

NEUROVISION

NEUROLOGIE VERSTEHEN

JULI 16
JAHRGANG 11

Geriatric

Gut versorgt in
die Jahre kommen



Foto © istockphoto

NEURO WELT → Vorsorge-Vollmacht und Patientenverfügung – Interview mit Dr. Birgit Schröder

MS WELT → Entwicklungen und Therapiemöglichkeiten für MS-Patienten mit progredientem Verlauf



Daniel Olek, leitender Apotheker:
„Unser geschultes Team berät Sie gern.“



FLORIANI APOTHEKE

Wichmannstraße 4 / Haus 9
22607 Hamburg

Öffnungszeiten

MO – FR 8.00 – 18.00 Uhr

Telefon gebührenfrei

TEL 0800 – 56 00 943

FAX 040 – 822 28 65 17

E-MAIL service@floriani-apotheke.de

WEB www.floriani-apotheke.de

IHRE-MEDIKAMENTE BEQUEM PER VERSAND

BESTELLEN SIE BEI DER FLORIANI APOTHEKE
IHREM MS-PARTNER

Einfach und bequem Ihre benötigten Medikamente liefern lassen und zwar dorthin, wo Sie die Lieferung entgegennehmen können: das macht **die Floriani Versand-Apotheke** für Sie möglich! Dabei fallen nicht mal Portokosten an – denn für Ihre Rezept-einsendung bekommen Sie von uns Rückumschläge und für Ihre Bestellung auf Rezept zahlen Sie bei der Floriani Apotheke weder Porto- noch Verpackungskosten.

Und keine Sorge, dass Sie lange auf Ihre Medikamente warten müssen – jede Bestellung wird **innerhalb von 24-48 Stunden** nicht nur bearbeitet, sondern auch auf den Weg zu Ihnen gebracht. Denn wir – als Ihr MS-Partner – haben alle Medikamente für Sie **auf Lager**.

Das kompetente Team rund um Regina Giese und Daniel Olek berät Sie gern. Bei allen Fragen zu MS, aber auch in Bezug auf alle anderen medizinischen Bereiche.

Besuchen Sie uns. Vor Ort in der Wichmannstraße oder auf unserer website.



Unter www.floriani-apotheke.de finden Sie neben aktuellen Tipps und Angeboten auch unsere Flyer, das MS-Welt-Archiv sowie die aktuelle NEUROVISION zum kostenlosen Download.

Profitieren Sie von der

- Einfachheit
- Schnelligkeit
- Bequemlichkeit

**unseres praktischen
„Nach-Hause-Liefer-Dienstes“!**

UND SO EINFACH FUNKTIONIERT ES

- Sie senden **Ihr Rezept im Frei-umschlag** an die Floriani Apotheke.
- Ein Apotheker **prüft die Verordnung** und gleicht diese mit dem Gesundheitsfragebogen ab, den Sie **einmalig** (nur bei der ersten Bestellung) ausgefüllt an die Floriani Apotheke geschickt haben, um mögliche Wechselwirkungen auszuschließen.
- Ihre Arzneien werden von einem **Apotheker zusammengestellt** und versandfertig gemacht. Durch **passive Kühlung** ist eine optimale Temperatur während des Versands gewährleistet. MS-Medikamente werden grundsätzlich per Express versendet und am Folgetag, vor 12 Uhr, zugestellt.

Für weitere Fragen steht Ihnen unser Team von Apothekern und pharmazeutisch-technischen Assistenten zur Verfügung: unter der **gebührenfreien Servicenummer**

0800 – 56 00 943

DIE AKTUELLE AUSGABE DER „NEUROVISION“

ERHALTEN SIE AUTOMATISCH

UND KOSTENLOS MIT IHREM PAKET.

Altersmedizin: Multiprofessionelle Betreuung mit ganzheitlichem Blick

Immer mehr Menschen hierzulande werden immer älter. Das ist zunächst einmal eine gute Sache, denn eine hohe Lebenserwartung, klingt erfreulich. Weniger erfreulich ist, dass 60 Prozent aller über 65-jährigen an mindestens drei chronischen Erkrankungen gleichzeitig leiden und dauerhaft verschiedene Medikamente einnehmen. Besorgniserregend ist, dass viele hochaltrige Menschen sich aufgrund von Einschränkungen komplett aus dem Alltagsleben zurückziehen. In vielen Fällen müsste dies so nicht sein. Denn die Möglichkeiten, Medikamente umzustellen, Seh- und Hörhilfen anzupassen und die Mobilität zu fördern, sind durchaus gegeben. Besonders problematisch wird es, wenn alte, multimorbide Menschen zu Krankenhauspatienten werden. Glück hat, wer in einer Klinik mit einer guten geriatrischen Abteilung behandelt wird. Mit einem multiprofessionellen Team aus Ärzten verschiedener Fachrichtungen, mit Physio- und Psychotherapeuten, Logopäden und Sozialarbeitern. Um sich ein umfassendes Bild davon zu machen, wie Geriatrie funktioniert, besuchte die Neurovision erneut das Albertinen-Krankenhaus in Hamburg-Schnelsen. Nach Gesprächen mit Ärzten des geriatrischen und palliativen Teams entstand ein recht umfassender, wie ich finde aber sehr wichtiger Beitrag. Denn: älter werden wir schließlich alle. In diesem Zusammenhang bekommen zunehmend auch Themen wie Selbstbestimmung, Vorsorge-Vollmacht und Patientenverfügung eine Bedeutung. In einem Interview mit der Rechtsanwältin Dr. Birgit Schröder klären wir dazu wichtige Fragen.

Eine interessante Lektüre und eine gute Zeit in einem hoffentlich angenehmen Sommer, wünscht Ihnen,

Ihre
Tanja Fuchs



06–25

Titelthema

Lebenswert alt werden

Länger leben, länger leiden? Damit alte und hochaltrige Patienten möglichst lange selbstbestimmt leben können, ist das Ineinandergreifen vielfältiger Faktoren gefragt. Geriatrie, als die Medizin des alternden Menschen gewinnt zunehmend an Bedeutung.

8

Interview mit Prof. Dr. Wolfgang von Renteln-Kruse, Chefarzt Geriatrie im Albertinen-Haus, Hamburg sowie Stiftungsprofessor für Geriatrie und Gerontologie an der Universität Hamburg

15

Chronische neurologische Erkrankungen im Alter

18

Menschen mit Demenz

20–25

Palliative Versorgung

26–30

Neuwelt

Vorsorge-Vollmachten:

Selbstbestimmt bis zum Schluss

Wer die Voraussetzungen schaffen möchte, dass er nicht zum Objekt der Fremdbestimmung durch Dritte wird, muss sich frühzeitig mit dem eigenen Sterben auseinandersetzen. Interview mit der Fachanwältin für Medizinrecht Dr. Birgit Schröder zum Thema Patientenverfügung, Betreuungs- und Vorsorgevollmacht

32–34

MS Welt

Hoffnung für Menschen mit Primär Progredienter MS

Neue Entwicklungen der Basis- und symptomatischen Therapie

01

Editorial und Inhaltsverzeichnis

02–04

News und Termine

36

Gehirnjogging

37–39

Glossar

40

Vorschau, Impressum und Rätselauflösung



Omega-3-Fettsäuren

POSITIVE WIRKUNG AUF DAS ALTERNDE GEHIRN

Wissenschaftler der Charité-Universitätsmedizin konnten nachweisen, dass sich die menschliche Gedächtnisleistung bei der Einnahme von Omega-3-Fettsäuren verbessert. Über einen sechsmonatigen Studienzeitraum haben die Forscher den Einfluss dieser natürlichen Nahrungsergänzung bei gesunden, älteren Personen überprüft. Die Erinnerungsfähigkeit der Teilnehmer hat sich während dieser Zeit signifikant gesteigert. „Die Ergebnisse der Studie verweisen auf eine möglichst langfristige Strategie, um die kognitive Leistungsfähigkeit im Alter zu erhalten. Gezielte Ernährungsinterventionen können dabei ein zentrales Element sein“, resümieren die Wissenschaftler. Ob sich die nachgewiesenen Verbesserungen im Alltag bemerkbar machen, muss an weiteren, größeren klinischen Studien geprüft werden. In einem nächsten Schritt soll vorerst die Wirksamkeit einer kombinierten Gabe von Omega-3-Fettsäuren mit Vitamin B geprüft werden. Studien aus Oxford legen nahe, dass sich hierbei synergistische Effekte ergeben könnten. (Quelle: Charité – Universitätsmedizin Berlin)



Ablagerung im Gehirn

MRT-KONTRAST- MITTEL GADOLINIUM

Das Metall Gadolinium, ein Bestandteil von Kontrastmitteln für die bildgebende Diagnostik im Rahmen einer Magnetresonanztomographie (MRT),



Studienteilnehmer gesucht

DEPRESSION UND IMMUN- FUNKTION BEI MS

Depressionen treten bei Multiple Sklerose häufiger auf als bei anderen chronischen Erkrankungen. Die Charité Universitätsmedizin Berlin und das Universitätsklinikum Hamburg (UKE) suchen Teilnehmer für eine gemeinsame Studie, die den Zusammenhängen zwischen Veränderungen im Immunsystem und Depressionen auf den Grund gehen will. Eine Teilnahme an der Studie besteht aus einem einmaligen Termin und dauert etwa drei Stunden. Teilnehmen können Patienten und Patientinnen mit schubförmiger MS – mit und ohne depressiver Verstimmung – sowie gesunde Kontroll-Probanden. Teilnehmende müssen zwischen 18 und 55 Jahre alt sein und dürfen z.Zt. keine Psychopharmaka einnehmen. Im Rahmen der Studie werden keinerlei Medikamente verabreicht. Eine Aufwandsentschädigung ist vorgesehen.

Weitere Informationen und Anmeldung

Für Hamburg

ANSPRECHPARTNERIN Caren Ramien

TEL 0152 228 17 450

E-MAIL multiplesklerose@uke.de

Für Berlin

ANSPRECHPARTNERIN Aline Tänzer

TEL 030 450 517 796

E-MAIL denim-studie@charite.de

kann sich nach der Untersuchung im Gehirn ablagern. Bislang ist unklar, ob die Ablagerungen zu gesundheitlichen Schäden führen. Der Berufsverband Deutscher Nuklearmediziner e.V. (BDN) rät jedoch, die Kontrastmittel vorerst nur bei unvermeidbaren Untersuchungen einzusetzen.

(Quelle: www.bdn-online.de)



Entdeckung

BISLANG UNBE- KANNT FUNKTION VON CANNABINOID- REZEPTOR

Im Gehirn herrscht ein sensibles Zusammenspiel von Signalstoffen und zellulärer Aktivität. Wissenschaftler des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen und der Charité – Universitätsmedizin Berlin haben in diesem Orchester einen weiteren Akteur identifiziert: In einer Laborstudie stellten sie fest, dass der sogenannte Cannabinoid-Rezeptor Typ 2 die Informationsverarbeitung innerhalb des Hippocampus beeinflusst. Der CB2-Rezeptor hat keine psychoaktive Wirkung. Die durch Einnahme von Cannabis ausgelösten Rauscheffekte werden daher dem Cannabinoid-Rezeptor Typ 1 zugeschrieben. Die Ergebnisse der aktuellen Studie könnten zum besseren Verständnis von Krankheitsmechanismen beitragen und einen Ansatzpunkt für neuartige Medikamente aufzeigen. „Bei Schizophrenie, Depression, Alzheimer und anderen neuropsychiatrischen Erkrankungen ist die Hirnaktivität gestört. Pharmaka, die an den CB2-Rezeptor binden, könnten die Aktivität der Hirnzellen möglicherweise beeinflussen und somit Bestandteil einer Therapie sein“, resümiert Prof. Schmitz. (Quelle: Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e.V. (DZNE))





Botox

GEGEN NEUROPATHISCHE SCHMERZEN

Chronische neuropathische Schmerzen belasten Millionen Patienten. Die therapeutischen Möglichkeiten indes, sind begrenzt. „Viele Patienten vertragen die gängigen Medikamente zur symptomatischen Therapie nicht, oder sie haben Kontraindikationen“, sagt Prof. Claudia Sommer aus der Neurologischen Klinik des Universitätsklinikums Würzburg, Co-Autorin einer aktuell veröffentlichten klinischen Studie, in der Botulinumtoxin A – umgangssprachlich: Botox – als wirksame und sichere Alternative für diese Patienten vorgeschlagen wird. Das Nervengift Botox, das vielen als Lifestyle-Medikament zur Faltenbehandlung bekannt ist, hat sich in den letzten Jahren für zahlreiche Anwendungen in der Neurologie bewährt. Laut den im April veröffentlichten Leitlinien der amerikanischen neurologischen Fachgesellschaft American Academy of Neurology zählen dazu Spastik nach Schlaganfall, Rückenmarks- und Nervenverletzungen, Verkrampfungen und Fehlhaltungen bei Dystonie oder der Blepharospasmus, ein willkürlich nicht zu beherrschender Lidkrampf. Unabhängig von seinem muskellähmenden Effekt wirkt Botulinumtoxin schmerzlindernd. Seit 2011 ist es in Deutschland für die Therapie chronischer Migräne zugelassen. In der doppelblinden, placebokontrollierten Untersuchung konnten wiederholte subkutane Injektionen des Nervengifts die Schmerzintensität signifikant reduzieren. „Die Therapie ist derzeit noch nicht zugelassen und kann nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnet werden. Die Anwendung sollte auch nach einer eventuellen Zulassung auf Spezialsprechstunden für Botox und große neurologische Kliniken beschränkt bleiben“, so Prof. Hans-Christoph Diener, Pressesprecher der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN), zu den Ergebnissen.

(Quelle: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN))



Foto © istockphoto



Bestätigung

ANHALTEND STABILE WIRKSAMKEIT UND GÜNSTIGES SICHERHEITSPROFIL

Gute Nachrichten vom diesjährigen AAN-Kongress und für Patienten, die mit Tecfidera oder Plegridy behandelt werden: Aktuelle Studienergebnisse bestätigen das günstige Nutzen-Risiko-Profil von Dimethylfumarat und von Peginterferon beta-1a. Vor allem aber machen die aktuellen Daten deutlich, dass Patienten mit schubförmig remittierender MS von einem möglichst frühen Therapiebeginn am stärksten profitieren können.

(Quelle: PM Highlights vom AAN-Kongress 2016 zu TECFIDERA® und PLEGRIDY®)



Grundlagenforschung

THERAPIEANSÄTZE FÜR DIE BEHANDLUNG DER SPASTIK

Nach einer Verletzung des Rückenmarks (Verkehrsunfall, Schlaganfall) oder aufgrund neurodegenerativer Erkrankungen kann es bei Patienten zu einem erhöhten Muskeltonus kommen, der Spastik, die oft zu Einschränkungen im Bewegungsapparat führt. 12 Millionen Menschen weltweit leiden darunter. Ein Team des Instituts für Neurowissenschaften von Timone (CNRS/Aix-Marseille-Universität) hat einen der für dieses Phänomen verantwortlichen molekularen Mechanismen identifiziert und zwei therapeutische Lösungen erfolgreich in Tiermodellen getestet. Spastik ist durch eine Überreizung motorischer Neuronen im Rückenmark gekennzeichnet, die unsere Muskelkontraktionen steuern. Die Erregung dieser wird teilweise durch Natriumkanäle ausgelöst, die sich auf der Membran der Neuronen befinden. Öffnen sich diese, aktiviert ein Natriumfluss die motorischen Neuronen, die selbst eine kurze Muskelkontraktion verursachen. Bei spastischen Anfällen bleiben die Natriumkanäle geöffnet, das Natrium fließt länger, was zu einer Überreizung der Neuronen führt. Die Forscher haben gezeigt, dass dies insbesondere aufgrund der erhöhten Aktivität des Enzyms Calpaine erfolgt und zwei Moleküle an Ratten mit Rückenmarksverletzungen getestet: 1. einen Calpaine-Hemmer, dessen Einsatz über einen kurzen Zeitraum (10 Tage) nachhaltig die Spastik reduzierte. Positive Auswirkungen waren noch einen Monat nach dem Ende der Behandlung zu beobachten. 2. Riluzol, das als Hemmer des persistenten Natriumstroms wirkt und ebenfalls die Spastik reduziert, wobei die Wirkung zeitlich begrenzt war. Die Forscher werden die Mechanismen der Spastik weiter untersuchen und andere Hemmer testen.

(Quelle: “Spasticité : deux pistes de traitements”, PM des CNRS, 14.03.2015 – www2.cnrs.fr/presse/communique/4463.htm / idw-online)



Buchtipp

„AKTIV LEBEN TROTZ SPASTIK BEI MS“

Spastik gehört zu den häufigsten, oft auch schmerzhaften Symptomen der Multiplen Sklerose. Dennoch wissen viele gar nicht, dass sie Spastik haben. Oder gar, dass man sie gut behandeln kann, medikamentös, aber auch mit Physiotherapie und Übungen für zuhause. Der neue Patientenratgeber „Aktiv leben trotz Spastik bei Multipler Sklerose“ soll aufklären und helfen. Mit einer Checkliste kann jeder Patient prüfen, ob er an Spastik leidet oder nicht. Dr. Pöhlau, Chefarzt der DRK Kamillus-Klinik in Asbach, Vorsitzender des DMSG-Landesverbandes NRW e.V. und oft als Chatexperte im AMSEL-Chat aktiv, hat das Thema Spastizität bei Multipler Sklerose für den Leser verständlich aufbereitet und weist aktuelle Wege in der Diagnostik und Behandlung auf. Sandra Berlijn, Physiotherapeutin der DRK Kamillus-Klinik in Asbach, gibt praktische Anleitungen zum Umgang



mit Spastik im Alltag: vom Heimprogramm – mit speziellen Übungen – über die Physiotherapie bis hin zur optimalen Hilfsmittelversorgung. Dr. Dieter Pöhlau, Chefarzt der Kamillus-Klinik, Asbach, berät Patienten mit Multipler Sklerose. Wie vermeide ich Auslöser, wie vermeide ich Folgeschäden? Diese und weitere Fragen beantwortet der Ratgeber. „Aktiv leben trotz Spastik bei Multipler Sklerose“ weist Betroffenen damit Wege auf, um besser und aktiv mit Spastik zu leben und unterstützt sie so im Alltag.

(Quelle: Pressemitteilung des dmv, Deutscher Medizin Verlag, Mai 2016 / Redaktion: AMSEL e.V.)

