

CliniCum

Das Magazin für die Führungskräfte im Krankenhaus

Alzheimer-Krankheit Management aus multidisziplinärer Sicht



Experten-Statement der Österreichischen Alzheimer Liga

Editorial Board: Mag. Martina Anditsch, Dr. Stefanie Auer, Mag. Antonia Croy,
OA Dr. Eduard Dunzinger, Prim. Univ.-Doz. Dr. Peter Fasching, Univ.-Prof. DDr. Peter Fischer,
Dr. Gerald Gatterer, OA Dr. Christian Jagsch, Univ.-Prof. Dr. Kurt A. Jellinger, MR Dr. Karl Jungbauer,
Mag. Eva Krüger, Mag. Christine Krüger-Rainer, DPGKP Kai Mattersdorfer, Prim. Dr. Georg Psota,
Univ.-Doz. Dr. Michael Rainer, Prim. Dr. Andreas Walther, Univ.-Prof. Dr. Johannes Wancata,
Prim. Dr. Andreas Winkler, Dr. Albert Wuschitz

Lecture Board: Prim. Prof. Dr. Franz Böhmer, Univ.-Prof. MR Dr. Walter Danielczyk,
Prim. Dr. Ernst-Jörg Friedl, Prim. Univ.-Doz. Dr. Friedrich Leblhuber

Unter der Patronanz:



Vorsitz: Prim. Dr. Gerhard Fruhwürth,
Dir. Dr. Marion Kalousek

Vorwort



Prim. Dr. Gerhard Fruhwürth
Psychiatrische Abteilung,
Krankenhaus der Barmherzigen
Brüder, Eisenstadt



Dir. Dr. Marion Kalousek
Ärztliche Direktion, SMZ
Baumgartner Höhe Otto-
Wagner-Spital, Wien

Morbus Alzheimer ist, nach derzeitigem Wissensstand, die häufigste Ursache einer Demenz, die häufigste und folgenschwerste Erkrankung im höheren Lebensalter und die häufigste Einzelursache für Pflegebedürftigkeit im Alter. Zwei Drittel aller Pflegeheimbewohner leiden an einer Demenz. Mit zunehmender Krankheitsprogression benötigen Alzheimer-Patienten kosten- und zeitintensive Pflege und Betreuung. Ein individueller und differenzierter Einsatz entsprechender medikamentöser wie auch nicht medikamentöser Behandlungsansätze bedeutet für die Betroffenen wie auch deren Angehörigen in der Regel ein Mehr an Lebensqualität. Diagnose, Differenzialdiagnose wie auch die medikamentös-therapeutischen Interaktionen sind detailliert in den Konsensus-Statements der ÖAG (Österreichischen Alzheimer Gesellschaft) 2004, Update 2006 und der ÖGPB 2006 (Österreichische Gesellschaft für Neuropsychopharmakologie und Biologische Psychiatrie) nachzulesen.

Ziel der Publikation

Die Empfehlungen zur Prävention, Früherkennung und zu den nicht medikamentösen Therapieformen sollen Aufklärung leisten und dem Betroffenen, seinen Angehörigen wie auch dem Behandler als Unterstützung und Ratgeber dienen. Darüber hinaus werden pflegerische, finanzielle, organisatorische, rechtliche und schließlich auch ethische Aspekte mit besonderem Fokus auf die Bedürfnisse und Erfordernisse von Angehörigen behandelt.

Impressum

Verleger: Medizin Medien Austria GmbH DVR Nr.: 1042475 Verlags- und Redaktionsadresse: Wiedner Hauptstraße 120-124, 1050 Wien, Tel.: 01/546 00-0, Fax: DW 730, E-Mail: medizin@medizin-medien.at
Geschäftsführung: Thomas Zembacher DW 110 Für den Inhalt verantwortlich: Mag. Martina Anditsch, Dr. Stefanie Auer, Prim. Prof. Dr. Franz Böhmer, Mag. Antonia Croy, Univ.-Prof. MR Dr. Walter Danielczyk, OA Dr. Eduard Dunzinger, Prim. Univ.-Doz. Dr. Peter Fasching, Univ.-Prof. DDr. Peter Fischer, Prim. Dr. Ernst-Jörg Friedl, Dr. Gerald Gatterer, OA Dr. Christian Jagsch, Univ.-Prof. Dr. Kurt A. Jellinger, MR Dr. Karl Jungbauer, Mag. Eva Krüger, Mag. Christine Krüger-Rainer, Prim. Univ.-Doz. Dr. Friedrich Leblhuber, DPGKP Kai Mattersdorfer, Prim. Dr. Georg Psota, Univ.-Doz. Dr. Michael Rainer, Prim. Dr. Andreas Walter, Univ.-Prof. Dr. Johannes Wancata, Prim. Dr. Andreas Winkler, Dr. Albert Wuschitz **Vorsitz:** Prim. Dr. Gerhard Fruhwürth, Dir. Dr. Marion Kalousek
Titelbild: Phanie/PictureDesk.com Lektorat: Karl Heinz Javorsky Art Direction: Karl J. Kuba Layout und DTP: Johannes Spandl Druck: Friedrich VDV, 4020 Linz Auflage: 20.000. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit ausdrücklicher, schriftlicher Genehmigung von Medizin Medien Austria GmbH.
Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung, vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme gespeichert, verarbeitet, vervielfältigt, verwertet oder verbreitet werden.

Mit freundlicher Unterstützung von
Affiris, Austroplant, CSC, Janssen-Cilag,
Lundbeck, Merz, Novartis und Pfizer.

Prim. Dr. Gerhard Fruhwürth

Dir. Dr. Marion Kalousek

Mag. Andrea Budin, Medizin Akademie

Claudia Lorbeer, Medizin Akademie



Liebe Leserin, lieber Leser! Auf mehrfach geäußerten Wunsch nach Vermeidung eines Hürdenlaufs beim Lesen verzichten wir auf das Binnen-I und auf die gesonderte weibliche und männliche Form bei Begriffen wie „Arzt“ und „Patient“. Wir hoffen auf Ihr Verständnis und Ihre Zustimmung!

Alzheimer-Krankheit

1. Demenz-Screening

International wird die Mini Mental State Examination (MMSE) als Screeningtest empfohlen, aber auch kritisiert. Sie wird daher immer wieder mit anderen Tests, besonders dem Uhrentest, Gedächtnistest (Delayed Word Recall), der Untersuchung der Wortflüssigkeit, dem Subtest Gemeinsamkeiten-Finden aus dem Wechsler-Intelligenztest und dem Trail-Making-Test kombiniert. Die Sensitivität und Spezifität eines solchen Vorgehens ist ungenügend untersucht.¹

Empfehlungen zum Screening

- Störungen von Sinneswahrnehmungen
- Standardisierte Mini Mental State Examination (MMSE), kombiniert mit einem oder mehreren der folgenden Tests:
 - Uhren-Zeichen-Test
 - Gedächtnistests (Delayed Word Recall)
 - Wortflüssigkeitstest
 - Gemeinsamkeiten-Finden aus dem Wechsler-Intelligenztest
 - Trail-Making-Test

2. Prävention

Grundlage der Prävention der Alzheimer-Krankheit ist das Wissen um Risikofaktoren, welche den Krankheitsprozess selbst hervorrufen, beschleunigen oder früher klinisch manifest werden lassen. Tabelle 1 auf Seite 4 zeigt Risikofaktoren, deren Evidenz in Studien im Inzidenzdesign von 1 (hoch) bis 5 (niedrig) beschrieben ist. Lebensalter und genetische Faktoren als Risikofaktoren sind unumstritten. Gesicherte Daten liegen für die Bedeutung des Genotyps ε4 des APOE Gens vor. Weiters scheinen ein niedriger sozialer Status sowie die vielfach damit verbundenen Lebens- und Ernährungsgewohnheiten und Folgeerkrankungen einen Einfluss auf das Auftreten und den Zeitpunkt des Auftretens von M. Alzheimer zu haben. Durch die Vermeidung der Risikofaktoren bzw. die Beachtung von Schutzfaktoren in der Prävention lässt sich das Überschreiten der Demenzschwelle bei Personen mit drohender Alzheimer-Demenz vielleicht hinauszögern. So betonen Publikationen die präventive Bedeutung mentaler Aktivität. Die ACTIVE-Studie zeigt, dass mentales Training fünf Jahre lang vor kognitiver Verschlechterung schützt, und auch Wilson beschreibt die protektive Wirkung von mentaler Aktivität.

