Gemeinsame Pressemitteilung DGPPN und DGN

Neue medizinische Leitlinie Demenzen: Bessere Diagnostik und Therapie sind möglich

Berlin, 27. Januar 2016 – Nur die Hälfte der Demenzkranken werden in der Versorgung als solche erkannt, noch weniger erhalten eine Behandlung nach den medizinischen Standards. Nach mehr als fünf Jahren Arbeit stellen Neurologen und Psychiater in Berlin heute auf einer Pressekonferenz gemeinsam die vollständig neu überarbeitete „Leitlinie Demenzen" vor. 23 Fachgesellschaften, Berufsverbände und Organisationen von Medizinern, Therapeuten, Pflegepersonal und Patienten haben sich auf Regeln für die Diagnostik und die Behandlung geeinigt. In Deutschland leben bis zu 1,5 Millionen Menschen mit einer Demenz, etwa zwei Drittel davon mit der Alzheimer-Demenz. Demenzerkrankungen stellen Medizin und Gesellschaft vor große Herausforderungen und belasten das Gesundheitssystem erheblich. Anlässlich der neuen Leitlinie fordern Experten der beiden federführenden Gesellschaften – der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) sowie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) –, die wissenschaftlich belegten Therapieoptionen stärker zu nutzen und gleichzeitig weniger sinnvolle Maßnahmen zu unterbinden.

Laut der letzten Erhebung des Statistischen Bundesamts im Jahre 2008 kostete die Behandlung von Demenzpatienten mehr als 9 Milliarden Euro im Jahr, das sind rund 4 Prozent der gesamten Krankheitskosten in Deutschland. Ein schwer betroffener Patient schlägt mit bis zu 40.000 EUR pro Jahr zu Buche. Dabei wird nur etwa die Hälfte der neu an Demenz Erkrankten von ihrem Arzt als solche erkannt, wie die AgeCoDe-Studie (1) gezeigt hat. Weniger als die Hälfte der Demenzkranken erfahren eine leitliniengerechte Behandlung, wie Versorgungsstudien zeigen.

Psychosoziale Intervention: Gut geschulte Bezugspersonen fördern den Behandlungserfolg
Neben der pharmakologischen Therapie spielen die psychosozialen Interventionen eine wesentliche Rolle: „Psychosoziale Interventionen wirken so gut wie Medikamente und sind gleichrangige zentrale Bausteine im Gesamtbehandlungsplan von Demenzerkrankungen", betont Prof. Wolfgang Maier von der DGPPN, Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Bonn und einer der beiden Sprecher der Leitlinie. „Die Wirksamkeit alltagsnaher kognitiver Stimulation, individuell angepasster Ergotherapie oder gezielter körperlicher Aktivitäten ist klar nachgewiesen. Die Anwendung solcher Verfahren sollte möglichst zu Hause erfolgen. Damit werden nicht nur Lebensqualität, Fähigkeiten und positive Gefühle der demenziell Erkrankten gefördert, sondern vor allem auch die Pflegenden entlastet." Intensive Angehörigentrainings sollten zudem eingesetzt werden, um einerseits bei den pflegenden Familienmitgliedern Belastungsfolgen (v. a. Depressionen, Burnout) zu vermeiden und weitere Erleichterungen herbeizuführen. Andererseits können auf diesem Wege Heimeinweisungen länger vermieden werden. „Wir fordern daher systematische Beratungs- und

Trainingsangebote für Angehörige, damit sie entlastet werden und sie nicht selber infolge der Pflege erkranken“, so Maier. Psychosoziale Maßnahmen sind eine sinnvolle Investition, die von den Kostenträgern übernommen werden müssten, weil damit belastende Krankheitsfolgen vermieden würden, so Maier.

Prävention: Kann man der Alzheimer-Demenz vorbeugen?
„Die Hinweise verdichten sich, dass eine Alzheimer-Demenz nicht allein Schicksal ist“, sagt Prof. Frank Jessen aus Köln, Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Köln und Leitlinienkoordinator der DGPPN. „Es gibt wahrscheinlich Möglichkeiten, das Risiko einer Erkrankung zu mindern. Als Faustregel gilt: Was dem Herz gut tut, hilft auch dem Gehirn.“ Darum gilt es, Diabetes, Bluthochdruck und Übergewicht im Auge zu behalten, um diesen Risikofaktoren frühzeitig medizinisch entgegenzuwirken. Ein gesunder und aktiver Lebensstil, körperliche Bewegung und ein aktives soziales Leben sind weitere Faktoren, die dabei helfen, die Erkrankung zu bremsen. Auch wird in den Leitlinien von der Einnahme von Hormonersatzpräparaten zur Prävention von Demenz abgeraten.

Medikamente: Nur wenige wirken – differenzierter Einsatz erforderlich
Viele Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel, die Patienten heute erhalten, sind wirkungslos. „Wir haben zwar nur ein kleines Arsenal an nachweislich wirksamen Substanzen, diese können wir aber gezielt und individuell einsetzen – und die neue Leitlinie zeigt eine immer bessere wissenschaftliche Studienlage“, sagt Prof. Richard Dodel, Kommissarischer Leiter der Neurologischen Universitätsklinik in Marburg und Experte der Leitlinie. Die Medikamentengruppe der Acetylcholinesterase-Hemmer fördert die Fähigkeit der Patienten, ihre Alltagsaktivitäten zu verrichten, stabilisiert die kognitive Funktion und den Gesamteindruck bei einer leichten bis mittelschweren Alzheimer-Demenz. Memantin verbessert die Alltagsfunktion und den klinischen Gesamteindruck bei Patienten mit moderater bis schwerer Alzheimer-Demenz. Neu ist, dass der Extrakt aus der Pflanze Ginkgo biloba bei Personen mit leichter bis mittelgradiger Alzheimer-Demenz oder vaskulärer Demenz, die zusätzlich unter Verhaltensänderungen wie Depression oder Antriebsstörungen leiden, Hinweise auf eine positive Wirkung zeigt.