1. Auflage 2016, 84 Seiten,
ISBN 978-3-936525-74-8, VK: 14,90 €



Zulassungsempfehlung

DACLIZUMAB (ZINBRYTA®) BEI SCHUBFÖRMIGER MS

Der Ausschuss für Humanarzneimittel (CHMP) der Europäischen Arzneimittel-Agentur (EMA) hat eine Zulassungsempfehlung für Zinbryta® (Daclizumab) zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit schubförmiger Multipler Sklerose (RMS) verabschiedet. Die Zulassungsempfehlung des CHMP ist eine Grundlage für die Entscheidung der EU-Kommission zur Zulassung. Sie beruht unter anderem auf den Daten einer großen multizentrischen, doppelblinden, randomisierten Head-to-Head-Studie der Phase III bei Multipler Sklerose, der DECIDE-Studie. Die zulassungsrelevanten Studien

zeigten ein positives Nutzen-Risikoprofil und ein handhabbares Sicherheitsprofil. Zinbryta® (Daclizumab) wurde für die Behandlung der schubförmigen Multiplen Sklerose (RMS) entwickelt. Der humanisierte monoklonale Antikörper bindet selektiv an die alpha-Untereinheit (CD25) des hochaffinen Interleukin-2-Rezeptors. Dieser wird in hohem Maße von T-Zellen exprimiert, die bei Menschen mit MS aktiviert sind. Daclizumab entfaltet seine Wirkung durch eine Verringerung der Zahl aktivierter T-Zellen sowie durch die Proliferation der CD56bright-Natural Killer (NK) Zellen, die beide an der Regulation des Immunsystems beteiligt sind. Zinbryta® wird gemeinsam von Biogen und AbbVie entwickelt und befindet sich derzeit auch in Australien, Kanada, der Schweiz und den USA im Zulassungsverfahren. Quelle: Pressemitteilung Biogen

Termine

Meilenstein

KOGNITION

Termin

12. Oktober, 19 Uhr

Ort

Crowne Plaza, Hamburg

und 13. Oktober, 19 Uhr

Ort

Hotel Prisma, Neumünster

Referentin

Dr. Iris-Katharina Penner
Diplom-Psychologin und Neuro-
wissenschaftlerin, Präsidentin der
International MS Cognition Society
(IMSCOGS).

Weitere Informationen
und Anmeldung über

www.ms-meilenstein.de

Patientenakademie Dr. Elias

LOGOPÄDIE, PHYSIO- UND

ERGOTHERAPIE

Rehabilitationsverfahren zur
Behandlung von MS-Patienten

Termin

28. September, 19 Uhr

Ort

Handwerkskammer Hamburg

Referenten

Referenten einer Klinik mit Schwer-
punkt Multiple Sklerose (Zusage
liegt leider noch nicht vor).

Informationen und Anmeldung

info@neuropraxis-elias.de

Als „HELD IM ROSENFELD“ für Menschen mit Multiple Sklerose spielerisch Gutes tun

Genzyme GmbH, MS-Begleiter
Gärner © tigateleu – stockadobe.com, Marienkičler © Alisher Burhonov –
de.depositphotos.com, Rose © Iulija Poljudova – istockphoto.com, Hintergrund
© Elvetica – istockphoto.com



Verlinkung zu
www.held-im-rosenfeld.de

Anlässlich des Welt MS Tages am 25. Mai möchte Sanofi Genzyme mit der Aktion „Multiple SkleROSE“ bereits zum dritten Mal auf die Belange von Menschen mit Multiple Sklerose (MS) aufmerksam machen. Im Fokus der Maßnahmen steht das Online-Spiel „Held im Rosenfeld“, mit dem spielerisch Spenden generiert werden können.

Unter www.held-im-rosenfeld.de kann jeder zum Gärtner werden und in 20 Levels mit verschiedenen Schwierigkeitsgraden Rosen für den guten Zweck sammeln. Dabei müssen Herausforderungen wie heranrollende Steine, Käfer und Blattläuse bewältigt werden. Wer genügend Rosen gesammelt hat, gelangt durch den Rosenbogen ins nächsthöhere Level und leistet damit einen Beitrag zur Spendensumme. Wie viele Spenden-

gelder generiert wurden, kann an der Spendenuhr abgelesen werden. Die gesammelten Spenden kommen nach der bis zum 30. September 2016 andauernden Aktion der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft (DMSG), Bundesverband e.V. und dem DMSG-Landesverband Hessen e.V. zugute. „Held im Rosenfeld“ verbindet Spielspaß auf hohem Niveau mit der Möglichkeit, Spenden für einen guten Zweck zu sammeln“, so Dr. Gerhard Becker, Director Patient Care Services bei Sanofi Genzyme. „Je mehr Levels absolviert und je mehr Rosen gesammelt werden, desto höher wird die Spendensumme“, ergänzt Becker. Zusätzlich bietet das Spiel auch eine Besonderheit für alle Freunde echter Rosen: Der Steinacher Rosenzüchter Peter Schwörer gibt Profitipps zu Pflege und Umgang mit den duftenden Schönheiten.

Lebenswert alt werden:

Die gute Nachricht zuerst: Die Lebenserwartung in Deutschland steigt. Die meisten Menschen hierzulande können erwarten, weit über 70 zu werden. Die weniger gute Nachricht: für viele kann das längere Leben auch mit einem längeren Leiden verbunden sein.

Bessere Nahrung, die medizinische Entwicklung und Versorgung mit Medikamenten, sowie auch die Reduzierung körperlich schwerer Arbeit durch moderne Technik haben dazu beigetragen, dass immer mehr Menschen immer älter werden. Gleichzeitig, so das Fazit des aktuellen WHO-Berichts über „Altwerden und Gesundheit“ führe ein langes Leben in vielen Fällen zu erheblichen Beeinträchtigungen durch mehrere parallel bestehende und nicht heilbare Leiden.

www.euro.who.int/de/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/

Muss das zugleich bedeuten, dass das Leben unerträglich ist?

Nein! Die moderne Medizin macht es möglich auch mit zahlreichen Einschränkungen eine hohe Lebensqualität aufrecht zu erhalten. Hierzu gehören wirkungsvolle Behandlungsmöglichkeiten und Früherkennung aufgrund einer immer besseren Diagnostik. Aber auch technische Hilfen wie z.B. Hörgeräte, effiziente Arzneimittel für Menschen mit Diabetes oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen zählen zu den Fortschritten, die das Le-

ben mit unerwünschten Befunden und Symptomen leichter machen. Vorausgesetzt, die optimale Versorgung steht den Betroffenen uneingeschränkt zur Verfügung. Das ist längst nicht immer der Fall. Studien belegen, dass Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status häufiger von Beschwerden und Behinderungen betroffen sind, die eigene Gesundheit schlechter einschätzen und früher versterben. Menschen mit Arbeitslosigkeitserfahrung weisen eher verhaltensbezogene Gesundheitsrisiken auf und nehmen seltener an Präventionsmaßnahmen teil. (Quelle: gbe.bund.de)

Nicht zuletzt hängt die Qualität der Versorgung auch vom Wohnort ab. In kleinen Orten sieht es – vor allem in Bezug auf die Versorgung durch Fachärzte – eher schlecht aus. Weite Wege sind aber gerade für alte und weniger mobile Menschen ein Problem. Die interdisziplinäre geriatrische Versorgung, von der hochaltrige Menschen besonders profitieren würden, hat sich längst noch nicht überall etabliert.

Was ist Geriatrie und wann ist man ein geriatrischer Patient?

Geriatrie ist die Lehre von den Krankheiten des alternden Menschen. Und weil das unter Umständen drei bis acht verschiedene Erkrankungen sein können, ist die Geriatrie in erster Linie interdisziplinär. Es handelt sich dabei nicht um eine einzelne Fachrichtung,



Geriatric im Fokus

WISSEN

Geriatric und Gerontologie

Geriatric bedeutet Altersmedizin bzw. -heilkunde und ist die Lehre von den Krankheiten des alternden Menschen.

Gerontologie (auch Alterswissenschaft) ist die Wissenschaft vom Altern der Menschen.

Multimorbidität

Multimorbidität oder Polymorbidität (*Mehrfacherkrankung*) bezeichnet das gleichzeitige Bestehen mehrerer Krankheiten bei einer Person. Nach der Analyse der Daten von mehr als 120.000 Menschen über 65, sind Forscher zu dem Ergebnis gelangt, dass sich hinter dem Begriff „Multimorbidität“ eine extreme Vielfalt an Krankheitskombinationen verbirgt. Jede einzelne Variante habe spezifische Muster an Folgen für den Patienten und erfordere individuelle Behandlungsansätze.

(www.gesundheitsforschung-bmbf.de)

sondern um die Verbindung unterschiedlichster medizinischer und therapeutischer Bereiche. An der geriatricen Behandlung beteiligt sind u.a. Internisten, Neurologen und Orthopäden, zum geriatricen Team im engeren Sinne gehören Logopäden, Neuropsychologen, Physio-, und Ergotherapeuten, Pflege, Sozialdienst und Seelsorge. Die Koordination übernimmt der Geriatricer.

Nun ist „alt sein“ ja ein überaus individuelles Gefühl und zudem auch eher unpopulär. Es ist nicht ungewöhnlich, dass Menschen mit sechzig heute sagen „*ich fühle mich gar nicht wie sechzig.*“

Wie aber fühlt es sich an oder wie sollte es sich anfühlen, sechzig zu sein? Auf diese Frage wird es wohl keine Antwort geben. Aus medizinischer Sicht und nach den Standards der WHO gilt man ab 60 als alt. In Deutschland haben wir fünf Jahre mehr Zeit, bevor wir offiziell dazu gehören. Derzeit beträgt der Anteil der über 60-jährigen an der Gesamtbevölkerung hierzulande etwa 27 Prozent. Tendenz steigend. Ihr Anteil in Bezug auf Krankenhauspatienten liegt heute schon bei 50 Prozent! Die Wahrscheinlichkeit, dass die meisten dieser Patienten multimorbide sind, ist groß. Etwa 60 Prozent der Menschen über 65 Jahre leiden an mindestens drei chronischen Erkrankungen und nehmen unterschiedliche Medikamente. Diese Patienten müssen differenziert betrachtet werden. Diese Patienten brauchen eine geriatricische Behandlung.



Die Neurovision sprach mit dem Geriater Professor Dr. Wolfgang von Renteln-Kruse über die wichtige Rolle der Geriatrie in der modernen Medizin.

INTERVIEW



Foto © Jan Steinhaus

Prof. Dr. Wolfgang von Renteln-Kruse, Chefarzt Geriatrie im Albertinen-Haus, Hamburg sowie Stiftungsprofessor für Geriatrie und Gerontologie an der Universität Hamburg

NV: Herr Prof. von Renteln-Kruse, eine zentrale Frage ist, ob sich die Entwicklung von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit im Alter positiv beeinflussen lässt. Wesentliche Faktoren von Lebensführung unterliegen der Eigenverantwortung, aber wie kann man positiv Einfluss nehmen, wenn der hochbetagte Patient nun doch im Krankenhaus landet, was ja ab einem bestimmten Alter häufiger vorkommt?

von Renteln-Kruse: Die Weichen müssen gleich am Anfang gestellt werden. Kommt ein alter, multimorbider Mensch z.B. in die Notaufnahme, dann hängt viel von der initialen Beurteilung der dort tätigen Ärzte ab. Es ist notwendig, bereits bei der Aufnahme einen geriatrischen Behandlungsbedarf zu erkennen, und im weiteren Verlauf die individuelle geriatrische Problem-Konstellation mit einem Screening-Verfahren zu ermitteln. Dazu gehört unbedingt die bildgebende Diagnostik bei häufig unklarem Sturzgeschehen und zum Ausschluss akut interventionsbedürftiger Hirnschädigung. Dann wird entschieden, welche weitere Behandlung notwendig ist. Auf welcher Station ist der Patient am besten untergebracht, welche Untersuchungen sind notwendig? Welche Fachärzte müssen hinzugezogen werden? Nur, wenn Patienten geriatrisch betrachtet, und die richtigen Entscheidungen getroffen werden, lassen sich Zeitverzögerungen vermeiden, die sich

negativ auf Heilungsverlauf und Gesamtzustand auswirken können. Das Ziel muss sein, dass der Patient so selbstständig wie möglich wieder in seinen Alltag zurückkehren kann. Dazu muss man auch fragen, wie dieser Alltag aussieht.

NV: Nun hat nicht jedes Krankenhaus eine Geriatrie...

von Renteln-Kruse: Nein, das ist vielerorts oft ein Problem, in Hamburg sind wir da sehr gut und flächen-deckend versorgt.

NV: Es gibt ja auch gar nicht ausreichend Geriater, oder? Den Facharzt für Geriatrie kann man nicht überall in Deutschland erwerben.

von Renteln-Kruse: Derzeit kann man die Facharzt-qualifikation für Geriatrie nur in drei Bundesländern erwerben. Das muss sich auf jeden Fall ändern, und dazu gibt es auch Bestrebungen der Ärztekammer. Es ist wichtig zu verstehen, dass mit Geriatrie nicht eine einzelne Arztgruppe zu bezeichnen ist, sondern dass damit immer ein multiprofessionelles, interdisziplinäres Team verbunden ist. Der Geriater ist derjenige, der entscheidet, welche Fachdisziplinen hinzugezogen werden müssen und diese koordiniert, der zusammen mit Patienten und ggf. Angehörigen entscheidet, welche diagnostischen Schritte als nächstes notwendig sind, um den geriatrischen Patienten optimal zu versorgen. Es handelt sich häufig um Hochrisikopatienten, Menschen mit mehreren Krankheiten, die mehrere Medikamente nehmen und die nicht selten komplizierte medizinische Verläufe hinter sich gebracht haben.

NV: Können Sie einen beispielhaften Fall nennen?

von Renteln-Kruse: Zum Beispiel eine Patientin mit vaskulärer Demenz, die dann wahrscheinlich auch zerebrovaskuläre Risikofaktoren hat, wie etwa Vorhofflimmern oder Herzinsuffizienz, häufig auch Hypertonie. Evtl. kommt noch etwas am Bewegungsapparat hinzu, die Patientin nimmt verschiedene Medikamente und kommt nun z.B. nach einer Fraktur oder aber zur OP an der Gallenblase ins Krankenhaus. Sowohl Diagnostik als auch Therapie sind häufig von vornherein eine komplizierte und ggf. komplikationsträchtige Angelegenheit, die es gilt, pro-aktiv im Auge zu haben.

NV: Wie verhält es sich generell mit demenziell erkrankten Patienten? Eine besondere Herausforderung?

von Renteln-Kruse: Demenzkranke sind noch multimorbider als andere geriatrische Patienten und erfordern eine differenzierte Betreuung. Viele Krankenhäuser sind darauf (noch) nicht eingerichtet. Zwar gibt es inzwischen einige Häuser, mit der Zusatzbezeichnung

„demenzsensibles Krankenhaus“, doch es sind noch immer viel zu wenige. Ein häufig auftretendes Problem ist, dass eine Demenz sich überhaupt erst mit der Krankenhausaufnahme bei genauem Hinsehen offenbart.

NV: Heißt das, eine Demenz wird durch den Klinikaufenthalt begünstigt?

von Renteln-Kruse: Nein, so kann man das nicht formulieren. Aber nicht selten wird eine demenzielle Erkrankung anlässlich einer stationären Aufnahme sozusagen demaskiert. Auf jeden Fall ist zu berücksichtigen, dass sich eine beginnende oder auch bestehende Demenz im Verlauf eines Krankenhausaufenthaltes verschlechtern kann. Ähnlich verhält es sich mit dem Delir – dem akuten Verwirrheitszustand. Manchmal genügen scheinbar banale Gesundheitsstörungen oder ungewohnte Ereignisse, die, wenn sie zu ausgeprägter Ko-Morbidität hinzukommen, eine leichte, nicht unbedingt alltagsrelevante kognitive Beeinträchtigung komplett derangieren lassen. Nicht alle Menschen, die ein Delir präsentieren, sind dement. Aber es liegt immer eine Vorschädigung des Gehirns vor. Bei der wachsenden Zahl der über 70-jährigen Patienten in Krankenhäusern werden solche Fälle exponentiell häufiger.

„Mit Geriatrie ist nicht eine einzelne Berufsgruppe zu bezeichnen, es handelt sich immer um ein multiprofessionelles interdisziplinäres Team.“

NV: Kann man ein Delir immer erkennen?

von Renteln-Kruse: Es gibt zwei unterschiedliche Formen der klinischen Präsentation: Das psychomotorisch agitierte Delir äußert sich z.B. darin, dass Betroffene sozusagen „über Tische und Bänke gehen“, fremde Zimmer betreten, schreien oder aggressives Verhalten zeigen. Das ist leicht zu erkennen. Viel schwieriger ist das sogenannte ‚stille Delir‘, das Betroffene apathisch im Bett liegen lässt; sie sind scheinbar „unkooperativ“, trinken und essen nicht mehr. Diese Form ist hochgefährlich, weil nicht immer sofort deutlich wird, dass es sich um ein Delir handelt und somit auch nicht sofort nach Auslösern gesucht wird.

