



Sich mit Wertschätzung begegnen.

Delir und Demenz
Aktuelles zur Behandlung und Prävention
Ärzteverein Gütersloh
26.10.2016

Referent: Bernd Meißnest
Chefarzt der Klinik für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie
LWL Klinikum Gütersloh

Buxelstraße 50
33332 Gütersloh
e-mail: lwl-klinik.guetersloh@wkp-lwl.org
Internet: www.lwl-klinik-guetersloh.de

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Ablauf

1. Einführung und Epidemiologie des Alterns
2. Delir
Aktuelles aus Diagnostik und Therapie des Delirs
Präventionsmaßnahmen
3. Demenz
Aktuelles aus Diagnostik und Therapie der Demenz
4. Aktuelles aus der Klinik für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie
5. Versorgungsangebote für Demenzkranke und deren Angehörige im Kreis Gütersloh
6. Aktuelle Herausforderungen

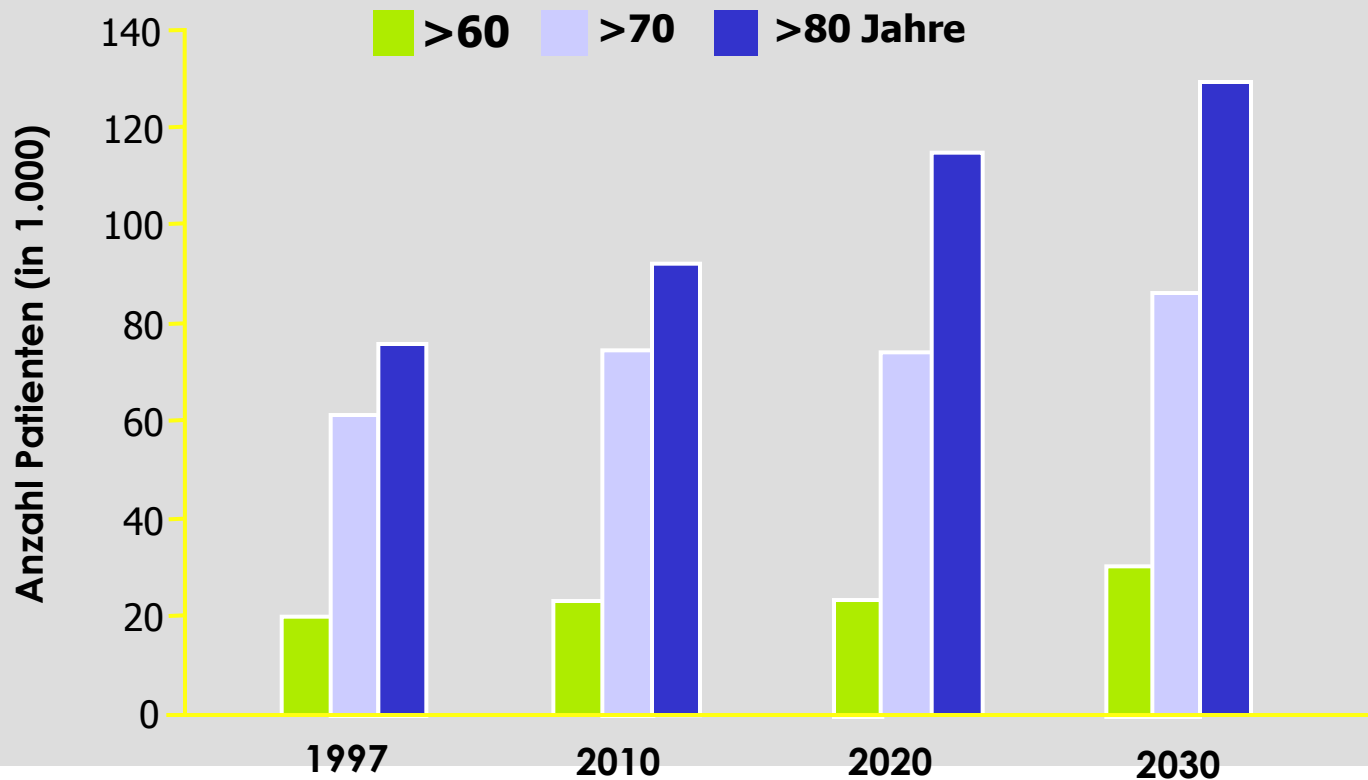
1. Einführung und Epidemiologie des Alterns

Einige epidemiologische Orientierungen (Walsh et al. 2008)

- **80%** der Älteren haben mindestens 1 chronische somat. Erkrankung
- **20-25%** Prävalenz psychischer Erkrankungen im Alter
- **51-94%** psychiatrische Morbidität in Heimen
- **14 - 56%:** Delirien sind die häufigste Komplikation älterer Patienten in nichtpsychiatrischer stationärer Behandlung

- Ältere in Rettungsstellen
 - **> 20%** depressiv (nur 5-6% der psychiatrischen Krisenkontakte)
 - **10%** Delir
 - **26-40%** Demenz oder Delir

Erwartete Zunahme von Demenzerkrankungen in Deutschland



A.O. Kern, F. Beske 2000 Daten und Fakten zur Prävalenz. ZNS & Schmerz, S:6-8

2. Das Delir

- Die Geschichte der Beschreibung des Verwirrtheitszustandes (Delirs) (lateinisch delirare = wahnsinnig sein oder de lira ire = aus dem Gleis oder der Spur geraten) lässt sich bis in die Antike zurückverfolgen
- folgende Begriffe verwendet werden: acute brain syndrome – organic brain syndrome – akute zerebrale Insuffizienz – acute confusional state – disorders of consciousness – Durchgangssyndrom – Verwirrtheitssyndrom
- „HOPS“ = Hirnorganisches Psychosyndrom
- Im ICD 10: F05.xx

Ein “klassisches” Fallbeispiel Frau G.

