



Bundesministerium
für Gesundheit

Leuchtturmprojekt Demenz

www.bundesgesundheitsministerium.de

Leuchtturmprojekt Demenz

Juni 2011

Grußwort von Bundesminister Daniel Bahr



Demenz ist die häufigste und folgenreichste psychiatrische Erkrankung im Alter. Die Zahl der hochaltrigen Menschen wird in den nächsten zehn Jahren deutlich ansteigen. Damit wird die Zahl der demenziell Erkrankten – wenn nichts durchgreifendes geschieht – zunehmen.

Es gibt bis heute Defizite bei der Ursachenerforschung von Demenz sowie bei der frühzeitigen Diagnose. Es gibt bisher kaum Kenntnisse, wie die Krankheit verhindert werden kann und keine Heilungsmöglichkeiten. Durch gezielte Maßnahmen kann das Fortschreiten der Krankheit nur in einem begrenzten Umfang aufgehalten und die Situation der Betroffenen verbessert werden. Das heißt, wir müssen uns auch und verstärkt mit der Frage auseinandersetzen, wie demenziell erkrankte Menschen angemessen und bedürfnisgerecht versorgt werden können. Denn trotz des ökonomischen Drucks sollen Menschen mit Demenzerkrankungen ein menschenwürdiges Leben führen können und die bestmögliche medizinische und pflegerische Versorgung erhalten.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat dem Rechnung getragen und das für das Ministerium bis dahin aufwändigste Forschungsprojekt, das Leuchtturmprojekt Demenz, durchgeführt. Es wurde im Rahmen der Ressortforschung durchgeführt. Zur Förderung gelangten 29 Projekte, für die 13 Millionen Euro zur Verfügung standen. Zum Abschluss des Vorhabens wurde am 21. September 2010, dem Weltalzheimertag, eine Fachtagung in Berlin durchgeführt.

Diese Broschüre gibt einen Überblick über diese Abschlusstagung und alle Ergebnisse der Forschungs- und Modellvorhaben, die mit unterschiedlichsten Ansätzen der Frage nachgegangen sind, wie die Versorgung demenziell erkrankter Menschen verbessert werden kann.

Ich möchte allen Beteiligten danken, die durch ihr Engagement und ihren Einsatz zum Gelingen des Projektes beigetragen haben. Besonders gilt mein Dank den kranken Menschen und ihren Familien für ihre Bereitschaft, sich an den Studien zu beteiligen.

Angesichts der Bedeutung der demenziellen Erkrankungen und der aufgrund der demographischen Entwicklung zu erwartenden Neuerkrankungen beabsichtigt das Bundesministerium für Gesundheit auch zukünftig im Rahmen seiner Forschungsaktivitäten auf diesem Felde tätig zu werden. Derzeit laufen die Vorbereitungsarbeiten für eine Zukunftswerkstatt Demenz des Bundesministeriums für Gesundheit. Diese wird darauf ausgerichtet sein, bisher gewonnene Erkenntnisse wo notwendig zu ergänzen und Möglichkeiten zu erarbeiten, wie gute Projekte in eine breite Anwendung überführt werden können.

Ich wünsche Ihnen eine anregende und interessante Lektüre.

Ihr

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'D. Bahr'.

Daniel Bahr
Bundesminister für Gesundheit

Grüßwort der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz



Mit dem Leuchtturmprojekt Demenz und den in diesem Programm geförderten Projekten hat das Bundesgesundheitsministerium gezeigt, wie wichtig das Thema Demenz ist – sowohl auf Grund der hohen und weiter zunehmenden Zahl von Betroffenen als auch wegen der tiefgreifenden Veränderungen für die ganze Familie, die mit dem Schicksal Demenz verbunden sind.

Ziel des Programms sollte eine Verbesserung der Versorgung von Demenzkranken sein. Mit den ausgewählten Schwerpunkten wurden Bereiche in der Demenzversorgung definiert, die für die Erreichung dieses Ziels besonders wichtig sind: die nicht-medikamentösen Therapien, die Evaluation und Sicherstellung von Maßnahmen im ambulanten und stationären Bereich, die Fort- und Weiterbildung von Pflegenden sowie Hilfestellungen für Angehörige. Denn in Zeiten knapper werdender Kassen brauchen wir gesicherte Erkenntnisse über das, was den Betroffenen besonders gut weiter hilft. Dass die Versorgung in vielen Bereichen –

Diagnostik, Therapie, Pflege, Unterstützung der Angehörigen, Situation im Akut-Krankenhaus, Förderung des Rehabilitationspotentials usw. – zu verbessern ist, wird von Niemandem mehr ernsthaft bestritten.

Das gesamte Vorhaben „Leuchtturmprojekt Demenz“ wurde von der Ausschreibung mit ihren Schwerpunkten bis hin zur Auswahl der Projekte und der Vorstellung der Ergebnisse eng von Fachleuten unterschiedlicher Professionen sowie Vertreterinnen und Vertretern der Betroffenen begleitet. Diese enge Einbeziehung ist sehr zu begrüßen, auch wenn der Zeitrahmen für das gesamte Vorhaben knapp bemessen war. Nun wird es darauf ankommen, die Ergebnisse aus den Einzelprojekten in die Versorgung zu tragen: Zu sehen, wie man erfolgreiche Konzepte möglichst schnell verbreiten und in die Versorgung übernehmen kann, wo Strukturen verändert oder besser genutzt werden müssen, zum Beispiel im Bereich der Integrierten Versorgung, und nicht zuletzt wo weitere Forschungsbemühungen notwendig sind, um Evidenz und Erkenntnisse zur Umsetzung von positiven Ansätzen zu gewinnen.

Mit dem Leuchtturmprojekt Demenz hat das Bundesgesundheitsministerium das Thema Demenz für einige Jahre in den Fokus gerückt. Aus Sicht der betroffenen Menschen und ihrer Familien darf dies nicht alles gewesen sein. Das Thema Demenz wird uns noch viele Jahre beschäftigen. Angesichts der zunehmenden Zahl auch von allein lebenden Menschen stehen die Familien, die Ehrenamtlichen und Professionellen, aber auch die gesamte Gesellschaft, in der Begleitung, Behandlung und Pflege von Demenzpatienten vor großen Herausforderungen. Weitere Anstrengungen sind nötig.

Sabine Jansen
Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	8
1. Nicht-medikamentöse Maßnahmen: Wirksamkeit, Nutzen, Stellenwert	12
Einführung in die Thematik.....	13
Vorstellung der Projekte	16
KORDIAL	18
MAKS-aktiv	20
SKEPSIS.....	22
Start-Modem.....	24
Sport & Kog.....	26
ERGODEM.....	28
WHEDA	29
2. Was hilft den Angehörigen?	31
Einführung in die Thematik.....	32
Vorstellung der Projekte	36
Tandemgruppen	38
TeleTAnDem.....	40
ICF-Effekt	42

3. Erfolgsfaktoren in der stationären Pflege von Menschen mit Demenz	46
Einführung in die Thematik.....	47
Vorstellung der Projekte	50
TransAltern.....	52
InDemA.....	54
Qualifizierung Demenz	56
VIDEANT.....	58
ROVDE	60
STI-D	62
QUIKK.....	64
Pflegeoase.....	66
4. Koordinierung der ambulanten Versorgung – Netzwerke und andere Möglichkeiten	68
Einführung in die Thematik.....	69
Vorstellung der Projekte	72
ANeD.....	74
QUADEM.....	76
ULTDEM.....	78
UEDN	80
KOVERDEM.....	82
IDemUck.....	84
www.demenz-leitlinie.de.....	86
DeWeGe	88
Benchmarking KDA/KCR.....	90
IDOB.....	92
EVIDENT.....	94

Forschung für eine bessere Versorgung von Menschen mit Demenz – eine Einleitung

Die demographische Entwicklung des 21. Jahrhunderts hat weltweit eine Steigerung der Bevölkerungszahlen zur Folge. Nach derzeit anerkannten Hochrechnungen wird die Weltbevölkerung im Jahre 2100 auf etwa 11 Milliarden Menschen ansteigen und sich dann voraussichtlich auf diesem Niveau stabilisieren. In nahezu allen Industrienationen zeichnet sich jedoch noch eine weitere Entwicklung ab: die zunehmende Alterung der Bevölkerung. Waren im Jahr 2010 nur rund 25 Prozent der Bevölkerung hierzulande 60 Jahre und älter, werden im Jahr 2050 bereits Schätzungen zu Folge mehr als 36 Prozent der Bevölkerung über 60 Jahre sein. Für viele ältere Menschen bedeutet diese Entwicklung die Verlängerung einer Lebensphase, die meist durch Aktivität und relative Gesundheit gekennzeichnet ist. Der Prozess einer alternden Gesellschaft hat jedoch auch negative Folgen. So steigen die Neuerkrankungsraten von alterstypischen Erkrankungen, besonders im Bereich der Demenzerkrankungen. Gibt es heute bereits rund 1,2 Millionen demenziell erkrankte Menschen in Deutschland, so wird diese Zahl bis zum Jahr 2030 auf schätzungsweise 1,7 Millionen und im Jahr 2050 voraussichtlich auf über zwei Millionen Menschen ansteigen.

Diese Entwicklung stellt eine große Herausforderung für die Gesellschaft dar. Denn sowohl die Prävention und Diagnose von Demenzen, als auch die Therapie und Versorgung der Betroffenen muss gesichert werden. Eine Herausforderung, der sich die Bundesregierung mit zahlreichen, aufeinander abgestimmten Aktivitäten stellt.

Ein wichtiger Baustein dieser Aktivitäten war das Leuchtturmprojekt Demenz des Bundesministeriums für Gesundheit. Ziel des Leuchtturmprojektes Demenz war die Identifizierung, Weiterentwicklung und Verbreitung von herausragenden Projekten, um so die Versorgung und Betreuung von demenziell Erkrankten und deren Angehörigen jetzt und in Zukunft zu verbessern.



Im Rahmen einer öffentlichen Ausschreibung hat das Bundesministerium für Gesundheit im Januar 2008 unter Hinzuziehung von externen Experten aus 126 Förderanträgen die 29 besten ausgewählt. Für diese Projekte standen über einen Zeitraum von zwei Jahren insgesamt 13 Millionen Euro zur Verfügung. Die einzelnen Leuchtturmprojekte sind flächendeckend in der gesamten Bundesrepublik verteilt.

Die Leuchtturmprojekte umfassten verschiedenste Teilprojekte, die mit den unterschiedlichsten Forschungsmethoden bearbeitet wurden. Eine Reihe von Projekten hat regionale Versorgungsnetzwerke für Demenzkranke und ihre Angehörigen auf- oder ausgebaut und deren Nutzen für die Betroffenen erforscht. Andere Projekte haben beispielsweise nicht-medikamentöse Ansätze zur Therapie und Versorgung von Menschen mit Demenz erprobt und deren Wirksamkeit in großen Studien untersucht. Weitere Projekte befassten sich mit dem herausfordernden Verhalten von Demenzkranken, also mit Verhaltensweisen, die durch die Erkrankung hervorgerufen werden und oftmals sowohl für die professionellen Pflegekräfte als auch für die Angehörigen eine Belastung darstellen. Die Leuchtturmprojekte untersuchten hierbei neue Möglichkeiten, wie Pflegekräfte und Angehörige herausforderndem Verhalten am besten begegnen.

Bei aller individuellen Vielfalt hat sich im Projektverlauf ein reger und fruchtbarer Erfahrungsaustausch zwischen den Leuchtturmprojekten entwickelt, der sowohl Gemeinsamkeiten und Synergien, aber auch vergleichbare Probleme in der Forschungsarbeit zutage brachte. Auf Basis dieses Austauschs haben sich vier thematische Schwerpunkte ergeben, anhand derer die hier vorliegende Broschüre inhaltlich gegliedert ist:

1. **Nicht-medikamentöse Maßnahmen: Wirksamkeit, Nutzen, Stellenwert,**
2. **Was hilft den Angehörigen?,**
3. **Erfolgsfaktoren in der stationären Pflege von Menschen mit Demenz und**
4. **Koordinierung der ambulanten Versorgung – Netzwerke und andere Möglichkeiten.**

Die Broschüre präsentiert Ergebnisse der Forschungsarbeiten und informiert über die Relevanz der einzelnen thematischen Schwerpunkte. Sie hat jedoch nicht den Anspruch einer wissenschaftlichen Publikation. Vielmehr sollen interessierte Leserinnen und Leser einen Überblick über die 29 Leuchtturmprojekte Demenz erhalten und einen Eindruck über die breite Vielfalt an Ideen, Maßnahmen und Behandlungen, die in den vergangenen Jahren erprobt wurden, gewinnen.

Die Projekte werden in dieser Broschüre durch Eigenbeiträge der Projektnehmer vorgestellt. Eine Wertung des Bundesministeriums für Gesundheit ist damit nicht verbunden.

Weiterführende Informationen enthält die Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit (www.bundesgesundheitsministerium.de). Außerdem besteht die Möglichkeit, mit den jeweils genannten Ansprechpartnern der Projekte Kontakt aufzunehmen.





**Projektteilnehmer und Gäste
der Abschlussveranstaltung
am 21. September 2010**



1. Nicht-medikamentöse Maßnahmen: Wirksamkeit, Nutzen, Stellenwert

Einführung in die Thematik

Prof. Dr. Michael Hüll, Uniklinik Freiburg

Ergotherapie statt Pille – nicht-medikamentöse Maßnahmen zur frühen Behandlung von Demenz

Oftmals leben Menschen mit Demenz für viele Jahre in ihrer häuslichen Umgebung und werden von Angehörigen versorgt. Sowohl eine Abnahme der Fähigkeiten, die notwendig sind, um den Alltag selbstständig zu bewältigen, als auch eine Zunahme von herausforderndem Verhalten bewirken einen Anstieg des Pflege- und Betreuungsbedarfs. Oftmals ist ein Wechsel in eine intensivere Pflegeumgebung unausweichlich. Klare Erkenntnisse darüber, welche Handlungsweisen dazu beitragen, alltägliche Fähigkeiten bestmöglich zu erhalten und herausforderndes Verhalten zu vermeiden, wären von größtem Nutzen für Menschen mit Demenz. Von den gegenwärtig verfügbaren Medikamenten zur Behandlung von Menschen mit einer Demenz werden die Alltagsfähigkeiten und das herausfordernde Verhalten nur minimal verbessert. Für den Bereich herausforderndes Verhalten wird von den Therapieleitlinien der medizinischen Fachgesellschaften weltweit empfohlen, nicht-medikamentöse Maßnahmen vor dem Einsatz von Medikamenten zu nutzen.

Nicht-medikamentöse Maßnahmen können sowohl von pflegenden Angehörigen und professionellen Pflegekräften durchgeführt werden als auch in Form umfassenderer Therapien durch Psychologen, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten oder durch andere Angehörige der Heilberufe eingesetzt werden. Ohne eine klare Vorstellung bezüglich eines effektiven Umganges mit Demenzkranken besteht die Gefahr, dass die erlebte Hilflosigkeit zu einem Engagementverlust bei pflegenden Angehörigen oder in den Gesundheitsberufen führt.

Aus diesen Gründen ist das internationale Interesse an nicht-medikamentösen Maßnahmen in den letzten zwanzig Jahren exponentiell gewachsen. In den nächsten zehn Jahren stellen sich für den nicht-medikamentösen Bereich besonders folgende Fragen:

1. Was ist die beste Empfehlung für Menschen mit einer Demenz im Frühstadium? Durch den Fortschritt im Bereich der Diagnostik werden diese häufig noch alleine leben können und viele Ressourcen haben.
2. Welche nicht-medikamentöse Therapien in einem frühen bis mittleren Krankheitsstadium erlauben es Menschen mit einer Demenz und ihren Angehörigen, den Anteil an Selbstständigkeit in der häuslichen Versorgung aufrechtzuerhalten?
3. Welche Maßnahmen reduzieren das Auftreten von herausforderndem Verhalten, dass mit zunehmender Erkrankungsdauer immer häufiger wird?

Bei Beantwortung dieser Fragen und unter Einschluss technischer Hilfsmittel (ambient assisted living) erscheint es realistisch, das Alleinleben von Menschen mit einer beginnenden Demenz für sechs zusätzliche Monate und das Leben mit einem betreuenden Angehörigen um zusätzliche zwölf Monate zu ermöglichen. Aufgrund des von alten Menschen und Menschen mit einer beginnenden Demenz immer wieder hervorgebrachten Wunsches, in der eigenen Häuslichkeit verbleiben zu wollen sowie der Schwierigkeit, zukünftig hinreichend Pflegenden für Heimeinrichtungen zu gewinnen, ist dies ein großer Nutzen.

Nicht-medikamentöse Maßnahmen müssen individuell angepasst werden

Für alle drei Fragen existieren zahlreiche Vorschläge medikamentöser und nicht-medikamentöser Therapien. Während die medikamentösen Ansätze, sofern patentierbar, mit dem Einsatz entsprechender industrieller Finanzmittel beforscht werden, hinkt der Wissensstand zu den nicht-medikamentösen Therapien stark hinterher. Die jahrzehntelange Erfahrung zum Nachweis der Wirksamkeit von Medikamenten durch randomisierte Studien hat zu einer hohen Sicherheit beim Einsatz von Arzneimitteln geführt und es liegen aussagekräftige systematische Übersichtsarbeiten vor. Die Sicherheit der Ergebnisse

bisheriger Untersuchungen zu nicht-medikamentösen Maßnahmen ist demgegenüber deutlich geringer. Randomisierte Studien fehlen in diesem Bereich weitgehend und sind in der Teilnehmerzahl oft zu klein angelegt. Darum müssen sich Empfehlungen zu nicht-medikamentösen Maßnahmen zurzeit auf einzelne Untersuchungen und oder einen Expertenkonsens stützen.

Eine wesentliche Erkenntnis der bisherigen Untersuchungen ist, dass nicht-medikamentöse Maßnahmen in ihrer Anwendbarkeit sich stark an dem Stadium der Demenzerkrankung – beginnend, mittelgradig oder schwer – und den Randbedingungen – lebt der Betroffene allein, mit Ehepartner oder im Pflegeheim – ausrichten müssen.

Menschen mit einer beginnenden Demenz sind durch ihre Erkrankung stark verunsichert. Die Wahrnehmung der Krankheitssymptome stößt Anpassungsprozesse an, wie sie auch als Reaktion auf die Selbstwahrnehmung anderer schwerer Erkrankungen beobachtet werden können. Für andere Erkrankungen, zum Beispiel Krebserkrankungen, bestehen erfolgreiche Erfahrungen mit psychotherapeutischen Interventionen. Insbesondere der Aufbau von Aktivitäten sowie eine Fokussierung auf noch erhaltene Fähigkeiten, scheint positive Effekte zu haben. Bislang liegen allerdings zu wenige hochwertige Studien vor.

Das Gelingen von Alltagsaktivitäten wie Besorgungen erledigen, kleine Mahlzeiten zubereiten oder einem Hobby nachgehen, ist für Menschen mit Demenz ein wesentlicher Bestandteil ihrer Lebensqualität. Eine hochwertige Ergotherapiestudie erbrachte hierzu vielversprechende Resultate. Dabei wurden in der häuslichen Umgebung die wichtigsten Alltagsaktivitäten – an die Leistungsfähigkeit des Erkrankten angepasst – geübt und die Betreuungskompetenz des Angehörigen gefördert. Neue neuropsychologisch fundierte Untersuchungen zeigen, dass es trotz eingeschränkter Merkfähigkeit für Menschen mit Demenz möglich ist, Ausweichstrategien zu nutzen. Hierbei sind die Vermeidung von Fehlern beim Erlernen (Errorless Learning) und ein Bezug auf das persönliche Umfeld unter Gebrauch von Erinnerungshilfen essentiell. Die Erkenntnisse zu einem erhaltenen Lernpotential sind jedoch noch nicht in größeren Studien bestätigt worden.

Beratung und Betreuung verzögern den Umzug ins Heim

Die Beratung und Betreuung pflegender Angehöriger ist eine wichtige Aufgabe bei der Begleitung von Menschen mit chronisch-fortschreitenden Erkrankungen. Einzelne Studien geben Hinweise, dass bei Menschen mit Demenz durch gezielte Beratung und Betreuung der Übergang aus dem häuslichen Umfeld in ein Pflegeheim um mehrere Monate verzögert werden kann. Diesbezügliche Studien wurden seit 1990 insbesondere in den USA, Australien und den Niederlanden durchgeführt. Eine systematische Übersicht aus dem Jahr 2008, für die keine Studie aus Deutschland zu diesem Thema gefunden werden konnte, fand heraus, dass eine Aufnahme in ein Pflegeheim auf diese Weise um etwa fünf Monate verzögert werden kann. Wie die spezifische Form einer Angehörigenbetreuung aussehen soll, kann aus diesen Studien nicht geschlossen werden.

Herausforderndes Verhalten tritt meist im späteren Erkrankungsverlauf auf. Oftmals ist herausforderndes Verhalten der Grund für eine Heimaufnahme und findet sich dort bei jedem zweiten Bewohner mit Demenz.

Aufgrund fehlender Studien stellt der bei den Rahmenempfehlungen „herausforderndes Verhalten“ erreichte Konsens einen guten Ausgangspunkt für weitere Studien dar. Dieser Konsens empfiehlt im Umgang mit verwirrten Menschen folgendes Vorgehen:

Im ersten Schritt sollte versucht werden, herausforderndes Verhalten als Anpassungsreaktion auf die Demenzerkrankung vor dem Hintergrund der individuellen Biographie zu verstehen. Dieser Ansatz erlaubt es, Verhaltensauffälligkeiten nicht nur als Produkt einer Hirnerkrankung, sondern als komplexes Ergebnis aus Erkrankung, Biographie und Umwelt aufzufassen. Der Ansatz entspricht der geläufigen Anwendung des biopsychosozialen Modells psychischer Erkrankungen. Im zweiten Schritt sollten die vom Erkrankten geäußerten Gefühle wahrgenommen und benannt werden, so dass der Betroffene sich in seiner Sorge und Erregung verstanden fühlt. Durch Rückgriff auf die Biographie sollen die Emotionen dann in einem lebensgeschichtlichen Sinnzusammen-

hang gebunden werden. So kann das herausfordernde Verhalten durch weitere Rückgriffe auf die Biographie und durch Ablenkung von der Emotion reduziert werden. Die beschriebene Vorgehensweise ermöglicht es den Angehörigen und Pflegenden, im krankheitsbedingten Verhalten keine gezielte Aggression gegen die pflegende Person zu sehen. Durch die konkreten Handlungsvorschläge erleben sie vielmehr eine selbstwahrgenommene Erhöhung der Kompetenz. Letztendlich fehlen aber Evidenzen, um Empfehlungen für den Umgang von Patienten mit herausforderndem Verhalten mit hoher Sicherheit geben zu können.

Deutschland hat Anschluss gefunden

Durch das Leuchtturmprojekt Demenz des Bundesministeriums für Gesundheit hat Deutschland in der Entwicklung nicht-medikamentöser Therapien wieder Anschluss an die USA, Australien, Großbritannien und die Niederlande erhalten, die diese Fragen schon länger kritisch in Studien untersuchen. Die nachfolgend dargestellten Projekte erproben jeweils eine spezifische nicht-medikamentöse Herangehensweise. Nationale Anstrengungen im Bereich der nicht-medikamentösen Therapien sind wichtig, da kulturspezifische Faktoren stark die Durchführbarkeit und den Erfolg der Maßnahmen bestimmen. Gleichzeitig besteht in Deutschland eine geringere Professionalisierung der Heil- und Pflegeberufe als in anderen Ländern. Dies führt zum einen zu einer größeren Kluft zwischen akademischer Forschung und der Versorgungsrealität, zum anderen zu einem geringeren Ausbildungsniveau. So erfordern zum Beispiel die bereits seit längerem bestehenden akademisierten Ausbildungen zur Physio- und Ergotherapie im europäischen Ausland einen deutlichen erhöhten Schulungsbedarf deutscher Ausbildungsabsolventen beim Einsatz ausländischer Programme.

Für das spezifische Versorgungssystem in Deutschland sind deshalb Wirksamkeitsstudien nötig, die nur durch eine Randomisierung zuverlässige Ergebnisse liefern werden. Auch in randomisierten Studien können biographisch-individuelle Anpassungen erprobt werden, wie sie bei nicht-medikamentösen Therapien notwendig sind. Derartige Studien setzen aber gut und umfangreich ausgebildete Therapeuten voraus, die zu einer flexiblen und individuellen Durchführung der nicht-medikamentösen Therapien befähigt sind. Dass komplexe Studien mit hoher Qualität tatsächlich durchführbar sind, zeigen die Ergebnisse der nachfolgend dargestellten Projekte. Sie haben dazu beigetragen, die Kluft zwischen akademischer Forschung und der Versorgungsrealität zu verringern und kleine Forschungsnetze entstehen zu lassen. Diese strukturellen Entwicklungen können für die anstehende Suche nach nicht-medikamentösen Maßnahmen zur frühen Behandlung von Demenz, zum Erhalt der Alltagsfähigkeiten oder zur Vermeidung von herausforderndem Verhalten entscheidend sein.



Prof. Dr. Michael Hüll, Direktor des Zentrums für Geriatrie und Gerontologie der Uniklinik Freiburg



Vorstellung der Projekte

**1. Nicht-medikamentöse Maßnahmen:
Wirksamkeit, Nutzen, Stellenwert**



Verhaltenstherapie verbessert das Wohlbefinden

Fachtitel: Kognitiv-verhaltenstherapeutische ressourcenorientierte Therapie früher Demenzen im Alltag (KORDIAL)

Angesichts der unbefriedigenden Wirksamkeit der gegenwärtigen pharmakologischen Behandlungsmöglichkeiten rücken psychosoziale Interventionen für Patienten mit Alzheimer-Krankheit in den letzten Jahren stärker ins Blickfeld der Versorgungsforschung. Dabei zielen psychotherapeutische Verfahren nicht primär auf eine Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten ab, sondern vielmehr auf die Aufrechterhaltung von Kompetenzen zur Bewältigung des Alltags und bieten Hilfe bei der emotionalen Bewältigung der Krankheit.

Vorgehensweise

Die KORDIAL-Studie (Kognitiv-verhaltenstherapeutische ressourcenorientierte Therapie früher Demenzen im Alltag) ist eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte, einfach-blinde Parallelgruppenstudie zur Prüfung der Durchführbarkeit, Akzeptanz und Wirksamkeit einer psychotherapeutischen Intervention für Patienten mit leichtgradiger Demenz bei Alzheimer-Krankheit. Die Behandlung kombiniert bewährte Strategien der neuropsychologischen Therapie, die auf die Kognition abzielen, mit emotionsorientierten Verfahren der kognitiven Verhaltenstherapie und umfasst sechs thematische Module. Die Therapie wurde in zwölf wöchentlichen einstündigen Einzelsitzungen unter Einbeziehung der Angehörigen durch ausgebildete und speziell für die Studie geschulte Verhaltenstherapeuten an zehn Zentren durchgeführt. Als Kontrollbedingung diente eine ärztliche Routinebehandlung. Die Datenerhebung erfolgte durch therapieunabhängige Beobachter zu vier Zeitpunkten (Studieneintritt sowie nach drei, neun und zwölf Monaten). Hauptzielgröße war die Alltagsbewältigung der Patienten, sekundäre Zielgrößen waren die Lebensqualität, Depressivität, Verhaltensstörungen und die Zufriedenheit mit der Behandlung. Die Datenqualität wurde durch ein unabhängiges Monitoring mit Stichproben in den beteiligten Zentren sichergestellt.

Ergebnisse

An der Studie nahmen 201 Patientinnen und Patienten mit leichtgradiger Demenz (mittleres Alter 74 Jahre) und deren Angehörige teil, davon 100 in der Interventionsgruppe und 101 in der Kontrollgruppe. Die Durchführbarkeit der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Intervention war hoch und wurde vor allem durch die Krankheitseinsicht der Patienten beeinflusst. Die einzelnen Bausteine des Therapiemanuals konnten zu mehr als 70 Prozent umgesetzt werden. Unmittelbar nach Abschluss der Therapie zeigte sich in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe eine geringere Abnahme der Alltagsbewältigung, diese Differenz erreichte jedoch keine statistische Signifikanz. In der Interventionsgruppe wurde auch eine ausgeprägtere Verminderung depressiver Symptome beobachtet, dieser Unterschied war bei den weiblichen Studienteilnehmern statistisch signifikant. Beide Veränderungen erreichten jedoch keine statistische Signifikanz. Keine Unterschiede bestanden bezüglich Lebensqualität, Verhaltensstörungen und allgemeiner Behandlungszufriedenheit. Bei einer direkten Befragung am Ende der Therapie schätzten Therapeuten, Patienten und Angehörige die Therapie überwiegend als hilfreich oder sehr hilfreich ein. Die Therapieadhärenz übertraf die Erwartungen. Neun Monate nach Studieneintritt ergab sich im Hinblick auf das Absinken der kognitiven Leistungsfähigkeit ein statistischer Trend zu Gunsten der Interventionsgruppe. Zwölf Monate nach Studieneintritt bestanden zwischen den beiden Gruppen deutliche Unterschiede zum Vorteil der Interventionsgruppe in Bezug auf therapienahe Verhaltensänderungen, Eigenständigkeit und Selbstwirksamkeitsüberzeugungen.

Zusammenfassend deuten diese Ergebnisse darauf hin, dass die Intervention Aspekte des psychischen Wohlbefindens der Patienten verbessern konnte und die in der Therapie erarbeiteten konkreten Verhaltensänderungen teilweise erreicht wurden. In der Alltagskompetenz bildeten sich diese Veränderungen jedoch nicht ab. Ob diese Diskrepanz auf einen mangelnden Transfer in den Alltag, auf eine unzureichende Sensitivität der verwendeten Erhebungsinstrumente oder auf andere Ursachen zurückzuführen ist, gilt es weiter zu klären.

Publikationen

A Kurz et al.:

Neuropsychologisch fundierte kognitive Verhaltenstherapie für Patienten mit Alzheimer-Krankheit im Frühstadium: Die KORDIAL-Studie. Z Gerontopsychol Psychiat 21 (3) 157–161, 2008

K Werheid, S Baron:

Der Einsatz kognitiv-verhaltens-therapeutischer Techniken in der Depressionstherapie bei beginnender Alzheimerdemenz. Z Neuropsychol 20: 38–45, 2009

A Thöne-Otto:

Psychotherapie bei Alzheimerpatienten: eine neuropsychologische Aufgabe. Z Neuropsychol 20: 9–20, 2009

Kontakt

Prof. Dr. Alexander Kurz

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Klinikum rechts der Isar
Technische Universität München
Möhlstraße 26, 81675 München
alexander.kurz@lrz.tum.de

Ganzheitliche Förderung von Geist und Körper

Fachtitel: Multimodale Aktivierungstherapie bei Demenzkranken im Pflegeheim (MAKS aktiv)

Ein Drittel aller Menschen mit Demenz in Deutschland lebt in Pflegeheimen. Die dortigen therapeutischen Angebote bestehen meist nur aus einer Komponente. Es gibt jedoch Hinweise, dass eine ganzheitliche Ressourcenförderung von Geist (Kognition), Körper (Motorik) und Selbstständigkeit im Alltag den größten Nutzen für Betroffene und Pflegekräfte bringt. Als erste methodisch äußerst anspruchsvolle Studie zur Wirksamkeit einer nicht-medikamentösen Mehrkomponententherapie in Pflegeheimen untersucht „MAKS aktiv“ die Auswirkung eines Förderprogramms für Menschen mit Demenz. Die Abkürzung „MAKS aktiv“ steht für motorische, alltagspraktische, kognitive und spirituelle Aktivierungstherapie und wird vom Universitätsklinikum Erlangen in Zusammenarbeit mit der Diakonie Neuendettelsau durchgeführt.

