

Session Demenz

Behandlung demenziell Erkrankter als Kernaufgabe der Geriatrie

19. Kongress der Dt. Gesellschaft für Geriatrie

25. September 2009
Göttingen

Norbert Lübke



1. Demenziell Erkrankte sind geriatrische Patienten
2. Geriatrie als Kompetenzdisziplin für die stationäre Behandlung demenziell Erkrankter
3. Aktuelle Entwicklungen in der stationären Behandlung demenziell Erkrankter
4. Struktur- und Prozessherausforderungen in der stationären Behandlung demenziell Erkrankter
5. Fazit



Geriatrischer Patient:

A) Alter

> 97% aller
Demenzen
treten ab dem
65. Lj. auf

B) Multimorbidität

C) funktionelle Beeinträchtigungen

Prävalenz
ab 70 J. 9,6%,
ab 80 J. 19,5%,
ab 90 J. 34,6%

[Bickel 2008]



Geriatrischer Patient:

A) Alter

B) Multimorbidität

C) funktionelle Beeinträchtigungen

Pat \geq 60 J.: 10,7
Krankenhausdiagnosen
bei demenziell Erkrankten
vs. 6,3 bei nicht
demenziell Erkrankten

[KCG: AOK-Daten-auswertung mit WIdO 2007]

Ger. Reha Bayern: 6,2
reharelevante Diagnosen
bei demenziell Erkrankten
vs. 4,5 bei nicht
demenziell Erkrankten

[GiBDat 2007]

Geriatrischer Patient:

A) Alter

B) Multimorbidität

C) funktionelle Beeinträchtigungen

Ger. Reha Bayern:
Aufnahme-BI 35,5 bei
demenziell Erkrankten
vs. 46,9 bei nicht
demenziell Erkrankten

[GiBDat 2007]

Demented versus non-
demented very old
inpatients: the same
[high] comorbidities
but poorer functional
and nutritional status

[Zekry et al. 2008]

dement => geriatrisch



Demenziell Erkrankte

sind ganz überwiegend geriatrische Patienten

aber

nicht alle geriatrischen Patienten sind demenziell erkrankt !



1. Demenziell Erkrankte sind geriatrische Patienten
2. Geriatrie als Kompetenzdisziplin für die stationäre Behandlung demenziell Erkrankter
3. Aktuelle Entwicklungen in der stationären Behandlung demenziell Erkrankter
4. Struktur- und Prozessherausforderungen in der stationären Behandlung demenziell Erkrankter
5. Fazit

Demente Patienten werden stationär in der Regel nicht wegen ihrer Demenz im Gesundheitssystem vorstellig

Von den nach AOK-Daten im Krankenhaus mit einer Demenz kodierten Behandlungsfällen war die Demenz nur in 6,2% Hauptdiagnose

[KCG: AOK-Datenauswertung mit WIdO 2007]

Ger. Reha Bayern: bei den mit einer Demenz kodierten Rehabilitanden war die Demenz nur zu 5,7% die rehabegründende Hauptdiagnose

[GiBDat 2007]

Behandlung demenziell Erkrankter in der Geriatrie



2007 wiesen 28% aller stationären geriatrischen Krankenhausfälle eine kodierte demenzielle Erkrankung aus: zu 98% als ND

[KCG: AOK-Datenauswertung mit WIdO 2007]

In der Geriatrie werden zu hohen Anteilen demente Patienten versorgt

In der geriatrischen Rehabilitation in Bayern wiesen 2006 39% der stat. Fälle eine demenzielle Erkrankung auf (24% eine leichte, 12% eine mittelschwere und 3% eine schwere Form)

[GiBDat 2007]

In der geriatrischen Rehabilitation in Baden-Württemberg wiesen 39% der Fälle eine demenzielle Erkr. auf

[Jamour 2008]

