

Kliniktag

„Alzheimer Demenz“

Samstag, 2. Februar 2008
9.00 Uhr bis 13.30 Uhr

Festsaal AUGUSTA Seniorenheim

AUGUSTA Krankenhaus gGmbH
Bochum Linden
Dr.-C.-Otto-Str. 27, 44879 Bochum



In Kooperation mit Eisai GmbH
und PFIZER PHARMA GmbH



Programm

- 09.00 Uhr **Begrüßung und Einführung**
Dr. med. Olaf Hagen, Bochum
Christiane Wähler, Bochum
- 09.15 Uhr **Demenz und Depression – differentialdiagnostische Abgrenzung in der Praxis**
Prof. Dr. Pasquale Calabrese, Bochum
- 10.00 Uhr **Von der Verhaltensstörung bis zum Sturz –
Manifestationen der Demenz und Begleiterkrankungen**
Dr. med. Olaf Hagen, Bochum
- 10.45 Uhr Kaffeepause
- 11.15 Uhr **Entlassung und was dann? – Die ambulante Versorgung von Demenz-Patienten**
Christiane Wähler, Bochum
- 12.00 Uhr **Medikamentöse Demenz-Therapie – Der aktuelle Stand**
Prof. Dr. Hans Förstl, München
- 12.45 Uhr **Abschlussdiskussion**
Dr. med. Olaf Hagen, Bochum
Christiane Wähler, Bochum
- 13.00 Uhr **Mittagsimbiss**



**Prof. Dr. Pasquale Calabrese,
Bochum**

**Demenz und Depression –
differentialdiagnostische
Abgrenzung in der Praxis**

A B S T R A C T

Demenz und Depression – differentialdiagnostische Abgrenzung in der Praxis

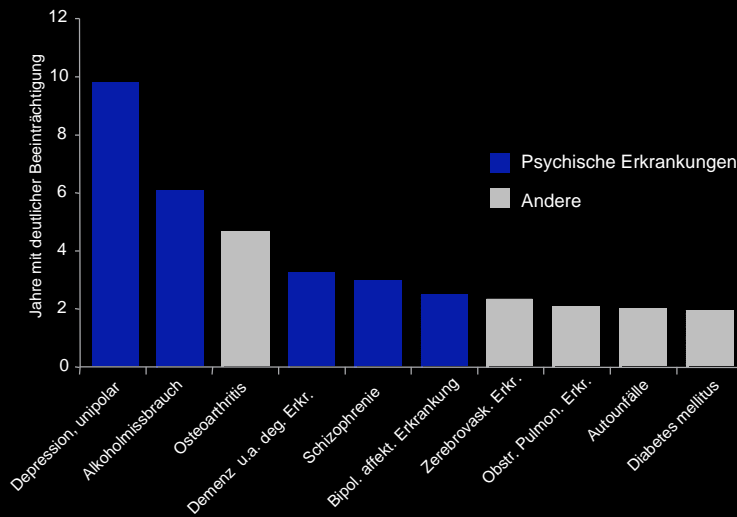
Prof. Dr. Pasquale Calabrese

Knappschafts Krankenhaus
Klinik für Neurologie
In der Schornau 23 – 25, 44892 Bochum

Obgleich Altern nicht grundsätzlich mit einem mentalen Leistungsabbau, sondern vielmehr mit einem Wandel der intellektuellen Leistungsaspekte verbunden ist, kommt es im fortgeschrittenen Lebensalter zu einer Zunahme von organisch bedingten Hirnleistungsdefiziten. Die altersgebundene Beeinträchtigung der geistigen Leistungsfähigkeit ist durch eine Vielzahl von psychopathologischen Merkmalen charakterisiert. Erreichen diese Defizite (des Gedächtnisses und einer weiteren geistigen Leistung) ein Ausmaß, welches einer unabhängigen Lebensführung im Wege steht, spricht man von einer Demenz. Demenzsyndrome sind durch einen fortschreitenden Verlust der geistigen Leistungsfähigkeit charakterisiert. Jedoch gibt es auch eine ganze Reihe von Demenzen, die prinzipiell reversibel sind (z. B. exsikkosebedingte Demenzzustände).

