

Zeitschrift: Intercura : eine Publikation des Geriatriischen Dienstes, des Stadtärztlichen Dienstes und der Psychiatrisch-Psychologischen Poliklinik der Stadt Zürich

Herausgeber: Geriatriischer Dienst, Stadtärztlicher Dienst und Psychiatrisch-Psychologische Poliklinik der Stadt Zürich

Band: - (1999-2000)

Heft: 67

Artikel: Aktuelles aus der Psychogeriatric : Höhepunkte des 9. Kongresses "International Psychogeriatric Association" 1999

Autor: Wettstein, A.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-790272>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 15.02.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Aktuelles aus der Psychogeriatric

Höhepunkte des 9. Kongresses "International
Psychogeriatric Association" 1999

von A. Wettstein

Zusammenfassung

Die Psychogeriatric wird heute dominiert von den Fortschritten der organischen Psychiatric und der Pharmakotherapie der Demenz.

Das therapeutische Instrumentarium bei Alzheimer steht kurz vor der Erweiterung über die 2. Generation der Cholinesterasehemmer (ChEH) hinaus.

Als symptomatisch ähnlich wirksam wie ChEH, aber zusätzlich den Krankheitsfortschritt modifizierend, zeichnen sich ab: Galantamin (Remenyl[®], ChEH und Nicotinrezeptormodulatoren), Propentofylline (ein Glia-Zellenmodulator mit neuroprotektiven Eigenschaften) und Lazabemide (ein hochpotenter Radikalfänger). Studien mit Prednison (10 mg/d) zeigten negative Resultate (kein Benefit, vermehrte Verhaltensstörungen) und Studien mit selektivem Cox2-Hemmer und Colchizin werden in etwa einem Jahr Aussagen liefern.

Es besteht Konsens über die Notwendigkeit einer möglichst frühzeitigen Alzheimerdiagnose, wozu als Screeningtest für die Allgemeinpraxis der neugeschaffene 7 Minuten-Test am erfolgversprechendsten ist.

Bei der symptomatischen Behandlung von nicht kognitiven Störungen werden die klassischen Neuroleptika und trizyklischen Antidepressiva als obsolet beschrieben und die unkonventionellen Neuroleptika (Risperdal, Olazepin und neu Quetiaprin) empfohlen, sowie als Antidepressiva SSR I (Sertaline oder Paroxetine) und als Einschlafhilfe Trazodone (Trittico).

Demente und Kinder: Ähnlichkeiten und Unterschiede

- ◆ Klinik der Alzheimerdemenz (B. Reisberg et al, New York). Reisberg et al betonen die grosse Aktualität des Verlusts von Hirnleistungen in der umgekehrten Reihenfolge wie in der Kindheit erworben:

Funktionelle Grade der Alzheimerkrankheit und entsprechendes Entwicklungsalter

| <i>1. Funktionsgrad</i> | <i>Stadium der Alzheimerkrankheit</i> | <i>ungefähres Entwicklungsalter beim Erwerb Funktion</i> |
|--|---------------------------------------|--|
| Unfähigkeit, den Kopf selbständig zu heben | 7f | 4 – 12 Wochen |
| Unfähigkeit zu lächeln | 7e | 8 – 16 Wochen |
| Unfähigkeit, selbständig aufzusitzen | 7d | 6 – 9 Monate |
| Unfähigkeit, selbständig zu gehen | 7c | 12 Monate |
| Unfähigkeit, aus eigenem Willen mehr als ein einzelnes, vernünftiges Wort als Antwort auf Fragen zu äussern | 7b | 12 Monate |
| Unfähigkeit, mehr als etwa ein halbes Dutzend vernünftige Wörter als Antwort auf Fragen zu äussern | 7a | 15 Monate |
| Stuhlinkontinenz | 6e | 24 – 36 Monate |
| Urininkontinenz | 6d | 36 – 54 Monate |
| Unfähigkeit, die Toilette korrekt zu benützen | 6c | 48 Monate |
| Unfähigkeit, sich ohne Hilfe zu baden | 6b | 4 Jahre |
| Unfähigkeit, sich selbständig anzuziehen | 6a | 5 Jahre |
| Unfähigkeit, eigene Kleidung entsprechend Witterung und Gelegenheit auszuwählen | 5 | 5 – 7 Jahre |
| Unfähigkeit, kompliziertere Handlungen des täglichen Lebens vorzunehmen (z.B. Finanzen erledigen, Planung und Kochen einer Gästemahlzeit, Einkaufen) | 4 | 8 – 12 Jahre |
| Unfähigkeit, Routinearbeiten in anspruchsvollem Berufsumfeld auszuführen | 3 | 16 Jahre und mehr (Jugendzeit) |