Empfehlungen zur Prävention

- Psychohygienische Maßnahmen und adäquate Behandlung affektiver Störungen
- „Gesunder“ Lebensstil: körperliche, soziale und geistige Aktivität; gesunde Kost
- Frühförderung bereits im Kleinkindalter
- Schutz des Gehirns vor jeglicher Schädigung
- Adäquate Behandlung von Grundkrankheiten wie Diabetes mellitus und arterielle Hypertonie, aber auch von Nikotinabusus oder Hypercholesterinämie zur Vermeidung vaskulärer Komorbidität

- Regelmäßige Kontrolle von Blutdruck und Stoffwechsel
- Gegenwärtig können weder NSAIDs noch Statine oder Hormonpräparate (Östrogene, Gestagene, DHEA) zur Prävention der Alzheimer-Demenz empfohlen werden.
- Bei erhöhtem Homocysteinspiegel bzw. dem häufigen Folsäuremangel ist Folsäure indiziert; eine Substitution dürfte auch vor kognitivem Abbau schützen.

3. Nicht medikamentöse Therapieverfahren

Die nicht medikamentösen therapeutischen Interventionen – oftmals Wegbereiter und Ergänzung für etablierte medikamentöse Therapieverfahren – sind in allen Erkrankungsstadien von Bedeutung. Psychosoziale und psychotherapeutische Betreuung der Betroffenen, der Angehörigen und der Pflegenden haben einen vergleichbaren Stellenwert wie die medikamentöse Therapie. Sie sollte so früh wie möglich beginnen und im Verlauf an die Bedürfnisse angepasst werden.

3.1. Psychologische, psychotherapeutische Intervention

3.1.1. Kognitives Training. Die positiven Effekte neuropsychologischer Therapien wurden bereits in mehreren randomisierten und kontrollierten Studien untersucht, wobei meistens auf kognitives Training als Interventionsmethode fokussiert wurde.² Die kognitive Stimulation umfasst ein sehr breites Spektrum an Möglichkeiten: Sie beinhaltet einerseits Übungen zum Erhalt kognitiver Grundfunktionen (kognitive Geschwindigkeit, Flexibilität, Plastizität, Konzentrationsfähigkeit, Gedächtnisprozesse), solche für spezifische Leistungsbereiche (Wortfindung, spezielle Gedächtnisübungen, Rechenfähigkeit etc.) und unspezifische Aktivierung.

Als Hinweise für die Effizienz solcher Maßnahmen können folgende Studien angesehen werden:

- SIMA-Studie³
 - Conelice Study of Brain Aging
 - Canadian Study of Health and Aging
 - Nonnenstudie

Mit den Leitlinien des National Institute of Health and Clinical Excellence in Großbritannien, die im Konsensusverfahren erarbeitet wurden, liegen auf wissenschaftlicher Evidenz sowie auf Expertenerfahrung basierende Empfehlungen für einen personenzentrierten Zugang vor.

Grundsätzlich wird die Orientierung an den individuellen Bedürfnissen und Vorlieben betroffener Personen bei deren Behandlung und Fürsorge angestrebt.

Die Kernaussage der Empfehlungen betrifft die Schaffung von Gelegenheiten, die es Personen mit milder bis moderater Demenz ermöglichen, an einem kognitiven Stimulationsprogramm teilzunehmen.

Tabelle 1
Evidenzbeurteilung von Risikofaktoren

Risikofaktoren	Evidenz
<ul style="list-style-type: none"> • Lebensalter x Lebensalter • Genetische Faktoren: APOE ε4 und andere, Trisomie 21 	1
<ul style="list-style-type: none"> • Depressionen in der Anamnese • Körperliche Inaktivität • Niedrige Schulbildung 	2
<ul style="list-style-type: none"> • Arterielle Hypertonie • Hoher Homocysteinspiegel • Hohes LDL • Metabolisches Syndrom, BMI • Niedriger Folsäurespiegel • Niedriges HDL • Schädel-Hirn-Traumata • Schlaganfälle, Lakunen • Vaskuläre Risikofaktoren • Geistige Inaktivität, geringe Hobbyaktivität, soziale Inaktivität • Insulin • Keine NSAIDs* • Keine Statine* • Starkes (langes) Rauchen 	3
<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes mellitus • Hypothyreose • Hormone (Hormonsubstitution) • Keine Antihypertensiva* • Keine H₂-Antagonisten* • Ernährung (Schutz durch mediterrane Diät) • Weibliches Geschlecht 	4
<ul style="list-style-type: none"> • Lebensumstände wie <ul style="list-style-type: none"> - Am Land aufgewachsen - Dominanter Ehepartner - Niedrige berufliche Position - Niedrige Intelligenz - Niedriges Einkommen - Subjektive Einsamkeit - Früher Zahnverlust (<35) - Viele Geschwister • Ernährung: Alkoholabhängigkeit (Schutz durch Kaffee und Wein in niedriger Dosis) 	5

1 gesichert; 2 sehr wahrscheinlich; 3 wahrscheinlich; 4 möglich; 5 fraglich
*Antihypertensiva, H₂-Antagonisten, NSAIDs oder Statine scheinen bei Patienten, die diese Medikamente benötigen, einen präventiven Effekt zu haben. Ebenso könnten Kaffee und Wein in niedriger Dosis einen präventiven Effekt haben.

Quelle: Fischer, Wien 2007

Empfehlungen zu kognitivem Training

- Abklärung des kognitiven Leistungsniveaus
 - Prävention, leichte kognitive Beeinträchtigung: Geschwindigkeit der Denkabläufe, Flexibilität, Gedächtnis
- Abstimmung der Schwierigkeit der Übungen auf Erkrankungsniveau
 - Leichtgradige Demenz: Gezieltes Üben der betroffenen Funktionen; emotionale Aspekte mitberücksichtigen
 - Mittelgradige Demenz: Altgedächtnis, Biografiearbeit, emotionale Kopplung (gespeicherte emotionale Verbindung von Objekt und Gefühl, z.B. Musik und Heuriger), Automatismen (automatisches Verhalten auf einen Auslöser, z.B. Musik – Tanzen)
 - Schwere Demenz: Automatismen, emotional gespeicherte Verhaltensweisen; Validation; basale Stimulation
- Kontinuierliche Durchführung
- Regelmäßige Überprüfung der Adäquatheit und Anpassung an die veränderte Situation
- Kombination mit körperlichen Übungen

3.1.2. Psychotherapie und andere therapeutische Interventionen.

Primäres Ziel derartiger Interventionen bei Alzheimer-Patienten ist die Behandlung und Beeinflussung nicht kognitiver Störungen. Dazu zählen vor allem Störungen der Affektivität (Angst, emotionale Labilität, Depressivität, Selbstunsicherheit, Hilflosigkeit) sowie Verhaltensänderungen (Agitation, Aggressivität, Regression und sozialer Rückzug).⁴

Als Grundregel für eine Psychotherapie bei Alzheimer-Patienten gilt, dass Äußerungen des Patienten aus der Situation des Patienten heraus verstehbar, gültig und in sich sinnvoll sind und eine zu verstehende Bedeutung haben (Haltung der Validation). Im Zentrum stehen die Gefühle des Patienten sowie die Beziehungen des Patienten zu seinen Bezugspersonen.⁵

Psychodynamische Verfahren/Psychoanalyse

Zu den Themen in den psychodynamischen Behandlungen zählen depressive Symptome zur Lebensgeschichte und deren Bewältigung, Trauer über zunehmende kognitive Verluste, reale und unbewusste Ängste, Gefühle wie Scham und Hilflosigkeit sowie bestehende Konflikte.

Der demenzielle Prozess wird von vielen Autoren als regressive Entwicklung⁴ verstanden, womit eine Umkehrung der frühkindlichen Entwicklungsphasen gemeint ist (z.B. Verlust der Sprache, Inkontinenz).