Früherkennung: Eine Vorhersage ist möglich – Ansatz für neue Formen der Prävention
„Wenn die fachlich richtigen Methoden gewählt werden, können wir heute eine Alzheimer-Erkrankung mit einer Vorhersagestärke von 85 bis 90 Prozent prognostizieren“, sagt Prof. Jörg Schulz, Direktor des Neurologischen Universitätsklinikums in Aachen. Jeder Patient mit sicher diagnostizierten klinischen Vorzeichen, einer so genannten MCI (Mild Cognitive Impairment), sollte über die Möglichkeiten einer Frühdiagnostik aufgeklärt werden. Auch wenn es noch nicht eindeutig wissenschaftlich nachgewiesen ist, gehen wir davon aus, dass frühe präventive Maßnahmen die Chance erhöhen, den Fortschritt der Erkrankung zu bremsen. „Jeder sollte ein Recht haben, diese Option zu nutzen“, so Schulz. Umgekehrt wird von einem Screening (kognitive Tests, Kurztests, apparative Verfahren) bei Personen ohne Beschwerden und Symptome – einzig mit dem Ziel, eine mögliche Demenzerkrankung auszuschließen – deutlich abgeraten. Anbieter solcher Privatleistungen für Selbstzahler werden von der Leitliniengruppe als nicht seriös angesehen.

Das Recht des Patienten auf Nichtwissen bleibt in jedem Fall bestehen: Die Frühdiagnostik kann nur nach vorheriger Aufklärung durch einen ausgewiesenen Experten, mit Einwilligung des Patienten und mit der entsprechenden Betreuung nach Diagnosestellung erfolgen.

Leitlinien und Demenzen

In medizinischen Leitlinien wird das aktuelle Wissen zu Diagnostik und Therapie von Erkrankungen zu Empfehlungen zusammengefasst. Die vorliegende so genannte S3-Leitlinie stellt die qualitativ höchste Stufe dar: Experten analysieren die weltweit erscheinende Literatur und stimmen anschließend über die Empfehlungen ab.

Demenzen sind Krankheitsbilder, die von einem zunehmenden Verlust kognitiver Fähigkeiten gekennzeichnet sind. Mit Fortschreiten der Krankheit kommt es zu einem Verlust der Alltagskompetenz sowie zum Persönlichkeitszerfall. Am häufigsten ist die Alzheimer-Demenz, weitere in der Leitlinie berücksichtigte Demenzformen sind die vaskuläre Demenz, die Lewy-Körperchen-Demenz sowie die frontotemporale Demenz.

Download der Leitlinie Demenzen 2016

Die Leitlinie ist auf den Internetseiten der beiden Fachgesellschaften DGN und DGPPN zu finden: www.dgn.org und www.dgppn.de

Quelle

(1) AgeCoDe-Studie unter www.knd-demenzen.de

Kontakt

Pressestelle der DGPPN
Tel.: +49 (0) 30 2404 77211
E-Mail: pressestelle@dgppn.de

Pressestelle der DGN
Tel.: +49 (0) 89 46148622
E-Mail: presse@dgn.org

*Die **Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)** ist eine medizinische Fachgesellschaft. Sie wurde 1842 gegründet und zählt heute mehr als 8500 Mitglieder. Damit ist sie die größte und älteste wissenschaftliche Vereinigung von Ärzten und Wissenschaftlern, die in Deutschland auf den Gebieten Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde arbeiten. Sitz der Geschäftsstelle ist Berlin.*
www.dgppn.de

*Die **Deutsche Gesellschaft für Neurologie e. V. (DGN)** sieht sich als neurologische Fachgesellschaft in der gesellschaftlichen Verantwortung, mit ihren mehr als 8000 Mitgliedern die neurologische Krankenversorgung in Deutschland zu sichern. Dafür fördert die DGN Wissenschaft und Forschung sowie Lehre, Fort- und Weiterbildung in der Neurologie. Sie beteiligt sich an der gesundheitspolitischen Diskussion. Die DGN wurde im Jahr 1907 in Dresden gegründet. Sitz der Geschäftsstelle ist Berlin.*
www.dgn.org

Hintergrund: Gemeinsame Presseinformation der DGPPN und der DGN

Die Leitlinie Demenzen 2016: Punkt für Punkt

Berlin, 27. Januar 2016 – Mit einem Umfang von 133 Seiten und 21 Tabellen bringt die vollständig neu überarbeitete „Leitlinie Demenzen“ zu Beginn des Jahres 2016 das Wissen um die bestmögliche Erkennung, Behandlung und Betreuung von Menschen mit der Alzheimer-Erkrankung und anderen Demenzen auf den neuesten Stand. Den unter der Steuerung von Prof. Dr. med. Günther Deuschl von der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) und Prof. Dr. med. Wolfgang Maier von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) erarbeiteten Empfehlungen der höchsten Qualitätsstufe S3 liegen allein 418 wissenschaftliche Publikationen zugrunde. Zusätzlich sind die Erfahrungen von weiteren 21 Fachgesellschaften, Berufsverbänden und weiteren mit Demenzen befassten Organisationen mit eingeflossen.

Begleitet wird die neue Leitlinie von einem Methodenreport und von Evidenztabellen, der auf nahezu 150 Seiten größtmögliche Transparenz herstellt und die insbesondere auch die Veränderungen und Ergänzungen gegenüber früheren Demenz-Leitlinien klarstellt. Erstmals wurde eine Leitlinie der Gesellschaften vor der Fertigstellung im Internet zur Kommentierung veröffentlicht. Im Einzelnen heben Experten der DGN und der DGPPN folgende Punkte hervor (die Zahlen in Klammern verweisen auf die entsprechende Empfehlung in der Leitlinie):

Psychosoziale Interventionen sind gleichrangig mit medikamentöser Therapie
Den hohen Stellenwert psychosozialer Interventionen bei der Behandlung und Betreuung von Demenzkranken betont einer der beiden Sprecher der Leitlinie, Prof. Wolfgang Maier von der DGPPN. „Ansätze und Ziele dieser Verfahren sind wesentlich breiter als die der pharmakologischen Therapien. Gleichzeitig ist aus methodischen Gründen die Qualität der Studien zu den einzelnen Verfahren oft geringer als bei pharmakologischen Prüfungen“, heißt es in der Leitlinie.

Im Vergleich zu einer Medikamentenstudie ist beispielsweise eine Verhaltenstherapie weniger leicht zu verblinden, und sie ist wegen fehlender finanzieller Anreize auch schwieriger zu finanzieren. Seit der ersten Ausgabe der Leitlinie Demenz ist jedoch eine größere Zahl qualitativ hochwertiger Studien zu psychosozialen Interventionen erschienen, während es bei der Arzneimittelentwicklung keine größeren Fortschritte gegeben hat. „Dies führte dazu, dass psychosoziale Interventionen gleichrangige zentrale Bausteine im Gesamtbehandlungsplan von Demenzerkrankungen sind“, so Maier.