Dennoch gibt es wesentliche Unterschiede zu Kindern.

Körperliche Unterschiede:

- Kein wesentliches Kleiner- oder Leichterwerden, was die Pflege sehr erschwert im Vergleich zu Kindern und Säuglingen.
- Praktisch alle Alzheimerpatienten entwickeln im Spätstadium ihrer Krankheit Kontrakturen und stehen in Gefahr, Dekubitalulzera zu bekommen.
- Gehunfähige Alzheimerpatienten kriechen nie.
- Während die verschiedenen Entwicklungsstufen bei Kindern auf einen Blick erfasst werden können, bleiben Alzheimerpatienten aspektmässig bis in späteste Stadien unauffällig, was zu folgenreicher Überschätzung ihrer Fähigkeiten durch Bekannte, Hausarzt, Bankbeamte, Notare usw. führen kann.
- Leicht bis mittelschwer kranke Alzheimerpatienten leiden unter der Konfrontation mit ihren Defiziten. Sie haben ein grosses Bedürfnis, als Erwachsene ernst genommen zu werden und profitieren z.B. da-

von, wenn Betreuungspersonen nicht als "Pflegerin" oder "Helferin" sondern als "neue Bekannte" oder "Assistentin" eingeführt werden.

- Alzheimerpatienten haben meist altersbedingte Begleitkrankheiten (z.B. Arthrose), die die hirnleistungsbedingten Defizite im Vergleich zu Kindern im gleichen Stadium massiv verschlechtern können.

Soziale Differenzen:

- Kleine Kinder sind "herzig" und wecken positive Gefühle, wogegen gleiche Hilflosigkeit von Alzheimerpatienten oft negative Reaktionen der Umwelt provozieren.
- Kinder entwickeln sich positiv, weshalb auch mühsame Lehrprogramme als lohnend empfunden werden, anders als bei sich stets verschlechternden Alzheimerpatienten.
- Dank ihrer Lebensgeschichte zeigen Alzheimerpatienten nicht selten plötzlich und unvermutet Augenblicke von erstaunlich guten Hirnleistungen, was bei Kindern nicht möglich ist; so können z.B. Alzheimerpatienten im Endstadium bei sonst globaler Aphasie plötzlich in angemessenem Tonfall einen korrekten Satz sprechen.
- Alzheimerpatienten zeigen oft residuelle Verhaltensmuster, die auf früher erworbenen Fähigkeiten beruhen. Halten z.B. Zeitungen richtig, trotz vollständiger Alexie oder benehmen sich in Gesellschaft korrekt trotz Aphasie und Apraxie.

Dementenbetreuung, eine grosse Aufgabe

- ◆ Die Demenzhäufigkeit nimmt bis zum Alter von über 100 Jahren kontinuierlich zu, was vom Karolinska Institut, Stockholm, für Frauen nachgewiesen wurde (40% der Frauen über 95 Jahren zeigen Alzheimerdemenz, 10% andere Demenzen) und in Japan (alle Demenzen kombiniert) bei über 100-Jährigen (72% sind dement).
- ◆ Die Dementenbetreuung wird vor allem von Angehörigen geleistet (CH: 32.000 Alzheimerpatienten zu Hause, 18.000 in Langzeitpflegeinstitutionen). Angehörige wenden für leicht bis mittelschwer kranke Alzheimerpatienten täglich durchschnittlich 3.2 Stunden und für schwerkranke Alzheimerpatienten 8.1 Stunden Betreuungszeit auf (Brodaty, Australien).
- ◆ Der zeitliche Aufwand (durchschnittlich 7.2 Stunden täglich) verteilt sich wie folgt:

- 13% Mahlzeitenzubereitung und Eingeben
- 18% übrige Grundpflege
- 60% allgemeine Haushaltaufgaben für den Patienten
- 9% demenzbezogene spezielle Tätigkeiten (z.B. Arztbesuch, Spazierbegleitung).