- Stat. Aufnahme in einer Chirurgie zur Zehenamputation. Bis dahin lt. Angehörige geistig fit.
- Postoperativer Verwirrheitszustand mit Aggression, Ablehnung, Unruhe
- Verlegung in die LWL Klinik zur “Einstellung”.
- Dort gestürzt mit Verdacht auf OSH – Fraktur verlegt.
- Postoperativ in die geriatrische Komplexbehandlung.
- “Nicht therapiefähig” verlegt in die LWL-Klinik.
- Jetzt: Desorientiert, ablehnend, mnest. Defizite.

Delirpatienten kosten mehr...

- Delirpatienten kosten pro Tag 295 \$ mehr als Nicht-Delirpat. Leslie DL, Marcantonio ER, Zhang Y, Leo-Summers L, Inouye SK: One-year health care costs associated with delirium in the elderly population. Arch Intern Med 2008; 168: 27–32
- Bei Delirpatienten unter spezieller medizinischer Versorgung entstanden insgesamt 39 % höhere Kosten auf der Intensivstation und 31 % höhere Krankheitskosten als bei Nicht-Delirpatienten
Milbrandt EB, Deppen S, Harrison PL, et al.: Critcare Med 2004; 32: 955–62
- Aufgrund des Zeitaufwandes des Personals das Delir als einen eindeutigen Kostentreiber im Krankenhaus. Personal, Sachkosten und Verweildauer summieren sich hiernach bei einem Delirpatienten auf eine Summe von 947,55 Euro pro stationärem Aufenthalt.

Weinrebe W: Die ökonomische Bedeutung von Kostentreibern in der internistisch-klinischen Versorgung am Beispiel von Delirzuständen. Masterarbeit Kontakt Studio und Gesundheitsmanagement 2009.

Epidemiologie des Delirs

- Von den 65-jährigen weisen etwa 20% bei Kh-Aufnahme ein Delir auf.
- Hochaltrige zeigen erhöhte Prävalenz zwischen 14% und 56%.
- In Pflegeheimen liegt die Prävalenz bei 58% (!).
- Hypoaktives Delir häufiger als das hyperaktive Delir bleiben allerdings oft unerkannt.
- 30%-60% der Delirien bleiben unerkannt u.a. durch eingeschränkte Kommunikation.
- Delir als dritthäufigstes Symptom bei Tumorpatienten (nach Schmerz und Kachexie). Auf Palliativstationen zwischen 28% und 42%.
- Delirante Patienten haben deutlich kürzere Lebenserwartung

Hauptsymptome des Delirs

1. Aufmerksamkeitsstörung

Ablenkbar, Formale Denkstörungen, Gespräch schwer halten, Konzentration sinkt, verlängerte Reaktionszeiten, verstärkte Schreckreaktion.

2. Kognitive Störung

Kurzzeitgedächtnisstörung, Desorientiertheit (zeitlich), Wahrnehmungsstörung mit illusionären Verkennungen und Halluzinationen, meist optischer Art.

3. Akuter Beginn und fluktuierender Verlauf

Delir entwickelt sich innerhalb weniger Stunden bis Tagen, Wechselnde Symptome im Tagesverlauf, Zustandsbildverschlechterung abends und nachts.

Symptomkomplex

- Gestörter Tag-Nacht-Rhythmus
- Psychomotorische Auffälligkeiten mit Subtypen:
 - Hyperaktive Delir: Ruhelosigkeit, gesteigerte Motorik mit Umherwandern, ungeduld, aggressives Verhalten, Ängste,
 - Hypoaktive Delir (im Alter häufiger): Verlangsamung, reduzierte Aktivität, ruhiges teilnahmsloses bis apathisches Erscheinungsbild
 - Wird oft übersehen oder als depressives Zustandsbild verkannt
 - Mischform: am häufigsten; Wechsel zwischen hypo- und hyperaktivem Bild
- Delir bei älteren Menschen als erstes Zeichen einer schweren somatischen Erkrankung (Pneumonie, Sepsis, Myokardinfarkt, u.a.)

Pathophysiologie des Delirs

Hypothesen der Entstehung:

1. Direkt induzierte neuronale Dysfunktion durch z.B. Hypoxämie oder Hyponatriämie
2. Inflammatorische Hypothese: Neuroinflammation durch systemische Inflammation als Folge von Infekt, Trauma oder Operation.
3. Stresshypothese: Reaktion auf akuten körperlichen oder psychischen Stress.

→ Gemeinsame Endstrecke mit Neurotransmitterdysbalance insbesondere Acetylcholinmangel und Dopaminüberschuss.

Altersabhängigkeit des Delirs

- Unklar in wie weit Alter allein ein Risiko darstellt.
- Verlust an Anpassungsfähigkeit
- Funktionelle Reserven verringert, Erholungsfähigkeit verkürzt
- Zunehmende Multimorbidität
- Polypharmazie / oft Medikation mit anticholinergem Wirkung
- Veränderungen der Umweltbedingungen
- Eingeschränkte Rehabilitationsfähigkeit
- Höhere Mortalität (10%-65%)
- Männer häufiger betroffen (u.a. aufgrund erhöhten Alkoholkonsum)

Warum ist das Delir ein Problem..

- Heilungsverlauf (postoperativ) ist erheblich verkompliziert , verzögert, ...
- Rückkehr in Häuslichkeit erschwert
- Delirpatienten benötigen viel Zuwendung
- Delirpatienten halten sich nicht an Therapieempfehlungen
- Delirpatienten zeigen eine höhere Verweildauer und höhere Komplikationsraten bis Sterblichkeit
- Delirpatienten führen zu Zusatzkosten (zwischen 1000 und 1200€).
- Delirpatienten halten eine Station „auf Trab“.

