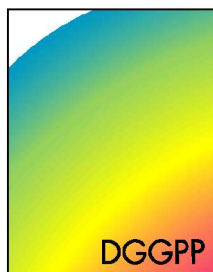


**Deutsche Gesellschaft
für
Gerontopsychiatrie und
-psychotherapie e.V**



**Empfehlungen zur Therapie
dementieller Erkrankungen**

März 2004

Die Therapie dementieller Erkrankungen

Die Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung eines Demenzkranken ist eine möglichst frühzeitige Diagnose sowie ein therapeutisches Gesamtkonzept, welches - je nach Schwere der Erkrankung - medikamentöse und psychosoziale Maßnahmen umfasst.

Dieses Konzept sollte entsprechend dem Erkrankungsstadium vom Patienten, seinen Angehörigen, dem Arzt sowie den beteiligten Therapeuten, Pflege- und sozialen Diensten gemeinsam verantwortlich und sich ergänzend getragen werden.

Die Behandlung sollte sich nicht nur auf die Beeinflussung der kognitiven Leistungsfähigkeit beschränken, sondern sich ebenfalls auf die Optimierung basaler Parameter und die Intervention bei psychischen und Verhaltensauffälligkeiten richten.

Die Kranken und ihre Angehörigen müssen von Anfang an stützend begleitet werden. Dies beginnt bereits mit einer angemessenen Aufklärung, die für den weiteren Krankheitsverlauf realistische Erwartungen herstellt, unbegründete Resignation aber vermeidet. Kranke und Angehörige sollten über die in Abhängigkeit des Krankheitsstadiums verfügbaren Hilfsmöglichkeiten informiert sein.

Es gilt, sich immer vor Augen zu halten:

Nicht allein eine Verbesserung der Symptomatik, auch ein Aufhalten oder ein Stillstand, sowie eine Verlangsamung des Krankheitsverlaufes sind bereits ein Therapieerfolg !

1. Basistherapie

Eine den Fähigkeiten des Patienten angepasste Umgebung, die eine ausreichende Stimulation ohne Unter- oder Überforderung sicherstellt, ist die tragende Basis der Behandlung. Von Anfang an sind die Einbindung und Unterstützung der Angehörigen von großer Bedeutung. Hingewiesen sei auf die besondere Bedeutung der Alzheimerselbsthilfegruppen.

Demenzpatienten wirken häufig nur deshalb organisch gesünder, weil sie somatische Symptome seltener mitteilen. Um so größer ist die Verantwortung des behandelnden Arztes für diesen Symptombereich. Metabolische Störungen sollten sorgfältig behandelt werden, da sonst eine massive Verschlechterung der zerebralen Reservekapazität drohen kann.

Bei einer auf eine gleichzeitig bestehende Erkrankung zielenden Komedikation ist auf offene oder versteckte Anticholinergika (z.B. auch Mydriatika) zu achten, die ihrerseits die kognitive Leistung zusätzlich einschränken können und gleichzeitig ein erhöhtes Delirrisiko haben.

Neben einer ausreichenden Flüssigkeitszufuhr ist eine ballaststoffreiche, kohlenhydrat- und vitaminreiche altersentsprechende Ernährung anzustreben.

Ein Kontinenztraining kann auch bei dementen Patienten (meist im mittleren Stadium der Krankheit) mit Aussicht auf Erfolg durchgeführt werden.

Die Förderung der Mobilität ist zudem wichtig für das Wohlbefinden des Kranken.

2. Psychosoziale Therapiemaßnahmen

Das Spektrum möglicher nichtmedikamentöser Interventionen umfasst Verfahren, welche auf den Kranken, seine Pflegenden und auf die Umweltstruktur einwirken. Bevorzugt werden integrative Ansätze.

2.1 Soziotherapeutische Maßnahmen

Soziotherapeutische Maßnahmen beziehen sich auf die Beeinflussung von zwischenmenschlichen Beziehungen und der Umgebung des Demenzkranken. Insbesondere soll die Handlungsebene zielorientiert beeinflusst werden. Dies geschieht durch Prozesse des sozialen Lernens, lebenspraktische Trainings- und Übungsverfahren. Voraussetzung ist die Kenntnis der Biographie des Kranken. Basis ist die Milieumodifizierung mit folgenden Komponenten:

- konstante einfühlsame und vertraute Bezugspersonen, die einen respektierenden Umgang ohne Ängste ermöglichen,
- wohlstrukturierter Tagesablauf, der Bekanntheit und Vertrautheit schafft,
- klare überschaubare Strukturierung und Übersichtlichkeit der Wohn- und Lebenswelt, die vor Über- oder Unterforderung schützen.

