

Konsensus zur Diagnostik und Betreuung von Demenzkranken in der Schweiz

Andreas U. Monsch^a, Monika Hermelink^b, Reto W. Kressig^c, Hans-Peter Fisch^d, Daniel Grob^e, Beat Hiltbrunner^f, Birgitta Martensson^g, Brigitte Rüegger-Frey^e, Armin von Gunten^h, Expertengruppe der Schweiz¹

^a Memory Clinic, Universitätsspital Basel, ^b Regionaler Ärztlicher Dienst Ostschweiz, ^c Universitätsspital Basel, ^d ehemals Pflegezentrum, Baar, ^e Klinik für Akutgeriatrie, Stadtspital Waid, Zürich, ^f Memory Klinik Pfäfers-Valens, ^g Schweizerische Alzheimervereinigung, ^h Département de Psychiatrie, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne

Einleitung

In der Schweiz leben nach einer Schätzung der Schweizerischen Alzheimervereinigung [1] zurzeit ungefähr 98 000 Menschen mit Demenz,

jedes Jahr kommen rund 23 000 Neuerkrankte hinzu. Für die meisten Demenzformen gibt es aktuell weder echte Primärprävention noch Heilung. Dennoch sind alle Demenzerkrankungen behandelbar (Abb. 1 [1]). Häufig bestehen Probleme bei der Finanzierung der nötigen Massnahmen. Die Pflege von Menschen mit Demenz ist anspruchsvoll. Demenzgerechte Betreuungsmöglichkeiten sind notwendig.

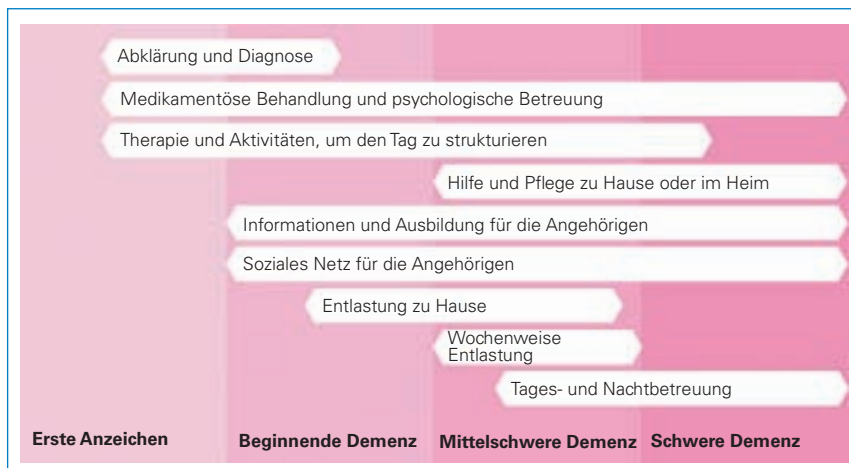


Abbildung 1
Bedürfnisse von Patienten und Angehörigen in verschiedenen Demenzstadien. (Schweizerische Alzheimervereinigung, 2004; leicht adaptiert).

Diagnostik

Präzise und einfach in der Anwendung ist die Definition der Demenz nach DSM-IV (Abb. 2 [2]): Zusätzlich zur Diagnose ist die Bestimmung des Demenz-Schweregrades wichtig. Sinnvollerweise bezieht man sich dabei auf das Ausmass der Betreuungsbedürftigkeit [3]:

Leicht = Obwohl Arbeit und soziale Aktivitäten deutlich beeinträchtigt sind, bleibt die Fähigkeit, mit entsprechender persönlicher Hygiene und intaktem Urteilsvermögen unabhängig zu leben, erhalten.

