

Behandlung Demenzkranker mit Medikamenten.

Dr. Jan Wojnar, Hamburg

Die häufigere Erfahrung körperlichen und geistigen Versagens führt bei einer langsam fortschreitenden Demenzerkrankung zu einer starken Verunsicherung mit Ängsten, depressiver Verstimmung und psychosomatischen Störungen (Sheehan et al. 2002) und verursacht eine zunehmende Einschränkung des Bewegungsraums und Erschütterung des Selbstvertrauens. Das Bedürfnis nach Halt und Sicherheit rückt immer stärker in den Vordergrund. Die Stabilisierung körperlicher und geistiger Funktionen ist existenziell notwendig, kann aber nicht nur durch enge soziale Kontakte, gute, einfühlsame Betreuung, gesunde Lebensführung (mit viel Bewegung, einer angepassten Ernährung, strukturiertem Tagesablauf usw.) und nichtmedikamentöse Therapien (Physio- und Ergotherapie, Krankengymnastik) erreicht werden (Fratiglioni et al. 2000). Auch eine rechtzeitige und den modernen Erkenntnissen der Geriatrie entsprechende medikamentöse Therapie kann die Lebensqualität der Betroffenen deutlich verbessern und die Verschlechterung psychischer Beeinträchtigungen verlangsamen (Gustafsson et al. 1996).

Medikamentös behandelt werden bei Demenzkranken:

- somatische (körperliche) Erkrankungen,
- Demenzkrankheiten bzw. ihre primären Symptome (Störungen des Gedächtnisses und anderer intellektueller Funktionen) sowie
- psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten.

1. Therapie somatischer Erkrankungen.

Demenzkranken bleibt häufig eine angemessene medikamentöse Therapie somatischer Leiden vorenthalten, da sie den Ort der veränderten körperlichen Funktionen nicht lokalisieren können oder nicht fähig sind, die Störungen entsprechend zu beschreiben bzw. sie – wie z. B. klinische Schmerzen – überhaupt wahrzunehmen (Wojnar und Bruder 1995). Die Kranken sind oft unkooperativ, widersetzen sich körperlichen und apparativen Untersuchungen und reagieren mit Angst und aggressiven Handlungen auf unbekannte Personen (Ärzte) und Umgebungswechsel (Praxis oder Krankenhaus). Viele somatische Störungen werden deshalb ohne diagnostischer Abklärung als Verhaltensauffälligkeiten interpretiert und (falsch) mit Psychopharmaka behandelt (Hallauer 1999).

Die diagnostische Abklärung somatischer Erkrankungen Demenzkranker ist meistens sehr zeitaufwändig. Die Auskünfte der Betroffenen über körperliche Symptome können auch bei noch gut erhaltener Sprachfähigkeit nur bei einer leichten bis mittleren Ausprägung der Beeinträchtigung kognitiver Leistungen (MMS > 17 Punkte) verwertet werden. Die behandelnden Ärzte oder Ärztinnen ist überwiegend auf eine ausführliche Fremdanamnese (Angaben der Angehörigen und der pflegenden Personen) und genaue Beobachtung des Verhaltens des Kranken angewiesen. Besonders wichtig sind deshalb regelmäßige (möglichst wöchentliche) Arztbesuche, um krankheitsbedingte Veränderungen rechtzeitig zu erkennen, eine vertrauensvolle Beziehung zu dem Demenzkranken aufzubauen und auf dieser Basis auch unangenehme diagnostische Maßnahmen durchführen zu können. Bei der Auswahl der Medikamente muss immer berücksichtigt werden, dass sie oft ausgeprägte unerwünschte Nebenwirkungen

haben, die Lebensqualität erheblich beeinträchtigen und dadurch für den Betroffenen und seine Umgebung u. U. belastender sein können als die zu behandelnde Störung selbst. Einige typische Störungen psychischer Funktionen durch Arzneimittel sind in Tab. 1. aufgelistet.

