

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.

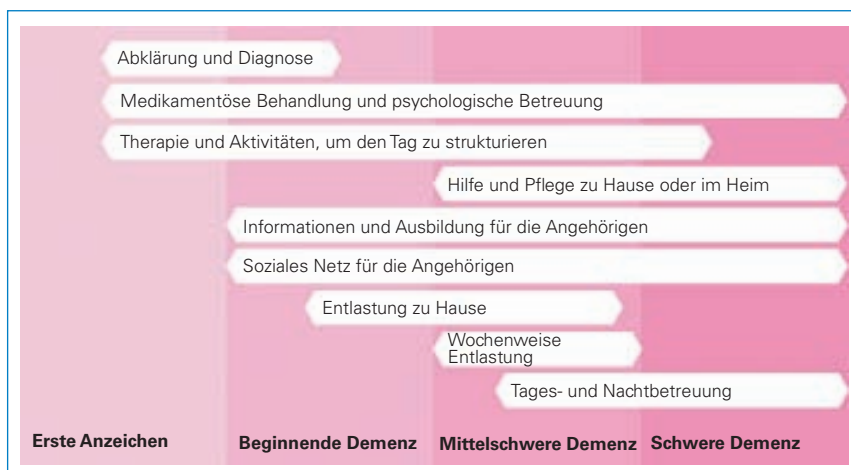


Abbildung 1
Bedürfnisse von Patienten und Angehörigen in verschiedenen Demenzstadien. (Schweizerische Alzheimervereinigung, 2004; leicht adaptiert).

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

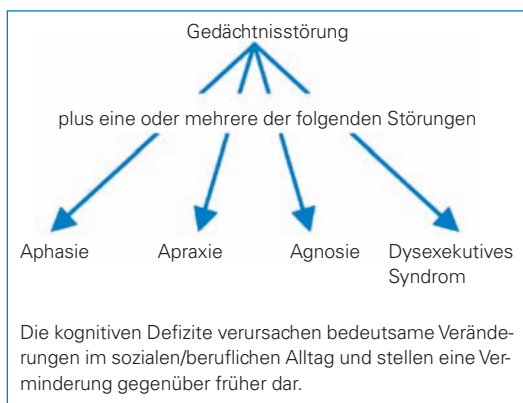


Abbildung 2

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:

- fremdanamnestisch 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

Konsensus zur Diagnostik und Betreuung von Demenzkranken in der Schweiz

(Ausführliche Fassung, nur im Internet. Vom Verlag nicht redaktionell bearbeitet und nicht lektoriert)

Autoren

Prof. Dr. phil. A.U. Monsch, Memory Clinic, Universitätsspital Basel; Dr. med. M. Hermelink MHA, Regionaler Ärztlicher Dienst Ostschweiz; Prof. Dr. med. R.W. Kressig, Universitätsspital Basel, Dr. med. H.P. Fisch, ehemals Pflegezentrum, Baar; Dr. med. MHA D. Grob, Klinik für Akutgeriatrie, Stadtspital Waid, Zürich; Dr. med. B. Hiltbrunner, Memory Klinik Pfäfers-Valens; B. Martensson, Schweizerische Alzheimervereinigung; B. Rüegger-Frey, lic. phil., Stadtspital Waid, Zürich; Dr. med. A. von Gunten, Département de Psychiatrie, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne

Expertengruppe der Schweiz

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. Bäumle, 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 Königfelden, 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, Universitätsspital 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 Inselspital; Dr. med. D. Suter-Gut, Demenzhotline/Gedächtnissprechstunde,

Luzern; PD Dr. med. A. Wettstein, Stadtärztlicher Dienst, Zürich

1. Präambel

1.1. Problemausmass

In der Schweiz leben gemäss Schätzungen der Schweizerischen Alzheimervereinigung (2004, 2006) zurzeit ca. 98'000 Menschen mit Demenz. Bei einem Drittel der Patienten ist die Demenz diagnostiziert, bei einem weiteren Drittel besteht ein Demenzverdacht und ein letztes Drittel ist nicht diagnostiziert. Von den 98'000 Menschen mit Demenz leben rund 60'000 zuhause und rund 40'000 in einem Heim. Zwei Drittel aller Heimbewohner in der Schweiz sind an Demenz erkrankt. Die Schätzungen besagen weiter, dass es in der Schweiz ca. 300'000 direkt betroffene Angehörige gibt und zusätzlich eine grosse Zahl von Personen, die beruflich – Heime, Spitex, Spitäler, etc. – mit Demenzpatienten zu tun hat. Nur einer von vier Erkrankten erhält eine demenzspezifische medikamentöse Therapie, gar nur einer von fünf erhält eine demenzspezifische nicht-medikamentöse Behandlung.

1.2. Präventive Massnahmen

Zum heutigen Zeitpunkt sind Demenzerkrankungen nicht verhinderbar. Der Krankheitsverlauf kann aber mit präventiven Massnahmen positiv beeinflusst werden. Vaskuläre Risiken sollten zur Verhinderung einer vaskulären Encephalopathie gemäss den internistischen und neurologischen Richtlinien vermindert werden. Darunter fallen der Einsatz von Thrombozytenaggregations-Hemmern und von Antikoagulantien (Wolf & Gertz 2004). Weitere Massnahmen zielen ebenfalls auf die Verhinderung oder Verlangsamung der vaskulären Demenz-Komponente ab:

- gesunde Ernährung (Mittelmeerkost)
- regelmässige körperliche Bewegung (tägl. mind. während 20 Minuten etwas ins Schwitzen kommen)
- kein Übergewicht
- Kontrolle von Blutdruck und Blutfetten
- regelmässiges Training von intellektuellen Leistungen
- Pflegen der sozialen Beziehungen

Diese 6 Massnahmen sind nicht nur fürs fortgeschrittene Alter empfehlenswert, sondern umso wirkungsvoller, je früher sie im Leben aufgenommen und regelmässig praktiziert werden.

1.3. Diagnose

Alle Patienten haben ein Recht auf die Diagnose ihrer Krankheit. Ein nicht bestätigter Demenz-Verdacht oder eine diagnostisch unerkannte Demenz erhöht den Leidensdruck von Kranken und Angehörigen, die dadurch mit Symptomen und deren Folgen zu leben haben, ohne den Grund zu verstehen.

Durch die Früherkennung einer Demenzerkrankung können Betroffene das weitere Leben selbst gestalten und wichtige Entscheide selbst treffen. Heilbare Ursachen (z.B. intracranielle Prozesse, Folgen von Fehlernährung, etc.) können ausgeschlossen werden. Zudem können Depressionen erkannt werden, die ebenfalls eine kognitive Störung verursachen können. Die Diagnostik hat, u. a. dank verbesserten bildgebenden Verfahren sowie zuverlässigeren neuropsychologischen Evaluationstechniken, in den letzten Jahren grosse Fortschritte gemacht

1.4. Bedürfnisse von Menschen mit Demenz

Vernetzung, Kontinuität und Koordination der Behandlungs- und Betreuungskette sind von grösster Wichtigkeit. Mit einer rechtzeitig eingesetzten adäquaten Behandlung, sowie Unterstützung und Betreuung haben Kranke und Angehörige verbesserte Chancen, so lange wie gewünscht zu Hause zu leben. Jeder soll diese Wahlmöglichkeit haben.

