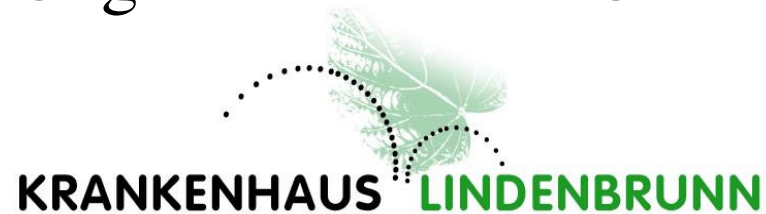


# S3-Leitlinie Demenz

Ärzteverein Hameln      03.12.2009

M. Gogol    Klinik für Geriatrie



Coppenbrügge

**1 Eine frühzeitige syndromale und ätiologische Diagnostik ist Grundlage der Behandlung und Versorgung von Patienten mit Demenzerkrankungen und deshalb allen Betroffenen zu ermöglichen.**

*Good clinical practice, Expertenkonsens*

**2 Bei der Durchführung diagnostischer Maßnahmen ist die Einwilligungsfähigkeit des Patienten zu prüfen und zu berücksichtigen. Es sind ggf. Maßnahmen zu ergreifen, um eine gesetzliche Vertretung des Betroffenen für Fragen der Gesundheitsfürsorge zu schaffen.**

*Good clinical practice, Expertenkonsens*

# Aufklärung

- 3 Die Patienten und ggf. auch ihre Angehörigen werden über die erhobenen Befunde und ihre Bedeutung im ärztlichen Gespräch in einem der persönlichen Situation des Erkrankten und der Angehörigen angemessenen Rahmen aufgeklärt, wobei sich Art und Inhalt der Aufklärung am individuellen Informationsbedarf und -wunsch sowie am Zustandsbild des Betroffenen orientieren. Die Aufklärung soll neben der Benennung der Diagnose auch Informationen zu Therapiemöglichkeiten, Verhaltensweisen im Umgang mit der Erkrankung, Hilfe- und Unterstützungsangeboten, über die Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung, Betroffenen- und Angehörigenverbände, z.B. Alzheimer Gesellschaft, und Prognose enthalten. Dem Informationsbedürfnis der Erkrankten und der Angehörigen ist umfassend Rechnung zu tragen.**

*Good clinical practice, Expertenkonsens*

- 4 Die Diagnose einer Demenz ist eine Syndromdiagnose und soll auf anerkannten Kriterien fußen, wie sie z.B. in der ICD-10 niedergelegt sind. Demenz ist zunächst eine klinische, beschreibende Diagnose; eine prognostische Aussage ist damit nicht impliziert. Hinter der Syndromdiagnose verbirgt sich eine Fülle von ursächlichen Erkrankungen, die differenziert werden müssen, da erst die ätiologische Zuordnung eine fundierte Aussage über den Verlauf und die Behandlung erlaubt. Eine erste ätiologische Differenzierung kann ebenfalls an klinischen Merkmalen, die z.B. in der ICD-10 gelistet sind, erfolgen. Die ätiologische Zuordnung anhand dieser klinischen Merkmale alleine ist aber unzureichend.**

*Good clinical practice, Expertenkonsens*

# Anamnese

**5 Eine genaue Eigen-, Fremd-, Familien- und Sozialanamnese unter Einschluss der vegetativen und Medikamentenanamnese soll erhoben werden. Aus ihr sollen besondere Problembereiche, Alltagsbewältigung und bisheriger Verlauf abschätzbar sein.**

*Good clinical practice, Expertenkonsens*

### **1. Endokrinopathien**

- Hypothyreose
- Hyperthyreose
- Hypoparathyreoidismus
- Hyperparathyreoidismus

### **2. Vitaminmangelkrankheiten**

- B12-Mangel
- Folsäuremangel
- B1-Mangel
- B6-Mangel

### **3. Metabolische Enzephalopathien**

- chronisch hypoxische Zustände
- chronische Lebererkrankungen (M. Wilson, Hämochromatose, Leberzirrhose)
- chronische Nierenerkrankungen (Dialyse-Enzephalopathie)

### **4. Intoxikationen**

- Industriegifte (z.B. Kohlenmonoxid, Quecksilber, Blei, Perchlorethylen)
- Medikamente (z.B. Kardiaka, Antihypertensiva, Psychopharmaka)
- Alkoholabhängigkeit

### **5. Elektrolytstörungen**

- Hyponatriämie (z.B. diuretische Behandlung)
- Hypernatriämie

### **6. Hämatologisch bedingte Störungen**

- Polyzythämie, Hyperlipidämie, multiples Myelom
- Anämie

### **7. Chronische Infektionskrankheiten**

- bakteriell: M. Whipple, Neurosyphilis, Neuroborreliose
- viral: Zytomegalie, HIV-Enzephalitis, progressive multifokale Leukoenzephalitis

### **8. Spätformen der Leukodystrophien, z.B. Zeroidlipofuszinose**

# Basis-Diagnostik

- 6** Bei jedem Patienten mit Demenz oder Demenzverdacht sollte bereits bei der Erstdiagnose eine Quantifizierung der kognitiven Leistungseinbuße erfolgen.
- Für die ärztliche Praxis sind die einfachen und zeitökonomischen Tests, z.B. MMST, DemTect, TFDD und Uhrentest, als Testverfahren geeignet, um das Vorhandensein und den ungefähren Schweregrad einer Demenz zu bestimmen.
- Die Sensitivität dieser Verfahren bei leichtgradiger und fraglicher Demenz ist jedoch begrenzt und sie sind zur Differenzialdiagnostik verschiedener Demenzen nicht geeignet.

