

Geistige Leistungseinbußen in der Hausarztpraxis

Univ.-Prof. Dr. Matthias Riepe
Sektion Gerontopsychiatrie, Universität Ulm
Abteilung Akutgeriatrie und Gerontopsychiatrie BKH Günzburg,
Psychiatrie II Universität Ulm

matthias.riepe@uni-ulm.de



Alter und Gedächtnis

Unser Gedächtnis gleicht einem Siebe, dessen Löcher anfangs klein, wenig durchfallen lassen, jedoch immer größer werden und endlich so groß sind, dass das Hineingeworfene fast alles durchfällt.

Arthur Schopenhauer, deutscher Philosoph (1788–1860 n. Chr.)

Warum werden die Gedächtnislücken mit dem Älterwerden immer größer?

Was ist Gedächtnis?

Es werden verschiedene Gedächtnisleistungen unterschieden, z. B.:

- Episodisches Gedächtnis – dies sind Gedächtnisleistungen, die sich auf individuelle Ereignisse beziehen („Was haben Sie heute morgen gegessen?“)
- Semantisches Gedächtnis – dies sind Gedächtnisleistungen, die Faktenwissen entsprechen („Wo steht das Brandenburger Tor?“)
- Prozedurales Gedächtnis (Tonleiter auf dem Klavier spielen)

Gedächtnis ≠ Gedächtnis. Bei Alzheimer ist das episodische Gedächtnis früh betroffen, das semantische Gedächtnis spät.

Alter und Gedächtnis

Methodische Schwierigkeiten

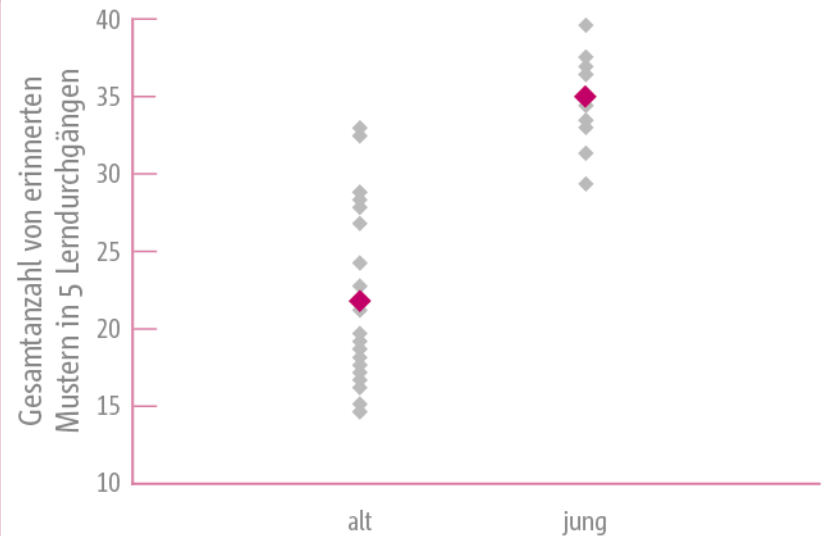
- Abweichungen von einem physiologischen Muster in der Funktionsweise sind eine Normverletzung (z. B. ventrikuläre Extrasystolen)
- Wenn eine Normsetzung erfolgt, ist es einfach festzustellen, ob diese verletzt wird (z. B. Blutdruck)
- Was aber ist „normal“ oder „pathologisch“ bei Schrittgeschwindigkeit oder Gedächtnis?

Variabilität für das Erlernen von Mustern in einer Liste (Sprachen-unabhängiger Gedächtnistest)

Lernen



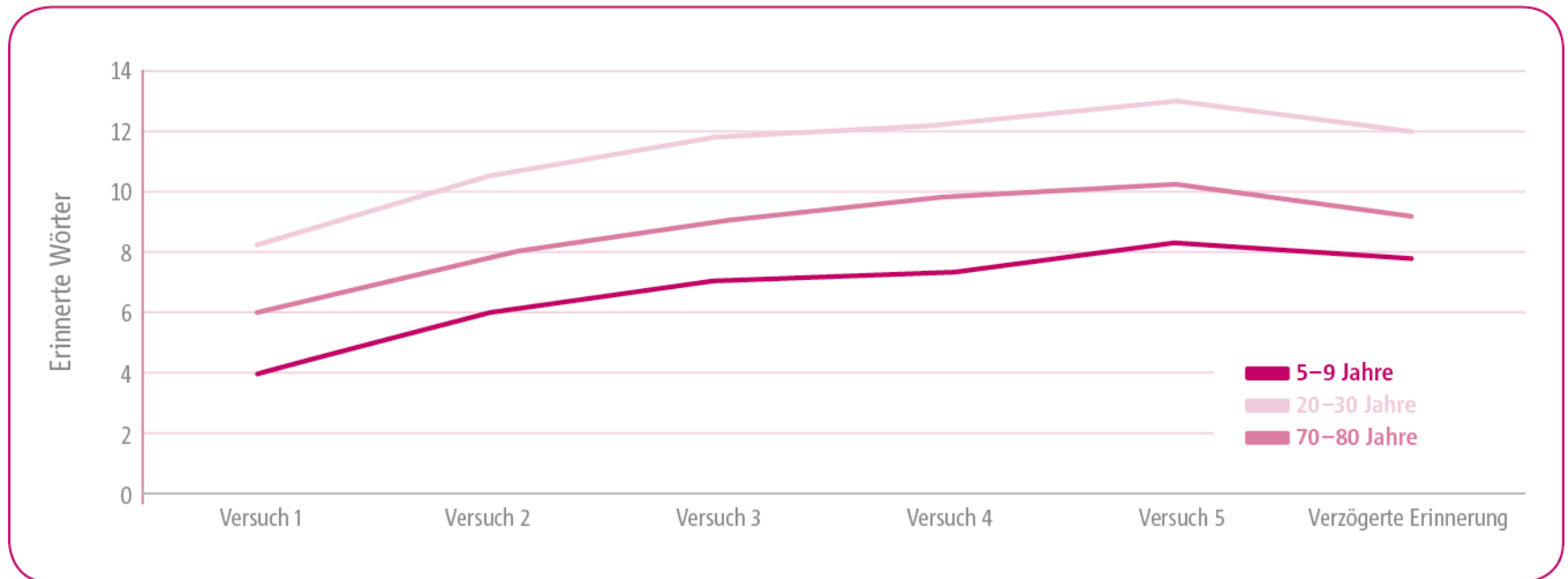
Die Probanden sollten sich eine Liste mit 10 Mustern wie das oben gezeigte einprägen.



Riepe et al., Neurobiol. Aging 2003

Alte Menschen erinnerten sich an durchschnittlich 22 von 50 Mustern; junge Menschen an 35. Die Variabilität von Gedächtnisleistungen bei alten Menschen ist größer als bei jungen Menschen.