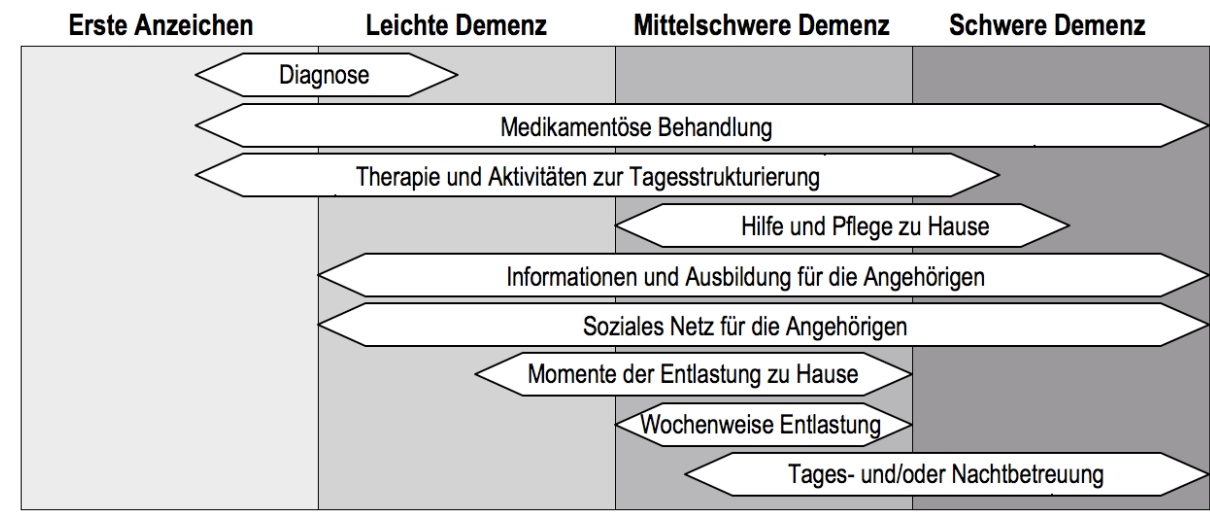


Abb. 1: Bedürfnisse von Patienten und Angehörigen in verschiedenen Demenzstadien. (Schweizerische Alzheimervereinigung, 2004; leicht adaptiert)

1.5. Bedürfnisse von Angehörigen, die Demenzkranke zu Hause betreuen / pflegen

Es sollten vermehrt Information, Schulung, Beratung, Unterstützung und Entlastung der Angehörigen erfolgen, angepasst an das Befinden des Patienten und dessen Angehörigen (z.B. Fördern der allgemeinen Krankheitsakzeptanz oder Wissensvermittlung über Umgang mit schwierigen Symptomen und Verhaltensweisen).

1.6. Finanzielle und politische Aspekte

Häufig bestehen Probleme bei der Finanzierung aller nötigen Massnahmen (ambulante Pflege, Unterstützung, teilstationäre und stationäre Betreuung) bei den betroffenen Familien, besonders bei bescheidenem, in Wohneigentum angelegtem Vermögen und geringem Einkommen. Die Pflege von Menschen mit Demenz ist anspruchsvoll (z.B. Essen eingeben bei Schluckschwierigkeiten). Sie soll von gut ausgebildetem Pflegepersonal geplant, angeleitet und überwacht werden. Der favorisierte Betreuungsansatz des "zu Hause Bleiben" hat Grenzen, besonders für alleinstehende Menschen mit Demenz. Demenzgerechte stationäre und teilstationäre Betreuungsmöglichkeiten sind notwendig.

1.7. Ethische Aspekte

Die Menschenwürde ist jedem Menschen inhärent und beeinflusst auch bei fortgeschrittener Demenz das Handeln aller Betroffenen. Jede Art von Behandlung ist durchzuführen, wenn sie absehbar zur Leidensminimierung beiträgt und nicht dem

mutmasslichen Willen der betroffenen Person widerspricht. Je fortgeschrittener die Demenz, desto mehr müssen die Betreuenden im besten Interesse der kranken Person entscheiden. Da Demenzkranke oft auch gesellschaftliche Tabus verletzen können, besteht die Gefahr einer Isolierung der Patienten und ihrer Angehörigen. Eine aktive Informationshaltung der Betroffenen sowie der Alzheimervereinigung und der Medien helfen, dies zu verhindern

2. Diagnostik durch den Hausarzt

2.1. Stellenwert der Abklärung

Das Wissen um Demenz als Krankheit, im Gegensatz zum normalen Alterungsprozess des Gehirns, ist in der Bevölkerung weit verbreitet. Angehörige und verunsicherte ältere Menschen gelangen daher immer häufiger mit dem Wunsch nach einer formalen Demenzabklärung an den Hausarzt. Eine aufmerksame hausärztliche Diagnostik und eine daran anschliessende interdisziplinäre Abklärung schaffen in den meisten Fällen rasch Klarheit und haben medizinische und praktische Konsequenzen für die weitere Behandlung und Betreuung der so identifizierten Patienten. Damit können unnötige Kosten gespart werden.

Bei einem unauffälligen Befund kann der Patient beruhigt werden. Beim Befund einer Demenz im Frühstadium erhält der Patient die Möglichkeit, seine Therapiewünsche mit den Angehörigen zu besprechen, eine Patientenverfügung zu formulieren und Vollmachten zu regeln. Gleichzeitig können sich Angehörige frühzeitig mit dem Krankheitsbild der Demenz auseinandersetzen und, wenn nötig, Hilfeleistungen von aussen in Anspruch nehmen. Die Beurteilung der Fahrtauglichkeit für Motorfahrzeuge ist ein besonders wichtiger Verantwortungsbereich des Hausarztes (siehe unten).

2.2. Definition und diagnostische Kriterien

Sowohl in der ICD-10 (Weltgesundheitsorganisation, 1991), als auch in der 4. Fassung des Diagnostischen und Statistischen Manuals mentaler Störungen (DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994) finden sich Definitionen der Demenz und der Alzheimer Krankheit. Beide Beschreibungen enthalten im Wesentlichen die gleichen Elemente. Die DSM-IV erscheint jedoch präziser und einfacher in der Anwendung.

Verhaltensänderungen, Gedächtnis- und andere kognitive Störungen oder auffälliges Fahrverhalten. Die Patienten beklagen sich oft nicht spontan über ihre Gedächtnisschwierigkeiten. Im Frühstadium einer Demenz verneinen sie häufig eine kognitive Beeinträchtigung. Leichte kognitive Störungen sind in der Sprechstunde nicht ohne gezielte Befragung resp. Untersuchung feststellbar.

- Dem Arzt fallen "Warnsymptome" auf: Der Patient hält z.B. seine Termine nicht ein, hat Schwierigkeiten, sich auszudrücken, antwortet ungenau und weitschweifig auf Fragen (z.B. keine genauen Daten für Ereignisse) oder bleibt in der Konversation an einem Thema "kleben". Andere Verhaltensänderungen, wie z.B. Verlangsamung, Agitation, ungewohnte Jovialität, Aggressivität oder affektive Indifferenz können ebenfalls einen wichtigen Hinweis geben. Zeichen der Verwahrlosung sollten besonders bei allein lebenden Patienten beachtet werden. Ebenso kann ein beruflicher Einbruch ein wichtiges Indiz geben.
- Der Arzt erhält bei einer Routine-Systemanamnese eine positive Antwort auf die Frage nach dem Vorliegen von Gedächtnisstörungen oder neu aufgetretenen Einbussen im Alltag (z.B. bei der Regelung der Finanzen).

2.5. Diagnostischer Ablauf

Die Demenzabklärung sollte nach einem Zwei-Stufen-Modell (Stähelin et al., 1997; Diehl et al., 2005) erfolgen: zunächst müssen mögliche Patienten bei der Demenzfrüherfassung erkannt werden. Diese Früherfassung kann von allen Ärzten, – insbesondere aber von den Hausärzten – durchgeführt werden; anschliessend erfolgt je nach Situation eine multidimensionale diagnostische und differentialdiagnostische Abklärung.

2.5.1. Anamnese

Der Arzt führt eine detaillierte Anamnese durch, die im Wesentlichen die in Tabelle 1 aufgelisteten Elemente enthält. Der Fremdanamnese kommt in der Demenzdiagnostik eine besondere Bedeutung zu. Sie sollte im Einverständnis mit dem Patienten erfolgen.