Geriatrie als Kompetenzdisziplin für die Behandlung demenziell Erkrankter

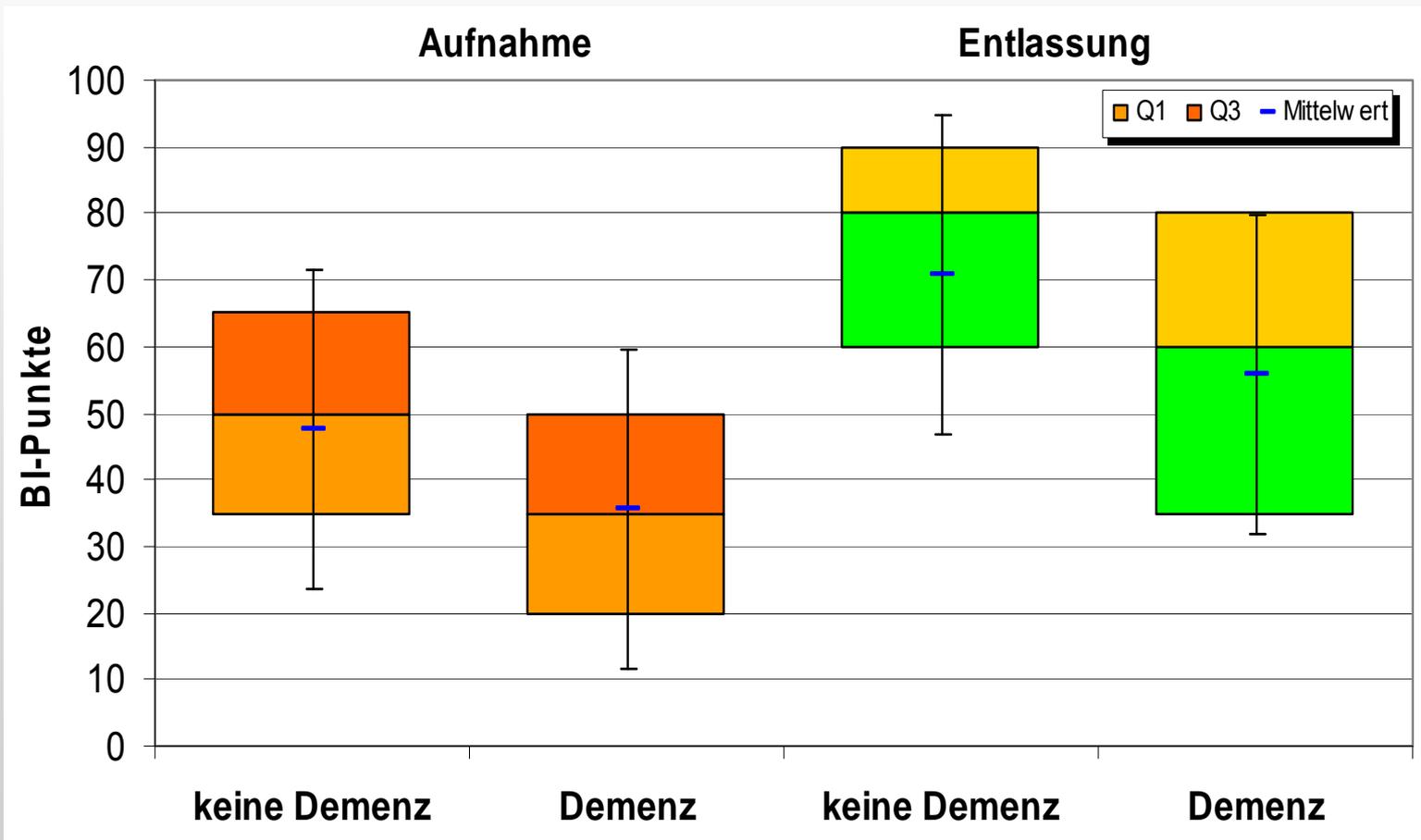


- Ein knappes Drittel aller geriatrischen Krankenhausfälle und ein gutes Drittel aller geriatrischen Rehabilitationsfälle sind kognitiv beeinträchtigt / dement
- Mehr als ein Drittel aller geriatrisch weiterqualifizierten Ärzte sind Neurologen / Psychiater
- Erhebliche Anteile kognitiver Beeinträchtigungen werden erstmals in der Geriatrie entdeckt
- Die geriatrisch rehabilitative Behandlung demenziell Erkrankter ist nachweislich erfolgreich