Altersabhängigkeit für das Erlernen von Wörtern in einer Liste

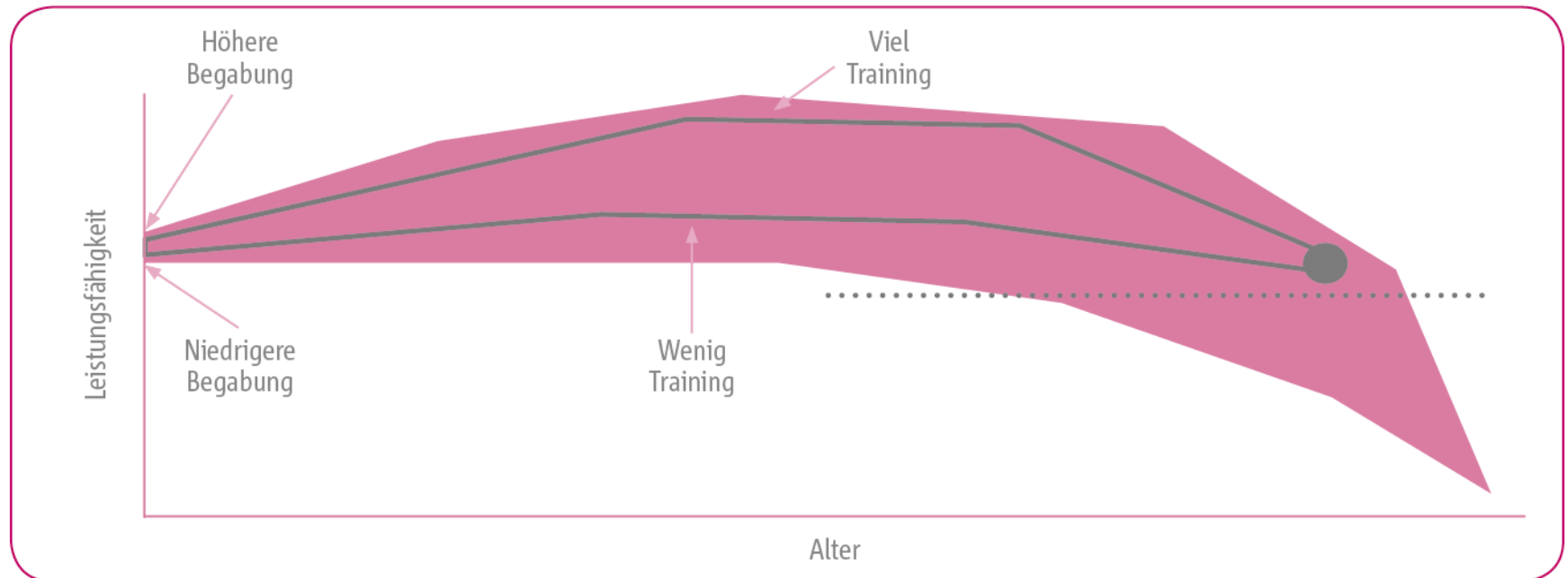


Davis et al., Exp Aging Res. 2013

Gedächtnisleistungen ändern sich mit dem Alter – bei einem 80-Jährigen sind sie besser als bei einem 9-Jährigen, aber schlechter als bei einem 30-Jährigen.

Variabilität von Gedächtnisleistungen

Was muss ich bei der Untersuchung bedenken?



Das gleiche Ergebnis kann Ausdruck sein von geringem („physiologischem“) Abbau oder von Erkrankung – je nach Begabung und Training/Berufstätigkeit. Ein Querschnittsbefund reicht nicht aus, um zwischen „Alter“ und „Krankheit“ zu unterscheiden.



zurück

07

weiter



Fazit

- Gedächtnisstörungen werden im Alter so häufig, dass man in früheren Zeiten dachte, dies gehöre zum physiologischen Alterungsprozess.
- Karies ist im Alter noch häufiger – doch niemand hat je gedacht, dass Karies zum physiologischen Alterungsprozess gehört („Alterskaries“).
- Variabilität der geistigen Leistungsfähigkeit im Alter ist groß: ein einmaliger Querschnittsbefund reicht nicht aus, um einzuschätzen, ob eine physiologische oder pathologische Gedächtnisleistung vorliegt.

Symptome, die weitere Untersuchungen auslösen sollten

- Patient redet nur über lang Zurückliegendes
- Ausweichende oder floskelhafte Antworten
- Bagatellisierung offensichtlicher Defizite
- Reizbarkeit (um Defizite zu kaschieren)
- Verlegen von Gegenständen
- „Kleine Unfälle“ mit dem Auto oder im Haushalt
- Verpassen von Terminen (auch Arztterminen!)

Andeutungen von Patienten und Angehörigen ernst nehmen!

Auch dies sollte weitere Untersuchungen auslösen:

Erstmaliges Auftreten von subjektiven Gedächtnisstörungen im Alter, denn:
das Risiko, innerhalb der darauffolgenden drei Jahre die Diagnose „Demenzsyndrom“ zu erhalten, ist massiv erhöht!

Wie teste ich episodisches Gedächtnis in der allgemeinmedizinischen Untersuchung?

- „Wie haben Sie sich gestärkt, bevor Sie heute zu mir kamen?“
- „Was war denn die Schlagzeile heute in der Zeitung?“
- „Welche Blumen standen denn heute am Empfang/im Wartezimmer?“

Kleiner Gedächtnistest bei der allgemeinmedizinischen Untersuchung:
Frage nach etwas Tagesaktuellem.

Kurzer Test für die allgemeinärztliche Praxis:

Der Patient wird aufgefordert, das Wort „sanft“ zu buchstabieren, ohne dass er das Wort geschrieben sieht.

- Der Patient soll dann das Wort vorwärts buchstabieren („s-a-n-f-t“), dann rückwärts („t-f-n-a-s“), dann alphabetisch sortiert („a-f-n-s-t“). Jede richtige Buchstabenreihenfolge ergibt einen Punkt. Normalwert ist drei Punkte – alles darunter gibt Anlass zu weiteren Untersuchungen.

Sensitivität bzw. Spezifität dieses kurzen Tests für die Abgrenzung von dementieller Entwicklung vom Alzheimer-Typ zu gesunden Kontrollen: 85 % bzw. 88 %.

Wie teste ich episodisches Gedächtnis formal?

- Ein Test, um das episodische Gedächtnis zu prüfen, ist das Erlernen von Geschichten oder einer Liste von Wörtern (oder Listen von anderen Dingen wie Mustern, etc.).
- Eine kurze Liste von drei Wörtern wird z. B. auch im Mini-Mental-Status-Test genutzt.
- In der CERAD-Testbatterie wird eine Liste von 10 Wörtern dreimal präsentiert und muss reproduziert werden (prüft Merkfähigkeit). Nach einem Zeitintervall, in dem eine kurze Rechenaufgabe gestellt wird, soll eben diese Wortliste nochmals aus dem Gedächtnis reproduziert werden (prüft die Erinnerungsfähigkeit).

Standardtest episodisches Gedächtnis: Wortliste lernen lassen.

Fazit

- Das „richtige“ Gedächtnis testen (episodisches Gedächtnis)!
- Erstmaliger Bericht eines Patienten über „Gedächtnisstörungen“ ist ein prognostisch ungünstiges Symptom.
- Der Alltag ist komplexer als einfache Screening-Tests. Darum die subjektiven Beschwerden des Patienten ernst nehmen und im Zweifelsfall weitere Diagnostik veranlassen.

Iatrogene Gedächtnisstörungen

Anticholinerge Medikamente

- Patienten mit anticholinergen Medikamenten haben geringere Gedächtnisleistungen und geringere andere kognitiven Leistungen als Patienten ohne solche Medikamente
- Diese und andere für ältere Menschen nicht geeignete oder nur mit besonderer Vorsicht bei älteren Menschen einzusetzende Medikamente sind in verschiedene Listen erfasst worden
 - Beers-Liste
 - Priscus-Liste (http://priscus.net/download/PRISCUS-Liste_PRISCUS-TP3_2011.pdf)
- Zu diesen Medikamenten gehören unter anderem Codein, Digoxin, Furosemid, Opipramol, Oxybutinin, Theophyllin

Medikamentöse Behandlung kann eine Ursache von Gedächtnisstörungen und anderen Leistungsdefiziten sein – beim älteren Menschen häufig aufgrund der Multimorbidität und Polypharmazie.

Kognitive Leistungsdefizite im Alter

Wie wurde das früher genannt?

Im Volksmund:

- Altersvergesslichkeit
- „Verkalkung“

In der wissenschaftlichen Literatur:

- Age Associated Memory Impairment (AAMI)
- Age Related Memory Decline (ARMD)
- Age Related Cognitive Decline (ARCD)
- Benign Senescent Forgetfulness (BSF)
- Cognitive Impairment No Dementia (CIND)
- Mild Cognitive Impairment (MCI)
- Mild Neurocognitive Disorder (MND)

Gedächtnisdefizite im Alter wurden schon häufig beschrieben – aber was liegt dem Phänomen zugrunde?

Ursachen kognitiver Leistungsdefizite im Alter

- Alzheimer-Erkrankung
- Depressive Störung
- Parkinson-Erkrankung
- Vaskuläre Enzephalopathie
- Lewy-Körper-Erkrankung
- Frontotemporale Demenz
- Normaldruckhydrozephalus
- Vitamin-B12-Mangel
- Iatrogen durch Medikamente
- ...