Polypharmazie

Polypharmazie oder Polypharmakotherapie ist die regelmäßige tägliche Einnahme von fünf oder mehr verschiedenen Medikamenten. Oft ist nicht sicher ist, wie die Substanzen interagieren, ob Medikamentenwirkungen aufgehoben werden, sich verstärken oder verringern. In der Ärztezeitung vom 11.4.2016 wird u.a. auf Arzneimittel als mögliche Auslöser – *reversibler* – kognitiver Defizite und von Delir, hingewiesen. Gründe für mitunter unnötige oder auch schädliche Medikation könnten an Selbstmedikation, unzureichender Kommunikation zwischen Arzt und Patient oder mangelnder Adhärenz liegen, aber auch daran, dass unterschiedliche Behandler unzureichend über die medikamentöse Therapie des jeweils anderen Arztes informiert seien. Dies betreffe häufig auch die Situation bei Krankenseinweisungen oder Verlegungen in andere Einrichtungen des Gesundheitswesens. (www.pflegewiki.de; Quelle und weitere Infos: www.aerztezeitung.de, 11.4.16)

NV: Wie geht ein demenzsensibles Krankenhaus mit verwirrten oder dementen Patienten um?

von Renteln-Kruse: Ein demenzsensibles Krankenhaus erfüllt besondere Voraussetzungen, die Patienten mit demenziellen Erkrankungen im Rahmen seiner Versorgungsprozesse besondere Aufmerksamkeit zukommen lässt. Um der Herausforderung der steigenden Zahl älterer Patienten mit Demenz zu begegnen, wurde in der Medizinisch-Geriatriischen Klinik im Albertinen-Haus die spezielle Station für ‚Kognitive Geriatrie‘ etabliert. Das Konzept zielt ab auf den angemessenen Umgang mit akut verwirrten oder demenziell erkrankten Patienten mit akuter Verschlechterung, um die Ursachen rasch kausal zu behandeln und damit ihre Lebensqualität wiederherzustellen, zu erhalten und die relativ hohe Komplikationsrate dieser Patienten zu reduzieren. Hierfür sind neben geschultem Personal auch spezielle räumliche sowie organisatorische Voraussetzungen erfüllt. (siehe auch Seite 18 ff. *Kognitive Geriatrie*)

NV: Müssten Hausärzte ihre Patienten manchmal auch schneller zu Fachärzten überweisen?

von Renteln-Kruse: Im Englischen gibt es den Begriff „the unreported needs of elderly people“. Jeder Arzt stellt nur die Diagnosen, von denen er Kenntnis hat. Es hat

sich viel getan in den letzten Jahrzehnten, aber nach wie vor sind Ärzte geneigt, speziell in Bezug auf ihre hochaltrigen Patienten (also 85 und älter) immer noch viele Symptome schlicht auf „das Alter an sich“ zurückzuführen. Dies wird prinzipiell durch zwei Faktoren begünstigt: Durch uncharakteristische Symptomatik und die Tatsache, dass hochaltrige Menschen Symptome, unter denen sie eigentlich leiden, auch selbst nicht ohne weiteres mit (behandelbarer) Krankheit in Verbindung bringen. Deshalb berichten sie Ärzten auch nicht so gezielt darüber („unreported“).

NV: Wie zum Beispiel...?

von Renteln-Kruse: Zum Beispiel sind Depressionen im Alter ebenso gut behandelbar wie in jungen Jahren. Auch gibt es reichlich Hinweise, dass sich multimodal vieles erreichen lässt, um die Mobilität alter Menschen zu verbessern. Und eine gute Mobilität ist die Grundvoraussetzung, um das Sturzrisiko zu minimieren. Wer einen hochaltrigen Menschen in der Praxis vor sich hat, muss eine Menge im Blick haben. Man muss sich Zeit nehmen und genau zuhören. Man muss den Patienten sorgfältig untersuchen und ihn z.B. auch ein Stück gehen lassen, um unsichere Mobilität zu erkennen und im Zusammenhang mit anderen Befunden zu bewerten. Auch die Medikamentenliste sollte unbedingt angeschaut werden. Vielleicht muss die Dosis des Blutdruckmedikaments angepasst werden... Vielleicht braucht der Patient auch einfach nur eine neue Brille oder ein zweites Hörgerät.

NV: Das ist eine ganze Menge, die ein Allgemeinmediziner zu bedenken hat und unter dem Aspekt von Zeit- und finanziellem Druck sicher nicht einfach.

von Renteln-Kruse: In Hamburg soll es zukünftig sogenannte Geriatrische Institutsambulanzen (GIA) geben. Dorthin können hausärztlich tätige Ärzte geriat-

rische Patienten schicken, wenn sie zu der Auffassung gelangen, ein Geriater sollte diese differenzialdiagnostisch und mit weiterführenden Verfahren untersuchen. Die Rahmenbedingungen und spezifizierten Anlässe dafür sind weitestgehend definiert. Im Krankenhausbereich gibt es seit langem geriatrische Konsile, die für komplexe Fragestellungen eingeholt und von einem Geriater durchgeführt werden.

NV: Menschen sind im Krankenhaus immer auch Risiken ausgesetzt, die im Alter noch steigen. Wie groß ist die Gefahr, dass durch einen Krankenhausaufenthalt die Lebensqualität nachhaltig leidet?

von Renteln-Kruse: Berichten zufolge verschlechtert sich, im Verlauf von Krankenhausaufenthalten, bei bis zu etwa 10 Prozent multimorbider alter Menschen der funktionale Zustand, also ihre funktionale Kompetenz. Drei Problembereiche sind häufig damit verknüpft:

1. Hygiene – damit verbunden multiresistente Keime, Entstehung sogenannter nosokomialer Infektionen.
2. andere unerwünschte Ereignisse, wie Stürze mit und ohne Verletzungen.
3. unerwünschte Arzneimittelwirkungen. Ein Patient, der zusätzlich kognitiv beeinträchtigt ist, hat diesbezüglich ein ungleich höheres Risiko für die Verschlechterung seines Gesamtzustands.

NV: Wie kann die Geriatrie diesen Risiken erfolgreich begegnen?

von Renteln-Kruse: Erfolgreiche Geriatrie hat immer auch etwas zu tun mit pro-aktivem, vorausschauendem Handeln. Wenn ich um die Risiken weiß, dann kann ich diese minimieren oder sogar ausschalten. Wir benötigen dafür eine patientenorientierte Struktur und Herangehensweise, einen, den anspruchsvollen Aufgaben angemessenen Personalschlüssel und kontinuierliche Fort- und Weiterbildung der Menschen, die sich um die Patienten kümmern. Das Ziel muss immer sein, „den Patienten so stabil wie möglich für den Alltag zu machen“ und das bedeutet, dass die Entlassungsplanung am Tag der Aufnahme beginnt. Bereits dann müssen wir uns fragen, wo dieser kranke Mensch mutmaßlich nach Beendigung unserer Behandlung hinget. Hat er genügend Unterstützung, wie ist sein familiäres, sein Nachbarschafts-, sein soziales Netz, was braucht er zusätzlich, um auch stabil zu bleiben? Das ist absolut essentiell in der Geriatrie.

Herr Professor von Renteln-Kruse, ich danke Ihnen für das Gespräch.

Seit 2011 wird das Projekt „*Demenzsensibles Krankenhaus*“ vom Albertinen-Krankenhaus/Albertinen-Haus erfolgreich durchgeführt. Ihr Konzept „*Starke Angehörige – starke Patienten*“ zum Umgang mit Angehörigen von demenziell Erkrankten im Krankenhaus wurde 2013 von der Robert-Bosch-Stiftung zur Förderung ausgewählt.

Meine Unterstützung mit Herz



☎ 0 800 -987 00 08*
🌐 www.ms-und-ich.de
📱 App: MS und ich

EXTRACARE
Meine Unterstützung mit Herz

Persönlich – Meine MS-Schwester
Individuell – Meine Interessen im Mittelpunkt
Langfristig – Gemeinsam in die Zukunft

... für Menschen mit MS

Stand 08/2014

* gebührenfrei von Mo. bis Fr. von 8.30 bis 18.30 Uhr oder per Mail: info@extracare.de
Novartis Pharma GmbH · Roonstraße 25 · 90429 Nürnberg

 **NOVARTIS**
PHARMACEUTICALS



VIELFÄLTIGE OPTIONEN. INDIVIDUELLE ZIELE.

So unterschiedlich sich die Erkrankung Multiple Sklerose bei jedem Betroffenen zeigt, so individuell sind die persönlichen Ziele jedes Einzelnen. Um das Spektrum an Möglichkeiten für MS-Patienten und deren behandelnde Ärzte zu erweitern, sehen wir unsere Verantwortung als führender MS-Spezialist in der Erforschung neuer innovativer Wirksubstanzen und der kontinuierlichen Weiterentwicklung bewährter Therapieansätze.

Darüber hinaus möchten wir MS-Patienten ermutigen, sich im Dialog mit dem behandelnden Arzt in die Therapie einzubringen und das Leben mit der Erkrankung selbstbestimmt und aktiv zu gestalten.

Haben Sie eine Frage zur MS? Brauchen Sie Unterstützung?

Unsere Experten im MS Service-Center freuen sich auf Ihren Anruf:

0800 030 77 30 Mo–Fr von 8.00–20.00 Uhr

Informationen unter www.ms-life.de



GEMEINSAM **STARK** GEGEN MS



Foto © istockphoto



Successful ageing: Erfolgreiches Hochaltern geht bei den meisten Menschen mit drei Faktoren einher: Körperliche Aktivität und gesunde Ernährung sowie soziale Eingebundenheit.

Stabil bleiben. Auch nach dem Krankenhausaufenthalt

Wenn es darum geht, die Wiederherstellung von Fähigkeiten für den Alltag zu ermöglichen und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, profitieren nicht wenige Patienten nach einem stationären Aufenthalt von weiterer Therapie. In diesen Fällen bietet das Albertinen-Haus eine wohnortnahe und teilstationäre Weiterbehandlung an. „Wegen des teilweise längeren Zeitbedarfs älterer Kranker ist dieses abgestufte System ein hervorragendes Konzept“, so von Renteln-Kruse. Die aktivierend-therapeutische Pflege ist Bestandteil des Behandlungsplans mit dem Ziel, die Fähigkeiten für eine selbstständige Lebensführung zu fördern oder wiederherzustellen.

Den ganzen Menschen im Blick

Damit ältere Menschen die zusätzlichen Jahre bei akzeptabler Gesundheit genießen können, müsse sich auch an der Art und Weise wie Gesellschaften alte Menschen wahrnehmen, etwas ändern, fordert die WHO und empfiehlt zudem die Abkehr von einer Gesundheitspolitik, in der die Behandlung einzelner Krankheiten getrennt voneinander erfolgt. Eugen Brysch, Vorstand der Deutschen Stiftung Patientenschutz kritisiert vor allem die steigenden Ausgaben für teure Hochleistungsmethoden. Anstatt sterbende Menschen mit Maximaltherapien zu quälen, müssten diese Ausgaben vielmehr in begleitende und lindernde Behandlung und Pflege fließen, so Brysch. www.stiftung-patientenschutz.de

In der **geriatrischen Tagesklinik** werden nicht nur Patienten nach stationärem Aufenthalt weiter behandelt, sondern auch solche, die dadurch einen stationären Aufenthalt vermeiden können. Die Patienten werden morgens von zuhause abgeholt und nachmittags wieder zurück gebracht. Zur Verfügung stehen sämtliche diagnostische und therapeutische Angebote der Klinik wie: Physiotherapie, Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie, Neuropsychologie, Ernährungs- und Diätberatung sowie Sozialdienstliche Beratung und Seelsorgerische Begleitung.

www.albertinen.de/krankenhaeuser/geriatriische_klinik/leistungsspektrum/tagesklinik



Foto © Gabi Stoltenberg

Das Patientenwohl generell mehr in den Mittelpunkt zu stellen, forderte kürzlich auch der Deutsche Ethikrat. Im Hinblick auf Patientengruppen mit besonderen Bedarfen, wie z.B. geriatrischen Patienten, müsse ein gleicher Zugang zu Krankenhausleistungen und eine gerechte Verteilung der Ressourcen sichergestellt werden. Der zunehmende ökonomische Druck werfe Fragen nach dem leitenden normativen Maßstab der Krankenhausversorgung auf, heißt es in der im April 2016 veröffentlichten Stellungnahme.

Deutscher Ethikrat

Die komplette Stellungnahme finden Sie hier:

www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-patientenwohl-als-ethischer-massstab-fuer-das-krankenhaus.pdf



Wie geht gesund alt werden?

Gesundheit im Alter ist nicht gleichzusetzen mit uneingeschränkter Vitalität. Es bedeutet vielmehr, die Möglichkeit und Fähigkeit, seinen Alltag selbstbestimmt und lebenswert zu gestalten. Das sogenannte „*successful ageing*“ – also erfolgreiches Altern – bezieht sich auf das körperliche, geistige, seelische und soziale Wohlbefinden. Für eine gelungene Teilhabe am gesellschaftlichen Leben aber, müssen auch die Rahmenbe-

dingungen stimmen. In Hamburg hat die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz ein ressortübergreifendes Demografiekonzept erarbeitet, um die Herausforderungen des demografischen Wandels zu bewältigen, das gesellschaftliche Zusammenleben aller Generationen und den wirtschaftlichen Wohlstand in Hamburg langfristig zu sichern. Im „*Demografie-Konzept Hamburg 2030*“ geht es u.a. um Handlungsbedarfe in Bezug auf die steigende Lebenserwartung. Strategische und konzeptionelle Planungen sollen eine gute medizinische Versorgung gewährleisten, die Hilfe bei Pflegebedürftigkeit sicherstellen und die Etablierung ambulanter geriatrischer Kompetenzzentren in allen Bezirken der Stadt verwirklichen. Für die eigenständige Mobilität bis ins hohe Alter spielt das Thema Barrierefreiheit eine bedeutende Rolle. Nicht zuletzt geht es um den Ausbau der Prävention zur Krankheits- und Pflegevermeidung.

Das Demografiekonzept zum Download:

www.hamburg.de/hamburg2030/



Prävention. Eigeninitiative für den gesunden Lebenswandel

Wie wir unser Leben gestalten liegt auch in unserer eigenen Verantwortung. Der Zugang zu gesundheitsfördernden Maßnahmen ist die eine Voraussetzung. Die Bereitschaft, vorhandene Möglichkeiten zu nut-



Foto © istockphoto

Auch die Arbeitsbedingungen führen langfristig dazu, ob und wie ein Mensch alt wird. Zwar ist die Zahl der Unfälle bei Erwerbstätigen zurückgegangen, gleichzeitig haben Fehlzeiten durch psychische Erkrankungen erheblich zugenommen. In flexiblen und arbeitnehmerfreundlichen Systemen, wie in Skandinavien, sind die Menschen länger beruflich integriert. Damit verbunden sind nicht nur soziale und finanzielle Vorteile.



Foto © Ulrich Herrmann

Muskeln sind für einen sicheren Gang, stabile Gelenke und eine schmerzfreie Bewegung im Alltag von großer Bedeutung. Neben dem physikalischen Effekt der Gelenk- und Skelettstabilisierung wird der Kreislauf in Schwung gebracht, und die Durchblutung verbessert.

zen, eine andere. Möglicherweise greift das bundesweite Präventionsgesetz einfach zu kurz, wenn die Programme im Wesentlichen auf Information, Aufklärung und Einsichtsfähigkeit abzielen? Ein Effekt in Bezug auf Verhaltensänderungen scheint jedenfalls fragwürdig. Möglichkeiten, präventiv etwas für die eigene Gesundheit zu tun, sind gegeben. Doch Vorsorgeuntersuchungen werden zu selten in Anspruch genommen und nicht immer führen die vom Arzt erklärten Blutwerte zu langfristigen Änderungen im Lebensstil.

In der Forschungsabteilung der Medizinisch-Geriatrien Klinik im Albertinen-Haus werden seit Jahrzehnten Konzepte und Modelle zu Gesundheitsförderung und Prävention bei älter werdenden Menschen erarbeitet und etabliert. Teil der ambulanten Angebote ist etwa das Kleeblatt-Beratungsprogramm, in dem ein interdisziplinäres Team individuell zu Gesundheit, Ernährung, Bewegung und sozialer Teilhabe berät. Anschließend ist die Teilnahme an verschiedenen Kursen möglich. Ein Beispiel ist das therapeutische Krafttraining. Hier wird unter fachkundiger Aufsicht an Geräten trainiert.

Krafttraining im Alter? Oh ja!

Eine gut entwickelte Muskulatur erleichtert alle Bewegungen im Alltag und ist ein Erfolgsfaktor für lange Mobilität. Untersuchungen haben gezeigt, dass Senioren ebenso Muskeln aufbauen können wie jüngere Menschen. Bei regelmäßigem Training (ein- bis zwei-

mal pro Woche) verbessern sich Kraft und Wohlbefinden, die Teilnehmer fühlen sich vitaler und beugen zudem der Entstehung von Osteoporose vor. Inzwischen gibt es in vielen Fitnessstudios spezielle Angebote. Für jedes Alter! Wichtig ist immer die vorherige Rücksprache mit dem behandelnden Arzt.

www.albertinen.de/krankenhaeuser/geriatriche_klinik/leistungsspektrum/bewegung_freizeit/therapeutisches_krafttraining

Chronische neurologische Erkrankungen im Alter

Eine ganz besondere Aufgabe in der Geriatrie kommt den Neurologen zu. „Die Neurologie ist schon heute eine der tragenden Säulen in der Altersmedizin“, so Prof. Dr. Ralf Gold, erster Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Neurologie. Mit der demografischen Entwicklung und der alternden Bevölkerung gelte es, immer mehr Schlaganfälle, Demenzen oder andere neurodegenerative Erkrankungen zu behandeln. Durch die Entwicklung der Stroke Units etwa, in denen Neurologen gemeinsam mit Neuroradiologen heute mehr als 100.000 Schlaganfallpatienten pro Jahr mit modernsten Methoden behandeln, kann vielen zehntausend Menschen das Leben gerettet werden oder erspart ihnen schwerste Behinderungen. (www.dgn.org)

Älter werden mit Multiple Sklerose

Wenn Menschen mit einer chronischen Erkrankung älter werden, steht oft die Sorge im Raum, dass die Krankheit sich verschlimmern oder durch Zusatzerkrankungen komplizierter werden könnte. In vielen Fällen ist dies sicherlich auch berechtigt.

„MS-Patienten“, schreibt Prof. Mathias Mäurer in seinem Blog „brauchen vor dem Alter nicht unbedingt einen Horror zu schieben.“ In einem kürzlich veröffentlichten Docblog-Beitrag über „Alter und MS“ schreibt der Neurologe: Weil das Immunsystem im Alter von etwa 55 Jahren an Drive verliert, könnten zwar Infektionskrankheiten (z.B. Blaseninfektionen) zunehmen, aber es bliebe gleichzeitig weniger Kraft für eine Autoimmunkrankheit wie Multiple Sklerose übrig. „Die Zeit spielt für Sie“, heißt es dann nicht selten von Seiten des Arztes. Das hat mitunter auch Einfluss auf Therapieentscheidungen. (www.ms-docblog.de, 04.04.2016)

Auch der MS-Experte Dr. Elias hält die Bedeutung einer kausalorientierten Therapie nach 20 Jahren für ver-

nachlässigbar. Was jetzt vielmehr zähle, sei eine gute symptomatische Therapie, um Spastiken, Gehfähigkeit und Blasenprobleme in den Griff zu bekommen und dadurch die Lebensqualität möglichst aufrecht zu erhalten. Natürlich haben MS-Patienten – wie alle anderen Menschen auch – die gleichen Risiken eine altersbedingte Erkrankung zu erwerben. So sind MS-Patienten, die sich aufgrund eingeschränkter Gehfähigkeit weniger bewegen, dem zusätzlichen Risiko ausgesetzt, Osteoporose zu entwickeln. Was die Therapie mit MS-Medikamenten betrifft, gebe es, so der Neurologe keine Schwierigkeiten in Bezug auf Wechselwirkungen bei der Einnahme von z.B. Blutdruck oder Herz-Mitteln.

