

Quo vadis Demenz?

Inhaltliche Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen der spezialistischen und der hausärztlichen Leitlinie

Quo Vadis Dementia?

Similarities and Differences between Specialist and Family Medicine Guidelines

Horst Christian Vollmar^{1,2}, Heinz-Harald Abholz³, Günther Egidi⁴, Stefan Wilm²

Zusammenfassung: Innerhalb eines Jahres sind in Deutschland zwei neue Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der Demenz erschienen: eine von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) und eine von der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Der folgende Artikel zeigt an einigen Beispielen Gemeinsamkeiten und Unterschiede der beiden Leitlinien auf und formuliert daraus Forderungen für die gemeinsame Arbeit an der Nationalen Versorgungsleitlinie Demenz.

Schlüsselwörter: Leitlinien, Alzheimer, Demenz, Versorgungsebenen, Nationale Versorgungsleitlinie

Abstract: Two guidelines about diagnosis and treatment of dementia have been published during the last 12 months: one by the German Association for Psychiatry and Psychotherapy (DGPPN) in association with the German Society of Neurology (DGN) and the other by the German College of General Practitioners and Family Physicians (DEGAM). Based on similarities and differences between these two guidelines we formulate demands on joint efforts towards a National Disease Management Guideline for Dementia.

Keywords: guidelines, Alzheimer's disease, dementia, levels of care, National Disease Management Guideline

Einleitung

Leitlinien können hilfreich sein, um aktuelles Wissen zu bündeln und an die Professionen im Gesundheitswesen – wie beispielsweise Hausärzte – zu vermitteln [1, 2]. In relativ kurzem Abstand sind in Deutschland zwei Leitlinien zur Demenz erschienen: eine Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), welche in dieser Zeitschrift bereits ausführlicher vorgestellt wurde, sowie eine Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) und der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) [3–6].

Das Vorliegen mehrerer Leitlinien zum gleichen Thema kann deren Nutzer verwirren, was gar zu einer „Entwer-

tung“ der Bedeutung von Leitlinien führen könnte. Daher scheint uns die hier gegebene Gegenüberstellung der beiden Leitlinien wichtig, um Gemeinsamkeiten und Unterschiede aufzuzeigen und diese auch zu erklären. Neben inhaltlichen Aspekten werden dabei auch Unterschiede im Entwicklungs- und Bearbeitungsprozess zwischen den jeweiligen Hauptautoren-Gruppen deutlich.

Näheres zur methodischen Entwicklung der DEGAM-Leitlinie und zu den flankierenden Implementierungsmaßnahmen ist anderenorts nachzulesen [1, 7, 8]. Für den methodischen Vergleich unterschiedlicher Leitlinien-Entwicklungspraktiken – insbesondere für eine kritische Wertung der gängigen Praxis der Konsensusfindung im Rahmen des Leitlinienprogramms der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen

Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) – sei auf den Artikel von Martin Beyer in dieser Zeitschrift verwiesen [9].

Gemeinsamkeiten

Beide Leitliniengruppen haben primär auf andere internationale und nationale Leitlinien zurückgegriffen und eine eigene Literaturrecherche nur zu bestimmten Fragestellungen durchgeführt. Dies führt zu einer Vielzahl gleicher oder zumindest sehr ähnlicher Empfehlungen (eine Gegenüberstellung der Gemeinsamkeiten und Unterschiede wird in Ausschnitten in Tabelle 1 dargestellt).

So raten beide Leitlinien im Rahmen der Diagnosestellung zu einer ausführlichen Eigen- und Fremdanamnese unter

¹ Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e.V. (DZNE) in Kooperation mit der Universität Witten/Herdecke, Standort Witten

² Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Universität Witten/Herdecke

³ Abteilung für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf, Heinrich-Heine-Universität

⁴ Arzt für Allgemeinmedizin, Bremen-Huchting

Peer reviewed article eingereicht: 12.03.2010, angenommen: 22.03.2010

DOI 10.3238/zfa.2010.0247

Berücksichtigung der Medikamentenanamnese. Eine regelhafte Bestimmung des Apolipoprotein-E-Genotyps wird ebenso wenig empfohlen wie die Durchführung eines EEG. Bei der Therapie wird von beiden Leitlinien der Einsatz von Ginkgo biloba nicht empfohlen, während der Einsatz von nichtmedikamentösen Therapieverfahren insgesamt befürwortet wird. Eine kritische Sichtweise bzgl. der Sondenernährung bei Demenzkranken wird von beiden Leitlinien geteilt.