Kognitive Leistungsdefizite, die noch **nicht** den klinischen Schweregrad einer **Demenz** erreichen, treten auf bei vielen chronischen und ursächlich behandelbaren Erkrankungen.

Demenzen

Symptomatik

Demenz (F00-F03) ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf. Dieses Syndrom kommt bei Alzheimer-Krankheit, bei zerebrovaskulären Störungen und bei anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn betreffen.

Mit den Defiziten ist eine alltagsrelevante Einschränkung der Lebensführung verbunden.

ICD-10

Demenz ist ein Syndrom, keine Erkrankung. „Demenz“ werden kognitive Defizite genannt, wenn mehrere vorliegen und der Alltag eingeschränkt ist.

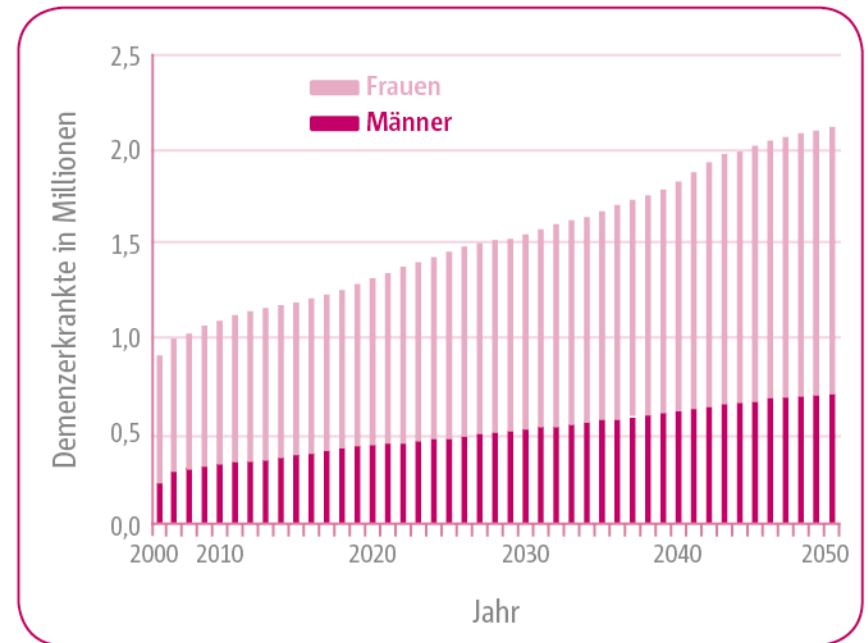
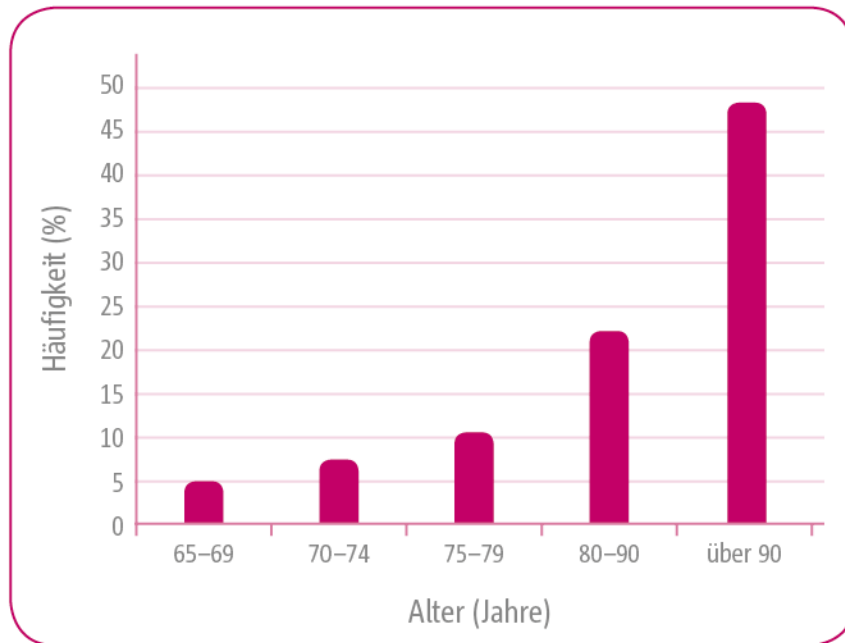
Ursachen von Demenzen

Ätiologische Beschreibung

- Alzheimer-Erkrankung
- Vaskuläre Störung
- Parkinson-Erkrankung
- Vaskuläre Enzephalopathie
- Lewy-Körper-Erkrankung
- Frontotemporale Demenz
- Normaldruckhydrozephalus
- Vitamin-B12-Mangel
- Iatrogen durch Medikamente
- ...

Kognitive Leistungsdefizite, die den klinischen Schweregrad einer **Demenz** erreichen, treten auf bei vielen chronischen und ursächlich behandelbaren Erkrankungen.

Demographische Entwicklung



Ca. jeder Vierte über 80 und jeder Zweite über 90 ist von einer Demenz betroffen. Die Zahl der Menschen mit dementiellem Syndrom wird bis 2050 auf das Doppelte steigen.

Fazit

- Die Ätiologien für „kognitive Leistungsdefizite im Alter“ und für ein Demenzsyndrom sind die gleichen – der Unterschied liegt in der Alltagsrelevanz.
- Es wird geschätzt, dass die Prävalenz von Patienten mit Demenz bis 2050 auf das Doppelte steigt – sicher auch die mit „kognitiven Leistungsdefiziten im Alter“.

Ätiologie demenzieller Erkrankungen

| Ätiologie | Ursachen | Relativer Anteil in % | Alterscharakteristik |
|---|---|-----------------------|---|
| Alzheimer-Demenz | | 50–60 | Inzidenz und Prävalenz mit zunehmendem Alter steigend |
| Vaskuläre Demenz | | 5–15 | Inzidenz und Prävalenz mit zunehmendem Alter steigend |
| Gemischte Demenz (Alzheimer + vaskulär) | | 10–20 | Inzidenz und Prävalenz mit zunehmendem Alter steigend |
| Frontotemporale Demenz | | 5–10 | 50–70 Jahre |
| Lewy-Körper-Demenz und Parkinson-Demenz | | 5–10 | 50–70 Jahre |
| Kortikobasale Degeneration | | 5–15 | je nach Ätiologie |
| Metabolische und nutritiv bedingte Demenzen | Vitamin-B12-Mangel Alkoholtoxische Demenz Schilddrüsenunterfunktion | | |
| Normaldruckhydrozephalus | | | |
| Entzündliche Erkrankungen | | | |
| | | | |

Riepe, Therapietabellen 2. Aufl. 2012

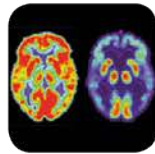
Die häufigste Ursache eines Demenzsyndroms ist die Alzheimer Erkrankung. Je nach Untersuchung liegt bei ca. einem Siebtel der Demenzsyndrome eine ursächlich behandelbare Erkrankung vor.

Alzheimer-Demenz = Alzheimer-Erkrankung + Demenz

Diagnostik der Alzheimer-Erkrankung:



Mediotemporales Symptom
(episodisches Gedächtnis,
räumliche Orientierung)



Mindestens ein
pathologischer Biomarker,
also durch Bildgebung,
Liquoruntersuchungen



Diagnostik der Demenz:

Gedächtnis

Mindestens ein Weiteres:

- Konzentration
- Aufmerksamkeit
- Sprache
- Kognitive Flexibilität
- ...



Beeinträchtigte Alltagsfunktion

Dubois et al., Lancet Neurol. 2007
Dubois et al., Lancet Neurol. 2010

Die Alzheimer-Erkrankung kann diagnostiziert werden, bevor eine Alzheimer-Demenz vorliegt; durch kognitive Tests, bildgebende Verfahren, Liquoruntersuchungen.

