Perspektiven der Demenzversorgung

Netze knüpfen – für ein Leben mit Demenz

10.5..2006, Duisburg

Dr. Eckart Schnabel

Struktur

- Demografie und Herausforderung Demenz
- Epidemiologie
- Modelle und Therapieansätze, Architektur
- Ambulante / Stationäre Versorgung
- Perspektiven

Determinanten der demographischen Entwicklung

Fertilität
- durchschnittliche Kinderzahl
- Altersstruktur der Mütter

Mortalität
- Lebenserwartung
- altersspezifische Sterbewahrscheinlichkeiten

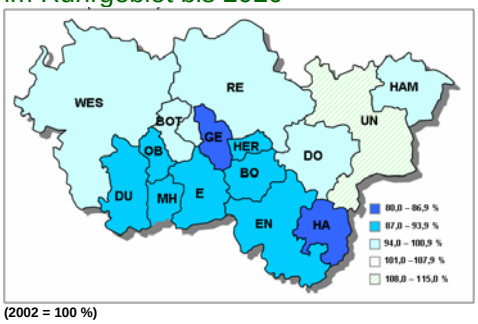
Zu- und Fortzüge
- Wanderungsvolumen
- Altersstruktur der zu- und fortgezogenen Menschen
- Verweildauer

Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung

Demographische Alterung

Verjüngung der Bevölkerung

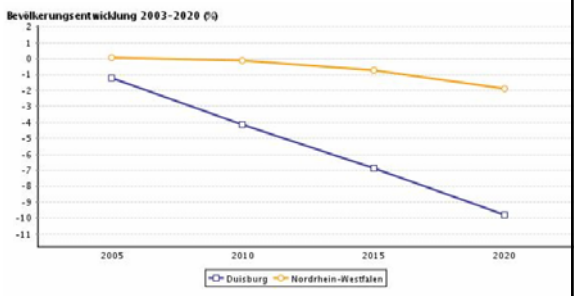
Regionalisierte Bevölkerungsentwicklung im Ruhrgebiet bis 2020



(2002 = 100 %)

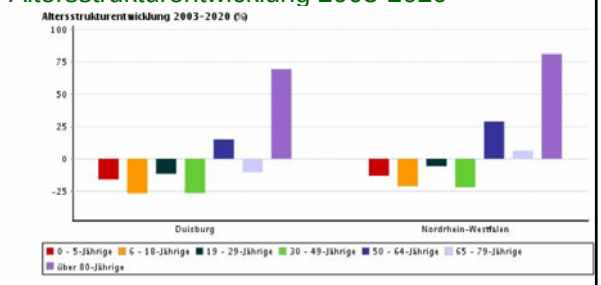
Quelle: Franke/Wilde 2005

Bevölkerungsentwicklung in Duisburg 2005-2020



nstitut für Entwicklungsplanung und Strukturforschung GmbH (ies), eigene Berechnungen.

Altersstrukturentwicklung 2003-2020



Quelle: Institut für Entwicklungsplanung und Strukturforschung GmbH (ies), eigene Berechnungen.

Herausforderung Demenz

- 2000: 18 Mio. Demenzkranke, 2025: 34 Mio.
- 2/3 davon in Entwicklungsländern
- 4 Millionen Demenzkranke >65 in Europa
- Jährlich 600.000 neue Fälle

- In Deutschland ca.1 Mio. Demenzkranke
- 2/3 zu Hause, 1/3 in stationären Pflegeeinrichtungen

Der Verlauf der Demenz

Charakteristisch: schleichender Beginn, fließende Übergänge

Frühes Stadium

- Leichte Vergesslichkeit
- Schwierigkeiten bei der Zurechtfindung in fremder Umgebung
- Fassaden werden aus Unsicherheit aufgebaut
- Nachlassendes Interesse an gewohnten Tätigkeiten, Hobbys und sozialen Kontakten aus Angst, etwas falsch zu machen.
- Im Großen und Ganzen ist der Alltag aber noch zu bewältigen

Mittleres Stadium

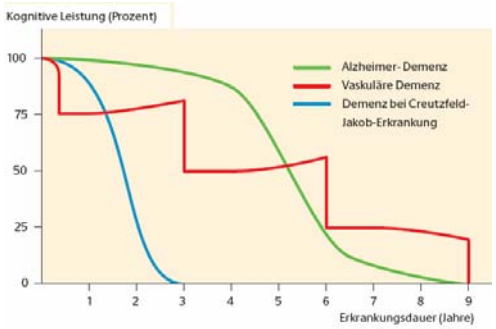
- Hilfebedarf wird stärker, Orientierungssinn nimmt immer mehr ab, z. B. auch in der eigenen Wohnung
- Zeitlicher Orientierungssinn nimmt ab
- Sprachzerfall beginnt
- Schwierigkeiten bei der eigenen Biographie
- Komplexe Situationen können schwer bewältigt werden
- Leben im eigenen Haushalt ist allein kaum möglich.

