

DEGAM Leitlinie Demenz – Teil 2: Versorgung und Therapie

DEGAM Guideline dementia – Part 2: Medical Care and Therapy



Schlüsselwörter

- Leitlinie
- Demenz
- Alzheimer
- Therapie
- Versorgung

Key words

- guideline
- dementia
- Alzheimer's disease
- therapy
- medical care

- Eine Kausaltherapie der Alzheimer- oder vaskulären Demenz existiert bisher nicht. Ziele sollten deshalb eine Verzögerung der Progression und die Verbesserung der Versorgungssituation von Patienten und Angehörigen sein. Dazu eignet sich ein multimodales Behandlungskonzept auf 3 Ebenen. **C**

Peer reviewed article

eingereicht: 13.07.2008

akzeptiert: 11.08.2008

Bibliografie

DOI 10.1055/s-0028-1085437

Online-Publikation: 2008

Z Allg Med 2008; 84: 404–417

© Georg Thieme Verlag KG

Stuttgart · New York

ISSN 1433-6251

Korrespondenzadresse

Dr. H. C. Vollmar, MPH

Uni Witten/Herdecke

Institut für Allgemeinmedizin und

Familienmedizin

Alfred-Herrhausen-Str. 50

58448 Witten

vollmar@uni-wh.de

H. C. Vollmar^{1,2}, P. Mand³, S. Wilm¹, M. E. Butzlaff⁴

Lernziele



Dieser Artikel soll den in der Primärversorgung tätigen Ärzten wissenschaftlich begründete Anleitungen für die Therapie und die Versorgung von Menschen mit Demenz geben. Um diese Ziele zu erreichen, werden im folgenden Beitrag die entsprechenden Kernaussagen der DEGAM-Leitlinie Demenz dargestellt [1]. Ein CME-Beitrag zur Diagnostik der Demenz ist bereits in dieser Zeitschrift erschienen (7/2008) [2]. Um den Zusammenhang zur Leitlinie transparent zu machen, werden die Empfehlungen am Rand mit den Empfehlungsstärken der Leitlinie dargestellt: A basiert auf wissenschaftlichen Studien hoher Qualität, B auf sonstigen Studien und C auf Konsensausagen oder Expertenurteilen. Wenn nicht ausdrücklich von anderen Demenzformen gesprochen wird, ist die häufigste Form – die Alzheimer-Demenz – adressiert.

Einleitung



Eine **Kausaltherapie** der Alzheimer- oder vaskulären Demenz existiert bisher nicht. Behandlungsziele sollten deshalb – neben der frühzeitigen Identifizierung von reversiblen Demenzformen – eine Verzögerung der Progression und die Verbesserung der Versorgungssituation von Patienten und Angehörigen sein. Das Wesen der Demenz-Erkrankung mit ihren tagtäglichen Verlusterlebnissen und Misserfolgen erfordert eine Hilfestellung in vielen Bereichen. Dem Hausarzt kommt hierbei eine wichtige Rolle zu [3].

Im Verlauf der Erkrankung kommt es zunehmend zu Einbußen bei der Orientierung im alltäglichen Umfeld, zunächst z. B. bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel oder während eines Urlaubs in ungewohnter Umgebung, später auch im häuslichen Umfeld. Verschiedene Formen der Therapie und des Trainings mit dem Patienten haben das Ziel, möglichst lange seine Fähigkeiten im Alltag zu erhalten. Durch Zuwendung und psychosoziale Unterstützung sollen eine vorzeitige Veränderung der Persönlichkeit und der Verlust alltagsrelevanter Fähigkeiten hinausgezögert werden. Therapeutische Maßnahmen versuchen, dem Patienten die Orientierung zu erleichtern, Gefahrenquellen in seiner nächsten Umgebung zu minimieren und durch Anbieten von fassbaren Erinnerungen Brücken zur Realität zu schlagen. Für den behandelnden Arzt ist es daher besonders wichtig, mit den Betroffenen, den Angehörigen, dem sozialen Umfeld und dem betreuenden Personal partnerschaftlich zusammenzuarbeiten [4]. Dabei sollten andere chronische Erkrankungen und deren Therapie berücksichtigt werden; z. B. die bestimmungsgemäße Medikamenteneinnahme [5]. Nicht zuletzt dient die Einbindung der betreuenden Angehörigen der Vorbeugung des Erkrankens eben dieser Personen. Eine Wesensveränderung bei nahen Angehörigen zu erleben und die zunehmenden Alltagsschwierigkeiten zu bewältigen, ist meist sehr belastend und führt nicht selten zur Krankheit der Betreuenden [6]. Die DEGAM-Leitlinie empfiehlt ein Behandlungskonzept auf 3 Ebenen:

1. Optimale Betreuung und Pflege der erkrankten Menschen,
2. Nicht medikamentöse Therapien und
3. Medikamentöse Therapien.

¹ Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Universität Witten/Herdecke

² Fraunhofer Institut für System- und Innovationsforschung (ISI), Karlsruhe

³ Abteilung für Allgemeinmedizin, Medizinische Hochschule Hannover

⁴ Fakultät für Medizin, Universität Witten/Herdecke

Betreuung und Pflege bei Demenz



Der Hausarzt stellt das zentrale Bindeglied zu Angehörigen, ärztlichen Spezialdisziplinen, der Pflege und anderen Gesundheitsberufen dar; er koordiniert die Versorgung. Diese sollte kontinuierlich und geplant stattfinden und so organisiert sein, dass bei Problemen von Patienten und deren Angehörigen rasch interveniert werden kann (z. B. bei neu aufgetretenen Schlafstörungen, drohender Überlastung usw.) [3].

Das Spektrum in der Pflege von Demenzpatienten reicht von Angehörigen über pflegerische Hilfskräfte bis hin zur Tätigkeit von gerontopsychiatrisch orientierten Pflegeexperten. In der professionellen Pflege werden im Hinblick auf Demenz-Kranke verschiedene Settings unterschieden: Neben der „ambulanten“ Pflege ist die stationäre Altenpflege ein Hauptbereich. Relativ neu sind Einrichtungen, in denen Patienten mit Demenz gemeinsam zusammenleben („Demenz-WGs“).

Die Qualität der Pflege trägt wesentlich zum Verlauf der Erkrankung bei [7–9]. Dabei hat insbesondere Pflege, die sich an den emotionalen Bedürfnissen der Demenz-Kranken orientiert, einen nachweislich positiven Effekt auf deren Lebenssituation [9–11]. Etabliert hat sich eine Werteorientierung der „personenzentrierten Pflege“ oder „positiven Personearbeit“. Hierbei wird davon ausgegangen, dass neben der Neuropathologie die Persönlichkeit, die Biografie und das Umfeld eine große Rolle spielen [9].

In der Angehörigenpflege geht es im Wesentlichen um die Stützung der häuslichen Arrangements. Die Nutzung von Tages- und Kurzzeitpflege-Einrichtungen sowie Entlastungsprogrammen kann dabei hilfreich sein (verordnungsfähig). Entscheidend für den jeweiligen Ansatz ist das Wohlbefinden der Betroffenen. Es geht also nicht um eine isolierte Beseitigung von Störungen und Symptomen, sondern um die Erhaltung von Lebensqualität. In diesem Zusammenhang sind hohe Anforderungen an die beruflich Pflegenden in diesen Bereichen zu stellen. Die Stellenbesetzung in Pflegeheimen und die Qualifikation der Pflegenden spielen eine entscheidende Rolle in der Diskussion zur institutionalisierten Pflege von Menschen mit Demenz.

Exkurs: Sondenernährung

Bei immer knapperen personellen Ressourcen erscheint die Sondenernährung bei Demenz-Kranken mit Schwierigkeiten bei der Nahrungsaufnahme häufig als die einfachere Variante. Hausärzte fühlen sich teilweise gedrängt, eine entsprechende Versorgung zu veranlassen, obwohl eine Lebensverlängerung, eine Reduktion von Komplikationen oder eine Besserung der Lebensqualität durch Sondenernährung bei terminaler Demenz nicht belegt sind. Vergleiche hierzu den CME-Beitrag von Reinighaus und Engeser [12].

