

Therapiemöglichkeiten bei Menschen mit Demenz

Die frühzeitige Diagnose, medikamentöse wie nicht-medikamentöse Therapieoptionen und die Arzneimitteltherapiesicherheit standen im Fokus einer Fortbildung des Instituts für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN) im Oktober im Haus der Ärzteschaft in Düsseldorf.

von **Dagmar M. David und Martina Levartz**

Dass nicht jeder, der vergesslich ist, dement ist und dies auch nicht zwingend werden muss, ist in der heutigen Zeit schon fast wieder eine neue Erkenntnis. Doch obwohl inzwischen viel mehr über das Krankheitsbild der Demenz bekannt ist, ist es für Ärztinnen und Ärzte immer noch schwierig vorherzusagen, welche Patienten es eines Tages treffen könnte. Eines ist allein aufgrund der Demografie klar: Die Prävalenz dieser Erkrankung wird in den kommenden Jahren weiter ansteigen, eine Herausforderung, der das derzeitige Gesundheitssystem und die Versorgungsstrukturen nur bedingt gewachsen scheinen.

Grund genug für das Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN), das gesellschaftliche bedeutende Thema Demenz in einer Fortbildung aus ärztlicher Perspektive zu beleuchten. Moderiert wurde die Veranstaltung von Dr. Frank Bergmann, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie aus Aachen und 1. Vorsitzender des Berufsverbands Deutscher Nervenärzte. Er verdeutlichte nicht nur die Relevanz des Themas Demenz für die Ärzteschaft, sondern auch die Probleme, die eine optimale Versorgung der Patienten behindern. Lösungen sieht er in einer besseren Vernetzung der an der Versorgung Beteiligten, integrierten Versorgungskonzepten und Kooperationsanreizen, der Etablierung standardisierter Versorgungsabläufe durch Behandlungspfade und der Sicherstellung einer kontinuierlichen Behandlung und Begleitung des Patienten.

Professor Dr. Gereon Nelles, Facharzt für Neurologie aus Köln, gab dem Audito-

rium einen Überblick über die Erkrankungsursachen und die Ansätze zur frühzeitigen Diagnostik. Er plädierte dafür, bei Demenz von einer monokausalen Erkrankungstheorie abzugehen. Die große Mehrzahl der Demenzen sei von einem neurodegenerativen-vaskulären Mischtyp. Entscheidende Faktoren, die zur Entstehung beitragen, seien „oxidativer Stress“ und eine Reihe von Risikofaktoren, angeführt von Arrhythmien – insbesondere der Arrhythmia Absoluta mit Vorhofflimmern – die ein bis zu 18-fach erhöhtes Erkrankungsrisiko mit sich bringen könne. Es konnte gezeigt werden, dass durch eine Bekämpfung dieser Risikofaktoren (z.B. mittels antihypertensiver Therapie oder körperliche Aktivität) das Risiko für eine kognitive Leistungsminderung und die Wahrscheinlichkeit wegen Demenz pflegebedürftig zu werden, reduziert werden konnte.

Bedeutung von Risikofaktoren für Demenz

- Alkoholsucht: 2–3-fach
- Diabetes mellitus: 2–3-fach
- Hohes Cholesterin: 2-fach
- Übergewicht: 1–2-fach
- Rauchen: 1–2-fach
- Bluthochdruck: 4–5-fach
- Erkrankte Herzkranzgefäße: 2–4-fach
- Herzrhythmusstörungen: 6–18-fach

Quelle: Professor Dr. G. Nelles, IQN-Fortbildung 16.10.2013

Diagnostik der Demenz

Zur Diagnostik der Demenz seien die Durchführung Psychometrischer Tests und eine Craniale Computertomographie obligat, sagte Nelles. Mit einem überschaubaren Zeitaufwand könne man mit der Kombination einiger Tests wie der Mini-Mental-State-Examination (MMSE), dem Uhrentest oder der Demenz-Detektion (DemTect) verschiedene Hirnleistungsstörungen abprüfen. Leider würden in diesen Tests erst Auffälligkeiten sichtbar, wenn die Krankheit pathophysiologisch schon weit fortgeschritten sei. Belegt sei, dass die pathologischen Hirnveränderungen, die

als Ursache für die Symptome angenommen werden, bereits 15 bis 30 Jahre vorher beginnen (vorklinische Phase).