Unterschiede

Ein erster Unterschied zeigt sich bereits bei der Zielgruppendefinition: Während die DEGAM-Leitlinie explizit an Hausärzte gerichtet ist und die Schnitt- bzw. Nahtstellen zur fachspezialistischen Versorgung adressiert, hat die DGPPN/DGN-Leitlinie einen deutlich breiteren Fokus und schließt weitere Gesundheitsprofessionen global mit ein („Personen, die Demenzkranke und Angehörige behandeln und betreuen“), ohne jedoch die konkreten Aufgaben in den unterschiedlichen Settings zu benennen. Auch bei dem Spektrum der Demzenerkrankungen ist die DGPPN/DGN-Leitlinie breiter angelegt und bezieht sich beispielsweise auch auf die frontotemporale Demenz und die Lewykörperchen-Demenz. Bei der Diagnosestellung sieht die DGPPN/DGN-Leitlinie eine frühzeitige Diagnosestellung für alle Betroffenen vor, während die hausärztliche Leitlinie diese Möglichkeit zwar erörtert, zugleich aber Gründe für und gegen eine frühzeitige Diagnosestellung aufführt. Die DEGAM-Leitlinie will jedem Patienten, für den dies in Frage kommt *und* der dies wünscht, eine Diagnosestellung ermöglichen, sie möchte aber auch Patienten vor einer Überdiagnostik oder einer aufgezwungenen Diagnose schützen – eine solche Zielsetzung ist bei der neuropsychiatrischen Leitlinie nicht erkennbar. Einen „echten“ Dissens zur hausärztlichen Leitlinie stellt die Ausweitung der Indikationen der Medikamente dar. So werden in der DGPPN/DGN-Leitlinie Acetylcholinesterase-Hemmer auch für die Behandlung der schweren Alzheimer-Demenz und Memantin grundsätzlich bei Patienten mit moderater bis schwerer Alzheimer Demenz empfohlen – trotz der

anderslautenden Gutachten des IQWiG und des NICE [15, 18, 19]. Auch wird empfohlen, Patienten mit gemischter Demenz medikamentös wie Patienten mit Alzheimer zu behandeln. Gleiches gilt für die Empfehlung zur Therapiefortführung unabhängig von der individuellen Therapieresponse.

Diskussion

Betrachtet man die Langversionen beider Leitlinien, gibt es viele Gemeinsamkeiten; trotzdem leiten sich daraus teilweise unterschiedliche Empfehlungen ab, welche nur zum Teil mit den verschiedenen Versorgungsebenen zu erklären sind [10, 11]. Es zeigen sich zwei unterschiedliche „Philosophien“: Während die DGPPN/DGN-Leitlinie quasi einen „Goldstandard“ proklamiert, der das heute medizinisch und technologisch Machbare in den Vordergrund stellt, wägt die DEGAM-Leitlinie eher das Für und Wider einer diagnostischen oder therapeutischen Maßnahme ab und fragt in der Tradition der evidenzbasierten Medizin in erster Linie nach dem Nutzen für den Patienten und nicht nach Surrogatparametern wie der Diagnosefindung und deren Differenzierung. Da jede Maßnahme auch potenziell schaden kann, ist eine Gegenüberstellung von Nutzen und Schaden geboten. Dies erfolgt in der DEGAM-Leitlinie immer unter der Fragestellung: Was bringt die Diagnostik, was bringt die Therapie für den Patienten und/oder seine Angehörigen? Hierbei sollten unbedingt auch deren Präferenzen – ebenfalls im klassischen EbM-Konzept enthalten – berücksichtigt werden; beispielsweise ist also zu fragen, wer wie viel Diagnostik, Aufklärung usw. möchte. Wünschenswert wäre eine Gegenüberstellung von „Number needed to treat (NNT)“ und „Number needed to harm (NNH)“, was jedoch aufgrund fehlender Studien insbesondere im Bereich der Diagnostik schwierig sein dürfte.

Die DEGAM-Leitlinie ist durch ihren – in Deutschland nach wie vor einmaligen – Praxistest deutlich praxisnäher und lässt den (Haus-)Ärzten mehr Spielraum; sie beschreibt analog zu der klassischen Leitlinien-Definition von Field und Lohr eher einen Handlungskorridor [12]. Die DEGAM stellt für ihre Leitlinie

