

NeuroGeriatric 2009; 6 (3): 112–114

# Leitlinien bei Demenz?

I. Füsgen<sup>1</sup>, A. Welz-Barth<sup>2</sup>

*Universität Witten-Herdecke, Kliniken St. Antonius, Wuppertal*

## Zusammenfassung

Leitlinien haben in der ärztlichen Tätigkeit eine hohe Bedeutung, wobei sie aber bezogen auf einzelne Krankheitsbilder differenziert gesehen werden müssen. Bei dem Krankheitsbild Demenz stellt sich sogar die Frage, ob eine Leitlinie entsprechend üblicher Vorgehensweise den Bedürfnissen des Dementen und den ihn behandelnden Arzt entspricht. Beispielhaft ist hier die Qualität der Demenzversorgung bezüglich der verschiedenen Versorgungsebenen angesprochen. Weiters stellt sich die Frage, ob es nicht sinnvoller ist, ein solch an den Funktionsdefiziten orientiertes Krankheitsbild auch die Leitlinien an den jeweils bestehenden Funktionsdefiziten auszurichten. Besondere Bedeutung hat sicherlich bei der altersabhängigen Erkrankung die Multimorbidität und Multimedikation im Hinblick auf die Beeinflussung des Krankheitsbildes der Demenz bzw. auch der Verschlechterung. Als mögliche Lösung statt einer Leitlinie wird ein einfaches Diagnostik- und Behandlungsmuster diskutiert.

**Schlüsselwörter:** Demenz, Geriatrie, Multimorbidität, Leitlinien

## Guidelines for Dementia?

I. Füsgen, A. Welz-Barth

### Abstract

Guidelines have a high value for the daily clinical practise in the care of all patients. The use must be related to the individual disease condition. In the case of the guided approach for dementia it remains to be addressed if the present guidelines are in the best interest of the dementia patient or the treating physician. Example is the quality of the dementia care in relation to the different care levels. Furthermore, it is important to answer the question, if it would not be appropriate for a disease with major functional deficits to have guidelines, which are based on each of the major functional deficits. Of particular interest is for the age-associated dementia to consider the effects of multimorbidity and polymedication on the symptoms of the dementia or its negative impact on disease progression. It was discussed in details that a possible simple solution would be to replace dementia guidelines with a simplified diagnostic and treatment schemata.

**Key words:** dementia, geriatrics, multimorbidity, guidelines

© Hippocampus Verlag 2009

Eine Stärke in der Medizin war es immer, Krankheitsbilder durch Beobachtung und Einschätzen zu definieren und gleichzeitig durch begleitende Forschung zu beeinflussen beziehungsweise zu heilen. Damit erreicht man eine immer stärker auf das Krankheitsbild zugeschnittene Qualifizierung in Diagnostik und Therapie.

Eine solche Vorgehensweise drückt sich heute in der Erstellung von Leitlinien bei bestimmten Krankheitsbildern aus. Voraussetzung für ein solches Vorgehen ist aber, dass man die Krankheit ursächlich diagnostizieren kann und möglichst ohne Einflussfaktoren dann entsprechend eine Therapie auf evidenzbasierten Forschungsergebnissen durchführt. Ein Vorgehen, das zur Vergleichbarkeit in der Medizin und damit auch zur Qualitätssteigerung führt.

So sind Leitlinien in der Medizin inzwischen das Maß der Dinge. Wenn es beispielsweise einmal zu schweren Komplikationen kommt, ist derjenige gut dran, der nach Leitlinien behandelt – gilt dies doch als Indiz dafür, dass er keinen Fehler begangen hat. Aber auch die Kosten einer Behandlung lassen sich mit einer Leitlinie gut rechtfertigen und die Qualität der ärztlichen Arbeit wird bisweilen an der Leitlinien-treue gemessen [6].

