

Aggressivität, Agitiertheit, Weglaufdrang

Wenn Verhaltensprobleme die Betreuung von Demenzpatienten erschweren

VON D. BREDTHAUER

— Über 80% der Demenzpatienten zeigen in späteren Stadien ein herausforderndes Verhalten (syn: Verhaltensstörungen, psychiatrische Begleitsymptome). Agitiertheit, mangelndes Kooperationsverhalten, Depressivität, Aggressivität, nächtliche Unruhe und Weglaufdrang bedeuten für alle Beteiligten einen hohen Stressfaktor. Die Verhaltensauffälligkeiten sind der häufigste Grund für eine Heimeinweisung. Doch im Pflegeheim nimmt die Symptomatik meist noch zu, da den Patienten oft die Eingewöhnung schwerfällt. Hinzu kommen strukturell-organisatorische Probleme sowie fehlende demenzspezifische Konzepte und Kompetenzen.

„Ruhigstellen“ als Notlösung?

Wegen seiner kognitiven Einschränkungen mit fortschreitender Krankheit ist der Demenzkranke nicht mehr oder nur noch bedingt in der Lage, sich veränderten Umgebungsbedingungen anzupassen. Stellt sich die Umwelt nicht auf seine Bedürfnisse ein, können Verhaltens„störungen“ entstehen. Häufig wird dann eine sedierende Medikation als vermeintlich einzige Behandlungsoption gesehen, um die „soziale Verträglichkeit“ zu gewährleisten. Der behandelnde Arzt befindet sich hier in dem Dilemma, dass einerseits eine Verordnung von Psychopharmaka zum Zweck der „Ruhigstellung“ ohne spezifische Indikation weder berufsrechtlich zulässig noch humanethisch vertretbar erscheint. Andererseits sieht er sich aber von den Pflegenden und aufgrund der eigenen Zeitnot unter massivem Handlungsdruck.

Keine klaren Empfehlungen

Bislang gibt es im deutschsprachigen Raum nur wenige Publikationen mit

**Prof. Dr. med.
Doris Bredthauer**

Fachhochschule
Frankfurt/Main,
Univ. of Appl.
Sciences, Social Work
and Health,
Frankfurt/Main



konkreten Therapieoptionen für das Alter generell [1] oder speziell zur Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten bei Demenzkranken [2–5]. Die Empfehlungen der nationalen Demenz-Leitlinien (AkdÄ, DGN, DGPPN) sind inkonsistent, teils nicht mehr „up to date“ und verunsichern mehr, als dass sie Klarheit schaffen. Keine Hilfe bietet auch die ATC/DDD-Klassifikation der WHO wegen fehlender altersspezifischer Angaben. Dies führt dazu, dass derzeit nur wenige Demenzpatienten fachspezifisch ärztlich versorgt werden.

Zwischen aktueller Praxis und „Evidenz“

Etwa zwei Drittel aller Altenheimbewohner leiden an einer manifesten Demenz, ein Drittel an einer behandlungsbedürftigen Depression. Mindestens jeder zweite Bewohner von Alten- und Pflegeheimen wird jedoch derzeit mit Psychopharmaka behandelt [7–10]. In scharfem Kontrast zur alltäglichen Versorgungspraxis besteht nach aktueller Studienlage explizit keine ausreichende Evidenz für eine effektive Behandlung von unspezifischen Verhaltensauffälligkeiten bei Demenz mit Psychopharmaka. Im Gegenteil weisen aktuelle Metaanalysen auf eine Reihe schwerwiegender Nebenwirkungen hin, v. a. im Hinblick auf die häufig verordneten Neuroleptika [13].

Aggressivität, Weglaufdrang, rastlose Unruhe oder Schreien im Rahmen einer fortgeschrittenen Demenzerkrankung stellen für Betroffene und Betreuende eine hohe Belastung dar. Die Behandlung gestaltet sich zumeist schwierig und resultiert nicht selten in einer Negativspirale mit medizinischen Komplikationen, Mobilitätsverlust, Stürzen, Fixierung und reduzierter Lebensqualität bis hin zum Tod. Unsere Autorin plädiert dafür, das Spektrum der nicht medikamentösen Maßnahmen auszuweiten, bevor eine Pharmakotherapie beginnt.