*Empfehlungsgrad B, Leitlinienadaptation NICE 2007*

# Diagnostik

**7** Grundlage der Diagnostik ist eine ärztliche Untersuchung unter Einschluss eines internistischen, neurologischen und psychopathologischen Befundes. Eine Schweregradabschätzung der kognitiven Leistungsstörung soll mit Hilfe eines geeigneten Kurztestes durchgeführt werden.

*Good clinical practice, Expertenkonsens*

**8** Ausführliche neuropsychologische Tests sollten bei fraglicher oder leichtgradiger Demenz zur differenzialdiagnostischen Abklärung eingesetzt werden. Die Auswahl der geeigneten Verfahren richtet sich im Einzelfall nach der Fragestellung, dem Krankheitsstadium und der Erfahrung des Untersuchers. Beeinflussende Variablen, wie z.B. prämorbidem Funktionsniveau, Testvorerfahrung, Ausbildungsstatus und soziokultureller Hintergrund oder Sprachkenntnisse müssen berücksichtigt werden.

Im Rahmen der vertieften neuropsychologischen Früh- und Differenzialdiagnostik sollten möglichst unter Zuhilfenahme von standardisierten Instrumenten u.a. die kognitiven Bereiche Lernen und Gedächtnis, Orientierung, Raumkognition, Aufmerksamkeit, Praxie, Sprache und Handlungsplanung untersucht werden.

*Empfehlungsgrad B, Leitlinienadaptation NICE 2007*

# Neuropsychologie

- 9** Bei wiederholtem Einsatz neuropsychologischer Testverfahren zur Beurteilung des Krankheitsverlaufs oder des Behandlungserfolgs müssen Testwiederholungseffekte durch einen ausreichenden zeitlichen Abstand zwischen den Testzeitpunkten (mindestens 6 Monate oder bei rascher Progredienz auch früher) oder durch Verwendung von Test-Parallelversionen so weit wie möglich vermieden werden. Die dennoch eingeschränkte Reliabilität der Testverfahren muss bei der Beurteilung von Veränderungen der Ergebnisse berücksichtigt werden.

*Empfehlungsgrad C, Evidenzebene IV*

- 10** Demenz-assoziierte psychische und Verhaltenssymptome und Beeinträchtigungen der Alltagsbewältigung sowie die Belastung der pflegenden Bezugspersonen sollten erfasst werden. Dazu stehen validierte Skalen zur Verfügung.

*Empfehlungsgrad B, Leitlinienadaptation Dementia MOH 2007<sup>66</sup>*

# Begleitdiagnostik

**11 Im Rahmen der Basisdiagnostik werden folgende Serum- bzw. Plasmauntersuchungen empfohlen: Blutbild, Elektrolyte (Na, K, Ca), Nüchtern-Blutzucker, TSH, Blutsenkung oder CRP, GOT, Gamma-GT, Kreatinin, Harnstoff, Vitamin B12**

*Empfehlungsgrad B, Leitlinienadaptation NICE 2007*

**12 Im Falle klinisch unklarer Situationen oder bei spezifischen Verdachtsdiagnosen sollen gezielte weitergehende Laboruntersuchungen durchgeführt werden. Beispiele hierfür sind: Differenzial-Blutbild, BGA, Phosphat, HBA1c, Homocystein, fT3, fT4, SD-Antikörper, Kortisol, Parathormon, Coeruloplasmin, Vitamin B6, Lues, Borrelien, Pb, Hg, Cu, Lues, HIV, Drogenscreening, Urinteststreifen, Folsäure.**

*Good clinical practice, Expertenkonsens*

# Apolipoprotein E / Liquor I

- 13 Eine isolierte Bestimmung des Apolipoprotein-E-Genotyps als genetischer Risikofaktor wird aufgrund mangelnder diagnostischer Trennschärfe und prädiktiver Wertigkeit im Rahmen der Diagnostik nicht empfohlen.**

*Empfehlungsgrad A, Leitlinienadaptation NICE 2007*



- 14 In der Erstdiagnostik einer Demenz sollte die Liquordiagnostik zum Ausschluss einer entzündlichen Gehirnerkrankung durchgeführt werden, wenn sich dafür Hinweise aus der Anamnese, dem körperlichem Befund oder der Zusatzdiagnostik ergeben.**

*Good clinical practice, Expertenkonsens*

- 15 Die Liquordiagnostik kann auch Hinweise für nicht-degenerative Demenzursachen geben, bei denen Anamnese, körperlicher Befund und übrige technische Zusatzdiagnostik keine pathologischen Befunde zeigen. Wenn eine Liquordiagnostik bei Demenz durchgeführt wird, sollen die Parameter des Liquorgrundprofils untersucht werden.**

