

Der demente Patient: psychosoziale Versorgung in der Praxis

Chefarzt Dr. Georg Psota
Psychosoziale Dienste in Wien

Demenz – eine unserer größten, wenn nicht die größte zukünftige Versorgungs-Herausforderung



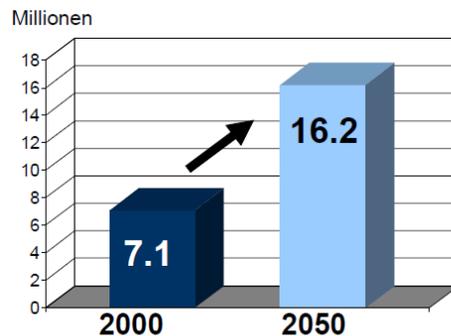
Demenz in Österreich

Neuere Prognosen, die die weiter steigende Lebens-erwartung berücksichtigen, ergeben einen deutlich höheren Anstieg ! (Wancata et al 2015)

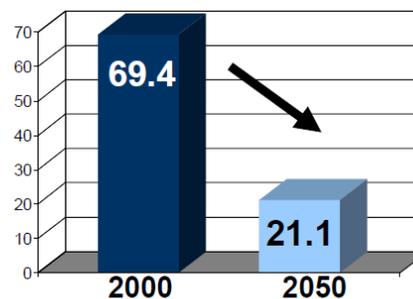
Jahr	Anzahl von Demenzkranken in 1.000
1951	35,5
2000	90,5
2010	108,4
2020	129,6
2030	163,4
2040	199,8
2050	233,8

Jahr	Anzahl der Neuerkrankungen in Tausend
1951	9,6
2000	23,6
2010	28,1
2020	33,5
2030	42,0
2040	51,8
2050	59,5

Demenzkranke in Europa* 2000-2050



Personen im Erwerbsalter pro Demenzkranken 2000-2050 in Europa



* Wancata et al. 2003 , Bevölkerungsprognose der UN

(Wancata et al 2015 & 2003, Österreichische Demenzberichte 2009/2014, Riedel-Heller 2014)

Kurz-, mittel- & langfristige Herausforderungen: LONG COVID – psychiatr. Forschung!



Lancet, Mai 2021, Vol.8, Seite 416-427
Taquet et al (2021) Six-month neurological and psychiatric outcomes in 236,379 survivors of COVID-19.

von 236.000 Covid-Erkrankten
33,6 % neurologische oder psychiatrische Folgen;
12,8 % erstmals diagnostiziert

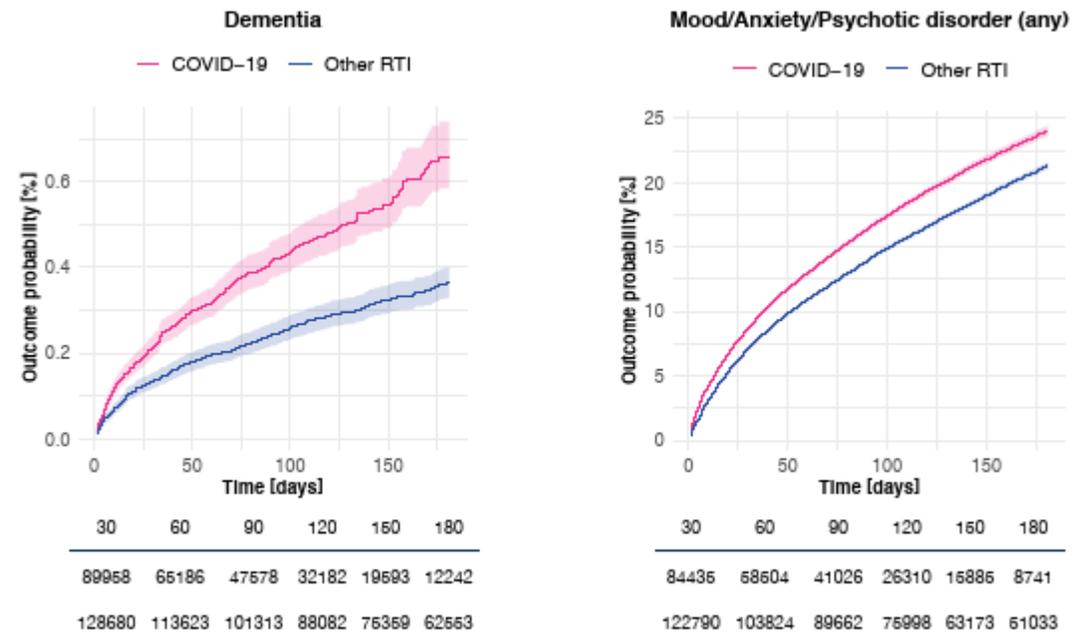


Figure 1: Kaplan-Meier estimates for the incidence of major outcomes after COVID-19 (pink) compared with other respiratory tract infections (blue). 95% confidence intervals are shaded. For diagnostic subcategories and additional details, see Appendix.

Kurz-, mittel- & langfristige Herausforderungen: DELIR



The Epidemic Within the Pandemic: Delirium

Delirium is leaving many older patients more vulnerable. They need caregivers, despite no-visitor rules.

By **Sharon K. Inouye**

Dr. Inouye is a geriatrician and founder of the Hospital Elder Life Program.

