DER ARZNEIMITTELBRIEF

Jg. 57, S. 96DB01; Ausgabe 12 / 2023

Neue S3-Leitlinie „Demenzen“

Im August haben wir über die insgesamt enttäuschenden Ergebnisse der sog. „Amyloid Targeting Therapy“ bei der Alzheimer-Demenz (AD) berichtet (vgl. [1]). Nun wurde die neue S3-Leitlinie „Demenzen“ der Deutschen Gesellschaften für Neurologie (DGN) und für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) vorgestellt, die unseren Artikel sehr gut ergänzt und auch auf viele Versorgungsdefizite hinweist [2].

Auf > 300 Seiten wird der gegenwärtige Wissenstand zusammengefasst und insgesamt 109 Empfehlungen v.a. zur Diagnostik und Therapie abgegeben. Dazu kommen informative Kapitel zu Epidemiologie, Versorgungskosten, Aufklärung, Einwilligungsfähigkeit, Fahrtüchtigkeit, Prävention und geriatrischen Aspekten.

Die Empfehlungen werden jeweils durch systematische Literaturrecherchen begründet. Zudem gibt es sechs externe Evidenzberichte des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), u.a. zur Wertigkeit von technischen Unterstützungssystemen, wie virtuelle Begleiter (VIBE) oder Therapie- und Zuwendungsroboter.

Über 30 Fachgesellschaften und Verbände waren an der Erstellung der Leitlinie beteiligt, darunter auch die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) und der Deutsche Pflegerat. Nach dem Deutschen Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI; vgl. [3]) ist diese Leitlinie formal als qualitätsvoll zu bewerten.

Auf 88 Seiten wird die Diagnostik besprochen. Ein anlassloses Screening auf Demenz wird nicht empfohlen. Personen, die über kognitive Störungen berichten oder bei denen kognitive Störungen bemerkt werden, soll ein Suchtest auf Demenz angeboten werden. Dies kann auch durch Hausärzte erfolgen. Hierzu werden zwei Test empfohlen: der Mini-Mental-Status- (MMST) und der Montreal Cognitive Assessment-Test (MOCA), wobei der MOCA wegen seiner höheren Sensitivität präferiert wird (Abruf bei [4]).

Bestätigt sich der Verdacht, soll der Schweregrad anhand des MMST bestimmt werden und mit Hilfe spezieller neuropsychologischer Untersuchungen eine klinisch-syndromale Zuordnung nach den Kriterien der ICD-10 erfolgen: Demenz bei Alzheimer-Krankheit (F00.-*); Vaskuläre Demenz (F01.-*); und Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten (z.B. Picksche Krankheit oder Parkinson-Syndrom, F02.-*).

Alle Erkrankten sollen zum Ausschluss potenziell reversibler Ursachen eine zerebrale Bildgebung erhalten, bevorzugt wird ein MRT. Zur Bestätigung einer vermuteten AD sollen weitere Biomarker herangezogen werden, wenn das Ergebnis Auswirkungen auf das weitere klinische Management hat. Hierzu zählen der Liquorbefund (Aβ42, pTau, Gesamt-Tau) und das FGD- und Amyloid-PET.

Diese Publikation ist urheberrechtlich geschützt. Vervielfältigung sowie Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen ist nur mit Genehmigung der Herausgeber des ARZNEIMITTELBRIEFS gestattet.

Kontrovers beurteilt wird das Angebot einer AD-Diagnostik bei milden kognitiven Defiziten. Die Mehrheit sieht darin mögliche Vorteile, wie z.B. die Chance für eine bessere Zukunftsplanung oder die Umsetzung lebensstilbasierter Präventionsmaßnahmen. Auch könne ein AD-Ausschluss entlastende Wirkungen haben. Die DEGAM kann dagegen keine ausreichenden Belege dafür erkennen, dass solch ein diagnostisches Angebot für die Betroffenen hilfreich ist. Im Kapitel „Einwilligung, Einwilligungsfähigkeit und Aufklärung" wird zudem auf das Recht auf Uninformiertheit hingewiesen und eine möglicherweise erhöhte Rate an Suizidversuchen nach der Diagnose AD und andere negative Auswirkungen.

