Demenz
Behandlung und Versorgung

Prof. Dr.med.Dipl.-Psych.Gerd Laux

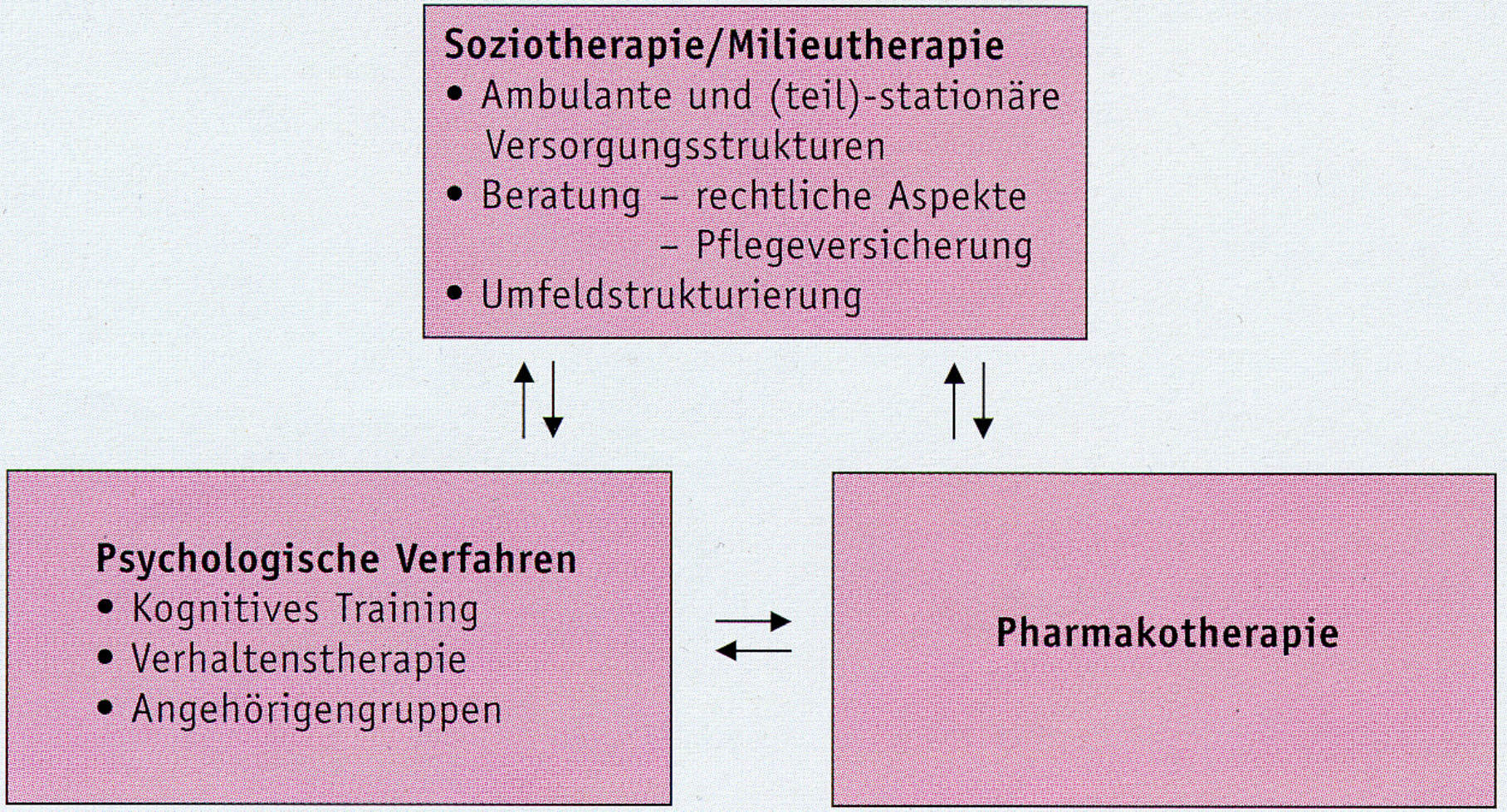
Wasserburg-Gabersee/München

Kliniken des Bezirks Oberbayern
Kommunalunternehmen

Inn-Salzach-Klinikum
Wasserburg am Inn
Rosenheim
Freilassing
Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Neurologie
Akademisches Lehrkrankenhaus der Ludwig – Maximilians – Universität München

