

Demenz in der aktuellen Versorgungslandschaft

Besonderheiten in der Behandlung von geriatrischen Personen mit Demenz

SEG1 · KCPP · KCG
EXPERTENFORUM 2009
29. Januar 2009
Hannover

Norbert Lübke

Die sechs Kernbotschaften



1. Demenziell Erkrankte sind ganz überwiegend geriatrische Patienten.
2. Als solchen kommen rehabilitativen Maßnahmen bei ihrer Behandlung besondere Bedeutung zu.
3. Rehabilitation demenziell Erkrankter spielt sich in der GKV bisher ganz überwiegend als geriatrische Rehabilitation bei anderweitig primär rehabilitationsbegründender Erkrankung(sfolge) ab.
4. Hierfür gibt es für leicht- und mittelgradig demenziell Erkrankte Evidenz auf der Efficacy- und Effectiveness-Ebene, inkonsistent ist die Evidenzlage für schwer demenziell Erkrankte.
5. Rehabilitationskonzepte für demenziell Erkrankte sollten Anforderungen genügen, die sich aus deren spezifischen Behandlungsbedarfen und bisherigen wissenschaftlichen Forschungsergebnissen ableiten. Hierbei kommt der Berücksichtigung adaptierter Therapieansätze und dem Aufbau einer therapeutisch tragfähigen Beziehung besondere Bedeutung zu.
6. Sektorenübergreifende Versorgungsnetzwerke für demenziell Erkrankte sollten die Geriatrie mit ihrem generalistischen und das gesamte Spektrum der Multimorbidität älterer Menschen berücksichtigenden Versorgungsansatz einbeziehen.

Die sechs Kernbotschaften



1. Demenziell Erkrankte sind ganz überwiegend geriatrische Patienten.
2. Als solchen kommen rehabilitativen Maßnahmen bei ihrer Behandlung besondere Bedeutung zu.
3. Rehabilitation demenziell Erkrankter spielt sich in der GKV bisher ganz überwiegend als geriatrische Rehabilitation bei anderweitig primär rehabilitationsbegründender Erkrankung(sfolge) ab.
4. Hierfür gibt es für leicht- und mittelgradig demenziell Erkrankte Evidenz auf der Efficacy- und Effectiveness-Ebene, inkonsistent ist die Evidenzlage für schwer demenziell Erkrankte.
5. Rehabilitationskonzepte für demenziell Erkrankte sollten Anforderungen genügen, die sich aus deren spezifischen Behandlungsbedarfen und bisherigen wissenschaftlichen Forschungsergebnissen ableiten. Hierbei kommt der Berücksichtigung adaptierter Therapieansätze und dem Aufbau einer therapeutisch tragfähigen Beziehung besondere Bedeutung zu.
6. Sektorenübergreifende Versorgungsnetzwerke für demenziell Erkrankte sollten die Geriatrie mit ihrem generalistischen und das gesamte Spektrum der Multimorbidität älterer Menschen berücksichtigenden Versorgungsansatz einbeziehen.

dement => geriatrisch



Geriatrischer Patient:

A) Alter

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

Ab 65 alle 5 J. mehr als
Verdopplung der
Prävalenzen

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

[Bickel 2008]



Geriatrischer Patient:

A) Alter

80% der 70-85 J \geq 2
chronische Krankheiten

[Alterssurvey
2002]

94% der >70 J. \geq 5
Diagnosen mit mind.
„wahrscheinlicher“
Sicherheit

[Berliner Alters-
studie 1996]

B) Multimorbidität

teilweise gemeinsame
Pathogenesen z.B. vask.
Erkrankungen

[Sieber 2007,
Heiss, Mielke
2003]

Zahlreiche typische
Sekundärkomplikationen/ -
erkrankungen
z.B. Stürze/Frakturen,
Mangel-/Unterernährung,
Inkontinenz,
(nosokomiale) Infektionen

[Baier 2004,
Dinkel, Lebok
1997, Morris et
al. 1987, v.
Renten-Kruse
2001, Rösler
2008, Volicer,
Hurley 1997,
Jamour 2008]

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

[GiBDat 2007]

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

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

Geriatrischer Patient:

A) Alter

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

[Zekry et al. 2008]

B) Multimorbidität

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

[GiBDat 2007]

C) funktionelle Beeinträchtigungen

Erhebliche funktionelle Beeinträchtigungen demenziell Erkrankter bei Haushaltsbefragung z.B. 21,3% erhebl. Schwerhörigkeit/Taubheit, 19,3% erhebl. Sehbehinderung, 59,6% erhebl. Mobilitäts-einschränkungen

[Schneekloth, Wahl 2005]

Die sechs Kernbotschaften



1. Demenziell Erkrankte sind ganz überwiegend geriatrische Patienten.
2. Als solchen kommen rehabilitativen Maßnahmen bei ihrer Behandlung besondere Bedeutung zu.
3. Rehabilitation demenziell Erkrankter spielt sich in der GKV bisher ganz überwiegend als geriatrische Rehabilitation bei anderweitig primär rehabilitationsbegründender Erkrankung(sfolge) ab.
4. Hierfür gibt es für leicht- und mittelgradig demenziell Erkrankte Evidenz auf der Efficacy- und Effectiveness-Ebene, inkonsistent ist die Evidenzlage für schwer demenziell Erkrankte.
5. Rehabilitationskonzepte für demenziell Erkrankte sollten Anforderungen genügen, die sich aus deren spezifischen Behandlungsbedarfen und bisherigen wissenschaftlichen Forschungsergebnissen ableiten. Hierbei kommt der Berücksichtigung adaptierter Therapieansätze und dem Aufbau einer therapeutisch tragfähigen Beziehung besondere Bedeutung zu.
6. Sektorenübergreifende Versorgungsnetzwerke für demenziell Erkrankte sollten die Geriatrie mit ihrem generalistischen und das gesamte Spektrum der Multimorbidität älterer Menschen berücksichtigenden Versorgungsansatz einbeziehen.

Hoher Bedarf an rehabilitativen Behandlungsanteilen



Das Merkmal „geriatriisch“ kennzeichnet das hohe Risiko einer Person

- *aufgrund eingeschränkter Reservekapazitäten*

bedingt durch

- *altersphysiologische Veränderungen und gegebenenfalls*
- *schon manifeste oder zumindest latente Schädigung von Körperstrukturen oder Körperfunktionen*

bereits durch

- *relativ geringfügige zusätzliche Gesundheitsprobleme oder*
- *Veränderungen von Kontextfaktoren*

dauerhaft wesentliche Beeinträchtigungen ihrer bisherigen alltagsrelevanten Tätigkeiten und / oder Teilhabe (einschließlich Pflegebedürftigkeit) zu erleiden bzw. diese zu vergrößern.