Bei Patienten mit leichter bis moderater Demenz sehen die Experten Evidenz für den Nutzen einer kognitiven Stimulation, nicht jedoch für kognitives Training (73). Bei Reminiszensverfahren fänden sich Hinweise auf Wirkung für alle Schweregrade der Demenz (74).

Ergotherapeutische Maßnahmen sollten bei Patienten mit leichter bis mittelschwerer Demenz angeboten werden. Individuell angepasst und unter Einbeziehung der Bezugspersonen, könnten sie zum Erhalt der Alltagsfunktionen beitragen (75).

Körperliche Aktivität und leichtes Training erscheinen ebenfalls nützlich. Es gebe Hinweise, dass sich damit kognitive Funktionen verbessern ließen, ebenso Alltagsfunktionen, psychische und Verhaltenssymptome, Beweglichkeit und Balance (76).

Hinweise auf günstige Effekte fanden die Demenzexperten zudem für bestimmte künstlerische Aktivitäten. So könne eine aktive Musiktherapie bei psychischen und Verhaltenssymptomen bei Alzheimer-Demenz angeboten werden (77), und eine rezeptive Musiktherapie könne geringe Effekte auf agitiertes und aggressives Verhalten haben (78).

Einstimmig war das Votum der Experten bezüglich der Verwendung von Aromastoffen, denen „geringe Effekte auf agitiertes Verhalten und allgemeine Verhaltenssymptome bei Patienten mit mittel- bis schwergradiger Demenz“ attestiert werden (79), für multisensorische Verfahren (Snoezelen) mit individualisierten, biographiebezogenen Stimuli, die Freude und Aktivität bei moderater bis schwerer Demenz fördern (80), Angehörigentraining zum Umgang mit psychischen und Verhaltenssymptomen der Kranken (82), familienähnliche Esssituationen (84) und eine strukturierte soziale Aktivierung tagsüber, die den Schlaf-Wach-Rhythmus verbessern kann (85).

Die Pflegenden von Demenzkranken fühlen sich oft überfordert und entwickeln infolgedessen gesundheitliche Probleme. Daher sind intensive Angehörigentrainings besonders wichtig, die das Wohlergehen des Demenzkranken befördern und gleichzeitig zu einer Entlastung des Pflegenden Angehörigen führen (83, 86).

Ansätze zur Prävention

„Wir haben gute Hoffnung, dass Alzheimer und andere Demenzen durch Präventionsmaßnahmen gebremst oder gar verhindert werden können“, berichtet Prof. Dr. med. Frank Jessen aus Köln, Leitlinienkoordinator der DGPPN. In der Leitlinie heißt es dazu eindeutig: „Vaskuläre Risikofaktoren und Erkrankungen (z. B. Hypertonie, Diabetes mellitus, Hyperlipidämie, Adipositas, Nikotinabusus) stellen auch Risikofaktoren für eine spätere Demenz dar. Daher trägt deren leitliniengerechte Diagnostik und frühzeitige Behandlung zur Primärprävention einer späteren Demenz bei.“ (94) Eine „Anti-Demenz-Diät“ gibt es zwar nicht, immerhin aber Hinweise, dass Fisch und eine Mittelmeerdiät protektiv sein könnten. Die Experten mahnen deshalb zu einer ausgewogenen Ernährung. Leichter bis moderater Alkoholkonsum zeigte zwar in einigen Studien protektive Effekte, wegen der Abhängigkeitsgefahr und toxischer Eigenschaften des Alkohols wird diese Strategie aber nicht empfohlen. Positiv ist das Votum dagegen für einen aktiven Lebensstil mit körperlicher Bewegung, sportlicher, sozialer und geistiger Aktivität (95). Den Beleg für eine medikamentöse Prävention mit speziellen Demenzpräparaten gibt es derzeit noch nicht.

Medikamentöse Therapie mit einer Handvoll Präparaten

„Schätzungsweise 50.000 Wissenschaftler weltweit forschen an der Alzheimer-Erkrankung. Dutzende Wirkstoffe befinden sich in klinischen Studien – und doch gibt es noch kein Medikament, das einen krankheitsmodifizierenden Effekt besitzt, und es ist kurzfristig leider auch keines in Sicht“, so Prof. Richard Dodel, Kommissarischer Leiter der Klinik für Neurologie, Universitätsklinikum Marburg, Mitglied der Leitlinien-Expertengruppe für die DGN.

Das Wissen über ein kleines Arsenal von vier Medikamenten in der Alzheimer-Therapie hat sich allerdings verfestigt. Mit ihnen wird die sogenannte Kernsymptomatik, also der Verfall kognitiver Fähigkeiten, behandelt. Sie müssen aber sehr differenziert je nach Patient, je nach Neben- und Wechselwirkung oder Grad der Erkrankung eingesetzt werden.

Neu aufgenommene Empfehlungen betreffen zum Beispiel die Langzeitbehandlung von Alzheimerpatienten bei klinischer Progredienz ins mittlere bis schwere Krankheitsstadium. Das Absetzen von Acetylcholinesterase-Hemmern berge das Risiko einer klinischen Verschlechterung und solle nur vorgenommen werden, wenn die Nebenwirkungen den Nutzen übersteigen (34).

Memantin ist bei moderater bis schwerer Alzheimer-Demenz angezeigt, denn es wirkt auf Kognition, Alltagsfunktion und klinischen Gesamteindruck der Patienten (37). Bei leichtgradiger kognitiver Beeinträchtigung sehen die Experten jedoch keine Wirkung des Präparates und raten vom Einsatz ab (38).

Zu den günstig beurteilten Präparaten ist Ginkgo biloba EGb 761 hinzugekommen. Hier gebe es Hinweise für die Wirksamkeit bei Patienten mit leichter bis mittelgradiger Alzheimer-Demenz oder vaskulärer Demenz und nicht psychotischen Verhaltenssymptomen. „Eine Behandlung kann erwogen werden.“ (42)

Viele weitere Medikamente werden derzeit bei Demenzpatienten angewendet, obwohl sie in Studien keine Wirkung gezeigt haben. Die Leitlinie listet diese Wirkstoffe auf. Schließlich versprechen sich viele Patienten und Angehörige eine Besserung von Nahrungsergänzungsmitteln. „Doch auch hier zeigt die Leitlinie, dass von den derzeit zur Verfügung stehenden Präparaten keine sicher nachgewiesene Wirkung ausgeht“, so Dodel.

