet» (BAG/GDK 2013: 5) werden. Für Lebensqualität im Alter ist somit inter- und transdisziplinäre Kooperation zukünftig ein Schlüsselfaktor. ●

Literatur:

- Bundesamt für Gesundheit & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2013): Nationale Demenzstrategie 2014–2017.
- Monsch, A. U et al. (2008): Konsensus zur Diagnostik und Betreuung von Demenzkranken in der Schweiz. Schweiz Med Forum, 8(8), 144–149.
- Navratil, D. (2012): Die Abteilung für Menschen mit Sehbehinderung. Panorama. Die Hauszeitschrift der Pflegezentren Witikon, Riesbach und Bombach, 27, 8–9.
- Spring, S. (2012): Sehbehinderung und Blindheit: Entwicklung in der Schweiz. Eine Publikation zur Frage «Wie viele sehbehinderte, blinde und hörsehbehinderte Menschen gibt es in der Schweiz?». St. Gallen, Schweizerischer Zentralverein für das Blindenwesen SZB.
- Widmann, K. (2010): Dement und blind. Wie kann ich mich noch orientieren? Lebenswelt Heim, 45, 34–35.

Die Expertise

Insgesamt hat die BFH 15 Experteninterviews zur Dokumentation der gängigen Praxis durchgeführt. Es wurden Expertinnen und Experten der Ophthalmologie (Augenärzte/Optiker/Low-Vision Experten), der Demenzdiagnostik (Geriatric/Gerontopsychiatrie/Geronto- und Neuropsychologie) sowie zwei Hausärzte/Heimärzte mit leitfadengestützten teilstandardisierten Interviews befragt. Der Projektbericht kann über den Schweizerischen Zentralverein für das Blindenwesen (SZB) bezogen werden (spring@szb.ch).