[Lübke 2009]

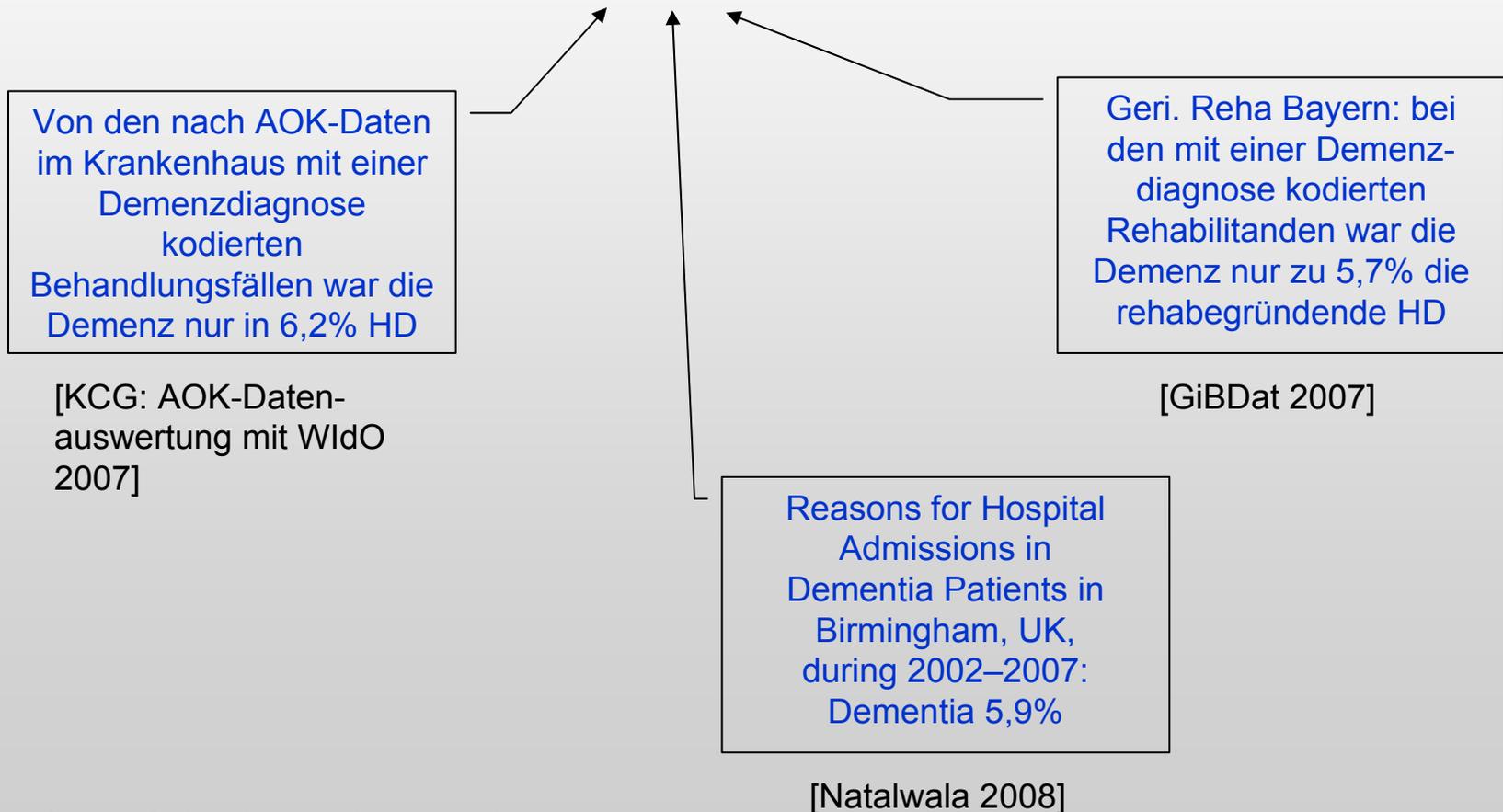
Die sechs Kernbotschaften



1. Demenziell Erkrankte sind ganz überwiegend geriatrische Patienten.
2. Als solchen kommen rehabilitativen Maßnahmen bei ihrer Behandlung besondere Bedeutung zu.
3. Rehabilitation demenziell Erkrankter spielt sich in der GKV bisher ganz überwiegend als geriatrische Rehabilitation bei anderweitig primär rehabilitationsbegründender Erkrankung(sfolge) ab.
4. Hierfür gibt es für leicht- und mittelgradig demenziell Erkrankte Evidenz auf der Efficacy- und Effectiveness-Ebene, inkonsistent ist die Evidenzlage für schwer demenziell Erkrankte.
5. Rehabilitationskonzepte für demenziell Erkrankte sollten Anforderungen genügen, die sich aus deren spezifischen Behandlungsbedarfen und bisherigen wissenschaftlichen Forschungsergebnissen ableiten. Hierbei kommt der Berücksichtigung adaptierter Therapieansätze und dem Aufbau einer therapeutisch tragfähigen Beziehung besondere Bedeutung zu.
6. Sektorenübergreifende Versorgungsnetzwerke für demenziell Erkrankte sollten die Geriatrie mit ihrem generalistischen und das gesamte Spektrum der Multimorbidität älterer Menschen berücksichtigenden Versorgungsansatz einbeziehen.



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





2007 wiesen 28% aller stationären und 12% aller teilstationären geriatrischen Krankenhausfälle eine kodierte demenzielle Erkrankung aus: zu 98% als ND

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

bei 48% der stationären geriatrischen Krankenhausfälle mit einer kodierten demenziellen Erkrankung erfolgte die Abrechnung einer OPS 8.550.1/2, ohne kod. dem. Erkr. mit 57% nur moderat höher

**Auch demente Patienten
werden in der Geriatrie zu
hohen Anteilen rehabilitativ
versorgt**

In der geriatrischen Rehabilitation in Bayern wiesen 2006 39% der stat. Fälle eine demenzielle Erkrankung auf (23,5% eine leichte, 12,4% eine mittelschwere und 3,4% eine schwere Form)

Frakturen des Femur gefolgt von Schlaganfällen und weiteren Frakturen des Humerus und der WS stellen die führenden reha-begründenden HD dar.

[GiBDat 2007]

In der geriatrischen Rehabilitation in Baden-Württemberg wiesen 38,8% der Fälle eine demenzielle Erkr. auf

[Jamour 2008]

Demenzspezifische Anforderungen an Rehabilitationskonzepte



(Rehabilitative) Versorgungslücken und Verbesserungsbedarfe in der Geriatrie sind daher immer auch (rehabilitative) Versorgungslücken und Verbesserungsbedarfe für demenziell Erkrankte.

Die sechs Kernbotschaften



1. Demenziell Erkrankte sind ganz überwiegend geriatrische Patienten.
2. Als solchen kommen rehabilitativen Maßnahmen bei ihrer Behandlung besondere Bedeutung zu.
3. Rehabilitation demenziell Erkrankter spielt sich in der GKV bisher ganz überwiegend als geriatrische Rehabilitation bei anderweitig primär rehabilitationsbegründender Erkrankung(sfolge) ab.
4. Hierfür gibt es für leicht- und mittelgradig demenziell Erkrankte Evidenz auf der Efficacy- und Effectiveness-Ebene, inkonsistent ist die Evidenzlage für schwer demenziell Erkrankte.
5. Rehabilitationskonzepte für demenziell Erkrankte sollten Anforderungen genügen, die sich aus deren spezifischen Behandlungsbedarfen und bisherigen wissenschaftlichen Forschungsergebnissen ableiten. Hierbei kommt der Berücksichtigung adaptierter Therapieansätze und dem Aufbau einer therapeutisch tragfähigen Beziehung besondere Bedeutung zu.
6. Sektorenübergreifende Versorgungsnetzwerke für demenziell Erkrankte sollten die Geriatrie mit ihrem generalistischen und das gesamte Spektrum der Multimorbidität älterer Menschen berücksichtigenden Versorgungsansatz einbeziehen.