Erfolge geriatrischer Rehabilitation bei demenziell Erkrankten



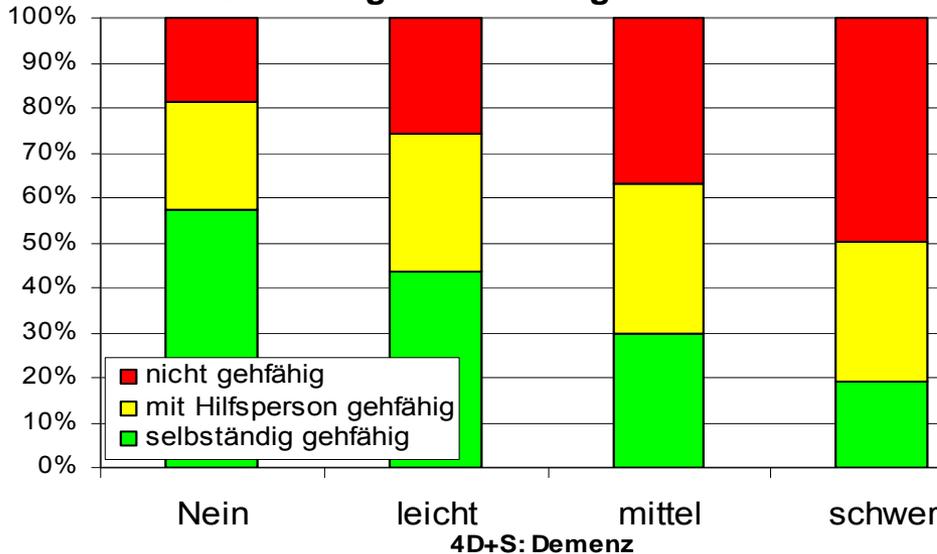
Barthel-Zuwachs keine Demenz vs. Demenz:



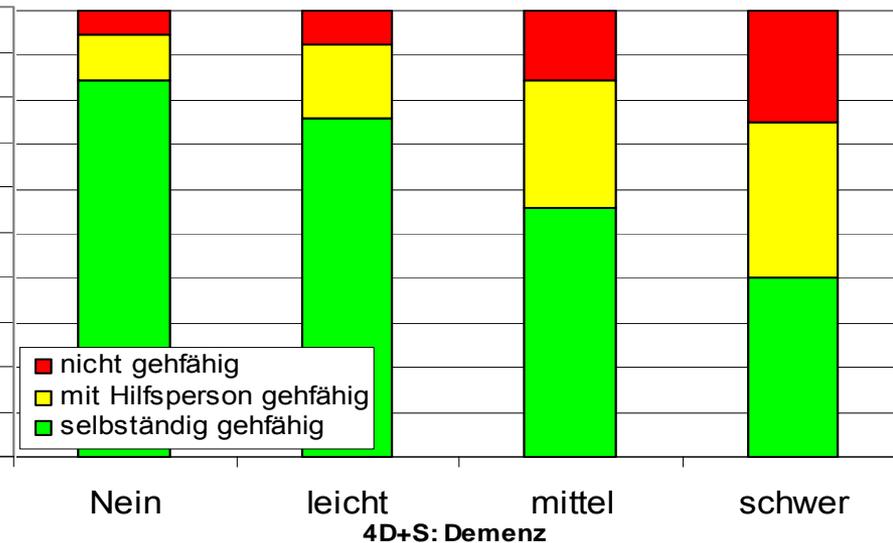
[Gassmann 2007]

Wiedergewinn Gehfähigkeit in Abhängigkeit vom MMSE-Score:

**Mobilität bei Aufnahme -
Schweregradeinteilung der Demenz**



**Mobilität bei Entlassung -
Schweregradeinteilung der Demenz**



[Gassmann 2007]