May 10, 2020

Age and Ageing 2021; 50: 40–48
doi: 10.1093/ageing/afaa223
Published electronically 28 September 2020

© The Author(s) 2020. Published by Oxford University Press on behalf of the British Geriatrics Society. All rights reserved. For permissions, please email: journals.permissions@oup.com

RESEARCH PAPER

Probable delirium is a presenting symptom of COVID-19 in frail, older adults: a cohort study of 322 hospitalised and 535 community-based older adults

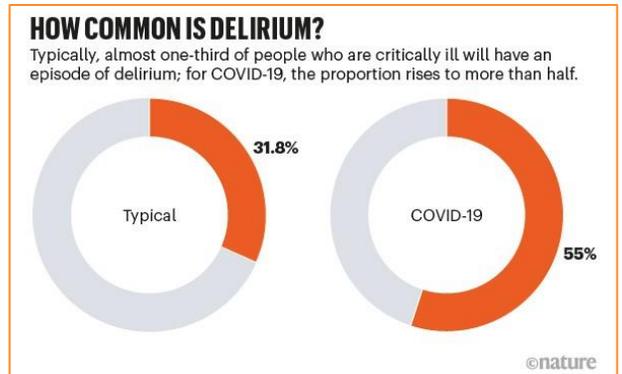
MARIA BEATRICE ZAZZARA^{1,7,†}, ROSE S. PENFOLD^{1,†}, AMY L. ROBERTS^{1,†}, KARLA A. LEE¹, HANNAH DOOLEY¹, CAROLE H. SUDRE², CARLY WELCH³, RUTH C. E. BOWYER¹, ALESSIA VISCONTI¹, MASSIMO MANGINO^{1,5}, MAXIM B. FREIDIN¹, JULIA S. EL-SAYED MOUSTAFA¹, KERRIN S. SMALL¹, BENJAMIN MURRAY², MARC MODAT², MARK S. GRAHAM², JONATHAN WOLF¹, SEBASTIEN OURSELIN², FINBARR C. MARTIN⁶, CLAIRE J. STEVES^{1,*}, MARY NI LOCHLAINN^{1,*}

“For the past 30 years we have made great strides in reducing delirium by focusing on humanistic care and minimizing sedating drugs. One of the most effective preventive measures is keeping patients from feeling isolated.

But Covid-19 is reversing those gains.

Scores of colleagues from around the world have contacted me, reporting a **rise in delirium of up to 70 percent because of Covid-19. It is occurring in both younger and older patients.”**

- Bei jeder/m 5. gebrechlichen Klinikpatientin/en mit COVID-19 war das Delir das einzige Symptom
- Bei jeder/m 3. gebrechlichen amb. Corona-Patientin/en mit Delir fehlten typische Symptome wie Husten und Fieber



Demenz — eine unserer größten, wenn nicht die größte zukünftige Versorgungs-Herausforderung



Alzheimer Europe

"My life ended as well as my husband's when he developed Alzheimer's – I had to give up the job I loved to look after the man I loved. But my job was eight hours a day. Caring for someone with Alzheimer's disease is 24 hours a day. There is no time off."

"No-one told me what to expect when my wife was diagnosed with Alzheimer's. I was told nothing about the disease, treatments or what support services might be available. It was like being in the middle of a maze – and it took a long way to find my way out."

"Isolation, helplessness - only people living with an Alzheimer person can really know what an insidious disease it is."

"My feelings are all very negative. I give 24 hrs daily care to someone who continually complains and is unappreciative. I have no social life and my friends have all drifted away. I couldn't afford a social life anyway."

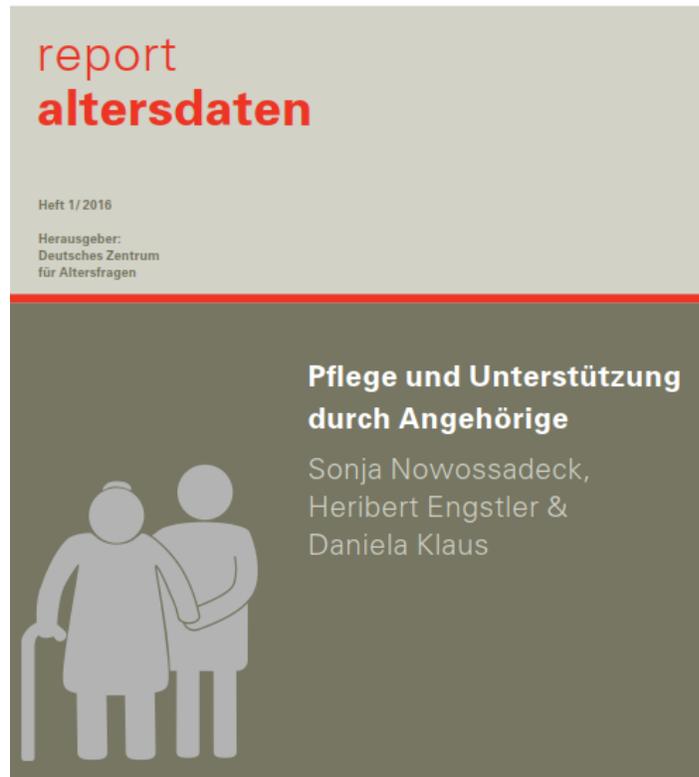


- Jeder 4. über 80-Jährige ist an Demenz erkrankt.
- **4 von 5 Demenzkranken leben zu Hause.**
- **3 von 4 Demenzkranken werden von Familienangehörigen betreut.**
- 2 von 3 betreuenden Angehörigen sind über 60 Jahre alt.