Fortgeschrittenes Stadium

- Kognitive Leistungsfähigkeit fast verloren
- Fast keine sprachliche Kommunikationsfähigkeit mehr
- eigene Lebensführung ist nicht mehr möglich
- Körperliche Symptome wie Inkontinenz etc. nehmen stark zu

- Irrervisibilität
- Verlauf: 4-8 Jahre bei der Alzheimer-Demenz

Unterschiedliche Verläufe

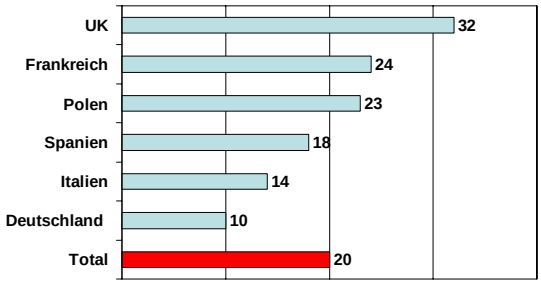


BmBF (2004) Der Kampf gegen das Vergessen, 25

Psychiatrische Begleitsymptome

Begleitsymptome	Häufigkeit	Einfluss auf Progression der kognitiven Symptomatik	Krankheitsstadium
Depressive Symptome	40%	Nein	Präklinisch und Frühstadium
Wahn	30%	Raschere Progression	Spätere Stadien
Halluzinationen	15-20%	Raschere Progression	Spätere Stadien
Fehlidentifikationen	25%	Nein	Spätere Stadien
Angst	60%	Wenig	Alle Stadien
Antriebsstörungen und Aggressivität	50-60%	Raschere Progression	Beginnende bis späte Stadien

Zeit zwischen Wahrnehmung erster Symptome und Diagnose in Monaten



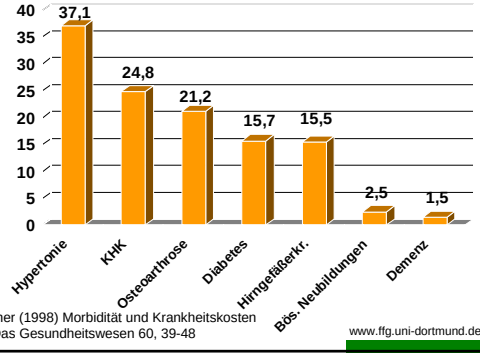
Quelle: Bond, Facing Dementia Survey 2004

Demenz und SGB XI

- Hauptursache für den Einzug in ein Pflegeheim
- Hauptsächliche pflegebegründende Diagnose bei der MDK-Begutachtung
- Kritik am verrichtungsbezogenen Pflegebegriff des SGB XI, der die v.a. körperbezogenen Alltagsverrichtungen in den Vordergrund stellt

Epidemiologie

Häufigkeiten ausgewählter Krankheiten von über 59-jährigen Patienten bei Praktikern/Internisten in %



Quelle: Güther (1998) Morbidität und Krankheitskosten von Alten. Das Gesundheitswesen 60, 39-48

Prävalenz (Bickel 1999)

Altersgruppe	Mittlere Prävalenzrate (in %)	Schätzung der Erkrankungen in Deutschland
65-69	1,2	50.000
70-74	2,8	94.000
75-79	6,0	136.000
80-84	13,3	225.000
85-89	23,9	253.000
90 und älter	34,6	142.000
65 und älter	**7,2**	**900.000**

Inzidenz (Bickel 1999)

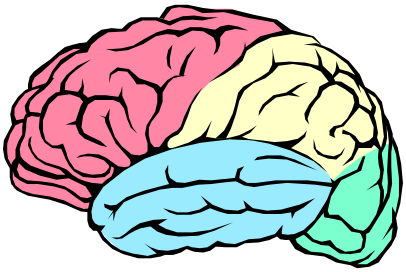
Altersgruppe	Mittlere Inzidenzrate (in %)	Schätzung der jährlichen Neuerkrankungen in Deutschland
65-69	0,33	13.000
70-74	0,84	28.000
75-79	1,82	39.000
80-84	3,36	49.000
85-89	5,33	43.000
90 und älter	8,0	20.000
65 und älter	**1,61**	**192.000**

Und in Duisburg?