Kognitiv-behavioristische Verfahren

Kognitive Therapie hat dann eine Chance, wenn sie auf die individuellen Probleme, Ressourcen und Lebensumstände der Patienten zugeschnitten wird und zu einem Zeitpunkt einsetzt, zu dem die kognitiven Kapazitäten noch relativ gut erhalten sind.^{4,6,7,14}

Editorial Board



Mag. Martina Anditsch
Anstaltsapotheke,
Donauspital im SMZ
Ost, Wien



Dr. Stefanie Auer
Verein M.A.S., Bad Ischl



Mag. Antonia Croy
Alzheimer-Angehörige
Austria, Wien



OA Dr. Eduard
Dunzinger
Abt. für Psychiatrie, Kardinal
Schwarzenberg'sches
KH, Schwarzach



Prim. Univ.-Doz. Dr.
Peter Fasching
5. Interne Abt.,
Wilhelminenspital
der Stadt Wien



Univ.-Prof. DDr.
Peter Fischer
Psychiatrische Abt.,
Donauspital im SMZ
Ost, Wien

Verhaltenstherapeutisches Kompetenztraining (VKT) hat das Ziel, Demenzkranke in ihrer Selbstakzeptanz zu unterstützen, vorhandene persönliche Ressourcen zu mobilisieren und depressiven Symptomen entgegenzuwirken. In der Therapieplanung und Verhaltensanalyse werden die Probleme beschrieben, Therapieziele definiert und die Therapie geplant. Nachfolgend wird der Therapieerfolg evaluiert.

Einsatz von VKT

- Zur Modifikation dysfunktionaler Kognitionen
- Zur Förderung kognitiver Fähigkeiten
- Zum Orientierungstraining
- Zum Aufbau und zur Stabilisierung von Alltagsaktivitäten
- Zum Kontinenztraining
- Zur Förderung von Interessen und sozialen Fähigkeiten
- Zur Verringerung von depressiven Symptomen
- Zur Umstrukturierung von suizidalem Verhalten und Wertlosigkeitsgefühl
- Zur Modifikation von „störenden“ Verhaltensänderungen
- Zur gezielten Umfeldstrukturierung

Psychoedukative Verfahren

In verschiedenen Settings – Paar- oder Familientherapie – soll das Funktionsniveau des Kranken gewahrt und die Kommunikation verbessert werden. Das führt auch zu einer Entlastung der pflegenden Angehörigen. Damit kann die Aufnahme eines Demenzkranken aus einer aufgeklärten und psychoedukativ betreuten Familie bis fast zu einem Jahr hinausgeschoben werden.^{8,9,10,14}

Gruppentherapeutische Intervention

Gemeinsame Gruppentreffen für Betroffene und deren Angehörige gelten als zukunftsweisend. In dem von der EU-Kommission geförderten, noch laufenden Projekt „Erinnern und Pflegen“ („Remembering Yesterday, Caring Today“ (RYCT) – 1997/1998) zielen Interventionen stärker auf eine Beeinflussung der Beziehungs- und Kommunikationsmuster des sozialen Umfelds ab. Eine verbesserte Interaktion innerhalb der Familien lässt eine höhere Bereitschaft zur Pflege erwarten.^{11,12}

Kreativtherapien

Musiktherapie kann psychomotorische Unruhe, Weinen und aggressives Verhalten verringern und soziale Verhaltensweisen und Realitätsorientierung fördern sowie den Nachtschlaf verbessern.^{13,14} Weitere Kreativtherapien sind Tanztherapie, Malen und Plastizieren.

Validation

Die Validation ist eine Methode, mit Demenzkranken als einzigartige und wertvolle Individuen zu kommunizieren und umzugehen. Bei der klassischen Validation nach Naomi Feil wird davon

ausgegangen, dass Demenzkranke danach streben, unerledigte Aufgaben ihres Lebens noch aufzuarbeiten, während die „Integrative Validation“ nach Nicole Richard diese Interpretation weitgehend unterlässt und die Bedingungen der Gegenwart akzeptiert.

Realitätsorientierungstraining

Das Realitätsorientierungstraining ist ein verhaltenstherapeutischer Ansatz, der 1958 von J. Folsom entwickelt wurde. Nach Folsom ist das primäre Ziel, die Gedächtnisleistung zu steigern und die zeitliche, örtliche und personelle Orientierung zu verbessern. Außerdem sollen die Identität der Betroffenen erhalten und ihre Selbstständigkeit, ihr Wohlbefinden und ihre soziale Kompetenz gefördert werden. Die Orientierungsunterstützenden Maßnahmen betreffen hauptsächlich die Kommunikation und die Umgebungsgestaltung. Jede Interaktion stellt nach diesem Konzept eine Möglichkeit dar, Informationen zur Realität zu geben. Alle Handlungen werden von der Pflegekraft kommentiert und Fragen des Betreuten wahrheitsgemäß beantwortet.

Milieuthherapie

Milieuthherapie meint ein ganzes Spektrum von Maßnahmen zur Anpassung von Rahmenbedingungen an die veränderte Wahrnehmung, Empfindung und Alltagskompetenz von Demenzkranken: Beziehungskonstanz und Kommunikationsstil, Tagesstruktur mit festen Essens- und Ruhezeiten, gezielte Strukturierung des Umfelds und eine überschaubare, stress-, aber nicht reizfreie Umgebung.

Empfehlungen für die Psychotherapie bei Alzheimer-Patienten⁵

- Orientierung der Interventionen an den Fähigkeiten der Betroffenen
- Neuropsychologische Defizite wahrnehmen, nicht verleugnen und taktvoll ansprechen
- Selbstreferenziellen Prozess in Gang setzen
 - Suche nach Motivationen und nach bedeutungsvollen Menschen, Tätigkeiten und Themen
- Patienten aktiv an der selbstreferenziellen Arbeit beteiligen
 - „Hausaufgaben“: Niederschrift von Erinnerungen an Themen der Sitzungen, von Gedanken zu anderen Themen aus dem Leben, künstlerische Ausdrucksformen fördern
- Kognitive Reserven mobilisieren
 - Abhängigkeit von Nichtkönnen von bestimmten Situationen erheben; Rolle der Angst, des Leistungsdrucks und des Zeitdrucks bei der Erzeugung von Hilflosigkeit definieren; Tendenzen klären, mehr an andere zu delegieren als notwendig
- Angehörige verstärkt mit einbeziehen
 - Patienten nicht auf seine Diagnose reduzieren; Überfürsorglichkeit und Leistungsdruck sowie heftige Kritik vermeiden; Patienten nicht abschirmen und nicht sozial isolieren – Vermeidung von regressionsfördernden Maßnahmen



Dr. Gerald Gatterer
Abt. für Psychosoziale
Rehabilitation, Geriatriezentrum am Wienerwald, Wien



OA Dr. Christian Jagsch
Abt. für Psychiatrie,
Psychiatrische Klinik,
Wels



Univ.-Prof. Dr.
Kurt A. Jellinger
Institut für Klinische
Neurobiologie, Medizinische
Universität, Wien



MR Dr. Karl Jungbauer
Niedergelassener
Facharzt für Allgemeinmedizin,
Wien



Mag. Eva Krüger
Haus der Barmherzigkeit,
Wien



Mag. Christine
Krüger-Rainer
Landsteiner Institut für
Gedächtnisforsch., Donauspital
im SMZ Ost, Wien

3.2. Lichttherapie

Abendliche Lichttherapie kann beim Demenzkranken nächtliche motorische Unruhe¹⁵ reduzieren, aber auch morgendliche Lichttherapie kann wirksam sein.¹⁶ Bei Schlaf-Wach-Rhythmusstörungen ist indirekte Lichttherapie mit verstärkter Lichtintensität¹⁷ in den Aufenthaltsräumen oder eine 30-minütige Lichttherapie mit 10.000 Lux – alternativ können auch 2.500 Lux über zwei Stunden angewendet werden – empfehlenswert. Allerdings können schwer demente Patienten von der Lichttherapie nur begrenzt profitieren.

4. Ernährung

4.1. Nahrungsergänzungsmittel

Nahrungsergänzungsmittel sind konzentrierte Nährstoffe, die aus Nahrungsmitteln, Pflanzen oder Pflanzenteilen gewonnen werden. Es handelt sich dabei um:

- Vitamine
- Mineralstoffe
- Spurenelemente
- Enzyme
- Fettsäuren
- Antioxidantien
- Aminosäuren

Die Verwendung von Nahrungsergänzungsmitteln ist mittlerweile weit verbreitet: 58 Prozent der Patienten über 55 Jahre bedienen sich ihrer, 30 Prozent sogar täglich, vor allem in Form von Kombinationspräparaten.

