

2. ÖSTERREICHISCHER INTERDISZIPLINÄRER  
PALLIATIVKONGRESS  
UNIVERSITÄT SALZBURG 6. - 9. 12. 2006

**Die Betreuung dementer Patienten durch den  
Hausarzt**

Dr. Wolfgang Zillig  
Allgemeinmedizin Linz

# Demenzen in Österreich - Epidemiologie

2000 – 90.500 Personen

2050 – 233.800 Personen

Häufigkeit: 65 – 69 a 1,4 %

70 – 74 a 4,1 %

90 – 94 a 32,2 %

Jährliche Neuerkrankungsrate: 2000 – 23.600

2050 – 59.500

2000 : 1 Dementer – 56 Berufstätige

2050: 1 Dementer – 17 Berufstätige

Das Anwachsen der > 75 a wird das medizinische und soziale Betreuungssystem belasten.

# Definition Vergesslichkeit

subjektive Einschränkung, Ereignisse  
und Fakten aus dem Gedächtnis  
abzurufen

Schwierigkeiten Neues zu erlernen

# Verlauf der Vergesslichkeit

Vergesslichkeit

Demenz



Leichte kognitive  
Störung

MCI > Demenz 12%/Jahr

# DSM IV Kriterien für Demenz

## Entwicklung multipler kognitiver Defizite

1. Gedächtnis & Lernstörungen
2. Kombination mit mind. 1 der 4 folgenden:  
Aphasie, Apraxie, Agnosie, exekutive Funktionen ↓
3. 1+2 ⇒ Funktion ↓ sozial und beruflich,  
eindeutige Verschlechterung gegenüber früherem  
Niveau
4. Nachweis außerhalb eines Delirs