Pharmakotherapie des Delirs

- **Typische Antipsychothika:**
 - Haloperidol 0,5-1mg p.o., 2xtgl. UAW: EPS, QTc-Zeitverlängerung
- **Atypische Antipsychotika:**
 - Risperidon 0,5mg p.o., 2xtgl. UAW:EPS, QTc-Zeitverlängerung
 - Olanzapin 2,5-5mg p.o. 1xtgl. UAW:EPS, QTc-Zeitverlängerung
 - Quetiapin 25mg p.o.,2xtgl. UAW:QTc-Zeitverlängerung
Bei Parkinson bzw. Lewy-Body-Demenz
- **Benzodiazepine**
 - Lorazepam 0,5-1,0mg p.o. Sedierung

Prädisponierende Faktoren

- Einbußen von Visus oder Akusis
- Kognitiver Status
 - Demenz
 - Stattgehabtes Delir (Risiko >50%)
 - Depression
- Alter >65 Jahre
- Medikation
 - Polypharmazie
 - Psychopharmaka (Antidepressiva !!)
 - Anticholinerge Medikation
- Elektrolytstörungen NA⁺-Mangel
- Dehydratation/Malnutrition
- Hypoxämie
- Alkoholmissbrauch
- Komorbiditäten/Multimorbidität
 - Infektionen
 - Krnheitsschwere
 - Leber- und Niereninsuffizienz
 - Schlaganfall
 - Neurolog. Vorerkrankungen
 - Fraktur/Trauma
 - Terminale Krankheitszustände
 - Metabolische Störungen
- Funktioneller Status
 - Immobilität
 - Gebrechlichkeit, rez. Stürze
 - Schmerzen
 - Obstipationen
- Soziale Faktoren
 - Isolation

Pharmakotherapie als Auslöser und Begünstiger

Bei 11%-30% der deliranten älteren Patienten besteht ein arzneimittelinduziertes Delir

- Analgetika
- Antibiotika
- Antiarrhythmika
- Anticholinergika
- Antidepressiva
- Antiepileptika
- Antihistaminika
- Benzodiazepine
- Betablocker
- Calciumantagonisten
- Glykoside
- Diuretika
- H2-Blocker
- Kortikosteroide
- Lithium
- Neuroleptika
- Parkinson-Medikation
- Theophyllin

Präventive Massnahmen zur Delirvermeidung

In der Akutbehandlung

- Mobilisierung
- Genügend Flüssigkeit
- Medikation überprüfen
- Hinreichende Medikation (Schmerz)
- Entzug von Substanzen mit Abhängigkeitspotential vermeiden
- Sensorische Überstimulation vermeiden
- Überwachung in perioperativen Phase
- Anästhesie verändern

Bei älteren Menschen

- Stabilität somat. Erkrankungen
- Mobilität
- Mangelernährung vermeiden
- Gewohnheiten beibehalten
- Milieuanpassung
- Angehörigen integrieren
- Vertrautheit schaffen
- Ruhige und sichere Atmosphäre
- Fester Tag-/Nachtrhythmus

Risikofaktoren

<u>Ereignis</u>	<u>relative Risiko</u>
• Zwangsmassnahmen	4.4
• Unterernährung	4.0
• 3 neue Medikamente	2.9
• Neuer Blasenkatheter	2.4
• Sehbehinderung	3.5
• Schwere Erkrankung	3.5
• Kognitive Einschränkung	2.8

Inouye, S. 1998



Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Das „demenz und delirfreundliche“ Krankenhaus

- Erkennen der Demenz und des Delirs bei Aufnahme
- Abläufe an Bedürfnisse der Patienten anpassen
- Schaffung von Orientierungshilfen
- Interdisziplinäre Behandlung:
 - z.B. OP-Begleitung; (Bsp: Münster)
- Demenzkoordinator: Gerontopsychiatrische Kompetenz im somatischen KH implementieren
- Fortbildungen



„LERN VON MIR“

„LERN VON MIR“

Unterstützung von Menschen mit
Demenz in Allgemeinkrankenhäusern



Modul 1 – Eine Einführung

Überblick

Modul 1 Demenz – eine Einführung

Modul 2 Die ganze Person sehen

Modul 3 Kommunikationsfähigkeiten entwickeln

Modul 4 Die Auswirkung der
Krankenhausumgebung

Modul 5 Die Person kennen

Modul 6 Ein personzentriertes Verständnis von
herausforderndem Verhalten

Projekt „Demenzkoordinator“

Die Wirkungskreisebenen des Projektes:



3. Demenz



Aktueller Erkenntnisstand

Demenz eine Suchdiagnose ?

Demenz eine
Ausschlussdiagnose?

Haben sich in den Kriterien
Veränderungen ergeben?



Aktuelle Entwicklung

- „Seit Mediziner versuchen die Alzheimer-Krankheit zu behandeln, erleben sie eine Enttäuschung nach der anderen. Auch Ratschläge, wie sich die Demenz vermeiden lässt, sind umstritten. Nun fordern Experten ein Umdenken.“ SZ Okt. 2012
- So erkennen Sie Demenzsymptome schon vor dem Ausbruch www.curendo.de/demenztest...

Kriterien für eine Demenz

nach ICD 10 und der Leitlinien - Demenz

- Beeinträchtigung des Kurz- und Langzeitgedächtnisses sowie des abstrakten Denkens, des Urteilsvermögens und anderen kortikalen Funktionen wie Aphasie, Apraxie oder Agnosie oder Persönlichkeitsveränderungen.
- Kein Hinweis für einen vorübergehenden Verwirrheitszustand
- Verminderung der Affektkontrolle, sowie Störung des Antriebs- und des Sozialverhaltens
- Beeinträchtigung der Alltagsbewältigung
- Dauer von mindestens 6 Monaten
- 3 Schweregrade (leicht-, mittel-, schwer-)

Demenz

- 6-8% der über 65-jährigen erkranken an mittelschwerer und schwerer Demenz.
- Geschätzt nochmals 6-8% der Altenbevölkerung an fraglicher oder leichter Demenz.
- In der BRD derzeit ca. 1,2 bis 1,4 Mio an Demenz erkrankte Menschen.
- ~70% Alzheimer Demenz.