2.2 Ergotherapie

Durch gezielte ergotherapeutische Maßnahmen sollen die Selbstversorgung, kognitive Funktionen sowie die Orientierungsfähigkeit erhalten oder verbessert werden. Dies soll durch Erlernen von Kompensationsstrategien und Verbesserung der eigenständigen Lebensführung erreicht werden. Eingesetzt werden neben verschiedenen kognitiven Aktivierungen, handlungsorientierte Trainings der kommunikativen Fähigkeiten, Trainings zur Verbesserung des Lernverhaltens und psychisch-funktionelle Behandlungsmethoden.

2.3 Gedächtnistrainingsprogramme

Gedächtnistrainingsprogramme stellen, je strukturierter und anspruchsvoller sie sind, um so größere Anforderungen an die Patienten. Wenn also vorwiegend Leistungen trainiert werden, die aufgrund einer Demenz zunehmend beeinträchtigt sind, besonders das verbale Gedächtnis, **droht rasch Überforderung**. Gegen einen dementiellen Prozess "anzutrainieren" ist nämlich wenig erfolgversprechend. Bei jeder Übungsmaßnahme muss der unmittelbare Nutzen für den Demenzkranken deutlich werden. Trainingsprogramme zielen eher auf eine Steigerung der Lebensqualität als auf einen kognitiven Zugewinn. Daher sind die Übungsinhalte in jedem Einzelfall auf das bestehende Krankheitsstadium maßzuschneidern.

2.4 Verhaltenstherapeutische Verfahren

Verhaltenstherapeutische Techniken gelten als die im gerontopsychiatrischen Bereich erprobtesten Verfahren. Um Verhaltensweisen zu verändern, werden im Frühstadium eher kognitive Techniken (z.B. Selbstinstruktion, Selbstkontrolle, kognitive Umstrukturierung) und Selbstsicherheitstrainings durchgeführt. Bei den weiteren Stadien der Erkrankung werden überwiegend Techniken des operanten Lernens eingesetzt, das eine Verhaltensänderung ohne die aktive Mitarbeit des Patienten ermöglicht. Ziele dieser manchmal aufwendigen Interventionen sind die Erhöhung von Selbstständigkeit, Angstreduktion oder etwa die Verringerung von Aggressionen. Psychoedukative Verfahren sind für die Angehörigenarbeit indiziert. Sie können aber auch bei den Frühstadien der Krankheit für den Patienten von Nutzen sein.

2.5 Tiefenpsychologisch orientierte Verfahren

Biographisch orientierte und tiefenpsychologisch fundierte psychotherapeutische Interventionen, die bei Beginn der Erkrankung indiziert sein können, helfen, Reaktionen auf realisierte Kompetenzverluste verarbeiten und das Leben neu auf funktionelle Defizite einrichten zu können. Biographisches Arbeiten im Sinne der Selbsterfahrung kann dem Kran-

ken im Rahmen des stützenden Gesprächs auch im leichten und mittleren Demenzstadium noch Sicherheit und Bewusstsein für die eigene Identität vermitteln.

2.6. weitere Therapieverfahren

Vielfältig sind derzeit weitere Verfahren, die dem Kranken nützen können wie z.B. Entspannungstraining, Snoezelen, Validation, Dementia Care Mapping, Erinnerungstherapie, Kunst- und Tanztherapie.

Empfehlung:

Über den Sinn und die Ziele nichtmedikamentöser Behandlungsverfahren sollen Patienten und Angehörige in verständlicher Weise aufgeklärt werden.

Behandlungsziele der einzelnen Verfahren müssen realistisch formuliert werden; die Mehrzahl der Verfahren müssen in Zukunft auf ihre jeweilige Effizienz überprüft werden. Erste neuere Ergebnisse zum Nutzen multimodaler Interventionen bei mittelgradig dementen Kranken in einem Versorgungssetting sind vielversprechend.