Nichtmedikamentöse Therapien bei Demenz



Durch den Einsatz **nichtmedikamentöser Maßnahmen** beim Demenz-Kranken wird versucht, bestehende Fähigkeiten zu erhalten und ggf. auszubauen [13–16]. Dabei hat das Training von alltäglichen Fertigkeiten nachweislich einen vorteilhaften Einfluss auf den Krankheitsverlauf [11, 16].

Im Anfangsstadium der Erkrankung erfolgt das Training komplexer Verhaltensweisen, z. B. des selbstständigen Einkaufens, im weiteren Verlauf die Unterstützung von Elementarfunktionen wie z. B. das Toilettentraining.

Zu problematisieren ist in diesem Zusammenhang die Gefahr von Frustrationen und Misserfolgserlebnissen bei Patienten, Angehörigen und Therapeuten, da nach Teilerfolgen die weitere Entwicklung der Erkrankung zu einer fortschreitenden Regression des Patienten führt. Dies erfordert supervidierende und unterstützende Maßnahmen für das therapeutische Team. Im jeweiligen Stadium der Erkrankung lässt sich durch Auswahl geeigneter Interventionen ein patientenbezogenes Optimum erreichen. Mitentscheidend für die Erfolgsaussichten eines Therapieprogramms ist die Beachtung individueller Komorbidität, z. B. die Einstellung eines Diabetes oder einer Herzinsuffizienz. Hierbei ist besonders auf die Kompensation altersassoziierter Beeinträchtigungen zu achten; so ermöglicht oft erst die Korrektur einer Seh- oder Hörstörung die Teilnahme an einem Memory-Klinik-Programm.

Studien zu Interventionsstrategien sind im Gegensatz zu pharmakologischen Therapiestudien spärlich verfügbar und weisen aufgrund kleiner Teilnehmerzahlen Probleme hinsichtlich der Aussagekraft auf. Trotzdem sollten patientenzentrierte nicht medikamentöse Behandlungsverfahren auf dem Boden von Erfahrungswissen einen Schwerpunkt in einem umfassenden Therapiekonzept darstellen.

- Pflege, die sich an den emotionalen Bedürfnissen der Demenz-Kranken orientiert, und eine bedarfsgerechte Umgestaltung des Umfelds haben einen positiven Effekt. **B**

- Der Einsatz nicht medikamentöser Maßnahmen beim Demenz-Kranken versucht bestehende Fähigkeiten zu erhalten und ggf. auszubauen. Dabei hat das Training von alltäglichen Fertigkeiten nachweislich einen vorteilhaften Einfluss auf den Krankheitsverlauf. **B**



Tab. 1 Nicht medikamentöse Verfahren, die zur Therapie der Demenz eingesetzt werden.

Bewegungstherapie
Üben alltagspraktischer Fertigkeiten mit Patienten und/oder betreuenden Angehörigen (ADL-Training, Führen nach Affolter)
(Beratung bzgl.) Anpassung der Umwelt (z. B. bzgl. Gefahrenquellen, Lichtverhältnissen)
Hilfsmittelberatung und -training im Bereich Mobilität, Kognition und Alltag
psychomotorische Aktivierung (z. B. Zehn-Minuten-Aktivierung)
Bewegungs- und wahrnehmungstherapeutische Ansätze (z. B. körperliches Training, Kinästhetik, Bobath, Basale Stimulation, Snoezelen)
funktionelle, spielerische, handwerkliche und gestalterische Techniken
kognitive Stimulation, kognitives Training, Memory-(Gedächtnis-) Training, Realitätsorientierungstraining (ROT)
Selbsterhaltungstherapie (SET), Reminiszenztherapie, Validationstherapie
Angehörigenunterstützung, -gruppen und -schulungen
Milieuthherapie
Verhaltenstherapie (VT)
Musiktherapie
Kunsttherapie
Lichttherapie
Demenz-Pflegekonzepte (z. B. Dementia Care Mapping)
Therapie unter Einbezug von Haustieren („Streichelzoo“)

Keine der nicht medikamentösen Maßnahmen (☉ **Tab. 1**) kann aufgrund der Datenlage favorisiert werden. Die **Empfehlung einzelner Verfahren** wird eher durch Aspekte der Verfügbarkeit (regional, Therapieplätze), Finanzierbarkeit und persönliche Überzeugungen geleitet [17]. Weiterhin richten sich die Maßnahmen nach der Art der Demenz, dem Stadium der Erkrankung, den Bedürfnissen der Patienten und der betreuenden/pflegenden Angehörigen. Die Verfahren werden teilweise im stationären Bereich (Tagesklinik, Geriatisches Zentrum) eingesetzt und somit im Rahmen des Pflegesatzes durch die gesetzliche Krankenversicherung bezahlt. Im ambulanten Bereich werden dagegen etliche Verfahren nicht durch die gesetzliche Krankenversicherung übernommen, da sie nicht in der Anlage 2 der Ordnungsrichtlinien genannt sind. Übernommen werden Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie. In Einzelfällen kann eine Kostenübernahme erfolgen, sofern z.B. eine Validationstherapie im Rahmen einer verordnungsfähigen Ergotherapie erfolgt.

Weitere Forschung ist erforderlich im Hinblick auf Art, Dauer und Intensität der Interventionsstrategien sowie zur Beantwortung der Frage, welche spezifischen Aspekte der Intervention tatsächlich zu einer Verbesserung führen.

Exkurs: Angehörigengruppen

Angehörige, Pflegende und versorgendes Personal haben vielfältige und unterschiedliche Aufgaben in der Betreuung Demenz-Krankter. Ihre Beobachtungen und Berichte sind essenziell für die Einschätzung des Verlaufs und die medizinische Behandlung [18]. Die Betreuung Demenz-Krankter ist eine anspruchsvolle und oft belastende Aufgabe: Bis zu 50% der Betreuenden leiden im Verlauf dieser Aufgabe an psychiatrischen Symptomen, beispielsweise Depressionen [19]. Trotzdem empfinden viele Menschen auch eine innere Befriedigung in der Betreuung ihrer Angehörigen, besonders, wenn diese dadurch zu Hause weiter versorgt werden können und nicht in einem Heim untergebracht werden müssen.

In 7 Studien wurde untersucht, ob mit supportiven Maßnahmen für pflegende Angehörige, meist Angehörigengruppen, Heimeinweisungen der Demenz-Patienten verhindert oder verzögert werden konnten. In 6 dieser Untersuchungen wurden mit Unterstützungsmaßnahmen für die Angehörigen signifikante und klinisch relevant Effekte für die zu Hause lebenden Demenz-Kranken erreicht [20]. In vielen Städten und Gemeinden existieren bereits Angehörigengruppen, werden aber nur von rund 1% der pflegenden Angehörigen genutzt [15]. Der Hausarzt sollte auf diese Einrichtungen hinweisen und die Wichtigkeit betonen; Auskünfte über Angebote erteilt beispielsweise die Deutsche Alzheimer Gesellschaft (Tel.: 01803-171017).

Medikamentöse Therapie der Demenz

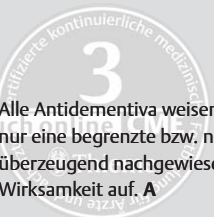
Es sind mehrere pharmakologische Substanzen zugelassen, für die eine Verzögerung der Krankheitsprogression, insbesondere bei der Alzheimer-Demenz, in klinischen Studien gezeigt wurde. Ihr Einsatz ist jedoch umstritten. Im Mittelpunkt der Diskussion von Wissenschaftlern

- ☉ Die Studienlage reicht nicht aus, um ein oder mehrere Verfahren zu favorisieren, sodass das lokale Angebot entscheidend ist. **C**

- ☉ Pflegende Angehörige sollten über Hilfsangebote informiert werden, z. B. Angehörigen-gruppen, Kurzzeitpflege, Beratungsstellen usw. **C**

- ☉ Werden Betreuungspersonen unterstützt, bessert sich auch die Situation der Patienten. **B**

- ☉ Alle Antidementiva weisen nur eine begrenzte bzw. nicht überzeugend nachgewiesene Wirksamkeit auf. **A**



und Klinikern stehen die Fragen nach der klinischen Relevanz, dem Nebenwirkungsprofil, der „Ansprechrate“ (sog. „Responderrate“) und der Studienqualität. Wichtig ist deshalb eine individuelle Indikationsabwägung und die Einbindung in ein Gesamtkonzept aus optimaler Versorgung und guter Pflege, nicht medikamentösen Maßnahmen sowie einer kontinuierlichen hausärztlichen Betreuung [21]. Wenn keine oder nur geringe Erfahrungen mit den pharmakologischen Substanzen vorliegen, sollte eine Rücksprache mit Fachspezialisten erfolgen.