Vorgehensweise

In fünf Pflegeheimen erhielten je zehn Bewohnerinnen und Bewohner mit Gedächtniseinbußen durch Demenz für die Dauer eines halben Jahres an sechs Tagen in der Woche für je zwei Stunden eine Förderung in den vier MAKS-Bereichen. 50 weitere Personen bildeten die Begleitgruppe. Alle Gruppen wurden vor und nach Ablauf der sechs Monate hinsichtlich der Gedächtnisfähigkeiten, alltagspraktischer und pflegerelevanter Aspekte untersucht. Nach Ablauf des ersten halben Jahres wurde die Studie für weitere sechs Monate fortgeführt. Für alle Personen mit Projektbeginn im November oder Dezember 2008 wurden zusätzlich auch Ganzjahresdaten erhoben. Für die intensive MAKS-Therapie wurde im Bereich Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie der Psychiatrischen Universitätsklinik Erlangen eigens ein detailliertes, den aktuellen Stand der Wissenschaft berücksichtigendes Therapiemanual für die Dauer eines Jahres entwickelt, so dass eine größtmögliche Standardisierung der Therapie in den einzelnen Studienzentren gewährleistet war. Studiendesign und -durchführung wurden regelmäßig von externen Experten überwacht.

Ergebnisse

Insgesamt konnten 119 Personen den primären Studienzeitraum von sechs Monaten vollenden. Die angestrebte Zahl von 102 abgeschlossenen Fällen wurde damit übertroffen. Zusätzlich konnten von 70 Personen Ganzjahresdaten erhoben werden (sekundärer Studienzeitraum). Dies lässt wertvolle Hinweise auf die Langzeitwirkung der Förderung durch „MAKS aktiv“ zu.

Halbjahresdaten: Wie erwartet kann die Therapiegruppe ihre Anfangswerte über den Zeitraum von 6 Monaten halten, die Begleitgruppe lässt in ihren Fähigkeiten signifikant nach, wenn auch nicht so stark wie bei unbehandelter Demenz üblich. Die Gesamtsymptomatik – gemessen mit der NOSGER-Skala – verbesserte sich wie erwartet in der Therapiegruppe deutlich, besonders in Bezug auf Stimmung und Verhaltensauffälligkeiten.

In den Ganzjahresdaten zeigt sich der erwartete Unterschied zwischen den beiden Gruppen noch ausgeprägter. So konnte die Therapiegruppe auch nach einem Jahr in der Gesamtbewertung der kognitiven Fähigkeiten (ADAS kog) ihren Ausgangszustand halten, während die Fähigkeiten in der Begleitgruppe deutlich nachließen.

Fazit: Die Einführung eines intensiven Mehrkomponenten-Aktivierungsprogramms für Menschen mit Demenz in Pflegeheimen führt dazu, dass die kognitiven Fähigkeiten der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Therapiegruppe **über einen Zeitraum von zwölf Monaten** stabil bleiben, während sie bei Personen ohne spezielles Aktivierungsprogramm deutlich abnehmen. Durch das **MAKS aktiv-Training** steht **erstmalig** eine Therapie zur Verfügung, die eine Stabilisierung der kognitiven und alltagspraktischen Fähigkeiten bei Menschen mit Demenz im Durchschnitt **für ein ganzes Jahr bewirkt**. Da die Fähigkeiten der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Begleitgruppe während des ersten halben Jahres nicht in dem in der Wissenschaft belegten Ausmaß abnehmen, muss man außerdem davon ausgehen, dass durch die Einführung eines intensiven Aktivierungsprogramms so etwas wie eine „Aufbruchstimmung“ entsteht, von der die meisten Bewohnerinnen und Bewohner profitieren.

Publikationen

Luttenberger, K. & Graessel, E. (2010).

Recording care time in nursing homes
– Development and validation of the “RUD-FOCA”
(Resource Utilization in Dementia – Formal Care).
International Psychogeriatrics, 22, 2010

Luttenberger, K., Eichenseer, B., Donath, C., Stemmer, R., Müller, F. & Gräbel, E. (2009).

Leuchtturm-Projekt MAKS-aktiv! – nichtmedikamentöse
Therapie bei Demenzpatienten im Pflegeheim:
Zwischenergebnisse zur primären Hypothese. [Abstract].
In: Schneider, F. & Grözinger, M. (Hrsg.): Psychische
Erkrankungen in der Lebensspanne, S. 30. Berlin: DGPPN

Kontakt

Prof. Dr. med. Elmar Gräbel

Psychiatrische Universitätsklinik Erlangen
Schwabachanlage 6, 91054 Erlangen
elmar.graessel@uk-erlangen.de
www.maks-aktiv.de

Geschlechtsspezifische Therapieeffekte nach stationärer Kurzzeitrehabilitation bei der Alzheimer-Erkrankung

Fachtitel: Stationäre Kurzzeitrehabilitation zum Erhalt von Partizipation und sozialer Interaktion als Infrastrukturmaßnahme im sozialen Umfeld bei Alzheimer-Erkrankung (SKEPSIS)

Aufgrund der demographischen Entwicklung wird die Zahl der von der Alzheimer Erkrankung betroffenen Patienten und deren Angehörigen in den nächsten Jahren zunehmen. Derzeitiger Schwerpunkt der Therapie der Alzheimer-Erkrankung ist die medikamentöse Behandlung. Es ist jedoch allgemein akzeptiert, dass nichtmedikamentöse Maßnahmen eine wichtige Rolle in der Behandlung und Betreuung von Patienten mit Alzheimer Demenz haben. Der Wert allgemeiner psychoedukativer Massnahmen, etwa die Anbindung von Angehörigen an Selbsthilfegruppen, wird allgemein befürwortet, um die Interaktion von Patienten und betreuenden Angehörigen zu erleichtern. Der Wert kognitiver Trainingsprogramme für den Aufrechterhalt von Patiententeilhabe an Alltagsinteraktionen ist umstritten. Im Rahmen der Studie wurden die Effekte eines kurzzeitigen stationären Aufenthaltes untersucht. Es war das Ziel, den Therapieeffekt der stationären Kurzzeitbehandlung auf einer Special Care Unit (Alzheimer-Therapiezentrum Bad Aibling) mit kurzzeitigen Rehabilitationsmaßnahmen für Patienten mit Alzheimer-Erkrankung und zeitgleicher Psychoedukation für die betreuenden Angehörige zu untersuchen.

Vorgehensweise

Als Kontrollgruppe zur Intervention wurden die Patienten und Angehörigen untersucht, deren stationärer Aufenthalt durch die Kostenträger nicht bewilligt wurde. Die Patienten und Angehörigen wurden in systematisierten Eingangsuntersuchungen und drei und sechs Monate nach Ende der stationären Kurzzeitrehabilitation untersucht. Besonderheit dieser Untersuchung war es, dass die Untersuchungen vor und nach der Behandlung jeweils in der Wohnung des Patienten beziehungsweise der Angehörigen stattfand. Dadurch war es nicht nur möglich, bundesweit Patienten zu untersuchen. Durch diese häuslichen Vor- und Nachuntersuchungen wurde eine mögliche Verfälschung der Ergebnisse, zum Beispiel bei der Ein-

schätzung von Befindlichkeit und Lebensqualität, durch die ungewohnte Umgebung einer Arztpraxis oder einer Ambulanz im Krankenhaus, vermieden.

Für die stationäre Kurzzeitbehandlung wurde eine Vielzahl von Techniken auf Basis einer neuropsychologisch fundierten Selbsterhaltungstherapie (SET) eingesetzt:

- Erinnerungsarbeit, um Erinnerungen auf spielerische Weise zu aktivieren,
- Biographieorientierte Einzelarbeit, um erhaltene biographische Erinnerungen zu fördern,
- Kunst- und Gestaltungstherapie zur Verbesserung der Äußerungsmöglichkeiten auf der non-verbale Ebene,
- Alltagspraktische Tätigkeiten zur individuellen Ressourcenförderung,
- Erlebnisorientierte Aktivitäten zur Unterstützung des Aufbaus und Erhalts sozialer Kontakte,
- Physiotherapie und Entspannungsübungen zur allgemeinen Aktivierung bzw. Entspannung und
- Psychologisch stützende, krankheitsverarbeitende Einzelgespräche zur Verbesserung des Umgangs mit der Erkrankung bei leichter betroffenen Patienten.

Die Angehörigen wurden folgendermaßen unterstützt:

- durch Informationen über Demenzerkrankungen, zum Umgang mit der Krankheit und zur Kommunikation mit den Patienten. Dies diente der Erarbeitung besserer Strategien im Umgang und der Kommunikation mit ihren erkrankten Partnern,
- durch Hilfestellungen zum Umgang mit der eigenen Belastung, zur realistischen Einschätzung der eigenen Belastbarkeit und zu den Möglichkeiten, sich Hilfen von außen zu organisieren,

- durch Kunst- und Gestaltungstherapie zur Reflexion der eigenen Situation,
- durch Entspannungsübungen zum Abbau von Belastungen sowie
- durch Sozialpädagogische Beratung und Pflegeberatung zur Unterstützung des Aufbaus eines sozialen Netzwerks zuhause und zur Information über Unterstützungsleistungen nach der Pflegeversicherung.

Ergebnisse

Die Studie hatte als Hypothese zur Grundlage, dass der Aufenthalt auf einer special care unit mit multimodaler integrierter Behandlung von Patient und Angehörigen eine Stabilisierung der kognitiven Leistungsfähigkeit, eine Verminderung der Verhaltensauffälligkeiten, eine Stabilisierung der Befindlichkeit, eine Verbesserung der Lebensqualität bewirkt und zu einer Verminderung der Nutzung von Ressourcen des Gesundheitssystems führt.

In einem ersten Auswerteschritt wurde die Eignung von Zielgrößen untersucht. Es zeigt sich, dass die selbsteingeschätzte Lebensqualität des Patienten kein valider Parameter für Interventionsstudien bei der Alzheimer Erkrankung ist. Eine mögliche Alternative hätte die stellvertretende Einschätzung der Lebensqualität durch den Angehörigen („substituted judgement“) sein können. Diese Einschätzung wird jedoch durch angehörigenseitige Variablen moduliert. Auch die Beurteilung von Alltagsaktivitäten wird durch angehörigenseitige Variablen moduliert und ist daher nur bedingt geeignet zur Einschätzung des Schweregrades der Demenz und der Beurteilung von Therapieeffekten.

In Bezug auf die Messung des Interventionserfolges mit kognitiven Skalen oder Skalen zur Verlaufsbeurteilung zeigt sich in der Gesamtgruppe ein positiver Behandlungseffekt in der ADAScog-Skala drei Monate nach Behandlungsende. Eine geschlechtsspezifische Analyse zeigt außerdem für die männlichen Patienten einen Trend zur Beeinflussung von Verhaltensauffälligkeiten und für

die weiblichen Patienten einen Effekt bei der Verminderung der Depressivität bei den Angehörigen und ihrer Belastung.

Aus der Untersuchung der Therapieeffekte kann die Schlussfolgerung gezogen werden, dass sich komplexe nichtmedikamentöse Interventionsprogramme möglicherweise in geschlechtsspezifischer Weise auswirken. Als Hypothese für weitere Forschungsarbeiten kann formuliert werden, dass zur Beeinflussung der gleichen Zielgrößen die nichtmedikamentösen Interventionsprogramme in geschlechtsspezifischer Weise entwickelt werden müssen. Der Therapieerfolg für medikamentöse und nichtmedikamentöse Interventionen kann in gleicher Weise gemessen werden.

Publikationen

Schiffczyk C, Romero B, Jonas C, Lahmeyer C, Müller F, Riepe MW.

Generic quality of life assessment in dementia patients: a prospective cohort study. BMC Neurology 2010; 10:48

Schiffczyk C, Jonas C, Lahmeyer C, Müller F, Riepe MW.

Substituted judgement on quality of life in patients with dementia. submitted

Jonas C, Schiffczyk C, Lahmeyer C, Müller F, Riepe MW.

Staging dementia on grounds of proxy-reported activities of daily living. submitted

Kontakt

Univ.-Prof. Dr. med. Dipl.-Phys. Matthias W. Riepe

Sektion Gerontopsychiatrie Universität Ulm /
Abteilung Gerontopsychiatrie BKH Günzburg
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II
Universität Ulm / Bezirkskrankenhaus Günzburg
Ludwig-Heilmeyer-Straße 2, 89312 Günzburg
matthias.riepe@uni-ulm.de

Jeder Hausarzt sollte eine Demenz erkennen

Fachtitel: Hausarztbasiertes Modellprojekt Demenzversorgung Rheinland-Pfalz (Start-Modem)

Viele Menschen mit Demenz erhalten keine oder erst spät eine Diagnose. Die Diagnostik und Therapie einer Demenzerkrankung, die sich an aktuellen Leitlinien orientieren, werden oft nur in Spezialzentren durchgeführt – obwohl auch geschulte Hausärzte diese Aufgabe übernehmen könnten, zumindest bei den häufigen Formen wie der Alzheimer-Demenz. Hausärzte sind in einer besonderen Position: Sie sind oft die ersten Ärzte, die einen Patienten sehen und so bei entsprechender Sensibilisierung die Erkrankung oft schon in einem frühen Stadium feststellen könnten. Studien belegen allerdings, dass Hausärzte gerade für die Diagnosestellung einer Demenz extrem unterschiedlich qualifiziert sind.

Eine frühzeitige Diagnostik ist jedoch notwendig, um reversible Demenzformen auszuschließen. Aber auch wenn es sich um eine neurodegenerative Erkrankung handelt, ist die Diagnose die Basis für therapeutische

Maßnahmen, einen angemessenen Umgang mit den Erkrankten und entsprechende professionelle Unterstützung. Besonders Angehörige benötigen Unterstützungsangebote, da sie sich häufig sehr belastet fühlen und nicht selten als Folge der Belastung an Depressionen erkranken. Neben der Diagnostik ist daher auch die Vermittlung weiterführender Hilfen von entscheidender Bedeutung, zum Beispiel durch eine psychosoziale Beratung.

Vorgehensweise

Bei start-modem handelte es sich um eine prospektive, multizentrische Studie mit kontrollierter randomisierter Intervention.

A. Umsetzung – Leitliniengerechte Demenzdiagnostik und -therapie durch den Hausarzt

34 Hausärzte erhielten eine spezifische Schulung („Behandlungskompetenz Demenz“). Im Anschluss führten sie Diagnostik und Therapie selbstständig bei Patienten aus ihren Praxen durch. Zum Vergleich überwiesen 66 andere Hausärzte zur Diagnostik an ein Facharztzentrum.

Untersucht wurden:

- Akzeptanz der Hausärzte
- nachhaltige Umsetzung der Fortbildungsinhalte
- Qualität (Leitlinientreue) der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen

B. Behandlung – Effektivität einer frühen psychosozialen Beratung

Patienten und Angehörige erhielten zeitnah nach der Diagnose Demenz eine psychosoziale Beratung. Diese beinhaltete eine Aufklärung über die Erkrankung, rechtliche Aspekte und angemessene Kommunikationsstrategien mit den Erkrankten. Zudem wurde der individuelle aktuelle Hilfebedarf ermittelt und ggf. entsprechende Unterstützung in die Wege geleitet. Die Beratung wurde von ebenfalls geschulten Mitarbeitern von regionalen Beratungsstellen, den „Pflegerstützpunkten“, durchgeführt.

Untersucht wurden:

- Depressivität der Angehörigen im Verlauf und
- ihre Lebensqualität sowie
- Alltagskompetenz, Verhaltensveränderungen, Depressivität und Lebensqualität der Menschen mit Demenz

Start-modem nutzte somit schon bestehende Versorgungsstrukturen im Gesundheitssystem – Hausärzte und Pflegestützpunkte –, um die beiden Bausteine einer guten Frühversorgung – Diagnostik und Beratung – für mehr Betroffene zugänglich zu machen.

Ergebnisse

Insgesamt nahmen 100 Hausärzte teil. Von den 34 geschulten Ärzten führten 22 tatsächlich eine Demenzdiagnostik bei insgesamt 86 Patienten durch. Bei 57 Prozent stellten sie die Diagnose Demenz. Die Patienten waren leicht bis mittelschwer betroffen (mittlerer Wert im Mini-Mental-Status-Test: 21). Bezüglich der genauen ätiologischen Zuordnung des Demenzsyndroms zeigten sie jedoch Unsicherheiten.

Zu einer leitliniengerechten Diagnostik gehören unter anderem die Erhebung relevanter Laborparameter sowie ein Magnet-Resonanz-Bild (MRT) des Kopfes. Laborparameter lagen in 80 Prozent der Fälle vor, ein MRT wurde bei 44 Prozent der Patienten veranlasst. 36 Prozent der Ärzte richteten sich stets nach den Leitlinien, 32 Prozent jedoch nie vollständig (wobei das aufgrund der oft geringen Patientenzahl pro Arzt nur eingeschränkt beurteilt werden kann). 83 Prozent gaben an, dass sich durch die Schulung ihre Vorgehensweise bei Patienten mit Demenzverdacht geändert hat.

Es konnte keine Verringerung der Depressivität der Angehörigen durch die Beratung festgestellt werden. Allerdings waren sie weniger depressiv als erwartet: Im Mittel erreichten sie im Depressionsfragebogen BDI nur sieben Punkte (depressive Symptome nimmt man ab elf Punkten an). Bei den 25 Prozent der Angehörigen die depressive Symptome hatten zeigte sich auch eine Veränderung: Die Depressivität verringerte sich bei sechs von acht Angehörigen während sie sich in der Kontrollgruppe, die keine Beratung erhielt, bei vier von fünf Angehörigen verstärkte. Von der Beratung profitierten demnach nur diejenigen, die zu diesem Zeitpunkt bereits depressive Symp-

tome aufwiesen. Es ist davon auszugehen, dass die Angehörigen bei Fortschreiten der Erkrankung mehr depressive Symptome aufweisen werden. Es wäre denkbar, dass die durchgeführte Beratung, die von 82 Prozent der Angehörigen und der Patienten als „hilfreich“ bewertet wurde, hier zusätzlich einen präventiven Effekt hat.

Somit konnte start-modem zeigen, dass eine frühe Demenzversorgung beim Hausarzt und eine Vernetzung mit weiterführenden Hilfen möglich sind. Allerdings ist noch weitere Überzeugungsarbeit für die Notwendigkeit einer frühen Diagnostik und Fortbildungen für eine größere Anzahl von Ärzten wünschenswert.

Publikationen

Laux N, Melchinger H, Scheurich A, Schermuly I, Germann I, Hilgert S, Lieb K, Fellgiebel A.

Verbesserte ambulante Demenzversorgung – das hausarztbasierte rheinland-pfälzische Leuchtturmprojekt start-modem. Deutsche Medizinische Wochenschrift 2010; 135 (44): 2175–2180

Kontakt

PD Dr. Andreas Fellgiebel

Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Untere Zahlbacher Straße 8, 55131 Mainz
fellgiebel@psychiatrie.klinik.uni-mainz.de

Sport gegen das Vergessen

Fachtitel: Einfluss von multimodaler sportlicher Aktivität auf Kognition und Alltagskompetenz bei früher Alzheimer-Demenz (Sport&Kog)

In den letzten Jahren hat eine wachsende Zahl von Untersuchungen Hinweise darauf erbracht, dass Menschen, die sich regelmäßig sportlich betätigen, seltener oder später an Demenz erkranken. Gleichzeitig zeigten Studien, die sich mit den Auswirkungen von sportlicher Betätigung befassen, dass diese positive Effekte auf die Gedächtnisfähigkeit haben und mit positiven Auswirkungen im Bereich von Strukturen des Gedächtnis verbunden sind, die bei Alzheimer-Demenz eine hohe Bedeutung haben. Bisher gibt es keine Untersuchungen, die die Effekte von sportlicher Betätigung bei Patienten mit Alzheimer-Demenz in einer methodisch gut abgesicherten Studie gezielt untersucht haben.

Vorgehensweise

In der Studie „Sport&Kog“ wurden Patienten mit früher Alzheimer-Demenz (Mini-Mental-Status-Test 20 bis 25 Punkte), die unter häuslichen Bedingungen leben, zufällig eine von zwei Behandlungen angeboten: Die experimentelle Gruppe dieser Studie erhielt ein Behandlungsprogramm, in dem sportliche, kognitive und soziale Anregungselemente miteinander verbunden werden. In diesem Behandlungsprogramm werden die Grundelemente „Gehen“, „Spielen“ und „Tanz“ so variiert, dass zusätzlich zur körperlichen Anregung kognitive und soziale Elemente in die Behandlung mit einfließen. Zudem wurden Aspekte der primären Übung, des Transfers in den Alltag und der Nachhaltigkeit berücksichtigt. In der Kontrollgruppe kam in der Studie Sport&Kog lediglich ein Dehnungsprogramm (Stretching) zum Einsatz. Beide Behandlungsprogramme wurden in gleichem Umfang durchgeführt, um Effekte der allgemeinen sozialen Zuwendung zwischen den beiden Gruppen gleich zu halten, und um allen Betroffenen die Teilnahme an einem aktiven Programm zu ermöglichen. Zielkriterium der Studie war neben der Untersuchung von Veränderungen im Bereich der Gedächtnisfähigkeit (ADAS-Cog) die Erfas-

sung von Veränderungen im Bereich von Aktivitäten des täglichen Lebens (ADCS-ADL). Darüber hinaus wurden vor und nach den Behandlungen weitere Messungen zu psychischen und kognitiven Leistungen durchgeführt. Die Hypothese der Studie lautet: Das angebotene multimodale sportliche Behandlungsprogramm für Menschen im Frühstadium der Alzheimer-Demenz, die unter häuslichen Alltagsbedingungen leben, führt zu einer klinisch relevanten Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit und der Alltagskompetenz.

Ergebnisse

Eine Reihe von Rahmenbedingungen hat dazu geführt, dass sich der Studienverlauf und die Rekrutierung von Studienteilnehmern verzögert haben. Daher sind nur Aussagen zur Machbarkeit einer randomisierten kontrollierten Studie im Gruppensdesign zur Untersuchung multimodaler Aktivierung bei Patienten mit früher Alzheimer-Demenz möglich. Nach dem Screening von mehr als 280 Patienten auf eine mögliche Studienteilnahme wurden vier Behandlungsgruppen in Göttingen und in Essen durchgeführt. Hierfür war es unter anderem erforderlich, einen Fahrdienst einzurichten, der die Mehrzahl der Studienteilnehmer zu ihren Übungen abholt und nach Hause bringt. Nach Einführung des Fahrdienstes und weiteren Modifikationen des initialen Studiendesigns (zum Beispiel Durchführung der Übungen durchgehend zwei Mal pro Woche) zeigt sich eine gute Beteiligung an beiden Gruppen. Es wurde aber auch deutlich, dass die Studienteilnehmer sehr aufwendig und professionell betreut werden müssen, um in enger Zusammenarbeit mit den Angehörigen eine regelmäßige Teilnahme an dem Behandlungsprogramm sicher zu stellen. Für die Durchführung zukünftiger kontrollierter randomisierter Studien zu nicht-pharmakologischen Interventionen hat „Sport&Kog“ schon jetzt sehr wertvolle neue Erkenntnisse zur Machbarkeit erbracht.

Publikationen

Ennen, J.C., Müller, B.W., Bibl, M., Esselmann, H., Rütten, A., Platen, P., Trampisch, H.J., Abu-Omar, K., Schade-Brittinger, C., Freese, J., Juckel, G., Maier, W., Kornhuber, J., Nehen, H., Diener, H., Hermann, D., Falkai, P., Wolf, S., Schulz, J., Fassbender, K., Otto, M., Daum, I., Wiltfang, J. (2008). Einfluss von multimodaler sportlicher Aktivität auf Kognition und Alltagskompetenzen bei früher Alzheimer-Demenz (SPORT&KOG). Zeitschr. Gerontopsych. Psychiatr., 163–169.

„Sport gegen das Vergessen“ (16.02.2009)
WDR-Beitrag Regionalzeit Ruhr

„Bewegung und Demenz“ (24.3.2010)
ZDF-Beitrag Drehscheibe Deutschland

Kontakt

Prof. Dr. med. Jens Wiltfang

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

LVR-Klinikum Essen

Virchowstraße 174, 45147 Essen

jens.wiltfang@uni-due.de

Selbstständigkeit durch Ergotherapie

Fachtitel: Effektivität einer optimierten Ergotherapie bei Demenz im häuslichen Setting (ERGODEM)

Demenzerkrankungen bringen neben kognitiven Einbußen (Verminderung der Gedächtnisleistungen) auch einen fortschreitenden Verlust der Selbstständigkeit im Alltag mit sich. Mit dem wachsenden Unterstützungsbedarf ist häufig auch für die Angehörigen eine verminderte Lebensqualität verbunden.

Die als Standard geltende medikamentöse Behandlung mit Antidementiva wirkt nicht bei allen Erkrankten gleich gut, weswegen nicht-medizinische Behandlungen zunehmend an Bedeutung gewinnen. Insbesondere ergotherapeutische Behandlungen lassen in frühen und mittleren Krankheitsstadien positive Effekte hinsichtlich der Alltagskompetenz und Lebensqualität erkennen, allerdings liegen in Deutschland bislang keine wissenschaftlich anerkannten Empfehlungen hierzu vor.

Vorgehensweise

Die Studie ERGODEM wurde an drei Kliniken (Dresden, Leipzig, Günzburg) realisiert. Insgesamt wurden 160 Patientinnen und Patienten (Alter: ≥ 55 Jahre) in die Studie aufgenommen und nach dem Zufallsprinzip in zwei Gruppen aufgeteilt. Die Patienten beider Gruppen erhielten die derzeit bei Demenzerkrankungen gültige, vorrangig medikamentöse Behandlung. Die Teilnehmer in der Interventionsgruppe ($n=82$) erhielten zusätzlich eine individuelle, an den Bedürfnissen und Wünschen des Patienten ausgerichtete demenzspezifische Ergotherapie. Diese soll lebenspraktische Defizite, die zu Schwierigkeiten in der Selbstversorgung und Alltagsbewältigung führen, durch gezieltes Training bzw. Kompensation vermindern oder relativieren. Ziel ist, die Selbstständigkeit der Betroffenen längstmöglich zu erhalten und eine Entlastung ihrer Angehörigen zu erreichen. Die Ergotherapie fand zwei Mal wöchentlich über einen Zeitraum von sechs Wochen im häuslichen Umfeld und unter Einbeziehung des pflegenden Angehörigen statt. Die Patienten wurden zu vier Zeitpunkten untersucht. Neben der Bewältigung von Alltagsaufgaben interessierten die Entwicklung der

kognitiven Leistungsfähigkeit der Patienten, Aspekte der Lebenszufriedenheit sowie das Belastungserleben seitens der pflegenden Angehörigen. Darüber hinaus bestand die Möglichkeit, im Gespräch mit dem Arzt und dem Psychologen, Fragen im Zusammenhang mit der Erkrankung zu klären.

Ergebnisse

Auch sechs Monate nach Abschluss der sechswöchigen Intervention zeigte sich ein eindeutig positiver Effekt der häuslichen Ergotherapie auf die Alltagsfähigkeit der Patienten. Darüber hinaus führte die Ergotherapie zu einer deutlich spürbaren Verbesserung von Verhaltensstörungen und zu einer Minderung der Belastung der Angehörigen. Jedoch zeigte sich kein nennenswerter Unterschied zwischen beiden Gruppen in Bezug auf die Messungen der Lebensqualität von Patienten und Angehörigen oder der kognitiven Leistungsfähigkeit der Patienten.

Insgesamt sprechen die Ergebnisse dafür, die Ergotherapie im häuslichen Umfeld als nicht-pharmakologische Therapie demenzieller Erkrankungen als festen Pfeiler in der ärztlichen Therapieplanung einzubinden. Für eine weitere Entwicklung der häuslichen Ergotherapie ist es gleichzeitig wichtig, die Konzeption einer sogenannten Erhaltungstherapie und deren Wirksamkeit auf das Fortschreiten der Erkrankung zu untersuchen.

Publikation

Reuster, T., Jurjanz, L., Schützwohl, M. & Holthoff, V. (2008). Effektivität einer optimierten Ergotherapie bei Demenz im häuslichen Setting (ERGODEM). Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie, 21 (3), 185–189.

Kontakt

Prof. Dr. Vjera Holthoff

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Technische Universität Dresden
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
Vjera.Holthoff@uniklinikum-dresden.de

Mit Ergotherapie den Alltag besser meistern

Fachtitel: Die Wirksamkeit Häuslicher Ergotherapie für Demenzerkrankte und ihre Angehörigen (WHEDA)

Demenzerkrankte Menschen haben oftmals Schwierigkeiten, ihre gewohnten Alltagsaktivitäten auszuführen. Wenn Demenzerkrankte ihre gewohnten Routinen aufgeben müssen, fallen das automatische „Training“ der Fertigkeiten durch das tägliche Tun und damit auch die regelmäßigen kleinen Erfolgsrückmeldungen weg. Das kann die Lebensqualität und Alltagsbewältigung des Demenzerkrankten erheblich reduzieren. So entsteht ein Teufelskreis aus nicht mehr Können, nicht mehr Tun und dadurch wiederum noch weniger Können. Demenzerkrankte selbst wünschen sich, möglichst lange selbständig tätig zu sein. Auch wenn die geistige Leistungsfähigkeit nachlässt, vermitteln gelingende Alltagsaktivitäten ihnen ein Gefühl des Dazugehörens, der Autonomie und des Selbstwertes.

Daher zielt eine Ergotherapie darauf ab, die als wichtig empfundenen Tätigkeiten des täglichen Lebens – trotz nachlassender geistiger Leistungen – aufrecht zu erhalten und als erfolgreiches Erleben zu gestalten. Internationale Studien belegen, dass eine häusliche Ergotherapie, die die Angehörigen in die Behandlung einbezieht, die Alltagsbewältigung und Lebensqualität von Menschen mit leichter bis mittelschwerer Demenz positiv beeinflussen kann. Jedoch ist häusliche Ergotherapie unter Routinebedingungen in Deutschland noch nicht wissenschaftlich untersucht worden. Daher überprüfte die WHEDA-Studie (Wirksamkeit häuslicher Ergotherapie für Demenzerkrankte und ihre Angehörigen), mit welcher Wirkung deutsche Ergotherapeuten ein Behandlungsprogramm durchführen, das sich in den Niederlanden als sehr wirksam erwiesen hat.

Vorgehensweise

In die WHEDA-Studie wurden 140 Menschen mit Demenzerkrankung einbezogen und zufällig auf zwei gleich große Gruppen verteilt. In sieben deutschen Studienzentren erhielten die Patienten und ihre betreuenden Angehörigen

entweder eine einmalige Beratung auf Basis von Beratungsbroschüren der Deutschen Alzheimer Gesellschaft (Kontrollgruppe) oder das niederländische Ergotherapieprogramm mit zehn Behandlungseinheiten (Testgruppe). In diesem Ergotherapieprogramm wurden sowohl die Erkrankten als auch die Angehörigen zunächst intensiv zu ihren Gewohnheiten, Präferenzen und Problemen bei Alltagsaktivitäten befragt. So sollten diejenigen Aktivitäten identifiziert werden, die wichtig aber problematisch für den Alltag der Betroffenen und nach Einschätzung des Ergotherapeuten positiv veränderbar sind. Gemeinsam mit Patient und Angehörigen wurden ein bis zwei Alltagsaktivitäten ausgewählt und durch Einsatz von Kompensationsstrategien vereinfacht. Ebenso wurde eine angemessene Anleitung mit den Angehörigen eingeübt. In der Studie wurden Daten zur Lebensqualität, zum Befinden und zur Alltagsbewältigung von Patienten und Angehörigen erhoben, und zwar sowohl vor der Therapie als auch eine, zehn und 20 Wochen danach.

