

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

DEMENZEN – LEITLINIEN

Neue diagnostische und therapeutische Leitlinien

Alt werden will jeder, aber die Folgen tragen... Trotzdem wird man in unserer Zeit und Gesellschaft immer älter – und hat damit auch immer häufiger mit den körperlichen, seelischen und vor allem geistigen Konsequenzen zu ringen. Das Stichwort, das inzwischen zu einem allseits gefürchteten Leidensbild wird, und zwar für den Betroffenen und sein Umfeld, lautet: Demenz. Und die Frage, die sich dabei gleich anschließt: Lässt sich denn da nichts machen, so wie bei so manchen anderen, nicht zuletzt alters-bedingten Krankheiten auch?

Die Forschung dazu läuft auf Hochtouren, und zwar sowohl für eine rechtzeitige Diagnose als auch konsequente Therapie. Die Ergebnisse sind erfreulich, aber natürlich noch ausbaufähig. Schließlich handelt es sich bei der Alterung um ein natürliches Phänomen, nicht um eine Krankheit, auch wenn es meist damit endet.

Was steht nun für Erkennen, Behandeln und vor allem die Vorbeugung an Wissen und Empfehlungen zur Verfügung? Dazu die neuen wissenschaftlich fundierten Handlungs-Empfehlungen in Form der so genannten S3-Leitlinie. Nachfolgend dazu eine kurz gefasste Übersicht.

Erwähnte Fachbegriffe:

Demenz – Lebenserwartung – Lebensqualität – Demenz-Forschung – S3-Leitlinien – Alzheimer-Krankheit – vaskuläre Demenz – frontotemporale Demenz – Lewykörperchen-Demenz – Parkinson-bedingte Demenz – wirtschaftliche Demenz-Folgen – finanzielle Demenz-Kosten – Demenz-Diagnose – Demenz-Therapie – Demenz-Betreuung – Demenz-Pflege, Angehörigen-Training bei Demenz – professionelle Demenz-Pflege – Demenz-Prävention- Demenz und Lebensstil – Demenz und Ernährung – medikamentöse Demenz-Therapie –

psychologische Demenz-Therapie – Demenz-Früherkennung – zukünftige Demenz-Diagnose-Möglichkeiten – zukünftige Demenz-Therapie-Möglichkeiten – u.a.m.

„Alle wollen es werden, keiner will es sein“. Dieser bekannte Satz stammt von einem, der es wissen musste, nämlich der römische Staatsmann Cato der Ältere. Er wurde mit 85 Jahren fast dreimal so alt wie der Durchschnitt seiner Zeit. Heute nähert sich der statistische Durchschnitt in der westlichen Welt dieser einst spektakulären Grenze. Das ist erfreulich, hat aber seinen Preis: psychosozial, körperlich, seelisch, vor allem aber geistig. Das am häufigsten zu hörende Schreckenswort ist die *Demenz*. Konkrete Hinweise dazu siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie.

Was aber kann man tun? Am Anfang steht das entsprechende Wissen, der notwendige und hilfreiche Kenntnisstand – und damit vor allem die Wissenschaft, in diesem Fall die Forschung von Biochemie, Physiologie, Pathologie, Neurologie, Psychiatrie und hier im speziellen Fall die Gerontopsychiatrie, auf der zuletzt die größte Last liegt, nämlich die Begleitung, psychotherapeutische Betreuung und medikamentöse Therapie der Demenzen. Natürlich tut sich etwas auf allen Ebenen, es wird wahrscheinlich nirgends so viel geforscht wie bei Krebserkrankungen und Demenzen. Doch gerade bei Letzteren halten sich reale, nachprüfbar, in wissenschaftlichen Worten „belegbare“ Erkenntnisse in Grenzen.

Wissenschaftlich fundierte Handlungs-Empfehlungen: die S3-Leitlinien

Zwar gibt es die Erfahrungen des Alltags von Klinik und Praxis und die sind durchaus wertvoll. Noch wichtiger aber ist die Sammlung, Ordnung, vor allem aber Bewertung von Erfahrungswerten und konkreten Forschungs-Bemühungen.