Um fordernde Verhaltensweisen nachhaltig positiv beeinflussen zu können, müssen diese in ihrem medizinischen, situativen und lebensgeschichtlichen Kontext verstanden und behandelt werden (Abb. 1).

Gibt es Ursachen für das Verhalten?

Die Behandlung sollte immer mit einem Assessment hinsichtlich möglicher Ursachen des Verhaltens beginnen. Nicht selten drücken demenzerkrankte Menschen Schmerzen oder Unwohlsein sowie Grundbedürfnisse wie Hunger, Durst (bei PEG) und Bewegungsdrang lediglich durch Verhaltensauffälligkeiten aus.

Zudem müssen mögliche medizinische Ursachen abgeklärt und ggf. behandelt werden. Möglicherweise verbirgt sich hinter psychomotorischer

Unruhe ein Harnverhalt oder eine Schilddrüsenüberfunktion. Auch Medikamentenneben- oder -wechselwirkungen können die Ursache sein. Hier ist insbesondere das delirogene Potenzial anticholinerg wirksamer Substanzen (z.B. trizyklische Antidepressiva, Urospasmolytika, Antiparkinsonmittel), aber auch von Benzodiazepinen und Betamimetika (COPD) zu nennen.

Wenig beachtet werden neurologische Ursachen wie nonkonvulsive Anfälle als Ursache von Verhaltensänderungen. Das sehr unspezifische Symptom „Unruhe“ ist nicht selten auch durch eine zugrunde liegende Depression bedingt. In diesem Fall ist unter der Gabe von Neuroleptika sogar noch eine Verschlechterung der Symptomatik zu erwarten. Darüber hinaus können Neuroleptika als extrapyramidale Nebenwir-

kung selbst Unruhe verursachen oder verstärken (Akathisie). Insbesondere bei Ortswechsel ist (auch zeitverzögert) mit einer Entzugsproblematik bei langjähriger Benzodiazepineinnahme (Schlafmittel!) zu rechnen.

Meist entsteht herausforderndes Verhalten im Rahmen ungünstiger Umgebungsbedingungen wie Reizüberflutung oder -armut, fehlender Tagesstruktur, ungeeignetem baulich-architektonischem und psychosozialen Milieu sowie einer nicht auf die Bedürfnisse von Demenzen abgestimmten Pflege und Arbeitsorganisation. Unvorteilhafte Kommunikationsformen wie z.B. Konfrontieren, logisches Argumentieren oder direktives Fordern sind wichtige Ursachen. Dem Phänomen „Aggressivität“ als typische Abwehrreaktion von Gefühlen des Ausgeliefertseins und der Angst lie-

