

---

ZUKUNFTSFORUM DEMENZ

## Qualitätssicherung in der Demenzversorgung bei Multimorbidität

Herausgeber  
Professor Dr. med. Ingo Füsgen

27. Workshop  
des „Zukunftsforum Demenz“  
14. November 2007 in Köln  
Dokumentationsreihe • Band 23



## Was bedeutet eigentlich Qualität in der Demenzversorgung?

Demenzielle Erkrankungen werden als Folge der demografischen Entwicklung auch und gerade in Deutschland schrittweise zu einem der zentralen Probleme des Gesundheitssystems, wie es jüngst in der Ärztezeitung noch einmal unter dem Stichwort „Demenz in Deutschland“ betont wurde. Bereits jetzt sind etwa 1,2 Millionen Betagte und Hochbetagte von einer Demenzerkrankung wie der Alzheimerkrankheit betroffen. Aufgrund der gestiegenen und weiter steigenden Lebenserwartung wird etwa jeder vierte Deutsche Symptome einer Demenz entwickeln. Vermutlich wird die Zahl der an Demenz Erkrankten 2040 auf 2,2 Millionen steigen.

Bei beschränkten finanziellen Ressourcen im Gesundheitswesen werden wahrscheinlich gerade bei dieser Patientengruppe schnell inhumane Tendenzen deutlich werden, wenn es uns nicht gelingt, durch Strukturveränderungen in der Patientenversorgung und -betreuung sowie durch bessere Diagnostik und Therapie die Qualität deutlich anzuheben und einem „Wildwuchs in der Betreuung“ entgegenzuwirken. Als Erstes wird wichtig sein, dass man sich über die Frage des Hilfebedarfs für den Demenzkranken einigt. Wenn die zurzeit diskutierte neue Definition „Pflegebedürftigkeit“ gefunden ist, wird die Frage nach der Qualität in der medizinischen Versorgung zu stellen sein. Dabei müssen Strukturfragen angesprochen werden – wie z.B. der Umgang mit Demenzkranken in Akutkrankenhäusern, aber auch spezifisch medizinisch-ärztliche und pflegerische Problemstellungen. Beispielhaft seien hier der Umgang mit Schluckstörungen, mit Zahnproblemen, Obstipation oder die Sterbebegleitung bei Demenzkranken genannt. Ein besonderes Problem stellt ohne Zweifel die Multimorbidität mit der häufig begleitenden Multimedikation dar.

Bereits am Anfang des Workshops machte Apotheker Frank Hanke deutlich, dass dieses Problem der Nebenwir-

kungen und Interaktionen im Rahmen einer Mehrfachmedikation für jeden Älteren und ganz besonders für den Demenzkranken eine hohe Bedeutung hat. Qualität in der Medikation verlangt nach neuen Vorgehensweisen, z.B. in Form eines Medikationsassessments, wie es Frank Hanke darlegte.

Anhand der Ergebnisse aus der großen Heidelberger Interventionsstudie über Demenzkranke führte Professor Dr. Andreas Kruse aus, dass Demenz keineswegs nur negative Gesichtspunkte in Bezug auf den Betroffenen hat, sondern auch positive Aspekte darzustellen sind. Dies hat natürlich große Bedeutung für den Umgang und die therapeutischen Bemühungen, aber ganz besonders auch für die Aus- und Fortbildung der Ärzte, Pflegenden, Therapeuten und nicht zuletzt der Angehörigen.

Anschließend wies Professor Dr. Doris Schaeffer darauf hin, dass eine Verbesserung der Versorgungsqualität Demenzkranker auch mit einer Neuordnung der pflegerischen Ausbildung einhergehen muss. Dies bedeutet nicht nur Einführung von akademischen Weiterbildungsgängen für Pflegende, sondern auch Zuordnung zu bestimmten Aufgaben im Gesundheitswesen.

Dr. Robert Schäfer, Hauptgeschäftsführer der Ärztekammer Nordrhein, nahm sachlich – und manchmal mit kleinen Spitzen versehen – Stellung zu den Möglichkeiten und Vorstellungen der Ärztekammer bezüglich leitliniengerechter Versorgung der Demenzpatienten. Sehr deutlich wurde in den Ausführungen, dass sich die weiterführende Überprüfung der Qualität leider nicht mehr in Händen der Ärzteschaft befindet und so natürlich auch die Einflussmöglichkeiten beschränkt sind.

Die Multimorbidität im Zusammenhang mit dem Krankheitsbild der Demenz stand bei den Ausführungen von Professor Dr. Johannes Kraft, Chefarzt des Zentrums für Allgemeinmedizin und Geriatrie sowie der Klinik für Geriatrie und Rehabilitation in Coburg, im Mittelpunkt seines Referates. Dabei griff er auf Zahlen aus der Bayerischen Geriatrieerhe-

bung und Daten aus der von ihm geführten Klinik zurück. Als Zusammenfassung seines Vortrages folgerte Herr Prof. Kraft dann, dass für die Versorgung Demenzkranker die Geriatrie zu Recht als die „Spezialdisziplin für Multimorbidität“ gelten darf.

Privatdozent Dr. Daniel Kopf von der Abteilung für Gerontopsychiatrie des Zentralinstituts für seelische Gesundheit in Mannheim ging detailliert auf die zu fordernden Schritte in der medikamentösen Therapie im Rahmen der Multimorbidität beim Demenzkranken ein. Eine zentrale Aussage war, dass die Indikation zur medikamentösen Therapie der Begleiterkrankungen stadienabhängig stets neu bewertet werden muss. Dazu wird es aber notwendig sein, dass einerseits der bestehende eklatante Mangel an Studiendaten zu dieser Problematik Stück für Stück behoben wird und andererseits die Versorgungsstrukturen hin zu einer interdisziplinär orientierten Versorgung optimiert werden. Insgesamt war es ein wichtiger Workshop zu einem Themenbereich, der uns zwar alle herausfordert, aber noch viele offene Fragen hat.

Die Demenz ist eine unserer großen gesellschaftlichen Herausforderungen, diese sind inzwischen bei den politischen Entscheidungsträgern angekommen. Die Diskussion nur über Finanzen im Verschiebebahnhof des Gesundheits- bzw. Sozialwesens wird der Problematik nicht gerecht und so sind wir alle aufgefordert, inhaltlich mitzuwirken. Dazu gehört, dass wir neben einer eindeutigen Klärung unserer qualitativen Vorstellungen für die Demenzversorgung auch deutlich machen, wie wir die medikamentöse Therapie im Rahmen der Multimorbidität möglichst nebenwirkungs- und interaktionsfrei gestalten. Die Bewertung und Auswahl der Antidementiva sollte stets unter diesem Gesichtspunkt erfolgen. Die vorliegenden Kenntnisse, Erfahrungen und Vorstellungen, wie sie in diesem Workshop aufgezeigt wurden, müssen aufgegriffen werden, wenn wir Menschen mit Demenz gerecht werden wollen.

*Professor Dr. med. Ingo Füsgen*



## **Herausgeber**

Professor Dr. med. Ingo Füsgen  
Geriatrische Kliniken Wuppertal  
der Kliniken St. Antonius  
Lehrstuhl für Geriatrie der  
Universität Witten/Herdecke  
Carnaper Str. 60  
42283 Wuppertal

# Referenten des Workshops

Im Rahmen des interdisziplinären 27. Workshops führten Experten aus unterschiedlichen Bereichen einen fachübergreifenden Dialog zum Thema „Qualitätssicherung in der Demenzversorgung bei Multimorbidität“.



*Professor Dr. med. Ingo Füsgen  
Ärztlicher Direktor des Zentrums für Geriatrie –  
Kliniken St. Antonius; Lehrstuhl für Geriatrie der  
Universität Witten/Herdecke, Wuppertal*



*Dipl.-Pharm. Frank Hanke  
Geschäftsführer Gero PharmCare GmbH,  
Köln*



*Professor Dr. phil. Dipl.-Psych. Andreas Kruse  
Direktor des Instituts für Gerontologie,  
Heidelberg*



*Professor Dr. phil. Doris Schaeffer  
Leiterin des Instituts für Pflegewissenschaften,  
Universität Bielefeld, Bielefeld*



*Dr. med. Robert D. Schäfer  
Geschäftsführender Arzt, Ärztekammer Nordrhein,  
Düsseldorf*



*Professor Dr. med. Johannes W. Kraft  
Chefarzt der Klinik für Geriatrie und Rehabilitation,  
Zentrum für Allgemeinmedizin und Geriatrie,  
Klinikum Coburg gGmbH, Coburg*



*Privatdozent Dr. med. Daniel Kopf  
Oberarzt Abteilung für Gerontopsychiatrie,  
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit,  
Mannheim*

© 2008 Zukunftsforum Demenz  
Postfach 11 13 53  
60048 Frankfurt am Main  
E-Mail: [zukunftsforum@demenz.de](mailto:zukunftsforum@demenz.de)  
[www.zukunftsforum-demenz.de](http://www.zukunftsforum-demenz.de)

Redaktion, Gestaltung und Produktion:  
Medical Tribune  
Verlagsgesellschaft mbH Wiesbaden

Juni 2008

Printed in Germany  
ISBN 978-3-938748-12-1

PROFESSOR DR. MED. INGO FÜSGEN

**Einführung** 11

DIPL.-PHARM. FRANK HANKE

**Aspekte der geriatrischen Pharmazie** 17

PROFESSOR DR. PHIL., DIPL.-PSYCH. ANDREAS KRUSE

**Nonverbale Kommunikation  
nicht unterschätzen** 27

PROFESSOR DR. PHIL. DORIS SCHAEFFER

**Begriff der Pflege muss  
neu definiert werden** 35

DR. MED. ROBERT D. SCHÄFER

**Leitlinienkonforme Therapie bei  
Multimorbiden möglich?** 47

PROFESSOR DR. MED. JOHANNES W. KRAFT

**Geriatric – die Spezialdisziplin  
für Multimorbidität** 55

PRIVATDOZENT DR. MED. DANIEL KOPF

**Interdisziplinäre Versorgung optimieren** 63

**Multimorbidität erfordert spezielles  
therapeutisches Vorgehen** 71

**Zukunftsforum Demenz** 73

## Das Zukunftsforum Demenz

hat sich zum Ziel gesetzt, die Versorgung der Demenzkranken in Deutschland zu verbessern, um ihnen möglichst lange ein würdevolles und – entsprechend ihren noch vorhandenen Fähigkeiten – erfülltes Leben zu ermöglichen.

Daher auch das Motto des Zukunftsforums:

„Für ein lebenswertes Morgen“.

# Einführung

PROFESSOR DR. MED. INGO FÜSGEN

Das zentrale Problem des Gesundheitssystems im Indikationsgebiet „Demenz“ ist in der Politik angekommen, wie es bereits im Koalitionsvertrag der jetzigen Bundesregierung aufgegriffen wurde: Die Bundesregierung reagiert. So hat sie für „Leuchtturmprojekte“ bzw. deren verschiedene Forschungs- und Umsetzungsbereiche 13 Mio. Euro bereitgestellt. Es wird aber auch deutlich, dass in unserer Gesellschaft sehr unterschiedliche Vorstellungen zur Frage der qualitativen Versorgung Demenzkranker bestehen:



*Prof. Dr. med.  
Ingo Füsgen*

- Der **Arzt** will die kognitiven Defizite des Kranken mildern und den Krankheitsverlauf verzögern.
- Die **Angehörigen** wünschen eine Anpassung der pflegerischen Möglichkeiten an ihre besondere Situation (z.B. gestörter Schlaf-Wach-Rhythmus des Kranken).
- Die **Kranken- oder Pflegekassen** wollen den therapeutischen Nutzen zu günstigen Preisen, wobei die Definition „therapeutischer Nutzen“ noch zu Diskussionen Anlass gibt.

Völlig unbeantwortet ist in diesem Zusammenhang die Frage: „Was macht die Lebensqualität des Demenzkranken aus?“ Die Antwort ist unverzichtbar, wenn man an der Lebensqualität des Betroffenen die Qualität jedweder Maßnahme prüfen will. Bezeichnend ist hierbei, dass für Demenzpatienten keine validierten Lebensqualitäts-Erhebungsbogen zur Verfügung stehen.

Es existieren unterschiedliche Qualitätsvorstellungen, die man inhaltlich auf einen Nenner bringen muss, wenn man zukünftig dieses Thema erfolgreich angehen will. Häufig stehen jedoch Systemabläufe in unserem Gesundheitswesen einer Optimierung der Versorgung entgegen. Beispielhaft sei hier die Versorgung Demenzkranker in unseren Kranken-

häusern genannt. Natürlich gehört zur Prüfung der Qualität in einem Krankenhaus auch die Transparenz der Daten. Man wird bei der Erhebung und Veröffentlichung von Krankenhausdaten nicht den Problemen des Demenzkranken gerecht, wenn der Allgemeinzustand oder die Multimorbidität nicht erfasst werden.

Da die Multimorbiditätsrate mit zunehmendem Alter ansteigt, ist sie gerade bei Demenzpatienten nicht die Ausnahme, sondern die Regel (Abbildung 1). Demenzkranke haben nach den vorliegenden Untersuchungen mindestens die gleiche Multimorbidität wie nicht Demenzkranke in ihrer Altersgruppe. Es liegen Hinweise vor, dass bei vulnerablen Erkrankungen wie der Demenz die Multimorbiditätsrate sogar höher ist. Dabei steht die Demenz nicht in Konkurrenz

## Multimorbiditätsrate steigt mit zunehmendem Alter an

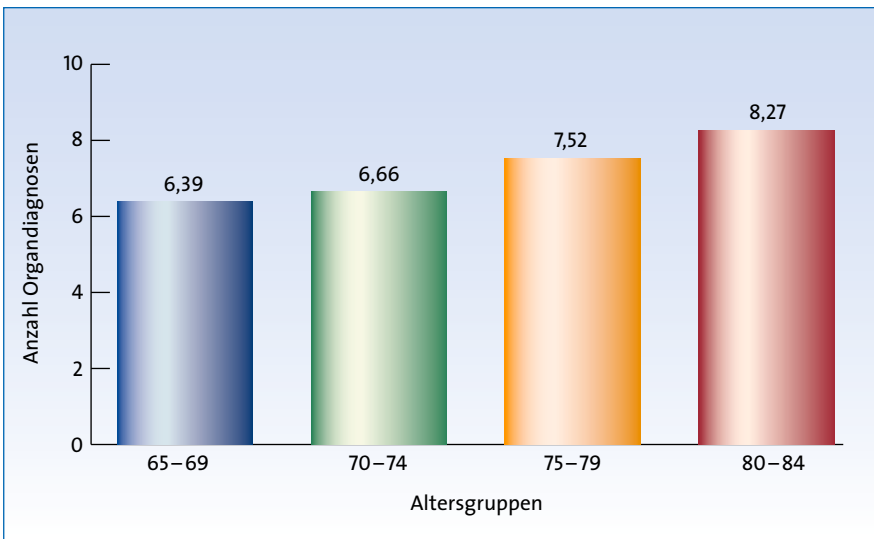


Abbildung 1: Durchschnittliche Zahl von Organdiagnosen aus 1200 Obduktionsprotokollen aus dem Jahr 1996 in den einzelnen Altersgruppen.

Quelle: Vasicek P et al., *Pathol. Bakteriol. Institut Baumgartner Höhe Wien, 1996 in Füsgen I, Der ältere Patient, 3. Auflage, Urban & Fischer, 2000*

zu anderen für den alten Patienten entscheidenden Erkrankungen.

Unter der Perspektive der Multimorbidität muss man sich von der Diagnosezentrierung lösen. In einem patientenbezogenen Zugang sollte gefragt

werden, in welchem Umfang die einzelnen Erkrankungen zur gesamten Krankheitslast, zur Gesamtprognose bzw. dem Gesundheitsschicksal und auch dem Auftreten typisch geriatrischer Symptome (wie z.B. Inkontinenz, Sturzgefährdung, akute Verwirrheitszustände, Schmerzsyndrome) oder anderen Funktionseinschränkungen beitragen. Diese für den multimorbiden Demenzkranken so wichtige Sicht spiegelt sich in keiner Weise in unserem Gesundheitssystem wider.

### **Multimorbidität macht Demenz teuer**

Die Demenz gehört unter Berücksichtigung des Pflegeaufwands zu den teuersten Krankheiten im höheren Lebensalter. Studien zeigten, dass sowohl die direkten als auch die indirekten Kosten bei Patienten mit Alzheimer-Demenz höher liegen als bei Kontrollpatienten. Ein wesentlicher Faktor, der höhere Kosten begründet, ist ihre hohe Multimorbidität. In Untersuchungen aus den USA traten bei Patienten mit Alzheimer-Demenz mit einer begleitenden Erkrankung zusätzliche Kosten in Höhe von 10 000 US\$ auf, wohingegen bei Patienten ohne Demenz, die eine begleitende Erkrankung aufwiesen, nur zusätzliche Kosten in Höhe von 526 US\$ anfielen.

Diese Ergebnisse legen steigende Gesundheitsausgaben bei Patienten mit Demenz nahe, die eng assoziiert sind mit dem Vorliegen von begleitenden Erkrankungen. Allein aus Kostengründen ist es daher sinnvoll, das Thema Multimorbidität bei Demenzpatienten aufzugreifen. Von Autoren aus der Abteilung für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Düsseldorf wird dieses inzwischen berücksichtigt,

#### **Patienten mit Polypharmazie**

Anzahl Medikation	Alter (Jahre)			
	< 65	65–74	75–84	> 85
4 oder mehr (%)	10,1	33,2	40,7	38,2
6 oder mehr (%)	2,6	13,1	17	16,2

nach Düsing 2007

*Tabelle 1*

ebenso wie von anderen Autoren im Bundesgebiet (Wagner, G et al., Z Allg. Med. 83, 2007, 411).