Demenz — eine unserer größten, wenn nicht die größte zukünftige Versorgungs-Herausforderung



DZA | Deutsches Zentrum
für Altersfragen



- **„Pflege von Demenzkranken besonders belastend“**
- „Eine Metaanalyse von mehr als 500 Studien zum **Stresserleben pflegender Angehöriger** belegt, dass **vor allem im Zusammenhang mit Demenz vorkommende Verhaltensauffälligkeiten der Gepflegten eine besondere Belastung für die pflegenden Angehörigen** sind. Hinzu kommen bei erwerbstätigen Pflegenden **Vereinbarkeitskonflikte zwischen dem Berufsalltag und den Pflegeanforderungen**. Allerdings tragen positive Erfahrungen am Arbeitsplatz auch zu einer psychischen Entlastung pflegender Angehöriger bei und können einen positiven Gegenpol zur Pflege bilden.“

(DZA 2016, Pinquart 2016)

Demenz — Anzeichen & Diagnose: Das ABC der Demenz-Symptome



A: Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)

B: BPSD (Verhaltensbezogene und psychische Störungen)

↙ ↘

Verhaltensstörungen

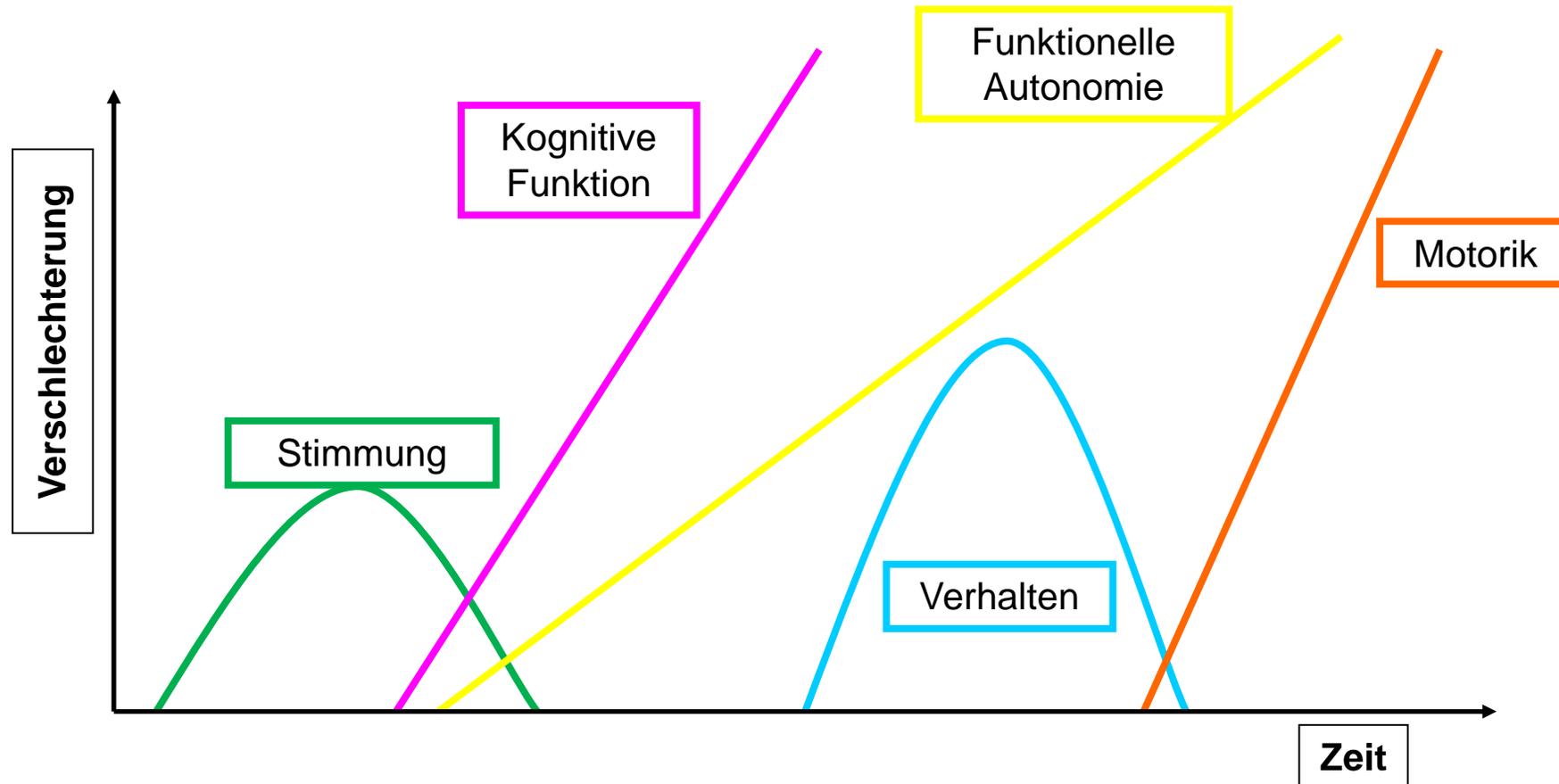
- Aggression
- Feindseligkeit
- Vergröberung
- Distanzlosigkeit
- ...

Psychopathologische S.

