

Demenz-Massnahmen für Betroffene und Angehörige

Management in der Grundversorgung

Das Diagnosegespräch ist ein erster und bedeutender therapeutischer Schritt. Aufbauend darauf können spezifische nichtmedikamentöse und medikamentöse Therapien gemeinsam geplant werden.



Dr. med. Markus Bürge
Bern

Die Therapie beginnt mit dem sorgfältigen Stellen der Diagnose und deren ausführlichen Vermittlung im Familiengespräch. Eine kompetente und einfühlsame Kommunikation der Diagnose ist dabei in vielerlei Hinsicht bereits therapeutisch wirksam. So kann eine Erwartungshaltung dem Patienten gegenüber relativiert werden, was Überforderungssituationen und das Aufschaukeln von Aggressionen verhindern hilft. Idealerweise werden Angehörige auch ihre Kommunikation mit dem Patienten anpassen, weil sie nun realisieren, dass sein Sprachverständnis schon limitierter ist, als sie das erwartet hätten. Patienten und vor allem Angehörige werden sich zudem eingehender über die im Diagnosegespräch genannte Demenzform informieren und können so das praktische Umsetzen von Therapievor schlägen unterstützen helfen. Das Diagnosegespräch ist also ein erster und bedeutender therapeutischer Schritt. Aufbauend darauf können dann spezifische nichtmedikamentöse und medikamentöse Therapien gemeinsam geplant werden:

Nichtmedikamentöse Therapien

Dem Hausarzt fällt bei der chronisch-progredient und komplikationsreich verlaufenden Krankheit „Demenz“ eine Schlüsselposition zu, der er sich immer bewusst sein sollte. Mit gut koordiniertem Therapiekonzept lassen sich nämlich Heimeintritte verzögern und Hospitalisationen vermeiden. Ein Patient und seine Betreuungsperson sollten mindestens drei- bis sechsmonatlich vom Hausarzt gesehen werden. Problembereiche wie affektive Störungen, kognitiver Verlauf, supervidierte Medikamenteneinnahme, Polypharmazie, Gewichtsentwicklung und Stürze sollten dabei erfasst werden, um frühzeitig therapeutische Anpassungen zu initiieren.

Bedürfnisse von Patienten und Betreuenden sind abhängig vom Stadium des dementiellen Prozesses. Therapeutische und soziale Interventionen müssen damit stets der Entwicklung angepasst wer-

den. Wichtig zu erwähnen ist, dass keine spezifischen Einzelinterventionen hervorgehoben werden können. Erfolgreich ist vielmehr die Kombination (1) von patientenorientierten Massnahmen mit Weiterbildungs- und Unterstützungsangeboten für die Angehörigen (Beispiele s. Tab. 1).

Gerne verweisen wir auf das Informationsblatt „Mit nichtmedikamentösen Therapien Lebensqualität fördern“, welches von der Alzheimervereinigung herausgegeben wird. Auf ihrer Internetseite (www.alz.ch) finden sich darüber hinaus „Publikationen“ und „Checklisten“ mit konkreten Tipps zu verschiedensten Problembereichen, welche auch als pdf ausgedruckt werden können. Als weitere Institutionen, welche über viel Beratungskompetenz verfügen und über lokale Angebote informieren können, seien noch ProSenectute (www.pro-senectute.ch) und die Spitex-Organisationen genannt.

Acetylcholinesterasehemmer (AChE-H)

In der Schweiz sind drei AChE-H zugelassen: Donepezil (Aricept®), Galantamin (Reminyl®) und Rivastigmin (Exelon®). Für ihre Wirksamkeit besteht heute eine solide Evidenz (2). Signifikante Unterschiede zwischen Verum- und Placebogruppen konnten für viele Tausend Patienten nicht nur in neuropsychologischen Testverfahren, sondern ebenso im klinischen Gesamteindruck und beim Erhalt von Alltagsfähigkeiten aufgezeigt werden. Trotz im Durchschnitt eher kleinen Verbesserungen kann der Therapieeffekt für den einzelnen Patienten bedeutend sein.

Im Gegensatz zum Einsatz eines Analgetikums, welches ein subjektives Ansprechen erwarten lässt, darf von einer AChE-H-Therapie keine sichtbare Verbesserung erwartet werden. Vielmehr geht es um eine Stabilisierung über ein halbes Jahr mit nachfolgend Verzögerung des kognitiven Abbaus. Ein zuverlässiger Nachweis des individuellen Ansprechens ist dabei nicht möglich – ähnlich wie beim Einsatz präventiv wirksamer Medikamente wie Statinen oder Aspirin. Trotzdem scheint uns eine differenzierte Beurteilung der Wirksamkeit nach sechs Monaten angezeigt, dies auf den drei Ebenen „Kognition“, „Alltagsfähigkeiten“ und „Klinisches Gesamturteil“. Für dieses Assessment ist der Einbezug von Betreuungspersonen von Relevanz.