Die häufigste, nicht-reversible Demenzform ist die Alzheimer-Demenz (AD). Der zunehmende kognitive Leistungsabbau sowie die sich hieraus ergebende Hilfsbedürftigkeit selbst bei einfachsten alltäglichen Verrichtungen lassen die dementiellen Syndrome nicht nur versorgungsmedizinisch, sondern auch gesundheitspolitisch und medizinökonomisch zu einer der größten Herausforderungen der kommenden Jahre werden. Einerseits ließen sich durch die frühestmögliche Erkennung von erkrankten Individuen sowohl verhaltens- und pharmakotherapeutische sowie milieutherapeutische Strategien gezielter planen als auch sozialökonomische Optimierungen erzielen. Andererseits wird in der ärztlichen Praxis trotz diagnostischer Leitlinien (die inzwischen mit einer recht hohen Wahrscheinlichkeit eine Diagnose *intra vitam* erlauben) nur ein Bruchteil der Demenzpatienten identifiziert. Ein Grund hierfür ist, dass das zur Demenzdiagnose zur Verfügung stehende Instrumentarium nicht oder in einem nur unzureichenden Maße eingesetzt bzw. ausgeschöpft wird. Im folgenden Beitrag soll insbesondere auf Erfassung geistiger Leistungsdefizite im Rahmen der ärztlichen Demenzdiagnostik eingegangen werden.

Neuropsychiatrische Erkrankungen gehören zu den häufigsten Erkrankungen weltweit...



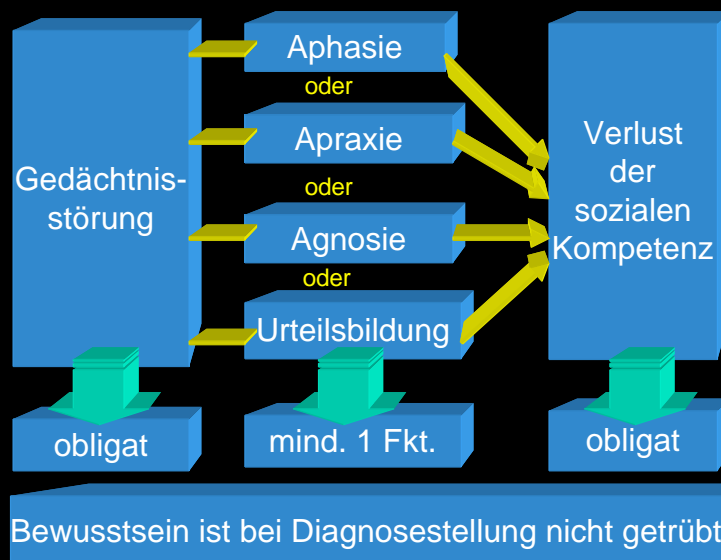
Definition der Demenz nach WHO

Eine Demenz ist eine erworbene, globale Beeinträchtigung der höheren Hirnfunktionen, einschließlich des Gedächtnisses, der Fähigkeit, Alltagsprobleme zu lösen, sensomotorischer und sozialer Fähigkeiten, der Sprache und der Kommunikation. Meistens ist der Prozess progredient, jedoch nicht notwendigerweise irreversibel.

Wo stehen wir in der klinischen Demenzforschung

	Gestern	Heute
Diagnosekultur	Unterentwickelt, kaum Tools	Entwicklung von Diagnosemöglichkeiten und -leitlinien
Behandlungsansätze	Unspezifisch mit unklaren Wirkmechanismen	Spezifische Ansätze mit klaren Wirkmechanismen
Effizienzstudien	Unzureichend, zu kurze Studiendauern, zu lockere Einschlusskriterien	Wissenschaftlich abgesicherte Studien längere Studiendauern, klare Einschlusskriterien
Therapieempfehlungen	Insuffizient	Evidenzbasiert, effektiv
Präventivstrategien	Keine vorhanden	Fortschritte

Syndromdiagnose



Mild Cognitive Impairment (MCI)

- subjektive **Gedächtnis**einbuße
- fremdanamnestic Bestätigung
- signifikante Leistungsminderung in altersgeeichten Gedächtnistests
- normale sonstige kognitive Leistungen
- keine Einschränkungen der ADL

Vorsicht: hohe Konverterrate!

Pat: 12-16 % p.a./Ctrl. 1-3 % p.a.

Petersen et al., 2001

Das „Risikoprofil“ der Konverter...

- **PROBLEMLÖSEVERHALTEN**
- Zunehmende Hilfestellung bei (alltags-)Problemlösung notwendig?
- Verändertes Fahrverhalten?
- Veränderung der Kritik- u. Urteilsfähigkeit?
- Probleme im Umgang mit Finanzen?
- Schwierigkeiten in besonderen, unalltäglichen (z. B. Notfall-)Situationen?
- **FREIZEIT UND HOBBIES**
- Zunehmende Probleme bei der Haushaltsführung?
- Verändertes Freizeitverhalten (insbes. Hobbies)?
- **KÖRPERPFLEGE**
- Zunahme von Aufforderungen zur persönlichen Pflege u. Hygiene?

Daly et al., 2000

Depression oder Demenz?

