

# Begleitung von Menschen mit Demenz

## Arbeiten an der Schnittstelle zwischen sozialer Betreuung und gesundheitlicher Versorgung

Ralf Ihl



Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Dipl. Psych. Ralf Ihl  
E-Mail: [ralf.ihl@t-online.de](mailto:ralf.ihl@t-online.de)

# Rahmenbedingungen

# Die gerontopsychiatrische Versorgung (GPV) im Gesundheitssystem

## Prävention

Z. B. Aufklärung und  
Information (z. B. Internet)  
Angehörigentraining,  
Früherkennung;  
aufsuchende Dienste



## Kuration

Z. B. Tagesklinik,  
Klinik

## Rehabilitation

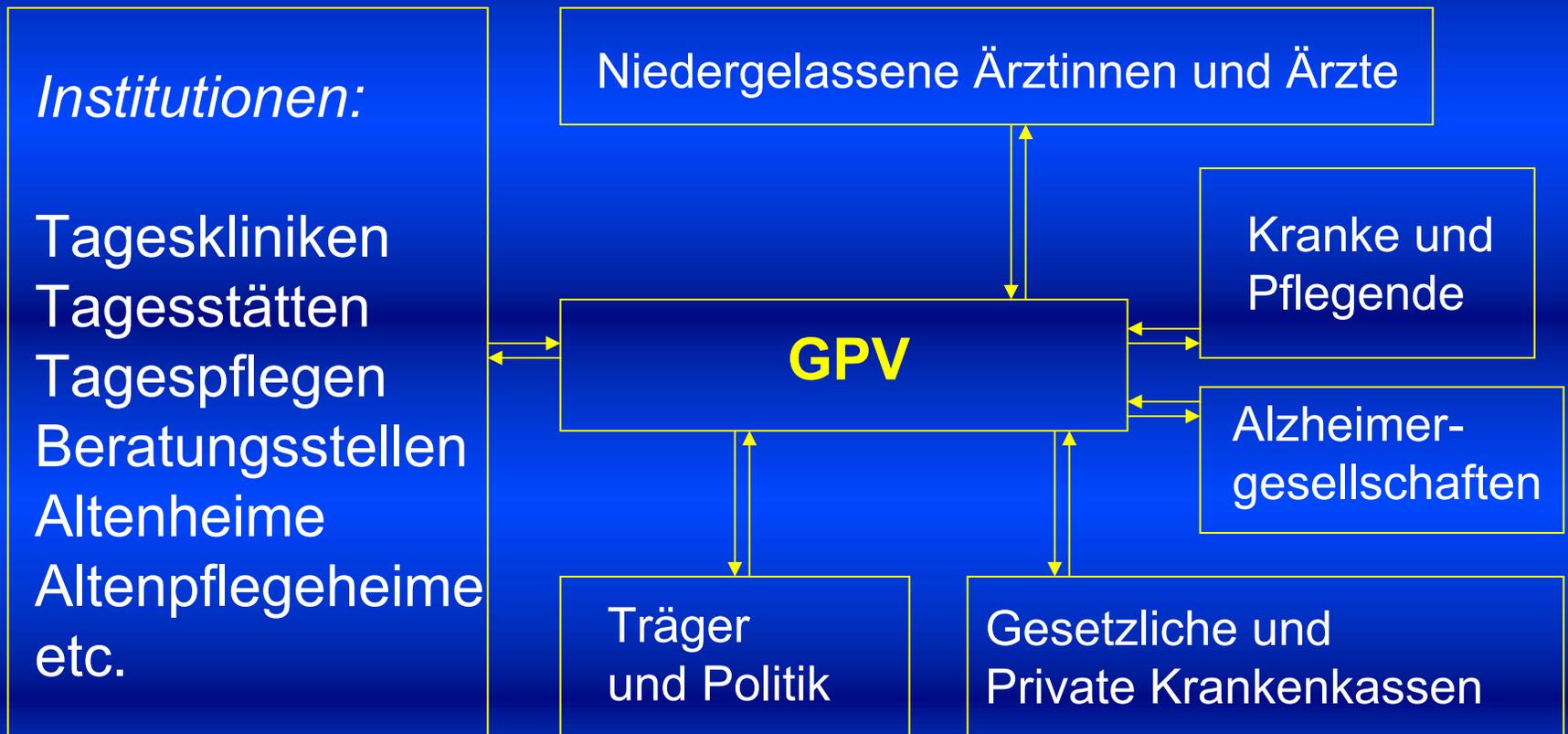
Z. B. Ambulante Rehabilitation  
mit Angehörigenbeteiligung  
und Umgangstraining