Ergebnisse

Die geplante Anzahl an Teilnehmern (n=141) konnte in die Studie aufgenommen werden. Es gab keine unerwünschten Ereignisse, die im Zusammenhang mit den WHEDA-Interventionen standen. Sowohl die Beratung als auch die Behandlung wurden im häuslichen Umfeld gut angenommen. Die Lebensqualität und das Befinden der Patienten und der Angehörigen blieb in beiden Gruppen über ein halbes Jahr stabil. Die Alltagsbewältigung der Angehörigen konnte in der Behandlungsgruppe direkt nach der Therapie leicht verbessert werden (+ 3,5 Punkte im Fragebogen zur Kompetenzüberzeugung pflegender Angehöriger), während sie in der Beratungsgruppe stabil blieb. Die Durchführung einer zu Beginn ausgewählten Alltagsaufgabe gelang den Patienten in beiden Gruppen zu knapp 70 Prozent selbständig und änderte sich zu den verschiedenen Messzeitpunkten nicht signifikant. Ebenso blieb der Hilfebedarf der Patienten bei Alltagsaktivitäten in beiden Gruppen stabil.

Die Studienergebnisse zeigen, dass sowohl die einmalige ergotherapeutische Beratung als auch die zehnmahlige Behandlung nach dem niederländischen Programm im deutschen Versorgungskontext, Alltagsbewältigung und Lebensqualität der Betroffenen für ein halbes Jahr stabilisieren können. Jedoch ist das niederländische Programm in der derzeitigen Form einer Beratung nicht überlegen. Eventuell ist der fehlende Wirkungsnachweis in dieser Studie auch darin begründet, dass die Studienteilnehmer in Deutschland im Gegensatz zu den niederländischen Teilnehmern einen deutlich geringeren Hilfebedarf bei den Aktivitäten des täglichen Lebens benötigten. Weitere Forschung, insbesondere mit Patienten mit stärkerem Hilfebedarf im Alltag, ist notwendig, um das in den Niederlanden erfolgreiche Programm auch für Demenzerkrankte in Deutschland nutzbringend anzuwenden.

Publikationen

Voigt-Radloff S, Graff M, Leonhart R, Schornstein K, Vernooij-Dassen M, Olde-Rikkert M, Huell M.

WHEDA study: effectiveness of occupational therapy at home for older people with dementia and their caregivers – the design of a pragmatic randomised controlled trial evaluating a Dutch programme in seven German centres. *BMC Geriatr.* 2009 Oct 2;9:44.

Voigt-Radloff S.

Ergotherapie bei Demenz. In: Haberstroh J, Pantel J. Demenz psychosozial behandeln. AKA Verlag Heidelberg.

Kontakt

Prof. Dr. med. Michael Hüll

Zentrum für Geriatrie und Gerontologie Freiburg
Universitätsklinikum Freiburg
Lehener Straße 88, 79106 Freiburg
michael.huell@uniklinik-freiburg.de

2. Was hilft den Angehörigen?

Einführung in die Thematik

Prof. Dr. Gabriele Wilz, Friedrich-Schiller-Universität Jena

Was hilft pflegenden Angehörigen?

»Noch nie wurden so viele Menschen mit Demenz so lange und so intensiv und in der Regel auch so gut in ihren Familien gepflegt«

Dieses Zitat des Nationalen Ethikrats macht deutlich, dass die pflegerische Unterstützung für ältere Menschen zu einem Großteil von Familienangehörigen erbracht wird. Aufgrund der steigenden Anzahl pflegebedürftiger Demenzerkrankter kann es deshalb als gesellschaftliche Herausforderung betrachtet werden, den hohen Anteil an häuslicher Pflege – bisher von mehr als 70 Prozent – zu erhalten und zu stärken.

Einen an Demenz erkrankten Menschen zu pflegen, ist für die Mehrzahl der pflegenden Angehörigen eine chronische Belastung mit nachhaltigen Auswirkungen auf die psychische und körperliche Gesundheit sowie auf soziale Beziehungen.

Zahlreiche Untersuchungen haben in den letzten drei Jahrzehnten aufgezeigt, dass vor allem pflegende Angehörige von Demenzerkrankten ein erhöhtes Risiko haben,



Prof. Dr. Gabriele Wilz,
Friedrich-Schiller-Universität Jena, Institut für Psychologie

gesundheitliche Beeinträchtigungen zu entwickeln. So wurden erhöhte Sterberaten sowie ein vermehrtes Auftreten von Angst (25 Prozent) und depressiven Symptomen (22 Prozent) berichtet. Insbesondere pflegende Frauen, die mit über 70 Prozent die größte Gruppe der pflegenden Angehörigen darstellen, sind hiervon betroffen. Zusammenfassend belegen die Befunde zu den gesundheitlichen Beeinträchtigungen den Bedarf an effektiven Konzepten zur Unterstützung der Angehörigen. Entsprechend fordern alle nationalen und internationalen medizinischen Leitlinien, dass eine adäquate Schulung und Unterstützung der pflegenden Angehörigen ein integraler Bestandteil der Behandlung von Patienten mit Demenz sein sollte. Zur Unterstützung pflegender Angehöriger wurde bereits eine Vielzahl unterschiedlicher Angebote etabliert. Diese können unterschieden werden in

1. Angebote zur Entlastung durch die Betreuung der Demenzerkrankten wie zum Beispiel Kurzzeitpflege, Tagespflegeeinrichtungen oder Betreuungsdienste durch ambulante Helfer,
2. Angebote zur Unterstützung bei der häuslichen Pflege wie beispielsweise ambulante Pflegedienste,
3. Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige durch Selbsthilfegruppen, Pflegekurse, telefonische Beratung, psychotherapeutische Einzel- und Gruppeninterventionen sowie
4. gemeinsame Angebote für die Erkrankten und deren Angehörigen wie zum Beispiel betreute Urlaube oder Tandemgruppen für Frühbetroffene.

Die im Rahmen des Leuchtturmprojekts geförderte Studie „Einrichtung von sozialtherapeutischen Tandemgruppen für PatientInnen in der Frühphase demenzieller Erkrankungen und ihre Angehörigen“ (Niemann-Mirmehdi & Soellner) stellt eine innovative Form der Unterstützung in diesem Bereich dar. Für Menschen mit Demenz in einem frühen Krankheitsstadium werden gemeinsame Unternehmungen und Gespräche angeboten und parallel Gesprächskreise für die Angehörigen. Der parallele Austausch für die Angehörigen bewirkt hierbei

neben einem besseren Krankheitsverständnis, eine Stressreduktion sowie einen veränderten Fokus hin zu mehr Gelassenheit und Ausgleich durch positive Aktivitäten.

Diese differenzierten und für die verschiedenen Bedürfnisse spezifischen Unterstützungsangebote werden von unterschiedlichen Institutionen angeboten und koordiniert, so beispielsweise von der Deutschen Alzheimergesellschaft und deren regionalen Alzheimergesellschaften oder der Bundesarbeitsgemeinschaft Alten- und Angehörigenarbeit (BAGA). Systematische wissenschaftliche Bewertungen dieser vielfältigen Angebote liegen jedoch bisher nur vereinzelt vor. In der LEANDER II Studie wurde ein Teil dieser Angebote auf ihre entlastende Wirkung untersucht. Es konnte hierbei eine wirksame Entlastung durch eine gerontopsychiatrische Tagespflege nachgewiesen werden. Auch durch ambulante Pflegedienste konnten Entlastungen im Bereich der objektiven Betreuungsaufgaben erzielt werden. Für angeleitete Angehörigengruppen und Selbsthilfegruppen hingegen konnten keine entlastenden Effekte nachgewiesen werden. Eine weitere Studie zu angeleiteten Angehörigengruppen zeigt, dass sich die Lebensqualität der Teilnehmer in begrenztem Umfang positiv verändert, die emotionale Befindlichkeit sich jedoch nicht verbessert und kein Einfluss auf die Häufigkeit von Heimaufnahmen der Patienten erreicht werden kann.

Auf der Suche nach der wirksamsten Intervention

Die meisten der in den letzten 30 Jahren publizierten Interventionen wurden im englischsprachigen Raum entwickelt und wissenschaftlich bewertet. Für die von Pinquart und Sörensen im Jahr 2006 veröffentlichte Analyse sind Ergebnisse aus insgesamt 127 Studien zusammengetragen worden. In einigen Bereichen konnten durch die Interventionen positive Effekte nachgewiesen werden, so zum Beispiel hinsichtlich des Belastungserlebens, der depressiven Symptomatik, des subjektiven Wohlbefindens, des Fachwissens der pflegenden Angehörigen sowie im Hinblick auf die Symptome der Erkrankten. Insgesamt sind die Effekte dieser Studien jedoch nur schwach bis mittel stark ausgeprägt. Zudem sind die

Ergebnisse und die Methodik der einzelnen Studien so uneinheitlich, dass derzeit keine abschließende Beurteilung der Wirksamkeit der Interventionen vorgenommen werden kann. Dieser Problematik widmet sich die im Leuchtturmprojekt geförderte Studie „Die ICF als Referenzrahmen zur Bewertung von Effektivitätsstudien bei demenziellen Erkrankungen (ICF-Effekt)“ (Alarcos Cieza & Hendrik van den Bussche). Im diesem Projekt wird der wichtigen Frage nachgegangen inwieweit in Interventionsstudien mit Menschen mit einer Demenzerkrankung die Behandlungsziele berücksichtigt werden, die tatsächlich für die Betroffenen selbst von Bedeutung sind. Die Analysen zeigen ein sehr breit gestreutes Spektrum an Behandlungszielen und eingesetzten Messinstrumenten, die als Übersicht in einer Datenbank zur Verfügung gestellt werden. Dadurch wird eine Diskussionsgrundlage und Basis für eine Vereinheitlichung und zielorientierte Auswahl an spezifischen zielorientierten Evaluationsinstrumenten gelegt.

Interventionen, die einen positiven Einfluss auf die depressive Symptomatik und das Belastungserleben der Angehörigen bewirken konnten, basierten meist auf Prinzipien der kognitiv-behavioralen Verhaltenstherapie (KVT). Diese beinhalteten vor allem folgende hilfreiche Strategien: das aktive Einbeziehen der Angehörigen durch Verhaltensübungen, die Anwendung von Rollenspielen und das Einüben von Pflegefähigkeiten. Auch familienbasierte Interventionen zur Stärkung der sozialen Unterstützung konnten gute Effekte nachweisen. In einer eigenen Studie konnte gezeigt werden, dass ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppenkonzept, welches neben den genannten Strategien auch kognitive und emotionsorientierte Interventionen beinhaltete, sich nicht nur positiv auf die Gesundheit der Angehörigen auswirkt, sondern darüber hinaus die Institutionalisierung der Patienten verzögert.

Um den komplexen Belastungen, von denen pflegende Angehörige berichten, therapeutisch gerecht zu werden, kann die KVT aufgrund ihrer integrativen Methodenvielfalt als eine geeignete Interventionsform betrachtet werden. Im Folgenden werden die spezifischen Interventionen und deren Bedeutung für die therapeutische Arbeit mit pflegenden Angehörigen dargestellt.

Psychoedukation – Symptome verstehen

Die Vermittlung von Informationen über die Erkrankung ist ein wichtiger Bestandteil der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Arbeit mit pflegenden Angehörigen von Demenzerkrankten. Angehörige über die Symptome, Ursachen und den Verlauf der Krankheit aufzuklären, kann dazu beitragen, Unsicherheiten und Ängste zu reduzieren, eine realistische Sicht der Erkrankung zu fördern und die Bewältigung der belastenden Situation zu verbessern. Wird eine Verhaltensauffälligkeit (zum Beispiel Unruhe) oder eine Beeinträchtigung (zum Beispiel Schluckbeschwerden) der Demenzkranken von den Angehörigen als ein zur Krankheit gehörendes Symptom erkannt, können Konflikte vermieden werden. Denn oftmals werden zum Beispiel absichtliches Verweigern oder Ärgern nur als Folge einer falschen Interpretation von Krankheitssymptomen ausgelöst. Neben der Aufklärung über die Krankheitssymptome beziehungsweise Verhaltensauffälligkeiten und deren mögliche Auslöser ist es auch hilfreich, das Verständnis für das Selbsterleben demenzkranker Menschen zu fördern. Die Angehörigen werden deshalb ermutigt, frühere Gewohnheiten, Bedürfnisse oder individuelle Persönlichkeitszüge des Erkrankten zu erinnern und in Beziehung zum aktuellen Verhalten zu setzen, um dieses besser nachvollziehen zu können.

Kognitive Umstrukturierung – lähmende Gedanken verändern

Jeder Mensch ist anders und deshalb empfindet und erlebt jeder Angehörige die Pflegearbeit – auch bei ähnlichen belastenden Bedingungen – unterschiedlich. Für die einen stellt die Pflege eine bewältigbare Belastung dar, während andere unter den komplexen Anforderungen leiden. Bei diesen Angehörigen können oft stresserzeugende und belastungsfördernde Denkmuster auftreten. Durch die Methoden der kognitiven Umstrukturierung lernen Angehörige, lähmende und entmutigende Gedanken zu erkennen und alternative, potentiell stressmindernde Gedanken zu entwickeln. Im ersten Schritt der kognitiven Umstrukturierung werden die Angehörigen aufgefordert, sich eine problematische Situation mög-

lichst anschaulich vorzustellen. Dabei sollen alle auftretenden Gedanken beachtet werden und deren Auswirkungen auf die eigenen Gefühle und das eigene Verhalten analysiert und schriftlich festgehalten werden. Für dieses Vorgehen eignet sich das ABC-Schema von Ellis. Im ABC-Schema steht A für activating events, also für das auslösende Ereignis, B für beliefs, also für die Gedanken zum Ereignis und C für consequence, also die Konsequenzen, die als Reaktion auf die Gedanken folgen. Anhand des ABC-Schemas wird den Angehörigen in einem nächsten Schritt erläutert, dass die Art wie sie ein Ereignis bewerten, einen Einfluss auf ihre psychische und physische Befindlichkeit und ihr Belastungserleben hat. Anschließend wird durch einen sogenannten Sokratischen Dialog der lähmende und entmutigende Gedanke erörtert und es werden alternative Gedanken erarbeitet. Hierfür eignen sich zum Beispiel folgende Fragen: Wie könnten Sie ihre Situation noch betrachten? Was würden Sie einer Freundin raten, die sich in einer ähnlichen Situation befindet? Als therapeutische Aufgabe zwischen den Sitzungen werden die Angehörigen zudem aufgefordert, sich selbst in belastenden Situationen zu beobachten und dabei auftretende Gedanken und Emotionen in einem Gedankentagebuch zu protokollieren. Durch die Anwendung und Protokollierung von selbstentwickelten, hilfreichen Gedanken in Alltagssituationen können die Angehörigen so erfahren, welche positiven Veränderungen hilfreichere Gedanken auf das eigene Empfinden und Verhalten haben können.

Emotionsorientierte Intervention – Veränderungen, Verlust und Trauer verarbeiten

Während einer Demenz verändert sich die Persönlichkeit der Patienten und damit auch die Beziehung zu den Angehörigen. Um mit diesen Veränderungen und den damit verbundenen Trauergefühlen umzugehen, ist ein multikonzeptioneller Behandlungsansatz notwendig, der sowohl einen emotionsfokussierten Umgang mit negativen Gefühlen, als auch die Arbeit an der Akzeptanz der Erkrankung, den damit verbundenen Veränderungen und entsprechenden Gefühlen vereint. Die mit der Demenz verbundenen Persönlichkeitsveränderungen werden als Verlust erlebt, denn übliche Verhaltensmuster

in der Beziehung werden vom Kranken nicht mehr in gewohnter Weise beantwortet. Gleichzeitig erinnern sich Angehörige intensiv an die vertraute Beziehung, da sich die Kranken äußerlich über lange Krankheitsphasen kaum verändern. 68 Prozent der pflegenden Angehörigen Demenzerkrankter erleben klassische Trauersymptome. Allerdings haben sie im Gegensatz zu Menschen, die durch den Tod eines Angehörigen einen tatsächlichen Verlust erleben, Schwierigkeiten ihre Trauergefühle richtig zu interpretieren und zuzulassen. Durch emotionsorientierte Interventionen kann die Normalisierung, das Verstehen und die Verarbeitung von Trauergefühlen bei den Angehörigen gefördert werden.

Förderung der Selbstfürsorge – Hobbys und Interessen wiederaufbauen

Mit zunehmender Dauer und Intensität der Pflege- und Betreuungsaufgaben kann es bei pflegenden Angehörigen dazu kommen, dass eigene Interessen und Hobbys vernachlässigt oder aufgegeben werden, was zu einer sozialen Isolation führen kann. Um einer daraus folgenden Zunahme des subjektiven Belastungserlebens entgegenzuwirken, ist es notwendig, pflegenden Angehörigen die Bedeutung und Notwendigkeit von ausgleichenden, die Stimmung positiv beeinflussenden Aktivitäten zu verdeutlichen. Beim Aufbau von Aktivitäten wird einerseits gefördert, positive Erfahrungen und Aktivitäten zu steigern und wiederaufzubauen und andererseits das Übermaß an belastenden Erfahrungen und Pflichten zu verringern. In diesem Kontext wird auch die Inanspruchnahme professioneller und informeller Hilfe gefördert.

Problemlösetraining – Probleme gezielt angehen

Im Rahmen des Problemlösetrainings setzen sich die pflegenden Angehörigen mit ihren konkreten Belastungen auseinander. Durch diesen Ansatz werden mehrere Ziele verfolgt: Es sollen konkrete Möglichkeiten zur Bewältigung von individuellen Belastungen im Betreuungs- und Pflegealltag erarbeitet und im Alltag erprobt werden, beispielsweise zum Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten.

Das systematische Lösen von Problemen wird eingeübt, so dass die Angehörigen zudem eine allgemeine problemlösende Grundhaltung erwerben können. Bei der therapeutischen Arbeit mit Angehörigen hat sich der Problemlöseansatz von D`Zurilla und Goldfried aus dem Jahr 1971 bewährt. Zusätzlich können angeleitete Rollenspiele und Vorstellungsübungen auf die Durchführung der Schritte im Alltag vorbereiten.

Oft hilft die Kombination von Interventionen

Zusammenfassend weisen die bisherigen Erfahrungen mit den hier vorgestellten kognitiv-behavioralen Interventionen darauf hin, dass gerade die Kombination verschiedener KVT-Techniken dem Unterstützungsbedarf von pflegenden Angehörigen in unterschiedlichen Bereichen gerecht wird. Weiterhin sollten Unterstützungsangebote bedarfsorientiert und an die individuelle Belastungssituation der Angehörigen angepasst sein sowie eine ausreichende Intensität und Dauer haben. Professionell angeleitete therapeutische Interventionen sollten insbesondere für stärker belastete Angehörige und je nach Mobilität sowohl persönlich als auch telefonisch (siehe nachfolgend beschriebene im Leuchtturmprojekt geförderte Studie TeleTANdem, Wilz & Soellner) angeboten werden. Dadurch könnten zum einen die gesundheitlichen Belastungen der Angehörigen reduziert und deren Bereitschaft erhöht werden, langfristig an weiteren unterstützenden Angeboten wie beispielsweise Selbsthilfegruppen teilzunehmen.

Systematisch evaluierte und professionell durchgeführte psychotherapeutische Interventionen stellen in der gegenwärtigen Versorgungsstruktur pflegender Angehöriger jedoch die Ausnahme dar. In Zukunft sollte die Umsetzung von wissenschaftlich geprüften psychotherapeutischen Einzel- und Gruppenkonzepten in das Leistungsangebot von entsprechenden Beratungsstellen und Kliniken ergänzt werden und als wesentlicher Beitrag zur Entlastung pflegender Angehöriger und zur Stabilisierung der häuslichen Pflege in Deutschland betrachtet werden.

Vorstellung der Projekte

2. Was hilft den Angehörigen?





Gemeinsam sind wir stark – Betroffene und Angehörige profitieren von Tandemgruppen

Fachtitel: Tandemgruppen

In frühen Phasen einer demenziellen Erkrankung finden Betroffene und ihre Angehörigen selten Hilfe zur seelischen Entlastung und zur Beantwortung ihrer krankheitsbezogenen Fragen. Mit psychosozialen Unterstützungsangeboten wird hier Neuland betreten, da sie bislang hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und Akzeptanz nicht erforscht sind. Mit der Evaluation sozialtherapeutischer TANDEMGRUPPEN (Treffpunkte ab beginnender Demenz) soll ein Beitrag zur Beantwortung der Frage geleistet werden, ob Betroffene und ihre Angehörigen von derartigen Angeboten profitieren.

Vorgehensweise

Die Betroffenen trafen sich wöchentlich für vier Stunden zu Unternehmungen (Stadt, Kultur, Natur) und Gesprächen, ihre Angehörigen alle 14 Tage für anderthalb Stunden zum Erfahrungsaustausch. Die Begleitung der Betroffenenengruppe erfolgte durch Ergo-, Kunst- und BewegungstherapeutInnen, die der Angehörigengruppe durch SozialpädagogInnen oder PsychologInnen.

Untersucht wurden zwei bereits bestehende und eine neue Tandemgruppe im Hinblick darauf, ob und wie deren Besucher von dem Angebot profitieren. Mit den Erkrankten und Angehörigen wurden getrennt Interviews durchgeführt; die Begleitpersonen wurden mittels Fokusgruppen befragt. Ergänzt wurden diese Daten durch schriftliche Befragungen. Zur besseren Absicherung der Ergebnisse wurden zum Vergleich auch Betroffene und Angehörige befragt, die sich nicht für eine Teilnahme an einer Tandemgruppe entschieden hatten. Nutzer und Nichtnutzer der neu beginnenden Tandemgruppe wurden zweimal befragt, einmal vor und ein halbes Jahr nach Gruppenstart. Insgesamt wurden mit 42 Personen 74 Einzelinterviews geführt. Die Studienteilnehmer waren überwiegend zwischen 60 und 70 Jahre alt, Frauen (n=19) und Männer (n=23) waren etwa gleich häufig vertreten.

Ergebnisse

Sozialtherapeutische Tandemgruppen fördern eine kurz-, mittel- und langfristige Entlastung bei der Bewältigung des Lebens mit einer Demenzerkrankung. Was verändert sich durch die Teilnahme und warum? Hier die wichtigsten Ergebnisse:

Betroffenengruppe

Die von den Erkrankten am häufigsten berichteten Veränderungen durch die Tandemgruppe waren **aktiver geworden zu sein** und wieder **mehr Freude am Leben** zu haben: **der Alltag ist nicht mehr so leer**. Das Dazugehören zu einer Interessengemeinschaft **Gleichgesinnter: hier komme ich in meinen festen Kreis; jeder weiß, was der andere hat, da kann man dann eben freier darüber reden**, bieten einen **eigenen Raum**, in dem man sich **wohl fühlt, der** Kommunikation, Interaktion und Handeln erleichtern und Selbsthilfepotentiale fördern hilft: **hier fühle ich mich nicht nur eingeschränkt**.

Angehörigengruppe

Während für die Erkrankten soziale und kulturelle Teilhabe, **Neues und Anderes Erleben**, von zentraler Bedeutung waren, nahmen Angehörige ihre seelische Entlastung primär durch den offenen **nur mit Betroffenen möglichen** Erfahrungsaustausch über das Leben mit der Erkrankung wahr. Das **gemeinsam sind wir stärker** und die **auch zukünftige, langfristige Begleitung** verschafften **Sicherheit**. Entlastend wurde auch der Vergleich innerhalb einer **Schicksalsgemeinschaft** bei **unterschiedlichen Krankheitsbildern und -verläufen** erlebt. Erkenntnisse wurden durch Lernen an anderen Paaren gewonnen, **dem individuell unterschiedlichen Umgang mit der Erkrankung** welcher **so in der Literatur nicht zu finden** sei.

Die klinischen Untersuchungen haben ergeben, dass teilnehmende Angehörige nach sechs Monaten häufiger als Nichtteilnehmende angegeben haben, durch die Betreuung des Erkrankten persönlich gereift zu sein, obwohl in dieser Gruppe in höherem Maße Depressionen aufgetreten sind. Aufschluss ergaben die Interviewdaten: die Auseinandersetzung mit Demenzerkrankungen in der Tandemgruppe geht mit einem Realisierungsprozess um die Progredienz und Unheilbarkeit der Erkrankung einher, was zunächst zu einer ansteigenden Rate depressiver Symptome führt. Zugleich werden gezielte Entlastungsstrategien entwickelt, die eine Stärkung der Angehörigen erwirkt.

Veränderungen in der Beziehung

In der Tandemgruppe gemachte Erfahrungen wirkten sich positiv auf die Lebensgemeinschaft aus. So schlugen Erkrankte ihren Partnern vor, interessante Gruppenunternehmungen zu zweit zu wiederholen. Der erfolgte Perspektivenwechsel der Angehörigen erhöhte das Verständnis der Situation der Erkrankten und führte zu mehr Gelassenheit, weniger Kritik und Stress im Alltag zugunsten schönerer, wichtigerer Dinge.

Langfristiger Nutzen

Die Angehörigen ehemaliger wie die Begleiter aller Tandemgruppen berichteten, dass die Aktivierung der Erkrankten bis ins späte Demenzstadium, die anhaltende Vertrautheit und der Rückhalt der Angehörigen untereinander **wie eine Familie** über den Tod der Erkrankten hinaus bedeutsam seien.

Fördernde Faktoren

Voraussetzungen für den Erfolg der Tandemgruppen sind das homogen leichte Krankheitsstadium der Patienten beim Start, die Förderung von Selbstbestimmtheit, gelegentliche Treffen aller Paare, die Langfristigkeit des Angebots sowie der Einsatz qualifizierter Begleiter. Hemmende Faktoren sind mangelnde Begleitdienste. Ein zu weiter Weg war auch der häufigste Grund für die Nichtteilnahme.

Publikationen

Niemann-Mirmehdi, M.:

Frühförderung der Krankheits- und Alltagsbewältigung demenziell erkrankter Patienten und ihre Angehörigen – Psychosoziale Tandemgruppen. Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie, 21 (3), 2008, 171–177.

Niemann-Mirmehdi, M., Soellner, R.:

Subjektive Wahrnehmung demenziell Erkrankter in den Mittelpunkt gestellt – Ergebnisse einer qualitativen Evaluationsstudie von Versorgungsstrukturen in der frühen Krankheitsphase. In: Selbsthilfe Demenz Gemeinschaft Leben. Tagungsband 6. Kongress der Deutschen Alzheimer Gesellschaft (Hrsg., März 2011, Berlin)

Kontakt

Mechthild Niemann-Mirmehdi

Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus,
Große Hamburger Straße 5–10, 10155 Berlin
m.niemann-mirmehdi@charite.de

Therapie am Telefon

Fachtitel: Telefonische Therapie für Angehörige von Demenzkranken. Eine Kurzzeitintervention zur Ressourcenförderung bei häuslich betreuenden Angehörigen (TeleTAnDem)

Hilft eine Therapie am Telefon dabei, Belastungsstörungen bei Angehörigen von Demenzkranken vorzubeugen? Wie wirksam eine telefonische Kurzzeittherapie ist, erprobt und bewertet die Studie TeleTAnDem (kognitiv-behaviorale Kurzzeitintervention für Angehörige von Demenzkranken). Ziel der telefonischen Intervention ist es, die Fähigkeit der Angehörigen, Probleme zu lösen, zu stärken, ihr subjektives Belastungserleben zu senken und dadurch körperliche Beschwerden zu reduzieren und die Lebensqualität der Angehörigen zu verbessern. Durch die telefonische Intervention können insbesondere pflegende Angehörige in unterversorgten ländlichen Gebieten erreicht sowie die große Gruppe nicht mobiler Angehöriger unterstützt werden. Die telefonische Therapie stellt eine ökonomische, unter Alltagsbedingungen durchführbare innovative Form der therapeutischen Unterstützung für pflegende Angehörige von Demenzkranken dar.

Vorgehensweise

Die Intervention (sieben Gespräche in drei Monaten) besteht aus einem persönlichen Erstgespräch zur Spezifizierung von Problembereichen, welche in den sechs folgenden telefonischen Interventionen thematisiert werden. Schwerpunktthemen sind in der Regel der Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten und Persönlichkeitsveränderungen der/des Erkrankten, die soziale Isolation und das nicht Nutzen von Hilfsangeboten, weitere Themen sind das nicht Wahrnehmen eigener Belastungsgrenzen und der fehlende Ausgleich durch positive Aktivitäten. Grundlage der telefonischen Therapie sind kognitiv-ver-

haltenstherapeutische Methoden wie Ressourcenförderung, Informationsvermittlung, Problemlösetraining, kognitive Umstrukturierung, Aktivitätsaufbau, emotionsorientierte Interventionen und Stressbewältigung. Die Intervention wurde von geschulten Psychotherapeutinnen durchgeführt. In einer Kontrollgruppe wurde pflegenden Angehörigen ein Entspannungsverfahren (Progressive Muskel-relaxation) vermittelt, in einer zweiten Kontrollgruppe erhielten die Angehörigen die Regelversorgung.

Alle Angehörigen wurden vor Beginn und nach Abschluss der Intervention sowie sechs Monate danach persönlich befragt. Hierbei wurde besonders die Wirkung der telefonischen Therapie in Bezug auf die subjektive Zielerreichung, das subjektive Belastungserleben, wahrgenommene Bedürfniskonflikte, Bewältigungsstrategien und körperliche Beschwerden erfragt. Zusätzlich wurden die Angehörigen gebeten, die Rahmenbedingungen, die therapeutische Beziehung und die therapeutische Intervention qualitativ und quantitativ einzuschätzen.

Ergebnisse

An der Studie nahmen 222 Angehörige teil. Diese wurden auf die beschriebenen Untersuchungsbedingungen randomisiert. Die Intervention konnte telefonisch sehr gut umgesetzt werden. Den fernmündlichen Kontakt und die Unterstützung durch die Psychologin empfanden alle Angehörigen als optimal, wobei das hohe Einfühlungsvermögen, die wertschätzende Haltung, die gute Gesprächsvorbereitung und die hohe Sachkenntnis der Therapeutinnen betont wurden. 80 Prozent der befragten Angehörigen gaben an, dass ihre Erwartungen an die Intervention „voll und ganz“ bzw. „überwiegend“ erfüllt wurden und 91 Prozent würden diese weiterempfehlen. Das telefonische Setting wurde von 78 Prozent der teilnehmenden Angehörigen als sehr gut und

von den verbleibenden 22 Prozent als gut angegeben. Die Mehrheit der Angehörigen (76 Prozent) gab eine völlige oder partielle Zielerreichung an, bei 23 Prozent konnte eine Stabilisierung erreicht werden, 1 Prozent der Angehörigen berichteten eine Verschlechterung der Problemsituation (goal attainment scaling, GAS). Die Ergebnisse zum prä-post Vergleich zeigen eine signifikante Verringerung der Pflegebelastung, des Erschöpfungserlebens und des Beschwerdedrucks, sowie eine Verbesserung der Problemlösefähigkeit, der Lebensqualität und des emotionalen Befindens bei den Angehörigen der Interventionsgruppe (N=75) im Vergleich zu beiden Kontrollbedingungen (N=33, N=39). Insgesamt erweist sich die telefonische Therapie als ein ökonomisches, auf die Bedürfnisse der pflegenden Angehörigen zugeschnittenes, flexibles und effektives Unterstützungsangebot.

Publikationen

Schinköthe, D. & Wilz, G.

Telefonische Verhaltenstherapie mit pflegenden Angehörigen – eine Falldarstellung. Psychotherapie im Alter. 2010, Heft 4

Schinköthe, D., Kalytta, T. & Wilz, G.

Kognitive Verhaltenstherapie mit Partnern von Schlaganfall- und Demenzerkrankten. Psychotherapie im Alter. 2011, Heft 29

Große, K., Kalytta, T. & Wilz, G.

Kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen für pflegende Angehörige von Demenzkranken. In: Demenz psycho-sozial behandeln, Hrsg. J. Haberstroh & J. Pantel. AKA Verlag: Heidelberg.

Wilz, G., Große, K. & Kalytta, T.

