



Volkskrankheit Demenz - Wie sieht die medizinische Versorgung aus und was muss sich ändern?

Dr. med. Ernst Eben
Nervenarzt – Sozialmedizin
MDK Bayern
Beratungszentrum München Ost

Alzheimers Patientin Auguste Deter



Als **Volkskrankheiten** bewertet werden **nichtepidemische Krankheiten**, die auf Grund ihrer **Verbreitung** und ihrer **wirtschaftlichen Auswirkungen** (Behandlungskosten, Anspruch auf Lohnausgleich bei Arbeitsfähigkeit, Frühberentung) **sozial ins Gewicht fallen**. [...]

Fehlversorgung

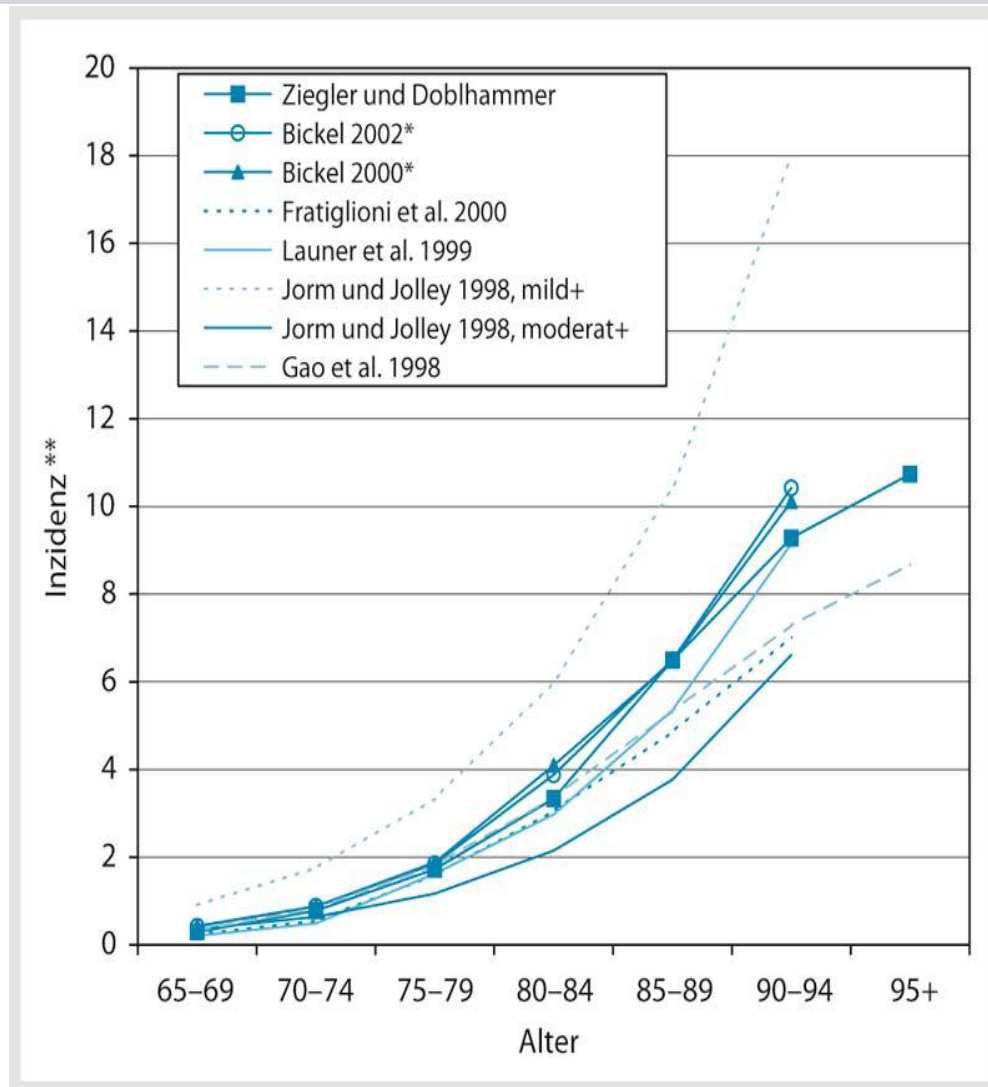
- ◆ "Fehlversorgung,, : durchgeführte oder unterlassene Versorgung, die gemäß medizinischer Evidenz oder nach Maßgabe der Erfahrung häufig zu einem Behandlungsschaden (potenzieller Schaden) oder zu einem entgangenen Nutzen führt. Dabei lassen sich folgende Konstellationen unterscheiden:
 - Die Versorgung mit Leistungen, die an sich zwar bedarfsgerecht sind, aber nicht entsprechend anerkannter Qualitätskriterien fachgerecht erbracht werden .
 - Die Unterlassung von indizierten und an sich bedarfsgerechten Leistungen kann auch als Fehlversorgung interpretiert werden, da entgangener Nutzen als Schaden verstanden werden kann.
 - Die Versorgung mit nicht bedarfsgerechten Leistungen, d. h. mit solchen, die nicht indiziert sind und/oder keinen hinreichend gesicherten Netto-Nutzen aufweisen, ist Fehlversorgung.