Abbildung 1

Algorithmus zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Demenz

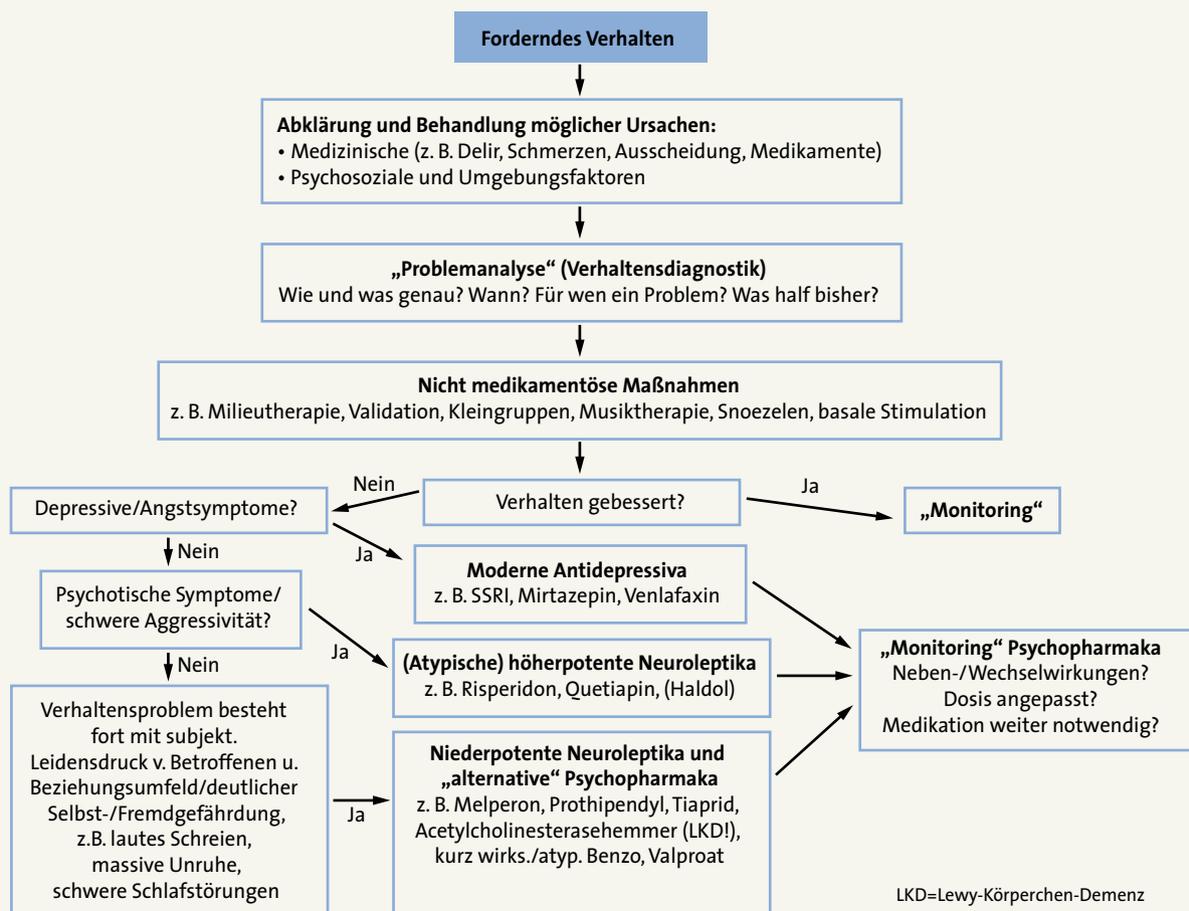


Tabelle 1

Nicht medikamentöse Therapieoptionen

Allgemeine

- Tagesstrukturierende Maßnahmen
- Sinnvolle, möglichst alltagsnahe und an der Biografie orientierte Beschäftigung
- Kognitiv u./o. körperl. aktivierende Aktivitäten in Kleingruppen (z. B. Spaziergang, Ballspiel, Singen, Erinnern)
- Konstante Bezugspersonen
- „Milieugestaltung“: baulich-architektonisch, atmosphärisch, Beziehungsdynamisch
- Kommunikationsregeln (z. B. nicht konfrontieren oder logisch argumentieren, Augenkontakt, klare, einfache Sätze, auf Gefühlsebene eingehen, bestätigen)

- Veränderung der Arbeitsorganisation (z. B. Bezugs- statt Funktionspflege)
- Schulung von Pflegenden/Angehörigen

Speziellere Methoden

- Milieuthherapie
- Personenzentrierte Dementenpflege
- Musiktherapie
- Kognitive Stimulationstherapie
- „Erinnerungstherapie“
- Validation
- Snoezelen (Sinneswahrnehmung)
- Körperbezogene Methoden, z. B. basale Stimulation
- Haustiere
- Aromatherapie

gen häufig solche mangelhaften Interaktionen in Pflege und Alltag zugrunde.