Evidenz-basierte psychotherapeutische Interventionen für pflegende Angehörige von Demenzkranken. In: Versorgungsforschung für demenziell erkrankte Menschen, Hrsg. O. Dibelius & W. Maier. Kohlhammer: Stuttgart.

Risch, A. K., Soellner, R. & Wilz, G. (2010)

Individuelle Telefontherapie bei pflegenden Angehörigen von Demenzkranken. 28. Symposium der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs), Mainz.

Kontakt

Prof. Dr. Gabriele Wilz

Friedrich-Schiller-Universität Jena

Institut für Psychologie

Abteilung Klinisch-Psychologische Intervention

Humboldtstraße 11, 07743 Jena

gabriele.wilz@uni-jena.de

www.uni-jena.de/Klinisch_Psychologische_Intervention.html

Sind Studienziele für Betroffene tatsächlich relevant?

Fachtitel: Die ICF als Referenzrahmen zur Bewertung von Effektivitätsstudien bei demenziellen Erkrankungen (ICF-Effekt)

Im Bereich der klinischen Praxis und Forschung zu Demenzerkrankungen gibt es eine große Vielfalt an Behandlungen, die im Rahmen von Studien hinsichtlich ihrer Wirksamkeit überprüft werden. In nationalen und internationalen Veröffentlichungen finden sich zahlreiche Übersichtsarbeiten zu Behandlungen und zu den Instrumenten (so zum Beispiel Fragebögen und Tests), die verwendet wurden, um die Wirksamkeit zu messen. Eine genaue Betrachtung dieser Studien lässt erkennen, dass zwei wesentliche Aspekte oft nicht explizit berücksichtigt werden: (1) inwieweit die Ziele der durchgeführten Behandlungen im Hinblick auf das Alltagsleben der Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen relevant sind und (2) inwieweit die eingesetzten Instrumente geeignet sind, eine Veränderung bei den untersuchten Behandlungszielen feststellen zu können.

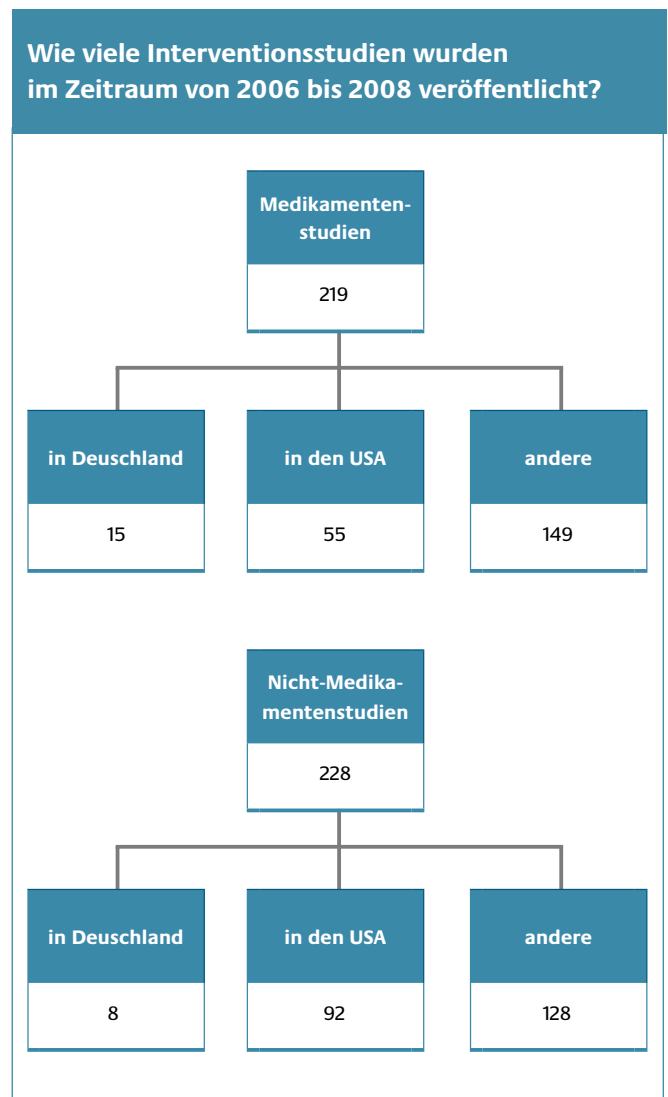
Vor diesem Hintergrund bestand das Hauptziel des Projektes darin, zu ergründen, inwieweit in Interventionsstudien mit Menschen mit einer Demenzerkrankung die Behandlungsziele berücksichtigt werden, die tatsächlich für die Betroffenen selbst von Bedeutung sind.

Vorgehensweise

Um die erlebten Probleme bei einer Alzheimer Demenz zu ergründen, wurden die Sichtweisen von Patienten und von betreuenden Angehörigen mit Hilfe von teilstrukturierten Interviews erfasst. Die dabei identifizierten Probleme wurden mit den Behandlungszielen und den verwendeten Instrumenten von Studien verglichen, die im Rahmen einer internationalen Literaturrecherche zu Behandlungen bei Alzheimer Demenz gefunden wurden.

Als Grundlage und gemeinsame Sprache für die Gegenüberstellung wurde die „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verwendet. Diese Klassifikation bietet mit ihren mehr als 1400 Kategorien ein anerkanntes Rahmenkonzept für die umfassende Beschreibung der funktionalen Gesundheit und der Ressourcen von Patienten.

Ergebnisse



Was will man in den Medikamentenstudien am häufigsten beeinflussen?

- 38 Prozent Mentale Funktionen
- 25 Prozent Verhaltensänderungen durch Demenz

Welche nicht-medikamentösen Interventionen werden am häufigsten untersucht?

- 19 Prozent Erholungs-, Freizeit- und Entspannungsaktivitäten und -therapien
- 17 Prozent Angehörigenttraining, -beratung und -unterstützung
- 12 Prozent Maßnahmen zur Verbesserung der kognitiven Funktionen, vor allem des Gedächtnisses
- 11 Prozent Veränderungen im Versorgungsmanagement

Was will man in Nicht-Medikamentenstudien am häufigsten beeinflussen?

- 35 Prozent Mentale Funktionen
- 28 Prozent Verhaltensänderungen durch Demenz
- 19 Prozent Belastung der Angehörigen
- 17 Prozent emotionale Belastung der Menschen mit Demenz
- 13 Prozent Lebensqualität/Wohlbefinden der Menschen mit Demenz

Wie viele und welche Instrumente werden für die Ergebnismessungen in Demenzstudien eingesetzt?

Eingesetzt wurden 387 unterschiedliche Fragebögen oder Tests in den oben genannten Studien, die häufigsten waren die Fragebögen „MMSE“ und „ADAS-cog“ zur Messung von Veränderungen in der Denk- und Merkfähigkeit sowie die Fragebögen „NPI“ und „CMAI“ zur Messung von Verhaltensänderungen durch die Demenz

Interviews:

In unterschiedlichem Lebensumfeld (zum Beispiel häusliche Umgebung, Pflegeheim) wurden 31 Interviews durchgeführt, davon acht mit den Erkrankten (Phase 1) selbst. Zudem gaben 23 Angehörige (35 bis 89 Jahre alt, 65 Prozent Frauen) sowohl stellvertretend für die Erkrankten (8 Phase 1, 6 Phase 2, 9 Phase 3) Auskunft, thematisierten aber auch ihre eigenen Befindlichkeiten. Die beteiligten Patienten waren im Mittel 79 Jahre alt, 61 Prozent waren weiblich. Die Tabelle zeigt die meistgenannten Probleme und Themen für die Patienten.

ICF-Kategorie	Sicht der Patienten (8 Interviews)	Sicht der Angehörigen (23 Interviews)
b144 Funktionen des Gedächtnisses	8	21
b114 Funktionen der Orientierung	3	17
b126 Funktionen von Temperament und Persönlichkeit	–	16 ^a
b152 Emotionale Funktionen	2	16
d920 Erholung und Freizeit	4 ^b	16
e310 Engster Familienkreis	6	15
e580 Dienste etc. des Gesundheitswesens	4	15
d475 Ein Fahrzeug fahren	5	5

^a z.B. „Meine Mutter ist eine andere Person geworden“

^b z.B. „Ich war ein aktiver Sportler. Und das geht nicht mehr.“

Für sich selbst sahen die Angehörigen die Aktivität „Anderen helfen“ als sehr relevant an (n=18). Wichtig im Gesamtkontext der Erkrankung sind für die Angehörigen wie für die Erkrankten auch der engste Familienkreis (17), das Gesundheitssystem (14) und der Faktor Erholung und Freizeit (14). Die eigenen emotionalen Funktionen (12) spielen für sie im Alltag eine große Rolle, ebenso wie Bekannte, Kollegen und Nachbarn (11).

Unser Projekt gibt einen Überblick über das weltweite Forschungsfeld Demenz im Zeitraum 2006 bis 2008 und zeigt gleichzeitig die Aspekte der Krankheit, die für Patienten und Angehörige von Bedeutung sind.

Die gefundenen Studien, vor allem die nicht-medikamentösen, lassen ein sehr breit gestreutes Spektrum an Behandlungszielen erkennen. Ebenso vielschichtig sind die von Patienten und Angehörigen beschriebenen Probleme und Aspekte, die nahezu alle Bereiche der Körperfunktionen, Aktivitäten und Partizipation und alle Umweltfaktoren umfassen. Dies zeigt erneut, dass eine dementielle Erkrankung mit massiven Beeinträchtigungen in allen Lebensbereichen assoziiert ist.

Übereinstimmung zwischen Patientenaussagen, Behandlungszielen und Instrumenten besteht vor allem bei den mentalen Funktionen, während andere für Patienten relevante Lebensbereiche (zum Beispiel Miktionsfunktionen oder der Bereich Freizeitaktivitäten) kaum Ziele von Interventionen sind.

Die Ergebnisse des Projektes werden in Form einer interaktiven Datenbank im Internet zur Verfügung gestellt.

Geplante Publikationen (Arbeitstitel)

The problems and resources of persons with Alzheimer's disease (AD) from a comprehensive bio-psycho-social perspective

Comparison of intervention targets and outcome instruments in pharmacological and non-pharmacological studies in Dementia Alzheimer's type (DAT)

Do intervention studies in persons with Alzheimer's disease (AD) really address what matters to patients and their caregivers?

Kontakt

PD Dr. Alarcos Cieza MPH, Dipl. Psych.

Institut für Gesundheits- und Rehabilitationswissenschaften
Ludwig-Maximilians-Universität
Marchioninistraße 17, 81377 München
acieza@med.lmu.de
www.icf-effect.org



Podiumsdiskussion
Annette Widmann-Mauz, Parlamentarische Staatssekretärin,
im Gespräch mit der Moderatorin Karin P. Vanis.

3. Erfolgsfaktoren in der stationären Pflege von Menschen mit Demenz

Einführung in die Thematik

Prof. Dr. Adelheid Kuhlmei, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Erfolgsfaktoren in der stationären Pflege von Menschen mit Demenz

Für die Bedeutung der Forschung zum Thema stationäre Pflege von Menschen mit Demenz sprechen zunächst einmal Zahlen: Der aktuellen Pflegestatistik können wir entnehmen, dass etwa 2,25 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) sind. Rund 83 Prozent dieser Pflegebedürftigen sind 65 Jahre und älter. Etwa 709.000 Menschen werden in Heimen versorgt, das ist etwa ein Drittel aller Pflegebedürftigen. In den vergangenen Jahren nahm sowohl die Anzahl der stationären Pflegeeinrichtungen als auch die Zahl Pflegebedürftiger, die stationär versorgt werden, zu, so zum Beispiel zwischen den Jahren 2005 und 2007 um 4,8 Prozent, das entspricht 33.000 Personen. Geht man davon aus, dass die Pflegequoten konstant bleiben, so wird die Anzahl der Pflegebedürftigen im Jahr 2030 bundesweit auf 3,4 Millionen angestiegen sein, die östlichen Bundesländer liegen dabei an der Spitze.

Demenzen sind die häufigste Ursache für die Aufnahme in ein Alten- bzw. Pflegeheim. Zwei Drittel aller Pflegeheimplätze sind von Demenzpatienten belegt. Insgesamt lebt von den heute schon rund 1,4 Millionen Demenzkranken ein Drittel, also knapp 500.000 Personen, in einer solchen Einrichtung. Bis zu 80 Prozent der dementen Heimbewohner – teilweise sogar noch mehr, wie die aktuelle Forschung im „Leuchtturm Demenz“ zeigt – weisen neuropsychiatrische Symptome auf. Alle Personen, die in der Versorgung von Demenzkranken mitwirken, sind durch solche Herausforderungen außerordentlich hoch belastet. Der Nutzen von psychopharmakologischen Behandlungen zur Bekämpfung neuropsychiatrischer Symptome hingegen ist wegen ihren Nebenwirkungen umstritten. Zwar stehen mittlerweile unterschiedlichste nicht-medikamentöse Ansätze, die verschiedentlich auch bereits in den Pflegealltag integriert werden, zur Verfügung. Die Forschungslage sowohl zum Erfolg nicht-medikamentöser Maßnahmen als auch zur Verbreitung und Kontinuität ihres zielgerichteten Einsatzes ist teilweise jedoch noch uneinheitlich oder steckt gar erst in den Anfängen.

Defizite in der Versorgung erkennen und beheben

Hier tut sich ein breites Forschungsfeld hinsichtlich der Voraussetzungen dieser Versorgungsform dementer Menschen und ihrer Verbesserungsmöglichkeiten auf, für dessen Erkundung ein multidisziplinärer Ansatz und eine methodisch anspruchsvolle Durchführung erforderlich sind. Denn die Versorgungsforschung im Alter steht vor besonderen Herausforderungen. Die speziellen Pflegeprobleme wie herausforderndes Verhalten, die mit einer Demenz einhergehen, sowie die häufige Überforderung der Pflegenden durch diese speziellen Probleme waren Gegenstand der hier vorgestellten Forschungsprojekte. Folgende Problemlagen, Defizite in der Versorgung und Ansätze zur Verbesserung wurden dabei aufgezeigt:

- Die Art der Versorgung ist von entscheidendem Einfluss für das alltägliche Erleben und Befinden der Betroffenen im Pflegeheim. So kann auch herausforderndes Verhalten durch eine verstehende Diagnostik, also einer Suche nach den Ursachen, und darauf aufbauenden Maßnahmen im Umfeld vermindert werden. Hierbei sollte auch der Hausarzt mit einbezogen werden (InDemA). Ein strukturiertes Vorgehen im Sinne eines Ablaufschemas (STI-D) oder eingesetzter Leitlinien (VIDEANT) hilft, die Diagnostik möglicher Ursachen und konkrete Maßnahmen zur Abhilfe gezielter und koordinierter einzusetzen. So kann unter anderem auch die Verabreichung von Psychopharmaka reduziert werden.
- Die Pflege und Betreuung dementer Menschen konfrontiert die involvierten Personen mit höheren Anforderungen, als dies in der Pflege ausschließlich somatisch erkrankter Menschen der Fall ist. Mitarbeiter in stationären Altenhilfeeinrichtungen stehen hier vor Herausforderungen, auf die sie sich oftmals nur unzureichend vorbereitet fühlen. Strukturierte Maßnahmen zur Qualifizierung der Mitarbeiter, eine individuelle Teambildung über alle Berufsgruppen und Ebenen hinweg, also letztlich eine umfassende Organisationsentwicklung sind erforderlich, um hier Abhilfe zu schaffen. Zwar sind die Zusammenhänge zwischen dem Grad der Kompetenzen von Beschäf-

tigten und deren Belastungserleben bekannt und beeinflussen ebenfalls die Versorgungsqualität. Dennoch wurde bislang noch wenig Aufmerksamkeit auf die dafür benötigten Qualifizierungsansätze gelegt („Qualifizierungsmaßnahmen Demenz“, QUIKK).

- Ein Versorgungswechsel in ein Krankenhaus, meist wegen einer somatischen Ursache, führt häufig zu einer unzureichenden Betreuung der Demenzen und somit zu einer Verschlimmerung der Demenz, verbunden mit einer weiteren Abnahme der kognitiven Fähigkeiten. Hier kann persönliche Kontinuität während des gesamten stationären Aufenthaltes und ein an die individuelle Lage des Betroffenen angepasstes Vorgehen, das von regelmäßigen Teambesprechungen begleitet wird, helfen (ROVDE).

Neue Wege weisen und Hindernisse erkennen

Die Forschungsergebnisse der Leuchtturmprojekte erweiterten zuerst einmal den Überblick über die derzeitige Versorgungssituation dementer Menschen in deutschen Pflegeheimen. Sie konnten Wege für eine verbesserte Pflege weisen, decken aber auch Hindernisse für deren Umsetzung auf.

Darüber hinaus zeigten sich die Hürden, die wie oben beschrieben speziell die Versorgungsforschung im (hohen) Alter so anspruchsvoll machen:

- eine hohe Sterblichkeitsrate in den Stichproben,
- das Problem, dass die im Forschungsmittelpunkt stehenden Personen aufgrund ihrer kognitiven Einschränkungen häufig nicht selbst befragt werden können und
- die Tatsache, dass Pflegeheime als Untersuchungs-umgebung in der Forschung noch nicht sehr etabliert sind und teilweise von starker Personalfuktuation geprägt sind.

Es hat sich in den vorliegenden Studien bestätigt, dass – trotz der mittlerweile weithin bekannten Neben- und Wechselwirkungen – weiterhin ein hoher Anteil dementer Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen Psychopharmaka erhält. Durch die pflegerischen Interventionen innerhalb mehrerer Studien ließ sich dieser Anteil reduzieren. Gleichmaßen konnten neuropsychiatrische Symptome bei den Studienteilnehmern verringert werden. Die Lebensqualität ließ sich trotz fortschreitender Demenz und körperlicher Einschränkungen zumindest erhalten. Eine Aktivierung und damit eine Reduktion von apathischem Verhalten konnte durch ergo- und bewegungstherapeutische Intervention erzielt werden.

Die pflegerischen Abläufe und der Umgang der Mitarbeiter mit den dementen Bewohnern konnte verbessert werden, wie auch die Wahrnehmung der eigenen Kompetenz und Sicherheit im Umgang bei den Mitarbeitern. Neben den bereits erwähnten Veränderungen ließen sich die Effekte auch an körperlichen Parametern der Studienteilnehmer, wie zum Beispiel der Ernährungssituation, ablesen. Es wurde deutlich, dass alle an der Versorgung dementer Menschen in Heimen beteiligten Berufsgruppen sowie die verschiedenen organisatorischen Ebenen in Qualifizierungsmaßnahmen mit einbezogen werden müssen. Ein zusätzlicher Erfolgsfaktor kann darüber hinaus die Beteiligung Angehöriger an diesen Maßnahmen sein.

Auch in der Krankenhauspflege ließen sich durch gezielte Personalmaßnahmen Vorteile hinsichtlich des gesundheitlichen Allgemeinzustandes bei dementen Patienten erzielen. Die Folge: Patienten konnten frühzeitiger aus dem Krankenhaus entlassen werden, ohne weitere Pflegeabhängigkeit. Nicht immer konnten jedoch Ergebnisse im erwarteten Ausmaß oder in der erwarteten Form erzielt werden. Dies mag nicht zuletzt dem relativ kurzen Einflusszeitraum bei einer nur zweijährigen Gesamtlaufzeit der Studien geschuldet sein. Jedoch konnte deutlich gezeigt werden, dass eine Sensibilisierung der an der Versorgung dementer Menschen im Pflegeheim beteiligten Berufsgruppen für deren spezielle Anforderungen und Bedürfnisse auch in diesem relativ kurzen Zeitrahmen bereits Früchte trägt.

Literatur bei der Verfasserin



Prof. Dr. Adelheid Kuhlmei, Charité Universitätsmedizin Berlin,
Direktorin des Instituts für Medizinische Soziologie

Vorstellung der Projekte

3. Erfolgsfaktoren in der stationären Pflege von Menschen mit Demenz





Berührung, Musik und Tanz – vorbildliche Versorgung im Haus Schwansen

Fachtitel: Transfer Arbeiten Lernen (TransAltern)

Ein Heim zur Versorgung demenziell erkrankter Menschen – Haus Schwansen in Rieseby – verfügt über eine hohe Versorgungsqualität, weil in der täglichen Versorgungspraxis:

- vorhandenes Wissen genutzt und
- ein Umsetzen und Können von Mitarbeitern gezielt ermöglicht wird.

Das Heim ließ sich vom IBW Münster untersuchen und bewerten. Ziel war es, die Kompetenzen des Hauses Schwansen auf zwei andere Heime beispielhaft zu transferieren und diese Erfahrungen der Fachöffentlichkeit zur Verfügung zu stellen.

Vorgehensweise

In Forschungstradition der Grounded Theory (GLASER/STRAUSS 2005) wurde mittels 16 Interviews und 14 Beobachtungssituationen der Frage nachgegangen, was genau das Haus Schwansen ausmacht, ob und in welcher Art und Weise das Haus Schwansen aus wissenschaftlicher Sicht beispielhaft für die Versorgung von Menschen mit Demenz verstanden werden kann. Parallel dazu sollte die Übertragung von Kompetenzen auf zwei weitere Heime zu erkenntnisreichen Resultaten führen und den Gang des Projektes durch Ergebnisrückmeldungen optimieren. Dazu wurden Befragungen der Leitungspersonen sowie der Mitarbeiter der Transferheime realisiert. Außerdem wurde eine Literaturanalyse durchgeführt (www.transaltern.de).

Ergebnisse

Haus Schwansen hat im Verlauf seiner Entstehungs- und Entwicklungsgeschichte eine eigene ausgeprägte Versorgungs-, Organisations- und Lernkultur ausgebildet. So gibt es übergreifende Werte und Handlungsweisen, die mit **Wertschätzung, Vertrauen** und **Partizipation** umschrieben werden können. Hinsichtlich der Bewohner wurden aus dem Datenmaterial folgende Dimensionen von **Wertschätzung** herausgearbeitet:

- sprachlich geäußerte Wertschätzung,
- durch Gesten oder Berührung geäußerte Wertschätzung,
- musikalisch geäußerte Wertschätzung, zum Beispiel ein Begrüßungslied und ein persönliches Ansingen während der Musiktherapie und
- durch Symbole oder symbolhafte Handlungen geäußerte Wertschätzung, zum Beispiel Rosen auf dem Bett einer Verstorbenen oder Herausragen von Verstorbenen durch den Haupteingang.

Untersuchungen zu verschiedenen Versorgungsbereichen und -konzepten wie **Ergotherapie, Pflegevisite, Musik-Arbeitsgruppe sowie gemütliche Gesprächsrunde, Pflege in der Insel (für Schwerstkranke), Abschiedszeremonie, Taizé-Gebetsstunde und ein Tanzcafé**, weisen auf eine Versorgung hin, die augenscheinlich zur Erhöhung der Lebensqualität der demenzkranken Bewohner/-innen beiträgt. So erzeugte zum Beispiel die Teilnahme am **Tanzcafé** eine sichtbare Freude bei den Bewohnern, die sich an deren Mimik und Gestik, am Mitsingen, Mitsummen und Klatschen ablesen ließ. **Vertrauen, Wertschätzung** und **Partizipation** drücken sich auch in dem Führungsstil des Hauses Schwansen aus. Wissen und Können der Mitarbeiter werden hoch geschätzt, es gibt verbindliche interne Weiterbildungen für sämtliche Mitarbeiter sowie ein umfangreiches Reflexions- und Besprechungswesen: Die Offenheit des Modellhauses für Lernen und Entwicklung wird durch die Führung des Hauses gefördert, indem Arbeiten und Lernen miteinander vernetzt werden. Wissen und Handeln ergänzen sich.

Die Ergebnisse des Transfers auf die beiden anderen Heime ergaben:

- Die beiden Heime setzten die Transferangebote systemintern unterschiedlich intensiv und mit unterschiedlichen Erträgen um. Letztlich war eine eigene Herangehensweise gewünscht, um einen eigenen Weg gehen zu können.
- Die Transferheime nutzten die Weiterbildungen, Praxisbegleitungen, Beratungen etc. als Kompetenz- und Reflexionsbasis, aber nicht als Kopiervorlage. Das Modellhaus wurde also als exemplarisch verstanden.
- Es kam neben Wissens- und Könnenszunahmen auch zu Veränderungen in der Haltung und Wertschätzung. **„Im gesamten Haus ist ein besseres Verständnis für Demenzkranke entstanden“** (Interviewausschnitt).
- Durch den Transfer wurde auch für schwerstpflegebedürftige Bewohner ein Versorgungsgewinn in einer neu aufgebauten Abteilung konstatiert. **„Die Bewohner in der Wohngruppe waren nach kurzer Zeit entspannt und angekommen. In den ersten Tagen merkte man Veränderungen im Positiven, die verbale Kommunikation wurde besser, es kam zu spontanen Äußerungen und wir sahen lachende Gesichter. Eine Gemeinschaft ist entstanden, unsere Bewohner fragen nach anderen Bewohnern“** (Interviewausschnitt).

Publikationen

Brinker-Meyendriesch, E.; Erdmann, A. (2010). Demenz: Leben und Lernen im Modellheim Haus Schwansen. Forschungsergebnisse aus dem Leuchtturmprojekt „TransAltern“. Mabuse-Verlag, herausgegeben von Brinker-Meyendriesch, E.

Borgers, C.; Noguiera, T.; Hoja, T.; Matzek, C.; Petersen, C.; Wittke, T.; Wolff, A. (2010). TransAltern – voneinander wissen – voneinander lernen. Ein Transferleitfaden. Selbstverlag Brücke Rendsburg-Eckernförde

Brinker-Meyendriesch, E. (2009). Lernen in der Praxis. TransAltern: Transfer von Arbeiten und Lernen im „Leuchtturmprojekt Demenz“. In: PADUA. (1), 30–33.

Kontakt

Dr. Elfriede Brinker-Meyendriesch
IBW Münster
Martinikirchhof 5–6, 48143 Münster,
brinker.ibw@online.de
www.transaltern.de

Herausforderndem Verhalten besser begegnen: Fortbildung und Fallkonferenzen von Ärzten und Pflegenden haben positiven Einfluss

Fachtitel: Interdisziplinäre Implementierung von Qualitätsinstrumenten zur Versorgung von Menschen mit Demenz in Altenheimen (InDemA)

Wo liegt das Problem?

In die Begleitung und Versorgung von Menschen mit Demenz in Altenheimen sind neben den Pflegenden auch Ärzte, meist Haus- und Nervenärzte, Therapeuten und andere Berufsgruppen einbezogen. Die Versorgung der Menschen mit Demenz ist komplex, weil es für die fortschreitende Krankheit bisher keine Heilung, allenfalls eine Verlangsamung des Krankheitsfortschrittes gibt. Damit ist nicht die Therapie, sondern die Art der Versorgung ausschlaggebend dafür, wie die Betroffenen ihren Alltag erleben und wie sie sich fühlen.

Fast alle an Demenz Erkrankten zeigen im Laufe ihrer Krankheit sogenanntes herausforderndes Verhalten, das sich zum Beispiel in Aggressivität, Unruhe, ständigem Rufen, Schreien oder ziellosem Herumwandern zeigt. Es stellt für alle Beteiligten – Pflegende, Ärzte, Angehörige und die Betroffenen selbst – eine Belastung und Herausforderung dar. Ansatz zum sinnvollen und gezielten Umgang mit herausforderndem Verhalten ist eine verstehende Diagnostik. So kann herausgefunden werden, warum die Person sich so verhält, wie sie sich verhält, um darauf aufbauend Maßnahmen zur Linderung zu ergreifen. Daneben werden als Medikamente Psychopharmaka, insbesondere Neuroleptika eingesetzt, um die Unruhe und Spannung der Menschen mit Demenz zu dämpfen. Allerdings haben diese Medikamente zum Teil schwerwiegende Nebenwirkungen, so dass sie nur mit Bedacht und möglichst zeitlich befristet gegeben werden sollten, wenn andere Maßnahmen erfolglos sind.

Für Pflegende gibt es Rahmenempfehlungen für den Umgang von Patienten mit herausforderndem Verhalten. Für Allgemeinärzte liegt eine hausärztliche Leitlinie Demenz vor, die unter anderem die verschiedenen Möglichkeiten des Herangehens an herausforderndes Verhalten thematisiert.

Vorgehensweise

Ansatz des Projektes InDemA war, die hausärztliche Leitlinie Demenz und die verstehende Diagnostik der Rahmenempfehlungen bei Pflegenden und Hausärzten in Altenpflegeheimen gleichzeitig einzuführen. Damit sollte auch eine Verbesserung von Kommunikation und Zusammenarbeit der beiden Berufsgruppen erreicht werden. Die Pflegenden wurden fortgebildet, in den Wohnbereichen Fallkonferenzen zu Bewohnern mit herausforderndem Verhalten im Sinne der verstehenden Diagnostik mit einem strukturierten Leitfaden durchzuführen. Diese Fallkonferenzen wurden teilweise vom Projektteam begleitet. Die behandelnden Ärzte wurden zu den Inhalten der Leitlinie fortgebildet, teilweise in Gruppen, teilweise einzeln in ihrer Praxis. Beide Berufsgruppen wurden zu den Schulungen der jeweils anderen Gruppe eingeladen und immer über deren Inhalte informiert.

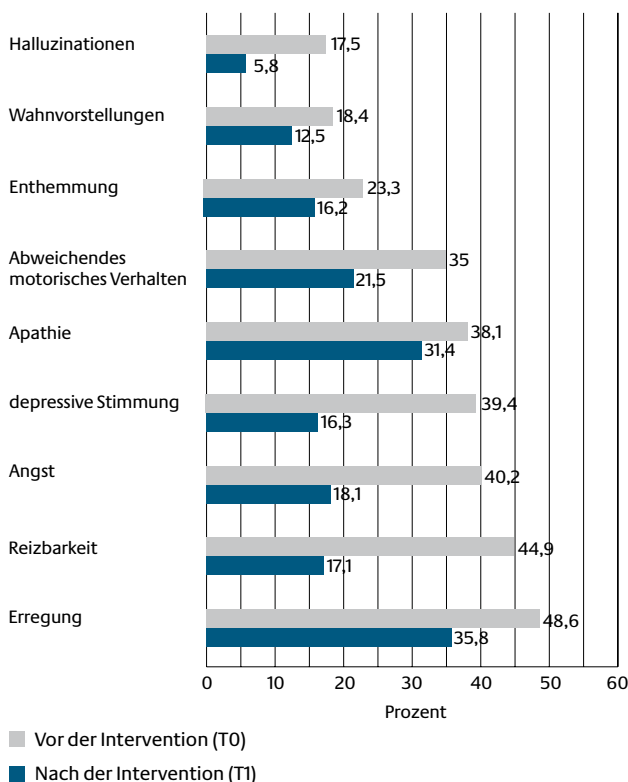
Die wichtigsten Kriterien für die Beurteilung des Erfolges der Intervention waren zum einen die verordneten Psychopharmaka, insbesondere Neuroleptika, des weiteren die herausfordernden Verhaltensweisen sowie einige Dimensionen von Lebensqualität. Pflegende und Ärzte wurden nach der Qualität ihrer Zusammenarbeit befragt. Die Daten wurden jeweils vor Beginn der Schulungen im Herbst 2008 und neun Monate später erhoben.

An der Untersuchung nahmen Wohnbereiche aus 15 Altenpflegeheimen der Region Witten und Dortmund teil, zu Beginn mit 163 Menschen mit Demenz, von denen am Ende noch 107 teilnehmen konnten. 151 Pflegende und 73 Hausärzte beteiligten sich an der Untersuchung.

Ergebnisse

75 Prozent der Menschen mit Demenz in den untersuchten Altenpflegeheimen bekamen von ihren Ärzten Psychopharmaka, am häufigsten Neuroleptika (60 Prozent). Nach der Intervention waren es nur noch 65 Prozent, 50 Prozent mit Neuroleptika. In der Region Witten/Dortmund stieg im gleichen Zeitraum die Verordnungsrate von Neuroleptika bei den niedergelassenen Ärzten kontinuierlich an.