### Medikamentöse Therapie als Grundpfeiler der Demenzversorgung

Im Rahmen der bestehenden Multimorbidität des Demenzkranken ist die medikamentöse Therapie einer der wichtigsten Säulen im ganzheitlichen Therapiekonzept. Die medikamentöse Therapie ist dabei ein zweischneidiges Schwert. Einerseits gelingt es nicht ohne Pharmakotherapie, Lebensqualität zu vermitteln – beispielhaft sei hier die antidementive Therapie angesprochen. Sie trägt dazu bei, dass die Patienten den Alltag besser bewältigen können (Abbildung 2). Auf der anderen Seite kann jedoch die bei äl-

## Verbesserung der Alltagskompetenz unter antidementiver Therapie

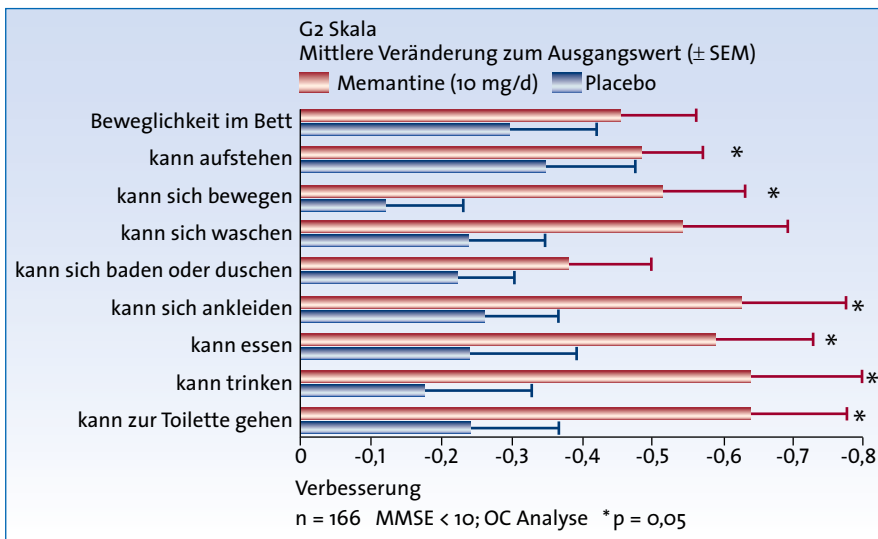


Abbildung 2: Frühe Demenzdiagnostik und antidementive Behandlung (Memantine 10 mg) können die Lebensqualität dementer multimorbider Patienten verbessern.

Quelle: mod. nach Doody et al., Dement Geriatr Cogn Disord, 2004

teren Menschen zunehmende Multimedikation die Lebensqualität negativ beeinflussen. Zu berücksichtigen sind insbesondere physiologische Altersveränderungen (Pharmakokinetik, Pharmakodynamik), geschlechtsspezifische Besonderheiten, unerwünschte Arzneimittelnebenwirkungen, Interaktionen.

Wir haben in den letzten Jahren dazulernen müssen, dass die traditionelle klinische Untersuchung von Patienten nicht ausreicht, um eine Demenzerkrankung zu diagnostizieren oder auch therapeutisch zu begleiten. Dazu gehört ohne Zweifel beispielhaft die bei Demenzkranken typischerweise häufig bestehende Multimorbidität – sie muss sorgfältig erfasst und behandelt werden. Stürze und daraus resultierende Komplikationen wie Oberschenkelhalsfrakturen sind bei Demenzpatienten doppelt so häufig wie bei Nichtdementen. Eine vor allem kalorisch und auch bezüglich Vitaminen und Eiweiß ausreichende Ernährung kann der sich im biologischen Verlauf der Demenz entwickelnden Gewichtsabnahme vorbeugen.

Besondere Bedeutung gewinnt aber das fünfte Geriatrische I „Iatrogene Probleme“ im Rahmen der Multimedikation beim dementen Patienten (Tabelle 2). Eine Reihe von Medikamenten mit anticholinergem Nebenwirkung kann die kognitive Leistungsfähigkeit verschlechtern und zu weiteren Komplikationen führen – dies sollte bei der Auswahl der optimalen Therapie stärker berücksichtigt werden.

## Fazit

Qualität in der Demenzbetreuung hat in hohem Maße mit dem bewussten Aufgreifen der fast immer vorliegenden Multimorbidität beim älteren Patienten und mit der Frage der notwendigen medikamentösen Therapie mit ihren arzneimittelbezogenen Problemen zu tun. In dieser Hinsicht muss die ärztliche Diagnostik und Therapie angepasst werden, um die bestehende Situation so weit wie möglich zu verbessern.

### 5 geriatrische „I“

- Intellektueller Abbau
- Immobilität
- Instabilität / Stürze
- Inkontinenz
- Iatrogene Probleme

*Tabelle 2*



## Qualitäts- und Risikomanagement in der Arzneimittelversorgung

# Aspekte der Geriatrischen Pharmazie

DIPL.-PHARM. FRANK HANKE

Bis zu 30 % aller Krankenhauseinweisungen bei älteren Menschen werden durch unerwünschte Arzneimittelwirkungen verursacht.<sup>16</sup> Demenzerkrankte gehören in dieser Hinsicht zu den Hochrisikopatienten.<sup>17</sup> Hier besteht ein erhebliches Optimierungspotenzial, das den Betroffenen und durch Kosteneinsparung auch der Gesellschaft nützen könnte.

Die Fortschritte in der modernen Pharmakotherapie, die uns einerseits ein längeres Leben und eine bessere Lebensqualität ermöglichen, bringen andererseits auch neue, ernsthafte Probleme hervor. So erfordern die Komplexität der Arzneimittel und ihre Versorgungszusammenhänge ein hohes Maß an Kenntnissen sowie an Informations- und Organisationskontinuität, die eine therapeutische Wirksamkeit des Arzneimittels erst ermöglichen.

Das moderne Arzneimittel ist immer weniger eine „Pille“, die man einfach nur einnehmen muss. Die moderne Pharmakotherapie ist vielmehr ein umfangreicher Medikationsprozess, bei dem viele Einzelfaktoren wie Herstellung, Lagerung, Lieferung, Bereitstellung, Verabreichung und körpereigene Stoffwechselforgänge berücksichtigt werden müssen (Abbildung 3). Jeder einzelne Prozessbereich wird von den anderen mehr oder weniger beeinflusst und manchmal kann bereits ein kleiner, unbedeutend scheinender Vorgang, wie z.B. die Verwechslung von „mg“ und „ml“ (Transkriptionsfehler) zum Scheitern der Pharmakotherapie oder sogar zur Schädigung des Patienten führen.



*Dipl.-Pharm.  
Frank Hanke*

Von klinisch relevanten arzneimittelbezogenen Problemen, die nach Experteneinschätzungen zum erheblichen Teil vermeidbar wären<sup>5,10</sup> sind multimorbide Senioren, insbesondere diejenigen, die unter einer Demenz leiden, mehr als jede andere Bevölkerungsgruppe betroffen<sup>5,13</sup>.

Die Untersuchung der deutschen Pharmakovigilanzzentren<sup>3</sup> zeigte, dass von 3664 Patienten, die wegen unerwünschter Arzneimittelwirkungen (UAW) in ein Krankenhaus eingewiesen wurden, 69 % über 70 Jahre alt waren (Abbildung 4). Nach Expertenmeinungen wären 30 bis 70 % der UAW vermeidbar gewesen.

### *OPAL-Projekt für bessere Arzneimittelversorgung von Heimbewohnern*

In einer prospektiven Erhebung des OPAL-Projektes (**Optimierte Arzneimittelversorgung im Alter**) wurden 168 Heim-

## Pharmakotherapie ist ein „Medikationsprozess“

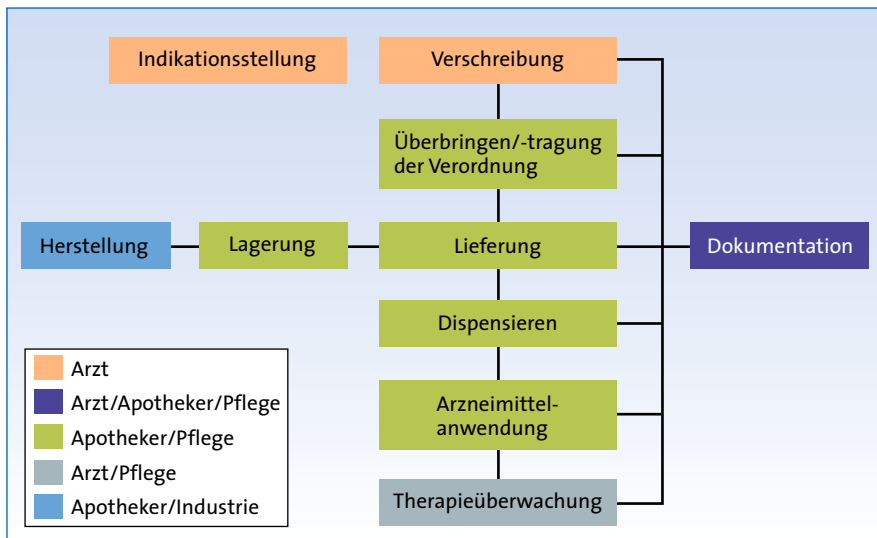


Abbildung 3: In der modernen Pharmakotherapie müssen Einzelprozesse aufeinander abgestimmt werden.

bewohner aus zwei nordrhein-westfälischen Altenheimen über 9 bzw. 16 Monate beobachtet<sup>5,14</sup>: 24 % der Heimbewohner erlitten mindestens eine unerwünschte Wirkung und 77 % der Heimbewohner erfuhren mindestens ein arzneimittelbezogenes Problem. 74 % aller unerwünschten Wirkungen traten bei Demenzerkrankten auf, insbesondere bei denjenigen, die eine Multimedikation und Neuroleptika erhielten (Abbildung 5).

Die Auswertung zur Pharmakotherapie machte die Problematik der Multimedikation deutlich: Nach den OPAL-Daten erhält ein Heimbewohner durchschnittlich 6,8 Dauerverordnungen pro Tag (Abbildung 6). Mit der Zahl der Dauerverordnungen stieg auch das Risiko für unerwünschte Arzneimittelwirkungen (Abbildung 7). Studien aus dem angloamerikanischen Bereich von Gurwitz et al.<sup>10</sup> und Roberts

## Unerwünschte Arzneimittelwirkungen, die zu Krankenhauseinweisungen führten

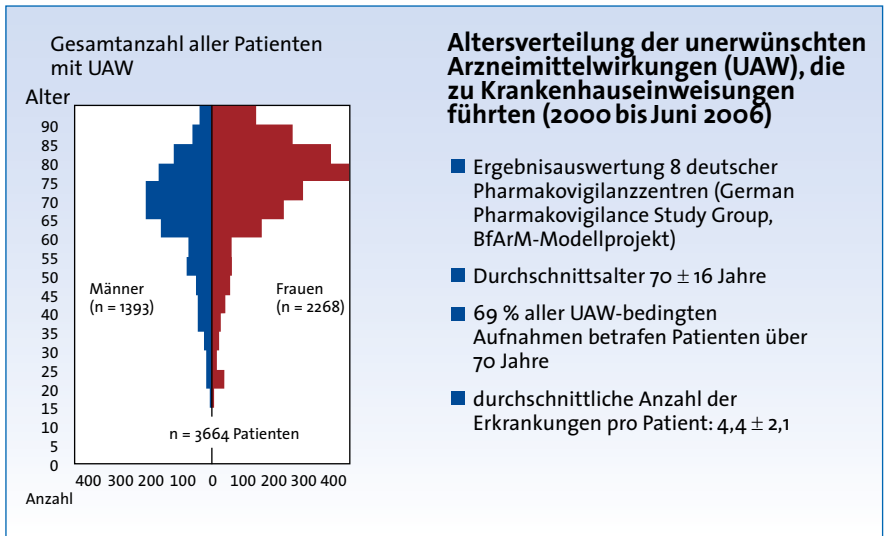


Abbildung 4: Ergebnisse einer Untersuchung von 3664 Patienten durch die deutschen Pharmakovigilanzzentren im Zeitraum von 2000 bis Juni 2006.

et al.<sup>1</sup> mit 2916 bzw. 3230 Heimbewohnern oder Burgess et al.<sup>2</sup> mit 43 380 Senioren kamen zu ähnlichen oder noch alarmierenderen Ergebnissen.

### *Medikationsfehler verursachen enorme Kosten*

Polypharmazie und Medikationsfehler führen jedoch nicht nur zu verstärktem Leiden der geriatrischen Patienten. Sie belasten auch das Gesundheitswesen, denn die Kosten, die durch Medikationsfehler entstehen, sind mindestens genauso hoch, in manchen Bereichen sogar zwei- bis dreimal so hoch wie der Warenwert des Arzneimittels selbst.<sup>6</sup>

Die kostenrelevanten Folgen der unerwünschten Arzneimittelwirkungen werden an folgenden Zahlen aus einer eigenen Untersuchung<sup>5</sup> deutlich: Bei 168 Patienten führten die UAW unter anderem zu folgenden kostenrelevanten Auswir-

## Unerwünschte Arzneimittelwirkungen nach Medikamentengruppen

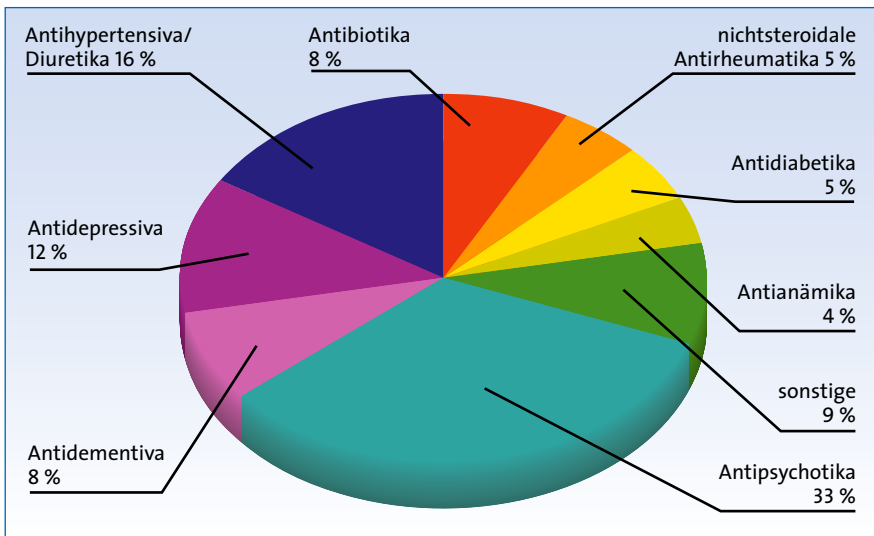


Abbildung 5: Demenzkranke Heimbewohner erlitten 74,4 % aller unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW).

kungen: 85 Krankenhaustage, 17 Rettungswageneinsätze, 2129 Pflegestunden.

Die Experten, Forscher und Gesundheitspolitiker aus den Ländern, die diese Zusammenhänge erkannt haben, arbeiten seit Jahren an den entsprechenden nationalen Maßnahmen.<sup>2,4,7,8,9,10,11</sup> Isolierte Einzellösungen, die nicht risikopriorisiert an die schwersten klinisch relevanten Arzneimittelprobleme der Senioren herangehen, sind dabei von geringer Effektivität. Garcia<sup>15</sup> erkennt nach Sichtung der Studienlage fünf evidenzbasierte Kriterien, um das Risiko unerwünschter Arzneimittelwirkungen bei geriatrischen Patienten zu verringern, indem

- die gesamte Patientenmedikation durchgesehen wird, um Polypharmazie und ungeeignete Verschreibungen zu reduzieren,

## Multimedikation bei Heimbewohnern

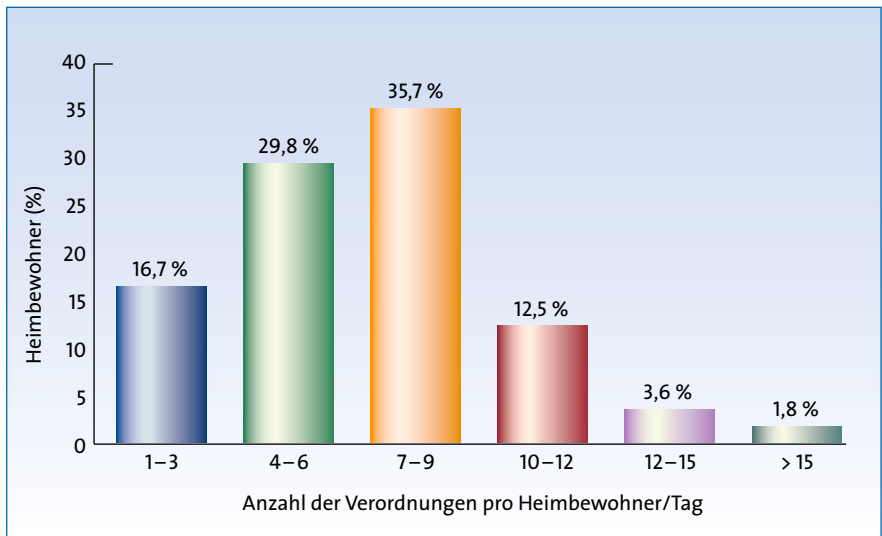


Abbildung 6: Durchschnittlich erhält ein Heimbewohner 6,8 Dauerverordnungen pro Tag.<sup>5,14</sup>

- die Empfehlungen eines Pharmazeuten eingeholt werden,
- Patienten-/Angehörigenschulungen durchgeführt werden, um die Compliance zu verbessern,
- im stationären Bereich computergestützte Alarmsysteme eingesetzt werden,
- die Eignung der Pharmakotherapie anhand von Negativlisten (z.B. Beers-Liste) überprüft wird.

Daneben bestehen nach neueren Forschungen jedoch noch andere, ebenfalls sehr wichtige Problemkreise.

Fasst man die bisherigen Erfahrungen und Untersuchungen zusammen, lassen sich „drei Säulen der Medikationssicherheit“ beschreiben, die in einem Versorgungssystem gleichzeitig vorangebracht werden sollten:

## Risiken der Multimedikation

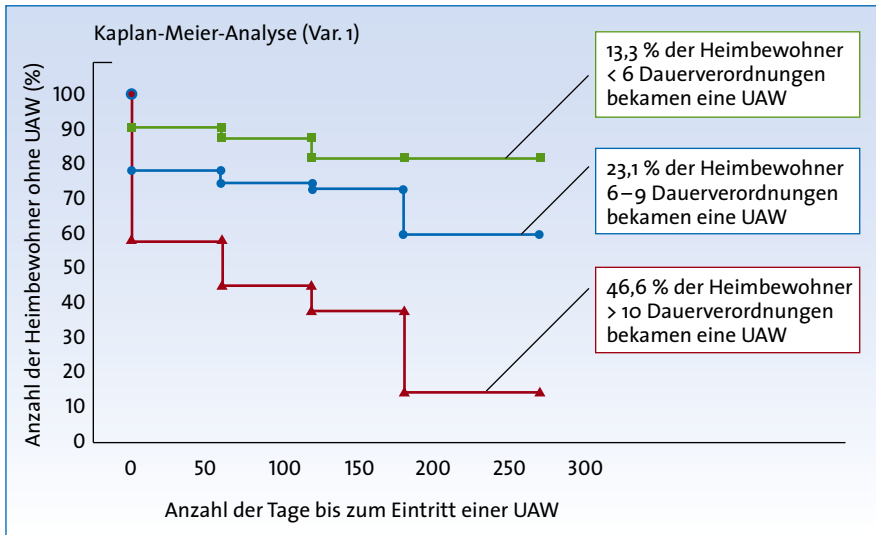


Abbildung 7: Nahezu die Hälfte der multimorbiden Heimbewohner mit mehr als zehn Dauermedikationen leidet unter unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW).