Cholinesterase-Hemmer

Zurzeit sind in Deutschland 3 Acetylcholinesterase-Hemmer verfügbar: Donepezil (z. B. Aricept®), Galantamin (z. B. Reminyl®) und Rivastigmin (z. B. Exelon®). Die Wirkung der Cholinesterase-Hemmer wurde in einer Reihe von Studien bei Patienten mit **leichter bis mittelgradiger** Alzheimer-Demenz untersucht [22–27]. Die Dauer der randomisierten, kontrollierten, doppelblinden Studien betrug bei Donepezil maximal 54 Wochen, bei Rivastigmin und Galantamin maximal 26 Wochen [28–30]. Alle bisher veröffentlichten Leitlinien und Empfehlungen von deutschsprachigen und den meisten internationalen Fachgesellschaften empfehlen den Einsatz von Cholinesterase-Hemmern [31–35]. Ihr Einsatz wird jedoch intensiv diskutiert.

An dieser Stelle sollen die unterschiedlichen Argumente und wissenschaftlichen Einschätzungen zur Antidementiva-Therapie kurz gefasst dargestellt werden (► **Tab. 2–6**).

Da es nicht möglich ist, vor Therapiebeginn festzustellen, welcher Patient möglicherweise profitiert und welcher nicht, erscheint – nach Abwägung aller Argumente (► **Tab. 2–6**) – ein probatorischer Therapiestart gerechtfertigt.

Memantine

Insgesamt ist die Studienlage für Memantine schlechter als für die Cholinesterase-Hemmer. Ein Cochrane-Review kommt zu dem Ergebnis, dass Memantine nützlich sein kann bei der Therapie der Alzheimer- und vaskulären Demenz und bei Mischformen [44]. Seit 2002 ist Memantine (z. B. Axura®, Ebixa®) in Deutschland zugelassen für die Therapie der **mittelschweren bis schweren** Alzheimer-Demenz. Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft empfiehlt den Einsatz von Memantine, eine Stellungnahme des IQWiG steht noch aus [45, 46]. Bei den durchgeführten Studien zeigten sich geringfügige Verbesserungen sowohl der Alltagsfähigkeiten als auch der kognitiven Leistungsfähigkeit [47, 48]. Diese therapeutischen Effekte sind jedoch von der Wirkung relativ umschrieben und zeitlich begrenzt, gleichzeitig ist die Nebenwirkungsrate höher als unter einer Placebo-Medikation. Aufgrund fehlender Alternativen erscheint ein individueller Therapieversuch mit Memantine weiterhin gerechtfertigt. Voraussetzungen dafür sind

- ▶ eine engmaschige Kontrolle der Patienten,
- ▶ ein Abbruch der Therapie beim Auftreten gravierender Nebenwirkungen.

Tab. 2 Argumente, die gegen eine Cholinesterase-Hemmertherapie sprechen [28, 29, 36–40].

Bei den bisher veröffentlichten Studien wird die Relevanz der klinischen Endpunkte infrage gestellt bzw. es werden Untersuchungen gefordert, die stärker auf die Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Angehörigen Bezug nehmen [35, 36].
Die Nebenwirkungen können die Lebensqualität der Patienten z. T. erheblich beeinträchtigen [37].
Eine systematische Übersichtsarbeit kommt zu dem Schluss, dass aufgrund methodischer Mängel der bisher vorliegenden Studien der Nachweis der Wirksamkeit der Cholinesterase-Hemmer nicht erbracht ist [38].
Nur ein Teil der Demenz-Patienten spricht auf eine Therapie mit Cholinesterase-Hemmern an [27, 28, 39].
Es fehlen valide kontrollierte Untersuchungen über mehrere Jahre, somit ist keine evidenzbasierte Aussage über die empfehlenswerte Therapiedauer möglich.
Angesichts der Häufigkeit der Erkrankung stellt das vorgegebene Medikamentenkosten-Budget ein Problem für die behandelnden Ärzte dar.

Tab. 3 Argumente, die für eine Cholinesterase-Hemmertherapie sprechen [26, 28, 29, 41, 42].

Im Vergleich zu Placebo sind die Wirkungen der Cholinesterase-Hemmer signifikant nachweisbar, jedoch im Ausmaß begrenzt [25, 27, 28, 40, 41]. Die bisher publizierten Studien lassen eine durchschnittliche Verzögerung der Demenz-Progression von mehreren Monaten erkennen [27, 28, 40, 41].
Da nur ein Teil der Patienten auf eine pharmakologische Therapie anspricht, profitieren sog. Responder in besonderem Maße [27, 28, 40–42].
Die Nebenwirkungen sind durch eine einschleichende Therapie einzugrenzen [25]*.
Es gibt zurzeit keine besseren medikamentösen Alternativen.

*Hinweis: Da die Wirkung der Acetylcholinesterase-Hemmer dosisabhängig zu sein scheint, sollte nach Maßgabe der Verträglichkeit schrittweise die höchste zugelassene Dosis aufgebaut werden.

- Bei der leichten bis mittelschweren Alzheimer-Demenz ist der Einsatz von Acetylcholinesterase-Hemmern (Donepezil, Galantamin, Rivastigmin) zu erwägen. **B**

- Bei der mittelschweren bis schweren Alzheimer-Demenz kann der Einsatz von Memantine als individueller Behandlungsversuch erwogen werden. **B**



Tab. 4 Kriterien, die eine Therapie(-fortsetzung) mit Cholinesterase-Hemmern sinnvoll erscheinen lassen.

Die nicht medikamentösen Therapieformen werden eingesetzt, die medikamentöse Therapie ist eingebettet in ein Gesamtkonzept.
Die Patienten sind mit Cholinesterase-Hemmern eingestellt und sprechen gut auf die Therapie an (zur Problematik der Beurteilung des Therapie-Ansprechens s. u.).
Vor der Neueinstellung erfolgt ein ausführliches Gespräch mit Patienten und Angehörigen mit Abschätzen des möglichen Nutzens und Schadens.
Es besteht ein deutlicher Therapiewunsch auf Seiten des Patienten.
Der Score-Wert in einem validierten Demenz-Test (z. B. Mini-Mental-Test) liegt innerhalb des Bereichs, für den ein Therapienutzen wahrscheinlich erscheint (10–24 Punkte)*.
Die Patienten werden engmaschig kontrolliert (Kontrolle 12–24 Wochen nach Therapiebeginn).
Die Therapie wird abgebrochen, wenn die Patienten nicht auf die Therapie ansprechen bzw. Nebenwirkungen die Lebensqualität nachhaltig beeinträchtigen.

*Hinweis: Cholinesterase-Hemmer werden von der gesetzlichen Krankenkasse in der Regel nur erstattet, wenn ein Patient unter 24 und über 10 Punkte im MMST aufweist.¹

¹Die Wirkung sollte alle 3–6 Monate unter Zuhilfenahme von Testverfahren inklusive der Befragung von Patient und Betreuern evaluiert werden. C

Tab. 5 Kriterien für eine Beendigung der Therapie mit Cholinesterase-Hemmern [21, 22, 43].

Nebenwirkungen beeinträchtigen nachhaltig den Patienten.
Die Demenz-Symptomatik nimmt nach 3–6 Monaten Therapiedauer in gleichem Ausmaß oder schneller zu als vor der Behandlung bzw. verschlechtert sich akut ¹ .
Die Patienten erreichen das Stadium der schweren Demenz (Mini-Mental-Test < 10) ² .
Die Patienten werden bettlägerig oder sind nicht mehr in der Lage zu kommunizieren.

¹Bei einer raschen Progredienz der Demenz ist der weitere Einsatz kritisch zu überdenken. C

²Wird das schwere Stadium erreicht, so ist das Medikament abzusetzen. C

Tab. 6 Kriterien für eine Fortsetzung der Therapie mit Cholinesterase-Hemmern [21, 22].