Ludwig Maximilians Universität München
LMU

Integratives Behandlungskonzept für Demenz-Erkrankungen



Demenz-Therapie

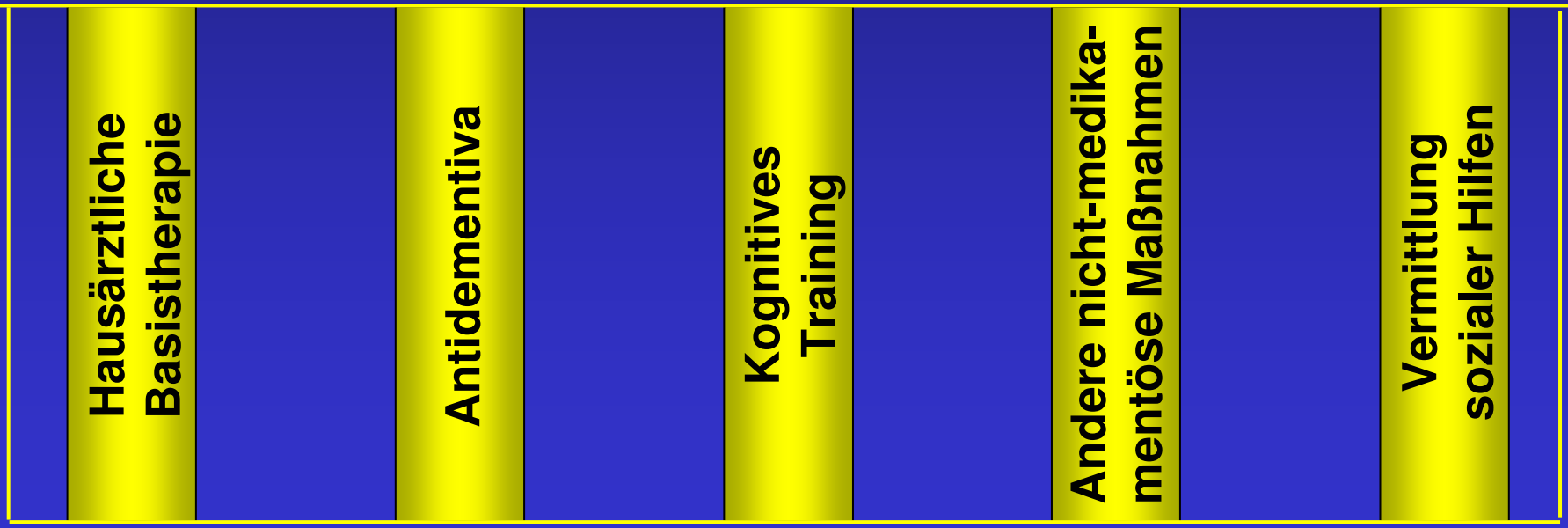
- Internistische Therapie, Physiotherapie
- Psychopharmaka:
  * Antidementiva (Donepezil, Memantin, Ginkgo u.a.)
  * ggf. Antidepressivum, Antipsychotikum
- Alltagspraktisches Training
- Gedächtnisstützung: Realitätsorientierungstraining (ROT), Erinnerungstherapie
- Validierungstherapie (Selbstbestätigung)
- Soziotherapie
  * Milieugestaltung, Umfeldanpassung
  * Musiktherapie
  * Bezugspersonen - Kommunikationstraining