- eine individualisierte, rationale Pharmakotherapie,
- eine Kompetenzsteigerung aller am Medikationsprozess beteiligten Personen,
- Qualitätssicherungsmaßnahmen der Versorgungsabläufe.

Als Konsequenz dieser Erkenntnisse ist in Deutschland die geriatrische Pharmazie als neue Ausprägung des Apothekerberufes und als wissenschaftliche Disziplin der klinischen Pharmazie entstanden. Apotheker werden durch die Kammern speziell geschult, um die Risiken und Probleme des gesamten Arzneimittelversorgungsprozesses beim geriatrischen Patienten erkennen zu können.

Danach ist eine intensive klinische Praxisphase von etwa zwei Jahren notwendig, wie sie z.B. im OPAL-Projekt (siehe unten) vermittelt wird. Dadurch werden Apotheker zu klinischen Experten, die gemeinsam mit Ärzten, Pflegern und Patienten eine ähnlich effektive Prävention wie die ameri-

## Definition der Geriatrischen Pharmazie

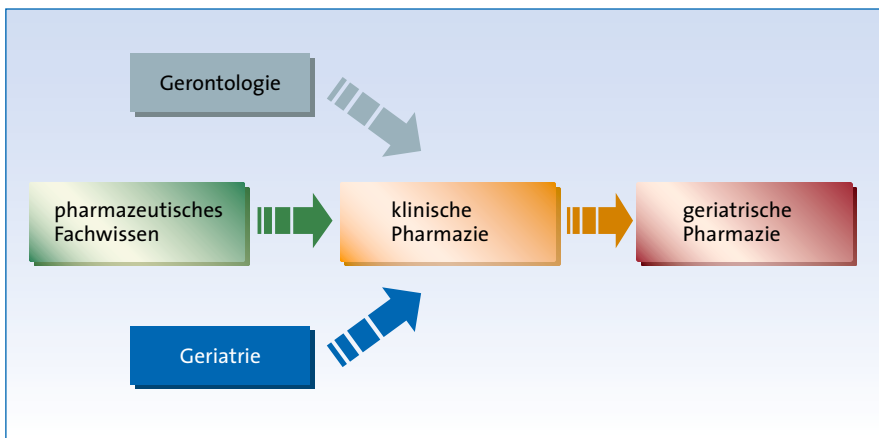


Abbildung 8: Die geriatrische Pharmazie ist eine bevölkerungsspezifische Ausprägung der klinischen Pharmazie. Sie vereint klinisch pharmazeutisches, geriatrisches und gerontologisches Fachwissen zur Arzneimittelversorgung des geriatrischen Patienten, um die Effektivität, Sicherheit und Rationalität kontinuierlich zu verbessern.

kanischer oder australischer Teams hervorbringen können (Abbildung 8). Im OPAL-Projekt, dessen Grundzüge 2003 entwickelt wurden, werden die oben beschriebenen Forschungsergebnisse und Erkenntnisse gemeinsam mit wissenschaftlichen Instituten und Verbänden in einem multidisziplinären Team umgesetzt.

### Fazit

Die suboptimale Arzneimittelversorgung geriatrischer Patienten erweist sich als „sozialmedizinische Erkrankung“ des Gesundheitswesens, die klinisch und ökonomisch ähnliche Dimensionen annimmt wie die großen Volkskrankheiten.<sup>1,6</sup>

Die Medikationssicherheit der multimorbiden Senioren – insbesondere der an Demenz Erkrankten – ist daher in allen Bereichen unserer Gesellschaft eine Frage der existenziellen Notwendigkeit. Sie gehört in jeder weitreichenden Planung der Arzneimittelversorgung nicht an den Rand der Betrachtungen, sondern im Sinne des Patienten und des Gesundheitswesens in ihr Zentrum.

### Literatur

- <sup>1</sup> Müller-Oerlinghausen B, Lasek R, Düppenbecker H, Munter KH (Hrsg.), *Handbuch der unerwünschten Arzneimittelwirkungen*, Urban & Fischer Verlag, München, Jena, 1. Auflage, Juli 1999
- <sup>2</sup> Burgess CL, et al., *Adverse drug reactions in older Australians, 1981–2002*. *MJA* 2005; 182: 267–270
- <sup>3</sup> Thürmann et al., *Arzneimittelrisiken bei hochbetagten Patienten: Ergebnisse deutscher Studien*. In: *Fortschritte und Fortbildung der Medizin*, Bd. 31, Hrsg. Bundesärztekammer, Deutscher Ärzteverlag, Köln, 2007, 216–224
- <sup>4</sup> *National Medication Safety Breakthrough Collaborative (NMSBC)*, Onlineveröffentlichung: <https://www.medicationsafety.com.au/public/about.aspx>, 2006
- <sup>5</sup> Hanke F, Szymanski J, Jaehde U, Thürmann PA, *Drug-related problems and adverse drug reactions in nursing homes*. *Basic Clin Pharmacol Toxicol* 2007; 101 (5):192
- <sup>6</sup> Bootman, JL, Harrison DL, Cox, E, *The Health Care Cost of Drug-Related Morbi-*

dity and Mortality in Nursing Facilities. *Arch Intern Med* 1997; 157: 2089–2096

<sup>7</sup> Australian Government/Department of Health and Ageing. <http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/Content/health-epc-dmmer.htm>

<sup>8</sup> National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. *The First Ten Years*. <http://www.nccmerp.org/pdf/reportFinal2005-11-29.pdf>

<sup>9</sup> National Patient Safety Agency. <http://www.npsa.nhs.uk/home>

<sup>10</sup> Gurwitz et al., Incidence and preventability of adverse drug events in nursing homes. *Am J Med* 2000; 109: 87–94

<sup>11</sup> Roberts MS, Stokes JA, King MA et al., Outcomes of a randomized controlled trial of a clinical pharmacy intervention in 52 nursing homes. *Br J Clin Pharmacol* 2001; 51: 257–65

<sup>12</sup> Apothekerkammer Nordrhein, <http://www.aknr.de/weiterbildung/zusatzbezeichnungen/gp.php>

<sup>13</sup> Frölich JC, Besonderheiten der Pharmakotherapie in der Geriatrie. In: *Praktische Arzneimitteltherapie*, Kirch W, ed. Heidelberg: Springer Verlag, 2003, 95–97

<sup>14</sup> gefördert durch die Paul-Kuth-Stiftung, Wuppertal und Robert-Bosch-Stiftung, Stuttgart (Fördernummer: 32.5.1331.0043.0)

<sup>15</sup> Garcia RM, Five ways you can reduce inappropriate prescribing in the elderly: a systematic review. *J Fam Pract.* 2006; 55: 305–312

<sup>16</sup> Col N, Fanale JER, Kronholm P, The role of medication non-compliance and adverse Reactions in the hospitalisation of the elderly. *Arch Intern Med* 1990; 150: 841–845

<sup>17</sup> Fouts M , Hanlon J, Pieper C, Perfetto E, Feinberg J, Identification of elderly nursing facility residents at high risk for drug-related problems. *Consult Pharm* 1997; 12: 1103–1111



## Die Qualität in der Versorgung multimorbider Patienten: gerontologische Sicht

# Nonverbale Kommunikation nicht unterschätzen

PROFESSOR DR. PHIL. DIPL.-PSYCH. ANDREAS KRUSE

Ein gutes Versorgungssystem muss darauf zielen, auch bei schwersten Erkrankungen den Aspekt der Selbstverantwortung zu erhalten. Das gilt auch für die Demenz. Eine wichtige Voraussetzung ist hier allerdings die Kommunikation. Da die verbale Kommunikation bei Demenzpatienten erschwert sein kann, wurde am Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg in mehrjähriger Arbeit ein videogestütztes System der nonverbalen bzw. mimischen Ausdrucksanalyse entwickelt, um die Emotionen der Betroffenen interpretieren zu können.

Dabei wurden in erster Linie zwei Fragen geklärt:

- Ist bei demenzkranken Menschen ein differenzierbares emotional-affektives System nachweisbar?
- Ist es möglich, auf der Grundlage nonverbaler Kommunikation den emotional-affektiven Zustand zu identifizieren?

### *Was ist Lebensqualität?*

Für das Verständnis der Lebensqualität demenzkranker Menschen ist das von Lawton entwickelte System besonders gut geeignet. Hier wird die Lebensqualität in über vier Bereichen: objektive Umwelt, Verhaltenskompetenz, erlebte Lebensqualität und seelisches Wohlbefinden erfasst.

Ein weiterer wichtiger Aspekt der Lebensqualität stammt aus der nordeuropäischen Soziologie: Differenziert erfasst werden nicht nur die Defizite, sondern auch die **Ressourcen**.



*Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych.  
Andreas Kruse*

Deshalb ist es möglich, diese Ressourcen auch zum Wohl des Betroffenen zu nutzen. Das nordeuropäische Modell betont auch die Bedeutung der **Selbstkontrolle**: Wir müssen alles tun, um die Kontrollerfahrungen eines Menschen zu stützen, ihm also deutlich zu machen, dass er durch sein Verhalten – und wenn es nonverbale Signale sind – in der Lage ist, Kontrolle über eine Situation auszuüben. Eine solche Kontrolle ist durchaus umsetzbar, wenn wir die Emotionen demenzkranker Menschen situationsbezogen erfassen. Darüber hinaus erscheint es für eine gute Lebensqualität wichtig, dass der Betroffene jene **Werte** realisieren kann, die in seiner Biografie zentral gewesen sind (Abbildung 9).

Mit dem Untersuchungsprogramm wurde im Jahr 1999 begonnen. Dabei wurde zunächst die Frage geklärt, ob es überhaupt angemessen ist, bei demenzkranken Menschen von einem differenzierten emotionalen Erleben zu sprechen – diese Frage wurde zu diesem Zeitpunkt noch sehr kontrovers dis-

## Einflussfaktoren der Lebensqualität

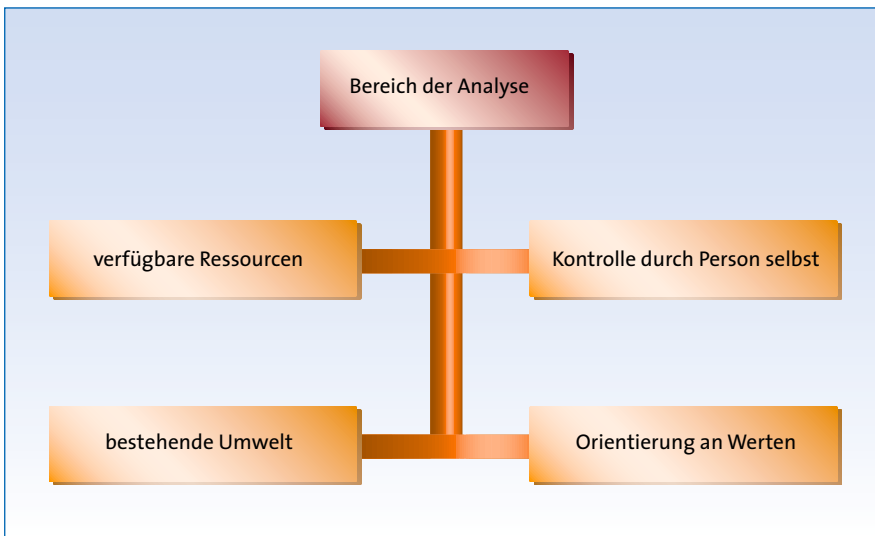


Abbildung 9: Wichtig ist, die Kontrollerfahrung zu stützen.

kutiert. Deshalb wurde dazu in stationären Einrichtungen der Altenhilfe eine Pilotstudie durchgeführt. Es wurden 116 Situationen bei Personen mit Demenzerkrankungen beobachtet.

### *Emotionen videogestützt erfassen*

Die videobasierte Auswertung, die mehrere Personen unabhängig voneinander durchgeführt haben, machte deutlich, dass auch bei schwerstkranken Demenzpatienten ein relativ differenziertes System an Emotionen unterschieden werden kann. Die beobachteten Emotionen ließen sich unterteilen in die drei humanen Basis-Emotionen „Freude“, „Traurigkeit“ und „Ärger“. Darüber hinaus wurde auch „Wohlbefinden“ als abgeschwächte Form der Freude unterschieden (Abbildung 10).

In einer zweiten Pilotstudie wurde analysiert, wodurch diese verschiedenen Emotionen herbeigeführt werden. Hier wurde deutlich, dass beispielsweise die Zuwendung durch

## Emotionales Befinden in konkreten Situationen

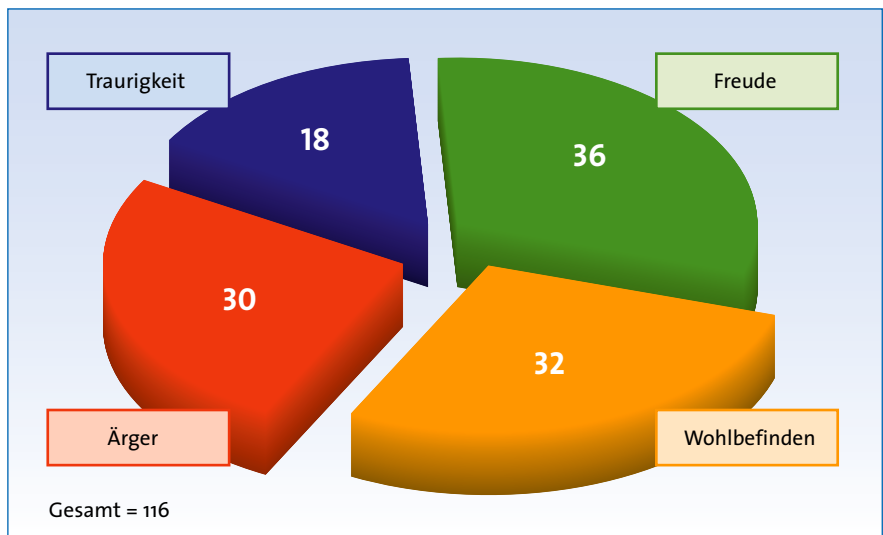


Abbildung 10: Auch schwer kranke Demenzpatienten zeigen Emotionen.

persönliche Ansprache vielfach zur Emotion „Freude“ führt, die videobasiert eindeutig nachweisbar ist. Ein weiteres Ergebnis: Gibt man demenzkranken Menschen die Möglichkeit, jene Alltagsaktivitäten weiterzuführen, die sie gerade ausüben, kann der emotionale Zustand des Wohlbefindens hervorgerufen werden. Auch für die negativen Emotionen „Ärger“ und „Traurigkeit“ konnten auslösende Situationen gefunden werden, zum Beispiel das Drängen zu einer Handlung oder das Hindern an der Umsetzung eines Handlungsimpulses. Diese Ergebnisse zeigen: Die emotionale Reagibilität demenzkranker Menschen ist erheblich. Demenzkranke sind sehr wohl in der Lage, glückliche Stunden zu erleben. Deshalb ist es wichtig, dass wir in die gute medizinisch-pflegerische Versorgung demenzkranker Menschen in gleicher Weise investieren wie in die Versorgung von Menschen mit körperlichen Erkrankungen.

## Kompetenzgruppen der Demenz in H.I.L.D.E.

<b>1</b>	<b>Leichte Demenz (LD)</b>
	erhaltene Alltagskompetenz in einem frühen Stadium der Demenz
<b>2</b>	<b>Mittelgradige Demenz (MD)</b>
	in Teilen erhaltene Alltagskompetenz, mittelgradige kognitive Einbußen nichtkognitive (emotionale, behaviorale) Störungen
<b>3</b>	<b>Schwere Demenz mit somatischen Symptomen (SD-S)</b>
	verringerte Alltagskompetenz, starke kognitive Einbußen, Apathie
<b>4</b>	<b>Schwere Demenz mit psychopathologischen Symptomen (SD-P)</b>
	verringerte Alltagskompetenz, starke kognitive Einbußen, höhere Anzahl von nichtkognitiven Störungen (vor allem Agitiertheit und Depression)

Abbildung 11: H.I.L.D.E. erfasst die Kompetenzausprägung bei Personen mit unterschiedlichen Schweregraden der Demenz.

Am Institut für Gerontologie wurden zwei Studien zur Erfassung und Förderung der Lebensqualität demenzkranker Menschen in stationären Einrichtungen der Altenhilfe in enger Kooperation mit einem interdisziplinären Team aus Psychologen, Soziologen, Medizinern und Pflegewissenschaftlern durchgeführt.

### *Auf die emotionale Befindlichkeit eingehen*

In der ersten Studie H.I.L.DE. (Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität demenzkranker Menschen) wurde ein mehrdimensionales Instrument zur Erfassung von Lebensqualität bei Menschen mit unterschiedlichen Schweregraden der Demenz und verschiedenartigen Kompetenzformen entwickelt (mit Unterstützung des Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend). Die ersten 365 Teilnehmer wurden in vier Kompetenzgruppen in Abhängigkeit vom Demenzgrad und den Symptomen eingeteilt (Abbildung 11). Dies erschien sinnvoller als die alleinige Einteilung nach dem Grad der kognitiven Einbußen, deshalb wurde auch nach verschiedenen Demenzformen unter Berücksichtigung von somatischen oder psychopathologischen Symptomen differenziert.

Es konnte gezeigt werden, dass die räumliche Gestaltung große Bedeutung für die Lebensqualität besitzt – neben dem **Anregungsgehalt** der Umwelt stellt die Möglichkeit zur Aufrechterhaltung eines gewohnten Maßes an **Bewegungsfreiheit** eine bedeutende Einflussgröße dar. Außerdem konnte bei 71 % der Teilnehmer ein Lieblingsplatz identifiziert werden – wenn die Person sich dort aufgehalten hat, ließ sich vielfach eine positive Emotion verzeichnen.