Zu diesen Betreuungszeiten im engeren Sinne kommt noch eine während 24 Std. nötige Aufsicht bei 60% der Betreuten hinzu.

Das Karolinska Institut stellt als wichtigsten Grund zur Hospitalisierung von Alzheimerpatienten Aggressivität der Patienten fest. Ein hoher Pflegeaufwand führt nicht signifikant mehr, sondern lediglich etwas häufiger zu Heimplatzierung. Die Beziehungsvorgeschichte ist bedeutsam für die Betreuungsbereitschaft: eine glückliche Ehe verhindert und sexuelle Probleme fördern (bei Ehepartnern) die Heimplatzierung. Ohne Einfluss auf die Pflegebereitschaft wurden in dieser schwedischen Studie Geschlecht, Art der Beziehung (ob Partner oder Kind), finanzielle Situation, finanzielle Abhängigkeit vom Patienten und die Bildung gefunden..

Medikamente gegen Alzheimer

- ♦ Die bisherigen guten Erfahrungen mit den Cholinesterasehemmern (ChEH) konnten in weiteren Studien bestätigt und erweitert werden:
Die Wirksamkeit von ChEH lässt sich nicht nur mit normierten Skalen nachweisen, sondern auch alltagsrelevant durch Festlegen von individuellen Behandlungszielen (durch Angehörige, Patienten oder Arzt), z.B. soziale Interaktion oder Kommunikation.
 - Für diese Behandlungsziele wird je zum voraus eine 5-Punkte-Skala definiert mit dem Ist-Zustand als 0, Verbesserung mit +1, +2 und Verschlechterung -1, -2. In einer offenen, 12 Wochen dauernden Behandlung mit 5 mg Donezepil (Aricept®) wurden so signifikante Verbesserungen in den Bereichen Denkleistung, soziale Beziehungen und Freizeitaktivitäten festgestellt (K. Rockwood, Vancouver).
 - In einer offenen Studie mit Donezepil (Aricept®) 5- 10 mg von 4 Monaten Dauer bei 111 zu Hause betreuten Alzheimerpatienten konnte wie erwartet eine signifikante Verbesserung des Mini-Mental-Status erreicht werden (aber nur nach 1, nicht nach 4 Monaten). Während sich ADL (Selbstpflege) und IADL (Haushaltaktivitäten) nicht signifikant veränderten, besserte sich die Betreuungsbelastung der pflegenden Angehörigen signifikant (nach 1 Monat), resp. etwas (nach 4 Monaten). Die Reduktion der Gesamtbelastung basierte auf einer signifikanten Verringerung der Belastung durch

Schamgefühle (1 und 4 Monate), Gefühl, mehr tun zu müssen (1 Monat), Stress (1 und 4 Monate), weniger Unsicherheit (1 und 4 Monate).

