

Journal für

Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

www.kup.at/
JNeuroNeurochirPsychiatr

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

**Konsensusstatement "Demenz" der
Österreichischen
Alzheimer-Gesellschaft und der
Österreichischen Alzheimer-Liga**

Jellinger KA

Journal für Neurologie

Neurochirurgie und Psychiatrie

2004; 5 (3), 6-13

Homepage:

www.kup.at/

JNeuroNeurochirPsychiatr

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Indexed in
EMBASE/Excerpta Medica/BIOBASE/SCOPUS

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031117M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-



FRÜHBUCHER-DEADLINE: 31.12.2024

13. DREILÄNDERTAGUNG 2025 | SALZBURG

Gemeinsame Jahrestagung der Deutschen
und Österreichischen Gesellschaften für
Epileptologie und der Schweizerischen
Epilepsie-Liga

26.–29. März 2025 | Salzburg

www.epilepsie-tagung.de

www.epilepsie-tagung.de



Deutsche
Gesellschaft für
Epileptologie



österreichische gesellschaft für epileptologie



Schweizerische Epilepsie-Liga
Ligue Suisse contre l'Epilepsie
Swiss League Against Epilepsy

Konsensusstatement „Demenz“ der Österreichischen Alzheimer-Gesellschaft und der Österreichischen Alzheimer-Liga*

Folgende Personen (alphabetische Nennung) erstellten dieses Statement:

C. Alf, C. Bancher, T. Benke, K. Berek, G. Bertha, T. Bodner, A. Croy, P. Dal-Bianco, F. Fazekas, P. Fischer, G. Fruhwürth, G. Gatterer, H. Hinterhuber, D. Imarhiagbe, M. Krautgartner, A. Jaksch, K. Jellinger, M. Kalousek, G. Ladurner, F. Leblhuber, A. Lechner, A. Lingg, J. Marksteiner, T. Nakajima, G. Psota, M. Rainer, G. Ransmayr, F. Reisecker, E. Rimpl, R. Schmidt, T. Walch, A. Walter, J. Wancata

A. Epidemiologie

Inzidenz und Prävalenz von Demenzerkrankungen steigen mit dem Alter an. Im Jahr 2000 litten in Österreich etwa 90.500 Personen unter einer dementiellen Erkrankung. Bis zum Jahr 2050 wird diese Zahl auf etwa 233.800 angestiegen sein. Die jährlichen Neuerkrankungen werden von 23.600 im Jahr 2000 auf 59.500 im Jahr 2050 ansteigen. Die Alzheimer Krankheit stellt die häufigste Demenzform (60–80 %), gefolgt von vaskulärer Demenz (10–25 %) und Lewy-Körperchen-Demenz (7–25 %). Andere Demenzformen sind selten und machen einen Anteil von höchstens 10 % aus. Mischformen sind häufig.

Im Jahr 2000 sind in Österreich zwischen 0,6 und 1,2 Mrd. Euro für die Versorgung Demenzkranker angefallen.

Diese jährlichen Kosten werden in den nächsten 50 Jahren auf 1,5 bis 3,2 Mrd. Euro ansteigen. Der überwiegende Teil dieser Kosten fällt nicht bei der öffentlichen Hand oder den Krankenkassen an, sondern bei den pflegenden Familienangehörigen. Studien zur Epidemiologie der Demenzen sind in Österreich dringend erforderlich.

Im folgenden werden Konsensusstatements zur Diagnostik, Therapie und Versorgung von Demenzpatienten abgegeben. Dazu sind einige allgemeine Bemerkungen erforderlich:

Jedes Konsensusstatement wird nach wissenschaftlichem Evidenzgrad und klinischer Empfehlung der Konsensuskonferenz bewertet. Der erste Teil des Ausdrucks in Klammer ist der wissenschaftliche Evidenzgrad, der zweite Teil ist der klinische Empfehlungsgrad. Der Evidenzgrad

* Der Inhalt dieses Konsensuspapieres wurde von den Teilnehmern der Konsensuskonferenz „Demenz“ der Österreichischen Alzheimer-Gesellschaft und der Österreichischen Alzheimer-Liga nach medizinischen und epidemiologischen Kriterien erstellt, die zum Publikationszeitpunkt allgemein anerkannt sind. Ein Update der Empfehlungen in absehbarer Zeit ist geplant.

Korrespondenzadresse: Univ.-Prof. Dr. med. Kurt Jellinger, Institut für Experimentelle Neurobiologie, A-1170 Wien, Kenyongasse 18; E-Mail: kurt.jellinger@univie.ac.at

für diagnostische Tests wird in Klassen von I (höchste Evidenz) bis IV (niedrigste Evidenz) bewertet, die wissenschaftliche Evidenz von therapeutischen Interventionen folgt einem Klassifizierungsschema von 1a (höchste Evidenz) bis 4 (niedrigste Evidenz). Berücksichtigt wurden nur in „peer-reviewten“ Zeitschriften veröffentlichte Arbeiten. Der Empfehlungsgrad wird von der Konsensuskonferenz von A (höchster Empfehlungslevel) bis D (niedrigster Empfehlungslevel) beurteilt und beinhaltet alle den Konsensuskonferenzteilnehmern bekannten Informationen. Im Anhang ist eine detaillierte Definition der einzelnen Evidenzgrade und Empfehlungsgrade gegeben. Der Evidenzlevel für therapeutische Intervention wurde nur aufgrund derzeit publizierter Literatur beurteilt.