Parkinson im Alter

Die Parkinsontherapie im Alter muss maßgeschneidert sein. Weil Dopaminagonisten, insbesondere bei multimorbiden Patienten, ein ungünstiges Nebenwirkungsprofil besitzen, sollte die medikamentöse Therapie mit dem wirksamsten und gut verträglichen L-Dopa-Präparat eingeleitet werden. Es wird empfohlen eine Monotherapie mit L-Dopa fortzusetzen, solange keine Wirkungsfluktuationen oder andere Therapiekomplikationen auftreten. (z.B. *wearing-off-Fluktuationen* (s. Glossar)). Bei alten Patienten und fortgeschrittenem Parkinson stehen zudem andere motorische Symptome im Vordergrund, die sich therapeutisch weniger gut beeinflussen lassen. Schließlich leiden hoch betagte Parkinsonkranke häufig an einem begleitenden demenziellen Syndrom. Ein komplexer Behandlungsansatz sollte auch Physiotherapie, Logopädie und soziale Beratung umfassen. Außerdem und bei eingeschränkter Compliance durch kognitive Störungen von Vorteil: Ein eher einfaches Behandlungsschema, das die Tagesabläufe des Patienten ausreichend berücksichtigt.

Besondere Vorsicht ist geboten, wenn eine Operation notwendig wird. So kann eine Narkose zur Verschlechterung der Parkinson-Symptome führen. Auch wenn diese, nach medikamentöser Neueinstellung, im Allgemeinen rückläufig ist, wird empfohlen, nur unbedingt notwendige Operationen durchzuführen. Wesentlich dabei ist die Betreuung der Patienten vor und nach der OP. Eine lange Medikamentenpause oder Nichteinhaltung der Dosierung kann erhebliche Symptomverschlechterungen zur Folge haben. Parkinson-Patienten sollten daher immer den Parkinson-Ausweis mit der aktuellen Medikation und den Narkose-Anhänger der Deutschen Parkinson-Vereinigung bei sich haben. Die Deutsche Parkinson Vereinigung e.V. empfiehlt zu-

dem, Medikamente in ausreichender Menge in die Klinik mitzunehmen, weil diese in der Chirurgie möglicherweise nicht vorrätig sind und erst bestellt werden müssen, was zu einer Verzögerung und einer ungewollten Medikamentenpause führen kann.

(Quellen: dgn.org, parkinson-web.de; aerztezeitung.de)

Altersepilepsie

Bei der Therapie einer Epilepsie im Alter ist Fingerspitzengefühl erforderlich. Zunächst einmal macht es einen großen Unterschied, ob man mit seiner Epilepsie alt geworden ist oder ob man diese erst im Alter entwickelt hat. Tatsächlich treten neu entwickelte Epilepsien bei älteren Menschen relativ häufig auf, werden mitunter aber gar nicht erkannt. Die Schwierigkeit liegt vor allem darin, dass ein Anfall sich nicht unbedingt als klassischer generalisierter Krampfanfall äußert. Nicht selten sind es nur kleine, kaum merkbare Absenzen, in denen der Betroffene – manchmal für wenige Sekunden – wie weggetreten ist, was von der Umgebung mitunter gar nicht realisiert wird. Aber auch langanhaltende postiktale Zustände, die mit Verwirrtheit einhergehen, werden manchmal mit anderen Erkrankungen und Ereignissen wie Psychosen oder Schlaganfall verwechselt.

Ursachen für eine neu beginnende Altersepilepsie können, neben zerebralen Durchblutungsstörungen (70 Prozent), auch Krebs- und Stoffwechselerkrankungen, Alkoholmissbrauch oder Traumata sein. Etwa 12 bis 15 Prozent aller Schlaganfall-Patienten sowie 10 Prozent aller Alzheimer-Patienten entwickeln eine Epilepsie. Auch Infektionen und die Einnahme spezifischer Medikamente wie trizyklische Antidepressiva, Penicillin oder Theophyllin können anfallsauslösend sein.



Postiktal

Das Anfallsende stellt den Übergang vom Anfall zurück in den Normalzustand dar. Diese Phase wird postiktal genannt und kennzeichnet die Erholungsphase des Gehirns. Die Dauer hängt dabei von verschiedenen Faktoren ab, z.B. davon, welcher Bereich des Gehirns betroffen ist oder ob der Patient Antiepileptika erhält. (www.epilepsie-gut-behandeln.de)



RebiSTAR
Mein Service



WIR HABEN MULTIPLE SKLEROSE.

Und eine richtig gute Therapieunterstützung.

www.leben-mit-ms.de

Merck Servicecenter:

0800-7324344 (kostenfrei)

REBISTAR®
MOTIVIERT JEDEN TAG AUFS NEUE

MERCK

Bei Patienten, die mit ihrer Epilepsie alt geworden sind und bei denen eine stabile Therapie bislang für Anfallsfreiheit gesorgt hat, können vaskuläre oder degenerative Erkrankungen des zentralen Nervensystems zu einem Aufflackern führen. Gegebenenfalls ist die Anpassung der Dosis bislang eingenommener antikonvulsiver Medikamente hilfreich. Allerdings können auch die Medikamente an sich das Problem sein. So begünstigen einige der „alten“ Antiepileptika (*Phenytoin, Carbamazepin, Phenobarbital, Valproat*) eine Reduzierung des Mineralgehalts der Knochen, wodurch die Gefahr einer Osteoporose steigt. Auch das Nebenwirkungs- und Interaktionspotenzial von Antikonvulsiva steigt mit zunehmendem Alter. Hier muss im Einzelfall genau abgewogen werden, ob und welche Medikamente überhaupt, bzw. gleichzeitig mit anderen Therapeutika, gegeben werden können.

(vgl. *pharmazeutische zeitung online*)

Menschen mit Demenz

Immer häufiger sehen sich Krankenhäuser mit der Versorgung von dementen Patienten mit Zweiterkrankungen konfrontiert. Fest steht: Für demenziell erkrankte Menschen ist ein Krankenhaus immer eine belastende Umgebung. Sie verstehen nicht was passiert, können sich nicht orientieren und fühlen sich ohne die vertrauten Bezugspersonen nicht wohl. Auch für das Personal sind demenzkranke Patienten oft eine besondere Herausforderung.

Das demenzsensible Krankenhaus

Um den akut verwirrten oder dementen Patienten, der wegen einer körperlichen Erkrankung ins Krankenhaus aufgenommen wird, optimal versorgen zu können, ist mehr als eine normale Krankenhausstation notwendig. Eine Station mit speziell geschulten Pflegekräften, mit Ärzten und Neuropsychologen, Physio- und Ergotherapeuten sowie ehrenamtlichen Helfern und Mitarbeitern vom Sozialdienst. Im Falle einer vorangegangenen Operation ist auch der enge Kontakt zum Chirurgen von Bedeutung.

Kognitive Geriatrie

Seit über sechs Jahren gibt es in der Medizinisch-Geriatriischen Klinik im Albertinen-Haus die Station für Kognitive Geriatrie. Hier werden Patienten aufgenommen, die mit einer akuten körperlichen Erkrankung (*Lungenentzündung, Frakturen etc.*) ins Krankenhaus

gekommen sind und die zusätzlich von Einschränkungen ihres Denkens oder ihrer Wahrnehmung betroffen sind. So etwa bei einer bereits bestehenden Demenz, oder wenn sich aufgrund der Erkrankung bzw. Operation ein Verwirrheitszustand entwickelt hat. Um diese Patienten in geschützter Umgebung behandeln zu können, wurden verschiedene örtliche Veränderungen an der Station vorgenommen: Die Tür, durch die man auf die Station gelangt, ist von innen so verkleidet, dass sie nicht sofort als Tür erkennbar ist. Ein dicker roter Streifen auf dem Boden stellt zusätzlich eine optische Grenze dar und signalisiert das Ende des Flurs.

„Wir sind keine geschlossene, sondern eine geschützte Station“, betont Dr. Birgit Frilling, Ärztliche Leitung der Station, und ergänzt: „Es wäre für die hier behandelten Patienten gefährlich, wenn sie die Station auf eigene Faust verlassen, weil sie sich schnell verlaufen und dadurch in Stress geraten würden. Auch das Risiko zu stürzen wäre hoch.“



Foto © Jan Steinhaus

Dr. Birgit Frilling,
Ärztliche Leitung der
Station Kognitive Geriatrie

Während die Türen zum Versorgungstrakt in Wandfarbe gestrichen wurden, um von demenziell erkrankten Patienten nicht sofort als Tür identifiziert zu werden, soll der kräftige Orangeton der Türen zu den Patientenzimmern einladende Wirkung haben. In den Zimmern selbst lassen große Fenster viel Tageslicht herein und fördern damit die Etablierung eines Tag-Nacht-Rhythmus, der bei Menschen mit Demenz und Delir häufig gestört ist. „Tageslicht am Morgen und Dunkelheit am Abend erleichtert das Schlafen und damit auch die Überwindung von Verwirrheitszuständen“, erklärt Dr. Frilling. Auf dem großen Balkon, der zur Station gehört, können die Patienten das Tageslicht auch an der frischen Luft genießen.

Menschen mit Demenz haben nicht selten einen ausgeprägten Bewegungsdrang. In der Kognitiven Geriatrie des Albertinen Hauses wurden zwei parallel verlaufende Flure zu einer Art Rundlauf verbunden. Dies

WISSEN

Delir oder akuter Verwirrheitszustand

Ein akuter Verwirrheitszustand entsteht, wenn die Hirnfunktion akut gestört ist, i.d.R. infolge einer akuten körperlichen Erkrankung. So wird die Blut-hirnschranke, die das Gehirn von Krankheitsvorgängen im Körper abgeschirmt, im Alter zusehends durchlässiger und durch Gefäßerkrankungen oder Alzheimer zusätzlich anfällig für Störungen. Folglich wirkt sich alles was im Körper passiert auch auf das Gehirn und auf die Hirnfunktionen aus und kann zu einem akuten Verwirrheitszustand führen, bei dem die Betroffenen dann nicht wissen, wo sie sind und warum bestimmte Dinge gerade geschehen.

ermöglicht ungehindertes Umherlaufen und schützt vor Verlassen der Station.

Auch für die physio- und ergotherapeutischen, die logopädischen und neuropsychologischen Behandlungen muss niemand die Station verlassen. Das zu einem Therapieraum umgebaute ehemalige Vierbettzimmer bietet die Möglichkeit, alltagsrelevante Dinge mit dem Patienten zu üben und zu trainieren. Weil es immer dieselben, festangestellten Therapeuten sind, die sich um die Patienten kümmern, kann sich eine Vertrautheit entwickeln. So werden Fortschritte gefördert und erkannt. Ziel ist immer, den Patienten so zu stabilisieren, dass er wieder in sein gewohntes Umfeld zurückkehren kann. Es ist ein ehrgeiziges Ziel und oft nur mit einem etwas längeren Aufenthalt in der geschützten Atmosphäre dieser speziellen geriatrischen Station möglich, in der Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten, Sozialdienst und Seelsorge Hand in Hand arbeiten.

Zurück zur Normalität? Was kommt nach dem Delir?

Damit ein Verwirrheitszustand überwunden werden kann, muss zunächst die körperliche Ursache diagnostiziert und behandelt werden. Man versucht dann, mittels sehr individuell geeigneter pflegerisch-therapeutischer „Reize“, den Patienten nach und nach wieder die nötige Orientierung und Sicherheit im Alltag zu ermöglichen. Durch die Einhaltung eines regelmäßigen

Tag-Nacht-Rhythmus und regelmäßige Phasen von Aktivität und Entspannung erreicht man die Erholung des Gehirns von der akuten Störung und einen Wiederaufbau der stabilisierenden Hirnfunktion.

Je schwerer die körperliche Erkrankung und je schwerer zusätzlich das Gehirn bereits vorerkrankt ist, desto länger könne ein Delir andauern, erklärt Dr. Frilling und ergänzt: „Je eher wir die körperlichen Störungen in den Griff bekommen, also je früher wir anfangen zu behandeln, desto größer ist die Chance, dass ein Delir sich komplett wieder zurückbildet.“

Wie lange dauert das? Wie lange bleibt ein Patient in der Kognitiven Geriatrie?

„In der Regel schaffen wir es, in zwei bis drei Wochen eine relevante Verbesserung der körperlichen und kognitiven Funktionen zu erreichen“, sagt Frilling. Primäres Ziel ist, eine möglichst große Selbstständigkeit in den Alltags-tätigkeiten zu erreichen. Aus der Kognitiven Geriatrie schaffen 70 % der Patienten den Weg zurück in ihre gewohnte Umgebung.



Foto © Dr. Fabian Peterson

Ältere Patienten fühlen sich in vertrauter und wohnlicher Umgebung wohler, als in klassisch steriler Krankenhausatmosphäre. Aus diesem Grund wurde der Aufenthaltsraum in der Kognitiven Geriatrie mit Wohnzimmermöbeln eingerichtet. Weil Menschen in Gesellschaft mehr und besser essen als alleine, nehmen die Patienten hier gemeinsam mit den Pflegekräften ihre Mahlzeiten ein.

Die letzte Hürde. Palliative Versorgung.



Ganz gleich, wie „erfolgreich“ man auch altern mag, um die letzte Hürde so leicht und würdevoll wie möglich zu nehmen, braucht man Begleitung. „Für verletzte alte Menschen“, so drückt Prof. von Renteln-Kruse es aus, „wächst anderen Menschen Verantwortlichkeit zu.“ Eine Verantwortlichkeit, die jüngst auch der Gesetzgeber erkannt hat.

Die meisten Menschen wünschen sich, zu Hause zu sterben. Die Realität sieht anders aus: Fast jeder zweite ältere Mensch verbringt die letzten Stunden in einer Klinik – und nur jeder Fünfte in den eigenen vier Wänden. Wie ein schwer kranker Mensch betreut wird und ob er im häuslichen Umfeld bleiben kann, entscheidet auch das medizinische und pflegerische Angebot vor Ort. In jenen Bundesländern, in denen besonders viele ambulante Palliativmediziner arbeiten, die ihre Patienten zu Hause versorgen, ist die Quote der im Krankenhaus Sterbenden entsprechend geringer. Für ein würdevolles Sterben zu Hause muss die ambulante Palliativversorgung unbedingt weiter ausgebaut werden. Dies ist auch für den Aufenthalt im Hospiz von Bedeutung. Aber auch in Krankenhäusern muss eine palliative Versorgung gewährleistet sein.

Auch hier spielt die **Neurologie** eine besondere Rolle. Es sei ein Bereich, in dem die Neurologie noch unterrepräsentiert ist und so würde aus schierem Personal-mangel deutlich weniger erreicht als möglich wäre, kritisiert die DGN (Deutsche Gesellschaft für Neurologie), die gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin an einem gemeinsamen Plan arbeiten, um diese Situation zu verbessern.

Palliative Geriatrie

„Die Versorgungsform ‚Palliative Geriatrie‘ ist immer noch zu wenig bekannt“, sagt Dr. Johannes Vogel, Oberarzt der Palliativen Geriatrie in der Medizinisch-Geriatriischen Klinik im Albertinen-Haus.

Selbst unter Kollegen sei diese Form der Versorgung mitunter ein Bereich mit vielen Fragezeichen. Es beginnt schon damit, dass es nicht leicht ist, Patienten mit palliativem Versorgungsbedarf überhaupt zu identifizieren. So etwa bei Bestehen kognitiver Probleme wie bei Demenz, denn wenn die Kommunikation gestört ist, ist das Erkennen belastender Symptome besonders schwierig.

In der Palliativen Geriatrie des Albertinen-Hauses werden geriatrische Patienten behandelt und begleitet, die aufgrund fortgeschrittener Multimorbidität und/

§

Das Hospiz- und Palliativgesetz

Bessere Versorgung schwerstkranker Menschen

Schwerstkranke Menschen sollen überall dort gut versorgt sein und begleitet werden, wo sie die letzte Phase ihres Lebens verbringen – ob zu Hause, im Pflegeheim, im Hospiz oder Krankenhaus. Um diesem Ziel ein Stück näher zu kommen, hat der Deutsche Bundestag im November 2015 mit großer Mehrheit das Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland beschlossen, das im Dezember 2015 in Kraft getreten ist. Es enthält vielfältige Maßnahmen zur Förderung eines flächendeckenden Ausbaus der Hospiz- und Palliativversorgung in allen Teilen Deutschlands, insbesondere auch in strukturschwachen und ländlichen Regionen. Hier fehlt es heute noch häufig an ausreichenden Netzwerken.

Zudem sollen die Menschen über die vielfältigen Angebote und Möglichkeiten der Versorgung und Begleitung in der letzten Lebensphase informiert sein. Viele Dinge haben sich verbessert:

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung hat sich verbreitet, die Hospizbewegung hat eine starke Entwicklung genommen. Aus- und Weiterbildung in der Palliativmedizin, eine Weiterentwicklung des Rechts zur Abgabe schmerzstillender Medikamente und neue Behandlungsmethoden ermöglichen es heute, dass in den allermeisten Fällen unerträglichen Schmerzen wirksam begegnet werden kann.

Quelle und weitere Infos zum HPG:

www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/hospiz-und-palliativversorgung/hpg.html



WISSEN

Palliativmedizin

Nach den Definitionen der WHO und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin ist Palliativmedizin beschränkt auf „die aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer progredienten (vorschreitenden), weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf eine kurative Behandlung anspricht und die Beherrschung von Schmerzen, anderen Krankheitsbeschwerden, psychologischen, sozialen und spirituellen Problemen höchste Priorität besitzt. (wikipedia)

oder akuter Erkrankung an belastenden Symptomen, wie z.B. Schmerz, Luftnot, Übelkeit oder Angst leiden und deren Lebensprognose deutlich eingeschränkt ist. Dazu gehören neben Patienten mit bösartigen Tumoren ausdrücklich auch diejenigen mit nicht-malignen Erkrankungen. Auch in der Palliativen Geriatrie wird die Entlassung in das gewohnte Umfeld angestrebt, soweit dies möglich ist. Ziel ist es, den Patienten dahingehend zu stabilisieren, dass die Weiterversorgung in der Wohn-Pflegeeinrichtung, im Hospiz oder zuhause möglich ist. Hier kommt dem Spezialisierten Ambulanten Palliativen Pflegedienst (SAPV, S. 22) eine große Bedeutung zu, die auch noch weiter zunimmt.