*Good clinical practice, Expertenkonsens*

# Liquor II

**16 Die liquorbasierte neurochemische Demenzdiagnostik unterstützt im Rahmen der Erstdiagnostik die Differenzierung zwischen primär neurodegenerativen Demenzerkrankungen und anderen Ursachen demenzieller Syndrome.**

*Empfehlungsgrad B, Evidenzebene Ib*

**17 Die kombinierte Bestimmung der Parameter beta-Amyloid-1-42 und Gesamt-Tau bzw. beta-Amyloid-1-42 und Phospho-Tau ist der Bestimmung nur eines einzelnen Parameters überlegen und wird empfohlen.**

*Empfehlungsgrad B, Evidenzebene Ib*

**18 Die differenzialdiagnostische Trennschärfe dieser Marker innerhalb der Gruppe neurodegenerativer Erkrankungen und in Abgrenzung zur vaskulären Demenz ist nicht ausreichend.**

*Empfehlungsgrad B, Evidenzebene Ib*

# Liquor III

**19 Die Ergebnisse der liquorbasierten neurochemischen Demenzdiagnostik sollen auf der Grundlage des Befundes der Routine-Liquordiagnostik und aller anderen zur Verfügung stehenden diagnostischen Informationen beurteilt werden.**

*Good clinical practice, Expertenkonsens*

# Bildgebung

**20 Bei vorliegendem Demenzsyndrom soll eine konventionelle cCT oder cMRT zur Differenzialdiagnostik durchgeführt werden.**

*Empfehlungsgrad A, Leitlinienadaptation NICE 2007*



**21 Für die Feststellung einer vaskulären Demenz sollten neben der Bildgebung (Ausmaß und Lokalisation von vaskulären Läsionen) Anamnese, klinischer Befund und neuropsychologisches Profil herangezogen werden. Der Beitrag der strukturellen MRT in der Differenzierung der Alzheimer-Demenz oder der fronto-temporalen Demenz von anderen neurodegenerativen Demenzen ist bisher nicht ausreichend gesichert.**

*Empfehlungsgrad B, Leitlinienadaptation NICE 2007*

**22 Eine Notwendigkeit für eine cMRT-Untersuchung zur routinemäßigen Verlaufskontrolle besteht im Regelfall nicht.**

*Empfehlungsgrad C, Evidenzebene IV*

# Nuklearmedizin / EEG

**23** **FDG-PET und HMPAO-SPECT können bei Unsicherheit in der Differenzialdiagnostik von Demenzen (AD, FTD, VD) zur Klärung beitragen. Ein regelhafter Einsatz in der Diagnostik wird nicht empfohlen.**

*Empfehlungsgrad A, Leitlinienadaptation NICE 2007*



**24** **Ein EEG ist bei bestimmten Verdachtsdiagnosen indiziert (Anfallsleiden, Delir, Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung). Das EEG kann zur Abgrenzung von neurodegenerativen und nicht-neurodegenerativen Erkrankungen beitragen, ist jedoch zur Differenzialdiagnose von neurodegenerativen Demenzerkrankungen von geringem Wert. Ein regelhafter Einsatz in der ätiologischen Zuordnung von Demenzerkrankungen wird nicht empfohlen.**

*Empfehlungsgrad B, Leitlinienadaptation NICE 2007*

# Humangenetik

**25** Bei Verdacht auf eine monogen vererbte Demenzerkrankung (z.B. bei frühbeginnender Demenz in Verbindung mit einer richtungsweisenden Familienanamnese) soll eine genetische Beratung angeboten werden. Im Rahmen der Beratung muss darauf hingewiesen werden, dass sich aus der molekulargenetischen Diagnostik keine kausale Therapie oder Prävention der klinischen Manifestation ergibt, und das Wissen um eine genetisch determinierte Demenz Konsequenzen für die Angehörigen bedeuten kann. Nach erfolgter Beratung kann eine molekulargenetische Diagnostik angeboten werden.

*Empfehlungsgrad C, Leitlinienadaptation NICE 2007*

**26** Vor einer prädiktiven genetischen Diagnostik bei gesunden Angehörigen von Patienten mit monogen vererbter Demenzerkrankung, die von den Angehörigen gewünscht wird, sind die Vorgaben der humangenetischen prädiktiven Diagnostik einzuhalten.

*Good clinical practice, Expertenkonsens*

# AChE-Hemmer I

**27 Acetylcholinesterase-Hemmer sind wirksam in Hinsicht auf die Fähigkeit zur Verrichtung von Alltagsaktivitäten, auf die Besserung kognitiver Funktionen und auf den ärztlichen Gesamteindruck bei der leichten bis mittelschweren Alzheimer-Demenz und eine Behandlung wird empfohlen**

*Empfehlungsgrad B, Leitlinienadaptation NICE 2007*

**28 Es soll die höchste verträgliche Dosis angestrebt werden.**

*Empfehlungsgrad A, Evidenzebene Ia, Leitlinienadaptation NICE 2007*



**29 Die Auswahl eines Acetylcholinesterase-Hemmers sollte sich primär am Neben- und Wechselwirkungsprofil orientieren, da keine ausreichenden Hinweise für klinisch relevante Unterschiede in der Wirksamkeit der verfügbaren Substanzen vorliegen.**

