

NeuroGeriatric 2011; 8 (1): 18–19

Demenz – state of the art: Die neue S3-Leitlinie

Frank Jessen, Klinik für Psychiatrie des Universitätsklinikums Bonn

Seit November 2009 liegt die gemeinsame S3-Leitlinie Demenzen der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) und der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) vor. Entsprechend dem S3-Niveau basiert die Leitlinie auf einer formalisierten und transparent einsehbaren Evidenzrecherche sowie auf einem formalisierten Konsensusprozess mit insgesamt 28 Gesellschaften, Verbänden und Organisationen, die an der Versorgung von Demenzkranken beteiligt sind. Die Leitlinie ist somit methodisch eine der hochwertigsten zum Thema Demenz weltweit. Inhaltlich deckt

die Leitlinien neben der Alzheimer-Demenz auch die vaskuläre Demenz, die frontotemporale Demenz, die Demenz bei M. Parkinson und die Lewy-Körperchen-Demenz ab. Sie ist in die Teile Diagnostik, pharmakologische antidementive Therapie, psychosoziale Interventionen, Behandlung von psychischen und Verhaltensstörungen sowie Früherkennung und Prävention gegliedert.

Die erste Empfehlung ist, allen Personen, die an einer Demenz erkrankt sind, eine adäquate Diagnostik inklusive ätiologischer Zuordnung der Demenz zu ermöglichen. Die Diagnostik der Demenz besteht aus drei Schritten (Abb. 1). Diese sind die syndromale Diagnose einer Demenz inklusive Schweregrad, der Ausschluss sog. sekundärer Demenzursachen und die ätiologische Zuordnung der Demenz zu einer primären Demenzerkrankung. Die notwendigen Verfahren hierfür sind neben der klinischen Untersuchung die Durchführung eines kognitiven Kurztestes, einer Blutlaboruntersuchung und einer zerebralen Bildgebung. Darüber hinaus können u. a. eine ausführliche neuropsychologische Testung, weitergehende Laboruntersuchungen, Liquordiagnostik oder zusätzliche bildgebende Untersuchungen notwendig sein, um insbesondere eine ätiologische Zuordnung der Demenz zu erreichen. Am Ende des diagnostischen Prozesses sind der Erkrankte und ggf. die Angehörigen in einer angemessenen Weise über die Befunde aufzuklären und zu beraten.

Im Bereich der antidementiven Pharmakotherapie wird der Einsatz von Acetylcholinesterasehemmern und Memantin in den jeweiligen Indikationsbereichen empfohlen (Abb. 2). Darüber hinaus werden Empfehlungen mit geringerer Empfehlungsstärke auch für den Off-label-Einsatz gegeben, falls es ausreichende Evidenz für diese Empfehlungen gibt. Einen wesentlichen Stellenwert in der Behandlung der Demenz haben neben der Pharmakotherapie die psychosozialen Interventionen (Abb. 3). Auch wenn die wissenschaftliche Literatur hierzu nicht die Qualität erreicht, wie sie bei