Quelle: [Forum Patientensicherheit - Glossar](#)

Defizite in Diagnose und frühzeitiger Behandlung

- ◆ In der EU mehr als 6 Millionen Menschen an **Demenz** erkrankt
- ◆ Prognosen zufolge in den nächsten 20 Jahren doppelt so viel
- ◆ WHO: Global Burden of Disease 2004 Gesamtprävalenz der Alzheimer-Krankheit und anderer Demenzerkrankungen in Europa auf 7,3 Millionen
- ◆ Die **Möglichkeiten der Prävention und der frühzeitigen Behandlung** und die **Bedeutung** entsprechender Maßnahmen sind in der gesamten EU jedoch nicht hinreichend bekannt, und hier wird auch zu wenig getan.
- ◆ Die Alzheimer-Krankheit ist in der EU nach wie vor **unterdiagnostiziert**.
- ◆ Verbesserung der Diagnose: mehr an **Demenz** erkrankte Menschen können Gesundheitsdienstleistungen sowie Pflege- und Betreuungsangebote in Anspruch nehmen können, Frühdiagnose: **das Fortschreiten der Krankheit kann verzögert** und die Gesamtkosten für die Pflege der einzelnen Patienten können minimiert werden.

Inzidenz von Demenz pro 100 gelebten Personenjahren in verschiedenen Studien (aus Ziegler und Doblhammer). Quelle: S3 Leitlinie Demenzen d. DGPPN



Demenz ICD 10

- ◆ Demenz ist ein *Syndrom* als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns.
- ◆ Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen.
- ◆ Bewusstsein nicht getrübt.
- ◆ Begleitend Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation.

Typische Symptome einer beginnenden Demenz vom Alzheimertyp:

- ◆ Konzentrationsstörungen
- ◆ Merkfähigkeitsstörungen
- ◆ Überforderungsgefühl
- ◆ Rasche Erschöpfbarkeit
- ◆ Depressivität
- ◆ Antriebsarmut
- ◆ Interesselosigkeit
- ◆ diffuse Ängste

Nichtkognitive Symptome, die bei der Betreuung und Pflege belastend sein können (modifiziert nach Alzheimer Europe 1999)

- ◆ Antriebsstörungen
- ◆ Aggressives Verhalten und Wutausbrüche
- ◆ Unruhezustände
- ◆ Ängstliche Verstimmungen und Erregungen
- ◆ Stimmungslabilität
- ◆ anklammerndes Verhalten, Nachlaufen
- ◆ Depressive Verstimmung
- ◆ Sinnestäuschungen (Halluzinationen) und illusionäre Verkennungen
- ◆ Wahnphänomene
- ◆ Verstecken und Verlieren von Gegenständen
- ◆ falsche Anschuldigungen, z.B. im Zusammenhang mit nichtauffindbaren Gegenständen
- ◆ unangemessenes sexuelles Verhalten
- ◆ Sundowning (zunehmende Verwirrtheit und Unruhe am Abend)
- ◆ Schlafstörungen, nächtliches Umherlaufen („Geistern“)
- ◆ Rastloser Bewegungsdrang („Wandern“)