3. Angehörige

Die Angehörigen benötigen im Laufe des Krankheitsprozesses eine intensive Unterstützung durch Aufklärung über den Krankheitsverlauf, rechtliche Aspekte und reale Entlastungsmöglichkeiten. Darüber hinaus bedürfen sie einer besonderen emotionalen Entlastung, um die täglichen Schwierigkeiten im Umgang mit den Kranken bewältigen zu können. Sehr hilfreich sind hierbei psychoedukative Gruppen, Selbsthilfegruppen und Alzheimer Gesellschaften. Adressen sind bei der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V., Friedrichstr. 236, 10969 Berlin oder im Internet unter www.deutsche-alzheimer.de erhältlich.

Empfehlung:

Angehörige sollen nach geklärter Diagnose möglichst frühzeitig über die Erkrankung und die Folgen informiert werden.

Frühzeitig müssen mit ihnen mögliche realistische Hilfsangebote angesprochen, aber auch individuell vermittelt werden, damit sie diese auch nutzen können!

4. Pharmakologische Therapiemaßnahmen Das Ziel aller therapeutischen Bemühungen bei Demenzen besteht derzeit in einer symptomatischen Linderung der Leistungseinbuße und einer Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen. Erste Etappenziele der Sekundärprävention, also etwa eine Verzögerung des Verlaufs, scheinen erreicht, da neuere Untersuchungen belegen, dass die Aufnahme in ein Pflegeheim durch eine geeignete Intervention mehr als einem Jahr verzögert werden kann. Auch wirkt sich die pharmakologische Therapie günstig auf die Belastung der pflegenden Angehörigen in der täglichen Pflege aus.

Notwendige und wünschenswerte Vergleichsstudien zwischen verschiedenen Substanzen fehlen bis auf wenige Ausnahmen mit noch immer zu kleinen Stichproben oder weiteren methodischen Mängeln. Auch ist der wissenschaftliche Gehalt der Untersuchungen, die jeweils zur Zulassung der Substanzen geführt haben, wegen der erst in den letzten Jahren schärfer formulierten Qualitätsstandards für die Forschung in diesem Gebiet recht unter-

schiedlich. Allein für die Gruppe der Cholinesterasehemmer sowie für den Glutamat-Antagonisten Memantine, bedingt aber nur für den Ginkgo-Biloba-Extrakt liegen nach modernen Standards zureichende Wirksamkeitsbelege vor.

4.1 Cholinerge Therapieansätze bei der Alzheimer-Krankheit

Cholinerge Therapiestrategien zielen auf eine Substitution des Neurotransmitters Acetylcholin. Donepezil, Galantamin und Rivastigmin weisen als Cholinesterasehemmer eine enge Dosis-Wirkungsbeziehung auf. Diese drei für die Alzheimer Demenz zugelassenen Substanzen unterscheiden sich zum Teil in ihren pharmakologischen Wirkprinzipien. Die häufigsten unerwünschten Wirkungen sind aber bei allen drei Substanzen gastrointestinale Beschwerden.

Aus den bisherigen klinischen Prüfungen lässt sich ableiten, dass die Mehrzahl der Patienten mit einer leicht- bis mittelgradig ausgeprägten Alzheimer Demenz positiv auf eine Behandlung reagiert. In der Regel folgt in den Studien einer initialen Verbesserung über den Zeitraum von einem halben Jahr eine kognitive Symptomprogredienz. Die insgesamt jedoch erzielte Symptomstabilität kann mehr als ein Jahr betragen, mitunter verzögert sich der progrediente Symptomverlauf gegenüber unbehandelten Patienten um rund 1 ½ bis 2 Jahre. Bei Therapieabbruch nähert sich die kognitive Leistung wieder dem Leistungsniveau von unbehandelten Patienten an.

4.2 Glutamatantagonisten bei der Alzheimer Krankheit

Einen völlig anderen Weg als Transmitter-Substitutions-Strategien gehen sogenannte Glutamatantagonisten.

Memantine wurde kürzlich für die Behandlung der mittelschweren und schweren Alzheimer Demenz zugelassen. Für diese Substanz konnte experimentell eine Hemmung der exzitotoxischen Wirkung von Glutamat durch Blockade des diese Wirkung vermittelnden sogenannten NMDA-Rezeptors nachgewiesen werden. Die vorgelegten Zulassungsstudien zeigten eine Stabilisierung des allgemeinen Leistungsniveaus über den Zeitraum von 6 Monaten bei mittelschwer und schwer dementen Alzheimerkranken. Auch Entlastungen für die pflegenden Bezugspersonen und eine Verzögerung des Heimeinweisungszeitpunktes wurden nachgewiesen.