Nicht-kognitive Störungen: Clusterzuordnung

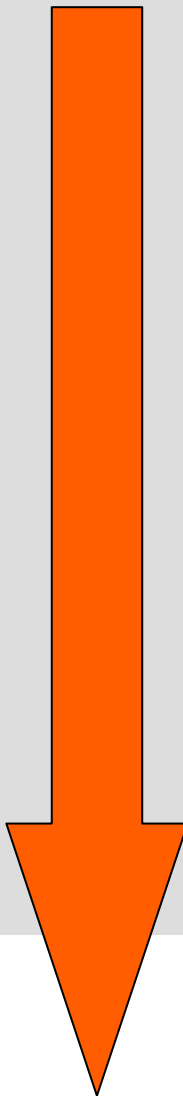
Affektiv	Paranoid- halluzinatorisch	Agitation	Apathie
Depression	Wahn	Räumen	Antriebslosigkeit
Angst	Halluzinationen	„Wandern“	
Reizbarkeit	Verstecken/Verlieren Verkennen/Beschuldigen	Tag-Nacht- Umkehr	
		„Sundowning“	
		Rufen	

Mehrdeutige Symptome:

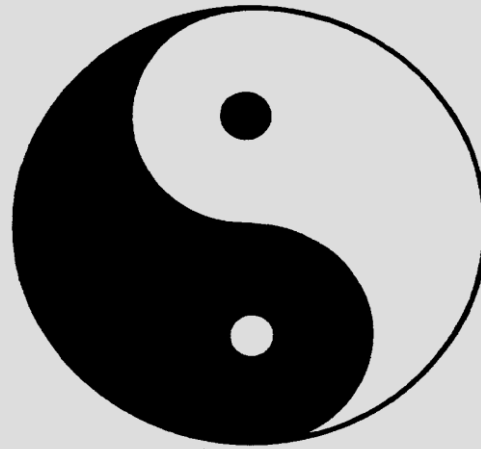
Aggressivität, sexuelle Unangepasstheit, Nahrungs“verweigerung“,
 Personenverkennungen, „Spiegelzeichen“



Kognitive/nicht-kognitive Symptome

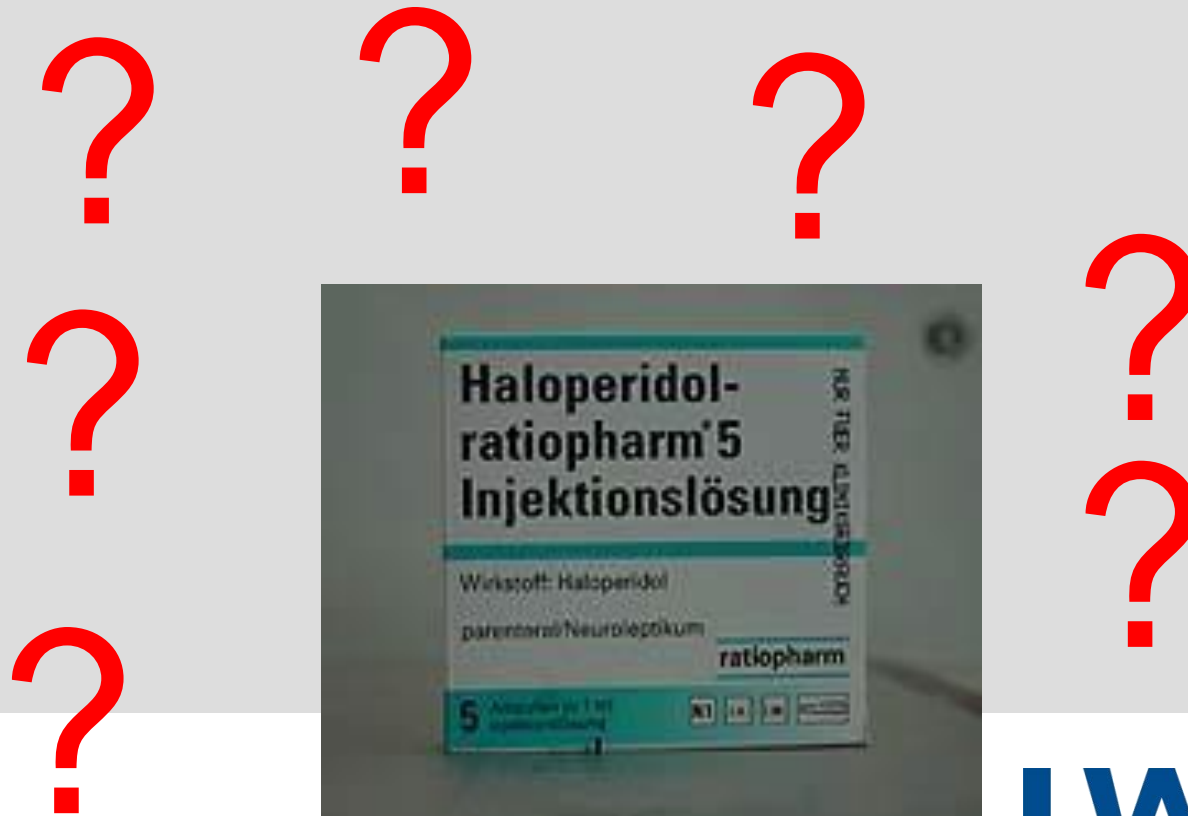
- 
- Leichte Demenz (MMST>20)
 - Leichte und mittelschwere Demenz
 - Mittelschwere Demenz (MMST=10-20)
 - Mittelschwere und schwere Demenz
 - Schwere Demenz (MMST<10)
- Angst,Hyperphagie (auch bei schwerer Demenz)
 - wiederholtes Fragen und Fordern
 - Wandern, sexuelle Enthemmung
 - Weglaufen, Trödeln
 - zielloses Wandern,Aggressivität
 - Tag/Nacht-Rhythmusstörung
 - Hyperoralität
 - Halluzinationen
 - Hyperphagie (auch bei leichter Demenz) Hypophagie
 - Schlaflosigkeit