- In einer grossen doppelblind plazebokontrollierten Studie konnte in Nordeuropa eine 12 bis 52 Wochen anhaltende Verbesserung der Denkleistung, Pflegebedürftigkeit (ATL) und in der globalen Beurteilung im Vergleich zu Plazebo nachgewiesen werden. In allen drei Bereichen war der Unterschied zu Plazebo nach einem Jahr etwas grösser als nach einem halben Jahr. Der MMS bleibt unter Donepezil praktisch konstant. 19.4 → 18.9, verschlechtert sich jedoch unter Plazebo von 19.3 → 17.3. Dies ist die einzige ChEH-Studie mit einer ganzjährigen Plazebo-Behandlung (Winblad et al)..
- Die Verzögerung einer Behandlung mit ChEH um nur 15 Wochen brachte im Vergleich zu einer Gruppe mit 10 mg Aricept weniger Leistung während der gesamten 85 Wochen eine anhaltend weniger gute Kognition, gemessen mit dem ADAS-Cog-Status, um 1.5 Punkte mit 10 mg Donepezil (n = 400 Pat.) in einer offenen Nachbehandlungsstudie) (Pratt JA., Neurol, Suppl. 2 A481, 1999). Da sich Alzheimerpatienten jährlich um 8 Punkte dieser Skala verschlechtern, suggeriert dies, dass ChEH-Behandlung das Fortschreiten der Krankheit nachhaltig verzögert (unabhängig von der symptomverbessernden Wirkung des Medikamentes). Ein ähnlicher Effekt, der auf einen über die bekannte symptomatische Wirkung hinaus den Verlauf der Erkrankung beeinflussenden Effekt deutet, konnte mit Exelon 6 – 12 mg/d in einer offenen 1-Jahresstudie nachgewiesen werden (Anand R, B 353): Eine um 6 Monate verzögerte Behandlung mit Exelon führte ebenfalls zu einer um 1.5 Punkte im ADAS Cog anhaltend schlechtere Hirnleistung als mit einer kontinuierlichen Exelonbehandlung. Der Effekt war von der 40. bis zur 52. Woche konstant nachweisbar.
- ♦ Erste Erfolge bei Alzheimerpatienten konnten mit neuen Therapieprinzipien erzielt werden:
 - Propentofylline ist ein Gliazellen-Modulator mit neuroprotektiven Eigenschaften, der sowohl bei Alzheimer- (n = 1387) als auch bei vaskulärer Demenz (n = 793) während 12 Monaten (3 x 300 mg oder Plazebo) untersucht wurde. Eine spezifische Wirkung konnte sowohl in Bezug auf die Kognition als auch auf die globale Funktion für bei-

de Diagnosegruppen nachgewiesen werden. Der Unterschied im ADAS-Cog-Test betrug 1.5 Punkte.

Die Wirkung soll auf eine Suppression der Produktion von glialen Entzündungscytokinen und freien Radikalen und einer Abschwächung der Toxizität von β -Amyloid beruhen.

Ein verzögerter Behandlungsbeginn führte zu einem anhaltenden Wirkungsunterschied, was eine den Krankheitsverlauf modifizierende Wirkung vermuten lässt (Krittner B; Hoechst Marion Roussel).

- Lazabemide (Roche) blockiert freie Radikale in einer dosisabhängigen Form (40 – 80% Peroxidinhibition bei 0.1 – 10 μ m) im Vergleich zu Segeline (20%, dosisunabhängig). Eine doppelblinde kontrollierte Studie ergab im Vergleich zu Plazebo einen von Woche 26 auf 52 zunehmenden Unterschied der kognitiven Verschlechterung (um 50% innert 1 Jahr). In der ADAS-Cog-Skala war der Unterschied 1.5 Punkte in der 26. Woche und vergrösserte sich auf 2.5 Punkte in der 52. Woche. Die Abnahme der Selbständigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens (steigender Pflegebedarf) wurde 40% innert eines Jahres verzögert (Kumar V., Florida).
- Cox 2-Inhibitoren, die neue Generation Entzündungshemmer, sollten im Alzheimergehirn wirksam sein, überwiegt doch im Alzheimergehirn die Cox 2 mRNA 4 : 1 über Cox 1 mRNA (im Gegensatz zum Darm, wo das Verhältnis umgekehrt 1 : 7 ist). Cox 2-Inhibitoren-Studien sind im Gang. Resultate sollten in ein bis zwei Jahren erhältlich sein. Ähnliche Studien folgen mit dem Antimalariamittel und Entzündungshemmer Resochin und mit Kolchizin. Eine grosse Studie mit 10 mg Prednison / d hat jedoch negative Resultate gezeigt (kein Unterschied in der Kognition, aber an Cushing erinnernde vermehrte Verhaltensstörungen im Vergleich zu Plazebo). Patienten mit mehrjähriger hochdosierter Antirheumabehandlung zeigen in epidemiologischen Studien fünfmal niedrigere Alzheimerprävalenz (RR 0.2.).
- Galantamine (Remenyl[®], Janssen Pharmaceuticals) hat neben den ChEH-Wirkungen auch Einfluss auf die prä- und postsympathischen Nicotinrezeptoren. Es wird deshalb von diesen Substanzen ein stärkerer, den Krankheitsverlauf modifizierender Einfluss erwartet, als von reinem ChEH. In einer während der ersten sechs Monate plazebokontrollierten Studie konnte mit Galanamine bei 97% die Hirnleistung 12 Monate lang stabil gehalten werden (in der ADAS-Cog-Skala). In einer plazebokontrollierten Studie wurde auch sechs Mo-

nate nach Absetzen das Niveau der Plazebogruppe nicht wieder erreicht, was auf einen anhaltenden, mehr als symptomatischen Effekt hinweist.