# Symptome der Demenz

- **Kognitiv**

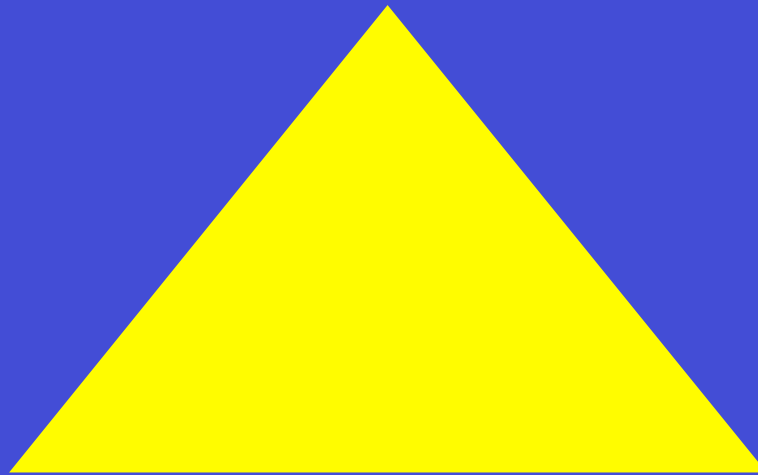
- **6 x A:**

- Agnosie, Amnesie, Aphasie, Apraxie, Assessment, Abstraktion*

- **BPSD ! Behavioral and psychological symptoms in dementia**

# ABC der Demenz

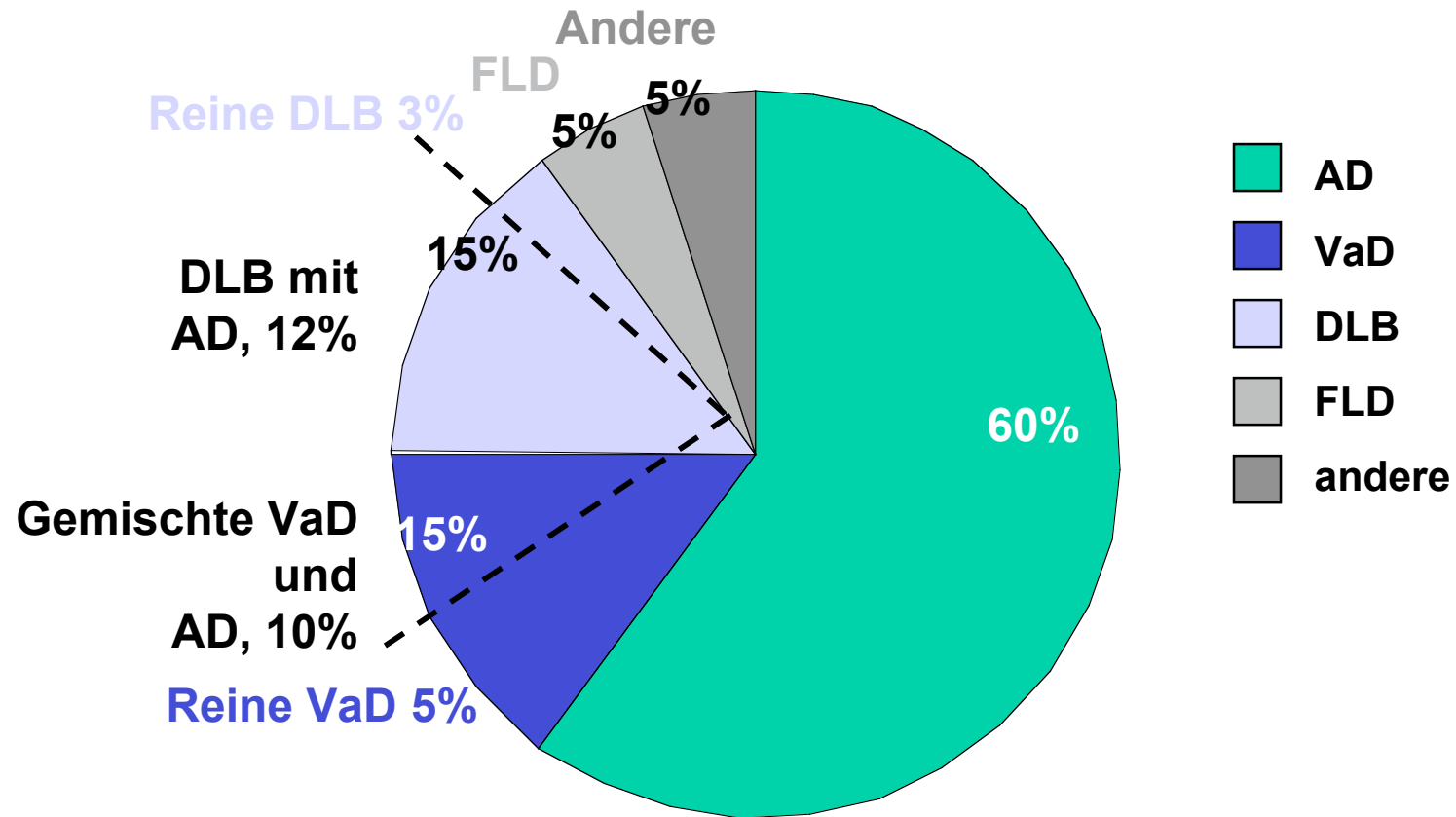
**Aktivitäten des tägl. Lebens**



**BPSD  
(Verhalten)**

**Cognition**

# Hauptformen der Demenz





# Alles Alzheimer ??

## Komplexe Pathogenese

### – Genetische Mutationen:

- Chrom. 1                      - Presenilin 2
- Chrom 14                      - Presenilin 1
- Chromosom 19                - ApoE4
- Chromosom 21                - APP

### – Plaques (Amyloidhypothese)

### – Tangles (Hyperphosphoriliertes Tau-Protein)

### – Immunologische Mechanismen

### – Oxydativer Stress

**Diagnosing** cognitive impairment and dementia in primary health care – a **more active approach is needed**

All the inhabitants aged 64 a and over in Lieto (FIN)  
Participation rate 82 %    n = 1260

Minna Löppönen et al.

Age and Aging 2003; 32: 606 –  
612

## Undocumented dementia according to age:

64 - 74 a	17 %
75 - 84 a	22 %
85 +	28 %

Minna Löppönen et al.