## Forschung, Lehre Ausbildung

Z. B. Kurse für  
Pflegepersonal,  
Begleitforschung  
Qualitätszirkel

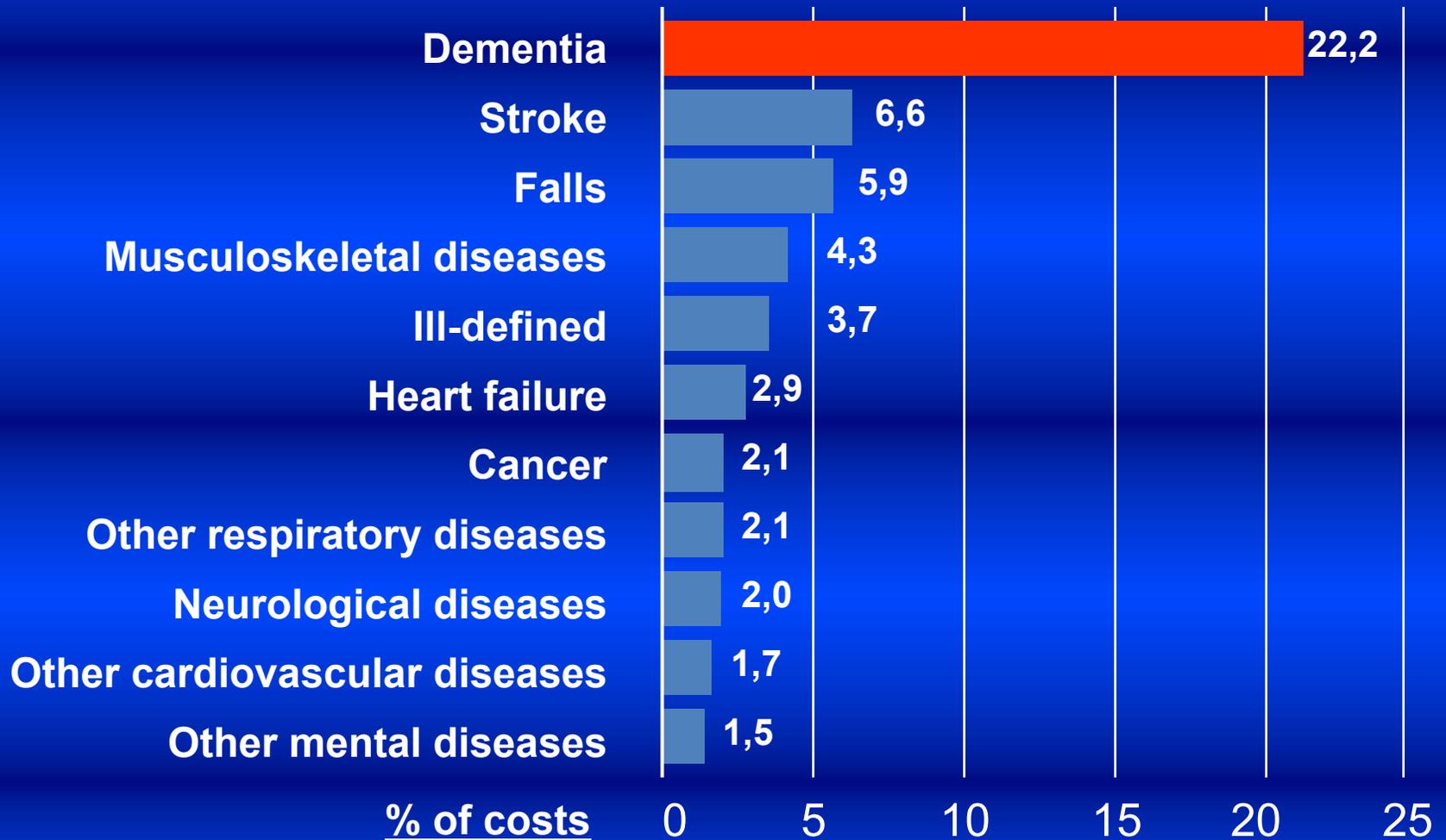
# Struktur regionaler Netzwerke

## Verbindungen zur GPV



# Niederlande 1994

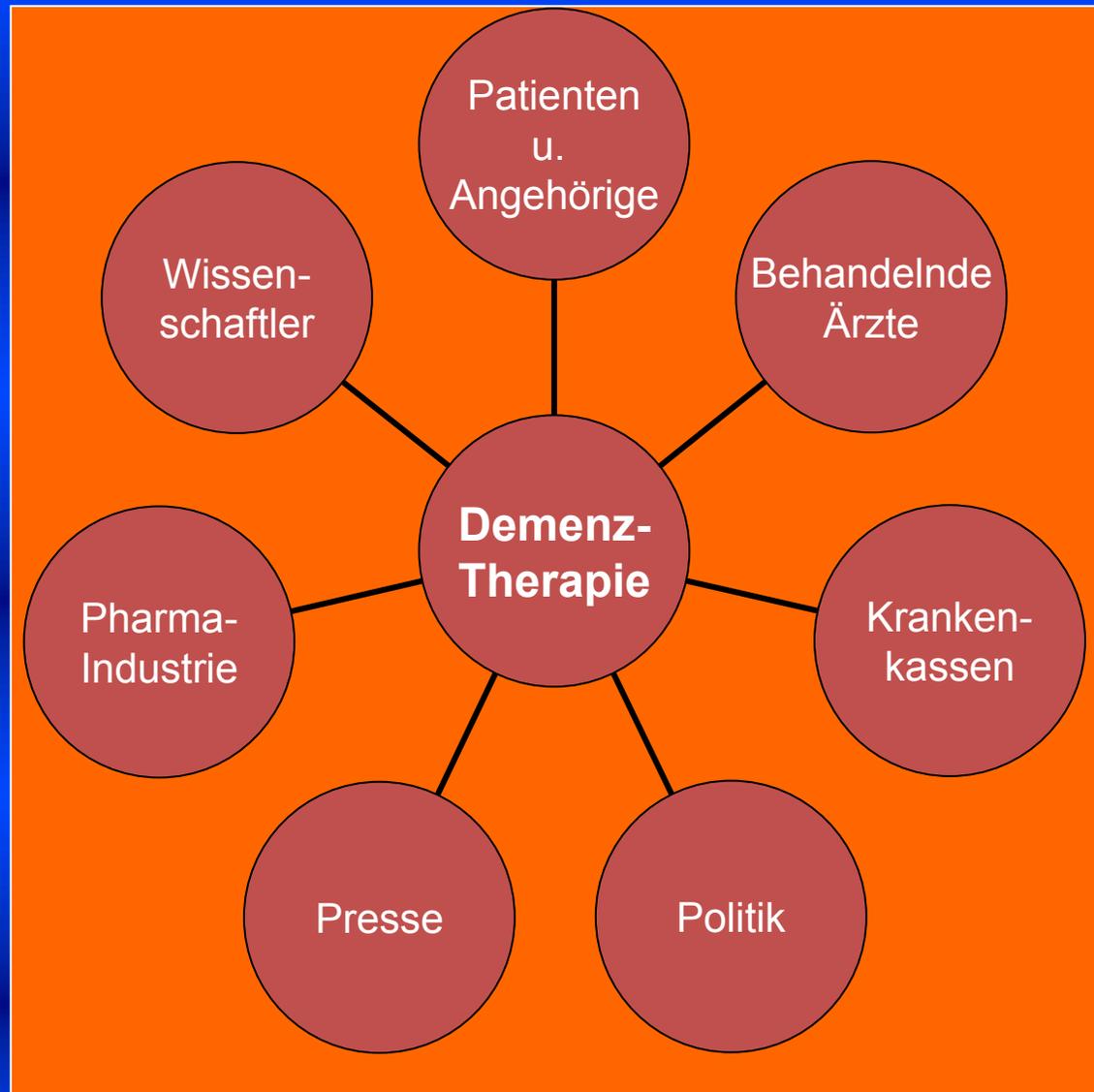
% of total health care expenditure age-group > 85 years



# Kostenverteilung Demenz in Schweden, 2000

Institution	25.6 billion SEK	67%
Home care	5.4	14%
Day care	0.5	1%
Hospital care	0.9	2%
Out care	0.4	1%
Drugs	0.4	1%
Diagnostics	0.1	<1%
Production losses	0.1	<1%
Informal care	5.4	14%
<b>Total</b>	<b>38.8</b>	