- Depression, Apathie
- Wahn
- Verkennungen
- Halluzinationen
- Angst/Panik
- Schlafstörungen

C: C/Kognitive Symptome: Amnesie, Aphasie, Apraxie, Agnosie

Demenz — Anzeichen & Diagnose: Symptombereich des typischen DAT-Verlaufes



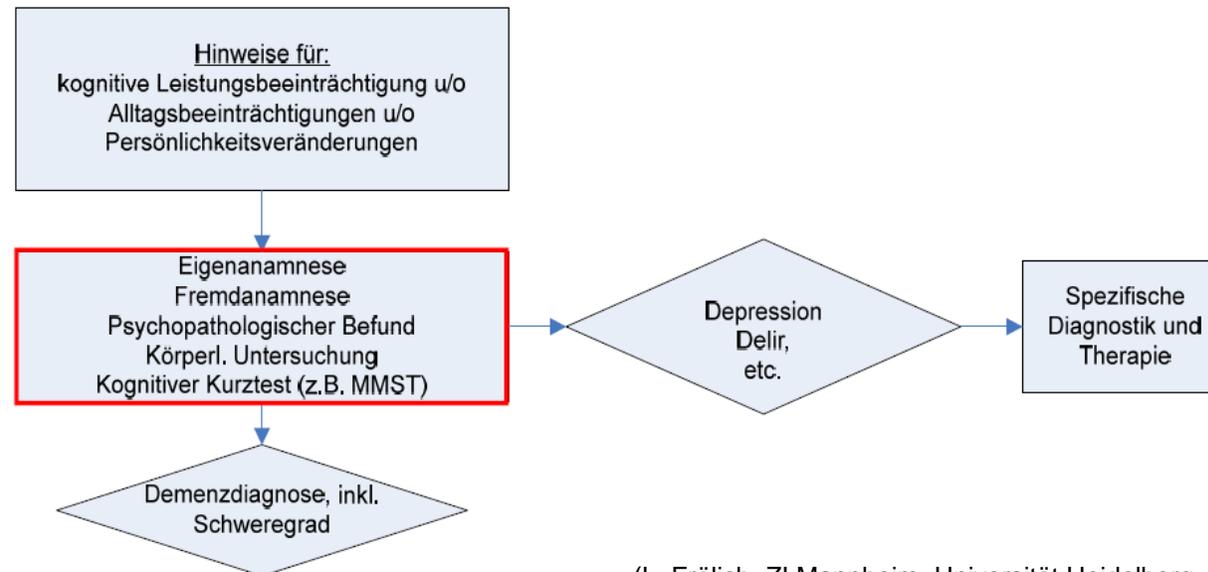
Gauthier et al, 1996

Demenz — Anzeichen & Diagnose: Syndromdiagnose (S3-Leitlinie Demenzen; DGN & DGPPN 2016)