*Empfehlungsgrad B, Leitlinienadaptation NICE 2007*

# AChE-Hemmer II

**30 Acetylcholinesterase-Hemmer können bei guter Verträglichkeit im leichten bis mittleren Stadium fortlaufend gegeben werden.**

*Empfehlungsgrad B, Leitlinienadaptation SIGN 2006*

**31 Ein Absetzversuch kann vorgenommen werden, wenn Zweifel an einem günstigen Verhältnis aus Nutzen zu Nebenwirkungen auftreten.**

*Empfehlungsgrad B, Leitlinienadaptation MOH 2007*

**32 Wenn Zweifel an einem günstigen Verhältnis von Nutzen zu Nebenwirkungen eines Acetylcholinesterase-Hemmers auftreten, kann das Umsetzen auf einen anderen Acetylcholinesterase-Hemmer erwogen werden.**

*Empfehlungsgrad B, Evidenzebene IIb*

# AChE-Hemmer III

**33** Es gibt Hinweise für eine Wirksamkeit von Donepezil bei Alzheimer-Demenz im schweren Krankheitsstadium auf Kognition, Alltagsfunktionen und klinischen Gesamteindruck und für Galantamin auf die Kognition. Die Weiterbehandlung von vorbehandelten Patienten, die in das schwere Stadium eintreten, oder die erstmalige Behandlung von Patienten im schweren Stadium kann empfohlen werden.

*Empfehlungsgrad B, Evidenzebene Ib, Leitlinienadaptation SIGN 2006*

**Die Behandlung der schweren Alzheimer-Demenz mit Acetylcholinesterase-Hemmern ist eine Off-label-Behandlung und die Schwierigkeit des Off-label-Gebrauchs ist adäquat zu berücksichtigen.**

# Memantin I

**34 Memantin ist wirksam auf die Kognition, Alltagsfunktion und den klinischen Gesamteindruck bei Patienten mit moderater bis schwerer Alzheimer-Demenz und eine Behandlung wird empfohlen**

*Empfehlungsgrad B, Evidenzebene Ia*

**35 Bei leichtgradiger Alzheimer-Demenz ist eine Wirksamkeit von Memantin auf die Alltagsfunktion nicht belegt. Es findet sich ein nur geringer Effekt auf die Kognition. Eine Behandlung von Patienten mit leichter Alzheimer-Demenz mit Memantin wird nicht empfohlen**

*Empfehlungsgrad A, Evidenzebene Ib*



# Memantin II

**36 Eine Add-on-Behandlung mit Memantin bei Patienten, die Donepezil erhalten, ist der Monotherapie mit Donepezil bei schwerer Alzheimer-Demenz (MMST 5-9 Punkte) überlegen. Eine Add-on-Behandlung kann erwogen werden.**

*Empfehlungsgrad C, Evidenzebene Ib*

**Die Behandlung der schweren Alzheimer-Demenz mit Donepezil ist eine Off-label Behandlung und die Schwierigkeit des Off-label-Gebrauchs ist adäquat zu berücksichtigen.**

**37 Für eine Add-on-Behandlung mit Memantin bei Patienten mit einer Alzheimer-Demenz im leichten bis oberen mittelschweren Bereich (MMST: 15-22 Punkte), die bereits einen Acetylcholinesterase-Hemmer erhalten, wurde keine Überlegenheit gegenüber einer Monotherapie mit einem Acetylcholinesterase-Hemmer gezeigt. Sie wird daher nicht empfohlen.**

*Empfehlungsgrad B, Evidenzebene Ib*

**38 Für eine Add-on-Behandlung mit Memantin bei Patienten mit mittelschwerer Alzheimer-Demenz (MMST: 10-14 Punkte), die bereits einen Acetylcholinesterase-Hemmer erhalten, liegt keine überzeugende Evidenz vor. Es kann keine Empfehlung gegeben werden.**

*Empfehlungsgrad B, Evidenzebene Ib*

# Ginkgo / Vitamin E / NSAR

**39** Es gibt keine überzeugende Evidenz für die Wirksamkeit ginkgohaltiger Präparate. Sie werden daher nicht empfohlen.

*Empfehlungsgrad A, Evidenzebene Ia*



**40** Eine Therapie der Alzheimer-Demenz mit Vitamin E wird wegen mangelnder Evidenz für Wirksamkeit und auf Grund des Nebenwirkungsrisikos nicht empfohlen.

*Empfehlungsgrad A, Evidenzebene Ib, Leitlinienadaptation NICE 2007*



**41** Es gibt keine überzeugende Evidenz für eine Wirksamkeit von nicht-steroidalen Anti-phlogistika (Rofecoxib, Naproxen, Diclofenac, Indomethacin) auf die Symptomatik der Alzheimer-Demenz. Eine Behandlung der Alzheimer-Demenz mit diesen Substanzen wird nicht empfohlen.