Demenz stellt nie einen positiven prognostischen Outcomefaktor dar, Rehabilitation bei Demenz ist aber dennoch wirksam:

- Huusko (2000)

Ziel: Wirksamkeit geriatrischer Reha incl. mind. 1 Hausbesuch vs. Usual-Care bei PFF

Intervention n=120 mit 78 dem. Erkrankten
Kontrolle: n=123 mit 63 dem. Erkrankten

Ergebnis:

3 Mo. postop in der Häuslichkeit:
leicht dement: I 91%, K 67%
mittelschwer dement: I 63%, K 17%
schwer dement: I 37%, K 44%

Auch nach 12 Monaten – jetzt in allen 3 Subgruppen – höherer Verbleib in der Häuslichkeit

Kürzere Verweildauern der I-Gruppe



Demenz stellt nie einen positiven prognostischen Outcomefaktor dar, Rehabilitation bei Demenz ist aber dennoch wirksam:

- Huusko (2000)
- Naglie (2002)

Ziel: Wirksamkeit geriatrischer Reha bei PFF vs. Usual-Care

Subgruppenanalyse für n= 36 in (I) und n= 38 (K) leicht und mittelschwer kognitiv Beeinträchtigte

Ergebnis:

6 Mo. postop. 47% (vs. 24% in K) ohne Gang- und Transferverschlechterung und ohne Änderung der Wohnsituation (komb. Endpunkt)

Überlegenheit der Intervention gegenüber Usual-Care nur für Subgruppe der dem. Erkrankten belegt



Demenz stellt nie einen positiven prognostischen Outcomefaktor dar, Rehabilitation bei Demenz ist aber dennoch wirksam:

- Huusko (2000)
- Naglie (2002)
- Heyn et al. (2008)

Ziel: Metaanalyse von RCTs zur Wirksamkeit von Ausdauer- und Krafttraining bei kognitiv beeinträchtigten und nicht beeinträchtigten älteren Menschen

21 Studien mit kognitiv Beeinträchtigten vs. 20 Studien mit kognitiv nicht Beeinträchtigten

Ergebnis:

in der quantitativen studienübergreifenden Auswertung fanden sich keine signifikanten Unterschiede in den Effektstärken für die Wirksamkeit der Interventionen

Figure 2
Cognitively intact endurances & strength outcomes

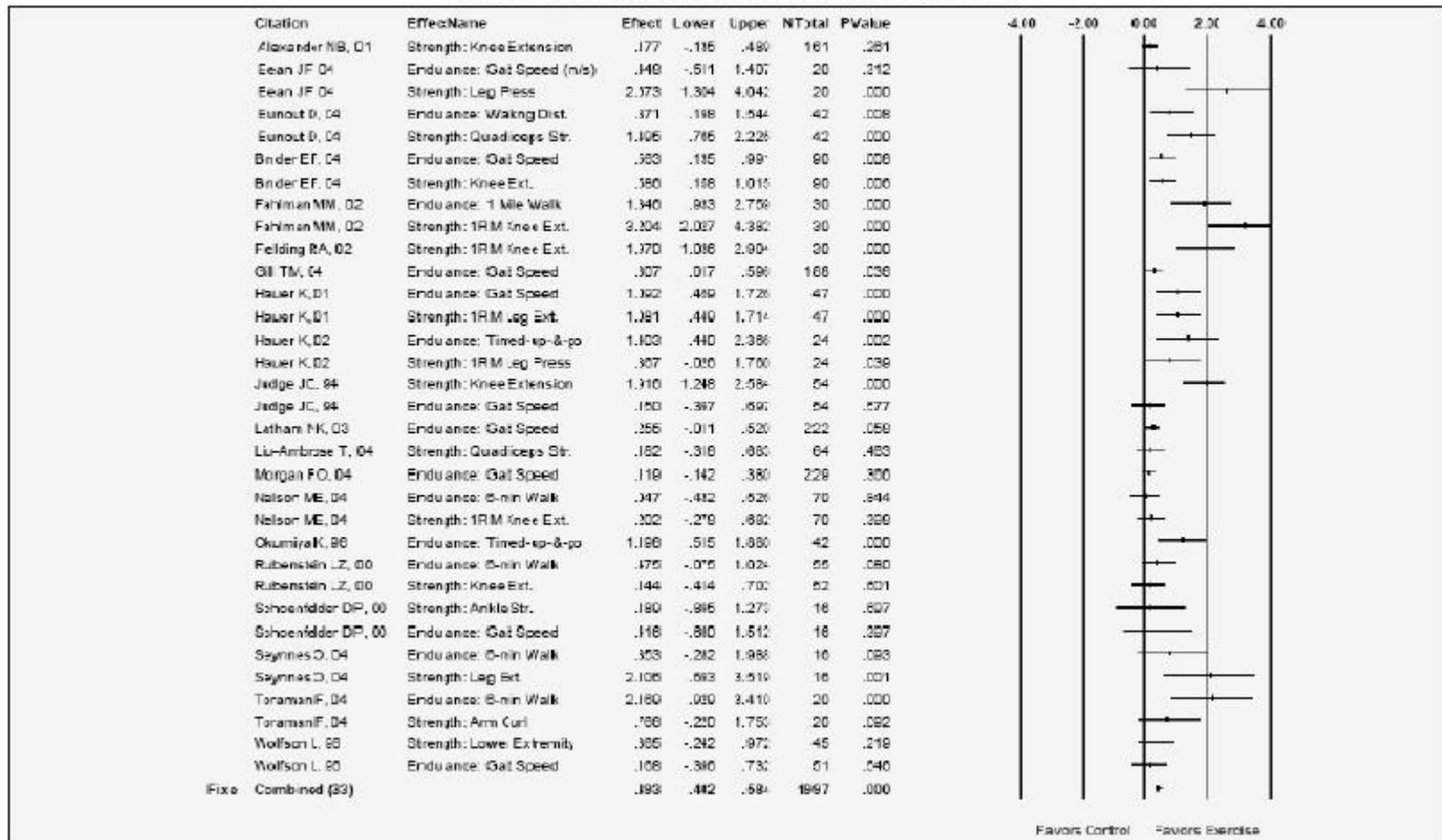
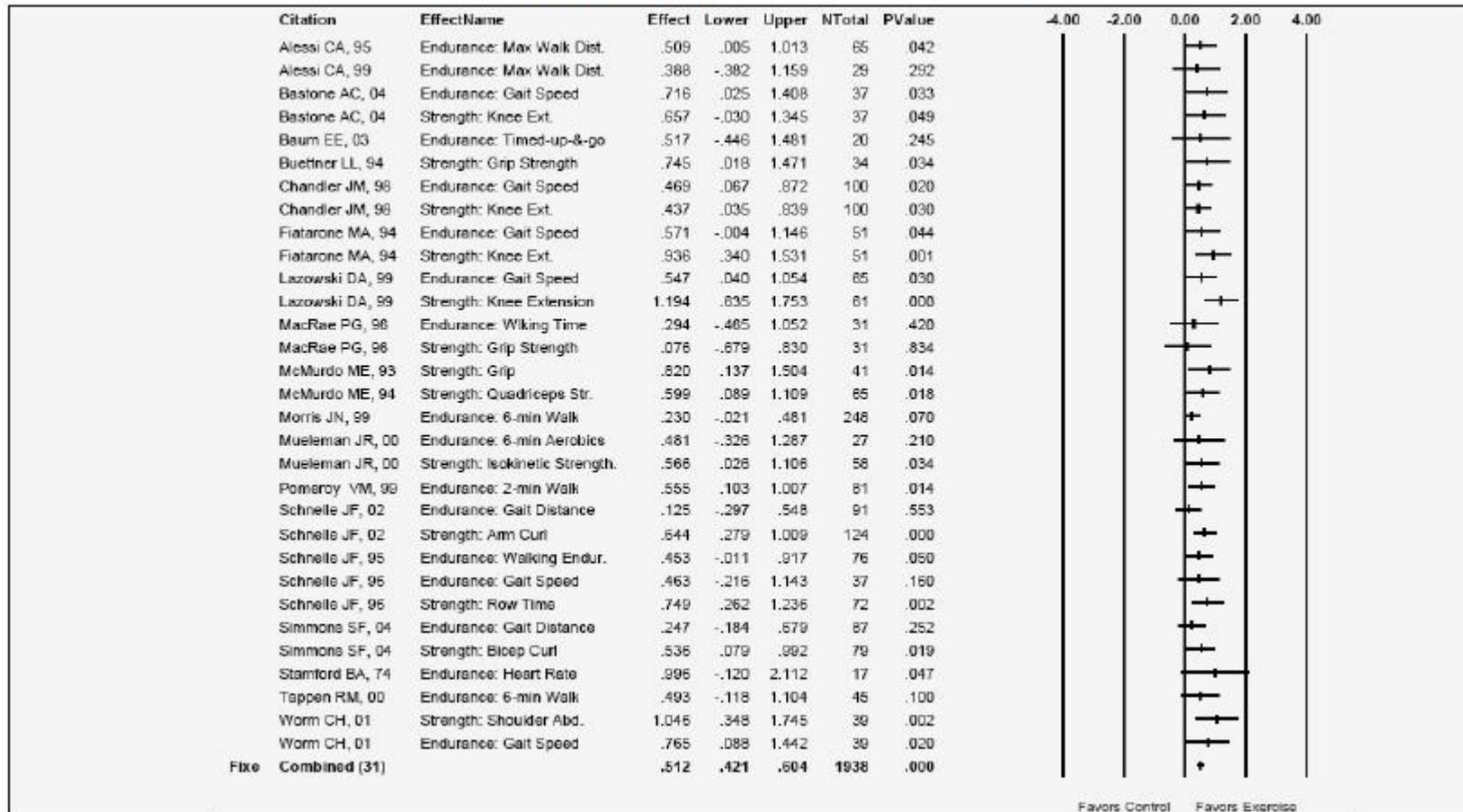