Letzteres wird in so genannten S3-Leitlinien zusammengefasst und allen Interessierten zugänglich gemacht. Solche Leitlinien müssen ständig aktualisiert, wissenschaftlich korrekt und industrie-unabhängig sein (Medikamente!). Das stellt eine gewaltige Aufgabe dar, man kann es sich kaum vorstellen. Methodisch werden die Leitlinien in verschiedene Stufen eingeteilt:

Unter S1 versteht man reine Handlungs-Empfehlungen, die aber auch von einer repräsentativ zusammengesetzten Expertengruppe der Fachgesellschaften erarbeitet werden. – Bei einer S2k-Leitlinie (Fachbegriff: konsensus-basiert, also mit weitgehender Übereinkunft der einzelnen Experten-Meinungen) sind die Beurteilungs-Methoden und nachfolgenden Empfehlungen klar beschrieben, jedoch noch ohne systematische Aufarbeitung der so genannten Evidenz (vom Lateinischen: evidens = augenscheinlich, einleuchtend, das heißt die

höchste Gewissheit vermittelnd). – Die evidenz-basierte S2e-Leitlinie verlangt schon eine systematische Untersuchung, Auswahl und Bewertung wissenschaftlicher Belege. Und die aufwendigste Form ist zuletzt die S3-Leitlinie.

Alles Erstes werden die Mitglieder der Leitlinien-Kommission bestimmt. Das sind z. B. die Delegierten der beteiligten medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften und damit renommiertesten Experten auf ihrem Gebiet bzw. zur entsprechenden Fragestellung. Die Kommissions-Mitglieder bilden dann Arbeitsgruppen, die sich mit den unterschiedlichen Aspekten zu Forschung, Diagnose und Therapie befassen. Diese Arbeitsgruppen bewerten in bisweilen monate- oder gar jahrelangen Experten-Diskussionen die relevante Fachliteratur und schlagen auf dieser Basis die Beantwortung der offenen Fragen vor. Diese Statements werden dann von der Gesamtheit der Kommission angenommen, verändert oder verworfen.

So etwas muss man sich fast wie eine Gerichtsverhandlung vorstellen: „Anwälte“ präsentieren wissenschaftliche Evidenz, „Gegenanwälte“ verweisen auf Schwachstellen, ein „Richter“ achtet auf die vereinbarten Regeln und die „Jury“ (wie in einem US-amerikanischen Gericht), hier die Kommissions-Mitglieder, kommen dann (hoffentlich) zum richtigen Ergebnis. Jedenfalls nach den verfügbaren aktuellen Erkenntnissen.

S3-Leitlinie „Demenzen“

Ein solches Mammut-Werk (s. u.) konnte nun inzwischen, hoffentlich erfolgreich, wenigstens im Rahmen der verfügbaren Erkenntnisse für uns alle am 27. Januar 2016 abgeschlossen werden. Und zwar sage und schreibe nach 5 Jahren intensiver Arbeit und unter Beteiligung von insgesamt 25 Organisationen auf 133 Seiten mit über 100 Empfehlungen und 21 Tabellen, darunter zahlreiche Neuerungen. Selber geforscht wurde dabei natürlich nicht konkret, sondern es galt die weltweit verfügbaren wissenschaftlichen Publikationen zum Thema „Demenzen“ zu sichten, zu bewerten und in die besagten Empfehlungen zu fassen. Und das waren allein über 400 solcher fachlichen Aufsätze. Unter den beteiligten Organisationen waren medizinische Fachgesellschaften, Berufs-, Therapeuten- und Pflegeverbände sowie die Deutsche Alzheimer-Gesellschaft e. V. - Selbsthilfe Demenz als Patienten-Vertretung.

Neben den rein fachspezifischen Erkenntnissen und Empfehlungen gibt es noch einen so genannten Methoden-Report, der auf nahezu 150 Seiten nicht nur den Entstehungsprozess, sondern auch Veränderungen und Ergänzungen gegenüber früheren Demenz-Leitlinien vermittelt

Nachfolgend deshalb eine kurz gefasste Übersicht zu den S3-Leitlinien zur Alzheimer-Krankheit, den gemischten und vaskulären sowie frontotemporalen Demenzen, der so genannten Lewykörperchen-Demenz und der Parkinson-

bedingten Demenz. Einzelheiten zu diesen Krankheitsbildern siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie. Konkrete Hinweise für die neuen Empfehlungen bei Bedarf erst einmal im Internet, da dieses Werk zwar in Buchform erscheinen soll, was seine Druckzeit kostet: www.dgn.org/leitlinien.de zum Download.