Vaskuläre Demenz I

Verlauf und Symptomatik sind heterogen

- Kortikale Syndrome (Aphasie, Neglect, ...)
- Status lacunaris (Apathie, Depression, Verlangsamung, Störungen exekutiver Funktionen)
- Klinik:
 - Abrupter Beginn
 - Stufenweise Verschlechterung
 - Fluktuierende Symptomatik

Vaskuläre Demenz II

Schlüsselbereich Kognition:

- Frontaler Phänotyp

Schlüsselbereich Zusatzdiagnostik:

- Bildgebung kann nicht die Diagnose stellen

Schlüsselbereich Ätiologie:

- Unspezifisch

Nicht die zerebrale Bildgebung entscheidet, ob eine Vaskuläre Demenz vorliegt, sondern die klinische Symptomatik mit fluktuierendem Verlauf und stufenweiser Symptomänderung.

Frontotemporale Demenz I

- Beginn meist zwischen 45 und 65
- Schleichender Beginn und schleichende Progression
- Frühzeitig:
 - ▶ Verminderung Einsicht/Abstraktionsfähigkeiten
 - ▶ Sozial auffällig
 - ▶ Emotion und Affekt betroffen
 - ▶ Gedächtnis vergleichsweise wenig betroffen

Frontotemporale Demenz II

Schlüsselbereich Verhalten:

- Starrheit/Inflexibilität
- Verlust an Taktgefühl/Enthemmung
- Impulskontrolle/Reizbarkeit
- Sozialer Rückzug
- Körperhygiene
- Ablenkbarkeit
- Hyperoralität
- Perseverationen

Schlüsselbereich Sprache:

- Geringe Spontansprache
- Stereotypen
- Perseverationen
- Mutismus
- Echolalien

Schlüsselbereich Körperl. Bef.:

- Inkontinenz
- Vegetative Zeichen
- Primitivreflexe
- Spät: Akinese, Rigor, Tremor

Patienten mit Frontotemporaler Demenz sind meist jünger als Patienten mit Alzheimer-Demenz und das Gedächtnis ist anfangs nur wenig betroffen.



zurück

27

weiter



Lewy-Körper-Demenz I

- Schleichender Beginn und schleichende Progression
- Fluktuation der Kognition, insbesondere der Aufmerksamkeit und Wachheit
- Ausgestaltete visuelle Halluzinationen („szenische Halluzinationen“)
- Parkinson-Symptome

Lewy-Körper-Demenz II

Hinweisende Merkmale:

- Verhaltensstörungen im REM-Schlaf (Schreien, Sprechen, motorisches Ausagieren von Träumen, Starrheit/Inflexibilität)
- Neuroleptika-Überempfindlichkeit
- Verminderte dopaminerge Aktivität in den Basalganglien, dargestellt mit SPECT oder PET

Unterstützende Merkmale:

- Stürze oder Synkopen
- Autonome Dysfunktion
- Halluzinationen andere Modalitäten
- Systematischer Wahn
- Depression

Cave:

- Zerebrovaskuläre Läsionen
- Andere Demenzätiologien
- Fortgeschrittenes Parkinson-Syndrom

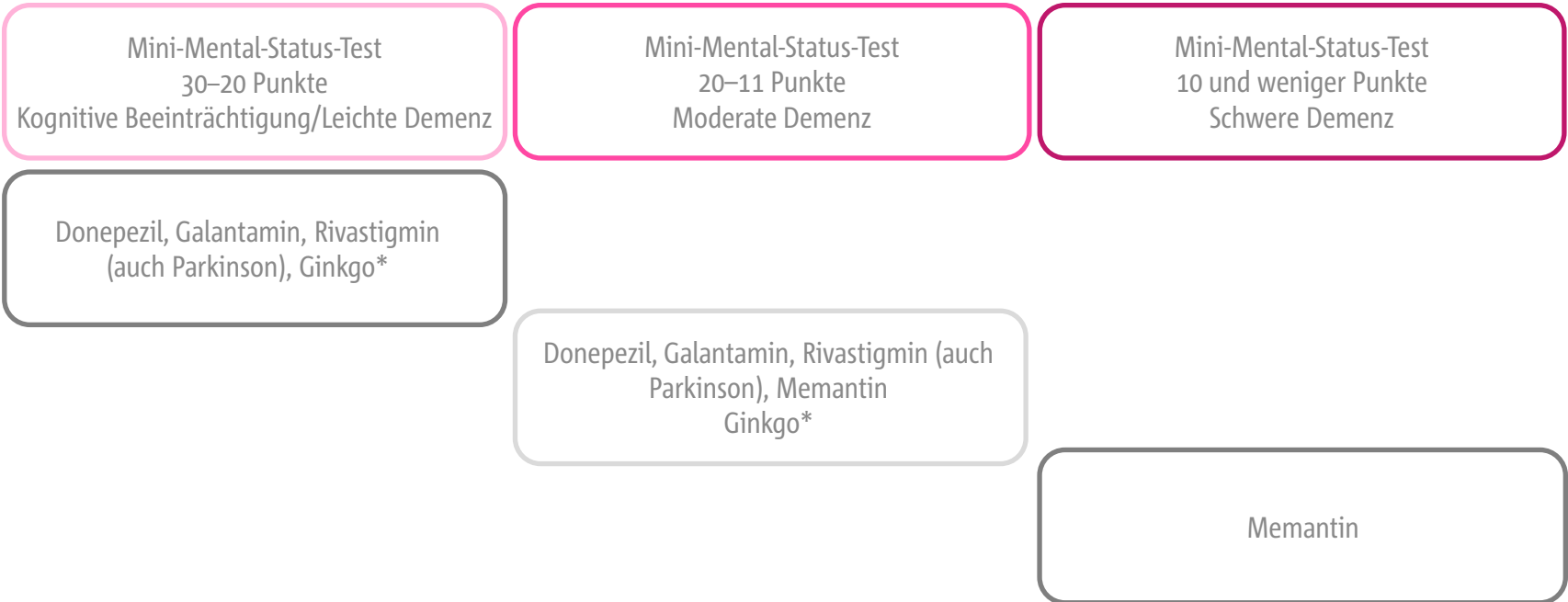
Frühzeitiger Wahn und ausgestaltete visuell-szenische Halluzinationen können für eine Lewy-Körper-Demenz sprechen. **Wichtig: Keine Neuroleptika!**

Fazit

- Das Muster der klinischen Symptomatik ist häufig diagnostisch hinweisend auf die Ätiologie eines demenziellen Syndroms bzw. der Ätiologie kognitiver Leistungsdefizite im Alter.
- Die zerebrale Bildgebung kann nicht die Ätiologie einer Demenz beweisen – auch nicht einer vaskulären Demenz.
- Wenn wahnhaftige Symptomatik vorliegt, nicht gleich mit Neuroleptika beginnen – es könnte eine Demenz mit Lewy-Körpern vorliegen und Neuroleptika sind dann kontraindiziert.

Antidementiva

Zugelassen für Alzheimer (und Parkinson)



* Klinische Studien liegen nur für den Extrakt EGb 761 vor; EGb 761 ist auch für vaskuläre Demenz zugelassen.

Stadiengerechte Therapie bei der Alzheimer- und bei der Parkinson-Erkrankung. Medikamente unterschiedlicher Wirkmechanismen können stadiengerecht kombiniert werden.

| | Donepezil | EGB 761 | Galantamin | Memantin | Rivastigmin |
|---|--|--|--|--|--|
| Wirkmechanismus | Cholinesteraseinhibition | Mikrozirkulation; Neuroplastizität; dopamin. u. cholin. Neurotransmitter | Cholinesteraseinhibition | Glutamaterge Inhibition (NMDA) | Cholinesteraseinhibition |
| Dosierung | 5–10 mg/Tag | 240 mg/Tag | 24–32 mg/Tag | 20 mg/Tag | 9,5–13,3 mg/Tag (Pflaster) |
| Einnahme mit Mahlzeit | Kein Einfluss auf Resorption | Kein Einfluss auf Resorption | Kein Einfluss auf Resorption | Kein Einfluss auf Resorption | Kein Einfluss auf Resorption |
| Metabolisierung/ Ausscheidung | Leber/überwiegend Niere | Leber/überwiegend Niere | Leber/überwiegend Niere | Nein/Niere | Nein/Niere |
| Nebenwirkungen Häufigkeit | Häufig transient zu Beginn der Therapie | Einzelfälle | Häufig transient zu Beginn der Therapie | Häufig transient zu Beginn der Therapie | Häufig transient zu Beginn der Therapie |
| Cytochrom P450 | 3A4, 2D6 | Nein, bei bis zu 240 mg/Tag | 3A4, 2D6 | Nein | Nein |
| Wichtige Nebenwirkungen | Gastrointestinal, Kopf- schmerz, Muskelkrämpfe | Einzelfälle: Allerg. Hautre- aktionen; gastrointestinal | Gastrointestinal, Kopf- schmerz, Muskelkrämpfe | Schwindel, Gleichgewichts- störungen, Kopfschmerz | Gastrointestinal, Kopf- schmerz, Muskelkrämpfe |
| Relative und absolute Kontraindikationen | Sick sinus Syndrom; supraventrikuläre Erregungs- leitungsstörungen, QT-Verlängerung; Asthma | Krankhaft erhöhte Blutungsneigung | Sick sinus Syndrom; supraventrikuläre Erregungs- leitungsstörungen, QT-Verlängerung; Asthma | Niereninsuffizienz, dekom- pensierte Herzinsuffizienz | Sick sinus Syndrom; supraventrikuläre Erregungs- leitungsstörungen, QT-Verlängerung; Asthma |