# Mitspieler

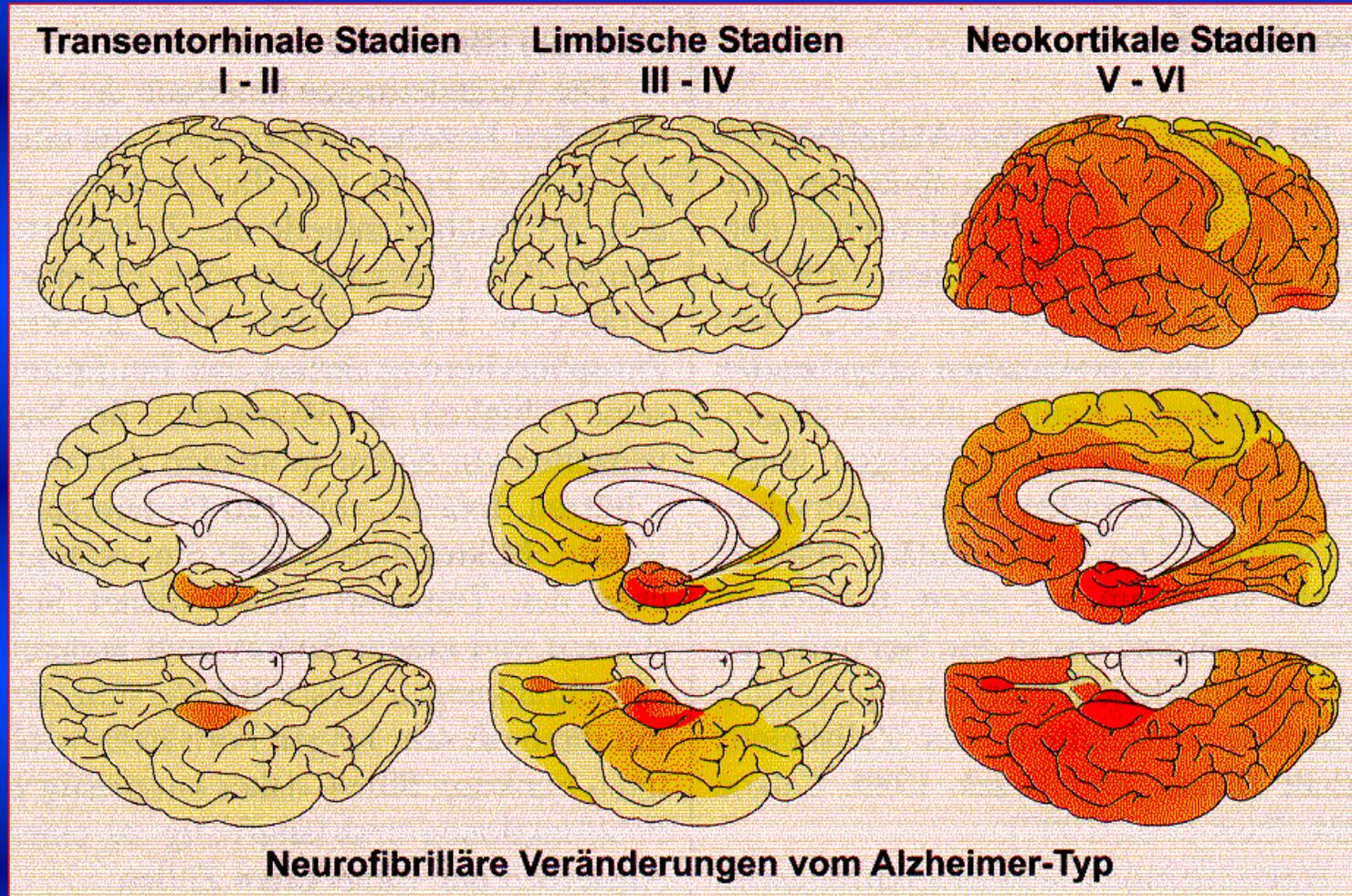


**Aussage:**

**Alle Beteiligten wollen ihren Job sichern und handeln entsprechend.**

# Die Krankheit

# Neuropathologische Stadien der Alzheimerkrankheit Nach Braak und Braak, 1991

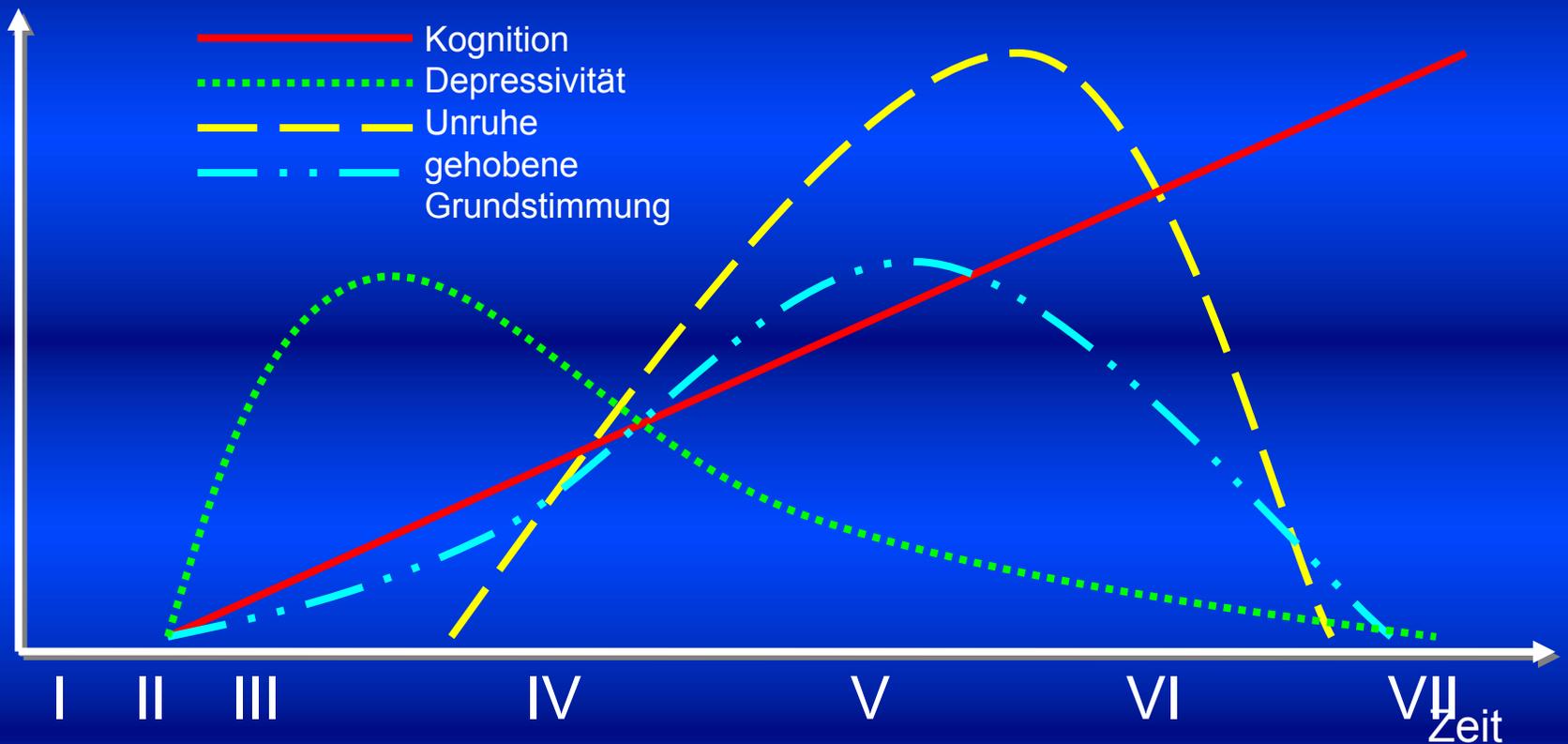


# Schweregrad und Symptome

<b>GDS</b>	<b>Braak und Braak</b>	<b>TFDD</b>	<b>SG</b>	<b>Symptome der Demenz</b>
<b>1</b>	<b>0</b>	<b>&gt;35</b>	<b>0</b>	keine
<b>2</b>	<b>I</b>	<b>&gt;35</b>	<b>0</b>	Nur subjektive Beschwerden
<b>3</b>	<b>II</b>	<b>29-35</b>	<b>1</b>	Erste erkennbare Symptome
<b>4</b>	<b>III</b>	<b>22-28</b>	<b>2</b>	Symptome in allen Bereichen
<b>5</b>	<b>IV</b>	<b>15-21</b>	<b>3</b>	Zusätzlich somatische Symptome
<b>6</b>	<b>V</b>	<b>8-14</b>	<b>3</b>	Häufig somatische Symptome
<b>7</b>	<b>VI</b>	<b>&lt;8</b>	<b>3</b>	Bettlägrigkeit

# Entwicklung wesentlicher Symptome der Demenz im Krankheitsverlauf

Ausprägungsgrad  
der jeweiligen Störung



Schweregrad der Demenz



# Vorbeugung

Zur Zeit lässt sich die Demenz nicht verhindern.  
Es gibt aber Risikofaktoren für Demenzen.  
Werden sie beachtet, verringert sich das Risiko,  
an einer Demenz zu erkranken



Risikosenkung durch:

Gesunde und ausgewogene Ernährung

Sportliche Aktivität

Geistige Aktivität

Nichtrauchen

Heiraten

Wenig Alkohol; zwei Glas Wein/Woche senken das Risiko

Mehr Wein, Hochprozentiges und Bier erhöhen das Risiko

Kurze Schlafphasen am Tag (<30 min) senken das Risiko

Lange Tagesschlafphasen (z. B. 3 h) erhöhen das Risiko

# Diagnostik der Demenz

## Basisdiagnostik:

Anamnese, Fremdanamnese, körperlicher und neurologischer Status, psychopathologischer Befund

Verdacht auf Gedächtnisstörung und Störung anderer kognitiver Fähigkeiten wie Urteilsfähigkeit und Denkvermögen?

nein

**Keine Demenz**

Dauer (auch anamnestisch) mehr als 6 Monate?

nein

**Z. B. Delir, Depression**

Beeinträchtigung des Alltagslebens?

nein

**Z. B. Frühform**

## Psychometrische Untersuchung

Früherkennung CERAD-Batterie, SIDAM, TFDD

Schweregradeinstufung GDS, BCRS, FAST

Verlauf ADAS-kog, B-ADL, SKT, TFDD

Verminderung der früher höheren Leistungsfähigkeit?