*Empfehlungsgrad A, Evidenzebene Ib*



# Hormonersatz / Nootropika

**42 Eine Hormonersatztherapie soll nicht zur Verringerung kognitiver Beeinträchtigungen bei postmenopausalen Frauen empfohlen werden.**

*Empfehlungsgrad B, Übernahme-Statement aus der S 3-Leitlinie "Hormontherapie in der Peri- und Postmenopause"<sup>140</sup>.*

**43 Die Evidenz für eine Wirksamkeit von Piracetam, Nicergolin, Hydergin, Phosphatidylcholin (Lecithin), Nimodipin, Cerebrolysin und Selegilin bei Alzheimer-Demenz ist unzureichend. Eine Behandlung wird nicht empfohlen.**

*Empfehlungsgrad A, Evidenzebene Ia, Ib*



# Vaskuläre Demenz

**44 Die Behandlung relevanter vaskulärer Risikofaktoren und Grunderkrankungen, die zu weiteren vaskulären Schädigungen führen, ist bei der vaskulären Demenz zu empfehlen.**

*Good clinical practice, Expertenkonsens*

**45 Es existiert keine zugelassene oder durch ausreichende Evidenz belegte medikamentöse symptomatische Therapie für vaskuläre Demenzformen, die einen regelhaften Einsatz rechtfertigen. Es gibt Hinweise für eine Wirksamkeit von Acetylcholinesterase-Hemmern und Memantin, insbesondere auf exekutive Funktionen bei Patienten mit subkortikaler vaskulärer Demenz. Im Einzelfall kann eine Therapie erwogen werden.**

*Empfehlungsgrad C, Evidenzebene Ib*

**Die Behandlung der vaskulären Demenz mit einem Acetylcholinesterase-Hemmer oder Memantin ist eine Off-label-Behandlung und die Schwierigkeit des Off-label-Gebrauchs ist adäquat zu berücksichtigen.**

**46 Thrombozytenfunktionshemmer sind bei vaskulärer Demenz nicht zur primären Demenzbehandlung indiziert. Bezüglich der Indikationsstellung zum Einsatz von Thrombozytenfunktionshemmern zur Prävention einer zerebralen Ischämie wird auf die Schlaganfall-Leitlinie der DGN verwiesen.**

*Empfehlungsgrad C, Evidenzebene IV, Leitlinienadaptation SIGN 2006*

# Gemischte Demenz

- 47** Es gibt gute Gründe, eine gemischte Demenz als das gleichzeitige Vorliegen einer Alzheimer-Demenz und einer vaskulären Demenz zu betrachten. Folglich ist es gerechtfertigt, Patienten mit einer gemischten Demenz entsprechend der Alzheimer-Demenz zu behandeln.

*Empfehlungsgrad C, Evidenzebene IV*

- 48** Es existiert keine überzeugende Evidenz zur Behandlung kognitiver Symptome oder Verhaltenssymptome bei Patienten mit fronto-temporaler Demenz. Es kann keine Behandlungsempfehlung gegeben werden.

*Empfehlungsgrad B, Evidenzebene IIb*

# M. Parkinson / Lewy-Körperchen-Demenz

**49 Rivastigmin ist zur antidementiven Behandlung der Demenz bei M. Parkinson im leichten und mittleren Stadium wirksam in Hinblick auf kognitive Störung und Alltagsfunktion und wird empfohlen.**

*Empfehlungsgrad B, Evidenzebene Ib*

**50 Für die antidementive Behandlung der Lewy-Körperchen-Demenz existiert keine zugelassene oder ausreichend belegte Medikation. Es gibt Hinweise für eine Wirksamkeit von Rivastigmin auf Verhaltenssymptome. Ein entsprechender Behandlungsversuch kann erwogen werden.**

*Empfehlungsgrad C, Evidenzebene Ib*

**Die Behandlung der Lewykörperchen Demenz mit Rivastigmin ist eine Off-label-Behandlung und die Schwierigkeit des Off-label-Gebrauchs ist adäquat zu berücksichtigen.**

# Verhaltenssymptome

**51** Vor dem Einsatz von Psychopharmaka bei Verhaltenssymptomen soll ein psychopathologischer Befund erhoben werden. Die medizinischen, personen- und umgebungsbezogenen Bedingungsfaktoren müssen identifiziert und soweit möglich behandelt bzw. modifiziert werden. Darüber hinaus besteht eine Indikation für eine pharmakologische Intervention, wenn psychosoziale Interventionen nicht effektiv, nicht ausreichend oder nicht verfügbar sind. Bei Eigen- oder Fremdgefährdung, die nicht anders abwendbar ist, kann eine unmittelbare pharmakologische Intervention erforderlich sein. Für Patienten mit Parkinson-Demenz, Lewy-Körperchen-Demenz und verwandte Erkrankungen sind klassische und viele atypische Neuroleptika kontraindiziert, da sie Parkinson-Symptome verstärken und Somnolenzattacken auslösen können. Einsetzbare Neuroleptika bei diesen Erkrankungen sind Clozapin und mit geringerer Evidenz Quetiapin.