¹ Dr. med. J.-M. Annoni, Service de Neurologie, Hôpitaux Universitaires de Genève; PD Dr. med. F. Assal, Service de Neurologie, Hôpitaux Universitaires de Genève; Dr. med. E. Bänziger-Neugebauer, Psychiatrische Dienste Thurgau; Dr. med. F. Baronti, Klinik Bethesda, Tschugg; Prof. Dr. med. C. Bassetti, Neurologie, Universitätsspital, Zürich; Dr. med. P. Bäurle, Psychiatrische Klinik, Münsterlingen; Dr. med. S. Bertoli, Memory Clinic-Akutgeriatrie, Universitätsspital Basel; Dr. med. I. Bopp-Kistler, Klinik für Akutgeriatrie, Stadtspital Waid, Zürich; PD Dr. med. Ch. Büla, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne; Dr. med. M. Bürge, Memory Clinic, Geriatriische Universitätsklinik, Bern; Prof. Dr. med. P. Burkhard, Service de Neurologie, Hôpitaux Universitaires de Genève; D. Ermini-Fünfschilling, MSc, Memory Clinic-Akutgeriatrie, Universitätsspital Basel; Prof. Dr. med. H.-U. Fisch, Psychiatrische Universitätsklinik, Bern; Dr. phil. E. Forster, Geriatriische Klinik, St. Gallen; Prof. Dr. med. P. Fuhr, Neurologische Klinik, Universitätsspital Basel; Dr. med. D. Georgescu, Psychiatrische Klinik Königsfelden, Brugg; Prof. Dr. med. P. Giannakopoulos, Département de Psychiatrie, Hôpitaux Universitaires de Genève; Prof. Dr. med. G. Gold, Dept. of Geriatrics and Rehabilitation, Hôpitaux Universitaires, Genève; Dr. med. B.M. Gründler, St. Gallen; Dr. med. E. Häni, Biel; Dr. med. Ch. Held, Stadtärztlicher Dienst, Zürich; Prof. Dr. med. Ch. Hess, Neurologie, Universitäts-

spital Bern; J. Höller, lic. phil., Memory Clinic, Sursee; Dr. med. D. Inglin, Geriatriische Klinik, St. Gallen; Prof. em. A. Kesselring, PhD, Institut für Pflegewissenschaft, Basel; Dr. med. E. Krebs-Roubicek, Universitäre Psychiatrische Kliniken, Basel; Dr. med. A. Küng, Hôpital Psychiatrique Cantonal de Perreux, Boudry; Prof. Dr. phil. M. Martin, Lehrstuhl für Gerontopsychologie, Universität Zürich; K. Meier, Parkinson Schweiz; Dr. med. G. Pfister, Luzern; Dr. med. P.-L. Quadri, Servizio Sottocenerino di Geriatria, Ospedale Regionale di Mendrisio Beata Vergine, Mendrisio; R. Schmid, lic. phil., Schweizerisches Rotes Kreuz, Zürich; Prof. Dr. med. A. Schnider, Neurorééducation, Genève; PD Dr. med. U. Schreiter-Gasser, Zürich; Dr. med. B. Schüpbach, Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie, Bern; Prof. Dr. phil. R. Spiegel, Memory Clinic-Akutgeriatrie, Universitätsspital Basel; Prof. em. Dr. med. H.B. Stähelin, Memory Clinic-Akutgeriatrie, Universitätsspital Basel; Prof. Dr. med. G. Stoppe, Universitäre Psychiatrische Kliniken, Basel; Dr. med. J. Streffer, Klinik für Alterspsychiatrie, Psychiatrische Universitätsklinik, Zürich; Dr. med. D. Strub, Klinik St. Pirminsberg, Pfäfers; Prof. Dr. med. A. Stuck, Geriatrie Universität Bern, Spital Netz Bern Ziegler und Inselfspital; Dr. med. D. Suter-Gut, Demenz-hotline/Gedächtnissprechstunde, Luzern; PD Dr. med. A. Wettstein, Stadtärztlicher Dienst, Zürich

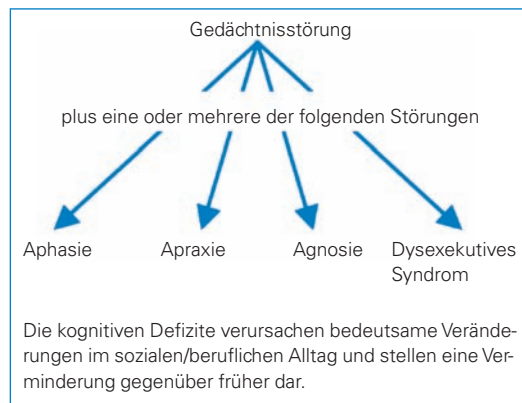


Abbildung 2

Definition der Demenz nach DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994).

Mittel = Eine selbständige Lebensführung ist mit Schwierigkeiten möglich; ein gewisses Mass an Aufsicht ist erforderlich.

Schwer = Die Aktivitäten des täglichen Lebens sind derart beeinträchtigt, dass eine kontinuierliche Aufsicht benötigt wird.