Kognitive und nicht-kognitive Störungen sind
eng miteinander verbunden;
alle Interventionen wirken auf beide.



Nicht-kognitive Störungen kommen und gehen
im Verlauf einer Demenz

Warum keine Psychopharmaka bei Demenzerkrankten?



Risikowarnungen bei Demenz

- 11. April 2005 – **USA FDA-Warnung**
 - Erhöhte Mortalität unter neuen Antipsychotika Olanzapin, Aripiprazol, Risperidon, Quetiapin
- 6. Juni 2008 – **USA FDA-Warnung**
 - Vergleichbar erhöhte Mortalität auch unter konventionellen Antipsychotika
 - Basis: Gill et al. 2007, Schneeweiss et al. 2007
- 20.11.2008 – **Europa EMEA-Warnung**
 - erhöhte Mortalität unter konventionellen AP n unter neuen AP, keine Aussage zu Unterschieden zwischen einzelnen Substanzen möglich
 - Basis: 12 Studien, Rochon et al. 2008



¾ Psychopharmaka assoziiert mit höherer Sterblichkeit bei Dementen

¾ Klasseneffekt, ältere oder neuere Neuroleptika nicht besser!

¾ Warnung im Beipackzettel vorbeschrieben



Medikamentöse Therapie bei Demenz

Antidementiva:

Vorteil: Wirksam v.a. in Frühphase; Verbesserung der Kognition möglich; Stabilisierung von Verhaltensauffälligkeiten

Nachteil: Keine Heilung möglich, Wirksamkeit begrenzt, Nebenwirkungen, hoher Preis

Antidepressiva: v.a. zu Beginn der demenziellen Entwicklung

Pflanzliche Präparate:!Wirksamkeit nicht erwiesen!

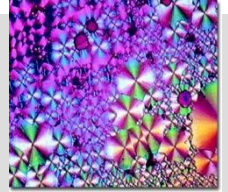
Neuroleptika und Benzo's zur Symptombehandlung:

Unruhe, Schlaflosigkeit, Schreien,etc.

Präparate: Neuroleptika (**offlabel use**), Sedativa

!!!!!! Es gibt kein Medikament gegen Schreien, Stürze, Weglaufen!!!

Antidementiva bei Demenz



- *Daten aus Zulassungsstudien, dabei überwiegend Patienten mit Verhaltensstörungen oder Heimpatienten ausgeschlossen!*
- Empfehlungen aus der S3 Leitlinie
- Beste Datenlage für **Rivastigmin** (Exelon): kognitiv nur Aufmerksamkeit und Denkgeschwindigkeit gebessert. Übliche UAWs aufgetreten: Übelkeit, Erbrechen, *Gewichtsabnahme*. *Grace et al. (2001): open-label extension über 96 Wochen bei n=29, keine Verschlechterung von MMST und NPI bei 21 Pat.*
- **Donepezil** (Aricept): Verbesserung der Kognition, keine motor. Verschlechterung.
- **Galantamin**(Reminyl): Litvinenko et al. (2008): open-label, Placebo kontrolliert, n=41 Verbesserung der Kognition, Besserung von Apathie, Ängstlichkeit, Halluzinationen, Schlafstörungen bei Verum. Keine Besserung von Aufmerksamkeit, Exekutivfunktionen, Gedächtnis
- **Memantine**(Axura): Pat., mit mittelschwerer bis schwerer DAT waren Wahn, Aggression und Unruhe unter Memantin gebessert.

Gauthier et al. (2008)

	Affektiv	Paranoid- Halluzinatorisch	Agitation	Apathie
DAT	Citalopram Moclobemid Trazodon Mirtazapin Carbamazepin (Valproat)	Antipsychotika Cholinesterasehemmer	Citalopram Trazodon Memantin Mirtazapin Tiaprid* Carbamazepin (Valproat)	Cholinesterasehemmer Citalopram Moclobemid Piracetam
VaD	s.o.	Antipsychotika Cholinesterasehemmer	s.o. Memantin* hier off- label	Citalopram Moclobemid Piracetam
DLB	Citalopram Moclobemid Trazodon Mirtazapin	Cholinesterasehemmer* Quetiapin* Clozapin*	Citalopram Trazodon Mirtazapin	Rivastigmin Citalopram Moclobemid
PDD	Citalopram Moclobemid Trazodon Mirtazapin	Rivastigmin Quetiapin* Clozapin	Citalopram Trazodon Mirtazapin	Rivastigmin Citalopram Moclobemid
FTD	Citalopram Moclobemid Trazodon Mirtazapin	Antipsychotika	Trazodon Memantin* Selegelin* Moclobemid* Carbamazepin Tiaprid* (Valproat)	Moclobemid Paroxetin Sertralin Piracetam Selegelin*

Mögliche zukünftige medikamentöse Therapien

Impfung mit A β -Antikörpern (AN 1792):

bei 5% der Patienten schwerwiegende Nebenwirkungen
(Entzündungen): klinische Studie abgebrochen

derzeit ca. 100 neue Wirkstoffe in klinischen Studien, z.B.:

Statine (wirkt gg. Cholesterin im Gehirn)

γ -Sekretase-Modulatoren (GSM: γ -Sekretase-Hemmer)

β -Sekretase-Blockierung

α -Sekretase-Förderer

Heparin (gg. Verklumpungen von A β 1-42)

Glutaminylyklase-Hemmer (QC-Inhibitoren)

Interdisziplinäre S3 Praxisleitlinie

Beteiligte 29 Fachgesellschaften und Organisationen:

Berufsverband deutscher Neurologen

Berufsverband Deutscher

Humangenetiker

Berufsverband Deutscher Nervenärzte

Deutscher Pflegerat

Deutsche Gesellschaft für Gerontologie
und Geriatrie

Deutsche Gesellschaft für
Gerontopsychiatrie und Psychotherapie

Deutsche Gesellschaft für Neurologie

.....



LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

S3-Leitlinienempfehlungen

- Liquordiagnostik: β -Amyloid, Tau Empfehlungsgrad B
- Neuropsycholog. Testung (MMST, Uhrentest,..) Empfehlungsgrad A
geeignet zur Früherkennung
nicht geeignet zur spez. Diff.diagnostik
- Strukturelle Bildgebung (CCT, MRT) Empfehlungsgrad A
- Strukturelle Bildgebung zur Verlaufskontrolle Empfehlungsgrad C
- Funktionelle Bildgebung (PET, DatScan,..) Empfehlungsgrad C

Mögliches Fazit:

Wir benötigen eine pragmatische
Vorgehensweise



Pragmatisch heisst.....

- Umfassend
- Einfach und Verständlich
- Aktuell, am Stand der Forschung orientiert
- Kurz und schnell
- Unbürokratisch
- Nutzerfreundlich für alle Berufsgruppen
- Patienten- und Angehörigenorientiert
- Kostenbewusst und Budgetfreundlich
-

Labor und Liquordiagnostik

1. Labor.

Obligat: BB; BSG; Elektrolyte; Leberwerte; Nierenwerte;
Glukose; BZT; Cholesterin, Schilddrüsenwerte; Vitamin B12; Folsäure;
Lues; Urinstatus.

Fakultativ: Gerinnungswerte; Eisen; Kupfer; Endokrinologische
Werte; Drogenscreening; Homozystein; BGA; Tumormarker

2. Liquor:

Chronische HIV-Enzephalitis

Neuroborreliose

Neurosyphilis

TBC

Hashimotoenzephalitis

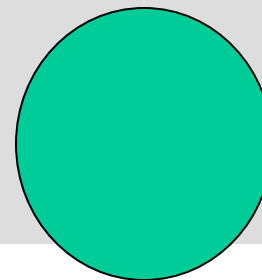
Bildgebende Verfahren

Ein Schädel-CT wird empfohlen, wenn eines oder mehrere der folgenden Kriterien vorliegen :

- Patient ist jünger als 65 Jahre
- Symptomatik besteht seit weniger als einem Jahr.
- Demenz schreitet rasch voran
- Kopfverletzung in der Kurzzeitanamnese
- ungeklärte neurologische Symptomatik (z.B. Krampfanfälle)
- neuauftretende fokale Symptome (z.B. Babinski-Reflex, Hemiparese)
- Krebsleiden in der Anamnese (insbesondere metastasierende Karzinome)
- Hinweise auf Antikoagulanzienaufnahme oder Blutgerinnungsstörung
- atypischer Verlauf, atypische kognitive Symptomatik (z.B. rasch zunehmende Aphasie)

Uhrentest

- **Uhren - Test** Sagen Sie dem Patienten: "Bitte zeichnen Sie eine Uhr mit allen Zahlen und Zeigern. Die Zeiger sollen die Zeit 9:30 anzeigen. "
-
- **Auswertung Uhren-Test:**
- 1. Ist die Zahl "12" oben ? **2 Punkte**
- 2. Sind alle 12 Zahlen vorhanden ? **1 Punkt**
- 3. Sind der Stunden- und Minutenzeiger vorhanden ? **2 Punkte**
- 4. Entspricht die von Ihnen angegebene Uhrzeit der Zeigerstellung ? **2 Punkte**
- Maximum mögliche Punkte **7 Punkte**



MMST (Mini-Mental-Status)

- Orientierungsvermögen:* 1. Fragen Sie nach:Jahr|Jahreszeit|Monat|Datum|Wochentag
2. Fragen Sie nach:Staat/Bundesland/Stadt bzw. Ortschaft
- Merkfähigkeit:* 3. Nennen Sie 3 Gegenstände (z.B. Uhr, Münze, Boot). Der Patient soll sie wiederholen (1 Punkt für jede korrekte Antwort). Wiederholen Sie die 3 Begriffe
- Aufmerksamkeit und Rechnen:*4. Beginnend mit 100, jeweils 7 subtrahieren (1 Punkt für jede korrekte Antwort; Stop nach 5 Antworten). Andere Möglichkeit: Lassen Sie ein Wort mit 5 Buchstaben rückwärts buchstabieren (z.B. WIESE).
- Erinnerungsfähigkeit* 5. Fragen Sie nach den Namen der unter (3) genannten Gegenstände (1 Punkt für jeden richtigen Begriff).
- Sprachvermögen und Verständnis* 6. Zeigen Sie einen Bleistift und eine Uhr. Der Patient soll diese benennen (1Punkt pro richtiger Antwort).
7. Lassen Sie nachsprechen: "Bitte kein Wenn und Aber.,,
8. Lassen Sie eine 3teilige Anweisung ausführen, z.B. "Nehmen Sie das Blatt Papier in die rechte Hand, falten Sie es in der Mitte und legen Sie es auf den Boden,,
9. Der Patient soll folgende auf einem Blatt (groß!) geschriebene Aufforderung lesen und sie befolgen: "Schließen Sie die Augen.,,
10. Lassen Sie den Patienten einen Satz eigener Wahl schreiben: mit Subjekt und Prädikat; soll einen Sinn ergeben.
11. Lassen Sie den Patienten unten stehende Abb. nachzeichnen (1 Punkt, wenn alle Seiten und Winkel richtig sind und die Überschneidungen ein Viereck bilden).
- Total Punkte**30