Alzheimer-Frühd Diagnose wird immer wichtiger

◆ Aufgrund der neuen Erfahrungen mit ChEH und der ersten Resultate der spezifisch den Krankheitsverlauf beeinflussenden Medikamente ergibt sich ein dringender Bedarf nach einem breit anwendbaren Demenzscreening von hoher Zuverlässigkeit (hohe Spezifität und Sensivität). Die Mehrzahl der leichten bis mittelschweren Demenzen werden von den Praktikern nicht erkannt, da diese Patienten ohne spezifische Untersuchung und Befragung nicht auffallen.

- Die bisherigen Screeningtests (z.B. MMS) sind unbefriedigend, zu schulmeisterlich, zu wenig spezifisch (64%), zu wenig sensitiv (nur 88%) und zudem stark bildungsabhängig.

Ideal erscheint der neue 7 Minutentest von Solomo und Sullivan, er erreicht über 90% Sensitivität und Spezifität, eignet sich zur Untersuchung durch kurz angelehrte Praxisgehilfinnen und ist bereits in deutscher Sprache validiert (Kurz A., München). Er ist trotz der Bildungsabhängigkeit des Subtests als Ganzes bildungsunabhängig und gibt die Wahrscheinlichkeit einer Demenz an ($p < 0.9$ und > 0.1), nicht einen Punktwert, da er auf einer logistischen Regression beruht. Der Test wird in der Allgemeinpraxis durchschnittlich in 7.6 Minuten durchgeführt und beruht auf einem Orientierungstest (5 Fragen, 0 – 113 Punkte, weg von genauer Orientierung), einem 16-Bilder-Gedächtnistest (mit Assoziationshilfe beim Einprägen und bei der nicht verzögerten Abfrage), einem Test der verbalen Flüssigkeit (Tiere, 1 Min.) und einem Test der planerischen und visuo-spatialen Fähigkeiten (Uhr zeichnen mit Zeiger auf 20 vor 4, max. 7 Punkte). Der Test wird nächstes Jahr von Janssen Pharma auch in der Schweiz verteilt werden.

- Der Uhrtest hat sich auch als wirkungsvoll gezeigt bei der Differentialdiagnose von Personen mit leichter kognitiver Beeinträchtigung ohne Demenzdiagnose (KBoD). Zeigen sich bei diesem Test auch nur leichte Störungen, ist die Entwicklung einer Demenz innert zwei Jahren sehr wahrscheinlich (6/7). Generell zeigen 10 – 20% dieser Personen pro Jahr eine Konversion zu Demenz, 2/3 davon zu Alzheimer.

- Im Gegensatz dazu zeigen Personen, die nur subjektiv über ein schlechtes Gedächtnis klagen, aber normale Gedächtnisleistung erbringen, bei gründlichen neuropsychologischen Tests, auch nach 9 Jahren, keine Demenzen (n = 117 Personen., Israël L., Lyon F.).

Neue Behandlungsstrategien bei Verhaltensstörungen Dementer

- Die Behandlung der nicht-kognitiven Störungen der Demenz hat sich in den letzten Jahren mit der Einführung und Erprobung der neuen atypischen Neuroleptika stark verändert.
- Die konventionellen Neuroleptika sind bei dementen Betagten nur mässig wirksam (etwa 15% höhere Wirksamkeit als Plazebo) bei oft schwerwiegenden Nebenwirkungen (Sedation und/oder extrapyramidale Nebenwirkungen) mit relativ vielen medikamentös induzierten Stürzen und Frakturen sowie tardiven Dyskinesien nach längerem Gebrauch (29% bei 1 Jahr, 54% bei 2 Jahren und 70% bei drei Jahren Therapie (Zanyas F.M., 1998)