Nahrungsergänzungsmittel unterliegen dem Lebensmittelgesetz, das bei einer Neueinführung nur eine behördliche Meldung, aber keine Hinweise auf mögliche Nebenwirkungen, Wechselwirkungen, Herstellungsverfahren bzw. auf die Bioverfügbarkeit vorsieht. Die Wirkung von Nahrungsergänzungsmitteln ist vielfach nicht eindeutig nachgewiesen. Oft sind die Dosierungsangaben sehr wage, und fallweise treten bei Überdosierungen Nebenwirkungen auf.

Nahrungsergänzungsmittel, die zur Prävention der Demenz bzw. zur Verbesserung des Verlaufs angepriesen werden:

- Antioxidantien wie Vitamin A, C und E wirken in hoher Dosierung wie Radikale (Polyphenole wie etwa Resveratrol). Sie können in hohen Dosen (Vit. E ab 400I.E/Tag Arzneimittel) kanzerogen wirken.¹⁸ Regelmäßige Zufuhr von frischem Obst und Gemüse (hoher Gehalt an Polyphenolen) soll jedoch einen positiven Effekt aufweisen.
- Cholinquellen wie Lecithin (Phosphatidylserin) werden zu einem großen Teil verdaut und haben auch bei Morbus Alzheimer praktisch keine Wirkung. Es ist maximal ein sehr moderater Effekt zu verzeichnen.

- Für die Bildung von Nervenwachstumsfaktor-Rezeptoren (NGFR) infolge des Neuroprotektivums L-Acetylcarnitin wäre eine Dosierung von 4x500mg/Tag notwendig.
- Folsäure, Vitamin B6 und B12 ist niedrig zu dosieren (0,4g/Tag bei Homocysteinämie). Eine hohe Dosierung kann auch Nebenwirkungen zur Folge haben.
- Für Vinpocetine aus dem Samen des Immergrüns (Vinca major) gibt es sehr widersprüchliche Daten. Unter anderem werden Nebenwirkungen wie gastrointestinale Beschwerden, Schlafstörungen und Kopfschmerzen berichtet.
- ENADH (Co-Enzym1 Nicotinamid Adenin Dinucleotid Hydrid) kann nicht empfohlen werden. In einer Anwendungsbeobachtung konnte nur Unruhe und eine Zunahme der Agitation beobachtet werden.
- Kupfer, das als Kupferorotat (8mg/Tag) gerade getestet wird, wird in elementarer Form nicht aufgenommen.
- Melatonin als Schlafmittel (Funktion als „Zeitgeber“) ist in der EU als magistral verschreibbares Arzneimittel zugelassen und kann per Rezept in der Apotheke bezogen werden. Die Wirkung wird in verschiedenen Studien kontrovers beschrieben.

Empfehlungen für Nahrungsergänzungsmittel

- Nahrungsergänzungsmittel nur nach ärztlicher Rücksprache (Erhebung der Ernährungsgewohnheiten, Feststellung eines Mangels).
- Wenn ein Stoff sowohl als Arzneimittel als auch als Nahrungsergänzung in der gleichen Dosis vorliegt, sollte aus Qualitätsgründen das Arzneimittel vorgezogen werden (z.B. Ginkgopräparate)!
- Immer auf die Hilfsstoffe achten (z.B. hoher Jodgehalt schlecht bei Schilddrüsenüberfunktion)!
- Oft sind zu geringe Wirkstoffkonzentrationen für ausreichenden Effekt enthalten (v.a. Kombinationspräparate).
- Auf ausgewogene Nahrung und viel frisches Obst und Gemüse, zwei bis dreimal pro Woche Fisch achten!

4.2. Trinknahrung

Häufig leiden Patienten mit schwerer Demenz an Appetitmangel und Unterernährung. Hochkalorische, eiweißreiche Trinknahrungen können bei bereits nachgewiesenem Mangel sehr hilfreich sein, wieder Kraft und Energie zu liefern. Ihr Einsatz sollte aber nur nach ärztlicher Rücksprache erfolgen. Bei Schluckbeschwerden sollte die Nahrung in Puddingform angeboten oder mit Hilfe von Eindickungsmitteln zubereitet werden, um eine mögliche Aspiration zu vermeiden.

4.3. PEG-Sonde

Nahrungsverweigerung am Lebensende kann „passive“ oder „aktive“ Verweigerung (Ausspucken, Mund zusammenpressen) oder aber organisch bedingt sein (Funktionsstörung des Schluckaktes, undiagnostizierte interkurrente Erkrankung: Harnwegsinfekt, Pneu-

Editorial Board



DPGKP Kai Mattersdorfer
Psychosoziale Dienste,
Gerontopsychiatrisches
Zentrum, Wien



Prim. Dr. Georg Psota
Psychosoziale Dienste,
Gerontopsychiatrisches
Zentrum, Wien



Univ.-Doz. Dr.
Michael Rainer
Psychiatrische Abt. und
Memory-Clinic, Donau-
spital im SMZ Ost, Wien



Prim. Dr.
Andreas Walter
5. Medizinische Abt.,
Geriatrizentrum am
Wienerwald, Wien



Univ.-Prof. Dr.
Johannes Wancata
Klin. Abt. für Sozial-
psychiatrie, Univ.-Klinik
für Psychiatrie, Wien



Prim. Dr.
Andreas Winkler
Abt. für Gerontoneuro-
logie, Haus der Barm-
herzigkeit, Wien

monie, Herzinsuffizienz, Depression etc.). Die Differenzialdiagnose (Insult, Demenz, Tumor) ist daher unabdingbar.

Nach dem derzeitigen Stand des Wissens ist die Indikation zur PEG-Sonde beim hochgradig dementen Patienten kritisch und individuell zu stellen. Es liegen keine kontrollierten, prospektiven Studien, sondern lediglich Meinungen vor.^{19,20,21} Gesicherte Indikationen zur PEG-Sonde (z.B. Schluckstörung nach Insult) gelten jedoch ohne Einschränkung auch für den hochbetagten Patienten unter Berücksichtigung seiner individuellen Gesamtsituation. Ethische Überlegungen haben in jedem Fall Berücksichtigung zu finden (siehe Kapitel 8). Die derzeit vorliegende wissenschaftliche Evidenzgrundlage legt nahe, dass das Setzen einer PEG-Sonde bei einer Demenz im fortgeschrittenen Stadium keinen gesicherten Vorteil hinsichtlich Mortalität²² und Aspirationsprophylaxe bringt, nicht Pneumonien und Dekubitus verhindert und die Lebensqualität nicht erhöht. Sonden-assoziierte Komplikationen sind möglich, eventuell erhält der Patient weniger Pflegeaufwendung, der Bedarf nach freiheitsbeschränkenden Maßnahmen und Sedierung steigt.

Diese eher negative subjektive Sicht der einzelnen Autoren entspricht aber nicht der persönlichen positiven Erfahrung vieler Professionalisten in der Praxis, welche Demenzpatienten im fortgeschrittenen Stadium betreuen.

Wesentlich für die sinnvolle medizinische Indikationsstellung des Legens einer PEG-Sonde bei diesen Patienten sind:

1. die prinzipielle Zielsetzung (Überbrücken eines temporären Schwächezustands im Rahmen einer Infektion; „Zugabe“ von adäquaten Nährstoffen bei nicht ausreichender oraler Aufnahme; Sicherstellung von Flüssigkeits- und Medikamentenzufuhr bei nicht verfügbarem venösem Zugang),
2. der mutmaßliche Patientenwille (Szenario 1: Pat. möchte zwar schlucken, kann aber organisch nicht; Szenario 2: Pat. wehrt aktiv weitere therapeutische Maßnahmen ab durch Zusammenpressen des Mundes bei Nahrungseingabe, durch Ausspucken durch Herausreißen von Zugängen etc.),
3. der medizinische Gesamtzustand und die damit verbundene Prognose des Patienten (in der „Terminalphase – ganz nahe am Lebensende – ist das Legen einer PEG-Sonde nicht zielführend und damit kontraindiziert) und
4. die von außen wahrnehmbare und zuschreibbare Lebensqualität (z.B. hoher Leidensdruck und Beeinträchtigung durch starke Schmerzen).