Inzwischen gibt es Biomarker und Bildgebung, die einen hohen prädiktiven Wert haben. Bei unklaren Befunden können zum Beispiel MRT und/oder Liquordiagnostik zur weiteren Klärung beitragen. Da jedoch zum jetzigen Zeitpunkt keine echten Therapien zur Verfügung stehen, verbietet sich deren Einsatz zum Screening. Sie haben ihren Stellenwert bei dem Versuch verschiedene Ursachen abzugrenzen und daraus eine Entscheidung für einen Therapieansatz abzuleiten.

Allgemeine Faustregeln zur Demenz

- Subjektive Gedächtnisstörungen im Alter sind nicht gleichzusetzen mit früher Alzheimer-Demenz
- MCI (mild cognitive impairment)-Patienten älter als 70 Jahre erkranken häufig an einer Demenz
- Demenz ist keine monokausale Erkrankung
- Prävention ist wichtig
- Nicht-medikamentöse Verfahren sind wirksam

Nicht-medikamentöse Therapiemöglichkeiten

Nelles stellte einige nicht-medikamentöse Therapieverfahren bei Demenz vor, die nachweisbar Wirkung zeigen. Hier sind neben kognitivem Training auch Maßnahmen zur Verbesserung des emotionalen Wohlbefindens sowie regelmäßige Bewegung zu nennen.

Privatdozent Dr. Christian Lange-Asschenfeldt, leitender Oberarzt der Gerontopsychiatrie des LVR-Klinikums Düsseldorf, betonte, dass zwar die Pharmaindustrie in diesem Bereich intensiv forsche und diverse Studien verschiedener Stufen liefen, aber in den kommenden fünf bis zehn Jahren kein Therapeutikum in Sicht sei, das die Demenzerkrankung heilen könne. Er ging vertiefend auf die pathophysiologischen Veränderungen insbesondere der Demenz vom Alzheimerertyp ein, wobei er die Eigenschaften der sich ablagernden Amyloide mit Prionen verglich.

Nicht-medikamentöse Behandlung von Menschen mit Demenz

Ziel	Intervention	Indikation
Kognitive Leistungssteigerung ADL-Verbesserung	Kognitive Stimulation Kognitives Training Ergotherapie	Leichte bis mittelschwere Demenz
Emotionales Wohlbefinden	Aktivitätsaufbau Erinnerungstherapie	Leichte bis mittelschwere Demenz
Milderung von Verhaltenssymptomen	Aromatherapie Musiktherapie	Mittelschwere und fortgeschrittene Demenz
Hilfe für Angehörige	Beratungsgruppen Entlastungsgruppen	Leichtgradige bis fortgeschrittene Demenz

Quelle: Nervenheilkunde Oktober 2013

Derzeit stünden lediglich symptomatische Therapieansätze zur Verfügung, sagte der Gerontopsychiater. Er stellte die Indikation, Wirkung, Nebenwirkungen und Kontraindikationen der Acetylcholinesterasehemmer und des NMDA-Rezeptorantagonisten Memantin dar und ging auch auf Kosten für Tagesdosen ein. Maßnahmen der Therapiekontrolle seien nicht klar definiert, empfohlen sei eine halbjährliche Behandlungskontrolle.

Mit einer Analyse der Studienlage zu anderen Therapieansätzen wie Ginkgo biloba oder des Nahrungsergänzungsmittels Souvenaid[®], dessen Einsatz nicht empfohlen beziehungsweise im Falle des Nah-

rungsergänzungsmittels ein Nutzen bisher nicht überzeugend belegt werden konnte, setzte Lange-Asschenfeldt seinen Vortrag fort. Auch der Einsatz der eher tradierten Therapeutika aus der Gruppe der Nootropika, NSAR, Hormonersatztherapeutika und Vitamin E sei heute in der Regel nicht mehr gerechtfertigt, da die Wirksamkeit nicht ausreichend belegt sei, sagte er. Abschließend stellte Dr. Christian Lange-Asschenfeldt Therapieoptionen bei der eher vaskulären Genese der Erkrankung und anderen Formen der Demenz sowie bei Demenzkranken vor, die psychotische und depressive Symptome auf-