nein

**Intelligenzminderung?**

nein

**Labor, CT (MRT), EKG, EEG**

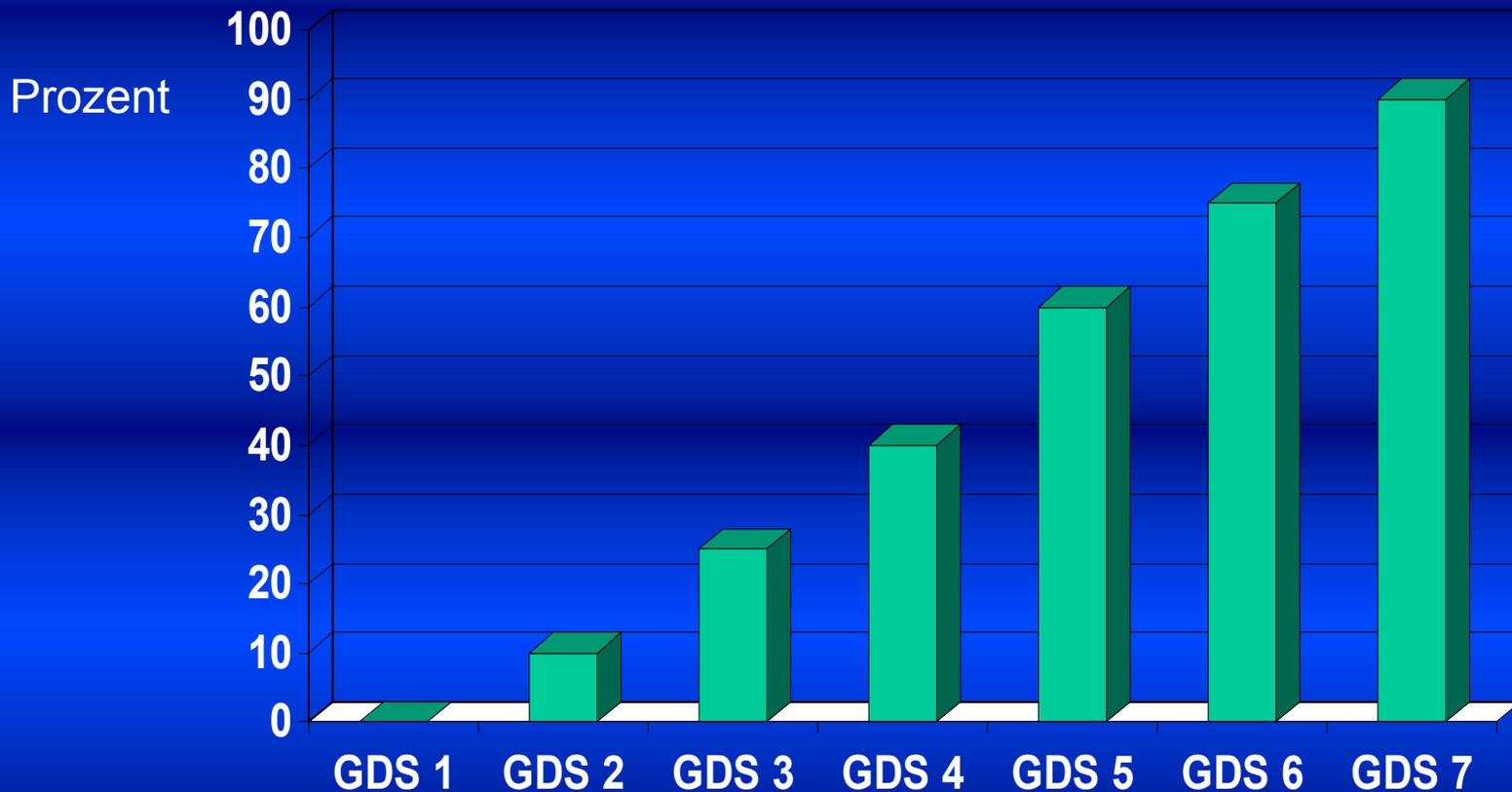
Befunde, die gegen eine Alzheimerkrankheit sprechen?

**Alzheimerkrankheit**

ja

**Andere Demenz**

# Geschätzter Prozentanteil diagnostizierter Alzheimerpatienten in Abhängigkeit vom Schweregrad



Schweregrad nach Reisberg

# SÄULEN DER DEMENZTHERAPIE

**Psychologisch  
fundierte Therapie**

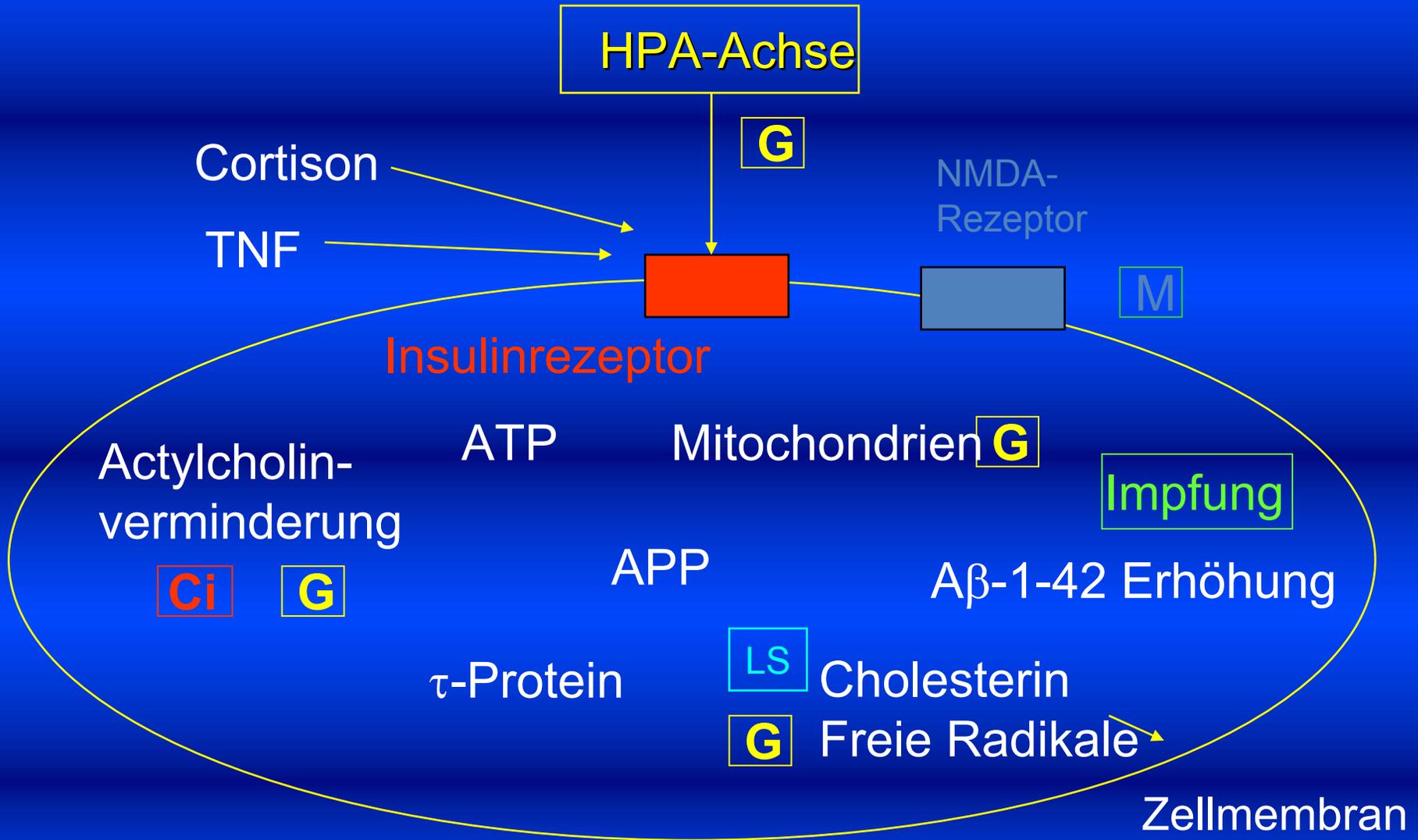
**Umfeld-  
strukturierung**

**Medikamentöse  
Therapie**

<b>Wirksamkeitsaussagen</b>	<b>Neuroleptika</b>	<b>Antidepressiva</b>	<b>Antidementiva</b>
Kein Einfluss auf Symptome			
Vorübergehende Besserung der Symptome			+
Dauerhafte Besserung der Symptome (Keine Krankheitsprogression)			
Beseitigung der Krankheitssymptome	+	+	

# Metabolische Hypothese zur Ursache der Alzheimerkrankheit

Verändert nach Hoyer, 2002



CI=Cholinesteraseinhibitoren; G=Ginkgo biloba EGb761; M=Memantine; LS=Lipidsenker