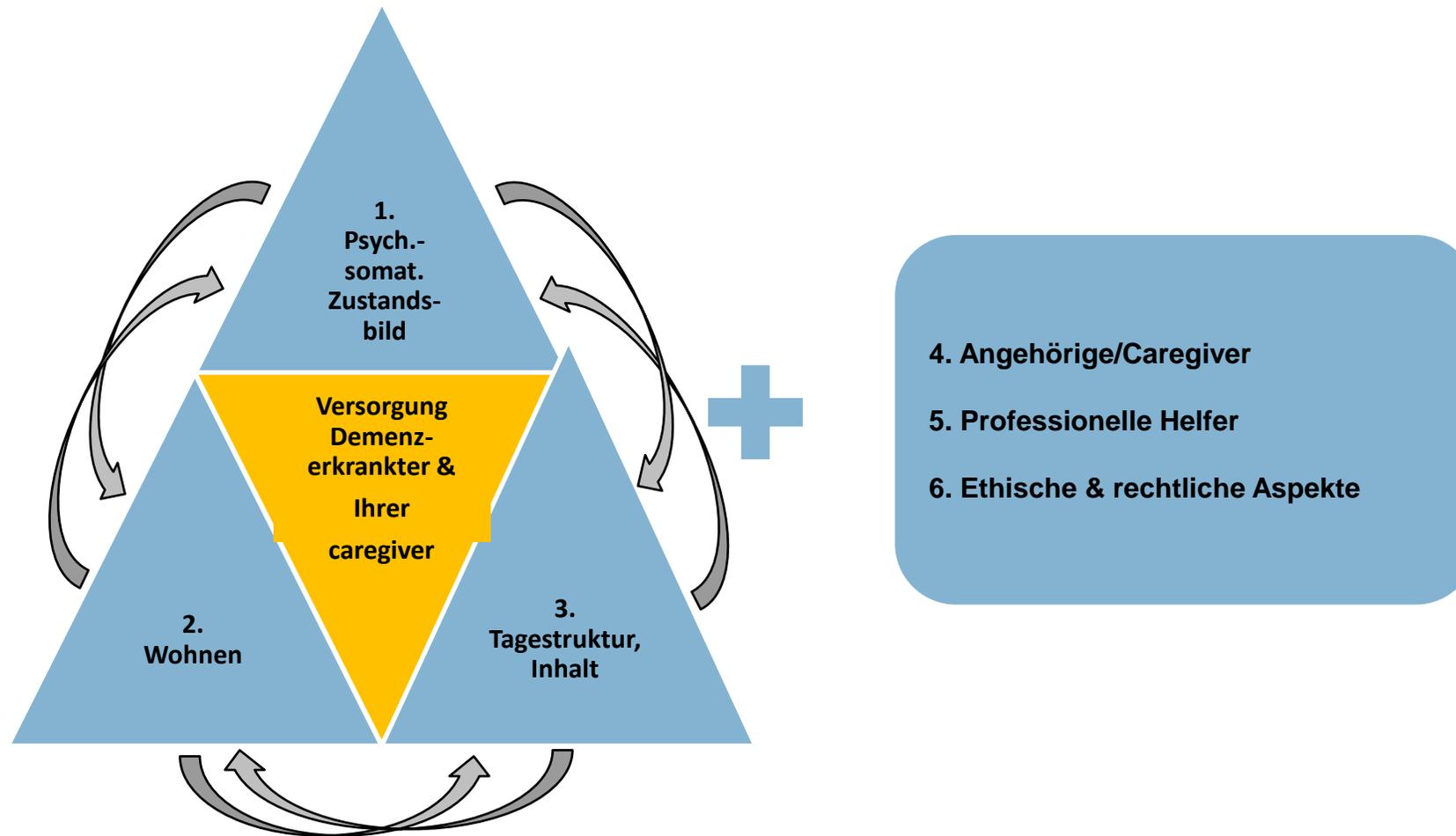
S3 – Leitlinie Demenz DGPPN / DGN

1. Syndromdiagnose „Demenz“

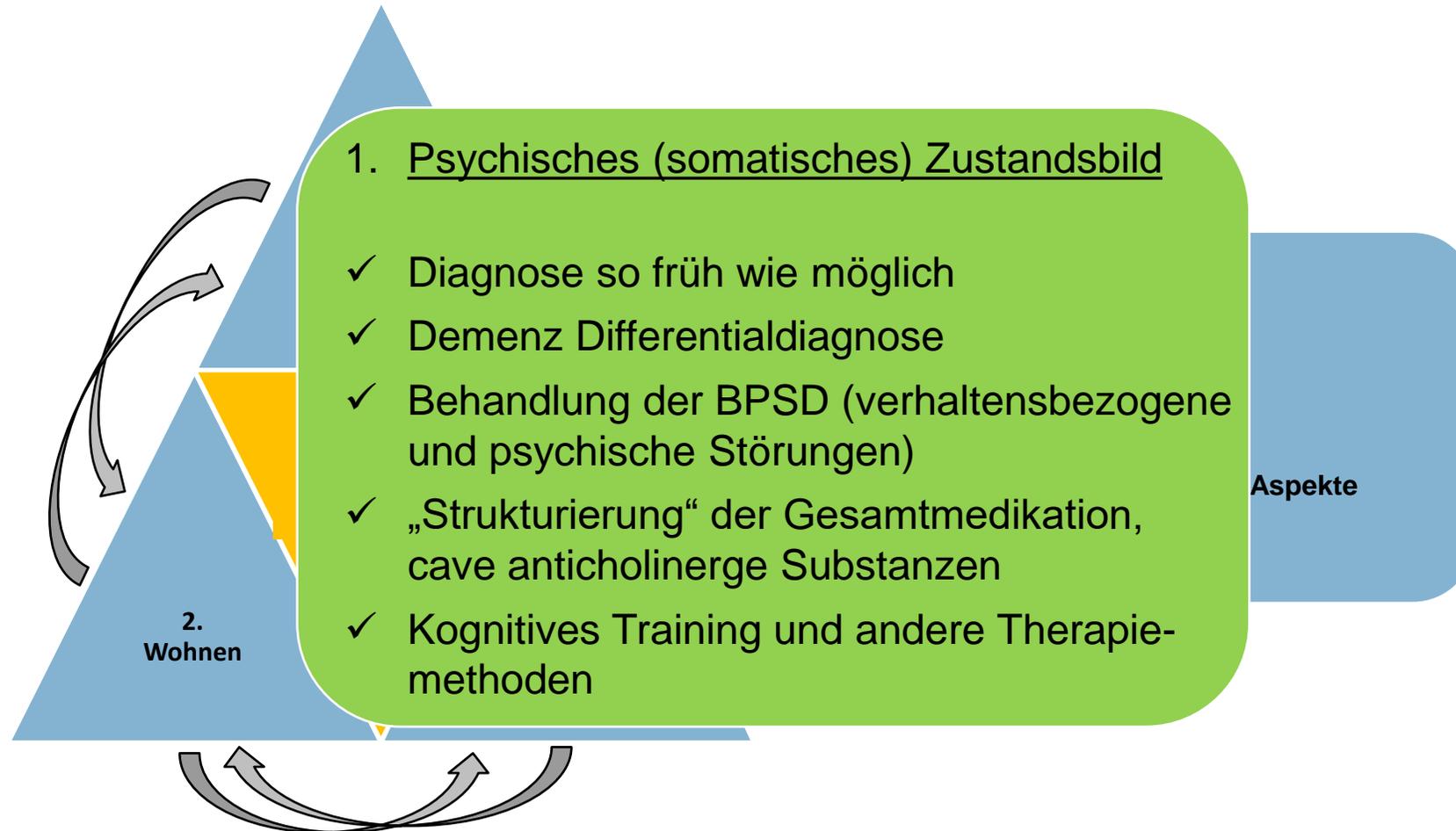


(L. Frölich, ZI Mannheim, Universität Heidelberg, 2012)