4.3 Weitere Wirkprinzipien und Kombinationstherapien

Freie Radikale vermögen als Stoffwechselprodukte des Sauerstoffs Zellmembranen und vergleichbare Strukturen zu schädigen. Sie werden bei Demenzen als pathogenetisch relevant diskutiert. Antioxidative Substanzen sollen hier als Schutzfaktoren eingreifen. Deshalb wurde die Gabe von Radikalfängern wie den Vitaminen A, C und E sowohl unter prophylaktischen als auch unter therapeutischen Gesichtspunkten empfohlen.

Nach vorliegenden Untersuchungen ist anzunehmen, dass auch Ginkgo Biloba neben anderen Effekten besonders auf dem Weg des Abfangens freier Hydroxylradikale auf die gestörte Membranstabilität einwirkt.

Östrogene und nichtsteroidale Antirheumatika gelten in der hier diskutierten Indikation als experimentell. Nach heutigem Stand ist es unwahrscheinlich, dass sie wesentliche neue therapeutische Optionen für Alzheimer-Patienten eröffnen.

Empfehlung:

Beim derzeitigen Stand unseres Wissens ist es zu empfehlen, Antidementiva bei Demenzerkrankungen einzusetzen. Bei der Behandlung der Alzheimer Demenz stehen Cholinesterasehemmer an erster Stelle. Einige Grundregeln sind zu beachten:

- **Zunächst müssen realistische Therapieziele formuliert werden.**
- **Therapiekontrolle und Dokumentation mit validen Instrumenten.**
- **Orientiert an der Verträglichkeit sollte stets die höchste empfohlene Dosierung angestrebt werden.**
- **Bei Ausbleiben eines Therapieeffekts (Stillstand oder Besserung) nach ca. 3-6 Monaten sollte eine andere Wirksubstanz eingesetzt werden.**
- **Eine deutliche Progressionsbeschleunigung nach Absetzen weist auf initialen Therapieeffekt hin. Das zuvor verabreichte Medikament sollte wieder gegeben werden.**

5. Pharmakologische Therapiemaßnahmen bei psychischen Symptomen und Verhaltensstörungen

Diese Störungen bei Demenzkranken sind außerordentlich häufig. Psychomotorische Unruhe gilt als bedeutsamster Einzelfaktor, der das Verbleiben in häuslicher Umgebung in Frage stellt. Wahnsymptome und depressive Verstimmungen sind demgegenüber etwas seltener, treten zudem eher episodisch und nicht als persistierende Beeinträchtigungen in Erscheinung.

5.1 Neuroleptika

Herkömmliche Neuroleptika sind bei Demenzkranken sehr gut untersucht. Für sie ist insgesamt ein mittelgradig ausgeprägter Effekt in diesem Indikationsgebiet belegt. Bei diesem Personenkreis ist ihr Einsatz allerdings nicht unproblematisch, da vermehrt extrapyramidal-motorische Störungen auftreten können, die als Parkinsonoid oder als Pisa-Syndrom mit einem erhöhten Sturzrisiko verbunden sind. Ein besonderes Problem stellen im Alter zudem tardive Dyskinesien dar.

Bei Patienten mit einer zerebralen Vorschädigung ist auch die Senkung der Krampfschwelle durch Neuroleptika zu bedenken. Bei der Demenz mit Lewy-Körperchen sind herkömmliche Neuroleptika zudem kontraindiziert.

Neuere Neuroleptika erscheinen bei Demenzkranken vorteilhafter und haben sich bei Verhaltensstörungen im Rahmen von Demenzen unterschiedlicher Ätiologie bewährt. Zu den neuen Substanzen zählen Risperidon, Olanzapin und Quetiapin. Nur Risperidon verfügt über eine breite Datenbasis und ist als einziges neueres Neuroleptikum mit der Zusatzindikation „chronische Aggressivität und psychotische Störungen bei Demenz“ zugelassen. Risperidon hat keine anticholinergen Eigenschaften.

Bei Akutsituationen mit schweren Verhaltensstörungen kann eine therapeutische Strategie wegen des rascheren Wirkungseintritts in der initialen Gabe eines herkömmlichen Neuroleptikums, wie Haloperidol bestehen, das dann überlappend von einem neueren Neuroleptikum abgelöst wird.