Leitlinien haben Eingang gefunden in die diagnostischen und therapeutischen Entscheidungsabläufe in der geriatrisch-medizinischen Versorgung, auch wenn nach wie vor erkennbare Mängel in der Qualität und »Belastbarkeit« solcher Leitlinien bestehen. Insbesondere müssen sie im Hinblick auf die Anwendbarkeit beim älteren Patienten hinterfragt werden [5]. Die Arbeitsgemeinschaft der wis-

senschaftlich medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) hat inzwischen knapp 900 Leitlinien publiziert. Die höchste wissenschaftlich gesicherte Evidenz weisen S3-Leitlinien auf. Leitlinien werden nach dem System der AWMF in drei Entwicklungsstufen von S1-S3 entwickelt und klassifiziert. Dabei berufen sich die Leitlinien selbst wiederum vielfach auf die Evidenz der empfohlenen Vorgehensweise. Diese evidenzbasierte Vorgehensweise wird zunehmend hinterfragt [6]. »Es ist ganz evident, dass die 'beste verfügbare Evidenz' nicht notwendigerweise in die beste Anwendung am individuellen Patienten überführt werden kann« [4]. Nun liegt die Erstellung einer S3-Leitlinie für die Demenz in den Endzügen. Hier stellt sich die Frage, wie sinnvoll eine solche Leitlinie für den geriatrischen Patienten ist, wenn sie sich ausschließlich auf das Krankheitsbild der Demenz konzentriert.

#### »Leitlinienwirrwarr«

In den letzten zehn Jahren herrscht ein Wirrwarr in den Therapieempfehlungen und Leitlinien für das Krankheitsbild der Demenz. Es bestehen unterschiedliche Empfehlungen, die sich teilweise an Vorstellungen von Pharmafirmen bzw. fachspezifischen institutionellen Leistungsmöglichkeiten ausrichten. Zur Zeit existieren mehr als 40 nationale und internationale Leitliniendokumente, sowie Empfehlungen und Reviews zum Thema Demenz. Die letzte deutschsprachige Leitlinie wurde von der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin [2] letztes Jahr veröffentlicht. Wenn nachfolgend manchmal auf diese neue DEGAM-Leitlinie zur Demenz eingegangen wird, so sollen nur beispielhaft Lücken bzw. Fehler aufgezeigt werden, wie wir sie auch bei anderen Leitlinien finden. Insgesamt muss diese Leitlinie der DEGAM positiv gesehen werden, denn die Leitlinie fördert die Handlungskompetenzen der Hausärzte im Umgang mit einer Krankheit, die bisher gerne in der täglichen Praxis verdrängt oder sogar tabuisiert wird.

#### Qualität

Einig ist man sich in der Gestaltung aller vorliegenden Leitlinien, dass man die Qualität der Demenzversorgung damit verbessern will. Der Qualitätsbegriff in der Demenzversorgung wird aber von verschiedenen Seiten sehr unterschiedlich definiert. Der Arzt, die Angehörigen, die Kranken- und Pflegekasse sowie die Pflege haben unterschiedliche Qualitätsvorstellungen in der Demenzversorgung. Nicht vergessen darf man dabei, dass die Frage, »was macht eigentlich die Lebensqualität des Demenzkranken aus?« noch nicht eindeutig beantwortet ist. Bei der Demenz handelt es sich um ein sehr komplexes Krankheitsbild, bei dem die Qualität der Krankheitsversorgung verschiedenste Bereiche umfasst und nicht allein auf den Demenzkranken aus ärztlicher Sicht zugeschnitten bleiben darf. Eine Leitlinie, die die Bedürfnisse des Betroffenen und seiner Umwelt nicht wahrnimmt, erscheint deshalb nicht weiterführend. Dies trifft aber auf die meisten zu.