Früherkennung – ein grundsätzliches Recht für die Patienten

„Allen Patienten mit klar definierten Vorzeichen einer Alzheimer-Demenz kann schon Jahre vor einer ausgeprägten Manifestation eine Früherkennung angeboten werden“, fasst Prof. Dr. med. Jörg B. Schulz, Direktor der Neurologischen Klinik, RWTH Aachen und Mitglied der Leitlinien-Expertengruppe für die Deutsche Gesellschaft für Neurologie, einen weiteren Abschnitt der neuen Leitlinie zusammen.

Mit bestimmten Verfahren liegt die Vorhersagestärke mit der Demenzvorstufe MCI (Mild Cognitive Impairment) inzwischen bei 85 bis 90 Prozent. Die Patienten haben daher ein Recht auf diese Diagnostik und die im Anschluss möglichen Präventionsmaßnahmen. „Das Recht auf Nichtwissen bleibt natürlich bestehen“, betont Schulz. Dies bedeutet, dass die Frühdiagnostik nur nach vorheriger Aufklärung, mit Einwilligung des Patienten und auch mit einer entsprechenden Betreuung nach der Diagnose erfolgen darf. Dabei ist auch zu prüfen, inwiefern der Patient überhaupt einwilligungsfähig ist (2).

Weder kognitive Tests und Kurztests noch apparative diagnostische Verfahren werden empfohlen, wenn keine Verdachtsmomente vorliegen (7).

Bei der Früherkennung sind ausführliche Gedächtnistests zu empfehlen. Das Screening von Patienten ohne Beschwerden mit Kurztests (z. B. MMST, DemTEct, TFDD) wird allerdings nicht empfohlen (6). Liquorbasierte neurochemische Demenzdiagnostik kann in klinisch unklaren Fällen im Rahmen der Erstdiagnostik die Differenzierung zwischen primär neurodegenerativen Demenzerkrankungen und anderen Ursachen eines Demenzsyndroms einen Beitrag leisten (17).

Auch die Darstellung des zerebralen Amyloids mittels PET (Positronenemissionstomographie) zur Differenzialdiagnose bzw. ätiologischen Zuordnung kann in unklaren Fällen angeraten sein. Ein positiver Amyloid-Nachweis mittels PET muss im Gesamtkontext, insbesondere unter Beachtung des klinischen Befundes interpretiert werden. Bei Demenz kann ein positiver Amyloid-PET-Befund auf eine zugrundeliegende Alzheimer-Krankheit belegen, während ein negativer Amyloid-PET-Befund sie ausschließt (26).

Wem tatsächlich die Frühdiagnose einer Demenz oder ein erhöhtes Risiko dafür attestiert wird, dem kann eine Teilnahme an Studien angeboten werden, die das Ziel haben, nicht nur die Symptome, sondern auch den Verlauf der Erkrankung zu modifizieren, also das Fortschreiten zu stoppen oder zumindest zu verlangsamen. „Damit gewinnen die Patienten möglicherweise Lebensqualität und Lebenszeit“, so Schulz.

Download der Leitlinie Demenzen 2016
Die Leitlinie ist auf den Internetseiten der beiden Fachgesellschaften DGN und DGPPN zu finden: www.dgn.org und www.dgppn.de

Kontakt

Pressestelle der DGPPN
Tel.: +49 (0)30 2404 77211
E-Mail: pressestelle@dgppn.de

Pressestelle der DGN
Tel.: +49 (0)89 46148622
E-Mail: presse@dgn.org

*Die **Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)** ist eine medizinische Fachgesellschaft. Sie wurde 1842 gegründet und zählt heute mehr als 8500 Mitglieder. Damit ist sie die größte und älteste wissenschaftliche Vereinigung von Ärzten und Wissenschaftlern, die in Deutschland auf den Gebieten Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde arbeiten. Sitz der Geschäftsstelle ist Berlin.*
www.dgppn.de

*Die **Deutsche Gesellschaft für Neurologie e. V. (DGN)** sieht sich als neurologische Fachgesellschaft in der gesellschaftlichen Verantwortung, mit ihren mehr als 8000 Mitgliedern die neurologische Krankenversorgung in Deutschland zu sichern. Dafür fördert die DGN Wissenschaft und Forschung sowie Lehre, Fort- und Weiterbildung in der Neurologie. Sie beteiligt sich an der gesundheitspolitischen Diskussion. Die DGN wurde im Jahr 1907 in Dresden gegründet. Sitz der Geschäftsstelle ist Berlin.*
www.dgn.org

DGPPN
Deutsche Gesellschaft
für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde

DGN
Deutsche Gesellschaft
für Neurologie

Experten-Statement

Prof. Dr. med. Wolfgang Maier

Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie
und Psychotherapie, Universitätsklinikum Bonn,
Sprecher der Leitlinien-Steuerungsgruppe für
die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und
Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde

„Die Qualität in der Versorgung muss neu definiert werden“

„Nach den neuen Empfehlungen der Leitlinie bilden psychosoziale Interventionen neben Medikamenten gleichrangig zentrale Bausteine im Gesamtbehandlungsplan von Demenzerkrankungen. Das bedeutet: Beide Therapiestrategien sollten in leichten und mittelschweren Stadien eingesetzt werden. Mit psychosozialen Interventionen sind übungs- und lernbasierte Verfahren gemeint, welche die Betroffenen dabei unterstützen, alltagsrelevante Verhaltensmuster und Fertigkeiten aufrechtzuerhalten. Dabei kann es sich um alltagsnahe kognitive Stimulationen, individuell angepasste Ergotherapien, gezielte körperliche Aktivitäten oder künstlerische Therapien handeln. Die Wirksamkeit dieser Interventionen ist in der Wissenschaft für alle Arten der Demenz klar nachgewiesen. Ihre Anwendung sollte möglichst zu Hause erfolgen.

Psychosoziale Interventionen fördern nicht nur die Lebensqualität, Fähigkeiten und positive Gefühle demenziell erkrankter Menschen, sie entlasten vor allem auch die Pflegenden, insbesondere im familiären Umfeld. Denn die Pflege eines Betroffenen kann die eigene psychische Gesundheit belasten, Burn-out, Depressionen oder andere psychische Erkrankungen können die Folge sein. Deshalb sollten intensive Angehörigentrainings fest in den Versorgungsalltag integriert werden.