Nebenwirkungen zu Therapiebeginn sind häufig transient – nicht zu rasch Medikation absetzen. Bei persistierenden Nebenwirkungen Therapieversuch mit anderen Substanzen der gleichen Wirkstoffklasse oder Wechsel der Wirkstoffklasse!

Fazit

- Klare Leitlinien für diagnostizierte Alzheimer-Erkrankung (Donepezil, EGb 761, Galantamin, Memantin, Rivastigmin).
- Die Medikamente unterschiedlicher Substanzklassen sind kombinierbar.
- Parkinson-Erkrankung: zugelassen Rivastigmin Kapseln.

... und was ist mit denen, bei denen keine klare Diagnose wie oben aufgeführt vorliegt?

... und wenn die ätiologische Diagnose unklar ist

- Patient wünscht keine Diagnostik
- Diagnostik liegt vor – aber Patient will nichts von der Diagnose erfahren
- Diagnostik ist angesichts von Komorbiditäten obsolet
- Konkurrierende Ätiologien bei dem Patienten nachweisbar
- Versorgungssetting ermöglicht keine weiterführende Diagnostik (z. B. kein Neuropsychologe, keine Positronenemissionstomographie („Amyloid-PET“))

Zugelassene Medikamente zur Behandlung kognitiver Leistungsdefizite im Alter

| Wirkstoff(e) | Indikation |
|---|---|
| „Ginkgo“ (Ginkgolide, Flavonoidglykoside, Terpenlactone, Bilobalid, und andere) | Einzelne Zulassungen (z. B. EGb 761 in 240 mg Einmaldosierung) zur Besserung von (altersassoziierten) geistigen Leistungseinbußen und zur Verbesserung der Lebensqualität bei leichter Demenz |
| Nicergolin | Als unterstützende Maßnahme bei Hirnleistungsstörungen im Alter mit den Leitsymptomen: Einschränkung der Konzentrationsfähigkeit, der Merkfähigkeit, der Gesamtorientierung sowie Schlafstörungen |
| Codergocrinmesilat | Hirnleistungsstörungen im Alter mit folgender Leitsymptomatik: hirnorganisches Psychosyndrom sowie dementielle Erkrankungen |
| Nimodipin | Hirnorganisch bedingte Leistungsstörungen im Alter mit deutlichen Beschwerden wie Gedächtnis-, Antriebs- und Konzentrationsstörungen sowie Stimmungslabilität |

Keine Zulassung, keine Wirksamkeit von Acetylcholinesteraseinhibitoren!

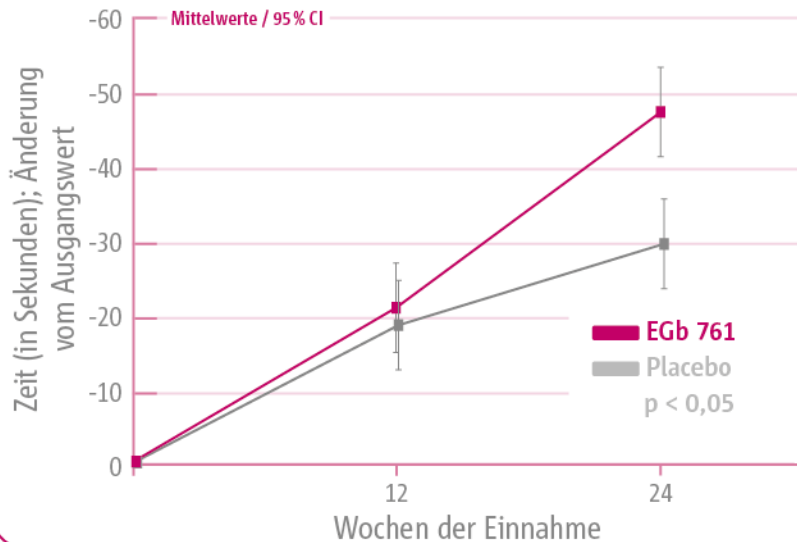
Weitere Medikamente zur Behandlung demenzieller Erkrankungen

| Wirkstoff(e) | Indikation |
|---|---|
| „Ginkgo“ (Ginkgolide, Flavonoidglykoside, Terpenlactone, Bilobalid, und andere) | Symptomatische Behandlung von hirnorganisch bedingten geistigen Leistungseinbußen im Rahmen eines therapeutischen Gesamtkonzeptes bei dementiellem Syndrom mit Leitsymptomatik: Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, depressive Verstimmung, Schwindel, Ohrensausen, Kopfschmerz |
| Piracetam | Symptomatische Behandlung von chronisch hirnorganisch bedingten Leistungsstörungen im Rahmen eines therapeutischen Gesamtkonzeptes bei dementiellen Syndromen mit der Leitsymptomatik: Gedächtnisstörungen, Konzentrationsstörungen, Denkstörungen, vorzeitige Ermüdbarkeit, Antriebs- und Motivationsmangel, Affektstörungen |
| Pyritinol | Symptomatische Behandlung von chronisch hirnorganisch bedingten Leistungsstörungen im Rahmen eines therapeutischen Gesamtkonzeptes bei dementiellen Syndromen mit der Leitsymptomatik: Gedächtnisstörungen, Konzentrationsstörungen, Denkstörungen, vorzeitige Ermüdbarkeit, Antriebs- und Motivationsmangel |

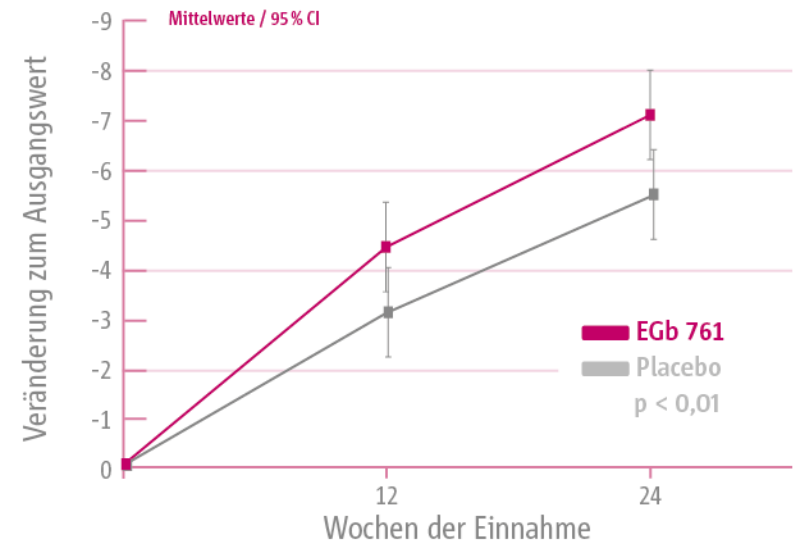
EGb 761 bei milder kognitiver Beeinträchtigung – Standardtests