Die Demenz-Symptomatik hat sich nach 3–6 Monaten Therapiedauer nicht verschlechtert (also kein weiterer Abfall der kognitiven und alltagspraktischen Fähigkeiten).
Der Patient profitiert nach Einschätzung von Ärzten und Angehörigen von der Therapie.
Unter einer engmaschigen Kontrolle treten keine oder nur vertretbare Nebenwirkungen auf.

Medikamentöse Therapie der vaskulären Demenz

Patienten mit einem Schlaganfall in der Vorgeschichte haben ein deutlich erhöhtes Demenzrisiko, auch wenn der Schlaganfall klinisch unauffällig verlaufen ist (z. B. Zufallsbefund beim cCT). Es gibt bisher keine medikamentösen Therapien, deren Wirkung hinsichtlich einer Verzögerung oder Verhinderung einer vaskulären Demenz ausreichend belegt ist [49, 50]. Acetylsalicylsäure (ASS) kann vielfach zur Primär- und Sekundärprophylaxe von Mikro- bzw. Makroinfarkten eingesetzt werden [51]. Es gibt bisher jedoch keine Daten, ob und inwieweit dies zu einer Verzögerung der Demenz-Progression führt [52]. Nähere Einzelheiten zur Diagnostik und Therapie des Schlaganfalls finden sich in der DEGAM-Leitlinie „Schlaganfall“ [53].

Eine Hypertonie sollte auch im Alter konsequent therapiert werden, da sie das Risiko, an einer Demenz zu erkranken, erhöht [54–56]. Auch weitere (kardio-) vaskuläre Risikofaktoren sollten therapiert werden, wobei die Studienlage bisher nicht ausreicht, um festzustellen, ob dies das Demenzrisiko senken kann.

Medikamente mit nicht ausreichend nachgewiesener Wirkung

In **Tab. 7** sind einige pharmakologische Substanzen aufgeführt, die aufgrund der heutigen Studienlage nicht von der Leitlinie zur Demenz-Therapie empfohlen werden. Die Begründungen können in der Leitlinie nachgelesen werden.

Therapie nicht kognitiver Störungen

Das klinische Erscheinungsbild speziell der Alzheimer-Demenz ist nicht nur durch das Nachlassen der kognitiven Leistungsfähigkeit gekennzeichnet. Häufig treten Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen – also nicht kognitive Störungen – auf und beeinträchtigen die Lebensqualität sowohl der Patienten als auch ihrer Angehörigen [57, 58]. Über 90% der Demenz-Kranken entwickeln im Verlauf ihrer Erkrankung psychische Begleitsymptome (BPSD = Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia) [59]. Dies gilt insbesondere für Langzeitpatienten, die in einem Heim untergebracht sind. Andererseits sind diese Symptome häufig

- Bei Vorliegen einer vaskulären Demenz sollte die Behandlung einer Hypertonie eingeleitet bzw. fortgesetzt werden (**B**), sollten weitere (kardio-) vaskuläre Risikofaktoren behandelt werden, insbesondere nach bereits stattgehabtem Schlaganfall. **C**



Tab. 7 In der DEGAM-Leitlinie Demenz derzeit nicht empfohlene Substanzen.

Ginkgo biloba
Lezithin
Nichtsteroidale Antirheumatika
Nimodipin
Östrogen
Piracetam
Sekalekaloide
Selegelin
Statine
Vinpocetine
Vitamine

der eigentliche Grund für die Heimunterbringung [60,61]. Die häufigsten nicht kognitiven Symptome sind [62,63]:

- ▶ Unruhe, Agitiertheit
- ▶ Aggressivität
- ▶ wahnhaftige Überzeugungen
- ▶ Halluzinationen
- ▶ Depression.

In der (haus-) ärztlichen Betreuung sollte besonders auf **potenziell auslösende Faktoren** geachtet werden: Medikamente, somatische Begleiterkrankungen, Schmerzen, Veränderung der Umgebung, Alleinsein oder Reizüberflutung durch die Anwesenheit vieler Menschen.

Für die Therapie nicht kognitiver Störungen empfiehlt sich – in noch stärkerem Maße, als dies bei kognitiven Störungen der Fall ist – ein strukturiertes Vorgehen in 3 Schritten [63–65]:

- ▶ optimale Versorgung und qualitativ hochwertige Pflege
- ▶ nichtmedikamentöse Interventionen (sollten vor Medikamenten genutzt werden)
- ▶ medikamentöse Interventionen (nur wenn andere Maßnahmen versagt haben), z. B. die kurzzeitige Therapie aggressiver Verhaltensweisen mit Neuroleptika.

Die Evidenzbasis für eindeutige Empfehlungen einer Pharmakotherapie von nichtkognitiven Störungen ist schmal [59]. Es liegen nur wenige qualitativ hochwertige Arbeiten vor und die meisten wissenschaftlichen Studien wurden mit kleinen Fallzahlen und einem inhomogenen Patientengut durchgeführt [21,66]. Eine sorgfältige Nutzen-Risikoabwägung ist notwendig, da Nebenwirkungen bei Demenz-Patienten besonders ausgeprägt sein können: Parkinsonismus, eine Lagerungshypotension, übermäßige Sedierung, Spätdyskinesien und erhöhte Sturzneigung sowie Übersterblichkeit sind die häufigsten. Hinsichtlich der Sturzgefahr sei auf die DEGAM-Leitlinie Ältere Sturzpatienten verwiesen [67].

Viele der infrage kommenden Medikamente können einen negativen Einfluss auf die Demenz-Symptomatik haben, sodass eine individuelle Einschätzung und Abwägung von Wirkungen und Nebenwirkungen des jeweiligen Medikaments besonders wichtig ist [21,68]. Oft werden Medikamente zu früh eingesetzt, insbesondere Benzodiazepine [69]. Es gibt keine randomisiert-kontrollierten Studien zum Nutzen von **Benzodiazepinen** mit Benzodiazepinen wie Oxazepam und sie sollten u. a. wegen ihrer langen Halbwertszeit (bei Gesunden ca. 6 h.) und der erhöhten Fallneigung nicht eingesetzt werden [65].

Für eine exemplarische Empfehlung werden 3 Begleitsymptomkomplexe unterschieden, die in der Praxis oft ineinander übergehen oder gleichzeitig auftreten.

Agitiertheit, Aggression oder Psychose bei Demenz-Kranken

Leichte Fälle von Agitiertheit sind häufig selbstlimitierend, oft reichen einfach gesprochene Handlungsanweisungen aus, um die Patienten zu beruhigen [65].

Für die Therapie einer agitierten, aggressiven oder psychotischen Symptomatik kommen in erster Linie Neuroleptika (cave: Extrapyramidal-Symptomatik) oder Antidepressiva mit antriebsmindernder Komponente (nicht bei Psychose) in Betracht [13,65,70,71]. Die Wirksamkeit konnte in der Therapie von aggressiven und psychotischen Symptomen bei Demenzpatienten in randomisierten Studien nachgewiesen werden, wobei jedoch ein erhöhtes Risiko für Schlaganfälle gefunden wurde [70–73].

Folgende Grundregeln gelten für die Therapie mit Neuroleptika:

- ▶ Besonders bei älteren Patienten sollte mit einer niedrigen Anfangsdosis begonnen und dann ggf. langsam gesteigert werden. Zu beachten ist die verminderte Kreatinin-Clearance bei älteren Patienten.

- Bei nicht kognitiven Störungen sollte auf potenziell auslösende Faktoren geachtet werden: Medikamente, somatische Begleiterkrankungen, Schmerzen, Veränderung der Umgebung, Alleinsein oder Reizüberflutung. **C**

- Die Therapie nicht kognitiver Störungen sollte strukturiert nach folgenden 3 Schritten erfolgen: **C**
 - optimale Umgebung und Pflege (Auslöser wie Medikamente, Schmerzen usw. beachten)
 - nicht medikamentöse Therapien
 - medikamentöse Therapie erst als ultima ratio!