Laufen statt sprechen

Menschen mit Demenz haben ein zunehmendes Bedürfnis nach Bewegung, in fortgeschrittenen Stadien oft bis zu 8 km Laufstrecke/Tag. Dem muss Rechnung getragen werden. Wanderverhalten („pacing“) kann daher ein durchaus sinnvolles „Symptom“ sein, etwa um bei zunehmendem Verlust von Sprache innere Spannungen abzubauen. Es bedarf nicht per se einer Behandlung, wenn ausreichend Raum zur Verfügung steht und der Schutzaspekt gelöst ist (z. B. „Endlos-Rundgänge“). So kann auch dem Symptom „Weglaufdrang“ spezifisch durch nicht medikamentöse Maßnahmen begegnet werden.

Besteht das Verhalten nach Abklärung und ggf. ursächlicher Behandlung dieser Aspekte fort, sollte sich eine differenziertere Betrachtung des Verhaltens (z. B. im Gespräch mit den Pflegenden) anschließen. Standardisierte Fremdbeurteilungsskalen (Cohen-Mansfield-Skala, CMS; das Neuropsychiatrische Inventar, NPI) können hier hilfreich sein. Noch entscheidender zur Planung und Durchführung spezifischer Interventionen

ist allerdings die Beantwortung der Fragen nach auslösenden Ereignissen.

Vielversprechende Ansätze

Die Komplexität der Interventionen, die zumeist auf mehreren Ebenen ansetzen (Patient, Team, Umgebung) und z. B. arbeitsorganisatorische Veränderungen, aber auch subjektive Förderfaktoren und Barrieren enthalten, machen die Anwendung quantitativer Forschungsmethoden nahezu unmöglich. Dennoch sind nach relevanten kleineren Studien einige Ansätze wie z. B. Schulung von Pflegenden, Milieuthherapie, kognitive Stimulationstherapie, Musiktherapie und „Snoezelen“ Beispiele vielversprechender Ansätze (Tabelle 1). Hier besteht eine Chance und Aufgabe für die behandelnden Ärzte, längerfristig an notwendigen institutionellen Veränderungsprozessen mitzuwirken.

Medikamentöse Therapie

Erst wenn nicht medikamentöse Maßnahmen ausgereizt oder erfolglos sind und das problematische Verhalten fortbesteht, sollte eine Behandlung mit Psychopharmaka zum Einsatz kommen. Hierbei gilt es, zunächst einige Grundregeln bei der Verordnung von Pharmaka im Alter generell zu beachten:

- Veränderte Pharmakokinetik,

- möglichst Verzicht auf Polymedikation (< 5 Medikamente),
- Auswahl prioritär n. Nebenwirkungsprofil/Komorbidität, „start slow – go slow“,
- größere Zeitintervalle bei Medikamentenumstellungen,
- regelmäßiges Monitoring auf Nebenwirkungen sowie Absetzversuche.

Um als Praktiker unnötigen Handlungsdruck zu vermeiden, ist die Aufklärung der Pflegenden über den verzögerten Wirkungseintritt von Psychopharmaka (höherpot. Neuroleptika 7–14 Tage, Antidepressiva 10–20 Tage) unbedingt erforderlich. Eine vorzeitige Aufdosierung verspricht keinen Erfolg, sondern ist nur mit Nebenwirkungen behaftet. Grundsätzlich sollten auch die moderneren, potenziell nebenwirkungsärmeren Substanzen zum Einsatz kommen. Hierbei ist die grundsätzliche Problematik des „Off-Label-Use“ zu beachten, aber nicht zu scheuen.

Antidepressiva (AD)

Ausreichende Evidenz wurde für die Substanzklasse der SSRI (spezifisch serotonerg) nachgewiesen [11]. Nach Expertenmeinung kann aber auch der Einsatz der neueren Generationen von AD (insbesondere spezifisch noradrenerge Substanzen oder mit dualen Wirkprinzipien) empfohlen werden.

Bei eher **unruhig-agitierter Symptomatik mit Schlafstörungen** empfiehlt sich der Einsatz sedierender Substanzen wie z.B. Mirtazepin (noradrenerg und spezifisch serotonerg) oder Trazodon (serotonerg) am Abend.