B. Diagnostik

Die Diagnostik bei Demenzerkrankungen basiert auf klinischen Befunden und Zusatzuntersuchungen. Sie sollte so früh wie möglich im Demenzverlauf erfolgen, da ein früher Therapiebeginn die Prognose verbessern kann (A).

Obligatorische diagnostische Schritte (I, A)	Optionale diagnostische Schritte (I, C)
<ul style="list-style-type: none"> • Anamnese <ul style="list-style-type: none"> – Eigenanamnese – Außenanamnese – Familienanamnese – Sozialanamnese • Neurologischer Status • Psychiatrischer Status • Internistischer Status • Neuropsychologie <ul style="list-style-type: none"> – Kognitive Tests – Depressionsskalen • Laborparameter <ul style="list-style-type: none"> – Komplettes Blutbild – Elektrolyte (Na⁺, K, Cl, Phosphat) – Nierenfunktionsparameter 	<ul style="list-style-type: none"> • EEG • SPECT/PET • Genetik <ul style="list-style-type: none"> – Apolipoprotein E – Autosomal dominante Mutationen – CADASIL • Liquoranalyse <ul style="list-style-type: none"> – Tau-Protein, – Phospho-Tau-Protein – Amyloid β42 Peptid – 14-3-3 Protein • Serologie <ul style="list-style-type: none"> – Luesserologie – HIV

<ul style="list-style-type: none"> – Leberfunktionsparameter – Blutzucker – Schilddrüsenfunktionsparameter – Vitamin B₁₂/ Folsäure 	<ul style="list-style-type: none"> – Parathormon – Autoantikörper
<ul style="list-style-type: none"> • CCT, besser MRT <ul style="list-style-type: none"> – Koronare Schichten – Atrophiemuster 	

Anmerkungen zur Diagnostik:

1. Als Screening-Test und als orientierende Hilfe in der Verlaufsbeobachtung wird als Minimalerfordernis die Mini Mental State Examination (MMSE) empfohlen. Bei leichten und schweren Demenzgraden gibt es allerdings diagnostische Unschärfen. Hier sind Fremdbeurteilungsskalen und andere neuropsychologische Untersuchungen besser geeignet. Es liegt im Ermessen des erfahrenen Facharztes in Zusammenarbeit mit dem klinischen Psychologen/Neuropsychologen, zur Differentialdiagnose und Verlaufsbeobachtung zusätzlich andere, aufwendigere, validierte Tests oder Skalen zu verwenden.
2. Funktionelle Imagingverfahren können vor allem in Frühstadien differentialdiagnostisch hilfreich sein.
3. Genetische Untersuchungen sind nur bei Demenz mit frühem Beginn und positiver Familienanamnese in Erwägung zu ziehen. Apolipoprotein-E-Genotypisierung zur Bestimmung des Alzheimerisikos (prädiktive Testung) ist abzulehnen.
4. Liquormarker können in diagnostisch unklaren Fällen zusätzliche diagnostische Hinweise erbringen.

Andere Verfahren, wie Magnetresonanztomographie, evozierte Potentiale, quantitatives EEG, Bestimmung spezifischer Proteine aus Urin und Serum, die Pupillometrie, Riechtests sowie Biopsien aus der Nasenschleimhaut, sind nicht validiert; ihre diagnostische Aussagekraft ist noch offen (D). Die Hirnbiopsie ist informativ, aber belastend; nur in besonderen Ausnahmefällen ist sie erforderlich und zulässig (IV, C).

C. Therapie der Demenzen

C1. Medikamentöse Therapie kognitiver Symptome

C1.1. Alzheimer Krankheit

C1.1.1. Leichte bis mittelschwere Alzheimerdemenz (Richtwert MMSE 11–26)

- Cholinesterasehemmer sind als Mittel der ersten Wahl in der Behandlung leichter und mittelschwerer Alzheimerdemenz zu empfehlen (A).

Donepezil (Tagesdosis: 5–10 mg), Galantamin (Tagesdosis: 16–24 mg) und Rivastigmin (Tagesdosis: 6–12 mg) zeigen eine günstige Beeinflussung kognitiver Funktionen, der Alltagsaktivitäten und des globalen klinischen Eindrucks (1a). Diese Effekte sind moderat und vorwiegend durch dosisabhängige Verbesserungen oder Stabilisierung der Behandlungsgruppen bei fortlaufender Verschlechterung der Placebogruppen bedingt. Die Behandlungseffekte sind alltagsrelevant (1a). Nur die Hälfte der Patienten erhält bei langfristiger Anwendung eine adäquate Dosis (2a).