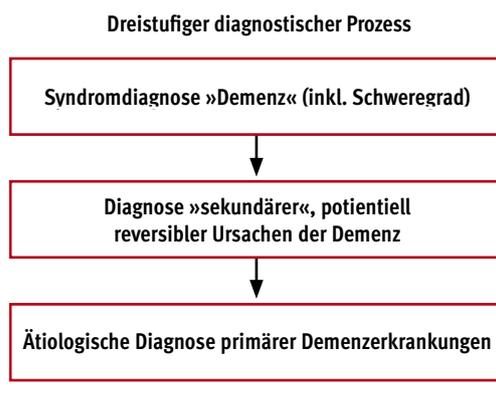


Abb. 1: Die Diagnostik der Demenz in drei Stufen

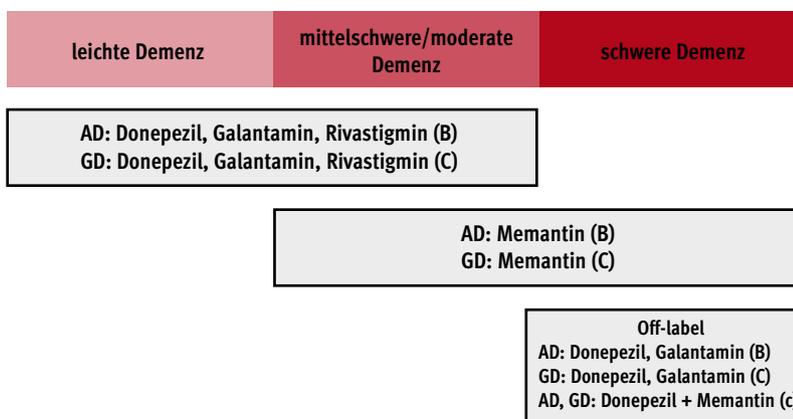


Abb. 2: Antidementive Behandlung bei Alzheimer-Demenz (AD) und gemischter Demenz (GD)

pharmakologischen Verfahren vorliegt, werden in der Leitlinie konkrete Empfehlungen gegeben. Der Hintergrund für dieses Vorgehen in der Leitlinie ist die Auffassung, dass psychosoziale Verfahren Kernbestandteil der Behandlung von Demenzkranken sind. Die stärkste Evidenz bei den psychosozialen Verfahren liegt für die Angehörigenarbeit vor. Problemorientierte und möglichst individualisierte Angehörigenarbeit sollte Bestandteil jeder Behandlung von Demenzkranken sein.

Ebenfalls einen großen Raum nimmt die Behandlung von psychischen und Verhaltenssymptomen bei Demenz ein. Hier stehen auch für die Prävention psychosoziale Verfahren im Vordergrund. Insbesondere Kommunikations- und Milieugestaltung haben wesentliche Effekte auf psychische und Verhaltenssymptome bei Demenz. Sollten durch psychosoziale Verfahren keine ausreichenden Effekte erzielt werden, muss ggf. pharmakologisch behandelt werden. Falls Antidepressiva zum Einsatz kommen, sollten Substanzen ohne anticholinerge Wirksamkeit gewählt werden. Antipsychotika sollen aufgrund des erhöhten Risikos für zerebrovaskuläre Ereignisse und erhöhter Mortalität bei Demenz immer nur bei zwingender Notwendigkeit und nur kurzfristig gegeben werden. Das Antipsychotikum mit bester Evidenz für Wirksamkeit bei psychotischen und aggressiven Symptomen ist Risperidon, welches für diese Indikation auch die Zulassung hat.

Das in der Forschung im Fokus stehende Thema der Früherkennung von Demenzerkrankungen, u. a. im Stadium der leichten kognitiven Störung (mild cognitive impairment), ist in der Leitlinie erwähnt. Die Konzepte sind aber nach Meinung der Leitliniengruppe noch nicht ausgereift genug, um Empfehlungen für die klinische Praxis zu geben, die über eine erhöhte klinische Aufmerksamkeit diesen Patienten gegenüber hinausgehen. Die Empfehlungen zur Prävention leiten sich aus epidemiologischen Untersuchungen ab und beziehen sich insbesondere auf die Kontrolle kardiovaskulärer Risikofaktoren bereits ab dem mittleren Lebensalter.

Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) hat als einzige große Gesellschaft nicht am Konsensusprozess der Leitlinie teilgenommen, da sie eine eigene Leitlinie zum Thema Demenz veröffentlicht hat. Die beiden Leitlinien unterscheiden sich in einigen Punkten. Aktuell wird im Rahmen des Prozesses der Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL) versucht, beide Leitlinien zu integrieren.



Abb. 3: Psychosoziale Interventionen

Die Leitlinie mit der vollständigen Begleitdokumentation ist im Internet erhältlich (www.leitlinien.net).

Korrespondenzadresse:

PD Dr. med. Frank Jessen
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Bonn
Sigmund-Freud-Straße 25
53105 Bonn
E-Mail: Frank.Jessen@ukb.uni-bonn.de