Zudem gewinnt die Art und Weise, wie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter **Konflikte** im sozialen Umfeld des demenzkranken Menschen zu **lindern** oder zu **lösen** versuchen, große Bedeutung für die Lebensqualität demenzkranker Menschen. Ein wichtiges Ergebnis in diesem Zusammenhang ist die Beobachtung, dass das Konfliktpotenzial bei Patienten mit schwerer Demenz von den Symptomen abhängt: Patienten

mit somatischen Symptomen haben ein sehr geringes Konfliktpotenzial, in der Gruppe der Patienten mit psychopathologischen Symptomen ist das Konfliktpotenzial am höchsten.

Eine zentrale Größe der Lebensqualität bildet die **Emotionalität** der demenzkranken Menschen sowie die Möglichkeit des **Ausdruck der eigenen emotionalen Befindlichkeit**. Die emotionalen Muster zeigen dabei starke Abhängigkeiten von den Situationen – Ruhe, Aktivität oder Pflege (Abbildung 12). So treten negative Emotionen wie Missempfinden und Ärger häufig im Rahmen von Pflegemaßnahmen auf. Dagegen überwiegen in Phasen der Aktivität vielfach Freude und Wohlbefinden. Insgesamt aber wurde deutlich, dass auch bei Patienten mit schwerer Demenz reichlich positive Emotionen nachweisbar sind (Abbildung 13). Die Studie H.I.L.DE. hat gezeigt, wie differenziert die Emotionalität selbst bei schweren Formen der Demenz ist und wie wichtig

## Situationsabhängiges emotionales Erleben

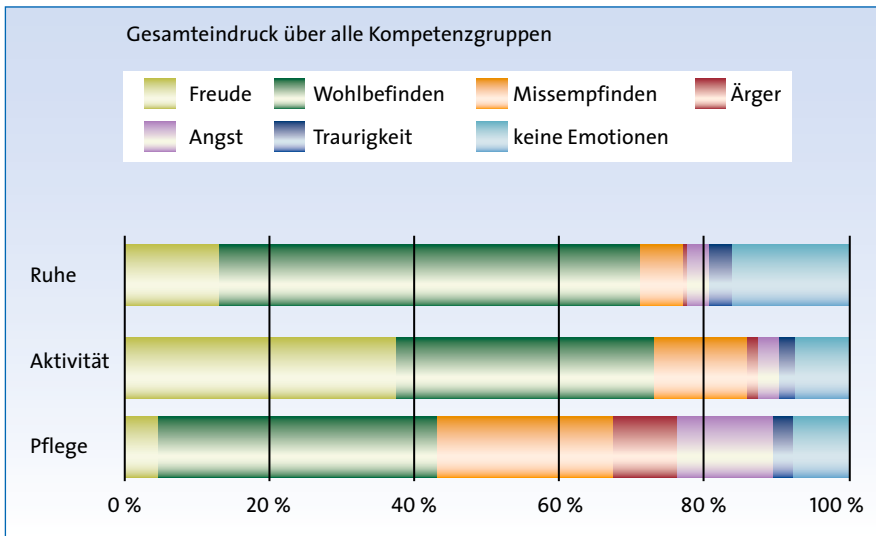


Abbildung 12: Die beobachteten Alltagssituationen werden verschiedenartig erlebt – die Pflegesituation am häufigsten auch negativ.

es ist, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ebenso differenziert auf die jeweils gegebene emotionale Befindlichkeit antworten. Demenzpatienten sind durchaus in der Lage zu kommunizieren, welche Aspekte zu ihrer individuellen Lebensqualität beitragen. Wenn wir also über die Lebensqualität demenzkranker Menschen sprechen, dann müssen wir auch den Aspekt der Emotionalität in hohem Maße berücksichtigen. Eine Veröffentlichung der Ergebnisse ist für 2008 geplant.

### Gezielte Zuwendung ist wichtig

In der zweiten Studie (DEMIAN: **D**emenzkranke **M**enschen in **I**ndividuell bedeutsamen **A**lltagssituationen, gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung) wird untersucht, durch welche Art der sozialen und infrastrukt-

## Emotionales Erleben in Abhängigkeit von der Kompetenzeinschätzung

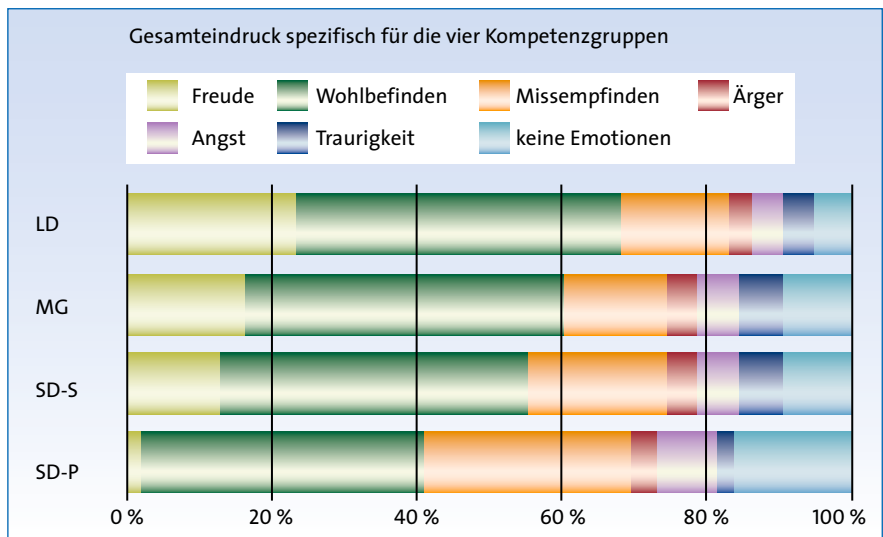


Abbildung 13: Auch bei Patienten mit schwerer Demenz (SD-S und SD-P) sind positive Emotionen nachweisbar.

turellen Umweltgestaltung und durch welche Konzepte der Pflege und Betreuung zur Erhaltung von positiver emotionaler Befindlichkeit bei Menschen mit Demenz beige- tragen werden kann. In einem Interventions-Kontrollgruppen-Design mit insgesamt 81 Teilnehmern zeigte sich, dass

*Anonymus Neveleti, Aesop:*

Einem anderen gehöre nicht,  
wer sich selbst gehören kann.

*Alterius non sit, qui suus esse potest*

die wiederholt vorgenommene *Herbeiführung von spezifischen Situationen, in denen demenz- kranke Menschen positive emotionale Befindlichkeit ausdrücken* (solche Situationen müssen für jedes Individuum gesondert bestimmt werden), positive Effekte

auf das längerfristig bestehende Wohlbefinden hat. Zudem wurde deutlich, dass die *gezielte Zuwendung im Prozess der Kommunikation* eine bedeutsame Ressource für die – auch längerfristig erkennbare – Verringerung negativer emotionaler Befindlichkeit darstellt.

### **Fazit**

Zusammenfassend deuten die Befunde auf bemerkenswerte Interventionspotenziale bei Menschen mit mittelschwerer oder schwerer Demenz hin. Damit diese Potenziale verwirklicht werden können, ist es notwendig, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Medizin und Pflege über Fähigkeiten in der verbalen, vor allem aber in der nonverbalen Kommunikation verfügen. Mit der Schaffung positiver Erlebnisräume kann man dazu beitragen, dass Demenzkranke vermehrt Freude und Wohlbefinden erleben können.

## Verbesserung der Versorgungsqualität Demenzkranker aus pflegerischer Sicht

# Begriff der Pflege muss neu definiert werden

PROFESSOR DR. PHIL. DORIS SCHAEFFER

Demenz ist eine Krankheit, für deren Versorgung die Pflege einen unverzichtbaren Teil einnimmt. Zwar sind die Therapiemöglichkeiten in den vergangenen Jahren gestiegen, doch bislang sind gerade Demenzerkrankungen mit einem im Verlauf steigenden und zusehends komplexer werdenden Bedarf an Unterstützung, Betreuung, Monitoring und Pflege verbunden. Der Pflege könnte sogar eine Schlüsselposition zukommen, wären da nicht unter anderem Qualitätsprobleme.

Der im August 2007 erschienene Bericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) hat erneut bestätigt, dass die Pflegequalität nach wie vor optimierungsbedürftig ist.<sup>1</sup> Zwar verbesserte sie sich sukzessiv, aber im Bereich der Pflege gerontopsychiatrisch Erkrankter in den Heimen stagnierte sie: 69,6 % der Kriterien bei den Qualitätsprüfungen des MDK wurden dort bereits im Jahr 2003 erfüllt und 2006 waren es mit 69,7 % nur unwesentlich mehr. In der ambulanten Pflege stellt sich dies besser dar: Hier wurden 2006 sogar 73,9 % der Prüfkriterien erfüllt, 2003 waren es erst 67,3 %.

Diese Zahlen unterstreichen die immer noch bestehenden Versorgungsdefizite bei Demenz und belegen, dass wir trotz zahlreicher Bemühungen bei der Qualitätsverbesserung in der pflegerischen Versorgung nur sehr langsam vorankommen – und das, obwohl in den vergangenen Jahren kaum einem Thema in der Pflegediskussion so viel Aufmerksamkeit zuteil wurde wie der Qualitätsentwicklung.



*Prof. Dr. phil.  
Doris Schaeffer*

## Versorgung Demenzkranker im Krankenhaus

Etwa 10 % der Krankenhauspatienten leiden nach aktuellen Schätzungen unter einer Demenz. Es wird angenommen, dass die Zahl weitersteigen wird. In der Regel werden die Erkrankten nicht wegen der Demenz, sondern einer anderen, meist somatischen Gesundheitsstörung stationär behandelt. Diese steht dann im Mittelpunkt der Behandlung und auch der Aufmerksamkeit der Therapeuten.

Dennoch bestimmt die „Begleiterkrankung“ Demenz maßgeblich den Unterstützungs- und Pflegebedarf, der höher und anders gelagert ist als bei anderen Patientengruppen im Krankenhaus. Diese Schiefelage ist der Grund dafür, warum Demenzpatienten dort als schwierig und auch als deplatziert empfunden werden.

Hinzu kommt, dass gerade der Krankenhaussektor seit Beginn der 1990er-Jahre einem Strukturwandel unterworfen ist, der weitgreifende Auswirkungen auf die Versorgungssituation hat und sich seit Einführung der DRGs („Disease Related Groups“), der auf Fallpauschalen basierenden Vergütung, weiter verschärft hat.

So wurde allein die Zahl der Krankenhäuser in der Zeit von 1991 bis 2006 um etwa 13 % reduziert, die Zahl der Betten sogar um rund 23 % und die Verweildauer von 14 auf 8,5 Tage.<sup>2</sup> Parallel dazu haben allerdings die Fallzahlen zugenommen: Sie sind bis 2005 um knapp 16 % gestiegen. Insgesamt – so lässt sich schlussfolgern – müssen im Kran-

<b>Personalentwicklung</b>			
Krankenhauspersonal/Vollzeitkräfte Entwicklung zwischen 1991 und 2006			
	Personal insgesamt	pflegerisches Personal	ärztliches Personal
1991	875 816	326 072	95 208
2006	791 914	299 328	123 715
Trend	-10 %	-8 %	+30 %

Table 3

Quelle: Deutsche Krankenhausgesellschaft, 2006

kenhaussektor also **mehr Patienten in kürzerer Zeit** versorgt werden.

Damit einhergehend ist vor allem im Pflegebereich der Arbeitsdruck gestiegen. Denn während die Zahl der (vollzeitbeschäftigten) Ärzte zwischen 1991 und 2006 um 30 % gestiegen ist, hat die Zahl der (Vollzeit-)Pflegekräfte um 8 % abgenommen (Tabelle 3).

Für die Pflege hat sich durch den Anstieg der Fallzahlen eine Zunahme der Personalbelastung um 24 % ergeben, während der medizinische Bereich entlastet wurde (Tabelle 4). Die damit verbundene erhebliche **Arbeitsverdichtung**<sup>3-5</sup> geht vor allem zulasten chronisch kranker und multimorbider Patienten, aber auch demenziell Erkrankter. Gerade ihre Versorgungsqualität im Krankenhaus hat sich insbesondere seit Existenz der DRGs verschlechtert.<sup>6</sup>

Dies bestätigt auch die Untersuchung des Instituts für Pflegewissenschaft (IPW) zur Versorgung Demenzkranker im Krankenhaus.<sup>7</sup> Sie kommt zu dem Ergebnis, dass **Informationslücken und Kommunikationsdefizite** bei der Aufnahme ins und während des Aufenthaltes im Krankenhaus zu inadäquater Behandlung und Pflege führen, dass die **somatische Fixierung** den Blick auf die Demenz und die mit ihr verbundenen Behandlungs- und Pflegeprobleme behindert.

**Wissens- und Kompetenzdefizite** sind für eine Vielzahl fachlich fraglicher Maßnahmen verantwortlich (z.B. freiheitsbegrenzende Maßnahmen) und bilden zusammen mit **Personal- und Zeitknappheit** die Ursache für eine insgesamt

Personalbelastung in Krankenhäusern nach Fällen		
Entwicklung zwischen 1991 bis 2006		
	Belastungszahl nach Fällen: Fallzahl/Vollzeitkräfte	
	Pflege	Medizin
1991	44,7	153,1
2006	56,2	136,1
<b>Trend</b>	<b>+24 %</b>	<b>-11 %</b>

Tabelle 4

Quelle: Stat. Bundesamt, 2007

nicht zufriedenstellende Versorgungsqualität. Vor allem in der Pflege werden Demenzerkrankte vornehmlich als Patienten mit erhöhtem Arbeitsaufwand empfunden, die sich einem reibungslosen Betriebsablauf sperren – und nicht als pflegerische Herausforderung, so das Fazit der Autoren der IPW-Untersuchung.

### Versorgungssituation im Heimsektor

Schätzungsweise 650 000 Pflegebedürftige werden derzeit in Deutschland vollstationär versorgt. Ihre Zahl wächst – trotz gegenläufiger Politik – kontinuierlich und ist allein von 2003 bis 2005 um 5,7 % gestiegen. Die meisten Pflegebedürftigen befinden sich im hohen Alter – das Durchschnittsalter im Heim beträgt mittlerweile 82 Jahre.

Es wird angenommen, dass – je nach diagnostischen Kriterien – 50 bis 80 % von ihnen unter psychischen Störungen leiden.<sup>8–10</sup> Die verschiedenen Formen der Demenz zählen inzwischen zu den häufigsten Erkrankungen von Heimbewohnern. Wie weitgreifend sich hier die **gesundheitliche Situation** der Bewohner in den vergangenen Jahren verändert hat, zeigen weitere Zahlen aus einer Untersuchung von IPW

und der Forschungsgesellschaft für Gerontologie (FfG) (Tabelle 5). Sie machen deutlich, dass die vollstationären Einrichtungen mittlerweile mit einer ausgeprägten Gesundheitsproblematik konfrontiert werden. Sie haben sich in den vergangenen Jahren von Stätten langjährigen Wohnens, die sie einst waren, zu Einrichtungen der Bewältigung von Spät- und Endstadien chronisch Erkrankter und der Pflege am Lebensende entwickelt. Auch

#### Stationäre Langzeitversorgung im Heimsektor

##### Situation der Heimbewohner

- 50–80 % leiden unter einer psychischen Störung
- 70 % leiden unter kognitiven Einbußen
- 59 % leiden unter Angstzuständen
- 45 % leiden unter Sinnestäuschungen
- 42 % leiden unter aggressivem Verhalten
- 70 % leiden unter Mobilitätseinschränkungen
- 80 % leiden unter Harninkontinenz
- 96 % benötigen Hilfe beim Duschen
- 85 % benötigen Hilfe bei Körperwaschungen

die Verweildauer ist gesunken – sie beträgt durchschnittlich 3,4 Jahre.<sup>11</sup> Und jeder fünfte Bewohner (22 %) verstirbt innerhalb von sechs Monaten. Die Qualitätsentwicklung ist infolge des rapiden Anforderungswandels besonders schwierigen Bedingungen ausgesetzt und fordert neue Konzepte und Modelle.

Bei Betrachtung der Literatur scheinen die dabei anzugehenden Herausforderungen auf der Hand zu liegen: Notwendig ist, so die Literatur:

- die Heime an den Bewohnerwandel anzupassen,
- bedarfsgerechte individualisierte pflegerische Interventionsstrategien zu entwickeln,
- die Pflegequalität auf der Ebene des Assessments, der Maßnahmenplanung und der Standardentwicklung/-einhaltung voranzutreiben,
- andere arbeitsorganisatorische Modelle einzuführen,
- die Begleitung Sterbender anzugehen,
- die abendliche und nächtliche Versorgung zu optimieren,
- Angehörige besser einzubinden,
- die Heime mehr als bislang in das bestehende Versorgungsnetz (und die wohnortnahe Versorgung) zu integrieren und
- die medizinische Versorgung in den Heimen zu verbessern.

Diese Probleme sind mittlerweile erkannt und werden nicht mehr nur diskutiert – vielmehr wurde auch reagiert. In vielen Einrichtungen ist die Veränderungsbereitschaft groß, mittlerweile ist eine Reihe an Projekten und richtungsweisenden Modellversuchen, insbesondere zur Verbesserung der Pflegequalität, entstanden.

Dennoch deutet der MDS-Bericht an, dass die Qualitätsverbesserung zu schleppend vorankommt und all dies nicht ausreichend ist. Viele der unternommenen Maßnahmen sind zu kleinschrittig, um mit dem rasanten Anforderungswandel Schritt zu halten. Nach wie vor sind also für die vollstationäre Versorgung neue konzeptionelle Lösungen gefragt. Diese Lösungen sollten der Tatsache Rechnung tragen,

dass die Problematiken der Klientel dieser Einrichtungen schwieriger und komplexer geworden sind. Gefordert sind pflegerische Langzeitversorgungszentren mit unterschiedlich abgestuften und spezialisierten Versorgungs- und Pflegeangeboten sowie mit evidenzbasierten Pflegekonzepten, die der Vielschichtigkeit des Unterstützungs- und Pflegebedarfs in diesen Phasen entsprechen. Sie müssen eine individuell passgenaue pflegerische Versorgung mit integrierter medizinischer und rehabilitativer Betreuung ermöglichen, sodass Krankenhausaufenthalte vermeidbar werden.