Die Empfehlungen der neu erarbeiteten Leitlinie machen ein Umdenken in der Versorgung von Demenzerkrankungen notwendig: Psychosoziale Interventionen sollten eine obligatorische Komponente im Gesamtbehandlungsplan von Demenzkranken bilden, welche von den Kostenträgern übernommen werden. Gleichzeitig sind systematische Beratungs- und Trainingsangebote für Angehörige notwendig, damit sie entlastet werden und sie nicht selber infolge der Pflege erkranken. Nun gilt es, die evidenzbasierten Empfehlungen der Leitlinie in den Behandlungsalltag zu implementieren.“

DGPPN
Deutsche Gesellschaft
für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde

DGN
Deutsche Gesellschaft
für Neurologie

Pressekonferenz

Neue Behandlungsstandards für Demenz-Patienten: Konsequenzen für die Versorgung

Prof. Dr. med. Wolfgang Maier
Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Bonn, Sprecher der Leitlinien-Steuerungsgruppe für die DGPPN

Berlin, 27. Januar 2016

Was sind psychosoziale Interventionen?

Übungs- und lernbasierte Verfahren zur Aktivierung und Aufrechterhaltung von alltagsrelevanten Verhaltensmustern und Fertigkeiten

Ziel:	Kompensation krankheitsbedingter Einschränkungen Verbesserung der Lebensqualität (Patient, pflegende Angehörige)
Wirkprinzip:	Stimulation von erhaltener aktivitätsgetriebener Neuroplastizität
Wirkung:	Evidenzbasierter Wirkungsnachweis über Metaanalysen bei Demenzen

DGPPN Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde

DGN Deutsche Gesellschaft für Neurologie

Neue Evidenzen und Empfehlungen

Psychosoziale Interventionen	Stadium der leichten Demenz	Stadium der mittelschweren moderaten Demenz	Stadium der schweren Demenz
Demenzen aller Ätiologien	Kognitive Stimulation (B)		
	Ergotherapie - insbesondere im häuslichen Umfeld (B)		
	Reminiszenzverfahren (B)		
	Körperliche Aktivierung (B)		
	Multisensorische Verfahren (u. a. Snoezelen) (0)		
	Angehörigenbezogene Interventionen (Edukation, Verhaltensmanagement, Bewältigungsstrategien, Entlastungsmöglichkeiten) (B)		

Schematische Darstellung der Behandlung von Demenzen mit Empfehlungsgraden (A, B, 0)

DGPPN Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde

DGN Deutsche Gesellschaft für Neurologie

Vergleich der Empfehlungsstärken: Antidementiva vs. psychosoziale Interventionen

	Stadium der leichten Demenz	Stadium der mittelschweren moderaten Demenz	Stadium der schweren Demenz
Antidementive pharmakologische Behandlung			
Alzheimer Demenz (AD)/ gemischte Demenz (GD)	AD Donepezil (B), Galantamin (B), Rivastigmin (B)	AD Memantin (B)	<u>Off-label</u> AD: Donep (B, (Galant) (B)
Vaskuläre Demenz	Off-label Donepezil (0), Rivastigmin (0), Memantin (0)		
Frontotemporale Demenz	Keine Therapieempfehlung		
Lewy-Körperchen Demenz	Off-label: Donepezil (0), Verhaltenssymptome: Rivastigmin (0)		
Demenz bei M. Parkinson	Rivastigmin Kapsel (B) Off-label: Rivastigmin Pflaster (B) Off-label: Donepezil (B)		Keine Empfehlung
Psychosoziale Interventionen			
Demenzen aller Ätiologien	Kognitive Stimulation (B)		
	Ergotherapie - insbesondere im häuslichen Umfeld (B)		
	Reminiszenzverfahren (B)		
	Körperliche Aktivierung (B)		
		Multisensorische Verfahren (u. a. Snoezelen) (0)	
	Angehörigenbezogene Interventionen (Edukation, Verhaltensmanagement, Bewältigungsstrategien, Entlastungsmöglichkeiten) (B)		

Schematische Darstellung der Behandlung von Demenzen mit Empfehlungsgraden (A, B, 0)

DGPPN Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde

DGN Deutsche Gesellschaft für Neurologie

Therapeutischer Nutzen von psychosozialen Interventionen bei Demenzen

Reichweite der Wirkung

- Alle Demenzerkrankungen (Alzheimer, Vaskulär, Lewy Körper etc.)
- Breite Zielphänotypen (Kognition und Verhalten)
- Verschiedene Zielgruppen (Patienten und Angehörige)
- Settingübergreifend (Medizin und Pflege, zu Hause und im Heim)

Verhältnis zur Pharmakotherapie

- Gleichwirksam mit antidementiver Pharmakotherapie
- Beide Therapiestrategien *sollten* in leichten und mittelschweren Stadien eingesetzt werden
- Wirksame Alternative zur pharmakologischen Fehlbehandlung (z. B. Neuroleptika)

Schlussfolgerung

Qualität in der Versorgung von demenziell Erkrankten muss neu definiert werden: Psychosoziale Interventionen sollten eine obligatorische Komponente in einem Gesamtbehandlungsplan werden.

DGPPN
Deutsche Gesellschaft
für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde

DGN
Deutsche Gesellschaft
für Neurologie

Prof. Dr. med. Wolfgang Maier

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Bonn
Sigmund-Freud-Straße 25, 53105 Bonn, Germany
E-Mail: wolfgang.maier@ukb.uni-bonn.de

Ausbildung und akademische Grade

seit 1995	Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Bonn
1989	Habilitation im Fach Psychiatrie, Universität Mainz
1983	Promotion zum Dr. med., Universität Mainz

Wissenschaftliche Schwerpunkte

- Schizophrenie, affektive Störungen: Genetik, biologische Endophänotypen, Therapieforschung, Pharmakogenetik
- Klinisch epidemiologische Demenzforschung: Frühsymptome und Risikofaktoren, Früh- und Spätverlauf, Genetik und Biomarker