Ein klarer funktioneller Abbau über die ersten sechs Therapie-monate darf als Nichtansprechen auf das Antidementivum gewertet werden. Als Ursachen finden sich dann nicht selten mangelhafte Akzeptanz oder fehlende Supervision bei der Medikamenten-Einnahme. Können solche Ursachen ausgeschlossen werden, stellt sich die Frage des Sistierens des Antidementivums oder der Rotation auf einen anderen AChE-H. Diese Frage wird in der Regel in einem aus-

TAB. 1	Kombination von Massnahmen für Patienten und Angehörige
	<p>Patientenorientierte Massnahmen: Kognitive Stimulation, Spielen, Training von Alltagsfähigkeiten, Realitätsorientierung, Biographiearbeit, Validation, Bewegung, Basale Stimulation, Lichttherapie</p>
	<p>Weiterbildungs- und Unterstützungsangebote für die Angehörigen: Wissensvermittlung bezüglich spezifischer Demenzform, Erlernen von Strategien und Massnahmen („Empowerment“), Anpassung von Sprache und anderen Kommunikationsmitteln, Angehörigengruppen, Entlassungsangebote (Spitex, Tages-/Nachtkliniken, Ferienbetten, Besucherdienste).</p>

fürlichen Gespräch mit den Patienten und deren Angehörigen diskutiert und im Sinne eines „Informed consent“ das weitere Proceedere festgelegt.

Klinisch relevante Wirkungsunterschiede der einzelnen Präparate konnten bisher nicht aufgezeigt werden. Ausschlaggebend für die Wahl des Präparates sind deshalb die Anwendungsform und damit auch das Nebenwirkungsspektrum. Hier hat die transdermal verfügbare Form von Rivastigmin als Patch eine deutliche Reduktion gastrointestinaler Nebenwirkungen gebracht. Andererseits sind beim Patch juckende Hautreaktionen recht häufig zu verzeichnen. Der tägliche zuverlässige Wechsel des Patches kann zudem praktische Schwierigkeiten bereiten, sodass eine Tabletteneinnahme aus der Medikamenten-Dosierbox (Dosett) manchmal einfacher zu handhaben ist und besser Gewähr für eine korrekte Einnahme bietet.

Auch die unterschiedlich lange Aufdosierungszeit der oralen Präparate kann die Wahl bestimmen, sie divergiert bis zum Erreichen der Maximaldosis von vier Wochen (Donepezil) bis zu über vier Monaten (Rivastigmin). Es ist aber weniger relevant, wie schnell die maximale Wirkungs-dosis erreicht wird, als vielmehr, dass sie erreicht wird. Studiendaten belegen nämlich, dass eine höhere Durchschnitts-Dosierung über die Jahre zu einem verbesserten Verlauf führen. Vor allem im Bereich der fortgeschrittenen Alzheimer-Demenz werden deshalb nun noch höhere Dosen angestrebt, was dazu führte, dass in den USA vor kurzem Donepezil in einer retardierten 23 mg/Tag-Dosierung zugelassen wurde.

Memantin

Memantin (Axura®, Ebixa®) zeigt bei mittelschwerer bis schwerer Alzheimer-Demenz eine gute Wirkung auf den verbesserten Erhalt von Alltagsfähigkeiten, aber auch für ein vermindertes Auftreten von Agitiertheit und Aggression. Letzteres ist bei fortgeschrittenen Demenzen von besonderer Bedeutung und sollte speziell bei Patienten genutzt werden, welche zu Agitiertheit und Aggressionen neigen. Wenn mit dem Einsatz dieses Medikamentes potentiell Neuroleptika vermieden bzw. deren Einsatzzeit verkürzt werden können, ist dies von Bedeutung. Zeigte sich doch in den letzten Jahren, wie schädlich Neuroleptika bei solchen Patienten sind. Sie verursachen in den ersten 30 Tagen nach Therapiebeginn 3- bis 4x häufiger schwere Nebenwirkungen wie Tod oder Hospitalisation. Auch das Auftreten von cerebrovaskulären Insulten ist erhöht. Wenn wir also mit Memantin als Basisantidementivum für das späte Stadium nicht nur die Kognition und Alltagsfähigkeiten etwas stabilisieren, sondern darüber hinaus noch den Einsatz von schädlichen Neuroleptika reduzieren können, ist die Indikation grosszügig zu stellen.