Age and Aging 2003; 32: 606 - 612

## **Cause of death and co-morbidity in demented and non demented geriatric patients**

Johannes Attems, C.König, F.Böhmer, f. Lintner, K.A. Jellinger,

- **An autopsy study of 308 cases.**

**n = 308**

176 Pat. (57,1 %)

135 (76,7 %)

8 ( 4,5 %)

7 ( 4,0 %)

26 (14,8 %)

Demenzformen

Demenz

SDAT

vascul Demenz

Mischform

andere

# Co-Morbiditäten bei Dementen und Nicht-Dementen

%	CVD	PN	COPD	ID	MA
ND	97	48,5	68,9	40,9	3,9
AD	80,7	53,3	61,5	43	14,1
VD	100	62,5	75	37,5	12,5
DLBD	100	70	70	60,0	50,0

ND: nondemented

DLBD: dementia with lewy bodies

ID: infections disease

MA: marantic atrophy

# Todesursachen:

Demenz:	Pneumonie	49,6 %	Ø 84,91 a
	CVD	25,9 %	
	PE	13,3 %	
ND:	CVD	46,2 %	Ø 81,51 a
	Pneumonie	28,0 %	
	PE	10,6 %	

# Aufgaben für den Hausarzt

- Früherkennung
- Medikamentöse Therapie
- Begleitung bes. auch von Angehörigen und Pflegepersonal



# Einige Warnsymptome

- Wiederholt sich, verlegt Gegenstände
- Kann Gespräch nicht folgen, ungenaue Antworten, am Thema kleben bleiben
- Einordnungen am Zeitgitter schwierig
- Schwierigkeiten beim Planen, Organisieren
- Verhaltensänderung, Verwahrlosung

# Abklärung

- Anamnese / Außenanamnese!! / Soziale Situation / Familienanamnese
- Internist., psychischer, Neurostatus
- Labor
- Bildgebung (CT/MRI)
- Kognitive Tests - Screening

# Abklärung - Filterfunktion

- Unmittelbare Beobachtung kognitiver Einschränkungen, Info von Familienmitgliedern
- Eingehen / ‚Abfragen‘ in Richtung der Diagnosekriterien
- Bagatellisierung häufig u. typisch

# LABOR ZUR ERSTABKLÄRUNG BEI DEMENZVERDACHT

- einfaches BB (Ery, Hb, Leuko)
- Serumelektrolyte
- Serumkreatinin
- Gamma-GT und GOT (=ASAT)
- Nüchternblutzucker
- TSH

# Screeningverfahren

- Mini-Mental, das Maß aller Dinge?
  - Vorteile / Nachteile
- Uhrentest / 3-Wörter Uhrentest
- TFDD – Test zur Früherkennung von Demenz mit Depressionsabgrenzung
- Mac-Q

# Therapeutische Strategien

- Kognitive Defizite
- BPSD
- ‘Begleiterkrankungen’
- Umfeld

# Antidementiva

Acetylcholinesterasehemmer

Memantine

# Behandlung der Verhaltensstörungen!

- Nichtmedikamentöse Strategien
  - Information, Schulung im Umgang, Validation, strukturierte Abläufe, bauliche Maßnahmen, etc
- Medikation



# BPSD

## Medikamentöse Möglichkeiten

- Antipsychotika
  - Bei schweren Verhaltensstörungen, wo andere Maßnahmen fehlschlagen
  - Mittel der ersten Wahl Risperdal 1mg +/- 0,5
- Antidepressiva
- Antiepileptika
- Benzodiazepine / niederpotente NL

# Therapie der Begleiterkrankungen

- Neurologisch: Schlaganfall, Parkinson.....
- Internistisch: Diabetes, cardiovask. Erkrng.....
- Intercurr. Infekte: Inkontinenz, Aspiration, Dekubitus
- Mangelernährung

# Allgemeines Behandlungskonzept

stadienangepasstes  
**kognitives Training**  
(Förderung erhaltener  
Fähigkeiten, keine  
Überforderung!)

**körperliches Training,**  
Bewegung, Aktivierung

**emotionale Zuwendung,**  
Humor, Lob, Geduld,  
Respekt, Verständnis

unsinnige **Ortswechsel**  
**meiden**  
(Krankenhaustourismus)

**keine Vorwürfe** bzw.  
Kritik, aber klare  
Anweisungen

gleich bleibender  
Rhythmus des  
Alltagslebens,  
Routinen, ...)