Symptom	Medikamente (einige typische Beispiele)
Halluzinationen, Wahnvorstellungen	Antiparkinsonmittel, Antihistaminika, Corticosteroide, trizyklische Antidepressiva, SSRI, beta-Blocker
Verwirrtheit	Antidepressiva, Digitoxin, Benzodiazepine, Atropin, Ergotamin
Angst	Adrenalin, Prednison, Theophyllin, einige niederpotente Neuroleptika
Unruhe	Adrenalin, Amantadin, Diazepam, Theophyllin, Atropin, Isoniazid

Tab.1. Psychische Störungen durch Arzneimittel (nach Avorn 1998)

Solche Nebenwirkungen (NW) sind:

- im Alter häufiger (7% der 40-47 jährigen und 21% der 70-79 jährigen leiden unter NW) (Gosney und Tallis 1984),
- von der Menge verabreichter Tabletten abhängig (keine NW bei weniger als 7,3 Tbl./tgl, leichte NW bei 11,7 Tbl./tgl und schwere NW bei 17 Tbl./tgl und mehr) (Steel et al. 1981) und
- bei Patienten mit einem Körpergewicht unter 50 kg oder Eiweißmangel besonders gravierend (Rudman und Feller 1989).

Ungeeignete und oft überflüssige Arzneimittel (nach Beers et al. 1992 erhalten bis zu 40% der Heimbewohner solche Medikamente), die ursprünglich dem Schutz des Kranken und der Verbesserung seines Wohlbefindens dienen sollten, verursachen häufig Gangstörungen mit Stürzen, orthostatische Kreislaufstörungen, Benommenheit, psychomotorische Unruhe, Ge-

dächtnisstörungen, Inkontinenz und etliche andere Beeinträchtigungen, dann mit weiteren Medikamenten behandelt werden, welche die Situation zusätzlich komplizieren.

Um die Zahl der Medikamente auf ein unumgängliches Mindestmaß zu beschränken, muss eine Gewichtung der Einzeldiagnosen erfolgen und das therapeutische Vorgehen auf die Hauptbefunde gerichtet werden. Allgemein anerkannte Normen der Behandlung sind unbedingt einzuhalten (Howard et al. 2001).

Dazu gehören

- Kontrolle aller Medikamente,
- Absetzen aller nicht unbedingt notwendigen oder in ihrer Wirkung ähnlichen Präparate,
- Wahl von besonders nebenwirkungsarmen Medikamenten, die möglichst geringe Wechselwirkungen mit bereits verordneten Präparaten zeigen und die körperlichen und psychischen Funktionen nicht stören,
- klare Indikation für jede Verschreibung und Definition der therapeutischen Ziele,
- Aufklärung des Patienten oder der betreuenden Person über den richtigen Umgang mit dem Medikament und mögliche Nebenwirkungen,
- Beobachtung der Nebenwirkungen und ggf. rechtzeitige Umstellung des Präparates,
- engmaschige Dokumentation des Therapieverlaufs und Änderung der Behandlung bei mangelndem Erfolg,
- Kontrolle der Compliance; ggf. Abklärung der Ursachen für Noncompliance und regelmäßige Kontrolle der Notwendigkeit weiterer Behandlung.

Richtig indiziert und dosiert können Medikamente die Lebensqualität Demenzkranker erheblich steigern durch:

- Verbesserung der Mobilität (z. B. Behandlung der Parkinson-Krankheit, von Gelenkschmerzen, Polyneuropathien, peripheren Durchblutungsstörungen, Prophylaxe des Schlaganfalls usw.),
- Sturzprophylaxe (z. B. Behandlung der vielen Ursachen von Schwindel, Epilepsie, Kreislaufstörungen, Diabetes mellitus, Anämie, Prophylaxe des Delirs usw.),
- Antriebssteigerung (z. B. Behandlung einer Unterfunktion der Schilddrüse, von Avitaminose usw.) und

- Linderung von Schmerzen (z. B. Behandlung von Verdauungsstörungen, Herpes zoster, Spastik, Polymyalgia rheumatica, Restless-legs-Syndrom usw.).

2. Therapie der Demenzkrankheiten und der primären Symptome.

Demenz kann durch eine Vielzahl von unterschiedlichen Erkrankungen verursacht werden.

Zu den häufigsten gehören:

- Alzheimerkrankheit mit ca. 60%,
- vaskuläre Demenzerkrankungen mit ca. 20%,
- Mischformen (Alzheimerkrankheit und vaskuläre Demenz) mit ca. 10% und
- sog. reversible oder behandelbare Demenzerkrankungen mit ebenfalls ca. 10%.