zudem ein Implementierungskonzept vor – dies fehlt bisher in der DGPPN/DGN-Leitlinie. Das Thema Qualitätsindikatoren, welches in der DEGAM-Leitlinie zumindest angerissen wird, fehlt ebenfalls in der DGPPN/DGN-Leitlinie. Beide Punkte wird die gerade im Entstehen begriffene Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Demenz aufgreifen und bearbeiten. Die im Rahmen der Vorbereitung für die NVL vom Ärztlichen Zentrum für Qualität im Gesundheitswesen (ÄZQ) erstellte Synopse ähnelt sehr stark der Tabelle 1, würde aber mit über 80 Seiten den Rahmen dieses Heftes sprengen. Sie stellt eine wesentliche Basis für den folgenden Prozess der Zusammenführung beider Leitlinien dar. Hierbei sollte auch die oftmals vorhandene Multimorbidität von Personen mit Demenz berücksichtigt werden, was bisher in beiden Leitlinien noch zu wenig geschieht [13]. Zum einen kann Multimorbidität selbst eine Demenz vortäuschen oder fördern, zum anderen stellt sich spätestens hier die Frage nach der klinischen Relevanz therapeutischer Maßnahmen: Wenn z. B. zwischen Hypertonie-, Diabetes-, Osteoporose-, Herzinsuffizienz- und Demenz-Therapie abgewogen werden muss, was bei Hochbetagten häufiger vorkommt, spricht sicher Vieles für den Einsatz von Substanzen mit einer höheren Wirksamkeit (niedrigere Number needed to treat – NNT) als die der Acetylcholinesterase-Hemmer. Auch dieses Problemfeld sollte in einer NVL ausführlich diskutiert werden, ebenso wie die folgenden Fragen, die in beiden Leitlinien bisher unterrepräsentiert sind:

- Wo genau liegen die Versorgungsdefizite, wo sind Bedarfe?
- Wo und beim wem herrscht welcher Wissensbedarf?
- Wie sieht die Perspektive der Patienten aus, wo liegen ihre Werte?
- Wie sieht die Perspektive der Angehörigen aus, wo liegen ihre Werte?

Ausblick

Bei leicht unterschiedlicher Gültigkeitsdauer (DGPPN/DGN: 2 Jahre, DEGAM: 3 Jahre) laufen beide Leitlinien zum Dezember 2011 aus und sollen nach Möglichkeit durch eine Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) substituiert bzw. ergänzt werden. Im Programm der Natio-

PD Dr. med. Horst Christian Vollmar, MPH ...



... Facharzt für Allgemeinmedizin, Sportmedizin, Medizinische Informatik, Ärztliches Qualitätsmanagement. Leitung der Arbeitsgruppe Wissenstransfer und Wissenszirkulation am Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), Standort Witten

nalen Versorgungsleitlinien (NVL) unter der Organisation des ÄZQ und mit Unterstützung der AWMF wird es darauf ankommen, die beiden Leitlinien (und ggf. weitere Quelldokumente wie z. B. die englischen und schottischen Leitlinien sowie Rahmenempfehlungen zu herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz) zusammenzuführen und die Naht-/Schnittstellen zu definieren [14–16]. Der Vorteil bei der gemeinsamen Arbeit in der NVL gegenüber dem formalen Konsensusverfahren der AWMF besteht nach Meinung der Autoren darin, dass ein evtl. nicht aufzulösender Dissens explizit sichtbar gemacht werden kann. Zum Nutzen des Patienten sollte am Ende des Prozesses eine

möglichst stringente Leitlinie stehen, die jedoch die unterschiedlichen Anforderungen in den Versorgungsebenen angemessen berücksichtigt.

Danksagung

Die Autoren danken Frau Dr. Hanna Kaduszkiewicz, Hamburg und Herrn Dr. Michael Pentzek, Düsseldorf für die kritische Durchsicht des Manuskripts.

Leitlinien im Internet

DEGAM-Leitlinie: <http://leitlinien.de-gam.de/index.php?id=247> bzw. <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/053-021.htm>

DGPPN/DGN-Leitlinie: <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/038-013.htm>

Bezugsmöglichkeit für vollständigen Text und Anwendermodule der DEGAM-Leitlinie

Verlag omikron publishing
Schumannstraße 17
40237 Düsseldorf
Tel.: 0211 / 68 34 62
Fax: 0211 / 68 85 695

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse:

PD Dr. med. Horst Christian Vollmar, MPH
Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) in Kooperation mit der Universität Witten/Herdecke
Stockumer Straße 10
58453 Witten
E-Mail: horst.vollmar@dzne.de