Neue Konzepte braucht auch die Personalsituation in der Pflege: Gerade weil die Anforderungen schwieriger und komplexer geworden sind, werden höhere Qualifikation und mehr Fachexpertise – und zwar auch wissenschaftlich fundierte Fachexpertise – benötigt.

Lange Zeit war der gegenteilige Trend zu beobachten: Dem 4. Altenbericht zufolge erreichten nur 40 % der Einrichtungen die vorgeschriebene Pflegefachkraftquote. Langsam deuten sich hier Veränderungen an: Laut Pflegestatistik von 2005 ist in den Heimen der Anteil der Fachkräfte (also mit dreijähriger Ausbildung) in der Pflege auf etwa 50 % gestiegen. Auch der Anteil an Pflegewissenschaftlern hat zugenommen, macht aber immer noch nur 0,1 % aus.<sup>12</sup>

So positiv diese Entwicklung ist – aus pflegewissenschaftlicher Sicht ist sie nicht ausreichend. Der sich andeutende Trend zu höherer Qualifikation besagt zudem noch nichts darüber, inwieweit damit auch Fortschritte bei der Behebung des lange beklagten Mangels an gerontopsychiatrischer oder palliativer Fachexpertise erzielt wurden. Über Zusatzausbildungen und Fortbildungen sind derzeit keine Angaben erhältlich. Anhaltend scheint zudem nach wie vor der Trend zum Einsatz von gering im Ausland qualifiziertem Personal im Altenheimbereich zu sein – angesichts dessen sind Qualitätsprobleme nicht verwunderlich.

Zusammenfassend stehen also im Altenheimsektor vor allem **Konzept- und Kompetenzdefizite** einer befriedigenden Versorgungsqualität Demenzkranker entgegen. Wie

dringlich es ist, diese Defizite anzugehen, machen auch die prognostizierten Bedarfssteigerungen deutlich: Allein für Nordrhein-Westfalen ist bis zum Jahr 2040 von Bedarfssteigerungen im Heimsektor von bis zu 51 % auszugehen.

### *Versorgung Demenzkranker in der ambulanten Pflege*

Die ambulante Pflege ist derjenige Sektor, der in den vergangenen Jahren dem größten Wachstum unterlag und zusehends an Bedeutung für die Versorgung Pflegebedürftiger gewonnen hat. Denn von den rund 2,1 Millionen Pflegebedürftigen nach SGB XI werden mehr als zwei Drittel (1,45 Millionen) zu Hause versorgt, davon 470 000 unter Hinzuziehung ambulanter Pflegedienste.

Der Anteil von Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen ist allerdings nicht bekannt – lediglich, dass in Deutschland derzeit 1,2 Millionen Menschen mit Demenz leben und der Großteil von ihnen zu Hause betreut wird, vor allem in den frühen und mittleren Phasen des Krankheitsverlaufs.

Auf den ersten Blick hat sich für die Patienten die Pflegesituation verbessert: Bestimmten jahrelang Kapazitätsengpässe die Situation in der ambulanten Pflege, so hat sich dies seit Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes verändert. Pflegebedürftigen steht heute ein Netz von rund 11 000 ambulanten Pflegediensten zur Verfügung, das sukzessiv weiterwächst. Allerdings entfällt der Anstieg des Personals vor allem auf geringfügig Beschäftigte und Teilzeitkräfte, die Zahl der Vollzeitkräfte ist dagegen rückläufig, woraus eine Reihe von Organisationsproblemen erwächst.

Verbessert hat sich die Qualifikationssituation: 63 % des Personals verfügen inzwischen laut Pflegestatistik über eine dreijährige Pflegeausbildung. Die Zahl der Pflegewissenschaftler hat ebenfalls zugenommen und liegt – wie im stationären Sektor – bei 0,1 %.<sup>12</sup> Die Zahlen zeigen, dass sich die Infrastruktur in diesem Sektor in quantitativer Hinsicht gut entwickelt hat. Das gilt auch für die teilstationäre Ver-

sorgung und die Entwicklung neuer Wohnformen (betreutes Wohnen, Wohngemeinschaften etc.), wo sich ebenfalls eine beachtliche Kapazitätsausweitung vollzogen hat.

Die 1,2 Millionen demenziell Erkrankten haben davon allerdings kaum profitiert, dies vor allem aus zwei Gründen:

- Der quantitativen Ausweitung der ambulanten Pflege steht gegenüber, dass eine **qualitative** Weiterentwicklung und **Ausdifferenzierung** (bzw. Spezialisierung) weitgehend ausgeblieben ist. Stattdessen sind die Angebots- und Leistungsprofile ambulanter Pflegedienste immer homogener geworden und werden vielen Patientengruppen nicht gerecht. Die Mehrheit der Dienste hat sich in den letzten Jahren auf den klassischen Pflegeversicherungspatienten eingestellt: auf alte Menschen mit Unterstützungsbedarf bei alltäglichen Lebensverrichtungen. Patientengruppen mit abweichenden Problem- und Bedarfslagen haben Schwierigkeiten, eine problemangemessene Antwort auf ihre Situation zu bekommen – so besonders auch demenziell und gerontopsychiatrisch Erkrankte.
- Als problematisch erweist sich der im SGB XI festgeschriebene **verengte Pflegebegriff**. Denn sowohl die Versicherungsansprüche als auch das Spektrum der finanzierbaren Pflegeleistungen sind auf körperliche Selbstversorgungsdefizite beschränkt. Pflegebedürftige mit abweichendem Bedarf haben nicht hinreichend Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung. Dies trifft besonders auf demenziell Erkrankte zu. Damit steht das somatisch verengte Pflegeverständnis bei vielen Patientengruppen – besonders auch bei Demenzpatienten – einer adäquaten pflegerischen Versorgung entgegen. Es behindert außerdem die Erweiterung des Pflegehandelns z.B. um anleitende, begleitende, ressourcenerhaltende, aktivierende, kompetenzfördernde und andere edukative Aufgaben.

Eine **Neudefinition des Pflegebegriffs** gehört daher zu den aus pflegewissenschaftlicher Sicht zentralen Forderungen. Lange Zeit blieb sie ohne Resonanz, mittlerweile zeichnen

sich auch hier Veränderungen ab. Vom BMG initiiert und von den Spitzenverbänden der Pflegekassen gefördert, wurde jüngst vom IPW auf der Basis einer Literaturanalyse ein Definitionsversuch erarbeitet, der derzeit in Beratung ist<sup>13</sup> und auf dem aufbauend zugleich ein neues Begutachtungsinstrument entwickelt wird. Allerdings wird all dies nicht mehr in die aktuelle Reform eingehen.

Das verengte Pflegeverständnis und auch die engen finanziellen Spielräume sind in den vergangenen Jahren nicht ohne Spuren auf der Kompetenzebene geblieben. Auf abrechenbare und körperorientierte Leistungen konzentriert, geraten im ambulanten Pflegealltag viele der für eine bedarfsgerechte Pflege erforderlichen Aufgaben nicht mehr in den Blick und stoßen auf **Kompetenzprobleme**. Diese Kompetenzprobleme sind in erster Linie das Resultat bestehender Strukturdefizite, zudem werden die im Versorgungsbereich der Pflege abverlangten Aufgaben unterschätzt.

Ein wichtiges Beispiel ist die Unterstützung der **Angehörigen**: Denn häufig und gerade bei Demenz tragen die Angehörigen oft die Hauptlast der Betreuung. Aufgabe der Gesundheitsprofessionen und der ambulanten Pflege sollte sein:

- die Angehörigen in ihrem Pflegeengagement zu unterstützen,
- die Versorgungsarrangements stabil zu halten,
- Überforderungen und Gesundheitsstörungen infolge Überlastung zu vermeiden,
- zum Ressourcenerhalt pflegender Angehöriger beizutragen und
- zu einem integrierten Zusammenwirken von informeller und professioneller Hilfe zu gelangen.

Doch in der Realität des ambulanten Pflegealltags ist die Kooperation mit Angehörigen eher durch friedliche Koexistenz und Ablösementalität gekennzeichnet. Das ist nicht verwunderlich, da die Mitarbeiter der ambulanten Pflege für eine solche Aufgabe und Arbeitsweise derzeit nicht hinreichend qualifiziert sind.

Zusammengefasst zeigt der MDS-Bericht, dass in der ambulanten Pflege in den letzten Jahren vieles für eine Verbesserung der Versorgungsqualität getan wurde. Doch stehen den Bemühungen ebenfalls Widrigkeiten entgegen – in erster Linie strukturelle und finanzielle Restriktionen, unerwünschte Wirkungen gut gemeinter Reformimpulse und vor allem auch Kompetenzprobleme. Für Demenzerkrankte haben Letztere zur Folge, dass sie in der ambulanten Pflege eher auf Versorgungsbarrieren und -lücken sowie auf Unterversorgung stoßen – woran auch die Umsetzung des neuen Gesetzentwurfs nur wenig ändern wird. Erst mit einer gesetzlich verankerten Revision des verengten Pflegebegriffs dürften hier substantielle Veränderungen zu erwarten sein.

### *Fazit*

Die Verbesserung der pflegerischen Versorgungsqualität ist in den vergangenen Jahren sehr wohl um entscheidende Schritte vorangekommen, reibt sich derzeit aber noch an strukturellen, konzeptionellen und qualifikatorischen Hürden. Die Gründe dafür sind vielfältig. Es bedarf völlig neuer Konzepte, um die Situation grundlegend zu verbessern.

Dies erfordert vor allem neue mutige Schritte auf der Qualifikationsebene: Besonders dringlich erscheint aus pflegewissenschaftlicher Sicht die Herausforderung, die seit Langem beklagten Wissens- und Kompetenzdefizite im Bereich der gerontopsychiatrischen Versorgung anzugehen und zu einem in sich stimmigen Bildungskonzept in der Pflege zu kommen – einem Konzept, das regulär auch akademische Erstausbildungen in der Pflege ermöglicht sowie berufliche und akademische Bildung schlüssig verzahnt.

Damit die pflegerische Versorgungsrealität Demenzerkrankter verbessert werden kann, sind Strukturveränderungen erforderlich. Doch wie die aktuelle Diskussion über den vom Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) geforderten neuen Professionenmix erneut eindrucksvoll belegt, stoßen Strukturkorrekturen immer auf Widerstand und Abwehr. Den-

noch: Strukturen sind dazu da, um Handeln abzusichern und nicht, um es zu behindern. Und Strukturen müssen korrigiert werden, wenn sich Handlungserfordernisse verändern und Aufgaben anders darstellen – auch in der Pflege.

## Ausblick

In den drei derzeit laufenden Pflegeforschungsverbänden widmen sich allein sechs Projekte dem Thema Demenz – und hier in erster Linie der Entwicklung neuer evidenzbasierter Pflegeinterventionen. Dies ist ein Anfang, dem hoffentlich weitere Projekte und auch Fördermittel folgen werden.

### Literatur:

<sup>1</sup> MDS – Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (2007): *Qualität in der ambulanten und stationären Pflege*, Köln

<sup>2</sup> DKG – Deutsche Krankenhausgesellschaft (2006): *Zahlen, Daten, Fakten 2006*. DKVG, Düsseldorf

<sup>3</sup> Dip – Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (2002): *Pflege-Thermometer 2002*, Köln

<sup>4</sup> Landtag NRW (2005): *Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Bericht der Enquête-Kommission des Landtags Nordrhein-Westfalen*, Düsseldorf

<sup>5</sup> Schaeffer D (2002): *Ambulante Schwerkrankenpflege: Entwicklungen und Herausforderungen in Deutschland*. In: Schaeffer D, Ewers M (Hg.): *Ambulant vor stationär. Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerkranker*. Huber, Bern, 17–44

<sup>6</sup> Braun B, Müller R (2006): *Versorgungsqualität im Krankenhaus aus der Perspektive der Patienten. Ergebnisse einer wiederholten Patientenbefragung und einer Längsschnittdatenanalyse von GKV-Routinedaten*. Asgard-Verlag Schwäbisch-Gmünd

<sup>7</sup> Kleina T, Wingenfeld K (2007): *Die Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft (IPW)*, Po7–135, IPW Bielefeld

<sup>8</sup> Schneekloth U, Müller U (2000): *Wirkungen der Pflegeversicherung*. Nomos, Baden-Baden

<sup>9</sup> Weyerer S, Schäufele M et al. (2006): *Demenzkranke Menschen in Pflegeeinrichtungen – Besondere und traditionelle Versorgung im Vergleich*. Kohlhammer, Stuttgart

<sup>10</sup> Wingenfeld K, Schnabel E (2002): *Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Eine Untersuchung im Auftrag des Landespflegeausschusses Nordrhein-Westfalen*, Düsseldorf

<sup>11</sup> Schneekloth U (2006): *Hilfe- und Pflegebedürftige in Altenpflegeeinrichtungen 2005. Schnellbericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in Einrichtungen“ (MUG IV)*. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, München

<sup>12</sup> Statistisches Bundesamt (2007): *Krankenhausstatistik – Grunddaten. Vollkräfte in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (absolut und je Bett), Belastung nach Betten und Fällen*

<sup>13</sup> Wingenfeld K, Büscher A, Schaeffer D (2007): *Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten. Studie im Auftrag der Spitzenverbände der Pflegekassen, Bielefeld*

## Leitliniengerechte Versorgung von Dementen aus Sicht der Ärztekammer Nordrhein

### Leitlinienkonforme Therapie bei Multimorbiden möglich?

DR. MED. ROBERT D. SCHÄFER

Die demografische Entwicklung beschert der Medizin einen gewandelten Versorgungsauftrag. Die Folge: Wir brauchen neue Formen der Versorgung. Die Analyse der das Versorgungsspektrum bestimmenden Erkrankungen zeigt eine eindeutige Prävalenz von Multimorbidität, wobei die Demenz als bedeutsame Erkrankungsform besondere Anforderungen an die Versorgung stellt.

Nach Einschätzung führender Alzheimer-Experten ist bei Patienten mit Alzheimer-Demenz eine kausale Therapie im Sinne einer „Restitutio ad integrum“ derzeit nicht möglich. Doch dies kann und soll nicht bedeuten, dass dezidiertes ärztliches Handeln angesichts der Prognose dieser Erkrankung nicht angezeigt wäre. Denn im Bereich der symptomatischen Therapie sind mittlerweile sehr wohl effektive Therapieoptionen verfügbar. Die oft von Ärzten im Zusammenhang mit Alzheimer-Demenz zu hörenden Äußerungen, man könne da nichts mehr machen oder der Fall sei „austherapiert“, sind daher nicht mehr zeitgemäß.

Schätzungen zufolge sind derzeit gut eine Millionen Menschen in Deutschland an der Alzheimer-Demenz erkrankt. Fachleute prognostizieren, dass in nicht allzu ferner Zukunft noch deutlich mehr Menschen von der Alzheimer-Demenz betroffen sein werden: Die Zusammenhänge von Demografie und Demenz sind dabei evident (Tabelle 6). Damit wird die volkswirtschaftliche Dimension deutlich.



*Dr. med.  
Robert D. Schäfer*

## Grundsätze der Versorgung prognostisch ungünstiger Krankheitsverläufe

Die Alzheimer-Demenz ist ein gutes Beispiel für eine Erkrankung mit einem prognostisch ungünstigen Krankheitsverlauf. Der Grad der Ausprägung zu Beginn und im Verlauf der Erkrankung ist hier der Gradmesser des Versorgungskonzeptes, das umgesetzt werden soll. Die Diagnosestellung zur Frühtherapie erweist sich in der Praxis derzeit noch als schwierig, die Validierung eines Bluttests zur Früherkennung steht noch aus – er soll eine 90%ige Genauigkeit haben. Wahrheitsverdrängung bis zur Verleugnung durch die betroffenen Patienten (und auch der Angehörigen) stellt gerade in der Frühphase der Alzheimer-Demenz ein weiteres nicht zu unterschätzendes Problemfeld dar.

Geht die Demenz mit Multimorbidität einher – und dies dürfte bei der Mehrzahl der Patienten der Fall sein –, ist die Summe der Diagnosen unter sorgfältiger Abwägung aller

daraus sich ableitenden Optionen zu einem konsistenten Konzept zu formulieren. Gerade dann, wenn die therapeutische Perspektive nicht verheißungsvoll aussieht, ist gute Medizin gefordert. Erfreulicherweise kann mit einem durchdachten Therapieansatz auf der Grundlage eines evidenzbasierten rationalen Konzeptes der Patient eine Lebensqualität erlangen, die es ihm und seinem sozialen Umfeld ermöglicht, eine Dimension von angemessener menschlicher Würde zu erhalten.

Ein gutes Behandlungskonzept beginnt mit dem Patienten selbst, dessen Aufklärung die Feststellung erfordert, ob er die für einen willensfähigen Vertragspartner erforderliche Einsichtsfähigkeit besitzt oder ob eine Betreuung einzurichten ist, die das weitere Handeln mit wirksamen

### Demenzkranke (Berliner Altersstudie)

Altersgruppe	Anteil	absolut
65- bis 69-Jährige	1,2 %	65 500
70- bis 74-Jährige	2,8 %	111 000
75- bis 79-Jährige	6,0 %	184 000
80- bis 84-Jährige	13,3 %	288 000
85- bis 89-Jährige	23,9 %	257 000
90 Jahre und älter	34,6 %	179 000
<b>Summe</b>		<b>≈ 920 000</b>

Tabelle 6

Einwilligungen begleitet. Das Kernproblem des Demenzen, seine Unfähigkeit, für sich selbst sorgen zu können und damit auf ein betreuendes Umfeld angewiesen zu sein, erfordert die Einbeziehung der Pflege – ganz gleich, ob sie im häuslichen Umfeld möglich ist oder eine stationäre Betreuung erfordert.

Die sich bei der Behandlung dementer Patienten ergebenden ethischen und juristischen Fragen beziehen sich auf die Selbstbestimmung (Einwilligungsfähigkeit, Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen), das Abwägen medizinischer Handlungsoptionen mit den gesamten Lebensumständen und der Lebensqualität des Patienten, auf den Behandlungsumfang (z.B. Anlage einer PEG-Sonde, Anwendung lebensverlängernder Maßnahmen) und auf soziale Fragen (z.B. Entlassung bei ungeklärter Versorgungssituation).

Inwieweit die Situation des Patienten als Ergebnis einer umfassenden biografischen somatischen und sozialen Anamnese eine Perspektive zu entwickeln gestattet, die in ein verbindliches Therapiekonzept münden kann, ist damit noch nicht zu beantworten. Zunächst gilt es, eine dokumentierte Ausgangsbeschreibung zu erarbeiten.