Akademischer und beruflicher Werdegang

seit 1995	Professor für Psychiatrie und Psychotherapie (C4), Universität Bonn Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Bonn
seit 1992	Leitender Oberarzt, Psychiatrische Universitätsklinik Mainz
1986 – 1995	Oberarzt, Psychiatrische Universitätsklinik Mainz
1981 – 1986	Wissenschaftlicher Angestellter und Arzt, Psychiatrische Universitätsklinik Mainz
1973 – 1980	Studium der Humanmedizin, Universität München, Abschluss Staatsexamen und Promotion
1968 – 1973	Studium der Mathematik und Volkswirtschaftslehre, Universität München, Abschluss Diplom

Weitere Funktionen und Tätigkeiten (Auswahl)

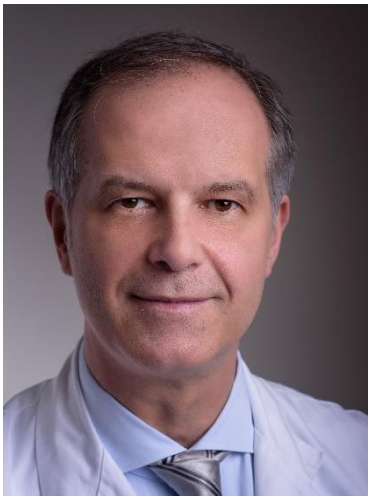
2013 – 2015	Präsident der DGPPN
2007	Sprecher des Krankheitsbezogenen Kompetenznetzes „Degenerative Demenzen“ (BMBF), 1. Förderphase und Förderphase
2006	Sprecher des Kompetenznetzes „Demenzen” (BMBF)
1999	Mitglied des Lenkungsgremiums des Kompetenznetzes „Schizophrenie“ (BMBF)

Preise und Ehrungen (Auswahl)

1996	Kurt-Schneider Award for Schizophrenia Research
1991	Hans-Jörg-Weitbrecht Award for Biological Clinical Research in Psychoses

DGPPN
Deutsche Gesellschaft
für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde

DGN
Deutsche Gesellschaft
für Neurologie



Experten-Statement

Prof. Dr. med. Richard Dodel

Kommissarischer Leiter der Klinik für Neurologie,
Universitätsklinikum Marburg,
Mitglied der Leitlinien-Steuerungsgruppe für die
Deutsche Gesellschaft für Neurologie

„Die wenigen Optionen einer medikamentösen Therapie gezielt einsetzen“

„Schätzungsweise 50.000 Wissenschaftler weltweit forschen an der Alzheimer-Erkrankung. Dutzende Wirkstoffe befinden sich in klinischen Studien – und doch gibt es noch kein Medikament, das eine krankheitsmodifizierende Wirkung besitzt, und es ist kurzfristig leider auch keines in Sicht.

Das Wissen über ein kleines Arsenal von vier Medikamenten in der Alzheimer-Therapie hat sich allerdings verfestigt. Mit ihnen wird die sogenannte Kernsymptomatik, also der Verfall kognitiver Fähigkeiten, behandelt. Sie müssen aber sehr differenziert je nach Patient, je nach Neben- und Wechselwirkung oder Grad der Erkrankung eingesetzt werden.

Derzeit sind bei Demenzpatienten viele Wirkstoffe in der Anwendung, die in Studien keine Wirkung zeigen. Die Leitlinie listet diese Wirkstoffe auf.

Zahlreiche Patienten versprechen sich von Nahrungsergänzungsmitteln – zum Teil als Fertigpräparate im Handel erhältlich – eine Besserung. Doch auch hier zeigt die Leitlinie klar, dass von ihnen keine nachgewiesene Wirkung ausgeht.“

DGPPN
Deutsche Gesellschaft
für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde

DGN
Deutsche Gesellschaft
für Neurologie

Univ.-Prof. Dr. med. Richard Dodel, MPH

Klinik für Neurologie, Philipps-Universität Marburg
Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH
Baldingerstraße, 35043 Marburg, Germany
Tel.: +49 (0)6421 586 62 51, Fax: +49 (0)6421 586 54 74
E-Mail: dodel@med.uni-marburg.de

Klinische Schwerpunkte
Neurodegenerative Erkrankungen: Demenzerkrankungen; M. Parkinson, atypische Parkinson-Syndrome; Intensivmedizin

Wissenschaftliche Schwerpunkte
- Krankheitsbezogene Forschung zur Rolle der Inflammation und des Immunsystems bei der Alzheimer-Krankheit, Mechanismen der Entwicklung der Plaque-Deposition im Rahmen der Alzheimer-Erkrankung; Zelltod und Apoptose bei neurodegenerativen Erkrankungen; Inflammatorische Mechanismen neurodegenerativer Erkrankungen
- Klinische Studien bei neurodegenerativen Erkrankungen
- Versorgungsforschung: Gesundheitsökonomische Evaluationen; Entscheidungsanalysen; Public Health

Klinischer und wissenschaftlicher Werdegang

seit Juli 2014	Kommissarischer Leiter der Klinik für Neurologie, Philipps-Universität Marburg
2009 – 2013	Direktor/Mitglied Direktorium Biomedizinisches Forschungszentrum, Philipps-Universität Marburg
seit 2006	Co-Direktor und W3-Professor, Klinik für Neurologie, Philipps-Universität Marburg
2002 – 2006	Leitender Oberarzt/Oberarzt, Neurologische Klinik, Universität Bonn
2001	Facharzt für Neurologie
2001 – 2002	Oberarzt, Neurologische Klinik, Universität Marburg
1998 – 2001	Assistenzarzt Neurologische Klinik und Psychiatrische Klinik und Zentrum für Innere Medizin (Intensivstation), Philipps-Universität
1996 – 1998	Stipendiat und Visiting Scientist, Department of Pharmacology and Toxicology, Indiana University Medical School, Indianapolis, USA
1993 – 1996	Assistenzarzt, Neurologische Klinik und Psychiatrische Klinik, Ludwig Maximilians-Universität München
1993	Assistenzarzt, Neuropathologisches Institut, RWTH Aachen
1992 – 1993	Arzt im Praktikum, Neurologische Klinik, Universität Würzburg
1991	Arzt im Praktikum, Institut für Pharmakologie und Toxikologie, Universität Düsseldorf
1991	Studium Humanmedizin Universität Düsseldorf

Weitere Funktionen und Tätigkeiten
- Kommission Versorgungsforschung der Deutschen Gesellschaft für Neurologie
- Europa-Kommission der Movement Disorder Society
- Kommission Masterstudiengang Humanbiologie der Philipps-Universität Marburg
- Stellvertretendes Senatsmitglied der Philipps-Universität Marburg
- über 250 Publikationen u.a. in Nature Genetics, PNAS, Lancet Neurology, Journal of Neuroscience etc.