# Angehörige

- **80 % von Pflegeleistungen werden von Familienmitgliedern erbracht**
- **Pflege zu Hause ist mit großen physischen, psychischen, sozialen und materiellen Belastungen verbunden.**
- **Angehörige stoßen oft trotz mobiler Hilfe an ihre Grenzen**

# Hausarzt-Angehörige

- Regelmäßige Kontakte, ev. Hausbesuche
  - Einfache übersichtliche Medikation
  - Möglichkeiten der Medikationsänderung
  - Kontakt zu Pflegediensten
  - Überlastung
- Urlaub, Gerontopsychiatrie, Palliativstation

# Professionelles Pflegepersonal

- **Einsatzdauer**
  - AFB 60 min, HKP 30 min
  - 1x/wo bis 3x/Tag
  - Auch SamSon
  - Für AFB 3 Klienten / vm realistisch
- **Hoher Frauenanteil**
- **Hoher Teilzeitanteil**

# Mobile Dienste in OÖ

## Erhebung 2003

- **1096 Mitarbeiter**
    - 302 HKP + 794 AFB
    - **Heimhelfer noch nicht inkludiert**
  - **Von HKP besucht: 7437**
    - 5068 älter als 75a
  - **Von AFB besucht: 9415**
    - 7426 älter als 75a
- **SPRACHBARRIERE , Ausländischer‘ Anbieter**

# Probleme

- **KlientIn lehnt Betreuung ab**
- **Angehörige ‚kommen alleine zurecht‘**
- **Was ist mit den restlichen 23 Stunden?**
- **Angebot ist unübersichtlich**
- **Konkurrenz zwischen Anbietern**
- **Anbieter wenig koordiniert**



# Alten- und Pflegeheime in OÖ

➤ **Anzahl 123**

➤ **BewohnerInnen (2003) – 11.798**

# Hausarzt-Pflegepersonal

- **Medikationskontrolle**
- **Flüssigkeitszufuhr sc**
- **Hautpflege**
- **PEG Sonde !????**
- **Mediation**

# Ursachen für Aggressionen und Gewalt beim Pflegepersonal

- Notbetrieb die tagtägliche Arbeitssituation
- Grenzen der Belastbarkeit
- Gefühl der Unzulänglichkeit
- Frustrationen

## **Frustration durch die Pflegebeziehung**

- Anstelle von Dankbarkeit mit oft nicht erfüllbaren **Ansprüchen und Nörgeleien** konfrontiert
- Gegeneinander-Ausspielen von **Mitarbeitern**
- Konflikte mit **Angehörigen**
- geringe **Anerkennung** des Berufs seitens der Vorgesetzten; wenig Unterstützung;
- **Personalmangel** und -fluktuation

- Ein autoritärer **Führungsstil** schafft ein Klima von Gewaltbereitschaft: Gehorsam in der Aufgabenerfüllung wird mehr geschätzt als ethisch und moralisch begründbares Handeln in Eigenverantwortung
- **Haftungsängste**
- **Karitative Berufsethik**: entlastende Abgrenzung und Nein sagen sind erschwert
- **TRIFFT ALLE GESUNHEITSBERUFE**

# Komponenten der Gesamtkosten

- Hohe direkte Kosten der institut. Langzeitpflege
- Unbezahlte Leistung der pflegenden Angehörigen

Medizin. Kosten für Diagnose und Behandlung machen derzeit einen nahezu vernachlässigenden Anteil der Gesamtkosten aus (2 – 3 %)

# Kosten der Demenz

Bei MMSE < 20 signifikante Zunahme der Pflegeheim-  
einweisungen

Bei MMSE < 10 leben 1/3 der Patienten/Innen zu Hause

Bei mittelschwerer – schwerer Demenz werden 2/3 bis 3/4  
der direkten Kosten auf die Unterbringung in Pflegeheimen  
aufgewendet.

Bereits bei Abnahme um einen Punkt im MMSE erhöhen  
sich

die jährlichen Kosten um 1500 – 2500 €/Patient.