*Good clinical practice, Expertenkonsens*

# Neuroleptika I

**52 Die Gabe von Antipsychotika bei Patienten mit Demenz ist mit einem erhöhten Risiko für Mortalität und für zerebrovaskuläre Ereignisse assoziiert. Patienten und rechtliche Vertreter müssen über dieses Risiko aufgeklärt werden. Die Behandlung soll mit der geringst möglichen Dosis und über einen möglichst kurzen Zeitraum erfolgen. Der Behandlungsverlauf muss engmaschig kontrolliert werden.**

*Empfehlungsgrad A, Evidenzebene Ia und III*



**53 Benzodiazepine sollen bei Patienten mit Demenz nur bei speziellen Indikationen kurzfristig eingesetzt werden.**

*Empfehlungsgrad C, Leitlinienadaptation SIGN 2006*

**54 Nach diagnostischer Abklärung kann ein Delir bei Demenz mit Antipsychotika behandelt werden. Antipsychotika mit anticholinergem Nebenwirkung sollen vermieden werden.**

*Empfehlungsgrad C, Expertenkonsens*

# Depression / Angst

**55** Medikamentöse antidepressive Therapie bei Patienten mit Demenz und Depression ist wirksam und wird empfohlen. Bei der Ersteinstellung und Umstellung sollen trizyklische Antidepressiva aufgrund des Nebenwirkungsprofils nicht eingesetzt werden.

*Empfehlungsgrad B, Evidenzebene Ib*

**Statement:** Es existiert für die Therapie der Angst und Angststörung bei Patienten mit Demenz keine evidenzbasierte medikamentöse Behandlung.

# Agitation I

**56 Haloperidol wird aufgrund fehlender Evidenz für Wirksamkeit nicht zur Behandlung von Agitation empfohlen. Es gibt Hinweise auf Wirksamkeit von Haloperidol auf aggressives Verhalten mit geringer Effektstärke. Unter Beachtung der Risiken (extrapyramidale Nebenwirkungen, zerebrovaskuläre Ereignisse, erhöhte Mortalität) kann der Einsatz bei diesem Zielsymptom erwogen werden.**



*Empfehlungsgrad A, Evidenzebene Ia*

**57 Risperidon ist in der Behandlung von agitiertem und aggressivem Verhalten bei Demenz wirksam. Aripiprazol kann aufgrund seiner Wirksamkeit gegen Agitation und Aggression als alternative Substanz empfohlen werden. Olanzapin soll aufgrund des anticholinergen Nebenwirkungsprofils und heterogener Datenlage bezüglich Wirksamkeit nicht zur Behandlung von agitiertem und aggressivem Verhalten bei Patienten mit Demenz eingesetzt werden.**



*Empfehlungsgrad A, Evidenzebene Ia, Ib*

**Die Behandlung von Agitation und Aggressivität bei Demenz mit Aripiprazol ist eine Off-label-Behandlung und die Schwierigkeit des Off-label-Gebrauchs ist adäquat zu berücksichtigen.**

# Agitation II

**58** Es gibt Hinweise auf eine günstige Wirkung von Carbamazepin auf Agitation und Aggression. Carbamazepin kann nach fehlendem Ansprechen anderer Therapien empfohlen werden. Es ist auf Medikamenteninteraktionen zu achten.

*Empfehlungsgrad C, Evidenzebene Ib*

Die Behandlung von Agitation und Aggressivität bei Demenz mit Carbamazepin ist eine Off-label-Behandlung und die Schwierigkeit des Off-label-Gebrauch ist adäquat zu berücksichtigen.

**59** Eine Behandlung von Valproat wird nicht empfohlen.

*Empfehlungsgrad B, Evidenzebene Ib*

**60** Es gibt eine schwache Evidenz für die Wirksamkeit von Citalopram bei agitiertem Verhalten von Demenzkranken. Ein Behandlungsversuch kann gerechtfertigt sein.

*Empfehlungsgrad C, Evidenzebene Ib*

Die Behandlung der von Agitation und Aggressivität bei Demenz mit Citalopram ist eine Off-label-Behandlung und die Schwierigkeit des Off-label-Gebrauchs ist adäquat zu berücksichtigen.

# Gesteigerte Psychomotorik

**61 Bei schwerer psychomotorischer Unruhe, die zu deutlicher Beeinträchtigung des Betroffenen und/oder der Pflegenden führt, kann ein zeitlich begrenzter Therapieversuch mit Risperidon empfohlen werden.**

*Empfehlungsgrad C, Evidenzebene II*

**Die Behandlung der psychomotorischen Unruhe bei Demenz mit Risperidon ist eine Off-label-Behandlung und die Schwierigkeit des Off-label-Gebrauchs ist adäquat zu berücksichtigen.**

# Psychotische Symptome

**62 Die günstige Wirkung von Risperidon auf psychotische Symptome bei Demenz ist belegt. Falls eine Behandlung mit Antipsychotika bei psychotischen Symptomen (Wahn, Halluzinationen) notwendig ist, wird eine Behandlung mit Risperidon (0,5-2 mg) empfohlen.**

*Empfehlungsgrad B, Evidenzebene Ia*

**63 Für die Wirksamkeit von Aripiprazol 10 mg bei psychotischen Symptomen bei Patienten mit Demenz gibt es Hinweise. Die Datenlage ist jedoch heterogen.**

*Empfehlungsgrad C, Evidenzebene Ib*

**Die Behandlung der von psychotischen Symptomen bei Demenz mit Aripiprazol ist eine Off-label-Behandlung und die Schwierigkeit des Off-label-Gebrauchs ist adäquat zu berücksichtigen.**

**64 Für andere atypische Antipsychotika gibt es keine Evidenz für Wirksamkeit bei psychotischen Symptomen bei Demenz, daher wird der Einsatz nicht empfohlen.**

*Empfehlungsgrad B, Evidenzebene Ia*

# Insomnie

**65 Melatonin ist in der Behandlung von Schlafstörungen bei Demenz nicht wirksam. Eine Anwendung wird nicht empfohlen.**

*Empfehlungsgrad A, Evidenzebene Ib*



**66 Für eine medikamentöse Therapie von Schlafstörungen bei Demenz kann keine evidenzbasierte Empfehlung ausgesprochen werden.**

*Empfehlungsgrad B, Evidenzebene IV*

# Trainingstherapie I

**67** Es gibt Evidenz für geringe Effekte von kognitivem Training/kognitiver Stimulation auf die kognitive Leistung bei Patienten mit leichter bis moderater Demenz. Die Möglichkeit, an einem strukturierten kognitiven Stimulationsprogramm teilzunehmen, kann angeboten werden.