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ● subjektive Klagen stärker als objektiver Befund ● eher stabile depressive Stimmung ● Depression vor Kognitionsstörung ● Schuldgefühle, Versagensangst ● rascher Beginn (Dauer < 6 Mon.) ● Schlaflosigkeit ● familiäre Häufung v. Depressionen ● ADL erhalten ● Selbstabwertung ● wenig Antrieb
z. B. Leistungsfähigkeit ● Leistungsschwankungen bei Tests gleichen Schwierigkeitsgrades ● Besserung der Symptome unter antidepressiver Medikation | <ul style="list-style-type: none"> ● Symptome werden bagatellisiert, Pat. klagt weniger über Kognition ● Pat. ist affektlabil, leicht umstimmbar ● Kognitionsstörung vor Depression ● verneinend, Beschuldigungstendenzen ● schleichender Beginn ● nächtliche Unruhe ● familiäre Belastung mit Demenz ● ADL eingeschränkt ● Tendenz zur Selbstüberschätzung ● Kompensationsversuche (z. B. Notizen) ● gleichmäßige Leistungsminderung bei Tests gleichen Schwierigkeitsgrades ● Persistenz d. Kognitionsstörung trotz antidepressiver Therapie |
|---|--|

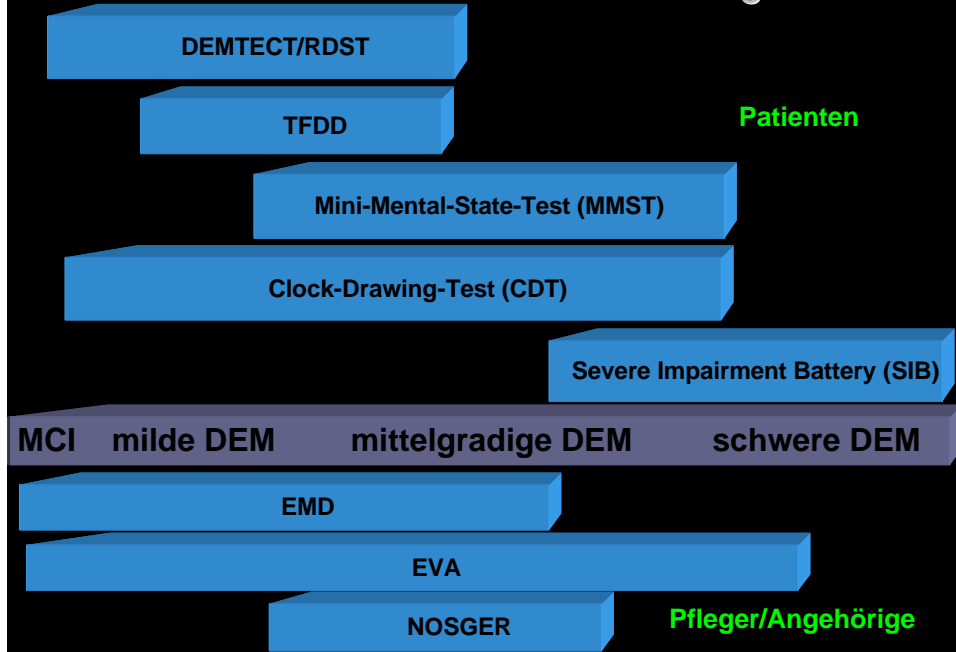
aus: Calabrese, 2002

	AD	VaD	PDD	FTD
Aufmerksamkeit Vigilanz (z. B. TAP)	*	**	**	*
Gedächtnis episodisch (z. B. AVLT)	*** (LBD)	**	*	
Semantisch (z. B. BNT)	*			*** (sem. DEM)
Flexibilität (z. B. TMTA/B)	*	**	**	***
Fluidität (z. B. F,A,S)	**	*	*	**
Visuokonstruktion (z. B. R.-O.Figure)	*	*	**	
Antrieb/Persönl. (z. B. NPI, EMD)	*	*	*	***

* = leichte Defizite; ** = mittelgradige Defizite; *** = schwergradige Defizite

Calabrese, 2005

Demenzschwere und Screenings...



**Dr. med. Olaf Hagen,
Bochum**

**Von der Verhaltensstörung
bis zum Sturz –
Manifestationen der Demenz
und Begleitscheinungen**

A B S T R A C T

Von der Verhaltensstörung bis zum Sturz – Manifestationen der Demenz und Begleiterkrankungen

Dr. med. Olaf Hagen

Augusta Krankenanstalt
Medizinisch Geriatrische Klinik
Dr.-C.-Otto-Str. 27, 44879 Bochum

Von der Verhaltensstörung bis zum Sturz –
Manifestationen der Demenz und Begleiterkrankungen
Dr. med. Olaf Hagen

Der Anteil demenzerkrankter Menschen steigt nicht nur in dem Bereich der Altersmedizin. Sowohl der ambulant als auch der stationär betreuende Arzt wird neben dem akuten Behandlungsanlass mehr und mehr mit der “Begleitdiagnose Demenz“ konfrontiert. In diesem Zusammenhang sind grundlegende Kenntnisse über die Krankheit Demenz für nahezu alle Ärzte im Umgang mit den betroffenen Patienten für den Behandlungserfolg von großer Bedeutung.