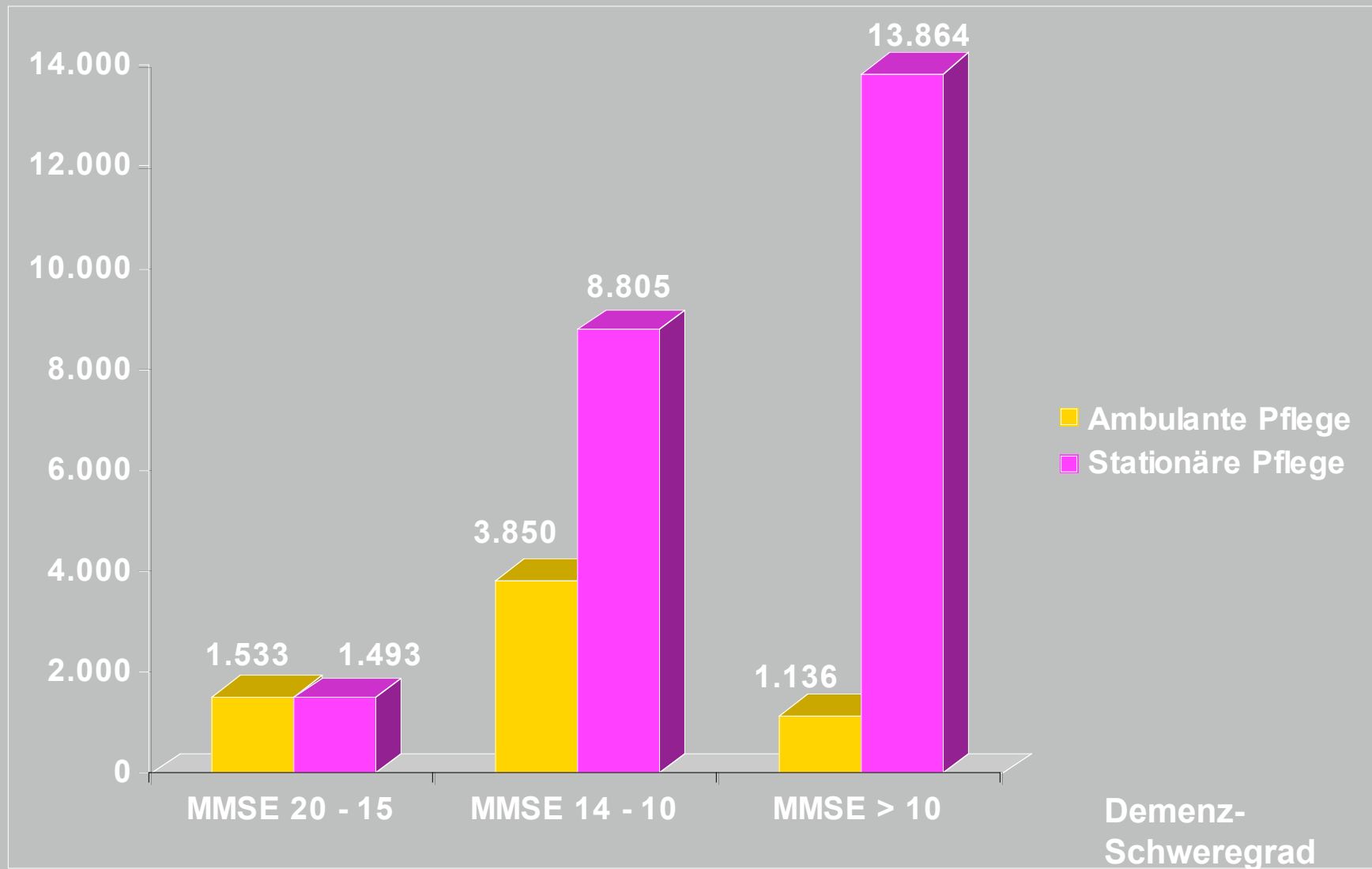