Die Wirksamkeit ist für eine Behandlungsdauer von 6–12 Monaten belegt (1a). Für eine Behandlungsdauer über ein Jahr liegen konsistent positive Ergebnisse aus offenen Fortsetzungsstudien vor (2a).

- Cholinesterasehemmer sind als Langzeittherapie einzusetzen (A).

Subanalysen aus zwei doppelblind geführten Studien zeigen, daß Patienten, die eine kürzere Therapieunterbrechung erfuhren, nach Re-Titrierung auf höherem funktionellem Niveau liegen als jene, die längere Unterbrechungen hatten (2b).

- Therapieunterbrechungen sollen vermieden werden (A).

Wirksamkeit von Cholinesterasehemmern bei MMSE < 10 ist in einer Donepezilstudie, die Patienten im MMSE-Ränge von 5–17 inkludierte, nachgewiesen (1b).

- Ein Absetzen der Therapie mit Cholinesterasehemmern bei einem MMSE ≤ 10 Punkten ist abzulehnen (A).

Cholinesterasehemmer haben unterschiedliche pharmakologische Eigenschaften. Ein Präparatwechsel kann daher bei Unverträglichkeit oder Unwirksamkeit sinnvoll sein (3).

- Der Versuch eines Präparatwechsel bei Unverträglichkeit wird empfohlen (A), bei mangelnder Wirksamkeit ist er möglich (C).
- Ein Wechsel auf andere Antidementiva als Cholinesterasehemmer ist ebenso möglich (C).

Ein unbekannter Teil der Alzheimerpatienten einer placebokontrollierten Memantinstudie (MMSE-Bereich 3–14) und einer rezenten Studie zur Kombination von Donepezil plus Memantin (MMSE-Bereich 5–14) hatte auch mittelschwere Alzheimerdemenz (MMSE-Richtwert 11–14). Die erste Studie (MMSE 3–14) zeigte signifikante positive Effekte von Memantin verglichen mit Placebo (1b). Die zweite Studie (MMSE 5–14) ergab eine signifikant bessere Wirksamkeit der Kombination von Memantin 20 mg/dl plus Donepezil verglichen mit Donepezil plus Placebo (1b). In beiden Studien erfolgte die Beurteilung hinsichtlich des globalen klinischen Eindrucks, der Alltagsaktivitäten

und neuropsychologischer und psychiatrischer Parameter.

- Memantin ist bei mittelschwerer Alzheimerdemenz (MMSE-Richtwert 11–14) Mittel der 2. Wahl. Der Einsatz wird bei Unverträglichkeit oder Unwirksamkeit von Cholinesterasehemmern empfohlen (B).
- Kombinationstherapie von Cholinesterasehemmern plus Memantin ist wegen der gegenüber Monotherapie überlegenen Wirksamkeit im mittelschweren und schweren Bereich der Alzheimerdemenz zu empfehlen (B).

Placebokontrollierte Memantinstudien bei leichter bis mittelschwerer Alzheimerdemenz sind im Gange.

C1.1.2. Schwere Alzheimerdemenz (Richtwert-MMSE 3–10) Die Wirksamkeit von Memantin in der schweren AD ist durch zwei Studien belegt. Dieser signifikante Wirksamkeitsnachweis in den Memantingruppen gegenüber den Placebogruppen bezieht sich auf Alltagsaktivitäten, den globalen klinischen Eindruck und auf kognitive Fähigkeiten (1a). Die Effekte sind alltagsrelevant.

- Memantin ist daher in der Behandlung der schweren Alzheimerdemenz als Mittel erster Wahl zu empfehlen (A).

Für die schwere Alzheimerkrankheit liegt eine kontrollierte Studie zu Donepezil vor. Sie ergab signifikant bessere Ergebnisse, verglichen mit Placebo hinsichtlich des globalen klinischen Eindrucks, von Alltagsaktivitäten und Kognition. (1b). Die Effekte sind alltagsrelevant.

- Donepezil ist als Mittel der 2. Wahl bei Patienten mit schwerer Demenz zu empfehlen (A).

In einer rezenten Studie wurde gezeigt, daß bei Patienten mit mittelschwerer und schwerer Alzheimerdemenz die kombinierte Therapie von Donepezil und Memantin einer Monotherapie mit Donepezil überlegen ist (1b).

- Die Kombinationstherapie von Memantin und Cholinesterasehemmern ist bei Patienten mit schwerer oder mittelschwerer Alzheimerdemenz (MMSE-Richtwert 5–14) anzustreben (B).

C1.1.3. Weitere Antidementiva

Eingegangen wird nur auf die in Österreich derzeit verfügbaren Substanzen in alphabetischer Reihenfolge:

Cerebrolysin:

Intravenöse Applikation von Cerebrolysin zeigte in einzelnen Studien mit kleinen Fallzahlen, die ansonsten den heutigen Anforderungen an das Studiendesign entsprachen, im Vergleich zu Placebo Verbesserungen in einzelnen neuropsychologischen Tests, verbesserte globale Funktion und verbesserte Alltagsfunktion (1a).