Jedenfalls gibt es weder eine wissenschaftlich gerechtfertigte generelle Kontraindikation gegen das Legen einer PEG-Sonde beim Patienten mit einer Demenz im fortgeschrittenen Stadium noch eine allgemeingültige zwingende Indikationsstellung dafür. Jeder einzelne Fall ist daher individuell unter Beachtung oben genannter Kriterien und unter Einbindung des sozialen Umfelds zu entscheiden,

wobei dem mutmaßlichen Patientenwillen ein hoher Stellenwert einzuräumen ist und eine eventuell vorhandene beachtliche oder verbindliche Patientenverfügung zu berücksichtigen ist.

Mit 1. Juli 2007 ist eine wesentliche Änderung im Sachwalterschaftsgesetz in Kraft getreten: Handelt es sich um eine nicht schwerwiegende medizinische Behandlung, so reicht die alleinige Zustimmung des Angehörigenvertreters oder Sachwalters aus. Laut Erläuterungen zum Gesetz gilt das Legen einer PEG-Sonde aber als eine schwerwiegende medizinische Behandlung. Zu einer schwerwiegenden medizinischen Behandlung kann der Sachwalter nur dann seine Zustimmung erteilen, wenn ein vom behandelnden Arzt unabhängiger Arzt in einem ärztlichen Zeugnis bestätigt, dass die behinderte Person nicht über die erforderliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit verfügt und die Vornahme dieser Behandlung zur Wahrung ihres Wohls erforderlich ist. Kann kein solches Dokument vorgelegt werden bzw. gibt der nicht einsichts- und urteilsfähige Patient zu erkennen, dass er die Behandlung ablehnt, bedarf die Zustimmung des Sachwalters zusätzlich der richterlichen Genehmigung. Stimmt der Sachwalter nicht zu, ist ebenfalls an das Gericht heranzutreten. Bei Gefahr im Verzug sind die notwendigen Handlungen ohne Zustimmung des Sachwalters zu setzen bzw. kann die Einholung der gerichtlichen Entscheidung unterbleiben.

Empfehlungen bezüglich PEG-Sonden bei Demenz

- Alle möglichen Alternativen ausschöpfen („Saugflasche“, Flüssigkeitsverdicker, HNO- bzw. logopädische Begutachtung bei Schluckstörungen)
- Individuelle Indikationsstellung
- Berücksichtigung der Komorbidität
- Abschätzung des Wohlbefindens des Patienten und der Folgen für die Lebensqualität
- Im Rahmen eines „ethischen Diskurses“ Einschätzung des mutmaßlichen Patientenwillens zusammen mit den betreuenden Personen
- Aufklärung des gesetzlich bestimmten Sachwalters
- Ggf. Berücksichtigung der Patientenverfügung (schriftlich, mündlich, Vertrauensperson)
- Kontinuierliche Überprüfung des Allgemeinzustands des Patienten und der Notwendigkeit für eine PEG-Sonde
- „Esstraining“ bei entsprechender Besserung

5. Pflegerische Aspekte

Professionelle Pflegepersonen müssen spezielle Anforderungen erfüllen und Kenntnisse über Demenzerkrankung und deren Symptomatik haben. Die Betreuung und Pflege sollte sowohl in der Institution als auch zu Hause möglichst individuell gestaltet werden. Ziel eines Erstgesprächs ist der Austausch von Informationen und die Festlegung des gewünschten und notwendigen

Lecture Board



Dr. Albert Wuschitz
Niedergelassener Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Wien



Prim. Prof. Dr. Franz Böhmer
Sozialmedizinisches Zentrum, Sophien-Spital der Stadt Wien



Univ.-Prof. MR Dr. Walter Danielczyk
Niedergelassener Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Wien



Prim. Dr. Ernst-Jörg Friedl
2. Psych. Abt., SMZ Baumgartner Höhe Otto-Wagner-Spital, Wien



Prim. Univ.-Doz. Dr. Friedrich Leblhuber
Neurol.-psych. Gerontologie, Landesnervenklinik Wagner-Jauregg, Linz

Prozederes. Die Pflegeanamnese gibt Aufschluss über den Demenzschweregrad und die pflegerischen Erfordernisse. Voraussetzung für die individualisierte Pflege ist ausreichend Information über den Demenzkranken. Daher sollten das Selbstbild (Biografie, Vorlieben, Werte, erfüllbare Wünsche der dementen Person) und ergänzend auch das Fremdbild (Außenanamnese aus der Sicht eines Angehörigen/Vertrauensperson/professionelle Betreuungsperson) erhoben werden.

Das Erstgespräch sollte in ruhiger, entspannter Atmosphäre erfolgen. Außenanamnestische Angaben mit den Angehörigen/Vertrauensperson erfolgen vom Aufnahmegespräch getrennt, da hier in der Regel Defizite und Probleme im Umgang mit dem Erkrankten zur Sprache kommen. Im weiteren Verlauf hat die professionelle Pflegeperson eine wichtige Rolle im Case-, Care- und Schnittstellenmanagement.

Ambulante Pflege

Durch den Einsatz vor Ort können eine Bestandsaufnahme der tatsächlichen Gegebenheiten und Lebensumstände des Patienten vollzogen sowie die Alltagskompetenz und -fertigkeiten eingeschätzt werden, sodass notwendige Maßnahmen möglichst exakt und effizient das Leben des Patienten in seiner gewohnten Umgebung unterstützen.

Übergangspflege

Im Rahmen der Übergangspflege werden Patienten nach einem stationären Aufenthalt nach Hause begleitet. Unabdingbar notwendig hierfür sind:

- Differenzialdiagnostischer Ausgang – Pflegeperson und Patient
- Informationsaustausch Station und Übergangspflege
- Geplantes Entlassungsprozedere
- Übergangspflege besucht Patienten nach der Entlassung (Beobachtung, Case-, Schnittstellenmanagement und Angehörigenberatung)

Stationäre Pflege

Um Menschen mit Demenzerkrankung für die Dauer eines stationären Aufenthalts (Krankenhaus, Kurzzeit- oder Langzeitpflege) optimal betreuen zu können, steht an erster Stelle die multiprofessionelle Zusammenarbeit (Pflege, Medizin, Therapie, Diätologie, Sozialarbeit etc.) unter Einbeziehung der pflegenden Angehörigen. Idealerweise sollte das Pflegepersonal, aber auch andere Berufsgruppen speziell im Umgang mit den ihnen anvertrauten Menschen mit einer Demenzerkrankung speziell geschult sein (Validation, Kinästhetik*, Basale Stimulation** etc.). Zusätzlich sollen vor allem in einer Langzeitpflegeeinrichtung besondere Strukturen vorhanden sein, die der besseren Orientierung – sowohl zeitlich als auch örtlich – dienen. Ein Augenmerk ist auch auf die Sicherheit (z.B. Sturzprävention) zu legen.

**Lehre der Bewegung, physiologische Bewegungsabläufe werden unterstützt und gefördert*

***Fördert die Sinneswahrnehmungen und das Vertrauen zur Betreuungsperson*

Pflegende Angehörige

Angehörige von Demenzkranken werden mit einer neuen Situation und mit vielfältigen Aufgaben konfrontiert. Hier helfen Hausverstand und der Wille zur Zusammenarbeit mit professionellen Betreuern.

Empfehlungen

- Genug Zeit einplanen (Demenzkranke und deren Angehörige brauchen Zeit und Ruhe)
- Tatsächlichen Pflegebedarf erheben (entspricht oft nicht der aktuellen Pflegestufe!)
- Differenzierung Pflege – Betreuung zeitlich festhalten

- Pflege individualisieren (Ressourcenorientiert; Berücksichtigung der Biografie, z.B. Ausflüge an bekannte Orte)
- Case Management sicherstellen
- Gesunde Ernährung sicherstellen
- Sicherheitsvorkehrungen treffen (z.B. Sturzprophylaxe)
- Orientierungshilfen schaffen (z.B. in Form von bildhaften Darstellungen/Symbolen, Dekorationen)
- Angehörige anhören und miteinbeziehen; informieren und beraten (Entlastung der Angehörigen!)
- Beratung der Angehörigen bezüglich des Umgangs mit Demenzerkrankten, Pflegegeldprozedere, Patientenverfügung, Sachwalterschaft etc.