Bei eher **gehemmt-antriebsarmer Depression** bietet sich die Verordnung von üblicherweise gut verträglichen SSRI (z.B. Citalopram, S-Citalopram, Sertralin) an. Allerdings können SSRI eine Parkinson-Symptomatik noch verstärken. Gute Alternativen sind Reboxetin (noradrenerg) und Venlafaxin (noradrenerg und serotonerg). Sollen unbedingt klassische Substanzen zum Einsatz kommen, werden solche mit geringem (anticholinergen) Nebenwirkungspotenzial empfohlen wie z.B. Nortryptilin oder Amitryptilinoxid (Tabelle 2).

Was tun bei Therapieresistenz?

Wenn nach drei bis vier (!) Wochen bei ausreichender Dosierung die Symptomatik nicht um mehr als 50% verbessert ist,

sollte möglichst zu einem AD einer anderen Klasse (z.B. SSRI > noradrenerg oder duales Wirkprinzip) gewechselt werden.

Insbesondere bei einem Therapieerfolg im Rahmen der Umstellungsphase stellt sich häufig die Frage der Aufrechterhaltung einer Kombinationstherapie. Eine fachspezifische Mitbehandlung des Patienten erscheint an dieser Stelle sinnvoll, spätestens aber bei fortbestehender Therapieresistenz.

Antipsychotika (Neuroleptika)

Eine ausreichende Evidenz für die effektive Behandlung mit Neuroleptika bei Demenz besteht lediglich für die Zielsymptome Psychose (z.B. Halluzinationen, Wahn) und Aggressivität. Explizit keine Wirksamkeit belegt die Datenlage dagegen für Verhaltenssymptome wie Agitiertheit und Unruhe. Die FDA warnte bereits im April 2005 vor der Verordnung von atypischen Neuroleptika bei dementen Patienten wegen hoher Nebenwirkungsrisiken mit er-

höhter Mortalität unter Olanzapin, Aripiprazol, Risperidon oder Quetiapin (www.fda.gov/cder/drug/advisory/anti-psychotics.htm). Der Wirkstoff Olanzapin sollte grundsätzlich nicht mehr bei Patienten mit Demenz verordnet werden (Rote-Hand-Brief). Der Klinikverbund „AGATE“ rief darüber hinaus zur Vorsicht auch bei der Anwendung älterer Klassen von Neuroleptika bei Senioren auf (www.amuep-agate.de).

Risperidon bei schwerer Aggressivität

Hierzulande ist derzeit nur das Atypikum Risperidon für die Indikation „schwere chronische Aggressivität, durch die sich die Patienten selbst und andere gefährden, oder psychotische Symptome bei Demenz, durch die die Patienten erheblich beeinträchtigt werden“ zugelassen. Beim Einsatz dieser Substanz ist zweierlei zu beachten: Auch relativ niedrige tägliche Erhaltungsdosen (0,5–1,5 mg) können noch mit einer Zeitverzögerung von mehre-