Medikamente oder Psychotherapie?

Wenn man an eine dementielle Entwicklung und ihre Folgen denkt, dann fallen einem vor allem Medikamente ein, von denen man entsprechende Unterstützung erhofft. Das ist naheliegend, aber auch frustrierend, jedenfalls bis jetzt. Deshalb wird von den Experten der hohe Stellenwert psychosozialer Interventionen bei der Behandlung und Betreuung von Demenzkranken betont. Denn – so der Originalton – „die Ansätze und Ziele dieser Verfahren sind wesentlich breiter als die der pharmakologischen Therapien“.

Nun sind aber bekanntermaßen die methodischen Voraussetzungen und damit die Qualität der Untersuchungen zu solchen Behandlungsformen geringer als bei den strenger konzipierten Arzneimittel-Studien. Eine Medikamenten-Prüfung ist leichter zu dokumentieren als beispielsweise eine Verhaltenstherapie (die sich nebenbei wegen fehlender finanzieller Anreize auch schwieriger durchsetzen lässt, hier fehlt halt auch die Pharma-Industrie).

Allerdings gibt dann doch eines zu denken, so die Experten: Seit es Leitlinien zur Demenz gibt, ist eine größere Zahl qualitativ hochwertiger Studien zu psychosozialen Interventionen erschienen, während es bei den Arzneimitteln leider keine größeren Fortschritte gegeben hat. Was muss man also wissen?

Demenz heute: unerkant und teuer?

In Deutschland leben derzeit bis zu 1,5 Millionen Menschen mit einer Demenz. Etwa zwei Drittel davon mit der Alzheimer-Demenz. Sie stellen Medizin und Gesellschaft vor große Herausforderungen, nicht zuletzt finanziell. Laut der letzten Erhebung des Statistischen Bundesamtes im Jahre 2008 kostet die Behandlung von Demenz-Patienten mehr als 9 Milliarden Euro im Jahr. Das sind rund 4 % der gesamten Krankheitskosten in Deutschland. Ein schwer betroffener Patient schlägt mit bis zu 40.000,- € pro Jahr zu Buche.

Dabei wird nur etwa die Hälfte der neu an Demenz Erkrankten von ihrem Arzt als solche erkannt. Und dann erfahren auch noch weniger als die Hälfte der Diagnostizierten eine Leitlinien-gerechte Behandlung.

Psychosoziale Intervention von entscheidender Bedeutung

Neben der – wie erwähnt – erfolgs-begrenzten pharmakologischen Therapie (s. später) spielen die *psychosozialen Interventionen* eine wesentliche Rolle. Sie wirken – laut vieler Experten – so gut wie Medikamente und sind gleich-rangige zentrale Bausteine im Gesamtbehandlungsplan. Was heißt dies konkret?

Tatsächlich ist die Wirksamkeit alltags-naher kognitiver (geistig aktivierender) Stimulationen, individuell angepasster Ergotherapie und gezielter körperlicher Aktivitäten (Beweglichkeit und Balance!) inzwischen eindeutig nachgewiesen. Die Anwendung solcher Verfahren sollte möglichst (schon) zu Hause erfolgen. Denn damit werden bereits früh nicht nur Lebensqualität, Fähigkeiten und positive Gefühle gefördert, sondern auch die Pflegenden entlastet. Dies gilt insbesondere für leichte bis mittelschwere Demenzen, denn in schweren Fällen hat es naturgegeben seine Grenzen.

Hinweise auf günstige Effekte finden sich auch für bestimmte künstlerische Aktivitäten, z. B. aktive Musiktherapie (vor allem bei seelischen und Verhaltens-Symptomen). Selbst bei einer rein rezeptiven Musiktherapie (Musik hören) kann ein mildernder Einfluss auf agitiertes (unruhig-gespanntes) und aggressives Verhalten festgesellt werden.