Die Demenz oder altersassoziierte Hirnleistungsminderung ist eine typische Alterskrankheit und zählt zu einem der geriatrischen Syndrome. Hinsichtlich der Demenzdiagnose besteht jedoch eine hohe Koinzidenz zu anderen alterstypischen Syndromen wie Gangstörung, Sturz, Depression, Inkontinenz, Delir, Mangelernährung und chronischer Schmerz, die begleitend mit behandelt werden. Wie häufig lassen sich Begleiterkrankungen oder Begleitstörungen nachweisen? Sind diese therapiebedürftig und haben diese einen Einfluss auf den Verlauf der Demenz?

Rückzugtendenz, Überforderung und Antriebsminderung als Ausdruck einer **Depression** sind häufig Frühzeichen einer Demenz. Die Depression wird laut einer Untersuchung von Hegerl selten rechtzeitig erkannt, selten behandelt und kaum als mögliches Frühsymptom einer Demenz bewertet. Bis zu 40 % der an Demenz erkrankten Patienten wiesen bereits mehrere Monate vor Diagnosestellung einen sozialen Rückzug, Depression oder Selbstmordgedanken auf. Darüber hinaus stellen sich im Verlauf der Erkrankung eine Reihe von Verhaltensstörungen ein, die einer psychiatrischen Behandlung zugeführt werden müssen. Ob die Behandlung einer Depression die Demenzerkrankung aufhalten oder verzögern kann, ist bis jetzt nicht geklärt.

Ein weiteres häufig mit der Demenzerkrankung assoziiertes Syndrom ist die **Gangstörung** und der **Sturz**. Das steigende Alter ist ein unabhängiger Risikofaktor für Stürze. So stürzen 30 % der über 65 jährigen sowie 60 % der über 90 jährigen mindestens einmal pro Jahr. Auch bei Demenzpatienten zeigen sich signifikant häufiger Gangstörungen und Stürze. Sie beeinflussen den Krankheitsverlauf ungünstig und lassen sich durch präventive Strategien – multifaktorielle Interventionen – leider nur unzureichend behandeln. Ein hohes Sturzrisiko besteht bei mobilen Patienten mit Bewegungsdrang und Orientierungsstörungen, die Anleitung und Überwachung im Bereich der Grundpflege benötigen. Die Erfassung von Sturzrisikofaktoren wie Dyspraxie, Polypharmazie (z. B. Sedativa, Neuroleptika und Antidepressiva), Umherlaufen, Bewegungsdrang, Agitation u. v. m. erweisen sich in der Patientenführung als hilfreich.

Die Erfassung und Behandlung von **Schmerz** bei Demenz erweist sich als schwierig. Die Kommunikationsfähigkeit ist im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung deutlich eingeschränkt, Schmerzen werden verbal nicht mehr adäquat vermittelt, die Symptome präsentieren sich oft atypisch. Speziell entwickelte Assessments vereinfachen die Schmerzerfassung und ermöglichen ein frühzeitiges Intervenieren. Unter effektiver Schmerzbehandlung sind nicht zuletzt Verhaltensstörungen wie Schreien, Rufen oder Schlagen komplett rückläufig. In unserer geriatrischen Klinik wiesen bei stationärer Aufnahme bis zu 44 % der Demenzpatienten leichte bis mittelgradig starke Schmerzen auf.

Die Delirwahrscheinlichkeit (Delir=Verwirrtheit=Durchgangssyndrom) steigt mit dem Lebensalter und der Anzahl der Begleiterkrankungen. Die Demenz als ein eigenständiger Risikofaktor für das **Delir** erklärt sich durch die hohe Vulnerabilität des erkrankten Organs (Gehirns). Banale Veränderungen im Patientenumfeld oder harmlose Medikamentenänderungen können eine Kaskade von Verhaltensstörungen auslösen, die die weitere Behandlung für alle Beteiligten erschweren. Präventive multifaktorielle Interventionen können die Delirwahrscheinlichkeit und die Delirdauer günstig beeinflussen.