Figure 3
Cognitively impaired endurance & strength outcomes





Demenz stellt nie einen positiven prognostischen Outcomefaktor dar, Rehabilitation bei Demenz ist aber dennoch wirksam:

- Huusko (2000)
- Naglie (2002)
- Heyn et al. (2008)
- Hauer (2008)

Ziel: Wirksamkeit eines spezifisch ausgerichteten körperlichen Trainings vs. Dehnübungen bei leicht bis moderat demenziell Erkrankten

Intervention n=62
Kontrolle: n=60

Ergebnis:

Körperliche Aktivität (gemessen mit PAQE) nahm in I um 148% vs. 54% in K zu.

Ergebnisse lagen im Rahmen früherer ähnlicher Studien der Autoren mit nicht kognitiv beeinträchtigten älteren Menschen (Hauer et al. 2002)



Demenz stellt nie einen positiven prognostischen Outcomefaktor dar, Rehabilitation bei Demenz ist aber dennoch wirksam:

- Huusko (2000)
- Naglie (2002)
- Heyn et al. (2008)
- Hauer (2008)
- Rolland (2007)

Ziel: Wirksamkeit eines mobilitätsorientierten Übungsprogramms bei Pflegeheimbewohnern mit Alzheimererkrankung vs. medizinischer Routineversorgung

Intervention n=67
Kontrolle: n=67

Ergebnis:
Über 12 Monaten signifikant geringere Verschlechterung in den ATLS und signifikant höhere Ganggeschwindigkeit. Keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich sek. Outcomekriterien Ernährungsstatus, Verhaltensauffälligkeiten und Depressivität



Demenz stellt nie einen positiven prognostischen Outcomefaktor dar, Rehabilitation bei Demenz ist aber dennoch wirksam:

- Huusko (2000)
- Naglie (2002)
- Heyn et al. (2008)
- Hauer (2008)
- Rolland (2007)
- Graff et al. (2006/2007)

Ziel: Wirksamkeit von Ergotherapie vs. Usual-Care (Wartekontrollgruppe) im Hinblick auf Verbesserungen der ATLS bei leicht bis moderat demenziell Erkrankten

Intervention n=68

Kontrolle: n=67

Setting: Geriatrische Memory-/Tagesklinik

Ergebnis:

Anteil bezüglich ATLS klinisch relevant (AMPS) verbesserter Patienten nach 6 und 12 Wo in I deutlich über K (84% vs. 9% und 75% vs. 9%) mit deutlicher Senkung der (informellen) Pflege-kosten.



Demenz stellt nie einen positiven prognostischen Outcomefaktor dar, Rehabilitation bei Demenz ist aber dennoch wirksam:

- Rösler (2008)

Ziel: Wirksamkeit geriatrischer Rehabilitation im Krankenhaus nach PFF oder elektivem Hüftgelenkersatz in Abhängigkeit vom Vorliegen vs. Nichtvorliegen einer ND Demenz

Retrospektive matched-pair-Analyse
n = 125 demenziell Erkrankte
n = 125 nicht demenziell Erkrankte

Ergebnis:

Auch demenziell Erkrankte profitierten klinisch relevant von geriatrischer Rehabilitation wenngleich mit einem geringeren BI-Zugewinn von 15,2 gegenüber 23,2 Punkten bei nicht demenziell Erkrankten.

Demenziell Erkrankte wurden im Mittel 2,6 d kürzer behandelt und erhielten ca. 30% weniger TE

Deutsche Ergebnisse geriatrischer Rehabilitation bei demenzieller Erkrankung als ND



Demenz stellt nie einen positiven prognostischen Outcomefaktor dar, Rehabilitation bei Demenz ist aber dennoch wirksam:

- Rösler (2008)
- Baier (2004)

Auswertung: Rehabilitationsverläufe bei PFF aus 34 bayerischen geriatrischen Rehabilitationskliniken über 1 Jahr (2001/2002) in Abhängigkeit vom Vorliegen vs. Nichtvorliegen demenzieller Erkrankungen (MMSE-Score)

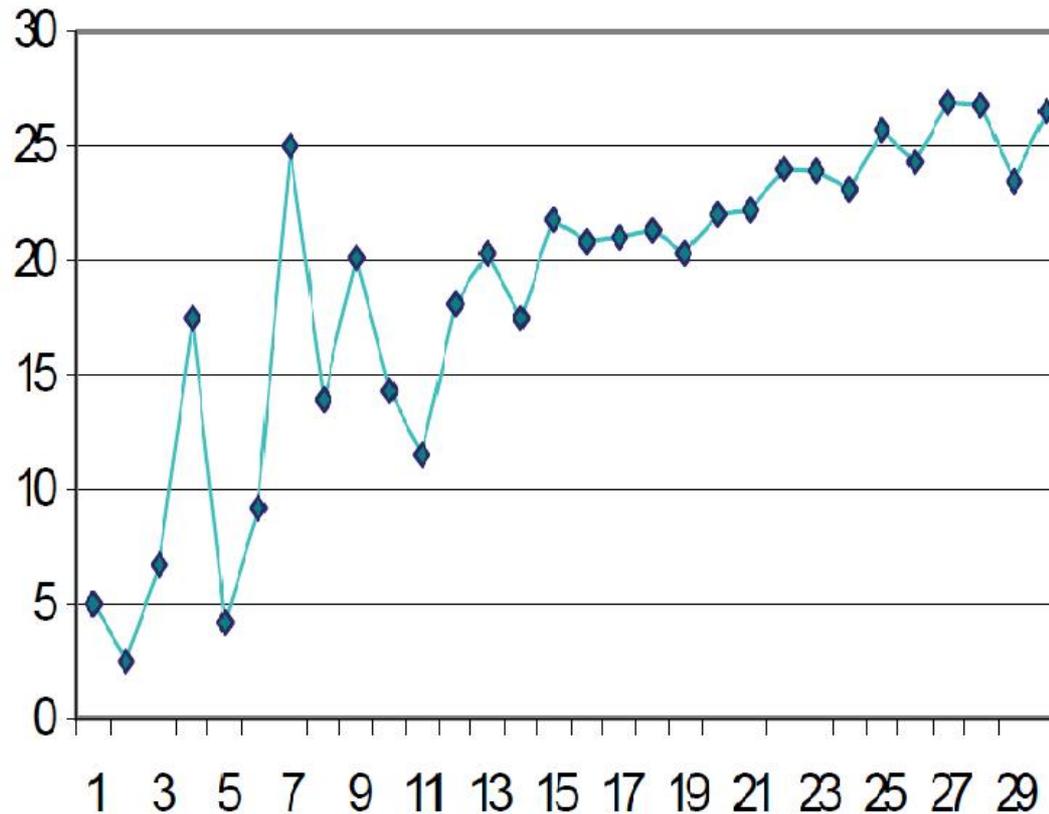
Retrospektive GiBDat-Auswertung
n = 1938 geriatrische Rehabilitanden davon
1149 (59,3%) keine kogn. Einschr.
431 (22,2%) leichte kogn. Einschr.
245 (12,6%) mittelschw. kogn. Einschr.
113 (5,8%) schwere kognitive Einschr.