Leider nur gering hingegen ist der Einfluss von Aroma-Stoffen (vor allem auf das erwähnte agitierte und allgemein störende Verhalten), jedenfalls bei mittel- bis schwergradiger Demenz. In leichteren Fällen sollte man es versuchen. Das Gleiche gilt für so genannte multi-sensorische Verfahren (z. B. Snoezelen), wo man vor allem auf individuelle, persönlichkeits-bezogene (eigene Lebensgeschichte) Stimulationen zugreift, um schöne Erinnerungen, Freude und Aktivität zu fördern (auch hier eher bei moderater Demenz). Dies gilt auch für familien-ähnliche Ess-Situationen und eine strukturierte soziale Aktivierung tags-über, die den früheren Alltags-Ablauf nachahmt und damit den Schlaf-Wach-Rhythmus verbessern kann, so die Experten in den S3-Leitlinien.

Der Pflege-Erschöpfung vorbeugen

Im Falle einer Krankheit mag es viele Belastungs-Situationen geben, auf beiden Seiten, nicht zuletzt bei Betreuenden und Pflegenden. Die Demenz allerdings, vor allem mit ihrem vielschichtigen Leidensbild und den entsprechenden Alltags-Konsequenzen, steht hier mit an der Spitze. Deshalb empfiehlt man intensives Angehörigen-Training, um einerseits bei den pflegenden Familienmitgliedern entsprechende Folgen (vor allem Depressionen und Burnout: erschöpft - verbittert - ausgebrannt) zu vermeiden und konkrete Erleichterungen dazwischen zu schalten.

Daher fordern die S3-Leitlinien systematische Beratungs- und Trainings-Angebote für Angehörige, damit diese nicht selber erschöpfungs-bedingt in ein Erkrankungs-Risiko geraten. Auch bei professionellen Pflege-Teams und schließlich in spezialisierten Einrichtungen gilt natürlich Ähnliches, nur unter anderen Voraussetzungen und wohl auch besseren gesundheits-erhaltenden Möglichkeiten, sofern angeboten und genutzt.

Intensivierte zwischenmenschliche Aktivitäten in der Demenz-Betreuung sind also effektiver als allgemein angenommen und wohl auch nachhaltiger als alle bisher verfügbaren Antidementiva. Oder kurz: mehr Kontakt, Anregung, geistige und körperliche Aktivierung. Das stößt aber zu Hause oft an die Leistungsgrenzen der Betreuer und im Alten- und Pflegeheim an den limitierten Personalschlüssel. Einer der möglichen Auswege findet sich deshalb durch den Einsatz von Ehrenamtlichen. Diese sollten vermehrt interessiert, angeworben und eingebunden werden. Das setzt allerdings nicht gerade neue, aber doch sehr spezifische Strategien in der Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen voraus.

Kann man der Alzheimer Demenz vorbeugen?

Die beste Therapie ist eine erfolgreiche Prävention, man kennt diesen Satz. Man kennt ihn, aber ob man ihn auch immer konsequent nutzt, ist eine andere Frage. Dabei bestätigt er sich auch bei der Demenz. Man hat – so die Experten – gute Hoffnung, dass Alzheimer und andere Demenz-Formen durch entsprechende Präventions-Maßnahmen gebremst, wenn nicht gar verhindert werden können.

Als Faustregel gilt: „Was dem Herzen gut tut, hilft auch dem Gehirn“. Oder konkret in Fachausdrücken: Vaskuläre Risikofaktoren und Störungen (z. B. Hypertonie, Diabetes mellitus, Hyperlipidämie, Adipositas, Nikotinabusus) stellen auch Risikofaktoren für eine spätere Demenz dar. Schlussfolgerung: Ein gesunder und aktiver Lebensstil, körperliche Bewegung und ein aktives soziales Umfeld sind hilfreich, auch wenn man sie – wie so oft – nicht ganz ernst nimmt. Und vor allem im Erkrankungsfall lieber erst einmal auf Medikamente zurückgreift.