Die Entscheidung, wann ein sterbenskranker Mensch entlassen werden kann, ist keine leichte. Eine besondere Herausforderung seien die Schwankungen im Zustand der schwerkranken Patienten. Nicht selten führten sie dazu, dass es kurz nach der Entlassung wieder zu Symptomentgleisungen komme, die einen erneuten stationären Aufenthalt erforderlich machten, berichtet Dr. Vogel. So ist es naheliegend, dass Patienten auch auf der Palliativen Geriatrie versterben. Angehörige fürchten manchmal die Verlegung auf die Palliative Station, weil den Patienten hier starke Schmerzmittel verabreicht werden. „Das Gespräch mit



Dr. Johannes Vogel,
Oberarzt der Palliativen
Geriatrie in der Medizi-
nisch-Geriatriischen Klinik
im Albertinen-Haus

INFO

SAPV

Mit der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) wurde 2007 die gesetzliche Grundlage geschaffen, nach der schwerstkranke und sterbende Krankenversicherte in der häuslichen oder familiären Umgebung Anspruch auf leidensmindernde (palliative) medizinische und pflegerische Behandlung haben. Damit soll dem Wunsch vieler Patienten entsprochen werden, bis zu ihrem Tod im vertrauten Umfeld bleiben zu können. Mit SAPV werden erkrankungsbedingte Krisensituationen aufgefangen, die sonst zu ungewünschten und belastenden Krankenhauseinweisungen führen würden. (wikipedia)

Weiterführende Infos:

www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/sapv.html

Der Faktor Zeit

Sterbenskranke Menschen mit einer begrenzten Lebenserwartung brauchen besondere Zuwendung. Für eine hohe Qualität in der Patientenversorgung sind Pflegekräfte mit der Zusatzqualifikation „palliative care“ gefragt und Ehrenamtliche, die vor allem Zeit mitbringen.

den Angehörigen ist uns sehr wichtig“, erklärt der Palliativmediziner. „Wenn der Angehörige versteht, was wir hier tun und worum es uns geht – nämlich darum, das Leiden eines kranken Menschen zu verringern – dann kann er auch seine Zustimmung geben und den Sinn darin sehen.“ Es sei wichtig zu verstehen, dass Palliativmediziner nicht dazu da sind, Leben zu verkürzen, betont Johannes Vogel. Das sei eine völlig falsche und fatale Auffassung. „Primäre Aufgabe der Palliativmedizin ist es, Symptome zu stabilisieren und Schmerz zu nehmen.“ Um dieses Ziel zu erreichen, nehme man mitunter in Kauf, dass eventuell Lebenszeit verkürzt werde.

Um Verstehen geht es auch, wenn entschieden werden soll, inwieweit künstliche Ernährung notwendig ist. Welche Bedeutung hat Essen und Trinken in einer weit fortgeschrittenen Erkrankungsphase? „Das Risiko, dass Patienten sich durch normale Nahrungsaufnahme verschlucken und dadurch starke Luftnot bekommen oder eine Lungenentzündung entwickeln, ist nicht gering“, erklärt Dr. Vogel. Studien hätten gezeigt, dass geriatrische, palliative Patienten, die von sich aus die Nahrungsaufnahme verweigern, meist kein Hungergefühl haben. Man müsse auch wissen, erklärt Dr. Vogel, dass „nicht mehr essen können und wollen“ zu den fortgeschrittenen Krankheitsstadien und der Sterbephase oft dazu gehöre. „Wenn wir dagegen steuern, müssen wir gute Argumente haben.“ Wichtigstes Argument ist immer der Patientenwille – sofern dieser noch geäußert werden kann. Nicht wenige Patienten auf der Palliativen Geriatrie hätten ihre Wünsche zu den Themen künstliche Ernährung oder Beatmung in einer Patientenverfügung festgeschrieben. Bei Patienten mit Demenz gelte es, den mutmaßlichen Willen zu ermitteln. Dies ist eine besondere Herausforderung und, soweit möglich, gemeinsam mit Angehörigen zu versuchen.



Foto © Gabi Stoltenberg

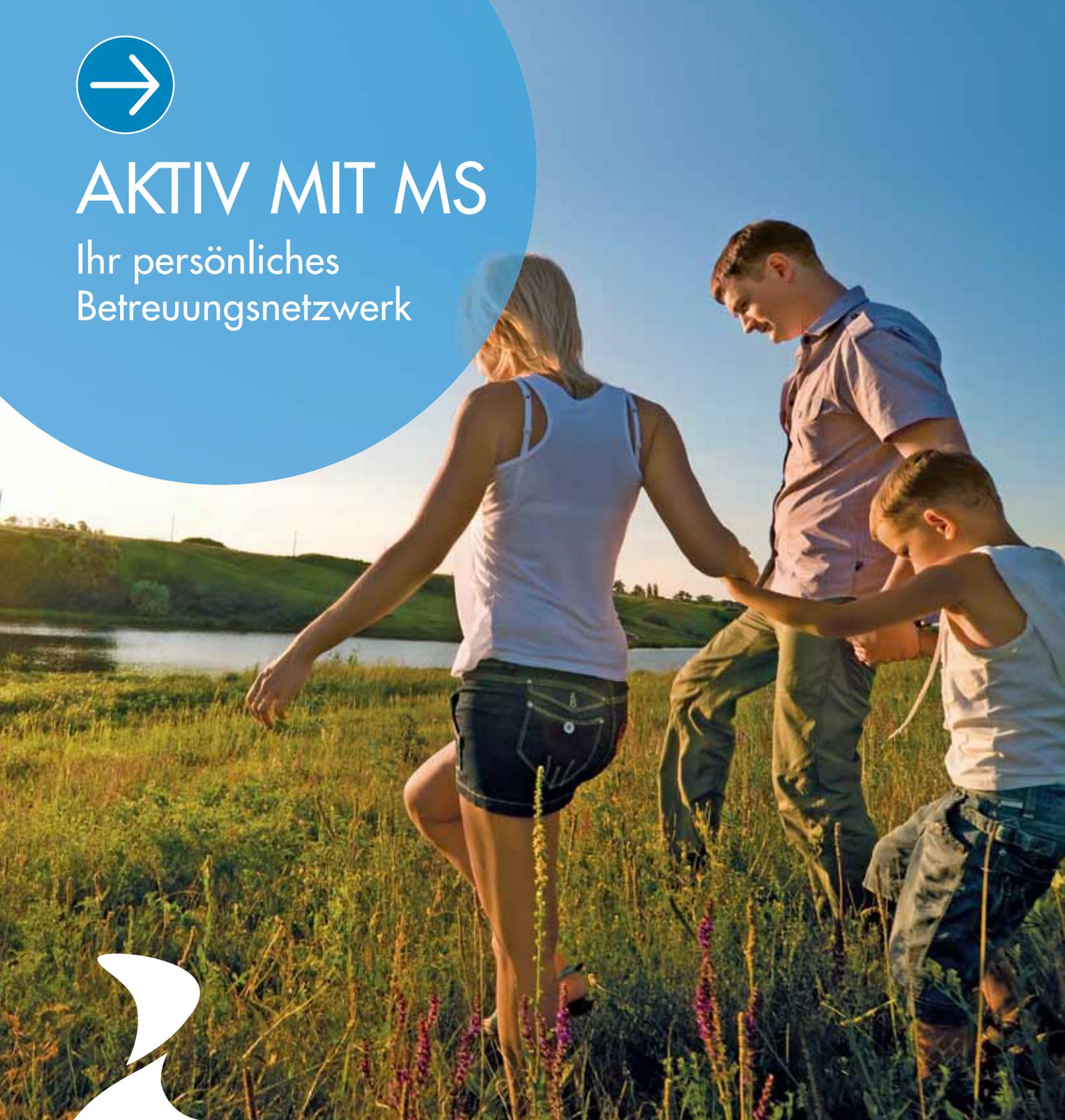
Logopädie: Eine besondere Bedeutung im palliativen Bereich

Was im Einzelfall gut und notwendig ist, muss immer individuell entschieden werden. In den allermeisten Fällen ist der Logopäde dabei gefragt. Er ist der Spezialist, wenn es um den gesamten Mund-Rachen-Bereich geht: um Schlucken, Sprechen und Artikulation. Die besondere Bedeutung der Logopädie für den palliativen Bereich habe sich während der Arbeit auf dieser Station herausgebildet, so Vogel.



AKTIV MIT MS

Ihr persönliches
Betreuungsnetzwerk



-  MS-Fachberater/in
-  Beratung am Telefon
-  Erfahrungsaustausch

-  Interaktivität
-  Materialien

 **aktiv mit ms**
patientenservice

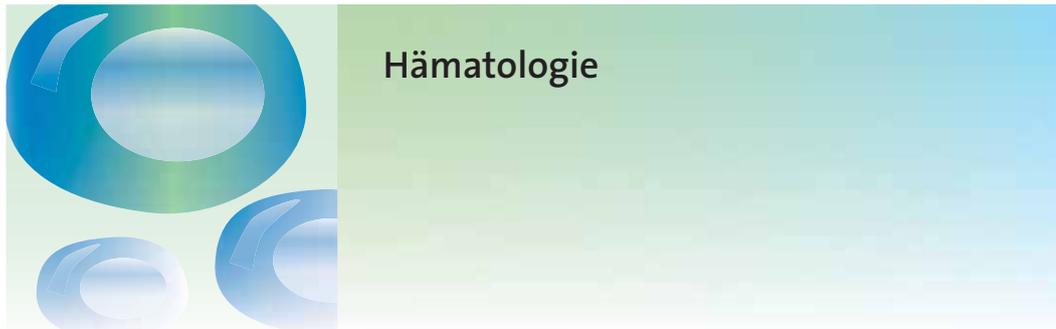
TEVA

Specialty Medicines

Rufen Sie gebührenfrei unser **Aktiv mit MS Serviceteam** unter **0800-1 970 970** an
oder registrieren Sie sich gleich unter www.aktiv-mit-ms.de

Biotest

Ein forschendes pharmazeutisches Unternehmen, das Spezialprodukte aus menschlichem Blutplasma in den drei Anwendungsgebieten entwickelt, herstellt und vertreibt.



Aus hochkomplexen Molekülen der Natur entstehen durch modernste Technologie qualitativ hochwertige Therapeutika für die Behandlung immunologischer Erkrankungen sowie für Erkrankungen des blutbildenden Systems.

INFO

DRG

Um Leistungen und Kosten transparent zu machen und damit mehr Wettbewerb zu ermöglichen, wurde die Krankenhausfinanzierung komplett umgestaltet. Die ursprüngliche Erwartung der Kassen, dadurch auch Kosten einzusparen, hat sich nicht bestätigt. Abgerechnet wird heute nicht mehr anhand der Verweildauer, sondern mithilfe leistungsbezogener Fallpauschalen, „Diagnosis Related Groups“ oder kurz DRG. Kritiker bemängeln, dass die Politik mit diesem System die Medizin zu einem Business gemacht habe, was dazu führe, dass manche Krankenhäuser leider mehr gewinn- statt outcomeorientiert seien. Anders als früher, hätten manche Krankenhäuser zudem nun eher ein Interesse, die Verweildauer des Patienten so kurz wie möglich zu halten, damit noch ein Gewinn zu erzielen sei.

Einen Bedarf zu erkennen und Maßnahmen zu ergreifen, um die notwendigen Schritte einzuleiten, scheint etwas zu sein, was im Albertinen-Haus immer wieder zu neuen und sinnvollen Entwicklungen führt. Auch die Einheit für Palliative Geriatrie ist entstanden, weil die Ärzte den Bedarf gesehen haben. Dass man diese Einheit habe einrichten können, sei gut und wichtig, betont Johannes Vogel. Ein solches Angebot erfordere aber viel Engagement von Seiten des Trägers, insbesondere in Zeiten des DRG-Abrechnungssystems.

Die Tatsache, dass die interdisziplinäre und personalintensive Versorgung von sterbenskranken alten Menschen eher unwirtschaftlich ist, stimmt äußerst bedenklich. Hier bedarf es einer Korrektur im System.

Weiterführende Infos und Links:

Gerinet

Im Qualitätsverbund GeriNet Hamburg bündeln die Freigemeinnützigen Krankenhäuser in Hamburg ihr gesamtes Wissen im Fachgebiet Altersmedizin, um geriatrischen Patienten eine besonders hochwertige Versorgung bieten zu können:

→ www.gerinet.hamburg

LUCAS

LUCAS ist ein interdisziplinärer Forschungsverbund, gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), der sich mit der Thematik „Gesundheit im Alter“ auseinandersetzt. Einzigartige Qualitäten des Forschungsverbunds sind:

- Aktive Mitwirkung der Stadt Hamburg
- Verbund universitärer und nicht-universitärer Organisationen
- Mitwirkung der Studien-Teilnehmer und praktisches Angebot für ältere Menschen
- Ganzheitliche Abklärung der körperlichen, seelischen und mentalen Risiken, aber auch der Ressourcen in individuellen Beratungen
- Europäisch besetzter Beirat.

→ www.albertinen.de/krankenhaeuser/geriatriische_klinik/leistungsspektrum/lucas

Albertinen-Haus Hamburg

→ www.albertinen.de/krankenhaeuser/geriatriische_klinik

Bundesministerium für Gesundheit

→ www.bmg.bund.de

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin

→ www.dgpalliativmedizin.de

Demenzsensibles Krankenhaus – was gehört dazu

Fragenkatalog demenzfreundliches Krankenhaus – PDF, 40 KB (nicht barrierefrei)

→ www.wegweiser-demenz.de/informationen/im-krankenhaus/demenzsensibles-krankenhaus.html

Deutsche Stiftung Patientenschutz

→ www.stiftung-patientenschutz.de

Parkinson-Ausweis und Narkose-Anhänger

→ www.parkinson-information.de

Selbstbestimmt sterben? Geht das überhaupt?

Über die Bedeutung von Betreuungsrecht, Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung

Foto © istockphoto

Es ist ein Thema, über das man nicht gerne spricht. Wer redet schon gern über den eigenen Tod bzw. darüber, wie man am liebsten sterben möchte? Eigentlich gar nicht, oder? Auch der mögliche Fall, dass man mal nicht mehr in der Lage sein könnte, das eigene Leben selbst zu gestalten und Entscheidungen zu treffen, wird gern ausgeblendet.

Eine mögliche Pflegebedürftigkeit oder die Gefahr, nicht mehr selbst entscheiden zu können? Darüber möchte man sich doch jetzt noch keine Gedanken machen! Ebenso schwierig ist es, Verwandte darauf hinzuweisen, dass es vielleicht in nicht allzu ferner Zukunft dazu kommen könnte, dass jemand ihre Angelegenheiten regeln muss und es daher sinnvoll wäre, man würde einmal in Ruhe über die wichtigsten davon sprechen, oder das ein oder andere schriftlich festhalten.

Nichts ist so sicher, wie die Endlichkeit des Lebens. Dennoch ist es ein Tabuthema.

Oder doch nicht? Nie zuvor sprach man mehr über Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und die Grenzen der Sterbehilfe. Zahlreiche Menschen nutzen soziale Medien um ihr Leiden und manchmal auch ihre letzte Lebensphase öffentlich zu machen.

Manche mögen das befremdlich finden, aber wenn man einmal zurück blickt, so waren Tod und Trauer in früheren Generationen viel mehr öffentlicher Prozess als heute. Der Tod wurde als Teil des Menschen betrachtet und nicht tabuisiert. Die Trauer als etwas Privates, Persönliches zu begreifen und in die intimen Verhältnisse der Familie zurückzunehmen, ist eine eher neuzeitlichere Erscheinung. „Das Internet bietet nun beides – Öffentlichkeit und Privatsphäre, zum einen für jeden zugänglich, zum anderen verborgen hinter Profilen.“ (vgl. Quelle und Infos: „Sterben im digitalen Zeitalter“; 3sat/kulturzeit 2011)

Selbstbestimmt bis zum Schluss

Die Antwort auf die Frage, was die Menschen sich im Alter vor allem wünschen, lautet: ein selbstbestimmtes Leben führen zu können. Inwieweit jeder einzelne aber bis zum Schluss noch handlungsfähig sein wird, ist nicht vorhersehbar.

„Es liegt an jedem einzelnen, die bestehenden Möglichkeiten für sich selbst zu nutzen und damit die Voraussetzungen dafür zuschaffen, dass er nicht zum Objekt der Fremdbestimmung durch Dritte wird“ sagt Dr. Birgit Schröder. Warum es wichtig sein kann, sich frühzeitig mit dem eigenen Sterben auseinanderzusetzen und worauf man dabei achten sollte, darüber sprachen wir mit der Fachanwältin für Medizinrecht.

INTERVIEW

.....



Foto © privat

Dr. Birgit Schröder
Fachanwältin für
Medizinrecht, Hamburg

NV: Frau Dr. Schröder, sich mit dem eigenen Sterben zu beschäftigen und mit der Möglichkeit irgendwann nicht mehr selbstbestimmt leben zu können, fällt schwer. Warum ist es heute wichtiger denn je?

Schröder: Einfach weil die medizinischen Möglichkeiten soviel besser geworden sind und weil die Menschen bis zum Ende selbstbestimmt bleiben möchten. Es geht um Autonomie und darum, dass man eben nicht die letzten Wochen oder gar Monate seines Lebens in Abhängigkeit von Maschinen leben muss, wenn man das nicht möchte; dass man selbst entscheiden kann, ob man die (möglicherweise dauerhafte) Abhängigkeit von Pflegenden, Ärzten, Angehörigen als Hilfe annehmen oder als Fremdbestimmtheit ablehnen möchte.

NV: Diese Entscheidungen trifft man aber häufig zu einem viel früheren Zeitpunkt, nämlich dann, wenn man gesund ist. In der konkreten Situation, hat man unter Umständen eine veränderte Sicht auf die Dinge, betrachtet das Leben aus einem anderen Blickwinkel.