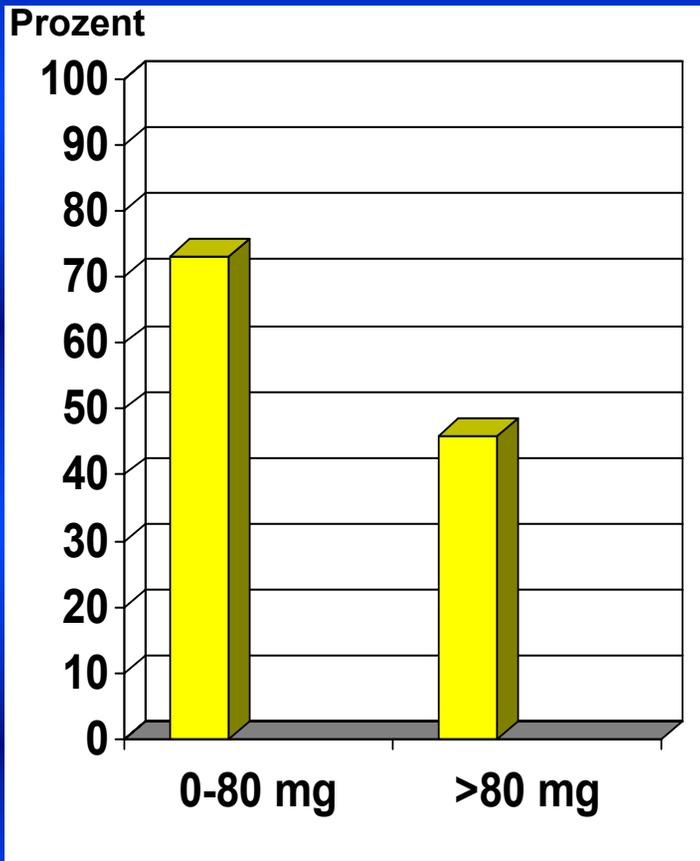
© Ihl, 2007

# HEIMEINWEISUNGSRATE

NACH 36 MONATEN

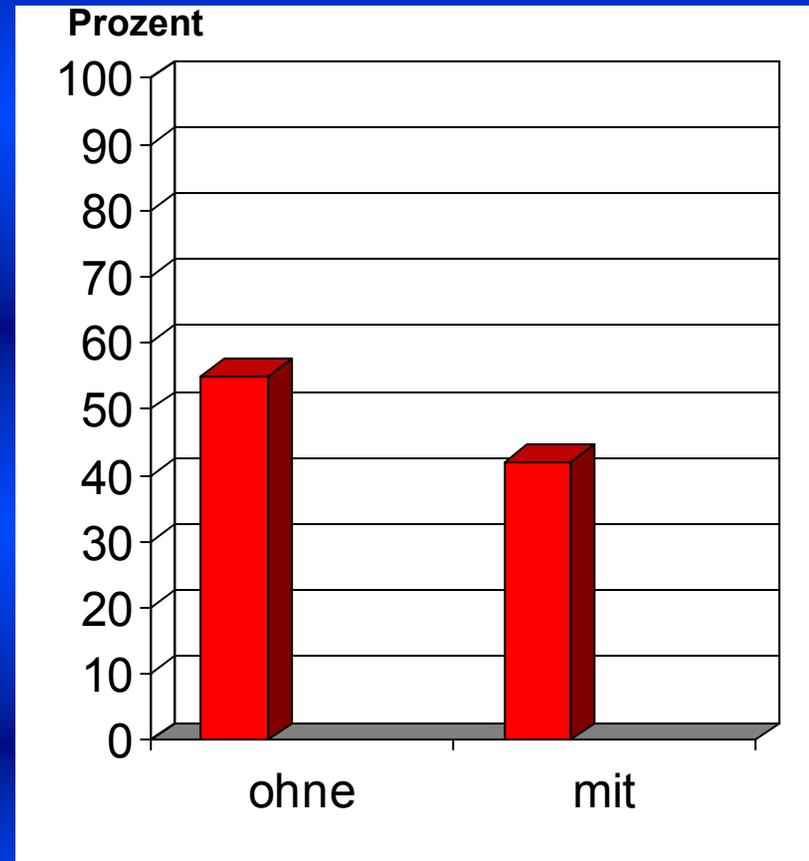
## TACRIN

Knopman et al., 1996 (N=320)



## PFLEGENDENTRAINING

Ferris and Mittelman, 1996 (N=206)



# GRUNDLEGENDE VERHALTENSWEISEN

- Versuchen Sie, die Ursachen des auffälligen Verhaltens herauszufinden.
- Vermeiden Sie Schuldzuweisungen: die Alzheimerkrankheit ist für die Auffälligkeiten verantwortlich.
- Versuchen Sie, einfühlsam zu reagieren. Aggression und Unverständnis verstärken die Auffälligkeiten.
- Fördern Sie alle noch vorhandenen Fähigkeiten. Helfen Sie mit beim Beginn von Tätigkeiten und lassen Sie sie alleine zu Ende führen.
- Nutzen Sie die Schwächen des Patienten zu beider Vorteil.
- Zeigen Sie Humor in lustigen Situationen, die Krankheit ist hart genug.

# Verhalten und Ausstattung

Verstärkte Lichtzufuhr hat einen positiven Einfluss auf das Verhalten

Essen in privater Atmosphäre entspannt

Qualitativ bessere Einrichtung vermindert Agitation und zielloses Umherlaufen sowie die Sturzhäufigkeit

Rigide und formelle Abläufe unterminieren die therapeutischen Möglichkeiten

Die gleichen Variablen wirken sich auch auf die Arbeitszufriedenheit des Personals aus und entlasten Angehörige im Umgang mit den Auswirkungen der Krankheit

# Zustandsbeschreibung

# Wo stehen wir?

## 1. Wir wissen viel über die Risikosenkung

Das Wissen gelangt nicht zu den Menschen

## 2. Wir wissen viel über Frühdiagnostik

Noch viel zu wenige Menschen werden früh diagnostiziert

## 3. Wir haben bescheidene Behandlungsmöglichkeiten

Sie bleiben vielen verwehrt und wir tun zu wenig, sie zu verbessern.

## 4. Wir haben Versorgungsstrukturen

Sie sind zu wenig aufeinander abgestimmt  
Ihre Qualität und Wirksamkeit ist nicht untersucht.

# Wo stehen wir?

## 5. Wir besitzen ein hohes Mass an Wissen

Wissenschaftliche Erkenntnisse sind nicht mehr überschaubar  
Ein transparenter, einfacher Zugang muss ermöglicht werden.

## 6. Wir können Qualität messen

Wir messen sie zu wenig. Wie gut sind unsere Angebote wirklich?

## 7. Wir haben Ressourcen

Sie müssen für die Menschen genutzt werden!  
Bei der Abwägung Mensch oder Geld  
muss der Mensch an erster Stelle stehen.

# Zugangswege zur Versorgung

# Wem fällt die Krankheit erstmals auf?

Angehörige/Bekannte

niedergelassener Arzt

Beratungsinstitution

Aufsuchender Dienst

Krankenhaus

Altenheim  
Altenpflegeheim

# Der erste Schritt

**Diagnose sichern!**

# Gestuftes Vorgehen



1.

2.

3.

# Beispiele guter Versorgung

# Beispiel “Familienrat”

Besprechen der individuellen Situation

- mit allen Beteiligten
- mit allen Optionen
- unter Aufklärung über alle diagnostischen Erkenntnisse und Behandlungsmöglichkeiten

Entwickeln einer gemeinsamen Strategie mit Informationen über

- mögliche Versorgungshilfen
- Angehörigenselbsthilfegruppen
- finanzielle und rechtliche Hilfsmöglichkeiten

**Beispiel:  
Aufsuchender Dienst**

# HALMA

Hilfe für **altersverwirrte Menschen** im **Alter**

# HALMA

Personal

- PSYCHIATRIE
- PFLEGE MIT SPEZIALAUSBILDUNG  
GERONTOPSYCHIATRIE
- SOZIALARBEIT
- SOZIALPÄDAGOGIK

# HALMA

## Aufgaben

- Kontaktaufnahme
- Problemdefinition
- Ursachenfindung
- Behandlungsplan
- Definition der sozialen Ressourcen
- Klären rechtlicher Fragen
- Schnelle Institutionalisierung verhindern

# HALMA

Patienten

Diagnosen:	Demenz	66 %
	Schizophrenie	18 %
	Depression	8 %
	Andere	8 %

Geschlecht	m 15 %	w 85 %
------------	--------	--------

Alleinlebend	82,5 %	mit Partner	12.3 %
--------------	--------	-------------	--------

Mittleres Alter	83 Jahre
-----------------	----------

# HALMA

## Ergebnisse

### Ambulante Pflege durch

HALMA	22.8 %
Wohlfahrtsinstitutionen	9.6 %
Verwandte	7.9 %
Sozialstationen	6.1 %
Betreuer	2,6 %
nicht nötig	5.3 %

### Institutionelle Pflege durch

Pflegeheim	17.5 %
Erst Klinik dann Heim	7.9 %

# HALMA

## Schlussfolgerungen

- Benötigt werden gut ausgebildete Spezialisten
- Eine Anbindung an qualifizierte Institutionen ist nötig
- HALMA hilft Menschen, länger zuhause zu wohnen
- HALMA erhöht die Lebensqualität
- HALMA reduziert Kosten

**Beispiel:**

**Landesinitiative Demenz Service NRW  
Demenzservicezentren**

# Demenz Service Zentren

- Internationale Ansätze zur Koordination aufgegriffen und weiterentwickelt.
- Ein international beispielgebendes Konzept ist entstanden
- Versorgungsstrukturen der Regionen wurden identifiziert
- Beteiligte wurden zusammengeführt, um das jeweilige Netz weiterzuentwickeln
- Organisationen wie Alzheimer NRW und Landesverband Gerontopsychiatrie wurden eingebunden.
- Weitere Planungen umfassen das Einbinden des Gesundheitssystems und der Wissenschaft.