Oder um beim Thema zu bleiben: Gibt es vielleicht inzwischen eine „Anti-Demenz-Diät“? Nein, die gibt es nicht. Immerhin aber Hinweise, dass Fisch und eine Mittelmeer-Diät protektiv sein, also eine gewisse Schutzfunktion entwickeln könnten. Die Experten mahnen deshalb schon generell zu einer ausgewogenen Ernährung. Und wie steht es mit den immer wieder zu hörenden positiven Hinweisen zum Alkohol? Das Ergebnis: Leichter bis moderater Alkoholkonsum zeigt zwar in einigen Studien protektive Effekte, ist aber wegen der Abhängigkeitsgefahr und toxischer Eigenschaften des Alkohols dann doch nicht empfehlenswert, schon gar nicht für den dementiellen Endzustand. Des-

gleiches wird in den Leitlinien von der Einnahme von Hormon-Ersatzpräparate zur Prävention von Demenzen abgeraten.

Medikamentöse Therapie?

Demenz hat Zukunft, so ironisch sich das erst einmal anhört (dann aber wenigstens auch mit hoher Lebenserwartung verbunden). Zukunft vor allem auch was die Wissenschaft anbelangt, konkret die pharmakologische Forschung. Schätzungsweise 50.000 Wissenschaftler weltweit forschen an der Alzheimer-Erkrankung, vermutet man. Dutzende Wirkstoffe befinden sich im so genannten klinischen Untersuchungs-Stadium d. h. in der Anwendung bei Betroffenen). Und doch gibt es derzeit noch kein Medikament, das einen nachgewiesenen krankheits-modifizierenden Effekt besitzt. Und es ist kurzfristig auch keines in Sicht, so die Experten.

Dagegen sind viele Medikamente und Nahrungs-Ergänzungsmittel, die die Patienten heute mangels nachweislich wirkungsvoller Arzneimittel erhalten, letztlich wirkungslos, was ihren direkten Einfluss auf die dementielle Entwicklung anbelangt. Das ist der wissenschaftliche Experten-Stand derzeit. Dafür hat man aber wenigstens ein relativ kleines Arsenal an nachweislich wirksamen Stoffen, die gezielt und vor allem individuell einsetzbar sind. Mit ihnen wird die so genannte Kern-Symptomatik, also der Verfall kognitiver Fähigkeiten behandelt. Sie müssen jedoch sehr differenziert je nach Leidensbild, besonders aber nach (leider nicht verhinderbaren) Nebenwirkungen und Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten eingesetzt werden. Und natürlich abhängig vom Grad der Erkrankung. Welches sind nun die derzeit zu Hoffnung Anlass gebenden „Antidementiva“, wie man diese Arzneimittelgruppe nennt?

Die so genannten *Acetylcholinesterase-Hemmer* (Donepezil, Rivastigmin und Galantamin mit ihren jeweiligen Handelsnamen) fördern die Fähigkeit der Patienten, wenigstens einen Teil ihrer Alltagsaktivitäten zu bewältigen. Auch stabilisieren sie die kognitiven Funktionen und verbessern damit den Gesamteindruck bei einer allerdings nur leichten bis maximal mittelschweren Alzheimer-Demenz. *Memantin* verbessert ebenfalls die Alltagsfunktionen und damit äußeren Eindruck und (begrenzt verbesserbare) Leistungsfähigkeit bei moderater bis schwerer Verlaufsform. Es wirkt auf Kognition, Alltagsfunktion und klinischen Gesamteindruck, wie es die Gerontopsychiater bezeichnen. Bei leichtgradiger Beeinträchtigung sehen die Experten jedoch keine Wirkung und raten vom Einsatz ab.

Wichtig dabei der Hinweis: Eine Verlangsamung der dementiellen Entwicklung durch diese Antidementiva muss als therapeutischer Erfolg interpretiert werden. Mehr – obgleich allseits gewünscht und oft etwas naiv gefordert – ist nicht zu erwarten. Kurz: Zufriedenheit durch bescheidenere Ansprüche, auch wenn

es enttäuscht, frustriert oder gar zur Resignation verleitet (was dann seine eigenen negativen Einflüsse entwickelt).