Tabelle 1. Elemente der Anamnese

1. Art der Symptome im kognitiven, funktionellen und Verhaltensbereich
 2. Verlauf der Symptome:
Beginn (wann, plötzlich oder langsam),
Verlauf (schrittweise oder kontinuierliche Verschlechterung, starke Tagesschwankungen)
 3. Medizinische Anamnese
 4. Relevante Systemerkrankungen
 5. Psychiatrische Störungen
 6. Neurologische Erkrankungen (inklusive Schädel-Hirn-Trauma)
 7. Alkohol- und anderer Substanzmissbrauch
 8. Stoffwechselerkrankungen
 9. Medikamentenanamnese
Viele Medikamente können kognitive Defizite und, besonders bei älteren Patienten mit Gedächtnisstörungen, ein Delir verursachen. Die folgenden häufig
-

verschriebenen Medikamentengruppen sind in dieser Hinsicht am wichtigsten:

Benzodiazepine

Neuroleptika

Antidepressiva

Antiparkinsonmittel

Medikamente mit anticholinergen Nebenwirkungen

10. Familienanamnese - sie kann wertvolle Hinweise auf eine genetische Belastung geben
11. Sozialanamnese und Biographie zu Lebens- und Beziehungssituation, Bildungsstand, sozioökonomischer Situation und kulturellem Background erlauben eine Gewichtung im Hinblick auf Kompetenzen, Vulnerabilität und traumatische Ereignisse.

Die folgenden anamnestischen Angaben gelten als Hinweis für ein Delir oder das Vorliegen einer anderen Demenzform als Alzheimer:

- Vigilanzstörung
- Verhaltensstörung bereits zu Beginn der Erkrankung
- akuter Beginn
- neuartiger Kopfschmerz
- rasche Progredienz, Exazerbationen oder Fluktuationen
- Halluzinationen, paranoide Elemente
- Rezidivierende Stürze
- Früh auftretende Urininkontinenz
- Epilepsie
- Abhängigkeit (Sedativa / Hypnotika, Alkohol)
- Trauma, Karzinom, Kollagenose, Endokrinopathie, CVI/TIA
- Antikoagulation oder Immunsuppression

2.5.2. Demenzspezifische Screeningtests

Auch wenn das Screening unauffällig ist, kann eine neuropsychologische Untersuchung sinnvoll sein, sofern die Anamnese Verdachtsmomente ergibt. Neben Anamnese, Körperstatus, Neurostatus, Psychostatus, Laboruntersuchungen und Bildgebung eignen sich in der Praxis die folgenden Untersuchungsinstrumente zur Erstbeurteilung (und später als orientierende Hilfe in der Verlaufsbeobachtung):

Kognitiv:

Mini Mental State Examination (MMSE; Folstein et al., 1975) und Uhrentest (siehe Thalmann et al., 2002)

Kognitiv/funktionell:

Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly / Fragebogen zum Nachlassen geistiger Leistungsfähigkeit für ältere Personen (IQCODE; Jorm, 1994). Weitere geeignete Verfahren sind z.B. die Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients (NOSGER; Spiegel et al., 1991) oder das Functional Activities Questionnaire (FAQ; Pfeffer, 1982)

2.5.3. Klinische Untersuchung

Ein umfassender internistischer Status und die Erhebung eines Psycho- und Neurostatus sind wesentliche Elemente der Demenzabklärung.

Der Psychostatus kann durch fremdanamnestiche standardisierte Angaben, z.B. Neuropsychiatrisches Inventar (NPI; Cummings, 1994) oder das Neuropsychiatric Inventory – Questionnaire (NPI-Q; Kaufer et al., 2000) ergänzt werden.

Folgende neurologische Ausfälle und Befunde sprechen gegen eine Alzheimer Krankheit im Frühstadium:

- Sichtbare Gangstörung
- Extrapyramidale Symptome, Myoklonien
- Fokal-neurologische Ausfälle (Paresen, Dysarthrie, etc.)
- starke Verlangsamung motorisch u/o mental (Bradyphrenie)
- reduzierte Aufmerksamkeit, Apathie
- Vigilanzstörung

2.5.4. Laborscreening

Zur Identifikation behandelbarer Demenzen und Komorbiditäten sind folgende Laboruntersuchungen durchzuführen:

- BSR / CRP
- Blutbild
- Leberfunktion
- Nierenfunktion
- Elektrolyte (Na, K, Ca)
- Nüchtern-Glucose
- Vitamin B12 / Folsäure / evtl. Homocystein
- TSH
- Luesserologie (TPA)*
- HIV-Serologie *

* Dürfte zunehmend auch bei älteren Patienten diagnostisch wichtig werden.

2.5.5. Indikation für weitergehende Abklärungen an einer Memory Clinic

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

- atypische Symptomatik
- atypischer Verlauf
- Diskrepanz zwischen Angaben des Patienten oder der Angehörigen und den erhobenen Befunden
- Problematische Beziehungskonstellationen oder Überforderungssituationen (Arzt, Angehörige, Patient)

3. Interdisziplinäre Demenzabklärung an einer Memory Clinic

3.1. Klinische Untersuchung

Eine ausführliche neuropsychologische, internistische bzw. geriatrische, neurologische und psychopathologische Befunderhebung ist integraler Bestandteil der interdisziplinären Demenzabklärung.

3.2. Neuropsychologie

Die erwähnten Screeningtests (MMSE, Uhrentest) erfassen verschiedene mentale Dysfunktionen, erlauben jedoch nicht, eine Demenz zuverlässig zu diagnostizieren oder auszuschliessen. Auch die für den Allgemeinmediziner empfohlenen Skalen können die sorgfältige klinische Befunderhebung und Diagnosestellung nicht ersetzen. Sie sind zweckmässige Mittel zur Dokumentation und leisten wertvolle Hilfe zur Interpretation der Resultate.

Die neuropsychologische Untersuchung spielt auf der Stufe der interdisziplinären Demenzabklärung eine zentrale Rolle. Sie liefert ein differenziertes Leistungsprofil der kognitiven Fähigkeiten.

Die neuropsychologische Abklärung:

- erlaubt eine Abgrenzung zwischen normalen und pathologischen Veränderungen im Rahmen der Hirnalterung
- erlaubt eine Quantifizierung von kognitiven Störungen, auch im Verlauf
- liefert einen entscheidenden Beitrag zur ätiologischen Differentialdiagnose (Lautenbacher, 2003; Martin, 2005)
- ermöglicht Vorschläge für rehabilitative Massnahmen (Planung, Verlauf, Wirksamkeit)
- erlaubt die Dokumentation des Krankheitsverlaufs in kognitiven Bereichen;
- erlaubt die Objektivierung der Effizienz therapeutischer Interventionen.
- liefert einen Beitrag zum Verständnis der Symptomatik seitens der Betreuungspersonen
- liefert relevante Informationen in Bezug auf die Fahrtauglichkeit (Adler, 2005; Golz, 2004).

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. emotionaler Befindlichkeit) und die Persönlichkeit beurteilt werden.

Für die richtige Beurteilung der Resultate sind zuverlässige Normwerte unabdingbar. Hierfür steht uns die für das deutschsprachige Europa normierte und erweiterte neuropsychologische Testbatterie des amerikanischen Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD; Morris, 1989) zur Verfügung. Diese ist für Fachpersonen auf www.memoryclinic.ch kostenlos erhältlich. Die neuropsychologische Untersuchung wird je nach Patient und Fragestellung durch weitere Tests ergänzt (Lezak, 2004; Schnider, 2004; Sturm, 2000).

Durch die neuropsychologische Untersuchung können die normalen altersassoziierten Beschwerden von pathologischen Prozessen unterschieden werden. Auch im Rahmen der Beratung von Betreuungspersonen und Fachleuten im Umgang mit Demenzkrankheiten ist neuropsychologisches Fachwissen von zentraler Bedeutung.

3.2.1. Mild cognitive impairment (MCI)

Ist bei einem Patienten (1) eine Verschlechterung der kognitiven Funktionen objektivierbar, sind (2) die basalen Aktivitäten des täglichen Lebens jedoch nicht resp. die komplexen instrumentellen Aktivitäten nur minimal betroffen, ist (3) der Patient weder gesund noch dement, sprechen wir von einer leichten kognitiven

Beeinträchtigung (MCI; Winblad et al., 2004), die einem Vorstadium einer Demenz entsprechen kann, aber nicht muss. Einige Menschen mit MCI entwickeln im Laufe der Zeit eine Demenz (Alzheimer oder andere Formen der Demenz), bei anderen wiederum bleiben die kognitiven Fähigkeiten im Rahmen des MCI über längere Zeit stabil oder können sich auch wieder verbessern. Deshalb ist eine neuropsychologische Nachuntersuchung indiziert, aber in der Regel vorzugsweise nach 6-12 Monaten.