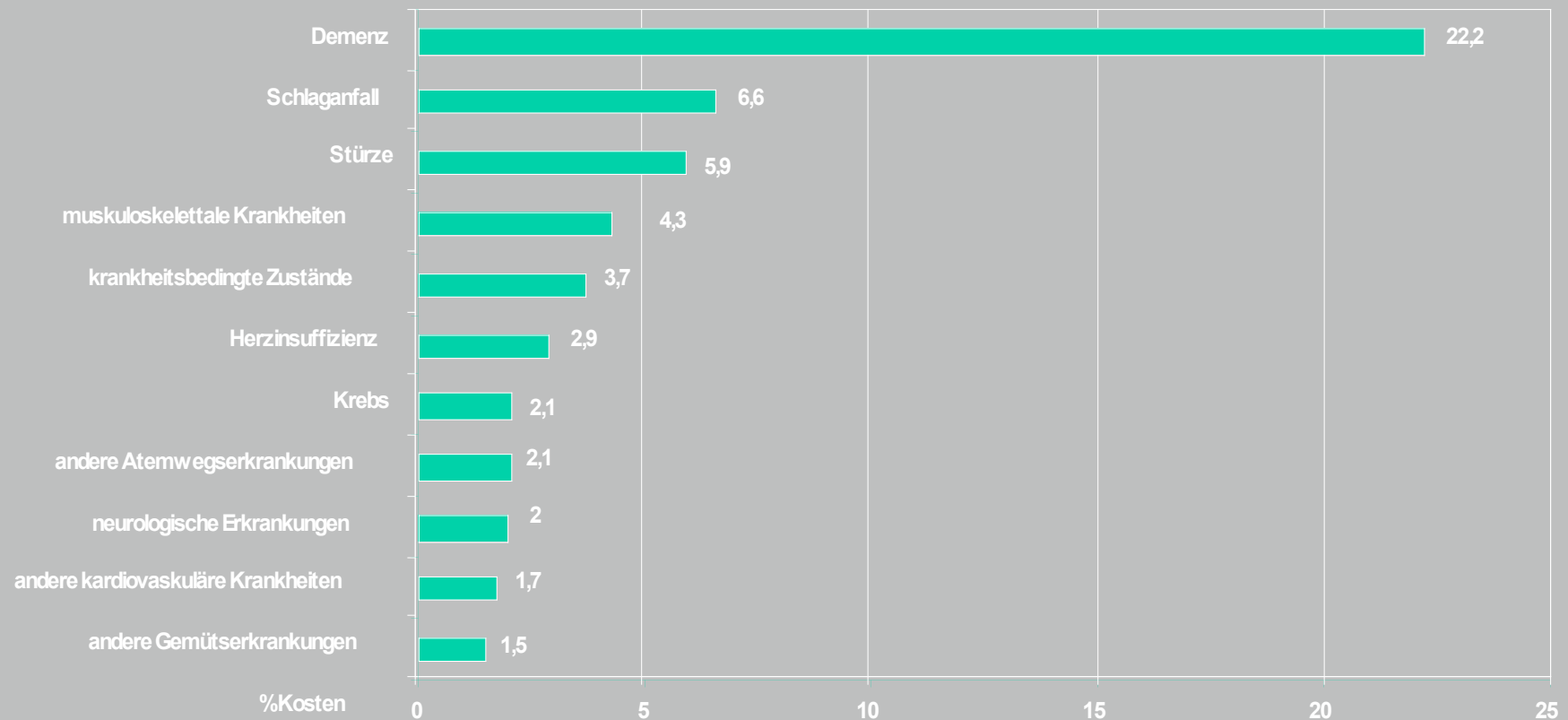