Veränderungen in den herausfordernden Verhaltensweisen laut NPI-NH vor und nach der Intervention



Das Vorkommen herausfordernder Verhaltensweisen hat sich deutlich reduziert von 89 Prozent auf 77 Prozent, insbesondere haben sich die Reizbarkeit (um 28 Prozentpunkte), Angst (um 22 Prozentpunkte) und depressive Stimmung (um 23 Prozentpunkte) verbessert.

Die Lebensqualität der Teilnehmenden war bereits vor der Intervention relativ hoch und ist auch – trotz des Fortschreitens der Krankheit – hoch geblieben.

Die Zufriedenheit mit der interdisziplinären Zusammenarbeit wird nach der Intervention als unverändert von den Pflegenden (40 Prozent völlig oder ziemlich zufrieden) und positiv verändert von den Hausärzten (Anstieg von 60 Prozent auf 80 Prozent) erlebt.

Fazit: Die Ergebnisse von InDemA weisen darauf hin, dass herausforderndes Verhalten und die Lebensqualität von Menschen mit Demenz in Altenpflegeheimen durch Fortbildungen zum Einsatz von Qualitätsinstrumenten und Fallkonferenzen beider Berufsgruppen positiv beeinflusst werden können und gleichzeitig die Psychopharmakamedikation verringert werden kann.

Publikationen

G. Bureick, S. Wilm, H.C. Vollmar, M. Halek, D. Hardenacke, C. Krüger, S. Bartholomeyczik: Interdisciplinary Implementation of Guidelines for GPs and Nurses for the Care of People with Dementia and Challenging Behaviour in Nursing Homes. WONCA, Basel, 16.–19.09.2009

D. Hardenacke, S. Bartholomeyczik: Leuchtturmprojekte zum herausfordernden Verhalten bei Menschen mit Demenz: Implementierung der Rahmenempfehlung zum Umgang mit herausfordernden Verhalten bei Menschen mit Demenz. Dementia Fair Kongress, Hamburg, Februar 2009.

C. Krüger, D. Hardenacke, M. Halek, H. Mayer, G. Bureick, S. Wilm, S. Bartholomeyczik: Implementation of guide-lines for nurses and GP's as a strategy to manage challenging behaviour of people with dementia in nursing homes. International Psychogeriatric Association (IPA), 14th International Congress: Better Mental Health for Older People, Path to Prevention. Montreal, Canada, 01.–05.09.2009.

Kontakt

Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik
Private Universität Witten/Herdecke gGmbH
DZNE Standort Witten
Fakultät für Gesundheit, Department Pflegewissenschaft
Stockumer Straße 12, 58453 Witten
Sabine.Bartholomeyczik@dzne.de
www.uni-wh.de/forschung/jizvf/projekte/beispielprojekte/#c5796

Pflegekräfte – mehr Kompetenz durch gezielte Schulungen

Fachtitel: Berufsgruppenübergreifende Qualifizierung zu Demenz

Die Pflege, Betreuung und Begleitung von Menschen mit Demenz verlangt von den betreuenden Personen höhere Anforderungen als die Pflege von Menschen, deren Pflegebedürftigkeit ausschließlich körperlich bedingt ist. Durch den zunehmenden Verlust von Gedächtnisfähigkeiten verändert sich die Realitätswahrnehmung von Menschen mit Demenz, was Ursache wiederkehrender Konflikte sein und zu „auffälligen“ Verhaltensweisen führen kann. Daher sind seitens der Pflegenden ein besonderes Verständnis für Menschen mit Demenz und eine entsprechende innere Haltung unabdingbar.

In Pflegeeinrichtungen haben nicht nur die Mitarbeiter entscheidenden Anteil am Wohlbefinden der Menschen mit Demenz. Auch Betreuungskonzepte und interne Abläufe (beispielsweise Essensgestaltung, Möglichkeiten der Beschäftigung etc.) sind wichtige Parameter, die zum Gelingen oder Scheitern einer guten Versorgung beitragen können. Beim Einsatz von angelernten Kräften ist die Vorbildfunktion von Pflegefachkräften und Leitungsebene ausschlaggebend, denn hier wird häufig fehlendes Wissen durch „Abschauen“ (Lernen am Modell) ersetzt.

Sollen Verbesserungen initiiert werden, müssen alle Berufsgruppen über alle Ebenen in Schulungsmaßnahmen eingebunden werden. Hierfür müssen neue Konzepte formuliert werden, Abläufe sind zu überdenken und zu ändern. Letztendlich bedarf es einer umfassenden Organisationsentwicklung. Die ausschließliche Qualifizierung der Mitarbeiter ohne die Chance zur Umsetzung ist kontraproduktiv und führt zur Frustration. Veränderungen sind daher notwendig und müssen nachhaltig eingeleitet werden.

Vorgehensweise

Acht stationäre Pflegeeinrichtungen in Rheinland-Pfalz, die über einen Demenzwohnbereich verfügen, waren in das Projekt eingebunden. Im Vordergrund des Projektes standen strukturierte Qualifizierungsmaßnahmen, individuelle Konzepterstellung und Maßnahmen zur Teamentwicklung. Insgesamt wurden zu sieben Themenkomplexen 26 Qualifizierungsmaßnahmen (Tagesveranstaltungen) mit 487 Teilnehmern durchgeführt. Darüber hinaus wurde zur Erstellung von Betreuungskonzepten und Begleitung der Umsetzung ein Arbeitskreis „Konzept“ mit Leitungspersonen (PDL und WBL) etabliert. Die Arbeitstreffen fanden 11 Mal wechselweise in den Projekteinrichtungen statt.

Eine Evaluation erfolgte zu Beginn und am Ende des Projektes durch strukturierte Befragungen (Mitarbeiter, Team, Wohnbereichsleitung), den Einsatz von Assessments und von Dementia Care Mapping (DCM).

Ergebnisse

Auch wenn die Projektdauer für ein auch auf Organisationsentwicklung angelegtes Projekt sehr kurz war, sind in dieser kurzen Zeit positive Veränderungen erreicht worden. Nicht alle im folgenden aufgezeigten Veränderungen treffen auf alle Projekteinrichtungen gleichermaßen zu, dennoch sind in allen Einrichtungen positive Veränderungen abzuleiten. Folgende Veränderungen waren nach Abschluss des Projektes festzustellen:

Organisation:

Die Tagesgestaltung und Begleitung der Bewohner wurden individueller gestaltet, Milieugestaltung und Orientierungshilfen wurden angepasst. Durch die Umstellung der Mahlzeitengestaltung konnten noch vorhandene Ressourcen und Fähigkeiten der Bewohner aktiviert und somit Selbstständigkeit und Eigeninitiative gefördert werden. „Essinseln“ mit Fingerfood wurden initiiert und entsprechende Rituale eingeführt.

Mitarbeiter:

Fachwissen zum Krankheitsbild Demenz, Möglichkeiten der Kommunikation sowie Beschäftigung und Betreuung von Bewohnern mit Demenz wurden deutlich verbessert. Die Haltung und der Umgang der Mitarbeiter gegenüber und mit den Bewohnern haben sich spürbar gebessert. Es besteht mehr Akzeptanz für die Verhaltensweisen der Bewohner, auch wenn herausforderndes Verhalten gezeigt wird. Die Mitarbeiter reagieren flexibler und ungezwungener auf die Bedürfnisse der Bewohner, es finden deutlich mehr und positive Kontakte mit den Bewohnern statt. Belastungserleben und Überforderung wurden subjektiv vermindert. Eine verbesserte Zusammenarbeit und Kommunikation im Team wird empfunden. Positive Auswirkungen auch auf andere Bereiche der Einrichtung wurden angegeben.

Allerdings war in einzelnen Einrichtungen auch eine deutliche Fluktuation bei den Mitarbeitern des Wohnbereichs festzustellen, auch kam es zum Austausch von Wohnbereichsleitungen. Seitens der Mitarbeiter wurde eine Verbesserung der eigenen Kompetenz berichtet, die eigene Arbeit wurde positiver erlebt, die Arbeit selbst wurde aber weiterhin als belastend empfunden.

Bewohner:

Die Bewohner wurden insgesamt ruhiger, ausgeglichener und wacher. Rückzugstendenzen wurden weniger beobachtet. Das Wohlbefinden der Bewohner wurde verbessert. Zeitabschnitte in denen Bewohner im DCM deutliche Anzeichen von Wohlbefinden und Freude (WIB +3) zeigten, nahmen signifikant zu. Eine Verbesserung der Ernährungssituation der Bewohner zeichnete sich ab. Der Einsatz der Psychopharmaka konnte reduziert werden. Die Bewohner profitieren von einer gezielten und biografieorientierten Aktivierung und Beschäftigung. „Weglauf-tendenzen“ wurden weniger beobachtet, Fixierungsmaßnahmen konnten reduziert werden. Bewohner mit schwersten demenziellen Veränderungen werden jetzt öfter aus den Zimmern gebracht und im Aufenthaltsbereich mit betreut. Die Bewohner erfahren deutlich mehr Zuwendung und positive Kontakte durch die Mitarbeiter. Angehörige und Außenstehende geben den Einrichtungen positive Rückmeldungen.

Kontakt**Dr. Brigitte Seitz**

MDK Rheinland-Pfalz

Albigerstraße 19d , 55232 Alzey

brigitte.seitz@mdk-rlp.de

Helfen Leitlinien den Umgang mit schwierigen Verhaltensweisen zu verbessern?

Fachtitel: Herausforderndes Verhalten bei Demenz in Pflegeeinrichtungen: Evaluation eines Tandemprojekts pflegerischer und ärztlicher Leitlinien (VIDEANT)

Bei bis zu drei Viertel der Pflegeheimbewohner, die an Demenz erkrankt sind, treten neben Depressionen zusätzlich Verhaltenssymptome auf, zu denen Unruhe, Aggressivität und Halluzinationen zählen. Diese Symptome sind sowohl für die Menschen mit Demenz als auch für die Pflegenden belastend. Sie verursachen erhöhte Versorgungskosten und ziehen eine vermehrte Verschreibung von Psychopharmaka und häufigere Krankenhausaufenthalte nach sich.

Die amerikanischen Gesellschaften für Gerontopsychiatrie und Geriatrie haben spezielle Leitlinien zur Behandlung von Verhaltenssymptomen in Pflegeeinrichtungen vorgestellt. Vergleichbare Leitlinien der deutschen Fachgesellschaften lagen bislang nicht vor.

Vorgehensweise

In unserem Projekt wurden diese Leitlinien in neun Pflegeeinrichtungen in Berlin eingeführt (Interventionsgruppe) und die Ausprägung von Verhaltenssymptomen, die Verschreibung von Psychopharmaka, die Anzahl der Krankenhauseinweisungen und die Belastung der Pflegenden mit einer Kontrollstichprobe von neun vergleichbaren Pflegeeinrichtungen ohne Leitlinienbehandlung über einen Zeitraum von zwölf Monaten verglichen. Die Leitlinien wurden in vier Implementierungsansätzen in den Pflegeheimen der Interventionsgruppe eingeführt:

Zur Einführung in den Pflegeheimen wurde eine gezielte Schulung des Pflegepersonals durchgeführt. Inhalt dieser Schulung waren Formen der Manifestationen und Behandlungsmöglichkeiten von herausforderndem Verhalten. Das Konzept der Schulung umfasste die Ursachen und Symptome von herausforderndem Verhalten bei Demenz, die Beurteilung mittels standardisierter Fragebögen (Assessment), sowie mögliche nichtpharmakologische und pharmakologische Behandlungsmöglichkeiten. Zur Durchführung eines systematischen Screenings wurden den Pflegeeinrichtungen standardisierte Beurteilungsbögen zur Verfügung gestellt und die Befragung von geschultem Personal durchgeführt. In Anlehnung an Empfehlungen aus dem deutschsprachigen Raum führten wir eine kombinierte Ergo- und Bewegungstherapie durch, bei der zweimal wöchentlich in den Heimen Gruppen- und Einzeltherapien angeboten wurden (Treichel et al., 2010). Weiterhin wurden durch einen leitenden Arzt die behandelnden Fachärzte zunächst in einer vierstündigen Schulung umfassend zu möglichen Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten von herausforderndem Verhalten informiert. Zudem wurde ein ärztlicher Liaisondienst vorgehalten, über den eine telefonische Beratung oder auch Konsile vor Ort ermöglicht wurden.

Ergebnisse

In der ersten Querschnittserhebung fanden wir bei mehr als 90 Prozent der untersuchten demenzkranken Bewohner Verhaltenssymptome, am häufigsten traten Apathie (78 Prozent), gefolgt von Agitation (62,5 Prozent) und Depression (46,4 Prozent) auf. 52 Prozent der Patienten erhielten Medikamente aus der Klasse der Neuroleptika, 30 Prozent Antidepressiva, und 17 Prozent Antidementiva. Bezüglich der Häufigkeit der Behandlung mit Neuroleptika gab es keinen signifikanten Unterschied zwischen Demenzpatienten mit Depression oder Apathie und Demenzpatienten mit Aggressivität. Die Behandlung demenzkranker Heimbewohner erfolgte hier offenbar wenig spezifisch. Da die Einnahme von Neuroleptika bei Demenzpatienten schwere unerwünschte Wirkungen verursachen und die Patienten einem erhöhten Sterblichkeitsrisiko aussetzen kann, erscheint ihre unverhältnismäßig hohe und unspezifische Gabe als ein zentrales Problem in der Versorgung demenzkranker Pflegeheimbewohner.

Mit den Auswertungen im Zeitverlauf konnten wir zeigen, dass die Umsetzung der Leitlinien zu einer Verringerung von Verhaltenssymptomen bei demenzkranken Pflegeheimbewohnern führten. So konnten wir das Auftreten von Agitation um etwa acht Prozent, das Auftreten von Depression um etwa fünf Prozent, und das Auftreten von Apathie um etwa elf Prozent senken. Hier kam vor allem der Ergo- und Bewegungstherapie eine große Bedeutung zu. Unverändert hoch blieb jedoch die wenig passgenaue Verschreibung von Psychopharmaka, insbesondere von Neuroleptika. Hier fanden sich zwar Unterschiede zwischen Patienten, die von niedergelassenen Fachärzten bzw. von Ärzten aus aufsuchenden psychiatrischen Institutsambulanzen behandelt wurden. Insgesamt konnte die Verschreibungspraxis der behandelnden Fachärzte durch die Studie aber nur wenig verändert werden.

Publikationen

Treusch Y, Jerosch D, Majic T, Heinz A, Gutzmann H, Rapp MA.

Wie können demenzkranke Pflegeheimbewohner mit Apathie besser versorgt werden? *Psychiatr Prax.* 2010;37(2):84-8.

Rapp MA, Majic T, Pluta JP, Mell T, Kalbitzer J, Treusch Y, Heinz A, Gutzmann H.

Pharmakotherapie von neuro-psychiatrischen Symptomen bei Demenz in Altenpflegeheimen: Ein Vergleich der Versorgung durch psychiatrische Institutsambulanzen und niedergelassene Fachärzte. *Psychiatr Prax.* 2010;37(4):196-8.

Majic T, Pluta JP, Mell T, Aichberger MC, Treusch Y, Gutzmann H, Heinz A, Rapp MA.

Pharmakotherapie von neuropsychiatrischen Symptomen bei Demenz. *Dtsch Arztebl Int* 2010; 107.

Kontakt

Dr. Dr. Michael Rapp

Gerontopsychiatrisches Zentrum
Psychiatrische Universitätsklinik der Charité
im St. Hedwigs Krankenhaus
Grosse Hamburger Straße 5–11, 10115 Berlin
michael.rapp@charite.de

Demenz erkrankte Patienten brauchen interdisziplinäre Pflegekonzepte für Notfallsituationen

Fachtitel: Risiko „Operation“ bei vorbestehender demenzieller Erkrankung (ROVDE)

Demenz erkrankte Patienten, die primär wegen einer anderen Erkrankung in eine Klinik kommen, werden dort häufig nicht adäquat betreut, so dass sich die Demenz durch den Krankenhausaufenthalt verschlimmert. Es fehlen für diese Patienten speziell entwickelte interdisziplinäre Konzepte, die auch die Demenz in die Therapie mit einbeziehen. Besonders gefährdet sind Patienten, die im Rahmen einer Notfallsituation (beispielsweise nach Fraktur) stationär eingewiesen werden und keine Möglichkeit haben, sich unter für sie geordneten Bedingungen auf den anstehenden Krankenhausaufenthalt vorzubereiten. Fremde Umgebung, standardisierte organisatorische Abläufe und erzwungene Untätigkeit in den folgenden Tagen führen zu weiterem kognitiven Abbau.

Vorgehensweise

An zwei Zentren (Z1/Z2) wurden zunächst alle Patienten, die die Einschlusskriterien erfüllten (Alter ab 65 Jahre, unfallchirurgischer Patient, Notfall, operative Frakturversorgung), durch ein systematisches Assessment als kognitiv eingeschränkt bzw. demenziell vorerkrankt identifiziert (TFDD – Test zur Früherkennung von Demenzen mit Depressionsabgrenzung).

In Z1 wurden die Patienten dann von speziell geschulten Altenpflegekräften individuell betreut. Eine persönliche Kontinuität während des gesamten stationären Aufenthaltes (auch während der Operation, bei der vorzugsweise regionalanästhesiologische Verfahren angewandt wurden) sollte gewährleistet werden. Zweimal wöchentlich fanden interdisziplinäre Teambesprechungen statt, an der Ärzte, Gesundheits- und Krankenpflege, Altenpflege, Physiotherapie und Sozialdienst teilnahmen. Um eine frühzeitige Rückführung des Patienten in seine vertraute Umgebung zu ermöglichen, organisierte das Krankenhaus heimische Physiotherapie sowie Schmerztherapie und haushaltsnahe Dienstleistungen.

In Z2 erfolgte nach regulärer operativer Versorgung keine weitere Intervention. Alle Patienten wurden sechs Monate nach Entlassung zu Hause erneut untersucht. Erfasst wurden insbesondere die aktuelle Lebenssituation sowie Veränderungen der kognitiven Leistungsfähigkeit.

Ergebnisse

Aufnahme – Kognition

349 Patienten konnten in die Untersuchung eingeschlossen werden. Beim Aufnahmescreening zeigten 74,4 Prozent der untersuchten Patienten kognitive Auffälligkeiten. In Z1 waren zu diesem Zeitpunkt 50,9 Prozent der Patienten deutlich kognitiv eingeschränkt (TFDD \leq 35 Punkte), in Z2 55,42 Prozent. Die Gruppen waren hinsichtlich Alter (Median 83 Jahre) und Geschlechtsverteilung (jeweils über 80 Prozent weiblich) vergleichbar.

Nach hüftgelenknaher Fraktur (Z1: n=123, Z2: n=33) sind im Rahmen des stationären Aufenthaltes 3,25 Prozent in Z1 sowie 12,12 Prozent der Patienten in Z2 verstorben. Die durchschnittliche Verweildauer der Patienten, die den Krankenhausaufenthalt überlebt haben, betrug in Z1 15,6 Tage und in Z2 20,3 Tage (statistisch signifikant, $p=0,013$). Besonders deutlich wurde die Verweildauerreduktion in der Gruppe der Patienten, die mit einer Teilnarkose (Spinalanästhesie) in Z1 versorgt worden waren.

Wurden Patienten aus Z1 direkt nach Hause entlassen, gelang dies nach durchschnittlich 12,9 Tagen, die Verlegung in eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme erfolgte durchschnittlich nach 18,3 Tagen.

Kognitiv wieder verbessert hatten sich vor Entlassung signifikant mehr Patienten aus Z1 (78,15 Prozent aus Z1, 58,62 Prozent aus Z2; $p=0,03$).

Entlassung

Nach hüftgelenknaher Fraktur gelang bei insgesamt 39,5 Prozent der Patienten aus Z1 die Entlassung direkt zurück in das heimische Umfeld. Hier wurden die Patienten in erster Linie mit hochfrequenter Physiotherapie oder einem Pflegedienst (maximal zehn Tage) versorgt. Der Bedarf

einer schmerztherapeutischen Versorgung ergab sich nicht. Auch haushaltsnahe Dienstleistungen wurden trotz expliziten Angebots nicht nachgefragt.

Nachuntersuchung

Sechs Monate nach Entlassung aus dem Krankenhaus waren nach hüftgelenknaher Fraktur weitere 11,76 Prozent der Patienten aus Z1 sowie 14,29 Prozent aus Z2 verstorben.

Im kognitiven Test zeigte sich, dass sich 40,4 Prozent der Patienten aus Z1 sowie 20 Prozent der Patienten aus Z2 kognitiv verbessert hatten (tendenziell hatten sich Patienten, die direkt ins heimische Umfeld gegangen waren, häufiger verbessert).

Die beteiligten Berufsgruppen (Ärzte, Pflege, Physiotherapie, Sozialdienst, etc.) in Z1 sind heute besser im Umgang mit kognitiv eingeschränkten Patienten geschult. Gesundheits- & Krankenpflege sowie Altenpflege erfuhren eine gegenseitige Synergienutzung – hervorzuheben sind hier Veränderungen hinsichtlich Erfassung von Delirsymptomen, Medikation bei Unruhezuständen oder unerwünschtem Verhalten, Management von Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr sowie in der Milieugestaltung.

Im Rahmen einer **medizin-ökonomischen Kosten-Nutzen Analyse** konnte gezeigt werden, dass die perioperative Betreuung mikro- und makroökonomisch effizient war. Einzelwirtschaftlich wurden zusätzliche Kosten dieser speziellen Fürsorge über Liegezeitverkürzung und weniger risikobehaftete Verläufe sogar **überkompensiert**. Zudem zeigte sich, dass im Vergleich zur stationären Anschlussheilbehandlung mindestens gleichwertige kognitive und physische Ergebnisse erzielt werden konnten – damit wurde ein echter Mehrwert für Patienten und Angehörige zu einem wettbewerbsrelevanten Vorteil für das Krankenhaus. Nach Ablauf der Projektförderung wurden die neu geschaffenen Altenpflegestellen somit unverändert in die Regelversorgung des Krankenhauses überführt.

Publikationen

Gurлит S, Möllmann M:

How to prevent perioperative delirium in the elderly?
Z Gerontol Geriatr 2008; 41 (6): 447-52

Hug N:

Intradisziplinäre Zusammenarbeit zwischen beruflicher Altenpflege und Gesundheits- & Krankenpflege im Akutkrankenhaus. Erfahrungen beteiligter Akteure vor dem Hintergrund eines „Leuchtturmprojektes Demenz“. Magisterarbeit; Institut für Pflegewissenschaft, Medizinische Fakultät der Privaten Universität Witten/Herdecke gGmbH; 2009

Kontakt

Prof. Dr. med. M. Möllmann

Dr. med. S. Gurлит

Klinik für Anästhesie und operative Intensivmedizin
St. Franziskus-Hospital Münster
Hohenzollernring 72, 48145 Münster
michael.moellmann@sfh-muenster.de,
simone.gurлит@sfh-muenster.de

Besseres Verständnis für herausforderndes Verhalten fördert besseren Umgang mit den Menschen mit Demenz

Fachtitel: Wirksamkeit der deutschen Version der Serial Trial Intervention zur ursachebezogenen Reduktion von herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz (STI-D)

Häufig zeigen Patienten mit einer Demenz neuropsychiatrische Verhaltensauffälligkeiten, die auch als „herausforderndes Verhalten“ bezeichnet werden. Dabei handelt es sich zum Beispiel um Erregung, aggressives Verhalten oder „Weglaufen“. Diesen Erscheinungen wird im Pflegealltag noch vielfach ohne strukturiertes Vorgehen, Diagnostik möglicher Ursachen bzw. vorwiegend mit der Gabe von Psychopharmaka begegnet. Oftmals verursachen unbefriedigte Bedürfnisse oder Schmerzen, die bei fortschreitender Demenz nicht mehr angemessen kommuniziert werden können, dieses herausfordernde Verhalten. Auf Basis dieser Annahme wird mit der „Serial Trial Intervention“ (STI) ein Struktur gebendes Pflegeverfahren angeboten. Dieses beinhaltet eine systematische Abfolge pflegerischer Beurteilungen (Assessments) und Handlungen, um gemeinsam im Pflgeteam Ursachen herausfordernder Verhaltensweisen zu ermitteln, gezielt anzugehen und zu beheben. So kann herausforderndes Verhalten reduziert bzw. das bestehende Bedürfnis des Betroffenen grundlegend befriedigt werden.

Vorgehensweise

Ziel der Studie war zunächst die Erarbeitung einer für Deutschland angepassten Version der STI (STI-D), die dann in einer randomisierten kontrollierten klinischen Studie unter Realbedingungen in Pflegeheimen auf ihre Wirksamkeit hinsichtlich der Reduktion herausfordernden Verhaltens geprüft wurde. Weitere Kriterien stellten die Lebensqualität der Heimbewohner, Gabe von Medikamenten aus der Gruppe der Psychopharmaka und Schmerzmittel sowie empfundene Schmerzen dar. Zusätzlich wurde eine betriebswirtschaftliche Analyse zur Auswirkung der STI-D aus Sicht von Mitarbeitern und Management in Pflegeheimen durchgeführt. Der Fokus lag dabei auf Veränderungen in Folge der Standardisierung von Prozessen, der Zufriedenheit der Pflegekräfte sowie auf der Ableitung von Handlungsempfehlungen

unter anderem für mögliche Organisationsanpassungen in der Pflege und Dokumentation.

Pflegefachkräfte in der Untersuchungs- und Kontrollgruppe erhielten verblindet unterschiedliche Schulungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten, die auch eine Praxisbegleitung beinhalteten. Anschließend wurde das jeweils erlernte Verfahren beim Auftreten herausfordernder Verhaltensweisen eingesetzt und dokumentiert.

Ergebnisse

In die Studie konnten insgesamt 338 Pflegeheimbewohner mit Demenz aus 19 Pflegeheimen einbezogen werden, die sich gleichmäßig auf beide Studienarme verteilten. Das Durchschnittsalter lag bei knapp 86 Jahren, die Studienteilnehmer zeigten im Mini-Mental-Status-Test einen mittleren Wert von 7,56 und wiesen auch einen entsprechend starken Hilfe- und Pflegebedarf auf: 98,5 Prozent erreichten im Functional Assessment Staging (FAST) einen Wert von sechs und höher, d.h. sie benötigten bei manchen (6) oder ständig (7) bei alltäglichen Verrichtungen Hilfe.

Zu Studienbeginn zeigten laut Befragung der Bezugspflegekräfte mit dem wissenschaftlichen Fragebogentest „Neuropsychiatrischem Inventar“ (NPI-NH) fast alle Studienteilnehmer (n = 337) Verhaltensauffälligkeiten. Vorherrschend waren dabei Erregung und Aggression (bei 44 Prozent in der Interventions- und 38 Prozent in der Kontrollgruppe). Knapp zwei Drittel der Teilnehmer erhielten täglich Medikamente aus der Gruppe der Psychopharmaka.

Die Ergebnisse der Messungen vier Wochen bzw. sechs Monate nach Schulung und Einführung des Untersuchungs- und Kontrollgruppenverfahrens zeigen insgesamt eine Reduktion von Verhaltensauffälligkeiten sowie einen Rückgang der Verordnung von Psychopharmaka. Ein eindeutiger Vorteil des Einsatzes der STI vor dem anderen, unstrukturierten Verfahren zum Umgang mit herausforderndem Verhalten konnte dabei nicht belegt werden. Die STI-Schulung führte jedoch zu einer stärkeren

ren Wahrnehmung körperlicher Ursachen für neuropsychiatrische Symptome. Die betriebswirtschaftliche Analyse machte darüber hinaus deutlich, dass offenbar schon allein ein struktureller Rahmen für den Umgang mit herausforderndem Verhalten, unabhängig vom eingesetzten Verfahren, deutliche Effektivitäts- und Effizienzpotentiale in sich birgt. Sowohl aus der Kontroll- als auch aus der Untersuchungsgruppe bezeichneten die Mitarbeiter im Rahmen einer Befragung als größten Nutzen die Qualitätssteigerung in der Betreuung, gefolgt von der erhöhten Sicherheit im Prozessablauf und der steigenden Transparenz des Vorgehens, was insgesamt zu einer deutlichen Reduktion von herausfordernden Verhaltensweisen führte. Außerdem waren aus Wahrnehmung der Mitarbeiter gruppenübergreifend weitere positive Effekte zu verzeichnen, die schwerpunktmäßig die pflegerischen Abläufe, die interne und externe Kommunikation sowie die Zufriedenheit der Mitarbeiter betreffen.

Publikationen

Fischer T, Kuhlmei A, Sibbel R, Nordheim J (2008): Die deutsche Fassung der «Serial Trial Intervention» (STI-D). Entwicklung und Testung eines pflegerischen Ansatzes zur Reduktion von herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz. Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie 21(3): 199–203

Nordheim J, Fischer T. (2009): Reduction of Challenging Behaviours in People with Dementia: German Version of the Serial Trial Intervention (STI-D). The Journal of Nutrition, Health and Aging 13, Suppl.1: 638.

Kontakt

Prof. Dr. Adelheid Kuhlmei
 Institut für Medizinische Soziologie
 Charité-Universitätsmedizin Berlin
 Thielallee 47, 14195 Berlin
 medsoz@charite.de

Sicherer Umgang mit Demenzkranken

Fachtitel: Qualitative Evaluation von Inhouse-Weiterbildungen zur Konzept- und Kompetenzentwicklung multiprofessioneller Teams und ehrenamtlicher Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in stationären, teilstationären und ambulanten Einrichtungen der Altenhilfe mit dem Schwerpunkt demenzieller Erkrankung (QUIKK)

Die pflegerische Versorgung von Menschen mit Demenz stellt Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in stationären Altenhilfeeinrichtungen vor Herausforderungen, auf die sie sich nur unzureichend vorbereitet fühlen und die sie als belastend erleben. Eine hohe Versorgungsqualität für Menschen mit Demenz zu erbringen, ist ein Anspruch, dem sie vor diesem Hintergrund kaum genügen können. Obwohl generell ein Zusammenhang zwischen der Kompetenz und der subjektiven Belastung bei Beschäftigten erkennbar ist und von Auswirkungen auf die Versorgungsqualität auszugehen ist, wurde den dafür notwendigen Qualifizierungsansätzen bislang nur wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Vielmehr zeichnet sich der Qualifizierungsmarkt durch eine Vielzahl von Angeboten aus, die äußerst heterogene Themenstellungen, Zielsetzungen und Abschlussbezeichnungen beinhalten. Wissenschaftlich abgesicherte Angaben, welches Qualifizierungskonzept für welche Problemstellung und welche Zielgruppe geeignet ist und faktisch auch zu einer Kompetenzsteigerung beiträgt, fehlen weitgehend. Somit können Einrichtungsträger bei anstehenden Entscheidungen, wie sie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf diese Anforderungen vorbereiten, kaum auf abgesicherte Entscheidungshilfen zurückgreifen. Ein effektiver Ressourceneinsatz wird erschwert.

Vorgehensweise

Im Projekt QUIKK wird eine Inhouse-Weiterbildung in drei stationären Altenhilfeeinrichtungen erprobt. Sie ist auf zwölf Monate angelegt und bezieht alle Berufsgruppen und Hierarchieebenen mit ein. Ihre Wirksamkeit zur Kompetenzsteigerung und Verbesserung der Versorgungsqualität wird wissenschaftlich evaluiert. Beabsichtigt war, durch die gemeinsame Qualifizierung der unterschiedlichen an der Versorgung von Menschen mit Demenz beteiligten Mitarbeitergruppen unter Einbezug von Ehrenamtlichen und Angehörigen ein gemeinsames Verständnis für die Situation von Menschen mit Demenz zu entwickeln. Einheitliche Handlungsgrundsätze sollten erarbeitet und projektorientiert auch erprobt werden. Neben der klassischen Wissensvermittlung standen deshalb im Zentrum der Weiterbildung die Befähigung zur Fallarbeit, die Initiierung von Prozessen kollegialer Beratung sowie die Entwicklung und Umsetzung einzelner Praxisprojekte zur Vertiefung des Theorie-Praxis-Transfers.