Interessant ist die pharmakologisch-klinische Laufbahn des ältesten Antidementivums, nämlich Ginkgo. Beim Ginkgo-Präparat *Ginkgo biloba EGb 761* (und zwar nur dieses, weil inzwischen am ehesten wissenschaftlich belegt) gebe es dann doch Hinweise für eine Wirksamkeit bei leichter bis mittelgradiger Alzheimer-Demenz, vaskulärer Demenz oder gemischter Demenz. Der Kompromiss der Experten lautet: „Eine Behandlung kann erwogen werden“.

Kritiker führen allerdings an, dass Ginkgo generell schon seit Jahrzehnten im Gespräch ist, ohne dass je überzeugende Nachweise für seine Wirksamkeit erbracht werden konnten. Dass es nun wieder „ausgegraben“ werde, sei für den erfahrenen gerontopsychiatrischen Beobachter eher ein weiteres Indiz für die pharmakotherapeutische Ratlosigkeit gegenüber einem scheinbar unbeeinflussbaren degenerativen Prozess. Und deshalb gehe es weniger um medizinische Maßnahmen, eher um eine hilfreiche Begleitung, Betreuung und Versorgung und damit das immer wieder geforderte „intensive Angehörigen-Training“.

Soweit die mehr oder weniger direkt gegen dementielle Beeinträchtigungen wirkenden Arzneimittel aus der Sicht der Experten. Wie aber steht es nun bei so genannten Verhaltensstörungen, Depressionen, Angstzuständen u. a., die eine Demenz – manchmal mehr als alle demenz-typischen Symptome – zur Belastung werden lassen, nicht zuletzt für das nähere Umfeld.

Dies gilt vor allem für psychotisches (z. B. Wahn) sowie aggressiv-agitiertes Verhalten. Hier pflegen zwar die Experten besonders zurückhaltend zu sein (höhere Belastung mit allen Risiken für ein ohnehin alters-geschwächtes Gehirn) und auf die Ausschöpfung aller nicht-pharmakologischen Maßnahmen wie Kommunikations- und Milieu-Modifikation hinzuweisen. Das hört sich überzeugend an, will aber ausgestanden, ja erlitten sein, wie wohl nicht wenige Angehörige und Pflegekräfte bestätigen können. Deshalb greift man auch immer wieder zu so genannten Antipsychotika, also antipsychotisch (vor allem Wahn und Sinnestäuschungen mildernde) Psychopharmaka, wovon eine größere Anzahl zur Verfügung steht. Aber nur ein Medikament ist bei Alzheimer-Demenz offiziell zugelassen, nämlich *Risperidon*. Und dies in möglichst niedriger Dosierung (nochmals: besondere Gehirn- und damit Nebenwirkungs-Sensibilität). Tatsächlich lässt sich damit vor allem das überaktive, unruhig-gespannte, insbesondere wahnhaft und dazu noch aggressiv-feindselige Verhalten mildern, wenn nicht völlig abstellen (im wahrsten Sinne des Wortes, denn nach Absetzen des Medikaments kommen diese lästigen bis allseits zermürenden Symptome oft wieder).

Hier besonders vorsichtig vorzugehen legen nämlich vor allem so genannte zerebrovaskuläre Risiko-Folgen bei Demenz und damit eine erhöhte Mortalität

(Sterberate) durch Antipsychotika nahe. Kurz: strenge Indikationsstellung und ggf. nach einigen Wochen vorsichtige medikamentöse „Ausschleich-Versuche“.

Natürlich werden im Alltag von Klinik und Praxis auch andere Antipsychotika in solchen Situationen eingesetzt (z. B. *Aripiprazol*, *Quetiapin*, *Olanzapin*, *Clozapin* und früher *Haloperidol*), die aber für diese Indikation keinen Eingang in die S3-Empfehlungen gefunden haben.