### *Therapeutisches Vorgehen*

Zunächst bestimmt die Frage nach der möglichen Therapie das weitere Vorgehen. Im Einzelnen sollten folgende Punkte geklärt werden:

- Welche Optionen z.B. pharmakotherapeutischer Art sind noch nicht ausgeschöpft?
- Wie soll neben der Demenz als Leitsymptom z.B. ein bestehender Hochdruck oder ein Diabetes eingestellt werden?
- Wie kann der Fortschritt der Therapie bewertet werden?
- Wie lassen sich stabile Betreuungsverhältnisse vereinbaren?

Für die medikamentöse Therapie demenzieller Symptome bei Alzheimer-Patienten stehen heute anerkannte Therapieprinzipien zur Verfügung:

- der NMDA(N-Methyl-D-Aspartat)-Antagonist Memantine und
- die Gruppe der Cholinesterasehemmer (Donepezil, Rivastigmin, Galantamin).

Der Gesamteffekt dieser Therapieoptionen ist bei chronisch-degenerativer Alzheimer-Demenz zwar begrenzt, aber die Symptomprogression wird um rund ein Jahr aufgehalten, wie in mehreren klinischen Studien belegt werden konnte. Diese Medikamente haben also eine nachgewiesene positive Wirkung. Die medikamentöse Therapie der Alzheimer-Demenz und der vaskulären Demenz unterscheiden sich, allerdings kann das Vorliegen von Mischformen diese Unterscheidung relativieren.

Darüber hinaus können bei Alzheimerpatienten – je nach individueller Ausprägung nichtkognitiver neuropsychiatrischer Symptome – weitere Therapieoptionen sinnvoll sein:

## Demografische Entwicklung bis 2030

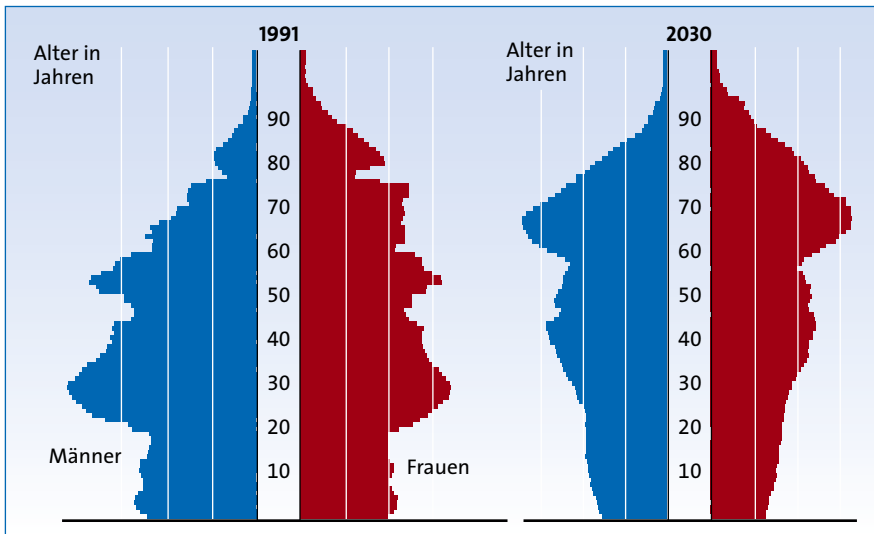


Abbildung 14

Quelle: mod. nach Schäfer

- Neuroleptika (wie Haloperidol, Risperidon) und
- Antidepressiva (wie Citalopram, Mirtazapin).

Je nach vorherrschenden Symptomen sollte die Therapie individualisiert festgelegt werden. Da die Symptome zum Teil nur zeitlich begrenzt auftreten, sind auch Auslassversuche sinnvoll. Zudem ist auch auf andere mögliche Ursachen demenzieller Symptome zu achten. Neben systemischen Erkrankungen und Mangelsyndromen ist bei alten Patienten insbesondere vermindertes Trinkverhalten eine häufige Ursache. Die individuelle Sensibilität einzelner Patienten kann z.B. bei verringerter Flüssigkeitszufuhr über ein bis zwei Tage bereits eine erhebliche Verstärkung demenzieller Symptome bewirken.

Laut einer Umfrage aus dem Jahr 1999 bekommen Privatversicherte und Angehörige von Allgemeinärzten deutlich häufiger Antidementiva verordnet. Dies deutet darauf hin, dass bei Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung die Wirtschaftlichkeitsproblematik die Behandlung der Betroffenen limitiert. Es liegt u.a. an einer sektoralen Betrachtungsweise der gesetzlichen Krankenkassen, wenn sie die erhöhten Arzneimittelausgaben gegen resultierenden verringerten Pflegeaufwand nicht angemessen bilanzieren. Denn insgesamt könnte ökonomisch sinnvoll sein, was sich sektorbezogen als Kostenbelastung erweist.

### *Leitlinien statt individuelle Verantwortung?*

Bei der Frage nach der Optionsbreite für das Vorgehen im Einzelfall bestimmen zunehmend systembedingte Vorgaben die Entscheidung. Sie kleiden sich in Begriffe wie Richtlinien und Disease Management Programme (DMP) und schränken die Therapiefreiheit maßgeblich ein, ohne den Nachweis der Verbesserung für die konkrete Behandlungs-, Betreuungs- und Pflegesituation zu liefern. Sie gewährleisten aber die aus Sicht der Kostenträger gewünschte Systemkonformität, die mit einer Finanzierungsgarantie verknüpft wird. Handlungsvorgaben in Form von Leitlinien stellen normative Konzepte dar, die sich unter geprüften und

normierten Bedingungen als erfolgreich erwiesen haben. Definitionsgemäß sind Leitlinien systematisch entwickelte Empfehlungen, um die Entscheidungsfindung von Ärzten und Patienten für eine angemessene Gesundheitsversorgung in spezifischen klinischen Situationen zu unterstützen. Leitlinien geben den Stand des Wissens über eine effektive und zweckdienliche Behandlung zum Zeitpunkt der Drucklegung wieder.

Die Entscheidung darüber, ob man einer Leitlinie folgt, ist vom Arzt unter Berücksichtigung der verfügbaren Ressourcen und der beim einzelnen Patienten vorliegenden Gegebenheiten zu treffen.

Allerdings wohnt Leitlinien eine amtliche und autoritative Wirksamkeit inne – auch wenn die Texte der Leitlinien sich auf den Vorbehalt berufen, nur ein Vorschlag zu sein. Denn wer sich von dieser normativen Vorgabe entfernt, muss sich

## Entwicklung des Seniorenanteils (> 60 Jahre) bis 2030

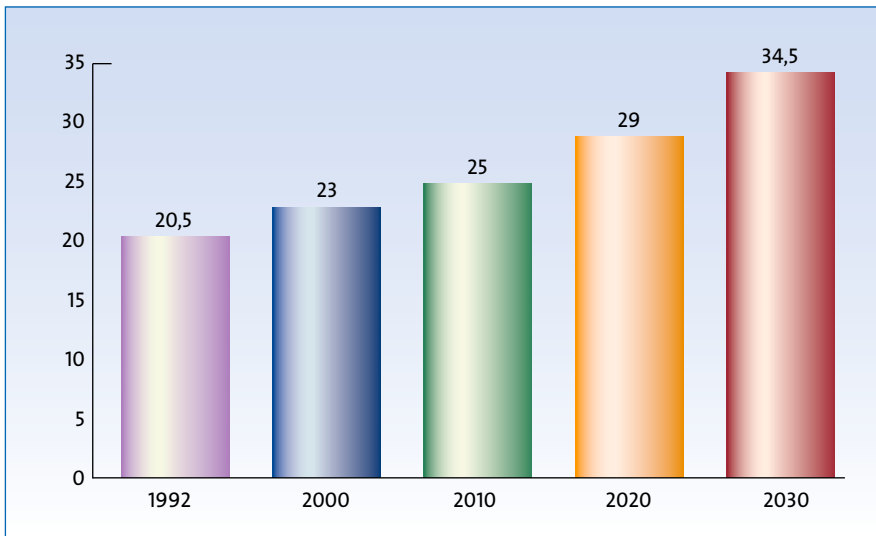


Abbildung 15: 2030 wird der Anteil der Menschen von > 60 Jahre an der Gesamtbevölkerung in Deutschland fast 35 % betragen.

verteidigen und rechtfertigen, dass die Befolgung der Vorgabe nicht vertretbar gewesen ist.

Die normative Vorgabe einer Leitlinie wirkt und rechtfertigt sich also durch ihre bloße Existenz. Was liegt da näher, als sich der Leitlinie anzupassen, sodass sich die Entscheidungsfindung umkehrt und das Handeln als grundsätzlich leitlinienkonform ausgerichtet wird im Sinne eines: „Beweise mir, dass die Anwendung der Leitlinie fehlerhaft gewesen ist“. Dadurch verkehrt sich die Wirkung der Leitlinien und ersetzt eine individuelle Verantwortung durch schematisches Befolgen von Vorgaben unabhängig von der klinischen Erfahrung und der persönlich fachlichen Überzeugung des Handelnden.

Im Fall der Alzheimer-Demenz bietet der Facettenreichtum der Erkrankung bei häufig multimorbiden Patienten die denkbar schlechtesten Voraussetzungen für eine „leitlinien-gerechte Therapie“. Sehr wohl aber gibt es Grundsätze, die es zu beachten gilt, um effiziente Therapieansätze zu verfolgen. Die langjährige Diskussion um die Ergebnisqualität zeigt aber, wie schwer es fällt, objektive Kriterien zur Bewertung langfristiger Therapieansätze im Konsens zu verabschieden. Es gilt schließlich, dem Gebot der Wirtschaftlichkeit Rechnung zu tragen, um mit den begrenzten Mitteln der GKV eine möglichst große Zahl von Patienten bestmöglich zu behandeln. Der bürokratische Ansatz, der die Gesundheitspolitik der letzten Jahre zunehmend prägt, erweist sich auf Dauer als unwirksam.

Daher wird es darum gehen, mit einem Maximum an Effizienz den Herausforderungen zu begegnen, die sich uns mit den demografischen Folgen des langen Lebens stellen – und das heißt: „So viel ambulant wie möglich und so viel stationär wie nötig.“ Das Schwierigste dürfte es sein, die fehlende Vorsorgebereitschaft zu überwinden, da wir nicht warten können, bis die Probleme spürbar werden, sondern bereits dann Vorsorge treffen müssen, wenn es noch nicht notwendig zu sein scheint. Die Ärzteschaft kann nur einen Teilbeitrag zur Lösung des gesamten Komplexes leisten –

und zunächst neben der medizinischen Basistherapie nur rechtzeitige Vorsorge anmahnen. Die größten personellen Herausforderungen stellen sich im Bereich der Pflege. Aufgabe der Politik wird es sein, tragfähige Sozialstrukturen zu unterstützen. Es bedarf einer soliden Portion Optimismus um anzunehmen, dass es uns gelingt, diese Probleme im sozialen Konsens zu lösen.

### *Fazit*

Für Patienten mit Alzheimer-Demenz stehen effektive Therapieprinzipien (z.B. der NMDA-Antagonist Memantine) zur Verfügung, die die Progression der Symptome aufhalten, wie mehrere klinische Studien belegten. Diese Medikamente haben eine nachgewiesene positive Wirkung – von daher sind Äußerungen darüber, dass man bei Patienten mit Alzheimer-Demenz „nichts mehr machen kann“, auf keinen Fall zu akzeptieren. Viele Betroffene sind multimorbide Patienten und bedürfen einer individuellen Therapie. Doch statt individuelle Therapie wird heutzutage mehr und mehr eine leitlinienorientierte Behandlung empfohlen – eine Behandlung in engen Bahnen. Therapieleitlinien für die Alzheimer-Demenz sind jedoch wegen des Facettenreichtums der Erkrankung und der begleitenden Multimorbidität nur begrenzt einsetzbar – wenn überhaupt. Aufgrund der knappen Ressourcen hat sich auch die Behandlung der Alzheimer-Demenz am Gebot der Wirtschaftlichkeit zu orientieren. Die Ausgaben für Pharmaka spielen jedoch eher eine untergeordnete Rolle – verglichen mit den Aufwendungen für Versorgung und Pflege. Die sektorale Betrachtungsweise zwischen Kranken- und Pflegekasse kann insbesondere bei Demenzkranken unökonomisch und kontraproduktiv sein.

**Multimorbidität und Demenz – es besteht noch Forschungsbedarf**

## **Geriatric – die Spezialdisziplin für Multimorbidität**

PROFESSOR DR. MED. JOHANNES W. KRAFT

Multimorbidität scheint der Preis dafür zu sein, nicht jung sterben zu müssen. Der geriatrische Patient ist neben dem biologischen Alter vor allem durch Multimorbidität und einen hohen Interventionsbedarf im somatischen, funktionellen und psychosozialen Kontext gekennzeichnet. Geriatrie gilt daher neben der Allgemeinmedizin als die medizinische Fachrichtung, die besondere Kompetenz im Umgang mit dem Phänomen Multimorbidität besitzt. Dabei stehen vor allem die trotz chronischer Erkrankungen erreichbare Lebensqualität und die Selbstständigkeit im Mittelpunkt der Interventionen des geriatrischen Teams.

Um 1970 prägte Feinstein den Begriff „Mehrfacherkrankungen“, sprach von „Komorbidität“ und verstand darunter das Auftreten zusätzlicher Begleiterkrankungen ausgehend von einer Grunderkrankung („index disease“). Mit der Entwicklung des Faches Geriatrie tritt der Begriff „Multimorbidität“, den van den Akker in einer grundlegenden Forschungsarbeit als die Anwesenheit „mehrerer wiederkehrender, chronischer oder akuter Erkrankungen oder Symptome innerhalb einer Person zur gleichen Zeit“ unabhängig von einer Grunderkrankung definiert, in den Vordergrund. Nach Ergebnissen einer Datenbankauswertung von 42 Allgemeinarztpraxen im Jahr 1998 waren 78 % der über 80-Jährigen multimorbide (van den Akker et al, 1998). Chronische und damit nicht heilbare Erkrankungen, die im fortgeschrittenen Alter häufig zur Multimorbidität akku-



*Prof. Dr. med.  
Johannes W. Kraft*

mulieren, führen oftmals zu dauerhaften Einschränkungen körperlicher Funktionsfähigkeiten, die nicht nur die Lebensqualität des Einzelnen negativ beeinflussen, sondern auch erhebliche Auswirkungen auf das Gesundheitssystem haben. In den USA, in denen 45 % der Allgemeinbevölkerung und 88 % der über 65-Jährigen mehr als eine chronische Erkrankung haben, wurden bereits 1996 über 75 % der Gesundheitsausgaben für die Behandlung chronischer Erkrankungen ausgegeben (Hofmann et al., Jama).

Mit zunehmendem Alter nimmt die Zahl der chronischen Erkrankungen zu (Abbildung 16). Als Faktoren multimorbider Erkrankungsmuster zählen Herz-Kreislauf- und Tumorerkrankungen, degenerative Erkrankungen des Bewegungsapparates sowie insbesondere demenzielle Syndrome und Depressionen zu den häufigsten Krankheiten. Es handelt sich hierbei um typische Alterserkrankungen und geriatrische

## Alter und Multimorbidität

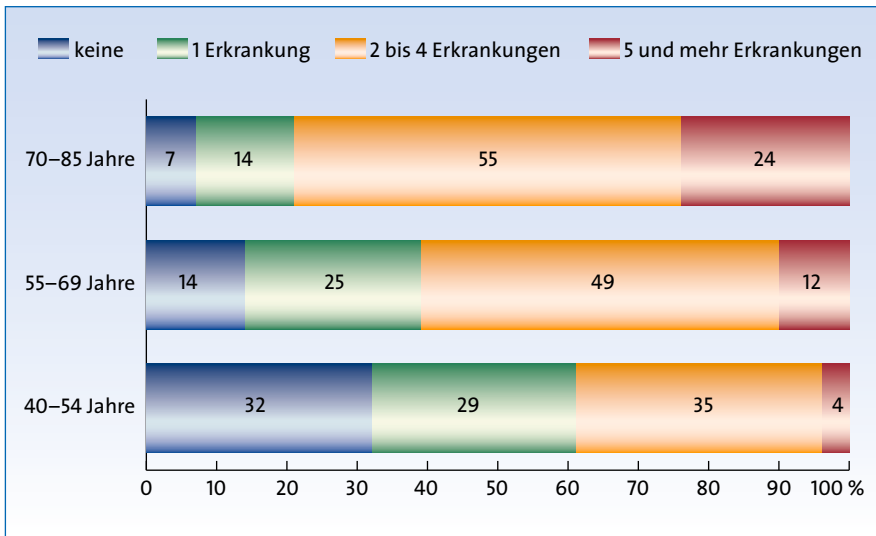


Abbildung 16: Bei fast einem Viertel der 70- bis 85-Jährigen werden fünf und mehr Erkrankungen diagnostiziert.

Quelle: Alterssurvey-DZA

Symptomenkomplexe (Abbildung 17). Mehr als drei Viertel aller Gesundheitsstörungen im Alter verlaufen chronisch. Oftmals findet sich eine erhebliche psychische Komorbidität. Die Anzahl einzunehmender Medikamente dokumentiert die Vielzahl der Erkrankungen: Nach Ergebnissen der Berliner Altersstudie (BASE) nehmen Menschen über 70 Jahre durchschnittlich 6,1 (+/-3,8; Max = 24) verschiedene Arzneimittel pro Tag ein (inbegriffen 1,2 im Rahmen von Selbstmedikationen).