*Empfehlungsgrad C, Evidenzebene IIb, Leitlinienadaptation NICE 2007*

**68** Realitätsorientierung und Reminiszenzverfahren kann in allen Krankheitsstadien aufgrund von geringen Effekten auf die kognitive Leistung zur Anwendung kommen.

*Empfehlungsgrad C, Evidenzebene IIb*

**69** Es gibt Evidenz, dass ergotherapeutische, individuell angepasste Maßnahmen bei Patienten mit leichter bis mittelschwerer Demenz unter Einbeziehung der Bezugspersonen zum Erhalt der Alltagsfunktionen beitragen. Der Einsatz kann angeboten werden.

*Empfehlungsgrad C, Evidenzebene IIb, Leitlinienadaptation NICE 2007*

# Trainingstherapie II

**70** Es gibt Hinweise, dass körperliche Aktivierung zum Erhalt der Alltagsfunktionen, Beweglichkeit und Balance beiträgt. Der Einsatz kann angeboten werden. Es existiert jedoch keine ausreichende Evidenz für die systematische Anwendung bestimmter körperlicher Aktivierungsverfahren.

*Empfehlungsgrad C, Evidenzebene IIb*

# Musiktherapie / Aromatherapie

**71 Es gibt Hinweise, dass aktive Musiktherapie geringe Effekte auf psychische und Verhaltenssymptome bei Menschen mit Demenz hat. Sie kann empfohlen werden.**

*Empfehlungsgrad C, Evidenzebene IIa*

**72 Rezeptive Musiktherapie, insbesondere das Vorspielen von Musik mit biographischem Bezug ("preferred music") kann geringe Effekte auf agitiertes und aggressives Verhalten haben. Sie kann empfohlen werden.**

*Empfehlungsgrad C, Evidenzebene III*

**73 Die Anwendung von Aromastoffen kann geringe Effekte auf agitiertes Verhalten und allgemeine Verhaltenssymptome bei Patienten mit mittel- bis schwergradiger Demenz haben. Sie kann empfohlen werden.**

*Empfehlungsgrad C, Evidenzebene Ib*

# Snoezelen / Lichttherapie

**74 Multisensorische Verfahren (Snoezelen) mit individualisierten biographiebezogenen Stimuli im 24-Stunden-Ansatz können geringe Effekte auf Freude und Aktivität bei Patienten mit moderater bis schwerer Demenz haben. Sie können empfohlen werden.**

*Empfehlungsgrad C, Evidenzebene IIb*

**75 Es gibt keine ausreichenden Hinweise für einen therapeutischen Effekt von Licht, die eine spezielle Empfehlung in der Anwendung bei Menschen mit Demenz erlauben.**

*Evidenzebene Ib*

# Pflegende I

**76** Angehörigentraining zum Umgang mit psychischen und Verhaltenssymptomen bei Demenz können geringe Effekte auf diese Symptome beim Erkrankten haben. Sie sollten angeboten werden.

*Empfehlungsgrad B, Evidenzebene IIb*

**Statement:** Zur Prävention und Behandlung von psychischen und Verhaltenssymptomen (herausforderndes Verhalten) bei Demenzerkrankten kann verstehende Diagnostik, validierendes Verhalten und Erinnerungspflege eingesetzt werden. In der akuten Situation können basale bzw. sensorische Stimulation, der Einsatz von Musik, Snoezelen, körperliche Berührung und körperliche Bewegung wirksam sein.

Individuelles Verhaltensmanagement, Angehörigen- und Pflegendenschulungen sowie kognitive Stimulation sind wichtige Elemente bei der Behandlung von psychischen und Verhaltenssymptomen.

# Pflegende II

**77 Zur Behandlung depressiver Symptome bei Demenzerkrankten sind Edukations- und Unterstützungsprogramme von Pflegenden und Betreuenden wirksam und sollten eingesetzt werden.**

*Empfehlungsgrad B, Evidenzebene IIb*

**Statement:** Zur Behandlung depressiver Symptome können individualisierte patientenbezogene Interventionen und strukturierte Freizeitaktivitäten eingesetzt werden.

**Statement:** Es lässt sich aus der aktuellen Literatur keine Empfehlung zur nicht-medikamentösen Behandlung von hohem Bewegungsdrang von Demenzerkrankten ableiten.