- Cerebrolysin kann bei Unverträglichkeit oder Verdacht auf Unwirksamkeit bei leichten Fällen nach dem Versuch eines Wechsels zwischen den einzelnen Cholinesterasehemmern als Mittel der 2. Wahl und bei mittelschweren Fällen als Mittel der 3. Wahl angewendet werden (B). Die Tatsache, daß Cerebrolysin i.v. zu verabreichen ist, ist zu berücksichtigen.

Ginkgo biloba

In einer kontrollierten, den derzeitigen wissenschaftlichen Anforderungen standhaltenden Studie wurde in einer ge-

mischten Population von Alzheimerpatienten und Patienten mit vaskulärer Demenz, aber auch in den Subgruppenanalysen der inkludierten Alzheimerpatienten, eine Wirksamkeit von Ginkgo biloba hinsichtlich neuropsychologischer Funktionen und anderer klinischer Aspekte beschrieben. Die Effekte waren bezüglich des globalen klinischen Eindrucks nicht signifikant.

Eine Metaanalyse im Rahmen eines Cochrane Reviews, welche 33 Studien mit meist kleinen Fallzahlen oft in ätiologisch heterogenen Demenzgruppen inkludierte, beschreibt ebenfalls Wirksamkeit auf kognitive Funktionen von Ginkgo biloba gegenüber Placebo (1a).

- Ginkgo biloba kann bei Unverträglichkeit oder Verdacht auf Unwirksamkeit bei leichten Fällen nach dem Versuch eines Wechsels zwischen den einzelnen Cholinesterasehemmern als Mittel der 2. Wahl und bei mittelschweren Fällen als Mittel der 3. Wahl angewendet werden (B).

Hydergin, Nicergolin, Piracetam und Pyritinol

Zur Wirksamkeit dieser Substanzen liegen für Kollektive dementer Patienten ohne differentialdiagnostische Zuordnung positive Ergebnisse vor. Eine Aussage zur Wirksamkeit bei AD ist nicht möglich (D).

- Die Anwendung dieser Substanzen bei Alzheimerpatienten kann derzeit nicht empfohlen werden.

Selegilin und Vitamin E

Vitamin E und Selegilin zeigten in einer Studie die Progredienz der Alzheimerkrankheit verzögernde Wirkung (1b). In weiteren Studien konnte keine klinische Wirksamkeit gezeigt werden.

- Eine allgemeine Empfehlung kann für Vitamin E und Selegilin nicht ausgesprochen werden.

Risikofaktoren

- Behandlung begleitender vaskulärer Risikofaktoren bei Alzheimerpatienten beeinflusst den Verlauf der Erkrankung möglicherweise günstig (3) und ist anzuraten (B).

Nahrungsergänzungsmittel

- Weder für Lecithin noch für NADH gibt es Evidenz einer klinischen Wirksamkeit. Die Anwendung wird nicht empfohlen (D).

Estrogene, nichtsteroidale Antirheumatika, Statine

- Estrogene, nichtsteroidale Antirheumatika oder Statine können derzeit weder zur Prävention noch zur Behandlung der AD empfohlen werden (D).

C1.2. Vaskuläre Demenzen

C1.2.1. Risikofaktoren und Sekundärprävention

- Sekundärprävention von Schlaganfällen wird empfohlen, da die Rezidivrate neuerlicher Insulte reduziert wird (A,1a).

Inwieweit die Behandlung von Risikofaktoren neben sekundärpräventiven Effekten auch direkte Auswirkungen auf die kognitiven Leistungen der Patienten hat, ist unklar.

Im folgenden werden die in Österreich im Handel befindlichen Substanzen im Indikationsgebiet „Vaskuläre Demenz“ in alphabetischer Reihenfolge aufgelistet und beurteilt:

C1.2.2. Cholinesterasehemmer

Donepezil verbessert die Kognition und globale Funktion von Patienten, die die NINDS-AIREN-Kriterien für wahrscheinliche oder mögliche vaskuläre Demenz erfüllen (1a). Für Galantamin besteht ein Wirksamkeitsnachweis bei Alzheimerpatienten mit möglicher vaskulärer Demenz und zerebrovaskulären Begleiterkrankungen (1b). Für Rivastigmin sind kontrollierte Studien im Gange.

- Donepezil ist bei vaskulären Demenzen als Mittel der 1. Wahl neben Sekundärprävention zu empfehlen (A).
- Galantamin ist bei Mischformen der Demenz effektiv und kann empfohlen werden (B).

C1.2.3. Ginkgo biloba

Es liegen kontrollierte Studien an gemischten Patientenkollektiven vor, die positive Effekte von Ginkgo biloba in Teilaspekten kognitiver Funktion aufzeigen. Signifikante Effekte auf globale kognitive Funktion wurden nicht nachgewiesen (1b).

