

Zukunftsszenarien in der Psychiatrie: Umgang mit Verhaltenssymptomen bei Demenz

Dr. Dr. Michael Rapp

michael.rapp@charite.de



Gefördert vom Bundesministerium für
Gesundheit



VERHALTENSSYMPTOME BEI DEMENZ

LEUCHTTURMPROJEKT VIDEANT



VERHALTENSSYMPTOME BEI DEMENZ

In fortgeschrittenen Stadien von Demenzerkrankungen tritt neben Depression vermehrt herausforderndes Verhalten auf.

Zu den häufigsten Verhaltensstörungen zählen Apathie, Aggression/Agitiertheit, Rückzügigkeit, Angst, nächtliches Umherirren, Halluzinationen und Wahnvorstellungen.

Diese verkürzen im Mittel die Zeit bis zu einer vollstationären Versorgungspflichtigkeit um 2 Jahre (Phillips 2003).

In Pflegeeinrichtungen betrifft dies bis zu drei Viertel aller Bewohner (Testad et al., 2007).



URSACHEN VON VERHALTENSSYMPTOMEN

Medizinisch: Harnwegsinfekt, Pneumonie, Elektrolytstörungen, Exsikkose, Medikamente, Herz- Kreislauferkrankungen....

Situativ: Umgebungsveränderungen, Verlust von Bezugspersonen, Interaktion mit anderen Bewohnern/Pflegenden

Biographisch: Umherräumen, repetitive Muster, Interaktionsmuster

Krankheitsbedingt: Verkennungen, Orientierungsfehler, Erinnerunginseln



ASSESSMENT

- Medizinisch (Körperliche Untersuchung, Blutentnahme, EKG)
- Schweregrad (NPI, NOSGER, CMAI, DMAS, AES)
- Biographisches Assessment
- Verlauf



NICHTPHARMAKOLOGISCHE BEHANDLUNG

Pflegende konnten in kontrollierten klinischen Studien Techniken erlernen, die das Auftreten von problematischem Verhalten senkten und eine Institutionalisierung verzögerten (Teri 2002).

„Drei R“: *Repeat*, *Reassure*, *Redirect*.

„ABC“ der Verhaltensanalyse: *Antecedents*, *Behavior*, *Consequence*.

(nach Weiner 2003)



BEHANDLUNG AFFEKTIVER SYMPTOME

Die häufigsten affektiven Störungen bei Demenz sind Depressionen und Ängste (> 50%; Tractenberg 2003, Teri 1997).

Bei leichten Formen wurden kognitive Strategien erfolgreich angewandt.

Bei mittelgradigen Demenzen wirken behaviorale Interventionsstrategien (positive Aktivitäten > negative) (Teri 2003).

Pharmakologisch zeigten SSRI und Moclobemid signifikante Verbesserungen der depressiven Symptomatik (Starkstein 2008).



PHARMAKOTHERAPEUTISCHE OPTIONEN

Die pharmakologischen Therapien zur Behandlung der Verhaltensstörungen sind sehr begrenzt (Sink 2005).

Typische Neuroleptika zeigen einen geringen Effekt bei hohem Nebenwirkungsprofil. Bei Atypika zeigten nur Olanzapin und Risperidon eine mittelgradige Besserung der Störungen, allerdings bei hohem Nebenwirkungsprofil (EPMS, Sedierung, zerebrovaskuläre Ereignisse, Sterblichkeit).

Valproat und Carbamazepin erbrachten uneinheitliche Ergebnisse.

AchE-Hemmer und Memantin zeigten signifikante Verbesserung.



LEUCHTTURMPROJEKT VIDEANT

Videant consules, ne quid detrimenti capiat res publica.
Cicero, In Catilinam

Die Konsuln mögen dafür sorgen, dass der Staat keinen Schaden erleidet.