3.3. Bildgebende Verfahren

Die Durchführung einer MRI-Untersuchung oder eines CT (meist ohne Kontrast) wird als routinemässige initiale Evaluation bei allen Demenzpatienten empfohlen.

Die CT-Untersuchung dient vornehmlich dem Ausschluss sekundärer Demenzformen (Subduralhämatom, Tumor, Blutung, vaskuläre Läsion); die MRI-Untersuchung kann auch Fragen spezifischer Atrophiemuster (z.B. Hippocampus) beantworten und ist insbesondere bei jüngeren Patienten und atypischer Symptomalogie dringend zu empfehlen.

Funktionelle bildgebende Verfahren wie PET und SPECT sind speziellen Fragestellungen vorbehalten. Sie können für die Früherkennung sowie Differentialdiagnose degenerativer Demenzen (Abgrenzung zwischen frontotemporaler Demenz, Demenz mit Lewy-Körperchen und Alzheimer Krankheit) sehr hilfreich sein.

3.4. Liquoruntersuchungen

Liquoruntersuchungen sind für die Diagnostik hilfreich, insbesondere, um entzündliche und / oder infektiöse Prozesse auszuschliessen. Letztere kommen in Frage bei Verdachtsmomenten auf eine nicht primär degenerative Demenz: typisch dabei sind eine rasche Progredienz, ungewohnter Kopfschmerz, epileptische Anfälle, abnormer somatischer Neurostatus, bekannte Kollagenose, Immunsuppression, etc.. Liquormarker sind aktuell noch nicht routinemässig durchzuführen und sind speziellen Fragestellungen vorbehalten

3.5. EEG

Das EEG ist diagnostisch hilfreich bei der Differentialdiagnose kognitiver Störungen im Rahmen einer Intoxikation oder einer metabolischen Enzephalopathie, sowie zum Ausschluss eines non-convulsiven Status epilepticus. Polysomnographie und Vigilanztests (z.B. Multipler Schlaflatenztest) sind bei abnormer Tagesschläfrigkeit oder –müdigkeit indiziert.

3.6. Genetik

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

3.7. Psychopathologie

Dazu gehört die Abklärung von Depression, Angst, paranoiden Vorstellungen, akustischen und visuellen Halluzinationen, Enthemmung, Distanzlosigkeit, Apathie, Urteilsvermögen und Krankheitseinsicht, Vigilanzschwankungen und Schlaf/tageszeitlich assoziierten Verhaltensstörungen.

Als Instrumente zur Standardisierung und Dokumentation bieten sich z.B. das

Neuropsychiatric Inventory (NPI; Cummings et al., 1994) und das Neuropsychiatric Inventory – Questionnaire (NPI-Q; Kaufer et al., 2000), oder die Kurzform der CERAD Behavioral Rating Scale for Dementia (Patterson et al., 1997) an.

Besondere differentialdiagnostische Bedeutung kommt der Psychopathologie bei den Frontotemporalen Demenzen (The Lund and Manchester Groups, 1994) und der Demenz mit Lewy Körperchen (Parkinsondemenz und diffuse Lewykörperchen Erkrankung) (McKeith et al., 1996) zu.

4. Beurteilung der Fahrtauglichkeit

Im Rahmen der Demenzdiagnostik ist der Beurteilung der Tauglichkeit zum Führen von Motorfahrzeugen besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Die Fahrtauglichkeit ist bei mittelschwerer und schwerer Demenz in der Regel nicht mehr gegeben. Bei leichter Demenz ist diese meist eingeschränkt oder nicht mehr gegeben, wenn eine der folgenden Bedingungen erfüllt ist:

- Erhöhte Ablenkbarkeit, Aufmerksamkeitsstörung (vor allem Störung der geteilten Aufmerksamkeit), Störung der Raumverarbeitung.
- Tagesschläfrigkeit
- Fremdanamnestisch auffälliges Fahrverhalten oder Unfälle, insbesondere auch wiederholte Bagatellunfälle wie Parkschäden

Bei Verdacht auf Einschränkung der Fahrtauglichkeit sollte der Patient neuropsychologisch abgeklärt werden. Wenn die Fahrtauglichkeit bezweifelt werden muss und der Patient nicht freiwillig auf den Fahrausweis verzichten möchte, kann eine Meldung an das Kantonale Strassenverkehrsamt oder die Motorfahrzeugkontrolle gemacht werden. Dort findet eine expertenbegleitete Kontrollfahrt statt, deren Ergebnis dann endgültig ist.

5. Differentialdiagnostische Überlegungen

Bei kognitiven Störungen muss neben der Demenz auch an ein Delir gedacht werden. Typisch für den deliranten Patienten ist eine schwere Störung der Aufmerksamkeit, die nicht zum Alzheimerpatienten im Frühstadium passt. (s. Kriterien Confusion Assessment Method (CAM; Inouye et al., 1990).

Die Demenzkriterien können auch bei einer schweren Depression erfüllt sein. Unter antidepressiver Medikation kann sich die Kognition deutlich verbessern. Allerdings ist das Auftreten einer Depression im höheren Alter ein Risikofaktor für eine Demenzentwicklung. Eine Depression kann auch als Reaktion auf die kognitiven Einschränkungen auftreten und als Komorbidität, insbesondere bei vaskulären Demenzformen vorkommen.

Angesichts der verschiedenen therapeutischen Optionen ist die Differenzierung der verschiedenen Demenzformen notwendig und sinnvoll.

6. Aufklärung

Grundsätzlich sollte die (spezifische) Diagnose einer Demenz dem Patienten vermittelt werden, es sei denn, dass bestimmte Umstände anzeigen, dass dies dem Wohlergehen des Patienten abträglich ist oder die Qualität der Versorgung nicht verbessert bzw. gar verschlechtert würde. Eine offene Information respektiert die Patientenautonomie und ist Grundlage dafür, dass Therapien bzw. rechtliche Klärung und andere Massnahmen rechtzeitig eingeleitet werden können. Dagegen kann gegebenenfalls sprechen, dass die dementielle Beeinträchtigung so schwer ist, dass die Aufklärung gar nicht mehr verstanden werden kann, oder auch der explizite Wunsch des Patienten, seine Diagnose nicht zu erfahren.

7. Medikamentöse Therapie

Die folgenden Therapieempfehlungen stützen sich jeweils auf mehrere kontrollierte Studien, welche für eine evidenzbasierte Indikationsstellung genügen. Wenn dies nicht der Fall ist, werden die Konsensus-Empfehlungen entsprechend kommentiert. Es wird darauf verzichtet, Therapien aufzuführen, die wissenschaftlich zu wenig dokumentiert sind, im klinischen Erfahrungsschatz einzelner Spezialisten aber durchaus ihren Stellenwert haben (z.B. Birks & Grimley Evans, 2002). Nicht besprochen werden die spezifischen Therapien ursächlich behandelbarer, sekundärer Demenzformen.

7.1. Therapie mit Cholinesterase-Hemmern (ChE-H)

7.1.1. Indikation

Bei einer leichten bis mittelschweren Alzheimer- Demenz (MMS; Folstein et al., 1975) >10) sind ChE-H indiziert und kassenzulässig. Es ist die am besten dokumentierte pharmakologische Behandlungsmöglichkeit. Dies gilt für alle drei in der Schweiz zugelassenen Substanzen, Donepezil, Galantamin und Rivastigmin (Birks, 2006). Die Therapie soll dabei möglichst im Frühstadium der Krankheit begonnen werden.

Die Wirksamkeit von ChE-H bei schwer dementen Alzheimer-Patienten (MMS \leq 10) ist in einigen Studien ebenfalls belegt (Aupperle et al., 2004; Blesa et al., 2003; Feldman et al., 2001; Feldman et al., 2005). Es liegt dafür jedoch (noch) keine entsprechende Zulassung vor.