Rasches Verbinden von Zahlen und Buchstaben

Trail-Making Test B



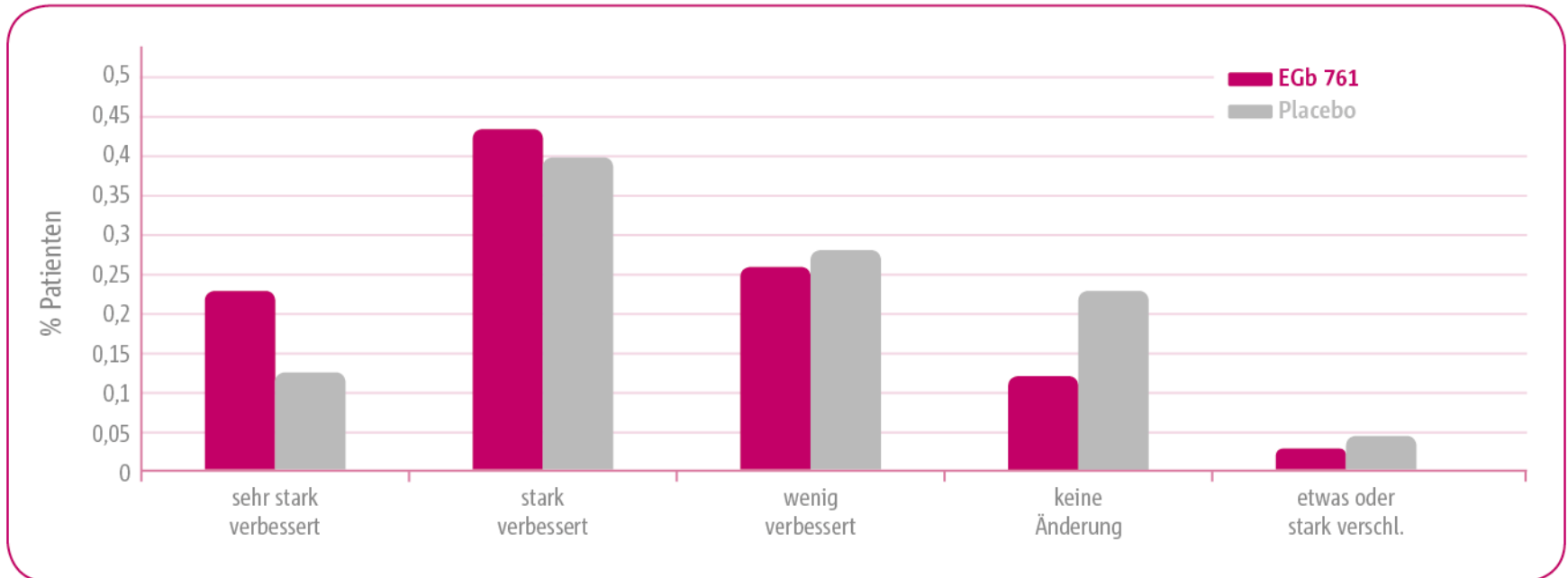
Neuropsychiatrische Symptome



Gavrilova, et al., Int. J. Geriatr. Psychiatry. 2014

Bei milder kognitiver Beeinträchtigung können kognitive Symptome und Verhaltenssymptome durch 240 mg/Tag EGb 761 verbessert werden.

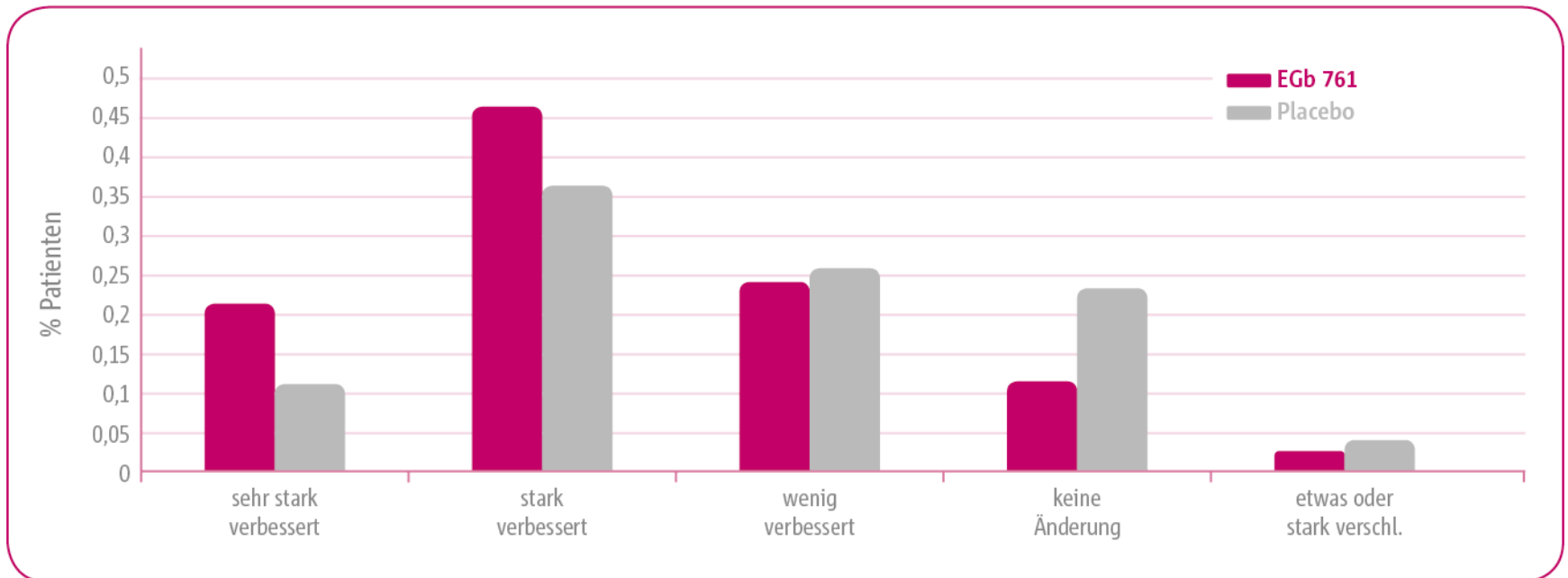
EGb 761 bei milder kognitiver Beeinträchtigung – Gesamteindruck beim Patienten



Gavrilova, et al., Int. J. Geriatr. Psychiatry. 2014

Bei milder kognitiver Beeinträchtigung verbessert sich das subjektive Befinden des Patienten durch 240 mg EGb 761/Tag.

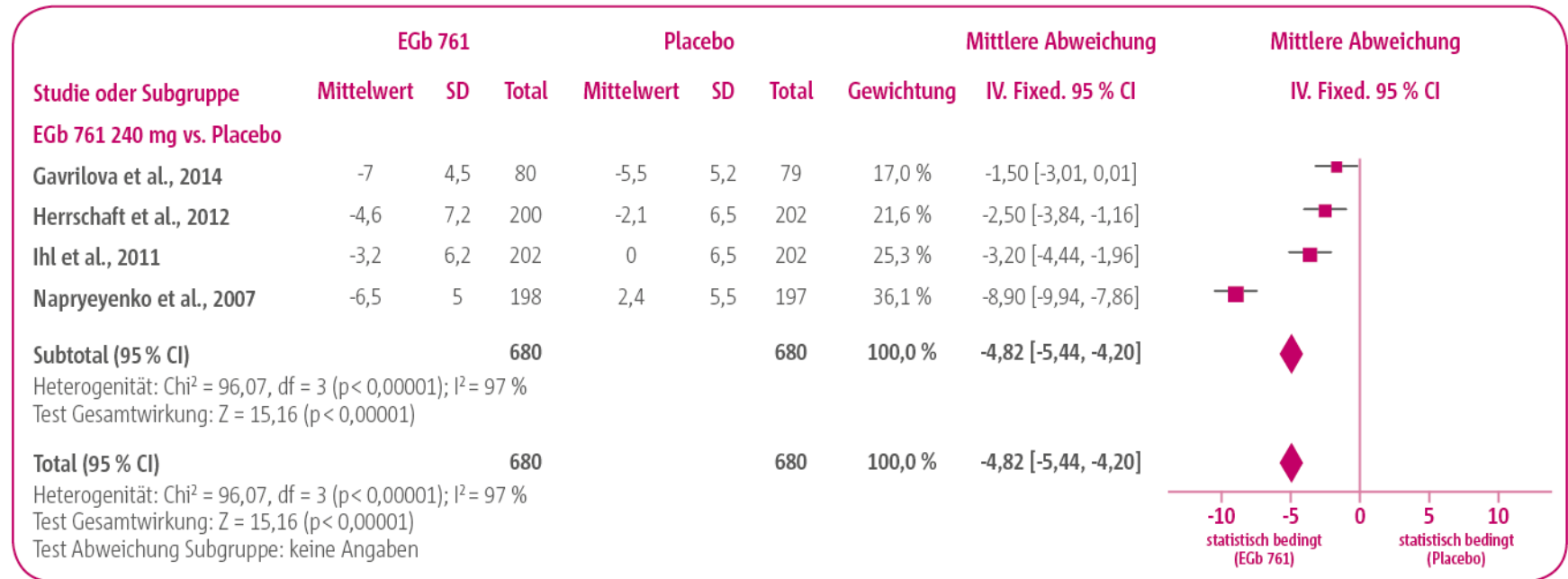
EGb 761 bei milder kognitiver Beeinträchtigung – Gesamteindruck Fremdeinschätzung