Und wie steht es mit depressiven Verstimmungszuständen im Rahmen einer Demenz? Auch hier muss selbst bei weniger belastenden Präparaten mit einer erhöhten Nebenwirkungsrate (und vor allem Wechselwirkung mit anderen Arzneimitteln) gerechnet werden. Und einer Erkenntnis, die ohnehin zurückhaltend macht, nämlich: Die Wirksamkeit von Antidepressiva ist bei Patienten mit Demenz wahrscheinlich geringer als bei solchen ohne diese Zusatzbelastung. Die S3-Leitlinien geben hier deshalb keine spezielle Empfehlung ab.

Schließlich ist ja allseits bekannt, dass noch viele weitere Medikamente für alle möglichen Indikationen im Rahmen einer Demenz empfohlen, versucht und angewendet werden, obwohl sie in entsprechenden Untersuchungen keine Wirkung gezeigt haben. Die S3-Leitlinie listet diese Wirkstoffe auch auf. Einzelheiten dazu siehe: www.dgn.org/leitlinien.de.

Wie diagnostiziert man eine Demenz?

Wie aber diagnostiziert man nun eine Demenz? Als Erstes kommt die Anamnese, die Kranken-Vorgeschichte (konkret die Selbst-Anamnese vom Patienten selber, soweit in diesem Fall ergiebig) sowie – falls möglich und vom Patienten akzeptiert – die Fremd-Anamnese durch nahe Angehörige u. a. Danach die klinische Untersuchung, überwiegend internistisch geprägt. Aber auch neuropsychologische (Kurz-)Tests sind hilfreich (z. B. der Mini-Mental-Status-Test). Danach folgt – soweit möglich – die so genannte ätiologische Zuordnung des Demenz-Syndroms, d. h. welche konkrete Ursache liegt dem Leiden zugrunde.

Im Idealfall sollte nun bei jedem Patienten eine Blut-Labor-Untersuchung und eine zerebrale bildgebende Untersuchung (Fach-Abkürzungen: CCT, MRT) durchgeführt werden. So die Empfehlungen; allerdings wie erwähnt: im Idealfall und sicher nicht grundsätzlich realisierbar, aus verschiedenen Gründen. Das Ziel ist die Unterscheidung zwischen Demenz und so genannten potentiell reversiblen (rückbildungsfähigen) Ursachen eines Demenz-Leidensbildes, z. B. durch Gehirn-Entzündungen (Fachbegriff: neuroinflammatorische Erkrankungen), Gehirntumore (intrakranielle Raumforderungen) sowie Schilddrüsen-Funktionsstörungen u. ä.

Die so genannten kognitiven Beeinträchtigungs-Muster lassen sich mithilfe ausführlicher neuro-psychologischer Test-Maßnahmen durchaus differenziert

darstellen. Hier geht es vor allem um Gedächtnisfunktionen, Orientierung, Aufmerksamkeit und Geschwindigkeit, um Sprache, visuell räumliche Funktionen usw.

Durchaus eindrucksvoll sind inzwischen die apparativen Möglichkeiten, vor allem zur ätiologischen Differenzierung (welche Demenzform). Und hier erst einmal etwas, an das man als Laie gar nicht denkt, nämlich die Untersuchung des Nervenwassers durch so genannten Liquor-Biomarker. Einzelheiten dazu siehe die entsprechende Fachliteratur zu den Stichworten zerebralen Amyloid-Pathologie, Konzentration des Tau-Proteins usw.

Neuerdings gibt es auch bei der Positronen-Emissions-Tomographie (PET) die so genannte Amyloid-Bildgebung. Neben diesen molekularen Markern lassen sich dann auch Atrophie- (Gewebschwund) und vaskuläre (Gefäß-)Läsionsmuster in entsprechenden bildgebenden Verfahren erkennen. Kurz: In technischer Hinsicht sind in letzter Zeit erfreuliche, bisweilen fast schon spektakuläre Fortschritte gemacht worden, die zu nutzen wohl aber nicht jedem gegönnt ist, im Laufe der kommenden Jahre aber möglicherweise zur Routine werden könnten.

Auf die Frage des interessierten Laien: Und wie steht es mit Diagnose-Möglichkeiten durch das herkömmliche Blutbild? Da müssen die Experten leider abwinken: So genannte blut-basierte Biomarker zur Frühdiagnostik stehen für die Alzheimer-Demenz derzeit (noch) nicht zur Verfügung. Die Forschung arbeitet daran.