Für andere Demenzen – insbesondere vaskuläre, Lewy-body, – liegen Studiendaten vor, die zeigen, dass ChE-H ebenfalls wirksam sind (Aarsland et al., 2002; Edwards et al., 2004; Erkinjuntti et al., 2002; Emre et al., 2004; Leroy et al., 2004; McKeith et al., 2000; Maidment et al., 2006; Moretti et al., 2003; Ravina et al., 2005; Samuel et al., 2000; Wesnes et al., 2002, Wilkinson et al., 2003).

Wenn aufgrund der spezialärztlichen Untersuchung eine Demenz diagnostiziert wird, die 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 (Neuropathologie Gruppe der MRC CFAS-Studie, 2001).

Seit Februar 2006 ist Rivastigmin in der Schweiz für die Parkinson-assoziierte Demenz zugelassen.

Bei leichten kognitiven Störungen (Mild Cognitive Impairments; MCI) besteht beim heutigen Wissenstand keine Indikation für ChE-H (z.B. Birks & Flicker, 2006).

7.1.2. Pharmakologie

ChE-H hemmen den Abbau des Acetylcholins, das von intakten cholinergen Neuronen in den synaptischen Spalt freigesetzt wird. Dadurch wird die bei vielen Demenzen besonders stark beeinträchtigte cholinerge Neurotransmission verbessert. Die gleichzeitige Gabe von zentral wirksamen Substanzen mit anticholinergem Wirkung ist zu vermeiden.

7.1.3. Substanzen und Dosierung

Donepezil hat in Studien eine Wirksamkeit gezeigt ab 5 mg/Tag, Galantamin ab 16 mg/Tag und Rivastigmin ab 6 mg/Tag. Wegen der nachgewiesenen Dosis-Wirkungs-Beziehung sollte eine möglichst hohe Dosierung angestrebt werden. Die gleichzeitige Gabe zweier ChE-H ist nicht begründet, erst recht nicht in jeweils niedriger Dosis.

7.1.4. Unerwünschte Wirkungen der ChE-H

Dokumentiert wurden unter Anderen Übelkeit, Erbrechen, Diarrhoe, Bradykardie, kardiale Erregungsleitungsstörungen, Blasenentleerungsstörung, neuropsychiatrische Symptome wie Schlaflosigkeit, selten Erregungszustände, aggressives Verhalten, Halluzinationen und Krampfanfälle. Bei Patienten mit einer Prädisposition zu gastrointestinalen Ulzera, obstruktiven Lungenerkrankung oder bradykarden Rhythmusstörungen ist bei der Anwendung von ChE-H Vorsicht geboten.

7.1.5. Interaktionen

Die Verstärkung der cholinergen Wirkung (einige Glaukommittel) oder die Abschwächung der anticholinergen Wirkung (z.B. von Antihistaminika, Antidepressiva) ist möglich. Die Bradykardie von Betablockern und Digitalis kann verstärkt werden.

7.1.6. 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 (Folstein et al., 1975), 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, die Betreuungsperson und die Betroffenen.

7.1.7. Therapiedauer

Entsprechend den Erfahrungen aus den Zulassungsstudien soll die anfängliche Therapie bei guter Verträglichkeit und Compliance mindestens 3-6 Monate dauern bevor die erste Wirksamkeitsbeurteilung vorgenommen werden kann. Wegen der

unterschiedlichen Substanzeigenschaften ein zweiter Therapieversuch mit einem anderen ChE-H gerechtfertigt.

7.2. Therapie mit Memantin

7.2.1. Indikation

Aktuell ist Memantin bei Patienten mit einer mittelschweren bis schweren Alzheimer-Demenz (MMSE 3-19) indiziert (McShane et al., 2006) und kassenzulässig. Die Wirksamkeit von Memantin wurde in einigen Studien ebenfalls bei leichteren Demenzstadien (Peskind et al., 2006) und bei Patienten mit vaskulärer Demenz belegt (Orgogozo et al., 2002; Wilcock et al., 2002). Für beide Indikationen besteht gegenwärtig keine Zulassung in der Schweiz.

7.2.2. Pharmakologie

Bei der Alzheimer Erkrankung ist wahrscheinlich die glutamaterge Übertragung an NMDA-Rezeptoren gestört. Dies führt zu einer Kalzium-Überbelastung und schliesslich zu einer Schädigung der Neurone. Memantin wirkt als Antagonist an NMDA-Rezeptoren.

7.2.3. Dosierung

Die empfohlene Tagesdosis beträgt 20 mg, Wirksamkeit wurde aber bereits bei 10 mg festgestellt, die langsame Titration wird empfohlen, bei Niereninsuffizienz darf die Dosis von 10 mg nicht überschritten werden.

7.2.4. Unerwünschte Wirkungen

Schwindel, Kopfschmerzen, Verstopfung, Schläfrigkeit

7.2.5. Interaktionen

Wirkungsverstärkung von Neuroleptika, Anticholinergika und Dopaminagonisten

7.2.6. Therapiedauer und Erfolgskontrolle der Therapie

Die Empfehlungen für AChE-H gelten auch hier.

7.3. Kombination von AChE-H und Memantin

Die AChE-H und Memantin weisen unterschiedliche Wirkungsmechanismen auf. Eine randomisierte, placebokontrollierte Studie (Tariot et al., 2004) bei mittelschwerer bis schwerer Alzheimerdemenz 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.

7.4. Therapie mit anderen Substanzen

In zahlreichen klinischen Studien wurden und werden andere Substanzen zur Verbesserung der Kognition bei der Alzheimer Krankheit getestet. Daraus resultierten bislang jedoch keine Wirksamkeitsnachweise, die den Zulassungsanforderungen genügen. Aus diesem Grund wird auf eine Auflistung dieser Präparate verzichtet.

8. Pharmakotherapie der nicht-kognitiven Störungen

Psychische Symptome wie Depression, Unruhe, Wahn- und Angstzustände, Aggression und Schlafstörungen treten bei demenziellen Erkrankungen häufig auf. Es sind vor allem diese Störungen, die - neben einer weiter verschlechterten Lebensqualität des Patienten - zu erheblichen Mehrbelastungen für die Betreuenden führen. Der Versuch, diese Störungsbilder den klassischen psychiatrischen Syndromen zuzuordnen, ist unbefriedigend. Patienten mit einer Demenz drücken ihre psychischen Befindlichkeiten auch anders aus als nicht-demente 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. Wenn andere medizinische Ursachen für die Symptome verantwortlich sind, sollten sie vor einer symptomatischen Behandlung behoben werden. Als Beispiel sei Unruhe aufgrund von Schmerzen genannt.

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 indiziert. Für alle Pharmakotherapien bei dementen Patienten gilt, dass sie keine anticholinerge Wirkung besitzen sollen. Die Notwendigkeit der Anwendung muss zudem regelmässig überprüft werden. Es liegen für die medikamentöse Therapie der BPSD nur wenige qualitativ befriedigende Studien vor - vorwiegend zu Neuroleptika. Diese Pharmaka sind bei Symptomen wie Aggressionen wirksam, bei anderen, wie z.B. Wandern, Horten, Schreien jedoch nicht wirksam. Besondere Vorsicht ist bei der Lewy-Body-Demenz bezüglich Therapie mit Neuroleptika geboten. Wie bereits bei der Pharmakotherapie der kognitiven Störungen ausgeführt, sind ChE-H und Memantin geeignet, das Auftreten diverser BPSD zu therapieren. Sie gehören somit zur Basistherapie der Demenz (Sink et al., 2005).

8.1. Therapie der depressiven Symptome

Patienten mit einer Alzheimer Krankheit zeigen häufig depressive Symptome. Kognitive Störungen können das Berichten und Erkennen depressiver Symptome erheblich erschweren. Selektive Serotonin Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI, z.B. Sertralin, Citalopram) gelten als Mittel der ersten Wahl, weil über sie Studien vorliegen. Insgesamt erlauben es die geringen Daten nicht, eine Pharmakotherapie mit diesen Substanzen präventiv zu empfehlen. Sie sollten deshalb erst dann eingesetzt werden, wenn die depressiven Symptome schwer sind und über einen längeren Zeitraum andauern (Bains et al., 2002).