Gavrilova, et al., Int. J. Geriatr. Psychiatry. 2014

Bei milder kognitiver Beeinträchtigung verbessert sich der Gesamteindruck des Patienten aus der Sicht der Betreuungsperson.

Meta-Analyse neuropsychiatrische Symptome bei Alzheimer-Demenz oder bei milder kognitiver Beeinträchtigung unter EGb 761

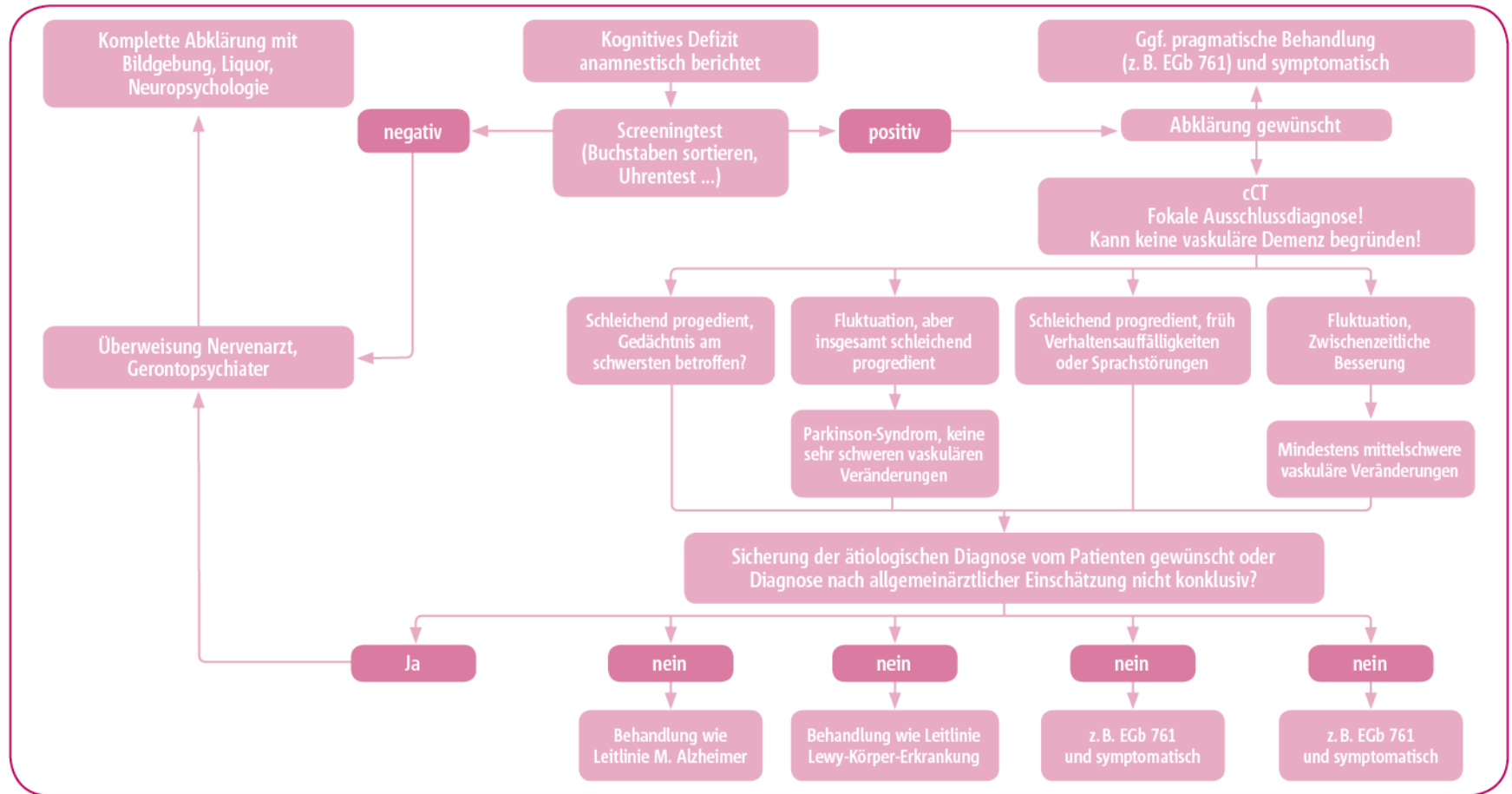


Tan et al., J. Alzheimers Dis. 2015

Bei Demenz vom Alzheimer-Typ und milder kognitiver Störung, die vor allem das Gedächtnis betreffen

Fazit: Meta-Analyse bestätigt die Wirksamkeit von EGb 761 im Spektrum von Alzheimer-Erkrankung und milder kognitiver Beeinträchtigung.

Diagnostik und Therapie in der allgemeinärztlichen Praxis



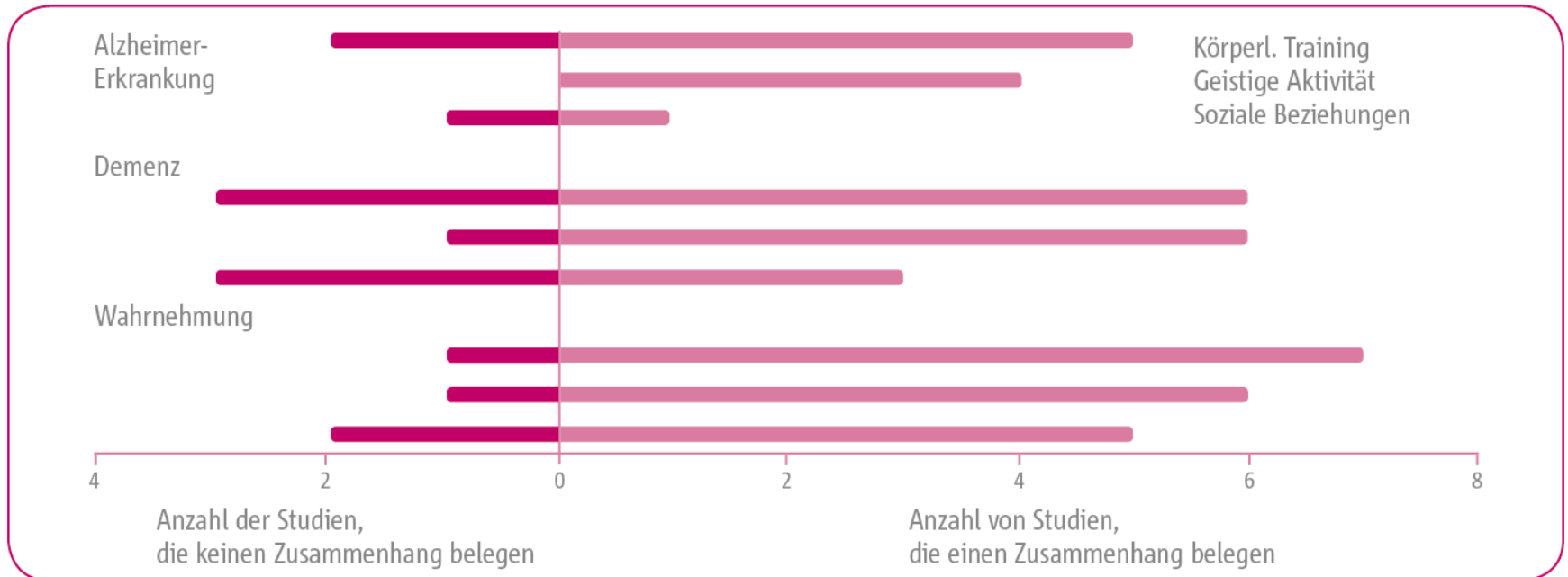
Zur besseren Lesbarkeit bitte auf das Bild klicken. Im neuen Fenster kann das Bild durch klicken vergrößert werden.