Während eine ursächliche Therapie der Alzheimerkrankheit noch nicht möglich ist, lässt sich der Verlauf vaskulärer Demenzen durch die Behandlung von Risikofaktoren deutlich verlangsamen. Bei rechtzeitiger Therapie behandelbarer Demenzerkrankungen (wie z.B. Unterfunktion der Schilddrüse, Störungen des Liquorabflusses, gutartige Hirntumoren, entzündliche Erkrankungen des Gehirns, Folgen von Intoxikationen oder Fehlernährung) kann die Demenzsymptomatik sogar weitgehend zurück gehen.

Die sinnvolle Behandlung einer Demenzerkrankung oder ihrer primären Symptome ist nur dann möglich, wenn sie sich auf eine zuverlässige Diagnose stützt. Neben der Abklärung intellektueller und psychischer Auffälligkeiten ist deshalb eine umfangreiche laborchemische und apparative Diagnostik zur Feststellung einer wahrscheinlichen Demenzerkrankung notwendig (Tab. 2).

Demenzsyndrom
Anamnese Fremdanamnese Testpsychologische Untersuchung Psychopathologischer Befund
Demenzerkrankung
Körperliche Untersuchung Neurologische Untersuchung Laborparameter Elektrokardiogramm (EKG) Elektroenzephalogramm (EEG) Kraniales Computertomogramm (CCT) oder Magnetresonanztomogramm (MRI)

Tab. 2. Erforderliche diagnostische Maßnahmen

Nur wenn eine behandelbare Demenzerkrankung diagnostiziert wurde, ist eine ursächliche Therapie mit entsprechenden Medikamenten oder operativ möglich. Sie führt zu einer Besserung kognitiver Störungen oder trägt mindestens dazu bei, die vorhandenen Fähigkeiten zu erhalten. Es ist ein Kunstfehler, solchen Kranken Nootropika oder moderne Antidementiva zu verordnen und die Grunderkrankung unbehandelt zu lassen.

Therapie vaskulärer Demenz

Die Therapie vaskulärer Demenzen verläuft zweigleisig und führt oft zu einer längerfristigen Stabilisierung kognitiver Leistungen. Neben der Behandlung von Risikofaktoren (Tab. 3.) wird versucht, die Hirnleistungsstörung mit Hilfe von Nootropika (Tab. 4., S.20) zu beeinflussen.

Risikograd	Risikofaktoren
I. Gefahr des Schlaganfalls oder kognitiver Störungen durch Risikofaktoren im frühen oder mittleren Erwachsenenalter	Hypertonus, Zigarettenrauchen, Alkoholmissbrauch, Diätetische Faktoren/Hypercholesterinämie, Vorhofflimmern/kardiale Emboliequellen, Diabetes mellitus, Herzfehler
II. Frühzeichen vaskulär bedingter kognitiver Störungen und/oder Befunde in bildgebenden Verfahren, die einem Schlaganfall oder Markveränderungen entsprechen	Wie beim Grad I.; zusätzlich: Schlaganfallprophylaxe (entsprechend der Indikation z.B. Medikamente, wie Ticlopidin, Aspirin, Warfarin oder chirurgische Karotidesobliteration), gemäß anerkannter Richtlinien

Tab. 3. Behandelbare Risikofaktoren vaskulärer Demenzen (nach Gorelick et al. 1999)

Substanz	Wirksamkeit
Dihydroergotamin (Codergocrin)	Geringe Wirksamkeit
Ginkgo biloba	Wirksam
Nicergolin	Wirksam
Nimodipin	Wirksam
Piracetam	Wirksam

Tab. 4. Wirksamkeit der Nootropika bei vaskulären Demenzen

Tab. 5. Risikofaktoren für die Manifestation einer Alzheimer Demenz (nach Hendrie 1998, modifiziert)

Risikofaktor	Gesichert	Wahrscheinlich	Unsicher	Interaktiv	Sehr unsicher
Alter	+				
Familiäre Belastung	+				
ApoE4		+		+	
Geschlecht			+	+	
Sozialer Status					+
Lebensstil					+
Schädel – Hirntrauma			+	+	
Depression		+			
Hypothyreose			+		
Diabetes			+		
Umweltexposition					+
Aluminium			+		
Zink					+
Rauchen			+	+	
Vitamin B12 – Mangel			+		
Körperliche Inaktivität			+		