Früherkennung: eine Vorhersage ist möglich

Deshalb nochmals: Die beste Therapie ist nicht nur eine erfolgreiche Prävention, sondern vor allem eine rechtzeitige Vorhersage, Früherkennung, und wenn nicht Verhinderung, dann doch Verlangsamung des krankhaften Ablaufs. Und so versprechen auch die Experten: „Patienten mit klar definierten Vorzeichen einer Alzheimer-Demenz kann schon Jahre vor einer ausgeprägten Manifestation eine Früherkennung angeboten werden“. Das klingt erfreulich, ja optimistisch, hat dann aber doch einige Einschränkungen:

„Klar definierte Vorzeichen“ sind einerseits selten, andererseits schwierig zu erkennen, vor allem für den Laien. Und „angeboten werden“ heißt, man muss sich an Experten wenden (können), die die richtigen Untersuchungs-Methoden verfügbar haben. Immerhin: „Wenn die fachlich richtigen Methoden gewählt werden, kann man heute eine Alzheimer-Erkrankung mit einer Vorhersagestärke von 85 bis 90 % prognostizieren“, so das Experten-Angebot. Und dann ein Satz, der schon zu denken gibt: „Das Recht auf Nichtwissen bleibt natürlich bestehen“. Dies bedeutet, dass die Früh-Diagnostik nur nach vorheriger Aufklärung, mit Einwilligung des Patienten und mit einer entsprechenden Be-

treuung nach der Diagnose erfolgen darf. Dabei ist auch zu prüfen, inwiefern der Patient überhaupt einwilligungsfähig ist. Doch nutzen kann praktisch jeder diese Option, sofern er will, kann und die fachärztlichen Möglichkeiten dazu kennt bzw. verfügbar hat.

Allerdings warnen die Fachleute vor einem furchtsamen bis unkritischen Ansturm auf entsprechende kognitive Tests, vor allem Kurztests, weder apparativ noch testpsychologisch, wenn keine ärztlich bestätigten Verdachtsmomente vorliegen. Und dabei werden die wissenschaftlich tätigen Fachärzte noch deutlicher: Angebote wissenschaftlich nicht belegter Privatleistungen für Selbstzahler werden von der Leitliniengruppe (S3-Leitlinien) als nicht seriös angesehen.

Schlussfolgerung

Frühere Generationen hatten dieses Problem nicht. Weniger Angst vor Demenz (die es aber trotzdem seit jeher gegeben hat), dafür aber auch weniger Lebenszeit (und vor allem Lebensqualität). Heute hat sich Letzteres verbessert, deutlich verbessert. Jetzt muss es nur noch gelingen, die unerfreulichen Folgen einer erfreulich angehobenen Lebenserwartung in Grenzen zu halten. Die Zeichen dafür stehen nicht schlecht.

Vor allem kann man einiges selber dazu beitragen. Die präventiven Stichworte der Experten bzw. ihre konkreten Empfehlungen lauten: Vor allem kardiovaskuläre (Herz-Kreislauf-)Risikofaktoren vermeiden, und zwar durch eine ausreichende Vorbeugung bzw. Behandlung von Hypertonie (Bluthochdruck) und Diabetes mellitus (Blutzucker-Erkrankung), die beiden wichtigsten körperlichen Bedrohungen in dieser Hinsicht. Und natürlich entsprechende Lebensstil-Empfehlungen wie ausreichende körperliche Bewegung, kognitive (geistige) und soziale Aktivität und eine ausgewogene Ernährung, die vor allem das Gewicht im Auge behält.

Eine zwar nüchterne, dafür aber realitäts-gerechte Einschätzung und Darstellung dazu bietet die gerade erschienene S3-Leitlinie „Demenzen“, die hoffentlich dazu beiträgt, den bisherigen therapeutischen Nihilismus („man kann ja doch nichts machen“) zu überwinden hilft.

Literatur

Grundlage dieser Ausführungen ist nach dem derzeitigen Stand (Frühjahr 2016) der Internet-Beitrag www.dgn.org/leitlinien.de zum Download.