

nicht für „schwere Fälle“ reserviert sind

- Hausbesuch-Angebot
  - Sicherstellung der ambulanten Weiterbehandlung (Terminvergabe) noch während des stationären Aufenthalts
- Der Zeitaufwand liegt bei 20 bis 25 Stunden pro Patient und Jahr. Pro Patient vergütet die Krankenkasse 1 500 Euro. Um die Patienten für die Teilnahme zu gewinnen, ist entsprechende Werbung

nötig. Aber der Aufwand lohnt sich: Eine Zwischenauswertung nach neun Monaten legt den Schluss nahe, dass sich durch die compliancefördernden Maßnahmen mehr als die Hälfte der stationären Aufnahmen vermeiden lässt.

#### Quellen

Priv.-Doz. Dr. med. Carsten Spitzer, Rostock,  
Dr. med. Stephan Heres, München, Presse-  
workshop „Moderne Langzeitversorgung von

Schizophreniepatienten: Zielführende Konzepte – realistische Chancen“, Juist, 30./31. Mai 2006, veranstaltet von Janssen-Cilag.

Dr. med. Thomas Kohler, Ravensburg, Dr. med. Werner Kissling, München, Satellitensymposium „Therapiekontinuität oder patiententrelevante Endpunkte – zwei voneinander unabhängige Ziele bei der Schizophrenietherapie?“, veranstaltet von Janssen-Cilag im Rahmen des DGPPN-Kongresses 2006, Berlin, 22. November 2006.

Dr. Heike Oberpichler-Schwenk,  
Stuttgart

## Parkinson-Krankheit

### Parkinson-Demenz erkennen und behandeln

**Eine Demenz entwickelt sich bei Parkinson-Patienten mit höherer Wahrscheinlichkeit als in der Normalbevölkerung. Sie unterscheidet sich im klinischen Erscheinungsbild von der Alzheimer-Demenz; dem wurde mit der Entwicklung eines speziell für die Diagnostik der Parkinson-Demenz validierten Screening-Tests Rechnung getragen. Rivastigmin (Exelon®) ist für die Therapie der Demenz beim idiopathischen Parkinson-Syndrom zugelassen.**

Etwa 40 % der Parkinson-Patienten entwickeln eine Demenz, die Wahrscheinlichkeit ist damit rund sechsmal so hoch wie in der Normalbevölkerung. Anders als bei der Alzheimer-Demenz mit ausgeprägten Gedächtnisstörungen stehen bei der Parkinson-Demenz Störungen der *Exekutivfunktionen* und der *räumlichen Orientierung* im Vordergrund. Kognitive Prozesse sind verlangsamt, die Patienten haben Probleme, von einem Thema zum anderen zu wechseln, und Schwierigkeiten, den Alltag zu planen (was umso problematischer ist, da sie in der Regel ein striktes Medikationsschema einhalten müssen). Die Störungen der visuell-räumlichen Wahrnehmung äußern sich auch in visuellen Halluzinationen, die vor allem abends und nachts auftreten. Daneben bestehen natürlich auch Gedächtnisstörungen. Parkinson-Patienten mit einer Demenz haben eine verringerte Lebenserwartung. Sie haben ein hohes Risiko für die Entwicklung einer Psychose, welche dann die Möglichkeiten der Parkinson-Therapie einschränkt. Nicht zuletzt bedeutet eine Demenz des Parkinson-Patienten eine schwere Belastung für die Angehörigen und führt häufig zur Hospitalisierung.

Mit der Entwicklung einer Parkinson-Demenz ist vor allem dann zu rechnen („red flags“), wenn die Parkinson-Krankheit schon lange besteht, wenn der Patient über lebhaftere Träume und Schlafstörungen berichtet und wenn visuelle Halluzinationen vorliegen. Ein Hinweis auf eine möglicherweise bestehende Demenz ist es, wenn sich die Klagen des Patienten und vor allem der Angehörigen ändern, wenn zum Beispiel statt der Langsamkeit des Patienten eher sein Mangel an Interesse und Freude beklagt werden. Für die Diagnosefindung ist es auf jeden Fall wichtig, die Angehörigen einzubeziehen. Zum Teil sind die Symptome der Parkinson-Demenz schwierig von Symptomen der zugrunde liegenden Parkinson-Krankheit zu differenzieren. Auch die Abgrenzung von einer Depression, die ebenfalls etwa 40 % der Parkinson-Patienten betrifft, kann Probleme bereiten. Neben der Anamnese sind daher *neuropsychiatrische Testverfahren* für die Diagnose wichtig. Außerdem haben Maßnahmen wie EEG (Hinweis auf diffuse Hirnstoffwechselstörung), Laborwertbestimmungen und bildgebende Verfahren (z. B. Differenzialdiagnose eines Tumors) ihren Stellenwert.

Unter den neuropsychiatrischen Kurztests ist der *Uhrentest* für Patienten mit Parkinson-Demenz gut geeignet, weil die bei ihnen vorherrschende Störung der räumlichen Wahrnehmung in diesem Test gut abgebildet wird. Der *Mini-Mental-State-Test* (MMST) ist zur Verlaufskontrolle geeignet, für die Diagnostik ist er aber nicht empfindlich genug, stattdessen wird eher der DemTect empfohlen.

