

Hintergrund: Gemeinsame Presseinformation der DGPPN und der DGN

Die Leitlinie Demenzen 2016: Punkt für Punkt

Berlin, 27. Januar 2016 – Mit einem Umfang von 133 Seiten und 21 Tabellen bringt die vollständig neu überarbeitete „Leitlinie Demenzen“ zu Beginn des Jahres 2016 das Wissen um die bestmögliche Erkennung, Behandlung und Betreuung von Menschen mit der Alzheimer-Erkrankung und anderen Demenzen auf den neuesten Stand. Den unter der Steuerung von Prof. Dr. med. Günther Deuschl von der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) und Prof. Dr. med. Wolfgang Maier von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) erarbeiteten Empfehlungen der höchsten Qualitätsstufe S3 liegen allein 418 wissenschaftliche Publikationen zugrunde. Zusätzlich sind die Erfahrungen von weiteren 21 Fachgesellschaften, Berufsverbänden und weiteren mit Demenzen befassten Organisationen mit eingeflossen.

Begleitet wird die neue Leitlinie von einem Methodenreport und von Evidenztabelle, der auf nahezu 150 Seiten größtmögliche Transparenz herstellt und die insbesondere auch die Veränderungen und Ergänzungen gegenüber früheren Demenz-Leitlinien klarstellt. Erstmals wurde eine Leitlinie der Gesellschaften vor der Fertigstellung im Internet zur Kommentierung veröffentlicht. Im Einzelnen heben Experten der DGN und der DGPPN folgende Punkte hervor (die Zahlen in Klammern verweisen auf die entsprechende Empfehlung in der Leitlinie):

Psychosoziale Interventionen sind gleichrangig mit medikamentöser Therapie

Den hohen Stellenwert psychosozialer Interventionen bei der Behandlung und Betreuung von Demenzkranken betont einer der beiden Sprecher der Leitlinie, Prof. Wolfgang Maier von der DGPPN. „Ansätze und Ziele dieser Verfahren sind wesentlich breiter als die der pharmakologischen Therapien. Gleichzeitig ist aus methodischen Gründen die Qualität der Studien zu den einzelnen Verfahren oft geringer als bei pharmakologischen Prüfungen“, heißt es in der Leitlinie.

Im Vergleich zu einer Medikamentenstudie ist beispielsweise eine Verhaltenstherapie weniger leicht zu verblinden, und sie ist wegen fehlender finanzieller Anreize auch schwieriger zu finanzieren. Seit der ersten Ausgabe der Leitlinie Demenz ist jedoch eine größere Zahl qualitativ hochwertiger Studien zu psychosozialen Interventionen erschienen, während es bei der Arzneimittelentwicklung keine größeren Fortschritte gegeben hat. „Dies führte dazu, dass psychosoziale Interventionen gleichrangige zentrale Bausteine im Gesamtbehandlungsplan von Demenzerkrankungen sind“, so Maier.

Bei Patienten mit leichter bis moderater Demenz sehen die Experten Evidenz für den Nutzen einer kognitiven Stimulation, nicht jedoch für kognitives Training (73). Bei Reminiszenzverfahren fänden sich Hinweise auf Wirkung für alle Schweregrade der Demenz (74).

Ergotherapeutische Maßnahmen sollten bei Patienten mit leichter bis mittelschwerer Demenz angeboten werden. Individuell angepasst und unter Einbeziehung der Bezugspersonen, könnten sie zum Erhalt der Alltagsfunktionen beitragen (75).

Körperliche Aktivität und leichtes Training erscheinen ebenfalls nützlich. Es gebe Hinweise, dass sich damit kognitive Funktionen verbessern ließen, ebenso Alltagsfunktionen, psychische und Verhaltenssymptome, Beweglichkeit und Balance (76).

Hinweise auf günstige Effekte fanden die Demenzexperten zudem für bestimmte künstlerische Aktivitäten. So könne eine aktive Musiktherapie bei psychischen und Verhaltenssymptomen bei Alzheimer-Demenz angeboten werden (77), und eine rezeptive Musiktherapie könne geringe Effekte auf agitiertes und aggressives Verhalten haben (78).

Einstimmig war das Votum der Experten bezüglich der Verwendung von Aromastoffen, denen „geringe Effekte auf agitiertes Verhalten und allgemeine Verhaltenssymptome bei Patienten mit mittel- bis schwergradiger Demenz“ attestiert werden (79), für multisensorische Verfahren (Snoezelen) mit individualisierten, biographiebezogenen Stimuli, die Freude und Aktivität bei moderater bis schwerer Demenz fördern (80), Angehörigentaining zum Umgang mit psychischen und Verhaltenssymptomen der Kranken (82), familienähnliche Esssituationen (84) und eine strukturierte soziale Aktivierung tagsüber, die den Schlaf-Wach-Rhythmus verbessern kann (85).