- Der Einsatz von Ginkgo biloba kann einige kognitive Funktionen verbessern und ist bei Unwirksamkeit bzw. Unverträglichkeit von Cholinesterasehemmern und in weiterer Folge Memantin in Erwägung zu ziehen (B)

C1.2.4. Hydergin

In einer Metaanalyse werden Verbesserungen bezüglich kognitiver Leistung, globalem klinischem Outcome und Verhaltensauffälligkeiten beschrieben. Die Studien, die dieser Analyse zugrunde liegen, sind hinsichtlich des Designs nicht mehr zeitgemäß. Ein Effekt der Substanz ist möglich, aber nicht zweifelsfrei belegt (2a).

- Der Einsatz von Hydergin ist bei Unwirksamkeit oder Unverträglichkeit von Cholinesterasehemmern und in weiterer Folge Memantin in Einzelfällen in Erwägung zu ziehen (C).

C1.2.5. Memantin

Memantin wurde in zwei großen, den derzeitigen Anforderungen wissenschaftlicher Prüfung entsprechenden Studien bei Patienten vaskulärer Demenz geprüft und zeigte Verbesserungen der kognitiven Leistung der Patienten gegenüber Placebo, ohne daß ein signifikanter Effekt auf den klinischen Gesamteindruck nachgewiesen wurde (1a).

- Memantin ist bei vaskulärer Demenz als Mittel 2. Wahl neben Sekundärprävention zu empfehlen (B).

C1.2.6. Pentoxifylline, Piracetam, Naftidrophoryl, Nimodipin
Es bestehen inkonsistente Daten bei Studien mit meist kleinen Fallzahlen und in vielen Fällen nicht mehr dem derzeitigen Stand entsprechendem Studiendesign. Effekte sind möglich, aber nicht eindeutig nachgewiesen (2a).

- Der Einsatz dieser Substanzen ist bei Unwirksamkeit von Cholinesterasehemmern und in weiterer Folge Memantin in Einzelfällen in Erwägung zu ziehen (C).

C1.3. Demenz mit Lewy-Körperchen

Rivastigmin in einer Dosierung von 6–12 mg zeigt statistische und klinisch signifikante Verbesserungen gegenüber

Placebo bezüglich Verhaltensauffälligkeiten bei Patienten mit Lewy-Körperchen-Demenz (1b).

- Rivastigmin ist bei Lewy-Körperchen-Demenz zu empfehlen (A).

Für Donepezil weisen Fallstudien auf Wirksamkeit hin (3).

- Donepezil kann mit niedrigerer Zuverlässigkeit als Rivastigmin empfohlen werden (C).

C1.4. Frontotemporale Degenerationen

Dieser Demenzform liegt kein cholinerges Defizit zugrunde.

- Cholinesterasehemmer sind bei frontotemporalen Demenzen nicht zu empfehlen (D).
- Antidepressiva, insbesondere Serotoninwiederaufnahmememmer, können günstige Wirkungen auf die affektiven Symptome dieser Demenzformen haben (3) und werden daher empfohlen.

C1.5. Reversible oder aufhaltbare Demenzen

- Dem Basisprinzip medizinischer Kunst folgend, muß die Behandlung dieser Demenzen immer ursächlich orientiert sein (A).

Ob Behandlungsstrategien, welche die sekundäre kognitive Dysfunktion zum Ziel haben, bei diesen Patienten ebenso effektiv sind, ist nicht adäquat untersucht und bleibt Ziel zukünftiger Studien.

C2. Medikamentöse Therapie nicht-kognitiver Symptome

Neuropsychiatrische Symptome treten im Verlauf einer dementiellen Erkrankung häufig auf. Das Erscheinungsbild sowie Häufigkeit und Schwere der Symptome hängen von der Art der dementiellen Erkrankung und vom Stadium der Erkrankung ab.

- Die Behandlung nicht-kognitiver Symptomatik durch Psychopharmaka ist nur dann indiziert, wenn andere Maßnahmen nicht zum Ziel geführt haben (A).

C2.1. Psychopharmaka bei leichter und mittelschwerer Demenz verschiedener Ursache

C2.1.1. Antipsychotika

Psychotische Symptome (Halluzinationen, Wahn) bessern sich durch die Gabe von Antipsychotika bei jeder Demenzart (1a).

- Jede Antipsychotikatherapie bei dementen Patienten muß niedrig dosiert starten (A), darf nur langsam erhöht werden (A, 3) und muß initial wöchentlich, später monatlich überprüft werden (A, 3).

Risperidon ist bei psychotischen Symptomen (Halluzinationen, Wahn) und Verhaltensauffälligkeiten (aggressives Verhalten, Agitiertheit, paranoide Reaktionsbereitschaft) wirksam und in dieser Indikation in Österreich als einziges atypisches Antipsychotikum zugelassen (1a). Die empfohlene Dosis beträgt 0,5–2 mg täglich, wobei dosisabhängig extrapyramidal-motorische Nebenwirkungen auftreten können (1a).