6. Angehörige

Die Mehrzahl aller Personen mit Demenz – geschätzte 70 Prozent – wird zu Hause versorgt.²³ Die oft lang dauernde Betreuung bedeutet für die pflegenden Angehörigen oder Freunde vor allem bei hochgradiger Demenz eine enorme Belastung, deren Folgen über viele Jahre hinweg bestehen bleiben können.^{24,25} Mit der wachsenden sozialen Isolation können mentale und körperliche Probleme einhergehen.^{26,27,28,29} Die Belastung kann auch zur vermehrten Einnahme von Psychopharmaka führen.³⁰ Pflegenden Angehörigen, die unter mentalem oder emotionalem Stress leiden, haben eine signifikant höhere Mortalitätsrate.³¹

Angehörige können die Zeit der Pflege nur gesund überstehen, wenn sie unterstützt und entlastet werden. Es ist daher sehr wichtig, sie in psychosoziale Versorgungsstrukturen einzubeziehen. Stimmungsparameter wie etwa der subjektiv empfundene Belastungsgrad wird in seiner Bedeutung zunehmend für die Interpretation pharmakologischer Interventionsstudien erkannt.³²

Eine Reihe von Studien zeigt klar, dass Interventionen – besonders die neueren Entlastungsprogramme mit multiplen Komponenten – die subjektiv empfundene Belastung und Depressivität verringern helfen und die subjektiv empfundene Lebensqualität sowie das Wissen über die Krankheit steigern können. Erfolgsfaktoren für Begleitungsprogramme sind Individualisierung, Langfristigkeit und Komplexität. Neben der direkten Wirkung auf die Lebensqualität der Angehörigen wirken Interventionen auch indirekt auf die dementen Personen selbst: So zeigte sich in mehreren Untersuchungen, dass sie den Zeitpunkt der Institutionalisierung verzögern.^{33,34,35,36,37}

Empfehlungen

- Miteinbeziehung pflegender Angehöriger in das therapeutische Konzept
- Langfristige, bedürfnisgerechte, stadienspezifische Begleitung
- Flächendeckendes Angebot an Selbsthilfegruppen und anderen Entlastungsangeboten (z.B. Tagesheimstätten, mobile Entlastungs- und Trainingsangebote)

7. Rechtliche Aspekte

(Gesetze in alphabetischer Reihenfolge)

Der folgende Text umfasst lediglich die relevanten Gesetze mit einer kurzen Anmerkung. Ausführlich wird dieser Punkt auf der Homepage der Alzheimer Liga abgehandelt.

Führerscheingesetz

In der Literatur besteht Konsensus, dass bei leichter Demenz die Fahrtüchtigkeit durch einen Fahrtstest überprüft werden sollte.³⁸ Psychologische Tests sind hier hilfreich, aber nur begrenzt einsetzbar.^{39,40} Ab einer mittelgradigen Demenz ist von einer Gefährdung auszugehen.

Heimaufenthaltsgesetz

Der körperliche und geistige Zustand mancher in bestimmten Einrichtungen betreuten Menschen erfordert bisweilen freiheitsbeschränkende Maßnahmen. Diese sind nur dann zulässig, wenn der Betroffene an einer psychischen Krankheit leidet oder geistig behindert ist, wenn er sich oder andere gefährdet und wenn diese Gefahr nicht auf andere Weise abgewendet werden kann. Das Heimaufenthaltsgesetz regelt die gesetzlichen Voraussetzungen für die Zulässigkeit einer Beschränkung der persönlichen Freiheit von Menschen in Alten- und Pflegeheimen und in vergleichbaren Einrichtungen.

Heimvertragsgesetz

Das Heimvertragsgesetz ist im Konsumentenschutzgesetz, BGBl. Nr. 140/1979, enthalten, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz, BGBl. I Nr. 91/2003. Es regelt bestimmte Aspekte zivilrechtlicher Verträge zwischen den Trägern und den Bewohnern von Altenheimen, Pflegeheimen und anderen Einrichtungen, in denen wenigstens drei Menschen aufgenommen werden können, und gilt für Verträge über die dauernde oder auch nur vorübergehende Unterkunft, Betreuung und Pflege in solchen Einrichtungen (Heimverträge).

Patientenverfügungsgesetz

Das Patientenverfügungsgesetz⁴¹ regelt die Voraussetzungen und die Wirksamkeit von Patientenverfügungen.

Pflegegeldgesetz

Das Pflegegeldgesetz beinhaltet Voraussetzungen, Verfahren, Zuständigkeiten und Höhe des Pflegegelds.

Sachwalterrecht

Das Sachwalterrecht ist seit 1984 im allgemeinen bürgerlichen Gesetzbuch (ABGB) verankert und wurde mit Wirksamkeit vom 1. Juli 2007 abgeändert. Damit wird für geistig behinderte oder psychisch kranke Personen, die nicht (mehr) in der Lage sind, ihre Angelegenheiten ohne Nachteil für sich zu erledigen, die Bestellung eines Sachwalters (SW) geregelt.

Sachwalterrechtsänderungsgesetz

Das Sachwalterrechtsänderungsgesetz bringt Alternativen zu bisherigen Formen der Vertretungsbefugnis für psychisch kranke und geistig behinderte Personen. Mit den neuen Bestimmungen soll die Selbstbestimmung betroffener Personen gestärkt, ihre Autonomie gewahrt und die soziale Funktion der Familie gefördert werden. Es wurden nunmehr unter anderem die Vorsorgevollmacht und die gesetzliche Vertretungsbefugnis naher Angehöriger wie Eltern, volljährige Kinder, der im gemeinsamen Haushalt lebende Ehepartner oder der Lebensgefährte (mindestens drei Jahre gemeinsamer Haushalt) gesetzlich festgeschrieben.

Die Bestellung eines SW ist unzulässig, soweit Angelegenheiten der behinderten Person durch einen anderen gesetzlichen Vertreter oder im Rahmen einer anderen Hilfe, besonders in der Familie, in Pflegeeinrichtungen, in Einrichtungen der Behindertenhilfe oder im Rahmen sozialer oder psychosozialer Dienste, im erforderlichen Ausmaß besorgt werden. Ein SW darf auch dann nicht bestellt werden, soweit durch eine Vollmacht, besonders eine Vorsorgevollmacht, oder eine verbindliche Patientenverfügung für die Besorgung der Angelegenheiten der behinderten Person im erforderlichen Ausmaß vorgesorgt ist. Ein SW darf nicht nur deshalb bestellt werden, um einen Dritten vor der Verfolgung eines, wenn auch bloß vermuteten, Anspruchs zu schützen.⁴²

Sicherheitspolizeigesetz

Das Sicherheitspolizeigesetz ermöglicht die sofortige Einleitung von Suchmaßnahmen für Personen, die aufgrund einer psychischen Behinderung hilflos sind oder das Leben und die Gesundheit anderer ernstlich gefährden.

Vorsorgevollmacht

Eine Vorsorgevollmacht ist eine Vollmacht, die nach ihrem Inhalt dann wirksam werden soll, wenn der Vollmachtgeber die zur Besorgung der anvertrauten Angelegenheiten erforderliche Geschäftsfähigkeit oder Einsichts- und Urteilsfähigkeit verliert.⁴³ Sie gibt dem Betroffenen wie auch den Angehörigen Rechtssicherheit (gesetzliche Basis im Sachwalterrechts-Änderungsgesetz). Im Notfall ist sofortiges Handeln möglich, das zeitaufwändige Einschalten des Gerichts sowie eines gerichtlichen Sachwalterbestellung wird vermieden.

8. Ethische Aspekte

Als mögliche Basis des ethischen Diskurses erscheinen die „vier Prinzipien“ wie die Fürsorgepflicht, Schadensvermeidung, Selbstbestimmung und Gerechtigkeit geeignet.⁴⁴

Selbstbestimmung

Das Behandlungsziel für demente Menschen muss die Erhaltung bzw. Verbesserung ihrer Lebensqualität sein. Eine oft als patriarchalisch fehlinterpretierte Fürsorge ist oberste Prämisse der medizinischen Versorgung. Gleichwertig sind der Respekt der individuellen Persönlichkeit und das Recht auf Selbstbestimmung bezüglich der eigenen physischen und psychischen Integrität.