Abb. Kosten für Pflegeaufwendung pro Patient – mit charakteristisch für die mittelschweren und schweren Demenzstadien steigenden stationären Pflegekosten



# Demenz bei den Kosten auf Platz 1 (NL, 2001)

Gesamtgesundheitskosten (%): Altersgruppe > 85 Jahre





**ögam**

Österreichische Gesellschaft für  
Allgemein- und Familienmedizin – Mitglied der WONCA

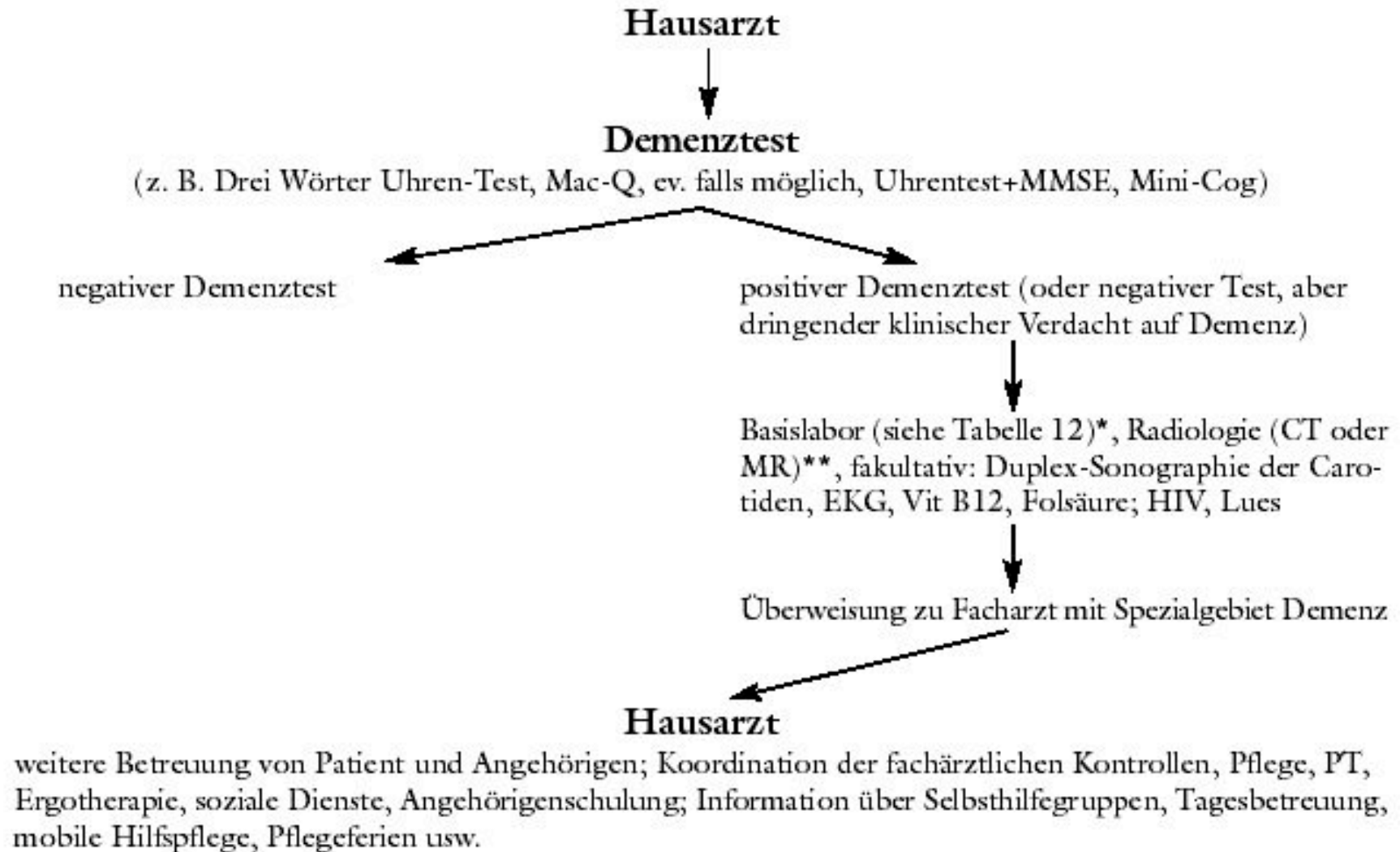


Verein zur Gesundheitsförderung und Gesundheitsvorsorge

# DEMENZ-FRÜHERKENNUNG IN DER ALLGEMEINMEDIZINISCHEN PRAXIS

*ÖGAM KONSENSUS*

# FLUSSDIAGRAMM ZUM VORGEHEN DES HAUSARZTES BEI KLINISCHEM VERDACHT AUF DEMENTIELLE ERKRANKUNG



\* Befunde können bis ca. 6 Monate alt sein

\*\* Befunde können bis ca. 1 Jahr alt sein

# ZUSAMMENFASSUNG

- Allgemeinmediziner sollten die kognitiven Funktionen untersuchen, wann immer sie auf **Verdachtsmomente** einer kognitiven oder funktionellen Beeinträchtigung stoßen
- Für die Filteruntersuchung in der Allgemeinpraxis stehen mehrere effiziente, schnelle und **einfach** durchführbare **Verfahren** zur Verfügung
- Die Demenz wird zu selten und zu spät diagnostiziert und noch seltener behandelt. Je **früher** die **Diagnose** gestellt wird, um so effizienter kann eine umfassende Behandlung beginnen.
- Bei rechtzeitigem Erkennen lässt sich mit modernen Medikamenten eine **Verzögerung** der klinischen **Progression**
- Die **Betreuung** älterer Demenzpatienten sollte **im Verbund** Allgemeinmediziner-spezialisierter Facharzt-ambulante/stationäre Einrichtungen erfolgen
- Sinnvoll wäre das Etablieren von **interdisziplinären Netzwerken**

Danke für ihre Aufmerksamkeit