Nicht kognitive Störungen bei Demenz

Weygandt W: Atlas und Grundriss der Psychiatrie JF Lehmanns München 1902: 528

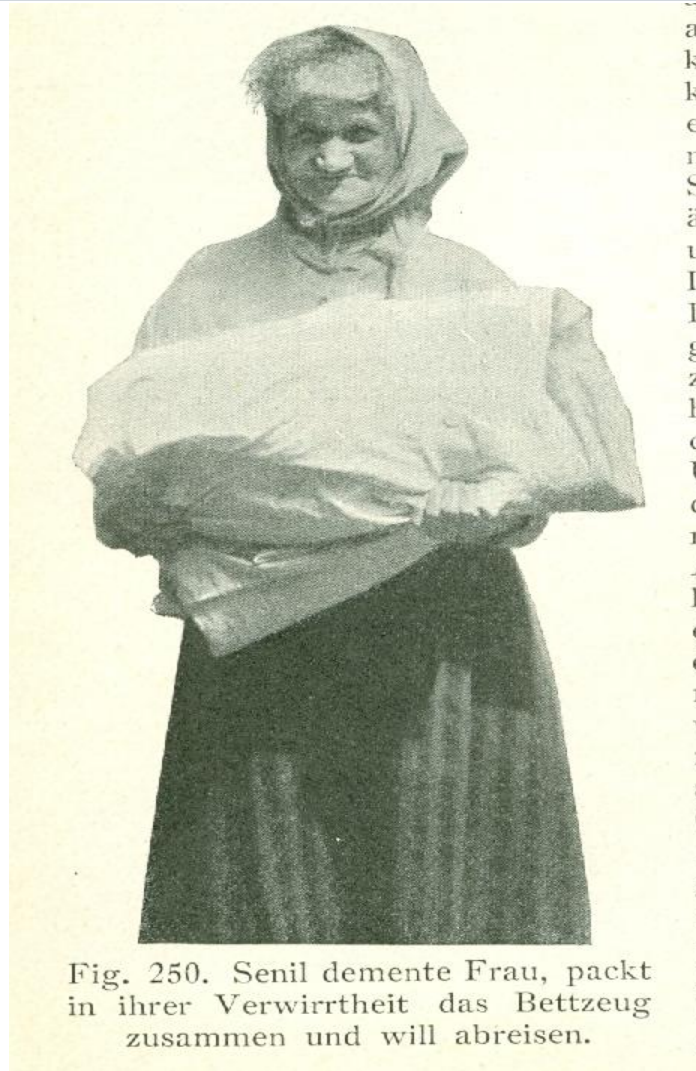


Fig. 250. Senil demente Frau, packt in ihrer Verwirrtheit das Bettzeug zusammen und will abreisen.

Das dementielle Syndrom muss abgeklärt werden

- ◆ ca. **10%** der Demenzen sind **reversibel**
- ◆ Demenz ist kein normaler Alterungsprozess, sondern **immer ein abklärungsbedürftiges Syndrom**
- ◆ **Frühzeitige syndromale und ätiologische Diagnostik ist Grundlage der Behandlung und Versorgung von Patienten mit Demenzerkrankungen**

Diagnose des dementiellen Syndroms

- ◆ Zuerst „Dran Denken“!
- ◆ Demenz-Screening ist keine Beleidigung für den Patienten
- ◆ Screening-Test
 - Mini-Mental-State /(Folstein)
 - Uhrentest
 - DEMTECT
 - TFDD (auch Depressionsabgrenzung)
- ◆ Leitlinien-basierte Diagnostik und DD