Die Pflegenden von Demenzkranken fühlen sich oft überfordert und entwickeln infolgedessen gesundheitliche Probleme. Daher sind intensive Angehörigentrainings besonders wichtig, die das Wohlergehen des Demenzkranken befördern und gleichzeitig zu einer Entlastung des Pflegenden Angehörigen führen (83, 86).

Ansätze zur Prävention

„Wir haben gute Hoffnung, dass Alzheimer und andere Demenzen durch Präventionsmaßnahmen gebremst oder gar verhindert werden können“, berichtet Prof. Dr. med. Frank Jessen aus Köln, Leitlinienkoordinator der DGPPN. In der Leitlinie heißt es dazu eindeutig: „Vaskuläre Risikofaktoren und Erkrankungen (z. B. Hypertonie, Diabetes mellitus, Hyperlipidämie, Adipositas, Nikotinabusus) stellen auch Risikofaktoren für eine spätere Demenz dar. Daher trägt deren leitliniengerechte Diagnostik und frühzeitige Behandlung zur Primärprävention einer späteren Demenz bei.“ (94) Eine „Anti-Demenz-Diät“ gibt es zwar nicht, immerhin aber Hinweise, dass Fisch und eine Mittelmeerdiät protektiv sein könnten. Die Experten mahnen deshalb zu einer ausgewogenen Ernährung. Leichter bis moderater Alkoholkonsum zeigte zwar in einigen Studien protektive Effekte, wegen der Abhängigkeitsgefahr und toxischer Eigenschaften des Alkohols wird diese Strategie aber nicht empfohlen. Positiv ist das Votum dagegen für einen aktiven Lebensstil mit körperlicher Bewegung, sportlicher, sozialer und geistiger Aktivität (95). Den Beleg für eine medikamentöse Prävention mit speziellen Demenzpräparaten gibt es derzeit noch nicht.

Medikamentöse Therapie mit einer Handvoll Präparaten

„Schätzungsweise 50.000 Wissenschaftler weltweit forschen an der Alzheimer-Erkrankung. Dutzende Wirkstoffe befinden sich in klinischen Studien – und doch gibt es noch kein Medikament, das einen krankheitsmodifizierenden Effekt besitzt, und es ist kurzfristig leider auch keines in Sicht“, so Prof. Richard Dodel, Kommissarischer Leiter der Klinik für Neurologie, Universitätsklinikum Marburg, Mitglied der Leitlinien-Expertengruppe für die DGN.

Das Wissen über ein kleines Arsenal von vier Medikamenten in der Alzheimer-Therapie hat sich allerdings verfestigt. Mit ihnen wird die sogenannte Kernsymptomatik, also der Verfall kognitiver Fähigkeiten, behandelt. Sie müssen aber sehr differenziert je nach Patient, je nach Neben- und Wechselwirkung oder Grad der Erkrankung eingesetzt werden.

Neu aufgenommene Empfehlungen betreffen zum Beispiel die Langzeitbehandlung von Alzheimerpatienten bei klinischer Progredienz ins mittlere bis schwere Krankheitsstadium. Das Absetzen von Acetylcholinesterase-Hemmern berge das Risiko einer klinischen Verschlechterung und solle nur vorgenommen werden, wenn die Nebenwirkungen den Nutzen übersteigen (34).

Memantin ist bei moderater bis schwerer Alzheimer-Demenz angezeigt, denn es wirkt auf Kognition, Alltagsfunktion und klinischen Gesamteindruck der Patienten (37). Bei leichtgradiger kognitiver Beeinträchtigung sehen die Experten jedoch keine Wirkung des Präparates und raten vom Einsatz ab (38).

Zu den günstig beurteilten Präparaten ist Ginkgo biloba EGb 761 hinzugekommen. Hier gebe es Hinweise für die Wirksamkeit bei Patienten mit leichter bis mittelgradiger Alzheimer-Demenz oder vaskulärer Demenz und nicht psychotischen Verhaltenssymptomen. „Eine Behandlung kann erwogen werden.“ (42)

Viele weitere Medikamente werden derzeit bei Demenzpatienten angewendet, obwohl sie in Studien keine Wirkung gezeigt haben. Die Leitlinie listet diese Wirkstoffe auf. Schließlich versprechen sich viele Patienten und Angehörige eine Besserung von Nahrungsergänzungsmitteln. „Doch auch hier zeigt die Leitlinie, dass von den derzeit zur Verfügung stehenden Präparaten keine sicher nachgewiesene Wirkung ausgeht“, so Dodel.