- *Der Mini-Mental-Status (Mini Mental State Examination, MMSE, nach Folstein et al. 1975).*



Alltagstest – 1 -

- Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an: X Selbsteinschätzung O Fremdeinschätzung
- 0= früher nie durchgeführt; 1= selbständig, ohne Aufforderung; 2= nur nach Aufforderung;
- 3= geringe Beeinträchtigung; 4= mittelschwere Beeinträchtigung; 5= schwere Beeinträchtigung
- **Im Wohnbereich**
 - Umgang mit Haushaltsgeräten, TV, Video, Fernbedienung
 - Finden von Alltagsgegenständen (Brille, Schlüssel, etc.)
 - Instandhaltung der Wohnung (Putzen, Aufräumen)
 - Zubereitung von Mahlzeiten
 - Medikamenteneinnahme (richtiger Zeitpunkt; richtige Dosierung)
 - Kleiderwahl (dem Ereignis bzw. dem Wetter entsprechend)
 - Körperpflege (Waschen, Rasieren, Zähneputzen, Duschen, etc.)
 - Toilettengang (Finden der Toilette, Hygiene, Inkontinenz)
- **Außerhalb des Wohnbereichs**
 - Erledigung von Finanzangelegenheiten (Bank, Rechnungen)
 - Einkaufen (Auswahl von Einkaufsartikel, Retoungeld)
 - Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel oder Auto

Alltagstest – 2 -

- **Kommunikation und Hobbys**
 - Zeitgefühl (Datum, Uhrzeit, Einschätzung einer Zeitspanne)
 - Telefonieren (Wählen, Merken von Nummern)
 - Sprache (Wortfindung, Ausdrucksfähigkeit)
 - Teilnahme an Gesprächen, Diskussionen
 - Aufmerksamkeit
 - Interesse am Tagesgeschehen
 - Soziale Kontakte (Treffen mit Familienangehörigen, Freunden)
 - Interessen, Ausüben von Hobbys
- **Gemütsverfassung: Im Vergleich zu früher fühle ich mich derzeit**
 - zu
entscheidungsschwach selbstbezogen, vergangenheitsbezogen ,reizbar ,mißtrauisch, eifersüchtig, lust- und freudlos, antriebschwach, rasch ermüdbar
- **Was bedrückt Sie persönlich am meisten ?**

Fazit:

- Es gibt nicht das „Eine“ Vorgehen.
- Es gibt aber bestimmte Regeln die für alle Beteiligten v.a. für den Betroffenen von Nutzen sind.
 - Interdisziplinäres Zusammenarbeiten (Klinik, Ambulant)
 - Gerontopsychiatrische Kompetenz ins Allgemein-KH und in die Praxis
 - „Unsinniges“ Vermeiden
- Fragen die den Prozess begleiten müssen:
 - Wer profitiert von welcher Entscheidung? (Betroffene, Angehörige,..)
 - Welche therapeutische Konsequenz hat es?
 - Was ist wirklich nutzbringend?
 - Was ist wissenschaftlich nachgewiesen?
 - Was will der Betroffene?

Prävention in der Demenzbehandlung

1. Klinisch:

- Stabilisierung der Begleiterkrankungen (Knoefel et.al.2003) führt zur sign. Verbesserung von Aktivität in tgl. Leben in Kognition und Mobilität.
- Regelmäßige ärztliche Untersuchungen; **je dementer desto öfter !!!**

2. Milieu:

- Bewegungsraum mit Rückzugsmöglichkeit, Garten, Rückzugsmöglichkeit, Bekannte/ vertraute Umgebung
- Ort für Kommunikation, Gemeinschaft

3. Tagesstrukturierung / Beschäftigung:

- „Küche für die Frau, Werkraum für den Mann“, Tagespflege

4. Netzwerkarbeit:

- Angehörige, Pflege, Therapeuten, Beratung, Hausärzte, Fachärzte, Klinik

Prävention / Vorbeugung

- „Bekämpfe Alzheimer mit einem aktiven Gehirn“
- Wir können unser gesundes Gehirn erhalten und das Risiko der Alzheimer-Krankheit verringern, indem wir gesund leben, uns gesund ernähren, geistig aktiv bleiben und Sport betreiben. Diese Faktoren beeinflussen das Auftreten der Demenz

Studie von Jane Sacyznsky, Nat. Institute on Aging in Bethesda , USA.

Untersuchung an 2512 Person. Japan. Herkunft. Soz. Aktivität 2x erfasst, zum mittleren und fortgeschr. Lebensalter. Abnehmende soz. Kontakte erhöhten Demenzrisiko.

Und manchmal hilft die Frage beim Vorgehen?