1. Demenziell Erkrankte sind geriatrische Patienten
2. Geriatrie als Kompetenzdisziplin für die stationäre Behandlung demenziell Erkrankter
3. Aktuelle Entwicklungen in der stationären Behandlung demenziell Erkrankter
4. Struktur- und Prozessherausforderungen in der stationären Behandlung demenziell Erkrankter
5. Fazit



DER PARITÄTISCHE
GESELLSCHAFT FÜR SOZIALE PROJEKTE

**Blickwechsel !
Nebendiagnose Demenz im Krankenhaus
Lernen für eine bessere Versorgung
älterer Menschen**

Angerhausen S.
Demenz – eine
Nebendiagnose im
Akutkrankenhaus oder
mehr? Maßnahmen
für eine bessere Ver-
sorgung demenzkran-
ker Patienten im
Krankenhaus. ZfGG
41:460-466 (2008)

* Folien aus der
Ergebnispräsentation
des Modellprojekts am
11.09.2008 in Düsseldorf

Die Projektpartner



GEMEINSCHAFTSKRANKENHAUS
HERDECKE



Alfried Krupp
Krankenhaus



AKH

Allgemeines Krankenhaus
Viersen

Stiftung
Wohlfahrtspflege
NRW

Krankenhaus
Porz am Rhein

Universität Bielefeld

Institut für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld, IPW

Wo ist die Geriatrie

????



Der alte Mensch im Akutkrankenhaus

Prof. Dr. med. Michael Möllmann
Dr. med. Simone Gurlitt

St. Franziskus-Hospital Münster
Klinik für Anästhesie und operative Intensivmedizin

Gurlitt S, Möllmann M. How to prevent perioperative delirium in the elderly? ZfGG 41:447-452 (2008)

Wo ist die Geriatrie ???

* Folien aus ZENO-Symposium „Volkskrankheit Demenz“ am 19.02.09. in Köln

Versorgungsnetzwerke für demente Patienten ?



pharmakologischen Therapie allerdings wird eine Initiierung und Verlaufskontrolle durch Spezialisten (Neurologen, Psychiater, Geriater) festgelegt. Eine erstattungsfähige Therapie mit Antidementiva setzt nach NICE zudem die Diagnosestellung durch einen Spezialisten voraus.

Die derzeit im Rahmenkonzept nicht arztgruppenspezifisch festgelegten Funktionen schmälern jedoch nicht den Umfang der Vorgaben und Empfehlungen für die Versorgung Demenzerkrankter in Netzwerken. Gleichzeitig erlaubt die fehlende Spezifikation von Aufgabenschreibungen die Anpassung der wesentlichen Eckpunkte an die lokalen Gegebenheiten, die stark variieren können.

In den Folgejahren wird die Relevanz der Demenzen für das

Versorgungssystem aufgrund zunehmender Lebenserwartung mit wachsenden Inzidenz- und Prävalenzraten noch zunehmen. Diese Herausforderung kann nur durch neue Versorgungsmodelle begegnet werden. Das vorliegende Rahmenkonzept ist, so hoffen die involvierten Berufsgruppen, ein wichtiger Schritt in diese Richtung.

Zu danken ist an dieser Stelle den Vertretern der beteiligten Gesellschaften und Berufsverbände für die sachliche und fruchtbare Diskussion, die die Erstellung dieses Rahmenkonzeptes ermöglichte.

Prof. Dr. W. Maier
Prof. Dr. F. Hohagen

Rahmenkonzept Integrierte Versorgung Demenzen

der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde

In Zusammenarbeit mit:

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)
Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP)
Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG)
Deutscher Hausärzterverband (BDA)
Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVND)
Berufsverband Deutscher Neurologen (BDN)
Berufsverband Deutscher Psychiater (BVDP)
Deutsche Alzheimer Gesellschaft
Kompetenznetz Demenzen (KND)

Herausgeber

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)

Federführung und redaktionelle Verantwortung

Prof. Dr. Wolfgang Maier
PD Dr. Frank Jessen

Weitere Mitglieder der Kernarbeitsgruppe

Prof. Dr. Lutz Frölich (DGPPN, KND)
Prof. Dr. M. Hill (DGPPN, KND)
Prof. Dr. K. Schmidtke (DGN, BDN, KND)