Tabelle 2					
Medikamentöse Therapieoptionen (Auswahl) (Indikationen s. Text u. Algorithmus)					
Substanzklasse	Substanz	Anfangsdosis (mg)	Mittl. Dosis (mg)	Besonderheiten	
Antidepressiva					
Sedierende	Mirtazapin (z. B. Remergil®)	(7,5)–15	15–30	Appetit *, Schmerz *	
	Trazodon (z. B. Thombran®)	25–50	50–100		
Antriebssteigernde	Citalopram (z. B. Cipramil®)	10–20	20–30	Initial Unruhe/Übelk. Hyponatriämie, EPS	
	Reboxetin (z. B. Edronax®)	2–4	4 (–6)	Parkinson *	
„Neutrale“	Venlafaxin (Trevilor ret.®)	75	75 (–150)	Schmerz *	
Neuroleptika					
Atypika	Risperidon (Risperdal®)	0,25–0,5	0,25–1–1,5	Orthost. Dysreg., EPS	
	Quetiapin (Seroquel®)	12,5–25	25–150	Initial Sedierung ++	
Klass. Hochpotente	Haloperidol (z. B. Haldol®)	0,5–1(–2)	(0,5–2)	EPS, i. m. + i. v. mögl.	
	Niederpotente	Melperon (z. B. Eunerpan®)	-	25–75	Längerfristige EPS
	Prothipendyl (Dominal®)	-	25–75	HWZ ↓, zur Nacht *	
	Tiaprid (z. B. Tiapridex®)	-	50–150	Kurzinfusion mögl.	
Antidementiva					
Acetylcholinest.-Hemmer	Donepezil (Aricept®)	2,5–5	5–10	GI-Beschwerden,	
	Rivastigmin (Exelon®)	1,5–3	6–12	Parkinson *, LKD *	
	Galantamin (Reminyl®)	4–8	8–16	LKD *	
Memantine	Ebixa®, Axura®	5	10–20	Unruhe, Apathie *	
Benzodiazepine					
Kurz wirksame „Atypische“	Lorazepam (z. B. Tavor Exp®)	0,5	(0,5–1)	Krisensituation *	
	Zaleplon (Sonata®)	5	5–10	Geringste HWZ	
	Zopiclon (z. B. Ximovan®)	3,75	3,75–7,5		
Antiepileptika/Phasenprophylaktika					
	Valproat (z. B. Ergenyl®)	150	300–1200	Leberfunktion kontr.	

* = positive Auswirkung auf ...; EPS = extrapyramidalmotorische Symptomatik; GI = gastrointestinale; LKD = Lewy-Körperchen-Demenz

ren Wochen ausgeprägte Parkinson-Symptome verursachen. Andererseits ist von der häufig praktizierten schnellen initialen Aufdosierung wegen der hohen Gefahr einer orthostatischen Dysregulation (Stürze, Kollaps) dringend abzurufen und aufgrund der fehlenden sedierenden Eigenschaften der Substanz praktisch ohnehin sinnlos. Hier empfiehlt sich eher eine initial kurzfristige Kombination mit einem niederpotenten Neuroleptikum (z. B. Melperon) oder kurz wirksamen Benzodiazepin (z. B. Lorazepam) zur Anxiolyse und Sedation.

Quetiapin bei Parkinson-Syndrom

Eine sehr gute neuroleptische Alternative bietet das Atypikum Quetiapin, das sich insbesondere bei der Behandlung psychotischer Symptomatik in Kombination mit Parkinson-Syndrom bewährt hat. Zu beachten ist eine kleine Anfangsdosis (12,5 mg) und langsame Aufdosierung, da die Substanz initial sehr stark sediert.

Amisulprid bei Leberinsuffizienz

Bei Leberfunktionsstörungen und erforderlicher antipsychotischer Medikation kann der Praktiker auf den selektiven Dopaminrezeptorblocker Amisulprid (z. B. Solian®) (50–150 mg) ausweichen.

Klassische Substanzen

Ist die Symptomatik akut, und wird eine Sedierung gewünscht, kommt auch das klassische Haloperidol infrage, sofern es adäquat dosiert und aufgrund des hohen EPS-Potenzials kurzfristig verordnet wird. Vorteilhaft ist die Möglichkeit einer parenteralen Applikation (i. v., i. m.) In jedem Fall erfordert der Einsatz von höherpotenten Neuroleptika ein engmaschiges Monitoring auf Nebenwirkungen und regelmäßige Abdosierungs- bzw. Absetzversuche. Auf eine Depotmedikation sollte gänzlich verzichtet werden.