Reversible Demenzursachen müssen so früh wie möglich erkannt und behandelt werden. Bei den irreversiblen Formen ermöglicht eine frühzeitige Diagnosestellung die Organisation einer entsprechenden medikamentösen und psychosozialen Demenztherapie. Dadurch können Patienten und Angehörige besser mit den Symptomen und deren Folgen leben. Dies betrifft auch die Möglichkeit zur rechtzeitigen Regelung der persönlichen Angelegenheiten (z.B. Patientenverfügung, Testament).

Diagnostik durch den Hausarzt

Die Prävalenz der Demenz verdoppelt sich ab einem Alter von 60 Jahren alle fünf Lebensjahre. Bei älteren Patienten muss deshalb auch immer an die Möglichkeit einer dementiellen Entwicklung gedacht werden. Folgende Warnsymptome sollten in jedem Fall eine Demenzdiagnostik auslösen:

- Betroffene und/oder Angehörige berichten über Veränderungen mentaler Funktionen (z.B. Gedächtnis, Interesse, Antrieb) oder des Verhaltens (z.B. sozialer Rückzug, Reizbarkeit).
- Der Arzt stellt Auffälligkeiten fest (z.B. Termine werden nicht eingehalten; Patient hat Schwierigkeiten, sich auszudrücken, antwortet ungenau und weitschweifig). Zeichen der Verwahrlosung sollten besonders bei allein lebenden Patienten beachtet werden.

Eine hausärztliche Demenzdiagnostik und gegebenenfalls eine daran anschliessende interdisziplinäre Abklärung schaffen in den meisten Fällen rasch Klarheit. Die Beurteilung der Fahrtauglichkeit für Motorfahrzeuge ist ein besonders wichtiger Verantwortungsbereich des Hausarztes.

Die Fahrtauglichkeit ist bei mittelschwerer und schwerer Demenz in der Regel nicht mehr gegeben. Bei leichter Demenz ist sie meist eingeschränkt oder nicht mehr gegeben, wenn eine der folgenden Bedingungen erfüllt ist:

- fremdanamnestic auffälliges Fahrverhalten oder Unfälle (auch Bagatellunfälle)
- Störungen der (geteilten) Aufmerksamkeit, Störung der Raumverarbeitung
- Tagesschläfrigkeit

Wenn die Fahrtauglichkeit bezweifelt werden muss und der Patient nicht freiwillig auf den Fahrausweis verzichten möchte, sollte eine Meldung an das kantonale Strassenverkehrsamt bzw. die Motorfahrzeugkontrolle gemacht werden. Dort findet eine expertenbegleitete Kontrollfahrt statt, deren Ergebnis dann endgültig ist.

Vorgehen des Hausarztes

Neben der üblichen Anamnese und der klinischen Untersuchung sollte auf folgende Punkte besonders geachtet werden, da sie auch Hinweise auf Nicht-Alzheimer-Demenzen oder ein Delir geben können:

- Verlauf der Symptome (z.B. akuter Beginn, schrittweise, kontinuierlich, Schwankungen)
- psychiatrische Symptome (z.B. Depression, Verhaltensstörungen)
- neurologische Symptome (z.B. neuartiger Kopfschmerz, extrapyramidale Symptome, Myoklonien)
- Alkohol- und anderer Substanzmissbrauch
- Medikamentenanamnese: Viele Medikamente (z.B. Benzodiazepine, Neuroleptika, Antidepressiva, Antiparkinsonmittel, Antibiotika, Medikamente mit anticholinergen Nebenwirkungen) können kognitive Defizite oder ein Delir verursachen.
- Trauma, Karzinom, Kollagenose, Endokrinopathie, CVI/TIA
- Antikoagulation oder Immunsuppression

Der Fremdanamnese kommt in der Demenzdiagnostik eine besondere Bedeutung zu. Sie sollte im Einverständnis mit dem Patienten erfolgen.

Demenzspezifische Screeningtests

Auch wenn einzelne Untersuchungsergebnisse unauffällig sind, kann eine umfassendere Abklärung sinnvoll sein, wenn die Anamnese Verdachtsmomente ergibt.