8.2. Therapie von Angst, Agitiertheit sowie paranoid-halluzinatorischen Symptomen

Diese Symptome treten besonders in den späteren Stadien der Krankheit häufig auf. Gute Erfahrungen bestehen mit Risperidon (0.25 bis 1.5 mg pro Tag), obwohl auch bei sehr niedrigen Dosierungen extrapyramidale Symptome auftreten können (s. auch 8., Neuroleptika bei Lewy-Body-Demenz). Neuroleptika scheinen das Risiko eines Schlaganfalls bei Demenzpatienten mit cerebrovaskulären Risikofaktoren zu verdreifachen (Olanzapin ist bei Demenzpatienten sogar explizit kontraindiziert). Im Einzelfall muss daher eine Risikoabwägung vorgenommen werden (Ballard et al., 2006; Schneider et al., 2005; Wang et al., 2005).

8.3. Therapie von Schlafstörungen

Der Schlaf ist bei Patienten mit einer Demenz häufig gestört. Schlafstörungen nehmen in den späteren Stadien der Erkrankung deutlich zu und können zu einer Tag-/Nachtumkehr führen. Die Angehörigen vermögen dann oft keine ambulante Pflege mehr zu leisten.

Bevor eine pharmakologische Therapie in die Wege geleitet wird, sollte eine ausgefüllte Tagesstruktur, tägliche körperliche Aktivität, schlafhygienische Massnahmen und eine ausreichende Lichtexposition tagsüber (Spaziergang draussen!) sichergestellt werden. In mehreren Studien wurde gezeigt, dass Licht bei Demenzkranken zu einer Verlängerung der Schlafzeit und einer Reduktion von Verhaltensstörungen beiträgt. Dabei sollte eine Lichtmenge von etwa 10.000 Lux für 30min. oder 2.500 Lux für etwa 2 Stunden pro Tag verabreicht werden, ersatzweise geringere Lichtintensitäten über einen längeren Zeitraum. Bei schwer dementen Patienten ist die Lichtexposition allerdings nur noch begrenzt wirksam.

Die pharmakologische Behandlung der Schlafstörungen bei dementen Patienten wurde bislang ungenügend untersucht. ChE-H stabilisieren den zirkadianen Rhythmus. Nicht bzw. wenig anticholinerge, 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 (Staedt et al., 2004). Eine längerfristige Behandlung von Schlafstörungen mit diesen Substanzen muss immer wieder kritisch überprüft werden.

9. Psychosoziale Massnahmen bei Demenzkrankheiten

9.1. Grundsätzliches

Psychosoziale Massnahmen sind zentral in der Behandlung und Betreuung von an Demenz erkrankten Menschen. Psychosoziale Massnahmen sollen vorhandene Fähigkeiten und Fertigkeiten des Patienten verbessern, seine Autonomie stärken und Störungen vermindern. Gleich wichtig ist es, die Hilfeleistungen der Betreuenden und ihre Situation zu unterstützen bzw. zu verbessern. Betreuende sind Angehörige, Freunde, Nachbarn, professionelle Betreuende verschiedener Berufe in Arztpraxen, SPITEX, Spitälern, Heimen und weiteren Institutionen. Es ist das Ziel, die Lebensqualität aller Betroffenen zu erhalten und möglichst zu heben.

Neue Analysen zeigen, dass diese Interventionen bedeutsame Effektstärken aufweisen (z.B. Sitzer et al., 2006)

Die erste psychosoziale Massnahme ist die frühzeitige Diagnosestellung. Sie ist eine Chance für alle Betroffenen, weil sie die Planung weiterer medizinischer Massnahmen und den rechtzeitigen Einsatz der weiteren psychosozialen Massnahmen ermöglicht und erlaubt, die Würde des an Demenz Erkrankten zu bewahren.

9.2. Spezifische Ziele der psychosozialen Massnahmen

a) Die psychosozialen Massnahmen zielen direkt oder indirekt auf die Verbesserung kognitiver, funktioneller und psychopathologischer Störungen des Patienten ab.

Mögliche Ziele sind: allgemeine und spezifische kognitive Funktionen zu erhalten und zu fördern; nicht-kognitive Störungen (Depression, Angst, psychotische Zeichen und Verhaltensstörungen) zu verhindern oder zu behandeln; das Wohlbefinden und die Alltagsfunktionen zu verbessern.

- b) Alle an Demenz erkrankten Menschen leben in einem Umfeld. Deshalb müssen psychosoziale Massnahmen dem Kranken und allen Betreuenden dienen. Mögliche Ziele sind: Wissen und Fertigkeiten gewinnen, Wohlbefinden erhalten, Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten entwickeln, mit Belastungen umgehen und schwierige Entscheidungen fällen können, Gesundheitsstörungen vorbeugen und behandeln, die Zukunft planen können, Scham- und Schuldgefühle vermindern, Trauer verarbeiten usw.
- c) Die konkreten Massnahmen für Patienten und Betreuende sind in jedem Einzelfall den Bedürfnissen anzupassen. Die im Laufe der Zeit wechselnde Symptomatik bedingt wiederholte Neueinschätzungen der kognitiven und nicht-kognitiven Störungen, der Alltagsfunktionen des Patienten sowie eine Beurteilung der Ressourcen und Belastung der Betreuenden, um die psychosozialen Massnahmen ständig anzupassen.
- d) Psychosoziale Massnahmen umfassen allgemeine Massnahmen und spezifische Therapien, von denen einige primär von allen Betreuenden angewandt werden können, andere wiederum eine spezifische Berufsausbildung verlangen. Weiterhin können die verschiedenen psychosozialen Massnahmen vom Schweregrad der Demenz, dem Lebenskontext und den persönlichen Charakteristiken sowohl der Patienten als auch derer Betreuenden abhängen. Grundsätzlich braucht es also vor der Anwendung für viele psychosozialen Massnahmen eine qualifizierte Abklärung von Patienten und Betreuenden. Dazu ist es notwendig, dass alle in der Altersarbeit Tätigen eine entsprechende Ausbildung und Weiterbildung haben.

Wichtige ratgebende und unterstützende Institutionen sind kompetente Haus- oder Spezialärzte, Memory Clinics und andere spezialisierte Institutionen, ambulante Pflegezentren, Selbsthilfegruppen und weitere 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.

9.3 Verschiedene psychosoziale Massnahmen und ihre Nützlichkeit.

9.3.1. Allgemeines

Es gibt eine beachtliche Bandbreite von psychosozialen Massnahmen, die in der Tabelle 2 aufgelistet und kategorisiert sind. Die Wirksamkeit der psychosozialen Massnahmen ist auf unterschiedlichen Evidenzstufen nachgewiesen. Die Erfahrung zeigt, dass eine auf die jeweilige Situation abgestimmte Kombination von psychosozialen Massnahmen wirksamer ist als isolierte und nicht koordinierte Interventionen. Es ist wahrscheinlich, dass die Wirkfaktoren von psychosozialen Massnahmen teilweise unspezifisch und methodenübergreifend sind.

9.3.2. Tabelle der psychosozialen Massnahmen (Aufzählung ist nicht erschöpfend) und deren Bewertung

Die psychosozialen Massnahmen wurden wie folgt bewertet:

A: erforderlich, soll in der ganzen Schweiz flächendeckend angeboten werden

B: sinnvoll

C: wünschenswert.