Bei der Behandlung von Demenz wird unterschieden zwischen krankheits-modifizierender Therapie und der Prävention und Behandlung von psychischen und Verhaltenssymptomen (vgl. Abb. 1 und 2). Es wird die Erstellung eines integrierten Behandlungsplans empfohlen („Advance Care Planning" = ACP), der an die jeweilige Krankheitsphase angepasst ist. Allen Patienten soll ein Training zur Verbesserung der Alltagsfunktionen angeboten werden und bis zum Stadium der mittelschweren Demenz ein gezieltes kognitives Training und kognitive Stimulationsbehandlungen (z.B. angenehme Aktivierungen in Gruppen mit Fokus auf sozialer Interaktion und Elementen von Reminiszenztherapie). Mehrfach wird kritisiert, dass es in Deutschland zu wenige derartige Angebote gibt.

Nach einem Evidenzbericht des IQWiG verbessert ein ACP die Versorgung mit Antidementiva und verzögert die Zeit bis zu einer Heimeinweisung. Andere Endpunkte, wie neuropsychische, Verhaltens- und psychische Symptome, werden nach heutigem Wissenstand nicht günstig beeinflusst. Es sei jedoch davon auszugehen, dass sich Betroffene und deren Angehörige eine Unterstützung durch einen „Dementia Care Manager" wünschen. Ob ACP auch dabei helfen kann, Kosten einzusparen, wurde nicht beforscht. Die medizinische und pflegerische Versorgung eines Demenzkranken betrug 2019 durchschnittlich knapp 45.000 € im Jahr.

Bei der AD sollen Acetylcholinesterasehemmer (AChE) langfristig verordnet werden, auch bei Verschlechterung der klinischen Symptomatik und auch bei schwerer Demenz – dann aber außerhalb von deren Zulassung („off label"). Einer der Gründe für diese Empfehlung ist, dass sich Betroffene und ihre Angehörige eine medikamentöse Therapie wünschen. Bei mittelschwerer und schwerer Demenz soll zusätzlich Memantin verordnet werden. Bei den übrigen Demenzformen erfolgt der Einsatz der genannten Wirkstoffe überwiegend „off label" und die Evidenz für ihre Wirksamkeit ist schwach. Das gilt auch für Gingko biloba (Abb. 1).

In einem Sondervotum spricht sich die DEGAM für einen schwächeren Empfehlungsgrad für AChE aus, da der Nutzen nur marginal ist und sie durchaus relevante Nebenwirkungen haben. Betroffene und ihre Angehörigen sollen über die Notwendigkeit von Therapiekontrollen und ggf. auch die Notwendigkeit des Absetzens informiert werden.

Depressionen, Agitation und Aggressivität, Psychosen, Apathie und Schlafstörungen im Rahmen einer Demenzerkrankung sollen diagnostiziert und spezifisch behandelt werden. Die nicht-medikamentösen Optionen sind umfangreich (Abb. 2), und die Evidenz für deren Wirksamkeit ist überwiegend schwach. Auch dürften sie vielerorts nicht verfügbar sein.

Diese Publikation ist urheberrechtlich geschützt. Vervielfältigung sowie Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen ist nur mit Genehmigung der Herausgeber des ARZNEIMITTELBRIEFS gestattet.

Medikamente sind dagegen meist verfügbar, aber die Evidenz für ihre Wirksamkeit ist ebenfalls überwiegend schwach; zudem erfolgt ihre Anwendung häufig „off label“ (Abb. 2). Für die Symptome Angst, unangemessenes oder enthemmtes Verhalten, Weglaufen, Vokalisierungen/Rufen, abwehrendes Verhalten sowie Appetit- und Essstörungen konnten mangels ausreichender Studien keine Behandlungsempfehlungen gegeben werden.

