



Vortrag "Demenz und Schwerhörigkeit"

Zahlreiche Interessenten hatten sich am 26. Oktober 2024 in der VHS eingefunden, um den Vortrag von Prof. Dr. Kessler zu Demenz und Schwerhörigkeit zu verfolgen.

Demenz tritt in der Regel erst im hohen Alter auf, von seltenen -genetisch bedingten- Ausnahmen abgesehen. In einem Alter von über 90 Jahren sind ca 40 % betroffen. Es ist eine Erkrankung des Gehirns, die sich langsam über viele Jahre entwickelt. Man weiß nicht, wann genau und warum das Gehirn anfängt sich zu verändern, aber es ist ein Zeitraum von wahrscheinlich mehr als 30 Jahren. Der Prozess ist nicht rückgängig zu machen, eine Reparatur nicht möglich, vielleicht ein Aufhalten.

Demenz ist vom normalen Alterungsprozess abzugrenzen. Das alternde Gehirn weist anatomische Veränderungen auf und es kommt zu einer kognitiven Verlangsamung und einer geringeren Flexibilität. Dem sind wir mehr oder weniger alle ausgesetzt

Bei einer Demenz sind Symptome wie Verschlechterung des Gedächtnisses und des Denkvermögens, Verhaltensauffälligkeiten, Persönlichkeitsveränderungen, Verlust kognitiver Fähigkeiten auch bei der Ausführung von Alltagsaktivitäten zu beobachten. Sie sind je nach Demenztyp unterschiedlich ausgeprägt, aber immer progressiv.

Es gibt allerdings auch Erkrankungen, die mit den Symptomen einer Demenz einhergehen, aber auf behandelbaren

Ursachen beruhen z.B. einem Hirntumor oder einer Depression. Das muss bei der Diagnostik ausgeschlossen werden.

Man unterscheidet eine ganze Reihe von Demenzformen. Die häufigste mit ca 65% ist die Alzheimer-Demenz. Dabei sieht man zwei verschiedene Proteinablagerungen im Gehirn. Amyloid-beta, das natürlicherweise im Gehirn vorkommt, verklumpt und bildet Plaques, die sich zwischen den Nervenzellen ansammeln und dann deren Funktion stören und die Zellen absterben lassen. Außerdem verändert sich das sog. Tau-Protein im Inneren der Nervenzelle und bildet eine fadenförmige Struktur, die Tau-Fibrillen (oder Tangles genannt) und auch das führt dazu, dass die Zellen ihre Funktion nicht mehr erfüllen können. Aber warum sich Plaques und Tangles bilden, weiß man nicht.

Relativ häufig mit ca 15 % ist die vaskuläre Demenz zu beobachten, die durch Durchblutungsstörungen im Gehirn verursacht wird. Abhängig von der betroffenen Hirnregion zeigen sich unterschiedliche Symptome. Es gibt auch Mischformen zwischen Alzheimer-Demenz und der vaskulären Demenz.

Eine weitere Demenzform ist die sog. Frontotemporale Demenz, die sich anfangs durch Verhaltensauffälligkeiten auszeichnet. Wenn vor allem der Temporallappen betroffen ist leidet vor allem das Sprachzentrum. Der Betroffene hört zwar normal, kann aber den Sinn nicht mehr erfassen. Hier ist es wichtig, eine Hörstörung abzugrenzen.

Die Lewy-Körperchen-Demenz tritt oft, aber nicht immer zusammen mit Parkinson auf. Man beobachtet eine fluktuierende Kognition, Halluzinationen und auch aggressives Verhalten. Nach einem

Krankheitsverlauf von 10-15 Jahren entwickeln 40 % der Patienten mit Parkinson eine Demenz. Der Verlauf hat aber eine andere Ausprägung und Verlauf als die Alzheimer-Demenz.

Was kann man nun tun, um einer Demenz vorzubeugen? Man hat eine ganze Reihe von Risikofaktoren gefunden und denkt, dass man bei Vermeidung aller Risikofaktoren bis zu 45% der Demenzen zumindest verzögern kann, ob zu stoppen wissen wir nicht.

Folgende Risikofaktoren scheinen einen Einfluss auf die Entwicklung einer Demenz zu haben: Geringe Bildung, übermäßiger Alkoholgenuß, Rauchen, Kopfverletzungen, hoher Cholesterinwert, Diabetes Typ2, Bluthochdruck, starkes Übergewicht, Bewegungsmangel, Depression, soziale Isolation, Luftverschmutzung sowie Eingeschränktes Hörvermögen und eingeschränktes Sehvermögen.