Antipsychotische Therapie bei Verhaltensstörungen 7 Goldene Regeln

- Bei Alzheimer-Demenz und vaskulären Demenzen möglichst Risperidon oder (Off-label) Aripiprazol; bei Parkinson-Demenz Quetiapin oder Clozapin
- Dosis so niedrig wie möglich, Behandlungsdauer so kurz wie möglich
- Indikationen sind:
 - Schwere chronische Aggressivität, durch die Patienten sich und andere gefährden
 - Psychotische Symptome, durch die Patienten erheblich beeinträchtigt werden
- Indikationen sind nicht:
 - psychomotorische Unruhe, Schlafstörungen, Apathie, Depression, Sprechen mit dem Stofftier
- Behandlungsindikation wird gestellt gegenüber dem Patienten, nicht gegenüber Angehörigen oder Pflegepersonal
- Klare Definition eines Zielsymptoms, dessen Behebung zeitnah zu überprüfen ist
- Bei Nichtwirksamkeit die Medikation absetzen

Quelle: Vortrag Lange-Asschenfeldt, IQN-Fortbildung 16.10.2013

Acetylcholinesterasehemmer (AChEI)

Indikationen

- leichte bis mittelschwere Alzheimer-Demenz (AD)
- Rivastigmin: Parkinson-assoziierte Demenz
- Off-label: schwere AD (Donepezil), Lewy-Demenz (Rivastigmin), vaskuläre Demenz, demenzassoziierte Verhaltensstörungen
- In Studien signifikante Überlegenheit gegenüber Placebo für die Bereiche (1) Kognition, (2) Alltagsfunktionalität [ADL], (3) psychische und Verhaltensstörungen (Birks, Cochrane Database Syst Rev 2006; IQWiG-Abschlussbericht 2007)
- Keine eindeutige Überlegenheit einer einzelnen Substanz, d. h. Substanzen sind untereinander „gleichwertig“ (Birks, Cochrane Database Syst Rev 2006; IQWiG -Abschlussbericht 2007)

Nebenwirkungen

- gastrointestinal (häufig): Übelkeit, Diarrhöe
- kardiopulmonal: Bradykardie, Bronchokonstriktion
- ZNS: Unruhe, Erregung, (selten) Krampfanfälle

Kontraindikationen

- absolut:** supraventrikuläre Reizleitungsstörungen, obstruktive Lungenerkrankungen
- relativ:** Leber-/Niereninsuffizienz, neg. inotrope Komedikation

Zieldosis

- maximal verträgliche Dosis

Typische UAW

- treten meistens interkurrent zu Behandlungsbeginn auf; transdermale Applikation bei Rivastigmin reduziert UAW (Winblad et al., Neurology 2007)

Absetzentscheidung

- unter Berücksichtigung Nutzen/Risiko-Verhältnis bzw. Komorbiditäten; Weiterführung der Therapie bei Eintritt in das schwere AD-Stadium evtl. sinnvoll (Howard et al., New Engl J Med 2012)

NMDA-Rezeptorantagonist (Memantin)

Indikationen

- mittelschwere bis schwere Alzheimer-Demenz (AD)
- Off-label: leichte AD, vaskuläre Demenz, demenzassoziierte Verhaltensstörungen
- Off-label (2): „Add-on“ bei AChEI-Therapie

- In Studien signifikante Überlegenheit gegenüber Placebo für die Bereiche (1) Kognition, (2) Alltagsfunktionalität [ADL], (3) psychische und Verhaltensstörungen, (4) klinischer Gesamteindruck (Winblad et al., Dement Cogn Disord 2007; IQWiG-Abschlussbericht 2009)

Nebenwirkungen

- Unruhe, Erregung
- Kopfschmerzen, Schläfrigkeit, Schwindel (selten)
- (selten) Krampfanfälle

Kontraindikationen

- schwere Nierenfunktionsstörungen
- Epilepsie

UAW

- sind selten, treten meistens zu Behandlungsbeginn auf und sind meistens interkurrent

Absetzentscheidung

- unter Berücksichtigung Nutzen-/Risiko-Verhältnis bzw. Komorbiditäten

Kombinationstherapie

- mit AChEI kann bei schwerer AD empfohlen werden (Tariot et al., JAMA 2004)