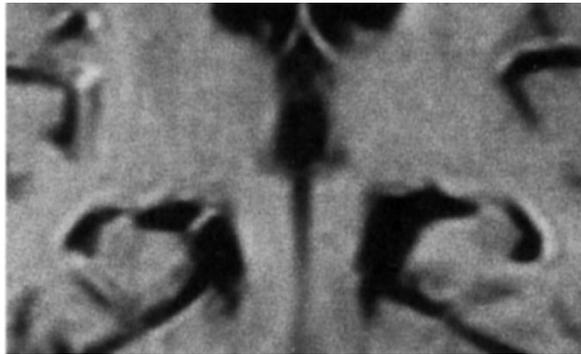
Demenz — Behandlungsmöglichkeiten: erweitertes sozialpsychiatr. Achsenmodell (Kalousek, Psota & Sepandj)



Demenz — Behandlungsmöglichkeiten: erweitertes sozialpsychiatr. Achsenmodell (Kalousek, Psota & Sepandj)



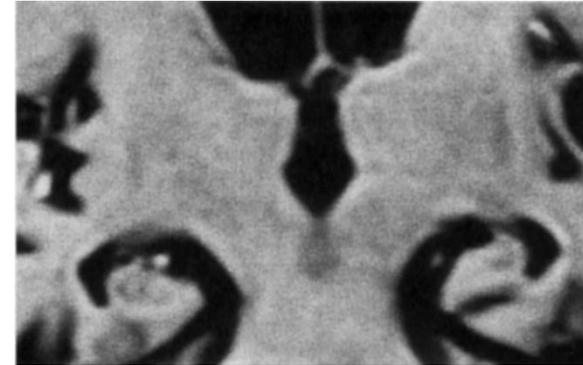
Hippocampus-Atrophie



0



1



2



3



4

- 0 = keine
- 1 = minimal
- 2 = gering
- 3 = moderat
- 4 = schwer

Atrophien bei Demenzen

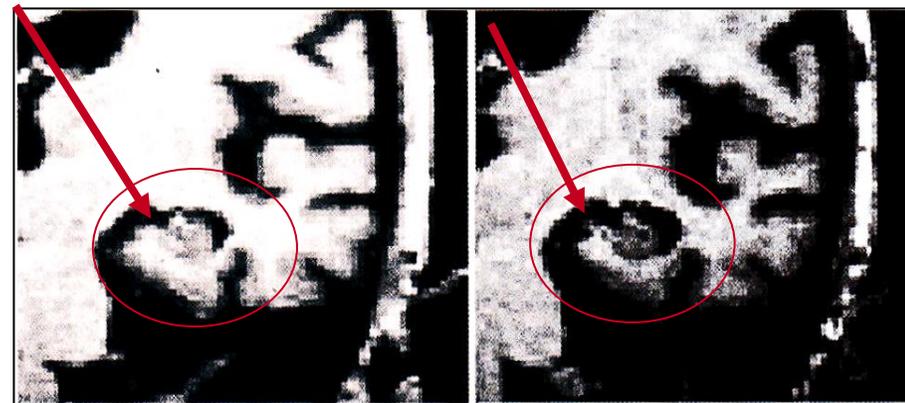


Atrophiemuster

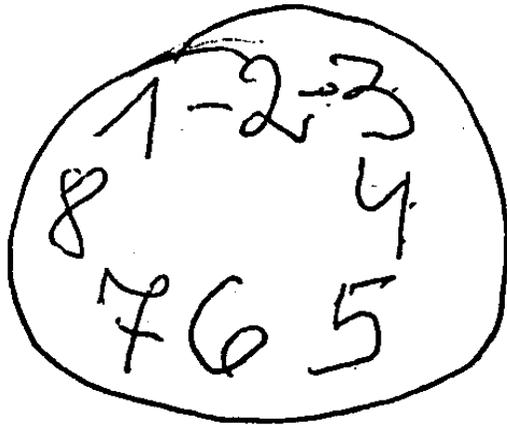
	frontal	temporal	Hippo- campus	parietal	okzipital	Stamm- ganglien
Alzheimer-Demenz	+	++	++	+		
Lewy-Body- Demenz	++	+	+	+	+	
Frontotemporale Demenz	++	++	(+)			(+)

Hippocampus-Atrophie

2,09 ml $\xrightarrow{1 \text{ Jahr}}$ 1,91 ml



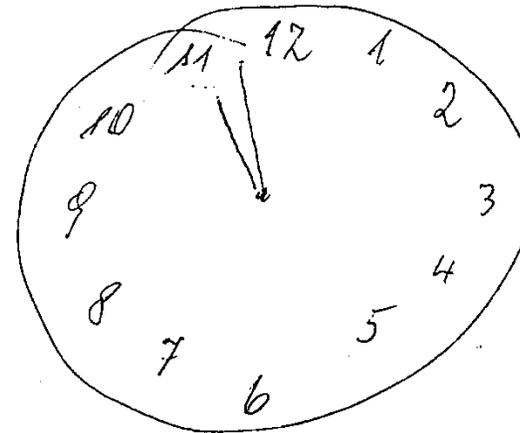
3 Wörter - Uhrentest (schneller Uhren-Dreier)