Die Wirksamkeit der Weiterbildung in Bezug auf eine Kompetenzsteigerung im Umgang mit Menschen mit Demenz bei den Beschäftigten und eine Verbesserung von Versorgungsqualität wurde im Rahmen einer begleitenden Evaluation überprüft. Anhand von Fragebögen, Gruppendiskussionen mit den Weiterbildungsteilnehmerinnen, sowie der Auswertung von Pflegedokumentationen und der Befragung von Angehörigen von Heimbewohnern wurden Haltungen und Verhaltensstrategien von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen im Umgang mit demenzkranken Menschen erfasst und deren Veränderungen im Verlauf der Weiterbildung dokumentiert.

Ergebnisse

Der erprobte Weiterbildungsansatz hat sich als ein geeignetes Verfahren zur Kompetenzsteigerung der Teilnehmenden erwiesen. Es konnte eindeutig nachgewiesen werden, dass die Teilnehmer im Anschluss an die Weiterbildung herausfordernde Verhaltensweisen demenzkranker Bewohner differenzierter wahrnehmen und daraus resultierend verstärkt Deeskalationsstrategien einsetzen. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erleben sich als sicherer im Umgang mit Menschen mit Demenz. Sie verfügen dadurch über mehr Handlungsalternativen bei auftretenden Problemsituationen.

Der Erfolg der Weiterbildung wird in hohem Maß von einer verbindlichen Klärung struktureller Aspekte beeinflusst. Insbesondere wird der Transfer in die Praxis nach Abschluss der Weiterbildung durch die Initiierung von Veränderungen in der Versorgungspraxis mitbestimmt, zum Beispiel durch verfügbare Ressourcen und die Unterstützung durch die verantwortliche Leitung. Darauf ist bereits zu Beginn der Weiterbildung hinzuwirken.

Angehörige nehmen einen veränderten Umgang mit dem demenzkranken Bewohner nur in Ansätzen wahr. Krankheitsstadium und Wohlbefinden des Bewohners bilden für sie die zentralen Maßstäbe zur Beurteilung der Versorgungsqualität. Bei Einbezug von Angehörigen in die Weiterbildung wird ihr Verständnis gegenüber demenzkranken Menschen gestärkt.

Die Pflegedokumentation hat sich als ein sensibler Indikator für die Identifikation von Haltungs- und Verhaltensänderungen bei Mitarbeitern erwiesen und kann als Instrument zur Überprüfung der Wirkung von Qualifikationsmaßnahmen mit genutzt werden.

Kontakt

Prof. Dr. Sabine Kühnert

Evangelische Fachhochschule Rheinland –
Westfalen-Lippe
Immanuel-Kant-Straße 18–20, 44803 Bochum
kuehnert@efh-bochum.de

Leben wie in einer Oase

Fachtitel: Pflegeoase

Pflegeoasen werden in den letzten Jahren immer häufiger in der stationären Pflege eingerichtet. Menschen mit weit fortgeschrittener Demenz, die besonderer Aufmerksamkeit und zeitaufwändiger Pflege bedürfen, leben dort gemeinsam in einem Raum. Dies beruht auf der Erfahrung, dass diese Bewohner einerseits im Einzel- oder Doppelzimmer sehr wenig Zuwendung erhalten, aber andererseits in Wohngruppen oder Hausgemeinschaften durch das Zusammenleben mit leicht oder mittelschwer demenzerkrankten Personen schnell überfordert sind. Gründe dafür sind die Dynamik des Gruppenverhaltens sowie der gegebenenfalls hohe Geräuschpegel. Pflegeoasen sollen einen Schutzraum bilden und zeichnen sich häufig durch eine besondere Raumgestaltung hinsichtlich der Farbgebung, des Lichts oder dem Einsatz von Musik und Düften aus.

Pflegeoasen sind nicht unumstritten, denn in der stationären Pflege wird sehr viel Wert auf den Einzel- bzw. Doppelzimmer-Standard und den Rückbau von Mehrbettzimmern gelegt, um die Privatsphäre der Bewohner zu erhalten.

Vorgehensweise

Die Studie untersucht die Lebensqualität von Bewohnerinnen und Bewohnern einer Pflegeoase und die von ähnlich schwer erkrankten Menschen, die in Ein- bzw. Zweibett-Zimmern leben. Die Belastung der Pflegekräfte, ihre Tätigkeitsprofile und Arbeitswege sowie die Zufriedenheit der Angehörigen und ethische Fragen sind ebenfalls Gegenstand der Studie. Zum Einsatz kommen standardisierte Methoden (Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität bei Demenz, HILDE; Beanspruchungsscreening in Humandienstleistungen, BHD) sowie qualitative Leitfadeninterviews, Gruppendiskussionen und Beobachtungen.

Die Programmgruppe umfasste acht Personen, durchschnittlich 82,9 Jahre alt und mit einem Mini Mental Status-Wert < 3 . Zur Vergleichsgruppe gehörten fünf weibliche Personen, im Durchschnitt 87,6 Jahre alt mit einem Mini Mental Status-Wert von 0. HILDE wurde von den Wohnbereichsleitungen zu sechs Zeitpunkten innerhalb von 20 Monaten durchgeführt.

Ergebnisse

Pflegeoasenbewohner zeigen auf einigen für die Lebensqualität relevanten Dimensionen höhere Werte als die Bewohner von Einzel- und Doppelzimmern, dies sind insbesondere angeleitete Aktivitäten, positiv erlebte Bezugspersonen und als angenehm erlebte Situationen.

Die Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegeoase erfahren im Durchschnitt 18 Mal pro Woche eine angeleitete Aktivität wie etwa Vorlesen, Handmassage oder Aktivierung, während die Studienteilnehmer der Vergleichsgruppe nur zwei Mal pro Woche eine solche Aktivität erfahren. Nahezu alle erlebten Aktivitäten (Ausnahme: Gymnastik) bereiten auch Freude (beide Gruppen).

In der Pflegeoase haben die Bewohner zu durchschnittlich vier Personen positive Kontakte, in der Vergleichsgruppe sind dies nur zwei Personen. Von allen positiv besetzten Beziehungen nehmen in der Programmgruppe professionelle Helfer den größten Anteil ein (48 Prozent). Verwandte, Geschwister und Kinder bilden mit 39 Prozent die zweitgrößte Gruppe, wobei drei von acht Bewohnern ohne enge Angehörige waren und durch einen gesetzlichen Betreuer betreut wurden. Das zeigt: Verwandte sehen die Oase nicht als Versorgungsform, in der sie keine Beziehung mehr zum pflegebedürftigen Angehörigen aufbauen können. In der Vergleichsgruppe stellen Verwandte und Kinder mit 52 Prozent den größten Anteil an positiven Kontakten, gefolgt von den professionellen Kräften mit 45 Prozent.

Weiterhin wurden in der Programmgruppe mehr (verschiedene) und auch häufiger angenehme Situationen erlebt.

Auf der für die Messung von Lebensqualität sehr wichtigen Dimension des Schmerzerlebens haben sich keine Unterschiede abgezeichnet. Der maximale Bewegungsraum ist in beiden Gruppen ähnlich strukturiert, etwa zwei Drittel der Untersuchten erreichen den Wohnbereich – Pflegeoasensbewohner werden also offensichtlich nicht weniger mobilisiert als andere.

Die Beobachtung der Arbeitswege und Tätigkeitsabläufe hat gezeigt, dass die Pflegenden in der Pflegeoase Ressourcen gewinnen durch kürzere Wege: sie legen 239,1 Meter pro Arbeitsstunde zurück, während in der Vergleichsgruppe pro Stunde 372,1 Meter gelaufen werden müssen. Insgesamt gestaltet sich das Arbeiten in der Pflegeoase kleinschrittiger, die Aufmerksamkeit der Pflegenden richtet sich zeitnah auf die wahrgenommenen Bedürfnisse der Bewohner; soziale Nähe und Zuwendung sind eher möglich. Gleichzeitig beschreiben sich die Pflegenden als etwas belasteter als die Mitarbeiter in der Vergleichsgruppe. Die beschriebenen Vorteile benötigen daher einige Voraussetzungen: einen intensiven Personaleinsatz, ein differenziertes Konzept und eine fortlaufende Unterstützung der Pflegenden durch die Einrichtungsleitung im laufenden Betrieb.

Kontakt

Prof. Dr. Thomas Klie

AGP, Institut für angewandte Sozialforschung
im FIVE e.V. an der Evangelischen Hochschule, Freiburg
Bugginger Straße 38, 79114 Freiburg
klic@eh-freiburg.de

4. Koordinierung der ambulanten Versorgung – Netzwerke und andere Möglichkeiten

Einführung in die Thematik

Prof. Dr. Susanne Schäfer-Walkmann, Duale Hochschule Baden-Württemberg, Stuttgart

Netzwerke – der Schlüssel für eine bessere Versorgung?

Vor dem Hintergrund des gesellschaftspolitischen Wandels ist die Diskussion um Koordinierung, Kooperation und Gründung von Netzwerken ein Dauerthema in der gesundheits- und sozialpolitischen Debatte. In diesem thematischen Schwerpunkt bilden die elf ‚Leuchtturmprojekte Demenz‘ eine Bandbreite von Aspekten ab, die im Zusammenhang mit vernetzten Versorgungsstrukturen immer wieder zur Sprache kommen:

- die Umsetzung des Grundsatzes ‚ambulant vor stationär‘, einschließlich einer Stärkung des ambulanten Sektors,
- die Kooperation verschiedener Berufsgruppen in der medizinischen Primärversorgung, insbesondere zwischen Hausarzt/Hausärztin und ambulanter Pflege,
- die Probleme an der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Betreuung,
- die Beratung und Stärkung sozialer Netzwerke zur Unterstützung (pflegende Angehörige, Selbsthilfe, freiwillige Helfer/innen),
- die Verbesserung der Beratung und Diagnostik bei Demenz sowie
- die Kooperation und Zusammenarbeit in fachübergreifenden Versorgungsverbänden mit Bezug zum sozialen Umfeld.

Als arbeitswissenschaftlicher Begriff steht ‚Koordination‘ für eine Abstimmung verschiedener Aktivitäten, für eine Verbesserung des Zusammenspiels und das Entstehen einer Ordnung. Koordinierung steht somit am Anfang jeder ‚Kooperation‘, die strategisch angelegt ist und auf Zusammenarbeit und Austausch mit anderen basiert. Modelle von Kooperation beruhen auf der Grundlage gemeinsamer Interessen mit dem Ziel, für alle Beteiligten nutzenbringend zu sein. Hieraus leiten sich Absprachen über Rechte und Pflichten sowie organisationale Strukturen ab. ‚Netzwerke‘ wiederum können als organisierte

Formen kooperierenden Handelns bezeichnet werden, in denen eigene Zusammenhänge, formelle und informelle Beziehungen und spezifische Kommunikationsprozesse wirken.

Koordinationsanstrengungen und Kooperationsmodelle sind bis heute ein Leitthema zahlreicher gesundheitspolitischer Reformbemühungen. In der Vergangenheit hatten diese jedoch meist eine kurzfristige Kostendämpfung im Blick. Letztlich scheiterten die Modelle in der Umsetzung an den starren, fragmentierten Versorgungsstrukturen des bundesdeutschen Gesundheitswesens und einer mangelnden Bereitschaft zu einer organisatorisch-strukturellen Neuausrichtung. So wurden seit Ende der 1990er Jahre Modellvorhaben gefördert, in denen die notwendigen Rahmenbedingungen für den Aufbau und die Weiterentwicklung vernetzter (integrierter) Versorgungsstrukturen erprobt wurden. Zehn Jahre ist es her, dass es im Rahmen der Gesundheitsreform 2000 für Leistungserbringer und Krankenkassen möglich wurde, Selektivverträge abzuschließen und in die sektorenübergreifende „Integrierte Versorgung“ einzusteigen. Vier Jahre später wurden die Paragraphen 140 a-d des SGB V in das Modernisierungsgesetz der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) festgeschrieben. Damit wurde sowohl der Weg für indikationsbezogene als auch für populationsgestützte integrierte Versorgungsverträge bereitet, zumal bis 2009 Regelungen über eine Anschubfinanzierung solche Formen einer sektoren- und fachübergreifenden Zusammenarbeit förderten.

Patient und Angehörige stehen im Mittelpunkt

Dabei fällt auf, dass sich die Forderung nach mehr Abstimmung und verbindlicher Koordination unter den Leistungserbringern wie ein roter Faden durch die fachliche und politische Debatte zieht. Die Projektvorstellungen auf den folgenden Seiten belegen die Aktualität des Themas im bundesdeutschen Gesundheitswesen, das sich in einem tiefgreifenden Transformationsprozess befindet. Spätestens seit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz von 2004 und dem parteiübergreifenden Konsens zu mehr „Markt“ und weniger „Staat“ werden diese Veränderungen auch in der Gesetzgebung abgebildet. In die-



Prof. Dr. Susanne Schäfer-Walkmann,
Duale Hochschule Baden-Württemberg,
Leiterin des Studiengangs Soziale Arbeit im Gesundheitswesen

sem hochkomplexen Marktgeschehen werden die Patienten und die Angehörigen in ihrer Konsumentenrolle, also als „Kunden“ medizinischer, pflegerischer, therapeutischer und sozialer Leistungen, angesprochen und als handelnde Akteure ebenso in den Blick genommen wie die Leistungserbringer und die Kostenträger.

Allen ‚Leuchtturmprojekten‘ in diesem thematischen Schwerpunkt ist gemeinsam, dass sie die demenzkranken Patientinnen und Patienten beziehungsweise die Angehörigen in den Mittelpunkt stellen. Von ihrem individuellen Bedarf ausgehend hinterfragen die Projekte, wie die häusliche Versorgung im Krankheits- und Pflegefall unter Berücksichtigung der vorhandenen Strukturen und Rahmenbedingungen wirkungsvoll ausgestaltet werden kann. Aus den Projektberichten lassen sich – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – drei wesentliche Punkte herausarbeiten, die der Politik fundierte Entscheidungshilfen für die Weiterentwicklung der Demenzversorgung in Deutschland an die Hand geben.

1. Demenzpatienten und ihre Angehörigen brauchen eine enge psycho-soziale Unterstützung und Begleitung

Für die Patienten und ihre Angehörigen bedeutet die Diagnose Demenz im Krankheitsverlauf einen tiefen Einschnitt und eine Neuordnung des Lebens. Immer noch sind – trotz zahlreicher Informationskampagnen und Aktivitäten – erhebliche Wissensdefizite und große Unsicherheiten in weiten Teilen der Bevölkerung festzustellen. Oftmals hindern Scham- oder Angstgefühle die Menschen daran, Hilfe von außen anzunehmen. Die große Bedeutung von differenzierter Diagnostik zu einem möglichst frühen Zeitpunkt ist ebenso erkennbar wie die Notwendigkeit einer persönlichen Beratung, gekoppelt an ein aufsuchendes Unterstützungs- und Hilfeangebot. Die Forderung nach einer psycho-sozialen Unterstützung und Begleitung ist eine wichtige Ergänzung einer guten medizinischen und pflegerischen Versorgung und geht über rein managendes Handeln hinaus.

Das Case Management als wesentliches Strukturelement vieler ‚Leuchtturmprojekte‘ sollte neben den klassischen Funktionen der Planung, Ausgestaltung, Steuerung und Überprüfung von Versorgungsprozessen ebenso diese Funktion des ‚Sorgetragens‘ für die Demenzpatienten und deren Angehörige erfüllen. Das wiederum setzt ein hohes Problembewusstsein, große Beratungskompetenz und somit speziell geschulte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter voraus. Aufsuchendes Case Management muss als elementarer Bestandteil einer regionalen Demenzversorgung in die Regelfinanzierung aufgenommen und flächendeckend ausgebaut werden.

2. Tragfähige Modelle von Koordination, Kooperation und Vernetzung erfordern zum Teil neue Organisationsformen und Steuerungsinstrumente in der Gesundheitsversorgung

Koordination, Kooperation und Vernetzung gelten zwar als Königsweg zur Lösung gesundheitsökonomischer Problemlagen und Fehlallokationen. Häufig bleibt es jedoch bei Absichtserklärungen und losen, oft flüchtigen und temporär begrenzten Zusammenschlüssen. Im Gegensatz dazu handelt es sich bei dauerhaft angelegten Verbundprojekten um strukturell gebahnte und gesellschaftlich legitimierte Problemlösungsversuche abgestimmten und koordinierten Handelns verschiedener Akteure über sektorale Grenzen hinweg. Solche (integrierten) Versorgungsverbände sind einem gemeinsamen Leitziel und einer Versorgungsethik verpflichtet. Tragfähige Netzwerkstrukturen benötigen eine verantwortliche Koordination, zum Beispiel im Sinne eines Verbundmanagements, um die formale Kooperation des Netzwerkes zu gewährleisten und die Vertretung des Netzwerkes nach außen und die Kommunikation nach innen sicherzustellen. Vertragliche Regelungen binden die unterschiedlichen Kooperationspartner in das Versorgungsnetzwerk ein, schaffen Transparenz und stellen die regionale Versorgung sicher.

3. Der Aufbau von lokalen und regionalen Netzwerken ist ein essentielles Instrument einer effizienten und wirtschaftlichen Versorgung Demenzerkrankter und ihrer Angehörigen

Im Falle einer Demenzerkrankung geht es um komplexe und schwierige Problemlagen und deren Bewältigung in der Lebenswelt der Menschen. Erst durch die Einbindung lokaler Akteure gelingt eine auf die Personen zentrierte, kontinuierliche Versorgung. Neben den professionellen Anbietern medizinischer, pflegerischer und sozialer Dienstleistungen bedarf es deshalb einer aktiven Einbindung der Bürgerinnen und Bürger auf ganz unterschiedlichen Ebenen. Hierfür müssen künftig Selbsthilfe, bürgerschaftliches Engagement und solidarfinanzierte Leistungen zusammengeführt und vor Ort weiterentwickelt werden. Hier sind insbesondere die Kommunen

gefragt, sich sowohl inhaltlich und personell als auch strukturell und finanziell an dem Aufbau und der Entwicklung regionaler Versorgungsnetzwerke oder -verbände zu beteiligen und entsprechende Anreize zu schaffen.

Geschärfter Blick für die Versorgung in Deutschland

Die ‚Leuchtturmprojekte‘ in diesem thematischen Schwerpunkt sind konkrete Best-practice-Lösungen und damit zukunftsweisend für eine der größten gesundheitspolitischen Versorgungsfragen unserer Zeit. Wobei sich eines ganz deutlich zeigt: Integrierte Demenzversorgung muss sektoren- und säulenübergreifend stattfinden. Dementsprechend müssen (integrierte) Versorgungsverträge SGB V- und SGB XI-Leistungen vorsehen und darüber hinaus die kommunale Ebene berücksichtigen (SGB XII). Eine Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen würde darüber hinaus bedeuten, ergänzende Leistungen, etwa des Versorgungs- oder Verbundmanagements, wesentlich deutlicher als bisher in die Vergütungsstruktur interdisziplinärer Versorgungsarrangements mit einzubeziehen. So könnte für alle Beteiligten mehr Planungssicherheit geschaffen werden.

Jenseits der Modellförderung werden innovative Vernetzungsprojekte allzu häufig zerrieben im Konfliktfeld der Interessen verschiedener Gruppen und es fehlen echte wettbewerbliche Anreize zur Stärkung des ambulanten Sektors. Die ‚Leuchtturm-Vernetzungsprojekte‘ in diesem thematischen Schwerpunkt schärfen den Blick für die Notwendigkeiten komplexer Versorgungsgestaltung, die im Falle schwieriger Indikationen wie bei Demenz mehrere Sektoren überspannt und eine Neuausrichtung der Gesundheitsversorgung notwendig macht. Es bietet sich an diesem Punkt die konkrete Gelegenheit, validierte neue Versorgungsansätze zu übertragen und auf regionaler Ebene flächendeckend strukturell zu verankern.



Vorstellung der Projekte

4. Koordinierung der ambulanten Versorgung
– Netzwerke und andere Möglichkeiten



Entlastung für Patienten und Angehörige

Fachtitel: Aachener Netzwerk Demenz (ANeD)

Gemessen an der voraussichtlichen Zahl der Betroffenen ist die Versorgung Demenzerkrankter in den nächsten Jahrzehnten eine der ökonomisch und strukturell größten Herausforderungen unseres Gesundheitssystems. Insbesondere die Früherkennung der Erkrankung und die Sicherung der häuslichen Versorgung sind dabei von entscheidender Bedeutung. Hierzu bedarf es neuer Strategien sowohl für die Steuerung und den gezielten Einsatz effektiver Unterstützungsinstrumente als auch für die Einbindung von Angehörigen, Haus- und Fachärzten sowie Hilfsdiensten in das regionale Versorgungsnetzwerk.

Vorgehensweise

Das Projekt „DemenzNetz Aachen“ untersuchte die Auswirkungen eines umfassenden (sektorübergreifenden) Versorgungsnetzwerkes für Demenzerkrankte und deren Angehörige in der Region Aachen. Hierzu wurden evidenzbasierte Grundlagen zum Ausbau der bestehenden Kooperationsstrukturen geschaffen. Ziel des Netzwerkes war die Etablierung einer für alle Bevölkerungsgruppen einfach erreichbaren Möglichkeit, um dementielle Erkrankungen frühzeitig zu diagnostizieren. Zudem wurde ein bedarfsgerechtes Spektrum medizinischer, pflegerischer und unterstützender Leistungen bereitgestellt, um die Belastung der Angehörigen zu vermindern und die Einweisung der Betroffenen in Heime oder Krankenhäuser möglichst zu vermeiden. Hierzu wurden insbesondere Fallmanager eingesetzt, die die Betroffenen und ihre Familien in der häuslichen Umgebung aufsuchten. Diese Fallmanager schätzten die strukturellen, inhaltlichen und ökonomischen Voraussetzungen für eine gezielte Beratung, Behandlung und Unterstützung ein und begleiteten die Umsetzung der Maßnahmen.

Zum Aufbau eines regionalen Verbundmanagements in der Versorgung von Demenzpatienten kooperierten Aachener Hausärzte, das Gerontopsychiatrische Zentrum des Alexianer Krankenhauses Aachen mit Beratungsstelle und Gedächtnisambulanz, sowie verschiedene regionale und kommunale Versorgungspartner. Der behandelnde Hausarzt führte eine Eingangsanalyse der Erkrankung und der häuslichen Situation durch und steuerte die Behandlung. Die Beratungsstelle koordinierten die Case-Manager: Sie nahmen eine individuelle Versorgungsanalyse vor, boten allen Angehörigen umfassende Hilfs- und Schulungsmaßnahmen und den Betroffenen eine fachärztliche Diagnostik und Behandlung an und begleiteten die Familien kontinuierlich. Alle Hausärzte erhielten darüber hinaus eine Schulung in Diagnostik und Therapie von Demenzerkrankungen entsprechend den geltenden Behandlungsleitlinien. Die Evaluation des Projektes erfolgte durch die Katholische Hochschule NRW, Abt. Aachen.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 240 Menschen mit Demenz und ihre versorgenden Angehörigen in das Projekt integriert. Die behandelnden Hausärzte führten eine erste Einschätzung des Behandlungs- und Unterstützungsbedarfes durch. Die Hausärztinnen und Hausärzten als primäre Ansprechpartner der Patientinnen und Patienten mit ihren Angehörigen sehen sich hier mit einem hohen Beratungsbedarf in pflegerischen und psycho-sozialen Fragestellungen konfrontiert. Nach Übergabe des Falles an einen Fallmanager wurde diese Einschätzung weiter verfeinert und eine anschließende bedarfsabgestimmte Versorgungsplanung mit den Betroffenen und/oder den versorgenden Angehörigen entworfen. Alle eingeleiteten Maßnahmen wurden auf standardisiertem Weg an die anderen beteiligten Versorgungspartner zurückgemeldet.

Die Evaluation der Angehörigenbefragung zeigte zunächst erhebliche Defizite im Bereich der Bekanntheit und der Vernetzung vieler regionaler Beratungs- und Unterstützungsangebote und eine hohe Belastung vor Beginn des Case-Managements. Die versorgenden Angehörigen sehen sich mit einem umfassenden Anforderungsprofil hinsichtlich unterstützender Aufgaben konfrontiert. Immerhin jede/r zweite Angehörige übernimmt fünf und mehr Aufgabenbereiche in der alltäglichen Versorgung und Betreuung. Durch den gezielten Einsatz des Case-Managers konnte eine deutliche subjektive Entlastung der versorgenden Angehörigen erreicht werden, Beratungs- und Unterstützungsangebote wurden gezielter nachgefragt und in Anspruch genommen. In einer (retrospektiven, nicht randomisierten) Betrachtung der Projektgruppe im Vergleich zu einer Gruppe zufällig ausgewählter fachärztlich versorgter Betroffener gleicher Krankheitsschwere zeigte sich, dass die im Projekt betreuten Erkrankten deutlich seltener und kürzer in Krankenhäuser aufgenommen werden mussten. Im Projektverlauf konnten zudem durch die Einrichtung eines ehrenamtlichen Besuchsdienstes und einer Tagesstätte weitere regionale entlastende Angebote entwickelt werden. Eine vergleichende Analyse der Zeitspanne bis zur Heimaufnahme konnte aufgrund der Kürze des Projektzeitraumes nicht abgeschlossen werden.

Der große öffentliche und professionelle Zuspruch zum Projekt und die erfolgreiche multisektorielle Vernetzung, die durch das Projekt initiiert wurde, führte – unter Beteiligung des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW sowie der beteiligten Kostenträger – zu einer Beantragung des DemenzNetzes als Modellprojekt für die Städteregion Aachen gemäß § 45c SGB XI.

Publikationen

Duisberg W., Schirra-Weirich L., Theilig A.M.:

„Förderung von Frühdiagnostik und häuslicher Versorgung – das Modellprojekt DemenzNetz Aachen“. Poster und Vortrag auf dem Koordinierungstreffen Leuchtturmprojekte Demenz des Bundesministeriums für Gesundheit, Berlin 20. Januar 2009

Anders S., Becker R., Schmidt A., Theilig A.M.:

„Vernetzte Strukturen in der Demenzversorgung“, Präsentationen im Rahmen der Abschlussstagung EVIDENT vom 25. März 2010 in Dortmund

Duisberg W., Schirra-Weirich L., Theilig A.M.:

„Herausforderung Demenz: Case Management und vernetzte Versorgung“, Innovationsdialog der Katholischen Hochschule NRW am 2. Juni 2010 in Aachen

Kontakt

Dr. A.M. Theilig

Alexianer Krankenhaus Aachen
 Alexianergraben 33, 52062 Aachen
 atheilig@alexianer-aachen.de
 www.demenznetz-aachen.de

Gemeinsame Schulung und intensive Zusammenarbeit entlastet Pflegende

Fachtitel: Qualifizierungsmaßnahmen zur Steigerung der Lebensqualität demenzkranker Menschen über eine Förderung der Kommunikation und Kooperation in der ambulanten Altenpflege (QUADEM)

Eine Demenz betrifft nicht nur den erkrankten Menschen, sondern auch sein Umfeld. Pflegende Angehörige sowie professionell Pflegende beeinflussen die Lebensqualität demenzkranker Menschen entscheidend. Gleichzeitig sind sowohl familiär als auch professionell Pflegende häufig sehr belastet. Kommunikationsschwierigkeiten spielen hierbei eine wichtige Rolle. Einerseits können sich die Betroffenen mit fortschreitender Erkrankung ihrer Umgebung nicht mehr in herkömmlicher Weise mitteilen, sodass ein gegenseitiges Verstehen erschwert wird. Andererseits kommunizieren und arbeiten die in die Pflege involvierten Personen häufig nicht hinreichend intensiv miteinander. Gegenseitige Unterstützung ist jedoch wichtig, um die Pflegenden zu entlasten und gleichzeitig den Umgang mit demenzkranken Menschen zu verbessern und deren Lebensqualität zu steigern.

Vorgehensweise

Die Kommunikation und Kooperation der in die häusliche Pflege eingebundenen Personen sollte durch vier Interventionen verbessert werden:

1. Gemeinsame individuelle Fallbesprechungen eines pflegenden Angehörigen und einer Bezugspflegerkraft eines ambulanten Dienstes (moderiert von einer Psychologin),
2. Trainings zur Förderung der Kommunikation und Kooperation in der häuslichen Pflege demenzkranker Menschen,
3. Selbsthilfegruppen für Angehörige und kollegiale Beratung für Pflegekräfte und
4. Einbindung von ehrenamtlichen Begleitern, die speziell in der Kommunikation mit demenzkranken Menschen geschult wurden.

Es wurden vier Teilnehmer-Gruppen gebildet, die diese Interventionen in unterschiedlicher Kombination erhielten. Gruppe 1 nahm an allen Interventionen teil, Gruppe 2 erhielt keine ehrenamtliche Begleitung, Gruppe 3 keine Angebote zu Selbsthilfe bzw. kollegialen Beratung und Gruppe 4 nahm im Studienzeitraum nur an den Fallbesprechungen teil. Dieser Gruppe wurde die Teilnahme an einem Training nach Studienabschluss angeboten. Zu Projektende wurden die Gruppen miteinander verglichen, um herauszufinden, welche Kombination von Interventionen besonders erfolgreich war.

Die Innovation des Projekts liegt zum einen in der Kombination der vier Interventionen, zum anderen im Einbezug verschiedener Zielgruppen in ein ineinandergreifendes Qualifizierungsprogramm. Im Quadem wurden Kommunikation und Kooperation nicht nur theoretisch vermittelt, sondern auch tatsächlich in die Tat umgesetzt – in Form von Fallbesprechungen, Selbsthilfe, kollegialer Beratung und ehrenamtlicher Begleitung. Zudem machten sich unsere Projektmitarbeiterinnen bei einem Hausbesuch ein Bild von den Stärken der demenzkranken Menschen und schufen somit eine Basis für die nachfolgenden individuellen Fallbesprechungen. Zur Evaluation wurden u.a. Daten zu sozialer Kompetenz und Beanspruchung von Angehörigen und Pflegekräften erhoben, sowie zu Verhaltensauffälligkeiten der demenzkranken Menschen.

Ergebnisse

Insgesamt nahmen 98 sogenannte Pflegesysteme teil, das heißt 98 demenzkranke Menschen gemeinsam mit einem pflegenden Angehörigen und einer Pflegekraft. Im Laufe des Quadem-Jahres konnte die soziale Kompetenz aller teilnehmenden Angehörigen und Pflegekräfte im Umgang mit demenzkranken Menschen, Pflegekräften bzw. Angehörigen signifikant gesteigert werden. Ferner zeigte sich, dass die Pflegekräfte die Angehörigen innerhalb des Projektzeitraums als zunehmend zugewandter und empathischer wahrnahmen.

In den Gruppen, die zusätzlich zu den Fallbesprechungen Trainings und teilweise zusätzliche ehrenamtliche Unterstützung erhielten, konnte die Beanspruchung der Angehörigen im Laufe des Quadem-Jahres in der Tendenz verringert werden.

Die Anzahl der herausfordernden Verhaltensweisen der demenziell Erkrankten reduzierte sich in allen Gruppen signifikant um 25 Prozent. Die damit einhergehende Belastung der Angehörigen konnte in der Gruppe der Trainingsteilnehmer im Vergleich zu den Personen, die nur an Fallbesprechungen teilnahmen, ebenfalls um 25 Prozent verringert werden.

Die Lebensqualität der demenzkranken Menschen wurde durch Interviews mit Angehörigen und Pflegekräften erfasst, die Angaben zu den Ressourcen und zur Zufriedenheit der Erkrankten mit verschiedenen Lebensbereichen machten. Die Zufriedenheit mit den Möglichkeiten, sich zu bewegen und außer Haus zu kommen, verbesserte sich signifikant in den Gruppen, die bereits das Training absolviert hatten.