- Benzodiazepine sollten u. a. wegen der verlängerten Halbwertszeit nicht eingesetzt werden. **C**

- Die medikamentöse Therapie bei Agitiertheit, Aggression oder Psychose kann durch (atypische) Neuroleptika erfolgen, wobei nur Risperidon für diese Indikation zugelassen ist (cave: erhöhte Inzidenz von Schlaganfällen, erhöhte Mortalität). **A**



- ◉ Die Indikation ist spätestens nach drei Monaten zu überprüfen, Ausschleichversuche sollten durchgeführt werden. **C**
- ◉ Auf Benzodiazepine sollte verzichtet werden. **C**
- ◉ Niedrigpotente Neuroleptika (z. B. Pipamperon oder Melperon) oder Antidepressiva mit geringer anticholinerg Komponente (z. B. Trazodon oder Mirtazapin) können – niedrig dosiert – eingesetzt werden. **C**
- ◉ Bei einer Begleitdepression können Substanzen wie z. B. Citalopram eingesetzt werden
A. Nach 3 Monaten sollte ein Auslassversuch erfolgen. **C**
- ◉ Nach 3 Monaten sollte ein Auslassversuch erfolgen. **C**

- ▶ Vor einer Dosissteigerung bzw. einem Medikamentenwechsel sollte ein angemessener Beobachtungs- und Beurteilungszeitraum liegen.
- ▶ Nach erfolgreicher Besserung einer Begleitsymptomatik sollte die Notwendigkeit einer fort-dauernden Therapie regelmäßig überprüft werden [74].
- ▶ Bei ausbleibenden therapeutischen Effekten bzw. komplizierten Verläufen und vor dem Einsatz von Medikamenten, mit denen bisher keine eigenen Erfahrungen vorliegen, sollte der Rat von erfahrenen Kollegen bzw. Fachspezialisten eingeholt werden.
- ▶ Die oft vielfältigen Medikamenteninteraktionen sollten bedacht werden, da diese auch bei therapeutischer Dosis zu schweren Arzneimittelreaktionen führen können, z. B. zu einem psychotischen Syndrom durch die Interaktion zwischen Memantine und Ketanest.
- ▶ Die Indikation ist nach spätestens 3 Monaten zu überprüfen, Ausschleichversuche sollten durchgeführt werden [75].

Schlafstörungen bei Demenz-Kranken

In der Therapie der Schlafstörungen sind Einschlaf- von Durchschlafstörungen und frühem Aufwachen zu unterscheiden. Randomisierte Studien für Demenzpatienten fehlen. Auf Benzodiazepine sollte verzichtet werden: Leicht sedierende (**niedrigpotente Neuroleptika** (z. B. Pipamperon oder Melperon) oder **Antidepressiva** mit geringer anticholinerg Komponente (z. B. Trazodon oder Mirtazapin) können – niedrig dosiert – für die Behandlung von Schlafstörungen eingesetzt werden, allerdings besteht keine explizite Zulassung für Demenz-Patienten [76]. Nach 3 Monaten sollte ein Auslassversuch erfolgen.

Depression bei Demenz-Kranken

Leichte depressive Verstimmungen sollten zunächst ebenfalls nicht medikamentös behandelt werden [77]. Für schwere Depressionen kommen am ehesten die Serotonin-Wiederaufnahmehemmer wie z. B. Citalopram, in Betracht [78]. Wichtig ist, die Dosierung bei älteren Patienten anzupassen; Alkohol ist streng kontraindiziert. Interaktionen wurden insbesondere mit Selegilin und MAO-Hemmern beschrieben. Nach 3 Monaten sollte ein **Auslassversuch** erfolgen. Von dem Einsatz von trizyklischen Antidepressiva ist aufgrund ihrer anticholinergen Komponente abzuraten: Sie können zu einer Verschlechterung der Demenz-Symptomatik beitragen [79]. Fluoxetin (z. B. Fluctin, Prozac) schnitt in einer Studie nicht besser ab als Placebo und sollte aufgrund des Nebenwirkungsprofils nicht verabreicht werden [80].

Interessenskonflikte: keine angegeben.

Literatur

- 1 Vollmar HC, Mand P, Butzlaff M. DEGAM-Leitlinie Demenz. Düsseldorf: omikron publishing; 2008
- 2 Vollmar HC, Mandt P, Butzlaff ME, et al. CME-Beitrag. DEGAM Leitlinie Demenz – Teil: 1 Diagnostik. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 2008; 84 (7): 297–311
- 3 Abholz H, Pentzek M. Hausärztliche Versorgung von Patienten mit einer Demenz – Gedanken auf Basis von Alltagserfahrung und empirischen Befunden. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 2007; 83: 61–65
- 4 Cohen D. A primary care checklist for effective family management. Med Clin North Am 1994; 78 (4): 795–809
- 5 Brauner DJ, Muir JC, Sachs GA. Treating nondementia illnesses in patients with dementia. Jama 2000 Jun 28; 283 (24): 3230–3235
- 6 Lichte T, Beyer M. Leitlinie Pflegende Angehörige. Düsseldorf: omikron publishing; 2005
- 7 Hallauer JF, Kurz A. Weißbuch Demenz. Stuttgart: Thieme Verlag; 2002
- 8 Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend. Vierter Altenbericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen 2002
- 9 Kitwood T. Demenz – Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Bern: Verlag Hans Huber; 2000
- 10 Schrijnemaekers V, Rossum E van, Candel M, et al. Effects of emotion-oriented care on elderly people with cognitive impairment and behavioral problems. Int J Geriatr Psychiatry 2002 Oct; 17 (10): 926–937
- 11 Rovner BW, Steele CD, Shmuelly Y, et al. A randomized trial of dementia care in nursing homes. J Am Geriatr Soc 1996 Jan; 44 (1): 7–13
- 12 Reininghaus W, Engeser P. Indikation und Durchführung der enteralen Ernährung. Z Allg Med 2006; 82 (4): 168–177
- 13 Teri L, Logsdon RG, Peskind E, et al. Treatment of agitation in AD: a randomized, placebo-controlled clinical trial. Neurology 2000 Nov 14; 55 (9): 1271–1278
- 14 Cohen-Mansfield J. Nonpharmacologic interventions for inappropriate behaviors in dementia: a review, summary, and critique. Am J Geriatr Psychiatry 2001 Fall; 9 (4): 361–381
- 15 Grasel E, Wiltfang J, Kornhuber J. Non-drug therapies for dementia: an overview of the current situation with regard to proof of effectiveness. Dement Geriatr Cogn Disord 2003; 15 (3): 115–125
- 16 Grossberg GT. The ABC of Alzheimer's disease: behavioral symptoms and their treatment. Int Psychogeriatr 2002; 14 (Suppl 1): 27–49