Schröder: Ja, das ist richtig und deswegen fällt es auch so schwer, weil viele unsicher sind: was würde ich in der konkreten Situation wollen. Daher gibt es Kritiker die sagen, der Gesetzgeber hätte mit aufnehmen müssen, dass eine Patientenverfügung regelmäßig aktualisiert werden muss. Theoretisch ändern sich Dinge und Sichtweisen manchmal nicht nur im Laufe weniger Jahre. Auch die Diagnose einer Krankheit kann die ganze Einstellung zu Leben und Tod und Krankheit massiv verändern. Deswegen würde man schon empfehlen, solche Schriftstücke regelmäßig zu aktualisieren. Es ist aber vom Gesetzgeber nicht gefordert.

NV: Was ist denn erforderlich, um eine Verfügung oder Vollmacht schriftlich festzuhalten? Wie geht man vor?

Schröder: Auch hierzu hat der Gesetzgeber keine Vorgabe gemacht. Man kann seine Wünsche einfach formlos auf ein Stück Papier schreiben und zuhause abheften. Oder man hinterlegt das Dokument im Zentralen Vorsorgeregister bei der Bundesnotarkammer; das ist aber mit Kosten verbunden.

NV: Unter Umständen weiß dann ja niemand, dass solch ein Schriftstück überhaupt existiert...

Schröder: Es sollte schon kommuniziert werden, bei Angehörigen und/oder Freunden, dass man seine Wünsche irgendwo niedergeschrieben hat. Es ist auch sinnvoll, im Portemonnaie zusätzlich eine Karte mit sich zu führen, die darauf hinweist, dass es eine Patientenverfügung gibt und wo diese zu finden ist.

NV: Besonders fälschungssicher ist so ein Papier aber nicht. Theoretisch könnte jeder, der Zugang dazu hat, dies auch modifizieren. Gibt es da Sicherungen?

Schröder: Missbrauch kann es überall geben, und so ist es auch nicht 100-prozentig auszuschließen, dass dies bei einer Vollmacht oder Verfügung passiert. Natürlich wählt man jemanden aus, von dem man sich vorstellen kann, dass dieser sich ehrlich bemüht und nicht am Ende nur eigene Interessen verfolgt. Ehrlich gesagt, spielt der mögliche Missbrauch in der Praxis kaum eine Rolle.

NV: Zurück zu der Voraussetzung, dass man überhaupt etwas ausgefüllt bzw. niedergeschrieben hat. Was muss, was sollte mindestens geregelt sein?

Schröder: Ich würde sagen, es ist wichtig, dass man überhaupt etwas regelt. Ich denke es sollte immer etwas zum Thema „künstliche Ernährung“ formuliert sein, weil das in jedem Krankenhaus inzwischen ein Routine-Eingriff ist. Hier geht es meines Erachtens insbesondere um die Dauer der künstlichen Ernährung. Etwa um Fragen wie diese: Wie lange möchte man als hochbetagter Mensch durch eine Magensonde am Leben gehalten werden, wenn es vielleicht nur noch um die Aufrechterhaltung organischer Funktionen geht und ein wahrscheinlich erleichterndes Sterben dadurch unmöglich wird? Manche möchten auch etwas zum Thema Reanimation oder zur Organtransplantation schreiben. Letztendlich ist der Inhalt in höchstem Maße subjektiv. Besonders wichtig ist, dass der Inhalt und die Wünsche so formuliert sind, dass sie wenig Raum zu Spekulation geben.

NV: So wie wenn man gar nichts schriftlich festgehalten hat und der Betroffene womöglich dement ist?

Schröder: Ja, dann muss das Behandlungsteam gemeinsam mit Angehörigen versuchen, den mutmaßlichen Willen herauszufinden. Das ist sehr schwierig. Vor allem in einer emotionalen Situation. Von daher tut man seinen Nächsten eigentlich einen Gefallen, wenn man sich vorher damit beschäftigt oder wenigstens das Gespräch mit Verwandten gesucht hat.

NV: Apropos emotionale Angehörige: wenn es um Vorsorge- und Betreuungsvollmachten geht, sind sie es häufig, die sich um die Angelegenheiten eines geliebten Menschen kümmern und für diesen entscheiden müssen. Ist die Verantwortung, die gleichzeitig auch eine Belastung darstellen kann, für manche Angehörige nicht viel zu groß?

Schröder: Auch in die Vorsorge- und Betreuungsvollmacht kann man Wünsche schreiben oder Dinge formulieren, die auf keinen Fall geschehen sollten. In Bezug auf wichtige medizinische Entscheidungen wäre hier auch wieder die Patientenverfügung gut, denn damit nimmt man den Angehörigen in wichtigen Fragen die Entscheidung ab.

NV: Auch das kann belastend sein, z.B. wenn der Betroffene verfügt hat, nicht künstlich ernährt werden zu wollen und damit ein rascher Tod unabdingbar ist – ggf. sogar obwohl es noch Chancen gegeben hätte.

Schröder: Ja, aber auch das muss man akzeptieren. Es geht um Selbstbestimmung. Es ist der Wille des Betroffenen und der ist ausschlaggebend. Hier muss man klar differenzieren: Es geht eben nicht darum was der Angehörige in dieser Situation am liebsten möchte und ob er selbst in dieser Lage vielleicht anders entscheiden würde.

Jede invasive Maßnahme, bedarf der Einwilligung des Patienten. Wird diese gegen den Willen des Patienten durchgeführt, besteht ein Unterlassungsanspruch. Dies gilt unabhängig von der Frage, ob der Behandlungsabbruch zum Tode führen kann. Eine Zwangsbehandlung verstößt gegen das Selbstbestimmungsrecht des Patienten.



Die Broschüren „Betreuungsrecht“ und „Patientenverfügung“ vom Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz stehen hier zum kostenlosen Download zur Verfügung:

www.bmju.de/DE/Themen/VorsorgeUndPatientenrechte/Betreuungsrecht/Betreuungsrecht



NV: Was hat es mit der Reichweitenbegrenzung auf sich?

Schröder: Vor einigen Jahren wurde diskutiert, ob schriftliche Anordnungen zum Behandlungsabbruch nur zu akzeptieren seien, wenn der Krankheitsverlauf einen unumkehrbar tödlichen Verlauf genommen hat, oder ob es um das uneingeschränkte Selbstbestimmungsrecht gehe und eine Patientenverfügung in jedem Fall verbindlich zu sein habe, unabhängig von der Schwere einer Erkrankung. Letzteres ist derzeit der Fall.

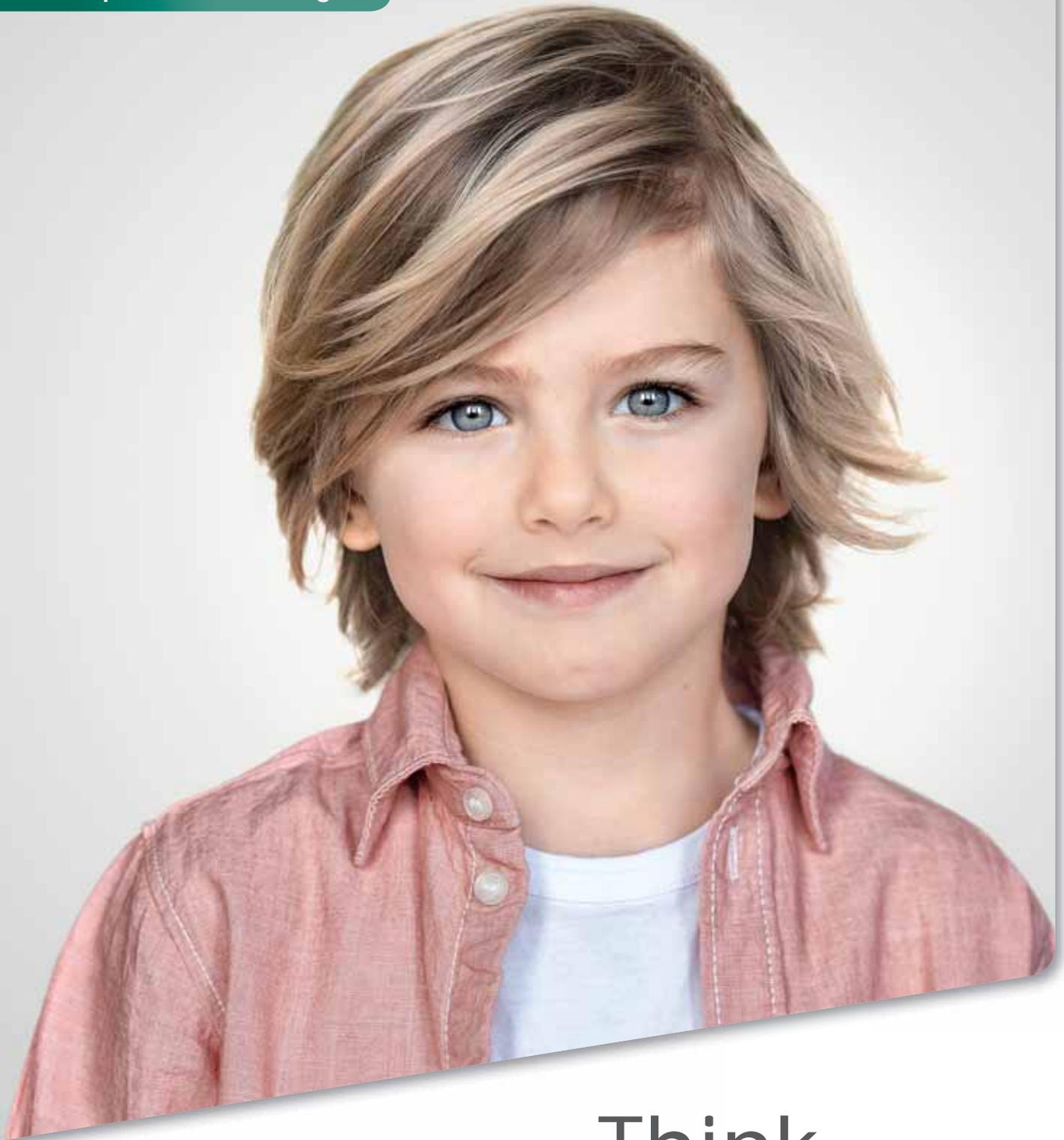
NV: Birgt die Patientenverfügung damit nicht auch ein Risiko?

Schröder: Dieses Risiko trägt man ganz allein. Aus diesem Grund ist die konkrete Formulierung so wichtig. Ich persönlich glaube, dass man nicht wirklich antizipieren kann, was man in der bestimmten Situation möchte. Es gibt Sportler die sagen, wenn ich dies oder jenes nicht mehr kann, will ich nicht mehr leben; dann aber trotzdem nach einem Unfall wieder Lebensqualität erfahren. Wenn in einer Patientenverfügung nur steht: „Ich will nicht an Schläuchen hängen“ oder „Ich will nicht künstlich beatmet werden“ kann das schwierig werden. Denn beides kann, etwa nach einem Verkehrsunfall, auch kurzfristig notwendig sein. Den meisten Menschen geht es sicherlich eher darum, dass sie nicht dauerhaft an Schläuchen hängen oder dauerhaft künstlich beatmet werden möchten.

NV: Können in Bezug auf Betreuertätigkeiten außenstehende Personen nicht manchmal besser geeignet sein, weil sie nicht emotional herangehen?

Schröder: Das kann, muss aber nicht sein. Wichtig ist es, den gewünschten Betreuer – bevor man diesen in ein Dokument hineninschreibt, zu fragen. Dies nicht immer der Fall.

Über 100 Jahre
Plasmaprotein-Forschung



Think Human

Einfach ersetzen, was fehlt!

CSL Behring ist führend im Bereich der Plasmaprotein-Biotherapeutika. Das Unternehmen setzt sich engagiert für die Behandlung seltener und schwerer Krankheiten sowie für die Verbesserung der Lebensqualität von Patienten auf der ganzen Welt ein. Das Unternehmen produziert und vertreibt weltweit eine breite Palette von plasmabasierten und rekombinanten Therapeutika. Mit seinem Tochterunternehmen CSL Plasma betreibt CSL Behring eine der weltweit grössten Organisationen zur Gewinnung von Plasma.

Biotherapies for Life™ **CSL Behring**

Wir sind da. Für Sie.



MS-Begleiter ist das kostenlose und personalisierte Service-Programm für Menschen mit MS. Aber auch Angehörige, Freunde, Ärzte, MS-Nurses und alle Interessierten finden hier jede Menge Wissenswertes rund um Erkrankung, Therapie und Alltag.



Web: www.ms-begleiter.de
E-Mail: service@ms-begleiter.de
Telefon: **0800 9080333**

MS persönlich
Mehr erfahren – mehr erleben.
Mit der MS-Begleiter Zeitschrift.
Wenn Sie an der Zeitschrift
„MS persönlich“ interessiert sind,
rufen Sie an (kostenlos):
0800 9080333
www.ms-persoendlich.de



INFO

Vorsorgevollmacht

Mit der Vorsorgevollmacht kann man einer anderen Person das Recht einräumen, im eigenen Namen stellvertretend zu handeln. Die Vorsorgevollmacht kann sich auf die Wahrnehmung bestimmter einzelner oder aber auch aller Angelegenheiten beziehen. Es kann vereinbart werden, dass davon erst Gebrauch gemacht werden darf, wenn man selbst nicht mehr in der Lage sind, über seine Angelegenheiten zu entscheiden. Die Vorsorgevollmacht gibt einem die Möglichkeit, die Bestellung eines Betreuers oder einer Betreuerin durch das Betreuungsgericht zu vermeiden. Man sollte nur eine Person bevollmächtigen, der uneingeschränkt Vertrauen entgegen gebracht wird und von der man überzeugt ist, dass sie nur im eigenen Sinne handeln wird.

Betreuungsverfügung

Mit der Betreuungsverfügung kann jeder schon im Voraus festlegen, wen das Gericht als rechtlichen Betreuer bestellen soll. Das Gericht ist an diese Wahl gebunden, wenn sie dem Wohl der zu betreuenden Person nicht zuwiderläuft. Genauso kann bestimmt werden, wer auf keinen Fall in Frage kommt. Möglich sind auch inhaltliche Vorgaben für den Betreuer, etwa welche Wünsche und Gewohnheiten respektiert werden sollen oder ob im Pflegefall eine Betreuung zu Hause oder im Pflegeheim gewünscht wird. Die Betreuungsverfügung kann auch mit einer Vorsorgevollmacht verbunden werden und würde dann zur Geltung kommen, wenn die Vorsorgevollmacht – aus welchen Gründen auch immer – nicht wirksam ist.

Patientenverfügung

Mit der gesetzlich geregelten Patientenverfügung lässt sich für den Fall der späteren Entscheidungsunfähigkeit vorab schriftlich festlegen, ob man in bestimmte medizinische Maßnahmen einwilligen oder sie untersagen möchte. Der Arzt hat dann zu prüfen, ob die Festlegung auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutrifft. Ist dies der Fall, so hat er die Patientenverfügung unmittelbar umzusetzen.

NV: Und wenn der oder diejenige das ablehnt? Kann man auch mehrere Personen einsetzen?

Schröder: Eine Ablehnung muss man respektieren und theoretisch kann man beliebig viele Personen einsetzen. Ich rate dazu, diese nur als Ersatz einzutragen bzw. nicht mehr als zwei Personen gleichzeitig entscheiden zu lassen, da sie unterschiedliche Ansichten haben könnten. In den meisten Fällen ruft der Umstand, eine völlig fremde Person könnte sich um private Angelegenheiten kümmern, ein Unwohlsein hervor. Berufsbetreuer haben auch nicht die Zeit, sich ähnlich intensiv zu kümmern, wie ein Angehöriger.

NV: Wenn nun die eingetragene Person, im eintretenden Fall doch keine Verantwortung übernehmen möchte?

Schröder: Dann wird das Betreuungsgericht eingeschaltet, um einen Betreuer zu stellen.

NV: Und wenn ein Ehepaar, dass frühzeitig Vollmachten festgelegt hat, sich zerstreitet und trennt. Wie schnell kann man Vollmachten widerrufen?

Schröder: Man kann jederzeit eine Verfügung oder Vollmacht widerrufen. Am besten man zerreißt das Dokument umgehend und verfasst zeitnah ein neues.

NV: Alle Eventualitäten mit einzubeziehen ist unmöglich. Irgendwie geht es darum weder zu schwammig noch zu konkret zu werden. Klingt nicht einfach.

Schröder: Niemand kann wissen, was passieren wird und in welcher Situation man sich tatsächlich einmal befindet. Wichtig ist es, eine Grundrichtung zu vermitteln. Was kann ich mir vorstellen, was nicht, welche Rolle spielt der Glaube. All das ist wichtig. Man kann auch aufschreiben, was man auf keinen Fall möchte. Auch der Wunsch z.B. seine letzten Tage in einem bestimmten Hospiz oder auf einer Palliativstation verbringen zu wollen, kann festgehalten werden. Es gibt kein richtig oder falsch, es ist eine ganz individuelle Sache, pauschale Antworten sind nicht möglich. Für sich selbst einmal aufzuschreiben, was man sich vorstellen und nicht vorstellen kann und auch mit Angehörigen einmal darüber gesprochen zu haben, gibt tatsächlich vielen Menschen eine gewisse Ruhe.

Frau Dr. Schröder, ich danke Ihnen für das Gespräch.

Hoffnung für MS-Patienten mit progredientem Verlauf

Neue Entwicklungen der Basis- und symptomatischen Therapie

Neue Therapien für Multiple Sklerose haben in den vergangenen Jahren zu immer neuen Behandlungsmöglichkeiten geführt. Zumindest, wenn es sich um den schubförmigen Verlauf der Erkrankung handelt. Für Patienten, die an der progredienten Form der Multiplen Sklerose leiden, gibt es nach wie vor keine langfristig verlaufsmodifizierende Therapie.

Hoffnung auf ein Medikament, das möglicherweise auch für die Behandlung von MS-Patienten mit primär progredientem Verlauf zugelassen werden könnte, gibt es seit Ende letzten Jahres. In einer großen Phase-III-Studie hatte der Wirkstoff Ocrelizumab Wirkung gezeigt. Im Februar 2016 gewährte die FDA (Arzneimittelzulassungsbehörde der USA) dem Prüfmedikament Ocrelizumab, als erstem Medikament überhaupt, den „Status eines Therapiedurchbruchs für die Behandlung von Patienten mit primär progredienter multipler Sklerose“. Dieser Status soll die Entwicklung und Prüfung von Medikamenten für schwerwiegende oder lebensbedrohliche Erkrankungen beschleunigen, und sicherstellen, dass Patienten durch die FDA-Zulassung so schnell wie möglich Zugang erhalten.