Preise und Ehrungen
- Forschungspreis der ZYMA AG. „Studien zu Histamin-H3-Rezeptoren in isolierten humanen zerebralen Arterien“
- Women’s Health Award, Eli Lilly and Co, Indianapolis (zusammen mit Dr. Y. Du) (1998)
- Videopreis der GEWA Fortbildung in der Medizin

DGPPN
Deutsche Gesellschaft
für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde

DGN
Deutsche Gesellschaft
für Neurologie

Experten-Statement

Prof. Dr. med. Frank Jessen

Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Uniklinik Köln,
Mitglied der Leitlinien-Steuerungsgruppe und Leitlinienkoordination für die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde

„Prävention: Risikofaktoren vermeiden“

„Die Forschung hat heute eine Reihe von Risikofaktoren für Demenzerkrankungen identifiziert. So machen eine große Zahl von epidemiologischen Untersuchungen und erste Behandlungsstudien deutlich, dass Herz-Kreislauf-Risikoerkrankungen wie Diabetes mellitus, Bluthochdruck und Cholesterinüberschuss auch das Risiko für eine Demenz erhöhen. Die neue S3-Leitlinie empfiehlt daher, diese Erkrankungen frühzeitig – bereits im mittleren Lebensalter – zu identifizieren und konsequent zu behandeln. Gleichzeitig erhöhen auch bestimmte Lebensstilfaktoren wie Rauchen, Bewegungsmangel oder geistige und soziale Passivität das Risiko für eine Demenzerkrankung. Durch einen körperlich und sozial aktiven sowie gesundheitsbewussten Lebensstil können wir diesen Risikofaktoren allerdings entgegenwirken. Entscheidend ist, dass wir damit frühzeitig, d. h. schon ab dem mittleren Lebensalter, beginnen. In Bezug auf die Ernährung kann die Leitlinie keine spezifischen Empfehlungen geben. Allerdings sollte auf eine vielfältige und vitaminreiche Ernährung geachtet werden. Fisch, pflanzliche Öle, Gemüse, Obst und Nüsse sind wahrscheinlich besonders wertvoll; Übergewicht sollte grundsätzlich vermieden werden. Bei einer ausgewogenen Ernährung und allgemeiner Gesundheit ist die Einnahme von Nahrungsergänzungsmitteln, pflanzlichen Präparaten oder Medikamenten zur Demenzprävention nicht erforderlich und wird auch nicht empfohlen.“

DGPPN
Deutsche Gesellschaft
für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde

DGN
Deutsche Gesellschaft
für Neurologie

Pressekonferenz

Neue Behandlungsstandards für Demenz-Patienten: Konsequenzen für die Versorgung

Prof. Dr. med. Frank Jessen
Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Uniklinik Köln, Mitglied der Leitlinien-Steuerungsgruppe und Leitlinienkoordination für die DGPPN

Berlin, 27. Januar 2016

Prävention

Zum Schutz der geistigen (kognitiven) Fähigkeiten und zur Risikoreduktion für eine Demenz werden empfohlen:

- Kontrolle und Behandlung von Hypertonie, Diabetes mellitus und Hypercholesterinämie
- Regelmäßige körperliche Aktivität
- Geistige und soziale Aktivität
- Ausgewogene und vielfältige Ernährung
- Verzicht auf Nikotin

Prävention

Zum Schutz der geistigen (kognitiven) Fähigkeiten und zur Risikoreduktion für eine Demenz werden **nicht** empfohlen:

- Die generelle Einnahme von spezifischen Medikamenten, pflanzlichen Präparaten oder Nahrungsergänzungsmitteln
- Regelmäßiger Alkoholkonsum

DGPPN
Deutsche Gesellschaft
für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde

DGN
Deutsche Gesellschaft
für Neurologie

Prof. Dr. med. Frank Jessen

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Uniklinik Köln
Kerpener Straße 62, 50937 Köln, Germany
E-Mail: frank.jessen@uk-koeln.de

Ausbildung und akademische Grade

2004	Habilitation für Psychiatrie und Psychotherapie
2002	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
1998	Promotion, Universität des Saarlandes, Homburg
1995	Staatsexamen Humanmedizin, Universität des Saarlandes, Homburg

Wissenschaftliche Schwerpunkte

- Früherkennung und Therapieentwicklung bei der Alzheimer Krankheit mit den methodischen Schwerpunkten Bildgebung, Risikofaktorforschung und klinische Studien
- Autor von ca. 300 Publikationen zum Thema „Demenzen“

Klinischer und wissenschaftlicher Werdegang

seit 2015	W3-Professor für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität zu Köln Direktor, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Uniklinik Köln
seit 2010	Assozierter Forscher am Deutschen Zentrum für Neurodegenaritve Erkrankungen (DZNE)
2010 – 2015	W2-Professor für klinische Demenzforschung Stellvertretender Direktor, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Bonn
2002 – 2010	Oberarzt, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Bonn Leiter des Bereichs für Gedächtniserkrankungen im Alter Leiter der klinischen M. Alzheimer Forschungsgruppe
2001 – 2002	Assistenzarzt, Klinik für Neurologie, Universitätsklinikum Bonn
1996 – 2001	Assistenzarzt, wissenschaftlicher Mitarbeiter, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Bonn
1995 – 1996	AiP, Institut für Neuropathologie, Universität Düsseldorf

Weitere Funktionen und Tätigkeiten

- Stellvertretender Referatsleiter „Prävention psychischer Erkrankungen“ der DGPPN
- Executive Board Mitglied des European Alzheimer’s Disease Consortium (EADC)
- Chairman des ISTAART professional interest area (PIA) Subjective Cognitive Decline der American Alzheimer’s Association
- Mitglied des scientific advisory board von ISTAART

DGPPN
Deutsche Gesellschaft
für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde

DGN
Deutsche Gesellschaft
für Neurologie

Experten-Statement

Prof. Dr. med. Jörg B. Schulz

Direktor der Neurologischen Klinik, RWTH Aachen,
Mitglied der Leitlinien-Expertengruppe
für die Deutsche Gesellschaft für Neurologie

„Die Früherkennung – ein grundsätzliches Recht für die Patienten“

„Die neuen Erkenntnisse zeigen, dass allen Patienten mit klar definierten Vorzeichen einer Alzheimer-Demenz schon Jahre vor einer ausgeprägten Manifestation eine Früherkennung angeboten werden sollte. Mit bestimmten Verfahren liegt die Vorhersagestärke inzwischen bei deutlich mehr als 50 Prozent. Wir sehen diese Diagnostik und die im Anschluss möglichen Präventionsmaßnahmen als Recht eines jeden Patienten an. Das Recht auf Nichtwissen bleibt natürlich bestehen, d.h., die Frühdiagnostik kann nur nach vorheriger Aufklärung, mit Einwilligung des Patienten und auch mit einer entsprechenden Betreuung nach der Diagnose erfolgen.