**80 Zur Prävention von Erkrankungen, die durch die Pflege und Betreuung hervorgerufen werden, und zur Reduktion von Belastung der pflegenden Angehörigen sollten strukturierte Angebote für Bezugspersonen von Demenzerkrankten vorgesehen werden.**

**Inhaltlich sollten neben der allgemeinen Wissensvermittlung zur Erkrankung, das Management in Bezug auf Patientenverhalten, Bewältigungsstrategien und Entlastungsmöglichkeiten für die Angehörigen sowie die Integration in die Behandlung des Demenzkranken im Vordergrund stehen.**

*Empfehlungsgrad B, Evidenzebene IIb*

# Ernährung / Tagesstrukturierung

**78 Familienähnliche Esssituationen, verbale Unterstützung und positive Verstärkung können das Essverhalten von Menschen mit Demenz verbessern und kann empfohlen werden.**

*Empfehlungsgrad B, Evidenzebene IIb*

**79 Angemessene strukturierte soziale Aktivierung während des Tages kann zu einer Besserung des Tag-Nacht-Schlafverhältnisses führen und sollte eingesetzt werden.**

*Empfehlungsgrad B , Evidenzebene IIb*

# (Früh-)Rehabilitation

**81 Spezifische Behandlungsprogramme bewirken bei leicht- bis mittelgradig betroffenen Demenzkranken ähnliche bis nur mäßig geringfügigere Therapieerfolge hinsichtlich Mobilität und Selbstversorgungsfähigkeit wie bei kognitiv Gesunden.**

*Empfehlungsgrad B, Evidenzebene IIb*

***Statement:* Etablierte diagnostische und therapeutische Verfahren, einschließlich Frührehabilitationsprogrammen, sollen im Falle körperlicher Erkrankungen Demenzkranken aller Schweregrade bei entsprechender Zielformulierung nicht vorenthalten werden.**

# MCI – Minimal Cognitive Impairment

**82 MCI als klinisches Syndrom ist uneinheitlich definiert. Bei Hinweisen auf Vorliegen von Gedächtnisstörungen sollten diese objektiviert werden.**

*Good clinical practice, Expertenkonsens*

**83 Aufgrund des erhöhten Risikos für Demenz bedürfen Patienten mit MCI im weiteren Verlauf erhöhter Aufmerksamkeit.**

*Good clinical practice, Expertenkonsens*

**84 Mögliche Ursachen eines MCI sollten mit angemessenen diagnostischen Maßnahmen geklärt werden**

*Good clinical practice, Expertenkonsens*

**85 Es gibt keine Evidenz für eine wirksame Pharmakotherapie zur Risikoreduktion des Übergangs von MCI zu einer Demenz.**

*Evidenzebene Ib*

**86 Es gibt keine Evidenz für wirksame nicht-pharmakologische Therapien zur Risikoreduktion des Übergangs von MCI zu einer Demenz.**

*Evidenzebene IV*

# Risikofaktoren / Prävention I

**87** Vaskuläre Risikofaktoren und Erkrankungen (z.B. Hypertonie, Diabetes mellitus, Hyperlipidämie, Adipositas, Nikotinabusus) stellen auch Risikofaktoren für eine spätere Demenz da. Daher trägt deren leitliniengerechte Diagnostik und frühzeitige Behandlung zur Primärprävention einer späteren Demenz bei.

*Empfehlungsgrad B, Leitlinienadaptation NICE 2007*

**Statement:** Eine ausgewogene Ernährung (z.B. mediterrane Diät) wird zur allgemeinen Risikoreduktion empfohlen.

**Statement:** Regelmäßiger Alkoholkonsum wird nicht zur Prävention einer Demenz empfohlen.

**88** Regelmäßige körperliche Bewegung und ein aktives geistiges und soziales Leben sollte empfohlen werden.

*Empfehlungsgrad B, Leitlinienadaptation NICE 2007*

# Risikofaktoren / Prävention II

**89 Ginkgo biloba wird nicht zur Prävention von Demenz empfohlen**

*Empfehlungsgrad B, Evidenzebene Ib*

**90 Hormontherapie wird zur Prävention von Demenz nicht empfohlen**

*Empfehlungsgrad B, Leitlinienadaptation NICE 2007*

# A-Empfehlungen !

- Apolipoprotein nicht isoliert bestimmen
- cCT / cMRT zur Differentialdiagnostik
- PET / SPECT – Spezialfragestellungen
- Wenn AChE-Hemmer → dann höchste Dosis
- Kein Memantin bei leichter Demenz
- Kein Ginkgo / Vitamin E / NSAR / Nootropika
- Antipsychotika: CAVE Morbidität / Mortalität /  
→ Dosis / Zeitdauer / Monitoring
- Risperidon > Haloperidol bei Agitation
- Melatonin nicht wirksam

# Zusammenfassung

Kein MUSS

Wenig positives SOLL – mehr SOLL nicht

Viel SOLLTE / KANN

→ NVL Demenz: Start 02/03 2010

# **Interessenskonflikte**

**Deadline Konsultationsfassung 18.11.2009**

**Nur 37 Erklärungen von 57 Beteiligten  
lagen zu diesem Zeitpunkt vor**

**UND**

**nicht ein einziger Interessenskonflikt lag vor**

# Probleme

**Evidenzbewertung**

**Interne Validität, z.B. LOCF**

**z.B. Studiengruppengrößen**

**Externe Validität, z.B. Multimorbidität**

**Publikationsbias**