Folgende Instrumente können empfohlen werden:

- Kognitiv: Mini Mental State Examination (MMSE; [4]) und Uhrentest [5].
- Kognitiv/funktionell: Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly/Fragebogen zum Nachlassen geistiger Leistungsfähigkeit für ältere Personen (IQCODE; [6]). Weitere geeignete Verfahren sind z.B. die Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients (NOSGER; [7]) oder der Functional Activities Questionnaire (FAQ; [8])

Laborscreening

Zur Identifikation behandelbarer Demenzen sind zusätzlich zum Routinelabor folgende Laboruntersuchungen zu empfehlen:

- Vitamin B₁₂ / Folsäure / evtl. Homocystein
- TSH
- Luesserologie (TPPA)
- HIV-Serologie

Indikation für weitergehende Abklärungen in einer Memory Clinic

Die differenzierte Diagnostik eines dementiellen Syndroms ist zeitaufwendig und erfordert einen interdisziplinären Ansatz. Memory Clinics und andere entsprechende Institutionen können diesen anbieten. Insbesondere folgende Patienten können von einer Abklärung in einer Memory Clinic profitieren:

- atypische Symptomatik (z.B. Verhaltensstörungen)
- atypischer Verlauf
- polymorbide Patienten mit kognitiven Störungen
- Diskrepanz zwischen Angaben des Patienten oder der Angehörigen und den erhobenen Befunden
- Problematische Beziehungskonstellationen oder Überforderungssituationen (Patient, Angehörige, Arzt)

Im Hinblick auf die unterschiedlichen therapeutischen Optionen ist die Differenzierung der verschiedenen Demenzformen notwendig und sinnvoll.

Interdisziplinäre Demenzabklärung an einer Memory Clinic**Klinische Untersuchung**

Eine ausführliche neuropsychologische, internistische, geriatrische (bei älteren Patienten), neurologische und psychopathologische Befunderhebung ist integraler Bestandteil der interdisziplinären Demenzabklärung. Dabei sind auch die kardiovaskulären Risikofaktoren genau zu erheben.

Neuropsychologie

Die neuropsychologische Untersuchung hat auf der Stufe der interdisziplinären Demenzabklärung eine zentrale Rolle. Sie liefert ein differenziertes Leistungsprofil der kognitiven Fähigkeiten und relevante Informationen in Bezug auf die Fahrtauglichkeit.

Als Standard einer neuropsychologischen Untersuchung sollen alle kognitiven Funktionen (Aufmerksamkeit, Arbeitsgedächtnis, exekutive Funktionen, Gedächtnis, Sprache und Sprechen, Raumverarbeitung, Praxie, Gnosie) differenziert untersucht sowie das Verhalten (inkl. der emotionalen Befindlichkeit) und die Persönlichkeit beurteilt werden.

Eine Abnahme der kognitiven Funktionen ohne Beeinträchtigung der Aktivitäten des täglichen Lebens bezeichnet man als Mild Cognitive Impairment (MCI [9]). Einige Menschen mit MCI entwickeln im Laufe der Zeit eine Demenz, bei anderen wiederum bleiben die kognitiven Fähigkeiten über längere Zeit stabil oder verbessern sich wieder. Deshalb ist bei der Diagnose MCI nach sechs bis zwölf Monaten eine neuropsychologische Nachuntersuchung indiziert.

Bildgebende Verfahren

Die Durchführung einer MRI-Untersuchung oder eines CT (meist ohne Kontrast) wird bei allen Patienten zwecks Diagnostik bzw. Ausschluss sekundärer Demenzformen empfohlen. Funktionelle bildgebende Verfahren wie PET und SPECT sind bei speziellen Fragestellungen erforderlich.

Liquoruntersuchungen

Liquoruntersuchungen können diagnostisch hilfreich sein (Zusammensetzung der Liquorproteine) und sind unerlässlich beim Ausschluss entzündlicher und/oder infektiöser Prozesse.

EEG

Das EEG kann diagnostisch bei der Differentialdiagnose der Ursachen kognitiver Störungen (z.B. Intoxikation, metabolische Enzephalopathie) hilfreich sein.

Genetik

Gezielte genetische Analysen bei präsenilen familiären Demenzformen (z.B. Chorea Huntington, Mutationen auf den Chromosomen 1, 14 oder 21) können diagnostisch hilfreich sein. Eine entsprechende genetische Beratung ist aber vor und nach der Analyse unabdingbar.