Klientin, 82 J., MMSE: 14

**schwere Fehler
im Uhrentest
0 Wörter erinnert**

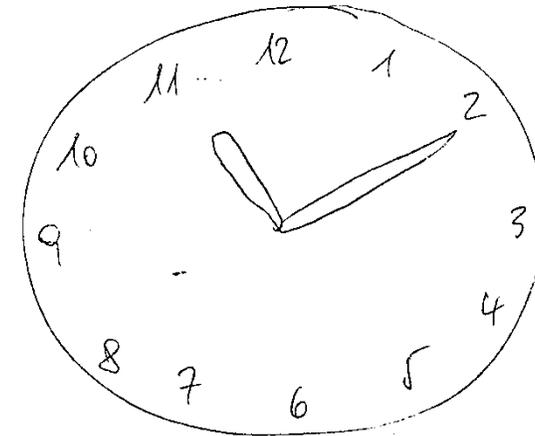
sehr starker Demenz-
verdacht → weitere
Demenzabklärung nötig



Klient, 83 J., MMSE: 25

**leichte Fehler
im Uhrentest
1-2 Wörter erinnert**

Demenzverdacht
→ weitere Demenz-
abklärung empfohlen

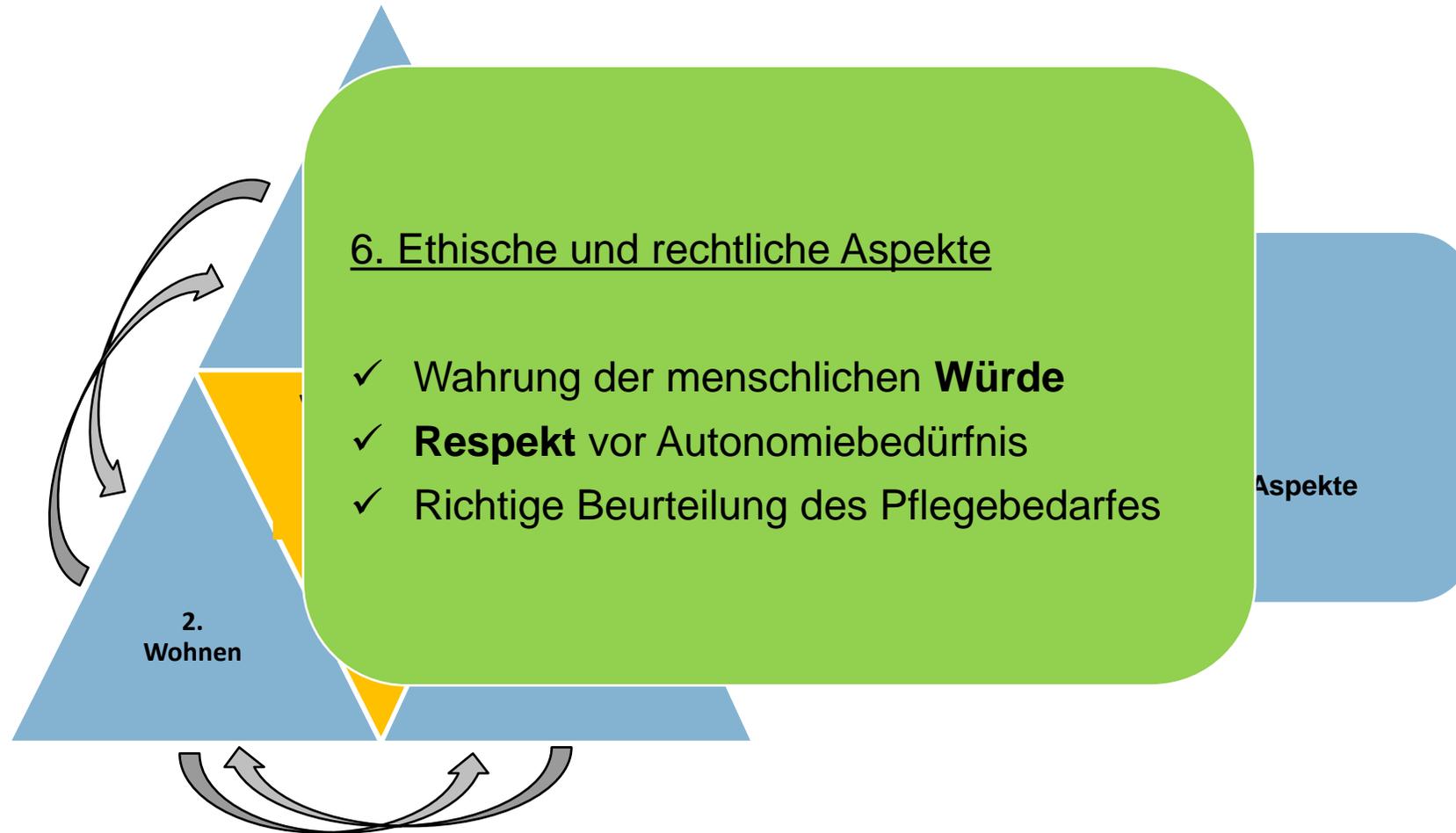


Klientin, 64 J., MMSE: 30

**perfekter Uhrentest
3 Wörter erinnert**

kein Demenzverdacht
→ Routinekontrolle in
1 Jahr empfohlen

Demenz — Behandlungsmöglichkeiten: erweitertes sozialpsychiatr. Achsenmodell (Kalousek, Psota & Sepandj)



Demenz — Unterstützung für Angehörige: Die Betroffenen & die Angehörigen brauchen Unterstützung



→ Unter Demenz leiden nicht nur die Betroffenen selbst, sondern auch (nicht selten in noch höherem Maße) ihre pflegenden Angehörigen.