Expertenkomitee:

Prof. Dr. Mathias Berger (DGPPN)
Prof. Dr. Jens Bohlen (BVND)
Dr. Lutz M. Drach (DGGPP)
Dr. Joachim Fessler (BDA)
Prof. Dr. Fritz Henn (DGPPN, KND)
Prof. Dr. Bernhard Höltmann (DGG)
Sabine Jansen (Deutsche Alzheimer Gesellschaft)
Dr. Klaus Nissle (DGGPP)
Dr. Sibylle Schreckling (BVDP)
Prof. Dr. Cornelius Sieber (DGG)
Dr. Diethard Sturm (BDA)
B. Zimmer (BDA)

Inhalt

1. Einleitung
- 1.1 Epidemiologie von Demenzerkrankungen
- 1.2 Aktuelle Versorgungssituation von Demenzpatienten
- 1.3 Zielsetzung der integrierten Versorgung
2. Vernetzung innerhalb der integrierten Versorgung
- 2.1 Ätiologische Diagnostik
- 2.2 Therapeutische Pläne
- 2.2.1 Therapieverlaufsdokumentation
- 2.2.2 Psychiatrische und neurologische Komorbidität
- 2.2.3 Nicht-pharmakologische Behandlung
3. Qualitätssicherung
- 3.1 Leitlinien
- 3.2 Dokumentation
- 3.3 Datenfluss
- 3.4 Qualitätsindikatoren
- 3.5 Fortbildung

1. Einleitung

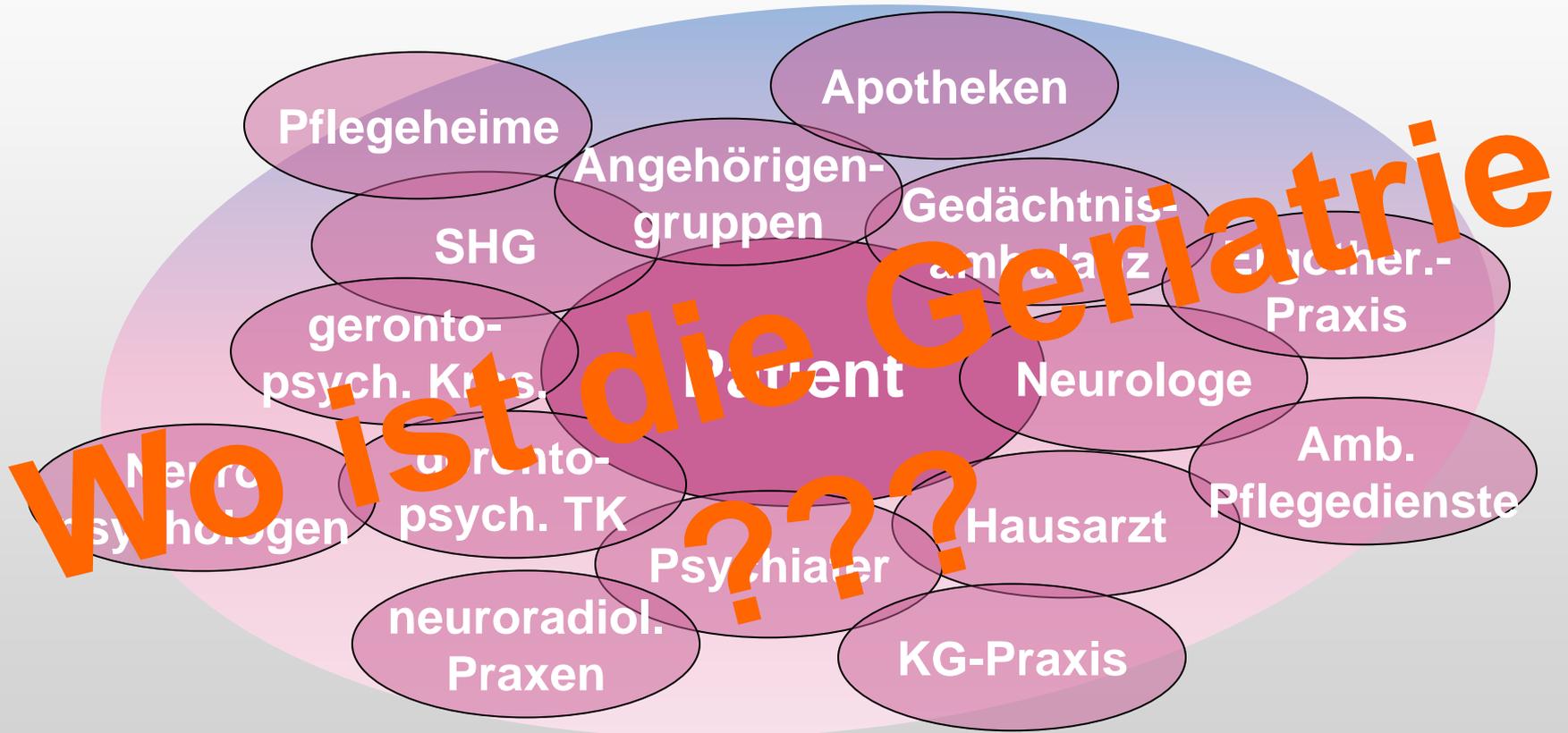
Die sektorielle Trennung mit unzureichender Vernetzung von hausärztlichen, fachärztlichen und an Kliniken bestehenden Möglichkeiten zur Diagnostik und Therapie wurde in den letzten Jahren als ein Hindernis zur Qualitäts- und Effizienzsteigerung im deutschen Gesundheitssystem identifiziert. Der § 140 SGB V hat daher die gesetzlichen Grundlagen zur Entwicklung und Implementierung von Netzwerken zur integrierten Versorgung (IV) geschaffen. Ziel von IV Netzen ist die qualitative und ökonomische Verbesserung bisheriger Versorgungsstrukturen. Die Etablierung von IV Netzen ist insbesondere bei häufigen und chronischen Erkrankungen mit großer gesundheitsökonomischer Bedeutung gesetzlich gewünscht.