DGPPN/DGN [4]	DEGAM [3]
<p><u>Laufzeit</u> Langversion S. 13 2 Jahre (nach Veröffentlichung, entspricht Ende 2011)</p>	<p><u>Laufzeit</u> Langversion S. 2 Revision geplant bis 31.12.2011 (entspricht 3 Jahren)</p>
<p><u>Zielgruppe</u> Langversion S. 6 Personen, die Demenzkranke und Angehörige behandeln und betreuen. Dazu gehören Ärzte, Psychologen, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Musik-, Kunst- und Tanztherapeuten, Logopäden, Pflegekräfte und Sozialarbeiter. Der Schwerpunkt der Leitlinie liegt im medizinischen Bereich.</p>	<p><u>Zielgruppe</u> Langversion S. 7 In der Primärversorgung tätige Ärzte mit Schnittstellen zur fachspezialistischen Versorgung und dem wichtigen Bereich der Pflege.</p>
<p><u>Zieldefinition</u> Langversion S. 6 Alzheimer-Demenz Vaskuläre Demenz *Gemischte Demenz Frontotemporale Demenz *Lewykörperchen-Demenz *Demenz bei M. Parkinson *jeweils Demenzsymptome der Erkrankungen, nicht aber z. B. motorische Symptome Langversion S. 88: Mild cognitive impairment (MCI)</p>	<p><u>Zieldefinition</u> Langversion S. 8 Alzheimer-Demenz kurz beschrieben: Vaskuläre Demenz kurz beschrieben: Gemischte Demenz Seltenerer Formen werden erwähnt, sofern es für die Differenzialdiagnose bestimmter Symptome von Bedeutung ist. Einzelne Themenkomplexe mussten ausgespart werden (Demenz im jüngeren Lebensalter, Demenzsymptome bei Morbus Parkinson, Lewy-Body-Demenz).</p>