Ergebnis:

Bei leicht- und mittelschwer betroffenen Rehabilitanden mit BI-Zugewinn von 23 bzw. 21 Punkten gegenüber 25 Pkt bei nicht Betroffenen nur unwesentlich geringere Zugewinne. BI-Zugewinn bei schwer demenziell Erkrankten 16 Pkt. bei 3,2 Tage kürzerer Verweildauer



Barthel-Zuwachs in Abhängigkeit vom MMSE-Score:



MMS bei Aufnahme

[Baier 2004]



Demenz stellt nie einen positiven prognostischen Outcomefaktor dar, Rehabilitation bei Demenz ist aber dennoch wirksam:

- Rösler (2008)
- Baier (2004)
- Gassmann (2007)

Auswertung: Rehabilitationsverläufe aller Behandlungsfälle aus den zu ca. 90% an GiBDat teilnehmenden geriatrischen Rehabilitationskliniken in Bayern aus 2006 in Abhängigkeit vom Vorliegen vs. Nichtvorliegen demenzieller Erkrankungen (4D+S-Skala)

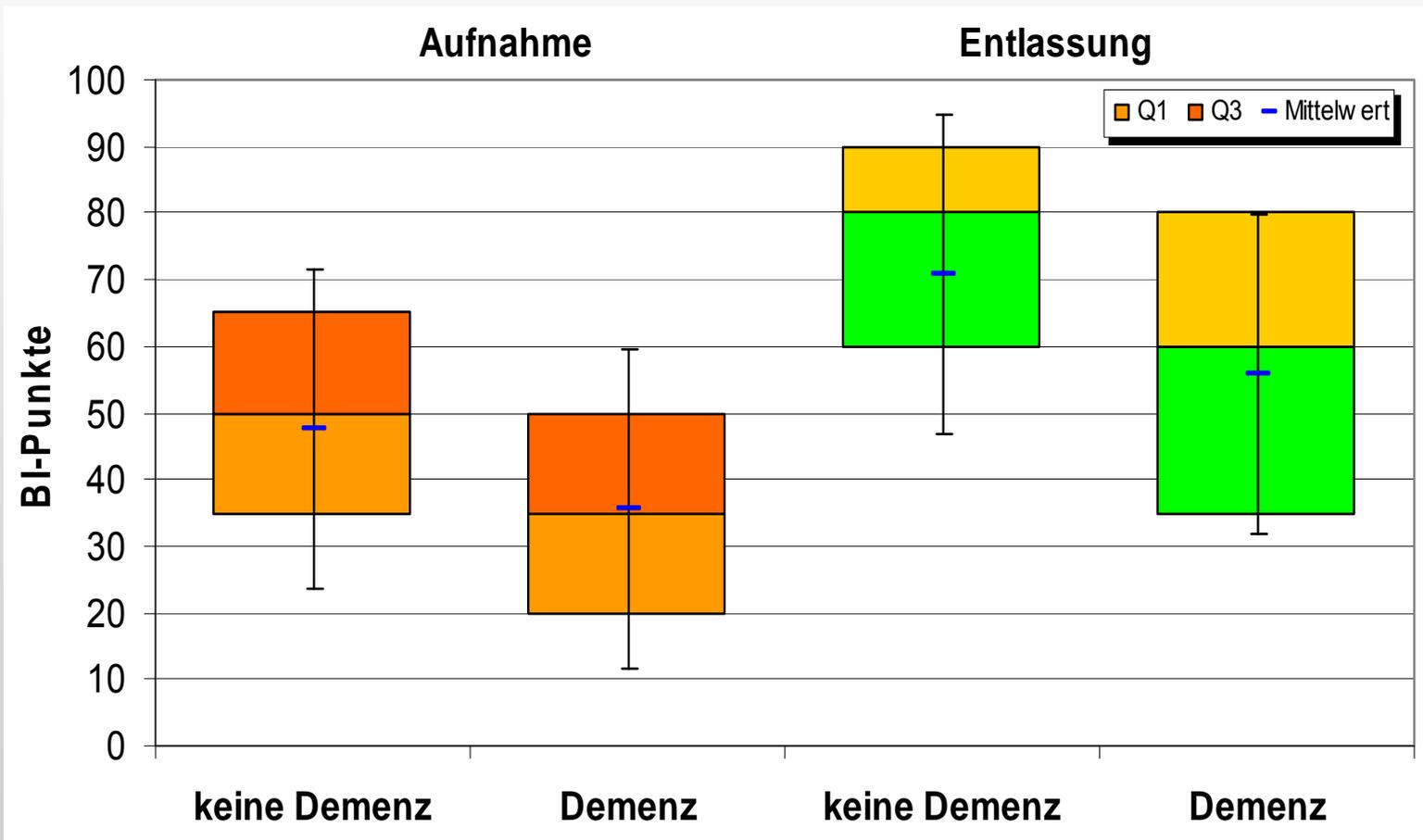
Retrospektive GiBDat-Auswertung
n = 25.499 geriatrische Rehab.
davon
15.495 (61%) keine kogn. Einschr.
5.986 (23%) leichte kogn. Einschr.
3,155 (12%) mittelschw. kogn. Einschr.
863 (3%) schwere kognitive Einschr.

Ergebnis:

BI-Zugewinn ohne Einschr. 23,8, mit leichten Einschr. 22,8, mit mittelschweren Einschr. 16,9 und bei schweren Einschr. 11,8 Punkte.
Senkung der nicht gefähigen schwer Dementen von 50 auf 25%. Nur jeder 4.-5. dem. Erkrankte musste neu in ein Pflegeheim aufgenommen werden



Barthel-Zuwachs keine Demenz vs. Demenz:

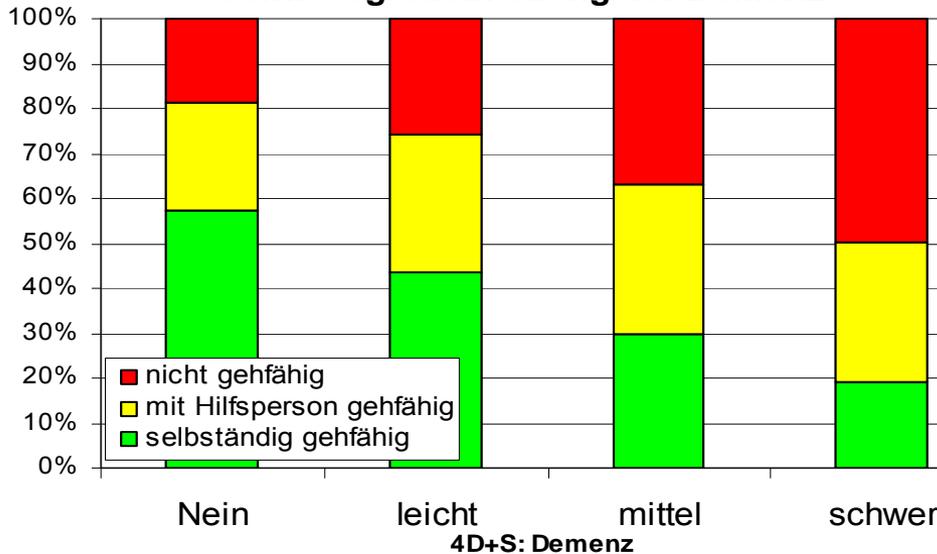


[Gassmann 2007]