Zwar wird auch Ocrelizumab nicht zur Heilung der MS führen, könnte aber, wie auch die bereits für die schubförmige Verlaufsform zugelassenen Medikamente, das Fortschreiten von Behinderungen bei den Patienten bremsen. Ocrelizumab ist ein humanisierter monoklonaler Antikörper, der selektiv und gezielt gegen CD20-positive B-Zellen gerichtet ist. Dies sind spezielle Immunzellen, die vermutlich wesentlich zur Schädigung der Myelinscheide (*Isolations- und Stützstruktur von Nervenfasern*) und der Axone (*Nervenzellfortsätze*) sowie der daraus resultierenden Behinderung bei Patienten mit MS beitragen. Mit einer Zulassung des Prüfmedikaments Ocrelizumab, für das der Handelsname Ocrevus™ beantragt wurde, wird Anfang/Mitte 2017 gerechnet. Bis dahin steht weiterhin die symptoma-

tische Therapie im Vordergrund. Hier gebe es, so Dr. Mike Matzke inzwischen gute Möglichkeiten.

Symptomatische Therapie

Menschen mit progredient verlaufender MS leiden häufig an Spastik oder Lähmungserscheinungen, die mit Schmerzen einhergehen. Auch die Gehfähigkeit ist im Verlauf meist eingeschränkt. Seit 2011 stehen zwei Medikamente zur Verfügung, die zur Linderung dieser Symptome beitragen können:

1. Fampyra, als das erste zugelassene Medikament zur Verbesserung der Gehfähigkeit bei Multipler Sklerose und
2. Sativex, als Add-on-Therapeutikum für MS-Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Spastik, die nicht angemessen auf eine andere antispastische Arzneimitteltherapie ansprechen. Profitieren diese Patienten während eines Anfangstherapieversuchs mit dem Spray, ist die Behandlung zulässig und erstattungsfähig.

Sehr wirksam: Botulinumtoxin

Eine weitere Option, die nunmehr seit etwa drei Jahren zur Verfügung steht, ist die Botulinumtoxin-Therapie. (*wir berichteten: Neurovision Juli 2015/„Raus aus der Tabuzone“*) Botulinumtoxin ist ein potentes Nervengift, das immer mehr Anwendung in verschiedenen Bereichen der Medizin findet. Seit Februar 2013 ist es in der Urologie, u.a. zur Behandlung von Drangsymptomatik, Dranginkontinenz, der **überaktiven Blase und neurogenen Blasenentleerungsstörungen** zugelassen. Die Botulinumtoxin-Therapie kommt zum Einsatz, wenn nicht-operative Behandlungsoptionen ausgeschöpft sind oder aufgrund von Nebenwirkungen nicht weitergeführt werden können. Im Rahmen eines ambulanten oder kurzstationären Eingriffes wird Botu-

INFO

Fampyra

Die Gehbehinderung ist eine Folge der – im Verlauf der Krankheit entstehenden – Zerstörung der Myelinschicht um die Axone der Nervenzellen, wodurch an den ungeschützten Stellen vermehrt Kalium austritt. Dadurch wird die Weiterleitung von Aktionspotenzialen gestört, was zu Muskelschwäche, Muskelsteifigkeit und Gehschwierigkeiten führen kann. Fampridin ist ein neuronaler Kaliumkanalblocker. Die selektive Blockade der Kaliumkanäle bewirkt eine Verlängerung der Aktionspotenziale sowie eine Verstärkung der elektrischen Signalleitung in demyelinisierten Nervenbahnen. Fampyra wird angewendet zur Verbesserung der Gehfähigkeit erwachsener MS-Patienten mit Gehbehinderung (EDSS 4-7). Der Arzneistoff ist bei allen Verlaufsformen der MS wirksam und kann mit den bestehenden Basistherapeutika kombiniert oder als Monotherapie angewendet werden. (Quelle: www.pharmazeutische-zeitung.de, letzter Zugriff 13.6.16)

Sativex

Schon seit Längerem weiß man, dass das körpereigene Cannabinoid-System bei spastischen Störungen verändert ist, offenbar fehlt es an Endocannabinoiden. Mit den Inhaltsstoffen aus der Hanfpflanze lässt sich dieses Defizit wieder ausgleichen. THC und CBD binden an die Cannabinoid-Rezeptoren. Das verbessert die Regulation von Nervenimpulsen, was letztlich eine Verringerung der Spastik bewirkt. Die in Sativex enthaltenen Cannabinoide werden schnell über die Mundschleimhaut aufgenommen. Nach vier Sprühstößen sind sowohl THC als auch CBD innerhalb von 15 Minuten im Plasma nachweisbar.

linumtoxin in die Blasenmuskulatur injiziert. Der Eingriff dauert nur wenige Minuten und der Patient kann einige Stunden später nach Hause entlassen werden. Botulinumtoxin entfaltet seine Wirkung durch eine Abschwächung oder Teillähmung der Blasenmuskulatur. Dadurch entspannt sich diese und die Harnblase kann mehr Urin über einen längeren Zeitraum speichern.



Foto © istockphoto

Der Patient bemerkt weniger Harndrang, entleert die Blase in größeren Abständen und verliert oft keinen Urin mehr. Der Therapieeffekt hält ca. 6-12 Monate an, dann muss die Behandlung wiederholt werden. In Deutschland stehen neben Botox® noch die Präparate Dysport® und Xeomin® zur Verfügung; zugelassen für jeweils unterschiedliche Indikationen. Auf Grundlage einer Studie* erfolgte eine aktuelle Zulassungserweiterung für Dysport, die Beschränkung auf Schlaganfall wurde aufgehoben.

(*[www.thelancet.com/journals/lanneur/article/PIIS1474-4422\(15\)00216-1/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lanneur/article/PIIS1474-4422(15)00216-1/abstract); vgl. www.klinikum.uni-heidelberg.de/Botox-fuer-die-Blase)

Moderne Neurostimulationsmethoden

Erfolgversprechendes Potenzial misst Dr. Mike Matzke auch den modernen Neurostimulationsmethoden bei. Bei neuropathischem Schmerz etwa, habe z.B. die Rückenmarkstimulation sehr gute Wirkung zeigen können, so der Neurologe. Hierzu werden Elektroden – zunächst temporär – rückenmarksnah im Epiduralraum plziert und nach erfolgreichem Test dauerhaft implantiert, um elektrische Impulse an das Rückenmark abzugeben. Bevor diese Methode zum Einsatz kommt, müssen jedoch nichtinvasive Möglichkeiten der Behandlung wie Schmerzmittel, Physiotherapie etc. bereits erfolgt sein. Bei der Behandlung der Harninkontinenz hat auch die sakrale Neuromodulation oder Stimulation des Sakralnervs Erfolge zeigen können.

(www.inkontinenzkontrolle.de/behandlung/nervenstimulation/index.htm)



ActiGait® besteht aus einem Stimulatorkörper (*Implantat*), einer Steuereinheit, einer Antenne und einem Fersenschalter. Gemeinsam bewirken diese Komponenten eine kontrollierte Fußhebung: Der Fersenschalter informiert die Steuereinheit, sobald der Fuß den Boden verlässt. Diese Information wird über die Antenne (*platziert an der Hautoberfläche*) an das Implantat weitergegeben, das die Wadenbeinmuskulatur stimuliert. Der Fuß wird kontrolliert angehoben, das Gangbild deutlich verbessert. Das Implantat wird operativ unter die Haut gesetzt. Sobald die Wunde verheilt ist, wird das Implantat aktiviert und auf die individuellen Bedürfnisse des Betroffenen eingestellt.

Quelle und weitere Infos: www.ottobock.de

Fußheberschwäche – Den Nerv künstlich stimulieren

Derzeit lediglich nach Schlaganfall indiziert und zugelassen ist die Stimulation des Fußhebernervs. Zwar kann diese Methode für MS-Patienten bislang nur offlabel zum Einsatz kommen (ein Antrag auf Kostenübernahme durch die Krankenkasse muss gestellt werden), kleinere experimentelle Studien konnten aber bereits eine gute Wirksamkeit belegen. Eine Fußheberschwäche bezieht sich auf die Schwierigkeit, den Fuß beim Gehen anzuheben. Dies kann nach einem Schlaganfall und auch bei MS auftreten. Weil der verantwortliche Peronäusnerv nicht mehr korrekt angesteuert werden kann, erfordert jeder Schritt hohe Konzentration, die Fußspitze kann leicht am Boden hängen bleiben. Menschen mit einer Fußheberschwäche ermüden beim Gehen schnell, meiden lange Wege und ziehen sich u.U. aus ihrem sozialen Umfeld zurück.

Funktionelle Elektrostimulation (FES)

Erhält ein intakter Nerv vom zentralen Nervensystem kein Signal mehr, kann die fehlende Ansteuerung des Nervs künstlich erfolgen. Nach diesem Prinzip funktionieren FES-Systeme: Diese gibt es für den Fuß als Oberflächenstimulator (*MyGait®*) oder als Implantat (*ActiGait®*). Auch andere Hersteller bieten ähnliche Methoden an (Fußlifter, Bioness L300, bentrofit F11).

Forschung

Schutz der Nerven und Remyelinisierung

Ein gängiges Antihistaminikum, das rezeptfrei in Apotheken erhältlich ist, hat bei Patienten mit MS in einer doppelblinden, Placebo-kontrollierten Studie zu Remyelinisierung geführt. Zwar war die Verbesserung nur moderat, doch immerhin gelang der Nachweis einer Remyelinisierung. Dies wird Auswirkungen auf die weitere MS-Forschung haben. Der Wirkstoff Clemastin ist als H₁-Hemmer der 1. Generation bereits lange zugelassen (*Handelsname Tavegil*). Da das Nebenwirkungsspektrum bekannt ist, könnte sich eine mögliche Zulassung bei MS beschleunigen – mehr noch: ein Einsatz könnte auch für den progredienten Verlauf der MS möglich werden. Nachteil des Wirkstoffs ist die leicht sedierende Wirkung und daher für Patienten mit MS und Fatigue eher ungünstig. Von einer eigenmächtigen Behandlung mit Clemastin ist trotz Rezeptfreiheit abzuraten. Der Wirkstoff verstärkt andere Substanzen wie Schmerzmittel, Alkohol und Narkosen. Außerdem sind Gegenanzeigen und Einschränkungen zu beachten. Vor einer Anwendung ist daher unbedingt ein Arzt zu konsultieren, selbst wenn MS-Betroffene damit eine gleichzeitig bestehende Allergie behandeln möchten.

(Quelle: PM American Academy of Neurology, 12.4.16, Red.: AMSEL e.V.)

Nerven schützen

Die Erforschung von Möglichkeiten zum Schutz der Nervenzellen vor Schäden, mit besonderem Augenmerk auf dem Natriumkanal, hat sich das Team um Raju Kapoor, MD, des National Hospital für Neurologie und Neurochirurgie in London zum Schwerpunkt gemacht. Die Wissenschaftler fanden heraus, dass der Natriumkanalblocker Phenytoin (ein bereits für die Epilepsiebehandlung zugelassenes Medikament) Nervenschäden bei MS-Patienten vorbeugen und abmildern könnte. Dies hat eine aktuelle Studie nun erstmals belegen können.

(Quelle: www.medscape.com/viewarticle/843393)



THE SAME COMMITMENT AND INNOVATION AS **THE FIRST DAY**

1966. Twin-berth compartments for in-situ extractions
with plasmapheresis centrifuge

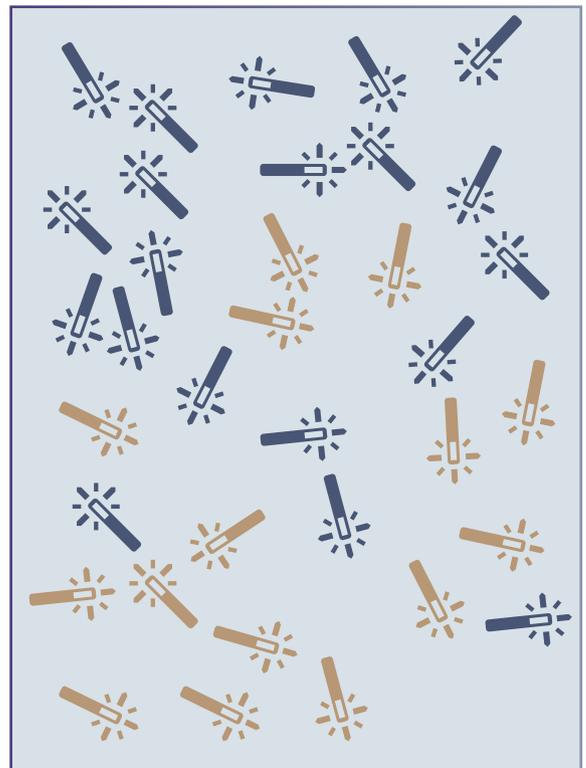
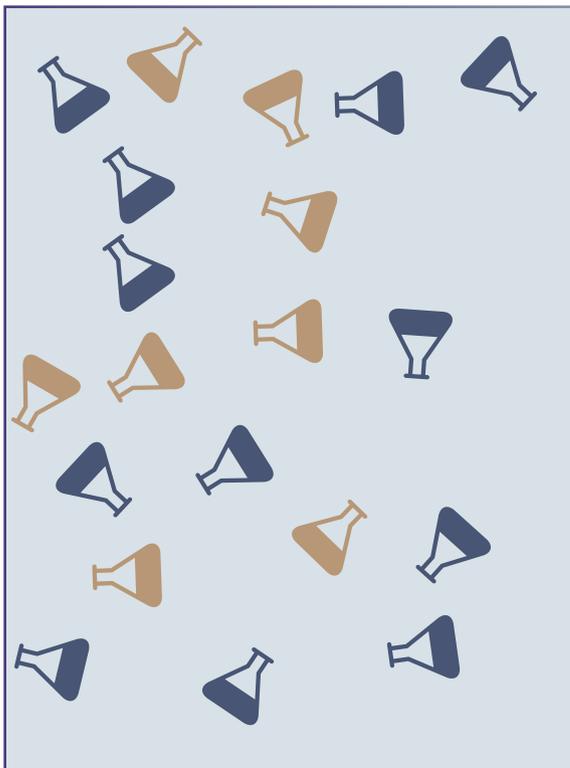
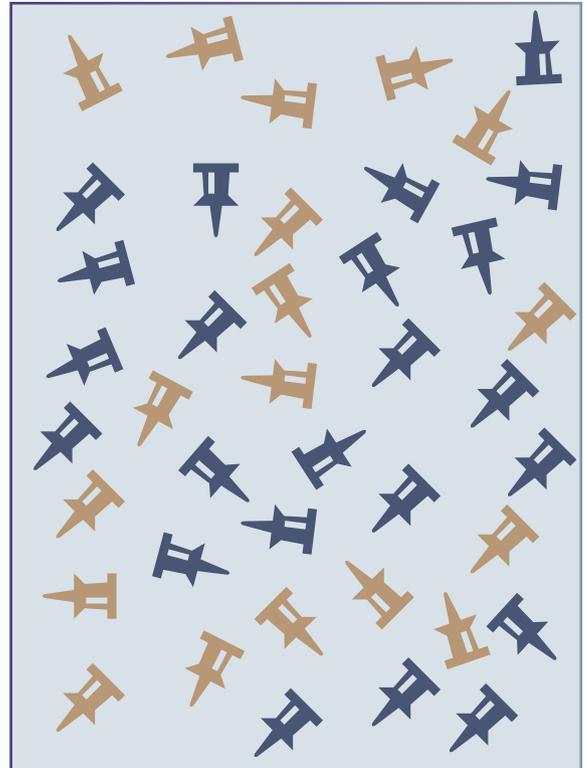
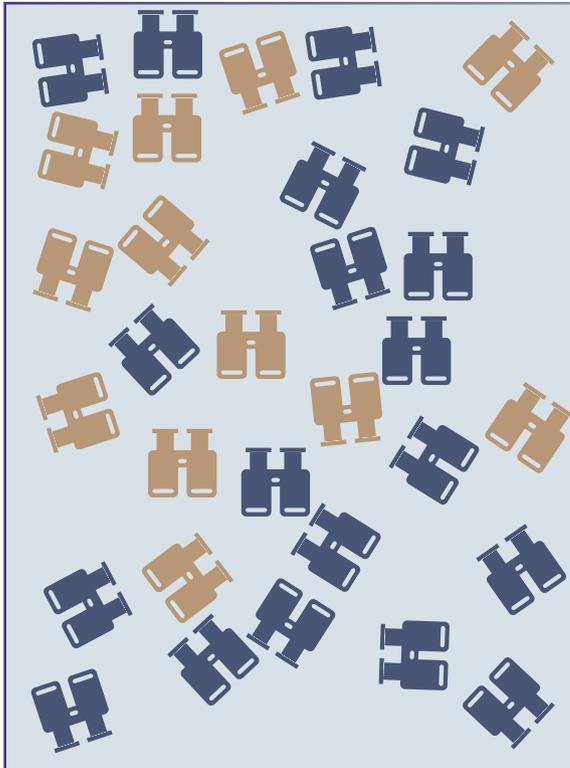
Grifols ist ein global tätiges Gesundheitsunternehmen, dessen Ziel es ist, die Gesundheit und das Wohlbefinden der Menschen weltweit zu verbessern. Wir haben drei primäre Geschäftsbereiche – Bioscience, Diagnostic und Hospital – die unsere innovativen Produkte und Dienstleistungen für medizinische Fachleute in mehr als 100 Ländern der Welt entwickeln, produzieren und vermarkten.

GRIFOLS
pioneering spirit

Symbole zählen

Zählen Sie schnell nach, wie viele Symbole insgesamt zu sehen sind und wieviele davon hell sind.

(Die Auflösung finden Sie auf Seite 40)



Kurz erklärt

Liebe Leserinnen und Leser, im unten stehenden Glossar haben wir die wichtigsten Begriffe, die im Zusammenhang mit einer neurologischen Erkrankung immer wieder auftauchen, für Sie zusammengestellt und kurz erläutert. Die Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und gibt den jeweils aktuellen Stand der Forschung und Behandlungsmethoden wieder. Unterstrichene Wörter verweisen auf weitere Erläuterungen.