- 17 Forbes DA. Strategies for managing behavioural symptomatology associated with dementia of the Alzheimer type: a systematic overview. *Can J Nurs Res* 1998 Summer; 30 (2): 67–86
- 18 Koss E, Patterson MB, Ownby R, et al. Memory evaluation in Alzheimer's disease. Caregivers' appraisals and objective testing. *Arch Neurol* 1993 Jan; 50 (1): 92–97
- 19 Schulz R, O'Brien AT, Bookwala J, et al. Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: prevalence, correlates, and causes. *Gerontologist* 1995; 35 (6): 771–791
- 20 Schulz R, O'Brien A, Czaja S, et al. Dementia caregiver intervention research: in search of clinical significance. *Gerontologist* 2002; 42 (5): 589–602
- 21 Doody RS, Stevens JC, Beck C, et al. Practice parameter: Management of dementia (an evidence-based review): Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2001; 56 (9): 1154–1166
- 22 Wolfson C, Oremus M, Shukla V, et al. Donepezil and rivastigmine in the treatment of Alzheimer's disease: a best-evidence synthesis of the published data on their efficacy and cost-effectiveness. *Clin Ther* 2002; 24 (6): 862–886 [discussion 37]
- 23 Cummings JL. Use of cholinesterase inhibitors in clinical practice: Evidence-based recommendations. *Am J Geriatr Psychiat* 2003; 11 (2): 131–145
- 24 Finucane TE. Cholinesterase inhibitors for Alzheimer disease. *Jama* 2003 May 14; 289 (18): 2359 [author reply 60–1]
- 25 Fachbereich Evidenz-basierte Medizin/Ziegler S, Arndt C, Windeler J. Donepezil, Rivastigmin und Galantamin in der Therapie der Demenz vom Alzheimer-Typ: Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. 2002, 13.03.2002.
- 26 Lanctot KL, Herrmann N, Yau KK, et al. Efficacy and safety of cholinesterase inhibitors in Alzheimer's disease: a meta-analysis. *CMAJ* 2003 Sep 16; 169 (6): 557–564
- 27 Ritchie CW, Ames D, Clayton T, et al. Metaanalysis of randomized trials of the efficacy and safety of donepezil, galantamine, and rivastigmine for the treatment of Alzheimer disease. *Am J Geriatr Psychiatry* 2004 Jul-Aug; 12 (4): 358–369
- 28 Birks JS, Melzer D, Beppu H. Donepezil for mild and moderate Alzheimer's disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; 2
- 29 Olin J, Schneider L. Galantamine for Alzheimer's disease (Cochrane Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2003; 2
- 30 Birks J, Grimley Evans J, Iakovidou V, et al. Rivastigmine for Alzheimer's disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; 2: 3
- 31 DGPPN, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie PuN. Behandlungsleitlinie Demenz. Darmstadt: Steinkopff Verlag; 2000
- 32 Cummings JL, Frank JC, Cherry D, et al. Guidelines for managing Alzheimer's disease: part I. Assessment. *Am Fam Physician* 2002; 65 (11): 2263–2272
- 33 DGGPP/Gutzmann H, Haupt M. Empfehlungen zur Therapie dementieller Erkrankungen: Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie 2004
- 34 Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ). Leitlinien-Clearingbericht „Demenz“. Berlin: Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (Gemeinsame Einrichtung von BÄK und KBV); 2005
- 35 DGN. Diagnose und Therapie der Alzheimer-Demenz (AD) und der Demenz mit Lewy-Körperchen (DLB) 2002, Zugriff unter: <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/11/neur-029.htm>
- 36 Frankfurt SV, Appels BA, Boer A de, et al. Identification of responders and reactive domains to rivastigmine in Alzheimer's disease. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2007 May; 16 (5): 545–551
- 37 Courtney C, Farrell D, Gray R, et al. Long-term donepezil treatment in 565 patients with Alzheimer's disease (AD2000): randomised double-blind trial. *Lancet* 2004 Jun 26; 363 (9427): 2105–2115
- 38 Kaduszkiewicz H, Zimmermann T, Beck-Bornholdt HP, et al. Cholinesterase inhibitors for patients with Alzheimer's disease: systematic review of randomised clinical trials. *BMJ* 2005 Aug 6; 33 (7512): 321–327
- 39 N.N. Alzheimer-Mittel Donepezil (Aricept) ohne relevanten Nutzen. *Arznei-Telegramm* 2004; 35 (7): 67–68
- 40 Kaduszkiewicz H, Beck-Bornholdt HP, Bussche H van den, et al. Doubtful evidence for the use of the cholinesterase inhibitor donepezil in patients with dementia – a systematic review. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2004 Oct; 72 (10): 557–563
- 41 Trinh NH, Hoblyn J, Mohanty S, et al. Efficacy of cholinesterase inhibitors in the treatment of neuropsychiatric symptoms and functional impairment in Alzheimer disease: a meta-analysis. *Jama* 2003 Jan 8; 289 (2): 210–216
- 42 Whitehead A, Perdomo C, Pratt RD, et al. Donepezil for the symptomatic treatment of patients with mild to moderate Alzheimer's disease: a meta-analysis of individual patient data from randomised controlled trials. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004 Jul; 19 (7): 624–633
- 43 Hogan DB, Patterson C. Progress in clinical neurosciences: Treatment of Alzheimer's disease and other dementias – review and comparison of the cholinesterase inhibitors. *Can J Neurol Sci* 2002; 29 (4): 306–314
- 44 Areosa Sastre A, Sherriff F. Memantine for dementia (Cochrane Review). The Cochrane Library. Oxford: Update Software; 2005
- 45 IQWiG. Memantine bei Alzheimer Demenz. Berichtsplan. Auftrag A05-19C Version 2.0. Köln: Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG); 2008, 11.02.2008.
- 46 AKDÄ, Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft/Höfler D, Lasek R, Berthold HK, Demenz. Köln: Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft; 2004
- 47 Winblad B, Poritis N. Memantine in severe dementia: results of the 9M-Best Study (Benefit and efficacy in severely demented patients during treatment with memantine). *Int J Geriatr Psychiatry* 1999; 14 (2): 135–146
- 48 Reisberg B, Doody R, Stoffler A, et al. Memantine in moderate-to-severe Alzheimer's disease. *N Engl J Med* 2003 Apr 3; 348 (14): 1333–1341
- 49 Kivipelto M, Helkala E-L, Laakso MP, et al. Midlife vascular risk factors and Alzheimer's disease in later life: longitudinal, population based study. *BMJ* 2001 June 16 2001; 322 (7300): 1447–1451
- 50 Vermeer SE, Prins ND, Heijer T den, et al. Silent brain infarcts and the risk of dementia and cognitive decline. *N Engl J Med* 2003 Mar 27; 348 (13): 1215–1222



- 51 *Antiplatelet Trialists' Collaboration*. Collaborative overview of randomised trials of antiplatelet therapy-I: Prevention of death, myocardial infarction, and stroke by prolonged antiplatelet therapy in various categories of patients. *Antiplatelet Trialists' Collaboration*. *BMJ* 1994 Jan 8; 308 (6921): 81-106
- 52 *Williams PS, Rands G, Orrel M, et al*. Aspirin for vascular dementia (Cochrane Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2003; 2
- 53 *Hensler S, Hoidn S, Jork K*. Leitlinie Schlaganfall. Düsseldorf: omikron publishing; 2006
- 54 *Forette F, Seux ML, Staessen JA, et al*. Prevention of dementia in randomised double-blind placebo-controlled Systolic Hypertension in Europe (Syst-Eur) trial. *Lancet* 1998; 352 (9137): 1347-1351
- 55 *MacGuinness B, Todd S, Passmore P, et al*. The effects of blood pressure lowering on development of cognitive impairment and dementia in patients without apparent prior cerebrovascular disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2006 (2): CD004034
- 56 *Peila R, White LR, Masaki K, et al*. Reducing the risk of dementia: efficacy of long-term treatment of hypertension. *Stroke* 2006 May; 37 (5): 1165-1170
- 57 *Gormley N, Lyons D, Howard R*. Behavioural management of aggression in dementia: a randomized controlled trial. *Age Ageing* 2001; 30 (2): 141-145
- 58 *MacKeith I, Cummings J*. Behavioural changes and psychological symptoms in dementia disorders. *Lancet Neurol* 2005 Nov; 4 (11): 735-742
- 59 *Ballard C, O'Brien J*. Treating behavioural and psychological signs in Alzheimer's disease. *BMJ* 1999 Jul 17; 319 (7203): 138-139
- 60 *Steele C, Rovner B, Chase GA, et al*. Psychiatric symptoms and nursing home placement of patients with Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 1990 Aug; 147 (8): 1049-1051
- 61 *Haupt M, Kurz A*. Predictors of nursing home placement in patients with alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry* 1993; 8: 741-746
- 62 *Kurz A, Jendroska K*. Therapie und Prävention. In: Beyreuther K, Einhäupl KM, Förstl H, Kurz A (eds). *Demenzen Grundlagen und Klinik*. Stuttgart, New York: Thieme Verlag; 2002; 187-210
- 63 *Herrmann N*. Recommendations for the management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *Can J Neurol Sci* 2001; 28 (Suppl 1): S96-S107
- 64 *Tariot PN*. Treatment strategies for agitation and psychosis in dementia. *J Clin Psychiatry* 1996; 57 (Suppl 14): 21-29
- 65 *Howard R, Ballard C, O'Brien J, et al*. Guidelines for the management of agitation in dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001; 16 (7): 714-717
- 66 *Schneider LS, Pollock VE, Lyness SA*. A metaanalysis of controlled trials of neuroleptic treatment in dementia. *J Am Geriatr Soc* 1990 May; 38 (5): 553-563
- 67 *Zeitler H-P, Gulich M*. Leitlinie Ältere Sturzpatient. Düsseldorf: omikron publishing; 2004
- 68 *MacShane R, Keene J, Gedling K, et al*. Do neuroleptic drugs hasten cognitive decline in dementia? Prospective study with necropsy follow up. *BMJ* 1997 Jan 25; 314 (7076): 266-270
- 69 *MacGrath AM, Jackson GA*. Survey of neuroleptic prescribing in residents of nursing homes in Glasgow. *BMJ* 1996 Mar 9; 312 (7031): 611-612
- 70 *Deyn PP De, Rabheru K, Rasmussen A, et al*. A randomized trial of risperidone, placebo, and haloperidol for behavioral symptoms of dementia. *Neurology* 1999 Sep 22; 53 (5): 946-955
- 71 *Katz IR, Jeste DV, Mintzer JE, et al*. Comparison of risperidone and placebo for psychosis and behavioral disturbances associated with dementia: a randomized, double-blind trial. *Risperidone Study Group*. *J Clin Psychiatry* 1999 Feb; 60 (2): 107-115
- 72 *Brodsky H, Ames D, Snowdon J, et al*. A randomized placebo-controlled trial of risperidone for the treatment of aggression, agitation, and psychosis of dementia. *J Clin Psychiatry* 2003 Feb; 64 (2): 134-143
- 73 *Wooltorton E*. Risperidone (Risperdal): increased rate of cerebrovascular events in dementia trials. *CMAJ* 2002 Nov 26; 167 (11): 1269-1270
- 74 *Bridges-Parlet S, Knopman D, Steffes S*. Withdrawal of neuroleptic medications from institutionalized dementia patients: Results of a double-blind, baseline-treatment-controlled pilot study. *Journal of Geriatric Psychiatry & Neurology* 1997; 10 (3): 119-126
- 75 *NICE, SCIE*. Dementia. The NICE-SCIE guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care: The British Psychological Society and Gaskell, NICE; 2007
- 76 *Ballard C, Walker M*. Neuropsychiatric aspects of Alzheimer's disease. *Curr Psychiatry Rep* 1999; 1 (1): 49-60
- 77 *Small GW, Rabins PV, Barry PP, et al*. Diagnosis and treatment of Alzheimer disease and related disorders. Consensus statement of the American Association for Geriatric Psychiatry, the Alzheimer's Association, and the American Geriatrics Society. *Jama* 1997 Oct 22-29; 278 (16): 1363-1371
- 78 *Nyth AL, Gottfries CG, Lyby K, et al*. A controlled multicenter clinical study of citalopram and placebo in elderly depressed patients with and without concomitant dementia. *Acta Psychiatr Scand* 1992 Aug; 86 (2): 138-145
- 79 *Swartz M, Barak Y, Mirecki I, et al*. Treating depression in Alzheimer's disease: integration of differing guidelines. *Int Psychogeriatr* 2000; 12 (3): 353-358
- 80 *Petracca GM, Chemerinski E, Starkstein SE*. A double-blind, placebo-controlled study of fluoxetine in depressed patients with Alzheimer's disease. *Int Psychogeriatr* 2001 Jun; 13 (2): 233-240