Im Fall demenzieller Erkrankungen muss neben speziellen Problemstellungen, die sich im Behandlungsverlauf ergeben, die Bedeutung der ärztlichen Aufklärung betont werden. Das Aufklärungsgespräch des Experten zielt darauf ab, den Patienten durch Sachinformation in seiner Entscheidung zu unterstützen, um ihm ein möglichst großes Maß an Eigenständigkeit zu ermöglichen.

Die Information erfolgt fortlaufend, in schonender Form und im Beisein eines nahestehenden Angehörigen. Sie beinhaltet Art und Prognose der Erkrankung, therapeutische Optionen und eine Beratung hinsichtlich geeigneter Vorkehrungen für die Lebensgestaltung (z.B. Patientenverfügung).

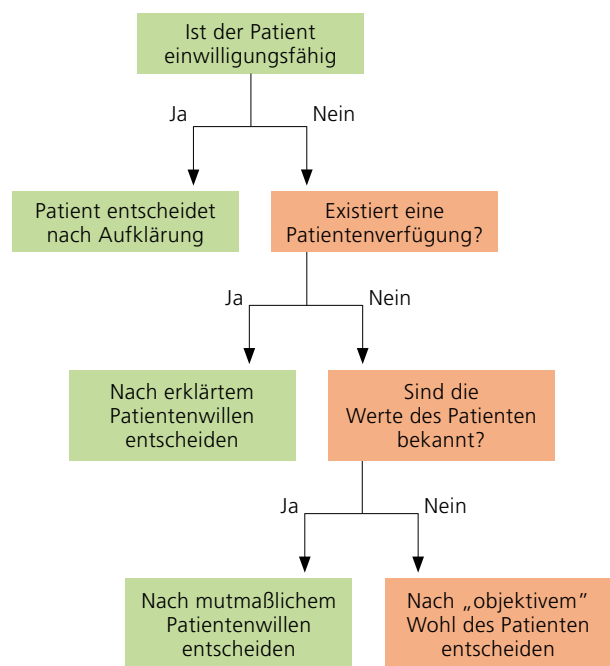
Eine Einwilligungsfähigkeit besteht, wenn der Patient Informationen zur medizinischen Sachlage, die Art, wie auch Nutzen und Risiko der empfohlenen Behandlung versteht und daraus eine Entscheidung treffen und diese auch begründen kann. Die Einwilligung in Forschungsvorhaben ist neben den gesetzlichen Rahmenbedingungen in Kodizes und Deklarationen festgehalten.

Gerade im Bereich demenzieller Erkrankungen wären aufgrund der im Krankheitsverlauf abnehmenden Kritik- und Einsichtsfähigkeit frühzeitige Zustimmung zu Forschungsvorhaben wünschenswert, was wiederum eine rechtzeitige Diagnosestellung voraussetzt.

Empfehlung zu Entscheidungen

- Es gilt grundsätzlich der Wille des Patienten, der in einer Patientenverfügung oder durch eine Vorsorgevollmacht dokumentiert ist (siehe Abbildung 1 auf Seite 10).
- Sollten derartige Willenserklärungen fehlen, ist der mutmaßliche Patientenwille entscheidend.
- Nicht alles „medizinisch Machbare“ entspricht dem Patientenwillen.
- Überprüfung der Indikation sowie Nutzen-Risiko-Abwägung.
- Die Einwilligung zur Teilnahme an klinischen Studien ist frühzeitig einzuholen, was eine rechtzeitige Diagnosestellung voraussetzt.

Abbildung 1
Entscheidungsfindung bei dementen Personen



Quelle: Marckmann, Biberach 2007

Gefahr der Diskriminierung

Diskriminierung ist generell abzulehnen, sodass für alle Menschen derselbe Zugang zum Gesundheitssystem zu gewährleisten ist (Verteilungsgerechtigkeit). Diesbezüglich kann eine falsch verstandene Ökonomisierung im Gefolge fragwürdiger bioethischer Denkansätze (u.A. Peter Singer) gerade für Demenzkranke eine potenzielle Gefährdung in Hinblick auf die Sicherstellung einer adäquaten medizinischen Betreuung darstellen. Wegbereiter sind Vorurteile und soziale Distanz gegenüber alten, insbesondere dementen Menschen. Als Reaktion auf die erwartete Diskriminierung kommt es auch zur „Selbststigmatisierung“ durch die Angehörigen, was vielfach in einer sozialen Isolation mündet. Diskriminierung kann sich aber auch in Form von Rationierung sozialer wie auch medizinischer Leistungen (problematische Medikationsverschreibung) zeigen. Öffentlichkeits- und Medienarbeit können zur Reduzierung von Vorurteilen und allgemein zu einem gesellschaftlichen Umdenken führen. Mehr Nachbarschaftshilfe könnte helfen, den Betreuungsaufwand dementen Menschen zu bewältigen.

Empfehlungen

- Öffentlichkeitsarbeit und offener gesellschaftlicher Diskurs zur partizipativen Entscheidungsfindung in Hinblick auf die zunehmenden Pflege- und Betreuungskosten
- Vereinfachung der Medikamentenverschreibung
- Nachbarschaftshilfe
- Schaffung bedarfsgerechter Wohnformen
- Förderung gerontopsychiatrischer Fortbildung

9. Versorgungsstrukturen

Demenzkranken können grundsätzlich zu Hause (in Kooperation mit ambulanten Diensten), teilstationär in Tageskliniken und Tageszentren oder stationär (Geriatrizentren, Pflegeheime, Wohngemeinschaften, betreutes Wohnen) versorgt werden. Der sozialmedizinische Grundsatz dazu: ambulant vor stationär. Einen Überblick über mögliche Versorgungsstrukturen bietet die Abbildung 2.

9.1. Extramurale Angebote

Im extramuralen Bereich spielen in der Betreuung vor allem die Angehörigen mit ca. 80 Prozent der Betreuungsleistungen und die sozialen Dienste (mit den Angeboten Essen auf Rädern, Heimhilfe, mobile Krankenpflege und andere mehr) die wichtigste Rolle.

Hausarzt und Facharzt

Im diagnostischen Prozess ebenso wie im weiteren Krankheits- und Behandlungsverlauf Demenzerkrankter hat der Hausarzt die zentrale Rolle. Die Diagnosestellung und Therapieeinleitung muss beim Facharzt für Psychiatrie und/oder Neurologie erfolgen. Ebenso können im Krankheitsverlauf auftretende Verhaltensänderungen und psychiatrische Störungen eine fachärztliche Intervention erfordern.

Neuropsychologie

Klinische Neuropsychologen sind vor allem in der Früh- und Differenzialdiagnostik ein wesentlicher Teil der Versorgungslandschaft. Ebenso sind sie die Spezialisten für kognitives Training und ähnliche Trainingsformen.

Gedächtnisambulanzen bzw. Memory Kliniken haben die Aufgabe der Diagnostik, Therapieplanerstellung, Veranlassung und Überprüfung der getroffenen Maßnahmen sowie auch der Angehörigenberatung.

Extramurale Krankenpflege funktioniert über Beziehungsarbeit, kann vielfach den Zeitpunkt intramuraler Pflegebedürftigkeit hinauszögern und profitiert von validativen Zugangsformen. Beratungsleistungen für Angehörige von Demenzerkrankten werden von zahlreichen Einrichtungen wie Beratungsstellen, Institutionen, Vereinen und Selbsthilfegruppen angeboten. Adressen sind auf der Homepage der Alzheimer Liga abrufbar.

Empfehlungen

- Frühdiagnose durch den behandelnden Hausarzt
- Bei Verdachtsdiagnose Nutzung neuropsychiatrischer Tests zur Abklärung und Zuweisung an einen Facharzt für Psychiatrie und Neurologie
- Case Management durch den betreuenden Hausarzt: finanzielle Abgeltung erforderlich!
- Förderung von ehrenamtlichen Helfern in bestimmten Betreuungsbereichen

Limitierende Faktoren für die extramurale Betreubarkeit von Demenzerkrankten

- Fortgeschrittene Demenzerkrankung
- Doppelinkontinenz
- Alleinlebend & Gas/Feuer-Gefahren, die nicht sicher zu machen sind
- Alleinlebend & andauerndes Verirren
- Zusammenlebend & ausgeprägte Verhaltens- und/oder psychiatrische Störungen

9.2. Teilstationäre und komplementäre Einrichtungen

Teilstationäre und komplementäre Einrichtungen ergänzen das Angebot der sozialen Dienste und sind dort notwendig, wo die Betreuung zu Hause durch ambulante Dienste nicht mehr ausreicht. Gerontopsychiatrische und geriatrische Tageskliniken stellen (differenzial-)diagnostische und medizinisch-therapeutische Angebote während der Tagesstunden über einen begrenzten Zeitraum. Sie sind einem Krankenhaus angegliedert und verfügen über speziell ausgebildete, multiprofessionelle Behandlungsteams.