Früherkennung – ein grundsätzliches Recht für die Patienten

„Allen Patienten mit klar definierten Vorzeichen einer Alzheimer-Demenz kann schon Jahre vor einer ausgeprägten Manifestation eine Früherkennung angeboten werden“, fasst Prof. Dr. med. Jörg B. Schulz, Direktor der Neurologischen Klinik, RWTH Aachen und Mitglied der Leitlinien-Expertengruppe für die Deutsche Gesellschaft für Neurologie, einen weiteren Abschnitt der neuen Leitlinie zusammen.

Mit bestimmten Verfahren liegt die Vorhersagestärke mit der Demenzvorstufe MCI (Mild Cognitive Impairment) inzwischen bei 85 bis 90 Prozent. Die Patienten haben daher ein Recht auf diese Diagnostik und die im Anschluss möglichen Präventionsmaßnahmen. „Das Recht auf Nichtwissen bleibt natürlich bestehen“, betont Schulz. Dies bedeutet, dass die Frühdiagnostik nur nach vorheriger Aufklärung, mit Einwilligung des Patienten und auch mit einer entsprechenden Betreuung nach der Diagnose erfolgen darf. Dabei ist auch zu prüfen, inwiefern der Patient überhaupt einwilligungsfähig ist (2).

Weder kognitive Tests und Kurztests noch apparative diagnostische Verfahren werden empfohlen, wenn keine Verdachtsmomente vorliegen (7).

Bei der Früherkennung sind ausführliche Gedächtnistests zu empfehlen. Das Screening von Patienten ohne Beschwerden mit Kurztests (z. B. MMST, DemTEct, TFDD) wird allerdings nicht empfohlen (6). Liquorbasierte neurochemische Demenzdiagnostik kann in klinisch unklaren Fällen im Rahmen der Erstdiagnostik die Differenzierung zwischen primär neurodegenerativen Demenzerkrankungen und anderen Ursachen eines Demenzsyndroms einen Beitrag leisten (17).

Auch die Darstellung des zerebralen Amyloids mittels PET (Positronenemissionstomographie) zur Differenzialdiagnose bzw. ätiologischen Zuordnung kann in unklaren Fällen angeraten sein. Ein positiver Amyloid-Nachweis mittels PET muss im Gesamtkontext, insbesondere unter Beachtung des klinischen Befundes interpretiert werden. Bei Demenz kann ein positiver Amyloid-PET-Befund auf eine zugrundeliegende Alzheimer-Krankheit belegen, während ein negativer Amyloid-PET-Befund sie ausschließt (26).

Wem tatsächlich die Frühdiagnose einer Demenz oder ein erhöhtes Risiko dafür attestiert wird, dem kann eine Teilnahme an Studien angeboten werden, die das Ziel haben, nicht nur die Symptome, sondern auch den Verlauf der Erkrankung zu modifizieren, also das Fortschreiten zu stoppen oder zumindest zu verlangsamen. „Damit gewinnen die Patienten möglicherweise Lebensqualität und Lebenszeit“, so Schulz.

Download der Leitlinie Demenzen 2016

Die Leitlinie ist auf den Internetseiten der beiden Fachgesellschaften DGN und DGPPN zu finden: www.dgn.org und www.dgppn.de

Kontakt

Pressestelle der DGPPN

Tel.: +49 (0)30 2404 77211

E-Mail: pressestelle@dgppn.de

Pressestelle der DGN

Tel.: +49 (0)89 46148622

E-Mail: presse@dgn.org

*Die **Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)** ist eine medizinische Fachgesellschaft. Sie wurde 1842 gegründet und zählt heute mehr als 8500 Mitglieder. Damit ist sie die größte und älteste wissenschaftliche Vereinigung von Ärzten und Wissenschaftlern, die in Deutschland auf den Gebieten Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde arbeiten. Sitz der Geschäftsstelle ist Berlin.*

www.dgppn.de

*Die **Deutsche Gesellschaft für Neurologie e. V. (DGN)** sieht sich als neurologische Fachgesellschaft in der gesellschaftlichen Verantwortung, mit ihren mehr als 8000 Mitgliedern die neurologische Krankenversorgung in Deutschland zu sichern. Dafür fördert die DGN Wissenschaft und Forschung sowie Lehre, Fort- und Weiterbildung in der Neurologie. Sie beteiligt sich an der gesundheitspolitischen Diskussion. Die DGN wurde im Jahr 1907 in Dresden gegründet. Sitz der Geschäftsstelle ist Berlin.*

www.dgn.org