Zur Person



Dr. med. Horst Christian Vollmar, MPH,

Facharzt für Allgemeinmedizin, Medizinische Informatik, Sportmedizin
Seit 2001 wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Witten/
Herdecke; Leitung im BMBF-Projekt „WIDA (Wissensvermittlung zur
Demenz in der Allgemeinmedizin)“.
Ab 1.6.2008 Fraunhofer Institut für System- und Innovationsforschung,
Karlsruhe, Projektleitung Gesundheitsforschung



CME-Fragen DEGAM-Leitlinie Demenz...

Positivauswahl

Bei den nachstehenden Aufgaben ist jeweils eine Aussage richtig. Es geht darum, diese zu finden und zu markieren!

1 Welche Aussage zur Therapie der Demenz trifft zu?

- A) Phenprocoumon ist Acetylsalicylsäure bei vaskulärer Demenz vorzuziehen.
- B) Nicht medikamentöse Verfahren gehören zentral zu einem Behandlungskonzept.
- C) Piracetam verbessert die zerebrale Perfusion und damit die Demenz-Symptome.
- D) Tacrin ist der Cholinesterasehemmer mit dem günstigsten Nebenwirkungsprofil.
- E) Vitamin E verbessert die zerebrale Perfusion und damit die Demenz-Symptome.

2 Zu welchen nicht medikamentösen Maßnahmen existieren valide Studien, die eine verzögerte Heimeinweisung belegen?

- A) Angehörigenunterstützung, -gruppen und -schulungen
- B) Kinästhetik, Bobath, Basale Stimulation, Snoezelen
- C) psychomotorische Aktivierung (z.B. Zehn-Minuten-Aktivierung), Milieuthherapie
- D) Licht-, Kunst- Musiktherapie
- E) Selbsterhaltungs-, Reminiszenz-, Validationstherapie

3 Die Anwendung welcher Substanz(gruppe) kann im Stadium der leichten bis mittleren Alzheimer-Demenz sinnvoll sein?

- A) Memantine
- B) Ginkgo biloba
- C) Vitamin E
- D) Cholinesterasehemmer
- E) Piracetam

4 Die Anwendung welcher Substanz(gruppe) kann im Stadium der mittleren bis schweren Alzheimer-Demenz sinnvoll sein?

- A) Memantine
- B) Ginkgo biloba
- C) Vitamin E
- D) Cholinesterase-Hemmer
- E) Piracetam

5 Bitte nennen Sie ein Argument für die Therapie mit Cholinesterase-Hemmern.

- A) Es fehlen valide kontrollierte Untersuchungen über mehrere Jahre.
- B) Die Nebenwirkungen können die Lebensqualität der Patienten beeinträchtigen.
- C) Bei den bisher veröffentlichten Studien wird die Relevanz der klinischen Endpunkte infrage gestellt.
- D) Nur ein Teil der Demenz-Patienten spricht auf eine Therapie mit Cholinesterase-Hemmern an.
- E) Sogenannte Responder profitieren in besonderem Maße.

6 Welches Vorgehen wird bei nichtkognitiven Störungen vorrangig empfohlen?

- A) Heimeinweisung
- B) Therapie mit Cholinesterase-Hemmern
- C) Therapie mit Neuroleptika
- D) Therapie mit Benzodiazepinen
- E) Nichtmedikamentöse Therapie

7 Welches Medikament ist zur versuchsweisen Behandlung von Schlafstörungen bei Demenz-Kranken geeignet?

- A) das Benzodiazepin Lorazepam
- B) das Benzodiazepin Oxazepam
- C) das Antidepressivum Trazodon
- D) das Neuroleptikum Haloperidol
- E) das trizyklische Antidepressivum Amitriptylin

Negativauswahl

Bei den nachstehenden Aufgaben ist jeweils eine nicht zutreffende Aussage zu markieren!

8 Welche Aussage zur Therapie der Demenz trifft nicht zu? Die Versorgung von Menschen mit Demenz sollte...

- A) durch den Hausarzt koordiniert werden.
- B) Angehörige mit einbeziehen.
- C) durch personenzentrierte Pflege erfolgen.
- D) überwiegend in Demenz-WGs stattfinden.
- E) die Lebensqualität der Betroffenen im Fokus haben.



9 Welche Aussage zur Therapie der Demenz trifft nicht zu? Die Erfolgsaussichten für die Teilnahme an einem Therapieprogramm steigen, wenn...

- A) Sehfehler korrigiert werden.
- B) Neuroleptika verordnet werden.
- C) Hörfehler korrigiert werden.
- D) Komorbiditäten und Medikamente berücksichtigt werden.
- E) supervidierende und unterstützende Maßnahmen das Programm begleiten.

10 Welche Aussage zur Therapie der Demenz trifft nicht zu? Besonders bei Demenz-Patienten sollten folgende Regeln bei der Therapie mit Neuroleptika beachtet werden:

- A) Medikamenteninteraktionen sollten bedacht werden.
- B) Eine verminderte Kreatinin-Clearance bei älteren Patienten ist zu berücksichtigen.
- C) Die Indikation sollte nach spätestens einem Jahr überprüft werden.
- D) Es sollte einschleichend dosiert werden.
- E) Bei ausbleibendem Therapieerfolg sind Fachspezialisten hinzuziehen.