- 500.000 Einwohner
- Über 60: 22%
- Ca. 8 Tsd. Demenzkranke
- Jährlich 1500 Neuerkrankungen

Demenz – Unterschiedliche Modelle

Medizinisches Modell



Medizinisches Modell

- Demenz = Gehirnleistungsstörung
- Es gibt nur pharmakolgische Behandlung
- Ärzte sind die Experten
- Pflegende brauchen Unterstützung

Soziales Modell

WETTER
JAHRESZEIT
KULTUR

PERSONAL
ANGEHÖRIGE
NACHBARN
FREUNDE
ATMOSPHÄRE

WOHNEN GEBÄUDE
EINKOMMEN
PAUSEN
LÄRM
TEMPERATUR
LICHT
AKTIVITÄTEN
GARTEN
MÖBEL

PERSÖNLICHKEIT
SENSORISCHE BEEINTRÄCHTIGUNG
KRANKHEIT :PHYSISCH / PSYCHSICH
MEDIKATION
STRESS
GESCHICHTE
ESSEN
SCHMERZ
SCHLAF
SPIRITUELLE RESSOURCEN

UNTERSTÜTZUNG
PFLEGENDER ANGEHÖRIGER
SCHULUNG
UND TRAINING

MANAGEMENT
UND QUALIFIZIERUNG TRAINING

Quelle: Marshall, Dementia Development Centre, Stirling

Bürger-Modell (Marshall)

- Menschen mit Demenz können einen Beitrag zur Geseselschaft leisten
- Menschen mit Demenz haben Rechte und Verantwortlichkeiten
- Menschen mit Demenz sind die Experten

Therapieansätze

Optimismus vs. Therapeutischer Nihilismus

„Es stellt heute einen großen Therapieerfolg dar, wenn die Krankheit in ihrer Progredienz verlangsamt wird.“

Ziele von Demenz-Therapien

- Förderung der verbliebenen Fähigkeiten und Möglichkeiten
- Verbesserung der Lebensqualität
- Stärkung von Selbstbestimmung und Autonomie im Sinne eines Kompetenzerhalts
- Soziale Integration
- Förderung ohne Überforderung
- Stabilisierung von kognitiven Leistungen

Bestandteile des Therapiekonzepts

- Pharmakotherapie
- non-pharmakologische Therapien
- Einbeziehung von Angehörigen/Betreuern und psychosoziale Hilfen
- Körperliche Aktivierung/Förderung, Bewegungstherapie

Pharmakotherapie

- Antidementiva – Ziel: positive Auswirkung auf Gedächtnisleistungen und Lern-, Auffassungs- und Konzentrationsfähigkeit
- Fortschreiten der Krankheitssymptome kann nur vorübergehend verzögert werden

Nonpharmakologische Verfahren

- Subsumierung von Maßnahmen, die
  - Die Gefühlslage positiv beeinflussen und stabilsieren
  - Verlorene Fähigkeiten ausgleichen
  - Das Selbstwertgefühl stärken
  - Somatische Störungen rechtzeitig wahrzunehmen und behandeln helfen
  - Stress reduzieren
  - Oberstes Ziel: „Normales“, selbständiges Leben
  - Einbindung in Alltagsaktivitäten

  - Systematisierung? Kriterien?

Demenz und Architektur

Prinzipien

- Kompensation von Orientierungseinschränkungen
- Transparenz
- Strukturierung der Umgebung
- Einfache und einheitliche Zeichen
- Wohlbefinden, Lebensqualität

Beispiele

Wirksamkeit von Therapiekonzepten

Empfehlung BDA / DGPPN

- Gedächtnistraining
- ROT
- Wahrnehmungstraining
- Psychosoziales Training
- Selbständigkeit und Selbsthilfetraining
- Bewegungstherapie
- Kognitive Psychotherapie
- VT
- ROT
- Erinnerungstherapie
- Kreative Therapieformen
- Validation
- Milieutherapie
- Basale Stimulation
- Angehörigentraining

Beispiel: SET (Romero und Eder)

