

Kurzversion

Definition

Demenz (syn. Hirnleistungsstörungen) umfasst ein ätiologisch heterogenes klinisches Syndrom, das durch erworbene Einbußen von intellektuellen Fähigkeiten und Gedächtnis imponiert. Die Alzheimer (-70%) und die vaskuläre Demenz (-20%) sind die häufigsten Formen. Neben kognitiven Defiziten sollte zur Stellung der Diagnose mindestens eine weitere der folgenden Störungen vorhanden sein:

- Aphasie: Störung der Sprache
- Apraxie: Beeinträchtigung motorischer Aktivitäten
- Agnosie: Unfähigkeit, Gegenstände wiederzuerkennen
- Störung der Exekutivfunktionen, z.B. Planen, Organisieren, Einhalten einer Reihenfolge

Abwendbar gefährliche Verläufe

- ! Reversible Demenzursachen (z.B. Intoxikationen, Delir, Schilddrüsenerkrankungen, Normaldruck-Hydrozephalus, Vitaminmangel) oder therapierbare Differentialdiagnosen (z.B. Depression) sowie Begleiterkrankungen (z.B. Dekubitus)
- ! Erhöhte Verletzungs- und Unfallgefahr, z.B. im Straßenverkehr

Falls es Patient/Situation zulassen, sollte einem Verdacht auf Demenz nachgegangen werden ①.

Kein generelles Demenz-Screening bei älteren Personen, sondern Entscheidung im Einzelfall ②.

Hausärztliche Diagnostik

Anamnese und körperliche Untersuchung ①	
Eigen- und Fremdanamnese <ul style="list-style-type: none"> • Verhaltens-/Persönlichkeitsveränderung • Medikamenten- und Alkoholkonsum • Depression und Begleiterkrankungen • bestehende Risikofaktoren 	Fokus der körperlichen Untersuchung <ul style="list-style-type: none"> • neurologische Defizite • Schwerhörigkeit • Hypothyreose • Unter-/Fehlernährung
Psychometrische Tests und erweiterte Diagnostik	
Einsatz von Testverfahren, z.B. ② <ul style="list-style-type: none"> • Mini-Mental-Status-Test (MMST) • Demenz-Detektionstest (DEMTECT) • Uhrzeit-Zeichen-Test (UZT) 	Laboruntersuchungen ③ <ul style="list-style-type: none"> • Blutbild, Glukose, TSH, B12, Elektrolyte • Urin-Teststreifen • weitere bei Bedarf, z.B. Kreatinin, Folsäure, Leberwerte
Bildgebende Verfahren ④ <ul style="list-style-type: none"> • bei allen unklaren, untypischen oder rasch progredienten Verläufen • zur Diagnosesicherung • unter 65 Jahren 	Kardiovaskuläre Risikofaktoren ⑤ <ul style="list-style-type: none"> • Assessment • EKG • Pulskontrolle

Schweregradeinteilung

Schweregrad	Kognition	Lebensführung	Mini-Mental-Test
leicht	Komplizierte Aufgaben nicht mehr möglich	Eingeschränkt, aber möglich	unter 23-24
mittel	Einfache Aufgaben nur teilweise lösbar	Auf Hilfe angewiesen	unter 20
schwer	Gedankengänge nicht mehr nachvollziehbar	Selbstständige Lebensführung aufgehoben	unter 10

Gesprächsführung	Schnittstellen
Im Gespräch mit Demenzpatienten verschieben sich die Schwerpunkte von inhaltlichen Aspekten hin zu Beziehungsaspekten. Im ärztlichen Gespräch sind die Vermittlung von Ruhe, Geduld und didaktische Wiederholungen sinnvoll ①.	Eine enge Kooperation mit Pflegenden ist anzustreben ①. Überweisung zum Fachspezialisten bei ①: <ul style="list-style-type: none"> • bleibender Unsicherheit über Diagnose bzw. Therapie • zusätzlichem Hilfsbedarf • Wunsch von Patienten oder Angehörigen • (starker) Depression

Therapie

Eine Kausaltherapie der Alzheimer oder vaskulären Demenz existiert 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 drei Ebenen ①.

Pflege und Gestaltung des Umfeldes	Positive Effekte, wenn Umfeld und Pflege den Bedürfnissen und Gefühlen der Demenzkranken entsprechen ②. Pflegende Angehörige sollten über Hilfsangebote informiert werden, z.B. Angehörigengruppen, Kurzzeitpflege, Beratungstellen etc ①. Werden Betreuungspersonen unterstützt, bessert sich auch die Situation der Patienten ②.
Nicht-medikamentöse Therapie	Der Einsatz nichtmedikamentöser Maßnahmen beim Demenzkranken versucht, bestehende Fähigkeiten zu erhalten. Dabei hat das Training von alltäglichen Fertigkeiten einen vorteilhaften Einfluss auf den Krankheitsverlauf ②. Die Studienlage reicht nicht aus, um ein oder mehrere Verfahren zu favorisieren, sodass das lokale Angebot entscheidend ist ①.
Medikamentöse Therapie	Bei der leichten bis mittelschweren Alzheimer Demenz ist der Einsatz von Acetylcholinesterasehemmern (Donepezil, Galantamin, Rivastigmin) zu erwägen ②. Alle Antidementiva weisen nur eine begrenzte bzw. nicht überzeugend nachgewiesene Wirksamkeit auf ②. Die Wirkung sollte alle 3-6 Monate unter Zuhilfenahme von Testverfahren inklusive der Befragung von Patient und Betreuern evaluiert und bei rascher Progredienz überdacht werden ①. Im schweren Stadium ist das Medikament abzusetzen ①. Bei der mittelschweren bis schweren Alzheimer Demenz kann der Einsatz von Memantine als individueller Behandlungsversuch erwogen werden ②. Andere Antidementiva (Ginkgo, Piracetam, Nimodipin etc) können nach heutiger Studienlage nicht empfohlen werden ②. Therapie vaskulärer Risikofaktoren (z.B. Hypertonie) ②.

Therapie nichtkognitiver Störungen (z.B. Agitation, Psychose)

Strukturiertes Vorgehen in drei Schritten ①:

1. Optimale Umgebung und Pflege (Auslöser wie Medikamente, Schmerzen etc. beachten)
2. Nichtmedikamentöse Therapien
3. Medikamentöse Therapie erst als ultima ratio!

Verzicht auf Benzodiazepine

Bei Agitation, Psychose: Neuroleptika (cave: erhöhte Schlaganfallinzidenz)

Stärke der Empfehlungen:

① basiert auf wissenschaftlichen Studien hoher Qualität

② basiert auf sonstigen Studien

③ basiert auf Konsensausagen oder Expertenurteilen

Autoren: H.C. Vollmar, P. Mand, M. Butzlaff

Konzeption und wissenschaftliche Redaktion: S. Brockmann, A. Wolny, M. Beyer

Stand 2008 ©omikron publishing/DEGAM, www.degam-leitlinien.de

DEGAM Leitlinien

Hilfen für eine gute Medizin