A Angaben zur Person	
Name, Vorname, Titel:	
Straße, Hausnr.: PLZ Ort:	
Anschrift: <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> dienstlich	
EFN-Nummer:	
Ich bin Mitglied der Ärztekammer (bitte Namen der Kammer eintragen):	
Jahr meiner Approbation:	
Ich befinde mich in der Weiterbildung zum:	
Ich habe eine abgeschlossene Weiterbildung in (bitte Fach eintragen):	
Ich bin tätig als: <input type="checkbox"/> Assistenzarzt <input type="checkbox"/> Oberarzt <input type="checkbox"/> Chefarzt <input type="checkbox"/> niedergelassener Arzt <input type="checkbox"/> Sonstiges:	

B Lernerfolgskontrolle		
Bitte nur eine Antwort pro Frage ankreuzen	1 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	6 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E
	2 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	7 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E
	3 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	8 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E
	4 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	9 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E
	5 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	10 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E

C Erklärung	
Ich versichere, dass ich die Beantwortung der Fragen selbst und ohne Hilfe durchgeführt habe	
Ort Datum:	Unterschrift:

D Feld für CME-Wertmarke	E Zertifizierungsfeld
Bitte in dieses Feld die CME-Wertmarke kleben oder Ihre Abonnement-Nummer eintragen: (siehe Adressaufkleber)	Ihr Ergebnis
Zertifizierungsfeld (wird durch den Verlag ausgefüllt)	Sie haben <input type="checkbox"/> von 10 Fragen richtig beantwortet.
	Sie haben <input type="checkbox"/> bestanden und 3 CME-Punkte erworben.
	<input type="checkbox"/> nicht bestanden
	Stuttgart, den <input type="text"/>
	Datum <input type="text"/>
	<input type="text"/>
	Stempel/Unterschrift

> **Bitte unbedingt Rückseite ausfüllen!**



F Fragen zur Zertifizierung

Eine Antwort pro Frage.
Bitte unbedingt ausfüllen bzw.
ankreuzen, da die Evaluation
sonst unvollständig ist!

Didaktisch-methodische Evaluation**1** Das Fortbildungsthema kommt in meiner ärztlichen Tätigkeit häufig vor selten vor regelmäßig vor gar nicht vor**2** Zum Fortbildungsthema habe ich eine feste Gesamtstrategie noch offene Einzelprobleme: keine Strategie**3** Hinsichtlich des Fortbildungsthemas fühle ich mich nach dem Studium des Beitrags in meiner Strategie bestätigt habe ich meine Strategie verändert: habe ich erstmals eine einheitliche Strategie erarbeitet habe ich keine einheitliche Strategie erarbeiten können**4** Wurden aus der Sicht Ihrer täglichen Praxis heraus wichtige Aspekte des Themas nicht erwähnt? ja welche nein zu knapp behandelt? ja welche nein überbewertet ja welche nein**5** Verständlichkeit des Beitrags Der Beitrag ist nur für Spezialisten verständlich Der Beitrag ist auch für Nicht-Spezialisten verständlich**6** Beantwortung der Fragen Die Fragen lassen sich aus dem Studium des Beitrages allein beantworten Die Fragen lassen sich nur unter Zuhilfenahme zusätzlicher Literatur beantworten**7** Die Aussagen des Beitrages benötigen eine ausführlichere Darstellung zusätzlicher Daten von Befunden bildgebender Verfahren die Darstellung ist ausreichend**8** Wie viel Zeit haben Sie für das Lesen des Beitrages und die Bearbeitung des Quiz benötigt?**Einsendeschluss**
15.07.2009Bitte senden Sie den vollständigen Antwortbogen zusammen mit einem an Sie selbst adressierten und ausreichend frankierten Rückumschlag an den
Georg Thieme Verlag KG, Stichwort „CME“, Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

CME-Fortbildung mit der ZFA

Zertifizierte Fortbildung Hinter der Abkürzung CME verbirgt sich „continuing medical education“, also kontinuierliche medizinische Fort- und Weiterbildung. Zur Dokumentation der kontinuierlichen Fortbildung der Ärzte wurde das Fortbildungszertifikat der Ärztekammern etabliert. Hauptzielgruppe für das Fortbildungszertifikat sind Ärzte mit abgeschlossener Facharztausbildung, die im 5-jährigen Turnus einen Fortbildungsnachweis erbringen müssen. Es ist jedoch auch für Ärzte im Praktikum bzw. in der Facharztweiterbildung gedacht.

Die Fortbildungseinheit In den einheitlichen Bewertungskriterien der Bundesärztekammer ist festgelegt: „Die Grundeinheit der Fortbildungsaktivitäten ist der Fortbildungspunkt. Dieser entspricht in der Regel einer abgeschlossenen Fortbildungsstunde (45 Minuten)“. Für die erworbenen Fortbildungspunkte muss ein Nachweis erbracht werden. Hat man die erforderliche Anzahl von 250 Punkten gesammelt, kann man das Fortbildungszertifikat bei seiner Ärztekammer beantragen, welches man wiederum bei der KV (niedergelassene Ärzte) oder bei seinem Klinikträger (Klinikärzte) vorlegen muss.

Anerkennung der CME-Beiträge Die Fortbildung in der ZFA wurde von der Nordrheinischen Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung für das Fortbildungszertifikat anerkannt, das heißt, die Vergabe der Punkte kann direkt durch die Thieme Verlagsgruppe erfolgen. Die Fortbildung in der ZFA gehört zur Kategorie „strukturierte interaktive Fortbildung“. Entsprechend einer Absprache der Ärztekammern werden die von der Nordrheinischen Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung anerkannten Fortbildungsveranstaltungen auch von den anderen zertifizierenden Ärztekammern anerkannt.

Datenschutz Ihre Daten werden ausschließlich für die Bearbeitung dieser Fortbildungseinheit verwendet. Es erfolgt keine Speicherung der Ergebnisse über die für die Bearbeitung der Fortbildungseinheit notwendige Zeit hinaus. Die Daten werden nach Versand der Testate anonymisiert. Namens- und Adressangaben dienen nur dem Versand der Testate. Die Angaben zur Person dienen nur statistischen Zwecken und werden von den Adressangaben getrennt und anonymisiert verarbeitet.

Teilnahme Jede Ärztin und jeder Arzt soll das Fortbildungszertifikat erlangen können. Deshalb ist die **Teilnahme am CME-Programm der ZFA nicht an ein Abonnement geknüpft!** Die Teilnahme ist sowohl im Internet (<http://cme.thieme.de>) als auch postalisch möglich.

Im Internet muss man sich registrieren, wobei die Teilnahme an Fortbildungen abonniertes Zeitschriften ohne Zusatzkosten möglich ist. Alle Teilnehmer, die auf dem Postweg teilnehmen, benötigen für die Teilnahme den CME-Beitrag, den CME-Fragebogen, den CME-Antwortbogen, Briefumschläge und Briefmarken. Auch hier fallen bei Angabe der Abonummer für die Teilnahme keine zusätzlichen Kosten an.

Teilnahmebedingungen Für eine Fortbildungseinheit erhalten Sie 3 Fortbildungspunkte im Rahmen des Fortbildungszertifikates. Hierfür

- ▶ müssen 70% der Fragen richtig beantwortet sein.
- ▶ müssen die Fragen der Einheiten A bis D des CME-Antwortbogens vollständig ausgefüllt sein. Unvollständig ausgefüllte Bögen können nicht berücksichtigt werden!
- ▶ muss Ihre Abonentennummer im entsprechenden Feld des CME-Antwortbogens angegeben oder eine CME-Wertmarke im dafür vorgesehenen Feld aufgeklebt sein.

CME-Wertmarke für Nicht-Abonnenten Teilnehmer, die nicht Abonnenten der ZFA sind, können für die Internet-Teilnahme dort direkt ein Guthaben einrichten, von dem pro Teilnahme ein Unkostenbeitrag abgebucht wird. Für die postalische Teilnahme können Nicht-Abonnenten Thieme-CME-Wertmarken erwerben.

Bitte richten Sie Bestellungen an:

Georg Thieme Verlag KG
Kundenservice
Rüdigerstraße 14
70469 Stuttgart
Tel.: 0711/8931-900
E-Mail: kundenservice@thieme.de

Teilnahme auch online möglich unter <http://cme.thieme.de>