S3-Leitlinie der DEGAM: Defizite in der hausärztlichen Versorgung

- ◆ **Hausärztliche Versorgung entspricht nicht immer dem Stand des aktuellen Wissens über Demenzen** (Vollmar H.C et al.2007).
- ◆ Die Schwelle, dem Verdacht auf ein dementielles Syndrom gezielt diagnostisch nachzugehen, bei der Mehrzahl der Hausärzte eher zu hoch (Pentzek, M.& Abholz, H.H. 2004).
- ◆ **Hausärzte streben eine Diagnose oft nicht aktiv an.**
- ◆ **Hausärzte ist es oft unangenehm, mit den Patienten über die Diagnose „Demenz“ zu sprechen. Eine Verbesserung der Versorgungssituation sei anzustreben.**
- ◆ **Auch bei einer Überweisung zum Facharzt kommt die Untersuchung nicht immer zustande.**
- ◆ Der Nutzen der Antidementiva wird von der Mehrzahl der Hausärzte skeptisch beurteilt. Nach einer Untersuchung von Ruof et al. erhalten nur etwa 9 % der Alzheimerkranken Antidementiva (Ruof, J. et al. 2002).
- ◆ **In der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung von Heimbewohnern besteht Optimierungsbedarf** (van den Bussche, H., Weyerer, S. Schäufele, M., Lübke, N., Schröfel, S.C., Dietsche, S. 2009).

Zahlreiche Leitlinien

- ◆ **NICE + SCIE guidelines**
(National Institute for Health and Clinical Excellence, Social Care Institut for Excellence)
- ◆ **DEGAM-Leitlinie Nr. 12**
Demenz (2008) (S3-Leitlinie)
- ◆ **DGPPN und DGN: S3-**
Leitlinie „Demenzen“
(2009)

S3-Leitlinie der DEGAM: Defizite in der hausärztlichen Versorgung

- ◆ Hausärztliche Versorgung entspricht nicht immer dem Stand des aktuellen Wissens über Demenzen (Vollmar H.C et al.2007).
- ◆ Die Schwelle, dem Verdacht auf ein dementielles Syndrom gezielt diagnostisch nachzugehen, bei der Mehrzahl der Hausärzte eher zu hoch (Pentzek, M.& Abholz, H.H. 2004).
- ◆ Hausärzte streben eine Diagnose oft nicht aktiv an.
- ◆ Hausärzte ist es oft unangenehm, mit den Patienten über die Diagnose „Demenz“ zu sprechen. Eine Verbesserung der Versorgungssituation sei anzustreben.
- ◆ Auch bei einer Überweisung zum Facharzt kommt die Untersuchung nicht immer zustande.
- ◆ **Der Nutzen der Antidementiva wird von der Mehrzahl der Hausärzte skeptisch beurteilt. Nach einer Untersuchung von Ruof et al. erhalten nur etwa 9 % der Alzheimerkranken Antidementiva (Ruof, J. et al. 2002).**
- ◆ In der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung von Heimbewohnern besteht Optimierungsbedarf (van den Bussche, H., Weyerer, S. Schäufele, M., Lübke, N., Schröfel, S.C., Dietsche, S. 2009).

Medikamentöse Therapie

Therapie der ersten Wahl bei leichter bis mittelschwerer Alzheimer-Demenz Cholinesterasehemmer (Donezepil, Galantamin, Rivastigmin).

Große interindividuelle Differenzen bezüglich Wirksamkeit und Nebenwirkungen. Voraussetzung der Therapie mit Cholinesterasehemmern : sorgfältige Diagnostik, verlässliche Therapiekontrolle (Förstl H. Demenzen in Therapie und Praxis Springer Heidelberg 2009)

IQWiG (2007): Cholinesterasehemmer zeigen bei Alzheimer Demenz für die Substanzen Donezepil, Galantamin und Rivastigmin ein **Nutzen beim Erhalt kognitiver Fähigkeiten** von Patienten mit leichter bis mittelschwerer Alzheimer-Demenz. Für einen **Nutzen bei Aktivitäten des täglichen Lebens Hinweise**. Nicht (ausreichend) belegt ist Nutzen bei Lebensqualität oder bei der Verzögerung der Aufnahme in ein Pflegeheim.