Empfehlung:

Spätestens alle 2-3 Monate sollte eine kritische Evaluation der Indikation erfolgen.

Alle Neuroleptika können, wenn es die klinische Situation erfordert, mit Antidementiva kombiniert werden.

Bei Unruhezuständen ist stets zu prüfen, ob diese nicht als unerwünschte Wirkung des Antidementivums zustande gekommen sind.

5.2 Antidepressiva

Die depressiven Störungen im Rahmen von Demenzen werden medikamentös nach den gleichen Richtlinien behandelt wie vergleichbare Syndrome bei nichtdementen Personen. Die Orientierung am Nebenwirkungsspektrum der ins Auge gefassten Substanz ist ebenso zu berücksichtigen wie die Beschaffenheit des Zielsyndroms.

Die selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) werden wegen des geringeren Nebenwirkungsrisikos für ältere Patienten vielfach favorisiert. Daneben spricht die anxiolytische Wirkung der SSRI für ihre Anwendung bei den oft auch von Angstsymptomen begleiteten Depressionen dementer Patienten. Zudem sind von den SSRI-Antidepressiva die Substanzen Citalopram und Sertralin klinisch geprüft, besitzen aber wie die anderen Antidepressiva keine gesonderte Zulassung in dieser Indikation. Auch Substanzen mit anderen Wirkungsprinzipien (z.B. atypische Antidepressiva wie Trazodon, Mirtazapin oder Venlafaxin oder auch der reversible MAO-Hemmer Moclobemid) werden in diesem Indikationsbereich eingesetzt.

Wenn trizyklische Antidepressiva bei Dementen – etwa wegen der Schwere des depressiven Syndroms – eingesetzt werden, sollten Substanzen mit möglichst geringer anticholinerg Potenz, wie Nortriptylin oder Doxepin, bevorzugt werden.

Empfehlung:

□ **Die gleichzeitige Gabe von Antidementiva und Antidepressiva ist möglich.**

<> Aus der Gruppe der Antidepressiva haben sich einige SSRI-Antidepressiva in kontrollierten Studien als wirksam erwiesen, eine indikationsbezogene Zulassung besteht jedoch nicht.

□ **Bei einem Therapieerfolg sollte spätestens nach einem halben Jahr die Notwendigkeit einer Weiterverordnung kritisch überprüft werden.**

5.3 Andere Therapieprinzipien

Benzodiazepine werden wohl noch immer, trotz der Gefahren einer zusätzlichen Einbuße an kognitiver Kompetenz, einer verstärkten Fallneigung, der auch im Alter vorhandenen Gefahr der Abhängigkeitsentwicklung und einer starken Sedierung, zu häufig bei Demenzkranken eingesetzt. Sofern für diese Substanzgruppe überhaupt eine - **zeitlich sehr begrenzte!** - Indikation besteht, sollten Präparate mit mittleren Halbwertszeiten und ohne aktive Metabolite (z.B. Oxazepam, Lormetazepam) eingesetzt werden.

Carbamazepin und Valproinsäure haben sich bei psychomotorischer Unruhe und Aggressivität bei dementen Patienten als erfolgreich erwiesen.

Auch Cholinesterasehemmer können neben der geistigen Leistungsfähigkeit nichtkognitive Störungen günstig beeinflussen.

Zur sedierenden Schlafanbahnung kann bei ausbleibendem Erfolg von schwach potenten Neuroleptika, sedierenden Antidepressiva oder „nichtbenzodiazepin“-Tranquilizern auch Clomethiazol genutzt werden.

Empfehlung:

- **Viele nichtkognitive Störungen sind pharmakologisch mit Erfolg behandelbar.**
- **Häufig sind Unruhe oder Angst auch durch eine gezielte Überprüfung internistischer Parameter (z.B. der Schilddrüsenfunktion) dauerhaft günstig zu beeinflussen.**
- **Noch viel zu oft werden Probleme, die durch eine Optimierung der Betreuung zu bewältigen wären, aus Unkenntnis allein medikamentös angegangen.**

Kontaktadresse:

DGGPP e.V.

PD Dr. H. Gutzmann

Krankenhaus Hedwigshöhe

Höhensteig 1

12526 Berlin

Bearbeitet für den Vorstand: PD Dr. M. Haupt, März 2004

Internet: www.dggpp.de

Copyright: Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und –psychotherapie e.V.