© Prof.Dr.G.Laux 2009

Alzheimer-Demenz – Integratives Gesamtkonzept

Verbesserung/Stabilisierung von
kognitiven Fähigkeiten
Alltagskompetenz und Selbstversorgung
Lebensqualität

Reduktion der Pflegebedürftigkeit und Pflegeerleichterung



Evidenz-basierte Antidementiva

Spezifischer Wirkmechanismus

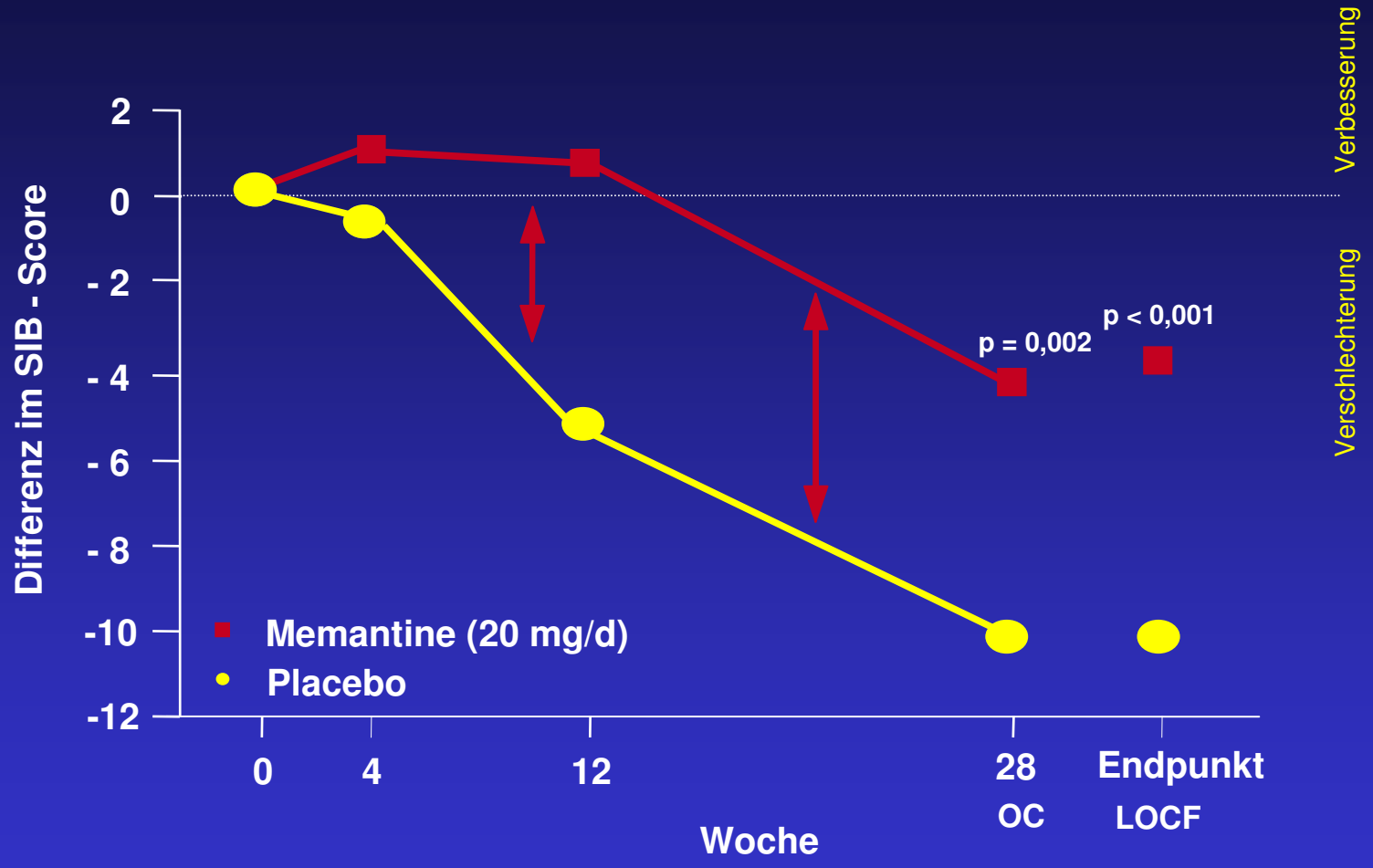
Memantine	NMDA-Antagonist	**Nachgewiesen wirksam bzgl. kognitivem Abbau u. Alltagsfähigkeiten**
Donepezil/ Rivastigmin/ Galantamin	Acetylcholinesterase-hemmer	