Protektive Faktoren	Gesichert	Wahrscheinlich	Unsicher	Interaktiv	Sehr unsicher
ApoE2 und ApoE3	+				
Intelligenz, Bildung	+				
Soziale Kontakte					+
Behandlung mit Östrogenen		+			
Nicht-steroidale Antiphlogistika		+			
Antioxidantien		+			
Antihypertensiva			+		

Tab. 6. Alzheimerkrankheit: Protektive Faktoren (nach Hendrie 1998, modifiziert)

Therapie der Alzheimerkrankheit

Die Ergebnisse aller bisherigen Studien zeigen, dass die Möglichkeiten einer nichtmedikamentösen Prävention der Alzheimerkrankheit sehr eingeschränkt sind (Tab. 5.) und es immer noch keine Medikamente, Impfungen oder andere Behandlungsstrategien gibt, die (wissenschaftlich gesichert) vorbeugend wirken (Tab. 6.). Im Frühstadium der Erkrankung ist es aber mit Hilfe moderner Antidementiva (Tab. 7.) möglich, kognitive Leistungen auf dem Ausgangsniveau für bis zu zwei Jahre zu stabilisieren und somit die Lebensqualität der Kranken (und der betreuenden Angehörigen) erheblich zu verbessern. Trotz noch hoher Kosten dieser Medikamente ist deshalb ein Behandlungsversuch immer indiziert. Bei fehlender Wirksamkeit oder bei ausgeprägten Nebenwirkungen sollte die Umstellung auf andere Präparate dieser Medikamentengruppe erfolgen.

Substanz	Wirksamkeit
Dihydroergotamin (Codergocrin)	Unwirksam Geringe Wirksamkeit
Donepezil	Wirksam
Galantamin	Wirksam
Ginkgo biloba	Widersprüchliche Angaben
Nicergolin	Wirksam
Nimodipin	Wirksam
Piracetam	Wirksam
Pyritinol	Widersprüchliche Angaben
Rivastigmin	Wirksam
Memantin	Wirksam

Tab. 7. Wirksamkeit der Antidementiva bei Alzheimerkrankheit

3. Behandlung psychischer Störungen und Verhaltensauffälligkeiten Demenzkranker.

Psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten (Tab. 8.) werden sehr oft im Verlauf einer Demenzerkrankung beobachtet, erschweren die Betreuung erheblich und sind die häufigsten Ursachen einer Verlegung der Betroffenen in stationäre Pflegeeinrichtungen.

Besonders oft werden alle Störungen des Verhaltens, des affektiven Erlebens und der Kommunikation, die zu einer Selbst- oder Fremdgefährdung demenzkranker Menschen führen könnten, mit Medikamenten in der Überzeugung behandelt, dass sie weniger Schaden anrichten als z. B. freiheitseinschränkende Maßnahmen. Dabei wird übersehen, dass die meisten Psychopharmaka (aber auch andere Medikamente) (Tab.9.) die Demenzkranken durch Veränderung ihrer körperlichen und psychischen Funktionen, ihres Erlebens und ihrer Wahrnehmung erheblich beeinträchtigen und verunsichern können. Andererseits zeigen umfangreiche Studien, dass Psychopharmaka für die Behandlung psychotischer Symptome und bestimmter Formen von Verhaltensauffälligkeiten allem dann unerlässlich sind vor, wenn die Betroffenen unter diesen Störungen erheblich leiden und mit nichtmedikamentöser Therapie keine Linderung der Beschwerden erreicht wird.

Im Umgang mit Psychopharmaka müssen deshalb allgemein anerkannte Kriterien besonders sorgfältig beachtet werden (Lawlor und Ni Bhriain 2001). **Dazu gehören:**

- Jede neue Störung des Verhaltens oder der psychischen Funktionen muss so lange als mögliche unerwünschte Nebenwirkung von Medikamenten betrachtet werden, bis das Gegenteil nachgewiesen wird.
- Behandlung mit Medikamenten ist nur dann zulässig, wenn andere, den Kranken weniger beeinträchtigende Therapieformen unwirksam geblieben sind.
- Medikamente dürfen erst nach einer ausführlichen diagnostischen Abklärung der Störungsursachen entsprechend den Empfehlungen der Fachgesellschaften (z. B. Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie) eingesetzt werden.