Speziell für die Frühdiagnose der Parkinson-Demenz entwickelt und validiert wurde der *PANDA* (Parkinson neuropsychometric dementia assessment). Er umfasst Aufgaben zum Paarssoziationslernen (einschließlich verzögerter Abfrage), zur Wortflüssigkeit, zum räumlichen Vorstellungsvermögen (mentales Spiegeln), zum Arbeitsgedächtnis und Fragen zur Stimmung. Der Test gibt damit Hinweise auf ein kognitives Defizit (Aufmerksamkeit, Exekutivfunktionen, Gedächtnis, Visuokonstruktion) und auf Veränderungen der Persönlichkeit. Anders als beispielsweise beim Uhrentest müssen die Probanden bei diesem Test nichts zeichnen, was für sie wegen der Parkinson-bedingten motorischen Beschränkungen eine Erleichterung bedeuten kann.

Im Kognitionsteil des PANDA können maximal 30 Punkte erzielt werden; bei weniger als 15 Punkten ist eine Demenz wahrscheinlich, bei 15 bis 17 Punkten besteht allenfalls eine leichte kognitive Dysfunktion. Im Stimmungsteil werden maximal 9 Punkte erreicht, bei mehr als 4 Punkten ist eine depressive Stimmungslage wahrscheinlich und sollte durch einen depressionsspezifischen Test verifiziert werden. Ergebnisse ab

18 Punkten liegen im Normbereich. Der Test eignet sich durchaus auch zur Beruhigung von Nicht-Betroffenen.

### Therapie bei Parkinson-Demenz

Die umfangreichsten Daten zur medikamentösen Therapie der Parkinson-Demenz gibt es für den Acetylcholinesterase- und Butyrylcholinesterase-Hemmer *Rivastigmin* (Exelon®). Der Wirkstoff ist neben der Alzheimer-Demenz auch für die symptomatische Behandlung der leichten bis mittelschweren Demenz beim idiopathischen Parkinson-Syndrom zugelassen und wird dafür in den aktuellen Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie empfohlen. Grundlage sind die Ergebnisse der Express-Studie [Emre et al. 2004]. In dieser Plazebo-kontrollierten Doppelblindstudie mit 541 Patienten zeigte sich nach 24-wöchiger Behandlung mit täglich 3 bis 12 mg Rivastigmin eine moderate, aber signifikante und in verschiedenen Tests konsistente Besserung der Kognition im Vergleich mit Plazebo. Auch in

der Alltagskompetenz waren die mit Rivastigmin behandelten Patienten den Patienten der Kontrollgruppe überlegen. Eine 24-wöchige offene Folgebehandlung brachte für Patienten, die zuvor Plazebo erhalten hatten, eine Besserung der Testergebnisse, wobei die Ergebnisse der weiterhin aktiv behandelten Patienten in der Regel nicht erreicht wurden [Poewe et al. 2006].

Die häufigsten, durch die indirekte cholinerge Aktivität zu erklärende unerwünschten Wirkungen von Rivastigmin sind Übelkeit (in der Plazebo-kontrollierten Studie bei 29,0 vs. 11,4 % der Patienten) und Erbrechen (16,6 vs. 1,7 %). Der Wirkstoff muss daher langsam einge-dosiert werden. Tremor (9,9 vs. 3,9 %) tritt als passagere Nebenwirkung auf. Seltener als in der Plazebo-Gruppe traten Halluzinationen auf (4,1 vs. 8,4 %), was ein Ausdruck der antidemenziellen Wirkung von Rivastigmin sein dürfte. Rivastigmin wirkt vor allem auf die kognitiven Symptome der Parkinson-Demenz. Bei Verhaltensauffälligkeiten

können atypische Antipsychotika eingesetzt werden; zugelassen für Psychosen im Verlauf eines M. Parkinson ist Clozapin (z. B. Leponex®). Bei Affektverhalten ist an den Einsatz von Antidepressiva zu denken, allerdings sind trizyklische Antidepressiva wegen ihrer anticholinergen Wirkung zu meiden.

### Quellen

- Prof. Dr. med. Rudolf F. Töpper, Hamburg, Dr. med. Ilona Csoti, Leun-Biskirchen, Pressegespräch „Länger aktiv im Leben – Rivastigmin (Exelon®) bei Parkinson-Demenz“, Frankfurt/M., 29. November 2006, veranstaltet von Novartis Pharma GmbH.
- Emre M, et al. Rivastigmine vor dementia associated with Parkinson's disease. *N Engl J Med* 2004;351:2509–18.
- Poewe W, et al. Long-term benefits of rivastigmine in dementia associated with Parkinson's disease: an active treatment extension study. *Mov Disord* 2006;21:456–61.