Weniger definierte Wirkmechanismen

Piracetam	Beeinflussung des neuronalen Stoffwechsels
Gingko biloba	Beeinflussung der Hirndurchblutung, Radikalfängereigenschaften
Nicergolin	Beeinflussung der Hirndurchblutung, Radikalfängereigenschaften

Therapieempfehlungen zur Demenz, Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft 2004
Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie 2008
OMEROVIC et al World J Biol Psychiatry 2007

Wirkung von Memantine auf die Kognition: mittelschwere bis schwere Alzheimer-Demenz



SIB: Severe Impairment Battery
OC: observed cases
LOCF: last observation carried forward

nach Reisberg et al. N Engl J Med, 2003

Bedeutung der Verhaltensstörungen (BPSD)

- **Auftreten bei 90% der Patienten**
- **Beeinträchtigung der Lebensqualität des Patienten**
- **Belastung der Angehörigen und des Pflegepersonals**
- **Häufigster Grund für Heimeinweisung**

(Unruhe, Aggressivität, gestörter Schlaf-Wach-Rhythmus)

Coen et al. 1997, Int J Ger Psychiatry 12:147-52

Alzheimer-Krankheit

Schwere Entscheidungen

- Aufklärung über Diagnose
- Aufgabe der Wohnung
- finanzielle Angelegenheiten
- Testament
- Autofahren
- Versicherung
- Pflegeheim

Gründe

Patient:

- hochgradige Orientierungs-störungen, Weglaufgefahr
- ausgeprägte Aggressivität
- körperliche Pflege nötig
- Inkontinenz
- eigener Wunsch

Angehörige

- mangelnde häusliche Pflegemöglichkeiten
- Überlastung

Nicht-pharmakologische Therapie: Psychologische, kognitive Interventionen

Zentrales klinische Symptom der AD:

Beeinträchtigung der Gedächtnisleistung

- Kognitive Stimulierungsprogramme (NICE Guideline)
- Versch. Reviews*: 17 kontrollierte Studien zur Wirksamkeit von kognitivem Training

→ geringe-mittlere Effektstärke (Alltagsfähigkeiten, Lernen)