Aufgrund des langen Verlaufs, der Multimorbidität, der nahezu unweigerlichen Pflege-

bedürftigkeit im späten Krankheitsstadium und des daraus resultierenden gestuften Behandlungsbedarfs erfordern Demenzerkrankungen eine in besonderem Maße kontinuierliche und abgestimmte Versorgungsstruktur. Im Sinne einer zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung steht hierbei im Bereich der Diagnostik die haus- und nervenfachärztliche Vernetzung mit Gedächtnisambulanz oder spezialisierten Praxen unter Einbezug apparativer Leistungen (Labor, Bildgebung) im Vordergrund. Im Bereich der Therapie soll durch die Vernetzung von Ärzten und anderen Leistungsanbietern eine breite Anwendung adäquater Behandlungen sichergestellt werden mit dem Ziel u.a. stationäre Krankenhausaufweisungen zu vermeiden und den Verbleib in der häuslichen Umgebung zu unterstützen, um damit die Unterbringung in ein Pflegeheim zu verzögern.

**Dt. Gesellschaft f.
Psychiatrie,
Psychotherapie, und
Nervenheilkunde (Hrsg.).
Rahmenkonzept Integrierte
Versorgung Demenzen.
Nervenarzt 2006;
77(10):1264-1269**

Versorgungsnetzwerke für demente Patienten ?