BASE zufolge wird die Häufigkeit von objektiv vorhandener Multimorbidität (definiert als mindestens fünf gleichzeitig bestehende Erkrankungen) bei den 70- bis über 100-Jährigen ohne Berücksichtigung des Schweregrades auf 88 % geschätzt. Bei immerhin 30 % dieser Personen liegen gleichzeitig fünf mittel- bis schwergradige Erkrankungen vor. Wegen des linearen Anstiegs mit den Lebensjahren gilt

## Geriatrische Symptomenkomplexe

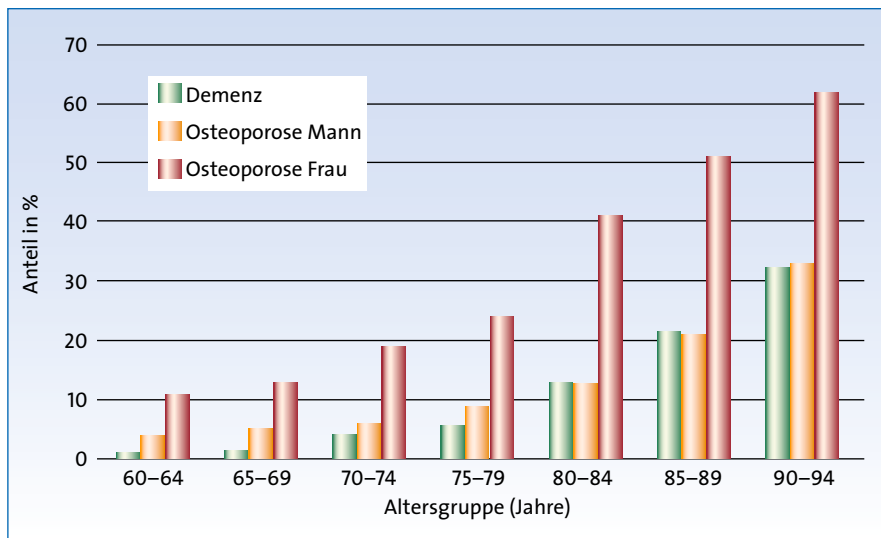


Abbildung 17: Demenz und Osteoporose zählen zu den typischen geriatrischen Symptomenkomplexen. Quelle: modifiziert Kraft nach destatis, vitanet, Wildner, DMW, 2001

## Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in privaten Haushalten

- Demenz ist bei weniger als 33 % der Demenzkranken korrekt ärztlich diagnostiziert.
- 15 % nehmen antidemtiv wirkende Medikamente.
- 5,6 Medikamente werden pro Person eingenommen, wobei die mittelschwer bis schwer Demenzkranken mit 5,3 Arzneimitteln etwas unterhalb des Durchschnitts liegen.

Quelle: Schneekloth, 2004

Multimorbidität als das charakteristische Phänomen des Alterns. Die Erkrankungen können dabei voneinander unabhängig auftreten, zwischen ihnen können aber auch kausale Zusammenhänge bestehen und sie können sich gegenseitig beeinflussen. Studien zur Koinzidenz

von Demenz und Multimorbidität finden sich bisher spärlich, was einen erheblichen Forschungsbedarf nahelegt.

Als Ursachen von Multimorbidität im Alter gelten:

- an das Lebensalter gekoppelte Zunahme chronischer Erkrankungen mit Defektheilungen,
- Addition überlebter Erkrankungen,
- „alternde“ Krankheiten bzw. Krankheitsfolgen (Beispiel: Diabetesfolgeerkrankungen),
- spezifische Alterserkrankungen und geriatrische Syndrome und damit im Kontext stehende funktionelle Einschränkungen (Beispiel: Demenz, „frailty syndrome“, Sturzsyndrom, Inkontinenz u.a.) sowie
- iatrogene und therapiebedingte Erkrankungen und Folgen.

## „Diagnoseketten“ und das Risiko der Pflegebedürftigkeit

Instabilität und Dekompensationsneigung ergeben bekannte und berüchtigte „Diagnoseketten“, die in einem vorwiegend organzentrierten Gesundheitswesen für den geriatrischen Patienten oft in einen Teufelskreis münden.

Ein Beispiel:

*Ein Patient mit einem bisher nicht diagnostizierten leichtgradigen demenziellen Syndrom stürzt und erleidet aufgrund einer manifesten Osteoporose eine Fraktur. Nach der operativen Versorgung entwickelt er ein postoperatives Durch-*

gangssyndrom, das eine Sedierung erfordert. Unter der dadurch verstärkten Immobilität wird die Entstehung der als Nächstes diagnostizierten Pneumonie begünstigt. Unter der Pneumonie kommt es zur Dekompensation einer Niereninsuffizienz bei Exsikkose. Die Exsikkose begünstigt wiederum die Dekompensation der Demenz, was schließlich zur Aufnahme in ein Pflegeheim führt. Aufgrund der Immobilität entwickelt der Patient schon bald wieder weitere Erkrankungen und wird erneut in eine Klinik eingewiesen.

Für den Hausarzt besteht ein großes Problem darin, dass die existierenden Leitlinien oft nicht an das Alter der Patienten adaptiert sind, dass sie bei Multimorbidität keine Behandlungsprioritäten setzen und das steigende Risiko von Interaktionen kombinierter Therapien unberücksichtigt lassen. Zweifellos besteht noch Nachholbedarf bei der Integration von geriatrischen Erkenntnissen – auch und

## Kognitive Leistungsfähigkeit bei geriatrischen Patienten

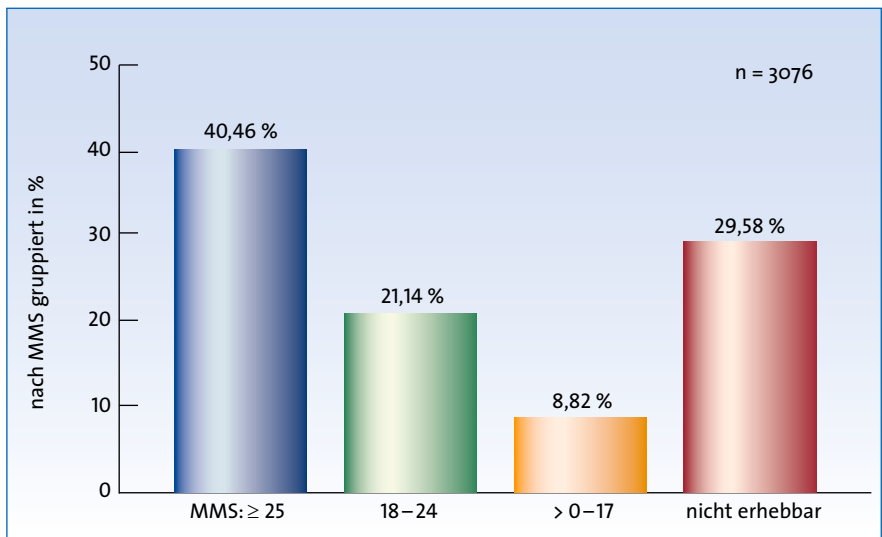


Abbildung 18: Etwa ein Drittel der geriatrischen Patienten des Klinikums Coburg weisen Demenzkriterien auf (MMS = Mini Mental Status).

besonders im Bereich der ambulanten Versorgung älterer Patienten.

Eine Repräsentativerhebung von U. Schneekloth/H. W. Wahl verdeutlicht die Multimorbidität und Komorbidität von Demenzkranken:

- 21,3 % der leicht, mittelschwer und schwer Demenzkranken litten unter erheblicher Schwerhörigkeit oder Taubheit
- 19,3 % unter schweren Sehbeeinträchtigungen bis hin zur Blindheit und
- 59,6 % waren von einer erheblichen Mobilitätseinschränkung betroffen, wobei 23,2 % völlig unfähig waren zu gehen. Überwiegend bettlägerig, d.h., dass mehr als die Hälfte der Wachzeit im Bett verbracht wurde, war ein Viertel der demenzkranken Menschen. Ebenfalls ein Viertel war bei der Fortbewegung auf einen Rollstuhl angewiesen. Dabei

## Demenz bei geriatrischen Patienten

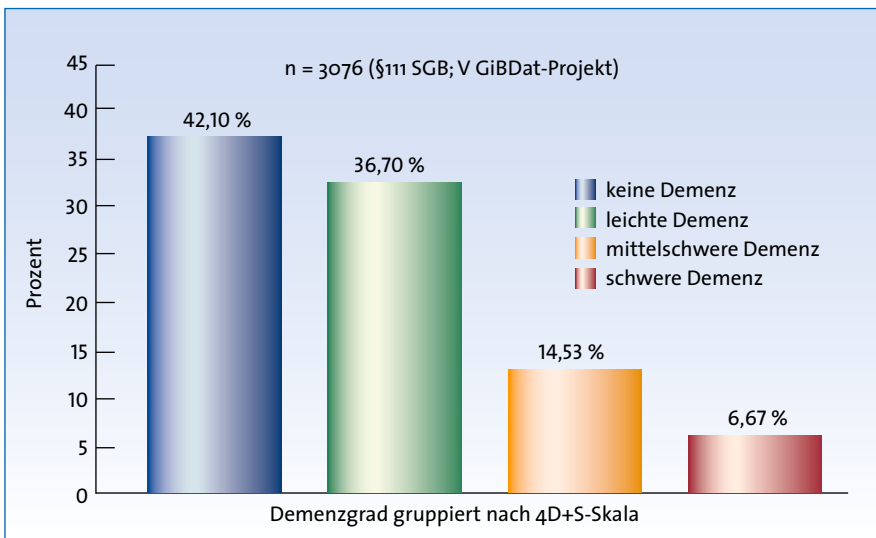


Abbildung 19: Bei mehr als der Hälfte der Patienten des Zentrums für Geriatrie am Klinikum Coburg wurde eine Demenz diagnostiziert, bei ca. 20 % mit mittelschwerer und schwerer Symptomatik.

wurden bei rund 81 % der an Demenz Erkrankten von den privaten Pflegepersonen schwerere oder häufigere Ausprägungen von Symptomen wie Apathie, Angst, Depressivität, Schlafstörungen, Reizbarkeit, Störungen des Essverhaltens oder Aggressionen berichtet.

Auch körperliche Beeinträchtigungen finden sich bei Demenzkranken häufig, insbesondere in den fortgeschrittenen Krankheitsstadien: Bei nahezu zwei Dritteln der mittelschwer und schwer Demenzkranken lagen erhebliche Mobilitätseinschränkungen vor und mehr als ein Drittel war ständig bettlägerig.

Bei weniger als einem Drittel der Demenzkranken wurde eine Demenzdiagnose ärztlich gestellt und nur 15 % nahmen zum Zeitpunkt der Befragung antidementiv wirkende Medikamente ein. Die Zahl der sonst eingenommenen Medikamente war dagegen hoch: Im Mittel betrug sie 5,6 Medikamente pro Person, wobei die mittelschwer bis schwer Demenzkranken mit 5,3 Arzneimitteln etwas unterhalb des Durchschnitts lagen.

Daten zu Multimorbidität und Häufigkeit demenzieller Syndrome stehen insbesondere in der Geriatrie in valider Qualität zur Verfügung. Wesentliche Impulse gaben hier das GEMIDAS (Geriatrisches Minimum Data Set)- und das GiBDat (Geriatrie in Bayern Datenbank)-Projekt. Als eines der wichtigen Ergebnisse wurde gezeigt, dass auch bei Patienten mit demenziellem Syndrom ein mit nichtdementen Patienten vergleichbarer Behandlungserfolg im Setting der geriatrischen Rehabilitation möglich ist.

Die Analyse der Daten zeigt bei stationären Patienten im Bereich der rehabilitativen Geriatrie (§111 SGB V, 62 Betten) am Klinikum Coburg, einem Schwerpunkt-klinikum und Lehrkrankenhaus mit insgesamt 585 Betten, im Mittel 4,82 Hauptdiagnosen pro Patient (n = 3076, Jahre 2002-1/2007). Der Anteil der Patienten mit nur einer Hauptdiagnose liegt unter 1 %. Zusätzlich weisen die Patienten im Mittel 5,55 Nebendiagnosen auf. Der Anteil der Patienten mit weniger als 5 Haupt-/Nebendiagnosen beträgt unter 2 %. Somit wei-

sen über 98 % der Patienten dieses geriatrischen Zentrums das Kriterium Multimorbidität auf, wie es im Rahmen der BASE definiert wurde. Die Ergebnisse zeigen, dass die Geriatrie zu Recht als die „Spezialdisziplin für Multimorbidität“ gelten kann. Sie zeigen aber auch, dass ein Großteil der geriatrischen Patienten die Diagnosekriterien einer Demenz erfüllen (Abbildungen 18 und 19).

### *Fazit*

Patienten mit Demenz weisen ein hohes Maß an Multimorbidität auf. Sie sind im Verlauf ihrer Erkrankung in besonderem Maße von Instabilität, Komorbidität, iatrogenen Eingriffen und Krankheitsfolgen bedroht. In geriatrischen Kliniken erfüllen fast alle Patienten das Kriterium „Multimorbidität“. Im Sinne einer Komorbidität und zunehmend auch als eine der führenden Hauptdiagnosen findet sich die Demenz bei bis zu über der Hälfte der Patienten.

Geriatrische Zentren mit üblicherweise integrierten Akut- und Rehabilitationsbereichen mit meist integrierten Gedächtnissprechstunden und neuen teilstationären, ambulanten und mobilen Angeboten können insbesondere dann, wenn sie wohnortnah gut vernetzt sind, einen wichtigen Beitrag für die wachsende Zahl multimorbider Patienten mit demenziellen Syndromen leisten, denn die Geriatrie ist die „Spezialdisziplin für Multimorbidität“.

*Literaturliste kann beim Verfasser angefordert werden.*

## Multimorbidität bei Demenzkranken: therapeutische Konsequenzen

# Interdisziplinäre Versorgung optimieren

PRIVATDOZENT DR. MED. DANIEL KOPF

Patienten, die an einer Alzheimer-Demenz leiden, haben meist noch andere Begleiterkrankungen. Allein aus dieser Multimorbidität ergeben sich vielfältige therapeutische Konsequenzen, die bei der Wahl einer optimalen Therapie berücksichtigt werden sollen. Da evidenzbasierte Daten hierzu kaum vorliegen, sind in besonderem Maße ärztliche Erfahrung und Sachverstand gefordert.

In deutlichem Kontrast zur klinischen Relevanz dieses Themas ist die Evidenz aus spezifischen Studien äußerst bescheiden.

In praktisch allen großen klinischen Studien zur Wirksamkeit von Antidementiva gelten schwere körperliche Begleiterkrankungen als Ausschlusskriterien, vor allem aus Gründen der Patientensicherheit und der Homogenität der Studienpopulation. Umgekehrt werden in den meisten Studien zu körperlichen Erkrankungen bei älteren Patienten solche mit einer Demenz ausgeschlossen, überwiegend aufgrund ethischer Erwägungen und wegen Sorgen bezüglich der Therapietreue.

Klinische Entscheidungen müssen sich daher meist auf pathophysiologische Überlegungen, auf Extrapolationen von Studienergebnissen an jüngeren oder ähnlichen Patientenpopulationen und auf solide klinische Erfahrung gründen.

Hinsichtlich therapeutischer Konsequenzen der Multimorbidität ist es sinnvoll, zu unterscheiden zwischen

- den relativ seltenen Erkrankungen, die ursächlich für eine sekundäre Demenzform verantwortlich sind (z.B. Vitamin-



*Privatdozent Dr. med.  
Daniel Kopf*

B<sub>12</sub>-Mangel, Wernicke-Enzephalopathie, Hypothyreose etc.),

- Erkrankungen, die im Sinne von **Risikofaktoren** die Entwicklung einer Demenz begünstigen oder ihren Verlauf beschleunigen (z.B. kardiovaskuläre Risikofaktoren, Depression),

- Erkrankungen, die in **Koinzidenz** – ohne erkennbaren pathophysiologischen Zusammenhang – gemeinsam mit der Demenz auftreten, aber wegen Kontraindikationen oder Interaktionen bei Polypharmazie die Behandlung der Demenz beeinflussen, und schließlich

- Erkrankungen, die als **Folge** der Demenz auftreten oder durch die Demenz begünstigt werden (z.B. Pneumonie, Dekubitus, Frakturen nach Stürzen).

Bei der ersten Gruppe, den **sekundären Demenzformen**, gehört trotz qualitativ suboptimaler Studienlage zumindest ein Therapieversuch der Grunderkrankung zum allgemein

## Demenzprävention durch Blutdruckeinstellung

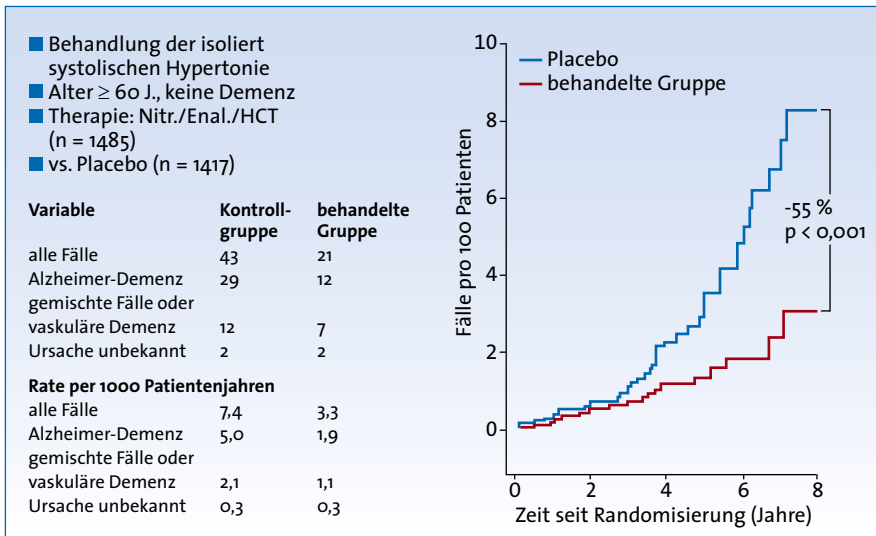


Abbildung 20: Antihypertensiva können das Risiko, an Demenz zu erkranken, reduzieren und im Frühstadium der Demenz die Progression verlangsamen. *Quelle: Forette et al., 2002*

akzeptierten klinischen Standard, ein Unterlassen der Behandlung ist ethisch meist nicht vertretbar. Bei der zweiten Gruppe, den **Risikofaktoren**, gibt es fast ausschließlich Studien im Vorfeld der klinischen Demenzmanifestation oder in frühen Demenzstadien.

Dass die Behandlung einer Hypertonie mit geeigneten Antihypertensiva das Risiko einer Demenz reduziert und in Frühstadien die Progression der Demenz verlangsamt, ist zwar nicht in allen großen Studien nachweisbar, aber doch vergleichsweise gut belegt (Abbildung 20). In frühen Stadien der Demenz sollte daher eine strenge Blutdruckkontrolle erfolgen. In fortgeschrittenen Stadien gewinnt das Sturzrisiko durch orthostatische Hypotonie zunehmend klinische Bedeutung. Hieraus entsteht ein Konflikt der Behandlungsziele, der beispielsweise in einem langsameren Vorgehen bei der Hypertoniebehandlung resultieren kann. Hieraus lässt sich ableiten:

### 1. Handlungsprinzip

**Die Indikation zur medikamentösen Therapie der Begleiterkrankungen muss stadienabhängig stets neu bewertet werden.**

Ähnliches gilt beispielsweise für die Therapie des Diabetes mellitus: Mit Fortschreiten der Demenz kann oft – auch wegen des Gewichtsverlusts – die antidiabetische Medikation reduziert oder vereinfacht werden.