- Faktor Zuwendung/Aufmerksamkeit unklar

* SITZER et al Acta Psychiatr Scand 2006

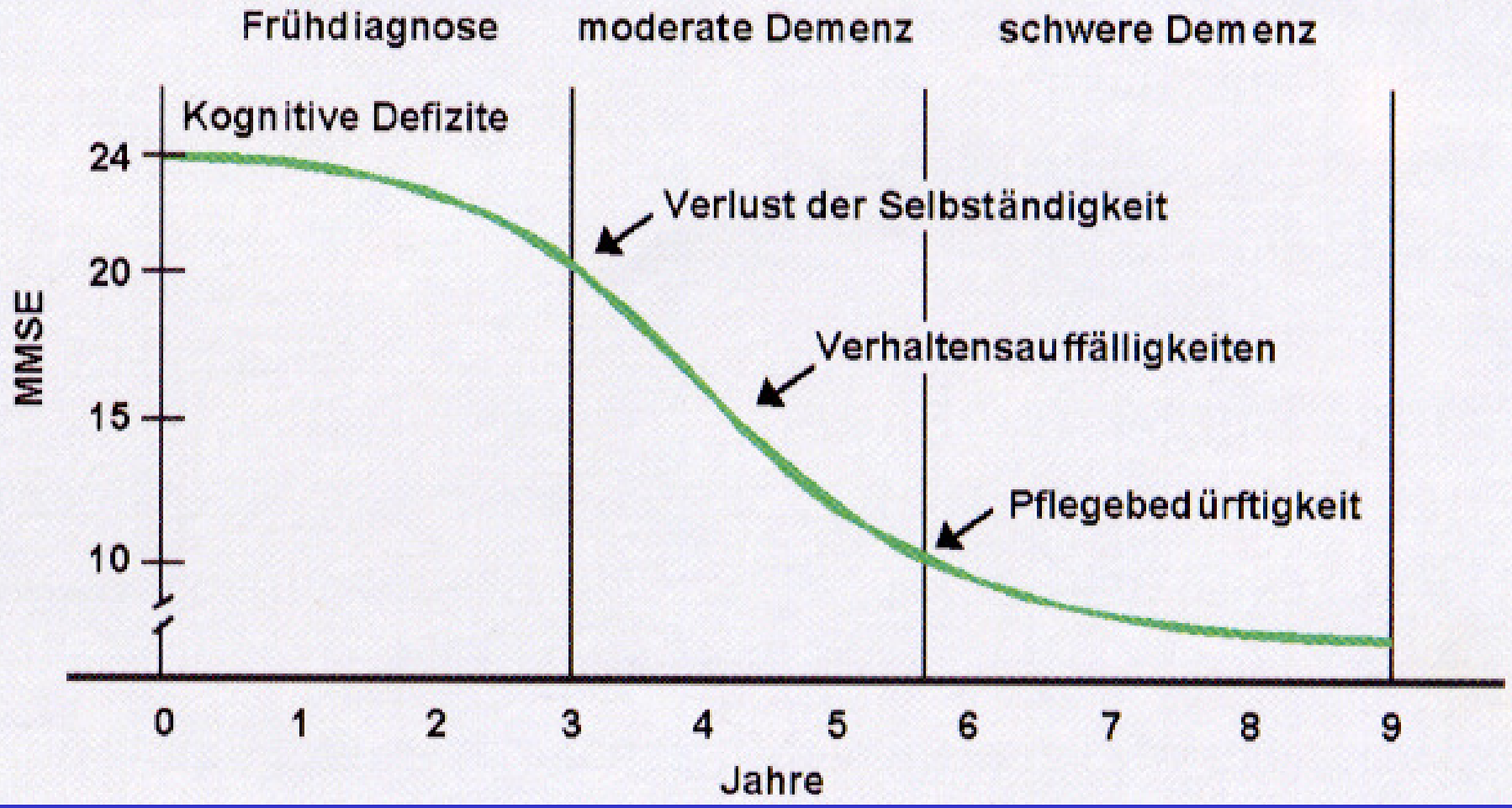
Nicht-pharmakologische Therapie: Psychologische, kognitive Interventionen

- Effekte kognitiver Stimulierungsprogramme bereits nach 7 Wochen nachweisbar, Antidementiva-Effekten nach 24-30 Wochen ebenbürtig[1]
- Globale Stimulierung („Freizeitgestaltung“) besser als spezifisches Training (auch bzgl. Belastung der Angehörigen)[2]
- Die Konfrontation mit den eigenen kognitiven Defiziten sollte vermieden werden, vielmehr Orientierung an den Ressourcen (Reaktivierung rel. unbeeinträchtigter Leistungsbereiche, Erlernen neuer alltagsrelevanter Gedächtnisstrategien)[3]