Von der Verhaltensstörung bis zum Sturz –
Manifestationen der Demenz und Begleiterkrankungen
Dr. med. Olaf Hagen

Mangelernährung ist ein charakteristisches Zeichen für die fortgeschrittene Demenz. Ersichtlich wird die unzureichende Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme zumeist in Form von Nahrungs- und Trinkverweigerung im mittleren bis schweren Krankheitsstadium. Neue Untersuchungen zeigen jedoch, dass bereits vor der Diagnosestellung der Demenz häufig ein Gewichtsverlust vorlag. Ob hier ein kausaler Zusammenhang mit der Demenz besteht ist unklar. Eine Reihe von Untersuchungen zeigen auf, dass die künstliche Ernährung über PEG-Sonde im finalen Stadium der Demenz den Krankheitsverlauf nicht günstig beeinflusst, oder eine Mangelernährung aufhebt. Nur ein frühzeitiges Erkennen einer Mangel- oder Fehlernährung hat einen Effekt auf den Ernährungsstatus.

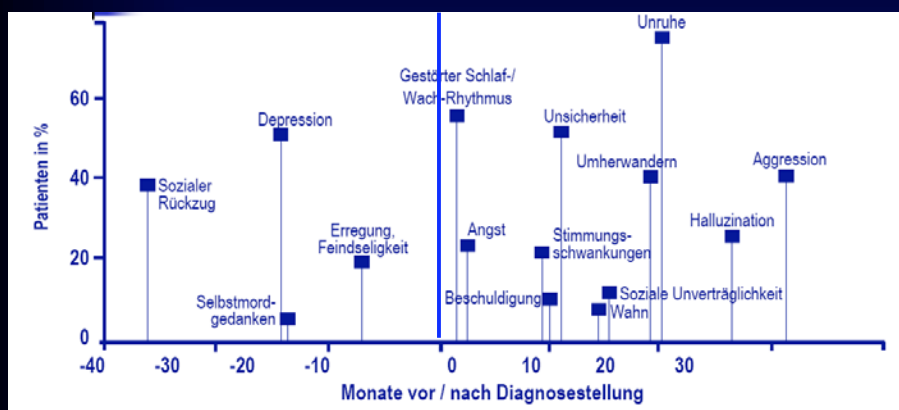
Komorbidität im Alter



Erkrankung	Alter	Prävalenz	Literatur
Brainfailure Syndrom			
- Delir	> 65	10 – 20 % 25 – 50 % 33 – 66 %	Bucht '99 Levkoff '91 Inouye '94
- Demenz	65 – 69 > 90	1,4 % 32,2 %	Füsigen '00 Füsigen '00
Stürze pro Jahr	> 65 > 65	30 % 34 %	Blake '88 Campbell '81
Harninkontinenz	> 65 80 – 84	30 – 33 % 73 %	Hollo '84 Füsigen '96
Depression im KH	> 65	10 – 50 %	Schumacher '97
Posturale Hypotension	> 75	30 %	Caird '73
Malnutrition	> 75	23 %	Volkert '92
Schwäche/FTT-Syndrom	> 85	20 %	Verdery '95
Sensorische Störungen	>70	30 %	Blankenagel '97
Schmerz	> 65	50 – 75 %	BDA Schmerz '02



Entwicklung von Verhaltensstörungen bei Demenz



Jost BC., Grossberg GT. JAGS 1996;44:1078–81



Sturzfaktoren bei Demenz

- Dyspraxie
- Medikation – Sedativa, Neuroleptika, Antidepressiva
- Umherlaufen, Bewegungsdrang, Agitation
- Geringe Berücksichtigung der Komorbiditäten
- Eingeschränkte Möglichkeit Bedürfnisse zu äußern – „to say what is wrong“
- Unfähigkeit gefährliche Hindernisse zu erkennen und zu meistern – Fehlendes Sturzbewusstsein“
- Malnutrition/Vitamindefizit
- Dysautonomia
- Unregelmäßigkeiten im Tag/Nachtrhythmus
- Assoziierte Inkontinenz
- Unfähigkeit Gehhilfsmittel zu benutzen

NOPPAIN
(Non-Communicative Patient's Pain Assessment Instrument)
Activity Chart Check List

Name of Evaluator: _____
Name of Resident: _____
Date: _____
Time: _____

DIRECTIONS: Nursing assistant should complete at least 5 minutes of daily care activities for the resident while observing for pain behaviors. Both pages of this form should be completed immediately following care activities.

Did you see pain when you did this?		Did you see pain when you did this?		
Check Yes or No	Check Yes or No	Check Yes or No	Check Yes or No	
(a) Put resident in bed OR saw resident lying down	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	(f) Fed resident	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
(b) Turned resident in bed	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	(g) Helped resident stand OR saw resident stand	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
(c) Transferred resident (bed to chair, chair to bed, standing or wheelchair to toilet)	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	(h) Helped resident walk OR saw resident walk	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
(d) Set resident up (bed or chair) OR saw resident sitting	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	(i) Bathed resident OR gave resident sponge bath	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
(e) Dressed resident	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

ASK THE PATIENT: Are you in pain? yes no
ASK THE PATIENT: Do you hurt? yes no


Pain Response (What did you see and hear during care?)