Übersicht

- DGN: Vier S1-LL zu versch. Demenzen bzw. Gedächtnisstörungen (aktualisiert 2008),
- DGN /DGPPN: S3-LL Demenzen kurz vor Fertigstellung
- DEGAM: S3-Leitlinie, 2008
- Arzneimittelkommission der Dt. Ärzteschaft: Therapieempfehlungen Demenz, 3. Aufl. 2004
- A70: Leitlinien-Clearingbericht 2005
- IQWiG: Berichte (ChE-H 2007, Memantine 2009, nichtmedikamentöse Verfahren 2009)
- DGPPN: Rahmenkonzept IV Demenz, 2006
- DGP: Positionspapiere zur palliativmed. Versorgung, 2009
- NVL für 2011 avisiert



1. Demenziell Erkrankte sind geriatrische Patienten
2. Geriatrie als Kompetenzdisziplin für die Versorgung stationäre Behandlung demenziell Erkrankter
3. Aktuelle Entwicklungen in der stationären Behandlung demenziell Erkrankter
4. **Struktur- und Prozessherausforderungen in der stationären Behandlung demenziell Erkrankter**
5. Fazit



Konzepte für die umfassende medizinische Behandlung demenziell Erkrankter sollten:

- auf einer umfassenden Abklärung der kognitiven Defizite aufbauen
- ein umfassendes Assessment vorsehen
- eine sektorenübergreifende Behandlungsplanung umfassen
- breit angelegte therapeutisch-rehabilitative Behandlungsoptionen umfassen
- ein den speziellen Risiken demenziell Erkrankter angepasstes Risikomanagement umfassen
- Erkenntnisse zu adaptierten Therapieansätzen für die Behandlung demenziell Erkrankter berücksichtigen
- Erkenntnisse zur Bedeutung des therapeutisch-rehabilitativen Klimas berücksichtigen
- Elemente des Angehörigeneinbezugs / -unterstützung enthalten

Konzepte für die umfassende medizinische Behandlung demenziell Erkrankter sollten:

- auf einer umfassenden Abklärung der kognitiven Defizite aufbauen
- ein umfassendes Assessment vorsehen
- eine sektorenübergreifende Behandlungsplanung umfassen
- breit angelegte therapeutische und rehabilitative Behandlungsoptionen umfassen
- ein den speziellen Bedürfnissen angepasstes Risikomanagement
- Erkenntnisse zu adaptierten Assessmentinstrumenten für demenziell Erkrankter berücksichtigen
- Erkenntnisse zur Bedeutung des therapeutisch-rehabilitativen Klimas berücksichtigen
- Elemente des Angehörigeneinbezugs / -unterstützung enthalten

**demenzadaptierte
Assessmentinstrumente ?**

Konzepte für die umfassende medizinische Behandlung
demenziell Erkrankter

- auf einer umfassenden Anamnese aufbauen
- ein umfassendes Assessment
- eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit
- breit angelegte therapeutische und rehabilitative Interventionen umfassen
- ein den speziellen Risiken demenziell Erkrankter angepasstes Risikomanagement umfassen
- Erkenntnisse zu adaptierten Therapieansätzen für die Behandlung demenziell Erkrankter berücksichtigen
- Erkenntnisse zur Bedeutung des therapeutisch-rehabilitativen Klimas berücksichtigen
- Elemente des Angehörigeneinbezugs / -unterstützung enthalten

**Delir, Stürze,
Luxationen,
nosokomiale
Infektionen etc.**

Konzepte demenz

- auf einer
- ein umfa
- eine sek
- breit ang
- umfassen
- ein den speziellen
- Risikomanagement
- Erkenntnisse zu adaptierten Therapieansätzen für die Behandlung demenziell Erkrankter berücksichtigen
- Erkenntnisse zur Bedeutung des therapeutisch-rehabilitativen Klimas berücksichtigen
- Elemente des Angehörigeneinbezugs / -unterstützung enthalten

- differentielle Rehaansätze in Abhängigkeit von korticalen vs. subkorticalen Schädigungen [Stähelin 2000]
- Bedeutung impliziten prozeduralen Lernens mit hohen repetitiven Anteilen satt explizit deklarative Trainingsformen [v. Halteren et al. 2007]
- nachvollziehbarer Alltagsbezug bei den rehabilitativen Trainingsmaßnahmen
- wegen eingeschränkter Generalisierbarkeit Training unter individuell realen Alltagsbedingungen [Stähelin 2000, Graff et al. 2006, v. Halteren et al. 2007]
- hohe Bedeutung visuellen Feedbacks für das Erlernen motorischer Fähigkeiten, Screening/Korrektur von Sehbeeinträchtigungen [v. Halteren et al. 2007]