Psychosoziale Massnahme	Bewertung
Kognitive Interventionen: A	
Unterstützung in den Alltagsfunktionen (z.B. Toilettentraining)	A
Gedächtnistraining, Gedächtnisrehabilitation	B
Realitäts-Orientierungs-Therapie (ROT)	A/C
Kognitive Stimulation	C
Kommentare: 1) Kognitive Interventionen zielen auf eine Verbesserung von Gedächtnisleistungen, Orientierung, anderer Denkleistungen, sowie von Alltagsfunktionen ab. 2) ROT enthält empfehlenswerte Elemente (z.B. Verwendung von gut sichtbaren Orientierungshilfen), muss aber behutsam angewendet und auf die vorhandenen Ressourcen der Kranken abgestützt werden.	
Betreuungskonzepte: A	
Validation	siehe Kommentare
Personenzentrierter Ansatz	
3-Welten-Konzept	
Affektive Hypostimulation	
Erinnerungstherapie (Reminiscence)	
Selbsterhaltungstherapie	
Diversionsmethoden	
Snoezelen (multisensorielle Stimulation)	
Massage / Handmassage / Berührung	
Pet-therapy	
Manger – mains	
Simulated presence therapy (videos usw.)	
Kommentare: 1) Alle Demenzkranken haben Anrecht, nach einem bedürfnisgerechten Konzept behandelt und betreut zu werden. 2) Bedürfnisgerechte Konzepte enthalten Elemente aus den verschiedenen Betreuungskonzepten. Keines dieser Konzepte kann bevorzugt werden	
Schulung von Personal: A	
Kommentare: Alle in der Altersarbeit und im Gesundheitswesen Tätigen müssen in den Grundlagen des Erkennens von Demenz und des Umgangs mit Demenzkranken geschult sein. Zusätzlich müssen sie in schwierigen Fällen Zugang zu Experten haben.	
Umgebungsanpassungen: A	
Demenzgerechte Innen- und Aussenraumgestaltung	A
Umgebungsmassnahmen (Licht, Geräusche, Musik, Stimmen, mobiles Urinoir usw.)	B

Abgestufte psychotherapeutisch-orientierte Interventionen: A	
Anerkennung Information und Aufklärung Beratung Mit Krisen / schwierigem Verhalten umgehen	A
Verhaltenstherapie	Spezialangebote B
Interpersonelle Psychotherapie	
Kognitive Therapie	
Psychodynamische Therapie	
Familientherapie	
Kriseninterventionen	
Soziotherapie / social skill training	Andere Spezialangebote C
Relaxation Meditation	
Kommentare: Anerkennung, Information, Aufklärung, Beratung, mit Krisen und schwierigem Verhalten umgehen können sollen von allen Betreuenden gelernt und angewandt werden können. Für Spezialangebote braucht es spezifische Ausbildungen.	
Körperzentrierte Massnahmen: A	
Schmerzlinderung (Lagerung, Massage, Wärme usw.)	A
Bewegung (Spazieren, Rhythmik, Tanzen, Spielen)	A
Physiotherapie	B
Angehörigenarbeit und Mittel: A	
Einzelberatung	A
Angehörigenberatung	A
Angehörigengruppen	A
Angehörigenschulung/-ausbildung	A
Anlaufstellen	A
Telephonhotlines / tel support programs	B
Websites	B
Juristische, ethische und ökonomische Beratung: A	
Rechtsberatung	A
Finanzberatung	A
Ethische Beratung	A
Eigentliche psychosoziale Stützungsmaßnahmen: A	
Entlastungsangebote (Tages-, Wochen-, Alzheimerferien, „Special care units“ etc.)	A
Programmierte Hausbesuche	B
Gesellschaftliche Aktivitäten	C
Kreative Therapien: C	
Kunst/Mal/Gestaltungstherapie	C
Musiktherapie	C
Ergotherapie	C

Tabelle 2. Eine Kategorie kann als ganzes zwingend erforderlich (A) sein, auch wenn die einzelnen PSM nur sinnvoll (B) oder wünschenswert (C) sind.

10. Handlungsbedarf für die Schweiz

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

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

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 könnte 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. Derzeit liegt die Verantwortlichkeit bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. Empfehlungen für praxisingerechte 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 und es besteht auch hier kein klarer und gesamtschweizerischer Standard. In Zusammenarbeit mit Demenzspezialisten und Juristen sollten Regeln und Prozeduren erstellt werden.

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 und allen in Helfersystemen Engagierten 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 am 18.-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.

Referenzen

- Aarsland D, Laake K, Larsen JP, & Janvin C. Donepezil for cognitive impairment in Parkinson's disease: a randomised controlled study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2002;72(6):708-12.
- Adler G, Rottunda S, Dysken M. The older driver with dementia: An updated literature review. *J Safety Res* 2005;36(4):399-407.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th ed. 1994. Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 3rd, revised ed. 1987. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Aupperle PM, Koumaras B, Chen M, Rabinowicz A, & Mirski D. Long-term effects of rivastigmine treatment on neuropsychiatric and behavioral disturbances in nursing home residents with moderate to severe Alzheimer's disease: results of a 52-week open-label study. *Curr Med Res Opin* 2004;20(10):1605-12.
- Bains J, Birks JS, Denning TR. The efficacy of antidepressants in the treatment of depression in dementia. *Cochrane Database Systematic Reviews* 2002, Issue 4.
- Ballard C, Waite J, Birks J. Atypical antipsychotics for aggression and psychosis in Alzheimer's disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 1.
- Birks J & Flicker L. Donepezil for mild cognitive impairment. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3
- Birks J & Grimley Evans J. Ginkgo Biloba for cognitive impairment and dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 4.
- Blesa R, Davidson M, Kurz A, Reichman W, van Baelen B, & Schwalen S. Galantamine provides sustained benefits in patients with 'advanced moderate' Alzheimer's disease for at least 12 months. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2003;15(2):79-87.
- Cummings JL. The Neuropsychiatric Inventory. *Neurology* 1994;44:2308-14.
- Diehl J, Monsch AU, Marksteiner J, Romero B, Wolter D, Calabrese P, Maurer C, Hampel H, Staehelin HB, Kurz A. Diagnostik und Therapie dementieller Erkrankungen – Erfahrungen aus deutschsprachigen Memory-Kliniken. *NeuroGer.* 2005;1:1-10.
- Edwards KR, Hershey L, Wray L, Bednarczyk EM, Lichter D, Farlow M, & Johnson S. Efficacy and safety of galantamine in patients with dementia with Lewy bodies: a 12-week interim analysis. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2004;17(Suppl 1):40-8.
- Emre M, Aarsland D, Albanese A, Byrne EJ, Deuschl G, De Deyn PP, Durif F, Kulisevsky J, van Laar T, Lees A, Poewe W, Robillard A, Rosa MM, Wolters E, Quarg P, Tekin S, & Lane R. Rivastigmine for dementia associated with Parkinson's disease. *N Engl J Med* 2004;351(24):2509-18.
- Erkinjuntti T, Kurz A, Gauthier S, Bullock R, Lilienfeld S, & Damaraju CV. Efficacy of galantamine in probable vascular dementia and Alzheimer's disease combined with cerebrovascular disease: a randomised trial. *Lancet* 2002;359(9314):1283-90.
- Feldman H, Gauthier S, Hecker J, Vellas B, Subbiah P, Whalen E, Donepezil MSAD Study Investigators Group. A 24-week, randomized, double-blind study of donepezil in moderate to severe Alzheimer's disease. *Neurology*. 2001;57(4):613-20. Erratum in: *Neurology* 2001;57(11):2153.
- Feldman H, Gauthier S, Hecker J, Vellas B, Xu Y, Ieni JR, Schwam EM, Donepezil MSAD Study Investigators Group. Efficacy and safety of donepezil in patients with more severe Alzheimer's disease: a subgroup analysis from a randomized,