Alternativen

Acetylcholinesterasehemmer

Die zur Behandlung von leichter und mittelgradiger Alzheimer-Demenz zugelassene Substanzklasse der Acetylcholin-

esterasehemmer (Donepezil, Rivastigmin, Galantamin) scheint nach aktueller Datenlage einen positiven Effekt auch auf neuropsychiatrische Symptome bei Alzheimer-Demenz zu haben. Insbesondere für die psychiatrische Begleitsymptomatik (Halluzinationen!) der Lewy-Körperchen-Demenz fand sich gute Wirksamkeit für Rivastigmin [12]. Von amerikanischen Autoren wird derzeit der Einsatz von Acetylcholinesterasehemmern noch vor dem Einsatz von Neuroleptika propagiert.

Memantine

Memantine empfiehlt sich aufgrund seiner antriebssteigernden Wirkung bei Antriebsarmut und Apathie. Ebenso lohnt sich bei dieser Indikation ein Behandlungsversuch mit Piracetam (1600–3400 mg).

Niederpotente Neuroleptika

Eine unspezifische Behandlung von allgemeiner Unruhe, Restlosigkeit, „Störverhalten“ und Schlafstörungen wird in der Praxis häufig mit niederpotenten Neuroleptika durchgeführt. Auch hier muss neben den allgemeinen Risiken der Neuroleptika (s. o.) bei längerfristigem Einsatz dringend vor dem Auftreten von Parkinson-Symptomen gewarnt werden. Häufig werden eine zeitverzögerte Verschlechterung der Mobilität mit Haltungs- und Gangstörungen, Schluckstörungen oder zunehmender Aktivitätsverlust nicht mit einer Dauermedikation in Zusammenhang gebracht.

Bei schweren Schlafstörungen haben sich aufgrund ihrer kurzen Halbwertszeit und des günstigeren Nebenwirkungspotenzials Prothipendyl und Tia- prid als „Nachmedikation“ bewährt.

Benzodiazepine

Eine dauerhafte Medikation mit dieser Substanzklasse kann für demente Menschen explizit nicht mehr empfohlen werden. Als kurzfristige Medikation in Krisensituationen, etwa initial ergänzend zur Anxiolyse und Sedierung bei akuter psychotischer Symptomatik bis zum Wirkeintritt von Neuroleptika bzw. als „Notfallmedikation“ bei aku-

ten Angst- und Erregungszuständen, haben sich Benzodiazepine dagegen gut bewährt. Dabei sollten kurz wirksamere Substanzen zum Einsatz kommen wie Lorazepam (günstig auch als Tavor Expidet® sublingual) und Oxazepam.

Auch „atypische“ Benzodiazepine (Zaleplon, Zolpidem, Zopiclon) bergen die erwähnten Risiken und sollten daher höchstens kurzfristig zur Behandlung von Schlafstörungen angewendet werden.

Antiepileptika

Bei guter Leberfunktion kann versucht werden, Unruhe, Erregung und anderes „Störverhalten“ (Schreien, Aggressivität) alternativ mit Valproat zu behandeln. Die Verordnung kann durch die hohe Wahrscheinlichkeit für das Auftreten (non)konvulsiver Anfälle bei fortschreitender Demenz gerechtfertigt werden.

Fazit für die Praxis

Es gibt keinen „evidenten“ Grund für therapeutischen Nihilismus in der Behandlung herausfordernden Verhaltens bei Demenz. Es ist jedoch an der Zeit, traditionelle Therapieschemata mit moder- neren Therapieoptionen zu ergänzen.

Literatur bei der Verfasserin

Anschrift der Verfasserin:

Prof. Dr. med. Doris Bredthauer
 Fachhochschule Frankfurt/Main
 D-60318 Frankfurt/Main
 Tel.: 069/1533-2826
 E-Mail: dbredt@fb4.fh-frankfurt.de

Summary

Treatment of Dementia

Some 80% of patients with advanced dementia develop such symptoms as aggression, a tendency to wander away, agitation or shouting and screaming. Often, these symptoms are a reaction to day-to-day problems or to the care-related situation. For this reason, psychopharmaceuticals should be employed only when external causes, additional health disorders or drug-related side effects have been excluded. Therapeutic drug options include modern antidepressants and neuroleptics.

Keywords: Dementia – Treatment – Behavioral disorders – Provocative behavior