Psychopharmaka können eingesetzt werden, wenn nicht-medikamentöse Maßnahmen unwirksam oder nicht umzusetzen sind. Bei einer Behandlung mit Antidepressiva oder Antipsychotika sollten möglichst solche ohne anticholinerge Nebenwirkungen verwendet werden (vgl. [5]). Außerdem sollen Medikamente vermieden werden, die die Sturzgefahr erhöhen (vgl. [6]). Während Antidepressiva – bei Wirksamkeit – langfristig eingenommen werden können, sollten Antipsychotika nur zeitlich begrenzt verordnet werden, da sie negative Effekte auf die Kognition haben. Regelmäßige Absetzversuche werden empfohlen.

In der Leitlinie werden auch sehr wichtige Aspekte der Aufklärung und Einwilligung in diagnostische und therapeutische Maßnahmen besprochen. Prinzipiell schließt die Diagnose Demenz eine Einwilligungsfähigkeit nicht aus. Es wird jedoch vorgeschlagen, Instrumente zur Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit einzusetzen, wie z.B. das „MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment“ (MacCAT-T; vgl. [7]).

Die Leitlinie adressiert auch die Angehörigen von Demenzkranken. Diesen soll bereits bei leichter Depression oder Anpassungsstörungen therapeutische Unterstützung (z.B. kognitive Verhaltenstherapie) in Kombination mit einer Beratung angeboten werden. Da solche Angebote aber ebenfalls nicht überall und nicht zu jeder Zeit verfügbar sind, wird auf die grundsätzliche Möglichkeit der telemedizinischen Umsetzung hingewiesen. Allen pflegenden Angehörigen soll ein Kommunikationstraining zur Verbesserung des Wissens und der Fähigkeiten im Umgang mit Demenzkranken angeboten werden.

Diese Publikation ist urheberrechtlich geschützt. Vervielfältigung sowie Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen ist nur mit Genehmigung der Herausgeber des ARZNEIMITTELBRIEFS gestattet.

Abbildung 1
Antidementive stadienangepasste Therapie kognitiver Störungen und Beeinträchtigungen von Alltagsfunktionen (nach 2)