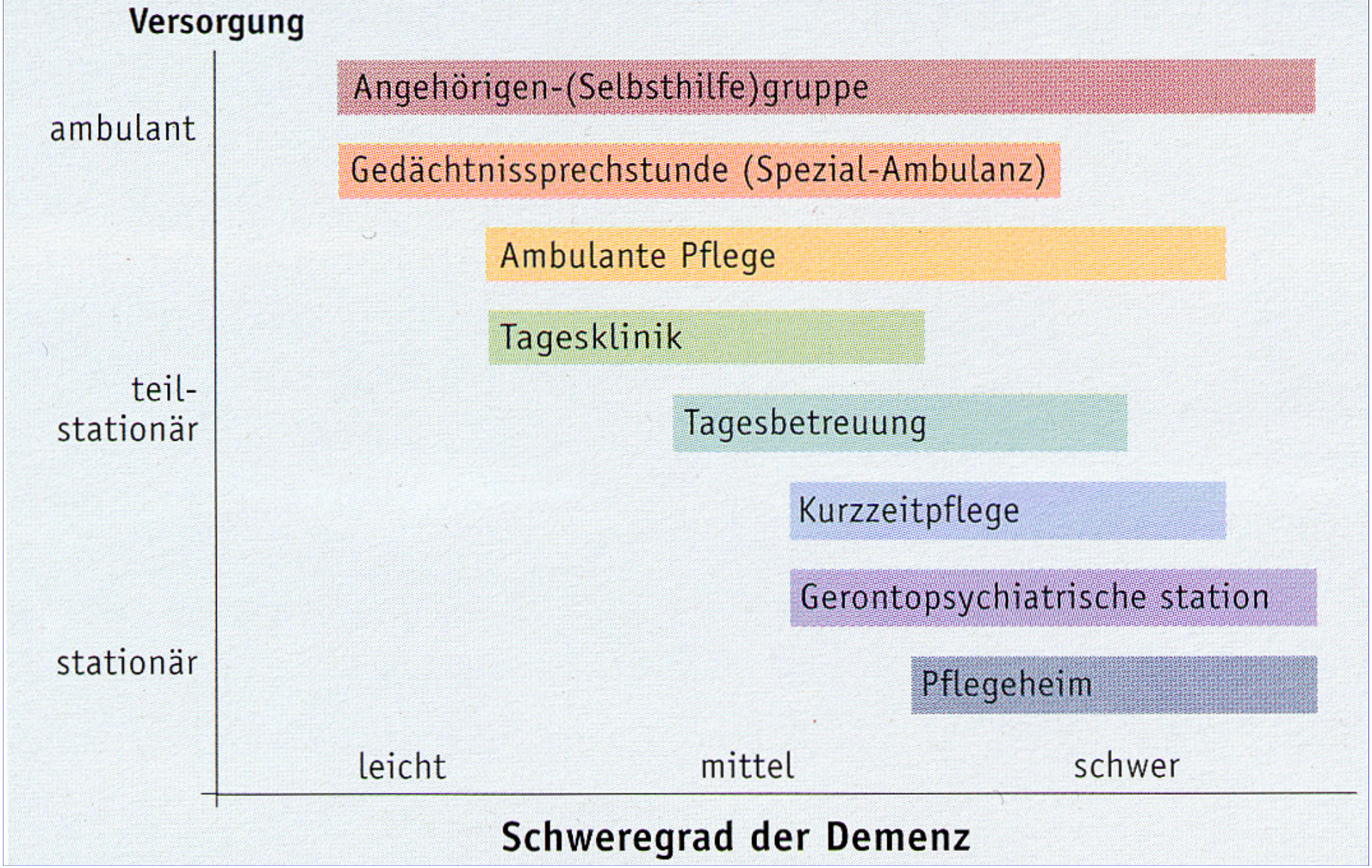
[1]SPECTOR et al Br J Psychiatry 2003

[2]FARINA et al Aging Ment Health 2006 [3] BUSCHERT et al Nervenarzt 2009

Verlauf einer Demenz



Versorgungsmöglichkeiten für Demenz-Kranke



Versorgungsverbund - Vernetzung

© Prof.Dr.G.Laux 2009