In der Gruppe der ehrenamtlichen Begleiter erhöhte sich die Selbstwirksamkeit signifikant nach der Praxisbegleitung im Vergleich zur Gruppe der Ehrenamtlichen, die nur an den Schulungen teilnahmen.

Publikationen

Haberstroh, J., Ehret, S., Kruse, A., Schröder, J. & Pantel, J. (2008).

Qualifizierungsmaßnahmen zur Steigerung der Lebensqualität demenzkranker Menschen über eine Förderung der Kommunikation und Kooperation in der ambulanten Altenpflege (Quadem). Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie, 21 (3), 191–197.

Krause, K. & Haberstroh, J.

Förderung der Kooperation Angehöriger, Pfleger und Ehrenamtlicher. In J. Haberstroh & J. Pantel (Hrsg.), Demenz psychosozial behandeln. Heidelberg: AKA.

Ehret, S., Kruse, A., & Becker, S.

Die Daseins-thematische Methode als Grundlage für die Stärkung der Beziehung zwischen dem demenzkranken Menschen und seinen Angehörigen. In O. Dibelius & W. Maier (Hrsg.), Versorgungsforschung für demenziell erkrankte Menschen. Stuttgart: Kohlhammer, 2011.

Kontakt

Univ.-Prof. Dr. med. Johannes Pantel

Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Johann Wolfgang Goethe-Universität
Heinrich-Hoffmann-Straße 10, 60528 Frankfurt a.M.
johannes.pantel@kgu.de
www.quadem.de

Verbesserung von Beratung und Diagnostik Demenzkranker nach Einordnung in eine Pflegestufe

Fachtitel: Ulmer Leuchtturmprojekt Demenz – ULTDEM-Studie

In Ulm/Alb-Donau-Kreis wurden in den letzten Jahren gute Netzwerkstrukturen für Demenzkranke und ihre Angehörigen aufgebaut. Insgesamt wurden diese Angebote aber bisher zu wenig genutzt. Ziel der ULTDEM-Studie ist, durch offensivere Beratung über die vorhandenen Angebote, deren verbesserte Nutzung und damit bessere Versorgung Demenzkranke und ihre Angehörigen zu erreichen. Daher erfolgt die Primärberatung im Rahmen der ULTDEM-Studie gekoppelt an die Pflegeeinstufung. Die unmittelbare Bahnung der richtigen Unterstützungsleistung, abgestimmt auf die individuellen Erfordernisse der Betroffenen, stellt nach unserer Einschätzung einen wesentlichen Beitrag zu einer besseren Versorgung dar.

Vorgehensweise

Parallel zum Pflegestufenbescheid (Pflegestufe 0 oder 1) erhielten in der Zeit vom 1. Juni 2007 bis 31. März 2010 alle Versicherten der kooperierenden Krankenkassen (AOK, BEK, DAK) einen Flyer, der zur Teilnahme an der Studie aufrief. Aufgrund der zögerlichen Rückmeldung erfolgte in den letzten drei Rekrutierungsmonaten der Kontakt zusätzlich auch telefonisch. Im Unterschied zur Flyeraktion wurden hierbei nur Versicherte kontaktiert, bei denen laut MDK ein Verdacht auf Demenz bestand.

Nach Einwilligung zur Studienteilnahme erfolgte ein Hausbesuch durch das Studienteam. Neben umfangreichen Untersuchungen der Teilnehmer (zum Beispiel Hirnleistung, Lebensqualität, Aktivitäten), fanden auch Befragungen der Hauptpflegepersonen statt (zum Beispiel zu Belastung, bisher eingeforderten Hilfen). Nach dem Zufallsprinzip wurden die Teilnehmer einer Beratungs- oder Kontrollgruppe zugewiesen. Die Beratungsgruppe erhielt ein individuelles Beratungsangebot über mögliche Hilfen. Die Kontrollgruppe erhielt die Beratung zeitversetzt jeweils sechs Monate später.

Ergebnisse

Flyeraktion:

1500 Kontaktaufnahmen per Flyer
238 (16 Prozent) Rückmeldungen, davon:

- 81 (34 Prozent) Absagen
- 113 (47,5 Prozent) mit Ausschlusskriterium (keine Demenz)
- 44 (18,5 Prozent) Teilnehmer

Valide Daten über den Anteil Demenzkranker im Rahmen einer Pflegestufenbeantragung existieren bisher nicht. Nach Einschätzung des MDK liegt ihr Anteil bei über 60-Jährigen bei 50 Prozent. 44 Endteilnehmer von 750 Versicherten ergeben einen Rekrutierungsgrad von 5,9 Prozent.

Telefonaktion:

72 Kontaktaufnahmen per Telefon, davon:

- 44 (75 Prozent) Absagen
- 4 (5,5 Prozent) mit Ausschlusskriterium (keine Demenz)
- 14 (19,5 Prozent) Teilnehmer

Über Flyeraktion sowie Telefonkontakt konnten insgesamt 58 Probanden (18,7 Prozent bei insgesamt 310 Kontakten [238 + 72]) in die Studie eingeschlossen werden. Das Alter der Teilnehmer reichte von 68 bis 95 Jahren. Der MMSE lag im Mittel bei 16, 20 (SD 6, 12). Etwa die Hälfte (46,5 Prozent) aller Teilnehmer bzw. der Angehörigen nahmen bisher keinerlei professionelle Unterstützungs- oder Entlastungsangebote wahr.

Gespräche mit Betroffenen bestätigten, dass ein erheblicher Informationsbedarf besteht, bisher aber, trotz vorhandener Angebote, kein entsprechender Abruf dieser Information erfolgte. Verantwortlich hierfür sind zahlreiche Barrieren, die auch in der Studiensituation die Kontaktaufnahme mit unserem Beratungsteam erschwerten.

Demenzkrankungen werden immer noch als schicksalhafte, normale Entwicklungen des Alterns gewertet. Es besteht nach wie vor eine große Scheu oder Angst, Hilfe von außen anzunehmen. Angehörige übernehmen jahrelang, trotz objektiver Überlastung, ohne wesentliche externe Hilfe, die Pflege. Erfahrungen aus der ULTDEM-Studie sprechen dafür, dass eine Kontaktaufnahme zu den Betroffenen mittels eines Informationsflyers, trotz Koppelung an die Pflegeeinstufung, nicht geeignet ist diese besondere Patientengruppe anzusprechen (5,9 Prozent). Der direkte telefonische Kontakt mit Betroffenen brachte zwar eine höhere Beteiligung (19,5 Prozent), bedenkt man aber, dass in dieser Gruppe Demenzkrankungen hochwahrscheinlich waren, ist die hohe Ablehnung der Beratung beachtlich.

Wir sind nach wie vor der Überzeugung, dass der Zeitpunkt der Pflegeeinstufung ein entscheidender Moment ist, Betroffenen eine umfassende Orientierung und Hilfe zu vermitteln. Der hohe Anteil an Betroffenen ohne jegliche Hilfe zu diesem Zeitpunkt unterstützt diese Theorie. Wünschenswert wäre eine aktivere Rolle sowohl der Betroffenen als auch der Krankenkassen. Die gesetzlichen Krankenkassen sollten, bei entsprechender MDK-Beurteilung, vergleichbar den privaten Krankenkassen, aktiv eine Initialberatung anbieten. Die Verankerung eines „Rechts auf Beratung“ in den Leitlinien zur Versorgung Demenzkranker wäre erstrebenswert. Auch jedem Betroffenen sollte bekannt sein, dass er ein Recht auf Beratung hat und dies auch in Anspruch nehmen sollte.

Es muss noch viel Öffentlichkeitsarbeit geleistet werden, um das Tabuthema Demenz in die Gesellschaft zu bringen.

Publikationen

Lighthouse project on dementia, Ulm Germany – Improvement of advice and diagnostics for people suffering from dementia after the classification of their level of care (ULTDEM Study). XIXth World Congress of Gerontology and Geriatrics, 2009 Paris (Poster)

Improvement of advice and diagnostics for people suffering from dementia after care level classification. Health Services Research for People with Dementia. Symposium December 2008, World Conference Center Bonn (Poster)

Ulmer Leuchtturmprojekt Demenz – ULTDEM-Studie. Verbesserung von Beratung und Diagnostik Demenzkranker nach Einordnung in eine Pflegestufe. Bundesministerium für Gesundheit, Januar 2008 und September 2010, Berlin (Poster)

Ulmer Leuchtturmprojekt Demenz – ULTDEM-Studie. Reevaluation der Diagnostik von Demenzen im ambulanten Bereich. Bundesministerium für Gesundheit, September 2010 (Poster)

Kontakt

Studiendurchführung: Geriatrien Zentrum Ulm (GZU) mit den Einrichtungen: Bethesda Geriatrie Klinik Ulm, Neurologische Universitätsklinik Ulm, Geriatrie Rehabilitation Krankenhaus Ehingen, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II, BKH Günzburg sowie Institut für Biometrie, Universität Ulm. Kooperationspartner: AOK, DAK und BEK

Projektleiter:

Prof. Dr. med. Thorsten Nikolaus

Leiter des Lenkungsausschusses Geriatrien Zentrum Ulm (GZU), Bethesda Geriatrie Klinik Ulm, Akademisches Krankenhaus Universität Ulm
Zollernring 26, 89073 Ulm,
thorsten.nikolaus@bethesda-ulm.de

Koordinator:

Dr. med. A. Lukas

Bethesda Geriatrie Klinik Ulm,
Akademisches Krankenhaus Universität Ulm, GZU
albert.lukas@bethesda-ulm.de

Effektivität der vernetzten Versorgung demenzkranker Menschen im Demenz-Netzwerk Kreis Mettmann

Fachtitel: Untersuchung der Effektivität der vernetzten Versorgung demenzkranker Menschen (UEDN)

Viele Zuhause lebende Menschen mit Demenz sind unzufrieden, denn oftmals erlebten sie ihre Versorgung mit Beratung und Unterstützung als mangelhaft. Diese Unzufriedenheit wird auch im Kreis Mettmann beobachtet und gab den Anstoß zu einem Modellversuch. Niedrigschwellige Betreuungsangebote fehlten im Kreisgebiet zum Beispiel fast völlig. Die große Fläche und die dezentrale Struktur des Kreises erschweren den Demenzkranken den Zugang zum Versorgungssystem. Viele – auch professionell im Bereich der Demenzversorgung Tätige – kannten die vorhandenen Angebote nicht und konnten somit der Nachfrage nicht gerecht werden. Ziel war es deshalb, die Hilfsangebote möglichst bürgernah auszubauen und auch bürgerschaftliches Engagement und Selbsthilfe einzubinden. Die Strukturen transparenter zu machen und Einrichtungen und professionelle Akteure untereinander zu vernetzen schien für eine Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung notwendig. Welche Bedingungen und Strategien sich dabei günstig auf die Entwicklung der Kooperationen und zugunsten einer wohnortnahen Versorgung auswirken, untersuchte zum Ende der Umsetzungsphase das Evaluationsprojekt.

Vorgehensweise

Im Kreis Mettmann wurden zwei Träger in Kooperation tätig, um die kreisangehörigen Städte in der Entwicklung von Vernetzungsstrukturen und der Realisierung niedrigschwelliger Angebote zu unterstützen. Die benötigten Personalressourcen wurden durch eine Förderung der Stiftung Wohlfahrtspflege NRW sichergestellt. Im Laufe des Modellprojektes wurden ein kreisweiter Austausch und gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit implementiert und durch die Kreisverwaltung koordiniert. Die gesamte Umsetzung wurde fachlich vom Demenzservicezentrum für die Region Düsseldorf begleitet.

Für die Evaluation stellte sich somit die Aufgabe, die Implementierung auf mehreren Ebenen zu analysieren: in den Strukturen und Strategien der Umsetzung in den einzelnen Städten, auf Kreis- und überregionaler Ebene und in der Resonanz in einzelnen Einrichtungen. Um die Wirkungen zu untersuchen, wurden zum einen die für niedrigschwellige Angebote gewonnenen ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen befragt. Zum anderen wurden Angehörigengruppen zur Diskussion eingeladen sowie pflegende Angehörige in exemplarischen Pflegearrangements interviewt. Wenn möglich, wurden auch die betroffenen Menschen mit Demenz einbezogen.

Ergebnisse

In den zweieinhalb Jahren des Modellversuchs haben sich die ambulanten Versorgungsstrukturen im Kreis gut entwickelt. Die Beratung wird auch an „ungewöhnlichen“ Orten angeboten, Fachtage und Informationsveranstaltungen sowie Qualifizierungskurse werden regelmäßig organisiert. Die Informationszugänge wurden verbessert und eine höhere Transparenz der Angebote durch aktualisierte und weitgehend vereinheitlichte Flyer und Broschüren erreicht. Auch der Aufbau einer internetbasierten Datenbank bei der Kreisverwaltung sowie regelmäßige Pressemeldungen weisen die Öffentlichkeit auf die zahlreichen Hilfsangebote im Kreis Mettmann hin. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an den Schnittstellen kennen sich nun persönlich und stimmen ihre Demenzarbeit miteinander ab. Neue Angebote konnten auch durch Kooperationen realisiert werden. Aus den anfänglich zwei niederschweligen Betreuungsangeboten wurden im Laufe des Modellversuchs zwölf qualitätsgesicherte Angebote etabliert.

Derzeit ist der Kern des Demenznetzes noch ein Projektteam, doch der allmähliche Rückzug wird vorbereitet. Die Koordination der Vernetzung ist inzwischen eine Regelaufgabe des zuständigen Referats in der Kreisverwaltung und Bestandteil der demografiesensiblen Konzeption. Die Kreisverwaltung ist Mitförderer einer zweiten Modellphase und die Amtsleitungen der Kommunen werden für die Arbeit im Netzwerk freigestellt.

Der Erfolg in den einzelnen kreisangehörigen Städten war zum Ende der Modellphase aber durchaus unterschiedlich. Die Heterogenität in der pflegerischen Infrastruktur und den vorhandenen Kooperationsstrukturen wirkte sich in der Umsetzung ebenso aus wie die Ressourcenlage der Kommune. In sieben der zehn Städte gab es eine Zusammenarbeit zumindest durch regelmäßigen Austausch. Die Kapazitäten der Kommunalverwaltung oder der beteiligten Einrichtungen und Träger reichen für eine effektive aber arbeitsaufwändige Implementierung oft nicht aus. Eine bei Bedarf kontinuierliche Unterstützung durch erfahrene und im Projektmanagement geschulte Koordinatoren erwies sich als wesentlicher Faktor für das Gelingen in diesem Zeitrahmen. Das Projektteam übernahm wichtige Aufgaben zur Entlastung der professionellen Mitarbeiter, und vor allem kann es die Grundlage schaffen für deren Engagement und eine funktionale Vernetzung. Bedeutsam für die Motivation der Beteiligten und den Fortgang der Zusammenarbeit war auch, das Erreichte in den Netzwerken selbst zu überprüfen und zu reflektieren.

Welchen Nutzen hat der Zusammenschluss zu Netzwerken? Hier wird von den Mitarbeitern besonders eine Reduktion von Komplexität und Unsicherheit in ihrem Arbeitsfeld sowie eine Enttabuisierung und Vergrößerung der Angebotspalette für die Betroffenen und Angehörigen genannt. Die Mehrheit der Befragten nimmt einen deutlich positiven Effekt auf die Sensibilisierung des Gemeinwesens wahr. Aus Sicht der Angehörigen existieren jedoch noch immer Barrieren. Hauptsächlich waren dies die Erreichbarkeit der Angebote, die mangelnde Individualisierung und auch die Motivation der Betroffenen selbst.

Kontakt

Dr. Dominique Moisl

Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V.

Zeilweg 42, 60439 Frankfurt am Main

dominique.moisl@iss-ffm.de

www.eval-mettmann.de

Hausärzte und Pflegedienste müssen Hand in Hand arbeiten

Fachtitel: Optimierung von Hausärzten und Pflegediensten in der ambulanten Versorgung von Demenzkranken (KOVERDEM)

Das Problem der Kooperation zwischen verschiedenen Berufsgruppen gewinnt in der medizinischen Primärversorgung zunehmend an Bedeutung. Das gilt in besonderer Weise für die Versorgung von zu Hause lebenden Demenzkranken, die auf die Unterstützung durch Hausärzte und ambulante Pflegedienste angewiesen sind. Denn im Alltag arbeiten Hausärzte und ambulante Pflegedienste meist nebeneinander anstatt miteinander. Kontakte finden nur sporadisch statt. Sie sind abhängig vom persönlichen Engagement und der wechselseitigen Sympathie der einzelnen professionellen Akteure. Bisher existieren jedoch keine Konzepte und Strukturen für die Gestaltung einer regulären Zusammenarbeit. Gemeinsame Ziele für die Versorgung des einzelnen Patienten werden nur selten formuliert und noch seltener wird die Möglichkeit genutzt, sich darüber auszutauschen.

Vorgehensweise

KOVERDEM (Optimierung der Kooperation von Hausärzten und Pflegediensten in der ambulanten Versorgung von Demenzkranken) ist die erste deutschsprachige Interventionsstudie, die die Kooperationsprozesse in der ambulanten Versorgung Demenzkranker zum Gegenstand hat. Das Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf hat in Kooperation mit ambulanten Pflegediensten der Diakonie und mit Unterstützung des Landesverbandes Hamburg des Hausärzteverbandes den Versuch unternommen, die Kommunikation und Kooperation zwischen Hausärzten und ambulanten Pflegediensten zu intensivieren und hierfür feste Strukturen zu entwickeln. Dazu wurden demenzspezifische Fortbildungen für Hausärzte und Pflegekräfte durchgeführt, Unterstützung bei der Durchführung von Fallbesprechungen und Instrumente zur Verbesserung der Kommunikation und Dokumentation angeboten.

Ergebnisse

Die Zusammenarbeit wurde von Pflegekräften und Hausärzten bei der ersten Befragung vor der Intervention als überwiegend gut eingeschätzt. Bei alleiniger Betrachtung dieser Aussagen, scheinen Maßnahmen zur Verbesserung aus Sicht der Praktiker nicht notwendig. Näher nachgefragt stellt sich allerdings heraus, dass die Qualität der Kooperation, was zum Beispiel den Austausch über die Versorgung des Patienten angeht, gerade von den Pflegenden als unzureichend erlebt wird. Außerdem wünschen sich Angehörige und Pflegekräfte, bei Entscheidungen in der Versorgung mehr einbezogen zu werden. Die Notwendigkeit zur Verbesserung der Kooperation zwischen Hausärzten und ambulanten Pflegekräften wird aus dieser Perspektive ganz deutlich. Aus Sicht der Hausärzte ist anscheinend eine Verbesserung der Kooperation nicht erforderlich.

Ein weiterer Baustein der Intervention waren Fallbesprechungen, die den Austausch zwischen Hausärzten, Pflegekräften und Angehörigen fördern sollten. Das direkte Feedback der Teilnehmer bei den Fallbesprechungen war durchweg positiv. Es wurden für die Versorgung des Patienten förderliche Informationen besprochen, Behandlungsziele formuliert und entsprechende Maßnahmen angeschoben. In einigen Fällen sind sich der Hausarzt und die zuständige Pflegekraft bei der Fallbesprechung zum ersten Mal begegnet, obwohl die Versorgungssituation schon seit vielen Monaten bestand.

Das interprofessionelle Gespräch über gemeinsam betreute Patienten in einem festen Rahmen, zum Beispiel im Sinne von Fallbesprechungen, hat eine zentrale Bedeutung bei der Gestaltung von Zusammenarbeit zwischen ambulanten Pflegediensten und Hausärzten bei der Versorgung Demenzkranker. Die Aussagen der Projektteilnehmer und der gesamte Projektverlauf weisen darauf hin, dass es zur nachhaltigen Etablierung von interdisziplinären Kooperationen sowohl auf der persönlichen, als auch auf struktureller Ebene etliche Hemmnisse abzubauen und demgegenüber viel Wissen und Verständnis aufzubauen sind. Voraussetzung für die Entwicklung echter Kooperationen auf Augenhöhe ist die Aufnahme des Themas „Interprofessionelle Kooperation“ in die medizinische und pflegerische Ausbildung und die weitere Abflachung des hierarchischen Gefälles zwischen den beiden Berufen. Wunsch vieler Projektteilnehmer war eine Aufnahme von kooperationsfördernden Elementen wie zum Beispiel Fallbesprechungen in die Regelversorgung, um so ganz konkrete Anreize für kooperatives Handeln zu schaffen.

Publikationen

Zufriedene Hausärzte und kritische Pflegende – interprofessionelle Zusammenarbeit in der Versorgung zu Hause lebender Menschen mit Demenz. Gesundheitswesen (in Vorbereitung).

Die Versorgungssituation zu Hause lebender Menschen mit Demenz – die Perspektive von Hausärzten und Pflegenden“. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie (in Vorbereitung).

Kontakt

Prof. Dr. Hendrik van den Bussche

Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin
am Zentrum für Psychosoziale Medizin
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52, 20246 Hamburg
bussche@uke.uni-hamburg.de
www.uke.de/institute/allgemeinmedizin

Netzwerk auf dem Prüfstand

Fachtitel: Interdisziplinäres Betreuungs- und Behandlungsnetz für Demenzpatienten im Landkreis Uckermark (IDemUck)

Im Interdisziplinären Betreuungs- und Behandlungsnetz für **Demenzpatienten** im Landkreis **Uckermark** (IDemUck) bilden die Fachabteilungen der beiden regionalen Krankenhäuser, niedergelassene Haus- und Fachärzte, Pflegende und Angehörige von Sozialberufen ein Netzwerk zur Früherkennung und Begleitung von Demenzpatienten. Durch eine definierte Aufgabenverteilung und abgestimmte Behandlungspfade innerhalb des fachübergreifenden Netzwerkes soll die Selbstständigkeit des Patienten möglichst lang erhalten bleiben, die Teilnahme am sozialen und gesellschaftlichen Leben unterstützt, der Betreuungs- und Pflegeaufwand optimiert sowie der Umzug in ein Heim zeitlich hinausgezögert werden. Gleichzeitig sollen die pflegenden Angehörigen beispielsweise durch spezifische Beratungsangebote unterstützt und entlastet werden. Die Ziele der IDemUck-Evaluationsstudie bestanden in der Analyse der Lebenssituation und der Versorgungsbedarfe von in der Häuslichkeit lebenden Demenzpatienten und deren Angehörigen sowie in der ergebnisbasierten Evaluation des bestehenden Netzwerkes zur integrativen Versorgung von Demenzpatienten.

Vorgehensweise

Für die Bewertung des Netzwerkes wurden auf der Grundlage eines durch den Hausarzt durchgeführten standardisierten Testverfahrens (Demenz Detection DemTect und Geriatric Depression Scale GDS) Patienten mit einer demenziellen Erkrankung aus der Gesamtbevölkerung des Landkreises Uckermark (Brandenburg) in eine Interventions- oder Kontrollgruppe der Studie aufgenommen. Die Interventionsgruppe wurde entsprechend der Behandlungspfade des Netzwerkes, die Kontrollgruppe entsprechend der in der allgemeinen Praxis üblichen Vorgehensweise behandelt. Mit standardisierten Tests wurden durch speziell geschulte Study Nurses Daten zur Alltagskompetenz, zur kognitiven Leistungsfähigkeit, Depressivität, gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Probanden und zur Belastungssituation der Angehörigen erhoben. Die Datenerhebungen wurden zu zwei Zeitpunkten durchgeführt: bei Aufnahme in die Studie im Rahmen einer Eingangsuntersuchung und in einer Nachfolgeuntersuchung nach einem Jahr.

Ergebnisse

In die Studie konnten insgesamt 235 Demenzerkrankte mit den jeweils unterstützenden Angehörigen (N=187) bzw. betreuenden Pflege- und Sozialdiensten (N=31) aufgenommen werden. Die Evaluationsstudie konnte unter anderem zeigen, dass Probanden, die innerhalb des Netzwerkes behandelt wurden, in der Zeit vor der jeweiligen Befragung zu einem signifikant größeren Anteil einen Neurologen konsultiert hatten. Dies spricht dafür, dass durch die stärkere Abstimmung des Behandlungspfades, die Schnittstelle zwischen Hausarzt und fachärztlichem Neurologen verbessert werden konnte. Probanden, die einen Neurologen konsultiert hatten, hatten gleichzeitig zu einem höheren Prozentsatz eine ärztliche Demenzdiagnose als Probanden, die zuvor keinen Neurologen aufge-

sucht hatten. Die Inanspruchnahme von Therapien wie Ergotherapie oder Logopädie sowie von Tages- bzw. Kurzzeitpflegeangeboten war in der Studienregion sowohl in der Interventions- als auch der Kontrollgruppe sehr gering und konnte durch die Netzwerkaktivitäten innerhalb des sechs- bzw. zwölfmonatigen Nachverfolgungszeitraums auch nicht bedeutsam gesteigert werden.

Das interdisziplinäre Demenznetzwerk konnte während des Studienzeitraums sowohl die Anzahl der beteiligten Ärzte vergrößern als auch die Abläufe der Behandlung weiter abstimmen. Folgende Empfehlungen für die weitere Entwicklung des Netzwerkes können aus den Studienergebnissen abgeleitet werden:

- Konzeption und Entwicklung konkreter sektorübergreifender Behandlungspfade im Netzwerk unter Einbeziehung weiterer Partner aus dem pflegerischen und therapeutischen Bereich, um beispielsweise die sehr niedrige Inanspruchnahme von Tages- und Kurzzeitpflegeangeboten sowie von Ergotherapie bei Patienten, die dies benötigen, zu erhöhen
- Entwicklung eines Konzeptes zur verstärkten Angehörigenarbeit, beispielsweise in Angehörigengruppen, das die unterschiedlichen Lebenswelten, Ressourcen, Probleme und Bedarfe von pflegenden Männern und Frauen sowie von betreuenden Ehepartnern und Kindern berücksichtigt
- Fortsetzung der patientenbezogenen Evaluation über einen längeren Zeitraum zur Erfassung mittel- und langfristiger Effekte auf gesundheitsbezogene Endpunkte.

Weitere Informationen zur Studie sind auf der Homepage www.idemuck.de verfügbar.

Kontakt

Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann, MPH

Institut für Community Medicine

Abt. Versorgungsepidemiologie und Community Health

Klinikum der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald

Ellernholzstraße 1/2, 17487 Greifswald

wolfgang.hoffmann@uni-greifswald.de

www.community-medicine.de

Projektpartner

Krankenhaus Angermünde, MSZ Uckermark gGmbH, GLG,

Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH,

Asklepios Klinikum Uckermark

www.demenz-leitlinie.de – die neue Internetseite für Ärzte, Pflegende, Angehörige und Betroffene

Fachtitel: Barrierefreier Zugang zu e-Leitlinien und Wissenstransfer für Ärzte, Pflegende, Angehörige und Betroffene

Es gibt etwa eine Million deutschsprachige Internetseiten zum Thema Demenz – trotzdem fehlt die Seite, die verständlich und übersichtlich Angehörige, Pflegekräfte und Ärztinnen/Ärzte auf hohem wissenschaftlichem Niveau informiert.

Vorgehensweise

Im Rahmen dieses Projektes wurde eine Internetseite entwickelt, die evidenzbasierte Empfehlungen zu Diagnostik und Behandlung von demenziellen Erkrankungen sowie Hilfen im Umgang mit Demenz-Erkrankten zur Verfügung stellt. Die Seite bietet für Betroffene, deren Angehörige, Pflegekräfte und Ärztinnen und Ärzte jeweils einen eigenen Bereich. Dadurch soll die Versorgung der erkrankten Menschen verbessert, die Kooperation von Angehörigen, Pflegekräften und Ärzten gefördert und alle Beteiligten im Umgang mit den Krankheitsbelastungen unterstützt werden.

Die Internetseite stellt auch Empfehlungen zur Kommunikation mit Demenz-Erkrankten, medizinische Entscheidungshilfen, technische Alltagshilfen und finanzielle und (sozial-) rechtliche Ratschläge zur Verfügung. Darüber hinaus bietet sie nützliche Links zu Anlauf- und Beratungsstellen. Für Pflegekräfte werden zum Beispiel Rahmempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten angeboten, für Ärztinnen und Ärzte eine CME-Fortbildung. Die Internet-Seite ist zertifiziert (HON – Health On the Net).

Um bei der Entwicklung der Internetseite die Bedürfnisse und Wünsche aller drei Nutzergruppen zu berücksichtigen, wurden zunächst alle Zielgruppen getrennt betrachtet. Für die Bedarfsanalyse wurde ein Fragebogen entwickelt, welcher an 500 Ärztinnen und Ärzte, 500 Angehörige und 750 Pflegekräfte (ambulant/stationär) im Raum Süd-Baden und Süd-Württemberg verschickt wurde. Auf dieser Basis wurde ein Entwurf der Seiteninhalte erstellt, der in einer gemeinsamen Veranstaltung mit allen Zielgruppen diskutiert wurde. Nach der Überarbeitung der Inhalte wurde die Seite von Vertretern aus allen Zielgruppen pilotgetestet. Darauf basierend wurden die letzten Überarbeitungen vorgenommen, bevor die Seite Mitte März 2010 online ging.

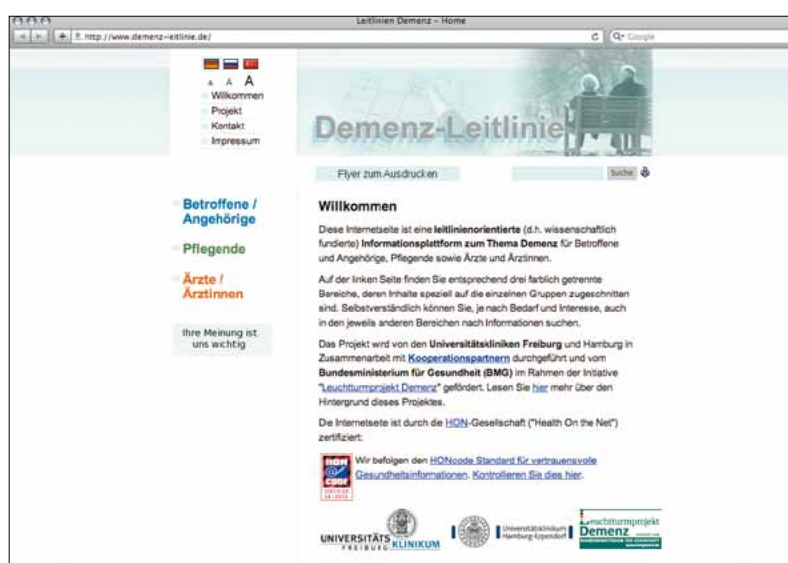
Die auf der Seite dargestellten Empfehlungen sind primär der „DGPPN/DGN-S3-Leitlinie Demenzen“, 2009 der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) und der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) entnommen und werden durch die Empfehlungen der „DEGAM-Leitlinie Nr.12 Demenz“, 2008 der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (DEGAM) ergänzt. Besonders bei offenen oder teilweise strittigen Fragen des klinisch sinnvollen Vorgehens ermöglicht die Seite daher eine ausgewogene Darstellung der aktuell bestehenden Expertenmeinungen.

Der Angehörigenbereich wurde komplett ins Türkische und Russische übersetzt.

Die Verbreitung erfolgte bundesweit in allen Zielgruppen, zum Beispiel an Ärzte über die Landesärztekammern, Hausärzteverbände und die DEGAM, an die Pflegekräfte über Flyerinformationen an 100 Pflegedienste und Pflegeheime und an die Angehörigen über den Newsletter der Deutschen Alzheimer Gesellschaft.

Evaluiert werden die Nutzung der Internetseite, die Akzeptanz und Zufriedenheit, die Bewertung der Qualität und Aufbereitung sowie der Nutzen für eine gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient und für eine bessere Kooperation aller an der Behandlung und Betreuung Beteiligten.