Mit diesem Spruch übertrug der Senat den Konsuln in einer Krisenzeit die Staatsgewalt. Damit wollte man die Wahl eines Diktators umgehen.



UNTERSUCHUNGSZIELE

Die Implementierung ärztlicher und pflegerischer Leitlinien in Pflegeheimen

- vermindert die Ausprägung von Verhaltenssymptomen und Depression bei Demenzkranken
- senkt die Psychopharmakaverschreibungen
- senkt die Hospitalisierungsraten
- und vermindert die Belastung der Pflegenden



LEITLINIEN DER AGS UND AAGP

Verbesserung der Behandlung von Depressionen und Verhaltenssymptomen in Pflegeeinrichtungen:

- Expertenpanel (interdisziplinär Geriatrie, Gerontopsychiatrie, Pflege- und Sozialwissenschaften)
- Übersichtsarbeit (Snowden, 2003)

Klassifikation des Evidenzgrades

I = ein oder mehrere randomisierte, kontrollierte Studien

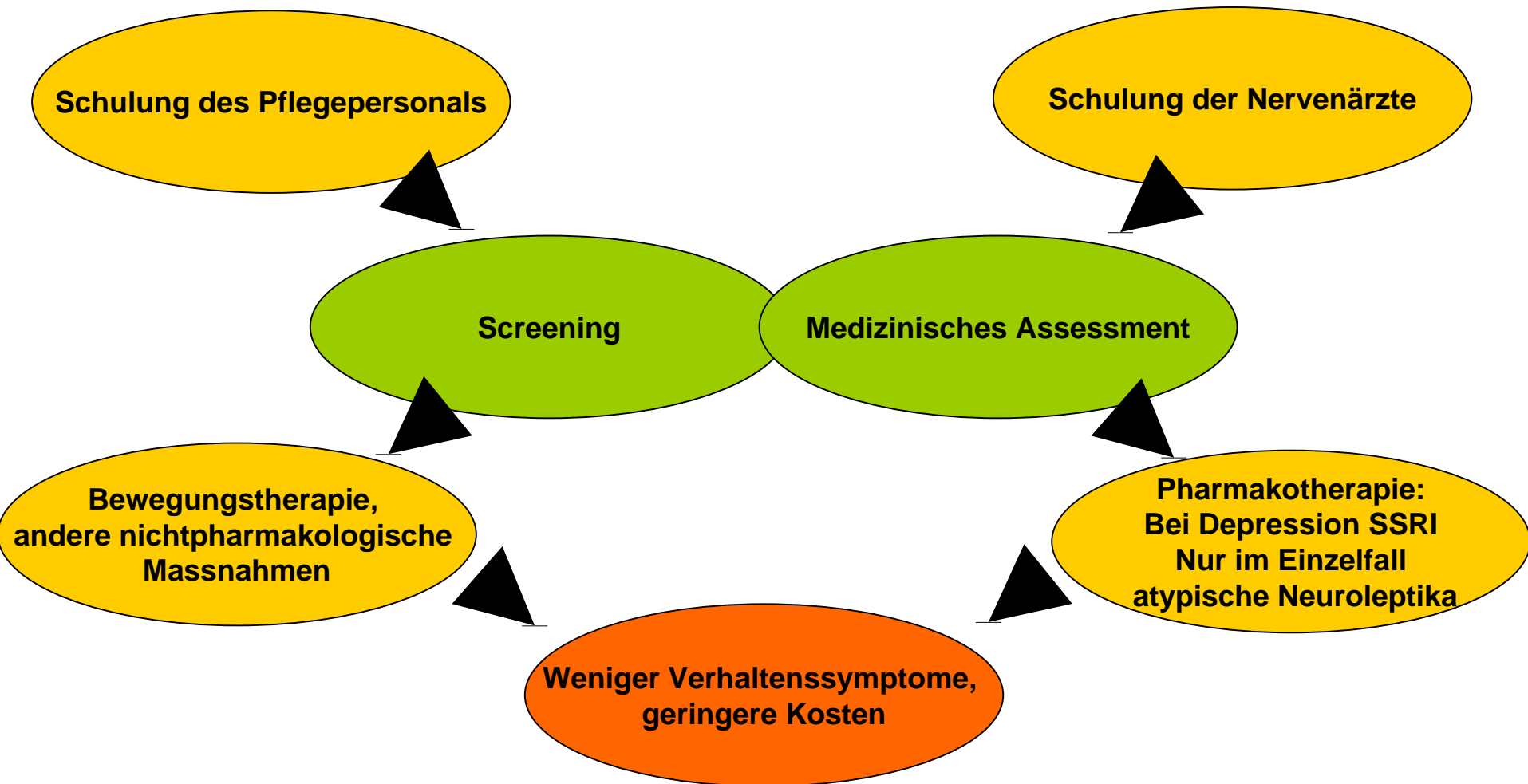
II = kontrollierte Beobachtungsstudien

III = Expertenmeinung oder Fallstudien

IV = Expertenmeinung ohne datenbasierte Evidenz



LEITLINIENIMPLEMENTIERUNG





INTERVENTION

Schulung des Pflegepersonals und der behandelnden *Ärzte* hinsichtlich der Formen und Behandlungsmöglichkeiten von Verhaltenssymptomen

Implementierung eines systematischen *Screenings* durch standardisierte Assessmentbögen

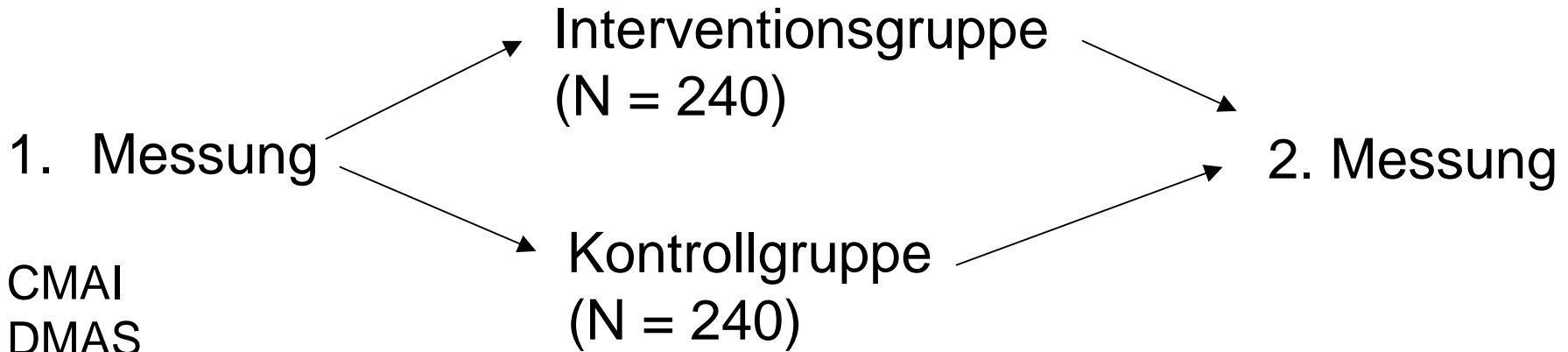
Biographische Anamneseerhebung

Ergotherapiegruppe (zweimal wöchentlich für jeweils 60 Minuten) in Pflegeheimen

Ärztlicher und Pflegerischer *Telefonlaidienst*



STUDIENDESIGN



CMAI
DMAS
AES
NPI
Barthel
Qualidem

Prozessevaluation (alle 3 Monate)
Medikamente
Assessments
Ergotherapie
Biographiearbeit