- Wie möchte ich es später einmal haben, wenn ich dement werden sollte?
- Was ist normal, was gehört zum physiologischen Alterungsprozess dazu?
-

Aktuelles zu Therapieverfahren

- Medikamentöse und Nicht-medikamentöse Therapien
- Präventive Maßnahmen

Medikamentöse Behandlung Antidementiva

- 1. Wirkmechanismus: Acetylcholinesterase-Hemmung: z.B. Donepezil: **Aricept®** Rivastigmin: **Exelon®** Galantamin: **Reminyl®**

Empfehlungen der S3-Leitlinien **Acetylcholinesterase-Hemmer:**

Bei leichter bis mittelschwerer AD: höchst mögliche Dosis;

Bei gemischten Demenz entsprechend der Alzheimer-Demenz

Bei Parkinson-Demenz: wirksam und empfohlen;

Musiktherapie

z.B. Klangschalenthherapie

Basierend auf dem „Stress-Modell der Verhaltensauffälligkeiten bei Demenz“

signifikante Reduktion der Irritabilität (MOSES)

nach 8-wöchiger Musiktherapie (2 Sitzungen pro Woche) RCT:
Intervention (n= 15), Kontrollgruppe (n = 13)

Suzuki, M., Kanamori, M., Watanabe, M., (2004) Nursing & Health Sciences, Vol 6(1), pp. 11-18

Milieuthherapie

Veränderungen der räumlich-sozialen Umwelt bei Demenz
„Besondere stationäre Dementenbetreuung“

- Bewohner mehr Interesse an Umgebung, mehr Aktivität
stärkere Nutzung von Angeboten; weniger
freiheitsentziehende Maßnahme;
mehr Sozialkontakt zu Personal, mehr positive Gefühle;
längere Aufrechterhaltung von Mobilität

Weyrer, S., Schäufele, M (2004) Evaluation der Besonderen Stationären Dementenbetreuung in Hamburg.

Medikamentöse Therapie

- **Antipsychotika:**

Antipsychotika/Neuroleptika mit anticholinerger Nebenwirkung sollen vermieden werden.

Bei Parkinson-Demenz, Lewy-Körper-Demenz und verwandte Erkrankungen: klassische atypische Neuroleptika kontraindiziert (am besten noch: Clozapin)

- **Antidepressiva:**

Antidepressive Therapie bei Patienten mit Demenz und Depression ist wirksam und wird empfohlen. Bei der Ersteinstellung und Umstellung sollen trizyklische Antidepressiva (z.B. Doxepin) nicht eingesetzt werden.

Mögliche zukünftige medikamentöse Therapien

Impfung mit A β -Antikörpern (AN 1792):

bei 5% der Patienten schwerwiegende Nebenwirkungen
(Entzündungen): klinische Studie abgebrochen

derzeit ca. 100 neue Wirkstoffe in klinischen Studien, z.B.:

Statine (wirkt gg. Cholesterin im Gehirn)

γ -Sekretase-Modulatoren (GSM: γ -Sekretase-Hemmer)

β -Sekretase-Blockierung

α -Sekretase-Förderer

Heparin (gg. Verklumpungen von A β 1-42)

Glutaminylyklase-Hemmer (QC-Inhibitoren)

4. Aktuelles aus der Klinik für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie

Die Klinik für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie

Das Zentrum für Altersmedizin



Die Klinik für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie -1-

- **Gerontopsychiatrisches Zentrum:**
 - Gerontopsychiatrische Ambulanz (Komm- und Gehstruktur) 1400 Pat. /Quartal
 - Gerontopsychiatrische Tagesklinik (Neubaueröffnung Februar 2017)
 - Beratung von Angehörigen, Anbietern und Betroffenen
- **Gedächtnissprechstunde**
- **Stationäre und teilstationäre Behandlung auf 3 offene Stationen 51 Betten mit Schwerpunkt**
 - Dementielle Syndrome, Delirien
 - Affektive Störungen, Suchterkrankungen
 - Schizophrenien, chron. Psychosen

Die Klinik für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie -2-

- **Zentrum für Altersmedizin:**
 - Interdisziplinäres Behandlungsangebot (Innere Medizin, Neurologie, Gerontopsychiatrie).
 - Geriatrische Komplexbehandlung (Stat. Und tagesklinisch).
- **Gerontopsychiatrischer Konsiliardienst für alle KH´ im Kreis Gütersloh**
- **Geriatrischer Konsiliardienst**
- **Demenzkoordinator im Klinikum Gütersloh**

5. Die ambulanten Versorgung im Kreis GT

- Seit 1985 hat sich ein heute dichtes, hochdifferenziertes ambulantes Netzwerk an psychosozialen Hilfen für ältere Menschen entwickelt.
- Ambulante Versorgung gesamt: Deutschland: 71,69 %
NRW: 72,43 % ←
Kreis GT: 78,06 %
- Stand 2015:
 - 56 ambulanten Pflegediensten und 26 Tagespflügen (ca. 300 Plätze)
 - Seit 1999 ambulante Hausgemeinschaften (heute über 50 mit insgesamt über 600 Plätzen) als Alternative zum „klassischen“ Heim.
 - Beratungsstellen in allen Kommunen
 - Seit 2009 Bürgerbefragung in den Kommunen („Alt werden in“).

Hausgemeinschaften

- Erste Hausgemeinschaft im Kreis GT 1999 durch Daheim e.V.
- Heute (10/2016) 56 HG´s mit insgesamt ca. 700 Plätze.
- Auf alle Kommunen verteilt.
- Kleine, ins Stadtviertel integrierte Einheiten (max. 9-16 Plätze).
- Aus unterschiedlichen lokalen Motivationslagen entstanden.
- Heute hat der Kreis GT NRW-weit die Spitzenposition eingenommen bei den ambulanten Wohngemeinschaften vor Bielefeld und Gelsenkirchen.

6. Das sind die aktuellen Herausforderungen

- Versorgung verbessern – unsere künftige Versorgung entwickeln
- Netzwerkarbeit
- Neues Finanzierungssystem in der Psychiatrie
- Sterbebegleitung für Demenzkranke
- Die demenzfreundliche Kommune
- Interdisziplinäre Arbeit
- Sektorengrenzen überwinden
- Fort- und Weiterbildung
- Forensische Fragestellungen
 - Bsp. Straftaten von Demenzerkrankten,
 - Fahrtüchtigkeit

•

Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.