- placebo-controlled trial. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2005 Jun;20(6):559-69
- Folstein MF, Folstein SE, & McHugh PR. "Mini Mental State"- A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatry Research* 1975;12:189-98.
- Golz D, Huchler S, Jörg A, Küst J. Beurteilung der Fahreignung. *Zeitschr Neuropsychol* 2004;15(3):157-67.
- Hughes CP, Berg L, Danziger WL, Coben LA, & Martin RL. A new clinical scale for staging of dementia. *British Journal of Psychiatry* 1982;140:566-72.
- Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel AP, Horwitz RI. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med* 1990;113(12):941-8.
- Jorm AF. A short form of the Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): development and cross-validation [published erratum appears in *Psychol Med* 1995;25(2):437]. *Psychol Med* 1994, 24(1), 145-153.
- Kaufner DI, Cummings JL, Ketchel P, Smith V, MacMillan A, Shelley T, Lopez OL, DeKosky ST. Validation of the NPI-Q, a brief clinical form of the Neuropsychiatric Inventory. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2000;12(2):233-9.
- Lautenbacher S, Gauggel S. *Neuropsychologie psychischer Störungen*, Springer, 2003.
- Leroi I, Brandt J, Reich SG, Lyketsos CG, Grill S, Thompson R, & Marsh L. Randomized placebo-controlled trial of donepezil in cognitive impairment in Parkinson's disease. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004;19(1):1-8.
- Lezak MD. *Neuropsychological Assessment*. Oxford University Press, 2004
- Maidment I, Fox C, Boustani M. Cholinesterase inhibitors for Parkinson's disease dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3.
- Martin M, Schelling HR. *Demenz in Schlüsselbegriffen*, Bern, Huber 2005
- McKeith I, Del Ser T, Spano P, Emre M, Wesnes K, Anand R, Cicin-Sain A, Ferrara R, & Spiegel R. Efficacy of rivastigmine in dementia with Lewy bodies: a randomised, double-blind, placebo-controlled international study. *Lancet* 2000;356(9247):2031-6.
- McKeith IG, Galasko D, Kosaka K, Perry EK, Dickson DW, Hansen LA, Salmon DP, Lowe J, Mirra SS, Byrne EJ, Lennox G, Quinn NP, Edwardson JA, Ince PG, Bergeron C, Burns A, Miller BL, Lovestone S, Collerton D, Jansen EN, Ballard C, de Vos RA, Wilcock GK, Jellinger KA, Perry RH. Consensus guidelines for the clinical and pathologic diagnosis of dementia with Lewy bodies (DLB): Report of the consortium on DLB international workshop. *Neurology* 1996;47(5):1113-24.
- McShane R, Areosa Sastre A, Minakaran N. Memantine for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 2.
- Moretti R, Torre P, Antonello RM, Cazzato G, & Bava A. Rivastigmine in subcortical vascular dementia: a randomized, controlled, open 12-month study in 208 patients. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2003;18(5):265-72.
- Morris JC, Heyman A, Mohs RC, Hughes JP, van Belle G, Fillenbaum G, Mellits ED, Clark C, & CERAD investigators. The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD). Part I. Clinical and neuropsychological assessment of Alzheimer's disease. *Neurology* 1989;39:1159-65.
- Neuropathology Group of the Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study (MRC CFAS): Pathological correlates of late onset dementia in a multicentre, community-based population in England and Wales. *Lancet* 2001;357:169-75.
- Orgogozo JM, Rigaud AS, Stoffler A, Mobius HJ, Forette F. Efficacy and safety of
-

- memantine in patients with mild to moderate vascular dementia: a randomized, placebo-controlled trial (MMM 300). *Stroke* 2002;33(7):1834-9.
- Patterson MB, Mack JL, Mackell JA, Thomas R, Tariot P, Weiner M, Whitehouse PJ. A longitudinal study of behavioral pathology across five levels of dementia severity in Alzheimer's disease: The CERAD Behavior Rating Scale for Dementia. The Alzheimer's Disease Cooperative Study. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 1997;11(Suppl 2):40-4.
- Pfeffer RI, Kurosaki TT, Harrah CH Jr, Chance JM, Filos S. Measurement of functional activities in older adults in the community. *J Gerontol* 1982;37(3):323-9.
- Ravina B, Putt M, Siderowf A, Farrar JT, Gillespie M, Crawley A, Fernandez HH, Trieschmann MM, Reichwein S, & Simuni T. Donepezil for dementia in Parkinson's disease: a randomised, double blind, placebo controlled, crossover study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005;76(7):934-9.
- Reisberg B, Ferris SH, & de Leon MJ. The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia (PDD). *American Journal of Psychiatry* 1982;139:1136-9.
- Samuel W, Caligiuri M, Galasko D, Lacro J, Marini M, McClure FS, Warren K, & Jeste DV. Better cognitive and psychopathologic response to donepezil in patients prospectively diagnosed as dementia with Lewy bodies: a preliminary study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000;15(9):794-802.
- Schneider LS, Dagerman KS, Insel P. Risk of death with atypical antipsychotic drug treatment for dementia: meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *JAMA*. 2005;294(15):1934-43.
- Schnider A. *Verhaltensneurologie: Die neurologische Seite der Neuropsychologie*. Stuttgart; New York: Thieme, 2004.
- Schweizerische Alzheimervereinigung: *Wegweiser für die Zukunft*, 2003
- Schweizerische Alzheimervereinigung: *Leben mit Demenz in der Schweiz: Aktuelle Versorgung*, 2004
- Schweizerische Alzheimervereinigung: *Prävalenz der Demenz basierend auf "Ständige Wohnbevölkerung am Jahresende 2004"*, Bundesamt für Statistik, 2006.
- 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.
- Spiegel R, Brunner C, Ermini-Fünfschilling D, Monsch A, Notter M, Puxty J, Tremmel L. A new behavioral assessment scale for geriatric out-and in-patients: the NOSGER (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients). *J Am Geriatr Soc* 1991;39(4):339-47.
- Staedt J, Calabrese P, Schmitt AS. Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus bei Patienten mit einer Demenz – Grundlagen und Therapieoptionen. *NeuroGer* 2004;2:85-92.
- Stähelin HB, Monsch AU, Spiegel R. Early diagnosis of dementia via a two-step screening and diagnostic procedure. *Int Psychoger* 1997;9(Suppl. 1):123-30.
- Sturm W, Herrmann M, Wallesch C.W. *Lehrbuch der Klinischen Neuropsychologie. Grundlagen, Methodik, Diagnostik, Therapie*. Lisse: Swets & Zeitlinger, 2000.
- Tariot PN, Farlow MR, Grossberg GT, Graham SM, McDonald S, & Gergel I. Memantine treatment in patients with moderate to severe Alzheimer disease already receiving donepezil: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004;291(3):317-24.
-

- Thalmann 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.
- The Lund and Manchester Groups. Clinical and neuropathological criteria for frontotemporal dementia *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1994;57:416-8.
- Wang PS, Schneeweiss S, Avorn J, Fischer MA, Mogung H, Solomon DH, Brookhart MA. Risk of death in elderly users of conventional vs. atypical antipsychotic medications. *N Engl J Med* 2005;353(22):2335-41.
- Weltgesundheitsorganisation. Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F): Klinisch-Diagnostische Leitlinien. Bern: Hans Huber, 1991.
- Wesnes KA, McKeith IG, Ferrara R, Emre M, Del Ser T, Spano PF, Cicin-Sain A, Anand R, & Spiegel R. Effects of rivastigmine on cognitive function in dementia with lewy bodies: a randomised placebo-controlled international study using the cognitive drug research computerised assessment system. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2002;13(3):183-92.
- Wilcock G, Mobius HJ, & Stoffler A. A double-blind, placebo-controlled multicentre study of memantine in mild to moderate vascular dementia (MMM500). *Int Clin Psychopharmacol* 2002;17(6):297-305.
- Wilkinson D, Doody R, Helme R, Taubman K, Mintzer J, Kertesz A, & Pratt RD. Donepezil in vascular dementia: a randomized, placebo-controlled study. *Neurology* 2003;61(4):479-86.
- Winblad B, Palmer K, Kivipelto M, Jelic V, Fratiglioni L, Wahlund LO, Nordberg A, Backman L, Albert M, Almkvist O, Arai H, Basun H, Blennow K, de Leon M, DeCarli C, Erkinjuntti T, Jacobini E, Graff C, Hardy J, Jack C, Jorm A, Ritchie K, van Duijn C, Visser P, Petersen RC. 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.
- Wolf H, Gertz HJ. Vaskuläre Demenzen – Diagnostik, Prävention und Therapie. *Psychiatr Prax* 2004;31:330-8.
-