Fazit

- Nachlassende geistige Leistungsfähigkeit ist immer ein Grund zu handeln (z. B. eine ätiologische Diagnose zu stellen) oder zu behandeln.
- Klare Leitlinien zur symptomatischen Therapie von Hirnleistungsstörungen unbekannter Ätiologie gibt es nicht, aber Behandlung von Herz-Kreislauf-Risikofaktoren, Ernährungsumstellung, mentale und physische Aktivität sind ratsam.
- Im Kontinuum von Alzheimer-Erkrankung und milder kognitiver Beeinträchtigung ist EGb 761 wirksam.

... und was ist mit der Prophylaxe?

Prävention des Abbaus geistiger Leistungsfähigkeit

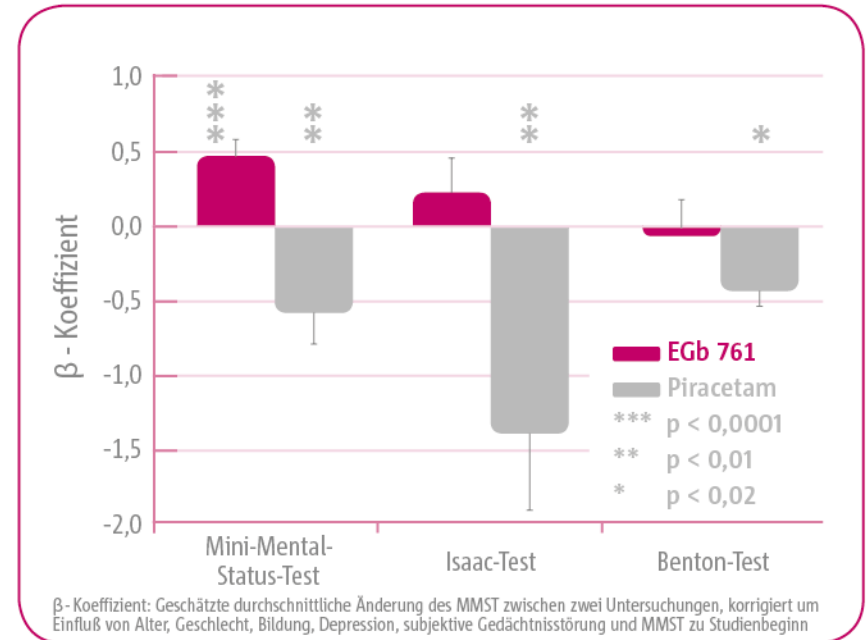


Fratiglioni et al., Lancet Neurol. 2004

Primärprophylaxe ist möglich durch körperliche Aktivität, geistige Aktivität und Pflegen sozialer Beziehungen.

PAQUID – Kohortenstudie zu Risiko- und Schutzfaktoren kognitiven Abbaus im Alter

- Unabhängig gefördert
- Prospektive, repräsentative Kohortenstudie bei 3.777 Personen ≥ 65 Jahre
- Rechnerisch schneidet die EGb 761 Gruppe über 20 Jahre z. B. um 5 MMST Punkte besser ab als die Kontrollgruppe



Amieva et al., PLoS ONE 2013

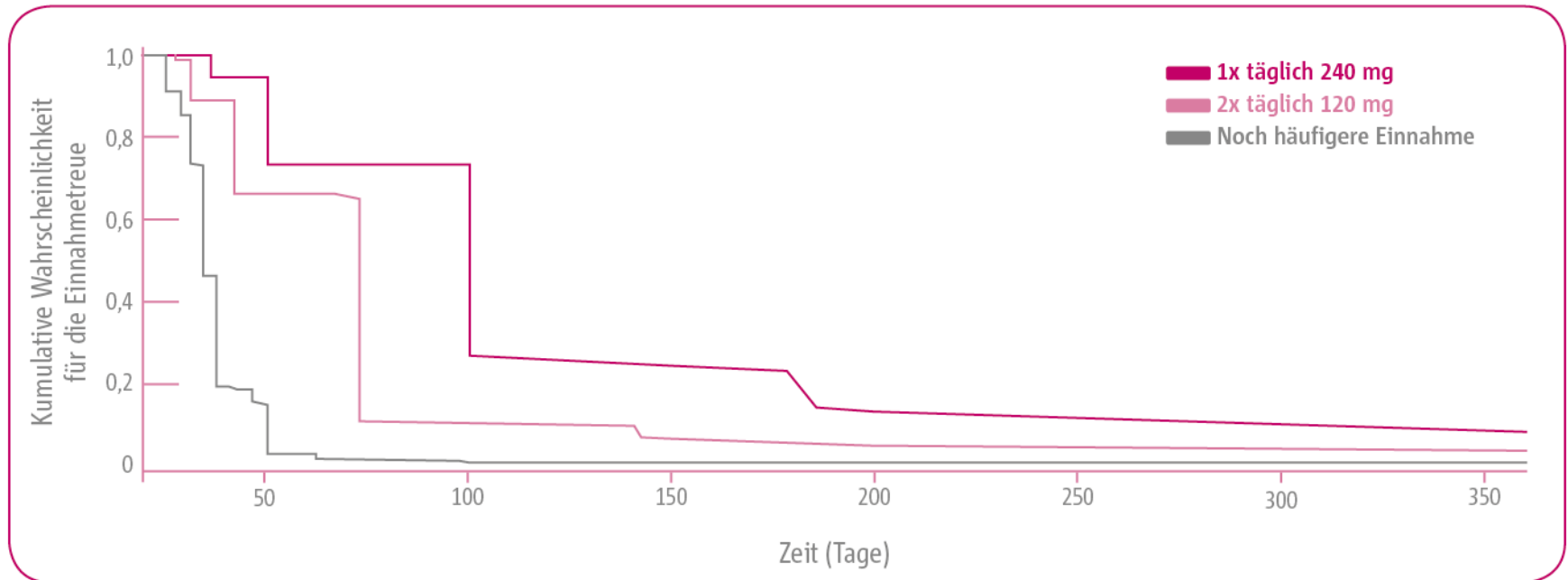
Studie fand bei Anwendern von EGb 761 langsameren Rückgang der geistigen Leistungsfähigkeit.

Fazit

- Primärprophylaxe zur Vermeidung der Abnahme der geistigen Leistungsfähigkeit ist möglich durch:
 - Körperliche Aktivität
 - Geistige Aktivität
 - Aufrechterhalt sozialer Beziehungen
- Erste Hinweise, dass auch Unterstützung mit Ginkgo (EGb 761) zum Aufrechterhalt der Leistungsfähigkeit beitragen kann.

Persistenz und Dosierung

Patienten mit Alzheimer Demenz



Czeche et al., BMC Compl. Alt. Med. 2013

Die Compliance (Einnahmetreue) ist bei ausreichender Dosierung und Einmalgabe (hier EGb 761, 240 mg in einer Tablette/Tag) größer als wenn mehrmals am Tag Tabletten eingenommen werden müssen.



zurück

46

weiter



Zusammenfassung

- Im Alter ist die Unterscheidung zwischen „normaler“ und „krankhaft veränderter“ kognitiver Leistungsfähigkeit aufwendig.
- Wenn eine Demenz vom Alzheimer-Typ diagnostiziert wird, ist eine leitliniengerechte Behandlung mit Donepezil, EGb 761, Galantamin, Memantin oder Rivastigmin indiziert.
- Wenn die Diagnose nicht geklärt werden kann, kann dem Patienten entsprechend der Zulassung eine Behandlung mit Nootropika (z. B. EGb 761) angeboten werden.