Fokusgruppen



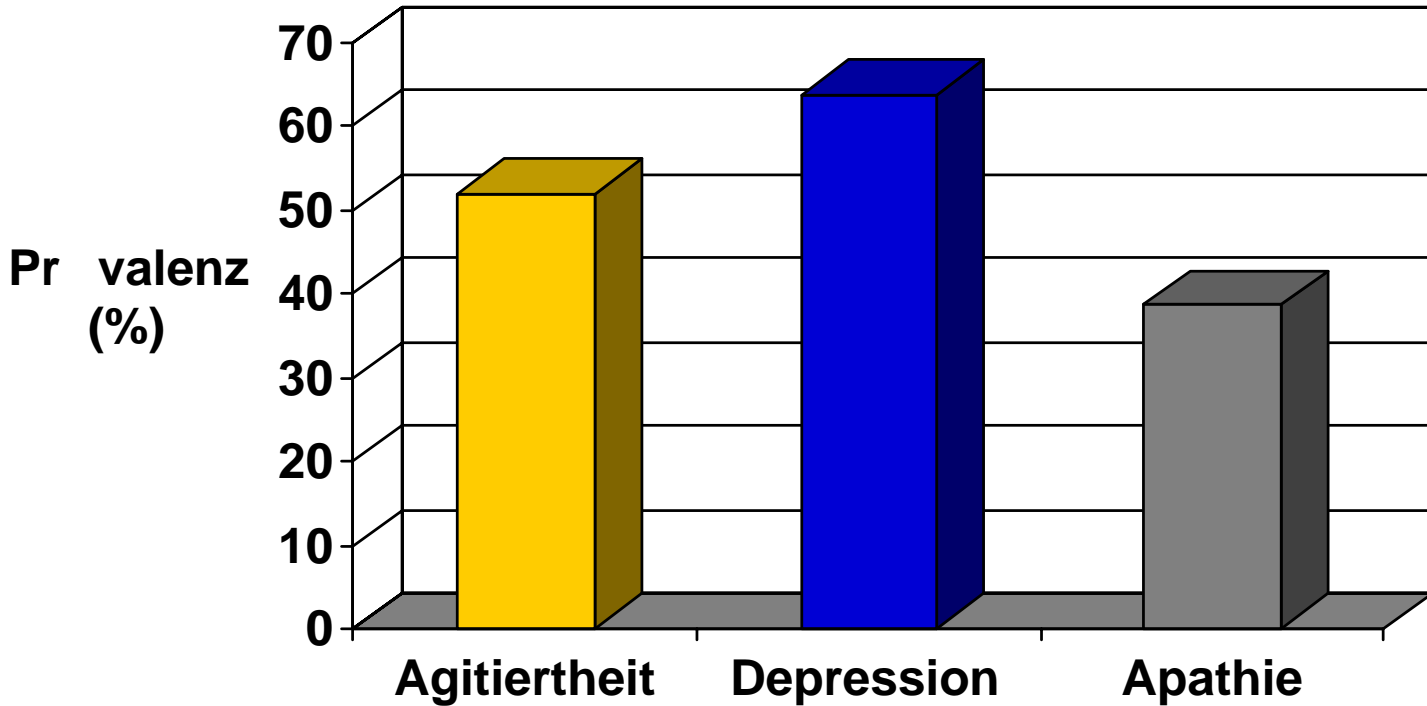


ERSTE ERGEBNISSE

- Einstellung und Problembewusstsein der Pflegenden (Fokusgruppen)
- Prävalenz von Verhaltenssymptomen
- Verhalten der Ärzte hinsichtlich Pharmakotherapie