# Weitere Versorgungsaufgaben

# **Versorgung optimieren**

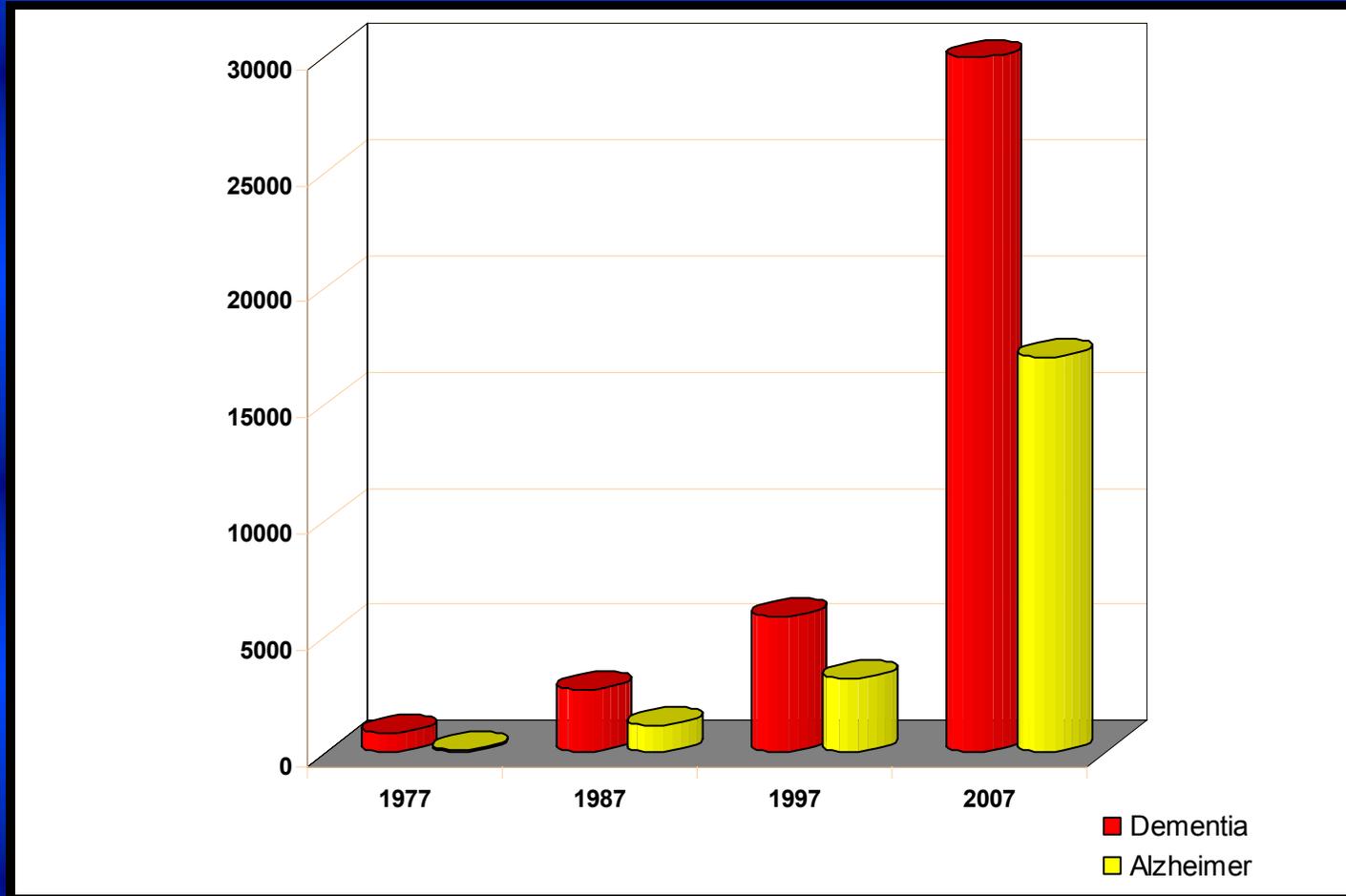
## **Was ist zu tun?**

- 1. Menschen qualifizieren, Krankheit vorzubeugen**
- 2. Menschen qualifizieren, Krankheitszeichen zu erkennen**
- 3. Das Versorgungsnetzwerk so qualifizieren, dass der Erstkontakt Zugang zu allen Angeboten schafft.**
- 4. Die Qualität der Angebote optimieren**
- 5. Wissenschaftliche Prüfung von Wirksamkeit und Nutzen aller Versorgungsstrukturen**
- 6. Forschung zur Weiterentwicklung in allen Bereichen unterstützen**
- 7. Zugang zu den Erkenntnissen für alle öffnen**

**Was sagt die Wissenschaft?**

# Anzahl wissenschaftlicher Arbeiten zu Demenz und Alzheimer pro Jahr

PubMed Suche 27. Januar 2008



# Leitlinien und Experten

# Leitlinienvergleich nach Kriterien

## Die AGREE-Checkliste

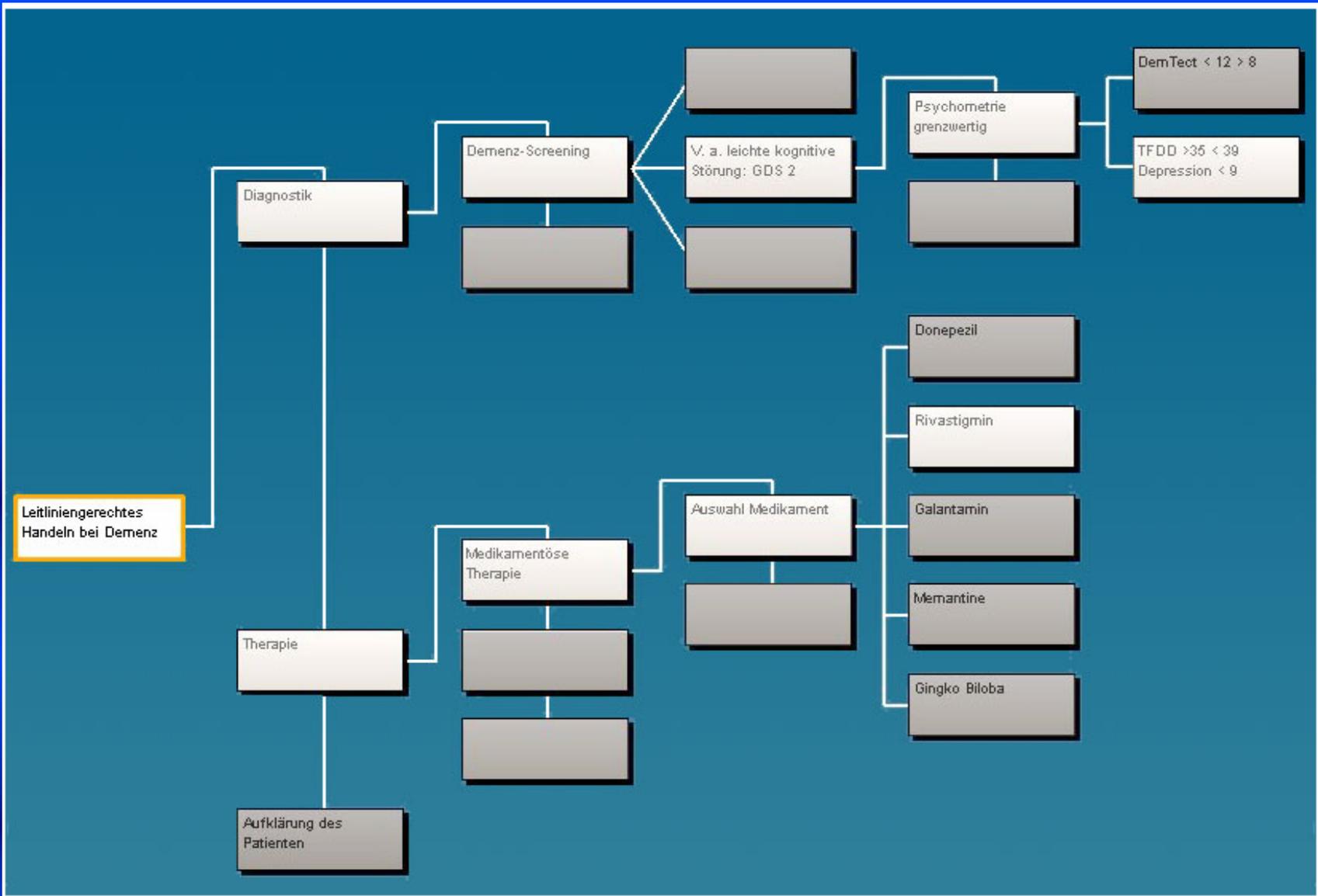
	DGPPN	DGN	AkdÄ
Geltungsbereich und Zweck (12)	10	8	8
Beteiligung von Interessensgruppen (16)	10	7	4
Methodologische Exaktheit (28)	26	10	12
Klarheit der Präsentation (16)	14	9	9
Anwendbarkeit (12)	6	3	3
Redaktionelle Unabhängigkeit	5	5	5
Summe (92)	71	42	41
Müller et al. 2003	49	54	60