Die Frühdiagnostik muss von ausgewiesenen Experten mit ganz bestimmten Methoden vorgenommen werden. Diesen früh diagnostizierten Patienten kann eine Teilnahme an Studien angeboten werden, die das Ziel haben, nicht nur die Symptome, sondern den Verlauf der Erkrankung zu modifizieren, also das Fortschreiten zu stoppen oder zumindest zu verlangsamen. Damit gewinnen die Patienten Lebensqualität und Lebenszeit.“

DGPPN
Deutsche Gesellschaft
für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde

DGN
Deutsche Gesellschaft
für Neurologie

Pressekonferenz

Neue Behandlungsstandards für Demenz-Patienten: Konsequenzen für die Versorgung

Prof. Dr. med. Jörg B. Schulz, Direktor der Neurologischen Klinik, RWTH Aachen, Mitglied der Leitlinienexpertengruppe für die DGN

Berlin, 27. Januar 2016

Frühdiagnostik

Pathologische Veränderungen des Gehirns beginnen – insbesondere bei der Alzheimer Demenz – Jahre (bis Jahrzehnte) vor Sichtbarwerden der klinischen Symptome.

Bereits zu einem frühen Zeitpunkt der Demenzerkrankung erlauben klinische Untersuchungen Rückschlüsse auf deren Ursache und Differentialdiagnose. Dazu zählen:

- Neuropsychologische Untersuchungen
- Laboruntersuchungen
- Bildgebung (cCT, cMRT)
- Liquordiagnostik (Bestimmung von „Neurodegenerationsmarkern“)
- Nuklearmedizinische Untersuchungen
  (Amyloid PET, Glukose PET)

Kognitive Kurztests

- Kognitive Kurztests sind zur orientierenden Einschätzung und zur Schweregradeinteilung geeignet.
- Die Sensitivität dieser Verfahren ist bei leichtgradiger und fraglicher Demenz jedoch begrenzt.
- Sie sind zur Differenzialdiagnostik verschiedener Demenzen nicht geeignet.

Demenz*screening*

Von einem *Screening* gesunder bzw. beschwerdefreier Personen wird abgeraten.

DGPPN
Deutsche Gesellschaft
für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde

DGN
Deutsche Gesellschaft
für Neurologie

Univ.-Prof. Dr. med. Jörg B. Schulz

Klinik für Neurologie
Uniklinikum RWTH Aachen
Pauwelsstrasse 30, 52064 Aachen, Germany

Tel.: +49 (0)241 80-89601
Fax: +49 (0)241 80-82582
E-Mail: neurologie@ukaachen.de

Klinische Schwerpunkte

- Neurodegenerative Erkrankungen: Demenzerkrankungen, Bewegungsstörungen, erbliche Ataxien
- Schlaganfallbehandlung und -rehabilitation

Wissenschaftliche Schwerpunkte

- Pathogenese neurodegenerativer Erkrankungen (M. Parkinson, M. Alzheimer, M. Huntington, Ataxien)
- Mechanismen des neuronalen Zelltods
- Gentherapie und andere experimentelle Therapeutika
- Molekulare Mechanismen des motorischen Lernens
- Klinische Studien bei M. Alzheimer, M. Parkinson und erblichen Bewegungsstörungen
- Neuronale Bildgebungsverfahren

Klinischer und wissenschaftlicher Werdegang

seit 2009	Professor für Neurologie (W3) und Direktor der Abteilung für Neurologie
2007-2010	Koordinator des BMBF-geförderten Netzwerkes "*Degenerative Dementias: Target identification, validation and translation into treatment strategies*"
2005-2008	Leiter der Gedächtnisambulanz, Abteilungen für Psychiatrie und Neurodegeneration und Restaurative Forschung
2004-2008	Professor für Neurologie und Restaurative Neurobiologie (W3), Georg-August-Universität Göttingen
2003-2009	Sprecher des *German Network of Hereditary Movement Disorders* (GeNeMove)
1999-2004	Assistenzprofessur, Universität Tübingen
1999	Habilitation, Universität Tübingen
1999	Facharztqualifikation in Neurologie, Universität Tübingen
1998-2004	Leiter der Arbeitsgruppe für Neurodegeneration, Universität Tübingen
1995-1998	Assistenzarzt und Forschungsassistenz, Institut für Neurologie, Universität Tübingen
1993-1995	Forschungsassistent, Harvard Medical School, Institut für Neurologie, Massachussetts General Hospital, Boston, Massachusetts, USA
1991-1993	Assistenzarzt und Forschungstätigkeit, Institut für Neurologie, Universität Tübingen
1990-1991	Assistenzarzt, Neurologie und Chirurgie, Universität Köln
1991	Approbation in Humanmedizin, Universität Köln

Weitere Funktionen und Tätigkeiten

- Vorstandssprecher des Zentrums für Seltene Erkrankungen Aachen (ZSEA)
- Vorstandssprecher des Clinical Trials Center Aachen (CTC-A)
- Editor-in-Chief des Journal of Neurochemistry
  über 275 Publikationen u.a. in Science, NEJM, Lancet, Lancet Neurology, PNAS, Journal of Neuroscience (ResearcherID: D-9786-2012)

Preise und Ehrungen

- Pette-Preis der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN)
- Wahl zum *corresponding member* der American Neurological Association
- Young Scientist Lectureship Award der International Society for Neurochemistry (ISN)
- Schering-Preis der Deutschen Parkinson-Gesellschaft
- Ausbildungsstipendium der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG)
- Gerhard Hess-Preis der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG)
- Stipendium der Studienstiftung des Deutschen Volkes