<p><u>Diagnostik</u> <i>Langversion S. 28</i> Eine frühzeitige syndromale und ätiologische Diagnostik ist Grundlage der Behandlung und Versorgung von Patienten mit Demenzerkrankungen und deshalb allen Betroffenen zu ermöglichen. (Good clinical practice)</p> <p><i>Langversion S. 30</i> Hinter der Syndromdiagnose verbirgt sich eine Fülle von ursächlichen Erkrankungen, die differenziert werden müssen, da erst die ätiologische Zuordnung eine fundierte Aussage über den Verlauf und die Behandlung erlaubt. (Good clinical practice)</p>	<p><u>Diagnostik</u> <i>Langversion S. 29 (C)</i> Gründe, einem Demenzverdacht nachzugehen: Unsicherheit für Menschen mit Demenz und Angehörige beenden</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frühzeitiger Therapiebeginn, insbesondere bei reversiblen Demenzerkrankungen, frühzeitige Entlastung der Angehörigen – Vorausschauende Langzeitplanung • Rechtliche Regelungen treffen (z. B. Testament, Patientenverfügung) • Eigen- und Fremdgefährdung im Straßenverkehr entgegen wirken <p>Gründe, einem Demenzverdacht nicht nachzugehen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patienten und Angehörige lehnen therapeutische Hilfen ab • Multimorbidität • eine Stigmatisierung des Patienten oder der Familie wird befürchtet (z.B. in dörflichen Gemeinden) • Der Patienten „kämpft“ ganz offensichtlich gegen das „Erfahren der Wahrheit“ seiner Demenz (Parallele zur malignen Erkrankung: so viel Aufklärung wie gewünscht, wobei das immer neu auszuloten ist) <p>CAVE: Voraussetzung für eine solche Entscheidung sind erlebte Anamnese, ethische Beurteilung, Konsens mit Angehörigen</p>
<p><u>Liquor-Diagnostik</u> <i>Langversion S. 37, S.38</i> In der Erstdiagnostik einer Demenz sollte die Liquordiagnostik zum Ausschluss einer entzündlichen Gehirnerkrankung durchgeführt werden, wenn sich dafür Hinweise aus Anamnese, dem körperlichen Befund und der Zusatzdiagnostik ergeben. (Good clinical practice)</p> <p>Die Liquordiagnostik kann auch Hinweise für nicht-degenerative Demenzursachen geben, bei denen Anamnese, körperlicher Befund und übrige technische Zusatzdiagnostik keine pathologischen Befunde zeigen. Wenn eine Liquordiagnostik bei Demenz durchgeführt wird, sollen die Parameter des Liquorgrundprofils untersucht werden. (Good clinical practice)</p> <p>Die liquorbasierte neurochemische Demenzdiagnostik unterstützt im Rahmen der Erstdiagnostik die Differenzierung zwischen primär neurodegenerativen Demenzerkrankungen und anderen Ursachen demenzieller Syndrome (B).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die kombinierte Bestimmung der Parameter beta-Amyloid 1–42 und Gesamt-Tau bzw. beta-Amyloid 1–42 und Phospho-Tau ist der Bestimmung nur eines einzelnen Parameters überlegen und wird empfohlen (B). 2. Die differenzialdiagnostische Trennschärfe dieser Marker innerhalb der Gruppe neurodegenerativer Erkrankungen und in Abgrenzung zur vaskulären Demenz ist nicht ausreichend (B). 3. Die Ergebnisse der liquorbasierten neurochemischen Demenzdiagnostik sollen auf der Grundlage des Befundes der Routine-Liquordiagnostik und aller anderen zur Verfügung stehenden diagnostischen Informationen beurteilt werden. (Good clinical practice) 	<p><u>Liquor-Diagnostik</u> <i>Langversion S. 44</i> Im Zweifelsfall sollte bei Abklärung der Ätiologie einer demenziellen Erkrankung auch an die Liquorpunktion gedacht werden. Dies gilt besonders dann, wenn die Demenz bei jüngeren Patienten auftritt, sehr schnell verläuft oder mit ungewöhnlichen Krankheitszeichen vergesellschaftet ist. Sie leistet zur Zeit keinen praxisrelevanten Beitrag zur Diagnostik der Alzheimer Demenz, kann aber in der Abgrenzung gegenüber einer entzündlichen Ursache der Demenz nützlich sein. Sie findet durch Fachspezialisten – meist in einer stationären Einrichtung – statt.</p>
<p><u>ApoE</u> <i>Langversion S. 36</i> Eine isolierte Bestimmung des Apolipoprotein-E-Genotyps als genetischer Risikofaktor wird aufgrund mangelnder diagnostischer Trennschärfe und prädiktiver Wertigkeit im Rahmen der Diagnostik nicht empfohlen.</p>	<p><u>ApoE</u> <i>Langversion S. 44</i> Eine Genotypisierung des ApoE ist kein Bestandteil einer Routinediagnostik der Demenz.</p>
<p><u>EEG</u> <i>Langversion S. 42</i> Ein EEG ist bei bestimmten Verdachtsdiagnosen indiziert (Anfallsleiden, Delir, Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung). Das EEG kann zur Abgrenzung von neurodegenerativen und nicht-neurodegenerativen Erkrankungen beitragen, ist jedoch zur Differenzialdiagnose von geringem Wert. Ein regelhafter Einsatz in der ätiologischen Zuordnung von Demenzerkrankungen wird nicht empfohlen.</p>	<p><u>EEG</u> <i>Langversion S. 48</i> Das EEG hat bei der Diagnostik – außer in Sonderfällen (z.B. Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung) – keine Bedeutung.</p>
<p><u>Psychometrische Tests</u> <i>Langversion S. 32</i> Bei jedem Patienten mit Demenz oder Demenzverdacht sollte bereits bei der Erstdiagnose eine Quantifizierung der kognitiven Leistungseinbußen erfolgen. Für die ärztliche Praxis sind die einfachen und zeitökonomischen Tests, z. B. MMST, DemTect, TFFD und Uhrentest als Testverfahren geeignet, um das Vorhandensein und den ungefähren Schweregrad einer Demenz zu bestimmen. Die Sensitivität dieser Verfahren ist bei leichtgradiger und fraglicher Demenz jedoch begrenzt und sie sind zur Differenzialdiagnostik verschiedener Demenzen nicht geeignet (B).</p>	<p><u>Psychometrische Tests</u> <i>Langversion S. 43</i> Der Einsatz von psychometrischen Testverfahren ist zu erwägen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • DemTect • TFFD • MMST • UZT (Uhrentest) <p>Psychometrische Tests können an qualifiziertes (Hilfs)personal delegiert werden. Angehörige leisten einen wichtigen Beitrag zur Diagnosefindung (B).</p>