Geriatrisches Assessment

Abklärungen basierend auf dem geriatrischen Assessment können relevante Informationen geben, zum Beispiel über Selbständigkeit im Alltag (Aktivitäten des täglichen Lebens), Mobilität (z.B. Gang- und Gleichgewichtstestung), Funktion der Sinnesorgane (Sehen, Hören), Ernährungszustand, Stimmungslage, soziales Netz und soziale Unterstützung, Umgebungssituation.

Vermittlung der Diagnose

Der Patient ist über die Diagnose einer Demenz und die sich daraus ergebenden Konsequenzen zu orientieren. Das Einverständnis des urteilsfähigen Patienten vorausgesetzt, ist der Einbezug einer privaten Drittperson in das Diagnosegespräch einzuplanen.

Therapie

Medikamentöse Therapie der kognitiven Störungen

Die folgenden Therapieempfehlungen stützen sich jeweils auf mehrere kontrollierte Studien, welche für eine evidenzbasierte Indikationsstellung genügen.

Therapie mit Cholinesterase-Hemmern (ChE-H)

Bei einer leichten bis mittelschweren Alzheimer-Demenz (MMS [4], >10) sind ChE-H indiziert und kassenzulässig. Sie sind die am besten dokumentierte pharmakologische Behandlungsmöglichkeit. Dies gilt für alle drei in der Schweiz zugelassenen Substanzen: Donepezil, Galantamin und Rivastigmin [10]. Donepezil hat in Studien eine Wirksamkeit gezeigt ab 5 mg/Tag, Galantamin ab 16 mg/Tag und Rivastigmin ab 6 mg/Tag. Die langsame Titration gemäss Arzneimittelkompendium erfolgt sinnvollerweise unter Berücksichtigung der Nebenwirkungen. Wegen der nachgewiesenen Dosis-Wirkung-Beziehung sollte eine möglichst hohe Dosierung angestrebt werden. Die gleichzeitige Gabe zweier ChE-H ist nicht begründet. Die Therapie soll möglichst im Frühstadium der Krankheit begonnen werden.

Die Wirksamkeit von ChE-H bei schwer dementen Alzheimer-Patienten (MMS ≤10) ist in einigen Studien ebenfalls belegt [11–14]. Es liegt dafür jedoch (noch) keine entsprechende Zulassung vor. Für andere Demenzen – insbesondere vaskuläre, Lewy-body, M. Parkinson – liegen Studiendaten vor, die zeigen, dass ChE-H ebenfalls wirksam sind [15–26]. Seit Februar 2006 ist Rivastigmin in der Schweiz für die Parkinson-assoziierte Demenz zugelassen. Wenn aufgrund der spezialärztlichen Untersuchung eine Demenz diagnostiziert wird, die nur teilweise durch eine Alzheimer-Krankheit erklärt werden kann, ist der Einsatz eines ChE-H sinnvoll. Dies beruht darauf, dass mit zunehmendem Alter das cholinerge Transmitterdefizit und die Alzheimer-Pathologie häufiger werden und daher von der Behandlung mit ChE-H eine Besserung gewisser Symptome erwartet werden kann [27].

Bei leichten kognitiven Störungen (Mild Cognitive Impairments; MCI) besteht beim heutigen Wissensstand keine Indikation für ChE-H (z.B. [28]).

Therapie mit Memantin

Aktuell ist Memantin bei Patienten mit einer mittelschweren bis schweren Alzheimer-Demenz (MMSE = 3–19) indiziert [29] und kassenzulässig. Die empfohlene Tagesdosis beträgt 20 mg. Die Titration sollte gemäss dem Arzneimittelkompendium der Schweiz erfolgen.

Die Wirksamkeit von Memantin wurde in einigen Studien ebenfalls bei leichteren Demenzstadien [30] und bei Patienten mit vaskulärer Demenz belegt [31–32]. Für beide Indikationen besteht gegenwärtig keine Zulassung in der Schweiz.

Kombination von ChE-H und Memantin

Die ChE-H und Memantin weisen unterschiedliche Wirkungsmechanismen auf. Eine randomisierte, plazebokontrollierte Studie [33] bei mittelschwerer bis schwerer Alzheimer-Demenz zeigt, dass die gleichzeitige Einnahme eines AChE-H und von Memantin besser wirkt als die Monotherapie. Synergistische Effekte der beiden Wirkungsmechanismen scheinen sich somit zu bestätigen. Diese Resultate müssen aber durch weitere Studien belegt werden. Die Kombinationstherapie ist deshalb nicht kassenzulässig.