Pain Words?	Pain Faces?	Bracing?	Restlessness?
"Mmmmm" "Ouch" "Crying" "Stop that!" YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> How intense were the pain words? 0 1 2 3 4 5 Lowest Possible Intensity Highest Possible Intensity	Grimacing Furrowed brow Twitching YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> How intense were the pain faces? 0 1 2 3 4 5 Lowest Possible Intensity Highest Possible Intensity	Leaning Hunching Squaring (especially during movement) YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> How intense was the bracing? 0 1 2 3 4 5 Lowest Possible Intensity Highest Possible Intensity	Repeating Crying "Rocking" Head-banging YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> How intense was the restlessness? 0 1 2 3 4 5 Lowest Possible Intensity Highest Possible Intensity

Locate Problem Areas

Please "X" the site of any pain
Please "O" the site of any skin problems

FRONT BACK



Schmerzerhebungsbogen für Demenzkranke

Pflegedienst

Pflegende Angehörige

Snow L. Dement Geriatr Cogn Disord 2004; 17:240–246

Delir - Management (nicht-medikamentös)

Kogn. Beeinträchtigung	Stimulierende Aktivitäten 3 mal täglich, Ergotherapie Örtliches Orientierungstraining, Wortspiele, Bilderspiele
Schlafstörungen	Warmes Getränk zur Bettzeit, Massage, Geräuscharme Station bei Nacht, variabler Meßzeitpunkt der Vitalparameter
Immobilität	Frühe Mobilisierung, 3 mal tgl., keine Blasenkatheter, keine Fixierung
Sehstörung	Sehhilfe (Brille), ausreichende Beleuchtung, große Uhren, große Telefontasten, große Zimmernummern etc.
Hörstörung	Hörgeräte, dran denken!, Cerumen obturans
Exsikkose	Trinkprotokoll, Trinken anbieten wann immer möglich

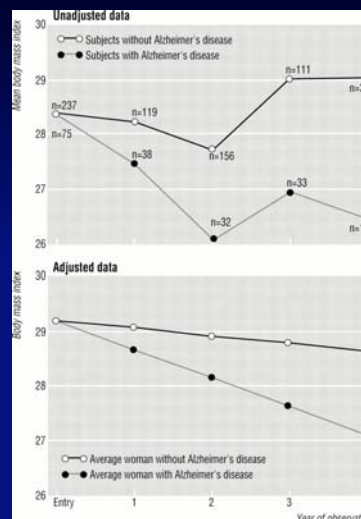
Casarett DJ., Ann Intern Med 2001;135:32-40



Gewichtsverlust (BMI) – Alzheimer-Demenz

Alter und Geschlecht
nicht berücksichtigt

erwarteter Kurvenverlauf
einer im Mittel 78 jährigen
Frau (BMI 28,8 kg/m²)



Cronin-Stubbs D. et al. BMJ 1997;314:178



**Christiane Wähler,
Bochum**

**Entlassung und was dann?
Die ambulante Versorgung von
Demenz-Patienten**

A B S T R A C T

Entlassung und was dann? – Die ambulante Versorgung von Demenz-Patienten

Christiane Wähler

Augusta Krankenanstalt
Medizinisch Geriatrische Klinik
Dr.-C.-Otto-Str. 27, 44879 Bochum

Die Demenz ist eine Erkrankung in erster Linie alter oder hochbetagter Menschen, sie ist keine Variante normalen Alterns. Die dementielle Erkrankung muss diagnostiziert und einer Behandlung zugeführt werden. In Deutschland werden nur 13 % der dementen Patienten leitliniengerecht behandelt! Sowohl die dementielle Entwicklung, wie auch psychiatrische Symptome sollten medikamentös und sozialtherapeutisch behandelt werden, um eine Ausgrenzung des Dementen und seiner Angehörigen aus dem gesellschaftlichen Umfeld zu vermeiden. Dies kann nur in einer engen Zusammenarbeit stationärer und ambulanter Versorgungsstrukturen geschehen.

Was passiert mit dem Demenzkranken, wenn er die Klinik verlässt, wie kann eine adäquate Weiterversorgung gewährleistet werden?

Eine frühzeitige Entlassungsplanung unter Einbeziehung des familiären Umfeldes und eines ambulanten Netzwerkes ist der Schlüssel, um an Demenz Erkrankte in ihre angestammte oder auch in eine neue Umgebung zu integrieren und stationäre Wiederaufnahmen möglichst zu vermeiden.