<p><u>Labor</u> <i>Langversion S. 36</i> Im Rahmen der Basisdiagnostik werden folgende Untersuchungen empfohlen: Blutbild, Elektrolyte (Na, K, Ca), Nüchtern-Blutzucker, TSH, Blutsenkung oder CRP, GOT, Gamma-GT, Kreatinin, Harnstoff, Vitamin 12 (B).</p> <p>Im Falle klinisch unklarer Situationen oder bei spezifischen Verdachtsdiagnosen sollen gezielte weitergehende Laboruntersuchungen durchgeführt werden. Beispiele hierfür sind: Differenzial-Blutbild, BGA, Phosphat, HBA1c, Homocystein, fT3, fT4, SD-Antikörper, Kortisol, Parathormon, Coeruloplasmin, Vitamin B6, Lues, Borrelien, Pb, Hg, Cu, Lues, HIV, Drogenscreening, Urinteststreifen, Folsäure.</p> <p>Good clinical practice</p>	<p><u>Labor</u> <i>Langversion S. 44 und Kurzversion (inkonsistent)</i> Folgende Laboruntersuchungen sollten durchgeführt werden (B): Blutbild, Glukose, TSH, Na, K, Ca, Vitamin B12, Urin-Teststreifen. Weitere bei Bedarf, z. B. Kreatinin, Gamma-GT, Folsäure, Leberwerte.</p>
<p><u>Bildgebung</u> <i>Langversion S. 39</i> Bei vorliegendem Demenz-Syndrom soll eine konventionelle cCT oder cMRT zur Differenzialdiagnostik durchgeführt werden. (A)</p>	<p><u>Bildgebung</u> <i>Langversion S. 47</i> Eine cCT oder cMRT wird empfohlen, wenn eines oder mehrere der folgenden Kriterien vorliegen (B):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rasche Progredienz • Kopfverletzung vor kurzer Zeit • Unklare/neue neurologische Symptomatik • Karzinom i.d. Vorgeschichte • Antikoagulanzen-therapie, Gerinnungsstörungen • Atypische Symptomatik, atypischer Verlauf • Bei allen unklaren und untypischen Verläufen und wenn die Diagnose im Sinne des Ausschlusses anderer Ursachen notwendig erscheint • Bei Patienten, die unter 65 Jahre alt sind
<p><u>EKG</u> Wird nicht als Diagnostikum benannt.</p>	<p><u>EKG</u> <i>Langversion S. 48</i> Da im Rahmen einer Demenzdiagnostik die Erhebung der kardiovaskulären Risikofaktoren sinnvoll ist, wird eine aktuelle Untersuchung empfohlen. Ein Assessment kardiovaskulärer Risikofaktoren inklusive eines EKG sollte durchgeführt werden (B).</p>
<p><u>Psychosoziale Interventionen</u> <i>Langversion S. 74ff.</i> Werden grundsätzlich empfohlen, aber Unterschiede in der Bewertung einzelner Verfahren.</p>	<p><u>Nicht-medikamentöse Behandlungen</u> <i>Langversion S. 58ff.</i> Werden grundsätzlich empfohlen, aber Unterschiede in der Bewertung einzelner Verfahren.</p>
<p><u>Acetylcholinesterasehemmer (bei Therapie der Alzheimer-Demenz)</u> <i>Langversion S. 48ff.</i> Acetylcholinesterase-Hemmer sind wirksam in Hinsicht auf die Fähigkeit zur Verrichtung von Alltagsaktivitäten, auf die Besserung kognitiver Funktionen und auf den ärztlichen Gesamteindruck bei der leichten bis mittelschweren Alzheimer-Demenz und eine Behandlung wird empfohlen (B).</p> <p>Es sollte die höchste verträgliche Dosis angestrebt werden. Empfehlungsstärke (A).</p> <p>Die Auswahl eines Acetylcholinesterase-Hemmers sollte sich primär am Neben- und Wechselwirkungsprofil orientieren, da keine ausreichenden Hinweise für klinisch relevante Unterschiede in der Wirksamkeit der verfügbaren Substanzen vorliegen (B). Acetylcholinesterase-Hemmer können bei guter Verträglichkeit im leichten bis mittleren Stadium fortlaufend gegeben werden (B). Ein Absetzversuch kann vorgenommen werden, wenn Zweifel an einem günstigen Verhältnis aus Nutzen zu Nebenwirkungen auftreten (B). Wenn Zweifel an einem günstigen Verhältnis von Nutzen zu Nebenwirkungen eines Acetylcholinesterase-Hemmers auftreten, kann das Umsetzen auf einen anderen Acetylcholinesterase-Hemmer erwogen werden (B).</p> <p>Es gibt Hinweise für eine Wirksamkeit von Donepezil bei Alzheimer-Demenz im schweren Krankheitsstadium auf Kognition, Alltagsfunktionen und klinischen Gesamteindruck und für Galantamin auf die Kognition. Die Weiterbehandlung von vorbehandelten Patienten, die in das schwere Stadium eintreten, oder die erstmalige Behandlung von Patienten im schweren Stadium kann empfohlen werden (B).</p>	<p><u>Cholinesterasehemmer</u> <i>Langversion S. 70ff.</i> hier Kurzversion dargestellt Bei der leichten bis mittelschweren Alzheimer-Demenz ist der Einsatz von Acetylcholinesterasehemmern (Donepezil, Galantamin, Rivastigmin) zu erwägen (B). Alle Antidementiva weisen nur eine begrenzte bzw. nicht überzeugend nachgewiesene Wirksamkeit auf (A). Die Wirkung sollte alle 3–6 Monate unter Zuhilfenahme von Testverfahren inklusive der Befragung von Patient und Betreuern evaluiert werden und bei rascher Progredienz überdacht werden (C). Im schweren Stadium ist das Medikament abzusetzen (C). Ausführliche Diskussion der Pro- und Kontra-Argumente im Volltext.</p>
<p><u>Memantin</u> <i>Langversion S. 80</i> Memantin ist wirksam auf die Kognition, Alltagsfunktion und den klinischen Gesamteindruck bei Patienten mit moderater bis schwerer Alzheimer-Demenz und eine Behandlung wird empfohlen (B).</p>	<p><u>Memantin</u> <i>Langversion S. 80</i> Bei der mittelschweren bis schweren Alzheimer Demenz kann der Einsatz von Memantin als individueller Behandlungsversuch erwogen werden (B).</p>