#### Ursache und Symptomatik

Im Gegensatz zu anderen Krankheitsbildern handelt es sich beim Krankheitsbild der Demenz nicht um ein einzeln erforschtes Krankheitsbild, sondern um ein Krankheitsbild, das meistens im Alter auftritt und bei dem eine Reihe von Ursachen der dementiellen Vorgänge ungeklärt sind. Z. B. bei den großen Formen der Demenz (vaskuläre Demenz, Alzheimer-Demenz) kennen wir weder die entscheidende Ursache für die Krankheit, ja nicht einmal den gesamten Komplex der Veränderung an den untergehenden Neuronen. Es ist richtig, dass wir heute eine ganze Reihe von Risikofaktoren und möglichen Funktionsdefiziten in den von der Demenzkrankheit geschädigten Nervenzellen kennen. Welche Schädigung die entscheidende ist, bleibt allerdings noch offen. Sie hat im Wesentlichen mit der Entdeckung von Substanzen mit Einfluss auf bestimmte Hirnfunktionen durch Firmen zu tun (z. B. Durchblutungshypothese, Glykosehypothese, Cholinesterasehypothese, glutamaterge Hypothese usw.). Ähnliches gilt für histopathologische Erkenntnisse. Es wäre also sinnvoll, zum jetzigen Zeitpunkt bei einer Leitliniendiskussion nicht so sehr das einzelne Krankheitsbild in den Vordergrund zu stellen, sondern vielmehr die aus den dementiellen Vorgängen resultierenden Defizite. Hier bleiben allerdings in den vorliegenden Leitlinien – auch in der DEGAM Leitlinie – noch viele Fragen offen, obwohl Antworten eine hohe Bedeutung für die Lebensqualität der Betroffenen und die medizinischen Maßnahmen hätten. Beispielhaft seien hier Sprach- und Sprechstörungen, Schluckstörungen, Zahnstatus, Stürze und Obstipation genannt.

#### Multimorbidität

Bei der Demenz handelt es sich um eine typisch altersabhängige Erkrankung. Die höchsten Krankheitsraten finden wir in den höheren Altersgruppen. Damit stellt die Demenz im Rahmen der Multimorbidität des Älteren eine von mehreren behandlungsbedürftigen Krankheitsbildern dar. Nach vorliegenden Untersuchungen scheint es sogar so zu sein, dass vulnerable Krankheitsbilder wie die Demenz eine höhere Multimorbidität aufweisen als Nichtdemente. In den vorliegenden Demenzleitlinien wird das Problem der Multimorbidität und Multimedikation meist nicht angesprochen (z. B. DEGAM-Leitlinie 2008). Im Übrigen fehlt bisher eine grundsätzliche Leitlinie zur Behandlung multimorbider Patientinnen und Patienten. Die therapeutische Entscheidung, die für einen Patienten mit einer einzigen Erkrankung leitliniengerecht gefällt wird, muss nicht mehr unbedingt die richtige sein, wenn dieser Patient an zwei oder mehr Krankheiten leidet. Auf der Veranstaltung des Zukunftsforums Demenz in Berlin zu diesem Thema führte Herr Prof. Dr. Gerd Glaeske aus, dass die strikte Anwendung von Leitlinien bei einer multimorbiden Patientin zu einer nicht mehr verträglichen Anzahl von Arzneimitteln und Interaktionen führt – der Nutzen für die Patienten bleibt eher fragwürdig, der Schaden ist dagegen erkennbar.

[3]. Dies würde für die Anwendung der geplanten S3-Leitlinie Demenz in der bisherigen Ausführung für die tägliche Praxis bei multimorbiden Älteren gelten.

Das Risiko unerwünschter Arzneimittelwirkungen steigt mit der Zahl der eingenommenen Medikamente in etwa exponentiell an. Besondere Bedeutung für eine Demenzleitlinie hätten hier insbesondere unerwünschte Arzneimittelwirkungen im Hinblick auf die Kognition. Beispielhaft sei hier nur die anticholinerge Nebenwirkung vieler Arzneimittel erwähnt, die häufig bei Älteren eingesetzt werden [1]. Zu beachten sind aber nicht nur die Nebenwirkungen und die Interaktionen zwischen den einzelnen verordneten Medikamenten. Auch durch Patienten- individuelle Faktoren wie reduzierte Eliminationskapazität von Leber und Niere zeigen sich eine geringere therapeutische Breite oder steilere Wirkungskurven bei der Verabreichung vieler Medikamente. Diese Fragestellungen werden aber in fast allen Leitlinien zur Demenz tabuisiert. Dies gilt im Übrigen auch für die Leitlinie der DEGAM und würde auch für die Anwendung der geplanten S3-Leitlinie Demenz in der bisherigen Ausführung für die tägliche Praxis gelten.