**Wissensflut überschaubar machen**

# Internetbasiertes Datenkonzept

- Aktuell,
- Adaptierbar und
- Vollständige Übersicht über die Daten
- Leitlinie von der Diagnostik zur Therapie
- Literatur eingeschlossen
- Kommentierungsmöglichkeiten
- “Objektive” Administration

# Wissen veranschaulichen



# Wissen veranschaulichen

Vorgang Bearbeiten Ansicht Navigation Hilfe

2.2.2.4.5 Musiktherapie

DemenzNeu - Unbenannt DemenzNeu 7 ( stkuetz@med.uni-goettingen.de ) - Version 1239

```
graph LR; A[Leitliniengerechtes Handeln bei Demenz] --> B[Diagnostik]; A --> C[Adäquate Therapie]; B --> D[Therapie der kognitiven Symptome]; B --> E[Therapie der Verhaltensauffälligkeiten]; C --> E; D --> F[Medikamentöse Therapie]; D --> G[Psychotherapie]; E --> H[Aufklärung des Patienten]; E --> I[Umfeldstrukturierung]; F --> J[Pflegendentraining]; F --> K[Verhaltensmodifizierende Ansätze]; F --> L[Kombinierte Rehabilitation]; G --> M[Weitere Therapien]; I --> M; M --> N[Lichttherapie]; M --> O[Reminiszenztherapie]; M --> P[Massage und Berührung]; M --> Q[ROT]; M --> R[Musiktherapie]; M --> S[Validation]; M --> T[Snoezelen];
```

Erläuterung  Vertiefung 1

Bibliothek

**Evidenzstufe 4**

Wirksamkeit nicht systematisch belegt. Wirksam in Einzelfällen.

Eine Musiktherapie Cochrane Review von Vink AC 2004 kam zu der Auffassung, dass die vorliegenden Untersuchungen keine Aussage zur Wirksamkeit zulassen.

**Links**

- [Holmes C](#)
- [Musiktherapie Cochrane Review von Vink AC 2004](#)

# Schlussfolgerungen

**Wir haben einen Aufgabenkatalog.**

**Wir haben Strukturen wie die**

**Landesinitiative Demenz Service NRW  
Alzheimer NRW**

**Landesverband Gerontopsychiatrie und –  
psychotherapie**

**u. v. a.**

**Nutzen wir die Strukturen, um die Aufgaben zu  
erfüllen.**

**VIELEN DANK  
FÜR IHRE AUFMERKSAMKEIT!**

# Vernetzung

## Ziele

- 1. Aufbau einer formalen Infrastruktur**  
„Homepage“ mit allen Beteiligten
- 2. Aufbau einer informellen Infrastruktur**
  - Homepage mit regelmäßige Wissensstandaktualisierung
  - Expertenforum (Fragen und Antworten)
  - Weiterbildungsangebote
  - Referentenvermittlung
- 3. Weiterentwicklung**
  - Maßnahmen der Qualitätssicherung
  - Nutzen und Wirkung prüfen
  - Entwicklung neuer Versorgungs-, Diagnostik- und  
Therapiekonzepte mit wissenschaftlichen Untersuchungen

# Handbook of Clinical Evidence 2006

Nutzen belegt:

Donepezil  
Galantamin

Nutzen wahrscheinlich:

Ginkgo Biloba  
Memantine

Nutzen und Schaden abwägen:

Östrogen  
Physostigmin  
Rivastigmin  
Tacrin

Nutzen unbekannt:

Lezithin  
Vitamin E  
Selegilin

# **IQWIG-Ergebnis: Einschätzungen ohne Kriterien**

## Erläuterung

- $\uparrow\uparrow, \downarrow\downarrow$  = Beleg für günstigen bzw. ungünstigen Effekt.
- $\uparrow, \downarrow$  = Hinweis für einen günstigen bzw. ungünstigen Effekt
- $\leftrightarrow$  = kein Hinweis auf Unterschied
- $( )$  = wenig Daten vorhanden

# Cholinesterasehemmer

Bereich	Donepezil	Galantamin	Rivastigmin
ADL	↑	↑	↑
Psychopath .	↔	↑	kD
Kogn. Leist.	↑ ↑	↑ ↑	↑ ↑
LQ Krankh.	↔	kD	kD
Institutional .	kD	kD	kD

# Fragen zur Qualität Institutionen

- Wie viele Institutionen gibt es in der Region?
- Wie viele Nutzer kommen auf eine Institution?
- Wie zufrieden sind die Nutzer?
- Profitieren die Nutzer von der Institution?

Die Nutzer zur Qualität zu befragen erfordert die Entwicklung von Qualitätsmessinstrumenten zu den verschiedenen Institutionsformen.

Gibt es Initiativen einzelner Anbieter zur Demenz?

Darüber hinaus sind z. B. institutionsspezifische Qualitätsparameter interessant:  
die Überlebensrate in Alten- und Pflegeheimen  
die Quote adäquat behandelter Bewohner  
Kosten und Angebote können in Beziehung zur Zufriedenheit der Nutzer, Patienten, oder Bewohner in Beziehung gesetzt werden.

# Fragen zur Qualität Träger und Unternehmen

Gibt es regionale Treffen der Träger zur Demenzversorgung?

Sind Absprachen getroffen, die Doppelangebote vermeiden?

Gibt es kooperative Finanzierungsmodelle der Träger?

Sind Unternehmen, die ihre Umsätze im Demenzbereich vor Ort machen, in Projekte zur Demenzversorgung als Sponsor oder Initiatoren involviert?

# Fragen zur Qualität

## Angehörige und Pflegende

Gibt es eine Alzheimergesellschaft?

Gibt es Selbsthilfegruppen?

Wie viele Personen nutzen diese Angebote?

# **Behandeln Umfeldstrukturierung**

# „Schale der Geborgenheit“



# Cholinesterasehemmer 2

Bereich	Donepezil	Galantamin	Rivastigmin
Mortalität	( $\leftrightarrow$ )	( $\leftrightarrow$ )	( $\leftrightarrow$ )
UE	$\downarrow\downarrow$	$\downarrow\downarrow$	$\downarrow\downarrow$
LQ Angeh.	$\leftrightarrow$	$\uparrow$	kD
Betr.-Aufw.	$\leftrightarrow$	$\uparrow$	kD
Stadium	$\uparrow\uparrow$	$\uparrow\uparrow$	$\uparrow\uparrow$

# Evidenz

**Lateinisch:** “evidencia”. Es bedeutet:

Augenscheinlichkeit,  
Offensichtlichkeit oder  
einen Zustand völliger Klarheit

**These:** Evidenz kann nicht mittels statistischer Aussagen erreicht werden. Statistische Aussagen betreffen die Wahrscheinlichkeit und schaffen keine „völlige Klarheit“.