Als besonders problematisch erweist sich in der Praxis die diagnostische Zuordnung psychotischer Symptome bei Demenzkranken. Es handelt sich bei diesen Phänomenen um Trugwahrnehmungen und Wahnvorstellungen, die nur im Gespräch mit den Betroffenen sicher erfasst werden können. Bei mitteilungsunfähigen Menschen oder fehlender Introspektionsfähigkeit können dagegen nur indirekte Hinweise wie z. B. Verhaltensauffälligkeiten diagnostisch verwertet werden, was oft zu falschen Interpretationen und somit unwirksamer und/oder schädigender medikamentöser Behandlung führt. Unspezifische Störungen, die viele unterschiedliche Ursachen haben können, wie z. B. :

- Widerstand gegen ADLs,
 - „Wandern“,
 - Schlafstörungen,
 - tätliche Aggressivität und Gewalttätigkeit,
 - verbale Aggressivität und störendes lautes Verhalten,
 - Erregung / Gereiztheit,
 - psychomotorische Unruhe und
 - wiederholte Fragen oder Bitten
- gehören nicht zu den typischen psychotischen Symptomen, die medikamentös zu behandeln sind. Falsch indiziert beeinträchtigen diese Medikamente die Lebensqualität der Betroffenen erheblich durch Verstärkung sozialen Rückzugs, Einschränkung aktiver und passiver Beteiligung an therapeutischen Aktivitäten, Verschlechterung der Nahrungsaufnahme und Desinteresse

Psychotische Phänomene	Wahnbildungen, illusionäre Verkennungen
Affektive Störungen	Depressivität, Angst, emotionale Labilität, Aggressivität, Enthemmung
Antriebsstörungen	Psychomotorische Unruhe, Apathie, Aspontaneität
Persönlichkeitsveränderungen	Hypotypischer, hypertypischer oder heterotypischer Persönlichkeitswandel

Tab. 8. Häufige Verhaltensstörungen bei Demenz (nach Kurz, 1998)

Nebenwirkungen	Symptome
Hemmung der ZNS-Erregung	Sedierung, Apathie, Müdigkeit, Desinteresse, Zurückgezogenheit, depressive Verstimmung, Verwirrtheit
Periphere anticholinerge Wirkung	Mundtrockenheit, Obstipation, Blasenatonie, Sehstörungen
Zentrale anticholinerge Wirkung	Verwirrtheit, Aggressivität, Desorientierung, psychomotorische Unruhe, Wahnvorstellungen, optische Halluzinationen,
alpha-adrenerge Hemmung	Orthostatische Hypotonie
Dopaminerge Hemmung	Extrapyramidale Symptome, Akathisie, tardive Dyskinesie

Tab. 9. Häufige Nebenwirkungen von Psychopharmaka bei alten Patienten (nach Avorn 1998)

an Arbeit und arbeitsähnlicher Betätigung (Ballard et al. 2001). Gleichzeitig scheinen sie die Verhaltensstörungen eher zu verstärken, was die Notwendigkeit genauer Diagnostik und die Bedeutung nichtmedikamentöser Therapiestrategien unterstreicht (Draper et al. 2001).

Obwohl das Betreuungsgesetz Medikamente als eine der freiheitsentziehenden Maßnahmen anerkennt (§ 1906 Abs. 4. „Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend, wenn dem Betreuten, der sich in einer Anstalt, einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung aufhält, ohne untergebracht zu sein, durch mechanische Verrichtungen, Medikamente oder auf andere Weise über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig die Freiheit entzogen werden soll“), sind sie aus ärztlicher Sicht nur in wenigen Ausnahmefällen zulässig. Die Anwendung von Psychopharmaka zur Einschränkung der Mobilität Demenzkranker durch starke Sedierung oder Beeinträchtigung der Motorik (Parkinson-Symptomatik) ist ethisch unvertretbar. Solche Behandlung schadet dem Kranken, erhöht die Gefahr von Stürzen und Verletzungen, führt zu einer