Quelle: Vortrag Lange-Asschenfeldt, IQN-Fortbildung 16.10.2013

Betreuung von Demenzpatienten und Therapiesicherheit

Aus der Sicht eines Arztes für Allgemeinmedizin stellte Bernd Zimmer, Vizepräsident der Ärztekammer Nordrhein mit Praxis in Wuppertal, die täglichen Herausforderungen dar, vor denen er bei der Betreuung von Demenzpatienten steht. Besonders bei Patienten mit kognitiven Funktionseinbußen könne es bei der Einnahme von Arzneimitteln zu vielen Problemen kommen: Die überwiegende Mehrzahl der Demenzpatienten seien älter bis hochbetragt und erhielten für andere chronische Erkrankungen eine Vielzahl potenziell gefährlicher Medikamente. Zusätzlich zu dem weit verbreiteten Problem, dass Patienten auch rezeptpflichtige Medikamente von Freunden oder Verwandten (die diesen gut halfen) einnehmen, können eine versehentliche Mehrfacheinnahme, aber auch ein Vergessen der Einnahme, innerhalb kürzester Zeit

zu lebensbedrohlichen Situationen mit zum Beispiel entgleiten INR-Werten oder Hypoglykämien führen. Der betreuende

Drei Stufen der Demenztherapie

1. Frühzeitiges Handeln

Arzt: Komplexe Therapieplanung einschließlich Antidementiva-Therapie, Vermittlung von Ansprechpartnern für die Betreuung

Patient: Lebensplanung, Vorsorgevollmacht, Patiententestament

2. Frühzeitiges Benennen

Diagnosestellung (gegebenenfalls differenzialdiagnostische Überweisung) und Vermittlung des Krankheitsbildes (z.B. Alzheimer-Demenz) und der Therapiemöglichkeiten

3. Frühzeitiges Erkennen

„Screening“: Auch bei völlig anderem Beratungsanlass das Thema Demenz mitbedenken (85% der älteren Menschen gehen regelmäßig zum Hausarzt)

Quelle: Vortrag Zimmer, IQN-Fortbildung 16.10.2013

Arzt müsse die möglichen besonderen Gefährdungen durch die Medikation bei dem Patienten stets im Auge behalten, sagte Zimmer. Dies bedürfe einer besonders intensiven Betreuung des Patienten und mache eine frühzeitige Einbeziehung und Aufklärung von Verwandten, Betreuern oder Bevollmächtigten notwendig. „Die Kenntnis der gesamten Medikation, der bestehenden Erkrankungen, des Versorgungshintergrundes, ein rationales Monitoring und vertrauensvoll abgestimmte interdisziplinäre und interprofessionelle Kooperationen bilden die Voraussetzungen für hohe Therapiesicherheit durch Führung dieser Patienten, die ihr eigenes Tun auch bei bestem Willen immer weniger sicher gestalten können“, sagte Zimmer.

Dr. med. Dagmar M. David, MPH, ist Referentin im Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN).
Dr. med. Martina Levartz, MPH, ist Geschäftsführerin des IQN.



Institut für Qualität
im Gesundheitswesen Nordrhein

62. Fortbildungsveranstaltung

in Zusammenarbeit mit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein

Organisationsverschulden in Klinik und Praxis

Mittwoch, 19. Februar 2014, 16.00–19.30 Uhr, Haus der Ärzteschaft, Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

Begrüßung

Dr. med. Martina Levartz, MPH, Geschäftsführerin des IQN

Moderation und Einführung

Dr. iur. Dirk Schulenburg, Justitiar der Ärztekammer Nordrhein

Begriff und rechtliche Folgen

Dr. iur. Dirk Schulenburg

Organisationsverschulden aus Sicht des Klinikers (Rechtliche Gegebenheiten, Schnittstellen, Zuständigkeiten, Rolle des QM)

Dr. med. Dr. rer. san. Kirsten Otten, MPH
Fachärztin für Innere Medizin, Gesundheitswissenschaftlerin

Organisationsverschulden aus der Sicht des Operateurs und Geburtshelfers

Univ.-Prof. Dr. med. Werner Rath, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Medizinische Fakultät Universitätsklinikum Aachen

Qualitätsmanagement in der Praxis – wie verhindere ich damit schwerwiegendes Organisationsverschulden?

Dr. med. Oscar Pfeifer, Facharzt für Allgemeinmedizin, Essen

Lernen aus Beinahefehlern, bevor etwas passiert ist

Dr. med. Christian Thomeczek, Geschäftsführer im äzq

Schlusswort

Dr. iur. Dirk Schulenburg

Begrenzte Teilnehmerzahl

Anmeldung erforderlich E-Mail: iqn@aekno.de

Zertifiziert 4 Punkte

Rückfragen unter

Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein
Geschäftsführerin: Dr. med. Martina Levartz, MPH
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf
Tel.: 49 0211 43 02-2751
Fax: 49 0211 43 02-5751

IQN Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein

Einrichtung einer Körperschaft öffentlichen Rechts