Das Nebenwirkungsspektrum der atypischen Neuroleptika stellt sich wie folgt dar:

| Nebenwirkung | Typ Neuroleptika | Clozapine Leponex® | Risperdone Risperdal® | Olanzapine Zyprexa® | Quetiapine Seroquel® |
|--------------------------------|------------------|-----------------------|---------------------------|------------------------|-------------------------|
| extrapyramidal | + bis +++ | 0 bis + | + bis ++ dosisabhängig | 0 | 0 |
| tardive Dyskinesien | + bis +++ | 0 bis + (?) | + bis ++ | 0 bis + (?) | ? |
| Sedation | + bis +++ | +++ | 0 | + | + bis ++ |
| orthostat. Hypotension | + bis ++ | +++ | + | 0 bis + | + |
| anticholinerg/antihistaminisch | + bis +++ | +++ | 0 | 0 bis + | bis ++ |

- Risperdal 1 mg ist Plazebo und Haldol überlegen bei der Behandlung von Agitation und Aggression bei Demenzpatienten, bis 1 mg bringt es nicht mehr extrapyramidale Nebenwirkungen (EPS) als Plazebo (13% vs 7 %, resp. 11% vs 15%), bei 2 mg deutlich mehr extrapyramidalen Nebenwirkungen (21%).
- Für ausreichende antipsychotische Wirkung sind eventuell bis 2 mg Risperdal nötig. Risperdal sollte deshalb initial mit 0.5 mg dosiert werden, mit Steigerung innert Tagen auf 1 mg und max. 1.5 mg/Tag. Aber die Responderrate ist auch unter Plazebo relativ hoch (im Pflegeheim 33% vs. 45% bei 1 mg Risperdal, resp. 60% vs 75% in Psychogeriatrischen Kliniken, was die grosse Bedeutung guter Mi-

lieuthérapie belegt, die mehrfach wirksamer ist, als selbst die besten neuen Neuroleptika. Genügt 1.5 mg Risperdal nicht, soll auf das teure Zyprexa (Olanzapin) umgestellt werden zur Vermeidung extrapyramidaler Nebenwirkungen.

- Olanzapin (Zyprexa^R) 5 mg ist Placebo überlegen bei Alzheimerpatienten mit Agitation, Wahn oder Halluzinationen. Es zeigt keine extrapyramidalen Nebenwirkungen (gleich wie Placebo) mit besserer Wirkung bei 5 mg als bei 10 – 15 mg, aber mit deutlich höherer Sedation und mehr Gangstörungen als Placebo. Empfehlenswert ist eine Behandlung von initial 1.25 mg/d, die je nach Bedarf innert Tagen auf 5 mg/d gesteigert werden kann.

Responderrate in Pflegeheimen für Agitation, Wahn und Halluzinationen: bei Placebo 36%, Olanzapin 5 mg 66%, Gangstörungen zeigten bei Placebo 2%, mit 5 mg Olanzapin 20%, Somnolenz 6% vs 25% und Verletzungen 28% vs 35%.

- Quetiapine (Seroquel[®]) stellte seine fehlende EPS (extrapyramidale Symptome)-Wirkung in einer offenen Studie sowohl bei betagten Langzeitpatienten als auch bei Lewykörper-Demenz unter Beweis. (Offene Studie: 9 Lewykörper-Demenzen, Verbesserung des MMS um 2 Punkte bei Abnahme der EPS von durchschnittlich 17 auf 12 Punkte in der SAS-EPS-Skala mit einer Abnahme der EPS bei 6 und einer leichten Zunahme bei 3 Patienten).
- Auch bei der ChEH-Therapie konnte in zwei Studien eine Besserung der Verhaltensstörungen bei Alzheimerpatienten nachgewiesen werden:

- Eine Verbesserung der Verhaltensstörungen (Responderraten der Verhaltensverbesserungen, gemessen mit dem Neuropsychologischen Inventar (NPI) um mindestens 30%), zeigten 61% der verhaltensauffälligen Demenzkranken unter Exelon vs 28% unter Placebo ($p = 0.002$). Dies beruht auf Verbesserungen der vier Symptome Wahn, Halluzination, Apathie und Depression.