- Risperidon ist als Antipsychotikum der 1. Wahl bei psychotischen Symptomen und Verhaltensauffälligkeiten bei Demenzpatienten zu empfehlen (A).

Die Wirksamkeit von niedrig dosiertem Haloperidol und Thioridazin bei Alzheimerdemenz oder vaskulärer Demenz ist belegt (1a). Für beide Substanzen sind schwerwiegende kardiale Nebenwirkungen und einzelne Todesfälle beschrieben. Konventionelle Antipsychotika haben extrapyramidal-motorische Nebenwirkungen und verschlechtern die Kognition (1b). Besonders niederpote Antipsychotika fördern die orthostatische Dysregulation (1b). Diese Nebenwirkungen sind bei konventionellen Neuroleptika häufiger und schwerer als bei modernen Neuroleptika (3).

- Der Einsatz konventioneller Antipsychotika als Mittel 2. Wahl nach modernen Antipsychotika kann unter Berücksichtigung oben angeführter Kautelen empfohlen werden (B).

Auch Olanzapin verbessert psychotische Symptome und Verhaltensauffälligkeiten bei Demenz, wobei die optimale Dosis bei 2,5–5 mg pro Tag liegt (1a). Olanzapin ist in Österreich in dieser Indikation nicht zugelassen. Eine Ausweisung des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen (9.3.2004) warnt aufgrund schwerwiegender Nebenwirkungen (zerebrovaskuläre Ereignisse) und erhöhter Mortalitätsrate in dieser speziellen Indikation vor der Anwendung von Olanzapin.

Es gibt Hinweise aus kleinen und offenen Studien, daß auch Quetiapin, Ziprasidon und Clozapin bei psychotischen Symptomen von Demenzkranken wirksam sein könnten (2b).

- Der Einsatz von Quetiapin, Ziprasidon und Clozapin ist unter Berücksichtigung der präparatespezifischen Nebenwirkungen nur im Einzelfall zu erwägen (C).

Die Patienten mit Demenz mit Lewy-Körperchen reagieren, wie auch Parkinsonpatienten, sehr empfindlich auf die Gabe von Antipsychotika.

- Antipsychotika mit einer relativ geringeren Blockade des Dopaminrezeptors (Quetiapin, Clozapin) sind wahrscheinlich bei Demenz mit Lewy-Körperchen von Vorteil (geringe motorische Nebenwirkungsrate), können jedoch mangels kontrollierter Untersuchungen derzeit nicht generell empfohlen werden (C).
- Wegen der möglichen motorischen Nebenwirkungen sollte Risperidon bei Demenz mit Lewy-Körperchen nur sehr niedrig dosiert werden (0,5 mg/d) (B).

Cholinesterasehemmer sind in der Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten und psychotischen Symptomen wirksam (1b), reichen aber als Monotherapie oft nicht aus. Eine Kombination mit Antipsychotika ist häufig erforderlich (A).

C2.1.2. Antidepressiva

Depressive Symptome, wie Verstimmung, Unruhe, Antriebsstörung oder Schlafstörung, können bei allen Demenzen auftreten. Bei der Alzheimerkrankheit treten depressive Syndrome besonders im frühen Verlauf auf, bei der vaskulären Demenz treten sie über den gesamten Verlauf häufig auf. Die Depression als Begleitsyndrom der Demenz wird zu selten diagnostiziert. Depressionen bei alten Menschen gehen häufig mit psychomotorischer Unruhe (Agitiertheit) einher.

Symptome der Depression bei Demenz sprechen auf Serotonin-Wiederaufnahmememmer an, wie in kleinen, aber kontrollierten Studien für Citalopram, Fluoxetin, Fluvoxamin, Sertralin und Paroxetin untersucht wurde (2b).

Paroxetin und Fluoxetin wurden nur in randomisierten Studien gegen trizyklische Antidepressiva geprüft (2b). Bei den SSRIs Citalopram und Sertralin gibt es kaum pharmakokinetische Interaktionen (1a). Von den klassischen trizyklischen Antidepressiva ist nur Imipramin bei Alzheimer-Krankheit randomisiert und kontrolliert als antidepressiv wirksam beschrieben, kommt jedoch wegen der zentralen und peripheren anticholinergen und Herz-Kreislauf-Nebenwirkungen nur als Medikament 3. Wahl in Einzelfällen in Frage (A).

Der reversible MAO-A-Hemmer Moclobemid ist bei dementen Patienten mit Depression antidepressiv wirksam (1b).

- Bei dementen Patienten mit Depressionen sind Serotonin-Wiederaufnahmehemmer oder Moclobemid als Mittel erster Wahl zu empfehlen (A). Eine Kombination von Serotonin-Wiederaufnahmehemmern und Moclobemid kann schwere Nebenwirkungen verursachen und ist daher nicht zu empfehlen.