Nachstationäre Versorgung Demenzkranker

Fachabteilungen



Nachstationäre Versorgung Demenzkranker

- ▶ Diagnostik:
- ▶ Ausführliche Anamnese und Fremdanamnese
- ▶ Psychopathologische Einschätzung
- ▶ Intern. und neurolog. Untersuchung
- ▶ Labor, EKG, ggf. MRT oder CCT
- ▶ Testdiagnostik
- ▶ Verhaltensbeobachtung

Nachstationäre Versorgung Demenzkranker

- ▶ Behandlungsplanung:
- ▶ Medikamentöse Einstellung
- ▶ Ggf. Konsiliarische Untersuchung durch andere Fachkollegen
- ▶ Aktivierende Pflege
- ▶ Ergotherapie
- ▶ Physiotherapie

Nachstationäre Versorgung Demenzkranker



Nachstationäre Versorgung Demenzkranker

- ▶ Behandlungs- und Entlassungsplanung:
- ▶ Familienvisite, zu der das familiäre Umfeld, aber auch versorgende Freunde, Nachbarn, Altenheimteams und Pflorgeteams aus der ambulanten Pflege eingeladen werden.
- ▶ Die Familienvisiten oder -beratungen finden nach systemisch-familientherapeutischem Konzept statt.

Nachstationäre Versorgung Demenzkranker

- ▶ Veränderungsneutralität:
- ▶ Neutral gegenüber dem Thema:
Veränderung ----- Nichtveränderung
Man wird dadurch der Ambivalenz im System gerecht

Nachstationäre Versorgung Demenzkranker

- ▶ Ziele für die Entlassung:
- ▶ Will und soll der Patient wieder nach Hause?
Welche Hilfen sind notwendig?
- ▶ Ist die Unterbringung in einem
Seniorenheim sinnvoll und gewünscht?
- ▶ Welches Seniorenheim passt zu dem
Patienten, Wohnort, Symptomatik?

Nachstationäre Versorgung Demenzkranker

- ▶ Entlassungsplanung: in der Familienvisite
wird der Tag der Entlassung festgelegt und
gemäß dem besprochenen Konzept geplant.
- ▶ Pflegestufe wird beantragt
- ▶ Heimpflegenotwendigkeit
- ▶ Altenheimanmeldungen werden von uns
übernommen

Nachstationäre Versorgung Demenzkranker

- ▶ Entlassungsplanung:
- ▶ Ambulante psychiatrische Nachsorge wird geklärt und der Patient dort angemeldet
- ▶ Ambulanter psychiatrischer Pflegedienst wird einbezogen und steht oft auch zur Verfügung, um den Patienten abzuholen

Nachstationäre Versorgung Demenzkranker

- ▶ Zahlen:
- ▶ Seit wir Entlassungen in dieser Weise planen, ist die Liegedauer für Demenzerkrankte um 4 Tage gesunken
- ▶ Die Wiederaufnahmen innerhalb von 2 Monaten sind um 30% zurückgegangen.
- ▶ Es gibt deutlich weniger Missverständnisse mit Angehörigen.