Defizite in der medikamentöse Therapie **Nichtkognitiver Störungen**

Sachverständigenrat Sondergutachten 2009 zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: „Bei älteren Menschen mit Demenz sind unerwünschte Wirkungen und Wechselwirkungen von besonderer Bedeutung, **da eine große Anzahl von Psychopharmaka (z. B. Benzodiazepinhaltige Schlaf- und Beruhigungsmittel oder Neuroleptika) die kognitiven Fähigkeiten weiter verschlechtert oder ältere Menschen in große Gefahren bringen kann.** Daher ist die leichtfertige Verordnung von ruhigstellenden Mitteln bei älteren Menschen, insbesondere aber bei Menschen mit Demenz, **keine akzeptable Strategie, um eine zu geringe Anzahl an pflegerischem oder betreuendem Personal auszugleichen.**“

Neuroleptika bei nichtkognitiven Störungen

- ◆ Zahlreiche Daten zu unterschiedlichen Langzeitschäden, keine zum Langzeitnutzen
- ◆ Verordnung von Neuroleptika bei Patienten mit Demenz äußerst kritisch zu beurteilen, da Sterblichkeit bei der Anwendung erhöht ist.
- ◆ Jeden Monat kritische Evaluation
- ◆ Kombination mit Antidementiva möglich
- ◆ Bei Unruhe prüfen, ob nicht die Medikation die Ursache (z.B. Akathisie)

(Nach Förstl H: Demenzen in Theorie und Praxis. Springer Heidelberg 2009: 257; arznei-telegramm 2008, Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009 Ziff. 604 S. 471)

Primär Ursachenanalyse

- ◆ „Noch viel zu oft werden Probleme, die durch eine Optimierung der Betreuung zu bewältigen wären, aus der „Not der Umstände“ heraus allein medikamentös angegangen (Förstl 2009)
- ◆ Prioritär Ursachenabklärung für das herausfordernde Verhalten und sämtliche Optionen nicht-medikamentöser Therapie, Pflege und Betreuung. (Bredthauer 2006)

- ◆ **In der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung von Heimbewohnern besteht Optimierungsbedarf** (van den Bussche, H., Weyerer, S. Schäufele, M., Lübke, N., Schröfel, S.C., Dietsche, S. 2009 –DEGAM-Leitlinie 2008).
- ◆ 60% der Bewohner von Altenpflegeheimen dürften an einer Demenz erkrankt sein
- ◆ Nur 35% werden von einem Psychiater oder Neurologen gesehen (Hallauer et al 2005)
- ◆ Nur 20% erhalten eine antidementive Therapie (Hallauer et al 2005)
- ◆ Bereits eine Visitenkultur mit ausreichender Kommunikation aller Beteiligten dürfte zu einer Verbesserung führen

Fehlversorgung

- Die Versorgung mit Leistungen, die an sich zwar bedarfsgerecht sind, aber nicht entsprechend anerkannter Qualitätskriterien fachgerecht erbracht werden .
- Die Unterlassung von indizierten und an sich bedarfsgerechten Leistungen kann auch als Fehlversorgung interpretiert werden, da entgangener Nutzen als Schaden verstanden werden kann.
- Die Versorgung mit nicht bedarfsgerechten Leistungen, d. h. mit solchen, die nicht indiziert sind und/oder keinen hinreichend gesicherten Netto-Nutzen aufweisen, ist Fehlversorgung.

Lösung: evidenzbasierte, leitliniengestützte Diagnostik und Therapie.

Medizin besteht nicht nur in Medikamentengabe.

Medikamente ersetzen nicht Defizite in Pflege und Betreuung!



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Dr. Ernst Eben
Nervenarzt - Sozialmedizin
MDK Bayern