

Demenz: Diagnostik und Behandlung

Frühzeitige Diagnostik und adäquate Behandlung ersparen den Betroffenen viel Leid und der Allgemeinheit Kosten

Barbara M. Hiss

Die 73-jährige Frau X. meldet sich bei der Polizei und verlangt Hilfe. Ein gewiefter Polizeibeamter leitet ihr Begehren an den Ambulanten Dienst Alterspsychiatrie, eine aufsuchende, interdisziplinäre Hilfe gewährende Spezialabteilung der Universitären Psychiatrischen Kliniken, weiter. Ein Psychiatriepfleger besucht Frau X. zu Hause und findet sie in einer ziemlich verwahrlosten, schmutzigen Wohnung vor, wo sie zusammen mit ihrem Hund lebt. Üble Gerüche empfangen ihn. Überall steht schmutziges Geschirr mit Essensresten herum, Ungeziefer wimmelt. Frau X. klagt über eine schmerzende Zehe. Sie ist im Moment dabei, ihren Fuss zu baden. Das Badewasser ist mehrfach gebraucht, eine trüb schmutzige Brühe, in der eine tote Maus schwimmt. Frau X. will ihre dick geschwollene stark verfärbte Zehe zeigen, hebt den Fuss aus der Brühe, der Hund leckt ihn ab. – Frau X. wird auf den Notfall gebracht, der Hund vorübergehend im Tierheim platziert, die Zehe ist leider nicht zu retten.

Demenzzeichen erkennen und frühzeitig abklären

Das Beispiel von Frau X., so zugetragen im Jahr 2008 in einer grösseren Stadt mit 190 000 Einwohnern, zeigt, dass Klagen von Patienten oder Angehörigen ernst genommen werden müssen. Anzeichen von Verhaltensänderungen, von Schwierigkeiten in der Alltagsbewältigung, von Stimmungswechseln oder kognitiven Einschränkungen können auf eine Demenz hinweisen.

Auch vermeidendes Verhalten, wo mit unterschiedlichen, manches Mal durchaus einleuchtenden Gründen erklärt wird, weshalb gewisse Dinge nicht mehr getan werden, sind hoch verdächtig darauf, dass die Vermeidung möglicherweise dazu dienen soll, sich und die Umgebung nicht mit Defiziten zu konfrontieren. Nicht immer ist es Vergesslichkeit, die den Betroffenen oder ihrem Umfeld als Erstes auffällt. Eine genauere Abklärung tut not (Abbildung 1). Auch wenn der Hausarzt, dem häufig entsprechende Klagen anvertraut werden, Defizite im Mini-Mentalstatus (MMS) und/oder Uhrtest feststellt, ist eine Überweisung an eine Memory Clinic (MC) angezeigt. Die Mehrzahl der dementen Personen (etwa 75%) leben zu Hause und werden in 70 bis 80 Prozent aller Fälle von Angehörigen (mit)betreut.

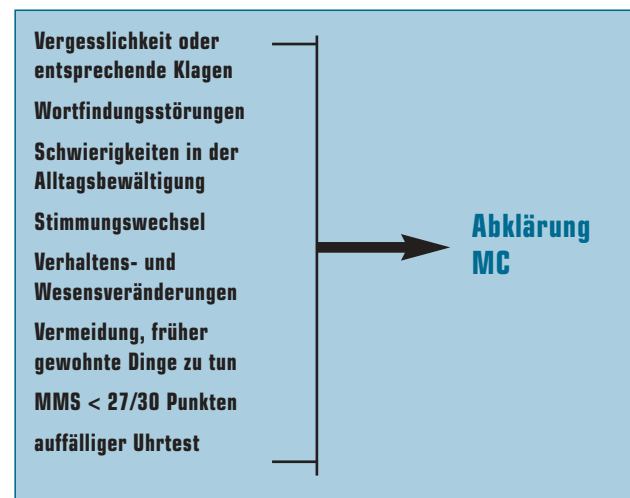


Abbildung 1: Verhaltensweisen und Auffälligkeiten, die eine genaue Abklärung in einer Memory-Klinik nach sich ziehen sollten

Therapieoptionen bei Demenz

Steht die Diagnose Demenz einmal fest, sollte unverzüglich eine adäquate Therapie eingeleitet werden. Drei verschiedene Therapieoptionen stehen zur Verfügung:

- Antidementiva
- Psychopharmaka
- psychosoziale Massnahmen.