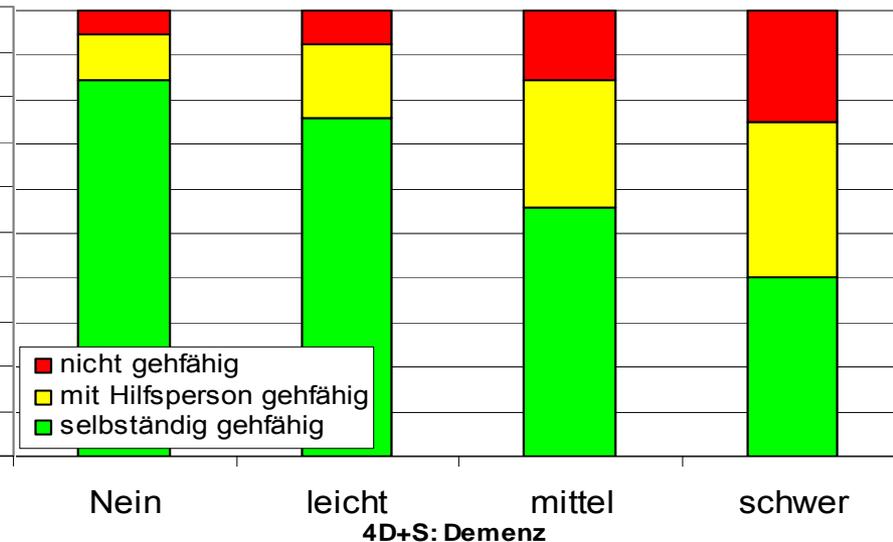


Wiedergewinn Gehfähigkeit in Abhängigkeit vom MMSE-Score:

**Mobilität bei Aufnahme -
Schweregradeinteilung der Demenz**



**Mobilität bei Entlassung -
Schweregradeinteilung der Demenz**



[Gassmann 2007]



Demenz stellt nie einen positiven prognostischen Outcomefaktor dar, Rehabilitation bei Demenz ist aber dennoch wirksam:

- Rösler (2008)
- Baier (2004)
- Gassmann (2007)
- Jamour (2008)

Auswertung: Rehabilitationsverläufe aller Behandlungsfälle aus 2. Quartal der Jahre 2002-2007 aus an KODAS teilnehmenden geriatrischen Rehabilitationskliniken in Baden-Württemberg in Abhängigkeit vom Vorliegen vs. Nichtvorliegen demenzieller Erkrankungen (versch. Ass.instr.)

Retrospektive KODAS-Auswertung
n = 21.433 geriatrische Rehab.
davon
13.125 (61,2%) ohne kogn. Einschr.
8.308 (38,8%) mit kogn. Einschr.

Ergebnis:

Mittlerer BI-Zugewinn mit und ohne kogn. Einschr. 25 Pkt, bei 15 Pkt. niedrigerem Ausgangsniveau der kogn. Eingeschränkten.
Gehfähigkeit bei 46% , Transferfähigkeit bei 49% der demenziell Erkrankten vs. 60% bzw. 68% bei nicht dem. Erkrankten neu erreicht

Zusammenfassung: Evidenz von Rehabilitation bei Demenz als ND



Trotz einer Reihe von systematischen Unterschieden und Einschränkungen ergibt sich ein im Wesentlichen einheitliches Bild:

- für leicht und mittelschwer demenziell Erkrankte ergeben sich ähnliche bis mäßig geringere Rehabilitationserfolge in der Mobilität und Selbstversorgungsfähigkeit wie für nicht demenziell Erkrankte
- hierbei ist im Mittel durchweg von einem geringeren funktionellen Ausgangsstatus bei Rehabilitationsantritt auszugehen
- die Anteile der Entlassung in die Häuslichkeit sind ebenfalls etwas geringer aber deutlich höher als ohne Rehabilitationsmaßnahmen

Zusammenfassung Evidenz von Rehabilitation bei Demenz als ND



Inkonsistent sind bisherige Untersuchungen zu Rehabilitationserfolgen bei schwer demenziell Erkrankten. Hierbei ist zu berücksichtigen:

- Vorselektion in Studien und Versorgungspraxis ohne sicher nachvollziehbare Kriterien
- entsprechend regelhaft kleinere Strata mit größerer Anfälligkeit für Außerreißereffekte
- grundsätzliche methodische Fragen der Ergebnismessung:
 - BI-Differenz vs. absoluter Bezug zu einem max. erreichbaren Wert? Risikoadjustierung auf Ausgangsstatus zu Rehabeginn
 - Berücksichtigung des präakuten Ausgangsstatus als max. erreichbarer Wert (vgl. Prinzipien der QS)
- Erhebung aller deutschen Daten unter Bedingungen stationärer geriatrischer Rehabilitation – möglicherweise für schwer demenziell Erkrankte falsches Rehabilitationssetting? → MoGeRe-Ergebnisse ?

Die sechs Kernbotschaften



1. Demenziell Erkrankte sind ganz überwiegend geriatrische Patienten.
2. Als solchen kommen rehabilitativen Maßnahmen bei ihrer Behandlung besondere Bedeutung zu.
3. Rehabilitation demenziell Erkrankter spielt sich in der GKV bisher ganz überwiegend als geriatrische Rehabilitation bei anderweitig primär rehabilitationsbegründender Erkrankung(sfolge) ab.
4. Hierfür gibt es für leicht- und mittelgradig demenziell Erkrankte Evidenz auf der Efficacy- und Effectiveness-Ebene, inkonsistent ist die Evidenzlage für schwer demenziell Erkrankte.
5. **Rehabilitationskonzepte für demenziell Erkrankte sollten Anforderungen genügen, die sich aus deren spezifischen Behandlungsbedarfen und bisherigen wissenschaftlichen Forschungsergebnissen ableiten. Hierbei kommt der Berücksichtigung adaptierter Therapieansätze und dem Aufbau einer therapeutisch tragfähigen Beziehung besondere Bedeutung zu.**
6. **Sektorenübergreifende Versorgungsnetzwerke für demenziell Erkrankte sollten die Geriatrie mit ihrem generalistischen und das gesamte Spektrum der Multimorbidität älterer Menschen berücksichtigenden Versorgungsansatz einbeziehen.**

Demenzspezifische Anforderungen an Rehabilitationskonzepte



Konzepte für die rehabilitative 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

Demenzspezifische Anforderungen an Rehabilitationskonzepte



Konzepte für die rehabilitative 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

Voraussetzung für den Einsatz ggf. demenzspezifischer Rehabilitationsansätze [Stähelin 2000]

- demenziell Erkrankter angepasstes Rehabilitationskonzept
- Konzepte für die Behandlung der Demenz berücksichtigen
- Erkenntnisse zur Bedeutung des therapeutisch-rehabilitativen Klimas berücksichtigen
- Elemente des Angehörigeneinbezugs / -unterstützung enthalten