Startseite von www.demenz-leitlinie.de



Ergebnisse

Bedarfsanalyse: Die Rücklaufquote betrug 20 Prozent bei den Angehörigen (n=105) bzw. Pflegekräften (n=165) und 16 Prozent bei den Ärzten (n=80). 68,9 Prozent der Angehörigen, 55,9 Prozent der Pflegekräfte und 32,9 Prozent der Ärztinnen und Ärzte nutzen das Internet zur Informationsrecherche über Demenz.

Pilottestung: Die Rückmeldungen aus der Pilottestung waren sehr positiv. Die Seite wurde von allen als „eher gut“ bis „sehr gut“ bewertet (n=29).

Nutzung der Internetseite: Im Zeitraum von Mitte März bis Mitte September 2010 haben circa 29 000 Besucher auf die Seite zugegriffen. Die Ergebnisse der Online-Evaluation decken sich mit den positiven Rückmeldungen aus der Pilottestung. Diese Ergebnisse basieren allerdings auf einer geringen Datenbasis, da es sich um eine fakultative Evaluation der Akzeptanz handelte (n=36).

Publikationen

Projekt www.demenz-leitlinie.de der Universitätsklinik Freiburg. *Faszination Seele* (2008), 3, 9.

Härter M, Hüll M, Ruf D, Komarahadi F, Röder H, Jansen S, Brandenburg H.

www.demenz-leitlinie.de – Barrierefreier Zugang zu e-Leitlinien und Wissenstransfer für Ärzte, Pflegendе, Angehörige und Betroffene. *Versorgungsforschung für demenziell erkrankte Menschen*, Bonn, 11.–12.12.2008.

Ruf D, Hüll M, Komarahadi F, Röder H, Jansen S, Brandenburg H, Härter M.

www.demenz-leitlinie.de – A free online access to e-guidelines on dementia and knowledge transfer for health providers, family members and patients. *International Conference on Alzheimer's Disease*, Wien, 11.–16.07.2009.

Kontakt

Prof. Dr. med. Dr. phil. Martin Härter, Dipl. Psych.

Zentrum für Psychosoziale Medizin
 Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie
 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
 Martinstraße 52 (Gebäude W 26), 20246 Hamburg
m.haerter@uke.uni-hamburg.de
www.demenz-leitlinie.de

DeWeGE – Berliner Studie zur gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Demenz in ambulant betreuten Wohngemeinschaften

Fachtitel: Berliner Studie zur gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Demenz in ambulant betreuten Wohngemeinschaften (DeWeGE)

Wo liegt das Problem?

In Deutschland – und insbesondere in Berlin – haben seit den 1980er Jahren ambulant betreute Wohngemeinschaften (WG) für Menschen mit Demenz eine starke Angebotsausweitung als Alternative zur stationären Versorgung erfahren. Bisher liegen zu dieser Versorgungsform jedoch nur wenige Ergebnisse bzgl. Angebots- und Versorgungsstrukturen sowie zu Versorgungsverläufen vor. Die DeWeGE-Studie evaluiert erstmals diese Strukturen sowie die gesundheitliche und psychosoziale Situation von Menschen, die in Demenz-WG leben und versorgt werden. Zum Vergleich wurden parallel die gleichen Angaben von allen Spezialwohnbereichen für Menschen mit Demenz (SWB) in Berlin erbeten.

Vorgehensweise

Die Studie beinhaltet eine Quer- (QS) und eine Längsschnitterhebung (LS). Im QS wurden mittels einer standardisierten, schriftlichen Befragung zum Stichtag 30. Januar 2009 Informationen von allen in WG tätigen Pflegediensten im Land Berlin unter anderem zur Bewohnerschaft (zum Beispiel Alltagskompetenzen, neuropsychiatrische Symptome etc.), zur baulichen und personellen Ausstattung der WG sowie zur Beteiligung von Freiwilligen und anderen Berufsgruppen an der Versorgung erbeten. Im LS wurden neu in WG bzw. SWB einziehende Demenzerkrankte über ein Jahr zu drei Erhebungszeitpunkten (vor Einzug sowie sechs bzw. zwölf Monate nach Einzug) beobachtet. Die primären Zielkriterien im LS sind körperliche Funktionsfähigkeit (Barthel-Index) und nicht-kognitive Symptome der Demenz (NPI), weiterhin wurde die Lebensqualität der Bewohner(innen) sowie eine Vielzahl weiterer Merkmale wie herausforderndes Verhalten, Ernährung, freiheitseinschränkende Maßnahmen, Medikation, Schmerz, soziale Kontakte etc. untersucht.

Ergebnisse

In die Querschnittstudie konnten 572 Bewohner(innen) von WG sowie 391 SWB-Bewohner(innen) aufgenommen werden. Die Bewohnerschaft setzt sich zu etwa drei Vierteln aus Frauen zusammen, das Durchschnittsalter liegt bei 80 (WG) bzw. 83 (SWB) Jahren. Fast 80 Prozent aller in WG und rund 92 Prozent der in SWB lebenden Personen sind demenzerkrankt. Die Prävalenz von Verhaltensauffälligkeiten ist bei SWB-Bewohnern höher als bei WG-Bewohnern. In weniger als jeder dritten untersuchten WG sind mindestens einmal wöchentlich Angehörige oder Ehrenamtliche aktiv tätig. Die hausärztliche Versorgung erfolgt hier angemessen häufig, die Kontakthäufigkeit zu Fachmedizinerinnen ist deutlich geringer. Etwa jeweils ein Viertel beider Bewohnerschaften erhielten in den letzten vier Wochen vor dem Stichtag Leistungen von anderen Dienstleistern, vorrangig von Mobilitätshelfern und Begleitdiensten sowie Besuchs- und Betreuungsdiensten. An gemeinschaftlichen Angeboten beteiligen sich in den WG circa 79 Prozent und in SWB 84 Prozent der untersuchten Personen.

In der Längsschnittuntersuchung wurden 56 Personen zum ersten Erhebungszeitraum (13 Männer, 43 Frauen) rekrutiert. Die Teilnehmenden sind durchschnittlich 81,5 Jahre alt und weisen einen mittleren MMSE von 13,3 Punkten auf. Mehr als drei Viertel der Teilnehmenden sind von einer (mittel)schweren Demenz ($GDS \geq 6$) betroffen. Bewohner(innen) von Pflegeheimen sind dabei schwerer demenziell erkrankt und weisen im Mittel einen niedrigeren Barthel-Index auf. Sowohl kognitive wie auch funktionale Fähigkeiten (MMSE bzw. Barthel-Index) nehmen im Verlauf eines Jahres bei den Bewohner(inne)n beider Wohnformen deutlich ab. Zum Zeitpunkt ihres Einzugs erhalten fast zwei Drittel der Untersuchten Psychopharmaka. Im zeitlichen Verlauf nimmt der Anteil dieser Personen ebenso wie die Anzahl der verordneten Psychopharmaka zu. Psychosoziale Verhaltensauffälligkeiten reduzieren sich über den Untersuchungszeitraum hinweg signifikant. WG-Bewohner(innen) haben nach zwölf Monaten eine bessere psychosoziale Verfassung als SWB-Bewohner(innen). Körperlich aggressives Verhalten ist in der Versorgungsform SWB stärker zu beobachten, allerdings nehmen in den WG aggressive Verhaltensweisen im

Zeitverlauf zu. In den WG wird im zeitlichen Verlauf ein Anstieg der Lebensqualität der Bewohner(innen) in fast allen beobachteten Dimensionen (QUALIDEM) beobachtet.

Insgesamt weisen die Ergebnisse auf die erhebliche Bedeutung von ambulant betreuten Wohngemeinschaften in der Versorgungslandschaft für demenziell erkrankte Menschen hin. Es zeigt sich, dass Angehörige und Ehrenamtliche nicht so eng eingebunden werden, wie postuliert wird. Ebenfalls ausbaufähig sind die Kooperations- und Netzwerkstrukturen. Eine stärkere Verzahnung von WG in das allgemeine Gesundheitsnetzwerk erscheint notwendig. Die Längsschnittergebnisse zeigen, dass sich die Bewohnerschaften beider Versorgungsformen im Hinblick auf ihre psychopathologische Entwicklung und ihre Alltagsfähigkeiten unterscheiden.

Die Darstellung der Stärken und des Verbesserungspotentials der untersuchten Versorgungsformen können als Grundlage für Empfehlungen bzgl. der (Weiter-) Entwicklung kooperativer vernetzter Versorgungsstrukturen für demenziell Erkrankte dienen – auch und gerade unter Einbeziehung unterschiedlicher Professionen und Institutionen.

Publikationen

www.dewege.de: Berliner Studie zur outcomebezogenen Evaluation der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Demenz in ambulant betreuten Wohngemeinschaften / DeWeGE.

Fischer T, Worch A, Nordheim J, Wulff I, Gräske J, Meye S, Wolf-Ostermann K (Verlag Huber, 2/2011): Ambulant betreute Wohngemeinschaften für alte, pflegebedürftige Menschen – Merkmale, Entwicklung und Einflussfaktoren.

Wolf-Ostermann K, Fischer T, Worch A, Gräske J, Nordheim J, Wulff I, Meye S, Pannasch A, Meyer S (2010): Shared-housing arrangements for persons suffering from dementia – the Berlin Study DeWeGE. *Journal of Clinical Nursing* 19(1) 8–13.

Wolf-Ostermann K, Gräske J, Fischer T, Worch A, Nordheim J, Wulff I, Meye S, Pannasch A, Meyer S (2010): Nutritional status and health outcomes for people with dementia living in shared-housing arrangements. *Journal of Clinical Nursing* 19(1) 93–103.

Wolf-Ostermann K (2010): Health outcomes and quality of life of residents of shared-housing arrangements: results of the Berlin DeWeGE-study. In: Mateos R, Engedal K & Franco M (eds.): Diversity, Collaboration, Dignity. IPA 2010 International Meeting. Publicacións Universidade de Santiago de Compostela, 118–119.

Fischer, T., Kuhlmeier, A. & Wolf-Ostermann, K. (2010). Ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz. Eine Alternative zum Heim. In: Dibelius & Meier (Hrsg.) *Versorgungsforschung für demenziell erkrankte Menschen*. Kohlhammer

Wolf-Ostermann K, Fischer T, Wulff I (2009). The Berlin Study for People with Dementia (DeWeGE). *JNHA* Vol. 13, Supplement 1, S.393.

Fischer T, Wolf-Ostermann K (2008): Die Berliner Studie zu Versorgungsstrukturen und Versorgungsergebnissen von Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz (DeWeGE). *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 21(3), 179–183.

Kontakt

Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann
Alice Salomon Hochschule Berlin
Alice-Salomon-Platz 5, 12627 Berlin
wolf-ostermann@ash-berlin.eu

Wohn- und Hausgemeinschaften – eine gute Alternative für Menschen mit Demenz

Fachtitel: Evaluation von Potenzialen der Betreuung und Begleitung von Menschen mit Demenz in Wohn- und Hausgemeinschaften durch die Implementation von Benchmarkingprozessen (Benchmarking KDA/KCR)

Wohn- und Hausgemeinschaften für ältere Menschen sind eine relativ neue Wohnform, in der sechs bis zwölf ältere Menschen zusammen wohnen und leben. In Hausgemeinschaften werden die Bewohnerinnen und Bewohner über einen stationären Pflegedienst betreut sowie pflegerisch und hauswirtschaftlich begleitet. Hausgemeinschaften unterliegen – wie traditionelle Heime – der jeweils länderspezifischen Heimgesetzgebung. Menschen, die in ambulant betreuten Wohngemeinschaften leben, sind formal Mieter in einem privaten Haushalt. Die erforderlichen Unterstützungsleistungen werden hier „von außen“ über externe Dienstleister – meistens sind dies ambulante Pflege-, Betreuungs- und Hauswirtschaftsdienste – erbracht.

Haus- und Wohngemeinschaften stehen grundsätzlich allen älteren Menschen offen, werden jedoch in besonderem Maße von Menschen mit Demenz genutzt. Dies hängt unter anderem damit zusammen, dass aufgrund der Kleinteiligkeit dieser Wohn- und Pflegeangebote, insbesondere hinsichtlich der Räumlichkeiten und der Mitarbeiterschaft, der wohnlichen Gestaltung und der oft stärkeren Integration in das Wohnumfeld, ein höheres Maß an Orientierung, Vertrautheit und persönlicher Nähe möglich ist. Ob diese Möglichkeiten von Anbieterseite auch tatsächlich genutzt werden (können), hängt davon ab, ob und inwieweit moderne Ansätze zur Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung genutzt und im Zusammenspiel aller Beteiligten eingesetzt werden.

Ziel des Projektes war es, in einem systematischen Austausch von Erfahrungen, Kenntnissen und Problemlösungsansätzen mit 18 Haus- und Wohngemeinschaften zu erproben, welche Ansätze und Instrumente geeignet sind, auch in Haus- und Wohngemeinschaften einen Beitrag zur Qualitätsentwicklung zu leisten.

Vorgehensweise

Das Vorgehen orientierte sich an der sogenannten Benchmarkingmethode – einem modernen Managementinstrument, welches für den Einsatz in Haus- und Wohngemeinschaften angepasst wurde. Der Benchmarkingprozess wurde von den Initiatoren des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA) in Köln und der Konkret Consult Ruhr GmbH (KCR) in Gelsenkirchen begleitet, moderiert und dokumentiert. Er basiert auf Vergleichswerten zum IST-Zustand, der durch folgende Instrumente erhoben und analysiert wurde: Angehörigen- und Mitarbeiterbefragungen, Einsatz des Dementia Care Mapping und teilnehmende Beobachtung, Einsatz des Erhebungsinstrumentes „Profil des Wohlbefindens“, Strukturhebungen, Kompetenzprofile und Konzeptanalysen.

Die Ergebnisse wurden in sechs Benchmarkingkreisen mit allen Beteiligten und in jeweils drei Evaluationsgesprächen vor Ort in den beteiligten Wohn- und Hausgemeinschaften diskutiert und in Hinsicht auf Qualitätspotenziale des einzelnen Wohn- und Pflegeangebotes analysiert. Beteiligt waren neben Leitungskräften auch Mitarbeitende, sowie teilweise Bewohner bzw. Mieter, Angehörige und Betreuer von Menschen mit Demenz.

Ergebnisse

Die Ergebnisse weisen auf eine außerordentlich hohe Qualität der Angebote für die beteiligten Haus- und Wohngemeinschaften hin. Dies zeigten die Angehörigen- und Mitarbeiterbefragungen zu Beginn und mit leichten Steigerungen am Ende des Projektes. Aufschlussreich ist auch der Vergleich mit rund 2.500 Befragungen in klassischen Alten- und Pflegeheimen in 2009: Alle Vergleichsfragen fallen bei den beteiligten Haus- und Wohngemeinschaften zum Teil sogar deutlich besser aus. Die Qualität der Nachtbetreuung etwa wird von den Angehörigen und Mitarbeitenden gleichermaßen um 16 Prozent höher eingeschätzt.

Auch die eingesetzten Beobachtungsinstrumente – insbesondere das Dementia Care Mapping, welches in zehn Haus- und Wohngemeinschaften durchgeführt wurde – bezeugten ein außerordentlich hohes Niveau in der Begleitung von Menschen mit Demenz.

Ein weiteres Ergebnis: Die eingesetzten Befragungs- und Beobachtungsinstrumente sind grundsätzlich dazu geeignet, diese Potenziale sichtbar zu machen und konkret umsetzbare Entwicklungspotenziale aufzuzeigen und anzustoßen.

Weitere Entwicklungspotenziale werden insbesondere in folgenden Bereichen gesehen:

- Intensivierung der Kooperation mit und Information von Angehörigen und Betreuern,
- Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Professionen; insbesondere zwischen Alltagshelfern und Pflegefachkräften,
- Intensivierung und Ausweitung von Möglichkeiten zur Alltagsgestaltung.

Publikation

Kuratorium Deutsche Altershilfe, Konkret Konsult Ruhr (Hrsg.):

Benchmarking in Haus- und Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz – Ein Praxisleitfaden, Köln 2010

Kontakt

Klaus Besselmann

Kuratorium Deutsche Altershilfe e.V.

An der Pauluskirche 3, 50677 Köln

Klaus.Besselmann@kda.de

Bessere Lebensqualität durch integrierte Versorgung

Fachtitel: Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern (IDOB)

Bei der Integrierten Demenzversorgung in Oberbayern, kurz IDOB, handelte es sich um ein komplexes Vernetzungsprojekt zur integrierten Demenzversorgung mit dem Ziel, die ambulante, häusliche und wohnortnahe Versorgung demenzkranker Menschen sicherzustellen. Das integrierte Versorgungsmodell besteht aus zwei Säulen: (1) einer systematischen, kontinuierlichen Zusammenarbeit von Projektarzt/-ärztin, Psychologe/in (Institutsambulanz der beteiligten Klinik) und sozialpsychiatrischem Case Management (Freier Träger, Schwerpunktpraxis) und (2) einer systematischen, verbindlichen Zusammenarbeit verschiedener Leistungserbringer in der Versorgungsregion in einem Versorgungsverbund, gesteuert durch ein Care Management.

Vorgehensweise

Unmittelbar nach Einschluss in das Projekt erhielten die Patientinnen und Patienten individuell abgestimmte Leistungen durch medizinische, rehabilitative sowie sozialpsychiatrische Leistungserbringer, die in einem regionalen Versorgungsverbund die Versorgung Demenzkranker sicherstellen. Strukturell zielte die Modellerprobung darauf ab, diese innovative Lösungsskizze moderner Demenzversorgung zu verstetigen und das vernetzte Zusammenwirken in einem Integrierten Versorgungsvertrag abzubilden, der allen Beteiligten Transparenz und Planungssicherheit bietet. Die integrierte Versorgungskonzeption wurde in einer städtischen Modellregion (München-Ost) und in einer ländlichen Modellregion (Berchtesgadener Land) erprobt.

Im Rahmen der Modellerprobung wurden Case Management-Prozesse und Care Management-Prozesse miteinander verbunden. Die auf die Person und die individuellen Bedürfnisse ausgerichtete notwendige Versorgung wurde durch Projektmitarbeiter des freien Trägers in Case Management-Funktion ermittelt und in enger Abstimmung mit der zuständigen Projektärztin bzw. dem Projektarzt aus der Institutsambulanz der jeweiligen Klinik geplant, eingeleitet und im Verlauf gegebenenfalls angepasst. Gleichzeitig wurden in den Modellregionen Verbundstrukturen aufgebaut, in denen sich niedergelassene Haus- und Fachärzte, therapeutische Berufsgruppen, ambulante Pflegedienste, teilstationäre Anbieter, aber auch die Alzheimergesellschaft, lokale Nachbarschaftshilfen und Angehörigengruppen engagierten. In der Care Management-Funktion war es die Aufgabe der Projektmitarbeiter, in den Modellregionen die Chancen für ein koordiniertes Zusammenarbeiten auszuloten, Kooperationspartner zu gewinnen, standardisierte Kommunikationswege aufzubauen, verbindliche Absprachen zu treffen und zum Beispiel durch gemeinsame Fallkonferenzen und Dokumentation die Versorgungsqualität der Demenzversorgung zu verbessern.

Ergebnisse

Von September 2008 bis September 2009 wurden 247 Demenzpatientinnen und Patienten durch IDOB im häuslichen Umfeld versorgt. Bei nahezu 60 Prozent der Patienten wurde durch die integrierte Demenzversorgung dauerhaft eine Versorgung zuhause sichergestellt. Nach der Einschreibung in das Projekt machten die IDOB-Case-Manager durchschnittlich fünf Hausbesuche, dazu addieren sich durchschnittlich 12 sonstige und 14 marginale Kontakte. Diese Dichte an persönlichen Kontakten ist wesentliches Qualitätsmerkmal von IDOB und trägt nachhaltig zu einer Stabilisierung der Versorgung bei. In der Hälfte der Haushalte gab es pflegende Angehörige, die von einer deutlichen Verbesserung ihrer Lebensqualität durch die Unterstützung von IDOB berichten.

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass die Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern inhaltlich und strukturell einen Königsweg für den Aufbau und die Weiterentwicklung regionaler, wohnortnaher und extramuraler Versorgungsstrukturen darstellt. Mit einem geschätzten Finanzbedarf von durchschnittlich 1.200 Euro pro Jahr pro Patient ist auch der Finanzrahmen überschaubar. Jedoch werden die hierfür notwendigen Versorgungsleistungen nicht bzw. nur unzureichend in den gängigen Finanzierungssystematiken der Kranken- und Pflegekassen abgebildet, weshalb die Anschlussfinanzierung bislang nicht gesichert ist.

Die Stärke der IDOB-Konzeption liegt in der Verstetigung der konzeptionellen Elemente auf allen Ebenen: in der hochwertigen medizinischen und psychosozialen Begleitung der Patienten und deren Angehörigen in einer schwierigen Lebenssituation ebenso wie in der kontinuierlichen Netzwerkkonfiguration und einer strukturellen Verankerung im Gemeinwesen. Damit dies gelingt, bedarf es nicht nur eines überzeugten Engagements der verschiedenen Akteure, sondern vor allem einer strukturellen Passung und einer gesicherten Finanzierung.

Publikationen

Schäfer-Walkmann, S./Deterding, D. (2010). Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern. Endbericht zu einem ‚Leuchtturmprojekt Demenz‘ des BMG. Stuttgart.

Schäfer-Walkmann, S. (2009). Soziale Arbeit in Integrierten Versorgungsverbänden. In: Mühlum, A./ Rieger, G. (Hg.): Soziale Arbeit in Wissenschaft und Praxis. Festschrift für Wolf Rainer Wendt. Lage; S. 295–305.

Schäfer-Walkmann, S./Deterding, D. (2009). Demenzversorgung integriert gestalten – Impulse aus einem ‚Leuchtturmprojekt Demenz‘. In: Forum 4; S. 25–28.

Kontakt

Prof. Dr. Susanne Schäfer-Walkmann
 Institut für angewandte Sozialwissenschaften (IfaS)
 Zentrum für kooperative Forschung an der DHBW Stuttgart
 Fakultät Sozialwesen
 Herdweg 29/31, 70174 Stuttgart
 schaefer-walkmann@dhbw-stuttgart.de
 www.leuchtturm-idob.de

Vernetzung verbessert die Versorgung

Fachtitel: Evaluation vernetzter Versorgungsstrukturen für Demenzkranke und ihre Angehörigen: Ermittlung des Innovationspotentials und Handlungsempfehlungen für den Transfer (EVIDENT)

Die komplexe Situation von Menschen mit Demenz und ihren pflegenden Angehörigen erfordert eine koordinierte Unterstützung für die Betroffenen. Bisher bestehen allerdings große Lücken in der Zusammenarbeit und der Kommunikation der unterschiedlichen Berufsgruppen, der verschiedenen Sektoren des Gesundheitssystems und der diversen Angebotsformen. Vor diesem Hintergrund erkennen immer mehr Regionen die Notwendigkeit, Akteure aus den verschiedenen Ebenen der Demenzversorgung, beispielsweise aus ärztlichen und pflegerischen Angeboten, aus Beratung und Selbsthilfe sowie bürgerschaftlichem Engagement miteinander zu vernetzen. Diese Netzwerke arbeiten daran, ihre Angebotslandschaft stärker auf die Bedürfnisse von Erkrankten und Pflegenden zuzuschneiden und den Informationsfluss der Akteure untereinander zu verbessern. Wie solche Netzwerke gestaltet sein müssen, um eine bedarfsgerechte und effiziente Versorgung zu sichern, war Fragestellung des Forschungsprojektes „EVIDENT“ (Evaluation vernetzter Versorgungsstrukturen für Demenzkranke und ihre Angehörigen: Ermittlung des Innovationspotentials und Handlungsempfehlungen für den Transfer).

Vorgehensweise

Für die Untersuchung wurden folgende sechs Versorgungsnetzwerke aus Nordrhein-Westfalen berücksichtigt, die über gut ausgebaute Strukturen zur Demenzversorgung verfügen. Sie beziehen unterschiedliche Akteure und Einrichtungen mit ein und können somit als „gute Praxis“ gelten:

- Stadt Köln
- Stadt Dortmund
- Rhein-Erft-Kreis
- Rhein-Sieg-Kreis
- Verein Alt & Jung Süd-West e.V. in Bielefeld
- Demenz-Servicezentrum für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte in Gelsenkirchen

Die Kooperationsbeziehungen innerhalb der Netzwerke wurden auf Basis von Teilnahmen an Netzwerktreffen und Interviews mit Vertretern beteiligter Professionen bzw. Dienste sowie der Analyse von Dokumenten ausführlich untersucht. Besonderes Augenmerk galt den fördernden Rahmenbedingungen für Netzwerkarbeit in der Demenzversorgung ebenso wie den zukünftig bedeutsamen Handlungsfeldern für die Zusammenarbeit auf diesem Sektor. Neben der Anbieterseite wurde auch die Perspektive der pflegenden Angehörigen von demenziell Erkrankten in den Blick genommen. Mit Hilfe einer Befragung wurde ermittelt, welche Erfahrungen die Pflegenden mit genutzten Unterstützungsangeboten gemacht haben und welche Anregungen für weitere entlastende Maßnahmen sie dort erhalten haben.

Ergebnisse

Es konnten sehr unterschiedliche Formen der Zusammenarbeit in der Demenzversorgung identifiziert werden, so zum Beispiel eine stadt- bzw. kreisweite Vernetzung, eine quartiersbezogene Vernetzung, eine themenspezifische oder auch eine überregionale Vernetzung. Ähnlich vielfältig sind die Felder, auf denen Vernetzung betrieben wird. Dazu gehören der Erfahrungsaustausch, die strategische Weiterentwicklung der Versorgung sowie Schulungen und Öffentlichkeitsarbeit.

Fördernde Rahmenbedingungen für eine effektive Netzwerkarbeit liegen dann vor, wenn diese Arbeit für die Akteure langfristig angelegt ist und ein regelmäßiger Informationsaustausch stattfindet. Zudem ist es von besonderer Bedeutung, auf angemessene finanzielle und personelle Ausstattung zurückgreifen zu können. Dies bedeutet auch, dass Netzwerkmanager für ihre anspruchsvolle Aufgabe entsprechend qualifiziert werden sollten. In der direkten Zusammenarbeit der Akteure sind Verbindlichkeit, eine offene Gesprächskultur und eine positive Haltung von Vorgesetzten zur Netzwerkarbeit äußerst wichtig. Die Formulierung gemeinsamer Ziele und die gemeinschaftliche Organisation von Veranstaltungen lassen Netzwerke zusammenwachsen.

Die Ergebnisse der Angehörigenbefragung knüpfen an die der Fallstudien an. Es finden sich viele Übereinstimmungen zwischen den von Anbieterseite genannten Aktionsfeldern für den weiteren Ausbau einer bedarfsgerechten Vernetzung und den Aussagen der pflegenden Angehörigen von demenziell Erkrankten, so zum Beispiel bezüglich der Weiterentwicklung wohnortnaher Versorgung, der Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit zum Thema „Demenz“ und vor allem der stärkeren Einbindung von niedergelassenen Haus- und Fachärzten in die Netzwerke. Das Fazit von EVIDENT: Professionell betriebene Netzwerkarbeit in Kommunen und Regionen ist entscheidend für die bedarfsgerechte Versorgung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen.

Publikationen

Leve, V., Zimmer, B., Ehlers, A., Goldmann, M., Meschkutat, B., Köhler, K., Menke, M. & Reichert, M. (i.E.). EVIDENT – Evaluation vernetzter Versorgungsstrukturen für Demenzkranke und ihre Angehörigen: Ermittlung des Innovationspotenzials und Handlungsempfehlungen für den Transfer. In: Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. (DGGPP) (Hrsg.). Kongressband zum IX. DGGPP Kongress „Alterspsychiatrie 2009: Seelische Gesundheit & Menschenwürde“. Stuttgart.

Reichert, M.

(2010). Evaluation vernetzter Versorgungsstrukturen für Demenzkranke und ihre Angehörigen. In: *Pro Alter*, 2, S. 58–63.

Kontakt

Prof. Dr. Monika Reichert

Technische Universität Dortmund
Soziale Gerontologie mit dem
Schwerpunkt Lebenslaufforschung
mreichert@fk12.tu-dortmund.de
www.leuchtturm-evident.de

Impressum

Herausgeber:

Bundesministerium für Gesundheit
Kommunikationsstab (Öffentlichkeitsarbeit)
11055 Berlin

Gestaltung: Atelier Hauer + Dörfler GmbH

Fotos: Julia Baier, Michael Dedeke, Frank Nürnberger, Jochen Schneider

Druck: Druckerei im Bundesministerium für Arbeit und Soziales

1. Auflage: Juni 2011

Wenn Sie diese Broschüre bestellen möchten:

Bestell-Nr.: BMG-F-10007

E-Mail: publikationen@bundesregierung.de

Telefon: 0 18 05/77 80 90*

Fax: 0 18 05/77 80 94*

Schriftlich: Publikationsversand der Bundesregierung

Postfach 48 10 09

18132 Rostock

Informationsangebote des Bundesministeriums für Gesundheit

Bürgertelefon

Das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit erreichen Sie montags bis donnerstags von 8 bis 18 Uhr und freitags von 8 bis 12 Uhr (kostenpflichtig) unter nebenstehenden Telefonnummern:

Gesundheitspolitische Informationen

Die Vierteljahresschrift berichtet aus der Arbeit des Bundesgesundheitsministeriums und wird Ihnen kostenlos per Post zugesandt. Abonnement unter: www.bmg-gp.de

GP_Infoblätter

Die „GP_Infoblätter“ bieten Ratgeberinformationen für Patienten und Verbraucher zu Einzelthemen der Gesundheitsversorgung. Abonnement unter: www.bmg-gp.de

GP_aktuell

Der Newsletter „GP_aktuell“ informiert zur aktuellen Gesundheitspolitik und wird Ihnen regelmäßig per E-Mail zugesandt. Sie finden das Anmeldeformular unter www.bmg-gp.de

Publikationsverzeichnis

Das aktuelle Publikationsverzeichnis des Bundesministeriums für Gesundheit können Sie jederzeit kostenlos anfordern:

Bestell-Nr.: BMG-G-07014

E-Mail: publikationen@bundesregierung.de

Telefon: 018 05/77 80 90*

Fax: 018 05/77 80 94*

Schriftlich: Publikationsversand der
Bundesregierung
Postfach 48 10 09
18132 Rostock

Internetportal

Aktuelle Informationen des Bundesministeriums für Gesundheit finden Sie unter:
www.bundesgesundheitsministerium.de

Fragen zum Versicherungsschutz

■ 018 05/99 66-01*

Fragen zur Krankenversicherung

■ 018 05/99 66-02*

Fragen zur Pflegeversicherung

■ 018 05/99 66-03*

Fragen zur gesundheitlichen Prävention

■ 018 05/99 66-09*

Fragen zur Suchtvorbeugung

■ 0221/89 20 31**

Schreibtelefon

■ 018 05/99 66-07*

Gebärdentelefon ISDN-Bildtelefon

■ 018 05/99 66-06*

Gebärdentelefon Video over IP

■ [gebaerdentelefon.bmg@
sip.bmg.buergerservice-bund.de](mailto:gebaerdentelefon.bmg@sip.bmg.buergerservice-bund.de)

* Kostenpflichtig: Für diesen Anruf gilt ein Festpreis von 14 Cent pro Minute aus den Festnetzen und maximal 42 Cent pro Minute aus den Mobilfunknetzen.

** BZgA-Informationstelefon zur Suchtvorbeugung, Mo – Do 10 bis 22 Uhr, Fr – So 10 bis 18 Uhr

Diese Publikation wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlbewerbern oder Wahlhelfern während des Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Europa-, Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen. Missbräuchlich ist besonders die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Unabhängig davon, wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Schrift dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Bundesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.