Geriatrische Tageszentren haben im Gegensatz dazu einen strukturierten Tagesablauf zu gewährleisten und sind nicht medizinisch-therapeutisch ausgerichtet. Im Vordergrund steht

die psychisch und physisch ganzheitliche Betreuung älterer Menschen mit verschiedensten Gebrechen. Ziel ist das möglichst lange Verbleiben in der eigenen Wohnung. Die Leistungsangebote von Tageszentren umfassen den Transport ins Tageszentrum, die Bereitstellung von Mahlzeiten, persönliche Assistenz bei Aktivitäten des täglichen Lebens sowie verschiedenste sozialtherapeutische und ergotherapeutische Maßnahmen. Bei weit fortgeschrittenen Demenzerkrankungen sind spezialisierte Demenztageszentren notwendig.

Tagespflegeheime stellen eine neue Form der teilstationären Betreuung für bereits stärker pflegebedürftige Menschen tagsüber dar, während diese abends und am Wochenende meist von der Familie versorgt werden. Auch dadurch wird ein längerer Verbleib zu Hause ermöglicht. Ebenfalls relativ neue Betreuungsstrukturen sind Wohngemeinschaften bzw. Hausgemeinschaften für ältere Menschen, die unter dem Aspekt „miteinander leben und wohnen“ konzipiert wurden.

9.3. Intramurale Versorgung

Wenn extramurale und teilstationäre Betreuungsmöglichkeiten für Menschen mit einer fortgeschrittenen Demenz nicht ausreichen, wird eine stationäre Versorgung notwendig. Jeder Umgebungswechsel stellt allerdings eine massive psychische Belastung für die Erkrankten dar. Stationäre Interventionen sollten daher ausreichend vorbereitet und begleitet werden.

Krankenanstalten

Aufnahmen in Krankenanstalten erfolgen häufig im Rahmen akuter somatischer Erkrankungen (z.B. akuter Infekt) oder Unfällen (z.B. Stürze). Bei fortgeschrittenen Demenzerkrankungen kann alleine der Ortswechsel akute Verwirrheitszustände (Delir bei Demenz) auslösen, sodass hier eine rechtzeitige und kontinuierliche Betreuung durch einen Facharzt für Psychiatrie sicherzustellen ist.

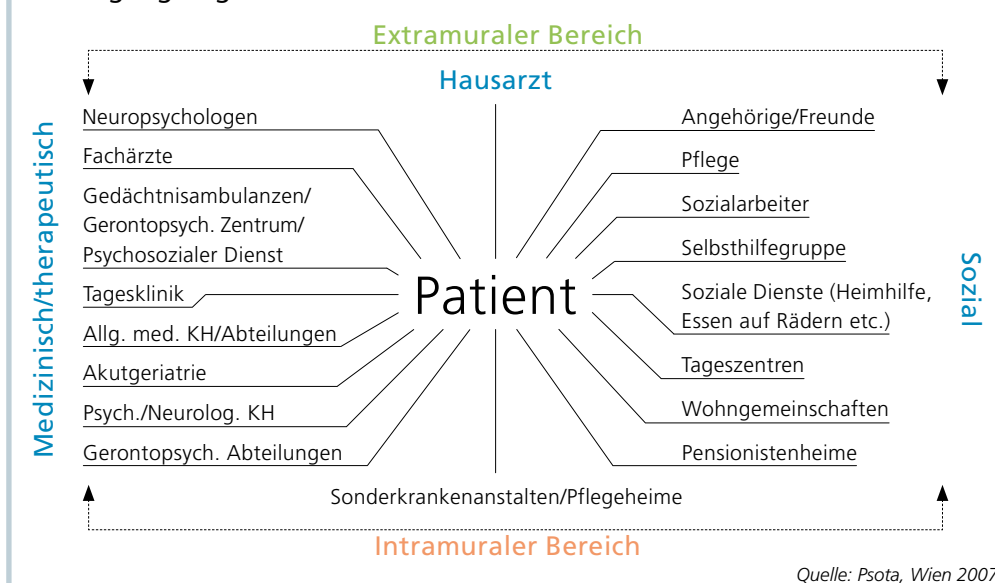
Gerontopsychiatrische Abteilungen

Bei schwerwiegenden psychopathologischen Symptomen im Rahmen der Demenz (z.B. Unruhezustände, Halluzinationen, Wahn), welche nicht Ausdruck einer dahinter liegenden somatischen Erkrankung sind (Delir bei Demenz), wäre eine Behandlung auf einer gerontopsychiatrischen Abteilung angezeigt.

Pflegeheime

Patienten mit anhaltender Pflegebedürftigkeit können direkt vom Krankenhaus oder auch aus dem häuslichen Umfeld in Pflegeheime aufgenommen werden. Diese waren bis vor einigen Jahren primär auf eine gute pflegerische und somatische Betreuung ausgerichtet. In den letzten Jahren sind jedoch vermehrt innovative Bestrebungen einer differenzierteren und rehabilitativeren Sichtweise in den Mittelpunkt der Betreuung gerückt:

Abbildung 2
Versorgungsangebote



- Kurzzeitpflegeplätze bieten eine zeitlich befristete Versorgung und Rehabilitation pflegebedürftiger Menschen. Zusätzlich können pflegende Angehörige z.B. im Falle einer eigenen Erkrankung oder eines Urlaubs vorübergehend entlastet werden.
- Langzeitpflege bietet differenzierte Hilfe und individuelle Unterstützung für Menschen mit erhöhtem Pflegebedarf und/oder fehlenden sozialen Strukturen. Dadurch ergibt sich meist auch eine stärkere medizinische, pflegerische und therapeutische Ausrichtung.

10. Zusammenfassung und Ausblick

So wie die Wirkung des medikamentös therapeutischen Ansatzes von Demenzpatienten durch zahlreiche Studien belegt wird, ist auch die Wirkung der nicht medikamentösen Verfahren dokumentiert. Sie stellen im langjährigen Verlauf der Erkrankung eine unverzichtbare Unterstützung dar. Erst das Wissen im „Management von Demenzerkrankungen“ ermöglicht notwendige differenzierte multiprofessionelle Betreuung sowie Sicherstellung einer „maßgeschneiderten“ pharmakologischen Therapie. Diese Publikation gibt Überblick über etablierte wie auch zukunftsweisende Ansätze und soll dem geeigneten Leser zusätzlich Hilfestellung in diversen Problembereichen sein. ■

Referenzen und weiterführende Literatur bei den Verfassern (auf der Homepage der Österreichischen Alzheimer Liga) abrufbar.

Linkliste:

- <http://www.alzheimer-liga.at>
- <http://guidance.nice.org.uk/cg42>
- http://www.parlinkom.gv.at/portal/page?_pageid=908,641421&_dad=portal&_schema=PORTAL
- <http://www.tirol.gv.at/fileadmin/www.tirol.gv.at/themen/gesellschaft-und-soziales/soziales/downloads/heimvertrg.pdf>
- http://www.parlament.gv.at/portal/page?_pageid=908,1043580&_dad=portal&_schema=PORTAL
- http://www.bmvit.gv.at/verkehr/strasse/fuehrerschein/downloads/fgsg_gesamttext_idf_19_2005.pdf
- <http://www.tirol.gv.at/fileadmin/www.tirol.gv.at/themen/gesundheit/patientenvertretung/downloads/Patientenverfuegungs-GesetzBGBL.pdf>
- <http://www.help.gv.at/Content.Node/36/Seite.360510.html>
- <http://www.ibiblio.org/ais/spg.htm>

Mit freundlicher Unterstützung von:



Wir entwickeln die
Alzheimer-Impfung!

austroplant



CEREBOKAN®



TRITTICO®  retard



JANSSEN-CILAG PHARMA



Reminyl retard



Ebixa®
memantin



ALZHEIMER

AXURA®
Memantine by Merz

 NOVARTIS



Aricept®