**Prof. Dr. Hans Förstl,
München**

**Medikamentöse Demenz-
Therapie – Der aktuelle Stand**

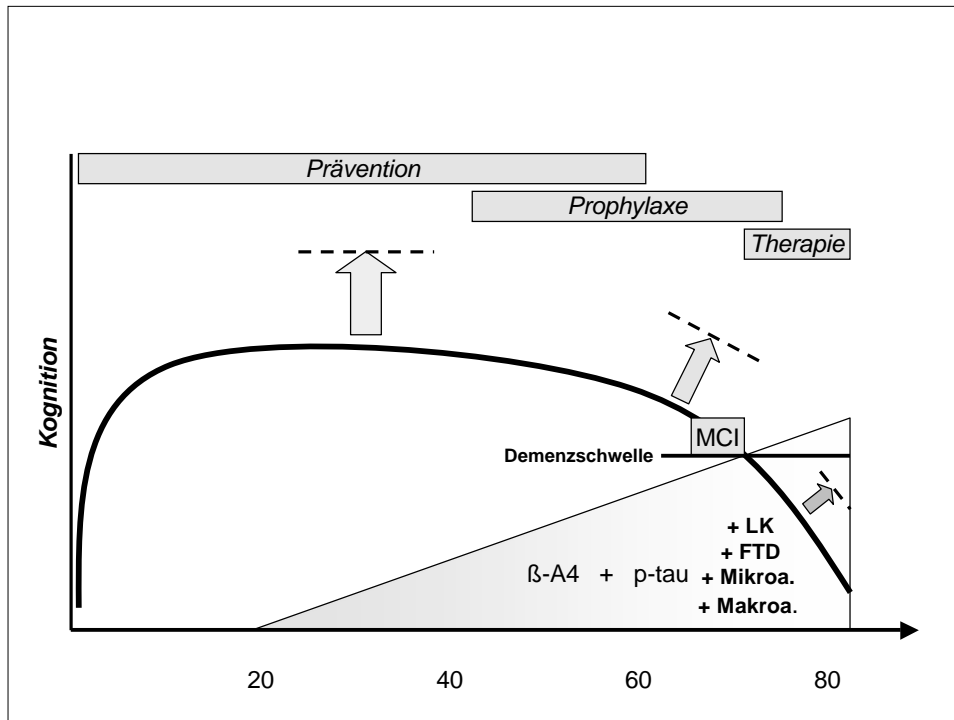
A B S T R A C T

Medikamentöse Demenz-Therapie – Der aktuelle Stand

Prof. Dr. Hans Förstl

Klinikum rechts der Isar, München
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Ismaninger Straße 22, 81675 München

Demente Patienten im höheren Lebensalter leiden vorwiegend unter gemischten Demenzen, wobei die neuropathologischen Alzheimer-Veränderungen meist hauptverantwortlich für die kognitiven Defizite sind. Zur Behandlung der kognitiven Störungen bei der Alzheimer Demenz und ihren Varianten stehen Cholinesterase-Hemmer und Memantin zur Verfügung. Diese Antidementiva führen zu einer symptomatischen Parallelverschiebung im Krankheitsverlauf um 8 bis 12 Monate. Störungen des Verhaltens und Erlebens bei den Demenzen können durch Antidementiva verhindert oder abgemildert werden, bzw. sind durch vorsichtig eingesetzte Antidepressiva, Neuroleptika und andere Psychopharmaka günstig zu beeinflussen. Die somatische und zerebrale Ko-Morbidität dementer Patienten bietet häufig zusätzliche Chancen zu einer Sekundärprophylaxe sowie einer Verbesserung der zerebralen Versorgung mit Sauerstoff, Substrat und Informationen. Sieht man von Sehhilfen und Hörgeräten ab, so bleiben bereits verfügbare medizintechnische Entwicklungen für demente Patienten nahezu ungenutzt. Unabdingbar sind psychosoziale Interventionen für Patienten und Angehörige, wobei derzeit der spezifische Nutzen bestimmter einzelner Verfahren wissenschaftlich noch nicht ausreichend belegt ist.



	Donepezil	Galantamin	Rivastigmin	Memantin
Chemie	Piperidin	Phenanthren-Alkaloid	Phenyl-Carbamat	Amino-Adamantin
Prinzip	Reversibler, selektiver AchE-I mit regional unterschiedlicher G1 bis G4 Affinität	Präsynaptisch nikotinerger Agonist, steigert ACh-Freisetzung; Spezifischer AchE-I	Pseudo-irreversible BuChE-I > AchE-I mit höherer Affinität zur G1-Form der ChE	Non-kompetitiver NMDA-Antagonismus Antioxidativ, steigert BDNF Produktion
Rezeptoren	↑ NA & Dopamin-Verfügbarkeit	Allosterische Nikotin-R. Stimulation	Keine Interaktionen	s.o.
Bioverfügbarkeit	99%	85 – 100%	40%	100%
Tmax (h)	3 bis 4	1 bis 2	1	4 bis 8
Plasma-Protein-Bindung	> 90%	18 – 34%	40%	42 – 45%
Metabolismus	CYP2D6, CYP3A4	CYP2D6, CYP3A4	Kein hepatischer Metabolismus	Kein hepatischer Metabolismus
Metaboliten	Aktiv	Aktiv	Inaktiv	Inaktiv
Renale Exkretion	17%	50%	> 99%	> 99%
Elimination T1/2	70 – 80 h	5,5 h	0,6 – 2 h	60 – 100 h
Anfangsdosis (mg/d)	5	8	3	10
Zieldosis (mg/d)	10	24	12	20
Darreichungsform	Tbl.	Tbl., Lösung	Tbl., Lösung, Pflaster	Tbl., Lösung
Zulassung	AD, l + m	AD, l + m	AD, l + m PDD	AD, m + s

AD = Alzheimer Demenz; l = leicht, m = mittelschwer, s = schwer; PDD Demenz bei Morbus Parkinson

	Angst Depression	Lernen Denken	Wahn Halluzination	Agitation Aggressivität	Apathie Zirkadiane R
MCI	SSRI	Training			
AD		Antidem.			
+ LK		AChE-I	<NL>		
+ FTD				SSRI, ...	
+ Mikro-A					
+ Makro-A.					