Verschlechterung kognitiver Leistungen, kann die psychomotorische Unruhe verstärken und Depressionen hervorrufen (Howard et al. 2001). Durch erhebliche Störung der Regulation der Körpertemperatur wird der Kranke bei einem geglückten „Fluchtversuch“ durch Unterkühlung oder Hitzeschlag außerhalb der Einrichtung gefährdet. Durch so eingesetzte Medikamente wird nicht nur Bewegungsfreiheit eingeschränkt, sondern auch das Erleben, die Wahrnehmung und Stimmung und somit die Lebensqualität beeinträchtigt. Eine Unterbringung in architektonisch großzügig gestalteten geschlossenen Einrichtungen ist für die Demenzkranken vorteilhafter als offene Betreuung, die durch den Einsatz von Psychopharmaka (mit allen unerwünschten Nebenwirkungen) ermöglicht wird. Medikamente als freiheitsentziehende Maßnahme sind nur dann angezeigt, wenn ein Demenzkranker nach einer schweren Erkrankung (z. B. Herzinfarkt, Operationen u.ä.) vorübergehend Bettruhe einhalten soll oder unter therapeutisch nicht beeinflussbaren Störungen der Motorik (mit erheblicher Gefahr von Stürzen) leidet, aber aufgrund seiner kognitiven Ein-

schränkungen die Notwendigkeit solcher Maßnahmen nicht akzeptiert und sich durch das Aufstehen stark gefährdet. Mechanische Fixierung ohne gleichzeitiger Sedierung kann in solchen Situationen für den Kranken sehr belastend sein und die Entstehung schwerer psychischer Störungen wie Wahnvorstellungen, Halluzinationen oder quälender Ängste provozieren. Die Ergänzung medikamentöser Therapie durch milieuthérapeutische Maßnahmen ist auch hier unerlässlich.

Psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten Demenzkranker können nur dann diagnostisch richtig zugeordnet und optimal behandelt werden, wenn alle Beteiligten eng zusammenarbeiten und folgende Empfehlungen befolgen.

Hinweise zum Umgang mit Medikamenten, insbesondere mit Psychopharmaka bei Demenzkranken.

A. Wichtige Grundsätze

1. Eine Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten mit Medikamenten ist nur zulässig, wenn weniger eingreifende therapeutische Maßnahmen nicht ausreichend.
2. Grundsätzlich sollen Krankheitsursachen und nicht nur einzelne Symptome behandelt werden (z.B. Überfunktion der Schilddrüse und nicht die durch sie verursachte psychomotorische Unruhe oder Wahnvorstellungen).
3. Medikamente dürfen nur beim Vorliegen einer (gesicherten) Diagnose und nur bei Indikationen, für die sie zugelassen sind, verordnet werden.
4. Psychopharmaka, (die nur symptomatisch wirken und somit nicht lebensrettend sind) sind grundsätzlich nur zur Linderung des Leidensdrucks des Betroffenen/der Betroffenen (und nicht ihrer/seiner Umgebung) zu verwenden.
5. Die Behandlung mit Medikamenten ist rechtlich einer Körperverletzung gleichzusetzen und nur mit Einverständnis einer / eines einwilligungsfähigen Patientin/Patienten oder ihres / seines rechtlichen Betreuers mit dem Aufgabenkreis Gesundheitspflege (nach einer ausführlichen Aufklärung über Wirkungen und Nebenwirkungen der Therapie sowie möglicher Alternativen) zulässig.

6. Das Arzneimittelrecht verpflichtet zu einer möglichst nebenwirkungsarmen Therapie. Beim Auftreten von belastenden Nebenwirkungen ist die Medikation zu ändern bzw. abzusetzen. Die Behandlung von Nebenwirkungen mit zusätzlichen Medikamenten bei unveränderten Erstmedikation gilt als Kunstfehler (es sei denn, diese Medikation kann aus wichtigen Gründen nicht geändert werden).

7. Psychopharmaka mit gleicher Hauptwirkung (z.B. Neuroleptika), aber mit geringeren Nebenwirkungen sind auch bei höheren Preisen anzuwenden.

8. Verordnungen "bei Bedarf" ohne genaue Beschreibung der Ausnahmesituation sind nicht zulässig.

9. Die Dosierung erfolgt immer individuell nach dem Prinzip "start low, go slow" (niedrig anfangen und langsam die Dosis erhöhen), um eine optimale Wirkung mit minimalen Medikamentenmengen zu erreichen.