<p><u>Ginkgo biloba</u> Langversion S. 53 Trotz IQWiG-Bericht auf Grund der heterogenen Studienlage nicht empfohlen [17].</p>	<p><u>Ginkgo biloba</u> Langversion S. 80 Aufgrund der Datenlage nicht empfohlen.</p>
<p><u>Weitere pharmakologische Substanzen, die nicht empfohlen werden</u> Langversion S. 82ff.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vitamin E • Nichtsteroidale Antiphlogistika • Hormonersatztherapie (B) • Piracetam • Nicergolin • Hydergin • Phosphatidylcholin (Lecithin) • Nimodipin • Cerebrolysin • Selegelin <p>(A)</p>	<p><u>Weitere pharmakologische Substanzen, die nicht empfohlen werden</u> Langversion S. 82ff.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lecithin • Nichtsteroidale Antirheumatika • Nimodipin • Östrogen • Piracetam • Sekalealkaloide • Selegelin • Statine • Vinpocetine • Vitamine
<p><u>Behandlung der vaskulären Demenz</u> Langversion S. 56 Die Behandlung relevanter vaskulärer Risikofaktoren und Grunderkrankungen, die zu weiteren vaskulären Schädigungen führen, ist bei der vaskulären Demenz zu empfehlen. (Good clinical practice)</p> <p>Es existiert keine zugelassene oder durch ausreichende Evidenz belegte medikamentöse symptomatische Therapie für vaskuläre Demenzformen, die einen regelhaften Einsatz rechtfertigen. Es gibt Hinweise für eine Wirksamkeit von Acetylcholinesterase-Hemmern und Memantin, insbesondere auf exekutive Funktionen bei Patienten mit subkortikaler vaskulärer Demenz. Im Einzelfall kann eine Therapie erwogen werden (C). Hinweis auf den Off-Label-Gebrauch! Thrombozytenfunktionshemmer sind bei vaskulärer Demenz nicht zur primären Demenzbehandlung indiziert. Hinweis auf die DGN-Leitlinie Schlaganfall (C).</p>	<p><u>Behandlung der vaskulären Demenz</u> Langversion S. 80 Die Datenlage ist bisher nicht ausreichend, um für die Cholinesterasehemmer oder Memantin einen klinisch relevanten Nutzen bei vaskulärer Demenz zu belegen. Bei Vorliegen einer vaskulären Demenz</p> <ul style="list-style-type: none"> • sollte die Behandlung einer Hypertonie eingeleitet bzw. fortgesetzt werden (B). • sollten weitere (kardio-)vaskuläre Risikofaktoren behandelt werden, insbesondere nach bereits stattgehabtem Schlaganfall (C).
<p><u>Behandlung der gemischten Demenz</u> Langversion S. 57 Es gibt gute Gründe eine gemischte Demenz als das gleichzeitige Vorliegen einer Alzheimer Demenz und einer vaskulären Demenz zu betrachten. Folglich ist es gerechtfertigt, Patienten mit einer gemischten Demenz entsprechend der Alzheimer Demenz zu behandeln (C).</p>	<p><u>Behandlung der gemischten Demenz</u> Langversion S. 80 Bei etlichen Studien wurden Patientenpopulationen, deren Demenzen als gemischt klassifiziert wurden, mit Cholinesterasehemmern oder Memantin therapiert. Allerdings waren die Patientenzahlen zu klein, um Empfehlungen geben zu können. Auch die Cochrane Collaboration konnte diese Frage bisher nicht klären.</p>
<p><u>Behandlung von Schlafstörungen</u> Langversion S. 74 Für eine medikamentöse Therapie von Schlafstörungen bei Demenz kann keine evidenzbasierte Empfehlung ausgesprochen werden.</p>	<p><u>Behandlung von Schlafstörungen</u> Langversion S. 95 Auf Benzodiazepine sollte wegen fehlender Zulassungsstudien und ihrer unerwünschten Arzneimittelwirkungen verzichtet werden (C). Niedrigpotente Neuroleptika (z. B. Pipamperon oder Melperon) oder Antidepressiva mit geringer anticholinergischer Komponente (z. B. Trazodon oder Mirtazapin) können – niedrig dosiert – eingesetzt werden. Nach (spätesten) drei Monaten sollte ein Auslassversuch erfolgen (C).</p>