Erfolgskontrolle der Therapie

Nicht nur eine (vorübergehende) Verbesserung, sondern bereits eine Stabilisierung bzw. Verzögerung des kognitiven Abbaus ist als Therapieerfolg zu werten. Wirksamkeit kann sich aber auch an der Verbesserung/Stabilisierung der Selbständigkeit in den täglichen Aktivitäten, der Stimmung oder des Verhaltens zeigen.

Diese Erfolge lassen sich mit einem MMSE [4], wie er in der Limitatio vorgeschrieben wird, nicht oder nur ungenügend erfassen. Eine umfassendere Beurteilung des Patienten ist notwendig. Sie soll regelmässig durchgeführt und dokumentiert werden. Die Beurteilung beruht auf dem Wirksamkeitsnachweis auf drei Ebenen, nämlich dem klinischen Gesamturteil, der Kognition und den Alltagsfähigkeiten. Sie erfolgt durch den Arzt unter Einbezug der Betreuungsperson(en) und der Betroffenen.

Entsprechend den Erfahrungen aus den Zulassungsstudien soll die anfängliche Therapie bei guter Verträglichkeit und Compliance mindestens drei bis sechs Monate dauern, bevor die erste Wirksamkeitsbeurteilung vorgenommen werden kann. Bei fehlender oder zweifelhafter Wirksamkeit ist wegen der unterschiedlichen Substanzeigenschaften ein zweiter Therapieversuch mit einem anderen ChE-H gerechtfertigt.

Pharmakotherapie der nichtkognitiven Störungen

Psychische Symptome wie Depression, Unruhe, Wahn- und Angstzustände, Aggression und Schlafstörungen treten bei dementiellen Erkrankungen häufig auf. Patienten mit einer Demenz drücken ihre psychischen Befindlichkeiten auch anders aus als nichtdemente Patienten. Deshalb wurden diese Symptome in den letzten Jahren unter dem Begriff BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) zusammengefasst.

Bei Beginn der Behandlung von BPSD ist eine sorgfältige Ursachenanalyse unabdingbar (z.B. Unruhe aufgrund von Schmerzen).

Empathie, Strukturierung des psychosozialen Umfeldes sowie adäquate Ernährung und verhaltenstherapeutische Interventionen sind wichtig. Wird damit der gewünschte Erfolg nicht erzielt, ist zusätzlich eine Behandlung mit Psychopharmaka (ohne anticholinerge Wirkung) indiziert.

Die Notwendigkeit der Anwendung muss regelmässig überprüft werden. Es liegen für die medikamentöse Therapie der BPSD nur wenige qualitativ befriedigende Studien vor – vorwiegend solche mit Neuroleptika. Diese Pharmaka sind bei Symptomen wie Aggressionen wirksam, bei anderen, wie z.B. Wandern, Horten, Schreien, jedoch nicht. Besondere Vorsicht ist bei der Lewybody-Demenz bezüglich Therapie mit Neuroleptika geboten. Wegen erhöhter Schlaganfallrisiken unter Neuroleptika ist im Einzelfall eine Risikoabwägung vorzunehmen [34–36]. ChE-H und Memantin sind für die Behandlung diverser BPSD geeignet. Sie gehören somit zur Basistherapie der Demenz [37].

Therapie der depressiven Symptome

Depressive Symptome sind bei Demenzen häufig und aufgrund kognitiver Störungen oft schwierig zu erkennen. Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI, z.B. Sertralin, Citalopram) gelten als Mittel der ersten Wahl.

Therapie von Angst, Agitiertheit sowie paranoid-halluzinatorischen Symptomen

Diese Symptome treten besonders in den späteren Stadien der Krankheit häufig auf. Als einziges in diesem Bereich zugelassenes Medikament gilt Risperidon (0,5–1,5 mg/Tag). Es ist das Mittel der ersten Wahl, wobei selten auch bei sehr niedrigen Dosen extrapyramidale Symptome auftreten können [34–36].