A Afferenz

Afferenz (von lat. *affere*, „hintragen, zuführen“) bezeichnet die Gesamtheit aller von der Peripherie (Sinnesorgan, Rezeptor) zum Zentralnervensystem laufenden Nervenfasern bei höher entwickelten Tieren und dem Menschen.

Allel

Allel bezeichnet eine mögliche Zustandsform eines Gens, das sich an einem bestimmten Ort auf einem Chromosom befindet.

Alemtuzumab (Handelsname Lemtrada)

Monoklonale Antikörper, der zur Behandlung der chronischen lymphatischen B-Zell-Leukämie eingesetzt wird. Ein weiteres Anwendungsgebiet ist die Multiple Sklerose. Alemtuzumab bindet an das CD52-Glykoprotein an der Zelloberfläche von Lymphozyten und führt zu einer Auflösung der Zellen. Das Arzneimittel wird als intravenöse Infusion verabreicht. Im Sept. 2013 wurde Lemtrada als neues Produkt zur Behandlung der Multiplen Sklerose zugelassen.

Amyloid

Amyloid ist der Oberbegriff für Proteinfragmente, die der Körper produziert. Beta-Amyloid ist das Fragment eines Proteins, das aus einem größeren Protein mit dem Namen APP (Amyloid Vorläufer-Protein) herausgeschnitten wird. Im gesunden Gehirn werden diese Fragmente zersetzt und vernichtet. Bei der Alzheimer-Krankheit aber häufen sie sich zu harten, unauflöslchen Plaques an.

Aubagio (Siehe Teriflunomid)

Autoimmunerkrankung

Oberbegriff für Krankheiten, deren Ursache eine Überreaktion des Immunsystems gegen körpereigenes Gewebe ist. Fälschlicherweise erkennt die Immunabwehr körpereigenes Gewebe als zu bekämpfenden Fremdkörper. Dadurch kommt es zu heftigen Entzündungsreaktionen, die Schäden an den betroffenen Organen nach sich ziehen.

B Beta-Interferone (Interferon)

Medikamente für die Langzeittherapie der schubförmigen MS. Derzeit sind fünf Beta-Interferone in Deutschland zugelassen: **Avonex, Rebif, Betaferon, Extavia und Plegridy**. Alle fünf Präparate müssen gespritzt werden. Sie werden entweder subkutan (ins Unterhautfettgewebe) und/oder intramuskulär (in den Muskel) gespritzt. Der Unterschied zwischen den beiden Interferonen liegt in der Herstellung: Interferon-beta-1a wird aus Säugertierzellen, Interferon-beta-1b aus Bakterien gewonnen.

Bluthirnschranke (BHS)

Eine Barriere zwischen dem Blutkreislauf und dem Zentralnervensystem (ZNS). Sie schützt das Gehirn vor Krankheitserregern oder anderen Stoffen im Blut. Bei einem MS-Schub können körpereigene Immunabwehrzellen, sogenannte T-Lymphozyten, die Bluthirnschranke überschreiten und die Nerven des Gehirns schädigen.

C Copaxone

(Siehe Glatirameracetat)

Cortison

Ein in der Nierennebenrinde gebildetes Hormon, das für Medikamente künstlich hergestellt wird. Es wird bei Entzündungen eingesetzt.

D Demyelinisierung

Schädigung oder Zerstörung der Myelinscheiden.

Differenzialdiagnose

Die Gesamtheit aller Diagnosen, die alternativ als Erklärung für die erhobenen Symptome (Krankheitszeichen) oder medizinischen Befunde in Betracht zu ziehen sind oder in Betracht gezogen worden sind (auf Befundschreiben abgekürzt DD).

Dimethylfumarat

Eine natürlich vorkommende Substanz, welche für den oxidativen Energiestoffwechsel der Zellen eine essentielle Rolle spielt. Es wird angenommen, dass der Wirkstoff den Nrf2-Signalweg aktiviert. Dabei handelt es sich um einen körpereigenen Abwehrmechanismus, der Zellen vor potenziell schädlichen Einflüssen wie Entzündungen und oxidativem Stress schützt, die unter anderem ein typischer Bestandteil der MS-Pathophysiologie sind. Seit Nov. 2013 zur Behandlung der MS zugelassen.

E EDSS

Die Expanded Disability Status Score oder Kurtzke-Skala dient der Quantifizierung des Behinderungsgrades bei der MS. Sie reicht von 0 bis 10.

F FDA

Food- and Drug Administration. Die behördliche Lebensmittelüberwachungs- und Arzneimittelzulassungsbehörde der USA.

Fingolimod

(Handelsname Gilenya)

Arzneistoff zur Behandlung von MS. Fingolimod gehört zur Gruppe der Immunsuppressiva und ist eine synthetische Nachbildung des natürlichen Wirkstoffs Myriocin, das aus dem Pilz *Isaria sinclairii* stammt. Fingolimod ist in der EU zur Behandlung von Patienten mit hochaktiver, schubförmig-remittierender MS als Alternativtherapie nach einer Behandlung mit Interferon-Beta oder bei rasch fortschreitender MS zugelassen. Unter dem Handelsnamen Gilenya ist Fingolimod im März 2011 als erstes orales Multiple-Sklerose-Medikament zugelassen worden.

Fumarsäure

(Handelsname Tecfidera)

Die Fumarsäure wird seit einigen Jahrzehnten bereits gegen Schuppenflechte eingesetzt. Die EU-Kommission hat Tecfidera mit der aktiven Substanz Dimethylfumarat als orale Basistherapie für Patienten mit schubförmig remittierender Multipler Sklerose genehmigt.

G Gefäßendothelien

Innerste Zellschicht von Blut- oder Lymphgefäßen, also diejenige, die mit dem darin fließenden Blut bzw. Lymphe direkt in Kontakt kommt.

Glatirameracetat

(Handelsname: Copaxone)

Ein immunmodulatorischer Arzneistoff zur Behandlung der schubförmigen Multiplen Sklerose. Es handelt sich um einen künstlichen Eiweißstoff (Polypeptid) aus den L-Aminosäuren Glutaminsäure, Lysin, Alanin und Tyrosin (GLAT). Auf Grund der aktuel-

len Studienlage kann es ebenso wie die Beta-Interferone zur initialen Therapie der MS empfohlen werden.

Gliazelle

Sammelbegriff für strukturell und funktionell von den Neuronen abgrenzbare Zellen im Nervengewebe.

Gilenya (siehe Fingolimod)**I Immunglobuline**

Eiweißstoffe im Blut, die als Antikörper an den Immunreaktionen des Körpers beteiligt sind. Für die Herstellung der Medikamente werden diese aus dem Plasma von Blutspendern gewonnen. Immunglobuline werden alle vier Wochen intravenös, also in die Vene verabreicht.

Immunmodulatorisch

Beeinflussung des Immunsystems – zum Beispiel durch Interferone. Immunmodulatorische Eiweiße, die bei Entzündungsreaktionen im Körper ausgeschüttet werden, können die Immunreaktionen sowohl verstärken als auch verringern.

Immunsuppressiva

Medikamente, die die natürliche Abwehrreaktion des Körpers unterdrücken.

K Kaliumkanäle

Kaliumkanäle sind Transmembranproteine der Zelle, die eine Pore durch die Zellmembran bilden. Die Pore ist so geformt, dass sie die Wassermoleküle der Hydrathülle eines Kaliumions entfernen und die dehydratisierten Kaliumionen aufnehmen kann. Obwohl das Natriumion kleiner als das Kaliumion ist, kommt es nicht durch den Kaliumkanal: Die Pore kann die Wassermoleküle seiner Hydrathülle nicht entfernen. Die Bewegung der Kaliumionen durch den Kanal erfolgt passiv durch Diffusion.

Komorbidität

Zusatzerkrankung. Das Auftreten zusätzlicher Erkrankungen im Rahmen einer definierten Grunderkrankung.

L Läsionen (Plaques)

Stellen im Gehirn oder Rückenmark, an denen eine Zerstörung der Myelinscheiden stattgefunden hat. Sichtbar werden Läsionen im Gehirn bei einer Magnet-Resonanz-Tomographie (MRT).

Lemtrada

(Siehe Alemtuzumab)

Lumbalpunktion

Entnahme von Gehirn-Rückenmark-Flüssigkeit (auch Liquor cerebrospinalis genannt) aus dem Rückenmarkskanal im Lendenwirbelbereich. In der Flüssigkeit kann eine Entzündung im Zentralnervensystem nachgewiesen werden.

Lymphozyten (T-Lymphozyten)

Die kleinsten der weißen Blutkörperchen (Leukozyten), die als Abwehrzellen fungieren. Es gibt B-Lymphozyten und T-Lymphozyten, auch T-Zellen genannt. Sie sind darauf programmiert, Viren und Fremdkörper zu bekämpfen. Dies tun sie, nachdem ein entsprechendes Signal gesendet wurde. Genau so ein Signal erhalten die T-Zellen auch bei MS – nur dass sie hier angespornt werden, gesunde Myelinscheiden zu attackieren.

M Mitochondrien

Wegen ihrer Funktion als Energieversorger werden die Mitochondrien auch als „Kraftwerke der Zellen“ bezeichnet. Besonders viele Mitochondrien befinden sich in Zellen mit hohem Energieverbrauch (Muskelzellen, Nervenzellen, Sinneszellen, Eizellen u. a.). Mitochondrien vermehren sich durch Wachstum und Sprossung, die Anzahl wird dem Energiebedarf der Zelle angepasst.

Mitoxantron

Zytostatikum aus der Krebsbekämpfung. Es wird angenommen, dass es die Antikörperbildung gegen Myelinzellen verringert. In mehreren Studien konnte Mitoxantron vor allem bei Patienten mit schubförmiger MS und hoher Schubhäufigkeit die Anzahl der Schübe reduzieren. Neben Betaferon ist es als einziges Medikament zur Behandlung der sekundär chronisch progredienten Verlaufsform der MS zugelassen.

Monoklonal

Antikörper einer Art, die auf nur eine Ursprungszelle zurückgehen und daher genetisch völlig identisch sind.

Magnet-Resonanz-Tomographie (MRT)

Untersuchungsmethode, die mit Hilfe von Magnetfeldern genaue Bilder vom Gehirn liefert. Mit ihr können frühzeitig durch MS verursachte Krankheitsherde nachgewiesen und der Krankheitsverlauf dokumentiert werden.

Myelinscheide

Eine Art Isolationsschicht aus hellen Myelinzellen, die sich rund um die Nervenzellfortsätze (Axone) anordnen. Sie sorgt dafür, dass elektrische Nervenimpulse sehr schnell von einer Zelle zur nächsten Zelle gelangen. Wird sie beschädigt, verlangsamt sich die Reizleitung der Nerven.

N Natalizumab (Handelsname Tysabri)

Ein humanisierter Antikörper, der den Übertritt von T-Lymphozyten aus dem Blut in das Gehirn verhindert.

O Off label use

Die Verordnung eines zugelassenen Arzneimittels außerhalb des in der Zulassung beantragten und von den Zulassungsbehörden genehmigten Gebrauchs, beispielsweise hinsichtlich

der Anwendungsgebiete (Indikationen), der Dosierung oder der Behandlungsdauer.

Oligodendrozyten

Gliazellen, die in der grauen und weißen Substanz des Zentralnervensystems als „Satellitenzellen“ die Myelinscheiden der Axone bilden.

P PML

Progressive multifokale Leukenzephalopathie – schwere Entzündung des Gehirns durch das JC-Polyomavirus, das zur Zerstörung der Myelinscheide führt.

Primär Progrediente MS (PPMS)

Bei etwa 10-15% aller Menschen mit Multipler Sklerose verläuft die MS nicht in Schüben, sondern langsam, aber kontinuierlich fortschreitend (progredient). Dieser Verlauf wird primär progrediente MS genannt (Primary Progressive MS)- PPMS. Im Gegensatz zum schubweisen Verlauf, bei der die neurologischen Probleme während des Schubes erheblich sein können, nach dem Schub aber häufig wieder komplett abklingen, ist das Fortschreiten bei PPMS zwar deutlich langsamer, allerdings kommt es nicht mehr zur Rückbildung der einmal entstandenen neurologischen Schäden.

S Sekundär Chronisch Progredient

Die sekundär chronisch progrediente MS zeichnet sich dadurch aus, dass sich die Erkrankung initial schubartig darstellt und erst „sekundär“ in eine chronisch progrediente Form übergeht.

R Remyelinisierung

Langsame und nicht immer vollständige Erholung der bei einem MS-Schub geschädigten Myelinscheiden des Nervengewebes.

T Teriflunomid (Handelsname Aubagio)

Wirkstoff aus der Gruppe der Immunmodulatoren, der zur Behandlung der schubförmig verlaufenden multiplen Sklerose eingesetzt wird. Teriflunomid ist der aktive Metabolit von Leflunomid (Arava®). Das Arzneimittel ist in Form von Filmtabletten im Handel (Aubagio®). In Deutschland wurde es im September 2013 zugelassen.

Tecfidera (Siehe Fumarsäure)**Tysabri (Siehe Natalizumab)****W Wearing-off-Fluktuationen**

Nachlassende Medikamentenwirkung bei der Parkinson-Behandlung. Nach dem Abklingen der Wirkung (ca. 2-3 Stunden) entstehen Wirkungslücken (vorhersehbare, einzeldosisabhängige End-of-dose-Erscheinungen, die auch als wearing-off-effect bezeichnet werden.)

Z Zentralnervensystem (ZNS)

Zusammenfassung von Gehirn und Rückenmark (RM). Das ZNS setzt sich aus der grauen und der weißen Substanz zusammen.

Zerebrovaskulär

Die Blutgefäße des Gehirns betreffend", im weiteren Sinn auch: die Hirndurchblutung betreffend.

Zytokine

Zytokine sind im Körper vorkommende natürliche Botenstoffe, durch die sich die Zellen des Immunsystems verständigen und mit deren Hilfe sie ihren gemeinsamen Kampf gegen Angriffe des Organismus von außen koordinieren.

Zytostatikum (Cytostatikum)

Medikamente, die das Zellwachstum verlangsamen oder stoppen.

VORSCHAU OKTOBER 2016

EINFLUSSREICHES ORGAN: DER DARM UND DAS MIKROBIOM

Dass es zwischen Gehirn und Darm eine wechselseitige Kommunikation gibt, ist inzwischen erwiesen. Für die Mikrobiomforscher ist das Darmmikrobiom eine Art Superorgan, das mit vielen Körperfunktionen in dynamischer, wechselseitiger Verbindung steht. Als Summe aller mikroskopisch kleinen Bewohner, die unseren Verdauungstrakt besiedeln, ist das Mikrobiom wahrscheinlich ein Schlüssel zum Verständnis für das Auftreten zahlreicher Störungen und Erkrankungen und gezielte Veränderungen seiner Zusammensetzung haben bereits Erfolge in der Behandlung von Krankheiten erzielt. Darüber hinaus bestimmt das Mikrobiom mit, ob und wie Medikamente vertragen oder Dosisanpassungen nötig werden. Viele Gründe sprechen also dafür, sich unser Verdauungsorgan mitsamt seinen Bewohnern einmal genauer anzusehen und einen Blick in die aktuelle Forschung zu werfen.

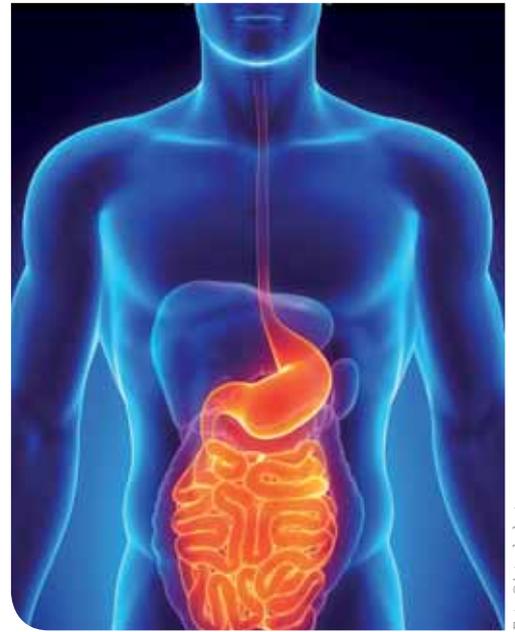
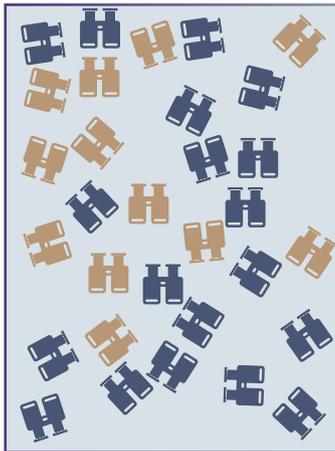


Foto © istockphoto

AUFLÖSUNG GEHIRN-JOGGING



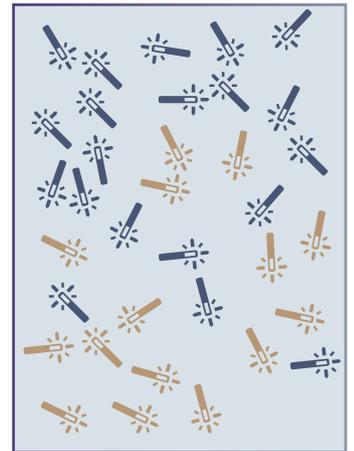
31 Ferngläser davon
12 helle



41 Pinnwandnadeln
davon 18 helle



20 Laborgläser davon
8 helle



36 Zauberstäbe davon
15 helle

IMPRESSUM

Herausgeber Florian Schmitz, V.i.S.d.P.
Redaktion Tanja Fuchs, Florian Schmitz Kommunikation

Gestaltung Katrien Stevens, Florian Schmitz Kommunikation
Litho/Druck Druck + Medien Kontor, Rotenburg



Mein BETAPLUS® – Das persönliche Betreuungs- programm für MS-Patienten

Kompetente Betreuung
BETAPLUS®-Schwestern

Individuelle
Service-
angebote



Schriftliche
Langzeit-
betreuung

Telefonische
Betreuung
BETAPLUS®-Serviceteam

- + kompetent
- + individuell
- + persönlich
- + kostenfrei



BETAPLUS®-Serviceteam
Telefon: 0800-2 38 23 37 (gebührenfrei)
E-Mail: serviceteam@betaplus.net
Internet: www.ms-gateway.de

Mein  BETAPLUS®
...das Plus an Unterstützung