Nie systematisch untersucht, aber vielfach in Studien angemerkt:

- entscheidend: vertrauensvolles, angstreduzierendes therapeutisches Klima
 - Compliance entscheidend abhängig vom Maß, in dem Therapeut Zugang zum Patienten findet und eine tragfähige therapeutische Beziehung herstellen kann
 - Behandlungskontinuität
 - zweiseitiger Prozess, abhängig vom demenziell Erkrankten, aber auch entsprechenden Zusatzqualifikationen und Erfahrungen der in der Rehabilitation demenziell Erkrankter eingesetzten Therapeuten
- ein demenziell Erkrankter angepasstes Risikomanagement umfassen
 - Erkenntnisse zu adaptierten Therapieansätzen für die Behandlung demenziell Erkrankter berücksichtigen
 - Erkenntnisse zur Bedeutung des therapeutisch-rehabilitativen Klimas berücksichtigen
 - Elemente des Angehörigeneinbezugs / -unterstützung enthalten



- Viele dieser Anforderungen decken sich bereits mit Kernelementen geriatrischer Versorgungskonzepte.



1. Demenziell Erkrankte sind geriatrische Patienten
2. Geriatrie als Kompetenzdisziplin für die Versorgung stationäre Behandlung demenziell Erkrankter
3. Aktuelle Entwicklungen in der stationären Behandlung demenziell Erkrankter
4. Struktur- und Prozessherausforderungen in der stationären Behandlung demenziell Erkrankter
5. **Fazit**



Die Geriatrie kann und darf sich nicht aus der Verantwortung für die Behandlung demenziell Erkrankter stellen.

Wer, wenn nicht die Geriatrie, kann die generalistischen Versorgungsherausforderungen in der Behandlung demenziell erkrankter Menschen tatsächlich erfüllen und verfügt bereits über wesentliche strukturelle und prozessuale Voraussetzungen hierfür ?



Die gebotene ganzheitlich ausgerichtete stationäre und rehabilitative Versorgung demenziell Erkrankter sollte quantitativ und qualitativ primär durch die Geriatrie sichergestellt werden.

Geriatrie lässt sich nicht auf die Behandlung demenziell Erkrankter reduzieren,
aber
diese Patientengruppe ist quantitativ erheblich und klar definierbar !

Ressourcen für den Ausbau stationärer und rehabilitative Versorgung demenziell Erkrankter sollten vorzugsweise in der Geriatrie eingesetzt werden.

Versorgungslücken und Verbesserungsbedarfe in der Geriatrie sind immer auch Versorgungslücken und Verbesserungsbedarfe für demenziell Erkrankte.

Die Geriatrie muss sich auch intern noch bei weitem besser auf die Versorgung demenziell erkrankter Menschen und ihre besonderen Bedarfe einstellen. Dies betrifft Qualifikations-, Struktur- und Prozessmerkmale.



Die Geriatrie muss mit ihrem explizit
generalistisch-fachübergreifenden und das
gesamte Spektrum der Multimorbidität älterer
Menschen berücksichtigenden
Versorgungsansatz

stärker in sektorenübergreifende
Versorgungsnetzwerke für demenziell Erkrankte
einbezogen werden

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !



Windows Internet Explorer

http://www.kcgeriatrie.de/

Accredited HONcode

Kostenlose Hotmail Links anpassen Windows Windows Media

KOMPETENZ-Centrum Geriatrie der Spitzenverbände der Krankenkassen auf Bundesebene und der Mediz

Home Kontakt Impressum

GKV MDK MDS

**KOMPETENZ
CENTRUM
GERIATRIE**

beim Medizinischen Dienst
der Krankenversicherung Nord ([MDK Nord](#))

[www.kcgeriatrie.de](#)

W3C HTML 4.01

letzte Änderung: 06.08.2009 | [webmaster](#) | [intern](#)