Antidementiva

Antidementiva (Tabelle) verzögern den kognitiven Abbau bei einer Studiendauer über vier Jahre, eine eigentliche

Tabelle:

Wichtige Antidementiva

	Donepezil (Aricept®)	Rivastigmin (Exelon®)	Galantamin (Reminyl®)	Memantin (Axura®, Ebixa®)
	AchEH	AchEH + ButyrylEH	AchEH + Nicotin- modulator	N-Methyl-Deaspartat- Rezeptorantagonist
max. Serumkonzentration	3–5 h	0,5–2 h	0,5–1 h	nach h
T 1/2	70–80 h	2 h Serum 8 h Gehirn	5–7 h	
Tagesdosis	5–10 mg	2 × 1,5–6 mg	2 × 4–12 mg	2 × 5–15 mg
Indikation Demenz	leicht bis mittelschwer	leicht bis mittelschwer	leicht bis mittelschwer	mittelschwer bis schwer

Ach = Acetylcholin; EH = Esterasehemmer

Neuere Applikationsformen (Retardformen, transdermale Systeme) erleichtern die Anwendung und verbessern die Compliance.

Verbesserung der kognitiven Performanz ist nicht unbedingt zu erwarten, wohl aber eine Verlangsamung des kognitiven Funktionsverlustes (Wilcock G et al. 2005). Gleichzeitig werden oft Verhaltensstörungen gemässigt (Tariot PN et al. 2000), was zur Entlastung der Pflege (Wilcock G, Lilienfeld S 2001) beiträgt. Antidementiva wirken nicht nur bei Alzheimer-Demenz, sondern auch bei vaskulärer und gemischter Demenz (Erkinjuntti T et al. 2002). Auch Patienten mit Lewy-Body-Demenz und MCI (milde kognitive Einschränkung) scheinen von ihrem Einsatz zu profitieren. Werden Antidementiva schliesslich abgesetzt, kommt es häufig zu einem rapiden Zerfall des kognitiven Leistungsniveaus und auf diesem Boden zu einer drastischen Verschlechterung der Verhaltensproblematik. Der weitere Verlauf nähert sich dem Leistungsabfall, der ohne antidementive Therapie zu erwarten wäre.

Psychopharmaka

Neuropsychiatrische Symptome können mit psychopharmakologischen Mitteln behandelt werden. Die Palette ist wie die zugrunde liegenden Störungen mannigfaltig. Diese können in Clusters zusammengefasst werden (Abbildung 2). Für die prominenten psychiatrischen Symptome wie Depressivität und Angst resp. Wahnhaf-tigkeit und Halluzinationen werden mit gutem Erfolg Antidepressiva resp. Neuroleptika eingesetzt. Auch Unruhe, Agitation, Aggressivität und Affektlabilität lassen sich psychopharmakologisch relativ gut angehen. Wandern hingegen, Vernachlässigung, Horten und Räumen, aber auch Schreien und allgemein Verhaltensstereotypen sprechen kaum auf Medikamente an. Wandern und Agitation persistieren zudem am stärksten. Es sind aber gerade die Verhaltensstörungen, welche die Betreuung von dementen Menschen besonders anstrengend und

Kräfte zehrend machen und darum am stärksten zur Bürde der Pflegenden beitragen (Draper 2000) sowie für die Abnahme der Lebensqualität der Betreuenden verantwortlich sind.

In den Verhaltensstörungen liegt der Hauptgrund für die Unterbringung von dementen Menschen in institutionalisierten Wohnformen. Verbunden damit sind hohe Kosten.

Psychosoziale Massnahmen

Psychosoziale Massnahmen unterstützen demente Menschen und ihre betreuenden Angehörigen auf mannigfaltige Weise. Sinnvollerweise sind sie Ressourcen-orientiert und erhalten Selbstwert, Selbstbild und Selbstbestimmung der Betroffenen so weit wie verantwortbar. Sie sorgen für die nötige Sicherheit. Sie bieten Stimulation und emotionalen Kontakt für den dementen Menschen, aktivieren ihn und strukturieren den Tagesablauf. Prinzipiell passt sich die Umwelt dem dementen Patienten an und zeigt Toleranz für Unstimmigkeiten. Für die Anpassung der Umwelt wird das gesamte Milieu einbezogen: Raum, Licht oder Musik dienen als Orientierungshilfen oder wirken beruhigend resp. stimulierend. Die Lebensqualität aller Beteiligten soll hoch bleiben. Es geht um Selektion der immer noch vorhandenen Fähigkeiten und deren Optimierung, sowie um Kompensation der bestehenden Defizite (Baltes & Baltes). Orientierungshilfe bietet die Biografie des Patienten. Mentales Training erfolgt,