- Mit Aricept verbesserten sich die Verhaltensstörungen signifikant mehr als unter Placebo: 21 auf 16 vs 21 auf 19 Punkte im NPI. Die Verhaltensstörungen verbesserten sich unter Aricept bei 45% vs 28% unter Placebo und verschlechterten sich bei 24% vs 32% unter Placebo (Unterschied nicht signifikant). Die Behandlung war auch bei Betagten über 85 Jahren wirksam und gut verträglich über ein halbes Jahr ($n = 2 \times 103$, davon 64% >85jährig). (Taniot P.)

- Auch zweimal täglich "therapeutisches Berühren" (im Schulter-Nackengebiet) während 5 – 7 Minuten führte zu einer signifikanten Reduktion von Agitation bei Alzheimerpatienten auf einer Demenzabteilung. ($p > 0.001$ für Agitation, $p = 0.046$ für Vokalisation und $p = 0.02$ für Auf- und Abgehen) (Woods DL., Seattle/USA). Voraussetzung ist genaues Beobachten, wann im Tagesablauf die Agitation jeweils einsetzt und die Anwendung der therapeutischen Berührung ca. eine halbe Stunde vor diesem Zeitpunkt am nächsten Tag.

Expertenempfehlung:

- ◆ Die depressive Verstimmung bei Demenzkranken kann oft durch verbesserte Lebensbedingungen (Tagesstruktur, weg von der Isolation, patientenorientierte Betreuung) behoben werden. Alzheimerpatienten mit persistierender depressiver Verstimmung sind antidepressiv zu behandeln.
 - Trizyklische Antidepressiva verursachen bei bis 30% prohibitive Nebenwirkungen.
 - Sertaline zeigt sich bei geriatrischen Patienten sowohl Nortipylin als auch Fluoxetin signifikant überlegen und gilt deshalb als Mittel der ersten Wahl (wie Paroxetin).
- ◆ Die Konsensgruppe zur Behandlung von Agitation bei Betagten mit Demenz empfiehlt (April 1998)
 - zur Akutbehandlung von Delir: hoch dosierte klassische Neuroleptika (Typ Haldol), oder eventuell Risperdal oder Olanzapin.
 - zur Behandlung von Agitation mit Insomnie (akut und Langzeit) und von "sun-downing": Trazedon (Trittico®), ev. Risperdal oder Olanzapin, initial 25 mg bis max. 250 mg steigern.
 - zur Behandlung von Depressionssymptomen bei Demenz: Sertaline (Gladem® oder Zoloft®) 25 mg/d oder Paroxetine (Deroxat®) 5 – 10 mg/d.

Neues zu anderen Demenzformen:

- ◆ Nicht-Alzheimerdemenzen werden immer häufiger erkannt. 10 – 20% aller Demenzpatienten zeigen Lewykörper-Demenz und etwa ebensoviele fronto-temporale Demenz.
- Lewykörper-Demenz: Die Diagnosekriterien sind nach wie vor unbefriedigend. Die Sensitivität liegt bei niedrigen 0.5 und die Spezifität bei 0.89.

Eine kontrollierte Multizenterstudie bei klinisch diagnostizierter LKD mit Exelon® zeigte nicht nur eine Besserung der Kognition, sondern auch der Motorik und der Verhaltensstörungen bei guter Verträglichkeit.

- Fronto-temporale Demenz (Pick-Komplex). Ein Teil der familiären Formen wird durch Mutation des Tau-Gens auf Chromosom 17 verursacht.

Bei der Behandlung mit klassischen Neuroleptika zeigen sich oft ähnliche Nebenwirkungen wie bei der Lewykörper-Demenz, da vielfach auch das extrapyramidale System geschädigt ist im Sinne einer kortiko-basalen Degeneration. Deshalb sollen auch bei diesen Demenzarten nur atypische Neuroleptika verwendet werden. Oft sind SSRI-Antidepressiva hilfreich; sie verbessern Enthemmung und Zwangssymptome um 60%, nicht aber Apathie!