Dabei sind viele Risikofaktoren voneinander abhängig oder beeinflussen sich gegenseitig. Einige Risikofaktoren lassen sich medizinisch behandeln. Ein gesundes und aktives Leben senkt das persönliche Demenzrisiko. Wieviel das bringt und wie sich die einzelnen Risikofaktoren zueinander verhalten kann man mit so vielen Variablen und über solange Zeiträume letztlich nicht in Studien überprüfen.

Dabei hat ein eingeschränktes Hörvermögen einen Einfluss von etwa 7%, -8 %, Es besteht ein 1,35-faches höheres Risiko. Auf welche Weise eine verminderte Hörleistung zur Entwicklung einer Demenz beiträgt ist bisher nicht geklärt. Verschiedene Faktoren spielen vermutlich eine Rolle. Ist die Höranstrengung zu hoch und fehlen damit Ressourcen für andere Hirnareale? Oder ist der sensorische Input zu gering und die entsprechenden Areale verkümmern? Eine Hörminderung verändert jedenfalls die Verbindung zur Außenwelt. Es kommt aber darauf an, ob man eingreift und wie man mit der Hörminderung umgeht.

Hörgeräte scheinen etwas zu bewirken. So lassen Studien vermuten, dass das Risiko verringert wird. Man weiß aber, dass es oft sieben Jahre braucht bis eine Hörgeräteversorgung begonnen wird. Da wird sicher eine Chance verschenkt.

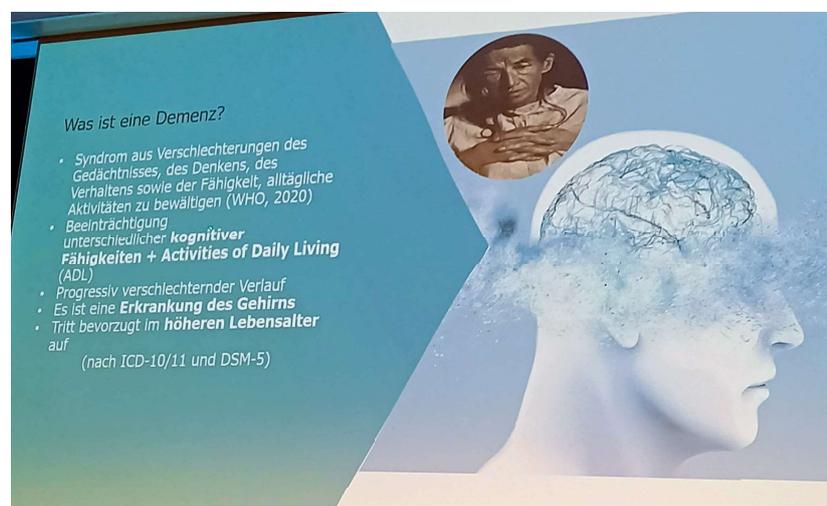
Interessant ist die Beobachtung, dass es eine Gruppe subjektiv Hörbeein-

trächtigter gibt. Eine Messung ergibt keinen Hinweis auf einen Hörverlust und trotzdem haben die Betroffenen das Gefühl, sie verstehen nicht so richtig. Aber anscheinend merkt der Körper oder Geist, dass da etwas im Entstehen ist, denn diese Gruppe hat ein höheres Demenzrisiko.

Zur Diagnose einer Demenz werden neben körperlichen Untersuchungen bildgebende Verfahren (CT und MRT) und neuropsychologische Testverfahren eingesetzt.

Inzwischen sind auch Bluttests auf Alzheimer-Demenz in Entwicklung und werden in der Forschung bereits erprobt, allerdings noch nicht in der Praxis. Es gibt bereits einen Test, der bereits 10 Jahre vor Beginn einer Alzheimer -Demenz eine entsprechende Prognose ermöglicht. Allerdings gibt es bisher kein Heilmittel, um den Verlauf der Erkrankung zu stoppen. Daher ist es eine ethische Frage, ob und wie man einen solchen Test einsetzt. Denn wie soll der Betroffene mit einem solchem Ergebnis umgehen? Und wie sicher ist die Prognose?

