6 Zusammenfassung / Schlussfolgerung

In der Untersuchung zur antidementiven Verordnungsrealität bei Alzheimer-Demenz im EGZB 2004, zeigte sich ein multimorbides, mittelschwer kognitiv und stark funktionell eingeschränktes geriatrisches Klientel (n=379) mit mehr als doppelt so häufigen Heimeinweisungen und höherer Mortalität im Vergleich zur Gesamtstichprobe 2004. Auffällig war der hohe Anteil der Diagnose Demenz-Syndrom (ICD 10: F03) bei 67,5 Prozent der Patienten in der Stichprobe, während eine Alzheimer-Demenz (ICD 10: G30.x) bei 33 Prozent der Patienten diagnostiziert wurde. Diese Gruppen unterschieden sich signifikant.

Die Gruppe mit einer Demenz-Syndrom-Diagnose hatte ein im Vergleich schlechteres internistisches, funktionelles und kognitives Ausgangsniveau. Es handelte sich offenbar um schwerer erkrankte Patienten mit ausgeprägteren funktionellen Defiziten, die einer differenzierten Diagnostik nur eingeschränkt zur Verfügung standen oder diese gemieden wurde, da deutlich weniger neuropsychologische Diagnostik nachweisbar war.

Patienten der Stichprobe mit vorhandenem neuropsychologischem Assessment, besserem funtkionellem Status, besserem internistischem Ausgangsniveau ohne vaskuläre Beteiligung und mit differenzierter Diagnose wurden vorhersagbar signifikant häufiger mit neueren Antidementiva behandelt. Dabei reicht die Verordnungsrate von 4,8 Prozent bei Patienten der F03-Gruppe ohne MMSE-Ergebnis und niedrigem Punktwert im Barthel-Index bis zu 60 Prozent bei Patienten mit einer G30.x-Diagnose und vorhandener neuropsychologischer Testung.

Ein Einfluss auf die Therapieentscheidung für Antidementiva durch Risiken anderer Begleiterkrankungen oder die Begleitmedikation konnte in der Untersuchung nicht gesehen werden. Dies könnte ein Hinweis für die besseren Möglichkeiten einer antidementiven Einstellung von Risikopatienten unter stationären Bedingungen oder für eine unbedachte Behandlung sein.

Es gab keinen signifikanten Hinweis, dass Faktoren wie die Verweildauer, das Alter, das Vorhandensein eines Caregivers oder die Verlegung in ein Pflegeheim einen Einfluss auf die Gabe von neueren Antidementiva haben. Dies könnte ein Hinweis auf eine hohe Entscheidungsqualität sein, da ein größerer Einfluss dieser Faktoren angenommen wurde.

Die ermittelte stationäre Gesamt-Verordnungsrate (G30.x + F03) lag mit 27,5 Prozent antidementiver Medikation deutlich über einer angenommenen ambulanten Rate von 13,8 Prozent [1]. Allerdings lag die leitliniengerechte, stationäre Verordnungsrate nach dezidierter Alzheimer-Demenz-Diagnose sogar bei 57,2 Prozent.
Fast ausschließlich wurden im EGZB ChE-Hemmer verordnet. Die meist verschriebene Substanz war Donepezil. Memantine spielte im EGZB 2004 keine Rolle.
Eine Tendenz, eher die rüstigen Patienten am Beginn ihrer demenziellen Entwicklung antidementiv zu behandeln und damit zum Erhalt der größtmöglichen Selbstständigkeit beizutragen, konnte nachgewiesen werden und ist nachvollziehbar. In Zukunft sollte in dieser Patientengruppe der Einsatz von ChE-Hemmern und Memantine in Kombination stärkere Berücksichtigung finden. Verbesserungswürdig ist die Diagnostik und Behandlung der schwerer betroffenen Patienten. Wichtig erscheint bei dieser Gruppe der jeweilige Ausschluss eines Delirs und einer sekundären, kausal behandelbaren Demenz. Es muss gerade für schwer erkrankte geriatrische Patienten bei vorliegender kognitiver Einschränkung gefordert werden, mit größter Sorgfalt, durch eine individuell an die Situation angepasste Demenzdiagnostik, zu einer Therapie-Entscheidung zu kommen und ihnen keine Medikation vorzuenthalten. Dort ist eine bessere Dokumentation, auch bei einer Entscheidung gegen eine antidementive Behandlung zu fordern. Zudem sollte nach Leitlinie Memantine verstärkt für diese Gruppe eingesetzt werden.
Unklar bleibt allerdings weiterhin welche Patienten tatsächlich von einer Behandlung profitieren. Das muss durch weitere notwendige Studien geklärt werden.
Von Riepe et al [78] wurde eine Übersichtsarbeit zur evidenzbasierten medikamentösen Therapie der AD publiziert, in der die Autoren die Ansicht vertreten, dass alle AD-Patienten unabhängig von einer individuellen Erfolgskontrolle medikamentös behandelt werden sollten [78]. Dem stellt andererseits Kadusziewicz et al ein Versagen der Leitlinien bei multimorbiden Patienten sowie ein Nachweismangel der ChE-Hemmer-Wirkung entgegen [74;108]. Geriatrische Kliniken stehen in der Verantwortung in diesem Spannungsfeld, für die wachsende Gruppe der Demenzkranken an evidenzbasierten Leitlinien orientierte geriatrische Behandlungskonzepte umzusetzen. Nur so kann ein sinnvoller Beitrag zum notwendigen gesellschaftlichen Umgang mit Demenz geleistet werden.