- Ziel: Erhaltung der Identität
- Anknüpfung an vorhandenen Kompetenzen
- Nicht Selbstkorrektur, sondern Selbsterhalt
- Bestätigende Kommunikationsformen
- Individuelle Beschäftigungsprogramme
- Erinnerungsarbeit (externes Gedächtnis), biografisches Gedächtnis

Wirksamkeit

- Bislang keine systematische Erforschung
- Viele positive Erfahrungen
- Wissenschaftliche Untersuchung wird empfohlen (Sachverständige 4. Altenbericht)

Veränderung ⟷ Akzeptanz

VT	SET	Validation
Gedächtnis-training	Kreative Therapieformen	
ROT	Biografische Ansätze	
	Milieutherapie	

Der ambulante Bereich

Die Situation pflegender Angehöriger

Der demographische Wandel bewirkt, dass nicht mehr alle Pflegebedürftigen „zu Hause“ versorgt werden können:

- Immer mehr (pflegebedürftige) Ältere und weniger Jüngere
- Mehrgenerationenhaushalte lösen sich auf
- Singlehaushalte
- Steigende Frauenerwerbstätigkeit

Einige Zahlen

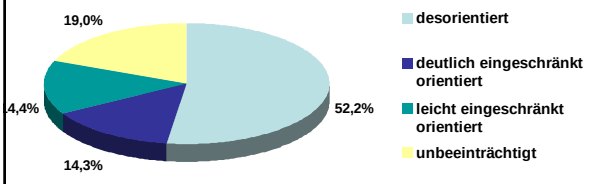
- Etwa 70- 80 % werden zu Hause versorgt
- In 70% der Fälle wird die Versorgung von nur einer Person geleistet
- Die Pflegenden sind zu 75% über 50 Jahre alt und 10% von ihnen über 75 Jahre alt.

Psychische und physische Belastungen

- körperlich
- psychisch
- sozial
- zeitlich
- strukturell
- familiär

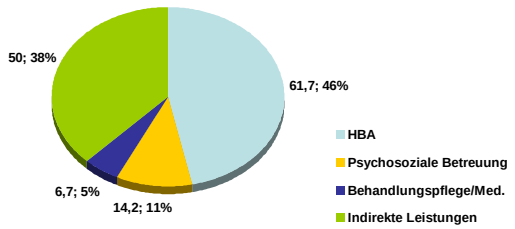
Stationäre Versorgung Demenzkranker

Kognitive Einschränkungen: Grad der Orientierung (n=731)



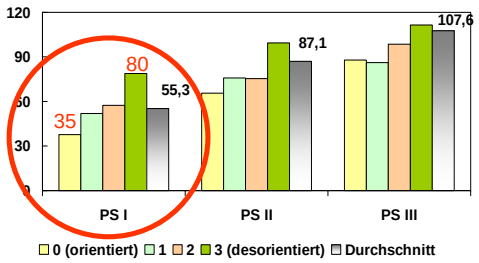
Wingenfeld / Schnabel (2002

Leistungsprofil in der stationären Pflege (in Minuten pro Bewohner und Tag)



Wingenfeld / Schnabel (2002)

Mittlerer Zeitaufwand (in Minuten je Bewohner und Tag) nach Pflegestufen und Grad der Orientierungseinschränkung

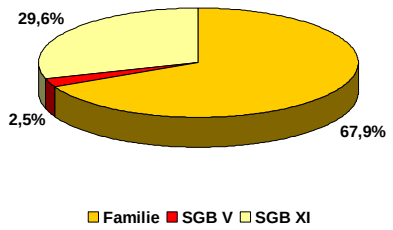


Wingenfeld / Schnabel (2002

Kosten

- 10% der Krankheitskosten entfallen auf psychische Erkrankungen – 22,4 Mrd.€
- Davon Demenz: 5,6 Mrd. €
- Demenz gehört zu den teuersten Krankheitsgruppen im höheren Alter
- P.a. ca. 44.000 € direkte und indirekte Kosten

Demenz und Kosten



Hallauer et al. 2000

Perspektiven

- Betreutes Wohnen
- Wohngruppen
- Cantous
- Special Care Units
- Hausgemeinschaften

- Integration oder Segregation?e
- Netze auf lokaler Ebene
- Aufgabe für die Gesellschaft

Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund

Danke für Ihre Aufmerksamkeit.

Dr. Eckart Schnabel

schnabel@pop.uni-dortmund.de

www.ffg.uni-dortmund.de