Therapie von Schlafstörungen

Schlafstörungen nehmen in den späteren Stadien der Erkrankung deutlich zu und können zu einer Tag-Nacht-Umkehr führen. Eine ausgefüllte Tagesstruktur, tägliche körperliche Aktivität, schlafhygienische Massnahmen und eine ausreichende Lichtexposition tagsüber (Spaziergang draussen!) sind wichtig. Die pharmakologische Behandlung der Schlafstörungen bei dementen Patienten wurde bislang ungenügend untersucht. ChE-H stabilisieren den zirkadianen Rhythmus. Nichtanticholinerge, sedierende Psychopharmaka ohne Kumulationsgefahr können – unter Berücksichtigung des dadurch erhöhten Sturzrisikos – zur Behandlung von Schlafstörungen eingesetzt werden. Von den Benzodiazepinen sind dies Lorazepam, Temazepam, Oxazepam und Lormetazepam, von den Antidepressiva beispielsweise Mirtazepin und Trazodon, von den Neuroleptika Risperidon und Quetiapin [38].

Psychosoziale Massnahmen bei Demenzkrankheiten

Die psychosozialen Massnahmen sind stets die tragenden Säulen des Behandlungskonzepts. Ziel dieser Massnahmen ist die Optimierung der Lebensqualität der Patienten und ihrer Angehörigen/Betreuenden. Neue Analysen zeigen, dass diese Interventionen bedeutsame Effektstärken

aufweisen (siehe [39]). Konkrete Vorgehensweisen für Patienten und Betreuende sind in jedem Einzelfall den Bedürfnissen anzupassen und regelmässig auf ihre Angemessenheit zu überprüfen. Wichtige ratgebende und unterstützende Institutionen sind Haus- oder Spezialärzte, Memory Clinics und andere spezialisierte Institutionen, ambulante Pflegezentren, Selbsthilfegruppen, alle Angebote der Schweizerischen Alzheimervereinigung und, soweit vorhanden, lokale spezialisierte Institutionen mit temporären Entlastungsangeboten für die Betreuer oder für die Dauerbeherbergung von an Demenz erkrankten Menschen. Angehörige mit Erfahrung in der Pflege und Betreuung von Demenzkranken können kompetente Berater für andere betroffene Familien und Institutionen sein.

Spezifische Ziele der psychosozialen Massnahmen sind zum einen die Optimierung von Wohlbefinden und Alltagsfunktionen der Patienten über die Verbesserung ihrer kognitiven, funktionellen und psychopathologischen Störungen. Ebenso wichtig ist das Empowerment der Betreuungspersonen in Bezug auf den Umgang mit der Belastung und den Erhalt der eigenen (auch psychischen) Gesundheit.

Handlungsbedarf für die Schweiz

Im Bereich der Demenzerkrankungen bestehen aktuell vielschichtige und dringende Probleme. Diese betreffen sowohl Dienstleistung (sozial und medizinisch), Forschung, Lehre als auch die Öffentlichkeitsarbeit.

Es sollte nach einer gesamtschweizerischen Bedarfsanalyse geklärt werden, wo die vorhandenen Strukturen Unterstützung benötigen (z.B. Spezialisierung), wo neue Angebote aufgebaut werden und wie die Finanzierung gesichert werden sollen.

Im Bereiche der Dienstleistung bestehen bereits institutionell gestützte oder private Angebote, allerdings regional in höchst unterschiedlicher Ausprägung. Zudem fehlt für die Betroffenen eine Übersicht. Unklarheiten im Verständnis darüber, was eine Memory Clinic bietet, können zu Unsicherheiten in der Zuweisungssituation führen. Ein von den Fachgremien entwickelter Qualitätsstandard und eine Übersicht der Dienstleistungsangebote für Betroffene könnten hier Abhilfe schaffen.

In vielen Regionen der Schweiz bestehen Lücken bzw. Koordinationsprobleme in der dezentralen, teilstationären und ambulanten Betreuung demenzkranker Menschen. Wo Defizite in der Betreuung aufgedeckt werden, könnten diese beispielsweise durch den Aufbau von Tages- und Nachtbetreuung oder auch mobiler Equipen geschlossen werden. In Kombination mit solchen mobilen Equipen sollten in allen Landesregionen Beratungs- und Hilfestützpunkte mit einfachem Zugang und praktischem Hilfeangebot vorhanden

sein. Hierbei sind Synergien mit den bestehenden Angeboten (von Alzheimervereinigung, Spitex, Pro Senectute u.a.) zu nutzen. Der Zugang zu diesen Hilfsangeboten sollte übersichtlich und unkompliziert gestaltet sein.