Demenzspezifische Anforderungen an Rehabilitationskonzepte



Konzepte für die rehabilitative 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 Bedürfnissen angepasstes Risikomanagement
- Erkenntnisse zu demenziell Erkrankten
- Erkenntnisse zu Klimatisierung berücksichtigen
- Elemente des Angehörigenempfehlungen

**Erfassung aller Bereiche der Aktivitäten
und Teilhabe sowie relevanter
Kontextfaktoren**

**Ggf. unter Einsatz demenzadaptierter
Assessmentinstrumente**

Demenzspezifische Anforderungen an Rehabilitationskonzepte



Konzepte für die rehabilitative Behandlung demenziell Erkrankter sollten:

- auf einer umfassenden Abklärung der kognitiven Defizite aufbauen
- ein umfassendes Assessment vorsehen
- eine sektorenübergreifende Behandlungsplanung umfassen
- breit angelegte therapeutische rehabilitative Behandlungsoptionen umfassen
- ein den speziellen Risiken des demenziell Erkrankter angepasstes Risikomanagement umfassen
- Erkenntnisse zu adaptiven Strategien für die Rehabilitation demenziell Erkrankter
- Erkenntnisse zur Bedeutung von sozialen Faktoren und dem Wohnumfeld in der Rehabilitation demenziell Erkrankter berücksichtigen
- Elemente des Angehörigen- und Familienbegriffes berücksichtigen

**Typischerweise umfangreiche
Beeinträchtigungen und Unterstützungs-
bedarfe vor und nach der Rehamaßnahme**

**Berücksichtigung entsprechender
Behandlungserfahrungen und –potenziale
von Angehörigen, Hausarzt Pflegediensten
etc. → Wohnortnähe !**

Demenzspezifische Anforderungen an Rehabilitationskonzepte



Konzepte für die rehabilitative 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 spezifischen Risiken demenziell Erkrankter angepasstes Risikomanagement umfassen
- verschiedene Therapieansätzen für die Behandlung
- gleichzeitige Berücksichtigung präventiver, akutmedizinischer und rehabilitativer Interventionsbedarfe
- Elementen der psychosozialen Unterstützung enthalten

Multiprofessionelles Team

Gleichzeitige Berücksichtigung präventiver, akutmedizinischer und rehabilitativer Interventionsbedarfe

Demenzspezifische Anforderungen an Rehabilitationskonzepte



Konzepte für die rehabilitative Behandlung demenziell Erkrankter sollten:

- auf einer umfassenden Anamnese aufbauen
- ein umfassendes Assessment
- eine sektorenübergreifende Behandlungsplanung
- 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

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

Konzepte Erkrankung

- auf einer
- ein umfa
- eine sek
- breit ang
- umfassende
- ein den sp
- 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 anmerkt:

- **entscheidend: vertrauensvolles, angstreduzierendes therapeutisches Klima**
- **Compliance entscheidend abhängig Maß, in dem Therapeut Zugang zum Patienten findet und eine tragfähige therapeutische Beziehung herstellen kann**
- **Behandlungskontinuität**
- **emotionale Aspekte**
- **zweiseitiger Prozess, abhängig vom demenziell Erkrankten, aber auch entsprechenden Zusatzqualifikationen und Erfahrungen der in der Rehabilitation demenziell Erkrankter eingesetzten Therapeuten**
- **Rehafähigkeit auch Leistungserbringerabhängig?**

- Erkenntnisse zu adaptierten Therapieansätzen für die Behandlung demenziell Erkrankter berücksichtigen
- Erkenntnisse zur Bedeutung des therapeutisch-rehabilitativen Klimas berücksichtigen
- Elemente des Angehörigeneinbezugs / -unterstützung enthalten

Demenzspezifische Anforderungen an Rehabilitationskonzepte



Konzepte für die rehabilitative Behandlung demenziell Erkrankter sollten:

- ... in Defizite aufbauen
- Zur Anleitung in pflegerische und soziale Unterstützungstechniken
- ... ng umfassen
- Als „Ko-Therapeuten“ zur Vermittlung eines vertrauensvollen Trainingsklimas
- ... andlungsoptionen
- Edukative Einbindung zur eigenen Gesunderhaltung und psychosozialer Stabilisierung
- ... r angepasstes
- ... für die Behandlung
- Erkenntnisse zur Bedeutung des therapeutisch-rehabilitativen Klimas berücksichtigen
- Elemente des Angehörigeneinbezugs / -unterstützung enthalten

Demenzspezifische Anforderungen an Rehabilitationskonzepte



Viele dieser Anforderungen decken sich bereits mit Kernelementen geriatrischer Versorgungskonzepte.

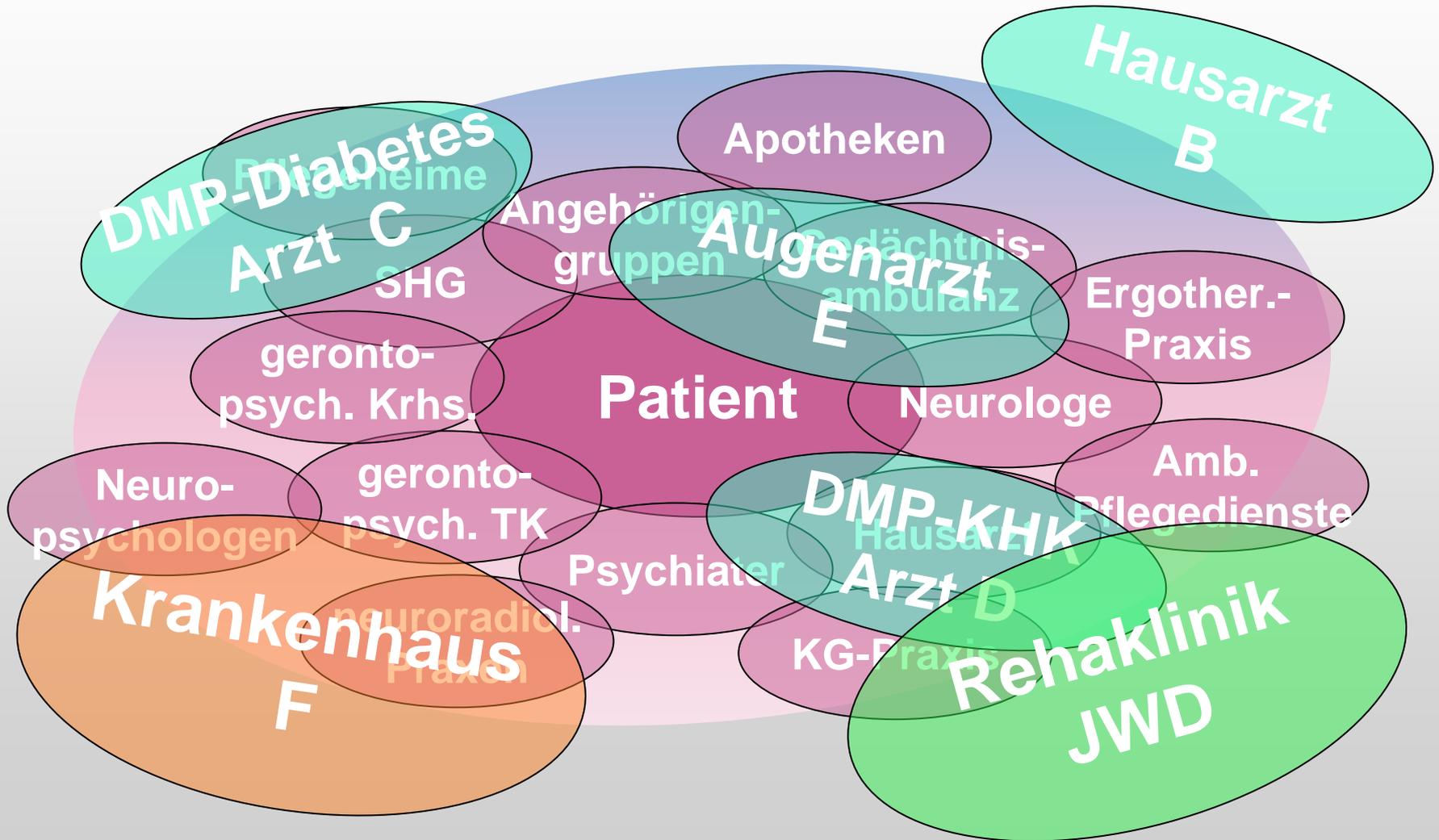
Die gebotene ganzheitlich ausgerichtete stationäre und rehabilitative Versorgung demenziell Erkrankter sollte quantitativ und qualitativ primär durch die Geriatrie sichergestellt werden.