### Einfaches Diagnostik- und Behandlungsmuster

Natürlich wäre es wünschenswert, eine Leitlinie für die Multimorbidität des geriatrischen Patienten mit entsprechenden Behandlungspfaden für bestimmte Krankheitsbilder wie z.B. der Demenz zu haben. Noch sinnvoller wäre eine »Individualmedizin« nach dem Konzept der Personalized Medicine, das genetische und molekularbiologische Informationen des einzelnen Patienten nutzt, um seine medizinische Versorgung individuell anzupassen. Diese dazu ergänzt durch die komplexen Einflussfaktoren und Beziehungen, die für das Krankheitsbild der Demenz Bedeutung haben, wäre ideal. Solange wir diese Möglichkeiten nicht haben, brauchen wir für die Geriatrie ein einfaches Diagnostik- und Behandlungsmuster auf der Basis eines umfassenden geriatrischen Assessments, das dann individuell variiert und angepasst werden muss. Die Demenz-Therapie sollte man in eine Basistherapie mit besonderer Beachtung des Demenztyps und eine ergänzende dem jeweiligen Stadium der Demenztherapie angepasste, interdisziplinäre Therapie unterteilen.

In der Basistherapie steht die Behandlung der Multimorbidität mit den Problemen der Multimedikation im Vordergrund. Die »geriatrische Diagnose«, bestehend aus organspezifischer Erfassung und der Erfassung der funktionellen Defizite, bildet hierbei die Grundlage. Nicht vergessen sollte man dabei, Wertvorstellungen des alten Patienten miteinzubeziehen. Dazu sollten in jedem Stadium bis auf das Endstadium der Demenz Antidementiva verabreicht werden, da sie zur Zeit die einzige medikamentöse Möglichkeit zur Beeinflussung des Krankheitsverlaufes und der Krankheitssymptome darstellen. Daneben verdienen Verhaltensstörungen besondere Beachtung und allgemeine Maßnahmen (z.B. Diät, Bewegung, Angehörigenbetreuung) sollten über den gesamten Krankheitsverlauf sicher-

gestellt sein. Die ergänzenden Therapien (z. B. Gedächtnistraining, realitätsorientierendes Training, Toilettentraining) sollten dem jeweiligen Stadium der Erkrankung mit seiner individuellen Ausprägung interdisziplinär im Team angepasst werden.

Die bisher vorliegenden Leitlinien und Empfehlungen und auch die fertigwerdenden S3-Leitlinie zur Demenz lassen nicht nur viele Fragen offen, sondern sie werden vielen für die Lebensqualität des Betroffenen wichtigen Fragen überhaupt nicht gerecht. Für den geriatrischen Patienten ist eine Basistherapie auf der Grundlage eines umfassenden Assessments für den älteren Demenzkranken unter besonderer Beachtung der altersabhängigen Multimorbidität, verbunden mit einer stadienabhängigen teamorientierten Behandlung angezeigt.

### Literatur

1. Ancellin M, Artero S, Porlet F, et al.: Non-degenerative mild cognitive impairment in elderly people and use of anticholinergic drugs. *Brit Med J* 2006; 332: 455-459.
2. DEGAM-Leitlinie Nr. 12: Demenz. Omikon publishing, Düsseldorf, 2008.
3. Glaeske G. Stehen bei multimorbiden Patienten Leitlinien im Wettbewerb? 30. Workshop des Zukunftsforums Demenz, Berlin, 25.02.2009.
4. Schölmicher J: Evidence based Medicine. *Arzneimitteltherapie* 2007; 26: 201-202.
5. Weiss B: Leitlinien in höherem Lebensalter. *Z Gerontol Geriat* 2008; Suppl 1: 69.
6. Wiedemann B: Werden Leitlinien immer wertloser? *Cardio News* 2009; 3: 4.

### Interessenvermerk:

Es besteht kein Interessenkonflikt.

### Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Ingo Füsgen  
 Prof. Dr. Annette Welz-Barth  
 Lehrstuhl für Geriatrie der Universität Witten/Herdecke  
 Geriatrische Kliniken der Kliniken St. Antonius  
 Carnaper Straße 60  
 42283 Wuppertal  
 E-Mail: ingo.fuesgen@antoni.us.de