Tabelle 1 Vergleich der Demenz-Leitlinien von DGPPN/DGN und DEGAM (Auswahl)

Hinweis: Zur einfacheren Lesbarkeit wurden nur die Empfehlungsstärken mit den Buchstaben A, B und C angegeben und auf die Nennung der zugrunde liegenden Evidenzgrade verzichtet. Diese entsprechen sich in beiden Leitlinien. Lediglich der Terminus „Good clinical practice“ aus der DGPPN/DGN-LEITLINIE entspricht einer Empfehlungsstärke C der DEGAM-Leitlinie. Die angegebenen Seitenzahlen beziehen sich immer auf die gedruckten Volltextversionen.

Literatur

1. Vollmar HC, Mayer H, Ostermann T et al. Knowledge transfer for the management of dementia – a cluster randomised trial of blended learning in general practice. *Implementation Science* 2010; 5 doi: 10.1186/1748-5908-5-1
2. Butzlaff M, Lutz G, Falck-Ytter C. Lernen ohne Ende. Die medizinische Leitlinie – ein Weiterbildungsinstrument mit Zukunft? *Dtsch Med Wochenschr* 1998; 123: 643–7
3. Vollmar HC, Mand P, Butzlaff M. Demenz. DEGAM-Leitlinie Nr. 12. Düsseldorf: omikron publishing, 2008
4. DGPPN, DGN. S3-Leitlinie „Demenzen“. Bonn; 2009, 23.11.2009
5. Vollmar HC, Butzlaff ME, Mandt P, Wilm S. CME-Beitrag: DEGAM Leitlinie Demenz – Teil 2: Therapie. *Z Allgem Med* 2008; 84: 404–16
6. Vollmar HC, Mandt P, Butzlaff ME, Wilm S. CME-Beitrag: DEGAM Leitlinie Demenz – Teil 1: Diagnostik. *Z Allgem Med* 2008; 84: 297–311
7. Vollmar HC, Abholz HH, Egidi G, Mand P, Butzlaff ME, Wilm S. Entwicklung und Implementierung der Leitlinie „Demenz“ der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. *Med Klin* 2010; 105: 41–47
8. Vollmar HC. Demenz. DEGAM – Leitlinie Nr. 12. Methodische Ergänzungen zur Leitlinienentwicklung sowie zum Umgang mit Ergebnissen im Prozess des 10-Stufenplans. 2008 (cited 2009 15.02.2009); available from: http://www.degam.de/typo/uploads/media/LL_Demenz_Methodenteil_002.pdf
9. Beyer M. Konsensbasierte Leitlinien – kritische Fragen zu einem Konzept. *Z Allgem Med* 2010; 86: 56–61
10. Gerlach FM. Allgemeinmedizin in einem modernen Gesundheitssystem – Konsequenzen für Forschung, Lehre und Praxis (Teil 2). *Z Arztl Fortbild Qualitätssich* 2002; 96: 307–11
11. Gerlach FM. Allgemeinmedizin in einem modernen Gesundheitssystem – Konsequenzen für Forschung, Lehre und Praxis (Teil 1). *Z Arztl Fortbild Qualitätssich* 2002; 96: 243–9
12. Field MJ, Lohr KM. Guidelines for clinical practice: from development to use. Washington: National Academy Press, 1992
13. Boyd CM, Darer J, Boulton C, Fried LP, Boulton L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *Jama* 2005 Aug 10; 294: 716–24
14. Bartholomeyczik S, Halek M et al. German guideline for the management of challenging behavior of people with dementia. Bonn Federal Ministry of Health, 2006
15. National Collaborating Centre for Mental Health. Dementia. A NICE-SCIE guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care. National Clinical Practice Guideline Number 42. London: The British Psychological Society and Gaskell, 2007
16. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of patients with dementia. A national clinical guideline 86. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), 2006
17. IQWiG. Ginkgohaltige Präparate bei Alzheimer Demenz. Auftrag A05–19B. Köln: Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), 2008, 29.09.2008
18. IQWiG. Cholinesterasehemmer bei Alzheimer Demenz. Auftrag A05–19A. Köln: Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), 2007, 07.02.2007
19. IQWiG. Memantin bei Alzheimer Demenz. Auftrag A05–19C. Köln: Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), 2009, 08.07.2009