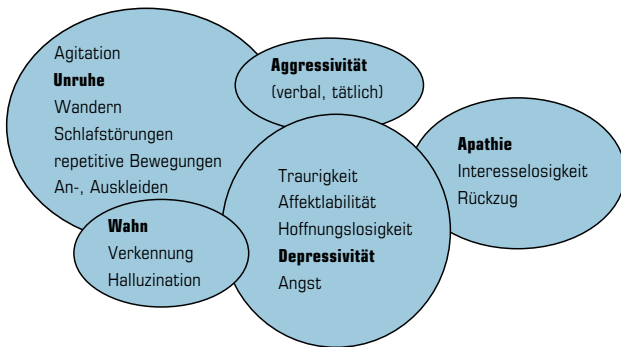


Abbildung 2: Neuropsychiatrische Symptome, zusammengefasst in Clustern

wobei Überforderung und Unterforderung vermieden werden. Würde und Respekt werden immer beachtet. Im Zentrum des Bemühens steht aber auch der pflegende Angehörige: Ihm stehen Beratung und Information zur Verfügung. Er benötigt Wissen über die Krankheit und die zu erwartende Entwicklung, Information über Entlastungsmöglichkeiten und tatkräftige Unterstützung, er braucht Geld- und Hilfsmittel, Therapie für seine eigenen Krankheiten, aber auch soziale Kontakte. Im Austausch mit anderen Betroffenen in der Angehörigengruppe oder in der Angehörigenselbsthilfe erfährt er Verbundenheit und Verständnis. Er kann seine eigenen Erfahrungen einbringen und lernt an den Erfahrungen anderer. Auf diese Weise steigert er seine Kompetenz und erfährt Wertschätzung. Seine ausserordentliche Leistung in der Pflege und Betreuung des dementen Familienmitglieds soll gewürdigt werden. Schliesslich soll die Lebensqualität der dementen Menschen und ihrer pflegenden Angehörigen verbessert werden.

Erreichbar ist die Frühdiagnostik durch Sensibilisierung der Hausärzte und der Öffentlichkeit und durch die unkomplizierte Zuführung zur qualifizierten Diagnostik und Therapie.

Noch frühzeitigere Diagnostik ist anzustreben

Als künftige Verbesserung ist eine frühestmögliche Diagnosestellung zu wünschen: Folgt daraus eine sofortige und adäquate Behandlung, kann viel Leid durch Überforderung verhindert werden. Eine frühzeitige Stabilisierung der kognitiven Fähigkeiten oder die Verzögerung des Abbaus und eine Reduktion von Verhaltensstörungen entlasten die Pflegenden und zögern unter Umständen eine Heimunterbringung um Monate hinaus, was wiederum zu grossen Kosteneinsparungen führt.

Medikamentenkosten – ein leidiges und oft falsch eingeschätztes Thema

Als Fallstrick für die Behandlung mit Antidementiva erweist sich der Verzicht auf jegliche Behandlungsversuche mit diesen pharmakologischen Mitteln aus Kostengründen. Werden allerdings die durch die Pflege verursachten Kosten und eine allfällige Heimunterbringung berücksichtigt, so ist eine Kostensenkung nur in kurzen Beobachtungszeiträumen möglich; längerfristig können trotz hoher Medikamentenpreise bei vollumfänglicher Pflege Kosteneinsparungen um bis zu 4500 Franken pro Jahr und Patient erzielt werden.

Leider werden Antidementiva häufig vorzeitig abgesetzt, weil entweder eine Kostenübernahme durch die Krankenkassen nicht mehr garantiert ist – diese richtet sich in der Regel nur nach der kognitiven Leistungsfähigkeit gemessen am MMS ohne Berücksichtigung der Verhaltensstörungen – oder die gesamten Medikamentenkosten in Institutionen durch eine Pauschale abgegolten werden, die oft durch somatisch notwendige Medikamente bereits ausgeschöpft ist. Objektivierbare Messungen von Verhaltensstörungen sind zugegebenermassen schwierig, das Ausmass einer Verbesserung derselben kann oft nur retrospektiv nach Absetzen anhand der darauf folgenden Verschlechterung des Zustandes abgeleitet werden. Dabei wird der Ausgangswert häufig nach erneutem Ansetzen der Antidementiva nicht mehr erreicht.

Gelegentlich wird auf eine Behandlung verzichtet, weil die Demenz nicht genau typisiert werden kann, obwohl ein Nutzen der cholinergen Behandlung bei allen Demenztypen ausser bei der frontotemporalen Degeneration nachgewiesen ist.

Ebenfalls aus Kostengründen wird in der Regel nur ein Antidementivum übernommen, obwohl die Kombination von Memantin zusammen mit einem Acetylcholinesterasehemmer in unserer Praxis gelegentlich eine bessere Effektstärke zeigt. ♦



Dr. med. Barbara M. Hiss
 Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie FMH
 Schwerpunkt Alterspsychiatrie
 Spitalärztin
 Oberärztliche Leitung Bereich Alterspsychiatrie
 und Ambulanter Dienst Alterspsychiatrie ADA
 Universitäre Psychiatrische Kliniken UPK
 Wilhelm Klein-Strasse 27, 4025 Basel

Interessenskonflikte: keine