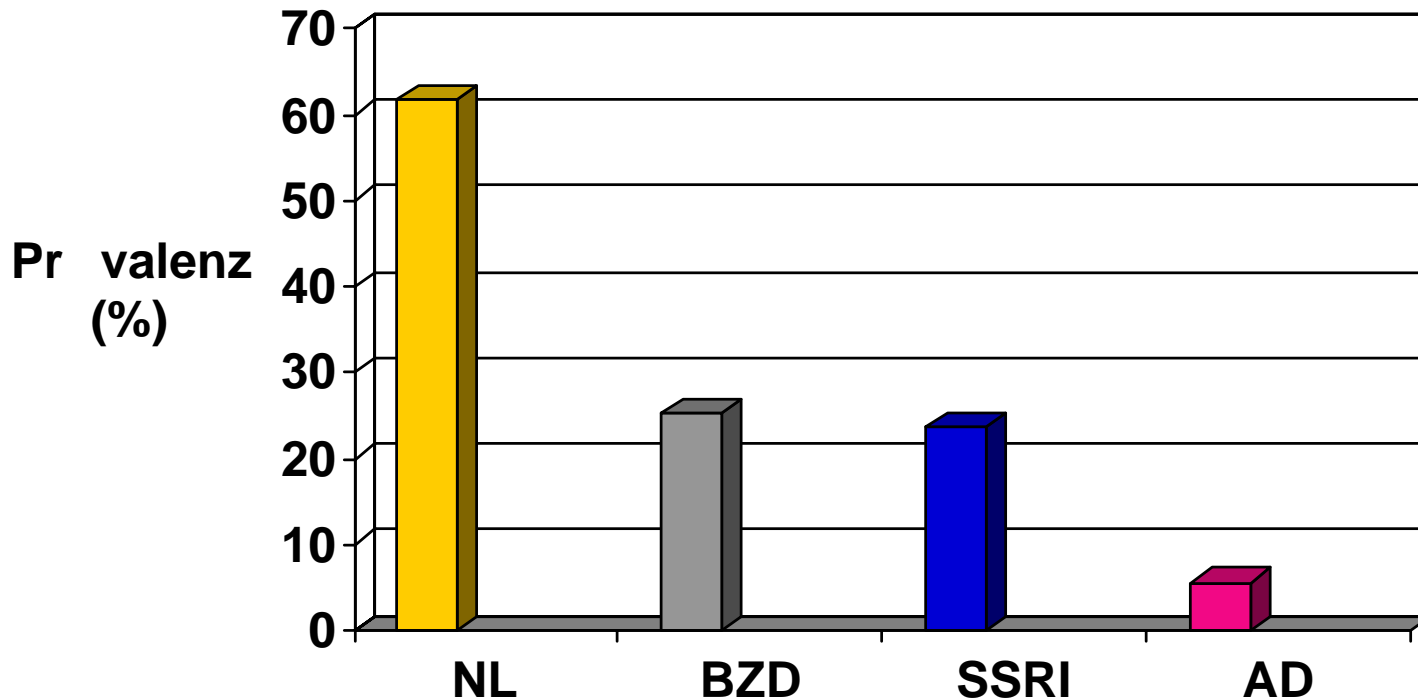
PRÄVALENZ VON VERHALTENSsymPTOMEN



Die Prävalenz von Verhaltenssymptomen wurde anhand vordefinierter Schwellenwerte für jede einzelne Skala bestimmt:
Agitiertheit (CMAI), Depression (DMAS), Apathie (AES) .