Dr. Heike Oberpichler-Schwenk,  
Stuttgart

## Psychopharmakotherapie

Arzneimitteltherapie psychischer und neurologischer Erkrankungen

### Herausgeber

Prof. Dr. G. Laux (federführend), Inn-Salzach-Klinikum des Bezirks Oberbayern, Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Neurologie, 83512 Wasserburg a. Inn  
Prof. Dr. H.-J. Möller, Psychiatrische Klinik und Poliklinik der Universität, Nussbaumstraße 7, 80336 München  
Prof. Dr. W. E. Müller, Pharmakologisches Institut, Biozentrum Niederursel, Universität Frankfurt, Max-von-Laue-Str. 9, 60438 Frankfurt/M.  
Prof. Dr. Heinz Reichmann, Neurologische Universitätsklinik, Fetscherstr. 74, 01307 Dresden

### Redaktion

Dr. Susanne Heinzl (verantwortlich),  
Dr. Heike Oberpichler-Schwenk,  
Dr. Annemarie Musch

### Anzeigen

Anzeigenleitung: Kornelia Wind, Tel. (07 11) 25 82-245, Objektbetreuung: Karin Hoffmann, Tel. (07 11) 25 82-242, Fax (07 11) 25 82-294

### Anzeigenberatung

Dr. Axel Sobek, Kurt-Schumacher-Str. 54, 50374 Erfstadt, Tel. (022 35) 77 07 54, Fax (022 35) 77 07 53, E-Mail: asobek@wissenschaftliche-verlagsgesellschaft.de

**Anzeigentarif:** Zurzeit gültig Nr. 14 vom 1. 10. 2006

### Abonnenten-Service

Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 10 10 61, 70009 Stuttgart, Telefon (07 11) 25 82-353/352/357, Telefax (07 11) 25 82-290

### Bezugsbedingungen

Die „Psychopharmakotherapie“ erscheint sechsmal jährlich. Preis im Abonnement jährlich e 79,80, sFr 131,70, Einzelheft e 18,-, sFr 29,70 (alle Preise jeweils zuzüglich Versandkosten). Bestellungen nehmen jede Buchhandlung im In- und Ausland sowie der Verlag entgegen. Ein Abonnement gilt, falls nicht befristet bestellt, zur Fortsetzung bis auf Widerruf. Kündigungen des Abonnements können nur zum Ablauf eines Jahres erfolgen und müssen bis 15. November des laufenden Jahres beim Verlag eingegangen sein. Die Post sendet Zeitschriften auch bei Vorliegen eines Nachsendeantrags nicht nach! Deshalb bei Umzug bitte Nachricht an den Verlag mit alter und neuer Anschrift.

**Verlag:** Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, Birkenwaldstraße 44, 70191 Stuttgart

**Verantwortlich für den Textteil:** Dr. Susanne Heinzl, Birkenwaldstraße 44, 70191 Stuttgart

**Verantwortlich für den Anzeigenteil:** Kornelia Wind, Birkenwaldstraße 44, 70191 Stuttgart

Mit Namen gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Der Verlag haftet nicht für unverlangt eingereichte Manuskripte. Die der Redaktion angebotenen Originalbeiträge dürfen nicht gleichzeitig in anderen Publikationen veröffentlicht werden. Mit der Annahme zur Veröffentlichung überträgt der Autor dem Verlag das ausschließliche Verlagsrecht für die Zeit bis zum Ablauf des Urheberrechts. Eingeschlossen sind insbesondere auch das Recht zur Herstellung elektronischer Versionen und zur Einspeicherung in Datenbanken sowie das Recht zu deren Vervielfältigung und Verbreitung online und offline ohne zusätzliche Vergütung. Alle in dieser Zeitschrift veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Kein Teil dieser Zeit-

schrift darf außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ohne schriftliche Genehmigung des Verlags in irgendeiner Form reproduziert oder in eine von Maschinen, insbesondere von Datenverarbeitungsanlagen verwendbare Sprache übertragen werden.

Ein Markenzeichen kann warenzeichenrechtlich geschützt sein, auch wenn ein Hinweis auf etwa bestehende Schutzrechte fehlt.

### Hinweis

Wie jede Wissenschaft sind Pharmazie und Medizin ständigen Entwicklungen unterworfen. Soweit in dieser Zeitschrift Dosierungen, Applikationen oder Laborwerte erwähnt werden, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass Herausgeber, Autoren und Redaktion sehr sorgfältig darauf geachtet haben, dass diese Angaben dem aktuellen Wissenstand entsprechen. Für Angaben über Dosierungsanweisungen, Applikationsformen und Laborwerte kann von Redaktion und Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. Jeder Benutzer ist angehalten, durch sorgfältige Prüfung der Fachinformation der verwendeten Präparate oder gegebenenfalls durch Konsultation von Spezialisten festzustellen, ob die Empfehlung für Dosierungen und die Angaben zu Indikationen und Kontraindikationen gegenüber den Angaben in der Zeitschrift abweichen. Benutzer sollten ihnen auffallende Abweichungen der Redaktion mitteilen.

© 2007 Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, Stuttgart.

Printed in F. R. Germany

IA-MED geprüft 2006

### Druck und buchbinderische Verarbeitung

W. Kohlhammer Druckerei GmbH & Co. KG, Augsburg  
Str. 722, 70329 Stuttgart