B. Zusammenarbeit zwischen betreuenden Personen (Pflegekräften) und Ärzten

Die optimale medikamentöse Behandlung Demenzkranker setzt eine enge Zusammenarbeit zwischen den Betreuenden und den behandelnden Ärzten voraus.

Die diagnostische Zuordnung von Verhaltensstörungen stützt sich überwiegend auf die Angaben der betreuenden Personen.

Besonders wichtig ist dabei die genaue Beschreibung

- des Verhaltens,
- der Häufigkeit, Dauer und zeitlichen Verteilung der Störungen,
- von typischen Situationen bzw. Interaktionen, die die Verhaltensauffälligkeiten hervorrufen,
- des psychischen Bildes des Kranken/ der Kranken während solcher Störungen (z.B. ängstlich, wütend, verwirrt, hilflos),
- der Reaktionen der Kranken / des Kranken auf bisherige Interventionen bzw. auf unterschiedliche BetreuerInnen,
- von Veränderungen der Umgebung, der Medikation, der Gewohnheiten des Betroffenen und allen dem auffälligen Verhalten vorausgegangenen besonderen Ereignissen (z.B. Stürze, fieberhafte Erkrankungen),

- von Hinweisen auf Halluzinationen oder Wahnvorstellungen.

Notwendige ärztliche Informationen.

Um die Wirkung der verordneten Medikamente beurteilen zu können und unerwünschte Nebenwirkungen rechtzeitig zu bemerken, sollten behandelnde Ärzte und Ärztinnen allen betreuenden Personen folgende Informationen liefern und als Anweisung geben:

- diagnostische Zuordnung der Störungen,
- Zielsymptome (Symptome, die durch bestimmte Psychopharmaka besonders effektiv beeinflusst werden, wie z.B. Wahnvorstellungen durch Neuroleptika),
- Zeit-Wirkungs-Beziehungen, d.h. die zeitlichen Abstände zwischen der Medikamentengabe und dem Beginn, dem Maximum und dem Ende des zentralen Effektes des Medikamentes,
- mögliche Aufnahmestörung der verordneten Substanz durch Getränke, Nahrungsmittel oder andere Medikamente,
- Beschreibung der häufigsten Nebenwirkungen des Medikamentes,
- Maßnahmen beim Auftreten bestimmter Nebenwirkungen,
- Situationen, in denen er sofort über Nebenwirkungen zu benachrichtigen ist.

C. Medikamentöse Behandlung von Verhaltensstörungen (Sekundärsymptome) bei Demenzkranken

Folgende Grundsätze sind zu beachten.

- **Im Vordergrund der Behandlung steht immer die Milieuthérapie.**
- Die Wirkung von Medikamenten lässt sich im Alter nicht sicher voraussehen; deshalb sind starre Dosierungsempfehlungen nicht möglich.
- Flüssige Medikamente sind wegen der Möglichkeit einer sehr niedrigen Dosierung, einer abgestuften Steigerung und einer besseren Akzeptanz seitens der Demenzkranken Tabletten vorzuziehen.
- i.v. und i.m. Spritzen führen bei den meisten Demenzkranken zu einer erheblichen psychischen Belastung und sollten nur in Ausnahmefällen verabreicht werden.
- Verdeckte Medikamentengabe ist nur mit Einverständnis des rechtlichen Betreuers mit dem Aufgabenkreis Gesundheitsorge zulässig.
- Jede medikamentöse Therapie ist im Hinblick auf Dosierung und Weiterführung mindestens einmal monatlich zu überprüfen.
- Vor einer Dosiserhöhung wegen mangelnder Wirksamkeit muß überprüft werden, ob die Medikamente tatsächlich eingenommen werden.
- Die Nebenwirkungen von Medikamenten können die Zielsymptome verstärken.
- Das abrupte Absetzen der meisten Psychopharmaka ist mit erheblichen Nebenwirkungen verbunden; eine ausschleichende Dosierung wird empfohlen.

In der Fachliteratur werden gegen typische Symptome der Demenzkrankheit folgende Medikamente empfohlen:

Affektstörungen (Depression)

- Antidepressiva (vor allem SSRI)
- Antiepileptika (z.B. Carbamazepin)

Angst

- Antidepressiva
- Anxiolytika (z.B. bestimmte Benzodiazepine)
- Antiepileptika
- Atypische (moderne) Neuroleptika (?)