**Studien** führen „nur“ zu Wahrscheinlichkeitsaussagen.

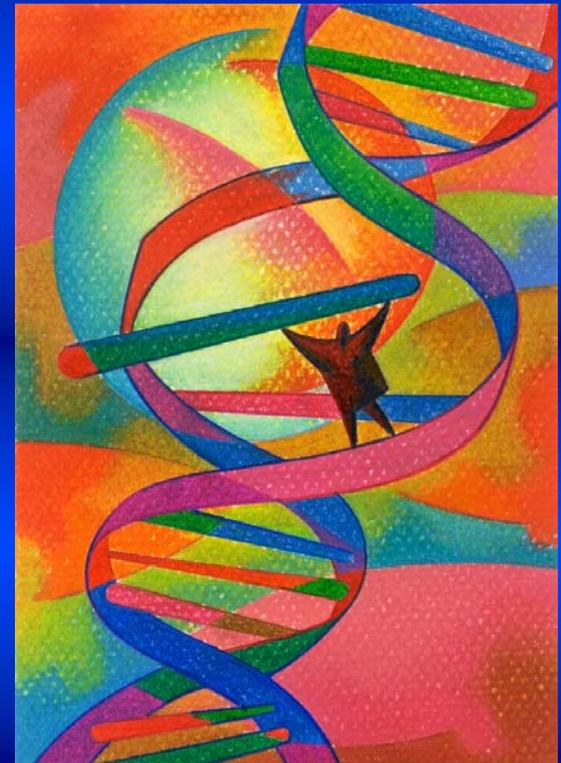
# Altersassoziierte Veränderungen der Kognition

Steigende Anzahl von

- Informationen
- Vergleichsprozessen
- Distraktoren

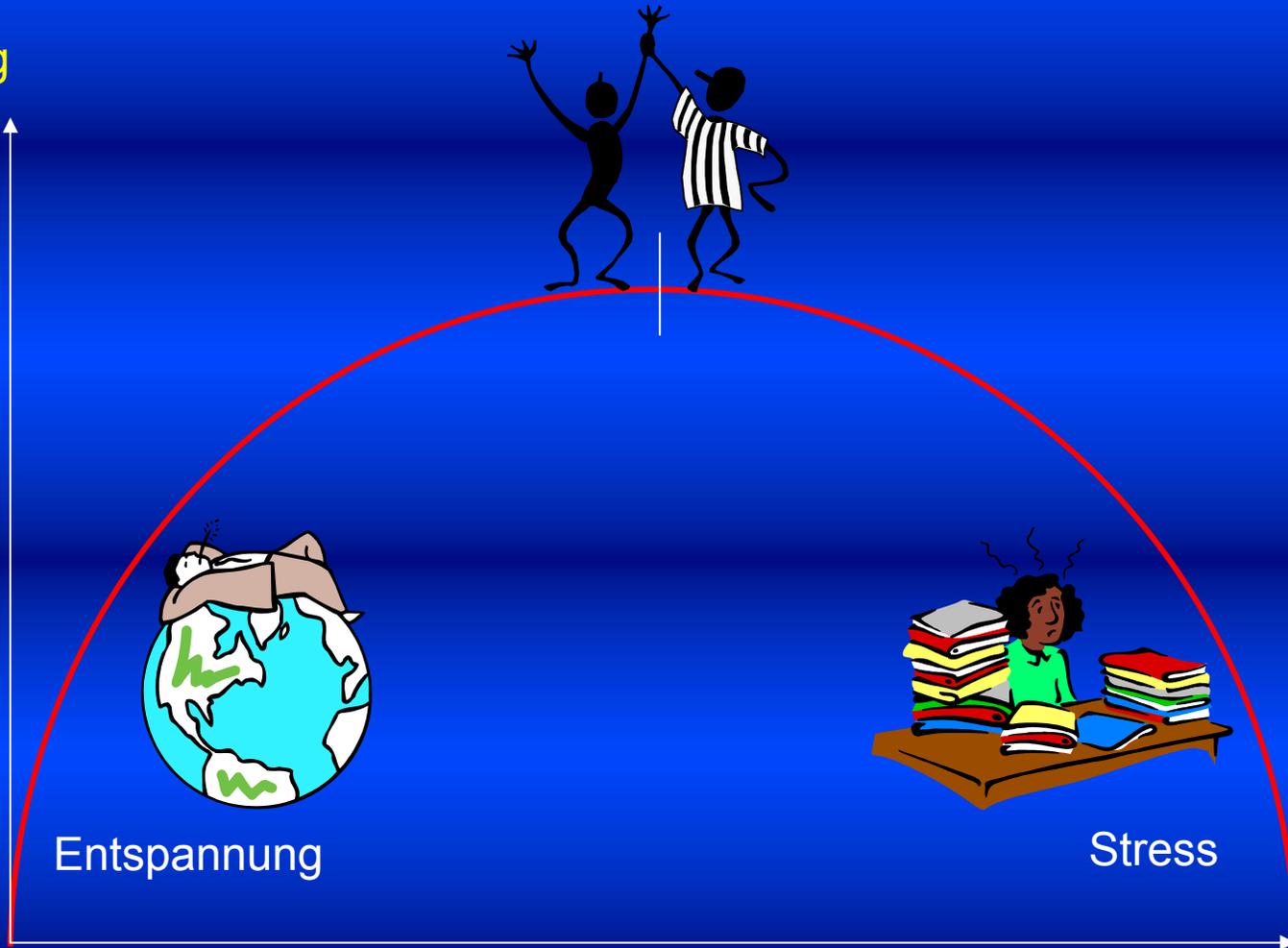
Reduzierte

- Mobilität und dadurch reduzierte Nutzung auch der Kognition



# Yerkes-Dodson-Gesetz (1908)

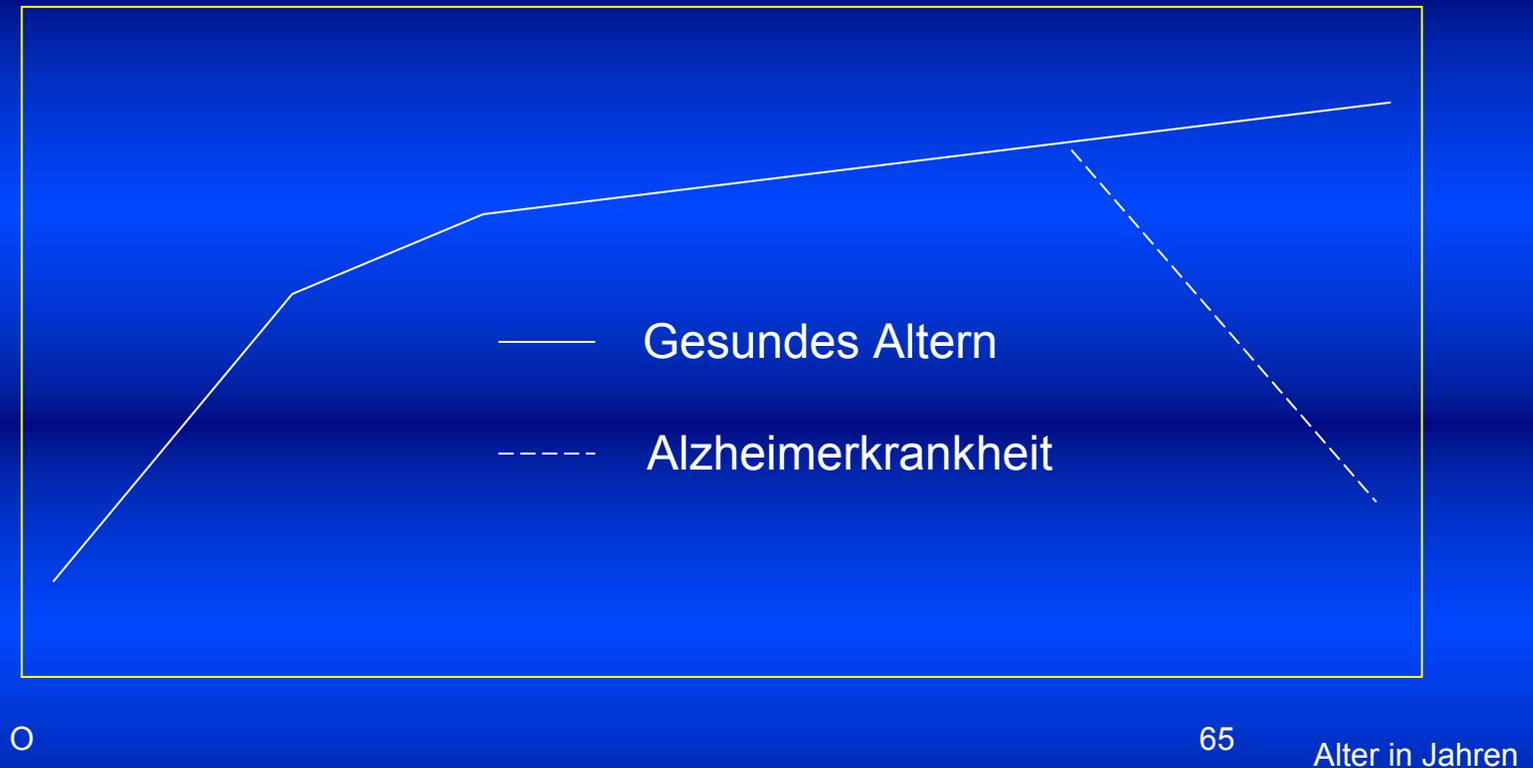
Leistung



Anspannung  
© Ihl, 2007

# Kognitive Komplexität und Altern

Kognitive Komplexität



In Anlehnung an Anokhin et al., 1996, Meyer-Lindenberg et al., 1996, Jelles et al., 1999