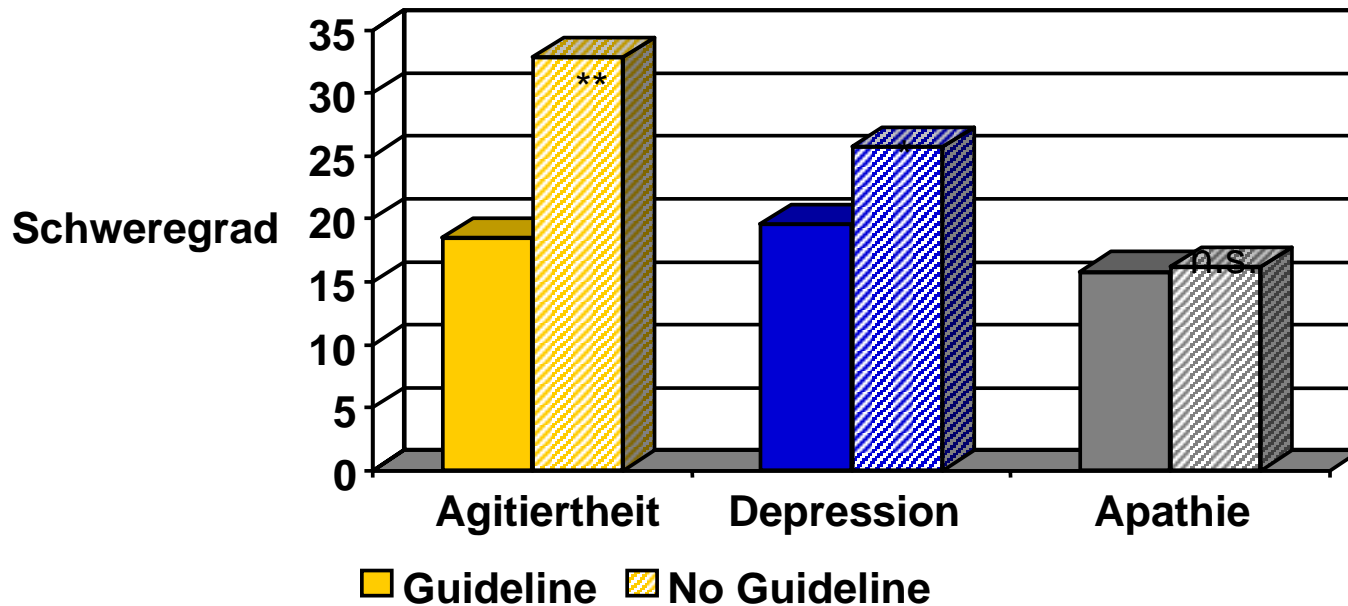
PHARMAKOTHERAPIE VON VERHALTENSsymPTOMEN



Die Gabe von Psychopharmaka bei allen demenzkranken Heimbewohnern zur ersten Messung: **62% Neuroleptika (NL)**, 26% Benzodiazepine (BZD), **23% Antidepressiva (SSRI)**, **5% Antidementiva (AD)**.



EFFEKT DER PHARMAKOTHERAPIE



Der Schweregrad der Agitiertheit und der Depression war bei Bewohnern, die nicht leitliniengerecht medikamentös behandelt wurden, höher als bei Bewohnern mit leitliniengerechter Behandlung ($p < .05$).



SCHLUSSFOLGERUNGEN UND AUSBLICK

Die hohe Prävalenzrate von Verhaltenssymptomen bei demenzkranken Bewohnern stellt ein signifikantes Versorgungsproblem dar. Durch eine leitliniengerechte Behandlung könnte der Schweregrad der Verhaltenssymptome gemildert werden.

Hier sind insbesondere von Bedeutung:

- Assessments zur Verlaufsbeurteilung
- Schulungen der Ärzte hinsichtlich Pharmakotherapie
- Gezielter Einsatz nichtpharmakologischer Interventionen (Biographiearbeit, Ergotherapie)
- Tandemkommunikation (Arzt/Pflege - Telefonliaisondienst)



MITARBEITER

Sandra Bärwald
Anne Decker
Thomas Duch
Hans Gutzmann
Andreas Heinz
Daniela Jerosch
Tomislav Majic
Thomas Mell
Mechthild Niemann-Mirmehdi
Jan-Paul Pluta
Michael Rapp
Anja Stugis
Yvonne Treusch

KOOPERATIONEN

Uni Witten Herdecke
(Sabine Bartholomeyczik,
Daniela Hardenacke)

Institut f. Medizinische
Soziologie der Charité
(Adelheid Kuhlmei, Thomas Fischer,
Johanna Nordheim)

VU Amsterdam
Wilco Achterberg