Aus der S3-Leitlinie Demenzen (2016):

→ „Für Angehörige entsteht eine hohe emotionale Belastung durch die Veränderung der Kranken und das Auftreten von psychischen und Verhaltenssymptomen sowie durch soziale Isolation. Physische Belastung der Angehörigen entsteht durch körperliche Pflege und z.B. als Folge von Störungen des Tag-Nacht-Rhythmus des Erkrankten. Pflegende Angehörige von Demenzkranken haben ein erhöhtes Risiko für psychische und körperliche Erkrankungen.“

→ „Darüber hinaus existiert ein Zusammenhang zwischen Belastung der Angehörigen und Aufnahme des Erkrankten in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung.“

→ **„Schutz der Gesundheit pflegender Angehöriger“ wird als originärer Bestandteil eines umfassenden Versorgungskonzepts für Menschen mit Demenz definiert**

(siehe auch Kricheldorf & Hewer et al 2016)



	AD	FTD	LBD	VD
Häufigkeit	ca. 60–70 %	ca. 2–5 %	ca. 20 %	ca. 15 %
Verlauf	kognitive Störungen vor Verhaltensstörungen	Verhalten, dann spät Kognition	ALZ & EPS innerhalb eines Jahres	stufenförmig progredient
Schlüssel-Symptome	Vergesslichkeit, später BPSD	Wesensveränderung	Fluktuation, Halluzination	neurologische Ausfälle
Schlüssel-Medikation	Antidementiva (ACHEI, Memantine)+ BPSD-Med	Antidepressiva + BPSD-Med	ACHEI cave: EPS durch AP	Insultprophyl., Antidementiva + Antidepressiva

FALLGESCHICHTE 1: Frau Leopoldine, 86 a 1/3



Lebt in eigener Whg. (seit vielen Jahren ebendort)

24 h Betreuung

MMSE 21/30

SUD „Dunkelgelb“/1 Wort

Art. Hypertonie seit Jahrzehnten, KHK, Gonarthrose re. mit chron. Schmerz, St.p. Covid- Inf. 3/21

Dysphor/Depressiv

Med. : Concor 5 mg 1X1, Amlodipin 8 mg 1X1, TASS 1X1, Voltaren 100mg tgl., Pantoloc 40 mg 1X1, Mirtazapin 30 mg 1X1

Beim HB: RR 175/100 , F 44 rhy., O2 : 96 %

Hauptproblem: 6 24-h-BetreuerInnen „verbraucht“, die Aktuelle (sehr nette!) knapp vorm Aufgeben

FALLGESCHICHTE 1: Frau Leopoldine , 86 a 2/3 WAS IST DIE WAHRSCHEINLICHSTE DIAGNOSE ?



A) AD

B) FTD

C) LBD

D) VD

E) MD

FALLGESCHICHTE 1: Frau Leopoldine, 86 a 3/3

WAS TUN?



- A) Bildgebung zuweisen (die sie nicht bereit ist zu machen) und exakte Diagnostik anstreben?**
- B) Tramal?**
- C) Antipsychotikum (low dose Risperidon)?**
- D) Antidementivum?**
- E) Benzo? (z.B. 2X1/2 Temesta 1mg)?**

FALLGESCHICHTE 2 : Frau Hermine, 81 a 1/3



Lebt alleine in kleinem Haus mit Garten

Tochter CG, lebt in der Nähe

„Zeitweilig“ kognitiv deutl. schlechter, erfängt sich aber dann

Unilat. Tremor OE seit einigen Monaten, leichter Rigor

Geringgradige art. Hypertonie, gut eingestellt, sonst somatisch ok.

MMSE : 23/30

SUD: grobe Fehler im Uhrentest/ 3 Wörter (mit min. Hilfe)

Hauptproblem: halbtagesweise sehr beängstigende akustische Halluzinationen, sekundärer Wahn (dabei ratlos)

FALLGESCHICHTE 1: Frau Hermine, 81 a 2/3

WAS IST DIE WAHRSCHEINLICHSTE DIAGNOSE ?



A) AD

B) FTD

C) LBD

D) VD

E) MD

FALLGESCHICHTE 1: Frau Hermine, 81 a 3/3 WAS TUN?



A) Antipsychotikum (low dose Risperidon)?

B) Antidementivum?

C) Benzo? (z.B. 2X1/2 Temesta 1mg)?

FALLGESCHICHTE 1 : Frau Hermine , 81 a 4/4 WELCHES ANTIDEMENTIVUM ?



A) Ginkgo?

B) Memantine?

C) Donepezil?

D) Rivastigmin?



Herr Peter, 62 a, 1/2

Lebt mit Gattin, seit 30 Jahren verheiratet, gute Ehe
57-jährig FTD-Diagnose (Bildgebung gesichert, etc.)

Schwer fortgeschrittenes Zustandsbild, massive BPSD, aber mobil, massive Distanz/Nähe Problematik, Pflegestufe 4

Somatisch gesund, 0 Med. diesbzgl., aber Quetiapin 200 mg, plus 10 mg Gewacalm tgl., allerdings mit kaum Effekt

Hauptproblem: schwere BPSD, sozial massiv auffällig, laut, heftig, kaum lenkbar

Herr Peter, 62 a, 2/2

WAS TUN? (und in welcher Reihenfolge?)



- A) Zu Pflegeheimunterbringung raten**
- B) Zu Pflegedelegation raten**
- C) Pflegegelderhöhung beantragen**
- D) BPSD behandeln „so viel es braucht“**

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Chefarzt Dr. Georg Psota
Modecenterstraße 14/A/2. OG
A-1030 Wien
www.psd-wien.at