Mirtazapin wurde in einer randomisierten Untersuchung an über 200 dementen und depressiven Patienten mit Paroxetin verglichen (2b).

- Mirtazapin kann bei dementen Patienten mit depressiven Symptomen empfohlen werden (B).
- Trazodon bessert den Schlaf dementer Patienten in niedriger Dosis zwischen 50–150 mg abends (2b, B).

Die modernen Antidepressiva Venlafaxin, Milnacipran, Escitalopram, Tianeptin und Reboxetin sind nur in Kasuistiken als wirksam und verträglich bei dementen alten Menschen mit affektiven Symptomen beschrieben (3).

- Venlafaxin, Milnacipran, Escitalopram, Tianeptin und Reboxetin sollten nur bei Unwirksamkeit von besser untersuchten Therapiemöglichkeiten in niedriger Dosis versucht werden (C).

C2.1.3. Benzodiazepine

- Bei Angst und Agitiertheit kann ein Therapieversuch mit einem Benzodiazepin (Oxazepam, Lorazepam, Alprazolam) durchgeführt werden (3), wobei auf die Nebenwirkungen (Muskelschwäche, Doppelbilder, Sturzneigung, Schläfrigkeit, paradoxe Reaktion mit Verwirrtheit) mit häufig negativer Gefahren-Nutzen-Analyse geachtet werden muß (C).
- Benzodiazepine mit besonders hoher Gefahr der Substanzakkumulation (HWZ über 24 h und/oder aktive Metabolite), wie zum Beispiel Diazepam oder Flunitrazepam, sollten alten dementen Patienten nicht verordnet werden (D).
- Als Schlafhilfe eignet sich bei Demenz jeder Schwere wegen der kurzen Wirkdauer besonders Zolpidem (B) bzw. müssen die sedierenden Nebenwirkungen gewisser Antidepressiva oder Neuroleptika, sofern diese indiziert sind, ausgenutzt werden (A).

C2.2. Psychopharmaka bei schwerer Demenz verschiedener Ursache

Psychotische Symptome (Halluzinationen, Wahn) bessern sich bei schwerer Demenz eventuell durch Therapie mit Cholinesterasehemmern und/oder Memantin (2b).

- Der Einsatz von Cholinesterasehemmern und/oder Memantin zur Therapie psychotischer Symptome bei schwerer Demenz wird empfohlen (B).

Psychotische Symptome bessern sich auch bei schwerer Demenz durch die Therapie mit Antipsychotika (siehe Ausführungen oben).

- Die Empfehlungen zum Einsatz von Antipsychotika sind ident mit jenen bei leichter und mittelschwerer Demenz (A).

Eine schwache Wirksamkeit von einigen Antiepileptika (Valproinsäure, Carbamazepin) und Benzodiazepinen bei agitierten dementen Patienten ist beschrieben (2b), diese sind jedoch wegen besser untersuchter und wirksamerer Therapien nicht 1. Wahl.

- Antiepileptika (Valproinsäure, Carbamazepin) und Benzodiazepine können bei agitierten dementen Patienten eingesetzt werden, sind aber nicht Mittel der 1. Wahl (B).
- Benzodiazepine sollen in den Indikationen Halluzination oder Wahn nicht verabreicht werden.
- Die Serotonin-Wiederaufnahmehemmer und Trazodon können die Agitiertheit auch schwer dementer Patienten bessern (C).
- Trazodon oder Zolpidem bessert den Schlaf auch schwer dementer Patienten (C).

C.3. Nichtmedikamentöse Interventionen und Therapieformen

C3.1. Nichtmedikamentöse Interventionen und Therapieverfahren

- Diese Therapieformen sollen in Kombination mit medikamentöser Therapie angeboten werden (A).

Kognitive Trainingsprogramme bei leichter und mittelschwerer Demenz können sich auf Gedächtnis, Orientierung, Sprache und Alltagskompetenz positiv auswirken (B). Psychomotorische Übungen unterstützen den Trainingseffekt (1b, A).

Verschiedene, nicht kognitive Verfahren, wie milieu-therapeutische Maßnahmen, Biographiearbeit, Musiktherapie, Kunsttherapie, Tierunterstützte Therapie und andere, wirken positiv auf die Befindlichkeit, die Stimmung und das Verhalten. Diese Effekte sind auch bei schwerer Demenz gegeben (2b, B).

Spezifische psychotherapeutische Verfahren können bei leichter und mittelschwerer Demenz in der Krankheitsbewältigung unterstützend eingesetzt werden (4, C).

C3.2. Pflege

Pflegerische Maßnahmen sind entsprechend dem Selbstfürsorgedefizit nach einer entsprechenden Pflegeanamnese und Pflegeplanung durchzuführen. Aktivierende und reaktivierende Maßnahmen, Validation und Biographiearbeit sowie basale Stimulation sind bewährte Konzepte (A).