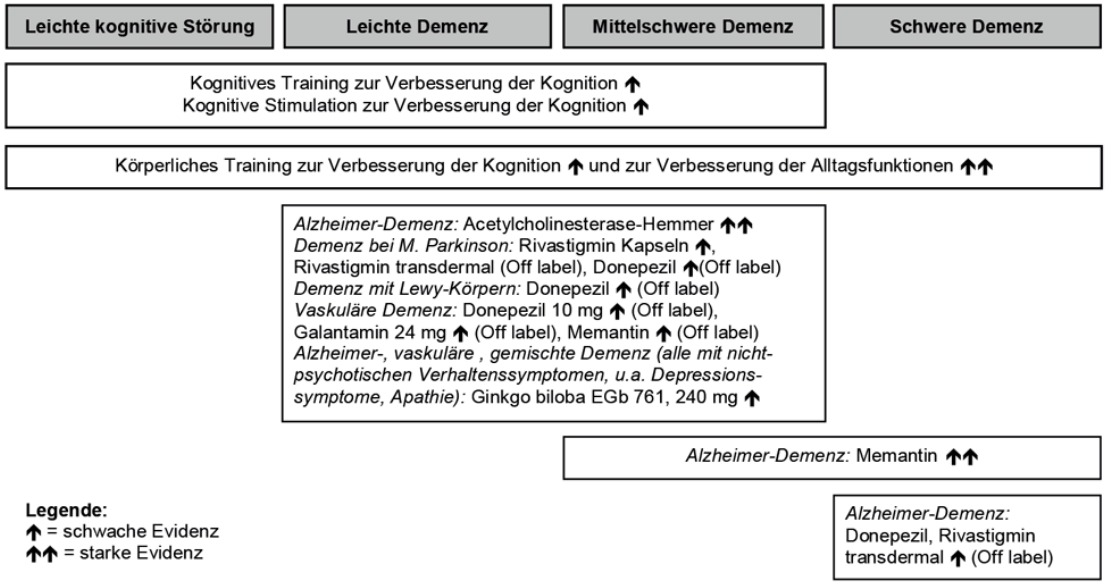
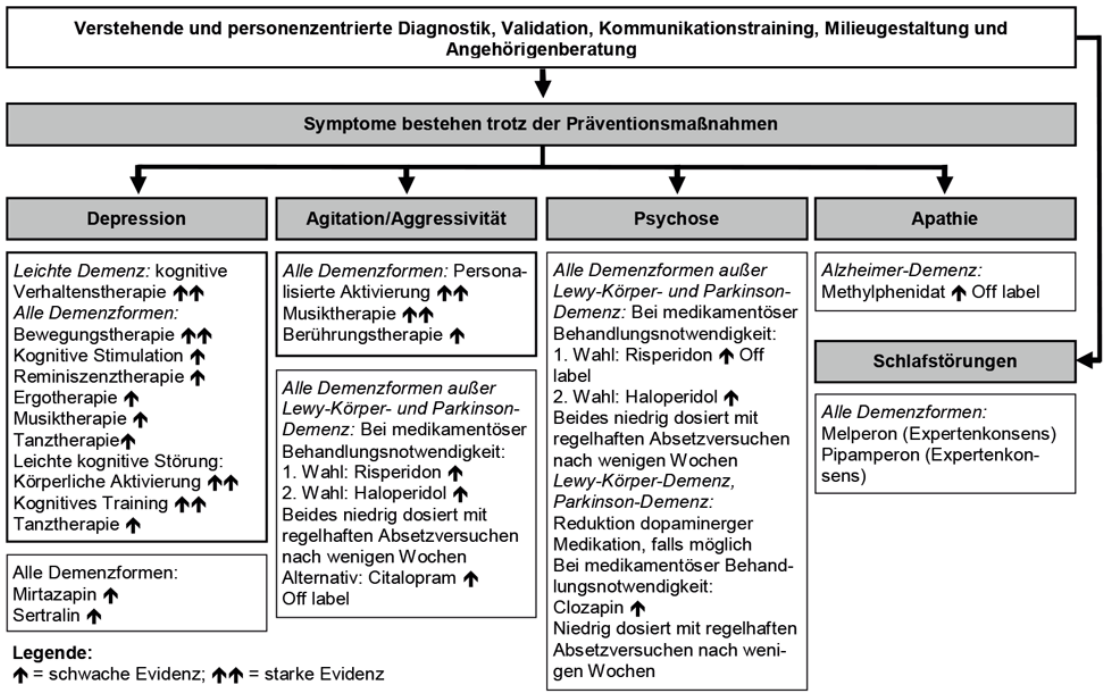


Abbildung 2
Prävention und Behandlung von psychischen und Verhaltenssymptomen (nach 2)



Literatur

1. AMB 2023, 57, 57. (Link zur Quelle)

Diese Publikation ist urheberrechtlich geschützt. Vervielfältigung sowie Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen ist nur mit Genehmigung der Herausgeber des ARZNEIMITTELBRIEFS gestattet.

2. https://register.awmf.org/assets/guidelines/038-013l_S3_Demenzen-2023-11.pdf (Link zur Quelle)
3. AMB 2019, 53, 08DB01. (Link zur Quelle)
4. https://cumming.ucalgary.ca/sites/default/files/teams/122/research/ESCAPE-NA1/moca-instructions-german2.pdf (Link zur Quelle)
5. AMB 2019, 53, 52. (Link zur Quelle)
6. AMB 2010, 44, 10. (Link zur Quelle)
7. https://register.awmf.org/assets/guidelines/108-001l_S2k_Einwilligung_von_Menschen_mit_Demenz_in_medizinische_Ma%C3%9Fnahmen_2020-10_01.pdf (Link zur Quelle)

Diese Publikation ist urheberrechtlich geschützt. Vervielfältigung sowie Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen ist nur mit Genehmigung der Herausgeber des ARZNEIMITTELBRIEFS gestattet.