Interessant ist auch, dass allein eine Feststellung von krankhaften Amyloid-Ablagerungen noch keine Aussage über das Ausmaß einer Alzheimer -Demenz erlaubt. Vor einigen Jahren wurde die sog. Nonnenstudie veröffentlicht. In dieser hatten sich Nonnen eines Ordens bereit erklärt, dass ihre Gehirne nach dem Tod untersucht würden und zu Lebzeiten Untersuchungen zu Demenz zugestimmt. Einige Nonnen wiesen erhebliche Amyloid-Ablagerungen auf und die typischen Veränderungen im Gehirn wie bei Alzheimer-Demenz, hatten aber keine Anzeichen von Demenz, sondern waren geistig noch äußerst rege.





Daneben weist die Diagnostik bei den neuropsychologischen Testverfahren Schwächen auf. Viele Testverfahren setzen ein intaktes Hörvermögen voraus. Daher werden die Leistungen bei Hörbeeinträchtigung oft nicht richtig erfasst. Hinzu kommt, dass nicht wenige Patienten ihre Hörminderung verbergen. Allerdings gibt es auch Verfahren, die mehr auf visuelle Eindrücke setzen und dann auch für Hörgeminderte praktikabel sind, so zum Beispiel der Dico-di-Test, der von der Uniklinik Köln mitentwickelt wurde. Aber auch bei den gängigen Testverfahren gibt es Varianten, die die Hörschädigung besser berücksichtigen. Man sollte darauf bestehen, dass solche Tests bei Bedarf eingesetzt werden.

Auch die Erfassung von Alltagsaktivitäten, die bei der Diagnostik der Demenz eine Rolle spielen, stößt bei Hörgeschädigten auf Probleme, da diese möglicherweise einen etwas anders gearteten Alltag haben als Normalhörende. Frau Meka, eine Doktorandin von Professor Dr. Kessler, befasst sich damit, wie man die Alltagsaktivitäten von Personen mit Hörschädigung besser ermitteln kann.

Zur Therapie einer festgestellten Demenz gibt es medikamentöse und nicht-medikamentöse Verfahren. Im Stadium einer leichten Demenz bieten sich Verfahren an, die eine Förderung und Erhaltung der kognitiven Fähigkeiten zum Ziel haben und den Patienten in seinen Alltagsaktivitäten stärken. Die Uniklinik Köln hat dafür das Neurovitalis-Programm entwickelt. Daneben fördern auch Bewegung, Musik und vieles mehr die Lebensqualität der Betroffenen, können aber letztlich das Fortschreiten der Krankheit nicht verhindern. Das können auch die bisherigen Medikamente nicht.

Die meisten bisherigen Medikamente beeinflussen Botenstoffe im Gehirn

und können für eine kürzere Zeit die Symptomatik beim Fortschreiten der Demenz etwas verbessern-, aber mehr nicht. Ein neuer Ansatz sind Wirkstoffe, die direkt an den Amyloid-Beta-Plaques angreifen. Es handelt sich um monoklonale Antikörper, die Amyloid-Beta Fragmente entfernen sollen, bevor sie größeren Schaden anrichten können. Hiermit kann man erstmals zu einem früheren Zeitpunkt eingreifen, bevor weitere pathologische Veränderungen geschehen. Leider ist auch hierbei so, dass man keine Verbesserung erzielen kann, sondern nur das Fortschreiten der Demenz für eine gewisse Zeit verzögern kann. Unter dem Namen Leqembi (Wirkstoff: Lecanemab) wurde ein solches Medikament zunächst in den USA zugelassen. Es kann das Fortschreiten der Demenz etwas verzögern, aber nur in einem sehr frühen Stadium der Erkrankung und es kann zu schwerwiegenden Nebenwirkungen führen.

Die EU hatte zum Zeitpunkt des Vortrages die Zulassung zunächst noch verweigert, weil sie Nutzen-Risiko als nicht vertretbar ansah. Inzwischen ist es doch zugelassen worden, aber unter Auflagen und nur für bestimmte Patientengruppen. Es bleibt abzuwarten, ob sich mit anderen Medikamenten weitere Fortschritte erzielen lassen.

Nach so vielen Informationen blieben viele Fragen offen und Herr Professor Kessler hat sich erfreulicherweise bereit erklärt, einen Samstagnachmittag im April das Thema Prävention weiter zu bearbeiten.

Eva Eder