D. Betreuungs- und Versorgungsstrukturen

Ambulante, teilstationäre und stationäre Strukturen sollten einander ergänzen und vernetzt angeboten werden. Grundsätzlich ist eine multiprofessionelle Abklärung und Hilfestellung zu empfehlen (3, A).

D1. Ambulante Versorgung

Der überwiegende Teil der dementen Patienten lebt zu Hause (70 %) und wird dort betreut. Das Verbleiben in der

vertrauten Umgebung ist ein den Krankheitsverlauf mitbestimmender Faktor. Daher kommt den ambulanten Maßnahmen besondere Bedeutung zu. Dazu zählen: Behandlung und Pflege, Unterstützung im Bereich des Wohnens und der Tagesstruktur, Hilfestellung für Angehörige und andere Betreuer, Beachtung ethisch-rechtlicher Aspekte.

D2. Teilstationäre Betreuungsformen

Teilstationäre Betreuungsformen, wie Tagesstätten und Tageskliniken, ergänzen das ambulante Versorgungsangebot.

D3. Stationäre Betreuungsformen

Stationäre Versorgungsstrukturen sind für die Betreuung schwer dementer und verhaltensauffälliger Patienten wesentlich. Hier ist ein spezialisiertes, differenziertes und patientenorientiertes, multiprofessionelles Betreuungskonzept anzustreben.

Diese Therapieformen sollen in Kombination mit medikamentöser Therapie angeboten werden.

D4. Allgemeine Aspekte der psychosozialen Betreuung

Wesentlicher Bestandteil aller psychosozialen Maßnahmen ist die Schulung und Betreuung professioneller und nichtprofessioneller Helfer (A). Dies erfordert eine gezielte Abstimmung aller Maßnahmen (case management). Eine besondere Rolle kommt dem Hausarzt und den Angehörigen zu.

E. Rechtliche und finanzielle Aspekte

Angehörige von Demenzkranken stehen vor schwierigen rechtlichen und ethischen Entscheidungen. Für den Bereich Demenz sind folgende gesetzliche Regelungen von Bedeutung:

- Die Vorsorgevollmacht
- Die Sachwalterschaft
- Das Unterbringungsgesetz
- Suche durch Polizei bei Abgängigkeit (Sicherheitspolizeigesetz)
- Entzug des Führerscheins (Führerscheinggesetz)
- Das Pflegegeldgesetz
- Befreiung von Gebühren
- Pensionsversicherung für pflegende Angehörige in der Sozialversicherung

Ausführliche Information kann bei der Selbsthilfegruppe „Alzheimer Angehörige Austria“, Tel.: 01/332 51 66, über die Homepage www.alzheimer-selbsthilfe.at sowie beim Verein für Sachwalterschaft bezogen werden.

Klassifizierung von Evidenzlevels und Empfehlungsgraden

Evidenzgrad für diagnostische Tests

Klasse I: Evidenz belegt durch eine prospektive Studie in einem breiten Spektrum von Patienten mit Demenz unter Verwendung eines goldenen Standards zur Diagnosestellung. Test wurde geblindet evaluiert und diagnostische Zuverlässigkeit wurde erhoben.

Klasse II: Evidenz belegt durch eine prospektive Studie in einem breiten Spektrum von Demenzpatienten oder durch eine retrospektive Studie unter Verwendung eines goldenen Standards zur Diagnosestellung. Ergebnisse werden mit einer Kontrollpopulation verglichen. Der Test wurde geblindet evaluiert und die diagnostische Zuverlässigkeit durch Case-Control-Design erhoben.

Klasse III: Evidenz belegt durch eine retrospektive Studie in einem engefaßten Spektrum von Patienten mit Demenz oder durch Kontrollen bei geblindeter Evaluierung des diagnostischen Tests.

Klasse IV: Jedes Design, in dem der Test ungeblindet evaluiert wurde, oder Expertenmeinung oder Fallstudien ohne Kontrollen.

Evidenzgrad für therapeutische Interventionen

1a: Evidenz durch mehrere, randomisierte kontrollierte Studien und/oder Metaanalysen.

1b: Evidenz durch eine randomisierte, kontrollierte Studie.

2a: Evidenz durch zumindest eine methodisch einwandfreie, kontrollierte aber nicht randomisierte Studie.

2b: Evidenz durch eine methodisch einwandfreie, quasi experimentelle Studie. Intervention außerhalb der Kontrolle des Untersuchers (z. B. Anwendungsbeobachtung).

3: Evidenz durch methodisch einwandfreie, nicht experimentelle Beobachtungsstudien (z.B. Fallberichte, epidemiologische Studien).

4: Evidenz durch Expertenstatements.

Klinischer Empfehlungsgrad

A: Empfohlen mit überzeugender klinischer Zuverlässigkeit

B: Empfohlen mit mäßiger klinischer Zuverlässigkeit

C: Empfohlen auf Basis individueller Umstände

D: Kann klinisch aufgrund bestehender Datenlage nicht empfohlen werden.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)