Die sechs Kernbotschaften

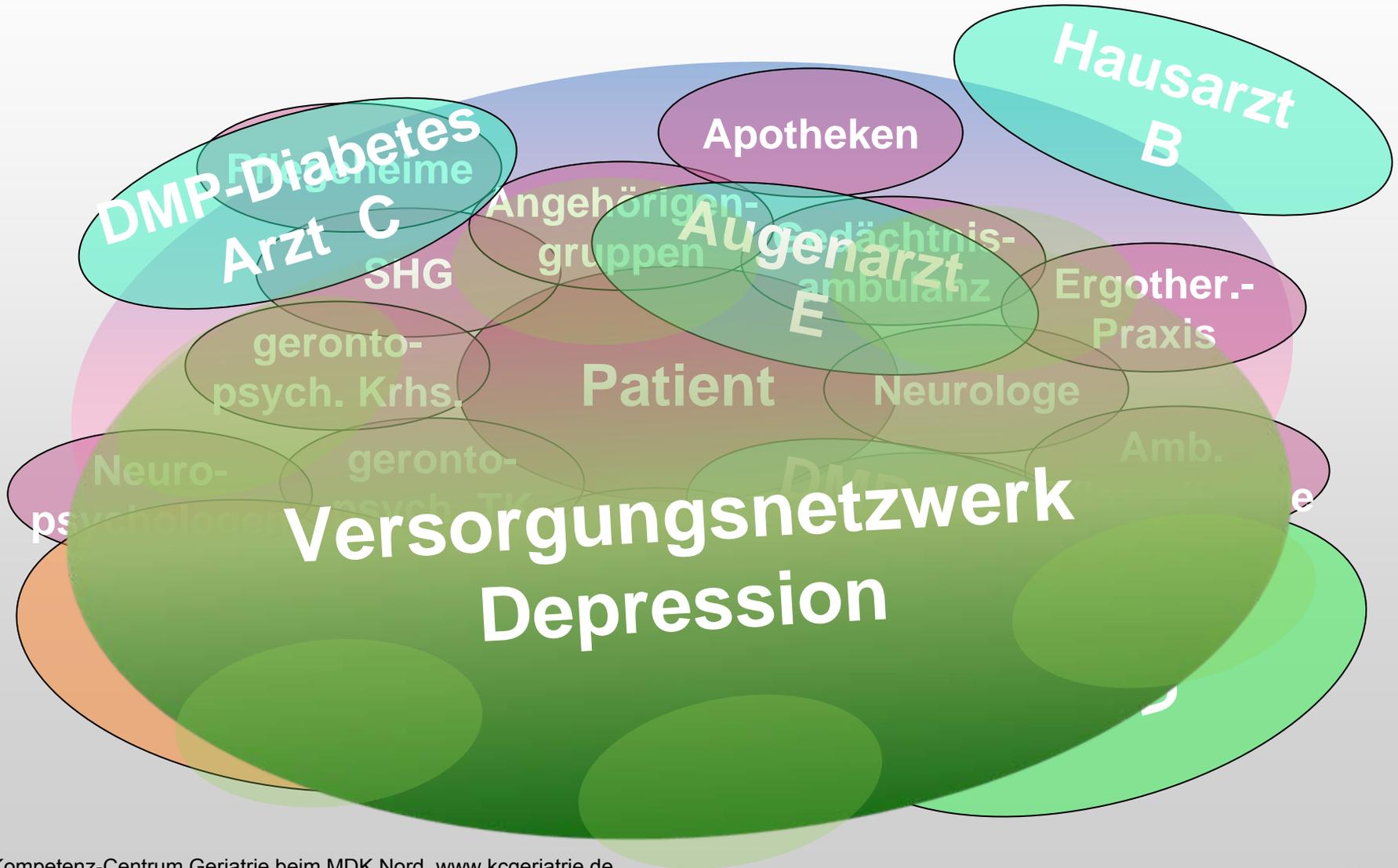


1. Demenziell Erkrankte sind ganz überwiegend geriatrische Patienten.
2. Als solchen kommen rehabilitativen Maßnahmen bei ihrer Behandlung besondere Bedeutung zu.
3. Rehabilitation demenziell Erkrankter spielt sich in der GKV bisher ganz überwiegend als geriatrische Rehabilitation bei anderweitig primär rehabilitationsbegründender Erkrankung(sfolge) ab.
4. Hierfür gibt es für leicht- und mittelgradig demenziell Erkrankte Evidenz auf der Efficacy- und Effectiveness-Ebene, inkonsistent ist die Evidenzlage für schwer demenziell Erkrankte.
5. Rehabilitationskonzepte für demenziell Erkrankte sollten Anforderungen genügen, die sich aus deren spezifischen Behandlungsbedarfen und bisherigen wissenschaftlichen Forschungsergebnissen ableiten. Hierbei kommt der Berücksichtigung adaptierter Therapieansätze und dem Aufbau einer therapeutisch tragfähigen Beziehung besondere Bedeutung zu.
6. **Sektorenübergreifende Versorgungsnetzwerke für demenziell Erkrankte sollten die Geriatrie mit ihrem generalistischen und das gesamte Spektrum der Multimorbidität älterer Menschen berücksichtigenden Versorgungsansatz einbeziehen.**

Versorgungsnetzwerke für demente Patienten ?



Versorgungsnetzwerke für demente Patienten ?



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !



1. Demenziell Erkrankte sind ganz überwiegend geriatrische Patienten.
2. Als solchen kommen rehabilitativen Maßnahmen bei ihrer Behandlung besondere Bedeutung zu.
3. Rehabilitation demenziell Erkrankter spielt sich in der GKV bisher ganz überwiegend als geriatrische Rehabilitation bei anderweitig primär rehabilitationsbegründender Erkrankung(sfolge) ab.
4. Hierfür gibt es für leicht- und mittelgradig demenziell Erkrankte Evidenz auf der Efficacy- und Effectiveness-Ebene, inkonsistent ist die Evidenzlage für schwer demenziell Erkrankte.
5. Rehabilitationskonzepte für demenziell Erkrankte sollten Anforderungen genügen, die sich aus deren spezifischen Behandlungsbedarfen und bisherigen wissenschaftlichen Forschungsergebnissen ableiten. Hierbei kommt der Berücksichtigung adaptierter Therapieansätze und dem Aufbau einer therapeutisch tragfähigen Beziehung besondere Bedeutung zu.
6. Sektorenübergreifende Versorgungsnetzwerke für demenziell Erkrankte sollten die Geriatrie mit ihrem generalistischen und das gesamte Spektrum der Multimorbidität älterer Menschen berücksichtigenden Versorgungsansatz einbeziehen.