Wahn

- Neuroleptika (vor allem moderne atypische Neuroleptika)
- Cholinerge Antidementiva (?)

Aggressivität / Psychomotorische Unruhe

- Antidepressiva
- Neuroleptika
- Anxiolytika
- Beta-Blocker (insbes. bei Verdacht auf Frontalhirnstörung)
- Cholinerge Antidementiva (?)

Antriebsstörungen Antriebslosigkeit

- Psychostimulantien (?)
- Antidepressiva (?)
- Cholinerge Antidementiva (?)
- Andere Substanzen (z.B. Memantin) (?)

Vegetative Störungen,

(z.B. Schlafstörungen, Appetitlosigkeit)

- Lichttherapie
- Antidepressiva
- Hypnotika
- Psychostimulantien
- Anxiolytika
- Melatonin (?)

* (?) – Die Wirksamkeit dieser Medikamentengruppe ist bei der genannten Indikation wissenschaftlich nicht belegt.

Literatur

- Avorn J (1998):** Drug prescribing, drug taking, adverse reactions and compliance in elderly patients. In: Salzman C (Hrsg.): Clinical geriatric psychopharmacology. Williams&Wilkins, Baltimore, London, Paris, pp: 21-47
- Ballard C, O'Brien J, James I et al. (2001):** Quality of life for people with dementia living in residential and nursing home care : The impact of performance on activities of daily living, behavioral and psychological symptoms, language skills and psychotropic drugs. *Int Psychogeriatrics*, 13: 93-106
- Beers MH, Ouslander JG, Fingold SF et al. (1992):** Inappropriate medication prescribing in skilled nursing facilities. *Ann Intern Med*, 117: 684-689
- Draper B, Brodaty H, Low L-F et al. (2001):** Use of psychotropics in Sydney nursing homes: Associations with depression, psychosis and behavioral disturbances. *Int Psychogeriatrics*, 13: 107-120
- Fratiglioni L, Wang H-X, Ericsson K et al. (2000):** Influence of social network on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study. *Lancet*, 355: 1315-1319
- Gorelick PB, Erkinjuntti T, Hofman A et al. (1999):** Prevention of vascular dementia. *Alz Dis Assoc Disord* 11 (Suppl 3): 131-139
- Gosney M, Tallis R (1984):** Prescription of contraindicated and interacting drugs in elderly patients admitted to hospital. *Lancet*, 2: 564
- Gustafsson TM, Isacson DG, Thorslund M, Sörbom D (1996):** Factors associated with psychotropic drug use among the elderly living at home. *J Appl Gerontol*, 15: 238-254
- Hallauer JF (1999):** Defizite in der Behandlung von Patienten mit Alzheimer-Erkrankung. *Psycho*, 25, Sonderausgabe I/99: 31-34
- Hendrie HL (1998):** Epidemiology of dementia and Alzheimer's disease. *Am J Ger Psychiatry*, 6: 3-18
- Howard R, Ballard C, O'Brien J et al. (2001):** Guidelines for the management of agitation in dementia. *Int J Geriat Psychiatry*, 16: 714-717
- Kurz A (1998):** "BPSSD": Verhaltensstörungen bei Demenz. Ein neues diagnostisches und therapeutisches Konzept? *Nervenarzt*, 69: 269-273
- Lawlor B, Ni Bhriain S (2001):** Psychosis and behavioral symptoms of dementia: defining the role of neuroleptic interventions. *Int J Geriat Psychiatry*, 16: S2-S6
- Rudman D, Feller AG (1989):** Protein-caloric undernutrition in the nursing home. *J Am Geriatr Soc*, 37: 173-183
- Sheehan B, Philpot M, Banerjee S (2002):** Attributions of physical symptoms in patients of an old age psychiatry service. *Int J Geriat Psychiatry*, 17: 61-64
- Steel K, Gertman PM, Crescenzi C et al. (1981):** Iatrogenic illness on a general medical service at a university hospital. *N Engl J Med*, 304: 638
- Wojnar J, Bruder J (1995):** Schmerz und psychische Störungen im Alter. *Z Gerontol Geriat*, 28: 369-373