Wenn multiple Begleiterkrankungen ohne Zusammenhang mit der Demenz vorliegen, kulminiert – meist bei Patienten mit mittelschwerer Demenz – der **Konflikt zwischen zwei Therapiezielen** (Abbildung 21).

Einerseits besteht die **Gefahr der Polypragmasie** mit multiplen Medikamenten, mit der Folge unübersichtlicher Interaktionen, vielfältiger Nebenwirkungen und nicht mehr gewährleisteter Patientencompliance. Andererseits besteht – aus Scheu vor komplizierten Medikationsschemata oder aus ökonomischen Zwängen – oft eine **Unterversorgung bezüglich relevanter Probleme**.

So wird meist auf eine Medikation mit Vitamin D und Calcium bei Osteoporose trotz des zunehmend bedeutender werdenden Sturzrisikos verzichtet. Hier hilft ein

## 2. Handlungsprinzip

**Befristet indizierte Medikamente müssen regelmäßig kritisch überprüft und nach Wegfall der Indikation abgesetzt werden.**

Ist beispielsweise der Magenschutz – in Form von Omeprazol oder gar Cimetidin erheblich interaktionsrelevant – noch erforderlich, wenn aktuell keine Analgetika mehr verabreicht werden?

## 3. Handlungsprinzip

**Nutzen und Risiken müssen im Verlauf der Erkrankung neu gewichtet werden.**

## Konflikt zwischen Therapiezielen

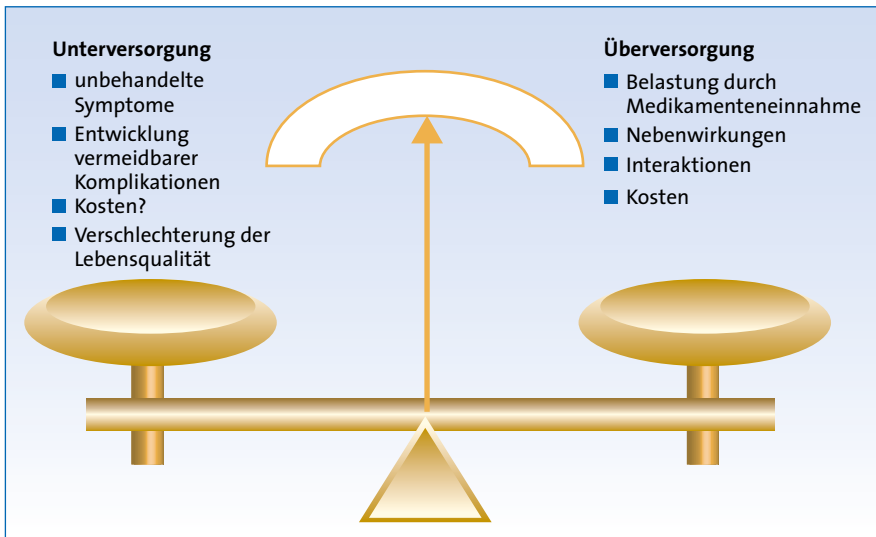


Abbildung 21: Um beim Erreichen des Therapiezieles Über- oder Unterversorgung zu vermeiden, sollten die Therapieziele regelmäßig neu definiert werden.

#### 4. Handlungsprinzip

Indikationen und Therapieziele müssen regelmäßig neu hierarchisiert werden.

Diese Hierarchisierung wird an folgendem Beispiel deutlich: Mit fortschreitender Demenz gewinnt die aktuelle Symptomkontrolle an Bedeutung gegenüber langfristigen sekundärprophylaktischen Erwägungen.

#### 5. Handlungsprinzip

Medikamente mit altersgerechter Pharmakokinetik und geringem Interaktionspotenzial müssen bevorzugt werden.

## Alzheimermedikation und Indikationen

Antidementiva: Interaktionen				
	Donepezil	Rivastigmin	Galantamin	Memantine
<b>Pharmakokinetik</b>	Abbau über Cytochrom P450 3A4 : Wirkverlust z.B. durch Carbamazepin, Johanniskraut; Verstärkung durch Clarithromycin (gering über zD6)	keine relevanten Interaktionen	Abbau über Cytochrom P450 zD6: Wirkverstärkung z.B. durch Paroxetin, Fluoxetin	keine relevanten Interaktionen, Kumulation bei Niereninsuffizienz
<b>Pharmakodynamik</b>				wenig relevante Abschwächung der Wirkung von GABA-ergen Substanzen (z.B. Benzodiazepinen)

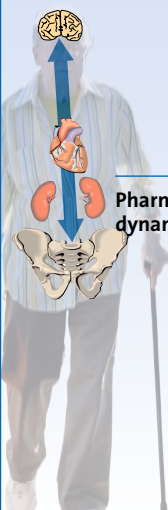


Abbildung 22: Lediglich unter der Therapie mit den Antidementiva Memantine und Rivastigmin sind keine relevanten Interaktionen zu erwarten.

Quelle: modifiziert nach Kopf und Frölich, 2007

Besondere Bedeutung hat in diesem Zusammenhang die Frage nach der Metabolisierung über das Cytochromsystem. In der Therapie der Alzheimer-Demenz zum Beispiel sind Memantine und Rivastigmin frei von solchen Interaktionen (Abbildung 22). Medikamente mit einem langsamen Wirkungseintritt haben wegen der seltener notwendigen Einnahme ebenfalls wichtige Vorteile für die Therapie von demen- tementen und multimorbiden Patienten.

### 6. Handlungsprinzip

**Medikamente mit altersgerechter Darreichungsform und Wirkdauer müssen bevorzugt werden.**

Insbesondere bei Alzheimerpatienten muss zunehmend mehr auf einnahmefreundliche Darreichungsformen und Dosierungsschemata geachtet werden (bevorzugt Einmal- dosierung, alternative Applikationsformen).

## Metabolisierung und Wechselwirkungspotenzial der Antidementiva

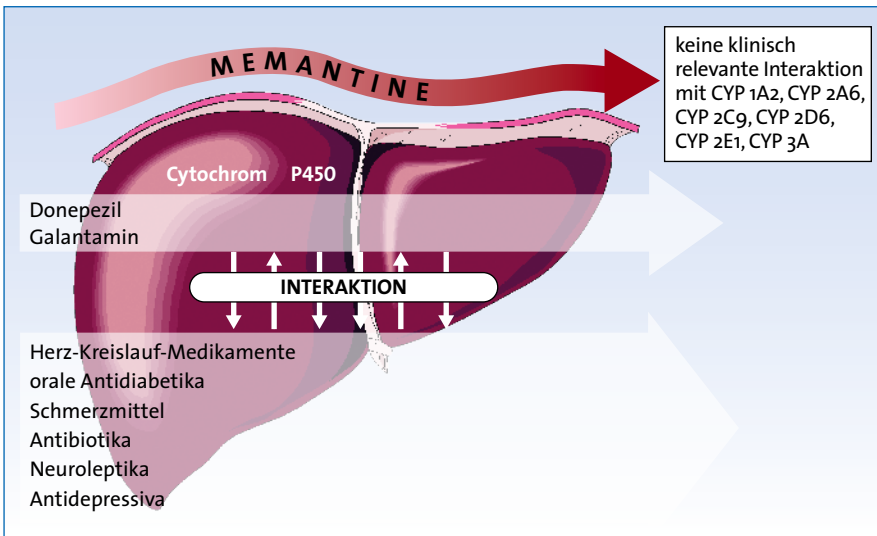


Abbildung 23: Im Vergleich zu Acetylcholinesterasehemmern treten unter der Therapie mit Memantine keine klinisch relevanten Interaktionen mit dem Cytochrom-P 450-System auf.

## Fazit

Langfristig kann die Versorgung multimorbider Patienten nur verbessert werden, wenn einerseits der eklatante Mangel an Studiendaten Stück für Stück behoben wird und andererseits die Versorgungsstrukturen hin zu einer interdisziplinär orientierten Versorgung optimiert werden. Die Methodik der prospektiven randomisierten Studie ist per se angewiesen auf große homogene Studienpopulationen mit geringem Einfluss von sekundären Einflussvariablen, wie sie Begleiterkrankungen darstellen. Die Vielzahl der klinischen Fragestellungen in der Geriatrie wird mit diesem klassischen Instrument nur unzureichend beantwortet werden können. Auf der Versorgungsebene muss die disziplinäre Isolation und Abgrenzung, beispielsweise zwischen internistischer Geriatrie und Gerontopsychiatrie, überwunden werden. Dies gilt auch für die Ausbildung von in der Geriatrie tätigen Ärzten. Die Pharmakotherapie multimorbider Patienten – und damit auch Demenzkranker – sollte den beschriebenen sechs Handlungsprinzipien folgen.



## Multimorbidität erfordert spezielles therapeutisches Vorgehen

Patienten mit Alzheimer-Demenz sind in der Regel multimorbide Patienten. Das bedeutet: Die Diagnostik und Therapie ist bei diesen Patienten an die Anforderungen der Multimorbidität anzupassen. In diesem Workshop des „Zukunftsforum Demenz“, der sich mit der Problematik der Multimorbidität befasst, wurden zahlreiche Faktoren erarbeitet, die es zu berücksichtigen oder zu verbessern gilt:

- Bis zu 30 % aller Krankenhauseinweisungen bei älteren Menschen werden durch unerwünschte Arzneimittelwirkungen verursacht. Zum einen entstehen dadurch enorme Kosten, zum anderen wird die Lebensqualität der geriatrischen, meist multimorbiden Patienten weiter eingeschränkt. Um mehr Medikationssicherheit zu gewährleisten, sollten Apotheker, Ärzte, Pflegekräfte und Angehörige enger zusammenarbeiten. Zudem sollten Medikamente bevorzugt werden, die eine altersgerechte Pharmakokinetik und ein geringes Interaktionspotenzial haben.
- Insbesondere bei Alzheimer-Patienten ist zunehmend mehr auf einnahmefreundliche Darreichungsformen und Dosierungsschemata zu achten.
- Die gesetzlichen Krankenkassen sollten die erhöhten Arzneimittelausgaben gegen den verringerten Pflegeaufwand angemessen bilanzieren. Denn insgesamt könnte ökonomisch sinnvoll sein, was sich in einer reinen sektoralen Betrachtungsweise als Kostenbelastung erweist.
- Damit Demenzkranke vermehrt Freude und Wohlbefinden erleben können, sollten Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in Medizin und Pflege auch die nonverbale Kommunikation beherrschen. Denn: Bekanntlich kann die verbale Kommunikation bei Demenzpatienten erschwert sein. Doch selbst Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Demenz können sehr ausdrucksstark nonverbal kommunizieren, welche Aspekte

für ihre individuelle Lebensqualität wichtig sind. Für positive Emotionen (Freude) als auch für negative Emotionen (Ärger, Traurigkeit) konnten mittels videogestützter Untersuchungen auslösende Situationen gefunden werden, die es zu unterstützen bzw. zu vermeiden gilt.

■ Zwar steht Pflegebedürftigen heute ein Netz von rund 11 000 ambulanten Pflegediensten zur Verfügung. Zum einen wurde die ambulante Pflege jedoch nur quantitativ ausgeweitet. Zum anderen konzentriert sich die Mehrzahl der Pflegedienste auf alte Menschen, die Unterstützung bei alltäglichen Lebensverrichtungen benötigen. Demenziell und gerontopsychiatrisch Erkrankte profitieren von der quantitativen Ausweitung der ambulanten Pflege nur wenig. Sie benötigen eine spezielle Pflege und Pflegekräfte, die im Umgang mit dieser Patientengruppe geschult sind. Eine qualitative Weiterentwicklung bzw. Spezialisierung der Pflegedienste erscheint somit als dringend erforderlich. Durch eine höhere Qualifikation und mehr Fachexpertise lassen sich auch Krankenhausaufenthalte vermeiden.

■ Die Geriatrie ist die „Spezialdisziplin für Multimorbidität“. Deshalb sollten geriatrische Zentren mit integrierten Akut- und Rehabilitationsbereichen, mit Gedächtnissprechstunden und teilstationären, ambulanten und mobilen Angeboten nicht auf der grünen Wiese, sondern wohnortnah gut vernetzt entstehen. Nur dann können diese Zentren einen wichtigen Beitrag für die Betreuung der wachsenden Zahl multimorbider Patienten mit demenziellen Syndromen leisten. Zudem werden die pflegenden Angehörigen entlastet.

■ Die Versorgung multimorbider Patienten muss auf allen Ebenen verbessert werden. Auf der Versorgungsebene gilt es, die disziplinäre Isolation und Abgrenzung beispielsweise zwischen internistischer Geriatrie und Gerontopsychiatrie zu überwinden. Vor allem multimorbide Demenzpatienten sind interdisziplinär zu betreuen.

## Zukunftsforum Demenz

Das „Zukunftsforum Demenz“ wurde 2001 gegründet und hat sich zum Ziel gesetzt, die Versorgung der Demenzkranken in Deutschland zu verbessern, um ihnen möglichst lange ein würdevolles und – entsprechend ihren noch vorhandenen Fähigkeiten – erfülltes Leben zu ermöglichen.

Dass die Versorgung der Demenzkranken verbesserungswürdig ist, ist unter den an der Versorgung Beteiligten unumstritten. Das Spektrum dieser Beteiligten reicht von den Ärzten der verschiedenen Fachrichtungen und deren Fachverbände über Pflegepersonal bis zu Pflege- und Krankenkassen, Selbsthilfeorganisationen und Sozialbehörden. Um Synergismen im Sinne der Versorgungsoptimierung zu erzeugen oder Versorgungsstrukturen zu verbessern, ist ein intensiver Dialog aller Beteiligten unabdingbar. Das „Zukunftsforum Demenz“ hat sich die Aufgabe gestellt, den interdisziplinären Austausch zu fördern.

Dies geschieht hauptsächlich durch Workshops für verschiedene Fachgruppen, Fachtagungen in Kooperationen mit Versorgungsbeteiligten sowie daraus resultierende Informationsschriften wie Dokumentationen, Ratgeber oder Newsletter.

Bei den Workshops des „Zukunftsforum Demenz“ werden wichtige Aspekte des Versorgungsproblems bei Demenz thematisiert und von Vertretern der verschiedenen mit der Versorgung betrauten Gruppen diskutiert. Das „Zukunftsforum Demenz“ versteht sich bei diesen Workshops allerdings nicht nur als Diskussionsplattform. Es wird vielmehr angestrebt, auf den Workshops Konzepte zur Versorgung der Demenzkranken anzustoßen, Forderungen zu artikulieren und deren Umsetzung zu unterstützen. Der fachliche Austausch soll – je nach Möglichkeit – die Arbeit der einzelnen Teilnehmer bereichern, Ideen liefern und so dazu beitragen, die Versorgung der Demenzkranken letztlich zu verbessern.

Zu den folgenden Themenbereichen haben bisher Workshops bzw. Fachtagungen stattgefunden:

- „Geriatrisches Assessment“
- „Die Arzneimittelversorgung des Demenzkranken unter den Gesichtspunkten der aktuellen Gesetzgebung“
- „Probleme bei der Pflege Demenzkranker“
- „Betreuungsrecht – Wer wahrt die Rechte des Demenzkranken?“
- „Demenz – auf dem Weg zu einem Disease-Management-Programm?“
- „Demenzkranker im Leistungsstreit zwischen Kranken- und Pflegeversicherung“
- „Neues aus der Demenzforschung“
- „Demenz – Prävention und Erkennung von Risikofaktoren“
- „Sprech- und Schluckstörungen – Problemfeld in der Demenztherapie“
- „Demenz – Die Rolle des Apothekers in der Demenzberatung“
- „Versorgung von Demenzkranken – Chancen und Risiken nach der Gesundheitsreform 2004“
- „Qualitätsgesicherte Heimbetreuung für Demente – Wohin geht der Weg?“
- „Frühformen der Demenz – Früherfassung, Risikofaktoren und Prävention bei MCI“
- „Innovative Therapieansätze in welche Richtung geht die Alzheimer-Therapie?“
- „Demenz – Prävention vor Pflege“
- „Musik- und Kunsttherapie bei Demenz“
- „Integrierte Versorgung – der Hausarzt in der Schnittstelle Geriatrie/Demenz/Pflege“
- „Perspektiven in der medizinisch-therapeutischen Versorgung in der Altenhilfe“
- „Patientenrelevante Endpunkte bei der Behandlung von Demenzkranken“
- „Der Nutzen der Demenztherapie für pflegende Angehörige und Pflegekräfte“
- „Demenzbehandlung in Pflegeheimen – Wirklichkeit, Chancen und Grenzen“

- „Nutzen einer verbesserten medizinischen Versorgung für Demenzpatienten und stationäre Pflegeeinrichtungen“
- „Therapiebegrenzung im Alter“
- „Demenz-Patienten erkennen und betreuen“
- „Tabuthemen bei dementen Patienten – Inkontinenz, Schmerz, Mangelernährung“
- „Demenzversorgung – Anforderungen an die Kranken- und Pflegeversicherung“
- „Wie können wir Menschen mit Demenz (noch) gerecht werden?“
- „Demenzversorgung nach dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – Perspektiven für Verträge der Integrierten Versorgung“
- „Geriatrische Rehabilitation – Vom Ermessen zur Pflicht auch für den dementen Patienten“

Für Betroffene und Betreuende wurden darüber hinaus Broschüren vom „Zukunftsforum Demenz“ herausgegeben:

- „Das schleichende Vergessen“ – Hintergrundinformationen zum Krankheitsbild der Alzheimer-Demenz und Therapiemöglichkeiten
- „Rechte der Kranken- und Pflegeversicherten“ – Erläuterungen für Versicherte
- „Leben mit Demenzkranken – Tipps für den Alltag“ – Hilfestellung für Betreuende

Weiterführende Informationen und Dokumentationen sind erhältlich bei:

Zukunftsforum Demenz  
Eckenheimer Landstraße 100  
60318 Frankfurt am Main  
E-Mail: [zukunftsforum@demenz.de](mailto:zukunftsforum@demenz.de)  
[www.zukunftsforum-demenz.de](http://www.zukunftsforum-demenz.de)