Kombination Acetylcholinesterasehemmer/Memantin

Positive Daten zu synergistischer Wirkung von AChE-H und Memantin mehrten sich. So scheinen sich Kognition und Alltagsfähigkeit besser stabilisieren und Heimeinweisungen verzögern zu lassen (3). Allerdings liegt bis heute erst eine randomisierte, placebokontrollierte Doppelblindstudie zur Kombinationstherapie vor (4). Eine Vergütung der Kombinationstherapie durch die Krankenkassen ist in der Schweiz heute (noch) nicht vorgesehen.

Medikation bei Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD)

Nach der Ursachenanalyse sind hier primär nicht-medikamentöse Massnahmen zu wählen. Eine Pharmakotherapie ist erst dann

TAB. 2 Medikamentenwahl nach Krankheitsstadium	
Leichte kognitive Beeinträchtigung (mild cognitive impairment MCI):	Es besteht keine evidenzbasierte Therapieoption. Vielversprechende Studien zu Ginkgo-Präparaten haben sich leider nicht bestätigt, insbesondere eine grosse prospektivrandomisierte Doppelblindstudie zeigte keine präventive Wirkung.
Leichte-mittelschwere Demenz:	Für den Alzheimer-Demenztyp sind in der Schweiz alle Acetylcholinesterase-Hemmer zugelassen, gemäss Limitatio werden sie bis Mini Mental Status (MMS) ≥10 Punkte vergütet. Rivastigmin in oraler Form ist zusätzlich für die Demenz bei Parkinson-Erkrankung kassenpflichtig.
Mittelschwere bis schwere Demenz:	Für den Alzheimer-Demenztyp ist Memantin zugelassen und gemäss Limitatio bei MMS zwischen ≤19 und ≥3 Punkten kassenpflichtig.

angezeigt, wenn solche Massnahmen nicht den gewünschten Erfolg bringen. Bei anhaltend depressiver Symptomatik sollte v.a. in frühen Demenzstadien ein Therapieversuch mit einem Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (Sertralin, Escitalopram) oder dem niedrigdosiert schlafanstossenden Mirtazapin durchgeführt werden. Zu erwähnen ist indes, dass eine neuere Studie die antidepressive Wirksamkeit dieser Medikamente nicht höher als diejenige von Placebo einschätzt – dies allerdings bei durchschnittlich schon schwerer demenzten Patienten.

Gegen Agitiertheit, Aggression und paranoid-halluzinatorische Symptome bei Demenz ist Risperidon in der Schweiz als einziges Neuroleptikum offiziell zugelassen (0,5–1,5 mg/Tag). Es darf aber gerade bei schwerer Kommunikationsstörung eine behandelbare Ursache für die Unruhe nicht verpasst werden (Harnverhalt, Schmerzen u.a.). So kann es sich lohnen, auch einmal probatorisch grosszügig Schmerzmittel einzusetzen (z.B. Paracetamol 3x1g/Tag).

Dr. med. Markus Bürge

Leitender Arzt / Leiter Memory Clinic
Geriatrische Universitätsklinik, Spital Netz Bern, Spital Ziegler
Morillonstrasse 75, 3001 Bern
Markus.Buerge@spitalnetzbern.ch

+ Literatur

am Online-Beitrag unter: www.medinfo-verlag.ch

Take-Home Message
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Die Therapie beginnt mit dem sorgfältigen Stellen der Diagnose und deren ausführlichen Vermittlung im Familiengespräch ◆ Dem Hausarzt fällt bei der chronisch-progredient und komplikationsreich verlaufenden Krankheit „Demenz“ eine Schlüsselposition zu ◆ Patientenorientierte nichtmedikamentöse Massnahmen sind in Kombination mit Weiterbildungs- und Unterstützungsangeboten für die Angehörigen am wirksamsten ◆ Die Indikation für Antidementiva hängt ab von der Demenz-Ursache und dem Krankheitsstadium, für ihre Wirksamkeit besteht eine gute Evidenz

Literatur:

1. Olazarán J et al. Nonpharmacological Therapies in Alzheimer's Disease: A Systematic Review of Efficacy. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2010;30:161–178
2. Birks J. Cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 1
3. Lopez OL et al. Long-term effects of the concomitant use of memantine with cholinesterase inhibition in AD. *J Neurol Neuro Psy.* 2009; 80(6): 600-7
4. Tariot PN et al. Memantine treatment in patients with moderate to severe AD already receiving donepezil - a randomized controlled trial. *JAMA* 2004; 291: 317-324