Wie bereits ausgeführt, ist die Beurteilung der Fahrtauglichkeit in frühen Demenzstadien schwierig und komplex. Die Beurteilung erfolgt in der Schweiz durch die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. Empfehlungen für praxisgerechte und zuverlässige Beurteilung der Fahrfähigkeit, inkl. Fahrproben mit speziell ausgebildetem Personal, sind dringend notwendig.

In gleicher Weise ist die Erfassung der Urteilsfähigkeit von Patientinnen und Patienten in verschiedenen Demenzstadien schwierig. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften hat Richtlinien zur Urteilsfähigkeit erlassen [40]. Die Umsetzung dieser Grundsätze in der Praxis ist jedoch schwierig, und hier ist interdisziplinär mit Beteiligung der Betroffenen nach Lösungen zu suchen.

Durch die demographische Entwicklung steigt die gesundheitspolitische und volkswirtschaftliche Bedeutung der Demenzerkrankungen dramatisch an. Eine deutliche Aufstockung von Forschungsgeldern in diesem Bereich erscheint unabdingbar. Bei der Schweizerischen Wohnbevölkerung, den Betroffenen, den in Helfersystemen Engagierten und den Fachpersonen besteht ein hoher Bedarf

in Bezug auf Information sowie fachspezifische Aus- und Weiterbildung. Die entsprechenden Lehrangebote müssen auf allen Ebenen angesiedelt und für die ganze Schweiz flächendeckend sichergestellt werden.

Erklärung

Dieser Konsensus entstand im Rahmen einer Tagung in Interlaken vom 18. bis 20. November 2005. Der Veranstalter war das Alzheimer Forum Schweiz. Im Vorfeld erfolgte eine Literaturrecherche zur aktuellen pharmakologischen Therapie. Diese wurde durch die Schweizerische Alzheimervereinigung finanziert. Ein Grossteil der eingangs erwähnten Expertengruppe nahm an der Tagung teil und entwickelte dort den wesentlichen Inhalt des vorliegenden Papiers. Im Zirkulationsverfahren mit zusätzlichen Experten wurde die definitive Version erarbeitet. Alle Autoren und Mitglieder der Expertengruppe tragen die hier formulierten Aussagen ausdrücklich mit. Die Tagung selbst wurde finanziell unterstützt durch folgende Firmen der Schweiz: Janssen-Cilag, Lundbeck, Merz, Novartis, Pfizer, Schwabe.

Eine ausführliche Fassung dieses Konsensus findet sich auf Deutsch unter www.medicalforum.ch.



Bitte beachten Sie auch die Beiträge in PrimaryCare Heft 3/2008 und 4/2008.

Empfohlene Literatur

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th ed. 1994. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Ballard C, Waite J, Birks J. Atypical antipsychotics for aggression and psychosis in Alzheimer's disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006, Issue 1.
- Birks J & Flicker L. Donepezil for mild cognitive impairment. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006, Issue 3
- Birks J. Cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006; Issue 1.
- Maidment I, Fox C, Boustani M. Cholinesterase inhibitors for Parkinson's disease dementia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006, Issue 3.
- McShane R, Areosa Sastre A, Minakaran N. Memantine for dementia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006, Issue 2.
- Sink KM, Holden KF, Yaffe K. Pharmacological treatment of neuropsychiatric symptoms of dementia: a review of the evidence. *JAMA* 2005;293(5):596–608.

- Sitzer DI, Twamley EW, Jeste DV. Cognitive training in Alzheimer's disease: a meta-analysis of the literature. *Acta Psychiatr Scand.* 2006; 114: 75–90.
- Thalman B, Spiegel R, Stähelin HB, Brubacher D, Ermini-Fünfschilling D, Bläsi S, Monsch AU. Dementia screening in general practice: Optimized scoring for the Clock Drawing Test. *Brain Aging.* 2002;2(2):36–43.
- Winblad B, Palmer K, Kivipelto M, Jelic V, Fratiglioni L, Wahlund LO, et al. Mild cognitive impairment – beyond controversies, towards a consensus: Report of the International Working Group on Mild Cognitive Impairment. *J Intern Med.* 2004;256(3):240–6.

Die vollständige nummerierte Literaturliste finden Sie unter www.medicalforum.ch

Korrespondenz:
 Prof. Andreas U. Monsch
 Memory Clinic
 Universitätsspital
 CH-4031 Basel
andreas.monsch@unibas.ch